

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN ADLİ RAPOR DÜZENLEME KONUSUNDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. SESEN IŞIK

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN ADLİ RAPOR DÜZENLEME KONUSUNDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. SESEN IŞIK

UZMANLIK TEZİ

Danışman: PROF. DR. MEHMET GÜL

KONYA, 2019

ÖZET

ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN ADLİ RAPOR DÜZENLEME KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. SESEN IŞIK
UZMANLIK TEZİ
KONYA, 2019

Amaç

Bu araştırma, acil serviste çalışan doktorların adli rapor düzenleme konusundaki bilgi düzeylerinin meslek yılları ve ünvanları ile ilişkisini ortaya koymak ve meslek hayatında yineleyen eğitime ihtiyaç duyup duymadıklarını belirleme amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Araştırma evrenini Türkiye'deki acil servislerde çalışan ve ünvanları pratisyen, araştırma görevlisi, uzman ve öğretim üyesi olan hekimler oluşturdu. Verilerin toplanması için anketle bilgi toplama tekniği kullanıldı. 24 sorudan oluşan adli rapor düzenleme anketi, Sağlık Bakanlığı tarafınca adli olgularda kullanılmak üzere oluşturulan 'genel adli muayene raporu', N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesinde kullanılan Enlil sisteminde yer alan adli rapor ve fakültemiz Adli Tıp Anabilim Dalı hekimlerinin oluşturdukları adli rapor içeriğindeki bilgiler kullanılarak oluşturuldu.

Bulgular

24 soru (3.-26.sorular) için ortalama doğru cevap sayısı $14,56 \pm 3,04$ olarak elde edildi. Bu sorular için elde edilen en düşük doğru cevap sayısı 0 ve en yüksek doğru cevap sayısı 22'dir. Toplam doğru cevap sayıları bakımından meslek yılları ve ünvan grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Çalışmamızda meslek yılı baz alınarak oluşturulan gruplar arasındaki doğru cevap oranı farklılıkları araştırıldığında; olay saati, basit tıbbi müdahale ile giderilme durumu ve yüzde sabit izin değerlendirmesi konularında sorulan sorulara doğru cevap verme oranının meslek yılları ile doğru orantılı olarak arttığı gözlenmiştir. Ünvan grupları arasındaki doğru cevap oranı farklılıkları

araştırıldığında ise olay saati konusunda sorulan soruya verilen doğru cevap oranı uzman hekimlerde araştırma görevlilerine gore istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. 27-29. Sorular (Kişisel düşünce formu) için verilen cevaplar açısından, meslek yılı ve nvan grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç

Çalışmamızda acil serviste çalışan hekimlerin birçoğunun adli rapor düzenleme konusunda eksiklikleri olduğu tespit edildi. Adli rapor düzenleme konusunda hekimlerin hata ve eksikliklerinin belirlenmesiyle bu konuya dikkat çekilerek, hekimlerin karşılaşabileceği "adli sorumluluğu ihmal" ve "gereğe aykırı bilirkişilik" gibi sulanmaların nlenmesine katkı sağlanacaktır.

Anahtar kelimeler: Acil servis, Adli rapor, Bilgi düzeyi.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE LEVELS OF THE EMERGENCY SERVICE PHYSICIANS ON FORENSIC REPORTING

M.D. SESEN IŞIK

MEDICAL SPECIALTY THESIS

KONYA, 2019

Objective

The aim of this study was to determine the possible differences of forensic report knowledge levels of doctors working in the field of Emergency Medicine according to working time and job title and to determine whether they need repeated training in their professional life.

Materials and Methods

Physicians who is workin in ER and has a job title as ‘general practitioners, research assistants, specialists and faculty members’ has created research population. Data were collected by questionnaire. The twenty four questions forensic report preparation questionnaire were prepared using the information contained in the 'general forensic examination report' in the guide prepared by the Ministry of Health for the preparation of forensic report, the forensic report in the Enlil system used by our university and the forensic report produced by the forensic medicine department of the university.

Results

The mean correct number was 14.56 ± 3.04 for 24 questions. The lowest number of correct answers obtained for these questions is 0 and the highest number of correct answers is 22. There was no statistically significant difference between study time and title groups in terms of total number of correct answers. In our study, when the differences in the correct response rate between the groups formed on the basis of the professional year were investigated; It was observed that the rate of correct answers to the questions asked about the time of the incident, the elimination of the situation with simple medical intervention and the percentage fixed leave assessment increased in direct

proportion with the professional years. When the differences in the correct response rate among the title groups were investigated, the correct response rate to the question asked about the time of event was found to be statistically significantly higher in the specialist physicians compared to the research assistants. For 27-29. questions, there was no significant difference between the study time and title groups in terms of the answers given between the groups.

Conclusions

In our study, deficiencies were found in most of the physicians working in the emergency department. By identifying the errors and deficiencies of physicians in the preparation of forensic reports, attention will be paid to this issue, thus contributing to the prevention of accusations such as negligence and unrealistic expertise.

Key words: Emergency service, Forensic report, Knowledge level.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
TABLolar.....	x
ŞEKİLLER.....	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Adli Olgulara Yaklaşım ve Muayene.....	2
2.2. Adli Raporların İçerikleri.....	3
2.2.1. Kurum Bilgileri.....	3
2.2.2. Kişinin Yakınması ve Olayla İlgili Bilgiler.....	3
2.2.3. Muayene Edene ve Edilene İlişkin Bilgiler.....	3
2.2.4. Tetkik Sonuçları.....	3
2.2.5. Muayene Bulguları.....	4
2.2.6. Konsültasyonlar.....	4
2.2.7. Raporun Sonucu.....	4
2.2.8. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi.....	4
2.2.8.1. Basit Tıbbi Müdahale İle Giderilebilecek Ölçüde Hafif Yaralanma.....	4
2.2.8.2. Başkasının Vücuduna Acı Veren/Sağlığının ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Yaralanma.....	5
2.2.8.3. Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Yol Açan Yaralanma.....	5

2.2.8.4. Duyularından veya Organlarından Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması/Yitirilmesi.....	6
2.2.8.5. Konuşmada Sürekli Zorluk/Konuşma Yeteneğinin Kaybı	6
2.2.8.6. Yüzünde Sabit İze–Yüzünün Sürekli Değişikliğine Neden Olma.....	6
2.2.8.7. Kişinin İyileşmesi Olanğı Bulunmayan Bir Hastalığa/Bitkisel Hayata Girmesine Neden Olma	7
2.2.8.8. Gebe Bir Kadında, Çocuğunun Vaktinden Önce Doğmasına/Çocuğun Düşmesine Neden Olma	7
2.2.8.9. Yaralamanın Vücutta Kemik Kırılmasına Neden Olması.....	7
2.2.8.10. Çocuk Yapma Yeteneğinin Kaybolması	7
2.2.9. Zehirlenmelerde Yaralanma Ağrlığının Değerlendirilmesi	8
2.2.9.1. Basit Tıbbi Müdahale İle Giderilebilecek Nitelikteki Zehirlenme Olguları.....	8
2.2.9.2. Vücuda Acı Veren veya Sağlığının ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar	8
2.2.9.3. Yaşamsal Tehlike Oluşturan Zehirlenme Olguları.....	8
2.3. Adli Raporların Sınıflandırılması ve Düzenlenmesi	10
2.4. Adli Rapor Hazırlanması Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar.....	10
3.GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1.Araştırmanın Modeli	17
3.2.Evren ve Çalışma Popülasyonu.....	17
3.3.Veri Toplama Araçları	17
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	17
3.3.2. Adli Rapor Düzenleme Anketi.....	18
3.4. Çalışma Popülasyonunun Gruplara Ayrılması.....	18
3.5. İstatistiksel Yöntem.....	18
4. BULGULAR	19

4.1.Adli Rapor Düzenleme Anketi Sorularına Verilen Cevapların Değerlendirilmesi	21
4.1.1. 3.-26. Sorulara Verilen Cevapların Oranları	21
4.1.2. 3.-26. Sorulara Verilen Cevapların Doğruluk Oranları.....	23
4.1.3. Meslek Yıllarına Göre Her Soru için Doğru Cevapların Sayı ve Yüzdeleri .	26
4.1.4. Ünvana Göre Her Soru için Doğru Cevapların Sayı ve Yüzdeleri.....	28
4.2. 27.-29. Soruların Değerlendirilmesi.....	31
4.2.1. Meslek Yılı ile 27-29. Sorulara Verilen Evet/Hayır Cevapların İlişkisi	31
4.2.2. Ünvan ile 27-29. Sorulara Verilen Cevapların İlişkisi.....	32
4.3. Toplam Doğru Cevap Sayıları ile Meslek Yıllarının Karşılaştırılması.....	32
4.4. Toplam Doğru Cevap Sayıları ile Ünvan Gruplarının Karşılaştırılması.....	33
4.5. 27-29. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	33
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	35
6.KAYNAKLAR.....	41
7. EKLER	

TABLULAR

1. Tablo 1: Yaşamı Tehlikeye Sokan Damar Yaralanmaları
2. Tablo 2: Katılımcıların Meslek Yılı Bakımından Sayı ve Oranları (%)
3. Tablo 3: Katılımcıların Ünvan Bakımından Sayı ve Oranları (%)
4. Tablo 4: 3.-26. Sorular için Toplam Doğru Cevap Sayısı ve Yüzdesi
5. Tablo 5: 3.-26. Sorulara Verilen Cevapların Doğruluk Oranları
6. Tablo 6: Meslek Yıllarına Göre Her Soru İçin Doğru Cevaplanma Sayı ve Yüzdeleri
7. Tablo 7: Ünvan İle 3.-26. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki
8. Tablo 8: Meslek Yılı ile Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki
9. Tablo 9: Ünvan ile 27.-29. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki
10. Tablo 10: Toplam Doğru Cevap Sayıları ile Meslek Yıllarının Karşılaştırılması
11. Tablo 11: Toplam Doğru Cevap Sayıları ile Ünvan Gruplarının Karşılaştırılması
12. Tablo 12: 27-28. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki
13. Tablo 13: 27. ve 29. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki
14. Tablo 14: 28. ve 29. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

ŞEKİLLER

1. Şekil 1: 3.-26. Sorular İçin Toplam Doğru Cevap Sayısı ve Yüzdeleri



SİMGELER ve KISALTMALAR

1. A. : Arter
2. ALT: Alanin Aminotransferaz
3. Ark. : Arkadaşları
4. Bkz.: Bakınız
5. BT: Bilgisayarlı Tomografi
6. BTM: Basit Tıbbi Müdahale
7. CPK: Serum Kreatinin Kinaz
8. CPR: Kardio Pulmoner Resusitasyon
9. GKS: Glasgow Koma Skoru
10. HbCO: Karboksihemoglobin
11. K: Potasyum
12. LDH: Laktat Dehidrogenaz
13. MR: Manyetik Rezonans
14. NEÜ: Necmettin Erbakan Üniversitesi
15. TCK: Türk Ceza Kanunu
16. PCO₂: Parsiyel Karbondioksit
17. Ph: Hidrojen Gücü ("Power Of Hydrogen")
18. SPSS: Statistical Package For The Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
19. T.C. : Türkiye Cumhuriyeti
20. V. : Ven

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İş kazası, darp, trafik kazası, cinsel saldırı, intoksikasyon, istismar, ihmal, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanmaları, yanık, kesici, delici ve ezici alet yaralanmaları, işkence, düşmeler, elektrik çarpması, suicidal girişim, mekanik asfiksi olguları, malpraktis, kriminal düşükler, suicidal girişimler adli vaka olarak değerlendirilir (Oğuz P, 2004) (Tunalı İ ve ark., 1992). Adli olgular acil serviste en sık karşılaşılan hasta gruplarındandır.

Türkiye'de ki hekimler kanunları (1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun) doğrultusunda mahkemeler tarafınca bilirkişi olarak atanabilir ve adli olgularda görev alma ve adli rapor düzenleme ile yükümlüdürler (Altun G ve ark., 1996) (Karagöz YM ve ark., 1998) (Gürpınar S ve ark., 1993). Hekimler ihbar işleminden sonra adli makamlara hastanın durumunu detaylı ve doğru bir şekilde açıklayan bir adli rapor düzenlemelidir.

Acil hekimleri adli rapor düzenleme konusunda adli tıp eğitiminin yetersizliği nedeniyle tedirgin davranmaktadırlar (Yavuz ve ark., 2004). Adli olgular için düzenlenen eksik ve hatalı adli raporlar geri döndürülemez sonuçlara neden olabilmektedir (Hancı, 2004). Acil hekimlerinin uzun saatler ve vardiya usulünde çalışmalarının adli raporlarda oluşabilecek hataları arttırdığı düşünülmektedir (Kurtuluş A, 2008).

Hekimlerin adli olgu bildirimini ve adli rapor yazma konusunda yetersiz bilgi sahibi olmaları, adli tıp konularında yaşadıkları sorunların %75'ini "adli rapor yazma" konusunun oluşturduğu ve hekimlerin %11.8'inin yazdıkları rapor nedeniyle bir veya birden fazla hukuki sorunla karşılaştıkları bilinmektedir (Tuğcu ve ark., 2003) (Turla ve ark., 2003).

Bu çalışmada doktorların adli rapor düzenleme konusundaki bilgi düzeyini değerlendirmek için 24 adet soru ve adli rapor ile ilgili verilen eğitimler konusunda kendi düşüncelerini paylaşmaları için 3 soru içeren anket hazırladık. Katılımcıların kişisel bilgilerini de içeren bu anketi link aracılığı ile katılımcılara gönderdik. Acil serviste çalışan doktorların adli rapor düzenleme konusundaki bilgi düzeylerinin meslek yılı ve ünvanları ile ilişkilerini belirlemeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Adli Olgulara Yaklaşım ve Muayene

Adli olgulara yaklaşım multidisipliner olmalıdır ve normal hasta gruplarından farklılık göstermektedir (Koç ve ark., 1994). Yaralının yaşadığı olayı kendi çıkarına göre değiştirerek anlatması sık karşılaşılan bir durumdur. Bu olgularda alınan anamneze, hekim daima şüphe ile yaklaşmalı ve fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve gerekli olduğu durumlarda grgü tanıkları ile doğrulanmaya çalışılmalıdır (Türkiye İnsan Hakları Vakfı, 2001).

Adli olguların muayene hazırlığı ve muayenesi de epey farklılık göstermektedir. Anamnez aldıktan sonra kişi tamamen soyunmalı ve tepeden tırnağa muayenesi yapılmalıdır. Gerekli görülen durumlarda delil niteliğinde olacak materyaller uygun şekilde alınıp ilgili makamlara bildirmelidir (Koç ve ark., 1994).

Adli olgu muayenesi sırasında hiçbir zaman güvenlik görevlileri muayene odasına almamalıdır. Güvenlik görevlilerinin muayene odasına girmesini gerektiren durumlarda odanın muayene noktasına en uzak yerinde durmalıdırlar. Anamnez duymayacakları bir şekilde alınmalı ve fizik muayenesi mümkün olduğu durumlarda bir paravan arkasında yapılmalıdır. Adli raporda güvenlik görevlilerinin muayene odasında bulunduğu bildirilmelidir (Koç, 1995).

Hekimler kendi güvenliğini sağlamak için, ilk olarak muayene odasındaki saldırı dürtüsünü uyandıracak cisimler ortadan kaldırılmalı ve yanına başka bir sağlık çalışanını çağırabilir. Bu durum diğer sağlık personelinin gözden kaçabilecek noktaları farketmesini, daha iyi ve ayrıntılı bir muayene olmasını ve adli raporda eksiklik olmasını engelleyen bir yaklaşımdır (Koç, 1995).

İkinci olarak, adli olgular eller ceplerde, boyunda stetoskopla ya da hiçbir zaman oturarak karşılanmamalıdır. Böyle durumlarda yaralı, hekime kolaylıkla hükmedebileceğini düşünüp, hekimi yönlendirmeye ve ona istediklerini yaptırmaya çalışabilir.

Üçüncüsü ise, muayene odasında muayene sırasında yaralının yakınları asla bulundurulmamalıdır. Bu kişiler hekimi yönlendirmeye ve baskı oluşturmaya çalışırlar.

Hekim bu tür sorunları önlemek için gereken önlemleri almalı ve gelişecek sorunları mantıklı bir yaklaşım içerisinde çözmelidir.

Hekim, istenmeyen davranışları engellemek için anamnez sırasında onlarla çok yakın iletişime girmemelidir. Kadın hastaların muayenesi, eğer hasta isterse ve imkan varsa kadın tabip tarafından yapılmalıdır. Kadın tabibin bulunamadığı durumlarda, muayenede hekime başka bir kadın sağlık personeli eşlik etmelidir.

2.2. Adli Raporların İçerikleri

Muayene sürecinin ardından düzenlenecek olan adli raporda bulunması gereken hususlar aşağıda verildiği gibi ifade edilmektedir;

2.2.1. Kurum Bilgileri

Raporun düzenlendiği tarih ve saat, düzenleyen kurumun adı, raporun kayıt sayısını belirtir (Bird, 2004).

2.2.2. Kişinin Yakınması ve Olayla İlgili Bilgiler

Raporda, yaralının kendi ifadeleri doğrultusunda olay oluş şekli, tarihi, saati ve muayeneyi yönlendirebilecek olan bilgiler not edilmeli ve hastanın tıbbi özgeçmişine yönelik sorgulama da dikkatlice yapılmalıdır (Türkiye İnsan Hakları Vakfı, 2001).

2.2.3. Muayene Edene ve Edilene İlişkin Bilgiler

Ad ve soyad, anne ve baba adı, doğum tarihi ve yeri, cinsiyet ve meslek gibi hususları ifade etmektedir. Eğer kişinin kimlik bilgilerine erişilemiyorsa tahmini yaş, boy, kilo, göz rengi, dövme, nevüs, skar, saç rengi, amputasyon vb. bulgular ışığında hastanın tıbbi kimliği kaydedilmelidir (Türkiye İnsan Hakları Vakfı, 2001). Bu durumda da eşlik eden güvenlik görevlisinin kimlik bilgileri (sicil numarası, ad-soyad) de kaydedilmelidir (Koç, 1995).

2.2.4. Tetkik Sonuçları

Tetkik sonuçları muayene neticesinde ve gerekli görülen hallerde yapılmı olan radyolojik görüntüleme yöntemi, laboratuvar tetkikleri ve genetik incelemenin yapılmasının sağlanmasını ifade etmektedir (Beyaztaş, 2000).

2.2.5. Muayene Bulguları

Adli rapor yazılırken mümkün olduğunca tıbbi terimler kullanılmamalıdır. Sade ve anlaşılır ifadeler kullanılmasına özen gösterilmelidir (Bird, 2004).

Vücut diyagramında hastanın yaralarının lokalizasyonu, boyutları, renk, şekil vb. gibi özellikleri tarif edilerek gösterilmelidir.

Tüm bu işlemlerin yapılması sürecinde hastanın sadece yara olan bölgesinin değerlendirilmesi ile yetinilmemeli ve genel sistem muayenesi yapılmalıdır.

2.2.6. Konsültasyonlar

Tarih, saat ve konsültasyonu yapan hekim bilgilerine raporda yer verilmesine özen gösterilmelidir (Koç, 1995).

2.2.7. Raporun Sonucu

Yapılan klinik değerlendirmeler neticesinde olguya teşhis konulamaması ve takip, ileri tetkik ve konsültasyonlara ihtiyaç duyulması durumlarında geçici rapor düzenlenmesi adına hareket edilmelidir. Kesin rapor ise hastaya klinik teşhis konulmasının ardından düzenlenmelidir (Yavuz ve ark., 2004).

Bu belirlemeler neticesinde raporun sonuç bölümü, TCK kapsamında “Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar” adı altında belirtilen hukuki maddelere karşılık gelen ifadeler doğrultusunda ve yaraların hangi grup içerisinde ele alınması gerektiğine yönelik olarak hazırlanmış rehber gözetilerek aşağıda verilen hususlar bağlamında düzenlenmelidir (Bird, 2004).

2.2.8. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi

2.2.8.1. Basit Tıbbi Müdahale ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Yaralanma

TCK'nın 86. maddesinin 2. fıkrasında yer alır ve ceza itibarı ile en hafif yaralanma grubunu ifade etmektedir ve kişisel değerlendirme farklılıkları nedeniyle hekimler tarafınca farklı şekillerde algılanabilmektedir.

Travmatik değişimlerin basit bir tıbbi müdahale (BTM) ile giderilip giderilemeyeceği açısından değerlendirilmesini sağlayacak bir listeye ihtiyaç

duyulmaktadır (Bkz. EK 1). Bu liste hangi travmatik değişimlerin hafif derecede yaralanmalar içerisinde yer alması gerektiği gözetilerek oluşturulmuştur. (Güzel ve ark., 2014) (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005).

2.2.8.2. Başkasının Vücuduna Acı Veren/Sağlığının ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Yaralanma

TCK'nın 86. maddesinin 1. fıkrasında yer alan ve ön görülen ceza itibarı ile orta derece yaralanma grubunda yer alan yaralanma çeşididir. Travma sonrası oluşan ruhsal sağlık zararında içerir. Bu değerlendirme için kullanılacak kriterler ekli listede yer almaktadır.

2.2.8.3. Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Yol Açan Yaralanma

TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında yer alır, kişinin yaşamının kesinlikle tehlikeye girmesi, ancak tedavi sonucu ya da kendi vücut direnci ile kurtulmuş olması durumudur (Bkz. EK 1). Yaşamsal tehlikenin olay sırasında oluşması önemlidir, ölüm olması gerekmemektedir ve sonradan iyileşme olması da bu durumu değiştirmez.

Yaşamı tehlikeye sokan damar yaralanmaları Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1: Yaşamı Tehlikeye Sokan Damar Yaralanmaları

A.V. axillaris	V. jugularis externa	V. saphena magna
A.V. brachialis	V. jugularis interna	A.spermatika
A.V. brachiocephalica	A. lienalis	A.V. subclavia
A. carotis communis	A.V. lingualis	A.V. temporalis superficialis
A. carotis externa	A.V. maxillaris	A.testikularis
A. carotis interna	A. obturatoria	A.V. thoracica interna
A. dorsalis pedis	A.V. occipitalis	A.V. thyroidea inferior
A. dorsalis penis	A. ovarica	A.V. thyroidea superior
V.dorsalis penis profunda	A.V. poplitea	A. tibialis posterior
A.V. facialis	A. profunda femoris	A. ulnaris
A.V. femoralis vefemoralis superficialis	A. pudendalis	A.umbilicalis
A. glutea inferior	A. radialis	A. uterina
A. glutea superior	A. renalis	A. vertebralis
A. intercostalis	A. sacralis media	Truncus thyrocervicalis

2.2.8.4. Duyularından veya Organlarından Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması/Yitirilmesi

İşlev zayıflaması TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında yer alır ve yaralanma sonrası duyu veya organlardan birinin işlevindeki zayıflama sürekli olmalıdır.

İşlev yitimi ise aynı maddenin 2. fıkrasında yer alır. Fonksiyonel bozukluk ve anatomik kayıp her bir ekstremitede, organ veya duyu kendi anatomik yapı veya fonksiyonuna göre değerlendirilmelidir. Protez takılması durumunda da anatomik kayıp değerlendirilir.

Çift olarak bulunan organlardan biri işlevini tamamen yitirmesine rağmen diğer organ fonksiyon görebilir ve bu işlev yitirilmesi olarak değerlendirilir. Kanunda duyu ve organlardan tek tek söz edilir.

Kemik kırıklarında iyileşme süreci tamamlandıktan sonra ekstremitenin fonksiyonel kaybı vakaların bazılarında olabildiği gibi bazılarında olabilir. Kemik kırıklarında iyileşme süreci tamamlandıktan sonra işlev zayıflığı ya da işlev kaybı değerlendirmesi yapılmalıdır.

Organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre %10-50 oranında anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk var ise 'işlevin sürekli zayıflaması' ndan; %50'nin üzerinde var ise 'işlevin yitirilmesi' nden bahsedilmelidir.

2.2.8.5. Konuşmada Sürekli Zorluk/Konuşma Yeteneğinin Kaybı

Konuşmayı etkileyen kafa içi değişim, dil ve ses telleri gibi konuşmaya yardımcı yapılarda yaralanma olması durumunda değerlendirilmelidir. Konuşma yeteneğinin kaybı TCK'nın 87. maddesinin 2. fıkrasında, konuşmada sürekli zorluk da 1. fıkrasında yer alır.

2.2.8.6. Yüzünde Sabit İze ve Yüzünün Sürekli Değişikliğine Neden Olma

TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında yüzde sabit iz, 2. fıkrasında yüzde sürekli değişiklik yer alır. Her iz yüzde sabit iz niteliğinde değerlendirilmemelidir. Yaralanma sırasında, yüz sınırlarında oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz iyi aydınlatılmış bir ortamda veya gün ışığında, sözel iletişim mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin olarak fark edilebiliyor ise 'yüzde sabit iz' olarak ifade edilir. İyileşme süreci tamamlandıktan sonra 'yüzde sabit iz'den bahsedilir. Bu konudaki adli değerlendirme

yaralanma üzerinden en az altı ay geçtikten sonra yapılmalıdır. Hekimin gerek görmesi durumunda bu süre uzayabilir.

Yüzde sürekli değişiklik; yaralanma sonucu oluşan iz, yaralıyı önceden tanıyanların onu tanımasında duraksamaya yol açma ve yüzünün doğal görünümünü bozma durumlarında ifade edilir. Görünüm değişikliğine neden olan sinir hasarlarında da yüzde sabit iz değerlendirilir.

Yüz sınırlarını; Kişiye önden bakıldığında üst kısımda saçlı derinin sınırı (saçı dökülen ya da azalan kişilerde görülebilen frontal bölge dahil), yan kısımlarda kulakların arka kısmından indirilen hayali düz çizgilerin (kulaklar dahil olmak üzere) her iki klavikula ile kesişme noktaları ile altta fossa jugularisten başlayan ve yan taraflarda klavikularını takip eden çizgiler arasında kalan bölge oluşturur.

2.2.8.7. Kişinin İyileşme Olanığı Bulunmayan Bir Hastalığa/Bitkisel Hayata Girmesine Neden Olma

TCK'nın 87. maddenin 2. fıkrasında bulunan ve cezayı arttıran durumlardan biridir. Travma sonrası gelişmiş iyileşme imkanı olmayan akli hasarları da içermektedir.

2.2.8.8. Gebe Bir Kadında, Çocuğunun Vaktinden Önce Doğmasına/Çocuğun Düşmesine Neden Olma

TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında çocuğunun erken doğumuna neden olma, 2. fıkrasında ise düşüğe neden olma yer almaktadır. Burada değerlendirilmesi gereken ana unsur travma ile ilişkili erken doğum ya da düşük durumunun bulunup bulunmadığıdır.

2.2.8.9. Yaralamanın Vücutta Kemik Kırılmasına Neden Olması

TCK'nın 87. maddesinin 3. fıkrasında yer alır. Hayati fonksiyonlar üzerindeki etki doğrultusunda ceza öngörülmektedir.

2.2.8.10. Çocuk Yapma Yeteneğinin Kaybolması

Üremeye yardımcı organların içinde olan testisler, uterus ve ovaryumlar gibi yaralanma durumlarında değerlendirilir.

2.2.9. Zehirlenmelerde Yaralanma Ağırlığının Değerlendirilmesi

Zehirlenme olguları kesinlikle adli olgulardır. Bu hastaları değerlendirirken ilk olarak kan ve/veya diğer vücut sıvılarından örnek alınmalı ve uygun koşullarda saklanmalıdır.

Zehirlenme olgularında 'yaşamsal tehlike' değerlendirmesi ve yaralanma düzeyini belirleyebilmek için yardımcı ölçütler belirlenmiştir. Ancak değerlendirme yapılırken; bu olgularda da diğer hastalıklar gibi yaralının kişisel bilgileri, kliniği ve alınan toksik maddenin özel etkileri öncelikli olarak dikkate alınmalıdır (Güzel ve ark., 2013).

2.2.9.1. Basit Tıbbi Müdahale ile Giderilebilecek Nitelikteki Zehirlenme Olguları

Yalnızca semptomatik tedavi yeterli olan, takip süresinde komplikasyon gelişmeyen, mide lavajı ve aktif kömür haricinde tedavi gerektirmeyen olguları içermektedir.

2.2.9.2. Vücuda Acı Veren veya Sağlığının ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Durumlar

Herhangi bir yaşamsal tehlikenin bulunmadığı ancak BTM ile giderilemeyecek derecede klinik tablosu olan olguları içermektedir.

2.2.9.3. Yaşamsal Tehlike Oluşturan Zehirlenme Olguları

Yaşamsal tehlike kriterleri şu şekilde listelenebilir;

- Doz: Güvenilir verilere dayanarak toksik doz öğrenilmiş, kandaki madde düzeyinin toksik dozda olması,
- GKS: 8 ve altında değere sahip hastalarda yaşamsal tehlike varlığından bahsedilebileceği gibi 9 ve üzerindeki değer dışlama kriteri olarak kullanılamaz.
- Entübasyon gereksinimi,
- Hekimin ileri yaşam desteği ve CPR işlemi yapması,
- Diyaliz, Hemoperfüzyon, Hemofiltrasyon, Plazmaferez uygulanması,

- Metabolik değerlendirmede; Açıklanamayan yüksek anyon açıklı metabolik asidoz varlığında zehirlenme düşünölmelidir. 7,2'nin altında pH değeri, 45 mmHg'dan yüksek pCO₂ değeri, 6.4mEq/L'nin üzerinde K değeri ve 2mEq/L'nin altında K değeri olması. Konvülsiyonların olması, sistolik arteriyel tansiyonun 80 mm Hg'dan düşük olması, aritmi ve a-v blok bulunan olgular.

2.2.9.3.1. Yaşamsal Tehlike Açısından Özel Gruplar

2.2.9.3.1.1. Tıbbi Tedavide Kullanılan İlaçların Doz Aşımının Söz Konusu Olduğu Olgularda

Trisiklik antidepressanların santral sinir sistemi ve kardiyak sisteme olan toksik etkileri gibi ilaçların özel toksik etkileri (kardiyotoksik etki, aritmi, hemotoksik etki vb.) ayrıca göz önüne alınmalıdır ve belirli kriterler dışında özel olarak değerlendirilmelidir.

2.2.9.3.1.2. CO Zehirlenmelerinde

Olguda başlangıçta; COHb düzeyinin %20'nin üzerinde, hiperbarik oksijen tedavisi gerekliliği, bilinç değişikliği, spesifik BT ya da MR bulguları, uzun süreli oksijen tedavisi (4 saatten daha uzun) gereksinimi, beyin dışı organ bulguları (miyokart enfarktüsü, rabdomiyoliz (CPK, LDH, ALT yükselmesi)) olması.

2.2.9.3.1.3. Mantar Zehirlenmelerinde

AST ve ALT yükselmesi, ikter, karaciğer matitesinin küçölmesi ve hepatik ensefalopati varlığı.

2.2.9.3.1.4. Etil Alkol Zehirlenmelerinde

Klinik bulgular ile desteklenen 250 mg/dl üzerinde alkol düzeyinin olması.

2.2.9.3.1.5. Metil Alkol Zehirlenmelerinde

Klinik bulgular ile desteklenen 30 mg/dl üzerinde kan düzeyi olması, görme bozukluğu olması.

2.2.9.3.1.6. Tarım İlaçları ile Zehirlenmelerde

Antikolinesteraz enzimleri gibi spesifik enzim düzeylerinin bilinmesi, kayıtlı olması ve enzim düzeylerin kritik düzeylerde tespit edilmesi.

2.2.9.3.1.7. Asfiksiden kurtulan olgularda

Olayın ardından bilinç kaybı gelişmesi, acil servise şuur kaybı ile gelme, fiks ve dilate pupil ile birlikte olan konvülsiyon, flask paralizi yada ağırlı uyaranlara yanıt vermeme gibi nörolojik bulgulardan herhangi birisinin bulunması. Olay yerinde ya da acil serviste CPR uygulanmış olması, takibinde aspirasyon bulguları ve nörolojik bulgular gibi asfiksi komplikasyonları olması.

2.2.9.3.1.8. Alt Solunum Yollarını İlgilendiren Durumlar

Alt solunum yollarından bronkoskopi ile yabancı cisim çıkartılması ve/veya yoğun bakımda takip gerektiren katı/sıvı aspirasyonu; duman ya da alev soluması durumlarında hayati tehlike varlığı olması.

2.3. Adli Raporların Sınıflandırılması ve Düzenlenmesi

Adli raporlar, adli makamlar tarafından hekimden istenilen ve yaralının tıbbi durumunun tespit edilmesine yönelik soruların yanıtlarını içeren, hekim görüş ve kanaatini bildiren belgeler olarak tanımlanmaktadır (Koç , 1999).Adli raporlar ikiye ayrılır (Tümer ve ark., 2010):

- I. Kullanım Amaçlarına Göre; Yaralama raporları, alkol raporları, cinsel saldırı raporları, çocuğun cezai sorumluluğu, fiil ehliyeti raporları, yaş tayini raporları, cezai sorumluluk raporları, keşif ve otopsi raporları, engelli raporları.
- II. Sonuçlarına Göre
 - Geçici Raporlar: Aynı zamanda olgunun özelliğini ortaya çıkararak yasal değerlendirme yapacak kişilere fikir sağlamaktadır. Hekim geçici rapor vermesine neden olan koşulları raporunda belirtmelidir. Ülkemizdeki hekimler

adli rapor düzenleyerek ilgili makamlara bildirimde bulunma görevleri olduğunu bilmedikleri ya da bu konularda eksik bilgilere sahip oldukları için genellikle kesin rapor yazmaktan kaçınmakta ve bu konuda rapor hazırlamaktan dolayı endişe duymaktadırlar (Zeyfeoglu Y ve ark., 2010).

- Kati Raporlar: Geçici rapor vermek gereken nedenlerin olmadığı, muayene ve tetkikler ışığında hekim kesin tanı koyduktan sonra kati rapor düzenler.
- Ek Raporlar: Genel olarak üç sebepten dolayı oluşturulur;
 - i. Savcı, hâkim veya mahkeme tarafından adli raporların anlaşılmayan bölümü olması ya da adli raporda eksik bir bilginin olduğunun düşünülmesi
 - ii. Adli olayın dava sonucunu ya da olayın boyutunu değiştirebilecek nitelikte yeni tıbbi bulguların ortaya çıkması
 - iii. Hekimin adli raporda ilgili hâkim, savcı veya mahkemenin sorularını eksik cevaplaması durumunda hekimden ek rapor talebinde bulunabilir (Çetin G ve ark., 2006)

11.10.1920 Tarih ve 30 Sayılı Tababeti Adliye Kanunu kapsamında da hükme bağlandığı çerçevede, hekimlerin adli rapor düzenleme yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır (T. C. Resmi Gazete, 1921).

Adli raporların resmi yazı ile istenilmesi durumunda düzenlenmeleri uygundur. Diğer türlü bu raporlar nereye anlamsız birer belge olurlar. Adli raporlar sağlık bakanlığının istemi doğrultusunda oluşturulan rapor formlarına ve formlar temin edilemediği zaman A4 türü dosya kağıtlarına yazılmalıdırlar. Adli raporlar asla resmi makamların gönderdiği istem kağıtlarının arkasına yazılmamalıdır (Beyaztaş, 2000).

2.4. Adli Rapor Hazırlanması Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar

Sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerin hukuki prosedürü ve adli tıbbi kavramları yeterli ve gerekli düzeyde bilmemeleri ve daha öncesinde adli olgu bildiriminde

bulunmamış olmaları adli raporların gereği gibi düzenlenmemesi ve zamanında hazırlanmamasına neden olabilmektedir. Karşılaşılabilecek sorunlar aşağıda belirtilmiştir;

- I. Adli raporda yaralının kimlik bilgilerinin (ad-soyad, baba adı, doğum tarihi vb.), olay türü ve tarihinin, muayene tarih ve saatinin, olay saati ile raporun kayıt sayısının belirtilmemesi,
- II. Adli rapor düzenlenmesi amacıyla gönderilmiş olan olgunun yerine bir başkasının muayene olmasını engellemek için, sol el bilek iç yüzüne muayeneyi isteyen resmi makamın mührünün ya da yaralının kimlik belgesinin bulunup bulunmadığının veya görevli bir memur refakatinde olup olmadığına dikkat edilmemesi,
- III. Kişinin alkollü olup olmadığının ya da uyuşturucunun etkisinde bulunup bulunmadığının belirtilmemesi, kişinin vücudundaki lezyonların saptanması ve lokalizasyonlarının ve ayrıntılı olarak özelliklerinin belirtilmemesi ve vücut diyagramlarında gösterilmemesi,
- IV. Gereken tetkik ve konsültasyonlarının yapılmaması ya da yapılan değerlendirmelerin raporda belirtilmemesi,
- V. Yapılacak olan muayenenin kişiye anlaşılır bir dille anlatılmaması ve aydınlatılarak onamının alınmaması,
- VI. Yaralının genel durumunun, bilincinin ve yer-zaman oryantasyonunun belirtilmemesi,
- VII. Raporların okunaklı ve anlaşılabilir bir dille hazırlanmaması ve sonuç bölümünde TCK'da belirtilen hususları içermemesi,
- VIII. Yazılan raporları hekimin imzalaması ve sorumlu hekim ya da başhekim tarafından onaylanması sonrasında adli raporların görevli memura imza karşılığında teslim edilmesine özen gösterilmemesi,

IX. Raporların tek nüsha olarak düzenlenmesi ve arşivlenmesi hususunda özen gösterilmemesi (Beyaztaş, 2000).

Tüm bu bilgilerin ışığında, adli olgulara ilişkin hekim raporları hastanelerin acil servislerinde sıkça oluşturulmakta ve bu düzenlenen raporlar, adli makamlarca kullanılmaktadır. Bu nedenle de konu ile ilgili olarak hekimlerin desteklenebilmeleri amacıyla ve konu kapsamında objektif değerlendirmelerde bulunabilmeleri açısından 2005 yılı itibariyle Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği ortak çalışması ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın katkıları ile 'TCK'da Tanımlanan Yaralanma Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber' yayımlanmıştır. Bu rehberde adli rapor oluşturulması sürecinde hekimlerin bilmeleri gereken konular üzerinde belirlemelerde bulunularak, adli olgu bildirimi ve adli rapor tanzimi konularında önemli noktalara vurgu yapılmıştır. Haziran 2013 tarihinde ise güncellenerek hekimlere sunulmuştur (Balcı ve ark., 2013).

'Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz' içerisinde, BTM ile giderilebilecek ya da giderilemeyecek yaralanma çeşitleri liste halinde verilmektedir. (Bkz. EK 1)

Kılavuz'da yer alan 'Kafa Yaralanmaları' bölümünde, bilinç durumunun değerlendirilmesi ile ilgili belirlemelere de yer verilmektedir ki; bu husus, adli rapor düzenlenmesi ile ilgili belirlenmiş olan eski listelere göre oldukça yeni bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir. Örneğin; göğüs bölgesi yaralanmalarında, kadınlarda meme avülsiyonu ve lokal cilt amfizemi BTM ile giderilemeyecek nitelikte iken; geniş cilt altı amfizemi, hemotoraks ve pnömotoraks gibi yaralanmalar yaşamsal nitelik içermektedir.

5237 Sayılı TCK Madde 86 1. fıkrasında suçun temel halini ifade eden; 'Kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma' tanımı, travma sonrası oluşan ruhsal bozukluklar ve travma derecesinin belirlenmesi açısından önemlidir. Bu doğrultuda 'Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz' içerisinde de, travma sonrası oluşan ruhsal zararın tespit edilmesine yönelik kriterlere yer verilmektedir.'Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli

Raporlar İçin Kılavuz' kapsamında söz konusu edilen bu kriterler aşağıda verildiği gibi ifade edilmektedir (Balcı ve ark., 2013);

- Merkezi sinir sisteminin işlevlerinin kalıcı olarak azalması bulguları (Kalıcı postkonküzyonel sendrom, genel medikal durumla ilişkili kişilik değişikliği vb.) varsa, organ ya da duyulardan birinin işlevinin kalıcı zayıflaması niteliğinde olduğu;
- Uluslararası tanımlama ve sınıflama kriterleri doğrultusunda belirgin bir psikiyatrik bozukluk kriterlerini karşılamayacak nitelikte geçici nöropsikiyatrik bulgular varsa, kişinin algılama yeteneği ve sağlığının BTM ile giderilebilecek düzeyde bozulduğu;
- Travmatik olay sonucu ortaya çıkan demans, psikoz, diğer nörolojik ve bilişsel fonksiyon kaybı ile görülen ileri ve kalıcı psikiyatrik bozukluk ve sendromlar varsa, organ ya da duyulardan birinin fonksiyonunun kaybedilmesi niteliğinde ya da iyileşme olanağı bulunmayan hastalık kapsamında olduğu ;
- Psikotik durumlar, demanslar gibi ileri ve ağır tablolar hariç, psikiyatrik bir tanının kriterlerini karşılayan geçici bozukluklar varsa, kişinin algılama yeteneği ve sağlığının BTM ile giderilemeyecek düzeyde bozulduğu söylenebilir.

Bununla birlikte söz konusu edilen bu durumların adli raporlarda belirtilebilmesi için mutlaka psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Zira ilk değerlendirmede ruhsal bozukluktan şüphelenilmesi ve bu doğrultuda konsültasyon istenmesi önem arz etmektedir.

'Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz' içerisinde söz konusu edilen tüm bu belirlemelere ek olarak ayrıca, tüm sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin adli olguları değerlendirmeleri sürecinde kullanabilecekleri Standart Adli Rapor Formları'na yer verilmekte ve vücut diyagramları paylaşılmaktadır. Kılavuzda bu formların nasıl doldurulması gerektiği anlatılmış ve önemi vurgulanmıştır (Balcı ve ark., 2013). Zira formların tam ve doğru bir şekilde doldurulması

neticesinde, adli rapor düzenleme konusunda sıklıkla karşılaşılan hatalar minimuma indirilebilecek ya da tamamıyla bertaraf edilebilecektir.

'Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz' içerisinde ayrıca, dış kayıpları anlamında da işlevde sürekli zayıflama ve işlev kaybı açısından belirlemeler yer almaktadır. Zira işlev zayıflığı/yitimi ile ilgili değerlendirmede bulunulması hususunda en fazla sıkıntı yaşanmasına neden olan durumlardan birisi dış kayıpları konusunda yaşanmaktadır.

Adli raporlarla ilgili karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi, ilk değerlendirmede kesin rapor düzenlenebileceği değerlendirilmeden tüm olgulara ilişkin olarak "geçici rapor" olarak isimlendirilen ön raporların düzenlenmesi hususunda yaşanmaktadır. Zira böylesi bir durum, hem adli tıbbi sürecin hem de yargı sürecinin işleyişini yavaşlatmaktadır. Bununla birlikte bu geçici rapor düzenlenen olgulara kesin rapor düzenlenmesi için adli tıp uzmanına ulaşılması, hem zaman hem de işgücü kaybına neden olmaktadır (Ketenci, 2007).

Adli rapor düzenlenmesi sürecinde karşılaşılan bir başka hatalı yaklaşım da, farklı tıp uzmanlıklarını ilgilendiren travma olgularında, olgunun tanı ve tedavi sürecine katkı sağlayan bu uzmanlık alanlarının ayrı ayrı rapor düzenlemesidir. Zira böylesi bir durumda tek olgu için birden fazla, genellikle de birbirleriyle çelişen raporlar düzenlenebilmekte ve çelişkinin ortadan kaldırılabilmesi ise, yine zaman ve işgücü kaybına neden olabilmektedir (Balcı ve ark., 2009).

Aynı şekilde konu kapsamında yapılan araştırmalar doğrultusunda, Adli Tıp Kurumu'ndan rapor istenilen olgularda da, en fazla ilk muayenede eksiklik olması ve tüm verilerin Adli Tıp Kurumu'na ulaştırılmasında yetersizlik olmasından kaynaklanan durumların rapor sürecini olumsuz etkilediği görülmektedir (Çolak ve ark., 2001) (Günaydın ve ark., 1995) (Yavuz ve ark., 2006) (Eşiyok ve ark., 2002). Söz konusu edilen bu eksikliklerin ve/veya yanlışlıkların yaşanmaması adına, yaralanma öyküsü ile sağlık kuruluşuna gelen adli olgularda rapor düzenlenmesi sürecinde dikkat edilmesi gereken durumlar aşağıda verildiği gibi ifade edilmektedir (Koç ve ark., 1994) (Koç , 1999);

- Yaraları hangi travmanın ya da aletin meydana getirmiş olduğu doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.
- Kaç adet yara bulunduğu ve hangi yaraların kişinin yaşamını tehlikeye soktuğu ya da ölümüne neden olduğu doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.
- Kaç adet yara olduğu ve her bir yaranın niteliği doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.
- Yaralanma ile meydana gelen hasar ya da ölüm arasında neden sonuç ilişkisi olup olmadığı doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.
- Yaralanma neticesinde kişide meydana gelen hasar ve yaralanma ağırlığının ne olduğu doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.
- Yaraların oluşma zamanı ve yaralanma durumunda meydana gelebilecek durumlar doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.

Belirtildiği üzere, adli rapora konu olayın oluş şekli ve orijinin ortaya çıkartılması açısından, adli raporların söz konusu edilen bu ve benzeri sorulara yanıt verebilecek şekilde düzenlenmesi önem arz etmektedir.

Bu ve benzeri durumlarda mağdurun vücudundaki yaraların lokalizasyonu, sayısı, her birinin niteliği ve vücutta oluşturduğu hasarın, sanık tarafından anlatılanların doğruluk derecesinin tespit edilmesinde belirleyici olması söz konusu olabilmektedir. Bu temelde adli rapor düzenleyen hekimlerin dikkat etmesi gereken; çıplak vücutta yaraların tespit edilmesi genellikle kolay olabilmekteyken, kulak arkası, meme altları, saçlı deri, perine, dudak mukozaları, ayak tabanlarında yer alan lezyonların gözden kaçırılmaması hususunda olmalıdır (Balcı ve ark., 2009).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve verilerin analizi hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, acil servislerde çalışan doktorların adli rapor düzenleme konusundaki bilgi düzeylerini ve bilgi düzeylerinin meslek yılı ve görev nvanı ile ilişkili olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Verilerin toplanması için anketle bilgi toplama tekniği kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan niversitesi'nden Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı alınmıştır (NE:2918/ 1597).

3.2. Evren ve alışma Popülasyonu

Araştırma evrenini Türkiye'deki acil servislerde çalışan ve nvanı pratisyen, asistan, uzman ve ğretim yesi olan doktorlar oluşturmaktadır. Araştırma Aralık 2018- Mart 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu kesitsel ankete dayalı çalışmaya katılmaları için aktif olarak çalışan hekimlere link (<https://goo.gl/forms/GWQMmXngRZMn2doE2>) gönderilmiştir ve e-posta yoluyla çalışmaya davet edilmişlerdir. Anketin 15 ve daha fazla sorusuna yanıt veren toplam 372 hekim çalışma popülasyonuna dhil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler kişisel bilgi içerikli 2 adet soru, adli rapor içeriği ile ilgili 24 adet soru ve kişisel düşünceler ile ilgili 2 adet sorudan oluşan anket kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi ve Düşünce Formu

Hekimlerin kişisel özelliklerine ve mesleğin bazı özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacı ile 2 sorudan (1. ve 2. sorular) oluşan kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kişisel Bilgi Formu'nda hekimlere meslek yılları ve görev ünvanları konusunda bilgiler sorulmuştur. Mezuniyet ncesi ve sonrası verilen eğitim ve bu eğitimlerin gerekliliği konusunda ki düşüncelerini öğrenebilmek amacıyla 3 sorudan (27-29. sorular) oluşan kişisel düşünce formu da araştırmacı tarafınca hazırlanmıştır.

3.3.2. Adli Rapor Düzenleme Anketi

Hekimlerin adli rapor düzenleme konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek için 24 adet sorudan olaşan anket oluşturuldu. Bu anket, Sağlık Bakanlığı tarafınca adli olgularda kullanılmak üzere oluşturulan ‘genel adli muayene raporu’, N.E. . Meram Tıp Fakültesi’nde kullanılan Enlil sisteminde yer alan adli rapor ve Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı hekimlerinin oluşturdukları adli rapor içeriğindeki bilgiler kullanılarak oluşturuldu. Soruların Őıklarının düzenlenmesinde çoktan seçmeli Őıklar kullanıldı.

Bu ankette, kurum bilgileri, muayene edene ve edilene ilişkin bilgiler, kişinin yakınması ve olayla ilgili bilgiler, muayene bulguları ve bu bulguların adli açıdan değerlendirmesi, yaralanma  eşitleri ve dereceleri, tetkik sonuçları, konsültasyonlar ve adli raporun sonuçlarına göre  eşitleri sorgulandı.

3.4. Çalışma Popülasyonun Gruplara Ayrılması

Çalışma popülasyonu meslek yılı ve  nvanlarına göre alt gruplara ayrıldı. Bu gruplar için adli rapor konusundaki bilgi düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği araştırıldı.

3.5. İstatistiksel Yöntem

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro wilk testi ile test edilmiş, normal dağılmayan değişkenlerin 2'den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde ki-kare testi ile test edilmiş ve oranlar arasındaki karşılaştırmalarında Bonferroni düzelmesi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS for Windows version 24.0 paket programı kullanılmış ve $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Aralık 2018-Mart 2019 arasında Türkiye’de acil servislerde çalışan hekimlere link olarak e-mail yoluyla gönderilen Adli Rapor Düzenleme Anketi 380 kişi tarafından dolduruldu. 29 sorunun yarısı olan 15’in altında soruya cevap veren 8 katılımcı çalışmaya dahil edilmedi. Geriye kalan 15 ve üzerindeki soruya cevap veren 372 katılımcı çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya katılan hekimlerin çalışma süreleri ve ünvanları ile ilgili bilgiler Tablo 2 ve Tablo 3’de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların %50,5’inin pratisyen, %26,9’unun araştırma görevlisi, %19,4’ünün uzman ve %3,2’sinin öğretim görevlisi olarak görev yaptıkları tespit edildi. Ayrıca çalışmaya katılan hekimlerin %68’i 5 yıl ve daha kısa süre, %24,2’si 6-11 yıl ve %7,8’inin 12 yıl ve daha uzun süredir mesleklerini yapmakta oldukları tespit edildi.

Tablo 2: Katılımcıların Meslek Yılı Bakımından Sayı ve Oranları (%)

		Sayı	Oran(%)
1. Meslek hayatınızda kaçınıcı yılınız?	≤ 5 yıl	253	68,0
	6-11 yıl	90	24,2
	≥12 yıl	29	7,8
	Toplam	372	100,0

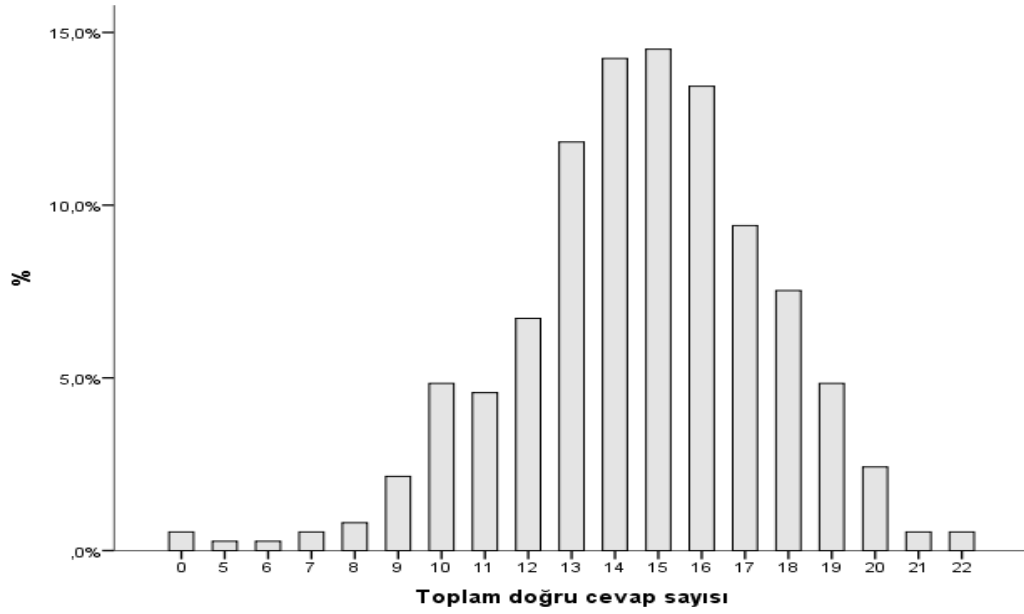
Tablo 3: Katılımcıların Ünvan Bakımından Sayı ve Oranları (%)

		Sayı	Oran(%)
2. Meslekteki ünvanınız hangisidir?	Pratisyen	188	50,5
	Araştırma Görevlisi	100	26,9
	Uzman	72	19,4
	Öğretim Görevlisi	12	3,2
	Toplam	372	100,0

Anketin 3-26. soruları için “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” şıkları oluşturuldu. Bu sorular için verilen doğru cevap sayıları ve oran yüzdeleri Tablo 4 ve Şekil 1’de gösterilmiştir. Buna göre bu 24 soru için elde edilen toplam doğru cevap sayısının 0 ile 22 arasında değişmekte olduğu ve ortalama doğru cevap sayısının $14,56 \pm 3,04$ (Ortalama \pm std sapma) olduğu tespit edildi. Bu sorular içerisinde 22 adet soruya 2 kişi doğru cevap verdi ancak 2 kişinin hiç doğru cevabı yoktur.

Tablo 4: 3.-26. Sorular İçin Toplam Doğru Cevap Sayısı ve Oranı (%)

Toplam doğru cevap sayıları	Kişi Sayısı	Oran (%)
22	2	0,5
21	2	0,5
20	9	2,4
19	18	4,8
18	28	7,5
17	35	9,4
16	50	13,4
15	54	14,5
14	53	14,2
13	44	11,8
12	25	6,7
11	17	4,6
10	18	4,8
9	8	2,2
8	3	0,8
7	2	0,5
6	1	0,3
5	1	0,3
0	2	0,5



Şekil 1: 3.-26. Sorular için Toplam Doğru Cevap Sayısı ve Yüzdeleri

4.1. Adli Rapor Düzenleme Anketi Sorularına Verilen Cevapların Değerlendirilmesi

4.1.1. 3.-26. Sorulara Verilen Cevapların Oranları

3. soruya verilen cevap oranları %26,6 “doğru”, %62,1 “yanlış” ve %11,3 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

4. soruya verilen cevap oranları %70,4 “doğru”, %18,8 “yanlış” ve %10,8 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

5. soruya verilen cevap oranları %66,4 “doğru”, %26,3 “yanlış” ve %7,3 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

6. soruya verilen cevap oranları %70,7 “doğru”, %22,8 “yanlış” ve %6,5 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

7. soruya verilen cevap oranları %17,7 “doğru”, %74,7 “yanlış” ve %7,5 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

8. soruya verilen cevap oranları %29,8 “doğru”, %57,3 “yanlış” ve %12,9 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

9. soruya verilen cevap oranları %95,4 “doğru”, %2,7 “yanlış” ve %1,9 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

10. soruya verilen cevap oranları %92,7 “doğru”, %4 “yanlış” ve %3,2 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

11. soruya verilen cevap oranları %37,6 “doğru”, %44,9 “yanlış” ve %17,5 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

12. soruya verilen cevap oranları %79,8 “doğru”, %11,8 “yanlış” ve %8,3 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

13. soruya verilen cevap oranları %24,2 “doğru”, %60,5 “yanlış” ve %1,9 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

14. soruya verilen cevap oranları %20,2 “doğru”, %78 “yanlış” ve %1,9 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

15. soruya verilen cevap oranları %72,3 “doğru”, %16,1 “yanlış” ve %11,6 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

16. soruya verilen cevap oranları %29,8 “doğru”, %57,8 “yanlış” ve %12,4 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

17. soruya verilen cevap oranları %49,5 “doğru”, %33,9 “yanlış” ve %16,7 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

18. soruya verilen cevap oranları %89 “doğru”, %6,7 “yanlış” ve %4,3 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

19. soruya verilen cevap oranları %12,9 “doğru”, %80,9 “yanlış” ve %6,2 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

20. soruya verilen cevap oranları %78 “doğru”, %14 “yanlış” ve %8,1 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

21. soruya verilen cevap oranları %22,3 “doğru”, %66,9 “yanlış” ve %10,8 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

22. soruya verilen cevap oranları %26,1 “doğru”, %64,5 “yanlış” ve %9,4 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

23. soruya verilen cevap oranları %16,9 “doğru”, %75 “yanlış” ve %8,1 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

24. soruya verilen cevap oranları %65,1 “doğru”, %22,6 “yanlış” ve %12,4 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

25. soruya verilen cevap oranları %19,9 “doğru”, %66,9 “yanlış” ve %13,2 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

26. soruya verilen cevap oranları %46,5 “doğru”, %31,2 “yanlış” ve %22,3 “bilmiyorum” olarak tespit edildi.

4.1.2. 3.-26. Sorulara Verilen Cevapların Doğruluk Oranları

3-26. sorular için verilen doğru cevap sayıları, yanlış cevaplar ve sorular hakkında bilgi sahibi olmayan kişi sayıları oranları ile birlikte Tablo 5’de gösterilmiştir.

Buna göre 3. soruya verilen doğru cevap oranı %62,1 olarak tespit edildi.

4. soruya verilen doğru cevap oranı %70,4 olarak tespit edildi.

5. soruya verilen doğru cevap oranı %66,4 olarak tespit edildi.

6. soruya verilen doğru cevap oranı %70,7 olarak tespit edildi.

7. soruya verilen doğru cevap oranı %74,7 olarak tespit edildi.

8. soruya verilen doğru cevap oranı %57,3 olarak tespit edildi.

9. soruya verilen doğru cevap oranı %95,4 olarak tespit edildi.
10. soruya verilen doğru cevap oranı %92,7 olarak tespit edildi.
11. soruya verilen doğru cevap oranı %44,9 olarak tespit edildi.
12. soruya verilen doğru cevap oranı %79,8 olarak tespit edildi.
13. soruya verilen doğru cevap oranı %60,5 olarak tespit edildi.
14. soruya verilen doğru cevap oranı %78 olarak tespit edildi.
15. soruya verilen doğru cevap oranı %72,3 olarak tespit edildi.
16. soruya verilen doğru cevap oranı %29,8 olarak tespit edildi.
17. soruya verilen doğru cevap oranı %33,9 olarak tespit edildi.
18. soruya verilen doğru cevap oranı %89 olarak tespit edildi.
19. soruya verilen doğru cevap oranı %80,9 olarak tespit edildi.
20. soruya verilen doğru cevap oranı %78 olarak tespit edildi.
21. soruya verilen doğru cevap oranı %22,3 olarak tespit edildi.
22. soruya verilen doğru cevap oranı %64,5 olarak tespit edildi.
23. soruya verilen doğru cevap oranı %16,9 olarak tespit edildi.
24. soruya verilen doğru cevap oranı %65,1 olarak tespit edildi.
25. soruya verilen doğru cevap oranı %19,9 olarak tespit edildi.
26. soruya verilen doğru cevap oranı %31,2 olarak tespit edildi.

Tablo 5: 3.-26. Sorulara Verilen Cevapların Sayı ve Oranları

		Sayı	Oran (%)
3.Adli raporda kişinin kişisel bilgileri <u>belirtilmemelidir.</u>	Doğru	231	62,1
	Yanlış yada bilinmiyor	141	37,9
4.Adli raporda olay saati <u>belirtilmelidir.</u>	Doğru	262	70,4
	Yanlış yada bilmiyor	110	29,6
5.Adli raporda olayın öyküsü sadece yaralının anlattığı şekilde <u>belirtilmelidir.</u>	Doğru	247	66,4
	Yanlış yada bilmiyor	125	33,6
6.Adli rapora acil serviste yapılan müdahaleler, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntülemeler <u>belirtilmelidir.</u>	Doğru	263	70,7
	Yanlış yada bilmiyor	109	29,3
7.Adli raporda konsültasyon istenilen bölümlerin isimleri <u>belirtilmemelidir.</u>	Doğru	278	74,7
	Yanlış yada bilmiyor	94	25,3
8.Geçici adli rapor yazılırken, kati raporu vermesi gereken bölümlerin isimleri <u>belirtilmemelidir.</u>	Doğru	213	57,3
	Yanlış yada bilmiyor	159	42,7
9.Adli raporda kişinin fizik muayenesi sonucu elde edilen bulgular <u>belirtilmelidir.</u>	Doğru	355	95,4
	Yanlış yada bilmiyor	17	4,6
10.Adli raporda mevcut yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilme durumu <u>belirtilmelidir.</u>	Doğru	345	92,7
	Yanlış yada bilmiyor	27	7,3
11.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişiye acı veren bir durum oluşturup oluşturmadığı <u>belirtilmemelidir.</u>	Doğru	167	44,9
	Yanlış yada bilmiyor	205	55,1
12.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin sağlığını bozan bir duruma neden olup olmadığı <u>belirtilmelidir.</u>	Doğru	297	79,8
	Yanlış yada bilmiyor	75	20,2
13.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin algılama yeteneğini bozan bir durum oluşturup oluşturmadığı <u>belirtilmemelidir.</u>	Doğru	225	60,5
	Yanlış yada bilmiyor	147	39,5
14.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin hayatını tehlikeye sokup sokmadığı <u>belirtilmemelidir.</u>	Doğru	290	78,0
	Yanlış yada bilmiyor	82	22,0
15.Adli raporda belirtilecek mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığının tespiti için yaralanmadan itibaren belirli bir süre geçmesi <u>gerekmektedir.</u>	Doğru	269	72,3
	Yanlış yada bilmiyor	103	27,7
16.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı <u>belirtilmemelidir.</u>	Doğru	111	29,8
	Yanlış yada bilmiyor	261	70,2
17.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı <u>mutlaka belirtilmelidir.</u>	Doğru	126	33,9
	Yanlış yada bilmiyor	246	66,1
18.Mevcut yaralanmanın kemik kırığına neden olup olmadığı adli raporda <u>belirtilmelidir.</u>	Doğru	331	89,0
	Yanlış yada bilmiyor	41	11,0

Tablo 5(Devam): 3.-26. Sorulara Verilen Cevapların Sayı Ve Oranları			
19.Kişideki mevcut kemik kırığının niteliği ve hayati fonksiyonlara etkisi belirtilmemelidir.	Doğru	301	80,9
	Yanlış yada bilmiyor	71	19,1
20.Kişideki mevcut kemik kırığının niteliği ve hayati fonksiyonlara etkisinin değerlendirmesi mutlaka belirtmelidir.	Doğru	290	78,0
	Yanlış yada bilmiyor	82	22,0
21.Mevcut yaralanmanın iyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa ve/veya bitkisel hayata girmesine neden olup olmadığı belirtilmemelidir.	Doğru	83	22,3
	Yanlış yada bilmiyor	289	77,7
22.Mevcut yaralanmanın kişinin organlarından ve/veya duyarlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığının tespiti için kişinin olay tarihinden belirli bir süre sonra tekrar muayenesi gerekmemektedir.	Doğru	240	64,5
	Yanlış yada bilmiyor	132	35,5
23.Mevcut yaralanmanın kişinin duyarlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı belirtmemelidir.	Doğru	63	16,9
	Yanlış yada bilmiyor	309	83,1
24.Mevcut yaralanmanın kişinin organlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı mutlaka belirtmelidir.	Doğru	242	65,1
	Yanlış yada bilmiyor	130	34,9
25.Mevcut yaralanmanın kişinin konuşmasının kaybolmasına neden olup olmadığı belirtilmemelidir.	Doğru	74	19,9
	Yanlış yada bilmiyor	298	80,1
26.Mevcut yaralanmanın kişinin çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına neden olup olmadığının belirtilmemelidir.	Doğru	116	31,2
	Yanlış yada bilmiyor	256	68,8

4.1.3. Meslek Yıllarına Göre Her Soru için Doğru Cevapların Sayı ve Yüzdeleri

Doğru cevaplama ile meslek yılı arasındaki ilişki ki-kare testi ile test edilmiştir. P değerinin 0,05'den küçük olması durumunda, meslek yılları ile soruya verilen doğru cevap arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu kabul edildi.

3-26. sorular için katılımcıların verdiği doğru cevap sayısı ile meslek yılları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir ve sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir. Buna göre 4, 10 ve 16. sorularda istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlemlendi. Adli raporda olay saatinin belirtilmesi ile ilgili olan 4. soruya katılımcı hekimlerden 12 yıl ve daha fazla deneyimi olanların %86,2, 6-11 yıl deneyimli olanların %78,9 (P=0,032) ve 5 yıl ve daha az deneyimli olanların ise %65,6 oranında (P=0,021) doğru cevap verdiği tespit edildi. 12 yıl ve üzerinde deneyimi olanların doğru cevap oranı diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Ayrıca 6-11 yıl arası deneyimi olan katılımcıların 5 yıl ve daha az deneyimi olanlara göre doğru cevap oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (P=0,021). Verilen doğru cevap oranlarının meslek yılı ile doğru orantılı olarak artmış olduğu tespit edildi. Bu oranlar arasındaki farklılığın test edilmesinde Bonferroni

düzeltilmesi yapıldı. Adli raporda basit tıbbi müdahale ile ilgili olan 10. soruya katılımcı hekimlerden 5 yıl ve daha az deneyimli olanların %94,9 ve 6-11 yıl deneyimli olanların %86,7 oranında doğru cevap verdiği tespit edildi. 5 yıl ve daha az deneyimli olanların doğru cevap oranı 6-11 yıl arası deneyimli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (P=0,013). 12 yıl ve üzerinde deneyimi olan hekimler ikinci en yüksek doğru cevap oranına sahiptir ancak 6-11 yıl deneyimi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek değildir. Adli raporda yüzdeki yaralanmanın sabit iz açısından değerlendirilmesi ile ilgili olan 16. soruya katılımcı hekimlerden 12 yıl ve daha uzun süre deneyimi olanların %48,3, 6-11 yıl deneyimi olanların %33,3 ve 5 yıl ve daha az deneyimi olanların %26,5 oranında doğru cevap verdiği tespit edildi. 12 yıl ve daha uzun süre deneyimi olanların doğru cevap oranı 5 yıl ve daha az deneyimi olanlara göre anlamlı yüksek bulundu (P=0,017). 6-11 yıllık deneyimi olan hekimlerin doğru cevap oranları ikinci en yüksek doğru cevap oranına sahiptir ancak 5 yıl ve daha az deneyimi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek değildir.

Tablo 6: 3.-26. Sorular Doğru Cevaplama Sayı ve Yüzdelerinin Meslek Yılı ile İlişkisi

Sorular	Meslek yılı			P
	≤5 yıl (n=253) (%)	6-11 yıl (n=90) (%)	≥12 yıl (n=29) (%)	
3.Adli raporda kişinin kişisel bilgileri belirtilmemelidir.	153 (60,5)	60 (66,7)	18 (62,1)	0,582
4.Adli raporda olay saati belirtilmelidir.	166 (65,6)	71 (78,9)	25 (86,2)	0,009*
5.Adli raporda olayın öyküsü sadece yaralının anlattığı şekilde belirtilmelidir.	162 (64)	64 (71,1)	21 (72,4)	0,368
6.Adli rapora acil serviste yapılan müdahaleler, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntülemeler belirtilmelidir.	179 (70,8)	63 (70)	21 (72,4)	0,969
7.Adli raporda konsültasyon istenilen bölümlerin isimleri belirtilmemelidir.	195 (77,1)	64 (71,1)	19 (65,5)	0,264
8.Geçici adli rapor yazılırken, kati raporu vermesi gereken bölümlerin isimleri belirtilmemelidir.	151 (59,7)	47 (52,2)	15 (51,7)	0,386
9.Adli raporda kişinin fizik muayenesi sonucu elde edilen bulgular belirtilmelidir.	244 (96,4)	84 (93,3)	27 (93,1)	0,394
10.Adli raporda mevcut yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilme durumu belirtilmelidir.	240 (94,9)	78 (86,7)	27 (93,1)	0,036*
11.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişiye acı veren bir durum oluşturup oluşturmadığı belirtilmemelidir.	114 (45,1)	38 (42,2)	15 (51,7)	0,667
12.A dli raporda mevcut yaralanmanın kişinin sağlığını bozan bir duruma neden olup olmadığı belirtilmelidir.	204 (80,6)	71 (78,9)	22 (75,9)	0,805
13.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin algılama yeteneğini bozan bir durum oluşturup oluşturmadığı belirtilmemelidir.	150 (59,3)	56 (62,2)	19 (65,5)	0,751

Tablo 6(devam): Çalışma SüresineGöre Her Soru için Doğru Cevaplanma Sayı Ve Yüzdeleri				
14.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin hayatını tehlikeye sokup sokmadığı belirtilmemelidir.	198 (78,3)	69 (76,7)	23 (79,3)	0,936
15.Adli raporda belirtilecek mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığının tespiti için yaralanmadan itibaren belirli bir süre geçmesi gerekmektedir.	181 (71,5)	69 (76,7)	19 (65,5)	0,450
16.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı belirtilmemelidir.	67 (26,5)	30 (33,3)	14 (48,3)	0,037*
17.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı mutlaka belirtilmelidir.	81 (32)	36 (40)	9 (31)	0,367
18.Mevcut yaralanmanın kemik kırığına neden olup olmadığı adli raporda belirtilmelidir.	229 (90,5)	79 (87,8)	23 (79,3)	0,173
19.Kişideki mevcut kemik kırığının niteliği ve hayati fonksiyonlara etkisi belirtilmemelidir.	208 (82,2)	69 (76,7)	24 (82,8)	0,499
20.Kişideki mevcut kemik kırığının niteliği ve hayati fonksiyonlara etkisi mutlaka belirtilmelidir.	196 (77,5)	71 (78,9)	23 (79,3)	0,946
21. Mevcut yaralanmanın iyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa ve/veya bitkisel hayata girmesine neden olup olmadığı belirtilmemelidir.	56 (22,1)	18 (20)	9 (31)	0,460
22.Mevcut yaralanmanın kişinin organlarından ve/veya duyarlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığının tespiti için kişinin olay tarihinden belirli bir süre sonra tekrar muayenesi gerekmektedir.	158 (62,5)	63 (70)	19 (65,5)	0,435
23.Mevcut yaralanmanın kişinin duyarlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı belirtmemelidir.	35 (13,8)	20 (22,2)	8 (27,6)	0,053
24.Mevcut yaralanmanın kişinin organlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı mutlaka belirtilmelidir.	158 (62,5)	65 (72,2)	19 (65,5)	0,248
25.Mevcut yaralanmanın kişinin konuşmasının kaybolmasına neden olup olmadığı belirtilmemelidir.	43 (17)	22 (24,4)	9 (31)	0,092
26.Mevcut yaralanmanın kişinin çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına neden olup olmadığı belirtilmelidir.	83 (32,8)	23 (25,6)	10 (34,5)	0,409

4.1.4. Ünvana Göre Her Soru için Doğru Cevapların Sayı ve Yüzdeleri

3-26. sorular için katılımcıların verdiği doğru cevap sayısı ile ünvanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir ve sonuçlar Tablo 7’da gösterilmiştir. 4, 8,12, 16, 21 ve 23. sorulara verilen doğru cevap oranları ile mesleki ünvanlar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bonferoni düzelmesi yaparak oranlar kendi içinde karşılaştırıldığında;

Adli raporda olay saatinin belirtilmesi ile ilgili olan 4. soruya verilen doğru cevap oranları uzmanlarda %83,3, pratisyenlerde %67, araştırma görevlilerinde %65 ve öğretim görevlilerinde %91,7 olduğu tespit edildi. Uzmanlarda bu soruya verilen doğru cevap oranı

araştırma görevlilerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($P=0,047$). Bu soruda öğretim görevlilerinin verdiği doğru cevap oranı en yüksek değere sahiptir ancak diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek değildir. Geçici rapor düzenleme ile ilgili olan 8. soruya verilen doğru cevap oranları pratisyenlerde %62,8, araştırma görevlilerinde %53, uzmanlarda %54,2 ve öğretim görevlilerinde %25 olduğu tespit edildi. Pratisyenlerin bu soruya verdiği doğru cevap oranı öğretim görevlilerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($P=0,018$). Araştırma görevlileri ve uzmanların doğru cevap oranı öğretim görevlilerine göre yüksek olmasına rağmen anlamlı bulunmadı. Adli raporda yaralanmanın kişinin sağlığını bozma açısından değerlendirilmesi ile ilgili olan 12. Soruya verilen doğru cevap oranları pratisyenlerde %81,9, araştırma görevlilerinde %74, uzmanlarda %86,1 ve öğretim görevlilerinde %58,3 olduğu tespit edildi. Uzmanların bu soruya verdikleri doğru cevap oranı istatistiksel olarak öğretim görevlilerine göre anlamlı yüksek bulundu ($P=0,028$). Uzmanların doğru cevap oranı en yüksek değere sahip olmalarına rağmen, pratisyenler ve araştırma görevlilerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmadı. Adli raporda yüzdeki yaralanmanın sabit iz açısından değerlendirilmesi ile ilgili olan 16. soruya verilen doğru cevap oranları pratisyenlerde %26,6, araştırma görevlilerinde %27, uzmanlarda %33,3 ve öğretim görevlilerinde %83,3 olduğu tespit edildi ve bu soruya öğretim görevlilerinin doğru cevap oranı diğer tüm ünvan gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (pratisyenlere göre $P=0,001$, araştırma görevlilerine göre $P=0,001$, uzmanlara göre $P=0,007$). Adli raporda yaralanmanın iyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa ve/veya bitkisel hayata girmesine neden olması ile ilgili olan 21. soruya verilen doğru cevap oranları pratisyenlerde %17,6, araştırma görevlilerinde %30, uzmanlarda %19,4 ve öğretim görevlilerinde %50 olduğu tespit edildi. Öğretim görevlilerinin doğru cevap sayısı uzmanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($P=0,036$). Bu soruda araştırma görevlileri uzmanlar ve pratisyenlerden yüksek doğru cevap oranına sahiptir ancak istatistiksel açıdan anlamlı yükseklik saptanmadı. Adli raporda yaralanmanın kişinin duyularından birinin işlevini yitirmesi veya azalması ilişkisi ile ilgili olan 23. soruya verilen doğru cevap oranları pratisyenlerde %12,2, araştırma görevlilerinde %16, uzmanlarda %22,2 ve öğretim görevlilerinde %66,7 olduğu tespit edildi. Öğretim görevlilerinin doğru cevap sayısı diğer tüm ünvan gruplarına göre

istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (pratisyenlere göre P=0,001, araştırma görevlilerine göre P=0,001, uzmanlara göre P=0,010).

Tablo 7: Ünvan ile 3.-26. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

Sorular	Akademik ünvan				P
	Pratisyen (n=188) (%)	Araştırma görevlisi (n=100) (%)	Uzman (n=72) (%)	Öğretim görevlisi (n=12) (%)	
3.Adli raporda kişinin kişisel bilgileri belirtilmemelidir.	115 (61,2)	60 (60)	46 (63,9)	10 (83,3)	0,448
4.Adli raporda olay saati belirtilmelidir.	126 (67)	65 (65)	60 (83,3)	11 (91,7)	0,013*
5.Adli raporda olayın öyküsü sadece yaralının anlattığı şekilde belirtilmelidir.	119 (63,3)	69 (69)	51 (70,8)	8 (66,7)	0,626
6.Adli rapora acil serviste yapılan müdahaleler, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntülemeler belirtilmelidir.	129 (68,6)	72 (72)	52 (72,2)	10 (83,3)	0,687
7.Adli raporda konsültasyon istenilen bölümlerin isimleri belirtilmemelidir.	152 (80,9)	68 (68)	50 (69,4)	8 (66,7)	0,055
8.Geçici adli rapor yazılırken, kati raporu vermesi gereken bölümlerin isimleri belirtilmemelidir.	118 (62,8)	53 (53)	39 (54,2)	3 (25)	0,037*
9.Adli raporda kişinin fizik muayenesi sonucu elde edilen bulgular belirtilmelidir.	181 (96,3)	93 (93)	69 (95,8)	12 (100)	0,519
10.Adli raporda mevcut yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilme durumu belirtilmelidir.	178 (94,7)	92 (92)	66 (91,7)	9 (75)	0,076
11.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişiye acı veren bir durum oluşturup oluşturmadığı belirtilmemelidir.	92 (48,9)	39 (39)	31 (43,1)	5 (41,7)	0,424
12.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin sağlığını bozan bir duruma neden olup olmadığı belirtilmelidir.	154 (81,9)	74 (74)	62 (86,1)	7 (58,3)	0,050*
13.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin algılama yeteneğini bozan bir durum oluşturup oluşturmadığı belirtilmemelidir.	113 (60,1)	59 (59)	46 (63,9)	7 (58,3)	0,924
14.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin hayatını tehlikeye sokup sokmadığı belirtilmemelidir.	150 (79,8)	73 (73)	58 (80,6)	9 (75)	0,544
15.Adli raporda belirtilecek mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığının tespiti için yaralanmadan itibaren belirli bir süre geçmesi gerekmektedir.	132 (70,2)	73 (73)	55 (76,4)	9 (75)	0,782
16.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı belirtilmemelidir.	50 (26,6)	27 (27)	24 (33,3)	10 (83,3)	0,001*

Tablo 7(Devam): Ünvan İle 3.-26. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki					
17.Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı mutlaka belirtilmelidir.	59 (31,4)	36 (36)	28 (38,9)	3 (25)	0,582
18.Mevcut yaralanmanın kemik kırığına neden olup olmadığı adli raporda belirtilmelidir.	167 (88,8)	90 (90)	68 (94,4)	6 (50)	0,001*
19.Kişideki mevcut kemik kırığının niteliği ve hayati fonksiyonlara etkisi belirtilmemelidir.	158 (84)	80 (80)	56 (77,8)	7 (58,3)	0,129
20.Kişideki mevcut kemik kırığının niteliği ve hayati fonksiyonlara etkisi mutlak abelirtilmelidir.	148 (78,7)	75 (75)	59 (81,9)	8 (66,7)	0,546
21. Mevcut yaralanmanın iyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa ve/veya bitkisel hayata girmesine neden olup olmadığı belirtilmemelidir.	33 (17,6)	30 (30)	14 (19,4)	6 (50)	0,009*
22.Mevcut yaralanmanın kişinin organlarından ve/veya duyarlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı için kişinin olay tarihinden belirli bir süre sonra tekrar muayenesi gerekmemektedir.	115 (61,2)	65 (65)	52 (72,2)	8 (66,7)	0,420
23.Mevcut yaralanmanın kişinin duyarlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı belirtmemelidir.	23 (12,2)	16 (16)	16 (22,2)	8 (66,7)	0,001*
24.Mevcut yaralanmanın kişinin organlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı mutlaka belirtmelidir.	119 (63,3)	62 (62)	54 (75)	7 (58,3)	0,258
25.Mevcut yaralanmanın kişinin konuşmasının kaybolmasına neden olup olmadığı belirtilmemelidir.	29 (15,4)	22 (22)	18 (25)	5 (41,7)	0,061
26.Mevcut yaralanmanın kişinin çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına neden olup olmadığı belirtilmelidir.	53 (28,2)	38 (38)	21 (29,2)	4 (33,3)	0,375

4.2. 27.-29. Soruların Değerlendirilmesi

4.2.1. Meslek Yılı ile 27-29. Sorulara Verilen Cevaplarının İlişkisi

Meslek yılı ile sorulara verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmedi (Ki-kare testi).

Tablo 8: Meslek Yılı ile Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

SORULAR		Meslek Yılı			P
		≤5 yıl (%)	6-11 yıl (%)	≥12 yıl (%)	
27. Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili tıp fakültesinde öğrencilere verilen eğitim yeterli midir?	Evet	42 (16,6)	13 (14,4)	7 (24,1)	0,476
	Hayır	211 (83,4)	77 (85,6)	22 (75,9)	
28. Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili hekimlere belirli aralıklar ile sürekli eğitim verilmeli midir?	Evet	232 (91,7)	81 (90)	26 (89,7)	0,851
	Hayır	21 (8,3)	9 (10)	3 (10,3)	
29. Meslek hayatınızda adli rapor düzenleme konusunda eksiklik yaşadığınız ve tekrar eğitim verilmesi ihtiyacı hissettiğiniz oldu mu?	Evet	233 (92,1)	84 (93,3)	26 (89,7)	0,808
	Hayır	20 (7,9)	6 (6,7)	3 (10,3)	

4.2.2. Ünvan ile 27-29. Sorulara Verilen Cevaplarının İlişkisi

Ünvan ile sorulara verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmedi (Ki-kare testi).

Tablo 9: Ünvan ile 27.-29. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

		Ünvan				P
		Pratisyen (n=188) (%)	Araştırma Görevlisi (n=100) (%)	Uzman (n=72) (%)	Öğretim Görevlisi (n=12) (%)	
27. Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili tıp fakültesinde öğrencilere verilen eğitim yeterli midir?	Evet	39 (20,7)	13 (13)	7 (9,7)	3 (25)	0,097
	Hayır	149 (79,3)	87 (87)	65 (90,3)	9 (75)	
28. Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili hekimlere belirli aralıklar ile sürekli eğitim verilmeli midir?	Evet	167 (88,8)	95 (95)	67 (93,1)	10 (83,3)	0,229
	Hayır	21 (11,2)	5 (5)	5 (6,9)	2 (16,7)	
29. Meslek hayatınızda adli rapor düzenleme konusunda eksiklik yaşadığınız ve tekrar eğitim verilmesi ihtiyacı hissettiğiniz oldu mu?	Evet	171 (91)	92 (92)	68 (94,4)	12 (100)	0,587
	Hayır	17 (9)	8 (8)	4 (5,6)	0 (0)	

4.3. Toplam Doğru Cevap Sayıları ile Meslek Yıllarının Karşılaştırılması

Toplam doğru cevap sayıları ile çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,313$). Toplam doğru cevap sayıları ile meslek yıllarının arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır.

Tablo 10: Toplam Doğru Cevap Sayıları ile Meslek Yılına Karşılaştırılması

Değişken	0-5 yıl (n=25)	6-11 yıl (n=90)	≥12 yıl (n=29)	P
Doğru cevap sayısı (Ortalama ±std sapma)	14,43 ± 2,75	14,78 ± 3,67	15,1 ± 3,29	0,31

4.4. Toplam Doğru Cevap Sayıları ile Ünvan Gruplarının Karşılaştırılması

Toplam doğru cevap sayıları ile ünvan grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,433). Toplam doğru cevap sayıları ile ünvan grupları arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır.

Tablo 11: Toplam Doğru Cevap Sayıları ile Ünvan Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken	Pratisyen (n=188)	Araştırma Görevlisi (n=100)	Uzman Hekim (n=72)	Öğretim Görevlisi (n=12)	P
Doğru sayısı (Ortalama ±std sapma)	14,43 ± 2,93	14,31 ± 2,96	15,21 ± 3,33	15 ± 3,41	0,433

4.5. 27-29. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

27. ve 28. soruya verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir (P=0,001).

Tablo 12: 27-28. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

			27.Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili tıp fakültesinde öğrencilere verilen eğitim yeterli midir?		Total	P
			Evet	Hayır		
28.Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili hekimlere belirli aralıklar ile sürekli eğitim verilmeli midir?	Evet	Sayı	45	294	339	0,001*
		%	72,6	94,8	91,1	
	Hayır	Sayı	17	16	33	
		%	27,4	5,2	8,9	
Total		Sayı	62	310	372	
		%	100,0	100,0	100,0	

*0,05 düzeyinde anlamlı; Ki-kare testi.

29. soruya verilen cevaplar ile 27. soruya verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir (P=0,001).

Tablo 13: 27. ve 29. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

			27.Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili tıp fakültesinde öğrencilere verilen eğitim yeterli midir?		Total	P
			Evet	Hayır		
29.Meslek hayatınızda adli rapor düzenleme konusunda eksiklik yaşadığımız ve tekrar eğitim verilmesi ihtiyacı hissettiğiniz oldu mu?	Evet	Sayı	45	298	343	0,001*
		%	72,6	96,1	92,2	
	Hayır	Sayı	17	12	29	
		%	27,4	3,9	7,8	
Total		Sayı	62	310	372	
		%	100,0	100,0	100,0	

*0,05 düzeyinde anlamlı; Ki-kare testi.

29. soruya verilen cevaplar ile 28. soruya verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir (P=0,001).

Tablo 14: 28. ve 29. Sorulara Verilen Cevaplar Arasındaki İlişki

			29.Meslek hayatınızda adli rapor düzenleme konusunda eksiklik yaşadığınız ve tekrar eğitim verilmesi ihtiyacı hissettiğiniz oldu m?		Total	P
			Evet	Hayır		
28.Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili hekimlere belirli aralıklar ile sürekli eğitim verilmeli midir?	Evet	Sayı	322	17	339	0,001*
		%	93,9	58,6	91,1	
	Hayır	Sayı	21	12	33	
		%	6,1	41,4	8,9	
Total		Sayı	343	29	372	
		%	100,0	100,0	100,0	

*0,05 düzeyinde anlamlı; Ki-kare testi.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Acil servis hekimleri adli olgularda saptanan travmatik lezyonları bir rapor halinde düzenlemek ve olayı adli makamlara bildirmek gibi önemli yükümlülüklerle de sahiptirler (Tokdemir ve ark., 2009). Acil servislere başvuran olguların önemli bir kısmını adli olguların oluşturmakta olduğu için acil servislerde yazılan adli raporların yargı boyunca önemi büyüktür (Yavuz ve ark., 2002) (Turla ve ark., 2009) (Konakçı ve ark., 2001). Adli makamlar da bilirkişiler tarafından düzenlenen raporlar kapsamında hukuki kararlar vermek adına hareket etmektedirler. Bu süreçte hekimler, konu kapsamında geçici rapor ya da kesin rapor düzenleyebilmektedirler. Ancak gerek geçici raporların ve gerekse de kesin raporların düzenlenmesi sırasında yapılacak hatalar, daha sonraki dönemlerde telafisi zor

birtakım sorunların yaşanmasına neden olabilmekte ve bu durum hekimlerin birtakım yasal yaptırımlarla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir (Türkmen ve ark., 2005). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda; adli olgularda eksik ve yanlış düzenlenen raporlar nedeniyle yargının işlemesine %41 oranında olumsuz etki yaptıkları gözlenmiştir (Karagöz YM ve ark., 1998) (Gürpınar S ve ark., 1993) (Tüzün B ve ark., 1998) (Akan O ve ark., 2001) (Ocak S ve ark., 2002) (Kök AN ve ark., 2002).

Karbeyaz ve ark.'nın (Karbeyaz K ve ark., 2012) yaptığı bir çalışmada pratisyen hekim, acil tıp asistanı ve acil tıp uzmanlarının verdiği raporlar incelendiğinde hekimin ünvanı ile hata yapma oranı arasında anlamlı ilişki bulunmamış ve bu durumun adli tıp eğitiminin sadece tıp fakültelerinde değil mezuniyet sonrasında da yetersiz olduğunu gösterdiği düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda da ünvan grupları arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Uysal'ın acil tıp araştırma görevlilerinin adli olgulara yaklaşımlarını değerlendirdiği tez çalışmasında araştırma görevlilerinin tüm sorulardan aldıkları ortalama puan 19 soru üzerinden $6,99 \pm 3,27$ şeklindedir. Alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 18'dir. Bu çalışmaya 7 üniversite hastanesi ve 4 eğitim araştırma hastanesi acil servislerinde araştırma görevlisi olarak çalışan 186 hekim dahil edilmiştir (Uysal HH, 2012). Tuğcu ve ark. acil servis hizmetine katılan hekimlerin, adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşüncelerini inceledikleri çalışmalarında; hekimlerin %77.6'sının adli tıp konusundaki bilgisinin yetersiz olduğu bildirilmektedir. Bu çalışma, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nde 2000-2001 eğitim öğretim yılında uzmanlık eğitimi gören askeri hekimler arasında yapılmıştır (Tuğcu, 2003). Çalışmamıza ayırım yapılmaksızın Türkiye genelindeki acil servislerde çalışan hekimler dahil edildi. Yapılan ankette katılımcılara yöneltilen 24 soru (3.-26.sorular) için verilen en düşük doğru sayısı 0, en yüksek doğru sayısı 22 ve ortalama doğru sayısı da $14,56 \pm 3,04$ (ortalama \pm std sapma) olarak elde edildi.

Bir çalışmada incelenen adli rapor formlarının %30.5'inde harici travmatik lezyon varlığından bahsedilmemiş olduğu, harici lezyonu olan adli olguların ise yaklaşık yarısında lezyonların ayrıntılı olarak tanımlanmadığı tespit edilmiştir (Turla ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda ise hekimlerin ise sadece %4,6'sının adli raporda fizik muayene bulgularının

belirtilmesi gerektiği konusunda eksik bilgiye sahip olduğu tespit edildi. Yaranın detaylı (boyu, derinliği, açıları, kuyruğu, hangi tür aletle oluşmuş olabileceği, yara yaşı gibi yara lokalizasyonu) özelliklerinin bilinmemesi ya da bu kavramların hatalı kullanılması sonucu verilecek yanlış bir karar hekimin, gerçeğe aykırı bilirkişilik suçlaması ile suçlanmasına neden olabilir (TCK madde 276).

Turla ve ark.'nın yaptığı çalışmada değerlendirilen adli rapor formlarının %9,7'sinde olay tarihinin ve %14,5'inde olay saatinin belirtilmediği tespit edilmiştir (Turla ve ark., 2009). Bir başka çalışmada ise adli rapor formlarında olay tarihinin %0,63 ve olay saatinin %4,85 oranında eksik olduğu tespit edilmiştir (Çoltu, ve diğerleri, 2000). Ancak çalışmamıza katılan hekimlerin ise %70,4'ünün adli raporda olayın saatinin belirtilmesi gerektiğine inandığı, sadece 29,6'sının bu konuda eksik bilgiye sahibi olduğu ve doğru cevap oranının meslek yılı ile doğru orantılı olarak arttığı tespit edildi. Ünvan gruplarına göre farklılıklar araştırıldığında ise bu soruya verilen doğru cevap oranı uzmanlarda araştırma görevlilerine göre yüksek bulundu. Adli yargılama bir süreçtir ve hakim kararını oluştururuna kadar tüm detaylara ihtiyaç duyulabilir. Bazen seneler geçse bile olay tarihinde belirtilen bulgular önem kazanmakta ya da tekrar yorumlanmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Olay tarihinde düzenlenen, eksik ve yetersiz bilgiler içeren adli raporların sonradan tekrar tekrar yorumlanmasının adli tıp uzmanları ve adli makamlar açısından hiç de sağlıklı sonuçlar doğurmadığına meslek hayatımızda tanık olmaktadır.

Bursa üniversite hastanesinin acil servisinde oluşturulan adli raporların incelendiği bir çalışmada, raporların %22,4'ünde adli olgunun baba adının ve %6,43'ünde doğum tarihinin belirtilmediği bildirilmektedir (Çoltu, ve diğerleri, 2000). Turla ve ark.'nın Samsun'da yaptıkları bir başka çalışmada adli raporların %2'sinde baba adının ve adli raporların %6 'sında doğum tarihi ya da yaralının yaşınının belirtilmediği bildirilmiştir (Turla, ve diğerleri, 2009). Turla ve ark.çalışmasındaki tüm adli rapor formlarında yaralının adı ve soyadının kayıtlı olduğu belirtilmektedir (Turla, ve diğerleri, 2009). Çalışmamıza katılan hekimlerin %62,1'inin adli raporda yaralıya ait kişisel bilgilerin (adı, soyadı, baba adı, T.C. kimlik no, doğum yeri, doğum tarihi, cinsiyeti, mesleği) belirtilmesi gerektiğine inandığı, sadece 29,6'sının bu konuda eksik ve yanlış bilgiye sahibi olduğu tespit edildi. Bu

bilgilerin adli rapor formlarında eksik olması, bu belgelerin arşivlenmesinde sorunlara neden olmaktadır.

Yapılan bir çalışmada hayati tehlike kararı hemen hemen tüm adli raporlarda yer almakta iken, bir başka çalışmada incelenen raporlarda BTM kavramına yer verildiği ancak adli raporların sadece yarısında hayati tehlike durumunun belirtildiği bildirilmektedir (Seviner ve ark., 2013). Çoltu ve ark. çalışmasında da adli raporların %2,7'sinde yaşamsal tehlike durumunun belirtilmediği rapor edilmektedir (Çoltu ve ark., 2000). Çalışmamızda ise BTM ile giderilme durumunun belirtilmesi gerektiğine katılımcıların %92,7'sinin inandığı ve bu oranın meslek yılı ile doğru orantılı olarak arttığı tespit edildi. Ayrıca katılımcıların %78'inin mevcut yaralanmanın kişinin hayatını tehlikeye soktuğunun belirtilmesi gerektiğine inandığı tespit edildi. Mevcut yaralanmanın iyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa ve/veya bitkisel hayata girmesine neden olma durumunun adli raporda belirtilmesi gerektiğine katılımcılarımızın %22,3'ü inanmakta olduğu ve de bu soruya verilen doğru cevap oranının öğretim görevlilerinde uzmanlara göre yüksek olduğu tespit edildi. Çalışmamıza katılan hekimlerin %79,8'inin mevcut yaralanmanın kişinin sağlığını bozan bir duruma neden olup olmadığının belirtilmesinin gerektiğine inandığı ve verilen doğru cevap oranlarının uzmanlarda öğretim görevlilerine göre yüksek olduğu tespit edildi. Adli raporların, adli makamların sorularını yanıtlayıcı nitelikte olması esastır. Raporların sonuç kısmındaki ifadeler net olmalı, hekimin kanaatini doğrudan yansıtmalıdır. Sorulmamış olsa bile, “kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir durum bulunup, bulunmadığı” ve “kişinin yaralanmasının basit bir tıbbi müdahale ile düzelebilecek nitelikte olup, olmadığı” gibi hukuken önem taşıyan, bir davanın seyrini ya da cezanın niteliğini etkileyebilecek hususların sonuç bölümünde belirtilmesi yararlıdır.

Koşar GY.'nin İzmir'de bulunan üç adet eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan 122 aile hekimliği asistanı ile yaptığı çalışmada katılımcıların, adli raporlandırma yaparken çehrede sabit iz/eser ve iş gücüne mani hal süresi kavramlarının kullanılması bilgisine %7,4 oranında sahip olduğu tespit edilmiştir (Koşar GY, 2018). Anketimizde yer alan aynı karakterdeki soruya (Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı **belirtilmemelidir.**) çalışmamıza katılan hekimlerin %29,8'inin bu bilgiye sahip olduğu görüldü. Bu soruya verilen doğru cevap oranının meslek yılı ile

doğru orantılı olarak arttığı ve ünvan grupları arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde, doğru cevap oranı öğretim görevlilerinde diğer tüm ünvan gruplarına göre yüksek bulundu. Bu sonuç bize acilde çalışan hekimlerin yeni TCK'ndaki kavramları ve içerikleri aile hekimlerinden daha fazla biliyor olabileceklerini ancak yine de yeterli oranda bilgi düzeyine sahip olmadıklarını dűřündürmektedir. Aradaki bu farkın nedeni, acil servislerde çalışan hekimlerin adli olaylarla aile hekimlerinden daha fazla karşılaşıyor olması olabilir diye dűřünmekteyiz.

Geçici adli rapor yazılırken, kati raporu vermesi gereken bölümlerin isimlerinin belirtilmesi çalışmamıza katılan hekimlerin %57,3'ü tarafınca gerekli görüldü ve bu soruya verilen doğru cevap oranı öğretim görevlilerinde pratisyenlere göre yüksek bulundu.

Demirci ve arkadaşları tarafından Konya il merkez hastane acil servislerinde görevli adli rapor düzenleyen 128 pratisyen ve araştırma görevlisi hekime uygulamalı adli rapor yazımı ile ilgili eğitim verilmiş, adli raporlarda kullanılan kavramlar, belirlenen bulguların bu kavramlara göre yorumlanması ve rapor yazımında travma skorlaması ile ilgili uygulamalı eğitim verilmesinin, yanlış rapor düzenlenmesini önemli ölçüde azaltacağı sonucuna varmışlardır (Demirci ve ark., 2007). Bir ilde çalışan pratisyen hekimleri kapsayan Turla ve ark.'nın yaptığı çalışmada hekimlerin %86.3'ü tıp fakültelerinde aldıkları adli eğitimi tatmin edici bulmadıklarını, yine bu hekimlerin %60.8'i sadece teorik ders gördüklerini ifade etmişlerdir (Turla ve ark., 2003). Tuğcu ve ark. yaptığı bir çalışmada asistan hekimlerin büyük çoğunluğu TCK, bilirkişilik, adli olgu bildirimini hakkında hiçbir bilgisi olmadığını; yine başka çalışmalarda hekimler tıp fakültesinde aldıkları eğitimi tatmin edici bulmadıklarını, yazdıkları raporun doğruluğu konusunda endişe duyduklarını, mezuniyet sonrası eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin mezuniyet öncesi adli tıp eğitimini tatmin edici bulmama oranları Tuğcu ve ark.'nın bir fakültede uzmanlık eğitimi gören askeri hekimler ile yaptığı çalışmada bu oran %74 olarak bulunmuştur (Tuğcu ve ark., 2003). Günaydın ve ark.'nın yaptığı çalışmada bir üniversite acil servisinde çalışan asistan hekimlerin %91'nin adli tıp eğitimine gereksinim duydukları görülmüştür (Günaydın G ve ark., 2005). Tüzün ve ark.'nın pilot seçilen bir tıp fakültesi, bir devlet hastanesi, bir hızır acil ünitesi ve bir vakıf hastanesi'nde görevli toplam 107 hekim ile yaptıkları çalışmada hekimlere adli tıp

konusunda eğitim almayı isteyip istemediklerini sormuş ve pratisyen hekimlerin %75.8'nin, uzmanlık öğrencilerinin %69.3'nün ve uzman hekimlerin %37.2'sinin düzenlenecek mezuniyet sonrası eğitime katılmayı isteyeceklerini belirttikleri görülmüştür (Tüzün B ve ark., 1998). Yavuz ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise çalışmaya katılmış acil tıp asistanlarının tamamı adli tıp eğitimi derslerinin teorik ders ve/veya rotasyon şeklinde verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Yavuz Y ve ark., 2004). Çalışmamızda benzer çalışmalarda olduğu gibi acil serviste çalışan hekimlerin adli rapor konusunda yetersiz oldukları, öğrencilik ve meslek hayatlarında aldıkları eğitimden memnuniyetsiz oldukları tespit edildi. Bu sorulara verilen cevaplar için meslek yılı ve ünvan gruplarına göre farklılıklar araştırıldığında aralarında anlamlı ilişki gözlenmedi. Hekimlerin aldıkları adli tıp eğitimini tatmin edici bulmamış olmaları eğitim alma isteğini arttıran önemli bir etken olarak görülebilir.

Çalışmamızda meslek yıllarına göre sorulara verilen doğru cevap sayıları ve ünvanlara göre sorulara verilen doğru cevap sayıları arasında anlamlı farklılık bulunmamış olmasının, hekimlerin meslek hayatları süresince adli rapor düzenleme konusunda kendilerini bireysel geliştirmiş olmaları (yazılı kaynak ve kurs vb.) ve anketimize katılan hekimlerin acil servislerde benzer koşullarda çalışıyor olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ankete dahil edilen hekimlerin, meslek yılları ve ünvanlarına göre oluşturulan gruplar içerisinde, sayılarının eşit oranda dağılmış olmaması çalışmamız için bir sınırlayıcı faktördür.

Adli raporlar düzenleme ile ilgili hekimlerin hata ve eksikliklerini belirlenmesiyle bu konuya dikkat çekilerek, hekimlerin karşılaşabileceği "adli sorumluluğu ihmal" ve "gerçeğe aykırı bilirkişilik" gibi suçlanmaların önlenmesine katkı sağlanacağını düşünmekteyiz. Bu konuda mezuniyet öncesi ve sonrası adli tıp eğitim çalışmalarına daha fazla önem verilmesi gerektiği, eğitim programlarının yaygınlaştırılarak uygulanması gerektiği, bu konudaki yetersizliklerin eğitim ile giderilebileceği, bu eğitimin hizmet içi seminerler şeklinde olabileceği, eğitimin yanında denetimin de gerekli olduğu, en azından belirli bir hekim grubunun adli tıp konusunda yeterli bilgiye sahip hale getirilmesi gerektiği ve en sık karşılaşılan sorunlara temel yaklaşımların esas alınması gerektiğine inanıyoruz.

7. KAYNAKLAR

19. 11.10.1920 Tarih ve 38 Sayılı Tababeti Adliye Kanunu. T. C. Resmi Gazete. 1921.
- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2004. s. 92, 375-6.
- Adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esaslar. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2005;B.10.0.TSH.013.003-13292.
- Akan O, Günay Balcı Y, Tolgay E.** Adli rapor düzenleme zorunluluğuna hekimlerin yaklaşımı: Anket çalışması. Adli Tıp Bülteni 1998;3(1):27-31.
- Altun G, Azmak D, Yılmaz A, Yılmaz G.** TÜTF Hastanesi acil servisine başvuran adli olguların özellikleri. 'Adli Bilimler Kongresi, Kirazlıyayla, Bursa. 13-16 Mayıs 1996. 62.
- Balcı M, Eryürük M.** Adli raporların hazırlanmasında temel kurallar, kavramlar; hukuki ve tıbbi açıdan hekim sorumluluğu. Klinik Gelişim Dergisi. 2009;22(7):48 -55.
- Balcı Y, Eryürük M.** Adli Rapor Hazırlanmasında Temel Kurallar, Kavramlar; Hukuki ve Tıbbi Açından Hekim Sorumluluğu. In:Koç S, Can M, editörler.Birinci Basamakta Adl Tıp. İstanbul : İstanbul Tabip Odası; 2011; 93-106.
- Beyaztaş FY.** Adli rapor konusunda hekim sorumluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000; 1:231-4.
- Bird S.** How to write a medicolegal report. Australian Family Physician. 2004;33:66-7.
- Çetin G, Yorulmaz C.** Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. 2. Baskı. İstanbul :2006; 147-92.
- Çınar T, Elçioğlu Ö, Ünlüoğlu I.** Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine 1994-1995 yıllarında başvuran adli vakaların istatistiksel değerlendirilmesi. 2. Adli Bilimler Kongresi, Kirazlıyayla, Bursa. 13-16 Mayıs 1996. 66.
- Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş ÜN ve ark.** Kocaeli İlinde adli görev ve pratisyen hekimler. Adli Tıp Dergisi. 2001;15:36-45.
- Çolak B, Demirbaş İ, Albayrak Ü.** The importance of temporary forensic reports. STED Dergisi. 2005; 14:161-4.
- Çoltu MA, Durak D, Fedakar R.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde düzenlenen adli rapor formlarının değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni. 2000; 5(1):36-40.
- Demirci Ş, Günaydın G, Doğan KH, Aynacı Y, Deniz İ.** Adli rapor düzenlemede uygulamalı eğitimin önemi. Adli Tıp Dergisi. 2007; 21(1):10-4.
- Eroğlu SE, Toprak SN, Karataş AD, Onur Ö, Özpolat Ç, Salçın E ve ark.** Acil hekimleri için "geçici" adli raporların anlamı nedir? Kendini koruma? Önyargı? Alışkanlık?. Tr. J. Emerg Med. 2013; 13(1):13-18.

- Eşiyok B, Balcı YG.** Osmangazi Üniversitesi Hastanesi'nde TCK 456. Maddesi kapsamında düzenlenen adli raporların adli tıp uygulamaları ile karşılaştırılması. Sendrom Dergisi. 2002; 14(9):102-10.
- Fedakar R, Aydiner AH, Ercan I.** A comparison of "life threatening injury" concept in the Turkish Penal Code and trauma scoring systems. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2007; 13:192-8.
- Fincancı ŞK.** İnsan hakları, adli tıp ve hekim sorumluluğu. Toplum ve Hekim. 1996; 1175:59-60.
- Günaydın G, Demireli O, Şahin TK, Demirci Ş.** Selçuk Üniversitesi Acil Servisi'nde verilen adli raporlar ve bunların hayati tehlike kavramı yönünden değerlendirilmesi. 8.Ulusal Adli Tıp Günleri. Ekim; Antalya: 8.Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı; 1995. 271-5.
- Gündüz T.** Pratisyen hekimlerin adli tıp uygulamalarında karşılaştıkları sorunları. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik. 1997; 5(2):56-63.
- Gürpınar S, Çakmakçı T, Özoran Y.** Yargının işleminde doktorun rolü. /. Ulusal Adli Tıp Günleri, 1-5 Kasım 1993, Antalya. Poster Sunuları Kitabı. 59-62.
- Güzel S, Balcı Y, Çetin G.** Yeni Türk Ceza Kanunu çerçevesinde düzenlenecek adli raporlar için kılavuz. İstanbul : Adli Tıp Kurumu Başkanlığı - Adli Tıp Uzmanları Derneği - Adli Tıp Derneği Ortak Yayını. 2013; 1-30.
- Güzel S, Balcı Y, Çetin G, Gündoğmuş ÜN, Akın HM.** Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı - Adli Tıp Uzmanları Derneği - Adli Tıp Derneği Ortak Yayını. 2013; 1-30.
- Hancı H.** Birinci basamak adli raporlarında yapılan hatalar. Türkiye Klinikleri Dergisi. 2004; 175:4-5.
- İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muamele veya cezaların etkili biçimde soruşturulması ve belgelendirilmesi için el kılavuzu (İstanbul Protokolü). İstanbul : Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları. 2001.
- Kafadar H, Kafadar S.** Darp nedeniyle adli rapor düzenlenen 3172 olgunun değerlendirilmesi. Adli Bilimler Dergisi. 2014; 3172:102-10.
- Kahriman ND.** Acil servise başvuran adli vaka olarak değerlendirilen olgulara düzenlenen adli raporların usul ve içeriğinin retrospektif olarak incelenmesi(Uzmanlık Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2017:1-17.
- Kahya İ.** İstanbul İli Üç Büyük Devlet Hastanesi Acil Servislerinde Muayeneleri Yapılan Ve Adli Raporları Düzenlenen Olgularda Adli Tıbbi Yaklaşım Ve Kayıt Sisteminin İrdelenmesi (Tez). İstanbul : İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2005.
- Karagöz YM, Akman R, Karagöz S, Atılgan M.** Adli tıp uzmanları dışında verilmiş adli raporların adli yargı üzerindeki etkileri. 3. Adli Bilimler Kongresi, 13-16 Mayıs 1998, Kuşadası. 247-250.

- Karbeyaz K, Gündüz T, Akkaya H, Urazel B, Kökçüoğlu MA.** Adli raporlara dikkat; Eskişehir deneyimi. STED. 2012;21(5):292-96.
- Ketenci HÇ.** Bir devlet hastanesinde adli tıp uzmanı istihdamına yönelik matematiksel bir model çalışma [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2007.
- Koç S.** Adli tıpta rapor hazırlama tekniği ve rapor örnekleri. In: Soysal Z, Çakalır C, editörler. Adli tıp. İstanbul : İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi; 1999.p. 1573 -633.
- Koç S, Çetin G, Kolusayın Ö.** Acil olgularda hekimin sorumluluğu ve adli tıp sorunları. Sendrom. 1994; 6:54-9.
- Koşar GY.** Aile hekimliği asistanlarının adli olgulara yaklaşım ve sorumlulukları hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi (Uzmanlık Tezi). İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi; 2018.
- Konakçı M, Bodur S.** Bir sağlık ocağında verilen 3638 adli raporun irdelenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2001;11(3):115 -8.
- Kök AN.** Adli hekimlik hizmetlerinin yerine getirilmesinde Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı hizmetlerinin karşılaştırılması.Yıllık Adli Tıp Toplantıları 2002 Kitabı. 16-19 Mayıs 2002, Antalya. 19-22.
- Kurtuluş A, Acar K, Boz B.** Hekimin yasal sorumlulukları. Akademik Dizayn. 2008; 2:10-14.
- Ocak S, İnanıcı MA.** Marmara Üniversitesi Hastanesi acil servisinde düzenlenen adli raporların değerlendirilmesi. Yıllık AdliTıp Toplantıları 2002. Sözlü bildirimler, 152-156.
- Oğuz P.** Klinik adlitıp. Ankara: seçkin yayıncılık; 2004. S.24 p.
- Seviner M,Kozacı N, Ay MO, Açıkalın A, Çökük A, Gülen M, et al.**Analysis of judicialcases at emergency department. Adana : Cukurova Med J. 2013; 38(2):250-60.
- Tokdemir M, Kafadar H, Türkoğlu A.** Ateşli silah yaralanmalarının 304 olguda değerlendirilmesi. E - Journal of New World Sciences Academy.2009;4(1):1 -7.
- Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S.** Acil servis hizmetine katılan hekimlerin, acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi.2003;45(2):175-9.
- Tunalı I, Zentürk C, Bilge Y, Görgün L.** Hekimin mesleki sorumluluğu. Ankara üniversitesi tıp fakültesi mecmuası. 1992;45:1
- Turla A, Aydın B, Sataloğlu N.** Mistakes and omissions in judicial reports prepared in emergency services. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi.2009;15:180-4.

- Turla A, Dündar C.** Samsun il merkezinde adli rapor düzenleyen pratisyen hekimlerin adli tıp eğitimi ve adli raporlara yansımaları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi.* 2003;20(3):119-24.
- Tümer A, Ketten A, Karacaoğlu E.** Adli olgu bildirim ve adli raporlar. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2010; 41:128 -34.
- Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A ve ark.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.*2005;31(1):25 -9.
- Türkçüer İ, Acar K, Özen M.** Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi.. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi.* 2011;17(1):23-8.
- Tüzün B, Elmas İ, Akkaya E.** Adli rapor düzenleme zorunluluğuna hekimlerin yaklaşımı. Anket çalışması. *Adli Tıp Bülteni.*1998;3(1):27-31.
- Uluçay T, Ziver A , Zeyfeoğlu Y ve ark.** Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği'ne başvuran olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi.* 2006; 20(2):22 -9.
- Uysal HH.** Acil tıp araştırma görevlilerinin adli tıp olgularına yaklaşımlarının değerlendirilmesi(Uzmanlık Tezi). Isparta: süleyman Demirel Üniversitesi;2012.
- Yavuz MF, Baştürk P, Yavuz MS, Yorulmaz C.**Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Adli Bilimler Dergisi.* 2002; 1:21-6.
- Yavuz MF and Yavuz MS** Adli rapor standardizasyonu ve adli raporlarda görülen eksiklikler. *Türkiye Klinikleri.* 2006; 2(50):28-33.
- Yavuz MS, Aydın S.** Forensic cases and reports in primary health care. *Turkish Journal of Family Practice.* 2004; 8:30-3.
- Yavuz Y, Yürümez Y, Küçük H, Demirel R, İkizceli İ, Akdur O.** Acil Tıp Hekimlerinin Adli Rapor Düzenlenmesi ile ilgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi.* 2004;4(2):64-7.
- Yılmaz A, Azmak D.** Adli tıp bilgileri ve rapor örnekleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.* 1995; 1-20.
- Zeyfeoğlu Y, Uluçay T, Yavuz M Ve Ark.** Adli tıbbi uygulamalarda hatalı tanımlama, yanlış karar: olgu sunumu, *ulusal travma acil cerrahi dergisi,* 2010;16(2):185 –1.

8. EKLER

2 adet ek bulunmaktadır.

EK 1: 'Adli rapor düzenleme' anketi

ADLİ RAPOR DÜZENLEME

Bu ankette her soruda adli raporda bulunması gereken bir ifade bulunacaktır. Belirtilen ifadenin sizin bilgilerinize göre doğru veya yanlış olduğunu seçmeniz istenmektedir. Eğer bu ifadenin doğruluğu veya yanlışlığı ile ilgili bir bilginiz yok ise bilmiyorum seçeneğini seçmeniz istenmektedir. Tüm sorulara yanıt vermeniz gerekmektedir.

Anketimizde bulunan kişisel bilgileriniz hiç kimse ile paylaşılmayacaktır ve sadece uzmanlık tezinde akademik amaçlı kullanılacaktır. Anketimizde 29 adet soru bulunmaktadır. Anketimize katılımınız için teşekkür ederiz.

Kişisel Bilgi Formu

İlk iki soru meslek hayatınız ile ilgili olacaktır.

1. Meslek hayatınızda kaçınıcı yılınız? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 0-5
- 6-11
- ≥12

2. Meslekteki ünvanınız hangisidir? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Pratisyen
- Araştırma görevlisi
- Uzman
- Öğretim görevlisi

Adli Rapor Düzenleme Anketi

İlerleyen sorular adli rapor ile ilgili olacaktır.

3. Adli raporda kişinin kişisel bilgileri **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

4. Adli raporda olay saati **belirtilmelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

5. Adli raporda olayın öyküsü sadece yaralının anlattığı şekilde **belirtilmelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru

- Yanlış
- Bilmiyorum

6. Adli rapora acil serviste yapılan müdahaleler, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntülemeler **belirtilmelidir**. Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

7. Adli raporda konsültasyon istenilen bölümlerin isimleri **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

8. Geçici adli rapor yazılırken, kati raporu vermesi gereken bölümlerin isimleri **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

9. Adli raporda kişinin fizik muayenesi sonucu elde edilen bulgular **belirtilmelidir**. Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

10. Adli raporda mevcut yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilme durumu **belirtilmelidir**. Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

11. Adli raporda mevcut yaralanmanın kişiye acı veren bir durum oluşturup oluşturmadığı **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şikkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

12. Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin sağlığını bozan bir duruma neden olup olmadığı **belirtilmelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

13. Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin algılama yeteneğini bozan bir durum oluşturup oluşturmadığı **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

14. Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin hayatını tehlikeye sokup sokmadığı **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

15. Adli raporda belirtilecek mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığının tespiti için yaralanmadan itibaren belirli bir süre geçmesi **gerekmektedir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

16. Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

17. Adli raporda mevcut yaralanmanın kişinin yüzünde sabit iz niteliğinde olup olmadığı **mutlaka belirtilmelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

18. Mevcut yaralanmanın kemik kırığına neden olup olmadığı adli raporda **belirtilmelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

19. Kişideki mevcut kemik kırığının niteliği ve hayati fonksiyonlara etkisi **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

20. Kişideki mevcut kemik kırığının niteliği ve hayati fonksiyonlara etkisinin değerlendirilmesi **mutlaka belirtilmelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

21. Mevcut yaralanmanın iyileşme olanağı bulunmayan bir hastalığa ve/veya bitkisel hayata girmesine neden olup olmadığı **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

22. Mevcut yaralanmanın kişinin organlarından ve/veya duyularından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığının tespiti için kişinin olay tarihinden belirli bir süre sonra tekrar muayenesi **gerekmemektedir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

23. Mevcut yaralanmanın kişinin duyularından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı **belirtmemelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

24. Mevcut yaralanmanın kişinin organlarından birinin işlevini yitirmesine veya azalmasına neden olup olmadığı **mutlaka belirtmelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

25. Mevcut yaralanmanın kişinin konuşmasının kaybolmasına neden olup olmadığı **belirtilmemelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

26. Mevcut yaralanmanın kişinin çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına neden olup olmadığının **belirtilmelidir**. Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Doğru
- Yanlış
- Bilmiyorum

Kişisel Düşünce Formu

Aşağıda adli rapor düzenlemek için verilen eğitimler ile ilgili üç soru yer almaktadır.

27.Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili tıp fakültesinde öğrencilere verilen eğitim yeterli midir? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

28.Sizce adli rapor düzenlenmesi ile ilgili hekimlere belirli aralıklar ile sürekli eğitim verilmeli midir? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

29.Meslek hayatınızda adli rapor düzenleme konusunda eksiklik yaşadığınız ve tekrar eğitim verilmesi ihtiyacı hissettiğiniz oldu mu? Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
- Hayır

EK 2: Türk Ceza Kanunu'nda tanımlanan yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi

Deri-Deri Altı-Kas Dokusunu İlgilendiren Travmatik Değişimler

Tüm vücut alanına göre yüzey alanı yaklaşık olarak; yüz bölgesinde %5, vücudun diğer bölgelerinde %10'a kadar olan abrazyon ve kontüzyonlar Yüz bölgesinde 5 cm, vücudun diğer bölgelerinde tek lezyon olarak 10 cm, toplam 20 cm'e kadar cilt ve cilt altını ilgilendiren yaralanmalar	BTM ile Giderilebilir
Yaklaşık %20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik bulguların mevcut olduğu laserasyon ya da avülsiyonlar*	Yaşamsal Tehlike
Fasia ve kas dokuyu ilgilendiren tüm penetran yaralanmalar**	BTM ile Giderilemez
Yumuşak doku seyirli, giriş deliği bulunan, tüm ateşli silah yaralanmaları***	BTM ile Giderilemez
Saçlı deride 100 cm ² 'den az flep yaralanmaları	BTM ile Giderilemez
Saçlı deride, kanlanması bozulmuş, 100 cm ² 'den fazla flep yaralanmaları	Yaşamsal Tehlike
Total ya da totale yakın skalp kaybı	Yaşamsal Tehlike
* Kişinin yaşamını tehlikeye sokacak nitelikte "yaygın ekimoz-hematom-laserasyon ve avülsiyon (flep tarzı)" durumlarının olabileceği göz önüne alınmalı, bu tür durumlar klinikleriyle birlikte ayrıca değerlendirilmelidir. ** Klinik bulgular net tanımlama içermiyor ise, vücut bölgesinin yapısı itibarıyla tarif edilen yara derinliği baz alınmalıdır. *** Ateşli silah yaralanmasına bağlı sıyrık tarzındaki cilt lezyonları genel hükümler çerçevesinde (uzunluğu, derinliği, yaygınlığı vb.) değerlendirilmelidir.	
Yanık	
1.derece yanık	BTM ile Giderilebilir
1. derece: 5 yaş ve altında %20'den fazla,	BTM ile Giderilemez
2. derece: Yüzey alanı %10'dan az (5 yaş altı çocuklarda %5'ten az)	BTM ile Giderilebilir
2. derece: %10-20 (5 yaş altı çocuklarda %5-15)	BTM ile Giderilemez
2. derece: %20'den fazla (5 yaş altı çocuklarda %15'ten fazla)	Yaşamsal Tehlike
3. ve 4. Derece: %10'dan az	BTM ile Giderilemez
3. ve 4. Derece: %10'dan fazla	Yaşamsal Tehlike
Elektrik Yanıkları	
Vücuttan elektrik akımının geçtiğine dair pozitif bulguların mevcut olduğu ve/veya sağlık personeli tarafından kardiopulmoner resusitasyon uygulandığı durumlar	Yaşamsal Tehlike

Kafa Bölgesini İlgilendiren Travmatik Değişimler

Kafa içi değişimler	
Saçlı deri yaralanmaları bir önceki bölümde anlatılmıştır.	
İç tabulayı da kapsayan kafatası kırıkları	Yaşamsal Tehlike
İzole dış tabulayı ilgilendiren kafatası kırığı	BTM ile Giderilemez

Tüm kafa içi yapılardaki travmatik değişimler (kontüzyon, pnömosefali, klinik bulgu veren beyin ödemi vb.)	Yaşamsal Tehlike
Kranial sinir yaralanmaları (diğer kafa içi değişimlerin eşlik etmediği)	BTM ile Giderilemez
Bilinç durumu	
Glasgow Koma Skoru: 14–15 Olay sonrası ilk gözlemede uyanık, Belirlenmiş 5 dakikadan kısa süren geçici bilinç kaybı, Travma sonrası 24 saatten kısa amnezi,	BTM ile Giderilebilir
Glasgow Koma Skoru: 9-13 arası Belirlenmiş 5 dakikadan uzun süren bilinç kaybı, Travma sonrası bilinç kaybı olmamakla birlikte fokal nörolojik defisit (kranial sinir, hissi- motor belirti), Travma sonrası 24 saatten uzun amnezi,	BTM ile Giderilemez
Başlangıç Glasgow Koma Skoru 8 ve altında (bilinci kapalı)	Yaşamsal Tehlike
* Klinik olarak “commotio” kavramı uygulamada güçlülere neden olduğundan, bunun yerine GKS, bilinç durumu ve nörolojik defisit gibi klinik bulgularla değerlendirmelerin yapılması gerekmektedir.	

Yüz Bölgesini İlgilendiren Travmatik Değişimler

YÜZ BÖLGESİ	
Yüz bölgesindeki her türlü sinir lezyonu	BTM ile Giderilemez
KULAK LEZYONLARI	
Dış kulak yolu yaralanması	BTM ile Giderilebilir
Hemotimpanium	BTM ile Giderilemez
Kulak kemiklerinde kemik zincir kopukluğu	BTM ile Giderilemez
Denge aygıtında yaralanma (iç kulakta labirent kontüzyonu)	BTM ile Giderilemez
Timpanik membranda yırtık	BTM ile Giderilemez
Kulak kepçesinde kıkırdak dokuyu içermeyen kısmi lezyonlar	BTM ile Giderilebilir
Kulak kepçesinde kıkırdak dokuyu ilgilendiren lezyonlar	BTM ile Giderilemez
Kulak kepçesinde kısmi ya da total doku kayıpları	BTM ile Giderilemez
GÖZ LEZYONLARI	
Göz kapağı/çevresinde ekimoz/hematom, yüzeysel laserasyonlar	BTM ile Giderilebilir
Konjonktivada subkonjonktival kanama gibi görme bozukluğu yapmayan, şekil ve fonksiyonu bozmayan yaralanmalar	BTM ile Giderilebilir
Korneada perforasyona yol açmayan basit lezyonlar (abrazyon/kontüzyon)	BTM ile Giderilebilir
Korneada perforasyon	BTM ile Giderilemez
İris-Üvea-Vitreus yaralanmaları (intraoküler kanama)	BTM ile Giderilemez
Lensin travmatik lezyonları (subluksasyon, luksasyon, katarakt, hifema)	BTM ile Giderilemez
Enükleasyon-Evisserasyon	BTM ile Giderilemez
Göz yaşı kanallarının travmatik lezyonları	BTM ile Giderilemez

Koroid rüptürü	BTM ile Giderilemez
Retinanın travmatik lezyonları (ödem, laserasyon, dekolman, kanama)	BTM ile Giderilemez
Skleral perforasyon	BTM ile Giderilemez
Glob perforasyonu	BTM ile Giderilemez
Travmatik sürekli epifora	BTM ile Giderilemez
Travmatik pitozis	BTM ile Giderilemez
Gözde trikiyazis, entropiyum, ekstropiyum	BTM ile Giderilemez
Travmatik şaşılık (intrakraniyal patolojiye bağlı olmayan)	BTM ile Giderilemez
Optik sinir lezyonu (intrakraniyal patolojiye bağlı olmayan)	BTM ile Giderilemez
BURUN- AĞIZ- DAMAK- DİL LEZYONLARI	
Burun kırıldak ve konka lezyonu	BTM ile Giderilemez
Dilde derin ve geniş laserasyon, kopma ya da kesiler	BTM ile Giderilebilir
Mukoza yaralanması	BTM ile Giderilemez
Stenon kanalı yaralanması	BTM ile Giderilebilir
Diş kayıpları (implant veya süt dişleri dahil)	BTM ile Giderilemez
Dişlerde sublüksasyon (implant dahil), tüm parsiyel diş kırıkları (mine, dentin, pulpa)	BTM ile Giderilemez

Boyun Bölgesini İlgilendiren Travmatik Değişimler

Boyun Bölgesindeki Organ Lezyonları	
Larinkste (tiroid ve krikoid kartilaj dahil) perforasyonsuz, tüm katları içermeyen mukozal yırtık tarzındaki laserasyonlar	BTM ile Giderilemez
Larinkste (tiroid ve krikoid kartilaj dahil) perforasyon ve tüm katları içeren lezyonlar	Yaşamsal Tehlike
Farinks ve retrofaringeal bölgede tanımlanmış her tür perforasyon ya da daha ağır lezyonlar	Yaşamsal Tehlike
Tükrük bezlerinde kesi ya da duktal hasarlanma ile birlikte olan lezyonlar	BTM ile Giderilemez
Tiroid bezi lezyonları	BTM ile Giderilemez
Vokal kord lezyonları	BTM ile Giderilemez

Göğüs Bölgesini İlgilendiren Travmatik Değişimler

Memede avülsiyon	BTM ile Giderilemez
Göğüs Bölgesindeki Organ Lezyonları	
Organ lezyonu oluşmamış lokal cilt altı amfizemi	BTM ile Giderilemez
Geniş cilt altı amfizemi	Yaşamsal Tehlike
Klinik bulgularla desteklenen solunum yollarına yabancı cisim aspirasyonu ya da yutulması	Yaşamsal Tehlike

Trakea ve bronşlarda, laserasyon, perforasyon, parçalanma (crush), rüptür, ayrılma (transsection) ve fraktürler	Yaşamsal Tehlike
Trakeostomi zorunluluğu	Yaşamsal Tehlike
Diyafragmada laserasyon ve rüptür	Yaşamsal Tehlike
Özefagusta her dereceden laserasyon, perforasyon, parçalanma (crush), rüptür ve ayrılma	Yaşamsal Tehlike
Özefagusta koroziif madde yaralanmaları	Yaşamsal Tehlike
Perikard tamponadı	Yaşamsal Tehlike
Kalpde kontüzyon, laserasyon, perforasyon	Yaşamsal Tehlike
Korda tendinea laserasyonu	Yaşamsal Tehlike
Akciğerlerde kontüzyon ve laserasyon	Yaşamsal Tehlike
Hemotoraks, pnömotoraks/tansiyon pnömotoraks, pnömomediastinum, hava embolisi	Yaşamsal Tehlike
Yelken göğüs	Yaşamsal Tehlike

Abdomen ve Pelvis Bölgesini İlgilendiren Travmatik Değişimler

Lümeni olan organlarda (mide, duodenum, jejunum, ileum, kolon, rektum, üreter, mesane, üretra , uterus ve safra kesesi) her dereceden laserasyon, perforasyon ve rüptürler	Yaşamsal Tehlike
Parankimal organlarda (böbrek, karaciğer ve dalak) subkapsüler hematoma, laserasyon ve rüptürler	Yaşamsal Tehlike
Pankreas ve adrenal glandda kontüzyon, hematoma, laserasyon ve perforasyonlar	Yaşamsal Tehlike
Tetik ve görüntüleme ile desteklenen retroperitoneal hematoma (izole psoas kası hemotomu hariç)	Yaşamsal Tehlike
Karın içinde kanama veya başka lezyon olmasa bile, eksplorasyon ya da radyolojik yöntemlerle tanısı kesin olarak konulan, peritonu geçip batın boşluğu ile iştirakli yaralanmalar	Yaşamsal Tehlike
Tanı amaçlı laparotomi gerektiren, batın organlarında yaralanmaya neden olmayan lezyonlar	BTM ile Giderilemez
Mezenter ve omentum'da kontüzyon, laserasyon	Yaşamsal Tehlike
Fallop tüpü ve ovaryumda laserasyon ve daha ağır lezyonlar	Yaşamsal Tehlike
Plasentada abruption	Yaşamsal Tehlike
Dış genital organlar	
Skrotumda yüzeysel lezyonlar ve ekimozlar	BTM ile Giderilebilir
Skrotal hidrosel veya hematosel	BTM ile Giderilemez
Testiste laserasyon ve hematomlar	BTM ile Giderilemez
Testisin akut kaybıyla sonuçlanan yaygın testis doku laserasyonu	Yaşamsal Tehlike
Anüste kontüzyon (hematom) (sfinkter kusuru yoksa)	BTM ile Giderilebilir
Anüste perforasyonsuz, katlarda kısmi lezyon şeklindeki laserasyonlar	BTM ile Giderilemez

Anüste perforasyonlu/tüm katları içeren/doku kayıplı/yoğun, kompleks avulsiyon, rüptür ve laserasyonlar	Yaşamsal Tehlike
Penis, vagina, vulva ve perinede yüzeysel abrazyon ve ekimozlar	BTM ile Giderilebilir
Penis, vagina, vulva ve perinede laserasyonlar ve hematomlar	BTM ile Giderilemez
Peniste spongiöz doku yaralanması	BTM ile Giderilemez
Peniste herhangi bir bölgeden amputasyon (glans/tam penis)	Yaşamsal Tehlike

Vertebral Kolon-Medulla Spinalis-Periferik Sinirleri İlgilendiren Travmatik Değişimler

Tüm periferik sinir yaralanmaları	BTM ile Giderilemez
Kord/kauda equina kontüzyon ve laserasyonu (hangi derecede ve düzeyde olursa olsun)	Yaşamsal Tehlike
Disk yaralanması ve herni	BTM ile Giderilemez
Disk yaralanması ve herni (kord hasarı varsa)	Yaşamsal Tehlike
Kord kontüzyonu ve laserasyonunun eşlik ettiği kırık ya da çıkıklar	Yaşamsal Tehlike
Facet kilitlemesi-kayması	BTM ile Giderilemez
İnterspinöz ligament laserasyonu (hiperfleksiyon zorlanması)	BTM ile Giderilemez

Üst Ekstremiteleri İlgilendiren Travmatik Değişimler

Kol, ön kol veya parmaklarda soyulma (degloving) tarzında yaralanma	BTM ile Giderilemez
Kompartman sendromuyla birlikte ekstremitte yaralanması	BTM ile Giderilemez
Parmaklar hariç ekstremitenin herhangi bir yerinden amputasyon	Yaşamsal Tehlike
Kas-Tendon ve Ligamanlar	
Tendon laserasyonu ve kopmaları	BTM ile Giderilemez
Kas laserasyonu	BTM ile Giderilemez
Eklemler kapsülü laserasyonu	BTM ile Giderilemez
Eklemler	
Kontüzyon ve burkulmalar	BTM ile Giderilebilir
Hemartroz, hidroartroz	BTM ile Giderilemez
Ön kol, kol, dirsek ve omuz bölgesinde vasküler, kas, kemik ve sinir dokusunun yoğun harabiyetinin eşlik ettiği ezilme tarzı (crush) yaralanma	Yaşamsal Tehlike

Alt Ekstremiteleri İlgilendiren Travmatik Değişimler

Uyluk, baldır veya parmaklarda soyulma (degloving) tarzında yaralanma	BTM ile Giderilemez
Kompartman sendromuyla birlikte ekstremitte yaralanması	BTM ile Giderilemez
Parmaklar hariç ekstremitenin herhangi bir yerinden amputasyon	Yaşamsal Tehlike
Kas-Tendon ve Ligamanlar	
Tendon kopmaları	BTM ile Giderilemez
Kas laserasyonu	BTM ile Giderilemez
Eklem kapsülü laserasyonu	BTM ile Giderilemez
Diz ve bilekte kolletral/cruciate ligaman laserasyonu, meniskus yırtığı	BTM ile Giderilemez
Eklemler	
Kontüzyon ve burkulmalar	BTM ile Giderilebilir
Hemartroz, hidroartroz	BTM ile Giderilemez
Alt ekstremitelerde vasküler, kas, kemik ve sinir dokusunun yoğun harabiyetinin eşlik ettiği ezilme tarzı (crush) yaralanma	Yaşamsal Tehlike