

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE DÜZENLENMİŞ
ADLİ RAPORLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. GÜNAY GULİYEVA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NURAY ATASOY

ZONGULDAK

2022

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNDE DÜZENLENMİŞ
ADLİ RAPORLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK
ÖZELLİKLERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. GÜNAY GULİYEVA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. NURAY ATASOY

ZONGULDAK

2022

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Görevlileri Prof. Dr. Nuray ATASOY, Prof. Dr. Levent ATİK, Prof. Dr. Özge SARAÇLI, Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ'e, Nöroloji Anabilim Dalı Öğr. Görevlileri Prof. Dr. H. Tuğrul ATASOY, Dr. Öğr. Üyesi Ulifer ÇELEBİ, Dr. Öğr. Üyesi Esra ACIMAN DEMİREL, Dr. Öğr. Üyesi Bilge PİRİ ÇINAR, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa AÇIKGÖZ'e,

Tez danışmanım olan, her zorluğumda desteğini eksik etmeyen değerli hocam Prof. Dr. Nuray ATASOY'a,

Tezimde bana yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ'e

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan doktor arkadaşlarım ve sağlık personeli arkadaşlarıma,

Her zaman desteğini hissettiğim, kıymetli arkadaşım Uzm. Dr. Samed AYDOĞDU ve kıymetli ailesine,

Benim hikayemin başlamasında desteği olan arkadaşlarım Ülker AHMADOVA, Şule ÖZTÜRK, Tural MAMMADALİYEV, Elnur MAMMADLİ, İbrahim ÇALIKOĞLU, Uğur MINDİZ, Danil ZYRIANOV'a,

Hep destek olan, çok sevdiğim kız arkadaşlarım Dr. Didem TOKER ve Dr. İlknur ÇEKİM'e ve birlikte çok keyifli çalıştığım, çok sevdiğim arkadaşlarım Dr. Gökçe TELLİ, Dr. Elif Güntülü BÖLEK, Dr. Esma KOYUNCU AKA, Dr. Meltem GÜRER, Dr. Selma ERTÜRK'e,

Sesiyle beni mutlu eden Kuzey Affan TAŞ ve kıymetli arkadaşlarım olan Kısmet ÖZEL TAŞ ve Serdal MURAT TAŞ'a ve tezimle birlikte büyüyen Emir Doruk TAŞ'a,

Hayatım boyunca her an varlıklarını yanımda hissettiğim ve en büyük desteği veren sevgili annem Yegane ve babam Agil GULİYEV ve kardeşlerime

Sonsuz teşekkürler...

ZONGULDAK, 2022

Dr. Günay GULİYEV

ÖZET

Günay Guliyeva, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde Düzenlenmiş Adli Raporların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Retrospektif Değerlendirilmesi Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2022.

Amaç: Bu çalışmada Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine yönlendirilen hastalara düzenlenen adli raporların geriye dönük incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma sosyodemografik klinik özellikleri inceleyerek mevcut anlamlı farklılıklara değinmek ve ileride yapılacak araştırmalara veri sunmayı hedeflemekte.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2015 ile 01.01.2020 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde düzenlenen, toplam 862 adli psikiyatrik rapor düzenlenmiş hasta dosyası araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri 01.01.2015 ile 01.01.2020 tarihleri arasında konsulte edilen hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinden oluşmaktadır.

Bulgular: İnceleme sonucunda 862 dosyanın (454'ü kadın 408'i erkeğe aitti) Raporların 449'u intihar girişimi, 189'u ceza sorumluluğu muayenesi 87 ayrıntılı psikiyatrik muayene, 60 cinsel istismar mağduru, 22 vasi tayini için muayene, 16 kişi madde kullanımının tespiti için muayene, 8 kişi rapor nedeni olan “ifadelerine itibar edilebilir mi?” sorusuyla geldi. Diğer rapor nedenleri az rastlandı, bahsedilecektir.

Sonuçlar: Çalışmamızda elde edilen veriler, hastaların bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının gerekliliği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Adli Psikiyatri, Ceza Ehliyeti, Suisid Girişimi, Cinsel İstismar.*

ABSTRACT

Günay Guliyeva, Retrospective analysis of forensic reports prepared at the Zonguldak Bülent Ecevit University Medical Faculty Hospital Mental Health and Diseases Polyclinic, Department of Psychiatry, Specialization Thesis in Medicine, Zonguldak, 2022

Purpose: In this study, it was aimed to retrospectively examine the forensic reports prepared for the patients referred to the Zonguldak Bülent Ecevit University Medical Faculty Hospital Mental Health and Diseases outpatient clinic. The research aims to address existing significant differences by examining sociodemographic clinical features and to provide data for future research.

Materials and methods: A total of 862 forensic psychiatric reports prepared in the Mental Health and Diseases outpatient clinic between 01.01.2015 and 01.01.2020 were included in the study. The research data consists of the sociodemographic and clinical characteristics of the patients consulted between 01.01.2015 and 01.01.2020.

Results: As a result of the examination, 454 of 862 files belonged to women and 408 to men. 449 of the reports were attempted suicide, 189 of them were criminal responsibility examinations, 87 detailed psychiatric examinations, 60 victims of sexual abuse, 22 examinations for the appointment of guardians, 16 persons were examined for the detection of substance use, 8 persons, which was the reason for the report, "Can their statements be trusted?" came with a question. Other report reasons are rare, they will be mentioned.

Conclusions: The data obtained in our study concluded that the patients should be handled with a holistic approach.

Keywords: *Forensic Psychiatry, Criminal Liability, Attempted Suicide, Sexual Abuse.*

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Adli Psikiyatri ve Ceza Hukuku	2
2.2. Ceza Hukukunun Tarihsel Örnekleri	3
2.3. SSCÇ-Suçta Sürüklenen Çocuk	3
2.4. TCK Psikiyatrik Açıdan Önemli Maddeler	4
2.5. Ceza Sorumluluğu Muayenesi	5
2.6. Mağdurların Adli Psikiyatrik Değerlendirilmesi	6
2.7. Şiddet, Öfke ve Sinirlilik	7
2.8. Suç Davranışlarının Öngörme ve Önlemenmesi	9
2.9. Diğer Adli Durumlar	10
2.9.1. Yaşlıların Muayenesi	10
2.9.2. Vasi Tayini	11
2.10. İntihar Girişimi	12
2.10.1. İntihar Risk Faktörleri	12
2.10.2. COVID-19 ve İntihar Girişimi	12
2.10.3. Psikiyatrik Hastalıklarda İntihar Girişimi	13
2.10.4. İntihar Önleme Çalışmaları	14
2.10.5. Sosyal Açıdan İntihar Girişimi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Amacı	15
3.2. Örneklem	15

3.3. Veri Toplama Araçları	16
3.4. İşlem	16
4. BULGULAR	17
4.1. Sosyo-Demografik Bilgilerinin ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi	18
4.1.1. Yaş	18
4.1.2. Cinsiyet	18
4.1.3. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	19
4.1.4. Soy Geçmiş özellikleri	20
4.1.5. Eğitim	21
4.2. Ceza Sorumluluğu Muayenesi İçin Gelenlerde Sosyodemografik Parametreler	24
4.2.1. Yaş ve cinsiyet özellikleri	24
4.2.2. Özgeçmiş özellikleri	24
4.2.3. Soy Geçmiş Özellikleri	27
4.2.4. Muayene Nedeni Suçlar	27
4.2.5. Şikayet	28
4.2.6. Yapılan Testler	28
4.2.7. Kanaat	28
4.3. Vasi Tayini Muayeneleri	29
4.4. İntihar Girişimi Sosyodemografik Parametreler	29
4.4.1. Yaş ve Cinsiyet Özellikleri	29
4.4.2. Eğitim	29
4.4.3. Medeni durum	30
4.4.4. Özgeçmiş Özellikleri	30
4.4.5. Soy Geçmiş Özellikleri	31
4.4.6. İntihar Girişiminin Özellikleri	31
4.4.7. Şikayet, Ruhsal Durum Muayenesi Ve Kanaat	34
4.5. Ayrıntılı Psikiyatrik Muayene	34
4.6. Cinsel İstismar Mağdurlarının Muayenesi	35
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42

7. KAYNAKLAR	43
8. EKLER	49
Ek 1: Etik Kurul Kararı	49



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simge / Kısaltma	Açıklamalar
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ÇÇT	Çocukluk Çağı Travmaları
SSÇ	Suçta Sürüklenen Çocuk
TCK	Türk Ceza kanunu
TMK	Türk Medeni Kanunu



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo Numarası	Tablo Başlığı	Sayfa No
1	Rapor grupları oranları	17
2	Cinsiyet oranları	18
3	Gruplara göre cinsiyet	19
4	Sigara Kullanımı	19
5	Alkol kullanımı	19
6	Madde kullanımı	20
7	Eğitim Seviyesi	21
8	Tedavi uyumu ve yatış sayısı	22
9	Rapor gruplarına göre tedavi uyumu bozukluğu saptanma durumu;	23
10	Tedavi süreleri, gruplara göre	23
11	Medeni durum farkları	24
12	Askerlik öyküsü	25
13	Meslek durumu	26
14	Adli olaya karışma	26
15	Psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü	27
16	Rapor gruplarında psikiyatrik yatış öyküsü	27
17	Bahsi geçen suçlar	28
18	Ceza sorumluluğu	29
19	Medeni durum (intihar girişimi grubu)	30
20	Tedaviye uyumsuz davranış öyküsü	31
21	Ani veya planlı olması	33
22	Suicid yöntemi	34
23	Ayrıntılı psikiyatrik muayene nedenleri	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil Numarası	Şeklin Başlığı	Sayfa No
1	Rapor grupları dağılımı	17
2	Soy geçmiş özellikleri	21
3	Tedavi süreleri	22
4	Yaş özellikleri	24
5	Girişim saatleri	32
6	İntihar nedenleri	32



1. GİRİŞ

Adli psikiyatri, tıp ve hukuk gibi iki farklı öğretinin ortak noktası olarak, sağlam olanın belirlenmesi, sağlam olanın bozulmasının önlenmesi, ruhsal bozukluğun saptanması ve iyileştirilmesi gibi toplumsal ve yasal konularla ilgilenen, bilirkişilik görevi üstlenen bir bilim dalıdır. Adalet ve sağlık farklı disiplinler olsa da, her ikisi toplum yararını amaçlar ve toplumsal refahı artırır [1].

Kişilerin ruhsal hastalık ya da zihinsel yetersizlik sebebiyle hak kaybına uğramamaları, hastalık kaynaklı suç işleme durumunda cezalandırılmamalarının sağlanması için psikiyatrik bilirkişiliğin gerekliliği açıktır [1].

Adli rapor düzenlenmesi gereken durumlarda rapor beklentisi nedeniyle hekimi yanıltıcı davranışlar sık karşılaşılan bir durumdur. Bu yüzden bilgi birikimi ve tecrübeyle yapılan gözlemler dışında gerekli ölçekler testler anketlerle hekim kanaatini ayrıntılandırabilir [2].

Ceza mahkemeleri dışında ilgili medeni hukuk davalarında bilirkişilik görevi ve toplum sağlığının önemli konularından intihar girişimlerine yaklaşımlar ve düzenlenmesi gereken kati raporlar, bu kişilere planlanacak yardım ve destekler de psikiyatristlerin sorumluluğundadır [2].

Bilirkişi yasal hakları ve sorumlulukları yasal kanun maddelerince belirlenmiştir [1].

Bu tez çalışması, düzenlenmiş adli psikiyatrik raporları inceleyerek, sık karşılaşılan durumlarda dikkat çeken özellikleri saptayarak, sonraki değerlendirme süreçlerine yol gösterici olmayı, adli psikiyatri alanında yapılacak araştırmalara veri sunmayı hedeflemekte. Çalışmamızda adli psikiyatrik rapor düzenlenmesi için danışılan hastaların dosyalarını incellleyerek bu çalışmayı yapmaya karar verdik. Adli girişlerde mahkemelerce yönlendirilen kişiler gibi kişilerin özkıyım nedeniyle olan girişleri de dikkate değer çoğunlukta idi. Tüm adli girişlerin hemen hemen yaklaşık yarısı kişilerin kendilerine yönelttiği şiddet, öfke sonucu özkıyımlardı. Bu çalışmayla kendine, başkasına veya topluma yönlendirilen davranışların sebepleri irdelenerek daha sonra yapılacak çalışmalara katkı sağlamak üzere veriler elde edilecektir [2].

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Adli Psikiyatri ve Ceza Hukuku

Ceza Hukuku Kamu Hukuku içinde yer alarak, toplum için olan düzenleyici kurallarla devlet ile yurttaş arasındaki ilişkilerin düzenlenmesini sağlar. Bu kuralların ihlali ceza yaptırımını gerektirir ki buna suç denir [1].

Suç - insanlık tarihi kadar eski olan bu kavram, kültürler arası farklılıklar gösterir. Zamansal, mekânsal ve toplumsal olarak herhangi bir eylem yada eylemsizlik, başka bir deyişle aykırılık arz eden tutum ve davranışlar toplumsal düzeni yıkıcı bir boyuta ulaştığında suç sayılabilmektedir. Suçu hukuki, psikolojik ve sosyolojik, kriminolojik açılardan ele almak mümkündür. Suçun öncesi ve sonrasında şahısta olan ruhsal durum ve davranış paternlerinin incelenmesi cezai ehliyet karar vermek için kolaylık sağlayabilir. Suç sonrası genelde utanç ve suçluluk duygusu gelişir ki, bu iki duyguyu prognoz açısından ele alırsak utanç içe çekilmeye sebep oluyorsa da, suçluluk duygusu durumu telafi etmeye, hatayı düzeltmeye teşvik edebilir. Suç öncesi ve sonrası duygu ve davranış paternleri araştırma gerektiren geniş bir alan olmayı sürdürüyor [1].

Son dönemde yapılan araştırmalar bireylerin biyolojik yapılarıyla suçluluk arasındaki ilişkinin araştırılması gerektiğini gündeme getirmektedir. Bireyin genetik yapısı üzerinde çevresel faktörlerin etkisinin de incelenmesi gerektiği unutulmamalıdır [3].

Suç işlemiş kişilerin muayenesi sonucunda cezai tam cezai ehliyet, cezai ehliyetin azalması ve cezai ehliyetinin olmaması şeklinde adli rapor düzenlenir [2].

2.2. Ceza Hukukunun Tarihsel Örnekleri

Suç davranışı topluma büyük ölçüde zarar verir ve müdahalelere karşı da genelde dirençlidir [4].

Eski Roma'da ahlaki sebeplerle, ruhsal hastalığı olduğu kabul edilen kişilere yumuşaklıkla davranılması gerektiğine inanılıyordu. Azaltılmış sorumluluğun ortaya çıktığı ilk mahkeme George III'e ateş ettiği için yargılanan J. Handfield'in yargılandığı mahkeme olmuştur. Bu duruşmayı sonraki yıllarda 1843'de Daniel M'Naghten ve 1954'de Durham yargılaması izledi [1]

Çikatilo vakasında adli psikiyatrik muayenenin toplumsal adaletin sağlanmasında ne kadar önemli olduğu tekrar görüldü. Her suç mahallinde, cinayetlerin yeniden araştırılmasının tamamlanmasının ardından 20 Ağustos 1991 tarihinde "Kurbanların çılgınlıkları, kanları ve acıları bana gevşeme ile zevk verdi" diyen Çikatilo'nun cezai ehliyetinin olup olmadığına dair 60 günlük psikiyatrik değerlendirme için Moskova'da Serbski Enstitüsü'ne transfer oldu. Çikatilo bir psikiyatri uzmanı tarafından muayene edildi. 18 Ekim tarihinde Dr. Andrey Tkaçenko adli raporda katilin sadist özelliklere sahip, kişilik bozukluğundan muzdarip olduğunu fakat akli melekelerinin yerinde olduğunu belirtti [5].

Ceza yaklaşım ve yöntemleri tarih boyunca güncellenmeye devam etmiştir, özel gruplara uygun yöntemler uygulanması hep dikkat çekici olmuştur çünkü tarihin her aşamasında yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da suçluluk davranışı görülmüştür. 17.yüzyıla kadar yetişkinlere uygulanan cezalar çocuklara da uygulanmaktayken bu durum değişmiş, 18. yüzyıldan itibaren ise çocukların ayrıcalıklı olması yönünde adımlar atılmıştır [6]

2.3. SSÇ-Suç Sürüklenen Çocuk

Dünyada ve ülkemizde çocuk ve ergenlere yönelik adli vaka sayısı giderek artmaktadır ve bu süreçte çocuk/ergenler, adli değerlendirme sürecinde bir suçun faili veya mağduru olarak karşımıza çıkmaktadır. İhmal ve istismara uğrayanların suça karışması ve de tam tersi suça karışan çocuk/ergenlerin de ihmal ve istismara uğrama ihtimali yüksektir [7].

Çocuk suçluluğunun anlamı, reşit olmayan birinin yasaların suç diye tanımladığı eylemi gerçekleştirmek olarak anlaşılır. Çocuk adalet sistemi çocuk koruma sisteminin bir parçası olarak işlev görür. Mağdur, sanık ya da tanık olarak yargı sistemine dâhil olan bir çocuğun durumuna özgü yaklaşım gösterilir ve bu yaklaşım, mevzuat, örgütlenme ve hizmetler bütünü oluyor. Bu alandaki uygulamalar genelde iki temel alan göz önünde bulundurularak gerçekleştiriliyor. Bunlardan ilki koruyucu önleyici olan erken uyarı alanı ve eğitici, rehabilite edici ve tedavi edici çalışmaları içeren müdahale alanıdır [8].

Çocuk cinsel suçlarında araştırmalar dört farklı patern (patlayıcı fırsatçı, sadist, aşırı kontrollü öfke ve vahşice) belirlenmişler ve eğilimlerin farklılıkların tanımlanması önlemeye destek olacağı için bu alanda araştırmalara ihtiyaç vardır [9].

2.4. TCK Psikiyatrik Açıdan Önemli Maddeler

TCK Madde 31’de belirtildiği üzere, 12 yaşından küçüklerin ceza sorumluluğu bulunmamakla birlikte bu çocuklara özel güvenlik tedbiri uygulanabilir. 12 ile 15 yaş arası ceza sorumluluğunun gelişip-gelişmediğinin değerlendirilmesi gerekir ve ceza sorumluluğu olması halinde ceza uygulaması erişkinden süresine göre farklıdır. 15 ile 18 yaş arasına kanunda belirtilen ceza indirimi uygulanır [1]

TCK Madde 33’de belirtildiği üzere, 15 yaşından küçüklerin ceza sorumluluğu bulunmamakla birlikte bu çocuklara özel güvenlik tedbiri uygulanabilir. 15 ile 18 yaş arası ceza sorumluluğunun gelişip-gelişmediğinin değerlendirilmesi gerekir ve ceza sorumluluğu olması halinde ceza uygulaması erişkinden süresine göre farklıdır. 18 ile 21 yaş arasına kanunda belirtilen ceza indirimi uygulanır [1].

TCK’a göre 15 yaşından sonra ceza sorumluluğu akıl hastalığı durumundan etkilenebileceği kabul edilmektedir. 32.Madde bu konuyu aydınlatmış olup, TCK 32/1’de işlediği fiilin (suçun) hukuki anlamı ve sonuçlarını algılayamayan ve bu fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış bu kişilere ceza verilmemesi gerektiğini, fakat güvenlik tedbirinin hükmedilmesi gerektiğinden bahseder [1].

TCK 34/1’e göre, irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu suç teşkil ede fiille ilgili davranışlarını

kontrol etme yeteneği bozulmuş kişilere ceza verilmemesini, TCK 34/2 de iradi alım sonrası ceza sorumluluğunun tam olduğunu belirtmekte [1].

2.5. Ceza Sorumluluğu Muayenesi

Ruhsal bozukluklar kişinin suç işlenmesinde etkili olabilir [10].

En önemli husus ön yargılı olmamak, bilirkişiye verilen görevin suçlu ya da suçsuz olma durumuna değil, hastanın mevcut ruhsal durum muayenesinin yapılması ve suç sırasındaki ruhsal durumuyla ilgili sorulara cevap verilmesidir [1].

Muayenede detaylı anamnez alınmalı, alkol madde kullanımı, geğmiş suç öyküsü ayrıntılarıyla öğrenilir. Varsa dava dosyası ve tıbbi dökümanların incelenmesi önerilir. Eğer mümkünse tam kan sayımı, KCFT, TFT, AKŞ, TİT, üre, antiHIV ve VDRL ve EEG incelemesi istenebilir, toksikolojik testler yapılabilir. Gerektiğinde beyin BT ve MRG de istenebilir. Zeka geriliği veya bilişsel fonksiyon bozukluklarının zeka testi ve nöropsikolojik testler yapılabilir [1].

Değerlendirme sonucunda ceza sorumluluğunun tam, yok veya az olduğu rapor edilip, cevaplanması gereken ek sorular varsa onlara dikkat edilir [1].

Uzman görüşleriyle yüksek düzeyde uyumlu olduğu gösterilmiş, “akıl hastası suçlular için cezai sorumluluk derecelendirme ölçeği” (RSCR) on sekiz maddeden (her madde için 0'dan 4'e kadar puanlama) oluşmaktadır. Bu ölçek Roger's Cezai Sorumluluk Ölçeği temelinde geliştirilmiştir ve testin uygulandığı çalışmalarda ruhsal bozukluğun şiddeti kesinlikle sorumluluk düzeyi ile ilişkili bulunduğu yönünde sonuçlar mevcuttur [11].

Yaralama ve hırsızlık suçları gibi cinsel istismar suçları da hemen hemen tüm toplumlarda değişen sıklıkla da olsa görölmekte. Ve ne yazık ki bu suç türü savunmasız kişilere karşı daha çok işlenmekte. Bu savunmasız kişiler henüz erişkinlik çağına gelmemiş kişiler yani çocuklar oluyor. Bu durum da “pedofili” tanısını muayene sırasında düşündürüyor. ICD10'a göre “pedofili” (F65.4), “ergenlik öncesi çocuklara yönelik, ısrarlı veya baskın cinsel tercih” olarak tanımlanmaktadır ve en az 6 ay sürmesi beklenir. Bu tanıya sahip kişiler, en az 16 yaşında ve

çocuktan/çocuklardan en az 5 yaş büyük olmalıdır. Son yıllarda, bazı araştırma grupları pedofili ve çocuk cinsel istismarı arasındaki farklılaşmaya odaklandı [12].

Sexsomnia uykusu esnasında cinsel aktivite ile karakterize, hızlı olmayan bir göz hareketi parasomni davranışına denir. Özel bir parasomnik davranıştır. DSM-5, seksomnia'ya "uykuyla ilişkili cinsel davranış" olarak da adlandırılabilir. Uykuya ilgili cinsel davranışlar, uyanırken ortaya çıkan cinsel davranışlar kadar çeşitlidir. Cinsel davranışlar üzerine yapılan bir çalışmada, cinsel aktivitede bulunan bireylerin yüzde 75'i uyurken erkeklerdi ve en sık görülen cinsel davranışlar cinsel ilişki ve okşama olmuştur. Seksomik davranışlarda bulunan bireylerde en sık görülen tanı uyarılma bozukluğu (%86), ikinci obstrüktif uyku apnesi (%14,3) idi. Gece gerçekleşen cinsel suçlarla ilgili olarak mahkemede seksomnia'nın gündeme gelme olasılığı giderek artmaktadır [13].

2.6. Mağdurların Adli Psikiyatrik Değerlendirilmesi

Mağdurun ruhsal durumu ve mental kapasitesi daha çok cinsel suçlarda gündeme gelmektedir. Ve cinsel istismar suçu, 5271 Sayılı TCK'nın 103. Maddesinde düzenlenmiştir [14].

Her yaş grubundan mağdur görülse de çocukluk çağı cinsel istismarları hem birey hem de toplum için yıkıcı sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur [15]. Cinsel istismar insidansının preadolesan dönemde (özellikle 8-12 yaş arası) artış gösterdiği bilinmektedir [16]. Çocuklara karşı işlenen suçlarda çocuk psikolojisinin yetişkinden farklı olduğu unutulmamalıdır [14].

Risk faktörlerine örnek olarak sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri, iç ve dış göç sonucu kültürel farklılığın ve çatışmanın artmasını, aile kurumundaki değersizleşme ve bozulmaları, geleneksel değerlerin zayıflamasını ve sosyal kontrol unsurlarının zayıflaması sonucu oluştuğunu varsayabileceğimiz toplumsal bozulma verilebilir [17].

TCK'ya göre, mağdur kişilerin zihinsel yetileri bakımından kendilerini savunamayacak durumda olduklarında cezaların ağırlaştırılmasını buyuran maddeler vardır [1].

Kendisini savunamayacak kişilere karşı işlenen suçlarda, sadece yaşamlarına yönelik değil, maddi kötüye kullanım, hırsızlık gasp durumlarında da söz konusu ağırlaştırılmış cezalardan bahsedilir [1].

Suçun bildirilmemesi suçunun da kendisini savunamaz kişilere karşı işlenmişse yine bu yaklaşım hukuken uygulanır. Cezası ağırlaştırılan suçlar:

- TCK 82 - kasten öldürme,
- TCK 86 - kasten yaralama,
- TCK 94 - işkence ve aşağılayıcı davranış,
- TCK 99 - gebeye çocuk düşürtme,
- TCK 102 - cinsel saldırı,
- TCK 103 - çocuğun cinsel istismarı,
- TCK 109 - hürriyeti kısıtlama,
- TCK 142 - hırsızlık,
- TCK 149 - yağma,
- TCK 229 - dilendirme,
- TCK 278 - suçu yetkili makamlara bildirmeme [1].

Cinsel saldırı zor kullanma, korkutulma, tehdit ve hileli yöntemler uygulama yolları ile gerçekleştirilebilir [18].

Konuyla alakalı olan çalışmalar, mağdurların olay sonrası çok azının ilk 72 saatte değerlendirilebildiği ayrıca çoğunluğunun acil servislerde değerlendirilebilindiğine dikkat çekmiştir. Bu sebeple cinsel suç mağdurları için kriz merkezlerinin kurulması ve yaygınlaştırılması ihtiyacını vurgulamıştır [17].

Muayene için gelen kişilerden aydınlatılmış onam formu almalı, detaylı anamnez ve fizik ve genital muayene sonrası adli rapor yazılmalıdır [18]. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak kayıtların yetersiz tutulduğu ve kullanılan tanımlamalarda da farklılıklar olduğu bulunmuştur [19].

2.7. Şiddet, Öfke ve Sinirlilik

Öfke olumlu yollardan ifade edemediği, engellendiği ve ya haksızlığa uğradığını düşündüğü anlarda kişilerin yaşadığı duygudurumu, şiddetin ateşleyicisi, şiddeti eyleme sürükleyen içsel kuvvettir. Şiddet türlerini bireysel, kişiler arası ve

kolektif şiddet olarak alt gruplara ayırabiliriz. Devletlerce yapılan siyasi, ekonomik sosyal şiddet kolektif şiddet grubuna aittir. Fiziksel, cinsel, psikolojik ve ihmal etme şeklinde uygulanmakta. Uygulama motivasyonuna bakıldığında kar veya kazanç elde etme durumu varsa uygulanan şiddet araçsal, kasıtlı kötülük etme niyeti ile yapıldığında amaçsal şiddet olarak tanımlandırılabilir. Özellikle azınlık gruplar şiddete uğrama yönünden risk teşkil etmekte. Şiddet davranış ve eylemlerle karakterize ise de saldırganlık bir ruh halidir [20].

Sinirlilik yakınması hem ceza sorumluluğu muayenesi için gelen hastalarda hem de suid girişimi nedeniyle değerlendirilen hastalarda sık görülür.

Sinirlilik- zaman içindeki seyrine bağlı, kesitsel ve uzunlamasına olarak depresyonla bağlantılıdır. Pediatrik depresyonda epizodik bir semptom şeklinde olsa da, depresif ruh hali veya anhedoni yokluğunda sinirlilik nadir görülür. Kronik sinirliliğin bipolar bozukluk veya dışa yönelim bozukluklarından ziyade depresyonu öngördüğü gösterilmiştir ki bu durum sinirlilik ve depresyon arasındaki bağlantının çoğunlukla paylaşılan genetik riskle açıklanmakta. Her iki durum da yüksek ailede depresyon öyküsü oranları, çocukluk mizaç ve kişilik özellikleri, olumsuz ebeveynlik tutumları ile ilişkili bulunmuştur [21].

DSM-5'e göre, bu yakınma klinikte tipik olarak kendini engellenmeye tepki olarak ortaya çıkan sıklaşmış öfke patlamaları ile gösterir. Ebeveynleri, öğretmenleri ve akranları arasındaki etkileşimler sırasında bir davranış olarak gözlemlenebilen, sözlü veya başkalarına, kendine veya nesnelere karşı saldırganlık şeklinde olabilir. Depresyon ve sinirliliğin bağımsız etkisine ilişkin kanıtlar mevcuttur, ancak intihar riski üzerindeki ortak etkilerine ilişkin kanıtlar eksiktir. Kanıtlardaki diğer eksiklikler sinirliliğin daha çok ergenlik döneminde ölçülmüş olmasıdır çünkü çocuklukta sinirlilik değerlendirmesi gelişimsel bir bakış açısıyla önemlidir. Çocukluk, sinirlilik dışavurumu için en uygun dönemdir [22].

Her ne kadar konuları ayrıştırsak da, şikayete odaklı araştırma sonuçları bizi yine cinsiyet ve aile özelliklerine götürüyor. Araştırma sonuçlarında sinirlilik ve depresif/kaygılı duygudurum profili yüksek olan çocukların erkek olma, depresif ve/veya agresif tepki veren bir anne tarafından büyütülme ve sosyoekonomik açıdan avantajlı bir aileden gelme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Sinirlilik ve depresif yakınmalarla gelen ergenlerde ne sinirlilik ne de depresif yakınmalarla gelenlere göre intihar riskinin 2 kat daha fazla olduğunu saptamıştır [22].

2.8. Suç Davranışlarının Öngörme ve Önlenmesi

Biyo-belirteç (Biyo-marker) alanının geliştirilmesi diğer tanı-tedavi alanlarının olduğu kadar adli psikiyatri alanının da işleyişini iyileştirebilir. Biyobelirtecın özelliğı bozukluğu teşhis eden veya sonucu öngören klinik “test” olarak hizmet etmesidir.

Günümüzde sadece moleküler, kan, genetik veya nörotransmitter biyobelirteçlerini değil aynı zamanda yapısal ve fonksiyonel görüntüleme parametrelerini de içermektedirler. Biyobelirteçlerin kullanımı, yalnızca teşhisin doğruluğunu artırma fırsatı sunmakla kalmaz, aynı zamanda bir tedavinin başarısını izlemek için de hayati olabilir [12].

Biyo belirteç ihtiyacı için çalışmalar sürmekte. Kortizol düzeyi ile ilgili bu anlamda varsayımlar olsa da suçlularda kortizol düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalarda kontrol grubundan anlamlı fark bulunmamıştır [23].

Başka bir çalışma, beyinde türetilmiş sinir hücresi büyüme faktörü’nün, ÇÇT mağduru kadınlarda hastalık ve suç eğilimi gelişimi ile ilgili önemli bir faktör/ biyo-belirteç olabileceğı fikrinin altını çizmektedir [10].

Alan gelişmekte olsa da, zorluklar devam etse de, bu alandaki en son gelişmeler, zihinsel hastalıkların nörobiyolojik temellerini araştırmak ve yeni ilaç stratejilerinin gelişimini hızlandıracak büyük umut vaat ediyor [24].

Almanyada 2012 den itibaren adli önleyici (koruyucu) poliklinik hizmete başlamış, ve çalışma sonucu hem suç önlemede hem suç sonrası adli psikiyatrik kliniklerde yatış oranları azaldığı için ekonomik anlamda pozitif sonuçlar elde edilmiştir [25].

2.9. Diğer Adli Durumlar

Adli durumlara örnek olarak:

- Yaralanmaları (ateşli silah, kesici alet, patlayıcı madde ve s.), darp olguları,
- Şüpheli yaralanma ve ölümler, işkence iddiaları,
- Trafik kazaları, iş kazaları,
- İstismar olguları (Cinsel istismar, yaşlı istismarı, çocuk istismarı),
- İntoksikasyonlar, yanıklar, elektrik ve yıldırım çarpmaları, mekanik asfiksi olguları (ası, iple boğulma, suda boğulma),
- İntihar girişimleri örnek olarak gösterilebilir [2].

Bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de, yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, TCK 279. Maddesine göre 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır, bu kişi kamu görevlisi sağlık personeli ise TCK 280. Maddesine göre 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suça ilişkin ihbar veya şikayet hastane polisi, polis, jandarma karakoluna bildirilir. İhbar yazılı veya tutanağa geçirilmek üzere sözlü olarak yapılabilir ve düzenlenen adli rapor, imza karşılığı teslim edilir [1].

2.9.1. Yaşlıların Muayenesi

Dünya nüfusunda yaşlı sayısı geçen yıllara kıyasla armaktadır. Bakım tesislerinde olsun ve ya olmasın yaşlılar istismara uğrama açısından risk altındadırlar [26]. Bu nedenle geriatrik psikiyatri ve adli psikiyatri arasındaki önemli ve sürekli büyüyen ilişki mevcuttur [27].

Ceza hukuku çerçevesinde suçlu veya mağdur olarak değerlendirilen bireylerin önemli bir kısmının yaşları artmakta ve yaşlılar sıklıkla madli süreçlere mağdur olarak dahil olurlar [28]. Bir çoğunda psikiyatrik bozukluklar bulunmaktadır. Bu bireylere bakım sağlamak için ceza hukuku sistemi içinde uygun hizmetlerin bulunmaması nedeniyle bakımları tehlikeye girebilmektedir [29]. Yargılama sırasında veya cezaevinde herhangi bir zamanda bunama veya ciddi bir akıl hastalığı gelişmesi durumunda, bu yaşlılar için özel yaklaşımlara ihtiyaç vardır [28].

Mağdur olarak baktığımızda yaşlı istismarı, kesin bir tanımı olmamakla birlikte literatürde genel olarak 60 yaş üstü bireylere karşı kötü muamele olarak tanımlanmakta olduğunu görürüz [30].

Yaşlı istismarı niteliği taşıyan bu kötü muameleleri önlemek veya azaltmak için müdahaleler konusunda sınırlı araştırma yapılmıştır [26].

İstismar mağduru yaşlılar yardım amaçlı çoğu zaman acil servislere başvurmakta. Bu nedenle doktorlar, istismarı ilgili kurumuna bildirerek güvenli bir taburculuk planı ve yakın takip içeren bir tedavi planı geliştirerek istismar mağduru yaşlılara mağdurlarına yardımcı olabilirler [26].

2.9.2. Vasi Tayini

Eylem yeterliliği bakımından kişiler 4 gruba ayrılır. 1.grup tam yeterliler; 2.grup kısıtlı yeterliler (yasal danışman atanmış kişiler); 3.grup kısıtlı yetersizler grubuna ayırt etme gücü olan küçükler ve kısıtlılar dahildir, yasalar ayırt etme güçleri yerinde olduğu için bu gruba dahil kişilerin bazı işlemleri yapabiliyor olmaları yasal olarak kabul görür; 4.grup tam yetersizlerdir. TMK 405, 406, 407, 408 ve 409.maddeleri ile kısıtlanma durumları yasal olarak düzenlenmiştir [31].

Yaşlılar için önemli bir adli psikiyatrik muayene nedeni Vasi tayini sürecidir. Vasi, TMK 413. Maddesine göre sulh hukuk mahkemesi tarafından atanıyor [32]. Adli psikiyatri pratiğinde klinisyenlerin, BAB durumlarında da vasi tayini başvurularıyla karşılaşabilirler. BAB'u olan olgular için yasal temsilci atanması ile ilgili değerlendirmelerde hastalığın seyri, manik ya da karma atak sayısı ve sıklığı önemli görülür. Ayrıca toplam atak sayısı ile yatış sayısı ve sürelerine, alkol ve madde kullanımına, ataklara eşlik eden psikotik semptomların varlığına, başka bir birinci eksen eştanısının eşlik edip etmediğine odaklanmalarının önemli olduğu görülmüştür [33].

2.10. İntihar Girişimi

İntihar davranışı, dünya çapında çok sayıda ölüm ve sakatlıklara neden olmaktadır ve bu nedenle önemli bir halk sağlığı sorunudur [34].

İntiharı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), intiharı "kasıtlı bir öldürme eylemi" olarak tanımlıyor. Her yıl dünyada üzerindeki yaklaşık 800.000 ölümün nedenidir [35].

Genel anlamda baktığımızda, 2 tür temel kendine zarar verme davranışı tanımlanmıştır. Bunlar intihar ve intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme şeklinde sınıflandırılabilir. İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışlarını ergenliğe özgü geçici davranışlar, gençlik isyanının bir parçası olarak kabul ediliyor olsa da, günümüzde mevcut araştırmalar bozukluğun yetişkin nüfusu neredeyse eşit ölçüde etkilediğini göstermektedir [36].

2.10.1. İntihar Risk Faktörleri

İntiharı tamamlayanların üçte ikisi ölüm anında depresyondadır ve depresyon tanısı alanlarda intihar riski genel nüfusa kıyasla 20 kat daha fazladır [37]

Özellikle ergenler için ikinci en sık ölüm nedenidir [38]. Epidemiyolojik açıdan intihar davranışı ülkeler ve sosyodemografik popülasyonlar arasında farklılık göstermekte olmasına rağmen, çalışmalar nadiren ülkeler arası yürütülüyor ve yüksek riskli popülasyonları tek tip olarak hesaba katmıyor [39].

Risk faktörleri arasında bir depresyon atağı, yakın zamanda kişilerarası kayıplar, zayıf sosyal destek, işsizlik, yalnız yaşama, ciddi tıbbi hastalıklar, devam eden alkol kullanımı ve intihar düşüncesinin olması yer alır [37].

Güçlü sosyal desteğin geç yaşam stresörlerine karşı koruyucu bir etkisi vardır [40].

2.10.2. COVID-19 ve İntihar Girişimi

İntihar girişimi ve intihara bağlı ölüm oranları on yıldan fazla bir süredir artmaktadır ve özellikle COVID-19 pandemisi sırasında intihar düşüncelerinin oranı, pandemi öncesi bildirilenden daha yüksektir ve gelecekte daha yüksek intihar

oranlarına neden olabileceği düşünülmekte [38], [41]. Yapılan çalışmalarda COVID enfeksiyonu ile ilişkili hastalarda en sık görülen psikiyatrik belirtiler arasında anksiyete ve diğer ilişkili bozukluklar (%4,6), duygudurum bozuklukları (%3,8) bulunurken, hastaların %0,2'sinde intihar düşüncesi vardı [42].

2.10.3. Psikiyatrik Hastalıklarda İntihar Girişimi

Psikiyatrik hastalıklarda intihar riskinde artış şimdiye kadarki birçok araştırmalar sonucu literatüre geçmiştir ve intihar sonucu ölen insanların %90'ında altta yatan bir psikiyatrik bozukluk bildirilmiştir [43]. Psikiyatri kliniklerinin acillerinde tedavi edilen bütün hastalarda intihar riskinin dikkate alınması ve detaylı değerlendirilme yapılması gerektiği vurgulanmaktadır [44].

Borderline kişilik bozukluğu, intihar davranışları ve kendine zarar verme ile ilişkili görülmüştür ve bu hastaların %10 kadarına intiharla ölüm bildirilmiştir. Araştırma verileri bu bozuklukta intiharı önlemenin etkinliğini desteklememektedir ve hastaneye yatmanın yararlı olduğu göstermemiştir. Mevcut sonuçlardan en kanıta dayalı olanları tedavi yöntemlerinden özel olarak tasarlanmış psikoterapilerin üzerinde durmaktadır [45].

İntihar girişimi açısından duygudurum ve psikotik bozukluklara baktığımızda Şizofreni hastalarında yaşam beklentisini etkileyerek ömür boyu intihar oranı yaklaşık %10 gibi yüksek bir orana sahiptir. Şizofreni hastalarında özellikle semptomların farkında olmak, tedaviye olumsuz tutumda olmak veya tedaviye uyumsuzluk daha fazla intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. Depresyon öyküsü ve intihar davranışı öyküsü bu hastalarda intihar riskini önemli derecede artırır [46].

İntihar sonucu ölüm BAB'daki ölümlerin yaklaşık %15'inden sorumlu bulunmuştur [43]. BAB yüksek intihar oranına sahiptir ve genel nüfusun yaklaşık 20-30 katıdır. BAB depresyon atağı için ketamin ve TMS gibi görece daha yeni ortaya çıkan tedavilere rağmen, lityum tedavisi BAB'da düşük intihar oranlarıyla ilişkili tek ilaç olmaya devam etmekte [47].

Depresyon ve ya geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, önceki intihar girişimleri, umutsuzluk ve moral bozukluğu, ağrı, sosyal destek eksikliği ve başkalarına yük gibi hissetme ve bazen de varoluşsal kaygılar, belirli demografik özellikler ve kanser

türlerine göre kanser tanısı alan hastalarda artan intihar eğilimi ile ilişkili görülür [48]. Depresyonun yaygınlığı ve intiharla güçlü ilişkisi göz önüne alındığında, bu kişilerde intiharın önlenmesi son derece önemlidir. Çinde yapılan bir çalışmaya göre intihar düşüncesi için %53.1, intihar planı için %17.5 ve intihar girişimi için %23.7 havuzlanmış yaşam boyu prevalansı tahmin edilmekte [43].

Çalışmalarla psikiyatrik komorbiditelerin intihar davranışının gelişiminde önemli faktör olduğu kanıtlanmakla birlikte, son zamanlarda, hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde DEHB ile intihar arasındaki olası bir ilişkiye artan bir ilgi oluşmaktadır [49].

2.10.4. İntihar Önleme Çalışmaları

İntihar girişimi, acil servis girişlerinin önemli kısmını oluşturan diğer davranışsal ve psikiyatrik acil durumlar arasındadır [50].

Özellikle ileri yaşta erkeklerde, psikolojik müdahalelerle birlikte intihar önleme çalışmaları psikiyatrik bozuklukları değerlendirme ve tedavi etme stratejilerine dayanmalıdır [51]. Ergenler için ise psikiyatrik tedavisine uyumu artırmaya odaklanan müdahaleler, ebeveyn tutumlarının yanı sıra spesifik çocuk psikopatolojisine odaklanma öneriliyor [52].

2.10.5. Sosyal Açıdan İntihar Girişimi

İntihar girişimi veya davranışı, sadece tıbbi değil, aynı zamanda sosyal bir sorundur [53]. Mevcut araştırmalar, intihar düşüncesi ve davranışının (yani intihar damgası) sosyal olarak kınanmasının, intiharı deneyimleyen kişiler ve onların yakınları arasında ek bir stres etkeni olduğunu göstermiştir [54]. Ayrıca, intihar damgası, intihar için yardım aramanın ve ifşa edilmesinin önündeki merkezi bir engel olarak kabul edilmekte. Damgalamayı azaltmaya yönelik müdahaleler, başarılı intiharı önlemenin önemli parçası olabilir [55].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01.01.2015-01.01.2020 tarihleri arasında adli rapor tanzimi için danışılan hasta dosyalarını retrospektif olarak incelemeyi hedefledik. 862 adli giriş sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından gruplandırılarak incelendi. Amaç polikliniğe yönlendirilen adli girişi olan ve bilirkişi veya kati rapor düzenlenmesi istenen kişilerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin özelliklerin detaylı incelenmesidir. Öncelikle rapor grupları ceza sorumluluğu, vasi tayini, intihar girişimi kati raporları, son durum muayenesi, cinsel istismar mağdurlarının muayenesi ve diğerleri şeklinde gruplandırıldı. Bu gruplarda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, (erkeklerde) askerlik öyküsü, soy geçmiş, özgeçmiş, geçmiş psikiyatrik tanı, kullandığı ilaç, hastaneye yatış öyküsü, yapılan psikolojik testler, muayeneye kimin eşliğinde geldiği, başlıca yakınmalar, duygu durum muayenelerinde saptanan bulgular, ruhsal durum muayenesinde saptanan diğer bulgular, yapılan testler, edinilen kanaatler istatistiksel olarak incelendi. Suisid grubunda ekstra olarak suisid için tercih edilen yöntemi, ani veya planlı girişim olup olması, eylem sonrası duyulan pişmanlık açısından, eylemle ilgili haber verme veya vedalaşma durumları, ailede suisid girişimi durumu, girişim saati, girişimin mevsimsel özellikleri istatistiksel olarak incelendi.

3.2. Örneklem

01.01.2015 ile 01.01.2020 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine adli rapor için yönlendirilen ve tarafımızca düzenlenen 862 hasta dosyası istatistiksel olarak sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre incelenmiştir. Madde kullanımı, postarret hastalar, kazayla düşme, ajitasyon için danışılan hastalar araştırmaya alınmamıştır. Bunun dışında tetkik istenip dosyası tamamlanamamış vakalar da mevcut tarih aralığında olsalar da yeterli bilgi barındırmadığı için araştırma dışı tutulmuştur.

Kişinin TCK 32/1-2 kapsamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceği, uğramış olduğu cinsel istismar nedeniyle ruh sağlığının bozulup-bozulmadığı, kişinin vesayet altına alınmasını gerektiren durumunun tespiti, kapsamlı psikolojik değerlendirme (olaya bağlı olarak sekel mahiyetinde arıza olup-olmadığı) durumları araştırmamızda başlıca rapor istemi nedenleri olmuştur.

Örneklem grubunun hastane kayıtlarında şahısların suç türleri ve mahkemeler tarafından gönderilme nedenlerinin tamamına ulaşamamıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

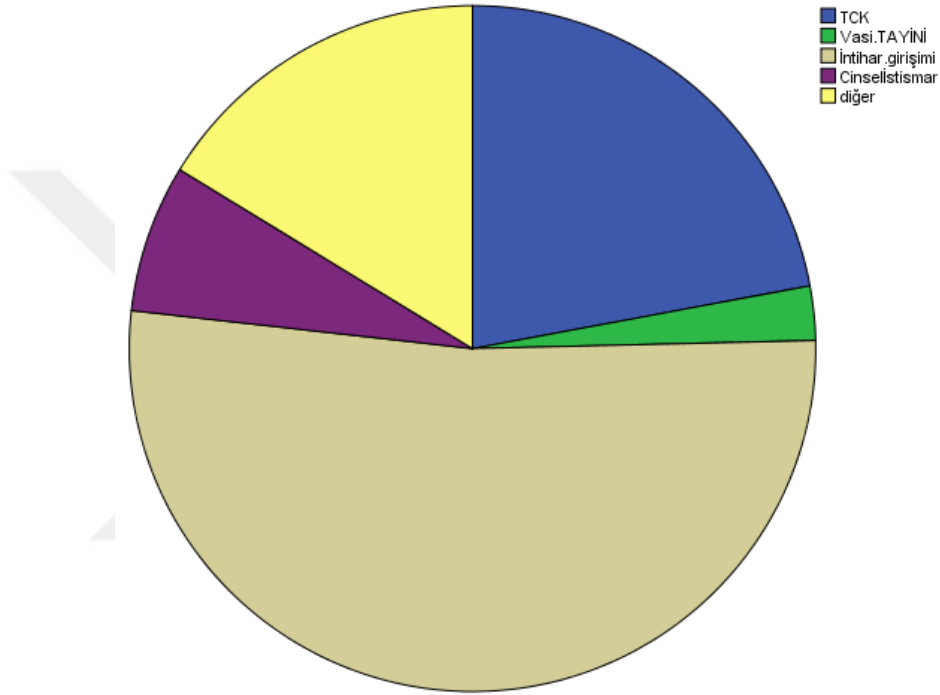
Araştırma retrospektif olduğundan herhangi ölçek kullanılmamış, tanılar, DSM-5 esas alınarak konulmuş, sınıflandırılmış tanıları, gönderilme nedenleri ve sosyodemografik özellikleri SPSS programında istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

3.4. İşlem

Araştırma sorusuna karar verildiğinde önce Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'na çalışmanın etik olarak incelenmesi için gerekli formlar hazırlanıp, etik kurula başvurulmuştur. Araştırmamız, etik kurul tarafından onaylanmış olup eklerde sunulmuştur (EK-1). Veri toplama aşaması toplam 12 ay sürmüştür. Elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, aritmetik ortalama±standart sapma şeklinde sunulmuştur. Grupların normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda, Bağımsız Gruplarda t testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon analizi, Kruskal Wallis, Chi-square testi kullanılmış. $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızda 862 hasta dosyası inceledi. Polikliniğimizde değerlendirilen, adli rapor (bilirkişi/kati rapor) girişlerine bakıldığında (Tablo 1) büyük çoğunluğu intihar girişimleri oluşturduğu görüldü (Şekil 1).



Şekil 1. Rapor grupları dağılımı

Tablo 1. Rapor grupları oranları

	Sayısı	Yüzdesi %
TCK	190	22,0
Vasi Tayini	22	2,6
İntihar girişimi	449	52,1
Cinsel İstismar	60	7,0
Diğer raporlar	141	16,4
Tümü	862	100,0

4.1. Sosyo-Demografik Bilgilerinin ve Özelliklerinin Değerlendirilmesi

İnceleme sonucunda 862 dosyanın 454'ü kadın, 408'i erkeğe aitti (Tablo 2). Çalışmada sadece 8 yabancı uyruklu olduğu için göç durumu açısından değerlendirme yapılamadı.

4.1.1. Yaş

Gelenler 9 ile 84 yaş aralığındaydı (Kruskal Wallis Testi ile bakıldı). Yaş aralığı en fazla değişkenlik gösteren grup Vasi tayini muayenesi için gelen gruptaydı.

2 kişi 9 yaşında, 14 kişi 12yaşında, 23 kişi 13 yaşında, 33 kişi 14 yaşında, 77 kişi 15 yaşında, 76 kişi 16 yaşında, 39 kişi 17 yaşında, 594 kişi 18 yaş üzeriydi.

4.1.2. Cinsiyet

Adli giriş nedenli gelenlerin 454'ü kadın 408'i erkek.

Tablo 2. Cinsiyet oranları

	Sayısı	Yüzdesi
Kadın	454	52,7
Erkek	408	47,3
Tümü	862	100,0

Kadın cinsiyet, intihar girişimi dosyalarında 309, cinsel istismar nedeniyle gelenlerin 49, ayrıntılı adli psikiyatrik muayenelerinin 37 (tüm diğer rapor gruplarında ise 61), ceza sorumluluğu muayenelerinin 26, vasi tayini dosyalarının 9'nu oluşturmaktaydı. Böylece rapor gruplarında cinsiyet arasında farkı, istatistiksel olarak da anlam ifade etmekte ($p=0,000$; $p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Gruplara göre cinsiyet

	Kadın	Erkek	Tümü
TCK	26	164	190
Vasi Tayini	9	13	22
İntihar girişimi	309	140	449
Cinsel istismar	49	11	60
Diğer rapor grupları	61	80	141

P=0,000

4.1.3. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Sigara kullanımı tablo 4 de verilmiştir.

Tablo 4. Sigara Kullanımı

	Kullanmıyor	Kullanıyor	bilinmiyor
TCK	51 (%26,8)	79 (%41,5)	60 (%31,5)
Vasi Tayini	12 (%54,5)	3 (%13,6)	7 (%31,8)
İntihar girişimi	221 (%49,2)	168 (%37,4)	60 (%13,3)
Cinsel istismar	35 (%58,3)	9 (%15)	16 (%26,6)
Diğer rapor grupları	50 (%35,4)	54 (%38,2)	37 (%26,2)

p=0,000; diğer dosyalarda belirtilmemiş

496 hasta alkol kullanmadığını, 159 hasta değişen sıklıkla kullanıyor olduklarını ve 23 hasta alkolü bıraktığını iletmiş. 174 hastanın dosyasında bilgi bulunamadı (Tablo 5).

Tablo 5. Alkol kullanımı

	Kullanmıyor	Kullanıyor	Bilinmiyor
TCK	91 (%47,89)	44 (%23,15)	55 (%28,94)
Vasi Tayini	12 (%54,5)	2 (%9,0)	10 (%45,4)
İntihar girişimi	295 (%65,7)	87 (19,3)	67 (%14,9)
Cinsel istismar	40 (%66,6)	5 (%8,3)	15 (%25)
Diğer rapor grupları	83 (%58,86)	21 (%14,89)	37 (%24,24)

p=0,022

582 kişide madde kullanımı olmamış, Madde kullanımı öyküsü %10,4 olarak saptandı ($p=0,000$; $p<0,05$) (Tablo 6).

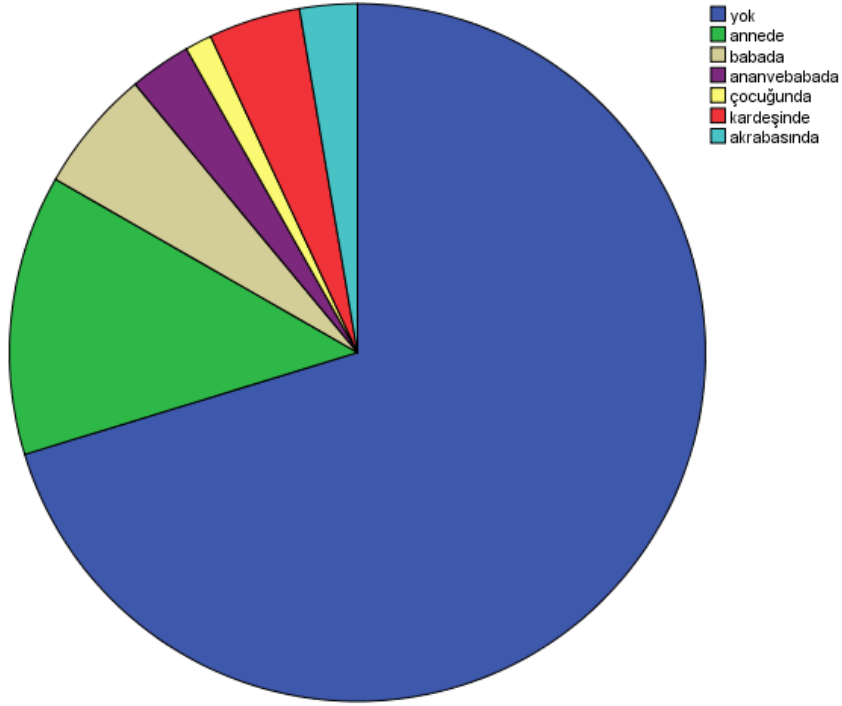
Tablo 6. Madde kullanımı

	Kullanmıyor	Kullanıyor	Bilinmiyor
TCK	100 (%52,6)	34 (%17,89)	56 (%29,47)
Vasi Tayini	12 (%54,5)	1 (%4,5)	9 (%40,9)
İntihar girişimi	341 (%75,9)	36 (%8,0)	72 (%16,0)
Cinsel istismar	41 (%68,3)	2 (%3,3)	17 (%28,3)
Diğer rapor grupları	88 (%62,4)	17 (%12,0)	36 (%25,5)

Sadece esrar kullanmış olan 21 kişi, sadece Bally kullanan kişi sayısı 7, sadece bonzai kullanan kişi sayısı 8 olmuştur. 44 kişide çoklu madde kullanımı olmuştur. En yaygın kullanılan uyuşturucu madde, 48 kişide olmakla esrar kullanımıydı. Tiner kullanımı 5 kişide, kokain kullanımı 5 kişide, çakmakgazı kullanımı 5 kişide, metamfetamin kullanımı 15 kişide mevcuttu.

4.1.4. Soy Geçmiş özellikleri

Soy geçmiş özellikleri ve de anne baba akrabalılığı durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuç olmasa da ($p=0,96$) soygeçmişinde psikiyatrik hastalık bulunanlarla ailede intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı kolerasyon görüldü ($p=0,000$) (Şekil 2).



Şekil 2. Soy geçmiş özellikleri

4.1.5. Eğitim

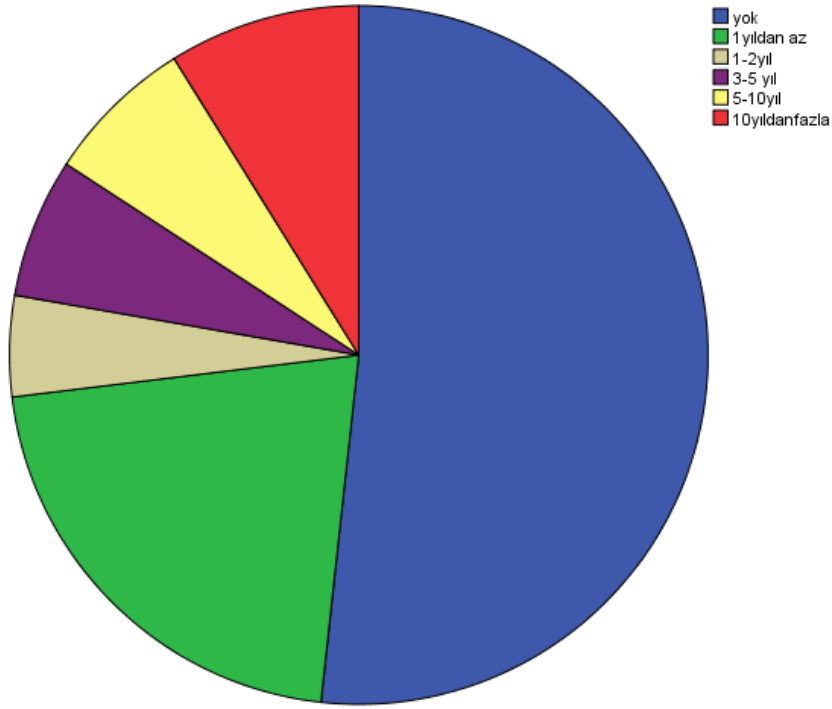
Ceza sorumluluğu, Vasi tayini, intihar girişimi ve cinsel istismar gruplarında eğitim seviyelerine bakıldığında, gruplar arasında anlamlı farklar vardı. Lise öncesi 384 kişi vardı. Sınıf tekrarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı (Tablo 7).

Tablo 7. Eğitim Seviyesi

	TCK	Vasi Tayini	İntihar girişimi	Cinsel İstismar
Lise öncesi	142	20	198	24
Lise ve sonrası	45	2	197	35

p=0,000

4.1.6. Geçmiş tedavi öyküsü ve tedavi uyumu



Şekil 3. Tedavi süreleri

Hastaların tedavi süreleri 0, 0-12 ay, 1-3 yıl, 3-5 yıl ve 5-10 yıl ve 10 yıl üzeri olmakla gruplandırıldı ve bu gruplarda tedavi uyumu incelendi. Sonuçlara bakıldığında 0-12 ay arasında tedaviye uyumsuz davranış (ilaç bırakma/düzensiz kullanma) en fazla bulundu ($p=0,000$) (Şekil 3).

Tedavi uyumsuzluğu gruplarla karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamsız bulundu ($p=0,188$).

Tablo 8. Tedavi uyumu ve yatış sayısı

	Psikiyatrik yatış öyküsü				Toplam
	Olmamış	1 kez	2 kez	3 ve daha fazla	
Tedaviye yumusuz	115	27	19	27	188
Uyumsuzluk olmamış	374	6	0	2	382
Toplam	489	33	19	29	570

$p=0,000$

Hastaların yatış sayılarıyla tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki istatistiksel bakımdan da anlamlı bulundu (Tablo 8). Tedavi uyumsuzluğu cinsiyet açısından bakıldığında istatistiksel anlamlı sonuç bulunmadı ($p=0,178$). Ayrıca tedavi uyumsuzluğu ile intihar girişim sayısı arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p=0,365$).

Tablo 9. Rapor gruplarına göre tedavi uyumu bozukluğu saptanma durumu;

	Saptanmış	Saptanmamış
TCK	46	61
Vasi tayini	4	6
İntihar girişimi	126	209
Cinsel istismar	9	32
Diğer rapor grupları	22	78

$p=0,006$

Diğer dosyalardan bu konuda bilgi bulunamadı. Saptanmayanlarda henüz ilaç tedavisi başlanmamış kesim de var (Tablo 9).

Tablo 10. Tedavi süreleri, gruplara göre

	Tedavi süresi					
	Tedavisiz	1y ıldan az	1-2yıl	3-5 yıl	5-10yıl	10 yıldan fazla
TCK	51	17	5	13	17	22
Vasi Tayini	8	1	0	0	2	6
İntihar girişimi	188	98	15	21	23	26
Cinsel İstismar	28	10	4	3	0	1
Diğer raporlar	71	16	7	6	4	4
	346	142	31	43	46	59

$p=0,000$.

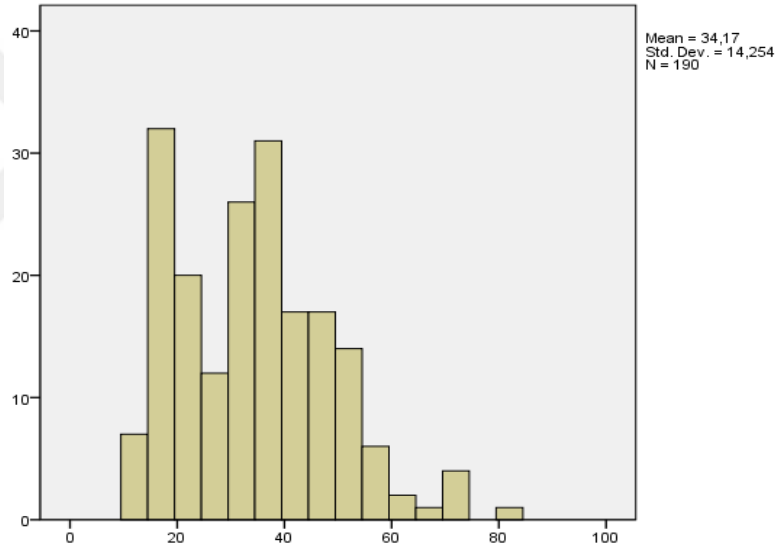
Bazı dosyalarda tedavi süreleri hakkında bilgi bulunamadı.

4.2. Ceza Sorumluluğu Muayenesi İçin Gelenlerde Sosyodemografik Parametreler

4.2.1. Yaş ve cinsiyet özellikleri

189 şahıs ceza sorumluluğu açısından muayene için gönderildi. Toplamda ceza sorumluluğu için gelenlerin 26'sı (%13,75) kadın, 163'ü (86,24) erkekti ($p=0,004$).

18 yaş öncesi 28 kişi vardı (%14,8) ($p=0,000$). 15 yaşındaki 1 kişi hariç hepsi erkekti, genel olarak en düşük yaş 12'di. 12 yaşında 2, 13 yaşında 1, 14 yaşında 4, 15 yaşında 9 (1'i kadın), 16 yaşında 9, 17 yaşında 3 kişi muayene edilmiş, 7 SSÇ'un ceza ehliyetinin gelişmediği kanaatine varılmıştır.



Şekil 4. Yaş özellikleri

4.2.2. Özgeçmiş özellikleri

Tablo 11. Medeni durum farkları

	Bekar	Evli	Tümü
TCK	130	60	190
Vasi	10	12	22
İntihar girişimi	311	138	449
Cinsel istismar	58	2	60
Tümü	509	212	721

4 grup harici diğer gruplardaki hastaların sayısı az olduğu için medeni duruma sadece bu gruplarda bakıldı (p=0,000) (Tablo 11).

Erkeklerin 33'ü (%17,3) henüz askerlik yapmamış, 39'unda (%20,5) askerlik öyküsünde sorun olmadığı, 61'inde (%32,1) değişik sorunlar ve ceza alma durumu olduğu görüldü (Tablo 12).

Tablo 12. Askerlik öyküsü

		Askerlik grubu			Tümü
		Henüz Yapmamış	Yapmış sorun olmamış	Sorun yaşamış	
TCK	Sayı	33	39	90	162
	% rapor nedenine göre	20,4%	24,1%	55,6%	100,0%
	% askerlik grubuna göre	35,5%	58,2%	18,6%	25,1%
Vasi tayini	Sayı	1	4	13	18
	% rapor nedenine göre	5,6%	22,2%	72,2%	100,0%
	% askerlik grubuna göre	1,1%	6,0%	2,7%	2,8%
İntihar girişimi	Sayı	51	24	332	407
	% rapor nedenine göre	12,5%	5,9%	81,6%	100,0%
	% askerlik grubuna göre	54,8%	35,8%	68,5%	63,1%
Cinsel istismar	Sayı	8	0	50	58
	% rapor nedenine göre	13,8%	,0%	86,2%	100,0%
	% askerlik grubuna göre	8,6%	,0%	10,3%	9,0%
Tümü	Sayı	93	67	485	645
	% rapor nedenine göre	14,4%	10,4%	75,2%	100,0%
	% askerlik grubuna göre	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tablo 13. Meslek durumu

Meslek grubu	Rapor nedeni				Tümü
	tck32	Vasi	İntihar	Cinsel istismar	
Çalışmıyor	86	13	141	20	260
% meslek grubuna göre	33,1%	5,0%	54,2%	7,7%	100,0%
% rapora nedenine göre	48,3%	68,4%	33,6%	35,1%	38,6%
Öğrenci	23	0	181	33	237
% meslek grubuna göre	9,7%	,0%	76,4%	13,9%	100,0%
% rapor nedenine göre	12,9%	,0%	43,1%	57,9%	35,2%
Çalışıyor	69	6	98	4	177
% meslek grubuna göre	39,0%	3,4%	55,4%	2,3%	100,0%
% rapor nedenine göre	38,8%	31,6%	23,3%	7,0%	26,3%
Tümü	178	19	420	57	674
% meslek grubuna göre	26,4%	2,8%	62,3%	8,5%	100,0%
% rapor nedenine göre	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p=0,000

Gelenlerden 86 kişi (%45,2) işsizdi, 23 kişi (%12,1) öğrenci (Tablo 13).

Adli geçmiş öyküsü ceza sorumluluğu muayenesi için gelen 48 kişide olmuş, 35 kişide hiç olmamış.

Tablo 14. Adli olaya karışma

Rapor grupları	Adli olaya karışma		Tümü
	Yok	Var	
TCK	35	48	83
Vasi Tayini	0	1	1
İntihar girişi	3	9	12
Cinsel İstismar	1	0	1
Diğer Raporlar	3	9	12
Tümü	42	67	109

p=0,338

Adli olaya karışma durumuyla rapor grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 14).

Ceza sorumluluğu için gelen 34 (%17,89) kişide madde kullanım öyküsü bulunmaktaydı.

Tablo 15. Psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü

	Ceza sorumluluğu için gelenler
Olmamış	92 (%48,4)
1 kez	23 (%12,1)
2 kez	20 (%10,5)
3 kez ve üzeri	29 (%15,2)
Dosyada bilgi bulunmayan	26 (%13,6)

Çalışmamızda ceza sorumluluğu muayenesi için gelenlerin %37,8'da psikiyatride yatırılarak tedavi olma öyküsü saptandı (Tablo 15).

Tablo 16. Rapor gruplarında psikiyatrik yatış öyküsü

	Psikiyatride yatış öyküsü				Tümü
	Yok	1 kez	2 kez	3 ve daha fazla	
TCK	92	23	20	29	164
Vasi Tayini	7	2	1	3	13
İntihar girişimi	331	39	10	31	411
Cinsel İstismar	47	2	1	0	50
Diğer Raporlar	119	1	1	3	124
Tümü	596	67	33	66	762

p=0,000

4.2.3. Soy Geçmiş Özellikleri

Soy geçmiş özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Çocuk sayıları gruplara göre karşılaştırıldığında ($p=0,000$), Vasi tayini grubu hariç bakılan 4 temel grupta inceleme sonucu genelde çocuğu olmayan kişiler daha çokdu. TCK ceza sorumluluğu muayenesi için gelenlerde 111 kişinin (%59,7) çocuğu yoktu.

4.2.4. Muayene Nedeni Suçlar

Kadınlar ve erkekler arasında işlenen suçlar karşılaştırıldı, anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Lise öncesi eğitim, lise ve sonrası eğitim şeklinde 2 ye ayırdığımız ceza sorumluluğu muayenesi için gelen kişilerin suç türleri ile eğitim seviyeleri arasında inceleme yapıldı. Sonuçlar istatistik olarak anlamsız bulundu ($p=0,583$).

Tablo 17. Bahsi geçen suçlar

	Görülme sayısı
Yaralama	70 (%36,8)
Hakaret, tehdit ve benzeri	30 (%15,7)
Hırsızlık ve dolandırıcılık	35 (%18,4)
Cinsel istismar ve benzeri	21 (%11,0)
Mala zarar verme	11 (%5,7)
Diğer suçlar	13 (%6,8)
Bilgisi dosyada olmayan	10 (%5,2)

4.2.5. Şikayet

Şahısların ikayetler incelendiğinde, en yaygın şikayet olarak, 41 (şikayetlerin %28,67'si) kişinin sinirlilik şikayeti iletmış olduğunu gördük. 46 kişi şikayetinin olmadığını belirtmiş. 11 kişi ses duyma yakınması, 10 kişi kötülük görme düşüncesi iletmış. 7 kişinin yakınlar hastanın günlük işlerini yapamamasından yakınmış ($p>>0,05$)

4.2.6. Yapılan Testler

108 hasta için zeka testi yapılmış, 3 hasta için nöro-psikolojik testler, 4 kişiye zeka testine ek olarak MMPI testi, 1 kişiye zeka testine ek olarak sosyal anket incelemesi, 11 kişiye SMMT uygulanmış, 1 kişiye zeka testi, MMPI ve sosyal anket uygulaması yapılmıştır ($p>0,05$).

4.2.7. Kanaat

92 muayene sonucu şahsın TCK 32 maddesi kapsamında değerlendirilemeyeceği kanaatine varılmış. TCK 32/2. Maddesi kapsamında değerlendirilen 29 dosya vardı. TCK 32/1. Maddesi kapsamında değerlendirilmesinin uygun olduğu kanaatine varılmış 56 ceza sorumluluğu muayenesi sonucu vardı (Tablo 18).

Tablo 18. Ceza sorumluluğu

	Var	Kısmen var	Yok
Yaralama	29	13	23
Cinsel istismar	11	3	5
Hakaret tehdit	16	6	7
Mala zarar verme	6	0	7
Hırsızlık	19	5	9
Diğer suçlar	6	2	2

p=0,959; p>0,05

4.3. Vasi Tayini Muayeneleri

Vasi tayini için 22 konsultasyon girişi mevcuttu. Muayene için gönderilenlerin 9'u kadın 13'ü erkekti. Bu kişilerde en düşük yaş 22 en büyük yaş 82'di ($p<0,05$). Hemen hepsi aile bireyleriyle yaşıyordu. 7'inin bekar 3'ü dul olduğunu ifade eden şahısların 12'si muayene sırasında evliydi. Gelenlerin 7'sinde psikiyatride yatışı olmamış, 6'sında psikiyatride yatış öyküsü vardı, diğer dosyalarda bu bilgiye ulaşılamadı (Tablo 18). (Psikiyatride yatış öyküsü ve medeni durumdaki rapor gruplarına göre farklar istatistiksel olarak anlamlıydı $p<0,05$).

4.4. İntihar Girişimi Sosyodemografik Parametreler

4.4.1. Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

İntihar girişimi nedeniyle incelenmiş olan adli girişin toplam sayısı 449. Girişimde bulunan kadın sayısı 309 (%68,8), erkek sayısı 140 (%31,2) ($p=0,000$).

4.4.2. Eğitim

İntihar girişiminde bulunanlardan, 198 kişi (%50,1) lise öncesi, 197 kişi (%49,9) lise ve sonrası olarak saptandı.

4.4.3. Medeni durum

Tablo 19. Medeni durum (intihar girişimi grubu)

	Kadın (309)	Erkek (140)
18 yaşından küçük	141	42
Erişkin bekar	49	36
Evli	85	53
Ayrılmış	21	6
Dul	9	0
Dosyada yok	4	3

İntihar girişiminde bulunan erişkin hastalardan kadınların % 50,59 u evliyken bu oran girişimde bulunan erişkin erkeklerde %36,73 olarak görüldü (Tablo 19).

İntihar eden kadınlardan 10'u gebeydi. Erkeklerde %35'inin çocuğu vardı, kadınlarda çocuklu olanlar %29,7 olarak bulundu.

309 intihar girişiminde bulunan kadının 215'i ailesiyle, 20'si yurt/kurumda, 15'i annesiyle, 10'u sadece eş veya sevgilisiyle, 9'u yalnız yaşıyor. %2.9 oranında kadın yalnız yaşıyor. 140 erkeğin 85'i ailesiyle, 10'u annesiyle, 7 si sevgilisi veya sadece eşiyle, 7'si yurt veya kurumda, 5'i yalnız yaşıyor. %7 si yalnız yaşıyor ($p=0,078$; $p>0,05$).

4.4.4. Özgeçmiş Özellikleri

Suisid girişiminde bulunan erkeklerde madde kullanımı %19,2, kadınlarda %2,9.

Girişimde bulunanların bilinen psikiyatrik hastalık öykülerine baktığımızda 85'inde (%18,9) depresyon, 15'inde (%3,3) anksiyete bozukluğu, 7'sinde (%1,5) depresyon ve anksiyete birlikte, 23'ünde (%5,1) BAB, 10'da psikoz, 12'sinde (%2,67) DEHB, 7'sinde (%1,5) OKB olmakla en çok görülen hastalıklardı.

Tedavi süresi dosyalardan belli olan 371 hastanın bilgisi incelendi. Tedavi almayan 188 kişi, 1 yıla kadar sürede ilaç kullanan 98 kişi, 1-2 yıl 15 kişi, 3-5 yıl 21 kişi, 5-10 yıl 23 kişi, 10 yıldan fazla 26 kişi vardı (Tablo 10).

Girişimde bulunanlarda tedaviye uyumsuzluk %28 oranında saptandı, 126 kişinin ilaçlarını çeşitli nedenlerle bıraktığı görüldü. Tedavi'ye uyumsuzluk ile cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunamadı (Tablo 9).

Tablo 20. Tedaviye uyumsuz davranış öyküsü

	İlk intihar girişi	2. kez	3.kez
Yok	205	25	8
Var	59	35	22

p=0,000

331 (%73,7) kişide psikiyatride yatış öyküsü yoktu, %26,3'ünün vardı. 39 kişide 1 kez yatış, 10 kişide 2 kez yatış öyküsü, 31 kişide 3 ten fazla yatış öyküsü vardı (p=0,000 gruplara göre).

Kan grubu dosyada belli olan hastalara baktığımızda, “0” kan grubu 62 hastada (%36,6), “A” grubu 76 hastada (%44,9) olarak görüldü fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

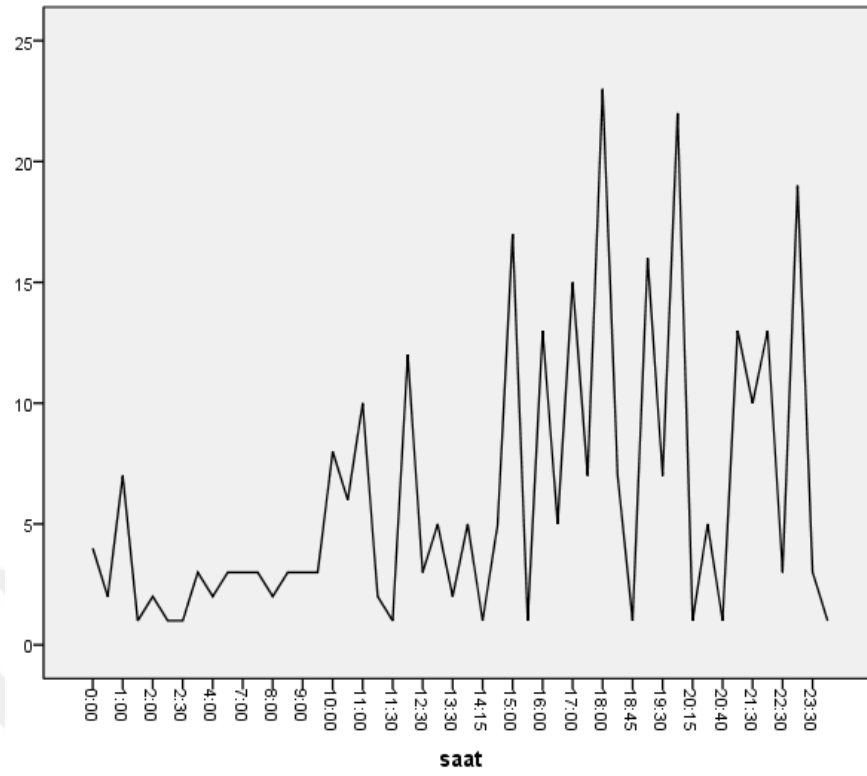
4.4.5. Soy Geçmiş Özellikleri

46 (%10,2) intihar girişimi vakasında anne baba ayrılığı durumu, 10 kişide (%2,2) anne ve ya babadan en az 1'inin vefatı öyküsü mevcuttu. Anne baba ayrılığı öyküsü daha çok geç hastaların dosyalarında mevcuttu ve bu veriler karşılaştırıldığında sonuçlar istatistiksel anlamlıydı (p=0,015).

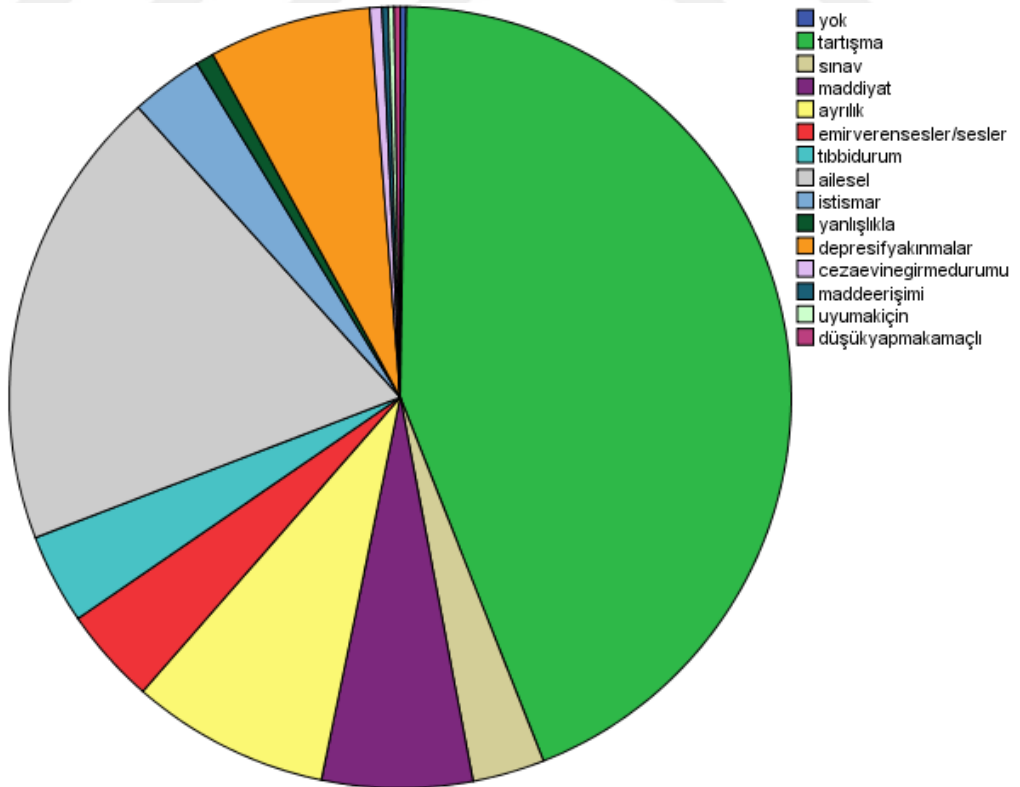
449 girişimde bulunan hastaların 10'unun (%2,2) ailesinde suisid sonucu ex öyküsü vardı.

4.4.6. İntihar Girişiminin Özellikleri

Saati dosyalarda belli olan 275 intihar girişimine baktığımızda 159 (%57,8) girişimin saat 18:00 ve 01:00 civarında olduğu saptandı. Kadınlarda aylara göre intihar girişimi sayısı: Mart (41), erkeklerde ise Şubat (16) ayında intihar girişimi sayısı fazla olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05) (Şekil 5).



Şekil 5. Girişim saatleri



Şekil 6. İntihar nedenleri

208 suisid girişimi hemen tartışma sonrası, 77'si ailesel problemler, 34 girişim ayrılık veya vefat nedenleriyle, 26 girişim ekonomik nedenlerle, 16 kişi emir veren sesler duyduğu için, 15'i tıbbi durum kaynaklı, 13 girişim öğrencilerde sınav veya ders başarısızlığı nedeniyle intihar girişiminde bulunduğunu. Girişimde bulunan hastalardan 12'si cinsel istismara uğramış olduklarını sebep göstermiş. 3 kişi yanlışlıkla ilaç fazla doz içmiş olduğunu söylemiş. 1 kişi ceza evine girmek istemediği için, 1'i gebeliğini sonlandırmak için, 1 kişi madde temin edemediği için intihar girişiminde bulunduğunu beyan etmiş.

İntihar girişimi nedeniyle gelenler, 272'si ilk girişim (%60,57), 63'ü 2.kez (%14,0), 43 kişi (%9,5) 3 ve daha fazla girişimde bulunanlardı.

97 kişi (%21,6) girişim sonrası yakınları tarafından farkedilip veya bulunmuş, 164'ü (%36,5) intihar girişimde bulunduğunu yakınlarından birine kendi söylemiş, 11'i (%2,4) veda mektubu veya mesajı yazarak, sosyal medya paylaşımında bulunarak haber vermiş, 32 kişi (%7,1) birilerinin gözü önünde girişimde bulunmuş.

Hastalara intihar girişiminde bulunmaya nasıl karar verdiği sorulmuş, sonuçlar cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur.

449 intihar girişiminin 293 hasta ani kararla, 36 girişimin planlı girişimdi. 19 girişim alkol kullanımı sonrası sarhoşken, 1 girişim uyuşturucu madde etkisinde gerçekleştirilmiştir. 4 girişim bir arkadaşıyla birlikte yapılmış. Ani veya planlı girişim şekli cinsiyete göre karşılaştırıldığında sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 21).

291 kişi muayene sırasında pişman olduğunu 68 kişi intihar girişiminden pişman olmadığını, 17 kişi ilaç içmesinin intihar amaçlı olmadığını söylemiş.

Tablo 21. Ani veya planlı olması

	Kadın	Erkek
Ani girişim	219 (%88,0)	74 (%69,8)
Planlı girişim	20 (%8,0)	16 (%15,1)
Alkol aldıktan sonra	7 (%2,8)	12 (%11,3)
Madde aldıktan sonra	0 (%0)	1 (%0,9)
Arkadaşıyla birlikte	2 (%0,8)	2 (%1,9)
Belirsiz	1 (%0,4)	1 (%0,9)

p=0,001

Tablo 22. Suisid yöntemi (en sık olanlar).

	Kadın 309 (%100)	Erkek 140 (%100)
İlaçla	258 (%83,4)	96 (%68,5)
Kesici alet kullanımı	16 (%5,1)	16 (%11,4)
Yüksekten atlama	12 (%3,8)	8 (%5,7)
Hem kesici alet hem ilaçla	4 (%1,29)	2 (%1,4)

p=0.000

Her iki cinsiyete göre de ilaçla intihar oranı %78,8 olarak saptandı (Tablo 22). Diğer suisid yöntemleri korozif madde, zehir, insektisit, kimyasal gübre, yanarak ve s, şeklindeydi.

4.4.7. Şikayet, Ruhsal Durum Muayenesi Ve Kanaat

Muayene sırasında 93 kişi (%20,7) psikiyatrik bir şikâyetinin olmadığını söylemiş, 25 (%5,56) kişi sadece marital sorunlarından yakınmış, 23 (%5,12) kişi sadece sinirlilik yakınması iletilmiş, 14 (%3,1) kişi baş ağrısından yakınmış.

Ruhsal durum muayenelerinde 13 kişinin duygulanımının irritabl olduğu, 7 sinin duygulanımının kısıtlı olduğu belirtilmiş. 14'ünün hafif depresif, 99'unun depresif, 105'i uygun, 50'sinin ötimik olduğu saptandı. Kişilerin duygulanımı anlaşıldığı gibi görüşmeye karşı tutumu ve dolayısıyla da alınan anamnez üzerinde etkili olduğu için önem teşkil etmekte.

Duygudurumları 110 (%24,49) kişinin ötimik, 185 kişinin (%41,2) çökkün, 12 kişi (%2,6) anksiyöz, 9 (%2,0) disforik olarak değerlendirilmiş (en sık saptananlar bu şekilde; gruplara göre farkları istatistiksel olarak anlamlıydı $p<0,05$).

190 (%42,31) hastaya medikal tedavi ve poliklinik kontrol, 171 (%38,01) hastaya poliklinik kontrol, 88 (%19,59) hastaya yatırılarak tedavi kararına varılmış.

4.5. Ayrıntılı Psikiyatrik Muayene

Ayrıntılı psikiyatrik muayene için 49'u erkek 37'si kadın olmakla 86 başvuru vardı. Yaşla ilgili verileri incelendiğinde istatistiksel olarak sonuç alınamadı. 43 kişi (%48,3) lise öncesi eğitim seviyesindeydi ($p<0,05$). Nedenler Tablo 23 de verilmiştir.

16 kişide aktif psikopatoloji saptanmadığı, 18 kişiye uyum bozukluğu, 9 kişide akut stres bozukluğu, 12 kişide TSSB, 6 kişide anksiyete bozukluğu tanısı konmuş.

Tablo 23. Ayrıntılı psikiyatrik muayene nedenleri

	Görülme sayısı
AİTK	34
ADTK	3
İş kazası	4 (3'ünde elde amputasyon)
Motosiklet kazası	4
Pat-pat kazası	1
Fiziksel saldırı/silahla saldırı	6/2 (1 bıçakla 1 ateşli silahla)
Maden kazası	1
Terör saldırısı	1
Gazla zehirlenme	1

p>0,05

4.6. Cinsel İstismar Mağdurlarının Muayenesi

60 konsultasyon ile gelen cinsel istismar dosyası incelendi.

Cinsiyete göre dağılımda 49 kadın ve 11 erkek mağdur olduğu görüldü. Kadınlarda en düşük yaş 12 ve en büyük yaş 53 yaştı (p=0,165; p>0,05). 34 kişi 18 yaşından küçüktü. 13 kişi bu grupta erkek arkadaşı tarafından cinsel istismara uğramış.

Erkeklerde en düşük yaş 9 en büyük yaş 47, 18 yaşından küçük 8 mağdur vardı. Cinsel istismar mağdurlarından 9 kişide anne baba ayrılığı olduğu görüldü. Bu grupta 1 yabancı 9 istismar ise tanıdık birileri tarafından gerçekleştirilmiş, bunlardan da 1'i erişkin olmayan tanıdıkması. 2 kişi arkadaşı tarafından, 1'i komşusu tarafından, 1'i annenin erkek arkadaşı, kalanları akrabalar tarafından istismara uğramış. 1 kişinin kim tarafından istismar edildiği bilgisi dosyada görülmedi (p>0,05).

Sadece 2 kişide madde kullanımı öyküsü vardı. Kişilerin %38,3'ü lise öncesi eğitim düzeyindelerdi.

İstismar eden kişiler gruplar şeklinde değerlendirilse de istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmadı (p>0,05).

Muayenesi sonrası 5 kişiye akut stres bozukluğu, 5 kişiye TSSB, 3 kişiye depresyon, 1 kişiye anksiyete bozukluğu ve depresyon, 1 kişiye BAB, 4 kişiye uyum

bozukluğu, 1 kişiye Borderline KB, 1 kişiye depresyon ve TSSB tanısı konmuştur. Mental durum değerlendirilmesi ve zeka testi (bu grupta 24 zeka testi yapılmış) sonucu olarak 3 kişi normal zeka kapasitesinde, 2 kişi donuk normal, 9 kişide Sınırdaki mental kapasite, 11 kişide Hafif derecede zeka geriliği, 2 kişide Orta derecede zeka geriliği saptanmıştır. 1 kişi zeka testine koopere olamamış.



5. TARTIŞMA

Benzeri diğer çalışmalarda ceza sorumluluğu muayeneleri ve ya intihar girişimleri genelde ayrı ayrı ele alınsa da çalışmamızda suisid girişimlerine de yer verildi, çünkü hem normal vatandaşlar hem hukuk hem de psikiyatri alanında suisid veya homisid biri diğerinden daha az önemli değil. Cinsel suç işleyenlerde kendilerinin cinsel suç mağduru olmaları genel nüfusa oranla yüksek olduğu gibi, homosid veya benzeri suçlar için suisid girişimleri de önemli olabilir [56].

Cinayete meyilli bireylerde belirgin cinsiyet farklılıkları vardır. Depresif yakınmaları olan erkeklerde işlevsiz başa çıkma stratejilerinin saldırganlık, alkol kullanımı ve riskli davranışlarla karakterize olduğunu destekleyen çok sayıda araştırma sonuçları literatürde mevcuttur [57].

Kadın cinsiyetin, suçlularda daha az cezai kovuşturma/mahkumiyet veya hapis cezasına çarptırılma ile ilişkili bulunmuş ve cinayetleri daha çok aile içi (özellikle çocukları mağdur edecek şekilde) olurken, erkeklerin yakın partnerleri ve aile dışı mağdurları hedef aldığı görülmekte [58].

Bazı kanıtlar, klasik psikodeliklerin suç davranışını engelleyebileceğini öne sürüyor, ancak bu etkilerin kapsamı kapsamlı bir şekilde araştırılmamıştır [4].

Cinsel suçlardan hüküm giymiş kişiler ile cinsel olmayan suçlardan hüküm giymiş kişiler arasındaki farklılıklara ilişkin araştırmalar azdır ve cinsel suçluların diğer suçlulardan farklı olup olmadığı konusunda süregelen bir tartışma vardır [56]. Batı ülkelerinde, 60 yaş ve üstü olan mahkumların kabaca yarısının hüküm nedenleri seks suçluları olduğu ve cinsel olmayan suçlar nedeniyle hüküm giymişlere kıyasla, suç anında beyaz olma ve işsiz olma olasılıkları daha yüksek oranda bulunmuştur [27]. Araştırmamızın sonuçlarında ceza sorumluluğu muayenesi için gelenlerin %4,2'i 60 ve üzeriydi ($p=0,000$).

Suç geçmişi açısından, faillerin çoğunun olaydan önce bir suçtan hüküm giymiş ve ya şiddet suçundan hüküm giymiş sonucuna varan çalışmalar literatürde var ve bizim çalışmamızda da suç geçmişi ve suç işleme arasında istatistiksel anlamlı sonuçlar oldu ($p=0,02$).

Dünyada intiharların gerçekte olduğundan daha az sayıldığıyla ilgili yaygın bir inanç vardır. Bunun nedeni intiharların büyük bir kısmı, uygun olmayan bir şekilde kaza sonucu veya belirlenemeyen bir neden veya niyetle kaydedilmeleri olabilir ve böyle şüpheli 'belirsiz' vakalarda sözlü ve/veya adli otopsilerin sayısını artırmak uygun olacaktır [59].

Benzer çalışmalarda 18-29 yaş arasındaki genç yetişkinlerde intihar girişimi , ≥ 30 yaşındaki yetişkinlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştu, çalışmamızda da sonuçlar benzerdi ve 18 yaş öcesi 183 (toplam girişimin %40,75'i $p<0,05$) olarak görüldü [60].

Geçmişteki intihar girişimi(leri), geçmişteki veya şu anki intihar düşüncesi, madde kullanım bozuklukları, psikiyatrik hastalık öyküsü, erkek cinsiyet ve gibi intihar risk faktörlerinin üzerinde duran çalışmalarla kıyasladığımızda bizim sonuçlarda ilk girişim sayısı daha fazla ve istatistiksel olarak girişim sayısı arttıkça görülme sayıları daha çok azaldığı görüldü [61].

İntihar düşüncelerinin yaygınlığını kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek, ancak intihar planlaması veya intihar girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varan çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda kadınlarda daha çok ani girişim oranı kaydedildi. Erkeklerde de kadınlara göre planlı girişim yüzdesi yüksek saptandı ($p=0,001$).

2004-2019 yılları arasında Çin'de yapılan bir çalışmada psikiyatri hastalarına ait toplam 105 (60'ı erkek, 45'i kadın) otopsi vakası incelenmesi sonuçlarında, intihar amaçlı ölüm grubunda yer alan 14 vakada (%13.3) ölen kişinin yaşı en genç, psikozun seyri en kısa ve yüksekten düşme en sık intihar etme şeklindeydi. 50'si tıbbi nedenler, 26'sı kaza sonucu ölümlerdi. Hepsi erkek olan 15 cinayet ölümü vardı (%14.3) ve kranioserebral yaralanma en yaygın ölüm nedeniydi [62].

Araştırmacılar genellikle doğumu perinatal dönemde meydana gelen fizyolojik değişimler sebebiyle psikiyatrik hastalık epizodlarının gelişimi için potansiyel bir risk faktörü olarak kabul etmişlerdir [63].

Eğitim ve istihdamın intihar girişimindeki önemini vurgulayan çok sayıda araştırmalarla uyumlu olarak sonuçlarımızda da düşük eğitim düzeyi ve işsizlik yüksek oranda görüldü. İntihar önleme girişimlerinin toplum temelli planlanmasının ve istihdam sağlamanın intihar girişimi riskini azaltabileceğini öngördü [64].

Olguların %82,4'nün eğitim düzeyi ilköğretim ve ilköğretim altı bir seviyesinde saptanan araştırma verileri ile karşılaştırdığımızda, çalışmamızda eğitim seviyesi düşük bulunmakla birlikte ilk okul ve öncesi eğitim düzeyi hem kadın hem erkeklerde %21,3 lise öncesi oran ise her iki cinsiyet birlikte değerlendirildiğinde %44,0 olarak görüldü [50].

Tüm intiharların yaklaşık %19 ila %27'sinin alkol kullanımına bağlı olduğu tahmin ediliyor. İntihar girişimi ile gelenler, muayene sırasında %4,2'si alkol aldıktan sonra intihar girişiminde bulunduğunu, aktif alkol kullanımı ise 87 kişide (%19,3) değişen yoğunluk ve sıklıkta olarak, diğer çalışmalarla uyumlu bulundu. Madde kullanım oranı ise erkeklerde madde kullanımı %19,2, kadınlarda %2,9 olarak saptandı [37].

Psikiyatrik hastalık, daha önceki intihar girişimi öyküsü ve intihar nedeniyle bir akraba kaybı intihar için güçlü risk faktörleri sayılıyor çalışmamızda da kişiler arası sorun yaşadığı için girişimde bulunanlar tüm intihar vakalarının %71'ini oluşturdu (ayrılık ve kayıplar nedeniyle girişime ayrıca baktığımızda %7,5 saptandı) [55].

Hem aile içi çatışmalar hem de iş değişiklikleri >50 yaş yetişkinlerde intihar için bağımsız risk faktörleri sayılmakta, çalışmamızdan çıkan bulgularla uyumluydu [40]

Her iki cinsiyete göre de ilaçla intihar oranı %78,8 olarak saptandı. Benzer çalışmalarda bu oran 93,4 olarak yine de en sık intihar şekli olarak saptanmış [50].

Yapılan bazı çalışma sonucunda da intihar düşüncesi olan ve olmayan intihar yaşlı bireyler arasında sosyodemografik veya kayıpla ilgili özellikler açısından anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte, depresif belirtilerin şiddetinin daha yüksek intihar düşüncesi ile ilişkili bulunmuş, Umutsuzluk kontrol edildiğinde en önemli yordayıcı değişken olduğu ortaya çıkmıştır [65].

Araştırmalar depresyonu olan bireylerin intihara daha yatkın olduğunu gösterse de ruhsal hastalığı olmayan kişilerde de görülebilmektedir ve çalışmamızda da %38,9 hastada daha önce psikiyatrik hastalık tanısı bulunmuyordu [66].

Literatürde intihar vakalarında önceki girişimin varlığı intihar riskini arttırdığı yönde tutumlarla çelişecek şekilde bulgularımızda ilk girişim çoğunlukta idi. Vakalarımızın 272'si ilk girişim (%60,57), 63'ü 2.kez (%14,0), 23'ü 3.kez (%5,1) ve 7'si daha önce 3ten fazla (%1,5) girişimde bulunanlardı. Bu sonucumuzu destekleyen

alışmalar da daha önce yapılmıştır. rnek olarak Ankara da yapılan bir araştırmada da intihar vakalarının %83.7'sini ilk girişim oluşturmuştur [67].

Yatırılarak tedavi alma, ayaktan poliklinik takibi ile izlenen hastalardan daha yüksek intihar oranı ile ilişkilidir. Taburcu edilen hastalardaki intihar oranının, 5 ila 10 yıllık takip süreleri için bile, genel nüfusa göre 30 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Taburcu edilen hastaların intihar oranındaki artış, yatış endikasyonlarındaki değişiklikler, daha kısa yatarak tedavi süreleri, artan madde kullanım prevalansı ve hastaneye kabul edilenler arasında daha yüksek hastalık şiddeti dahil olmak üzere birçok faktöre bağlanabilir [68].

Bazı hasta grupları, özellikle de yıkıcı davranış bozukluğu tanısı olan ergenler, alkol, madde kullanımı ya da bağımlılığı olanlarda olduğu gibi tedaviye daha az uyum sağlamakta. İlk 6 ayda tedaviye uyum sağlamama depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısıyla tedavi başlanan grupta da yüksek oranda çıktığı saptanan çalışmalar bulunmakta. Ve bu çalışmalarda ayrıca tedaviye uyumun genellikle gelecekteki intihar eğilimini öngörmediği vurgulanmakta. Bizim alışma sonuçlarımız da ilk 1 yılda tedavi uyumu en kötü olarak bulundu, tüm intihar girişiminde bulunanlarda tedaviye uyumsuzluk %28 oranında saptandı. 126 kişinin ilaçlarını çeşitli nedenlerle bıraktığı görüldü. Tedavi uyumsuzluğunun intihar girişimi sayısı ile anlamlı ilişkisi olduğu görüldü [52].

İntihar girişimleri herkesin uykuda olduğu saatlerde (gece ve sabah saatleri) daha az görülüyor [67]. Araştırmamızdaki intihar girişimlerinin saatlerini incelediğimizde 159 (%57,8) girişimin saat 18:00 ve 01:00 civarında olduğunu bulduk. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ($p>0,05$) en sık 16-24 saatleri ($n=113$, %49,8) arasında intihar girişimi olduğu tespit edilen bazı çalışmaları destekleyen bulgular elde ettik. Bu sonucu destekleyen birçok çalışmanın olması aile üyelerinin evde beraber bulundukları saatlerin 16.00-24.00 saatleri arasında olması ile açıklanabilir. İntihar nedeninin aile içi sorunlar veya tartışmalar olarak düşünülürse intihar girişimlerinin o saatler arasında yoğunlaşması şaşırtıcı olmuyor [50].

orumda yapılan 01.02.2006 tarihinden 30.06.2007 tarihine kadar olan 18 yaşın altındaki 11 cinsel istismar olgusu değerlendirilmiş, ikisi (% 18,18) erkek, diğerleri (% 81,82) kız olarak bulunmuş [69]. Bizim alışmamızda da 5 yılda

tarafımıza danışılan 60 kişi değerlendirilmiş ve çalışmamızda değerlendirilen kişilerden 49’u kadın (%81,66) ve 11’i (%18,34) erkekti [69].

Yine başka bir 565 olgudan oluşan çalışmada %85.1’inin kadın (n:481), %14.9’unun (n:84) erkek olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada %40’ının (n:226) 15-18 yaş arası grupta olup [17], 60 cinsel istismar mağduru olan çalışmamızda 18 yaş altı (%70) 34ü kadın 8i erkek olarak bulundu. Sonucumuza yakın bir incelemede 387 olgunun 240’ının (%62,0) ocuk olduğu bulunmuş [16].



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar farklı eksenlerde değerlendirilebilir. Sonuçlar adli psikiyatri alanında, hem önleme hem takip alanlarında faydalı olabilecek çok sayıda çalışma gerektiğini düşündürmekte.

Bu alanda toplumsal etiketlemeler ve hasta yakınlarıyla ilgili çalışmalara gerek vardır.

İntihar girişimleri ve suç davranışları, önleme ve takip sırasında daha çok destek ve yardım imkânlarına gerek duymakta.

Önleme ve karar vermemize ayrıca takipte yardımcı olacak biyobelirteçlere olan gereksinimler nedeniyle adli psikiyatri alanı araştırmalara ilgi odağı olmaya devam edecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Öncü F.M and M.C. Ger, Adli Psikiyatride Tedavi Uygulamaları in Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu, ed. N. Uygur. 2014: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 84-115.
2. D.Yeşilbursa, Psikiyatride Rapor Düzenleme Kılavuzu. Bilirkişilik ve Adli Psikiyatrik Değerlendirme, ed. B. R.Erim; and M. Sercan. 2019.
3. Carabellese, F., et al., Forensic psychiatric evaluation of 187 homicidal assailants with and without a schizophrenia spectrum disorder: Clinical, criminological and behavioral characteristics. Behav Sci Law, 2021. 39(2): p. 190-204.
4. Hendricks, P.S., et al., The relationships of classic psychedelic use with criminal behavior in the United States adult population. J Psychopharmacol, 2018. 32(1): p. 37-48.
5. Andrey Çikatilo. Available from: <https://tr.wikipedia.org>.
6. Afşin, R. and A.D.Ö. Özçelik, Suça sürüklenen çocuklar ile suça sürüklenmeyen çocukların algıladıkları anne ve baba tutumları ile ebeveyn bağlanma stillerinin karşılaştırılarak incelenmesi. Dergi Park, 2018.
7. Karataş, S., Suça Sürüklenen Çocuklar ve Suç Mağduru Çocuklara Yönelik Bir Değerlendirme. 2020.
8. Karataş, Z. and A.M., Çocuk Adalet Sisteminde Suça Sürüklenen Çocuklara Yönelik Uygulamalarda Karşılaşılan Sorunlar. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2019.
9. Chopin, J. and E. Beauregard, Juvenile Sexual Murderers: Examination and Classification of the Crime-Commission Process. J Forensic Sci, 2020. 65(5): p. 1627-1637.
10. Dias de Castro Bins, H., et al., Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminality in women: Associations with serum levels of brain-derived neurotrophic factor. Int J Law Psychiatry, 2020. 71: p. 101574.

11. Cai, W., et al., The reliability and validity of the rating scale of criminal responsibility for mentally disordered offenders. *Forensic Science International*, 2014. 236: p. 146-150.
12. Jordan, K., et al., Are There Any Biomarkers for Pedophilia and Sexual Child Abuse? A Review. *Front Psychiatry*, 2019. 10: p. 940.
13. Holoyda, B.J., et al., Forensic Evaluation of Sexsomnia. *J Am Acad Psychiatry Law*, 2021. 49(2): p. 202-210.
14. Paksoy, M.E., Cinsel Suçlarda İspat Meselesi. 2021.
15. Butun, C., et al., A Nonrandom Sample of 55 Sexual Abuse Cases in Sivas. *Med Sci Monit*, 2017. 23: p. 4360-4365.
16. Topal, Y., Y. Balci, and M. Erbaş, Muğla'da 18 yaş ve altı cinsel istismar olgularının retrospektif değerlendirilmesi. 2018.
17. Mustafa Eray Yazar, B.B., 2010-2016 Yılları Arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran Cinsel İstismar ve Cinsel Saldırı Olgularının Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*.
18. Celbis, O., et al., Cinsel suçlarda muayene Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
19. Şimşek, Ş., et al., Türkiye'de Çocuk Cinsel İstismarı: Gözden Geçirme Çalışması.
20. Şahin, H., Öfke ve öfke denetiminin kuramsal temelleri.
21. Vidal-Ribas, P. and A. Stringaris, How and Why Are Irritability and Depression Linked? *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2021. 30(2): p. 401-414.
22. Orri, M., et al., Association of Childhood Irritability and Depressive/Anxious Mood Profiles With Adolescent Suicidal Ideation and Attempts. *JAMA Psychiatry*, 2018. 75(5): p. 465-473.
23. Cima, M. and N.A. Nicolson, Salivary cortisol patterns in psychopathic and non-psychopathic offenders. *Physiol Behav*, 2021. 239: p. 113529.
24. Egervari, G., et al., Molecular windows into the human brain for psychiatric disorders. *Mol Psychiatry*, 2019. 24(5): p. 653-673.

25. Nitschke, J., Z. Sünkel, and A. Mokros, [Forensic preventive assertive community treatment : Pilot project to prevent violent crimes in the context of psychiatric disorders]. *Nervenarzt*, 2018. 89(9): p. 1054-1062.
26. Daly, J.M. and H.K. Butcher, Evidence-Based Practice Guideline: Elder Abuse Prevention. *J Gerontol Nurs*, 2018. 44(7): p. 21-30.
27. Newman, W.J. and A. Salem, Older Sex Offenders: Expanding the Interface Between Geriatric and Forensic Psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2021. 29(3): p. 239-240.
28. Pandey, P., et al., Criminal Responsibility in Geropsychiatry: Competence, Culpability, and Care. *Indian J Psychol Med*, 2021. 43(5 Suppl): p. S97-s106.
29. Tampi, R.R., et al., Ethical, Legal and Forensic Issues in Geriatric Psychiatry. *Curr Psychiatry Rep*, 2018. 20(1): p. 1.
30. Van Den Bruele, A.B., M. Dimachk, and M. Crandall, Elder Abuse. *Clin Geriatr Med*, 2019. 35(1): p. 103-113.
31. Sercan, M., *Yurttaşlık Hukukunda (Medeni Hukuk) Adli Psikiyatri. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*, ed. U. N. 2014.
32. Koç, N., *Vesayet Hukukuna Genel Bir Bakış. Dergi Park*.
33. Akıncı, E., et al., Bipolar Bozukluğu Olan Hastalara Yasal Temsilci Atanma Önerisini Etkileyen Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*
34. Klonsky, E.D., A.M. May, and B.Y. Saffer, Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*, 2016. 12: p. 307-30.
35. De Berardis, D., et al., Suicide and Genetic Biomarkers: Toward Personalized Tailored-treatment with Lithium and Clozapine. *Curr Pharm Des*, 2021. 27(30): p. 3293-3304.
36. Halicka, J. and A. Kiejna, Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*, 2018. 27(2): p. 257-261.

37. Mitchell, A.M., et al., Suicide Assessment in Hospital Emergency Departments: Implications for Patient Satisfaction and Compliance. *Topics in emergency medicine*, 2005. 27(4): p. 302-312.
38. Breslin, K., J. Balaban, and C.D. Shubkin, Adolescent suicide: what can pediatricians do? *Curr Opin Pediatr*, 2020. 32(4): p. 595-600.
39. Cha, C.B., et al., Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*, 2018. 59(4): p. 460-482.
40. Conejero, I., et al., Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*, 2018. 13: p. 691-699.
41. Farooq, S., et al., Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Res*, 2021. 306: p. 114228.
42. Nalleballe, K., et al., Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19. *Brain Behav Immun*, 2020. 88: p. 71-74.
43. Wasserman, D., et al., Suicide prevention in psychiatric patients. *Asia Pac Psychiatry*, 2021. 13(3): p. e12450.
44. Goñi-Sarriés, A., et al., Differences between suicide attempts and other psychiatric hospital emergencies. *Actas Esp Psiquiatr*, 2018. 46(3): p. 83-91.
45. Paris, J., Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*, 2019. 55(6).
46. Sher, L. and R.S. Kahn, Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas)*, 2019. 55(7).
47. Miller, J.N. and D.W. Black, Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Curr Psychiatry Rep*, 2020. 22(2): p. 6.
48. McFarland, D.C., et al., Suicide in Patients With Cancer: Identifying the Risk Factors. *Oncology (Williston Park)*, 2019. 33(6): p. 221-6.
49. Giupponi, G., et al., Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Danub*, 2018. 30(1): p. 2-10.

50. Atli1, A., et al., Acil Ünitesine İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Olguların Değerlendirilmesi: Şanlıurfa Örneklemini Original Papers / Araştırmalar.
51. Beghi, M., et al., Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neurosci Biobehav Rev*, 2021. 127: p. 193-211.
52. Burns, C.D., R. Cortell, and B.M. Wagner, Treatment Compliance in Adolescents After Attempted Suicide: A 2-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2008. 47(8): p. 948-957.
53. Jarema, M., Are we able to evaluate suicide risk? *Psychiatr Pol*, 2018. 52(1): p. 7-19.
54. Oexle, N., L. Mayer, and N. Rüsch, [Suicide stigma and suicide prevention]. *Nervenarzt*, 2020. 91(9): p. 779-784.
55. Oexle, N. and N. Rüsch, [Stigma - risk factor and consequence of suicidal behavior : Implications for suicide prevention]. *Nervenarzt*, 2018. 89(7): p. 779-783.
56. Arbanas, G., P. Marinović, and N. Buzina, Psychiatric and Forensic Differences Between Men Charged with Sex Offences and Men Charged with Other Offences. *J Forensic Sci*, 2020. 65(6): p. 2042-2049.
57. Streb, J., et al., Gender-Specific Differences in Depressive Behavior Among Forensic Psychiatric Patients. *Front Psychol*, 2021. 12: p. 639191.
58. Carabellese, F., et al., Women and Men who Committed Murder: Male/Female Psychopathic Homicides. *J Forensic Sci*, 2020. 65(5): p. 1619-1626.
59. Snowdon, J., Spain's suicide statistics: do we believe them? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2021. 56(5): p. 721-729.
60. Crosby, A.E., et al., Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years-United States, 2008-2009. *MMWR Surveill Summ*, 2011. 60(13): p. 1-22.
61. Shain, B.N., Youth Suicide: The First Suicide Attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2018. 57(10): p. 730-732.

62. Du, Y., et al., Forensic Analysis of 105 Autopsy Cases of Psychiatric Patients. *Fa Yi Xue Za Zhi*, 2021. 37(1): p. 54-57.
63. Mota, N.P., et al., Mental Disorders and Suicide Attempts in the Pregnancy and Postpartum Periods Compared with Non-Pregnancy: A Population-Based Study. *Can J Psychiatry*, 2019. 64(7): p. 482-491.
64. Farmani, A., et al., Psychological, Structural, Social and Economic Determinants of Suicide Attempt: Risk Assessment and Decision Making Strategies. *Omega (Westport)*, 2021: p. 302228211003462.
65. Grafiadeli, R., et al., Suicide risk after suicide bereavement: The role of loss-related characteristics, mental health, and hopelessness. *J Psychiatr Res*, 2021. 144: p. 184-189.
66. Silva, S.P.Z. and S.C.M. Bocchi, Measuring suicide risk in the elderly with non-institutionalized depression: an integrative review. *Rev Bras Enferm*, 2020. 73(suppl 3): p. e20200106.
67. Ercan, S., et al., Ankara’da Acil Servislere Başvuran İntihar Girişim Olgularının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. 2016.
68. Chung, D.T., et al., Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2017. 74(7): p. 694-702.
69. Erdal Özer, C.B., Fatma Yücel Beyaztaş, Aynur Engin, Çorum Adli Tıp Şube Müdürlüğü’ne 2006-2007 Yıllarında Başvuran Cinsel İstismar Mağduru Çocuk Olgularının Değerlendirilmesi

8. EKLER

Ek 1: Etik Kurul Kararı



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 22/07/2020
TOPLANTI NO : 2020/15

KARARLAR :

- 3- Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın "Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde Düzenlenmiş Adli Raporların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Retrospektif Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. İ. Etem PİŞKİN
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkan V.