



**T.C.  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİ VE UZMANLIK  
EĞİTİMİ ALAN DOKTORLARIN ADLİ RAPORLAR KONUSUNDAKİ  
BİLGİ, TUTUM VE DÜŞÜNCELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. VASFİYE DEMİR  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DİYARBAKIR 2016**



**T.C.  
DİCLE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİ VE UZMANLIK  
EĞİTİMİ ALAN DOKTORLARIN ADLİ RAPORLAR KONUSUNDAKİ  
BİLGİ, TUTUM VE DÜŞÜNCELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. VASFİYE DEMİR  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Doç. Dr. TAHSİN ÇELEPKOLU  
Yrd. Doç. Dr. P. GAMZE ERTEN BUCAKTEPE**

**TEZ DANIŞMANI**

**DİYARBAKIR 2016**



## ÖNSÖZ

Hayat kısa, yaşam şartları ise güç. Meslek seçimimize bakıldığında tercihimizin hayatımızı daha da zorlaştırdığı kesin. Yoğun özveri, enerji ve uzun mesai saatlerinin gerektiği hekimlik mesleği, uğraşları gereği aynı anda birden fazla şeyi düşünmeyi ve sorumluluğu almayı gerektirmektedir. Bu sorumluluklar arasında adli olguların yükledikleri sorumluluklar, çoğu zaman arttırdığı iş yükünden çok daha fazla stresi de aynı anda yüklemektedir. Özellikle hekimin değerlendirdiği ya da tuttuğu raporun adli olması ya da adli bir boyuta taşınması ile altında kaldıkları sorumluluklar ve yüzleşmeleri muhtemel olumsuz sonuçlar en nihayetinde hekimin lehine sonuçlanacaksa bile hekimi müthiş yıpratmaktadır. Olumsuz tecrübeler bir müddet sonra hekime "önce zarar verme" prensibini unutturup, hekimi "önce zarar görme" tarafına çekerek gerek adli olan gerekse olmayan vakalarda öncelikle savunma haline itmektedir.

Mesleğin icrası sırasında sorumluluk alanlarımızdan biri olan adli raporlara dair gerekli ve yeterli bilgiye sahip olmanın hem hekimi hem hastayı koruyacak önemli bir nokta olduğunu düşünmekte olup, bu tez çalışması ile bu konuyla ilgili üniversitemizde çalışmakta olan asistan hekim ve hekim adaylarının mevcut durumunu ortaya koymayı ve bu konu üzerinde tartışmayı amaçladık.

## TEŞEKKÜR

Asistanlık yıllarımı geçirdiğim Diyarbakır'a geldiğimden beri memnun olduğum pek çok noktanın yanında şikayet edecek noktalar da bulmuştumdur. Ne zaman ki artıları ve eksileri bir yere yığsam bütün eksilerden daha ağır basan asistanlık sürecim boyunca iyi insanlarla karşılaşmış olmam olmuştur. Karşılaştığım ve tanıştığım ilk iki kişi Tahsin Hocam ve Gamze Hocamdı. Meslek hayatımın ilk günü tanıştığım bu iki kıymetli hocama karşı iyi olarak ne düşünmüş ve hissettiysem, birbirini takip eden günler, aylar, yıllarda gerek mesleki gerek özel hayatıma iyi niyetli katkılarıyla bu düşünce ve hisler, sürekli iyi yönde katlanarak daha güzel ve olumlu bir hal aldı. Dönem dönem dar boğazlardan geçip kıvrımlı yollara sapıp nereye çıkacağı belli olmayan sokaklara girdiğimde sevgili Tahsin Hocam sonsuz hoşgörüsü ile sırtıma binen stres yükünü hafifletmiş; kıymetli Gamze Hocam her türlü desteğini sunmaya hep hazır olarak bana kendimi hep rahat ve güvende hissettirmiştir. Diyarbakır benim için zor ve yeni bir şehirdi. Birbirinden iyi ve güzel insanlardan oluşan çok sevdiğim doktor arkadaşlarım, hocalarımız, sekreterimiz Veli Bey ve Gülfer Hemşire olmamış olsaydı her şey şüphesiz daha güç olurdu. Asistan olduğum süreçte her zaman her türlü katkılarını sunmaya hazır olan kıymetli hocalarım Uzm. Dr. Erkan Kıbrıslı, Yrd. Doç. Dr. Hamza Aslanhan, Yrd. Doç. Dr. Necmi Arslan ve Yrd. Doç. Dr. Ahmet Yılmaz'a ve tüm hayatım boyunca yakında da olsam uzakta da hep manevi desteklerini yanımda hissettiğim aileme teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez hazırlık aşaması herkes için zor ve yorucudur. Bu sürecin her anında her türlü talebime sabır ve hoşgörü ile yanıt veren, teşekkür etmeyi bir kez daha kendisinden öğrendiğim tez danışmanım Doç. Dr. Tahsin Çelepkolu'na, çalışmaya dair her soruma istekle ve büyük emek vererek destek olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. P. Gamze Erten Bucaktepe'ye, yaşadığımız gerek mesleki gerek idari sorunları güler yüzle ve en az tahribatla çözmeye çalışan kıymetli bölüm başkanımız Doç. Dr. M. Halis Tanrıverdi'ye, çalışmanın kurgulanması ve yazım aşamasında desteklerinden dolayı Adli Tıp Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Cem Uysal'a, tezime dair her türlü sorumu her daim sabırla dinlemeye hazır olan sevgili arkadaşım Dr. Serap Yurdağül Arslan'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

## ÖZET

Adli raporlar, adli makamlarca hekimden istenen ve kişinin tıbbi durumunu tespit eden, hekim kanaatini bildiren; yazımında hataların varlığında telafisi güç sonuçlara ve gecikmelere yol açıp hekimleri hukuki sorumluluk altına sokabildiği belgelerdir. Bu çalışmada amacımız; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intörn doktor) adli raporlar konusundaki bilgi, tutum ve düşüncelerini değerlendirmek ve karşılaştırmaktır.

Bu çalışma, kesitsel tanımlayıcı tarzda olup çalışma için etik kurul onayı ve katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya 175 asistan hekim ve 94 intörn doktor katılmış olup katılımcılara 28 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Asistan hekimlerin %94, intörn doktorların ise %100'ü adli tıp konusunda kendini kısmen veya tamamen yetersiz gördüğünü belirtmiştir. Asistan hekimlerin %65'i ve intörn doktorların %73'ü adli tıp eğitimi almak istediklerini belirtirken, asistan hekimlerin %89'u mezuniyet sonrası eğitim almadığını belirtmişlerdir. Asistan hekimlerin %30'u, intörn doktorların ise %77'si adli raporların hukuki sorumluluklarını, asistan hekimlerin %34 ve intörn doktorların ise %73'ü yargıdaki etkilerini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Asistan hekim ve intörn doktorların sırasıyla %62 ve %58'i adli olguların sıklıkla tedirginlik hissettirdiğini belirtmiş olup, asistan hekimlerin %94 ve intörn doktorların ise %95'i sadece adli olgularla ilgilenen bir hekim grubu oluşturulması gerektiğini belirtmişlerdir. Asistan hekimlerin %51 ve intörn doktorların %47'si çözüm olarak adli tıp uzman sayısının artırılması gerektiğini belirtmiştir.

Sonuç olarak, hekime tıbbi sorumlulukla beraber hukuki sorumlulukta yükleyen adli raporlar konusunda asistan hekim ve intörn doktorlar kendilerini yetersiz görmektedirler. Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimleri iyileştirilmeli, hekimlere mezuniyet sonrası adli tıp eğitimleri verilmelidir.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** Adli Rapor, Asistan Hekim, Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencisi, Adli Tıp Eğitimi, Mezuniyet Sonrası Eğitim

## **ABSTRACT**

Forensic report is an official paper submitted to state offices documenting medical situation of a person and opinion of the physician. Mistakes in forensic report writing may lead to irreversible results and delays in forensic practices and also may result in legal liability for the physician. The aim of this study was to evaluate and compare the knowledge, attitudes, and views of the residents and the final-grade medical students (FGMS) at Dicle University Medical School regarding forensic reports.

The study had a cross sectional descriptive research design and was approved by the local ethics committee and a written consent was obtained from each participant. The study included 175 residents and 94 FGMS and participants were administered a 28-item questionnaire. Data were analysed using SPSS 22.0.

The results revealed that 94% of residents and 100% of FGMS regarded themselves as incompetent in forensic medicine. It was also revealed that 89% of residents didn't receive any forensic medicine education after graduation, whereas 65% of residents and 73% of FGMS declared that they were willing to receive forensic medicine education. Moreover, 30% of residents and 77% of FGMS indicated that they had no information regarding the legal liability of forensic reports and 34% of residents and 73% of stated that they had no information regarding the effectivity of forensic reports on legal proceedings. On the other hand, 62% of residents and 58% of FGMS declared that forensic proceedings made them anxious, 94% of residents and 95% of FGMS stated that there was a need for establishing special physician groups for forensic proceedings. Fifty one percentage of residents and 47% of FGMS suggested that the number of forensic medicine specialists should be increased as a solution. As a result, most of the physicians and FGMS consider themselves as incompetent in forensic medicine which requires medical and legal liability. Pre-graduation forensic medicine education should be improved and also post-graduation education programs should be designed.

**KEY WORDS:** Forensic Report, Resident, Final Grade Medical Student, Forensic Medicine Education, Post-Graduation Education.

## **KISALTMALAR**

ARK: Arkadaşları

ATU: Adli Tıp Uzmanı

BTM: Basit Tıbbi Müdahale

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

FGMS: Final Grade Medical Studens

TCK: Türk Ceza Kanunu



## İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

|                                                                                     |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Önsöz .....                                                                         | I        |
| Teşekkür.....                                                                       | II       |
| Özet.....                                                                           | III      |
| İngilizce Özet (Abstract).....                                                      | IV       |
| Kısaltmalar.....                                                                    | V        |
| İçindekiler .....                                                                   | VI       |
| Giriş Ve Amaç.....                                                                  | 1        |
| <b>2. Genel Bilgiler.....</b>                                                       | <b>3</b> |
| 2.1. Adli Olgu Nedir?.....                                                          | 4        |
| 2.2. Adli Olgunun Bildirilme Sorumluluğu.....                                       | 4        |
| 2.3. Adli Rapor Nedir?.....                                                         | 5        |
| 2.4. Adli Rapor Düzenleme Sorumluluğu.....                                          | 5        |
| 2.5. Hekimin Bilirkişi Sorumluluğu.....                                             | 8        |
| 2.6. Rapor Türleri.....                                                             | 9        |
| 2.6.1. Tıbbi-Bilimsel Raporlar.....                                                 | 9        |
| 2.6.1.1. Sağlık Raporları.....                                                      | 9        |
| 2.6.1.2. Hastalık Raporları.....                                                    | 10       |
| 2.6.2. Adli-Tıbbi Raporlar .....                                                    | 10       |
| 2.6.2.1. Kullanım Amaçlarına Göre.....                                              | 10       |
| 2.6.2.2. Sonuçlarına Göre .....                                                     | 11       |
| 2.7. Adli Rapor Hazırlama .....                                                     | 13       |
| 2.7.1. Adli Olgu Kabul ve Muayene.....                                              | 13       |
| 2.7.2. Adli Raporların Hazırlanmasında Karşılaşılan Sorunlar.....                   | 16       |
| 2.7.3. Adli Raporda Bulunması Gereken Hususlar.....                                 | 18       |
| 2.7.4. Özel Durumlarda Muayene.....                                                 | 23       |
| 2.8. Adli Rapor İletilmesi.....                                                     | 24       |
| 2.9. Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi.....                  | 26       |
| 2.9.1. Eski TCK'da Yapılmış Adli Tıbbi İlgilendiren Değişiklikler.....              | 26       |
| 2.9.2.Yeni TCK'nın Adli Travmatoloji İle İlgili Maddeleri Ve Adli Tıbbi Boyutu..... | 28       |

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.9.2.1. Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar.....                                                       | 28 |
| 2.10. TCK’da Tanımlı Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından<br>Değerlendirildiği Kılavuz.....           | 37 |
| 3. Gereç ve Yöntem.....                                                                                 | 38 |
| 4. Bulgular.....                                                                                        | 40 |
| 4.1. Asistan Hekim ve İntörn Doktorların Demografik Özellikleri.....                                    | 40 |
| 4.2. Asistan Hekim ve İntörn Doktorların Bilgi, Tutum ve Düşüncelerinin<br>Karşılaştırma Bulguları..... | 42 |
| 4.3. Asistan Hekimlerin Kendi İçinde Karşılaştırıldığı Bulgular.....                                    | 56 |
| 4.3.1. Dahili ve Cerrahi Bilimlerde Çalışan Asistan Hekimlerin Karşılaştırıldığı<br>Bulgular.....       | 56 |
| 4.3.2. Mezun Olunan Üniversiteye Göre Asistan Hekimlerin Karşılaştırıldığı<br>Bulgular.....             | 60 |
| 4.3.3. Asistanlık Yılına Göre Asistan Hekimlerin Karşılaştırıldığı Bulgular.....                        | 65 |
| 4.3.4 Meslekte Geçirilen Yıl Sayısına göre Asistan Hekimlerin Karşılaştırıldığı<br>Bulgular.....        | 66 |
| 5.Tartışma.....                                                                                         | 69 |
| 6. Sonuçlar Ve Genel Öneriler.....                                                                      | 83 |
| 7. Kaynaklar .....                                                                                      | 86 |
| 8. Ekler .....                                                                                          | 91 |
| 8.1.Anket Formu.....                                                                                    | 91 |

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Adli ve tıbbi raporlar, hekimlerin mesleki uygulamalarında sıklıkla karşılaştıkları, adli veya tıbbi olaylarda talep edilen, yasa, yönetmelik ve tüzüklere uygun olarak hazırlamak durumunda kaldıkları raporlardır. Ülkemizde hekimlik yapma yetkisine sahip hekimlere, Tababeti Adliye Kanunu'na göre adli olaylarda görev alabilme zorunluluğu; Türk Ceza Kanunu (TCK) 280. Maddesi ile de sağlık personeline adli olguyu bildirim zorunluluğu getirilmiştir (1,2).

Adli raporlar ise adli makamlarca hekimden istenen, kişinin tıbbi durumunun tespit eden ve maruz kalınan travmaya ilişkin adli makamlarca sorulan soruları yanıtlayan, hekim görüş ve kanaatini bildiren belgeleri kapsamaktadır (3). Adli raporlar çoğunlukla adli olguya ilk müdahale eden hekimler tarafından düzenlenmekte olup, söz konusu olayla ilgili adli süreçte düzenlenen bu ilk rapor, temel adli tıbbi kanıt olmaktadır (4).

Yapılmış çalışmalarda, hekimlerin adli rapor yazımında hata ve eksikliklerinin olduğu, adli rapor yazarken tedirginlik hissettikleri, verdikleri raporun adli yargıya etkilerini bilmedikleri, kesin rapor vermekten çekindikleri ve bu nedenle gereksiz konsültasyon ve sevk yaptıkları gösterilmiştir (5-15). Karagöz ve arkadaşlarının (ark.) yaptığı bir çalışmada adli raporlar geriye dönük incelenmiş ve bu raporların %44.1'inin adli yargıya olumsuz etki yapacak nitelikte olduğu gösterilmiştir (16). Hekim bir yandan verdiği tedavi ile bir hastasının hayatını kurtarabiliyor ya da sakat kalmasını önleyebilirken, bir yandan da vereceği eksik ya da hatalı bir raporla bir olayın sanığının haksız yere hüküm giymesine sebebiyet verip hayatını karartabilir (16).

Adli raporların çoğu Adli Tıp uzmanı (ATU) dışındaki hekimler tarafından verilmektedir (17). Tuğcu ve ark.'nın (18) yaptığı bir çalışmada asistan hekimlerin büyük çoğunluğu TCK, bilirkişilik, adli olgu bildirimini hakkında hiçbir bilgisi olmadığını; yine başka çalışmalarda hekimler tıp fakültesinde aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını, yazdıkları raporun doğruluğu konusunda endişe duyduklarını, mezuniyet sonrası eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (13,19,20). Demirci ve ark.'nın (4) yaptıkları bir çalışmada ise hekimlere uygulamalı eğitim verilmesi ile yanlış rapor düzenlenmesinin önemli ölçüde azalacağı gösterilmiştir. Salaçin ve ark. (21)

mezuniyet öncesi dönemde intörn hekimler arasında yaptıkları bir çalışmada, öğrencilerin adli tıp eğitimini yüksek oranda önemli bulurken uygulama azlığı nedeniyle kendilerini yetersiz gördükleri; Özdemir ve Mısıktık'ın (22) yaptıkları bir çalışmada ise öğrencilerin aldıkları adli tıp eğitimi ile uygulamada karşılaşacakları adli tıp problemlerini gerektirdiği çözümü bulmasının zor olduğu gösterilmiştir.

Adli raporların hatalı ya da eksik yazılması, hekimi hukuki ve cezai sorumlulukların altına sokabilmekte, muayene edilen kişi ya da sanığı mağdur edebilmekte, adli makamların iş yükünü arttırarak adli yargı sürecinin uzamasına ve yargının yanlış tecellisine neden olabilmektedir. Literatürde hekimler arasında adli raporların tutumlarının değerlendirildiği çalışmalar mevcutken, hekimlik mesleğine kısa süre sonra adım atacak ve meslek hayatlarının ilk gününden itibaren ciddi bir sorumluluk yükü altına girecek tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin (intörn doktor) adli raporlara ilişkin tutumlarının değerlendirildiği kısıtlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (5-15,18-20). Bu tez çalışması ile Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimler ve intörn doktorların adli raporlar konusundaki bilgi, tutum ve düşüncelerini ortaya koymayı amaçladık.

## 2. GENEL BİLGİLER

Tıp, bir sanat ve bilim olarak tanımlansa da uygulayıcıları için kazanç sağlayıcı bir meslektir. Bu mesleğin uygulayıcısı olan hekimler de diğer vatandaşlar gibi hukuk kurallarına bağlı olarak yaşamak ve çalışmak durumundadır (23). Hekimler, meslek hayatları boyunca ağır iş yükü ile uğraşırken bir yandan hastalarına uygun sağlık hizmetini bir yandan adli tabiplik hizmetini vermeye çalışmakta ve kimi zaman verdiği bu hizmetler nedeniyle hukuki ve cezai sorumluluklar altında kalabilmektedirler. Hekimlerin kendileri ile ilgili yasal yükümlülükleri bilmemeleri onları sorumluluktan kurtarmaz (24). TCK'nin 4. maddesi ceza kanunlarını bilmemeyi mazeret olarak kabul etmemektedir (2).

Hekimin mesleki uygulamalarından dolayı olan sorumlulukları çeşitli yasa, tüzük ve yönetmelikler içerisinde vurgulanmakta olup bu konuda özel bir yasa bulunmamaktadır.

Ülkemizde, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi hekimlik mesleğinin yürütülmesini ve hekimin hastaları ve meslek örgütü ile ilişkilerini düzenleyen kurallar getirmiştir. Ayrıca, Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Nüfus Planlaması Kanunu, Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanun, TCK, Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK), Hasta Hakları Yönetmeliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ve diğer bazı kanun, yönetmelik ve tüzüklerde hekimlerin uyması gereken ya da hekimlik uygulamalarını belirleyen kurallar gösterilmiştir (24). Hekimlerin mesleklerini icra ederken adli rapor düzenleme, adli olgu bildirimi, adli bilirkişilik gibi yasal yükümlülükleri de vardır.

## 2.1. Adli Olgu Nedir?

Bir kiři, bir başka kişinin ya da kendisinin, kasıtlı ya da tedbirsiz, dikkatsiz ve ihmalkar davranışı sonucunda, akli veya fiziksel sağlığını kaybetmiş ise bu olgu adli olgu olarak değerlendirilmektedir. Adli yetkililere bildirilmesi gereken bu olgular; ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanmaları, kesici, kesici-delici, delici, kesici-ezici ve ezici alet yaralanmaları, trafik kazaları, darp olguları, iř kazaları, dūřmeler, zehirlenmeler, yanıklar, elektrik akımına maruz kalma, mekanik asfiksi olguları, işkence iddiaları, kriminal dūřükler, sindirim kanalına oral-anal yoldan yabancı cisim girmesi, cinsel suçlar, malpraktis, intihar girişimleri, her tūrlū ihmali ve istismar olgularıdır (25-26). Adli olgular genellikle acil olarak mūdahale edilmesi gereken olgulardır. Acil hekiminin acil hastalarda, hastalarda hekim sorumluluğu ve hastayı kabul etme, hastayı aydınlatma, sır saklama, adli olgu bildirimi, adli bilirkişilik, tanı ve tedavi amaçlı işlemlerde hekimin sorumluluğu, cinsel saldırı muayenesi, ilaç yan etkilerinde hekimlerin sorumlulukları, tanı araçlarının kullanımından kaynaklanan sorunlarda hekimin sorumluluğu vardır (27). Acil hekiminin sıklıkla adli olgularla ilgilenmesi var olan iř yükünü daha da arttırmaktadır.

## 2.2. Adli Olgunun Bildirilme Sorumluluğu

TCK'nın 280. maddesi, görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubunun, bir yıla kadar hapis cezası ile ceza alacağını; TCK'nın 279. maddesi ise suçu bildirmeyen kişinin kamu görevlisi olması halinde cezanın iki yıla kadar çıkabileceğini belirtmektedir (2).

Suç; hukuka aykırı olan ve yasaca cezalandırılan eylemdir. Bir hekimin, mesleki uygulamaları sırasında "suçun işlendiği yönünde bir belirti" tanımına giren olayların tümünü saptayıp değerlendirmesini beklemek kuşkusuz hekime yüklenmiş çok ağır bir sorumluluktur. Cezai sorumluluğu oldukça ağır olan bu durum karşısında her hekimin en azından; her tūrlū ateşli silah ve patlayıcı madde ile olan yaralanmalar, her tūrlū kesici, kesici-delici, delici, kesici-ezici ve ezici alet yaralanmaları, trafik

kazaları, düşmeler, darp olguları, iş kazaları, cinsel saldırılar, çocuk ve yaşlı istismarları, intoksikasyonlar (ilaç, ensektisit, boğucu gazlar), yanıklar (alev, kızgın cisim, yakıcı-aşındırıcı madde), elektrik çarpmaları, sindirim kanalına oral veya anal yoldan yabancı madde girmesi, mekanik asfiksi olguları (ası, elle veya iple boğulma, suda boğulma vb.), her türlü intihar girişimleri, işkence iddiaları, tüm cinayet, intihar veya kaza orijinli olduğundan kuşkuilanılan ölüm (şüpheli ölümler) olguları ile karşılaştığında bu olguların bir “suç” unsuru içerebileceklerini düşünerek, durumu yetkili makamlara adli rapor ile bildirmesi gerekmektedir (30).

### **2.3. Adli Rapor Nedir?**

Adli rapor, "adli makamlarca hekimden istenen ve kişinin tıbbi durumunu tespit ederek sorulan soruları yanıtlayan, hekimin görüş ve kanaatini bildiren rapordur" (3). Akkay’a göre ise adli rapor; hekimin, insanın beden, akıl, ruh sağlığını ve vücut bütünlüğünü bozabilen adli olayın sebep, şart ve sonuçlarını değerlendirerek düzenlediği belgedir (34).

### **2.4. Adli Rapor Düzenleme Sorumluluğu**

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 13. Maddesine göre ‘kişilerin bedeni ve akli durumu hakkında rapor tanzimine sadece bu kanuna göre meslek icrası hakkına sahip tabipler yetkili kılınmış olup, mahkemelerce bilirkişilik için başvurulacak tabiplerin de bu özelliğe sahip olması gerektiği hükmü yer almaktadır. Bu durumda ülkemizde hekimlik yapma yetkisine sahip tüm hekimlerin adli olaylarda görev alma ve rapor düzenleme sorumluluğu vardır (1). Hekimler adli olguyu değerlendirme ve rapor düzenleme aşamasında, başka bir hekimden de görüş alınmasını talep edebilirler veya ek inceleme gerekiyorsa bunu bildirebilirler.

Adli raporların düzenlenmesinde izlenecek yol çalışılan sağlık kuruluşu ve bulunulan bölgedeki adli tıp uzmanı varlığı ve sayısına göre değişecek olup bu durum

bir genelge ile açıklanmıştır. Adli raporların hazırlanmasında izlenecek yollara ve ilgili genelge maddelerine Balcı ve Eryürük'ün (28) hazırladığı bir yazıda değinilmiştir:

*“Konu ile ilgili olarak, 01.06.2005 tarihinde 5237 sayılı TCK ile 5271 sayılı CMK'nın yürürlüğe girmesini takiben Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esasları düzenleyen 22.09.2005 tarih ve 13292 sayılı bir genelge yayınlanmıştır. Genelge, adli tabiplik hizmetleriyle ilgili yasal çerçeve, yeni TCK ve CMK doğrultusunda adli tabiplik uygulamalarında ortaya çıkan yeni durum, il düzeyinde hizmet sunumunda yapılması gerekenler ve alınması gereken tedbirlerle ilgili düzenlemeler içermektedir. Genelge ile hizmetin il içi düzenlenmesi, İl Sağlık Müdürlükleri'ne bırakılmış olup Genelgenin 2.1 kısmında “...sağlık kuruluşlarında verilecek adli tabiplik hizmetleriyle ilgili idari düzenlemeler, ilde Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na bağlı birim ve/veya yüksek öğretim kurumlarının adli tıpla ilgili bölüm veya birimlerinin bulunup bulunmaması, il nüfusu ve iş yükü dikkate alınarak, il sağlık müdürlüklerince yapılacaktır” denmektedir. Genelgenin 2.2 maddesinde hizmetin ne şekilde sunulacağının aşağıdaki ilkeler doğrultusunda belirleneceği belirtilmiştir.*

**a.** *Hizmet planlaması, ildeki adli teşkilat yapılanması da dikkate alınarak büyükşehir belediyesi statüsündeki il merkezleri, diğer il merkezleri ve ilçe düzeyinde ayrı ayrı yapılacaktır.*

**b.** *Adli tıp hizmetleri, Adli Tıp Kurumu'na bağlı birimler ve adli tıp anabilim dalı olan üniversitelerin bulunduğu il ve ilçe merkezlerinde, bütünüyle bu kurumlar tarafından veya bunların yanı sıra Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşları tarafından desteklenerek birlikte yürütülecek; bu kurumların bulunmadığı yerlerde ise bütünüyle Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarınca yerine getirilecektir.*

**c.** *Yerleşim biriminde yataklı tedavi kurumları varsa, bu hizmetlerin aksatılmadan yürütülmesi amacıyla, mesai saatleri içi ve dışı için ayrı ayrı planlama yapılmak, yeterince yataklı tedavi kurumu ve sağlık ocağı görevlendirilecektir. Birden fazla sağlık kuruluşunun bulunduğu yerleşim birimlerinde, görevlendirilecek kuruluş sayısı, iş yükü ve ulaşım imkânları dikkate alınarak tespit edilecektir. Birden fazla sağlık kuruluşunun görevlendirilmesi durumunda, adli travmatoloji vakalarının muayenesi*

ile rapor tanzimi, gerektiğinde otopsi hizmeti ve diğer hizmetler için, bu kurumlar arasındaki işbölümü açık bir şekilde belirlenecektir. Bakanlığımıza bağlı yataklı tedavi kurumlarının bulunmadığı yerleşim birimlerinde, mesai saatleri içinde ve dışında bu hizmetler sağlık ocaklarınca yürütülecektir.

**d.** Mesai saatleri dışında, adli vakaların muayenesi ile rapor tanzimi gibi hizmetlerin, varsa 24 saat hizmet veren ve tanı-tedavi imkânları en geniş ve merkezî konumdaki bir sağlık kuruluşunca/kuruluşlarınca yerine getirilmesi şeklinde düzenleme yapılacaktır; otopsi hizmetleri için ise icapçı personel görevlendirmesi esas olacaktır.

**e.** Yataklı tedavi kurumlarında adli tabiplik hizmetleri, varsa adli tıp uzmanlarının sorumluluğu altında yürütülecek; yoksa, acil servis veya başhekimlikçe belirlenecek başkaca bir birim, bu hizmetlerden birinci derecede sorumlu olmak üzere görevlendirilecektir. Yataklı tedavi kurumlarındaki adli tabiplik hizmetlerinin, bağlı semt polikliniği ve benzeri uç birimlerde değil, kuruluşun ana hizmet binasında verilmesi esastır....

Buna göre:

**Eğer sağlık kuruluşu, bir üniversite hastanesi ise;** o hastaneden istenen adli raporların nasıl düzenleneceği, adli tıp anabilim dalının varlığı ya da yokluğuna göre değişecektir. Adli tıp anabilim dalı varsa, mutlaka bu birimden yararlanarak bir düzenleme yapılmalıdır. Düzenleme, hastanenin büyüklüğü, adli olgu sayısı ve adli tıp anabilim dalının öğretim elemanı sayısına göre değişecektir.

**Eğer sağlık kuruluşu, bir devlet hastanesi ise;** hastanede adli tıp uzmanının olup olmaması belirleyici olacaktır. Çok yaygın olmamakla birlikte, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin bazılarında adli tıp uzmanı bulunmaktadır. Adli tıp uzmanları, sağlık kuruluşlarında oluşturulan adli tıp polikliniklerinde bizzat görev yaparak veya eğitilmiş pratisyen hekimlerin çalıştığı polikliniklerin sorumlu uzmanlığını yaparak klinik adli tıp uygulamaları ile ilgili eksikliği giderebilirler. Ancak, bu durum acil servis gibi hastayı ilk karşılayan ve değerlendiren birimlerin kayıt tutma ve ön rapor düzenleme sorumluluğunu ortadan kaldırmayacaktır.

**Eğer sağlık kuruluşu bir sağlık ocağı ise;** Çalışılan bölgede adli tıp raporlarının nasıl düzenleneceğine dair, Sağlık Bakanlığı'nın Genelgesi doğrultusunda bir düzenleme yapıp yapılmadığı önem arz edecektir ”.

Adli tabiplik hizmetlerinin tüm hekimlere yüklenmesi özellikle adli tıp uzmanlarının sayısının yetersiz ya da az olduğu şehirlerde birinci basamak hekimleri ve 24 saat hizmet veren acil servis birimlerinde çalışan hekimlerin iş yükü ve sorumluluklarını arttırmıştır (14,17,19,21). Çolak ve ark. (17) yaptığı bir çalışmada otopsilerin %62.7'sinin, adli raporların ise %57.6'sının sağlık ocaklarında verildiği gösterilmiştir. Çolak ve ark. (14) yaptığı bir başka çalışmada ise acil serviste adli tıp biriminden 15 kat fazla rapor verildiği gösterilmiştir.

## **2.5. Hekimin 'Bilirkişi' Sorumluluğu**

CMK bilirkişiyi, çözümü özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde görüşüne başvurulmuş kişi olarak tanımlamıştır. Adli tabiplik hizmeti içerisinde yer alan adli rapor yazma işlemi de aslen bir bilirkişilik olup, hekimlerin bilirkişilik görevleri 1219 sayılı Tababeti Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 11. maddesinde "Mahkemeler bilirkişi olarak bu kanun ile Türkiye'de hekimlik yapma yetkisine haiz hekimlere başvurabilirler" şeklinde açıklanmıştır. Buna göre; bilirkişiler, hakimler veya mahkemeler ile soruşturma evresinde Cumhuriyet Savcısı tarafından belirlenir. Resmi bilirkişilikle görevlendirilmiş olanlar, ister resmi ister özel görevde olsun bilirkişilik görevini kabul etmekle yükümlü olup, usulünce çağrıldığı halde yasal bir sebep olmaksızın gelmeyen veya görüş bildirmekten çekinen bilirkişiler hakkında disiplin hapsi cezası uygulanır (31,32). Bilirkişi olarak gerçeğe aykırı değerlendirmede bulunan hekime ise TCK'nın 276. Maddesi uyarınca bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilebilir (2).

Bilirkişilik görevini üstlenen hekim; istediği gibi muayene ve inceleme yapabilme, gerekirse tanıkları dinleme, sanıkların sorguya çekilmesinde hazır bulunma ve hatta bunlara doğrudan soru sorma ve dosya incelemesi yapma hakkına sahiptir. Bilirkişi hekime, inceleme ve seyahat gideri ile çalışmasıyla orantılı bir ücret ödenir. Bilirkişilikle ilgili yasal mevzuat CMK 62-73. maddeleri ile düzenlenmiştir (31) .

## **2.6. Rapor Türleri**

Hekimlerin meslek hayatlarında kullandıkları raporlar ikiye ayrılır. Bunlar tıbbi-bilimsel raporlar ve adli-tıbbi raporlardır.

### **2.6.1. Tıbbi-bilimsel raporlar**

Bu rapor grubunda adli olmayan nedenlerle hazırlanan raporlar vardır. Adli olsun olmasın hazırlanan her türlü rapor tıbbi belge niteliğindedir ve tıbbi belgelere gerçeğe aykırı verilerin yazılması ya da değiştirilmesi cezai sorumluluk getirir. Bu belgeler gerektiğinde mahkemede delil olarak da kullanılabilirler (30).

TCK'nın 210. maddenin 2. fıkrasında “gerçeğe aykırı belge düzenleyen hekimin üç aydan bir yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılacağı, düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması halinde, resmi belgede sahtecilik hükümlerine göre 3-8 yıl arası hapis cezasına hükmolunacağı belirtilmektedir (2).

#### **2.6.1.1. Sağlık raporları**

Kişinin sağlık durumunu belirleyen tek veya bir kurul halinde hekimler tarafından verilen raporlardır. Sürücü belgesi alma, silah ruhsatı alma, işe girme, askere alınma vs. bu türden raporlardır (35).

#### **2.6.1.2. Hastalık raporları**

Genel anlamda kişilerin beden ve ruh sağlığı bozulduğunda, o kişinin görevini belli bir süre yapamayacağı durumlarda, hekimler; kişinin tedavisiyle birlikte onun istirahatini de sağlamak amacı ile düzenlerler (35). Toplumda hastalık raporları sıkça suistimal edilmektedir. İşe gitmemek, okula gitmemek, sınavlara girmemek gibi

nedenler için hekimler sıkça hasta olmayan kişiler tarafından hastalarmış gibi hastalık raporu yazılması konusunda baskıya maruz kalmaktadırlar. Hekim her ne kadar kimi zaman iyi niyetle bu raporları yazma yoluna da gitse bu durum kendisini altına gireceği hukuki ve cezai sorumluluklardan kurtarmaz. Bu tür raporlar hekime herhangi bir şekilde çıkarım sağlıyorsa ya da sağladığı iddia edilirse TCK'nın 210. Maddesine göre hekimin daha ağır bir cezayla karşılaşması söz konusu olacaktır (2).

## **2.6.2 Adli-Tıbbi Raporlar**

Adli raporlar, adli makamların hekimden istediği ve hekimin kişinin beden, akıl, ruh sağlığını ve vücut bütünlüğünü bozabilen adli olayın sebep, şart ve sonuçlarını değerlendirerek düzenlediği hekimin görüş ve kanaatini bildirdiği rapordur (3,34). Adli-tıbbi raporlar kullanım amacına ve sonuçlarına göre olmak üzere ikiye ayrılırlar (35).

### **2.6.2.1 Kullanım Amacına Göre**

Kullanım amacına göre çeşitli adli raporlar vardır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

- 1- Yaralama Raporları
- 2- Alkol Raporları
- 3- Cinsel Suç Raporları
- 4- Çocuğun, Küçüğün Cezai Sorumluluğu (Eski TCK'daki Farik ve Mümeyyizlik Raporları)
- 5- Fiil Ehliyeti Raporları
- 6- Yaş Tayini Raporları
- 7- Cezai Sorumluluk Raporları (Eski TCK'daki Ceza Ehliyeti Raporları)

8- Keşif ve Otopsi Raporları vb. (35).

#### 2.6.2.2 Sonuçlarına Göre

##### 1) Geçici rapor:

Yasal anlamda böyle bir rapor yoktur. Hekimin adli olguyu değerlendirirken kısıtlılıkları, emin olamadığı noktalar varsa bu durum hekimin, kati(kesin) raporu verememesine neden olabilir. Böyle bir durumda hekim raporunun geçici bir rapor olduğunu bildirir.

Sıklıkla karşılaşılan geçici rapor nedenleri;

- “a- Adli olgunun anlattığı hikaye ile hekimin muayene bulguları arasında fark var ise,*
- b- Adli olgunun değerlendirilmesi için hekimin eğitimi, bilgisi, becerisi ve deneyimi yeterli olmuyor, bir uzmanın görüşüne ya da değerlendirmesine ihtiyaç duyulur ise,*
- c- Hekimin çalıştığı kurumun olanakları adli olgunun değerlendirilmesi için yeterli değil ise,*
- d- Adli olgunun değerlendirilmesi için süreç isteyen tetkiklere ihtiyaç duyuluyor ise,*
- e- Hekim kendisini tarafsız ve güven altında hissetmiyor ise, hekimin geçici rapor düzenlemesi uygun olacaktır” (35).*

Uygulamaya bakıldığında zaman hekimin kesin rapor verebilecekken geçici rapor verme yolunu seçtiği görülmektedir. Çalışmalar verilen raporların büyük oranının geçici rapor olarak verildiğini göstermektedir (5,8-11,36,37). Bu durumun nedenleri arasında bilgi yetersizliği, çekinme, olası hata ve sorumluluktan kaçma, hukuksal sorunlardan kaçma, hasta ölebilir endişesi ile duyulan kaygı, hastayı başka merkeze sevk etme isteği, rapor düzenleme görevinin adli tıpcılara ait olduğunu düşünme

sayılabilir (4-6,11,13,20,37). Geçici raporların fazla olması ve olası hatalar adli işlemlerin uzamasına, kesin rapor için hastane başvurusunun artmasına ve sonuçta iş gücü kaybına neden olmaktadır (36).

## **2) Kati (kesin) rapor:**

Hekim muayene sonucunda kesin bir kanaate varmış ve raporu vermesine engel olan nedenler yoksa hekim kati raporunu düzenler (35).

## **3) Ek rapor:**

Bazı nedenlerden dolayı ek rapor düzenlenebilir. Sıklıkla ek rapor düzenlenmesine neden olan üç neden:

*“ a- Hekimin raporunda belirttiği bazı hususlar ilgili savcı, hakim veya mahkeme tarafından anlaşılamamış ya da yeterince açık olmadığı düşünülür ise,*

*b- Dava sürecinde olayın boyutunu veya mahkemenin gidişatını değiştirecek nitelikte yeni tıbbi veriler ortaya çıkmış ise,*

*c- İlgili hakim, savcı veya mahkemenin sorularını hekim eksik yanıtlamış ise, ilgili hakim, savcı veya mahkeme hekimden ek rapor talebinde bulunabilir. ” (35).*

## **2.7. Adli Rapor Hazırlama**

Adli olguların değerlendirilmesi diğer olguların değerlendirilmesinden bazı farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle bu olgular değerlendirilirken daha özenli davranılmalıdır.

### 2.7.1. Adli olgu kabul ve muayene

Adli olgular değerlendirilirken muayene esnasında otoriter tutum göstermeden, güven ilişkisi kurulmalı ve hastanın hekim seçme hakkına ve mahremiyetine saygı gösterilmelidir. Muayene için yeterli zaman ayrılmalıdır. Ayrıca, muayeneye başlamadan muayenenin adli yönü anlatılarak, muayene sonucunda rapor düzenleneceği hastaya söylenmeli ve aydınlatılmış onam alınmalıdır. Onam alınmadığı takdirde muayene ve girişimlerden uzak durulmalıdır (38,39).

*“Adli olgular değerlendirilirken normal hastadan farklılık gösterebileceği kişinin yaşadığı olayı çıkarına uygun bir şekilde abartması ya da küçümseyebileceği hesaba katılmalıdır. Bu olgularda anlatılan hikayeye hekim şüpheli bir şekilde yaklaşmalıdır. Bu nedenle muayene öncesinde, olay hakkında kişilerden ve muayeneye getiren güvenlik görevlilerinden, olayın niteliği hakkında bilgi almalı; fiziki muayene, laboratuvar incelemeleri ve gerekirse görgü tanıklarının yardımı ile doğrulanmaya çalışmalıdır. Böylece hekim, yanlış değerlendirmeden kendini korumuş olur. Anamnez aldıktan sonra kişinin tamamen soyunması sağlanarak, tepeden turnağa muayenesinin yapılması ve gerektiğinde laboratuvar incelemeleri için uygun materyalleri de delil niteliğinde olacak şekilde alarak, bunu ilgili makamlara bildirmesi gerekir” (35).*

Hekimlerin olgu adli olsun ya da olmasın tüm hastalarında ya da kanaat raporu bildirdikleri olgularında sır saklama yükümlülükleri vardır. Sır saklama ile ilgili hukuki sorumluluk TCK'nın 198. Maddesinde belirtilmiş olup ayrıca Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hasta Hakları Yönetmeliği ve Türk Tabipler Birliği'nin “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” isimli yazılı metninde de sır saklama yükümlülüğüne değinilmiştir (40). Bu nedenle hekim adli bir olguyu muayene ederken hastayı yalnız değerlendirmeye özen göstermelidir. Hekim adli olguyu muayene ederken hiçbir zaman güvenlik görevlilerini muayene odasına almamalıdır. Aksi durumda ilgili kanun, yönetmelik ve tüzükler ihlal edilmiş olacağı için şüpheli sanık hekimi iyi niyetle görevini yaparken birden idari ve yasal soruşturmanın içine atabilir ve ceza almasına sebebiyet verebilir. Bu tür olumsuz durumların oluşmasını önlemek için,

gözüne alınacak ve güvenlik güçleri ile muayenenin gerektiği durumlarda ise hekim bu talebi yazılı olarak bildirmelidir (Yakalama, Gözüne Alma ve İfade Alma Yönetmeliği Madde 9) (41).

*“Güvenlik görevlilerinin muayene odasına girmesi durumunda hekim bu kişilerin odanın muayene noktasına en uzak yerinde durmalarını istemelidir. Adli olgunun anamnezini duymayacakları bir şekilde almalı ve mümkünse bir paravanın arkasında fiziki muayenesini tamamlamalıdır. Güvenlik görevlilerinin muayene odasında bulunduğunu raporunda belirtmelidir”* (35).

Adalet, İçişleri ve Sağlık Bakanlıkları tarafından 30.10.2003 tarihinde protokol yayınlanmış, bu protokolün 61. maddesi tutuklu ve hükümlülerin muayenelerinde gizlilik başlığını içermekteydi. Bu maddeye göre, “terörle mücadele ve çıkar amaçlı suç örgütleriyle mücadele kanunlarının kapsamı dışında kalan suçlardan tutuklu ve hükümlü olanların, hastanelerde muayeneleri sırasında jandarma, odanın muhafazalı olması durumunda kapı dışında bekleyecek; muhafazalı olmaması halinde muayene odası içinde bulunacak, doktorla hastası arasında geçecek konuşmaları duymayacak uzaklıkta koruma tedbiri alacaktır. Ancak tutuklu ve hükümlülerce muayene sırasında yapılacak her türlü gayri kanuni talep, ilgili sağlık personeli tarafından anında jandarma devriye komutanına bildirilecektir”. 22 ağustos 2011 tarihinde bu protokolde değişiklik yapılmış ve buna göre, “jandarma muayene esnasında oda dışında olacak, doktorun yazılı talebi olursa muayene odasında kalabilecektir. Ancak hükümlü ve tutukluların muayene esnasında yaptıkları her türlü mevzuata aykırı talepler sağlık personeline anında jandarma devriye komutanına bildirilecektir. Hastanelerde tutuklu ve hükümlüler için muhafazalı muayene odaları yapılıncaya kadar jandarma muayene odası içinde bulunacak, ancak doktorla hasta arasında geçecek konuşmaları duymayacak uzaklıkta duracaktır”.

Bayan olguların bayan hekime muayene olma talepleri varsa mümkünse bayan bir hekim tarafından muayene edilmesine, bayan hekimin olmaması dahilinde ise

bayan bir sağlık çalışanın muayeneye refakat etmesine zen gösterilmelidir (CMK madde 77, Yakalama Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği Madde 9) (31,39).

*‘‘Muayene için rahat ve güvenli bir yer seçilmeli, hekim aynı zamanda kendi güvenliğini de sağlayacak tedbirleri almalıdır. Eğer çalışılan odada adli olguların muayenesi için özel bir yer yoksa öncelikli olarak etrafta saldırı dürtüsünü uyandıracak nesneler ortadan kaldırılmalıdır(makas, fazla sandalye cihaz vs.). Hekim, saldırı dürtüsünü ortadan kaldırmak amacı ile yanına ikinci bir hekimi çağırabilir ya da bir sağlık personeli(hemşire, ebe veya sağlık memurunu) muayene odasında bulundurabilir. Bu durum hekimin kendine olan güvenini arttırarak daha iyi ve ayrıntılı bir muayene olanağı sağlamasının yanında gözden kaçabilecek noktaların da diğer sağlık personeli ya da hekim tarafından görülerek atlanmasını önleyebilir. Aynı zamanda adli olgunun hükmetme ve saldırı dürtüsünü de ortadan kaldırabilir. Psikiyatrik hastalığı olanlar ya da işlediği suçtan dolayı ağır ceza alacak kişilerin daha saldırgan olabileceği akılda tutulmalıdır.*

*Adli olguların muayenesi sırasında özellikle dikkat edilmesi gereken başka bir nokta ise muayene odasında bu olguların yakınlarının asla bulundurulmamasıdır. Adli olgu ile birlikte genellikle bir veya birden fazla yakını muayene odasına hekime yardımcı olmak bahanesiyle girmeye çalışmak isteyebilir. Fakat genellikle bu kişiler anamnezden itibaren hekimi yönlendirmeye ve hekim üzerinde bir baskı oluştırmaya yönelik davranışlar sergilerler. Bütün bu olumsuzlukları önlemek amacıyla hekim uyanık davranarak gerekli önlemleri almalı ve mantıklı bir yaklaşım içerisinde sorunu çözmelidir.*

*Hekim, adli olguların istenmeyen tutum ve davranışlarından korunmak için bu tür olguların anamnezi sırasında onlarla çok yakın iletişime girmemeli ve muayene olacak kişi tamamen soyunduktan sonra sadece fiziki muayene için adli olguya yaklaşmalıdır. Muayene bittiğinde adli olgunun elbiselerini giymesini söylemelidir. Elbisesini giymiş olan adli olguyu güvenlik görevlilerine teslim ettikten sonra masasına dönüp raporunu yazmalıdır ’’(35).*

### 2.7.2. Adli rapor hazırlanmasında karşılaşılan sorunlar

Adli rapor hazırlanmasında sıklıkla karşılaşılan sorunlar Tümer ve ark.'nın (32) hazırladığı bir makalede sıralanmıştır.

*“1. Sağlık birimlerinde çalışan hekimlerin hukuki prosedürü ve adli-tıbbi kavramları bilmemesi, adli olgu bildiriminde bulunmaması ve adli raporların vaktinde yazılmaması,*

*2. Adli rapor düzenlenmesi için gönderilen olgunun yerine başka birinin kasıtlı olarak muayene olmasını önlemek amacıyla, sol el bileği iç yüzünde muayene isteminde bulunan resmi makamın mührü veya kişinin kimlik belgesi bulunup bulunmadığı ya da görevli bir memurun kişiye refakat edip etmediğine dikkat edilmemesi,*

*3. Raporlarda olgunun adı, soyadı, baba adı ve doğum tarihi gibi kimlik bilgilerinin; muayene tarih ve saati, olay türü, tarihi, saati ve raporun kayıt sayısının belirtilmemesi,*

*4. Kişinin alkollü ya da uyutucu-uyuşturucu etkisinde olup olmadığının belirtilmemesi,*

*5. Yapılacak muayenenin kişiye anlaşılır bir dille anlatılmayıp, aydınlatılmış onamının alınmaması,*

*6. Kişinin vücudundaki lezyonlar saptanarak lokalizasyonlarının ve özelliklerinin ayrıntılı olarak sunul- maması, vücut diyagramlarında gösterilmemesi,*

*7. Kişinin genel durumunun, bilincinin, zaman ve mekan oryantasyonunun belirtilmemesi,*

*8. Gerekli tetkik ve konsültasyonların yapılmaması, yapılan incelemelerin raporda belirtilmemesi,*

*9. Raporun okunaklı ve anlaşılabilir bir dille yazıl- maması ve sonuç kısmında TCK'da belirtilen hususları içermemesi,*

*10. Düzenlenen raporun hekim tarafından imzalanmasına ve sorumlu hekim veya başhekim tarafından onaylanarak görevli memura imza karşılığı verilmesine dikkat edilmemesi,*

*11. Raporun tek nüsha olarak düzenlenmesi ve arşivlenmesine özen gösterilmemesi ''.*

Adli olguların bildirilmesinde ki önemli sorunlardan biri adli olayların türüne göre bildirim oranlarının değişmesidir. Ateşli silah yaralanması, trafik kazası, asfiksi, iş kazası, darp, intihar gibi olaylarda adli kaşe oranlarının yüksekken bu oranların genel vücut travmaları, kafa ve yüz travmaları, alt üst ekstremitte travmalarında daha düşük olduğu görülmüştür (33). Bildirilen bu adli olgular arasında ise en çok bildirilen olguları trafik kazaları oluşturmaktadır (5-10,12). Hangi olguların adli olup hangilerinin olmadığı kılavuzlarda bildirilmiş olmalarına rağmen adli olan bazı olguların adli kaşe vurulmadan, adli olmayan bazı olguların ise adli olaymış gibi dosyalarının kaşelenerek değerlendirildiği görülmektedir.

Adli raporlarda belirtilmesi gereken diğer önemli bir nokta hayati tehlikenin olmadığı durumlarda travmanın basit tıbbi müdahale (BTM) ile giderilip giderilmeyeceğidir. Şayet adli olgu bir başkasının nedeniyle bulunduğu durumu düşmüşse suçlu kişinin alacağı cezayı belirleyeceğinden basit tıbbi müdahale ile giderilme durumu ayrı bir önem kazanmaktadır. Her ne kadar BTM ile giderilme durumunun belirtilmiş olma durumu önemli olmuş olsa da yapılan çalışmalarda bu noktanın adli raporlarda belirtilmediği gösterilmiştir (5,8,9,12,16). Ketin ve ark.'nın (8) yaptığı çalışmada %87 olguda yaralanmanın BTM ile giderilme durumunun belirtilmediği; Karbeyaz ve ark.'nın (12) yaptığı çalışmada ise BTM değerlendirmelerinin %62.4'nün hatalı olduğu gösterilmiştir.

Adli raporlarda yazılması ihmal edilen noktalardan bir diğeri ise kişilerin alkol alım durumlarının değerlendirilip raporda belirtilmesidir (8,9,12). Ketin ve ark.'nın (8) yaptığı çalışmada %72 olguda alkol ölçümünün yapılmadığı, Karbeyaz ve ark.'nın

(12) yaptığı çalışmada ise olguların %50.4'ünde alkol tespitinin yapılmadığı gösterilmiştir.

Adli raporların yazımından kaynaklanan sorunların hekimi ağır tazminat yükünün altına sokabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle hekim mesleki sigortasını yaptırırken adli rapor yazımından kaynaklanacak sorunların da kapsamına özen göstermelidir.

### **2.7.3. Adli raporda bulunması gereken hususlar:**

Delil niteliği taşıyan adli raporlar dürüst, tarafsız, açık ve kesin, somut kanıtlar içerir tarzda, hukuk kuralları ile tıp etiğine uygun olarak düzenlenmelidir (33). Adli olgunun muayene ve tedavisi kadar, tıbbi belge ve adli raporların zamanında ve eksiksiz düzenlenmesi de hekimin önemli bir sorumluluğudur (42).

Adli raporların değerlendirildiği çalışmalarda tutulmuş raporlarda bu raporların kaydı sırasında kimlik bilgilerinin eksikliği, muayene saati, olay saati, adli kaşe, olay türü gibi pek çok eksikliğin olduğu gösterilmiştir (5,6,7,9,33). Basit gibi dursa da bu bilgilerin zamanı geldiğinde çok önemli olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Bu nedenle hekimler kadar bu raporların hastane kayıtlarını tutan ya da adli olayların değerlendirme aşamasına müdahil olabilen yardımcı sağlık personelinin de adli olgular konusunda eğitilmesi önemlidir.

Adli rapor, okunaklı ve anlaşılır bir şekilde, el yazısı, daktilo ya da bilgisayar ile üç nüsha olarak yazılmalı, resmi yazışma kuralları ve rapor tekniğine uygun olarak düzenlenmelidir (33).

Adli raporların doğru yazılması kadar okunaklı, düzenli bir yazıyla, tıbbi terim ve kısaltmalardan kaçınılarak yazılması da bir o kadar önemlidir. Bu durum raporun okunaklı yazılması ya da okunması için kişinin adliyeye çağırılmasına neden olabilir (6). Bozkurt ve ark. (5) bir çalışmada tutulan adli raporların %8.6'sında birinci yıl tıp asistanının okuyamadığı ifadelerin var olduğu ve %23.9'unda kısaltmaların kullanıldığından bahsedilmiştir. Biz hekim olarak kendi yazımızı okumakta güçlük

çeker hatta okuyamazken aynı eğitimi almadığımız kişilerin yazımını okumalarını beklemek gerçek dışı olur. Basit gibi görünüp ancak iş yükü artışı ve hatalara sebebiyet verecek bu sorunun çok kolay bir çözümü vardır, o da sadece okunaklı yazmaya dikkat etmek ve kısaltmalardan kaçınmaktır. Bu raporların bilgisayar ortamında tutulması yazıların okunmasına dair sorunları ortadan kaldıracak bir çözüm olabilir.

Adli raporlar mümkün olduğu müddetçe sağlık bakanlığının genelgesi doğrultusunda rapor formlarına yazılmalıdır. Bu formların temin edilemediği durumlarda asla karakol ya da savcılıklar tarafından gönderilen istem kâğıtlarının arkasına yazılmamalı, A4 türü dosya kâğıtlarına yazılmalıdır. Bu raporu hekimlik mesleği ile ilgisi olmayan kişilerin de okuyacağı, adli işlemlerin başlatılabilmesi ve mahkemenin sonuçlandırılabilmesi için mutlaka gerekli olduğu hesaba katılırsa tıbbi terimleri mümkün olduğu kadar kullanmaktan kaçınılmalı, tıbbi terimin kullanılması gerektiğinde Türkçe karşılığı verilmeli, sade, anlaşılır, açık, net ve kesin bir dil kullanılmalıdır (33,35).

**1)Kurum bilgileri:** Raporu düzenleyen kurumun adı, raporun kayıt sayısı, raporun düzenlendiği tarih ve saati mutlaka belirtilmelidir (43).

**2)Muayene eden ve edilene ait bilgiler:** Adı, soyadı, ana- baba adı, doğum yeri-tarihi, cinsiyeti yazılmalıdır. Kişinin kimlik bilgilerine ulaşamıyorsa tıbbi kimliği (tahmini yaşı, boyu, kilosu, saç rengi, göz rengi ve ben, skar, amputasyon, dövme gibi bulgular) kaydedilmelidir. Adli rapor düzenlenmesi için gönderilen olgunun yerine başka birinin kasıtlı olarak muayene olmasını önlemek amacıyla sol kolu mühürlü olarak ya da güvenlik güçleri eşliğinde gelmiş olabilir. Beraberinde gelen güvenlik görevlisinin adı, soyadı ve sicil numarası kaydedilmelidir (32, 39).

**3)Kişinin yakınması ve olayla ilgili bilgiler:** Adli olguların anamnez ve şikâyetlerini hekim, herhangi bir şekilde kendi bilgi, eğitim ve kültürünü katmadan, onların anlattığı şekilde yazmalıdır. Bu durum daha sonra hekimin aleyhine iddia edilebilecek sorunların ortadan kaldırılması açısından önemlidir (35). Raporda olayın oluşu ile ilgili hastanın kendi ifadeleriyle olayın zamanı, oluş şekli ve muayeneye esas teşkil edecek bilgiler özetle not edilmelidir. Bazı olgularda hastada, fizik muayenede saptanan bulgularla orantısız şekilde yakınmalar olabileceği düşünülüp bu yakınmalar göz ardı

edilmemelidir. Aynı zamanda hastanın tıbbi öz geçmişine ait sorgulama titizlikle yapılmalıdır (32,39).

**4)Muayene bulguları:** Hastanın genel durumu, yaraların özellikleri (anatomik lokalizasyon, derinlik, büyüklük, renk, şekil) tarif edilerek vücut diyagramında gösterilmelidir. Mümkünse fotoğraf çekimi yapılmalı, yaraların uzunluk ve renk değişimlerini ortaya koyabilmek için cetvel ve renk skalaları kullanılmalıdır. Mahkemede verilecek cezayı etkileyecek unsurlardan biri ise yaralanmanın ağırlık derecesidir. Bu nedenle yaralanma olgularında aşağıdaki hususların varlığında özellikle dikkat edilmelidir:

- “ *Travmatik lezyonların anatomik lokalizasyonu, ebatları ve özellikleri belirtilmelidir.*
- *Ekimozun rengi, ebatları belirtilmelidir.*
- *Kas lacerasyonu olup olmadığı belirtilmelidir.*
- *Tendon, sinir kesisi olup olmadığı belirtilmelidir.*
- *Ateşli silah yaralanmalarında giriş çıkış deliği tanımlanmalıdır.*
- *Kırığın lineer, açık veya parçalı olup olmadığı belirtilmelidir.*
- *Yanığın derecesi ve kapladığı alan belirtilmelidir.*
- *Batına veya toraksa nafiz olduğu düşünülen yaralanmaların tıbbi delilleri belirtilmelidir.*
- *Sinir yaralanmalarında motor ve duyu muayenesi belirtilmelidir.*
- *Zehirlenme olgularında, klinik bulgular, laboratuvar sonuçları ve uygulanan tedavi belirtilmelidir.*
- *Elektrik yaralanmalarında dolaşım sistemi muayene bulguları ve kardiyak etkilenme olup olmadığı belirtilmelidir ” (44).*

Tüm bu işlemler yapılırken hastanın sadece yara olan bölgesine bakmakla yetinmemeli, genel sistem muayenesi yapılmalıdır. Muayene, fiziksel bulguların dışında hastanın ruhsal durumuna ilişkin değerlendirmeyi de içermelidir (32,38,39, 45). Adli raporlara hekim uygun görürse; vücut diyagramlarını, resimleri ve konsültasyon raporlarının fotokopilerini de “Aslı Gibidir” ibaresini koyup, onaylayarak ekleyebilir (35).

**5) Tetkik sonuçları:** Muayene sonucunda, gerek görüldüğü takdirde; her türlü radyolojik görüntüleme yöntemi, histopatolojik, mikrobiyolojik, biyokimyasal ve genetik inceleme yapılarak klinik teşhisin net olarak ortaya konulması sağlanmalıdır (32).

**6) Yapılan konsültasyonlar:** Klinik değerlendirmenin yapılabilmesi için gerekli görüldüğünde konsültasyon istemekten kaçınılmamalıdır. Konsültasyon değerlendirmelerinde tarih, saat ve konsültasyonu yapan hekim raporda ifade edilmelidir (32).

#### **7) Raporun sonucu:**

Yapılan klinik değerlendirmelerin sonucunda olguya tanı konulamadığı; gözlem, tetkik ve konsültasyonlara ihtiyaç duyulduğu ya da takibin yapıldığı durumlarda geçici rapor düzenlenmelidir.

Geçici raporda;

- sağlık kuruluşunun adı, protokol numarası, muayene tarihi ve saati,

-olay türü, olay tarihi ve saati,

-kişinin kimlik bilgileri,

-genel ve şuur durumu, kooperasyon ve oryantasyonunun olup olmadığı, saptanan travmatik bulguların yerleşim ve özellikleri,

-istenen radyolojik veya laboratuvar tetkiklerinin sonuçları,

-ileri tetkik gerekip gerekmediği, hayati tehlikenin bulunup bulunmadığı

gerekçeli olarak yazılmalı; rapor, muayeneyi yapan ve düzenleyen hekim tarafından imzalanmalı, ilgili görevliye yine imzası alınarak teslim edilmelidir. Hastaya klinik teşhis konulduğunda ve stabil hale geldiğinde ise kesin rapor düzenlenmeli, olgunun daha sonra tekrar değerlendirilmesi gerektiğinde veya önceki raporda belirtilmeyen bir durum saptandığında ek rapor düzenlenmeli; raporun sonuç kısmı ise, TCK'nın vücut dokunulmazlığına karşı suçlar kapsamında belirtilen hukuki maddelerine karşılık gelen maddeleri içerecek şekilde olmalıdır (2,32,33,46,47). Bu suçlar ve ilgili TCK kanun maddesi aşağıda sıralanmıştır:

- “Başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma (Madde 86/1)
- Basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma (Madde 86/2)
- Yaşamı tehlikeye sokacak derecede yaralanma (Madde 87/1-d)
- Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması (Madde 87/1-a)
- Konuşmada sürekli zorluk (Madde 87/1-b)
- Yüzde sabit ize neden olma (Madde 87/1-c)
- Gebe bir kadında çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olma (Madde 87/1-e)
- Kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine neden olma (Madde 87/2-a)
- Duyulardan veya organlardan birinin işlevinin yitirilmesi (Madde 87/2-b)
- Konuşma yeteneğinin kaybı (Madde 87/2-c)
- Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması (Madde 87/2-c)

- *Yüzde sürekli değişikliğe neden olma (Madde 87/2-d)*
- *Gebe bir kadında çocuğunun düşmesine neden olma (Madde 87/2-d)*
- *Yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması (Madde 87/3) ’’ (47).*

#### 2.7.4. Özel durumlarda muayene

**Cinsel saldırı suçu:** Cinsel saldırı suçlarından TCK’nın 102. maddesinde bahsedilmiştir (2). Cinsel saldırı olaylarında raporların açık ve tanımlayıcı olması, kişilerin mağduriyetinin giderilmesi ve gereken cezanın verilmesinde önemlidir (32, 48). Bu nedenle muayenenin ve örneklemenin mümkün olduğunca hızlı yapılması gereklidir. Muayenede ayrıntılı anamnez önemlidir ve raporda belirtilmelidir. Anamnezde saldırı zamanı, şekli, sayısı, yeri, saldırı anında alkol/madde kullanımı, kondom kullanımı, hastanın saldırı sonrasında yıkanıp yıkanmadığı, büyük abdestini yapıp yapmadığı, oral kontraseptif kullanımı ve mens durumu sorgulanmalıdır (3,32). DNA araştırmaları için elbiselerden alınan ve hastadan yapılan anal-vajinal örnekleme, ısırık izlerinden çubuk ucundaki bir pamuk parçası ile sürüntü alma (swab), tırnak örnekleri ve saldırgana ait elde edilecek materyaller özenle toplanmalıdır. Raporda koruyucu hekimlik açısından öneriler de belirtilebilir (32, 49).

**İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muamele veya cezalara maruz kalanlar:** Bu tarz bir muameleye maruz kalmış kişilerin muayenesi, yakalama, gözaltına alma ve ifade alma yönetmeliği kapsamında, güvenlik güçleri tarafından zor kullanılarak yakalanan veya yakalanıp gözaltına alınan kişilerin sağlık kontrolü amacıyla muayene ve rapor tanzimi istenmesi durumları İstanbul protokolü kapsamında değerlendirilmelidir (32).

## 2.8. Adli Raporların İletilmesi

Adli raporların üç nüsha olarak düzenlenmesi gerekmektedir. Her bir nüshanın verileceği merci, vakanın Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik veya Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği kapsamında olmasına göre farklılık göstermekte olup; muayene için getirilen kişinin hangi kapsamda olduğu sevk evrakında belirtilmemişse getiren kolluk kuvvetinden sorularak öğrenilecek ve raporun dağıtımı şu şekilde yapılacaktır:

**a)** Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik kapsamında bir suça ilişkin olarak şüpheli veya sanık ile mağdur ve diğer kişilerin beden muayenesi, bu kişilerin vücudundan örnek alınması ve muayene sonucunda rapor tanzimi isteniyorsa, raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda kalacak, muayene sonrasında hemen rapor tanzim edilmesi mümkün ise iki nüshası kapalı ve mühürlü zarf içerisinde ilgili hâkimliğe, mahkemeye veya Cumhuriyet başsavcılığına iletmek üzere getiren kolluk görevlisine teslim edilecek, ileri tetkik ve benzeri nedenlerle hemen rapor tanzimi mümkün değilse raporun iki nüshası kapalı ve mühürlü bir zarf içinde sağlık kuruluşunca ilgili adli makama en kısa sürede iletilecektir.

**b)** Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği kapsamında, kolluk kuvvetlerince zor kullanılarak yakalanan veya yakalanıp gözaltına alınan kişilerin sağlık kontrolü amacıyla muayene ve rapor tanzimi istenmesi durumunda,

- “Yakalama veya nezarethaneye giriş durumu söz konusu ise, raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda alıkonacak, ikinci nüshası gözaltına alınan kişiye, üçüncü nüshası ise soruşturma dosyasına eklenmek üzere ilgili kolluk görevlisine verilecektir.

- Gözaltı süresinin uzatılması veya yer değişikliği ya da nezarethaneden çıkış söz konusu ise, raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda saklanacak, iki nüshası ise raporu düzenleyen sağlık kuruluşunca kapalı ve mühürlü zarf içerisinde ilgili Cumhuriyet başsavcılığına en seri şekilde gönderilecektir. Bu raporların gönderilme şekli ve

*sıklığı sağlık kuruluşunun iş yükü, yerleşim biriminin büyüklüğü ve ulaşım imkânları dikkate alınarak şu vasıtalarla yapılabilir: Sağlık kuruluşunca görevlendirilecek bir personel, taahhütlü posta veya APS, imkânlar varsa Elektronik İmza Kanunu uygulaması esaslarına göre elektronik ortamda.*

*Raporların düzenlenmesinde ve adli makamlara gönderilmesinde gizlilik kurallarına uyulacak ve bu amaçla gerekli tedbirler alınacaktır. Sağlık kuruluşunda saklanması gereken rapor nüshalarının korunması için ilgili mevzuata göre gerekli tedbirler alınacaktır ’’ (35).*

Her sağlık kurumunda sayfa sayısı belirlenmiş, mühürlü ve onaylı ‘adli rapor protokol defteri ‘ bulunmalı; adli olgulara, her yılbaşı 1 no’dan başlayarak, 2005/1 şeklinde ‘ protokol sayısı verilmelidir. Her olgunun protokol defteri kaydında, bir protokol sayısı, muayene tarihi ve saati, muayene olan kişinin adı soyadı, doğum tarihi, anne-baba adı, olay türü, gönderen adli makam, kişinin yakınması, muayene bulguları ve sonuç olmak üzere kayıtlar yer almalıdır (50).

## **2.9. Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi**

### **2.9.1 Eski TCK’da yapılmış adli tıbbi ilgilendiren değişiklikler**

Yeni TCK 26.09.2004 tarihinde devreye girmiş ve eski TCK’ ya göre bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu değişikliklerden eski TCK’da yaralama suçlarında 456, 457, 458, 459. maddelerde bahsedilmiş olup yeni TCK’da bunlar; Kasten Yaralama başlıklı 86, Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış Yaralama 87, Kasten Yaralamanın İhmali Davranışla İşlenmesi 88 ve Taksirle Yaralama 89. maddelerde hekimleri ilgilendiren noktalar tanımlanmıştır. Ayrıca bu maddeler İşkence başlığı ile 94 ve Netice İtibariyle Ağırlaşmış İşkence başlığı ile de 95. maddede yer almaktadır.

“ Söz konusu maddelerde tanımlanan yaralama eylemleri aşağıda sıralanmıştır:

- *Başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma (Madde 86/1)*
- *Basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma (Madde 86/2)*
- *Yaşamı tehlikeye sokacak derecede yaralanma (Madde 87/1-d)*
- *Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması (Madde 87/1-a)*
- *Konuşmada sürekli zorluk (Madde 87/1-b)*
- *Yüzde sabit ize neden olma (Madde 87/1-c)*
- *Gebe bir kadında çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olma (Madde 87/1-e)*
- *Kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine neden olma (Madde 87/2-a)*
- *Duyulardan veya organlardan birinin işlevinin yitirilmesi (Madde 87/2-b)*
- *Konuşma yeteneğinin kaybı (Madde 87/2-c)*
- *Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması (Madde 87/2-c)*
- *Yüzde sürekli değişikliğe neden olma (Madde 87/2-d)*
- *Gebe bir kadında çocuğunun düşmesine neden olma (Madde 87/2-d)*
- *Yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması (Madde 87/3) ” (47).*

Ayrıca eski TCK’da var olan bazı ifadelerde değişiklikler yapılmış olup, eski TCK’da var olan mutad iştigale devam edememe/mutad iştigalden mahrumiyet kavramı ise yeni TCK’da kaldırılmıştır. Bunun yanında Yeni TCK’nın 86’ncı maddesinin ikinci fıkrasında sözü edilen basit bir tıbbî müdahale ile 87’nci maddenin üçüncü fıkrasında sözü edilen vücutta kemik kırılmasına neden olan yaralanmalar yeni tanımlanmıştır. Bazı kelimelerde de Türkçeleşmeye gidilmiş olup, örneğin hayatî tehlike, yaşamı tehlikeye sokan durum; çehrede sabit eser, yüzde sabit iz; uzuv zaafı, organlardan veya duyulardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması şeklinde yer almaktadır.

Eski TCK’da değişikliklerin yapıp yeni TCK’da yer almasını takiben Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği, Adli Tıp Derneği işbirliği ile sağlık çalışanlarına yönelik adli olguları değerlendirmede yol gösterici ve bilgilendirici olan Yeni TCK Kapsamında Adli Raporlar için Kılavuz yayınlanmıştır (51). Bu kılavuz yıllar içerisinde güncellenerek hala hekimlerin yoluna adli rapor yazımında ışık tutmaktadır (52).

Yeni TCK ile adlî raporlarda, varsa travmanın sonucu artık mutad iştigale devam edememe şeklinde tanımlanmayacak; bunun yerine basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu/olmadığı değerlendirmesi yapılacak; yaşamı tehlikeye sokan bir durum olup olmadığına mutlaka yer verilecek; ayrıca, saptanmışsa yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış diğer halleri ayrı ayrı belirtilecektir. Keza, kemik kırığı saptanmışsa tanımlanacak ve hayat fonksiyonlarına etkisi belirtilecek, birden fazla kırık varsa skollama yapılarak ağırlığı hesaplanacaktır (47).

### **2.9.2. Yeni TCK’nın adli travmatoloji ile ilgili maddeleri ve adli tıbbi boyutu**

Hekimlerin yazdıkları raporların mağdur ya da sanık açısından yargıda doğuracağı etkileri bilmeleri için ilgili TCK maddelerini bilmeleri gerekir. İlgili TCK maddeleri aşağıda verilmiştir.

### 2.9.2.1. Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar

#### *‘‘Taksirle öldürme*

##### **MADDE 85.**

*(1) Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

*(2) Fiil, birden fazla insanın ölümüne ya da bir veya birden fazla kişinin ölümü ile birlikte bir veya birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuş ise, kişi üç yıldan onbeş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

#### **Kasten yaralama**

##### **MADDE 86.**

*(1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.*

*(2) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.*

*(3) Kasten yaralama suçunun;*

*a) Üstsoya, altsoya, e e veya karde e karşı,*

*b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,*

*c) Kişinin yerine getirdiğı kamu görevi nedeniyle,*

*d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,*

*e) Silahla,*

*İşlenmesi halinde şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.*

*Silâh deyiminden; Ateşli silâhlar, patlayıcı maddeler, saldırı ve savunmada kullanılmak üzere yapılmış her türlü kesici, delici veya bereleyici alet, saldırı ve savunma amacıyla yapılmış olmasa bile fiilen saldırı ve savunmada kullanılmaya elverişli diğer şeyler, yakıcı, aşındırıcı, yaralayıcı, boğucu, zehirleyici, sürekli hastalığa yol açıcı nükleer, radyoaktif, kimyasal, biyolojik maddeler kastedilmektedir (TCK Madde 6) (2).*

#### **Açıklama:**

*86. maddenin 1. fıkrasında kasten yaralama suçunun temel şekli tanımlanmış olup, kişinin vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan her davranış, yaralama olarak kabul edilmiştir.*

*86. maddenin 2. fıkrası kapsamındaki yaralamanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olması halinde verilecek ceza daha az olup bu ölçüdeki yaralanmalarda soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikayetine bağlıdır.*

*86. maddenin 3. fıkrasında ise kasten yaralama suçunun nitelikli şekilleri yer almaktadır. Bunlar, mağdurda oluşan sağlık zararının dışında, suçu ağırlaştırıcı şartlardır. Yaralama suçunun silahla işlenmesi de, 2. fıkranın (e) bendinde yer alan nitelikli hallerden biridir. Dolayısıyla, yaralanmanın ne tür bir aletle meydana getirilmiş olduğu, adli tıbbi olarak aydınlatılması gereken bir problem olacaktır. Yaralar ya da travmatik değişimler değerlendirilirken bu husus gözden kaçırılmamalıdır.*

#### **Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama**

#### **MADDE 87.**

**(1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;**

**a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,**

*b) Konuşmasında sürekli zorluğa,*

*c) Yüzünde sabit ize,*

*d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,*

*e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,*

*neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.*

*(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;*

*a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,*

*b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,*

*c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,*

*d) Yüzünün sürekli değişikliğine,*

*e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,*

*neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.*

*(3) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması halinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, bir yıldan altı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.*

*(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onaltı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.*

### ***Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi***

#### **MADDE 88.**

*(1) Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte ikisine kadar indirilebilir. Bu hükmün uygulanmasında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar göz önünde bulundurulur.*

#### ***Açıklama:***

*88. madde “yaralanmanın ihmali davranışla işlenmesi halinde 86. ve 87. maddelere göre verilecek cezada 2/3’e kadar indirim ön görmektedir. Burada “kastan öldürmenin ihmali davranışla işlenmesine ilişkin koşullar geçerli olacaktır. Kişinin yükümlü olduğu icrai davranışı yapmaması, “ihmali davranış” olarak değerlendirilecek olup, hakim tarafından belirlenecek hususlardır.*

### ***Taksirle yaralama***

#### **MADDE 89.**

*(1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.*

*(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;*

*a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,*

*b) Vücudunda kemik kırılmasına,*

*c) Konuşmasında sürekli zorluğa,*

*d) Yüzünde sabit ize,*

*e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,*

*f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına,*

*Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.*

**(3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;**

*a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,*

*b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,*

*c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,*

*d) Yüzünün sürekli değişikliğine,*

*e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine,*

*Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.*

**(4) Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.**

**(5) Bilinçli taksir hali hariç olmak üzere, bu maddenin kapsamına giren suçların soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlıdır.**

**Açıklama:** 89. madde, kasten yaralama ile ilgili maddelerde belirlenen sağlık zararının, taksirle yaralama sonucu oluşması halinde verilecek cezaları kapsamakta olup “bilinçli taksir” durumu hariç, takibat şikayete bağlı olacaktır .

### ***İnsan üzerinde deney***

#### **MADDE 90.**

**(1) İnsan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.**

**(2) İnsan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için;**

*a) Deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olması,*

b) Deneyin öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,

c) İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,

d) Deneyin, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,

e) Deney sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmaması,

f) Deneyle varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,

g) Deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olması ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması,

Gerekir.

(3) Çocuklar üzerinde bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için ikinci fıkrada aranan koşulların yanı sıra;

a) Yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların çocuklar üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,

b) Rıza açıklama yeteneğine sahip çocuğun kendi rızasının yanı sıra ana ve babasının veya vasisinin yazılı muvafakatinin de alınması,

c) Deneyle ilgili izin verecek yetkili kurullarda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının bulunması, Gerekir.

(4) Hasta olan insan üzerinde rıza olmaksızın tedavi amaçlı denemede bulunan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Ancak, bilinen tıbbî müdahale yöntemlerinin uygulanmasının sonuç vermeyeceğinin anlaşılması üzerine, kişi üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel yöntemlere uygun tedavi amaçlı deneme, ceza sorumluluğunu gerektirmez. Açıklanan rızanın, denemenin mahiyet ve sonuçları

*hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı olması ve tedavinin uzman hekim tarafından bir hastane ortamında yapılması gerekir.*

*(5) Birinci fıkra da tanımlanan suçun işlenmesi sonucunda mağdurun yaralanması veya ölmesi hâlinde, kasten yaralama veya kasten öldürme suçuna ilişkin hükümler uygulanır.*

*(6) Bu maddede tanımlanan suçların bir tüzel kişinin faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde, tüzel kişi hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur.*

### ***İşkence***

#### **MADDE 94.**

*(1) Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanması yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.*

*(2) Suçun;*

*a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,*

*b) Avukata veya diğer kamu görevlisine karşı görevi dolayısıyla,*

*İşlenmesi halinde, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.*

*(3) Fiilin cinsel yönden taciz şeklinde gerçekleşmesi halinde, on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.*

*(4) Bu suçun işlenişine iştirak eden diğer kişiler de kamu görevlisi gibi cezalandırılır.*

*(5) Bu suçun ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek cezada bu nedenle indirim yapılmaz.*

***Neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence***

***MADDE 95.***

***(1) İşkence fiilleri, mağdurun;***

*a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,*

*b) Konuşmasında sürekli zorluğa,*

*c) Yüzünde sabit ize,*

*d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,*

*e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,*

*Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, yarı oranında artırılır.*

***(2) İşkence fiilleri, mağdurun;***

*a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,*

*b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,*

*c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,*

*d) Yüzünün sürekli değişikliğine,*

*e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,*

*Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.*

***(3) İşkence fiillerinin vücutta kemik kırılmasına neden olması halinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.***

***(4) İşkence sonucunda ölüm meydana gelmişse, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.***

## ***Eziyet***

### **MADDE 96.**

*(1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.*

*(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;*

*a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,*

*b) Üstsoy veya altsoya, babalık veya analığa ya da eşe karşı,*

*İşlenmesi hâlinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur’’ (51).*

## **2.10. TCK’da Tanımlı Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirildiği Kılavuz**

Adli raporlar ve adli olgular çok yönlü değerlendirmeyi gerektiren, hata ya da eksiklerinin hekimi hukuki ve cezai sorumlulukların altına sokabildiği, muayene edilen kişi ya da sanığı mağdur edebildiği hekimlerin dikkatle yerine getirmeleri gerektiği görevlerindendir. Adli tıba dair sorunların çözülebilmesi için, ülkemizdeki hekimlerin ve aynı zamanda kısa süre sonra hekimlik mesleğine adım atacak hekim adaylarının da bu konudaki profillerinin ortaya konması açısından son derece önemlidir.

Yaralama suçlarının değerlendirilmesi için kılavuzlar hazırlanmış olup bu kılavuzlarda her türlü yaralanmanın tarifi yapılmış ve bunların hangilerinin basit tıbbi müdahale ile giderileceği hangilerinin yaşamı tehlikeye sokacağı belirtilmiştir (47,51,52). Hekimlerin adli olguları değerlendirirken bu kılavuzları kullanmaları hata ve eksikliklerin azaltılması açısından son derece önemlidir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmanın Etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Komitesi'nin 25.11.14 tarih ve 432 numara ile alınmıştır. Çalışma verileri 01.12.15-01.06.15 tarihleri arasında Diyarbakır ilinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde toplanmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmış olup çalışmaya dair bilgilendirmeyi takiben her bir katılımcıdan sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Çalışmanın evrenini Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ve Dicle Üniversitesi Hastanesinde uzmanlık eğitimi almakta olan doktorlar oluşturmakta olup; çalışmada örneklem olarak tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın evrenindeki uzmanlık eğitimi almakta olan doktor sayısı 337 iken, tıp fakültesi son sınıf öğrenci sayısı ise 115 idi. Çalışma kapsamında 175 asistan hekim ve 94 intörn doktor çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmada ulaşılan katılımcı sayısı ile çalışmanın gücü asistan hekimler için %95, intörn doktor grubu için ise >%95 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket formu sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı 8 ve adli raporlar konusunda bilgi, tutum ve düşüncelerin değerlendirildiği çoktan seçmeli 20 sorudan oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formundaki ilk 3 soru yaş, cinsiyet ve öğrenim durumunu (asistan hekim ya da intörn doktor olduğu) sorgularken geriye kalan bölüm asistan hekimlerin doldurmasına yönelik hazırlanmış olan mezuniyet yılı, mezun olunan üniversite, çalıştığı bölüm, kaçınıcı yıl asistanı olduğu, kaç yıldır aktif hekim olarak çalıştığının sorgulandığı 5 sorudan oluşmuştur.

Anket 9,10,13-21,23-25 numaralı soruların daha önce yapılmış bir çalışmadan alınarak (13); 11,12,22,26-28 numaralı sorular ise yeni hazırlanarak oluşturulmuştur. Anket formunda 9-27 numaralar arası çoktan seçmeli sorulara tek yanıtı olarak belirlenirken, 28 numaralı soru birden fazla seçeneğin işaretlenebileceği şekilde düzenlenmiştir. Anket formu asistan hekim ve intörn doktorlardan oluşan gönüllü 20 kişiye doldurulduktan sonra geri bildirimler doğrultusunda revize edilmiş ve son hali belirlenerek katılımcılara uygulanmıştır. Anket formları katılımcıların bizzat kendileri tarafından doldurulmuştur. Anket formları ekte sunulmuştur (Ek 1).

Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak çalışma evreninde ve gönüllü olmak belirlenmişken; evrenin dışında olmak ya da çalışma evreni içerisinde olup çalışmaya katılmaya gönülsüz olmak hariç tutulma kriteri olarak belirlenmiştir.

**İstatiksel Analiz:** Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 22.0 windows istatistik paket programı kullanılmıştır. Ölçümsel değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma (SD) ve medyan ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılması için Chi-kare testi analizi kullanılmıştır. Grupların karşılaştırmalarda  $p \leq 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın örneklemini oluşturan intörn doktor ve asistan hekimlerin anket sorularına verdikleri yanıtları ve karşılaştırmaları verilmiştir.

##### 4.1. Asistan Hekim ve İntörn Doktorların Demografik Özellikleri

Çalışmanın ulaşılması hedeflenen tüm evren 442 kişiden oluşmuş olup toplamda tüm evrenin %60.8'ine (n=269) ulaşılmıştır. Ulaşılması hedeflenen çalışma evreninde 115 intörn doktor ve 327 asistan hekim olup çalışmaya tüm intörn doktorların %81.7'si (n=94) ve tüm asistan hekimlerin %53.5'i (n=175) katılmıştır.

Çalışmada ulaşılan katılımcı sayısı ile çalışmanın gücü asistan hekimler için %95, intörn doktor grubu için ise >%95 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılanların 175'i (%65) asistan hekim, 94'ü (%35) ise intörn doktordur. İntörn doktorların yaş ortalamaları  $24.7 \pm 1.62$  idi. İntörn doktorların 65'i (%69.1) erkek olup 29'u (%30.9) kadın idi. Asistan hekimlerin yaş ortalamaları  $29.4 \pm 3.83$  idi. Asistan doktorların ise 120'si (%69) erkek olup 54'ü (%31) kadın idi. Asistan hekim ve intörn doktorların cinsiyete göre dağılımını gösteren tablo aşağıda gösterilmiştir (Tablo 1a).

**Tablo 1a.** Asistan Hekim ve İntörn Doktorların Cinsiyete Göre Dağılımları

|          |       | Asistan Hekim |     | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|----------|-------|---------------|-----|---------------|------|--------|------|
|          |       | n             | %   | n             | %    | n      | %    |
| Cinsiyet | Erkek | 120           | 69  | 65            | 69.1 | 185    | 68.7 |
|          | Kadın | 55            | 31  | 29            | 30.9 | 84     | 31.3 |
| Toplam   |       | 175           | 100 | 94            | 100  | 269    | 100  |

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %40.6'sı (n=71) birinci yıl asistanı iken, %14.3'ü (n=25) ikinci yıl, %17.7'si (n=31) üçüncü yıl, %23.4'ü (n=41) dördüncü yıl, %4'ü (n=7) beşinci yıl asistanıydı. Asistan hekimlerin ortalama asistanlık yılı  $2.36 \pm 1.32$  ve ortalama mezuniyet zamanı  $5.0 \pm 2.6$  yıl önce idi.

Asistan hekimlerin %71.6'sı 1-5 yıl, %23.1'i 6-10 yıldır aktif hekim olarak çalışırken %5.2'si 11-15 yıldır çalışıyordu. Ortalama aktif hekim olarak çalışma süresi  $4.5 \pm 2.9$  yıl idi.

Asistan hekimlerin çalıştıkları bölümlere bakılacak olduğunda %65.7'si (n=115) Dahili Bilimlere bağlı bir bölümde çalışırken, %30.9'u (n=54) Cerrahi Bilimlere, %3.4 (n=6) Temel Bilimlere bağlı bir bölümde çalışmaktaydı. Asistan hekimlerin asistanlık yılları, çalıştıkları bölüm, mezun oldukları üniversite ve aktif hekim olarak çalıştıkları yıl sayısını gösteren tanımlayıcı özellikleri Tablo 1b'de gösterilmiştir.

**Tablo 1b. Asistan Doktorların Tanımlayıcı Özellikleri**

|                                                 |                     | Sayı | Yüzde       |
|-------------------------------------------------|---------------------|------|-------------|
| <b>Asistanlık Yılı</b>                          | Birinci yıl         | 71   | <b>40.6</b> |
|                                                 | İkinci yıl          | 25   | 14.3        |
|                                                 | Üçüncü yıl          | 31   | 17.7        |
|                                                 | Dördüncü yıl        | 41   | 23.4        |
|                                                 | Beşinci yıl         | 7    | 4           |
| <b>Toplam</b>                                   |                     | 175  | 100         |
| <b>Çalıştığı Bölüm</b>                          | Dahili Bilim        | 115  | 65.7        |
|                                                 | Cerrahi Bilim       | 54   | 30.9        |
|                                                 | Temel Bilim         | 6    | 3.4         |
| <b>Toplam</b>                                   |                     | 175  | 100         |
| <b>Mezun olunan Üniversite</b>                  | Dicle Üniversitesi  | 69   | 39.4        |
|                                                 | Diğer Üniversiteler | 106  | 60.6        |
| <b>Toplam</b>                                   |                     | 175  | 100         |
| <b>Kaç Yıldır Aktif Doktor olarak Çalışıyor</b> | 1-5 yıl             | 124  | 71.6        |
|                                                 | 6-10 yıl            | 40   | 23.1        |
|                                                 | 11-15 yıl           | 9    | 5.2         |
| <b>Toplam</b>                                   |                     | 173  | 100         |

#### 4.2. Asistan Hekim ve İntörn Doktorların Bilgi, Tutum ve Düşüncelerinin Karşılaştırmalarına Dair Bulgular

Çalışmada katılımcılara tıp fakültesinde aldıkları adli tıp eğitimi nasıl değerlendirildikleri sorulmuş, asistan hekim ve intörn doktorların sırasıyla %1.1 ve %7.4'ü adli tıp eğitimi almadıklarını belirtirken, %68.4 ve %87.3'ü aldıkları pratik ve teorik eğitimi ayrı ayrı ya da her ikisini birden yetersiz olarak değerlendirmiştir. Katılımcılardan asistan hekimlerin %30.5'i aldıkları adli tıp eğitimi yeterli görürken intörn doktorların sadece %5.3'ü aldıkları eğitimi yeterli gördüğünü bildirmiştir (Tablo 2). Asistan hekim ve intörn doktorların adli tıp eğitimi değerlendirmeleri noktasında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 2.** Tıp Fakültesinde Aldığı Adli Tıp Eğitimi Değerlendirme Durumu

|                                                                         |                                    | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                                         |                                    | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| Tıp Fakültesinde Aldığınız Adli Tıp Eğitimi Nasıl Değerlendiriyorsunuz? | Adli Tıp Eğitimi Yoktu             | 2             | 1.1  | 7             | 7.4  | 9      | 3.4  |
|                                                                         | Pratik Eğitim Yetersizdi           | 44            | 25.3 | 30            | 31.9 | 74     | 27.6 |
|                                                                         | Teorik Eğitim Yetersizdi           | 3             | 1.7  | 2             | 2.1  | 5      | 1.9  |
|                                                                         | Pratik ve Teorik Eğitim Yetersizdi | 72            | 41.4 | 50            | 53.2 | 122    | 45.5 |
|                                                                         | Yeterliydi                         | 53            | 30.5 | 5             | 5.3  | 58     | 21.6 |
| Toplam                                                                  |                                    | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

$p<0.001$

Asistan hekimlere mezuniyet sonrası eğitim alıp almadıkları sorulmuş olup %89.7'si almadığını, %5.7'si bir kez, %4.6'sı ise birden fazla sayıda mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Mezuniyet Sonrası Eğitim Alma Durumu

|                                             |                   | Asistan Hekim |      |
|---------------------------------------------|-------------------|---------------|------|
|                                             |                   | n             | %    |
| <b>Mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?</b> | Evet, 1 kez       | 10            | 5.7  |
|                                             | Evet, 1'den fazla | 8             | 4.6  |
|                                             | Hayır             | 157           | 89.7 |
| <b>Toplam</b>                               |                   | 175           | 100  |

p&lt;0.001

Katılımcılara adli tıp konusunda kendilerini yeterli görüp görmedikleri sorulmuş; asistan hekim ve intörn doktorların sırasıyla %65.7 ve %88.3'ü yetersiz gördüğünü belirtirken asistan hekimlerin sadece %5.1'i yeterli olduğunu belirtmiş ancak kendini yeterli gören tek bir intörn doktor olmamıştır (Tablo 4). Her iki grup arasında adli tıp konusunda kendini yeterli görme noktasında verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001).

**Tablo 4.** Adli Tıp Konusunda Kendini Yeterli Görme Durumu

|                                                              |        | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|--------------------------------------------------------------|--------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                              |        | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Tıp Konusunda Kendinizi Yeterli Görüyor musunuz?</b> | Evet   | 9             | 5.1  | 0             | 0    | 9      | 3.3  |
|                                                              | Hayır  | 115           | 65.7 | 83            | 88.3 | 198    | 73.6 |
|                                                              | Kısmen | 51            | 29.1 | 11            | 11.7 | 62     | 23   |
| <b>Toplam</b>                                                |        | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p&lt;0.001

Çalışmada katılımcılara adli tıp eğitimi almayı isteyip istemedikleri sorulmuş tüm katılımcıların %68.8'i, asistan hekim ve intörn doktor ise sırasıyla %66.3, %73.4 oranlarında adli tıp eğitimi almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 5). Her iki grup arasında adli tıp eğitimi almak istemeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.144$ ).

**Tablo 5.** Adli Tıp Konusunda Eğitim Alma İstek Durumu

|                                                       |       | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|-------------------------------------------------------|-------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                       |       | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Tıp Konusunda Eğitim almak ister misiniz?</b> | Evet  | 116           | 66.3 | 69            | 73.4 | 185    | 68.8 |
|                                                       | Hayır | 59            | 33.7 | 25            | 26.6 | 84     | 31.2 |
| <b>Toplam</b>                                         |       | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

$p=0.144$

Katılımcılara verdiği adli raporlardaki hukuki sorumluluğu bilip bilmedikleri sorulmuş asistan hekimlerin %29.7'si hayır cevabını verirken intörn doktorların hayır cevap oranı %76.6 idi. Aynı soruya asistan hekimlerin %28'i intörn doktorların ise sadece %1.1'i evet cevabını vermiştir ( Tablo 6). Her iki grup karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 6.** Adli Raporlardaki Hukuki Sorumluluğu Bilme Durumu

|                                                                  |        | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|------------------------------------------------------------------|--------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                                  |        | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Raporlardaki Hukuki Sorumluluğunuzu Biliyor musunuz?</b> | Evet   | 49            | 28   | 1             | 1.1  | 50     | 18.6 |
|                                                                  | Hayır  | 52            | 29.7 | 72            | 76.6 | 124    | 46.1 |
|                                                                  | Kısmen | 74            | 42.3 | 21            | 22.3 | 95     | 35.3 |
| <b>Toplam</b>                                                    |        | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

$p<0.001$

Katılımcılardan asistan hekimlerin ve intörn doktorların sırasıyla %33.7 ve %73.4'ü verdiği adli raporların yargıdaki etkilerini bilmediğini, %22.3 ve %2.1'i bildiğini, %44 ve %24.5'i ise kısmen bildiğini söylemiştir (Tablo 7). Her iki grubun karşılaştırmasında adli raporların yargıdaki etkilerinin bilinme durumu noktasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 7.** Adli Raporların Yargılamadaki Etkinin Bilinme Durumu

|                                                              |        | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|--------------------------------------------------------------|--------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                              |        | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Raporların Yargıdaki Etkilerini Biliyor musunuz?</b> | Evet   | 39            | 22.3 | 2             | 2.1  | 41     | 15.2 |
|                                                              | Hayır  | 59            | 33.7 | 69            | 73.4 | 128    | 47.6 |
|                                                              | Kısmen | 77            | 44   | 23            | 24.5 | 100    | 37.2 |
| <b>Toplam</b>                                                |        | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

$p<0.001$

Ayrıca verdiği adli raporların yargıdaki etkilerini bilmek gerekli mi diye sorulduğunda asistan hekimlerin %92.6'sı, intörn doktorların ise %91.5'i soruya evet cevabını vermiştir (Tablo 8).

**Tablo 8.** Adli Raporların Yargıdaki Etkilerini Bilmek Gerekliği

|                                                                |       | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|----------------------------------------------------------------|-------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                                |       | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Raporların Yargıdaki Etkilerini Bilmek Gerekir mi?</b> | Evet  | 162           | 92.6 | 86            | 91.5 | 248    | 92.2 |
|                                                                | Hayır | 13            | 7.4  | 6             | 6.4  | 19     | 7.1  |
| <b>Toplam</b>                                                  |       | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

$p=0.148$

Katılımcıların muayeneleri veya verdikleri adli raporlar nedeniyle adliye davet edilip edilmedikleri sorgulanmış asistan hekimlerin %13.1'i bir kez, %5'i ise birden fazla defa; intörn hekimlerin ise %2.1'inin adliye davet edildiği öğrenildi(Tablo 9). İki grup arasında adliye davet edilme konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.002).

**Tablo 9.** Adli Muayene veya Rapor Nedeniyle Adliye Davet Durumu

|                                                                     |                   | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                                     |                   | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Muayene veya Rapor Nedeniyle Adliye Davet Edildiniz mi?</b> | Evet, 1 kez       | 23            | 13.1 | 2             | 2.1  | 25     | 9.3  |
|                                                                     | Evet, 1'den fazla | 5             | 2.9  | 0             | 0    | 5      | 1.9  |
|                                                                     | Hayır             | 147           | 84   | 92            | 97.9 | 239    | 88.8 |
| <b>Toplam</b>                                                       |                   | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p=0.002

Katılımcılara hastane polisinin adli olgulara yaklaşımının nasıl olduğu sorulmuş asistan hekimlerin sadece %8'i, intörn doktorların ise %11.7'si yaklaşımı yeterli bulmuştur (Tablo 10). İki grup karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.777).

**Tablo 10.** Hastane Polisi Adli Olay Yaklaşımı

|                                                             |                | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|-------------------------------------------------------------|----------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                             |                | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Sizce Hastane Polisinin Adli Olaya Yaklaşımı Nasıl ?</b> | Yetersiz       | 81            | 46.3 | 40            | 42.6 | 121    | 45   |
|                                                             | Kısmen yeterli | 73            | 41.7 | 39            | 41.5 | 112    | 41.6 |
|                                                             | Yeterli        | 14            | 8    | 11            | 11.7 | 25     | 9.3  |
|                                                             | Fikrim yok     | 7             | 4    | 4             | 4.3  | 11     | 4.1  |
| <b>Toplam</b>                                               |                | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p=0.777

Olgunun adli olması halinde fazladan tedirginlik hissettirme durumu sorgulandığında asistan hekim ve intörn doktorların sırasıyla %9.1 ve %8.6'sı nadiren hissettirdiğini ya da hissettirmedeğini söylerken; %62.2 ve %59.5'i her zaman ya da çoğu zaman hissettirdiğini belirtmiştir (Tablo 11). İki grup karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.399$ ).

**Tablo 11 : Olgunun Adli Olmasının Tedirginlik Hissettirme Durumu**

|                                                                   |            | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|-------------------------------------------------------------------|------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                                   |            | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Olgunun Adli Olması Fazladan Tedirginlik Hissettiriyor mu?</b> | Her zaman  | 37            | 21.1 | 27            | 28.7 | 63     | 23.4 |
|                                                                   | Çoğu zaman | 72            | 41.1 | 29            | 30.8 | 101    | 37.5 |
|                                                                   | Bazen      | 50            | 28.6 | 29            | 30.8 | 79     | 29.4 |
|                                                                   | Nadiren    | 9             | 5.1  | 4             | 4.2  | 13     | 4.8  |
|                                                                   | Hayır      | 7             | 4    | 5             | 4.4  | 12     | 4.5  |
| <b>Toplam</b>                                                     |            | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

$p=0.399$

Tüm katılımcılara bilimlerinde sadece adli olgularla ilgilenen bir hekim grubu oluşturulma fikri ortaya çıksaydı yaklaşımının ne olacağı sorulduğunda %53.5'i gerekli gördüğünü ancak katılmak istemeyeceğini, %34.6'sı ise gerekli göreceğini ve katılmayı isteyeceğini belirtmiştir (Tablo 12). İki grup karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0.116$ ).

**Tablo 12:** Sadece Adli Olgularla İlgilenen Hekim Fikri

|                                                    |                                 | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                    |                                 | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Sadece Adli Olgularla İlgilenen Hekim Fikri</b> | Gereklidir, ben de katılıyorum. | 54            | 30.9 | 39            | 41.5 | 93     | 34.6 |
|                                                    | Gereklidir, ama ben katılmam.   | 94            | 53.7 | 50            | 53.2 | 144    | 53.5 |
|                                                    | Gereksiz, ama katılıyorum.      | 9             | 5.1  | 2             | 2    | 11     | 4.1  |
|                                                    | Gereksiz, ben katılmam.         | 17            | 9.7  | 3             | 3.2  | 20     | 7.4  |
| <b>Toplam</b>                                      |                                 | 174           | 100  | 94            | 100  | 268    | 100  |

p=0.116

Çalışmada hayati tehlike ve iş görmezlik raporunun kim tarafından verilmesi gerektiği sorulmuş asistan hekim ve intörn doktorların %42.8'i ATU tarafından verilmesi gerektiğini bildirmişken %41.6'sı tedaviyi tamamlayan hekim tarafından verilmesi gerektiğini bildirmiştir (Tablo 13). İki grup karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.760).

**Tablo 13 : Hayati Tehlike ve İş görmezlik Raporunu Kim Vermeli**

|                                                            |                               | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                            |                               | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Hayati Tehlike ve İşgörmezlik Raporunu Kim Vermeli?</b> | Teşhise ulaşan ilk hekim (I)  | 19            | 10.9 | 13            | 13.8 | 32     | 11.9 |
|                                                            | Tedaviyi tamamlayan hekim(II) | 73            | 41.7 | 39            | 41.5 | 112    | 41.6 |
|                                                            | Adli Tıp Uzmanı(III)          | 75            | 42.9 | 40            | 42.6 | 115    | 42.8 |
|                                                            | I,II                          | 2             | 1.1  | 1             | 1.1  | 3      | 1.1  |
|                                                            | II, III                       | 4             | 2.3  | 0             | 0    | 4      | 1.5  |
|                                                            | I, II, III                    | 2             | 1.1  | 1             | 1.1  | 3      | 1.1  |
| <b>Toplam</b>                                              |                               | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p=0.760

Geçici Raporun geçerlilik süresi sorgulanmış, asistan hekimlerin %25.7'si, intörn doktorların ise %70.2'si geçici raporu ilk defa duyduğunu söylemiştir. Asistan hekimlerin %50.9'u intörn doktorların ise %17'si geçerlilik süresinin bir sonraki rapora kadar olduğunu belirtmiştir (Tablo 14). İki grubun sonuçlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Asistan hekimler göre alt gruplara ayrılıp geçici raporun geçerlilik sürelerine verdikleri yanıtlarına bakılarak değerlendirildiklerinde diğer üniversitelerden mezun olan, cerrahi bilimlerde çalışan, meslekte daha uzun süredir çalışmakta olan hekimlerin sorulara daha doğru yanıt verdikleri görülmüştür.

**Tablo 14:** Geçici raporun geçerlilik süresi

|                                              |                                                 | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                              |                                                 | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Geçici Rapor Geçerlilik Süresi Nedir?</b> | Cumhuriyet Savcılığına kadar                    | 15            | 8.6  | 0             | 0    | 15     | 5.6  |
|                                              | Mahkemeye kadar                                 | 7             | 4    | 2             | 2.1  | 9      | 3.3  |
|                                              | Dava sonuna kadar                               | 7             | 4    | 5             | 5.3  | 12     | 4.5  |
|                                              | Bir sonraki rapora kadar                        | 89            | 50.9 | 16            | 17   | 105    | 39   |
|                                              | Hatalı olduğu belirlenene kadar                 | 8             | 4.6  | 4             | 4.3  | 12     | 4.5  |
|                                              | Geçici raporu ilk defa duydum                   | 45            | 25.7 | 66            | 70.2 | 111    | 41.3 |
|                                              | Geçici raporu duydum ama ne olduğunu bilmiyorum | 4             | 2.3  | 1             | 1.1  | 5      | 1.9  |
| <b>Toplam</b>                                |                                                 | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p&lt;0.001

Katılımcıların %70.3'ünün adli rapor tutulması sırasında kullanılan hazır liste ve cetvellerden haberdar olmadığı, bu oranın asistan hekimlerle karşılaştırıldığında intörn doktorlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 15). Hazır liste ve cetvellerin kullanma durumu sorgulandığında ise asistan hekimlerin %74.9'unun bu liste ve cetvelleri hiç kullanmadığı görülmüştür (Tablo 16). Hazır liste ve cetvellerden haberdar olma ve kullanma açısından her iki grubun sonuçları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.001).

**Tablo 15:** Hazır Liste ve Cetvellerden Haberdar Olma Durumu

|                                          |        | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|------------------------------------------|--------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                          |        | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| Hazır liste ve Cetvellerden Haberdar mı? | Evet   | 31            | 17.7 | 8             | 8.5  | 39     | 14.5 |
|                                          | Hayır  | 109           | 62.3 | 80            | 85.1 | 189    | 70.3 |
|                                          | Kısmen | 35            | 20   | 6             | 6.4  | 41     | 15.2 |
| Toplam                                   |        | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p&lt;0.001

**Tablo 16:** Hazır Liste ve Cetvelleri Kullanma Durumu

|                                          |        | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|------------------------------------------|--------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                          |        | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| Hazır liste ve Cetvelleri Kullanıyor mu? | Evet   | 25            | 14.3 | 1             | 1.1  | 26     | 9.7  |
|                                          | Hayır  | 131           | 74.9 | 90            | 95.7 | 221    | 82.2 |
|                                          | Kısmen | 19            | 10.9 | 3             | 3.2  | 22     | 8.2  |
| Toplam                                   |        | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p&lt;0.001

Her ne kadar hazır liste ve cetvelleri haberdar olma ve kullanmama oranları yüksek olmuş olsa da tüm katılımcıların %79.6'sı bu cetvelleri gerekli gördüğünü bildirmiştir (Tablo 17). Hazır liste ve cetveller yeterliliği sorgulandığında ise asistan hekim ve intörn doktorların sırasıyla %60 ve %84'ü fikrinin olmadığını, %16.6 ve %6.4'ünün ise bu cetvelleri yetersiz gördüğü tespit edilmiştir (Tablo 18). Gruplar hazır liste ve cetvel kullanımı gerekliliği açısından karşılandığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiş olup (p=0.177), yeterlilik açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0.001).

**Tablo 17:** Hazır Liste ve Cetvellerin Gerekliliği

|                                             |            | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|---------------------------------------------|------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                             |            | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Hazır liste ve Cetveller Gerekli mi?</b> | Evet       | 138           | 78.9 | 76            | 80.9 | 214    | 79.6 |
|                                             | Hayır      | 26            | 14.9 | 8             | 8.5  | 34     | 12.6 |
|                                             | Fikrim yok | 11            | 6.3  | 10            | 10.6 | 21     | 7.8  |
| <b>Toplam</b>                               |            | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p=0.177

**Tablo 18:** Hazır Liste ve Cetvellerin Yeterliliği

|                                             |            | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |     | Toplam |      |
|---------------------------------------------|------------|---------------|------|---------------|-----|--------|------|
|                                             |            | n             | %    | n             | %   | n      | %    |
| <b>Hazır liste ve Cetveller Yeterli mi?</b> | Evet       | 41            | 23.4 | 9             | 9.6 | 50     | 18.6 |
|                                             | Hayır      | 29            | 16.6 | 6             | 6.4 | 35     | 13   |
|                                             | Fikrim yok | 105           | 60   | 79            | 84  | 184    | 68.4 |
| <b>Toplam</b>                               |            | 175           | 100  | 94            | 100 | 269    | 100  |

p&lt;0.001

Çalışmada komplikasyonların hayati tehlike kapsamına girip girmeyeceği sorulmuş, tüm katılımcıların %65.4'ü girdiğini belirtip %23'ü ise bir fikrinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 19). Asistan hekim ve intörn doktorların sonuçları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (p=0.763).

Asistan hekimler çalıştıkları bölüme, meslekte geçirdikleri yıl ve asistanlık yıllarına göre alt gruplara ayrılıp komplikasyonların hayati tehlike kapsamına girme durumu sorusuna yanıtlarına bakılarak değerlendirdiklerinde cerrahi bilimlerde çalışıkça, asistanlık yılı artıkça, meslekte çalışma süreleri uzadıkça hekimlerin sorulara doğru yanıt verme oranlarının arttığı görülmüştür.

**Tablo 19:** Komplikasyonlar Hayati Tehlike Kapsamına Girme Durumu

|                                                            |            | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|------------------------------------------------------------|------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                            |            | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Komplikasyonlar Hayati Tehlike Kapsamına Girer mi ?</b> | Evet       | 118           | 67.4 | 59            | 62.8 | 176    | 65.3 |
|                                                            | Hayır      | 18            | 10.2 | 12            | 12.8 | 30     | 11.5 |
|                                                            | Bilgim yok | 39            | 22.3 | 23            | 24.5 | 62     | 23.2 |
| <b>Toplam</b>                                              |            | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p=0.763

Hayati tehlikesi olan bir vakanın tedavi sonrası iyileşir ise hayati tehlikenin ortadan kalktığının ek olarak rapora yazılması gerekli midir diye sorulmuş tüm katılımcıların %60.6'sı yazılması gerektiğini söylerken %9.7'si yazılmaması gerektiğini söylemiş ve %29.7'si bilgisinin olmadığını belirtmiştir (Tablo 20). İki grubun sonuçları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (p=0.763).

Asistan hekimler alt gruplara ayrılıp hayati tehlike ortadan kalkarsa ek olarak yazılması gerekli mi sorusuna yanıtlarına bakılarak değerlendirdiklerinde diğer üniversitelerden mezun, cerrahi branşlarda çalışmakta olan, daha uzun süredir mesleğini icra eden hekimlerin hayır yanıtını vererek daha yüksek oranda doğru cevap verdikleri görülmüştür. Cerrahi bilimlerde çalıştıkça, asistanlık yılı arttıkça, meslekte çalışma süreleri uzadıkça hekimlerin sorulara doğru yanıt verme oranlarının da arttığı görülmüştür.

**Tablo 20:** Hayati Tehlike Ortadan Kalkarsa Ek Olarak Yazılma Gerekliliği

|                                                         |            | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|---------------------------------------------------------|------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                         |            | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| Hayati Tehlike Ortadan Kalkarsa Ek Olarak Yazılmalı mı? | Evet       | 100           | 57.1 | 63            | 67   | 163    | 60.6 |
|                                                         | Hayır      | 22            | 12.6 | 4             | 4.3  | 26     | 9.7  |
|                                                         | Bilgim yok | 53            | 30.3 | 27            | 28.7 | 80     | 29.7 |
| <b>Toplam</b>                                           |            | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p=0.067

Çalışma anketinin son sorusu olarak adli tıp konularında çözüm ne olmalıdır diye sorulmuş tüm katılımcıların %48'i asistan hekim ve intörn doktor sırasıyla %50.9 ve %42.6 oranlarında adli tıp uzman sayısının arttırılarak adli raporların adli tıp uzmanlarınca verilmesi fikrini desteklemiş ve yine tüm katılımcıların %12.6'sı adli tıp uzmanından görüş alınması gerektiğini belirtmiştir. Tüm katılımcıların %18.2'si mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi verilmeli derken, asistan hekimlerin %8.6 ve intörn doktorların %17'si mezuniyet öncesi adli tıp eğitiminin uzatılması gerektiğini vurgulamışlardır (Tablo 21). Adli tıba dair konularda çözüm arayışında gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.453).

**Tablo 21:** Adli Tıp Konularında Çözüm

|                                              |                                                                                     | Asistan Hekim |      | İntörn Doktor |      | Toplam |      |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                              |                                                                                     | n             | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Tıp konularında çözüm ne olmalı?</b> | Adli tıp uzmanı sayı arttırılmalı, adli raporlar adli tıp uzmanlarınca verilmeli(I) | 89            | 50.9 | 40            | 42.6 | 129    | 48   |
|                                              | Adli Tıp uzmanından görüş alınmalı(II)                                              | 20            | 11.4 | 14            | 14.9 | 34     | 12.6 |
|                                              | Mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi verilmeli(III)                                   | 31            | 17.7 | 18            | 19.1 | 49     | 18.2 |
|                                              | Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi uzatılmalı(IV)                                    | 15            | 8.6  | 16            | 17   | 31     | 11.5 |
|                                              | I,II                                                                                | 3             | 1.7  | 0             | 0    | 3      | 1.1  |
|                                              | I,III                                                                               | 3             | 1.7  | 1             | 1.1  | 4      | 1.5  |
|                                              | I,IV                                                                                | 1             | 0.6  | 1             | 1.1  | 2      | 0.7  |
|                                              | II, III                                                                             | 3             | 1.7  | 2             | 2.1  | 5      | 1.9  |
|                                              | III, IV                                                                             | 3             | 1.7  | 0             | 0    | 3      | 1.1  |
|                                              | I, II, III                                                                          | 2             | 1.1  | 1             | 1.1  | 3      | 1.1  |
|                                              | I, II, III, IV                                                                      | 5             | 2.9  | 1             | 1.1  | 6      | 2.2  |
| <b>Toplam</b>                                |                                                                                     | 175           | 100  | 94            | 100  | 269    | 100  |

p=0.453

### **4.3. Asistan Hekimlerin Kendi İçlerinde Karşılaştırıldıkları Bulgular**

Bu bölümde asistan hekimler gruplara ayrılarak asistan hekimlerin sonuçları kendi içlerinde karşılaştırılmıştır. Çalıştıkları bilime, tıp fakültesinden mezun oldukları üniversiteye, meslekte geçirdikleri yıl sayısı ile anket formunda bilgi, tutum ve düşüncelerinin sorgulandığı 9-28 numaralar arasındaki sorulara verdikleri yanıtlar arasındaki ilişkilere bakılmıştır.

#### **4.3.1. Dahili ve Cerrahi Bilimlerde Çalışan Asistan Hekimlerin Karşılaştırıldığı Bulgular**

Bu bölümde dahili ve cerrahi bilimlerde çalışmakta olan asistan hekimlerin sonuçları ile anket formunda bilgi, tutum ve düşüncenin değerlendirildiği sorulara verdikleri yanıtlara göre karşılaştırılmıştır. Temel bilimlerde çalışan asistan hekim sayısı az olduğu ( $n=6$ , %3.6) ve adli raporlar daha çok dahili ve cerrahi bilimlerde yazıldığı için karşılaştırmalar bu iki grup arasında yapılmıştır.

Asistan hekimlerin tıp fakültesinde aldığı adli tıp eğitimini değerlendirme ( $p=0.725$ ), mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi alma ( $p=0.426$ ), adli tıp konusunda kendini yeterli görme ( $p=0.541$ ), adli tıp konusunda eğitim alma isteme ( $p=0.784$ ), hastane polis adli olay yaklaşımını değerlendirme ( $p=0.055$ ), olgunun adli olmasının tedirginlik hissettirme ( $p=0.558$ ), hazır liste ve cetvellerden haberdar olma ( $p=0.420$ ), hazır liste ve cetvelleri kullanma durumlarına bakıldığında ( $p=0.976$ ) cerrahi ve dahili bilim sonuçlarına göre karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır. Yine aynı şekilde sadece adli raporların yargıdaki etkilerini bilmek gerekliliği ( $p=0.182$ ), adli olgularla ilgilenen hekim fikri ( $p=0.187$ ), geçici raporun geçerlilik süresi ( $p=0.132$ ), hazır liste ve cetvellerin gerekliliği ( $p=0.687$ ), hazır liste ve cetvellerin yeterliliği ( $p=0.682$ ), komplikasyonlar hayati tehlike kapsamına girme durumu ( $p=0.364$ ) ve adli tıp konularında çözümün ne olması gerektiği ( $p=0.183$ ) sorgulandığında cerrahi ve dahili bilim sonuçlarına göre karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır.

Çalışmada dahili bilimlerde çalışmakta olan hekimler cerrahi bilimlerde çalışanlara göre adli raporlardaki hukuki sorumluluklarını daha az bildiklerini belirtmişlerdir. Cerrahi bilimlerde çalışmakta olan asistanların %83.4'ü hukuki sorumluluğunu bildiğini ya da kısmen bildiğini ifade etmişken bu oranın dahili bilimlerde %62.5 olduğu görülmüştür (Tablo 22). Adli raporlardaki hukuki sorumluluğu bilme durumunun çalışılan bölüme göre karşılaştırmasında cerrahi ve dahili bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.022$ ).

**Tablo 22.** Adli Raporlardaki Hukuki Sorumluluğu Bilme Durumunun Çalışılan Bölüme Göre Karşılaştırması

|                                                                |        | Dahili Bilim |      | Cerrahi Bilim |      | Toplam |      |
|----------------------------------------------------------------|--------|--------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                                |        | n            | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Raporlardaki Hukuki Sorumluluğunu Biliyor musunuz?</b> | Evet   | 30           | 26.1 | 17            | 31.5 | 47     | 27.8 |
|                                                                | Hayır  | 43           | 37.4 | 9             | 16.7 | 52     | 30.8 |
|                                                                | Kısmen | 42           | 36.5 | 28            | 51.9 | 70     | 41.4 |
| <b>Toplam</b>                                                  |        | 115          | 100  | 54            | 100  | 169    | 100  |

$p=0.022$

Asistan hekimlere adli raporların yargıdaki etkilerinin bilinip bilinmediği sorulmuş cerrahi bilim hekimlerinin %22.2'si dahili bilim hekimlerinin ise %10.9'u bilmediğini belirtmiştir (Tablo 23). Adli raporlardaki yargılamadaki etkisinin bilinme durumunun çalışılan bölüme göre karşılaştırmasında cerrahi ve dahili bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.034$ ).

**Tablo 23.** Adli Raporların Yargılamadaki Etkinin Bilinme Durumunun Çalışılan Bölüme Göre Karşılaştırması

|                                                              |        | Dahili Bilim |      | Cerrahi Bilim |      | Toplam |      |
|--------------------------------------------------------------|--------|--------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                              |        | n            | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli Raporların Yargıdaki Etkilerini Biliyor musunuz?</b> | Evet   | 26           | 22.6 | 12            | 22.2 | 38     | 22.5 |
|                                                              | Hayır  | 47           | 10.9 | 12            | 22.2 | 59     | 34.9 |
|                                                              | Kısmen | 42           | 36.5 | 30            | 55.6 | 72     | 42.6 |
| <b>Toplam</b>                                                |        | 115          | 100  | 54            | 100  | 169    | 100  |

p=0.034

Asistan hekimlere adli muayene veya adli rapor nedeniyle adliyeye davet edilip edilmedikleri sorulmuş, cerrahi bilimlerde çalışmakta olan hekimlerin %27.8 dahili bilimlerde çalışanların %11.3 oranında en az bir kez adliyeye davet edildikleri öğrenilmiştir (Tablo 24). Adli muayene veya rapor nedeniyle adliyeye davet durumunun çalışılan bölüme göre karşılaştırmasında cerrahi ve dahili bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.006).

**Tablo 24.** Adli Muayene veya Adli Rapor Nedeniyle Adliyeye Davet Durumunun Çalışılan Bölüme Göre Karşılaştırması

|                                                                    |                   | Dahili Bilim |      | Cerrahi Bilim |      | Toplam |      |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------|------|---------------|------|--------|------|
|                                                                    |                   | n            | %    | n             | %    | n      | %    |
| <b>Adli muayene veya rapor nedeniyle adliyeye davet edildi mi?</b> | Hayır             | 102          | 88.7 | 39            | 72.2 | 141    | 83.4 |
|                                                                    | Evet, 1 kez       | 9            | 7.8  | 14            | 25.9 | 23     | 13.6 |
|                                                                    | Evet, 1'den fazla | 4            | 3.5  | 1             | 1.9  | 5      | 3    |
| <b>Toplam</b>                                                      |                   | 115          | 100  | 54            | 100  | 169    | 100  |

p=0.006

Çalışmaya katılan cerrahi bilim hekimlerinin %50'si hayati tehlike ve iş görmezlik raporunu tedaviyi tamamlayan hekimin vermesi gerektiğini belirtirken %37'si ise adli tıp uzmanı tarafından verilmesi gerektiğini söylemiştir. Dahili bilim hekimlerinin ise %44.3'ü adli tıp uzmanları tarafından verilmesi gerektiğini söylerken %39.1'i tedaviyi tamamlayan hekim şeklinde cevap vermiştir (Tablo 25). Hayati tehlike ve iş görmezlik raporunu kimin vermesi gerektiği cevabının çalışılan bölüme göre karşılaştırmasında cerrahi ve dahili bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.045$ ).

**Tablo 25:** Hayati Tehlike ve İş görmezlik Raporunu Kim Vermeli Sorusunun Çalışılan Bölüme Göre Karşılaştırması

|                                                             |                               | Dahili Bilim |      | Cerrahi Bilim |     | Toplam |      |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------|------|---------------|-----|--------|------|
|                                                             |                               | n            | %    | n             | %   | n      | %    |
| <b>Hayati Tehlike ve İş görmezlik Raporunu Kim Vermeli?</b> | Teşhise ulaşan ilk hekim (I)  | 17           | 14.8 | 2             | 3.7 | 19     | 11.2 |
|                                                             | Tedaviyi tamamlayan hekim(II) | 45           | 39.1 | 27            | 50  | 72     | 42.6 |
|                                                             | Adli Tıp Uzmanı(III)          | 51           | 44.3 | 20            | 37  | 71     | 42   |
|                                                             | I, II                         | 1            | 0.9  | 1             | 1.9 | 2      | 1.2  |
|                                                             | II, III                       | 1            | 0.9  | 3             | 5.6 | 4      | 2.4  |
|                                                             | I, II, III                    | 0            | 0    | 1             | 1.9 | 1      | 0.6  |
| <b>Toplam</b>                                               |                               | 115          | 100  | 54            | 100 | 169    | 100  |

$p=0.045$

Cerrahi bilim hekimlerinin %20.4'ü hayati tehlike ortadan kalkarsa ek olarak yazılmasına gerek olmadığını belirtirken dahili bilim hekimlerinin %9.6'sı gerek olmadığını belirtmiştir. Ek olarak yazılması gerektiğini belirten kişi oranları dahili bilim için %56.5 cerrahi bilim için %61.1'dir (Tablo 26). Hayati tehlike ortadan

kalkarsa ek olarak yazılma gerekliliği yanıtının çalışılan bölüme göre karşılaştırmasında cerrahi ve dahili bilimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.040$ ).

**Tablo 26:** Hayati Tehlike Ortadan Kalkarsa Ek Olarak Yazılma Gerekliliğinin Çalışılan Bölüme Göre Karşılaştırması

|                                                                |            | Dahili Bilim |      | Cerrahi Bilim |      | Toplam |     |
|----------------------------------------------------------------|------------|--------------|------|---------------|------|--------|-----|
|                                                                |            | n            | %    | n             | %    | n      | %   |
| <b>Hayati Tehlike Ortadan Kalkarsa Ek Olarak Yazılmalı mı?</b> | Evet       | 65           | 56.5 | 33            | 61.1 | 98     | 58  |
|                                                                | Hayır      | 11           | 9.6  | 11            | 20.4 | 22     | 13  |
|                                                                | Bilgim yok | 39           | 33.9 | 10            | 18.5 | 49     | 29  |
| <b>Toplam</b>                                                  |            | 115          | 100  | 54            | 100  | 169    | 100 |

$p=0.040$

#### 4.3.2. Mezun Olunan Üniversiteye Göre Asistan Hekimlerin Karşılaştırıldığı Bulgular

Bu bölümde asistan hekimler mezun oldukları üniversiteye göre Dicle Üniversitesi ve diğer üniversite diye iki gruba ayrılmış ve bu gruplardan sonuçlar ile anket formunda bilgi, tutum ve düşüncenin değerlendirildiği sorulara verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır.

Asistan hekimlerin mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi alma ( $p=0.778$ ), adli tıp konusunda eğitim alma isteme ( $p=0.459$ ), adli raporların hukuki sorumluluğunu bilme ( $p=0.573$ ), adli raporların yargıdaki etkilerini bilme ( $p=0.202$ ), adliye davet edilme ( $p=0.579$ ), hastane polis adli olay yaklaşımını değerlendirme ( $p=0.985$ ), hayati tehlike ve iş görmezlik konusunda raporu kimi vermesi gerektiği ( $p=0.082$ ), hazır liste ve cetvellerden haberdar olma ( $p=0.252$ ), hazır liste ve cetvelleri kullanma durumlarına ( $p=0.411$ ) bakıldığında cerrahi ve dahili bilim sonuçlarına göre karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır. Yine aynı şekilde sadece adli raporların yargıdaki etkilerini bilmek gerekliliği ( $p=0.606$ ), adli olgularla ilgilenen hekim fikri ( $p=0.568$ ), geçici raporun geçerlilik süresi ( $p=0.602$ ), hazır liste ve

cetvellerin gerekliliği (p=0.151), hazır liste ve cetvellerin yeterliliği (p=0.311), komplikasyonlar hayati tehlike kapsamına girme durumu (p=0.622) ve hayati tehlike ortadan kalkarsa ek olarak yazılmalı mı (p=0.056) noktaları sorgulandığında mezun olunan üniversite ile karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin 69'u (%39.4) Dicle Üniversitesi'nden mezunken 106'sı (%60.6) diğer üniversitelerden mezundu. Dicle Üniversitesi'nden mezun asistan hekimlerin %66.7'si tıp fakültesinde aldıkları teorik ve pratik eğitimi yetersiz bulurken, diğer üniversitelerden mezun olan asistanlarda bu oran %24.8 belirgin olarak daha düşük bulunmuştur. Diğer üniversitelerden mezun olan asistan hekimlerin %47.6'sı aldıkları adli tıp eğitimini yeterli olarak yorumlarken Dicle Üniversitesi mezunlarının sadece %4.3'ü aldıkları eğitimi yeterli olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 27). Tıp fakültesinde alınan adli tıp eğitiminin değerlendirilme durumlarıyla mezun olunan üniversite arasında ki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

**Tablo 27.** Tıp Fakültesinde Aldığı Adli Tıp Eğitimi Değerlendirme Durumunun Mezun Olunan Üniversite ile Karşılaştırması

|                                                                               |                                    | Dicle Üniversitesi |      | Diğer Üniversite |      | Toplam |      |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|------|------------------|------|--------|------|
|                                                                               |                                    | n                  | %    | n                | %    | n      | %    |
| <b>Tıp Fakültesinde Aldığı Adli Tıp Eğitimini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?</b> | Adli Tıp Eğitimi Yoktu             | 1                  | 1.4  | 1                | 1    | 2      | 1.1  |
|                                                                               | Pratik Eğitim Yetersizdi           | 18                 | 26.1 | 26               | 24.8 | 4      | 25.3 |
|                                                                               | Teorik Eğitim Yetersizdi           | 1                  | 1.4  | 2                | 1.9  | 3      | 1.7  |
|                                                                               | Pratik ve Teorik Eğitim Yetersizdi | 46                 | 66.7 | 26               | 24.8 | 72     | 41.4 |
|                                                                               | Yeterliydi                         | 3                  | 4.3  | 50               | 47.6 | 53     | 30.5 |
| <b>Toplam</b>                                                                 |                                    | 69                 | 100  | 105              | 100  | 174    | 100  |

p<0.001

Diğer Üniversitelerden mezun asistan hekimlerin %53.8'i kendilerini adli tıp konusunda yetersiz görürken bu oran Dicle Üniversitesi'nden mezun hekimlerde %84.1 daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 28). Adli tıp konusunda kendini asistan hekimlerin nasıl gördükleri durumlarıyla mezun olunan üniversite arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 28.** Adli Tıp Konusunda Kendini Yeterli Görme Durumunun Mezun Olunan Üniversite ile Karşılaştırması

|                                                            |        | Dicle Üniversitesi |      | Diğer Üniversite |      | Toplam |      |
|------------------------------------------------------------|--------|--------------------|------|------------------|------|--------|------|
|                                                            |        | n                  | %    | n                | %    | n      | %    |
| <b>Adli Tıp Konusunda Kendini Yeterli Görüyor musunuz?</b> | Evet   | 5                  | 7.2  | 4                | 3.8  | 9      | 5.1  |
|                                                            | Hayır  | 58                 | 84.1 | 57               | 53.8 | 115    | 65.7 |
|                                                            | Kısmen | 6                  | 8.7  | 45               | 42.5 | 51     | 29.1 |
| <b>Toplam</b>                                              |        | 69                 | 100  | 106              | 100  | 175    | 100  |

$p<0.001$

Dicle Üniversitesi'nden mezun asistan hekimlerin %31.9'u olgunun adli olmasının her zaman ve %29'u çoğu zaman fazladan tedirginlik oluşturduğunu belirtirken bu oran diğer üniversitelerden mezun hekimlerde sırasıyla %14.2 ve %49.1 idi. Adli olgunun hiç tedirginlik hissettirmeme yüzdeleri Dicle Üniversitesi mezunu asistan hekimleri için %4.3 ve diğer üniversite mezunları içinse %3.8 idi (Tablo 29). Mezun olunan üniversite ile adli olgunun tedirginlik hissettirme durumu ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.031$ ).

**Tablo 29:** Olgunun Adli Olmasının Fazladan Tedirginlik Hissettirme Durumunun Mezun Olunan Üniversite ile Karşılaştırması

|                                                                   |            | Dicle Üniversitesi |      | Diğer Üniversite |      | Toplam |      |
|-------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|------|------------------|------|--------|------|
|                                                                   |            | n                  | %    | n                | %    | n      | %    |
| <b>Olgunun adli olması fazladan tedirginlik hissettiriyor mu?</b> | Her zaman  | 22                 | 31.9 | 15               | 14.2 | 37     | 21.1 |
|                                                                   | Çoğu zaman | 20                 | 29   | 52               | 49.1 | 72     | 41.1 |
|                                                                   | Bazen      | 21                 | 30.4 | 29               | 27.4 | 50     | 28.6 |
|                                                                   | Nadiren    | 3                  | 4.3  | 6                | 5.7  | 6      | 5.1  |
|                                                                   | Hayır      | 3                  | 4.3  | 4                | 3.8  | 7      | 4    |
| <b>Toplam</b>                                                     |            | 69                 | 100  | 106              | 100  | 175    | 100  |

p=0.031

Çalışmaya katılan asistan hekimlere adli tıp konularında çözüm ne olmalıdır diye sorulmuş, cevap olarak yüksek oranlarda adli tıp uzman sayısının artırılması ve bu raporların adli tıp uzmanlarınca verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu oranlar Dicle Üniversitesi mezunları için %56.5 iken diğer üniversite mezunları için %47.2 idi. Diğer üniversite mezunlarının %15.1'i Dicle Üniversitesi mezunlarının ise %5.8'i adli tıp uzmanından görüş alınması gerektiğini belirtmiştir. Diğer üniversite mezunları (%23.6) Dicle Üniversitesi mezunlarına (%8.7) kıyasla daha yüksek oranda mezuniyet sonrası eğitim verilmesi gerektiğini söylemiştir. Mezuniyet öncesi eğitim verilmesi gerektiğini söyleyen kişilerin oranı Dicle Üniversitesi mezunlarında (%13) diğer üniversite mezunlarına (%5.7) kıyasla daha yüksektir (Tablo 30). Mezun olunan üniversite ile adli tıp konularında seçilen çözümler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.020).

**Tablo.30:** Adli Tıp Konularında Çözümünün Gerektiğinin Mezun Olunan Üniversite ile Karşılaştırması

|                                    |                                                                                     | Dicle Üniversitesi |      | Diğer Üniversite |      | Toplam |      |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------|------------------|------|--------|------|
|                                    |                                                                                     | n                  | %    | n                | %    | n      | %    |
| Adli Tıp konularında çözüm olmalı? | Adli tıp uzmanı sayı arttırılmalı, adli raporlar adli tıp uzmanlarınca verilmeli(I) | 39                 | 56.5 | 50               | 47.2 | 89     | 50.9 |
|                                    | Adli Tıp uzmanından görüş alınmalı(II)                                              | 4                  | 5.8  | 16               | 15.1 | 20     | 11.4 |
|                                    | Mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi verilmeli(III)                                   | 6                  | 8.7  | 25               | 23.6 | 31     | 17.7 |
|                                    | Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi uzatılmalı(IV)                                    | 9                  | 13   | 6                | 5.7  | 15     | 8.6  |
|                                    | I, II                                                                               | 2                  | 2.9  | 1                | 0.9  | 3      | 1.7  |
|                                    | I, III                                                                              | 2                  | 2.9  | 1                | 0.9  | 3      | 1.7  |
|                                    | I, IV                                                                               | 0                  | 0    | 1                | 0.9  | 1      | 0.6  |
|                                    | II, III                                                                             | 2                  | 2.9  | 1                | 0.9  | 3      | 1.7  |
|                                    | III, IV                                                                             | 0                  | 0    | 3                | 2.8  | 3      | 1.7  |
|                                    | I, II, III                                                                          | 2                  | 2.9  | 0                | 0    | 2      | 1.1  |
|                                    | I, II, III, IV                                                                      | 3                  | 4.3  | 2                | 1.9  | 5      | 2.9  |
| Toplam                             |                                                                                     | 69                 | 100  | 106              | 100  | 175    | 100  |

p=0.020

#### 4.3.3. Asistanlık Yılına Göre Asistan Hekimlerin Karşılaştırıldığı Bulgular

Bu bölümde asistan hekimler asistanlık yıl sayılarına göre beş gruba ayrılmış ve bu grupların sonuçları ile anket formunda bilgi, tutum ve düşüncenin değerlendirildiği sorulara verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır.

Asistan hekimlerin tıp fakültesinde aldığı eğitimi değerlendirme ( $p=0.882$ ), mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi alma ( $p=0.473$ ), adli tıp konusunda kendini yeterli görme ( $p=0.124$ ), adli tıp konusunda eğitim alma isteme ( $p=0.241$ ), adli raporların hukuki sorumluluğunu bilme ( $p=0.492$ ), adli raporların yargıdaki etkilerini bilme ( $p=0.620$ ), adliyeye davet edilme ( $p=0.581$ ), hastane polisinin adli olay yaklaşımını değerlendirme ( $p=0.121$ ), hazır liste ve cetvellerden haberdar olma ( $p=0.543$ ), hazır liste ve cetvelleri kullanma durumlarına bakıldığında ( $p=0.348$ ) meslekte geçirilen yılın cevaplarla karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır.

Ayrıca adli raporların yargıdaki etkilerini bilmek gerekliliği ( $p=0.990$ ), adli olgularla ilgilenen hekim fikri ( $p=0.897$ ), hayati tehlike ve iş görmezlik konusunda raporu kimin vermesi gerektiği ( $p=0.516$ ), geçici raporun geçerlilik süresi ( $p=0.884$ ), hazır liste ve cetvellerin yeterliliği ( $p=0.531$ ), adli tıp konusunda çözümler ( $p=0.288$ ) ve hayati tehlike ortadan kalkarsa ek olarak yazılmalı mı ( $p=0.918$ ) noktaları sorgulandığında meslekte geçirilen yıl ile karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır.

Olgunun adli olmasının fazladan tedirginlik hissettirme durumu sorgulandığında asistanların %90.8'inin tedirginlik hissettiği görülürken bu durumun asistanlık yılı ile değişkenlik gösteriyor olup asistanlıkta geçirilen yıl arttıkça genel olarak azaldığı görülmüştür. Asistan hekimlerin olgunun adli oluşuna göre tedirginlik hissetme durumları ile asistanlık yılları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0.017$ ).

**Tablo 31:** Olgunun Adli Olmasının Yarattığı Tedirginliğin Asistanlık Yılı ile Karşılaştırılması

|               |                      | Birinci Yıl |      | İkinci Yıl |      | Üçüncü Yıl |      | Dördüncü Yıl |      | Beşinci Yıl |      | Toplam |     |
|---------------|----------------------|-------------|------|------------|------|------------|------|--------------|------|-------------|------|--------|-----|
|               |                      | n           | %    | n          | %    | n          | %    | n            | %    | n           | %    | n      | %   |
|               | Evet, her zaman      | 10          | 27   | 11         | 29.7 | 8          | 21.6 | 6            | 16.2 | 2           | 5.4  | 37     | 100 |
|               | Evet, çoğu zaman     | 29          | 40.3 | 5          | 6.9  | 18         | 25   | 18           | 25   | 2           | 2.8  | 72     | 100 |
|               | Evet, bazen          | 26          | 52   | 8          | 16   | 5          | 10   | 9            | 18   | 2           | 4    | 50     | 100 |
|               | Nadiren              | 4           | 44.4 | 0          | 0    | 0          | 0    | 5            | 55.6 | 0           | 0    | 9      | 100 |
|               | Hayır, hissetirmiyor | 2           | 28.6 | 1          | 14.3 | 0          | 0    | 3            | 42.9 | 1           | 14.3 | 7      | 100 |
| <b>Toplam</b> |                      | 71          | 40.6 | 25         | 14.3 | 31         | 17.7 | 41           | 23.4 | 7           | 4    | 175    | 100 |

p=0.017

#### 4.3.4. Meslekte Geçirilen Yıl Sayısına Göre Asistan Hekimlerin Karşılaştırıldığı Bulgular

Bu bölümde asistan hekimler meslekte geçirdikleri yıl sayısına göre üç gruba ayrılmış (1-5 yıl, 6-10 yıl, 11 yıl üstü) ve bu gruplardan sonuçlar ile anket formunda bilgi, tutum ve düşüncenin değerlendirildiği sorulara verdikleri yanıtlar karşılaştırılmıştır.

Asistan hekimlerin tıp fakültesinde aldığı eğitimi değerlendirme (p=0.821), mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi alma (p=0.246), adli tıp konusunda kendini yeterli görme (p=0.378), adli tıp konusunda eğitim alma isteme (p=0.967), adli raporların

hukuki sorumluluğunu bilme ( $p=0.245$ ), adli raporların yargıdaki etkilerini bilme ( $p=0.888$ ), adliye davet edilme ( $p=0.309$ ), hastane polisinin adli olay yaklaşımını değerlendirme ( $p=0.942$ ), olgunun adli olmasının fazladan tedirginlik hissettirme ( $p=0.931$ ), hazır liste ve cetvellerden haberdar olma ( $p=0.649$ ), hazır liste ve cetvelleri kullanma durumlarına ( $p=0.239$ ) bakıldığında meslekte geçirilen yılın cevaplarla karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır.

Sadece adli raporların yargıdaki etkilerini bilmek gerekliliği ( $p=0.101$ ), adli olgularla ilgilenen hekim fikri ( $p=0.690$ ), hayati tehlike ve iş görmezlik raporunu kimin vermesi gerektiği ( $p=0.392$ ), geçici raporun geçerlilik süresi ( $p=0.494$ ), hazır liste ve cetvellerin gerekliliği ( $p=0.681$ ), hazır liste ve cetvellerin yeterliliği ( $p=0.805$ ), hayati tehlike ortadan kalkarsa ek olarak yazılmalı mı ( $p=0.681$ ) ve adli tıp konusunda çözüm noktaları sorgulandığında ( $p=0.308$ ) meslekte geçirilen yıl ile karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır.

Asistan hekimlerin yaklaşık %71.6'sı 1-5 yıl arasında, %23.1'i 6-10 yıl arasında, %5.2'si ise 11 yılın üzerinde meslekte aktif olarak çalışmıştır. Meslekte geçirilen yıl azaldıkça hazır liste ve cetvellerin gerekli görülme oranları artmıştır. Meslekte 11 yıl ve üzerinde zaman geçirenlerin ise diğer gruplara göre daha yüksek oranda 'fikrim yok' cevabını verdikleri görülmüştür (Tablo 31). Meslekte geçirilen yıl sayısı ile hazır liste ve cetvellerin gerekli görülmesi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0.021$ ).

**Tablo 32:** Hazır Liste ve Cetvellerin Gereklilik Durumunun Meslekte Geçirilen Yıl Sayısı ile Karşılaştırılması

|                                             |            | 1-5 yıl |      | 6-10 yıl |      | 11 yıl ve üzeri |      | Toplam |      |
|---------------------------------------------|------------|---------|------|----------|------|-----------------|------|--------|------|
|                                             |            | n       | %    | n        | %    | n               | %    | n      | %    |
| <b>Hazır liste ve Cetveller Gerekli mi?</b> | Evet       | 103     | 83.1 | 30       | 75   | 4               | 44.4 | 137    | 79.2 |
|                                             | Hayır      | 13      | 10.5 | 9        | 22.5 | 3               | 33.3 | 25     | 14.5 |
|                                             | Fikrim yok | 8       | 6.5  | 1        | 2.5  | 2               | 22.2 | 11     | 6.4  |
| <b>Toplam</b>                               |            | 124     | 100  | 40       | 100  | 9               | 100  | 173    | 100  |

$p=0.021$

Komplikasyonların hayati tehlike kapsamına girip girmediği sorgulandığında her üç grupta da oranların yüksek olduğu görülmüştür (%67.7, %67.5, %66.7). Asistan hekimlerin meslekte geçirdiği zaman azaldıkça komplikasyonların hayati tehlike kapsamına girmesini daha yüksek oranda bilmedikleri görülmüştür (Tablo 32). Meslekte geçirilen yıl sayısı ile komplikasyonların hayati tehlike kapsamına girme durumunun bilinme durumunun karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p=0.017$ ).

**Tablo 33:** Komplikasyonlar Hayati Tehlike Kapsamına Girme Durumunun Meslekte Geçirilen Yıl Sayısı ile Karşılaştırılması

|                                                            |            | 1-5 yıl |      | 6-10 yıl |      | 11 yıl ve üzeri |      | Toplam |      |
|------------------------------------------------------------|------------|---------|------|----------|------|-----------------|------|--------|------|
|                                                            |            | n       | %    | n        | %    | n               | %    | n      | %    |
| <b>Komplikasyonlar Hayati Tehlike Kapsamına Girer mi ?</b> | Evet       | 84      | 67.7 | 27       | 67.5 | 6               | 66.7 | 117    | 67.6 |
|                                                            | Hayır      | 8       | 6.5  | 7        | 17.5 | 3               | 33.3 | 18     | 10.4 |
|                                                            | Bilgim yok | 32      | 25.8 | 6        | 15   | 0               | 0    | 38     | 22   |
| <b>Toplam</b>                                              |            | 124     | 100  | 40       | 100  | 9               | 100  | 173    | 100  |

$p=0.017$

## 5. TARTIŞMA

Üniversitemizde uzmanlık eğitimi ve tıp eğitimlerini almakta olan asistan hekim ve intörn doktorlar arasında yapmış olduğumuz bu çalışmada, her iki gruptaki doktorlarımızın mezuniyet öncesi aldıkları adli tıp eğitimini ve adli tıp konusunda kendilerini yetersiz gördükleri, adli olguların sebep olduğu hukuki sorumluluğu ve yargıya etkileri bilmedikleri, adli rapor yazımı ile ilgili yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Adli raporlarda belirtilen hususlara göre karşı tarafın yargılanacağı mahkeme türünün, gözaltına alınıp alınmayacağının ve kişinin alacağı cezanın belirleneceği düşünüldüğünde bu raporların son derece önemli olduğu görülmektedir (12). Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi adli raporlarda yer alan temel kavramların tıbbi ve hukuki açıdan hekimler tarafından yeterince anlaşılmadığı, hekimlerin yetki ve sorumluluklarını bilmedikleri gösterilmiştir (4,20). Hekimler, yoğun iş yoğunluğu ya da eğitim eksikliği gibi nedenlerle hatalı ya da eksik raporlar verebilmektedir (6,7,12). Adli rapor düzenlerken yapacakları her türlü yanlışlık ve eksikliğin TCK'ya göre görevi ihmal olarak kabul edilebileceği ve bu nedenle hekimlerin yargılanmalarına sebebiyet verebileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Çalışmaya katılan tüm katılımcılarda arasında her ne kadar asistan hekim hakimiyeti olmuş olsa da gruplara kendi içlerinde bakıldığında intörn hekimlerin daha yüksek oranda katılım gösterdiği görülmüştür. Çalışma süresince asistan hekimlerin daha yoğun iş yükü altında olduklarından çalışmaya katılmaya daha az zaman buldukları, daha önce yapılmış başka çalışmalar nedeniyle başka anketler doldurduklarından çalışmaya anket doldurarak katılmaya daha az gönüllü oldukları görülmüştür. Her iki grubunda çalışma konusunda bilgilendirildiklerinde konunun çok önemli olduğunu düşündüklerini paylaşılarak çalışmaya katılım ve gönüllülük oranlarının arttığı görülmüştür.

Katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında her iki grupta da erkek hâkimiyetinin olduğu görülmüş olup, her iki grup için %69 oranındaydı. Bu durum başka çalışmalardaki cinsiyet dağılımına paralel bulunmuştur (13,19). İntörn hekimler arasında erkek oranının yüksekliği, ülkemizde mühendislik ve tıp fakültelerinde erkek

nüfusun varlığının daha fazla oluşu ile ilişkili olabilir (53). Asistan hekimlerin %40'a yakını Dicle Üniversitesi mezunlarından oluşurken bu oran Selçuk Üniversitesi'nde yapılmış bir çalışmada daha yüksek tespit edilmiştir (13). Bu oranların yüksekliğine bakıldığında hekimlerin mezun oldukları üniversitelerde asistan olma isteği eğiliminde olmaları bir neden olarak gösterilebilir (19).

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, intörn doktorların %87.3'ünü tıp fakültesinde aldıkları adli tıba dair eğitimleri pratik ve teorik eğitimi ayrı ayrı ya da her ikisini birden yüksek oranlarda yetersiz gördüğünü belirtmiş olup, %5.3 gibi küçük bir oranı aldığı eğitimi yeterli gördüğünü bildirmiştir. Alınan adli tıp eğitimleri mezun olunan üniversiteye göre farklılık göstermektedir (19). Öğretim üyelerinin sayı olarak eksikleri, derslerin kısa süreli ve sadece amfi dersleri şeklinde olarak pratik yapma imkanının olmaması buna sebebiyet veren nedenler arasında sayılabilir (21,22,33). Üniversitemizde adli tıpta çalışmakta olan öğretim üyesi sayısının az oluşu, adli tıp eğitiminin öğrencilere sadece teorik eğitim olarak verilmiş olması ve bu sürenin de kısa oluşu şüphesiz bu duruma sebebiyet veren önemli etkenlerdendir. Tıp fakültelerinin eğitim müfredatlarında adli tıp dersleri zorunlu olmuş olmasına karşın çalışmamızda asistan hekimlerin %1'inin intörn doktorların ise %7.4'ünün adli tıp eğitiminin olmadığını söylemiş olması ise son derece düşündürücüdür. Çalışmanın yapıldığı dönemdeki intörn hekimlerin adli tıp eğitimini 3. sınıfta bir haftalık sürede teorik eğitim olarak almış olup, pratik eğitim almamış olmaları, alınan bu eğitimi hatırlamamalarına hatta yok saymalarına sebebiyet vermiş olabilir. Özdemir ve ark. (22) intörn hekimler arasında bir çalışma yürütmüş ve adli konularda intörn hekimlerin bilgilerinin az olduğu gösterilmiştir. Özdemir ve ark.'nın (22) aynı çalışmasında öğrencilerin çoktan seçmeli sorularda daha başarıyla pratik uygulamanın sorgulandığı açık uçlu sorularda başarının belirgin oranda düşmesi, intörn hekimlerin almış oldukları mezuniyet öncesi eğitim ile pratik hayattaki sorunlara çözüm bulmalarının zor olduğu gösterilmiştir. Salaçin ve ark. (21) mezuniyet öncesi tıp fakültesi 5 ve 6. sınıf öğrencilerine yönelik bir çalışma yapmış ve öğrenciler adli tıp konularında kendilerini yetersiz hissetmelerinin en sık nedeni olarak uygulamanın eksikliğini gerekçe göstermişlerdir.

Asistan hekimlerin %68.4'nün tıp fakültesinde aldıkları adli tıbbı dair eğitimleri pratik ve teorik eğitimi ayrı ayrı ya da her ikisini birden yetersiz gördüğünü, %30.5'i ise yeterli gördüğünü belirtmiştir. Asistan hekimler Dicle Üniversitesi ve diğer üniversite mezunları olarak ikiye ayrılarak değerlendirildiğinde diğer üniversitelerden mezun olan asistan hekimlerin %47.6'sının aldıkları adli tıp eğitimi yeterli olarak yorumladıkları görülürken, Dicle Üniversitesi mezunlarının sadece %4.3'ü aldıkları eğitimi yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Bu durum üniversitemizden mezun olacak intörn doktorların aldıkları adli tıp eğitimi yeterli görme oranlarının, asistan hekimlere kıyasla niçin bu kadar düşük olduğunu da açıklayabilir. Günaydın ve ark.'nın (13) yaptığı çalışmada hekimlerin sadece %20'si tıp fakültesinde aldığı adli tıp eğitimi yeterli gördüğünü belirtmiştir. Yapılmış olan pek çok çalışmada hekimlerin tıp eğitimleri sırasında aldıkları adli tıp eğitimlerinin yetersiz olduğunu belirttikleri gösterilmiştir (12,13,15,18-21,33). Tuğcu ve ark. (18) yaptığı bir çalışmada asistan hekimlerin büyük çoğunluğu TCK, bilirkişilik, adli olgu bildirimini hakkında hiçbir bilgisi olmadığını; yine başka çalışmalarda hekimler tıp fakültesinde aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını, yazdıkları raporun doğruluğu konusunda endişe duyduklarını, mezuniyet sonrası eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (18-20). Turla ve ark. (19) yaptığı çalışmada hekimlerin %86.3'ü tıp fakültelerinde aldıkları adli eğitimi yetersiz gördüklerini, yine bu hekimlerin %60.8'i sadece teorik ders gördüklerini ifade etmişlerdir. Hekimlerin mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi yetersiz görme oranları Tuğcu ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise %74 olarak bulunmuştur (18). Karbeyaz ve ark.'nın (12) yaptığı bir çalışmada pratisyen hekim, acil tıp asistanı ve acil tıp uzmanlarının verdiği raporlar incelendiğinde hekimin niteliği ile hata yapma oranı arasında anlamlı ilişki bulunmamış ve bu durumun adli tıp eğitiminin sadece tıp fakültelerinde değil asistanken de yetersiz olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda asistan hekimlerin bilgiyi ölçen sorulara verdikleri yanıtlara bakıldığında ise üniversitemiz mezunlarının diğer fakülte mezunlarına oranla sorulara daha az doğru yanıt verdikleri görülmüştür. Bu durum, her ne kadar üniversitemizde adli tıp eğitiminde iyileştirmelere gidilmiş olsa da geçmiş dönemlerde alınmış kısıtlı adli tıp eğitiminin kişilerin ileriki yıllardaki meslek bilgi düzeylerini etkilediğini gösteren bir örnek olabilir.

Çalışmamızda asistan hekimlerin son derece yüksek bir oranının yaklaşık %90'nın mezuniyet sonrası hiç eğitim almadığı gösterilmiştir. Ülkemizde hekimler arasında mezuniyet sonrası eğitim almış olma durumu son derece azdır (13,15,20,33). Adli raporların çoğunun ATU dışındaki hekimler tarafından verildiği hesaba katıldığında mezuniyet sonrası eğitimin önemi daha iyi anlaşılabilir. Çolak ve ark. (17) yaptıkları çalışmada adli raporların %57.6'sının sağlık ocaklarından alındığını göstermiştir. Ülkedeki illerin bazılarında adli tıp uzmanının bulunmaması ya da yetersiz oluşu, adli tabibin bulunduğu yerlerde bu hekimlerden yeterince faydalanılmaması adli olguların büyük çoğunluğuna pratisyen hekimlerin müdahale etmesine neden olmuştur (17,21). Bu nedenle hem Sağlık Bakanlığına bağlı eski dönemlerde sağlık ocakları günümüzde ise Toplum Sağlığı Merkezleri hem de adli olguların ilk başvurduğu yer olan acil servisler adli tıp hizmetlerinin yürütülmesinde önemli rol oynamaktadırlar (14,15,17,21). Çolak ve ark.'nın (17) yaptığı bir çalışmada çalışmanın yürütüldüğü devlet hastanesi acilinden kendi adli tıp birimlerinden 15 kat fazla adli rapor verildiği gösterilmiştir. Bu yüzden gerek pratisyen hekimlere gerekse de uzman ve asistan hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim almaları hem bilgilerin güncellenmesi hem de eksik bilgilerin giderilip düzeltilmesi açısından en az mezuniyet öncesi eğitim kadar önemlidir. Adli raporlarla ilgili yapılmış çalışmalarda bu eğitimin önemi vurgulanmıştır (4,20,21). Mezuniyet sonrası eğitimin verilmesi kadar bu eğitimin etkili ve tekrarlanacak şekilde verilmesi de bir o kadar önemlidir. Yavuz ve ark.'nın (15) yaptığı bir çalışmada hekimlerin %93.2'sinin uzmanlık eğitimi sırasında adli tıp eğitimi almadığı gösterilmiştir. Tüzün ve ark.'nın (20) yaptığı çalışmada ise hekimlerin %87'sinin, Günaydın ve ark.'nın (13) yaptığı çalışmada ise hekimlerin %82'sinin mezuniyet sonrası herhangi bir eğitime katılmadığı gösterilmiştir. Demirci ve ark.'nın (4) adli rapor düzenlemede uygulamalı eğitimin değerlendirildiği bir çalışmada, çalışmaya katılmış hekimlerin çoğunun daha önce en az bir kez seminere katıldıklarını ancak seminerde anlatılanlardan ne kast edildiğini anlamadıklarını ve seminerin adli rapor düzenleme görevi konusunda katkı sağlamadığını belirtmişlerdir. Çalışma kapsamında hekimlere uygulamalı eğitim verilmiş ve eğitim sonrasında hekimler kavramları ve hukuki sorumluluklarını öğrendiklerini belirtmiş olup eğitim sonrası tutulmuş raporlarda hata ve eksikliklerin ciddi oranlarda düştüğü gösterilmiştir.

Katılımcıların eğitim alma istek durumları sorgulandığında ise hem asistan hekimlerin %66.3'ünün, intörn doktorların ise %73.4'ünün eğitim almak istedikleri görülmüştür. Üniversitemiz intörn hekimlerinin aldıkları adli tıp eğitimini tatmin edici bulmamış olmaları eğitim alma isteğini arttıran önemli bir etken olarak görülebilir. Günaydın ve ark.'nın yaptığı çalışmada hekimlerin %91'nin adli tıp eğitimine gereksinim duydukları görülmüştür (13). Tüzün ve ark. (20) yaptıkları çalışmada hekimlere adli tıp konusunda eğitim almayı isteyip istemediklerini sormuş ve pratisyen hekimlerin %75.8'nin, uzmanlık öğrencilerinin %69.3'nün ve uzman hekimlerin %37.2'sinin düzenlenecek mezuniyet sonrası eğitime katılmayı isteyeceklerini belirttikleri görülmüştür. Yavuz ve ark.'nın (15) yaptığı çalışmada ise çalışmaya katılmış acil tıp asistanlarının tamamı adli tıp eğitimi derslerinin teorik ders ve/veya rotasyon şeklinde verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda katılımcılara adli tıp konusunda kendilerini yeterli görüp görmedikleri sorulmuştur. Asistan hekimlerin %65.7'si yetersiz gördüğünü, %29.1'i kısmen yeterli gördüğünü; intörn doktorların ise %88.3'nü yetersiz, %11.7'si ise kısmen yeterli gördüklerini belirtmiştir. Asistan hekimlerin sadece % 5.1'i kendini yeterli görmüşken tek bir intörn doktor bile kendini yeterli görmemiştir. Asistan hekimler mezun olunan üniversiteye göre karşılaştırıldıklarında ise üniversitemiz mezunlarının %84.1'i kendilerini yetersiz görürken, diğer üniversite mezunlarının %53.8 gibi daha az bir oranda yetersiz gördükleri görülmüştür. Bu durum üniversitemiz mezunlarının tıp fakültesinde aldıkları eğitimi yetersiz görme ve sorulara daha az doğru yanıt verme durumları ile paralel olduğu düşünülebilir. Hekimlerin adli olguları değerlendirirken ve adli raporları yazarken kendilerini yeterli hissetmeleri, bu olguların değerlendirme sürecindeki hem özgüvenlerini arttıracak hem de gerginliklerini azaltacağından son derece önemlidir. Gerginliği azaltacak en önemli husus adli tıp konusunda bilgi sahibi olmak olacaktır. Yapılmış çalışmalarda hekimlerin yüksek oranlarda adli tıp konusunda kendilerini yeterli görmedikleri, adli olgu bildirimi ve adli rapor yazma hususunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları gösterilmiştir (13,33). Tuğcu ve ark.'nın (18) yaptığı bir çalışmada asistan hekimlerin büyük çoğunluğu TCK, bilirkişilik, adli olgu bildirimi hakkında hiçbir bilgisi olmadığını; yine başka çalışmalarda hekimler tıp fakültesinde aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını, yazdıkları raporun doğruluğu konusunda endişe duyduklarını, mezuniyet

sonrası eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (13,19,20). Yavuz ve ark. (15) ise acil hekimlerinin adli rapor yazarken bilinmesi gereken hususları bilip bilmediklerini değerlendirmiş ve acil hekimlerinin %70.2'sinin 50 puan altında not aldığını göstermişlerdir.

Çalışmamızda katılımcılara adli raporların hekime yüklediği hukuki sorumluluğu ve bunun yargıdaki etkilerinin bilinip bilinmediği sorulmuş ve asistan hekimlerin %29.7'sinin adli raporların hekime yüklediği hukuki sorumluluğu, %33.7'si yargıdaki etkisini bilmediğini belirtmiştir. Tuğcu ve ark.'nın (18) yaptığı çalışmada ise hekimlerin büyük çoğunluğu hukuki süreci tam bilmediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızda intörn doktorların ise %76.6'sının hekime yüklenen hukuki sorumluluğu, %73.4'nün ise yargıdaki etkilerini bilmediğini belirttiği görülmüştür. Oranların intörn doktorlar arasında belirgin olarak daha yüksek olmasında henüz mesleğe atılmamış olup daha az tecrübe sahibi olmalarının etkisi olabilir. Yine aynı şekilde meslek hayatına atılıp adli olguların sorumluluğunu almış olmak veya buna bağlı sorunlarla karşılaşmış olmak asistan hekimler arasında bu farkın artmasına neden olmuş olabilir. Özdemir ve ark.'nın (22) yaptığı çalışmada intörn doktorların adli rapor yazma konusunda yüksek oranda sorumluluklarının farkındayken, bu raporların önemini bilmedikleri gösterilmiştir. Her ne kadar asistan hekim ve intörn doktorlar adli raporların hukuk ve yargıdaki etkilerini bilmediklerini söylemiş olsalar da her iki grup yüksek oranlarda bu etkileri bilmeleri gerektiğini de ifade etmişlerdir. Günaydın ve ark.'nın (13) yaptığı çalışmada ise hekimlerin %18'inin hukuki sorumluluklarını, %12'si yargıdaki etkilerini bilmediklerini ifade ederken sadece %7'sinin yargıdaki etkileri bilmeleri gerektiğini söyledikleri görülmüştür. Adli raporların hekime yüklediği hukuki sorumluluğu ve yargıdaki etkisini bilmesi hekimin adli rapor yazarken daha titiz davranmasına neden olabilir. Karagöz ve ark. (16) yaptığı bir çalışmada adli raporlar geriye dönük incelenmiş ve bu raporların %44.1'inin adli yargıya olumsuz etki yapacak nitelikte olduğu gösterilmiştir. Bu derece yüksek oranlar son derece düşündürücüdür. Çalışmamızda asistan hekimler kendi içlerinde mezun oldukları üniversiteye göre de karşılaştırılmış ve mezun olunan üniversitenin bu konuda bir farklılık yaratmadığı, çalıştıkları bölüme göre karşılaştırmada ise dahili bilimlerde çalışan hekimler adli raporların hukuktaki ve yargıdaki etkilerini daha az bildiklerini ifade ettikleri görülmüştür. Adli olguların ilk başvurusu çoğu zaman acil

servise olduğundan ya da kimi zaman cerrahi değerlendirme ya da müdahaleyi gerektirecek olgular olduklarından, acil servis hekimliğini de kapsayan cerrahi bilimlerde çalışan hekimler, meslek hayatlarında adli olgularla daha sık karşılaşır ve bu olgulara dair daha çok sorunla karşılaşır. Bu durum dahili bilimlerde çalışan hekimlerin adli raporların hukuk ve yargıdaki etkilerini daha az bildiklerini ifade etmelerinin bir nedeni olabilir.

Hekimler tuttukları adli raporlardaki hata ve eksiklikler nedeniyle adliye davet edilebilmektedirler. Bizim çalışmamızda asistan hekimlerin %16, intörn doktorların ise %2.1 gibi bir oranla adli muayene ya da adli raporla ilgili adliye davet edildikleri gösterilmiş olup bu durum adli olguların, mezun olmuş hekimler kadar henüz mezuniyetini almamış intörn doktorları da ilgilendiren bir sorun olduğu ortaya konmuştur. Turla ve ark.'nın (19) yaptığı çalışmada hekimlerin %11.8'nin bir veya birden fazla hukuki sorunla karşılaştığı gösterilmiştir. Günaydın ve ark.'nın (13) yaptığı çalışmada ise hekimlerin %48 gibi daha yüksek oranlarda adliye davet edilmiş olma öykülerinin olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda cerrahi bilimdeki asistanların dahili bilimde çalışan hekimlere göre daha fazla adliye davet edilmiş olmaları bu durumu cerrahi bilim asistanlarının daha fazla adli olguyla karşılaşmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda polisinin adli olaylara yaklaşımı sorgulandığında asistan hekimlerin %46.3'ü, intörn doktorların ise %42.6'sı tüm katılımcıların yaklaşımını yetersiz bulduğunu; asistan hekimlerin %8, intörn doktorların ise %11.7'sinin yeterli bulduğu belirtmiştir. Günaydın ve ark. (13) çalışmalarında hekimlerinin %70 oranında hastane polislerinin adli olaylara yaklaşımını yetersiz olarak yorumladığı görülmüştür. Yapılmış çalışmalarda her ne kadar bu noktaya çok eğilinmiyor olsa da adli olguların yönetiminde önemli bir parça olan hastane polislerinin adli tıp konusunda eğitilmelerinin adli süreçlerde ortaya çıkabilecek hata ve eksikliklerin sağaltılmasında ciddi faydalar sağlayacağını düşünmekteyiz.

Adli olgular diğer hasta gruplarından daha farklı olarak hekimi ciddi bir stres altına sokmaktadır. Çalışmamızda hem asistan hekim hem intörn doktorların yaklaşık %60'ının olgunun adli oluşu ile fazladan tedirginlik hissettiklerini belirttikleri görülmüştür. Bu durum hekimin hayati risk mevcudiyetini olduğundan daha yüksek

bildirmesine, daha çok geçici rapor düzenleme, hastayı sevk etme ve konsültasyon isteme yoluna gitmesine neden olabilmektedir (5,6,37). Günaydın ve ark. (13) çalışmalarında hekimlerin %93'ünün olgularının adli oluşuyla fazladan tedirginlik hissettikleri, Turla ve ark.'nın (19) yaptığı bir çalışmada ise %80.4'nün yazdıkları rapor konusunda tedirginlik hissettikleri belirtilmiştir. Hekimlerin adli olguları değerlendirirken kendilerini rahat hissetmeleri daha az hata ve eksiklik yapmalarını sağlayarak daha sağlıklı rapor doldurmalarına yardımcı olacaktır.

Her ne kadar geçici rapor diye özel bir rapor türü olmamış olsa da tutulan kesin raporların herhangi bir nedenle sonuçlandırılmadığı hallerde geçici rapor düzenlenmektedir. Çalışmamızda geçici raporun geçerlilik süresi sorulduğunda, asistan hekimlerin %59'unun, intörn doktorların ise %17'sinin cevaplarında geçici raporun geçerlilik süresinin bir sonraki rapora kadar olduğunu belirttiği, intörn doktorların ise %70 gibi büyük bir oranının geçici raporu ilk defa duydukları görülmüştür. Pratik hayatta geçici raporların çok sık tutulduğu ve tutulması halukarında doğru tutulmalarının son derece önemli olduğu geçici raporlar, her ne kadar asistan hekimler arasında %25, intörn doktorlar arasında %70 gibi yüksek bir oranla bilinmiyor olsa da adli olguların hekimlerin asli görevlerinden biri olduğu hesaba katıldığında, bu hekimlerin olası bir adli olguyu bildirme mesuliyeti doğduğunda raporu nasıl dolduracağı konusunda hekimlerin hata ve eksikler yapmaya açık olacağı söylenebilir. Adli raporların geçici rapor olarak düzenlenme oranları son derece yüksektir (4-6,8,10,11,13,20,37). Bozkurt ve ark.'nın (5) yaptığı bir çalışmada ise bir üniversitenin acil servisinde tutulan adli raporların %93.4'nün; Hakkoymaz ve ark.'nın (9) yaptığı çalışmada ise raporların %97.7'sinin geçici rapor olarak düzenlendiği gösterilmiştir. Hekimin geçici raporun önemini kavrayamamış olması, bilgi yetersizliği, adli rapor tutmaktan çekinmesi, sorumluluktan almaktan kaçma isteği, hukuki sorunlardan kaçma isteği, bu görevin adli tıpcılara ait olduğunu düşünmesi, hastayı başka merkeze sevk etme isteği, hastanın ölebilir endişe ya da kaygısı ve geçici rapor vererek kendilerini güvende hissetmeleri raporların geçici olarak düzenlenmesinde ki nedenler arasında gösterilmektedir (4,5,6,11,13,20,37). Eroğlu ve ark.'nın (37) yaptığı bir çalışmada, adli rapor düzenlenmesinde hastaneler arasında bir standardizasyonun olmadığı ve bu nedenle hastaneler arası sonuçların çok farklı olduğu, bazı hekimler arasında geçici rapor vermenin alışkanlık haline geldiği,

hekimlerin ön yargılarının olduğu; hastanın geliş nedeninin raporun geçici mi yoksa kesin mi olduğunu belirlediğini, sevk veya konsültasyonun varlığı durumunda geçici raporun düzenlendiği gösterilmiştir. Adli olgulara kesin rapor verilebilecekken geçici rapor verilmesi hastanın tekrar tekrar hastaneye başvurusuna sebep olarak hem iş gücü kaybına hem de adli yükün artmasına neden olmaktadır (8,36). Hem adli tıp hekimlerine hem de adli makamlara ciddi bir iş yükü bindiren geçici raporların hangi durumlarda geçici ya da kesin rapor olarak tutulması gerektiğinin hekimler tarafından bilinmesi son derece önemlidir. Çolak ve ark.'nın (36) bir olgu sunumunda geçici rapordaki eksiklikler nedeniyle kesin raporun verilmesinin beş yılı aldığı bir olgu bildirilmiştir. Yine başka bir çalışmada cerrahi hekimlerine geçici raporu kimin vermesi gerektiği sorulduğunda, cerrahi hekimlerin %74.1 gibi yüksek bir oranla her türlü raporu geçici rapor olarak düzenleyeceğini belirtmesi ve kesin raporu adli tabiplik tarafından verilmesini istediklerini belirttikleri görülmüştür (11). Bir acil servise başvuran adli olguların sayısının yüksekliği ve yaralanmaların büyük bölümünün cerrahi hekimin müdahil olmasını gerektirdiğini düşündüğümüzde bu sorunun adli yargının zamanında tecellisine bir ket ve çözülmesi gereken bir sorun olduğu aşîkardır. Bu sorunun çözümü içinde eğitim en iyi yoldur. Demirci ve ark. (4) bir çalışmalarında, hekimlere uygulamalı eğitim vermiş ve bu eğitimi takiben geçici rapor verilme oranlarını %55.5'ten %0.5'e düştüğü göstermişlerdir.

Çalışmamızda katılımcıların hazır liste ve cetvellerden haberdar olup olmadıkları sorulmuş, intörn doktor ve asistan hekimlerin yüksek oranlarda haberdar olmadıkları ve bu oranın asistan doktorlar için %62.3, intörn doktorlar için ise %85.1 olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Adli rapor yazımında hata ve eksiklikleri azaltan yazım aşamasına yardımcı olan bu liste ve cetvellerin varlığından bile haberdar olunmaması, adli rapor yazımına dair sorunların çözümünde, daha yolun çok başlarında olduğumuzu gösterdiğini söyleyebiliriz. Çalışmamızda hazır liste ve cetvellerin kullanımı sorgulandığında ise adli rapor yazma yükümlülüğü olan asistan hekimlerin sadece %14 gibi düşük bir oranı kullandığını belirtmiştir. Her ne kadar çalışmanın adli raporların daha az tutulduğu diğer bilim hekimlerini kapsayacak şekilde yürütülmüş olmuş olması bu durumu açıklayacak bir neden olarak düşünülebilecekken; asistan hekimlerin %96.6'sının raporların tutulduğu dahili ve cerrahi bilim hekimlerinden oluştuğu, asistan hekimlerin %60'dan fazlasının en az bir

yıldan fazladır meslek hayatında oldukları hesaba katıldığında, bu cetvel ve listelerden haberdar olmama oranlarının %62 gibi yüksek bir oranda olmasının da kullanım oranlarının düşüklüğünü açıklayabilecek bir neden olarak sayılabilir. Adli raporların tutulması sırasında kullanılan bu liste ve cetveller adli raporların yazımına yardımcı olmakla birlikte hata oranlarını azaltmaktadır (6). Bu nedenle pratik hayatta kullanımları da son derece önemlidir. Yapılmış bir çalışmada adli rapor formlarının hekimlerin sadece %33'ü tarafından kullanıldığı gösterilmiştir (19). Bizim çalışmamızda hekimlerin meslekte geçirdikleri yıl arttıkça bu liste ve cetvelleri gerekli görmeme oranlarının artması şaşırtıcı bulunmuştur. Hazır liste ve cetvellerin gereklilik ve yeterlilik durumu da sorgulandığında hem asistan doktor hem de intörn doktorların % 80'e yakın bir oranı bu liste ve cetvellerin gerekli, asistan hekimlerin ise %35'i yetersiz, %60'ı kısmen yetersiz gördüklerini söylemişlerdir. Günaydın ve ark.'nın (13) yaptığı bir çalışmada hekimlerin %74'nün bu cetvelleri kullanmazken; % 94'nün gerekli ve %70'nin yetersiz gördüğü gösterilmiştir.

Çalışmamızda hayati tehlike ortadan kalktığında ek olarak yazılması gerekliliği sorgulanmış ve her ne kadar bu durumun rapora ek olarak yazılması gerekme de asistan hekimlerin %57.1'i, intörn doktorların %67'sine yakın bir kısmının soruya yanlış yani "evet yazılmalıdır" diye yanıt verdiği görülmüştür. Asistan doktorların sadece %12.6'sı intörn doktorların ise %4.3'ü soruya doğru cevap vermiştir. Ayrıca asistan hekimlerin çalıştıkları bilim dalına göre karşılaştırmalarında; cerrahi bilimlerde çalıştıkça, asistanlık yılı arttıkça, meslekte çalışma süreleri uzadıkça ve diğer üniversitelerden mezun oldukça hekimlerin bu soruya doğru yanıt verme oranlarının arttığı görülmüştür. Bu durum yine meslekte adli olgulara dair edinilmiş tecrübelerinin doğru bilgiye katkısını düşündürebilir. Hukuki açıdan hayati tehlikeye neden olacak bir yaralanma, uygulanan herhangi bir tedavi ile veya kendiliğinden geçmesi durumunda, başlangıçtaki şahsın tehlikeye maruz kalması durumunu değiştirmez. Geçici veya kesin raporda adli makamlardan böyle bir talep olmadığı müddetçe "hayati tehlike kalkmıştır" ibaresi yazılmamalıdır (11). Çalışmamızda bulduğumuz oranlar Tümer ve ark.'nın (11) yaptıkları çalışma sonucu ile benzerdir. Tüzün ve ark.'nın (20) çalışmasında ise hekimlerin %66.4'ünün hayati tehlikenin ortadan kalkması durumunda ikinci bir adli rapor düzenlenmesi gerektiğini savunmuştur. Adli rapor yazılırken belirtilmesi gereken önemli hususlardan biri olan hayati tehlikenin var

olup olmadığının yapılan çalışmalarda raporlara eksik ya da yanlış yazıldığı gösterilmiştir (4-7,12,14,16). Hayati tehlikenin var olup olmadığının yazılması ve aynı zamanda doğru yazılmış olması da işlerin zamanında tamamlanması, hukukun zamanında ve doğru tecellisi açısından son derece önemlidir. Hayati tehlikeden bahsedilirken travma ve hayati tehlike arasında nedensellik olması gerekirken, hekimler hukuki kaygılar nedeniyle geçici raporlarda hayati riskin varlığından söz edebilmekte ve bu durum geçici raporlardaki önemli bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir (17). Tümer ve ark.'nın (11) yaptığı bir çalışmada cerrahlara hayati tehlike verilen bir raporun geçici mi yoksa kesin rapor olarak mı verilmesi gerektiği sorulmuş ve cerrahi hekimlerinin %85.9'unun geçici rapor verilmesi gerektiğini belirttiği gösterilmiştir. Özellikle trafik kazaları gerek hayati tehlike gerekse BTM konusunda en çok hatanın yapıldığı olgular olup, trafik kazalarında hekimlerin raporu daha ağır verme eğiliminde olduğu görülmüştür (12). Serinken ve ark.'nın (6) yaptığı bir çalışmada hekimlerin %13 oranında gereksiz yere hayati tehlike verdikleri ve bu yanlış hayati risk tayinlerini en çok zehirlenme ve trafik olgularında yaptıkları gösterilmiştir. Karbeyaz ve ark.'nın (12) yaptığı bir çalışmada ise hayati tehlike verilmiş olguların %30'a yakınının hayati tehlikesinin olmadığı gösterilmiştir. Karagöz ve ark.'nın (16) yaptığı bir çalışmada verilen adli raporlar geriye dönük incelenmiş ve bu raporların %25.6'sında 'hayati tehlike' kavramı bakımından adli yargı mekanizmasını aksatacak şekilde hatalar bulunduğu tespit edilmiştir. Suçlu pozisyonundaki kişilerin cezalarının sebep oldukları yaralanmanın derecesine göre belirleneceği düşünüldüğünde hekimlerin kişilerin haksız ceza almalarına sebebiyet vererek suçlu duruma düşebilecekleri hatırdan tutulmalıdır. Rapordaki yanlışlıklar nedeniyle mağdur olmuş kişiler cezaevinde fazla kaldıkları, maddi ya da manevi kayba uğradıkları gerekçesiyle hekimin tuttuğu rapor nedeniyle aleyhine davaların açılması söz konusu olabilir (12). Hekimlerin yeterli düzeyde adli tıp eğitimine sahip olmuş olmaları bu açıdan da ayrıca önemlidir. Demirci ve ark.'nın (4) yaptığı çalışmada hekimlere uygulamalı eğitim verilmiş ve eğitim sonrasında hayati tehlike risk tayinindeki yanlış yapma oranlarının düştüğü görülmüştür.

Adli rapor yazarken hayati risk tayini konusunda hekimlerin kafasını karıştırabilecek noktalardan biri komplikasyonlardır. Çalışmamızda komplikasyonların hayati tehlike kapsamına girip girmediği sorulmuştur ve asistan

hekimlerin %10.2'sinin, intörn doktorların ise %12.8'inin komplikasyonların hayati tehlike kapsamına girmediğini belirttiği görülmüştür. Bu soruya doğru yanıt verme oranının intörn doktorlar arasında daha yüksek olduğu görülmüştür. Asistan hekimler gruplara ayrılıp bakıldığında cerrahi bilimlerde çalıştıkça, asistanlık yılı arttıkça, meslekte çalışma süreleri uzadıkça hekimlerin sorulara doğru yanıt verme oranlarının arttığı görülmüş olup bu durum yine meslekte adli olgulara dair edinilmiş adli olgulara ait tecrübelerinin doğru bilgiye katkısını düşündürebilir. Komplikasyonlar hayati tehlike kapsamına girmezken hekimler tarafından girdiği düşünülmekte ve bu da adli raporlarda hatalara sebebiyet verebilmektedir. Tümer ve ark.'nın (11) yaptığı bir çalışmada hekimlerin %85.9, Yavuz ve ark.'nın (15) yaptığı çalışmada %70.5 oranının komplikasyonların hayati tehlike kapsamına girdiğini belirttiği görülmüştür.

Çalışmada hekimlere birimlerinde sadece adli olgularla ilgilenen bir hekim grubu oluşturulma fikri ortaya çıksaydı yaklaşımının ne olacağı sorulduğunda %53.5'i gerekli gördüğünü ancak katılmak istemeyeceğini, %34.6'sı ise gerekli göreceğini ve katılmayı isteyeceğini belirtmiştir. Günaydın ve ark.'nın (13) yaptığı çalışmada hekimlerin daha yüksek oranda (%64) gerekli görüp ama katılmak istemeyeceklerini ve daha düşük oranda (%28) gerekli görüp katılmayı isteyeceğini belirttiği görülmüştür. Çalışmamızda sadece adli olgularla ilgilenen hekim fikrinin gerekli görülmesine rağmen katılmayı istemeyen hekim sayısının daha fazla olması adli raporların hekimlerde yarattığı tedirginliğin katılmayı isteme fikrini azaltması ile ilişkili olabileceğini akla getirmektedir.

Çalışmada hayati tehlike ve iş görmezlik raporunun kim tarafından verilmesi gerektiği sorulmuş ve asistan hekimlerin %42.9'u ATU, %41.7'si tedaviyi tamamlayan hekim, %10.9'u ise teşhise ulaşan ilk hekim olarak yanıt vermiştir. İntörn doktorların cevaplarına bakıldığında ise %42.6'sının ATU, %41.5'inin tedaviyi tamamlayan hekim, %13.8'inin ise teşhise ilk ulaşan hekim olarak yanıt verdiği görülmüştür. Günaydın ve ark.'nın (13) yaptığı çalışmada ise hekimlerin büyük çoğunluğu (%52) tedaviyi tamamlayan hekim tarafından verilmesi gerektiğini belirtirken %35'i ATU tarafından verilmesi gerektiğini söylemiştir. Asistan hekimler dahili ve cerrahi bilimler olarak alt gruba ayrılıp bakıldığında dahili bilim hekimlerinin %44.3'ünün cerrahi bilim hekiminin %37'sinin ATU tarafından, dahili bilim

hekimlerinin %39.1 ve cerrahi bilim hekiminin %50'sinin tedaviyi tamamlayan hekim tarafından hayati tehlike ve iş görmezlik raporunu vermeleri gerektiğini belirttiği görülmüştür. Dahili bilim hekimlerinin %14.8'i cerrahi bilim hekimlerinin ise %3.7'si raporun teşhise ilk ulaşan hekim tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Yavuz ve ark.'nın (15) çalışmasında acil hekimlerinin %84.1'nin acilde muayene edip tanısını koyduğu hastanın hayati tehlikesini belirleyip iş gücü kaybını ilgili uzman ya da adli tabibe bıraktığı ifade edilmiştir. Tüzün ve ark.'nın (20) çalışmasında ise hekimlerin %36'sının hayati tehlikenin varlığında raporun adli tabip tarafından doldurulması gerektiğini ifade ettikleri görülmüştür.

Adli tıp konularında çözümün sorgulanmasında asistan hekimlerin %50.9'u intörn doktorların % 42.6'sı çözümü adli tıp uzman sayısının arttırılmasında görürken bunu mezuniyet sonrası adli tıp eğitiminin arttırılması, adli tıp uzman görüşünün alınması ve mezuniyet öncesi adli tıp eğitiminin uzatılması izlemiştir. İntörn doktor ve üniversitemizden mezun olmuş asistan hekimlerin daha yüksek oranda mezuniyet öncesi eğitimin arttırılması gerektiğini belirtmişken, diğer üniversitelerden mezun hekimlerin ise mezuniyet sonrası eğitimin arttırılması gerektiğini belirtmeleri, üniversitemizde halen okumakta olan ve mezun olmuş hekimlerin aldıkları mezuniyet öncesi eğitimi yetersiz gördüklerini destekleyen bir çıkarım olarak değerlendirilebilir. Adli raporların hatalı ya da eksik yazılmasının doğurduğu sonuçlar hesaba katıldığında, bu sorunun acil bir çözüme ihtiyacın duyulduğu bir nokta olduğu görülmektedir. Tuğcu ve ark.'nın (18) yaptığı çalışmada hekimlerin %48.7'si adli tıp konusunda seminerlerin verilmesi gerektiğini çözüm olarak görürken, %28.9'u adli tıp uzmanından görüş alınması gerektiğini söylemiştir. Yapılmış çalışmalarda ATU dışı hekimlerin verdiği raporların yüksek oranda hata ve adli yargıyı olumsuz etkileyecek nitelikte olduğu hesaba katıldığında ATU sayısının arttırılması iyi bir çözüm gibi durmaktadır. Adli raporlar ve bilirkişilik konusunda savcı ve hakimler ile ayrıntılı görüşme çalışmasında adli tıp uzmanı dışındaki birimlerden gelen tüm raporların adli tıp uzmanına teyit ettirildiği, pratisyen hekimlerin adli tıbbı bilmedikleri, Adli Tıp Kurumu dışındaki raporların kabul edilmesi için kanunun değişmesi gerektiği, adli tıp uzmanlarının hastanelerde olmasının işleri kolaylaştıracağı, Sağlık Bakanlığı bünyesinde adli tıp uzmanlarına kadro verilmesi gerektiği, hastanelerden rapor dışındaki belgelerin adliyeye gönderilmesinin posta yükünü artırdığı belirtilmiştir

(17). Ancak ATU sayısının arttırılmasının zaman alacağı hesaba katıldığında daha kısa vadeli çözümlerin bulunması gerekmektedir (21). Bu nedenle ATU sayısı arttırılsa bile bu raporların öncelikle tedaviyi veren hekim tarafından hazırlanması gerektiğinden ve ATU dışı hekimlerin doğru rapor yazımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları son derece önemlidir.



## 6. SONUÇ VE GENEL ÖNERİLER

Sonuç olarak bu çalışmada; üniversitemizde uzmanlık eğitimi ve tıp eğitimi almakta olan asistan hekim ve intörn doktorların yüksek oranlarda mezuniyet öncesi tıp fakültesinde aldıkları adli tıp eğitimlerini yetersiz buldukları, adli rapor yazımı konusunda kendilerini yetersiz hissettikleri, adli tıp konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları ve adli tıp konusunda eğitim almak istedikleri, adli raporların hukuka ve yargıya etkilerini bilmedikleri, olgunun adli olmasının tedirginlik hissettirdiği, sadece adli olgularla ilgilenen hekim fikrine katıldıkları ancak kendilerinin katılmak istemedikleri, hayati tehlike ve iş görmezlik raporunun adli tıp uzmanı tarafından verilmesi gerektiğini düşündükleri, hazır liste ve cetvellerden haberdar olmayıp bunları kullanmadıkları ancak gerekli gördükleri, hastane polisinin adli olaya yaklaşımını yetersiz buldukları ve adli tıp konusunda çözüm olarak adli tıp uzman sayısının artırılmasını çözüm olarak gördükleri ve bununla beraber asistan hekimlerin mezuniyet sonrası eğitim almadıkları tespit edilmiştir.

Mahkemelerin verdiği karar ve cezaları adli raporların sonuçları etkilemekte olup, hatalı ya da eksik verilen adli raporlar muayene edilen kişiyi ya da sanığı mağdur edebilmekte, hekimi hukuki ve cezai sorumlulukların altına sokabilmekte, adli makamların iş yükünü arttırarak adli yargı sürecinin uzamasına ve yargının yanlış tecellisine neden olabilmektedir. Bu nedenle gerek hekimlerin gerekse hekim adaylarının adli raporların usulüne uygun ve doğru doldurulması konusunda yeterince bilgi sahibi olmaları, adli raporların kendilerine yükledikleri hukuki sorumluluğun ve yargıdaki etkilerini bilmeleri son derece önemlidir. Şüphesiz bu sorunların çözülmesinin en önemli yolu eğitimidir. Adli tıba dair sorunların çözümüne aşağıdaki önerilerimizin katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

- ✓ Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimlerinin iyileştirilmelidir. Ülke genelinde adli tıp eğitimi konusunda bir standardizasyona gidilmesi, Adli Tıp Anabilim Dallarında gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası Adli Tıp Eğitimi veren öğretim üyelerinin sayılarının artırılması, Adli Tıp staj sürelerinin uzatılması, adli tıp derslerinin sadece teorik eğitim olarak değilde pratik yapma imkanının olduğu uygulamalı dersler şeklinde verilmesi ve Adli Tıp Kurumları

ile işbirliğinin artırılmasının mezuniyet öncesi Adli Tıp eğitimini daha etkili kılacaktır.

- ✓ Mezuniyet sonrasında iller düzeyinde sürekli ve düzenli eğitimler olmalıdır. Ülkemizdeki adli tabiplik hizmetlerinin büyük çoğunluğunun ATU dışı uzman hekimler ve pratisyen hekimler tarafından verildiği hesaba katıldığında bu durum büyük önem taşımaktadır. Verilen eğitimler gerek pratisyen gerek uzman tüm hekimleri kapsamalı, özellikle adli olguların ilk başvuru noktası olan acil servis hekimlerini mutlaka kapsamalıdır. Verilecek eğitimler sadece teorik bazda değil interaktif ve uygulamalı sürekli eğitimler şeklinde olması, bu eğitimlerden kalıcı beceriler edinilmesini sağlayacaktır.
- ✓ Adli rapor yazımında kılavuzlardan faydalanılmalıdır. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı , Adli Tıp Derneği ve ATU Derneği tarafından hazırlanmış kılavuzun adli olguları değerlendirirken rehber olarak kullanılması, ayrıca adli olguları değerlendirirken hazır liste ve cetvellerden faydalanılması, adli olguları değerlendirilirken tutulan raporların sağlık bakanlığına ait formalara kaydedilmesi rapor tutulma aşamalarını hem daha düzenli kılacak hem de hata ve eksiklikleri azaltacaktır.
- ✓ Yardımcı sağlık personeli eğitilmelidir. Her ne kadar adli olguların değerlendirme aşamalarında bulunmasalarda gelen adli olgulara kayıt açan, bu olgu ve raporların hastane kayıtlarını tutan sağlık personelinin kayıtları nasıl ve doğru şekilde tutmaları noktalarında eğitimleri, hem eksikliklerin zamanında fark edilmesine hem de geriye dönük kayıtların incelenmesinde doğru bilgilere erişilmesini sağlayacaktır.
- ✓ Hastane polisi eğitilmelidir. Hastane polisi çoğu zaman adli olgulara eşlik ederek gelmekte, bu olguları kendi açılarından değerlendirmekte ve tutulan raporların iletilmesinde rol alabilmektedirler. Bu nedenle polisin adli olgu ve raporlar konusunda bilgilendirilmiş olması hem adli olguların tespitini hem de hekim tarafından tutulmuş raporlardaki bazı eksiklikleri adli mercilere ulaşmadan fark etmelerine yardımcı olacaktır.
- ✓ Adli Tıp Kurumu ve ATU daha etkin şekilde kullanılmalıdır. ATU sayısı artırılmalı, ATU'ların büyük şehirlerde yığılması engellenmeli ve Adli tıp

hizmetlerinin tetkik ve konsultasyonların rahat şekilde yapılabildikleri donanımlı sağlık kuruluşlarında yürütülmelidir.



## KAYNAKLAR

- 1) Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair 1219 sayılı Kanun <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf> Erişim Tarihi 23.12.2015.
- 2) Türk Ceza Kanunu <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> Erişim Tarihi 24.12.2015.
- 3) Koç S. Adli tıpta rapor hazırlama tekniği ve rapor örnekleri. Soysal Z, Çakalır C (editörler). Adli Tıp. 1. Baskı. 3. Cilt. syf.1573-633. İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi; İstanbul 1999.
- 4) Demirci Ş, Günaydın G, Doğan H, Aynacı Y, Deniz İ, Adli rapor düzenlemede uygulamalı eğitimin önemi. Adli Tıp Dergisi. 2007;21(1):10-4.
- 5) Bozkurt S, Daraoğlu V, Okumuş M, Savrun A, Karanfil R, Gök AA. Acil serviste düzenlenen adli raporların uygunluğunun değerlendirilmesi ve tespit edilen eksiklikler. J Clin Anal Med. 2015;6(3):331-4. Doi: 10.4328/JCAM.2039.
- 6) Serinken M, Türkçüer İ, Acar K, Özen M. Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2011;17(1):23-28. Doi: 10.5505/tjtes.2011.78989.
- 7) Turla A, Aydın B, Sataloğlu N. Acil serviste düzenlenen adli raporlardaki hata ve eksiklikler. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2009;15(2):180-84.
- 8) Ketten A, İçme F, Eser M, Kılınc İ, Tümer AR. Acil serviste düzenlenen adli raporların Türk Ceza Kanunu kapsamında değerlendirilmesi. Türk Tıp Dergisi. 2011;5(3),94-98.
- 9) Hakkoymaz H, Ketten HS, Artuç S, Üçer S, Bozkurt S, Okumuş M, Ketten A. Acil serviste düzenlenen adli raporların Türk Ceza Kanunu kapsamında değerlendirilmesi. J Kartal TR 2014;25(3):177-80.
- 10) Korkmaz T, Kahramansoy N, Erkol Zerrin, Sarıçil Füsün, Kılıç Aysel. Acil servise başvuran adli olguların ve düzenlenen adli raporların değerlendirilmesi. Haseki Tıp Bülteni. 2012;50(1):14-20.

- 11) Tümer AR, Hancı İH. Adli raporlar ve cerrahi hekimler. Ulusal Cerrahi Dergisi. 2002;18(2):112-17.
- 12) Karbeyaz K, Gündüz T, Akkaya H, Urazel B, Kökçüoğlu MA. Adli raporlara dikkat; Eskişehir deneyimi. STED. 2012;21(5):292-96.
- 13) Günaydın G, Demirci Ş, Doğan KH, Aynacı Y. Konya ilinde çalışan acil servis hekimlerinin adli raporlara yaklaşımı: bir anket çalışması. Adli Tıp Dergisi. 2005;19(2):26-32.
- 14) Çolak B, Demirbaş Yalçın İ, İğci G. Devlet hastaneleri adli tıp birimlerinin adli tıp hizmetlerindeki etkinliği: Kocaeli deneyimi. Adli Tıp Bülteni. 2009;14(3):105-11.
- 15) Yavuz Y, Yürümez Y, Küçüker H, Demirel R, İkizceli İ, Akdur O. Acil Tıp Hekimlerinin Adli Rapor Düzenlenmesi ile ilgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2004;4(2):64-7.
- 16) Karagöz YM, Akman R, Karagöz SD, Atılğan M. Adli Tıp uzmanları dışında verilmiş adli raporların adli yargı üzerine etkileri. Adli Tıp Bülteni. 2000;5(3):247-50.
- 17) Çolak B, Etiler N, Biçer Ü: Adli tıp hizmetleri kim tarafından sunulmaktadır/sunulmalıdır?: Sağlık Bakanlığı mı? Adalet Bakanlığı Mı?. Toplum ve Hekim. 2004;19(2)131-38.
- 18) Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S: Acil servis hizmetine katılan hekimlerin, acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2003;45 (2):175-79.
- 19) Turla A, Dünder C: Samsun il merkezinde adli rapor düzenleyen pratisyen hekimlerin adli tıp eğitimi ve adli raporlara yansımaları. O.M.Ü. Tıp Dergisi. 2003;20(3):119-24.
- 20) Tüzün B, Elmas İ, Akkay E: Adli rapor düzenleme zorunluluğuna hekimlerin yaklaşımı: anket çalışması. Adli Tıp Bülteni. 1998;3(1):27-31.
- 21) Salaçin S, Çekin N, Özdemir M. Hakan, Kalkan Ş: Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi almış öğrencilere yönelik bir anket çalışması. Adli Tıp Bülteni. 1997;2(1):21-24.

- 22) Özdemir Ç, Mıstık S: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi intörn hekimleri adli tıp hizmetlerine bakışı. Tıp Eğitimi Dünyası. 2004;15:3-8.
- 23) Tuğcu H. Acil olgularda hekim sorumluluğu. Klinik Gelişim Dergisi. 2009;13:85-8.
- 24) Balcı Y, Eryürük M. Adli raporların hazırlanmasında temel kurallar, kavramlar; Hukuki ve tıbbi açıdan hekim sorumluluğu. Ed: Koç S, Can M. syf 93- 106, 2. Baskı Ankara Polat Matbaası, Ankara, 1999.
- 25) Polat O. Klinik adli tıp ve adli tıp uygulamaları. s.24, 7.Baskı Seçkin Yayıncılık Ankara, 2004.
- 26) Tunalı I. Hekimin mesleki sorumluluğu. Ankara Tıp Mecmuası. 1992;45:25-34.
- 27) Özkara E, Hancı İH. Türkiye’de acil hekiminin yasal sorumlulukları. SSK Tepecik Hast. Derg. 2003;13(3):129-136.
- 28) Balcı Y, Eryürük M. Adli raporların hazırlanmasında temel kurallar, kavramlar; hukuki ve tıbbi açıdan hekim sorumluluğu. Klinik Gelişim Adli Tıp Özel Sayısı. 2009;22:48-55.
- 29) 22.09.2005 tarih ve 13292 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&iid=95&itemid=35](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&iid=95&itemid=35) Erişim Tarihi 15.12.15.
- 30) Demirel B. Hekimin yasal sorumlulukları. Gazi Tıp Dergisi [Gazi Medical Journal]. 2005;6(3):99-106.
- 31) Ceza Muhakemeleri Kanunu, Erişim Tarihi 24.12.2015 <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.5271&MevzuatIliSKI=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=5271> .
- 32) Tümer AR, Ketten A, Karacaoğlu E. Adli olgu bildirimi ve adli raporlar. Hacettepe Tıp Dergisi. 2010;41:128-134.
- 33) Yavuz MS, Aydın S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Adli Olgu ve Raporlar. Türk Aile Hek Derg. 2004;8(1):30-33.
- 34) Akkay E, Özen C. Cerrahlar için Adli Tıp. Genel Cerrahi. Ed. Değerli Ü. 5. baskı, , syf. 429-55, Nobel Tıp Kitabevleri, 1995, İstanbul.
- 35) Özaslan A. Adli raporların hazırlanmasında dikkat edilecek hususlar. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yeni Yasalar

- Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi. 2006;48:185-92.
- 36) Çolak B, Demirbaş İlkül, Albayrak Ünal. Geçici adli raporların önemi: bir olgu sunumu. STED. 2005;14(7):161-64.
- 37) Eroğlu SE, Toprak SN, Karataş AD, Onur Ö, Özpolat Ç, Salçın E, Denizbaşı A. Acil hekimleri için “geçici” adli raporların anlamı nedir? Kendini koruma? Önyargı? Alışkanlık?. Türkiye Acil Tıp Dergisi [Tr J Emerg Med]. 2013;13(1):13-18.
- 38) Çetin G, Yorulmaz C.(Ed.). Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. syf.147-92, Baskı. 2006, İstanbul.
- 39) İstanbul Protokolü İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muamele veya cezaların etkili biçimde soruşturulması ve belgelendirilmesi için kılavuz. Türk Tabipler Birliği. [http://www.muglatabip.org.tr/documents/IstanbulProtocol\\_Turkish.pdf](http://www.muglatabip.org.tr/documents/IstanbulProtocol_Turkish.pdf) Erişim Tarihi 15.12.15.
- 40) Aydın E. Hekimin sır saklama ve ihbar yükümlülüğü. Katkı Pediatri Dergisi. 2002;22(3):302-11.
- 41) Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/06/20050601-10.html> Erişim Tarihi 15.12.15.
- 42) Koç S, Yorulmaz C. Hekimin yasal sorumlulukları. Adli Tıp, Ed: Soysal Z, Çakalır C. İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1999; Cilt 1, s: 45-60.
- 43) Bird S. How to write a medicolegal report . Australian Family Physician. 2004;33:66-7.
- 44) Ramazan H. Adli rapor hazırlama, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD Bitirme Tezi. İzmir 2015, Syf. 5.
- 45) Beyaztaş FY. Adli rapor konusunda hekim sorumluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000;1:231-4.
- 46) Arıcan N, Ekizoğlu O. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai

Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi No: 48. Şubat 2006. s.147-54.

- 47) Yeni Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ile Adli Tıp Derneği tarafından hazırlanmış sağlık çalışanları için bilgilendirme kılavuzu editör: Güzel S, Balcı Y, Çetin G. Haziran-2005 Güncellenme tarihi 19.12.2006. Erişim Tarihi 15.12.15.
- 48) Celbis O, Karaca M, Özdemir B, Isır AB. Cinsel suçlarda muayene. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;1:48-52.
- 49) Tümer AR, Kanburoğlu Ç, Odabaşı AB. Cinsel saldırı referans merkezlerinin önemi ve yapılanması. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009;40:13-8.
- 50) Ramazan H. Adli rapor hazırlama, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD Bitirme Tezi. İzmir 2015, Syf. 10.
- 51) Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Adli Tıp Uzmanları Derneği Adli Tıp Derneği Editörler: Güzel S, Balcı Y, Çetin G. Haziran-2005. Erişim Tarihi 15.12.15.
- 52) Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Adli Tıp Uzmanları Derneği Adli Tıp Derneği Editörler: Güzel S, Balcı Y, Çetin G. Haziran-2005 Güncelleme Editörleri: Gündoğmuş ÜN, Balcı Y, Akın M. Haziran-2013. Erişim Tarihi 15.12.15.
- 53) Kocabaş İ, Aladağ S, Yavuzalp N. Eğitim Sistemimizdeki Okullaşma Oranlarının Analizi XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, 2004 İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Malatya. Erişim Tarihi 15.12.15.

## 8. Ekler

### 8.1. Ek 1

**ANKET FORMU**

**ANKET NO:**

**TARİH:**

**1. Yaşı:**

**2. Cinsiyeti:** ( 1 ) Erkek ( 2 ) Bayan

**3. Öğrenim durumu:** ( 1 ) Asistan doktor ( 2 ) İntörn doktor

**4. Asistan doktor iseniz Mezuniyet yılı:**.....

**5. Asistan doktor iseniz Mezun olunan Üniversite:**.....

**6. Asistan doktor iseniz hangi bölümde çalışıyorsunuz:**.....

**7. Asistan doktor iseniz kaçınıcı yıl/ay asistanısınız:** .....

**8. Asistan doktor iseniz Kaç yıldır hekim olarak aktif olarak çalışıyorsunuz:**.....

**9. Tıp fakültesinde size verilen adli tıp eğitimi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

( 1 ) Adli Tıp Eğitimi yoktu ( 2 ) Pratik eğitim yetersizdi ( 3 ) Teorik eğitim yetersizdi

( 4 ) Pratik ve teorik eğitim yetersizdi ( 5 ) Yeterliydi

**10. Adli olgular ve adli raporlar konusunda mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?**

- ( 1 ) Hayır almadım      ( 2 ) Evet, 1 kez      ( 3 ) Evet, 1 den fazla  
( 4 ) intörnüm mezun olmadım

**11. Adli Tıp konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?**

- ( 1 ) Evet      ( 2 ) Hayır      ( 3 ) Kısmen

**12. Adli tıp eğitimi almak ister misiniz?**

- ( 1 ) Evet      ( 2 ) Hayır

**13. Verdiğiniz adli raporların size getirdiği hukuki sorumluluğu biliyor musunuz?**

- ( 1 ) Evet      ( 2 ) Hayır      ( 3 ) Kısmen

**14. Verdiğiniz adli raporların yargılamadaki etkilerini biliyor musunuz?**

- ( 1 ) Evet      ( 2 ) Hayır      ( 3 ) Kısmen

**15. Verdiğiniz adli raporların yargılamadaki etkilerini bilmeniz gerekli mi?**

- ( 1 ) Evet      ( 2 ) Hayır      ( 3 ) Fikrim Yok

**16. Adli muayeneniz ve raporunuz nedeniyle adliyeye davet edildiniz mi?**

- ( 1 ) Hayır      ( 2 ) Evet, 1 kez      ( 3 ) Evet, 1 den fazla

**17. Hastane polisinin adli olgulara yaklaşımı genel olarak nasıl?**

- ( 1 ) Yeterli      ( 2 ) Yetersiz      ( 3 ) Kısmen yeterli      ( 4 ) Fikrim Yok

**18. Olgunuzun adli olması size fazladan tedirginlik hissettiriyor mu?**

- ( 1 ) Evet, Her zaman      ( 2 ) Evet, Çoğu zaman      ( 3 ) Evet, Bazen  
( 4 ) Nadiren      ( 5 ) Hayır hissettirmiyor

**19.** Biriminizde sadece adli olgularla ilgilenen bir hekim grubu oluşturulma fikri ortaya çıksaydı sizin yaklaşımınız ne olurdu?

- ( 1 ) Gereklidir, ben de katılırim ( 2 ) Gereklidir, ama ben katılmam  
( 3 ) Gereksizdir, ama katılırim ( 4 ) Gereksizdir, ben katılmam

**20.** Hayati tehlike ve iş görmezlik konusunda raporu sizce hangi hekim vermelidir?

- ( 1 ) Teşhise ulaşan ilk hekim ( 2 ) Tedaviyi tamamlayan hekim  
( 3 ) Adli Tıp Uzmanı

**21.** Geçici raporun geçerlilik süresi nedir?

- ( 1 ) Cumhuriyet Savcılığına kadar ( 2 ) Mahkemeye kadar  
( 3 ) Dava sonuna kadar ( 4 ) Bir sonraki rapora kadar  
( 5 ) Hatalı olduğu belirlenene kadar ( 6 ) Geçici raporu ilk defa duydum  
( 7 ) Duydum ama bilmiyorum

**22.** Adli rapor yazarken kullanılan önceden hazırlanmış liste ve cetvellerden haberdar mısınız?

- ( 1 ) Evet ( 2 ) Hayır ( 3 ) Kısmen

**23.** Adli rapor yazarken önceden hazırlanmış liste ve cetvelleri kullanıyor musunuz?

- ( 1 ) Evet ( 2 ) Hayır ( 3 ) Kısmen

**24.** Adli rapor için önceden hazırlanmış liste ve cetvelleri **gerekli** görüyor musunuz?

- ( 1 ) Evet ( 2 ) Hayır ( 3 ) Fikrim Yok

**25.** Adli rapor için önceden hazırlanmış liste ve cetvelleri **yeterli** görüyor musunuz?

- ( 1 ) Evet ( 2 ) Hayır ( 3 ) Fikrim Yok

**26.** Komplikasyonlar Hayati tehlike kapsamına girer mi?

- ( 1 ) Evet ( 2 ) Hayır ( 3 ) Bilgim yok

**27.** Hayati Tehlikesi olan bir vakanın tedavi sonrası iyileşir ise Hayati tehlikesinin ortadan kalktığı rapora ek olarak yazılması gerekli midir?

- ( 1 ) Evet ( 2 ) Hayır ( 3 ) Bilgim Yok

**28. Adli Tıp konularında çözüm ne olmalıdır?**

- ( 1 ) Adli tıp uzmanı sayısının artırılarak adli raporlar adli tıp uzmanlarınca verilmeli
- ( 2 ) Adli tıp uzmanından görüş alınmalı
- ( 3 ) Mezuniyet sonrası Adli Tıp eğitimi verilmeli
- ( 4 ) Mezuniyet öncesi teorik ve pratik eğitimi uzatılmalı

