



T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Adli Tıp Anabilim Dalı

**MALATYA ADLİ TIP GRUP BAŞKANLIĞI'NDA 2015-2020
TARİHLERİ ARASINDA OTOPSİSİ YAPILAN 15 YAŞ ÜZERİ
ZORLAMALI KADIN ÖLÜMLERİNİN İNCELENMESİ**

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Erkal GÜMÜŞBOĞA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ

MALATYA-2022



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Adli Tıp Anabilim Dalı

MALATYA ADLİ TIP GRUP BAŞKANLIĞI'NDA 2015-2020
TARİHLERİ ARASINDA OTOPSİSİ YAPILAN 15 YAŞ ÜZERİ
ZORLAMALI KADIN ÖLÜMLERİNİN İNCELENMESİ

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Erkal GÜMÜŞBOĞA

ORCID: 0000-0001-9190-4467

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ

MALATYA-2022

İçindekiler

TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
Kısaltmalar Dizini	v
Tablolar Dizini	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 Ölüm	3
2.2 Ölüm çeşitleri	5
2.3.1 Doğal Ölümler	5
2.3.2 Zorlamalı Ölümler	6
2.3 Zorlamalı Ölümlerde Orijin	6
2.3.1 Kaza	7
2.3.2 İntihar	7
2.3.3 Cinayet	9
2.4 Zorlamalı Ölüm Nedenleri	9
2.4.1 Künt Travmaya Bağlı Ölümler	9
2.4.2 Trafik Kazalarına Bağlı Ölümler	10
2.4.3 Ateşli Silah ve Patlayıcı Maddelere Bağlı Ölümler	12
2.4.4 Kesici Delici Aletlere Gerçekleştirilen Ölümler	13
2.4.5 Asfiksili Ölümler	14
2.4.6 Fiziksel Etkenlerle Oluşan Ölümler	18
2.4.7 Kimyasal Etkenlerle Oluşan Ölümler	19
2.5 Zorlamalı Kadın Ölümlerinde Postmortem İnceleme	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
Kaynaklar	57
Ek-1 Etik Kurul İzni	64
Ek-2 Adli Tıp Kurumu Başkanlığı İzni	65

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince gerek mesleki bilgileri ve becerilerinden gerek hayati tecrübelerinden faydalandığım ve yardımlarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız sayın Prof. Dr. Osman Celbiş ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Mucahit Oruç'a,

Otopsi eğitimim süresince desteklerinden dolayı Dr. Hasan Okumuş, Dr. Salih Güven, ve Dr. Duygu Güleş'e, patolojide birlikte çalıştığımız Prof. Dr. Emine Şamdancı ve Uzm. Dr. Yetkin Koca ve diğer tüm Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı personeline,

Uzmanlık eğitimim süresince Adli Tıp Anabilim Dalı'nda beraber çalıştığım arkadaşlarım Osman Kule, Ahmet Sedat Dünder, Erhan Kartal, Ayhan Şahin, İsmail Altın, Savaş Dertsiz, Anıl Çağrı Kabal, Muhammed Emin Parlak, Mesut Yılmaz, Ömer Dengeşik, Ahmet Serdar Alışık, Pınar Boyraz, Bengü Berrak Özkul, Emre Boz, Mehmet Efdal Saydan ve Sadık Haras'a, ayrıca tez çalışmamın istatistiksel analiz aşamasında yardımlarından ötürü İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Arş. Gör. İpek Balıkçı Çiçek'e,

Bu tez çalışmasının yapılmasına verdikleri izin nedeniyle Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na,

Hayatım boyunca beni destekleyen, haklarını asla ödeyemeyeceğim annem ve babam Yasemin-Mehmet Gümüşboğa'ya, ayrıca kayınvalidem ve kayınpederim Cennet-İbrahim Sizer'e ve her daim yanımda olan sevgili eşim Zekiye Şeyma Gümüşboğa'ya, uzmanlık sürecimde aramıza katılan biricik oğlum Mehmet Asaf'a, teşekkürlerimle...

Dr. Erkal GÜMÜŞBOĞA

ÖZET

Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda 2015-2020 Tarihleri Arasında Otopsi Yapılan 15 Yaş Üzeri Zorlamalı Kadın Ölümünün İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı zorlamalı kadın ölümü olgularının otopsi raporları, ölü muayene tutanakları, tanık ifadeleri, olay yeri inceleme raporları incelenerek, elde edilen verileri bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalara ait literatür bilgileri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirmek ve ayrıca yerleşim yerinin, olay türleri ve orijinler üzerinde etkisini incelemek yapılacak çalışmalara ışık tutmaktır.

Gereç ve Yöntem: T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı'nda 2015-2020 yılları arasında otopsi yapılmış 15 yaş üzeri zorlamalı ölümler çalışma kapsamına alındı. Malatya Grup Başkanlığı arşivinden temin edilen otopsi dosyalarının ve UYAP'tan temin edilen belgeler ve incelenmesi sonrasında; 15 yaş altı olgular, kimliklendirmesi hiçbir aşamada yapılamayan olgular (cinsiyet ve yaşı ölü muayenesi ile tefrik edilemeyenler dahil), ölümün Türkiye Cumhuriyeti sınırları dışında gerçekleşmiş fakat otopsi merkezimizde yapılan vakalar dışlandı. Toplam 336 vakanın 15 yaş üzeri zorlamalı ölüm dahilinde olduğu belirlendi.

Bulgular: Çalışmamızda 336 olgunun yaş ortalaması $43,23 \pm 21,94$, yaş ortancası 36'dır. Olgularımızın %66,1 kırsal, %33,9'u kentsel yerleşim bölgesinde meydana gelmiştir. Zorlamalı ölümler en çok (%62,2) 18-49 yaş aralığında gerçekleştiği görülmüştür. En çok (%30,9) ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümler meydana gelmiştir. Karşılaşılan en sık ölüm orijini (%36,6) kazadır. Kaza orijinli olgularda en sık (%36,5) sebep trafik kazasıdır. İntihar orijinli olgularda en sık (%46,6) kullanılan yöntem ası yöntemidir. Cinayet orijinli olgularda en sık kullanılan (%74,3) yöntem ateşli silah kullanımıydı. Fail en sık (%25,64) ölenin eşiydi.

Sonuç: Zorlamalı kadın ölümleri toplumsal bir sorundur. Çoğunluğu kazalardan oluşan zorlamalı ölümler önlenabilir niteliktedir. Kaza orijinli olgular en sık 65 yaş üzeri yaş grubunda görülmektedir. En sık trafik kazası ikinci sıklıkta yanıklar görülmüştür. İntihar olguları diğer tüm zorlamalı ölüm orijinlerinde olduğu gibi 18-49 yaş grubundaki kadınlarda daha sık gözlenmiştir. İntihar orijinli olgularda psikiyatrik hastalık-mental kısıtlılığı mevcut olan olguların daha sık olduğu görülmüştür. 18-49 yaş grubundaki psikiyatrik hastalık veya mental kısıtlılığı mevcut kişilerin rehabilitasyonunun kadın intiharlarını azaltacağını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kadın ölümleri, otopsi, zorlamalı ölüm

ABSTRACT

Investigation of Unnatural Women Deaths of Autopsied Over The Age of 15 Between 2015-2020 at Malatya Forensic Medicine Group Presidency

Aim: The aim of this study is to evaluate the autopsy reports, corpse examination reports, witness statements, crime scene investigation reports of unnatural female death cases, to evaluate the data obtained in comparison with the literature information about the studies on this subject, and also to determine the effect of the place of residence on the event types and manner of death. As a result, it is to shed light on future studies.

Materials and Methods: Unnatural deaths of women over the age of 15 who were autopsied between 2015 and 2020 in the Malatya Group Presidency of the Forensic Medicine Institute were included in the study. After examining the autopsy files obtained from the autopsy center archive and the documents obtained from UYAP; Cases under the age of 15, cases whose identification could not be made at any stage (including those whose gender and age could not be distinguished by death examination), cases where the death occurred outside the borders of the Republic of Turkey but whose autopsy was performed in our center were excluded. It was determined that a total of 336 cases were within the scope of unnatural death over the age of 15.

Results: In our study, the mean age of 336 cases was 43.23 ± 21.94 , and the median age was 36. 66.1% of our cases occurred in rural areas and 33.9% in urban areas. It was observed that the most unnatural deaths (62.2%) occurred in the 18-49 age group. Deaths due to gunshot wounds occurred mostly (30.9%). The most common manner of death (36.6%) is accident. The most common cause (36.5%) in accident cases is traffic accident. The most frequently used method (46.6%) suicide cases was hanging. The most commonly used method (74.3%) in murder cases was the use of firearms. The perpetrator was the husband of the deceased most frequently (25.64%).

Conclusions: Unnatural death of women is a social problem. Unnatural deaths, most of which are caused by accidents, are preventable. Cases of accidents are most common in the age group over 65 years old. Traffic accidents were the most common, and burns were the second most common. Suicide cases were observed more frequently in women aged 18-49, as in all other unnatural deaths. It has been observed that cases with psychiatric disease-mental limitation are more common in cases of suicides. Rehabilitation of persons aged 18-49 with psychiatric disease or mental limitation will ensure that female suicides will be reduced.

Keywords: Female deaths, autopsy, Unnatural death

Kısaltmalar Dizini

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TDK: Türk Dil Kurumu

UYAP: Ulusal Yargı Ağı Bilişim Sistemi

BM: Birleşmiş Milletler

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

KDA: Kesici Delici Alet

CO: Karbon monoksit

HCN: Hidrojen Siyanür

CMUK: Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu

TCK: Türk Ceza Kanunu

Ark.: Arkadaşları

Tablolar Dizini

Tablo 4.1 : Yıllara göre olguların dağılımı ve olguların yaş ortalamaları	28
Tablo 4.2: Olguların aylara göre dağılımı.....	28
Tablo 4.3: Olguların yerleşim yerlerine göre dağılımı ve cesetlerin durumu.....	29
Tablo 4.4: Otopsisı yapılan olguların iller bazında yıllara göre dağılımı	29
Tablo 4.5: Olguların uyruk dağılımı.	29
Tablo 4.6: Cesedin bulunduğu yerlere göre olguların dağılımı	30
Tablo 4.7: Olay türlerine göre vakaların dağılımı	31
Tablo 4.8: Vakaların orijinlere göre dağılımı	31
Tablo 4.9: Olguların medeni durumu.....	32
Tablo 4.10: Olguların gebelik ve çocuk sahibi olma durumu.....	32
Tablo 4.11: Olguların psikiyatrik hastalık- mental kısıtlılık durumu	33
Tablo 4.12: Olguların cinsel saldırı unsuru açısından dağılımı	33
Tablo 4.13: Olguların kimlik tanıklarının dağılımı.....	33
Tablo 4.14: Orijinlere göre ölüm nedeni belirlenemeyenlerin dağılımı	34
Tablo 4.15 : Yaş gruplarına göre olay türlerinin dağılımı	34
Tablo 4.16: Yaş gruplarına göre orijinlerin dağılımı	35
Tablo 4.17: Orijinlerin olay türüne göre dağılımı.....	35
Tablo 4.18: Cinayet orijinli olgularda failin yakınlık durumu.....	36
Tablo 4.19: İntihar orijinli vakaların olay türüne göre dağılımı	37
Tablo 4.20: Kaza orijinli vakaların olay türlerine göre dağılımı	37
Tablo 4.21: İntihar vakalarında cesedin bulunduğu yerlere göre dağılımı	38
Tablo 4.22: Orijini belirlenebilen vakaların medeni duruma karşılaştırılması	38
Tablo 4.23: İntihar ve cinayet orijinli olgularda evli olma durumu ilişkisi	39
Tablo 4.24: Trafik kazası olgularında araç içi/dışı durumuyla yerleşim yerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.25: Trafik kazası olgularında araç içi/dışı durumu ile ölüme neden olan yaralanma bölgelerinin ilişkisi.....	40
Tablo 4.26: Düşme olgularında düşülen yükseklik ile ölüme neden olan yaralanma bölgelerinin ilişkisi	41
Tablo 4.27: İntihar orijinli olgularda yerleşim yerlerine göre olay türü ilişkisi	41
Tablo 4.28: Ası vakalarında kullanılan materyallerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması.	42
Tablo 4.29: Olguların psikiyatrik veya mental kısıtlılık bilgisi ile orijinler arası ilişki	42
Tablo 4.30: Olguların öldüğü yer ile olay orijinlerinin ilişkisi.....	43

1. GİRİŞ

Tarih boyunca var olan ve günümüzde de gittikçe artan, şiddetin her türlüsüne maruz kalan gruplardan biri de kadınlardır. Kadına yönelik şiddet konusunda toplum bilincinin artış gösterdiği ve şiddeti önlemeye yönelik etkinliklerin arttığı günümüzde, yaptığımız bu çalışma; zorlamalı ölümler dahilindeki kaza-intihar-cinayet orijinli kadın ölümlerinin boyut ve nedenini daha iyi anlamakla birlikte bu alanda yapılacak çalışmalara katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) 2017 yılı verilerine göre kadına yönelik şiddet yaygınlığının bölgelere göre dağılımında en yüksek oranın %37 ile ülkemizin de içinde bulunduğu Ortadoğu bölgesi olduğu, bunu sırasıyla Afrika, Amerika, Avrupa ve Çin'in takip ettiği belirtilmiştir (1). Yapılan araştırmalar kadınların birçoğunun fiziksel, duygusal, psikolojik şiddete maruz kaldığı ve bu maruziyetin kaynağının da ilk olarak, ilişkide bulunduğu yakın çevresi olduğunu ortaya koymuştur. Kadına yönelik şiddet hala tüm toplumlarda farklı farklı ve bileşik formlarda uygulanmaktadır. DSÖ, bu şiddeti önlemek, şiddet mağdurlarına yardım etmek için önlemlerin formüle edilmesi gerekliliğini bildirmiştir (2).

Ülkemizde Ankara, Aydın, Erzurum, İzmir ve İstanbul illerinde yapılan adli otopsi çalışmalarından elde edilen sonuçlara göre kadınlarda zorlamalı ölümler arasında en çok karşılaşılan nedenler arasında; trafik kazaları, asfiksi, intoksikasyonlar, ateşli silah yaralanmaları, yüksekten düşme, kesici delici alet yaralanmaları, kişiler arası şiddet ile künt travmatik ölümler ve yanıklar olduğu görülmüş (3-7). Kadın ölümleri sonrası yapılan otopsilerin sonuçları, kadın intihar-cinayetlerinin özelliklerini ortaya konması açısından uygun kaynaklardan biridir (5).

Bu çalışmanın amacı; 2015-2020 yılları arasında Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda otopsi yapılan zorlamalı kadın ölümü olgularının otopsi raporları, ölü muayene tutanakları, tanık ifadeleri, olay yeri inceleme raporları incelenerek, elde edilen verileri bu konuyla ilgili yapılmış çalışmalara ait literatür bilgileri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirmek ve ayrıca yerleşim yerinin, olay türleri ve orijinler üzerinde etkisini incelemek yapılacak çalışmalara ışık tutmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Ölüm Nedeni ve İstatistikleri Bültenine göre; 2018 yılında toplam 426449 ölüm gerçekleşmiş olup, ölüm nedenleri arasında 6. sırada zorlamalı ölümler gelmektedir, zorlamalı ölüm olarak değerlendirilen ölümlerde; toplam 19757 kişinin, 5295'i (%26,8) kadın olup, bunların 4859'u (Tüm kadın ölümlerinin %91.7'si) 15 yaş üstü kadınlar oluşturduğu, 2019 yılına ait verilerde toplam 435941 ölüm gerçekleşmiş olup zorlamalı ölüm olarak değerlendirilen ölümlerde; toplam 16015 kişinin 4516'sı (%28.1) kadın ve bunların 4176'sı (Tüm kadın ölümlerinin %92.4'ü) 15 yaş üstü kadınlardan oluşan ölümler olduğu görülmektedir (8).

Kadına yönelik şiddet; Birleşmiş Milletler (BM) Genel Meclisi tarafından 1993 yılında kabul edilen, Kadına Karşı Şiddetin Yok Edilmesi Bildirgesi'nde "Cinsiyete dayalı olarak gerçekleşen, kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel veya kamu yaşamında gerçekleşen her türlü davranış, tehdit veya özgürlüğün keyfi olarak engellenmesi" olarak tanımlanmıştır (9).

Fiziksel şiddet; doğrudan temas, bir eşya-aracı, hayvan kullanarak ya da fiziksel üstünlüğün kullanılması gerektiren ve bireyde fiziki yaralanmalara yol açan davranış olarak tanımlanmaktadır (9). Cinsel şiddet, kadının rızası olmadan baskı kurma, zarar verme, tehdit veya fiziksel güç de kullanarak cinsel ilişkiye veya cinsel eylemlere zorlanması şeklinde gerçekleşir (10, 11). Ekonomik kaynakların ve paranın kadın üzerinde baskı, kontrol ve tehdit amacıyla kullanılması, "maddi gelir getirisi olan bir işte çalıştırmama, maddi ihtiyaçların karşılanmaması, kariyer ilerlemesine engel olma, kazancın gaspı" vb. davranışlar ekonomik şiddet olarak adlandırılmaktadır (9, 12). Fiziksel veya cinsel şiddetin meydana geldiği durumlarda çoğunlukla duygusal şiddet de eşlik etmektedir. Genellikle aşağılama, bağırma, yetersiz ve beceriksiz olduğunu söyleme, patolojik düzeyde kıskançlık, korkutma, gizliliği ihlali, sözüne itibar etmeme, gizliden gizliye ne yaptığını araştırma şeklinde olmaktadır (9, 12, 13). Duygusal ve ekonomik şiddet, somut olarak bulgu ortaya çıkarmadığından aslında en sık rastlanan şiddet türlerinden olduğu gibi tespit edilmesi ve önlem alınabilmesi de en zor şiddet tipleridir (11).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD) 2019 yılı verilerine göre Türkiye, kadına yönelik şiddette, 36 OECD üyesi ülke arasında ilk sırada yer almaktadır (14).

Çeşitli bakanlıklarca yayınlanmış verilerine göre, Türkiye'de kadınlara yönelik cinayet oranı 2002 yılından günümüze 14 kat artış göstermiştir. Bu veriler kayıtlara yansıyan ve tanısı konulan olgulara ilişkin veriler olup, şiddet mağduru kadınların yaklaşık yarısı yaşadıklarını kimseye anlatmamaktadır (15).

Kadınlarda görülen fiziksel hasarın kaynağı araştırıldığında en sık eşlerden kaynaklı olduğu karşımıza çıkmaktadır. Eş istismarının kadının psikolojisi üzerindeki olumsuz etkileri sonucu; kadında alkol ve madde bağımlılığı, çocukların ihmal-istismarı, intihar girişimleri şeklinde ortaya çıkmakta veya cinayetle sonuçlanmaktadır (12, 13, 16).

Ölüm, biyolojik, politik ve sosyal faktörlerin etkisiyle beraber bir bölgenin tarihsel ve kültürel olarak gelişimsel kademeleriyle, tanımlanmış davranış modeli ve tutumlarıyla karakterizedir (17). Ülkelerdeki sosyal, ekonomik ve kültürel bazı problemlerin kadına şiddet olarak yansıdığı bilinmektedir. Kadına yönelik şiddetin de, sosyal, ekonomik ve kültürel yapı olarak farklı ülkelerde benzer argümanlar içerdiği gözlenmektedir (12).

Genel toplum ahlakı ve dini değerler göz önüne alınarak oluşturulduğu iddia edilen namus kavramı bahane edilerek işlenen cinayetler, genellikle Ortadoğu toplumlarında sık görülmektedir. Türkiye ve Brezilya'da da namus cinayetleri şeklinde ortaya çıkmakta, kadınları ve kız çocuklarını hedef almaktadır (18).

2.1 Ölüm

Ölüm; Uygurca'da “üzüt” (dünya ile bağlantısı) kesilmiş> ölü > ruh” anlamına, Kırgızca'da “üzül-” 1. koparmak, kesilmek, inkıta uğramak; 2. ölmek, vefat etmek” anlamına gelmektedir. Eski Türkçe Sözlük'te “Adırıl-, Bar-” kelimeleri kökleri ölmek anlamına gelmektedir (19, 20). Kamus-i Türki'de; “Yaşamaz olmak, can vermek, terk-i hayat etmek, vefat, irtihal etmek, fevt olmak, solmak, yumuşamak, pejmurde olmak, kıvamı gaib edip düşmek, pek ziyade sıkılmak, pek şiddetli korku veya dehşet ve ızdırıp ve zahmet çekmek, hükmü kalmamak” anlamına gelmekte olan ölüm, Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lugat'te “canlılığın sona ermesi ve sessizliğe bürünerek beden hareketinin son bulması, mevt” şeklinde açıklanmış olup, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından da; “Bir insan, bir hayvan veya bitkide hayatın tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu, ebedi uyku, emrihak, irtihal, memmat, mevt, vefat” şeklinde tanımlanmıştır (21-23).

Ölüm; organların işlevlerini yerine getiremez duruma gelmesiyle birlikte biyolojik canlılığın sona ermesidir. Ölüm ve ölüme ilişkin süreçleri inceleyen bilim dalı ise ‘tanatoloji’dir, adını Yunan mitolojisinde ölüm tanrısı “Thanatos” tan almaktadır (24).

Ölümün çeşitli tanımları bulunmakla birlikte hepsinin ortak noktası canlılığın ebediyyen kaybıdır. Gelişmiş toplumlarda özellikle tıp, din, hukuk ve sosyal alanlarda ölüm ayrı bir önem arz etmektedir. Medeni hukukta ölüm zamanının belirlenmesi sonucunda kişinin hukuksal hakları ve malvarlığı üzerindeki hakkı ortadan kalkmakta ve mirasçılara geçmektedir. Tıp alanında ise her doktor mesleğinin her döneminde ölümle karşılaşabilmekte bu sebeple tıp doktorlarının ölümün sadece tıbbi yönlerini değil, bütüncül bir yaklaşımla bütün yönleriyle irdelemesi ve ölüm sürecini anlaması gerekmektedir (25).

Ölüm; tıp alanında kişiye canlılık niteliği kazandıran 3 temel sistemin (dolaşım, solunum ve sinir sistemi fonksiyonlarının) geri dönüşümsüz olarak kaybıdır. Bu tanım çerçevesinde ölüm tipi iki şekilde karşımıza çıkmaktadır (25).

İlk kez Fransız bilim adamı Emanuele Fodere tarafından ortaya atılan “somatik ölüm” tanısı, temel vücut fonksiyonları olarak merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım fonksiyonlarının irreversible kaybı olarak açıklanmıştır. Bu sistemlerdeki fonksiyonların herhangi birinin kaybı, direkt ve indirekt olarak kısa süre diğerlerinin de fonksiyon kaybını neden olacaktır (26).

Hücrel ölüm; vücudun, canlılık fonksiyonu gösterebilen en küçük birimi olan hücrelerin uyarılara uygun yanıt verememesi, hücrel fonksiyonlar için gerekli metabolik faaliyetlerinin sona ermesi olarak tanımlanmaktadır. Hücrel ölümün gerçekleşmesi sonucunda dokular ve organlar arası fonksiyonel birliktelik bozularak kardiorespiratuar yetersizlik meydana gelişmekte, anoksik durum oluştuktan kısa bir süre sonra ise otoliz ve çürüme gerçekleşmektedir (25). Hipoksiye duyarlılık açısından çeşitli dokulara ait hücrelerin arasında farklılıklar mevcuttur. Nöronal doku hipoksiye, deri, kemik, kas ve bağ dokusuna kıyasla daha duyarlıdır. Merkezi sinir sistemindeki nöronların ömrü anoksik şartlarda 3-7 dakikadır. Somatik ölüm gerçekleştikten sonra hücrel düzeyde bazı reaksiyonlar 1-2 saat, kas seğirmeleri 3 saat, göz bebeği fonksiyonları 20 saate kadar devam edebilir; ancak somatik ve hücrel ölüm aynı anda gerçekleştiği nükleer patlamalarda bu konuda istisnadır (25, 26).

Hukuken geçerli olan ölüm tanımı somatik ölüm tanımıdır. Hukuken kişinin varlığı, canlı doğması ile başlamakta, sona ermesi de somatik ölümün gerçekleşmesiyle olmaktadır (26).

Tıptaki ilerlemelere bağlı olarak ölümün tanısı ve tanı süreçlerinde bazı yenilikler ortaya çıkmıştır (27). Solunum ve dolaşımın mekanik tıbbi cihazlarla sağlanması, yaşam süresinin uzatılmasıyla birlikte doku uyumunun bulunması, immün modilatör ilaçların keşfi ile doku ve organ nakli olanağı doğmuştur (25, 28). Beyin ölümü; beyin ve beyin sapı fonksiyonlarının geri dönüşü mümkün olmayan şekilde yitilmesiyle vücuttaki dolaşımın ve solunumun tıbbi mekanik cihazlarla sağlanmasıdır. Beyin aktivitesinin hipoksik, travmatik, zehirlenme vb. sebeplerden dolayı yitimi, kişinin hayatını derin koma ve/veya bitkisel yaşamda devam etmesine sebep olmaktadır. Beyin korteksi işlev göremese bile, beyin sapı fonksiyonlarının aktif olduğu, dolaşımın ve solunumun devam ettiği kişiler uzun yıllar boyunca bitkisel hayatta yaşamlarını sürdürebilirler. Bitkisel hayattaki kişiler ölü olarak kabul edilmemektedir (25, 29). Beyin ölümü kavramı, tıbbin olanakları ile yaşama ümidi kalmamış kişilerden buna ihtiyacı olan kişilere organ-doku nakli yapılmasını sağlamak amacı ile tıptaki gelişmelere bağlı ortaya atılmış bir kavramdır (25, 27, 28).

2.2 Ölüm çeşitleri

Meydana geliş şekli bakımından ölüm; zorlamalı ölümler ve doğal ölümler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (25).

2.3.1 Doğal Ölümler

Normal yaşam süresini tamamlamış veya ölüme sebep olan bir hastalığı bulunan kişilerde görülen ölüm şekline doğal ölüm denmektedir. Çoğu zaman kişideki var olan bir hastalığa bağlı gerçekleştiğinden "patolojik ölüm" adını da almaktadır. Bu ölümlerin kayda değer bir kısmı adli kovuşturmayı gerektirebilir. Ölümün haberini alan hekim gidip ölüyü tam ve çıplak olarak muayene etmeli, ölenin hastalığını belirleyen bir hastane evrakı, hekim raporu varsa yapılan ölü muayenesinde elde edilen bulgularla birlikte ölüm sebebini belirleyip, ölenin defni için gerekli olan defin ruhsatını düzenlenebilir. Ancak ölüm sebebi belirlenemediyse, ölünün bulunuş şeklinde kuşku uyandıracak bulgular varlığında veya ölünün muayenesi sonucu kişinin ölümünün doğal olmayan sebeplere bağlanması durumunda, ölüm olayı savcılığa bildirilmelidir. Bu ölümler şüpheli ölümler olarak adlandırılır ve ölüm nedenini açıklamak için otopsi yapıldıktan sonra defin ruhsatı düzenlenmelidir. Bazı vakalarda kişideki hastalığın

önceden tanısı konmuş olsa bile hastanın yakınları tarafından “tedavide ihmal ve özen eksikliği” iddiasında bulunabilirler. Bu vakalar da adli açıdan “şüpheli ölüm” olarak savcılığa bildirilmelidir. Bazen sistematik adli otopsi yapılmasına, her türlü mikroskopik ve toksikolojik incelemeler yapılmasına rağmen ölüm sebebi belirlenemez. Bu tür ölümlere "izah edilemeyen ölüm"; yapılan otopsiye de "negatif otopsi" denmektedir (25, 26, 28).

2.3.2 Zorlamalı Ölümler

Zorlamalı ölümlerde, dış faktörlerin etkili olduğu ölüm türüdür. Fiziksel, kimyasal, travmatik, radyasyon gibi etkenler dokulardaki etkileri sonucunda hayati fonksiyonların kaybı ve nihayetinde ölüme yol açmaktadır. Bu ölümlerin tümü adli tıbbi ilgilendiren ölümler olup cinayet, intihar ve kaza olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tür ölümlerde gerekli her tür araştırma (tanık ifadesi, olay yeri incelemesi, ölü muayenesi ve otopsi) yapılarak ölümün orijini yani cinayet-intihar-kaza olup olmadığı hususunda hukuken verilecek olan karara yardımcı olunmaktadır (25, 26, 28).

Hekimlerin adli olaylarda orijin konusunda tıbbi olmayan yorumlarda bulunmaları, hukuki bir görüş bildirmeleri doğru olmasa da DSÖ’nün "Ölümün Belgelenmesi" (Certification of Death) kitapçığında hekimlerden ölümün tıbbi nedeniyle birlikte orijininin de yazılması istenilmiştir. Ancak birçok batı ülkesinde ölümün orijininin belirtilmesi adli makamların kararına bırakılmıştır, hekimin otopsi raporunda olay orijinini yazması doğru değildir (28, 30).

Bununla birlikte, ölümün orijininin belirlenmesine yönelik olarak yapılacak tıbbi inceleme bulguları ve bunların yorumlanması olayın aydınlatılmasında önemli bir yere sahiptir. Örneğin, bir ateşli silah yaralanması vakasında bitişik-bitişğe yakın atış mesafeleri orijin olarak daha çok intihar açısından anlamlı iken, uzak atış mesafeli ateşli silah yaralanmaları olay yerinde bir düzenek olmadığı takdirde cinayet orijini açısından anlamlıdır. Yine kesici cisimler ile vücutta oluşturulan "tereddüt kesileri" nin intihar orijini açısından anlamı büyüktür. Ölümün zorlamalı bir nedene bağlı olduğunun ortaya konulmasına karşın, bazen orijin belirlenemeyebilir (27).

2.3 Zorlamalı Ölümelerde Orijin

Orijin; ölümün mekanizmasının meydana geliş şeklini açıklamak amaçlı kullanılan ve hukuki önemi olan bir terimdir. Tüm ölümlerde ölüm orijini doğal, cinayet, intihar veya kaza şeklinde olup; bazı olgularda yapılan araştırmalara rağmen kesin ölüm nedeni veya ölüm orijini belirlenemeyebilir. Zorlamalı ölümlerde orijin ise

kaza intihar ve cinayet şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bir ölüm mekanizmasının birçok nedeni, bir ölüm nedeninin birçok mekanizması olabileceği gibi, bir ölümün birden çok orijini olabilir. Bir kişinin kalbine isabet eden bir kurşun yarısından dolayı (ölüm nedeni) ağır kanamadan (ölüm mekanizması) ölebilir, kurşunun ateşlenmesinde rol alan kişiye göre ölüm orijini; cinayet (birisi bireyi vurdu), intihar (kendilerini vurdu), kaza (silah düştü ve ateşlendi) olabilir veya belirlenemeyebilir (27).

Güvenlik güçlerinin görevi gereği hukuki koşullar çerçevesinde suçluların yakalanmaları sırasında veya çatışmalar sırasında sebep oldukları ölümler, hukuki çerçevede olmak şartı ile "cinayet" olarak tanımlanamaz; ancak cinayet dışı öldürme fiili olarak tanımlanabilir. Hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan ölümler kasıt olmamak şartıyla bir tür "kaza" olarak nitelendirilmektedir. "ötanazi" olgularında ise durum biraz farklı olup, şekli nasıl olursa olsun (ister aktif ister pasif ötanazi) ülkemizdeki yasalara göre cinayet olarak nitelendirilmektedir (26, 28).

2.3.1 Kaza

Kaza; TDK sözlüğünde “İstem dışı veya umulmayan bir olay dolayısıyla bir kimsenin, bir nesnenin veya bir aracın zarara uğraması” şeklinde tanımlanmıştır (23). Kaza sonucu ölüm ise istenmeyen ve beklenmeyen olayın kişide ölüme sebebiyet vermesidir. Kazaların önemli bir kısmını trafik kazaları oluşturmakta ve bu vakaların değerlendirmesinde farklı bakış açıları mevcuttur. Toplu ölümlerin gerçekleştiği araç kazalarında ölüm nedeni ve orijini belli olsa bile kimliklendirme açısından ayrıntılı muayene ve/veya otopsi yapılmalı gerekli DNA örnekleri alınmalıdır (31). Kaza orjinli olaylarda bazen hukuki süreçler de otopsiyi gerekli kılar bu gereklilik kişisel, kurumsal tazminat davaları veya sigorta sözleşmeleri nedeniyle olabilir. Kaza sonucu ölen olgularda taksirli eylem nedeniyle yargılama yapılmaktadır (32). Gerek olay yeri incelemesi gerek otopsi sonucunda kasıtlı bir eylem olduğunu gösterir bulgunun elde edilmesi yargılamanın şeklini değiştirecektir (25, 32, 33).

2.3.2 İntihar

İntihar, kişinin hür iradesiyle kendi yaşamını sona erdirmesidir. Kişinin öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık halidir. (34). İntihar biyo-psiko-sosyal etkenlerin katkısıyla meydana gelir (35). İntihar kavramına değişik otörlerce birbirinden farklı tanımlamalar yapılmış olsa da en kapsamlı tanım Durkheim tarafından yapılmıştır. Durkheim intiharı, “Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin, doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir” şeklinde tanımlamıştır (36, 37).

İntihar olgularında en sık uygulanan ölüm şekilleri suda boğulma, ası, ateşli silahla vurma, zehirlenme, yüksekten atlama, damarları kesme, kendini bıçaklama olmak üzere yöntem açısından çeşitlilik göstermektedir (31).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) intihar yöntemi olarak her iki cinsiyette de en çok ateşli silah tercih edilmekte olup, kadın cinsiyette yüksek dozda ilaç alımı ikinci sırada gelmektedir (38). Geçmişten günümüze bakıldığında 70'li yıllarda intihar yöntemi olarak ilaç alımı kadınlarda ilk sırada yer almasına rağmen 1984 yılına kadar bu oran değişmiş ateşli silah kullanımı kadınlarda artarak birinci sırada yer almıştır (39-42). Ülkemizde intihar sonucu ölümün gerçekleştiği olgular incelendiğinde değişik yöntemler tercih edilmekle beraber her iki cinsiyette de en sık rastlanan intihar yöntemi ası olduğu görülmektedir. Bunu erkeklerde ateşli silah kullanımı, kadınlarda toksik maddenin yüksek doz kullanımı takip etmektedir (42).

İntihar vakalarına bakıldığında genç olmak, kadın cinsiyet, evlilik yapmamış olma, işsizlik, günlük rutin yaşamda majör değişiklik, psikiyatrik hastalığa sahip olma ve daha öncesinde intihar teşebbüsünde bulunma başlıca risk faktörlerindendir (42, 43).

Kişinin psikiyatrik bir hastalığının olması, risk faktörünün olmasının yanında bilhassa depresif bozukluğunun olması intihar teşebbüsünü artırmaktadır (44).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde psikiyatrik bozukluklar yaygınlığı; erkeklerde madde bağımlılığına bağlı psişik bozukluklar ve kişilik bozuklukları yayginken, kadınlarda anksiyete ve depresif bozukluklar daha sık görülmektedir. Depresif bozukluk sıklığının cinsiyetler arasında fark gösterdiği yaş grubu, erişkin yaş grubu olup 18 yaş altı ve 65 yaş üstü popülasyonda belirgin fark gösterilmemiştir. Bu farkın bir sebebi de psikolojik ve sosyal etmenlerdir. Kadınlarda psiko-mental bozukluk oranının erkeklere nazaran yüksek olmasının sebepleri arasında aile içi şiddete ve cinsel şiddete maruziyetlerinin fazla olmasıdır. Ayrıca partner şiddeti de kadınlarda intihar-intihar teşebbüsünün bir sebebidir (45).

Avrupa'da intihar hızının yüksek olduğu ülkeler arasında Macaristan, Letonya, Litvanya, Ukrayna ve Rusya bulunmakta olup, bu ülkelerdeki kültürel ve ekonomik faktörler bu tablonun oluşmasında başlıca etkenlerdir. Bu ülkelerdeki intiharların %20-35'inde kişilerdeki depresif bozukluk ilişkisi gösterilmiştir. Gelişmiş toplumlarda, intihar sonucu gerçekleşmiş ölümlerde erkek/kadın oranı 4-5/1 olduğu, intihar girişiminde bulunma oranına bakıldığında erkek/kadın oranı 1/4-5 olduğu görülmüştür. İntihar hızının ve cinayet hızının (100.000'de) düşük olduğu İngiltere, Almanya, Fransa gibi Avrupa ülkeleri ve Japonya gibi ülkelerde intihar hızı, cinayet hızına oranla

sırasıyla 10-15-25-30 kat yüksek olduğu, ABD gibi cinayet hızının yüksek olduğu bir ülkede bile intihar hızının cinayet hızının 2 katı olduğu bulunmuştur (45).

2.3.3 Cinayet

Durkheim, cinayeti tanımlarken, ahlâk dışılık açısından eksiksiz eylemler olarak kabul etmektedir (46). DSÖ'ye göre cinayet; "cezalandırma amacıyla başkası tarafından yaralama sonucu ölüm" şeklinde tanımlanmıştır (33). Adli tıp açısından ise, darbe, yaralama, boğma, zehirlenme vb. eylemlerle önceden tasarlayarak veya anlık gelişen öfke patlamaları sonucu kişinin ölümüyle sonuçlanan eylemlerdir (33). Saldırgan davranışın en ileri hali olarak kabul edilen cinayetin amacı, kimlere karşı yapıldığı konusunda farklı araştırmalar vardır. Şiddeti tanımlamaya, dinamiklerine açıklık getirmeye çalışan görüşler, suçu birçok sebebe bağlamaya ve çeşitli disiplinlerle açıklamaya çalışmışlardır. Suç-fail arasındaki ilişkiyi inceleyen ve failin fiziksel-psikolojik özellikleriyle ilişkili olduğunu ortaya koyan çok sayıda çalışma mevcuttur (47, 48).

Farklı toplumlarda cinayet işleme sıklığı, değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin, İngiltere ve Galler'de cinayet hızı 100.000'de 1,8 iken, ABD'de 100.000'de 5,5'tir (49). Türkiye'de 2019 yılında cinayet hızının 100.000'de 2,4 olduğu bilinmektedir (50).

Wolfgang, cinayet orjinli olgularda cinayet mahallinin genellikle evin dışı olduğunu, cinsiyete göre cinayet mahallinin değiştiği, cinayet mahalli açısından erkeklerin genellikle ev dışında kurban edildikleri, kadınlarsa daha çok yatak odası, banyo ve mutfakta gibi evin içinde kurban edildiğini belirtmiştir (51). 2000 yılında Oslo ve Kopenhag'da yapılan bir çalışmada cinayet olgularında, kadın kurbanların %78'inin, erkek kurbanlarınsa %49'unun olay mahallinin kendi evleri olduğu Rogde ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (52). Yapılan birçok çalışmada cinayet orjinli olgularda en sık kullanılan aracın tabanca olduğu görülmektedir (53-56).

2.4 Zorlamalı Ölüm Nedenleri

2.4.1 Künt Travmaya Bağlı Ölüm

Künt yüzeyli bir cismin yeterli hız ve ivmede kişiye temas etmesi sonucu veya kişinin yüksek bir yerden künt bir yüzeye düşmesi sonucu gerçekleşen yaralanmalardır ve bunlara bağlı meydana gelen ölümlerdir (31). Künt travmatik yaralanmalara bağlı gerçekleşen ölümlerde orijin kaza, intihar veya cinayet olabilir. Künt travmatik yaralar, adli vakalarda en çok rastlanılan yaralanma çeşididir (31).

Künt cisimler vücutta sıyrık, laserasyon kırık ve ekimoza ayrı ayrı veya aynı anda neden olabilmektedir. Künt travmalardaki laserasyon tipindeki yaralar bazen kesici alet yaralarına benzeyebilir yaranın özellikleri alttaki dokunun mukavemeti, cilt ve cilt altı dokunun özelliğine göre dikkatle incelenmelidir. Künt travmatik yaralanmaların bir diğer önemli özelliği de dış muayenede travmayı düşündürecek bir bulguya neden olmadan iç organ hasarı, iç kanamaya sebep olarak ölüme sebebiyet vermesidir (57).

Yaranın lokalizasyonu, niteliği, kaç adet olduğu, kapladığı alan değerlendirilerek orijinin belirlenmesi amaçlanır. Olay yeri bulguları ve olaya ait detaylar bilinmeden sadece yapılan otopsinin tıbbi bulgularıyla orijinin belirlenmesi doğru değildir fakat tıbbi bulguların olay ile uyumluluğu önem arz etmektedir (31, 57).

Künt cisim yaralanmalarına bağlı ölüm olgularında en büyük problem; esasen cinayet sonucu gelişmiş olan ve bununla birlikte genel beden travmasının da eşlik ettiği kaza veya intihar süsü verilmiş olgularıdır. Kafa bölgesinden darbedilmiş, ölüm gerçekleşikten sonra da kaza-intihar süsü vermek amacıyla yüksekte bırakılan veya herhangi bir yol kenarına bırakılan cesetlerde ayırma gidebilmek, ölüme sebebiyet veren yaralanmanın belirlenmesinin yanında hangi yaraların da ölüm sonrası gerçekleştiğini belirlemek adli olaya ışık tutacaktır. Kafa bölgesinden darbedilmiş, fakat ölmeden kaza-intihar süsü vermek amacıyla yüksekte bırakılan veya herhangi bir yol kenarına bırakılan cesetlerde ise orijinin tespiti ancak yara yaşının tayini ile mümkündür (31, 57, 58).

2.4.2 Trafik Kazalarına Bağlı Ölümler

Tüm ulaşım türlerinde yaralanmalar ve ölümler meydana gelmektedir fakat sayısal olarak karayolu kullanımı ve buna bağlı gerçekleşen trafik kazaları dünya genelinde kazalar arasında büyük pay sahibidir (59).

Trafik kazalarında, genel olarak, olay anında gerçekleşen veya takip eden ilk 1 aylık süre gün içinde gerçekleşen ölümlerin sebebi trafik kazasına bağlanmaktadır, Ancak, bu tanımlama her ülkede geçerli değildir, çeşitli ülkelerde kaza anından itibaren 7 gün ila 1 yıla kadar uzayan süreçlerdeki ölümleri de trafik kazasına bağlı ölümler kapsamında kabul eden ülkeler olduğundan bu konu açısından ülkeler arası karşılaştırmalarda net ve güvenilir bir karşılaştırma sağlanamamaktadır (60).

DSÖ verilerine göre, dünyada her yıl, trafik kazaları sonucu 1.2 milyon insan yaşamını yitirmekte ve 50 milyon insan da bu kazalara bağlı çeşitli şekillerde

yaralanmaktadır (61). DSÖ 2015 yılı verilerine göre trafik kazalarının meydana gelme oranının gelişmekte olan ülkelerde daha çok olduğu saptanmıştır (62).

Trafiğe kayıtlı araç sayısı ve gerçekleşen kaza sayısının karşılaştırıldığı bir çalışmada 1990-2015 yılları arasında Ülkemizde trafiğe kayıtlı araç sayısının gün geçtikçe arttığı buna bağlı olarak da aynı şekilde meydana gelen kaza sayısının da arttığı saptanmıştır (63).

Türkiye’de karayolunda 2020 yılında toplam 983 bin 808 adet trafik kazası meydana gelmiş olup 150 bin 275 adedi ise ölümlü yaralanmalı trafik kazasıdır. Ölümün gerçekleştiği kazaların $\frac{3}{4}$ ’ü yerleşim yeri sınırlarında meydana gelmiştir Ölenlerin yarısı araç sürücüleri olduğu ve bu kazaların en çok Ağustos ayında, en az Nisan ayında meydana geldiği saptanmıştır (64).

Gelişmiş ülkelerdeki genç-erişkin ölümlerinde en sık neden trafik kazalarıdır. Özellikle erkek cinsiyette daha ağırlıklı olarak görülmektedir. En çok yayalar ölmektedir (59).

Trafikte meydana gelen ölümler genellikle kazadır. Kasten birini öldürme amaçlanarak olaya kaza süsü verilen vakalar da mevcuttur. Nadir olarak intihar amaçlı yola atlama veya aracı yüksek hızda duran bir nesneye çarpma (araç, duvar, ağaç vb.) şeklinde de olabilir (65).

Gebelikte; non-obstetrik fetal ölümlerin ve maternal ölümlerin çok büyük bir bölümü travmalara bağlıdır, bu travmaların yarısından çoğu da motorlu taşıt kazaları nedeniyle meydana gelmektedir. Gebe kadınlarda en sık yaralanma nedeni de motorlu taşıt kazalarıdır. Trafik kazaları sonucunda anne ve fetüste doğrudan hayati tehlike oluşturacak yaralanmalara, erken doğum eylemi veya fetomaternal kan transfüzyonuna sebep olabilmektedir (52, 66).

Diğer taşıt kazaları gerek tercih edilme sıklığı gerek kullanım yoğunlu sebebiyle karayolu trafik kazalarına göre daha az rastlanılmakta ve daha az ölümlerle sonuçlanmaktadır.

Ölümlerle sonuçlanan deniz kazalarında ölüm nedeni genellikle suda boğulmadır. Hipotermiinin de bu ölümlerdeki sonucu etkilediği bilinmektedir. Kış aylarında su sıcaklığı 5 dereceden düşükse 15-20 dakika içerisinde hipotermiye bağlı ölüm gerçekleşmektedir (52).

Avusturalya, Avrupa birliği ülkeleri, Kore, ABD, Kanada’da 2003-2012 arasında milyon tren.km başına ölüm oranı 0,15-0,8 aralığındadır. Yine aynı yıllar arasında Türkiye de bu konudaki ölüm hızı, hızlı bir düşüş göstermesine rağmen bu

oran 1,5 seviyesinin altına inmemiş, 2012 yılında Türkiye’de milyontren.km bazında ölüm oranı dünya ortalamasının üç katı olduğu saptanmıştır (67).

Trafik kazalarında kişilerdeki var olan hastalıklar, kazanın oluşumunda rol oynayabilir, kaza sonucu meydana gelen ölümler suç isnadı, sigorta sözleşmeleri ve adli tıp açısından önem arz etmektedir. Kişilerdeki bu hastalıklar kazanın sebebi olabileceği gibi yapılan otopsi sırasında tesadüfi olarak da rastlanabilir (52). Bu tür durumlarda kişideki bu rahatsızlığın kazanın oluşumunda etkinliğinin olup olmadığı, varsa bu etkinliğin düzeyi hakkında görüş bildirebilmek için kaza anındaki hastalığın ağırlık derecesi, çevre şartları hakkında da bilgi sağlanması gerekir. Trafikte seyir halindeyken, kişideki var olan hastalığın neden olduğu kazaya bağlı ölümlerde başlıca sebepler sürücünün kalp-damar hastalığı, santral sinir sistemini etkileyen hastalıklarıdır (52). Eğer gerekli ve etkin güvenlik önlemleri sağlanmaz ise, önümüzdeki dekada, trafik kazalarına bağlı ölümlerin, ölüm sebepleri arasında 5. sıraya çıkacağı ön görülmektedir (68).

2.4.3 Ateşli Silah ve Patlayıcı Maddelere Bağlı Ölüm

Ateşli silah kullanılarak meydana gelen ölümlerde cinayet, intihar veya kaza orijinli olabilmektedir. Cinayet olgularında genellikle uzak atış mesafesinden ve multiple atış sayısını içermektedir. İntihar olgularında; olay yerinde ek bir düzenek yoksa uzak atış mesafesinden yapılmış atışlarla intihar etmek mümkün değildir ve genellikle kullanılan silah tabancadır. Uzun namlulu silahların intihar amaçlı kullanımı nispeten daha seyrek. İntihar olgularında yaralanma bölgeleri genellikle göğüs sol ön duvarı, dominant el kullanımına bağlı değişiklik göstermekle birlikte fronto-temporal bölgeler olmaktadır. (65). Ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümlerde cesette birden çok ateşli silah mermi çekirdeği yarası olması olay orijini açısından intihar veya kaza olma olasılığını düşürmektedir ve bu nedenle atış sayısının belirlenmesi önem arz etmektedir (69-72).

Değişik ülke ve popülasyonlarda ateşli silah yaralanmasının görülme sıklığı, silah elde edilebilmesindeki kolaylıklara bağlı olarak farklılık göstermektedir. Tüm dünyada genel olarak ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümlerin sayısında artma eğilimi bulunmakta olup, en sık ölüm orijini olarak cinayet bildirilmektedir (73-75).

İntihar amaçlı ateşli silahın kullanılması kadınlarda erkeklerden daha az rastlanmaktadır. “Tersi kanıtlanmadıkça ateşli silah yaralanması nedeni ile ölmüş kadın öldürülmüş kadın olarak kabul edilir” kuralı istisnalar içerse de çoğu zaman geçerlidir.

Kadınlarda başvuru intihar yöntemleri arasında en sık ilaç-toksik madde alımı ve asıdır (74, 76, 77). Son yıllarda ateşli silah kullanımına bağı intihar sayıları da artmaya başladığı bildirilmektedir (75, 78).

Patlayıcı maddeler etkisi sonucu ölümler sivil ve askeri koşulların her ikisinde de meydana gelmektedir. Günümüzde askeri koşullardaki patlamalar daha çok terörist eylemlerde ve bunu önleme çalışmaları sırasında görülmektedir. Askeri koşullarla ilişkili olmayan sivil ölümlerinin gerçekleştiği patlayıcı madde etkisiyle ölüm olguları genellikle taş ve maden ocaklarında veya büyük ölçüde kimyasal madde depolarında, gemilerde tersanelerde, fabrikalardaki olmaktadır (59).

2.4.4 Kesici Delici Aletlere Gerçekleştirilen Ölümler

Kesici-delici aletler (KDA) ile oluşturulan yaralar penetran yaralanmalar dahilinde olup ulaşılması ve taşınmasındaki kolaylıklar nedeniyle, yaralama ve öldürme maksatlı kullanımda sıklıkla tercih edilmektedir (79). Türkiye'deki adli vakalar içerisinde sıklığı %6.5-%18.3 arasında değişkenlik göstermektedir. Yurdumuzda KDA kullanımı sonucu yaralanmanın ve ölümün gerçekleştiği olgu sayılarında artış gözlenmektedir (80-82).

Kesici-delici alet kullanımı sonucu gerçekleşen ölümler çoğunlukla cinayet orijinli olgulardır. İntihar olgularının sıklığı cinayetlere göre daha az olmakla beraber kaza orijinli olgular daha nadirdir (59).

Kurbanın kendisini savunma maksadıyla yaptığı hareketlere bağı (bıçağı tutması, yavaşlatmaya çalışması bs.) olarak avuç içinde, parmak içlerinde, elin sırtında, kol ve önkolda "savunma yarası" olarak adlandırılan KDA yaralanması olabilmekte ve olayın cinayet olduğuna işaret etmektedir (57, 83). Fakat bu savunma yaralarının görülmemesi olay orijininin cinayet olmadığını göstermemektedir; kurbanın şaşkınlık, gafil bulunma veya direncini kırarak madde etkisinde bulunması gibi nedenlerle kendini savunamamış olduğu ihtimali de göz ardı edilmemelidir (57).

Maktülün vücudundaki başka travmatik lezyonların varlığı da orijinin cinayet olması ihtimalinin artırır. İntihar amaçlı KDA kullanımı Uzakdoğu ülkelerinde daha çok görülmektedir. "Hara-kiri" adı verilen KDA'nın batına uygulanmasıyla gerçekleştirilen intihar eylemidir. Batı toplumlarında ise KDA'nın kullanıldığı intiharlarda çoğunlukla kalp ve/veya büyük damarları hedef almak maksadıyla göğüs sol ön duvarı, boyun ve batın sol üst kadranda intiharlarda tercih edilen bölgelerdir. Yara genelde tek ve derindir.

Fakat bazen derin yaranın yakınlarında “tereddüt çizgileri” adı verilen daha yüzeysel lezyonların görülmesi karakteristiktir (83).

İntihar maksatlı KDA kullanımında seçilen bölgeler, genelde kıyafetsiz veya kıyafetin sıyrılarak, çıkarılarak çıplaklaştırılan deri bölgeleridir. Kıyafeti KDA tarafından delinmiş olgular orjin olarak cinayeti düşündürmektedir. Daha öncesinde intihar teşebbüsünde bulunma öyküsünün mevcut olduğu olgularda orijinin intihar olduğu konusundaki fikirleri güçlendirmektedir. Kadın cinsiyette bileklerin intihar maksatlı kesilmesi daha yaygın görülmektedir (59).

2.4.5 Asfiksili Ölümler

Asfiksi; Yunanca kökenlidir, “nabızın alınamaması-nabızın yokluğu” anlamına gelmektedir. Günümüzde genel anlamda doku ve organların gerekli ve yeterli oksijenlenmemesi anlamında kullanılmaktadır. Ani gelişen anoksi veya hipoksi sonucu meydana gelen ölümlerdir. Bu tür ölümlerde dokuların oksijenizasyonu bozulduğundan, ölüm çabuk olmaktadır. Zemindeki problem ne olursa olsun, her çeşit ölüm dokuların hipoksisi ya da anoksisi sonucu meydana gelmektedir (84-86).

Ası

Ası sonucu ölümün gerçekleştiği olaylarda orijin genellikle intihardır, oranlayacak olursak %95’ten fazlası intihar orijinlidir Nadir olarak kaza ve cinayet şeklinde olan vakalar da vardır. Kaza, çoğunlukla küçük çocukların salıncak tipindeki beşiklerden sarkması sırasında veya erişkin kişilerin boynuna dolanan ipe asılı kalmak suretiyle gerçekleşmektedir (31, 87, 88).

Çeşitli toplumlarda görüldüğü gibi bizim toplumumuzda da çok sık tercih edilen ve uygulanan bir intihar yöntemidir. Bunun nedeni, özellikle intihar düşüncesi içerisinde olan kişinin eyleme geçtikten sonra net olarak sonuca varacağını bilmesi ve uygulanabilmesi açısından kolay bir yöntem olmasıdır. Cesedin boyun kısmında asıda kullanılan materyalin izi haricinde travma düşündüren lezyon olmaması orijin konusunda intihar olduğu düşüncesini desteklese de istisnaları mevcuttur (88).

Ası vakalarında orijinin cinayet olduğu pek nadir görülmektedir, genelde başka bir yöntem kullanılarak kurban edilmiş kişiyi asarak olaya intihar süsü verildiği olgular şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Elle boğma veya bağla boğmadan sonra gerçekleşen ölümlerde de olaya intihar süsü vermek maksatlı asıldığı vakalara rastlanabilir (86).

Palson yaptığı bir çalışmada, 1901-1942 yılları arasında tüm dünyada sadece 7 cinayet orjinli ası olgusu bildirmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada 1988-1997 yılları arasında İstanbul'da yapılmış otopsilerde sadece 1 cinayet orjinli ası olgusu olduğu saptanmıştır. Güçleri arasında bariz bir dengesizliğin, tehdit unsurunun veya mağdurun kendini savunmasını engelleyebileceği durumlar olmadıkça bir kişinin sağlıklı bir kişiyi asmak suretiyle öldürmesi güç bir durumdur. Cinayet orjinli ası sonucu ölen vakalarda dış muayenede yaygın olarak ası materyalinin izi haricinde travmatik lezyonların varlığı söz konusu ise de bu her zaman olayın cinayet olduğunu göstermez. Olay birden çok intihar yöntemi denenmiş en son olarak ası yöntemi kullanılarak sonucunda başarıya ulaşmış olabilir. Başkaları tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış kişiler bazen maruz kaldıkları olay nedeniyle bunalıma girip ası yöntemi kullanarak intihar etmeleri olasıdır. Cinsel haz alma amaçlı, mazoşist arzuların tatmini amacıyla yapılan eylemler sonucu gerçekleşen asılar kazara ölüme neden olabilmektedir. Ülkemizde Yemişçigil ve ark. tarafından bildirilmiş 1 olgu mevcuttur, ABD ve Batı ülkelerinde otoerotik asfiksi sonucu gerçekleşen ölüm sayılarında ve çeşitliliğinde artış olduğu ile ilgili vaka bildirileri bulunmaktadır. Bu yöntem kadınlarda oldukça nadir görülen bir asfiktik ölüm tipidir. Cinsel eylem dışındaki kaza orjinli ası vakaları çoğunlukla çocuk yaş grubunda görülmektedir (31, 59, 88, 89).

Boğma

Boyun bölgesine dışarıdan kuvvet uygulama maksadıyla ip, bağ, el, ön kol veya herhangi bir sert cisim kullanılarak (örneğin sopa, cop, silah kabzası gibi) kişinin bu uygulama sonucu, vücudun ana hava yolu ve/veya boyun damarların kapatılmasıyla gerçekleşen olay bütününe boğma denir (56).

Elle Boğma

Elle boğma sonucu gerçekleşen ölüm vakalarında orijini cinayettir. Elle boğma, fiziksel güç gerektiren, erkeklerin kadınlara yönelik oldukça sık baş vurdukları cinayet yöntemidir. Bazen cinsel saldırı esnasında bu öldürme şekline ortaya çıkmaktadır (31, 59, 90).

Genellikle fail ve mağdur arasındaki fiziki güçler açısından mağdur aleyhine bir eşitsizlik söz konusudur vardır; mağdur genellikle yaşlı, yenidoğan, kadın, çocuk, sakat, engelli, sarhoş veya çeşitli sebeplerle kendisini savunamayacak durumda olan kişilerdir (88). Elle boğma vakaları genellikle salt olarak karşımıza çıkmamaktadır. Buna eşlik

eden karın-göğüs basısı, ağız-burun tıkanması, künt kafa travması vb. ölüme iştirak eden ek öldürme yöntemleri de mevcuttur (88, 90).

Bazen boyun bölgesine yönelik çeşitli girişimler sırasında kazara ölümün gerçekleştiği nadir vakalar bulunmakta olup burada ölüm sebebi karotis sinüsün basısı sonucu refleks olarak kalbin durması sonucu meydana gelir, bu tip kazalar için “elle boğma” tanımı olarak kabul etmeyip “inhibisyon tipi olgular” şeklinde tanımlayan otörler vardır. Bu otörlerce elle boğma olgularının, asfiksiler içerisinde orijini sadece cinayet olan tek vaka şekli olarak kabul edilmektedir (88).

İple-Bağla Boğma

İple-bağla boğma sonucu gerçekleşen ölümlerde orijini cinayettir (65, 88) (11,36). İple-bağla boğmada kurbanların büyük bir çoğunluğu kadın olmakla birlikte genelde cinsel saldırıyla da ilişkilidir (59, 88). Tek başına veya diğer cinayet yöntemleriyle birlikte uygulanabilmektedir. Tarihte çeşitli toplumlarda infaz yöntemi olarak kullanılmış olup gelişmemiş toplumlarda aynı amaçla kullanımı devam etmektedir(88, 90). Bağla boğulma sonucu ölümün gerçekleştiği ölümlerde orijinin kaza olduğu çok kısıtlı ve özel durumlarda görülmektedir. Çoğunlukla olay mahalinde görgü tanıkları olmaktadır. İntihar amaçlı bağla boğulma vakaları oldukça az görülmektedir genelde akıl hastalığı eşlik eder (59, 65, 88).

Tıkama-Tıkanma

Suffokasyon, kişide oksijen (O₂) yoksunluğun sebep olduğu ölümü belirten genel tanımlamadır. Hem solunan havada O₂ eksikliği ve hem de vücuttaki hava yollarının kapanmasını ifade eder (59). Suffokasyon terimi; ağız ve burnun tıkama (smothering) biçiminde kapatıldığı durumları ifade etmektedir. Ayrıca naylon poşetin kafaya geçirilmesi veya kapalı mekânda havasız-oksijensiz kalma-bırakma şeklinde de karşımıza çıkabilir. Daha çok yaşlı ve çocuklarda cinayet şeklinde ortaya çıkar (59, 91). Cinayet orjinli tıkama-tıkanma şeklindeki vakalarda genelde fail-kurban arasında büyük kuvvet farkı olan veya kurbanın kendini savunamayacak olduğu (hastalı, ilaç-madde-alkol ekişinde olma, bilincinin kapalı olması vb.) durumlarda olmaktadır (91).

Suda Boğulma

Kaza orijinli suda boğulma vakaları tüm yaş gruplarında görülmektedir. Yaşlılık, kişide var olan hastalık ve sarhoşluk nedenli banyo, tekne ve su kenarında düşme

sonucu kazara ölümler gerçekleşebilmektedir. Banyoda intihar orijinli suda boğulma olguları oldukça nadir görülmektedir bu tür vakalarda cinayet olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Suda boğulmak suretiyle intihar etme, cinsiyetten bağımsız olarak oldukça sık kullanılan bir ölüm şeklidir (31, 59). Sudan çıkarılmış ölüm olgularına yaz mevsiminde daha sık rastlanılmaktadır. Sudan çıkarılmış cesetlerde ölümün sebebi belirlenirken; genel olarak sebebin suda boğulma, orijinin kaza olduğu şeklinde ön yargı mevcuttur. Ölümün suda boğulma sonucu gerçekleşmiş olabileceği gibi, suya girmeden önce veya sonra, travmatik veya non-travmatik şekilde hatta doğal ölüm sonrası gerçekleşmiş olma gibi ihtimalleri de göz ardı edilmemelidir (92).

Kimyasal Asfiksiler

Kokusu, rengi, tadı olmayan tahriş edici özelliği bulunmayan gaz formundaki karbonmonoksit (CO) meydana gelen ile zehirlenme olguları, en sık rastlanılan zehirlenmelerdir ve genellikle kaza orijinlidir (93-95). Mutfaklarda gaz musluğunun açılarak intihar etme yöntemi ev hanımları ve hizmetçilerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (93). Cinayet orijinli olgu sayıları oldukça azdır (93, 96).

Yangın yerinde bulunan cesetlerde kişinin yangından önce ölüp ölmediği, olayın kaza-kaza süsü olup olmadığı ayrımı yapılırken; yanma-yangın sırasında canlı ise duman aspire edilmiş olacağından CO kanda tespit edilecektir. Kanda CO çalışılması, cesedin detaylı muayenesi, cesedin-ölü morluklarının rengi, bu vakalarda önem arz etmektedir. Yanık dışı travmatik bulguların varlığı ve canlı yanma bulguları, ölüm sebebi ve orijin tespitinde yardımcı olacaktır (93).

Siyanür bileşikler birçok sanayi kolunda kullanılmakta olup hidrojen siyanürün (HCN) solunması (kaynama noktası 25.6 derecedir) ya da siyanür siyanür tuzlarının oral alımı suretiyle siyanür zehirlenmesi meydana gelmektedir. HCN genellikle binalarda ve gemilerde kemiricilerle mücadele amaçlı kullanılmakta çok sayıda kaza orijinli ölüme neden olmaktadır. Siyanür zehirlenmesine bağlı ölümlerde orijin genellikle intihardır. Mesleki olarak bu maddeleri kullanan ve kolay ulaşan kişilerce (doktor, kimyager, fotoğrafçı, altın işçileri vb.) siyanürün oral alımı sonucu intihar olgular nadir değildir. Siyanür kullanılarak işlenmiş cinayet orijinli vakalar çok nadirdir. Genelde yiyecek veya içeceğe eklenmek suretiyle gerçekleştirilmektedirler. Siyanür, tarihsel süreçte toplu ölümler gerçekleştirme amaçlı olarak savaşlarda silah olarak kullanılmıştır (88).

2.4.6 Fiziksel Etkenlerle Oluşan Ölüm

Yangına Bağlı Ölüm

Kendini yakarak intihar etme, birini öldürmek amacıyla yakma veya üzerine sıcak su dökme şeklinde vakalar oldukça nadir görülmektedir. Fakat birini-birilerini öldürme maksatlı yangın çıkarma, sıcak metallerin kullanımı, kaynar su ve korozyon maddeler kullanılmaktadır. İşlenmiş bir cinayette travmatik yaraların gizlenmesi veya zehirlenme bulgularının tahrifi için cesetler ölüm sonrasında yakılmış olabilirler. Bu sayılan ihtimallerin ekarte edilebilmesi ve kimlik tespiti için otopsinin yapılması gerekir. Yanık ve haşlanma şeklinde meydana gelen yaralanmaların ve ölümlerin çok büyük bölümünde orijin kazadır. Bina, kapalı mekân, orman yangınları, ateşin kullanıldığı işler veya işlemlerde, en sık bebek, çocuk ve yaşlı, uyutucu-uyuşturucu madde veya alkol etkisinde olma gibi hareket kabiliyeti kısıtlı kişilerin öldüğü vakalar şeklinde görülmektedir (65, 97). Yanık ve haşlanmaya bağlı ölümler genelde 15 yaş altı veya 65 yaş üstü bireylerde görülmekle beraber istisnai durumlar da mevcuttur. Yaralanmaların birçok çeşidinde de olduğu gibi erkeklerde cinsiyete daha yaygın görülmektedir (52).

Hipotermi

Soğuğa bağlı hasar oluşumu sıcaklık $<0^{\circ}\text{C}$ olduğunda donma şeklinde meydana gelebilir. Ciltte yüzey sıcaklığı -4°C olduğunda, kanda buz kristalleri oluşumu, mekanik hasara, inflamasyona, tromboza ve hücre ölümüne neden olmaktadır. "Sistemik hipotermi" terimi ise insan vücudunun sıcaklığı 35°C den düşük olması durumunu belirtmek için kullanılmaktadır. Bu durum, vücutta ısı üretim-kayıp dengesinin kayıp yönünün ağır bastığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Kaza sonucu meydana gelen hipotermi en sık nedeni ısı derecesi düşük olan bir ortama maruz kalmadır (97, 98). Son yıllarda evsiz insan popülasyonunun artması, dağcılık ve kış sporunun yaygınlaşması, bazı kazalar sonrasında donmaya bağlı ölüm olaylarının sayısı ve sıklığını artırmaktadır (97, 99, 100). Donma sonucunda ölümün gerçekleştiği olaylar doğal ölüm kapsamında değerlendirilmemektedir. Büyük bir bölümü kaza orijinli, bazen cinayet, nadiren de intihar orijinli vakalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı ve bebeklerin veya bazı hastalıklara sahip kişilerin (Miksödem, hipopituitarizm, romatoid artrit, anemi, hipotiroidizm) hipotermiye yatkınlıkları nispeten daha fazladır ısınmanın yetersiz olduğu ortamlarda bırakılan-unutulan kimselerde kaza sonucu hipotermiye bağlı ölüm gerçekleşebilmektedir. Soğuğun etkisiyle belirli bir zamandan sonra kişinin

algısında değişimler meydana gelebilir ve akla-mantığa uymayan davranışlarda bulunabilmektedir (Hide and die sendromu). Bu algı bozukluğu bazen ortamın sıcaklığı çok düşük olsa bile kişi kendini sıcak hissedebilir ve kıyafetlerini çıkarabilmektedir (Paradoksik soyunma). Bu durum cesedin ve olay yerinin incelenmesi sırasında da kişinin cinsel saldırı mağduru olduğu veya cinayet kurbanı olduğu gibi yanlış izlenimler ve ön yargılar doğurabilir. Bu beklenmeyen farklı davranış; gerçeği değerlendirmedeki bozulmalar, halüsinasyonlar, beyindeki ısı merkezinin etkilenmesi sonucu sıcaklık algısı, kullanılan madde-ilaç-alkol etkisi ve adrenalin hormonunun aşırı sekresyonuyla açıklanmaya çalışılmıştır. İntihar yöntemi olarak soğuk ortamda bulunma şeklinde iki olgu bildirilmiştir (97).

Elektrik Akımına Bağlı Ölümler

Alınan önlemlere rağmen, elektrik çarpmasına bağlı gelişen yaralanmalar dünya genelinde sakatlık veya ölümlerle sonuçlanmaya devam etmekle birlikte bu yaralanmalarının sıklığı konusunda net rakamlara ulaşılamamıştır. Elektrik çarpmalarına bağlı gelişen ölümlerin diğer tüm ölüm nedenlerine oranı ABD'de %3-15, İran'da %5,6-10,4, Türkiye'de %2-4,6 olduğunu bildiren çeşitli çalışmalar mevcuttur (101).

Elektrik akımına kapılma şeklinde meydana gelen yaralanmalar genellikle ev veya işyerlerinde orijini kaza olarak gelişen yaralanmalardır (102). Elektrik tesisatı bulunan ıslak zeminler, elektrik akımına kapılma açısından en riskli alanlardır (97). Elektrik akımını kullanarak intihar etmek erkeklerde daha sık görülmekle birlikte kadınlar da tercih edebilmektedir (31). Elektrik akımı kullanılarak gerçekleştirilen intihar olgularında mekân çoğunlukla banyodur. Elektrikle çalışan bir aletin su içine konulması, vücuda elektrik tellerinin teması, ucu açık kabloların kullanılması, metal kaşıklar ile bağlantılar yapılması şeklinde düzenekler kullanılmaktadır (97, 103, 104). Elektrik akımı kullanarak işlenen cinayet olguları oldukça nadirdir. En çok küvet içerisine elektrik akımı vermek suretiyle gerçekleştirilir. Bu gibi durumlarda cesedin dış muayenesinde genellikle elektrik yanığına bağlı lezyonlara rastlanılmaz. Olay yerinin ve cesedin iç muayenesinin titizlikle sürdürölmesi şarttır (59, 97).

2.4.7 Kimyasal Etkenlerle Oluşan Ölümler

Gelişmiş toplumlarda intihar yöntemi olarak toksik ilaç kullanımı, kolay elde edilebilme avantajından dolayı sık başvurulanan bir yöntemdir (31). Toksik maddeler arasında; İlaç kullanımı sonrası gelişen intihar ve kaza orijinli ölümler diğer maddelerin

kullanımına bağılı ölümlere göre daha sıktır (59). Ülkemizde akut zehirlenme vakalarında en çok tercih edilen maddeler, tıbbi ilaçlar (antiepileptik, antidepresan, antihipertansif, analjezik, antihistaminik vb.), tarımsal ilaçlar, temizlik maddeleri, zehirli uçucular, gıda maddeleriyle ilişkili zehirler (mantarlar), salgıları zehir özelliğı gösteren hayvanlarla temaslar olmaktadır. Tarımın yaygın olduğı ülkelerde pestisitlerle gerçekleşen zehirlenmelerle sıklıkla karşılaşmaktadır (105).

Türkiye'deki zehirlenme vakalarının çoğı kaza orijinlidir. Endüstrideki zehirlenmeler, ev kazaları (yanışlıkla kimyasalların içilmesi) veya çocukların yanışlıkla ilaç içmeleri şeklinde karşımıza gelmektedir. Kaza orijinli zehirlenmelerde tarım ilaçları, karbonmonoksit zehirlenmesi ve barbitüratlara bağılı zehirlenmeler en çok karşılaşılanlardır. Uyutucu-uyuşturucu madde kullanımı sonucu gerçekleşen ölümlerin çok büyük bir kısmı kaza sonucunda ortaya çıkmaktadır. Cinayet orijinli vakalar nispeten daha nadirdir. Eskiden, cinayet işleme amaçlı arsenik, intihar amaçlı barbitüratların kullanımı yaygınken; son zamanlarda ise bunların yerini herbisidler, insektisidler, trisiklik antidepresanlar almaktadır. İntihar-cinayet maksatlı barbitürat ve insülin gibi ilaçların da zaten bunları kullanmak zorunda olan kişilere gereğinden fazla dozda verilebileceğı veya kişinin bu ilaçları gereğinden fazla alabileceğı ihtimaller arasından çıkarılmamalıdır (31, 97).

2.5 Zorlamalı Kadın Ölümlerinde Postmortem İnceleme

2.5.1 Olay Yeri İncelemesi

Adli olgular, kanunda suç olarak tanımlanmış fiil ve davranışların belirli zaman aralığında belirli bir yerde meydana gelmesi sonucu vuku bulmaktadır. Adli olgularda olay yeri, mağdur ve fail temel olan unsurlardır. Olay yeri tanımı yapılırken; suç teşkil eden olayın başlayıp sürdüğü ve failin kaçış yönüyle devam eden, olayın oluş biçimi, mağdur-fail ilişkisinin anlaşılabilceğı ve delillerin elde edilebileceğı dinamik yerdir. Olay yerinin incelenmesi olay yeri, fail ve mağdur ilişkisinin hukuki anlamda ortaya koyulup adil yargılanmanın sağlanması açısından önem arz etmektedir (106, 107).

Olay yerinin ve cesedin ilk haliyle fotoğrafları çekilmeli ve krokisi çizilirken detaylandırılmalıdır (107). Delil kaybını önlemek ve bunların korunmasını sağlamak maksadıyla bir an önce olay yeri korunma altına alındıktan sonra görüntüleme işlemlerine geçilmeli ve daha sonra görgü tanıklarından veya olayı bildirenlerden öyküsü alınmalıdır. Kişinin tıbbi geçmişinde ilaç kullanımı, alkol-madde bağımlılığı, psikiyatrik hastalık varlığı sorgulanmalı, olay mahallindeki deliller ve olayı açıklığa

kavuşturacak her türlü materyalin fotoğraflanması dikkat edilmesi gereken hususlardandır (107).

Deliller numaralandırıldıktan sonra fotoğraf çekimi yapılmalıdır (108). Cesedin kimliği belirlendikten sonra yakınlarından (akraba, eş, dost, komşu vb.) öyküsü alınmalı, varsa hastane evrakı veya görüntülemeleri değerlendirilmeli ihtiyaç halinde daha önceden tedavisiyle ilgilenmiş hekimlerle olayın aydınlatılması amacıyla görüşülmeli ve gerekli notlar alınmalıdır (107, 109).

Cesedin çıplak olup olmadığı, varsa kıyafetlerinde düğme fermuar kemer gibi şeylerin açık olup olmadığı, kadının kıyafetlerinin üzerinde veya bedeninin herhangi bir yerinde ejakülat bulaşı olup olmadığı araştırılmalıdır. Kıyafetlerdeki yırtık, sökük ve delikler boyutunu büyütmeden ve üzerindeki muhtemel deliller açısından korunarak, gerekirse kesilerek cesetten çıkarılmalı incelenmek üzere adli mercilere teslim edilmelidir (109, 110). Cesedin pozisyonu, vücut ısısının derecesi, ölü lekeleri ve katılığı, çürüme bulgularının oluşup oluşmadığı, kaydedilmelidir (107, 109). Cesedin elleri bir kâğıt torba ile sarılarak korunmalı, olay mahallinin ısısı, nemi, havalanma şartları gün, saat gibi özellikleri not alınmalıdır. Olay mahallinde bulunabilmesi ön görülen materyaller (kan, mukus, ejakülat, tükürük, tırnak, kıl, tüy vb. biyolojik materyaller açısından) açısından dikkatle incelenmelidir (26, 109).

Ceset, otopsi yapılacak merkeze torba içinde gönderilmeli ve torba saklanmalıdır. Otopsi yapılana kadar ceset uygun sıcaklıkta bekletilmelidir (109)(57,66). Fiziksel nitelikteki deliller (mermiler, ateşli silahlar gibi, KDA'lar) incelenmek üzere adli mercilere tutanakla teslim edilmelidir (108).

2.5.2 Ölü Muayenesi

Ceza Muhakemesi Kanununun (CMUK) 86. Maddesi ölünün adli muayenesinin yapılması hakkında düzenlenmiştir. Bu maddeye göre Cumhuriyet Savcısının huzurunda görevlendirilen hekimin cesedin ölü muayenesini, tıbbi kimliklendirmesi, ölüm nedenini ve zamanını belirlemeli, varsa cesetteki tıbbi-adli bulgu tespit etmesi ve bulguları açıklaması istenmektedir (25). Adli ölüm olgularının muayenesi ve raporunun düzenlenmesi, hekimlik diplomasına sahip ve adli makamlarca görevlendirilmiş ve bilirkişilik yapmasına engel geçerli bir mazereti bulunmayan herhangi bir hekim tarafından verilebilir. Ölü muayene tutanağı düzenlendikten sonra ceset, otopsi yapılmak üzere otopsi merkezine sevk edilir (26).

2.5.3 Otopsi

Otopsi kelimesi “auto” ve “opsis” sözcüklerinden oluşmuş olup “kendi gözleri ile görme” anlamına gelmektedir. “Otopsi” (nekropsi), cesedin ve organlarının belirli yöntemlerle açılıp incelendiği belirli kuralları ve tekniği olan bilimsel bir eylemdir. CMUK’un 87. Maddesi yapılacak otopsi hakkında bilgi içermektedir. Otopsi işlemi; Cumhuriyet savcısının huzurunda, biri adli tıp uzmanı olmak şartıyla iki hekim tarafından yapılır. Zorunlu hallerde otopsi raporunda belirtilmek üzere tek hekim tarafından da yapılabilir (25, 26).

Dış Muayene

Delil toplama işlemine geçilmeden önce cesedin tümü ve ayrı ayrı bütün travmatik lezyonların hem yakından hem de uzaktan yanlarında boyutunu anlamamıza yarayan ölçü aletiyle fotoğraflanmalıdır. Kıyafetin bedene temas eden yüzlerinden ve kıyafetlerin kendi aralarından kıl, lifler ve yabancı maddeler delil aranmalı varsa usulüne uygun toplanmalıdır (31).

Cesedin tıbbi kimliklendirilmesi yapılırken; yaşı, cinsiyeti, ten rengi, kilosu, boyu, vücut yapısı, saç ve göz (iris ve skleraların rengi; pupillerin, skleraların, konjonktivaların durumu), doğuştan veya sonradan kazanılmış deformiteler, dövme ve skar izleri, yakın zamanda oluşmuş travmatik lezyonların anatomik lokalizasyonu ve yara özellikleri (boyutu, genişliği, derinliği, kenar özellikleri) detaylı not edilmelidir (25).

Cinsel eylemlerle ilişkili bulunan vakalarda saçlı deriden ve pubik bölgeden kıl örnekler toplanmalı tırnaklardan örnekler alınarak alındığı yerler belirtilerek (hangi el hangi parmak) önceden işaretlenmiş kaplarda muhafaza edilmelidir. Cesedin üzerindeki giysileri ya da bedeni üzerinde bulunan kan, kıl, idrar veya tükürük kalıntıları aranmalı ve usulüne uygun muhafaza-teslim edilmelidir. Ejekülat örneği için, vücut yüzeyinden, pubik bölgeden interfemoral bölgeden, vajina arka forniksinden ağız boşluğu, anüs ve rektumun alt kısmından sürüntü örnekleme yapılmalıdır. Asit fosfataz testi için alınan örnek deney tüpüne konur (111). Anal bölgede genişleme ve travmatik lezyon varlığında kimselerde hareketli spermatozoaların olup olmadığının belirlenebilmesi amacıyla preparatlar hazırlanmalı ve boyanmalıdır (31).

Isırık izlerinin fotoğrafı çekilmeli ve kan grubu tayini açısından serum fizyolojikle ıslatılmış bir pamuklu çubukla sürüntü örnekleme yapılmalıdır. Tırnak izlerinin fotoğrafları alınmalıdır. Tüm yaralar dikkatlice incelenmelidir. Deliller elde

edilmeden vücut yıkanmamalıdır. Giysilerdeki yırtık ve söküklerin lokalizasyonu yaraların lokalizasyonu karşılaştırılmalıdır (31). Ateşli silahın kullanıldığı İntihar olgularında, inceleme amaçlı silahın temini de sağlanmalıdır. İnceleme öncesi delillerin kaybına neden olmamak açısından parmak izi incelemesinin yapılmış olması önem arz etmektedir. Kullanılan alet tüfek ise tüfeğin uzunluğu tetik-namlu mesafesi ve tam boyu not edilmeli ölenin kol uzunluğu ölçülüp belirtilmelidir. Bu ölçümler, kişinin silahı kendisinin ateşleyip ateşleyemeyeceği hususunda fikir vermektedir (31).

İç Muayene

Travmatik lezyonlar organlar yerlerinden ayrılmaya başlanmadan değerlendirilmeli ve fotoğraflanmalıdır. Dış muayenede tanımlanan yaraların, iç muayenede tespit edilen yaralanmaların veya uygulanmış olan tıbbi tedavinin bulguları detaylı şekilde tarif edilmelidir. Organların diseksiyonundan sonra da var olan bulgular tariflenmeli kaydedilmeli ve fotoğraflanmalıdır. Bir çok travmatik nedenli ölümlerde kişideki var olan tıbbi durumların ölüme katkısı olabildiğinden iç muayene esnasında tespit edilen, kişiye ait hastalıklar tanımlanmalıdır (31).

Vajinada laserasyonlar, servikte travma bulguları veya yabancı cisimler bulunabilmektedir. İç genital organlar muhafaza edilmeli, servikal kanaldan ejakülat örneği alınabilmektedir. Genital sistemin bütün kısımlarının fotoğraflanmalıdır. Laserasyonlardan, yaralardan ve endometriumdan histolojik inceleme preparatları hazırlanmalıdır. Yeterli miktarda ejakülat mevcutsa mikrobiyolojik inceleme için de örnekleme yapılabilir (31).

Histopatolojik bakı amacıyla yaralardan, organlardan ve patolojik bulgu gösteren organ kısımlarından örnekler alınır. Bunlar lezyonların oluştuğu zamanının tespitinde yardımcı olabilmektedir. Bazı hastalıklarda organ ağırlıkları ortalama ağırlıklardan farklı ağırlıkta olabilmektedir bu nedenle organların ağırlıkları tartıldıktan sonra kaydedilmelidir (31).

Toksikolojik İnceleme

Kan grubunun tayini, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından serolojik testlerin yapılması, alkol seviyesinin tespiti, uyutucu-uyuşturucu-uyarıcı madde varlığı ve düzeyinin saptanması amaçlı kan örneği, gebelik testi ve toksikolojik inceleme için idrar örneği, diğer doku-organlardan toksikolojik inceleme amaçlı doku parçaları alınmalıdır.

Toksikolojik analiz amaçlı vitreous humor da alınabilmektedir. Vitreous humorun toksikolojik inceleme ve değerlendirmesi teknik bakımdan daha zor olması yanından daha izole bir lokasyonunun olması sebebiyle i organlarda bozulma, genel destüriktif beden travması olan olgularda daha güvenilir olması gibi avantajı da vardır. Ölenin kan grubunun tayini, failin kan örneği veya olay mahallindeki kan lekeleriyle karşılaştırma yapılması için önemlidir (31, 111).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve 24.05.2022 tarih 2022/3365 karar numarası ile onaylandı. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'nun 13.12.2021 tarih ve 21589509 2021/1379 sayılı yazısı ile verilen bilimsel çalışma izni doğrultusunda T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'ndeki Otopsi Kayıt Defteri ve T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı bilgisayarlarında kayıtlı otopsi listeleri incelenerek 2015-2020 yılları arasında otopsileri yapılan 801 kadının otopsi numaraları belirlendi. T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı arşivinden temin edilen otopsi dosyalarının ve UYAP'tan temin edilen belgeler ve incelenmesi sonrasında; 15 yaş altı olgular, kimliklendirmesi hiçbir aşamada yapılamayan olgular (cinsiyet ve yaşın ölü muayenesi ile tefrik edilemeyenler dahil), ölümün Türkiye Cumhuriyeti sınırları dışında gerçekleşmiş fakat otopsi merkezinizde yapılan vakalar dışlandı. Toplam 336 vakanın 15 yaş üzeri zorlamalı ölüm dahilinde olduğu belirlendi.

Ülkemizde gerekli şartlar sağlandığı takdirde Türk Medeni Kanunu'nun 124. Maddesine göre en erken evlenme yaş sınırı 16 olmakla beraber genel literatürde doğurganlık çağının 15 yaş itibarıyla başladığı kabul edilmekte, ayrıca 15 yaşındaki bir bireyin temyiz gücünün bulunması, velisinin ve kendinin rızası dahilinde ergin kılınabildiği bilinmektedir. Bu nedenle çalışmamızda yaş alt sınırı 15 yaşını doldurmuş olmak şartı alınarak, 15 yaşını dolduran ve ölümün zorlamalı (travmatik) bir neden sonucu gerçekleşmiş olduğu belirlenen olgular çalışmamıza dahil edildi. Malpraktis iddiaları sonucu yapılmış otopsiler ve şüpheli ölüm kapsamında değerlendirilmiş ancak dış muayenede travmatik bulgu olmayıp toksikolojik analizde ölümün zorlamalı bir ölüm olmadığı kanaati getirilen olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmamızda olguların yaş gruplaması yapılırken diğer çalışmalardan farklı olarak; kanunlarımızca 18 yaş altı kişilerin "çocuk" olarak kabul edilmesi, genel literatürde 15-49 yaş arası doğurganlık çağı olarak kabul edilmesi, DSÖ'ye göre 65 yaşın yaşlılık sınırı olarak kabul edilmesi nedeniyle yaş gruplarımız; 15-17, 18-49, 50-65 ve 65 yaş üstü olmak üzere 4 grupta inceledik.

Olguların yaşı, uyruk, medeni durumu, gebelik durumu, psikiyatrik-mental hastalık öyküsü, kimlik tanığı yakınlık derecesi, ölü bulunduğu mekân, otopsi tarihi (yıl), mevsim, ölüm nedeni, ölüm orijini, ölüm orijini intihar ise intihar notu olup

olmadığı, ölüm orijini cinayetse şüphelinin yakınlık derecesi, ölüme neden olan yaralanma bölgeleri, toksikolojik analizi, olgu rapor formlarına kaydedildi. Malpraktis iddiaları sonrası yapılan otopsi olgularında olay orijini, ölüm nedeni, illiyeti ve nihai karar açısından ihtisas kuruluna sevki sağlandığından çalışmamıza bu olgular dahil edilmemiştir. Ayrıca terörle mücadele kapsamında yürütülen operasyonlar sonucu çatışma bölgesinde ölü bulunan olguların yapılan otopsisi sonrasında ölüm orijinini “diğer-bilinmeyen” grubuna dahil edilerek belirtilmiştir.

Ölüme neden olan yaralanma bölgeleri değerlendirilirken “Türk Ceza Kanu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi” rehberindeki yaşamsal tehlike kriterleri baz alınarak; kafa içini ilgilendiren yaralanmalar (kafa içi kanama, kemik fraktürü) için “Baş” bölgesi, göğüs kafesi çevresince mevcut olan yaşamı tehlikeye sokan yaralanmalar göğüs boşluğuna açılacağından, diyafram üstü yaralanmalar, yaralanma bölgesi olarak “Sırt/Göğüs” bölgesi, servikal omurgalar ve boyun bölgesi beraber değerlendirilip yaralanmanın “Boyun” bölgesinde olduğu, diyafram altı batın, lomber bölge ve pelvis yaralanmaları batın boşluğuna açıldığından yaralanma bölgesi olarak “Lomber/Batın” bölgesi, ekstremitelerdeki yaralanmaların değerlendirilmesinde yaşamsal tehlike kriterleri baz alındığında amputasyon ve dış kanamaya neden olan açık kırıkların varlığında “Ekstremiteler” olarak kabul edildi. Postmortem oluştuğuna kanaat getirilen kot ve sternum fraktürleri ölüme neden olan yaralanma kapsamında değerlendirilmedi. Cesedin durumu değerlendirilirken çürüme bulgusu göstermeyen cesetler “taze ceset” olarak kaydedildi, en ufak çürüme bulgularının tespit edildiği cesetler “çürümüş ceset” olarak kaydedildi.

Trafik kazaları sonucu ölümün gerçekleştiği vakalar değerlendirilirken ölenin yaya-yolcu veya sürücü olup olmadığı, intoksikasyon vakalarında kullanılan maddenin miktarı ve niteliği, yüksekten düşme neticesi ölen kişilerin düşülen yükseklik seviyesi, delici-kesici alet yaralanmalarında ve ateşli silah yaralanmaları sonucu ölen vakalarda vücuda isabet eden atış-yaralanma sayısı not edildi. Ası vakalarında kullanılan materyaller açısından dosyalar incelendi. Toksikolojik analizler değerlendirilirken; “Wineck's Drug & Chemical Blood-Level Data 2001” kullanılarak madde-ilaçların analiz sonucunda terapötik doz sınırlar dışındaki kaldığı tespit edilen ilaç ve kimyasallar belirlenmiştir (112). Terapötik doz sınırlarında olan madde-ilaç-kimyasallar toksikolojik açıdan “Özellik olmadığı” şeklinde kaydedilmiştir.

Olgulara ait veriler Microsoft Office Excel uygulaması kullanılarak kaydedildi. Veriler gruplanarak sayısal verilere çevrilmesi sağlandıktan sonra, IBM SPSS Statistical

Package for the Social Sciences) Statistics version 26.0 programı ve Pearson ki-kare testi kullanılarak istatistiksel analizler yapıldı.



4. BULGULAR

T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda 2015-2020 yılları arasında 6 yıllık süreçte otopsi yapılan 3354 olgu içerisinde zorlamalı ölüm dahilindeki 15 yaş üzeri 336 kadın olgunun otopsi raporları, histopatolojik ve toksikolojik analiz sonuçları, dosya içerisindeki ölü muayene tutanakları, tanık ifadeleri, olay yeri inceleme raporları, tıbbi belgeleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Tablo 4.1 : Yıllara göre olguların dağılımı ve olguların yaş ortalamaları

Yıl	Sayı (n)	Yüzde (%)
2015	72	21,4
2016	72	21,4
2017	75	22,3
2018	46	13,7
2019	39	11,6
2020	32	9,5
Ortalama±Standart Sapma Ortanca (Minimum-Maksimum)		
Yaş	43,23±21,94	36(15-100)

Olguların yıllara göre dağılımının bakıldığında 2015-2017 yılları arasında vaka sayılarının benzerlikler gösterdiği en çok 2017 yılında 75 vaka (%23,3) olduğu, en az 2020 yılında 32 vaka (%9,5) olduğu görülmektedir. Olguların en küçüğü 15 en büyüğü 100 yaşında olup ortalama yaş 43,23±21,94 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2: Olguların aylara göre dağılımı

Ay	Sayı	Yüzde
Ocak	16	4,8
Şubat	27	8,0
Mart	28	8,3
Nisan	33	9,8
Mayıs	29	8,6
Haziran	37	11,0
Temmuz	16	4,8
Ağustos	27	8,0
Eylül	31	9,2
Ekim	34	10,1
Kasım	31	9,2
Aralık	27	8,0

Tablo 4.3: Olguların yerleşim yerlerine göre dağılımı ve cesetlerin durumu

Yerleşim Yeri	Sayı	Yüzde
Kırsal	222	66,1
Kent	114	33,9
Cesedin Durumu		
Taze ceset	308	91,7
Çürümüş	28	8,3

Olguların olay yerlerinin kent/kırsal dağılımına bakıldığında 114 vakanın (%33,9) kent, 222 vakanın (%66,1) kırsal yerleşim yerlerinde gerçekleştiği görülmektedir. Yapılan otopsilerin 308 tanesi (%91,7) taze cesetler üzerinde yapılmış olup, 28 vakanın (%8,3) otopsi sırasında çürümüş-çürüme bulguları içerdiği görülmüştür.

Tablo 4.4: Otopsisi yapılan olguların iller bazında yıllara göre dağılımı

İller	Yıl					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Malatya (n(%))	34 (23,61)	33 (22,92)	30 (20,83)	22 (15,28)	10 (6,94)	15 (10,42)
Tunceli (n(%))	1 (1,69)	16 (27,12)	20 (33,90)	10 (16,95)	12 (20,34)	0 (0,00)
Kahramanmaraş (n(%))	5 (14,71)	4 (11,76)	7 (20,59)	2 (5,88)	6 (17,65)	10 (29,41)
Muş (n(%))	11 (35,48)	7 (22,58)	3 (9,68)	6 (19,35)	3 (9,68)	1 (3,23)
Adıyaman (n(%))	10 (58,82)	3 (17,65)	1 (5,88)	2 (11,76)	1 (5,88)	0 (0,00)
Bingöl (n(%))	4 (25,00)	2 (12,50)	5 (31,25)	2 (12,50)	3 (18,75)	0 (0,00)
Tokat (n(%))	1 (9,09)	2 (18,18)	3 (27,27)	1 (9,09)	2 (18,18)	2 (18,18)
Şırnak (n(%))	4 (57,14)	3 (42,86)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Hakkari (n(%))	1 (16,67)	1 (16,67)	2 (33,33)	1 (16,67)	1 (16,67)	0 (0,00)
Erzincan (n(%))	0 (0,00)	1 (25,00)	2 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (25,00)
Şanlıurfa (n(%))	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (100,00)
Sivas (n(%))	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	0 (0,00)
Elazığ (n(%))	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Van (n(%))	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)

Yıllara göre otopsi merkezimizde, otopsisi yapılan olguların illere göre dağılımı tablo 4.4'te görülmektedir.

Tablo 4.5: Olguların uyruk dağılımı.

Uyruğu	Sayı	Yüzde
Türkiye Cumhuriyeti	247	73,5
Suriye	18	5,4
Irak	1	0,3
Bilinmeyen	70	20,8

Olguların 247'si (%73,5) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, 18'i (%5,4) Suriye vatandaşı olup, 70'inin (%20,8) uyruğu belirlenememiştir. Suriye Uyraklı olguların hepsi yanık sonucu Turgut Özal Tıp Merkezinde tedavi gördükleri sırada öldükleri belirlendi.

Tablo 4.6: Cesedin bulunduğı yerlere göre olguların dağılımı

Cesedin bulunduğı yer	Sayı	Yüzde
Hastane	101	30,1
Ev	77	22,9
Konumu bilinmeyen arazi	74	22,0
Belirtilmemiş	38	11,3
Göl-Gölet	10	3,0
Evin Bahçesi	8	2,4
Tarla-Bahçe	7	2,1
Su Kenarı	6	1,8
Ahır	4	1,2
Cadde-yol	2	0,6
Çatı	2	0,6
Terkedilmiş bir bina	2	0,6
Odunluk	2	0,6
Ağıl	1	0,3
Cami Tuvaleti	1	0,3
Otel	1	0,3

Olguların ölü bulundukları yerlere göre dağılımı tablo 4.6 de gösterilmiştir. Cesedin bulunduğı en sık yer hastane (%30,1), sırasıyla ev (%22,9) ve konumu bilinmeyen arazi (%22,0) takip etmektedir.

Tablo 4.7: Olay türlerine göre vakaların dağılımı

Olay Türü	Sayı	Yüzde
Ateşli Silah Yaralanması	104	31,0
Trafik kazası	45	13,4
Ası	44	13,1
Düşme	32	9,5
Yanık	28	8,3
Diğer Zehirlenmeler	23	6,8
Suda boğulma	16	4,8
Patlayıcı madde	15	4,5
Delici-Kesici Alet Yaralanması	9	2,7
Kostik madde içimi	5	1,5
Elektrik çarpması	5	1,5
Tıbbi ilaç içimi	4	1,2
Tüp patlaması	2	0,6
Ağacın altında kalma	1	0,3
Hayvan tepmesi	1	0,3
Tren çarpması	1	0,3
Boğulma(tıkanma)	1	0,3

Olguların 104'ü (%31,0) ateşli silah yaralanmasına bağlı ölüm, 45'i (%13,4) trafik kazası, 44'ü (%13,1) ası sonucu gerçekleşen ölümler olmak üzere en sık görülen zorlamalı ölüm nedeni olarak saptanmıştır. Bunları 28 (%8,3) vaka ile yanık, 23 (%6,8) vaka ile zehirlenmeler takip etmiştir.

Tablo 4.8: Vakaların orijinlere göre dağılımı

Orijin	Sayı	Yüzde
Kaza	123	36,6
İntihar	90	26,8
Cinayet	39	11,6
Diğer-Bilinmeyen	84	25,0

Zorlamalı ölümler arasında 123'ü (%36,6) kaza, 90'ı (%26,8) intihar, 39'u (%11,6) cinayet orijinli, 84'ü (%25,0) diğer-bilinmeyen orijinlidir. Toplam 336 vakanın 327'si (%97,3) ölüm nedeni, yapılan otopsi sonucunda belirlenebilmiş olup, 9 olgunun (%2,7) ölüm nedeni belirlenemeyip Adli Tıp Kurumu 1.İhtisas Kurulundan görüş istenmiştir.

Tablo 4.9: Olguların medeni durumu

İlişki durum	Sayı	Yüzde
Evli	145	43,2
Bekar	62	18,5
Eşi vefat etmiş	47	14,0
Boşanmış	1	0,3
Nişanlı	1	0,3
Bilgi yok	80	23,8

Olguların medeni durumuna bakıldığında 145'inin (%43,2) evli, 47'sinin (%14,0) eşi vefat etmiş olduğu, 62'sinin (%18,5) bekar olduğu saptanmış olup, 80 olgunun (%23,8) medeni durumu hakkında bilgi elde edilememiştir.

Tablo 4.10: Olguların gebelik ve çocuk sahibi olma durumu

		Sayı	Yüzde
	Var	158	47,0
Çocuğu Olup Olmadığı	Yok	89	26,5
	Bilinmiyor	89	26,5
Gebelik durumu	Var	8	2,4
	Yok	328	97,6

Olguların 8 tanesi (%2,4) gebeydi. Gebe olguların 4'ü (%50) intihar orijinli, 2'si (%25) kaza, 2'si (%25) cinayet orijinliydi. Zorlamalı sebeplerle ölen 158 olgunun (%47,0) çocuğu olduğu, 89 tanesinin (%26,5) çocuk sahibi olmadığı, 89 tanesinin (%26,5) çocuk sahibi olup olmaması hususunda bilgi elde edilememiştir. Olguların psikiyatrik hastalık veya mental kısıtlılık durumu tablo 4.11'de gösterilmiştir. Olguların 69'unda(%20,5) psikiyatrik hastalık veya mental kısıtlılık bilgisi mevcut olduğu, 64'ünün (%19,0) hastalığın olmadığına dair bilginin mevcut olduğu, 203 olgunun (%60,4) hastalığı olup olmadığı konusunda herhangi bir bilgi olmadığı saptandı. Olguların anamnezi ve post mortem incelenmesi sırasında olayda cinsel unsurun bulunup bulunmadığına yönelik dağılımlar tablo 4.12'de belirtilmiştir. 329 olgunun (%97,9) cinsel saldırı öyküsü olup olmadığı konusunda bilginin kayıtlı olmadığı görülmüştür. Cinsel saldırı öyküsü bulunan 2 olgunun otopsisinde cinsel saldırıyı düşündürecek post mortem bulgu olduğu görüldü.

Tablo 4.11: Olguların psikiyatrik hastalık- mental kısıtlılık durumu

Psikiyatrik veya Mental Gerilik	Sayı	Yüzde
Var	69	20,5
Yok	64	19,0
Bilinmiyor	203	60,4

Tablo 4.12: Olguların cinsel saldırı unsuru açısından dağılımı

		Sayı	Yüzde
Cinsel saldırı öyküsü	Var	4	1,2
	Şüpheli cinsel saldırı öyküsü	3	0,9
	Belirtilmemiş	329	97,9
Cinsel saldırı düşündürecek post mortem bulgu	Var	7	2,1
	Yok	329	97,9

Tablo 4.13: Olguların kimlik tanıklarının dağılımı

Kimlik tanığının yakınlık durumu	Sayı	Yüzde
Çocuğu	48	14,3
Kardeşi	43	12,8
Uzak akraba	26	7,7
Eşi	24	7,1
Amcası	20	6,0
Babası	20	6,0
Yeğeni	14	4,2
Komşusu	12	3,6
Kayınbirader	10	3,0
Kuzeni	9	2,7
Torunu	8	2,4
Dayısı	6	1,8
Damadı	6	1,8
Kayınbaba	5	1,5
Annesi	4	1,2
Görümcesi	2	0,6
Kaynanası	2	0,6
Dedesi	1	0,3
Üvey baba	1	0,3
Üvey oğlu	1	0,3
Üvey kardeş	1	0,3
Gelini	1	0,3
Kimlik tanığı yok	72	21,4

Olguların kimlik tanıklarına bakıldığında; 48'i (%14,3) ölen kişinin çocuğu, 43'ü (%12,8) kardeşi, 24'ü (%7,1) eşiydi, 72 (%21,4) olgunun kimlik tanığı yoktu.

Olguların 139'u (%41,3) yakın akrabadan (anne-baba, eşi, çocuğu, kardeşi) oluşmaktaydı. Orijini belirlenmiş ancak ölüm nedeni belirlenememiş olguların dağılımı tablo 4.14 te verilmiştir.

Tablo 4.14: Orijinlere göre ölüm nedeni belirlenemeyenlerin dağılımı

Orijin	Ölüm nedeni	
	Belirlenmiş (n(%))	Belirlenememiş (n(%))
Kaza	119 (36,39)	4 (44,44)
İntihar	88 (26,91)	2 (22,22)
Cinayet	39 (11,93)	0 (0,00)
Diğer-Bilinmeyen	81 (24,77)	3 (33,33)

Tablo 4.15 : Yaş gruplarına göre olay türlerinin dağılımı

Olay Türü	Yaş Grupları			
	15-17 yaş (n(%))	18-49 yaş (n(%))	50-65 yaş (n(%))	65 yaş üstü (n(%))
Ateşli Silah Y.	3 (21,43)	91 (43,54)	10 (24,39)	0 (0,00)
Trafik kazası	2 (14,29)	17 (8,13)	10 (24,39)	16 (22,22)
Ası	2 (14,29)	25 (11,96)	6 (14,63)	11 (15,28)
Düşme	2 (14,29)	15 (7,18)	2 (4,88)	13 (18,06)
Diğer Zehirlenmeler	0 (0,00)	10 (4,78)	2 (4,88)	11 (15,28)
Yanık	1 (7,14)	14 (6,70)	3 (7,32)	10 (13,89)
Suda boğulma	3 (21,43)	5 (2,39)	2 (4,88)	6 (8,33)
Patlayıcı madde	0 (0,00)	15 (7,18)	0 (0,00)	0 (0,00)
Delici Kesici Alet Y.	0 (0,00)	5 (2,39)	3 (7,32)	1 (1,39)
Elektrik çarpması	0 (0,00)	4 (1,91)	0 (0,00)	1 (1,39)
Tıbbi ilaç içimi	1 (7,14)	3 (1,44)	0 (0,00)	0 (0,00)
Kostik madde içimi	0 (0,00)	2 (0,96)	2 (4,88)	1 (1,39)
Tüp patlaması	0 (0,00)	2 (0,96)	0 (0,00)	0 (0,00)
Hayvan tepmesi	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,44)	0 (0,00)
Tren çarpması	0 (0,00)	1 (0,48)	0 (0,00)	0 (0,00)
Ağacın altında kalma	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,39)
Boğulma(tıkanma)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (1,39)

Tablo 4.16: Yaş gruplarına göre orijinlerin dağılımı

Orijin	Yaş Grupları			
	15-17 yaş (n(%))	18-49 yaş (n(%))	50-65 yaş (n(%))	65 yaş üstü (n(%))
Kaza	5 (35,71)	44 (21,05)	18 (43,90)	56 (77,78)
İntihar	5 (35,71)	61 (29,19)	12 (29,27)	12 (16,67)
Cinayet	2 (14,29)	26 (12,44)	10 (24,39)	1 (1,39)
Diğer-Bilinmeyen	2 (14,29)	78 (37,32)	1 (2,44)	3 (4,17)

Bu çalışmada 18 yaş altında zorlamalı ölümlerde en sık 5'er olgu ile (%35,71) kaza ve (%35,71) intihar orijinli olgular, 18-49 yaş aralığında 61 olgu ile (%29,19) en çok intihar orijinli ölümler, 50-65 yaş arası 18 (%43,90) olgu ile kaza orijinli, 65 yaş üstü yaş grubunda da yine 56 olgu ile (%77,78) kaza orijinli olgular görülmüştür. Yaş gruplarına göre olay türlerinin dağılımı tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.17: Orijinlerin olay türüne göre dağılımı

Olay Türü	Orijin			
	Kaza	İntihar	Cinayet	Diğer-Bilinmeyen
Ateşli Silah Yaralanması (n(%))	1 (0,01)	15 (14,42)	29 (27,88)	59 (56,73)
Trafik kazası (n(%))	45 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ası (n(%))	1 (2,27)	42 (95,45)	0 (0)	1 (2,27)
Düşme (n(%))	13 (40,63)	15 (46,88)	0 (0)	4 (12,50)
Diğer Zehirlenme (n(%))	20 (86,96)	2 (8,70)	0 (0)	1 (4,35)
Yanık (n(%))	26 (92,86)	1 (3,57)	0 (0)	1 (3,57)
Suda boğulma (n(%))	6 (37,50)	6 (37,50)	0 (0)	4 (25)
Patlayıcı madde (n(%))	0 (0)	0 (0)	1 (6,67)	14 (93,33)
KDA Yaralanması (n(%))	0 (0)	0 (0)	9 (100)	0 (0)
Elektrik çarpması (n(%))	5 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Oral ilaç intoksu (n(%))	0 (0)	4 (100)	0 (0)	0 (0)
Kostik madde içimi (n(%))	1 (20)	4 (80)	0 (0)	0 (0)
Tüp patlaması (n(%))	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ağacın altında kalma (n(%))	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Hayvan tepmesi (n(%))	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tren çarpması (n(%))	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)

Olay türlerine göre orijinlerin dağılımı tablo 4.17'de gösterilmiştir. Diğer zehirlenmeler başlığı altında toplanan olguların %86,96'sı CO zehirlenmeleri sonucunda gerçekleşen ölümlerdi. Cinayet orijinli olgularda; 1 olguda patlayıcı

maddenin sobada yakmak amaçlı kullanılan odunlar arasına gizlenmek suretiyle gerçekleştiği görülmüştür. Kesici-delici alet kullanılan cinayet olgularında; yara sayısı en az 4 en fazla 19 ölümcül yaralanma mevcuttu. Faillerin 2'si hakkında bilgi mevcut değildi, 1 olguda fail ölenin oğluydu, 6 olgunun da failleri kurbanın partneri(eşi-sevgilisi) olduğu görüldü. Ateşli silahın kullanıldığı intihar orijinli 15 vakanın 9'unda (%60) tabanca, 6'sında (%40) av tüfeği kullanılmıştır. Çalışmamızda ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümlerin %56,73'ü ve patlamaya bağlı ölümler %93,33 ünün bölgemizde gerçekleşen bölücü terör örgütü faaliyetlerine müdahale sonrası otopsi merkezine sevki sağlanan olgular olduğundan diğer orijinli olgular olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.18: Cinayet orijinli olgularda failin yakınlık durumu

Fail yakınlık durumu	Sayı (Yüzde)
Eşi	10 (25,64)
Tanımadığı biri tarafından	4 (10,26)
Eski sevgilisi	2 (5,13)
Sevgilisi	2 (5,13)
Kayınpederi	2 (5,13)
Kayınbiraderi	1 (2,56)
Yeğeni	1 (2,56)
Amcası	1 (2,56)
Kardeşi	1 (2,56)
Oğlu	1 (2,56)
Belirtilmemiş	14 (35,90)

Çalışmamızda failin belirlenebildiği cinayet orijinli olguların 10'u (%25,64) eşi, 4'ü (%10,26) tanımadığı birisi tarafından cinayete kurban edilmiştir. 2'ser olguyla (%5,13) sevgilisi, eski sevgilisi ve kayın pederi fail olarak belirlenmiştir. Partner durumuna göre (eşi ve sevgilisi) bakıldığında 12 olguda (%30,77) fail, mağdurun partneriydi.

Tablo 4.19: İntihar orijinli vakaların olay türüne göre dağılımı

Olay türü	Sayı (Yüzde)
Ası	42 (46,67)
Ateşli silah yaralanması	15 (16,67)
Yüksekten düşme	15 (16,67)
Suda boğulma	6 (6,67)
Oral ilaç intoksu	4 (4,44)
Kostik madde içimi	4 (4,44)
Diğer zehirlenmeler	2 (2,22)
Yanık	1 (1,11)
Tren çarpması	1 (1,11)

İntihar orijinli olguların intihar yöntemi dağılımlarına göre; 42 olgunun (%46,67) ası yöntemini tercih ettiği, bunu 15'er vakayla (%16,67) ateşli silah kullanımı ve yüksekten düşme izlemektedir. Sadece 3 vakada intihar notu bulundu.

Tablo 4.20: Kaza orijinli vakaların olay türlerine göre dağılımı

Olay türü	Sayı (Yüzde)
Trafik kazası	45 (36,59)
Yanık	26 (21,14)
Diğer Zehirlenmeler	20 (16,26)
Düşme	13 (10,57)
Suda boğulma	6 (4,88)
Elektrik çarpması	5 (4,07)
Tüp patlaması	2 (1,63)
Kostik madde içimi	1 (0,81)
Ası	1 (0,81)
Ateşli silah yaralanması	1 (0,81)
Hayvan tepmesi	1 (0,81)
Ağacın altında kalma	1 (0,81)
Boğulma(tıkanma)	1 (0,81)

Kaza orijinli olguların olay türüne göre dağılımında 45 olguyla (36,59) trafik kazaları yer almaktaydı, 26'sı (%21,14) yanıklara bağlı yaralanmalar, 20'si (%16,26) diğer zehirlenmeler, 13 olgu (%10,57) Düşmeye bağlı gerçekleşen ölümlerdendi. Zehirlenmelerin 19'u (%95,0) CO zehirlenmesine bağlı gerçekleşmiş olup 1 tanesi (%5,0) temizlik maddesinin solunması bağlı meydana gelmiştir.

Kaza orijinli olan (20 olgu) CO zehirlenmeleri olgularında; ortalama yaş $63,5 \pm 21,4$ olduğu, 4 olgu evde tek başına ölü bulunduğu, diğer olguların ev sakinlerinin de aynı şekilde vefat ettiği (eşi, çocuğu, kardeşi vb.) belirlendi.

Tablo 4.21: İntihar vakalarında cesedin bulunduğu yerlere göre dağılımı

Cesedin bulunduğu yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ev	35	38,9
Hastane	21	23,3
Belirtilmemiş	8	8,9
Evin bahçesi	6	6,7
Sudan çıkarılmış	5	5,6
Ahır	4	4,4
Tarla-bahçe	3	3,3
Odunluk	2	2,2
Çatı	2	2,2
Ağıl	1	1,1
Su kenarı	1	1,1
Cami tuvaleti	1	1,1
Otel	1	1,1

Tablo 4.22: Orijini belirlenebilen vakaların medeni duruma karşılaştırılması

Orijin	Medeni Durum				p
	Bekar n (%)	Evli n (%)	Eşi Vefat Etmiş n (%)	Belirtilmeyen n (%)	
Kaza	14 ^a (23,73)	73 ^b (52,14)	31 ^b (68,89)	5 ^{a,b} (62,50)	<0.001
İntihar	37 ^a (64,41)	38 ^b (27,14)	11 ^b (24,44)	3 ^{a,b} (37,50)	
Cinayet	7 ^a (11,86)	29 ^a (20,71)	3 ^a (6,67)	0 ^l (0,00)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

*: Pearson ki-kare testi

Olgu orjini medeni durum ile olan ilişkisinin değerlendirmesi tablo 4.22’de gösterilmiştir. Orijini belirlenebilen olgular arasında; medeni durumu bekar olan kadınların %64,41’i, evli olan kadınların %27,14’ünün intihar ettiği, medeni durumu bekar olan kadınların %11,86’sı, evli olan kadınların %20,71’i cinayete kurban edildiği, medeni durum ile (Evli-Bekar) olay orjini (cinayet-intihar) arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur. Medeni durumu evli olanlar olgular kaza ve intihar orijinli olgularda medeni durumu bekar olanlar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.23: İntihar ve cinayet orijinli olgularda evli olma durumu ilişkisi

Medeni Durum	Odds Oranı	Odds Oranı için %95 Güven Aralığı		p-değeri	Yorum
		Alt Sınır	Üst Sınır		
Evli Olmayan				0,026	-
Evli olan	3,7389	1,624	8,613	0,002	-
Constant	0,204			0,000	-

İntihar ve cinayet orijinli olguların beraber değerlendirilmesinde; evli ve evli olmayanlar arasında, evli olmak cinayete kurban edilme riskini 3,73 kat (intihar etmeye göre) artırmaktadır. Aynı şekilde evli olmamak da intihar etme riskini (cinayete kurban edilmeye göre) aynı oranda artırmaktadır.

Tablo 4.24: Trafik kazası olgularında araç içi/dışı durumuyla yerleşim yerinin karşılaştırılması

Yerleşim Yeri	Trafik Kazası Türü n (%)			p
	Araç içi n(%)	Araç Dışı n(%)	Diğer motorlu araç kazaları** n(%)	
Kent	12 ^a (42,86)	10 ^b (90,91)	1 ^a (12,50)	0.002
Kırsal	16 ^a (57,14)	1 ^b (9,09)	7 ^a (87,50)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

*: Pearson ki-kare testi

**: Traktör, çapa makinası, motorlu araç kazası

Trafik kazalarıyla olguların yerleşim yerlerinin ilişkisinin değerlendirilmesi tablo 4.24'te gösterilmiştir. Kentlerde gerçekleşmiş araç kazalarının %54'ü araç içi trafik kazası, %40,91'i araç dışı trafik kazası olduğu, kırsal yerleşim yerlerinde gerçekleşen araç kazalarının %69,57'si araç içi trafik kazası olup, %4,35'i araç dışı trafik kazası şeklinde gerçekleşmiştir. Araç içi trafik kazalarının %42,86'sı, araç dışı trafik kazalarının %90,91'i kentsel yerleşim yerinde, araç içi trafik kazalarının %57,14'ü, araç dışı trafik kazasının da %9,09'u kırsal bölgede gerçekleşmiştir. Yerleşim yerleri ile araç kazalarındaki öleninin konumu (araç içi/dışı) arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamızda diğer araç kazaları sınıflamasındaki motorlu araç kazası, çapa makinası kazası ve traktör kazalarının %87,5'inin kırsal yerleşim yerlerinde gerçekleştiği görülmektedir.

Tablo 4.25: Trafik kazası olgularında araç içi/dışı durumu ile ölüme neden olan yaralanma bölgelerinin ilişkisi

Ölüme neden olan yaralanma yeri	Araç içi/dışı						p değeri*
		Araç İçi (n(%))	Araç Dışı (n(%))	Traktör Kazası (n(%))	Çapa Makinası (n(%))	Motorlu araç (n(%))	
Baş	var	23 (82,14)	6 (60,00)	3 (75,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0,096
	yok	5 (17,86)	4 (40,00)	1 (25,00)	2 (100,00)	0 (0,00)	
Boyun	var	7 (25,00)	2 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,701
	yok	21 (75,00)	8 (80,00)	4 (100,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	
Göğüs /Sirt	var	15 (53,57)	7 (70,00)	3 (75,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	0,517
	yok	13 (46,43)	3 (30,00)	1 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Batin /Lomber	var	9 (32,14)	4 (40,00)	1 (25,00)	1 (50,00)	1 (100,00)	0,659
	yok	19 (67,86)	6 (60,00)	3 (75,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	
Ekstremitte	var	1 (3,57)	4 (40,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,027
	yok	27 (96,43)	6 (60,00)	4 (100,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

*: Pearson ki-kare testi

Araç kazalarındaki öleninin konumu (araç içi/dışı) ile ölüme neden olan yaralanma bölgelerinin karşılaştırılması tablo 4.25'te gösterilmiştir. Araç içi trafik kazalarının %96,43'ünde araç dışı trafik kazalarının %60'ında ölüme neden olabilecek ekstremitte yaralanması bulunmadığı, araç dışı trafik kazalarının %40'ında ölüme neden olabilecek ekstremitte yaralanması olduğu, bu oranın araç içi kazalarda %3,57 olduğu görülmektedir. Araca göre konumun ölüme neden olabilecek ekstremitte yaralanması açısından istatistiki olarak ilişkisi vardır.

Tablo 4.26: Düşme olgularında düşülen yükseklik ile ölüme neden olan yaralanma bölgelerinin ilişkisi

Ölüme neden olan yaralanma yeri		Düşülen Yükseklik (kat)											Bilinm iyor (n(%))	P değeri
		Kendi seviye sinden (n(%))	1.kat (n(%))	2.kat (n(%))	3.kat (n(%))	4.kat (n(%))	5.kat (n(%))	6.kat (n(%))	7.kat (n(%))	10.kat (n(%))	11.kat (n(%))	12.kat (n(%))		
Baş	var	4 (80,00)	3 (100,00)	3 (75,00)	4 (80,00)	1 (100,00)	1 (50,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	5 (83,33)	0.755
	yok	1 (20,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	1 (50,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (16,67)	
Boyun	var	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	1 (16,67)	0.259
	yok	4 (80,00)	3 (100,00)	4 (100,00)	4 (80,00)	1 (100,00)	2 (100,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (83,33)	
Göğüs /Sırt	var	1 (20,00)	1 (33,33)	1 (25,00)	4 (80,00)	1 (100,00)	2 (100,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	4 (66,67)	0.266
	yok	4 (80,00)	2 (66,67)	3 (75,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (33,33)	
Batin /Lomber	var	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	1 (16,67)	0.035
	yok	5 (100,00)	3 (100,00)	3 (75,00)	5 (100,00)	1 (100,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (83,33)	
Ekstremit e	var	0 (0,00)	1 (33,33)	1 (25,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	0.208
	yok	5 (100,00)	2 (66,67)	3 (75,00)	5 (100,00)	1 (100,00)	1 (50,00)	2 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	6 (100,00)	

*: Pearson ki-kare testi

Olay türü düşme olan vakalarda düşülen yükseklik ile ölüme neden olan yaralanma bölgelerinin ilişkisi tablo 4.26'te gösterilmiştir. Ölüme neden olan Batin/Lomber bölge yaralanmaları ile düşülen yükseklik seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Düşülen yükseklik seviyesi arttıkça ölüme neden olan Batin/Lomber bölge yaralanma oranı artmaktadır.

Tablo 4.27: İntihar orjinli olgularda yerleşim yerlerine göre olay türü ilişkisi

Olay türü	Yerleşim Yeri		P
	Kent n (%)	Kırsal n (%)	
Ası	16 ^a (34,04)	26 ^b (60,47)	<0.001
Suda Boğulma	3 ^a (6,38)	3 ^a (6,98)	
Ateşli Silah Yaralanması	3 ^a (6,38)	12 ^b (27,91)	
Düşme	13 ^a (27,66)	2 ^b (4,65)	
Diğer**	12 (25,53)	0 (0,00)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

*: Pearson ki-kare testi,

** : Oral ilaç içimi, kimyasal içimi, yanık, tren önüne atlama

Yerleşim yerlerine göre intihar yöntemi dağılımı incelendiğinde; kentlerdeki intiharların %34,04'ü ası, %27,66'sı yüksekten düşme, %17,02'si ilaç-kostik madde içmek suretiyle gerçekleşmiş olduğu, kırsal yerleşim yerlerinde gerçekleşen intiharların %60,47'si ası, %27,91'i ateşli silah kullanımı, %6,98'i suda boğulma şeklinde

gerçekleşmiş olup, yerleşim yerleriyle intihar yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.28: Ası vakalarında kullanılan materyallerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması.

Kullanılan Materyal	Yerleşim Yeri		p değeri*
	Kent (n(%))	Kırsal (n(%))	
Çamaşır İpi	3 (17,65)	10 (37,04)	0.464
Halat	2 (11,76)	2 (7,41)	
Eşarp- yazma	5 (29,41)	10 (37,03)	
Diğer ip türleri	1 (5,88)	2 (7,40)	
Aksesuar materyaller	4 (23,52)	1 (3,70)	
Bez parçası-çarşaf	1 (5,88)	1 (3,70)	
Bilinmiyor	1 (5,88)	1 (3,70)	

*: Pearson ki-kare testi

Ası olgularında; ası için kullanılan materyallerin yerleşim yeriyle ilişkisi tablo 4.28'de gösterilmiştir. Asıda kullanılan materyallerin yerleşim yeri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.29: Olguların psikiyatrik veya mental kısıtlılık bilgisi ile orijinler arası ilişki

Orijin	Psikiyatrik Hastalık veya Mental Kısıtlılık Öyküsü			p
	Var n (%)	Yok n (%)	Belirtilmemiş n (%)	
Kaza	8 ^a (12,12)	20 ^b (38,46)	95 ^c (70,90)	<0.001
İntihar	57 ^a (86,36)	17 ^b (32,69)	16 ^c (11,94)	
Cinayet	1 ^a (1,52)	15 ^b (28,85)	23 ^b (17,16)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. *: Pearson ki-kare testi

Psikiyatrik veya mental geriliği olan 57 olgunun (%82,6) intihar orijinli olay sonucu öldüğü, hastalığı olmadığı bilinen 17 olgunun (%26,5) intihar orijinli olay sonucu öldüğü, cinayet orijinli vakaların sadece 1'inde (%1,44) psikiyatrik hastalık olduğu, cinayet orijinli 15 olguda (%23,4) psikiyatrik veya mental gerilik olmadığı, Olguların psikiyatrik veya mental gerilik durumuyla olay orijinleri arasında; kaza orijinli ölümlerde psikiyatrik hastalık veya mental geriliği olmayan ve olan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. İntihar orijinli ölümlerde psikiyatrik hastalık veya mental geriliği olmayan ve olan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Cinayet orijinli ölümlerde psikiyatrik hastalık veya mental geriliği olmayan ve olan olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Ancak çalışmamızda gerek kaza gerekse cinayet orijinli ölümlerde olgularımız fail değil

mağdur sıfatında olduğundan klinik olarak anlamlı değildir. İntihar orijinli vakalar psikiyatrik veya mental geriliği olan kişilerde daha sık rastlanıldığı görülmüştür.

Tablo 4.30: Olguların öldüğü yer ile olay orijinlerinin ilişkisi

Kişinin öldüğü yer	Orijin				p
	Kaza n (%)	İntihar n (%)	Cinayet n (%)	Diğer n (%)	
Ev	25 ^a (20,33)	35 ^b (38,89)	15 ^{a,b} (38,46)	2 (2,38)	<0.001
Hastane	65 ^a (52,85)	21 ^b (23,33)	10 ^b (25,64)	5 (5,95)	
Diğer**	33 ^a (26,83)	34 ^a (37,78)	14 ^a (35,90)	77 (91,67)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

*: Pearson ki-kare testi

**: Konumu bilinmeyen arazi, Belirtilmemiş, Göl-Gölet, Evin Bahçesi, Tarla-Bahçe, Su Kenarı, Ahır, Cadde-yol, Çatı, Terkedilmiş bir bina, Odunluk, Ağıl, Cami Tuvaleti, Otel

Olguların ölü bulunduğu mekân ile olay orijinlerinin ilişkisi tablo 4.30'da gösterilmiştir. Kaza orijinli olguların %52,8'i hastanede, intihar orijinli olguların %38,9'u evde, cinayet orijinlilerin %38,5'i evde gerçekleştiği görülmüştür. Hastanede gerçekleşen ölümlerin orijinlerine göre değerlendirildiğinde kaza orijinli ve intihar orijinli ölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Evde gerçekleşen ölümlerin orijinlerine göre değerlendirildiğinde kaza orijinli ve intihar orijinli ölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nde 2015-2020 yılları arasında yapılan otopsilerin 2015 yılında %26,2'sinin, 2016 yılında %25,6'sının, 2017 yılında %23,2'sinin, 2018 yılında %22,9'unun, 2019 yılında %21,7'sinin ve 2020 yılında %21,9'unun kadın cesetler üzerinde yapılan otopsileri olduğu yapılan otopsi sayısının 2017 yılından itibaren azalma eğilimi gösterdiği tespit edildi. Uraz ve ark. (2007) Aydın'da 2001-2006 yılları arasında zorlamalı kadın ölümlerini inceledikleri çalışmada otopsi yapılmış kadın ölümü sayısının 2002 ve 2005 yılları hariç giderek arttığı, en fazla 2006 yılında otopsi yapıldığı belirtilmiştir (113). Şengül ve ark. (2016) İzmir'de 2011-2015 yılları arasında kadın ölümlerini inceledikleri çalışmada en çok otopsinin 2012 yılında yapıldığını, ilerleyen yıllarda otopsi sayısının azaldığının ve bunun sebebinin çevre illerden otopsi yapılmak üzere gönderilen olgu sayısındaki azalmadan kaynaklı olduğu bildirilmiştir (114). Ulucan ve ark. (2020) 2014-2018 yılları arasında Ankara'da yapılan zorlamalı kadın ölümlerini incelediği çalışmada en çok otopsinin 2015 yılında yapıldığını bildirmişlerdir (7).

Adli Tıp Kurumu Malatya'da Grup Başkanlığı'nda 2017 yılından itibaren hem yapılan toplam otopsi sayısı hem de otopsilerdeki kadın cinsiyet oranının giderek azaldığı gözlenmiş olup, bunun sebebinin Adli Tıp Kurumu'nun otopsi-otopsi sevki konusunda izlediği prosedürlere ek olarak istihdam edilen personellere bağlı olarak çevre illerden sevk edilen otopsi sayılarındaki azalmayla ilişkili olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda olguların yaş aralığı en küçüğü 15, en büyüğü 100 yaşında olmak üzere yaş ortalaması $43,23 \pm 21,94$ olduğu görüldü. Ulucan ve ark. (2020) Ankara'da yaptığı çalışmada olguların yaş dağılımlarının 16 ile 109 arasında ve yaş ortalamalarının $50,86 \pm 21,0$ olduğu belirtilmiştir (7). Uraz ve ark. (2007) Aydın'da yaptığı benzer çalışmada yaş dağılımının 19 ile 91 yaş arasında olup yaş ortalamasının $44,42 \pm 19,71$ olduğu belirtilmiştir (113). Bilen ve ark. Gaziantep'te yaptıkları ve adli ölümleri özelliklerini inceledikleri çalışmada kadınların yaş dağılımlarının 0 ile 96 arasında ve kadın yaş ortalamalarının $35,0 \pm 27,3$ olduğunu bildirmişlerdir (115). Sayın ve ark. (2012) Malatya'da adli ölümleri incelendikleri çalışmada kadınların yaş dağılımlarının 0-95 arasında olduğu ve yaş ortalamalarının $28,9 \pm 26,7$ olduğu bildirmişlerdir (116). Akar ve ark. (2005) Ankara'da adli ölümleri inceledikleri bir çalışmada yaş ortalamasının $38,19 \pm 11,82$ olduğu bildirilmiştir (117). He ve ark. (2015) Şangay'da zorlamalı ölümleri inceledikleri bir çalışmada yaş ortalamasının $40,9 \pm 18,7$ olduğu

bildirmişlerdir (118). Şengül ve ark. (2016) İzmir’de yaptığı çalışmada kadın olguların en küçüğü 18 en büyüğü 103 olmak üzere, yaş ortalamalarının $53,9 \pm 20,7$ olduğu bildirilmiştir (114). Çalışmamızdaki olguların yaş ortalaması Şangay’daki ve İzmir’deki çalışmalar ile uyumlu olduğu, literatürdeki diğer çalışmaların yaş ortalamalarına göre yüksek olduğu, yaş ortalamasının yüksekliğinin diğer çalışmalardaki yaş aralığının”0” yaştan başlaması olduğunu düşünmekteyiz. Yaş dağılımlarının ise literatürdeki çalışmalarla uyum içerisinde olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızdaki olguların 247’si Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, 18’i Suriye Uyruklu, 1 olgu da Irak uyruklu olup, uyruğu belirlenenler arasında yabancı uyruklu olguların %94’ü Suriye uyrukluuydu. Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada yabancı uyruklu olguların arasından %25,4 oranla en fazla Suriye uyruklu olgular olduğu bildirilmiştir (7). Şengül ve ark. (2016) İzmir’de yaptığı çalışmada olguların 53 yabancı uyruklu olgunun; %24,5’i İngiltere, %18,8’inin Almanya, 9’unun Irak ve %13,2’sinin Suriye uyruklu oldukları bildirilmiştir. İkiz ve ark. (2017) Kırıkkale’de yabancı uyruklu kişilerin otopsi sonuçlarını inceledikleri bir çalışmada olguların %21,9’unun Suriye, %14,5’inin Irak, %8,6’sının Afganistan uyruklu olduğunu bildirmişlerdir (119). Çalışmamızdaki yabancı uyruklu olguların dağılımı diğer çalışmalardan farklı olarak Suriye uyruklu olgular oldukça yüksek bulunmuş olup bunun nedeni ilimizin Doğu Anadolu bölgesinde olması, sınır komşumuz olan Suriye’ye nispeten yakın olması ve ilimizde 3. Basamak sağlık hizmeti verebilen, yanık ünitesi olan hastaneye sevk edilen olgulardan dolayı kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Olguların medeni durumuna bakıldığında %43,2’inin evli, %33’ünün evli olmadığı %23,8’inin ilişki durumu hakkında bilgi elde edilememiştir. İntihar ve cinayet orijinli olguların medeni durumuyla ilişkisine bakıldığında; intihar orijinli olgularda evli olmayanların, cinayet orijinli olgularda evli olanların istatistiksel olarak anlamlı üstünlüğü olduğu görüldü. Uraz ve ark. (2007) Aydın’da yaptığı çalışmada olguların %36,8’inin evli, %27,8’inin evli olmadığı, %35,4’ünün ise medeni durumunun belirtilmediği görüldü (113). Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada olguların %33,7’sinin evli, %17,4’ünün evli olmadığı, %48,9’unun ise medeni durumunun belirtilmediği saptandı. Ölüm orijinleri ile olguların medeni durumları karşılaştırıldığında; ölüm orijini fark etmeksizin ölümlerin evli olanlarda evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu belirtilmiştir (7). Şengül ve ark. (2016) İzmir’de yaptığı çalışmada kadınlarının %35,1’inin evli, %30,9’unun evli olmadığı, %33,9’unun ise medeni durumunun belirtilmediği (217).

Evli bireylerde intihar oranı ABD’de 11/100.000 iken, hiç evlenmemiş kişilerde bu sayı iki katına çıkmakta, dullarda 24/100.000, boşanmış bireylerde de 40/100.000 olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada intihar açısından ayrı yaşayanlarda veya boşanmış kişilerde riskin 11 kat daha fazla olduğu, anne olmak intihar ihtimalini azalttığı, sahip olunan çocuğun yaşının küçük olması kadın intiharları açısından koruyucu bir faktör olduğu bilinmektedir (120-122). Çalışmamızda evli olmanın yurt içi literatürle uyumlu olarak cinayet orijinlerinde ölüm oranlarını arttırdığı, ancak intihar orijinli olgularda evli olmanın ölüm oranını artırmadığı yurt içi literatürle uyumlu olmadığı gözlenmiştir.

Çalışmamızda kullandığımız verilerin önemli bir kısmı da ölenin kimlik tanığının ifadesinden elde edilmiştir, alınan verilerin doğruluğu açısından kimlik tanığının yakınlık derecesinin önem arz etmektedir. Çalışmamızda kimlik tanıklarının yakınlık durumu incelendiğinde olguların %14,3’ünün kimlik tanığı çocuğu, %12,8’i kardeşi, %7,1’i eşi, %6’sı babası, %1,2’si annesiydi. Olguların %41,3’ü yakın akrabadan (eş, çocuk, kardeş, anne-baba) oluşmaktaydı. Çalışmamızdaki sosyodemografik ve tıbbi geçmiş bilgilerdeki eksikliklerin sebebinin kimlik tanıklarının çoğunun yakın akraba olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Şengül ve ark. (2016) İzmir’de yaptığı çalışmada olguların kimlik tanıklarının yakınlık durumuna göre %20,9’unun çocukları, %14,5’inin eşi, %11,8’inin kardeşi, %4,0’ünün anne-babası, %51,2’si yakın akraba (eş, çocuk, kardeş, anne-baba) olduğu, bildirilmiştir (114). Ulucan ve ark. (2020) Ankara’da yaptığı çalışmada %54,2’sinin yakın akrabası (eş, çocuk, kardeş, anne-baba) olduğu, %29,4’ünün diğer akrabaları, %20,8’inin çocukları, %15,1’inin kardeşi, %11,7’sinin eşi, %6,6’sının anne-babası, olduğu bildirilmiştir (113). Çalışmamızda kimlik tanıklarının yakınlık durumu hakkında elde edilen verilerde yakın akraba oranının diğer yurt içi çalışmalara göre daha az olduğu, bunun sebebinin kimlik tanığının olmadığı olgu sayısının fazla olması, otopsi merkezimizin çevre illerden otopsi sevki alan bir merkez olması, talimata binaen yapılan otopsilerde, kişinin 1. Derece yakınlarına ulaşılamaması, çatışma sonucunda hayatını kaybetmiş kişilerin yakınlarına ulaşılamaması olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda olguların %20,5’inin psikiyatrik hastalık veya mental bir kısıtlılığın mevcut olduğu, %60,4’ününse hastalığın olup olmadığı konusunda herhangi bir bilginin kayıtlı olmadığı saptandı. Uraz ve ark. (2007) Aydın’da yaptığı çalışmadaki olguların %13,9’unun psikiyatrik hastalık konusunda kesin bir bilgi elde edilebildiği, %8,3’ünün olası bir psikiyatrik hastalığı mevcut olduğu bildirilmiştir (113). Ulucan ve

ark. (2020) Ankara’da yaptığı çalışmada, olguların %10,1’inin psikiyatrik hastalığa sahip olduğu, %0,1’inin psikiyatrik hastalığının olmadığı bilgisi mevcutken olguların %89,9’unun psikiyatrik hastalığı olup olmadığı hususunda herhangi bir bilgi olmadığı belirtilmiştir (7). Kökçüoğlu ve ark. (2015) Eskişehir’de yaptığı çalışmada intihar sonucu ölen kadınların %38,6’sının kesin psikiyatrik hastalığa sahip olduğu, olguların %9,6’sının olası psikiyatrik hastalığı olduğunu bildirmişlerdir (123).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak psikiyatrik hastalık-mental kısıtlılığın intihar orijinli olgularda daha sık olduğu gözlenmiştir. Ayrıca diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere ölenin psikiyatrik öyküsüne ulaşmada yetersizlik söz konusudur.

Çalışmamızda olguların %2,4’ü (8 vaka) ölümü sırasında gebe olduğu ve bu olguların yarısı intihar orijinli, diğer yarısı kaza ve cinayet orijinli olduğu belirlendi. Tüm kaza orijinli olguların %1,62’si, tüm intihar orijinli olguların %4,44’ü, tüm cinayet orijinli olguların %5,12’si gebe kadınlardan oluşmaktaydı. Martin ve ark. (2007) ABD’nin gebelik ile ilişkili kadın ölümlerinin araştırıldığı 3 farklı eyaletinde yapılan çalışmalarda Massachusetts ve Kuzey Carolina’da ölümlerin %13’ünün, Virginia’daki ölümlerin %14’ünün cinayet orijinli ölümler olduğu belirtilmiştir (124). Krulwich ve ark. (2001) Kolombiya’da yaptıkları 651 kadın olguyu içeren çalışmada olguların 30’unun(%4,6) gebe olduğu, 13 tanesi (tüm cinayet olgularının %6,07) cinayet orijinli olduğu, 5 tanesi (tüm kaza orijinli ölümlerin %4,34’ü) kaza orijinli ölümler olduğu, intihar orijinli olgu olmadığını bildirmişlerdir (125). Şengül ve ark. (2016) İzmir’de yaptığı çalışmada ölümü sırasında gebe olan olguların, 1’inin kaza (kaza orijinli ölümlerin %0,2’si), 4’ünün intihar (intihar orijinli ölümlerin % 1,6’sı), 3’ünün cinayet (cinayet orijinli ölümlerin % 2’si) orijinli oldukları, belirtmişlerdir (114). Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada olguların 24’ünün (%1,4) gebe olduğu belirlendi. Gebe olguların orijinlere göre dağılımlarında; 5’inin kaza (kaza orijinli ölümlerin %1,4’ü), 2’sinin intihar (intihar orijinli ölümlerin %0,6’sı), 4’ünün cinayet (cinayet orijinli ölümlerin %1,6’sı) orijinli olduğunu belirtmişlerdir (7). Çalışmamızdaki verilerin, Ankara’da ve İzmir’de yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu, cinayet orijinli olgularda gebelik nispeten daha fazla oranda gözlenmiş olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda olguların orijinlere göre incelendiğinde olguların %36,6’sının kaza, %26,8’i intihar, %11,6’sının cinayet orijinli olduğu, %25’inin diğer belirlenemeyen orijin olduğu tespit edilmiştir. Uraz ve ark. (2007) Aydın’da yaptıkları çalışmada olguların %42,4’ü kaza orijinli olduğu, olguların %25’i intihar ve %25’i

cinayet orijinli olduğu, olguların %7,6'sında ise orijinin belirlenemediği bildirilmiştir (113). Bilen ve ark. (2009) Gaziantep'te yaptıkları çalışmada olguların %57'sinin kaza, %12,7'sinin cinayet ve %7,4'ünün intihar orjinli ölümler olduğu belirtilmiştir (115). Pawar ve ark. (2014) Hindistan'da kadın ölümlerini inceledikleri çalışmada olguların %57'si kaza, %30'u cinayet orijinli, %11'i de intihar orjinli olduğunu belirtmişlerdir (126). şengül ve ark. (2016) İzmir'de yaptıkları çalışmada olguların %37,8'inin doğal, %29,7'sinin kaza, %18,3'ünün intihar ve %11,3'ünün cinayet orijinli öldüğü, %3 olguda ise ölüm orijinin tespit edilemediği belirtilmiştir (114). Kitulwatte ve ark. (2017) Sri Lanka'da yaptıkları zorlamalı kadın ölümlerini inceledikleri 139 olgu içeren çalışmada olguların %40'ının kaza, %32'sinin intihar, %24'ünün cinayet orjinli olduğunu belirtmişlerdir (127). Shivaji ve ark. (2018) 2010-2011 yılları arasında Kuzey Hindistan'da doğurganlık çağındaki 1207 kadın zorlamalı ölümlerini inceledikleri çalışmada; olguların %81'i intihar, %13' kaza, %1,95'i cinayet orijinli olduğunu bildirmişlerdir (128). Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada olguların %20,0'sinin kaza, %18,0'ının intihar, %13,9'unun cinayet orijinli olgular olduğu, olguların %26,3 ise ölüm orijinleri konusunda bir bilgiye ulaşılamadığını bildirmişlerdir (7).

Literatürdeki çalışmaların çoğunda tüm kadın ölüm türlerinin incelendiği, bu nedenle diğer orijin türlerinin çalışmamızla kıyasla farklılık gösterdiği düşünüldü. Literatürdeki diğer çalışmalarda otopsiyi yapılan doğal olmayan kadın ölümlerinde orijinler arasında istisnalar olsa da kaza orijinli ölümlerin genellikle daha fazla olduğu, sırasıyla intihar ve cinayet orijinli ölümlerin izlediği belirtilmiştir. Çalışmamızda Ankara'da ve İzmir'de yapılan çalışmalarla uyumlu olarak doğal olmayan ölümlerde; en sık kaza orijinli, sırasıyla intihar ve cinayet orijinli olguların görüldüğü saptandı. Gerek yurt içi gerekse yurt dışında yapılan diğer çalışmalarla arasındaki farkın bölgesel coğrafi farklılıklardan, toplumun dinamiklerinden, sosyoekonomik ve sosyokültürel değişikliklerden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kaza orijinli olguların en sık (%45,52'si) 65 yaş üstü yaş grubunda görüldüğü, bunu (%35,77'si) 18-49 yaş grubu takip etmektedir. Kaza orijinli olguların olay türlerine bakıldığında; en sık trafik kazası (%36,59) olmak üzere yanık, zehirlenmeler ve yüksekte düşmeler olduğu saptandı. şengül ve ark. (2016) İzmir'de yaptığı çalışmada kaza orijinli ölümlerin 70 yaş ve üzeri yaş grubunda daha sık gerçekleştiğini belirtilmiştir. Kaza orijinli ölümlerin en sık trafik kazaları, CO zehirlenmeleri ve yüksekte düşme sonucu meydana geldiğini bildirmişlerdir (114). Kitulwatte ve ark. (2017) Sri Lanka'da yaptıkları zorlamalı kadın ölümlerini

inceledikleri 139 olgunun çalışmada kaza orijinli olguların yaş gruplarına göre dağılımın bakıldığında, (kaza orijinli olguların %34'ü) en sık 60 yaş üzeri yaş grubunda olduğunu belirtmişlerdir. Kaza orijinli olguların en sık trafik kazası olmak üzere, sırasıyla yanık ve yüksekten düşme sonucu meydana geldiğini belirtmişlerdir (127). Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada kaza orijinli olguların en sık 56-75 yaş aralığında olduğunu bildirmişlerdir. Kaza orijinli ölüm olgularında en sık trafik kazaları, sırasıyla CO zehirlenmeleri ve yüksekten düşmeye bağlı ölümlerin yer aldığı belirtilmiştir (7). He ve ark. (2015) Şangay'da zorlamalı ölümleri inceledikleri çalışmada kaza orijinli ölümlerin çok büyük bir kısmı trafik kazaları sonucu gerçekleştiği, bunu künt veya kesici yüzeylerle temas etme sonucu genellikle iş yerlerinde gerçekleşen kazalar izlediği, ve sırasıyla boğulma, CO zehirlenmesi ve yanık olgularının izlediğini bildirmiştir (118). Kır ve ark. (2011) Erzurum'da yaptığı adli otopsileri inceledikleri çalışmada kadınlarda olay türü olarak en sık trafik kazalarının görüldüğünü bildirmişlerdir (5).

Çalışmamız Ankara'da ve İzmir'de yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olarak en sık kaza orijinli ölüm nedenini trafik kazaları olduğu gözlenmiştir. İkinci sıradaki en sık neden diğer çalışmalardan farklı olarak yanık olgularıydı. Bunun sebebi ilimizdeki 3. Basamak yoğun bakım ve yanık ünitesi bulunan yabancı uyruklu (Suriye) olgulardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda intihar orijinli olguların en sık (%67,77'si) 18-49 yaş grubunda görüldüğü, bunu (%13,33'ü) 65 yaş üstü ve 50-65 yaş grubu eşit oranda olmak üzere takip etmektedir. Uraz ve ark. (2007) Aydın'da yaptığı çalışmada intihar orijinli olguların en sık 19-29 yaş aralığında olmak üzere 19-59 yaş aralığında daha sık izlediği bildirmişlerdir (113). Şengül ve ark. (2016) İzmir'de yaptığı çalışmada intihar orijinli olguların en sık 18-29 olmak üzere, 18-49 yaş aralığında daha sık rastlandığını bildirmişlerdir (114). Hekimoğlu ve ark. (2016) Van'da kadın intiharlarını incelediği 66 olgunun olduğu çalışmada olguların en sık görüldüğü yaş grubunun 16-20 yaş olduğu, sıklığın sırasıyla 20-25 ve 26-30 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (129). Atasoy ve ark. (2016) Bursa'da intiharları inceledikleri çalışmada intihar eden kadınların yaş gruplarına göre dağılımında en sık 19-30 yaş aralığında olduğunu bildirmişlerdir (42). Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada intihar orijinli olguların yaşlarının sırasıyla en sık 16-25 yaş aralığında olmak üzere 16-45 yaş aralığında sık görüldüğünün tespit edildiğini belirtmiştir (7). Çalışmamızda intihar orijinli ölümlerin 18-49 yaş aralığında olduğu, literatürdeki çalışmaların (16-45 yaş aralığında) yaş aralığını da kapsadığı

(uyumlu olduğu) gözlenmiştir. Bunun bir sebebi de çalışmamızdaki yaş aralığının (18-49) geniş olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda intihar orijinli olgularda kullanılan intihar yöntemi incelendiğinde; en sık (%46,66'sı) ası yöntemi kullanıldığı bunu eşit sıklıkta (%16,66) ateşli silah kullanımı ve yüksekten düşme yöntemi, (%8,88) oral ilaç-kimyasal alımı izlemiştir. Yerleşim yerlerine göre intihar yöntemi ile arasında ilişki karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunmuş olup kırsal yerleşim yerlerinde ası vakalarının sıklığı daha fazla olduğu, ateşli silah kullanımının kırsal bölgelerde, kent merkezlerine göre daha sıklıkla tercih edildiği, kentlerde başta ası yöntemi olmak üzere 2. en sık yöntemin yüksekten atlamak suretiyle intihar olduğu, bunu oral tıbbi ilaç-kimyasal madde alımı izlemiştir. Ateşli silah kullanımının kırsal bölgelerde tercih sıklığının yüksek olmasının sebebinin kırsal bölgelerde av tüfeği kullanımının yaygın ve ulaşılabilir olmasından kaynaklandığını, kent merkezlerinde yüksek katlı yapılanmanın kırsal bölgelere göre çok daha fazla olması intihar tercihlerinin farklılaşmasında rol oynadığını düşünmekteyiz. İntihar orijinli olguların yerleşim yerlerine göre ölümün gerçekleştiği mekânın ilişkisine bakıldığında kent bölgelerinde olguların hastanede, kırsal bölgelerde ise ölümün gerçekleştiği yerin daha çok ev olduğu, bunun sebebinin kırsal bölgelerde sağlık merkezlerine ulaşımın ve hizmet imkanların farklılığı, kent yaşamındaki iletişim imkânı ve iletişim yoğunluğunun kırsal bölgelere göre daha yoğun olduğundan kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamızda cinayet orijinli olgularda en sık (%66,66'sı) 18-49 yaş grubunda görüldüğü, bunu (%25,64'ü) 50-65 yaş grubunu takip etmektedir. Hilal ve ark. (2005) Adana'da cinayetleri inceledikleri çalışmada kadın kurbanların %80,9'unun 11-50 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (130). Şengül ve ark. (2016) İzmir'de yaptığı çalışmada cinayet kurbanı kadınların en sık 30-39 olmak üzere, 18-49 yaş aralığında sıklıkla gerçekleştiğini bildirmişlerdir (114). Kitulwatte ve ark. (2017) Srilanka'da yaptığı zorlamalı kadın ölümlerini inceledikleri çalışmada olguların, olguların %24'ünün cinayet orijinli olduğunu ve bunların %70'inin 21-60 yaş aralığında olduğunu belirtmişlerdir (127). Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada cinayet kurbanı kadınların en sık görüldüğü yaş aralıklarının 16-25, 26-35, ve 36-45 yaş aralığı olduğunu belirtmişlerdir (7). Literatürdeki diğer çalışmalardaki cinayet orijinli olguların yaş aralığı genel itibariyle doğurganlık çağı yaş grubuyla uyumlu olduğu, çalışmamızdaki yaş aralıklarıyla uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda cinayette kullanılan yöntemlere bakıldığında; tüm cinayet orijinli vakaların %74,3'ü ateşli silah yaralanması sonucu gerçekleştiği, bunu %23 ile delici kesici alet kullanımı takip etmektedir. 1 olguda patlayıcı maddenin sobada yakmak amaçlı kullanılan odunlar arasına gizlenmek suretiyle gerçekleştiği görülmüştür. Hilal ve ark. (2005) Adana'da cinayetleri inceledikleri çalışmada cinayet aleti olarak en sık (%54,83) ateşli silah kullanımı ve bunu kesici-delici(%35,1) alet kullanımı takip ettiğini saptamışlardır(130). Uraz ve ark. (2007) Aydın'da yaptığı çalışmada cinayete kurban edilen kadınların ölümlerinde en sık ateşli silah kullanımı, ikinci sırada asfiksi, üçüncü sırada kesici delici alet yaralanmaları nedeniyle meydana geldiği belirtilmiştir (113). He ve ark. (2015) Şangay'da zorlamalı ölümleri inceledikleri çalışmada cinayet orijinli vakalarda cinayet yöntemi en sık (%50,6) kesici-delici alet kullanımı olmak üzere, sırasıyla künt travmatik yaralanmalar (%23,1), bağ ve elle boğma (%17,2) olduğu ateşli silah kullanım sıklığı (%0,5) ise oldukça az olduğunu bildirmişlerdir (118). Şengül ve ark. (2016) İzmir'de yaptığı çalışmada cinayete kurban edilen kadınlarda cinayet yönteminin en sık kesici delici alet kullanımı ve ateşli silah kullanımı olduğu bildirilmiştir (114). Kitulwate ve ark. (2017) Srilanka'da yaptığı çalışmada olguların, cinayet orijinli olgularda kullanılan yöntemler incelendiğinde olguların en sık (%40) kesici-delici alet kullanımı, bunu künt travmalar takip ettiğini bildirmişlerdir (127). Ulucan ve ark. (2020) Ankara'da yaptığı çalışmada, cinayet kurbanı kadın ölümlerinde cinayet yöntemi olarak en sık ateşli silah yaralanması (%44,9) olmak üzere, sırasıyla patlamaya bağlı yaralanma (%23,9) ve kesici delici alet kullanımı (%22,6) olduğunu bildirmiştir(7). Toprak ve ark. (2017) kadın cinayetlerini inceledikleri çalışmada her tür ateşli silahın (tabanca, pompalı tüfek vb.) ve delici-kesici aletlerin kadın cinayetlerinde en çok tercih edilen cinayet yöntemi olduğunu belirtmişlerdir (131). ABD'nin Columbia şehrinde yapılan çalışmada cinayet orijinli olgularda cinayet aleti olarak en sık ateşli silahların kullanıldığı belirtilmiştir (132). ABD'nin Virginia eyaletinde cinayet orijinli ölümlerde ateşli silah kullanımının, artış gösterdiği tespit edilmiştir (133).

Çalışmamızda yurt içi literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak cinayet orijinli kadın ölümlerinde en sık kullanılan aletin ateşli silahlar olduğu gözlenmiştir. İkinci en sık neden ise genel literatürde bölgeden bölgeye, toplumdan topluma farklılıklar gösterdiği saptanmış olup çalışmamızda delici-kesici alet kullanımı sonucu ölümler olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da alınan sonuçlar benzerlikler göstermiştir; en yaygın ateşli silah kullanımı (%43-56), bunu kesici-delici alet (%23-28) kullanımı izlenmektedir (134-136). Ayrıca cinayet orijinli ölümlerin

yerleşim yeri kıyasında anlamlı bir fark bulunmamış olup hem kent merkezi hem de kırsal bölgede en sık tercih edilen yöntemlerde ilk sırada ateşli silah kullanımı ve ikinci sırada delici-kesici alet kullanımı olduğu görülmüştür. Çalışmamızda cinayet orijinli kadın ölümlerinde kullanılan en sık aletin ateşli silah olması, Türkiye’de artan silahlanma oranının ve bunlar içerisinde artan ruhsatsız silah edinme oranının etkili olduğunu düşünmekteyiz (137).

Çalışmamızda cinayete kurban edilen kadınların olayın faili ile olan yakınlık durumu incelendiğinde %30,79’unun partneri olduğu, failin belirlenebildiği-belirtildiği (toplam 25 olgunun) olgularda ise cinayetin %84’ünün maktülü tanıyan ve yakın ilişkide olan kişilerce işlendiği saptanmıştır. Faillerin 2’si hakkında bilgi mevcut değildi, 1 olguda fail ölenin oğluydu, 6 olgunun da failleri kurbanın partneri (eşi-sevgilisi) olduğu görüldü. Uraz ve ark. (2007) Aydın’da yaptıkları zorlamalı kadın ölümlerini inceledikleri çalışmada belirtilen-belirlenebilen cinayet şüphelilerinin %75’i maktülü tanıyan ve/veya maktül ile akrabalığı olan kişiler olup tüm cinayetlerin %72’sinde ise şüpheliye ait herhangi bir bilgi bulunmadığını belirtilmiştir (113). Şengül ve ark. (2016) İzmir’de yaptığı çalışmada cinayet orijinli olgularında şüphelinin en sık eski-yeni duygusal ilişkide bulunduğu kişiler olduğu, 78 olguda ise cinayet şüphelisinin kimliği- yakınlık derecesi hakkında bilgiye ulaşılmadığını bildirmişlerdir (114). Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada cinayet orijinli olgularda cinayet şüphelisinin maktüle yakınlık derecesi incelendiğinde; %20,5’i maktülün partneri olduğu, şüphelinin belirtildiği-belirlenebildiği (76 olgunun) %98,7’sinin maktülü tanıyan ve yakın ilişkide olan kişiler olduğu belirtilmiştir (7). Kitulwate ve ark. (2017) Sri Lanka’da yaptığı çalışmada cinayet orijinli olgularda cinayet zanlısının maktüle yakınlığı incelendiğinde %67’sinin maktülün daha önceden tanıdığı, partneri veya kan bağı olduğu kişiler olduğunu belirtmişlerdir (127). Toprak ve ark. (2017) yaptığı çalışmada kadın cinayetlerinin faileri olguların %50’sinde maktülün partneri olduğu, failin partner olmadığı vakaların %60’ında fail yine maktülün tanıdığı bir kişi olduğu (yakın akraba, kardeş, çocuk vb.) bildirilmiştir (131). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak kadın cinayetlerinin genellikle eşleri-partnerleri tarafından işlendiği gözlenmiştir.

Çalışmamızdaki olgularda, ölümün gerçekleştiği yere göre bakıldığında %30,1’i hastanede, %22,9’u evde ve %22’sinin konumu belirtilmeyen arazide bulunduğu, kaza orijinli olguların ölü bulunduğu mekanın yarısından fazlası hastane olduğu, intihar orijinli olguların %38,8’i evde, %23,3’ü hastanede, diğer olguların ölü bulundukları

mekanın çeşitli şekillerde dağılım gösterdiği, cinayet orijinli olguların %38,4'ü evde, %25,6'sı hastanede, diğer olguların ölü bulundukları mekânın yine çeşitli şekillerde dağılım gösterdiği, orijinlere göre ölü bulunan yerlere bakıldığında kaza orijinli olgular istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hastane, intihar ve cinayet orijinli olguların ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha çok evde ölü bulunduğu saptanmıştır. Uraz ve ark. (2007) Aydın'da yaptığı çalışmada olguların ölü bulunduğu yerin en sık hastanede, sırasıyla evde ve sokak/cadde olduğunu saptamışlardır (113). Ulucan ve ark. (2020) yaptığı çalışmada olguların yarısından fazlasının ölü bulunduğu mekân ev olduğu, diğer olguların sırasıyla en sık hastane ve sokak/caddede ölü bulunduğunu bildirmişlerdir. Ölüm orijinleri ile ölümün gerçekleştiği mekân karşılaştırıldığında; kaza orijinli olguların hastanede, kaza orijinli olmayan olgularda ise ev en sık ölü bulundukları mekân olarak bildirilmiştir (7). Şengül ve ark. (2016) İzmir'de yaptığı çalışmada olguların ölü bulunduğu mekanların sıklık sırasının ev, hastanede ve sokak/caddede olduğunu, doğal ölümlerin ve intiharların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde evde, kaza orijinli ölümlerin ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ev harici mekanlarda gerçekleştiğini belirtmiştir (114). Çalışmamızda olguların ölü bulundukları mekânların olay orijinleriyle karşılaştırılması sonucunda, Ankara'da ve İzmir'de yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlar içerdiği saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ❖ 01.01.2015-31.12.2020 tarihleri arasında Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nde otopsileri yapılan zorlamalı kadın ölümlerinden 15 yaş ve üzerinde olan olgular incelendi.
- ❖ Kadın otopsileri, tüm otopsilerin %23,9'uydu.
- ❖ 15 yaş üstü ve zorlamalı ölümleri kadın otopsilerinin %41,9'uydu.
- ❖ Zorlamalı kadın ölümleri en çok haziran ayında meydana gelmiştir.
- ❖ Olguların %5,7'si yabancı uyrukludur. Yabancı uyruklu olgularımızın arasında en sık Suriye %5,4'ü uyrukludur.
- ❖ Olguların %66,1'i kırsal, %33,9'u kent yerleşim bölgesinde gerçekleşmiştir.
- ❖ Olguların ölümün gerçekleştiği en sık yer %30,1'i hastanedir.
- ❖ Olgularımızın %43,2'si evli, %14,3'ü dul, %18,8'i bekardı.
- ❖ Zorlamalı ölümlerin orijinleri açısından %36,6'sı kaza, 26,8'i intihar, %11,6'sı cinayet orijinliydi. %25'i diğer-bilinmeyen orijinliydi.
- ❖ Olguların %2,4'ü ölümü sırasında gebeydi.
- ❖ Zorlamalı kadın ölümleri en çok 18-49 yaş grubunda gerçekleşmiştir.
- ❖ Kaza orijinli olgularda en sık ölüm nedeni %36,59 oranla Trafik kazasıydı. Bunu %21,14 ile yanık ve CO zehirlenmesi takip etmektedir. Trafik kazalarının %62'si araç içi trafik kazasıydı. Trafik kazalarının %51'i kentsel yerleşim alanında gerçekleşmiştir. Araç dışı trafik kazalarında ekstremitelerde ölüme neden olan yaralanmalar araç içi trafik kazasına göre daha sık görülmektedir. Trafik kazalarının azaltılmasına yönelik alınacak önlemlerin, zorlamalı kadın ölümlerini arasında kaza orijinli ölümleri de dolaylı olarak azaltacağını düşünmekteyiz.
- ❖ Zorlamalı ölümlerin %26,7'i intihar orijinliydi. Ası, %46,67 en sık kullanılan intihar yöntemi idi. Bunu %16,67 ile ateşli silah kullanımı ve yüksekten atlama izlemiştir. İntihar olguları %67,7 ile en sık 18-19 yaş grubunda görülmüştür. İntihar orijinli olgularda psikiyatrik hastalık-mental gerilik sıklığı yüksek bulunmuştur. Kentsel yerleşim alanında gerçekleşen intihar olguları arasında yüksekten atlama %27,66 ile tercih edilen ikinci en sık intihar yöntemi idi. Düşülen yükseklik seviyesi arttıkça Batın/Lomber bölgede ölüme neden olan yaralanma sıklığı artmaktadır. Yüksek yapılanmaların sık olduğu yerlerde, genellikle inşaatlarda kullanılan düşme önleyici güvenlik ağlarının bina tamamlandıktan sonra da kullanılması düşmeye bağlı ölümcül yaralanma sıklığını azaltabileceğinin düşünmekteyiz.

- ❖ Zorlamalı ölümlerin %11,6'ı cinayet orijinliydi. Cinayet orijinli olguların %74,3'ünde ateşli silah kullanılmıştır. İkinci en sık kullanılan alet %23 ile kesici-delici alet olmuştur. Failin belirlenebildiği cinayet orijinli olguların %25,64'ünde fail ölenin eşi, %30,77'si partneriydi. Partner şiddetinin azaltılması adına caydırıcı yaptırımların uygulanması, kadın sığınma evlerinin artırılması gerek ekonomik gerek biyopsikososyal destek sağlanmasının şiddeti azaltmasa bile partner şiddetine bağlı ölümleri azaltabileceğini düşünmekteyiz.
- ❖ İntihar ve cinayet orijinli olguların beraber değerlendirilmesinde; evli ve evli olmayanlar arasında, evli olmak cinayete kurban edilme riskini (intihar etmeye göre) 3,73 kat artırmaktadır.
- ❖ Olgularının adli tıbbi ve sosyodemografik verileri araştırıldı ve literatürde yapılan çeşitli çalışmalarla karşılaştırıldı. Bu konudaki çalışmaların sınırlı sayıda ve sınırlı veriler içerdiği görüldü. Ülkemizdeki zorlamalı kadın ölümleri açısından risk gruplarının belirlenmesi ve bireylerin, toplumun, devletin üzerine düşen gerekli ve yeterli önlemlerin alınabilmesi adına bu tür çalışmaların artırılması ve detaylandırılması gerektiği kanaatindeyiz.
- ❖ Çalışmamızda olguların verilerine kaynak olarak Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı arşivi ve UYAP sistemi taranarak olguların ölü muayene ve kimlik tespit tutanakları, savcılık talep yazıları ve otopsi raporları üzerinden inceleme-değerlendirme yapılmıştır. Çoğu vakanın adli soruşturma ve mahkeme dosyaları mevcut olmadığından incelenememistir. İncelenebilen belgelerdeki kimlik tanığı ifadelerinin kısa ve çoğu zaman yetersiz olduğu, bu nedenle orijin belirlenmesi ve cinayet faillerinin maktüle yakınlık derecesine ait bilgilerin tespiti her olgu için mevcut olmadığından ve bu analizler her olguda yapılamamıştır.
- ❖ Gerek bizim çalışmamızda gerek ülkemizde bu konuda yapılan diğer çalışmalarda olguların kayıtlara geçen sosyodemografik özellikleri ve adli otopsi raporları retrospektif olarak değerlendirildiğinden, eldeki verilerin kısıtlı kaldığı bazı verilere ulaşılmasını mümkün kılmamıştır. Bu alanda yapılacak çalışmalarda ölenin kimlik tanığının mümkün olduğunca kendisiyle yaşamış tıbbi ve sosyal bilgilerine hakim kişilerden seçilmesine dikkat edilmesi, kimlik tanıklarından alınacak bilgilerin detaylandırılması, özellikle çalışmamızı yaptığımız otopsi merkezi gibi çok miktarda otopsi sevki alan otopsi merkezlerine otopsi sevki yaparken cesedin sevkinden önce ölenin sosyodemografik ve tıbbi anamnez formlarının oluşturulması ve son olarak ölen kişilerin tüm tıbbi verilerinin kayıtlı olduğu ve otopsisini yapan

hekim veya hekimlerce kısa zamanda ve kolay ulaşılabileceği bir veri tabanının oluşturulması, planlanan çalışmaların daha detaylı veriler elde etmesine ve sonuçların daha doğru değerlendirilmesine fırsat yaratacaktır. Ülkemizde artan kadın cinayet ve intiharları da göz önüne alındığında gelecekte benzer çalışmalara gereksinim olacağı düşüncesindeyiz.

- ❖ Çalışmamızda zorlamalı kadın ölümleri incelenmiş olup ölüm orijini belirlenebilen olgular içerisinde en çok kaza, sırasıyla intihar ve cinayet orijinli olduğu, literatürdeki diğer çalışmalarda doğal ölümlerin de çalışmaya dahil edildiği, bu nedenle literatürdeki çalışmaların aksine (diğer çalışmalarda doğal ölümlerin daha sık olduğu) bizim çalışmamızda kaza orijinli ölümlerin daha sık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- ❖ Çalışmamızda intihar orijinli olgularda oranlarının 18-49 yaş grubunda daha yoğun olduğu, en sık kullanılan yöntemin ası olduğu görülmüştür. Bu yaş grubu, kadının gerek kendi yaşamında, gerek toplumda sorumluluğunun ve rolünün en yüksek olduğu dönem olması sebebiyle önem arz ettiği, aynı zamanda psikiyatrik-mental hastalıkların intihar girişimi-eylemi gerçekleştirme açısından risk faktörü olduğu göz önüne alınarak bu yaş grubundaki kadınların intihar etmesini engelleyecek önlemlerin alınması adına kişilerin kendini ifade edebilmesi, sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmesi sosyoekonomik refah düzeyinin ve sosyoekonomik bağımsızlık oranının artırılması, kadınların intihar girişimini, intihar etmesini olan kadınların sorunlarının profesyonel bir yaklaşımla ele alınarak değerlendirilmesinin, ruhsal destek verilmesinin yararlı olacağı ve bu durumun bu yaş grubundaki intihara bağlı ölümlerin sıklığını azaltabileceği düşünüldü.

Kaynaklar

1. Kafadar H. Artan Tehlike, Medyada Yansıyan Kadın Cinayetleri. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;4(3):1118-25.
2. WHO. Violence against women: WHO; 2021 [02.06.2021]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/areas-of-work/violence/violence-against-women>.
3. Can M, Tırtıl L, Birincioglu İ, Çerkezoğlu A, Keskin S. Evaluation of Forensic Deaths Event İn Bağcılar İstanbul. Van Med J. 2008;15(3):70-4.
4. Uraz N, Katkıcı U, Erel O. Female Violent Deaths in Aydın. The Bulletin of Legal Medicine. 2009;14:61.
5. Kır M, Ketenci H, Başbulut A. Erzurum'da 2008-2009 Yılları Arasındaki Medikolegal Ölümünün Değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi. 2011;25:191-8.
6. Şengül HM, Ergönen AT. İzmir'de yapılan adli otopsilerde kadın ölümlerinin özelliklerinin incelenmesi ve kadına yönelik şiddetin araştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2017;31(2):87-96.
7. Ulucan M, Eke MS. Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nde 2014-2018 Yılları Arasında Otopsileri Yapılan Kadın Ölümünün Adli Tıbbi ve Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
8. TUIK. [07.04.2022]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>.
9. Isır AB, Çekin N. Şiddet ve İstismar. In: Celbis O, İscan MY, editors. Adli Bilimler, Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve Ölüm. 11. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p. 249-307.
10. Özvarış ŞB. Cinsel Şiddet. Savaş, Göç ve Sağlık. 2016:57.
11. Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016;22(1):15-34.
12. Salaçin S, Ergönen TAU, D Z. Kadına Yönelik Şiddet. In: Koç S, Can M, editors. Birinci Basamakta Adli Tıp. İstanbul: İstanbul Tabip Odası; 2011. p. 192-201.
13. Polat O. Cinsiyete Dayalı Şiddet Olguların Sağlık Personelinin Yaklaşımı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. 2005.
14. KA-DER. Kadına Yönelik Şiddet Değil, Cinayet Değil Bu Bir Cinskirim [08.04.2022]. Available from: <https://ka-der.org.tr/kadina-yonelik-siddet-degil-cinayet-degil-bu-bir-cinskirim/>.
15. Doğrulukpayı. Türkiye'de Kadın Cinayetleri Bülteni [08.04.2022]. Available from: <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-de-kadin-cinayetleri>.
16. Saçaklıoğlu F, Çiçeklioğlu M. Kadına Yönelik Şiddet Sonuçları ve Çözüm Yolları IV Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Didim. 1994:207-9.
17. Oliveira Z, Bettiol H, Gutierrez M, Silva A, Barbieri M. Factors associated with infant and adolescent mortality. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2007;40(9):1245-55.
18. Polat O. Cinsiyete Dayalı Şiddet Olguların Sağlık Personelinin Yaklaşımı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. 2005:8-22.
19. Bayat F, Aliyeva ME. Eski Türkçe Sözlük: Yalın Yayıncılık; 2008.
20. Uçar E. Uygurca Üzüt~ Üzütlük Üzerine. Turkish Studies. 2011;6(1):1821-6.
21. Sâmî Ş, Türkî K-ı. Çağrı Yay. İstanbul 1978. 1992.
22. Devellioğlu F. Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat. 25. Baskı, Ankara: Aydın Kitabevi Yayınları. 2011.
23. TDK. Türk Dil Kurumu; [11.04.2022]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>.

24. Kıvılcım M, Doğan DG. Çocuk ve ölüm. Journal of Turgut Ozal Medical Center. 2014;21(1):80-5.
25. Petekkaya S, Ayaz N, Celbis O. Ölüm. In: Celbis O, İscan MY, editors. Adli Bilimler Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve ölüm. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p. 83-110.
26. Koç S, Can M. Ölüm Kavramı ve Ölü Muayenesi. In: Koç S, Can M, editors. Birinci Basamakta Adli Tıp. İstanbul: İstanbul Tabip Odası; 2011. p. 18-37.
27. DiMaio VJM, Molina DK. DiMaio's Forensic Pathology 3ed. London: Taylor & FrancisGroup CRC Press; 2022.
28. Kolusayın Ö, Koç S. Ölüm. In: Soysal Z, Çakalır C, editors. Adli Tıp. 1. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. p. 93-153.
29. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği: T.C. Resmî Gazete; 2012 [13.04.2022]. 28191]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15860&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
30. Organization WH. Medical certification of cause of death: instructions for physicians on use of international form of medical certificate of cause of death: World Health Organization; 1979.
31. Soysal Z, Eke MS, Çağdır SA. Adli Otopsi Cilt III. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. 1145-61,255-258,339-357, 913-914, p.
32. Adam Hİ. Taksirler Öldürme Suçu (Tck Md. 85): Marmara Üniversitesi (Turkey); 2011.
33. Polat O, Gülpınar SS. 'Adli Tıpta Orijin. In: Dokgöz H, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimler. 1. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2019. p. 289-307.
34. Sayıl I, Berksun O, Palabıykoğlu R, Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. İntihar Davranışı: Kriz ve krize müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara, Damla Matbaacılık. 2000:165-78.
35. Uğurlu Uludüz D, editor Uğur M. Bir vaka dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. Yeni symposium; 2001.
36. Sonuvar B. Gençlerde intihar ve intihar giri şimleri, XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmalar Kitabı. 1985:26-8.
37. Odağ C. İntihar (Özkıyım)-Tanım, Kuram, Sağaltım. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları; 1985.
38. Bulut E, Küçük H, Bulut N. İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. Cumhuriyet Medical Journal. 2012;34(1):128-37.
39. McClure G. Changes in suicide in England and Wales, 1960–1997. The British Journal of Psychiatry. 2000;176(1):64-7.
40. Deniz I, Ersöz AG, İldeş N, Türkarlan N. 1995-2000 Yılları Resmi Kayıtlarından Batman'da Gerçekleşen İntihar ve İntihar Girişimleri Üzerine Bir İnceleme. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 1995;4(4).
41. Polat O. Çocuk ve Şiddet: Der Yayınları; 2001.
42. Atasoy E, Köse M. İntiharlar Coğrafyası Perspektifinden Dünya,Türkiye, Bursa İli. TESAM Akademi. 2019;6(1):123-65.
43. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatric services. 2001;52(3):368-75.
44. Kuo W-H, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. Psychological medicine. 2001;31(7):1181-91.

45. Byard R, Payne-James J. Encyclopedia of forensic and legal medicine: Elsevier Academic Press; 2015. 1-45,236-54 p.
46. Durkheim E. Sosyoloji Dersleri, Çev. A Berktaş, İletişim Yayınları, İstanbul. 2006:165-76.
47. Tanay E. Psychodynamic differentiations of homicide. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 1978;6(4):364-73.
48. Çekin N, Hilal A, Gülmen MK, Alper B, SARICA D, Savran B, et al. Cinayet olgularında sanıklarca sunulan gerekçelerin irdelenmesi. Adli Tıp Bülteni. 2000;5(3):233-5.
49. Executive S. Homicide in Scotland 2000. Statistical Bulletin CrJ/2001/9 (Edinburgh: Scottish Executive, 2001). 2001.
50. Knoema. World Data Atlas,Turkey, Crime Statistics [15.04.2022]. Available from: <https://knoema.com/atlas/Turkey/Homicide-rate#:~:text=In%202019%2C%20homicide%20rate%20for,per%20100%2C000%20population%20in%202019>.
51. Wolfgang ME. Studies in homicide: Harper & Row New York; 1967. 5-21 p.
52. Payne-James J, Busuttill A, Smock W. Forensic medicine: clinical and pathological aspects: Cambridge University Press; 2003. 181-99, 309-19, 525-41 p.
53. Hougen HP, Rogde S, Poulsen K. Homicide by firearms in two Scandinavian capitals. The American journal of forensic medicine and pathology. 2000;21(3):281-6.
54. Karagoz Y, editor An analysis of 133 firearm deaths. 2nd Congress of Forensic Sciences, Bursa, May 13-16, 1996; 1996.
55. Cina SJ, Ward ME, Hopkins MA, Nichols CA. Multifactorial analysis of firearm wounds to the head with attention to anatomic location. The American journal of forensic medicine and pathology. 1999;20(2):109-15.
56. Azmak D, Altun G, Bilgi S, Yilmaz A. Firearm fatalities in Edirne, 1984–1997. Forensic science international. 1998;95(3):231-9.
57. Erkol ZZ, Büken B. Yaralar. In: Celbis O, İscan MY, editors. Adli Bilimler Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve ölüm. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p. 111-45.
58. Pakiş I. Yara yaşı ve canlılık değerlendirmesinde güncel yaklaşım. Adli Tıp Bülteni. 2016;21(3):183-8.
59. Knight B, Saukko P. Knight's Forensic Pathology. 4 ed. London: Taylor&Francis Group CRC press; 2016. 241-75, 77-97, 369-98, p.
60. Sungur İ, Akdur R, Piyal B. Türkiye'deki Trafik Kazalarının Analizi. Ankara Medical Journal. 2014;14(3).
61. Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mathers C, Jarawan E, Hyder A, et al. World report on road traffic injury prevention: World Health Organization; 2004.
62. Organization WH. Global status report on road safety 2015: World Health Organization; 2015.
63. Alptekin D, Aladağ Ç, Alptekin B. Trafiğe kayıtlı araç sayısı, gerçekleşen kaza sayısı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin analiz edilmesi: Türkiye örneği. Uluslararası Trafik ve Ulaşım Güvenliği Dergisi. 2017;3(1):5-12.
64. TÜİK. Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2020 2021 [17.04.2022]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Karayolu-Trafik-Kaza-Istatistikleri-2020-37436>.
65. Özen C, Sözen H. Adli Tıp ve Toksikoloji. İstanbul: Sermet Matbaası; 1971. 175,89,95,208-9 p.
66. Kaya D, Oskay Ü. Gebelikte Travma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014(2):102-5.

67. Akbayır Ö. Dünyada ve Türkiye’de Demiryolu Kazaları Nedeniyle Meydana Gelen Ölüm Oranlarının Karşılaştırılması. *Demiryolu Mühendisliği*. 2017;5:45-52.
68. Karacasu M, Ergül B, Yavuz AA. Estimating the causes of traffic accidents using logistic regression and discriminant analysis. *International journal of injury control and safety promotion*. 2014;21(4):305-13.
69. Karlsson T. Multivariate analysis (‘Forensimetrics’)—a new tool in forensic medicine. Differentiation between firearm-related homicides and suicides. *Forensic science international*. 1999;101(2):131-40.
70. Boxho P. Fourteen shots for a suicide. *Forensic science international*. 1999;101(1):71-7.
71. Aydın B, Çolak B. Samsun’da ateşli silahlara bağlı ölümler: 1999-2003. *Adli Tıp Dergisi*. 2005;19(3):11-6.
72. Çetin G, Yorulmaz C. Ateşli Silah Yaraları. In: Soysal Z, Çakalır C, editors. *Adli Tıp 2*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. p. 561-85.
73. Shapiro HA, Gordon I. *Forensic Medicine: A Guide to Principles*: Churchill Livingstone; 1982.
74. DiMaio VJ. *Gunshot wounds: practical aspects of firearms, ballistics, and forensic techniques*: CRC press; 2015.
75. Koç S. Ateşli Silah Yaralanmalarında Orjin Saptanması ve Karşılaşılan Sorunlar, 2. Adli Bilimler Sempozyumu: Balis tik, İzmir. 1997:36-46.
76. İstatistikleri İ. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara. 1999.
77. Salaçin S, Gülmen M, Çekin N, Şen F. Adana’da kaza, cinayet ve intiharlarda ölüm nedenleri ve rastlanma sıklığı. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri. 1993:1-5.
78. Albek E, Yorulmaz C, Özaslan A, Koç S, Ağır G, Çetin G. İntihar orijini açısından ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümler. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri. 1995:16-20.
79. Altun G, Azmak D, Yılmaz A. Kesici-delici alet yaralanmasına bağlı ölümler. *Adli Tıp Bülteni*. 2000;5(1):44-6.
80. Tuğcu H, Özdemir Ç, Dalgıç M, Ulukan MÖ, Celasun B. GATA Adli Tıp Anabilim Dalı’nda 1995-2002 yılları arasında düzenlenen adli raporların yeni Türk Ceza Kanunu açısından değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2005;47(2):102-5.
81. Güven FMK, Bütün C, Beyaztaş FY, Eren ŞH, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. 2009.
82. Karasu M, Isir AB, Aydın N, Dülger HE. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalınca 1998-2005 yılları arasında düzenlenen adli raporların değerlendirilmesi. *Gaziantep Medical Journal*. 2009;15(1):10-5.
83. Spitz WU, Fisher RS. *Medicolegal investigation of death: guidelines for the application of pathology to crime investigation*: Thomas Springfield (Ill.); 1973.
84. Hancı İH. *Adli Tıp ve Adli Bilimler*, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara. 2002:9-21.
85. Yağmur F. Asfiksiler. In: Celbis O, İscan MY, editors. *Adli Bilimler Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve ölüm*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p. 145-64.
86. Demirci Ş, Doğan KH. Asfiksi Türleri ve Asfiksi Olgularında Ölü Muayenesi. In: Koç S, Can M, editors. *Birinci Basamakta Adli Tıp*. İstanbul: İstanbul Tabip Odası; 2011. p. 38-56.
87. Dogan KH, Demirci Ş, Erkol Z, Gulmen MK. Accidental hanging deaths in children in Konya, Turkey between 1998 and 2007. *Journal of forensic sciences*. 2010;55(3):637-41.

88. Özasan A, Koç S. Genel Olarak Asfiksiler, Ası, Boğma, Tıkama-Tıkanma, Kimyasal Asfiksiler. In: Soysal Z, Çakalır C, editors. Adli Tıp. 1. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. p. 405-58.
89. Yemisciğil A, Karali H, Ege B, Hancı IH, Erturk S. Otoerotik Asfiksi. J For Med. 1991;7(34):165-8.
90. DiMaio VJM. Homicidal Asphyxia. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology. 2000;21(1):1-4.
91. Watson AA. Forensic medicine: A handbook for professionals: Gower; 1989. 331-3 p.
92. Polat O. Adli tıp: ders kitabı: Alfa; 1997.
93. Aykaç M. Adli tıp: Nobel Tıp Kitabevleri; 1993.
94. Gök Ş. Adli Tıp Kitabı. Filiz Kitapevi, İstanbul. 1991:4-35,6-7,149-50.
95. Şen H, Özkan S. Karbonmonoksit Zehirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(4).
96. Aksoy E, Polat O, İnancıcı M, Yüksel U. 293 karbonmonoksit zehirlenmesi olgusunun retrospektif analizi. Klinik Gelişim. 1995;8(3):3545-49.
97. Eke MS, Soysal Z. Fiziksel Etkenlerle Oluşan Zararlar. In: Soysal Z, Çakalır C, editors. Adli Tıp Cilt II. 2. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. p. 607-31,80-84,719-20.
98. Knapik JJ, Reynolds KL, Castellani JW. Frostbite: Pathophysiology, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Prevention. J Spec Oper Med. 2020;20(4):123-35.
99. Murphy JV, Banwell PE, Roberts AH, McGrouther DA. Frostbite: pathogenesis and treatment. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2000;48(1):171.
100. Edlich RF, Chang D, Birk K, Morgan R, Tafel J. Cold injuries. Comprehensive Therapy. 1989;15(9):13-21.
101. Oruç M, Dündar AS, Okumuş H, Dengeşik Ö, Altın İ, Şamdancı ET, et al. Autopsy findings and scene of incident examination in deaths resulting from electrical injury. Australian Journal of Forensic Sciences. 2021:1-12.
102. Koumbourlis AC. Electrical injuries. Critical care medicine. 2002;30(11):424-30.
103. Anders S, Gehl A, Tsokos M. Suicidal electrocution using timers. Case reports and review of the literature. Archiv fur Kriminologie. 2001;208(3-4):80-7.
104. Bonte W, Sprung R, Huckenbeck W. Problems in the evaluation of electrocution fatalities in the bathtub. Zeitschrift fur Rechtsmedizin Journal of Legal Medicine. 1986;97(1):7-19.
105. Sarı S, Uyanıkoğlu A. Şanlıurfa Yöresi İntoksikasyon Olguları ve Karaciğer Toksisitesinin Değerlendirilmesi. Journal of Harran University Medical Faculty. 2021;18(3).
106. Yükseloğlu EH, Özcan ŞŞ, Ceylan B. Olay yeri incelemesi ve Türkiye'deki uygulamalar. Polis Bilimleri Dergisi. 2008;10(1):61-80.
107. Demirkan S, Arslan M. Olay Yeri İncelemesi ve Adli Arkeoloji. In: Celbis O, İscan MY, editors. Adli Bilimler Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve ölüm. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p. 73-81.
108. Committee MIIHR. The Minnesota Protocol: Preventing Arbitrary Killing Through an Adequate Death Investigation and autopsy. A Report of the Minnesota Lawyers International Human Rights Committee, Subcommittee on Inquiry Procedures Minneapolis. 1987.
109. İnancı M, Çolak B, Özasan A. Olay yeri incelemesi ve adli tıp uzmanının yeri. Türkiye Klin Adli Tıp Dergisi. 2004;1(2):97-109.

110. Koç S. Keşif. In: Soysal Z, Çakalır C, editors. Adli Tıp Cilt I. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. p. 153-61.
111. Eke MS, Soysal Z. Cinsel Suçlar. In: Soysal Z, Çakalır C, editors. Adli Tıp Cilt III. 3. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. p. 1167-244.
112. Winek C, Wahba W. Winek's drug & chemical blood-level data 2001. 2011.
113. Uraz N, Katkıcı U, Erel O. Aydın'da zorlamalı kadın ölümleri [Uzmanlık Tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.
114. Şengül HM, Ergönen TA. İzmir'de yapılan adli otopsilerde kadın ölümlerinin özelliklerinin incelenmesi ve kadına yönelik şiddetin araştırılması [Uzmanlık Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
115. Bilen AG, Dülger HE. Gaziantep İlinde 2005-2008 Yılları Arasında Meydana Gelen Adli Ölümün Retrospektif İncelenmesi [Uzmanlık Tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.
116. Sayın S, Aydın NE. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı'na 2008-2010 yılları arasında gelen adli otopsilerde histopatolojik incelemenin nihai ölüm nedenine katkısının retrospektif değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
117. Akar T, Bakar C, Şenol E, Demirel B. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesinde Adli Ölü Muayenesi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi. Gazi Medical Journal. 2005;16(4).
118. He M, Fang Y-X, Lin J-Y, Ma K-J, Li B-X. Unnatural deaths in Shanghai from 2000 to 2009: a retrospective study of forensic autopsy cases at the Shanghai Public Security Bureau. PLoS one. 2015;10(6):e0131309.
119. İkiz DA, Eke MS. 2010-2015 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nde Yapılan Yabancı Uyruklu Otopsilerin Etiyolojik ve Demografik Analizi Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
120. Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001;4(Supp: 2):5-15.
121. Özgüven E. Psikolojik testlerde güvenirlik ve geçerlik. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık. 2007.
122. Dorling D, Gunnell D. Suicide: the spatial and social components of despair in Britain 1980-2000. Transactions of the Institute of British Geographers. 2003;28(4):442-60.
123. Kökçüoğlu MA, Gündüz T. 2001-2011 Yılları Arasında ESOGÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarafından Otopsi Yapılan İntihar Vakalarının Araştırılması [Uzmanlık Tezi]. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2015.
124. Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. Trauma, Violence, & Abuse. 2007;8(2):135-48.
125. Krulewitch CJ, Pierre-Louis ML, de Leon-Gomez R, Guy R, Green R. Hidden from view: violent deaths among pregnant women in the District of Columbia, 1988-1996. Journal of midwifery & women's health. 2001;46(1):4-10.
126. Pawar CK, Bhullar DS, Oberoi SS, Aggarwal KK. Profile of unnatural deaths in females a retrospective study. Journal of Indian Academy of Forensic Medicine. 2014;36:122-4.
127. Kitulwatte I, Edirisinghe P, Pratheepa Mendis H, Wijesinghe PR, Fernando A, Abeyrathna A. Study on the pattern of unnatural deaths of women brought for medico-legal autopsy. 2017.

128. Shivaji A, Harish S, Girish Chandra Y, Shetty ARS, Kishanchand C. Study of Pattern of Unnatural Deaths in Women of Reproductive Age Group. Prof RK Sharma. 2018;12(3):103.
129. Hekimoglu Y, Melez IE, Canturk N, Erkol ZZ, Dizdar MG, Canturk G, et al. A descriptive study of female suicide deaths from 2005 to 2011 in Van city, Turkey. BMC Women's Health. 2016;16(1):20.
130. Hilal A, Çekin N, Gülmen MK, Özdemir MH, Karanfil R. Homicide in Adana, Turkey: a 5-year review. The American journal of forensic medicine and pathology. 2005;26(2):141-5.
131. Toprak S, Ersoy G. Femicide in Turkey between 2000 and 2010. PLOS ONE. 2017;12(8):e0182409.
132. Pierre-Louis MLY. Office of the Chief Medical Examiner 2004 OCME Annual Report Columbia [cited 2022 11.05.2022]. Available from: <https://ocme.dc.gov/publication/2004-ocme-annual-report>.
133. Gormley WT. Office of the Chief Medical Examiner Annual Report 2020: Virginia Department of Health; 2022 [cited 2022 11.05.2022]. Available from: <https://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/18/2022/04/Annual-Report-2020-FINAL-1.pdf>.
134. Tütüncüler A, Özer E, Karagöz YM, Beyaztaş FY. Evaluation of femicide cases committed between the years 1996–2005 in antalya. OMEGA-Journal of death and dying. 2015;71(2):198-210.
135. Yilmaz E, Kumral B, Canturk N, Erkol Z, Okumus AM. Analysis and comparison of domestic femicide cases in the cities of Diyarbakir & Tekirdag, Turkey: A preliminary study. Journal of forensic and legal medicine. 2015;34:17-23.
136. Unal EO, Koc S, Unal V, Akcan R, Javan GT. Violence against women: A series of autopsy studies from Istanbul, Turkey. Journal of forensic and legal medicine. 2016;40:42-6.
137. Orhan G, Yeter ÖB. Bir İç Güvenlik Sorunu Olarak Bireysel Silahlanma: Türkiye İçin Durum Değerlendirmesi Ve Politika Alternatifleri. ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi.130-43.

Ek-1 Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
24.05.2022	10	2022/3365	
Çalışma Adı:	Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda 2015-2020 Tarihleri Arasında Otopsi Yapılan 15 Yaş Üzeri Zorlamalı Kadın Ölümünün incelenmesi		
Araştırmacılar:	Prof. Dr. Osman CELBİŞ (Yardımcı Araştırmacı) Dr. Öğr. Üyesi Mücahit ORUÇ (Yürütücü) Arş. Gör. Erkal GÜMÜŞBOĞA (Yardımcı Araştırmacı)		
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup- olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		KATILMADI	
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Ahmet KOÇ Etik Kurul Üyesi	KATILDI

Ek-2 Adli Tıp Kurumu Başkanlığı İzni

T.C.
ADALET BAKANLIĞI
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Sayı : 21589509/ 2021/1019
Konu : Bilimsel Çalışma

04.10.2021

Sayın, Dr. Öğr. Üyesi Mucahit ORUÇ

“2015-2020 Tarihleri Arasında Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığında Otopsis Yapılan 15 Yaş Üzeri Kadın Ölümleri’ nin İncelenmesi” isimli çalışma öneriniz, 04/10/2021 tarihli Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu toplantısında görüşülmüş olup, başlık ve içerik uyumsuzluğunun giderilerek yeniden başvuru yapılması durumunda değerlendirilmesi uygun görülmüştür.

Bilginize rica ederim.


Doç. Dr. Yalçın BÜYÜK
Başkan

 Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu kapsamında E-İMZA ile imzalanmıştır.
FİZİKİ EVRAK GÖNDERİLMEYECEKTİR. 

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Çobançeşme Mah. Kımız sok. Bahçelievler / İSTANBUL
Telefon: (0 212) 454 15 54 Faks (0212) 454 15 82 Elektronik ağ : www.atk.gov.tr

UYAP Bilişim Sistemindeki bu dokümana <http://vatandas.uyap.gov.tr> adresinden 1eFvq03 - yV7qxa4 - 0p/nMou - N2nIA4= ile erişebilirsiniz

