

# KONYA İLİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN ADLİ OLGULARA VE ADLİ RAPORLARA YAKLAŞIMI - ANKET ÇALIŞMASI

Gürsel GÜNAYDIN, Şerafettin DEMİRCİ, Kamil Hakan DOĞAN, Yusuf AYNACI, İdris DENİZ

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, KONYA

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, acil servis çalışanı hekimlerin adli olgulara ve adli rapor düzenlenmesine yaklaşımını ve bu konularla ilgili yaşadığı sorunları tespit etmek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Konya ve çevresinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin acil servislerinde ve 112 Hızır Acil servislerinde çalışan ve "Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Modülü Eğitimi"ne katılan pratisyen hekimlere, eğitim öncesi, anket formları uygulanmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan hekimlerin %85.2'si mezuniyet öncesi adli tıp eğitiminin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Mezuniyet sonrasında adli tıp ve rapor konusunda eğitim alanların oranının ise %20.1 olduğu görülmektedir. Hekimlerin %42.4'ü adli raporun "tanıyı ilk koyan hekim tarafından" verilmesinin gerektiğini, %84.3'ü hastasının adli olgu olması nedeniyle fazladan bir tedirginlik yaşadığını, %66.8'i çalıştıkları birimlerde sadece adli olgulara bakan bir birim oluşturulması gerektiğini ancak bu gruba katılmak istemediklerini belirtmişlerdir. Hekimlerden, Türk Ceza Kanunu'nda yara ağırlığının belirlenmesi ile ilgili "yaşamsal tehlike", "basit tıbbi müdahale" ve "kemik kırığının yaşam fonksiyonlarına etkisi" konusunda yanlış değerlendirme yapanların oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Acil servis çalışanı pratisyen hekimlerin adli olgu ile karşılaşma oranı yüksek olmasına rağmen, adli rapor yazımı hususunda eğitim ve bilgi yetersizliği nedeniyle tedirginlik yaşadıkları anlaşılmaktadır. Yaşanan tedirginliği gidermek ve objektif kriterlere uygun adli rapor düzenlenmesi için özellikle acil servis çalışanı pratisyen hekimlere adli rapor düzenleme, yara ağırlık kriteri olarak kullanılan kavramlar ve adli olguya yaklaşım konularında uygulamalı eğitim verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar kelimeler:** Adli tıp, rapor yazımı, eğitim

Selçuk Tıp Derg 2008; 24: 83-89

## SUMMARY

### MEDICAL PRACTITIONERS' APPROACH TO FORENSIC CASES AND FORENSIC REPORTS IN KONYA PROVINCE - A QUESTIONNAIRE STUDY

**Aim:** The aim of the present study was to investigate the medical practitioners' approach to foren-

Haberleşme Adresi : **Dr. Gürsel Günaydın**

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD, 42080, KONYA

e-posta: [gurselgunaydin@selcuk.edu.tr](mailto:gurselgunaydin@selcuk.edu.tr)

Geliş Tarihi: 12.02.2008

Yayına Kabul Tarihi: 09.04.2008

\* 11-14 Mayıs 2006 tarihlerinde Konya'da düzenlenen VII. Adli Bilimler Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

sic cases and to composing forensic reports and to determine the problems they face regarding these issues and to present suggestions for solutions to problems. **Material and Method:** Questionnaire forms were administered to practitioners working in emergency services and 112 Hızır Acil (swift emergency ambulance and first aid) services of hospitals affiliated with the Ministry of Health in the Province of Konya and around and who participated in "Emergency Medical Service Certificate Program Basic Module Training" before their training. **Results:** 85.2 % of the practitioners who participated in the study stated that the undergraduate forensic medicine training was not adequate. It was seen that the percentage of the practitioners who received training on forensic medicine and report after graduation was 20.1 %. Among the subjects, 42.4 % of the practitioners stated that the forensic report should be prescribed by "the medical practitioner who made the first diagnosis", 84.3 % of the practitioners stated that they experienced an uneasiness because of the fact that the patient was a forensic case, 66.8 % stated that a unit which dealt with only forensic cases should be set up in the units they worked, however, they did not want to take part in that group. It was determined that, of the practitioners, the number of the ones who made wrong assessments regarding the issues in the Turkish Penal Code such as "vital danger", "simple medical intervention" and "the effects of bone fractures on life functions" was high. **Conclusion:** Although the rate of encountering forensic cases is high in practitioners, it is understood that practitioners experience uneasiness about writing forensic reports because of their lack of training and knowledge. It is suggested that practical training should be provided concerning the issues of forensic report writing, concepts used as criteria for severity of injuries and approach to forensic cases, especially to the practitioners who work at emergency services in order to remove the uneasiness experienced and to organize forensic reports according to objective criteria.

**Key words:** Forensic medicine, report writing, training

Ülkemizde adli olguların muayenesi ve adli rapor düzenlenmesi, uzun yıllardır yargı sisteminin işleyişinde sorun teşkil etmektedir. Bir taraftan, adli tıp uzmanı sayısının yetersizliği nedeniyle adli tıp hizmetlerinin verilmesinde pratisyen hekim ve diğer branşlardaki uzmanlardan yararlanılması, diğer taraftan bu hekimlerin adli rapor hususunda bilgi ve tecrübe eksikliği, yanlış ve/veya eksik rapor düzenlenmesine neden olmaktadır.

Hekimler bilirkişilik görevlerini yaparlarken, bilmek zorunda oldukları yasal sorumluluk ve yetkileri yanında temel adli tıbbi bilgilerini, mezuniyet öncesi ve/veya uzmanlık eğitimleri sırasında almaktadırlar (1). Çalışmamız özellikle acil servislerde çalışan hekimlerin, mezuniyet öncesi ve/veya sonrası aldıkları adli tıp eğitiminin durumunu, adli rapor yazımında karşılaştıkları sorunları ve adli rapor yazımına yaklaşımlarını tespit etmek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya, Konya il merkezi ve ilçelerinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin acil ser-

visleri ve 112 Hızır Acil servislerinde görev yapan, 2006 yılı Şubat ve Mart aylarında düzenlenen "Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Modülü Eğitimi"ne katılan 229 pratisyen hekim dahil edilmiştir. Hazırlanan anket, adli rapor ve adli olgular konusunda eğitim verilmeden önce uygulanmıştır. Elde edilen kategorik veriler % olarak, nümerik veriler ortalama  $\pm$  standart sapma olarak verilmiş, sorulara verilen yanıtlar tablolarla özetlenmiştir. Verilerin istatistiksel analizi ki-kare testi ile yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bilgiler, literatür ışığında değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Anket çalışmasına katılan 229 hekimin %84.7'si (194) erkek, %15.3'i (35) kadın olup, yaşları 23 ile 52 arasında değişmekteydi. Ortalama yaş  $34.5 \pm 5.3$  bulundu. Ortalama çalışma süreleri  $5.2 \pm 4.0$  yıl idi. Çalıştıkları birimde aylık 30 ve altında rapor yazanların oranı %74.7 (171), 30'dan fazla rapor yazanların oranı ise %25.3 (58) olarak bulundu. Hekimlerin %14.8'i (34) mezuniyet öncesi aldıkları adli tıp eğitimini yeterli bulduklarını,

**Tablo 1.** Hekimlerin "sadece adli olgulara bakan bir hekim grubu oluşturulması fikri"ne yaklaşımları

**Soru:** Biriminizde "sadece adli olgulara bakan bir hekim grubu oluşturulma" fikri ortaya çıksaydı sizin düşünceniz ne olurdu?

	Gerekli, ama ben bu gruba katılmak istemem		Gerekli, ben de bu gruba katılmak isterim		Gereksiz		P
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
≤35	31	23.7	90	68.7	10	7.6	a.d.
>35	27	27.6	63	64.3	8	8.2	
Cinsiyet							
Erkek	54	27.8	127	65.5	13	6.7	a.d.
Kadın	4	11.4	26	74.3	5	14.3	
Çalışma süresi							
<1 yıl	10	33.3	17	56.7	3	10.0	a.d.
1-5 yıl	28	24.1	80	69.0	8	6.9	
>5 yıl	20	24.1	56	67.5	7	8.4	
Aylık rapor sayısı							
≤30	38	22.2	117	68.4	16	9.4	a.d.
>30	20	34.5	36	62.1	2	3.4	

a.d.= anlamlı değil (p>0.05)

%3.5'i (8) mezuniyet öncesinde hiç adli tıp eğitimi almadıklarını, %81.7'si (187) ise aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını belirtmişti. Mezuniyet sonrası aldıkları adli tıp eğitimi değerlendirildiğinde, bu konuda herhangi bir eğitim almayanların oranı %79.9 (183) iken, %20.1'i (46) bir ila üç kez arasında mezuniyet sonrası eğitim aldıklarını belirtmişlerdi. %91.7'si (210) mezuniyet sonrası adli tıp eğitimine gereksinim duyarken, %8.3'ü (19) böyle bir eğitime gereksinim duymadıklarını belirtmişti.

Adli raporu kimin düzenlemesi gerektiği konusunda, hekimlerin %42.4'ü (97) tanıyı ilk koyan hekim, %33.2'si (76) tedaviyi tamamlayan hekim, %24.4'ü (56) adli tıp uzmanının düzenlemesi gerektiğini düşünüyordu. Hekimlerin %90.4'ü (207), düzenledikleri raporların yargıdaki etkilerini bilmeleri gerektiğini, ancak %69.4'ü (159) bu etkileri bilmediklerini belirtmişlerdi. Adli raporun hekimlere getirdiği hukuki sorumluluğu bilip bilmedikleri konusunda görüşleri alındığında, %78.6'sı (180) hukuki sorumluluklarını bilmediklerini, %21.4'ü (49) bildiğini belirtmişlerdi. Düzenle-

dikleri adli rapor nedeniyle adliyeye çağrılmayanların oranı %53.7 (123) iken, düzenledikleri raporda çıkan sorunlar nedeniyle adliye-ye çağrılanların oranı %46.3 (106) idi.

Hastalarının adli olgu olması nedeniyle fazladan tedirginlik hissedenerin oranı %84.3 (193), herhangi bir tedirginlik hissetmeyenlerin oranı ise %15.7 (36) idi. Hekimlere, çalıştıkları birimlerde sadece adli olgulara bakan bir hekim grubu oluşturulması fikri ortaya çıktığında düşüncelerinin ne olacağı sorulduğunda "gerekli ama bu gruba katılmak istemiyorum" düşüncesinde olanların oranı %66.8 (153) olup; yaş, cinsiyet, çalışma süresi, aylık rapor sayısı gibi kriterler göz önüne alındığında, bu soruya verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü (Tablo 1). Adli rapor yazarken, önceden hazırlanmış yara ağırlığını belirlemede kullanılan standart liste ve cetveller hususunda görüşleri sorulduğunda, %92.6'sı (212) bu tür liste ve cetvelleri gerekli gördüğünü, ancak %62'sinin (142) elinde böyle bir liste veya cetvelin bulunmadığını belirtmişlerdi.

"Adli rapor düzenlerken ankette verilen kriter-

**Tablo 2.** Hekimlerin adli rapor düzenlerken göz önüne aldıkları kriterler (n=229)

**Soru:** Adli rapor düzenlerken aşağıdaki kriterlerden hangilerini göz önüne alırsınız?\*

	n	%
Yaralanın ağırlığı	186	81.2
Etken (silah, zehir, yumruk vs)	120	52.4
Yaralının iyileşme süresi	113	49.3
Yaralının yaşı ve bünyesel yapısı	80	34.9
Yaralının hastanede kalış süresi	39	17.0
Yaralının mesleği	20	8.7
Yaralının cinsiyeti	19	8.3
Yaralayanın amacı	7	3.1

\* Birden fazla seçeneğin işaretlenmesine izin verilmiştir.

**Tablo 3.** Hekimlerin "basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olma" kavramını değerlendirmeleri (n=229)

**Soru:** Hangileri, tek başına "basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilir ölçüde hafif" grubuna girer?\*

	n	%
Burun kanaması	166	72.5
Yumuşak doku seyirli az sayıda saçma yaralanması	77	33.6
Göz kapağı çevresinde hematom	74	32.3
Dış kulak yolu yaralanması	62	27.1
Dış kayıpları	35	15.3
Kas laserasyonu	33	14.4
Tendon kopması	6	2.6
Timpanik membranda yırtık	1	0.4

\* Birden fazla seçeneğin işaretlenmesine izin verilmiştir.

**Tablo 4.** Hekimlerin "yaşamı tehlikeye sokma" kavramını değerlendirmeleri (n=229)

**Soru:** Hangileri tek başına yaşamı tehliye sokar?\*

	n	%
Ölümcül bir komplikasyon riskinin varlığı	152	66.4
Pnömotoraks	148	64.6
Elektrik çarpmasına bağlı giriş ve çıkış lezyonu	139	60.7
Diz altından travmatik amputasyon	116	50.7
Göğüs omurunda çökme kırığı	115	50.2
Dalakta subkapsüller hematom	112	48.9
Travmalı hastada makroskopik hematüri	89	38.9
Organ yaralanması yapmayan karın boşluğuna nafiz yaralanma	66	28.8
Gastrointestinal kanalda yabancı cisim saptanması	37	16.2

\* Birden fazla seçeneğin işaretlenmesine izin verilmiştir.

lerden hangisi veya hangilerini göz önüne alırsınız?" sorusuna hekimlerin %81.2'si (186) yaralanın ağırlığını, %52.4'ü (120) yaralamaya neden olan etkeni, %49.3'ü (113) yaralının iyileşme süresini göz önüne alacaklarını belirtmişlerdi (Tablo 2).

Hekimlere anket içerisinde verilen kriterlerden tek başına hangilerinin "basit bir tıbbi müdahale (BTM) ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu" sorulduğunda, %72.5'i (166) burun kanamasının, %33.6'sı (77) yumuşak doku seyirli az sayıda saçma yaralanmasının, %27.1'i (62) dış kulak yolu yaralanmasının bu gruba girdiğini belirtmişlerdi (Tablo 3).

Hekimlere anket içerisinde verilen kriterlerden tek başına hangilerinin "yaşamı tehliye soktuğu" sorulduğunda, %50.2'si (115) göğüs omurunda çökme kırığının, %77.7'si (178) hastanın öldürücü dozda ilaç içmiş olduğunun öğrenilmesinin, %66.4'ü (152) ölümcül bir komplikasyon riski varlığının bu gruba girdiğini belirtmişlerdi (Tablo 4).

"Kemik kırığının hayat fonksiyonlarına etkisini nasıl belirlersiniz?" sorusuna, hekimlerin %61.6'sı (141) travma skorlama endekslerine göre hazırlanmış listeler kullanacağını belirtmişlerdi (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Ülkemizde adli tıp uzmanı sayısının yeterli düzeyde olmaması ve adli olguların büyük bir kısmının pratisyen hekimler tarafından değer-

lendirilmesi, mezuniyet öncesi ve sonrası adli tıp eğitiminin ne denli önemli olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Çalışmamıza dahil olan hekimlerin %14.8'i mezuniyet öncesi almış oldukları adli tıp eğitimlerinin yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Yapılan benzer çalışmalarda mezuniyet öncesi adli tıp eğitiminin yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %15 ile %82.4 arasında değişmekte olup, çalışmamızdaki bulgularla uyumludur (1-6). Çalışmamıza katılan hekimlerin %20.1'i mezuniyet sonrasında en az bir kez adli tıp konuları ile ilgili eğitim almış olup, % 91.7'si halen bu yönde bir eğitime gereksinimi olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde adli raporlar ve mezuniyet öncesi/sonrası adli tıp eğitimi konusunda yapılan birçok çalışmada, hem mezuniyet öncesi eğitimde standartların konulmasının hem de mezuniyet sonrasında adli tıp eğitimi uygulanmasının gerekliliği defalarca vurgulanmıştır (1-10). Salaçin ve arkadaşlarının (11) yaptıkları bir çalışmada, ülkemizde rutin adli tıp hizmetinin yürütülmesi için gereken adli tıp uzmanı sayısının yetersiz olduğu, konunun çözümü için, mezuniyet öncesi adli tıp eğitiminde standardizasyona gidilmesinin gerekli olduğu belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %24.4'ü adli raporun, adli tıp uzmanı tarafından, %33.2'si tedaviyi tamamlayan hekim (tedavi sonrasında) tarafından, %42.4'ü tanıyı ilk koyan hekim tarafından verilmesinin uygun olacağını belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Tüzün ve arkadaşlarının (4) yaptıkları bir anket çalışmasına katılan hekimlerin %48.6'sının adli rapor düzenlemenin görevleri olmadığına inandıkları

belirtmiştir. Çolak ve arkadaşları (1), pratisyen hekimlerin %53.3 oranında kesin rapor düzenlemekten kaçındıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hekimlerin uygulamaya yönelik öneri ve istemleri sorulduğunda %88.7 ile ilk sırada yer alan önerinin "adli tıp uzmanları sayısı artırılmalı ve adli raporlar adli tıp uzmanlarınca verilmeli" olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da, hekimlerin %57.6'sı adli raporun, adli tıp uzmanı ya da tedavi eden hekim tarafından verilmesi gerektiğini benimsemektedir. Hekimlerin adli rapor düzenlemekten kaçınıyor olmaları, konuyla ilgili bilgi ve tecrübe yetersizliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Hekimin adli muayene ve adli raporun önemini kavraması için raporunun hem taraflara hem de kendisine yaratacağı hukuki sorumluluğu bilmesi tartışmasız gerekli olduğu belirtilmiştir (9). Adli olgularda rapor düzenlenmesi hekimlerin temel görev ve sorumluluğudur. Hekimler adli rapor konusunda sorumluluklarının ne olduğunu bilmemekte, bu sebeple ya rapor düzenlemekten kaçınmakta ya da gerekçesiz ve çelişkili raporlar vermektedir. Bu durumda Yargıtay olaylarda Adli Tıp Kurumu'nun görüşü alınmadığından bozma nedeni saymaktadır. Böyle durumlarda yargılama süresi uzamakta, maddi ve manevi zararlar oluşmaktadır (12). Yapılan bir çalışmada uzman hekimlerin %40'ünün, uzmanlık öğrencilerinin %25.7'sinin, pratisyen hekimlerin %18'inin hukusal yaptırımlardan kaçınmak gibi nedenlerle kesin adli rapor düzenledikleri belirtilmiştir (4). Çalışmamızda, verdiği raporun yargılamadaki etkilerini bilmesi ge-

**Tablo 5.** Hekimlerin "kemik kırığının hayat fonksiyonlarına etkisi"ni değerlendirmeleri (n=229)

**Soru:** Kemik kırığının hayat fonksiyonlarına etkisi belirlenirken aşağıdakilerden hangisi veya hangilerini dikkate alırsınız?\*

	n	%
Travma skortlama endekslerine göre hazırlanmış listeler kullanılır.	141	61.6
Kişinin basit günlük işlerini yapmasına etkisine göre değerlendirilir.	74	32.3
Kişinin mesleğini yapmasına etkisine göre değerlendirilir.	48	21.0
Kırığın tamamen iyileşeceği süreye göre değerlendirilir.	46	20.1

\* Birden fazla seçeneğin işaretlenmesine izin verilmiştir.

rektiğini düşünen hekimlerin oranı %90.4 iken, hekimlerin sadece %30.6'sı verdikleri raporun yargılamadaki etkilerini bildiğini belirtmiştir. Hekimlerin %44.6'sının yaptığı adli muayene ya da verdiği rapor nedeniyle en az bir kez adliyeye davet edilmiş oldukları görülmektedir. Bu durum, adli muayene ve adli rapora, hekimlerin gereğinden daha az önem verdiklerini göstermektedir.

Olgunun adli olmasından dolayı fazladan tedirginlik yaşadığını belirten hekimlerin oranı %84.3'e ulaşmaktadır. Hekimlerin %66.8'i çalıştıkları birimde sadece adli olgulara bakan bir grubun oluşturulmasını gerekli gördüğü halde bu gruba katılmak istemediğini belirtmektedir. Çolak ve ark. (1), hekimlerin %96'sının adli rapor düzenlerken, adli tıbbi kavramlar ile hukuksal yazışma ve prosedürü bilmemek ya da eksik bilmek gibi sebeplerden dolayı sorun yaşadıkları belirtmişlerdir. Hekimlerin tedirginliklerinin ve adli raporlarla ilgili sorumluluk almaktan kaçınmalarının, bu konudaki bilgi yetersizliklerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hekimlerin Türk Ceza Kanunu'nda belirtilen yaralanmanın ağırlığı ile ceza arasındaki ilişkiyi bilmeleri, muayene sonrası tespit ettiği bulguları rapor edebilmesi gerekir (13). Yeni Türk Ceza Kanunu'nda yara ağırlık kriterleri yeniden belirlenmiş olup, raporların Adli Tıp Kurumu tarafından hazırlanmış liste ve cetvellerdeki bilgiler doğrultusunda düzenlenmesi gerekmektedir. Bu kriterler Türk Ceza Kanunu 86-89. maddelerinde belirtilmiştir. Hekimlerin adli rapor yazarken bu liste ve cetvelleri ellerinde bulundurmaları ve kullanmaları doğru rapor düzenlenmesinde dikkat edilmesi gereken en önemli noktadır (14,15). Hekimlerin bir kısmı, rapor düzenlerken normalde adli rapor düzenlenmesinde dikkate alınmaması gereken, yaranın iyileşme süresi, yaralanının yaşı ve bünyesel yapısı, yaralanının mesleği, cinsiyeti ve yaralanmanın amacı gibi faktörleri göz önünde bulundurduklarını belirtmişlerdir. Bu durum, hekimlerin problemi bilmelerine rağmen, çözüm arayışında yetersiz tutum ve davranış sergilediklerini göstermektedir.

Lezyonun ağırlığına göre BTM, yaşamsal tehlike, kemik kırığına neden olup olmadığı, olmuş ise hayat fonksiyonlarına etkisi vs gibi değerlendirmeler adli raporların sonuç kısmında belirtilmektedir. Rapor düzenleyen hekim, standart bilgi olarak hangi yaranın hangi kriterlere dahil edeceğini bilmeli ve bunun için yara ağırlığını belirlemeye yarayan cetvelerin kullanımı hekimlere öğretilmelidir. Çalışmaya katılan hekimlerin büyük bir kısmının yara ağırlık ölçütlerini değerlendirmesinde hata yaptığı tespit edilmiştir.

Lezyonun tek başına yaşamı tehlikeye sokup sokmadığı hususu değerlendirildiğinde; göğüs omurlarında çökme kırığına %50.2, travmatik hastada makroskobik hematüriye %38.9, organ yaralanması yapmayan karın boşluğuna nafiz yaralanmaya %28.8, dalakta subkapsüller hematoma %48.9, ölümcül bir komplikasyon riskinin varlığına %66.4, pnömotoraks durumunda %64.6 oranında yaşamsal tehlikenin mevcut olduğu şeklinde rapor düzenleyecekleri görülmektedir. Çolak ve ark. (1) ise hekimlerin % 63.43'ünün "oluşabilecek komplikasyonlar nedeni ile hayati tehlikeye girme şüphesi bulunması", % 50.75'inin "iç organ lezyonu yapmayan göğüs veya batına penetran yaralanmalar" durumlarında hayati tehlike oluşacağını belirttiklerini bildirmişlerdir. Yapılan bir başka anket çalışmasında, hekimlerin %35.9'unun "karına nafiz organ lezyonu olmayan yaralanmalarda", %28.9'unun "göğüse nafiz organ lezyonu olmayan yaralanmalarda" yaşamsal tehlike oluşturmadığı belirtilmiştir (8). Bu durum, hekimlerin yaşamsal tehlikeye sokup sokma kavramı ile ilgili yüksek oranda hata yaptıklarını göstermektedir.

Kemik kırığının hayat fonksiyonlarına etkisini nasıl belirledikleri sorusuna karşın, travma skorlama endekslerine göre hazırlanmış listeleri, hekimlerin %61.6'sı dikkate alacaklarını belirtmelerine rağmen, hekimlerin %20.1'i kırığın tamamen iyileşeceği süreyi, %32.3'ü kişinin basit günlük işleri yapmasına etkisini, %21.0'i kişinin mesleğini yapmasına etkisini göz önüne alacağını belirtmişlerdir. Bu durum da, yeni Türk Ceza Kanunu ile ilk defa

yara skorlaması kapsamına giren bu kavramın, hekimler tarafından bilinmediğini göstermektedir.

Ülkemizde adli tıp uzmanları sayıca yetersizdir. Bu nedenle adli tıp hizmetinin büyük kısmını yürüten ve çoğunluğu pratisyen olan hekimlere özellikle mezuniyet sonrası verilecek eğitimlerde uzmanlık düzeyinde bilgi gerektiren konular yerine uygulamada en sık karşılaşılan sorunlara temel yaklaşımlar esas alınmalıdır. Adli tıp eğitiminin mezuniyet öncesi belirli bir standardizasyona oturtulmasına, mezuniyet sonrasında da rapor düzenleme oranı yüksek hekimler başta olmak üzere uygulamalı eğitim çalışmalarının

sürdürülmesine ve bu çalışmalara aktif katılımın sağlanmasına önem verilmelidir. Yapılacak eğitim çalışmaları sonrasında adli olguya yaklaşım ve adli rapor düzenleme hususlarındaki tedirginliğin azalacağını düşünüyoruz.

Adli raporların çoğunun acil servislere çalışan hekimler tarafından verildiği dikkate alındığında, acil tıp uzmanlık eğitimi sırasında kısa süreli de olsa "Adli Tıp" rotasyonu yapılması veya düzenli aralıklarla adli olgunun değerlendirilmesi ve adli rapor düzenlenmesi hususlarında Adli Tıp Anabilim Dalları ile işbirliğinin yapılmasının sorunun çözümünde faydalı olacağını düşünmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

1. Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş NG, Etiler N. Kocaeli İlinde Adli Görev ve Pratisyen Hekimler, Adli Tıp Dergisi 2001;15(2): 36-45.
2. Büken B, Erkol Z, Büken E. Bolu ve Düzce Bölgesindeki Hekimlerin Adli Rapor Tazimi ve Standart Adli Rapor Formlarına Yaklaşımı, Adli Bilimler Dergisi 2004;3(2):45-52.
3. Karagöz YM, Karagöz SD. Adli tıp ve hekim sorunları, bir anket çalışması. Toplum ve Hekim 1997;12(80):2-6.
4. Tüzün B; Elmas İ, Akkay E. Adli rapor düzenleme zorunluluğuna hekimlerin yaklaşımı: Anket çalışması. Adli Tıp Bülteni 1998;3(1):27-31.
5. Gündüz T. Pratisyen hekimlerin adli tıp uygulamalarında karşılaştığı sorunlar. II. Adli Bilimler Kongresi. Bursa 13-16 Mayıs 1996.
6. Büken B, Mayda AS, Büken E, Tataroğlu C. Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerine Mezuniyet Sonrası Verilen Adli Tıp Eğitiminin Yararlarını Ölçme Çalışması. Adli Tıp Dergisi 2001;15(4):41-50.
7. Çolak B, Yaycı N, İnanıcı A. Türkiye'de Mezuniyet Öncesi Adli Tıp Eğitiminin Durumu, Adli Tıp Dergisi 2001;15(3):1-8.
8. Tümer AR, Hancı İH, Esen S. Hayati Tehlike Kavramı ve Cerrahi Hekimleri, 9. Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları Kitabı. Antalya 18-21 Ekim 2001;151-6.
9. İnce CH, Korur Fincancı Ş. Adli raporlar, adli bilirkişilik konusunda ayrıntılı görüşme çalışması (ön çalışma). Yıllık Adli Tıp Toplantıları – 2001;151-3.
10. Ocak S, İnanıcı MA. Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servisinde Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi. Yıllık Adli Tıp Toplantıları – 2002;152-6.
11. Salaçin S, Çekin N, Özdemir MH, Kalkan Ş. Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi almış öğrencilere yönelik bir anket çalışması. Adli Tıp Bülteni 1997;1:21-4.
12. Katkıcı U, Örsal M. Adli raporlarda hayati tehlike. 1995 Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 4(4);126-7.
13. Kalyoncu H. Müessir fiillerin adli tıp açısından değerlendirilmesi. 1. Ulusal Adli Tıp Günleri Panel ve Serbest Bildirileri 2. Baskı, Temel Matbaacılık Ltd. Sti., İstanbul, 1987:32.
14. Balcı Y, Güzel S, Çetin G. Yeni Türk Ceza Kanunu çerçevesinde düzenlenecek adli raporlar için kılavuz. İçinde: Çetin G, Yorulmaz C, editörler. Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. 155-184.
15. Bilgin NG, Dokgöz H, Kar H. Eski ve yeni Türk Ceza Yasası'na göre düzenlenen adli raporların karşılaştırılması. Adli Tıp Bülteni 2006;11(2):64-70.