

ISSN 1300-865X



# ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

Cilt/Volume 4  
Sayı/Number 2  
1999

**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**

Serpil SALAÇIN

**EDİTÖR YARDIMCISI / ASSOCIATE EDITOR**

Şebnem KORUR FİNCANCI

**YAYIN KURULU / PUBLICATION COMMITTEE**

Ercüment AKSOY

M.Akif İNANICI

Nevzat ALKAN

Şevki SÖZEN

Nadir ARICAN

Birgül TÜZÜN

Cüneyt ATASOY

Cafer UYSAL

Ümit BİÇER

Coşkun YORULMAZ

**ULUSAL DANIŞMA KURULU / NATIONAL ADVISORY BOARD**

Sabri ACARTÜRK

Gürsel ÇETİN

Hande HARMANCI

Fahri SEYHAN

Necla AKÇAKAYA

Beyazıt ÇIRAKOĞLU

Akgün HİÇSÖNMEZ

Zeki SOYSAL

Alaaddin AKÇASU

Atınç ÇOLTU

Ersi KALFOĞLU

Nezir SUYUGÜL

Kutay AKPİR

Sedat ÇÖLOĞLU

Hüseyin KARAALİ

Vecdet TEZCAN

Atif AKTAŞ

Elif DAĞLI

Melda KARAVUŞ

İbrahim TUNALI

Emre ALBEK

Hayrünnisa DENKTAŞ

Ufuk KATKICI

İlhan TUNCER

Kemal ALEMDAROĞLU

İrfan DEVRANOĞLU

Sermet KOÇ

Sıtkı TUZLALI

Behnan ALPER

Kriton DİNÇMEN

R.Özdemir KOLUSAYIN

Yıldız TÜMERDEM

Muzaffer ALTINKÖK

Krkiye DONMA

Ahmet Nezir KÖK

Sema UMUT

Berna ARDA

H.Ergin DÜLGER

Veli LÖK

İlter UZEL

Emin ARTUK

Beyhan EGE

Ahmet OKTAY

Feridun VURAL

Sevil ATASOY

İmdat ELMAS

Şule OKTAY

Nevin VURAL

Ayşe AVCI

Serap ERDİNE

Işık OLCAY

Fatih YAVUZ

Mehmet AYKAÇ

Süheyla ERTÜRK

Yaman ÖRS

Süha YALÇIN

Talia Bali AYKAN

Esat EŞKAZAN

Tayfun ÖZÇELİK

Ali YEMİŞÇİGİL

Derya AZMAK

Şemsi GÖK

Coşkun ÖZDEMİR

Ahmet YILMAZ

Selim BADUR

Gülbin GÖKÇAY

Cahit ÖZEN

Temel YILMAZ

Köksal BAYRAKTAR

Hayat GÖKÇE

Fikri ÖZTOP

Ertan YURDAKOŞ

Ayşen BULUT

Şefik GÖRKEY

Özgür POLVAN

Şahika YÜKSEL

Salih CENGİZ

S.Serhat GÜRPINAR

Şevket RUACAN

Canser ÇAKALIR

İ.Hamit HANCI

Kaynak SELEKLER

**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



# ADLİ TIP BÜLTENİ

The Bulletin of Legal Medicine

## İÇİNDEKİLER / CONTENTS

---

- 40 Editörden/ Editorial
- 41 Cinsel Saldırı Sonrası Mağdurun Karşılaştığı Sorunlar  
*N.Barutçu, M.F. Yavuz, G. Çetin.*
- 54 Bireysel ve Toplumsal Şiddetin Sorgulanması: Bir Anket Çalışması  
*Ş.Sözen, B.Tüzün, H.Dokgöz, Ş.K.Fincancı.*
- 60 Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 1999 Yılı İçinde Verilen Adli Raporların İncelenmesi  
*M.A.Ersoy, Y. Zeyfeoğlu, İ. H.Hancı, H.Coşkunol.*
- 65 Travma Skoru Ve Adli Tıp  
*Y.Günay.*
- 74 Bir Olgu Dolayısıyla İnfantisit Ve Filisit'in Psikiyatrik Yönü  
*H.Savaş, M.Çakıcı, N.Uygur.*
- 78 Dergilerden Özetler (Journal Abstracts)
- 80 Bilimsel Toplantı Duyuruları (Future Events)
- 81 Kitap Tanıtımı (Book Review)
- 82 Adli Tıp Bülteni Yazım Kuralları
- 83 Instructions to Autors

## EDİTÖRDEN

Bu sayımızda adli tıp ve adli bilimlerle ilgili değişik çalışmaların yanı sıra, çalışmalarımızda hep kullandığımız yöntemlerin bilimsel uygulama biçimini aktaran bir kitabın inceleme yazısını okuyacaksınız.

Bilimsel çalışma yöntemlerini aktardığımız geçen sayıdaki editör yazısının ardından, sizlere "Forensic Epidemiology" isimli bu kitabı tanıtmak uygun olur diye düşündük.

Yararlanmanız umuduyla...

## EDITORIAL

In this issue, you will have the opportunity to read a commentary on a book which describes the scientific research and interpretation methods in our field as well as articles on forensic medicine and forensic sciences.

We have decided that it would be adequate to introduce you the book "Forensic Epidemiology" after the editorial article based on the methods of scientific studies which is published in the last issue.

Hope you would find it fruitful...

# CİNSEL SALDIRI SONRASI MAĞDURUN KARŞILAŞTIĞI SORUNLAR

## Problems Faced by the Victims of Sexual Assault

Nesrin BARUTÇU\*, M. Fatih YAVUZ\*\* , Gürsel ÇETİN\*\*\*.

Barutçu N, Yavuz MF, Çetin G. Cinsel Saldırı Sonrası Mağdurun Karşılaştığı Sorunlar. Adli Tıp Bülteni 1999; 4(2):41-53.

### ÖZET

Bu çalışma cinsel saldırıya uğramış kişilerin saldırı sonrasındaki dönemde karşılaştıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla Adli Tıp II. İhtisas Kurulu'na yargı organlarınca gönderilen olgulara bir anket formu uygulanmış ve alınan cevaplar çeşitli yönlerden irdelenmiştir.

Anket uygulanan 120 kişinin yaş aralığı 10-40, yaş ortalaması 16.5 olup, %68.3'ü kadın, %31.7'si erkektir. Olguların büyük bir oranına muayene ile ilgili olarak bilgi verilmemiştir.

Yüksek orandaki mağdur muayene olduğu ortamın kirli olduğunu ve soyunabilmesi için uygun olmadığını belirtmiştir. %65'lik bir orandaki olgu olay sonrasında sosyal çevrelerinin kendilerine karşı davranışlarında değişiklik olduğunu ifade etmiştir.

Sonuç olarak, ülkemizdeki cinsel saldırı mağdurlarının olay sonrasında muayene oldukları ortam şartlarının olumsuzlukları, muayene eden kişilerin konunun uzmanı olmayışı nedeniyle defalarca mağdur oldukları saptanmış ve bu durumun düzeltilmesi için etkili ve acil önlemler alınması gerektiği kanaatine varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsel saldırı, mağdur, tıbbi muayene.

### SUMMARY

This study has been performed for determining the problems faced by sexual assault victims. For this aim, the cases who were sent by Law Enforcement Authorities and examined by the 2nd Specialty Committee of the Council of Forensic Medicine between 19th of February and 29th of September 1997 have been studied and an interview form had been applied.

The age range of the cases was 10-40 years and mean age was 16.5 years. 68.3% of the victims were female and 31.7% were male. It has been determined that all the cases had been examined more than once and they had not been informed about any of these examinations. The victims mentioned that the examination room was dirty and in app-

ropriate for taking off their clothes. 65% of these victims stated that they felt a change of approach among their kins.

As a conclusion, the data have shown that there are three distinct factors that cause additional trauma of the victims. One of them is the approach and behavior of their social environment, while consecutive medical examinations and judicial procedures are the concomitant factors.

**Key Words:** Sexual assault, victim, medical examination.

### GİRİŞ ve AMAÇ

Bir insanın yaşamı boyunca karşılaşılabileceği ve kendisini hem fiziksel hem de psikolojik açıdan en fazla travmatize edebilecek olaylardan biri, hiç şüphesiz ki cinsel bir saldırıya maruz kalmasıdır.

Bu tür bir travma, olayla son bulmayıp olaydan sonraki süreçte karşılaşılan olumsuzluklarla devam etmekte ve etkileri katlanarak artmaktadır. Doğal olarak bu konuda ilk akla gelen, bu tür saldırıların önlenmesi için çaba harcanmasıdır. Ancak bu arada, saldırıdan sonraki psikotraumatik etkilerin azaltılabilmesine yönelik uygulamalara da ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda, cinsel saldırı mağdurlarının olay sonrasında karşılaştıkları sorunlardan ne derecede etkilendikleri ve/veya daha çok nelerden rahatsızlık duyduklarının araştırılması ve alınacak sonuçlara göre kötü etkileri azaltmak ve defalarca psikolojik travmaya uğramamaları için alınabilecek önlemlerin saptanması amaçlanmıştır.

### GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada 19.02.1997 ile 29.12.1997 tarihleri arasında, Adli Tıp Kurumu II. İhtisas Kurulu'na çeşitli illerden ilgili mahkeme veya savcılık tarafından dosyasıyla birlikte muayene için gönderilen ve TCK 414., 415. ve 416. maddeleri kapsamındaki ırza geçme, ırza

\* Nesrin Barutçu, Psikolog, Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu

\*\* M. Fatih Yavuz, Profesör Doktor, İ. Ü. Adli Tıp Enstitüsü, Adli Tıp Kurumu

\*\*\* Gürsel Çetin, Doçent Doktor, İ. Ü. C. T. F. Adli Tıp ABD., Adli Tıp Kurumu

geçmeye teşebbüs, ırz ve namusa tasaddi gibi ağır cinsel saldırının mağduru olan kişiler "rastgele örnek-leme yöntemi" ile değerlendirilmiştir.

Bu amaçla hazırlanan bir anket formu, muayene sonrasında bire bir ve yüz yüze olarak uygulanmıştır. Anket uygulamasından önce, kişiye anketin uygulanış amacı ayrıntılı olarak açıklanmış ve bu açıklama doğrultusunda ankete katılıp katılmak istemediği sorularak rızası alınmıştır. 120 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir (19 kişi ankete katılmak istediğini ancak aynı gün memleketine döneceğinden katılamayacağını belirtmiştir).

Kişilere, cinsel bir saldırının mağduru olarak hukuki sürecin başlamasından önce ve başladıktan sonra o ana kadar karşılaştıkları yasal problemlerin ve işlemlerin neler olduğu ve bu problemlerin nasıl yaşandığı ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

İstatistiki değerlendirmeler Windows için SPSS 6.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak yapılmıştır. Betimsel istatistikler yüzde, ortalama ve standart sapma olarak yapılmıştır. ki kare ( $\chi^2$ ) testi ile bazı değişkenler arası farkların anlamlılığı belirlenmiştir. Anlamlılık (p) değeri P 0.05 seviyesi kabul edilmiş ve daha büyük değerler anlamsız olarak belirtilmiştir.

## BULGULAR

Olgulardan elde edilen bulgular, sosyo-demografik özellikler ve sorunların değerlendirilmesi şeklinde ele alınmıştır. Araştırmamıza katılan toplam 120 cinsel saldırı mağdurunun %68.3' ü kadın (N=82), %31.7'si erkektir (N=38).

Olguların yaş aralığı 10-40, yaş ortalaması ise 16.5 ( $\pm 5.1$ )'dir. Cinsiyet dağılımına göre değerlendirdiğimizde, kadınların yaş aralığı 12-39; ortalama ise 17.1 ( $\pm 4.9$ )' dir. Erkeklerin ise yaş aralığı 10-40 ve yaş or-

talaması 15.1 ( $\pm 5.1$ )'dir (Tablo 1).

Olguların yaşadığı yere göre dağılımı incelendiğinde kadınların büyük çoğunluğunun ( %50 ) il merkezlerinde, erkeklerin ise büyük çoğunluğunun ( % 42.1) köylerde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Öğrenim durumları incelendiğinde kadınların % 54.9, erkeklerin % 50 gibi büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Olguların %15'i öğrenci olduğunu belirtmiştir. 10'u kız 8'i erkek olmak üzere, 7 olgu ilköğretim, 5 olgu ortaokul, 4 olgu lise, 2 olgu üniversite öğrencisidir (Tablo 3).

Olay tarihinden görüşme tarihine kadar geçen sürenin zaman aralığı 0-96 aydır. En yüksek olgu sayısı gerek toplam olgularda, gerekse kadın ve erkek gruplarında 1-5 ay arasında görülmüştür. En uzun süre erkeklerde 21 ay, kadınlarda ise 96 ay olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Kadın olgularımızın % 68.3'ü vajinal, % 23.2'si hem anal hem vajinal, % 8.5'i da anal saldırıya uğradığını belirtmiştir. Olguların %89'u, olay nedeniyle yaşamlarında ilk defa jinekolojik bir muayene olduklarını belirtmişlerdir.

Toplam olguların %47.5'i ve kadınların %59.8'i olayın evde olduğunu belirtirken, erkeklerin % 57.9'u olayın ıssız bir yerde gerçekleştiğini belirtmiştir (Tablo 5).

Olguların yüksek bir yüzdesinde, saldırının yakın çevreden biri tarafından gerçekleştirilmiş olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Kadınların olayı ilk olarak en yüksek oranda (%28) anneye, ikinci sırada (%24.4) yakın akrabalarına söyledikleri, erkeklerin ise en yüksek oranda (%26.3) anneye, ikinci sırada (%23.7) babaya söyledikleri belirlenmiştir (Tablo 7).

Olguların yüksek bir oranı, olayı ilk söyledikleri kişilerden olumlu sayılabilecek tepkilerle karşılaştıkla-

Tablo 1. Yaşlara göre dağılım.

YAŞLAR	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
15 ve altı	33	40.3	25	65.8	58	48.3
16-18	36	43.9	10	26.3	46	38.4
19 ve üstü	13	15.7	3	7.9	16	13.2
Toplam	82	100.0	38	100.0	120	100.0

Tablo 2. Yaşadığı yere göre dağılım.

YER	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
İL	41	50.0	9	23.7	50	41.7
İLÇE	23	28.0	10	26.3	33	27.5
KASABA	6	7.3	3	7.9	9	7.5
KÖY	12	14.6	16	42.1	28	23.3
TOPLAM	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P < 0.05)

Tablo 3. Öğrenim durumuna göre dağılım.

ÖĞRENİM	KADIN (N:82)		ERKEK(N:38)		TOPLAM(N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	4	4.9	6	15.8	10	8.3
Okur yazar	8	9.8	10	26.3	18	15.0
İlkokul	45	54.9	19	50.0	64	53.3
Ortaokul	17	20.7	3	7.9	20	16.7
Lise	5	6.0	-	-	5	4.2
Yüksekokul	3	3.7	-	-	3	2.5
Toplam	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P &lt; 0.05)

Tablo 4. Olay tarihinden görüşme tarihine kadar geçen süre.

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
1 aydan az	12	14.6	2	5.3	14	11.7
1 - 5 ay	24	29.3	21	55.3	45	37.5
6 - 12 ay	22	26.8	9	23.7	31	25.8
13 ay ve üzeri	24	29.3	6	15.7	30	25.0
TOPLAM	82	100.0	38	100.0	120	100.0
	M=11.7(± 15.9)		M=6.8 (± 5.0)		M=10.1 (13.6)	

(P &lt; 0.05)

Tablo 5. Olay yeri.

YER	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Ev	49	59.8	8	21.1	57	47.5
İssiz yer	24	29.3	22	57.9	46	38.3
İşyeri	3	3.7	4	10.5	7	5.8
Araba	4	4.9	2	5.3	6	5.0
Diğer...	2	2.4	2	5.3	4	3.3
Toplam	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P &lt; 0.05)

Tablo 6. Saniğin Yakınlık Derecesi.

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Baba	12	14.6	1	2.6	13	10.8
Yakın akraba	8	9.8	1	2.6	9	7.5
Yakın çevre	54	65.9	23	60.5	77	64.2
İşyeri çalışanı	1	1.2	10	26.3	11	9.2
Yabancı	7	8.5	3	7.9	10	8.3
Toplam	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P &lt; 0.05)

rını belirtmişlerdir (Tablo 8).

Toplam olguların %66.7'si, kadınların %72'si, erkeklerin %55.3'ü olayı ilk olarak polise ilettiklerini belirtmiştir. Olguların yüksek bir oranı, olayı ilk ilettikleri kuruluştaki yetkililerin olumlu davrandığını belirt-

miştir (Tablo 9).

Toplam olgularda % 34.2 ile, kadınlarda % 30.5 ile, erkeklerde % 42.1 ile üç kez muayene olan olgular en yüksek oranı oluşturmaktadır (Tablo 10).

Tüm sağlık kuruluşlarında olguların yüksek bir

Tablo 7. Olayı ilk olarak kime söylediniz?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Anne	23	28.0	10	26.3	33	27.5
Baba	3	3.7	9	23.7	12	10.0
Anne ve Baba	4	4.9	3	7.9	7	5.8
Yakın Akraba	20	24.4	4	10.5	24	20.0
Yakın Çevre	15	18.3	3	7.9	18	15.0
*Diğer...	17	20.7	9	23.7	26	21.7
TOPLAM	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P &lt; 0.05)

(\*“Diğer” kategorisine giren 26 kişiden 19’u kaçırılmış olup, adli yetkililerin aramaları sonucunda ailelerin dolaylı olarak haberdar edilmiş olması burada etkindir.)

Tablo 8. Size ilk tepkileri ne oldu?

TEPKİLER	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Önemsedi	76	92.7	36	94.7	112	93.3
Önemsemedi	5	6.1	-	-	5	4.2
İnanı	78	95.1	33	86.8	111	92.5
İnanmadı	3	3.7	4	10.6	7	5.8
İlgilendi	76	92.7	36	94.7	112	93.3
İlgilenmedi	5	6.1	-	-	5	4.2
Sakin davrandı	27	32.9	9	23.7	36	30.0
Paniğe kapıldı	50	61.0	25	65.8	75	62.5
Kızdı	24	29.3	16	42.1	40	33.3
Diğer*	10	12.2	2	5.3	12	10.0

(P &lt; 0.05)

(\* Bu kategoride “öfkelenildi”, “dövdü”, “aşağıladı”, “suçladı” gibi yanıtlar alınmıştır.)

Tablo 9. Olayı ilk olarak hangi resmi kuruluşa ilettiniz? Size nasıl davrandılar?

	KADIN (N:82)			ERKEK (N:38)			TOPLAM (N:120)		
	Olumlu	Olumsuz	Nötr	Olumlu	Olumsuz	Nötr	Olumlu	Olumsuz	Nötr
Savcılık (n:11)	7	1	-	3	-	-	10	1	-
(% 9.2)	% 87.5	% 12.5	-	%100	-	-	%90.9	% 9.1	-
Polis (n:80)	46	7	6	17	3	1	63	10	7
(% 66.7)	%78	% 11.9	%10.1	%81	% 14.3	%4.7	%78.7	% 12.5	%8.8
Jandarma (n:27)	11	3	-	11	2	-	22	5	-
(% 22.5)	%78.6	% 21.4	-	%84.6	% 15.4	-	%81.5	% 18.5	-
Diğer * (n:2)	1	-	-	1	-	-	2	-	-
(% 1.7)	%100	-	-	%100	-	-	%100	-	-

(\*Bu kategorideki bir olgu köy heyetine, bir olgu da tutuklu bulunduğu hapisane müdürüne ilettiğini belirtmiştir.)

oranına, muayene öncesinde muayeneye yönelik açıklayıcı bir bilgi verilmemiştir. Olguların belirgin biçimde yüksek bir kısmının (%92.5) hastanede muayene olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Olguların çok yüksek bir oranı, muayene olunan tüm sağlık kuruluşlarında muayene olup olmama konusunda fikirlerinin sorulmadığını belirtmişlerdir (Tablo 12).

Tüm sağlık kuruluşlarında, fikirleri sorulmaksızın

muayene olan olguların yüksek bir oranı, muayene olma konusunda fikirlerinin sorulmasını istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 13).

Olguların çok yüksek bir oranı, fikirlerinin sorulması halinde muayene olmayı kabul edeceklerini belirtmiştir (Tablo 14).

Sağlık ocaklarında yapılan muayenelerde %4, hastanelerde yapılan muayenelerde %11, Adli Tıp Kurumu'nda yapılan muayenelerde %86.7 oranındaki olgu-



Tablo 10. Kaç kez muayene oldunuz?

Muayene Sayısı	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
2 kez	21	25.6	15	39.5	36	30.0
3 kez	25	30.5	16	42.1	41	34.2
4 kez	18	22.0	6	15.8	24	20.0
5 kez	11	13.4	1	2.6	12	10.0
6 kez	6	7.3	-	-	6	5.0
7 kez	1	1.2	-	-	1	0.8
TOPLAM	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P &lt; 0.05)

Tablo 11. Nerelerde muayene oldunuz? Muayene öncesinde muayene ile ilgili olarak size bilgi verildi mi ?

	KADIN (N:82)			ERKEK (N:38)			TOPLAM (N:120)		
	Evet	Hayır	Biraz	Evet	Hayır	Biraz	Evet	Hayır	Biraz
Sağlık Ocağı (n:25)	1	14	-	-	9	1	1	23	1
	%6.7	%93.3	-	-	%90.0	%10.0	%4.0	%92	%4.0
Hastane (n:111)	4	66	4	1	34	2	5	100	6
	%5.4	%89.2	%5.4	%2.7	%91.9	%5.4	%4.5	%90.1	%5.4
A.T.Şb. (n:40)	3	29	-	-	8	-	3	37	-
	%9.4	%90.6	-	-	%100.0	-	%7.5	%92.5	-
ATK (n:120)	10	65	7	2	34	2	12	99	9
	%12.2	%79.3	%8.5	%5.3	%89.5	%5.3	%10.0	%82.5	%7.5
Özel muayene* (n:31)	3	24	1	-	3	-	3	27	1
	%10.7	%85.7	%3.6	-	%100	-	%9.7	%87.1	%3.2

\*(Özel muayene, bir jinekolog veya bir ebenin muayenehanesi v.b. yerlerde yapılmış muayenelerdir.) Olgular birden fazla muayene oldukları için toplam muayene sayısı 120'den fazladır.

Tablo 12. Muayene olup olmama konusunda fikriniz soruldu mu ?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sağlık Ocağı (n:25)	1	14	-	10	1	24
	%6.7	%93.3	-	%100.0	%4.0	%96.0
Hastane (n:111)	2	72	2	35	4	107
	%2.7	%97.3	%5.4	%94.6	%3.6	%96.4
AT.Şb. (n:40)	2	30	1	7	3	37
	%6.3	%93.8	%12.5	%87.5	%7.5	%92.5
ATK (n:120)	3	79	1	37	4	116
	%3.7	%96.3	%2.6	%97.4	%3.3	%96.7
Özel Muayene (n:31)	3	25	-	3	3	28
	%10.7	%89.3	-	%100.0	%9.7	%90.3

da, muayene esnasında dört ve üzerindeki sayıda kişinin bulunduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Muayeneyi yapan doktorların davranışı açısından yapılan araştırmada olguların büyük oranı doktorların olumlu davrandığını belirtmiştir (Tablo 16).

Muayenede bulunan yardımcı personelin davranışı açısından yapılan araştırmada, olguların büyük çoğunluğu yardımcı personelin olumlu davrandığını belirtmiştir (Tablo 17).

Sağlık ocaklarında muayene olanların %28'i, hastanelerde muayene olanların %26.1'i, Adli Tıp Şubelerinde muayene olanların %15'i, Adli Tıp Kurumu'nda muayene olanların %1.7'i ve özel muayenehanelerde muayene olanların %3.2'i muayene ortamının kirli olduğunu belirtmiştir (Tablo 18).

Sağlık ocağında muayene olan olguların %48'i, hastanede muayene olanların %62.2'i, Adli Tıp Şubelerinde muayene olanların %72.5'i, Adli Tıp Kurumu'nda muayene olanların %64.2'i, özel muayenehanede muayene olanların %19.4'ü muayene oldukları ortamın soyunabilmeleri için uygun olmadığını belirtmiştir (Tablo 19).

Tablo13. Hayır ise,muayene olup olmama konusunda fikrinizin sorulmasını ister miydiniz?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)		
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Yanıt vermeyen
Sağlık Ocağı (n:24)	10 %66.7	3 %20.0	4 %40.0	6 %60.0	14 %56.0	9 %36.0	1 %4.0
Hastane (n:107)	58 %78.5	14 %18.9	22 %59.5	11 %29.7	80 %72.1	25 %22.5	2 %2.6
A.T.Şb. (n:37)	24 %80.0	6 %20.0	5 %71.4	2 %28.6	29 %78.4	8 %21.6	-
ATK (n:116)	63 %76.8	16 %19.5	23 %60.5	11 %28.9	86 %71.7	27 %22.5	3 %3.7
Özel Muayene (n:28)	18 %72	7 %28	2 %66.7	1 %33.3	20 %71.4	8 %28.6	-

Tablo 14. Fikrinizin sorulması halinde muayene olmayı kabul eder miydiniz?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)		
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Yanıt vermeyen
Sağlık Ocağı (n:25)	13 (%86.7)	2 (%13.3)	5 (%50)	5 (%50)	18 (%72)	7 (%28)	-
Hastane (n:111)	55 (%74.3)	17 (%23)	21 (%56.8)	14 (%37.8)	76 (%68.5)	31 (%27.9)	4 (%3.6)
A.T.Şb. (n:40)	23 (%71.9)	8 (%25)	6 (%75)	1 (%12.5)	29 (%72.5)	9 (%22.5)	2 (%5)
ATK (n:120)	60 (%73.2)	20 (%24.4)	22 (%57.9)	14 (%36.8)	82 (%68.3)	34 (%28.3)	4 (%3.3)
Özel Muayene (n:31)	18 (%64.3)	9 (%32.1)	2 (%66.7)	1 (%33.3)	20 (%64.5)	10 (%32.3)	1 (%3.2)

Tablo 15. Muayenelerde kaç kişi bulundu?

	KADIN (N:82)			ERKEK (N:38)			TOPLAM (N:120)		
	1 kişi	2-3 kişi	4 +	1 kişi	2-3 kişi	4 +	1 kişi	2-3 kişi	4 +
Sağlık Ocağı (n:25)	-	14 %93.3	1 %6.7	2 %20	8 %80	-	2 %8	22 %88	1 %4
Hastane (n:111)	3 %4.1	63 %85.1	8 %10.8	8 %21.6	24 %64.8	5 %13.5	11 %9.9	87 %78.4	13 %11.7
A.T.Şb (n:40)	6 %18.8	26 %81.2	-	1 %12.5	7 %87.5	-	7 %17.5	33 %82.5	-
ATK (n:120)	-	14 %17	68 %83	-	2 %5.2	36 %94.8	-	16 %13.3	104 %86.7
Özel Muayene (n:31)	10 %35.7	18 %64.3	-	1 %33.3	2 %66.7	-	11 %35.4	20 %64.6	-

Toplam olguların % 67.5'i "ayrı bir bölüm olmadığı için", % 62.5'i de "ortam çok kalabalık" olduğu için muayene oldukları ortamın uygun olmadığını belirtmiştir. Mağdurların yüksek bir oranı mahkemede utandığını, sıkıntı duyduğunu ve korktuğunu belirtmiştir (Tablo 20). Yapılan mahkemelerde savcı/hakimin kendilerine karşı tavrını toplam olgular % 88.3 ile, kadınlar % 85.4 ile, erkekler % 94.7 ile olumlu olarak değerlendirmişlerdir.

Toplam olguların %82.5'i, kadınların %80.5'i, er-

keklerin %86.8'i olay hakkındaki ifadelerine bir defadan fazla başvurulduğunu belirtmiştir (Tablo 21). Toplam olguların %50'si, kadınların %47.6'sı, erkeklerin ise %55.3'ü olayı adli makamlara iletmış olmaktan dolayı pişman olmadığını belirtmiştir.

Toplam olguların %65'i, kadınların %68.3'ü, erkeklerin %57.8'si çevrelerinin kendilerine karşı davranışlarında değişiklikler olduğunu belirtmiştir (Tablo 22).

Toplam olguların %56.7'si, kadınların %57.3'ü, erkeklerin %55.3'ü çevresindekilerin davranışlarında ko-

Tablo 16. Muayenenizi yapan doktorlar size nasıl davrandılar?

	KADIN (N:82)			ERKEK (N:38)			TOPLAM (N:120)			***
	Olumlu	**	Nötr	Olumlu	**	Nötr	Olumlu	**	Nötr	
Sağlık Ocağı (n:25)	11	1	2	8	-	1	19	1	3	2
	%73.3	%6.7	%13.3	%80	-	%10	%76	%4	%12	%8
Hastane (n:111)	59	6	8	36	-	-	95	6	8	2
	%79.7	%8.1	%10.8	%97.3	-	-	%85.6	%5.4	%7.2	%1.8
A.T.Şb.(n:40)	24	2	5	8	-	-	32	2	5	1
	%75	%6.3	%15.6	%100	-	-	%80	%5	%12.5	%2.5
ATK (n:120)	79	-	3	37	-	-	11.6	-	3	1
	%96.3	-	%3.7	%97.4	-	-	%96.7	-	%2.5	%0.8
Özel Muayene (n:31)	27	-	1	3	-	-	30	-	1	-
	%96.4	-	%3.6	%100	-	-	%96.8	-	%3.2	-

\*\* Olumsuz

\*\*\* Yanıt vermeyen

Tablo 17. Muayenenizde bulunan yardımcı personel size nasıl davrandı?

	KADIN (N:82)			ERKEK (N:38)			TOPLAM (N:120)			***
	Olumlu	**	Nötr	Olumlu	**	Nötr	Olumlu	**	Nötr	
Sağlık Ocağı	12	1	-	9	-	-	21	1	-	3
	%80	%6.7	-	%90	-	-	%84	%4	-	%12
Hastane	57	7	9	32	-	-	89	7	9	6
	%77	%9.5	%12.2	%86.5	-	-	%80.2	%6.3	%8.1	%5.4
A.T. Şb.	26	2	1	8	-	-	34	2	1	3
	%81.3	%6.3	%3.1	%100	-	-	%85	%5	%2.5	%7.5
ATK	82	-	-	97	-	-	119	-	-	1
	%100	-	-	%97.4	-	-	%99.2	-	-	%0.8
Özel Muayene	27	-	-	3	-	-	90	-	-	1
	%96.4	-	-	%100	-	-	%96.8	-	-	%3.2

\*\* Olumsuz

\*\*\* Yanıt vermeyen

Tablo 18. Muayene olduğunuz ortam sizce nasıldı?

	KADIN (N:82)			ERKEK (N:38)			TOPLAM (N:120)			
	1*	2*	3*	1*	2*	3*	1*	2*	3*	4*
Sağlık Ocağı	6	6	1	8	1	-	14	7	1	3
	%40	%40	%6.7	%80	%10	-	%56	%28	%4	%12
Hastane	42	26	5	31	3	-	73	29	5	4
	%56.8	%35.1	%6.8	%83.8	%8.1	-	%65.8	%26.1	%4.5	%3.6
Adli Tıp Şb.	24	6	1	7	-	-	31	6	1	2
	%75	%18.8	%3.1	%87.5	-	-	%77.5	%15	%2.5	%5
Adli Tıp K.	76	2	3	35	-	-	111	2	3	4
	%92.7	%2.4	%3.7	%92.1	-	-	%92.5	%1.7	%2.5	%3.3
Özel Muayene	27	1	-	3	-	-	30	1	-	-
	%96.4	%3.6	-	%100	-	-	%96.8	%3.2	-	-

1\* Temiz

2\* Kirli

3\* Korkutucu

4\* Yanıt vermeyen

ruyucu tutum yönünde değişiklik olduğunu belirtmelerine rağmen, kadınların % 40.2'si ayıplama tutumu ile karşılaştığını ifade etmiştir (Tablo 23).

Araştırmamızla ilgili görüşme hakkındaki düşünceleri sorulduğunda, olguların çok büyük bir kısmı (%83.3) rahatladığını belirtmiştir (Tablo 24).

TTablo 19. Muayene olduğunuz ortam soyunabilmeniz için uygun muydu?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)		
	Uygun	Uygun değil	Uygun	Uygun değil	Uygun	Uygun değil	Yanıt Vermeyen
Sağlık Ocağı (n:25)	4 %26.7	10 %66.7	6 %60	2 %20	10 %40	12 %48	3 %12
Hastane (n:111)	20 %27	53 %71.6	17 %45.9	16 %43.2	37 %33.3	69 %62.2	5 %4.5
A.T.Şb.(n:40)	8 %25	24 %75	2 %25	5 %62.5	10 %25	29 %72.5	1 %2.5
ATK (n:120)	24 %29.3	57 %70.5	15 %39.5	20 %52.6	39 %32.5	77 %64.2	4 %3.3
Özel Muayene (n:31)	22 %78.6	5 %17.8	2 %66.7	1 %33.3	24 %77.4	6 %19.4	1 %3.2

Tablo 20. Mahkemede kendinizi nasıl hissettiniz?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM(N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Utandım	58	70.7	18	47.4	76	63.3
Rahatladım	2	2.4	3	7.9	5	4.4
Sıkıntı duydum	59	72	19	50	78	65.0
Korktum	44	53.7	15	39.5	59	49.2
Etkilenmedim	5	6.1	10	26.3	15	12.5
İfade edemedim	17	20.7	4	10.5	21	17.5

(P &lt; 0.05)

Tablo 21. Olay hakkında kaç kez ifadenize başvuruldu?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
1 kez	16	19.5	5	13.2	21	17.5
2 kez	27	32.9	12	31.6	39	32.5
3 kez	20	24.4	11	28.9	31	25.8
4 ve üzeri	19	23.2	10	26.3	29	24.2
Toplam	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P &lt; 0.05)

Tablo 22. Çevrenizdekilerin davranışlarında bir değişiklik oldu mu?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Evet	56	68.3	22	57.8	78	65.0
Hayır	11	13.4	8	21.1	19	15.8
Biraz	15	18.3	8	21.1	23	19.2
Toplam	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P &lt; 0.05)

Tablo 23. Değişiklik olduysa, nasıl bir değişiklik oldu?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Alaycı	8	9.8	4	10.5	12	10.0
Acıma	26	31.7	7	18.4	33	27.5
Ayıplama	33	40.2	8	21.1	41	34.2
Koruyucu	47	57.3	21	55.3	68	56.7
Yakınlaşma	33	40.2	15	39.5	48	40.0
Arkadaşlığı kesme	29	35.4	12	31.6	41	34.2

(P &lt; 0.05)

Tablo 24. Benimle yaptığımız görüşme hakkında ne düşünüyorsunuz?

	KADIN (N:82)		ERKEK (N:38)		TOPLAM (N:120)	
	n	%	n	%	n	%
Sıkıldım	3	3.7	2	5.3	5	4.2
Rahatsız oldum	1	1.2	-	-	1	0.8
Rahatladım	72	87.8	28	73.6	100	83.3
Bilmiyorum	6	7.3	8	21.1	14	11.7
TOPLAM	82	100.0	38	100.0	120	100.0

(P &lt; 0.05)

## TARTIŞMA

Kişilerin cinsel saldırı sonrasındaki süreçte karşılaştıkları sorunları belirleyebilmek amacıyla yapılan bu çalışmada ilk olarak muayene için Adli Tıp Kurumu II. İhtisas Kurulu'na gönderilen kişilerin cinsiyetleri araştırılmış ve çalışmamıza katılan toplam 120 olgunun %68.3'ünün kadın, %31.7'sinin erkek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızı yaptığımız II. İhtisas Kurulu'na gelen olguların genellikle mahallinde çözüme kavuşturulamamış, çelişkili veya şüpheli kalınmış olgular olduğu göz ardı edilmemelidir. Böyle bir elemenden geçen vakalar arasında da kadınların sayısındaki fazlalık kadınların daha fazla cinsel suç mağduru olduklarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Araştırmaya konu teşkil eden kişilerin yaşları incelendiğinde yaş aralığının 10 - 40, yaş ortalamasının 16.5 olduğu saptanmıştır. 15 yaş ve altındaki mağdurlar %48.3'lük oranla en büyük dilimi oluşturmaktadır. Gerek yaş aralığı gerekse yaş ortalamasının suçun niteliğine uygun olduğu görülmektedir. Ancak alt sınırın küçük, ortalamasının ise çok genç yaşlara rastlamasının gerek cinsel saldırının gerekse sonrasındaki özellikle psikik travmaların kötü etkisini arttıracaklarını düşünüyoruz. Elbette ki burada on yaşın altında da cinsel suç mağdurlarının bulunduğu ancak, bu yaşın altındakilerin yaşadıkları sorunları ifade edemeyecekleri düşüncesiyle çalışmamıza dahil edilmedikleri gözardı edilmemelidir.

Çalışmamıza katılan olguların % 41.7'si illerde, % 27.5'i ilçelerde, % 30.8'i köy ve kasabalarda yaşamaktadır. Irza geçme olayları şehirlerde daha yaygın görülmektedir (1). Bu durum küçük yerleşim yerlerindeki ulaşım güçlüğüne ve gizleme eğilimindeki yüksekliğe bağlı olabilir. İlkokulun üzerindeki eğitim seviyesinde olanlar sadece %23.4 oranındadır.

Cinsel bir saldırıya maruz kalmış kişilerin olay esnasında ve olaydan sonraki psikik durumlarını yansıtırken geçen sürenin etkili olacağı kanaatindeyiz. Ne kadar kalıcı izler bırakırsa bıraksın arada geçecek sürenin, hiç olmazsa kısa süreli etkileri hafifleteceği bir gerçektir. Mağdurun saldırının ilk şokunu atlatıp, kendisini saldırı sonrası karşılaştığı tutumlarla başa çıkabilecek durumda hissedinceye kadar zaman geçmesi, haklarının tam olarak farkında olmaması gibi nedenlerden dolayı başvuruda gecikme olmaktadır (2).

Mağdurların % 83.3'ü ile bir ayın üzerinde bir süre geçtikten sonra görüşülmüştür. Hatta %25'in de olay ile görüşme arasında bir yıldan fazla bir süre geçmiştir. Biz çalışmamızda sadece olay tarihinden görüşme tarihine kadar geçen süreyi inceledik. Oysa birçok cinsel saldırı mağdurunun (özellikle enstest olgularının) olayı uzun bir süre gizlemek zorunda kaldığı bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla olay tarihiyle resmi kuruluşlara iletme tarihi arasındaki sürenin önemli olduğu göz ardı edilmemelidir. Nitekim yapılan çalışmalarda, yaşanan saldırıyı saklama süresinin çok uzun olduğu bildirilmiştir (3-9). Saldırıyı uzun zaman geçtikten sonra açıklayanların oranı %24'tür. Çocukların %75'i saldırının olduğu ilk yıl açıklamamış, %18'i ise açıklama yapmak için 5 yıldan fazla beklemiştir (10). Dolayısıyla, mağdurun adli mercilere olaydan uzun bir süre sonra başvurması, ilk muayenenin yerel sağlık kurumlarında yapıp, daha sonra adli tıp uzmanına gönderilmesi bu sürenin uzamasına neden olmaktadır (11).

Kadın mağdurların % 89'u, yaşamlarında ilk defa olay nedeniyle jinekolojik bir muayene yaşamış olduklarını belirtmişlerdir. Bunun çok önemli bir bulgu olduğunu düşünüyoruz. Her hangi bir hastalığı nedeniyle ilk defa jinekolojik olarak muayene yaşayan bir kadında ortaya çıkan rahatsız edici duygular göz önüne alındığında, cinsel saldırıya uğramış bir kişide ne kadar büyük ruhsal problemler ortaya çıkacağı daha rahatlıkla anlaşılabilir. Bu oranın çok yüksek oluşu, cinsel saldırıya uğramış bir kadının muayenesi esnasında sarf edilmesi gereken özenin çok yüksek olması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Olay yeri açısından yapılan incelemede, cinsel saldırıların %47.5'lik en büyük bölümünün evde gerçekleştiği, bunu %38.3'lük bir oranlarla ıssız yerlerin izlediği görülmektedir. Nitekim tüm cinsel saldırıların yaklaşık % 50'si saldırıya uğrayan kimselerin evinde olduğu bildirilmiştir (1). Burada ilgi çekici bir bulgu, kadınlarda ev %59.8, ıssız yer % 29.3'lük oran oluştururken, erkeklerde evin %21.1, ıssız yerin %57.9'luk bir oran oluşturmasıdır. İki cins arasında bu kadar yüksek fark görülmesi sosyal yaşantıyla ilgili olabilir.

Irza tecavüz suçlarının kriminolojik yönden bir özelliğini de faille mağdurun önceden birbirini tanımaları teşkil etmektedir (12). %64.2'lik büyük bir

oranla sanığın mağdurun yakın çevresinden biri olduğu dikkati çekmektedir. Bu bulgumuz literatürle paralellik göstermektedir. Literatürde sanıkların çok düşük bir oranının (%7-15) yabancı, %85-93'ünün akraba veya mağdurun tanıdığı bir kişi olduğu belirtilmektedir (13-15). Cinsel saldırıların %80'inden fazlası, saldırıya uğrayan kimselerin kendi çevresinde meydana gelir ve ırza geçenlerin %50'inden daha fazlası aynı çevrede oturur (1,12). Aslında cinsel saldırıya uğrayanların yaklaşık olarak %20'si saldırganı ismen tanıyabilmektedir. Diğer %20'si saldırıdan önce saldırganı görmüştür (1). Amerika'daki araştırmalar vakaların dörtte birinde fail ve mağdurların önceden birbirini tanıdıklarını göstermektedir (12). Saldırganla mağdur arasındaki ilişki Holmstrom ve Burgess tarafından da incelenmiştir; araştırma sonuçlarına göre ABD'de erişkinler genellikle hiç tanımadıkları kişilerin saldırısına uğrarken, İngiltere'de erişkin mağdurların yarısı suçluyu önceden tanımaktadır. Amerikan çocuk ve ergenleri genellikle suçluyu tanımaktadır, aynı durum İngiltere için de söz konusudur (16). Yapılan birçok çalışmada da; tanıdıkları biri tarafından saldırıya uğrayan mağdurların, bir yabancı tarafından saldırıya uğrayan mağdurlara göre ruhsal olarak çok daha fazla travmatize oldukları öne sürülmüştür (17-21).

Erkek mağdurların işyerinde beraber çalıştıkları kişiler tarafından kadınlardan daha fazla saldırıya uğradığı saptanmış olup, kadınlarda saldırganın kimliği açısından (%14.6) baba ve (%9.8) yakın akraba oranının erkeklere göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Cinsel saldırı mağdurunun olayı ilk olarak kime söylediği çalışmamız açısından önemli bir noktadır. Her iki cins en yüksek oranda (%27.5) olayı ilk olarak anneye söylemiştir. Sorensen & Snow'un araştırmalarında da çocuk yaşadığı olayları büyük çoğunlukla ilk kez annesine söyler. Anneden sonra ikinci sırada ise, çocuğun güvendiği bir aile büyüğü veya abla vardır (9). "Diğer" kısmındaki oranın yüksekliği çok önemli değildir. Çünkü bu olguların çoğunda mağdurla ilk görüşen kolluk kuvvetleri olmuştur. Burada dikkati çeken, erkeklerin daha yüksek oranda (%23.7) babaya açılırken, kadınların daha yüksek oranda yakın akraba ve yakın çevresine (% 24.4 ve %18.3) olayı anlatmış olmasıdır. Elbette ki böylesine önemli bir olayı her iki cins bireylerinin ilk olarak söyledikleri kişi, o esnada kendilerine maddi ve manevi olarak en fazla yardım edebileceğini düşündükleri kişidir.

Mağdurlar olayı ilk söyledikleri kişilerin çoğunlukla olumlu tepkilerde bulunduğunu belirtmişlerdir. %6.1'lik bir oranda "önemsememe" ve "ilgilenmeme" tepkileriyle sadece kadın mağdurların karşılaşmış olması dikkat çekicidir. Bu durumun özellikle aile içinde yaşanan cinsel saldırıların dışarı yansımaması, toplum karşısında dışlanmamak için, toplumun gizli bas-

kısından kaynaklandığı düşünülebilir (22). Çalışmamızda %10.8 oranında ensest olgusunun bulunması, bu görüşü kuvvetlendirmektedir.

Mağdurların olayı ilk olarak hangi resmi kuruluşa ilettikleri incelendiğinde, %66.7'le polise, %22.5'le jandarmaya, %9.2'le de savcılığa iletiildiği saptanmıştır. Bu oranlar mağdurların yaşadığı yerleşim birimiyle ilişkili olup, Tablo 2 ile yaklaşık değerler taşımaktadır.

Anketimizi cevaplayan kişilerin büyük bir bölümü ilk başvurduğu resmi kuruluşa kendisine olumlu davranışta bulunulduğunu belirtmişlerdir. Bu durumu mağdurlar açısından olumlu bir bulgu olarak kabul etmekle birlikte, olumlu cevap oranlarının %100'e yaklaşmasını diliyoruz. Fakat bazı hallerde mağdurun davranışının ırza tecavüzü tahrik ettiği hususunda özellikle adli mercilerde yerleşmiş mitlerin etkili olduğunu söylemek icabeder. Çalışmamızda, olayı ilk olarak jandarmaya ilettiğini belirten mağdurların %18.5'i olumsuz bir davranışa maruz kaldığını ifade ederken, bu oran poliste %12.5, savcılıkta %9.1'dir.

Gölge'nin araştırmasında, polislerin önemli bir oranının mağdurun saldırıda payı olduğuna, saldırıda kışkırtıcı rol oynadıklarına inandıkları saptanmıştır (2). Psikolog ve psikiyatristler mağdurun iddialarına şüpheyle yaklaşmazken, adli sistem içinde yer alan meslek grupları mağdurun iddialarını bu mesleklerle göre daha fazla şüpheyle karşılamaktadır. Bu meslek grupları mağdurun direnç göstermemesinin, fiziksel şiddet bulgularının olmamasının, mağdurun hayat kadını olmasının ve saldırganla daha önceki cinsel ilişki varlığının, saldırının ciddiliğini azaltacağı düşüncesine psikolog ve psikiyatristlerden daha fazla katılmaktadırlar (2).

Kişilerin nerelerde muayene olduğu araştırıldığında, en yüksek oranı %92.5 ile hastanelerin oluşturduğu belirlenmiştir. Cinsel saldırı gibi özel eğitim gerektiren bir muayenede Adli Tıp Şube Müdürlüklerinin %33.3 gibi bizce çok düşük bir oran oluşturması bu kuruluşların azlığından kaynaklanmaktadır. %20.8 gibi oldukça önemli bir oranın sağlık ocağında muayene olmuş olması, fazla sayıda olgunun uzmanlık gerektiren bu konuda pratisyen hekimler tarafından muayene edilmiş olduğunun bir göstergesidir.

Cinsel saldırıya maruz kalmış kişilerin kaç kez muayene oldukları araştırıldığında toplam 120 olgumuzun %34.2'sinin üç kez, % 30'unun iki kez, %20'sinin 4 kez muayene edildiği, bunları 5-6-7 kez gerçekleştirilen muayenelerin izlediği, bir defa muayene olan hiç olgu bulunmadığı anlaşılmıştır. Bu oranlardan muayene sayısı açısından ülkemizde büyük bir sorun yaşanmış açıkça ortaya çıkmaktadır. Her bir muayenenin ayrı bir ruhsal travma oluşturduğu tartışılmaz bir gerçek oluşturduğuna göre, bu durumun en kısa zamanda düzeltilmesi için her türlü çabanın sarfedilmesi gerektiği görüşündeyiz. Bu nedenle muayene tek, eksiksiz ve organize olmalıdır (1, 23-25). Bunun tek yolu-

nun da konuyla ilgili uzmanların ve birimlerin yeterli sayıya ulaşması olduğunu düşünüyoruz.

Sağlık kuruluşlarındaki muayeneden önce olguların çok büyük bir oranına muayene ile ilgili olarak bilgi verilmediği tespit edilmiştir. Bu durum hem kişinin tekrar ve daha fazla travmatize edilmesine neden olması açısından, hem etik hem de hukuki açıdan son derece sakıncalı, hatta yanlış bir tutumdur. Kişilerin büyük çoğunluğunun hayatında ilk kez genital bölgeleyle ilgili bir muayeneye maruz kaldıkları da göz önüne alındığında olayın taşıdığı vahamet daha iyi anlaşılabilir.

Muayene olup olmama konusunda bütün sağlık kuruluşlarında mağdurun fikrinin alınmadığı saptanmış olup, çok yüksek orandaki kişinin bu konuda fikirlerinin sorulmasını istediği; yine yüksek oranda kişinin fikirlerinin sorulması halinde muayene olmayı kabul etme konusunda olumlu bir davranış sergileyecekleri anlaşılmaktadır.

Yine de, muayene olmayı kabul etmeyecek olanların hiç de azımsanmayacak oranda olduğu göz ardı edilmemelidir. Muayene olmayı kabul etmemenin, birden çok sayıda gerçekleştirilen muayenelerden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Nitekim çalışmamıza katılan birçok mağdur görüşme esnasında "sadece bir kez muayeneye evet" diyebileceğini ifade etmiştir.

Muayenede kaç kişinin bulunduğu konusundaki sonuçlara baktığımızda yüksek oranda 2-3 kişinin, daha az oranda 4 ve üzerinde kişinin bulunduğu saptanmıştır. Fakat Adli Tıp Kurumu'nun, aynı zamanda adli tıp eğitimi vermesi nedeniyle muayenede bulunan kişi sayısının %86.7'le 4 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu tür muayenelerde ideal olarak hekim ve yardımcı sağlık personelinin bulunması gerektiği (23, 26) göz önüne alındığında, bu konuda birçok olguda yanlış bir tutum sergilendiği ortaya çıkmaktadır. Bu konuda gereken önlemlerin alınmasının, mağduru travmatize edebilecek durumların azaltılması açısından önemli olacağı görüşündeyiz.

Mağdurların büyük bir bölümü, muayene esnasında doktor ve yardımcı sağlık personelinin kendilerine karşı olumlu bir davranış sergilediklerini belirtmişlerdir. Ancak az oranda da olsa, olumsuz davranışa veya nötr davranışa maruz kaldıklarını belirtenlerin aslında az bir oran oluşturmadıklarını düşünüyoruz. Çünkü böyle bir muayenede %1'lik oranda bile olumsuz bir davranışın olmaması gerektiği kanısındayız. Elbette ki muayene olanların kişiliklerinden kaynaklanan bazı olumsuzlukların ortaya çıkabileceği de tartışılmaz bir gerçektir.

Cinsel saldırı mağdurlarının muayene edildikleri ortamın önemi bütün yazarlarca vurgulanmakta ve bu ortamın çok uygun şartlar taşıması gerektiği belirtilmektedir (23, 26-27). Oysa hiç de azımsanmayacak orandaki mağdur, muayene oldukları ortamın kirli ve

korkutucu olduğunu belirtmiştir. Bu konudaki değerlendirmenin subjektif oluşu nedeniyle aşırı kişisel titizlikten kaynaklanan olumsuz değerlendirmeler olabileceği de düşünülebilir. Ancak, mağdurların hastaneler için %26.1'le "kirli" ve %4.5'le "korkutucu", sağlık ocakları için %28'le "kirli", Adli Tıp Şube Müdürlükleri için %15'le "kirli" olduğu yönünde fikir belirtmesi, değerlendirmenin gerçekten doğru olabileceğini ortaya koymaktadır.

Olguların büyük bir oranı muayene oldukları ortamın uygun olmadığını düşünmektedir. Toplam olguların %67.5'i "ayrı bir bölüm olmaması", %62.5'i de "ortamın kalabalık olması" nedeniyle muayene oldukları ortamın uygun olmadığını belirtmiştir. Kadın mağdurlar %11'le "perdelerin yetersiz olduğu", %7.3'le "ortamın çok soğuk olduğu" şeklinde fikir belirtmiştir. Oysa böyle bir muayenede en önemli şartlardan birinin ortamın kişinin mahremiyetini koruyacak nitelikte olması gerektiği sürekli vurgulanan bir gerçektir.

Mağdurun saldırı sonrası yaşadığı travma pek çok aşamada tekrarlanır. Bunlardan bir tanesi de mahkeme aşamasıdır. Saldırıyı yeniden hatırlaması, saldırıganla mahkemede karşılaşması, karşı tarafın saldırılarına karşı koymak zorunda kalması ifade vermesini zorlaştırmaktadır. Avcı'nın araştırmasında, mağdurun hastaneden çıkışının haftasında, mahkemeye çıkıp, hakimin, mağdura olayı herkesin içinde anlattırmasının, PTSD belirtilerini daha da artırdığı saptanmıştır (28). Çalışmamızda; mağdurların %63.3'ü utandığını, %65'i sıkıntı duyduğunu, %49.2'i korktuğunu ve %17.5'i ifade etme zorluğu yaşadığını belirtmiştir. Elbette ki mahkeme gibi zaten her türlü olayda stres oluşturabilecek bir ortamın bu tür bulgularda çok daha fazla sıkıntı yaratacağı beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda toplam olguların %88.3'ü, kadınların %85.4'ü, erkeklerin %94.7'si mahkemede savcı/hakimin davranışlarının olumlu yönde olduğunu belirtmiştir. Ancak, mağdurların %58.3'ünün 2-3 kez, %24.2'inin 4 ve daha fazla sayıda ifadesine başvuru olduğu anlaşılmaktadır. Mağdurun mahkemede yaşadığı psikotraumatik etkiler göz önüne alınarak, bu sayıyı azaltma yönünde gereken önlemlerin alınmasını diliyoruz.

Çalışmamızda olay sonrasında sosyal çevrelerinin kendilerine karşı davranışlarında değişiklik olduğunu ifade eden olguların oranı %65'tir. Bu oranın kadınlarda (%68.3), erkeklerden (%57.8) daha yüksek olmasını, toplumumuzdaki kadın cinselliğine yönelik bakış açısından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Mağdurların %56.7'si, kadınların %57.3'ü, erkeklerin %55.3'ü yaşadıkları değişikliğin "koruyucu" tutum yönünde olduğunu belirtmişlerdir. "Ayıplama" ve "arkadaşlığı kesme" gibi davranış değişikliklerinin mağdurların %34.2'si tarafından yaşandığı saptanmıştır.

Safran'ın çalışmasındaki bulgulara göre, kadınların

mağdura yaklaşımları daha az suçlayıcıdır. Erkekler ise mağdura ve kadın cinselliğini hedef alan yanlış inanışlara daha fazla katılım göstermişlerdir. Bu inanış ve yaklaşımlar erkeklerin geleneksel cinsiyetçi tavırlarından meydana gelmektedir. Bunun sonucu olarak mağduru suçlamalarının çok kolay olduğu ve olaya daha ılımlı baktıkları düşünülmektedir. Mağdurun giyimi, tavırları veya herhangi bir şekilde ırza geçmeyi kışkırttığı, bunu arzuladığı, zevk aldığı gibi cinsiyetçi düşünceler yada ırza geçmenin sadece bekaret bozduğu gibi geleneksel düşünceler saldırının ciddiyetini azaltmaktadır. Bu yaklaşımlar nedeniyle ırza geçme kadın kışkırtıcılığının yol açtığı karşı konulmaz arzuya tepki olarak görülmekte ve sonuçta erkekler değil, kadınlar cinsel saldırıda suçlu bulunmaktadır (29). Bütün bu nedenlerle cinsel saldırıya uğrayanın ve çevresinin cevapları, sıklıkla kişisel ilişkilerinde kalıcı değişikliklerle sonuçlanmaktadır.

Görüldüğü gibi cinsel suç mağdurlarının olay sonrasında tekrar tekrar travmatize olmalarına yol açan üç ayrı unsur vardır: Bunlardan biri, içinde buldukları yakın sosyal çevreleri, biri muayene aşamaları, diğeri de yargı aşamasıdır. Belki, yakın sosyal çevre ile ilgili olarak çok kısa sürede çok olumlu adımlar atılamayabilir. Çünkü, bunun için toplumun olaya bakış açısını değiştirecek şekilde zamana dayalı kültürel bir gelişim gerekebilir. Ancak, bu aşamada dahi cinsel suç mağdurlarının özel eğitim almış kişiler tarafından rehabilitasyonu için gerekli çabalar sarfedilebilir. Yargı aşamasındaki olumsuzluklar için de bir takım çalışmalar yapılabilir. Ancak bunun için ayrı çalışmaların yapılması gerekli olup, bu çalışmanın kapsamı dışındadır.

Muayene aşamasında ise çok etkili ve acil önlemler alınması gerektiğini düşünüyoruz. Bunun için ilk gerçekleştirilmesi gereken, yeterli fizik ortama ve özel eğitilmiş personele sahip merkezlerin kurulması ve sayılarının artırılmasıdır. Bu tür merkezlerde yargıya ışık tutacak bulgular tespit edilirken, bir yandan da kişinin psikolojik tedavisi başlayacak, dolayısıyla saldırı sonrası muayene başı başına bir travma olmaktan çıkacağı gibi sosyal çevrenin yarattığı travmatik etkilerin de en aza indirilmesine fayda sağlayacaktır.

Bu amaçla İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü bünyesinde "Cinsel Suçlar Birimi" kurulmuştur (30). Öğretim üye ve yardımcılarından oluşan adli tıp uzmanı, hemşire, psikolog, pedagog ve hukukçu kadrosu içeren bu birimde cinsel saldırı olayı sonrası erken dönemde, kişisel hak ve özgürlükler korunarak gerek mağdurun gerekse de sanığın fiziksel muayeneleri ile fiziki ve biyolojik materyalin tetkiki ve değerlendirilmesi ile olayda fiziksel şiddetin kullanılıp kullanılmadığı, cinsel ilişkinin gerçekleşip gerçekleşmediği, şekli, derecesi ve sonuçları ile sanığın idantifikasyonuna yönelik olarak olguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Böylelikle cinsel saldırının adli tıp boyutunu etkin bir şekilde ortaya koyarak bireylere ve yargıya tatmin edici bir rapor sunulması ve ayrıca muayenenin psikik travmatik etkisinin minimumda tutulması (yaklaşım, psikolojik destek ve ortamın fiziksel koşulları ile) ve saldırı sonrası erken dönemde olaya bağlı veneryal hastalık ve gebeliği önleyici önlemlerin alınması hedeflenmiştir. Saldırı sonrası oluşabilecek emosyonel hasarların tedavisi için ilgili kuruluşlarla işbirliğine gidilmektedir. Birim resmi başvuruların yanı sıra bireysel başvurulara da açıktır. "Cinsel Suçlar Birimi" benzeri merkezlerin tüm ülke çapında yaygınlaştırılarak standardizasyonun sağlanması, cinsel suçlarla ilgili sorunların çözümlenmesi yolunda etkin bir adım olacaktır (30).

#### KAYNAKLAR

1. Lehmann D. Sexual Assault in Pernoll. M.L (Ed): Current obstetrics and gynecologic diagnosis and treatment, Seventh Edition Prentice Hall International Inc. U.S.A. 1991:1144-5.
2. Gölge B. Irza geçme kavramına karşı ilgili meslek gruplarının yaklaşımları ve düşünceleri, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Adli Tıp Ens. İstanbul. 1997.
3. Young WW, Bracken AC, Goddard MA, Matheson S. Sexual assault, review of a national model protocol for forensic and medical evaluation. Obstetrics and Gynecology, 1992; Nov, 80 (5): 878-83.
4. Akvardar Y, Yüksel Ş. Cinsel tecavüze uğrayan kişilere karşı alınan tavır, Nöro-Psikiyatri Arşivi, 1993; 30 (2): 347-51.
5. Bowyer L, Dalton ME. Female victims of rape and their genital injuries; Br J Obstet Gynaecol. 1997; May, 104 (5): 617-20.
6. Rambow B, Adkinson C, Frost TH, Peterson GF. Female sexual assault; medical and legal implications. Ann Emerg Med. 1992; Jun, 21(6): 727-31.
7. Chaudhry S, Sangani B, Ojwang SB, Khan KS. Retrospective study of alleged sexual assault at the Aga Khan Hospital, Nairobi Afr Med J. 1995; Mar, 72(3): 200-2.
8. Benson D, et all. Acquaintance rape on campus : A Literature Review, College Health. 1992; 40: 157-65.
9. Sorensen T, Snow B. How children tell: The process of disclosure in child sexual abuse. Child Welfare League Of America.1991; 70: 3-15.
10. Briere J. Methodological issues in the study of sexual abuse effects. Journal of Consulting and clinical Psychology. 1992; 60: 196-203.
11. Özkök HS, Katkıcı U, Örsal M. Hymen muayene bulguları: 89 olgunun retrospektif incelenmesi. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri Antalya. Poster Sunuları Kitabı. 1993: 63-67.
12. Dönmezer S. Ceza hukuku. Özel Kısım. 5.baskı. Filiz Kitabevi, İstanbul 1983: 45-52.
13. Smith GFA. Medical evaluation of sexual assault findings in the Auckland Region. N Z Med J. 1988; Sep 27; 102 (876): 493-5.
14. Cupoli JM, Sewell PM. One-thousand fifty nine child-



- ren with a chief complaint of sexual abuse. Child abuse and Neglect. 1988; Vol 12: 151-62.
15. Manser TI. Findings in medical examinations of victims and offences a survey. The Police Surgeon. 1991; 38: 4-27.
  16. Gillan P. Cinsel sorunlar ve tedavileri el kitabı (Çev: Eker E., Özmen M., Özmen E.) 1. Baskı, Menteş Kitapevi, İstanbul. 1993: 234.
  17. Ruch LO, Amadeo SR, Leon JJ, Gartrell JW. Repeated sexual victimization and trauma change during the acute phase of the sexual assault trauma syndrome. Women -Health. 1991; 17(1): 1-19.
  18. Santiago JM, Mc Call-Perez F, Gorcey M, Beigel A. Long-term psychological effects of rape in 35 rape victims. Am J Psychiatry. 1985; 142 (11), Nov, 1338-40.
  19. Cartwright PS. Factors that correlate with injury sustained by survivors of sexual assault, Obstetrics and Gynecology. 1987; Jul, 70(1): 44-6.
  20. Worm AM, Johansen MS, Nielsen NH. Sexual abuse assessed by forensic examinations; Ugeskr Laeger. 1997; Dec, 160 (1): 41-4.
  21. Anglin D, Spears KL, Hutson HR. Flunitrazepam and its involvement in date or acquaintance rape; Acad Emerg. Med. 1997; Apr, 4(4): 323-6.
  22. Sezgin U. Cinsel tacizin psikososyal boyutu ve enstetin iki aile örneği üzerinde tartışılması. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi, Bilimsel çalışmalar Kitabı, İstanbul. 1996: 238-45.
  23. Yavuz MF. Cinsel Suçlar, Yayınlanmamış ders notları, İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü. 1997
  24. Taroni F, Coquoz R, Margot P. Sexual assault: could the perpetrators not be identified more often?, Schweiz Rundsch Med Prax. 1993; Sep, 82(39): 1067-71
  25. Greydanus DE, Shaw RD, Kennedy EL. Examination of sexually abused adolescents. Semin Adoles Med. 1987; Mar, 3(1): 59-66.
  26. Knight B. Adli tıp. (ed. Birgen N.), 10.baskı, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul. 1995: 235-48.
  27. Dunn SF, Gilchrist VJ. Sexual assault. Primary Care. 1993; Jun, 20(2): 359-73.
  28. Avcı A. Üç cinsel istismar ve sağaltım süreci. Psikiyatri Bülteni. 1994; 4(1): 41-4.
  29. Safran N. Irza geçme mağdurlarına toplumun bakış açısı. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Adli Tıp Ens. İstanbul. 1998.
  30. Yavuz MF. Cinsel saldırı olgularının değerlendirilmesinde yeni bir yaklaşım. Adli Tıp Dergisi. 1996; 12 (1-4): 155-60.

#### Yazışma Adresi:

Prof. Dr. M. Fatih Yavuz,  
 İ. Ü. Adli Tıp Enstitüsü 34303  
 Cerrahpaşa-İstanbul  
 Tel:0 212 5880880 / 447  
 Fax:0 212 5880011  
 e-mail: fyavuz @ istanbul.edu.tr

# BİREYSEL VE TOPLUMSAL ŞİDDETİN SORGULANMASI: Bir Anket Çalışması\*.

## Examination of Individual and Social Violence: A Survey

Şevki SÖZEN\*\*, Birgül TÜZÜN\*\*\*, Halis DOKGÖZ\*\*\*\*, Şebnem KORUR FİNCANCI\*\*\*\*\*

Sözen Ş, Tüzün B, Dokgöz H, Fincancı ŞK. Bireysel Ve Toplumsal Şiddetin Sorgulanması: Bir Anket Çalışması. Adli Tıp Bülteni 1999; 4(2):54-9.

### ÖZET

İnsanlık tarihi boyunca ve günümüzde her toplumda varolan ancak ülkemizde yıllardır süregelen anlayış, hoşgörü ve uzlaşma yoksunluğu, ilişki ve iletişim bozukluğu, kavram ve değer çatışmaları sebebiyle daha belirgin olarak ortaya çıkan saldırgan davranışlar ve şiddet eylemleri zaman zaman insan yaşamını tehdit eder boyutlara ulaşabilmektedir.

Bu çalışmada, toplumda bireyler arasında varolan iletişim şekilleri ele alınarak çeşitli etkenlerin davranış şekillerine yansıma biçimleri irdelenmiştir. Şiddetin toplumsal yaşamda nasıl, ne şekilde ve hangi koşullarda ortaya çıktığı, ne ölçüde kabul edilebilir olarak onaylandığı sorgulanarak şiddetin psikososyal yapısının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, toplumun farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeylerinden seçilen çeşitli yaş ve meslek gruplarındaki 171 kişiye 20 sorudan oluşan çoktan seçmeli bir anket uygulanmıştır. Ankete katılan 89 kadın ve 82 erkek 15-70 yaş grubunda bulunup, 59'u üniversite mezunu, 44'ü üniversite öğrencisi, 43'ü ise orta öğrenim eğitimi almış kişilerdir. Olguların 24'ü düşük, 110'u orta ve 37'si yüksek gelir düzeyine sahip olup, 111'i evli ve 99'u çocuk sahibidir. Katılımcıların %44.4'ü toplumda en yaygın şiddetin aile içinde yaşandığını düşünürken, %65.5'i ekonomik sıkıntılarının aile içinde yaşanan şiddette en önemli etken olduğunu vurgulamışlardır. Çocuk yetiştirmede çok yaralayıcı olmamak koşulu ile dayak eğitimin bir parçasıdır görüşünü sadece %15.8'i desteklerken %12.9'u bu konuda kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir. Zaman zaman bir kişiyi dövmenin rahatlatıcı olabileceği ise ankete katılanların %59.7'si tarafından olumlu olarak yanıtlanmıştır. Kişilerin, özellikle erkek çocuklarının yaşadıkları şiddet deneyimlerinin ileri dönemlerde kendilerini savunmaları için yararlı olduğu görüşü ise sadece %15.8'i tarafından destek bulunmuştur. Olguların %85.9'u ise, şiddetin toplumda kabul gördüğü oranda çoğaldığı fikrine katılmıştır.

Çalışmamız toplumun her kesiminde, her yaş ve rolde herkesin saldırgan eylemlerden yakındığı, buna karşın bilek ya da bilmeyerek, isteyerek ya da istemeyerek belirgin şekilde benzer eylemlerde buldukları veya şiddete göz

yumarak bir ölçüde eyleme katıldıkları gerçeğini yansıtmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Şiddet, bireysel şiddet, toplumsal şiddet

### SUMMARY

Throughout the history of human being and nowadays aggressive behaviours and violence actions that exist in all society, but appear more evidently in our country because of long lasting absence of insight, tolerance and compromise, may threaten human life time to time.

In this study, reflections of various factors to manner of behaviours are examined while dealing with existing communication ways between individuals in society. It is studied that where, how and in which conditions violence appears in social life and how much it is approved as acceptable. With the help of this study, examination of psychosocial structure of violence is aimed. A multiple choice survey including 20 questions is applied to 171 persons chosen from various age and profession groups, in different socio-economical and socio-cultural levels of society. 89 women and 82 men that participated in this survey are in 15-70 age group. 59 persons are university graduate, 44 persons are university student and 43 persons are graduates of high school. 24 of participants have low, 110 have middle and 37 people have high income level, 111 people are married and 99 of them have children. 44.4% of participants think that the most prevalent violence happens within the family and 65.5% of participants emphasize that financial problems are the most important cause of family violence. Only 15.8% of people support the idea that beating is a part of children education while they are growing, and 12.9% of them imply that they are irresolute about this idea. 59.7% of participants answer the question that it is relaxing to beat someone sometimes positively. The idea, that prior violence experience of people especially for the boys at adolescence are useful to defend themselves is supported by only 15.8% of all. However, 85.9% of participants, agree with the idea, that violence will increase as long as accepted by society.

Our study reflects the fact that although everybody from

\* Bu çalışma 14-17 Nisan 1998 tarihinde Kuşadası-İzmir'de düzenlenen III. Adli Bilimler Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Doç.Dr. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

\*\*\* Uz.Dr. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

\*\*\*\* Asist.Dr. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

\*\*\*\*\* Prof.Dr. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Geliş Tarihi: 20.11.1999 Kabul tarihi: 17.04.2000

all parts of society, at every age and role, complains of aggressive actions whether they a part in the action unintentionally or involuntarily.

**Key words:** Violence, Individual violence, Social violence.

## GİRİŞ

Şiddet, aşırı duygu yoğunluğunun fiziksel kaba kuvvete dönüşümünü, beden gücünün kötüye kullanımını, taşlı, sopalı veya silahlı saldırıları içeren bireye ve topluma zarar verebilecek saldırgan her tür eylemi kapsayan bir kavramdır (1-2). Şiddeti tanımlarken şiddet içeren eylemlerin niteliğinin yanı sıra kişinin karşı karşıya kaldığı bu eylemi nasıl algıladığı da önem taşımaktadır (3).

## GEREÇ ve YÖNTEM

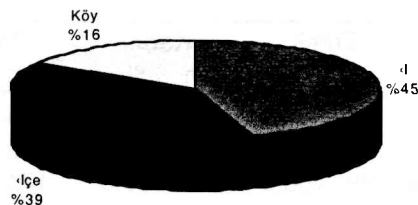
Bireyler arası ilişkilerde ortaya çıkan saldırgan davranışların yaşamda hangi koşullarda oluştuğunu, kültürel yapılanmanın davranış şekillerine nasıl yansıdığını ve bu tip davranışların ne ölçüde kabul edilebilir olduğunu sorgulamak amacıyla toplumun farklı sosyo-ekonomik ve sosyokültürel seviyelerinden seçilen 15-70 yaş grubunda farklı mesleklerdeki 171 kişiye 20 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır. Kişilerin yanıtlarında daha dürüst olabilmelerini sağlamak amacıyla anket formunu yalnız yanıtlamaları istenmiş ve kişilerin zorlanmamaları için anket soruları kısa tutulmuştur. Ankete katılanların ayrıca yaş, cins, ekonomik ve öğrenim durumları, nüfus kayıtlarına göre bölgesel dağılımları, medeni halleri ve çocuk sahibi olup olmadıkları da tespit edilerek ankete verilen yanıtlarda soru içeriğine göre kişisel özellikler dikkate alınmıştır.

## BULGULAR

Tablo 1. Ankete katılanların yaş ve cinsiyet dağılımı

YAŞ*	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
20	2	40.0	3	60.0	5	100
21-30	49	44.2	62	55.8	111	100
31-40	21	53.9	18	46.1	39	100
41-50	7	63.7	4	36.3	11	100
51-60	1	50.0	1	50.0	2	100
60+	2	66.7	1	33.3	3	100
TOPLAM	82	48.0	89	52.0	171	100

\*Yüzde oranlar satır toplamına göre hesaplanmıştır.



Grafik 1. Nüfus kayıtlarına göre bölgesel dağılımı.

Tablo 2. Öğrenim durumuna göre cinsiyet dağılımı

EĞİTİM*	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İLK	12	48.0	13	52.0	25	100
ORTA	19	44.2	24	55.8	43	100
ÜNİV.	51	49.5	52	50.5	103	100
TOPLAM	82	48.0	89	52.0	171	100

\*Yüzde oranlar satır toplamına göre hesaplanmıştır.

Tablo 3. Şiddet; Kişilerin kendi iç dünyalarında yaşadıkları çatışmaların topluma yansımalarıdır

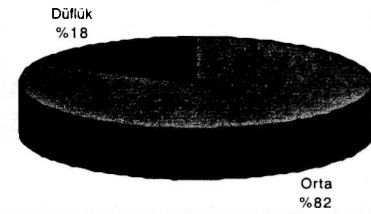
	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	74	83,1	55	67.0	129	75.4

Tablo 4. Şiddet; Öğrenilmiş bir davranış biçimidir

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	68	76.4	72	87.8	140	81.9

Tablo 5. Şiddet; Toplumda kabul gördüğü oranda çoğalır

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	81	91.0	66	80.4	147	85.9



Grafik 2. Gelir durumlarına göre dağılımı.



Grafik 3. Medeni durumlarına göre dağılımı



Grafik 4. Çocuk sahibi olma durumu

Tablo 6. Toplumda en yaygın şiddet aile içinde yaşanmaktadır

	Kadın				Erkek				Toplam	
	İlk-orta		Üniversite		İlk-orta		Üniversite		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Katılıyorum	12	32.4	33	63.5	9	29.0	22	43.1	76	44.4
Kararsızım	2	5.4	5	9.6	7	22.6	15	29.4	29	16.9
Katılmıyorum	23	62.2	14	26.9	15	48.4	14	27.5	66	38.7
Toplam	37	100.0	52	100.0	31	100.0	51	100.0	171	100.0

Tablo 7. Aile içinde yaşanan şiddet , yaşamsal açıdan tehlikeli boyutlara ulaşmadığı sürece karşılınması gereken bir olgudur

	Kadın				Erkek				Toplam	
	İlk-orta		Üniversite		İlk-orta		Üniversite		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Katılıyorum	-	-	4	7.7	13	41.9	34	66.6	51	29.8
Kararsızım	12	32.4	10	19.2	14	45.1	6	11.7	42	24.5
Katılmıyorum	25	67.6	38	73.1	4	13.0	11	21.7	78	45.7
Toplam	37	100.0	52	100.0	31	100.0	51	100.0	171	100.0

Tablo 8. Aile yaşantısında, kocasının sözünü dinlemeyen kadına şiddet uygulanması kabul edilebilir bir davranış biçimidir

	Kadın				Erkek				Toplam	
	İlk-orta		Üniversite		İlk-orta		Üniversite		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Katılıyorum	-	-	2	3.8	5	16.1	25	49.0	32	18.7
Kararsızım	3	8.1	2	3.8	18	58.1	24	47.2	47	27.5
Katılmıyorum	34	91.9	48	92.4	8	25.8	2	3.8	92	53.8
Toplam	37	100.0	52	100.0	31	100.0	51	100.0	171	100.0

Tablo 9. Çocuk yetiştirmede çok yaralayıcı olmamak koşulu ile dayak eğitimin bir parçasıdır

	Kadın				Erkek				Toplam	
	İlk-orta		Üniversite		İlk-orta		Üniversite		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Katılıyorum	9	24.3	3	5.8	12	38.7	3	5.8	27	15.8
Kararsızım	2	5.4	4	7.7	2	6.4	14	27.5	22	12.9
Katılmıyorum	26	70.3	45	86.5	17	54.9	34	66.7	122	71.3
Toplam	37	100.0	52	100.0	31	100.0	51	100.0	171	100.0

Tablo 10. Çocukluğumda aile içi tartışmalarda zaman zaman babamın annemi dövdüğüne tanık oldum

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
EVET	19	21.3	48	58.6	67	39.2
HAYIR	70	78.7	34	41.4	104	60.8
TOPLAM	89	100.0	82	100.0	171	100.0

Tablo 11. Çocukluğumda çok yaramazlık yaptığımda annemden ya da babamdan dayak yediğim zamanlar olmuştur

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
EVET	82	92.1	74	90.2	156	91.2
HAYIR	7	7.9	8	9.8	15	8.8
TOPLAM	89	100.0	82	100.0	171	100.0

Tablo 13. Çocuk yetiştirmede çok yaralayıcı olmamak koşulu ile dayak eğitimin bir parçasıdır

	Kadın				Erkek				Toplam	
	İlk-orta		Üniversite		İlk-orta		Üniversite		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Katılıyorum	32	86.5	40	76.9	14	45.2	26	51.0	112	65.5
Kararsızım	-	0.0	3	5.8	7	22.6	9	17.6	19	11.1
Katılmıyorum	5	13.5	9	17.3	10	32.2	16	31.4	40	23.4
Toplam	37	100.0	52	100.0	31	100.0	51	100.0	171	100.0

Tablo 14. Eğitim düzeyi yüksek toplumlarda şiddet içerikli davranışlara daba az sıklıkla rastlanmaktadır

	Kadın				Erkek				Toplam	
	İlk-orta		Üniversite		İlk-orta		Üniversite		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Katılıyorum	14	37.8	6	11.5	9	29.0	13	25.5	42	24.5
Kararsızım	4	10.8	19	36.5	5	16.1	21	41.2	49	28.7
Katılmıyorum	19	51.4	27	52.0	17	54.9	17	33.3	80	46.8
Toplam	37	100.0	52	100.0	31	100.0	51	100.0	171	100.0

Tablo 12. Özel yaşantımda sonu karakola kadar uzanan kavgaya olayına katılma deneyimini yaşadım

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
EVET	6	6.7	58	70.7	64	37.4
HAYIR	83	93.3	24	29.3	107	62.6
TOPLAM	89	100.0	82	100.0	171	100.0

Tablo 15. Toplumsal yaşamda insanlar zaman zaman kendi haklarını savunabilmek için şiddete başvurabilirler

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Katılıyorum	19	21.3	58	70.7	77	45.0
Kararsızım	10	11.2	7	8.5	17	10.0
Katılmıyorum	60	67.5	17	20.8	77	45.0
Toplam	89	100.0	82	100.0	171	100.0

Tablo 16. Kişilerin kendilerini savunabilmek amacıyla ateşli silah veya bıçak benzeri silahları yanlarında bulundurmaları faydalıdır

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Katılıyorum	2	2.2	21	25.6	23	13.4
Kararsızım	5	5.6	38	46.3	43	25.2
Katılmıyorum	82	92.2	23	28.1	105	61.4
Toplam	89	100.0	82	100.0	171	100.0

## TARTIŞMA

Bireysel ve toplumsal çatışmalar saldırgan davranışların ve şiddet eylemlerinin kaynağıdır (4). Bazı kaynaklarda yaşamın itici gücü olarak da tanımlanan saldırgan davranışların ortaya çıkışına ilişkin çeşitli

Tablo 17. Kişilerin, özellikle erkek çocuklarının yaşadıkları şiddet deneyimleri ileri yaş dönemlerinde kendilerini savunmaları için yararlıdır

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Katılıyorum	9	10.2	18	21.9	27	15.8
Kararsızım	16	17.9	13	15.9	29	16.9
Katılmıyorum	64	71.9	51	62.2	115	67.3
Toplam	89	100.0	82	100.0	171	100.0

Tablo 18. Arabamla yoğun trafikte giderken sinirlendiğim ve diğer sürücülerle kavgaya etmek istediğim zamanlar olmaktadır

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Katılıyorum	25	28.1	51	62.2	76	44.4
Kararsızım	11	12.3	19	23.2	30	17.6
Katılmıyorum	53	59.6	12	14.6	65	38.0
Toplam	89	100.0	82	100.0	171	100.0

Tablo 19. Zaman zaman bir kişiyi dövmek rahatlatıcı olabilir

	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Katılıyorum	34	38.2	68	82.9	102	59.7
Kararsızım	10	11.2	2	2.4	12	7.0
Katılmıyorum	45	50.6	12	14.7	57	33.3
Toplam	89	100.0	82	100.0	171	100.0

varsayımlar ileri sürülmüştür. Saldırganlığın içgüdüsel veya dürtüsel olduğu söylendiği gibi toplumsal kaynaklı olduğu ve öğrenilmiş bir davranış modeli şeklinde karşımıza çıktığı da belirtilmektedir (2). Ankete katılanların ortalama %75,4 ü şiddetin kişilerin kendi iç

dünyalarında yaşadıkları çatışmaların topluma yansımaları olduğu (Tablo 3), %81,9 u öğrenilmiş davranış biçimi olarak değerlendirilebileceği (Tablo 4), %85,9'u da toplumda kabul gördüğü oranda çoğaldığı (Tablo 5) fikrini benimsemişlerdir.

Toplumda en yaygın şiddetin aile içinde yaşandığı görüşü ise özellikle üniversite mezunu kadınlar tarafından (%63,5) desteklenmiştir (Tablo 6). Toplumsal yapılanmamız, özellikle erkek egemen toplum olmamız sebebiyle saldırgan davranışlar aile içinde yoğunlaşmakta ve kadının cinsel, emosyonel ve fiziksel istismarı şeklinde karşımıza çıkmaktadır (5). Yapılan çalışmalarda eş dayatığı aile içinde kadının en sık yaralanma sebebi olarak gösterilmiştir (5-6). A.B.D'de her yıl 2,6 milyon kadının eşleri tarafından dövüldüğü; Tayland'da kadınların % 50 sinin, Ekvator'da % 80'inin evlilik yaşamlarında fiziksel şiddete uğradıkları bildirilmektedir (7-10).

Aile içinde yaşanan şiddetin yaşamsal açıdan tehlikeli boyutlara ulaşmadığı sürece karışılmaması gereken bir olgu olduğu fikri sadece üniversite mezunu kadınların sadece % 7,7'si tarafından benimsenirken, üniversite mezunu erkeklerin % 66,6'sı tarafından desteklendiği tesbit edilmiştir (Tablo 7). Cinsiyetler arası bu büyük farklılık erkek egemen toplum olmamız ve genellikle aile içi şiddet uygulayıcısının erkek olması sebebiyle erkeklerin dışarıdan gelebilecek baskılara tepkisi olarak yorumlanmıştır. Aynı şekilde aile yaşanmasında kocasının sözünü dinlemeyen kadına şiddet uygulanmasının kabul edilebilir bir davranış biçimi olduğunun üniversite mezunu erkeklerin % 49,0'ı tarafından onaylanması da dikkat çekicidir (Tablo 8). Bu sonuçlar şiddet eylemlerinde sosyokültürel farklılıkların anlamlı değişimler yaratmadığı ve kişilerin hangi kültürel katmanda olursa olsun bu tip davranışlara eğilimli olduklarını vurgulayan Günay'ın çalışmalarının sonuçlarını da desteklemektedir (5). Çocuk yetiştirilmede çok yaralayıcı olmamak koşulu ile dayak eğitimin bir parçasıdır görüşü ise ilk ve orta öğrenim mezunu kadınlarda % 24,3 ,erkeklerde % 38,7 oranında kabul görürken üniversite mezunu kadınlarda ve erkeklerde % 5,8'i bu fikri benimsemişlerdir (Tablo 9). Kişiler çocukluk dönemlerinden başlayarak koşullanma, deneme-yanılma , örnek alma ve bilişsel öğrenme gibi çeşitli öğrenme yöntemleri ile saldırgan davranışları ve şiddet eylemlerine özgü kalıpları benimserler (2). Özellikle aile içi şiddeti inceleyen çalışmalarda kişilerin şiddet deneyimleri ve şiddete tanıklıkları üzerinde durularak çocukluklarında şiddete tanık olan veya şiddeti yaşayan kişilerin ileri dönemlerde birer şiddet uygulayıcısı olabilecekleri vurgulanmıştır (5, 10). Anket çalışmamız erkeklerin % 58,6 sının çocukluklarında zaman zaman babalarının annelerini dövdiğüne tanık olduğunu (Tablo 10), kadınların %

92,1'i, erkeklerin %90,2'sinin çocukluklarında annelerinden yada babalarından dayak yediklerini (Tablo 11), erkeklerin %70,7 sinin özel yaşantılarında sonu karakola kadar uzayan kavga olayına karışıklarını (Tablo 12) saptamıştır. Elde edilen sonuçlar toplumuzda kişilerin yüksek oranda şiddet içeren davranışlarla karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Adli Tıp Kurumu'na uğradıkları fiziksel şiddet sebebiyle başvuran 60 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların % 58,3 ünün eşlerinin annelerinin de babaları tarafından dövüldüğü tesbit edilmiştir (5).

Şiddetin ortaya çıkışında ise ekonomik güçlüklerin önemi ankete katılanların ortalama % 65,5 i tarafından vurgulanmaktadır (Tablo 13). Yüksel'in çalışmalarında da özellikle belirtildiği gibi aile içi şiddette kadının ekonomik güvencesinin olmaması önemli bir risk faktörüdür (11-12).

Toplumsal yaşamda insanların zaman zaman kendi haklarını savunabilmek için şiddete başvurmaları fikrine katılan kadınların % 21,3 üne kıyasla erkeklerin % 70,7 oranında katılmaları (Tablo 15), aynı şekilde kişilerin kendilerini savunabilmek amacıyla ateşli silah veya bıçak benzeri silahları yanlarında bulundurmaları görüşünün kadınların % 2,2 si gibi çok düşük bir oranda kabul görmesine karşın erkeklerde oranın % 25,6 ya çıkması (Tablo 16), kişilerin özellikle erkek çocuklarının yaşadıkları şiddet deneyimlerinin ileri yaş dönemlerinde kendilerini savunmaları için yararlı olduğunun erkeklerin % 21,9 u tarafından desteklenmesinin (Tablo 17), aynı şekilde zaman zaman bir kişiyi dövmenin rahatlatıcı olduğu düşüncesinin erkeklerde % 82,9 oranında kabul görmesinin (Tablo19) nedeni şiddet eylemlerinde özellikle ülkemiz gibi erkek egemen toplumlarda koruyucu ve kollayıcı olarak erkeğin daha aktif rol oynadığı, bu sebeple de şiddete daha eğilimli olduğu ve şiddete bağlı yaralanma ile ölüm olaylarına daha sık karıştığı şeklinde değerlendirilebilir.

## SONUÇ

Çalışmamız, toplumun her kesiminde, her yaş ve rolde herkesin saldırgan eylemlerden yakındığını, buna karşın bilerek ya da bilmeyerek, isteyerek ya da istemeyerek belirgin şekilde benzer eylemlerde bulduklarını veya şiddete göz yumarak bir ölçüde bu eyleme katıldıkları gerçeğini yansıtmaktadır.

Elde edilen veriler aile içi eğitim ve iletişimden başlayarak toplumsal ortam oluşturan tüm toplumsal kurumların bu yönde değerlendirilip, hoşgörü içerisinde insan haklarının egemen olduğu, bireysel özgürlük ve toplumsal sorumluluk sınırlarının belirlendiği bir ortam oluşturulması için çaba gösterilmesi gerekliliğini de açıkça ortaya çıkarmaktadır.

**KAYNAKLAR**

1. Şiddet. Cogito. Üç Aylık Düşünce Dergisi. 1996; 6-7: 7-21.
2. Köknel Ö. Bireysel ve toplumsal şiddet. 1996; 9-70:198-222.
3. Aronson E. Toplumsal hayvan. Us yayınları. 1995; 91-183.
4. Abuse. Los Angeles County Commission For Women. Report of the ritual abuse task force. 5 July 1993.
5. Gülay Y, Sözen Ş, Yavuz F, Ramadanoğlu E. Kadına yönelik aile içi şiddet olguları: adli tıp uygulaması çerçevesinde bir değerlendirme. Adli Tıp Dergisi 1996; 12: 69-79.
6. Unicef. Violence in marriage. Intercom. 1990; 55.
7. Noel L, Yam M. Domestic violence: the pregnant battered women. Nursing Clinic Of North Africa. 1992; XXVII, 4.
8. Hise L. Violence against women, Amnesty International Bulletin, Copenhagen: 1990; February-March-April.
9. Wilde E, Kienhorst I, Diekstra R, Walters W. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. Am J. Psychiatry. January 1992: 45-50.
10. Pierce R, Trotta R. Abused parents; a hidden family problem. Journal Of Family Violence. 1986; 1; 1: 99-110.
11. Yüksel Ş, Kayır A. Psikiyatri'ye başvuran örselenen kadının tanınması. Düşünen Adam. 1986; 1:8.
12. Yüksel Ş. Eş dayacağı ve dayacağı karşı dayanışma kampanyası. 1980'ler Türkiye'sinde kadın bakış açısından kadınlar. İletişim Yayınları, İstanbul: 1993.

**Yazışma Adresi:**

Doç. Dr.Şevki SÖZEN  
İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi  
Adli Tıp Anabilim Dalı  
Çapa/ İstanbul  
Tel: 0.212 6351179  
Fax: 0212 6358522

## BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE 1999 YILI İÇİNDE VERİLEN ADLİ RAPORLARIN İNCELENMESİ

### Examination of Forensic Reports Given by a University Hospital, Department of Psychiatry

Mehmet Akif ERSOY\*, Yıldırım ZEYFEOĞLU\*\*, İ. Hamit HANCI\*\*\*, Hakan COŞKUNOL\*\*\*\*

*Ersoy MA, Zeyfeoğlu Y, Hancı İH, Coşkunol H. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 1999 Yılı İçinde Verilen Adli Raporların İncelenmesi. Adli Tıp Bülteni 1999; 4(2): 60-4.*

#### ÖZET

Bu araştırmanın amacı bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde 1999 yılı boyunca düzenlenmiş bulunan adli raporların, ileri çalışmalara ve tartışmalara kaynaklık edebilecek şekilde dökümünün yapılmasıdır. Böylelikle adli karar süreçlerinde standardizasyonun sağlanması yolunda çıkarımlar yapılabilir. Olguların büyük çoğunluğunun üniversite hastanesinin bulunduğu il ve ilçelerinden gönderildiği saptanmıştır. Olguların yarısından fazlası (%58) medeni hukuk davası nedeniyle gönderilmişlerdir. Vesayet altına alınmasının gerekip gerekmediği (%42) ve ceza ehliyetinin olup olmadığı (%22.4) adli makamlarca en sık sorulan sorulardır. Psikiyatrların kimi durumlarda kesin karar vermekte zorlandıkları görülmektedir. Bu tür olgularda hukukun adil karar verebilmesi için neler yapılabileceği tartışılması gereken bir konudur. Gerek psikiyatrların gerekse hukukçuların ortak dil ve iletişim üzerinde işbirliği yapmalarının gerektiği görülmektedir. Sonuçların başka kurumlarca düzenlenen raporlarla karşılaştırılması faydalı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Adli psikiyatri

#### SUMMARY

This study aimed to report forensic reports of a university psychiatry department. So that comparison with similar other studies later on, will reveal possible extrapolations for standardization of the forensic decision process. Most of the cases were sent from the institutions in the university town and its vicinity. More than half of the cases (%58) were civil law cases. Appointment of a guardian, testamentary and contractual capacity and competence (%42) and criminal responsibility (%22.4) were the most often questions asked

by judicial offices. It is noticed that in some cases, psychiatrists could hardly make a definite decision. It ought to be discussed what should be done in such difficult cases. Both psychiatrists and jurists should work on the language and communication problems between institutions. Comparison of the results of this study with similar ones will be very fruitful.

**Key words:** Forensic psychiatry

#### GİRİŞ

Adli tıp pratiği içinde psikiyatrik hastalıkların önemli bir yeri bulunmaktadır. Kişinin ceza ehliyetinin ya da medeni ehliyetinin olup olmadığı, vesayet altına alınmasının gerekip gerekmediği, kendisine yönelik bir cinsel suça karşı mukavemete muktedir olup olmadığının belirlenmesi gibi pek çok konuda hekimin rapor vermesi hukukun kararında etkili olmaktadır (1-7). Psikiyatrik hastalıkların tanısında hekimler arası fikir birliğinin sağlanması yolunda önemli gelişmeler olmakla birlikte, yine de psikiyatride hekimin kanaatinin ve sezgisinin diğer tıp dallarına göre çok daha fazla önem taşıdığını söylenebilir.

Toplumda akıl hastalarının daha sık olarak suça yöneldikleri ve psikiyatristlerin suçlunun lehine yoğun çaba harcadıkları düşüncesi yaygındır (8). Diğer yandan adli rapor düzenleyen hekimler kimi durumlarda hakkında rapor verdikleri kişinin ağır bir ceza alması ya da almaması gibi önemli bir kararı değiştirebileceklerini bilerek karar vermektedirler. Böyle bir

\* Uzman Doktor; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Bornova, İzmir.

\*\* Asistan Doktor; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı, Bornova, İzmir.

\*\*\* Doçent Doktor; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı, Bornova, İzmir.

\*\*\*\* Doçent Doktor; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Bornova, İzmir.

**Araştırmanın yürütüldüğü kurum:** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi



durumda akla gelen soru şudur: acaba böyle ağır sorumluluk altında hekimler bireysel geçmiş ve kişiliklerinden daha çok etkileniyor olabilirler mi? Eğer öyleyse değişik hekimlerin düzenledikleri raporlar arasında ne kadar benzerlik ya da farklılık vardır? Aynı şekilde farklı kurumlardaki adli heyetlerin düzenledikleri adli raporlar arasında farklılıklar var mıdır? Bu araştırmada 1999 yılı içinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Heyeti'nden verilen 143 adli rapor gözden geçirilmiştir. Hekimler ya da kurumlar arasında farklar olup olmadığının belirlenmesi yönünde bu araştırma sonuçları yol gösterici olabilir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda 1999 yılı boyunca düzenlenen adli raporlar incelendi ve hakkında rapor düzenlenen kişilerin sosyo-demografik özellikleri, rapor isteyen makam, bu makamın bulunduğu yerleşim birimi, raporun düzenlenmesini gerektiren davanın türü, adli rapor istenmesinin gerekçesi ve belirtilmişse özel olarak hangi durumla ilişkili olarak istendiği, psikiyatrinin raporda belirttiği sonuç karar ve kararın gerekçesi olan psikiyatrik durumun ne olduğu kodlandı ve SPSS paket bilgisayar programı kullanılarak istatistiksel analizi yapıldı. Adli raporların düzenlenmesi sırasında kimi olgularda adli dosya da incelenmiş olmakla birlikte bu araştırma da yalnızca yazışma ve raporlardaki verilerin dökümü yapıldı. Veriler frekans, ortalama ve ki-kare analizleri yapılarak değerlendirildi.

## BULGULAR

### *Olguların sosyo-demografik özellikleri:*

Gözden geçirilen 143 vakanın %69.2'si (f = 99) erkek, %30.8'i (f = 44) kadındır. Başvuranların %38.9'u evli; %50.4'ü bekar; %10.7'si ise duldur. Cinsiyet ve medeni durum açısından karşılaştırıldığında kadınların %23.3'ü dul iken erkeklerin %4.5'i duldur. Kadınlar ve erkekler medeni durum açısından karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2 = 10.65401$ ;  $p = 0.00486$ ). Erkeklerin yaş ortalaması 38.2473 (SS = 15.3521), kadınların yaş ortalaması 39.0000 (SS = 20.4405) bulunmuştur.

### *Gönderilen yerleşim birimi ve gönderen makam:*

İzmir Merkez'den 50, Bornova'dan 44, Karşıyaka'dan 20, Kuşadası'ndan 8, Balıkesir'den 3, Ali-ağa'dan 2, Alaşehir'den 2, Manisa, Muğla, Karacasu, Urla, Muş, Bergama, Milas, Sincanlı, Koçarlı, Kemalpaşa, Torbalı, Sarayköy'den birer olgu adli rapor düzenlenmek üzere gönderilmiştir. Vakaların ikisi ise Devlet Güvenlik Mahkemesi (DGM)'nden gönderilmiştir. Adli rapor düzenlenmesi talebiyle olguları EÜTF Psikiyatri Bölümü'ne gönderen makamların dökümü Tablo-1'de verilmiştir.

*Tablo-1: Psikiyatri Bölümü'nden Adli Rapor İsteyen Resmî Makamlar, Gönderdikleri Olgu Sayıları ve Toplam Olgu Sayısı İçindeki Yüzdeleri:*

Gönderen makam	Olgu sayısı	Yüzdesi
Sulh Hukuk Mahkemesi	59	41.3
Ağır Ceza Mahkemesi	25	17.5
Asliye Ceza Mahkemesi	24	16.8
Asliye Hukuk Mahkemesi	22	15.4
Sulh Ceza Mahkemesi	5	3.5
Devlet Güvenlik Mahkemesi	2	1.4
Kendi isteği ile başvuru	2	1.4
Adli Tıp	2	1.4
Savcılık	1	0.7
Evlendirme Memurluğu	1	0.7
<b>Toplam</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

### *Dava türlerinin incelenmesi:*

Olguların %42'si ceza hukuku davası nedeniyle, %58'i ise medeni hukuk davası nedeniyle rapor almak üzere gönderilmişlerdir. Erkeklerin %50.5'i ceza hukuku davası nedeniyle gönderilirken, ceza hukuku davası nedeniyle gönderilen kadınların oranı yalnızca %22.7'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ( $\chi^2 = 9.65138$ ;  $p = 0.00189$ ).

### *Adli raporda açığa kavuşturulması istenilen durum açısından olguların değerlendirilmesi:*

Gönderen makamca raporla açığa kavuşturulması istenilen durum açısından 143 olgunun dökümü Tablo-2'de yapılmıştır. Tabloda da görüldüğü gibi en sık gönderilme nedeni "vesayet altına alınmasının gerekmediğinin belirlenmesi"dir. Bunu "ceza ehliyetinin olup olmadığının" (f = 32) ve "uyuşturucu bağımlılığının olup olmadığının" (f = 18) belirlenmesi izlemektedir.

Rapor isteme gerekçesine ek olarak dava ehliyeti istenip istenmediği incelendiğinde yalnızca "vesayet altına alınma" gerekçesiyle rapor istenen vakaların

*Tablo-2: Psikiyatri Bölümü'nden Adli Rapor İstenme Gerekçeleri, Olgu Sayıları ve Toplam İçindeki Yüzdeleri*

Rapor isteme gerekçesi	Olgu sayısı	Yüzdesi
Vesayet altına alınma	60	42.0
Ceza ehliyeti	32	22.4
Uyuşturucu bağımlılığı	18	12.6
Cinsel iktidar	9	6.3
Medeni ehliyet	7	4.9
Vesayetin kaldırılması	6	4.2
Mukavemetle muktedirlik	4	2.8
Çocukların velayetini alma	2	1.4
Adli rapor	3	2.1
Ceza ehliyeti (kontrol)	1	0.7
Farik-i mümeyyizlik	1	0.7
<b>Toplam</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

%60'ında (f = 36) duruşma ehliyetinin olup olmadığı gönderen makamca sorulmuş diğer olgularda ise sorulmamıştır. Duruşma ehliyeti sorulan 36 olgunun 3'ünde (%8.3) duruşma ehliyeti olduğu, 25'inde (%69.4) ise duruşma ehliyetinin olmadığı yönünde rapor verilirken geriye kalan 8 olguda (%22.2) duruşma ehliyetinin olup olmadığı raporda belirtilmemiştir. Duruşma ehliyetinin olup olmadığı rapor istenen makamca sorulmayan 106 olgunun 10'unda (%9.4) duruşma ehliyetinin olup olmadığı psikiyatristin hazırladığı raporda belirtilmiştir.

*Gönderen makamın rapor isteme gerekçeleri:*

"Vesayet altına alınma" nedeniyle gönderilen 60 olgunun 3'ünde (%5) boşanma davası için vesayet, 2'sinde (%3.3) akıl hastalığı nedeniyle boşanma, 1'inde (%1.7) babasının sağlık karnesinden yararlanma, 1'inde alkol bağımlılığı, 1'inde tekrar değerlendirme, vesayet altına alınma isteminin gerekçesi olarak belirtilmiş iken 52 (%86.7) olguda gönderen makamın yazısında vesayet altına alınmanın gerekçesi belirtilmemiştir. "Vesayetin kaldırılması" nedeniyle gönderilen 6 olgunun 1'inde isteme sebebi olarak tekrar değerlendirme belirtilmiştir. Diğer 5 olguda isteme sebebi belirtilmemiştir.

Alkol ve madde bağımlılığının araştırılması için gönderilen 18 olgunun 16'sı (%88.9) uyuşturucu bulundurma, kullanma ve satma suçu nedeniyle, 1'i (%5.5) ceza ehliyeti, 1'i (%5.5) akıl hastalığı nedeni boşanma için gönderilmişlerdir.

Ceza ehliyeti için gönderilen 32 olgunun 8'inde (%25) cinayet, 6'sında (%18.75) hırsızlık, 3'ünde (%9.4) yaralama, 3'ünde (%9.4) tehdit-hakaret, 2'sinde (%6.25) uyuşturucu, 2'sinde (%6.25) cinsel suç, 1'inde (%3.1) alkol bağımlılığı, 1'inde (%3.1) ruhsatsız silah, 1'inde (%3.1) akıl hastalığı nedeniyle boşanma gerekçe gösterilerek ceza ehliyetinin olup olmadığı sorulmuştur. Beş olguda gönderilme gerekçesi belirtilmemiştir.

Medeni ehliyetin olup olmadığının belirlenmesi için gönderilen 7 olgudan 1'inde (%14.3) boşanabilmek için, 2'sinde (%28.6) evlenebilmek için rapor istenmiştir. Bir olgu da kendisine karşı işlenen bir suç nedeniyle dava açtığı için medeni ehliyeti sorulmuştur.

Cinsel iktidar sorulan 9 olgudan 4'ünde (%44.4) boşanma davası nedeniyle cinsel birleşmeye bir engelinin olup olmadığı sorulmuştur. Diğer olgularda makamın yazısında gerekçe belirtilmemiştir.

Mukavemete muktedirlik sorulan 4 olgu cinsel suç mağduru olarak gönderilmişlerdir.

Çocukların velayetini alması açısından sorgulanan 2 olgu da, boşanma nedeniyle diğer eşin çocukların velayetini almaya ehil olmadığını iddia etmesi üzerine dava konusu olmuştur.

Adli rapor istenen 3 olgudan 2'sinde etkili eylemin

diğerinde de trafik kazasının psikolojik etkilerinin olup olmadığının araştırılması nedeniyle rapor düzenlenmesi istenmiştir.

Farik ve mümeyyizlik sorulan bir olgu hakkında sürücü belgesi olmadan araç kullanma iddiası vardır.

*Rapor sonuçları:*

Vesayet altına alınması için gönderilen 60 olgunun 45'inde (%75.0) vesayet altına alınmasına, 10'unda (%16.7) vesayet altına alınmasına gerek olmadığına, 5'inde (%8.3) müşavir atanmasına karar verilmiştir.

Ceza ehliyeti sorgulanan 32 olgunun 18'inde (%56.3) ceza ehliyeti tam bulunurken, 4 (%12.5) olgu 46'ıncı madde, 3 (%9.4) olgu 47'inci madde kapsamında değerlendirilirken 7 (%21.9) olguda ise kesin karar verilememiştir.

Uyuşturucu bağımlılığı sorgulanan 18 olgunun 1'inde (%5.6) vesayet altına alınmasına gerek olmadığı (medeni ehliyeti tam), 7'sinde (%37.9) ceza ehliyetinin tam olduğu, 9'unda (%50.0) bağımlılığın olmadığı (iptila düzeyinde değil), 1'inde (%5.6) bağımlı (madde-alkol) olduğu rapor edilmiştir.

Cinsel iktidar sorgulanan 9 olgunun 1'inde (%11.1) ceza ehliyetinin tam olduğu, 6 (%66.7) olguda cinsel iktidarın olduğu (psikolojik engel olmadığı), 2'sinde (%22.2) azalmış cinsel istek olduğu şeklinde rapor verilmiştir.

Medeni ehliyet sorgulanan 7 olgunun 5'inde (%71.4) vesayet altına alınmasına gerek olmadığına (ya da medeni ehliyeti tam), 1'inde temyiz kudretinin olmadığına, diğer 1 olguda müşavir atanmasına karar verilmiştir.

Vesayetin kaldırılması için gönderilen 6 olgunun birinde vesayet kaldırılmış, 5 olguda vesayet kararına devam edilmiştir.

Mukavemete muktedirlik sorulan 4 olgunun tamamında mukavemete muktedir olmadığı rapor edilmiştir.

Adli rapor istenen 3 olgunun birinde travma sonucu psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilirken 2'sinde kesin karar verilememiştir.

Çocukların velayetini almak üzere gönderilen 2 olgunun birinde vesayet altına alınmasına gerek olmadığı (medeni ehliyeti tam), diğerinde ise çocukların velayetine ehil olmadığı şeklinde karar verilmiştir.

Farik ve mümeyyiz olup olmadığı sorulan 1 olgu işlediği suçun farik ve mümeyyizi bulunmuştur.

Ceza ehliyeti kontrol amaçlı gönderilen bir olguda cezai ehliyeti olmadığına karar verilmiştir.

Adli raporda belirtilen karar gerekçeleri:

143 olguda rapordaki karara gerekçe olan hastalıklar incelendiğinde 20 (%14.0) olguda mental motor retardasyon, 13 (%9.1) olguda paranoid şizofreni, 8 (%5.6) olguda şizofrenik bozukluk, 8(%5.6) olguda demans, 8(%5.6) olguda bipolar bozukluk, 6 (%4.2) olguda organik bozukluk, 4 (%2.8) olguda antisosyal

kişilik, 3 (%2.1) olguda madde bağımlılığı, 2 (%1.4) olguda şizofrenik bozukluk (rezidüel tip), 2 (%1.4) olguda distimik bozukluk, 1 (%0.7) olguda majör depresyon, 1 (%0.7) olguda panik bozukluk, 1 (%0.7) olguda deliran boz (persekütuar tip), 1 (%0.7) olguda parkinson hastalığı, 1 (%0.7) olguda şizoafektif bozukluk, 1 (%0.7) olguda anksiyete bozukluğu, 1 (%0.7) olguda yakın bellek ve istemli dikkat bozukluğuna ek olarak hafif depresif duygudurum rapora gerekçe olan psikiyatrik bozukluklardır.

143 olgunun 32'sinde (%22.4) aktif psikopatoloji saptanamaması, 17 (%11.9) olguda bağımlılık olmaması ya da iptila düzeyinde olmaması, 1 (%0.7) olguda belli bir süre aktif psikopatoloji olmaması, 5 (%3.5) olguda hafif psikopatoloji olması karara gerekçe oluştururken, 4 (%2.8) olguda mahkeme dosyasının istenmesine ihtiyaç duyulmuş, 3 (%2.1) olgunun ise gözlem altına alınarak incelenmesine karar verilmiştir.

Kesin karar verilemeyen olguların değerlendirilmesi:

Kesin karar verilemeyen 9 olgunun 7'si (%77.8) ceza ehliyeti, 2'si ise adli rapor nedeniyle gönderilmiş olan olgulardır.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Medeni durum açısından kadın ve erkekler arasındaki fark, toplumdaki dağılımı yansıtabileceği gibi psikiyatrik hastalığı olan erkeklerin evliliklerinin devam etmesine karşın, kadınların daha çabuk boşanmalarıyla da bağlantılı olabilir.

Kesin karar verilemeyen olgularla ilgili sonuç, raporun adına düzenlendiği kişinin ya da davalı açısından bazı olguların heyetçe daha titizlikle incelendiğini ve yanlış rapor vermektense karar vermeyi tercih ettiklerini, diğer gerekçelerle istenen raporlarda ise kesin rapor vermekte daha az tereddüt edildiğini düşündürmektedir. Bu sonuç, olguların değerlendirilmesindeki zorluktan kaynaklanabileceği gibi, bazı vakalarda küçük hata paylarının daha az hayati önemi olması nedeniyle daha rahat karar verilebilmesinden kaynaklanabilir. Bu sonucun rapor düzenleyenlerin bir hatası ya da eksikliği değil, adli raporların doğası gereği olduğu düşünülmektedir.

Bir raporda, sorumluluğu üstlenmekten kaçınıldığı izlenimi edinilen "kısmen mukavemete muktedir" şeklinde bir ifade kullanılmıştır. Kanaatimizce böyle bir rapor mahkemeyi aydınlatıcı olmayacaktır. Tabii ki insan doğasında ya hep ya hiç diye bir şey yoktur ve mukavemete muktedirlik açısından insanlar bir spektrum oluşturmaktadırlar. Eğer psikiyatr bile olgunun mukavemete muktedir olup olmadığına tereddüt ediyorsa, bu kişiyle cinsel ilişki kurduğu için suçlanan bir kişinin o kişinin mukavemete muktedir olup olmadığını anlaması beklenmese gerekir. Dolayısıyla, böyle bir vakada olgunun mukavemete muktedir olduğu

nun rapor edilmesinin adaleti sağlayıcı olacağını düşünüyoruz. Tabii ki bu kanaatimiz, mukavemete muktedirliği etkileyen, zeka geriliği gibi süregelen durumlar için geçerlidir. Bütün olguların % 46.2'sinde (f = 66), "vesayet altına alınma" nedeniyle gönderilen 60 olgunun ise %86.7'sinde (f = 52) gönderen makamın yazısında vesayet altına alınmanın gerekçesi belirtilmemiştir. Her ne kadar olguların yalnızca %2.1'inde dava dosyasının istenmesine gerek duyulmamışsa da rapor isteyen makamların rapor isteme gerekçelerini bildirmesinin adli heyetin kararını kolaylaştıracağını düşünüyoruz.

Psikiyatrinin hazırladığı adli raporlarda olgunun hangi ceza ya da medeni hukuk kanun maddesi kapsamında değerlendirilmesi gerektiğinin belirtilmesinin, her ne kadar çok yaygın bir uygulama olsa da tartışılması gerektiğini düşünüyoruz. Kanaatimizce kanun maddesinin belirtilmesi hekimin kendi alanı dışında fikir beyan etmesi şeklinde algılanabilir. Bazı kişisel görüşmelerimizde gerçekten de adli mercilerin adli tıp raporlarında kanun maddelerinin belirtilmesinden rahatsız olduklarını öğrendik. Bununla birlikte, bazı adli merciler olgunun değerlendirilmesi sonucunda raporda hangi kanun maddesinde değerlendirileceğini (örneğin, Türk Ceza Kanununun 46'ncı ya da 47'inci maddesine girip girmediğini) sormaktadırlar.

Hekimler ve hukukçular arasındaki dil sorunu, üzerinde durulması gereken diğer bir konudur. Örneğin bir raporda olguda "yaşlanmaya bağlı olağan değişiklikler" olduğu belirtilmiştir. Bu ifadenin hukukçu açısından bir anlamı var mıdır? Eğer yoksa o zaman bu ifadenin hukukçuya yönelik hazırlanan raporda bildirilmesinin bir anlamı var mıdır? Hekim adli raporda hukukçuların anlayacağı bir dil yani hukuk dili kullanmak zorundadır. Ayrıca psikiyatrik bir tanının mahkemeye bildirilmesi tek başına yeterli değildir. Bunun nasıl bir hukuksal karşılığının olduğunun hekimce bilinmesi ve örneğin "müşavir atanması uygundur" ya da "medeni haklarını kullanmaya ehildir" şeklinde hukuki fikir beyan etmeleri gerekebilmektedir. Ayrıca hukukçuların adli tıp ve adli psikiyatriden rapor isterken kullandıkları terimlerin standardizasyonunu sağlaması ve farklı mercilerin gönderdikleri yazılarda farklı terimlerin kullanılmaması gerekmektedir. Bu iletişim sorunlarının giderilmesi için disiplinler arası eğitim ve bilgilendirme programlarının yapılması gereklidir.

Bu yazıda belirtilen sonuçların Türkiye'nin diğer kurumlarınca verilen raporlarla karşılaştırılması çok önemli olacaktır. Eğer raporlar arasında önemli bir fark saptanacak olursa bunun nedenleri araştırılmalıdır. Hekimler ya da adli heyetler arasındaki farklar eğer eğitim farkından ya da heyetlerin eğilimlerindeki farktan kaynaklanıyorsa bu sonuç adalet açısından düşündürücüdür ve standardizasyonu sağlayıcı

araştırma ve düzenlemeleri gerektirecektir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Aygün AN. Cezaya ehliyet ve bunu kaldıran veya hafifleten sebepler üzerine bir inceleme. Adalet Dergisi 1986;4: 25-48.
2. Biçer Ü, Bilgili M, Hancı İH. Adli psikiyatri. Birinci basamak için adli tıp el kitabı Türk Tabipleri Birliği ve Adli Tıp Uzmanları Derneği Ankara, 1996.
3. Çağlayan MM. Yargıtay içtihatlarının ışığı altında çeşitli cürümler açısından kast ve ceza sorumluluğu üzerine bir izah denemesi. Adalet Dergisi 1986;5: 56-100.
4. Dinçmen K. Adli psikiyatri. Ankara, 1985.
5. Erkol ZZ. "Hukuki Ehliyet" kavramının adli psikiyatri yönünden değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul 1990.
6. Hancı İH. Ceza ehliyeti (ceza sorumluluğu), Adli psikiyatri içinde, Hancı İ.H., Editör, İzmir: İntertıp Matbaacılık, 1997.
7. Yücel MT. Cezai sorumluluk ve akıl hastası suçlular. Adalet Dergisi 1987;5: 25-35.
8. Hancı İH. Hekimin yasal sorumlulukları ve hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku). 2. Baskı. İzmir: Toprak Ofset Matbaacılık Ltd. Şti., 1999.

#### **Yazışma Adresi:**

Dr. Yıldırım Zeyfeoğlu  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Adli Tıp Ana Bilim Dalı, Bornova, İzmir.  
Tel: 232 3434343 / 3256

# TRAVMA SKORU VE ADLİ TIP

## Trauma Scoring And Forensic Medicine

**Yasemin GÜNAY\***

*Günay Y. Trauma Skoru ve Adli Tıp. Adli Tıp Bülteni 1999; 4(2):65-73.*

### ÖZET

Fiziksel yaralanmaların ağırlığını değerlendirmek ve ölçmek için çok sayıda skala geliştirilmiştir.

Bu yazıda önemli skor sistemleri, yararları ve adli tıpta uygulanabilirliği sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Travma skoru, Adli tıp, Uygulanabilirlik.

### SUMMARY

A number of trauma scoring systems have been developed in order to evaluate and measure the severity of physical injury. In this paper, some of important trauma scoring systems are presented, and their utility and applicability are in forensic medicine.

**Key words:** Trauma scoring, forensic medicine, applicability.

### GİRİŞ

Bir çok ülkede kişilerin maruz kaldığı travmanın şiddeti ve ortaya çıkan hasarı değerlendirmek için bazı skorlama sistemleri geliştirilmiş ve geliştirilmeye devam etmektedir. Travmanın ağırlığının tespiti için ortaya konulan kriterlerin ölçülebilir ve karşılaştırılabilir objektif kriterler olması önemlidir. Bu amaçla anatomik ve fizyolojik birçok puanlama sistemleri oluşturulmuştur (1- 5).

Travmanın ağırlığını değerlendirmek için oluşturulan puanlama sistemlerinin yararları:

Travma skor sistemleri kullanılarak elde edilen ağırlık puanı ile hasarın ağırlık düzeyinin objektif olarak saptanması sonucu;

\*Acil bakım merkezlerinde her gün izlenen hastaların ihtiyaç duydukları özel bakım belirlenebilir ve hastalar ihtiyaçlarına göre sınıflandırılabilir.

\*Yaralanmayı izleyen erken dönemde mortaliteyle ilişkilendirilmiş olan fizyolojik veriler kullanılarak risk altındaki hastalar belirlenebilir.

\*Gereken bakımın hızla sağlanamayacağı bir hastaneye hasta kabul edildiğinde, yara ağırlık düzeyine göre hastanın hızla başka bir hastaneye sevkine karar verilebilir.

\*Tedaviden optimum yarar görecektir hastalar belirlenip öncelikli hale getirilebilir. Yani yaşama şansı tıbbi tedavi ile önemli oranda artacak hasta ile maksimum tedaviye rağmen yaşama şansı çok az olan hasta birbirinden ayrılabilir.

\*Hangi bölgelerde, ne tür ve hangi ağırlıkta yaralanmalar olduğuna dair epidemiyolojik veri tabanı oluşturulmasına yardım eder.

\*Değişik sağlık kuruluşlarında tedavi edilen travmalı hastalardan alınan sonuçlar değerlendirilerek sağlık kuruluşları arasında karşılaştırma yapılabilir.

Özetle travmanın ağırlık düzeyinin belirlenmesi ve ölçülmesi, halk sağlığı açısından hem yaralanmaların kontrol altına alınmasına hem de travmalı olgulara yaklaşımda kalitenin artırılmasına katkıda bulunacaktır (2, 6-9).

### Değişik Skor Tipleri

Kalite güvencesinin geçerli ve yararlı metodlarının geliştirilmesi, travmalı hastaların sonuçlarının karşılaştırılması, temel epidemiyolojik travma verilerinin toplanması ve hastane öncesi ve hastaneler arası durum tespitinin etkin kullanımı için anatomik ve fizyolojik bir çok skala geliştirilmiştir.

#### A) Fizyolojik Skorlar

Vücut travmaya fizyolojik değişimlerle cevap verir. Örneğin kontrol edilemeyen kanama hipotansiyon, taşikardi ve şoka neden olur. Santral sinir sisteminin etkilenmesiyle bilinç kaybı oluşur. Travmalı hastadaki normal fizyolojiden sapmalar bilinç düzeyi, solunum, nabız sayısı ve kan basıncında değişikliklere neden olur.

Mortalite ile güçlü korelasyonu olan ve vital bulguların ölçümünde temel olan, bilinç durumu, solu-

\* Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp ABD, Eskişehir.

Geliş Tarihi: 13.12.1999 Düzeltme Tarihi: 28.02.2000 Kabul tarihi: 20.5.2000

num, kan basıncı gibi ölçülebilir parametrelere dayanan fizyolojik puanlama sistemleri hastanın durumunun tespiti ve sonucun tahmin edilmesi gibi erken değerlendirmeler için yararlıdır. Fizyolojik puanlama sistemlerinden en sık kullanılanlar " Travma Skoru ( Trauma Score- TS)" ve " Düzeltilmiş Travma Skoru ( Revised Trauma Score- RTS)" dur. Örneğin RTS'nin hesaplama parametreleri kan basıncı, solunum hızı ve Glasgow Koma Skalası kriterleridir (1, 2, 10).

### 1) Travma Skoru (Trauma Score)

Travma Durum Değerlendirme İndeksi (Trauma Triage Index)'nin matematiksel bir modifikasyonudur. Solunum hızı ve derinliği, sistolik kan basıncı, kapiller dolaşım ve kardiyovasküler durum değerlendirmesi gibi değişkenleri içeren Glasgow Koma Skalasını baz alır. Değişkenlere verilen değerler toplanarak toplam skor elde edilir. Değer aralığı 1 ile 16 arasında olup 1 en kötü durumu, 16 en iyi durumu gösterir (11).

Skorun yaşam olasılığını tahmindeki rolü 821 күnt travmalı(11) ve 888 penetran travmalı (12) hastada değerlendirilmiştir. Triage Index'ten daha az güçlü bir yol gösterici olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte geçerliliği daha fazladır. Fizyolojik durum değerlendirmede yaygın olarak kullanılan bir skordur. Araştırmacılar sonuçla olan korelasyon ve kesinlikten feragat edilmeksizin değişkenlerin sayısını azaltmaya çalışmaktadır.

### 2) Düzeltilmiş Travma Skoru (The Revised Trauma Score)

Travma skoru kullanılırken kapiller dolaşım ve solunum durumuna göre değerlendirmenin ve hastayı her zaman gözleminin güç olduğu ortaya atıldı. Ayrıca bazı kafa travmalarının ağırlığını ölçemediği de öne sürüldü.

Düzeltilmiş Travma Skoru, Glasgow Koma Skalası, sistolik kan basıncı ve solunum hızını temel alır. Değişkenlere 0 ile 4 arasında kod verilir. Düzeltilmiş Travma Skoru önemli fizyolojik değişiklikler ya da multisistem yaralanmaların olmadığı ciddi kafa travması olan hastaların durumunun daha iyi değerlendirilmesini sağlar ve "Travma Skoru"ndan daha güvenilir sonuç tahminine olanak sağlar (6).

Ayrıca Düzeltilmiş Travma Skorunun hastanın hayatta kalma olasılığı ile korelasyonu iyi olduğundan ya-

Tablo 1: Düzeltilmiş Travma Skoru Değerlendirmesi

Glasgow Koma Skoru	Sistolik kan basıncı	Solunum hızı	Düzeltilmiş Travma Skoru (RTS) kodu
13-15	>89	10-29	4
9-12	76-89	>29	3
6-8	50-75	6-9	2
4-5	1-49	1-5	1
3	0	0	0

### Göz Hareketleri

- 1 Gözde hareket yok
- 2 Ağrılı uyarana cevap var
- 3 Sözlü emirlere cevap var
- 4 Gözleri spontan açma-kapama var

### Konuşma-Sözel Cevap

- 1 Hiç cevap yok
- 2 Anlaşılmaz sesler
- 3 Uygunsuz kelimeler
- 4 Konfü konuşma
- 5 Oryante

### Motor Cevap

- 1 Hiç hareket yok
- 2 Ağrılı uyarılara ekstansiyon cevap
- 3 Ağrılı uyarılara fleksiyon cevap
- 4 Ağrılı uyarılara karşı geri çekme hareketi
- 5 Ağrılı uyarıyı lokalize etme
- 6 Emirlerle uygun hareket

şam şansının hesaplanmasında kullanılır. Bunun için Glasgow Koma Skalası, sistolik kan basıncı ve solunum hızının aldığı değerlere göre şu formülle hesap yapılır.

Düzeltilmiş Travma Skoru =  $0.9368 \times \text{Glasgow Koma Skoru} + 0.7326 \times \text{Sistolik kan basıncı} + 0.2908 \times \text{Solunum hızı}$ . Sonuç değerleri 0 ile 7.8408 arasında değişir. Daha yüksek değerler daha iyi prognoza işaret ederken, 4 ün altındaki değerler hastanın bir travma merkezinde tedavi edilmesi gerektiğine işaret eder (6, 11).

### 3) Glasgow Koma Skalası (Glasgow Coma Scale)

Glasgow Koma Skalası (13), kraniyoserebral yaralanmalı hastalarda koma derecesini güvenilir bir şekilde değerlendirmeye yarayan ve yaygın olarak kullanılan bir indekstir. En kötü durumda 3, en iyi 15 olan 3 ile 15 arasındaki değerlere sahiptir. Skor değeri yükseldikçe bilinç durumunun daha iyi olduğunu gösterir. Burada beyin zararlanma durumu ve beyin fonksiyonları ile hastanın seyri 3 temel cevaba göre değerlendirilir. Bunlar göz hareketleri, sözel cevap ve motor cevaptır.

Eğer skor 13 ve üzerindeyse iyileşebilir beyin hasarı, 9-12 arasında ise orta derecede beyin hasarı, 8 ve altında ise ciddi beyin hasarı olduğu şeklinde değerlendirilir (13).

Beyin fonksiyonlarını ölçen "Glasgow Sonuç Skalası"nın (14) mortalite ile korelasyonu mevcut olup kullanımı kolaydır. Bu skala hastane öncesi durum tespiti ve hastaneye gönderildikten sonraki bilinç düzeyinin tanımlanmasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Daha sonra geliştirilen bazı skor sistemleri içine de alınmıştır.

Glasgow Sonuç Skoru'na göre;

- 1- Ölüm kaçınılmaz
- 2- İnatçı, devamlı sakatlık: Bitkisel yaşam
- 3- Ciddi sakatlık: Bilinci yerinde ama sakat. Günlük bakım için bağımlı.
- 4- Orta derecede sakatlık: Sakat fakat bağımsız. Destekle çalışabilir.
- 5- İyileşme düzeyi iyi: Minör defisite rağmen normal yaşamı sürdürebilecek durumda.

Aynı esaslara dayalı ve aynı şekilde değerlendirilen "Glasgow Pediatrik Koma Skoru" da mevcuttur. Yalnız burada sözlü uyarılara yanıt şu şekilde puanlandırılmıştır.

- 1- Hiç ses çıkarmıyor
- 2- Avutulamaz, ajite
- 3- Arada bir avutulabiliyor, inliyor.
- 4- Ağlıyor fakat avutulabiliyor, uygunsuz etkileşim
- 5- Gülüyor, sesleri takip edebiliyor, objeleri izleyebiliyor, iletişim kurabiliyor.

#### 4) Durum Değerlendirme İndeksi ( The Triage Index)

"Triage Index" hastanın durumunun ne kadar kritik olduğunun belirlenmesi ve yaralanma sonrası şahsın hastaneye yatırılması gerekip gerekmediğinin tahminini sağlayan bir erken değerlendirme sistemi olup kullanımı kolaydır.

Modifiye edilen indeksin kullanıldığı çalışmalarda, hastane öncesi hastayı ilk değerlendiren personel tarafından yaralanma ağırlığının tahmini ile gerçek hospitalizasyon oranı arasında tutarlı korelasyon bulunmuştur. Diğer yandan bu çalışma, indeksin mortalite ve morbiditenin tahmininde yetersiz kaldığını göstermiştir (15-16).

#### 5) Şok Skoru (Shock Score)

Hastaneye kabulde sistolik kan basıncı, hemotokrit ve arteriel PH'ı baz alan travma ağırlığı ölçüm skorudur. Tüm ciddi yaralı hastaların belirlenmesini sağlayamamasına rağmen, acil serviste durumu kritik olup hastaneye kabul edilmesi gereken ve derhal tedavi edilmek için önceliği olan hastaları tanımlamada yararlı olabileceği gösterilmiştir (17).

#### 6) CRAMS Skalası (CRAMS Scale)

Burada C: Circulation (Dolaşım), R: Respiration (Solunum), A: Abdomen (Batin), M: Motor (Hareket), S: Speech (Konuşma)'i temsil etmektedir.

Bu skala travma skorunun basitleştirilmesi girişimi sonucu ortaya çıkmıştır. Solunum sayısı ve göz hareketlerini içermez. Güvenilirliği henüz tam olarak kabul edilmemiştir. Öyle ki Travma Skoru ile CRAMS skalasının karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki skalanın acil serviste ölen hastaları tanımlayabilme düzeyi aynı iken TS'nun hastaneye yatırılması gereken ve acil servisten kliniğe sevk edilmesi gereken hastaları CRAMS'a göre daha iyi tanımladığı saptanmıştır (18).

#### 7) Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Durumu Değerlendirme Sistemi (The Acute Physiology and Chronic Health Evaluation System- APACHE)

Bu sistem yoğun bakım çevrelerinde kullanmak için tanımlanmış bir sistemdir. Yoğun bakıma kabul sırasındaki ya da yoğun bakıma alındıktan sonraki ilk 24 saat içindeki fizyolojik değişimler değerlendirilir. Hastaneye kabul öncesindeki bilgiler kadar fizyolojik değişkenleri de kapsar. Bu sistemin ölüm riskini belirlemek ve yoğun bakım ünitelerini değerlendirmek için kullanılabileceği bildirilmiştir (19).

Yukarıda sadece belli fizyolojik travma skorlarından bahsedilmiştir. Ayrıca Amerikan Travma Cerrahları Birliği'nce geliştirilmiş "Hospital Trauma Index", "Prehospital Trauma Index" ve hekim olmayan acil tıp personeli için geliştirilmiş "Illness- Injury Severity Index" gibi daha bir çok fizyolojik travma skoru da vardır. Bu tür skor sistemlerinin sonucuna göre hasta, acil servisten taburcu edilebilir ya da hastaneye yatırılır, veya yoğun bakım/kardiyak bakım ünitesi olan bir yere sevk edilebilir, ya da acil serviste ölebilir. Bu tür indeksler hastaların 72 saat, 24 saat ya da 4 saat gibi belirli süreler içerisinde acil cerrahi servisi bulunan departmanlara sevkinin gerekip gerekmediğini belirlemede de kullanılmaktadır. Bununla birlikte yanlış pozitif ya da negatif sonuçlar da görülmüştür. Plant ve arkadaşları (20) yapılan bir çalışmada "Prehospital Index" in mortaliteyi tahmin etmekte duyarlı olduğu, ancak 4 saat ya da 24 saat içinde acil cerrahi servisi bulunan yere sevk kararında o kadar duyarlı olmadığı, bir çok minör travmalı hastanın da acil cerrahi servislerine sevk edilmesine neden olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle hastanın ne olacağı tahmininde bu tür indekslerin güvenilirliği henüz bildirilmemiştir.

#### B) Anatomik Skorlar

Anatomik puanlama sistemine göre skalalar oluşturulurken tüm yaralanmalar sınıflandırılıp özellikleri

tanımlanmakta, yaralanan her organa ve yaralanma derecesine göre ayrı puan verilmektedir. Bu tür yöntemlerle retrospektif verilerden sonuç çıkarmak mümkündür. Ancak yaralanan kişilerin ilk değerlendirmelerinde kullanımları sınırlıdır. Anatomik derecelendirme sistemleri arasında en sık kullanılanlar "Kısaltılmış Yaralanma Skalası (Abbreviated Injury Scale- AIS)" ve onun türevleri ile " Yaralanma Ağırlık Skoru (Injury Severity Score- ISS)"dur (1- 5, 10).

### 1) Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması ( International Classification of Diseases 9th Revision, Clinical Modification- ICD-9-CM) (21)

Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması'nın Kliniğe Uyarlanmış 9. Versiyonu (ICD-9-CM) bir ağırlık skor sistemi olmayıp hemen hemen evrensel kullanılan bir kodlama sistemidir. Klinik değerlendirme ve araştırmalar için travma kayıtlarından hasta gruplarının seçilmesine izin verir. Yaralanmanın kesin olarak tanımlanabilmesi için bazı ayrıntılardan yeterince arındırılmamıştır. Örneğin kafatası kırığı, kafa tabanı kırığı ve kafada özelliği olmayan kırık aynı kodlara sahiptir. Bu durumda kafatasında kırık ile kafatasında özelliği olmayan kırık arasında ayırım yapılamamaktadır.

### 2) Kısaltılmış Yaralanma Skalası (Abbreviated Injury Scale- AIS)

Tek tek yaraların ağırlığını karakterize etmek için 1950'lerde ilk kez Cornell'de DeHaven tarafından çalışma yapıldı. 1971'de oluşturulan ilk versiyonu "The American Medical Association(AMA), The American Association of Automotive Medicine (AAAM) ve The Society of Automotive Engineers" den oluşan bir komitenin sponsorluğunda yayınlandı. 1973'de yaralanma skalalarının sorumluluğunu AAAM üstlendi ve bunu 1974, 1975, 1976, 1980, 1985 ve 1990 revizyonları izledi. İlk versiyonlar motorlu taşıt kazalarında yaralanan kişilerin yaralanma derecelerini gösteren bir form oluşturulmasına yönelik iken son versiyonlar araç kazaları dışındaki ateşli silah, kesici-delici alet yaraları ya da künt yaralanmalar gibi tüm şiddet yaralanmalarını da içermektedir. AIS'e göre tüm yaralar ağırlık açısından en küçük ağırlık birimi 1, en büyüğü 6 olacak şekilde 6 gruba ayrılır (1-5, 10).

AIS'e göre yaralanmanın ağırlık(ciddiyet) derecesi;

- 1- Minör yaralanmalar(minor)
- 2- Orta derecede yaralanmalar(moderate)
- 3- Ciddi yaralanmalar (serious)
- 4- Ağır yaralanmalar (severe)
- 5- Durumu kritik olan hastalar (critical)
- 6- En ağır yaralanmalar, ölümün kaçınılmaz olarak beklendiği hastalar ( maximum injury-virtually unsurvivable) şeklinde gruplandırılmaktadır.

AIS'in eski ve yeni versiyonlarının niteliksel ve niceliksel olarak karşılaştırıldığı çalışmalar da yapılmıştır (5). Tanımlanan her bir yaralanmanın ağırlık derecesi için puanlama ICD-9-CM'e göre hasta taburcu belgesindeki hasarlar göz önüne alınarak yapılmıştır. Çalışmalarda puanlama sırasında dikkat edilecek hususlar üzerinde de durulmuştur.

AIS 90'da beyindeki vasküler yaralanmalar ilk kez tanımlanmıştır. Kafa, göğüs ve batin yaralanmaları da 85 versiyonuna göre daha detaylıdır. Yara boyutlarının yara skoru ile ilişkilendirilerek kantitatif tanımlanmasını içerir. Örneğin böbrekte minör laserasyon, üriner ekstremitasyonlu 1 cm'den küçük yüzeysel lezyon olarak tanımlanır (22).

AIS tek tek yaralara ağırlık verdiği için, travmalı hastaların maruz kaldığı multipl yaralanma durumlarını toplam olarak değerlendirebilecek skorlara ihtiyaç duyulmuştur.

### 3) Yaralanma Ağırlık Skoru ( Injury Severity Score- ISS)

ISS (2, 5, 23-27) ilk kez 1974'te AIS'ten geliştirilmiş olup multipl yaralanmalar için AIS kod sistemine dayanan yara ağırlık skoru sistemidir. 1 ile 75 arasında değerler alır. ISS'ye göre yaralar ağırlık dereceleri açısından 3 kategoriye ayrılır.

1. *Kategori:* Minör yaralanma grubu. ISS puanı 0-15 arası olanlar. Yaşama şansı oldukça yüksek, uygun tedavi uygulandığı takdirde ölüm beklenmeyen yaralanmalar.

2. *Kategori:* Major yaralanmalar. ISS puanı 16 ve üstünde olanlar. Daha düşük yaşam şansı olan ciddi yaralanmalı olgular.

3. *Kategori:* ISS puanı 75 olanlar. Kompanse edilemeyecek, yaşamı tehdit edici yaralanması olanlar.

ISS; farklı vücut bölgelerinden en ciddi yaralanan 3 vücut bölgesindeki yaraların en yüksek AIS skorları karelerinin toplamıdır.

#### Vücut bölgeleri;

a- Kafa ve boyun

b- Yüz

c- Göğüs

d- Karın ve pelvis organları

e- Ekstremiteler ve pelvik çati

f- Deri-deri altını içeren yüzeysel bölgeler olmak üzere 6 bölümde değerlendirilir.

Lezyon	Vücut bölgesi	AIS 85 puanı	ISS puanı
Dalak rüptürü	Karın	2	4
Kaburga kırıkları	Göğüs	2	
Akciğerde hematom	Göğüs	4	16
Femur kırığı	Ekstremiteler	3	9
<b>Toplam</b>			<b>29</b>



Farklı 3 vücut bölgesinde en yüksek AIS skoruna sahip yaraların skorları verildiğinde bilgisayar ortamında bundan otomatik olarak ISS'yi hesaplayacak özel hesap makinesi de geliştirilmiştir (5, 25, 28).

Örneğin ateşli silahla beyin yaralanması gibi AIS sisteminde 6. gruba giren en ağır yaralanmalar ISS'de otomatik olarak 75 puana karşılık gelir. Aynı puan tek başına yaşamı tehdit etmeyen, kompanse edilebilir, AIS'te 5. gruba giren 3 ayrı yaranın varlığı durumunda da elde edilir. Öyle ki;  $5 \approx + 5 \approx + 5 \approx = 75$  puan (5, 25-27).

Örneğin; Dalak rüptürü, kaburga kırıkları, akciğerde genişlemeyen intraparenkimal hematoma ve femur kırığı olan bir kişinin yaralanma ağırlık skoru bu şekilde hesaplanır.

ISS mortalite ile koreledir (29-30). Ancak bunun da bazı kısıtlılıkları bildirilmiştir (4). Sadece herhangi bir vücut bölgesindeki en yüksek AIS skoru değil vücut bölgesine bakılmaksızın eşit ağırlık skoruna sahip eşdeğer yaraların değerlendirilmesi durumu tartışılmaktadır. Sonuç olarak, bazı ISS değerleri farklı mortaliteye sahip birden fazla yarası olan hastaları kapsarken hastanın gelecekteki durumunun tahmininde zayıf kalır. Herşeye rağmen ISS, toplam olarak anatomik yara ağırlıklarının ölçümünü içerir.

#### 4) Anatomik Profil (Anatomic Profile)

ISS'nin kısıtlılıkları nedeniyle benzer derecede yaralanmalı hastaların karşılaştırılması ihtiyacı doğmuştur. Bu ihtiyaç yaraların anatomik açıdan A, B, C, D olarak değer alan 4 gruba ayrılmasını teşvik etmiştir (27, 31). Kafa/beyin ve medulla spinalis, toraks ve boynun ön kısmındaki yaralar ile AIS puanı 2'den büyük tüm diğer ciddi yaralanmalar A, B, C gruplarına girerken D grubu tüm ciddi olmayan yaraları temsil eder. Deneyimli travma cerrahlarının gözlemleri ve araştırmalarından elde ettikleri bulgulara göre yaraların sıklıkla birlikte görüldüğü vücut bölgeleri şunlardır.

- A- Kafa ve/veya beyin + medulla spinalis
- B- Göğüs + boynun ön kısmı
- C- Batın/pelvis + medulla spinalis + pelvis kırıkları + femoral arter + diz üstü ezilme (crush) + diz üstü amputasyonu + popliteal arter lezyonları
- D- Yüz + diğer yüzeysel lezyonlar

Anatomik profil komponent değerleri aynı olan yaraların AIS skorlarının toplamının kare köküdür. Örneğin 2 AIS 5 puanlı ve 1 AIS 3 puanlı yarası olan hastanın anatomik profil değeri:  $A = \sqrt{5^2 + 5^2 + 3^2} = \sqrt{59} = 7.68$

Bu skala bir vücut bölgesindeki en ciddi yaradan

ziyade tüm yaraların ağırlıklı olarak hesaba katılmasına olanak tanır. Elde edilen değer yaralanan her bir vücut bölgesindeki multipl yaralanma durumunu göz önüne alır.

#### C) Diğer Skor Sistemleri

Kantitatif olarak yoğun bakımda müdahale edilen hastaların ağırlığını karakterize eden, hangi hastaya öncelikle müdahale gerektiğini belirlemeye yarayan, yoğun bakım yataklarının uygun kullanımı ve bakım giderlerinin değerlendirilebilmesi için geliştirilen Tıbbi Müdahale Skor Sistemi (The Therapeutic Intervention Scoring System= TISS); hastaların klinik durumlarında değişiklik olup olmayacağı ve ne yönde olacağı ile ilgili çok sayıda göstereyi içeren Klinik Değerlendirme, Araştırma ve Eğitim Sistemi (Clinical Assessment, Research and Education System) ve pediatrik hastalar için fizyolojik ve anatomik skorların bir kombinasyonu olarak oluşturulan Pediatrik Travma Skoru (Pediatric Trauma Score) da oluşturulan diğer skor sistemlerinden birkaçıdır (32).

Ayrıca yaralanma ağırlığını ölçmede biyokimyasal göstergelerin kullanılmasına ilişkin çalışmalar da yapılmıştır. Örneğin bu çalışmalardan birisi fiziksel yaralanma ağırlık indeksi olarak akut faz protein düzeyinin kullanılması ile ilgilidir. Yaralı dokuda oluşan inflamasyon plazmada C reaktif protein gibi akut faz reaktan proteinlerin düzeyinde artışa neden olur. Yaralanmadan 48-72 saat sonra en üst düzeye ulaşan C reaktif protein konsantrasyonu doku zararlanmasının düzeyine göre belirgin artış gösterir. Araştırmacılar C reaktif protein üst düzeyleri ile AIS ve ISS skorları arasında anlamlı bir ilişki olduğuna, bu göstergenin adli tıp ve travmatolojide yara ağırlığını değerlendirmede yeterince kullanılmadığına dikkati çekmişlerdir (33).

Görüldüğü gibi travma merkez ve sistemlerini değerlendirmek ve analiz etmek için o kadar çok skora sistemleri mevcut ki bu durumda uygulayıcıların amaçları doğrultusunda en yararlı ve geçerli olanları seçmesi gerekmektedir. Bir fizyolojik ve anatomik indeksin birlikte kullanılması hastanın durumunu değerlendirme açısından en iyi sonucu verecektir.

TRISS (Trauma and Injury severity Score) yöntemi RTS, ISS ve hasta yaşına dayanan kombine bir indekstir. Retrospektif bir veri tabanından yararlanılarak bir lojistik model kullanılmasıyla kişilerin yaşam olasılığını tahmin etmede kullanılır. Yaş yönünden hastalar 54 yaşın üstündekiler ve 54 yaş ve altındakiler olmak üzere iki gruba ayrılır. Ağustos 1989'da 5480 hastadan elde edilen verilerin analizi sonucu künt ve penetran travmalı hastalar için TRISS'in iyi tahmin gücü olduğu, pediatrik hastaların sonuç tahmini için de oldukça güvenilir olduğu gösterilmiştir (25-26, 34-35).

Tüm bu travma skor sistemlerinin etkin olarak kul-

lanlabilmesi için, skor sistemlerinin gerektirdiği güvenilir bir hasta kayıt sistemine gerek olduğu kuşkusuzdur.

## **Travma Araştırmalarında Kullanılan Veri Tabanı**

Amerika'da yapılan travma değerlendirme çalışmalarının çoğunluğu Major Travma Sonuç Çalışması (Major Trauma Outcome Study=MTOS) verilerinden yararlanılarak yapılmıştır. MTOS Amerikan Travma Cerrahleri Birliği'nin araştırma verilerini kapsamaktadır. 1989'da 150 den fazla hastane MTOS'a dahil edilmiştir. Bu hastanelerde tedavi gören 170 binden fazla ciddi yaralı hasta MTOS kapsamına girmiştir. Hastanelerin MTOS'a katılımı gönüllü olup MTOS'a katılan hastanelerde, hasta hastaneye kabul edildiğinde hastaların yaralarının tanımlanması yanı sıra demografik ve etiyolojik verilerini de içeren bir form doldurulur. Yara tanımlamaları fizik muayene, grafi, tomografi, cerrahi ve otopsi bulgularına göre ayrıntılı yapılır. Formlar Washington'daki merkez bilgi işlem ve analiz bölümüne gönderilir. Burada tanımlanan yaralar ICD-9-CM ve AIS versiyonlarına göre kodlanır. Bu kodlanan bilgilerden yararlanılarak bilgisayar tarafından ISS hesaplanır (4- 8, 25, 27, 34-36).

## **Travma Skorunun Adli Tıpta Kullanılabilirliği**

Travma skoru ile ilgili adli tıp alanında yapılan çalışmalar daha çok otopsi bulgularına odaklanmıştır. Öyle ki travma nedeniyle ölen kişilerdeki otopsi bulguları, travma araştırmaları ve kalitenin artırılması için oldukça önemlidir. Otopsi bulguları ve klinik verilere göre ABD (Amerika Birleşik Devletler) toplumunda travmatik ölümlerin % 35 kadarı önlenabilir olgulardır (37). İngiltere'deki benzer çalışmalarda da bu oran %30 bulunmuştur (38).

Postmortem travmatik bulguların kodlanması, bir yandan travma araştırmaları için veri tabanı oluşturulmasına yardım ederken diğer yandan düşük ISS değeri önlenabilir ölüm olgularına işaret ettiğinden bakım kalitesi açısından uyarıcı olabilir. Potansiyel olarak kurtarılabildiği ciddi yaralanmalı hastaların sayısı ve kurtarılanların oranı kalite güvencesi için basit objektif ve etkili bir ölçüm yöntemidir. Bu amaçla ISS'nin adli otopsi olgularına uygulanması, önlenabilir ölüm olgularının değerlendirilmesinde yararlı olacaktır.

Fredman ve arkadaşları 279 travmatik otopsi olgusunun % 7 sinde (19 olgu) ISS puanının 0-14 arasında olduğunu bildirmiştir. Bu vakaların 5 inde dışarıya büyük damar kanaması olduğu, mağdurun erken ulaştırılamaması ve tıbbi yardım eksikliğinden dolayı gecikmiş tedavinin ölüme katkısı olduğu, öyle ki kanama kontrolü ve sıvı desteği ile ölümlerin önlenileceği-

ne diğ' liti çekmişlerdir. 3 vakada hava yolunun açılması, yanlış yerleştirilmiş göğüs tüpü ve yetersiz şok yönetimi gibi teknik yaklaşım hataları olduğu, 1 vakada aşırı doku zararı oluşturmayan baş yaralanması, 10 vakada ise dövülme sonucu oluşmuş yüzeysel ve yumuşak doku yaralanmaları olduğu gözlenmiştir. Çalışmaya esas olan otopsiler board sertifikalı bir adli tıp uzmanı tarafından yapılmış olup ayrıntılı dış ve iç muayene bulgularının kaydı yanı sıra vakaların büyük çoğunluğunda direkt grafi çekilmiş, mikroskopik ve toksikolojik incelemeler için örnekler alınmıştır. Kayıt ve değerlendirmeler konusunda eğitimli 3 tarafsız uzman tarafından yapılmıştır. Vücut bütünlüğü bozulmuş, aşırı parçalanmış ve iskeletleşmiş cesetler ile ölüm mekanizmasında anatomik yaralanmanın rolünün olmadığı zehirlenme ve suda boğulma gibi olgular AIS ve ISS kapsamında kodlanamayacağından çalışma kapsamına alınmamıştır. Mekanik ve termal etkiler ile elektrikle oluşan ölümler çalışma kapsamına alınmış, ancak termal ve elektrik yaralanmalarında AIS ve ISS'nin yetersiz kaldığı görülmüştür (24).

Kuzeydoğu Ontario'da motorlu araç kazası nedeniyle otopsi uygulanan 279 olgu, hastaneye ulaşamadan olan ölümlerin kaçınılmaz olup olmadığını araştırmak için AIS-80 ve ISS skorlarına göre değerlendirilmiştir. Tek başına 6 AIS puanına sahip yaralı olan 160 olgunun gerçekten ölümcül yaralanmaya maruz kaldığı, 119 vakanın yaşama potansiyeli olan vakalar olduğu, eğer yeterli ilk travma bakımı geliştirilmiş olsaydı ISS puanı 40 ve altında olan 64 hastanın 52 sinin yaşama olasılığı olduğu saptanmıştır (39).

Yine 279 travmalı hasta otopsi üzerinde yapılan bir başka çalışmada klinik ve postmortem bulgular AIS-80 ve AIS-85 versiyonlara göre puanlanarak pre-mortem ve postmortem saptanan yaralar arasında farklılık olup olmadığı araştırılmış; sonuç olarak pre-mortem ve postmortem bulgular arasında çok az bir farklılık olduğu, var olan farklılığın ise kafa bölgesinde anatomik yaralanma olmaksızın fizyolojik özellikler temelinde skorlanabilen lezyonları olan olgularda olduğu bildirilmiştir (40).

İsveç'in kuzey yarısında bisiklet kullanırken kaza yaparak ölen 146 bisiklet sürücüsünün % 69 unun baş yaralanmasından öldüğü, baş bölgesinin AIS skorlarının 3 ve üzerinde olduğu, başta koruyucu kask kullanılırsa bisiklet ölümlerinin azalacağı bildirilmiştir (41). Tokyo Jikei Üniversitesinde otopsi uygulanan bisiklet ve motosiklet yaralanmalarının retrospektif değerlendirilmesinde de benzer sonuç elde edilmiştir (42).

Adams ve Carrubba 20 otopsi raporunu AIS ve ISS'ye göre puanlayıp detayları değerlendirmiştir. Araştırmacılara göre mevcut kodlar deri ve uzun kemik yaralanmaları ile organ yaralanmalarının çoğu için uygundu. Otopsi tanımlamaları kraniyoserebral,

servikovertebral ve muskuler travmalar için kodlanan kriterlerden daha detaylı iken, torakoabdominal damar ve uzun kemik travmaları için kodlanan kriterlerden daha az detaylı idi. Araştırmacılar akciğer kontüzyonları ve kaburga kırıkları açısından otopsi teşhisinin, bu lezyonların klinik teşhisinden daha iyi bir duyarlılığa sahip olduğunu; serebral ya da kardiak sarsıntı ve boyun kompresyonu gibi çarpıcı morfolojik değişimler olmaksızın ölüm mekanizmasının fizyolojik olduğu durumlarda AIS ve ISS skorlarının ölümcül sonucu yansıtmayacak şekilde düşük olduğunu, aynı şekilde skor düşüklüğü tedavinin uygun olmadığı durumlarda da oluşacağından künt ve penetran yaralanmalı ölümlerde AIS ve ISS skorları düşük bulunursa ölüm mekanizmasının fizyolojik olduğu ya da tedavi sorunlarından kaynaklandığı şeklinde değerlendirilebileceğini bildirmişlerdir (43).

Riddick ve arkadaşları olay yerinde ya da hastaneye getirilirken ölen, travma merkezlerince yaraları belirlenmeyen dolayısıyla lokal ya da bölgesel travma kayıtlarına girmeyen mağdurların otopsilerinin eşsiz bir veri tabanı oluşturacağı için otopsi raporlarındaki yaraların otomatik olarak kodlanmasını önermişlerdir. Öyle ki böyle vakalara ait bilgi içermeyen kayıtlar eksik olup yanlış değerlendirmelere neden olacaktır. Travma kayıtları için bu önemli bilgileri daha kolay değerlendirebilmek amacıyla bir bilgisayar sistemi geliştirilmiş ve yapılan pilot çalışmada hastaneye yatmadan ölmüş 50 kişinin otopsi raporlarındaki yara tanımlamaları ICD-9-CM ve AIS'e göre kodlanmıştır. Sistemin uygulanmasıyla dikkatler önlenabilir ölüm olgularına yönlenebilecektir (44).

Yine otopsi bulgularından yola çıkılarak 1993-1994 arasındaki bir yıllık sürede Singapur Üniversite Hastanesinde oluşan tüm travma ölümleri retrospektif olarak değerlendirildiğinde ölümlerin % 77.6'sının önlenemeyeceği, % 15.3'ünün potansiyel olarak önlenilebilir, % 7.1'inin önlenilebilir olduğu, önlenilebilir olmasına rağmen önlenemeyen ölümlerin bölümler arası transferlerde gecikme ve ilk teşhisin hızlı ve doğru konulamamasından kaynaklandığı saptanmıştır (45).

TWA Flight 800 kazasında uçuş esnasında oluşan felakette koltuk lokalizasyonu ve yapısal zararlanma ile yaraların ağırlığı arasında herhangi bir korelasyon olup olmadığı, tüm otopsi kayıtları, adli ve toksikolojik analizlerden yararlanılarak anatomik bölgelere ve AIS skor sistemine göre değerlendirilmiştir. Yara ağırlığı ve anatomik yara paterni ile koltuk pozisyonu ya da yapısal zarar arasında genel olarak korelasyon olmadığı saptanmıştır (46).

Görüldüğü gibi travma araştırmalarında otopsinin vazgeçilmez önemi vardır. Ancak ISS yaygın kabul görmesine rağmen uygulamada güçlüğe neden olan yanları akılda tutulmalıdır. Alkol, ilaç kullanımı, gebelik ve önceden mevcut hastalıkların varlığı gibi yara-

lanmanın ağırlığına katkıda bulunan ancak ISS tarafından yansıtılmayan faktörler vardır. İnsan vücudunda her anatomik bölgede tek bir yaralanma olmayabilir. ISS'nin aynı vücut bölgesindeki multipl yaralanmanın kümülatif etkisini elimine eden zayıf yanı ISS'nin gelecek revizyonlarında düzeltiler. Düzeltiler skor sistemleri de yine ISS ya da ICD-CM'e dayanacaktır. Belki de "Organ Yaralanma Skalası (Organ Injury Scale)" (22) gibi skalalarla kombine edilebilir. ISS'nin ikinci zayıf yanı otopside mevcut olmayan kan kaybı miktarı, basit pnömotoraks, parapleji gibi santral sinir sistemi lezyonları ve anatomik yaralanmanın eşlik etmediği fizyolojik değişimleri değerlendirme güçlüğüdür. Bunun için hastane ve tedavi kayıtlarının ayrıntılı olması gerekir. ISS'nin bazı penetran yaralanmaları tanımlamadaki eksikliği adli ve travmatik olgulara göre düzeltilen versiyonlarında giderilmeye çalışılmaktadır.

Tüm bu kısıtlılıklarına rağmen anatomik skor sistemleri otopsi bulgularının kodlanmasında kullanılabilir. Eğer tüm travmatik ölüm olgularına uzman yaklaşımıyla otopsi uygulanırsa ve otopsi bulguları yaygın kabul gören skor sistemlerine göre standart olarak kodlanırsa, hekimler için yol gösterici olabilir. Kodlanmanın sayısal olarak yapılması postmortem bulguların bilgisayara geçilmesine ve geniş epidemiyolojik araştırmaların yapılmasına yardımcı olur. Yalnız kalite güvencesi ve standardizasyon açısından ortak bir kodlama sisteminin kullanılması oldukça önemlidir.

TCK'nun müessir fiillerle ilgili 456. Maddesinde travmanın ağırlığı hayati tehlike, mutad iştilgal, uzuv zaafı ve uzuv tatili gibi kavramlara göre değerlendirildiğinden, ülkemizde yasalarda bir değişiklik yapılmadığı sürece etkili eylem olgularında travma ağırlık skorlarının kullanılabilmesi pek mümkün görülmemektedir. Bununla birlikte hayati tehlike durumu ve mutad iştilgal süreleri ile AIS ve ISS skorlarının karşılaştırılmasını içeren bir tez çalışması devam etmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Hurst James M. Trauma: An overview. In: Rippe JM, Irwin RS editors. Intensive care medicine. Boston: Little, Brown and Company 1991: 1455-6.
2. Robertson C, Redmond AD. The Management of major trauma. Oxford Univ. Press, Edinburg, Manchester 1990. Çev: Sıdıka Kural, Yeni Alas Ofset 1993; 16-26.
3. Yağmur Y, Güllüoğlu C, Uğur M ve ark. Multipl travmalı hastaların değerlendirilmesi: Yaralanma şiddet skoru ile revize edilmiş travma skorunun karşılaştırılması. Ulusal Travma Dergisi 1997; 1: 73-7.
4. Copes WS, Champion HR, Sacco WJ, et al. The injury severity score revised. J Trauma 1988; 28: 69-77.
5. Copes WS, Lawnick M, Champion HR, Sacco WJ. A Comparison of abbreviated injury scale 1980 and

- 1985 versions. *J Trauma* 1988; 28: 78-86.
6. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, et al. A revision of the trauma score. *J Trauma* 1989; 29: 623-9.
  7. Thompson CT, Bickell WH, Siemens RA, et al. Community hospital level II trauma center outcome. *J Trauma* 1992; 32: 332-43.
  8. Gennarelli TA, Champion HR, Copes WS, Sacco WJ. Comparison of mortality, morbidity, and severity of 59.713 head injured patients with 114.447 patients with extracranial injuries. *J Trauma* 1994; 37: 962-9.
  9. İhtiyar E, Ünlüoğlu İ, Şahin A ve ark. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde multitravmalı hastaların Glasgow koma skalası, travma skoru, kısıtlanmış yaralanma skoru ile değerlendirilmesi. *Ulusal Travma dergisi* 1998; 4: 176-9.
  10. Champion HR, Copes WS, Sacco WJ, et al. A new characterization of injury severity. *J Trauma* 1990; 30: 539-46.
  11. Champion HR, Sacco WJ, Carnazzo AJ, et al. Trauma score. *Crit Care Med* 1981; 9: 672-6.
  12. Sacco WJ, Champion HR, Gainer P, et al. The trauma score as applied to penetrating trauma. *Ann Emerg Med* 1984; 13: 415-8.
  13. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet* 1974; 2: 81-3.
  14. Jennett B, Teasdale G, Braakman R, et al. Predicting outcome in individual patients after severe head injury. *Lancet* 1976; 1: 1031-6.
  15. Ogawa M, Sugimoto T. Rating severity of the injured by ambulance attendants: Field research of trauma index. *J Trauma* 1974; 14: 934-7.
  16. Champion HR, Sacco WJ, Hannan DS, et al. Assessment of injury severity: The triage index. *Crit Care Med* 1980; 8: 201-8.
  17. Rady MY, Smithline HA, Blake H, et al. A comparison of the shock index and conventional vital signs to identify acute, critical illness in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1994; 24: 685-90.
  18. Ornato J, Mlinek EJ, Craren EJ, Nelson N. Ineffectiveness of the trauma score and the CRAMS scale for accurately triaging patients to trauma centers. *Ann Emerg Med* 1985; 14: 1061-4.
  19. Chen FG, Koh FG, Goh MH. Validation of APACHE II score in a surgical intensive care unit. *Singapore Med J* 1993; 34: 322-4.
  20. Plant JR, MacLeod DB, Korbeek J. Limitation of the prehospital index in identifying patients in need of a major trauma center. *Ann Emerg Med* 1995; 26: 133-7.
  21. The International Classification of Diseases 9th revision- Clinical Modification (ICD-9-CM). Volume 1 Tabular List. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Publication No. 94-1260. October 1994. [Http://cedr.ibl.gov/icd9.html](http://cedr.ibl.gov/icd9.html)
  22. Moore EE, Shacford SR, Pachter HL, et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. *J Trauma* 1989; 29: 1664-6.
  23. Baker SP, O'Neill B. The injury severity score: an update. *J Trauma* 1976; 16: 882-5.
  24. Friedman Z, Kugel C, Hiss J, et al. The abbreviated injury scale- A valuable tool for forensic documentation of trauma. *The Am Journal of Forensic Med and Pathol* 1996; 17: 233-8.
  25. Harviel JD, Landsman I, Greenberg A, et al. The effect of autopsy on injury severity and survival probability calculations. *J Trauma* 1989; 29: 766-73.
  26. Kaufmann CR, Maier RV, Kaufmann EJ, et al. Validity of applying adult TRISS analysis to injured children. *J Trauma* 1991; 31: 691-8.
  27. Copes WS, Champion HR, Sacco WJ, et al. Progress in characterizing anatomic injury. *J Trauma* 1990; 30: 1200-7.
  28. Baker SP, O'Neill B, Haddon W, et al. The injury severity score: A method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma* 1974; 14: 187-96.
  29. Bull JP. The injury severity score of traffic casualties in relation to mortality, time of death, hospital treatment time and disability. *Accident Anal Prev* 1975; 7: 249-55.
  30. Civil ID, Schwab CW. The abbreviated injury scale, 1985 revision: A condensed chart for clinical use. *J Trauma* 1988; 28: 87-90.
  31. Gennarelli TA, Champion HR, Sacco WJ, et al. Mortality of patients with head injury and extracranial injury treated in trauma centers. *J Trauma* 1989; 29: 1193-1202.
  32. Kaufmann CR, Maier RV, Rivara FP, Carrico CJ. Evaluation of the pediatric trauma score. *JAMA* 1990; 263: 69.
  33. El Hassan BS, Peak JD, Whicker JT, Shepherd JP. Acute phase protein levels as an index of severity of physical injury. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1990; 19: 346-9.
  34. Eichelberger MR, Mangubat EA, Sacco WS, et al. Comparative outcomes of children and adults suffering blunt trauma. *J Trauma* 1988; 28: 430-4.
  35. Guirguis EM, Hong C, Watter JM, et al. Trauma outcome analysis of two Canadian centers using the TRISS method. *J Trauma* 1990; 30: 426-29.
  36. Hannan EL, Mendeloff J, Farrel LS, et al. Validation of TRISS and ASCOT using a non- MTOS trauma registry. *J Trauma* 1995; 38: 83-8.
  37. Pollock DA, O'Neill JM, Parrish RG, et al. Temporal and geographic trends in autopsy frequency of blunt and penetrating trauma deaths in the United States. *JAMA* 1993; 269: 1525-31.
  38. Royal College of Surgeons of England. Report of the working party on the management of patients with major injuries. London: Royal College of Surgeons of England, 1988.
  39. Bota GW, Cox JE. Motor vehicle accidents in north-eastern Ontario: are preadmission deaths inevitable? *CMAJ* 1986; 134: 1369-72.
  40. Streat SJ, Civil ID. Injury scaling at autopsy: the comparison with premortem clinical data. *Accid Anal Prev* 1990; 22: 241-52.
  41. Ostrom M, Bjornstig U, Naslund K, Erikson A. Pedal cycling fatalities in northern Sweden. *Int J Epidemiol* 1993; 22: 483-8.
  42. Hitosugi M, Takatsu A, Shigeta A. Injuries of motor-

- cyclists and bicyclists examined at autopsy. Am J Forensic Med Pathol 199; 20: 251-5.
43. Adams VI, Carruba C. The abbreviated injury scale: application to autopsy data. Am J Forensic Med Pathol 1998; 19: 246-51.
44. Riddick L, Long WB, Copes WS, et al. Automated coding of injuries from autopsy reports. Am J Forensic Med Pathol 1998; 19: 269-74.
45. Iau PT, Ong CL, Chan ST. Preventable trauma deaths in Singapore. Aust N Z J Surg 1998; 68: 820-5.
46. Vosswinkel JA, McCormack JE, Brathwaite CE, Geller ER. Critical analysis of injuries sustained in the TWA flight 800 midair disaster. J Trauma 1999; 47: 617-21.

**Yazışma Adresi:**

Uzm. Dr. Yasemin GÜNAY  
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Adli Tıp Anabilim Dalı  
ESKİŞEHİR

# BİR OLGU DOLAYISIYLA İNFANTİSİT VE FİLİSİT'İN PSİKİYATRİK YÖNÜ\*

## Psychiatric Aspect of Infanticide and Filicide in the Context of a Case

Haluk Savaş\*\*, Mehmet Çakıcı\*\*\*, Niyazi Uygur\*\*\*\*

Savaş H, Çakıcı M, Uygur N. Bir Olgu Dolayısıyla İnfantisit ve Filisit'in Psikiyatrik Yönü. Adli Tıp Bülteni 1999; 4(2): 74-7.

### ÖZET

Kişinin kendi çocuğunu öldürme davranışı, motivasyonları açısından heterojen bir fenomendir. Özellikle annelerin çocuklarını öldürmeleri önceleri tümüyle psikotik bir davranış olarak yorumlanmış olsa bile, günümüzde böyle bir eylemi psikotik olmayan başka motivasyonlarla da yapabilecekleri belirtilmektedir.

Psikotik annelerin çocuklarını öldürmeleri çoğu zaman acımak dolayısıyla öldürmek ("mercy killing") tarzında olmaktadır. Oysa impulsif psikotik bir davranışla ve acıma içermeyen çocuk öldürmelerine de rastlanmaktadır.

Bu yazıda son kez beş günlük çocuğunu ve 8 yıl öncesinde de 9 yaşındaki bir başka çocuğunu öldürmüş olan psikotik özellikli depresyon olgusu bir anne incelenmiştir. Bu olgu infantisit ve filisit'in motivasyonu bakımından çok seyrek görülen impulsif psikotik bir davranış olarak ortaya çıkmış olması ve tekrarlayıcı niteliği nedeniyle literatürdeki filisitler ve infantisitler bağlamında tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Filisit, infantisit, motivasyon.

### SUMMARY

The act of killing one's own child can be done with many and heterogenous motivations. Especially mothers attitudes for killing their children, although had always been interpreted as a psychotic behaviour, nowadays is thought as an act that can be done with different motivations.

Psychotic mothers generally kill their children with a feeling that can be called as "pity" (mercy killing). But there are also other infanticides which has different motivations than "pity" and done with an impulsive psychotic behavior.

This article is about a mother with a diagnosis of psychotic depression who killed her five days old child and had previously killed her other child of nine years old eight years ago. This case is discussed within the context of infanticides and filicides in the literature with its features of being

a result of impulsive psychotic behaviour which is a rare motivation of infanticide and filicide and of having recurrent occurrence.

**Key words:** Filicide, infanticide, motivation

### GİRİŞ

Bir insanın kendi çocuğunu öldürmesi çeşitli sebepleri ve özellikleriyle çok yönlü bir fenomendir. Toplum yaşamında bu tür olaylar oldukça rahatsız edici ve şaşırtıcıdır. Bu nedenle bir çocuk öldürüldüğünde toplumda şiddetli duygusal tepkilere neden olmaktadır. Hatta psikiyatrik pratik içerisinde bile bir bilim adamı olarak psikiyatristin bu tür olgular karşısındaki tutumu zaman zaman duygusal olarak etkilenmektedir.

Çocuk cinayetleri az olmamakla beraber özellikle bir yaş altındaki dönem kritik bir dönem olarak değerlendirilmektedir. ABD'de Straus'un 1987'de yaptığı bir çalışmada 25 ülke verilerine göre 0-18 yaş grubu içerisindeki homisid oranının erişkinlerdeki oran kadar olduğu bildirilmiştir (1). Bir yaş altı ölümler sıklıkla görüldüğü halde bu sıklık 1-4 yaş grubu içerisinde oldukça düşük bulunmuştur. Çocuk cinayetleri sıklıkla akrabalar tarafında gerçekleştirilmektedir. 1980'li yılların sonunda ABD'de tüm cinayetlerin %2-3 kadarını çocuk cinayetleri oluşturmaktadır. Çocuk cinayetlerinin %29'u ebeveynler tarafından gerçekleştirilmektedir (2). ABD'de 1986'da yapılan istatistiklere göre ilk bir ay içerisinde öldürülen çocukların bir yıl içerisinde öldürülen çocukların %20'sini oluşturduğu bildirilmiştir. Bir yaş altı ölümler ise diğer yaşlara göre 4 kat fazla görüldüğü halde bu yaş içerisinde en fazla ölümlün ilk ay içerisinde görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca

\* Bu çalışma 14-17 Nisan 1998 tarihinde Kuşadası'nda düzenlenen III. Adli Bilimler Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Uz. Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Adli Psikiyatri Birimi

\*\*\* Yard. Doç. Dr., K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

\*\*\*\* Klinik Şefi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Adli Psikiyatri Birimi

ilk ay içerisinde de en fazla ölümün %21 ile doğumu takiben birinci günde meydana geldiği tespit edilmiştir (3).

Yapılan çalışmalarda ilk hafta içerisinde özellikle kadınların çocuklarını öldürdükleri, ancak çocuğun yaşının ilerlemesi ile kadın ve erkek suçluların etkilendiği bildirilmiştir (4). İstatistikler çocuk ölümlerinin sosyoekonomik düzeyi düşük, eğitimsiz, fakir ailelerde, ebeveynleri ayrı olan ailelerde sıklıkla görüldüğünü bildirmektedirler (4, 5). İnfantisit eyleminde bulunan psikotik annelerin psikotik olmayanlara göre daha kalabalık ailelerin çocukları oldukları gözlenmiştir (5).

Çocukların öldürülmesi ile ilgili literatürde tanımlanan ve sıklıkla karıştırılan neonatisit, infantisit ve filisit gibi temel kavramlar bulunmaktadır. Psikiyatri literatüründe değişmekle birlikte genel olarak bu kavramlar şu şekilde tanımlanmaktadır.

*Neonatisit*; Çocuğun doğduğu gün öldürülmesidir (ilk 24 saat içinde) (6).

*İnfantisit*; 12 aylıktan küçük çocukların öldürülmesidir (2, 6).

*Filisit*; 12 aydan büyük çocukların ebeveynleri tarafından öldürülmesidir. "Filisit" genel bir kavram olup ebeveynler tarafından gerçekleştirilen tüm çocuk ölümleri de içerebilmektedir (2, 7-8).

İngiltere ve Galler'de infantisit yasası bir yaşın altında çocuklarını öldüren anneleri halen doğumun fizyolojik etkilerini üzerlerinde taşıyor olabilecekleri gerekçesiyle cinayet suçu ile yargılamamaktadır (6). Türk hukuk mevzuatında ise anneler tarafından işlenen "çocuk öldürme"de çocuğun evlilik dışı bir ilişkiden doğmuş olması durumunda veya annenin 'doğum buhranı' içinde olması halinde kasten adam öldürmeye göre daha hafif bir cezaya hükmedilmektedir (9). Türk ceza yasasında konu 453. maddede ele alınmaktadır. Yasa maddesine göre; "(Namus için çocuk öldürme) Öldürme fiili, anası tarafından şerefi kurtarmak saikiyle yeni doğmuş bulunan çocuğa karşı işlenmiş ise faile dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası verilir (10). " Bu suçun oluşması için çocuk evlilik dışı bir ilişki sonucu doğmuş olmalı, öldürme eylemi sadece anne tarafından ailenin haysiyet ve namusunu korumak amacıyla yapılmış olmalıdır. Baba ve akrabaların neden olduğu ölümler kanun kapsamında değildir. Çocuğun yaşı konusunda kesin kriterler bulunmamaktadır (11).

Bourget'ye göre patolojik filisitlerde çocuğu öldüren ebeveynin kesinlikle bir majör psikiyatrik bozukluğu bulunmaktadır. Cezalandırma, intikam veya ikincil kazanç gibi bir neden yoktur. Özellikle homisidal kadınlarda psikotik özellikli majör depresyon görülebilmektedir. Burada depresyon ile bağlantılı fedakarlık motifleri ön plandadır. Çocuk kendisini bekleyen

kötü kaderinden kurtarılmaya çalışılmakta, bu motivasyon da majör depresyon etkisinde gerçekleştirilmektedir. Homisidal davranış sonrasında suisid gelişimi de bu hastalığın süreci içerisinde görülebilmektedir. Öte yandan sıklıkla filisidal davranışla bağlantılı olduğu bildirilen şizofreniklerde öldürme sonrası suisidal davranış pek seyrek olur (7).

## OLGU

Bu yazıda beş günlük çocuğunu ve 8 yıl öncesinde de 9 yaşındaki bir başka çocuğunu öldürmüş olan psikotik özellikli depresyon hastası 40 yaşında bir anne incelenmiştir.

Doğal gelişim öyküsü sonrası normal doğumla dünyaya geldiği, kendi dışında 5 kardeşi olduğu, ilkökulu öğretmeninin ayrılması nedeniyle üçüncü sınıfa kadar okuduğu, ailesiyle birlikte çiftçilik yaptığı, sakin ve sorunsuz bir çocuk olduğu, ilk kez 21 yaşında evlendiği, ilk kızını evliliğinin birinci yılında ardından da iki yıl sonra ikinci kızını komplikasyonsuz olarak doğurduğu, on yıl evli kaldıktan sonra dokuz yaşındaki büyük kızını öldürmesi sonrasında ilk eşinden ayrıldığı, 1,5 yıl cezaevinde, 1 yıl hastanede, 4 yıl ailesi yanında kaldıktan sonra ikinci evliliğini yaptığı, halen ikinci eşile bir yıldır evli olduğu ve herhangi bir işte çalışmadığı öğrenildi.

İlk kez yaklaşık 10 yıl kadar önce hayattan zevk almama, uykusuzluk, yorgunluk, isteksizlik, suçluluk düşünceleri gibi belirtilerin eşlik ettiği bir dönem yaşadığı ve daha sonra iyileştiği, 1990 yılında yeniden uykusuzluk, sıkıntı, iştahsızlık, isteksizlik, işlerini yapamama, kesmeyi düşündükleri bir kurbanı geç kestikleri için "Allah beni yakacak, cennete sokmayacak" gibi suçluluk hezeyanlarının olduğu bir dönemde iken kızını boynunun her iki yanından bıçak ile keserek öldürdüğü ve "anksiyöz melankoli" nedeniyle TCK 46. maddesinden faydalandığı, ilk eşinden ayrıldığı, 1,5 yıl cezaevinde, 1 yıl hastanede muhafaza ve tedavi edildiği, bu süre içerisinde aktif bir psikotik veya duygulanımsal sendrom gözlenmediği ve ilaç tedavisi uygulanmadığı, hastaneden çıkışından sonra düzenli bir tedavi görmediği, 4 yıl sonra evlendiği, herhangi bir işte çalışmadığı öğrenildi.

Olgunun üçüncü hamileliğinin altıncı ayından itibaren uykularının azaldığı, kendini kötü hissettiği, neşesinin olmadığı, uykusuzluk ve isteksizliğinin olduğu, kendini yorgun ve bitkin hissetmesi nedeniyle iş yapmadığı, bacaklarında kollarında ve sırtında ağrı gibi somatik şikayetlerinin olduğu ve bu nedenle birkaç kez bir hekime başvurduğu, çeşitli ağrı kesiciler kullandığı öğrenildi. Doğumdan sonra da şikayetlerinin giderek arttığı, kendisinin "kötü ve fahişe bir kadın" olduğunu, toplumda meydana gelen bir çok kötü olayın kendisinden kaynaklandığını, çocuğuna bakamayacağını düşündüğü ve bu düşünceler içerisinde

deyken ... tarihinde öğle saatlerinde mutfakta yemek yaparken yan odada bulunan çocuğunun ağlamasını duyduğu ve o sırada elinde bulunan bıçakla birden çocuğunu boğazından keserek öldürdüğü, bu sırada eşinin cuma namazından eve döndüğü, olgunun sakin ve tepkisiz bir şekilde, çocuğunu öldürdüğünü söylediği, eşinin olayı polise aktarması neticesinde tutuklandığı öğrenildi.

Klinikte yapılan ilk muayenesinde kısa boylu, obes yapılı, özbakımı yeterli şahsın bilinci açık, koopere, sorulara düzgün cümleler ile yanıt veriyordu. Göz kantağına giriyordu. Psikomotor aktivitesi azalmış, duygulanımı çökkün, oryantasyonu tamdı. Dikkat ve bellek kusuru saptanmadı. Bilişsel işlevleri yeterli, çağrışımları düzgündü. Düşünce içeriğinde "Refah Partisi'nin kendi yüzünden kapatıldığı, dinin elden gittiği, Kur'an'ın elden gittiği ve bunun sorumlusunun kendisi olduğu" gibi suçluluk hezeyanları vardı. Hastalığa karşı içgörüsü yoktu. Servisteki gözleminde sık sık ağladığı, kendisine fahişe denildiğini düşündüğü, zaman zaman intihar düşüncelerini ifade ettiği gözlemlendi. Çocuğunu hangi motivasyonla öldürdüğüne yönelik soruyu 'Mutfakta yemek yapıyordum. Yan odada çocuğum vardı. Üşümemesi için kapısını kapatmışım. Çocuğun ağlama sesini duydum, birden onun bakımını yürütemeyeceğimi düşündüm, elimdeki bıçakla odaya girdim ve çocuğu boğazından kestim. Neden yaptığımı tam olarak bilmiyorum. Normalde ben çocukları çok severim. Kardeşimin çocuğunu da ben büyüttüm. Kendi çocuğumu daha önce öldürmeyi düşünmemiştim. Onu çok seviyordum. Ben bunu niye yaptım ? . . .' şeklinde yanıtladı.

## TARTIŞMA

Çocuk öldürmede motivasyonlar acımak dolayısıyla öldürmek (Mercy killing), nefret dolayısıyla öldürmek, impulsif psikotik davranış, kronik fiziksel istismar, eşten öç almak için öldürmek, istenmeyen çocuktan kurtulmak amacıyla öldürmek, cinsel veya sadistik istismar esnasında kaza ile öldürmek gibi çok değişik ve farklı nedenlerle olabilmektedir (8, 12, 13, 14). Psikotik özellikli depresyonlarda çoğunlukla acımak dolayısıyla öldürme eylemi görülmektedir. Majör depresyonla bağlantılı fedakarlık motifleri ön plandadır (8). Çocuğun içerisinde bulunduğu gerçek veya hayali bir ıstırapı dindirmek amaçlanmakta ve kurban 'şeytani kader'den kurtarılmaya çalışılmaktadır. Tabloya genellikle 'dünyanın kötü ve şeytani bir yer' olduğu şeklindeki hezeyanlar da eşlik etmektedir (15). Çocuğu yoğun bir ıstıraptan veya ümitsiz bir gelecekte kurtarmak motivasyonu genellikle psikotik özellikli depresyon hastalarının hezeyanlı inançlarından kaynaklanmaktadır (8, 16). Oysa psikotik olmayan impulsif şekilde öldürmeler daha çok kişilik bozukluklarında görülmektedir (15). Olgumuzda ise annenin çocu-

ğunu öldürme eylemi psikiyatrideki tanımı ile infantisitler arasında çok seyrek görülen impulsif psikotik bir davranış olarak ortaya çıkmaktadır. Anne impulsif bir eylemle çocuğunu öldürmüştür. Çocuk istenmeyen bir çocuk değildir. Cezalandırma, intikam, gibi ikincil bir kazanç yoktur. Bunun yanında annede fedakarlık ve acıma hislerini içeren hezeyanlar da bulunmamaktadır. Hastada bulunan hezeyanlar ile çocuğu öldürme eylemi arasında doğrudan bir sebep sonuç ilişkisi görülmemektedir. Hastadaki psikotik özellikli depresyon nedeniyle bozulmuş olan muhakeme ve impuls kontrolü çocuğun ağlaması gibi bir stresör veya uyarana uygunsuz derecede bir cevap verilmesine neden olmuştur. Genel olarak organik kökenli impuls bozuklukları, maddenin uyardığı disinhibisyonlar, hezeyanlı veya bilişsel bozukluklarla giden tablolar nedeniyle muhakeme ve gerçeği değerlendirme yetisindeki bozulma impuls kontrolünü kaldırabilmektedir (12). Olgumuzda da bu nedenle bu infantisit klinik olarak beklediği gibi bir fedakarlık nedeniyle veya kurbanı kurtarmak amacıyla değil, bozulmuş ve psikotik bir muhakemenin neticesinde ortaya çıkmış impulsif bir psikotik eylem niteliğindedir.

Olguda dikkati çeken bir başka özellik ise özellikle infantisit öncesinde yaşadığı tabloya eşlik eden yoğun somatik şikayetlerdir. Bir başka olgu bildiriminde de somatik şikayetlerin yoğunluğuna dikkat çekilmiştir (7). Yine olgumuzda bulunan günahkarlık ve suçluluk hezeyanları infantisit için ciddi risk faktörleri arasında sayılmaktadır (7). Çocuklarını öldüren anneler arasındaki bir çalışmada akıl hastalığı olan annelerin (Yaş Ort: 30. 2) olmayanlara (Yaş Ort:20. 2) göre nispeten daha yaşlı oldukları gözlemlenmiştir. Olgumuzdaki yaş bu açıdan dikkati çekmektedir (İlk çocuğunu 31, ikinci çocuğunu 39 yaşında öldürme). Hastanın çok fertli bir ailenin çocuğu olması da yine aynı çalışma ile uyumludur (17, 8).

## SONUÇ

Çocukların ölümlerinde kendi ebeveynlerinin neonatisit, infantisit ve filisitleri önemli bir sıklıkta görülmektedir. Neonatisitler genellikle akıl hastalığı olmayan ebeveynler tarafından yapılırken infantisit ve filisitler arasında akıl hastalığı oranı daha yüksektir.

Çocuklarını öldüren ve akıl hastalığı olan anneler arasında en yaygın hastalık psikotik özellikli depresyondur. Bunlarda en çok görülen öldürme motivasyonu acımak veya kurtarmak amacıyla olmaktadır. Oysa nadiren de olsa hastamızda olduğu gibi impulsif olarak bozulmuş muhakeme ve başa çıkamama nedeniyle öldürmeler olabilir. Bu nedenle doğrudan çocuklarına yönelik bir eylemde bulunabileceği konusunda herhangi bir izlenim oluşturmeyen psikotik hastalarda impulsif bir eylem ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.



Somatik şikayetlerin olması ve günahkarlık, suçluluk hezeyanlarının olması önemli bir risk oluşturmaktadır.

Olguda daha önceden bir filisit öyküsü olması ve en son olarak bir infantisitinin oluşması özellikle hastaların takibi esnasında hastaların homisidal davranışlarının tekrarlayabileceği konusunda psikiyatristlere yeterince bir uyarı oluşturmaktadır.

#### KAYNAKLAR

1. Straus MA. State and regional differences in US infant homicide rates in relation to socio-cultural characteristics of the States. In Cavanaugh JL(ed): Behavioral sciences and the Law, Homicidal Behaviour. New York, John Willey and Sons, 1987: 61-75.
2. Dominique B, Labelle A. Homicide, infanticide and filicide. Psychiatry Clinics of North America. 1992; 15(2): 661-73.
3. National Center for Statistics. Vital Statistics of the United States. Department of Health and Human Services Publ. (PHS), Washington DC, 1986:86-1122.
4. Jason J. Gilliland JC, Tyler CW(1983): Homicide as a cause of pediatric mortality in the United States. Pediatrics, 72(2), 191-7.
5. Blaser MJ. Epidemiologic Characteristics of child homicide in Atlanta, Pediatrician, 1983, 85;12:63-7.
6. Marks MN, Kumar R. Infanticide in England and Wales. Med Sci Law, 1993, 33(4):329-39.
7. Bourget D, Bradford JMW. Affective disorder and homicide: a case of familial filicide theoretical and clinical considerations. Can J Psychiatry 1987; 23:222-5.
8. Resnick DJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. Am J Psychiatry .1969; 126:325-34.
9. Artuk E. Yeni doğmuş öldürülmesi cürmü üzerine düşünceler. Bir hukuk tarihi araştırması. Hukuk Araştırmaları, 1986;1(2):16-33.
10. Türk Ceza Kanunu. 4. Baskı, Beta Basım, İstanbul 1992: 223
11. Aykaç M. Adli tıp, İ.Ü. Tıp Fak. Yay., 1987: 348-63
12. Champion JF, Cravens JM, Covan F. A study of filicidal men. Am J Psychiatry. 1988; 145:1141-4.
13. Çakıcı M. Çocuk öldürme olguları-filicidler. Çocuk Forumu 1998; 1(1):30-32.
14. Polat O, Birgen N, Ziyalar N, Çakıcı M. Filicide or fatal maltreatment. American Academy of Forensic Sciences, 48th Annual Meeting, Nashville, USA. 1996: 96.
15. D'Orban DT. Women who kill their children. Br J Psychiatry 1979; 134: 560-71.
16. MacCulloch M, Bailey J, Robinson C. Mentally disorders attackers and killers: towards a taxonomy. J.For. Psychiatry 1995; 6(1): 41-61.
17. Cheung PTK. Maternal filicide in Hong Kong, 1971-1985. Med. Sci. Law 1986; 26(3):185-92.

#### Yazışma Adresi:

Uz. Dr. Haluk SAVAŞ  
Başak Konutları D:102 Blok , No: 23  
Kağıthane İstanbul  
Tel:(0212)295 91 71  
GSM:05424149510

## DERGİLERDEN ÖZETLER

### JOURNAL ABSTRACTS

#### Şebnem Korur Fincancı

##### VÜCUTTA KALAN BİR MERMİ ÇEKİRDEĞİNE BAĞLI KURŞUN ZEHİRLENMESİ: BİR OLGU SUNUMU

**Lead poisoning from a retained bullet: a case report and review.**

*Khurana V, Bradley TP.*

**J Assoc Acad Minor Phys 1999;10(2):48-9**

Daha önce ateşli silah yaralanmasına maruz kalmış 47 yaşında erkek artrit, konstipasyon, karın ağrısı ve kilo kaybı ile başvurdu. Artrosentez artrit yakınlığının nedenini açıklamadı, ancak kurşun zehirlenmesinden kuşkulandı ve bu doğrulandı. Sıklıkla atlanan ve geri dönüşlü kurşun zehirlenmesine yol açan bu durum ile ilgili kaynaklar da gözden geçirilerek olgu sunulmuştur.

##### NIJERYALI SİVİLLERDE ATEŞLİ SİLAH İLE OROFASİYAL BÖLGE YARALANMALARI

**Gunshot injuries of the orofacial region in Nigerian civilians.**

*Ugboko VI, Owotade FJ, Oginni FO, Odusanya SA.*  
**SADJ 1999 Sep;54(9):418-22.**

Bu retrospektif çalışmayı Afrika'daki sivil popülasyonda orofasiyal bölge ateşli silah yaralanmaları ile ilgili bilginin mevcut olmaması başlattı. Sosyodemografik veriler, getirildiğinde saptanan belirtiler, yarayı meydana getiren silahın cinsi, yaralanma mekanizması, radyografiler, tedavi ve komplikasyonlar incelendi. Tüm yaralanmalar sivil popülasyondaydı. Hastaların çoğunluğu erkek (95.5%) ve avlanma ile ilişkiliydi. En çok Dane tüfeği kullanılmıştı (86.4%) ve olguların % 59.1'inde tüfeğin kaza ile patladığı, bunların da % 40.9'unda kaza ile kendileri tarafından meydana getirildiği kaydedilmişti. Tüm olgularda kurşunlar daha çok yüzün soluna isabet etmişti. Hastaların % 63.6'sında komplikasyon görülmüştü ve en sık görülen komplikasyon görme kaybıydı. Ölüm oranı %22.7 idi. Geç başvuru sık görülen bir durumdu. Nijerya güvenlik güçlerinin silah satış, bulundurma ve kullanımı izleme stratejileri geliştirmesi önerildi.

##### BATI UTTAR PRADEŞ'İN KIRSAL BÖLGELERİNDE ATEŞLİ SİLAHLA GÖZ YARALANMALARINA BAĞLI KÖRLÜK

**Blindness due to firearm eye injuries in rural Western Uttar Pradesh.**

*Gupta A, Mittal S.*

**Indian J Ophthalmol 1999 Sep;47(3):194-5.**

440 ateşli silah yaralanması olgusunun retrospektif incelemesinde, 104 hastada göz yaralanması olduğu görüldü. Tedavi sonrası hastaların yalnız 14'ünde (%13.5) görme > veya = 6/60 oldu.

##### GÖĞÜSTEKİ ATEŞLİ SİLAH LEZYONLARINDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİNİN ROLÜ. YAZARIN KİŞİSEL DENEYİMİ

**The role of computed tomography in gunshot lesions of the chest. The authors' personal experience**

*"Makale italyancadır"*

*Salzano A, De Rosa A, Carbone M, Rossi E, Muto M, Tuccillo M, Nunziata A, Burnese L.*

**Radiol Med (Torino) 1999 Nov;98(5):356-60.**

AMAÇ: BT torasik bölge ateşli silah yaralarını belirlemek için değerli bir araçtır. Acilde kurşunun göğüs veya diğer vücut bölgelerinde yaptığı hasarı hızla saptamak için de seçilecek yöntem BTdir. Bu yöntem temel torasik yaralanmaların doğru olarak belirlenmesini sağladığı gibi uygun ve hızlı bir cerrahi tedavinin veya yoğun bakım desteğinin belirlenmesine de olanak tanır. Ateşli silah yaralanmalarına bağlı kompleks plevrapulmoner, kardiyovasküler ve torasik duvar harabiyetinde göğüs travmasının diğer tiplerinden oldukça farklı spesifik ve akut belirtiler ile tanıda BTnin rolü üzerinde durulmuştur. MATERYAL VE METOT: Son 4 yıl içinde 26'sı göğüsü ilgilendiren 76 ateşli silah yaralanması izledik. 25'i erkek, biri kadın tüm hastalar (ort: 32, 17-48), IV kontrastlı acil BT ve BT-anjiyografiye alındı. Hastaların vital fonksiyonlarını ve şok durumlarını izlemek üzere bir reanimasyon uzmanı vardı. Başka kurşun yarası olup olmadığı araştırılmak üzere, göğüs BTsine 4 olguda batın ve

pelvis, 3 olguda ise baş eklendi. BULGULAR: En sık görülen BT bulgusu akciğer parenkim yırtığı ve do-ku içi kanamaydı (25 olgu)ve bunu hemotoraks (18 olgu) ile göğüs duvarında ciltaltı amfizemi (9 olgu) izliyordu. Pnömotoraks 5 olguda görüldü, 6 olguda hemotoraks ile birlikteydi. 7 olguda kaburgalarda yaralanma, 4 olguda pnömomediastinum, 3 olguda pulmoner atelektazi ve 4 olguda da diyafragma rüptürü vardı. BT'de 11 hastada spinal tutulum gözlemlendi ve 4 hastada D3, 3 hastada ise D5 hasarı ile 7 olguda omurilik bütünlüğünde bozulmaya ait bulgular mevcuttu. 3 olguda karaciğer, 2 olguda dalak, 3 olguda kafatası ve 10 olguda da ekstremiteler yaralanmaları vardı. TARTIŞMA VE SONUÇ: Toraks grafisi ateşli silah yaralanmalarında kalp yaralanması ve minimal pnömotoraks dışındaki göğüs ve akciğer harabiyetini gösterir. Batın ve kafatası yaralanmaları eşlik ettiğinde, pulmoner ve göğüs dışı yaralanmanın ağırlığını bütün olarak ve hızla belirleyebilmek için yöntem olarak BT seçilmelidir. Bu seçim gereksiz gecikmelerle hastanın daha fazla zarar görmesini önleyerek hızlı ve hedefe yönelik tedaviyi olanaklı kılacaktır.

### SPİNAL KANALDA GEZEN MERMİ ÇEKİRDEĞİ Wandering intraspinal bullet.

*Gupta S, Senger RL.*

**Br J Neurosurg 1999 Dec;13(6):606-7.**

Göğsün alt kısmında sağdan tekal keseye girerek subaraknoid boşlukta serbestçe gezen bir ateşli silah mermi çekirdeği yaralanması olgusu sunulmuştur. Başlangıçta nörolojik defisiti olmayan hastada yaralanmanın 3. günü düşük ayak ve idrar retansiyonu ile birlikte kök basısı bulguları gelişti. Radyolojik bulgular ve cerrahide karşılaşılan sorunlar tartışılarak nadir görülen bu durum ile ilgili kaynaklar gözden geçirildi.

### ATEŞLİ SİLİHA BAĞLI OMURGA YARALANMASI BULUNAN VE LAMİNEKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA PROGNOSTİK FAKTÖRLER Prognostic factors related to gunshot wounds to the spine in patients submitted to laminectomy "Makale portekizcedir"

*Flores LP, Nascimento Filho J de S, Pereira Neto A, Suzuki K.*

**Arq Neuropsiquiatr 1999 Sep;57(3B):836-42.**

Sivil ateşli silah yaralanmalarına bağlı spinal hasar halen ciddi bir nörolojik durum olmayı ve hemen tüm olgularda kötü bir prognoza sahip olmayı sürdürmektedir. Cerrahi endikasyon da tartışmalıdır. Amacımız bu tür olgularda cerrahi sonrası prognoza etkili özel-

likleri tanımlamaktır. Laminektomi için de Base do Distrito Federal Hastanesine ( Brezilya) peşpeşe gelen 45 hastada retrospektif bir çalışma yürüttük. Başlangıçtaki nörolojik durumları, defisit düzeyi, cerrahinin zamanlaması, methylprednisolone kullanımı ve dura yırtığının varlığı gibi özellikleri araştırdık. Bunlar arasında gelişteki klinik bulgular ve lezyon düzeyi (Cauda equina sendromu olan hastaların %60'ında ve lomber bölge lezyonları olanların %53'ünde laminektomi sonrası nörolojik durumda gelişme olmuştu) sonucu etkileyen en önemli faktörlerdi. Cerrahi girişim sonrası hastaların %70'inde ağrı geçmişti.

### ATEŞLİ SİLİHA YARALANMASI VE MORTALİTE: ERGEN KURBANLARIN SUÇ GEÇMİŞİ Gun injury and mortality: the delinquent backgrounds of juvenile victims.

*Loeber R, DeLamatre M, Tita G, Cohen J, Stouthamer-Loeber M, Farrington DP.*

**Violence Vict 1999 Winter;14(4):339-52.**

Şehir merkezinde yürütülen yatay bir çalışmada 3 örneklem grubundaki erkek çocuklarda ciddi yaralanma ve ölümler saptandı. En eski örneklem grubundaki 506 katılımcının her onundan birinde 19 yaşına kadar bir ciddi yaralanma veya öldürülme söz konusuydu. Bu grubun üçte ikisi ateşli silahla yaralanmış veya öldürülmüştü. Kontrollere göre kurbanların ciddi suçlara, çete kavgalarına ve ilaç satışına karışma öyküsü daha fazlaydı. Daha çok silah taşıyorlardı. Kurbanların suçlu yaşam biçimi mahkeme kayıtlarından da görülebiliyordu. Okul başarıları kötü, aile denetimi zayıf ve aileleri ile iletişimleri kötü idi. Davranış sorunları vardı.

### TANI KONAMAYAN SANTRAL ANTİKOLİNERJİK SENDROM TEHLİKELİ KOMPLİKASYONLARA YOL AÇABİLİR Undiagnosed central anticholinergic syndrome may lead to dangerous complications.

*Katsanoulas K, Papaioannou A, Fraidakis O, Michaloudis D.*

**Eur J Anaesthesiol 1999 Nov;16(11):803-9.**

Bu yazıda genel anestezi sonrası ve uzun süre yoğun bakımda kalan iki santral antikolinergik sendrom olgusu sunulmuştur. Physostigmine verildikten sonra kısa sürede bulgular ortadan kalkmıştır. Santral antikolinergik sendrom tanısındaki gecikme akut akciğer hasarı ile beklenmedik biçimde yoğun bakıma yatırılmayı gerektirmişti. Anestezi veya sedasyon sonrası bilinç bozukluklarında santral antikolinergik sendrom düşünülmesi önerilmektedir.

## BİLİMSEL TOPLANTI DUYURULARI

### FUTURE EVENTS

- 1 **The First International Conference and Exhibition on Forensic Human Identification**  
24-26 October 1999  
Information: Claire Futers, Millenium Conference Office, Forensic Science Service, Priory House, Gooch Street North, Birmingham B5 6QQ, UK  
Tel: + 44 (0) 121 607 6855  
Fax: + 44 (0) 121 622 2051  
Chairperson: Mr. Liam Fleury  
Tel: +353-1-6662936  
Secretary: Dr. Tom Hannigan  
Tel: +353-1-6662950  
FAX: +353-1-6662929
- 2 **Custody and Caring, International Conference on the Nurse's Role in the Criminal Justice System**  
30 September- 1 October 1999  
Information: Continuing Nursing Education, University of Saskatchewan, Box 60000 RPO University, Saskatoon, SK S7N 4J8, Canada.  
Fax: + 1 306 966 7673
- 3 **46th Annual General Meeting, Canadian Society of Forensic Science**  
16-21 November 1999, Ottawa, Canada  
Information: Society Office, Suite 215, Southvale Plaza, 2660 Southvale Crescent, Ottawa, ON K1B 4W5, Canada  
Tel: + 1 613 738 0001
- 4 **Cezaevleri Sempozyumu**  
19 Aralık 1999, Adana  
İletişim: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi  
Dr. Ümit Erkol, TTB Merkez Konseyi  
Mithatpaşa Cad. No.62/18 Kızılay-ANKARA  
Tel:418 31 56
- 5 **15th Annual International Symposium on the Forensic Science**  
5-10 March 2000  
Queensland, Australia  
Information: Michael Holohan, Australian and New Zealand Forensic Science Society, Queensland Branch
- 6 **International Conference on Forensic Science**  
2, 5 May 2000, Dublin, Ireland
- 7 **The Third Joint Meeting of the California Association of Criminalists and the Forensic Science Society (CAC/FSS)**  
May 8 - 12, 2000, Napa, CA.  
Telephone 510-223-7374.  
FAX 510-222-8887.  
Email:seri@serological.com.  
Web site:www.serological.com
- 8 **IV. Adli Bilimler Kongresi**  
10-13 Mayıs 2000, İstanbul  
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp AD ve Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD)  
İletişim: Dr. Eren Karpuzoğlu, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp AD 34390, Çapa, İstanbul  
Tel:0-212-6351179
- 13 **DNA Forensics**  
May 31-June 2, 2000, Cambridge Healthtech Institute  
1037 Chestnut Street, Newton Upper Falls, MA 02164  
Tel: 617-630-1300  
Fax: 617-630-1325  
E-Mail: chi@healthtech.com
- 14 **AAFS Annual Meeting, Association for Crime Scene Reconstruction Training Conference 1999.**  
14-16 June 2000 Netherlands.  
ENFSI Forensic IT-working group meeting – Forensic IT meeting of ENFSI

**KİTAP TANITIMI****BOOK REVIEW****Forensic Epidemiology: A Comprehensive Guide for Legal and Epidemiology Professionals****Adli Epidemiyoloji : Hukuk ve Epidemiyoloji çalışanları için kapsamlı bir kılavuz***Sara Loue*

Southern Illinois University Press Carbondale and Edwardsville, 1999

Alanımızın değerli ve üretken isimlerinden Prof.Dr. Bernard Knight'ın dile getirdiği güzel bir kural var. "Seldom say never, seldom say always -Asla ve daima'yı nadiren kullanın" sözünü, alanımızla keşişen bir başka değerli ve üretken isim, Doç.Dr. Kriton Dinçmen ise; " Aşkta ve tıpta, ne asla ne daima" biçiminde dile getiriyor ve Knight'ın adli tıp için söylediğini, yaşama ve tıbbı da uyguluyor.

Matematiksiz bir yaşam düşünölemeyeceğine göre, belirsizlik gibi görünen bu ifadenin matematiksel bir bilim diline dönüşümü ile belirleyicilik kazanabilmesi olanaklı kılınabilir.

Epidemiyoloji, tıp alanındaki olasılıkların matematik dili ile ifadesi olarak tanımlanabilirse eğer, adli epidemiyoloji de; değişkenlerin çok çeşitli ve her zaman öngörülemez olduğu adli tıp ve adli bilimler için; bilirkişiliğin sınırlarını matematik dili ile oluşturabilme olanağı tanıyabilir.

Okuma olanağı bulduğum bu kitap; alanımızda yaşadığımız sıkıntıları, tanı koyma ve karar verme sürecinde yaşanan belirsizlikleri tanımlayan ve çözüm önerileri sunan niteliğiyle önemli bir boşluğu doldurmaktadır.

Tanık bilirkişilikte etik ilkeler gözetilerek epidemiyolojik çalışma yöntemlerinin tanımlandığı, nedenselliğin hukuki ilkeleri ve güvenilirliğinin epidemiyolojik boyutuyla tartışıldığı kitapta nedenselliği kurarken epidemiyolojiden yararlanma yolları, çapraz sorgulamalar, inceleme ve örnekleme teknikleri değişik görsel grafik yöntemlerinden de yararlanılarak aktarılıyor.

Bilirkişilik yaparken sıkıntı yaşadığımız birçok konuda yolumuzu aydınlatacağımı düşündüğüm bu kitabı tüm meslektaşlarıma öneriyorum.

Prof.Dr. Şebnem KORUR FİNCANCI

**FORENSIC  
EPIDEMIOLOGY****SANA LOUE**



# 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 çalıştıkları kurum ve ünvanları tam olarak yazılmalıdır. Başlık sayfasının en alt kısmında iletişimi sağlayacak yazarın is-

mi, 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 aydınlar 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. 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.

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.



# ADLI 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: **Doç.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.

"**Doç.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 ➔ **Doç.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 hesabınıza 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 ➔ **Doç.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 4, Sayı/Number 2, 1999

Dernek adına sahibi ve sorumlu yazı işleri müdürü / Owner : **Şebnem KORUR FİNCANCI**

Matbaa: **BERDAN OFSET / İSTANBUL**