

Bir bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine yönlendirilen adli olguların değerlendirilmesi; Bolu örneği

Evaluation of forensic cases referred to a regional mental health and diseases hospital; Bolu sample

 Ayşegül Koç¹,
0000-0002-2686-4734

 Ebru Parlak²,
0000-0001-9352-7378

 Hülya Ensari¹
0000-0002-5047-0073

¹Bolu İzzet Baysal Mental Health and Diseases Hospital, Bolu, Türkiye

²Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Psychiatry Clinic, İstanbul, Türkiye

Corresponding author: Ayşegül Koç

Sağlık Bakanlığı Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu, Türkiye

E-mail: agulkoc@hotmail.com

Cite as: Koc A, Parlak E, Ensari H. Evaluation of forensic cases referred to a regional mental health and diseases hospital; Bolu sample. J For Med 2022;36(2):48-56.

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to determine the sociodemographic and clinical features of the cases sent to Bolu İzzet Baysal Mental Health and Diseases Hospital within the scope of Turkish Civil Law 432 (TCL 432).

Methods: 654 forensic cases were evaluated. Sociodemographic and clinical features of the cases were obtained from the hospital registry system.

Results: The majority of 654 cases were male, single and between the ages of 30-61, and 451 cases were requiring compulsory hospitalization within the scope of TCL 432; 141 cases were reported as not requiring compulsory hospitalization, and 62 cases were sent with a hospitalization decision. It was determined as expert opinion that compulsory hospitalization was not required between 2015-2018, and more compulsory hospitalization was required between 2019-2021 ($p=0.0001$). The most common diagnoses with compulsory hospitalization were found to be as psychotic disorder (55.2%), alcohol/substance use disorder (18.5%) and bipolar affective disorder (14.2%); and on the other hand, the most common diagnosis within the reports not requiring compulsory hospitalization were found to be as alcohol-substance use disorder (30.5%), psychotic disorder (20.6%) and bipolar affective disorder (11.3%). It was found that 32.3% of the cases who were sent with the decision of hospitalization, had the diagnosis of alcohol/substance use disorder.

Conclusion: This study shows that within the scope of TCL 432, more and more cases are referred to psychiatric evaluation, more cases are reported that require compulsory treatment, and the rate of diagnosis of alcohol/substance use disorder among cases requiring compulsory treatment has increased over the years.

Keywords: Compulsory hospitalization, alcohol/substance use disorder, psychotic disorder, bipolar disorder, Turkish Civil Law 432.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada S.B. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne Türk Medeni Kanunu'nun 432'nci maddesi kapsamında gönderilen olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 654 adli olgu değerlendirilmeye alındı. Olguların sosyodemografik ve klinik bilgileri hastane kayıt sisteminden elde edildi.

Bulgular: Değerlendirilen 654 olgunun çoğunluğu erkek, bekar ve 30-61 yaş aralığında olup; 451 olguya TMK 432. madde kapsamında zorunlu tedavi (ZT) gerektiği, 141 olguya ZT gerekmediği yönünde bilirkişi raporu düzenlendiği, 62 olgunun yatış kararı ile gönderildiği öğrenildi. 2015-2018 yılları arasında daha çok ZT gerekmediği yönünde, 2019-2021 yılları arasında ZT gerektiği yönünde bilirkişi görüşü bildirildiği belirlendi ($p=0,0001$). ZT gerektiği yönünde rapor düzenlenen olgulara en sık psikotik bozukluk (%55,2), alkol/madde kullanım bozukluğu (%18,5) ve bipolar affektif bozukluk (%14,2) tanılarının konulduğu; ZT gerekmediği yönünde rapor düzenlenenlere ise en sık konulan tanıların alkol/madde kullanım bozukluğu (%30,5), psikotik bozukluk (%20,6) ve bipolar affektif bozukluk (%11,3) olduğu tespit edildi. Yatış kararı ile gönderilen olguların %32,3'ünün alkol/madde kullanım bozukluğu tanısı aldığı belirlendi.

Sonuç: Bu çalışma TMK 432. madde kapsamında her geçen yıl daha fazla olgunun psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirildiğini, daha fazla olguya ZT gerektiği yönünde rapor düzenlendiğini, ZT gereken olgular arasında alkol/madde kullanım bozukluğu oranının yıllar içinde arttığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Zorunlu yatış, alkol/madde kullanım bozukluğu, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, Türk Medeni Kanunu 432. madde

GİRİŞ

Zorla tedavi/istem dışı tedavi/zorunlu tedavi (ZT) teşhis edilen bir psikiyatrik hastalığın varlığı ve bu psikiyatrik hastalığın kişinin kendisi veya başkaları için tehlike oluşturması durumunda tedavi amacıyla gerekli olabilmektedir (1). ZT gereken en yaygın psikiyatrik tanılar şizofreni, kısa psikotik bozukluk (PB), bipolar afektif bozukluk (BAB), sanrılı bozukluk, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve majör depresif bozukluktur (2). Hastaların istem dışı

yatırılarak tedavi edilmesi kendilerini, diğerlerini ve toplumu korumak için gerekli bir önlem olarak kabul edilmektedir (3). ZT tüm dünyada özellikle hastalık durumu ve tedavi görmesi gerektiği konusunda iç görüsü olmayan, psikiyatrik bozukluğu olan hastalar için sık başvurulan bir uygulama olmakla birlikte önemli bir insan hakları ihlali ve etik sorun olarak görülmektedir (4).

Dünya Sağlık Örgütü'nün İsviçre, Almanya, Bulgaristan, Yugoslavya, Türkiye, Sudan ve

Hollanda’da yürüttüğü bir çalışmada psikiyatri tedavisi görmekte olan hastaların %5-20’sinin tedaviyi gönüllü olarak kabul etmemiş hastalardan oluştuğu bildirilmiştir (5). Dünyada ZT ile ilgili uygulamalar ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilmektedir. Örneğin; Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda’da tehlikelilik kriter olarak alınmakta ve psikiyatrik bozukluğu olup kendisi ya da toplum için tehlike oluşturma riski bulunanlar ZT için hastaneye gönderilmektedir. İsveç, İtalya ve İspanya’da psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedavi gereksiniminin değerlendirilmesi zemininde ZT’ye izin verilmektedir. İngiltere, Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İrlanda ve Portekiz’de hem tedavi gereksinimi hem de tehlikelilik kriterleri kullanılarak hasta zorunlu olarak hastaneye yatırılmaktadır. İrlanda ve Kıbrıs Rum Kesimi’nde ise kişinin toplum tarafından kabul edilemeyen davranışlara sahip olması ZT için yeterli bir kriter olarak kabul edilmektedir (6).

Türkiye’de psikiyatrik bozukluğu bulunan kişilerin zorla tedavisi ile ilgili hükümler Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS), Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (TCA), Türk Medeni Kanunu (TMK) ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi’nde (BS) yer almaktadır. AİHS’nin 5. maddesinde herkesin özgürlük ve güvenlik hakkına sahip olduğu, kanunlara uygun olmak koşulu ile akıl hastalarının, alkol veya madde bağımlılarının (AMKB) belli koşullarda özgürlüğünün sınırlanabileceğine yer verilmiştir (7). AİHS’nin kişinin akli dengesinin yerinde olmaması gerekçesiyle özgürlüğünün kısıtlanabilmesi için kişinin akli dengesinin yerinde olmadığını gösteren güvenilir uzman doktor raporu, akıl hastalığının zorunlu kapatmayı gerektirecek derecede olması, kısıtlılık halinin devamının hastalığın kalıcılığına bağlı olması şartlarını aramaktadır (5). BS tedavi yapılmadığı takdirde kişinin sağlığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda onayı olmaksızın, akıl hastalığının ZT edilmesine izin vermektedir (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Madde 7, Kanun Numarası: 5013, Kabul Tarihi: 03.12.2003). TCA “Kişi Hürriyeti ve Güvenliği” kenar başlıklı 19. maddesinde ise ‘Şekil ve şartları kanunda gösterilen:..... toplum için tehlike teşkil eden bir akıl hastası, uyuşturucu madde veya alkol tutkunu, bir serseri veya hastalık yayabilecek bir kişinin bir müessesede tedavi, eğitim veya ıslahı için kanunda belirtilen esaslara uygun olarak alınan tedbirin yerine getirilmesi;.....; halleri dışında kimse hürriyetinden yoksun bırakılamaz.’ ibaresi yer almaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Madde 19, Kanun Numarası: 2709, Kabul Tarihi: 18/10/1982).

Koruma amaçlı özgürlüğün kısıtlanması TMK’nın 432-437. maddeleri arasında düzenlenmiştir. TMK 432. Maddesinde ‘Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz

eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar’ hükmü yer almaktadır (Türk Medeni Kanunu, Madde 432, Kanun Numarası: 4721, Kabul Tarihi: 22/11/2001).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin (HHY) 25. maddesi hükmü gereğince; kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir (Hasta Hakları Yönetmeliği, Madde 25, Kanun Numarası: 3359, Kabul Tarihi: 7/5/1987). TMK’nın 432. maddesinde sayılan şartların ortaya çıkmasıyla birlikte HHY’nin 25. maddesinde bahsedilen ‘zorunlu haller’ gerçekleşir ve kişi tedavi amaçlı zorla kuruma yerleştirilebilir. (8)

Bir kişinin koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanabilmesi için öncelikle kişinin ergin olması ve kişide akıl hastalığı veya akıl zayıflığının tıbben tespiti gerekir. Akıl hastalığı ya da zayıflığı tespiti tek başına kısıtlama için yeterli değildir. Kişinin durumunun kendisi ya da toplum için tehlike oluşturmaması; ayrıca zorla tedavinin başka biçimde sağlanamıyor olması ve kısıtlamanın kişinin tedavisi, eğitimi ve ıslahı amacıyla yapılması gerekir. TMK’da akıl hastalığı ve zayıflığı nedeniyle koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması talebinin yapılması görevi, görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlilerine verilmiştir (Türk Medeni Kanunu, Madde 432, Kanun Numarası: 4721, Kabul Tarihi: 22/11/2001). Yine ilgili kişinin vasisi, ailesi, ona bakmakla yükümlü olanlar, sulh hukuk mahkemesi veya ilgilinin yerleşim yeri mahkemesinden koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması talebinde bulunabilir. Bu talep, kişi kuruma yatırılmadan önce yapılabildiği gibi, kişi kuruma yatırıldıktan sonra da yapılabilmektedir (5).

Bildiğimiz kadarıyla Türkiye’de TMK 432. madde kapsamındaki olguları inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların tamamında kısıtlı bir süreyi içeren, TMK 432. madde kapsamında yatışı yapılan olgular incelenmiş; ZT gerekip gerekmediği yönünde karar için gönderilen ve gerekmediği yönünde karar verilen olgular dikkate alınmamıştır. Bu araştırma Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde 6,5 yıllık bir sürede TMK 432. madde kapsamında değerlendirilen tüm adli olgulara ait verileri içermektedir. Dolayısı ile TMK 432. madde kapsamında sadece ZT gerektiğine karar verilenlerle sınırlı kalınarak; ZT gerekmediği yönünde karar

verilenler de değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışmada;

- TMK 432. madde kapsamında gönderilen olguların tanı dağılımlarını ve sosyodemografik özelliklerini,
- TMK 432. madde kapsamında ZT gerektiği ve gerekmediği yönünde bilirkişi raporu düzenlenen olgular arasındaki tanıs ve sosyodemografik özelliklerdeki farklılıkları,
- TMK 432. madde kapsamında gönderilen olgulara konulan tanılarda yıllara göre değişim olup olmadığını

incelemeyi amaçladık. Literatür bulgularına dayanarak olguların çoğunluğunun erkek, genç ve bekâr olduğunu, yıllar içinde olgu sayısının ve olgular arasında AMKB oranının arttığını varsaydık. Bulgularımız zorunlu psikiyatrik tedavi gören kişilerin sosyodemografik profilinin belirlenmesine katkı sağlayarak; hedef nüfusun saptanmasında, uygun önleyici tedbirlerin geliştirilmesi ve bu tedbirlerin uygulanmasında ruh sağlığı profesyonellerine ve adli birimlere yol gösterici olabilir.

YÖNTEM

Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne 2015 Ocak - 2021 Mayıs tarihleri arasında adli birimlerce değerlendirilmek üzere yönlendirilen ve adli kurul tarafından rapor düzenlenen olgulara ait veriler elektronik veri sistemi üzerinden geriye dönük olarak değerlendirildi. Verileri eksik olan 26 adli olgu dışlanarak toplam 654 adli olgu değerlendirilmeye alındı. Olgulara ait yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşadığı il, düzenlenen raporun sonucu ve konulan tanılar incelendi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (2021/197).

Uygulama

Adli makamlar tarafından TMK 432. madde kapsamında ZT gerekip gerekmediği yönünde karar verilmek üzere gönderilen olguların adli poliklinikte görevli uzman hekim tarafından ruhsal durum muayeneleri yapılmakta, sosyal incelemesi ve psikometrik testleri tamamlandıktan sonra 3 psikiyatri uzmanından oluşan adli dal kurulu tarafından değerlendirilerek karara bağlanmakta ve hazırlanan adli rapor ilgili adli makamlara gönderilmektedir. Bunun dışında hastanemiz acil/poliklinik muayenesi sırasında ZT gerekeceği yönünde kanaat oluşan olgular için de adli kurul tarafından düzenlenen rapor adli makamlara gönderilmektedir. Kişinin tehlikeliliği ortadan kalkıp ZT ihtiyacı sonlandığında bu durum yeniden düzenlenen adli dal sağlık kurulu raporu ile ilgili adli makamlara bildirilmektedir. Adli makamlar ZT gerekip gerekmediğine yönelik kararlarını düzenlenen bu bilirkişi raporlarına göre vermektedir. Bu çalışmada, başka hastanelerde TMK 432. madde uyarınca kişinin kısıtlanmasının gerektiği yönünde düzenlenen raporlara

istinaden hastanemize ZT kararı alınarak yatış için gönderilen olguların yanı sıra adli makamlarca ZT gerekip gerekmediği yönünde bilirkişi görüşü istenen ve hastanemiz adli dal kurulunca değerlendirilen olgular ile hastanemiz acil/poliklinik muayenesi sırasında ZT gerekeceği yönünde kanaat oluşan ve bilirkişi raporu düzenlenen olgular da değerlendirmeye alınmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Bu araştırma retrospektif, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Araştırma verileri SPSS 23.0 paket programı aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenip değerlendirildi. Sosyodemografik veriler tanımlayıcı istatistikler açısından gösterildi; cinsiyet, eğitim durumu gibi tanımlayıcı veriler yüzde ve frekans ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler için ki-kare testi uygulandı. Güvenilirlik düzeyi %95 olarak alındı ve tüm analizler için istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Belirtilen dönemde toplam yatan hasta sayısı 9871, adli olgu sayısı 1088, adli olgular arasında TMK 432. madde kapsamında değerlendirilmek üzere gönderilen olgu sayısının ise 680 olduğu; TMK 432. madde kapsamında yatan olguların 2015 yılında tüm yatan hastaların % 2,2'sini oluştururken 2021 yılında %12,4'ünü oluşturduğu belirlendi.

TMK 432. madde kapsamında değerlendirilen 654 olgunun çoğunluğu erkek ($n=517$), 30-61 yaş aralığında, ilkökul mezunu ve bekardı. Olguların çoğunluğu Düzce'de ($n=335$) ve Bolu'da ($n=169$) yaşıyordu. Ayrıca Ankara ($n=77$), Zonguldak ($n=20$), Karabük ($n=11$), Kastamonu ($n=8$), Bartın ($n=5$), Kırıkkale ($n=5$), Çankırı ($n=5$), Sakarya ($n=5$), İstanbul ($n=4$) ve diğer illerde ikamet eden adli olgular değerlendirilmek üzere hastanemize gönderilmişti (Tablo 1).

Değerlendirilen 654 olgunun % 69'una ($n=451$) hastanemiz adli kurulunca TMK 432. madde kapsamında ZT gerektiği %21,6'sına ($n=141$) ZT gerekmediği yönünde bilirkişi raporu düzenlendiği; %9,4'ünün ($n=62$) ise TMK 432. madde kapsamında yatış kararı ile gönderildiği belirlendi. Hastanemiz adli dal kurulunca ZT gerektiği yönünde rapor düzenlenen 451 olgunun % 58,5'ine PB ($n=264$) (100 şizofreni, 104 atipik psikoz, 3 akut ve geçici PB, 25 AMKB'na bağlı psikoz, 12 delüzyonel bozukluk, 20 şizoafektif bozukluk), %16,6'sına AMKB ($n=75$), %15,1'ine BAB ($n=68$), %4'üne zekâ geriliği ($n=18$), %2'sine kişilik bozukluğu ($n=9$), %1,6'sına demans ($n=7$), %0,9'una ajite depresyon ($n=4$), %0,7'sine davranış bozukluğu ($n=3$) ve %0,7'sine anksiyete bozukluğu ($n=3$) tanısı konulduğu belirlendi. TMK 432. madde kapsamında ZT gerekmediği yönünde rapor düzenlenen 141 olgunun %30,5'ine AMKB, %20,6'sına PB (13 şizofreni, 11 atipik psikoz, 2 AMKB'na bağlı psikoz, 3 şizoafektif bozukluk), % 11,3'üne BAB, %7,1'ine

Tablo 1: Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	517	79,1
Kadın	137	20,9
Yaş		
18-30	208	31,8
31-60	391	59,8
61 ve üstü	55	8,4
Eğitim		
Eğitimsiz	35	5,3
İlkokul	365	55,8
Orta okul	96	14,7
Lise	132	20,2
Üniversite	26	4
Medeni Durum		
Evli	220	33,6
Bekar	371	56,7
Boşanmış	63	9,6
İl		
Bolu	169	25,8
Düzce	335	51,2
Ankara	77	11,8
Zonguldak	20	3,1
Karabük	11	1,7
Kastamonu	8	1,2
Bartın	5	0,8
Kırıkkale	5	0,8
Çankırı	5	0,8
Sakarya	5	0,8
İstanbul	4	0,6
Diğer	10	1,6
Tarih (yıl)		
2015	58 (1479)*	8,9
2016	86 (1487)*	13,1
2017	72 (1443)*	11
2018	89 (1566)*	13,6
2019	103 (1584)*	15,7
2020	144 (1580)*	22
2021	102 (732)*	15,6
(Ocak-Mayıs)		
Toplam	654 (9871)*	100

*Belirtilen dönemde yatan toplam hasta sayısı

kişilik bozukluğu, %3,5'ine zekâ geriliği (ZG) tanısı konulurken %20,6'sında ruhsal patoloji olmadığı saptandı (Tablo 2). TMK 432. madde kapsamında adli makamlarca yatış kararı ile gönderilen 62 olgunun tanıları sıklık sırasına göre; AMKB (% 32,3), PB (% 30,6), ZG (% 12,9) ve BAB (% 8,1), kişilik bozukluğu (%4,8), demans (%1,6) ve davranış bozukluğu (%1,6) olduğu; ayrıca herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 5 kişinin (%8,1) gönderildiği belirlendi.

TMK 432. madde kapsamında hastaneye yatırılarak tedavi edilen 513 olgu ile ZT gerekmediği yönünde bilirkişi raporu düzenlenen 141 olgu sosyodemografik özellikleri açısından ki-kare testi ile karşılaştırıldı. İki grup arasında cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi arasında ilişki belirlenmezken bekâr olmak ile ZT arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi (p=0,008). Başvuru yılı ile ZT gereken ve gerekmeyenler arasında yapılan ki-kare testi sonucunda; 2015, 2016, 2017 ve 2018 yıllarında yatış gerekmediği yönünde bilirkişi raporu düzenlenen olgular, 2019, 2020 ve 2021 yıllarında ise ZT gerektiği yönünde bilirkişi raporu düzenlenen olgular istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p=0,0001). ZT gerekmediği yönünde rapor düzenlenenler en fazla Bolu'da, ZT gerektiği yönünde rapor düzenlenenler ise en fazla Düzce' de yaşıyorlardı (p=0,0001). ZT gerektiği yönünde rapor düzenlenen olgulara en sık konulan tanıları sırasıyla PB, AMKB ve BAB idi. ZT gerekmediği yönünde rapor düzenlenenlere en sık konulan tanıları ise sırasıyla AMKB, PB ve BAB idi (Tablo 2).

TMK 432. madde kapsamında hastaneye yatırılarak tedavi edilen olgular tanı gruplarına göre ayrı ayrı sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldı. Cinsiyet ve psikiyatrik tanı arasında yapılan ki-kare testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,0001). AMKB tanısı alanların %96,8'i (n=92) ve BAB'ların %64,4'ü (n=47) erkekti. Kadın oranı AMKB'de tüm tanı gruplarından anlamlı olarak düşük (%3,2); BAB tanılı grupta PB tanılı gruba göre anlamlı olarak yüksek (%35,6) olduğu belirlendi. Medeni durum ve psikiyatrik tanı arasında yapılan ki-kare testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,001). PB tanısı alanların %22,6'sı (n=64) evli, %67'si (n=190) bekar iken; BAB'ların %49,3'ü (n=36) evliydi. AMKB olanların ve BAB olanların evli olma durumu anlamlı olarak PB grubuna göre daha yüksek bulundu. Yaş grupları ve psikiyatrik tanı arasında yapılan ki-kare testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,0001). 18-30 yaş aralığında AMKB tanısı alanlar BAB ve psikoz tanısı alan gruptan; 31-60 yaş aralığında ise BAB tanısı alanlar tüm diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Eğitim düzeyi ve psikiyatrik tanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmedi (p>0,052) (Tablo3).

Tablo 2: Zorunlu yatış gereken ve gerekmeyen olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

	TMK 432 gerekmez		TMK 432 gerekir		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet							0,655	0,418
Kadın	33	23,4	104	20,3	137	20,9		
Erkek	108	76,6	409	79,9	517	79,1		
Yaş							1,618	0,453
18-30	47	33,3	161	31,4	208	31,8		
31-60	7	46,0	312	60,8	391	59,8		
61 ve üstü	15	10,6	40	7,8	55	8,4		
Medeni Durum							9,570	0,008*
Evli	61	43,3	159	31	220	33,6		
Bekar	64	45,4	307	59,8	371	56,7		
Boşanmış	16	11,3	47	9,2	63	9,6		
Eğitim Durumu (yıl)							0,402	0,818
Eğitimsiz	9	6,4	26	5,2	35	5,4		
8 ve altı	99	70,2	362	70,6	461	70,5		
9 ve üstü	3	23,4	125	24,4	158	24,2		
Tarih (yıl)							67,722	0,0001*
2015	24	10,2	34	6,6	58	8,9		
2016	31	22,0	55	10,7	86	13,1		
2017	29	20,6	43	8,4	72	11,0		
2018	19	13,5	70	13,6	89	13,6		
2019	10	7,1	93	18,1	103	15,7		
2020	17	2,6	127	24,8	144	22,0		
2021 (Ocak-Mayıs)	11	7,8	91	17,7	102	15,6		
İl							22,963	0,0001*
Bolu	58	41,1	111	21,6	169	25,8		
Düzce	59	41,8	276	53,8	335	51,2		
Ankara	11	7,8	66	12,9	77	11,8		
Zonguldak	14	2,8	16	3,1	20	3,1		
Karabük	1	0,2	10	1,5	11	1,7		
Diğer	8	5,7	34	6,6	42	6,4		
Tanı							134,476	0,0001*
AMKB	43	30,5	95	18,5	138	21,1		
Psikotik bozukluk	29	20,6	283	55,2	312	47,7		
BAB	16	11,3	73	14,2	89	13,6		
Zeka geriliği	5	3,5	26	5,1	31	4,7		
Demans	8	5,6	8	1,6	16	2,4		
Kişilik bozukluğu	10	7,1	12	2,3	22			
Diğer	1	0,7	11	2,1	12	1,8		
Ruhsal patoloji yok	29	20,6	5	1,0	34	5,2		
Toplam	141	100	513	100	654	100		

*Ki-kare testi $p < 0.05$, **TMK:** Türk Medeni Kanunu, **AMKB:** Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu, **BAB:** Bipolar Affektif Bozukluk, **n:** sayı

Tablo 3: Zorunlu yatış gereken olguların tanı gruplarına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	AMKB		Psikoz		BAB		ZG		Diğer		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet													30,308	0,0001*
Kadın	3	3,2	60	21,2	26	35,6	8	30,8	5	16,1	102	20,1		
Erkek	92	96,8	223	78,8	47	64,4	18	69,2	26	83,9	406	79,1		
Medeni durum													25.608	0,001*
Evli	36	37,9	64	22,6	36	49,	8	30,8	13	41,9	157	30,9		
Bekar	53	55,8	190	67,1	31	42,5	15	57,7	15	48,4	304	59,8		
Boşanmış	6	1,2	29	10,2	6	8,2	3	11,5	3	9,	47	9,3		
Yaş													65.485	0,0001*
18-30 yaş	49	51,6	77	21,2	10	13,7	8	30,8	16	51,6	160	31,5		
31-60 yaş	44	46,3	186	65,7	58	79,5	15	57,7	6	19,2	309	60,8		
61 yaş ve üzeri	2	0,4	20	7,1	5	1,0	3	11,5	9	29,0	39	7,7		
Eğitim durumu													14,586	0,052
Eğitimsiz	3	3,2	19	6,7	4	5,5	-	-	-	-	26	5,1		
8 yıl ve altı	65	68,4	190	67,1	55	75,3	25	96,2	25	80,6	360	70,9		
9 yıl ve üstü	27	28,4	74	26,1	14	19,2	1	3,8	6	1,2	122	24,0		
Toplam	95	18,7	283	55,7	73	14,3	26	5,1	31	6,1	508	100,0		

Ki-kare testi*, $p < 0.05$, **AMKB: Alkol/Madde Kullanım Bozukluğu, **BAB:** Bipolar Affektif Bozukluk, **ZG:** Zeka Geriliği, **n:** sayı

TARTIŞMA

Bu çalışma Ocak 2015 - Mayıs 2021 tarihleri arasında Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin adli dal kurulunda TMK 432. madde kapsamında değerlendirilen 654 olguya ait adli verileri içermektedir. 2015 yılında TMK 432. madde kapsamında değerlendirilen olgu sayısı 58 iken yıllar içinde artış göstermiş; 2020 yılında 144, 2021 yılının ilk 5 ayında 102 olguya ulaşmıştır. Ayrıca 2015 yılında tüm yatan hastaların % 2,2'sini oluştururken 2021 yılında % 12,4'ünü oluşturduğu belirlenmiştir. Değerlendirilen olguların yarısından çoğu Düzce ilinde yaşamaktadır. AMKB, yatış kararıyla gelen olgular ile ZT gerekmez yönünde rapor düzenlenen olgular arasında ilk sırada bulunurken; tüm olgular içinde ve hastanemizde ZT gerekir yönünde rapor düzenlenen olgular arasında psikozdan sonra ikinci sırada yer almıştır. ZT gereken olguların çoğu erkek ve bekârdı. 2015-2018 yılları arasında daha çok ZT gerekmediği yönünde görüş bildirilirken; 2019-2021 yılları arasında ZT gerektiği yönünde görüş bildirilmiştir. AMKB olanlar diğer gruplara kıyasla daha gençti ve bu tanı grubunda daha az kadın vardı. Ayrıca tüm olguların %5'den fazlası ruhsal patolojisi olmayan olgulardı.

Yılmaz ve arkadaşları (9), 01 Temmuz 2009 - 01 Temmuz 2010 tarihleri arasında ZT yapılmış 100 psikiyatrik olguyu değerlendirdikleri çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer şekilde çoğunluğunun erkek, bekar ve eğitim süresinin $7,7 \pm 3,4$ yıl olduğunu;

en sık konulan tanılarının %39 oranında şizofreni, %28 oranında BAB ve %10 oranında başka türlü adlandırılmayan PB olduğunu bildirmişlerdir. AMKB tanısı çalışmalarında yer almamıştır.

Bülent ve arkadaşlarının (10), bizim çalışmamızın yapıldığı hastanede 2010 yılında istemli ve istem dışı yatışların sosyodemografik ve klinik özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında olguların daha çok erkek, ilkökul mezunu ve bekâr olduğunu; %72,7'sinin psikoz, %25,8'nin BAB, sadece birinin AMKB olduğunu bildirmişlerdir. Bülent ve arkadaşlarının (10) çalışması, aynı hastanede yapılmasına rağmen ZT kararı alınan olgular içinde AMKB sadece 1 olguda bulunurken; bizim çalışmamızda ZT kararı alınan olguların %18,5'i AMKB tanısı almıştır. ZT kararı alınan olgular arasında AMKB'nin yıllar içinde artışını göstermesi açısından bu önemli bir bulgudur.

Örüm (11), Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde TMK 432'nci maddesi kapsamında yatan olguların özelliklerini araştırdığı 2019 yılında yayımlanan çalışmasında olguların çoğunun erkek ve bekâr olduğunu; en sık konulan tanılarının sırasıyla madde kullanım bozukluğu (MKB) (%36,6), şizofreni (% 31,7), BAB (%19,8) ve şizoaffektif bozukluk (%5) olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada MKB olan olguların diğer olgulardan daha genç ve eğitim sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir.

Bahsedilen her 3 çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi olguların çoğunluğu erkek ve bekar olup

en sık konulan tanı ise PB olmuştur. Bunun sebebi genç yaşta ortaya çıkan ve şiddetli psikiyatrik semptomları olan hastaların evlilik veya istikrarlı bir birlikte yaşama statüsünü elde etmekte zorluk yaşaması olabilir. (12) Örüm'ün (11) çalışması 2 yıl önce yapılması ve olguların 1/3 den fazlasının MKB tanısı alması açısından bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. İsviçre'de 2019 yılında yayımlanan bir çalışmada da, bizim bulgularımızla benzer şekilde istem dışı kabul edilen hastalarda madde kullanım bozukluğunun ikinci en yaygın tanı olduğu bildirilmiştir (12). 2018 yılında yayınlanan ve 7 ülkeden veri içeren bir çalışma ülkelerden sadece ikisinde yıllar içinde ZT'ye alınan AMKB tanılı hasta sayısında azalma olduğunu, diğer ülkelerde ise artma olduğunu bildirmiştir (13). Çalışmamız 2015-2021 yılları arasındaki verileri içermekte olup; yıllar içinde hem TMK 432. madde kapsamında gönderilen olgu sayısının hem de ZT kararı verilen olgular arasında AMKB tanı oranının arttığını göstermiştir. Ülkemizde 2016-2018 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Eylem Planı ve Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve ardından 2018-2023 uyuşturucu ile mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve ulusal eylem planı uygulamaya konmuş, bağımlılıkla mücadele kurulları kurularak uyuşturucu ile mücadele kapsamında yürütülen faaliyetler (arzin önlenmesi, eğitim, danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon, sosyal uyum, adli yaptırımlar) toplum ile paylaşılmaya başlanmıştır (14). Yapılan bu paylaşımlar iç görüşü olmayan AMKB olanların ailelerinde ve bağımlılıkla mücadele kurullarının üyelerinde ZT gibi mücadele yollarının da olduğu yönünde farkındalığı artırarak ZT kararı için adli birimlere başvuruları artırmış olabilir. ZT merkezlerinin, AMKB tedavisinde klinik etkinliğinin düşük olması nedeniyle Birleşmiş Milletler Örgütüne bağlı on iki ülke 2012'de ortak yayınladıkları bildiriye, ZT merkezlerinin kapatılmaları ve hastalarının tedavisinin toplum içinde gönüllü, kanıta dayalı ve hak temelli sağlık ve sosyal hizmetler ile değiştirilmesi çağrısında bulunmuştur (15-16). Ayrıca 2020 yılında Dünya Sağlık Örgütü madde kullanım sorunu olan bireylerin kendi istekleri dışında tedaviye yönlendirilmemeleri, madde kullanım bozuklukları tedavisinin gönüllülük üzerine kurulması ve madde kullanım bozukluklarının tedavisinin kanıta dayalı tedavi olması gerektiğini belirtmiş (17) olmasına rağmen; hem ülkemizde hem de dünyada bağımlılık tedavisinin zorla uygulanmasındaki artış, üzerinde önemle durulması gereken bir meseledir. ZT, genellikle ceza adaleti yaptırımlarına alternatif olarak yasal açıdan ZT'yi ifade eder ve toplum tarafından uyuşturucu madde kullanan kişilere ve uyuşturucu madde bağımlısı bireylere tedaviyi kabul etmeleri için sunulan bir fırsat olarak kabul edilmektedir (15). Birçok ülkede mahkemeler ağır AMKB olan

bireyler için zorunlu bakım kararı vermekte ve ZT uygulanması ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin İsveç'te devam eden MKB nedeniyle kendi fiziksel veya psikolojik sağlıklarını ciddi şekilde riske atan, kendilerine veya ailelerine ciddi şekilde zarar verme riski olan veya gerekli bakım ihtiyacını gönüllü olarak karşılamayan bireyler hakkında ZT'ye karar verilmektedir. Bu hastalar için ZT kurumunda kalma süresi azami 6 ay olarak belirlenmiştir. Bu tür ZT'nin amacı "hayatı tehdit eden madde bağımlılığında bireysel değişiklik oluşturmak ve gönüllü tedavi aramaya motive etmek", onların maddeden uzak bir yaşam sürmelerini sağlamaktır. Bu amaç, bireyin madde kullanımını kalıcı olarak bırakması için uzun vadeli bir hedefin yanı sıra söz konusu kişinin gönüllü tedaviye başlamasına motive edilmesi için kısa vadeli bir hedef içerir. Sunulan tedaviyle ilgili etkinlikler kurumlar arasında ve kurumlar içinde farklılık gösterir; ancak değerlendirme (fiziksel, psikolojik ve sosyal), motivasyonel çalışma, sosyal destek, boş zaman etkinlikleri ve tedavi planlaması, başlangıçtaki odaklanmanın ardından bakımın ana unsurlarını oluşturmayı amaçlar (18). Norveç'te ise AMKB olan yetişkin hastalar için ZT; gönüllü çabaların yetersiz kaldığı, yoğun ve uzun süreli madde kullanımı nedeniyle hastanın sağlığının ciddi risk altında olduğu durumlarda uygulanmakta olup ZT kurumunda kalma süresi 3 aydır. ZT'nin akut aşamasında alıkoymanın temel amacı AMKB hastaları için hayat kurtarıcı tedavi sağlamak iken; uzun vadede ise hastaları gönüllü tedaviye başlamaya ve uzun vadeli iyileşmeye yönelik değişim süreçlerine katılmaya motive etmektedir. Ancak bu 3 aylık ZT sırasında tedavi için kararlılık ve motivasyonda hafif bir artış olduğu gösterilmiştir (19). Türkiye'de ise, zorunlu AMATEM uygulamasının sonuçları ile ilgili henüz veri bulunmamaktadır. 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planının 2. kısmında, 'Uyuşturucuya Olan Talebin Önlenmesi' 2.3.2-10. maddesinde yer alan Yatarak Tedavi Hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve yaygınlaştırılması başlığı altında ZT'ye yer verilmiştir. 2018-2023 Uyuşturucu İle Mücadele Eylem Planının bahsedilen maddesiyle 'ZT kararlarının infaz edileceği özelleşmiş tedavi merkezleri açılması ya da mevcut tedavi merkezlerinde buna yönelik fiziksel düzenlemelerin yapılması' planlanmaktadır (14). Ülkemizde henüz ruhsatlandırılmış zorunlu AMATEM merkezi bulunmamasına rağmen çalışmamızdaki tüm olguların beşte birinden fazlasını AMKB tanısı alan olgular oluşturmaktadır. Mevcut uygulama TMK 432. madde kapsamında ZT kararı ile gelen AMKB olgularının kapalı servislerde diğer hastalarla bir arada tedavi edilmeye çalışılması, bu sırada gönüllü olurlarsa AMATEM servisine alınması şeklindedir. Ancak yasaya göre kişinin özgürlüğü ZT ile kısıtlanırken;

tedavisi, eğitimi veya ıslah edilmesi amaçlanarak, elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir (5). Günümüzdeki mevcut uygulamayla bu amacın ne kadarının gerçekleştirilebildiği tartışmalıdır. Ayrıca diğer ülkelerden farklı olarak kanunda bahsedilen elverişli kurumun ne olduğu ve kısıtlamanın ne kadar süreceği veya vesayet makamının tedavi sürecinin kontrolünü nasıl sağlayacağına dair düzenleme de yer almamıştır (5). Bağımlılık tedavisinde başarı oranının yüksek olmaması ve tekrarlayan tedavi ihtiyacı göz önüne alındığında kapalı serviste diğer AMKB harici tanıli hastalarla birlikte, AMATEM tedavi uygulamalarından yoksun ZT'nin etkinliği tartışmalıdır. Zorunlu bağımlılık tedavisinin etkinliği ile ilgili henüz ülkemizde bir çalışma olmaması sebebiyle bu konuda yorum yapmak için henüz erkendir. Ancak mevcut kanıtlar ZT yöntemlerinin madde bağımlılığı tedavisinde etkili olduğunu desteklememektedir; hatta bazı araştırmalar bunun zararlı olduğunu öne sürmektedir (15). Huang ve arkadaşlarının (20) çalışması ise, zorunlu rehabilitasyonun iş bulma ve aylık geliri arttırma, aile ile iyi ilişkiler kurma ve boş zamanlarından daha fazla tatmin olma konusunda gönüllü rehabilitasyon kadar etkili olduğunu ortaya koymuştur. Yeni yayımlanan bu çalışma Türkiye'de zorunlu AMATEM uygulamalarının geliştirilmesiyle ZT'nin etkinliğinin artması yönünde umut olabilir. Çalışmamızın önemli bir diğer sonucu, TMK 432. madde kapsamında değerlendirilmek üzere gönderilen olguların %5,2'sinde ruhsal patoloji saptanmamasıdır. Suç işleyen veya suç işleme potansiyeli olan herkes TMK 432. madde uygulamaları ile psikiyatrik hastalığı

varmış gibi işlem görmeye başlamıştır (11). Ayrıca her geçen gün psikiyatri hekimlerinin üzerinde adli birimlerin oluşturduğu iş yükü artmaktadır. Tehlikelilik söz konusu olduğunda adli makamlar psikiyatri bilirkişi raporu olmadan karar veremez duruma gelmişlerdir. Bu durum psikiyatrist sayısının zaten yetersiz olduğu ülkemizde ruhsal hastalığı olanların hekime ulaşmasını ve yeterli tedavi almasını azaltabilir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı geriye dönük olması ve yapılandırılmış anketler içermemesidir. Veriler bir bölge hastanesinden olmasına ve sevk zinciri dışındaki bölgelerden de hasta kabul edilmesine rağmen Batı Karadeniz, Marmara ve İç Anadolu Bölgesi dışındaki bölgelerden gelen hasta sayısı düşüktür. Bu nedenle sonuçlarımızı tüm topluma genellemek güçtür. Bununla birlikte çalışmamız diğer çalışmalardan farklı olarak sadece TMK 432. madde kapsamında ZT kararı alınıp yatan olguları değil; aynı zamanda TMK 432. madde kapsamında ZT gerekip gerekmediği yönünde değerlendirilen tüm olguları içermesi açısından önemlidir.

Sonuç olarak, bu çalışma TMK 432. madde kapsamında her geçen yıl daha fazla olgunun psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirildiğini, daha fazla olguya ZT gerektiği yönünde rapor düzenlendiğini, ZT gereken olgular arasında AMKB oranının yıllar içinde gittikçe arttığını, önceki çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde adli birimlerin psikiyatri üzerindeki yükünün azımsanmayacak düzeyde olduğunu göstermiştir.

Ülkemizde zorunlu AMKB tedavilerinin etkinliğinin araştırılması yönünde araştırmalara ihtiyaç vardır.

Fon: Bu çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Etik: Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (2021/197).

KAYNAKLAR

1. Sugiura K, Pertega E, Holmberg C. Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *Int J Law Psychiatry*. 2020;Nov-Dec;73:101645.
2. Oliva F, Ostacoli L, Versino E, Portigliatti Pomeri A, Furlan P.M, Carletto S, & Picci, R. L. Compulsory psychiatric admissions in an Italian urban setting: Are they actually compliant to the need for treatment criteria or arranged for dangerous not clinical condition?. *Frontiers in psychiatry*. 2019; 9:740
3. Zhang S, Mellsoy G, Brink J, & Wang X. Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience bulletin*, 2015; 31(1): 99-112.
4. Demirdoğan S, Solmaz M. "Compulsory hospitalization" in psychiatry. *J For Med*. 2018;32(2):84-90.
5. Sert G, Özçelik H, Yıldırım G. Türkiye'de Akıl Hastalığı Olan Hastalarda Zorla Yatırma ve Zorla Tedavi/Hukuki ve Etik Sorunlar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2019;9(3):393-404.
6. Aydın ER, Şehiraltı M. An Unresolved Issue: Involuntary/Compulsory Treatment of Patients with Psychiatric Disorders. *J Psy Nurs*. 2010;1(1):39-42.
7. https://www.echr.coe.int/documents/convention_tur.pdf Erişim tarihi: 5 Nisan 2022
8. Yalçınkaya V. TCK VE TMK kapsamında alkol ve uyuşturucu madde bağımlılarına uygulanan zorla tedavi ve etik boyutu. İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2018.
9. Yılmaz Y, Saygılı İ, Yanartaş Ö, Baykaran M. B, Kesebir S, & Yıldız D Zorunlu Yatışta Psikiyatrik ve Hukuksal Süreç. *Yeni Symposium*. 2013;51(1):46-50.

10. Gültekin B. K, Çelik S, Tihan A., Beşkardeş A. F, & Sezer U. Bir Psikiyatri Hastanesinde İstemli ve İstem Dışı Yatışların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Nöro-Psikiyatri Arşivi*. 2013;50(3):216-21.
11. Örum MH. Characteristics of cases hospitalized in a mental health and diseases hospital with in the scope of article 432 of the Turkish Civil Code. *Bağımlılık Dergisi*. 2021;22(3):226-35.
12. Habermeyer B, Wyder L, Roser P, & Vogel M. Coercion in substance use disorders: Clinical course of compulsory admissions in a Swiss psychiatric hospital. *Swiss Medical Weekly*. 2018;148.
13. Hustoft K, Larsen T. K, Auestad B, Joa I, Johannessen J. O & Ruud T. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*;2013; 36(2): 136-143.
14. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/tutun-mucadele-bagimlilik_db/haberler/uyusturucu_eylem_plani/2018_2023_Uyusturucu_ile_Mucadele_Ulusal_Strateji_Belgesi_ve_Eylem_Plani.pdf. Erişim tarihi: 1 Mart 2022.
15. Lunzea K, Lermeth O, Andreevac V, & Harigad F. Compulsory treatment of drug addictions in Southeast Asian Countries *International Journal of Drug Policy*. 2018(69):10-5.
16. https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug_detentioncentre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf. Erişim tarihi: 1 Mart 2022.
17. World Health Organization. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition in incorporating results of field-testing. 2020. Erişim tarihi: 1 Mart 2022.
18. Petersson FJM, Berg KE, Skårner A. Locked Up and Locked Out: Client Perspectives on Personal Relationships While in Compulsory Drug Treatment. *Contemporary Drug Problems*. 2021;48(2):114-34.
19. Opsal A KØ, Clausen T. Readiness to change among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2019;14(1):1-10.
20. Huang K, Yu C, Chen X, Hao Y, Ding Y, Wu Z, & Wang X. A Quasi-Experimental Study on the Effectiveness of Compulsory and Voluntary Treatment Settings for 1,299 Drug Abusers in Hunan, China. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.