



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN ADLİ
VAKALARIN SOSYODEMOGRAFİK, EPİDEMİYOLOJİK VE
KLİNİK SONUÇLAR AÇISINDAN RETROSPEKTİF ANALİZİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. NURETTİN AKTAŞ**

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ.DR UĞUR LÖK**

ADYAMAN-2016



T.C.

ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ADYAMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN ADLİ
VAKALARIN SOSYODEMOGRAFİK, EPİDEMİYOLOJİK VE
KLİNİK SONUÇLAR AÇISINDAN RETROSPEKTİF ANALİZİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. NURETTİN AKTAŞ**

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ.DR UĞUR LÖK**

ADYAMAN-2016

ONAY SAYFASI

Yrd. Doç. Dr. Uğur LÖK danışmanlığında Dr. Nurettin AKTAŞ tarafından yapılan “Adıyaman üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine başvuran adli vakaların sosyodemografik, epidemiyolojik ve klinik sonuçlar açısından retrospektif analizi” başlıklı tez çalışması 27/10/2016 Tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonrası yapılan değerlendirme sonucu jürimiz tarafından Acil Tıp Anabilim Dalı’nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.
gün.../ay..../yıl.

Prof. Dr.
Adıyaman Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Tanıymıő olduğum süre içerisinde ilgi ve desteğini daima hissettiren, bilgi ve tecrübelerini paylaőmaktan onur duyduğum baőta tez danıőmanım ve Anabilim Dalı Baőkanım Yrd. Doç. Dr. Uğur LÖK'e saygılarımı sunarım.

Yardım ve desteklerinden dolayı diğer öğretim üyemiz Sayın Yrd. Doç. Dr. İrfan AYDIN'a;

İhtisasım süresince beraber çalıőtıėım yardım ve desteklerini gördüğüm baőta Dr. Tayfun BÖRTA olmak üzere, asistan arkadaşlarıma, rotasyonlar ve konsültasyonlar esnasında beraber çalıőtıėımız asistanlara;

Acil servis sorumlu hemőiresi Asuman Demir baőta olmak üzere diğer hemőire arkadaşlar ve tüm acil servis çalıőanlarına;

Asistanlık dönemim boyunca bana her konuda destek olan sevgili eőime, eğitim hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen yeterince ilgilenemediğim ancak sevgi ve desteklerini yanımda hissettiğim aileme, sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

DR. NURETTİN AKTAŞ

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ONAY SAYFASI.....	III
TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER	V
SİMGE VE KISALTMALAR	VII
TABLO DİZİNİ	VIII
ÖZET.....	IX
SUMMARY	X
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.ADLİ OLGU	3
2.2.ADLİ RAPOR.....	4
2.3.ADLİ RAPORLARIN HAZIRLANMASINDA TEMEL KURALLAR	4
2.3.1.Kimlik Tespiti	5
2.3.2.Muayene Edilenin Bilgilendirilmesi	5
2.3.3.Muayenede Dikkat Edilecek Hususlar Ve Muayene Koşulları.....	6
2.3.4.Raporların Düzenlenmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar.....	7
2.3.5.Adli Raporda Yaraların Tanımlanması	9
2.3.6.Numune Alınması Ve İletilmesi.....	10
2.3.7.Alkol Tayininde Dikkat Edilecek Hususlar	10
2.3.8.Yeni Türk Ceza Kanun'a Göre Raporların Tanziminde Ortaya Çıkan Farklılıklar.....	12
2.3.9.Kullanılacak Adli Rapor Formları	13
2.3.10.Düzenlenen Raporların Adli Makamlara İletilmesi	13
2.4.ADLİ OLGULARDA HEKİMLERİN SORUMLULUKLARI	14
2.4.1.Adli Olguları Belirleme ve İhbar Etme Sorumluluğu.....	14
2.4.2.Bilirkişilik ve Adli Rapor Hazırlama Sorumluluğu	15
2.4.3.Sır Saklama Sorumluluğu	15
2.4.4.Tıbbi Kayıt ve Arşiv Tutma Sorumluluğu	16
2.4.5.Acil Olgulara Müdahale Sorumluluğu	16
2.4.6.Tıbbi Müdahalelerde Ceza Sorumluluğu	17
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	18
4.BULGULAR	19
4.1.Adli Nitelikli Olguların Demografik Özellikleri.....	19

4.2.Adli Olayın Niteliğine Göre Değerlendirilmesi.....	20
4.3.Adli Nitelikli Olguların Sağaltımı.....	23
4.4.Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi.....	25
5.TARTIŞMA	27
6.SONUÇLAR	36
7.KAYNAKLAR	38



SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIS	: Abbreviated Injury Scale
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart sapma
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Vb	: Ve benzeri

TABLO DİZİNİ

SAYFA NO

Tablo 1:Adli olguların yaş gruplarına göre dağılımı.....	19
Tablo 2:Adli nitelikli olguların acil servise başvuru zamanlarına göre dağılımı..	20
Tablo 3:İntihar girişimi olgularının etkenlere göre dağılımı.....	21
Tablo 4:İntihar edenlerin yaş ortalaması.....	21
Tablo 5:İntihar edenlerin yaş aralığı	22
Tablo 6:Zehirlenme olgularının etkenlere göre dağılımı	22
Tablo 7:Adli nitelikli olguların olayın niteliğine göre dağılımı.....	23
Tablo 8:Adli nitelikli olguların takip sonuçlarına göre dağılımı	24
Tablo 9:Yatış yapılan adli nitelikli olguların kliniklere göre dağılımı	24
Tablo 10: adli raporların kesin mi geçici mi ayırımı.....	25
Tablo 11: geçici ve kesin raporların olayların niteliğine göre dağılımı	26

ÖZET

Bu çalışmada, bölgemizdeki en önemli merkez konumundaki bir üçüncü basamak hastanesi acil servisine başvuran adli nitelikli olguların demografik ve epidemiyolojik özelliklerini ve düzenlenen adli raporlardaki hata ve eksikliklerin belirlenmesini amaçladık.

Geriyeye dönük olarak yapılan bu çalışmaya acil servise 01.01.2014 - 31.12.2014 tarihleri arasında başvuran ve adli rapor düzenlenen hastalardan, kayıtlarına ulaşılan adli nitelikli olgular dâhil edildi.

Çalışmaya dâhil edilen 4300 adli nitelikli olgunun 3094' ü (% 72) erkekti.

Adli nitelikli olgular kliniğimize % 10,1 ile en fazla Temmuz ayında ve yaz mevsiminde % 28,9 başvurmuştu.

Adli nitelikli olguların acil servis başvuruları en sık trafik kazası (% 43,4), darp (%30,5) ve intihar girişimi (%7,2) nedeni idi. İntihar girişiminin en fazla nedeni %86,4 ile ilaç alımı idi. İntihar edenlerin %75,3'ü 18-44 yaş grubunda idi.

Acile başvuran adli olguların % 87,5' itaburcu edilirken, % 12,3'ü yatırıldı. Yatırılan hastaların %24,2'si ortopedi servisine yatırıldı.

Hekimler, tedavisini üstlendikleri adli nitelikli hastalarının hak kaybına uğramaları için adli sorumluluklarını yerine getirmelidir. Aksi halde ceza ve tazminat davaları ile karşı karşıya gelebilirler. Bu konuda farkındalığın artırılması için hizmet içi eğitimlerle hekimlerin adli görev ve sorumlulukları vurgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Adli olgu, adli rapor, acil servis

SUMMARY

In this study, we aimed to detect the mistakes and deficiencies of the forensic reports arranged and also aimed to detect demographic and epidemiologic features of the forensic cases applied to emergency service which is the most important center in our region as a tertiary care hospital.

This retrospective study includes the forensic cases that could have been reached and resulted as forensic report amongs all of the emergency service applies between 01.01.2014 and 31.12.2014.

3094 (% 72) of 4300 forensic cases whom included in this study was male.

Forensic cases generally applied to our clinic in July with the rate of %10,1 and as a season summer with the rate of %28,9.

The most frequent cause of forensic case, applying to emergency service, was traffic accident (%43,4), assault (%30,5) and suicide attempt(%7,2). The most preferred way for suicide attempt was drug abuse (%86,4) %75,3, age of people who attempted suicide was between 18-44 years old.

%87,5 of forensic cases applied to emergency service was discharged, %12,3 of cases was hospitalized. %24,2 of cases hospitalized was in orthopedics service.

Doctors should make sure that the forensic patients they treat don't get any loss of right as their legal responsibility. Otherwise doctors could face penalties and law of torts. In order to increase the awareness of this subject, doctors' legal duties and responsibilities should be emphasized with in-service trainings.

Keywords: forensic case, medicolegal reports, emergency department

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Adli nitelikli olgular, sıklıkla adli muayenenin ilk basamağını oluşturan sağlık kuruluşlarının giriş kapısı olarak görülen acil servislerde karşımıza çıkmaktadır (1). Acil servis hekimlerinin, tedavi edici hekimlik görevlerinin yanı sıra adli hekimlik görevleri de bulunmaktadır (2). Darp, trafik kazası, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanması, her türlü alet yaralanması, yanık, elektrik çarpması, asfiksi, işkence ve kötü muamele, çocuk istismarı, düşme ve diğer yaralanmalar, zehirlenmeler, öz kıyım girişimleri gibi nedenlerle başvuran tüm hastalar adli olgu niteliği taşımaktadır (3,4).

Adli nitelikli olgularla karşılaşıldığında, durumun adli makamlara haber verilmesi ve hastaya adli rapor düzenlenmesi, acil hekimlerinin en temel görevlerinden birisidir (5,6). Yapılan birçok çalışma adli tıp uzmanları dışında verilen adli raporların eksik ve hatalı olduğunu göstermektedir(7-11). Adli tıp uzmanları dışında düzenlenen raporların incelendiği bir çalışmada %35 oranında, başka bir çalışmada ise % 44.1 oranında adli yargıyı yanlış yönde etkilediği kanaatine varılmıştır (10,12). Acil servislerde düzenlenen adli raporların yargı sürecinde önemi büyüktür. Eksik ya da hatalı hazırlanan raporlar adli yargılamanın gecikmesine, hasta haklarının kaybolmasına neden olabilecek yanlış kararlar verilmesine neden olmakta, dolayısıyla adli yargılama hakkını da tehdit etmektedir. Adli raporlardaki hata ve eksikliklerin belirlenmesiyle hekimlerin karşılaşılabileceği "adli sorumluluğu ihmal" ve "gerçeğe aykırı bilirkişilik" gibi suçlamaların önlenmesine fayda sağlayacaktır (7,13,14).

Adli nitelikli olguların bireye, aileye, topluma ve dolayısıyla ülkeye getirdiği sosyokültürel ve sosyoekonomik sonuçlar oldukça ağırdır (7). Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ne hizmet veren önemli bir merkez olma özelliğine sahiptir. Adli nitelikli olaylarda bölgesel profillerin belirlenmesi, bu tür olayları en aza indirme çabalarına yönelik düzenlemelerde çıkış noktası olarak kullanılabilmesi gibi bu verilerin eğitim çalışmalarına da yön vermesi sağlanabilir.

Bu çalışmanın amacı, bir nc basamak hastane acil servisine başvuran adli nitelikli olguların geriye dönük olarak sosyodemografik, epidemiyolojik özelliklerini ve tedavi sonuçlarını saptamak, adli olguların bölgemizdeki profilini belirlemek ve ülkemizin bu konudaki veri tabanına katkıda bulunmaktır.

Ayrıca bu çalışmada hekimler aısındanoğu zaman sıkıntı ve endişeye neden olan adli raporların düzenlenmesindeki hata ve eksikliklerin belirlenmesi, mevcut genelge ve yasalar ile uluslararası standartlar çerçevesinde tartişılması ile bu konuda hekimlerin sorumluluklarının vurgulanması da amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.ADLİ OLGU

Doğal karşılanmayan dış etkenlerle oluşan; kişinin dikkatsiz, tedbirsiz, ihmalkar, kasti hareketleri ya da meslekte acemiliği neticesinde sağlığının fiziksel ya da emosyonel olarak bozulması, kanunlar nezdinde adli yön içerir (4,7,15,16). Bu bağlamda trafik kazaları, iş kazaları, düşmeler, kesici-delici-batıcı-ezici alet yaralanmaları, bütün ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanmaları, darp, intoksikasyonlar, elektrik ve yıldırım çarpmaları, yanıklar, cinsel saldırı iddiaları, çocuk ve yaşlı istismarı şüphesi, mekanik asfiksiler (tıkanma, tıkama, elle ya da iple boğulma, ası, karın-göğüs tazyiki, suda boğulma, canlı gömülme), bütün intihar girişimleri, işkence ve kötü muamele iddiaları ile bütün şüpheli ölümler (cinayet, intihar, kaza şüphesi olan olgular) adli olgu özelliği taşımakta ve bunların azımsanmayacak bir bölümü sağlık kurumlarının acil polikliniklerine başvurmaktadır (3,4,13-15,17,18). Bu kişilerin zarar gördükleri dış etkenlerden korunmaları ve mağduriyetlerinin önlenmesi amacıyla adli olgu olarak ele alınması, hastanın olduğu kadar hekimin güvenliği için de önemlidir (2).

Adli nitelikli olguların değerlendirilmesi, hukuki süreçte sanık ve mağdur açısından önem taşır. Bu durum hekim hasta ilişkisine çok yönlü ve karmaşık bir özellik kazanmaktadır. Bu bağlamda yapılan adli ve tıbbi bir eksiklik veya ihmâl çoğu zaman hekimin önceden tahmin edemeyeceği, önemli sonuçlara neden olabilmektedir. Bu sebeple adli nitelikli olgular başvurdukları sağlık kuruluşlarında öncelikli ve acil değerlendirilmesi gereken olgulardır (16,19-21).

2.2.ADLİ RAPOR

Bilindiği gibi rapor düzenleme, hekimlik pratiğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hekimlerin, mesleki çalışmaları sırasında düzenledikleri raporlar, genel olarak adli ve tıbbi raporlar olarak ikiye ayrılabilir. Tıbbi raporlar; kişinin sağlık ve hastalık durumlarının belirlenmesi ile ilaç raporlarını kapsarken; adli raporlar kişinin sağlığını ilgilendiren ve yargıya yansıyan tüm olaylarda, adli makamlara yol gösteren raporlardır (22,23).

Adli olarak değerlendirilen olgularda hekimlerin üzerine düşen görev; adli nitelikli olguyu belirlemek, uygun şekilde ve uygun makamlara bildirimini yapmak, muayeneyi uygun koşullarda, tam ve eksiksiz olarak yapmak, tıbbi delil özelliği olan her türlü materyali uygun koşullarda saklamak ve muayene bulgularını kaydetmektir (1,3,24).

2.3.ADLİ RAPORLARIN HAZIRLANMASINDA TEMEL KURALLAR

Ülkemizdeki adli tabiplik uygulamaları, Sağlık Bakanlığı bünyesinde hastaneler ve aile hekimlikleri, Adalet Bakanlığı bünyesinde Adli Tıp Kurumu ve bağlı kurumlarla üniversitelerde bulunan Adli Tıp Anabilim Dalları ve Adli Tıp Enstitüleri tarafından sürdürülmektedir (25-27). Bununla birlikte adli tıbbın ülkemizdeki yapılanmasının ihtiyacı karşılayamaması ve adli tıp uzmanı sayısının istenilen düzeyde olmaması sebebiyle adli nitelikli olguların azımsanmayacak bir kısmı, adli tıp uzmanı olmayan hekimlerce değerlendirilmektedir (25,26,28). Adli tıp uzmanı sayısı istenen seviyeye gelse bile adli tıp uzmanı olmayan hekimler de takip ve tedavilerini üstlendikleri adli nitelikli olgulara rapor düzenlemekle yükümlüdürler (16).

01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) ile 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) ve bu kanuna dayanarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan genelge doğrultusunda, adli hekimlik hizmetleri ve uygulamaları kapsamında dikkat edilmesi gerekenler, yasal çerçeve

içerisinde açıklanmıştır (16,29,30).Bütün adli raporların bu doğrultuda hazırlanması gerekmektedir (16,22).

Bu genelgeye göre; acil vakalar hariç olarak, adli nitelikli hastaların muayenesi ile rapor düzenlenmesine öncelik tanınmalı, bu işlemler en fazla 10 gün içinde neticelendirilerek rapor ile adli mercilere bildirilmelidir. Tetkiklerin uzaması ve benzeri (vb) sebeplerle 10 günlük süre aşılacak ise, bu durum, nedenleri ile birlikte yine ilgili adli makama bildirilmelidir (29,31).

2.3.1.Kimlik Tespiti

Kimlik kontrolü yasal bir kimlik belgesi ile yapılmalıdır. Muayene edilecek kişinin kimliği hususunda şüphede kalınması halinde; hekim vakit kaybetmeden ilgili Cumhuriyet Başsavcılığı'na durumla ilgili bilgi vermelidir. Resmi bir belge gösterilememesi halinde ise durum adli raporda belirtilerek, tıbbi kimlik bilgileri (boy, kilo, saç ve göz rengi, varsa vücuttaki tatuaj) rapora eklenmelidir (29).

2.3.2.Muayene Edilenin Bilgilendirilmesi

Muayene edilecek kişiye, yapılacak işlemler hususunda hekim tarafından ayrıntılı olarak bilgi verilmeli ve aydınlatılmış onam alınmalıdır. Buna rağmen kişinin, vücudundan örnek alınmasına veya muayene yapılmasına izin vermemesi durumunda, vaziyet bir tutanakla tespit edilerek adli mercilere bilgi verilmelidir(29).

Kişinin hayati tehlikesinin olduğu acil durumlarda onam şartı aranmaz, hekim gerekli gördüğü hayat kurtarıcı girişimleri yapmakla yükümlüdür (32).

2.3.3.Muayenede Dikkat Edilecek Hususlar Ve Muayene Koşulları

Adli nitelikli olgular da diğer hastalarda olduğu gibi hekim tarafından bizzat görülerek muayene edilmelidir. Muayene ve tetkikler esnasında insan hak ve özgürlükleri ile hasta mahremiyetine özen ve saygı gösterilmeli, tıbbi deontoloji kurallarına uyulmalıdır(29,31).

Hekim üçüncü şahısların duyamayacağı ve göremeyeceği, iyi aydınlatılmış, hasta ile yalnız kaldıkları bir ortamda muayeneyi gerçekleştirilmelidir. Hekimin lüzum görmesi durumunda bir sağlık personeli de muayenede bulunabilir (29,31,33).Hekim kendisine yönelik bir güvenlik endişesi taşıyorsa bu durumu yazılı olarak belgelendirmek kaydı ile muayenenin kolluk kuvvetlerinin gözetiminde yapılmasını isteyebilir. Muayene edilenin istemesi ve muayenenin kolluk kuvvetlerinin gözetiminde yapılması durumunda müdafî de, gecikmeye sebep olmamak şartıyla, muayenede bulunabilir (29,31).

Muayene olacak kişi kadınsa ve kadın bir hekim tarafından muayene edilmeyi talep ederse, bu isteği sağlık kurumunun imkânları dâhilinde yerine getirilmelidir. Bununla birlikte talebe rağmen kadın bir hekim bulunamamışsa, muayene sırasında sağlık mesleği mensubu bir kadın personel bulundurulmalıdır (29).

Muayene, bölgesel olarak ya da varsa şikâyete yönelik olmamalı, tepeden tırnağa yapılmalıdır. Muayene sırasında tespit edilen bulguların, unutulmaması ve rapor yazarken yardımcı olması açısından kısaca not alınması tavsiye edilir (29).

Hekim gözaltına alınmış kişilerin değerlendirilmesi sırasında özellikle TCK'nin 94, 95 ve 96. maddelerinde bahsedilen "işkence, neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence ve eziyet" suçlarının işlendiği yönünde herhangi bir bulguyu saptaması halinde, durumu vakit kaybetmeden Cumhuriyet Savcısı'na bildirmelidir (29).

Hekim; adli nitelikli hastalarda, delil olma olasılığı yüksek olan, suçun aydınlatılmasına faydası olabilecek, elbise ve benzeri malzemelerin uygun

koşullarda muhafaza edilmesi için gerekli önlemleri almalıdır (29). Bu durum acil servisin günlük işleyişinde zaman zaman göz ardı edilebilmekteyse de adli araştırma açısından oldukça önemlidir (34,35).

2.3.4.Raporların Düzenlenmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

Adli raporlar tarafsız olmalıdır. Hekim raporunu, objektif bulgulara, konsültasyonlara ve tetkik sonuçlarına göre mesleki bilgileri ışığında yapacağı değerlendirmelere dayandırmalıdır (29,31,36).

Adli raporlar, resmi mercilerin istek yazısının altına değil ayrı olarak düzenlenmelidir.

Raporlar el yazısı ile düzenlenebileceği gibi bilgisayar çıktısı şeklinde de olabilir. Bununla birlikte rapor el yazısı ile düzenlenecek ise mutlaka okunaklı olmalı; rapor tekniğine uygun, anlaşılır, yalın ve net bir dil kullanılmalı, özellikle tıbbi terimlerde kısaltma kullanılmamalıdır (5,17,29-31,37,38). Raporları değerlendirecek adli makamların anlayabileceği bir dil kullanılması gerekmektedir (5,39).

Adli rapor formunun bütün bölümleri eksiksiz olarak doldurulmalıdır. Adli olgunun kimlik bilgileri, olayın öyküsü, muayene bulguları, muayene tarihi ve saati, konsültasyon bulguları, travmatik lezyonlar ve tetkik sonuçları belirtilmelidir (3,17,29,31,37).Şayet “yaşamsal tehlike” kararı verildiyse hangi bulguya dayandırıldığı sonuç kısmında belirtilmelidir (29,31,40). Adli raparlarda adli mercilerin sorularının yanıtlanması esastır. Hekim değerlendirmesi sırasında rapor isteminde sorulmamış olsa da soruşturmayı etkileyebilecek bulguları da raporda belirtmelidir (29,31).

Kişinin muayene sırasındaki alkol durumu dikkate alınmalı; hekim tarafından gerekli görülmesi, adli mercilerin veya kolluğun talep etmesi durumunda kişinin alkol alıp almadığı usulüne uygun olarak tespit edilmelidir. Hekim, alkol muayenesi sonucunu raporunda belirtmelidir (29,31).

Raporun birinci sayfasında sağlık kurumunun adı yazılmalıdır. Ayrıca raporun her sayfasında hakkında rapor düzenlenecek olan kişinin adı, soyadı ve

hekimin parafı bulunmalıdır. Raporun son sayfasında raporu hazırlayan hekimin adı, soyadı, diploma numarası ve imzasıyla sağlık kuruluşunun adı ve mührü olmalıdır(29,31).

Tetkik sonuçları ve grafilerin aslı kanıt özelliği taşıdığından yüz yıl süre ile arşivlenmelidir. Muayene edilen kişinin adı ve soyadı ile protokol numarası silinmeyecek ve değiştirilemeyecek biçimde bu materyallerin üstünde bulunmalıdır. Kişinin başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi ya da tıbbi belgelerin rapora eklenmesi gerektiği hallerde, kopyaları “aslı gibidir” onayı ile gönderilmelidir (29,31).

Muayene edilen kişinin, tetkik sonuçlarını ve çekilen grafileri kendisi için istemesi durumunda, tıbbi belge ve grafilerin aslı sağlık kurumunda saklanmak şartıyla sağlık kurumunun imkânları dâhilinde yapılan tetkik sonuçlarının bir örneği verilmelidir (29,31).

Başka bir sağlık kurumundan sevkle gelen adli vakaların, gönderen kurumda düzenlenen geçici raporu incelenmeli, yapılan işlemler ve değerlendirmeler mutlaka ayrı bir rapor olarak düzenlenmelidir (29).

Tespit edilen bulgular doğrultusunda kesin rapor hazırlanabiliyorsa geçici rapor yazma yoluna gidilmemelidir (17,29). Adli raporun gerekçesiz olarak geçici rapor olarak düzenlenmesi yargı sürecinin uzamasına ve adaletin gecikmesine neden olmaktadır (17,41). Ancak, mevcut bulgular ile kesin rapor düzenlemek mümkün değilse, ayrıntılı geçici rapor (durumu bildirir rapor) hazırlanarak kesin rapor düzenlenmesi amacıyla hastanın bir üst sağlık kurumuna uygun koşullarda sevk yapılmalıdır. Adli nitelikli hastaların sevk edilmesi durumunda, hazırlanan raporun bir örneğinin sağlık kurumunda saklanması gerekmektedir (29).

Bütün sağlık kurumlarında sayfa sayısı bilinen, mühürlü ve onaylı bir adli rapor kayıt defteri bulunması gerekmektedir (17,42). Düzenlenen bütün raporların, raporun sonuç kısmındaki değerlendirmeler yer alacak şekilde, adli rapor kayıt defterine kaydı yapılmalıdır (29).

2.3.5.Adli Raporda Yaraların Tanımlanması

Adli nitelikli olguların önemli bir çoğunluğunu yaralanmalar oluşturmaktadır. Adli raporlar yargılamada suçun ağırlığının belirlenmesinde temel faktör olarak kabul edilmektedir (43). Muayene sırasında tespit edilen lezyonların doğru tanımlanması; hekimlik uygulamalarında tıbbi ve adli açıdan büyük önem arz etmektedir (33).

Doku bütünlüğünü ve yapısını bozan, değişik şiddet ve özellikteki kuvvetlerin vücutta meydana getirdiği lezyonlar yara olarak tanımlanabilir. Yarayı oluşturan cisim, enerji ve yaranın olduğu alan yara oluşumundaki üç temel faktördür. Uygulanan kuvvetin oluşturduğu enerji miktarı; vücutta hasar oluşumunu ve bu hasarın derecesini belirleyen temel etkidir. Oluşan hasar dışarıdan görülebilen vücut bölgelerinde meydana gelebileceği gibi kuvvete maruziyetin şekline ve şiddetine göre değişmek üzere derin dokular ve iç organlarda da oluşabilir (22,44,45).

Hekimler adli olgu çerçevesinde; ölü muayenesi, canlı muayenesi ya da otopsi sürecinde yaralarla sıklıkla karşılaşmaktadırlar. Yaraların değerlendirilmesinde, doğru tanımlama yapabilmeleri ve standart bir yaklaşım sağlamaları gerekmektedir. Bu durum olguyla ilgili düzenlenen raporun; tıbbi, adli ve hukuki süreçte güvenilirliği ve anlaşılabilirliği noktasında önem kazanmaktadır (22).

Fizyolojik ve histolojik olarak sürekli değişim içinde olan yaraların; yapısı ve görünümü de buna paralel olarak değişiklikler göstermektedir. Özellikle sağlık kuruluşlarına müracaat eden adli nitelikli olguların yara özelliklerinin tedavi öncesinde değerlendirilmemesi tedavisinden sonra yara ile ilgili bilgilerin kaybolması ile sonuçlanmaktadır. Bu durum kişilerin hukuki olarak hak kaybına uğramalarına neden olabilmektedir. Yaraların fizik muayenesinde yaranın görünümünün yanı sıra travmanın meydana getirdiği harabiyetin (sinir, organ, damar vb.) durumu ve ağırlığının da belirlenmesi adli ve tıbbi raporlamada büyük önem taşımaktadır (22,46).

Yaralar değerlendirilirken; yaranın vücut yüzeyi üzerindeki uzunluğu, genişliği ve kapladığı alan ile lokalizasyonu belirtilmelidir. Yaraların ayrıntılı tanımlaması yapılırken özellikle hekim olmayanların da anlayabileceği şekilde bilinen anatomik noktalara mesafesinin metrik sisteme göre belirtilmesi önem taşımaktadır (1,47-49). Aynı zamanda yaranın, her iki kenar(yara dudakları) özellikleri, bu kenarların birleştiği yerin geniş veya dar açı olup olmadığı, buradan sağlam deri üzerine uzanan yüzeysel çizgilerin (yara kuyruğu) olup olmadığı varsa uzunlukları değerlendirilmelidir. Yine yaranın deri altında hangi dokuları kapsadığı ve trasesi ile vücut boşluklarıyla ilişkisi belirlenmelidir (1,22,47,49,50).

Yaralar tanımlanırken muayene ortamının uygun ışıklandırmaya sahip olmasına özen gösterilmelidir. Yara ölçümlerinin, bir cetvelle yapılmalı ve mümkünse fotoğraf çekilmeli ve vücut diyagramları üzerinde işaretleme yapılmalıdır (22).

Yara yaşının belirlenmesinde yol gösterebilecek aktif kanama, renk değişiklikleri, kabuklanma, iltihaplanma, nedbeleşme gibi yaranın vital bulgularının belirlenmesi önem arz etmektedir (1,22).

2.3.6.Numune Alınması Ve İletilmesi

Numune alınması işlemi için kişinin rızası alınmalıdır. Alınan numunelerin taşınması sırasında örneklerin dış koşullardan etkilenip bozulmaması ve değiştirilmemesi için gerekli tedbirler alınmalıdır(29). Bunun için alınan kan, idrar vb. örneklerinin üzerine silinmeyecek şekilde kişinin kimlik bilgileri, numunenin alındığı tarih ve saat bilgileri yazılmalıdır (51).

2.3.7.Alkol Tayininde Dikkat Edilecek Hususlar

Alkol ölçümünde en doğru metot venöz kan analizidir. Bununla birlikte, alkol tayininde sık kullanılan yöntem solunum havasındaki alkol düzeyinin alkol metre ismindeki bir alet yardımı ile ölçülmesidir. Bu yöntemin sensitif olmadığı ve hata olasılığının olduğu yönünde görüşler olmasına rağmen, sürücülerin yasal

sınırın çok üzerinde alkol aldığı durumların belirlenmesinde yeterli kabul edilmektedir. Alkol metre ile yasal sınıra yakın bir alkol düzeyi saptanmışsa, bu kişilerde, kan alkol düzeyi de ölçülmelidir (52).

Alkol tayini için kan alma işleminin yapılacağı vücut bölgesi, alkol içermeyen bir dezenfektan ile temizlenmelidir. İkinci tüp kontrol amaçlı kullanılabilmesi için iki tüp kan alınmalıdır. Kan analizi hemen yapılamayacaksa, tüpler buzdolabı koşullarında muhafaza edilmelidir. Kan örnekleri etiketlenerek, üzerine kişinin ismi, kanın alınış tarih ve saati yazılmalıdır (51,52).

Klinik muayene yöntemleri ile sinir ve kas sisteminin koordineli çalıştığını gösteren testler ile kaba ve ince motor hareketlerdeki beceriler alkol muayenesi açısından da değerlendirilmelidir. Ayrıca görme fonksiyonlarında bozulma olup olmadığı da tespit edilmelidir. Bu amaçla, parmak testleri (parmak-burun, parmak-parmak testi), düz çizgide yürüme, ceket düğmesini ilikleyip açma, küçük bir cisim yerden alma vb. testler kullanılabilir (52).

Ağızda alkol kokusu varlığı bazı ilaçların (bellagastrin, kinoforsin, histogenel, pygasol, gargarin vb.) alımı sonrasında görülebileceği gibi; alınan alkol düzeyinin yasal sınırların üstünde ya da altında olduğunu da ayırt edememektedir. Malt özü içen, fazla meyve yiyen ve şeker hastalığı olan kişilerde de ağızda alkol kokusu olabilmektedir. Ağızda hissedilen alkol kokusunu tıbbi raporda belirtmek kişinin alkol etkisi altında olduğunu göstermediği gibi, bazı hak kayıplarına, yanlış değerlendirmelere neden olabilmektedir (53-55).

24.05.13 tarih, 6487 sayılı Bazı Kanunlar İle 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun çerçevesinde 19. maddede; "0.50 promilin üzerinde alkollü olarak araç kullandığı tespit edilen sürücüler hakkında, fiili bir suç oluştursa bile, 700 Türk Lirası idari para cezası verilir ve sürücü belgesi altı ay süreyle geri alınır, hususi otomobil dışındaki araçları alkollü olarak kullanan sürücüler bakımından promil alt sınırı 0.21 olarak uygulanır." denmektedir (56).

2.3.8.Yeni Türk Ceza Kanun'a Göre Raporların Tanziminde Ortaya Çıkan Farklılıklar

Yeni TCK'de tanımlanan yaralama suçlarının önemli bir kısmı eski TCK'de olanlarla benzer özellikteyken, yeni bazı suçlar da tanımlanmaktadır. Yeni TCK'nin 86.maddesinde bahsedilen "basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma" ile 87. maddesinde bahsedilen "vücutta kemik kırılmasına neden olan yaralama" TCK da yeni tanımlanan suçlardır (29).

Eski TCK'de bulunan "mutat iştigale devam edememe/mutat iştigalden mahrumiyet" kavramı yeni TCK'de bulunmamaktadır (29).

Eski TCK'deki kavramların önemli bir kısmı yeni TCK'de Türkçeleştirilerek korunmuştur. Örneğin; kişinin hayatını tehlikeye maruz kılma, yaşamı tehlikeye sokan durum; uzuv zaafı, organlardan veya duylardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması; çehrede sabit eser, yüzde sabit iz şeklinde değiştirilmiştir (29,57).

"Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma" kanunda en hafif yaralama suçunu belirtmektedir. Yeni TCK'nin 87. maddesi "kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış haller' ini kapsamakta, 3. fıkrada, kasten yaralamanın "vücutta kemik kırılmasına neden olması hali" ile ilgili ayrı bir düzenleme de bulunmaktadır (29,58).

Adli raporlarda; travma sonucu yaralanmanın, "BTM ile giderilebilecek ölçüde olup/olmadığı" değerlendirmesi yapılmalı ve "yaşamı tehlikeye sokan bir durum olup/olmadığına" kesinlikle yer verilmelidir. Bununla birlikte, tespit edilmişse "yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış" diğer durumları ayrıca belirtilmelidir. Aynı şekilde; kemik kırığı tespit edilmişse tanımlanmalı ve yaşamsal fonksiyonlara etkisi değerlendirilmelidir (29).

Yeni TCK adli travmatoloji açısından eski TCK'ye göre farklı tanımlamalar getirmektedir. Bu durumun yol açabileceği karışıklıkları engellemek ve vakalarda adli değerlendirmenin yeni TCK'ye göre yapılabilmesi için Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği tarafından rapor örnekleri de içeren bir rehber hazırlanmıştır. Buna göre uluslararası

kısaltılmış yaralanma cetveli (Abbreviated Injury Scale, AIS) paralelinde yaralanma ağırlığının ve ayrıca kemik kırıklarında ağırlık derecesinin belirlenmesinde yol göstermesi ve hekimler tarafından farklı değerlendirilmelerin önüne geçilmesi amaçlanmıştır (29,30,58).

2.3.9.Kullanılacak Adli Rapor Formları

Adli rapor düzenlenmesinde, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan genelgede üç nüshadan oluşan oto kopili standart formların kullanılması tavsiye edilmektedir (29). Bu formlar yönlendirici notlar ve açıklamalarla bir rehber gibi hazırlanmıştır. Bununla birlikte; bütün sağlık kuruluşlarında uygulamada birliktelik sağlama; adli tıbbi hizmet sunan hekimlere rehberlik etme ve adli muayenenin eksiksiz olarak yapılmasını sağlama amaçlanmıştır. Sonuç olarak; hem adli olayın çözümlenmesine katkıda bulunulmuş olacak, hem de hekimlerin olası hataları ve bundan dolayı oluşabilecek mağduriyetler azaltılmaya çalışılacaktır (59).

2.3.10.Düzenlenen Raporların Adli Makamlara İletilmesi

Raporlar üç nüsha halinde düzenlenmelidir. Her bir nüshanın verilmesi gereken merci, vakanın "Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik" ya da "Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği" kapsamında bulunmasına göre farklılık göstermektedir (29).

Adli rapor "Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde olan bir suçla ilişkin ise, bir kopyası sağlık kuruluşunda arşivlenmeli, iki kopyası ise mühürlü ve kapalı zarf ile ilgili adli makama ulaştırılmak üzere şahsı getiren kolluğa teslim edilmeli ya da rapor hemen düzenlenemeyecekse ilgili makama en kısa sürede ulaştırılmalıdır (29).

Adli raporun düzenlenmesi "Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği" çerçevesinde yer alan, yakalama veya nezarethaneye giriş hallerinde ise bir kopyası sağlık kurumunda arşivlenmeli, bir diğeri kişiye, sonuncusu da kolluk görevlisine teslim edilmelidir (29).

Adli raporun düzenlenmesi "Gözaltı süresinin uzatılması, yer değişikliği, nezarethaneden çıkış" durumlarında ise, raporun bir kopyası sağlık kurumunda arşivlenirken, diğeri ikisi de kapalı ve mühürlü zarf ile ilgili adli makama en kısa sürede gönderilmelidir (29).

Raporların gönderilme sıklığı ve yöntemi sağlık kurumunun iş yükü, yerleşim biriminin büyüklüğü ve ulaşım imkânları göz önüne alınarak ve sağlık kurumu tarafından, görevli bir personel, taahhütlü postaya da elektronik ortamda gönderilebilir (29).

2.4.ADLİ OLGULARDA HEKİMLERİN SORUMLULUKLARI

2.4.1.Adli Olguları Belirleme ve İhbar Etme Sorumluluğu

Karşılaştığımız yasadışı durumları adli makamlara ya da emniyet güçlerine haber vermek insani görevimiz olduğu gibi aynı zamanda hekim olarak yasal sorumluluklarımız arasındadır. Sağlık çalışanları için; yeni TCK'nin 280. maddesine göre; "görevini yaptığı sırada suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubuna bir yıla kadar hapis cezası" öngörülmektedir. Bu noktada hekime düşen görev, hastaya gerekli acil tıbbi bakımı yaparken, adli açıdan da bir değerlendirme yapmaktır. Hekim adli olgu kararını verdikten sonra vakit kaybetmeden Cumhuriyet Savcılığı'na veya kolluk güçlerine yazılı veya sonradan tutanağa geçirilmek kaydıyla sözlü olarak adli olgu bildirimini yapmakla yükümlüdür (7,16,60). Olayın adli olup olmadığı hususunda kesin karar adli makamlar tarafından verilir (16).

Hekim herhangi bir ölümün doğal olmayan nedenlerden kaynaklandığı şüphesine neden olacak bir durumla karşılaştığında ya da ölünün kimliğinin tespit edilemediği hallerde vakit kaybetmeden Cumhuriyet Başsavcılığı'na haber

vermekle görevlidir. Bu durumda defin işlemleri Cumhuriyet Savcısı tarafından verilebilecek yazılı izinle mümkündür (16).

2.4.2. Bilirkişilik ve Adli Rapor Hazırlama Sorumluluğu

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun çerçevesinde, adli makamlar, bilirkişilik görevi için ülkemizde hekimlik yapma yetkisi olan bütün hekimleri görevlendirebilirler (22,23,61). Dolayısıyla, Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nde tıp fakültesinden mezun olan tüm hekimler, kendisinden adli makamlarca talep edilmesi durumunda, adli olaylarda verilen görevi almak, görüş ve kanaatini açıklayan raporu ilgili mercilere ulaştırmak zorundadır. Yargı makamlarınca adli rapor talep edildiğinde, hekimlerin bu görevi reddetme hakkı yoktur. Bununla birlikte; hekim, bu süreçte sorulan sorularla ilgili diğer bir uzmanlık dalından görüş alınmasına, ek inceleme yapılmasına ihtiyaç duyduğunu raporunda belirtebilir (16,22,61).

2.4.3. Sır Saklama Sorumluluğu

Sır saklama meslek ahlakının temel kurallarından biridir. Hekimler hastalarının ahlaki ve bedeni eksikliklerini, sakatlıklarını ve kusurlarını görevleri sırasında öğrenebilen kişiler olup, hastayla alakalı sırları saklamak zorundadırlar. Hekim, hastası ile ilgili bir sırrı ifşa etmesi durumunda; hapis cezasının yanında maddi ve manevi tazminat cezası istemi ile karşı karşıya kalabilir (60). Buna karşın adli olgu kapsamındaki hastalar hakkındaki bilgilerin hekim tarafından kanun gereği resmi kurumlarla paylaşılması hukuka ve sır saklama sorumluluğuna aykırı değildir (16).

2.4.4.Tıbbi Kayıt ve Arşiv Tutma Sorumluluğu

Hekimlerin, travma hastası olsun olmasın tüm hastalarına ait bilgi ve bulgularını hem hukuki bir zorunluluk olması hem de ilerde gündeme gelebilecek iddialar karşısında kendisini savunabilmek adına mutlaka ayrıntılı olarak kaydetmelidir (16,33,62,63). Tetkik sonuçları ve grafiler de aynı gerekçeyle saklanmalıdır. Grafilerin hastaya veya yakınlarına verilmesinin gerektiği hallerde mümkünse aslının arşivlenmesi ve bir örneğinin tutanakla verilmesi gerekmektedir. Kayıtların tarih ve saatler belirtilerek ayrıntılı ve günlük olarak tutulması hem adli hem de tıbbi açıdan önemlidir. Tıbbi dosyalar adli süreçte hukukçuların hekime soracağı soruların cevaplanmasında en doğru yol gösterici olacaktır (16).

Hekimlerin tıbbi ve dosya protokol defteri tutması kanunlarla zorunlu kılınmıştır. Hastayla ilgili kayıtların vaktinde tutulması sonradan hiçbir suretle üzerinde değişiklik yapılmaması, yeni belge düzenlenmemesi ve belgelerin yok edilmemesi gerekir (61). Bu konuyla ilgili olarak TCK'nın ilgili maddelerinde alt sınırı iki yıl olan ağır hapis cezaları öngörülmektedir. Ayrıca hastayla ilgili bilgilerin gerektiği şekilde toplanmaması ve kaydedilmemesi durumunda; hekim, suç delillerini yok etme, gizleme ve değiştirme ile görevi kötüye kullanma suçlamalarıyla karşı karşıya gelebilir (60).

2.4.5.Acil Olgulara Müdahale Sorumluluğu

Hekimlerin, görevi ve uzmanlık alanına bakılmaksızın, adli niteliği olmayan acil olgularda olduğu gibi adli olgularda da görevini yapmasını engelleyecek geçerli bir sebep olmadıkça ilk yardım yapma zorunluluğu vardır (64). Hekimler için bu durum insani, vicdani, mesleki ve kanuni bir zorunluluktur (65). Hekim hastaya güncel bilimsel kıstasların dışında hastanın kimliği, tutumu,

ekonomik durumu, sosyal güvencesi ve hasta yakınlarının etkisi veya olayın şekli gibi sebeplere göre yaklaşamaz (16).

2.4.6.Tıbbi Müdahalelerde Ceza Sorumluluğu

Hekim hastasını, ülke koşullarının elverdiği ve tıp biliminin imkanları dâhilinde bütün teşhis ve tedavi olanaklarını kullanarak tedavi etmeye çalışmalıdır. Aksi takdirde, hastanın eksik tetkik ve araştırma neticesinde zarar görmesinden sorumlu olacaktır (16,65).

Adli nitelikli olgulara hiçbir şart altında, hiçbir gerekçeyle acil olgulara gerekenden daha az özen ve ilgi gösterilemez. Hekimlerin, adli olgularda yapılması gereken yardım ve müdahaleden çekinmeleri nedeniyle hastanın zarar gördüğü durumlarda hekim suçlu ve hatalıdır. Yapılan bir hareketle hastaya zarar verilmesi suç teşkil ettiği gibi yapılması gereken bir müdahalenin eksikliği ile hastanın görebileceği zarar da suçtur (16).

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16/05/2015 tarih ve 2015/05-8 sayılı onay alındıktan sonra 01 Ocak 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında, 12 aylık dönemde Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran ve adli rapor düzenlenen olgular çalışmaya dâhil edildi. Herhangi bir nedenle adli raporuna ve hasta dosyasına ulaşılamayan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Veriler; Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi arşiv kayıtlarından, çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan olgular tespit edilerek, düzenlenen adli rapor ve hasta dosyalarının tek tek incelenmesi ile elde edildi. Tanımlayıcı ve geriye dönük olarak planlanan çalışmada adli raporların değerlendirilmesi Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 22.09.2005 tarih B.10.0.TSH.013.003-13292 sayılı yayımladığı "Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar" konulu genelgede belirtilen hususlar doğrultusunda Adli Tıp Uzmanı bir hekim tarafından yapıldı (29). Olgular demografik özellikleri, sosyal güvencesi, acil servise başvuru zamanı (ay, mevsim), başka bir sağlık kuruluşuna müracaat durumu, adli olayın niteliği (trafik kazası, zehirlenme, intihar girişimi, düşme, iş kazası, kesici-delici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, darp, yanık, elektrik çarpması, cinsel istismar, alkol muayenesi), adli nitelikli olguların takip sonucu (taburcu, yatış, başka kuruma sevk durumu, , ölüm) ve düzenlenen adli raporun türü (kati-geçici) yönünden incelendi.

Araç içi ve araç dışı trafik kazaları, motosiklet kazaları ve bisiklet kazaları trafik kazası grubuna dâhil edildi.

Çalışmadan elde edilen tüm verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı sayısal değişkenler ortalama \pm standart sapma (SS), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi.

4.BULGULAR

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne 01.01.2014-31.12.2014 tarihleri arasında başvuran adli olgu niteliği taşıyan hasta sayısı 4300'dür. Adli nitelikli olgular, bu süre içerisinde yetişkin acil servisine başvuran tüm olguların % 0,43'ünü (n=4300) oluşturmaktadır.

4.1.Adli Nitelikli Olguların Demografik Özellikleri

Çalışmaya adli olgu niteliği taşıyan, dosyasına ve adli raporuna ulaşılan toplam 4300 hasta dâhil edildi. Hastanemiz yetişkin acil servisine 2014 yılında 4300 adli olgu başvurduğu tespit edildi.

Adli nitelikli olguların yaş ortalaması $28,3 \pm 15,533$ (0-96) idi. Adli nitelikli olguların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; en fazla başvurunun 2658 ile 18-44 yaş grubu arasında olduğu, en az başvurunun 129 ile 65 yaş ve üzerinde görüldüğü saptandı (Tablo 1).

Tablo 1:Adli olguların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Aralığı	Total		Kadın		Erkek	
	N	%	N	%	N	%
0-17	1036	24,1	324	26,9	712	23,0
18-44	2658	61,8	710	58,9	1948	63,0
45-64	477	11,1	127	10,5	350	11,3
65 üstü	129	3	45	3,7	84	2,7
Total	4300	100,0	1206	100,0	3094	100,0

Adli nitelikli olguların % 72 (n=3094) gibi büyük bir çoğunluğunu erkekler oluşturmaktaydı. Erkek olguların yaş ortalaması $28,46 \pm 15,166$ (0-88) iken, kadın olguların yaş ortalaması $27,63 \pm 16,43$ (0-96) idi.

Adli nitelikli olgular kliniğimize % 10,1 ile en fazla temmuz (n=435) ayında başvurmuştu. Yaz mevsimi % 28,9 (n=1243) ile adli nitelikli olguların kliniğimize en sık müracaat ettiği mevsimdi. Adli nitelikli olguların acil servise başvuru zamanlarına göre dağılımı Tablo 2’de ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Tablo 2:Adli nitelikli olguların acil servise başvuru zamanlarına göre dağılımı

Aylar	Total		Kadın		Erkek	
	N	%	N	%	N	%
Ocak	277	6,4	72	6,0	205	6,6
Şubat	269	6,3	81	6,7	188	6,1
Mart	333	7,7	90	7,5	243	7,9
Nisan	365	8,5	122	10,1	243	7,9
Mayıs	432	10,0	115	9,5	317	10,2
Haziran	386	9,0	113	9,4	273	8,8
Temmuz	435	10,1	128	10,6	307	9,9
Ağustos	422	9,8	114	9,5	308	10,0
Eylül	377	8,8	97	8,0	280	9,0
Ekim	348	8,1	90	7,5	258	8,3
Kasım	332	7,7	87	7,2	245	7,9
Aralık	324	7,5	97	8,0	227	7,3
Total	4300	100,0	1206	100,0	3094	100,0

4.2.Adli Olayın Niteliğine Göre Değerlendirilmesi

Adli nitelikli olguların % 43,3'ünün (n=1868) trafik kazası nedeniyle müracaat ettiği, bunu darp (%30,5) ve intihar girişimi olgularının (%7,2) izlediği saptandı. Trafik kazalarının ayrımı yapılmadı.

İntihar girişimi nedeniyle müracaat eden tüm olguların hasta dosyasında olayın nedeni, acil serviste hastanın ilk değerlendirmesini yapan hekim tarafından kaydedilmişti. İntihar girişimlerinin % 86,4 (n=267) gibi önemli bir çoğunluğunun

ilaç kaynaklı olduğu tespit edilirken, ikinci sıklıkta ise % 5,5(n=17) ile kimyasal maddeler gelmekteydi. Bunu sırasıyla kesici delici aletle kendine zarar verme(% 4,9), koroziv madde (% 1,9), yüksekten atlama (% 1) ve ası (%0,3) ile meydana gelen intihar girişimler izlemekteydi (Tablo 3).

İntihar edenlerin yaş ortalaması 24.84±9.56 idi. (Tablo4)

İntihar eden olgular yaş aralığına göre değerlendirildiğinde %75,3(n=232) ile en fazla 18-44 yaş aralığındaki vakalar olduğu tespit edildi.(Tablo5)

Zehirlenme nedeniyle müracaat eden tüm olguların hasta dosyasında zehirlenmeye neden olan etken madde, acil serviste hastanın ilk değerlendirmesini yapan hekim tarafından kaydedilmişti. Zehirlenmeye neden olan etken maddelerin %51,9 (n=14) gibi önemli bir çoğunluğunun karbon monoksit kaynaklı olduğu tespit edilirken, ikinci sıklıkta ise % 33,3 (n=9) ile koroziv maddeler gelmekteydi. Bunu sırasıyla ilaçlar (% 7,4) ve kimyasal maddeler (% 7,4) ile meydana gelen zehirlenmeler izlemekteydi (Tablo 6).

Tablo 3:İntihar girişimi olgularının etkenlere göre dağılımı

İntihar Girişimi	Total		Kadın		Erkek	
	N	%	N	%	N	%
İlaç Alımı	267	86,4	188	90	79	79
Kimyasal	17	5,5	8	2,9	11	11
Kesici Delici Alet	15	4,9	8	3,8	7	7
Korozif	6	1,9	4	1,9	2	2
Yüksekten Atlama	3	1,0	3	1,4	0	0
Ası	1	0,3	0	0	1	1
Total	309	100,0	209	100,0	100	100,0

Tablo 4:İntihar edenlerin yaş ortalaması

	N	En düşük	En yüksek	Ortalama	Standart sapma
Yas	309	13,00	73,00	24,84	9,56

Tablo 5:İntihar edenlerin yaş aralığı

Yaş Aralığı	N	%
0-17	65	21
18-44	233	75,4
45-64	9	2,9
65 üstü	2	,6
Total	309	100,0

Tablo 6:Zehirlenme olgularının etkenlere göre dağılımı

Zehirlenme	N	%
Karbon Monoksit	14	51,9
Koroziv	9	33,3
Kimyasal	2	7,4
İlaç Alımı	2	7,4
Total	27	100,0

Adli nitelikli olgular% 30,5 (n=1310) ile darp, % 6,1 (n=262) ile kesici delici alet yaralanması, % 4,7 (n=202) ile düşme, % 4,7 (n=201) ile iş kazası, %0,7 (n=32) ile yanık,%0,5 (n=21) ile elektrik çarpması, nedeniyle acil servise başvurmuştu. Ateşli silah yaralanması nedeniyle başvuran olguların oranı ise % 1,3 (n=54) idi. Bir olgu hayvanlarla ilişkili travma nedeniyle başvururken, 7 olgu (% 0,2) alkol muayenesi, Altı olguda (%0,1) cinsel istismar nedeniyle acil servisimize başvurmuştu.

Erkek olan adli vakalarda en sık başvuru nedenleri sırasıyla; trafik kazası %45,2, darp %30,3 ve kesici delici alet yaralanması %7,7 iken. Kadın hastalarda ilk üç sırada sırasıyla; trafik kazası 38,9, darp %31 ve intihar girişimi %17,3 gelmektedir.

Adli nitelikli olguların olayın niteliğine göre dağılımı Tablo 7’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 7:Adli nitelikli olguların olayın niteliğine göre dağılımı

Olayın Öyküsü	Total		Kadın		Erkek	
	N	%	N	%	N	%
Trafik Kazası	1868	43,3	469	38,9	1399	45,2
Darp	1310	30,5	374	31,0	936	30,3
İntihar Girişimi	309	7,2	209	17,3	100	3,2
Kesici Delici Alet Yaralanması	262	6,1	24	2,0	238	7,7
Düşme	202	4,7	66	5,5	136	4,4
İş Kazası	201	4,7	24	2,0	177	5,7
Ateşli Silah Yaralanması	54	1,3	4	0,3	50	1,6
Yanık	32	0,7	15	1,2	17	0,5
Zehirlenme	27	0,6	13	1,1	14	0,5
Elektrik Çarpması	21	0,5	1	0,1	20	0,6
Alkol Muayenesi	7	0,2	2	0,2	5	0,2
Cinsel İstismar	6	0,1	5	0,4	1	0,0
Hayvan Isırması	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	4300	100,0	1206	100,0	3094	100,0

4.3.Adli Nitelikli Olguların Sağaltımı

Adli nitelikli olguların % 87,5 (n=3761) gibi büyük çoğunluğunun acil serviste ilk müdahale ve tedavisi yapıldıktan sonra şifa ile taburcu edilirken, tedavisinin devamı için hastanemiz bünyesindeki bir kliniğe yatırılan hasta sayısı 529 (% 12,3) idi. Kadın adli vakaların yatış oranı %14,4, iken erkek adli vakaların yatış oranı %11,5 idi (Tablo 8).

Tablo 8:Adli nitelikli olguların takip sonuçlarına göre dağılımı

	Total		Kadın		Erkek	
	N	%	N	%	N	%
Taburcu	3761	87,5	1026	85,1	2735	8,4
Yatırılan Hasta	529	12,3	173	14,4	355	11,5
Sevk	7	,2	3	,2	4	,1
Ex	3	,1	3	,2	0	0
Total	4300	100,0	1206	100,0	3094	100,0

Olguların yatırıldıkları kliniklere göre dağılımları incelendiğinde; % 24,2 (n=128) ile en fazla ortopedi kliniğine yatış yapıldığı belirlendi. Bayan olgular en fazla yoğun bakıma ünitesine yatış yapılırken 67(%38,5) , erkek olgular en fazla 107 (%30,4) ortopedi kliniğine yatış yapıldı(Tablo 9).

Tablo 9:Yatış yapılan adli nitelikli olguların kliniklere göre dağılımı

Yatış Yapılan Klinik	Total		Kadın		Erkek	
	N	%	N	%	N	%
Ortopedi	128	24,2	21	12,1	107	30,4
Yoğun Bakım	126	23,8	67	38,5	59	16,8
Beyin Cerrahi	75	14,2	19	10,9	56	15,9
Plastik Cerrahi	45	8,5	9	5,2	36	10,2
Göğüs Cerrahi	39	7,4	10	5,7	29	8,2
Dâhiliye	34	6,4	26	14,9	8	2,3
Çocuk Cerrahi	27	5,1	12	6,9	15	4,2
Genel Cerrahi	16	3,0	2	1,2	14	4
Kalp Damar Cerrahi	12	2,3	0	0	12	3,4
Yanık Ünitesi	9	1,7	6	3,4	3	0,9
Göz Hastalıkları	7	1,3	0	0	7	2
Kulak Burun Boğaz	3	0,6	0	0	3	0,9
Psikiyatri	3	0,6	1	0,6	2	0,5
Gastroenteroloji	2	0,4	1	0,6	1	0,3
Total	529	100,0	174	100,0	352	100,0

4.4.Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi

Acil servise başvuran adli nitelikli olguların 1589'una (% 37) geçici, 2711'ine (%63) kesin adli rapor düzenlendiği tespit edildi. Kadın olan adli vakaların 741'ine (%61,4), erkek olan adli vakaların 1970'ine (63,7) kesin rapor düzenlendi. Adli raporların bir kısmı uzman hekimler tarafından bir kısmı pratisyen hekimler tarafından bir kısmı da acil tıp asistanları tarafından düzenlendi. (Tablo 10)

Tablo 10: Adli raporların kesin mi geçici mi ayırımı

Rapor durumu	Total		Kadın		Erkek	
	N	%	N	%	N	%
Kesin Rapor	2711	63,0	741	61,4	1970	63,7
Geçici Rapor	1589	37,0	465	38,6	1124	36,3
Total	4300	100,0	1206	100,0	3094	100,0

Tablo 11: geçici ve kesin raporların olayların niteliğine göre dağılımı

Rapor Durumu	N	%	
Geçici Rapor	Trafik Kazası	610	38,4
	Darp	257	16,2
	İntihar Girişimi	245	15,4
	Düşme	138	8,7
	Kesici Delici Alet Yaralanması	126	7,9
	İş Kazası	114	7,2
	Ateşli Silah Yaralanması	46	2,9
	Yanık	21	1,3
	Zehirlenme	17	1,1
	Elektrik Çarpması	12	,8
	Alkol Muayenesi	2	,1
	Cinsel İstismar	1	,1
	Total	1589	100,0
	Kesin Rapor	Trafik Kazası	1258
Darp		1053	38,8
Kesici Delici Alet Yaralanması		136	5,0
İş Kazası		87	3,2
İntihar Girişimi		64	2,4
Düşme		64	2,4
Yanık		11	,4
Zehirlenme		10	,4
Elektrik Çarpması		9	,3
Ateşli Silah Yaralanması		8	,3
Cinsel İstismar		5	,2
Alkol Muayenesi		5	,2
Hayvan ısırması		1	,0
Total		2711	100,0

5.TARTIŞMA

Acil sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kurumlarına müracaat eden hastaların önemli bir bölümünü adli nitelikli olgular oluşturmaktadır. Bu durumun tıbbi uygulamalar içerisindeki önemi, yapılan birçok çalışmada vurgulanmaktadır(2,7,15). Adli olguların doğru ve kapsamlı olarak değerlendirilmesi ve buna uygun olarak adli rapor düzenlenmesi hem hekim hem de suça karıştığı yönünde şüphe bulunan kişilerin hak ve özgürlüklerinin korunması yönünden önem arz etmektedir. Bununla birlikte değerlendirildiğinde gerek acil servis yoğunluğu gerekse bazı hekimlerin adli tıbbi konularda bilgilerinin yetersiz olduğu yönündeki düşünceleri bu süreçte sıkıntılar yaşanmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda da beklenildiği gibi hastalar ve hasta yakınları mağdur olabilmekte, hekimler bazı cezai yaptırımlarla karşılaşabilmektedir (5,7,41,66,67).

Bizim çalışmamızda Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil Servisi'ne başvuran hastaların%0,43'ünü adli nitelikli olgular oluşturmakta idi. Adli nitelikli olguların, Demircan ve ark.(68) çalışmasında % 3.66, Korkmaz ve ark.(2) çalışmasında % 7,01, Yavuz ve ark.(15) çalışmasında % 6 sıklıkta acil servis başvuruları içinde yer aldığı belirtilmektedir. Hastanemizin Adıyaman ilinde tek merkez olması ve bütün hastaların merkezimize gelmesi nedeniyle sonuçlarımız literatürlerle biraz farklılık göstermektedir.

İstanbul, Bursa, Denizli ve Van'da yapılan çalışmalarda adli olguların erkeklerde kadınlara oranla daha sık görüldüğü tespit edilmiş ve bu duruma haklı olarak erkeklerin çalışma hayatına daha aktif katılması nedeniyle travmalara daha sık olarak maruz kalması gerekçe gösterilmiştir (2,15,69-71). Çalışmamızda adli olguların büyük çoğunluğunun erkek cinsiyette olduğu ve olguların yarısından fazlasının 18-44 yaş grubunda yoğunlaştığı görüldü. Adli olgularla ilgili çalışmalar incelendiğinde yaş ortalamaları 23 ile 33 arasında değişmekte iken bizim çalışmamız da literatür verileri ile uyumlu idi (26,69,72,73). Seviner ve

ark.(72) yaptığı bir çalışmada; adli nitelikli olayların çoğunlukla genç erişkin erkeklerde görülmesini; bu grubun yüksek riskli iş kollarında çalışması, trafikte ve sosyal hayatta fazla bulunması, saldırgan yapıları ile alkol kullanımının fazla olmasına bağlamaktadırlar (72,74).

Benzer çalışmalarda da genç erişkin erkeklerin kadınlara göre çalışma hayatına daha aktif katılmasının travmaya uğrama olasılığını artırdığı sonucuna varıldığı görülmektedir (15,69,73). Korkmaz ve ark.(2) benzer bir bakış açısıyla Bolu ilinde yaptıkları çalışmalarında da toplumumuzda genç nüfusun fazla olmasının da travmaların ve dolayısıyla adli nitelikli olguların gençlerde daha sık görülmesine neden olduğunu belirtmektedirler.

Çalışmamızda adli nitelikli olguların kliniğimize başvuru zamanlarının aylara göre dağılımları incelendiğinde; müracaatların Temmuz ve Ağustos aylarında yoğunlaştığı görülmektedir. Altın ve ark.(75) çalışmalarında da adli nitelikli olguların yaz aylarında fazlaştığını vurgulamaktadır. Turla ve ark.(7) çalışmalarında adli nitelikli olguların en az kış aylarında görüldüğünü bildirmektedir. Van Askeri Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada adli olguların en fazla Ekim ve Temmuz aylarında başvurduğu saptanmıştır (71). Bizim çalışmamızdaki sonuçlar da literatür ile benzerlik göstermektedir(7,15,68-70). Yaz aylarında gündüz süresinin uzaması ve bunun doğal bir sonucu olarak insanların günlük aktivitelerinin artması bireylerin travmaya maruz kalmasını artırmaktadır. Bu durum ülkemizde yapılan çalışmalarda adli nitelikli olguların mevsimsel dağılım özelliklerinin gerekçesi olarak işaret edilmektedir (7,69,70).

Adli nitelikli olguların büyük bir kısmı travma nedeniyle acil servislere başvurmaktadır(76). Travma olgularının çok büyük bir kısmını trafik kazaları oluşturmaktadır. Trafik kazaları, gelişmekte olan diğer ülkeler gibi Türkiye için de önemli bir halk sağlığı sorunudur ve her yıl kazalara bağlı binlerce insan yaralanmakta, sakat kalmakta ya da ölmektedir (77).Dünya Sağlık Örgütü 2013 raporuna göre, dünyada her yıl trafik kazalarından 1,2 milyon insan ölmekte, tüm dünyada ölüm nedenleri sıralandığında trafik kazaları 9. sırada yer almaktadır. Dünyada meydana gelen trafik kazası ölümlerinin yarısının meydana geldiği on ülkeden biri de Türkiye'dir(78). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) istatistiklerine göre; 2014 yılında yaklaşık 1,3 milyon trafik kazası meydana

gelmiş, 3524 kişi hayatını kaybetmiştir (79).Ülkemizde hastanelerin acil servislerine müracaat eden adli nitelikli olguları inceleyen çalışmalarda; beklenildiği gibi trafik kazalarının en büyük grubu oluşturduğu görülmektedir (5,15,80). Çalışmamızda da, literatürü destekler şekilde, bu olgular % 43,4'lük oranla ilk sırada yer almıştır.

Adli nitelikli olguların olayın niteliğine göre dağılımına bakıldığında erkek olan adli vakalarda en sık başvuru nedenleri sırasıyla; trafik kazası %45,2, darp %30,3, ve kesici delici alet yaralanması iken. Kadın olgularda ilk üç sırada sırasıyla; trafik kazası %38,9, darp %31 ve intihar girişimi %17,3 gelmektedir.

Literatürde acil servise başvuran adli nitelikli olgu serilerinde darp nedeni ile müracaat eden olgular %5,1 ile % 26,4 arasında değişmektedir. (68,72,73,80). Darp olguları bizim çalışmamızda % 30,5 oran ile ikinci sırada yer almaktadır. Bizim çalışmamızda bu oranın yüksek bulunmasında Adıyaman ve çevresindeki sosyokültürel yapının etkisi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kliniğimize başvuran adli nitelikli olgular arasında üçüncü sırada yer alan intihar girişimi vakalarının büyük bir kısmını ilaç alımı oluşturmaktadır. Bunu bölgemizde kadın olgularda sırasıyla kesici delici alet ve kimyasal maddeler takip ederken, erkek olgularda ikinci sırada kimyasal maddeler ve üçüncü sırada delici kesici alet olarak tespit edildi. Erişkinlerde intihar girişimi ile ilgili yapılan çalışmalarda, öz kıyım amaçlı ilaç alımların sık olduğu görülmüştür (70,81). Bizim çalışmamız literatür ile uyumlu idi. Adli olgu nedenlerinin araştırıldığı çalışmalarda öz kıyım sıklığının farklılıklar gösterdiği görülmektedir (15,26,72,73). Bu oranların farklı olması kişileri öz kıyımaya iten sebeplerin çok çeşitli olmasına ve bölgesel, sosyokültürel yapının etkisine bağlı olabilir.

Delici-kesici aletler değişik amaçlarla ev ve çeşitli iş kollarında geçmişte olduğu gibi günümüzde de yaygın olarak kullanılmaya devam etmektedir (82). Amaçları dışında kullanılmadıkça herhangi bir cezai yaptırım gerektirmeyen ancak çoğu zaman el altında bulunabilen bu tür aletler; savunma, saldırı ve cinayet amacıyla oldukça sık kullanılmaktadır (82,83). Delici kesici alet yaralanmalarını konu alan epidemiyolojik çalışmalarda bu yaralanmalar % 4,1 ile % 18 arasında

bulunmuştur (72,15,80). Bizim çalışmamızda da bu oran % 6,1 olarak tespit edilmiştir.

Düşmeler özellikle yaşlıların, çocukların ve çeşitli iş kollarında çalışan işçilerin yaygın yaralanma sebeplerindedir (68). Bizim çalışmamızda da düşme olguları sıklık sıralamasında % 4,7 oranı ile beşinci sırada yer almaktadır. Benzer çalışmalarda bu oran %1,96 ile %9,4 arasında bulunmuştur (9,15,75).Düşme ile meydana gelen yaralanmaların büyük kısmı kaza ile olmaktadır. Bununla birlikte daha düşük oranda öz kıyım ve cinayet orijinli de olabilmektedir (84). Kaza orijinli düşmelerin fazla olması nedeniyle bu konuda önleyici tedbirlerin alınması ve iş güvenliği eğitimleri ile denetimlerine önem verilmesi gerekmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de her yıl çok sayıda kişi çeşitli etkenlerle yanığa maruz kalmaktadır. Yanıklar etkenlere göre sınıflandırıldığında en çok görülen türleri sıcak sıvılara bağlı haşlanma, alev ve elektrik yanıklardır (85,86). Çalışmamızda adli nitelikli olgulardan yanık nedeniyle başvuranların büyük çoğunluğu sıcak sıvılara bağlı haşlanma kaynaklı iken bunu daha az sıklıkta olan elektrik ve alev yanıkları izlemekteydi. Sıcak sıvılarla meydana gelen haşlanma yanıklarının sık görülmesi; sıcak su, çay ve çorba gibi yanığa neden olan sıvıların diğer yanık etkenlerine göre günlük yaşam içinde kolay karşılaşılabildiğinden kaynaklandığı kanısındayız.

Ülkemizde görülen elektrik yaralanmaları dünya ortalamasından belirgin şekilde yüksek olması ve mortalitelerinin yüksek olması nedeniyle önemlidir (87). Bizim çalışmamızda elektrik çarpmasıyla gelen olgu sayısı 21 (%0,5) olarak tespit edildi. Elektrik yaralanmalarının önlenabilir kaza nedenlerinden biri olması nedeniyle bu konuda evlerde ve işyerlerinde koruyucu önlemler alınması, elektrik tesisatlarının bakımına özen gösterilmesi önemlidir.

Silahlar kasti şiddetle oluşan yaralanmalarda önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) silahlı şiddet önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Diğer ülkelerde ise ateşli silahların temin ve kullanım oranlarının daha düşük olduğu bilinmektedir (68). Bizim ülkemizde yapılan değişik çalışmalarda ateşli silahlarla meydana gelen yaralanmaların farklı oranlarda olduğu görülmektedir (15,80). Bizim çalışmada ateşli silah yaralanmasıyla gelen olgu sayısı 54 (%1,3) idi.

Korkmaz ve ark.(2) çalışmasında, olguların % 68,5'i acil servisten taburcu edilirken % 25,7'sine yatış isteminde bulunulduğu belirtilmektedir. Çakır ve ark.(76) acil servise başvuran adli nitelikli travma hastalarını inceledikleri çalışmalarında; olguların % 51'inin acil servisten taburcu edildiğini rapor etmişlerdir. Bizim çalışmada hastaların % 87,5'i taburcu edilirken %12,3'ine yatış yapılmıştır. Çalışmamızda acil serviste ölüm olayı % 0,1 olarak görüldü, ölen olguların tümü bayan idi. Bizim çalışmamızdaki yatış oranları literatüre göre daha az iken, taburcu edilen hastaların benzer çalışmalara göre daha fazla olduğu görüldü. Bu durum hastanemizin ilimizdeki tek merkez olması ve bütün vakaların triyaj yapılmadan direk acilimize getirilmesi olabilir.

01 Haziran 2005'de yürürlüğe giren 5237 sayılı TCK ile 5271 sayılı CMK ve buna göre çıkartılan yeni yönetmelikler uyarınca, adli tabiplik hizmetlerinin uygulanması ile ilgili konular yeniden düzenlenmiş ve bütün sağlık kurumlarına 22 Eylül 2005 tarih, 13292 sayılı genelge ile duyurulmuştur (7,29). Bu genelgede adli rapor düzenlemesinde önerilen, tüm sağlık kurumlarında uygulamada birliktelik sağlanmasını amaçlayan standart formlar hazırlanmıştır. Bu formların kullanımı ile hekimlerin adli rapor düzenlenmesi sırasındaki olası hata ve eksikliklerinin en aza indirilmesi amaçlanmıştır. Hekimler tarafından düzenlenen raporlarda; bu formlarda mutlaka doldurulması tavsiye edilen kısımların eksiksiz doldurulması önemlidir(7).

Adli tıbbi uygulamaların en önemli parçası olan adli raporlar, hekimlik uygulamalarında hala bir sorun olarak algılanmaya devam etmektedir. Yapılan bir çok çalışmada hekimlerin rapor düzenleme konusunda bilgi ve deneyim eksikliği, sorumluluk almaktan kaçınma istekleri ve sorumlu oldukları yasal mevzuatı yeterince bilmemeleri nedeniyle adli rapor düzenleme konusunda isteksiz oldukları vurgulanmaktadır (1,2,5,7,88,89). Kesin rapor hazırlanması için yeterli imkanlar varken, adli raporun "geçici rapor" olarak yazılması yargı sürecini gereksiz yere uzatarak, kişilerin gözaltı sürelerinin uzamasına ve adaletin gecikmesine sebep olmakta, kesin rapor almak için hastaneye başvuruyu arttırarak gereksiz kırtasiyeciliğe ve iş gücü kaybına neden olabilmektedir (17,24,41).Adli raporlarla ilgili en sık karşılaşılan problem; hekimlerin gerekçesiz olarak geçici rapor düzenlemeleridir (5,17,41,90).Tümer ve ark.(88) hukuki manada "geçici

rapor" kavramının olmadığı bildirilmektedir. Buna karşın hekim, hasta ile ilgili değerlendirmesini, yapılamayan tetkikler, konsültasyonlar vb. nedenlerle tamamlayamıyor ise geçici rapor düzenlenebileceği bildirilmektedir(2,88). Serinken ve ark.(5) Denizli'de yaptıkları çalışmalarında raporların %20'sinin "kesin rapor" olarak düzenlendiğini bildirmektedir. Mersin ve İskenderun'da iki farklı devlet hastanesinin acil servislerinde düzenlenen adli raporların prospektif olarak incelendiği bir çalışmada geçici rapor düzenlenme oranlarını % 58,5 ve % 99,6 olarak bildirmektedirler(41). İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada hiçbir olguya "kesin rapor" düzenlenmediğinin raporlanması düşündürücüdür (1). Bizim çalışmamızda düzenlenen raporların % 63'ü kesin rapordur. Adli nitelikli olguların % 87,5'inin acil servisten taburcu edildiği çalışmamızda, bu oran literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Adli raporların hekimler tarafından üzerinde sonradan değişiklik yapılabilecek, önemsiz raporlar olarak görüldükleri bildirilmektedir(5,24). Bu durum hekimlerin olası bir hataya karşı mesleki sorumluluklarını yerine getirmekten kaçındıklarının bir göstergesidir.

Adli makamlar tarafından yapılan yargılama ve cezalandırma işlemleri, hekimler tarafından düzenlenen adli raporlara göre yapılmaktadır (13,41). Adli rapor düzenleyecek hekim, Yeni TCK ile tanımlanan yaraların ağırlık ölçüleriyle ilgili kavramlar ile bunların hukuki süreçteki etkilerini bilmek zorundadır(36,60). Buna karşın, yapılan çalışmalarda hekimlerin adli raporlarda kullanılan temel kavramların hukuki ve tıbbi açıdan anlam ve önemini yeterince kavrayamadığı, adli rapor düzenleme ile ilgili sorumluluklarını yeterince bilmedikleri belirtilmektedir (36,91).

Adli yargılama oldukça uzun süren bir süreçtir(7). Adli nitelikli olgularla ilk ve en sık karşılaşan kişiler acil servislerde çalışan hekimlerdir. Hâkim ve savcılar karar oluşturana kadar adli olayların aydınlatılmasında, kişilerin yargılanacakları yargı maddelerinin belirlenmesinde, hekimler tarafından düzenlenen raporların olay tarihinden çok sonra tekrar tekrar yorumlamasına ihtiyaç duyabilmektedirler. Bu açıdan bakıldığında da adli nitelikli olgulara olay tarihinde düzenlenen adli raporlar oldukça önemlidir. Eksik ve hatalı olarak düzenlenen raporlarda muayene bulguları da zaman içinde değişeceğinden, adli tıp uzmanlarının da görüş bildirmesini zorlaştırmaktadır(1,7). Ülkemizde yapılan

bir çalışmada adli rapor formlarında olay tarihi ve saatinde eksiklikler olduğu bildirilmekte ayrıca muayene saatine ait kayıtlarda ise yüksek oranda (% 71,8) eksiklik görüldüğü vurgulanmaktadır(7). Benzer bir başka çalışmada olguların yarıya yakınında adli nitelikli olayın meydana gelme saati ve muayene saati belirtilmez iken olay tarihinin yüksek oranda kayıtlı olduğu belirtilmektedir(5).

Acil hastalarda yapılması gerekenleri görmezden gelmek ve gereken özeni göstermemek nasıl ki hekim sorumluluğunun yerine getirilmediği anlamını taşıyorsa, adli olguları da yeteri kadar muayene etmemek, inceleme bulgularını kaydetmemek, hazırlanması gereken raporları düzenlememek veya eksik düzenlemek de aynı anlamı taşımaktadır(7,92). Eksiksiz bir rapor düzenlenebilmesi için gerekli olan unsurlardan biri de ayrıntılı fizik muayenenin yapılmasıdır. Kayıtların doğru, düzenli ve ayrıntılı şekilde tutulması da ayrıca önemlidir (1,5,7). Adli rapor formlarının incelendiği bir çalışmada %30,5'inde harici travmatik lezyon varlığının kaydedilmediği, harici lezyonu olan olguların yaklaşık yarısında lezyonların adli raporda olması gerektiği şekilde ayrıntılı olarak tanımlanmadığı bildirilmektedir (7). Aynı çalışmada harici lezyon tarif edilen olguların yaklaşık üçte birinde vücut diyagramında işaretleme yapılmadığı rapor edilmiştir. Bir başka çalışmada ise adli nitelikli olgunun sağlık durumunun en önemli göstergelerinden olan hastanın bilinç durumu, oryantasyonu ve kooperasyon durumlarının raporlarda eksik olduğu bildirilmektedir(5). Bizim çalışmamızda da adli raporlarda, genel durum ve bilinç durumunun yüksek oranda yazıldığı, fizik muayene bulgularında eksiklikler olduğu, kooperasyon durumunun yüksek oranda kaydedilmediği, harici travmatik lezyonların yarısından fazlasında tanımlanamadığı, harici lezyonların vücut diyagramında büyük oranda işaretlenmediği tespit edilmiştir. Adli rapor formlarındaki fizik inceleme bulgularında eksikliklerin tespit edildiği başka bir çalışmada, bildirilen oranlar bizim çalışmamızdakilerden daha düşük bulunmuştur(5). Adli olgularda sıkça karşılaşılan yaraların boyu, derinliği, kuyruğu, açıları, hangi çeşit bir aletle oluşmuş olabileceği ile yara lokalizasyonu, yaşı ve özelliklerinin yeterince bilinmemesi veya bu kavramların yanlış kullanılması sonucu adli makamlarca verilecek yanlış bir karar sonrasında raporu hatalı olarak düzenleyen hekim, "gerçeğe aykırı bilirkişilik" suçlaması ile karşı karşıya kalması mümkündür. Bu

konu ile ilgili Tabip Odaları Onur Kurulları ile yerel mahkemelere yansıyan örnekler bulunmaktadır (7).

Hekimler tarafından düzenlenen adli raporların, esas amacı adli makamların sorularının cevaplanmasıdır. Hekim raporun sonuç kısmında açık, net, anlaşılır ifadelerle mahkeme tarafından sorulmamış olsa bile “kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir durum bulunup / bulunmadığı” ve “kişinin yaralanmasının basit bir tıbbi müdahale ile düzelebilecek nitelikte olup / olmadığı” kararının belirtilmesi gerekmektedir (7). Yapılan bir çalışmada hayati tehlike kararının hemen hemen tüm raporlarda yer aldığı belirtilmekte iken bir başka çalışmada, incelenen tüm raporlarda basit tıbbi müdahale kavramının yer aldığı ancak sadece yarısında hayati tehlike durumunun belirtildiği bildirilmektedir (5,72). Çoltu ve ark.(91) çalışmasında da adli raporların %2,7'sinde yaşamsal tehlike durumunun belirtilmediği rapor edilmektedir. Bizim çalışmamızda da yaşamsal tehlike ve basit tıbbi müdahale ile ilgili eksiklikler olduğu tespit edildi.

Tuğcu ve ark.(89) acil servis hizmetine katılan hekimlerin, adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşüncelerini inceledikleri çalışmalarında; hekimlerin % 77,6'sının adli tıbbi konularda bilgisinin yetersiz olduğu bildirilmektedir. Hekimler tarafından düzenlenen bütün adli raporlarda "hayati tehlike" ve "basit tıbbi müdahale" kavramının birlikte kullanılması gerekirken birçoğunda bu konuda eksiklikler olması hekimlerin adli tıbbi konulardaki eğitim eksikliği ve buna bağlı olarak yanlış karar verme endişesinden kaynaklandığı kanısındayız.

Adli raporların anlaşılabilir bir dil ve okunaksız bir yazı ile düzenlenmesi, adli raporlarda sık karşılaşılan problemlerden bir başkasıdır (5,93). Adli raporların hazırlanmasında yardımcı olarak önerilen kılavuzda adli raporlarda, bilgilerin eksiksiz olmasının yanında raporların sade ve anlaşılır bir dil ile okunaklı olarak yazılması ve özellikle tıbbi terimlerde kısaltmalardan uzak durulması gerektiği vurgulanmaktadır (5,39). Adli raporlarda okunabilirliğin değerlendirildiği bir çalışmada çalışmaya katılan bir avukatın, incelenen raporların %26'sını okunaksız olarak tespit ettiği bildirilmektedir (5). Hekimlerin yazdığı reçetelerin okunaklılığı ile ilgili yapılan bir çalışmada reçete ve benzeri tıbbi belgelerin sıkça okunaksız

bir yazı ile yazılmasının önemli sorunlara neden olabileceği vurgulanmaktadır (94). Ülkemizde hekim yazısının okunaklılığı ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte yapılan bir anket çalışmasında, hekimlerin %63,4'ünün çok bilinen kısaltmaları kullandıkları bildirilmektedir (95). ABD'de doktor yazısının okunabilirliği ile ilgili yapılan prospektif bir çalışmada doktorların güzel yazı yazmadan çok hasta sağlığına önem verdiği bildirilmekte ve bu sorunun çözümü için bilgisayarlı sisteme geçilmesi önerilmektedirler (96). Adli raporların okunaksız olarak yazılması ve özellikle tıbbi terimlerde anlaşılamayan kısaltmaların kullanılması bizim de çalışmamızda tespit ettiğimiz önemli eksikliklerdi.

Adli rapor düzenleyen hekimlerin görevi raporun ilgili makama ulaştırılmasını da içermektedir. Adli raporlar, elden teslim edilecekse görevli memurun kimlik bilgileri ve imzası alınmalı veya resmi posta ile gönderilmelidir (7,13,29,66). Adli raporlarda tespit edilen ve önem arz eden bir başka konu da raporu düzenleyen hekim ve teslim edilen kişiye ait bilgilerin eksikliğidir. Yapılan bir çalışmada raporların %4,2'sinde raporu düzenleyen hekimin kaşesinin olmadığı, %13'ünde raporu teslim alan kişinin kimlik bilgilerinin yazılmadığı tespit edilirken bir başka çalışmada raporların %8'inde hekimin isminin bulunmaması ile birlikte raporların tümünde teslim alan görevliye ait bilgilerin eksik olduğu rapor edilmektedir(7,97). Düzenlenen raporun adli makamlara ulaştırılmasında aksaklık yaşanması durumunda, hekimin raporu teslim ettiği kişinin bilgilerinin belirlenememesi raporu düzenleyen hekimi yasalar karşısında zor durumda bırakabilir.

Hekimler adli rapor düzenlenmesinde yaptığı eksiklik ve yanlışlıklar ile ilgili cezai soruşturmalarla yüz yüze gelebilmektedir. Bunun yanı sıra bu eksiklikler nedeniyle cezaevinde fazladan kaldığını, manevi ve maddi olarak kayba uğradığını iddia eden kişiler nedeniyle tazminat davaları ile de karşılaşılacağı gerçeği de unutulmamalıdır. Hekim ayrıca *Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigorta poliçesinin adli nitelikli olayları da kapsamına dikkat etmelidir.*

6.SONUÇLAR

Tanımlayıcı ve geriye dönük olarak yapılan bu çalışmada, bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran adli nitelikli olguların demografik özelliklerini ve tedavi sonuçlarını saptamak, adli nitelikli olguların bölgemizdeki profilini belirlemek ve ülkemizin bu konudaki veri tabanına katkıda bulunmanın yanı sıra, hekimler açısından çoğu zaman sıkıntı ve endişeye neden olan adli raporların düzenlenmesindeki hata ve eksikliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1. Çalışmaya adli olgu niteliği taşıyan, dosyasına ve adli raporuna ulaşılan toplam 4300 hasta dâhil edildi.
2. Adli nitelikli olguların yaş ortalaması $28,23 \pm 15,53$ idi. Adli nitelikli olguların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; en fazla başvurunun % 61,81 ile 18-44 yaş grubu arasında olduğu, en az başvurunun % 3 ile 65 yaş ve üzerinde görüldüğü saptandı. Adli nitelikli olguların % 72 gibi büyük bir çoğunluğunu erkekler oluşturmaktaydı.
3. Adli nitelikli olgular kliniğimize en sık temmuz ayında başvurmuştu.
4. Adli nitelikli olguların en sık trafik kazası nedeniyle müracaat ettiği, bunu darp ve intihar girişimi olgularının izlediği saptandı. İntihar girişimi nedenleri arasında en sık ilaç alımı olduğu belirlendi.
5. Adli nitelikli olguların büyük çoğunluğunun acil serviste ilk müdahale ve tedavisi yapıldıktan sonra şifa ile taburcu edilmişti.
6. Çalışmamıza dâhil edilen adli nitelikli olgularda toplam mortalite oranı %0,1 idi. Ölen olguların tamamı bayanlardan oluşmaktaydı.
7. Acil servise başvuran adli nitelikli olguların büyük çoğunluğuna(%63)kesin adli rapor düzenlendiği görüldü.
8. Düzenlenen adli raporların hiçbirinde hukuki yorum içeren bir ibareye rastlanmadı.

9. Adli raporlardaki hata ve eksikliklerin belirlenmesiyle bu konuya dikkat çekilerek, hekimlerin karşılaşılabileceği "adli sorumluluğu ihmal" ve "gerçeğe aykırı bilirkişilik" gibi suçlanmaların önlenmesine katkı sağlanacaktır. Bu konuda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim çalışmalarına daha fazla önem verilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.



7.KAYNAKLAR

1. Kahya İ. İstanbul İli Üç Büyük Devlet Hastanesi Acil Servislerinde Muayeneleri Yapılan Ve AdliRaporları Düzenlenen Olgularda AdliTıbbi Yaklaşım Ve Kayıt Sisteminin İrdelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2005.
2. Korkmaz T, Kahramansoy N, Erkol Z, Sarıçıl F, Kılıç A. Acil Servise Başvuran Adli Olguların ve Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi. Haseki Tıp Bülteni 2012;50(1).
3. TTB-ATUD: Birinci basamak İçin Adli Tıp El Kitabı. Ankara: Polat Matbaası;1999:10-180.
4. Sever M, Ulaş ES, Koşargelir M. Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran adli nitelikli çocuk hastaların değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg2010;16(3):260-7.
5. Serinken M, Türkçüer İ, Acar K, Özen M. Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg2011;17(1):23-8.
6. Tuğcu H. Acil olgularda hekim sorumluluğu. Klinik Gelişim Dergisi Adli tıp özel sayısı 2009;22:85-8.
7. Turla A, Aydın B, Sataloğlu N. Acil serviste düzenlenen adli raporlardaki hata ve eksiklikler. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg2009;15(2):180-4.
8. Kök AN, Güraksın A, İnandı T, Çankaya H. Erzurum il sınırları içindeki sağlık ocaklarında görev yapan hekimlerin adli tıp ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması. Toplum ve Hekim Dergisi 1997;12(79):7-10.

9. Günaydın G, Demireli O, Şahin T, Demirci Ş. Selçuk Üniversitesi Acil Servisi'nde verilen adli raporlar ve bunların hayati tehlike kavramı yönünden değerlendirilmesi. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri Bildiri Kitabı, Antalya, Türkiye. 1995:27-5.
10. Gürpınar S, Çakmakçı T, Özorun Y. Yargının işleminde doktorun rolü. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı. Antalya, Türkiye. 1993:59-62.
11. Canbaz S, Turla A, Aker S, Pekşen Y. Samsun merkez sağlık ocaklarında görev yapan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları. STED 2005;14:241-6.
12. Karagöz YM, Akman R, Demirçin S, Atılğan M. Adli tıp uzmanları dışında verilmiş adli raporların adli yargı üzerine etkileri. Adli Tıp Bülteni 2000;5(3):247-50.
13. Yılmaz A, Azmak D. Adli tıp bilgileri ve rapor örnekleri. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları,1995:1-20.
14. Aykaç M. Adli tıp.2nd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1993:342-57.
15. Yavuz MF, Bastürk P, Yavuz MS, Yorulmaz C. Emergencyroomapplications of forensiccases. Adli Bilimler Dergisi 2002;1(2):21-6.
16. Çolak B. Toraks Travmasının Adli Yönü. Toraks Cerrahisi Bülteni 2010;1(1):1-11.
17. Beyaztaş FY. Adli rapor konusunda hekim sorumluluğu. Anadolu Psikiyatri Derg2000;1(4):231-34.
18. Polat O, İnanıcı M, Aksoy ME. Adli tıp. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1997:175-82.
19. Zeyfeoğlu Y. Acil hekiminin hukuki yükümlülükleri. Türkiye Klinikleri J SurgMedSci 2006;2(50):10.
20. Hancı İH.Malpraktis: Tıbbi girişimler nedeniyle hekimin ceza ve tazminat sorumluluğu. 2. baskı. Ankara: Seçkin yayıncılık, 2002:15-75.
21. Yavuz Y, Yürümez Y, Küçük H, Demirel R. Acil Tıp hekimlerinin adli rapor düzenlenmesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Tr J EmergMed2004;4:2.
22. Türk tabipleri birliği birinci basamakta adli tıp. 2nd ed. İstanbul: İstanbul Tabip Odası Golden Print, 2011:9-180.

23. Tuğcu H, Toygar M, Can İÖ, Safalı M. Hekimin adli ve tıbbi rapor hazırlama sorumluluğu. TAF prevmedbull2006;5(6).
24. Çolak B, Etiler N, Biçer Ü. Adli tıp hizmetleri kim tarafından sunulmaktadır / sunulmalıdır? Toplum ve Hekim Dergisi 2004;19:131-8.
25. Çolak B. Toraks travmasının adli yönü. TTD Toraks Cerrahisi Bülteni 2010;1(1):1-11.
26. Güven FMK, Bütün C, Beyaztaş FY, Eren ŞH, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Adutfdergi 2009;10(3):23-8.
27. Kök AN. Adli hekimlik hizmetlerinin yerine getirilmesinde Sağlık Bakanlığı (Sağlık Ocakları) ve Adalet Bakanlığı (Adli Tıp Kurumu) hizmetlerinin karşılaştırılması. Yıllık Adli Tıp Toplantıları Bildiri Kitabı, Antalya. 2002:19-22.
28. Yavuz MF, Yavuz MS. Adli rapor standardizasyonu ve adli raporlarda görülen eksiklikler. Türkiye Klinikleri J SurgMedSci2006;2(50):28.
29. Adli tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde uyulacak esaslar. Sağlık Bakanlığı-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genelge Tarihi: 22.09.2005, Sayı: B.10.0.TSH.013.003-13292.
30. Balcıoğlu Y, Güzel S, Çetin G, Yeni Türk Ceza Kanununda tanımlanan yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi ve adli rapor tanzimi için rehber. İstanbul: 2005:1-16
31. Eğrilmez S, Aktaş EÖ. Oküler travmalarda adli rapor düzenleme esasları. Turk Oftalmoloji Dergisi 2012;42:73.
32. Türkan H, Tuğcu H. Malpracticecasesrelatedwithemergencymedicine, evaluatedbysupremecouncil of healthbetween 2000-2004.Gulhane Med J 2004;46(3):226-31.
33. Zeyfeoğlu Y, Uluçay T, Yavuz MS, Aşırdizer M. Adli tıbbi uygulamalarda hatalı tanımlama, yanlış karar: Olgu sunumu.Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2006;16(2):185-88.
34. İlçe A, Yıldız D, Baysal G, Özdoğan F, Taş F. Acil servislerde çalışan sağlık bakım personelinin adli olgularda delillerin korunması ve saklanmasına yönelik

- bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg2010;16(6):546-51.
35. Abdool NN, Brysiewicz P. A description of the forensic nursing role in emergency departments in Durban, South Africa. J Emerg Nurs 2009;35:16-21.
36. Demirci Ş, Günaydın G, Doğan KH, Aynacı Y, Deniz İ. Adli rapor düzenlemede uygulamalı eğitimin önemi. Adli Tıp Dergisi 2007;21(1):10-4.
37. Koç S. Adli Tıpta Rapor Hazırlama Tekniği ve Rapor Örnekleri. Soysal Z, Çakalır C. Adli Tıp Cilt III. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1999:1573-1633.
38. Çolak B. Yeni Türk Ceza Kanunu Kapsamında Yaraların Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J SurgMedSci2006;2(50):1-9.
39. Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz; Adli Tıp Kurumu- Adli Tıp Uzmanları Derneği- Adli Tıp Derneği. Editör: Balcıoğlu Y, Güzel S, Çetin G. İstanbul: 2005.
40. Aliustaoğlu S, Haluk İ, Nurhan İ, Yazıcı Y, Berber G, Güloğlu R. Acil cerrahi yanık ünitesinde tedavi edilen çocuklarda yaşamsal tehlike tanımının ve ihmalin adli tıp açısından irdelenmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg2010;16(2):170-73.
41. Eroğlu SE, Toprak SN, Karataş AD, Onur Ö, Özpolat Ç, Salçın E, Denizbaşı A. Acil hekimleri için "geçici" adli raporların anlamı nedir? Kendini koruma? Önyargı? Alışkanlık? Tr J EmergMed 2013;13(1):13-18.
42. Öztürk O: Ruh sağlığı ve bozuklukları. İkinci baskı, İstanbul: Evrim Basım Yayın Dağıtım, 1989:498-99.
43. Günaydın İG, Demirci Ş, Doğan KH, Aynacı Y. Konya ilinde çalışan acil servis hekimlerinin adli raporlara yaklaşımı: bir anket çalışması. Adli Tıp Dergisi 2005;19(2):26-32.
44. Demir F. Düşme Ve Mekanik Travmaya Maruz Kalarak Acil Servise Başvuran Kadın Olguların Retrospektif Analizi (tez). Mersin. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
45. Soysal Z, Çakalır C. Adli Tıp Cilt III. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1999:1573 -78.

46. Crane J. Injury. In: ObeMcLay WDS (Ed.). ClinicalForensicMedicine. 2nd ed. London, UK: GreenwichMedical Media Press; 1996:143-61.
47. Yavuz MS, Aydın S. Birinci basamakta adli olgu ve adli rapor düzenleme. Turk aile hekderg 2004;8(1):30-3.
48. Hana L. Hekimin yasal sorumlulukları. Genişletilmiş 2. baskı. İzmir: Toprak Ofset Matbaacılık, 1999:1-90.
49. İstanbul: Türk Tabip Birliği Adli Tıp Ders Notları. (28.12.13). Erişim: <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/4.html>.
50. Fincancı ŞK. Türkiye'de ve dünyada adli tıp eğitimi. 1. Adli Bilimler Kongre Kitabı, Adana, Türkiye.1994: 52-4.
51. Karadayı B, Kolusayın MÖ, Kaya A, Karadayı Ş. Acil tedavi birimlerinde adli olgudan biyolojik materyal alınması ve gönderilmesi. Marmara MedicalJournal 2013; 26:111-7.
52. İstanbul: Türk Tabip Birliği Zehirlenmeler Ve Madde Bağımlılığı. (01.01.14). Erişim: <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/9.html>.
53. Aktas EO, Kocak A, Zeyfeoglu Y, Solak I, Aksu H. Trafik kazası nedeniyle Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis'e başvuran olguların özellikleri. Trafik ve yol güvenliği kongresi özet kitabı. Ankara:2004;119-20.
54. Kendi Ö, Bilge Y. Alkolün metabolizması ve trafik kazalarındaki önemi. III. Adli Bilimler Kongresi; 14-17 Nisan 1998; Kuşadası. Poster Sunumu.
55. Katkıcı U, Örsal M, Özkök S. Trafik kazası ile yaralanarak Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran adli olgular. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 1993;15:221-24.
56. Bazı Kanunlar İle 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Kanun No:6487 (RG:22 Eylül 2013/6487).
57. Eryılmaz M, Durusu M, Cantürk G, Mentefi MÖ, Özer MT. Adli olgularda anatomik ve fizyolojik travmaskorlama sistemlerinin rolü. Ulus Travma Acil CerrDerg2009;15(3):285-92.
58. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y. Yeni Türk Ceza Kanunu çerçevesinde kemik kırıklarına adli tıbbi yaklaşım. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16(5):453-58.

59. Adli Muayene Rapor Formlarının Doldurulması İle İlgili Açıklamalar (25.02.14).
Erişim: <http://atud.org.tr/kutuphane/adlimuayeneraporformuaciklama>.
60. Türk Ceza Kanunu. Kanun No:5237 (RG:22 Eylül 2005/13292).
61. Tababet ve ŞuabbatıSan'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun No:6487 (RG:11 Haziran 2013/28674).
62. Çetin G. Yaralar. Soysal Z, Çakalır C (Editörler). Adli tıp. içinde. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi; 1999:475-81.
63. Aksoy E, Çoltu A, Ege B, Günaydın G, İnanıcı MA, Karali H ve ark. Adli travmatoloji. Adli Tıp Uzmanları Derneği Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı'nda. Ankara: Polat Matbaası; 1999:14-6, 83-90, 114-5.
64. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Kanun No:12578 (RG:19 Şubat 1960/10436).
65. Kalemoglu M. Acil Serviste hekim sorumluluğu.Türkiye Klinikleri J MedSci2005;25(6):824-28.
66. Koç S. Adli tıpta rapor hazırlama tekniği ve rapor örnekleri. Soysal Z, Çakalır C (Editörler). Adli Tıp Cilt III. İstanbul:İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları,1999:1573-77.
67. Erkol Z, Fincancı ŞK. TCK 456. maddesinin adli ve tıbbi açıdan değerlendirilmesi. Gaziantep Tıp Fakültesi Dergisi 1991;2:111-20.
68. Demircan A, Keleş A, Guerbuez N, Bildik F, Aygencel ŞG, Doğan NÖ, et.al. Forensicemergencymedicine-six-yearexperience of 13823 cases in a universityemergencydepartment. Turk J MedSci 2009;38(6):567-75.
69. Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Uludağ üniversitesi tıp fakültesi dergisi 2005;31:25-9.
70. Türkçüer, İ, Gözlükaya A, Serinken M, Özen M, Aydın B. Adli olguların acil servise başvuru zamanları. JAEM 2010;9(2):89-92.
71. Arslanoğlu A, İlhan MN, Bumin MA. Bir askeri hastane acil servisine başvuran adli olguların epidemiyolojik özellikleri. GMJ 2007;18(1);22-5.
72. Seviner M, Kozacı N, Ay MO, Açıkalın A, Çökük A, Gülen M, et al. Analysis of judicialcases at emergencydepartment. CukurovaMed J2013;38(2):250-60.

73. Yavuz MS, Özgüner İF. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 1999-2001 yılları arasında müracaat eden adli olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 2003;17(1):47-53.
74. Sayhan MB, Yemenici S, Sayhan ES, Oguz S. Occupationalinjuriesadmittedtotheemergencydepartment. J Pak MedAssoc 2013;63(2):179-84.
75. Altun G, Azmak D, Yılmaz A, Yılmaz G. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran adli olguların özellikleri. Adli Tıp Bülteni 1997;2:62-6.
76. Çakır Z, Aslan Ş, Bilir Ö, Kandış H, Uzkeser M, Ocak T, ve ark. Acil servise başvuran adli nitelikteki travma vakalarının geriye dönük analizi.Akademik Acil Tıp Dergisi 2006;32-37.
77. Sayhan MB, Sayhan ES, Oğuz S, kavalcı C, Güler E. Motosiklete bağlı yaralanan yaşlı nüfusun bazı demografik özellikleri ve mortaliteyi etkileyen faktörler. Turkish J. Geriatr 2013;16(3)271-76.
78. World Healthorganization, Global statusreport on roadsafety 2013. Lüksemburg.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/report/en/ (Erişim Tarihi:25.02.14).
79. Trafik Kazası İstatistikleri.Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim tarihi 19.07.16).http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=15&KITAP_ID=0
80. Gürbüz N, Saygı Ş, Cila E, Demircan A, Keleş A. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı erişkin acil servise başvuran adli vakaların analizi. GMJ 2004;15(4):139-144.
81. Söğüt Ö, Sayhan MB, Gökdemir MT, Kaya H, Al B, Orak M, Üstündağ M. Türkiye'nin güneydoğusunda, Şanlıurfa ve çevresinde özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. JAEM 2011;10(1).
82. Arslan MM, Akcan R, Hilal A, Kar H, Çekin N. Adana Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne müracaat eden kesici delici alet yaralanmasına bağlı olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 2005;19(3):17-22.
83. Çoltu A, Durak D. Adli otopsi yapılmış 109 kesici delici alet yaralanmasına bağlı ölüm olgusunun retrospektif incelenmesi. Adli Tıp Dergisi 1992;8:61-63.

84. Koyun M. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servisi'ne Yüksekten Düşme Nedeniyle Başvuran Hastaların Analizi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi;2013.
85. Gökdemir MT. Yanık Nedeni İle Acile Başvuran Hastaların Sosyodemografik Verileri ve Mortalite Üzerine Etkili Faktörler (tez). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi;2008.
86. Sarıtaş A, Çıkman M, Çandar M, Kandış H, Baltacı D. Kliniğimize Başvuran Adli Nitelikteki Yanık Vakalarının Geriye Dönük Analizi: 4 Yıllık Tecrübe. *DuzceMedicalJournal* 2011;13(3):29-33.
87. Kaya H, Gökdemir MT, Söğüt Ö, Sayhan MB. Erişkinlerde yüksek gerilime bağlı elektrik yaralanmalarında mortaliteye etki eden faktörler. *DuzceMedicalJournal* 2013;15(1).
88. Tümer AR, Keten A, Karacaoğlu E. Adli olgu bildirim ve adli raporlar *Hacettepe Tıp Dergisi* 2010; 41:128-34.
89. Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S. Theknowledgeandideas of thephysicianswhoparticipate in emergencyservicesaboutphysicianresponsibility in emergencycasesandforensicmedicineproblems. *GulhaneMed J* 2003;45(2):175-79.
90. Tümer AR, Hancı H. Adli raporlar ve cerrahi hekimleri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2002;18:112-7.
91. Çoltu MA, Durak D, Fedakar R. (2000) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde düzenlenen adli rapor formlarının değerlendirilmesi. *Adli TıpBülteni* 2000;5(1):36-40.
92. Tüzün B, Elmas İ, Akkay E. Adli rapor düzenleme zorunluluğuna hekimlerin yaklaşımı: Anket çalışması. *Adli Tıp Bülteni* 1998;3(1):27-31
93. Hancı H. Birinci basamak adli raporlarında yapılan hatalar. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2004;175:4-5.
94. Yılmaz R, Özbay M. 235 adet reçetenin yazı okunabilirliği açısından incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi* 2006;3(2):47-52.
95. Aşıcıoğlu F, Cantürk G. Hekimlerin okunaksız el yazısının yol açtığı sorunlar: Bir anket çalışması. *Adli Bilimler Dergisi* 2003;2:13-22.

96. Berwick DM, Winickoff DE. The truth about doctors' handwriting: a prospective study. *BMJ* 1996;313:1657-8.
97. Gönüllü H, Karadaş S, Güner S, Aydın İ. Ülkemizin doğusunda Van ve çevresinde hayvanlarla ilişkili yaralanmaların analizi. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2013;17:112-16.

