

DERLEME / REVIEW

Dişabet Hastalarında Hipogliseminin Ceza Sorumluluđuna Etkisi

The Effect of Hypoglycemia on Criminal Liability in Diabetic Patients

Ayşe Derya Kaynak*, Ali Rıza Tümer

Öz

Suç isnat edilen kişilerin, haksız cezai yaptırımından kaçınmak için savunmalarında sağlık problemlerini öne sürerek, suçla konu eylem esnasında iradelerinin yerinde olmadığını iddia etmeleri sık karşılaşılan bir durumdur. Bu konuda akıl ve ruh sağlığı ile ilgili rahatsızlıklar en sık karşımıza çıkarlardır. Ancak, bilinç durumunu etkileyen diğer sağlık problemlerini de unutmamak gerekmektedir. Diyabet hastaları da hipoglisemi atağında işlenen suçlarda iradelerinin devre dışı kaldığını iddia edebilmektedir. Çünkü diyabet hastalarında uzun vadede gelişen görme kaybı, böbrek yetmezliği, kalp krizi, kişilik değişiklikleri gibi bilinen kronik komplikasyonlar yanında, yüksek doz insülin uygulaması nedeniyle ortaya çıkan ve bilişsel işlevlerde bozukluklarla karakterize hipoglisemi ve nöroglükopeni gibi akut tedavi komplikasyonları da mevcuttur. Mahkemeler bu nedenle kişinin cezai sorumluluğunun tespiti hususunda, adli tıp uzmanlarından bilirkişi görüşü isteyebilmektedirler. Bu makalede, diyabet hastalarında sık görülen bir tedavi komplikasyonu olan hipoglisemi ve nöroglükopeninin kişide oluşturduğu bilişsel ve kognitif bozuklukların cezai sorumluluğu etkileyebilecek bir durum olup olmadığı, etkiliyorsa hangi kapsamda etkileyebileceği hususunun, bu konuda görölmüş davalar örnek gösterilerek tartışılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet Hastası; Hipoglisemi; Ceza Ehliyeti; Davranış.

Abstract

It is common for people who are charged with crime to assert that their will is not in place during the action of the crime by asserting health problems in their defense to avoid unfair penal sanctions. In this regard, mental health disorders are the most common. However, other health problems affecting the state of consciousness should not be forgotten. Diabetes patients may also claim that their will is disabled in the crimes committed in the attack of hypoglycemia. There are also known chronic complications such as vision loss, renal failure, heart attack, personality changes in long-term diabetes patients, as well as acute treatment complications such as hypoglycemia and neuroglycopenia, which are caused by high-dose insulin therapy and are characterized by impaired cognitive functions. The courts can therefore request expert opinion from the forensic experts on the determination of the person's criminal liability. In this article, it is aimed to discuss the cases of hypoglycemia and neuroglycopenia, which is a common treatment complication in diabetic patients, and whether or not cognitive and cognitive disorders in the individual can affect criminal responsibility, and if so, the extent to which these effects may affect the case.

Keywords: Patients With Diabetes, Hypoglycemia; Criminal Discretion; Criminal Responsibility, Behavior.

DOI: 10.17986/blm.2019149819

Ayşe Derya Kaynak: Uzm. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Eposta: ayder.kaynak@yahoo.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9669-6564>

Ali Rıza Tümer: Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Eposta: tumeralir@hotmail.com
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0547-4868>

Bildirimler:

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Geliş: 18.06.2018

Düzeltilme: 19.07.2018

Kabul: 10.09.2018

p-ISSN: 1300-865X

e-ISSN: 2149-4533

1. Giriş

Suç ve ceza kavramları, ceza hukukunun konusuna girmektedir. Bir suçun oluşumu için temel şart suça konu eylemin varlığıdır. Bir eylemin suça konu olup olmadığı, eylemi gerçekleştiren kişinin, suça konu eylemi gerçekleştirmesi yönündeki iradesinin kendisi tarafından kontrol edilip edilmediğine bağlıdır. Kişinin, özgür iradesi ile gerçekleştirdiği davranışlar suça konu eylem olarak kabul edilmiştir. Mesela, refleks hareketleri veya epilepsi hastasının bilincini kaybettiğinde gerçekleştirdiği hareketler, suça konu eylem teşkil etmezler.

Bir eylemin cezai müeyyide gerektirecek bir suç teşkil etmesi için kanuni unsur (tipiklik), maddi unsur (hareket/fiil), hukuka aykırılık unsuru, manevi unsurlar gibi suçu oluşturan temel unsurları içermesi gerekmektedir (1). Bu unsurlar araştırılırken ve eylemin hukuka aykırılığı değerlendirilirken kişinin gerçekleştirdiği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilecek durumda olup olmadığı veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp azalmadığının tespiti hususunda, mahkemelerde adli tıp uzmanlarından bilirkişi görüşü alınmaktadır.

Suç isnat edilen kişilerin, cezai yaptırımından kurtulabilmek için savunmalarında sağlık problemlerini öne sürerek, suça konu eylem esnasında iradelerinin yerinde olmadığını iddia etmeleri sık karşılaşılan bir durumdur. Bu konuda akıl ve ruh sağlığı ile ilgili rahatsızlıklar en sık karşımıza çıkanlardır. Ancak, bilinç durumunu etkileyen diğer sağlık problemlerini de unutmamak gerekmektedir. Diyabet hastaları da hipoglisemi atağında işlenen suçlarda iradelerinin devre dışı kaldığını iddia edebilmekte ve bu durum hukuki tartışmalara neden olmaktadır.

Diyabet, kan şekeri yüksekliği ile seyreden ve her geçen gün görülme sıklığı artan bir metabolik bozukluklar bütünüdür. Diyabet hastalarında uzun vadede gelişen görme kaybı, böbrek yetmezliği, kalp krizi, kişilik değişiklikleri gibi bilinen kronik komplikasyonlar yanında hipoglisemi ve nöroglükopeni gibi sık görülen akut tedavi komplikasyonları da mevcuttur (2). Akut nöroglükopeni genellikle yüksek doz insülin uygulaması nedeniyle ortaya çıkar ve bilişsel işlevlerde bozukluklarla karakterizedir. Bu kişiler konsantrasyon bozukluğu, gerçeklikten kopuş, açlık hissi, irritasyon ve amnezi gibi mental sorunlar yaşamaktadırlar (2).

2. Diyabet ve Hipoglisemi

Diyabet oldukça yaygın görülen, oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu, kan şekeri yüksekliği ile seyreden bir metabolik bozukluklar bütünüdür. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre; diyabetli hasta sayısı 1980 yılında 118 milyon iken 2014 yılında bu rakam 422 milyona çıkmış olup, global prevalans 18 yaşın

üzzerindeki yetişkinlerde 1980 yılında %4,7 iken, 2014 yılında % 8,5'a yükselmiştir. Gelir seviyesi orta-düşük olan ülkelerde diyabetli hasta sayısı daha hızlı artmaktadır (3). Etyolojilerine göre Tip 1 ve Tip 2 şeklinde iki ana sınıfa ayrılırken, farklı alt tipleri de mevcuttur. Bu etyolojik nedenler genetik defektler, pankreas hastalıkları, endokrinopatiler, ilaç ve kimyasal madde etkisi, enfeksiyon ve diyabet ilişkili sendromlar gibi durumlardır.

Tip 1 Diyabet genellikle insülin yetmezliğine yol açan otoimmün beta hücreleri yıkımı sonucu gelişirken, Tip 2 Diyabet değişik derecelerde insülin direnci, bozulmuş insülin sekresyonu ve glukoz üretiminde artışla karakterize heterojen bir hastalıktır. Diyabet komplikasyonları akut ve kronik olabilir ve genellikle hiperglisemi nedenlidir. Akut komplikasyonları Diyabetik Ketoasidoz (DKA), Nonketotik Hiperosmolar Koma gibi durumlar olup; kronik komplikasyonları mikrovasküler nöropati, otonom bozukluklar, nefropati, makrovasküler bozukluklar (kalp krizi, felç vs) gibi patolojilerdir. Akut ve kronik komplikasyonları yanı sıra hipoglisemi de DM hastalarında tedavi komplikasyonu olarak sıkça karşımıza çıkmaktadır (4).

3. Hipoglisemi

Hipoglisemi plazma glukoz düzeyinin düşüklüğü ile seyreden ve sersemlik, logore, konfüzyon, bilinç kaybı gibi semptomları olan, uzun sürerse ölümlü bile sonuçlanabilen bir durumdur. Hipoglisemide kan şekeri düzeyleri kişiden kişiye değişkenlik göstermekle birlikte, bu düzeyin diyabet hastalarında 3,9 mmol/L (70 mg/dL)'nin altında olması tanı koydurucudur (5).

Merkezi sinir sistemi bütün enerji gereksinimini glukoz metabolizmasından sağlamakla birlikte, glukoz sentezleyememekte ve glukojen depoları birkaç saatten fazla dayanmamaktadır. Bu yüzden hipoglisemi halinde en fazla etkilenen organ beyindir. Kan glukoz seviyesinin çok düşmesi halinde merkezi sinir sistemi deprese olmakta ve bu depresyon hipoglisemi kliniğinin temelini oluşturmaktadır (6).

Hipoglisemi kliniği, otonomik ya da nöroglükopenik yanıtlar olarak 2 kategoride incelenebilir. Nöroglükopeni dediğimiz tablo merkezi sinir sisteminde glukoz yokluğunun direkt sonucudur. Davranış değişiklikleri, konfüzyon, yorgunluk, hipoglisemik nöbet, bilinç kaybı gibi durumlara sebep olmakta, hatta hipoglisemi şiddetli ve uzun sürdüğü takdirde ölüm meydana gelebilmektedir (5,6). Hipoglisemi ile uyarılan otonom yanıtlar ise çarpıntı, tremor, anksiyete gibi adrenerjik ve terleme açlık ve parestezi gibi kolinerjik semptomlardır. Bu klinikler glukoz regülasyonu için devreye giren nöral uyarılar, metabolik sinyaller ve diğer glukagon, adrenalin gibi birçok hormonların etkisi ile oluşmaktadır (7). Günümüzde insülin

tedavisi ile glisemik kontrolü sağlama kusursuz olmadığı için, hastalar hemen hemen her hafta semptomatik ya da asemptomatik olabilen bir hipoglisemi atağı geçirmektedirler. Hemen hemen her gün, günün %10'luk bir diliminde kan şekerleri 50 mg/dl altına düşmekte ve 1 yıl içerisinde bu hastaların en az %25'i ciddi ve hastayı geçici olarak iş göremez duruma sokabilecek nöbet veya koma ile birlikte olabilen bir atak geçirmektedirler. Normal şartlarda diyabet hastaları hipogliseminin tipik semptomlarını öğrenebilirler, ancak uzun süreli tekrarlayan hipoglisemi atakları, semptomların daha silik olmasına ve hastanın kendi durumunu fark etmemesine neden olmaktadır (4).

Genellikle iatrojenik olan hipogliseminin diğer nedenleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. İatrojenik hipogliseminin diğer nedenleri

İnsülin dozunun fazla, zamanlamasının yanlış olması	Eksojen glukoz alımının azalması
Yanlış tipte insülin	Egzersizle artmış glukoz tüketimi
İnsülin duyarlılığının artması	Alkol tüketimi ile azalan endojen glukoz üretimi
Atlanmış öğünler	İnsülin klirensinin azaldığı böbrek yetmezliği gibi durumlar ve otonom yetmezlik

Hipoglisemi ile ilişkili otonom yetersizliğin iki ana bileşeni mevcuttur; birincisi glukoz regülasyonunun karşı düzenleyici hormonal cevapların bozulması, ikincisi ise hipoglisemi habersizliği dediğimiz kişiyi beslenmeye yöneltecek uygun davranışsal cevapların engellenmesidir. Bu ikinci durum ciddi hipoglisemik atakların sık geçirilmesi ile ilişkilidir. Çünkü normal bireylerde, hipoglisemi varlığında kişiyi uyarıcı ve onu beslenmeye iten uyarıcı semptomlar devreye girmektedir. Hastada bu durumda ilk belirti nöroglipopeni olacağı için hastanın kendisini tedavi etmesi için artık çok geç olacaktır (8).

Bazen de yapay hipoglisemi denen durumla karşılaşmaktadır. Bu durum insülin veya hipoglisemik bir ajanı suistimal ederek kişinin kendi kendisine uygulaması halidir. En sık sağlık personellerinde, Diabetes Mellitus hastaları ve yakınlarında, diğer yapay hastalık öyküsü olan kişilerde görülmektedir. Hipoglisemiden şüphelenilen hastada semptomların hikayesine, düşük plazma glukoz konsantrasyonuna veya her ikisine dayalı tanışal yaklaşımlar mevcuttur. C-peptid düzeyleri de tanıya gitmede sıkça kullanılır (9).

4. Diyabetin Nöropsikiyatrik Komplikasyonları

Diyabetin fiziksel komplikasyonlarının yanında, hafif derecelerden çok şiddetli derecelere kadar oldukça fazla ve değişik ağırlıklarda kliniklerle karşımıza çıkabilen psi-

kolojik komplikasyonları da mevcuttur. Bu komplikasyonların başında depresyon ve anksiyete bozukluğu gelir. Collins ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada diyabet hastalarının anksiyete veya depresyona yakalanma riskinin genel popülasyonun iki katı olduğunu ifade edilmiştir (10).

Diyabet ve depresyon beraber görüldüğünde bilişsel bozulma hızının arttığı ve demans riskinin yükseldiği de ifade edilmiştir. Demans riskindeki bu yükselme beyinde toksik madde birikimine bağlanmaktadır. Bu toksik etki, depresyon ve diyabetin birlikte kalp ve beyinde damar sorunlarına sebep olmasıyla birlikte Vasküler Demans ve Alzheimer gibi hastalıkların riskini artırması, depresyonun stres zamanlarında vücut tepkilerini düzenleyen hipotalamik-hipofiz aksı üzerindeki kontrolün bozulmasına neden olmasıyla metabolik sendroma neden olması ve metabolik sendromun vasküler demans, Alzheimer, obezite, inme ve kalp krizi gibi birçok hastalık için risk faktörü olması, tekrarlayan veya kronik depresyonun beynin hipokampus bölgesinde küçülmeye yol açması ile yeni hafıza oluşumunda problemlerin çıkması ile farklı demans türlerine neden olması gibi birden fazla biyolojik mekanizma teorisi ile açıklanmaya çalışılmıştır. (11).

Depresyon hastanın diyetine dikkat etmemesine ve hastalığını kontrol etmemesine de neden olmaktadır. Hasta ve doktor arasındaki iletişimi zedeleyerek tedavi sürecini olumsuz etkilediği Park ve Reynolds'un yapmış oldukları çalışmada belirtilmiştir (11). Kişinin yemek düzenini korumak, düzenli egzersiz yapmak, ilaçlarını almak, kan şekeri seviyesini ölçmek ve kilosunu normal sınırlar içinde tutabilmek için motive olması hayatının diğer alanlarındaki motivasyonu ile yakından ilişkilidir (9,11). Ciechanowski ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hem diyabet hem depresyon hastası olan kişiler depresyon şiddetlerine göre üç sınıf olmak üzere sınıflandırılmıştır. Hafif, orta ve şiddetli olarak adlandırılan bu sınıflar karşılaştırıldığında şiddetli sınıfına giren hastaların oral tedavi uyumlarının daha düşük olduğu ve tedaviye uymadıkları gün sayısının çok daha yüksek olduğu görülmüştür (12).

Depresyon ve diyabet arasındaki ilişki inflamasyon ve ilgili proenflamatuvar sitokinler ile açıklanmıştır. Yapılan çalışmalar sitokinlerin birçok etkisi olduğunu göstermiştir. Burada bizim için önemli olan IL-1 (interlökin-1), IL-6, tümör nekroz faktörü α (TNF- α) isimli sitokinlerin "hastalık davranışı" denen bir davranışı tetikliyor olmasıdır. Bu "hastalık davranışı" birçok hastalıkla ilişkilendirilen yorgunluk, işsizlik, haz kaybı ve vücut bakımına özen göstermeme gibi spesifik olmayan semptomlardan oluşmaktadır. Fark edileceği gibi bu semptomların çoğu majör depresyon ile de uyumludur ve bu yüzden majör depresyona sahip birçok hastada IL-6 seviyeleri çalışılmış ve sonu-

cunda yükselmiş olduğu gösterilmiştir. Proenflamatuar sitokinler birçok diyabet hastasında da yüksek bulunmuştur (13). IL-6 seviyelerindeki yükselmenin doğrudan hipoglisemi ile ilişkili olduğu ayrıca yapılan farklı çalışmalarda da gösterilmiştir. Hipoglisemi bunun yanında diğer enflamasyon olaylarına yol açmakta ve diğer sitokin seviyelerinde de yükseltici bir etkiye sahip olmaktadır (14). Aynı zamanda obezite hastalarında yağ ve kas dokuda sitokin salgısının yükselmesi hem kişinin insülin dengesini bozmakta hem de hastalık davranışı ve depresyon semptomlarını sergilenmesine yatkınlığını da etkilemektedir (13). Bu proenflamatuar sitokinlerin diğer bir tehlikesi de beyin üzerindeki doğrudan etkileridir. Beynin sistemik enflamasyonlara yatkınlığı nedeniyle, dolaşımdaki sitokinler nörotoksik bir olaylar zinciri başlatabilmektedir (14).

Farklı çalışmalarda hipogliseminin görme ve işitme duyuları üzerindeki olumsuz etkileri de bildirilmiştir (14,15).

Diyabetin kişinin ruhsal yapısına bir diğer etkisi de duygusal dalgalanmalar ve bozulmalardır. Diyabet hastalarında sinirlilik, iritabilite ve genel olarak kişiliğin saldırganlaşması fenomenleri görülmektedir. Bunun dışında insülin bağımlı diyabet hastaları şiddetli hipoglisemik olaylar yaşadıkça kişiliklerinde bozulmalar olmakta ve zamanla daha kaygılı ve daha az sosyal olmaktadır. Tekrarlayan hipoglisemi aynı zamanda genel olarak hayattan alınan hazzı azaltmakta, kişilerin mutlu hissetme sıklığını düşürmekte ve anksiyete seviyelerini yükseltmektedir. Bu sebeplerden dolayı sık tekrarlayan hipoglisemik ataklar açıkça kişilerde psikososyal sorunlara yol açmaktadır (15).

McCrimmon ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında hipoglisemik durumlarda kişilerin öfke seviyelerinde yükselme olduğunu, bu öfkenin dışarıdan görülemediğini ve bu durumların kişinin gösterdiği diğer hipoglisemi semptomlarından bağımsız olduğu ifade etmişlerdir. Kişilerin hipoglisemi sonucu yaşadıkları öfkenin şiddeti de kişiler arasında büyük değişkenlik göstermektedir. Kimilerinde öfke artışı oldukça az, kimilerindeyse oldukça fazla olmakta ve bazı hastalarda ise kayda değer bir yükselme görülmemektedir (16).

5. Diabetes Mellitus ve Hipoglisemiye (Mediko) Legal Bakış

Diyabet hastalığı kişide motor becerileri etkileyebilmekte ve kişileri kognitif-motor fonksiyon gerektiren işlerde tehlikeye atabilmektedir. Mesela sürücülerde esas tehlikeyi oluşturan hipoglisemi riskidir. Çünkü çoğu kazalara sürüş esnasında fark edilmeden girilen hipoglisemi atağı neden olmaktadır. Bu noktada İngiltere ve Galler Ceza Hukuku tarafından kişinin hukuki ehliyeti için otomatizma ve delilik (cinnet) kavramlarının tanınmış oldu-

ğu ve buna sebebin internal ya da eksternal olup olmadığının ayrımı yoluna gidildiğini görmekteyiz (17).

Otomatizma, robot gibi davranış veya mekanik işlemsiz hareketler ve otomatik bir durumda bulunma hali olarak ifade edilebilirken mediko-legal literatürde otomatizma “kişinin farkında olmadan ve bilinçli kontrolü olmadan davranışta bulunması” şeklinde tanımlanmıştır. Epilepsi ve inme gibi nörolojik durumlarda da görülmektedir. Kişinin yaptıklarının farkında ve bilincinde olmadığı ve aynı zamanda anterograd amnezi yaşadığı patolojik bir durumdur. Amnezi olmadan otomatizma olmamaktadır (18).

Hukukta otomatizma; adli bir suçta karşı kullanılan karışık bir savunma konseptidir. Savunmada otomatizma hukuki olmayan bir davranışın gerçekleştiğini kabul etmekle birlikte, kişinin hareketleri üzerinde yeterince iradesinin olmadığını savunmaktadır. Genel olarak ikiye ayrılmıştır. Birincisi akli dengesi yerinde otomatizma olup; kişi hiç ceza almadan çıkabilmektedir. İkincisi akli dengesi yerinde olmayan otomatizma olup; kişinin öncelikle bir Psikiyatri kliniğine yatırılmasını zorunlu tutmaktadır (19).

Diyabet hastalarında otomatizma, genellikle insülin tedavisinin yan etkisi olan hipoglisemi ile indüklenmektedir. Dolayısıyla diyabeti olan ve insülin tedavisi alan kişilerin hipoglisemi yatkınlıkları fazla olduğundan, otomatizma davranışına yatkınlıkları da daha fazladır (2).

Hipoglisemi, hastayı irrite, agresif ve yıkıcı tutum içerisine itebilir. Bu semptomların ve hipogliseminin şiddeti ve süresi kişinin regülatuar mekanizmalarına bağlıdır. Yani tıpta meşhur olan “hastalık yoktur, hasta vardır” prensibince bu etkiler kişiden kişiye değişecektir. Ayrıca nöroglikopeni, mantıksız ve şiddet içerikli davranışlarla bağlantı kurulabilen şiddetli mental konfüzyona yol açabilir. Bu otomatik davranış da medikolegal olayların nedenini oluşturur.

Kişi, cezai sorumluluğu ortadan kaldıracabilecek maddelik davranışına kendisi bilerek ve isteyerek sebebiyet vermiş ise o takdirde hukuka aykırı eylem ve davranışlarının cezai sonuçlarına katlanacaktır. Mesela, kişi kendi iradesiyle alkol ve uyuşturucu kullanıp sonrasında iradesini tamamen veya kısmen yitirerek hukuka aykırı bir davranışta bulunur ise bu davranışın cezai sonuçlarına katlanacaktır. Oysa kişi iradesini sakatlayacak duruma kendi isteği ile düşmemiş ise, mesela içkisine veya yiyeceğine bir başkası tarafından uyuşturucu madde konulmuş ve bu suretle iradesini yitirmiş ise o takdirde bu durumdayken gerçekleştirdiği hukuka aykırı eylem ve davranışların sonuçlarından sorumlu tutulmayacaktır. Ancak bu ayrımın sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için evvela kişinin iradesini sakatlayan davranışın kişinin kendi iradesinden kaynaklanıp kaynaklanmadığını ispat etmek

gerekmektedir. Dolayısıyla kişinin cezai sorumluluğunu etkileyebilecek olan hipoglisemi ve otomatizmanın kişinin kendi iradesiyle gerçekleşip gerçekleşmediği hususun sağlıklı yöntemlerle belirlenmesi gereklidir.

Bu konuda İskoçya'da görülen 2 dava dikkati çekmektedir. Bunlardan birincisi 1975 yılında görülen Farrell ve Stirling davasıdır. Bu davada yeni tanı konulmuş bir diyabet hastası trafik kazasına karışmış olup, kaza sırasında hipoglisemik olduğunu ve bu durumun ilk kez başına geldiğini iddia etmiştir. Savunmasını kabul eden mahkeme olay sırasındaki mental durumu sebebiyle araba üzerinde kontrolünü kaybetmiş olması nedeniyle sanığı suçsuz bulmuştur. 1993 yılındaki MacLeod ve Mathieson davasının konusu ise benzer bir olay olup, sanık aynı savunmayı kullanmış, ancak uzun süreli diyabet hastası olduğu için uyarıcı işaretleri tanınması gerektiği ve farkında olmasına rağmen arabayı bir süre hipoglisemik halde kullanması nedeniyle suçlu bulunmuştur (20).

Hipoglisemi meydana geleceğinde önceden uyarı olmuyorsa, o zaman suç kastından söz edilemez. Ancak eğer kişi diyabeti konusunda tedbirsiz ise, bu kendi indüklediği durum için suçlanabilir. Bu demektir ki kişi diyabet yönetimi konusunda tedbirsiz davranıyorsa genel kasıt noktasında kendisine gönüllü madde verenle aynı duruma düşecektir (17).

Ülkemizde alınan Yargıtay kararlarında hipoglisemi ve ceza sorumluluğu arasında ilişki kuracak bir mahkeme kararına rastlanılmamıştır. Ancak uluslararası hukuk literatüründe tespit edilen bu konudaki üç adet dava örneği makalede sunulmuştur.

6. Dava Örnekleri

Vaka I: İngiltere'de 1973 yılında görülen R v Quick davasında diyabet hastası sanık başka bir şahsa saldırdıktan sonra yere yığılmış ve olayın ardından kendine geldiğinde olaya ait hiçbir şey hatırlamadığını ifade etmiştir. Olay sabahı sanık insülin kullanmış, ancak sonrasında gerekli gıdayı tüketmediği ve alkol aldığı mahkemede kanıtlanmış olup, mahkeme tarafından sanığa delilik savunmasını kullanabileceği ifade edilmiş olmakla birlikte sanık suçlu bulunmuştur. Ancak temyiz mahkemesi kararı geri çevirmiş ve sanığa delilik dışı otomatizma adı verilen yeni bir tanımlama yapmıştır. Bu karar istemsiz hareketler durumunda farklı bir savunmanın yolunu açmıştır (21).

Vaka II: İngiltere'de 1983 yılında görülen R v Bailey davasında diyabet hastası sanık eski kız arkadaşının yeni erkek arkadaşını ziyaret ettiği sırada kendisinde hipoglisemi semptomlarını fark ettiğini ve önlem olarak şekerli su içtiğini, ancak gıda tüketmediğini iddia etmiştir. On dakika sonra sanık hipoglisemi sonucu kontrolünü kaybettiğini ve yanında getirdiği demir çubukla kurbanı saldırdığını ifade etmiştir. Sanık her ne kadar otomatizma

savunmasını kullanmak istemiş olsa da mahkeme bu durumun kendi dikkatsizliği nedeniyle oluştuğunu, bunun kasıt anlamına geldiğini ve bu savunmanın kendisine açık olmadığını söylemiştir. Sanık daha sonra temyize başvurmuş ve temyiz mahkemesi yanında demir çubuk getirmesi ve tıbbi bilirkişilerin hipogliseminin şekerli su içtikten 10 dakika sonra ortaya çıkamayacağı yönündeki ifadesi göz önüne alındığında dava sürecinde herhangi bir adletsizlik veya hata olmadığını belirtmiştir (21).

Vaka III: İngiltere'de 1993 yılında görülen Alasdair Padmore davasında 5 yaşından beri insülin kullanan tip 1 diyabet hastası sanık, aynı zamanda arkadaşı olan ev sahibini bir mutfak bıçağı kullanarak öldürmekle suçlanmış ve cinayetin sanık tarafından gerçekleştirildiği kanıtlanmıştır. Ancak sanık kendisini o esnada spor salonunda ağır antrenmanla geçirdiği 2 saat sonrasında eve geldikten sonra olağan insülin dozunu aldığı, sonrasında yemek hazırlarken elinde olmayan sebeplerden dolayı geç kaldığı, bu sebepten dolayı olay esnasında hipoglisemik olduğu ve yemek hazırlığı ile polis merkezinde kan şekerinin tekrar yükselmesi arasını hatırlamadığı iddiası ile savunmuştur. Bu savını kanıtlamak için tuttuğu tıbbi kayıtları kullanmıştır. Olay sırasındaki kan şekeri seviyesi bu kayıtlarda olmasa da daha önceki düzenli kan şekeri ölçümlerine bakılarak kişinin hipoglisemiye yakınlığı kanıtlanmıştır. Bunun yanında şahitlerin betimlemesi ve Padmore'un alıkonulması sırasında ve sonrasında davranışlarına bakılarak olay sırasında hipoglisemik olduğu sonucuna varılmıştır. Bilirkişi raporu da bu doğrultuda olduğundan dava beraatla sonuçlanmıştır (22).

Bu konuda Kanada'da yapılan bir çalışmada hapishanedeki cinsel suçlular incelenmiş ve özellikle bir tanesi bu konuda öne çıkmıştır. 45 yaşında olay sırasında uzun süredir devam ettiği düzenli bir işe sahip ve herhangi bir sabıka kaydı bulunmayan sanık barda yeni tanıştığı bir kadına cinsel saldırıda bulunmuş ve ceza almıştır. Ceza aldıktan sonra sanığın tanı konulmamış ve kontrol edilmemiş diyabeti olduğu anlaşılmıştır. Bunun üzerine ailesi de geçmişte daha önce bildiği yollarda kaybolmak ve konuşma değişimleri gibi daha önce önemsemedikleri değişiklikleri de belirtmişlerdir. Bunun üzerine hastaya yapılan psikiyatrik ve nörolojik testler sonucunda hastanın yargılama ve plan yapma kabiliyetlerini de içeren yürütücü işlevleri zayıf bulunmuştur. Böyle vakalar özellikle kontrol edilmeyen diyabetin cinsel suçlular arasında bilişsel zayıflama ile ilişkilendirilebileceği hipotezini güçlendirmektedir (23).

7. Sonuç

Ceza hukukunda bir kişinin suçlu bulunması için temel prensip işlediği fiili bilinçli olarak gerçekleştirilmesidir. Suçlu işlediği fiilin sonuçlarını öngörebilmeli ve

kendi iradesi ile gerçekleştirmelidir. Aksi takdirde eylemlerinden sorumlu tutulmaz (2).

Diyabet hastalarında cezai sorumluluğun ortadan kalkması için kişinin o anda hipoglisemiye bağlı bilinç kaybı ve amnezi durumunda olduğunu ispat etmesi beklenir. Ancak bu ispat, pratikte mümkün olmayıp, geriye yönelik tıbbi değerlendirme ile kişide suç anında Diyabet hastalığına bağlı bilinç kaybı olup olamayacağı Adli Tıp ve/veya ilgili Uzmanlık alanındaki doktorlara sorulabilir.

Bu durumda kişinin, insulin kullanan diyabet hastası olup olmadığının tıbbi kanıtı yanında; hipoglisemi ataklarının ne sıklıkla ortaya çıktığının tıbbi kayıtlarının değerlendirilmesi, bu ataklar sırasında amnezi öyküsünün olup olmadığının tespiti, tedavi süreci boyunca düzenlenen kan şekeri düzeyi takip formlarının incelenmesi, diyabet hastalığına bağlı olarak kişide nöro-psikiyatrik komplikasyonların gelişip gelişmediğinin belirlenmesi, diyabet hastalarının öfke artışlarının dışarıdan algılanıp algılanmadığı, tedavi uyumunun olup olmadığı hususlarında tıbbi değerlendirmelere tabii tutulması gerekmektedir.

Yukarıda sözü edilen tıbbi değerlendirmelerin yapılmaması durumunda, kişi hipoglisemik iken bir suç işlemiş ise, adli değerlendirmeler cezai sorumluluk açısından sorun oluşturabilir. Bu nedenle hukuk ve tıp alanında çalışanların iş birliği yapması gerekir, aksi takdirde her iki tarafta yorumlar eksik kalacaktır.

Kaynaklar

- Alacakaptan U. Suçun Unsurları. Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları; 1975.
- Frier B, Maher G. Diabetes and Hypoglycaemia: Medicolegal Aspects of Criminal Responsibility. *Diabetic Medicine*. 1988;5(6):521-6. doi: 10.1111/j.1464-5491.1988.tb01044.x
- Diabetes [Nov, 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en>.
- Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J. Harrison iç hastalıkları prensipleri. Cilt. 2004;1:90-4.
- Low Blood Glucose (Hypoglycemia) [Nov 21, 2016]. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/preventing-diabetes-problems/low-blood-glucose-hypoglycemia>.
- Diseases and Conditions Hypoglycemia [Jan 20, 2015]. Available from: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hypoglycemia/basics/symptoms/con-20021103>.
- Ray KK, Seshasai SRK, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethercott S, Preiss D, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet*. 2009;373(9677):1765-72. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60697-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60697-8).
- Frier B. Hypoglycaemia and cognitive function in diabetes. *International journal of clinical practice Supplement*. 2001(123):30-7.
- Horwitz D. Factitious and artifactual hypoglycemia. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*. 1989;18(1):203-10.
- Collins M, Corcoran P, Perry I. Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2009;26(2):153-61. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2008.02648.x>
- Park M, Reynolds CF. Depression among older adults with diabetes mellitus. *Clinics in geriatric medicine*. 2015;31(1):117-37. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.022>.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of internal medicine*. 2000;160(21):3278-85. doi: 10.1001/archinte.160.21.3278.
- Musselman DL, Betan E, Larsen H, Phillips LS. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology, and treatment. *Biological psychiatry*. 2003;54(3):317-29. doi: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00569-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00569-9).
- Dandona P, Chaudhuri A, Dhindsa S. Proinflammatory and prothrombotic effects of hypoglycemia. *Diabetes Care*. 2010;33(7):1686-7. doi: <https://doi.org/10.2337/dc10-0503>.
- Merbis M, Snoek F, Kanc K, Heine R. Hypoglycaemia induces emotional disruption. *Patient education and counseling*. 1996;29(1):117-22. doi: [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(96\)00940-8](https://doi.org/10.1016/0738-3991(96)00940-8).
- McCrimmon RJ, Ewing FM, Frier BM, Deary IJ. Anger state during acute insulin-induced hypoglycaemia. *Physiology & behavior*. 1999;67(1):35-9. doi: [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(99\)00036-0](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(99)00036-0).
- What effect does diabetes have on the criminal law (motoring)? <http://www.inbrief.co.uk/motoring-law/diabetes-driving-laws/>.
- Pashler H. *Encyclopedia of the Mind*: SAGE; 2013.
- Hendy J, Hutchinson O. *Optimize Criminal Law*: Routledge; 2015.
- Beaumont G. Automatism and hypoglycaemia. *Journal of forensic and legal medicine*. 2007;14(2):103-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcfm.2006.01.010>.
- Cases On Automatism | Free Criminal Law Cases [21/11/2016]. Available from: <http://www.lawteacher.net/cases/criminal-law/automatism-cases.php>.
- Marks V. Hypoglycaemia: accidents, violence and murder. Part 1. *Practical Diabetes International*. 2005;22(8):303-6. doi: <https://doi.org/10.1002/pdi.854>.
- Langevin R, Langevin M, Curnoe S, Bain J. The prevalence of diabetes among sexual and violent offenders and its co-occurrence with cognitive impairment, mania, psychotic symptoms and aggressive behavior. *International journal of prisoner health*. 2008;4(2):83-95. doi: <https://doi.org/10.1080/17449200802038215>.