

ISSN 1300-865X



ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

Cilt/Volume 6
Sayı/Number 3
2001

Adli Tıp Uzmanları Derneği'nin resmi yayın organıdır.
The official publication of
the Society of Forensic Medicine Specialists.



ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

EDİTÖR / EDITOR

Şebnem KORUR FİNCANCI

EDİTÖR YARDIMCILARI / ASSOCIATE EDITORS

Şevki SÖZEN

Ümit BİÇER

YAYIN KURULU / PUBLICATION COMMITTEE

Nevzat ALKAN

Nadir ARICAN

Birgül TÜZÜN

ULUSAL DANIŞMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Kemalettin ACAR
Sabri ACARTÜRK
Necla AKÇAKAYA
Alaaddin AKÇASU
Kutay AKPİR
Ercüment AKSOY
Atıf AKTAŞ
Emre ALBEK
Kemal ALEMDAROĞLU
Behnan ALPER
Muzaffer ALTINKÖK
Berna ARDA
Emin ARTUK
Sevil ATASOY
Ayşe AVCI
Mehmet AYKAÇ
Talia Bali AYKAN
Derya AZMAK
Selim BADUR
Yasemin GÜNAY BALCI
Köksal BAYRAKTAR
Yaşar BİLGE
Ayşen BULUT
Salih CENGİZ
Canser ÇAKALIR

Necmi ÇEKİN
Gürsel ÇETİN
Beyazıt ÇIRAKOĞLU
Atınç ÇOLTU
Sedat ÇÖLOĞLU
Elif DAĞLI
Hayrünnisa DENKTAŞ
İrfan DEVRANOĞLU
Kriton DİNÇMEN
Orkide DONMA
Dilek DURAK
H.Ergin DÜLGER
Beyhan EGE
İmdat ELMAS
Serap ERDİNE
Zerrin ERKOL
Süheyla ERTÜRK
Esat EŞKAZAN
Şemsi GÖK
Gülbin GÖKÇAY
Hayat GÖKÇE
Şefik GÖRKEY
S.Serhat GÜRPINAR
Mete GÜLMEN
İ.Hamit HANCI

Hande HARMANCI
Hüseyin HATEMİ
Akgün HİÇSÖNMEZ
Kayıhan İÇEL
Ersi KALFOĞLU
Hüseyin KARAALİ
Melda KARAVUŞ
Ufuk KATKICI
Sermet KOÇ
R.Özdemir KOLUSAYIN
Ahmet Nezir KÖK
Ali Fuat IŞIK
M.Akif İNANICI
Veli LÖK
Ahmet OKTAY
Şule OKTAY
Işık OLCAY
Gökhan ORAL
Yaman ÖRS
Tayfun ÖZÇELİK
Coşkun ÖZDEMİR
Fikri ÖZTOP
Oğuz POLAT
Özgür POLVAN
Şevket RUACAN

Serpil SALAÇIN
Kaynak SELEKLER
Fahri SEYHAN
Zeki SOYSAL
Nezir SUYUGÜL
Vecdet TEZCAN
İbrahim TUNALI
İlhan TUNCER
Sıtkı TUZLALI
Yıldız TÜMERDEM
Ümran TÜZÜN
Sema UMUT
İlter UZEL
Feridun VURAL
Nevin VURAL
Fatih YAVUZ
Süha YALÇIN
Ali YEMİŞÇİGİL
Ahmet YILMAZ
Temel YILMAZ
Ertan YURDAKOŞ
Şahika YÜKSEL

ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Wolfgang BONTE
Bernd BRINKMANN
Kevin BROWNE
Anthony BUSUTTL
Tzee Cheng CHAO

James J. FERRIS
Gunther GESERICK
M. Yaşar İŞCAN
Patrice MANGIN
Derrick POUNDER

Akiko SAWAGUCHI
Jorn SIMONSEN
Peter SOTONYI
William Q. STURNER
Takehiko TAKATORI

Shigeyuki TSUNENARI
Tibor VARGA
Rafik M. YUSIFLI



ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

102 Editörden/ Editorial

103 Farık-i Mümeyyizlik Muayenesi İçin Gönderilen Çocukların Biyopsikososyal Özellikleri
N G Bilgin, A Avcı, N Çekin, B Savran

111 Cinsel Saldırı Olgusuna Profesyonel Yaklaşımda Mezuniyet Sonrası Eğitimin Etkisi
M F Yavuz

119 Anestezi Uygulamalarında Anestezi Teknisyenlerinin Yasal Sorumluluklarının Örnek Vakalarla İrdelenmesi
Ü N Gündoğmuş

126 Batın Bölgesinde Tek Atışla Oluşmuş Çok Sayıda Ateşli Silah Giriş ve Çıkış Yaraları: Olgu Sunumu
C Uysal, T Boran, H Dokgöz, M Uzun, S Koç

130 Bir Olgu Nedeniyle Ani Bebek Ölümü Sendromu
M A İnanıcı, C Yorulmaz, N T Cantürk

134 Teşekkür Listesi (Thanks to Advisory Board Members)

135 Yazar ve Konu İndeksi

136 Adli Tıp Bülteni Yazım Kuralları

137 Instructions to Authors

EDİTÖRDEN

Adli Tıp Bülteni bir yıllık yayın dönemini daha bitiriyor bu sayısıyla. Yeni bir yüzyılın eşliğinde olduğumuzu ilk sayımızda ifade etmiş ve bu yeni yüzyılda uzmanlık alanımızın da değişiminin, gelişiminin olanaklarının var olduğunu, genç meslektaşlarımızın niteliği ve içeriği ile oluşturacağımız daha zengin bir bilim ortamında çalışmalar yürütebilmesini sağlamanın hepimizin temel sorumluluğu olduğunu vurgulamıştık.

Uzmanlık eğitim süresi ve içeriğinin, adli tıp uzmanı kavramının, görev tanımının zaman yitirmeden oluşturulması gerekmektedir. Değişik ülkelerde farklı yaklaşımlarla yürütülen eğitim modellerinin, bir bilim dalının alt birimi olarak tanımlanmanın, hukukun yardımcı olarak algılanmanın bizleri mesleğimize yabancılaştırdığını, kendimizi ifade etmemizi güçleştirdiğini biliyoruz.

Kurumsal ilişkilerin oluşumunda bu tanımların her birinin olumsuz sonuçlarını doğrudan yaşamak zorunda kalıyoruz. Bilimsel bir disiplin olabilmek için, bağımsız araştırmalar ve bağımsız düşüncelerle zenginleştirilmiş bir merak ortamına ihtiyaç vardır. Hukuka yardımcı olma görevi biçilmiş bilimsel disiplin, ancak hukukun merak ettiği konuları araştırmak ile sınırlandırılmış demektir. Sınırlandırılmış bir araştırma süreci bilimsel olma özelliğini de yitirmek anlamını taşır.

Adli tıp uzmanları bilmelidir ki, Adli Tıp Bülteni tam da bağımsız araştırma ortamının oluşturulmasının bir aracıdır. Bizim bağımsız araştırmalarımızdan hukuk yararlanabilir. Başka pek çok disiplin de yararlanabilir. Birlikte daha zengin bir üretkenlik de sağlayabiliriz. Bilimin sınırları olmaz, sınırlar bilimin ilerlemesinin önünde ancak engel olabilir. Üretimimizi paylaşmak ise bilimsel ortamın gelişmesini, zenginleşmesini sağlar. Ortak çalışmalarımızın bizi zenginleştireceği ortamları yaratmak ellerimizdedir. Yeter ki görev tanımımızı yaparken başka alanlardan hareket etme yanlışını yapmayalım.

Şebnem Korur Fincancı

EDITORIAL

The Bulletin completes a publication period with this issue. We have expressed that we are at a milestone nearing a new century in the first issue. And our scientific field is also at the verge of paramount change, thus it is our responsibility to provide a scientifically rich environment to the young and newly joining colleagues.

The time and content of the postgraduate education and defining the professional boundaries are urgent tasks before us. We are aware that different approaches to forensic medicine syllabus in various countries, being seen as a sub specialty and as an assistant to law alienates us to our profession and lays obstacles to freely express ourselves.

We have to experience the negative outcomes of these definitions in the daily institutional relationships. In order to establish an independent scientific field, independent research and scientific curiosity are required. A scientific discipline defined as a helper to law is destined to be confined to questions raised by the law. Scientific qualities are to be lost in a restricted scientific environment.

The forensic medicine specialists should know that the Bulletin is a medium for establishing an independent research climate. The law, as well as other scientific disciplines, will benefit from independent researches. We might enrich the productivity. Science, thanks to its nature, cannot go forward in the presence of any kind of restrictions. Sharing our works will help in building a scientific milieu and it is in our reach to succeed this. Only if we let our reasoning free and do not describe our field within the limits of referrals...

Şebnem Korur Fincancı

FARİK-İ MÜMEYYİZLİK MUAYENESİ İÇİN GÖNDERİLEN ÇOCUKLARIN BİYOPSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ

Biopsychosocial characteristics of offender children sent for distinguishing and discretion

Nursel GAMSIZ BİLGİN*, Ayşe AVCI**, Necmi ÇEKİN***, Bülent SAVRAN****

Bilgin N G, Avcı A, Çekin N, Savran B. Farik-i mümeyyizlik muayenesi için gönderilen çocukların biyopsikososyal özellikleri. Adli Tıp Bülteni 2001; 6 (3): 103-110.

ÖZET

Suçlu çocukların sosyodemografik özellikleri, suçun risk faktörleri ve suçlu çocuklardaki psikiyatrik sorunlar günümüze kadar pek çok çalışmada yer almıştır.

Bu çalışmanın amacı, Adana Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne gönderilen suçlu çocukların sosyodemografik özelliklerini ve bu özellikler ile depresyon, anksiyete ve kendini güven düzeyleri arasındaki ilişkileri belirlemektir.

Yaşları 11-15 yaş arasında değişen 60 çocuk ve ergen çalışma kapsamına alındı. İlk görüşmede çocukların sosyodemografik özellikleri kaydedildi ve 29 çocuğa Beck Depresyon Evanteri (BDE), Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ve Piers-Harris özgüven ölçeği uygulandı.

En sık yaş 13 (%38.3)'dü. Suçun %30'u hırsızlık, %85.7'si mala yönelik suçtu. Annelerin ortalama yaşı 41.6 ± 6.6 'dı. 39 (%65)'ü herhangi bir eğitim almamıştı ve %90'ı ev hanımıydı. Babaların ortalama yaşları 46.5 ± 7.0 'di. 16 (%26.7)'si herhangi bir eğitim almamıştı. 43 (%71.7)'ü işçiydi.

Tüm veriler diğer çalışmalar ışığında tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Farik-i mümeyyizlik, suçlu çocuk, çocuk depresyon ölçeği,

SUMMARY

Sociodemographic characteristics of offender children, risk factors of crime and psychiatric problems of offender children have been participated in many studies until now.

The aims of this study were to determine sociodemographic

characteristics and relationships between sociodemographic characteristics and level of depression, anxiety and self-esteem of offender children who were sent to the Department of Adana Chairmanship of Forensic Medicine Council.

60 children and adolescent aged between 11-15 (57 boys, 3 girls) years who were offender were included in this study. At the first interview, Sociodemographic data of children were recorded and Beck Depression Inventory (BDI), State and Trait Anxiety Inventory for children (STAI-C) and Piers-Harris Self Esteem scale were administered to 29 children.

The most frequent age was 13 (38.3%). 30% of crime was theft, 85% of crime was assault. The mean age of mothers was 41.6 ± 6.6 , 39 of them (%65) did not have any education, 90% of mothers were housewife. The mean age of fathers was 46.5 ± 7.0 . 16 of them (%26.7) did not have any education and 43 (71.7%) of fathers were labourer.

All of the data are discussed according to other studies.

Key words: Distinguishing and discretion, offender children, beck depression inventory.

GİRİŞ

Türk hukuk sisteminde; çocuk suç işlediği sırada 11 yaşını bitirmiş 15 yaşını bitirmemiş ise işlediği suçta karşı farik-i mümeyyiz olup olmadığının saptanmasının gerektiği belirtilmektedir. Farik-i mümeyyizlik Türk Ceza Kanununun (TCK) 54. ve 2253 sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkındaki

* Yrd. Doç. Dr. Mersin Ü. Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

** Prof. Dr. Çukurova Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

*** Doç. Dr. Çukurova Ü. Tıp Fakültesi Adli Tıp AD ve Adalet Bakanlığı Adana Grup Başkanlığı Adli Tıp Şube Müdürlüğü.

**** Karadeniz Teknik Ü. Adli Tıp Anabilim Dalı.

Kanunun (ÇMK) 12. maddesinde yer almakta olup yapılan eylemi çocuğun bilmesi, anlaması ve sonuçlarını kavrayabilmesi olarak tanımlanmaktadır. (1-6).

ÇMK'nun 20. maddesinde; çocuğun muayenesinin uzman hekimler tarafından yapılması gerektiği, Yargıtay kararlarında da uzman olmayan hekimin vereceği raporun yeterli görülmediği, adli tıp, nöroloji veya psikiyatri uzmanı tarafından muayene edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca bu kanun, çocuk hakkında karar verilmemesi önce, bedensel, ruhsal, zihinsel, ahlaki ve sosyal gelişimleri ile birlikte, yaşadıkları çevre koşullarının mahkemede görevli psikolog, pedagoğ veya sosyal hizmet uzmanlarından oluşan ekip tarafından incelenmesi diğer bir anlamı ile suça iten nedenlerin de göz önünde bulundurulması zorunlu hale getirilmektedir(2-6).

Çocuğun ergenlik gibi dürtülerin kontrolünün zor olduğu bir dönemin içinde olması, ruhsal sorunları (depresyon, psikotik bozukluk, davranım bozukluğu gibi), çocuğun duygusal, fiziksel ve/veya cinsel istismara maruz kalması, düşük sosyoekonomik düzey, düşük anne-baba eğitim düzeyi, anne-babanın ruhsal sorunları (alkol bağımlılığı, depresyon, psikotik bozukluk, davranım bozukluğu gibi), parçalanmış ailede büyüme, kalabalık aile ortamı, kardeş sayısının fazlalığı, göç suça meyilli arttığı bilinen risk faktörlerindedir (7-19).

Suçlu çocukların özellikleri, çocuğu suça iten nedenler, bu çocukların değerlendirilmesi ve topluma kazandırılması ile ilgili pek çok çalışma ve öneriler kaynaklarda mevcut olup biz çalışmamızda; suç işlediği belirtilerek adli amaçlı muayeneye gönderilen 11-15 yaş grubundaki çocukların sosyodemografik özelliklerini ve bu özellikler ile depresyon, anksiyete ve öz-kavram düzeyleri arasındaki ilişkileri ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM:

1998-1999 yılları arasında Adana Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne Farik-i Mümeyyizlik muayenesi için getirilen 11-15 yaş arasındaki 60 çocuk çalışma kapsamına alındı. Çocuklara iki bölümden oluşan anket hekim tarafından uygulandı. Anketin birinci bölümünde sosyodemografik veriler ile ilgili sorular soruldu. İkinci bölümde test almayı kabul eden 29 çocuğa Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) ve Piers-Harris'in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği (ÇÖKÖ) uygulandı.

Çocuklar için Beck Depresyon Ölçeği (ÇDÖ): Ko-

vacs (1981) tarafından Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak hazırlanmış olan bir öz-bildirim ölçeğidir. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır (20).

Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE): Spielberger (1973) tarafından geliştirilen, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen, yirmişer maddelik iki alt ölçekten oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Özusta (1993) tarafından yapılmıştır (21).

Piers-Harris'in Çocuklarda Öz-Kavramı Ölçeği (ÇÖKÖ); 9-16 yaşlarındaki çocukların kendilerine yönelik düşünce, duygu ve tutumlarını değerlendiren bir ölçektir. Puanlar 0-80 arasında değişmektedir. Yüksek puanın olumlu, düşük puanın ise olumsuz öz-kavram varlığını göstermektedir (22).

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi Adli Tıp Anabilim Dalı ve Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından SSPS 9.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan 60 çocuğun 31 tanesi sadece anketin birinci bölümünü cevaplandırdı.

57 (%95) olgu ile büyük çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu, yaş gruplarına göre dağılımda en çok suç işlenen yaşı 13 (%38.3) olduğu saptandı. Eğitim durumlarına baktığımızda; 23 (%38.3) çocuğun ilkokulu bitirdiği, 7 (%11.7)'sinin hiç okula gitmediği, 38 (%63.3) çocuğun vasıfsız işçi olarak çalıştığını öğrendik (Tablo 1).

Suç türü dağılımında 30 (%50) olgu ile beden bütünlüğüne yönelik (adam öldürme, yaralama, seksüel suçlar vb.) suçlar ilk sırada yer almaktaydı. 21 olgu ile ikinci sırada yer alan mala yönelik suçlar içinde hırsızlık (18 olgu) ilk sıradaydı. Hırsızlık suçu, suç türleri içinde %30, mala yönelik suçlarda ise %85.7'i oluşturmaktaydı. Toplam 17 (%28.3) çocuğun içinde bulunduğu bir grup olduğu ve suçu bir grup ile birlikte işlediği öğrenildi. 38 (%63.3) çocuk ilk kez muayeneye gelirken 22 (%36.6)'si iki ve daha fazla kez muayene gelmişti. Çocuklar ile ilgili sosyodemografik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Annenin yaş ortalaması 41.6 ± 6.6 olduğu, 39 (%65)'unun hiç okula gitmediği, %90'ının ev hanımı olduğu, babanın yaş ortalamasının 46.5 ± 7.0 olduğu, 16 (%26.7) babanın hiç okula gitmediği ve 43(%71.7)'ünün

Tablo 1: Çocuklar ile ilgili sosyodemografik veriler.

		N (%)
Cinsiyet	Erkek	57 (95)
	Kız	3 (5)
Suç işlediği yaşı	12	6 (10)
	13	23 (38.3)
	14	20 (33.3)
	15	11 (18.3)
Eğitim durumu	Hiç okula gitmemiş	7 (11.7)
	İlkokuldan terk	11 (18.3)
	İlkokul mezunu	23 (38.3)
	Ortaokul ve üzeri	19 (31.7)
Mesleği	Öğrenci	13 (21.7)
	Çalışmıyor	9 (15)
	Vasıfsız işçi	38 (63.3)
Suç türü	Mala yönelik	21 (35)
	Beden bütünlüğüne yönelik	30 (50)
	Diğer	9 (15)
Muayene geliş sayısı	Birinci	38 (63.3)
	İkinci	14 (23.3)
	Üç ve üzeri	8 (13.3)
Suçu	Bireysel mi	43 (71.7)
	Grupla mı işlediği	17 (28.3)
İçinde bulunduğu grup	Var	12 (20)
	Yok	48 (80)
Ailede ceza	Uygulanıyor	30 (50)
	Uygulanmıyor	30 (50)
Sigara	Kullanıyor	32 (53.3)
	Kullanmıyor	28 (46.7)
Rapor	Farik-i mümeyyiz'dir	100 (100)
	Farik-i mümeyyiz değildir.	0

vasıfsız işçi olarak çalıştığı, 7 (%11.7)'sinin çeşitli suçlardan dolayı hüküm giydiği saptandı. Aile ile ilgili sosyodemografik veriler Tablo 2'de yer almaktadır.

Çocuklara verilen ölçeklerinin sonuçlarına baktığımızda; 11 (%37.9) çocuğun ÇDÖ puanı 19 ve üzerinde olarak saptandı. Beden bütünlüğüne yönelik suç işleyen çocuklarda ÇSKE düzeyleri diğer suçları işleyen çocuklara göre anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p < .05$) (Tablo 3).

Aile içinde fiziksel şiddete maruz kalan çocukların ÇDKE, ÇDÖ düzeyleri fiziksel şiddete maruz kalmayan çocuklara göre daha yüksek ($p < .05$, $p < .01$), ÇÖKÖ ise daha düşüktü ($p < .01$) (Tablo 3).

Fiziksel şiddete maruz kalan annelerin çocuklarında ÇDKE ve ÇSKE düzeyleri maruz kalmayan anne çocuklarına göre yüksekti ($p < .05$), öz kavram düzeyleri düşüktü ($p < .01$).

Sigara kullanan çocukların ÇDKE sigara kullanma-

yan çocuklara göre daha yüksek ($p < .05$), ÇÖKÖ puanları ise daha düşüktü ($p < .01$) (Tablo 3).

Göç eden ailelerdeki çocukların sürekli anksiyete puanları daha yüksekti ($p < .05$). Ayrı yapılanmış bir evde oturan çocukların öz kavram düzeyleri de gecekonduda oturanlara göre daha yüksekti ($p < .01$) (Tablo 3).

Ailede kronik bir hastalığın varlığında depresif belirti puanı daha yüksekti ($p < .01$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamız sonucunda farik-i mümeyyizlik muayenesi için getirilen çocukların %95'ini erkeklerin oluşturduğunu bu bulgumuzun ülkemizde ve diğer ülkelerde (ABD, İngiltere) yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğunu saptadık (6-8, 10, 11, 17, 23-35).

Erkek çocukların daha sık suç işleme nedenleri olarak; içinde bulunduğumuz cinsiyet rollerimiz gereği, er-

Tablo 2: Aile ile ilgili sosyodemografik veriler.

		N	(%)
Annenin eğitim durumu	Hiç okula gitmemiş	39	(65)
	İlkokul mezunu	16	(26.7)
	Ortaokul ve üzeri	5	(8.4)
Annenin mesleği	Ev hanımı	54	(90)
	Dışarıda çalışan	6	(10)
Anneye ceza	Uygulanıyor	18	(30)
	Uygulanmıyor	42	(70)
Babanın eğitimi	Hiç okula gitmemiş	16	(26.7)
	İlkokul mezunu	32	(53.3)
	Ortaokul ve üzeri	12	(20)
Babanın mesleği	İşçi	43	(71.7)
	Memur	6	(10)
	Serbest meslek	11	(18.3)
Baba	Hüküm giymiş	7	(11.7)
	Giymemiş	53	(88.3)
Ailenin yapısı	Birlikte	51	(85)
	Parçalanmış	9	(15)
Ailede organik hastalık	Var	20	(33.3)
	Yok	40	(66.7)
Çocuk sayısı	Bir	1	(1.7)
	İki	2	(3.3)
	Üç	4	(6.7)
	Dört ve üzeri	53	(88.3)
Göç	Var	35	(58.3)
	Yok	25	(41.7)
Oturulmuş evin özelliği	Müstakil veya gecekondulu	34	(56.7)
	Apartman	26	(43.3)
Anne-baba arasında akrabalık	Var	4	(6.7)
	Yok	56	(93.3)
Ailede sigara	Kullanan	54	(90)
	Kullanmayan	6	(10)
Ailede alkol	Kullanan	9	(15)
	Kullanmayan	51	(85.3)
Ailede başka suçlu	Var	12	(20)
	Yok	48	(80)

keğın evın dışındaki hayatı daha yoğun yaşaması, kız çocuklarının ise evin içinde geçen bir yaşantısının ağırlıkta olması, aile tarafından daha sıkı korunup kollanması, göz önünde ve sosyal yaşamın dışında tutulması sayılabilir (4, 7, 9, 13, 25, 27, 34).

En sık suç işlenen 13 yaş bulunmakla birlikte, İzmir, Adana, Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Samsun, Sivas, Elazığ illerinde yapılan çalışmalarda ise 14, Kocaeli ve Antalya'da yapılan çalışmalarda ise en sık 15 yaş bulunmuştur. Bu yaşların en sık görülme nedeni olarak ergenlik dönemi suçlanıldığı, dürtülerin kontrol edilmesinde zorlanıldığı, oldukça fırtınalı geçen bir dönem olduğu,

fizyolojik ve biyolojik sorunların yoğun yaşandığı da belirtilmektedir (6, 8, 24-29, 31, 35).

Hastings ve Hamberger 1997 yılında yapmış oldukları çalışmada ilk kez suç işleme yaşını ortalama 14 olarak bulmuşlardır (17).

Çalışmamızda da olduğu gibi hırsızlığın büyük kentlerde ilk sırayı aldığı %60-75 gibi yüksek oranlarda olduğu şehirleşme ile hırsızlık suçu arasında doğrusal bir artışın saptandığı, ayrıca sosyoekonomik düzeyin düşük olması, çocuğun içinde bulunduğu arkadaş gruplarının varlığının da hırsızlık için risk faktörü olarak gündeme gelebileceği belirtilmektedir. Son yıllarda ABD başta ol-

Tablo 3: Sosyodemografik veriler ile ölçek puanlarının ilişkileri.

		N	ÇDKE	ÇSKE	ÇDÖ	Öz kavram
Suç türü	Beden bütünlüğü	17	-	35.4±5.3		
	Diğer	8		40.1±5.8*		
Ceza	Uygulanıyor	13	37.6±4.9*	-	17.2±4.9**	31.5±6.2
	Uygulanmıyor	16	33.0±6.8		10.4±4.6	37.8±6.3**
Sigara	Kullanıyor	15	37.3±4.9*			32.1±6.8
	Kullanmıyor	14	32.7±7.0			37.8±6.2**
Anneye ceza	Uygulanıyor	4	40.2±1.8*	41.5±5.6*		26.7±4.7**
	Uygulanmıyor	25	34.2±6.5	35.9±5.5		36.3±6.3
Aile	Birlikte	3	34.4±6.4	36.3±6.0	13.1±5.9	
	Parçalanmış	26	40.3±4.1*	39.6±2.0*	16.0±4.3*	
Göç	Var	16		38.6±6.0*		
	Yok	13		34.3±4.8		
Ev	Apartman	19				37.2±6.3**
	Müstakil	10				30.9±6.4
Ailede Hastalık	Var	10			16.3±6.5**	
	Yok	19			12.0±4.9	

*p<.05 **p<.01

ma üzere gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmaların hemen hepsinde en sık hırsızlık olmak üzere suç işleme oranlarının gittikçe arttığı vurgulanmaktadır(6-13, 24-26, 29, 36).

Yapılan çalışmalarda suç tekrarı oranlarının Aydın'da %10.5, Elazığ'da %12.55, Antalya'da %12.44, Samsunda%22.2 olduğu, tekrarlayan suçlarda da hırsızlığın ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir. Çalışmamızda suç tekrarı %13.3 olarak bulundu (7, 23, 27, 29, 36).

Özkök ve arkadaşlarının tekrarlayan çocuk suçluluğu ile ilgili yapmış oldukları çalışmalarında, çevresel faktörlerin çok önemli ve tekrarlayan olgularda çevrenin belirleyici olduğunu vurgulamışlardır. Çocuğun düşük sosyoekonomik düzey nedeni ile küçük yaşta çalışmaya başlamasının da risk faktörü olarak gündeme geldiğini belirtmişlerdir (36).

Grup ile suç işleme oranlarının %45-55 arasında değiştiği ve oranın yüksek olmasının nedeni ise kendini ispat etme, her türlü kural ve emre karşı gelme, isyankar davranışlar, başkaldırı gibi ergenlik çağının özellikleri ile ilişkilendirilerek açıklanmaktadır (10, 11, 17, 23, 27, 32, 37).

Yapılan tüm çalışmalarda muayeneye getirilen çocukların hemen tamamının Farik-i Mümeyyiz olduğu yönünde rapor verilmiş olması bir soru işaretlerini akla getirmektedir. Örneğin muayeneyi yapan hekimin bu konudaki mesleki tecrübesinin ne olduğu ve uzmanlık

dalı, muayenede ne kadar hassas davranıldığı, ÇMK'da belirtildiği gibi çocuğun ruhsal, bedensel ve zihinsel gelişimi ile birlikte çocuk suçluluğunda önemli yeri olan aileye ait risk faktörlerinin değerlendirilip değerlendirilmediği, psikolog, pedagog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip tarafından multidisipliner bir yaklaşım içinde çocuk hakkında karar verilip verilmediği (6, 7, 10, 11, 23-29, 31, 34, 35).

Ebeveynlerin eğitiminin düşük olmasının suç ve suç tekrarında önemli bir etken olduğu, anne eğitim seviyesinin düşüklüğünün önemli bir faktör olarak çıktığı belirtilmektedir. Erkek çocuk için bir model oluşturan babanın ceza almasının, ailede bir başka suçlunun varlığının, ebeveynlerde görülen ruhsal sorunların ve/veya çocuklarda görülen ruhsal sorunların (DEHB ve davranım bozukluğu) da yer aldığı belirtilmektedir. (4, 10, 13-17, 22, 30, 37).

Ailenin bütünlüğünün önemli olduğu, parçalanmış aile çocuklarında suç oranının dikkati çeker şekilde arttığı, Amerika'da yapılan bir araştırmada suç işlemiş çocukların %25'inin parçalanmış aile çocuğu olduğu belirtilmektedir. Ancak ailenin parçalanmasından önce mi sonra mı suçlu davranışların geliştiğini tespit edilememektedir. İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsünün 974 suçlu çocuk üzerinde yapmış olduğu çalışmasında %42.1'inin parçalanmış aile mensubu çocuk ol-

duğunu belirtmektedir (7, 12-14, 16, 18, 38).

Ansis ve arkadaşları 1997 yılında yaptıkları çalışmada; Çocuklardaki davranım bozukluğu ve suça meyilde televizyondaki şiddetin de önemli yeri olduğunu bildirmişlerdir. Milgram; okul başarısızlığı, aile içi çatışmaların sık olarak yaşanması, alkol ve madde bağımlılığının olması gibi faktörlerin çocuk ve ergenlerde saldırgan suça yönelik davranışların ortaya çıkmasında önemli rol oynayabileceğini vurgulamışlardır.(15, 16).

Göçün, çocuğu suça iten en önemli faktörlerden olduğu adaptasyon sorunları, kendini kanıtlama çabaları gibi sorunların göç sonucu olarak karşımıza çıktığı belirtilmektedir (7-14, 23-29, 31, 34-36).

Akyüz tarafından 1999 yılında yapılan bir çalışmada; farik-i mümeyyizlik muayenesi için getirilen 33 çocukta ÇDÖ kullanılmış ve depresyon düzeyinin dikkat çekici şekilde yüksek olduğu (%27.3), depresyonun suç işlemeyle ilişkin bir faktör mü yoksa suç işleme sonrası ortaya çıkabilecek pişmanlık ile ilgili bir durum mu olduğunun bilinmediği, çocuk ve ergen suçluluğu ile depresyon arasındaki ilişkinin araştırılmaya değer görüldüğünü belirtmişlerdir (35).

Ergenlik döneminin bir karmaşa (turmoil) dönemi olduğu, ve çocukluk dönemi ile karşılaştırıldığında ruh sağlığı sorunlarında genellikle artış gösterdiği bilinmektedir. Bu dönemde en sık görülen ruh sağlığı sorunlarından biri olan depresyondur. Depresif bozukluğu olan çocukların suça yatkınlığının olmayanlara göre 2-3 kat fazla olduğu, ergenlik döneminde işlenen suçun çocuklarda depresif bozukluğun ortaya çıkmasında önemli bir risk faktörü olabileceği bildirilmektedir (19, 20, 32, 38-41).

Çocuklardaki yüksek anksiyete düzeyi, majör depresif bozukluk, alkol ve/veya madde bağımlılığı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile suç işleme davranışı arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir. Ergenlik döneminde depresif bozukluk ile birlikte davranım bozukluğu var ise ileri yaşlarda sosyal uyumda daha çok zorluklar yaşandığı da saptanmıştır(30, 39, 41-43).

Pek çok çalışmada majör depresyon + davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde sadece depresif bozukluğu olan çocuk ve ergenlere göre suç işleme oranının, özkıyım girişiminin daha sık olduğu ve bu çocukların daha sık sosyal uyum sorunları yaşadıkları bildirilmiştir (4, 12, 20, 40-43).

Modestin ve arkadaşları; psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 179 erkek, 99 kız olguda yaptıkları araştır-

mada suç işleyenlerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (32).

Bizim çalışmamızda da 11 (%37.9) olguda ÇDÖ puanı 19 ve üzerindedir. Bu olgularda klinik olarak da majör depresif bozukluk vardı.

Fiziksel şiddete uğrayan 12-18 yaşlarındaki çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu, daha çok davranım sorunları gösterdiğini, anksiyete, Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB), depresyon, ayrılık kaygısı, zıtlasma bozukluğunun ve somatik yakınmaların daha sık olduğu belirtilmiştir(13, 16-18, 33, 35, 44).

Aile içinde fiziksel şiddete maruz kalan annelerin çocuklarında; ÇSKE ve ÇDKE puanları daha yüksek, ÇÖKÖ daha düşük; parçalanmış ailelerden gelen çocuklarda ÇSKE, ÇDKE, ÇDÖ puanları daha yüksek olarak bulunması olgu sayısı yeterli olmamakla birlikte yapılan diğer çalışmalar ile uyumluluk göstermekte, aile içi şiddete tanık olan parçalanmış aile çocuklarında yaşanan stres düzeyi daha yüksek olduğu bildirilmektedir (12-18, 32, 37, 41).

Sigara kullanan çocukların ÇDKE sigara kullanmayan çocuklara göre daha yüksekti, ÇÖKÖ puanları ise daha düşüktü. Bu sonuç sigara içme ile majör depresyon gelişme, özkavram düşüklüğü arasında pozitif ilişki bulunduğunu bildiren diğer çalışma sonuçları ile benzerdi (11, 19, 35, 41).

Çocuk suçluğu toplumun her kesiminden ve herkesi ilgilendiren sorunlarımızdan birisi olarak gündeme gelmektedir. Çocukları suçtan uzaklaştırıp yeniden kazandırmaya çalışırken suç ve risk faktörleri ilişkisi unutulmamalıdır.

Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz bulgulardan ve edindiğimiz bilgilerden yola çıkarak Farik-i mümeyyizlik muayenesinin adli tıp uzmanı ile birlikte çocuk psikiyatristi veya psikiyatrist tarafından yapılması gerektiği, çocuğun zihinsel bedensel ruhsal gelişimi ile birlikte ailesini, çevresine ve yetişme şartlarını bir arada değerlendirmenin uygun olacağı kanısı ve inancındayız.

KAYNAKLAR

1. T.C Anayasası. Seçkin Yayınevi, Ankara,2000.
2. Damar V. 2253 Sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu Görev Ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun. Adil Basım Yayım Dağıtım, Ankara,2000.
3. Tüzün B, Elmas İ, İnce H, Akkay E. Bir Olgu Nedeniyle Farik-i Mümeyyizlik Kavramının İrdelenmesi. Adli Tıp Bülteni 1997;2(3):135-8.
4. Hancı İH. Adli Psikiyatri ve Ceza Sorumluluğu. 3P Dergisi 2002;190(Ek2):19-23.
5. Oral G. Adli Psikiyatri. Adli Tıp Cilt III. Sosyal Z, Çakalır C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları 1999;1381-1395.
6. Tunalı İ, Kendi Ö, Bilge Y, Bengidal S, Demirel B. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na 1989-1993 Tarihleri Arasında Mahkemelerce Gönderilen Fark Ve Temyiz Muayenesinin Yapılması İçin Gönderilen 50 Vakada Çocuk Suçluluğunun Değerlendirilmesi. I. Ulusal Adli Tıp Kongresi, Antalya, 1-4 Kasım 1994;363-367.
7. Karagöz M, Karagöz S. Çocuk Suçluluğu Ve Ailenin Sosyo-Ekonomik Kültürel Düzeyi; Bir Anket Çalışması. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri, Antalya, 16-20 Ekim 1995; 161-166.
8. Yavuz C, Hancı İH, Çakmak A, Arısoy Y, Ege B. 1991-1993 Yılları Arasında İzmir'de Çocuk Suçluluğu. I. Adli Bilimler Kongresi, Adana, 12-15 Nisan 1994;151-154.
9. Hancı İ, Ege B, Demirçin S, Coşkunol H, Ertürk S, Yemişçigil A. Göçlerin İzmir İlindeki Çocuk Suçlarına Etkisi. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri 1992;343-349.
10. Özen Ş, Oto R, Tıraşçı Y, Ayna YE. Çocuklarda Suç Davranışları, Farik-i Mümeyyizlik Ve Sosyodemografik Özellikler. 3P Dergisi 2002;10(2):155-164.
11. Güleç G, Yenilmez Ç, Balcı YG, Seber G. Çocuk Suçluluğunda Sosyodemografik Özellikler. Klinik Adli Tıp Dergisi 2001;1(2):69-80.
12. Dönmezer S. Kriminoloji. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul,1994.
13. Hapçıoğlu B, Aysan MK, Güray Ö. Çocuk Suçları ve Çevre. Adli Tıp Dergisi 1995;11(1-4):47-54.
14. Hancı İH. Adli Tıp ve Adli Bilimler Kitabı. Çocuk ve Ergen Suçluluğu, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2002;237-262.
15. Milgram GG. Adolescents, Alcohol and Aggression. J Stud Alcohol Suppl, 1993;11:53-61.
16. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Anger, aggression, and violence: Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. Psyciatric Clinics of North America, 1997;20(2):405-425.
17. Hastings JE, Hamberger LK. Anger, Aggression and Violence: Sociodemographic Predictors of Violence. Psychiatric Clinics of North America, 1997;20(2):323-7.
18. Pelcovitz D, Kaplan SJ, DeRosa RR, Mandel FS, Salzinger S. Psychiatric Disorders in Adolescents Exposed to Domestic Violence and Physical Abuse. Am J Orthopsychiatry. 2002;70(39): 360-6.
19. Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR. Cigarette Smoking, Major Depression, and Other Psychiatric Disorders Among Adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:1602-1610.
20. Öy B. Çocuk ve Ergenlerde Depresyon Epidemiyolojisi ve Risk Etkenleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1995; 2(1):40-45.
21. Özusta Ş. Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin Uyarılama, Geçerlik ve Güvenlik Çalışması. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1993.
22. Öner N. Piers-Harris'in Çocuklarda Öz Kavramı Ölçeği El Kitabı. Türk Psikologlar Derneği, Ankara, 1996.
23. Çoltu A, Hancı İH, Ege B, Demircan S. 1988-1992 Yılları Arasında Bursa'da Farik-i Mümeyyizlik Muayenesine Gönderilen Çocukların Demografik Özellikleri. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri Antalya, 1-5 Kasım 1993; 51-58.
24. Savran B, Çekin N, Özdemir MH, Şen F. Adana'da 1994 Yılında Farik-i Mümeyyizlik Muayeneleri Yapılan Olguların Değerlendirilmesi. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri Antalya, 16-20 Ekim 1995;289-293.
25. Tıraşçı Y, Gören S. 1985-1994 Yılları Arasında Diyarbakır'da Yargıya İntikal Eden Çocukların İşledikleri Suçların Sıklığı Ve Demografik Özellikleri. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri Antalya, 16-20 Ekim 1995;295-298.
26. Bilgili M, Kar H, Yavuz E, Akgül E. Farik-i Mümeyyizlik, Gasp ve Hırsızlık. Adli Tıp Dergisi 2002,16(1):18-22.
27. Turla A, Böke Ö, Başar Y, Uslu K. Samsun'da Farik-i Mümeyyizlik Muayenelerinin Sosyodemografik Özellikleri. Adli Tıp Dergisi 2002;16(1):32-39.
28. Karagöz YM, Atılgan M. Antalya'da 1987-1993 Yıllarında Farik-i Mümeyyizlik Muayenesi Yapılan 1408 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi. I. Ulusal Adli Tıp Kongresi Antalya, 1-4 Kasım 1994; 357-362.
29. Dirol F, Cantürk G, Küçük H. 1996-1999 Yıllarında Elazığ İli Adli Tıp Şube Müdürlüğünde Farik-i Mümeyyizlik Muayenesi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi. Klinik Adli Tıp Dergisi 2002;2(2):43-46.
30. Modestin J, Thiel C, Erni T. Relationship of Criminality to Endogenety and Anxiety in Patients with Unipolar Depression. Psychiatry Clin Neurosci. 2002;56(2): 153-9.
31. Gündoğmuş ÜN, Boz H, Çolak B, Barut N, Biçer Ü. 1996-2000 Yılları Arasında Farik-i Mümeyyizlik Muayenelerinin Retrospektif Değerlendirilmesi. Yıllık Adli Tıp Toplantıları 2001;118-123.

32. Modestin J, Hug A, Ammann R. Criminal Behavior in Males with Affective Disorders. *J Affect Disord*, 1997;42(1): 29-38.
33. Campbell ve Schwarz. Prevalence and Impact of Exposure to Interpersonal Violence Among Suburban and Urban Middle School Students. *Pediatrics*,1996;98(3): 396-405
34. Günaydın G, Çolak B, Şahin TK. 1992-1997 Yıllarında Konya Adli Tıp Şube Müdürlüğünde Yapılan Farik-i Mümeyyizlik Muayenelerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. III Adli Bilimler Kongresi, Kuşadası, 14-17 Nisan 1998;70.
35. Akyüz G, Beyaztaş FY, Kuğu N, Analan E, Doğan O. Suç İşledikleri İddiasıyla Muayeneye Gönderilen Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2000;5(2):70-75.
36. Özkök S, Katkıcı U. Tekrarlayan Çocuk Suçluluğu. III. Adli Bilimler Kongresi, Kuşadası, 14-17 Nisan 1998;208-210.
37. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S. Family-Environment Risk Factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A test of Rutter's Indicators of Adversity. *Arch Gen Psychiatry*, 1995;52(6):464-70.
38. Lie N. Boys who became Offenders. A follow-up Study of 2203 Boys Tested with Projective Methods. *Acta Psychi-atr Scand Suppl*, 1988;342:1-22.
39. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J. Differences in Early Childhood Risk Factors For Juvenile-Onset and Adult-onset Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(3):215-22.
40. Sung E, Son M. Depression in Children and Adolescent. *American Family Physician*, 2000; 62(10):2297-2308.
41. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and Adolescent Depression : A Review of the Past 10 Years Part I. *J am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996;35:1427-1439.
42. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley Long-term Follow-up of Child and Adolescent Depression. 2. Suicidality, Criminality and Social Dysfunction in Adulthood. *Br J Psychiatry*, 2001;179 :218-23.
43. Crowley TJ, Mikulich SK, MacDonald M, Young SE, Zerbe GO. Substance-Dependent, Conduct-Disordered Adolescent Males: Severity of Diagnosis Predicts 2-Year Outcome. *Drug Alcohol Depend*, 1998;49(3): 225-37.
44. Kaplan SJ, Labruna V, Pelcovitz D, Salzinger S, Francine M, Weinwr M. Physically Abused Adolescents: Behavior Problems, Functional Impairment, and Comparison of Informants' Reports. *Pediatrics*, 1999;104(1):43-49.

Yazışma adresi:

Nursel Gamsız Bilgin
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı
33079 MERSİN
Tel: 0324 3374300/11360
Fax: 0324 3374305
E-posta: nurselbilgin@yahoo.com

CİNSEL SALDIRI OLGUSUNA PROFESYONEL YAKLAŞIMDA MEZUNİYET SONRASI EĞİTİMİN ETKİSİ

Effects of postgraduate training program on the professional approach to sexual assault cases

M. Fatih YAVUZ*

Yavuz M F. Cinsel saldırı olgusuna profesyonel yaklaşımda mezuniyet sonrası eğitimin etkisi. Adli Tıp Bülteni 2001; 6 (3): 111-118.

ÖZET

Bir sorunu ortadan kaldırmanın en etkili yolu, öncelikle o sorunun tüm boyutları ile ortaya konmasıdır. Cinsel saldırıların ortaya çıkma oranlarının düşük olmasında; bir çok etkenin yanında, konu ile ilgili polis, savcı, hakim gibi meslek gruplarının çeşitli yanlış inanışlarından kaynaklanan olumsuz yaklaşımları da önemli bir yer tutmaktadır. Bu yaklaşımın, objektif ve tarafsızlık zemininde gerçekleşmesinin temel gereğinin de, gerçek bilginin edinildiği eğitim olduğu açıktır.

Cinsel saldırı olgusuna profesyonel yaklaşımda, eğitimin etkisini değerlendirebilmek için yapılan bu çalışmaya; yazar tarafından 14 hafta süreyle toplam 28 saat olarak verilen "Cinsel Suçlar" dersini alan, meslekleri hakim, savcı, avukat, polis ve psikolog olan, 30 yüksek lisans öğrencisi gönüllü olarak katılmıştır. Konuya ilişkin düşünce bazında yaklaşımlarda, eğitim öncesi ve sonrası gözlenen değişimin olumlu yönde olduğu belirlenmiştir. Cinsel saldırı ile ilgili mitlerden kaynaklanan yanlış düşüncelerin düzeltilmesinde, mezuniyet sonrası meslek içi eğitimin etkisinin anlamlı olduğu, benzer eğitim programlarının cinsel saldırı olgusu ile profesyonel olarak ilgilenen tüm meslek gruplarına yönelik, mezuniyet sonrası eğitim programları kapsamına alınmasının oldukça önemli yararlar sağlayacağı görüşüne varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Cinsel saldırı, flört tecavüzü, mitler, eğitim.

SUMMARY

The most effective way in eliminating a problem is first to put it forward with all aspects. Along with other factors, the negative approach of the related professions such as police, attorneys and judges stemming from their false beliefs is an impor-

tant cause in low reporting ratios of sexual assaults. Educational programs where the real information is gathered seems to be the most important place to prevent the biased and unobjective approaches. The aim of the study is to evaluate the effects of sexual assault training program on the professional approach to sexual assault events. Thirty graduate students having different professional backgrounds such as judges, attorneys, police and psychologists, who took the "sexual crimes" course given by the author for 28 hours in 14 weeks voluntarily participated in the study. The observed differences in the consideration of the matter before and after the education are defined to be positive. As a consequence, post graduate sexual assault training programs received by the related professions will have positive impact on objective approach to sexual assault cases.

Key words: Sexual assault, date rape, false believes, education.

GİRİŞ VE AMAÇ

Gücün kötüye kullanımı olarak da tanımlayabileceğimiz şiddetin, en sık görülen formlarından birisi de cinsel şiddettir ve günümüzde de ciddi bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Rızası olmayan bireye yönelik olarak gerçekleştirilen cinsel içerikli tüm eylemler cinsel şiddet olarak tanımlanırken, eylemin içeriği ve ağırlığına bağlı olarak cinsel taciz ve cinsel saldırı olarak iki alt başlıkta incelenir. Sözel, görsel ve basit cinsel içerikli fiziksel temasla gerçekleştirilen eylemler cinsel taciz olarak tanımlanır ve Türk Ceza Yasasında bu tür eylemler sarkıntılık suçu olarak değerlendirilir. Eylem, yoğun ve ardışık fiziksel temas, oral, anal veya vajinal penetrasyonla ger-

* Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.

çekleştirildiğinde cinsel saldırı olarak tanımlanır. Cinsel saldırı, Türk Ceza Yasasında ırz ve namusa tasaddi (yoğun ve ardışık fiziksel temas, oral penetrasyon) ve ırza geçme (anal veya vajinal penetrasyon) şeklinde değerlendirilir. Cinsel saldırının dinamiğinde namusa yönelik ve cinsel doyum sağlanması yer almayıp, temelini, hükmetme ve aşağılama motivasyonlu bireye yönelik şiddetin sergilenmesi oluşturur. Dolayısı ile cinsel saldırı bireye yönelik cinsel içerikli bir şiddet eylemidir. Ancak yasalarımızda eylemin tanımlanmasında kullanılan "ırz" kelimesinin namus, namus perdesi anlamı taşıdığı göz önüne alındığında, cinsel saldırının en ağır boyutu olan ve yasalarda "ırza geçme" olarak tanımlanan kavramın yerine "zorla cinsel ilişki" kavramının kullanılmasının daha doğru olacağı açıktır.

Birey özgürlüğüne karşı gerçekleştirilen en ağır şiddet türlerinden olan cinsel saldırılar her toplum için ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Sorunun önemli boyutlarda olmasının bir nedeni de (ki aynı zamanda sonucu olarak) bu tür suçların %5-10 gibi çok düşük oranlarda adli makamlara iletilmesidir (1,2). Bu düşük orana, toplumun olumsuz, ön yargılı bakış açısı, saldırıdan mağdurun da sorumlu tutulması, olayı ispatlayamama korkusu, saldırganın misilleme korkusu, saldırganın cezalandırılmayacağı düşüncesi, polis, savcı, hakim gibi meslek gruplarının olumsuz yaklaşımından çekinme vb. gibi daha da artırılabilir gerekçeler neden olmaktadır(3-5). Bunların arasında en önemli faktör olan - bir takım yanlış inanışlar nedeni ile - mağdurun suçlanması ve sorumlu olduğunun düşünülmesi; sadece toplumun bakış açısını değil, bu konu ile ilgili hakim, savcı, polis, avukat, doktor gibi meslek gruplarının da mağdura ve olaya yaklaşımını etkilediğini düşündürmektedir.

Cinsel saldırı olayı ile ilgilenen meslek gruplarının yanlış inanışlardan kaynaklanan olumsuz yaklaşımlarının düzeltilmesinde en etkili yöntemin, mezuniyet sonrası verilecek, cinsel saldırılarla ilişkili araştırma ve viktoloji içerikli eğitim programları olduğu öne sürülmektedir.

Lonsway, tecavüz eğitim programlarının çoğunluğunun, tecavüze ilişkin olumsuz tutum ve davranışlarda, olumlu yönde değişiklikler sağladığını belirtmektedir (6). Cinsel eğitimin verildiği programların, tecavüze ilişkin yaklaşımların daha sağlıklı oluşmasını sağladığı öne sürülmektedir (7,8). Bu amaçla, 1995 yılından bu yana yazar tarafından İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü'nde haftada 2 saat olmak üzere 14 hafta süre ile verilmekte olan "cinsel suçlar" dersinin, öğrenciler üzerinde yaklaşım bazında etkisini değerlendirebilmek üzere, bu çalışma planlanmış ve çalışma 1999 ve 2000 bahar dönemlerinde söz konusu ders kapsamına alınmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsünde Yüksek Lisans eğitimi gören, 1999 ve 2000 Bahar dönemlerinde yazar tarafından 14 hafta süreyle toplam 28 saat olarak verilen "Cinsel Suçlar" dersini alan, toplam 36 öğrencinin 30'u gönüllü olarak katılmışlardır. Öğrencilerin dersi izleme oranı %85'in üzerindedir. Ders ağırlıklı olarak adli tıp ve adli bilimler açısından cinsel saldırılara yaklaşım, araştırma yöntemleri, bulgular, suç motivasyonu, sanık ve mağdur profili ile saldırının mağdurda oluşturduğu etkileri içermektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin 10'u (%33) kadın, 20'si (%67) erkektir. Katılımcıların yaş aralığı 23-40 yaş olup yaş ortalaması 27.3 ± 4.8 yıldır. Kadınlarda yaş aralığı 24-40 yaş, yaş ortalaması 29.4 ± 5.95, erkeklerde yaş aralığı 23-33 yaş, yaş ortalaması 26.3 ± 2.77'dir. 30 öğrencinin mesleki dağılımında, çoğunluğu hakim, savcı, avukat, polis ve psikologlar oluşturmaktadır.

Gereç olarak; yaş, cinsiyet ve meslek ile ilgili demografik bilgiler ve ırza geçme ile ilgili yanlış inanışları içeren 12 sorudan oluşan bir anket formu, flört tecavüzünü konu alan bir senaryo ve bununla ilgili sorulardan oluşan ikinci bir form kullanılmıştır. Yanlış inanışlarla ilgili anket formunda; her sorunun yanıtı kesinlikle katılıyorum (1 puan), katılıyorum (2 puan), katılmıyorum (3 puan) ve kesinlikle katılmıyorum (4 puan) şeklinde değerlendirme puanı içermektedir. Senaryo, arkadaş tecavüzü veya flört tecavüzü (date rape) olarak adlandırılan tanımlama ile ilgilidir ve katılımcıların konuya bakış açılarını değerlendirebilmek için oluşturulmuştur.

Senaryo

"Asuman 24 yaşındadır ve özel bir büroda sekreter olarak çalışmaktadır. İnsan ilişkilerinde rahat tavırlarıyla dikkati çekmektedir. Daha önce cinsel ilişkide bulunduğu birkaç arkadaşı olmuştur. Bir arkadaşının doğum gününde tanıştığı, 28 yaşındaki Selim'in akşam davetini kabul ederek lüks bir restoran'da yemeğe giderler. Asuman dekolte bir bluz ve mini etek giymiştir. Yemek çıkışında bir bara

giderler. Her ikisi de alkol almaktadır. Gece keyifli geçmektedir. Vücutları sıkı temas halinde olacak şekilde dans ederler. Gece yarısı saat 01:00 sularında bardan ayrılırlar. Tüm hesapları Selim ödemektedir. Selim Asuman'ı evine davet ederek bir kahve içmeyi teklif eder. Eve giderler, ikili kanepe otururken öpüşürler. Giysilerini çıkarmadan bir süre sevişirler. Ancak Asuman daha fazlasını istemeyerek eve gitmek istediğini söyler. Selim Asuman'ın direnmesine rağmen zor kullanarak cinsel ilişkiyi gerçekleştirir."

A- Bu durumda Selim'in, Asuman ile zorla cinsel ilişkide bulunmasını haklı gösterecek durumlar ne olabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Asuman cinsel ilişkiye önce "evet" deyip, daha sonra fikrini değiştirerek "hayır" demiştir.
- 2) Asuman cinsel olarak Selim'i tahrik etmiştir.
- 3) Asuman Selim'in evine gitme teklifini kabul etmiştir.
- 4) Asuman Selim'in vücuduna cinsel içerikli dokunmasına izin vermiştir.
- 5) Asuman alkollü olduğu için kontrolü kaybetmiştir.
- 6) Selim tüm hesapları ödediği için bu davranışında haklıdır.
- 7) Asuman daha önce başkalarıyla da cinsel ilişkide bulunmuştur.
- 8) Asuman seksi kıyafetler giymiştir.
- 9) Asuman yeni tanıştığı bir kişinin tekliflerini kabul etmiştir.
- 10) Diğer (Yazınız)

B- Selim'in davranışı hiçbir şekilde kabul edilemez.

C- Yukarıda anlatılan olay sizce bir ırza geçme suçudur? a-Evet b-Hayır

Senaryo ile ilgili yanıtlar birden fazla şık işaretlenebilecek şekilde düzenlenmiştir.

Gerek anket formu, gerekse de senaryo, ilk derste ve son derste (1. ve 14. derslerde) olmak üzere iki kez uygulanmış, ders öncesi ve ders sonrasında verilen cevaplar arasındaki değişiklikler incelenmiştir.

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmeleri SPSS - 10 programı kullanılarak yapılmıştır. Senaryo ile ilgili sorularda X2 testi, mitlere ilişkin anket formunda tek yönlü varyans analizi yapılarak değişkenler arasındaki farklar belirlenmiştir.

BULGULAR

Senaryo ve mitlerle ilgili eğitim öncesi ve sonrasına ilişkin bulgular tablo 1-4'te verilmiştir.

Eğitim öncesi katılımcılar senaryoyu değerlendirdiklerinde % 53'ü (n:16), erkeğin davranışının hiçbir şekilde kabul edilemeyeceğini belirtirken, eğitim sonrasında; saldırının hiçbir şekilde haklı olabilecek unsurlar içermediğini belirtenlerin oranı % 80'e (n:24) yükselmiştir (Tablo 1) ($X^2(1) = 4.80, P < 0.05$).

Cinsiyet açısından yapılan değerlendirmede, kadın katılımcıların eğitimden önce % 70'i (n:7), Selim'in davranışının hiçbir şekilde kabul edilemeyeceğini düşünürken, eğitim sonrası bu oran %90 (n:9) olarak değişmiştir. Erkek katılımcıların dersten önce % 45'i (n:9), Selim'in davranışını hiçbir şekilde kabul etmezken, eğitim sonrası bu oran % 75'e (n:15) yükselmiştir (Tablo 2).

Eğitim öncesi değerlendirmede; katılımcıların %90'ı (n:27) senaryodaki eylemi ırza geçme suçu olarak değerlendirirken, ders sonrası katılımcıların %100'ü (n:30) eylemi suç olarak değerlendirmiştir ($X^2(1) = 2.14, p > 0.05$).

Mitlerle ilgili değerlendirmeye baktığımızda; eğitim öncesi toplam puanın aritmetik ortalaması 38.50 (SD:4.94) iken eğitim sonrası aritmetik ortalamasının 42.73 (SD:5.22) olarak bulunduğunu görmekteyiz (F(1,59): 10.41, $p < 0.01$). Bu değişim, olumsuz yaklaşımı gösteren mitlere "katılmıyorum" ifadesinden "kesinlikle katılmıyorum" ifadesine yaklaşıldığını göstermektedir (Tablo 3).

Katılımcıların, Selim'in davranışında haklı gördükleri durumlarda, eğitime bağlı değişiklikler tablo 1 ve 2 de gösterilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışma grubunun, hem senaryo hem de mitler bazında eğitim öncesi ve sonrası farklılıkları değerlendirildiğinde, her iki unsorda da değişimin belirgin bir şekilde olumlu yönde olduğu görülmektedir.

Mitlerden en çok etkilenen, tanıdık tecavüzüne ilişkin senaryo konusunda ki değişiklikler çok daha çarpıcıdır ve bu olumlu değişimin özellikle erkeklerde belirgin olması, geleneksel cinsiyetçi yaklaşımdan kaynaklanan olumsuz düşüncelerin değiştirilebilirliği konusunda da, umut verici olarak değerlendirilmiştir. Çünkü cinsiyet farklılıklarının değerlendirildiği çeşitli çalışmalarda; genelde, özellikle tanıdık tecavüzünde, erkekler kadınlara

Tablo 1: Flört tecavüzü ile ilgili senaryo sorularına "katılıyorum" yanıtlarının yüzdeleri ve X^2 değerleri.

	Eğitim öncesi (n:30)		Eğitim sonrası (n:30)		$X^2(1)$
	n	%	n	%	
1. Asuman cinsel ilişkiye önce "evet" deyip, daha sonra fikrini değiştirerek "hayır" demiştir.	5	17	1	3	2.96
2. Asuman cinsel açıdan Selim'i tahrik etmiştir.	16	53	4	13	10.8 ^a
3. Asuman Selim'in evine gitme teklifini kabul etmiştir.	12	40	4	13	5.45 ^b
4. Asuman Selim'in vücuduna cinsel içerikli dokunmasına izin vermiştir.	17	57	7	23	6.94 ^c
5. Asuman alkollü olduğu için kontrolü kaybetmiştir.	5	17	2	7	1.46
6. Selim tüm hesapları ödediği için bu davranışında haklıdır.	1	3	-	-	1.02
7. Asuman daha önce başkalarıyla da cinsel ilişkide bulunmuştur.	8	27	2	7	4.32 ^b
8. Asuman seksi kıyafetler giymiştir.	12	40	3	10	7.2 ^c
9. Asuman yeni tanıştığı bir kişinin tekliflerini kabul etmiştir.	10	33	2	7	6.67 ^c
10. Diğer	-	-	-	-	*
• Selim'in davranışı hiçbir şekilde kabul edilemez.	16	53	24	80	4.80 ^b

Tablo'da "katılıyorum"un yüzdeleri verilmiştir.

* Her iki grupta verilen cevaplar aynı olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

^ap < 0.001

^bp < 0.05

^cp < 0.01

Tablo 2: Flört tecavüzü ile ilgili senaryo sorularına "katılıyorum" yanıtlarının cinsiyete göre dağılımı.

	KADIN (n:10)				ERKEK (n:20)			
	E.Ö.		E.S.		E.Ö.		E.S.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Asuman cinsel ilişkiye önce "evet" deyip, daha sonra fikrini değiştirerek "hayır" demiştir.	1	10	-	-	4	20	1	5
2. Asuman cinsel açıdan Selim'i tahrik etmiştir.	4	40	1	10	12	60	3	15
3. Asuman Selim'in evine gitme teklifini kabul etmiştir.	4	40	1	10	8	40	3	15
4. Asuman Selim'in vücuduna cinsel içerikli dokunmasına izin vermiştir.	3	30	2	20	14	70	5	25
5. Asuman alkollü olduğu için kontrolü kaybetmiştir.	1	10	1	10	4	20	1	5
6. Selim tüm hesapları ödediği için bu davranışında haklıdır.	-	-	-	-	1	5	-	-
7. Asuman daha önce başkalarıyla da cinsel ilişkide bulunmuştur.	2	20	1	10	6	30	1	5
8. Asuman seksi kıyafetler giymiştir.	3	30	1	10	9	45	2	10
9. Asuman yeni tanıştığı bir kişinin tekliflerini kabul etmiştir.	2	20	-	-	8	40	2	10
10. Diğer	-	-	-	-	-	-	-	-
• Selim'in davranışı hiçbir şekilde kabul edilemez.	7	70	9	90	9	45	15	75

Tablo'da "katılıyorum" yanıtlarının yüzdeleri verilmiştir. E.Ö: Eğitim öncesi E.S: Eğitim sonrası

Not: Her iki grupta da örneklem grubunun sayısı az olması nedeni ile X^2 testi güvenilir sonuç vermediğinden istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 3: Irza geçme ile ilgili yanlış inanışların; aritmetik ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri.

	Eğitim öncesi (n:30)		Eğitim sonrası (n:30)		F(1,59)
	M	SD	M	SD	
1. Olaydan iki gün sonra yapılan bir irza geçme suçlaması muhtemelen gerçek değildir.	3.03	0.72	3.43	0.63	5.29 ^a
2. Tipik bir irza geçme karanlık ve çıkmaz bir sokakta, yabancı biri tarafından gerçekleştirilir ve vahşet içerir.	3.03	0.72	3.27	0.91	1.22
3. Bir kadının ırzına geçildiğinde, o da aynı şekilde rahatlayıp ondan zevk alabilir.	3.10	0.80	3.73	0.45	14.21 ^b
4. Bazı kadınlar ırzlarına geçilmeyi hak eder.	3.57	0.63	3.60	0.77	0.03
5. Kadınların dış görünüşleri ve davranışları irza geçmeyi kışkırtır.	2.60	1.00	3.23	0.90	6.64 ^a
6. İyi kadınların ırzına geçilmez.	3.10	1.03	3.67	0.61	6.75 ^a
7. Irza geçme cinsel arzuları kontrol edememenin ifadesidir.	2.43	0.94	3.00	0.95	5.44 ^a
8. Çoğu durumlarda, kadının ırzına geçilmişse bunu kendisi istemiştir.	3.40	0.56	3.70	0.70	3.33
9. Kadının vücudunda fiziksel şiddet bulguları yoksa ırzına geçildiği iddiası asılsızdır.	3.23	0.68	3.77	0.50	11.94 ^b
10. Eğer bir erkek bir kadın için para harcamışsa onunla cinsel ilişkide bulunma hakkına sahiptir.	3.90	0.31	3.80	0.41	1.16
11. Irzına geçilmiş bir kadın suçlu bir kurbandır, masum biri değildir.	3.67	0.55	3.80	0.41	1.15
12. Cinsel ilişkiye kadın hayır derken aslında evet diyordur.	3.43	0.68	3.73	0.52	3.69

(1-1.75) Kesinlikle katılıyorum.

(3.26-4.0) Kesinlikle katılmıyorum

(1.17-2.50) Katılıyorum.

^ap < 0.05^bp < 0.001

(2.21-3.25) Katılmıyorum.

^cp < 0.01

nazaran mağdura daha çok, saldırganı daha az sorumluluk yüklemektedir. Tecavüz mağduru, tecavüzcüler ve tecavüze yönelik tutum ve algılayışlarda, cinsiyetler arası belirgin farklılıklara işaret edilmektedir. Erkekler tecavüz mitlerine daha fazla inanmakta, tecavüz mağdurunu daha çok sorumlu tutup, irza geçme suçuna daha toleranslı yaklaşmaktadır (9-13). Saldırganın tanıdık olduğu cinsel saldırı eylemlerine, saldırganın yabancı olduğu eylemlere daha az tepkisel yaklaşmakta, hatta bazen eylem cinsel saldırı olarak da tanımlanmamakta, çoğu zaman mağdura daha fazla sorumluluk yüklenmektedir (14). Oysa bilmekteyiz ki, cinsel saldırı yaş ve cinsiyet gözetmeksizin, tüm bireylere yönelik olarak gerçekleştirilirken mağdurların yaklaşık yarısını erişkin kadınlar oluşturur. Her iki kadından birisinin yaşamlarının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kaldıkları gösterilmiştir. Saldırganların çok büyük çoğunluğunu da tanıdık kişiler oluşturmaktadır (15-17).

Mitlerle ilgili değişimde olumlu noktadan, çok olum-

lu noktasına doğru gerçekleşmiştir ki (tablo 3-4) zaten bu da, eğitici olarak beklentimizin gerçekleşmesidir.

Değişimler, özellikle cinsel saldırının cinsel güdülerin kontrolsüzlüğünde kaynaklanmayıp bunun bir şiddet eylemi olduğu, mağdur profilinin gerçekte oldukça geniş olduğu, olay yeri olarak en riskli ortamların mağdur veya saldırganın özyaşam yeri olduğu, eylem sonrası olayı adli makamlara bildirmede sıklıkla görülen gecikmenin doğal olduğu konularında belirginleşmektedir (Tablo 3-4).

Gottesman, polise yönelik olarak uygulanan eğitim programlarının etkinliğinden söz ederek, program sonrası katılımcı polislerin mağdurla empati kurma yönünde pozitif yaklaşım sergilediğini, ancak eğitim sonrasında bile mağdurun giyim tarzı ile davranışları nedeni ile saldırıda sorumluluğunun bulunduğu şeklindeki yaklaşımın, ancak kısmen düzeldiğini belirtmiştir (18). Field'da benzer çalışmasında eğitim programının polisler üzerindeki olumlu etkisini belirtmiştir(19) . Feldman-Summers

Tablo 4: İrza geçme ile ilgili yanlış inanışların; cinsiyete göre aritmetik ortalamaları, standart sapmaları ve F değerleri.

	Kadın (n:10)				F(1,19)	Erkek (n:20)				F(1,39)
	E.Ö.		E.S.			E.Ö.		E.S.		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
1. Olaydan iki gün sonra yapılan bir irza geçme suçlaması muhtemelen gerçek değildir.	3.20	0.42	3.60	0.70	2.40	2.95	0.83	3.35	0.59	3.12
2. Tipik bir irza geçme karanlık ve çıkmaz bir sokakta yabancı biri tarafından gerçekleştirilir ve vahşet içerir.	3.20	0.63	3.50	0.85	0.80	2.95	0.76	3.15	0.93	0.55
3. Bir kadının ırzına geçildiğinde o da aynı şekilde rahatlayıp ondan zevk alabilir.	3.20	0.63	3.90	0.32	9.80 ^a	3.05	0.89	3.65	0.49	7.02 ^b
4. Bazı kadınlar ırzlarına geçilmeyi hak eder.	3.80	0.42	3.70	0.95	0.09	3.45	0.69	3.55	0.69	0.21
5. Kadınların dış görünüşleri ve davranışları irza geçmeyi kışkırtır.	3.20	0.92	3.70	0.48	2.32	2.30	0.92	3.00	0.97	5.44 ^b
6. İyi kadınların ırzına geçilmez.	3.70	0.67	3.90	0.32	0.72	2.80	1.06	3.55	0.69	7.09 ^a
7. İrza geçme cinsel arzuları kontrol edememenin ifadesidir.	2.60	0.97	3.30	0.82	3.04	2.35	0.93	2.85	0.99	2.71
8. Çoğu durumlarda, kadının ırzına geçilmişse bunu kendisi istemiştir.	3.70	0.48	4.00	0	3.86	3.25	0.55	3.55	0.89	1.83
9. Kadının vücudunda fiziksel şiddet bulguları yoksa ırzına geçildiği iddiası asılsızdır.	3.40	0.70	4.00	0	7.36 ^b	3.15	0.67	3.65	0.59	6.29 ^b
10. Eğer bir erkek bir kadın için para harcamışsa onunla cinsel ilişkide bulunma hakkına sahiptir.	4.00	0	3.90	0.32	1.00	3.85	0.37	3.75	0.44	0.60
11. İrzına geçilmiş bir kadın suçlu bir kurbandır, masum biri değildir.	3.90	0.32	4.00	0	1.00	3.55	0.60	3.70	0.47	0.77
12. Cinsel ilişkiye kadın hayır derken aslında evet diyordur.	3.70	0.48	4.00	0	3.86	3.30	0.73	3.60	0.60	2.01

(1-1.75) Kesinlikle katılıyorum.

(1.17-2.50) Katılıyorum.

(2.21-3.25) Katılmıyorum.

(3.26-4.0) Kesinlikle katılmıyorum

^ap < 0.01^bp < 0.05

E.Ö: Eğitim öncesi E.S: Eğitim sonrası

ve Palmer, 54 hakim ve savcı katılımcının yer aldığı çalışmasında, mağdurların karşılaştıkları olumsuz yaklaşımların, saldırganın tanıdık birisi olduğu tecavüz eyleminde, mağdurun da sorumlu olduğu yönündeki düşüncelerinden kaynaklandığını ileri sürmüştür (20). Hazelwood, 2170 polisin yer aldığı oldukça geniş kapsamlı bir çalışmada, mitlerden kaynaklanan yanlış inanışların düzeltilmesinde ve objektif yaklaşımın sağlanmasında, mezuniyet sonrası uygulanan eğitim programlarının belirgin olumlu etkisinin bulunduğunu ortaya koymuştur (21).

Tecavüze ilişkin eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, tutumsal değişikliklerde sağlanan düzelmelerin zamanla azaldığı vurgulanmakla birlikte(22), eğitim programının 2 yıllık takibinde, katılımcılardaki olumlu değişimin devam ettiği gösterilmiştir (23).

30 dakika ile 2 saat arasında ki süreleri kapsayan eğitim seminerlerinin yeterince etkili olmadığı, eğitim programının 3-4 ay süreli olmasının gerektiği vurgulanmaktadır (24,25). Eleştirilerden birisi de; eğitim sonrası takip dönemlerinin genellikle 2 hafta ile 3 ay arasında değişen kısa dönemler olmasıdır (26,27).

Katılımcılarda gözlenen olumlu değişim birey hak ve özgürlüğüne verilen önemin kavranmasını göstermektedir. Cinsel ilişki karşılıklı rıza ile başlar ve sürer. Rızanın, ilişkinin herhangi bir aşamasında kesilmesi mümkündür ve bireyin özlük hakkıdır. Ayrıca kadının davranışları, giyinişi gibi unsurlar saldırı için bir gerekçe oluşturamaz ve tahrik olarak değerlendirilemez. Tahrik olma gibi bir gerekçe varsa, bu mağdurun değil saldırganın sorumluluğu ve sorunu olarak değerlendirilmelidir. Kaldı ki cinsel saldırılar sadece kadınlara karşı değil, erişkin

erkeklere, çocuklara, yaşlılara ve zihinsel özürlülere karşı da yoğun olarak işlenmektedir. 1 yaşındaki bir çocuğun, 75 yaşındaki bir kadının, erişkin bir erkeğin, hijyenik koşulları son derece kötü, zihinsel özürlü birisinin saldırganı tahrik ettiğinden söz edilemez (28). Cinsel saldırı, cinsel isteğin tatmin edilmesine yönelik cinsellik güdüsünden kaynaklanan bir eylem değil, cinsel içeriğin sadece bir araç olduğu ve temelde hükmetme ve aşağılama motivasyonu içeren şiddet eylemidir.

Sonuç olarak; mağdura yönelik kurumsal tepkinin, cinsel saldırı sonrası olayı adli açıdan aydınlatmanın yanı sıra eylem sonucu mağdurda oluşan psikolojik hasarın sağaltımında da önemli bir etkisi olduğu gösterilmektedir (20,29). Bu olumsuz yaklaşım, mağdur açısından olayı adli makamlara yansıtma konusunda bir çekince oluşturduğu gibi, yargılama konusu olmuş vakalarda da sağlıklı karara ulaşılmamasına engel olabilecek özellikler taşımaktadır. Bu subjektif yaklaşımın ortadan kaldırılması ve tüm yaklaşımlar için primer gereklilik olan objektivitenin sağlanması doğrultusunda

yapılan bu çalışmada, cinsel saldırı ile ilgili mitlerden kaynaklanan yanlış düşüncelerin düzeltilmesinde, mezuniyet sonrası meslek içi eğitimin etkisinin anlamlı olduğu, benzer eğitim programlarının cinsel saldırı olgusu ile profesyonel olarak ilgilenen tüm meslek gruplarına yönelik mezuniyet sonrası eğitim programları kapsamına alınmasının oldukça önemli yararlar sağlayacağı görüşüne varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Dunn S.F, Gilchrist V.J. Sexual Assault. Family Violence and Abusive Relationships. 1993; June 20(2):359-73.
2. Payne D. Crime in Scotland: Findings from the 1988 British Crime Survey. 1992 Edinburgh. Scottish Office
3. Burgess A.W . Public Beliefs and Attitudes Toward Rape in Rape Investigation. Hazelwood R.R and Burgess A.W eds. 2nd edn. CRC Press Boca-Raton. 1995; pp:3-12.
4. Dupre A.R., et al . Sexual Assault. Obst Gyn Survey 1993; 48(9):640-8
5. Linden J.A. Sexual Assault. Emerg Med Clin North Am., 1999; 17 (3): 685-697.
6. Lonsway K.A. Prevention Acquaintance Rape Through Education: What do we know? Psychology of Women Quarterly 1996; 20, 229-265
7. Dallager C.& Rosen L., A. Effects of a Human Sexuality Course on Attitudes toward Rape And Violence. Journal of Sex Education and Therapy 1993; 19, 193-199
8. Fischer G.J. College Student Attitudes Toward Forcible Date Rape: Changes After Taking a Human Sexuality Course. Journal of Sex Education and Therapy 1986;12, 42-46)
9. Margolin L, Miller M & Moran P.B. When a Kiss Not Just a Kiss: Relating Violations Of Consent in Kissing to Rape Myth Acceptance. Sex Roles 1989; 20: 231-243
10. Blumberg M.L., & Lester D. High School and College Students' Attitudes Toward Rape. Adolescence 1991; 26 (103): 727-729
11. Brady E.C, Chrisler J.C, Hosdale D.C, Osowiecki D.M. & Veal T.A. Date Rape, Expectations, Avoidance Strategies and Attitudes Toward Victims. Journal of Social Psychology 1991; 13: 427-429.
12. Hall E.R, Howard J.A & Boezio S.L. Tolerance of Rape: A Sexist or Antisocial Attitude?. Psychology of Women Quarterly 1986; 10: 101-118.
13. Akvardar Y. & Yüksel Ş. Cinsel Tecavüze Uğrayan Kişilere Karşı Alınan Tavrın. Nöropsikiyatri Arşivi 1993;30 (2): 347-351.
14. Szymanski LA, Devlin A.S, Chrisler J.C.& Vyse S.A. Gender Role And Attitudes Toward Rape in Male an College Students. Sex Roles 1993; 29 (1/2): 37-57.
15. Himelein M.J. Risk Factors for Sexual Victimization in Dating : A Longitudinal Study of College Women. Psychology of Women Quarterly 1995; 19:31-48.
16. Mayall A., Gold S.R. Defitional Issues and Mediating Variables in the Sexual Revictimization of Women Sexually Abused as Children. Journal of Interpersonal Violence 1995; 10:26-42. .
17. Ullman S.E, Siegel J.M. Victim-Offender Relationship and Sexual Assault. Violence and Victims 1993; 8:121-134.
18. Gottesman S.T. Police Attitudes Towards Rape Before and After a Training Program. J Psychiatr Nursing Ment Health Serv 1977; 15, 13-18.
19. Field H.S. Attitudes Toward Rape a Comparative Analysis of Police, Rapists, Crisis Counselors and Citizens. J Pers Soc Psychol 1978; 36,156,
20. Feldman-Summers S & Palmer G.C. Rape as Viewed by Judges, Prosecutors and Police Officers. Criminal Justice and Behavior 1980; 7: 19-40.
21. Ledoux J.C. and Hazelwood R.R. Police Attitudes and Beliefs Concerning in Rape Investigation. Hazelwood R.R, and Burgess A.W eds. 2nd edn. p.25. CRC Press Boca Raton 1995.
22. Brecklin L.R, Forde D.R. A Meta-Analysis of Rape Education Programs. Violence Vict 2001 ; 16 (3): 303-321.
23. Lonsway K.A., Klaw E.L. Beyond "No Means No". Journal of Interpersonal Violence 1998; 13(1):73-92 .
24. Lonsway K.A. Preventing Acquaintance Rape Through Education: What Do We Know?. Psychology of Women Quarterly 1996; 20, 229-265.

25. Shaeffer A.M., Nelson E.S. Rape. Supportive Attitudes; Effects of on Campus Residence and Education. Journal of College Student Devolepment 1993; 34, 175-179.
26. Dallager C., Rosen L.A. Effects of a Human Sexuality Course on Attitudes Toward Rape and Violence. Journal of sex Education and Therapy 1993; 19; 193-199.
27. Peterson M.J, Roskos- Ewoldsen B, Thomas L, Shirley M., Blut D. Will Educational Materials Reduce Negative Effects Of Exposure To Sexual Violence?. Journal of Soci- al and Clinical Psychology 1989; 8, 256-275.
28. Yavuz M.F, Özarslan A, Yavuz M.S. Sexual Assault Cases in Turkey, 1991-1995. Adli Tıp Dergisi 1997; 13: 21-25.
29. Burgess A.W, Holmstrom L.L, Adaptive Strategies and Recovery From Rape. in R. H. Moos Ed., Coping with Li- fe Crises . New York: Plenum Press. 1986:353-65.

Yazışma adresi:

Prof. Dr. M. Fatih Yavuz

İstanbul Üniversitesi

Adli Tıp Enstitüsü 34303 Cerrahpaşa İstanbul.

Tel. 0212 588 08 80 / 447 Faks. 0212 588 00 11

E-posta: fyavuz@istanbul.edu.tr

ANESTEZİ UYGULAMALARINDA ANESTEZİ TEKNİSYENLERİNİN YASAL SORUMLULUKLARININ ÖRNEK VAKALARLA İRDELENMESİ

Discussion of the legal responsibilities of anesthesiology technicians with
representative cases

Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ*

*Gündoğmuş Ü N. Anestezi uygulamalarında anestezi teknisyenlerinin yasal sorumluluklarının örnek vakalarla irdelenmesi
Adli Tıp Bülteni 2001; 6 (3): 119-125.*

ÖZET

Ülkemizde anestezi uygulamaları çeşitli nedenlerle çoğu kez anestezi teknisyenleri tarafından yapılmaktadır. Anestezistlerin bulunduğu ortamlarda bile bütün anestezi işlemlerinin anestezi teknisyenleri tarafından yapılması son derece normal ve yasal bir işlemmiş gibi algılanmakta, her iki taraf da yetki ve sorumluluklarının bilincinde olmama durumu sergilemektedirler. Çalışmada, örnek olgulardan yola çıkılarak ülkemizdeki durumun tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Anestezi teknisyeni, yetki, tıbbi hata

SUMMARY

For various reasons, anesthesia procedures are often performed by anesthesia nurses or technicians in Turkey. It seems that technicians' performing such procedures is considered to be normal even in situations where an anesthesiology specialist is present, and neither specialists nor the technicians do not seem to be aware of their responsibilities. In this study, we aimed to argue the situation, based on the cases selected from our country.

Key words: Anesthesia technicians, responsibility, medical malpractice

GİRİŞ

Ülkemizde anestezi ve reanimasyon uzmanlarının sayıca yetersizliği ve dengesiz dağılımları nedeniyle oluşan zorunluluklar sonucu anestezi uygulamaları çoğunlukla

anestezi teknisyenlerine yaptırılmaktadır (1). Ameliyathane ve anestezi donanımının yeterli olup olmadığı araştırılmadan, anestezi ve reanimasyon uzmanı dışında kalan uzman hekimlerin bile gereğince yapamayacağı son derece komplike anestezi uygulamalarının anestezi teknisyenlerine yaptırılıyor olması, bu konudaki beklentiler, ortaya çıkan istenmeyen durumlarda ceza öngörülmesi, konuya geniş bir bakış açısıyla yaklaşılmasını gerekli kılmaktadır.

Çalışmada, ülkemizdeki durumun tartışılması amacıyla Yüksek Sağlık Şurası'ndan görüş istenen, anestezi teknisyenlerinin bizzat uygulama yaptığı ve olay sonrası kusur öngörülen sekiz örnek olgu alınmıştır.

OLGU 1:

3 aylık bebeğin ...tarihinde "unilateral üst dudak inkomplet yarığı" tanısı ile ameliyathaneye alındığı, anestezi teknisyenleri tarafından anestezi ve reanimasyon uzmanı Dr...'in gözetiminde entübe edildiği, solunum seslerinin rahat duyulmaması üzerine anestezi ve reanimasyon uzmanı Dr...'in entübasyonun doğru yapıp yapılmadığını araştırdığı, yeniden bizzat entübasyon işlemi yaptığı, siyanoz oluştuğu, gerekli tıbbi müdahaleler yapılmasına karşın kardiyak arrest geliştiği, yapılan otopsisinin sonucu, ölümün anestezi komplikasyonuna bağlı olduğu kararına varılmıştır.

* Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

25-27 Nisan 2001 tarihinde İstanbul'da düzenlenen Yıllık Adli Tıp Toplantılarında sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş tarihi: 31.01.2002

Düzeltilme tarihi: 13.02.2002

Kabul tarihi: 20.08.2002

Küçük çocuklarda ve ameliyatın özelliği nedeniyle önemli bir entübasyon işleminde hekimin en baştan itibaren aktif olarak görev almaması ve komplikasyon çıktıktan sonra olayı düzeltme cihetine gitmesi, dikkatsiz ve tedbirsiz bir davranış olarak değerlendirilmiş olup, olayda Dr...’nın kusurlu bulunduğu, kusur oranının 4/8 (sekizde dört) olduğuna Şuramızca oybirliği ile karar verildi.

OLGU 2:

...’nın sol glop perforasyonu tanısıyla ameliyata alındığı, ameliyat anında hastanın durumunda ve görünümünde normal dışı bir durum gözlenmediği, ameliyat sonunda kardiyak arrest olduğunun tespit edildiği, gerekli müdahaleler yapılarak fonksiyonlarının geri döndürüldüğü, ... Üniversitesi Tıp Fakültesine sevk edildiği, burada müdahalelere karşın vefat ettiği, yaklaşık üç ay sonra fethi kabir yapılarak ölüm nedeninin tespiti için alınan parçaların Adli Tıp Kurumu’na gönderildiği, söz konusu birimde yapılan incelemelerde, ölümün, anestezi komplikasyonu sonucu olduğu kararına varılmıştır.

Olayın meydana geldiği ... tarihinde ... hastanesinde anestezi ve reanimasyon uzmanı olmadığı, ameliyat anında ameliyatı yapan hekimin normal dışı bir durum gözlemediği, hastanın durumu hakkında zaman zaman anestezi teknisyeninden bilgi aldığı, ameliyat sonlanıp örtüler açıldığında, ameliyatı asiste eden hemşire tarafından hastadaki siyanozun görüldüğü ve kardiyak arrestin tespit edildiği, ameliyat sırasında vital fonksiyonların takibinde bir özen eksikliğinin söz konusu olduğu, bu cihetle ameliyatı gerçekleştiren ve anestezi teknisyeninin tıbbi müdahalelerinden sorumlu olan Op. Dr...’nın olayda 2/8 (sekizde iki) oranında, hastanın vital fonksiyonlarının takibinde gerekli özeni göstermeyen anestezi teknisyeni ...’nın 4/8 (sekizde dört) oranında kusurlu olduklarına, Şuramızca oybirliği ile karar verildi.

OLGU 3:

... tarihinde mükerrer sezeryan amacıyla hastanın yatırıldığı, ameliyat boyunca herhangi bir olağandışılık gözlenmediği, ameliyat sonu ameliyathanede hastanın izlendiği ve şuuru açıldıktan sonra servise gönderildiği, hasta serviste teslim alınırken genel durumunun iyi olmadığı, siyanoze olduğu, hemen anestezi teknisyenine haber verildiği, teknisyen tarafından hastanın hayati belirtilerinin olmadığı görüldüğü, bu arada serviste bulunan hekimlerin ilk müdahaleyi yaptığı, hipoksik anse-

falopati tanısı ile ... tarihinde ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalına sevk edildiği, yoğun bakım ve tedaviye rağmen (yaklaşık 2,5 ay sonra) solunum ve dolaşım arresti sonucu vefat ettiği, Adli Tıp Kurumu ... Grup Başkanlığı’nın hazırladığı raporda: ileri derecede anoksik beyin değişiklikleri tespit edilen şahsın, ameliyat sırasında verilen narkoz sonucu anoksiye bağlı olarak gelişen akut tübuler nekroz ve son dönemde ortaya çıkan terminal bronkopnömoni-den öldüğü şeklinde kanaat bildirildiği anlaşılmıştır.

Uzun etkili kas gevşeticilerin nötralize edilmelerine karşın bir süre sonra yeniden etkisinde fazlalaşma, yani rekürarisasyon hadisesinin görülebildiği, bu esnada tecrübeli ve ehil bir kişi tarafından gerekli müdahalelerin yapılması gerektiği, anında müdahale edilmediği için hastanın anoksik kalmış olabileceği, olayın ameliyat sonu hastanın ameliyathanede veya ayılma odasında daha uzun süre bekletilmemesinden kaynaklandığı, olayda hastaya ameliyat sonrası gerekli özeni göstermeyen anestezi teknisyeni ...’nın yanısıra anestezi ve reanimasyon uzmanının da sorumlu tutulması gerekeceği, bu cihetle olayda Dr...’nın 4/8 (sekizde dört), anestezi teknisyeni ...’nın 4/8 oranında kusurlu olduğuna Şuramızca oybirliği ile karar verildi.

OLGU 4:

Sol suprakondüler humerus kırığı meydana gelen ...’nın genel anestezi altında ameliyata alındığı, anesteziyi anestezi teknisyeni ...’nın takip ettiği, hafif taşikardi dışında vital fonksiyonların normal olduğu, ancak ameliyatın sonuna doğru kardiyak arrest geliştiği, bu arada anestezi ve reanimasyon uzmanı Dr...’ya haber verildiği, yapılan müdahaleler sonucu kardiyak fonksiyonların geri döndürüldüğü, hastanın ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine sevk edildiği, burada yapılan muayenesi sonrası anoksik ansefalopati tanısıyla yatırıldığı, 25. günde ağırlı uyaranlara amaçlı ekstremita yanıtı vermeye başladığı,... tarihinde haliyle taburcu edildiği anlaşılmıştır.

Ameliyat sırasında bulunması gereken anestezi raporunun bulunmadığı, kardiyak arrestin geç farkedilmesi sonucu söz konusu klinik tablonun ortaya çıkabileceği, bu nedenle hastaya anestezi sırasında gerekli özenin gösterilmemiş olduğu kanaati oluşmuş olup, olayda anestezi ve reanimasyon uzmanı Dr ...’nın 2/8 (sekizde iki), anestezi teknisyeni ...’nın 2/8 (sekizde iki) kusurlu olduğuna Şuramızca oybirliği ile karar verildi.

OLGU 5:

Septum deviasyonu tanısı ile yatırılan hastaya lokal anestezi uygulanarak deviasyonunun düzeltildiği, bir gün sonra tampon değiştirmek için hastanın ameliyathaneye alındığı, hastanın ajite olması ve burnundaki tamponların rahatça çıkartılmasını güçleştirmesi nedeniyle anestezi teknisyeni ... tarafından genel anestezi amacıyla 50 mgr. penthotal uygulandığı, entübasyon dozu olarak 25 mgr. listenon verilmek üzereyken hastada kardiyak arrest geliştiği, anestezi ve kardiyoloji uzmanlarının hastaneye davet edildikleri ancak tüm müdahalelere rağmen hastanın vefat ettiği anlaşılmıştır.

Hastanın genel anestezi verilirken geç entübe edilmesi nedeniyle anoksi geliştiği ve bunun sonucunda hastanın vefat etmiş olduğu belirlenmiş olup, genel anestezi verilen bu tip hastalarda hekimin daha dikkatli ve özenli hareket etmesi gerektiği, ancak olayda Op. Dr ...'nın hastasına karşı yeterli özeni göstermediği anlaşıldığından kusurlu bulunduğu, kusur oranının 3/8 (sekizde üç) olduğuna Şuramızca karar verildi.

OLGU 6:

... 'nın subtotal tiroidektomi nedeniyle ameliyata alındığı, anestezi teknisyenleri ... ve ... 'nın anestezi öncesi oksijen tüpünün boş olduğunu tespit ettikleri ve hizmetli tarafından tüpün değiştirildiği, daha sonra hastaya genel anestezi uygulandığı, ancak siyanoz geliştiği, gerekli kontroller yapıldıktan sonra hastanın anestezi cihazından ayrıldığı, anestezi ve reanimasyon uzmanı Dr ... 'nın çağrıldığı, anestezi uzmanının geldiği veambu ile solunum yaptırıldığı, kardiyak arrest gelişmesi üzerine eksternal masaj yapılarak kardiyak fonksiyonların düzeltildiği, bu arada anestezi cihazına oksijen tüpü yerine karbondioksit tüpünün takılmış olduğunun tespit edildiği, ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne sevk edilen hastanın bu merkezde yapılan tedavilere karşın ... tarihinde (yaklaşık 15 gün sonra) vefat ettiği, daha sonra yapılan keşifte, olay tarihinde anestezi cihazı vanasının oksijen ve karbondioksit tüplerine uyduğunun belirlendiği anlaşılmıştır.

Anestezi ve reanimasyon uzmanlarının, narkoz ve ameliyat sonrası çalışan personelin düzenli, verimli çalışmalarını sağlamakla, hizmet içi eğitimlerini vermekle, anestezi ve ameliyat anında hastanın bütün kontrollerini yapmakla veya kendi sorumluluğu altında teknisyenlere yaptırmakla, anestezi ve ameliyat sonrası bakım bi-

rimindeki her türlü cihaz, alet, ilaç ve sıhhi malzemenin sağlanması, bakım, muhafaza ve sarfı ile sorumlu olduğu; anestezi teknisyeninin ise, anestezi cihazını ve ameliyat masasını her ameliyattan önce kontrol etmekle ve ameliyata hazır hale getirmekle, oksijen ve azotprotoksit tüplerinin dolu olup olmadığını kontrol etmekle sorumlu olduğu, yukarıda açıklanan görev ve yetkiler çerçevesinde sanıkların (Anestezi ve reanimasyon uzmanı ile iki anestezi teknisyeni) yükümlülüklerini tam olarak yerine getirmedikleri ve böylece dikkatsiz ve tedbirsiz davrandıkları belirlenmiş olup, 3/8 (sekizde üç) oranında kusurlu bulduklarına Şuramızca oybirliği ile karar verildi.

OLGU 7:

... 'nın submandibular kitle nedeniyle genel anestezi altında ameliyata alındığı, vital bulguların normal olduğu, ameliyat sonrası endotrakeal tüpün çıkartıldığı, hastanın sedyeye alınması sırasında siyanoz geliştiği ve solunumun durduğu, tekrar entübe edilerek resüstasyona başlandığı, yapılan resüstasyon işlemlerine rağmen hastanın kurtarılamayarak vefat ettiği, yapılan otopsisinden sonra Adli Tıp Kurumu 5. İhtisas Kurulu'nun kararında, ölüm sebebinin kesin olarak söylenemeyeceği, ancak ameliyat boyunca elle yapılan ventilasyonun yetersiz olmuş olabileceği, buna bağlı gelişen hipoksi, hiperkapni ve asidoza ilaveten deküarisasyon amacı ile kullanılan ilaçların etkisi ile gelişen vagotoni sebebi ile kalbin durmuş olabileceği, ameliyat sırasında gelişen derin asidoz nedeni ile yapılan canlandırma işlemine hiçbir yanıt alınamaması sonucu hastanın ölmüş olabileceği mütalası- nın bildirildiği anlaşılmıştır.

Şahsın ölüm nedeni kesin olarak belirlenememekle birlikte ameliyat sırasında gelişen anoksinin ölümdede önemli rol oynadığı, ameliyat anında anestezi yönünden yeterli dikkatin gösterilmemesi ve entübasyon tüpünün erken çıkartılması sonucu hastanın ölümü ile sonuçlanan bir dizi patoloji geliştiği, bütün bunlar hastaya karşı bir özen eksikliği olarak değerlendirilmiş olup olayda Dr ... 'nın 3/8 (sekizde üç), anestezi teknisyeni ... 'nın 2/8 (sekizde iki) oranında kusurlu bulduklarına Şuramızca oybirliği ile karar verildi.

OLGU 8:

Pilor stenozu tanısı konan ... 'nın ameliyathaneye alındığı, anestezi ve reanimasyon uzmanları Dr... ve Dr...

ile anestezi teknisyeni ... tarafından anesteziye başlandığı, hasta anestezi teknisyeni tarafından entübe edilirken monitörden kardiak arrest geçirdiğinin saptandığı, yaklaşık 30 dk. süren resüstasyondan sonra kardiak fonksiyonların geri döndüğü, ... Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne sevk edildiği, burada, tedavisine devam edilen hastanın olay tarihinden 4 gün sonra vefat ettiği anlaşılmıştır.

Vagotonik bünyeli kişilerde anestezi sırasında özellikle entübasyonda bradikardi gelişerek kalp durmalarının görülebildiği, bu nedenle bu tip hastaların anestezi sırasında ilgili uzmanların hastayı çok yakından takip etmeleri, mümkünse işlemleri bizzat yapmaları gerektiği, olayda ise entübasyonun anestezi teknisyeni tarafından yapıldığı, kalp durması geliştikten sonra anestezi ve reanimasyon uzmanlarının müdahale ettikleri anlaşılmış olup, hastaya yeterli özeni göstermeyen anestezi ve reanimasyon uzmanları Dr ... ve Dr ...'nın olayda kusurlu bulduklarına, kusur oranlarının 2/8 (sekizde iki) olduğuna Şuramızca oybirliği ile karar verildi.

TARTIŞMA

Günümüzdeki tıbbi uygulamalarda komplike araç ve gereçler kullanılması, hastalıkların tedavisinde ekip halinde çalışma ve bu çalışmalarda hemşire, hastabakıcı ve teknisyen bulundurulması zorunlu hale gelmiştir (2, 3). Ancak, ekip halinde çalışma görev ve sorumlulukların bölüşülmesini beraberinde getirdiği gibi, yetki ve görev tanımlarının belirlenmesini de gerekli kılmaktadır. Yetki ve görev tanımı belirlenmemiş üyelerden oluşan ekip çalışmalarında istenmeyen durumların ortaya çıkması da kaçınılmazdır. Şüphesiz ki hekim sorumluluğu altında çalışan yardımcı sağlık personelinin, bu kapsamda anestezi teknisyenlerini de ekip üyesi olarak değerlendirirken, ülkemizde şu an için yaygın bir anlayış olan sorumluluk altında çalışmanın mutlak sorumsuzluk olmadığını belirtmek yerinde olacaktır.

Yürürlükteki mevzuat anestezi teknisyenlerinin görev ve yetkileri konusunda kapsamlı ve belirleyici olmaktan uzaktır. Sağlık personelinin işlemlerinin hukuka uygunluğu için en önemli şartlardan biri, bu işlemler için devletçe yetkilendirilmiş olmalarıdır. Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık meslek lisesi mezunlarına yönelik açılan kurslar sonrası başarılı olan hemşire ve sağlık memurları, "anestezi teknisyeni" olarak görevlendirilmişlerdir. Ayrıca Sağlık Meslek Liselerinde 1984-1985 öğretim yılından itibaren Anestezi Teknisyenliği bölümü açıl-

mış, anestezi teknisyeni mezun edilmeye başlanmıştır. 1988 yılından itibaren de Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları bünyesinde "anestezi teknikeri" yetiştirilmesine yönelik iki yıllık ön lisans programları açılmıştır.

Anestezi teknisyenlerinin tıbbi uygulamalardaki yasal sorumlulukları ile ilgili mevzuat aşağıda belirtilmiştir.

HEMŞİRELİK KANUNU

Madde 4- Hemşirelerin vazife ve yetkileri:

Hemşireler müdavi tabip tarafından tavsiye edilen tedavi tedbirlerini uygulamaya yetkilidirler. Müdavi tabibin tavsiyesi üzerine sağlık kurumlarında veya dışarıda hastalara deri altına, adale içine ve damar içine şırınga yapmaya yetkilidirler. Bu nedenle sorumlulukları şırınganın tatbikindeki bilgisizlik, dikkatsizlik ve ehliyetsizlik hallerine münhasırdır (4-6).

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Tıbbi Teknisyenlerin Görev Ve Yetkileri:

Madde 136: Tıbbi teknisyenler, sağlık meslek lisesi mezunu olup, branşlarında çalışabilmeleri için gerekli kursları görmüş, bilgi ve beceri kazanmış yardımcı sağlık personelidir. Bu bağlamda;

Anestezi Teknisyenlerinin Görev ve Yetkileri:

Madde 137: Anestezi teknisyeni; anestezi uzmanı veya bunun bulunmadığı hallerde ameliyathane sorumlu uzmanının sorumluluğu altında, bunların ve ameliyatı yapan uzmanın direktiflerine göre ameliyatın ve narkozun salimen ve rahat bir şekilde sonuçlanması için gerekenleri yapar.

- Anestezi cihazının bakımından, temizlenmesinden, sterilisasyonundan ve daima kullanılabilir halde bulundurulmasından sorumludur.
- Anestezi cihazını ve ameliyat masasını her ameliyattan önce kontrol eder. Ameliyata hazır durma getirir. Oksijen , azotprotoksit tüplerinin dolu olup olmadığına bakar.
- Anestezi cihazındaki arızaları, anestezik maddelerle, anesteziye kullanılan bütün yardımcı ilaç malzeme ihtiyacını anestezi uzmanına vaktinde haber verir.
- Anestezi uzmanı bulunmayan yerlerde, anestezi teknisyeni, ameliyat olacak hastaları en az bir gün önce görür. Dosyaları inceler. Anestezi ve ameliyat yönünden noksan olan tetkikleri tamamlattırır. Herhangi bir zorlukla karşılaşırsa operatöre haber verir (4, 6, 7).

SSK SAĞLIK TEŞKİLATI VE ÇALIŞANLARI YÖNETMELİĞİ:

Madde 92: Anestezi Sağlık Teknisyeninin Görev ve Yetkileri:

“Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” ilgili maddeleri ile aynı kapsamdadır (8).

Anestezi sonucu ortaya çıkan istenmeyen durumlarda adli soruşturmanın amaçlarından bir tanesi de anesteziyi uygulayan veya hastayı tedavi eden diğer kişiler yönünden yasal sorumluluk ile ilgili delillerin bulunup bulunmadığını belirlemektir. Anestezi yanlış uygulamalarının ortaya çıkması durumunda da sorumluluklar ölçüsünde sağlık personeline kusur öngörülmektedir (9-11).

Anestezi ile ilgili ölüm nedenlerinin sınıflandırılması sonucu, anestezi madde uygulamasının dışındaki faktörlerin sık olarak hasta ölümünden sorumlu olduğu görülmüştür (9-16). Solunum desteğinin sağlanamaması yada bu yöndeki eksiklikler, tüm operatif ve postoperatif komplikasyonlar arasında en sık görülenidir ve anestezi sırasındaki kardiak arrestin en sık nedeni olarak gösterilmektedir (9, 12, 13). Şuurlu bir hastada solunum yetersizliğinin bulguları genellikle aşikardır. Ancak, anestezi altındaki hastada solunum yetmezliği çoğu kez sinsi bir nitelik taşır. Hastanın anestezisi ile ilgili olan sağlık personeli, hastayı dikkatli ve devamlı gözlem altında bulundurmazsa, gerekli özen gösterilmezse, gelişen hipoksi, ölümle veya ağır kalıcı sakatlıklarla sonuçlanabilmektedir. Ayrıca istikrarsız solunum ve dolaşımı bulunan bazı hastalar, ayılma sonrası hipoksemi durumunu tolere edemeyebilirler ve ciddi sonuçlar ortaya çıkabilir. Solunum ve dolaşım takibindeki yetersizliklerde, kişisel faktörlerin yanında ameliyathane ve anestezi donanımlarındaki eksiklikler de önemli bir rol oynamaktadır (9, 10, 12-15, 17, 18). Olgularımızdan 6’sında anestezi sırasında yeterli takibin yapılamamasına bağlı istenmeyen durumlar ortaya çıkmıştır.

Anestezi risk belirlenirken hastanın özelliklerinin yanısıra, gerek anestezi gerek cerrahi ekibin deneyimi, ameliyathane / anestezi donanımı ve yapılacak cerrahi girişimin aciliyeti hep birlikte değerlendirilmelidir. Bir hastanın anestezi riski yönünden değerlendirilmesi mutlaka bir “anestezist” tarafından yapılmalı; anestezi uygulamasının her aşamasında anestezistler aktif olarak görev almalıdır (18).

Çağdaş hukuk meslek adamının sorumluluğu için özel kurallar öngörmemektedir, kusura dayalı genel so-

rumluluk kuralı yeterlidir. Kusur varsa sorumluluk da vardır, kusur yoksa sorumluluk da yoktur. O halde toplum içinde yeri ve görevi ne olursa olsun tüm meslek sahipleri gibi anestezi teknisyenleri de kişilere verdikleri zararlardan dolayı “kusur ilkesine göre” sorumlu olurlar. Başka bir deyişle kusur, mutlak sorumluluk getirir, bağışlanabilir bir kusur söz konusu değildir. Başka birisinin sorumluluğu altında çalışmak mutlak sorumsuzluk getirmez. Sorumsuzluktan yararlanabilmek için tıp sanatının kurallarına, gereken tedbirlere uymak ve bu sınırlar içinde hareket etmek gerekir (2, 19-23).

Burada değerlendirilmesi gereken anestezi teknisyenlerinin hastalara anestezi uygulanmasındaki sorumluluklarının sınırlarıdır. Mevcut yasal düzenlemelere göre hastaları entübe etmeleri gibi yasal sorumlulukları ve daha da önemlisi yetkileri yoktur. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde tanımlanan “Anestezi teknisyeni; anestezi uzmanı veya bunun bulunmadığı hallerde ameliyathane sorumlu uzmanının sorumluluğu altında, bunların ve ameliyatı yapan uzmanın direktiflerine göre ameliyatın ve narkozun salimen ve rahat bir şekilde sonuçlanması için gerekenleri yapar” maddesi, entübasyon dahil tüm anestezi uygulamalarının anestezi teknisyeni ne yaptırılacağı şeklinde yorumlanmaktadır. Olgularımızın hepsinde entübasyon bizzat anestezi teknisyeni tarafından yapılmıştır. Tavşan dudak anomalisi olan çocuk olgusunda anestezi ve reanimasyon uzmanı olmasına karşın entübasyon anestezi teknisyeni tarafından yapılmış ve bizzat hekimin ifadesinde entübasyonun yanlış yapılmış olabileceği belirtilmiştir. Bir olguda iki anestezist bulunmasına karşın entübasyon işlemi anestezi teknisyeni ne yaptırılmıştır. Olguların hiç birisinde anestezi uygulamalarının zorunluluklar nedeniyle anestezi teknisyenlerine yaptırıldığı konusunda bilgi ve ifade yoktur. Anestezistlerin bulunduğu ortamlarda bile bütün anestezi işlemlerinin anestezi teknisyenleri tarafından yapılması son derece normal ve yasal bir işlemmiş gibi algılanmakta, her iki taraf da yetki ve sorumluluklarının bilincinde olmama durumu sergilemektedirler. Ülkemiz ne yazık ki bu gün bu gerçekleri yaşamaktadır. 8 olgunun 5’inde anestezi teknisyenleri kusurlu bulunurken, 3 olguda kusurlu olup olmadıkları belirtilmemiştir. Bu husus, Yüksek Sağlık Şurası’nın, yalnızca mahkeme müzakeresinde sorulan sorulara cevap vermesinden kaynaklanmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin aynı maddesinde belirtilen “Anestezi uzmanı

bulunmayan yerlerde anestezi teknisyeni, ameliyat olacak hastaları en az bir gün önce görür, dosyaları inceler, anestezi ve ameliyat yönünden noksan olan tetkikleri tamamlattırır, herhangi bir zorlukla karşılaşırsa operatöre haber verir” maddesi bir çok sakıncaları ve çelişkileri de beraberinde getirmektedir. SSK Sağlık Teşkilatı ve Çalışanları Yönetmeliğinde ise “anestezi uzmanı bulunmayan yerlerde” bölümü kaldırılmış, “uzmanla birlikte veya onun direktifi ile yalnız olarak” ibaresi konulmuştur. Bu yönetmeliklere göre, hastayı değerlendirme, anesteziye hazırlama gibi en az hekim düzeyinde yapılması gereken bir görevin, genel olarak değerlendirsek “muayene etme, tanı koyma, tıbbi yöntem belirleme gibi” hekim sorumluluğunun ana unsurlarının, yardımcı sağlık personelinin istenmesi/beklenmesi/zorlanması ve mevzuatta tanımlanması, bu maddelere dayanılarak bu kişiler hakkında kusur öngörülmesi düşündürücüdür.

SONUÇ

Anestezi ve reanimasyon uzmanlarının sayıca azlığı nedeniyle anestezi uygulamaları yardımcı sağlık personeli olan anestezi teknisyenleri tarafından uygulanmaya başlanmış, önceleri zorunluluklardan kaynaklanan bu durum daha sonraları anestezistlerin bulunduğu birimlerde bile normal bir işlemişçesine devam eder olmuştur. Önemli sağlık sorunları ve ölümlerle sonuçlanabilen riski yüksek anestezi işlemlerinin, kısa süreli kurslarla yetkilendirilmiş kişilere yaptırılması ve bunun mutlak bir uygulama olarak süregelmesi, her şeyin insan için olduğu bir dünya anlayışında kabul edilemez bir durumdur. Oluşan zararlar sonrası hem tıbben hem de yasal olarak savunulabilecek hiçbir yön bulunmamasına karşın, yasal yaptırımlardaki yetersizlikler, hukukun işletilmemesi, hak arama alışkanlıklarının olmaması bu tür uygulamaların süregelmesinde en önemli etkidir.

Ortaya çıkan istenmeyen durumlarda anestezi teknisyenlerinin/teknikerlerinin sorumluluğundan çok, devletin ve sorumlulukları altında çalıştıkları hekimlerin yasal durumunun tartışılması çözüme ulaşmada çok önemli bir rol oynayacaktır. Ancak konuya, zararın kime yüklenmesi gerektiği tarzında yaklaşılmalıdır. Anestezi uygulamalarında bireysel değerlendirmelerden çok “sosyal bir yarar” söz konusudur. Anestezi ve reanimasyon uzmanlarının, anestezi teknisyenlerinin/teknikerlerinin, istenmeyen durumlarda kusuru varsa sorumluluklarının kaçınılmaz olacağı yolundaki sorumluluk

bilinci, mesleki bilginin üst düzeye çıkartılmasını ve çalışmalarda beklenen özenin gösterilmesini sağlayacaktır. Mesleğinin zorunlu bilgilerine sahip olan sağlık personelinin özenli çalışmaları, istenmeyen durumları en az düzeye indirecektir. Bu da sağlık personelinin kendisi, onun hizmetlerinden yararlananlar ve toplum için doğal ve güçlü bir güvence niteliğindedir.

Anestezi teknikeri yetiştirmeye yönelik ön lisans programları önemli girişimlerdir. Hatta bu eğitimin lisans düzeyine çıkartılması da tartışılmalıdır. Amerikada CRNA (Certified Registered Nurse Anesthetists) olarak görev yapabilmek için, hemşirelik lisansına sahip olmak, akut bakım hemşirelik ünitesinde en az bir yıllık deneyim, üniversiteler bünyesinde 24-36 ay arasında değişen anestezi hemşireliği eğitim programını bitirmek ve mezuniyet sonrası ulusal sertifikasyon sınavında başarılı olmak gerekmektedir (24). Eğitimle ilgili eksikliklerin giderilmesinin yanısıra yasal düzenlemelerle anestezi teknisyeni/anestezi teknikerlerinin yetki ve sorumluluklarının, görev tanımlarının netleştirilmesi, gerek hasta, gerek sağlık personeli tarafından yaşanan acıların en aza indirgenmesinde önemli bir faktör olacaktır.

Anestezi teknisyeni/teknikerlerinin tıbbi uygulamalardan doğan cezai sorumlulukları, taksirle müessir fiil (TCK m.459) taksirle adam öldürme (TCK m.455) kapsamında değerlendirilmekte ve bu maddelere göre verilmiş cezalar, yine bu maddelerin son fıkraları gereğince kusurun derecesine göre 1/8'e kadar indirilebilmektedir (25). Ayrıca yukarıda açıklanan gerekçeler nedeniyle, TCK 49. maddesinde tanımlanan; “yetkili makamın verdiği emrin kanuna aykırı olması halinde emri verenin sorumlu olacağı, emri yerine getirenin de, suç teşkil eden kanuna aykırı emri yerine getirdiği için sorumlu olacağı” hükmü doğrultusunda, yetki dışı işlemlerin yaptırılması ve yapılması, hem emri veren, hem de bunu uygulayanları yasal yaptırımlarla başbaşa bırakabilecektir.

Hukuka aykırılık, zarar verilen çıkardan daha yüksek veya bunu iptal eden bir çıkarın bulunması halinde ortadan kalkmaktadır. Yasada açık olarak belirtilen hukuka uygunluk sebeplerinin temelinde bu düşünce bulunduğu gibi, kanunda belirtilmeyen hallerde de bu ilkenin uygulanması gerekmektedir. Böylece, daha az önemdeki bir hukuki çıkarı tehlikeye veya zarara sokan kişi, daha büyük değerdeki bir hukuki çıkarı ancak bu şekilde kurtarabiliyorsa hukuka aykırı davranışta bulunmuş olacaktır (20). Bu doğrultuda, kişinin hayatı tehlike

altındaysa ve uzman yardımı sağlanıncaya kadar ölüm yada kalıcı zararlar kaçınılmazsa, anestezi teknisyenlerinin/teknikerlerinin yetki dışı müdahaleleri hukuka uygun olarak değerlendirilebilir. Tıbbın uygulanışında meydana gelen güçlükler şu andaki uygulamalarda ancak ızdırar (zorunluluk) halinin kuralları ile çözülebilir.

KAYNAKLAR

1. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 629, 1999: 77-80
2. Aşcıoğlu C. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezaî ve Hukukî). Ankara: Tekişik Ofset Tesisleri, 1993: 2-165.
3. Bektaş G. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi: Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Ed: Hayran O, Sur H. İstanbul: Yüce Yayın, Çevik Matbaası, 1998: 337
4. Köroğlu E. Sağlık Personelini İlgilendiren Hukuk Kuralları "Sağlık Mevzuatı".1.Baskı. Ankara: Hacettepe Yayın Birliği, Yargıçoğlu Matbaası, 1984: 383-5, 411- 488.
5. Ekşioğlu K. Sözlüklü Tüm Sağlık Mevzuatı. İstanbul: Yasa Yayıncılık A.Ş, 1986: 233-5.
6. Özcan C, Genç MF. Türk Sağlık Mevzuatı. İzmir: Ankara Tabip Odası Yayınları No:3, İmaj Matbaacılık, 1998: 55-127
7. T.T.B. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi yayını, 1998: 207-220.
8. SSK Sağlık Teşkilatı Yönetmeliği. Ankara: SSK Yayın No: 461, 1985: 43-4
9. Soysal Z, Eke M. Anestezi ile ilgili ölümler: Adli Tıp Cilt I. 1. Baskı. Ed: Soysal Z, Çakalır C. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi, 1999: 231-297.
10. Soysal Z, Eke SM, Çağdır AS. Adli Otopsi Cilt II. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi, 1999: 617-623.
11. Gündoğmuş ÜN, Bilge Y, Kendi Ö, Hancı İH. Hekimlerin yasal sorumluluğunun yüksek sağlık şurası açısından irdelemesi. Adli Tıp Bülteni 1997; 2 (3): 127-130
12. Morgan EG, Mikhail SMJr. Clinical Anesthesiology A Lange Medical Book. Second Edition. Stanford, Connecticut: Appleton&Lange, 1996: 755-65.
13. Ross AF, Tinker JH. Anesthesia risk. In: Miller RD, eds. Anesthesia. Fourth Edition. Churchill Livingstone Inc, 1994: 791-825.
14. Polat O. Anestetik ölümlerde postmortem tanı. 1. Adli Bilimler Kongresi,12-15 Nisan Adana, Kongre Kitabı 1994; 176-80
15. Polat O, İnanıcı Mİ, Aksoy ME. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1997: 376-387.
16. Polat O, İnanıcı MA. Anestetik işlemler sırasında görülen ölümler. Sendrom 1995; 7 (11) : 68-75.
17. Roizen MF. Preoperative evaluation. In: Miller RD, eds. Anesthesia. Fourth Edition. Churchill Livingstone Inc, 1994: 827-881.
18. Kayhan Z. Klinik Anestezi (Genişletilmiş 2. Baskı). Logos Yayıncılık, 1997: 13-26, 506-548.
19. Ayan M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukukî Sorumluluk. Ankara: Kazancı Kitap Ticaret A.Ş, 1991: 45-181.
20. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Sermet Matbaası, 1972: 24-236.
21. Hancı Hİ. Hekimin Yasal Sorumlulukları (Tıbbî Hukuk). İzmir: Egem Tıbbî Yayıncılık, 1995: 75-134
22. Durdu H. Sağlık Mesleğinde Hukukî Sorumluluk. İzmir: Uğur Ofset Matbaası, 1986: 4-16
23. Keskin K. Uygulamada Taksirle Ölüme ve Yaralamaya Neden Olma Suçları. Ankara: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, 1992: 72-9
24. <http://www.aana.com>
25. Ceza Kanunu. Ankara: Alkım Kitapçılık Yayıncılık, 1993: 263-6

Yazışma adresi:

Yrd. Doç. Dr. Ümit N. Gündoğmuş
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı 41900 Derince - Kocaeli
Tel: (262) 233 59 80/509-205

BATIN BÖLGESİNDE TEK ATIŞLA OLUŞMUŞ ÇOK SAYIDA ATEŞLİ SİLAH GİRİŞ VE ÇIKIŞ YARALARI: OLGU SUNUMU

Multipl reentry gunshot wounds at abdomen by a single shot: case report

Cafer UYSAL*, Tansev BORAN*, Halis DOKGÖZ*, Mustafa UZUN*,
Sermet KOÇ**

Uysal C, Boran T, Dokgöz H, Uzun M, Koç S. Batın bölgesinde tek atışla oluşmuş çok sayıda ateşli silah giriş ve çıkış yaraları: Olgu sunumu. Adli Tıp Bülteni 2001; 6 (3): 126-129.

ÖZET

Batın ve kafa bölgesine isabet eden ateşli silah mermi çekirdeği (ASMÇ) yaralanması sonucu kaldırıldığı hastanede aynı gün saatler içerisinde ölen bir kadında batın bölgesindeki 6 yaradan hiç birisinin vücut boşluğu ile ilişkisi olmadığı görülmüştür. Bu yaralar aynı hat üzerinde olmamakla birlikte her birinin kendine en yakın olan yara ile cilt altı iştirakli olduğu saptanmıştır. Çok kilolu olan bu kişide vücut, batındaki giriş çıkış yaraları her üç boyutta da aynı hat üzerinde olacak şekilde karın ön duvar yağ dokusu katlanmaları da göz önünde bulundurularak pozisyon verilmesi ile yaraların tek bir atışla meydana gelebileceği gösterilmiştir. Cinayet masası dedektiflerinden alınan bilgiler ve aynı olayda ölen diğer iki kişinin otopsinde tespit edilen mermi çekirdeği yara sayısı dikkate alındığında yaraların tek bir atışla husule gelmiş olmasının olayın seyri ile de uyumlu olduğu görülmüştür. Bu olgu, atipik multipl giriş-çıkış yaraları ile olası mekanizmalar ve çok sayıda mermi çekirdeği yarası bulunan olgulara yaklaşım ilkelerinin tartışılması amacıyla sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Ateşli silah yaraları, atış sayısı.

SUMMARY

In this report a woman, who had been infured by a gunshot from her head and abdomen and died in a few hours in hospital is presented. In autopsy, none of the six gunshot wounds at abdomen is in relation with the abdominal cavity. Although the gunshot wounds at abdomen are not on the same line, each of the wounds is related with the other. In order to show that all of the six gunshot wounds at the abdomen, was caused by only one shot, suitable position was given to the

body regarding the abdominal fat layer, because the woman is very fat. Information taken from the detectives and the number of the entry wounds on two other persons who had died in the same event showed that the gunshot wounds at the abdomen had been caused by only one shot. This report is presented to discuss the mechanism of multipl reentry wounds and principles of approachment to this kind of cases.

Key words: Gunshot wounds, reentry gunshot wounds.

GİRİŞ

Ateşli silah yaralanmalarında vücutta birden fazla ateşli silah mermi çekirdeği giriş deliği yarası bulunması kaza ve intihar olasılığını azaltığından atış sayısının belirlenmesi orjin tayini açısından önemli bir unsurdur (1, 2).

Tek bir mermi çekirdeğinin vücuda birkaç kez girip çıkması çok sık rastlanmamakla birlikte genellikle bir ekstremitede giriş-çıkış yaptıktan sonra tekrar gövdeye giriş ya da iki ekstremiteyi kat etme şeklinde karşımıza çıkmaktadır (3). Bu tip vakalarda atış sayısı kesin olarak tespit edilemezse yaralanmanın iki ayrı atışla meydana gelebileceği gibi ekstremitenin vücuda göre uygun pozisyonunda tek bir atışla da meydana gelebileceği şeklinde yorum yapılmaktadır (4).

Kişinin vücudunda kaç adet ASMÇ isabet ettiğinin saptanmasının en basit yolu giriş delikleri ve ASMÇ sızıklarının belirlenmesidir. Ancak aynı mermi çekirdeğinin vücuda birden fazla giriş yapma olasılığı da vardır. Hareketli olan ekstremiteler normal pozisyonunda düşü-

* Uzm. Dr. Adli Tıp Kurumu, İstanbul.

** Prof. Dr. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adli Tıp Kurumu, İstanbul.

nüldüğünde tek atış söz konusu olabilmektedir (5-8). Otopside kol veya bacaklara uygun pozisyon verilerek yapılan muayenede traje ortaya çıkarılabilir. Bu olguda ise aynı mermi çekirdeğinin batın duvarına birden fazla giriş ve çıkış yapacak şekilde yaralanmaya neden olduğu, literatürde rastlanmayan bir durum tespit edilmiş olup birden fazla giriş-çıkış yapan mermi çekirdeği bulunan olgularda atış sayısının belirlenmesinde ortaya çıkan problemlerin tartışılması ve bu olgudaki atipik çoklu giriş-çıkış yaralarında olası mekanizmalar ile çok sayıda mermi çekirdeği yarası bulunan olgulara yaklaşım ilkelerinin tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU

Dış muayenede; çok sayıda mermi çekirdeği yaralanması nedeniyle kaldırıldığı hastanede ölen 35-40 yaşlarında, 173 cm boyunda, 120-130 kg ağırlığında kadın cesedinde ölü katılığının sürdüğü, ölü lekelerinin sırtta bası görmeyen yerlerde olduğu saptandı

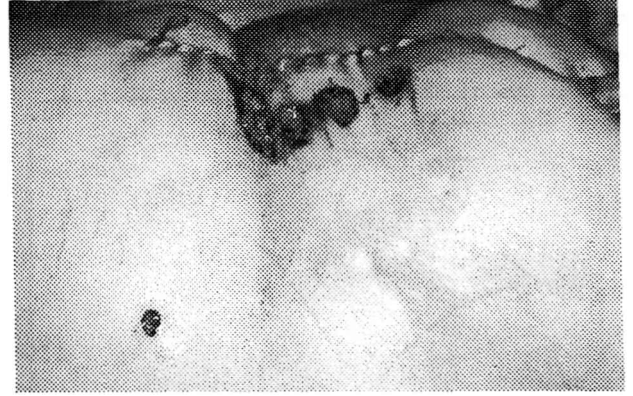
- 1- Baş bölgesinde oksipital sağda ASMÇ giriş deliği,
- 2- Frontal solda üstte parçalı görünümlü ASMÇ çıkış yarası,
- 3- Sol femur başı hizasında dışta, içinden lastik direnucu çıkmış yara, direnin çıkarıldığı ve 1 cm çapında ASMÇ giriş yarası olduğu,
- 4- Sağ ingiunal bölge üst sınırda 1 cm'lik içinden direnucu çıkan yara olduğu, direnin çıkarıldığı ve 1 cm çapında ASMÇ çıkış yarası olduğu,
- 5- Sol ingiunal çizgi üzerinde ortada 1x5 cm'lik oval görünümlü kenarları kısmen düzgün kenarlı ekimozlu ASMÇ yarası,
- 6- 5'nolu yaranın 1 cm üstünde aynı nitelikte 1x3 cm'lik ASMÇ yarası,
- 7- 6'nolu yaranın 1 cm üstünde ve 1 cm medialinde aynı nitelikte 1x2 cm'lik ASMÇ yarası,
- 8- 7'nolu yaranın 1 cm üstünde ve 1 cm medialinde aynı nitelikte 1x1,5 cm'lik ASMÇ yarası,

5, 6, 7 ve 8 nolu yaraların aralarında ASMÇ geçişi ile olması mümkün ekimozlu sıyrıklar bulunduğu, 3, 5, 6, 7, 8 ve 4 nolu yaraların bacağın fleksiyonu durumunda tek bir ateşli silah mermi çekirdeğinin cilt katlanmalarını ardı sıra geçmesi ile husullerinin mümkün olduğu ve trajelerinin uyumlu olduğunun görüldü (Resim 1, Şekil 1).

Ksifoidden göbeğin 10 cm altına uzanan sütüre ameliyat insizyonu, her iki dirsek iç bükümlerinde iğne iz-

leri, sol ayak bileğinde cut-down kesisi, sağ klavikula üstünde katater uygulanmasına bağlı iğne izi tespit edildi. Vücutta ASMÇ yaraları dışında başkaca travmatik bulgu saptanmadı.

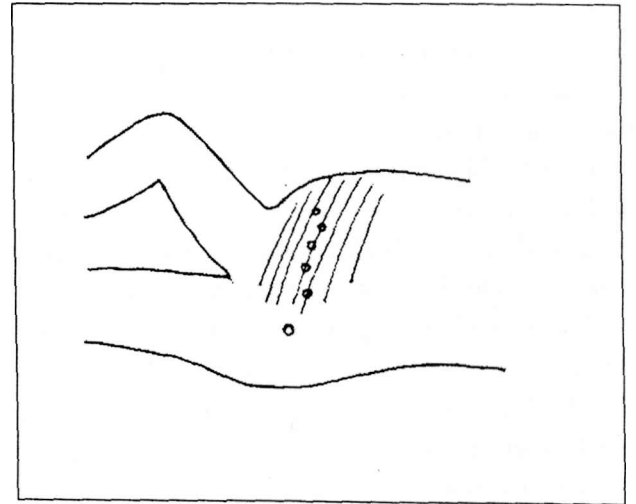
Resim 1: Batın bölgesindeki ASMÇ yaralanmasına ait görünüm.



İç muayenede;

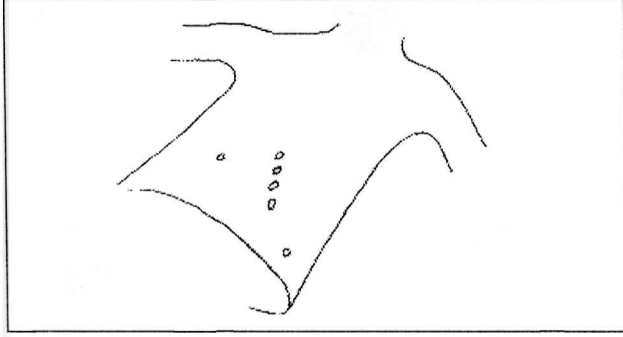
1 noda tanımlanan yerden giren ASMÇ deliği altında atipik oval ve çevresindeki kemiklerde küçük kırık lamelleri bulunan kırık defekti, giriş deliğinden itibaren kırık hatlarının kafa kubbesini çok parçalı hale getirdiği görüldü, giriş deliği altında yumuşak doku ve kemikte barut is asarı görülmedi, çıkış deliği altında 3x3 cm'lik çevresi parçalı kırık çıkış defekti görüldü, kafatası açıldığı, beyin ve beyincığın 1300 gr tartıldığı ve bütünlüğünün bozularak parçalanmış ve yaygın subaraknoidal kanamalı olduğu, 1 nodan giren ASMÇ'nin 2 nodan kafatasını terketmiş olduğu belirlendi,

Şekil 1: Bacağın fleksiyonu durumunda tek bir ASMÇ'nin cilt katmanlarını ardı sıra geçmesi.



Göğüste bir özellik saptanmadı. Batında eksploratif laparotomi uygulanmış olduğu, organlarda, peritonda, batın duvarı arka yüzünde yaralanma olmadığı ve batın boşluğunda kan bulunmadığı, karaciğer, böbrek ve dalak yüzey ve kesitlerinde bir özellik saptanmadığı, midenin boş bulunduğu, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8 nolu yaraların yumuşak doku ve yağ dokusu seyirli oldukları saptandı,

Şekil 2: ASMÇ'nin soldan sağa aşağıdan yukarıya geçişine ait olası dizilim.



Sol femur başı bölgesindeki giriş, sağ inguinal üst sınırındaki çıkış yaraları arasında bulunan soldan sağa aşağıdan yukarı yerleşimli 4 yara tek bir mermi çekirdeği geçişiyle husule getirilmesi muhtemel dizilimde bulunmasına rağmen diğer iki yara birbirleri ile ve bu 4 yara ile hem sagittal hem de frontal düzlemde doğru bir hat oluşturacak şekilde bulunmadıkları (Şekil 2), ancak her bir yaranın kendinden önceki ve sonraki ile cilt altı traje iştiraki olduğu, kişinin otopsi masasında ki yatar pozisyonundan farklı bir durumda vurulmuş olduğu düşünülerek pozisyon verildiğinde sağ uyluk karna doğru tam çekilip vücut fleksiyon ve sağa rotasyon konumuna getirildiğinde stile ile yapılan kontrollerde tüm yaraların traje bütünlüğünün sağlandığı, batın ortada yer alan atipik görünümlü 4 ASMÇ yarasının karındaki yağ tabakalarının aralarında yer aldığı belirlendi.

Otopsi sonrası yapılan incelemelerde kanda yapılan sistematik uyutucu ve uyuşturucu analizinde, aranan maddelerden hiçbiri bulunamadı. Baş bölgesindeki giriş deliğinden alınan cilt parçasında nitrit nitrat iyonlarına rastlanmadı. Sonuç olarak kişinin vücudunda ki ASMÇ yaralarından baş bölgesindeki, yaranın müstakilen öldürücü nitelikte olduğu diğerlerinin öldürücü nitelikte olmadığı, batın bölgesindeki ASMÇ yaraları elbiseli bölgede bulunduğu baş bölgesindeki yara da müdahale görmüş olduğundan atış mesafesi tayini yapılamadığı, atış mesafesi tayini için olay anında kişinin üzerinde bulunan

ASMÇ delikleri içeren elbiselerin yıkanmadan adli so-ruşturma dosyası ve hastane evrakı ile birlikte temin edilmesinin gerektiği, cesetten ASMÇ elde edilmediği, kişinin ölümünün ASMÇ yaralanmasına bağlı kafatası kırıkları ile birlikte gelişen beyin doku harabiyeti ve beyin kanaması sonucu meydana gelmiş olduğu kanaatine varıldı.

Olayla ilgili yapılan araştırmada cinayet masası dedektiflerinden tanıkların ifadeleri ve olay yeri incelemeleri konusunda ayrıntılı bilgi alındı. Servis şoförü olan sanığın biri olgumuzda sunulan eşi olmak üzere üç kişiyi yaraladığı ve daha sonra kafasına ateş ederek kendisini öldürdüğü, olayda 14'lü şarjörü bulunan bir tabanca kullanıldığı ve olay yerinde tabancanın şarjörünün tamamen boşalmış halde bulunduğu belirlenmiştir. Olayda ateşli silah ile yaralanarak ölen olgumuz dışındaki üç kişinin cesedine aynı gün otopsi yapılmış ve vücutlarında toplam 12 adet ateşli silah giriş yarası tespit edilmiştir. Olgumuzun otopsi ise bir gün sonra yapılmış ve biri kafa bölgesinde diğer altı tanesi batın bölgesinde olmak üzere ateşli silah yaraları belirlenmiştir. Cinayet masası polislerinin 1 adet 14'lü şarjör kullanıldığı şeklinde tespiti ile birlikte bu durum olgumuzdaki kişinin 2 atışa maruz kaldığı şeklindeki otopsi sonucuyla uyumlu bulunmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ

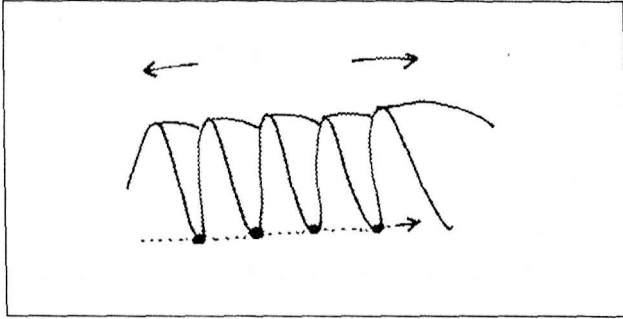
Ateşli silah yaralanmalarında atış sayısı olayın orijininin saptanması açısından oldukça önemlidir. Birden fazla isabet eden ASMÇ yaralanmalarında kaza ve intihar olasılığı azalmaktadır (4, 9).

Aynı mermi çekirdeğinin vücuda birden fazla giriş-çıkış yapması şeklindeki yaralanmalarda ceset olay anında ki muhtemel pozisyonuna getirilmeye çalışılarak muayene yapılmazsa her giriş yarası farklı bir atışla meydana gelmiş olarak kabul edilebilir ki sanığın ve tanıkların ifadeleri ile çelişen bu durum ifadelerin güvenilirliğine gölge düşürerek dosyanın seyrine hatalı yön vermeye neden olabilmektedir (10, 11). Tek atışla oluşan multipl giriş-çıkış yaraları kişinin vurulduğu andaki vücut pozisyonunu tahmini için önemli bir delil oluşturarak sanığın savunmasını yalanlayabilir. Örneğin olgumuzda mağdurun isabet aldığı an ayakta olağan bir pozisyonda bulunduğu iddia edilemez. Aynı şekilde ön kol dış yüzden girip iç yüzden çıkarak batına giren ASMÇ yaralanmasında ölen şahsın vurulduğu anda ellerinin havada olduğunu iddia etmek mümkün değildir. Herhangi bir tanığın bulunma-

dığı ve sağın kaza olduğu yönündeki ifadeleri bulunan olgularda tatbikat yaptırılarak sağın senaryosu ile yaralanmanın şekli arasına uyumluluk sorgulanabilir.

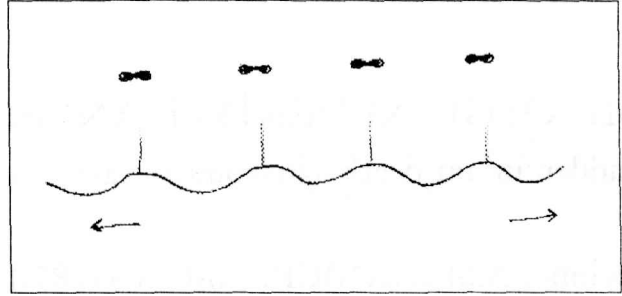
Bu olguda ASMÇ'nin vücuda ilk girdiği ve en son çıktığı ASMÇ yaraları tipik giriş ve çıkış özelliklerine sahip olmasına rağmen arada kalan 4 yaranın oval ve 2x5 cm kadar boyutta birbirlerine çok benzer görünümde olmasını ise çok kalın ve gevşek olan yağ dokusu nedeniyle batin duvarında oluşan yağ pililerinin alt sınırından geçen ASMÇ'nin oluşturduğu birbiri içine geçmiş şekildeki giriş ve çıkış yarasının vücudun düz hale getirilmesi ile birbirine temas eden elipsoit şekle geldiğini düşünmekteyiz (Şekil 3, 4, Resim 1).

Şekil 3: Batında yağ pililerinin alt sınırından geçen ASMÇ'nin oluşturduğu traşe.



Olay yeri inceleme (ölü muayene) tutanağında ateşli silah yaralarına müdahale yapıldığı yönünde bir kayıt bulunmaması, yara kenarlarında debritlemeyi düşündürecek keskin sınırlı kesiler görmemiş olmamız, bu yaraların bozulmamış olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak mermi çekirdeğinin vücuda ilk giriş yaptığı tipik giriş yarası özellikleri gösteren yara ile vücudu en son terk ettiği yaralar arasında yer alan batında ki 4 yaranın 4 adet giriş ve çıkış çiftini temsil ettiğini düşünüyoruz. Şahsı ilk muayene eden hekimin ayrıntılı notları ve şahsın üzerindeki elbiselerin incelenmesi gibi eksiklikler daha kapsamlı değerlendirme yapmamızı engellemiş olmakla birlikte şekiller üstünde göstermeye çalıştığımız mekanizmanın olgumuzu ilginç ve önemli kıldığını, benzeri olgularda dikkate alınması gereken ve geçerli bir örnek oluşturduğunu düşünüyoruz.

Şekil 4: Vücudun düz duruma getirilmesiyle ASMÇ giriş ve çıkış yaralarının birbirine temas eden elipsoit şekle gelmesi.



KAYNAKLAR

1. Karlsson T. Multivariate analysis ("forensiometrics") a new tool in forensic medicine. Differentiation between firearm-related homicides and suicides. Forensic Sci Int 1999 Apr 26;101 (2):131-40.
2. Boxho P. Fourteen shots for a suicide. Forensic Sci Int 1999 Apr 12; 101(1):71-7.
3. Di Maio VJM: Gunshot Wounds Practical Aspect of Firearms, Ballistics, and Techniques. CRC Press 1993: 97-120.
4. Koç S: Ateşli Silah Yaralanmalarında Orjin Saptanması ve Karşılaşılan Sorunlar, 2. Adli Bilimler Sempozyumu: Balistik, İzmir; 1997: 36-46.
5. Çetin G, Yorulmaz C. Ateşli Silah Yaraları. Sosyal Z, Çakalır C. Adli Tıp, Cilt 2. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul. 1999: 561-585.
6. Fatteh A. Handbook of Forensic Pathology, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, Toronto, 1973; 113-117.
7. Gordon I, Shapiro HA. Forensic Medicine, A Guide to Principles, Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1982; 340-354.
8. Parikh CK: Firearms and Firearm Injuries, Medical Publications, Coloba, Bombay, 1979; 138-157.
9. Schyma P, Schyma C. Gunshot wounds-homicide, suicide or accident? Abstr. Versicherungsmedizin 1997 Aug 1;49(4):112-7.
10. Knight.B: Forensic Pathology, Gunshot and Explosion Deaths, Arnold, Second Edition 1996: 2463-73.
11. Fackler MC: Gunshot Wound Review. Annals of Emergency Medicine. 1996: 28(2); 194-203.

Yazışma adresi:

Uzm. Dr. Cafer UYSAL
Adli Tıp Kurumu-İSTANBUL
Tel: 0 212 587 70 00

BİR OLGU NEDENİYLE ANİ BEBEK ÖLÜMÜ SENDROMU

Sudden infant death syndrome (a case report)

Mehmet Akif İNANICI*, Coşkun YORULMAZ**, Nergis CANTÜRK***

İnanıcı M A, Yorulmaz C, Cantürk N. Bir olgu nedeniyle ani bebek ölümü sendromu. Adli Tıp Bülteni 2001; 6 (3): 130-133.

ÖZET

Bu çalışmada, 3 aylık bir bebeğin ani beklenmeyen ölümü ile sonuçlanan bir olgu sunulmaktadır. Ani Bebek ölümü Sendromu (ABÖS), temel olarak 1 yaş altı herhangi bir bebeğin ani ve açıklanamayan ölümü olarak tanımlanmakta olup, ülkemizde yapılan çalışmalarda karşımıza olgu sunumları şeklinde çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerde post neonatal bebek ölümlerinin en sık nedenlerinden biri olan ABÖS'na, ülkemizde yeterli olay yeri incelemesi yapılmaması ve bu tip bebek otopsilerine standart bir yaklaşımın olmaması nedeniyle ABÖS tanısı konulamamaktadır.

Anahtar sözcükler: Ani bebek ölümü sendromu, çocuk ölümleri, otopsi

SUMMARY

In this study, sudden and unexpected death in a 3-month-old infant was reported. Deaths of infants younger than 1-year-old for whom a thorough postmortem examination failed to reveal an adequate cause of death constitute the "Sudden Infant Death Syndrome" (SIDS). In developed countries, SIDS is one of the most common cause of death in postneonatal infants, but SIDS is being undetermined due to insufficiency in crime scene investigation and not explored with the same autopsy protocol in all cases, in our country.

Keywords: Sudden infant death syndrome, child deaths, autopsy

GİRİŞ

1969 yılında Seattle/Washington'da yapılan, bebek-

lerdeki ölüm nedenleri ile ilgili ikinci uluslararası konferansta, Ani Bebek Ölümü Sendromu (ABÖS) "doğumundan hemen önce sağlıklı olan herhangi bir bebeğin ani ve açıklanamayan ölümü" şeklinde tanımlanmıştır (1-3).

Bu tanım, ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından, 1989 yılında yapılan bir toplantıda geliştirilmiştir. Yeni tanım "bir yaşın altındaki bir bebeğin ölümünün, olayın tam olarak yapılan araştırılmasından sonra açıklanamaması" şeklindedir. Yapılan araştırma, tam bir otopsi uygulaması, olay yeri incelemesi ile birlikte sosyal ve klinik öyküyü kapsamaktadır (2,4-6).

Bu çalışma, "ölüm sebebinin belirlenmesi için ilgili ihtisas kuruluna sevk" kararı verilmiş 3 aylık bir bebekle ilgili yapılan araştırmalar (öykü, olay yeri incelemesi ve otopsi), ABÖS açısından tekrar gözden geçirilip, ülkemizde yapılmış konu ile ilgili literatür eşliğinde tartışılarak, ABÖS tanısının, ülkemizde de varlığının ortaya konulması için ne tip çalışmaların yapılması gerektiğinin vurgulanması amacıyla yapılmıştır.

OLGU

Olay yeri inceleme ve adli ölü muayene tutanağında; ailesinden alınan öyküde, prematüre doğan bebeklerinin 19 gün hastanede yattıktan sonra taburcu edildiği, hiçbir hastalığı olmayan bebeklerini bir sabah ölü olarak bulduklarını ifade ettikleri,

Aynı gün yapılan otopsisinde; 3 aylık, 52 cm boyun-

* Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

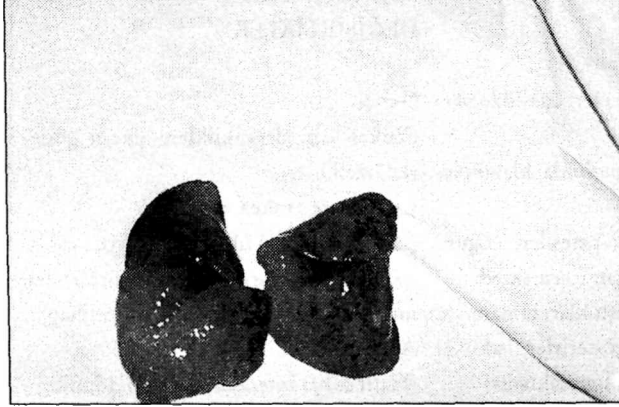
** Uzm. Dr. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

*** Asistan Dr. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

da, 2390 g ağırlığında, erkek bebek cesette, oturma yüksekliği 35 cm ve baş çevresi 37,5 cm ölçüldüğü, verteksin sol bölümünde deri seviyesinden hafif kabarıklık mor renkte bir lezyon saptandığı,

İç muayenede; ön fontanel 3x3,5 cm boyutlarında ve açık olduğu, beyin 510 g tartıldığı, beyin yüzeyinin parlak ve ıslak görünümde, giruslarının düzleştiği, sulkusla-

Resim 1: Her iki akciğerde yaygın subplevral noktasal kanama alanları



rının silinmiş bulunduğu, venöz dolgunluğunun arttığı, beyin kesitlerinde herhangi bir özellik saptanmadığı,

Timus ve kalp yüzeyinde yaygın noktavi kanamalar bulunduğu, duktus arteriozusun kapalı olduğu, sağ akciğer 55 g, sol akciğer 50 g tartıldığı, her iki akciğer yüzeyinde yaygın subplevral noktavi kanamalar bulunduğu (Resim 1) ve kesitleri hiperemik ve ödemli olup, sıkımla minimal beyaz-sarı renkli köpük geldiği, kalbin 30 g tartıldığı, kalp arka yüzde atrioventriküler bileşkeye uyan bölgede 2x2 cm'lik alanda yaygın noktavi kanamalar tespit edildiği (Resim 2), atrio-septal ve ventrikülo-septal defekt bulunmadığı, kapak ölçümlerinde; triküs-pit 5 cm, pulmoner 2 cm, mitral 4 cm, aort 2,2 cm, duvar kalınlıklarının ölçümünde; sol ventrikül 5 mm, sağ ventrikül 2 mm saptandığı, kalpte başkaca bir özellik bulunmadığı, boyun organlarının incelenmesinde patolojik lezyon saptanmadığı,

Karaciğer 140 g tartıldığı, yüzeyinin düzgün ve her iki lobun alt bölümlerinde yaygın kanama alanlarının olduğu, kesitlerinde herhangi bir özellik olmadığı, sol böbrekte subkapsüler kanama tespit edildiği,

Histopatolojik inleme sonucunda; myokardta özellik görülmediği, timusta hiperemi, akciğerde bazı alveollerde ödem, ağır hiperemi, lokal intraalveoler kanama alanları, akut şişme alanları, karaciğerde ağır hiperemi,

ekstramedüller hemopoez odakları, böbrekte hiperemi, verteksten alınan cilt parçasında kapiller hemangiom saptandığı,

Toksikolojik inceleme sonucunda; kan, idrar ve iç organlarda sistematik toksikolojik analizde aranan maddelerin bulunmadığı, kanda alkol saptanmadığı,

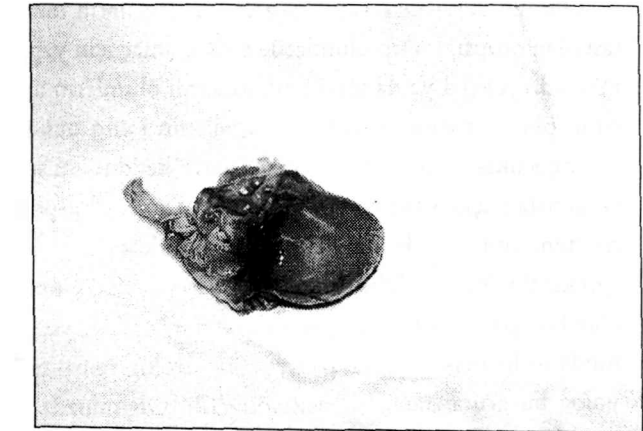
Ölüm nedeni hakkında ilgili ihtisas dairesinden görüş alınması uygun olacağı kayıtlıdır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Çocuklarda şüpheli ölümlerin araştırılması, adli incelemelerin en problemleri alanlarından birisidir. Bir çalışmada, son iki yıldır ABÖS sıklığında belirgin bir azalma görülmesine rağmen, gelişmiş ülkelerde ilk 12 ay içindeki bebek ölümlerinin en sık nedeninin hala ABÖS olduğu vurgulanır iken (1), Amerika Birleşik Devletlerinde yenidoğan ölüm nedenleri arasında ABÖS'nun, konjenital anomaliler ve kısa gebelik/düşük doğum kilosu neticesi oluşan hastalıklardan sonra 3. sırada geldiği, postneonatal bebek ölüm neden sıklığında ilk sırada yer aldığı belirtilmektedir(7). Olay yeri incelemesinin tam olarak yapılması ve sosyal/klinik öykünün ayrıntılı olarak alınması ABÖS'nun ilk adımını oluşturmaktadır (1,8). Adli Tıp Kurumu'nda yapılmış ve bir yılı kapsayan bir çalışmada, ölüm nedeni belirlenemeyen 11 olgunun sadece 3'ünde olay yerine gidildiği ve bu olgularda da yeterli olay yeri incelemesi yapılmadığı saptanmıştır (9). Olgumuzda ve daha önce sunulan bir olguda da (4) yeterli olay yeri incelemesi ile ilgili bilgi, özellikle bebeğin ölü olarak bulunduğu yer ve çevre koşulları hakkında bilgi bulunmamaktadır.

Olay yeri incelemesinin yetersiz olarak yapılması, risk altında bulunan diğer çocukların doğal nedenlerden

Resim 2: Kalp arka yüz atrioventriküler bileşkede yaygın noktasal kanama alanları



ya da travmadan korunmalarını engellemektedir (8,10). Ani beklenmeyen bebek ölümlerinde, olay yerinin değerlendirilmesi eğitilmiş ve uzman kişiler tarafından yapılmalıdır. Bebeğin ve ailenin hikayesini de içeren sosyal/tıbbi öykünün ayrıntılı alınması gerekmektedir (7,10). Olay yeri gecikmeden incelenmelidir. Olay yeri incelemesinde dikkat edilecek noktalar şu şekilde özetle-

Tablo 1: ABÖS'nda gözlenen morfolojik değişiklikler ®

DIŞ MUAYENE	İÇ MUAYENE	MİKROSKOPİK DEĞİŞİKLİKLER
Vücut (Oldukça iyi gelişmiş ve iyi beslenmiş)	Plevral yüzeyler (Peteşiler, özellikle parietal plevrada)	Genel (Yukarıdaki değişikliklere uyum gösteren özellikler)
Dış solunum yolları (Köpüksü, sulu ve hatta kanla bulaşmış mukus bulunabilir)	Timus (Peteşiler, çoğunlukla klavikulanın altında)	Larinks ve trakea (Larinksde fokal fibrinoid nekroz, yaklaşık olarak olguların %50'inde görülebilen mukozayı içeren fokal subakut iltihap)
Dudaklar ve tırnak yatakları (Siyanoze)	Kalp (Epikardiyumda peteşiler, çoğunlukla sıvı kıvamında kan içermektedir)	Akciğerler (Hafif fokal intersitisyel lenfoid infiltrasyonu, intraalveoler hemoraji, fokal akut ya da subakut bronşiyal iltihap)
Deri (Sağlıksız koşullarda oluşan ölümlerde, böcekler ceset üzerinde bazı lezyonlar oluşturabilirler. Bu lezyonlar ölüm öncesi yaralar ile karıştırılmamalıdır.)	Akciğerler (plevral boşlukları tamamiyle doldurmaya eğilim gösterirler, sıklıkla ödem ve konjesyon bulunmaktadır)	Karaciğer (Ekstramedüller hematopoez odakları)
	Lenf bezleri (Lenfoid yapıların belirgin durumu - timus, lenf bezleri, peyer plağı)	
	Adrenaller (normal sınırlar içinde küçük boyutlarda olmaya eğilim gösterirler)	
	Mesane (Genellikle boş)	
	Mide (Sıklıkla pıhtılaşmış süt bulunmaktadır)	

® Ophoven JJ'den alınmıştır.

nebilir: Bebeğin bulunduğu karyolanın ve yatak takımlarının durumu, bebeğin pozisyonu, çevre düzeni, olay yeri ısısı. Annenin daha önceki doğumları hakkında bilgiler. Bebeğin immunizasyon bilgileri, son zamanlardaki sağlık durumu ve fiziksel gelişimi. Ailevi soy geçmişi. Bebeği tedavi eden hekim hakkında bilgiler. ABÖS ile ilgili anne ve bebeğe ait epidemiyolojik koşullar da mutlaka kayıt edilmelidir (2).

Ölümlerden sonra yapılan, adli araştırmaların temel taşı olan otopsi, bu tip ölümlerde birkaç amaç için yapılmaktadır: Doğal ya da travmatik kökenli ölümlerin ayırımı, ölüm nedeninin saptanması, ailenin sahip olduğu diğer çocuklar için riski belirleme, aileye kendilerini suçlamaları için yardımcı olma (2,12). Yapılan bu post-mortem muayenede multidisipliner bir kooperasyona gereksinim vardır. Ülkemizde adli soruşturmaya konu olan bu tip ölümlerde, otopsiyi yapan adli tıp uzmanı yanında pediatrik patoloj, pediatrik, virolog ve bakteriyolog bu grubu tamamlamaktadır (12). Olgumuzda ve

önceden yapılan bir olgu sunumunda da (4) bu tip bir multidisipliner bir yaklaşım bulunmamaktadır.

ABÖS'nda gözlenen morfolojik bulgular (1) tablo 1'de gösterilmiştir. Olgumuzu bu tablo ile karşılaştırdığımızda, olgumuzda timus, kalp ve akciğer yüzeyinde yaygın nokta kanamalar bulunmuş, akciğer kesitleri ödemli ve hiperemik gözlemlenmiştir. Tabloda gösteri-

len mikroskopik bulgulara yakın değişiklikler saptanmıştır. Bu tip bir ölüm ile ilgili yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar gözlemlenmiştir (4).

Olgumuzda ve diğer bir çalışmada (4) otopsi ile ilgili mikrobiyolojik çalışma yapılmadığı saptanmıştır.

Ülkemizde adli otopsi yapılan merkezlerde, çocuk ölümleri ile ilgili çalışmalarda doğal ölümler arasında incelenen ABÖS, 740 olguluk bir çalışmada 1 yaş altında 52 olguyu içeren doğal ölümlerin 2'sinde gözlemlenirken (13), bir diğer çalışmada da bebek ölümleri içinde sadece 2 olguda ABÖS saptanmıştır (4). 0-7 yaş grubu çocuk ölümleri ile ilgili bir çalışmada 0-1 yaş arasındaki 39 patolojik ölümün % 74'ünü enfeksiyon hastalıkları oluşturduğu saptanırken, ABÖS belirlenmemiştir (14). Gelişmiş ülkelerde 1 yaş altı bebek ölümlerinde belirlenen en sık ölüm nedeni ABÖS'dur (1,8). Çocuk ölümleri içinde Japonya da %2-12, Macaristan'da ise yaklaşık %1-3 oranında ABÖS görüldüğü bildirilmiştir (15). Ülkemizde, ABÖS'na bağlı ölümlerin saptanamamasındaki güç-

lükler; kayıtların yetersiz tutulması, yeterli olay yeri incelemesi ve otopsi yapılmaması, kurumlar arasındaki bilgi alış verişinin eksikliği ve toplumun bu konuda aydınlatılmaması şeklinde sınıflandırılabilir. Sawaguchi ve ark.nın(16) çalışmasında da yukarıda belirtilen eksikliklerin ABÖS tanısı konulan olgu sayısındaki düşüklüğün önemli nedeni olduğu bildirilmektedir.

Bu zorluğun aşılabilmesi için; öncelikle bu tip olgulara multidisipliner yaklaşımın mutlaka sağlanması gerekmektedir. Bunun yanında, bu tip olgular ile karşılaşıldığında, olay yerinde yapılacak araştırmanın, cesede uygulanacak otopsinin ve uygulanacak kliniko-patolojik incelemelerin ülke çapında asgari standardizasyonda yapılabilmesi için ilgili tüm uzmanlar ile yapılacak toplantılar sonunda, ABÖS ortak yaklaşımın nasıl sağlanacağı tartışılmalı ve standart bir ABÖS postmortem inceleme formu oluşturulmalıdır. Doğru tanı ile sağlanabilecek epidemiyolojik ve etyolojik verilerin risk gruplarının belirlenip gerekli önlemlerin alınabilmesine olanak sağlayacağı da göz önüne alındığında(17); söz konusu düzenlemelerin gerekliliği daha da açık ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak, bu tip olgulara yapılacak olan araştırmaların yorumlanması için, ülkemiz koşullarında gerekli uzmanlar şunlardır: adli tıp uzmanı, pediatrik patolog, çocuk hastalıkları uzmanı, virolog, bakteriyolog. Yapılacak olan otopsi ise; ayrıntılı makroskopik incelemeyi, karaciğer, dalak, akciğer, böbrek, kalp ve menisklerden steril örnekleri, var ise periton, plevra ve perikart boşluklarından sıvı örnekleri, incelenen her organdan histopatolojik örnekler, toksikolojik inceleme için kan, mide içi sıvısı ve iç organ örnekleri kapsamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ophoven JJ. Forensic pathology. In: Stocker JT, Dehner LP (eds) Pediatric Pathology Vol I, JB Lippincott Company Philadelphia, 1992:302-311
2. Platt MS. The Differential Diagnosis of Child Abuse. In: Spitz WU (ed) Medicolegal Investigation of Death 3rd ed, Charles C Thomas Publisher Springfield Illinois, 1993:724-729
3. Schofield D, Cotran RS. Diseases of Infancy and Childhood. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL (eds) Robbins Pathologic Basis of Disease 5th ed, WB Saunders Company Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo, 1994:454-456
4. Arıcan N, Fincancı ŞK, Sözen Ş, İnce H. Ani Çocuk Ölümü Sendromunda Otopsi Bulguları: Bir Olgu Sunumu. 1.

5. Fincancı ŞK, Kırangil B. Ani Çocuk Ölümü Sendromu. Türk Patoloji Dergisi. 1988; 4/2: 56-59
6. Çöloğlu AS, Çakalır C. Çocuk Ölümleri. In: Soysal Z, Çakalır C (eds) Adli Tıp Cilt I, İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi İstanbul, 1999:380-382
7. Hunt CE. Sudden Infant Death Syndrome. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds) Nelson Textbook of Pediatrics 16th ed, WB Saunders Company, Philadelphia, London, 2000: 2139.
8. Vanezis P, Busuttil A. Suspicious Death Investigation. Arnold London, 1996: 142-144.
9. Birgen N. Bebek Ölümünde Olay Yeri İncelemesinin Önemi. Çocuk Forumu. 1999; 2(1): 41-44
10. Knight B. Forensic Pathology. Edward Arnold London, 1991: 414-416
11. Byard RW, Becker LE, Berry PJ, Campbell PE, Fitzgerald K, Hilton JM, Kroun HF, Rognum TO. The Pathological Approach to Sudden Infant Death - Consensus or Confusion? Recommendations from the Second SIDS Global Strategy Meeting, Stavanger, Norway, August 1994, and the Third Australasian SIDS Global Strategy Meeting, Gold Coast. Am J Forensic Med Pathol 1996; 17(2): 103-105
12. Rambaud C. Sudden infant death syndrome: Interpretation of the Pathologist. I Ulusal Ani Bebek Ölümü Sendromu Sempozyumu, 11.12.1997, İstanbul.
13. Aksoy ME, Polat O, İnanıcı MA, Çolak B. Evaluation of Childhood Autopsies in İstanbul, Turkey (A Retrospective Study of 740 Cases) American Academy of Forensic Sciences 47th Annual Meeting, February 13-18, 1995, Seattle.
14. Gök Ş, Kolusayın Ö, Yavuz F, Çetin G. Adli Tıp Açısından 0-7 Yaş Grubu Çocuk Ölümleri. Adli Tıp Dergisi 1989; 5: 151-156.
15. Töro Klara, Sawaguchi T, Sawaguchi A, Rozsa s, Sotony P. Comparative analysis of differences by gender in sudden infant syndrome in Hungary and Japan. For Sci Int 2001; 118:15-19.
16. Sawaguchi T, Fujita T, Sawaguchi A, Nishida H. The epidemiological study on registered cases of sudden infant death syndrome (SIDS) in Tokyo: examination of the effect of autopsy on diagnosis of SIDS and the mortality statistics in Japan. For Sci Int 2000; 109:65-74.
17. Vege A, Rognum TO, Opdal SH. SIDS-changes in the epidemiological pattern in Eastern Norway 1984-1996. For Sci Int 1998;93:155-166.

Yazışma adresi:

Prof. Dr. Mehmet Akif İnanıcı
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı
Tıbbiye cad. No: 49, 81326 Haydarapaşa - İSTANBUL
E-posta: akif@marmara.edu.tr

TEŞEKKÜR LİSTESİ (THANKS TO ADVISORY BOARD MEMBERS)

Prof.Dr.Berna ARDA
Prof.Dr.Atilla ARINCI
Prof.Dr.Yurdağül CANBERK
Prof.Dr.Salih CENGİZ
Prof.Dr.Gürsel ÇETİN
Prof.Dr.Atunç ÇOLTU
Prof.Dr.Sedat ÇÖLOĞLU
Prof.Dr.İmdat ELMAS
Prof.Dr.Kayıhan İÇEL
Prof.Dr.M.Akif İNANICI
Prof.Dr.Metin KARABÖCÜOĞLU

Prof.Dr.Serpil SALAÇIN
Prof.Dr.Lütfi TELCİ
Prof.Dr.Ümran TÜZÜN
Prof.Dr.Ufuk KATKICI
Prof.Dr.Fatih YAVUZ
Doç.Dr.Ercüment AKSOY
Doç.Dr.Necmi ÇEKİN
Doç.Dr.Serhat GÜRPINAR
Doç.Dr.Gökhan ORAL
DoçDr.Adnan ÖZTÜRK

YAZAR İNDEKSİ

Afşin K H	18
Afşin H	18
Arısoy Y	14
Aşırdizer M	8
Avcı A	103
Aydın C	81
Beyaztaş F Y	76
Bilgin N G	103
Birgen N	70
Boran T	18,126
Büken B	23
Can Ö İ	14
Cantürk N T	130
Çağdır S A	23
Çekin N	103
Çetin G	3
Çetinkaya Ü	23
Demirkan Ö	76
Demiröver C	14
Dokgöz H	126
Ereymiş S	81
Günay Y	3
Gündoğmuş Ü N	87,119
Güvendik G	65
İnanıcı M A	70,130
Kayahan M A	81
Keskin R	8
Kırangil B	23
Koç S	126
Korkmaz S	81
Özden H	3
Özkara E	14
Savran B	103
Tamar M	81
Uysal C	18,126
Uzun M	126
Üner B	23
Vayvada H	14
Yavuz M F	111
Yavuz S M	8
Yemişçigil A	14
Yılmaz A	65
Yorulmaz C	8,130

KONU İNDEKSİ

Adli otopsi , otopsi tekniği, diş, adli odontoloji 18
Anestezi uygulamaları , anestezi teknisyeni, yetki, tıbbi hata 119
Ani bebek ölüm sendromu , çocuk ölümleri, otopsi 130
Antropometrik araştırma , adli antropoloji, Türk toplumu 3
Ateşli silah yaralanmaları , ateşli silah yaraları, atış sayısı 126
Bilgilendirilmiş rıza , tıbbi malpraktis, adli tıp 76
Bilirkişilik , tıbbi gizlilik 87
Cinsel saldırı , flört tecavüzü, eğitim 111
Çocuk ölümleri , ölüm nedeni, ölüm orijini 70
Çocuk suçluluğu , farık-i mümeyyizlik, suçlu çocuk, çocuk depresyon ölçeği 103
Egzos kirliliği , karbonmonoksit, karboksihemoglobın, spektrofotometre, hava kirliliği 65
Ensest , çocuk, ensest , yasal süreç 81
Taramalı elekton mikroskobu , adli tıp, x-ray analiz 23
Yanık , iyileşme süresi, adli tıp 14
Zehirlenme , Glasgow Koma Skalası, hayati tehlike, zehirlenme 8



ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

ADLİ TIP BÜLTENİ YAZIM KURALLARI

Adli Tıp Bülteni, adli tıp ve ilgili dallarda yapılmış özgün çalışma raporları, ilginç olgu sunumları ve derleme yazılarını yayımlar.

Bu dergiye başka bir yerde yayınlanmamış yazılar kabul edilir. Ekte tüm yazarların yazının bu dergide yayınlanmasını onayladıklarını gösterir bir belge bulunmalıdır. Yayınlanacak yazılar "Yayın Kurulu"na hem kapsamı, hem de düzeni bakımından uygun görülmelidir. Yazıların basılıp basılmamasına, basılma önceliğine yayın kurulu karar verir. Yayın kurulunun yazının mesajını değiştirmeyen her türlü düzeltmeleri ve kısaltmaları yapma yetkisi vardır. Tüm düzeltmeler yapıldıktan sonra yazarların onayı alınacaktır. Yazı ile ilgili bilimsel ve hukuki sorumluluk yazarlara aittir.

Yurt içinden gelen yazılar Türkçe, yurt dışından gelecek olanlar ise İngilizce olarak basılır. Türkçe yazılar için Türk Dil Kurumu'nun hazırladığı "Yeni Yazım Kılavuzu" ve "Türkçe Sözlük" esas alınmalıdır.

Yazılar, IBM uyumlu bir bilgisayarda Winword programı ile yazılmalı, 3,5" diskete yüklenip, birinde yazar isim ve adresleri bulunan, diğer üçünde yazar isim ve adresleri yer almayan toplam 4 basılı kopya ile birlikte gönderilmelidir. Gönderilecek yazılar başlık sayfası ile kaynaklar, şekil ve grafikleri içeren sayfalar dışında 8-10 sayfayı geçmemelidir.

Yazılar A4 boyutundaki kağıdın bir yüzüne, üst, alt ve yan taraflarında 3 cm'lik boşluk kalacak şekilde, Times New Roman 12 punto yazı karakteri ile çift aralıklı olarak yazılmalıdır. Paragraf girintisi 5 karakter olmalıdır. Sayfa numaraları, sayfanın sağ üst köşesinde yer almalıdır.

Yazı formu başlık sayfası, Türkçe özet sayfası, İngilizce özet sayfası, giriş, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma, kaynaklar, şekiller, tablolar ve grafikleri içeren sayfalar şeklinde düzenlenmelidir.

Derleme yazıları yazar veya yazarların uygun göreceği şekilde bölümlere ayrılır. Teşekkür yazmak isteniyorsa kaynaklardan önce konulmalıdır.

Başlık sayfasına; yazının içeriğini açıklayıcı başlığın altına yazarların isimleri, isimlerin altına da yazarların ayrı ayrı çalış-

tıkları kurum ve ünvanları tam olarak yazılmalıdır. Başlık sayfasının en alt kısmında iletişimi sağlayacak yazarın ismi, adresi, telefonu ve varsa faksı yer almalıdır.

Özetler özgün çalışmalar için 200, olgu sunumları için 100 sözcüğü geçmemelidir. En fazla 10 anahtar kelime verilmelidir.

Her bir şekil, tablo ve grafik ayrı sayfalarda yer almalıdır. Tablo ve grafiklerde aşağıda belirtilecek yazı türü ve karakteri kullanılacaktır. Şekiller çini mürekkebi ile aydinger kağıda çizilmeli, alt yazıları ise ayrı bir kağıda yazılmalıdır. Şekillere sıra numarası verilmeli ve yazı içinde yeri geldikçe bu numaralar belirtilmelidir. Fotoğraflar parlak kağıda net olarak basılmış olmalı, arkalarına numarası, alt yazıları ve yazarların adı yazılarak ayrı bir zarf içinde gönderilmelidir. Tablolar diskete kaydedilirken Excel programında hazırlanmalıdır.

Kaynaklar metin içerisinde kullanım sırasına göre numaralandırılmalıdır. Kaynak dizininde dergi isimleri Index Medicus'a göre kısaltılmalı ve tüm yazarların isimleri yazılmalıdır. Kitaplar için, yazar veya yazarların soyadı ve adları, kitap adı, baskı sayısı ve cilt numarası, basım yeri, yayınevi ve yılı, yararlanılan sayfa veya sayfalar yazılmalıdır.

Örnekler:

1 Robinson E, Wentzel J. Toplevel bitemark photography. J Forensic Sci 1992;37(1):195-207.

2 Gordon I, Shapiro HA, Berson SD, editors. Forensic Medicine: A Guide to principles. 3rd ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1988:196.

3 Robinson G, Gray T. Electron microscopy 1: Theoretical aspects and instrumentation. In: Bancroft JD, Stevens A, eds. Theory and Practice of Histological Techniques. 3rd ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1990:509-23.

İnsanlar üzerinde yapılacak çalışmalar ve hayvan deneylerinde lokal etik komiteden izin alınmalı ve alınan olur belgesi yazı ile birlikte gönderilmelidir. Bu konudaki tüm sorumluluk yazar veya yazarlara aittir. Yazıda sözü edilen kişinin kimliğini belirleyen isim, adres kullanılmamalıdır. Kişinin kimliğini açık şekilde belli eden fotoğraflar kabul edilmeyecektir.



ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Original articles, case reports and review articles are published in The Bulletin of Legal Medicine in accordance with the "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, BMJ 1991;302:338-41".

A paper on work that has already been reported in a published paper or is described in a paper submitted or accepted for publication elsewhere is not acceptable. All persons designated as authors should qualify for authorship, and each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for the content. Manuscripts must be accompanied by a covering letter signed by all authors which includes a statement that the manuscript has been read and approved by all authors.

When reporting experiments on human subjects indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (institutional or regional) or with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 1983. Do not use patients' names, initials, or hospital numbers, especially in any illustrative material. When reporting experiments on animal indicate whether institution's or the National Research Council's guide for, or any national law on, the care and use of laboratory animals was followed.

The manuscript must be printed on ISO A4 paper, with margins of at least 3 cm, and on only one side of the paper. Four copies of the manuscript must be sent, in addition with a copy of the document in a 3.5" diskette. Times New Roman 12 point font of Word 6.0 should be used, with an indentation of 5 spaces for the first line of each paragraph and double spacing throughout.

Each of the following sections must begin on separate pages: Title page, abstract and key words, text, acknowledgments, references, individual tables, and legends. Number pages consecutively, beginning with the title page. Type the page number in the upper righthand corner of each page.

The title page should carry (a) the title of the article, which should be concise but informative; (b) first name, middle initial, and last name of each author, with highest academic degree(s) and institutional affiliation; (c) name of department(s) and institution(s) to which the work should be attributed; (d) disclaimers, if any; (e) name and address of author responsible for correspondence about the manuscript; (f) name and address of author to whom requests for reprints should be addressed or

statement that reprints will not be available from the author; (g) source(s) of support.

The second page should carry an abstract of no more than 200 words for original articles, 100 words for case reports. The abstract should state the purposes of the study or investigation, basic procedures, main findings, and the principal conclusions.

Below the abstract provide, and identify as such, three to 10 key words that will assist indexers. Use terms from the medical subject headings (MeSH) list of *Index Medicus*; if they are available.

The text of observational and experimental articles must be divided into sections with the headings introduction, methods, results, and discussion. Other types of articles such as case reports, reviews, and editorials are likely to have other formats according to the authors.

Number tables consecutively in the order of their first citation in the text and supply a brief title for each.

Instead of original drawings, roentgenograms, and other material send sharp, glossy black and white photographic prints.

Figures should be numbered consecutively according to the order in which they have been first cited in the text. If a figure has been published acknowledge the original source and submit written permission from the copyright holder to reproduce the material.

Use only standard abbreviations in the title and abstract.

Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify references in text, tables, and legends arabic numerals in parentheses.

Use the style of the examples below, which are based on the formats used by the US National Library of Medicine in *Index Medicus*. The titles of journals should be abbreviated according to the style used in *Index Medicus*.

Examples:

1 Robinson E, Wentzel J. Toneline bitemark photography. *J Forensic Sci* 1992;37(1):195-207.

2 Gordon I, Shapiro HA, Berson SD, editors. *Forensic Medicine: A Guide to principles*. 3rd ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1988:196.

3 Robinson G, Gray T. Electron microscopy 1: Theoretical aspects and instrumentation. In: Bancroft JD, Stevens A, eds. *Theory and Practice of Histological Techniques*. 3rd ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1990:509-23.



ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

Adli Tıp Bülteni Adli Tıp Uzmanları Derneği'nin resmi yayın organı olarak yılda üç kere yayınlanır. Dergiye Adli Tıp ve ilgili dallarda yapılmış özgün çalışma raporları, ilginç olgu sunumları ve derleme yazıları kabul edilir. Yazı ile ilgili bilimsel ve hukuki sorumluluk yazarlara aittir. Dergide yayınlanan yazıların telif hakları Adli Tıp Uzmanları Derneği'nindir. Hiçbir şekilde bu yazıların tümü veya herhangi bir bölümü kopya edilemez ve derneğin izni olmadan yayınlanamaz. Dergiye gönderilecek yazılar ve dergi ile ilgili her türlü iletişim için kullanılacak adres: Prof. Dr. Şevki Sözen, İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı 34390 Çapa-İstanbul

The Bulletin of Legal Medicine which is the official publication of the Society of Forensic Medicine Specialists in Turkey is published three times a year. Each issue of the journal contains original articles, review article, unusual case reports. © The Society of Forensic Medicine Specialists, all rights reserved. No part of this publication may be reproduced in any form or by any means, except as permitted of the Society.

"Prof. Dr. Şevki Sözen, İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı 34390 Çapa-İstanbul" must be use for all kinds of correspondence

For Subscription;

- Subscription rate : \$ 150.00 per year
 Additional for airmail in Europe: \$ 7.00
 Additional for airmail outside Europe: \$ 15.00
 Check made payable to the **Society of Forensic Medicine Specialists (Adli Tıp Uzmanları Derneği)** is enclosed.
 Please charge my account \$.....
 Visa Mastercard Eurocard American Express Diners Club
Card Number:..... Expiry Date:.....

Name:

Signature:

Address:

City/ State / Zip:

Please return this order from with your method of payment to ⇒ Prof. Dr. Şevki Sözen, İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı 34390 Çapa-İstanbul

Abone olmak için;

Yıllık abone ücreti: 6.000.000 TL

- Yıllık abone ücreti hesabımıza havale edilmiş olup dekont ilişiktedir
 Abone ücretini kredi kartı hesabımdan ödemek istiyorum
 VISA Mastercard Eurocard

Kredi kartı numarası:..... Son Kullanım Tarihi:.....

Ad Soyadı:

İmza:

Adres:

Abone ücretini, Adli Tıp Uzmanları Derneği'nin - Yapı Kredi Bankası Fındıkzade Şubesi 1255041-6 nolu hesabına yatırabilir veya kredi kartıyla ödeme yapabilirsiniz. Lütfen ödeme biçimini içeren formu ⇒ Prof. Dr. Şevki Sözen, İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı 34390 Çapa-İstanbul adresine gönderiniz.

• Adli Tıp Uzmanları Derneği'nin üyelerine 1996 yılı dahil üyelik aidatı borcu bulunmaması koşulu ile dergi ücretsiz olarak gönderilecektir.

Adli Tıp Bülteni / The Bulletin of Legal Medicine ISSN 1300 - 865X

Cilt/Volume 6, Sayı/Number 3, 2001

Dernek adına sahibi ve sorumlu yazı işleri müdürü / Owner : Ümit BİÇER

Baskı: AYHAN MATBAASI, / İSTANBUL, Nisan 2003

ISSN 1300-865X



ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

Cilt/Volume 6
Sayı/Number 3
2001

Adli Tıp Uzmanları Derneği'nin resmi yayın organıdır.
The official publication of
the Society of Forensic Medicine Specialists.



ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

EDİTÖR / EDITOR

Şebnem KORUR FİNCANCI

EDİTÖR YARDIMCILARI / ASSOCIATE EDITORS

Şevki SÖZEN

Ümit BİÇER

YAYIN KURULU / PUBLICATION COMMITTEE

Nevzat ALKAN

Nadir ARICAN

Birgül TÜZÜN

ULUSAL DANIŞMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD

Kemalettin ACAR	Necmi ÇEKİN	Hande HARMANCI	Serpil SALAÇIN
Sabri ACARTÜRK	Gürsel ÇETİN	Hüseyin HATEMİ	Kaynak SELEKLER
Necla AKÇAKAYA	Beyazıt ÇIRAKOĞLU	Akgün HİÇSÖNMEZ	Fahri SEYHAN
Alaaddin AKÇASU	Atınç ÇOLTU	Kayhan İÇEL	Zeki SOYSAL
Kutay AKPİR	Sedat ÇÖLOĞLU	Ersi KALFOĞLU	Nezir SUYUGÜL
Ercüment AKSOY	Elif DAĞLI	Hüseyin KARAALİ	Veddet TEZCAN
Atif AKTAŞ	Hayrünnisa DENKTAŞ	Melda KARAVUŞ	İbrahim TUNALI
Emre ALBEK	İrfan DEVRANOĞLU	Ufuk KATKICI	İlhan TUNCER
Kemal ALEMDAROĞLU	Kriton DİNÇMEN	Sermet KOÇ	Sıtkı TUZLALI
Behnan ALPER	Orkide DONMA	R.Özdemir KOLUSAYIN	Yıldız TÜMERDEM
Muzaffer ALTINKÖK	Dilek DURAK	Ahmet Nezh KÖK	Ümran TÜZÜN
Berna ARDA	H.Ergin DÜLGER	Ali Fuat IŞIK	Sema UMUT
Emin ARTUK	Beyhan EGE	M.Akif İNANICI	İlter UZEL
Sevil ATASOY	İmdat ELMAS	Veli LÖK	Feridun VURAL
Ayşe AVCI	Serap ERDİNE	Ahmet OKTAY	Nevin VURAL
Mehmet AYKAÇ	Zerrin ERKOL	Şule OKTAY	Fatih YAVUZ
Talia Bali AYYKAN	Süheyla ERTÜRK	Işık OLCAY	Süha YALÇIN
Derya AZMAK	Esat EŞKAZAN	Gökhan ORAL	Ali YEMİŞÇİGİL
Selim BADUR	Şemsi GÖK	Yaman ÖRS	Ahmet YILMAZ
Yasemin GÜNAY BALCI	Gülbin GÖKÇAY	Tayfun ÖZÇELİK	Temel YILMAZ
Köksal BAYRAKTAR	Hayat GÖKÇE	Coşkun ÖZDEMİR	Ertan YURDAKOŞ
Yaşar BİLGE	Şefik GÖRKEY	Fikri ÖZTOP	Şahika YÜKSEL
Ayşen BULUT	S.Serhat GÜRPINAR	Oğuz POLAT	
Salih CENGİZ	Mete GÜLMEN	Özgür POLVAN	
Canser ÇAKALIR	İ.Hamit HANCI	Şevket RUACAN	

ULUSLARARASI DANIŞMA KURULU / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

Wolfgang BONTE	James J. FERRIS	Akiko SAWAGUCHI	Shigeyuki TSUNENARI
Bernd BRINKMANN	Gunther GESERICK	Jorn SIMONSEN	Tibor VARGA
Kevin BROWNE	M. Yaşar İŞCAN	Peter SOTONYI	Rafik M. YUSİFLI
Anthony BUSUTTIL	Patrice MANGIN	William Q. STURNER	
Tzee Cheng CHAO	Derrick POUNDER	Takehiko TAKATORI	