18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ

19-22 EKİM 2023
AKSU - ANTALYA

KONGRE KİTABI
PANELLER VE SUNUMLAR

"Gerçeğin peşinde,
adaletin hizmetinde!"



TÜRKİYE YÜZYILI

TÜRKİYE CUMHURİYETİ'NİN YÜZÜNCÜ YILI

T.C. ADALET BAKANLIĞI
ADLİ TIP KURUMU

EDİTÖR
Dr. Öğretim Üyesi Hızır ASLIYÜKSEK

EDİTÖR YARDIMCILARI
Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ
Prof. Dr. Adem KARBUZ
Doç. Dr. Nihan Hande AKÇAKAYA
Muhammet ŞİMŞEK

ADLİ TIP KURUMU YAYINLARI -3
T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Adına
Sahibi ve Yayın Yönetmeni
Dr. Hızır ASLIYÜKSEK

ISBN
978-605-2163-45-0

©T.C. ADALET BAKANLIĞI ADLİ TIP KURUMU
Yenibosna Çobançeşme Mh. Sanayi Cd. Kımız Sk. No:1
Bahçelievler/İSTANBUL 34196

KONGRE DÜZENLEME KURULU

ONURSAL BAŞKAN
Yılmaz TUNÇ
Adalet Bakanı

BAŞKAN
Dr. Öğretim Üyesi Hızır ASLIYÜKSEK
Adli Tıp Kurumu Başkanı

KONGRE SEKRETERİ
Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Muhammet ŞİMŞEK
Prof. Dr. Adem KARBUZ
Doç. Dr. Nihan Hande AKÇAKAYA
Prof. Dr. Erol KAM
Dr. Öğretim Üyesi Nedim UZUN

Uzm. Dr. Caner BEŞKOÇ
Uzm. Dr. Ali Ulvi ÇALIK
Uzm. Dr. Muhammed Emin BOYLU
Adnan KEÇE

BİLİMSEL KURUL

Prof.Dr. Abdulkerim YILDIRIM
Prof.Dr. Abdullah Coşkun YORULMAZ
Prof.Dr. Ahmet BELCE
Prof.Dr. Ahmet Nezih KÖK
Prof.Dr. Ali Cengiz KÖSEOĞLU
Prof.Dr. Bahri TEKER
Prof.Dr. Başar ÇOLAK
Prof.Dr. Cüneyt YÜKSEL
Prof.Dr. Ekin Özgür AKTAŞ
Prof.Dr. Faruk AŞICIOĞLU
Prof.Dr. Gökhan İbrahim ÖĞÜNÇ
Prof.Dr. Gürsel ÇETİN
Prof.Dr. Hikmet Ergin DÜLGER
Prof.Dr. İbrahim ÜZÜN
Prof.Dr. İsmail Özgür CAN
Prof.Dr. Mahmut KOCA
Prof.Dr. Mehmet Akif İNANICI
Prof.Dr. Mehmet Sunay YAVUZ
Prof.Dr. Mehmet TOKDEMİR
Prof.Dr. Muharrem KILIÇ
Prof.Dr. Murat COŞKUN
Prof.Dr. Musa DİRLİK
Prof.Dr. Mustafa Fatih YAVUZ
Prof.Dr. Mustafa ÖZCAN
Prof.Dr. Necmi ÇEKİN
Prof.Dr. Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN
Prof.Dr. Recep FEDAKAR
Prof.Dr. Rıza YILMAZ
Prof.Dr. Sait ÖZSOY
Prof.Dr. Sefa SAYGILI
Prof.Dr. Selami DEMİRKOL
Prof.Dr. Sema DEMİRÇİN
Prof.Dr. Süleyman Serhat GÜRPINAR
Prof.Dr. Şenol TURAN
Prof.Dr. Tülin Tiraje CELKAN
Prof.Dr. Yasemin BALCI
Prof.Dr. Yaşar BECERİKLİ
Prof.Dr. Zeki BAYRAKTAR
Prof.Dr. Zehra Zerrin ERKOL
Prof.Dr. Gökhan UMUT
Doç.Dr. Abdurrahman SAVAŞ
Doç.Dr. Ahmet Cahit İYİLİKLİ
Doç.Dr. Ali KOÇAK
Doç.Dr. Barış TORAMAN
Doç.Dr. Bora ÖZDEMİR
Doç.Dr. Cebrail ŞİMŞEK
Doç.Dr. Ferah KARAYEL
Doç.Dr. Habibe MERCANOĞLU
Doç. Dr. Mücahit ORUÇ
Doç.Dr. Hasan Kadir YILMAZTEKİN
Doç.Dr. Hasan Turan KARATEPE
Doç.Dr. Hüseyin Çetin KETENCİ
Doç.Dr. Muhammed DEMİREL
Doç.Dr. Murat Nihat ARSLAN
Doç.Dr. Yeter EROL ÖZTÜRK
Doç.Dr. Selman DURSUN
Doç.Dr. Yavuz Selim GÜÇLÜ
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OKUDAN
Dr.Öğr. Üyesi Yusuf ATAN
Dr.Öğr. Üyesi Nurettin Nezih ANOLAY
Dr.Öğr. Üyesi Kağan GÜRPINAR
Dr.Öğr. Üyesi Bahadır DEMİR
Dr.Öğr. Üyesi Fahri Erdem KAŞAK
Dr.Öğr. Üyesi Uğur KOÇAK
Dr.Öğr.Üyesi Ali GÖRÇİN
Dr.Öğr.Üyesi Göksun DEMİREL
Dr.Öğr.Üyesi Kerem SEHLİKOĞLU
Uzm.Dr. Hasan AĞRITMIŞ
Uzm.Dr. Hüseyin SARI
Uzm.Dr. Levent ORTAKÖYLÜ
Uzm.Dr. Serdar ÖZDİL
Uzm.Dr. Eren AKGÜNDÜZ
Uzm.Dr. Uğur REYHAN
Dr. Mehmet AKDENİZ

BASKI ÖN HAZIRLIK
Yusuf Anıl DURALİ

MİZANPAJ VE TASARIM HAZIRLIK
Nihat YILMAZ

BASKI VE CİLT
Naturel Basım Yayın ve Reklam Hizmetleri San. ve Tic. Ltd. Şti.
Maltepe Mh. Davutpaşa Cd. EmintaşKazım Dinçol San. Sit.
Kat:2 No:226/274 Topkapı / Zeytinburnu / İSTANBUL
SERTİFİKA NO: 68512

T.C.
ADALET BAKANLIĞI
ADLİ TIP KURUMU BAŞKANLIĞI

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ
19-22 EKİM 2023
AKSU - ANTALYA

KONGRE KİTABI
PANELLER VE SUNUMLAR

İstanbul, 2024

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ 15

ÖNSÖZ 17

KONUŞMACI LİSTESİ 19

BİLİMSEL PROGRAM 23

AÇILIŞ KONUŞMALARI 37

BİLİMSEL OTURUMLAR

ADLİ TRAFİK VE BİLİRKİŞİLİK 49
Moderatörler; Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN / Abdurrahman SAVAŞ
Konuşmacılar; Muhammed DEMİREL / Nedim KAYA / Yavuz Selim GÜÇLÜ / Mustafa YAPICI

ADLİ TOKSİKOLOJİ VE BİLİRKİŞİLİK 63
Moderatör; Ahmet BELCE / Gökhan UMUT
Konuşmacılar; Habibe Güldem MERCANOĞLU / Yeter EROL ÖZTÜRK / Göksun DEMİREL / Erdem KOÇ / Çağdaş AKSOY / Mustafa ÖZCAN

DÜNYA'DA ADLİ BİLİMLER VE BİLİRKİŞİLİK 77
Moderatörler; Muharrem ÜRGÜP / Barış TORAMAN
Konuşmacılar; Abdulkadir KUTLUK / Ali KOÇAK / Celaleddin ÖMEROV / Rahim MAMMADOV / Uchkun UZAKOV

TCK'DA TANIMLANAN YARALAMA SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ 89
Moderatörler; Osman ATALAY / Gürsel ÇETİN / Yasemin BALCI / Başar ÇOLAK / Kağan GÜRPINAR / Mehmet Ali SELÇUK / Hasan Turan KARATEPE / Selman DURSUN

ADLİ TIP VE İNSAN HAKLARI 101
Moderatörler; Cüneyt YÜKSEL / Gürsel ÇETİN
Konuşmacılar; Hacı Ali AÇIKGÜL / Muharrem KILIÇ / Selami DEMİRKOL / Ahmet Nezih KÖK

ADLİ PSİKİYATRİ – CİNSİYET HOŞNUTSUZLUĞUNDA KARŞILAŞILAN MEDİKAL, CERRAHİ VE ADLİ SORUNLAR 119
Moderatörler; Abdulkerim YILDIRIM / Sefa SAYGILI
Konuşmacılar; Şenol TURAN / Murat COŞKUN / Zeki BAYRAKTAR / Fahri Erdem KAŞAK

ADLİ TIP UZMANLIK EĞİTİMİ 137
Moderatörler; Mehmet Akif İNANICI / Süleyman Serhat GÜRPINAR
Konuşmacılar; Yasemin BALCI / Hikmet Ergin DÜLGER / Abdullah Coşkun YORULMAZ / Ekin Özgür AKTAŞ / Gökhan İbrahim ÖĞÜNÇ

KİTLESEL FELAKET VE KİMLİKLENDİRME / 1. OTURUM 149
Moderatörler; Necmi ÇEKİN / Mehmet TOKDEMİR
Konuşmacılar; Hüseyin Çetin KETENCİ / Erdoğan KARA / Yusuf ATAN / Mücahit ORUÇ / Uğur KOÇAK

KİTLESEL FELAKET VE KİMLİKLENDİRME / 2. OTURUM 165
Moderatörler; Necmi ÇEKİN / Mehmet TOKDEMİR
Konuşmacılar; Murat KAMALAK / İsmail ÇOBAN / Abdullah Benna SARIN / Altan GÜNAYDIN / Bestami ÇOLAK

MALULİYET VE ENGELLİLİK 179
Moderatörler; Ali Cengiz KÖSEOĞLU / Mustafa OKUDAN
Konuşmacılar; Cebrail ŞİMŞEK / Nurettin Nezih ANOLAY / Sebahattin YILMAZ / Yunus YILMAZ

SAĞLIK HUKUKU 195
Moderatörler; Mahmut KOCA / Ahmet Nezih KÖK
Konuşmacılar; Bahadır DEMİR / Recep FEDAKÂR / Ekin Özgür AKTAŞ / Selami DEMİRKOL / Ahmet ER

ADLİ BELGE İNCELEME VE BİLİRKİŞİLİK 211
Moderatörler; Faruk AŞICIOĞLU / Ahmet Cahit İYİLİKLİ
Konuşmacılar; Yunus YÜREKLİ / Rıza YILMAZ / Özay DÖRTTEPE / Serdar NEŞE / Mustafa Fatih YAVUZ

ADLİ BİLİŞİM 225
Moderatörler; Eyup YEŞİL / Yaşar BECERİKLİ
Konuşmacılar; Adnan KEÇE / Hasan Kadir YILMAZTEKİN / Mahmut Esat YILDIRIM / Ali GÖRÇİN / Zafer ÖZKARA

SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

S1 242
Adli Tıp Kurumu (Atk) Toksikoloji Laboratuvarlarında Çalışan Laborantların Karşılaşabilecekleri Risklerin Fıne-Kınney Metodu İle Değerlendirilmesi
Feyza ÜNEL / Zehra YILDIZ

İÇİNDEKİLER

S2 **242**
Yeni Bir Katı Faz Ekstraksiyon Kolonunun Etkinliğinin Araştırılması
Yusuf ATAN / Fatih YİĞİT / Neslihan ALTUN / Elif Tümay ÖZER / Bilgen OSMAN

S3 **243**
Bursa'da Uyuşturucu/Uyarıcı Maddeye Bağlı Ölümlerin Değerlendirilmesi
Yusuf ATAN / Samet KIYAK / Nusret AYAZ

S4 **243**
Kanda, İdrarda ve Tırnak Örneklerinde Lc-Qtof/Ms İle Metamfetaminin Kalitatif ve Kantitatif Tayini
Esra KÖSE / Alptuğ ATİLA

S5 **244**
Erzurum ve Çevre İllerde Uyutucu, Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Kullanımının Değerlendirilmesi
Elif KESMEN / Ahmet Nezih KÖK

S6 **244**
Çağın Tehlikesi Metamfetamin Bağımlılığının Kemometrik Modellerle Değerlendirilmesi
Elif KESMEN / Hızır ASLIYÜKSEK / Cem ŞENOL / Onur ŞENOL / Ahmet Nezih KÖK

S8 **245**
Toksikolojik Analizlerde Daha Hızlı ve Daha Ekonomik Bir Numune Hazırlama Yöntemi
Elif KESMEN

S9 **246**
Karbon Monoksit Maruziyetinin Teşhisine Yönelik Yapay Zekâ Temelli Alternatif Modeler Geliştirilmesi
Elif KESMEN / Hızır ASLIYÜKSEK / Onur ŞENOL / Esra KÖSE

S10 **246**
2021-2022 Yılları Arasında Bursa Cumhuriyet Başsavcılığı Genel Soruşturma Dosyalarında Basit Tersimli İmza Kanaat Derecesinin Delil Niteliği Bakımından Yeri ve Önemi
Zühal CENGİZ

S11 **247**
Doğal Olarak Yaşlandırılmış Ve Üst Üste Kapalı Bir Kutuya Konularak Saklanmış Kâğıt Belgelerdeki Islak İmzalarda, Belgeler Arasındaki Mürekkep Difüzyonunun Belgeleri Tarihleme Açısından Önemi
Samet KIYAK / Hasan ÇABUK / Rıza YILMAZ

S12 **247**
Genişletilmiş Uzmanlar Kurulunca İncelenmek Üzere 2015-2019 Yılları Arasında Adli Belge İnceleme Şubesine Gönderilen Dosyaların Değerlendirilmesi
Ozan SARI / Hızır ASLIYÜKSEK / Mehmet ALTINOK / Muhammed Habib ÖNEN

S13 **248**
Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığında 2015-2022 Yılları Arasında Otopsisi Yapılan Kimliği Belirsiz Cesetlerde: Moleküler Genetik İnceleme İle Kimliklendirme
Halil BOZ / Talip VURAL / Hüseyin Çetin KETENCİ / Murat ERCAN / Mustafa ERDOĞAN

S14 **248**
Deprem Sonucu Meydana Gelen Ölüm Olaylarına Yönelik Yapılacak Olan Adli İşlemler Konusunda Bir Saha Çalışması- İskenderun Örneği
İsmail Mehmet DEMİRCİ / Türker ALPTEKİN

S15 **249**
Adli Vakalarda Yapay Zekâ ile Görüntü Arama Motoru
Özlem MUTLU / Abdülkadir ALTUNDAĞ / Adnan KEÇE

S16 **249**
Ses Montaj İncelemelerinde Kullanılan Yöntemlerin Adli Bilişim Açısından Değerlendirilmesi
Adnan KEÇE / Özlem MUTLU / Gizem Güzel YAMAN / Oğuzhan ÇİLTAŞ

S17 **250**
Adli Vakalarda Kamera Görüntülerinden Araç Hızının Hesaplanması
Özlem MUTLU / Abdülkadir ALTUNDAĞ / Adnan KEÇE

S18 **250**
Adli Bilişim Altyapi Yazilimi Geliştirilmesi
Abdulkadir ALTUNDAĞ / Özlem MUTLU / Adnan KEÇE / Yaşar BECERİKLİ

S19 **251**
Adli Psikiyatrik Değerlendirmede Ceza Sorumluluğu: Yargıtay Kararları Işığında Kesitsel Bir Çalışma
Muhammed Emin BOYLU

S20 **251**
Cinsiyet Gelişimi Bozukluğu Tanısı Alan Olgularda Cinsiyet Tayini: 4 Olgu Sunumu
Gamze BAŞ / Şenol TURAN / Alperen BIKMAZER / Hasan AĞRITMIŞ

S22 **252**
Aile İçi Şiddet Polikliniğine Yakın Partner Şiddeti Faili Olarak Başvuran Olguların Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Şiddet ile İlişkisi
Şeyma SEHLİKOĞLU / Kerem SEHLİKOĞLU / Behice HAN ALMİŞ / Ahmet NALBANT

S23 **253**
Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesine 2022 Yılında Başvuran Türk Medeni Kanunu'nun 405., 145. Ve 165. Maddesi Kapsamındaki Dosyalarının Adli Psikiyatrik Açıdan İncelenmesi
İlker TAŞDEMİR / Zeynep MERZİFONLU / Muhammed Emin BOYLU

S24 **253**
Suça Sürüklenen Adölesanlarda İnternet Bağımlılığının Değerlendirilmesi
Berat BAYRAKTAR / Ömer TOKGÖZLÜ

S25 **254**
Omurga Transvers Proçes Kırıklarına Yönelik Yapılan Maluliyet Hesaplamalarında Kullanılan Yönetmeliklerin Değerlendirilmesi
Ümran TAŞÇI BÜYÜKŞAHAN / Ahmet Murat BÜLBÜL / Selahattin KUŞHAN / Hızır ASLIYÜKSEK

S26 254
Parmak Amputasyonlarında Replantasyonun Maluliyete Etkisi
Yasin KOCA / Ömer SELÇUK / Selahattin KUŞHAN / Nurettin Nezih ANOLAY
S27 255
Duyulardan veya Organlardan Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması ya da Yitirilmesi Yönünden Değerlendirilen Üst Ekstremite Ortopedik Arazlarının Maluliyet ve Özürlülük Açısından İrdelenmesi
Hatice AK / Erkan DOĞAN / Kağan GÜRPINAR
S28 255
Doğal Ölüm Olgularında Görülen Post-Mortem Resüsitasyon Artefaktları
Mustafa Seçkin ÖZYAYLA / İbrahim ÜZÜN / Abdullah Coşkun YORULMAZ
S29 256
2012-2022 Yılları Arasında Bireysel Başvuru Niteliğindeki Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) Olgularının Adli Tıbbi Değerlendirmesi: Retrospektif Araştırma
Birgül TÜZÜN / Mehmet Şevki SÖZEN
S30 256
Acil Tıp Uzmanı ve/veya Acil Konsültan Hekimler Tarafından Değerlendirilen Vakalarda Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının İncelenmesi
Mustafa Bilal CEYLAN / Yunus YÜREKLİ / Hızır ASLIYÜKSEK / İbrahim İKİZCELİ
S31 257
Genetik Hastalık Yönünden Riskli, PGT Sonrası İki Kez Anomali Tespit Edilen Gebelik Geçiren Olgu Sunumu
Esma AKDEMİR / Elif Nur AMAÇ / Hızır ASLIYÜKSEK / Esra Güzel TANOĞLU
S32 257
Üst Kurula Gelen Pediatri Dosyalarının Retrospektif Olarak İncelenmesi
Hızır ASLIYÜKSEK / Caner BEŞKOÇ / Ömer Faruk ŞİMŞEKER / Esma AKDEMİR / Adem KARBUZ
S33 258
İntihar ve Cinayet Vakalarında Tatuaj ve Self Mutilasyon Değerlendirmesi
Halit DENİZ / Abdurrahim TÜRKOĞLU / Turgay BÖRK / Nazif Harun VİCDANLI
S35 259
Köpek Saldırılarının Adli Tıbbi Boyutu: 10 Yıllık Tek Merkezli Retrospektif Bir Çalışma
Ahmet Buğra ÖZTAŞYONAR / İrem Tuğçe TOKSOY / Mehmet ATILGAN
S36 259
Baş Bölgesi Kemik Kırıklarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi
İsmail Mehmet DEMİRCİ / Uğur KOÇAK
S37 260
Ası Vakalarında Beden Kitle İndeksinin Değerlendirilmesi
Muhammed ODUNCU / Hüseyin Çağrı ŞAHİN / Erdoğan KARA
S38 260
Asansör İlişkili Ölümler
Ahmet Sedat DÜNDAR / Yusuf ATAN
S39 261
Genç Yetişkin ve Adölesanlarda Scapular Morfometrik Ölçümlerle Yaş ve Cinsiyet Tayini
Eda YİĞİT / Mehmet Akif İNANICI
S40 261
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesine Başvuran İnsan Isırığı İlişkili Olguların İncelenmesi
Mehmet TOKDEMİR / Ferhat T. TUNÇEZ / Utku NALBANT
S41 262
Yakın Akraba Evliliğinde Anne Olmadan Babalık Tespitinde Yanlış Babalık Sonucu Verme Riskinin Araştırılması
Seyfettin SÖNMEZ / Erdal BALCAN
S42 262
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Ordu Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2017-2022 Yılları İçerisinde Gelen Ası Olgularının Adli Tıbbi Açıdan Değerlendirilmesi
Muhammed Abdullah İMAT / Hacer Yaşar TEKE / Yusuf ŞAHİN / Eser BAYRAKTAR
S43 263
Cinsiyet Değiştirme Vakalarında Yargıtay Ve Anayasa Mahkemesi Kararlarının Değerlendirilmesi
Melih ÇAMCI / Hüseyin Çağrı ŞAHİN
S44 263
Adli Tıp Kurumu İşleyişinin Analizi
Hızır ASLIYÜKSEK / Süleyman Serhat GÜRPINAR

POSTER BİLDİRİLER

P1 266
Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi Üzerine Yayınlanan Makalelerin Bibliyometrik Analizi
Muhammed Zeyit ALEMDAR / Emre Nuri İĞDE
P2 267
Edinsel Kimerizm ve Nesep Tayini: İki Olgu
Gülay ÖZEL CAVLAK / Esma Büşra KALE / Süleyman DENİZ / Filiz Usta BAL / Sait ÖZSOY
P4 268
Deprem Felaketinde Soyağacı Kurularak Yapılan Kimliklendirme Çalışmaları
Neslihan ALPAY ARAL / Altan GÜNAYDIN / Abdülkerim KARDAŞ

İÇİNDEKİLER

P7 269
Enf (Elektrik Şebeke Frekansı) Verilerinin Ses Sahteciliğinin Tespitinde Kullanılması
Oğuzhan ÇİLTAŞ / Esra ODABAŞ YILDIRIM / Faruk Baturalp GÜNAY
P8 270
Adli Bilişim Vakalarında Materyallerden Alınan Dijital Kopyaların Canlandırılmasının Önemi
Celal ALACA / Adnan KEÇE
P9 271
Erotik Asfiksi Olgusuna Medikolegal Yaklaşım
S.Yazgülü TAŞDEMİR / Arda AKAY / Fatime GÜL / L.Lal ÇAKIR / Abdullah Coşkun YORULMAZ
P10 272
Psikotik Bozuklukta Kanibalizm: Bir Olgu Sunumu
Mehmet DOĞAN / Muhammed Emin BOYLU
P11 273
Çocuk İstismarında Yanlış Teşhis Örneği: Olgu Sunumu
Abdülkadir İZCİ / Ramazan UÇAK / Ayşe KURTULUŞ DERELİ / Kemalettin ACAR
P12 274
Cinsel İstismar Mağduru Olarak Adli Soruşturması Devam Eden Major Depresyon Tanılı Kız Çocuğun
Yüksekten Atlayarak İntihar Girişimi- Olgu Sunumu
Mustafa YİĞİT
P13 275
Majör Depresyon Tanılı Kişinin İntihar Amaçlı Kendini 12 Kez Delici Kesici Alet İle Yaralaması - Olgu Sunumu
Mustafa YİĞİT / Hüdaverdi KÜÇÜKER / Merve GÜRSOY
P14 276
Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesine 2022 Yılında Cezai Sorumluluğunun Belirlenmesi Amacıyla Gönderilen ve Ceza Sorumlulukları
Olmadığı veya Azalmış Olduğu Yönünde Karar Verilen Olguların Değerlendirilmesi
Mehmet DOĞAN / Muhammed Emin BOYLU / Sefa SAYGILI
P15 277
Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali Suçu Nedeniyle TCK 32.Maddesi Kapsamında Değerlendirilmesi Olgu Sunumu
Canan ERYİĞİT İBİŞ / Fatma Süheyla ALİUSTAOĞLU / Onur GÖKÇEN
P16 278
Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastanın Batına ve Kalbe Nafiz Olan Delici Kesici Alet İle Suicid Girişimi- Olgu Sunumu
Canan ERYİĞİT İBİŞ / Hüdaverdi KÜÇÜKER
P17 279
Head Space Gaz Kromatografi (HS/GC) Cihazı İçin En İyi Çalışma Koşullarının Belirlenmesi
Abdulkerim DERİN / Ahmet Çağrı ATA / Elif KESMEN / Ahmet Nezih KÖK
P18 280
Yedi Yaşındaki Bir Çocukta Baldıran Otu İntoksikasyonu
Esra KÖSE / Elif KESMEN / Ahmet Nezih KÖK
P19 281
Antemortem Kan ve Sıvı Replasman Tedavisinin Postmortem Kan Etanol Konsantrasyonuna Etkisi
Fatime GÜL / Lâçin Lal ÇAKIR / Görkem AYAS / Yasemin Günay BALCI / Abdullah Coşkun YORULMAZ
P20 282
Tarım İlaçlarının Oral Alımı İle İntihar Olgusu
Ertuğrul GÖK / Serbülent KILIÇ
P21 283
Ev Bitkilerindeki Toksin Maddelerin Lc-Hrms Yöntemiyle Tespiti
Burak ARI / Elif Bulut GÜLTEKİN / Yeter EROL ÖZTÜRK / Altan GÜNAYDIN
P22 284
2023 Ocak-Temmuz Ayları Arasında Ankara Ve Çevresindeki İllerde Meydana Gelen Trafik Kazalarında Alkol Ve
Yasaklı Madde Kullanım Oranlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi
Burak ARI / Rüçhan ÖZTÜRK / Serkan ÖZTÜRK
P23 285
Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesinin Akreditasyon ve Validasyon Çalışmalarının Değerlendirilmesi
Özgür TURNA / H.Çetin KETENCİ / Hülya SAVAŞ / Fatih ÇAKIROĞLU / M.Dilek ERKAN / Kübra ŞAHİN / Şansen BAHÇEKAPILI
P24 286
Adli Toksikoloji Analizlerinde Kullanılan Sıvı Kromatografisi-Tandem Kütle Spektrometresi (Lc-Ms-Ms) Cihazı İle İlgili
Risklerin İş Sağlığı Ve Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi
Feyza ÜNEL / Zehra YILDIZ / Mehmet ŞAHİN
P25 287
Pediatrik Olgularda Zehirlenmeler
Büşra Baydemir KILIÇ / Mustafa Talip ŞENER / Ahmet Nezih KÖK
P26 288
Trafik Kazasının Tetiklediği Stresör Faktörlere Bağlı Ölüm: Olgu Sunumu
Berat BAYRAKTAR

P27 289
Akut Miyokard İnfarktüsü Bir Çocuk Olgu Sunumu
Çağdaş SAVAŞ / Murat KÖKER / İsmail Özgür CAN
P28 290
Hastane Yemeği Kaynaklı Gıda Alerjisine Bağlı Gelişen Anafilaksi: Olgu Sunumu
Ali Ulvi ÇALIK / Hatice YILMAZ / Emre MUTLU
P29 291
Bitkisel Ürün Kullanımına Bağlı Gelişen Serebral Pontin Myelinozis Sonucu Ani Beklenmedik Ölüm
Zeki KIRATLI / Kamil Hakan DOĞAN
P30 292
Karaciğer Kist Hidatik Rüptürü Nedeniyle Meydana Gelen Anafilaktik Şok ve Ölüm: Olgu Sunumu
Ümmügülsüm MÜLAYİM ÖZULUCAN / Merve TÜRKKAL / Kamil Hakan DOĞAN
P31 293
Anüsünden Yabancı Cisim Çıktığı İddia Edilen Bir Bebek: Olgu Sunumu
Abdullah Kaan ERBAY / Ahmet AKAYDIN / Caner BEŞKOÇ
P32 294
Dimetilasetamid Zehirlenmesi Sonrası Beyin MR Görüntülemesinde İzole Kortikal Tutulum: Vaka Sunumu
Berna YENİÇERİ / Sibel ATACAN / Hızır ASLIYÜKSEK / Nihan Hande AKÇAKAYA
P33 295
Maternal Metamfetamin Kullanımıyla İlişkili İntrauterin Ölüm: Olgu Sunumu
Yiğit SEZER / Elif KESMEN / Berna DURMUŞ / M. Raşit DEMİRCAN / M. Talip ŞENER / Ahmet Nezih KÖK
P34 296
Metamfetamin Zehirlenmesine Bağlı Bebek Ölümü
Uğur REYHAN / Fatih MUTLU / Safa DUMAN / Ceren YILDIZ
P35 297
Adana İlinde Adli Tıp Alanında Hizmet Veren Çalışanların Biyolojik Risk Algı Düzeylerinin Ölçülmesi Ve Değerlendirilmesi
Nuri AKIN / Feyza ÜNEL / Ferdi TANIR
P36 298
Künt Toraks Travması Sonucu Gelişen Bronşial Darlığın Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Açısından Önemi: Olgu Sunumu
Veysel Osman SOĞUKPINAR / Cem TERECE / Yusuf TETİK / Özlem Saniye İÇMELİ / Kağan GÜRPINAR
P37 299
Amputasyona Giden Süreçte Elektronik Kelepçenin Rolü: Bir Olgu Sunumu
Hasan KARAOĞLU / Yasin KOCA / Nurettin Nezih ANOLAY
P38 300
Septorinoplasti Öyküsü Ve Pestisid Maruziyetinde Anosmi Gelişimi - Olgu Sunumu
Tilbe ACAR / Yasin KOCA / Serdar ÖZDİL / Kadir Serkan ORHAN
P39 301
Lokal Anestezik İlaçlara Bağlı Methemoglobinemi Olguları
Ali Ulvi ÇALIK / Emre MUTLU / Caner BEŞKOÇ
P40 302
Septoplasti Ameliyatında Kafa Tabanı Kırığı Oluşması Komplikasyon mu? Tıbbi Uygulama Hatası mı?
Özlem AKPINAR / Caner BEŞKOÇ / Abdulkadir CAN
P41 303
Malpraktis İddiası İle Açılan Tazminat Davalarında Yargıtay ve Danıştay'ın "Aydınlatılmış Onam (Rıza)" Hususundaki Görüşlerinin İncelenmesi
Talip VURAL / Melike ERBAŞ / Hüseyin Çetin KETENCİ
P42 304
Enjeksiyon Nöropatisi Olgularında Erken Dönemde Medikolegal Değerlendirme
Halil İlhan AYDOĞDU / Muazzez Elçin ÖZKAN
P43 305
Polinöropati ve Parkinsonizmi Olan Olguda Hot Pack Yanığı
Zehra Gamze KABA / Enise TAŞIN KOÇ / Caner BEŞKOÇ / Halil KOYUNCU
P44 306
Mesleki Sorumluluk Kurulunun Soruşturma Sürecine Etkisi
S.Yazgülü TAŞDEMİR / Arda AKAY / Fatime GÜL / L.Lal ÇAKIR / M.Erdal AKSOY / Pelin DEMİRHAN / E.Deniz TORUN /A.Coşkun YORULMAZ
P45 307
Koter Yanığı Olgularına Medikolegal Yaklaşım
Fatime GÜL / Arda AKAY / L.Lal ÇAKIR / S.Yazgülü TAŞDEMİR / Erdal AKSOY / E.Deniz TORUN / Arzu ASLAN / A.Coşkun YORULMAZ
P46 308
Mesane Kanseri Hastalarında İntravezikal Bcg Tedavisinin Hatalı Uygulaması – 3 Vaka Sunumu
Naciye ÇELİKER / Betül DERİCİOĞLU / Caner BEŞKOÇ
P48 309
Ameliyat Esnasında Oksijen Yerine Nitröz Oksit Kullanılması Sonucu Hipoksi Gelişen Bir Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgu Sunumu
Oğuzhan Kürşat GÜLER / Caner BEŞKOÇ / Humman ŞEN
P49 310
Radyolojik Olarak Atlanmış Akciğer Tüberkülozu: Bir Olgu Sunumu
Çağlar ALTINTOP / Fatih GÜLER / Şener AĞAÇ / Caner BEŞKOÇ
P50 311
Preoperatif Anestezi Değerlendirmesinde Çekilen Akciğer Grafisinde Atlanmış Bir Kanser Olgusu
Sezer ÇEKİÇ / Caner BEŞKOÇ / Hasan ALTUNSOY / Şener AĞAÇ

İÇİNDEKİLER

P51 **312**
Pulmoner Kitle ile Tanısı Konulan Bir Metastatik Koryokarsinom Vakası
Kerem Selçuk GENÇ / Halil Bahadır YÜCE / Şener AĞAÇ / Caner BEŞKOÇ
P52 **313**
Hatalı Yorumlanan Radyolojik Tetkik Sonucuna Göre Hatalı Tanı Konulması Malpraktis Midir?
Caner BEŞKOÇ / Humman ŞEN / Şener AĞAÇ / Mustafa Can YAZICI / Nezih ÖZKAN / Hızır ASLIYÜKSEK
P53 **314**
Duyarlılık Artefaktı Nedeniyle Vücutta Yabancı Cisim Unutulduğu Düşünülen Bir Olgu Sunumu
Tuğçe GÜVEN GÜL / Mehmet Utku KARAKAŞ / Caner BEŞKOÇ / Humman ŞEN / Şener AĞAÇ
P54 **315**
Av Tüfeği Ses Fişekleri ile Meydana Gelen Ölüm Olgularının İncelenmesi
İsmail ALTIN / Ahmet Sedat DÜNDAR
P55 **316**
Sağ Ventrikülde Milimetrik Metalik Yabancı Cisim: Deforme Saçma Tanesi Embolisi: Olgu Sunumu
Talip VURAL / Melike ERBAŞ / Bilal SOFİOĞLU
P56 **317**
İkili Ölüm (Cinayet-İntihar): Olgu Sunumu
Talip VURAL / Hüseyin Çetin KETENCİ / Kenan SEZGİN / Halil BOZ / Mehmet ASKAY
P58 **318**
Septalı Hymen ve Gebelik: Olgu Sunumu
Hamza KESKİNKILIÇ / Mehmet ALTINOK / Hakan TOKA / Emre GÜRBÜZ / Mehmet Zahit SARITAŞ / Mehmet Cengil ASLAN
P59 **319**
Van ve Hakkari İllerinde Bebeklerin Beşiğe Bağlanarak Uyutulma Uygulamasının Asfiksi Üzerine Etkisi
Erhan KARTAL / Bedir KORKMAZ
P60 **320**
Çay Bitkisi Toplarken Yılan Isırığına Bağlı Ölüm: Olgu Sunumu
Talip VURAL / Hüseyin Çetin KETENCİ / Halil BOZ / Mustafa ERDOĞAN
P61 **321**
Hepatik Arter Anevrizması Rüptürü: Postmortem Olgu Sunumu
Mustafa DEMİRER / K. Aylin AKSOY / Cemyiğit DEVECİ
P62 **322**
Zihinsel Engelli Bir Erişkinde Yabancı Cisim Aspirasyonu – Olgu Sunumu
Mustafa Seçkin ÖZYAYLA
P63 **323**
Maternal Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bebek Ölümleri
Onur MERZİFONLU / Hüseyin Çağrı ŞAHİN / İbrahim ÜZÜN
P64 **324**
Tırda Ölüm - Bir Karbonmonoksit Zehirlenmesi Olgusunda Olay Yeri İnceleme ve Otopsi Bulguları
Melikşah Raşit DEMİRCAN / Merve TÜRKKAL / Mustafa Talip ŞENER / Ahmet Nezih KÖK
P65 **325**
Kafatası İçerisine Çarparak Yön Değiştiren ve Yüz Bölgesinde Giriş ve Çıkış Delikleri Oluşturan Mermi Çekirdeği - Olgu Sunumu
Merve TÜRKKAL / Melikşah Raşit DEMİRCAN / Kamil Hakan DOĞAN
P66 **326**
Türkiye'de 2018-2022 Yılları Arasında Meydana Gelen Ölümlerin Değerlendirilmesi
Emre Nuri İĞDE / Berat BAYRAKTAR
P68 **327**
Yıldırım Düşmesi Sonucu Ölüm: İki Olgu Sunumu
Bekir DİNÇER / Mert ASLAN / Zekiye Gözde KARA / Tülay RENKLİDAĞ
P69 **328**
Ani İşitme Kaybı Nedeniyle Uygulanan Hiperbarik Oksijen Tedavisi Sonucu Pnömotoraks ve Hava Embolisi Meydana Gelen Olgu Sunumu
Tuğba ÖZBULAT / Esma AKDEMİR / Hızır ASLIYÜKSEK / Yahya GÜLDİKEN
P70 **329**
Travmatik Koroner Arter Diseksiyonu: Bir Olgu Sunumu
Mert ASLAN / Bekir DİNÇER / Zekiye Gözde KARA
P71 **330**
İstemli ve İstem Dışı Cinsel İlişkide Tıbbi Bulgular Açısından Fark Nedir?
L.Lal ÇAKIR / Fatime GÜL / Arda AKAY / S.Yazgülü TAŞDEMİR / M.Berna DOĞAN / A.Coşkun YORULMAZ
P72 **331**
Tek Giriş ve Tek Çıkış Deliği Olan İki Ardışık Mermiye Bağlı Ölüm: Olgu Sunumu
Büşra BAYDEMİR KILINÇ / Mustafa Talip ŞENER / Ahmet Nezih KÖK
P73 **332**
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Ordu Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2017-2022 Yılları İçerisinde İntihar İddiasıyla Gelen Kadın Olguların Otopsi Bulguları İle Sosyodemografik Bulguların Değerlendirilmesi
Muhammet Abdullah İMAT / Hacer YAŞAR TEKE / Yusuf ŞAHİN / Eser BAYRAKTAR

P74 **333**
Olgu Sunumu: İlaç İntoksikasyonu İle Ölen Bir Çocuk İstismar Vakası
Muhammed Abdullah İMAT / Bora ÖZDEMİR / Kamil ŞAHİN / Hüseyin SARI
P75 **334**
Farklı Yöntemlerle Meydana Gelmiş Çoklu Travmaların Kemik Üzerindeki Etkileri: İki Olgu Sunumu
Özge ÜNLÜTÜRK / İsmail ÇOBAN
P76 **335**
Boyna Bağ Tatbiki Sonucu Meydana Gelen Bulguların Çürümüş Cesette Değerlendirilmesi
Muhammed Selman ÇOLAK / Yunus YÜREKLİ / İsmail ÇOBAN / Songül KORKUT
P78 **336**
Ası Vakalarında Simon Sign's Değerlendirilmesi
Uğur REYHAN / Soner DAĞLI / Kemalettin ACAR / Ayşe KURTULUŞ DERELİ
P79 **337**
Tıbbi Kayıtların Düzeltilmesi/Silinmesi Taleplerinin Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi
Fatime GÜL / Laçin Lal ÇAKIR / Abdullah Coşkun YORULMAZ / Adem SÖZÜER
P80 **338**
İdrarını Yaparken Elektrik Çarpması Sonucu Ölen Çocuk Olgu; Nadir Bir Penis Yaralanması Örneği
Ahmet Sedat DÜNDAR / İsmail ALTIN
P81 **339**
Bolu İlinde Yaşlı İntiharları
Erdem HÖSÜKLER / Zehra Zerrin ERKOL / Taşkın ÖZDEŞ / Tolga TURAN / Buğra Kaan YAZGI
P82 **340**
MELAS Sendromu Olgusunun Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi
Ferhan KANDEMİR / Zehra Zerrin ERKOL / Aziz YILMAZ / Buğra Kaan YAZGI / Erdem HÖSÜKLER
P83 **341**
Şiddet Maruziyeti Sonrası Kalp Krizi Olgularında İlliyet Bağı Sorunu: Yargıtay Kararları Üzerine Bir İnceleme
Zeynep MERZİFONLU / Hüseyin Çağrı ŞAHİN / Onur MERZİFONLU / Melih ÇAMCI
P84 **342**
Muharebe Sırasında Gerçekleşen Ateşli Silah Yaralanmalarına Bağlı Ölümlerde Mermi Çekirdeği Dağılımına Göre Koruyucu Zırh Geliştirilmesi
Burak TAŞTEKİN / Aytunç AKREP / Yavuz HEKİMOĞLU
P85 **343**
Yaşayan Bireylerde Ateşli Silah Mermi Çekirdeklerinin Adli Radyolojik Değerlendirilmesi
Aytunç AKREP / Hakan BEKÇİ / Sıla YAZKAN HIRA / Burak TAŞTEKİN / Yavuz HEKİMOĞLU
P86 **344**
Birden Fazla Sanıklı Kasten Öldürme Olayı: Olgu Sunumu
Bekir DİNÇER / Ahmet Yunus TOSUN / Altuğ BEŞİKÇİ
P88 **345**
Bir Tanı İkilemi: Fiziksel İstismarı Taklit Eden Job Sendromu
Serbülent KILIÇ / Arzu OTO / Orhan GÖRÜKMEZ / Ayşenur METİN
P89 **346**
ATK Kimya İhtisas Dairesi Narkotik Şubesine 2022 Yılında Gelen Adli Dosyaların Değerlendirilmesi
Salih SARI / Fatma Şeyma KURTULUŞ / Özcan ÇAK / Neşe AYDIN / Deniz YILMAZ / Ayşegül YAĞCI / Özlem GÖZPEK / Murat YILMAZ / Kemal SAPAN / İsmail ATEŞ
P90 **347**
Kozmetik Ürünlere Bağlı Gelişen Cilt Reaksiyonları
Ali Ulvi ÇALIK / Emre MUTLU / Caner BEŞKOÇ



T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLİ TIP KURUMU

SUNUŞ

Uluslararası Katılımlı 18. Adli Tıp Günleri'ni 19-22 Ekim tarihlerinde Antalya ATGV Tesisleri'nde gerçekleştirmiş bulunuyoruz.

Bu etkinlik adli tıp, adli bilimler ve hukuk alanının saygın uzman ve akademisyenlerini bir araya getirerek, güncel gelişmelerle ilgili bilgi paylaşımını teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

Adli Tıp Kurumu'nun kapasitesinin ve işlevselliğinin artırılması için yapılan düzenlemeler ve yatırımların, adli tıp hizmetlerinin her geçen gün artan iş yüküne ve çeşitliliğine etkin bir şekilde cevap vermesine olanak sağladığını ifade etmek isterim.

Özellikle 2002 yılından bu yana gerçekleştirilen çalışmalar neticesinde Kurumun, Ülkemizin dört bir yanında daha etkin bir şekilde hizmet verebilir hale gelmesi, geleceğe yönelik umut verici bir tabloyu ortaya koymaktadır.

Adli Tıp Kurumumuzun geçmişten günümüze kadar olan gelişimini ve başarılarını göz önüne alarak, bu alandaki önemli adımlar attığını ve sürekli gelişim anlayışını benimsendiğini görmekten mutluluk duyuyorum.

Adalet Bakanlığı olarak, Adli Tıp Kurumu'nun teşkilat yapısını daha da güçlendirmek ve geliştirmek için çeşitli projeler üzerinde çalışmaktayız. İhtisas kurulu sayısını artırmak, grup başkanlıklarını bölge başkanlıklarına dönüştürmek ve idari birimleri daha etkin bir şekilde yapılandırmak gibi düzenlemeleri içeren yeni teşkilat kararnamemiz Kurumun daha etkili bir şekilde faaliyet göstermesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca, Adli Tıp Kurumu'nun deprem bölgesindeki önemli rolünü, afet durumlarında hızlı ve etkin bir şekilde müdahale etmesini takdirle karşılıyorum.

Deprem sürecinde gösterilen çaba ve koordinasyon, Kurumun güçlü kurumsal yapısının bir yansımasıdır. Bu kongre vesilesiyle, ulusal ve uluslararası alanda uzmanların bir araya gelmesi, bilgi ve deneyim paylaşımının artırılması, yeni perspektiflerin kazanılması adına önemli bir platform sunulmuştur.

Uluslararası Katılımlı 18. Adli Tıp Günleri'nde, dört gün boyunca; başta Kitlesel Felaket ve Kimliklendirme olmak üzere Dünya'da Bilirkişilik Uygulamaları, Adli Belge İnceleme ve Bilirkişilik, Adli Tıp ve İnsan Hakları, Adli Psikiyatri, Afet Ve Adli Tıp, Maluliyet Ve Engellilik, Sağlık Hukuku, Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi ve *Adli Bilişim konuları derinlemesine tartışma imkânı bulunmuştur.*

Kongremiz Yargıtay, Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu, TÜBİTAK, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Adalet Akademisi, Sosyal Güvenlik Kurumu, Jandarma ve Emniyet Teşkilatı ile üniversitelerimizden; alanında uzman 27 moderatör ve 55 konuşmacı olmak üzere 82 panelist yer aldı; 270 adli tıp ve adli bilimler uzmanı tarafından 41'i sözlü bildiri, 82'si poster bildiri olmak üzere toplam 123 bildiri sunularak başarıyla gerçekleştirildi.

Adli Tıp Günleri'nde ele alınan konuların çeşitliliği ve uzman konuşmacıları, adli tıp ve adli bilimler alanındaki gelişmeleri yakından takip etmek ve bu alandaki bilgi birikimini artırmak adına önemli katkılar sunmuştur.

Son olarak, Uluslararası Katılımlı 18. Adli Tıp Günleri'nin düzenlenmesinde ve kongre kitabının hazırlanmasında emeği geçenlere, panelistlere, bildiri sahiplerine ve değerli katılımcılara teşekkür ederim.

Yılmaz TUNÇ
Adalet Bakanı



T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLİ TIP KURUMU

ÖNSÖZ

Kökleri, Mekteb-i-Tıbbiyye-i Şahane'de **"Tıbb-î Kanunî (Adli Tıp)"** derslerinin verildiği 1839 yılına dayanan Adli Tıp Kurumu, 1982 yılında kurumsallaşarak bugünkü organizasyon yapısına kavuşmuştur.

Adli Tıp Kurumu, iki asırlık bilgi, birikim ve tecrübesiyle dünyanın saygı duyduğu; ilkeleri, teknolojisi, bilimsel kapasitesi, uzmanlarının yetkinliği, kurumsal organizasyonu ve alt yapısıyla örnek ve öncü bir müessesedir.

Köklü geçmişinden aldığı vizyon ve tecrübesiyle bilirkişilik alanında öncü ve referans bir kurum olan Adli Tıp Kurumu, aynı zamanda gerek adli tıp uzmanlık gerekse adli bilimler alanlarında vermiş olduğu eğitimler ile başlıca bir eğitim kurumu olarak enstitü ve üniversiteler arasında yerini almıştır.

Kurumsal kimliğine kavuştuktan sadece iki yıl sonra 1984 yılında ilk Ulusal Adli Tıp Günleri Toplantısı'nı gerçekleştiren Adli Tıp Kurumu, bu toplantıları 2003 yılına kadar düzensiz aralıklar ile 10 kez düzenlemiştir. Takip eden 5 yıl içerisinde ise, yargı ve adli tıp camiasını bir araya getirerek ulusal adli tıp günleri toplantılarını düzenli olarak her yıl organize etmiştir.

Sonraki 15 yıllık süreçte ise sadece 2 kez yapabilmiştir.

Adli Tıp Kurumu, aralarda kesintiler de olsa, geleneksel olarak düzenlediği ve yargı mensupları ile adlı tıp/adli bilimler alanındaki yetkin kişileri bir araya getirdiği ulusal adli tıp günleri toplantılarını, geçtiğimiz yıl olduğu gibi bu yıl da yurt dışından konuşmacıların katılımı ile uluslararası katılımlı boyuta taşıdı.

Uluslararası Katılımlı 18. Adli Tıp Günleri'nde; dört gün boyunca Yargıtay, Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu, TÜBİTAK, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Adalet Akademisi, Sosyal Güvenlik Kurumu, Jandarma ve Emniyet Teşkilatı ile üniversitelerimizden alanında uzman 27 moderatör ve 55 konuşmacı olmak üzere 82 panelist yer aldı; 270 adli tıp ve adli bilimler uzmanı tarafından 41'i sözlü bildiri, 82'si poster bildiri olmak üzere toplam 123 bildiri sunuldu.

Adli Tıp Kurumu, yeni gelişmeleri de dikkate alarak sürekli gelişen ve yenilenen yapısıyla, çok daha güçlü bir şekilde maddi gerçeğin ortaya çıkarılması görevini yerine getirmiş olacak ve hem eğitim faaliyetlerine hem de adalete desteğine devam edecektir.

Düzenlenen bu tür toplantılar ile bilgilerimiz tazelenecek, tecrübelerimiz paylaşılacak ve birikimlerimiz yeni gelişmeler ile harmanlanacaktır.

Dr. Öğr. Üyesi Hızır ASLIYÜKSEK
Kongre Başkanı

Abdulkadir KUTLUK
Adalet Bakanlığı Hukuk İşleri Genel Müdürlüğü Bilirkişilik Daire Başkanı

Prof.Dr. Abdulkerim YILDIRIM
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Uz. Dr. Abdullah Benna SARIN
Adli Tıp Kurumu Hatay Adli Tıp Grup Başkanı

Prof.Dr. Abdullah Coşkun YORULMAZ
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Doç.Dr. Abdurrahman SAVAŞ
İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Roma Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesi Uzmanı

Müh. Adnan KEÇE
Adli Tıp Kurumu Adli Bilişim İhtisas Dairesi Başkanı

Prof.Dr. Ahmet BELCE
Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı / Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Beşinci İhtisas Kurulu Üyesi

Doç.Dr. Ahmet Cahit İYİLİKLİ
Küçükçekmece Adliyesi Adli Yargı İlk Derece Mahkemesi Adalet Komisyonu Üyesi

Ahmet ER
Yargıtay 12. Ceza Dairesi Başkanı

Prof.Dr. Ahmet Nezih KÖK
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı / Adli Tıp Kurumu Erzurum Adli Tıp Grup Başkanı

Prof.Dr. Ali Cengiz KÖSEOĞLU
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörü

Dr.Öğr. Üyesi Ali GÖRÇİN
TÜBİTAK BİLGEM Başkanı / İstanbul Teknik Üniversitesi Elektrik Elektronik Fakültesi Elektronik Haberleşme Mühendisliği Bölümü Öğretim Üyesi

Doç.Dr. Ali KOÇAK
New York University John Jay Collage of Criminal Justice Öğretim Üyesi New York Şehir Üniversitesi John Jay Ceza Adaleti Fakültesi Öğretim Üyesi

Uz. Altan GÜNAYDIN
Diyarbakır Adli Tıp Grup Başkanlığı Biyoloji İhtisas Dairesi Başkanı

Dr.Öğr. Üyesi Bahadır DEMİR
Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi / Ankara Üniversitesi Adalet Meslek Yüksekokulu Müdür Yardımcısı

Doç.Dr. Barış TORAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Usül ve İcra-İflas Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof.Dr. Başar ÇOLAK
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Uz. Bestami ÇOLAK
Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Dairesi Başkanı

Doç.Dr. Cebrail ŞİMŞEK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Sanatoryum Hastanesi Göğüs Hastalıkları - İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanı / SGK Yüksek Sağlık Kurulu Eski Üyesi

Prof.Dr. Cüneyt YÜKSEL
TBMM Adalet Komisyonu Başkanı

Dr. Çağdaş AKSOY
Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Daire Başkanlığı Ankara Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürü

Prof.Dr. Ekin Özgür AKTAŞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

KONUŞMACI LİSTESİ

Erdem KOÇ
Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkan Yardımcısı

Uz. Dr. Erdoğan KARA
Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi Başkan V.

Eyup YEŞİL
Yargıtay 1.Başkanvekili

Dr.Öğr. Üyesi Fahri Erdem KAŞAK
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prof.Dr. Faruk AŞICIOĞLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Tıp Bilimleri Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi /
Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Beşinci İhtisas Kurulu Başkanı

Prof.Dr. Gökhan İbrahim ÖĞÜNÇ
Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi Adli Bilimler Enstitü Müdürü

Doç.Dr. Gökhan UMUT
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Ruh ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi /
Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Dördüncü İhtisas Kurulu Üyesi

Dr.Öğr. Üyesi Göksun DEMİREL
Çukurova Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasotik Toksikoloji Anabilim Dalı Başkanı / Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü Müdür Yardımcısı

Prof.Dr. Gürsel ÇETİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Doç.Dr. Habibe Güldem MERCANOĞLU
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanı / Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Beşinci İhtisas Kurulu Uzmanı

Dr. Hacı Ali AÇIKGÜL
Adalet Bakanlığı İnsan Hakları Dairesi Başkanı

Doç.Dr. Hasan Kadir YILMAZTEKİN
Türkiye Adalet Akademisi Daire Başkanı

Doç.Dr. Hasan Turan KARATEPE
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Adli Tıp İkinci İhtisas Kurulu Üyesi

Prof.Dr. Hikmet Ergin DÜLGER
Adli Tıp Kurumu İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığı - Uzman

Doç.Dr. Hüseyin Çetin KETENCİ
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı / Adli Tıp Kurumu Trabzon Adli Tıp Grup Başkanı

Uz.Dr. İsmail ÇOBAN
Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi Otopsi Şube Müdür V.

Dr.Öğr. Üyesi Kağan GÜRPINAR
Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Üyesi / Adli Tıp Kurumu Adli Tıp İkinci İhtisas Kurulu Başkanı

Mahmut Esat YILDIRIM
Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu Bilgi Teknolojileri Daire Başkan V. / USOM Koordinatörü

Prof.Dr. Mahmut KOCA
İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesi Uzmanı

Prof.Dr. Mehmet Akif İNANICI
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Uz. Dr. Mehmet Ali SELÇUK
Adli Tıp Kurumu Adli Tıp İkinci İhtisas Kurulu Üyesi

Prof.Dr. Mehmet TOKDEMİR
Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı / Adli Tıp Kurumu İzmir Adli Tıp Grup Başkanı

Doç.Dr. Muhammed DEMİREL
İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesi Uzmanı

Prof.Dr. Muharrem KILIÇ
Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu (TİHEK) Başkanı

Muharrem ÜRGÜP
Yargıtay 5.Hukuk Dairesi Üyesi

Prof.Dr. Murat COŞKUN
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Uz. Dr. Murat KAMALAK
Kahramanmaraş Adli Tıp Şube Müdür V.

Prof.Dr. Mustafa Fatih YAVUZ
İstanbul Yeniyüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dr.Öğr. Üyesi Mustafa OKUDAN
Adli Tıp Kurumu Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Mustafa ÖZCAN
İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Kimya Bölümü / Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Beşinci İhtisas Kurulu Üyesi

Mustafa YAPICI
Yargıtay 12.Ceza Dairesi Üyesi

Dr.Öğr. Üyesi Mücahit ORUÇ
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Malatya Adli Tıp Grup Başkanı

Prof.Dr. Necmi ÇEKİN
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Adana Adli Tıp Grup Başkanı

Müh. Nedim KAYA
Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesi Başkanı

Prof.Dr. Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Mühendislik Fakültesi İnşaat Mühendisliği Bölümü Ulaştırma Anabilim Dalı Başkanı /
Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesi Uzmanı

Dr.Öğr. Üyesi Nurettin Nezih ANOLAY
Üsküdar Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi Adli Bilimler Bölümü Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü İhtisas Kurulu Başkanı

Osman ATALAY
Yargıtay 1.Ceza Dairesi Üyesi

Celaleddin ÖMEROV
Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Adli Bilirkişilik Merkezi Balistik ve İz İnceleme Uzmanlık Dairesi Uzmanı

Bnb. Özay DÖRTTEPE
Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı El Yazısı ve Doküman İnceleme Şube Müdürü

Alb. Uz. Dr. Rahim MAMMADOV
Azerbaycan Cumhuriyeti Savunma Bakanlığı Adli Tıp ve Patolojik Anatomi Bilirkişilik Merkezi Başkanı

Prof.Dr. Recep FEDAKAR
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Bursa Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi Başkanı

Prof.Dr. Rıza YILMAZ
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dr. Sebahattin YILMAZ
Sosyal Güvenlik Kurumu Maluliyet Daire Başkanlığı - Uzman

Prof.Dr. Sefa SAYGILI
Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Bölüm Başkanı / Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi Uzmanı

KONUŞMACI LİSTESİ

Prof.Dr. Selami DEMİRKOL
İstanbul Bilgi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi / Danıştay İdari Dava Daire Kurulu Emekli Üyesi

Doç.Dr. Selman DURSUN
İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesi Uzmanı

Serdar NEŞE
Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Daire Başkanlığı Adana Bölge Kriminal Laboratuvar Müdürü

Prof.Dr. Süleyman Serhat GÜRPINAR
Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr. Şenol TURAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi /
Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Altıncı İhtisas Kurulu Üyesi

Uchkun UZAKOV
Özbekistan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Adli Tıp Uzmanlık Merkezi Başkan Yardımcısı

Dr.Öğr. Üyesi Uğur KOÇAK
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı / Adli Tıp Kurumu Hatay Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi Başkan V.

Prof.Dr. Yasemin BALCI
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı / Adli Tıp Kurumu Muğla Adli Tıp Şube Müdürlüğü

Prof.Dr. Yaşar BECERİKLİ
Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Bilgisayar Mühendisliği Bölüm Başkanı / Adli Tıp Kurumu Adli Bilişim İhtisas Dairesi Uzmanı

Doç.Dr. Yavuz Selim GÜÇLÜ
İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi İnşaat Mühendisliği Bölümü Öğretim Üyesi / Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesi Uzmanı

Dr. Yeter EROL ÖZTÜRK
Adli Tıp Kurumu Ankara Adli Tıp Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi Uzmanı

Yunus YILMAZ
Yargıtay 4.Hukuk Dairesi Üyesi

Uz.Dr. Yunus YÜREKLİ
Adli Tıp Kurumu Fizik İhtisas Dairesi Uzmanı

Dr.Öğr. Üyesi Yusuf ATAN
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı / Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Üyesi

Yzb. Zafer ÖZKARA
Jandarma Kriminal Daire Bşk. Ankara Jandarma Kriminal Lab. Müd. Bilişim Teknolojileri İnceleme Şube Müd. Veri ve Ses İnceleme Şube Müdürü

Prof.Dr. Zeki BAYRAKTAR
Sağlık Bakalığı Sancaktepe Prof. Dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ
19-22 EKİM 2023
AKSU - ANTALYA

BİLİMSEL PROGRAM AKIŞI

1.GÜN - 19 Ekim 2023 Perşembe

08:00 - 10:30 KAYIT
10:30 - 12:30 ADLİ TRAFİK VE BİLİRKİŞİLİK

Moderatör: **Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN / Abdurrahman SAVAŞ**

Trafik Kazalarına İlişkin Yargıtay Kararlarının Değerlendirilmesi	**Muhammed DEMİREL**
Trafik Kazalarından Bilirkişilik Uygulamaları	**Nedim KAYA**
Karayollarında Tüm Tarafların Kusursuzluk Durumu: Vaka Analizi	**Yavuz Selim GÜÇLÜ**
Yargıtay Kararları Açısından Trafik Kazalarının Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar	**Mustafa Yapıcı**

12:30 - 14:00 YEMEK ARASI

14:00 - 15:30 ADLİ TOKSİKOLOJİ VE BİLİRKİŞİLİK

Moderatör: **Ahmet BELCE / Gökhan UMUT**

Dünya'da ve Ülkemizde Adli Eczacılık	**Habibe Güldem MERCANOĞLU**
Adli Tıp Kurumunda Güncel Farmasotik Toksikoloji Uygulamaları	**Yeter Erol ÖZTÜRK**
Adli Toksikolojide Genetik	**Göksun DEMİREL**
Türkiye'de Uyuşturucu İle Mücadelede Mevcut Durum	**Erdem KOÇ**
Uyuşturucu Madde İle Mücadelede Kimyasal Profilleme Yöntemi	**Çağdaş AKSOY**
Adli Tıp Beşinci İhtisas Kurulu Uygulamaları	**Mustafa ÖZCAN**

15:30 - 16:00 KAHVE ARASI

16:00 - 17:30 DÜNYA'DA ADLİ BİLİMLER VE BİLİRKİŞİLİK

Moderatör: **Muharrem ÜRGÜP / Barış TORAMAN**

Türkiye'de Bilirkişilik Sistemi	**Abdulkadir KUTLUK**
ABD'de Bilirkişilik Sistemi	**Ali KOÇAK**
Azerbaycan'da Bilirkişilik Sistemi	**Celaleddin ÖMEROV**
Azerbaycan'da Askeri Adli Tıp ve Patolojik Anatomi Ekspertiz Merkezinin Organizasyon Yapısı ve İşleyişi	**Rahim MAMMADOV**
Özbekistan'da Bilirkişilik Sistemi	**Uchkun UZAKOV**

17:30 - 18:00 KAHVE ARASI

18:00 - 19:30 SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMLARI
18:00 - 19:30 TCK'DA TANIMLANAN YARALAMA SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Moderatör **Osman ATALAY**
Moderatör **Gürsel ÇETİN**
Moderatör **Yasemin BALCI**
Moderatör **Başar ÇOLAK**
Moderatör **Kağan GÜRPINAR**
Moderatör **Mehmet Ali SELÇUK**
Moderatör **Hasan Turan KARATEPE**
Moderatör **Selman DURSUN**

2.GÜN - 20 Ekim 2023 Cuma

08:30 - 10:00 AÇILIŞ KOKTEYLİ
10:00 - 12:00 AÇILIŞ PROGRAMI

12:00 - 14:00 YEMEK ARASI

14:00 - 15:30 ADLİ TIP VE İNSAN HAKLARI

Moderatör: **Cüneyt YÜKSEL / Gürsel ÇETİN**

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde Adli Tıp İle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri	**Hacı Ali AÇIKGÜL**
Dünya'da Ulusal İnsan Hakları Kurumları ve Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu (TİHEK)	**Muharrem KILIÇ**
Sağlık Hukuku Açısından Adil Yargılanma İlkesinin İdari Yargıya Etkisi	**Selami DEMİRKOL**
İnsan Hakları ve Adli Tıp Uygulamaları	**Ahmet Nezih KÖK**

15:30 - 16:00 KAHVE ARASI

16:00 - 17:30 ADLİ PSİKİYATRİ - CİNSİYET HOŞNUTSUZLUĞUNDA KARŞILAŞILAN MEDİKAL, CERRAHİ VE ADLİ SORUNLAR

Moderatör: **Abdulkerim YILDIRIM / Sefa SAYGILI**

Erişkinlerde Cinsiyet Hoşnutsuzluğu ve Adli Yönü	**Şenol TURAN**
Çocuklarda Cinsiyet Hoşnutsuzluğu	**Murat COŞKUN**
Transseksüel Cerrahide Yaşanan Sorunlar ve Komplikasyonlar	**Zeki BAYRAKTAR**
Yargıtay Kararları Işığında Cinsiyet Değişikliği	**Fahri Erdem KAŞAK**

17:30 - 18:00 KAHVE ARASI

18:00 - 19:30 ADLİ TIP UZMANLIK EĞİTİMİ

Moderatör: **Mehmet Akif İNANICI / Süleyman Serhat GÜRPINAR**

Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi Müfredatı	**Ekin Özgür AKTAŞ**
Dünya'da Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi	**Yasemin BALCI**
Üniversitelerde Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi	**Abdullah Coşkun YORULMAZ**
Türkiye'de Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi	**Hikmet Ergin DÜLGER**
Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi Adli Bilimler Eğitim Sistemi	**Gökhan İbrahim ÖĞÜNÇ**

3.GÜN - 21 Ekim 2023 Cumartesi

08:00 - 09:00 SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMLARI

09:00 - 10:30 KİTLESEL FELAKET VE KİMLİKLENDİRME / 1.OTURUM

Moderatör: **Necmi ÇEKİN / Mehmet TOKDEMİR**

Afet ve Adli Tıp - Kahramanmaraş Deneyimi	**Hüseyin Çetin KETENCİ**
Afet ve Adli Tıp - Hatay Deneyimi	**Erdoğan KARA**
Afet ve Adli Tıp - Adıyaman Deneyimi	**Yusuf ATAN**
Afet ve Adli Tıp - Malatya Deneyimi	**Mücahit ORUÇ**
Depremzede Bir Adli Tıp Öğretim Görevlisi Gözüyle Hatay Deneyimi	**Uğur KOÇAK**

10:30 - 11:00 KAHVE ARASI

11:00 - 12:30 KİTLESEL FELAKET VE KİMLİKLENDİRME / 2.OTURUM

Moderatör: **Necmi ÇEKİN / Mehmet TOKDEMİR**

Depremzede Bir Adli Tıp Uzmanı Gözüyle Kahramanmaraş Deneyimi	**Murat KAMALAK**
Afet ve Adli Tıp - Kahramanmaraş Deneyimi	**İsmail ÇOBAN**
Afet ve Adli Tıp - Hatay Deneyimi	**Abdullah Benna SARIN**
Deprem Bölgesindeki Adli Kimliklendirme Çalışmaları Diyarbakır Deneyimi	**Altan GÜNAYDIN**
Deprem Bölgesindeki Adli Biyolojik Kimliklendirme Çalışmaları	**Bestami ÇOLAK**

12:30 - 14:00 YEMEK ARASI

14:00 - 15:30 MALULİYET VE ENGELLİLİK

Moderatör: **Ali Cengiz KÖSEOĞLU / Mustafa OKUDAN**

Meslek Hastalıklarında Yaşanan Adli Tıbbi Sorunlar ve Çözüm Önerileri	**Cebrail ŞİMŞEK**
Maluliyet Oranı Hesaplamada Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri	**Nurettin Nezih ANOLAY**
Maluliyet, Çalışma Gücü Kaybı ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Tespitinde SGK Uygulamaları	**Sebahattin YILMAZ**
Yargıtay Açısından Maluliyet ve Engellilik Raporlarının Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar	**Yunus YILMAZ**

15:30 - 16:00 KAHVE ARASI

16:00 - 17:30 SAĞLIK HUKUKU

Moderatör: **Mahmut KOCA / Ahmet Nezih KÖK**

Hekimin Estetik Müdahaleden Kaynaklı Sorumluluğu	**Bahadır DEMİR**
Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Vakalarda Otopsinin Yeri ve Önemi	**Recep FEDAKÂR**
Adli Bilirkişilik Hizmetlerinde Yapılan Hatalar	**Ekin Özgür AKTAŞ**
İdarenin Sağlık Hizmeti Sunumundan Kaynaklı Hukuki Sorumluluğu	**Selami DEMİRKOL**
Yargıtay Kararları Işığında Tıbbi Uygulama Hataları	**Ahmet ER**

17:30 - 18:00 KAHVE ARASI

18:00 - 19:30 SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUMLARI

20:30 - 23:00 GALA PROGRAMI

4.GÜN - 22 Ekim 2023 Pazar

09:00 - 10:30 ADLİ BELGE İNCELEME VE BİLİRKİŞİLİK

Moderatör: **Faruk AŞICIOĞLU / Ahmet Cahit İYİLİKLİ**

Dünya'da Adli Belge İncelemenin Tarihçesi	**Yunus YÜREKLİ**
Dünya'da Adli Belge İncelemeciliğinin Günümüzdeki Durumu ve Geleceğe Yönelik Projeksiyonu	**Rıza YILMAZ**
Adli Belge İncelemeciliğinde Biyometrik İmzaların Örnek Vakalarla Değerlendirilmesi	**Özay DÖRTTEPE**
Emniyet Kriminal Laboratuvarlarında Adli Belge İnceleme Uygulamaları	**Serdar NEŞE**
El Yazısı ve İmzaların Oluşturulma Zamanının Belirlenmesi	**Mustafa Fatih YAVUZ**

10:30 - 11:00 KAHVE ARASI

11:00 - 12:30 ADLİ BİLİŞİM

Moderatör: **Eyup YEŞİL / Yaşar BECERİKLİ**

Kripto Para Sahteciliği	**Adnan KEÇE**
Yapay Zekâ ve Hukuki Sorumluluk	**Hasan Kadir YILMAZTEKİN**
Ulusal Siber Olaylara Müdahale Merkezinin Çalışmaları	**Mahmut Esat YILDIRIM**
Adli Bilişimde Yerli Yazılımlar	**Ali GÖRÇİN**
İnternete Bağlı Akıllı Cihazların (IoT) Adli Bilişim Açısından İncelenmesi	**Zafer ÖZKARA**

12:30 KAPANIŞ

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ
19-22 EKİM 2023
AKSU - ANTALYA

SÖZLÜ BİLDİRİ SUNUM PROGRAMI

19 EKİM 2023 PERŞEMBE 18:00 - 19:00
KIRMIZI SALON MODERATÖR : Prof.Dr. Ahmet BELCE - Dr. Mehmet AKDENİZ

ADLİ TOKSİKOLOJİ

S1 Adli Tıp Kurumu (Atk) Toksikoloji Laboratuvarlarında Çalışan Laborantların Karşılaşabilecekleri Risklerin Fıne-Kınney Metodu İle Değerlendirilmesi
Feyza ÜNEL / Zehra YILDIZ

S2 Yeni Bir Katı Faz Ekstraksiyon Kolonunun Etkinliğinin Araştırılması
Yusuf ATAN / Fatih YİĞİT / Neslihan ALTUN / Elif Tümay ÖZER / Bilgen OSMAN

S3 Bursa'da Uyuşturucu/Uyarici Maddeye Bağli Ölümlerin Değerlendirilmesi
Yusuf ATAN / Samet KIYAK / Nusret AYAZ

S4 Kanda, İdrarda ve Tırnak Örneklerinde Lc-Qtof/Ms İle Metamfetaminin Kalitatif ve Kantitatif Tayini
Esra KÖSE / Alptuğ ATİLA

S5 Erzurum ve Çevre İllerde Uyutucu, Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Kullanımının Değerlendirilmesi
Elif KESMEN / Ahmet Nezih KÖK

S6 Çağın Tehlikesi Metamfetamin Bağımlılığının Kemometrik Modellerle Değerlendirilmesi
Elif KESMEN / Hızır ASLIYÜKSEK / Cem ŞENOL / Onur ŞENOL / Ahmet Nezih KÖK

S8 Toksikolojik Analizlerde Daha Hızlı ve Daha Ekonomik Bir Numune Hazırlama Yöntemi
Elif KESMEN

S9 Karbon Monoksit Maruziyetinin Teşhisine Yönelik Yapay Zeka Temelli Alternatif Modeler Geliştirilmesi
Elif KESMEN / Hızır ASLIYÜKSEK / Onur ŞENOL / Esra KÖSE

21 EKİM 2023 CUMARTESİ 08:00 - 09:00
YEŞİL SALON MODERATÖR : Prof.Dr. Faruk AŞICIOĞLU - Prof.Dr. Erol KAM

ADLİ BİLİMLER

S10 2021-2022 Yılları Arasında Bursa Cumhuriyet Başsavcılığı Genel Soruşturma Dosyalarında Basit Tersimli İmza Kanaat Dercesinin Delil Niteliği Bakımından Yeri ve Önemi
Zühal CENGİZ

S11 Doğal Olarak Yaşlandırılmış Ve Üst Üste Kapalı Bir Kutuya Konularak Saklanmış Kâğıt Belgelerdeki Islak İmzalarda, Belgeler Arasındaki Mürekkep Difüzyonunun Belgeleri Tarihleme Açısından Önemi
Samet KIYAK / Hasan ÇABUK / Rıza YILMAZ

S12 Genişletilmiş Uzmanlar Kurulunca İncelenmek Üzere 2015-2019 Yılları Arasında Adli Belge İnceleme Şubesine Gönderilen Dosyaların Değerlendirilmesi
Ozan SARI / Hızır ASLIYÜKSEK / Mehmet ALTINOK / Muhammed Habib ÖNEN

S13 Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığında 2015-2022 Yılları Arasında Otopsisi Yapılan Kimliği Belirsiz Cesetlerde: Moleküler Genetik İnceleme İle Kimliklendirme
Halil BOZ / Talip VURAL / Hüseyin Çetin KETENCİ / Murat ERCAN / Mustafa ERDOĞAN

S41 Yakın Akraba Evliliğinde Anne Olmadan Babalık Tespitinde Yanlış Babalık Sonucu Verme Riskinin Araştırılması
Seyfettin SÖNMEZ / Erdal BALCAN

S14 Deprem Sonucu Meydana Gelen Ölüm Olaylarına Yönelik Yapılacak Olan Adli İşlemler Konusunda Bir Saha Çalışması- İskenderun Örneği
İsmail Mehmet DEMİRCİ / Türker ALPTEKİN

TURKUAZ SALON MODERATÖR : Prof.Dr. Yaşar BECERİKLİ - Müh. Muhammet ŞİMŞEK

ADLİ BİLİŞİM

S15 Adli Vakalarda Yapay Zekâ ile Görüntü Arama Motoru
Özlem MUTLU / Abdülkadir ALTUNDAĞ / Adnan KEÇE

S16 Ses Montaj İncelemelerinde Kullanılan Yöntemlerin Adli Bilişim Açısından Değerlendirilmesi
Adnan KEÇE / Özlem MUTLU / Gizem Güzel YAMAN / Oğuzhan ÇİLTAŞ

S17 Adli Vakalarda Kamera Görüntülerinden Araç Hızının Hesaplanması
Özlem MUTLU / Abdülkadir ALTUNDAĞ / Adnan KEÇE

S18 Adli Bilişim Altyapi Yazilimi Geliştirilmesi
Abdulkadir ALTUNDAĞ / Özlem MUTLU / Adnan KEÇE / Yaşar BECERİKLİ

S19 Adli Psikiyatrik Değerlendirmede Ceza Sorumluluğu: Yargıtay Kararları Işığında Kesitsel Bir Çalışma
Muhammed Emin BOYLU

KIRMIZI SALON MODERATÖR : Prof.Dr. Şenol TURAN - Uz.Dr. Hasan AĞRITMIŞ

ADLİ PSİKİYATRİ

S20 Cinsiyet Gelişim Bozukluğu Tanısı Alan Olgularda Cinsiyet Tayini: 4 Olgu Sunumu
Gamze BAŞ / Şenol TURAN / Alperen BIKMAZER / Hasan AĞRITMIŞ

S22 Aile İçi Şiddet Polikliniğine Yakın Partner Şiddeti Faili Olarak Başvuran Olguların Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Şiddet ile İlişkisi
Şeyma SEHLİKOĞLU / Kerem SEHLİKOĞLU / Behice HAN ALMİŞ / Ahmet NALBANT

S23 Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesine 2022 Yılında Başvuran Türk Medeni Kanunu'nun 405., 145. Ve 165. Maddesi Kapsamındaki Dosyalarının Adli Psikiyatrik Açıdan İncelenmesi
İlker TAŞDEMİR / Zeynep MERZİFONLU / Muhammed Emin BOYLU

S24 Suça Sürüklenen Adölesanlarda İnternet Bağımlılığının Değerlendirilmesi
Berat BAYRAKTAR / Ömer TOKGÖZLÜ

21 EKİM 2023 CUMARTESİ 18:00 - 19:30
YEŞİL SALON MODERATÖR : Prof.Dr. Hikmet Ergin DÜLGER - Uz.Dr. Mehmet Ali SELÇUK

MALULİYET

S25 Omurga Transvers Proçes Kırıklarına Yönelik Yapılan Maluliyet Hesaplamalarında Kullanılan Yönetmeliklerin Değerlendirilmesi
Ümran TAŞÇI BÜYÜKŞAHAN / Ahmet Murat BÜLBÜL / Selahattin KUŞHAN / Hızır ASLIYÜKSEK

S26 Parmak Amputasyonlarında Replantasyonun Maluliyete Etkisi
Yasin KOCA / Ömer SELÇUK / Selahattin KUŞHAN / Nurettin Nezih ANOLAY

S27 Duyulardan veya Organlardan Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması ya da Yitirilmesi Yönünden Değerlendirilen Üst Ekstremite Ortopedik Arazlarının Maluliyet ve Özürlülük Açısından İrdelenmesi
Hatice AK / Erkan DOĞAN / Kağan GÜRPINAR

TURKUAZ SALON MODERATÖR : Prof.Dr. Adem KARBUZ - Uz.Dr. Hüseyin SARI

SAĞLIK HUKUKU

S28 Doğal Ölüm Olgularında Görülen Post-Mortem Resüsitasyon Artefaktları
Mustafa Seçkin ÖZYAYLA / İbrahim ÜZÜN / Abdullah Coşkun YORULMAZ

S29 2012-2022 Yılları Arasında Bireysel Başvuru Niteliğindeki Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) Olgularının Adli Tıbbi Değerlendirmesi: Retrospektif Araştırma
Birgül TÜZÜN / Mehmet Şevki SÖZEN

S30 Acil Tıp Uzmanı ve/veya Acil Konsültan Hekimler Tarafından Değerlendirilen Vakalarda Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının İncelenmesi
Mustafa Bilal CEYLAN / Yunus YÜREKLİ / Hızır ASLIYÜKSEK / İbrahim İKİZCELİ

S31 Genetik Hastalık Yönünden Riskli, PGT Sonrası İki Kez Anomali Tespit Edilen Gebelik Geçiren Olgu Sunumu
Esma AKDEMİR / Elif Nur AMAÇ / Hızır ASLIYÜKSEK / Esra Güzel TANOĞLU

S32 Üst Kurula Gelen Pediatri Dosyalarının Retrospektif Olarak İncelenmesi
Hızır ASLIYÜKSEK / Caner BEŞKOÇ / Ömer Faruk ŞİMŞEKER / Esma AKDEMİR / Adem KARBUZ

S43 Cinsiyet Değiştirme Vakalarında Yargıtay ve Anayasa Mahkemesi Kararlarının Değerlendirilmesi
Melih ÇAMCI / Hüseyin Çağrı ŞAHİN

S44 Adli Tıp Kurumunun İşleyişinin Analizi
Hızır ASLIYÜKSEK / Süleyman Serhat GÜRPINAR

TURKUAZ SALON
MODERATÖR : Prof.Dr. İbrahim ÜZÜN - Prof.Dr. Zehra Zerrin ERKOL - Doç.Dr. Ferah KARAYEL

ADLİ TIP VE ADLİ PATOLOJİ

S33 İntihar ve Cinayet Vakalarında Tatuaj ve Self Mutilasyon Değerlendirmesi
Halit DENİZ / Abdurrahim TÜRKOĞLU / Turgay BÖRK / Nazif Harun VİCDANLI

S35 Köpek Saldırılarının Adli Tıbbi Boyutu: 10 Yıllık Tek Merkezli Retrospektif Bir Çalışma
Ahmet Buğra ÖZTAŞYONAR / İrem Tuğçe TOKSOY / Mehmet ATILGAN

S36 Baş Bölgesi Kemik Kırıklarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi
İsmail Mehmet DEMİRCİ / Uğur KOÇAK

S37 Ası Vakalarında Beden Kitle İndeksinin Değerlendirilmesi
Muhammed ODUNCU / Hüseyin Çağrı ŞAHİN / Erdoğan KARA

S38 Asansör İlişkili Ölümler
Ahmet Sedat DÜNDAR / Yusuf ATAN

S39 Genç Yetişkin ve Adölesanlarda Scapular Morfometrik Ölçümlerle Yaş ve Cinsiyet Tayini
Eda YİĞİT / Mehmet Akif İNANICI

S40 İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesine Başvuran İnsan Isırığı İlişkili Olguların İncelenmesi
Mehmet TOKDEMİR / Ferhat T. TUNÇEZ / Utku NALBANT

S42 Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Ordu Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2017-2022 Yılları İçerisinde Gelen Ası Olgularının Adli Tıbbi Açıdan Değerlendirilmesi
Muhammed Abdullah İMAT / Hacer Yaşar TEKE / Yusuf ŞAHİN / Eser BAYRAKTAR

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ
19-22 EKİM 2023
AKSU - ANTALYA

POSTER BİLDİRİ SUNUM PROGRAMI

POSTER BİLDİRİ SUNUM PROGRAMI

19 EKİM 2023 PERŞEMBE 15:30 - 16:00 / 17:30 - 18:00

EKRAN 1 MODERATÖR : Prof.Dr. Rıza YILMAZ - Doç.Dr. Murat Nihat ARSLAN

ADLİ BİLİMLER

P1 Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi Üzerine Yayınlanan Makalelerin Bibliyometrik Analizi
Muhammed Zeyit ALEMDAR / Emre Nuri İĞDE

P2 Edinsel Kimerizm ve Nesep Tayini: İki Olgu
Gülay ÖZEL CAVLAK / Esma Büşra KALE / Süleyman DENİZ / Filiz Usta BAL / Sait ÖZSOY

P4 Deprem Felaketinde Soyağacı Kurularak Yapılan Kimliklendirme Çalışmaları
Neslihan ALPAY ARAL / Altan GÜNAYDIN / Abdülkerim KARDAŞ

EKRAN 2 MODERATÖR : Prof.Dr. Yaşar BECERİKLİ - Prof.Dr. Erol KAM

ADLİ BİLİŞİM

P7 Enf (Elektrik Şebeke Frekansı) Verilerinin Ses Sahteciliğinin Tespitinde Kullanılması
Oğuzhan ÇİLTAŞ / Esra ODABAŞ YILDIRIM / Faruk Baturalp GÜNAY

P8 Adli Bilişim Vakalarında Materyallerden Alınan Dijital Kopyaların Canlandırılmasının Önemi
Celal ALACA / Adnan KEÇE

EKRAN 3 MODERATÖR : Doç.Dr. Gökhan UMUT - Uz.Dr. Levent ORTAKÖYLÜ

ADLİ PSİKİYATRİ

P9 Erotik Asfiksi Olgusuna Medikolegal Yaklaşım
S.Yazgülü TAŞDEMİR / Arda AKAY / Fatime GÜL / L.Lal ÇAKIR / Abdullah Coşkun YORULMAZ

P10 Psikotik Bozuklukta Kanibalizm: Bir Olgu Sunumu
Mehmet DOĞAN / Muhammed Emin BOYLU

P11 Çocuk İstismarında Yanlış Teşhis Örneği: Olgu Sunumu
Abdülkadir İZCİ / Ramazan UÇAK / Ayşe KURTULUŞ DERELİ / Kemalettin ACAR

P12 Cinsel İstismar Mağduru Olarak Adli Soruşturması Devam Eden Major Depresyon Tanılı Kız Çocuğun Yüksekten Atlayarak İntihar Girişimi- Olgu Sunumu
Mustafa YİĞİT

EKRAN 4 MODERATÖR : Prof.Dr. Mehmet Sunay YAVUZ - Uz.Dr. Hasan AĞRITMIŞ

ADLİ PSİKİYATRİ

P13 Majör Depresyon Tanılı Kişinin İntihar Amaçlı Kendini 12 Kez Delici Kesici Alet İle Yaralaması - Olgu Sunumu
Mustafa YİĞİT / Hüdaverdi KÜÇÜKER / Merve GÜRSOY

P14 Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ne 2022 Yılında Cezai Sorumluluğunun Belirlenmesi Amacıyla Gönderilen Ve Ceza Sorumlulukları Olmadığı Veya Azalmış Olduğu Yönünde Karar Verilen Olguların Değerlendirilmesi
Mehmet DOĞAN / Muhammed Emin BOYLU / Sefa SAYGILI

P15 Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali Suçu Nedeniyle Tck 32.Maddesi Kapsamında Değerlendirilmesi Olgu Sunumu
Canan ERYİĞİT İBİŞ / Fatma Süheyla ALİUSTAOĞLU / Onur GÖKÇEN

P16 Anksiyete Bozukluğu Tanılı Hastanın Batına Ve Kalbe Nafiz Olan Delici Kesici Alet İle Suicid Girişimi- Olgu Sunumu
Canan ERYİĞİT İBİŞ / Hüdaverdi KÜÇÜKER

EKRAN 5 MODERATÖR : Prof.Dr. Ahmet BELCE - Dr.Öğr. Üyesi Göksun DEMİREL

ADLİ TOKSİKOLOJİ

P17 Head Space Gaz Kromatografi (HS/GC) Cihazı İçin En İyi Çalışma Koşullarının Belirlenmesi
Abdulkerim DERİN / Ahmet Çağrı ATA / Elif KESMEN / Ahmet Nezih KÖK

P18 Yedi Yaşındaki Bir Çocukta Baldıran Otu İntoksikasyonu
Esra KÖSE / Elif KESMEN / Ahmet Nezih KÖK

P19 Antemortem Kan ve Sıvı Replasman Tedavisinin Postmortem Kan Etanol Konsantrasyonuna Etkisi
Fatime GÜL / Lâçin Lal ÇAKIR / Görkem AYAS / Yasemin Günay BALCI / Abdullah Coşkun YORULMAZ

P20 Tarım İlaçlarının Oral Alımı İle İntihar Olgusu
Ertuğrul GÖK / Serbülent KILIÇ

EKRAN 6 MODERATÖR : Prof.Dr. Mustafa ÖZCAN - Dr. Yeter Erol ÖZTÜRK

ADLİ TOKSİKOLOJİ

P21 Ev Bitkilerindeki Toksin Maddelerin Lc-Hrms Yöntemiyle Tespiti
Burak ARI / Elif Bulut GÜLTEKİN / Yeter EROL ÖZTÜRK / Altan GÜNAYDIN

P22 2023 Ocak-Temmuz Ayları Arasında Ankara Ve Çevresindeki İllerde Meydana Gelen Trafik Kazalarında Alkol ve Yasaklı Madde Kullanım Oranlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi
Burak ARI / Rüçhan ÖZTÜRK / Serkan ÖZTÜRK

P23 Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesinin Akreditasyon Ve Validasyon Çalışmalarının Değerlendirilmesi
Özgür TURNA / H.Çetin KETENCİ / Hülya SAVAŞ / Fatih ÇAKIROĞLU / M.Dilek ERKAN / Kübra ŞAHİN / Şansen BAHÇEKAPILI

P24 Adli Toksikoloji Analizlerinde Kullanılan Sıvı Kromatografisi-Tandem Kütle Spektrometresi (Lc-Ms-Ms) Cihazı İle İlgili Risklerin İş Sağlığı Ve Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi
Feyza ÜNEL / Zehra YILDIZ / Mehmet ŞAHİN

P89 ATK Kimya İhtisas Dairesi Narkotik Şubesine 2022 Yılında Gelen Adli Dosyaların Değerlendirilmesi
Salih SARI / Fatma Şeyma KURTULUŞ / Özcan ÇAK / Neşe AYDIN / Deniz YILMAZ / Ayşegül YAĞCI / Özlem GÖZPEK / Murat YILMAZ / Kemal SAPAN / İsmail ATEŞ

20 EKİM 2023 PERŞEMBE 15:30 - 16:00 / 17:30 - 18:00

EKRAN 1 MODERATÖR : Prof.Dr. Tülin Tiraje CELKAN - Uz.Dr. Eren AKGÜNDÜZ
KLİNİK ADLİ TIP

P25 Pediatrik Olgularda Zehirlenmeler
Büşra Baydemir KILIÇ / Mustafa Talip ŞENER / Ahmet Nezih KÖK

P26 Trafik Kazasının Tetiklediği Stresör Faktörlere Bağlı Ölüm: Olgu Sunumu
Berat BAYRAKTAR

P27 Akut Miyokard İnfarktüsü Bir Çocuk Olgu Sunumu
Çağdaş SAVAŞ / Murat KÖKER / İsmail Özgür CAN

P28 Hastane Yemeği Kaynaklı Gıda Alerjisine Bağlı Gelişen Anafilaksi: Olgu Sunumu Gıda Alerjisine Bağlı Gelişen Anafilaksi: Olgu Sunumu
Ali Ulvi ÇALIK / Hatice YILMAZ / Emre MUTLU

P29 Bitkisel Ürün Kullanımına Bağlı Gelişen Serebral Pontin Myelinozis Sonucu Ani Beklenmedik Ölüm
Zeki KIRATLI / Kamil Hakan DOĞAN

EKRAN 2 MODERATÖR : Prof.Dr. Sema DEMİRÇİN - Prof.Dr. Musa DİRLİK
KLİNİK ADLİ TIP

P30 Karaciğer Kist Hidatik Rüptürü Nedeniyle Meydana Gelen Anafilaktik Şok ve Ölüm: Olgu Sunumu
Ümmügülsüm MÜLAYİM ÖZULUCAN / Merve TÜRKKAL / Kamil Hakan DOĞAN

P31 Anüsünden Yabancı Cisim Çıktığı İddia Edilen Bir Bebek: Olgu Sunumu
Abdullah Kaan ERBAY / Ahmet AKAYDIN / Caner BEŞKOÇ

P32 Dimetilasetamid Zehirlenmesi Sonrası Beyin MR Görüntülemesinde İzole Kortikal Tutulum: Vaka Sunumu
Berna YENİÇERİ / Sibel ATACAN / Hızır ASLIYÜKSEK / Nihan Hande AKÇAKAYA

P33 Maternal Metamfetamin Kullanımıyla İlişkili İntrauterin Ölüm: Olgu Sunumu
Yiğit SEZER / Elif KESMEN / Berna DURMUŞ / M. Raşit DEMİRCAN / M. Talip ŞENER / Ahmet Nezih KÖK

P34 Metamfetamin Zehirlenmesine Bağlı Bebek Ölümü
Uğur REYHAN / Fatih MUTLU / Safa DUMAN / Ceren YILDIZ

P90 Kozmetik Ürünlere Bağlı Gelişen Cilt Reaksiyonları
Ali Ulvi ÇALIK / Emre MUTLU / Caner BEŞKOÇ

EKRAN 3 MODERATÖR : Prof.Dr. Hikmet Ergin DÜLGER - Uz.Dr. Serdar ÖZDİL
MALULİYET

P35 Adana İlinde Adli Tıp Alanında Hizmet Veren Çalışanların Biyolojik Risk Algı Düzeylerinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi
Nuri AKIN / Feyza ÜNEL / Ferdi TANIR

P36 Künt Toraks Travması Sonucu Gelişen Bronşial Darlığın Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Açısından Önemi: Olgu Sunumu
Veysel Osman SOĞUKPINAR / Cem TERECE / Yusuf TETİK / Özlem Saniye İÇMELİ / Kağan GÜRPINAR

P37 Amputasyona Giden Süreçte Elektronik Kelepçenin Rolü: Bir Olgu Sunumu
Hasan KARAOĞLU / Yasin KOCA / Nurettin Nezih ANOLAY

P38 Septorinoplasti Öyküsü ve Pestisid Maruziyetinde Anosmi Gelişimi - Olgu Sunumu
Tilbe ACAR / Yasin KOCA / Serdar ÖZDİL / Kadir Serkan ORHAN

EKRAN 4 MODERATÖR : Prof.Dr. Ekin Özgür AKTAŞ - Uz.Dr. Caner BEŞKOÇ
SAĞLIK HUKUKU

P39 Lokal Anestezik İlaçlara Bağlı Methemoglobinemi Olguları
Ali Ulvi ÇALIK / Emre MUTLU / Caner BEŞKOÇ

P40 Septoplasti Ameliyatında Kafa Tabanı Kırığı Oluşması Komplikasyon mu? Tıbbi Uygulama Hatası mı?
Özlem AKPINAR / Caner BEŞKOÇ / Abdulkadir CAN

P41 Malpraktis İddiası İle Açılan Tazminat Davalarında Yargıtay ve Danıştayın "Aydınlatılmış Onam (Rıza)" Hususundaki Görüşlerinin İncelenmesi
Talip VURAL / Melike ERBAŞ / Hüseyin Çetin KETENCİ

P42 Enjeksiyon Nöropatisi Olgularında Erken Dönemde Medikolegal Değerlendirme
Halil İlhan AYDOĞDU / Muazzez Elçin ÖZKAN

P43 Polinöropati ve Parkinsonizmi Olan Olguda Hot Pack Yanığı
Zehra Gamze KABA / Enise TAŞIN KOÇ / Caner BEŞKOÇ / Halil KOYUNCU

P44 Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun Soruşturma Sürecine Etkisi
S.Yazgülü TAŞDEMİR / Arda AKAY / Fatime GÜL / L.Lal ÇAKIR / M.Erdal AKSOY / Pelin DEMİRHAN / E.Deniz TORUN /A.Coşkun YORULMAZ

P45 Koter Yanığı Olgularına Medikolegal Yaklaşım
Fatime GÜL / Arda AKAY / L.Lal ÇAKIR / S.Yazgülü TAŞDEMİR / Erdal AKSOY / E.Deniz TORUN / Arzu ASLAN / A.Coşkun YORULMAZ

P46 Mesane Kanseri Hastalarında İntravezikal Bcg Tedavisinin Hatalı Uygulaması – 3 Vaka Sunumu
Naciye ÇELİKER / Betül DERİCİOĞLU / Caner BEŞKOÇ

P48 Ameliyat Esnasında Oksijen Yerine Nitröz Oksit Kullanılması Sonucu Hipoksi Gelişen Bir Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgu Sunumu
Oğuzhan Kürşat GÜLER / Caner BEŞKOÇ / Humman ŞEN

EKRAN 6 MODERATÖR : Prof.Dr. Recep FEDAKAR - Dr.Öğr. Üyesi Kerem SEHLİKOĞLU
SAĞLIK HUKUKU

P49 Radyolojik Olarak Atlanmış Akciğer Tüberkülozu : Bir Olgu Sunumu
Çağlar ALTINTOP / Fatih GÜLER / Şener AĞAÇ / Caner BEŞKOÇ

P50 Preoperatif Anestezi Değerlendirmesinde Çekilen Akciğer Grafisinde Atlanmış Bir Kanser Olgusu
Sezer ÇEKİÇ / Caner BEŞKOÇ / Hasan ALTUNSOY / Şener AĞAÇ

EKRAN 5 MODERATÖR : Prof.Dr. Ahmet Nezih KÖK - Uz.Dr. Hüseyin SARI
SAĞLIK HUKUKU

P51 Pulmoner Kitle ile Tanısı Konulan Bir Metastatik Koryokarsinom Vakası
Kerem Selçuk GENÇ / Halil Bahadır YÜCE / Şener AĞAÇ / Caner BEŞKOÇ

P52 Hatalı Yorumlanan Radyolojik Tetkik Sonucuna Göre Hatalı Tanı Konulması Malpraktis Midir?
Caner BEŞKOÇ / Humman ŞEN / Şener AĞAÇ / Mustafa Can YAZICI / Nezih ÖZKAN / Hızır ASLIYÜKSEK

P53 Duyarlılık Artefaktı Nedeniyle Vücutta Yabancı Cisim Unutulduğu Düşünülen Bir Olgu Sunumu
Tuğçe GÜVEN GÜL / Mehmet Utku KARAKAŞ / Caner BEŞKOÇ / Humman ŞEN / Şener AĞAÇ

21 EKİM 2023 CUMARTESİ 10:30 - 11:00 / 15:30 - 16:00 / 17:30 - 18:00

EKRAN 1 MODERATÖR : Prof.Dr. İbrahim ÜZÜN - Prof.Dr. Mehmet Sunay YAVUZ
ADLİ TIP VE ADLİ PATOLOJİ

P54 Av Tüfeği Ses Fişekleri ile Meydana Gelen Ölüm Olgularının İncelenmesi
İsmail ALTIN / Ahmet Sedat DÜNDAR

P55 Sağ Ventrikülde Milimetrik Metalik Yabancı Cisim: Deforme Saçma Tanesi Embolisi: Olgu Sunumu
Talip VURAL / Melike ERBAŞ / Bilal SOFİOĞLU

P56 İkili Ölüm (Cinayet-İntihar): Olgu Sunumu
Talip VURAL / Hüseyin Çetin KETENCİ / Kenan SEZGİN / Halil BOZ / Mehmet ASKAY

P58 Septalı Hymen Ve Gebelik: Olgu Sunumu
Hamza KESKİNKILIÇ / Mehmet ALTINOK / Hakan TOKA / Emre GÜRBÜZ / Mehmet Zahit SARITAŞ / Mehmet Cengil ASLAN

P59 Van Ve Hakkari İllerinde Bebeklerin Beşiğe Bağlanarak Uyutulma Uygulamasının Asfiksi Üzerine Etkisi
Erhan KARTAL / Bedir KORKMAZ

EKRAN 2 MODERATÖR : Prof.Dr. Necmi ÇEKİN - Prof.Dr. Sait ÖZSOY
ADLİ TIP VE ADLİ PATOLOJİ

P60 Çay Bitkisi Toplarken Yılan Isırığına Bağlı Ölüm: Olgu Sunumu
Talip VURAL / Hüseyin Çetin KETENCİ / Halil BOZ / Mustafa ERDOĞAN

P61 Hepatik Arter Anevrizması Rüptürü: Postmortem Olgu Sunumu
Mustafa DEMİRER / K. Aylin AKSOY / Cemyiğit DEVECİ

P62 Zihinsel Engelli Bir Erişkinde Yabancı Cisim Aspirasyonu – Olgu Sunumu
Mustafa Seçkin ÖZYAYLA

P63 Maternal Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bebek Ölümleri
Onur MERZİFONLU / Hüseyin Çağrı ŞAHİN / İbrahim ÜZÜN

P64 Tırda Ölüm - Bir Karbonmonoksit Zehirlenmesi Olgusunda Olay Yeri İnceleme ve Otopsi Bulguları
Melikşah Raşit DEMİRCAN / Merve TÜRKKAL / Mustafa Talip ŞENER / Ahmet Nezih KÖK

P65 Kafatası İçerisine Çarparak Yön Değiştiren ve Yüz Bölgesinde Giriş ve Çıkış Delikleri Oluşturan Mermi Çekirdeği - Olgu Sunumu
Merve TÜRKKAL / Melikşah Raşit DEMİRCAN / Kamil Hakan DOĞAN

EKRAN 3 MODERATÖR : Doç.Dr. Ferah KARAYEL - Dr.Öğr. Üyesi Yusuf ATAN
ADLİ TIP VE ADLİ PATOLOJİ

P66 Türkiye'de 2018-2022 Yılları Arasında Meydana Gelen Ölümlerin Değerlendirilmesi
Emre Nuri İĞDE / Berat BAYRAKTAR

P68 Yıldırım Düşmesi Sonucu Ölüm: İki Olgu Sunumu
Bekir DİNÇER / Mert ASLAN / Zekiye Gözde KARA / Tülay RENKLİDAĞ

P69 Ani İşitme Kaybı Nedeniyle Uygulanan Hiperbarik Oksijen Tedavisi Sonucu Pnömotoraks ve Hava Embolisi Meydana Gelen Olgu Sunumu
Tuğba ÖZBULAT / Esma AKDEMİR / Hızır ASLIYÜKSEK / Yahya GÜLDİKEN

P70 Travmatik Koroner Arter Diseksiyonu: Bir Olgu Sunumu
Mert ASLAN / Bekir DİNÇER / Zekiye Gözde KARA

EKRAN 4 MODERATÖR : Prof.Dr. Gürsel ÇETİN - Dr.Öğr. Üyesi Mücahit ORUÇ
ADLİ TIP VE ADLİ PATOLOJİ

P71 İstemli ve İstem Dışı Cinsel İlişkide Tıbbi Bulgular Açısından Fark Nedir?
L.Lal ÇAKIR / Fatime GÜL / Arda AKAY / S.Yazgülü TAŞDEMİR / M.Berna DOĞAN / A.Coşkun YORULMAZ

P72 Tek Giriş ve Tek Çıkış Deliği Olan İki Ardışık Mermiye Bağlı Ölüm: Olgu Sunumu
Büşra BAYDEMİR KILINÇ / Mustafa Talip ŞENER / Ahmet Nezih KÖK

P73 Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Ordu Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2017-2022 Yılları İçerisinde İntihar İddiasıyla Gelen Kadın Olguların Otopsi Bulguları İle Sosyodemografik Bulguların Değerlendirilmesi
Muhammet Abdullah İMAT / Hacer YAŞAR TEKE / Yusuf ŞAHİN / Eser BAYRAKTAR

P74 Olgu Sunumu: İlaç İntoksikasyonu İle Ölen Bir Çocuk İstismar Vakası
Muhammed Abdullah İMAT / Bora ÖZDEMİR / Kamil ŞAHİN / Hüseyin SARI

P75 Farklı Yöntemlerle Meydana Gelmiş Çoklu Travmaların Kemik Üzerindeki Etkileri: İki Olgu Sunumu
Özge ÜNLÜTÜRK / İsmail ÇOBAN

P76 Boyna Bağ Tatbiki Sonucu Meydana Gelen Bulguların Çürümüş Cesette Değerlendirilmesi
Muhammed Selman ÇOLAK / Yunus YÜREKLİ / İsmail ÇOBAN / Songül KORKUT

EKRAN 5 MODERATÖR : Prof.Dr. İsmail Özgür CAN - Uz.Dr. Caner BEŞKOÇ
ADLİ TIP VE ADLİ PATOLOJİ

P78 Ası Vakalarında Simon Sign's Değerlendirilmesi
Uğur REYHAN / Soner DAĞLI / Kemalettin ACAR / Ayşe KURTULUŞ DERELİ

P79 Tıbbi Kayıtların Düzeltilmesi/Silinmesi Taleplerinin Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi
Fatime GÜL / Laçin Lal ÇAKIR / Abdullah Coşkun YORULMAZ / Adem SÖZÜER

P80 İdrarını Yaparken Elektrik Çarpması Sonucu Ölen Çocuk Olgu; Nadir Bir Penis Yaralanması Örneği
Ahmet Sedat DÜNDAR / İsmail ALTIN

P81 Bolu İlinde Yaşlı İntiharları
Erdem HÖSÜKLER / Zehra Zerrin ERKOL / Taşkın ÖZDEŞ / Tolga TURAN / Buğra Kaan YAZGI

P82 MELAS Sendromu Olgusunun Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi
Ferhan KANDEMİR / Zehra Zerrin ERKOL / Aziz YILMAZ / Buğra Kaan YAZGI / Erdem HÖSÜKLER

EKRAN 6 MODERATÖR : Doç.Dr. Hüseyin Çetin KETENCİ - Uz.Dr. Uğur REYHAN
ADLİ TIP VE ADLİ PATOLOJİ

P83 Şiddet Maruziyeti Sonrası Kalp Krizi Olgularında İlliyet Bağı Sorunu: Yargıtay Kararları Üzerine Bir İnceleme
Zeynep MERZİFONLU / Hüseyin Çağrı ŞAHİN / Onur MERZİFONLU / Melih ÇAMCI

P84 Muharebe Sırasında Gerçekleşen Ateşli Silah Yaralanmalarına Bağlı Ölümlerde Mermi Çekirdeği Dağılımına Göre Koruyucu Zırh Geliştirilmesi
Burak TAŞTEKİN / Aytunç AKREP / Yavuz HEKİMOĞLU

P85 Yaşayan Bireylerde Ateşli Silah Mermi Çekirdeklerinin Adli Radyolojik Değerlendirilmesi
Aytunç AKREP / Hakan BEKÇİ / Sıla YAZKAN HIRA / Burak TAŞTEKİN / Yavuz HEKİMOĞLU

P86 Birden Fazla Sanıklı Kasten Öldürme Olayı: Olgu Sunumu
Bekir DİNÇER / Ahmet Yunus TOSUN / Altuğ BEŞİKÇİ

P88 Bir Tanı İkilemi: Fiziksel İstismarı Taklit Eden Job Sendromu
Serbülent KILIÇ / Arzu OTO / Orhan GÖRÜKMEZ / Ayşenur METİN

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ
19-22 EKİM 2023
AKSU - ANTALYA

AÇILIŞ KONUŞMALARI

AÇILIŞ TÖRENİ



Cemalettin TÜL (Sunucu):
Saygıdeğer konuklarımız, Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanı Sayın Yılmaz TUNÇ, programımızı teşrif ettiler. Hoş geldiniz Sayın Bakanım.

Değerli basın mensupları yerlerimizi alalım lütfen programımız başlıyor.

Sayın Bakanım,

Daimi huzur için daima hukuku savunan, adaletin asaletini kuşanan yargı camiasının değerli temsilcileri; gerçeğin ortaya çıkması için gerçeğe ömrünü adayan Adli Tıp Kurumunun saygıdeğer mensupları ve değerli basın mensubu arkadaşlarım.

Duruşunuzdaki ciddiyet, kalbinizdeki samimiyet ve tabii yüzünüzdeki tebessüm ile Adli Tıp Günlerinin 18.sine, Antalya'nın mutedil havasına hepiniz hoş geldiniz, bu boşluğa hoşluk getirdiniz.

Değerli konuklarımız, sempozyumlar ciddi konuların konuşulduğu bilimsel toplantılardır ama böyle toplantılarda dahi küçük hikâyelerle kalbimizi ısıtacak dersler almak, dersler çıkarmak güzeldir diye bir hikâyecikle başlamak istiyorum.

Fırıncının birisi tereyağını yakındaki bir çiftlikten satın alıyordu. Kendisine 3 ekmek veriyor, fırıncı da kendisine 3 kilo tereyağı veriyordu. Fırıncı baktı ki bir süre sonra tereyağının ağırlığı düşmeye başladı. Fırıncıyı ikaz etti "Bak gittikçe bunun ağırlığı düşüyor, hile mi yapıyorsun?" diye. Fırıncı yine devam etti. Konu hâkime intikal etti. Hâkim fırıncıya söz verdi "Anlat bakalım" dedi.

"Ben kendisinden 3 kilo tereyağı alıyor ve 3 tane de ekmek veriyordum. Gittikçe tereyağının kilosu düşmeye başladı." Hâkim döndü çiftlik sahibine dedi ki "Adamın söyledikleri doğru mu? Senin kilon yok mu tartmıyor musun?" dedi. Çiftlik sahibi "Benim kilolarım var ama onları kullanmaya gerek yok çünkü kendisi ile şöyle anlaştık; o bana her biri 1 kilo olan 3 tane ekmek veriyordu yani toplam 3 kilo ben de ona 3 kilo tereyağı veriyordum. Ben de ondan her ekmek aldıkça ve tereyağını ona verdikçe terazinin bir kefesine onun ekmeğini koyuyordum diğer kefesine de tereyağını koyuyordum.

Dolayısıyla suçlu ben değilim odur." deyince hâkim diyor "Evet suçlu sensin. Fırıncı da mahkeme masraflarını ödemek zorunda kalıyor. Buradan çıkarılacak ders şudur ki; eğer adalet görmek istiyorsanız adalet göstermelisiniz.

İşte 200 yıla yakın tarihi ile Adli Tıp Kurumunun da misyonu tam olarak budur. Yani "Gerçeğin Peşinde Adaletin Hizmetinde" olmak.

Sayın Bakanım, atmosferinde huzur bulduğumuz Adalet Teşkilatını Güçlendirme Vakfı Sosyal Tesisleri bu yıl aynı zamanda Uluslararası Katılım anlamında da Adli Tıp Günleri'nin ikincisine ev sahipliği yapmış oluyor. 4 gün sürecek olan 18.Adli Tıp Günleri'nde yargı mensuplarımızla, adli tıp/adli bilimler alanındaki profesyoneller 13 oturumla uygulamada yaşanan sorunları paylaşarak ortak akıl ile çözüm üretmeye bu yıl da devam edecek.

Değerli konuklarımız, iyi kalmak zordur ama iyilerin kalbi ferah, vicdanı rahattır. Adalet köprüsü Sırat'tır ve ondan geçmek, iyiler için en büyük murattır ve bu köprüden geçebilen sizler gibi adil insanlar ve onların kalplerindeki merhamet sayesinde adaletin terazisi şaşmaz bir biçimde doğruyu tartmaya devam eder.

Bu organizasyonda emeği geçen bütün arkadaşlarıma ve başta sizlere diyorum ki "İyi ki varsınız, bir kez daha şeref verdiniz programımıza."

Sayın Bakanım, değerli konuklarımız, çağlar boyunca bu toprakları bize yurt yapan bütün şehitlerimiz ve özellikle Türkiye Cumhuriyeti'nin kurucusu Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK ve arkadaşlarının aziz hatırasına önce saygı duruşu, ardından İstiklal Marşımızı okumak üzere sizleri ayağa kalkmaya davet ediyorum.

Buyurun efendim.

(Saygı Duruşu ve İstiklal Marşı)

Teşekkür ediyorum efendim. Ağzınıza sağlık.

Değerli konuklarımız, gölgeler asıllarına dair fikir verirler ama asılları gibi değildirler. Malumunuz belki 200 yıllık tarihi burada anlatmam mümkün değil ama onun gölgesi mesabesinde olan 5 dakikalık tanıtım filmimizde Adli Tıp Kurumu nereden nereye geldi ve ne yapıyoruz, amacımız nedir, bunu seyretmek üzere gözleriniz lütfen ekranda olsun.

(Adli Tıp Kurumu Tanıtım Filmi Gösterimi)

Saygıdeğer konuklarımız, ilk konuşma için Antalya Başsavcımız Sayın Zafer KOÇ'u huzurlarınızda davet ediyorum.



Zafer KOÇ (Antalya Cumhuriyet Başsavcısı)

Zafer KOÇ (Antalya Cumhuriyet Başsavcısı)
Sayın Bakanım, Sayın Yargıtay 1. Başkan Vekilim, Bakan Yardımcılarım, Sayın Valim, Sayın Türkiye Büyük Millet Meclisi Komisyon Başkanım ve Milletvekilim, Sayın HSK Üyem, Yargıtay Daire Başkan ve Üyelerim Adli Tıp Kurumu Başkanım, Adalet bakanlığımızın Kıymetli Yöneticileri BAM ve İlk Derece Mahkemelerimizin Başkanları, Başsavcım, Değerli Hâkim ve Savcı Arkadaşlarım, Mahkeme Başkanlarım, Hâkim ve Savcı arkadaşlarım ve kıymetli katılımcılar, ilimize hoş geldiniz, şeref verdiniz. Hepinizi saygıyla hürmetle selamlıyorum.

Adalet Bakanlığımız Adli Tıp Kurumu tarafından 18.si düzenlenen Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri toplantısı vesilesiyle bir araya gelmiş bulunmaktayız. Bu toplantı vesilesiyle sizleri güzide Antalya ilimizde ağırlamaktan duyduğum memnuniyeti ifade etmek isterim.

Sayın Bakanım, Kıymetli konuklar öncelikle evrensel insan hakları ve uluslararası hukuk normlarını ayaklar altına alarak Filistin halkına yönelik gerçekleştirilen katliamı şiddetle kınıyorum. Filistin halkının haklı davasında Allah'tan muvaffakiyetler niyaz ediyorum.

Adli Tıp Kurumumuzun tanıtım filminin üzerine söyleyecek başka da bir söz bulunmadığını düşünüyorum. Gerçekten soruşturma aşamalarımız da ve devamında ceza yargılarım, yargılarımız da bunun yanında hukuki itirafların çözümünde maddi gerçeğin ortaya çıkarılması aşamasında Adli Tıp Kurumumuz bizim en güvendiğimiz, en başta önem verdiğimiz kurumlardan birisidir. Adli tıp ve adli bilimler alanında bilimsel gelişimin bir adım daha ileriye götürülmesi, bilgi alışverişinin teşvik edilmesi, uygulamada yaşanan sorunların bu ortamda paylaşılarak ve tartışılarak hızlı bir şekilde çözüme kavuşturulmasının bu şekilde gerçekleştirilen toplantı ve etkinlikler yoluyla mümkün hale geleceği kanaatindeyim. Antalyamızda düzenlenen bu toplantı ile yargı mensuplarımız, adli tıp ve adli bilimler alanında görev yapan uzmanlarımız ve doktorlarımız arasındaki fikir alışverişi ile yeni bilimsel yaklaşımların geliştirilmesine vesile olacağı gibi yargısal alana ve adli tıp uygulamalarına önemli katkılar sağlayacağını düşünüyorum. Böyle yararlı çalışmalara imza atan Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK'e ve değerli çalışma arkadaşlarına ve tüm katılımcılara şükranlarımı sunuyorum. Sayın Bakanım, Kıymetli Hazirun 18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri toplantısının yargı teşkilatımız ve milletimiz için yararlı ve verimli geçmesi temennisiyle saygılarımı arz eder, teşekkürlerimi bildiririm.

Cemalettin TÜL (Sunucu):
Antalya Başsavcımıza teşekkür ediyoruz. Şimdi de 18. Adli Tıp Günleri'nin açılış konuşmasını yapmak üzere bu çalışkan ve fedakâr ekibin başında olan Adli Tıp Kurumu Başkanımız Sayın Dr. Hızır ASLIYÜKSEK'i huzurlarınıza davet ediyorum.



Hızır ASLIYÜKSEK (Adli Tıp Kurumu Başkanı)

Hızır ASLIYÜKSEK (Adli Tıp Kurumu Başkanı)

Sayın Bakanım, Değerli Türkiye Büyük Millet Meclisi Adalet Komisyonu Başkanım, Saygıdeğer Yargıtay 1. Başkan Vekilim, Sayın Valim, üniversitelerimizin kıymetli rektörleri, Yargı Teşkilatımızın ve Bakanlığımızın değerli temsilcileri, kıymetli hocalarım, değerli katılımcılar, geleneksel Adli Tıp Günleri'nin 18'incisine hepiniz hoş geldiniz.

1839'da Tıbbi Kanuni dersleriyle başlayan, 1857'de Tıbbi ve Adli Komisyon adıyla sağlık kurulu olarak şekillenen, 1915'te Sıhhiye Nezaretine bugünkü adıyla Sağlık Bakanlığına, 2 yıl sonra ise o zamanki adıyla Adliye Nezareti olarak anılan Adalet Bakanlığımıza bağlanan teşkilatımız, 1982 yılında kurumsallaşarak bugünkü organizasyon yapısına kavuştu. Adli Tıp Kurumu 2 asra yaklaşan tarihinden gelen tecrübe ve vizyon ile adli bilirkişilik alanında öncü ve referans bir Kurumdur.

Sayın Bakanım, değerli katılımcılar. Kurumumuz aynı zamanda bir eğitim merkezidir. Bugüne kadar yaklaşık 550 adli tıp asistanına adli tıp uzmanlık eğitimi verdik. Ayrıca hâkim ve savcı adaylarına, tıp, hukuk ve otopsi teknisyenliği bölümü öğrencilerine, adli tıp ve otopsi pratik eğitimi vermeye devam ediyoruz. 2022 yılında Adli Tıp Kurumuna gelen dosya sayıları göz önüne alındığında 27.000 otopsi, 25.000 ölü muayenesi 400.000 adli muayene ve 150.000 DNA incelemesi olmak üzere yaklaşık 750.000 adli dosya incelemesi yapılarak mütalaa ve adli raporlar düzenlendi.

1 Şubat 2022 tarihinde İstanbul'da gece vardiyası sistemine geçerek otopsi işlemlerini gece saat 24:00'e kadar uzattık. Geçen yıl 20 büyükşehirde uygulanmaya başlayan bu sistemi, 2023 yılında tüm büyükşehirlerde yaygınlaştırdık. Bu uygulamayla özellikle şehir dışına gidecek ve yakınlarını mağdur eden cenaze bekleme süresini kısaltmış olduk.

Tüm bu hizmetleri sağlayan 147 akademisyen, 540 adli tıp uzmanı, 115 asistan, 138 diğer branş uzman hekimleri, 509 mühendis, biyolog, fizikçi ve kimyager olmak üzere sayısı 2.713'ü bulan güçlü bir ekibe sahibiz.

Ayrıca Kurumumuzun son yıllardaki faaliyetlerini değerlendirdiğimizde Adli Tıp Grup Başkanlıklarını, İhtisas Daire ve Adli Tıp Şube Müdürlüklerini daha fazla insanımıza hizmet sunabilmek için ülke genelinde yaygınlaştırıyoruz.

2002 yılında ülke genelinde sadece 25 ilde adli tıp hizmeti verilirken, bugün 81 ilimizin tamamında bu hizmeti sunmaktayız. Kurumumuz 14 ilimizde Adli Tıp Grup Başkanlığı olarak hizmet veriyor. Yargı Reformu Strateji Belgesi ve İnsan Hakları Eylem Planı'nda hedeflenen Bölge İstinaf Mahkemesi bulunan illerimizde Adli Tıp Grup Başkanlığı açmayı planlıyoruz. Hedefimiz 2 yıl içinde Grup Başkanlığı sayısını 18'e çıkarmak.

Kurumumuz kalite ve akreditasyon çalışmalarına da büyük önem veriyor. Laboratuvarlarımız uluslararası standartlara uygun şekilde akredite ediliyor ve sürekli olarak kalite yönetim sistemlerini geliştiriyor. Kurumumuz; Dünya genelinde adli bilimlerin yaygınlaştırılması, kalitenin güvence altına alınması amacıyla 1993 yılında kurulan ve 39 ülkeden 72 üyesi bulunan Avrupa Adli Bilimler Enstitüleri Ağı ENFSI'ye 2005 yılında üye oldu. Böylece akredite laboratuvarları ile uluslararası kalite ve standartlarda adli bilirkişilik hizmeti vermeye başladık.

Adli Tıp Kurumunun yapısının güçlendirilmesi, İhtisas Kurulu sayısının arttırılması, Adli Tıp Şube Müdürlüklerinin, Adli Tıp Bölge Başkanlıklarına bağlanması gibi önemli değişiklikleri planladığımız Teşkilat Kararnamesi ile Sayın Bakanımızın tensip ve takdirleri doğrultusunda hedefimiz; kurumumuzun daha etkin ve verimli bir şekilde hizmet vermesidir.

Sayın Bakanım, saygıdeğer konuklar, deprem gibi afet durumlarında Adli Tıp Kurumu etkin rol üstlenmektedir. Kahramanmaraş Depremi'nin ilk gününden itibaren AFAD ve Türk Hava Yolları destekleri ile bölgeye ulaşan uzmanlarımız, ölü muayenesi ve kimliklendirme sürecini hızlı bir şekilde tamamladı.

Adli Tıp Kurumu, adli bilirkişilik hizmetinin yanında sempozyum, konferans ve eğitim programları düzenleyerek adli tıp ve adli bilimlerin gelişimine katkıda bulunmaktadır. Başta Kitlesel Felaket Kimliklendirme olmak üzere Adli Trafik, Adli Toksikoloji, Dünyada Adli Bilimler ve Bilirkişilik Uygulamaları, Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi, Adli Tıp ve İnsan Hakları, Adli Psikiyatri, Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi, Maluliyet Ve Engellilik, Sağlık Hukuku, Adli Belge İnceleme ve Bilirkişilik, Adli Bilişim panel konularını derinlemesine tartışma imkânı bulacağız.

Bu vesile ile göreve başladığı ilk günden itibaren Kurumumuza destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, Kongremizin Onursal Başkanı Adalet Bakanımız Sayın Yılmaz TUNÇ'a teşekkürlerimi arz ediyorum.

18. Adli Tıp Günleri'nin düzenlenmesinde özveriyle çalışan; özellikle kongre ekibimize, bilimsel kurul üyelerine, panelistlere, bildiri sahiplerine yürekten teşekkür ediyorum. Kongremizi teşrif eden başta Adalet Bakanımız olmak üzere, Türkiye Büyük Millet Meclisi Adalet Komisyonu Başkanımız, Yargıtay 1. Başkan Vekilimiz ve tüm değerli katılımcılara şükranlarımı arz ediyorum.

Adli Tıp Günleri'nin, adli tıp ve adli bilimler alanında bilgi paylaşımına ve gelişimine katkı sağlamasını diliyorum. Bilgilerimizi tazeleyeceğimiz, tecrübelerimizi paylaşacağımız verimli bir Kongre olmasını ümit ediyor, saygılarımı sunuyorum.

Cemalettin TÜL (Sunucu):
Adli Tıp Kurumu Başkanımız Sayın Dr. Hızır ASLIYÜKSEK'e teşekkür ediyoruz. Değerli konuklarımız Şimdi de konuşmalarını yapmak üzere Türkiye Büyük Millet Meclisi Adalet Komisyonu Başkanı Sayın Profesör Doktor Cüneyt YÜKSEL'i huzurlarınıza davet ediyorum.

Cüneyt YÜKSEL (TBMM Adalet Komisyonu Başkanı)
Sayın Bakanım, Sayın Valim, değerli Adalet Bakanlığı temsilcileri, değerli adalet temsilcileri, çok değerli vekilim, çok değerli üniversite temsilcileri, değerli katılımcılar, Adli Tıp Kurumu tarafından 18. Adli Tıp Günleri kapsamında düzenlenen bu önemli sempozyuma ben de hepinize teşekkür ederek hoş geldiniz diyerek başlamak istiyorum. Ayrıca bu vesileyle bu önemli programı düzenleyen değerli Adli Tıp Kurumu Başkanına da şükranlarımı sunuyorum.

Tabii bugün burada bir araya gelmemizin sebebi, özellikle hakikatin ortaya çıkmasında çok önemli bir rol oynayan adli tıp alanındaki gelişmeleri tartışmak, paylaşmak. Ayrıca tabi bir hukukçu olarak özellikle insan hakları, insanların insan olmak sıfatı ile doğuştan sahip olduğu evrensel eşit ve vazgeçilmez hakları ve özgürlükleri olan tüm insanların, mağdurların özellikle adalet bulması noktasında Adli Tıp Kurumunda görev yapan herkesi de tebrik ediyorum.

Tabii bu nitelikler gereği insan hakları, devletlere kural olarak aslında karışmama, saygı gösterme görevini yüklerken, bazı durumlarda da gerçekleşmesi için aktif davranışlarda bulunma yükümlülüğü getirir. İnsan haklarına saygı, toplumlarımızın temel dayanışma ve adalet unsuru olup insanların haysiyetinin korunması ve geliştirilmesi için elzemdir. Burada tıp ve hukukun işbirliği ile yürütülen bir bilim dalı olan adli tıp, bilimsel tıp metodolojisini kullanarak elde ettiği bilgilerle ve bulgularla hukuki uyuşmazlıkların çözümlenmesine katkı sağladığını da biliyorum.

Adaletin sağlanması esas itibariyle yargının görevi olmakla birlikte sadece hukukçuların tek başlarına gerçekleştirmeleri mümkün olmayan bir süreçtir. Olayların aydınlanmasında, dolayısıyla suçluluğun veya suçsuzluğun tespitinde adli tıp biliminin verileri ve adli tıp uzmanlarının katkıları kritik önem taşır. Aynı zamanda hukukun üstünlüğü ve adaletin sağlanması için adli tıp önemli bir disiplindir. Bu bağlamda verdiği raporlarla hukukun üstünlüğünün vazgeçilmez bir parçası olan adil yargılanma hakkının gerçekleşmesinde de önemli bir rol oynamaktadır. Başta işkence ve kötü muamele yasağı olmak üzere insan hakları ihlallerinin tespit edilmesinde adli tıp uzmanlarına önemli bir görev düşmektedir.

Tabii az önce İsrail'in Gazze'de yapmış olduğu vahşet, katliamdan da bahsedildi. Filistinlilerin insan hakları yıllardır işgal altındaki, kendi topraklarında hiçe sayılmaktadır. Yaşanan son olaylarda da durumun artarak devam ettiği, maalesef uluslararası toplumun bu duruma sessiz kaldığı, açıkça görülüyor. Gazze'nin orantısız bir şekilde, adeta toplu cezalandırma halini alan hava ve kara saldırılarıyla yerle bir edilmesi, çocuk, kadın, yaşlı, sivil ayırt edilmeden bombalanması kabul edilemez bir durumdur. Uluslararası hukukun açık bir ihlalidir. Yapılan saldırılar sonucu binlerce kişi hayatını kaybetmiş. On binden fazla kişi de yaralanmıştır. Bu sayılar her geçen gün katlanarak artmaktadır.



Cüneyt YÜKSEL (TBMM Adalet Komisyonu Başkanı)

Gazze şeridi İsrail tarafından tüm yönlerden ablukaya alınmış, elektrik ve suyu kesilmiş, gıda ve temel insani malzemelerinin dahi içeriye sokulması yasaklanmıştır. Yaklaşık 1 milyon Filistinli yerlerinden edilmiştir. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda Filistin'de eşine az rastlanır bir insani dram yaşandığı görülmektedir. Buradan bir kez daha İsrail yönetiminden Gazze başta olmak üzere Filistin topraklarına yönelik bombardımanlarını saldırılarını durdurmasını ve başta ülkemiz olmak üzere dünyanın çeşitli yerlerinden Filistin'e gönderilen insani yardımların geçişine izin vermesini talep ediyorum. Umarım bölgede yeniden sağduyu hâkim olur ve kalıcı bir çözüme yönelik adımlar atılır.

Ayrıca yine 2 gün önce biliyorsunuz, Gazze'deki El Ehli Hastanesinin bombalaması haberi ile sarsılmıştık.

Oradaki nasıl bir vahşetle karşı karşıya olduğumuzu aslında kelimelere dökmekte burada zorlanıyorum. Burada birçok doktorumuz var. Hastane bahçesinde hatırlayın Gazze'deki Sağlık Bakanlığı yetkililerinin yapmış olduğu basın açıklaması belki de o olayı betimleyen en önemli anlardan bir tanesiydi. Kürsünün etrafında hayatını kaybetmiş çocuk ve sivillerin ölü bedenleri vardı. Filistinli yetkili, parçalanmış ve yanmış yüzlerce ceset olması nedeniyle şu an hayatını kaybedenlerin sayısının tam olarak belirlenmesinin mümkün olmadığını söylüyordu ve öldürülen insanların tamamının sivillerden, birçoğunun da çocuk ve kadınlardan olduğunu biliyoruz.

Ne yazık ki İsrail'in uluslararası hukuka, uluslararası insancıl hukuka ve hatta soykırım suçuna varan bu eylemleri bize Srebrenitsa'yı, Hocalı'yı hatırlatmakta. İnanıyorum ki inşallah en kısa zamanda uluslararası barış ve güvenliği Türkiye'nin de çabalarıyla, Sayın Cumhurbaşkanımızın çabalarıyla bölgeye huzurun geleceğini inşallah çok yakında görürüz. Ben, yine İsrail'in Gazze'ye yönelik eylemlerinin savaş suçu olduğunu, Türkiye Büyük Millet Meclisi Adalet Komisyonu olarak özellikle vurgulamak istiyorum. Bu eylemlerin insanlığa karşı suç ve hatta soykırım suçu olarak değerlendirdiğimi de bir kez daha ifade etmek istiyorum. Artık günü kurtarmaya yönelik kısa süreli çözümler yerine nihai barışı sağlamaya matup ve tüm tarafların ikna olacağı planlar üzerinde çalışılması gerektiğine de inanıyorum.

Bu vesileyle tekrar 1967 sınırlarında başkenti Doğu Kudüs olan, coğrafi bütünlüğe sahip bağımsız egemen bir Filistin Devleti kurulmadan bölgeye huzur gelmeyeceğine inanıyoruz. Bu noktada Türkiye, bugüne kadar olduğu gibi bugünden sonra da hem bölge ülkeleri nezdinde hem de başta İslam İşbirliği Teşkilatı ve Birleşmiş Milletler gibi uluslararası teşkilatlar nezdinde girişimlerini sürdürmeye ve sorunun çözümüne dair adımlar atmaya devam edecektir. Nitekim, Kudüs gibi Müslümanların ilk kıblesini ve diğer dinlerin önemli yapılarını barındıran bu topraklara yönelik derin hassasiyet duyulması bir yana on yıllar içerisinde on binlerce sivilin çatışmalar nedeniyle hayatını kaybetmesi gerçeği karşısında Uluslararası toplumun da bu sorunun çözümüne yönelik girişimlerde bulunma noktasında daha fazla sessiz kalmaya hakkı yoktur. Adil bir barışın kaybedeni de olmaz.

18. Adli Tıp Günleri'nin hayırlara vesile olmasını diliyorum. Tekrar hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Cemalettin TÜL (Sunucu):
Türkiye Büyük Millet Meclisi Adalet Komisyonu Başkanımıza şükranlarımızı arz ediyoruz. Şimdi de konuşmalarını yapmak üzere Antalya valimiz Sayın Hulusi ŞAHİN'i kürsüye davet ediyorum.



Hulusi ŞAHİN (Antalya Valisi)

Sayın Bakanım, Sayın Adalet Komisyonu Başkanım, Sayın Milletvekilim, yargı camiamızın çok kıymetli temsilcileri, hanımefendiler, beyefendiler, hepinizi en kalbi duygularımla selamlıyor, Dünya'nın ve Türkiye'mizin gözbebeği Antalya'da, bu kıymetli hazirunu ağırlamaktan duyduğumuz memnuniyeti ifade ederek sözlerime başlıyorum. Hoş geldiniz, şerefler verdiniz.

Sayın Bakanım, adli tıp bizim hayatımızda normal günlerimizde çok da aklımıza gelen bir şey değil. Çünkü biz hayatı o kadar ölmeyecek gibi yaşıyoruz ki ölüm aslında pek gündemimizde olmuyor. Bizler de görev icabı adli tıp ile ilgileniyoruz ama 6 Şubat sabaha karşı o sırada görevli olduğum Malatya'da tarifi imkânsız bir gürültü ve tarifi imkânsız bir sarsıntı ile derin uykumuzdan uyandığımızda ölümün aslında ne kadar bizimle beraber olduğunu acı bir şekilde gördük ve o zor ve karanlık günlerde ölümün sokaklarda kol gezdiği o anlarda görevimizi yapmaya çalışırken, ölümle nasıl kol kola olduğumuzu ve insanların ölümü aslında nasıl da kanıksadığını acı bir şekilde gördük.

O kadar ki insanların ölümle ilgili çok bir konusu olmuyordu. Bir ağlayan, kendini yerden yere atan insan da o saatlerde görmedik. Ama bir konuda herkesin çok ciddi, her bir vatandaşın çok ciddi talebi vardı. O da cenazesini yakınını ölü ya da diri enkaz altından çıkarılmasının sağlanması. Eğer cenazesi var ise onun dini usullere göre yıkanıp kefenlenip defnedilmesi. Bunu istiyordu bizden ve o zor günlerde, o zor saatlerde bu o kadar zordu ki anlatılmaz -19, -20 Derece tipinin olduğu saatlerde ve o saatlerde bizim 1 numaralı konumuz defin işiydi. O soğukta 40-50 savcımız çok zor şartlarda, onlara sağlayabildiğimiz derme çatma çadırların altında ölü muayenesi yapmaya çalışıyordu. Tespit, kimlik tespitleri yapılmaya çalışılıyordu ve çok zor şartlarda ölülerimizi yıkayıp dini vecibelerimizi yerine getirmeye çalışıyorduk.

Bunu yaparken bu süreci yürütürken il il, tabii pek çok başka iş de yapıyorduk. İnsanların yedirilmesi, içirilmesi, enkaz kaldırılması, arama kurtarma faaliyetleri, iller olarak en önemli başarı kriterlerimiz fethi kabir sayısıydı. Fethi kabir sayısı az olan il başarılı bir ildi. Biz Malatya olarak -ben bununla övünüyorum çok acıdır- hiç fethi kabir yapmamakla övünüyorduk. Çünkü doğru kimlik tespiti yaptığımızın bir göstergesi oluyor bu ve o zaman gördük ki efektif bir etkin bir adli tıp sistemi ne kadar önemliymiş. Ne kadar hayatiymiş Bunu buram buram yaşadık. İnsan uzuvlarının hangi insana ait olduğunun tespit edilip aynı cenaze torbasına konulması ne kadar zor bir iş, bunu tüm ruhumla yaşadım.

Ben o yüzden adli tıp konusuna, böyle normal zamanda belki çok fazla hassasiyet gösterilmiyor olabilir ama depremde binaların kolonlarının, kirişlerin ne kadar kıymetli olduğunu sarsıntıda öğrendik ya işte kriz anlarında da Adli Tıp Kurumu gibi kurumların etkinliği çok kritik oluyor. O açıdan 18.si düzenlenen bu çok önemli, çok şümullü multidisipliner tıp dalının Türkiye'mizde çok efektif bir şekilde icra ediliyor olmasından gurur duyduğumu ifade etmek isterim ve Adli Tıp Günleri'nde de bunun bir tık daha ileriye götürüleceğine dair inancımı bir kere daha burada ifade etmek isterim.

Sayın Bakanım, o zor günlerde gerçekten Adalet Bakanlığımızın her bir ferdi, kendileri de birer depremzede olmalarına rağmen, hatta Malatya' da biz saatler ve saatler sonra bir savcımızı enkaz altından çıkarmamıza rağmen, tüm Bakanlığımızın mensupları bizimle beraber cansiperane bir şekilde çalıştılar. Huzurlarınızda tüm camianıza şükranlarımı arz ediyorum. Adli Tıp Günleri'nde de adli tıp camiamıza, o zor günlerde bize destek oldukları için ayrıca teşekkür etmek istiyorum.

Zatıalinizi tekrar Antalya'da ağırlamaktan duymuş olduğumuz memnuniyeti ifade ederek sözlerime son veriyor, hepinize saygılar sunuyorum.



Yılmaz TUNÇ (Adalet Bakanı)

Cemalettin TÜL (Sunucu):
Teşekkürler Sayın Valim.

Saygıdeğer hanımefendiler, beyefendiler, değerli zamanlarını ayırarak zamanımıza değer katan Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanımız Sayın Yılmaz TUNÇ'u sizlere hitap etmek üzere kürsüye teşviklerini arz ediyorum.

Yılmaz TUNÇ (Adalet Bakanı) :
Sayın Valim, değerli Adalet Komisyonu Başkanımız, çok kıymetli Milletvekilimiz, çok değerli Yargıtay 1. Başkan Vekilimiz, çok kıymetli yargı camiamızın değerli mensupları, gerek ilk dereceden gerek Bölge Adliye Mahkemelerimizden gerekse yüksek yargıdan Adli Tıp Günlerine gelen çok kıymetli yargı mensupları, değerli Bakan Yardımcılarımız, çok kıymetli Yargıtay Üyelerimiz, çok değerli adli tıp uzmanlarımız, kıymetli rektörlerimiz, çok değerli katılımcılar, değerli basın mensupları, hepinizi sevgiyle saygıyla selamlıyorum.

18' incisi gerçekleştirilen Adli Tıp Günleri'nin başarılı geçmesini, hayırlı olmasını, adli tıp alanında gerçekleştirilecek olan çalışmalara ışık tutmasını temenni ediyorum ve 80'li yıllardan bu yana zaman zaman 2 yılda bir 3 yılda bir ama son yıllarda artık daha sık yapmaya devam ettiğimiz, Adli Tıp Günleri'nin gerek uygulamaya gerekse adli tıp alanındaki mevzuat çalışmalarına ışık tutacağına yürekten inanıyorum ve bunun bu günlerde özellikle yapılan çalıştaylarda ortaya atılan fikirlerin zaman içerisinde nasıl mevzuatımızda yerini aldığını ve uygulamaya geçtiğini de Adli Kurumumuzun çalışmalarını Sayın Başkanımız aktarırken görmüş olduk. 18.sinin sonuçlarının da çıktılarının da yine önümüze ışık tutacağına ben inanıyorum.

Tabii Antalya' dayız. Antalyamız, turizmin başkenti, Türkiye'nin gözbebeği. Böyle bir güzel şehirde medeniyetimizin, tarihimizin, kültürümüzün eserlerinin yer aldığı Antalyamızda sizlerle birlikte bulunmaktan duyduğum memnuniyeti öncelikle belirtmek istiyorum. Antalya olmazsa Türkiye eksik kalır o nedenle Antalyamız, özellikle son yıllarda çok daha güzelleşti, ilerledi, gelişti. Adeta sadece ülkemizin değil bütün dünyanın göz bebeği, turizm merkezi haline geldi ve gelmeye de devam ediyor.

Sayın Valimizle Malatya ziyaretimizde birlikteydik. Tabii deprem sonrası çalışmalarımızı Malatya'da yerinde görme ve yapılacakları inceleme aşamasında ilk ziyaret ettiğimiz il Adıyaman sonrasında Malatya idi. Orada da Sayın Valimizle Malatya'daki çalışmaları değerlendirilmiştik. Bugün de Antalya'da beraberiz. Sayın Valimize Antalya Valiliğinin de hayırlı olmasını ve başarılar diliyorum.

Değerli katılımcılar, tabii Filistin konusu yüreğimizi yaralıyor. Gerek Sayın Valimizin, gerek Başkanımızın, gerekse Adalet Komisyonumuzun da bahsettiği gibi Filistin'de gerçekleştirilen katliamı lanetliyoruz. Orada bir insanlık suçu işleniyor, orada bir savaş suçu işleniyor.

Maalesef dünyanın gözü önünde gerçekleştiriliyor. Yıllardır bir abluka altına alınan Filistin halkı; çoluk demeden, çocuk demeden, yaşlı demeden, genç demeden bir katliama maruz bırakılıyor ve bu bütün dünyanın gözü önünde gerçekleşiyor. Bütün uluslararası kuruluşların gözü önünde gerçekleşiyor. Ama maalesef uluslararası kuruluşlar, insanlığın sorunlarına çözüm bulmaktan uzak. Bunu Sayın Cumhurbaşkanımız sık sık tekrar ederken; "Dünya 5'ten büyüktür daha adil bir dünya mümkündür" derken bunu boşuna söylemiyor bunun gerekçeleri olduğu için söylüyor. İşte Filistin' deki dram hepimizin yüreklerini dağlıyor. Sayın Cumhurbaşkanımız başından beri 7 Ekim' de başlayan bu saldırılardan sonra bölge liderleri ile dünya nezdinde hükümet ve devlet başkanları düzeyinde 20'yi aşkın liderle görüşmeler gerçekleştirerek oradaki ateşin sönmesi noktasında gayret gösteriyor.

Yine Dışişleri Bakanımız bölgeye giderek bölge liderleri ile İslam İşbirliği Teşkilatı ile ve diğer kuruluşlarla toplantılar gerçekleştirerek oradaki ateşin, oradaki saldırıların bir an önce durdurulması ile ilgili mücadelemizi yapıyoruz. Diğer yandan da insani yardım çalışmaları ile ilgili işte askeri uçaklarımız ile insani yardımları bölgeye intikal ettirerek oradaki kardeşlerimizin, Filistinli kardeşlerimizin Yanında olmaya devam ediyoruz. Ama maalesef tabii ki burada Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi ve onun bağlı olduğu uluslararası sözleşmeler maalesef hiç uygulanmıyor. Güvenlik Konseyinin huzuruna getirilen ateşkes önerileri Amerika Birleşik Devletleri'nin vetosuyla reddediliyor. Güvenlik Konseyi adı üzerinde, Güvenlik Konseyi'nin insanlığın barışı için mücadele etmesi gerekirken, huzur için mücadele etmesi gerekirken maalesef Güvenlik Konseyi ateşkes önerisini reddederek adeta sanki Savaş Konseyi gibi bir hareket içerisinde bulunuyor.

Bütün dünyanın gözü önünde bunlar gerçekleştiriliyor. Cenevre Sözleşmesi'nden tutun da savaş hukuku ile ilgili insanlığın, özellikle devletlerin, bu sözleşmelere imza atan ülkelerin uyması gereken bütün uluslararası ilkeler sözleşmeler maalesef ayaklar altına alınıyor ve bütün dünyanın gözü önünde. Türkiye olarak orada ateşkesin sağlanması, saldırıların durması, çocukların katledilmemesi ile ilgili mücadelemizi Sayın Cumhurbaşkanımız başta olmak üzere Dışişleri Bakanımız ve tüm ülke olarak mücadelemize devam edeceğiz ve bundan sonra da Filistinli kardeşlerimizin yanında olmaya devam edeceğiz. Biz burada bir soykırım olduğunu, burada bir savaş suçu işlendiğini söylemeye devam edeceğiz. Oradaki sorunun kalıcı çözümünün, özellikle Filistin halkının bağımsız bir devlete kavuşması gerektiğini ve bunların hakkı olduğunu da söylemeye devam edeceğiz.

Başkenti Doğu Kudüs olan bir Filistin Devleti kurulmalı ve orada iki devletli bir yapı oluşturulmalı. Yoksa bu sorun ilanihaye bu şekilde devam eder ve çocuklar katledilmeye devam eder. Çocukları korumak insanlığın görevi, yaşlıları korumak insanlığın görevi, ama maalesef bütün dünyanın gözü önünde hastane bombalanıyor ve 500'den fazla sivil insan kaybediliyor. Bu gerçekten kabul edilebilir bir durum değil. Değerli katılımcılar ve inşallah Türkiye olarak hep bundan sonra da Filistinli kardeşlerimizin yanında olmaya ve bu haksızlığı bütün dünyaya haykırmaya devam edeceğiz inşallah.

Yargı mensuplarımız ve adli tıp alanındaki uzman bilim adamlarımız şu anda salonumuzda ve 18. Adli Tıp Kongresi'ni gerçekleştiriyoruz. Adli Tıp Kongremizde özellikle hem yargı mensuplarımızın, hem avukat meslektaşlarımızın, akademisyenlerimizin, ceza hukukçularımızın ve kriminalde görev yapan Emniyet ve Jandarma mensuplarımızın bu programa katılması ve yapılan çalıştaylarda 4 gün sürecek olan bu çalıştaylarda, oturumlarda söz alarak fikirlerini beyan etmesi, karşılıklı tartışma noktasında ortaya çıkacak olan fikirlerin bildiri şeklinde yayınlanıp gerek yasamaya gerek yürütmeye ve Adli Tıp Kurumunun çalışmalarına ışık tutması açısından önemli olduğunu ifade etmek istiyorum.

Sayın Cumhurbaşkanımız yılbaşından itibaren açıklayacak. Önümüzdeki 2024 ün ilk aylarından itibaren Yargı Reformu Strateji Belgesi ve İnsan Hakları Eylem Planı'nın açıklamasını Sayın Cumhurbaşkanımız gerçekleştirecek. Bunun hazırlık süreçlerini de başlattık. Dün itibariyle çalıştaylarımız başladı. Dün o toplantılara da katılmıştık. Yargı Reformu Strateji Belgesi hazırlık toplantılarını öncelikle tabii yüksek yargı mensuplarımızla bir zirve yaptık. Ardından Bölge İdare Mahkemesi ve Yargıtay Üyelerimizin de katılımıyla özellikle uygulamada ortaya çıkan sorunları tartışma anlamında, şu anda Ankara'da da o çalışmalar devam ederken diğer yandan yargının hizmetinde olan, özellikle gerçeğin maddi gerçeğin ortaya çıkarılabilmesi için büyük bir gayret gösteren "Gerçeğin Peşinde Adaletin Hizmetinde" şeklindeki slogan da çok anlamlı. Adli Tıp Kurumumuzun da bir taraftan Yargı Reformu Strateji Belgesi çalışmalarındaki hazırlık çalışmaları, çalıştaylar devam ederken Antalya'daki bu toplantıdan çıkacak sonuçları da çok değerli buluyoruz.

Yargı Reformu Strateji Belgesi'nde ve İnsan Hakları Eylem Planı'nda da Antalya toplantılarından elde ettiğimiz çıktılardan da faydalanacağımızı belirtmek istiyorum. O nedenle katkılarınız için her birinize şimdiden çok çok teşekkür ediyorum.

Değerli katılımcılar adalet mülkün temelidir, adalet devletin temelidir. Adaletin olmadığı yerde huzur olmaz, barış olmaz. Hukuk devleti bütün işlemleri yargı denetimine tabi olan devlettir. Hukuk kurallarına bağlı olan devlettir. Dolayısıyla hukuk devletinin ön şartı bağımsız ve tarafsız yargıdır. İyi işleyen, adil ve etkin olan makul sürede kararlar veren gecikmeyen yargı ile adalet tesis edilir.

Son 21 yılda özellikle Adalet hizmetlerinin daha adil, daha etkin olabilmesi adına çok önemli ilerlemeler sağladık. Adli tıp alanında da biraz önce Başkanımızın bahsettiği ilerlemelerin yanı sıra diğer alanlarda özellikle adalet teşkilatımızın fiziki imkânlarını kapasitesini artırdık ve artırmaya devam ediyoruz. Teknolojinin bütün imkânlarını adalet teşkilatımıza yargının hizmetine sunmaya devam ediyoruz.

Adalet alanında özellikle bilişim anlamında UYAP Sisteminin hem yargı mensuplarımızın hizmetine sunulması hem vatandaşlarımızın hizmetine sunulması, hem de avukatlarımızın hizmetine sunulması anlamında çok önemli projelerini hayata geçirdik. Elektronik tebligattan tutun da elektronik duruşmaya varıncaya kadar, görüntülü duruşmaya varıncaya kadar teknolojinin bütün imkânlarını yargımızın hizmetine sunmaya devam ediyoruz. Bu adli tıp alanında da oldu. Adli Tıbbımızın kapasitesine, özellikle teknolojinin imkânlarını, Adli Tıbbın hizmetine sunma anlamında çok mesafeler aldık. Adli Tıp Kurumumuzu, Bakanlığa atanmamın ilk haftalarında ziyaret etmiştim.

Çünkü çok önemli bir Kurumumuz ve 200 yıllık bir geçmişe sahip, 100 yıllık da kurumsal kapasiteye sahip. Teknolojinin son imkânlarını sunarak maddi gerçeğin daha çabuk ve daha gerçekçi ortaya çıkması anlamında teknolojiyi yapay zekâ ile adli tıp hizmetlerinde kullanmamız lazım. Son zamanlarda Adli Tıp Kurumumuza alınan cihazlarla özellikle birçok alanda maddi gerçeğin, hakikatin ortaya çıkması anlamında çok önemli ilerlemeler sağlandığını görmek mümkün. Gerek Yargı Teşkilatımızın fiziki kapasitesi gerek teknolojinin imkânlarının sunulması ve gerekse de mevzuatımızın çağın gereklerine uygun hale getirilmesi anlamında da çok önemli mesafeler aldık.

Temel kanunlarımızın tamamını yeniledik. 80 yıldan bu yana

uygulanan ancak artık günümüz ihtiyaçlarına cevap vermeyen bütün temel kanunlarımızı, Ceza Mevzuatımızı, Özel hukuk Mevzuatı, Borçlar Kanunumuzu, Ticaret Kanunumuzu, Hukuk Muhakemeleri Kanunumuzu, Ceza Muhakemeleri Kanunumuzun tamamını yeniledik. Avrupa'nın ve Dünya'nın en çağdaş mevzuatına sahibiz ve fiziki anlamda da teknoloji anlamında da en ileri noktadayız.

Tabii ki bunlar yeterli değil. Bunların iyi uygulanması mevzuatın iyi uygulanması o fiziki kapasiteden daha fazla yararlanabilmesi de elbette ki uygulayıcılarımızın elinde, uygulayıcılarımızın da kapasitesini artırmanın gayret içerisinde olduk. Bugün bundan 20 yıl önce 7.000-8.000 hâkim ve savcımız vardı. Bugün 24.000 hâkim ve savcımız var.

Hukuk fakültelerimizdeki eğitim kalitesini artırma noktasındaki çalışmalarımız devam ediyor. Hukuk fakültesinden mezun olan kardeşlerimizin avukat, hâkim ve savcı olabilmesi için bir ön eleme, mezuniyetten sonra Hukuk Mesleklerine Giriş Sınavını getirdik ve 2024'ten itibaren uygulanmaya başlayacak. Yani bir avukat meslektaşımız avukatlık stajına başlayabilmek için artık Hukuk Mesleklerine Giriş Sınavını kazanması gerekecek. Bir ön aşama olacak. Hâkimlik ve savcılık sınavına girebilmek için de yine Hukuk Mesleklerine Giriş Sınavını kazanması gerekecek ve bundan sonra artık hâkim ve savcı adaylığı yok. Bundan sonra hâkim ve savcı yardımcılığı var. 2 yıllık stajda hâkimlik mesleğine kabul edilirken artık 3 yıl boyunca hâkim ve savcı yardımcısı olarak tecrübeli hâkim ve savcılarımızın yanında usta-çırak ilişkisi şeklinde yetişecekler ve Adalet Akademimizde de uzun süren bir eğitim görecekler ve o eğitimler sırasında da farklı sınavlara tabi tutularak 3 yılın sonunda Hâkimler ve Savcılar Kurulumuzun önüne gelip mesleğe kabul aşamasına gelmiş olacaklar. Bu da yargıda insan kalitemizi artıracak önemli hususlar.

Yine yargı teşkilatımızın personelimizi, infaz koruma memurlarımızı, kâtiplerimizden tutun da mübaşirlerimize varıncaya kadar, özellikle o anlamda da personelimizi güçlendirmeye, onların eğitimine yönelik çalışmalara da hız verdik, devam ediyoruz. Tüm bunlarla gerek mevzuatımızın yenilenmesiyle gerek uygulamada gerçekleştirdiğimiz çalışmalarla özellikle Anayasamızda gerçekleştirdiğimiz o büyük reformlarla sessiz devrim dediğimiz reformlarla hukuk devletini güçlendirmenin gayreti içerisinde olduk. Anayasamızda bilgi edinme hakkından tutun da Kamu Denetçiliği Kurumunun kurulmasına varıncaya kadar, çocuk haklarından kadın haklarına varıncaya kadar yargı birliğinin sağlanması Hâkimler Savcılar Kurulunun ve Anayasa Mahkemesinin yapısını daha demokratik hukuk devleti ilkesine dönüştürmeye varıncaya kadar çok önemli sessiz devrim sayılacak reformlara imza attık.

Darbe Anayasasıyla yönetiyoruz. Bu Anayasada sıkıyönetim maddesi vardı geçmişte. Sıkıyönetim maddesini kaldırdık. Darbeciler yargılanamaz diye bir madde vardı kaldırdık. Anayasamızdaki vesayetçi ruhu ortadan kaldırmaya yönelik çok önemli adımlar attık. Milletimizin onayı ile bu reformları gerçekleştirdik.

Ama bu yeter mi? Elbette ki yetmez. Bir kere darbecilerin yazdığı meşru olmayan, seçilmeyen kişilerin yazdığı bir Anayasayla yürümek, Türkiye Yüzyılında Türkiye'ye yakışmaz. Bizim milletimize borcumuz. Bu borcu yerine getirmek zorundayız. Sadece darbecilerin yazmış olması bile meşruiyet noktasındaki sorunu ortaya koyuyor.

O nedenle Türkiye Büyük Millet Meclisinde inşallah 28. Yasama döneminde bir uzlaşma sağlanır ve bu uzlaşma gereğince de partilerimiz oturup bütün toplum kesimlerinin de görüşlerini alarak yeni demokratik sivil katılımcı bir anayasayı inşallah milletimizin onayına sunmak nasip olur ve bu anlamda o zaman Cumhuriyetimizin 100. yılını geride bırakan Türkiye ikinci yüzyıla girerken, Türkiye demokratik bir anayasa ile inşallah yoluna devam eder.

Tabii tüm mevzuat düzenlemelerinin içerisinde özellikle bugünkü toplantımızın konusu olan bilirkişilik kurumu ve Adli Tıp Kurumu ile ilgili olarak da önemli mevzuat düzenlemelerini gerçekleştirdik ve bunları hayata geçirdik.

2016 yılında Bilirkişilik Kanunu'nda ve o kanunun maddeleri arasında yer alan Adli Tıp Kurumu Kanunu'muzda önemli yenilikler hayata geçirdik. O kanun değişikliklerini yaparken işte Bu Adli Tıp Günleri'nde sizlerin ortaya çıkardığı fikirlerden çok yararlandık. Özellikle buralarda dile getirilen gerek akademisyenlerimizin gerek yargı mensuplarımızın dile getirdiği hususlar, bildiriler hep dikkate alınarak Adli Tıp Kurumu, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne ihtiyaçlarını belirledi ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda 2016 yılında Bilirkişilik Kanunu, müstakil bir kanun yürürlüğe girdi ve Bilirkişilik Kanunu'nda özellikle Adli Tıp Kurumu ile ilgili maddelerine de baktığımız zaman Adli Tıp Kurumumuzun işleyişini daha etkin, daha verimli hale getirme anlamında önemli değişikliklere imza atmıştır. O Bilirkişilik Kanunu, Adalet Komisyonunda görüşülürken bir alt komisyon oluşturmuştuk ve o Alt Komisyon Başkanı olarak da ben görev yapmıştım ve bugün o değişikliklerin hayata geçmesi nedeniyle de Adli Tıp Kurumumuzdaki çalışmalar daha etkin, daha verimli olması noktasında önemli ilerlemeler sağlandı.

Tabii bu hafta gerçekleştirilecek sizin düşüncelerinizle de özellikle uygulamada çıkacak olan sorunlar noktasında çok faydalı görüşler, çıktılar elde edileceğini ve bunun da yasamaya ve uygulamaya ışık tutacağına belirtmek istiyorum.

Değerli katılımcılar yalnız ceza hukuku alanında değil, özel hukuk uyuşmazlıklarında da Adli Tıp Kurumunun yapacağı analiz ve tespitlerin önemi oldukça büyük nitekim tarih boyunca yargı mercileri adaletin yerini bulması için tıp bilimi başta olmak üzere hemen hemen tüm pozitif ilimlerden yararlanmıştır. Dolayısıyla tarihin her döneminde adli tıp ve adli ekspertiz müesseseleri adaletin vazgeçilmez unsuru olmuştur. Bakanlık olarak son 21 yılda maddi gerçeğin ortaya çıkarılmasına ve adaletin makul sürede tecellisine böylesine önemli katkı sunan Adli Tıp Kurumunun yapısını güçlendirecek adımları atmaya devam edeceğiz.

Özellikle bu dönemde personelin nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesine özen gösterdik, göstermeye devam edeceğiz. Teknolojik imkânların artırılmasına ve adli tıp hizmetlerinin yurt genelinde yaygınlaştırılarak birimlerin fiziki koşullarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalara hız verdik. Adli tıp hizmetlerinde her geçen gün artan iş yükü ve çeşitlilik göz önüne alındığında farklı ihtisas alanlarında kurumsallaşma artık bir

zorunluluk haline geldi. Bu kapsamda 2002 yılında 5 olan İhtisas Kurulu sayısı 8'e çıkarıldı, ayrıca 6 olan İhtisas Dairesine son derece ileri teknoloji ürünü cihazlarla donatılmış Adli Bilişim İhtisas Dairesini ekleyerek bu sayıyı 7'ye çıkardık.

Adli Tıp Kurumu 2002 yılında sadece 25 ilimizde hizmet veriyordu. 6 tane Grup Başkanlığı vardı. 18 ilde de Şube Müdürlüğü vardı. Bu kapasite ile ülke genelinde hizmet vermenin, gecikmeksizin hizmet vermenin mümkün olamayacağı da açıktı. Şimdi bu tarih itibariyle 25 adet olan adli tıp hizmetini 81 vilayete taşıdık ve ayrıca 53 büyük ilçemizde de adli tıp hizmetleri müdürlüklerimiz tarafından veriliyor ve 14 bölgede de Grup Başkanlığımız var. Yine Trabzon, Antalya, Erzurum, Van, Diyarbakır ve Hatay Grup Başkanlıkları ile Rize ve Yozgat Şube Müdürlüklerinin yeni hizmet binalarını hizmete açtık. İzmir, Denizli ve Bursa Adli Tıp Grup Başkanlıklarının yeni hizmet binalarımız da tamamlanmak üzere. Bir kısmı tamamlandı. Açılışa hazır hale getirdik. Önümüzdeki günlerde de İzmir, Denizli ve Bursamıza da Adli Tıp Bölge Başkanlarımızın yeni hizmet binalarını açacağız. Yine Konya, Samsun, Tekirdağ, Sakarya, Kayseri, İstanbul Anadolu ve Şanlıurfa Adli Tıp Grup Başkanlıklarının faaliyete geçirilmesini planlıyoruz. Bu konudaki çalışmalarımız da devam ediyor. Ayrıca Kimya, Fizik, Biyoloji ve Morg İhtisas Dairelerinin teknolojik donanımlarını uluslararası ölçekte güçlendirerek kurumun kalite ve kapasitesini artırdık.

Adli Tıp Kurumu 2005 yılında Avrupa Adli Bilimler Enstitüleri Ağı üyeliğine kabul edilmiş ve bu kapsamda uluslararası düzeyde periyodik toplantı ve etkinliklere katılım sağlanmaktadır. Adli Tıp Kurumumuz uluslararası entegrasyon çabaları kapsamında periyodik olarak Avrupa Birliği ülkelerine uzman personel göndererek bilgi ve deneyim artışını hedefliyor. Bu görevlendirmeler bilimsel gelişmelerin pratiğe yansımasını gözlemleme ve Adli Tıp Kurumumuzun uluslararası arenada daha etkin bir rol oynamasına katkı sağlıyor. Bu sayede Adli Tıp Kurumumuz hem küresel düzeydeki en son yenilikleri takip ederken hem de farklı kültürlerden gelen bakış açıları ile zenginleşerek daha geniş bir perspektife sahip oluyor.

Aynı zamanda Adli Tıp Kurumunun laboratuvarlarının uluslararası standartlara uygunluğuna da büyük önem veriyoruz. Bu kapsamda ilk olarak 2009 yılında DNA ve narkotik laboratuvarlarını uluslararası alanda akredite ettik. Alınan başarılı sonuçlarla birlikte akreditasyon kapsamına Biyoloji, Kimya ve Fizik İhtisas Dairelerini de kattık.

Adli Tıp Kurumunun temel politikası, dünya genelinde adli tıp alanındaki gelişmeleri yakından takip ederek bu yenilikleri Türkiye'de de hayata geçirmektir. Akreditasyon süreçleri, laboratuvarlarımızın uluslararası düzeyde tanınırlığını ve güvenilirliğini artırmaktadır. Aynı zamanda adli tıp alanındaki en son bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin Türk Adalet Sistemi'nin hizmetine sunma hedefimize önemli katkıda bulunmaktadır. Yaptığımız bu yatırımlarla Adli Tıp Kurumumuz ülkemiz genelinde 81 vilayetimizde adli tıpta otopsi işlemleri yapılabilir hale getirdik.

Ayrıca Adli Tıp Kurumunun teşkilat yapısını daha güçlü hale getirmek için çalışmalarımız devam ediyor. Bu kapsamda öncelikle Adli Tıp İhtisas Kurulu sayısını 8'dan 11'e çıkarmayı hedefliyoruz. Ayrıca Adli Tıp Kurumu Grup Başkanlıklarını, Bölge Başkanlıklarına çevirerek Adli Tıp Şube Müdürlüklerini de Bölge Başkanlıklarına bağlamayı planlıyoruz. Tabii bu Cumhurbaşkanlığı kararnamesiyle, Sayın Cumhurbaşkanımıza önererek gerçekleştireceğimiz hususlardır. Özellikle Grup Başkanı, Şube Müdürlüğü bir karışımı söz konusu. Hangisi yüksek, o nedenle Grup Başkanlıklarını Antalya'da olduğu gibi çevre illere de hizmet veren Adli Tıp Bölge Başkanlıklarına dönüştürmek istiyoruz.

Yine idari birimlerin altında Personel, Destek Hizmetleri, Bilgi İşlem ve İstatistik, Eğitim Araştırma ve Geliştirme ile Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlıkları da kurmayı planlıyoruz.

Sürekli gelişime açık bir şekilde daha iyisinin peşindeyiz. Attığımız tüm adımları sürekli değerlendiriyor, daha iyi sonuçlar elde edebilmek amacıyla getirilen önerileri mutlaka dikkate alıyoruz. Özellikle Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan 12. Kalkınma Planında da Adli Tıbba yönelik önemli kararlar var. Önemli ifadeler var. Geçen hafta 12. Kalkınma Planımızın Cumhurbaşkanı Yardımcımız Sayın Cevdet YILMAZ tarafından Türkiye Büyük Millet Meclisi sunumu gerçekleştirildi. O belgede de şunlar ifade ediliyor adli tıpla ilgili olarak: Adli tıp hizmetlerinin etkinliğini artıracağız. Bugüne kadar olduğu gibi gelişen teknolojilere bağlı olarak Adli Tıp Kurumunun kapasitesini güçlendirerek yeni bilim üniteleri ile İhtisas Kurulları kuracağız. Yargı ve kolluk teşkilatları ile Adli Tıp Kurumu arasındaki iletişimi daha da güçlendireceğiz. Adli tıp hizmetlerinde yapay zekânın daha etkin kullanılmasını sağlayacağız. Yargıda ihtisaslaşmayı en güçlü noktaya taşıyacağız.

12. Kalkınma Planı özellikle önemli. Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan ve bu belgede Adli Tıp Kurumu ile ilgili ana hedeflerimizi de belgede ortaya koyduk. Dolayısıyla bu belge de özellikle yürütmeyi biz uygulayıcıları bağlayan, önemli bir belge ve bu çalışmaları da inşallah hep beraber takip edeceğiz. Bu Kongre'de dile getireceğiniz tüm görüşleri not ediyoruz, not edeceğiz ve bu çıktılar bizlere Adalet Bakanlığımıza, Adli Tıp Kurumu Başkanlığımıza ve bütün uygulayıcılara yol gösterecek.

Kıymetli misafirler, Sayın Valimiz deprem felaketindeki Adli Tıp Kurumu çalışmalarından bahsetti. Evet, 6 Şubat felaketini aslında asrın felaketi olarak tanımlayanlar var ama 6 Şubat depremleri dünya tarihinin en büyük deprem afeti. Tarihe baktığımız zaman bundan daha büyüğünü göremiyoruz. 11 vilayetimiz etkilendi ve 52.000 den fazla canı kaybettik. Binler, belki yüzbinlerce yaralımız var ve 11 vilayette 15 milyondan fazla insanımız doğrudan etkilendi ve ülke olarak da büyük acı yaşadık ve şimdi yaraları sarmanın zamanı ve yaraları sarmak için de büyük bir mücadele veriyoruz. Kabine toplantılarımızın tamamında bugüne kadar gerçekleştirdiğimiz hepsinde ilk gündem maddemiz deprem bölgesindeki yapılan çalışmalar. Tüm Bakanlarımız deprem bölgesindeki yapılan çalışmaları değerlendiriyor ve bu anlamda Sayın Cumhurbaşkanımız da çalışmaları yakından takip ediyor ve bölgedeki vatandaşlarımızın sıcak yuvalarına kavuşması için büyük bir mücadele yapılıyor. 1 yıl gibi kısa bir süre içerisinde bu konutların yapılıp vatandaşlarımıza teslim edileceği ile ilgili vaatlerimiz var, açıklamamalarımız var ve arazide gördüğümüz bazı yerlerde konutların inşaatının hemen hemen tamamlandığını görüyoruz ve bu süreç hızlı bir şekilde devam ediyor.

Tabii deprem anından itibaren özellikle Yargı Teşkilatımız büyük bir çaba gösterdi. Hemen bir Kardeş Adliye Projesi ile bir Kriz Merkezi oluşturarak bölgeye 1.000 hâkim ve savcımız ve 500 den fazla adli tıp personelimiz süratle gönderildi, 300'den fazlası adli tıp uzmanımız ve diğer personelle beraber Adli Tıp Teşkilatımız da bölgede seferber oldu. Sayın Valimizin de anlattığı gibi 7.500 civarında diğer destek personeliyle beraber toplamda 10.000'e yakın yargı mensubu, Adalet Teşkilatı çalışanı bölgede günlerce çalıştı ve özellikle otopsi işlemleri, DNA tespiti, kimlik tespitleri noktasında Adli Tıp Kurumumuz ve uzmanlarımız çok büyük gayret gösterdi ve o acıyı yaşarken milletimizle beraber o acıyı yaşarken ve fedakârca orada gece gündüz çalıştınız. Ben buradan tüm Adli Tıp Kurumu Teşkilatımıza başta Sayın Başkanımız olmak üzere tüm adli tıp uzmanlarımıza ve destek personelimize o deprem bölgesindeki fedakârca çalışmalarından dolayı çok çok teşekkür ediyorum. Sağ olsunlar, var olsunlar.

Tabii bölgede Hatay'da İskenderun'da Kırıkhan'da İslahiye'de Nizip'te Adana'da ve Malatya'da fiziki kapasiteyi güçlendirme adına da yeni Şube Müdürlükleri ve yeni laboratuvarlar, DNA laboratuvarları kurduk. Bu fiziki kapasiteyi deprem bölgesi için biraz daha öne aldık. Malatya Adliyemizin bünyesi içerisinde Adli Tıp Grup Başkanlığı projemiz vardı ama yer noktasında bir değişiklik söz konusu oldu. Şimdi Üniversitenin arazisinde Adli Tıp Grup Başkanlığı binamızın inşaatını inşallah gerçekleştireceğiz.

Ayrıca Malatya Adliyesi'nin de ihalesini yaptık. Deprem bölgesinin diğer yerlerinde 15 adliyemiz ağır hasar gördü ve tamamıyla ilgili ihale ve proje çalışmalarımızı sürdürüyoruz ve orada yargı hizmetlerinin aksamaması için gayret gösteriyoruz.

Değerli misafirler, kıymetli katılımcılar, değerli uzmanlarımız, yargı mensuplarımız, bütün bu çalışmalarımızın çok değerli bir amacı var. Yargılamanın kalitesini artırmak ve adaletin tecellisine katkı sunmak. Bu açıdan hem Adalet Bakanlığımız hem de Hükümet olarak üzerimize düşen şimdiye kadar olduğu gibi bundan sonra da yapmaya devam edeceğiz. Bu Kongre sonucunda ortaya çıkacak değerli fikirler değerlendirilecek, tartışılacak ve yapacağımız yeni çalışmalar için bizlere yol haritası olacak.

Siz değerli misafirlerimize teşriflerinizden ve fikirlerinizi paylaşacak olmanızdan dolayı şükranlarımı sunuyorum. Organizasyonda emeği geçen başta Adli Tıp Kurumu Başkanımız ve Adli Tıp Kurumu çalışanlarımız, uzmanlarımız olmak üzere; burada tebliğler sunan, oturum başkanlığı yapan çok değerli yüksek yargı mensuplarımıza, Meclis Adalet Komisyonu Başkanımıza, Bakanlık personelimize ve siz kıymetli değerli akademisyenlerimize ve adli tıp uzmanlarımıza huzurlarınızda çok çok teşekkür ediyorum. Başarılar diliyorum. Bu duygu ve düşüncelerle hepinizi sevgiyle saygıyla selamlıyorum. Sağ olun var olun.

1. GÜN
1. OTURUM

ADLİ TRAFİK VE BİLİRKİŞİLİK

ADLİ TRAFİK VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Cemalettin TÜL (Sunucu):
Sayın Yargıtay 1.Başkan Vekilim, Saygıdeğer Başsavcım, Adli Tıp Kurumunun değerli Başkanı; değerli yargı mensupları ve Adli Tıp Kurumunun değerli üyeleri… Uluslararası katılım anlamında ikincisini düzenlediğimiz 18. Adli Tıp Günleri'ne, Antalya Aksu'ya hepiniz hoş geldiniz, şeref verdiniz.

Adli Tıp Günlerinin en önemli özelliklerinden birisi de yılda bir defa da olsa bir araya gelip yeni ilişkiler tazelemek ve bilgilerimize ve tecrübelerimize yenilerini eklemek. Bu sene de bu güzel ve güçlü organizasyonla bunu sağlayacağımıza sizlerle birlikte bu güzel atmosferi oluşturacağımıza yürekten inanıyoruz.

Değerli konuklarımız bugün 4 oturum ve 23 konuşmacımız var. İlk oturum 2 saat sürecek, öğleden sonraki oturumlar yaklaşık 90 dakikalık periyotlarla olacak. Kahve aralarımız yarım saat sürecek ve saat 12.30 14:00 arasında öğle yemeği vaktimiz var.

Şimdi ilk oturumunuzun konusunu söylüyorum: Adli Trafik ve Bilirkişilik. Değerli moderatörlerimizden başlıyorum; Size göre sol taraftan moderatörlerimiz saygıdeğer Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN Hanımefendi ve saygıdeğer Abdurrahman SAVAŞ. Konuşmacılarımız; Sayın Muhammed DEMİREL, Sayın Nedim KAYA, Sayın Yavuz Selim GÜÇLÜ ve Sayın Mustafa YAPICI.

Oturumumuzun hayırlara vesile olmasını diliyor, sözü oturum başkanlarına arz ediyorum. Buyurun efendim.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Teşekkür ediyoruz. Önce ben başlayayım Hocam müsaade ederseniz. Ben Profesör Doktor Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Ulaştırma Anabilim Dalı Başkanıyım. Aynı zamanda da Adli Tıp Trafik İhtisas Dairesinde uzman olarak görev yapmaktayım.

Daha evvel Ulaştırma Bakanlığında daire başkanlığı ve bölge müdürlüğü görevlerinde bulunduktan sonra üniversiteye geçiş yaptım 2 sene evvel.

Bu toplantıyı düzenlediği için Sayın Başkanımıza da teşekkür ediyoruz çünkü geçen sene de katıldım ve çok güzel sonuç bildirgeleri çıktı. Bunlarla ilgili üst makamlara ve ilgili mercilere geri bildirimlerde bulunuldu. Dolayısıyla bu yapıcı Kongrenin başarılı olmasını ve hepimiz için hayırlı olmasını diliyorum.
Abdurrahman Hoca da İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinde Roma Hukuku Anabilim Dalı Başkanı. Ben onun tanıtımını yapayım. Selçuk Üniversitesinde akademik hayatına başlıyor. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinden mezun. O da benim gibi Adli Tıp Kurumu Trafik İktisat Dairesinde uzman olarak desteklerini sürdürüyor.

Bugünkü yönetimi şöyle yapacağız: aslında süre olarak baktığınızda 2 saat gibi bir süremiz olduğu gözüküyor, 10 dakikasını kullandık. Konuşmacılarımızdan 20 dakikada konuşmalarını tamamlamalarını rica edeceğiz.

Sonra kalan bir 20 dakikada da tartışma ve öneriler kısmını yaptıktan sonra bunları not halinde Adli Tıp Kurumu Başkanlığına iletmeyi planlıyoruz.
Buyurun Abdurrahman Hocam.

Abdurrahman SAVAŞ (Moderatör):
Teşekkür ediyorum Sayın Hocam. Ben de bu güzel programı tertipleri sebebiyle Sayın Başkanıma ve tüm katılımcılara teşekkür ediyorum.

İlk konuşmacı olarak Sayın Doç. Dr. Muhammet DEMİREL Bey çok önemli bir konuyu sunacaklar. Hukukun ilk dönemlerinden beri en çetrefilli konulardan birisi olan kusur, kusurun sorumluluğa etkisi. İlk dönemlerde belki objektif sorumluluk olarak kusursuz sorumluluk daha kolay uygulanabiliyordu fakat toplumun gelişmesiyle, hayatın çetrefilleşmesiyle birlikte daha adil ama daha zor olan subjektif sorumluluğa doğru geçildi ve bu noktada kusurun tespiti çok önemli bir yer işgal ediyor.

Bu aşamada da Sayın Muhammed DEMİREL, trafik kazalarında kusurun rolü konulu tebliğini sunacak. Buyurun Hocam süreniz 20 dakika. Dediğimiz gibi tartışmalarda da güzel noktalara temas ediliyor, süreye riayet edersek seviniriz buyurun.

Muhammed DEMİREL (Konuşmacı):
Herkesi saygıyla selamlıyorum. Öncelikle bana burada sunum yapma imkânı sağladıkları için Başkanımıza çok teşekkür ediyorum.

Trafik kazalarına ilişkin olarak Yargıtay kararlarının değerlendirmeye çalışacağız. Öncelikle kanun maddelerine baktığımızda kasta ilişkin düzenlemeyi görüyoruz. Bu tanıma göre kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir. Olası kast ise, öngörülmesine rağmen fiilin işlenmesidir. Bu tanım, ilk defa 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile getiriliyor. Taksirin temeli özen yükümlülüğüne aykırı davranıştır. Taksir, neticenin öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir. Burada hiç öngörülmeyen ve fakat esasen objektif olarak öngörülebilir olan bir neticenin öngörülmeyerek gerçekleştirilmesi söz konusudur.

Bilinçli taksir, öngörülen neticenin istenmemesidir. Burada özellikle olası kastla bilinçli taksir arasındaki ayrım bakımından zorluklar ortaya çıkmaktadır. Olası kast, öngörmeye rağmen fiilin işlenmesi iken bilinçli taksir de öngörülen neticenin istenmemesi söz konusudur. İşte burada bilinçli taksir ve olası kast tanımlarına yer vermeye gerek olup olmadığı hususu pekâlâ tartışılabilir. Bu iki kavram birbirine karışabileceğinden bunu engellemek üzere madde gerekçesinde doğrudan örneklere yer verildiği görülmektedir. Nitekim olası kast örneğine olarak yolda seyreden otobüs sürücüsünün kendisine kırmızı ışık yanarken kavşağa yaklaşması, buna rağmen kavşakta durmayıp geçmesi esnasında kendisine yeşil ışık yanan bir kişiye çarpması ve bu kişinin ölümüne neden olması verilmiştir. Madde gerekçesinde bu olayda olası kastla ölümün bulunduğu ifade edilmektedir.

Yargıtay kararlarına baktığımız zaman bu gerekçeye uygun kararlar verildiğini görüyoruz. Nitekim Yargıtay Ceza Genel Kurulunun 2020 tarihli bir kararında, 50 km hız sınırı, 110 km hızla gidiyor, yaya geçidine yaklaşıyor ve bu yaya geçidinde önüne yayaların önüne çıkabileceğini öngörmesine rağmen yoluna devam ediyor. Önemli bir husus var burada, sürücü hiçbir şekilde hızını azaltmıyor. Yani yüksek bir hızla çarpıyor yayaya. Bu sebepten dolayı Yargıtay Ceza Genel Kurulu diyor ki, *"Burada yüksek hızda olduğu için hızını da azaltmadığı için bir kaçınma hareketi yok, neticeyi önlemeye yönelik bir harekette bulunmuyor. Dolayısıyla da olası kastla hareket etmiştir."*

Peki, muhalif üyeler ne diyor? Muhalif üye şunu söylüyor diyor: *"Evet bu çok üzüntü verici bir olay ama eğer frene bassaydı daha üzüntü verici bir olay olabilirdi, daha ağır sonuçları olabilirdi. Bu yüzden frene basmaktan imtina etmiş olabilir. Kanuni sistematiğe bakıldığında burada bilinçli taksir vardır."* Bakın madde gerekçesine rağmen muhalif üye böyle bir karşı oy gerekçesine yer veriyor.

Yargıtay Ceza Genel Kurulu, 2019 tarihli bir başka kararında da yine aynı şekilde benzer bir olayda benzer karar veriyor. Alkol sebebiyle sürücü belgesi iptal olmuş, alkollü halde trafiğe çıkıyor. Hızını azaltmayarak kavşağa yaklaşıyor. Diğer taraftan gelen bir sürücüye çarpıyor. Burada da yine aynı şekilde hızını azaltmadığı için, yani kayıtsız kaldığı gerekçesiyle kabullendiğinden bahisle olası kastla öldürmeden sorumlu tutuluyor.

Yargıtay Ceza Genel Kurulunun 2017 yılında bir başka kararında ise olası kast değil bilinçli taksir sonucuna ulaşıyor. Peki neden? Mahkeme diyor ki, "Aracı görür görmez frene basmıştır." Dolayısıyla Yargıtay Ceza Genel Kurulu, *"Neticeyi engellemeye çalışmıştır, önlemeye çalışmıştır bu sebeple burada olası kast değil bilinçli taksir vardır."* Şeklinde bir sonuca ulaşıyor.

Şimdi şunu söylemek gerekir, Alman öğretisinde olası kast, bilinçli taksir ayrımına ilişkin farklı teoriler var. Burada vakit yeterli olmadığı için bunlara girmeyeceğim, sadece şunu söylemek istiyorum: Alman öğretisinde kaçınma öğretisi diye bir öğreti geliştirmişler. Diyorlar ki, "Fail, neticeyi önlemek için kaçınabilecek bir hareket gerçekleştiriyor mu, bu neticeden kaçınmaya yönelik bir hareket gerçekleştiriyor mu? Eğer bunu yapıyorsa bilinçli taksir, yapmıyorsa olası kast. Bizim Yargıtayımızın da dikkat edersek bu ölçütü, bu öğretiyi kullandığını görüyoruz. E tabii ben bunu, yani bu öğretiden haberli bir şekilde mi yapılıyor acaba bunu bilmiyorum ama Yargıtay bu öğretiyi kabul ediyor. Alman Hukuku'nda ise bu öğreti hiçbir şekilde kabul edilmiyor. Bu öğreti, oldukça büyük eleştirilere maruz kalıyor. Çünkü bizim kanunumuz da buna uygun değil. Bizim kanunumuz açıkça şunu söylemiş: *"Öngörüp, kabullenmek."* Yani aslında failin neticeye rıza gösterip, uygun görüp buna rağmen fiili işlemesi. Aslında çok açık bir ifade kullanılmış kanuni tanımda. Dolayısıyla olası kast ve bilinçli taksir ayrımında failin kaçınmaya yönelik ne yapıp yapmadığına değil, başka ölçütlere bakmak gerekiyor.

Şu örnek çok önemli: Alman Federal Yüksek Mahkeme kararına örnek olmuş bu olay. İki kişi hırsızlık yapmak istiyorlar, bir eve girecekler. Kafalarındaki plan da şu *"Eğer mağdur uyanırsa onu deri kemer ile boğarız, biraz bayıltırız, malları alır çıkarız."* Sonra biri diyor ki, *"Bu öldürebilir onu biz bunu uygulamayalım, torbayla vururuz kafasına kum torbasıyla. O şekilde bayıltırız, alırız."* İçeri giriyorlar, kum torbasını vuruyorlar bir defa. İkinci defa vuruyorlar hiçbir şey olmuyor, üçüncü defa vuruyorlar kum torbası patlıyor. Mağdura hiçbir şey olmuyor. Mağdur boğuşmaya devam ediyor. Bu sefer ilk planlarına dönüyorlar, deri kemeri çıkarıyorlar, boğazını sıkıyorlar, sıkmaya devam ediyorlar. Sıkarken, sıkarken, sıkarken mağdur ölüyor. Bu olay oldukça tartışılıyor Alman Hukuku'nda. Zaten olası kast, bilinçli taksir ayrımına ilişkin temel öğreti de buradan gelişiyor Alman Hukuku'nda. Diyorlar ki, *"Burada ne yapacağız? Burada aslında neticeyi öngörüyorlar ama bir kabullenme var mı yok mu?"* İşte burada biz kaçınma öğretisini uygularsak, *"Neticeyi engellemeye yönelik olarak ne yapmışlar, bir şey yapmışlar mı?"* dersek aslında kum torbasını kullanmışlar önce. Yani kaçmaya çalışıyorlar ölümden. Yargıtay olarak şu sonuca ulaşabiliriz: *"Kum torbasını kullandıkları için önce neticeyi engellemeye yönelik bazı tavır ve davranış içinde bulunmuşlardır. Fakat karşı taraf boğuşma içerisine girdiği için deri kemeri kullanmışlardır, dolayısıyla olası kast değil de bilinçli taksir uygulayabiliriz."* Yüksek mahkemeden böyle bir karar çıkmasa da en azından bunu diyen üye mutlaka çıkacaktır diye düşünüyorum. O yüzden buradan bir sonuç elde edilemeyeceği için Alman öğretisinde, uygun görme, kabullenme öğretisi kabul edilmiştir ki aslında Türk Ceza Kanunu'nda yer alan kanuni tanımın buna çok uygun olduğunu görmekteyiz.

Bir başka Yargıtay kararına bakıyoruz, özellikle bu çerçevede makas atma olayı çok önemli. Makas atma olayına da değinmek istiyorum. İşte makas atıyor, kırmızı ışıkta geçiyor, aşırı hızlı. Araç içindekiler onu uyarıyorlar diyorlar ki ona, *"Bak kaza olacak makas atma!"* Sürücü de onların uyarısını göz ardı etmek için müziğin sesini yükseltiyor, açıyor yoluna devam ediyor ve sonuçta kaza yapıyorlar. İki tarafta ölümlü bir kaza meydana geliyor. Yargıtay şu gerekçeyle olası kastı kabul ediyor: *"Uyarılara rağmen müziğin sesini açmıştır, umursamamıştır. Umursamadığı için olası kast vardır."* Peki, muhalif üyeler ne diyor? Muhalif üye diyor ki, *"Araçta arkadaşları da olduğu için arkadaşlarının ölmesini de istemeyeceği için bilinçli taksir vardır."* Bu gerekçe çok önemli. Özellikle deprem olaylarında Yargıtayda şu eğilim var: *"Evin içinde kendisi de yaşadığı için ölümü istemeyecektir, bilinçli taksir."* Hatta bazen bilinçsiz taksir de denilebiliyor.

Peki ya kolonu kesmiş ve orada kendi de yaşıyorsa ne olacak? İşte dolayısıyla bir kişinin orada kendisinin de bulunması ya da yakınlarının da bulunması otomatikman kişinin neticeyi istemediği anlamına gelmemeli, yani somut olayın mutlaka bir bütün halinde incelenmesi gerekir.

Yargıtayın kararlarında şunu tespit edebiliriz, bir defa kararlar arasında net bir ölçüt yok. Mesela sahte içki olayları. Sahte içki olayında ters yönde giden araç olayına atıf yapıyor muhalif üyeler. Diyorlar ki, ters yönde giden bir araç var. Ters yöne giriyor yola ve gece. Farları da kapalı. Farlarını da kapatmış araç, ters yönde yola girmiş, ortadan gidiyor. Kaza oluyor, ölüme sebebiyet veriyor. Bilinçsiz taksir sonucuna ulaşıyor Yargıtay. Sahte içki olayında muhalif üyeler diyorlar ki, *"Ya siz ters yönde giden farlarını da kapatmış olayda bile bilinçli taksir dediniz, sahte içki olayında nasıl olası kast dersiniz?"* Tabi ters yönde giden her olayda bilinçli taksir demiyor Yargıtay. Olası kast dediği olaylar da var. O da şu, polis memurları kişiyi kovalıyor. Kişi kaçarken polis memurlarından ters yola giriyor. Çok hızlı bir şekilde yoluna devam ediyor ve kazaya sebebiyet veriyor. Olası kastla öldürmeden karar veriyor Yargıtay. Yargıtayın gerekçesi ne? Yargıtayın gerekçesi polislerden kaçması ve aşırı hız yapması. Buradan şunu söyleyebiliriz, şöyle bir izlenim var, Yargıtay bir olayda bir sonuca varıyor kafasında o sonucu gerekçelendirmek için olayın içindeki olguları ele alıyor. Diyor ki, *"Polisten kaçmıştır, aşırı hızlıdır."* Ama aslında sonuç belli. Diyor ki, *"Ben burada olası kastla öldürme sonucuna ulaşacağım, ne yapmam gerekiyor bunun için? Polisten kaçıyor. Ne yapmam gerekiyor? İşte aşırı hızlı."* Ama mesela bir önceki olayda ters yönde orta yoldan gidiyor, farları kapalı, alkollü. Orada diyor ki, *"Bilinçli taksir"* Dolayısıyla şunu söyleyebiliriz, Yargıtayın kararları arasında bir gelgit var. Bir o tarafa bir bu tarafa. Bunun en büyük örneğini Van'daki Bayramoğlu Oteli olayında görebiliriz. Önce bilinçli taksir, sonra bilinçsiz taksir, en son bilinçli taksir. Dolayısıyla hep bir gel git görüyoruz. Bu önemli bir husus. İşte şu da muhalif üyelerin gerekçesi. Diyorlar ki sahte içki olayında, *"Bölünmüş yola ters yönden girerek aşırı derecede alkollü vaziyette aracın farlarını da kapatarak orta bölüme yakın bir yerde seyrederken kazaya sebebiyet vermesi ihtimali, somut olayımızda satılan içkilerden dolayı ölüm olaylarının meydana gelme ihtimalinden çok daha fazla olabileceği tartışmayı gerektirmeyecek kadar açıktır."* Sahte içki satıyor, mesela orada başka türlü değerlendirme yapılabiliyor, bu bölünmüş yol olayında başka türlü bir değerlendirme yapılabiliyor.

Dolayısıyla Yargıtayda net bir kriter, net bir ölçütün tam anlamıyla konulamadığını görüyoruz. Bunun için de mesela Alman Federal Yüksek Mahkemesi net bir kriter çizmiş. Bunu bütün kararlarında görüyoruz. Bütün kararlarını sistematik olarak incelediğimiz zaman, hatta şöyle, Almanlardaki öğreti başka bir görüşü kabul ediyor, Federal Mahkeme başka bir görüşü kabul ediyor ama hiç kararından sapmıyor, aynen devam ediyor Alman Federal Yüksek Mahkemesi. Mahkeme, eğer genel kabulünden ayrılacak olursa bu defa çok kapsamlı bir gerekçe ortaya koyuyor ve içtihadından ayrılmasının makul gerekçelerini ortaya koyuyor. Ama bizim maalesef Yargıtay kararlarında net bir kriter konulmadığı gibi benzer iki olayda neden farklı kararlar verildiği de detaylı açıklamalarla gerekçelendirilmemektedir.

Teşekkür ediyorum.

Abdurrahman SAVAŞ (Moderatör):
Muhammed Hocama teşekkür ediyoruz. Tabi şöyle bir algı olmasın. Yargıtay kararlarında git gellerin olması ya da farklı kararların çıkması bir eksiklik değil. Belki bir zenginlik sebebi de olabilir çünkü hukuk matematik değildir ve belli konulara belli noktalarda istikrarın sağlanabilmesi için çok uzun aşamalar gerekir. Bunu sadece bizde değil diğer hukuk sistemlerinde de çok açık net bir şekilde görürüz.

Tekrar teşekkür ederiz Muhammed Hocam.
Buyurun Nurdan Hocam.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
İkinci konuşmacımız Adli Tıp Kurumu Trafik İhtisas Daire Başkanı Nedim KAYA. Trafik Kazalarından Bilirkişilik Uygulamaları ile ilgili size örneklerle bir sunum yapacak buyurun Başkanım 20 dakikanız var.

Nedim KAYA (Konuşmacı):
Değerli Başkanım, kıymetli hazirun hepiniz hoş geldiniz. Benim konum Trafik Kazalarında Bilirkişilik Uygulamaları. Aynı zamanda Trafik İhtisas Dairemizin kuruluş amacı, nelerle ilgilendiği ve yapılan çalışmalar hakkında bazı bilgiler de vereceğim. Basit bir örnek olay üzerinden olayları nasıl çözdüğünüzü anlatacağım. Son olarak çok değerli bir konu, dünyada yapılan yeni uygulamaları ülkemize yerleştirme adına neler yapabiliriz, dünyada bilimsel ilerlemeler, olay yeri incelemesinde deliller ne şekilde toplanıyor, bununla ilgili verileri de paylaşacağım.

Öncelikle Dairemiz, Adli Tıp Kurumu bünyesine 1984 yılında alınmış. Ülkemizde her 24 saniyede bir trafik kazası meydana geldiği, bu kaza sayılarında yükselen ivme ve halkımızın bilinçlenmesi ile orantılı olarak gerçekleşen dava artışı, kazalar neticesinde oluşan can kaybı, sakatlık, araçlarda maddi hasar ve kişilerde oluşan maddi manevi çöküntü ile sonuçlanan olayların vuku bulduğu düşünüldüğünde birimimizin ne derece önemli bir görev icra etmiş olduğu ortadadır. Bir yılda güzel ülkemizde meydana gelen trafik kazalarında oluşan maddi ve manevi zararlar ile can kayıplarının, savaş halinde olan bazı ülkelerin kayıplarından daha yüksek oranda olduğu aşikardır.

Dairemiz kurulduğu ilk yıllarda 2.000 ila 3.000 dosya arasında iç hacmi oluşmuş daha sonraki yıllarda ise büyük oranda artmıştır. Örneğin 2003 yılında gelen dosya sayısı 10.000'i geçmiştir. Bu nedenle Ankara Grup Başkanlığımız bünyesinde Trafik İhtisas Dairesi açılmış, akabinde Trabzon ve şükürler olsun 2 gün önce de İzmir Trafik İhtisas Dairesi bu hizmet kervanına eklenmiştir. Tabii ki Başkanımız sayesinde daha da çoğaltmayı düşünüyoruz.

Tüm teşkilatlarımızda yeterli sayıda mühendis ve uzmanımızın yanı sıra yardımcı personel ile bu alanda ihtisas yapmış profesör, doçent, doktor öğretim üyesi olarak çalışan değerli Hocalarımız var. Ayrıca burada özellikle vurgulamak isterim ki bizim dairemizde, teknik elemanlarımız haricinde hukukçu Hocalarımız da var. Bu husus başka daire ve kurullarda olmayan bir şey. Dolayısıyla, Dairemizde teknik ve hukuk gibi bu iki alanın sentezi sonucunda oluşan raporlar sözkonusu. Teknik ve akademik kadrolarla hayatın akışı içinde başımıza gelebilecek tüm trafik vakalarında adalete hizmet bazında danışmanlık ve bilirkişilik hizmetlerini yürütmekteyiz.

Merkez Trafik İhtisas Dairesinin 2022 yılı sonu itibariyle kabul ettiği dosya sayısı 20.000'i geçmiş, Ankara Trafik İhtisas Dairesinin kabul ettiği dosya sayısı da 10.000'in üzerine çıkmıştır.

Dairemizde öncelikle taksirle meydana gelen karayolu kazalarına

raporlar yazılmış ama akabinde raylı sistem kazalarına da rapor yazılmaya başlanmıştır. An itibariyle de deniz kazalarına da rapor yazılmaya başlanmıştır. Hedefimiz, uçak kazalarındaki kara kutuyu da inceleyebilecek laboratuvara sahip olmak ve bunlara da rapor yazmaktır. Hava taşıtları denildiğinde sadece uçakların anlaşılmaması gerekir. Uçakların yanında birçok hava taşıtı türü daha var. Zaman içerisinde Dairemizin, bu taşıtların karıştığı kazaların da rapor yazar hale geleceğini ve ilgili birimlerin Dairemize entegre edileceğini umuyorum.

Ülkemizde ulaşımın için %84,9'u karayolu, %5'i demiryolu, %1,1'i deniz yolu yüzde %9'u da havayolu ile yapılmakta iken gelişmiş ülkelerde dağılım bu şekilde değil. Mesela ABD'yi örnek alalım. ABD'de bu oran %27,2 karayolu, %38,3 demiryolu, %24 denizyolu ve %10,5 havayolu şeklinde oluşmaktadır.

Ülkemizde karayoluna verilen bu önem ve yoğun bir şekilde kullanılmasından dolayı kazalar kısmen de olsa artarak devam etmekte, meydana gelen kazalar da ölüm, yaralanma ve maddi hasarlarla sonuçlanmaktadır. Ne yazık ki haber bültenlerinde karşılaştığımız ve artık olağan hale gelen bu olaylar çok ciddi kayıplar olarak karşımıza çıkmaktadır. En önemlisi de can kayıpları meydana gelmekte, bunun yanında maddi manevi zararlar ortaya çıkmakta, aile hayatları bitmekte, telafisi olmayan durumlar ile karşı karşıya kalınmaktadır. Ülkemizde bazı zamanlarda -bu da çok önemli- milli hasılanın yüzde ikisi düzeyinde büyük ekonomik kayıplara sebep olmaktadır. Yerli üretimimiz olan araç -şükürler olsun- yeni oluştu ama daha yollarda çok yaygın değil, yeni yeni çoğalmaya başladı. Özellikle teknik olarak bugüne kadar üretemediğimiz araçları yurt dışından aldığımızdan, bunların yedek parçalarının da çoğu yurt dışından geldiğinden dolayı milli hasılanın %2 civarında bir yekün teşkil etmekte.

Her şeyden önce bir trafik kazasında, bu kazaya sebep olan faktörlerin ne olduğunu doğru anlamak ve basit bir şekilde tespit edip raporlamak çok önemlidir. Bize gelen verilerin genelinde, insan faktörünün önemli olduğu anlaşılmakta.
Karayolları üzerinde hareket halinde olan bir veya birden fazla aracın karıştığı; ölüm, yaralanma veya maddi zararla sonuçlanmış olaylara trafik kazası deniyor. Bunu bir tanım olarak aldım.

Özellikle şerit çizgileriyle bölünmüş yollarda yaşanan kazalarda bizim keşif veya tespit yaparken olay yerinde; çarpma noktasının nerede olduğunu, karşı şeride geçme olup olmadığını, geçtiyse ne şartlarda geçtiğini, önüne bir şey çıkıp çıkmadığını öğrenmemiz gerekiyor. Özellikle sinyalizasyon bulunan sağlı sollu sokak kavşaklarında, kazanın meydana geldiği andaki sinyalizasyon diyagramını, trafik işaret ve levhalarını vs. bunların hepsini bilmemiz gerekiyor. Bunlar gönderilmeden dosyanın çözülmesi istendiğinde biraz sorun yaşıyoruz. Çarpışma noktasının konumu, çarpışma noktasının olduğu mahalde bulunan herhangi bir işaretleme, yol kenarına veya çizgiye olan mesafelerin ölçümü ve doğru olarak tespiti çok önemli. Yine mahaldeki hız limiti ve sollama yasağının olup olmadığı çok önem arz etmektedir. Bütün bunların da tespiti gerekiyor. Yine fren izi, lastik izi, sürüklenme izi, patinaj izi, kayma izi ve bunların uzunluğu ve mesafesine ilişkin tespitler de bizim için çok önem arz eden tespitler. Fren izinin yönelimi, çarpmanın fren izinin hangi mertebesine tekabül ettiği, araçların çarpışma sonucu savrulma mesafeleri, darbe aldıkları vektörel kuvvet dağılımına göre son konumları da bizim için oldukça önem arz eden konulardan bir tanesi. Yine araçların doğrultu değiştirmeleri ile ilgili tespitler, izler, savrulmalar, yol üzerindeki verilerin tamamının tespiti ve dosyaya derc edilerek bize ulaşması çok önemli.

Bazı araç kazalarında sürücünün kendisi aracı kullanmadığını beyan etmiş olsa bile sürücünün olduğu yerdeki direksiyon nedeniyle yaralanma şekli yani kaza sonrasında direksiyona çarptığı zaman vücudunda oluşabilecek izler, yine kemer sebebi ile oluşan izler ve sağ ön koltukta oturan kişinin yaralanma şekli arasında farklılık oluşabiliyor. Bu veriler, aracı kimin kullandığını tespitte işimizi yarıyor. Emniyet kemeri takılı olmadığı bir anda meydana gelen kazada, sürücü veya yolcunun kafasının ön cama alttaki şekilde görüldüğü gibi çarpmak suretiyle ön camın üzerindeki temas nedeniyle camdaki doku ve saç parçaları, aşağıdaki fotoğrafta olduğu şekilde tespit edilmektedir. Aynı zamanda debriyaj, fren, gaz pedallarındaki ayak izleri de bizim sürücünün kim olduğunu doğru olarak tespit etmemize imkân sağlıyor.

Yol üzerinde gelişigüzel bırakılan ve gece-gündüz görüş şartlarında fark edilmesi zor olan malzeme için de mutlaka uyarıcı levhaların konulması gerekmektedir. Aksi takdirde geceleyin yol yapım çalışması amacıyla yol kenarına dökülmüş olan kum ve mıcırın yolun bir kısmını işgal etmesi ve bu nedenle karayolunda seyreden aracın da bu yığına çarpması, sadece sürücü kusuru olarak nitelendirilemeyecektir. Kumun kaplama içerisinde kalmış olmasının olayda etkenliği de kabul edilecek ve kusur değerlendirmesi yapılırken kusurun bir kısmının da kumun ya da mıcırın buraya dökülmesinden sorumlu olan kişi veya kuruluşa verilmesi gerekecektir. Böyle şartlarda bir trafik kazası ile karşılaştığımızda yolun genişliği, banket, emniyet şeridi veya kaldırım olup olmadığı, dökülen malzeme ve kumun boyutları, kaplama üzerinde işgal ettiği alan, aracın kuma veya malzemeye temas noktası, olay öncesi fren izinin olup olmadığı, aydınlatmanın bulunup bulunmadığı bizim için çok önem arz eden hususlar arasında yer almakta. Bu durumlarda gün ve hava durumuna göre işaretleme önlemlerinin alınıp alınmadığı da önemlidir. Karayollarında çukur, kasis, gevşek malzeme gibi trafik akışını engelleyen ve risk teşkil eden hususların varlığı bulunuyor ise işaretlenip işaretlenmediği, derinliği, yüksekliği, çapı, yolun neresinde olduğu, yolun kaplama cinsi, bu durumun savrulmaya ve kaymaya sebep olup olmadığı tespit edilmeli, bunun yanında da olay yerindeki hız limiti, yaya geçidi vb işaretler olup olmadığının tespitinin yapılması gerekir. Yine varsa fren izinin başladığı ve bittiği yerlerin, fren izinin bulunduğu noktanın tespitleri bizim için çok önem arz ediyor. Bakın çarpma noktası görüyoruz burada. Çarpışma sonucu yola dökülen cam ve far parçaları uzaklara kaçabiliyor ama burada çarpma noktasının tespitindeki en önemli faktör döküntüler ve tortudur. İnce döküntüler ve tortular kesinlikle çarpma noktasının yerini belli etmekte. Bunların da tespiti çok önemli.

Yine hava ve görüş şartları, kaza yerinin yerleşim bölgesi içi olup olmadığı gibi hususlar da önemli. Eğer olay yeri o an için tespit edilemiyorsa, sonradan keşif yapılacaksa olay mahalline olay saatine benzer bir saatte gidilmesi, görüş alanını ona göre tespit edilmesi çok büyük önem arz etmekte. Mesela kaza gece olmuş ise keşif için olay mahalline gündüz gitmek doğru olmaz. Görüş alanı tam manasıyla tespit edilemez. Dolayısıyla bunlar da önem arz eden şeyler. Mesela burada görüldüğü gibi jant izi varsa yol üzerinde mutlaka lastik patlaması vardır.

Şimdi gelelim rapor tanziminde ağırlıklı olarak dikkate alınan unsurlara. Kısaca biz nelere daha çok önem veriyoruz onlardan bahsedelim. Kamera görüntüleri, zon yöntemi, point yöntemi, bunlarla çekilen görüntüler ve fotoğraflar, trafik kazası tespit tutanağı, olay yeri krokisi, araç ve olay yeri fotoğrafları, yine hava ve yol şartları, kaza mahalli, çarpışma ve çarpma noktası civarında en az 100 metre mesafede bulunan bilgi, uyarı ve yol levhaları bizim için önem arz eden şeyler arasında. Olaya

karışan araçların teknik yapısı, donanım eksikliği gibi konular da çok önemli. Bu bilgiler çok eksik geliyor. Çarpışma ve çarpma noktası varsa ve tespit edilebiliyorsa kaza öncesi ve sonrasında kaplama üzerinde meydana gelen iz ve emareler, kaza sonucunda araçların aldıkları son konum ve bu konumların çarpışma noktasına olan mesafeleri, kaza sonrasında alınan önlemler ve varsa ikinci kaza ile olan illiyet bağı. İkinci bir kaza olmuşsa ilk kaza arasındaki zaman farkı da çok önemli. Bu gibi durumlarda sorumluların tedbir almak için yeterince sürelerinin olup olmadığının tespitini yapabilmemiz için çok önemli. Fren izi uzunluğu bu da yine çok önemli.

Taşıt-yaya kazasında çarpma noktasının fren izinin hangi mertebesine tekabül ettiği, sürücü ve yayanın ışık ihlali yapıp yapmadığı, sürücü ile ilgili tespitler, sağlık, meslek ve acemilik, ehliyet durumları, alkol ve uyuşturucu durumları gibi daha sayamadığımız birçok dosya muhteviyatı, olayın sağlıklı ve doğru çözümlenebilmesi için çok önemli.

Gelen materyaller ve dosyalar incelendikten sonra kendimize şu soruları sormadan dosyayı yazamıyoruz, görev verilen uzmanımız veya raportörümüz şunu dikkate alıyor değerli hazirun; "Verilen görev uzmanlık alanıma giriyor mu?" Benim uzmanlık alanıma girmiyorsa ben bu dosyaya rapor yazamam. Bizim Trafik İhtisas Dairesinde çok geniş bir kadromuz var. Yani inşaat mühendisi var, makine mühendisi var, elektrik mühendisi var, mekatronik mühendisi var, fizik mühendisi var. Bunların hepsi tamamıyla mühendis kadrosu. Ayrıca hukukçu hocalarımız da var ve kadromuzla gurur duyuyoruz. Öncelikle verilen görevin uzmanlık alanımıza girip girmediğinin tespitini yapıyoruz, sonra raporumuzu yazıyoruz.

İkinci olarak, "Verilen görevi reddetmem için başka sebepler mevcut mu?" Örneğin tarafsızlık. Dosyada kusur tespiti yapılması istenen kişi benim akrabam mı, benim köylüm mü, o benim işte şuyumdur, buyumdur… Bunları da göz ardı etmiyoruz.

Üçüncü olarak "verilen görevde hangi soruları cevaplamam lazım?" sorusunu soruyoruz. Verilen görevde hangi sorular sorulmuş bunun tespitini yapıyoruz. Verilen görevler teknik sorular içeriyor mu? İçermiyorsa hukuk hocalarımıza danışıyoruz. Süre ne kadar? Bunun da tespitini yaptıktan sonra analizi yapacağınız tüm maddi unsurları içeriyor mu? Bahsedilen materyallerin tümü dosya içinde var mı? Yoksa ne yapıyoruz, müzekkere ile bunları istiyoruz.

Veriler ele alındıktan sonra rapor yazılırken en doğru sonuca varmak için uyulması gereken mühim meseleler var. Raporda dayandırılan mevcut veriler ve maddi unsurlar, kanıtlar, mevcut bilgilerin analizi, gerekçeler ve sonuç kısmı hiçbir tereddüde yer vermeyecek şekilde açıklanmalı. Gerekçeleri yazılmalı.

Karayolları üzerinde meydana gelen kazalarda rapor tanziminde 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu ve ona bağlı yönetmelik hükümleri esas alınmakla birlikte bizim asıl amacımız bu kanun içinde kalmak şartıyla teknik ve teknik hukuk analizinde bulunmaktır.

Trafik kazası mahiyetine olan kazalar ağırlıklı olarak karayolu ve raylı sistem üzerinde hareket eden araçların karıştıkları kazalar ile deniz taşıtlarının karıştıkları kazalardır. Bunların arasında iş kazası mahiyetindeki kazalar yoktur. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kazalar Dairemizin inceleme alanına girmemektedir. İncelemelerin çoğunluğu dosya üzerine yapıldığı için, dosya içerisindeki verilerin sağlıklı olması, olay yerindeki iz ve emarelerin açık ve ölçümlü olarak kroki üzerinde belirtilmesi, mahal incelemesi ve ifadelerin doğru alınabilmiş olması gerekmektedir.

Trafik İhtisas Dairesinde incelenen dosyaların %93'ü, karayolunda meydana gelen kazalardan oluşmaktadır.

Dairemizde rapor düzenleme esnasında sağlıklı sonuca ulaşabilmek, isabetli kararı verebilmek bazen mümkün olmamaktadır. Tutanak ve krokilerin olmaması veya yetersiz olması, ifadelerin çelişki arz etmesi, çarpma noktasının tespit edilmemiş olması, teknik arızalardan kaynaklanma iddiası olduğu durumlarda arızanın tespitinin yapılmamış olması, renksiz fotoğrafların ve hatta renksiz fotoğrafların fotokopilerinin gönderilmesi, stop lambaları ve far ışıklarının durumu, sinyalizasyon ışıklarının çalışma diyagramları, sürücü ve yolcuların kemer ve koruyucu başlık durumlarına ilişkin verilerin eksik olması, sağlıklı sonuca ulaşmamızda bazen sorun yaşatıyor.

Şimdi örnek olarak basit bir trafik kazasını analiz edeceğiz. Bu bir taşıt-yaya kazası. Vektörel olarak doğrusal alanda oluşan bir kaza. Öncelikle bazı verilerin olması gerekir. Bu veriler olmadan tespit gerçekleştiremeyiz. Kazaya karışan araçların teknik verileri, yayanın fiziki özelliklerinin bilinmesi gerekir. Kazaya karışan araçların teknik verileri içinde lastiklerin bile tespit edilmesi lazım. Maalesef en önemli şeylerden bir tanesi bu ama sadece belki yayanın yaşını tespit edebiliyoruz, aracın lastik durumlarını vs. tespit edemiyoruz. Yayanın fiziki özellikleri; boyu, kilosu, yaşı gibi bilgiler de büyük önem arz etmekte. Yol zemininin teknik özellikleri; kaplamanın cinsi veya kaplama yoksa zeminin ne olduğu hakkında bilgilerin de olması gerekir. Ayrıca çarpma noktasının yeri ve yol kenarına uzaklığı, aracın yayaya çarpma noktası ve yayanın hareketi, son konumları, yol üzerindeki izler, fren ve sürtünme izlerinin de bilinmesi gerekir. Aracın yayaya çarpma noktası yani yayanın hareketleri, yolun sağından mı gidiyor solundan mı gidiyor ya da aynı doğrultuda mı veya tersine mi zıt yönde mi geldiğinin tespiti çok önemli.

Bu veriler sonucunda ne çıkarımlar yapabiliriz? Çarpma öncesi hızını tespit edebiliriz, çarpma anındaki hızını tespit edebiliriz, sürücünün frene basmaya karar verdiği konumu tespit edebiliriz. Çarpma anı ile sürücü reaksiyonu arasındaki süreyi tespit edebiliriz. Sürücülerin veya yayaların kazayı önleme amaçları ve tepkilerini söyleyebiliriz. Dolayısıyla bu veriler, bahsedilen ilk veriler verildiği müddetçe biz kazanın tespitini yapabiliriz.

Bunu nasıl yapıyoruz? Şurada gördüğünüz gibi doğrusal çarpma öncesi 10 metre fren izi var. 10 metre de çarpma sonrası fren izi var. Sizin gördüğünüz bu ama ben trafik kazası bilirkişisi olarak o şekilde görmüyorum. Bunu nasıl görüyorum? Bir kere gerisinde sürücünün bir reaksiyon süresi var. Bunu algılama süresi 20 metre. Saat olarak verirsek bir saniye. Dünya literatüründe kabul edilen reaksiyon suresi 1 saniyedir. Eğer vatandaş önüne bir şey geleceğini bilse bile reaksiyon süresi ancak 0,50 saniye şeklinde dünya literatüründe kabul edilmiş. Dolayısıyla buradaki süremiz 1 saniye. Bunun akabinde frene basmanın süresi içinde fren izi çıkmaz çoğu yerde. Hele Türkiye'mizde, ülkemizde fren izi tespitinde çok eksiklerimiz var. Mesela Avrupa'da fren izi tespiti yaparken özel bir ışık tutuyorlar, belli ışıkları var. Belirli ve farklı metotlar ile yol üzerindeki fren izi tespitlerini yapabilmekteler. Ama maalesef biz bunları hiç kullanmamaktayız. Dolayısıyla frene basma ve tam fren ivmesi arasında 0.2 saniye yani mesafe olarak 4 metre –ama bu hızına bağlı olarak 4 metre- frene basma ve tam frenleme arasında 0.2 saniye bir fren görülmeme süresi var. Sonra asıl tam frenleme başlıyor ve bizim 10 metre

dediğimiz çarpma öncesi ilk fren izi oradan başlıyor. Dolayısıyla Jandarma veya diğer olay yeri incelemeye kim gittiyse şuradaki çizilen krokide bunları tespit etme şansları yok maalesef bunları gösteriyor ama bunların içinde de benim algıladığım şeyler başka.

Şimdi 10 metre fren izini ben 10 metre olarak algılamıyorum. Mesela benim şu örnek gösterdiğim araç otomobil. Lastik, tampon kısmının 80 cm gerisinde. Fren izi orada. Dolayısıyla benim 10 metre içinden 80 cm'yi çıkarmam lazım. Şuradaki formüllerle Excel tablosunu oluşturduk. Bu Excel tablosu ile şuradaki verileri elde edebiliyoruz. Şurada aracımızın hızı ne görünüyor 72.98, yaklaşık 73. Çarpma öncesi fren mesafesi az önce söylediğim hesaplamaya göre 9.2 metre. Aracın frenleme ivmesi ortalama 6 ile 8 arasındadır otomobillerde. Buradaki araç yeni bir araç (2 senelik) olduğu için frenleme ivmesini biraz fazla yani 8 olarak kabul ettik. Yine reaksiyon anı, fren basılma süresi 1 saniye, burada görülüyor. Şimdi bunun sonucunda, araç çarptıktan sonra 10 metre gidiyor değil mi? Öyle görüyoruz. Ben yine öyle görmüyorum. Araç 10 metre gitmiyor yani fren izi o kadar değil.

Ben ne görüyorum burada? Ayrıca araç görüyorum ileride. Aracın arkasından itibaren ölçüm yapılmış. Oysa aracın ön tarafından aksına kadar fren izi var. O kısmı göremiyorum çünkü araç üzerinde duruyor. Dolayısıyla orada araç boyuna göre benim aracım 5 metre boyunda, 80 cm'yi çıkartırsam burada ne var yine çarpma noktası mesafesi 14,50 olarak görüyorum. Ben toplam 25 metre fren izi görüyorum. Fren mesafemiz hesaplama metoduyla ispatlanmış bir şey.

Yine neyi görüyorum? Yayanın savrulma mesafesini görüyorum. Savrulma mesafesi ne kadar? Çarpma sonrası fren izi 10 metre artı 5 metre de araç boyu, yine de 5 metre ileri düşmüş. Yani ne kadar? Yaya toplam 20 metre mesafeye atılmış oluyor. Dolayısıyla bunların hepsini veri olarak bulabiliyorum, hesaplama bu şekilde ve şu formüllerle yapıyoruz. Bunları es geçeceğim seneye nasip olursa belki Onur kardeşim katılır bunların hepsini detaylı anlatır size.

Aracın hızı saatte kaç kilometre olsaydı çarpma noktasında durabilirdi? Bu verileri de bulabiliyoruz. Kaçınabilirlik diyoruz buna. Dolayısıyla benim aracımın hızı 57.47 km/saat olsaydı normalde ne olurdu? Bu hızda olsaydı aracım durabilirdi. Çarpmadan durabilirdi. Yayanın şuradaki savrulma mesafesi sıfır olurdu. Bunu da tespit edebiliyorum.

Ayrıca neyi tespit edebiliyorum? Sürücümüzün mahaldeki hız limitine uyması durumunda kazanın gerçekleşme durumu. Mahaldeki hız limiti ne demiştik? 65 km/saat demiştik. Dolayısıyla benim aracım o süratle giderken buradan ne anlıyoruz, çarpmış. Ama ben bir şey daha tespit edebiliyorum kaçla çarpmış? Çarpma noktasındaki hızı 37,41. Hızı o seviyedeymiş ve yayanın savrulma mesafesi ne kadar? 10 metre. Belki yaya ölmeyebilirdi. Zarar azaltma durumu söz konusu olabilirdi. Burada ne fikir yürütebilirim? Yayayı geç mi fark etti? Yaya aniden mi girdi? Bunlarla ilgili kendi verilerimi daha çoğaltabilirim. Yani yazacağım raporda bu senaryoları, gerekçeleri sıralarım.

Şunu da verelim. Yayanın savrulma çıkarımı. Avrupa'da, Almanya'da yapılmış bu araştırma. Fırlatma mesafesi kukla testleri deniyor. 5 firma hız limitine göre ne kadar fırlattığını yaklaşık olarak böyle bir eğri çıkmakta. Bu da bizim için önemli. Bakınız bu çok önemli. Ne yapabiliriz? Ülkemiz için neler kazandırabiliriz. Gerçekten çok çok önemli. Dünyada uygulanan bir sistem, Avrupa'nın tamamı geçmiş, ABD'de 37 eyalette bu sistemin yasal zemini hazırlanmış sadece 13 eyalette müsaade edilmiyor.

İnsanların kişilik hakları gibi aracın da aracımızın da kişilik anakartları söz konusu. Yani bu verileri firmalar paylaşmak istemez. Bunu bilmemiz lazım. Dolayısıyla yasal zemini hazırlarsak ülkemizde de uygulayabiliriz. Aracın şu ön tarafındaki panelini açtığımızda böyle bir şey görürüz burada EDR cihazları var. Ülkemizde bulunan şu anda 3 tane var. Avrupa'da bunun 18 tane olduğunu söylüyorlar. Şu anda ülkemizde de getirdiler. Bu cihazlarla, bunu taktığımız anda EDR cihazına aktarıyoruz basit bir aparatla yanda gördüğünüz gibi. Verileri bilgisayara aktarıyoruz, bilgisayardan çıktısını alıyoruz rapor hazırlama şeklimiz oluyor.

Bunlardan ne tespiti yapıyoruz? Bu 100'ün üstünde araçla ilgili özellikler verecek ama bize lazım olan kazayla illiyet bağı olan bilgileri de verecek. Neler verecek? Kaza ile ilgili bize ne veriler verebilir? Aracın son anda fren yapıp yapmadığını, fren yaptıysa kaç km/saat hızla çarptığını verebiliyor, teknik arızası olup olmadığını verebiliyor, sağa mı kırdı sola mı kırdı manevrayı nasıl yaptığını verebiliyor, yani bir sürü 21 tane bize uygun veri verebiliyor. En az 21 tane. Daha fazla da olabilir. Biz bunu neden kullanmayalım? En önemli sorunlarımızdan bir tanesi eksik veri. Bunları bilsek çok şeyleri çözeceğiz. Bu güzel ülkemizde bunları yapalım, ne olur bir an önce…

Yine yeni nesil veri toplama yöntemleri uygulamaları içinde drone ile kaza halindeki veri toplamada yöntemi var. Sağ olsunlar Jandarma geçmiş bu şekilde verileri drone ile toplamaya. Drone yanında bir diğer sistem daha var. Diğer kesim de geçerse inşallah bu veriler gelecektir. Üstten göründüğü gibi ölçekli vaziyette drone ile çekiyoruz olay yerindeki tüm verileri veriyor bize ayrıca bunu çekerken ne yapıyoruz burada fren izleri var onu daha belirginleştiriyoruz yukarıdan görünmeyebilir diye. Bir renkli şeyle çizerek onu ondan sonra çekiyoruz ve inanın biz bunları yaparsak Adli Tıp Kurumu olarak bizim hazır olduğumuz başka bir şey var, onu belirteceğim ona doğru geliyorum şimdi.

Yine bir şey daha var point cloud yöntemi. Hasar ölçeklendirmesi. Bu da hasar tespitinde hasarın ne derece yoğun olduğunu ne derece karşı tarafı etkilediğini bu yöntemle tespit edebiliyoruz. Bu da görüldüğü gibi hasar derinliklerinin fazla olduğu yerde daha koyu renkli ortaya çıkmakta. Kareler halinde fotoğraflamakta bunlar parça parça tespit ettiğimiz zaman biz ne yapabiliyoruz biliyor musunuz? Yani bizim hazır olduğumuz bir şey var. PC Crash Yazılım ve kazanın canlandırılması metotlarını biz uygulayabiliyoruz. Bu program, Avrupa topluluğunun kullandığı bir program. Biz bunun eğitimini aldık, programımız hazır. Yalnız dediğimiz o iki veri gerçekten bize ulaşırsa biz bunları uygulayabileceğiz. Kesinlikle bunları uygulamamız lazım. Çünkü trafik kazaları Türkiye'nin şu anda en büyük belası. Çok şükür terör bitmek üzere inşallah. Yani inanın en büyük belalardan bir tanesi trafik kazaları. Dolayısıyla bunu milletimize bağışlayalım.

Şimdi bu PC Crash'ten elde edilen bir şey. Aracın nasıl çarptığı ile ilgili. Aynı zamanda birkaç aracın çarpışması ile ilgili bir sonuç elde ediyorsak aracın verilerine giriyoruz vektörel olarak nasıl oluştuğunu elde edebiliyoruz. Bunu daha güzel araçları renklendirerek gerçekte modelini rengini vs oluşturarak animasyon sistemini de aldık, bunu ABD firmasından aldık ABD'de uygulanan bir sistem. Animasyon olarak da canlandırmasını yapabiliyor. Bunların içinde kaza canlandırması yapılabilir, farklı senaryolara göre kazanın nasıl sonuçlanabileceği hesaplanabilir, sürücülerin hareketleri ortaya konabilir, kazadan kaçınabilirlik şartları ortaya konabilir. Bu program çok gelişmiş bir program, akademik bir çalışma sonucunda elde edilmiş bir program, tamamıyla fiziksel veriler var. Aracın tüm teknik özellikleri girilerek yapılan hesaplama ile sonucu veren bir program.

Anlatacağım şeyler bu kadar hepinize teşekkür ederim canla başla dinlediğiniz için. İnşallah bunları uygularız hep beraber güzel ülkemizde. Teşekkür ederim.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Nedim Başkanımıza bu kıymetli sunumu için çok teşekkür ediyoruz. Çok faydalı oldu. Bundan sonraki konuşmacımız Yavuz Selim GÜÇLÜ Hocamız. İstanbul Teknik Üniversitesi İnşaat Mühendisliği Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Yavuz Selim GÜÇLÜ. Kendisi karayollarında tüm tarafların kusursuzluk durumu ile ilgili bir vaka analizi bize sunacak buyurun Hocam.

Yavuz Selim GÜÇLÜ (Konuşmacı):
Değerli Hocalarım, kıymetli katılımcılar sizleri hürmetle selamlıyorum. Böyle bir sunumda, etkinlikte görev verdiği için Sayın Başkanım Hızır ASLIYÜKSEK Hocama teşekkürlerimi arz ediyorum.

Bugün sizlere karayollarında tüm tarafların kusursuzluk durumunu vaka analizleriyle aktarma gayretinde olacağım. Sözlerime başlamadan önce Trafik İhtisas Dairesinde uzman arkadaşlarımdan Ümit EVREN'e teşekkür etmek istiyorum. Tez danışmanlığını Hızır Hocam ve Abdurrahman SAVAŞ Hocamın yaptığı bir tezden faydalanarak sunumun giriş kısmını ve genel bilgilerin olduğu kısımları büyük oranda o tezden faydalanarak aktaracağım. Sonradan 4-5 tane vaka analiziyle, senaryolarla tüm tarafların kusursuzluk durumlarını aktarma gayretinde olacağım.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine dayandırarak söylemek gerekirse yılda dünyada 1.2 milyon insanın trafik kazaları sebebiyle hayatını kaybettiğini görmekteyiz. 50 Milyon insan da yaralanmakta. Hatta bir kısmı da sakat kalabilmekte. 1990'lara baktığımızda yine Dünya Sağlık Örgütü verilerine dayanarak söylemek istiyorum, 10 temel ölüm sebebi arasında trafik kazalarını görmekteyiz. Günümüzde 10 temel sebep değil 5 sebep arasına artık dâhil olduğu düşünülmekte trafik kazalarının. Ülkemizde ise araç sayılarında dünyada olduğu gibi ciddi bir artış söz konusu. Bu artışla birlikte trafik kazalarında da artış olduğunu görmekteyiz. Birazdan TÜİK verilerinden faydalanarak ortaya koyduğum bir tabloyu da göstereceğim. Günümüze doğru bu kaza sayılarının yataylaştığını göreceğiz ve bu kazalar neticesinde can kayıpları yaşanıyor, yaralanmalar ve maddi hasarlar, zararlar ortaya çıkıyor. 2004 ile 2022 yılları arasında… TÜİK'ten elde ettiğim, arzu edenler girdiği zaman trafik kazalarına dair birçok istatistiksel bilgiye ulaşıldığı gibi trafik kazaları ile alakalı bilgilere burada ulaşılabiliyor. 2004'ten itibaren 2010'a kadar baktığımız zaman toplam kaza sayısı, genel olarak trafik kazalarından bahsediyorum, iki katına çıktığını; 2010'dan sonra bu kazaların artık yataylaştığını ki ülkemizdeki yol standartlarının üst düzeylere çıkmasından kaynaklı olabileceğini düşünebiliriz. Ölü sayılarında da genel olarak bir azalış olduğunu, bunun taşıtların güvenlik seviyelerindeki artışa bağlayabiliriz.

Şimdi burada 2015 yılına kadar kaza sonrası ölüm miktarlarını, kaza sonrası ölümleri dâhil etmeksizin sunuyor iken 2015'ten sonra artık kaza sonrası ölümleri de 30 gün içinde kaza sebebiyle vefat edenler toplam ölümlere eklenmiş durumda ancak benim 2004 yılı itibarı ile bir kıyaslama yapmam gerekirse ölü sayısına kaza yerindeki ölümlere baktığımda ölüm miktarlarında ciddi manada azalış olduğunu görebiliyorum. Bu kazalar neticesinde taraflar çoğunlukla uzlaşırken bazen de uzlaşma yoluna gidilmiyor. Bu durumda da taraflardan biri, ikisi veya tümü dava açma haklarını kullanıyorlar. Tabii bu davalarda ceza miktarlarının belirlenmesi veya bir tazminata hükmedilmesi için de kazadaki kusur durumunun tespit edilmesi büyük önem arz ediyor. Bu manada mahkemeler, savcılıklar, resmi bilirkişilerden; taraflar da özel bilirkişilerden mütalaa raporları ile yardım alıyorlar. Kusurların belirlenmesi, oranların belirlenmesi noktasında yardım almaktadırlar.

İstatistikleri incelediğimizde kazaların çok önemli bir kısmının sürücülerin kurallara uymama, dikkatsiz davranmalarından kaynaklanmakta. Birazdan yine bir tablo sunacağım TÜİK verilerine dayandırarak. %85,90 oranına tekabül ettiğini görüyoruz o bantta gidip geliyor 2009-2022 arasındaki kazaları dikkate alarak tabloyu sizlere arz edeceğim. Buna mukabil, yayaların da %8-9 oranında yine bu bantta kazalara sebep olduğunu görüyoruz. Yolcu kusurları ve diğer kusurlar veya etkenler %2-3 oranında kazaya sebep olmaktadırlar.

Trafik kazalarını incelediğimiz zaman tamamının sürücü, yaya veya yolculara bağlı olmadığını görmekteyiz. Yol durumu, araçların mekânik arızaları, işaret veya levha eksikliği gibi sebepler de kazalara etken olabilmekte. Bu sunumumda bu %2-3'lük kısma tekabül eden hatta bu 2-3'lük kısmın ihmal edilen kısmında yer alan tüm tarafların kusursuzluk durumunu sizlere aktaracağım. TÜİK verilerinde dahi tüm tarafların kusursuz olduğuna dair bir veri bulunmamaktadır. Çünkü hakikaten ihmal edilebilir bir orana sahip. Sürücü kusurlarını 2009'dan 2022'ye kadar irdelediğimiz zaman %85-90 bandında gittiğini net bir şekilde görebiliyoruz. Yolcu kusurlarının artan trende sahip olduğunu, yaya kusurlarının yine 8-9 oranında değiştiğini görmekteyiz. Diğer kusurlar da o 2-3'lük kısımları da tablodan takip edebiliriz.

Kusur tipleri irdelendiği zaman -işte biraz önce söylediğimiz gibi sürücü, yaya, taşıt yol durumları- ne gibi unsurlarla biz karşılaşıyoruz? Burada kusurları size aktarırken en fazla kusur durumunu göstermek suretiyle en aza doğru sıralamış durumdayım. Burada sunulan kusurlar, kusur tipleri bununla kalmıyor. Yine TÜİK verilerinden faydalanmak suretiyle çok fazla kusur tipinin olduğunu görebilirsiniz. Mesela sürücülerin kusura sahip olduğu kazalarda işaret ve işaretçilere uymama kusurunun en fazla olduğunu; takiben arkadan çarpma, geçme yasağı olan yerlerde sollama ve en son burada kurallara aykırı yolcu indirme-bindirme gibi kusurlar olduğunu görmekteyiz. Yayalar ise genel olarak karşıya geçme kurallarına uymama kusurunu işlemektedirler. Işık ve işaretlere dikkat etmeme, taşıt yoluna girme, görüşün az olduğu bu hallerde tedbir almama. Bu listeyi de uzatabiliriz. Yolcu kusurlarının ilk ikisi, kazaya sebep olma noktasında değil de kendisinin yaralanması veya ölmesi ile ilgili bir kusur. Takip eden kusurlar ise kazaya sebep olan kusurlar. Kendinin yaralanması veya ölümüne neden olan kusurlar. Kask kullanmama, emniyet kemeri takmama. Kazaya sebep olan kusurlar ise, iniş ve binişlerde kontrolsüz davranma, taşıttan sarkma yine listeyi uzatabiliriz.

Taşıt kusurlarına bakacak olursak. Burada kazaya etken olan bir sebepten bahsediyoruz. Bu etkenin -Nedim Başkanım da biraz önce söyledi- etkenin sebep olduğu cezai sorumluluğu olan bir kimse, kurum, kuruluş var mı onun da ayrıca irdelenmesi gerekiyor. Netice itibari ile taşıtın etken olduğu kusurları sıralayacak olursak en yüksekten aşağıya doğru; lastik patlaması taşıt kusurlarının en fazla olduğu tip. Sorunlu fren, kusurlu direksiyon, kapı sorunları ve far sorunları devam ediyor liste.

Yine sunumumuza konu olan tüm tarafların kusursuzluk durumu bu madde içinde yer almakta. Çok küçük bir kısmını teşkil ediyor. Şöyle ki yol ve çevre kusur tiplerine baktığımızda, yolda gevşek malzeme bulunması, işaret levha eksikliği, yolda münferit çukur… Bunlara bakacak olursak bir kurumun sorumluluğunda olan etkenler. Bir şahsa, kuruma bağlanabilecek kusurlar, etkenler bunlar. Ancak hava muhalefeti, başıboş hayvanlar… Evet, başıboş hayvandan sorumlu olan kimseyi mahkemede ilgili ceza, tazminat hükümleri uygulanırken bu başıboş yabani bir hayvansa o zaman farklı bir değerlendirme söz konusu olacaktır. Bununla alakalı da bir örnek de sizlere

sunacağım. Hava muhalefetine dair de senaryo olacak onu da sizlere sunacağım.

Kusur tespitinde kullanılan veriler noktasında Nedim Başkanım bir hayli büyük bir liste yayınladı bir özet olması açısından hızlıca aktaracak olursam; kaza tespit tutanağı tabii ki basit krokisi ile beraber, olay yeri inceleme raporu, resmi-özel bilirkişi raporları, olay anı kamera görüntüleri, bizler için çok çok önemli bir veri olay anı kamera görüntüleri. 17. Adli Tıp Günleri'nde Abdurrahman SAVAŞ Hocam dile getirmişti -kitaptan takip ettiğim kadarıyla burada bulunmamıştım ama- olay anı kamera görüntüleri bazen zikredilse de dosya içinde olmayabiliyor. Bunun için tekrar bir müzekkere yazılıp bu olay anı kamera görüntüleri talep ediliyor. Mahallin ve araçların durumlarını gösterir fotoğraflar ve videolar, kazaya karışan taraf ifadeleri ve tanık beyanları… Listeyi Nedim Başkanım gibi uzatabiliriz.

Mahkeme türleri ve kusur dağılımları… Her ne kadar bilirkişilerin burada kusurları sıfatlandırmaması gerekse de ancak mahkemeden savcılıktan gelen talepler doğrultusunda bu sıfatlandırma tarafımızca yapılıyor. Muhammed Hocam yine geçen sene bu konuya değinmişti 17. Adli Tıp Günleri'nde. Ne gibi kusur dağılımları söz konusu oluyor? Buradaki listeden görüleceği üzere iki taraf sanki varmış gibi dikkate alarak sıraladım. Ceza mahkemelerinde asli kusur-kusursuz, asli kusur-alt düzeyde tali kusur, asli kusur-tali kusur hatta bazen nadir de olsa asli kusur-asli kusur, iki tarafın da aynı düzeyde kusurlu olduğu tespiti yapılmışsa tarafımızca o zaman asli kusur-asli kusur şeklinde rapor tanzim edebiliyoruz.

5.Maddeye gelecek olursak yine bu sunumun konusunu kapsayan bir madde. Tüm taraflar kusursuz, bir asli etken söz konusu. Kazanın olmasına sebep olan bir asli etken. Hukuk mahkemelerinde de yüzdelik olarak muhtelif oranlarda kusur dağılımları tarafımızca yapılıyor, mahkemelere sunuluyor raporlarımız. İkincisi ise yine bu sunumun konusu olarak tüm tarafların kusursuz olup bir etkenin %100 olarak kazaya sebep olduğu durum.

Şimdi birinci vaka ile başlamak istiyorum: taş düşme vakası. Haber kaynağında görüleceği üzere buraya taş düşme değil de kaya parçasından bahsediyor. 8-10 kg civarında kaya parçası yamaçtan kopmak suretiyle -yaklaşık 250-300 metrelik bir yamaçtan bahsediyoruz- çok yüksek bir ivme ile kazandığı kinetik enerjiyle birlikte, yolun orta kısmında -yani kendi şeridinde- hareket halindeki aracın ön camından girerek şoföre isabet ediyor. Her ne kadar burada 4 yaralı dese de sürücünün vefat ettiği, direksiyon hâkimiyetinin kaybolması neticesinde 3 yolcunun da yaralandığı bir olay. 11 Ocak 2019 tarihinde gerçekleşen, gündüz vaktinde gerçekleşen bir olay. Torul-Kürtün Devlet Karayolu 40.km'de gerçekleşiyor.

Burada sürücünün kusursuz olduğu trafik kaza tespit tutanağında ifade ediliyor ancak trafik tespit tutanağında önemli bir ifade de geçiyor: "Taşın, kaya parçasının olayda etken olduğu." Yani bu noktadan -bu konunun üstü kapatılsın diye tabii ki de bir şey yok- ilgili taraf davasını açarak bu taşın düşmesine sebep olan nedir, kusuru olan kişinin tespit edilmesi noktasında bir dava söz konusu oluyor ve dosya bize ve bilirkişilere gidiyor. Raporlar hazırlanıyor. Bize dosya geldikten sonra ilgili incelemeler yapılıp ilgili alanın topografik, atmosferik ve zemin özelliklerini irdelediğimiz zaman sürekli don-çözül olayının bolca olduğu dolayısıyla gevşek malzemenin her an olabileceği bir zeminden bahsediyoruz. Ekranda görülebiliyor diye düşünüyorum, yamacın ne kadar dik olduğunu, yaklaşık 200-300 metre civarında yüksek gerilim hattı direğinin olduğunun tespitini yapıyoruz. Aynı zamanda kısmen akmayı engellemek üzere istinat duvarının yapıldığını görmekteyiz ve bu yol 47 km boyunca yamaçların derinliklerinde devam eden bir yol olduğunu tespit ediyoruz. Burada bir Google Earth çıktısı alarak da arz etmek isterim. Özellikle 40. kilometre civarında kazanın gerçekleştiğini dikkate alırsak, yol kotunun gitgide düştüğünü, 900 metrelerden 600 metre kot civarına düştüğünü, yamaç zirvelerinin ise 1000 metreler mertebesinde olduğunu buradan ayrıca tespitini yapabiliyoruz. Ben yolun nasıl bir yol olduğunu göstermek adına bir de Google Earth üzerinden bir videosunu alarak da yolun kıvrımlılığını ve yamaçlarla olan ilişkisini göstermek istedim. Yer yer yol kotuyla yamaçlar arasında 200-300 metre hatta bazı yerlerde 400-500 metre mertebesine çıktığının tespitini yaptık.

Bu Torul-Kürtün yolunun 47 km olduğu belirtilse de Karadeniz mevkiinde olan yolların genel olarak bu şekilde olduğunu söyleyebiliriz. Evet, çok ciddi manada bir yamaç yol kotu farkını burada net bir şekilde görebiliyoruz. Dosyada yok, burada sunumda kullanmak üzere hazırlanmış bir video.

Şimdi atmosferik özellikleri, topografik özellikleri dikkate aldığımızda; kazanın gerçekleştiği bölgenin 47 kilometrelik yamaçlı yol boyunca dik yamaçlar olduğu ve bu haliyle çelik örgü serilmesinin mümkün olamayacağını, mezkur bölgede Karayolları Genel Müdürlüğünün viyadük ile geçilmesi kararının olduğu, proje hazırlığının hatta inşa aşamasına geçilebilecek düzeyde projenin hazırlandığı ancak maddi yetersizlik sebebiyle bir miktar tehir edildiği durumlarını dikkate alarak aynı zamanda çok ilginç bir şekilde ilgili noktada özellikle önlem alınmasına rağmen -bu önlemden kastımız istinat duvarı tesisi çünkü ilgili noktada zemin kayması söz konusu oluyor bu zemin kaymasını engellemek için böyle bir istinat duvarı tesis ediliyor bu istinat duvarı yukarıdan zirvelerden gelecek taşı tutması noktasında böyle bir görev icra etmesi mümkün değil- heyelan olması durumunda dahi bir görev icra etmesi yine mümkün olmayacaktır.

Sonuç olarak raporumuzu tanzim ederken, istinat duvarının amacına uygun olarak zemin akmasını engellemek, tümden çökmesini kısmen engellemek için yapıldığı ve yamaç zirvelerinden kopup sıçrayarak gelen taşların engellenmesinin mümkün olmayacağı, zemin yapısı üzerinde bitki örtüsü olmasından kaynaklı -yani ağaçlık olmasından kaynaklı- yamaçların dik olmasından kaynaklı çok yüksek kotlu ve uzun bir hat boyunca devam ettiği düşünüldüğünde; çelik ağın hem fiziksel hem pratik olarak hem de ekonomik olarak uygulanabilirliğinin mümkün olmayacağı ve çözüm olarak da viyadükler ile tünellerle bu bölgelerde geçiş yapılacağı göz önüne alındığında… Bir çözüm değil ama akla şu da gelebilir: Yol kapatılabilir mi acaba? Uzun yıllar boyunca kullanımda olan yolun kapatılamayacağı bunun da mümkün olamayacağı düşüncesi ile ilgili Karayolları Müdürlüğünün kusursuz olduğu, sürücünün kusursuz olduğu şeklinde rapor tanzim edildi ama burada tabii ki taşa etkenlik verildi. Ancak küçük bir cümleyle de Karayolları Genel Müdürlüğünün de kusursuz sorumluluğu düşünülebilir mi acaba diye de not düşüldü. Bunun sebebini en sonunda açıklayacağım güvence hesabı yönetmeliğini dikkate alarak.

Diğer bir vaka yaban domuzuna çarpma vakası. Hatırlarsanız yol ve çevre durumları noktasında bir sıralama yapmıştım en sonda başıboş hayvan ifadesi kullanılmıştı. Bir yaban domuzu vakası, Balıkesir-Sındırgı istikametinden Kütahya-Simav yönüne seyretmekte olan bir aracımız var. Bu araca sağ tarafından -gidiş istikametine göre sağ tarafından- yola aniden giren bir yaban domuzu çıkması sebebiyle devredilerek sürücüsünün yaralandığı, yolcularının vefat ettiği yani 3 ölü

1 yaralı olacak şekilde bir kaza gerçekleşiyor. Yolumuz düz, eğimsiz iki yönlü devlet yolu. Dolayısıyla Karayolları Genel Müdürlüğünün otoyollarda yaptığı gibi bir tel örgü ile tecrit etme gibi bir uygulaması yok. Bu durumda hız sınırlarına da uyan, yaptığımız tespitler neticesinde domuzun da olay yerinde ölü olarak bulunduğunun da tespiti yapılıyor. Bu açıdan değerlendirildiğinde dörtlü imza rapor tanzim edilmiş İhtisas Dairemizce, hem de Genişletilmiş Uzmanlar Kurulunda rapor hazırlanıyor ve bu raporlar neticesinde biraz önce bahsettiğim sebepler doğrultusunda Karayolları Genel Müdürlüğünün kusursuz olduğu, sürücünün kusursuz olduğu ancak yabani hayvanın bu kazada etken olduğu düşüncesi raporda ifade ediliyor, mahkemeye arz ediliyor.

Şimdi burada diğer bir örnekte senaryo dememin sebebi yıldırım çarpma vakası. Araca bir yıldırım düşüyor senaryo şu noktadan sonra başlıyor; eğer yıldırım çarptıktan sonra "şöyle olursa, böyle olursa" Şimdi 3 tane video var. İlk ikisi yabancı kaynaklı. Yine bir yıldırım düşme vakası. Aracın üstüne doğrudan düşmüyor, yanına düşüyor, video bu noktada kesiliyor. Kaza oldu mu olmadı mı bilmiyoruz ama kaza olduğu varsayımıyla hareket edeceğim.

Türkiye'den, Diyarbakır'dan bir örnek; araca yıldırım düşüyor, dışında duman çıktığı gibi içinde de çok ciddi bir duman durumu söz konusu oluyor. Bunları vermemin sebebi, evet bir kaza durumu söz konusu değil fakat bu yıldırım düşmeleri neticesinde gayet muhtemel bir kaza söz konusu olabilir. Aracın karşı şeride geçmesi söz konusu olabilir. Şimdi bu araca kusurludur diyebilir miyiz? Karşıdan gelen araca kusurludur diyebilir miyiz? Eğer böyle bir olay gerçekleşseydi biraz önce verdiğim, liste halinde sunduğum verilere de bakmamız gerekiyor ancak genel olarak yorumumu ifade etmek adına hızlıca bu şekilde söylüyorum; kusur vermemiz hem karşı şeritten gelene, yıldırım düşen araca kusur vermemiz mümkün değil. Burada etkenlik yıldırıma verilebilir. Şimdi mücbir sebep gibi bir şey de akla gelebilir ama bu bir afet durumu değil anlık bir yıldırım düşmesi onun değerlendirmesini çok iyi yapmak lazım.

İkinci senaryomuz. Yine kaza olmuyor ama kuş hakikaten çarpıyor. Bunu da video olarak sunmak istiyorum sesi dışarı vermedik bu noktada gerek yok. Motosikletli, yoluna devam ederken bir kumru -dikey uçuş yapma özelliğine sahip bir kuş türü- motosikletlinin vizörüne çarparak bir kazaya sebebiyet verebilirdi. Eğer şartlara uygun bir şekilde, meskûn bölge şartlarına uygun bir şekilde bu motosikletle giderken kuş çarpması gerçekleşmişse -ki gerçekleşmiş- ve akabinde bir kaza olsaydı karşı şeride geçseydi ya da park etmiş araca bu motosikletli çarpsaydı kusur kimde olacaktı?

Sonuç olarak tüm tarafların kusursuz olduğu vakaların önümüze gelebileceğini, bu ihtimalin olduğunu bu haliyle görmüş oluyoruz. Hem senaryolarla, tabii senaryoların tamamı vaka takip eden süreçte bir kaza olsaydı senaryodan kastımız bu.

Diğer taraftan ben burada güvence hesabı yönetmeliği ile alakalı birkaç kelam da etmek istiyorum. Güvence Hesabı Madde 9, sunmadım ama hesaba başvurulabilecek halleri tanımlıyor ve tanımlanan maddelere baktığımızda sürekli bir kusurlu aracın olduğu; mesela sigortalının veya sigortayı yapmakla sorumlu olanın tespit edilememesi durumunu tarif ediyor. Burada karşı tarafta kusurlu bir araç var ama kaçtı tespit edemiyorum o zaman mağdur olan kişinin sadece bedensel zararlarını karşılıyor. Tüm tarafların kusursuz olması durumuyla alakalı bir şey yok güvence hesabında.

B maddesine baktığımız zaman sigortasını yaptırmamış bir kimse kazaya karışmış yine güvence hesabı bu kusurlu aracın kusurundan dolayı bedensel olarak mağdur olan kişinin bedensel zararlarını karşılamayı taahhüt ediyor, yine maddi zararları bir karşılama yok. Tüm tarafların kusursuz olması durumunda ise mağdur olanların zararlarının tazmin edilmesi ile alakalı yine madde yok.

C maddesine baktığımız zaman, limitlerin dışında bir bedensel zarar varsa o zaman yine güvence hesabı devreye giriyor. Yine ikinci bir kusurlu araç söz konusu.

Ç maddesinde ise kusurlu aracın sigorta şirketi iflas ettiyse o zaman bu durumda yine güvence hesabı maddi ve bedensel zararları karşılama noktasında devreye giriyor. Yine tüm tarafların kusursuz olması durumunda bu mağduriyeti giderecek, zarar giderme noktasında mağduriyeti giderecek bir madde görünmüyor.

D maddesi ise çalınmış araç, gasp edilmiş bir aracın kazaya karışması durumunu tarif ediyor. Bu açıdan değerlendirdiğimiz zaman hani ilk vakada Karayolları Genel Müdürlüğünün kusursuz sorumluluğu acaba düşünülebilir mi, bu noktada mağdurun tamamen mağdur olmaması için zaten canıyla mağdur olması söz konusu, aracı ayrıca zarar gördü bunun varisleri var yaralananlar var bunların zararlarını kim tazmin edecek? Bir soru işareti koyarak bu maddeyi de geçmek istiyorum.

Ben dikkatiniz için, sabrınız için teşekkür ediyorum. Eğer yorumlar, eklemeler, eleştiriler sonrasında-şimdi varsa görüşülebilir. Teşekkür ediyorum.

Abdurrahman SAVAŞ (Moderatör):
Evet, Yavuz Selim Hocama teşekkür ediyoruz. Gerçekten trafik kazası deyince kaza olan durumlar nedir, insan etkisi olmadan kusurun yer almadığı durumlar nelerdir, bunlardan bahsetti.

Şimdi Mustafa YAPICI Bey gelecek. Kendisi 1973 yılında Adana'da dünyaya geldi. Liseyi Adana'da, üniversiteyi de Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesinde 1994 yılında tamamladı. Savcı olarak çeşitli yerlerde görev yaptıktan sonra şu anda Yargıtay 12. Ceza Dairesi Üyesi olarak görev yapmakta. Biraz önce Muhammed Hocam akademi penceresinden Yargıtay kararlarını değerlendirmişti. Tabii bir de Yargıtayın içerisinden bakalım bu duruma nedir gerçekten dışarıdan gözüktüğü gibi farklı karar alınma gerekçeleri nelerdir? İşin mutfağında neler oluyor? Buyurun Sayın Mustafa Bey.

Mustafa YAPICI (Konuşmacı):
Sayın Başkanım, değerli hazirun; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Tabii Muhammed Hocam biraz önce bize bir hayli göndermelerde bulundu diyelim ama ben ona cevap vermeyeceğim. Sayın 12. Ceza Dairesi Başkanımız ve yine hedeflerden biri olan Ceza Genel Kurulu Başkanımız Eyup YEŞİL de buradalar. Onlar cevap vereceklerdir diye düşünüyorum. Tabi Hocamızın görüşlerine katıldığımız yerler var, katılmadığımız yerler de var onları da ifade edelim.

Ben kısaca Yargıtay ve 12. Ceza Dairesinden bahsederek girmek istiyorum.

Yargıtay daha önce 23 ceza, 23 hukuk dairesi olarak çalışmakta iken 2021 yılından itibaren 12 ceza ve 12 hukuka düştü. Bu ne önem arz ediyor? Bir suça veya bir davaya birden fazla dairenin bakması ciddi sıkıntılar neden oluyor. Aynı suçla ilgili farklı daire farklı karar veriyor. Bu da içtihat birliğinin sağlanması ve hukuk güvenliğini etkiliyor.

İkinci bir husus, 2023 yılından itibaren Yargıtayda –Sayın Osman ATALAY Başkanım da burada- gerekçeli karar yazımına geçildi. Artık tüm kararlarımız gerekçeli yazılmaktadır. Eskiden onama kararlarında pek fazla gerekçe olmayabiliyordu ama artık 2023'ten itibaren onama kararlarımız dâhil gerekçeli. Dolayısıyla bir kişi eline Yargıtay ilamını aldığında mahkeme kararının niçin bozulduğunu neyin onandığını gayet rahat bir şekilde görebilecektir. Ama burada da tabii kısmi sıkıntılarımız var. Geçen toplantıda Sayın Birinci Başkanımıza da ifade ettim, bunun bir kısmi revizyondan geçmesi gerekiyor. Yine bu gerekçeli karar yazımı da aynı şekilde hukuk güvenliği ve içtihat birliğinin sağlanması açısından önem arz ediyor.

Üçüncü olarak Yargıtay İçtihat Merkezi kuruldu. Yapay zekâ destekli. Bu açıldığı takdirde vatandaşlar veya avukatlar, hocalar, hâkim-savcılar zaten görebilecekler tüm kararlara erişebilecekler. Tabii buda Yargıtayın şeffaflığını artıracak ve hukuk güvenliğini sağlayacaktır diye düşünüyoruz.

12. Ceza Dairesi bizim dairemiz. Ana suç tipimiz taksirli suçlar. Bunun yanında trafik güvenliğini tehlikeye sokma suçu, koruma tedbirleri ve tazminat davalarına da bakıyoruz. Özel hayat ve hayatın gizli alanlarına ilişkin suçlara bakıyoruz. 2860 Sayılı Yasa'ya muhalefet suçlarına da bakmaktayız.

Tabii taksirli suç denince geniş bir alan kapsıyor. En fazla aklımıza gelen -tabii burada gündem maddemiz- trafik kazaları, iş kazaları bunun yanında uçak kazaları, maden kazaları, gemi kazaları, büyük patlamalar ve en önemli taksirli suçlardan doktor ve sağlık çalışanlarının hatalarından kaynaklanan yaralama ve öldürme olayları. Bununla ilgili önümüzdeki günlerde Sayın Başkanım Ahmet ER sunum yapacak onunla ilgili ayrı bir toplantımız var.

Tabii biz önümüze gelen dosyalarla ilgili olarak; onama, bozma veya eksik soruşturma nedeniyle bozma, kişiselleştirme dediğimiz cezanın azlığı-çokluğu, erteleme, paraya çevirme ve usul bozması veyahut da beraat etmesi şeklinde kararlar vermekteyiz.

Sorunlar diye tabii gündem maddesi eklendi ama aslında karşılaştığımız eksiklikler diye nitelemekte fayda var. Sorunların kaynağı veyahut da eksiklerini kaynağını ben nitelikli hâkim-savcı veya nitelikli kolluk gücünün olmaması, yeterli personel ve yeterli kaynak olmaması olarak değerlendiriyorum. Tabii bizim önümüze gelen bu eksiklikler özellikle, trafik kazalarındaki verilen yerel mahkeme kararları %80 oranında -benim daha önceki yaptığım araştırmada %80 oranında- onama ile geçiyor %20'lik alanda bozmalarımız oluyor.

Bizim karşılaştığımız eksiklik, Sayın Nedim Başkan da ifade ettiler, etkin soruşturma yapılmaması. Bu tabii kolluk kaynaklı olabiliyor veya cumhuriyet savcısı kaynaklı olabiliyor. Çünkü olay olduğu andan itibaren kolluğun anında cumhuriyet savcısı na bilgi vermesi gerekiyor ama vermiyor. Dolayısıyla kolluğun da suç tipini ve suçun unsurlarını bilmemesi, nedeniyle deliller zamanında toplanamıyor veya zamanında savcıya haber verilmediği için de deliller eksik toplanmış oluyor.

Cumhuriyet savcısı kaynaklı olabiliyor. Kolluk savcıya bildiriyor ama savcı önemsemiyor. Cumhuriyet savcısı kolluğu yönlendirmekte zorlanıyor veya eksik yönlendiriyor. Değerli arkadaşlar biz de cumhuriyet savcılığı yaptık. Bizim dosyalarımızda karşılaştırdığımız şey, delillerin zamanında toplanmaması oluyor. Cumhuriyet savcısı na bilgi verildiği andan itibaren belki ilk bir saatte her şey olup bitiyor. Ondan sonraki aşamalarda deliller kaybolmuş oluyor.

Delillerin aynı zamanda Ceza Muhakemesi Kanunu'ndaki usullere göre toplaması gerekiyor. Karşılaştığımız problemlerden yine biri. Nedim Başkanımız da bahsetti, sanığın kim olduğunun tespitini yapamıyoruz. Özellikle iki kişinin yolculuk ettiği motor kazaları olabiliyor veyahut da iki kişinin yolculukta araçta bulunanların kazalarında biri ölüyor biri yaşıyor. Diyor ki sanık daha sonra "ben kullanmıyordum aracı" veya "motoru ölen şahıs kullandı" diyebiliyor. Dolayısıyla bu tür olaylarda bizim delillerimizi çok ciddi şekilde toplamamız gerekiyor ki böyle bir sorunla karşılaşmamamız gerekiyor. Yerel mahkeme bakmış, Savcılık bakmış Adli Tıp Kurumu bakmış ama önümüze kadar böyle bir sorunla gelebiliyoruz. Delillerin ciddi anlamda zamanında toplanması gerekiyor.

Ben trafik kazalarında savcının olay yerine gitmesini de çok önemsiyorum. Çünkü biz de cumhuriyet savcılığı yaptık. Olay yerine gittiğimizde, hakikaten imkânlarda önemli belki büyükşehirde bu her zaman olmayabilir ama küçük yerlerde özellikle küçük şehirlerde muhakkak gitmekte fayda var. Kimin kusurlu olduğunu, olay yerine gittiğimizde net şekilde görebiliyorsun. Dolayısıyla cumhuriyet savcısı nın olay yerine gidip delilleri bizzat toplamasının önem arz ettiğini ifade etmek istiyorum. Bunlar yapılmamış olabiliyor zaman zaman dosyalarınızda.

Bir diğer husus, cumhuriyet savcıları tarafından ifadenin alınmaması. Öyle oluyor ki, delilimiz sadece sanığın hazırlıktaki beyanı oluyor. Hazırlıkta demiş ki "tamam doğrudur ben suçu kabul ediyorum" delillerini de göstermiş neyse. Ama mahkemeye geldi dedi ki "hayır suçu kabul etmiyorum" farklı bir ifade verdi. Dolayısıyla cumhuriyet savcısı ifade almış olsaydı hazırlıkta belki bu durumla karşılaşmayacaktık ve sanığın beraat etmesi ve hak ve adaletin ortaya çıkması daha isabetli olacaktı. Bu nedenle ifadelerin avukat huzurunda veyahut cumhuriyet savcıları tarafından alınmasını önemsiyorum.

Bir ikinci husus, mahkemelerimiz özellikle seriye bağlamış vaziyette. Bir dosyada trafik tespit tutanağı var, gayet basit olay tek taraflı giderken yolcu ile beraber direksiyon hâkimiyetini kaybediyor ve yanındaki kişi ölüyor. Böyle bir olayda karşı taraf yok kazaya karışan. Trafik tespit tutanağı var, bunun yanında bilirkişi raporu alıyor. Bunu Adli Tıp Kurumuna gönderiyor. Böyle bir durumda hiç gerek yok değerli arkadaşlar seriye bağlamış vaziyette bilirkişi ardından Adli Tıp'tan bir daha bilirkişi… Çünkü Adli Tıp Kurumunun ne kadar dosya baktığını gördük. Hakikaten iş yükleri bir hayli fazla. Yani zaten kusuru tayin edecek hâkim değerli arkadaşlar.

Yine arkadaşlarımız da bahsettiler, olay yerine ilişkin kazaya ait fotoğraf, video kaydı, kamera kaydı olayın çözümünde hakikaten çok değerli, çok kıymetli. Öyle oluyor ki hakikaten yerel mahkeme bir karar vermiş, Adli Tıp görmüş, kim kusurlu kim kusurlu değil noktasında sıkıntı yaşanmış. Ama biz aynı şekilde Sayın Başkanım da burada, video kaydını izliyoruz diyoruz ki "Burada kusur belli." Neticeye varmamız kamera kaydıyla veya fotoğrafla çok kolay oluyor.

Yine eksik hususlardan bir tanesi, araçlarda teknik kusur bulunup bulunmadığı noktasında. Dosyada zaman zaman iddia var ama onunla ilgili hiçbir şey yapılmamış. Bu da yine yapılması gereken, ilk yapılması gereken işlerden bir tanesi.

Kusurun tespitinin özellikle bilirkişilere tayin ettirmeye gidilmesi en önemli sorunlarımızdan bir tanesi. Mahkeme; bilirkişiden, Adli Tıp Kurumundan veya Karayolları Fen Heyetinden ya da İstanbul Teknik Üniversitesinden rapor almış oluyor. Ama bunların irdelenmesi noktasında ciddi eksikler görüyoruz. Bir

rapor varsa veyahut olay, oluş ve raporlar neyse hâkimlerimizin bunları çok irdelemedikleriyle karşılaşıyoruz.

En fazla yine karşılaştığımız olayların bir tanesi -Muhammed Hocam da bahsetti- bilinçli taksir miydi yoksa normal taksir miydi hususu. Bizim bilinçli taksirle ilgili kabullerimiz var onları arkadaşlarımız da biliyorlar ama zaman zaman yine hatalar olabiliyor.

Bu eksiklikler hususunda yeni istinafların kurulması ile birlikte dairemizde onamadan geçmenin sayısı daha da fazlalaştı değil mi Sayın Başkanım? Ben öyle görüyorum. Eski yerel mahkeme kararlarında belki %75-%80 oranında bir onama varken şimdi belki %90-%95 oranına geldi diye düşünüyorum.

Adli Tıp Kurumu raporlarını tabii biz de önümüze geldiğinde inceliyoruz, bakıyoruz, değerlendiriyoruz. Hakikaten bu anlamda doyurucu, yerinde olduğunu da görüyoruz, kendilerine teşekkür ediyoruz. Tabii çok nadir de olsa oluş ve olay farklı değerlendirmesi nedeniyle uygun olmadığını düşündüğümüz rapor olursa bu durumda bir kez daha belki İstanbul Teknik Üniversitesinden veyahut Karayolları Fen Heyetinden bir rapor alınması hususunda bozmalarımız da olabiliyor.

Tüm bu eksikliklerin giderilmesi noktasında ne yapılabilir? Eğitim, ödül ve olmadı ceza.

Eğitim noktasında kolluğun eğitimi, hâkim-savcı adaylarının ve hâkimlerin eğitimi. Meslekteki arkadaşların meslek içi eğitimleri, bilirkişi eğitimi.

Akademi eğitimimiz gayet güzel, Yargıtaydaki
ve istinaftaki adaylarla ilgili eğitimler hakikaten gayet güzel. Biz adaylarla görüştüğümüzde onlar ifade ediyorlar.

Not verme durumunuz var Yargıtay ve istinafların. Bunlar da tabii bizim yerinde verdiğimiz notların, sorunları giderme noktasında katkı sağlayacağını düşünüyorum. Yine çalışanla çalışmayanı Hâkimler Savcılar Kurulunun vereceği terfi kararları ayırt edecektir. Olmadı, nihayetinde çalışmayan kişilerle ilgili Teftiş Kurulumuz gereğini yapıyor. Nihayet itibariyle hâkim ve Cumhuriyet Savcımızın dosyasına hâkim olması gerekiyor arkadaşlar.

Biraz önce ifade ettiler. Sayın Nedim Başkanımız, diğer arkadaşlarımız, olay yerinden alınacak drone görüntüleri, trafik tespit tutanaklarına eklenebilir mi görüş olarak veya trafik tespit tutanağı dijitalleşebilir mi? Bunun önemi olduğunu düşünüyorum.

Hepinizi saygıyla selamlıyorum, çok teşekkür ediyorum.

Abdurrahman SAVAŞ (Moderatör):
Çok teşekkür ediyoruz Sayın Mustafa Bey. Şimdi tartışmalar kısmına geldik. Şimdiye kadar yapılan sunumlarla ilgili katkıda bulunmak isteyen varsa, sorularını ilgili konuşmacılara iletmek isteyenler varsa kendilerini de tanıtarak… Ön taraftan, Sayın Başkanımdan başlayalım. Buyurun Sayın Başkanım, mikrofonu ön tarafa alabilir miyiz?

Eyup YEŞİL (Dinleyici / Yargıtay 1.Başkan Vekili):
Öncelikle sunumu yapan değerli hocalarımıza teşekkür ediyoruz. Katılımcılara saygılar sunuyorum.

Değerli konuşmacımız Muhammed Hocanın bir kısım Yargıtay kararları yönünden yapmış olduğu değerlendirmelere karşı açıklamada bulunmak üzere huzurlarınıza gelmiş olduk. Bu bir cevap hakkı değil, biz Yargıtay olarak eleştirilere açığız. Biliyoruz ki şüphelenmek sorgulamaya, sorgulama ise gerçeğe götürür. Eğer yaptığımız her şeyin doğru olduğuna inanırsak hiçbir bilimsel gelişmenin olmayacağı bilincindeyiz.

Ceza Genel Kurulunun bir kısım kararlarıyla ilgili Hocamızın değerlendirmesi oldu. Taksirli suçlara ilişkin 12. Ceza Dairesi Başkanımız Sayın Ahmet ER açıklamada bulunur. Hırsızlık ve olası kasta ilişkin kısa bir değerlendirme yapacağım.

Bir Ceza Mahkemesine dava açıldığında hâkimin çözmesi gereken iki tane sorun vardır. Birincisi maddi sorun, ikincisi diğeri hukuki sorundur. Aslında geçmişte yaşanmış bir olayın ortaya konulması, tasviri maddi sorunun çözümü yani ispat edilmesi diyoruz. Maddi sorunun çözümü delil araçlarıyla yapılmaktadır. Ancak her zaman her boşluğu doldurabilecek delil bulma imkânının olmadığı ya da delillerin yeterince toplanmadığı için boşluk oluştuğu görülmektedir. Geçen zamanın geri alınması mümkün olmadığı ve her olayın da kendine özgü olduğu için maddi olayın tespitinde hâkimden hâkime bazı farklılıklar olabilir. Zira boşlukları akıl ve bilimsel kurallar doğrultusunda hâkim vicdani kanaatiyle doldurmakta ve maddi olayın bu şekilde oluştuğunu kabul etmektedir. Vicdani kanaatin oluşumu da gerekçe ile açıklanmaktadır. Bazı kararlardaki gerekçe eksikliğinin farkındayız. Yargıtay da son bir yıldır gerekçeli karar yazım formu oluşturmuştur. Dolayısıyla maddi olayın farklı kabullerinde hukuki değerlendirmede farklı olabilecektir.

Örneğin sahte içki üretilip satılması olayından başlayalım. Zira benim başkan olduğum dönemde Genel Kuruldan iki kez farklı karar geçti. Kararlardan birisinde eyleme bilinçli taksir ile diğerine olası kast ile gerçekleştirdiğini kabul etmişiz. Sahte içki halk deyimiyle merdiven altı üretim. Yani tamamen ilkel yöntemlerle üretildiği, maliyetin ucuz olabilmesi için etil alkol yerine yüksek oranda metil alkolün kullanıldığı, içen kişilerde kör olma ya da ölümün meydana geldiği Adli Tıp Kurumunun raporuna göre öldürücü olduğunun belirlendiği, bu olayda sanığın eylemini olası kast olarak kabul ettiğimiz ikinci olayda sanık tekel bayii, aynı zamanda kaçak içki de satmakta ancak herhangi bir zehirlenme olayı ile karşılaşılmamış, davaya konu satış sonucu içkiden zehirlenme sonucu ölüm olayı gerçekleşiyor. Bu olayda sanığın eylemi bilinçli taksir olarak kabul edilmiştir. Netice olarak her ikisi de kaçak içki satışı ancak buradaki sanıkların eylemleri farklı. Dolayısıyla suçun nitelendirmesi yapılırken de farklı hükümler uygulanmaktadır. Maddi olayın oluşuna ilişkin kabuldeki ayrıntı gözetilmediğinde kaçak içki satışında bir kararda olası kast diğer kararda bilinçli taksir uygulandığı gerekçesiyle karar eleştirilebilir. Ancak bu eleştirinin haklı olmadığını düşünüyorum.

Yargıtayın bu olası kast bilinçli taksir konusundaki kabulü şu şekildedir. Olası kast Ceza Hukukumuza 2005 yılında kabul edilen yeni TCK ile girmiştir. Bizim öğrencilik dönemimizde Hukuk Fakültelerinde kast - taksir ayrımı söz konusu iken yasal değişiklik sonrası olası kast ve bilinçli taksirin yer aldığı, teorik olarak eğitimini almayan hâkim savcılar açısından zaman zaman sorun yarattığı, ancak bu konuda kitap yazan hocaların takibi ile kavramların öğrenildiği ve bu doğrultuda içtihat oluşturulduğunu görmekteyiz.

Hukukçu meslektaşlarımızın çok iyi bildiği gibi suçun manevi unsuruna ilişkin olan doğrudan kasta hareketin iradi olması ve neticenin de bilinip istenmesidir. Olası kastta ise hareket iradi, netice öngörülüyor ancak istenmiyor ve harekete devam ediliyor. Bu durumda neticenin kabullenmesi söz konusudur. Dolayısıyla olası kast gerçekleşmiştir. Nedir işte en klasik örneği, madde gerekçesinde de ifade edildiği gibi kırmızı ışıkta geçildiğinde bir insanın ölüm ve yaralanmasına sebebiyet verilmişse failin olası kastla da ya da bilinçli taksirli hareket ettiğine dair kabuller söz konusudur. Buradaki ıssız bir yerde, yoğun trafiğin olmadığı bir zamanda araçlar için kırmızı ışık yanıyor, fail nasıl olsa kimse geçmez diye kırmızı ışıkta durmayıp yoluna devam ettiğinde aniden çıkan bir yayaya çarpmış ise burada bilinçli taksirin varlığı kabul edilmiştir. Zira bilinçli taksirde netice öngörülecek ancak gerçekleşmesi istenmeyecek neticenin gerçekleşmesinin çok düşük ihtimal olacağı ya da failin becerisiyle neticeyi engelleyebileceği düşünüldüğünde bilinçli taksir söz konusu olacaktır. Ancak Beşiktaş Meydanı'nda yüksek hızla, yoldan geçen yayaları da gördüğü halde hızını kesmeden yoluna devam edip kırmızı ışıkta geçtiğinde bir yayaya çarpmış ise burada olası kastın varlığı kabul edilmiştir.

Klasik örnek olarak, düğünde, herhangi bir eğlencede, maç sonrasında ya da asker uğurlamasında gibi kutlamalarda insanların yoğun olarak bulunduğu yerlerde silahla ateş edilirken hareket iradidir. Ancak birisini öldürmek ya da yaralamak için ateş edilmez. Fakat birinin ölüp veya yaralanabileceği öngörülebilir. Bu öngörüye rağmen ateş etmeye devam ediliyorsa ve sonuçta bir insan ölmüşse artık olası kastın varlığı kabul edilmektedir.

Son olarak Hocamızın örnek verdiği hırsızlık konusuna değinelim. Yerleşik içtihatlarımıza göre dosya Yargıtay incelemesinden geçmiş olsaydı öncelikle bir suç işleme kararının olduğu, bu karara göre mağduru etkisiz hale getirmek için kafasına kum torbası ile vurulacağı, bayılması sağlanıp malının çalınacağı kararlaştırılmış ise artık burada hırsızlık suçu değil yağma suçu oluşacaktır. Suç işleme kararı suç işlemeden önce verilebileceği gibi suç işleme sırasında da verilebilir. Somut olayda suç failinin üç kişi olduğunu düşünelim. Başlangıçta hırsızlık suçu işleneceğini kararlaştırdılar, ancak mağdurun direnmesi üzerine zor kullanacakları hususunda anlaşmışlar ve direnç üzerine cebir kullanılmış ise suç vasfı değişecektir. Bu olayda olduğu gibi iki kişi sağlam bir kemerle mağdurun boğazını sıktığı zaman uygulanan kuvvetin derecesine göre ölümün gerçekleşmesinde muhtemellik ve muhakkaklık durumu değerlendirilir. Muhakkak ise eylemin doğrudan kastla işlendiği muhtemel ise olası kastın ya da yaralama sonucu ölüme sebebiyet verme suçunun tartışılması gerekir. Bizim uygulamamızda bu eylemin bilinçli taksirle gerçekleştirildiği kabul edilmez. Bu konuda uygulanan kuvvetin oluşturacağı netice bakımından yani cebirin tıbbi sonuçları Adli Tıp Kurumu raporlarıyla netleşecektir.
Bu açıklama yapma imkânı sağlayan Muhammed Hocaya ayrıca teşekkür ediyor. Haziruna saygılar sunuyorum.

Abdurrahman SAVAŞ (Moderatör):
Evet, biz de Sayın Başkana teşekkür ediyoruz. Buyurun Başkanım.

Ahmet ER (Dinleyici / Yargıtay 12. Ceza Dairesi Başkanı):
Yine Başkanımın da dediği gibi bir söz hakkı değil sadece konuya açıklık getirmek için buraya geldim. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Başkanıyım. Dolayısıyla Muhammed Hocam sadece bizim kararlardan bahsetti hem Ceza Genel Kurulu hem de 12. Ceza'nın kararlarından bahsetti. Orada herhalde bir nüans var o nüansı kaçırmamak lazım. Her dosya her olay kendi içerisinde özel. Biz dosya kapsamına göre karar veriyoruz. Birbirinin aynısı olmadığı gibi benzemiyor dahi. Değerli hocalarımın yanında benim hukukla çok fazla bir şey söylememe gerek yok. Biz taksir, bilinçli taksir ve olası kastı çok kısa açıklıyoruz. Neticeyi istemiyor, ön göremiyorsa taksir. Netice istemiyor, ön görüyorsa bilinçli taksir. 2918 Sayılı Kanun kesin kural aykırılıklarını biz bilinçli taksir sayıyoruz. Nedir? Kırmızı ışık. Nedir? Sollama yasağı. Başkanım da dediği gibi ıssız bir yolda in cin top oynuyor düz çizgi var solladı geçti hasbelkader araba geldi. Orada biz saymıyoruz, bilinçli taksir demiyoruz. Ama canlı bir trafikte sollama yasağı var karşısında araba gelmesi çok kuvvetli muhtemel biz onu bilinçli taksir sayıyoruz. Olası kast; neticeyi istemiyor, öngörüyor, "olursa olsun" diyor yani kayıtsız kalıyor, neticeyi kabulleniyor. Olay muhtemelden muhakkaka geçiyor. Bunda ne yapacak? Yani olayı önlemeye çalışacak her ne kadar kural hatası yaptıysa da hızını azaltacak, frene basacak. Bunları yapmıyorsa meydana gelecek netice ön görmesine rağmen kabulleniyor arkadaşlar. Bizim Ceza Genel Kurulunda 2 tane dosyamız geçti olası kastla ilgili olarak. Gerekçedeki yani 21 olası kasttaki gerekçeden çok çok ağır. Eğer öyle bir olay olmuş olsa -şimdi örnekleri vereceğim size- siz o gerekçeye olası kast bile demezsiniz Beşiktaş'ta canlı trafiğin olduğu yerde bile olsa.

Nedir? Bir tanesini söyledi Muhammed Hoca. Biz Antep dosyası diyoruz. 2 tane genç erkek 2 tane genç kızla gecenin bir saatinde Antep'in canlı trafiğinde gece de olsa giderken 100 promilli aşkın alkollü olarak aracı sürüyor. Birkaç tane kırmızı ışığı geçiyor, kızlar diyor ki "Kırmızı ışığı geçtin." "Kırmızı ışığa takıntım var" diyor dosya böyle. Ardından "yavaş git" diyorlar. Hız limiti 60 veya 70 hatırladığım kadarıyla. 140-150 ile gidiyor. Bizim Daire'nin uygulaması 1 katından fazlası bilinçli taksir. Ardından makas atıyor, birkaç tane araca böyle gidiyor ve kızlar habire onu uyarıyorlar, uyarıları duymamak için müziğin sesini açıyor. Hasbelkader trafik kazası meydana geldi. Bu dosya 8'e 7 geçti bakın arkadaşlar, 8'e 7 olası kast geçti.

Şimdi bu olası kasta baktığımızda, gerekçedekine baktığımızda hangisi daha ağır? Gerekçe bilinçli taksir dersiniz. Ben her dosyanın kendisine göre özel olduğunu, farklı olduğunu anlatmaya çalışıyorum. Bir de hukukta zaten çeşitlilik önemlidir. Herkes aynı düşünmez. Halk arasında şöyle denir "ya sizde de iki kere iki dört etmiyor" bir matematik değil. "Sizde 2 kere 2, 3 de ediyor 5 de" diyorlar. Tabii hukuk zenginliktir çünkü. Muhalefet de olacak zaten.

Bir tane Ankara dosyası var. O Ankara dosyasını getittirdim buraya okuyacağım size. Yani bu da 10'a 5 geçti ondan bu biraz önceki Antep dosyasından daha hafif. Farklı düşüneceğiz tabii zenginlik olacak. O dosya 8'e 7 geçti ondan daha hafif bir dosya Genel Kurul'da 10'a 5 geçti. Şimdi görüş farklılığı mı var? Farklı düşüneceğiz tabii. Yani bir öyle karar veriyor bir böyle karar verilmiyor arkadaşlar. Bilinçli taksir 2918 Sayılı Kanunun kesin kurallarına aykırılık bilinçli taksir bizde. Eğer birkaç tane ihlal varsa derece artıyor. Hukukçular da olduğu için hukukçular için söylüyorum eğer birkaç tane ihlal varsa biz 1/3'ten ½'ye doğru hareket edin diyoruz.

Size Ankara dosyasını anlatacağım. Bir önceki olay sebebiyle alkolden dolayı sürücümüz, sandığımız alkol meraklısı herhalde, alkol sebebiyle ehliyeti geri alınmış. Fakat kendini yenememiş, 246 promil alkollüyken yine trafiğe çıkıyor ardından ışıklı kavşağa geliyor, hızını azaltmıyor, kırmızı ışıkta geçiyor ve bir makas yapıyor. Bu arada da hızlı gidiyor, hızı azaltmak için yani o muhtemelden muhakkaka geçecek şekilde "olursa olsun" diyecek şekilde hızını azaltmıyor, hızlı gitmeye devam ediyor. Antep dosyasını aklınıza getirin. Kaza meydana geldi. Yani bir tedbir alsa, bunları işlemiş olsa bile, bir frene bassa veya hızını azaltma anlamında ayağını bir gazdan çekse biz burada şeye gitmeyeceğiz olası kasta gitmeyeceğiz. Sadece diyeceğiz ki eğer 1/3 şey yapmışsa aleyhine temiz varsa yukarıya çık diyeceğiz. Yani 2/5 verebilirsin 1/2'ye kadar verebilirsin. Ama Sayın Sanık hiçbir tedbir almıyor Muhammed Hocam. Hiçbir tedbir almıyor, hızını azaltmıyor. Yani orada bir yanlışlık var. Bir tedbir alacak.

Ardından biraz önce bir vaka vardı orada. Orada da eksik söyledi. Geçen yılki toplantıda da aynı olayı yapmıştı. Malpraktiste yan yanaydık, bizim Daire kararından bahsetti, -burada sunucu ben değilim burada Mustafa YAPICI sunucu- orada ben sunucuydum. Kararımız elimizdeydi de "Hocam sizin dediğiniz gibi değil" dedim. Orada da yansıda vardı ama kendisi eksik söyledi.

Şimdi bir suç ihbarı almışlar orada. Trafik polisi yolu kesmiş, demişler ki kaçak eşya getirecek bir araç var. Uygulama yapıyorlar, kaçak eşya getiren araç da anlıyor tabii. O durdura gelince basıyor gidiyor, kaçmaya çalışıyor. Arkasına polis memurları takılıyorlar. Yani öyle basit değil. Sesli sesli, ışıklı uyarılar yapıyorlar. Orada da yazılıydı kendi de gördü biliyor. Ardından kaçmaya devam ediyor. Ardından orta refüje atlıyor ki biz orta refüje bilinçli taksirde artık sen oradan geçemezsin diyoruz. Bilinçli taksir sebebi sayıyoruz. Orta refüjden atladı bir kaldırım var atladı karşı yöne geçti ve ters şeritten devam etti. Hala yakalanmadı ve kaza meydana geldi. Öyle basit değil o işler. Dolayısıyla onda da olası kast kararı verildi ama Hocam anlatırken refüje geçti demedi, siren yanıyor demedi, polisler kovalıyor demedi, ardından bekle dur dur demedi. Daha basit anlattı. Her ne kadar Sayın Başkan söylemedi ama gerçekten sataşma vardı.

Yani söylüyorum her olay özel, aynı değil. Benzer değil ve dosya kapsamı ile bu iki tane Ankara dosyasını ve size Antep dosyasını söyledim -biraz zamanınızı alacağım- gerekçeye göre Allah'ınızı severseniz söyleyin gerekçeye baktığımızda gerekçeye göre ağır değil mi? Gerekçeye çok basit kalıyor, olası kastın gerekçesi. Ona bilinçli taksir denir ancak. Ama doğru Sayın Başkanım dedi Beşiktaş'ta yaparsa, kırmızı ışık yanıyorsa, yayalara yeşil yanıp da gidiyorlarsa ve kırmızı ışıkta durmadan çarpmışsa… Çünkü artık sen bileceksin, tedbir alacaksın, duracaksın kırmızı ışık var, frene basacaksın, ne yapacaksın çarpmayacaksın. Artık duracaksın. Hatta 2018 yılında değişiklik yapıldı, "öncelik yaya" bir kamu spotları dolaşmaya başladı. Polisin ve ışığın olmadığı yer, biz onu bilinçli taksir sayıyoruz. Polisin ve ışığın olmadığı yerde -ona da uyumuyorlar tabii- yaya geçidine inmiş veya yarılamışsa yaya, kanun "duracak" diyor. Öbür halde kimse yoksa "yavaşlayacak" diyor. Durmuyorlar. Geliyor çarpıyor hatta geçenlerde en fazla da bizim videolar. Trafik kazaları, mobese kameralarından veriyorlar televizyonlara. Polise şunu söylüyor "Yayaya söyle beni niye durduruyorsun?" diyor. O yüzden kusura bakmayın sizi yemek vaktinden alıkoydum. Sürenizi çaldım. Beni dinleme sabrı gösterdiniz, teşekkür ediyorum. Afiyet olsun diyorum.

Ona bilinçli taksir denir ancak. Ama doğru Sayın Başkanım dedi Beşiktaş'ta yaparsa, kırmızı ışık yanıyorsa, yayalara yeşil yanıp da gidiyorlarsa ve kırmızı ışıkta durmadan çarpmışsa… Çünkü artık sen bileceksin, tedbir alacaksın, duracaksın kırmızı ışık var, frene basacaksın, ne yapacaksın çarpmayacaksın. Artık duracaksın. Hatta 2018 yılında değişiklik yapıldı, "öncelik yaya" bir kamu spotları dolaşmaya başladı. Polisin ve ışığın olmadığı yer, biz onu bilinçli taksir sayıyoruz. Polisin ve ışığın olmadığı yerde -ona da uyumuyorlar tabii- yaya geçidine inmiş veya yarılamışsa yaya, kanun "duracak" diyor. Öbür halde kimse yoksa "yavaşlayacak" diyor. Durmuyorlar. Geliyor çarpıyor hatta geçenlerde en fazla da bizim videolar. Trafik kazaları, mobese kameralarından veriyorlar televizyonlara. Polise şunu söylüyor "Yayaya söyle beni niye durduruyorsun?" diyor. O yüzden kusura bakmayın sizi yemek vaktinden alıkoydum. Sürenizi çaldım. Beni dinleme sabrı gösterdiniz, teşekkür ediyorum. Afiyet olsun diyorum.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Biz teşekkür ediyoruz Sayın Başkanım. Yemek saati geldi soruları alamayacağız ya da tek bir soru buyurun.

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici / Erzurum Adli Tıp Grup Başkanı - Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Ben Profesör Doktor Ahmet Nezih KÖK. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanıyım. Hem Muhammed Hocamın hem de Sayın Yargıtay Üyelerimizin anlatımları doğrultusunda Heracles'in bir sözü var "Aynı nehirde iki defa yıkanılmaz" diye. Biz bunu hukukçular da tıpçılar da çok kullanıyoruz. Hiçbir şey bir şeyin aynısı değil. Dediği gibi benzer evet. Aynı nehirde iki kere yıkanmıyoruz ama yine de görünüş itibariyle bir bakış olduğunda özellikle trafik kazaları açısından söylediğimizde, trafik de bir paylaşım. Aslında trafikte de haklı olmak yeterli değil. Başkalarının hatasını da savuşturabilme becerisi bence. Aslında trafik bilinci verilmeye çalışılıyorsa herkese bu öğretilmesi lazım. Mesela kamu spotu olarak da yayalar öncelikli diye 2-3 yıl önce bir şey koydular Erzurum'da Atatürk Üniversitesi kampüsümüzde yaklaşık 100 bine yakın öğrencimiz var bizim. Aman Allah'ım ya rabbim o öğrencileri bir görseniz artık kamu spotuna göre yol bizim şeklinde çok saygısız bir şekilde devam ettiler. Oysa ki trafikte şunu bilinci vermek lazım, trafik bir paylaşımdır. O paylaşımı herkes hakkın da ötesinde etiğe ve ahlaka uygun bir şekilde paylaşmak durumundadır diyorum. Teşekkür ediyorum.

Nurdan MEMİŞOĞLU APAYDIN (Moderatör):
Teşekkür ediyoruz. Kapatalım bence.

Abdurrahman SAVAŞ (Moderatör):
Evet sayın katılımcılar, Sayın Başkanım, sayın üyeler oturumunuzu burada kapatıyoruz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. GÜN
2. OTURUM

ADLİ TOKSİKOLOJİ VE BİLİRKİŞİLİK

ADLİ TOKSİKOLOJİ VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Ahmet BELCE (Moderatör):
Sayın Başkan, çok değerli adli tıp mensupları, değerli konuklar. Hepinizi saygıyla selamlıyorum. Hoş geldiniz, şerefler verdiniz. Genelde söylüyorum, çocukluğum Aydın'ın çok güzel bir köyünde geçti. Gününüz aydın olsun, bereketli olsun. İnşallah çok güzel bir toplantı olacak. 6 çok kıymetli konuşmacı var. Bunlardan bazıları ile ben yakın mesai yaptım, halen devam ediyorum. Hocalarından rica ettim, 15 dakikaya sunumlarını sığdırmaya gayret edecekler. İlk konuşmacımız yine birlikte çalıştığımız Beşinci İhtisas Kurulunda arkadaşımız. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalından Doçent Doktor Habibe MERCANOĞLU. Kuvvetli alkışlarınızla başlayalım. Buyurun Hocam.

Habibe Güldem MERCANOĞLU (Konuşmacı):
DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE ADLİ ECZACILIK
Doç. Dr. Güldem Mercanoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı
Adli Tıp Kurumu 5. İhtisas Kurulu

Yirminci yüzyılda bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, eczacılık hizmetlerinin çeşitlenmesine ve buna paralel olarak eczacıların görev ve sorumluluklarının artmasına neden olmuştur. Günümüzde eczacıların, ilaç dağıtımından hasta odaklı eczacılık hizmetlerinin sunulmasına evrilen rolleri; onları, ilaç tedavisini optimize eden, sağlığı ve hastalıkları önlemeyi teşvik ederek hasta bakımını sağlayan sağlık profesyonelleri haline getirmiştir. Meslekteki bilimsel ilerlemeler diğer bilim dalları ile iletişimi zaruri hale getirmiş ve neticesinde yeni uzmanlık alanlarının doğmasını sağlamıştır. Günümüzde radyofarmasi, klinik eczacılık, farmakoterapi, farmakoekonomi ve adli eczacılık gibi pek çok yeni uzmanlık alanından bahsetmek mümkün.
Türk Dil Kurumu sözlüğünde "Eczacılık mesleği ve ilaçla tedavide karşılaşılan adli sorunlarla ilgili bilim dalı" olarak tanımlanan "adli eczacılık" pek çok kişi tarafından yeni ve yabancı bir konu olarak düşünülse de gerçekte "adli eczacılık" yeni bir konu değil yeni bir kavramdır. Görev ve yetkilerinin 1800'lerden itibaren kanunlarla (Nizamname-i Eczacıyan der Memalik-i Osmaniye, 17 Mayıs 1852) belirlendiği eczacıların günlük rutin uygulamalarında yaptıkları reçete kontrolleri (sahte reçete, reçete tahrifatları), besin-ilaç, ilaç-ilaç, ilaç-alkol etkileşimleri, ilaçların güvenli sürüş üzerine etkileri ile ilgili yaptıkları bilgilendirmeler bu tanım çerçevesinde değerlendirilebilir. Peki, biraz önce zikrettiğimiz tanımı yeni bir kavram olarak karşımıza çıkaran husus nedir? Tabii ki, eczacıların "uzman bilirkişi" olarak değerlendirilmeleridir. Adli olaylarda ilaçla ilgili konularda eczacılara uzun yıllardan beri danışılmaktadır. Ancak 1990'lı yılların başında Amerika Birleşik Devletleri ve akabinde Avrupa'da eczacıların uzman bilirkişi olarak görev yapmaları resmi olarak kabul edildi. Böylece bir yandan bu alanda uğraşan eczacıların sayısı hızla artarken diğer yandan eczacılar ilgili kurum ve kuruluşlarda (American College of Forensic Examiners, American Academy of Forensic Sciences, Association of Certified Fraud Examiners, FBI vb) tam zamanlı veya kısmi zamanlı olarak görevlendirilmeye başlandı.

Peki, o halde adli eczacı kimdir, ilgi alanları nelerdir? Adli eczacılar meslek ile ilgili davalar, yasal düzenlemeler veya kriminal yargı sistemi ile ilgili olup; adli konularda bilirkişi olabilir, yasal düzenleme çalışmalarına katılabilir veya kriminal çalışmalara danışman olarak dâhil olabilir. Adli eczacılar polis ve jandarma laboratuvarları, ilaç-zehir bilgi merkezleri, doping kontrol merkezleri, adli tıp enstitüleri ve Adli Tıp Kurumunda görev almakta ve adli vakaların çözülmesi, doping kontrol ve analizleri, kan ilaç düzeylerinin izlenmesi, gıda zehirlenmeleri ile sahte-kaçak ve yasal tedarik zinciri bozulmuş ilaçlar ile ilgili olaylarda bilirkişi olarak görüşleri alınmaktadır. Nitekim adli eczacıların ilaçlar ile ilgili davalarda, el yazısı analizlerinde ilaçların el yazısını etkileyip etkilemeyeceği ile ilgili konularda, postmortem ilaç yıkımı ile ilgili konularda, risk yönetimi ve değerlendirme çalışmalarında ve mesleki yasal düzenlemelerin yapılmasında görev aldıklarına dair kaynaklar mevcuttur.

Eczacılık ve ilaç ile ilgili konularda derinlemesine bilgi sahibi olan eczacıların bu konulardaki bilgi birikimlerini adli olayların, şüpheli ölümlerin, zehirlenmelerin çözümlenmesinde kullanabilmeleri için farmasötik bilimlerin yanı sıra klinik ve adli bilimlerde de üst düzeyde eğitim almaları yanı sıra ileri

düzeyde analitik beceri, iletişim ve raporlama yetkinliğine sahip olmaları gerekmektedir. Bahse konu bilgi düzeyi ve yetkinlikler ancak lisansüstü düzeyde multidisipliner eğitim yaklaşımı ile mümkün olabilir. Adli eczacılık alanında en ileri olan ülkelerden bir tanesi olan Hindistan'da hem lisans hem de yüksek lisans düzeyinde eğitim verilmekte iken; Ülkemizde Amerika ve Avrupa'daki gibi sertifika ve yüksek lisans programları (Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü vb) bulunmaktadır.

Ülkemizde bir eczacının adli tıp alanında bilirkişi olarak ilk rapor yazması Adli Tıp Kanunu'nun 1982 yılında yürürlüğe girmesi neticesinde oluşturulan İhtisas Kurullarında eczacıya yer verilmesi ile olmuş, İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Turhan BAYTOP 5. İhtisas Kurulunda bitkisel ve sentetik kaynaklı uyuşturucu maddeler ve zehirlenmeler ile ilgili konularda rapor hazırlamıştır. Günümüzde de ilgili kurulda görevlendirilmeye devam eden eczacılar; şüpheli ölüm ve zehirlenmelerin aydınlatılması, kaza sırasında veya kasıtlı ölümlerde bir maddenin etkisi altında olunup olunmadığının belirlenmesi, ilaca bağlı şiddet (olay anında ilacın etkisinde olunup olunmadığı), ilaç etkileşimleri (ilaç-ilaç, ilaç besin), ilaç bağımlılığı ve suistimali, ilaç etkisindeyken araç kullanımına bağlı kazalar ile ilgili konularda raportör olarak görev almaktadır.

Yine günümüzde oldukça önemli ve güncel bir konu olan sahte, kaçak ve yasal tedarik zinciri bozulmuş ilaçların üretimi, ithalatı, depolanması ile ilaçların internet ortamı ve/veya diğer mecralarda tanıtımı ve satışı ile alâkalı soruşturma ve kovuşturma dosyalarında da eczacılar önemli rol oynamaktadır. İlk defa İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar Kanunu (RG 26.05.1928, No: 898)'nda "……amilinin ismiyle veya hususi bir nam altında ticarete çıkarılan tababette müstamel her nevi basit ve mürekkep devai tertipler" şeklinde tanımı yapılan ilaç kavramı, günümüzde "……..farmakolojik, immünolojik veya metabolik etki göstererek fizyolojik fonksiyonları düzeltmek, iyileştirmek, değiştirmek veya tıbbi teşhis amacıyla insanlarda kullanılan veya insana uygulanan, madde veya maddeler kombinasyonunu" (Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği; RG 11.12.2021, No:31686)'na genişletilmiş; farmakolojik, biyolojik ve metabolik etkili pek çok doğal, sentetik ve DNA rekombinasyon tekniği ile elde edilen pek çok molekül ilaç olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 2022 yılında çıkardığı yönetmelikte (TİTCK Sahte, Kaçak veya Yasal Tedarik Zinciri Dışına Çıkmış İlaçlar Hakkında Kılavuz İDD-KLVZ-20; 15.11.2022) sahte ilacı "kimliğinde (içerik, ambalaj ve etiket bilgisinde yitilik), kaynağında (ruhsat sahibi, üretici, orijin ülke, izin sahibi) veya dağıtım kanallarında sahtecilik yapılan ürün" olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla kurulumuza gelen sahte ilaç ile ilgili Türk Ceza Kanunu'nun 186 ve 187. maddeleri kapsamında bilirkişi görüşü istenilen dosyalarda temel olarak dikkat edilmesi gereken husus kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye düşürecek biçimde ilaç üretilmesidir. Dolayısı ile soruşturma/dava konusu ilacın kişilerin hayatını tehlikeye sokup sokmadığının değerlendirilmesi ancak o ilacın TİTCK kılavuzunda da belirtildiği gibi kimliğinin, kaynağının veya dağıtım kanallarının değerlendirilmesi ile mümkün olabilir. Dolayısıyla piyasaya çıkacak ilaçlar için belirtilen tüm bu basamakların güvence altına alındığının ispatı olan "imal/ithal ruhsatı" (Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği Madde 2-3; RG 11.12.2021, No:31686) bizim için anahtar niteliğinde olup, ilgili hususlar Tarafımızca İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar Kanunu (RG 26.05.1928, No: 898) Madde 19 ve Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (RG 24/12/1953, No: 8591) Madde 21, 22 ve 24 kapsamında değerlendirilmektedir.

TİTCK Sahte, Kaçak veya Yasal Tedarik Zinciri Dışına Çıkmış İlaçlar Hakkında Kılavuzu'nda kaçak ilaç "Ülkeye gümrük mevzuatına ve yürürlükteki beşeri tıbbi ürün ruhsatlandırma mevzuatına aykırı şekilde giren ilaçlar" olarak tanımlanmış olup, İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar Kanunu (RG 26.05.1928, No: 898) Madde 3 ve Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği (RG 11.12.2021, No:31686) Madde 2 kapsamında değerlendirilir aykırı durumlarda ve İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar Kanunu (RG 26.05.1928, No: 898) Madde 19'a göre rapor düzenlenir.

Yine yasal tedarik zinciri dışına çıkmış ilaçlarda (yasal tedarik zinciri: "Ruhsatlı veya ara ürün izni olan beşeri tıbbi ürünlerin üretiminden son tüketiciye kadar üretici, ecza deposu, hastane/sağlık kuruluşu, eczane ve hastaya kadar uzanan tedarik yolu, TİTCK Sahte, Kaçak veya Yasal Tedarik Zinciri Dışına Çıkmış İlaçlar Hakkında Kılavuz İDD-KLVZ-20; 15.11.2022) ruhsatlı ve karekodlu ilaçların eczane dışı kaynaklarda tespit edilmesi ve yasal tedarik zinciri dışına çıkış kaynağının İlaç Takip Sistemi (İTS) kullanılmak suretiyle araştırılması İl Sağlık Müdürlükleri ve TİTCK sorumluluğunda olup, ilgili durumun tespiti halinde Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (RG 24/12/1953, No: 8591)'un 24. ve 28. Maddeleri ile Ecza Ticarethaneleriyle Sanat Ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkânlara Mahsus Kanun (RG 12.03.1927, No:574)'un 11. Maddesine göre görüş bildirilir.

İnternet üzerinden ilaç tanıtımı ve satışının yapılması Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (RG 24/12/1953, No: 8591)'un 24. Maddesine göre yasak olup, ilgili durumun tespiti halinde İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar Kanun (RG 26.05.1928, No: 898)'un 18. maddesi gereğince Bakanlık tarafından derhâl erişimin engellenmesine karar verilir ve bu karar uygulanmak üzere Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumuna bildirilmesi gerekir. Dolayısıyla ilgili ihlal dosyalarında yukarıda belirtilen Kanun maddelerine uygun olarak görüş bildirilir.

İlgili ürünlerde içerik (etkin maddenin tanımlanması ile miktarının belirlenmesi ile yardımcı maddelerin belirlenmesi), toksikolojik ve mikrobiyolojik analizlerinin yapılması gerekmektedir.

Biliyorsunuz 186 aynı zamanda gıdaları da içerisine koyarken yani aslında ilaç statüsünde olmayan ama ilaç etkin maddesi içeren ürünler. Özellikle, sıklıkla cinsel performansı arttırıcı tıbbi ürünler olarak karşımıza çıkıyor veyahut diğer gruplar madde 187'de ilaç olarak değerlendirilmesi karşımıza çıkmış oluyor. Burada olduğunun değil aynı zamanda etkin madde miktarının farmasötik formülasyonda diğer maddelerin -biz bunlara yardımcı maddeler diyoruz- incelenmesi ve yine toksikolojik ve mikrobiyolojik açıdan incelenmesi ile karşımıza çıkıyor. Ancak bu tür analizlerden sonra biz 186 veyahut 187 kapsamında olup olamayacaklarını söylüyoruz.

Aslında bize dolaylı olarak bize 186 ve 187 sorduğunuz şeylerde biz eczacı açısından şunu düşünüyoruz ki "O zaman ilaçlarda ruhsat, etkinliği ve güvenliğinin yanı sıra tekrar edilebilir ve belli kalitede üretilebilirliğini yani miktarsal içerik, toksikolojik ve mikrobiyolojik açıdan güvenli olduğunu" karşımıza çıkarıyor ki o da bizi yine İspençiyari Tıbbi Müstahzarlar Kanunu'nda ruhsatsız olarak müstahzar imal edilenlerle ilgili cezai hükümlere getirmiş oluyor.

Yine kaçak ilaçlar da sahte ilaçlarda olduğu gibi İspençiyari Tıbbi Müstahzarlar Kanunu'nda ve yasal tedarik zinciri dışına çıkmışlarda da yasal tedarik zincirinin incelenmesi yani İTS kayıtları ile beraber yine bu iki kanun buna bağlı olarak tıbbi cihaz yönetmelikleri ile de beraber… Bir de burada ecza ticarethaneleri yani ecza depoları ile ilgili kısımlar, bununla ilgili kanunlar da karşımıza çıkıyor. Dolayısıyla sizlere sunmuş olduğumuz bu bilirkişi raporlarında temel olarak aldığımız kanun ve yönetmelikler bu şekilde.

Sabrınız için çok teşekkür ediyorum.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Habibe Güldem MERCANOĞLU Hocamıza çok teşekkür ediyorum.

İkinci konuşmacımızı, Doçent Doktor Gökhan UMUT Hocamız sunacak. Kısaca AMATEM olarak bildiğimiz Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama Merkezinde görevli. Aynı zamanda da Adli Tıp Kurumu Dördüncü İhtisas Kurulu üyesi olarak görev yapıyor.

Ama öncesinde eczacılık deyince –Faruk Hocam da burada- rahmetli Latif İLHAN Hocamızı anmadan geçemeyeceğim. Gani gani Allah rahmet eylesin. Narkotik konusunda hakikaten çok çok güzel el yazısı ile ne kadar güzel rapor yazardı.
Allah rahmet eylesin.

Sayın Hocam buyurun.

Gökhan UMUT (Moderatör):
Teşekkür ederim Hocam. Merhabalar herkese.

Şimdi, Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesinde doktorasını farmasötik toksikoloji üzerine yapmış olan Yeter EROL ÖZTÜRK Hanımefendiyi sunumunu yapmak üzere mikrofona davet ediyoruz.

Yeter EROL ÖZTÜRK (Konuşmacı):
Saygıdeğer katılımcılar, değerli Başkanım, Başkan Yardımcılarımız öncelikle hoş geldiniz.

Sunuma başlamadan önce sunum konumu söyleyerek başlayayım. Adli Tıp Kurumunda güncel farmasötik toksikoloji uygulamalarını anlatmaya çalışacağım ben elimden geldiği kadarıyla.

Öncelikle farmasötik toksikoloji nedir diye başlıyoruz. Farmasötikler hayatımızın her alanında yer almaktadır. Ruh halimizi değiştirmekte, uyku sorunlarımızı gidermekte, uyanık tutma ya da kilo vermede pek çok alanda bize destek vermektedirler. Farmasötik toksikoloji, farmasötiklerin neden olduğu istenmeyen etkilerin incelendiği bilim dalıdır. Farmasötiklerin amacına uygun olmayan şekilde kullanımı, adli tıp laboratuvarları tarafından da değerli bir konu haline gelmesine neden olmaktadır.

Bu maddeler bazen zehir ya da yasa dışı madde olarak kullanılabilir. Kötüye kullanımı olan farmasötikler, kaygı giderici diazepam ya da fluoksetin, psikoaktif etkili Esrar ya da LSD, parti hapı olarak kullanılan MDMA ya da metamfetamin, tecavüz hapı olarak kullanılan flunitrazepam, Şu anda sıklıkla duyduğumuz ve renkli reçeteye tabi olan pregabalin hepimizin de bildiği ismiyle Lyrica, ketamin, fentanil, codein bildiğimiz ismi ile Geralgine-K olarak karşımıza çıkabilir. Ksilazin olarak karşımıza çıkabilir ki biz bunu veterinerlikte sedatif olarak kullanılan bir madde olarak biliyoruz fakat ABD'de bir salgın halini almış durumda ve çok fazla kullanılmakta. Ölüme ve toksisiteye neden olmakta. ABD'de kullanım ismi Tranq olarak biliniyor. UNDC tarafından raporlanan henüz kötüye kullanımı olmayan fakat kötüye kullanım ihtimalinden bahsedilen yine hipnotik ajan etomidat ya da kedi ve köpeklerde sedatif olarak kullanılan Tiletamin olarak karşımıza çıkabilir.

Duygu durum değişikliğine neden olan alkol gibi birbirinden farklı on binlerce maddeden oluşabilir farmasötikler. Farmasötikler hayvansal ya da bitkisel kaynaklı olabilir, savaş gazı olarak kullanılabilir, tablet haline getirilip farmasötik etkileri nedeniyle bize faydalı olabilir ya da yine farmasötiklerin içerisine yerleştirilerek suikast amacıyla da kullanılabilir.

Society of Forensic Toxicologists ve American Academy of Forensic Sciences, adli bilimlerde farmasötik toksikoloji uygulamalarını 3 ana başlık altında toplamıştır; uyutucu ve uyuşturucu madde kullanımı şüphesi ile biyolojik materyal testleri, post-mortem toksikoloji ve insan performans testleri.

Farmasötiklerin toksikolojik olarak araştırılması ne zaman başladı dersek, bilimsel çalışmalar 1800'lü yıllarda başlamış olmasına rağmen zehir ve zehirlenme ile ilgili bilgiler bunlardan çok çok öncesinde milattan önce 1550 yılına kadar dayanmaktadır. Baldıran otu, afyon, kurşun gibi maddelerin kendisinden ve bu maddelerin antidotlarından bahsedilmiştir. Yunanlılar kamusal anlamda idam etme amacıyla baldıran kullanmışlardır. Burada da en bilinen vaka Sokrates'tir. Ayrıca afyon, arsenik, hidrosiyanikasit zehirlenmeleri tüm Avrupa genelinde orta çağ boyunca rapor edilmiştir. Hsi-Yuan-Lu diğer adıyla Adli Tıp Görevlilerine Rehber, 13.yy'da yazılmış en eski adli tıp kitabıdır. Bu kitapta adli tıp uzmanlarına yol gösterici bilgiler yer almıştır. Otopsi sırasında ölünün ağzına yerleştirilen gümüş iğnenin renginin değişmesi ile zehirlenme olup olmadığı karar verilmeye çalışılmıştır fakat iğnenin rengini değiştiren sülfürün postmortem kaynaklı da olabileceği anlaşılınca bu uygulama terk edilmiştir. Otopsi sırasında yine ölünün ağzına pirinç yerleştirilmesi daha sonra tavuğa yedirilip tavuğun izlenmesi de bir başka uygulamadır fakat bu uygulamada hayvan kullanılması da etik açıdan tehlikeli bulunmuştur.

Tam da bu dönemde Paracelsus herhangi bir maddenin dozuna bağlı olarak zehir olabileceğini söylemiştir. Bu bizim aldığımız toksikoloji eğitimlerinin tamamında en başta duyduğumuz klasik cümlelerden biridir. Paracelsus "Her şey zehir olabilir önemli olan dozdur" demiştir. Yandaki listede gördüğünüz gibi hayatımızın kaynağı olan suyun bile bir toksik dozu bulunmaktadır.

1814'te Fransa-Sorbonne'da Adli Tıp Departmanı Yönetim Kurulu Başkanı Orfila, zehirler ile ilgili ilk sistematik sınıflandırmayı yapmıştır. Orfila çeşitli postmortem dokulardan arseniğin ekstrakte edilmesini sağlamış ve zehirlerin zehir olarak etki edebilmesi için ya absorbe edilmesi ya da kana karışması gerektiğini savunmuştur.

18.yy'ın sonları ve 19.yy'ın başlarında arsenik, hayvanların istilası ya da hastalıkların önlenmesi amacıyla sıklıkla kullanılmıştır fakat aynı dönemde insanların bir başkasını öldürme amacıyla kullandığı en başlıca zehirden yine birisidir. 1837-1838 yılları arasında meydana gelen 541 ölümün 185'i arsenik zehirlenmesi nedeniyle gerçekleşmiştir.

1840 yılında Orfila, geliştirdiği analitik yöntemde Maria Lafarge'ın kocasında arsenik tespit etmiş ve kadının cinayetten hüküm giymesini sağlamıştır. Orfila, analitik toksikoloji ve kimyasal yöntemlerin kullanılmasında sağladığı katkı nedeniyle toksikolojinin babası olarak isimlendirilmiştir.
1843'te Kont Bocarme, karısı ile birlikte kayınpederini zehirlemeye çalışmış ve bunun için sıvı nikotin kullanmıştır. Yapılan soruşturma sonucunda ölümün cinayet şüphesi olsa da o güne kadar bitkisel alkaloitlerin dokulardan ekstrakte edilmesi mümkün olmamıştır. 1851'de Orfila'nın öğrencisi Jean Servais Stas alkaloidleri biyolojik örneklerden ekstrakte etmiş ve dokularda nikotin tespit etmiştir. Kont Bocarme analitik yöntemle biyolojik örneklerde zehir tespiti sayesinde hüküm giymiş ilk kişi idi.

Birkaç yıl sonra yine Orfila'nın öğrencilerinden F.J Otto bu ekstraksiyon metodunu geliştirmiş ve bugün ilaç ekstraksiyonu temeli ve en bilinen metodu olan Stas-Otto metodu geliştirilmiştir.

Yine Maurice Nicloux ve Erik Widmark geriye dönük kanda alkol konsantrasyonunun hesaplanması için bir formül geliştirmiş; Rolla Harger, sürüş anında alkol konsantrasyonunu ölçen "Drunkometer" -hala kullanılmaya devam ediyor-, Robert Borkenstein, nefes alkol ölçümünde standart haline gelen Breathalyzer® cihazını geliştirmiştir.

Peki farmasötik toksikoloji şimdi nasıl devam ediyor diye bakarsak, 1897 yılında J.J Thompson'ın elektron tanımlamasını yapıp 1912 yılında CALUTRON isimli kütle dedektörünü geliştirmesiyle farmasötik toksikolojide analizler çağ atlamış ve kromatografi yöntemleri hızla gelişmiştir.

Bugün bizim de kullanmakta olduğumuz kromatografi yöntemleri taşıyıcı fazın özelliğine göre iki ayrı gruba ayrılmaktadır. Taşıyıcı fazın gaz olduğu sistemlerde buharlaşabilen, sıcaklığa dayanıklı farmasötikler yapısına ve iyonlaşma kabiliyetine göre FID, MS, ECD, NPD dedektörlerle tespit edilmektedir. Bu sistemler biyolojik materyalde genel taramada ve uçucu madde analizinde kullanılmaktadır. Yine taşıyıcı fazın sıvı olduğu sistemlerde, buharlaşmayan ama basınca dayanıklı farmasötikler yapısına ve yoğunlaşma kabiliyetine göre UV, MS, DAD, EC, RI dedektörlerde tespit edilmektedir. Bu sistemler biyolojik materyalde genel tarama ve bilinmeyen madde tanımlamada, ayrıca metabolizma çalışmalarında kullanılmaktadır.

Bizim sıklıkla analiz ettiğimiz farmasötik grubunun en başında uyuşturucu ve uyarıcı maddeler yer almaktadır. Uyuşturucu ve uyarıcı maddeler vücutta neden oldukları etkiye göre farklı alt sınıflara ayrılmaktadır. Halüsinojenlerin olduğu grupta en başta sıklıkla rastladığımız THC yani esrarın etken maddesi tetrahidrokannabinol, LSD, meskalin, psilosin, psilosibin ve sentetik kannabinoidler yer almaktadır.

Sentetik kannabinoidler 2010 yılında hayatımıza JWH-018'in bitkisel maddelerde tespit edilmesiyle giren, 2023 yılında maddelerin isimleri değişmesine rağmen hala sıklıkla kullanılan ve bitkilerde tespit edilmeye devam eden kannabinoid grubu maddelerdir. Yapısal olarak THC'ye benzememesine rağmen vücutta etki ettiği reseptörler bakımından kannabinoidlere benzedikleri için sentetik kannabinoid ismini almışlardır. Fakat reseptör afinitileri, esrara nazaran oldukça yüksek olduğu için intoksite ve ölüm olayları sıklıkla karşılaşılmaktadır.

Bu maddelerin metabolitlerinin ve kendisinin tanımlaması oldukça uzun sürmekte metabolitlerinin ticari olarak satılması da imkânsız hale gelmektedir. Çünkü maddenin yapısal tanımlaması ve metabolitlerinin sentezi yapılana kadar maddeler isim ve kimyasal içerik değiştirmekte ve başka maddeler pazarlanmaya devam etmektedir. Bu yüzden biz kendi metabolitlerimizi kendimiz çalışıyoruz, kendimiz tanımlıyoruz ve kendimiz analiz ediyoruz.

Halüsinojenlerin yaptığı etkilere bakarsak; kırmızı göz, ağızda kuruluk, ciltte sıcak-soğuk hassasiyeti, kalp atış hızında artış ya da kaslarda gevşeme olarak özetlenebilir. Yanda gördüğünüz gibi örümceklere esrar yedirilerek örümceklerin ağ örme becerisi ölçülmüş yukarıdaki normal bir örümceğin ağ görünümü ve aşağıdaki esrar ile beslenen örümceklerin ördükleri ağ, yani örebildikleri ağ.

Sedatif grubunda afyon bitkisinden elde edilen opioidler. Bu opioidlerden sentezlenen yarı sentetik opioidler ve afyon bitkisinden sentezlenmeyen sentetik opioidler yer almaktadır.
Bu bağımlılık ve fiziksel etki tablosuna baktığımızda eroinin neredeyse en ağır uyuşturucu olduğunu görebiliriz. Onu kokain, sigara ve alkol takip etmekte ve esrar bağımlılık yapma yetkisi ve fiziksel etkisi bakımından çok masum uyuşturuculardan biri sayılabilmektedir.

Uyarıcı madde grubunda kokain ve hepimizin her sokak başında gördüğü ve bildiğimiz metamfetamin var. Metamfetaminin en belirgin etkilerinden birisi büyümüş göz bebekleri, delüzyon, konvülsiyon, sanrı, vücut sıcaklığında artış, kalp atışında artış olarak özetlenebilir. Ayrıca orta dönem ve uzun dönem kullanımında diş yapısında bozulma ve dokuda nekroz olarak tanımlanabilir. Bütün metamfetamin kullanıcılarının tecrübe ettiği, deri altında gezen böcekler diye tanımlanabilir ve bu böceklerin vücuttan çıkarılmasını sağlamak amacıyla oluşturulan yaralar bunlar çok tanımlayıcı olabilir bağımlılarda.

Bu yine 2019-2020 yıllarında Covid'in uyuşturucu üzerindeki etkisinin araştırılması amacıyla yapılmış bir çalışma. 2019 yılında çalışılan vakaların %63'ü 2020'de çalışılan vakaların %69'unun pozitif olduğu saptanmıştır. 2019'da metamfetaminin yüzdesine baktığınızda %13.1 iken 2020 yılında metamfetamin %32.1'lere kadar çıkmıştır. Yine pregabalin 2019'da %2,1 iken 2020 yılında %7.4'e kadar çıkmıştır. 2023 yılına geldiğimizde çalıştığımız pozitif vakaların %75'i tek başına ya da kombine metamfetamin ve pregabalin kullanımı nedeniyle pozitif olarak kabul edilmektedir.

Bir farmasötik olarak alkole baktığımızda; intihar vakalarının %68'i, yaralama vakalarının %62'si, cinayetlerin %54'ü, hırsızlıkların %52'si, haneye tecavüzlerin yüzde 44'ü ve trafik kazalarının %39'u alkol kullanım varlığında gerçekleşmektedir. Alkol tabii ki sürüşte sıfır olması gereken bir şey ama yine de alkol alıp araba kullanmak istiyorsak kişisel alkolmetrelerle ile ya da android telefonlar üzerindeki uygulamalarla alkol miktarını en azından emniyetli bir şekilde sürüşe imkân veriyor mu diye kontrol etmekte fayda var. Fakat biz yine de pozitif bilimlere güvenmiyorsak, pamuklu giysilerimizi yiyerek de alkol miktarını kontrol etmeye çalışabiliriz.

Biz kolorimetrik ya da enzimatik ya da akciğer havasında etanol ölçümü yapmıyoruz çünkü bunlar da yanlış pozitif ve yanlış oranları çok yüksek, kalibrasyon ihtiyacı yüksek, kontrol numunesi eksikliği var bu yüzden HSGC-FID yöntemlerinde 17025'e uygun olarak çalışıyoruz. Endojen alkol oluşumunu kontrol edebilmek amacıyla da alkol metabolitleri ETG-ETS ile analiz yapıyoruz.

Farmasötiklerin alımından sonra idrarda ne kadar izlenebiliyor diye bakarsak, amfetamin 2-4 gün, alkol 6-8 saate kadar, esrar sık olmayan kullanıcılarda 10 güne kadar kronik kullanıcılarda 30 güne kadar tespit edilebilir.
Hangi analizleri tespit edebilirsiniz, talep edebilirsiniz dediğinizde; biz de bu listenin tamamındaki analizlerin hepsi bizden talep edilebilir.

Analizlerimizi nasıl iyileştirebiliriz kısmına geldiğimizde, intihar vakalarında kişinin yanındaki niteliği belirsiz kimyasalları da analiz için göndererek, alkol analizi için alınan örneklerde sodyum florürü gri kapaklı tüpler kullanarak, göz içi sıvısının hava temasını engelleyen uygun saklama materyalleri ile göndererek, hastane tedavisi sonrası ölümlerde özellikle hastane yatışında alınan biyolojik materyallerin de analizini talep ederek,

özellikle alkol analizi talep edilen materyalleri tahnit sıvısından etkin biçimde ayırarak, bizden karaciğerde ya da safrada genel bilinmeyen taraması isteyerek ve post-mortem analizlerimiz için mümkünse femoral venden örnek alarak bizden analiz talep edebilirsiniz.

Biz, size verdiğimiz analiz sonuçlarımızda nasıl fark yaratıyoruz? Yeni nesil uyuşturucuları literatür takip ederek izliyoruz, cihaz kütüphanelerimizi sürekli güncel tutuyoruz, örneklerimizi farklı yöntemleri kombine ederek analiz ediyoruz, analiz güvenliği ve doğruluğunu sağlıyoruz, kötüye kullanımı rapor edilen kriminal laboratuvarları ve kendi narkotik şubelerimiz aracılığıyla yakalanan reçeteli farmasötikleri de izliyoruz, yeni sentezlenmiş maddelerde literatürde bilgi yoksa metabolit tanımlamasında kendimiz yapıyoruz, analiz için literatürü olmayan maddeler için analiz yöntemleri geliştiriyoruz, yeni analiz yöntemlerinin geliştirilmesi için sürekli eğitim alıyoruz ve 17025 metot akreditasyon belgeleri alıyoruz. Sizin için kaliteli çalışıyoruz.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Sayın Yeter Erol ÖZTÜRK'e çok teşekkür ediyorum.
Üçüncü konuşmacımız Dr. Göksun DEMİREL. Kuvvetli alkışlarınızla sahneye alalım. Kendisi Çukurova Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakolojik Toksikoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi.

Bu arada, Yeter Hanım'ın da sunumunda belirttiği gibi Adli Tıp Kurumunda, Kimya İhtisas Dairesi ve şubelerinde kimyasal hakikaten en son teknikler kullanılarak analizler yapılıyor. Bizim iftihar vesilemiz. Diğer branşlar da aynı şekilde. Biraz da benim meslektaşlarım olduğu için de söylüyorum İsmail ATEŞ arkadaşımı da görüyorum, bütün branşlarda olduğu gibi hakikaten Kimya İhtisas Dairesi ve şubelerinde de en son teknikler kullanılarak analizler yapılıyor. Kendilerini yürekten kutluyorum. Buyurun efendim.

Göksun DEMİREL (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum.
Sayın Başkanım, Başkan Yardımcılarım, saygıdeğer konuklar hepinizi saygıyla selamlıyorum. Öncelikle Sayın Başkanıma bu güzel organizasyon için teşekkür etmek istiyorum.
Bugün ben de sizlere, adli toksikolojide genetik konusuyla katılım sağlıyorum.

Toksikoloji, günümüzde sağlığı tehdit eden kimyasallarla ilgilenmektedir. Aslında kimyasallar deyince hepimiz bir önyargı oluşturmuş durumdayız, kimyasalların sağlığa olumsuz etkilerinden korkmaktayız ancak aslında korkmamamız gerekiyor çünkü bizi biz yapan temel yapı taşı kimyasallardır. Hayatta kalmak için onlara ihtiyacımız vardır öte yandan ise sanayi devriminden sonra özellikle kontrol dışı üretmekte olduğumuz kimyasallar artık canlıların sağlığını bozmaya, doğayı tehdit etmeye başlamış bulunmaktadır.

Toksikoloji aslında günümüzde tam olarak bununla ilgilenmektedir. Kimyasalların zararlı etkilerinin neler olduğunu, nasıl bertaraf edilebileceğini araştırır. Yaşamımız boyunca aslında her birimiz biraz toksikolog yönümüzü geliştiriyoruz. Peki, nasıl yapıyoruz bunu? Örneğin ben birazdan bu sunumdan çıkacağım kahve içeceğim ama kaç tane içeceğim? Kaç taneye kadar içsem sorun yaşamam? Genel olarak insanlardan duyduğumuz sorular ise yine örnek gösterilebilir. Örneğin: Bir yerimiz ağrıdığında hemen ağrı kesici içmeli miyiz? Yaşam tarzımızda yer alan unsurlar sağlığımızı tehdit ediyor olabilir mi? Bu sorular bizleri kullandığımız ilaçlar ve yaşam tarzımız noktasında kontrol altında tutabilmektedir. Yani hepimiz aslında biraz kendi hayatımızın toksikoloğu olarak görev alıyoruz.

Günümüzde bizler sağlıklı yaşam için toksikoloji bilimini kullanıyoruz ama tarihte öyle değildi. Tarihte günümüzdeki gibi çok fazla kimyasal madde yükü olmadığı için, zehirleri sadece insanlar birbirlerini öldürmek için kullanıyorlardı. Bir ölüm gerçekleşmesi için ne kadar madde kullanmak gerek onu anlamaya çalışıyorlardı.

Eski zamanlarda toksikoloji insanların hayatta kalmak için zehirli bitkileri tanımaları, hayvanları tanımaları üzerine başlayıp daha sonra da entrikalarla taçlandı. Çin'in bugünkü bitkisel tıp konusunda lider konuma gelmesi aslında bitkilerle gerçekleşen ilk etkileşimleri, daha sonra bunların vücut ve ruh sağlığı üzerindeki etkilerini inceleyen bilim adamı ile başlamıştır. Çin tıbbının babası olarak sayılan Shen Nungv bu denemeleri kendi üzerinde gerçekleştirdiği sırada ne yazık ki hayatını kaybetmiştir. Tabi öncesinde de bitkisel tıbbi deneysel zehirler üzerine bir kitap da bırakmıştır. Belirtmiş olduğum gibi Çin tıbbının bugünkü hale gelmesinin mimarıdır diyebiliriz.

Ebers Papirüsü'nde Yunanlılarda oldukça sık kullanılmış devlet zehiri olarak geçen baldırandan bahsedilmiştir. Başka toksik maddelerden ve başka bitkilerden kapsamlı şekilde bahsetmiş bir kaynaktır. Daha sonra Anadolu'da yaşamış Pontus kralı bazı kaynaklarda "Zehir Kralı" diye de geçmektedir. Oldukça düşünmüştür bu konu üzerine. Zehirlenerek öldürüleceğinden çok şüphe etmiş bunu önlem almak için de çok sayıda panzehirden oluşan bir karışımı günlük dozda almaya devam etmiş daha sonra bir savaşta esir düşmesi sebebiyle bu kez kendini zehirleyerek öldürmek istemiş ancak kanındaki panzehirler sebebiyle kendini zehirleme yoluyla öldürememiştir. Aslında bu efsane sadece zehir üzerine değil panzehirler üzerine ne kadar ciddi çalışıldığını göstermektedir.

Zehirler ile ilgili bu tarz suikastlar vs. yaşanmasıyla bu durumun yasalarla korunması gerektiğini düşündürmüştür. Bununla ilgili çalışmalar başlatmıştır. Birtakım kanunlar da yine milattan önceki yıllarda koyulmaya başlanmıştır. Adanalı Dioscorides Roma İmparatorunun doktoru olarak görev yapmaktaydı, kendisi Materia Medica adlı kitabında çok sayıda bitkiden ve hayvandan bahsetmiş yine zehirlenmelerle ilgili çok ciddi kaynaklar bırakmıştır. Zehirlenmelerde kusturucuların nasıl kullanıldığını, yılan sokmalarında vakum bardağının nasıl kullanılacağını tarif etmeyi başarmıştır.

Daha sonra da politik amaçla orta çağda özellikle zehir kullanımının bir sanata dönüştüğünü görmekteyiz. Kozmetik görüntüsü altında bir ürün tasarlayan 17yy'da yaşamış Toffana adlı bir girişimcinin istenmeyen rakipler ve kocalar ile düşmanlar için şişelerde satmakta olduğu zehrin arsenik olduğu anlaşıldığında bu zehir ile birçok kişi çoktan öldürülmüştü.

Tabii bir taraftan bu gelişmeler yaşanırken bir taraftan da Paracelsus "zehri doz belirler" deyişi ile dozun öneminden ilk kez bahsetmiştir. Daha sonra Orfila o zamanın zehri olan arsenik üzerine çalışmalar yapmış ve adli toksikoloji biliminin babası olarak kabul edilmiştir.

Orfila'dan günümüze gelecek olursak adli toksikoloji alanında aslında hem kimyasal maddelerin hem biyolojik materyalin tam tespiti bugün sağlanabilmektedir. Adli Tıp Kurumunda çok ciddi şekilde bu analizler sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilebilir durumdadır.

Biraz daha biyolojik ve genetik kısmına bakacak olursak yine Adli Tıp Kurumlarında nesep soybağı çalışmaları, kimliklendirme çalışmaları, birtakım suçlar sonucu DNA tespit çalışmaları oldukça modern tekniklerle çok küçük miktarda örnekler üzerinde ve çok yüksek doğrulukta yine çok hızlı bir şekilde kurum çalışanları tarafından gerçekleştirilmektedir.

Genetik bilimi toksikoloji kadar eski tarihlere dayandırılamaz. Çünkü genetik tespitler daha fazla donanım gerektiren çalışmaları kapsamaktadır ancak buna rağmen eski çağlarda dahi insanlar bazı durumların genetikle ilişkili olabileceğini tahmin ediyorlar ama bunu ispat edemiyorlardı.

Örneğin bakla zehirlenmesinin milattan önce 500 yılında Pisagor'a kadar uzanan bir hikâyesi vardır. Akdeniz Bölgesi'nde bakla tüketimi sebebiyle bazı insanların zehirlenerek, istenmeyen belirtiler gösterip öldüğü gözlemlenmiştir. Bakla tüketiminin bu duruma nasıl olup etki ettiği bilim insanları tarafından çok araştırılmıştır. Yıllar boyunca bu konu üzerine ciltlerce kitaplar yazılmıştır. O dönemde Yunanistan'da da yine çok fazla -Akdeniz Bölgesi olduğu için- çok fazla bireyin zehirlenmesi sonucu Pisagor'a kadar gidilmiş ne yapılması gerektiği sorulmuştur. Pisagor ise en iyi çözümü bakla tüketimini yasaklamak olarak bulmuştur.

Aslında bakladaki durum baklanın içeriğindeki bazı maddelerin glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzimi eksikliği olan bireylerde toksik etki göstermesine dayanmaktadır. Bu bireyler hemolitik anemi adı verilen bir tablo gösterirler ve doza bağlı olarak da ölüm gerçekleşir. Ülkemiz genelinde %0.5, Çukurova ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde de %8.2 gibi oldukça yüksek oranlarda gözlemlenebilmektedir.

Baklanın içindeki bu madde bazı ilaçların da içinde bulunabiliyor ve bu ilaçların kullanımı sonucu aynı enzim eksikliğindeki bireyler hayatını kaybedebiliyor. Genetik konusu bize tam da bu tip sorunlarda yol gösteriyor. Zehirlenmelerde, istenmeyen durumlarda sadece ilaç kullanımına bağlı olarak değil günlük hayatın olağan akışı içindeki beslenmede de etki gösterebiliyor ve adli toksikolojinin çalışma konusu haline gelebiliyor.

Bunun yanında genetik polimorfizm adını verdiğimiz bir durum söz konusu. Biz şunu çok iyi biliyoruz, bu salonda oturan tüm bireyler birbiriyle %99,5 oranında benziyor. Aramızda sadece binde 5 oranında bir nükleotit farklılığı var. Genetik yapılarımızı bilgisayar donanımlarına benzetebiliriz. Bilgisayarlar için 1 ve 0 rakamlarıyla yazılırken, bizim genetik donanımımız aslında adenin, timin, guanin ve sitozin olmak üzere dört bazdan oluşuyor. Bu bazlar bir araya geldiğinde genetik yazılımımız ortaya çıkıyor. Bu durumda, aslında birbirimize %99.5 oranında benziyoruz ve farkı yaratan çok küçük bir yazılım farklılığı oluyor. Bir bazın yerini değiştirmesi, her bin bazdan sadece bir veya ikisinde meydana gelen bir değişiklikle, birbirimizden bu kadar farklı olmamızı sağlıyor.

Ancak, birbirimizden farklı olmak sadece dış görünüşümüzle sınırlı değildir. Bu farklılık, ilaçları nasıl metabolize ettiğimizden, bir ilacın bize nasıl yan etkiler gösterebileceğine veya başka bir kimyasalı nasıl etkileyebileceğimize kadar birçok konuda etkili olabilir. Bu farklılık, hastalıklara yatkınlığımızı veya bir maddeden nasıl zehirlenebileceğimizi anlatır. Örneğin, bir ilacı kullandıktan sonra verdiğimiz tepkiler, dışarıdan aynı görünsek bile çok farklı olabilir. Bazı durumlarda hiçbir yan etki gözlenmezken bazen ölümcül etkiler oluşabilir. Bu durum sadece hastalar için değil, zehirlenme durumunda tüm popülasyon için geçerlidir.

Genetik yaklaşımlardan nasıl faydalandığımızı düşünüyorsanız, tanı ve risk profilleri oluşturma konusunda büyük bir avantaj elde ediyoruz. Artık hepimizin aynı cevabı vermek veya aynı tanıyı almak zorunda olmadığımızı biliyoruz. Aday genlerin belirlenmesi konusunda da bu farklılıklardan yararlanabiliyoruz. Farmakogenetik ve adli genetik gibi alanlarda epidemiyolojik çalışmalarda da bu farklılıkları kullanıyoruz.

Nikotin bağımlılığı gibi bir örnek vermek gerekirse, sigara bağımlıları bu konuda daha fazla ilgileniyor olabilirler. Nikotin, kotine dönüşürken CYP2A6 adı verilen bir enzim devreye girer ve nikotin vücuttan uzaklaştırılır. Ancak, genetik olarak farklılık gösteren bazı bireylerde CYP2A6 enzimi yeterince işlev göstermez. Bu durumda, CYP2A6 enzimlerinin yeterince çalışmaması nedeniyle nikotin hızla kotine dönüşmez ve ikinci sigara içme arzusu daha uzun süre sonra ortaya çıkar. Bu enzim eksikliğine sahip kişiler çok sık içme isteği hissetmedikleri ve sigaraya karşı bağımlılık geliştirme süreci daha yavaş olduğu için diğer sigara içenler tarafından sevilmeyebilirler.

Bu gibi farklılıkların bağımlılık tedavisinde nasıl kullanılabileceği bugün araştırılmaktadır. Bağımlılık, bir şeye kendini adamak veya bir şeye köle olmak olarak tanımlanır ve günümüzde bağımlılık tedavisi konusunda yoğun çalışmalar devam etmektedir. Tedavi yöntemlerinin geliştirilebilmesi için nedenin iyi anlaşılması gerekmektedir. Bağımlılığın bir hastalık olduğu ve genetik faktörlerin bu hastalığın oluşmasında rol oynayabileceği bilinmektedir. İlişkiyi aydınlatmak üzere genetik faktörler üzerine yapılan çeşitli çalışmalar, ikizler üzerinde yapılan araştırmalardan toplumla ilişkiyi inceleyen çalışmalara kadar geniş bir yelpazede farklılık göstermektedir.

Günümüzde, madde bağımlılığını tedavi eden onaylı bir ilaç henüz bulunmamaktadır. Etkin bir tedavi elde etmek için eğlence amaçlı kullanımdan bağımlılığa geçiş aşamasındaki sürecin altında yatan nörobiyolojiyi anlamamız gerekmektedir. Bu noktada, protein modifikasyonu ile ilgili birtakım değişikliklerin bu süreci nasıl etkilediğini anlamaya çalışıyoruz. mRNA (mesajcı RNA) günümüzde oldukça popüler bir konudur. Aşılar ve diğer çalışmaların temelinde yer almaktadır. mRNA çalışmaları, bu süreci anlamak için önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. mRNA'ların mikroRNA'lar tarafından kodlandığı ve mikroRNA'ların daha detaylı araştırılmasıyla protein ifadesinin nasıl değiştiğinin anlaşılmaya çalışıldığı bilinmektedir. Bu nedenle, yeni nesil dizileme çalışmaları yapılmaktadır. Yeni nesil dizileme teknolojilerine geçiş, insan genom projesiyle başlamıştır. Bu projenin aydınlatılmasıyla, DNA ve RNA'nın sadece yönetici moleküller olmadığı, kodlama yapmayan bölümlerinin de önemli olduğu anlaşılmış ve bu konuda çalışmalar hız kazanmıştır.

Daha önceki çalışmalarımızda mikro RNA konusunu bağımlılıkla ilişkilendirmeye karar verdik ve bu konuda araştırmalar yaptık. MikroRNA düzeyini değiştirerek Hepatit C tedavisi için kullanılacak Miravirsen adlı bir ilacın geliştirilmesi ile ilgili çalışmayı inceledik. Bu ilaç, şu anda Faz-3 çalışmasında bulunmaktadır. Biz de benzer bir yaklaşımla bağımlılık konusunda ilerlemek istedik. Kokain ve eroin gibi maddelerle ilişkili mikro RNA çalışmaları yapılmaya başlandı. Biz de metamfetamin kullanımının ne kadar yaygın olduğunu gözlemledik ve metamfetamin üzerine mikro RNA ile ilgili çalışmalara başladık. Bu çalışmalarda Adli Tıp Kurumundan aldığımız destek de büyük önem taşımaktadır. Amacımız, mikroRNA'ların terapötik arayışta nasıl kullanılabileceğini anlamaktır.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Çok teşekkür ederiz. Toksikolojide genetikle ilgili çok ilginç güzel çalışmalar yapmışsınız. Tebrik ediyorum sizi.

Gökhan UMUT (Moderatör):
Bildiğiniz gibi uyuşturucu ile mücadele tüm dünyada büyük önem arz etmekte. Türkiye'de de İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı gibi bakanlıkların yanı sıra Yeşilay gibi diğer kurumlar bu konuda önemli rol almakta. Eskiden ülkemiz uyuşturucu maddeler açısından bir transit ülke idi fakat şu an maddelere ulaşım çok kolay olduğu için ve düşük maliyetle üretildikleri için artık transit ülke konumundan doğrudan pazar konumuna geçmiş durumdayız. O yüzden şu anki mücadele geçmiş dönemlere nazaran daha büyük önem arz ediyor. Bu konu hakkında Emniyet Narkotik Suçlarla Mücadele Başkan Yardımcısı 1. Sınıf Emniyet Müdürü Sayın Erdem KOÇ bizlere bilgilendirmede bulunacak. Buyurun Erdem Bey.

Erdem KOÇ (Konuşmacı):
Teşekkür ederim Hocam. Değerli hazirun, ben Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkan Yardımcısı 1. Sınıf Emniyet Müdürü Erdem KOÇ.

Sunumumda gerek arz ile mücadele ve gerekse Daire Başkanlığımız tarafından yürütülen önleme ve bilgilendirme faaliyetleri çerçevesinde yaptıklarımız ile güncel trend ve tehditler konusunda kısaca bilgiler vereceğim.

Bugün dünyada hiçbir döneminde olmadığı kadar çok çeşitli uyuşturucu türü bulunmakta. İnsanlık, oldukça karmaşık uyuşturucu sorunu ile mücadele etmektedir. Günümüzde uyuşturucudan etkilenmeyen herhangi bir coğrafya bulunmamaktadır.

Az önce Hocamızın da ifade ettiği gerek transit ülke olması hasebiyle ve gerekse hedef ülke haline gelmesi sebebiyle ve genç nüfusu dolayısıyla ülkemizi hedef alan uyuşturucuların geleneksel kaynak ülkelerine bakıldığında; metamfetamin maddesinin özellikle Afganistan ve İran kaynaklı olduğu, ekstazi ve amfetamin maddesinin Belçika ve Hollanda kaynaklı olduğu, yine kokain maddesinin Latin Amerika ülkelerinden olan Kolombiya, Bolivya, Peru kaynaklı olduğu, halk arasında bonzai olarak bilinen sentetik kannabinoid maddesinin Çin, hibrit esrar olarak da piyasada adlandırılan skank olarak tabir ettiğimiz maddenin kaynak ülkesinin Arnavutluk, yine eroin maddesinin Afganistan olduğu görülmektedir.

Güncel uyuşturucu tehdit ve trendlerine bakıldığında, küresel boyutta başta eroin olmak üzere opiatlar kaçakçılığında yine Afganistan'ın %80 oran ile halen en büyük kaynak ülkesi olduğu görülmektedir. Birleşmiş Milletler raporlarına göre Afganistan'da 2022 yılında afyon ekimi bir önceki yıla göre %32 artarak toplam 233.000 hektara ulaşmıştır. Ülkemiz, Afganistan kaynaklı opiat kaçakçılığında en fazla kullanılan Balkan rotası üzerinde bulunmaktadır ki bu da yakalamalarımıza yansımaktadır. Taliban tarafından 2023 yılı sonu itibariyle ülke içinde yasadışı uyuşturucuların ve afyonun çıkarılması için 10 aylık bir süre verildiği bildirilmiştir ki bu yine Birleşmiş Milletler raporlarında da ifade edilmiştir.

Söz konusu tehditler içerisinde yine özellikle Kuzey Amerika'da ortaya çıkan ABD ve Kanada'yı içerisine alan fentanil türevleri başta olmak üzere çok ciddi bir sentetik opioid tehdidi olduğunu görüyoruz. Öyle ki ABD'de 2022 yılında gerçekleşen 107.000'e yakın ölümün 71.000'i fentanil kaynaklı olarak bildirilmiştir. Henüz ülkemizde fentanil türevleri yakalamalarına rastlanmasa da son dönemde Avrupa'da yakalamalar olduğunu görmekteyiz. Ancak bizler her ne kadar ülkemizde hâlihazırda herhangi bir yakalama olmasa bile bir proaktif yaklaşım çerçevesinde fentanil türevi maddeleri bizim erken uyarı sistemi dediğimiz çalışmalarla 2313 Sayılı Kanun kapsamına almış bulunuyoruz. Bugüne kadar toplam 1.033 yeni nesil uyuşturucu madde, yasa kapsamına alınmıştır.

Bunun haricinde yine günümüzde güncel tehditler sadece uyuşturucu kaçakçılığı ile sınırlı kalmamaktadır. Özellikle hepimizin bildiği üzere Hollanda'da belli bölgelerde esrar tüketimi serbest. Bunun için bir program geliştirdiler bu da yasal esrar tüketim deneyi adı altında yürütülen bir program. Bu cafe shop olarak tabir edilen ve uyuşturucu esrar maddesinin kullanımının serbest olduğu kafelere devlet eli ile üretim yapılarak buralara temin edilmesi yönünde bir program geliştirdiler ki bunun daha sonra tüm Avrupa ülkelerinde yaygınlaştırılacağı şeklinde elimizde bilgiler mevcut.

Kuşaklar arası uyuşturucu sorununun gelişimine baktığımızda, durumun geldiği noktayı ulusal-uluslararası ölçekte takip edilen yeni nesil uyuşturucu olgusu üzerinden görmek mümkündür. 1940-50 yılları arasında sadece esrar, eroin gibi sadece birkaç çeşit geleneksel uyuşturucu madde varken 1961 Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi'nde bilinen kısıtlı sayıda bahsedilirken sonradan sentetik uyuşturucularda üslü sayıda maddeden bahsedilirken sonrasında sentetik uyuşturucularda artışın başlamasıyla farklı konseptlerde Birleşmiş Milletler'in 1971 ve 1988 sözleşmeleri ile amfetamin, metamfetamin, kimyasallar ve sentetik uyuşturucular sözleşme kapsamına dâhil edilmiştir.

Tabii ülkemizdeki mücadelenin geldiği yani Emniyet Teşkilatı olarak geldiği mücadeleye, başladığımız yere bakarsak 1937 yılında Asayiş Şube Müdürlüğü içerisinde bir büro iken son olarak 27 Şubat 2023 tarihinde Sayın Cumhurbaşkanımızın tensipleri ile artan mücadele içerisinde başkanlık seviyesine yükseltilmiştir.

Mücadeleci birimlerimiz toplam 7.000'den fazla bir personelle bu mücadelesini sürdürüyor. 81 ilimizin dışında yine 109 büyük ilçemizde büro amirliği seviyesinde bu mücadelemiz yürütülüyor.

Tabii burada kurumsal kapasitemizin geliştirilmesi açısından Narkotik Eğitim Akademisi bünyesinde de değişik kurslar, hem hizmet içi kurslar veriliyor hem ulusal ve uluslararası bağlamda. Bunlarla ilgili olarak da uluslararası alanda da sadece ülkemizde değil, personelimiz yurt dışında da değişik –sunuda da görüldüğü üzere- eğitim programlarına katılıyor.

Başkanlığımız bünyesinde yine bir Köpek Eğitim Merkezimiz var. Sadece narkotik alanındaki köpeklerimizin eğitimi değil. Bomba, asayiş şubesi, kadavra arama köpeği, koku molekül köpekleri, çay, tütün köpekleri gibi çok değişik branşta köpeklerimiz eğitilmektedir.

Bunun yanı sıra yine ulusal ve uluslararası manada çalıştaylar düzenliyoruz. Geçen sene Suç Gelirleri İle Mücadele Çalıştayı'mız vardı. Bu sene yine 2 hafta önce "Narkotik Suçlarla Mücadelede Eğitim Süreçleri, İşbirliği Alanları ve Eğilimler, Fırsatlar" konulu yine bir Çalıştayımız düzenlendi. Yine UNDC'nin katılımları ile Uyuşturucu Trafiğinin Önlenmesinde Görev Köpeği Uzmanlığı ve Bölgesel İşbirliği Çalıştayı yine Başkanlığımız tarafından yürütüldü.

Daire Başkanlığımız çok değişik yayınlarla bu mücadeleye katkı veriyor yeni gelişen trendler ve tehditler ölçüsünde. Yine www.narkotik.pol.tr adresinden tüm bu ulusal yayınlarımıza

ulaşılabiliyor. Aynı zamanda Başkanlığımız, Avrupa Uyuşturucu ve Uyarıcı Bağımlılığı Merkezinin ulusal temas noktası olması hasebiyle yine ilgili tüm kurumlarından topladığı verileri, Avrupa'ya raporlanmasından sorumlu Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Şube Müdürlüğümüzü de bünyesinde barındırıyor.

Şimdi burada kısaca bir videomuz var uygulamalarımızla ilgili. (Video Gösterisi)

Tabi tüm bu yakalamalarımızı analiz ediyoruz. Analiz ederken de yeni geliştirmiş olduğumuz, daha doğrusu 3-4 senelik bir mazisi var, ASENA adını verdiğimiz Analiz Sistemleri Narkotik Ağı dediğimiz, tüm veri setlerini kullanmak marifetiyle bütün yapmış olduğumuz yakalamalarımızı analiz ederek profillemeleri yaptığımız, risk profilleri oluşturduğumuz bir sistemimiz var. Bu sistem vasıtasıyla da yapmış olduğumuz kontroller ve sonucunda yapmış olduğumuz yakalamalar da yansıda olduğu gibi. 9.554'ün üzerinde bir suç unsuru tespit edilmiş.

Tabii biz bu analizleri yaparken sadece aramış olduğumuz araçlarda, şahıslarda sadece uyuşturucu maddelere rastlıyor değiliz. Yine terör, asayiş ve KOM konuları ile ilgili olarak da tespitlerimiz oluyor. Bunları da ilgili başkanlık ve birimlerimize bildirmek marifetiyle mücadelemizi sürdürüyoruz.

Sadece narkotik suçlarla mücadele alanında sadece madde bazlı yakalamalarımız mı var? Bu söz konusu grupların suç gelirleri ile mücadelesinde de önemli çalışmalarımız oluyor, ulusal-uluslararası bağlamda. Yansıda görüldüğü gibi gerek ülkemiz vatandaşları –organize suç grupları içerisinde yer alan vatandaşları- gerekse Avrupa'da aranan -örneğin de olduğu gibi- kırmızı bültenle aranan şahıslar ile ilgili olarak da suç gelirleri operasyonları ortak çalışma grupları Avrupalı paydaşlarımızla yürütüyoruz.

Yine suç örgütleri operasyonlarımız var 2017-2022 yılları arasında TCK 188 kapsamında uyuşturucu suç örgütlerine yönelik yapılan operasyonlarında 641 suç organizasyonu çökertilmiş, 5.456 şüpheli de adli işlem yapılmak üzere ilgili birimlere teslim edilmiştir. Yine bu faaliyetlerimizi yürütürken yansıda da görüldüğü üzere 2018-22 yılları arasında 19 farklı ülke ile 33 uluslararası operasyon yaptık. Yine bu operasyonları yürütürken de başkanlığımız bünyesinde görevli arkadaşlarımızı 7 değişik ülkeye görevlendirdik. Kolombiya, İspanya, Hollanda, Almanya, Kıbrıs, Europol ve Selek gibi birimlerinizi de görevlendirdik. Tabii sokaktaki görünürlüğünün azaltılması, sokak baskısını uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili olarak narkotimlerimizi kurduk. Narkotimlerimizin yıllar bazında gerçekleştirmiş olduğu olay ve şüpheli sayıları da yansıda olduğu gibi. Yine değişik projeler yürütüyoruz, bunlardan bir tanesi yine Narko Alan Projesi, riskli gördüğümüz bölgeleri baskı altına alıyoruz. Bu alanda uygulamalar yapıyoruz, diğer teşkilatımızın diğer birimlerini de operasyonlarımıza dâhil ediyoruz ve burada özellikle büyük şehirlerimizde sokak bazlı çalışmalar yürütüyoruz.

Yine arz ile mücadelenin yanı sıra, eğitim ve önleme faaliyetlerimiz Narko Rehber, Narko Anne, Narko Gençlik, Narko Göçmen, Narko KAAN gibi yine Fotoblok, Narko-Nokta, Narko Tır bilgilendirme faaliyetleri çerçevesinde hâlihazırda 5 milyondan fazla kişiye ulaşmış bulunmaktayız. Ülke genelinde uyuşturucu ile mücadelede her alanda yürütülen faaliyetlerin en somut çıktılarından biri de madde bağlantılı ölümlerdeki düşüş. Ülkemizde uyuşturucuya bağlı ölüm sayıları milyonda 4.7 iken, dünyada milyonda 35, Avrupa'da ise milyonda 18.3 olarak gerçekleşmiştir. Avrupa Birliği uyuşturucu raporuna göre yine veri paylaşan 19 ülke arasında ülkemiz 17. Sırada yer almaktadır.

Burada metamfetamin konusuna hocalarımın da bahsettiği gibi bir parantez açmak istiyorum. Son yıllarda baktığımızda 2021 yılında dünyada 393 ton metamfetamin yakalanmış iken, Avrupa'da 1.3 ton iken, 2021 yılında ülkemizde 5.5 ton gibi bir rakam söz konusudur. Yalnız 2022 yılında bu rakam 16 tona, 2023 yılında ise hâlihazırda yıl bitmemesine rağmen 15 tonluk bir yakalamamız söz konusu. Söz konusu grafikte de yıllar içerisinde 2009 yılında gündemimize gelen ilk metamfetamin yakalanmasından sonra, günümüze kadar görüldüğü üzere ülkemizin tüm coğrafyalarında görülen metamfetamin yakalamalarına ilişkin yansımız. Tabii bunun üzerine, metamfetamin üzerine yoğun bir baskı oluşturulması amacıyla da metamfetaminle mücadele eylem planı hazırlandı 2022-24 yıllarını kapsayan planlı soruşturma dosyaları önce kimyasalların takibi kurumlar arası metamfetamin ile mücadele çalıştayları ve valilerimizin başkanlığında bölge değerlendirme toplantıları yapılması kararlaştırıldı.

Son olarak 5 Nisan'da yeni bir yasa düzenleme yapıldı. Uyuşturucu ve uyarıcı madde bulundurma ve kullanmak suçundan haklarında kamu davasının açılmasının ertelenmesi ve denetimli serbestlik kararı verilenler için erteleme süresi içerisinde sürpriz testler uygulanabilmesi, cezaevinde bulunan tutuklu ve hükümlülere zorunlu tedavi rehabilitasyona kararı verilebilmesi ve bu amaca uygun cezaevlerinin inşa edilebilmesi hüküm altına alındı. Ayrıca en önemli sorunlarımızdan da biri olan yakalanan maddelerin soruşturma aşamasında da imhasına yönelik bu da mümkün hale yeni yasal düzenleme ile mümkün hale geldi arz ederim.

Gökhan UMUT (Moderatör):
Emniyet Müdürümüz Sayın Erdem KOÇ'a teşekkür ediyoruz.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Sıradaki Emniyet Müdürümüz Sayın Dr. Çağdaş AKSOY. Kendisi Emniyet Genel Müdürlüğü Ankara Kriminal Bölge Polis Laboratuvarı Müdürü aynı zamanda kimyasal incelemeler uzmanı olarak görev yapıyor. Buyurun Sayın Hocam.

Çağdaş AKSOY (Konuşmacı)
Değerli hazirunu saygıyla selamlıyorum. Başta Sayın Başkanım olmak üzere emeği geçen herkese de bu güzel organizasyon için teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Evet, şimdi aslında metamfetamin çok gündemde olan bir konu ve bizim de bahsedeceğimiz konu metamfetamin temelinde kimyasal profilleme yöntemi ile uyuşturucu maddelerle mücadele. Çok kısa örneklerle, biraz benzetmelerle ve şekillerle yaptığımız işi size anlatmaya çalışacağım.

Tabii önce kısa bir kimyasal profillemenin tanımını yapmak lazım, kimyasal profilleme yasa dışı uyuşturucuların üretimi esnasında oluşan safsızlıkların nitelik ve nicelik olarak tespit edilmesidir. Yani bir metamfetamin içerisindeki safsızlıkların tek tek ne olduğunu tespit ediyoruz ve daha sonra bunların da miktar olarak tespitlerini yaparak bir nevi profilini çıkarıyoruz ki bu profil aslında uyuşturucu maddenin bir tür parmak izi olarak bizim tarafımızdan nitelendiriliyor.

Şimdi benzetmelerle devam edelim, eğer bir yemeği yapan kişi aşçı ise biz bunu uyuşturucu üreticisi olarak tanımlıyoruz ve bu aşçının pişirdiği bir tencere yemek de bizim için işte o kazanda üretilen uyuşturucu madde oluyor. Peki, uyuşturucu madde gerçekten kazanda mı üretiliyor? Evet, bizim peşinde olduğumuz uyuşturucu madde kazanda üretilen uyuşturucu maddeler. Burada 2 farklı ülkeden alınmış metamfetamin üretim örneklerini görüyorsunuz.

Soldaki örneğimiz Meksika'daki bir yasa dışı metamfetamin üretim tesisinden alınmış, sağdaki de Afganistan'daki bir yasadışı metamfetamin üretim tesisinden alınmış resimlerimiz. Tabii dünyada tek bir uyuşturucu üreticisi yok, birden fazla uyuşturucu üreticisi var. Birinci uyuşturucu üreticimizi ele alalım, bunun ürettiği mala biz 1. parti üretilen uyuşturucu diyelim ve bunun bir kimyasal profili olsun. Aynı üretici 2. bir uyuşturucu madde üretiyor ki bu da işte 2. parti üretilen uyuşturucu maddemiz. Yine farklı bir uyuşturucu üreticisinin ürettiği partide biz 3. parti üretilen uyuşturucu dediğimiz zaman işte bu 3 farklı uyuşturucunun kimyasal profilleri birbirinden farklı. Bize en çok gelen soru şu? Siz yaptınız analizlerde üreticiye mi ulaşıyorsunuz? Hayır, biz o kazanda üretilen uyuşturucuya ulaşıyoruz. Yani metamfetamine ulaşıyoruz.

Sigara örneğinden devam edelim. Maalesef sigara çok kullanılan bir madde olduğu için. Şimdi biz sigara içtiğimizde içerisinde ne olduğunu varsayarak kullanıyoruz? Nikotin olduğunu varsayarak kullanıyoruz. Aslında biz nikotin almak için o sigarayı tüketiyoruz. Tıpkı uyuşturucu bağımlılarının, metamfetamin için metamfetamin kullandığı gibi. Peki, ama sigaranın içerisinde sadece nikotin mi var? Sigaranın içerisinde, sigara dumanında bilinen 7357 ayrı kimyasal bileşik bu tahmini sayı tabii ve bunların 70 tanesi de kanserojen işte aromatik aminler, asetaldehitler, poli aromatikler, nitroaminler gibi çeşitli farklı kimyasal maddelerde sigaranın içerisinde var. O halde işte ben bu kimyasalların analizini yaparsam, yani nikotinden farklı, diğer kimyasalların analizini yaparsam ben aslında sigaranın bir profilini çıkarabilirim. A markası, B markası, C markası diye bu sigaraların aynı üretim bandında, aynı zamanda üretilmiş sigaralar arasında bir sınıflandırma yapabilirim. İşte aslında, bizim de uyuşturucu madde için yaptığımız bu safsızlıkları tespit ederek bu profili ortaya çıkarmak.

Kimyasal profilleme ile bizim kendimize sorduğumuz bir takım sorular var. Bunlardan birincisi yasa dışı dağıtım şebekesini tespit etmek ve uyuşturucuya dayalı organize suçlarla mücadele etmek birinci amacımız bu. Sonra ele geçirilen uyuşturucuları bağlantılayarak satıcıya ulaşmak. Yasa dışı uyuşturucunun kimyasal içeriğini içeren bir veri tabanı oluşturmak ve yasa dışı uyuşturucu üretiminde kullanılan yöntemleri izlemek. Bu profilleme ile yaptığımız analizlerin bize bu soruların cevabını vermesi gerekiyor ve bu kapsamda polis kriminal laboratuvarları olarak 2018 yılında bir Avrupa Birliği projesi ile biz bu işe başladık. Metamfetamin o zaman yeni yeni gündeme gelmeye başlamıştı, şimdiki kadar yoğun bir kullanımı yoktu. Ama 2018'de başladığımız bu projenin adı yasadışı uyuşturucu ticareti ile mücadele alanında Türkiye'nin adli bilim laboratuvarlarının kapasitesinin güçlendirilmesi projesi alt başlığı da amfetamin tipi uyuşturucuların safsızlık profillemesi.

Şimdi bunun için proje süreci ile devam etmek istiyorum. Ne yaptık biz bu proje sürecinde? İlk önce tabii kanunsuz hiçbir şey yapamazsınız. Yasal dayanağınız olmadan özellikle uyuşturucu maddeler konusunda hiçbir şey yapamazsınız. 2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun'un uygulanmasına ilişkin yönetmeliğe ek bir madde eklendi. Neydi bu ek madde? 7 Ekim 2020 tarihli resmi gazete de yayınlanan bu ek madde ile uyuşturucu madde profillemesinin nasıl yapılacağının detayları tarif edildi. Burada veri bankası kurulmasından bahsediliyor ve en önemlisi de Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Daire Başkanlığı ve Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığı tarafından bu veri bankasının kurulacağı belirtilirken, veri tabanının kurulacağı ve detayların çağın gereksinimlerine göre değiştirilmesi için kanununa detayları yazılmıyor. Çünkü teknoloji çok hızlı ilerliyor.

Nelere bakılacak, ne yapılacak gibi özellikler kanunda biraz esnek bırakılıyor ama bu işi yapma yetkisi bu yönetmelik değişikliğiyle bize veriliyor. Tabii yönetmeliği değiştirdikten sonra artık jandarma ve emniyet kriminal değerleri arasında bu sefer bir protokol imzalandı. Bu protokol detayları arasında da hangi numuneler bize gelecek? Hangilerini jandarma yapacak? gibi soruların cevapları cevaplandı. 50 gr. ve üzeri amfetamin türevleri yakalamalarında toz ve katı haldekilerden 10 gr. sıvı haldekilerden 20 ml. ve fabrikada yapılmış olanlardan 2 orijinal ambalajı bize bu profilleme için gönderilmesi gereken numuneler.

Tabii bir benzerlik eşik değeri yine yapılması gerekti. Onun da yine çağın gereksinimlerine göre analizi yapan birim tarafından belirlenmesi gerektiği söylendi. Daha sonra proje kapsamında cihazlarımız satın alındı. Yaklaşık 2 milyon euronun üzerinde bütçesi olan bir projeydi. Cihazlarımız satın alındı, yeni bir laboratuvar kuruldu, cihazlarımızın kalibrasyonu yapıldı ve cihazlarımızın kalibrasyonu yapıldıktan sonra İngiltere ve Hırvatistan gibi ülkelerden de bu konuda eğitimler alındı. Burası bizim Ankara Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürlüğümüzdeki profilleme laboratuvarımız. Biz analizlerimizi ve incelemelerimizi bu laboratuvarda yapıyoruz.

Daha sonra yöntem gerçek örnekler üzerinde çalışarak revize edildi ve doğruluğu referanslı maddeler kullanılarak teyit edildi. İşte biraz önce sigara örneğinde bahsettim, safsızlıklardan. Aslında metamfetamin dediğimiz zaman %90 üzerinde saflığı olan kristal halinde bir maddeden bahsediyoruz. İşte bizim o ana maddenin yanında daha çok eser miktar diye tabir ettiğimiz miktardaki safsızlıklar değişik yöntemlerle analiz ederek amfetamin için 31 ayrı safsızlık maddesi, metamfetamin için 24 ve MDMA için de 16 ayrı safsızlık maddesini tespit ediyoruz ve bunların miktarlarından yola çıkarak çeşitli hesaplamalar yapıyoruz.

Tabii bizim yaptığımız bu hesaplamaların doğru olup olmadığının teyidi hem referans standart maddelerle hem de ENFSI tarafından gönderilen yani Avrupa Adli Bilimler Enstitüleri Ağı ve Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi tarafından bize gönderilen kontrol numuneleri ile yapıyoruz. Yani bize ENFSI mesela bilinmeyen 3 tane madde gönderiyor. Üçünün de metamfetamin olduğunu biliyoruz. ENFSI diyor ki: "Bu 3 metamfetaminden hangi ikisi aynı? Veya hepsi farklı mı?" şeklinde bize soruyor ve biz bu kalite kontrol testlerimizde bu sene gönderilen de gene başarılı şekilde bu işi yapabildiğimizi kalite anlamında da ispatlamış olduk.

Yine grop karışımları ile işte cihazımızın düzgün çalışıp çalışmadığı, aynı dakikada aynı maddeye aynı sinyali verip vermediği gibi testlerimizi de yapıyoruz. Çünkü bu analizler bir metamfetamin mi değil mi veya içerisindeki metamfetaminin yüzde kaç sorusundan çok daha kompleks, çok daha hassas analizler. En ufak bir hata, en ufak bir pikteki kayma, alan değerindeki azalma bizim 2 madde arasındaki irtibatı kuramamamıza, görememize neden olduğu için çok hassas şekilde çalıştığımız analizler. Tüm bu çalışmaların ardından da 2021 yılında gerçek vakalardan elde edilen numunelerin incelenmesine başladık.

Şimdi şu an ki durum ne şekilde? Şu anki durum 50 gr. üstü amfetamin türevi yakalamalarında, yani amfetamin, metamfetamin ve MDMA yakalamalarında 10 gr. numune Ankara Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürlüğümüze gönderiliyor ve bu gönderilen numune üzerinde biz bu profilleme analizini yapıyoruz. Bu durum zaten 2021 Türkiye uyuşturucu raporunda da belirtildi. Türkiye'nin özellikle

uyuşturucu ile mücadele alanında protokolün imzalandığı, yönetmelikte değişiklik yapıldığı hususları Türkiye uyuşturucu raporunda belirtildi.

Aslında 2 tane güncel uygulamayı birleştirerek bu tabloyu hazırladım ben. 28 Mart 2023 tarihinde 2313 Sayılı Kanun'da bir değişiklik yapıldı. Bu değişikliğin nedeni, özellikle adli emanetlerde uyuşturucu maddelerin çok fazla birikmesi gene polis karakollarında, polis merkezlerinde uyuşturucu maddenin çok fazla birikmesi nedeniyle yapılan kânun değişikliği ile şöyle bir karar alındı. Dendi ki, "kriminal rapor geldikten sonra, uyuşturucu maddenin artık adli emanette saklanmasına gerek yok. Zaten onun, uyuşturucu oldu net bir şekilde ortaya koyulmuş oluyor, Sulh Ceza Hâkimliğinden alınacak bir kararla bunu direkt imhaya gönderebilirsiniz" şeklinde bir karar alındı. Bu kapsamda biz polis kriminali olarak numune sistemi artık şu şekilde işliyor; adli emanet numunesi dediğimiz yani adli emanette saklanması gereken 4 gramlık bir numune alıyoruz. Yine kendi analizlerimiz için 4 gramlık bir numune alıyoruz ve 10 gram da 50 gramın üstü yakalamalarda profilleme numunemizi alıyoruz. Uzmanlık raporu geldikten sonra da şekilde görüldüğü gibi direkt imhaya gidiyor kalan madde.

Şimdi sunumumun sonuna doğru yaklaşırken artık tespitlerimizle devam edelim. Profillememizi yaptık, profillemede 4 ayrı soru sormuştuk. Bu soruların hepsine tabi ki profilleme cevap veriyor ve bunlar gerçek örnekler. Mesela 18 Şubat 2023 Samsun'da yakalanan bir metamfetamin numunesi ile İstanbul'da 3 Nisan 2023'te yakalanan bir metamfetamin yakalamasının aynı kazandan çıktığının tespitini biz yapmış oluyoruz. Bu soruşturmacı birimler için önemli bir bilgi. Demek ki aynı satıcı hem Samsun'a hem İstanbul'a mal veriyor. Ya Samsun'daki adam İstanbul'dan gidip malı alıyor veya tam tersi Samsun'da bir limana geliyor mal sonra İstanbul'a gidiyor. İşte bu artık Narkotik Başkanlığımızın ve sahadaki ekiplerimizin çalışmasıyla aydınlatılacak çok önemli bir istihbari bilgi olduğunu düşünüyoruz. 4 Nisan 2023 Hakkâri'deki metamfetamin yakalaması ve 15 Haziran 2023 İzmir'deki metamfetamin yakalamalarının aynı kaynaktan geldiğini, aynı kazanda üretildiğini söylemiş bulunuyoruz. Öyle ki burada özellikle Hakkâri'nin metamfetamin kullanımı için bir pazar olmadığını düşündüğümüzde, aslında bunun bir İran üzeri bir güzergâhı veya bir Afganistan güzergâhından İzmir'e kadar yol almış yolda da çeşitli yerlerde dağıtılmış bir metamfetamin sevkiyatına ait olduğunu söyleyebilmemizi sağlayabiliyor.

Peki, biz bu profillemeyi yaptıktan sonra birtakım sayısal değerler elde ediyoruz. Aslında yani A numunesi ile B numunesini, B numunesi ile C numunesini karşılaştırarak birtakım sayısal değerler elde ediyoruz. Bu çeşit istatistiki hesaplamalarla biz bunu yapıyoruz ve yaptığımız bu korelasyonlarla bir örnek korelasyon verdim. 8 ayrı amfetamin örneğinin birbirleri arasındaki korelasyonları gördüğünüz gibi numune 1 ile numune 1 zaten birbiriyle aynı olduğu için korelasyon 1 çıkıyor. Numune 1 ile numune 2'de benzerlik 0,9934 çıkıyor ki bu artık bizim uzmanımıza diyor ki; bu numuneye iyi bak, bu numune birbirinin hemen hemen aynısı. Uzmanımız bir de bunu gözle kontrol ediyor piklerin boyutudur, birbiriyle uyumlarıdır ve diyor ki evet 1 ve 2 ile numaralandırılan maddeler aynı kaynaktan gelmiştir şeklinde uzmanlık raporu düzenliyoruz.

Uzmanlık raporlarımızı şöyle düzenliyoruz. 2 alternatifimiz var. Ya irtibat tespit etmişsinizdir, ya irtibat tespit etmemişsinizdir. İrtibat tespit etmeniz halinde bir uzmanlık raporu düzenliyoruz ve bunu irtibat tespit edilen soruşturmacı birimlere mesela Hakkâri ve İzmir İl Emniyet Müdürlüklerine örneğin yazıyoruz ve Narkotik Başkanlığımıza yazıyoruz. İrtibat tespit yoksa herhangi bir rapor düzenlemiyoruz. Sadece biz bunu veri tabanına kaydediyoruz. Niye? Bir sonraki gelecek olan metamfetamin numunesi ile bu numunenin irtibatı çıkabileceği için biz bunu veri tabanına kaydediyoruz ve bu irtibat çıktığında da tekrar soldaki prosedürü uygulayarak onu ilgili birime raporluyoruz.

Son olarak şu ana kadar yaptığımız istatistiklerle sunumumu bitirmek istiyorum. Şimdi Kriminal Daire Başkanlığı, Polis Kriminal Daire Başkanlığı bünyesinde 2022 yılında bize gelen numune sayısı 336, profillenen numune sayımız 312 çünkü her gelen numune profillemeye uygun olmayabiliyor. Tespit edilen irtibat sayısı 230. Burada tabii bir değişik bir hesaplama yöntemi var. Yani 1 ile 2 arasında irtibatlı, 2 ile 3 de arasında irtibatlıysa otomatikman 1 ile 3 de arasında irtibatlı olmuş oluyor. Yani o yüzden irtibat sayısı, bazen numune sayısından fazla bile olabiliyor. Toplam 15 rapor tanzim ettik. 2023 yılında da yine 242 numune şu ana kadar laboratuvarımıza gönderildi ve tespit edilen irtibat sayımızda 74. Tabii bunun artması lazım bu sayının çünkü biz bir veri tabanı ile çalışıyoruz ve savcılıklardan bize ne kadar çok numune gelirse, ne kadar çok veri tabanımızda metamfetamin profili olursa biz bunları daha sonra irtibatlandırıp ilgili birimlere raporlayabileceğiz.

Yine jandarmadaki çalışma arkadaşlarımızdan aldığımız istatistiği de burada size bildirmek istiyorum. Çünkü metamfetamin ve türevlerini biz profilliyoruz. Eroin ve kokaini ise jandarma profilliyor. Onların da 2022 yılında inceledikleri numune sayısı 393, profilledikleri numune sayısı 312, tespit ettikleri irtibat sayısı 646, tanzim edilen rapor sayıları da 40 olmak üzere. Dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Gökhan UMUT (Moderatör):
Sayın Dr. Çağdaş AKSOY'a çok teşekkür ederiz.
Şimdi İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Kimya Bölümü Öğretim Üyesi aynı zamanda Adli Tıp Kurumu 5. İhtisas Kurulu Üyesi Prof. Dr. Mustafa ÖZCAN, Kurulla ilgili uygulamalar hakkında sunum yapacak.

Mustafa ÖZCAN (Konuşmacı):
Teşekkür ederim. Tüm katılımcılara saygılarımı sunarım.
Sunum konum Adli Tıp 5. İhtisas Kurulu Uygulamaları. Kurul olarak neler yapmaktayız, paydaşlarımız kimler ve biz adalet sisteminde neredeyiz? Aslında, bizim görevimiz kanunlarla tespit edilmiş durumda. 5. İhtisas Kurulumuz; Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Biyokimya, Analitik Kimya, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Tıbbi Genetik, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ile Halk Sağlığı uzmanından oluşmakta olup görevi: Zehirlenmeler ile alerji ve immünolojiye, ilaç kimyasına, alışkanlık yapan diğer maddelere ilişkin işler, nesebin belirlenmesine ilişkin işler, çevreye karşı suçlar ile kamunun sağlığına karşı suçlar, yenilecek ve içilecek şeylere ilişkin işler, uyuşturucu ve uyarıcı maddeler ile adlî biyoloji ve adlî genetiği ilgilendiren işler olarak tarif edilmiştir.
Bu belirtilen uzmanlık alanları bazen yeterli olmayabiliyor, örneğin gıda mühendisliği gibi değişik alanlardan uzman yardımı da almaktayız.

Bu oturumda önceki konuşmalarda, laboratuvarlardan, analizlerden bahsedildi. Bir olay olduğu, bir yakalama olduğu zaman elde edilen maddeler savcılık veya mahkemeler tarafından polis kriminal, jandarma kriminaline gidebilir, Adli Tıp Kurumu laboratuvarlarına analiz için gönderiliyor.

Analizler yapıldıktan sonra, laboratuvarlar bize direkt olarak veya tekrar mahkemeler/savcılık üzerinden sorularını bize gönderebiliyorlar. Çünkü hukuk bazen kimyasal analizlerin yorumlanmasına ihtiyaç duyuyor. İşte biz burada devreye giriyoruz. Evet, bu laboratuvarlarda yapılan analizler var ama bunun açıklaması nedir? Burada bize Adli Tıp 5. İhtisas Kuruluna sorular geliyor ve ilgili soru cevaplanıyor. Peki, ne tür sorular geliyor?

Oturumumuzun başlığı adli toksikoloji üzerine olduğu için adli toksikoloji üzerine yoğunlaşacak olursak; Kurulumuza sıklıkla gelen toksik maddeleri

- ✓ Uyuşturucu Uyarıcı maddeler
- ✓ Toksik Gazlar
- ✓ Uçucu Organik Çözücüler
- ✓ Alkoller
- ✓ İlaçlar
- ✓ Ağır metaller
- ✓ Tarım İlaçları
- ✓ Mantarlar
- ✓ Endüstriyel Maddeler (asitler, çözücüler…)
- ✓ Ev kimyasalları (Deterjanlar, Kozmetik ürünleri…)

Şeklinde genel bir sınıflandırma yapabiliriz.

Kurul olarak bu tür maddeleri içeren olaylarda bilirkişilik hizmeti vermekte. Örneğin, bir olayda çeşitli uyuşturucu maddeler yakalanıyor, ortamda alkoller bulunuyor veya toksik gazlara maruziyet oluyor. İşte bunların olayla ilişkisi ve kanunda karşılığı var mı? Yok mu? Bunların yorumlaması, mahkemelere bilirkişilik 5. Kurulun görev alanına giriyor. Örneğin Uyuşturucu olduğundan şüphelenen bir madde var, maddenin analizi sonrası TCK 188. Madde kapsamında olup olmadığı veya ayrıca 188/4 göre yorumlanmasını yapıyoruz. Kısaca gelen dosyadaki soru ve analiz sonuçları üzerinden mahkemelere cevap veriyoruz.

Biraz daha ayrıntı ve örnek verecek olursak Kurulumuza sıklıkla gelen konulardan alkol dosyalarını inceleyerek başlayabiliriz. Alkol dosyalarını

- ✓ Trafikte alkollü araç kullanımı,
- ✓ Alkollü içecekler,
- ✓ Biyolojik örneklerde alkol ölçümleri

Şeklinde basit bir sınıflandırma yapabiliriz.

Trafikte alkollü araç kullanımında alkolmetre ölçümlerinin değerlendirilmesi, kaza anına yönelik promil hesaplamaları ve güvenli sürüş açısından değerlendirmeler yapmaktayız. Trafikte alkol ölçümleri, farklı yöntemlerle yapılabiliyor. Trafikte alkolmetrelerle yapılırken hastanelerde immunoassay yöntemler kullanılıyor. Adli Tıp Kurumunun laboratuvarlarında HS/GC-MS ile yapılıyor. Bazen birkaç çeşit farklı alkol sonucu olmuş olabiliyor. Bunlardan hangisi güvenilir? Değil? Onlar bize soruluyor veyahut kişi kaza olduktan sonra bulunamıyor. Çok uzun bir süre sonra alkol ölçümü yapılıyor. O zaman "kaza anında bu kişinin alkol derecesi neydi? Kaza anında alkollü müydü? Değil miydi?" soruları ve geriye dönük hesaplar bize soruluyor. Biz de bu mahkemelerin sorularına cevap vermeye çalışıyoruz.

Alkollü içecekler ile ilgili etil alkol, metil alkol oranlarını, insan sağlığına açısından etkileri değerlendirmelerini yapmaktayız.

Biyolojik örneklerde alkol analizleri sonucu alkol kullanımının tespiti, metil alkol zehirlenmeleri ve buna bağlı ölümlerin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği, kişinin alkol düzeyi ve buna bağlı olarak davranışlara etkisinin ne olacağı veya kişi içki içirilerekten parasının çalınmasına karşı koyabilir mi? Koyamaz mı? Kendisine yapılabilecek kötülüklerin farkında mıdır? Değil midir? Gibi sorulara değerlendirmelerimiz ile mahkemelere bilirkişilik hizmeti vermekteyiz.

Kurulumuza toksikoloji ilgili gelen diğer bir dosya türü olarak uyuşturucu maddeleri söyleyebilirim. Bu dosyalarda da yine değişik türde sorular ve olay türleri ile karşılaşmaktayız. Öncelikle bir madde yakalaması olabilir. Yani bir yerde madde yakalandı. Bu maddenin analizi var ve uyuşturucu kanun kapsamında herhangi bir şey içeriyor mu? İçermiyor mu? Bunun yorumunu biz yaparak kanuna yardımcı olmaya çalışıyoruz. Kanun kapsamında olup olmaması yanında uyuşturucu imalatı konusu da sorulabiliyor. Yani yakalanan bir yer var ve burada uyuşturucu madde imalatı var mı? Yok mu? Bazen onun da yorumu sorulabiliyor.

Uyuşturucu ile ilgili gelen diğer bir soru kişilerin uyuşturucu madde kullanımı olup olmadığı. Burada da kişilerin kanında, idrarında, saçında yapılan analiz sonuçlarına bakmaktayız. Bunun dışında "Hangi zaman diliminde kullandı" sorusu da sıkça gelmekte. Bazen önemli oluyor. Çünkü özellikle hapishanelerde kişi izne çıkıyor, geliyor belirli bir zaman sonra saçında analiz yapılıyor ve uyuşturucu buluyor ve burada deniyor ki işte bu uyuşturucuyu hapishanenin içerisinde mi kullandı? Dışında mı kullandı? Biz elimizdeki bilgiler ve analizler ışığında cevap vermeye çalışıyoruz. Eğer yeterli veri yoksa yorum yapamıyoruz. Uyuşturucu ile ilgili bir diğer soru çeşidi de kişilere olan etkileri. Birine uyutucu, uyuşturucu maddeler verip parasını çalma veya başka bir şeyler yapılabiliyor. İşte bu aldığı miktar kişi uyutur mu? Uyutmaz mı? Yaptığı davranışını etkiler mi? Etkilemez mi? gibi sorularla karşı karşıya gelebiliyoruz.

Benzer şekilde biyolojik örneklerde tespit edilen maddelerin 188 veya 188/4 madde kapsamında olup olmadığı kurulumuz tarafından değerlendirilmektedir.
Aslında kısacası biz, laboratuvar sonuçlarını yorumlayan, Savcılıklara, Mahkemelere yardımcı olan bunların daha rahat anlaşılmasını sağlayan bir Kuruluz.

Aslında kısacası biz, laboratuvar sonuçlarını yorumlayan, Savcılıklara, Mahkemelere yardımcı olan bunların daha rahat anlaşılmasını sağlayan bir Kuruluz.

Benzer şekilde biyolojik örneklerde tespit edilen maddelerin 188 veya 188/4 madde kapsamında olup olmadığı kurulumuz tarafından değerlendirilmektedir.

Aslında kısacası biz, laboratuvar sonuçlarını yorumlayan, Savcılıklara, Mahkemelere yardımcı olan bunların daha rahat anlaşılmasını sağlayan bir Kuruluz.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim. Böyle bir fırsatı sağladığı içinde Organizasyon Komitesine teşekkür ediyorum.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Sayın Prof. Dr. Mustafa ÖZCAN hocamıza çok teşekkür ediyorum.

Efendim Adalet Bakanlığımızın çok kıymetli mensupları, Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanım, Sayın Başkanlarım ve çok kıymetli hazirun. Gökhan UMUT Hocamızla birlikte yönettiğimiz 6 kıymetli konuşmacımızın sunumuyla bu panelimizin sonuna geldik. Bu panelde bilirkişilik, aynı zamanda narkotik polisiye yönleriyle, kimyasal analiz yönleriyle ve sonrasında benim de görev yaptığım 5. İhtisas Kurulunda bu rapor sonuçlarının yorumlanması yönleriyle ele alınmaya çalışıldı.

Süremizi biraz aştık, affınıza sığınırım.
Soru alabiliyor muyuz? Sayın Başkanıma sormak istiyorum.

Gökhan UMUT (Moderatör):
Süreyi aştık.

Ahmet BELCE (Moderatör):
Süreyi aştık. Bu vesileyle hepinize çok çok teşekkür ediyorum, Organizasyon Komitesinde saygılar sunuyorum. İyi günler diliyorum efendim.

1. GÜN
3. OTURUM

DÜNYA'DA ADLİ BİLİMLER VE BİLİRKİŞİLİK

DÜNYA'DA ADLİ BİLİMLER VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Muharrem ÜRGÜP (Moderatör) :
Hoş geldiniz, hepinizi saygılarımla selamlıyorum. Meraklıları için faydalı bir bağımlılık oluşturan organizasyonumuzun 18.cisi, ikinci kez uluslararası katılımlı olarak gerçekleştiriliyor. Bu nedenle hem ev sahiplikleri için, hem de bu güzel Kongre'nin hazırlanmasında, bugünlere getirilmesinde emek ve gayretleri için Adli Tıp Kurumumuzun kıymetli Başkanına ve değerli çalışma arkadaşlarına en içten teşekkürlerimi arz ediyorum.

Dünya'da Adli bilimler ve Bilirkişilik konulu oturumumuzda ilk olarak ülkemizdeki bilirkişilik sisteminden başlamak üzere kıtalar arası bir yolculuk yapacağız. Amerika Birleşik Devletleri ile gönül coğrafyamızdaki ülkelerden Azerbaycan ve Özbekistan uygulama örneklerini dinleme imkânı bulacağız. Çok değerli katılımcılar var aramızda. Sunumlarını da merakla bekliyoruz gerçekten.

Bu oturumu Eskişehir Osmangazi Üniversitemizin değerli akademisyenlerinden Medeni Usul ve İcra İflas Hukuku Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Barış TORAMAN Bey ile beraber yürüteceğiz. Bugün aramızda 5 konuşmacımız var. Her konuşmacımız için 15'er dakika planladık. Toplam süremiz 1,5 saat. Biz bu 15'er dakikalık özlü sunumlarını keyifle takip ederken programımızın aksamadan devamına imkân sağlamak için konuşmacılarımızdan sürelerine riayet göstermelerini istirham ediyoruz, anlayışlarına sığınıyoruz.

Az önce de ifade ettiğim gibi oturumumuzda ilk olarak Türkiye'de Bilirkişilik Sistemi konulu sunumunu yapmak üzere Adalet Bakanlığı Bilirkişilik Daire Başkanı olarak görev yapan kıymetli kardeşim, değerli dostum Sayın Abdulkadir KUTLUK'a sözü veriyorum, buyurun Sayın Başkanım, mikrofon sizin.

Abdulkadir KUTLUK (Konuşmacı):
Teşekkür ederim Başkanım, sizlerle bir arada bulunmaktan çok mutluyum. Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanımıza ve bu programda, Kongre'de emeği geçen herkese teşekkür etmeyi borç biliyorum. Herkesi saygıyla selamlıyorum.

Biliyorsunuz 6754 sayılı Bilirkişilik Kanunu Türkiye'de Kasım 2016 yılında yürürlüğe girdi. Yürürlüğe girmesiyle beraber ilk önce kurumsal yapılar oluşturuldu. Kurumsal yapıda neler var? İlk olarak 28 üyeli Bilirkişilik Danışma Kurulumuz var. Bu danışma kurulunda Adli Tıp Kurumundan da bir temsilcimiz var. Yüksek yargı temsilcileri, meslek örgütlerinden üyelerimiz bulunmaktadır. Danışma Kurulunun görevi nedir? Danışma Kurulu, bilirkişilik hizmetleri konusunda ortaya çıkan sorunlar bakımından çözüm önerileri sunmakla görevli bir kuruldur. Bu kurulun mahiyeti istişare niteliğindedir. Sadece görüş ve öneri bildirme durumu söz konusudur.

İkinci olarak kurulan bir yapı Bilirkişilik Daire Başkanlığıdır. Daire Başkanlığımızın görevlerine biraz sonra detaylı değineceğim. Daire Başkanlığı esas itibariyle bilirkişiliğe ilişkin düzenleyici işlemleri yapmakla görevlidir. Özellikle bilirkişilik hizmetlerinin etkin, verimli ve düzenli biçimde yürümesinde görevli bir başkanlıktır.

Üçüncü olarak Adalet Bakanlığı bünyesinde kurulan Bilirkişilik Daire Başkanlığının oluşturduğu düzenleyici işlemleri uygulamakla görevli bilirkişilik bölge kurullarımız başka bir kurumsal yapımızdır. Bilirkişilik Bölge Kurullarımız 15 İstinaf Mahkemesinin kurulduğu bölgelerde oluşturulmuştur. Bilirkişilik Bölge Kurullarının görevlerine de biraz sonra sunumumda detaylı değineceğim.

Bilirkişilik Kanunu ile birlikte bilirkişilikte temel ve etik ilkeler belirlendi. Bunlara da detaylı bir şekilde biraz sonra değineceğim. Bilirkişilik temel eğitiminin esasları belirlendi. Bilirkişilik sicil ve listeleri oluşturuldu. Bilirkişilik listelerinden bilirkişilerin seçilmesi usulüne geçildi. Bilirkişilerin denetimi ve sicilinden silinmesi, bölge kurulları aracılığıyla yapılıyor. Daire Başkanlığımızca bilirkişilerin aylık olarak bakacağı iş sayısı ile temel ve alt uzmanlık alanları ile bunların nitelikleri belirlendi. Özel hukuk tüzel kişi bilirkişiliği yeni bir kurum olarak sistemimize girdi.

Daha önce bilirkişilik, çeşitli kanunlarda hükümlerde yer almaktaydı. Hukuk Mahkemeleri Kanunu'nun 266 ve 287. maddeleri arasında bilirkişilik düzenlenmiştir. Ceza Muhakemesi Kanunu'nda 62 ile 73. maddeleri arasında yine bilirkişilik düzenlenmiştir. Başka özel kanunlarda ve ilgili mevzuatlarda bilirkişilik ile ilgili hükümlere rastlamak mümkündür.

Kurumsal yapı ile ilgili genel hatlardan bahsettim. Şimdi detaylara geçeceğiz. Danışma Kurulunun istişare niteliğinden bahsettik. Süremi de ekonomik kullanmak amaçlı hızlı geçmeye çalışıyorum.

Temel ve alt uzmanlık alanlarını belirlemek, bunların niteliklerini belirlemek Bilirkişilik Daire Başkanlığımızın asli bir görevidir. Bilirkişilere ilişkin temel ve etik kuralları belirlemek, bilirkişilik temel eğitiminin usul ve esaslarını belirlemek, eğitim kuruluşlarına izin vermek, bilirkişilerin denetim ve performansına ilişkin usul ve esasları belirlemek, özel hukuk tüzel bilirkişiliğe ilişkin usul ve esasları belirlemek, bilirkişinin aylık bakacağı iş sayısını belirlemek Daire Başkanlığımızın görevleri arasındadır.

Bilirkişiliğe kabul ve bilirkişilik sicil ve listelerini oluşturma görevini 15 bölgede Bilirkişilik Bölge Kurullarımız yerine getirmektedir. Bilirkişilik Bölge Kurulları, bilirkişiliğe başvuru ilanlarımızdan sonra alınan belgelerle Kanuna ve Yönetmelikte belirtilen kabul şartlarına göre inceleme yapmaktadır. Bilirkişilik Yönetmeliğimiz de Kanun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 8-9 ay sonra yürürlüğe girdi. Kanunun uygulanmasına ilişkin esaslar, usuller burada yer almaktadır. Daire Başkanlığımız başvuru ilanını yaptıktan sonra, bilirkişilik şartlarını sağlayanlar bölge kurulları tarafından sicil ve liste kaydediliyor. Daire Başkanlığı bünyesinde de tutulan bilirkişilik sicilimiz mevcuttur. Bölge kurullarında listeleme var. Bilirkişiler de bu listelerden seçilmektedir. Kanunda sicile kayıtlı bilirkişilerin temel ve alt uzmanlık alanlarına göre bilirkişilik listelerini oluşturmak bölge kurullarının asli görevleri arasındadır. Sicil ve listeden çıkartmak da yine bölge kurullarının asli görevlerindendir. Bunu denetim görevi kapsamında yapmaktadır.

Bilirkişilerin performansının ölçülmesine ilişkin de Daire Başkanlığımızca yürütülen mevzuat çalışmaları bulunmaktadır. Bu çalışmaların bitirilmesi halinde performans ölçülmesini yine Bölge Bilirkişilik Kurulları yapacaktır. Özel hukuk tüzel kişi bilirkişilere ilişkin de yine bir mevzuat çalışmamız var. O mevzuat çalışmamızın da bitimi akabinde yine tüzel kişilere bilirkişilere izin verme görevini bölge kurulları gerçekleştirecektir.

Bilirkişiliğe hâkim olan temel ilkelerden de bahsetmek istiyorum. Bilirkişiler görevlerini dürüstlük kuralları çerçevesinde objektif yapmak zorundalar. Bilirkişiler raporlarında uzmanlık ve teknik bilgisi dışında hukuki değerlendirmede bulunamazlar.

Daire Başkanlığımız kusur değerlendirmesinin yargılama yetkisi kapsamında hâkime ait bir yetki olduğu, hukuki değerlendirme içerdiği yönündedir. Mevzuatımıza göre kusur değerlendirmesi bilirkişiler yapamamaktadır. Ayrıca genel bilgi ve tecrübe ile ya da hâkimlik mesleğinin gerektirdiği hukuki bilgiyle çözülecek konularda hâkim bilirkişiye başvuramaz.

Diğer bir temel ilkemiz ise bilirkişi görevini bizzat kendisi getirmekle yükümlüdür. Bir çalışanına bu yetkisini devredemez. Bir başka temel ilke ise bilirkişinin dosya kapsamı nedeniyle öğrendiği bilgi belgeleri bir başkasıyla paylaşamaması, sır saklama yükümlülüğüdür.

Bir diğer temel ilke ise bilirkişiye dosya tevdi edilirken hâkimin bilirkişinin üstleneceği görevi, sınırlarını, inceleme konusunun kapsamını, sormak istediği soruları dosyayı teslim ederken bilirkişiye bildirmesidir. Buna ilişkin bilirkişi görevlendirme rehberi oluşturduk, hâkim ve Cumhuriyet Savcılarımızın hizmetine UYAP sisteminde sağladık.

Diğer bir temel ilke bilirkişilikte tek rapor alınmasıdır. Kanun istisnai olarak ek rapor veya ikinci bir rapor alma ihtimalini de gözetmiş, buna da cevaz vermiş ama esas olan makul yargılama süreleri bakımından tek rapor alınmasıdır.

Kanunda bilirkişilerin uyacağı etik ilkeler belirlenmiştir. Bilirkişiler yetkinlik ve mesleki özen konusunda hassas olmalıdırlar. Bağımsız ve dürüst ve tarafsız olmalıdırlar. Saygınlık ve güvenlerini yitirmemelidirler. Çünkü adalet hizmeti sunuyorlar. Görevi kabul yükümlülükleri var. Listeye kaydedildikten sonra bu görevi yürütmek zorundadırlar. HMK ve CMK'ya, yani Hukuk Mahkemeleri Kanunu ve Ceza Mahkemesi Kanununa göre bilirkişiler bir meslek icra ediyorsa bilirkişilerin verilen bilirkişilik görevini kabul etme zorunlulukları söz konusudur. Bilirkişilerin yaptığı iş nedeniyle taraflardan herhangi birinden kendisi veya yakınları için bir menfaat temini söz konusu olamaz. Dosyadaki bilgi ve belgeleri paylaşma konusunda da menfaat temin yoluna gidemez. Bilirkişinin tarafsızlığına gölge düşürecek, çekilme ret halindeki durumlarda bunu görevlendiren mercie bildirme yükümlülüğü söz konusudur. Bilirkişi kartvizit dağıtarak reklam yapamaz. İnternet sitesi oluşturup bilirkişiliğine ilişkin reklamda bulunamaz.

Kanuna göre bilirkişileri temel eğitime tabi tutuyoruz. Temel eğitimimiz 18 saat teorik, 6 saat uygulamalı eğitim içermektedir. Toplam 24 saat bir eğitimimiz var. Temel eğitimde bilirkişilerin kendi uzmanlık alanları ve mesleğine ilişkin bir eğitim vermiyoruz. Zaten bu kişiler hali hazırda sahip oldukları mesleklerinden dolayı bilirkişilik yapmakta, yani mesleki tecrübelerinden dolayı bilirkişilik yapmaktadır. Bilirkişiliği bir meslek olarak kabul etmiyoruz. Bilirkişilik görevinin ifası nedeniyle gereken temel eğitim verilmektedir. Temel eğitimin içeriğinde neler var? Eğitim; yargılama hukukunun genel ilkeleri, bilirkişilik mevzuat hükümleri, bilirkişilerin uyması gereken temel ve etik ilkeler, teknik konu hukuki konu ayrımı, kendilerinin kullandıkları bilirkişilik portalı hakkında bilgi edinmelerine yöneliktir. Temel eğitime ilişkin olarak Bakanlığımızın 169 Numaralı Genelgesi yayımlanmıştır. Burada eğitim kuruluşlarına yönelik hükümler yer almakta, sorumlulukları düzenlemekte ve de eğitim verecek kişilere ilişkin nitelikler belirlenmektedir.

Bilirkişilikte önemli bir konu görevlendirme usulüdür. Daha önceleri bilirkişiler ilk derece Adli Yargı Komisyonlarınca belirlenen listelerden veyahut harici olarak atanabiliyordu. Kanunumuza göre bilirkişiler öncelikle görevlendirecek mercilerin bağlı olduğu bölge kurulu listelerinden görevlendirilmesi gerekiyor. Mahkemeler, Cumhuriyet savcılıkları ve icra daireleri ilk önce kendilerinin bağlı olduğu bölge kurulu listesinden bilirkişi seçebilirler. Şayet bu bölge kurulu listesinde yeteri kadar bilirkişi yoksa veyahut da kotasını doldurmuşsa, diğer bir Bölge Bilirkişi Kurulundan da bilirkişi seçimi yapabilir. Ön şart kendi bölge kurulundan bilirkişi temin edilmesidir. Yüksek mahkemeler ise ilk derece mahkemesi olarak baktığı dava ve işlerde bilirkişi seçimi tüm bölge kurullarından yapabilmektedirler.

Bilirkişilerin denetim ve performansına ilişkin olarak Bilirkişilik Kanununda gerekse Bilirkişilik Yönetmeliğinde hükümler düzenlenmiştir. Bilirkişilerin performansına ilişkin olarak da Daire Başkanlığımızca mevzuat çalışmaları yürütmekteyiz.

Sona yaklaştık, muhtemelen 2024 yılı içerisinde bilirkişilerin performansını ölçmeye başlayacağız. 2017 yılından itibaren Bilirkişilik Bölge Kurulları bilirkişilerin denetimini yapmaktadır. 2017 yılında ilk bilirkişilik listeleri oluşturulduğundan bu yana yaklaşık 3 yılda bir listeler yeniden ilana çıkmak suretiyle yenilenmektedir.

Bugüne kadar bölge kurulu yaptığı denetimlerde, 3.168 bilirkişiye uyarma, 1.700'üne geçici olarak listeden çıkarma, 4.141 kalıcı olarak sicil ve listeden çıkartma, liste dışında görevlendirilen 1.141 bilirkişiye yasaklanma şeklinde yaptırım uygulandı. Bilirkişilik listesi dışında seçilen ve bilirkişilik görevi üstlenen kişilere bilirkişilik yapmaktan yasaklanma yaptırımı uygulanmaktadır. Diğer yaptırımlar ise Kanunda sayılan ve listelere kayıtlı kişiler bakımından geçerlidir. 2018 döneminde 40.000'e yakın bilirkişi listelere kayıtlı iken 2022 yılı olan son alımlarda bu sayı yaklaşık 37.000 olmuştur.

Bildiğiniz üzere, bilirkişilikte biz aylık kota sistemine geçtik. Şu an bilirkişiler için normal dosyalarda 30, seri dosyalarda 60 aylık olarak bakılacak iş sayısı tespit edilmiştir. Biz niye bu sistemi getirdik? Bilirkişiler daha çok zaman ayırsın dosyalarına, bir kişide fazla dosya yığılmasın ve bu bir kazanç kapısı olarak görünmesin. Şu an Bilirkişilik Daire Başkanlığı olarak temel ve alt uzmanları belirlemiş durumdayız ancak güncelleme çalışması 2024'te yapmayı düşünüyoruz. Şu an 63 temel uzmanlık alanı ve 721 de alt uzmanlık alanımız mevcuttur.

Daire Başkanlığımızca pilot olarak özel hukuk tüzel kişi bilirkişiliği uygulaması gayrimenkul değerleme alanında Vakıf Gayrimenkul Değerleme Şirketi ile yürütülmektedir. Bu uygulama daha sonra tüm ülkeye yaygınlaştırıldı. Motorlu taşıtlarda da pilot uygulamaya başladık. Özel hukuk tüzel kişiliği bilirkişiliğini 2024 yılında hayata geçirmeyi düşünüyoruz.

Şu an pilot uygulama ile devam ediyoruz. Buna ilişkin mevzuat çalışmalarında sona yaklaştık. Bilirkişilikte rapor teslim kontrol uygulaması getirildi. Rapor teslim kontrol uygulamasıyla bilirkişi elindeki dosyayı zamanında vermediği takdirde yeni dosya alamamaktadır. Bu uygulamaya Ocak 2019'da başladık. Bugüne kadar yaklaşık 14 bin kişi bu uygulamaya takıldı. Kota sistemine ve rapor teslim kontrolü sistemine geçtikten sonra bilirkişilerin rapor teslim süresi 110 günden ortalama 25 güne inmiştir.

Bilirkişilik görevlendirme rehberi hazırladık. Hâkimler eskiden dosyayı kül halinde bilirkişiye verip, dosya kapsamına göre rapor düzenlenmesi ve şu tarihte verilmesi şeklinde ara karar kurarlardı. Gerek Bilirkişilik Kanunu gerekse HMK ve CMK'ya göre, bilirkişi görevlendirmesinde inceleme konusunun kapsamı görevlendiren merci tarafından belirtilmelidir. Hâkimlere yardımcı olmak için biz dava türlerine göre görevlendirme rehberleri oluşturduk. Üst yargıdan Danıştay, Yargıtay'dan konunun uzmanı olan hâkim arkadaşlarımızla dairenin üye ve hâkimleriyle konu tartışıldı. Dava türlerinde rehber olacak sorular içeren hâkime yardımcı olacak, konunun kapsamını belirleyecek görevlendirme rehberleri oluşturduk. Hâkim, bilirkişi görevlendirmesi yaparken bilirkişilik mevzuatına uymakla yükümlüdür. Bu durum 2802 sayılı Kanuna da yerleştirildi. Buna göre, bilirkişilik görevlendirme usullerine uyulmaması uyarı cezasına tabiidir.

Cumhuriyet Savcılarımızın ve hâkimlerimizin bir disiplin cezası ile muhatap olmaması ve yargılama sürelerinin makul süreleri aşmaması bakımından bilirkişilik uygulama rehberi oluşturduk. Bunu da yine UYAP'a entegre ettik. Hâkim, Cumhuriyet savcılarımıza da fiziki olarak gönderdik. Süremi aştım farkındayım.

Sayın Başkanım teşekkür ederim.

Muharrem ÜRGÜP (Moderatör):
Abdulkadir KUTLUK Bey'e hem sunumunu akıcı ve merak uyandıracak şekilde takdim ettiği için hem de zamanlamasına tolere edilebilecek süre zarfında riayet ettiği için teşekkür ediyoruz. Tabii Abdulkadir Bey'in bahsettiği yeni sistemle beraber bilirkişilik sistemimize getirilen çok önemli dinamikler var. Bu konuda aramızda kıymetli bir akademisyen hocamız, benim mevkidaşım, Barış Hocamız hem 6754 sayılı Kanunun getirmiş olduğu bilirkişilik sisteminin alt mevzuat çalışmalarında, hem de zorunlu bilirkişilik eğitimine ilişkin yapmış olduğu çalışmalarda ciddi katkılar sundu sisteme. Belki eklemek istediği şeyler olabilir. Hem de daha sonra sunumun yönetimi için sözü kendisine takdim ediyorum. Buyurun Hocam.

Barış TORAMAN (Moderatör):
Çok teşekkür ederim Başkanım. Ben de öncelikle hepinizi saygıyla selamlıyorum. Başta kıymetli hazirunu selamlıyorum. Başta Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanı Hızır Hocam olmak üzere bu oturumun gerçekleşmesini sağlayan, Adli Tıp Günlerinin gerçekleşmesini sağlayan, emek veren herkese çok teşekkür ediyorum.

Tabii ki Başkanım bu meseleyi aslında sınırlı zaman içerisinde çok temel noktalara değinerek aktardı. Özellikle burada Bakanlığın yürüttüğü bazı çalışmaların son derece önemli adımlarda somutlaştığını görüyoruz. Bunların hepsine girmek pek tabii ki mümkün değil. Fakat etik ilkelerin düzenlenmesi ki bu daha evvel Türk Hukuku'nda ciddi anlamda bir problem teşkil etmekteydi. Bu yaşanan problemlere, aslında birer tepki niteliğinde getirilen ve olması gereken düzenlemeler hayata geçirildi. Bugün özellikle bilirkişilik uygulamalarında bazı noktalarda bir nebze iyileşme sağlanmış durumda, bunu teslim etmek gerekir. Şüphesiz, kusurun tespiti veya değerlendirilmesinde bilirkişi görevlendirilemeyeceği gerçeğine şu anda tam olarak girmemiz mümkün değil. Çünkü girersek çıkamayız. Birkaç gün konuşmamız gerekir. Belirtmekle yetinelim; kusurun tespiti münhasıran hâkime ait bir görevdir ve bilirkişinin hangi ad altında olursa olsun kusur tespiti, dağılımı ve benzeri bir ifadeye yer vermesi açıkça yasaklanmıştır.

Ne olursa olsun, gerek Bilirkişilik Kanunu gerek Bilirkişilik Daire Başkanlığı ve Bölge Kurullarının çabaları sonucunda, bilirkişi raporlarının teslim süresi bakımından eskiye nazaran çok daha iyi durumdayız. Bu hem adil yargılanma hakkı hem onun bir parçasını meydana getiren usul ekonomisi ilkesi ile de alakalı bir konu. Burada uygulamada sonuç alınıyor oluşu, çok anlamlı ve değerli. İlgili düzenlemelere riayet edilmesi; bilirkişi raporu süresinde teslim edilmediğinde, bilirkişinin raporu teslim edene kadar yeni görev alamaması, uygulamada gözetiliyor ve Bilirkişilik Bölge Kurullarımızın bu konunda verdiği çok güzel, son derece isabetli yaptırım kararları var. Ortalama rapor teslim süresinin 119 günden 25 güne düştüğünü ilk defa duyma şansı buldum. Bu işlerle naçizane uğraşmış biri olarak söylüyorum. İnanılmaz mutluluk verici. Ben de kendi adıma teşekkür ediyorum Sayın Bilirkişilik Daire Başkanıma.

Şimdi kıymetli katılımcılar; sırada Doç. Dr. Ali KOÇAK Hocamızın bir konuşması olacak. Kendisi New York John Jay College of Criminal Justice'de öğretim üyesi olarak görev yapmakta. Tabii Ali Hoca bize Amerikan Hukuku'nda hem genel olarak bilirkişilik, hem adli tıbbi bilirkişilik uygulamaları hakkında bilgi verecek.

Önemli bir nokta var. Çünkü sizlerin de bildiği üzere, Anglo-Amerikan hukukunda bilirkişiyi hâkim tayin etmiyor, taraflarca görevlendiriliyor. İstisnai hallerde mahkeme tarafından tayin edildiği, az da olsa vaki. Fakat kamuoyunu ilgilendiren davalarda

görüyoruz. Mesela en ünlülerinden bir tanesi Johnny Depp - Amber Heard davasıydı. Zikrettiğimiz davada her iki taraf kendi bilirkişilerini, birer tanık gibi görevlendirdiler. Hatta o yüzden bilirkişilerden uzman tanık kavramı altında da bahsedilir bu hukuk sisteminde.

Bu itibarla Hocamızın aktaracağı hususların farklı yönleriyle son derece önemli olduğunu düşünüyorum ve sözü Ali Hocaya veriyorum buyurunuz efendim, süreniz 15 dakika.

Ali KOÇAK (Konuşmacı) :
Teşekkür ederim, sağolun. Öncelikle böylesine güzel ve muhteşem bir oturumun oluşmasında Sayın Başkanımız Hızır Bey ve ekibini tebrik eder ve beni davet ettikleri için kendilerine teşekkür ederim.

Ben biraz önce bahsedildiği gibi New York'ta John Jay College of Criminal Justice'de öğretim görevlisiyim. Yaklaşık 34 senedir New York'ta yaşıyorum. Şimdi ben sunumumu İngilizce yapacağım umarım kusura bakmazsanız. Aslında ben Türk'ün Türk' e başka bir dilde hitap etmesini pek uygun görmüyorum ancak oturumumuz uluslararası olduğu için bir çeşitlilik gerekti. Dolayısıyla ben de İngilizce yaparak bir çeşitlilik getireceğim herhalde. Öncelikle John Jay 'den kısa bir bahsedeyim. John Jay College Amerika 'da en eski kurumlardan ve okullardan biridir. Bu adli bilimlerin her alanını kapsar örneğin adli bilimler, adli psikoloji, sosyoloji, adli ekonomi ve muhasebe gibi bölümler. 1964 yılından önce ismi College of Police Science idi.

-Çeviri-

Adli bilim, ABD 'de adli bilim eğitimi.
ABD 'de adli bilimler programlarının gelişimi.

Amerika Birleşik Devletleri'nde adli bilimler eğitiminin geçmişi birkaç yıl, aslında yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Bilimsel tekniklerdeki ilerlemelere, yasal sistemlere ve bu alandaki profesyonellerin artan beceri taleplerine yanıttır. Sizlere kısa bir genel bakış ya da bir kilometre taşlarını vermek istiyorum:

19. yüzyılın başlarında başladı:

Yani en eski şekli gayri resmi eğitimdi. Kolluk kuvvetleri tarafından yürütülen. Bilgilerini meslektaşlarıyla paylaşan deneyimli kolluk kuvvetleri uzmanları ve 19. yüzyılın sonlarına doğru adli tıp alanındaki ilk ders Harvard Üniversitesi'nden Dr. Thomas White tarafından verilmiştir. 20. yüzyılın başlarında ilk resmi akademik dersler ya da kurslar North-West Üniversitesi Hukuk Fakültesi tarafından verilmiştir.

1920'ler ve 1940'lar arasında:

1930'larda ilk adli bilim programı California Berkeley Üniversitesi'nde Doktor Paul Kirk tarafından sunulmuştur ve kendisi aslında kriminalistlerin babası olarak kabul edilmektedir. 1950'ler, 50 ve 70'ler arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde adli bilimler eğitiminin ve programlarının ilerlemesini teşvik etmek amacıyla 1948 yılında Amerikan Adli Bilimler Akademisi kurulmuştur.

1980-1990'lı yıllar arasında ise adli bilimler eğitimi daha da uzmanlaşmıştır. Adli kimya, adli biyoloji vb. gibi. Toksikoloji ve benzeri. Ve adli bilim eğitimine olan talep arttı. 2000'li yıllardan günümüze kadar DNA analizinin ilerlemesi nedeniyle adli bilimlerde devrim yaşanmıştır. Birçok üniversite programlarını DNA analizini de içerecek şekilde genişletmeye başlamış, standartlar ve teknoloji kurumu gibi kurumlar ve diğer kurumlar daha iyi adli bilimler eğitimi ve edinim programları için kılavuzlar oluşturmaya başlamıştır.

Adli bilimler eğitimine olan talep üzerindeki önemli etkenlerden biri de medyanın, ABD 'de başlayan Crime Scene Investigation, CSI, Criminal Minds gibi filmlerin, bu programların ve TV şovlarının adli bilimler eğitimine olan talebi artırması oldu. Bu nedenle birçok üniversite bu talebi karşılamak için adli tıp eğitimi programına dâhil oldu ve 2002 yılında Amerikan Adli Bilimler Akademisi, adli bilimler eğitim programı akreditasyon komisyonu FEPAC'ı kurdu. Bu FEPAC akredite programlarının birincil işlevi ve programların tanınabilir programlara sahip olması için yönergeler düzenlendi ve bazı insanlar "kimya, biyoloji gibi temel ve doğa bilimlerinin çoğuna sahip olduğumuz için bölümler için gerçekten adli bilim programlarına ihtiyacımız var mı? Buna ihtiyacımız var mı?" Gerçekte, evet ihtiyacımız var. Çünkü adli bilim eğitimi çoğunlukla teknolojiye, bu doğa bilimleri bölümlerinin gelişimine bağlı olsa da, adli bilimin amacı adli bilime özgüdür, yani bireyselleştirme ve yeniden yapılandırmada bağlantıya ihtiyacınız vardır ve bu da adli bilim topluluğu tarafından yapılır. Bu sadece doğa bilimleri eğitimi alarak mümkün değildir.

Şimdi sadece bilirkişilik, tanıklık sistemi ve ABD'deki federal hukuk kuralları hakkında konuşmak istiyorum. Yani, federal kanıt kuralları, kanıt kurallarının bütününü ifade eder. Federal mahkemede kullanılır ve birçok eyalette, birçok eyalet mahkemesinde benimsenmiştir. Bildiğiniz gibi, Amerika Birleşik Devletleri'nde bir federal mahkeme, bir de eyalet mahkemesi vardır. Dolayısıyla bu kurallar federal mahkeme tarafından belirlenmiş ve birçok eyalet tarafından benimsenmiştir. Bazı eyaletlerin ise kendi kuralları vardır.

2 tür görüş vardır. Federal kural 701'e uygun olan meslekten olmayan tanık ve kural 702'ye uygun olan uzman tanık. Meslekten olmayan tanık, uzman olmayan görüşe göre uygulanır. Bu amaç için bir geçmişe sahip olmanız gerekmez. Herhangi bir kişi meslekten olmayan tanık olabilir. Ancak uzman olarak belirli bir alanda ifade verebilmek için o alanda eğitim almış ya da uzmanlaşmış olmak gerekir. Bunları atlayacağım.

Şimdi, adaletin yanlış tecelli etmesinden bahsetmek istiyorum. Bu dünyanın her yerinde çok önemlidir. ABD'de, Türkiye'de, dünyanın her yerinde. Adaletin yanlış tecelli etmesi. Tabii ki bir ceza davasında ya da hukuk davasında haksız bir sonuç ortaya çıktığında, örneğin masum bir insanın herhangi bir sebep olmaksızın mahkûm edilmesi ya da hapsedilmesi gibi. Adaletsizliğe haksız mahkûmiyet de denir. Burada haksız yere mahkûmiyetin bazı nedenlerini vermek istiyorum: Biri yanlış tanımlama ile lanetlenir. Yani bu tür bir kanıt, insanın algılama becerilerine ve hafızasına dayandığı için genellikle güvenilmezdir. Bazen öyle değildir, çoğu zaman da doğru değildir. İkinci neden ise muhtemelen polisin soruşturmayı yanlış yönlendirmesidir. Bu önemli etkisizlikten, polis şiddeti, delil uydurma ve ifşa etme gibi profesyonel hatalara kadar bir dizi faktörü içerir. Burada önemli olan şeylerden bir at gözlüğüyle bakmak denilen şeydir. Savcının kendi algısı vardır ve kendi algısı için kanıt yaratmak ister. Bunun gerçek olduğuna, gerçeğin bu olduğuna ve kanıtların kendi doğru olduğunu düşündükleri şeylerle uyuşması gerektiğine ikna etmek isterler.

Buna bir örnek olarak Central Park 5 adlı önemli ve ünlü bir dava verilebilir. Bu olay New York'ta Central Park'ta meydana geldi. Finans bölgesinde çalışan beyaz bir kadın Central Park'ta koşu yaparken cinsel saldırıya uğradı ve öldürüldü. Buradaki sorun şuydu: Medya ve politikacılar, emniyet güçlerine bir şüpheli bulmaları için çok fazla baskı yapıyordu. Peki, bu 5 adama ne

oldu? Kötü bir geçmişleri var, tutuklandılar ve üzerlerindeki baskı nedeniyle sanırım 30 yıl kadar hapiste kaldılar ve nihayet yıllar sonra haksız yere mahkûm edildikleri için tahliye edildiler. Çünkü haksız yere hüküm giymişlerdi.

Bir diğer husus ise adli tıp uzmanları ile polis arasındaki iletişimin zayıf olması. Bu da sistemin başarısızlığıdır. Ceza adaleti profesyonellerinin yetersizliği. Bu da eğitim ve öğretimin önemidir. Hem tanıklar hem de kolluk kuvvetleri daha fazla eğitim ve öğretim alırlarsa, soruşturmalarda ve hukuk sistemi sürecinde daha iyi sonuçlar elde edilebilir ve daha iyi etkilere sahip olabilirler. Dolayısıyla polisin adli farkındalık eksikliği ve aynı şey eğitim ve öğretim için de geçerlidir. Eğer polis ya da kolluk kuvvetleri adli delilleri tanımazlarsa ve kendi görüşlerini kullanmak isterlerse bu büyük bir etki yaratır ve yanlış mahkûmiyetlere neden olur. Bu aynı zamanda eğitimin rolüdür ve eğitim üste çıkartır.

Ve bazen savcılık davası ihbara dayandığında, gözaltında ve sabıka kaydı olan kişiler tanıklık yapmak için teşvik edildiğinde, güvenilir olmayan bir ifadeye sahip olabilir.

Savunma avukatları yetersiz olabilir. Bir avukat kendi konusunda gerçekten iyi tanınmıyorsa bu daha büyük bir sorundur.

Savcılık sahte itirafa zorladığında:

Bu örnek vermek istediğim bir vaka, bazen polis şiddeti nedeniyle, şüpheliyi suç işlemediği, yapmadığı bir şeyi itiraf etmeye zorluyorlar. Yani bu da burada başka bir konu. Polis şiddeti ve sahte itiraflara bir örnek olarak, biri 19 yaşında, diğeri 15 yaşında olan iki kardeş, sanırım Güney Carolina'ya seyahat ediyorlardı. Orada ailelerini ziyaret ederlerken, 10 bir yaşında bir çocuk öldürüldü. Polis bir şüpheli bulmak istiyordu, bu yüzden birilerinin itiraf etmesini sağlamak için bu iki çocuğu tutukladılar ve onlara yapmadıkları bir şeyi itiraf ettirdiler. İtiraflarını yazdılar. İfadelerini aldılar ve onlara bunu imzaladıktan sonra gideceğini söylediler. Ama hikâyenin sonu buydu. Sanırım masum bir şekilde hapishanede 31 yıl geçirdiler. Bu suçu işlemediler. Yani bu bariz bir polis suistimaliydi. İki genç kardeşin karıştığı ve masum insanların hapse atılmasıyla başarısızlıkla sonuçlanan bir olaydı. Gerçek suçluyu dışarıda bırakıp başka suçlar işlemesine neden olduğunuzda ne olur? Aklandılar ve 31 yıl hapis yattıkları için 75 milyon Dolar tazminat aldılar.

Güvenilmez bilimsel kanıtlar:

Bu konu adli bilimciler ve kanıtlar açısından çok önemliydi ve bununla ilgili sorunlar nelerdi. Kısaca tek tek anlatayım.

Tanığın uzmanlığına dayanıyor. Tanık bir uzman olmayabilir. Ya da ifadesinin o alanında uzmanlığı olmayabilir.

İşte Dr. Smith örneği. Dr. Smith bir pediatri patoloğuydu. Adli patolog olarak eğitim almamıştı. Sahte ifade verdi ve sahte ifadeleri, yanlış ifadeleri nedeniyle birçok ebeveynin tutuklandığı veya mahkûm edildiği birçok davaya karıştı ve adaletin yanlış tecelli etmesiyle sonuçlandı. İşte bir örnek. 1993 yılında 2 yaşındaki oğlu yatağındayken çarşafın dolanması nedeniyle öldü. Ne oldu? Dr. Smith yanlış bir rapor verdi ve otopsi raporunu tahrif etti. Oğlunu öldürdüğü için. Dr. Smith'in dar görüşü vardı. O kişi hakkında önyargılı bir görüşü vardı çünkü uyuşturucu geçmişi olduğunu işaret etmişti ve erkeklerle sorunlu bir ilişkisi vardı. Bu nedenlerden dolayı, gerçek kanıtlara dayanmadan oğlunu öldüren kişinin o olduğu sonucuna vardı. Dürüst olmadan. Dürüst bir ifade vermedi. Sadece tahrifat yapmıştı. Dar görüşü ile sonuçlandı. Sonunda sonuç ortadan kalktı.

Başka bir benzer daha var. Ama tanık burada Dr. Smith değildi. Başka bir şeydi. Susanne Johnson, kreşte bebek bakıcısıymış. Çocuklardan biri ölmüş ve polis bir şüpheli bulmak istemiş. Bu yüzden onu suçladılar. Ama yeterli kanıt yoktu. Aleyhinde yeterli delil olmamasına rağmen suçlu bulundu ve masum olduğu halde 31 yıl hapis yattı.

Bir başka şey de uzmanlığın tarafsız olmaması. Bu da başka bir sorun. Tanık tarafsız olmadığında, belirli şeyleri tercih ettiğinde veya bazen laboratuvarda doğrulanmamış bir metodoloji kullandıklarında ve bir soruna neden olduğunda veya sadece teslim etmek istediklerinde ve bu savcıyı mutlu ettiğinde, savcı ile iyi ilişkilerini sürdürmeye devam ederler, bunun nedenini bilmiyorum, birçok nedeni olabilir ama bu onlardan biri, bilim adamını veya uzmanı tarafsız kılıyor.

1974 yılında Judith Ward'ın 10 iki kişiyi öldürmekle suçlandığı ve bu bombalardan sorumlu olmakla suçlandığı bir bombalama örneği, 3 bomba ve ona karşı kanıt nitrogliserin izleriydi. Nitrogliserin, yaşadığı bir karavanda bulunmuştu. Ancak buradaki sorun, bilim adamlarının, ölümün olumlu bir sonuç verebileceği bir kontaminasyon olabileceğini açıklamamaları. Böyle bir şey yapmadılar. Bu aslında 2 şey olabilir. Kasıtlı ve ya da kasıtsız olabilir. Kasıtlı olarak sakladılar, vermediler, bunu biliyor olabilirler. Ancak kasıtsız olarak bir kontaminasyondan haberdar olabilirler ya da metodoloji gerçekten çok iyi doğrulanmamış olabilir.

Kanıt yanlıştı: Bu da parmak iziyle ilgili bir başka kanıttı. Yani yanlış parmak izlerine bakmışlardı. Çünkü parmak izi gerçekten doğruydu ama bu da aynı şeydi.

Uzmanlar tarafından abartılı değerlendirme:

Bazen buradaki sorunlardan biri de saç örnekleri. Saç örneği çoğunlukla uzmanın yargısına ve deneyimine göre gerçekleştirilir. Yani bu da başka bir sorun. Yani güveniyorlar. Örneğin 2015 yılında FBI, mikroskobik saç karşılaştırılmasına ilişkin geçmiş uzman ifadelerini inceledi ve raporların %90'ının hatalı ifadeler içerdiğini tespit etti. Bu nedenle artık mikroskobik analize ek olarak mikrokondriyal DNA analizini de kullanıyorlar. Bunlar saçla ilgili sorunlara örnek. Sadece şunu söyleyeyim, bu kişi de bir suç mahallinde bir saç örneği buldu.

Bunun adı Guy olan bir adamla eşleştiğini söylediler. Polis yine aynı şekilde at gözlüğü görüşüne sahip. Söyledikleri şey bu. Kanıtın şekli. Sorgulama sırasında bu adamın neden sakin olduğunu söylediler. Kayıp kızın aranmasına katılmıyor. Bu adam çok garip görünüyor. Yani şüpheli o olmalı. Bu at gözlüğü görüşüydü. Gerçek kanıtlara güvenmek yerine kendi yargılarına güvendiler.

Burada etik olmayan davranış budur: Jacklyn Bladge, FBI için çalışıyordu, adli biyologdu. Birçok laboratuvar raporunda tahrifat yaptı. DNA analizi konusunda yanlış raporlar verdi. Aslında yüzden fazla boş test plakası kullandı ve pek çok sonuç elde etti. Aynı şekilde Fred Zain de pek çok belgede ve raporda tahrifat yaptı ve pek çok kişiyi hapse gönderdi. Bunlardan biri de Woodall.

Sanırım meslektaşlarım bunu Türkçe olarak geçti. O yüzden aynı şeyi tekrarlamak istemiyorum. İnsan hatası çok önemli. İnsan hatası kasıtlı olabilir, deneyi, analizi neden yapıyorlar, bu soruna neden olabilir. Ayrıca bu, kontaminasyona veya karışmaya neden olabilecek doğrulanmamış yöntemlerinden de kaynaklanıyor olabilir.

Bu yüzden bir önceki slaytı çalıştırıyoruz. Bu da aynı şey. Onaylanmamış. Bu da aynı şey. Bunu atlamışım. Laboratuvarlar çok önemli. Süreç, yöntemler, kalite kontrol ve validasyon her laboratuvarda çok önemli bir konudur. Bunlar olmadan çok fazla hata, çok fazla yanlışlık olabilir.

DNA devrimsel bir şey oldu ve ilk dava 1988'de 2 bayana tecavüz ve cinayetten açıldı, yani bu ikisi kurban ve o aslında DNA analizi ile mahkûm edildi. Böylece dünyada DNA kanıtı kullanılarak mahkûm edilen ilk katil oldu. DNA analizinden önce 17 yaşında bir genç tutuklanmıştı ancak DNA Leicester Üniversitesi'nde Sir Alec Jeffrey tarafından geliştirilmişti. Yani buna sadece DNA profili deniyordu. DNA profilinden sonra tutuklandı.

Bu benim son slaytım. DNA profilinin uygulanması pek çok vakanın aydınlatılmasına önemli katkı sağlamıştır. Geçmişte verilen bazı mahkûmiyet kararları, adaletin yanlış tecelli ettiğinin tespit edilmesini sağlamış ve adli bilime yardımcı olarak daha iyi bir ilerleme kaydedilmesini sağlamıştır.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Barış TORAMAN (Moderatör):
Biz de çok teşekkür ediyoruz Hocam. Zamanı iyi kullanabilmek adına daha sonra eğer vakit olursa tekrar konuşabiliriz, çok sağ olun ağzınıza sağlık. Şimdi aslında baktığımızda gerçekten de belli bazı meselelerin bizden çok da farklılık arz etmediğini görüyoruz. Hocamızın işaret ettiği hususlar son derece önemli. Öte yandan Amerikan Hukuku'nda bilirkişi raporunun değerlendirilmesi ile ilgili çok enteresan yargı kararları da mevcut. İlk bakışta çok farklı hukuk dünyalarından söz ediyor olsak da temel sıkıntılar; raporun uzman bir kişi tarafından mı hazırlandığı, uzmanın rapor hazırladığı alanda yetkinlik sahibi olup olmadığı, bu konuda akademik yayınları bulunup bulunmadığı ve nihayet etik ilkelere de dikkat çekilmiş olması çok önemli. Keşke daha çok vakit olsaydı da daha uzun dinleyebilseydik diyorum.

Şimdi sırada Azerbaycan'dan bir Hocamız bize Azerbaycan'daki bilirkişilik sistemi ile ilgili bilgi verecek.

Sayın Celaleddin ÖMEROV; Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Adli Bilirkişilik Merkezinde Balistik ve İz İnceleme Uzmanlık Dairesinde uzman olarak görev yapıyor. Süreye riayet konusunda şimdiden teşekkür ediyorum. Buyurunuz Hocam.

Celaleddin ÖMEROV (Konuşmacı) :
Öncelikle tüm katılımcıları selamlıyorum. Hoş geldiniz diyorum. Bizi davet ettiğiniz ve söz hakkı tanıdığınız için teşkilatçılara teşekkürler.

Azerbaycan`da adli incelemeler 1938`den beri mevcuttur. O zaman ilk kez Bakü'de Azerbaycan SSC Adalet Halk Komiserliği bünyesinde Kriminalistik Daire kuruldu ve bu daire 1956'da Bakanlar Kurulu kararıyla Bakü Bilimsel Araştırma ve Adli İncelemeler Laboratuvarına dönüştürüldü. 4 yıl sonra, laboratuvarın temelinde SSCB'deki 7 benzer kuruluştan biri haline gelen Azerbaycan Bilimsel Araştırma ve Adli İncelemeler Enstitüsü kuruldu. 1991 yılında adı Azerbaycan Bilimsel Araştırma Adli İncelemeler Kriminalistik ve Kriminoloji Sorunlar Enstitüsü olarak değiştirildi. 2006 yılından günümüze kadar ise Adli İncelemeler Merkezi olarak faaliyetini sürdürmektedir.

Ulu Önder Haydar Aliyev'in girişimiyle Enstitü Adalet Bakanlığına devredildi ve enstitünün faaliyetlerini geliştirmek için tutarlı önlemler alındı. Ülkemizde adli incelemelerin daha da gelişmesi ve genel olarak yasal ve sosyo-ekonomik reformlar, Haydar Aliyev`in faaliyetleriyle doğrudan ilişkilidir. Onun liderliği sırasında 1999 yılında eski Sovyet coğrafyasında "Adli Bilirkişilik Faaliyeti"ne ilişkin yasasını kabul eden ilk ülkelerden biri olduk.

Azerbaycan'da adli incelemelerin gelişimindeki eğilimler aşağıdakilerdi:

- adli incelemeler için kurumsal ve örgütsel çerçevelerin geliştirilmesi;
- yeni adli inceleme türlerinin oluşturulması;
- uzman personelin seçimi, mesleki eğitim ve mesleki gelişim sisteminin iyileştirilmesi;
- maddi ve teknik tabanın güçlendirilmesi;
- uluslararası işbirliğinin geliştirilmesi.

Bugün Adalet Bakanlığı Adli İncelemeler Merkezi 41 uzmanlık alanı üzere 20 tür bilirkişilik yapmaktadır;

- El yazısı ve imza incelemeleri
- Yazılı konuşma/metin incelemeleri
- Belge detaylarının incelenmesi
- Belge materyallerinin incelenmesi
- Banknot ve kıymetli kâğıtların incelenmesi
- Ses ve konuşmaların incelenmesi
- Ses ve video kayıtlarının kurgu ve manipülasyonunun incelenmesi
- Dilsel (linguistic) inceleme
- İnsan izlerinin incelenmesi
- Alet izlerinin, parça bütünlüğünün incelenmesi
- Ateşli silahlar ve mühimmatların, gas, pnömatik ve ateşsiz silahların incelenmesi
- Ateş izlerinin incelenmesi
- Patlayıcı cihaz ve maddelerin ve patlama izlerinin incelenmesi
- Fotoğrafa göre insan görünüşünün tanımlanması
- Fotoğrafların, onların hazırlanmasında kullanılan teknik araçların ve malzemelerin incelenmesi
- Lifli malzemelerin incelenmesi
- Metallerin ve değerli taşların incelenmesi
- Cam, seramik ve silikat malzemelerin incelenmesi
- Yakıt ve yağlayıcı malzemelerin incelenmesi
- Cila ve boya malzemelerinin incelenmesi
- Polimer malzemelerin incelenmesi
- Alkol içeren maddelerin incelenmesi
- Uyuşturucuların, psikotrop maddelerin ve bunların öncüllerinin, güçlü etkileyici ve toksik maddelerin, ilaçların incelenmesi
- Bitki kökenli maddelerin incelenmesi
- Hayvansal kökenli maddelerin incelenmesi
- Toprak kökenli maddelerin incelenmesi
- Ticari kuruluşların muhasebe kayıtlarının, mali durumlarının, mali ve ekonomik göstergelerinin incelenmesi
- Gıda ve endüstriyel ürünlerin emtia incelenmesi
- Trafik kazası vakalarının incelenmesi
- Araçların teknik durumunun incelenmesi
- Araçların üzerindeki ve trafik kazasının yaşandığı yerde olan izlerin incelenmesi
- İnşaat-teknik nesnelerin incelenmesi
- İş güvenliğinin incelenmesi
- Yangınların ve teknolojik patlamaların incelenmesi
- Demiryolu teknik kazalarının incelenmesi
- Bilgisayar-teknik nesnelerin incelenmesi
- Pornografik materyallerin incelenmesi
- Şiddet ve zulmü teşvik eden eserlerin (çalışmaların) incelenmesi
- İnsan psikolojisi ve psikofizyolojisinin incelenmesi
- Fikri mülkiyet nesnelerinin incelenmesi
- Sahte ürünleri belirlemeye yönelik inceleme.

2022 yılında Merkez'de yaklaşık 93.000 soru içeren yüzbinlerce araştırma nesnesi incelenerek 45.000 'den fazla rapor düzenlendi. Bu raporların %51'i 10 gün içerisinde düzenlendi ve bize sorulan soruların çözüm oranı neredeyse %100 'e yakındır.

Azerbaycan CumhurİyetI'nde adli inceleme faaliyetinin organizasyonuna baktığımızda, bu faaliyet aşağıdaki kurum ve kuruluşlar tarafından yapılmaktadır;

1) Devlet kurumlarının ilgili dairelerinde;
Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Adli İncelemeler Merkezi;
Azerbaycan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Adli Tıp ve Patolojik Anatomi Birliği kamu tüzel kişiliği;
Azerbaycan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Adli Psikiyatri Merkezi;
Azerbaycan Cumhuriyeti Savunma Bakanlığı Adli Tıp ve Patolojik Anatomi Merkezi;
Azerbaycan Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı Kriminal İncelemeler Dairesi Başkanlığı;
2) Bilimsel kurum ve kuruluşlarda;
3) Yükseköğretim kurumlarında;
4) Azerbaycan Cumhuriyeti "Uygunluk Değerlendirmesi Alanında Akreditasyon Hakkında Kanun" uyarınca akredite edilmiş sınav laboratuvarlarında;
5) Özel hukuk tüzel kişilerinde;
6) Özel bir adli uzman tarafından bağımsız olarak.

Adli tıp (adli-psikiyatri), balistik, patlayıcı-teknik, banknot ve menkul kıymetler, uyuşturucu, psikotrop maddeler ve onların öncülleri, güçlü etkileyici ve toksik maddeler ve ilaçların adli incelemesi ise yalnızca Devlet kurumlarının ilgili daireleri tarafından yapılmaktadır.

Merkezin yapısında 14 şube yer almakta. Bunlardan 9'u doğrudan inceleme yapmakta olup, ayrıca 5 bölgede adli inceleme yapan şube müdürlüğü de bulunmaktadır. Merkezin bir Uzman Yeterlilik Komisyonu ve bir Atestasyon Kurulu bulunmaktadır.

Merkez düzenli olarak adli incelemeler ve kriminolojinin güncel sorunlarına yönelik metodik öneri ve kılavuzlar hazırlanmakta, suçun işlenmesine zemin yaradan koşulların belirlenmesi ve onların önlenmesi amacıyla kriminolojik çalışmalar yapılmakta, adli ve soruşturma makamlarına önleyici tavsiyelerde bulunmaktadır.

Faaliyetlerimizde dijital teknolojileri ve yenilikçi çözümleri giderek daha fazla kullanmaya çalışıyoruz. Merkez'de rapor ve belgelerin kaydı için "Ekspertiz Rapor Programı" kullanılmaktadır. Program aracılığıyla raporların kaydı, aranması, sonuçların sayısallaştırılması ve farklı filtreler üzere raporlama yapmak mümkündür. "Ekspertiz Raporu Programı" esas alınarak, bilirkişi ile onu atayan kişi arasında bilişim araçlarını kullanarak aktif etkileşim sağlamak, incelemenin durumu, hangi aşamada olması hakkında gerçek zamanlı bir bilgi edinilmesini sağlamak amacıyla bilgi sistemi geliştirilmiştir. Bu sistem, gizliliğe tabi olarak belirli bir incelemenin durumu, hangi aşamada olması hakkında gerçek zamanlı bir bilgi edinilmesini sağlayacaktır.

Adli ve hukuki alanın iyileştirilmesinin bir parçası olarak Hükümet, adli incelemelerin kurumsal gelişimine büyük önem vermektedir. Bu hususlar, 2018 yılında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile onaylanan "2019-2023 Azerbaycan`da Adaletin Geliştirilmesine İlişkin Devlet Programı"na ve 2019 tarihli "Yargı ve Hukuk Sisteminde Reformların Derinleştirilmesine İlişkin" Kararnameye yansıtılmıştır.

Kararnameye uygun olarak: sivil, suç olarak bilinen, ihlal olarak değerlendirilen, ekonomik ve idari tartışmalara ilişkin davalarda adli incelemelerin yapılması ve bilirkişi raporlarının verilmesi süreleri belirlenerek; tarafların bilirkişi atanmasına ilişkin hakları genişletilerek; özel bilirkişilik enstitüsünün kurulmasının temelleri sağlanarak adli bilirkişilik faaliyetinin geliştirilmesine ilişkin mevzuatta önemli değişiklikler yapıldı.

2019 Kararnamesi kapsamında alınan en önemli kararlardan biri özel alanda adli inceleme faaliyetlerine hukuki zemin oluşturulmasıydı. Bu kararın uygulanması, bu kurumun faaliyetlerini düzenleyen bir dizi yasal düzenlemenin kabul edilmesini gerektirdi. Bu kapsamda kısa sürede 8 kanun hazırlandı, bunlardan 6'sı onaylandı. Düzenleme sürecinin tamamlanmasının ardından özel adli inceleme faaliyetinin başlatılması planlanıyor.

Onaylanan konular;

- "Bilirkişinin etik kuralları";
- "Adli inceleme yöntemlerinin devlet sicilinin tutulmasına ve bu sicile yeni yöntemlerin eklenmesine ilişkin kurallar"
- "Adli incelemelerin metodolojik fonunun oluşturulması ve kullanılmasına ilişkin kurallar"
- "Bilirkişi sertifikası verilmesi prosedürü"
- "Bilirkişilerin sertifikasyonu ve yeterliliğine ilişkin kurallar"
- "Bilirkişi sicilinin tutulmasına ilişkin kurallar"

Değerlendirme aşamasında olan konular:

- "Özel bilirkişi olarak çalışmak isteyen kişinin özel bilgiye sahip olduğunu doğrulayan uluslararası kabul görülmüş belgelerin listesi";
- "Adli incelemeler alanında verilen hizmetlerin ücretinin miktarı".

Adli İncelemeler alanında işbirliğini genişletmek amacıyla Türkiye, Gürcistan, Letonya, Ukrayna, Belarus, Özbekistan, Kazakistan ve Kırgızistan ile 8 anlaşma imzalandı.

10 Şubat 2011 tarihinde Azerbaycan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Adli İncelemeler Merkezi Avrupa Adli Bilim Enstitüleri Ağı`na (ENFSI) 34`üncü ülkeyi temsil eden 60`ıncı üye olarak kabul edilmiştir.

2013 yılından bu yana Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) tarafından ISO/IEC 17025 "Deney ve kalibrasyon laboratuvarlarının yeterliliği için genel şartlar" standardına göre 6 uzmanlık alanından 16 metot akredite edilmiştir. Hâlihazırda, ISO/IEC 17025 standardına uygun olarak 10 uzmanlık alanından 18 metodun akreditasyona hazırlanması yönünde çalışmalar sürdürülmektedir.

Merkez çalışma grupları da dâhil olmak üzere Avrupa Adli Bilim Kurumları Ağı`nın DNA, Belgelerin incelenmesi, Konuşma ve ses analizi, Boya ve Cam analizi faaliyetlerine aktif olarak katılmaktadır.

Merkezin uzmanları aşağıdaki konulardaki faaliyetlerde yer almaktadır:

- uzmanlık alanlarında standartlaştırma;
- siber suçlarla mücadele;
- çevresel güvenlik ve biyoçeşitliliğin korunması;
- mobil cihazların, bilgisayar programlarının, video ve ses kayıtlarının, ateşli silahların, lifli malzemelerin vb. araştırılması;
- El yazmaları, belge detayları, yazı malzemeleri, uyuşturucular ve diğer malzemelerin araştırılması için modern yöntemlerin geliştirilmesi.

Merkezin uzmanları, uluslararası akreditasyon koşullarına uygun olarak her yıl "Collaborative Testing Service" şirketinin (ABD) profesyonel test programına ve Türkiye Cumhuriyeti Polis ve Jandarma Kriminal Laboratuvarları İle akredite metodların laboratuvarlar arası testlerine katılmaktadırlar.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Barış TORAMAN (Moderatör) :
Hocamıza çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten de bu adli incelemeler noktasında Sovyetler Birliği dönemine kadar giden köklü bir geçmişin bulunduğunu görme şansı bulduk. Hâlihazırda bizde de güncelliğini koruyan bazı tartışmaların onlarda da yapılması, özellikle özel hukuk tüzel kişilerin bilirkişi sıfatıyla görevlendirilmesi ve bilirkişiliğe başvuruda, bağımsız bilirkişiliğe başvuruda yani bizdeki liste usulü gibi olduğunu ifade edebiliriz, Azerbaycan Hukuku'ndaki gelişmeler de son derece dikkat çekici. Yine bilirkişiliğe kabul bağlamında uzmanlığın uluslararası belgelerle, kabul gören belgelerle doğrulanması gereği hususu da önemli. Çok teşekkür ediyoruz.

Yine Azerbaycan'dan bir Hocamız konuşma yapacak. Kendisi askeri tabip. Hocamız Rahim MAMMADOV da Azerbaycan Cumhuriyeti Savunma Bakanlığı Adli Tıp ve Patolojik Anatomi Bilirkişilik Merkezinde başkanı olarak görev yapmakta. Kendisi Savunma Bakanlığı bünyesindeki adlî tıbbi incelemeler konusunda bizlere bilgi verecek. Buyurunuz Hocam.

Rahim MAMMADOV (Konuşmacı) :
Sayın Hocalarım, değerli katılımcılar. Ben Rahim MAMMADOV. Azerbaycan Cumhuriyeti Savunma Bakanlığının Adli Tıp ve Patolojik Anatomi Merkezinin Başkanı olarak katılıyorum. Bu davet için Sayın Başkan Hızır ASLIYÜKSEK Hocama derin teşekkür ederim. Azerbaycan'da hem askeri hem sivil adli tıp kurumu var.

İlk önce sivil adli kurumundan başlayalım. Sovyetler Birliğinde 1926 yılında Sağlık Bakanlığında ilk kez kuruldu ve Sovyetler Birliği devrinde muhtelif isim değişiklikleri oldu. Nihayet hâlihazırda Sağlık Bakanlığı "Mahkeme Tibbi Ekspertiza ve Patoloji Anatomi Birliği" şeklinde faaliyet gösterir. Kurumun başkanı Sayın Prof. Dr. Adalet HASANOV Hocamızdır. Çok zaman almak istemiyorum. Sivil adli tıp kurumu adli tıbba ait bütün muayene ve incelemeleri yapıyor.

Sivil adli tıp kurumu olduğu halda, yeniden askeri adli tıp kurumu kurulmasına ne sebep oldu? Bildiğimiz gibi Sovyetler Birliğinin son yıllarında, yani 1988-91'inci yıla kadar olan zamanda Ermeni silahlı grupları bugünkü Ermenistan topraklarında ve Karabağ Bölgesinde sivil Azerbaycan Türklerine karşı amansız katliamlar yaparak sivil halkı topraklarından sürdüler. 1991 yılında Sovyetler Birliği'nin dağılması ile Azerbaycan yeniden bağımsızlığına kavuştu. Yeni kurulan devletin Savunma Bakanlığı kuruldu. Azerbaycan Ordusu bağımsızlığın ilk yıllarından Mayıs 1994'e kadar Ermeni silahlı birliklerine karşı savaştı. O dönemde yüzlerle köy, Ermeni silahlı birlikleri tarafından kuşatma altına alındı. Sivil halk kendi evlerinde yakıldı ve canlı olarak toprağa gömüldü. Üstelik 26 Şubat 1992 tarihinde Hocalı Soykırımı yapıldı.

İşte o zor devirlerde savaş bölgesinde, karmaşık araziye sahip bölgelerde şehit olmuş ve yaralanmış insanların adli tıp muayene hizmetlerinin verilmesi amacıyla 1992 yılında Savunma Bakanlığı'na bağlı Askeri Adli Tıp Muayene Merkezi kuruldu. Hemin kurumda zaman içinde muhtelif ad değiştirene uğramış, hazırda Savunma Bakanlığı Adli Tıp Ekspertiz ve Patolojik Anatomik Merkezi olarak faaliyet göstermektedir. Kurum, Savunma Bakanlığına bağlı olsa da, Azerbaycan Cumhuriyetindeki bütün Silahlı Kuvvetlerin, yani diğer bakanlığa bağlı askeri birliklere de adli tıp ve patoloji anatomik hizmetler bizim Kurum tarafından verilmektedir.

Merkez kurulduğu günden bu yana 31 yıldır vefat eden ve çeşitli nedenlerle yaralanan askerlerin adli tıp muayenelerini, askerliğe uygunluğa ilişkin sağlık durumları, askerlerin tedavi ve teşhislerindeki aksaklıkların tespiti, askerlerin kişilerine karşı işlenen suçların soruşturması sırasında yapılan muayeneler, maddi delillerin hem biyolojik, hem de biyolojik maddi delillerin tıbbi kriminalistik, adli kimyasal, adli biyolojik araştırmalarını yapmakta, askeri personelin uyuşturucu ve psikotik madde alma vakalarını önlemek amacıyla yürütülen kimyasal araştırmalar, bilinmeyen cesetlerin kimliğinin tamlığı gibi çok sayıda geniş spektirli incelemeler yapılmakta, ilave olarak askeri personelin tedavi ve teşhislerinin iyileştirilmesi amacıyla çok sayıda patohistolojik, immünhistokimyasal, sitolojik, adli histolojik incelemeler gerçekleştirmiştir.

Merkez, Azerbaycan Cumhuriyetinin toprak bütünlüğünde 1.Karabağ, Nisan 2016 savaşında, 20.yılda vatan savaşında, Eylül 2022'de ve Eylül 2023 tarihlerinde kesilen yerel terörle mücadele operasyonlarında Ermeni işgalci ordusuna karşı savaşlarda Silahlı Kuvvetlerimizin şehit olmuş ve yaralanmış askeri personeline adli tıp muayene hizmetlerini düzenledi. Şöyle ki şehit askerlerin, askeri personelin cenazelerinin adli muayenesinin yapılması, kimliği bilinmeyen cesetlerin kimliğinin belirlenmesi için incelemesi, parçalanmış ve hisselere ayrılmış cesetlerin restorasyonu, yanmış ve çürüyen veya iskeletleşmiş cesetlerin muayenesini yapmış, savaş travmalarını adli tıp açıdan incelemekle düşman tarafından kullanılan silahların savaş özelliklerinin incelemek gibi gerekli çalışmalar yapmıştır. Adli Tıp Ekspertiz ve Patoloji Anatomik Merkezi düşmanın esir alınmış ve ölen askeri personelinin de adli tıbbi muayenesini gerçekleştirmiştir.

Savunma Bakanlığı Adli Tıp ve Patoloji Anatomik Merkezi 5 bölgesel ve 11 ana bölümden oluşmaktadır. Yani modern ekipmanlarla donatılmış patoloji anatomik, tıbbi kriminalistik, adli kimyasal, adli biyoloji laboratuvarlarımız faaliyet gösterir. Bölgesel birimlerde ölmüş veya yaralanmış askeri personelin adli tıp incelemeleri yapılır. İnceleme sırasında alınan numuneler merkezin Bakü şehrindeki merkezi laboratuvarlarına gönderilir. Adli Kimya Bölümü, adli kimya laboratuvarında yapılan incelemeler kanda ve idrarda narkotik psikotik maddelerin, alkolün varlığının ve yokluğunun belirlenmesi, karbon monoksit, ağır metallerle ve diğer toksik maddelerle zehirlenmenin adli kimyasal muayenesi yapılır.

Tıbbi Kriminalistik Bölümde; biyolojik deri parçası, kemik ve diğer yumuşak dokularda, doğası gereği biyoloji olmayan kıyafet ve diğer delillerin farklı inceleme yöntemlerinin kullanılması ile kriminalistik incelemeleri yapılır. Yürütülen incelemeler farklı dış nedenlerden kaynaklanan yaralanmaların özellikleri, oluşum mekânizması, yaralamaya göre yaralanmaya neden olan aletin tespiti, ateşli silahlarla yaralanmalarda yaralayıcı silahın yönünü, kalibresi ve ateşin mesafesi tayin edilmektedir. Tıbbi Kriminalistik Bölümde iskeletlerde yaşın, cinsiyetin tayini kimi incelemeler yapılır.

Patoloji Anatomik Bölümde, biyopsi ve cerrahi materyallerin patohistolojik incelenmesi, cesetlerinden alınan parçaların adli histolojik incelemeleri, farklı organ ve boşluklardan alınan sıvıların sitopatolojik araştırmaları, tümör dokusu dâhil farklı dokularda hücrelerin histogenezinin üzerinden belirlenmesine yönelik immünohistokimyasal çalışmalar yapılmaktadır.
Bir videomuz var.

(Video Gösterimi)

Barış TORAMAN (Moderatör) :
Görüntüler herhalde başkanlığın merkez hizmet binasından mı Başkanım?

Rahim MAMMADOV (Konuşmacı) :
Evet, merkez binası.

Barış TORAMAN (Moderatör) :
Celaleddin Başkanımız kendi alanında, kendi biriminde 41 uzmanlık alanında 20 tür inceleme yapabildiklerini söylemişlerdi. Sizin ekipman potansiyel yetişiyor mu buna Başkanım?

Rahim MAMMADOV (Konuşmacı) :
Adlı Tıp ve Patolojik Anatomi Merkezinde 130 kişilik kadromuzla 16 ihtisas üzerine 297 muayene ve inceleme yapıyoruz.
İlginiz için teşekkür ederim, sağ olun.

Barış TORAMAN (Moderatör) :
Hocamıza biz de teşekkür ediyoruz. Şimdi son konuşmacımız Uchkun UZAKOV Hocamız. Kendisi Özbekistan Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Adli Tıp Uzmanlık Merkezi Başkan Yardımcısı olarak görev yapıyor. Buyurun Sayın Hocam.

Uchkun UZAKOV (Konuşmacı) :

-Tercüme-

Sayın Hızır ASLIYÜKSEK, konferans katılımcıları, baylar bayanlar. Öncelikle bana bugünkü konferansa katılma fırsatı verdiğiniz için size şükranlarımı sunmak istiyorum. Konferansa katılanlara merkezimiz başkanı Akran Halil Efendi ve merkezimizin tüm selamlarımı ilet istiyorum.

Gelişmiş ülkelerin ileri deneyimlerini analiz etme ve bu alanda iş birliklerin kurulması önem arz etmektedir. 29-30 Mart 2022 tarihlerinde Cumhurbaşkanı Sayın Recep Tayyip Erdoğan Özbekistan Cumhuriyetini ziyareti sırasında Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı ile Özbekistan Cumhuriyet Adalet Bakanlığı arasında imzalanan adli uzmanlık işbirliği mutabakatı zaptı iki adli tıp kurumu arasındaki işbirliğinin temelini oluşturuyor. İki ülke liderlerinin düzeyinde bu işbirliğinde gösterilen özenin hepimiz için gurur ve sorumluluk olduğunu vurgulamak isterim.

İzninizle Özbekistan'da adli uzmanlık sistemi ve bu sistemde daha önce olan adalet bakanlığı adındaki Hacı Süleyman adındaki Cumhuriyet Adli Uzmanlık Merkezinin faaliyetlerine ve ülkemizde adli tip uzmanlığının daha geliştirilmesi için yapılan reformlar hakkında bilgi vermek istiyorum. Özbekistan'da aynı zamanda bu adalet bakanlığına bağlı cumhuriyet adli uzmanlık merkezi ile beraberinde içişleri bakanlığı, sağlık bakanlığı, devlet güvenlik teşkilatı, devlet gümrük komitesi, savunma bakanlığı, acil durumlar bakanlıklara bağlı adli tıp uzmanlık kurumları ve daireleri faaliyet göstermektedir.

Merkezimiz 1950 tarihinde Taşkent Adli Araştırma Bilim Laboratuvarı olarak kurulmuş ve 1951 yılında belirli uzmanlık türlerini yürüterek faaliyetine başlamıştır. 58. yılına gelindiğinde Orta Asya'da ilk olan Taşkent Adli Araştırma Enstitüsü laboratuvar temelinde kurulmuştur. Cumhuriyetimizin bağımsızlığını kazandıktan sonra 95. yılında hükümetimizin kararına istinaden merkeze adli konularda bilimsel, yöntemsel ve kanıtsal ofis statüsü verilmiş ve Cumhuriyet Bilimsel Araştırma Kriminalistik Merkezi adını almıştır. 2003 yılında şimdiki merkezi adını almıştır.

Merkezimizde 12 daire ve laboratuvar ile bölgelerdeki 12 bölge müdürlüğünün adli uzmanlık araştırmaları yürütülmektedir.

Yapılan bilimsel araştırmalar sonucunda 3 yıl içerisinde dil bilimi, bilişim, karayolları, elektrik mühendisliği gibi psikoloji, gider uzmanlığı, vergi, gider değerlendirme uzmanlığı, bankacılıkta kar kayıpları tespiti, balistik uzmanlık gibi yeni 10 uzmanlık türleri oluşturulmuştur ve bunun sonucunda merkezde yürütülen adli uzmanlık türü sayısı 54'e araştırma sayısı 85'e yükseldi.

Yeni uzmanlık ve araştırma türü için mitolojik temeller oluşturma çalışmaları sürdürülüyor şu anda. Radyoteknik, psikolojik, feolojik, gaz ve elektroteknik nesne patlama uzmanlığı, elektrik enerjisi denetleme, spor genetik yapılan yapılması, dijital imzaların doğrultusunda tespiti, et ve et ürünlerinin helalliğin tespiti gibi yeni araştırma türlerinin eklemesini planlıyoruz.

2019 yılında modern gereksinimleri karşılayan yeni bir binada faaliyetlerine başlamış oldu. 2020 yılında merkezi insan DNA'sı biyolojik uzmanlık laboratuvarları ilk kez uluslararası standartlara uygun olarak akredite edilmiştir. Akreditasyon kapsamında sürekli genişletilmesi sonucunda merkezin fonografi ve bilgi kriminolojisi uzmanlık laboratuvarları 2022 yılında uluslararası standarda göre akredite edilmiş ve uygunluk belgeleri alınmıştır. Bu sene adli balistik ve tasoloji bilgisayar teknik uzmanlık laboratuvarları olmak üzere iki laboratuvarın daha akreditasyona yönelik hazırlıkları yapılıyor.

Ayrıca model bilgi ve iletişim teknolojilerinin temel alan adli uzmanlık hesaplar sistemi ve dijital eğitim platformu bilgi sistemleri adli uzmanlık faaliyetini göstermektedir. Hem de adli uzmanlık faaliyetlerine yönelik sudexpert.uz bilgi portalı adli uzmanlık alanında bilgilerin hızlı bir şekilde halka ulaştırılması amacıyla fiziksel delil tespit programını devreye almıştır.

Değerli meslektaşlarım, merkez adli uzmanlık alanında uluslararası işbirliğinde haddi genişletilmesine özel önem vermiş, bir dizi ülke adli tıp kurumları ve uluslararası kuruluşlar ile ikili işbirliği kurulmuştur. Geçtiğimiz günlerde HASE adlı bilim ağının 15. genel kurulu Malezya'nın Kuala Lumpur kentinde gerçekleştirdi ve bu merkezimiz bu kurumun 65. üyesi oldu. Özbekistan'ın ise 18. ülke olarak onaylandığı açıklandı.

Özbekistan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığına bağlı Cumhuriyet Bilimsel Uygulanmalı Adli Tıp Uzmanlık Merkezi cumhuriyetimizin en büyük adli tıp merkezlerinden biri.

Özbekistan Cumhurbaşkanlığının 2018 yılı takvimdeki 4049 sayılı kararına göre adli uzmanlık genel bürosu Özbekistan Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı Bilimsel ve Uygulama Adli Tıp Uzmanlık Merkezi olarak yeniden düzenlendi. Merkezin Taşkent şehir şubesi kuruldu.

Merkezde tıp uzmanlık bölümü, histolojik uzmanlık bölümü, kimyasal bölümü, biyolojik değerlerden oluşan 5 daire başkanlığı, bölgeler ve bazı ilçeler şubeler bulunmaktadır.

Ayrıca ülkemizde içişleri kurumlarının uzmanı kronoloji birimleri de sistemi faaliyet göstermektedir.

Bu birimler sisteminde genel uzman kriminoloji merkezi içişleri bakanlığı, ulaştırma ve turizm tesisler güvenlik dairesi başkanlığı ve şube yapımlarının uzman kriminoloji değerlileri, içişleri bakanlığı kriminolojik uzman dairesi başkanlığı, Karakalpakistan Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığının uzman kriminoloji merkezleri içeriyor.

Şu anda bu merkezde bu 24 uzmanlık türüne ilişkin adli tıp uzmanlık araştırmaları yürütülmektedir.

Cumhurbaşkanı 2022'nci tarihinde imzalanan 122 Sayılı kararına göre genetik araştırma bilgilerinin devlet tescilliği için daireler kuruldu.

Aynı zamanda içişleri bakanlığı akademisi kronoloji uzmanlık ana dalı bilim ve dairesine ilgili adli tıp uzmanlığı ve araştırmasını yürütme hakkı verildi.

Şu anda merkezde 24, 25 uzmanlık türü yapılmaktadır ve sivil toplum kuruluşları tarafından da uzmanlık işleri yapılmasına imkân hakkı verilmiştir.

Cumhurbaşkanın kararı ile devlet yani sivil adli tıp uzmanlık kuruluşlarında 44 uzmanlık dalında adli bilirkişilik yapma izni verilmiş.

Son yıllarda Özbekistan Cumhuriyet Başkanı adli uzmanlık alanını geliştirmesine ilişkin ilgili karar ve kararnameler esas alınarak değişiklikler yapılmış, özellikle merkezimizdeki adli uzmanlık niteliklerini ve hukuk bilgilerini geliştirmek amacıyla eğitim merkezi faaliyeti kurulmuştur.

İlk kez standart olan adli uzmanlık teknik komitesi kurulmuş, Taşkent'te.

Merkezde adli uzmanlık alanında uzmanlaşmış yani Özbekistan South Expertiz bilimsel dergisi yayınlanmaktadır. Biz ekspertiz dijital bilişim sistemi yaptık.

İlk kez bu konferansa katılmamın işbirliğini daha da geliştirmeye hizmet edeceğini ve adli tıp alanının geliştirilmesinde önemli bir etken olacağını düşünüyorum.

Teşekkür ederim.

Barış TORAMAN (Moderatör) :
Hocamıza değerli tebliği için teşekkür ediyoruz ve gerçekten de misafir hocalarımızdan ayrıca özür diliyoruz. Maalesef süreler açıldıkça bu durum zincirleme şekilde devam ediyor. Naçizane şöyle bir önerim olabilir; ara vermeden sonraki oturuma aslında başlanabilirse bu ara kapatılabilir. Zira öbür türlü 20:30-21:00'i bulacak. Bilmiyorum Başkanım. Çok güzel, harika. Tamam, o zaman. Ben de Sayın Başkanıma, Sayın Genel Müdürüme, emeği geçen herkese ve tüm katılımcılarımıza yeniden teşekkür ediyorum, saygı ve hürmetlerimi sunuyorum. Görüşmek üzere.

Muharrem ÜRGÜP (Moderatör) :
Sabrınız için de teşekkür ediyoruz, iyi akşamlar.

1. GÜN
4. OTURUM

TCK'DA TANIMLANAN YARALAMA SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

TCK'DA TANIMLANAN YARALAMA SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ OTURUMU



Osman ATALAY (Moderatör):
Çok değerli Yargıtay Başkan Vekilim, Yargıtay'ın çok değerli Ceza Başkanları, Adli Tıp Kurumumuzun başkanları, çok değerli hâkimler, savcılılar, çok değerli doktorlar, öğretim üyeleri hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Bugünkü 8 saat sunumlardan sonra son 1,5 saatlik bir sunumumuz kaldı. Zor bir sunum ama hiç endişe etmeyin. Çok değerli hocalarımız var. Hepsi pırıl pırıl, bomba gibi hocalar yine karşımda genç, pırıl pırıl hâkim, savcı ve doktor arkadaşlar var.

Efendim hâkimlik, savcılık ile doktorluk bir nevi aynı şey. Her ikimiz de insanla uğraşıyoruz. Doktor insanın hastasıyla, biz de toplumun suçlu kesimiyle, yani insanla uğraşıyoruz. Profesör Doktor Faruk EREM'in çok güzel bir sözü var ''Suçlu insanı kazıdığınız zaman, altından insan çıkar.'' O yüzden hepimizin meslekleri açısından bu son derece önemli. Bu son sunumu özellikle ben 10 dakikaya sığdırmaya çalışacağım, TCK'da kasten yaralama ve raporlarla ilgili konuları. Sonra İstanbul Hukukun çok değerli hocası Doçent Doktor Selman Bey güzel bir sunum gerçekleştirecek. Ondan sonra çok değerli doktorlarımıza, sayın profesörlerimize, söz vereceğiz onlar farklı bir sunum gerçekleştirecekler, onu belirtmek istiyorum. Şimdi sunumumu kısaca bir an önce bitirmeye çalışacağım.

Çok değerli meslektaşlarım, kasten yaralama açısından bir değerlendirme yapacağız. Vücut dokunulmazlığına ilişkin suçlarda en önemli suçlar kasten yaralamadır. Değerli hukukçular, değerli doktorlar, değerli adli tıp uzmanları, yaşam hakkı son derece önemlidir.

Yaşam hakkı tüm dünya hukuklarında koruma altına alınmış bir haktır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi'nde yaşam hakkı son derece önemlidir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 3. maddesi "Yaşamak, hürriyet ve kişi emniyeti her ferdin hakkıdır" demektedir. Bize yansıması, Anayasanın 17. maddesidir ve son derece önemlidir. "Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkına sahiptir". Kişinin vücut dokunulmazlığı ve yaşam hakkı son derece önemlidir. Özellikle yeni TCK hayata karşı suçlar ve vücut dokunulmazlığına karşı suçlar olarak ikiye ayrılmıştır. Özellikle ilk değişim eski TCK ile yeni TCK arasında…

Hepinize teşekkürle başlamak istiyorum, 8 saat sonra yepyeni bir kalabalıkla karşılaşıyoruz. Dinlemek için buraya geldiniz. Hepinize hassaten ayrı ayrı teşekkür ediyorum. Bu önemli. Niye önemli biliyor musunuz? Bu bir sevgi işidir efendim. Hukuk ve doktorluk bir sevgi işidir. Sevgi olmadan hiçbir şey olmaz. O yüzden hepinizi tekrar sevgi ve saygıyla selamlıyorum.

İlk değişiklik eski yasada "müessir fiil" iken, yeni yasada "kasten yaralama" olarak değişmiştir. Eski TCK'da rapor "mutat iştigaline engel olma" veya "iş ve gücüne mani olma" iken, artık yeni TCK'da rapor "basit, tıbbi müdahale ile giderilebilir" veya "basit tıbbi müdahale ile giderilemez" şeklinde belirlenmiştir. Yeni yasada kasten yaralamanın temel maddesi TCK 86-1'dir. Bu maddede "kişinin vücuduna acı veren, sağlığının veya algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan her davranış kasten yaralamadır" der. Korunan vücut bütünlüğüdür, insan sağlığıdır. Kasten yaralamada 3 şey önemlidir. Kişinin vücuduna acı verme, yeni olarak getirilen sağlığının bozulması ve algılama yeteneğinin bozulmasıdır. Yeni TCK ile gelen, bu nedir? Sağlığının bozulması, süresi ne olursa olsun mağdurda hastalık oluşturmak, böyle bir hastalığı önceden varsa bunu artırmak, birisini sarhoş hale getirmek, uyuşturucu vermek, içeceğine uyku ilacı katmak da kasten yaralamadır. Algılama yeteneğinin bozulması da mağdurda korku, uyku bozukluğu, sinir sisteminde olumsuzluk değişikliğe yol açan her türlü davranıştır.

Kasten yaralama suçu "genel kastla" işlenir. Bu suçun gerçekleşmesi için, yaralama kastı ile hareket edilmesi son derece önemlidir. Eğer kişi öldürme kastıyla hareket ediyor, netice öldürme ise kasten öldürmedir. Kişi öldürme kastıyla hareket ediyor, gerçekleşen netice yaralama ise kasten adam öldürmeye teşebbüstür. Ancak kasten yaralama kastıyla hareket edildi, adam öldürme gerçekleşti ise kastın aşılması suretiyle adam öldürme TCK 87/4 maddesidir.

Temel şeklinde cezada da bir değişiklik yapılmıştır. Eski yasada 6 aydan 1 yıla kadar hapis iken, yeni TCK 86/1'de "1 yıldan 3 yıla kadar hapis" olarak belirlenmiştir. Eski yasada 10 gün ile 20 gün arasında mutat iştigaline engel raporu veriliyordu. Bu doktorlar tarafından son derece eleştiriliyordu. Bu yüzden yeni yasada, artık raporda teknik değişti. "Basit tıbbi müdahale ile geçer" veya "basit tıbbi müdahale ile geçmez". En basit yaralama hali, "basit tıbbi müdahale ile geçer" TCK 86/2 maddede açıklanan yaralamadır, bu suç şikâyete tabidir, seçimlik ceza öngörür, "4 aydan 1 yıla kadar hapis veya adli para cezası" şeklindedir. Basit tıbbi müdahale ile giderilir veya giderilmez raporunu verecek olan doktordur. Geçici rapora göre iddianame ile savcılık kamu davası açamaz. İddianamenin iadesi sebeplerindendir. Mutlaka kati raporla dava açılması gerekir.

Sayın doktorlarım, geçici raporda her türlü yaralanmanın tüm unsurlarının güzelce yazılması gerekir. Çünkü bu geçici rapora, film ve grafiklere göre kati rapor Adli Tıp Şube Müdürlüğünden veya uzmanından verilir. Geçici raporda bütün yaralamanın unsurları tanımlanacak ki, kati raporda uzman doktor bey veya adli tıp uzmanı rahatlıkla kati raporunu verebilsin. O yüzden geçici ve kati rapor bizde son derece önemlidir. Kati rapordaki bulgular, tesbitler uzman doktorun yazdığı veya adli tıp uzmanının yazdığı rapor bizim suçluya ceza verebilmemiz için son derece önemlidir. Raporda yaraları yazdı, totalde hayati tehlike geçirir dedi. Bunun bir anlamı yok. Yaralama mı? Adam öldürmeye teşebbüs mü? Bu ayrım Ceza Genel Kurulunun 7 kriteri ile belirlenmiştir. Burada rapor çok önemlidir. Raporlarda yaralar tarif edilecek. Her bir yaranın hayati tehlike geçirip, geçirmediği tek tek raporlarda belirtilmesi gerekir.

Niçin? Şunun için; mağdurda bıçakla oluşturulmuş en az iki hayati tehlikeli yara varsa ve mağdur ölmemiş ise Yargıtay Ceza Genel Kurulunun kararlarıyla oturmuştur, kasten adam öldürmeye teşebbüstür. Mağdurda tek bıçak yarası var ancak bu yara kalbe nüfuz etmişse, olay adam öldürmeye teşebbüstür. Sonuçta yaralanmaların mutlaka tek tek yazılması ve bu yaranın hayati tehlikeye sebep olup olmadığının belirtilmesi gerekiyor. Raporlardaki eksiklerimiz bu. Yaraları yazıyor yazıyor, totalde hayati tehlike geçirmiştir diyor. Bu bize yetmez. Kurşun buradan girmiştir, buradan çıkmıştır, seyri budur. Bu yara, şu yara her ikisi de ayrı ayrı hayati tehlike doğurur veya doğurmaz. Daha da önemlisi birazdan geleceğim yüzde sabit iz açısından verilen rapor son derece önemli.

Şimdi yaralama suçlarını hızlı geçiyorum ne olur kusura bakmayın. TCK 86/3. maddesinde bu yaralama suçlarının "yarı oranında" artırım maddesi vardır. Çok önemli bir maddedir. Üst soya, alt soya karşı yaralama, üst soy "anne, baba, dede ve nine"dir. Alt soy "kişinin çocuğu ve torunu"dur. Eş, resmi nikâhlı eştir. Boşanmış eşin yaralanması da yeni yasa ile eklenmiştir, artık boşanmış eşin yaralanması da şikâyete bağlı olmaktan çıkmıştır. Kardeşin yaralanması da bu madde kapsamındadır. Burada doktorlarımızı ilgilendiren TCK 86/2-b maddesi önemlidir, "Beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı kasten yaralama" bu çok önemli, TCK'da cezasızlık yaşı 12'dir. 12 yaşını doldurmayan kişiye ceza verilemez. O yüzden mağdur 12 yaşından küçükse beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak kişidir. Burada rapor almaya gerek yoktur. Ama 12 yaşından büyüklerde kesinlikle adli tıp uzmanından mutlaka beden ve ruh bakımından kendisini savunamayacak olup olmadığına dair raporun alınması gerekir. Görme engelli kişi de bu raporu almaya gerek yoktur. Görme engelli kişi kendisini savunamayacak derecede mağdurdur. Tekerlekli sandalyeye mahkûm kişi kendisini savunamayacak derecede mağdurdur. Bunun belgelenip, dosyaya raporların eklenmesi gerekir.

Yine kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle kasten yaralama… Vatandaş gitti, doktorla tartıştı, doktoru yumrukladı, sağlıkta şiddeti tamamen kınıyoruz. Hem bundan dolayı artırım, hem de özel sağlık yasasından dolayı artırım vardır ayrıca cezalar ertelenemez,
"Silah" konusu burada çok önemlidir. TCK 6/1-f maddesinde belirtilen saldırı ve savunmada kullanılan her şey silah olabilir. Eskiden soda şişesini vurdu, silah değildi, kırdı vurdu silahtı. Artık bundan vazgeçildi. Kalem tek başına silah değildir, kalemi dürttü mağduru yaraladı silahtır. Ayakkabı ayağındayken tekmeyi mağdura vurdu silah değildir, ayakkabıyı çıkardı mağdura vurdu silahtır. Silah olması için "menkul-taşınabilir" olmalıdır. Biber gazı silahtır, sandalye silahtır, ama duvar silah değildir. Duvara adamın kafasını defalarca vurdu, silah değildir, gayrimenkul silah değildir, menkul olmalıdır. Araba, kasten arabası ile mağdura vurdu ve mağduru yaraladı, araba da silahtır. Köpek, sanık mağdurun üzerine köpeğini saldırttı ve mağduru yaraladı, bu durumda köpek de silahtır. Buna dikkat etmek gerekir.

Bir de canavarca his bu da yasaya yeni girmiştir. Ancak yaralamadaki canavarca hisle, TCK 82/2-b Maddesinde belirtilen kasten öldürmedeki canavarca his farklıdır. Kasten öldürmedeki canavarca his, "sırf öldürmek için öldürmek, öldürmeden zevk almak" bu durumlarda canavarca hisle öldürme olur. Kasten yaralamadaki canavarca his, gazetede bir sanığın bayan sevgilisinin yüzüne asit atması nedeniyle getirilmiş bir maddedir. Gerekçesinde de bu yazar. Dikkat canavarca hisle yaralanmada yarı oranında değil, bir kat artırım yapılır. Bir kat kendisi kadar artırmak demektir.

Kasten yaralamada fail "herkes" olabilir. Mağdur ile faillik aynı suçta birleşmez. Kasten yaralama suçlarında mağdur yaşayan her insan olabilir. Yine yaralama suçunun mağduru ancak gerçek kişi olur, tüzel kişi olamaz. Suçun konusu mağdurun acı verilen veya bozulan bedeni, sağlığı veya ruhsal varlığıdır değerli arkadaşlar.

Kasten yaralama suçlarında hareket ve sonuç ilişkisi son derece önemlidir. Başkasının vücuduna acı vermek, sağlığını bozmak, algılama yeteneğinin bozulması yeterlidir, peki fiziki bir müdahale gerekli midir? Hayır, kasten yaralamada mutlaka fiziki müdahale gerekmez. Bıçağı çekti hasmına, hasmını kovalıyor arkasından, hasmı yere düştü, ayağını kırdı meydana gelen neticeden kovalayan sanık sorumludur. İşte yaralanırken bir fiziki müdahalesi olmasa da yere düştü ayağı kırıldı, gerçekleşen kırıktan sanık sorumludur.

Sanık, aynı olay ve zaman dilimi içerisinde, mağdura kafa attı, yumruk vurdu, tekme attı ve yaraladı ise olay tek suçtur. Sadece temel cezada artırım sebebidir. Ama zaman fasılası varsa sabah geldi eşini dövdü, 3 saat sonra tekrar geldi bir daha dövdü, akşam bir daha dövdü, 3 ayrı suç oluşturur. Zaman fasılası araya girmişse "zincirleme suç" TCK 43/3 Maddesi gereğince kasten yaralama ve adam öldürme suçlarında olmaz. Zaman fasılası girmişse, her biri ayrı suçtur. Mağdura tek tokat vurarak yaralamak olayı ile sanığın mağdura tokat vurdu, kafa attı, tekme vurdu aynı değildir. Cezada "bireyselleşme-kişiselleştirme" son derece önemlidir. TCK 61. Maddeye göre hâkim cezada bireyselleştirme yapacak, karar vereceği dosyasını okuyacak, olayın oluş şekline, yaralanmaya ve kati rapordaki duruma göre cezada, ceza makasında 1 yıl ile 3 yıl arasında cezayı şahsileştirecek. İşte hâkimlik budur. Hâkimlik bir sanattır. Öyle bir sanattır ki, dosyasını iyi inceler, tarafları dinler, delilleri iyi değerlendirir, kati rapora bakar, olayı yaşar (empati yapar) ve ceza makasında en uygun cezaya hükmeder. İşte hâkimlik budur. Bütün olaylara TCK 86/2. Maddesi asgari had 4 ay hapis olmaz.

Bu suçta ceza makası 4 ay ile 1 yıl arasında hapistir. Hâkimin olaya göre cezayı şahsileştirilerek en uygun cezayı gerekçelendirerek vermesi gerekir. Raporlarda illiyet bağı de son derece önemlidir. Meydana gelen yaralama ile ölüm veya gerçekleşen yaralama arasında illiyet bağı olup olmadığı konusunda alınan raporlarda, sonuç cezanın belirlenmesi açısından son derece önemlidir.

Yine kasten yaralama suçlarında manevi unsur, "kişinin vücuduna acı vermektir". Bu acı vermek, bilerek ve isteyerek yapılmışsa "kasten yaralama suçu" olur. Olası kastla işlenmesi de mümkündür. Neticeyi öngördü, olursa olsun dedi. Bu öngörmeye rağmen suçu işledi, "olası kastla yaralama suçu" olur.

Yine hukuka uygunluk sebepleri "meşru müdafaa, meşru müdafaada sınırın aşılması, kanunun emrini icra" konuları var bunlara zaman darlığından girmiyorum.

Değerli arkadaşlar; kasten yaralama suçlarında nitelikli hallere ilişkin raporlar da son derece önemlidir. Verilen raporlar TCK 87. Maddesinin uygulanmasında tüm hâkim ve savcılara çok önemli deliller sunar. Bu nedenle sayın doktorlarım neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama suçlarında sizlerin vereceği raporlar son derece önemlidir. TCK 87/1-a. Maddesinde belirtilen yaralanma, "duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına sebep olmak" bu yaralanma "uzuv zaafı"dır. Kişiyi sopayla dövdü, gözünde %25 görme kaybı oldu. Bu uzuv zaafıdır. Eğer sanık sopa ile mağdura vurdu, sağ gözü görmez oldu. Bu "uzuv tatili"dir.

İşte sayın doktorlarım sizin vereceğiniz rapor, hâkimin vereceği kararı son derece etkiler. Kişi kulağından yaralandı, %40 duyma kaybı var. Bunu belirtirseniz olay TCK 87/1-a maddesi olur, kulak sağır oldu ise olay TCK 87/2-b uzuv tatilidir. Sanık mağduru sopa ile öyle dövdü ki, kişi kekeme oldu olay TCK 87/1-b. maddesidir. Ama mağdur konuşamaz hale gelmiş ise TCK 87/2-c. Maddesi olacaktır.

En önemli maddelerden birisi de "yüzde sabit iz" TCK 87/1-c. Maddesidir. İstanbul'da çok önemli bir seminer yapıldı, oraya da katıldım. Eski yasada "çehrede sabit iz" vardı. Yeni yasada yüzde sabit iz olarak değişti ve genişletildi. Yüzde sabit izin yeri " Kafanın önünde saçın bitimi, alın dâhil, kulaklar dâhil, kulakların arkasından düz çizgi iniyoruz, gömleğin bitim noktası, boyun ve yüz dâhil ". Burada önemli olan diğer bir konu, yüzde sabit izle ilgili kati rapor "olaydan 6 ay sonra alınmalıdır". Bu kati rapor alınmamışsa Yargıtay tarafından kararın kesin bozma sebebidir. Bir de yüzde sabit izde ki Yargıtay içtihadı şudur; gün ışığında, 1,5 – 2 metrelik konuşma mesafesinden görülebilen, yüzdeki ten renginden farklı, yüzde belli bir uzunlukta veya miktarda "nedbe dokusu" olmalıdır. Ten renginden farklı 3 cm nedbe dokusu, bu yüzde sabit eserdir. Bıçakla, jiletle, her şeyle olabilir. Ama öyle bir yaraladı ki, asitle, yanıcı veya yakıcı bir solüsyonla yaralamış ise bu durumda yüzde sürekli değişiklik meydana gelmiştir. Bu durumda olaydan 18 sonra kati rapor alınmalıdır.

Bir de gebe kadına karşı işlenip, eğer çocuk vaktinden önce doğmuşsa, bu durumda da yani gebe bir kadına karşı. Diyelim ki kocası eşinin apış arasına tekme vurdu, yaraladı, 3 aylık bebeği düştü. Burada gebe vaktinden önce doğurdu, cenin henüz sağ doğmadığı için, sadece TCK 87/2-e maddesi olur. Ancak bebek 7 aylık idi ve kocanın eşini dövmesi nedeniyle bebek vaktinden önce prematüre olarak doğmuş ve yaşamakta ise TCK 87/1-e maddesi olacaktır. Bu tür olaylarda da verilen raporlar son derece önemlidir.

Sanık mağduru sopayla öyle dövdü ki mağdur bitkisel hayata girdi. Mağdurun "iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalık veya bitkisel hayata girmesine" sebep olunmuş ise, olay TCK 87/2-a maddesidir. Bu rapor bizim için çok önemlidir.

Mağdurun yaralanma sonucunda "duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesi" TCK 87/2-b maddesi uzuv tatilidir. Kişiyi sopayla kulağından yaraladı bir kulağı sağır oldu veya bir gözü kör oldu. İkili organlarda bir tanesinin kaybı yine bu maddeye girer, gözden bir tanesi kör oldu, kulağın bir tanesi sağır oldu, böbrekten bir tanesi işlevini yitirdi ise bu maddeye girer, bu yüzden raporlarda buna çok dikkat etmek gerekir.

Hemen kırıklara geçeyim. Raporlarda kırıklar çok önemlidir. 6 derece kırık vardır. Birinci derece "hafif" kırıktır. İkinci, üçüncü derece "orta" kırıktır. Dördüncü, beşinci, altıncı derece "ağır" kırıktır. Raporlarımız da hafif, orta, ağır dememiz yetmez. Mutlaka değerli doktorlarım raporda kırığın derecesini mutlaka yazmanız gerekir. Çünkü biz o kırığın derecesine göre ceza vereceğiz. Sizin ağır demeniz, hafif demeniz önemli değil. Ağır derecede 4 mü? 5 mi? 6 mı? Bunun mutlaka belirtilmesi gerekir. Hâkim ceza verirken kırığın derecesine göre ceza verecektir. Değerli hâkimlerim kırıklardan ceza verirken ortak payda 12'dir. 1. derece 1/12 cezada artırım yaparsınız. 2. Derece 2/12'dir. 5. Derece ise 5/12 cezada artırım yapmanız gerekir. Kırıklarda öncelikle TCK 86/1. Maddeden ceza verilir, sonra kırık beden yoluyla işlenmiş ise, TCK 86/1, 87/3. Maddesi uygulanır. Kırık silahtan sayılan sopa ile işlenmiş ise TCK 86/1, 86/3-e, 87/3. Maddesi uygulanarak ceza verilmelidir.

Arkadaşlar, TCK 87/4. Maddesindeki raporlar da son derece önemlidir. Sanık, mağduru yaralama kastı ile yaraladı ancak mağdur kaldırıldığı hastanede ölmüş ise, sanığın kastı yaralama, gerçekleşen netice ölümse TCK 87/4. Maddesinde belirtilen "kastın aşılması suretiyle adam öldürme suçu" söz konusu olacaktır. Burada doktorlar açısından illiyet bağı açısından verilen rapor önem arz eder. Bu konu Yargıtay Ceza Genel Kurulunun kararıyla şekillenmiştir. Sanık yaralama kastı ile hareket edecek, yaralama TCK 86/1'lik bir yaralama "basit tıbbi müdahale ile geçmeyen bir yaralama" olacak, yaralama ile ölüm arasında illiyet bağı olacak, bu durumda TCK 87/4. Maddesindeki suç oluşacaktır. Burada doktorlar açısından önemli olan konu, sanığın eyleminin TCK 86/2'lik mi? Yoksa 86/1'lik mi? olduğudur, bir de yaralama ile ölüm arasında "illiyet bağı olup olmadığı konusunda" verilen rapordur. Yargıtay'dan geçen dosya; taksici müşterisi ile kavga etti, taksici müşterisine yumruk attı, adam yere yığıldı, bırakıp gitti taksici. Kasıt yaralama, gerçekleşen eylem yaralama. Ama adam hastaneye kaldırıldı, 1 ay sonra o yaralamaya bağlı olarak kalp krizinin tetiklenmesi ve efor kaybından adam öldü. Sanığın kastı yaralama, gerçekleşen netice ölüm. Burada yaralamanın niteliği çok önemli ilk yaralama. TCK 86/1'lik bir yaralama ise, TCK 87/4. maddesi olur. Kastın aşılması suretiyle adam öldürme olur. Ancak sanığın yaralaması TCK 86/2'lik bir yaralamaysa, basit tıbbi müdahale ile geçen bir yaralama ise, TCK 23. madde delaletiyle, kast-taksir kombinasyonu gereği olay TCK 85/1. maddesi "taksirle ölüme sebep olma" suçuna dönüşecektir.

Yargıtaydan geçen bir başka dosya; karı koca, koca kadının kalp rahatsızlığını biliyor, hastaneye de götürmüş, bilebilecek durumda. Sabahleyin kavga ediyorlar, sanık koca eşine bir tokat vuruyor. Basit tıbbi müdahale geçer şekilde yaralıyor. Kadın, anne, babasını telefonla arıyor. Anne kocamla kavga ettik durumum iyi değil beni hastaneye kaldırın diye söylüyor, mağdure hastaneye kaldırılıyor, o yaralama neticesinde kalp krizinin tetiklemesi, efor kaybından 1,5 ay sonra kadın hastanede ölüyor. Bakın yaralamanın niteliği ne kadar önemli. TCK 86/1'lik bir yaralamaysa, kastı aşan adam öldürme TCK

87/4.maddesindeki suç oluşacaktır. Ancak tokatla yaraladı TCK 86/2'lik bir yaralama ise TCK 23. madde kast-taksir kombinasyonu gereği en az taksirle kusuru olması gerektiği için olay TCK 85/1' maddeye taksirle öldürme suçuna girecektir. Ancak burada sanık koca eşinin kalp krizi geçirebileceğini öngörebilecek durumda olduğundan, bilinçli taksirle ölüme sebep olmak suçundan TCK 85/1, 22/3. Maddelerinden sorumlu olacaktır. Ancak sanık kocanın basit yaralaması sonucunda, eşi kalp krizi tetiklemesi ve efor kaybı nedeniyle hayati tehlike geçirecek şekilde yaralanmış ise bu durumda, TCK 23. madde kast-taksir kombinasyonu gereği en az taksirle kusuru olması gerektiği için, olay bilinçli taksirle hayati tehlike geçirecek şekilde yaralanmaya sebep olmak suçundan TCK 89/2-e, 22/3. Maddesinden cezalandırılması gerekecektir.

Bu kısa zamanda bu kadar anlatabildim. Sizlere çok şey anlatmak istiyordum ama vakit yok. Hepinize saygılar sunuyorum.

Şimdi, çok değerli hukukçu. İstanbul Hukuktan Doçent Selman Bey'i davet ediyoruz efendim.

Selman DURSUN (Moderatör)
Öncelikle herkesi saygıyla selamlıyorum. Benden önce sunum yapan değerli Yüksek Mahkeme Hâkimi Osman ATALAY Bey, kasten yaralama suçu ile ilgili olarak önemli açıklamalarda bulundu. Konumuz ortak olduğu için bazı açıklamalarımız ister istemez kesişecektir. Tekrar olmaması adına daha önce değinilen konulara ayrıntılı olarak değinmeyeceğim.

Ben yaralama suçlarında adli tıbbın rolünü öne çıkaran bir sunum yapmaya çalışacağım. Aslında bunların bir kısmına Osman Bey de değindi. Adli tıbbın belirlemeleri, suç karşılığı verilecek cezanın tayininde önem taşıdığı gibi yargılamanın süresini de etkileyebiliyor. Zira adli tıp raporlarının duruma göre olay üzerinden 6 ay veya 18 ay geçtikten sonra alınması gerekliliği yargılama süresine tesir ediyor. Cezanın tayininde de örneğin, yaralama sonucu belirli organlardaki geçici veya sürekli işlev kaybı gibi tespitler Adli Tıp Kurumu tarafından yapılmakta olup mahkeme buna bağlı olarak cezaya hükmediyor.

I. Genel Olarak

Türk Ceza Kanunu'ndaki düzenlemelere baktığımızda (kasten ve taksirle) yaralama suçlarıyla ilgili olarak 4 hükümle karşılaşıyoruz. TCK m. 86, 87, 88 ve 89. maddeler. Bu kapsamda kasten yaralama ve taksirle yaralama şeklinde iki temel suç tipi karşımıza çıkıyor.

A. Kasten Yaralama

Söz konusu maddelerden 86, 87 ve 88. maddeler kasten yaralama suçuna ilişkin. Bir defa suçun temel şeklinin düzenlendiği 86. maddenin birinci fıkrasında adli tıbbı ilgilendiren bir düzenlemeyle karşılaşıyoruz. Fıkrada vücuda acı verme veya sağlığın ya da algılama yeteneğinin bozulması şeklinde üç seçimlik neticeye yer verilmiş olup bu neticeler basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek ölçüde olan, belirli bir ağırlık taşıyan neticelerdir (ikinci fıkradan ayırım).

Maddenin ikinci fıkrasında suçun daha az cezayı gerektiren nitelikli şekli düzenlenmiştir. Burada suçun temel şekline nazaran daha az haksızlık içeren bir yaralama söz konusudur. Yaralamanın kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olması (uygulamada BTM diye kısaltılıyor) halinde zarar azlığına bağlı olarak suçun haksızlık içeriği de az olduğu için daha az cezayı gerektiriyor.

Maddenin üçüncü fıkrasında haksızlık içeriğinin artmasına bağlı olarak suçun daha ağır cezayı gerektiren nitelikli şekilleri öngörülüyor. Önceki sunumda Osman Bey bu nitelikli hallere değindi. Örneğin, suçun silahla işlenmesi cezayı ağırlaştıran bir nitelikli haldir. Fakat bunların arasında adli tıpı ilgilendiren nitelikli unsur, suçun beden veya ruh bakımından kendini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı işlenmesi halidir. Burada suçun konusu ve mağduru bakımından bir nitelikli unsur söz konusudur.

Kasten yaralamayla ilgili ikinci önemli hüküm, neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralamaya (TCK m. 87) ilişkindir. Kasten yaralama suçu işlenirken kastedilen neticeden daha ağır veya başka neticelere neden olunması (kast - taksir kombinasyonu). Hemen belirtmek gerekir ki 87. maddenin tamamı adli tıbbı ilgilendiren bir içeriğe sahiptir. Başka bir deyişle maddedeki durumların tamamına dair tıbbi belirleme gerekliliği söz konusudur.

Bir de 88. madde var. Burada kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi düzenleniyor. Daha açık bir anlatımla kişinin hukuken yükümlü olduğu bir davranışı (bu yükümlülüğün kapsamı 83. maddeye göre belirlenecektir) kasten yerine getirmeyerek yaralama suçunu işlemesi. Örneğin, annenin kasten çocuğunu beslememesi ya da doktorun kasten hastasını tedavi etmemesi ve bu suretle yaralama suçunu oluşturan neticelerin meydana gelmesi.

B. Taksirle Yaralama

Yaralama suçları içinde ikinci temel suç tipi taksirle yaralama. Taksirle yaralama suçu tüm boyutlarıyla 89. maddede, tek maddede düzenleniyor. Burada da suçun temel şekli açısından vücuda acı verme veya sağlığın ya da algılama yeteneğinin bozulması neticeleri aranmaktadır ancak kasten yaralamadan farklı olarak yaralamanın etkisinin basit tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olup olmaması farklı bir cezayı gerektirmiyor, iki hal de suçun temel şeklini oluşturuyor. Maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarında suçun nitelikli şekilleri (bir görüşe göre suçun neticesi sebebiyle ağırlaşmış halleri, taksir – taksir kombinasyonu) düzenleniyor. Kasten yaralamaya dair 87. Maddedeki düzenlemelerin tamamının, 89. Maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarda aynen tekrar edildiğini görüyoruz. Maddede bunun dışında başka hükümler de var ancak konumuz dışında olduğu için onlara değinmeyeceğim.

C. Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış Yaralamayı Model Alan veya Ona Atıf Yapan Hükümler

Bu iki temel suç tipi (kasten yaralama ve taksirle yaralama) dışında özellikle 87. maddeyi yani neticesi sebebiyle ağırlaşmış kasten yaralamayı model alan veya ona atıf yapan hükümler de söz konusudur. Bu düzenlemeyi model alan hüküm olarak neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence suçundan söz etmek lazım. TCK m. 95'te birebir 87. Maddedeki düzenlemeleri esas alan bir neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence düzenlemesi bulunmaktadır. Dolayısıyla 87. Madde ile ilişkili adli tıp tespitleri, işkence suçunun bu ağır şekli için de geçerli olacaktır. Bunun dışında 87. Maddeye atıf yapan hükümlere de işaret etmek gerekir. Çeşitli suç tiplerinde, özellikle cebrin (fiziki zor kullanmanın), suçun temel ya da nitelikli unsuru olduğu suçlarda cebrin ağır neticelere yol açması halinde ayrıca neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralamadan dolayı cezalandırma söz konusu.

Örneğin, yağma, görevi yaptırmamak için direnme, cinsel saldırı, cinsel istismar, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, konut dokunulmazlığının ihlali suçlarında bu suçların temel veya nitelikli şekillerini işlemek için gerekenin ötesinde bir cebir

kullanılmış olması. Mesela mağdurun direncini kırmak için atılan tokat veya yumruğun mağdurun kulağını sağır etmesi, görme kaybına, kemik kırığına yol açması gibi ağır neticeler ortaya çıkmışsa kişi hem ilgili suçtan hem de kasten yaralamanın neticesi sebebiyle ağırlaşmış halinden sorumlu olacaktır. Bu suçlarda da söz konusu tespitlerin yapılmasında adli tıbbın devreye girebileceğini söyleyebiliriz.

Ç. Netice Sebebiyle Ağırlaşmış Suç Kavramı

Yaptığımız açıklamalarda kast, taksir ve netice sebebiyle ağırlaşmış suç kavramlarına değindik. Bu kavramlar Türk Ceza Kanunu'nun 21, 22 ve 23. Maddelerinde tanımlanmış vaziyette olup bunlar daha çok hukuki değerlendirme açısından önem taşıyor. Bunlara burada değinmeyeceğim ama özellikle netice sebebiyle ağırlaşmış suç kavramının bir kombinasyon olduğunu ifade etmek gerekir. Bu bağlamda kast - taksir kombinasyonu dediğimiz modelde, örneğin kasten tokat veya yumruk atılması (temel suç olarak kasten yaralama) sonucunda kastedilmeyen, kastı aşan çeşitli ağır bir neticelerin (örneğin, kulağın sağır olması) ve hatta başka netice olarak ölümün gerçekleşmesi söz konusu. Netice sebebiyle ağırlaşmış suçta, temel suç ile ağır veya başka bir neticenin bileşimini (kombinasyonunu) içeren bir düzenlemeden bahsediyoruz. Bu çerçevede 23. Madde, bu ağır veya başka neticeden sorumluluk için bu neticelere dair en azından taksirin bulunmasını arıyor. Hukuki olarak dikkat ve özen yükümüne uygun davranılsaydı bu neticeler meydana gelmeyecekti diyebileceğimiz bir değerlendirme yapılması gerekiyor. Cezai sorumluluk bakımından nedensellik bağının ve objektif isnat edilebilirliğin varlığı yeterli görülmemekte, ilave olarak taksir ve buna dayalı kusur aranmaktadır.

II. Yaralama Suçlarının Nitelikli Unsurları

Kasten ve taksirle yaralama suçlarının adli tıp açısından önem taşıyan çeşitli nitelikli unsurları (netice sebebiyle ağırlaşmış haller dâhil) bulunmaktadır. Bu unsurları, temelde iki başlık altında toplayabiliriz.

A. Suçun Konusu ve Mağdur Sebebiyle Nitelikli Hal

Yaralama suçlarının konusu ve mağduru, herhangi bir insan veya insanın vücududur. Bununla birlikte kasten yaralama suçunun konusunun ve mağdurunun, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan bir kişi olması, daha ağır cezayı gerektiren bir nitelikli unsur olarak düzenlenmiştir (TCK m. 86/3-b). Bu nitelikli hal, yalnızca kasten yaralama suçuna özgü olmayıp başka suç tiplerinde de yer almaktadır. Onlara biraz sonra değineceğim.

Suçun beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda olan kişiye karşı işlenmesi hali, kasten yaralamanın öncesinde kasten öldürme suçunda (TCK m. 82/1-e) düzenlenmiş olup 86. maddenin gerekçesinde 82. maddeye atıf yapılmıştır. Buna göre çocuk olması, ileri yaşı, hastalığı, malullüğü, ruhi veya fiziki güçsüzlüğü nedeniyle kendini korumaktan aciz durumda olan bir kimseye karşı kasten öldürme veya yaralama suçlarının işlenmesi, gerek faildeki ahlaki kötülüğün mefruz çokluğu gerekse fiilin icrasındaki kolaylık dolayısıyla nitelikli hal sayılmıştır. Bu konuda öğretide çeşitli örnekler verilmektedir: Çocuk olma (özellikle yaşı çok küçükse), aşırı yaşlılık (kocama), gebelik, engellilik (örneğin, yürüme veya görme engeli), hastalık (örneğin, yatalak veya akıl hastası), uyku hali (tartışmalı), baygınlık, narkoz, alkol veya uyuşturucu etkisinde olma sebebiyle kendini savunamayacak durumda olma. Yani tek başına bu sebeplerin bulunması yeterli olmayıp kişinin bu sebeplerle kendisini savunamayacak durumda olması gerekir. Bu durumun kalıcı ya da geçici olması önem taşımıyor. Keza mağdurun bu duruma girmede kusurlu olup olmaması da önemli değildir. Örneğin, kişinin iradi olarak sarhoş olması ve sarhoş durumdayken kendisine karşı kasten yaralama suçunun işlenmesi ve böylece nitelikli halin gerçekleşmesi mümkündür. TCK m. 34'teki fail açısından öngörülen ve iradi olarak alınan alkol ya da uyuşturucu madde etkisinde suç işlemenin kişinin ceza sorumluluğunu etkilemeyeceğine dair düzenleme, burada mağdur söz konusu olduğu için geçerli değildir. İradi olarak sarhoş olmak suretiyle kendisini savunamayacak duruma sokan kişiler açısından da bu nitelikli hal devreye girer. Önemli olan failin bu durumu bilmesi ve bundan yararlanıyor olmasıdır. Buna karşılık fail, mağduru kendisini savunamayacak duruma düşürmüşse, örneğin, bayıltıp dövmüşse bu nitelikli hal söz konusu olmayacaktır. Çünkü burada zaten baştan itibaren kendisini savunamayacak bir durum yoktur. Fail bu duruma yol açmaktadır.

Dediğim gibi kanunun başka hükümlerinde de bu nitelikli hal bulunmaktadır. Kasten öldürme başta olmak üzere işkence, eziyet, cinsel saldırı, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, hırsızlık ve yağma suçlarının kendisini savunamayacak durumda bulunan kişilere karşı işlenmesi nitelikli hal olarak düzenlenmiş vaziyette.

B. Netice Sebebiyle Nitelikli Haller (Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış Haller)

Burada son olarak netice sebebiyle nitelikli hallere (neticesi sebebiyle ağırlaşmış hallere) değineceğim. Söz konusu haller, yaralama suçları açısından 87. madde (kasten yaralama) ile 89. maddede (taksirle yaralama) düzenlenmektedir. Bu maddeleri model alan neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence suçunu (m. 95) da burada zikretmek gerekir. Bu üç maddede yer alan ve içerik olarak aynı mahiyette olan halleri 8 başlık altında ele almak mümkündür. Burada özellik arz eden bazı noktalara temas edeceğim, konunun tıbbi nitelikteki ayrıntıları benim uzmanlık alanım dışındadır.

1. Duyu ve Organlardan Birinin İşlevine Dair Neticeler

Kanundaki sırayı takip edecek olursak; duyu ve organlardan birinin işlevine yönelik etkiler, ilk grup ağır neticeleri oluşturmaktadır. Burada "sürekli zayıflama" (m. 87/1-a, 89/2-a, 95/1-a) ya da "yitirme" (m. 87/2-b, 89/3-b, 95/2-b) şeklinde iki kategori netice karşımıza çıkıyor. Yani duyu ya da organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması (uzuv zaafı) ya da bunların işlevlerinin yitirilmesi (uzuv tatili) neticeleri. Dikkat edilirse bu hususlar tıbbi uzmanlık gerektirmekte olup hâkimin bunu belirlemesi mümkün değildir, adli tıp gerekli tespiti yapacaktır. Söz konusu iki kategori farklı fıkralarda düzenlenmekte ve işlev yitirmesi daha ağır cezayla karşılanmaktadır. Dolayısıyla cezanın ağırlığını da esasen adli tıp uzmanlarının bilirkişi görüşü belirleyecektir.

Bu bağlamda çift organlardan birini yitirme, örneğin, kişinin bir gözünü yitirmesi, diğer gözüyle görmeye devam ediyor olması organlarda bir zayıflama olarak değil, daha ağır cezayı gerektiren yitirme olarak kabul edilmektedir.

Dişler bakımından ilginç ayrımlar yapılmaktadır. Adli tıp uzmanlarının hazırladığı kılavuzda dişlerin çiğneme ve konuşmaya etkisine göre birtakım puanlamalar söz konusu. Dişin türüne ve sayısına göre verilen puanlar çerçevesinde zayıflama ya da yitirme ayrımının yapıldığını görüyoruz. Ama mesela 4 dişi olan bir kişinin 3 dişi kırılırsa puanlamanın ne şekilde olacağı bir soru olarak belki gündeme gelebilir.

2. Konuşma Yeteneğine Dair Neticeler

Konuşma yeteneğine yönelik etkiler, ikinci grup ağır neticeleri oluşturuyor. Burada da söz konusu yetenekte "sürekli zorluk" (m. 87/1-b, 89/2-c, 95/1-b) veya bu yeteneğin "kaybolması" (87-2-c, 89/3-c, 95/2-c) şeklinde iki kategori ağırlık derecesi bulunmakta ve farklı cezalar öngörülmektedir. Kişinin yaralama sonucunda kekeme olması sürekli zorluğa örnek gösterilebilir. Bunun tersi durum, yani suç sonucu kekemeliğin kalkması halinde ise zorluk olmadığı için nitelikli hal oluşmayacak yahut bu ağır netice gündeme gelmeyecektir. Konuşma yeteneğinin kaybolması açısından ise hiç ya da anlamlı bir konuşma yapamama örneği verilebilir. Kişinin cihaz yardımıyla konuşabiliyor olması bu nitelikli halin uygulanmasına engel teşkil etmeyecektir.

3. Yüzdeki Neticeler

Yüzdeki etkiler üçüncü grubu oluşturmakta olup burada da yüzde "sabit iz" (m. 87/1-c, 89/2-d, 95/1-c) ve "sürekli değişim" (m. 87/2-d, 89/3-d, 95/2-d) şeklinde ağırlık ayrımı söz konusudur. Sabit izin mutlaka kişiyi çirkinleştirmesi de gerekmiyor. Yani güzel ya da anlamlı bir iz de nitelikli hali oluşturabilir.

Sabit izin mutlaka kişiyi çirkinleştirmesi de gerekmiyor. Yani güzel ya da anlamlı bir iz de nitelikli hali oluşturabilir.

Bu noktada adli tıp belirlemesine karşı ilginç bir Yargıtay Ceza Genel Kurulu kararı var. Tartışma konusu olan husus, basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek bir yaralama ile yüzde sabit iz bir arada olabilir mi? Adli tıp yaklaşımına göre bu ikisi bir arada olabilirken Yargıtay bunların bir arada olamayacağını söylüyor. Daha açık bir anlatımla basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek yaralamanın aynı zamanda sabit iz bırakabileceği görüşüne karşılık Yargıtayın "yüzde sabit bir iz varsa bu basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek bir yaralama değildir" şeklinde bir yaklaşım farklılığı karşımıza çıkıyor. Burada belki sabit iz kavramının tanımından hareket etmek lazım. Kısa sürede ve olağan bir tedavi ile giderilemeyen izler şeklindeki bir tanımı esas aldığımızda, uzun süren ve olağan tedavi ile giderilemeyen izlerin, basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek bir yaralama olmadığı söylenebilecektir. Ama tabii takdiri yine uzmanlarına bırakmak gerekir.

Burada sabit iz ya da eser kavramını genişleten görüşlerin olduğuna ve bunların kanunilik ilkesi açısından eleştirildiğine de dikkat çekmek gerekir. Örneğin, yaralama sonucu kişinin gözünün kapalı kalması, burun akıntısının başlaması, ağzının çarpıklaşması, salya akmaya başlaması gibi halleri de sabit ize dâhil eden yaklaşımlar.

4. Gebe Kadında Meydana Gelen Neticeler

Bu grupta mağdurun niteliği ile mağdurun üzerine meydana getirilen etki birlikte ağır neticeyi oluşturuyor. Gebe kadın bakımından "erken doğum" (m. 87/1-c, 89/2-f, 95/1-e) yahut "düşük" (m. 87/2-e, 89/3-e, 95/2-e) yapma şeklinde iki kademe var yine. Burada tabii nedensellik bağlantısı çok önemli. Yani yaralama ile meydana gelen bu iki netice bakımından bir nedensellik bağı ve objektif isnat edilebilirlik değerlendirmesi son derece önemli.

İlk ağır netice olan erken doğumda çocuk sağ doğmuş olmalıdır, erken doğum nedeniyle sonradan ölmüş olması sonucu değiştirmeyecektir. İkinci ağır netice olan çocuğun düşmesinde ise çocuğun doğarken anne karnında ölmesi söz konusudur.

5. Çocuk Yapma Yeteneğinin Kaybolması Neticesi

Beşinci grubu oluşturan bu neticede (m. 87/2-c, 89/3-c, 95/2-c) tartışılan bir mesele; mağdurun tüp bebek yoluyla çocuk sahibi olabilmesi halinde yine de çocuk yapma yeteneğini kaybetme söz konusu olacak mıdır? Burada iki yönde de görüş ileri sürülüyor. Yani "Tüp bebek yoluyla çocuk yapılıyor olması, çocuk yapma yeteneğinin tamamen kaybolduğu anlamını taşımaz, bu durum, organda sürekli zayıflama kapsamında değerlendirilir" diyen görüş olduğu gibi "Önemli olan doğal yoldan üremenin gerçekleşmesi olup bunun yitirilmesi halinde çocuk yapma yeteneğinin kaybolması söz konusudur" görüşü de mevcut.

6. Kemik Kırığı veya Çıkığı Neticeleri

Kasten yaralamaya ilişkin 87. maddenin ilk halinde yalnızca kemik kırığı neticesi öngörülmüştü, kemik çıkığı neticesi sonradan kanununa eklendi. Fakat aynı içerikte düzenlemeler içeren taksirle yaralama (m. 89) ve işkence (m. 95) suçlarına ilişkin hükümlerde sadece kemik kırığı neticesine yer verildiğini görüyoruz. Bu maddelere kemik çıkığı neticesinin eklenmesinin unutulduğu veya bilinçli olarak eklenmediği ileri sürülebilir.

7. Hayati Tehlike, Tedavisiz Hastalık veya Bitkisel Hayat Neticeleri

Hayati tehlike (87/1-d, 89/2-e, 95/1-d), tedavisiz hastalık veya bitkisel hayat (87/2-a, 89/3-a, 95/2-a) durumları, esasen üç ayrı netice olmasına karşın bunlar birlikte ele alınabilir. Tabii ki bu neticelerin kendi aralarında bir ağırlık derecelendirmesi de yapılabilir.

Hayati tehlike bakımından kişinin yaşamının, yaralama sebebiyle tehlikeye girmiş olması şart olup girme tehlikesi yeterli değildir. Yani yaralamaya dair olayın büyüklüğü, şiddeti ya da tehlikeliliği değil, meydana gelen etki esastır. Örneğin, kişi, atılan tekme sebebiyle çok yüksek bir yerden düşmüş ve fakat hafif bir yaralama ile kurtulmuş olabilir. Örnekte her ne kadar olayın gerçekleşme biçimi hayati bir tehlike meydana getirme tehlikesi içermekteyse de burada meydana gelen etki önem taşımaktadır. Dolayısıyla olayın büyüklüğünden, şiddetinden, tehlikenin ağırlığından bağımsız olarak meydana gelen etki (netice) esas alınarak değerlendirme yapılmalı, bilirkişi raporu buna göre düzenlenmelidir.

Keza uygulamada ilk (geçici) raporlarda her ihtimale karşı hayati bir tehlikenin var olduğunun belirtilmesi eleştirilmektedir. Çünkü sonradan alınan raporla hayati bir tehlikenin olmadığı tespit edilebilir ve sırf bu nedenle raporlar arası çelişkinin doğması sebebiyle yeni bir rapor daha alınmasına ve böylece sürecin uzamasına yol açılabilir.

8. Ölüm Neticesi

Kasten yaralama (ve işkence) temel suçu sonucunda ölüm neticesinin gerçekleşmesi (m. 87/4, 95/4) en ağır (ve başka) bir netice olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu netice, kasten yaralama ve işkence suçlarında cezayı ağırlaştıran bir kast – taksir kombinasyonu olarak düzenlenmiş iken taksirle yaralamada doğrudan taksirle öldürmenin (m. 85) esas alınması gerekmektedir. Bu bağlamda belirtmek gerekir ki ölüm neticesinde de tıbbi bir belirleme gündeme gelebilir.

Benim sunumun bu kadar, ilgili ile dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Osman ATALAY (Moderatör)
Sayın Selman Hocamıza çok teşekkür ediyoruz. Çok güzel bir sunumdu. Şimdi çok değerli Hocamız, Profesör Doktor Gürsel ÇETİN Bey'e sözü veriyorum. Buyurun Sayın Hocam.

Gürsel ÇETİN (Moderatör)
Teşekkür ederim. Sayın katılımcılar öncelikle hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Şimdi 2 konuşmacı konuşurken vallahi bütün olaylar böyle sanki gözümün önünden tarih gibi geçiyor yani bunlarla o kadar çok uğraştık ki. Zaten bugün ki asıl sorunlar, sorunumuz bu yaralanmalar. Yıl 2004 oradan söyleyeyim size. Yasa çıktı işte, bu yeni yasa çıktı ve biz kucağımızda bulduk. Çok affedersiniz. O anlatılan bütün şeyler, tanımlar hepsi boşta duruyor. Bunları standart hale getirebilmek için bir kılavuz hazırlamak zorunda kaldık. Şimdi bakın çok uzun konuşmayacağım. Çünkü hakkımı başka taraflara bırakmak istiyorum.

Sıkıntı şurada, şu anda düşünün. Yüz küsur bin hekim var, milyonlarca tür hasta var. O sayılan hasarlar da çok çeşitli olabilir. Yani kolu kırıldı kişinin veya parçalı kırıldı, açık kırıldı. Bunlar değişik şeyler. Birinin kolu kırıldı, birinin onunla beraber öbür kolu da kırıldı. Başka bir dosyada kolu kırıldı, köprücük kemiği kırıldı, 3 tane kaburgası kırıldı, 1 tane uyluğu kırıldı. Yani alternatifin haddi hesabı yok. Öyle bir şey yapacaksınız ki, öyle bir uygulama yapacaksınız ki o yüz küsur bin hekim Edirne'de de aynı kararı verecek, Kars'ta da aynı kararı verecek. Bu hakikaten çok zor bir şey. Yani tüylerim diken diken oluyor. İşin güçlüğünü düşündükçe.

Bunun üzerine bakıldı ki bu mümkün değil, bu uygulama daha uygulama başlamadan önce bir kılavuz hazırlama yoluna gidildi. O kılavuzda, ilk kılavuzu Adli Tıp Kurumu ve 2 tane de dernek. Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği üstlendi. 3 kişi 3 editör onlarca, yüzlerce kişi Adli Tıp Kurumunun neredeyse bütün çalışanları dâhil olmak üzere buna katkıda bulundu ve bir kılavuz hazırlandı. Ama şöyle, yani o kadar geniş bir şey ki her gün yeni bir şey çıkıyor. Öyle olunca bu kılavuz bir defa revize edildi. Revize edildi derken değiştirme tarzında değil. Daha ziyade eklemeler yapıldı. Sonra bir daha eksiklikler çıktı. Çünkü uygulamada, doktorun biri çıkıyor diyor ki: "Ya benim başıma şöyle bir şey geldi, bunu kılavuzla çözemedim". E ne oluyor? Eksik kalmış oluyor, eklemek zorunda kalıyorsunuz. 2. kez revizyona uğradı daha doğrusu eklemeler yapıldı.

Şimdi derdimiz yine bir takım eksiklikler var. O eksiklikleri gidermek. Yalnız o eksiklikleri gidermek için yani 3 kişi kafa kafaya verip tamam işte bu eksiklikler var, bunları şöyle yapalım demekle olmuyor. Onun için anlattım size. Yani bu işin başlangıcı daha kurumsaldı. Yani kurumları temsil eden şekildeydi, o kişiler onları temsil ediyordu. Şimdi standardı sağlayabilmek için ve bunun herkes tarafından çünkü bu bütün ülkede kullanılıyor bu kılavuz sonuçta. Yani bu kurumlarda şöyle bir yanlış anlaşılma olmasın sanki bu kurumlar sadece kabul etti diye değil bu konuda hakikaten bir birlik var. Yani birbiriyle anlaşamayan kurumlar bile bu konuda birlik. Çünkü beraber yapıldı. Çünkü yine böyle bir şeye ihtiyaç var, bir takım eksiklikler var. Yani değiştirme ihtiyacı var.

Onu burada tartışalım istiyoruz. Nasıl tartışırız bilmiyorum vallahi. Yani yetişebilir miyiz? Derdimiz bu. Ben daha fazla lafı uzatmayacağım.

Osman ATALAY (Moderatör)
Buyurun Sayın Hocam, buyurun.

Başar ÇOLAK (Moderatör)
Buraları özlemiştim açıkçası, hani sanatçılar der ya çocukluğumdan beri işte şarkı söylüyor. Ben de herhalde gençlik yıllarımdan beri, burada toplantılara geliyorum ama uzun yıllardır gelmemiştim ve buranın çok değiştiğini ve çok da güzelleştiğini görüyorum. Hızır Hocama çok teşekkür ediyorum buraya davet ettiği için. Tabii bu toplantıların en önemli ayağı hukukçular ile hekimlerin bir arada olması büyük bir önem arz ediyor. Çünkü biz sonuçta bilirkişiyiz. Bilirkişiden ne isteniyorsa bilirkişi ona göre cevap verecek. Bazen yanlış istekler oluyor, bazen eksik istekler oluyor. Bazen istekler kişiden kişiye değişiyor, cevap verenden cevap verene değişiyor.

2005 yılında kanun değişmesiyle birlikte bir rehber oluşturulması zorunluluk hali geldi. Gürsel Hocamın söylediği gibi de bir rehber oluşturuldu ve büyük bir emek harcanarak bu rehber hayata geçirildi. Daha sonraki aşamalarda ise 2013 yılında rehber revize edildi 2019 yılında ikinci revizyonu yapıldı. Ama revizyonlar camiamızı kesmedi. Çünkü sürekli hocalara işte bunu nasıl yazacağız? Rehberde karşılığı yok. Sonuçta her şeyi rehbere yazmamız mümkün değil. Çünkü milyonlarca yaralanma ile karşı karşıya kalacağız, birbirlerini emsal alıp, takdir kullanarak bazen raporlar vermek durumunda kalıyoruz ama bu da yanlış yorumlamalara, yanlış sonuçlara neden olabileceği için tekrar bir revizyon ihtiyacı doğdu. Ben Adli Tıp Uzmanları Derneği Yönetim Kurulu üyesiyim aynı zamanda ve biz, Dernek Yönetim Kurulu olarak bunun tekrar revize edilmesi için Serhat Hocamızı görevlendirdik. Serhat Hocamız da bir grupla revizyona başladı ama aynı zamanda da herkesin adli tıp uzmanlarının üye olduğu bir mail grubuna çağrı yaparak herkesin bu rehbere katkı yapmasını bekledi ve Adli Tıp Şube Müdürlüğünde çalışan genç arkadaşlar olsun, üniversitede çalışan hocalarımız olsun pek çok insanın katkılarıyla bir rehber taslağı ortaya çıktı. Bu rehber taslağı sonuçta hepimizin kullanması gereken bir rehber taslağı olması nedeniyle Adli Tıp Kurumu ile paylaşılarak Adli Tıp Kurumunun görüşleri ve bunu tartışmaya açıp, son halini verip, ortak bir metin haline… Geçmişte de benzeri şeyler oldu. Bir önceki rehberin sorumluluğu bendeydi pek çok düzenlemeler yapıldıktan sonra Adli Tıp Uzmanları Derneğinden, Adli Tıp Kurumundan, Adli Tıp Derneğinden temsilcilerle bu rehber güncellenerek hayata geçirildi. Şimdi rehberin son güncellenen, adli tıp uzmanları tarafından son güncellenmiş halini Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Başkanımız Serhat Hocamız sunacak ve onun üzerinden belki fikirleri ileri sürebiliriz.

Osman ATALAY (Moderatör):
Sayın Serhat Hocam buyurun lütfen.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Dinleyici / Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı)
Değerli katılımcılar teşekkür ederim. Ben dinleyici olarak gelmiştim, son anda sunum yapmam istendi. O bakımdan affınıza sığınıyorum.

Başar Hocamızın da dediği gibi güncellemeyi yapmak üzere Adli Tıp Uzmanları Derneği beni görevlendirdi. Bu işler için biliyorsunuz sözü geçen, yaşlı, kaprisleri çekilebilecek bir insan olarak ben tercih edildim ve ben de gerçekten bu alanda çalışan hem angaryasını çekecek olan, hem de görüşleri olan insanları bir araya getirmeye çalıştım ve tabii ki herkese açık bir şekilde bir davet yaptık.

Başar Hocamın da dediği gibi katılımlar oldu. Şu konuyu irdeleyin ya da bu konuda benim görüşüm budur diyen herkesin görüşleri alındı ve ilk rehberi ve revizyonlarını hazırlayan arkadaşlarımın çektikleri sıkıntılar kadar olmasa da -çünkü bir iskelet var, yapı

var.- O yapının üzerine biz bir şeyleri değiştirmeye kalktık, biraz kolaylıklar yapmaya çalıştık ve bunları da son haline getirdikten sonra da hem Adli Tıp Kurumuna hem de camiaya sunmak istedik. Adli Tıp Kurumuna da sunduk zaten. Hani orada da tartışılacak bu taslak.

Şimdi PDF formatını açtık. İçindekiler kısmı var. Bu içindekiler kısmı PDF formatında herhangi bir yere tıkladığımız zaman mavi alanlar, içindekilerden nereye gideceğimizi gösteren bir kullanım kolaylığı olsun dedik. 2. sayfada bir önsöz yazdık ve bu önsözde konunun geçmişini anlattıktan sonra bununla ilgili değerlendirmeleri yine girdik. Teknik olarak ben nereleri değiştireceğimize ait ayrı bir PowerPoint sunum yapacağım.

Burada, örneğin bütün vücut bölgelerine göre yaralamalar başlıklı bölümde oraya tıkladığımız zaman vücut bölgelerine göre gitmek istediğimiz yerlere çok güzel gidebiliyoruz. Mesela orada abrazyona tıkladığımız zaman bunun açıklaması da ayrıca yapılabiliyor ve hangi açıklamaya, nereye tıkladığımızda ona yapılan yere yönlendirme yapıp çok kolay bir kullanım sağladığını düşünüyorum.

Şimdi bunu kapatıp 42 slayttan oluşan PowerPoint sunumumuza geçmek istiyorum. Burada da tabii ki bütün bir metni değil, değişiklik yaptığımız yerleri hızlıca geçmek istiyorum hani vaktimizin de olduğu kadarıyla.

Mehmet Ali SELÇUK (Moderatör):
Adli Tıp Kurumu adına not düşmek istiyorum. Adli Tıp Uzmanları Derneğinin önerdiği bir görüş var tabii onu kitapçık haline getirmişler. Bizim bu konuda herhangi bir fikrimiz yok, bunun üzerine biz göz gezdirdik. Katılmadığımız çok sayıda konu var. Adli Tıp Kurumu 8 kuruldan oluşmakta ve bu kurulların bir araya gelmesiyle bir taslak oluşturulmalı, tabii dernekleri, üniversiteleri hepsini buna dâhil etmek isteriz. Serhat Hocamıza saygı gösteriyoruz. Vermiş olduğu, şimdi göstereceği sunum bizim için yeterli değildir. Çünkü görüşmedik biz bunu. Dolayısıyla görüşülmüş gibi aktarılmasını istemiyoruz. Teşekkür ederim.

Başar ÇOLAK (Moderatör):
Ben bir şey söyleyebilir miyim?

Osman ATALAY (Moderatör):
Evet, buyurun Başar Hocam.

Başar ÇOLAK (Moderatör):
Açıkçası biz buraya, bağcı dövmeye de gelmedik, dayak yemeye de gelmedik onu baştan söyleyelim. Biz buradan üzüm yiyeceğiz, hep beraber yiyeceğiz bu üzümü. Bu metin okundu mu? Okunduysa hangi gerekçelerle bu metin kabul edilmiyor? Bunun bilimsel olarak dile getirilmesi gerekir. Bu metin yanlıştır deyip çöpe atmak bilimsel yaklaşıma hiç uyumaz, bilime saygıya uymaz, akademik yaklaşıma uymaz. Takdir sizin ama bu kadar emek harcanmış bir şeye; beyin cerrahına danışılmış, fizik tedaviye danışılmış, göğüs hastalıkları uzmanına, göğüs cerrahlarına… Sadece bu metin adli tıp uzmanları tarafından oluşturulmuş bir metin değil. O zaman bu toplantıyı niçin yaptık? Niçin Kurum masraf yapıp bizi buraya getirdi? Bunun da cevabını herhalde Mehmet Ali arkadaşımız verir diye düşünüyorum.

Mehmet Ali Selçuk (Moderatör)
Hocam saygı ile karşılıyoruz.

Osman ATALAY (Moderatör):
Sayın Hocam Yasemin Hanım'a söz veriyorum. Buyurun efendim.

Yasemin BALCI (Moderatör):
Ben bütün katılımcıların bu oturumdaki tüm katılımcıların sunumları için teşekkür ediyorum. 2004 yılındaki Türk Ceza Kanunu'ndaki değişiklikten sonra 2005 yılında uygulamaya girme aşamasından çok öncesinden beri çalışıp TCK değişiklikleri ile rehber değişikliklerinin, uygulama değişikliklerinin canlı tanığıyım. Herhalde oturumdaki herkes bunun canlı tanığı. Dolayısıyla Kurum Başkanımıza da teşekkür ediyorum. Bütün bu canlı tarih tanıklarını bir araya getirmiş olduğu için.

Aslında yaptığımız şey bir skor. Çünkü Sayın Hâkimimiz de anlattı. Ceza Kanunu'ndaki ilgili maddelerdeki hekim bilgisi ile aydınlatılacak hususların, aydınlatılmasında herkes eşit bir yol izleyebilsin, aynı yolu izleyebilirsin, çeşit çeşit rapor çıkmasın. Esasen adli tıp uzmanları arasında bu konuda çok büyük bir çelişki olmaz. Çelişki daha çok adli tıp uzmanı olmayan, pratisyen hekim ve diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlerle adli tıp uzmanlarının raporları arasında olur. Çünkü bu bizim müfredatımızda mevcut. Biz asistanlarımıza, öğrencilerimize bunu anlatıyoruz. Burada bir sıkıntı yok.

Keza böyle bir rehber gibi bir şey 2004 yılından önce de rahmetli Şemsi Hoca, Zeki SOYSAL ve Selman AKYOL Hocaların yaptığı bir broşür vardı. Ama o broşürde Sayın Hâkiminizin anlattığı gibi ne kadar mutat iştigaline engel teşkil edeceği gibi o zamanın kanununa göre bir skorlama vardı. Kanun değişince yeni bir skorlamaya ihtiyaç hissedildi. O dönemde Uluslararası Travma Skorları ile ilgili bir çalışma yapıyordum ben de. Benim tezimdi bu. Bu benim tezim olduğu için meslektaşlarımız, uzmanlık derneği hatta o zamanki Kurum Başkanımız bendeki bu bilgilerden yararlanmak istediler. Dolayısıyla o tarihten beri ben, bu Türk Ceza Kanunu çerçevesindeki hazırlanan rehberlerin demirbaş üyesi olarak yer aldım. Yani ilk versiyonundan 2.-3. şimdi 4. versiyonu olacak. Ne yazık ki artık 4. versiyona geldiğinde benim de gücüm kalmadı. Çünkü Başar Hocamın, Serhat Hocamın, Gürsel Hocamın dediği gibi o kadar çok uzmanlardan, görüş alıyoruz ki. Görüşleri alıyoruz, tartışıyoruz, sonra geri bildirimler veriyoruz, herkes bir şey söylüyor bu çok kolay bir süreç olmuyor.

Şimdi ilk versiyonu oluştururken uzmanlık alanları ile bir sürü toplantılar yaptık. Genel cerrahlar ile toplantı yaptık, beyin cerrahları ile toplantı yaptık, sistemler ve arızalara göre ortopedistler ile toplantı yaptık. Şimdi süreç zorlu olduğu için ben son versiyonda artık yoruldum ve ben bırakmak istiyorum dedim. Bayrağı Serhat Hocama bıraktım.

Şimdi bu güncelleme dediğimiz şey bir şey güncellendiğinde tamamen değişiyor anlamına gelmiyor. Biliyorsunuz kanunlarda da değişiklik olur, bir sürü tartışma yapılır iki tane cümle değişir. Bizde de böyle. Bir temel var çok eskiden beri olan ve sonradan geliştirdiğimiz bir temel var. Bu temel üzerine uygulamada bazı şeyleri aydınlatmakta kafa karışıklığına neden olan, ne yazacağımıza karar vermekte sıkıntı oluşturan, tartışma oluşturan hususları bir ortak akılla bir havuzda topluyoruz. Sonra bunları tekrar tartışıyoruz. Tartışıyoruz, tartışıyoruz, tartışıyoruz da rehberin tamamını değiştirmiyoruz aslında. Değiştirdiğimiz şey üç beş yeri oluyor, bazı kelimeler oluyor. Dolayısıyla biz bunu adli tıp uzmanları olarak kurumlar arası işbirliği ile şimdiye kadar yaptığımız gibi şimdi de yapacağız. Ama ben bu saatte, bu oturumda genç hâkim ve savcılarımızın bizim bu tek tek sunacağımız tıbbi şeylere çok vakıf olamayacaklarına inanıyorum. Yani bunu biz uzmanlık alanı içinde daha sonra tartışmalıyız diye düşünüyorum. Hâkim ve savcılarımızın bileceği şey, bizim bunu ortak akılla yıllardan beri güncelleyerek, onların raporlarda bekledikleri hususları aydınlatacak şekilde bir ortak kılavuz hazırladığımız, bu kılavuz çerçevesinde raporlarımızı düzenlediğimiz, bundan sonra da böyle yapacağımız. Bunun diğer kısmı, tıbbi kısmının adli tıp uzmanları arasında olması gerektiğini düşünüyorum.

Bilmiyorum yanılıyor muyum?

Osman ATALAY (Moderatör):
Sayın Hocam gerçekten çok güzel şeylere değindiniz Yasemin Hocam. Gerçekten şunu söylemek istiyorum. Genç pırıl pırıl doktor ve hâkimlerin karşısında tabii bu sürecin nasıl olduğunu, neler yaşandığını çok güzel izah ettiniz. Bu normalde eğer bir değişiklik arzu ediliyorsa bunu kendi içinizde Sayın Başkanım inşallah başka bir toplantıda değerlendirilmesinin daha uygun olacağı kanaatindeyiz. Söz almayan bir hocamız var. Lütfen buyurun Sayın Hocam. Söz almayan iki arkadaşımız var onlara da söz verelim tamamlayalım. Buyurun efendim.

Kağan GÜRPINAR (Moderatör):
Teşekkür ediyorum Sayın Başkan. Serhat Hocam benim de hocamdır. Eski Kurum Başkanımız, kurul başkanlığı, kurul üyeliği yapmış değerli bir Hocamız. Kendisini ayakta bekletiyoruz. Söylemek istedikleri var, hızlı da olsa öncelikle ATUD'un çalışmasının kısaca da olsa paylaşılması gerektiği kanaatindeyim şu noktada. Ama elbette ki biz Adli Tıp Kurumu olarak birtakım reflekslerimiz var, kendi düşüncelerimiz var onunla ilgili olarak da sonrasında eğer söz verecek olursanız kendi düşüncelerimi ifade ederim. Kurum adına ve kendi adıma.

Osman ATALAY (Moderatör):
Buyurun Serhat Hocam.

Mehmet Ali SELÇUK (Moderatör):
Şimdi pardon, söz almak istiyorum. Ortada bir metin yok. Bunun dile getirilmesi, tartışılması, yayınlanması güzel bir şey değil.

Osman ATALAY (Moderatör):
Buyurun Sayın Hocam.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Dinleyici / Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Değerli arkadaşlar, Başar Hocamızın da dediği gibi burada böyle bir tartışma ortamı, bilimsel dayanakları ile bir tartışma ortamı yaratabiliriz. Zaten kongreler böyledir. Mehmet Ali Bey'in de söylediği gibi. Aslında tartışmayı açması da güzel oldu kendisinin.

Şimdi biz bir çalışma yaptık. Bu çalışmayı tekrar söylüyorum değişik uzmanlık alanlarından, online sistem üzerinden gece yarılarına kadar daha önceki çalışmaları yapan arkadaşlarımız bilirler bunları bir hale getirdik biz. Bu tabii ki yine herkesin görüşüne açık bu taslakta. Her ne kadar biz açığız herkes görüşünü versin dedik, herkesten aldık. Ama bu taslak halinde yine herkesin görüşüne tabii ki açmak için zaten buraya geldik. Daha doğrusu Kurum'a sunduk. Kurum da bunu yeknesak bir şekilde, bütün standardize edilmiş şekilde, bütün Türkiye'de herkesin uygulayacağı, Yasemin Hoca'nın dediği gibi adli tıp uzmanlarının da kendi aralarında görüş farklılıkları var, asistan arkadaşlarımız, yeni uzman arkadaşlarımız hangi hocanın ne dediğini bilemeyeceğinden dolayı, bir takım sıkıntılar yaşadığından dolayı bu standardizasyonu sağlamaya çalışıyoruz ve en açık olanı da ya da en etkin sonucu da hâkimler nezdinde bizden tartışmalı rapor geldiğinde; yüzde sabit izi BTM'den mi vereceğiz ya da işte servikal vertebra kırıklarında hangisinde yaşamsal tehlike olup olmadığı gibi tartışmaları yaptık ve son haline getirdik.

Şimdi bunu beğenmeyebilirsiniz. Çok anlamlı birtakım eleştiriler yapılabilir bilimsel dayanakları ile. Biz çünkü beyin cerrahlarıyla uzun uzadıya tartıştık konuları. Önceki arkadaşlarımızın tartışmış olduğu gibi ve ufak tefek değişiklikleri şu anda taslak olarak sunduk. Burada tabii ki zaman itibariyle de anlıyorum sizi. Yani burada sunulması da uygun olmayabilir, ayrı bir komisyon kurulabilir. Bunun başında Adli Tıp Uzmanları yapılabilir bilimsel dayanakları ile. Biz çünkü beyin cerrahlarıyla uzun uzadıya tartıştık konuları. Önceki arkadaşlarımızın tartışmış olduğu gibi ve ufak tefek değişiklikleri şu anda taslak olarak sunduk. Burada tabii ki zaman itibariyle de anlıyorum sizi. Yani burada sunulması da uygun olmayabilir, ayrı bir komisyon kurulabilir. Bunun başında Adli Tıp Uzmanları Derneği, Adli Tıp Kurumu kim olsa onun hiçbir anlamı yok. Çalışmayı yapan, katkı veren herkesin adı da olur orada. Kurum da biz bunu kabul ettik Adli Tıp Kurumunun başlığı altında Adli Tıp Kurumu ile birlikte sunulur der. Sunulur, bizim adımız olsun şunda da olsun, bunda da olsun derdinde de değiliz. Biz hizmet verme derdindeyiz ve gerek yargıya hizmet hem de bilirkişilere ellerinde güvenle dayanabilecekleri bir metin olsun istedik.

Teşekkür ederim ben. Umarım ilk fırsatta bu tartışma daha bilimsel bir ortamda yapılır. Teşekkürler.

Osman ATALAY (Moderatör):
Sayın Hocam teşekkür ediyoruz. Söz almayan arkadaşımız var mı efendim? Yoksa oturumu kısa bir şeyle kapatmak… Söz almayan arkadaşımız lütfen buyurun efendim.

Hasan Turan KARATEPE (Moderatör):
Tabii usulden içeriye geçemeyince benim alanımla ilgili, psikiyatri ile ilgili içeriksel anlamda bir şey deme fırsatımız olmadı. Fakat tebrik ediyorum usulen iyi tartıştınız. Bu da benim yorumum olsun en azından. Bunu belki çalıştay ortamında yani bir şeyin deklarasyonu ya da panel ortamı değil de uzmanların birlikte bu meseleleri tartıştığı bir çalıştay ortamında bu konunun değerlendirilmesi herhalde daha uygun gibi görünüyor.

Osman ATALAY (Moderatör):
Sayın Hocama, Hasan Hocama çok teşekkür ediyorum. Gerçekten konu önemli bir konu bunun bir çalıştay olarak yapılıp, tartışılmasında etraflıca fayda var. Herkesin katkı sunmasında fayda var ve neticede olgunlaşınca da gereği yapılır. Biz hukukçular olarak tabii bir panelde genç hâkim, savcıların önünde bu tartışmanın çok da olması uygun olmayabilir de değerlendirdik. Ama Sayın Hocalarımız kendi içinde bunu çok güzel değerlendirdiler. İnşallah bu belirlenen çalışmanın bir çalıştayda yapılması daha uygun olur.

Sonucu şununla bağlamak istiyorum. Tabii yıllarca savcılık yaptık. Savcılıktan yirmi yıl sonra, Yargıtay üyeliği, 11 yıldır Yargıtaydayım. Savcılık yaptığımız yıllarda, ilçelerde bizim en önemli dostlarımız doktorlardır. Bir savcının, hâkimin en yakın arkadaşı doktordur. Niye? Savcı otopsiye doktorla gider. O doktorlarla bizim o kadar güzel anılarımız var ki. Yetkili kaldığımız yerde sabaha kadar bir otopsi için ormanda yürüdüğümüz doktoru hatırlıyorum.

Öyle bir doktoru hatırlıyorum ki burada anmaktan geçemeyeceğim. Maraş'ta bir doktor ve Maraş depreminde eşiyle yıkıntılar altında kaldı ve vefat etti. Fatih SEVİNÇ Bey'i anmak istiyorum sizin huzurunuzda. Doktor Ejder Bey'i anmak istiyorum yıllarca beraber otopsiye gittiğimiz o güzel doktoru. Doktor Hasan Bey'i anmak istiyorum aç, susuz gidip otopsi yapıp, gelip beraber yemek yediğimiz doktoru. Bizim acılarımızı paylaştığımız, anılarımızı paylaştığımız en yakın arkadaşlarımız doktorlardı.

Hâkimler, savcılar olarak biz doktorları seviyoruz. Onların raporları ile karar vermekten de mutluyuz. Onlara inanıyoruz, onlara güveniyoruz, onları seviyoruz. Sağ olun var olun.

Başkanın program bitti herhalde?

Kağan GÜRPINAR (Moderatör):
Sayın Başkan müsaade eder misiniz? Ben çok kısa bir ifade etmek istiyorum ama.

Osman ATALAY (Moderatör):
Buyurun efendim.

Kağan GÜRPINAR (Moderatör):
Ben, tabii yine Kurum adına şunu da ifade etmek istiyorum. Geçmişte olduğu gibi, bundan sonrası için de alanın tüm paydaşları ile birlikte hazırlanacak olan bir rehber, bir çalışma grubunun içerisinde elbette ki Adli Tıp Kurumu işbirliği içinde keyifle yer alır. Umarım öyle de olur. Konuşulacak konular var. Biz inceledik Hocam bu arada çalışmanızı. Emeğinize sağlık, sağ olun. Farklı düşündüğümüz hususlar da var ama bu ortam çok da uygun görünmüyor bunları tartışmak için görüldüğü üzere. Bir araya gelebildiğimiz takdirde, umarım ki de öyle olur. Tartışır ve daha iyi bir rehberi hep birlikte hazırlayabiliriz.

Teşekkür ederim.

2. GÜN
1. OTURUM

ADLİ TIP VE İNSAN HAKLARI

ADLİ TIP VE İNSAN HAKLARI OTURUMU



Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Değerli katılımcılar, saygıdeğer konuşmacılar; hepinize Adli Tıp Kurumu tarafından 18. Adli Tıp Günleri kapsamında düzenlenen Adli Tıp ve İnsan Hakları konulu bu önemli oturuma hoş geldiniz demek istiyorum.

Sabah açılış konuşmalarında da belirtildi. Burada bir araya gelmemizin amacı toplumumuzun en temel değerlerinden biri olan insan haklarının korunması ve bu kapsamda adli tıp alanındaki gelişmeleri hep birlikte masaya yatırmak. İnsan hakları kavramının sadece insan olmak sıfatı ile doğuştan sahip olduğumuz evrensel, eşit, vazgeçilmez hakları ve özgürlükleri içerdiğini hepimiz bilmekteyiz.

İnsan haklarına saygı toplumumuzun temel dayanışma ve adalet unsurlarından birini teşkil etmektedir. Bu kavramı korumak, geliştirmek hepimizin asli görevleri arasındadır. Burada da özellikle adli tıp bilimi tıp ve hukukun kesiştiği bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Adli tıp bilimini bu iki disiplinin kendi aralarında işbirliği yapması gereken çok önemli bir bilim dalı olarak görüyorum. Çünkü adaletin sağlanmasında özellikle yargının görevini tam olarak icra etmesinde Adli Tıp Kurumunun ne kadar önemli olduğunu zaten açılış konuşmalarında gerek Adli Tıp Kurum Başkanımız gerek ise Adalet Bakanımız ayrı ayrı dile getirdiler.

Gerçekten de Adli Tıp Kurumunun bilirkişilik anlamında bilimin de verilerini kullanarak kritik önem taşıdığını hepimiz biliyoruz.

Burada yine açılış konuşmasında dile getirmiştim ama bir kez daha ifade etmek istiyorum. Özellikle İsrail'in Gazze'deki insanlık dışı vahşete varır yaklaşımını ve eylemlerini uluslararası hukukçu olarak baktığımda aslında tam da savaş suçu, insanlığa karşı işlenen suç ve soykırım suçu olarak nitelendirmemiz gerektiğini bir defa daha ifade etmek istiyorum.

Özellikle biliyorsunuz uluslararası insancıl hukukun temel belgelerinden biri olan 1949 tarihli Cenevre Sözleşmelerine ek 1977 tarihli 1. Protokolün 51. maddesinin 6. fıkrasında misillemeler yoluyla sivil halka karşı saldırılar yasaklanmıştır. İsrail bu en temel kuralı göz ardı etmiş ve her gün göz ardı etmeye devam etmektedir. Sadece 7 Ekim'den itibaren değil onun öncesinde de sivil halka karşı saldırılar yapıldığını gördük. Uluslararası insancıl hukuk toplu cezalandırmayı da yasaklamaktadır ve yine İsrail bu kurallara uymamakta ısrar etmektedir.

Özellikle el-Ehli Baptist Hastanesi'nin bombalanması, bu ihlallerin açık örneklerinden sadece bir tanesidir. Yine Uluslararası Ceza Mahkemesi'ni kuran Roma Statüsü'nün savaş suçlarını düzenleyen 8. maddesinde açıkça hastanelere kasten saldırı gerçekleştirilmesi savaş suçu olarak düzenlenmiştir.

Roma statüsü sivillerin kasten öldürülmesini de yine açıkça savaş suçu olarak düzenlemektedir. Dolayısıyla İsrail'in bu eylemlerini savaş suçu ve insanlığa karşı suç olarak değerlendirmemiz gerekmektedir.

Aslında daha da ötesini söylemem gerekiyor o da 1948 tarihli Soykırım Suçunun Önlenmesine ve Cezalandırılmasına Dair Sözleşmenin 2. Maddesinde, soykırımı oluşturan eylemler düzenlenmiştir. Burada da ulusal, etnik, ırksal veya dinsel bir grubun kısmen veya tamamen ortadan kaldırılması amacıyla grup üyelerinin öldürülmesi soykırım fiilini oluşturur demektedir. Nitekim İsrail'in yaptığı da tam olarak budur buna ilaveten abluka yoluyla açlıkla ve susuzlukla ölüme sebep olmak da soykırım tanımının içerisine girmektedir.

Burada değerli hekimlerimiz var, hukukçularımız var. Bunları bir kez daha belirtmek istedim. Umarım bölgede yeniden barışın sağlanması, en azından ateşkesin bir an evvel kurulması, yardımların yapılması ve bölgede kalıcı bir barışın hâkim olması en büyük temennimiz.

Tekrar bugünkü oturumumuzun konusuna dönecek olursam,

yaklaşık 1,5 saat sürmesi öngörülen bu oturum insan hakları ve adli tıp alanlarındaki en son gelişmeleri ele alarak bu iki önemli konuyu bir araya getirmeyi amaçlamaktadır.

Burada birlikte moderatörlüğünü yapacağımız değerli hocam İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Gürsel ÇETİN ile birlikte bu oturumu yöneteceğiz. Ayrıca çok değerli 4 konuşmacımız var.

İlk olarak, değerli Anabilim Dalı Başkanımıza sözü vermeden önce konuşmacılarımızın kimler olduğunu sizlere söylemek istiyorum.

Adalet Bakanlığı İnsan Hakları Dairesi Başkanı Dr. Hacı Ali AÇIKGÜL. Kendileri Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde adli tıp ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri konulu bir sunum yapacaklar.

İkinci olarak Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Başkanı Prof. Dr. Muharrem KILIÇ tarafından Dünyada Ulusal İnsan Hakları Kurumları ve Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu başlıklı bir sunum gerçekleştirecektir.

Ardından eski Danıştay üyemiz Prof. Dr. Selami DEMİRKOL tarafından Sağlık Hukuku açısından adil yargılanma ilkesinin idari yargıya etkisi başlıklı sunum gerçekleştirilecektir.

Son olarak Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK İnsan Hakları ve Adli Tıp uygulamaları konusunda sunum yapacaktır.

Sizlerin de yakından tanıdığı konuşmacılarımız, bu konulardaki uzmanlıklarını ve deneyimlerini bizlerle paylaşacaklar ve bizler de tabii onların görüşlerini dinleyerek, tartışarak ve öğrenerek daha aydınlanmış bir şekilde inşallah buradan ayrılacağız.

Şimdi sözü daha fazla uzatmadan ben değerli moderatör hocama bırakmak istiyorum. Hepinize teşekkür ediyorum.

Gürsel ÇETİN (Moderatör):
Teşekkür ederim Sayın Hocam.

Sayın Kurum Başkanı programı hazırlarken, beni arayıp görevi verdiği zamanki teşekkürlerimi sunuyorum. Hem kendisine, hem Organizasyon Komitesine. Benim için bir onurdur.

Tabii hiç garibime gitmedi seçilen konu. Çünkü insan hakları yani herkesi ilgilendiren çok geniş bir konu. Her şeyden önce meslekleri bırakın insan olarak ilgilendiriyor bizi. Meslekler olarak düşünürseniz daha da çok ilgilendiriyor. Hekimlik, hâkimlik, savcılık yani hukuk ve tüm bunun özellikle biz insan hakları deyince ihlalleri geliyor aklımıza ve bunların önlenmesinde çok önemli görevler alıyoruz. Bu çok önemli bir şey.

Benim de aklıma ilk o geldi. Yani yıllardır biz alışığız ki insan hakları ihlalleri diye konuşuyoruz ama bu görevi aldıktan sonra, öyle olaylar yaşadık ki şimdiye kadar yaşanmamış, görülmemiş bırakın ihlalleri insan haklarının katlini yaşadık ve yaşıyoruz.

Dolayısıyla bu konunun bugün konuşulması çok değerli konuşmacıların da yapacağı katkılar çok daha anlamlı oldu. Sayın Hocamın dediği gibi. Şimdi ben sözü daha fazla uzatmayacağım. Yani hepimiz kalbimizde, orada şey de gösterilmiş, siyah kurdele ile temsil edilmiş hakikatten onu bugünlerde yaşıyoruz, daha çok yaşayacağız gibi endişelerimiz de var. Umarım iyi olur diyorum ve çok uzatmadan konuşmacılarımıza geçmek istiyorum.

Birinci konuşmacımız, Hocamızın az önce söylediği Hacı Ali AÇIKGÜL. Bize, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde Adli Tıp ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri konusunda bilgi verecek. Buyurun Sayın Hocam.

Hacı Ali AÇIKGÜL(Konuşmacı)
Çok teşekkür ediyorum. Sayın Başkanım, Sayın Hocam ve kıymetli misafirler, hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Ben, Adalet Bakanlığı İnsan Hakları Dairesi Başkanı olarak görev yapıyorum. Başkanlığımız, Devletimizi Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi önünde temsil ediyor. Devletimiz aleyhine Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine bir başvuru yapıldığı zaman bununla ilgili Devlet savunmalarını hazırlamak, gerekirse dostane çözüm görüşmeleri yapmak suretiyle başvuruları sonuçlandırmak ve kararların tercümesini yapmak gibi görevleri yerine getiriyoruz. Ayrıca açılış konuşmasında Sayın Bakanımızın da belirttiği gibi ülkemizde hak ve özgürlüklere ilişkin standartları yükseltmek, insan hakları ihlallerini önlemek amacıyla hazırlanan ve temel bir politika belgesi olan insan hakları eylem planının sekretarya hizmetleri de Başkanlığımız tarafından yerine getirilmektedir.

Konuya girmeden önce AİHM hakkında kısaca bir bilgi vermek isterim. Bilindiği gibi kural olarak yargılama yetkisi bağımsızlığın temel bir göstergesi olarak her devletin kendi milli, ulusal mahkemelerine aittir. Bununla birlikte özellikle İkinci Dünya Savaşı sonucu oluşan yeni dünya düzeninde insan haklarının daha kurumsal korunması ihtiyacı, evrensel ve bölgesel düzeyde korunma ihtiyacı ortaya çıktı. Evrensel İnsan Hakları Beyannamesi'nin kabulünden sonra bölgesel düzeyde de insan haklarının korunmasına yönelik Avrupa Konseyi kurulmuş ve Avrupa Konseyi tarafından hazırlanan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi yürürlüğe girmiştir. Sözleşme hükümlerini yorumlamak ve üye ülkeler arasında standart uygulamayı yaygınlaştırmak amacıyla temel bir denetim organı olarak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin kurulması öngörülmüş ve Mahkeme fiilen 1959'da faaliyete başlamıştır.

Ülkemiz 28 Ocak 1987 de Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'ne - o günkü tabirle komisyona - bireysel başvuru hakkını, 1990'da da - o günkü tabirle - Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin yargı yetkisini tanımıştır. Bildiğiniz gibi 1998 yılında 11. Protokol'ün yürürlüğe girmesi ile Mahkeme ve Komisyon ayrımı kaldırılmıştır. 2012'den itibaren de ülkemizin AİHM önünde temsili ve savunma görevi dış politikayı ilgilendiren başvurular haricinde Adalet Bakanlığı İnsan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülüyor.

Bu girişi bölgesel düzeyde uluslararası bir mahkeme olan AİHM'in niteliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için yaptım. Zira AİHM bir yargılama mahkemesi ya da 4. derece bir temyiz mahkemesi değil, üye devletler için standartlar getiren uluslararası bir mahkemedir. Dolayısıyla da iç hukuk yargılamaları ile tamamlanan yargısal süreçler açısından üye devletler AİHM'e bireysel başvuru yolunu getirmek suretiyle, hukuki süreçlerin bir de insan hakları bakımından gözden geçirilmesine ve değerlendirilmesine imkân sağlamakta ve buna göre de gerekli önlemleri almaktadırlar.

Bugünkü konumuz olan "AİHM Kararlarında Adli Tıp İle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri" sunumumu genel olarak 4 bölümde özetleyeceğim. Genel açıklamalar kısmında kısaca bilirkişilik ve Adli Tıp Kurumunun resmi bilirkişi olduğunu hatırlattıktan sonra adli tıp raporlarının değerlendirildiği AİHM kararları hakkında bilgiler vereceğim. Sonraki bölümde ülkemiz hakkında verilen AİHM kararlarından örnekler verdikten ve öne çıkan hususları analiz ettikten sonra çözüm önerileri ve

değerlendirmelerimi sizlerle paylaşacağım.

Adli Tıp işlemleri esasında bir bilirkişilik olduğu için öncelikle bilirkişilik kurumuna kısaca değinmek istiyorum. Bilirkişilik Kanunu 2/1-b maddesinde bilirkişi: Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde oy ve görüşünü sözlü veya yazılı olarak vermesi için başvurulan gerçek veya özel hukuk tüzel kişisi olarak tanımlanmaktadır.

Buna göre bilirkişi, özel ve teknik bilgiyi gerektiren konularda uyuşmazlığın çözümüne katkı sağlamak amacıyla, cumhuriyet savcısı, hâkim ya da mahkeme kararıyla görüşüne başvurulan, uzmanlık bilgisiyle çeşitli olgular veya tecrübe kurallarına ilişkin bizzat bilgi aktarabilen veya olayları tespit edebilen ya da belirli olayları değerlendirip sonuç çıkarabilen gerçek ya da tüzel kişisidir.

Bilirkişinin temel nitelikleri olarak mesleki yeterlilik ve uzmanlık, tarafsızlık ve dürüstlük, objektif ve gerekçeli rapor hazırlama - uzmanlık alanına ilişkin dayanakların gösterilmesi ve raporun mantık kurallarına uygun ve gerekçeli olması gerekliliği ve sır saklama yükümlülüğü sayılabilir.

Adli tıp ise insan vücudunu ve insan davranışlarının sonuçlarının yargılama aşamasında doğru değerlendirilebilmesi için bilirkişilik yapılabilmesi maksadı ile gerekli bilimsel verileri ve yapılacak araştırma yöntemlerini içeren kendine göre ilkeleri olan psikoloji, hukuk, kriminoloji, sosyoloji, genetik, biyoloji, biyokimya, patoloji ve ilgili çalışma alanları ile birlikte çalışan multidisipliner bir alandır.

Adli Tıp Kurumu adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmakla görevli tek resmi bilirkişi kurumudur. Mahkemeler ile hâkimler ve savcılıklar tarafından gönderilen adli tıp ile ilgili konularda, bilimsel ve teknik görüşlerini bildirme yükümlülüğü bulunmaktadır.

Adli tıp ile ilgili uluslararası kılavuz belgelere baktığımızda üç temel belge karşımıza çıkmaktadır. Bunların BM Genel Kurulu'nun 2000/43 sayılı kararı ile onaylanan İstanbul Protokolü: İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi İçin El Kılavuzu; Minnesota Otopsi Protokolü ve Avrupa İşkencenin ve İnsanlık Dışı veya Onur Kırıcı Ceza veya Muamelenin Önlenmesi Komitesi standartları olduğunu görüyoruz.

Adli tıp uzmanlarımız, hekimlerimiz bunların çok çok daha teknik detaylarına vakıflar. Bu 3 belgenin ilk ikisi evrensel düzeyde, biri ise Avrupa Konseyi belgesi düzeyinde işkence ve kötü muamele ile mücadele anlamında temel standartları oluşturan kılavuz belgelerdir.

Bu belgelerin bizim sunumumuz açısından önemine baktığımızda ise Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin özellikle emsal nitelikteki kararlarında her üç belgenin de içeriğini teyit ettiğini, Adli Tıp Kurumu raporlarının ve ilgili bilirkişi raporlarının bu belgelerle uyumlu olması gerektiğini belirttiğini görmekteyiz. Bununla birlikte sınırlı zaman nedeniyle bu aşamada bu kadarına değinmekle yetiniyor ve bu belgelerin detaylarına girmiyorum.

AİHM kararlarında adli tıp raporlarının değerlendirilmesine ilişkin hususlara baktığımız zaman öncelikle öncelikle şu hususun altını çizmemiz gerekiyor. Bildiğiniz gibi Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ikinci madde ve ondokuzuncu madde arasında ve bazı ek protokollerde Sözleşme ile korunan haklar ve özgürlükler yer almaktadır. Bu kapsamda adli tıp raporlarının genel itibariyle en temel, çekirdek haklar olarak bilinen yaşam hakkının düzenlendiği 2. Madde ile işkence ve kötü muamele yasağının düzenlendiği 3. Maddenin usulü yükümlülükleri olarak bilinen etkili soruşturma yükümlülüğü bağlamında AİHM önünde gündeme geliyor.

Bunların yanı sıra 6. Maddede düzenlenen adil yargılanma hakkı kapsamında özellikle kararların gerekçelendirilmesi, yani mahkeme kararlarının yeterli gerekçeyi taşıyıp taşımadığı bağlamında gündeme gelebiliyor. Yine özel ve aile hayatının korunmasına ilişkin özellikle de devletin pozitif yükümlülükleri bağlamında usulü yükümlülük olarak 8. Maddeye ilişkin incelemelerde de gündeme geliyor. Ama en çok 2. ve 3. Maddelerin usuli yükümlülükleri bağlamında gündeme geldiğini görüyoruz. Diğer maddelerde de nadiren rastlıyoruz ama daha çok etkili soruşturma bağlamında AİHM önünde gündeme geliyor.

Etkili soruşturma yükümlülüğü, devletin temel pozitif yükümlülüğüdür. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi açısından baktığımız zaman özellikle iki temel hak olan yaşam hakkı ve işkence ve kötü muamele yasağının esastan korunması öncelikle gündeme gelmektedir. Yani bu hakların ihlallerinin önlenmesi için devletlerin temel tedbirler alması ve ihlallerin engellenmesi devletin temel yükümlülüğüdür. Bununla birlikte devlet bütün tedbirleri almasına rağmen insan davranışlarının öngörülemezliği veya insan unsuru nedeniyle yaşam hakkı veya işkence, kötü muamele yasağının ihlali yine gündeme gelebilmektedir. Bu tür durumlarda devletin usuli yükümlülüğü olan etkili bir soruşturma yürütülmesi gündeme gelmektedir.

Etkili soruşturma yükümlülüğü, maddi gerçeğin tüm yönleriyle ortaya konulması, mümkün olan delillerin tamamının toplanması, sorumluların saptanması, mağduriyetin giderilmesi ve gerekli cezaların verilmesini içeren usulü bir yükümlülüktür. Bu kapsamda etkili soruşturma yükümlülüğünün unsurları olarak aydınlatma, bağımsızlık ve tarafsızlık, mağdurun katılımı, özen ve ivedilik, caydırıcılık/cezalandırma, denetime açık olma ve tazminat ödenmesi hususları öne çıkmaktadır.

Burada şu üç aşama birbirini izlemektedir. Birincisi aydınlatma yükümlülüğüdür. Yani ihlale konu olayın devlet makamları, tabii soruşturma makamlarını kastediyoruz, savcılık ve adli kolluk makamları tarafından aydınlatılması ve olayın nedenlerinin ve kusur durumunun tespit edilmesidir. Adli Tıp veya bilirkişi özellikle bu aşamada kusur olup olmadığı veya kusurun derecesinin tespitinde önemli bir rol almaktadır.

İkinci aşamada ise aydınlatılan olayın meydana gelmesinde kamu görevlilerin veya pozitif yükümlülük bağlamında üçüncü şahısların bir kusuru varsa bu kişilerin soruşturulması gündeme gelmektedir.

Üçüncü aşamada ise soruşturulan veya yargılanan kişilerin bir kusuru olduğu mahkeme kararıyla da sabit olduğu takdirde bunların cezalandırılması ve mağdur kişilerin de mağduriyetinin giderilmesidir.

Bu genel açıklamalardan sonra adli tıp raporlarına ilişkin AİHM tarafından geliştirilen temel ilkelere baktığımız zaman şu hususları tespit ediyoruz.

Bilirkişi raporlarının içeriğini sorgulanması veya bilimsel ve tıbben doğruluğunun değerlendirilmesi kural olarak AİHM'in görevi değildir. Zira bilirkişilik teknik bilgiyi gerektiren bir alandır.

Dolayısıyla AİHM kural olarak bilirkişi raporuna, adli tıp

raporuna karışmaz. Ancak biz hukukçuların hep dile getirdiği gibi her kuralın bir istisnası vardır. Hatta bazen istisnalar kural haline gelir. Bu kapsamda AİHM de, raporların mahkeme içtihatları ile ilgili ulusal belge ve standartlara uygunluğu, soruşturmanın etkinliğine halel getiriyorsa raporları denetleyebilmektedir.

Örneğin, tıbbi ihmal şikâyetiyle ilgili Aydoğdu/Türkiye başvurusunda, bilirkişi raporunda, (1) uygulanabilecek ve uygulanması gereken tedavi protokolleri incelenmeden, (2) çağdaş tıp ve meslek kurallarından bahsetmeden, (3) bu türden bir açıklamayı belirtmeye imkân verebilecek neden veya nedenlerini açıklamadan sadece uygulanan tıbbi işlemlerden söz edilmesi ve ilgili tüm doktorların standart ve kurallara uygun davrandıkları sonucuna varılması eksiklik olarak görülmüştür.

Ülkemizle ilgili AİHM kararlarına baktığımız zaman, genel itibariyle kesin ölüm nedeni ve otopsi raporuna ilişkin eksiklik iddiaları, ihmali ölümlerde taksir ve kusur incelemeleri, gözaltında kötü muamele iddiaları, hapis cezasının ertelenmesine ilişkin incelemeler, tıbbi uygulama hataları ve balistik incelemelerdeki eksiklikler gibi konuların gündeme geldiğini görüyoruz.

Burada şu hususu da belirtmekte fayda görüyorum. Türkiye ile ilgili verilen kararlara baktığımız zaman genelde eski tarihli kararlar olduğunu görüyoruz. Bunun nedeni de genel itibariyle bir soruşturma ve yargılama kapsamında verilen adli tıp raporunun AİHM tarafından ortalama olarak on yıl sonra incelenme imkânı olabilmesidir. Zira öncelikle üç dereceli olağan hukuk yargılamalarının tamamlanması, sonrasında Anayasa Mahkemesi bireysel başvuru sürecinin tamamlanması gerekmektedir. AİHM tarafından da bir başvurunun ortalama beş yıl gibi bir süreçte incelendiği dikkate alındığında bu sürecin ortalama olarak on yılı bulduğu görülmektedir.

Bugün sizlerle paylaşacağım AİHM kararlarına konu olaylara ilişkin adli tıp raporlarının da 90'lı yılların sonu veya 2000'li yılların başında düzenlenen raporlar olduğunu belirtmek istiyorum.

Aydoğan/Türkiye kararına konu olay Mart 2005'te, İzmir'de, yeni doğan ve hyalin membran hastalığı bulunan bebeğin, yoğun bakımda yer olmaması nedeniyle bir süre kuvöz ve mekânik ventilasyon ekipmanı olmayan yeni doğan servisinde bir ay kadar kalması, bu arada 1-2 hastane değiştirmesi ve vefat etmesinden kaynaklanıyor. Olay nedeniyle 4483 sayılı Kanuna göre soruşturma izni verilmemesi nedeniyle takipsizlik kararı veriliyor.

Başvuranlar, sağlık personeli tarafından yapılan hataların ve hastane hizmetlerinin düzenlenmesindeki eksikliklerin yeni doğan bebeklerinin ölümüne sebep olduğunu, gerekli incelemelerin de yapılmadığını iddia etmiştir.

ATK Raporunda süreçte yer alan sağlık görevlilerin kusurunun tespiti incelenirken;
1. Tıbbi belgeler ve otopsi raporu dikkate alındığında, bebeğin ölümünün, tıbbi ihmalden mi yoksa solunum sıkıntısı sendromu olan prematüre bebekler için belirli özel tedavi biçimlerinin uygulanmasından kaynaklandığına ilişkin temel sorunun cevabı verilmemiştir.
2. Bilirkişiler bebeğin apgar skorları ile ilgili çelişkiyi aydınlatmamışlardır.
3. davada ortaya çıkan sorunlara tutarlı ve bilimsel bir temelde cevap verilmemiş, doktorların sorumluluğu konusunda kılavuz ilkelere uygun bir değerlendirme yapılmaması nedeniyle raporu eksik buluyor ve ihlal kararı vermiştir.

Yine Yelden ve Diğerleri/Türkiye başvurusuna konu olay bir cinayet şüphelisinin gözaltında ölümüne ilişkin bir başvuruya ilişkin. Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu, 9 Eylül 2004 tarihinde on altı sayfalık bir raporunda ihtimallere dayalı bir rapor veriyor. Buna göre kafada meydana gelen ve ölüme sebep olan travmatik değişiklikler, ya direkt kafa travması geçirme sonucu ya da kişinin kendi kendine düşmesi veya üçüncü bir şahıs tarafından sert biçimde düşürülmesi neticesinde gerçekleşmiş olabileceği sonucuna varılmıştır. Hatta üçünün birlikte gerçekleşmiş olabileceği de belirtiliyor. Hâlbuki maktulü ilk muayene eden doktor raporu ile otopsi raporundaki bulgular (vücudun farklı yerlerindeki lezyonlar ve diğer bulgular) adli tıp raporunda yeterince değerlendirilmemiş, çelişkiler giderilememiştir.

Yargılama sonucunda, belirleyici olarak Adli Tıp Kurumu raporlarına dayanarak, şüpheden sanık yararlanır ilkesi ile sanıkların beraatine karar verilmesi nedeniyle AİHM etkili soruşturma yükümlülüğünün ihlal edildiğine karar vermiştir.

Yine Aydoğdu/Türkiye kararında rapor düzenleyen heyette, uyuşmazlığa konu alanda uzman üyenin olmamasının raporun etkinliğine halel getirebileceği belirtilmiştir. Yeni doğanın ölümüne ilişkin bir davada bilirkişi heyetinin hükme esas alınan Mart 2005 tarihli raporunda, 2659 sayılı Kanun'un 7 a) ve 23-B maddelerine aykırı olarak çocuk doktoru olmadığı, bu nedenle davanın temelinde yer alan neonatoloji alanında bir uzmanın da heyette bulunduğunun belirtilmemiş olması ihlal nedenlerinden biri olarak gösterilmiştir.

Öte yandan Tekin Özoğlu/Türkiye kararında birden fazla beyin ameliyatında tıbbi hata iddiasıyla yapılan bir başvuruda başvuranın, bilirkişi kurulu üyeleri arasında bir beyin cerrahının bulunmamasını eleştirerek bu raporun uygunluğuna ve yeterliliğine itiraz ettiğini ve yeni bir bilirkişi raporu alınmasını talep ettiğini ancak sonuç alamadığını belirtmiştir. Bununla birlikte iddia edilenin aksine, Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulunun daveti üzerine bir beyin cerrahının, Özoğlu'nun durumu hakkında görüş bildirerek, tıbbi bilirkişi raporunun düzenlenmesine katıldığını gözlemlememiş ve bilirkişi kurulunun oluşumunda hiçbir sorun bulmayarak başvuruyu reddetmiştir.

Tanlı/Türkiye kararında ise raporların eksik incelemeye dayalı olarak düzenlenmesinin soruşturmanın etkinliğine halel getirebileceği belirtilmiştir. 1994 yılında gerçekleşen olayla ilgili olarak soruşturma vakit kaybetmeden savcı tarafından başlatılmış olmasına rağmen, gözaltında ölüm iddiası olan somut başvuruda klasik otopsisinin standartlara uygun yapılmaması, toksikoloji incelemesi yapılmaması, cesedin fotoğraflarının çekilmemesi, post mortem raporuna imza atan doktorların kalifiye adli tıp patoloğu olmamaları ve ayrıca emboli bulgusu da yeterli derecede anlatılmaması veya analiz edilmemesinin temel eksiklikler olduğunu belirtmiştir.

Durak/Türkiye kararında ise AİHM; düzenlenen raporların, denetime elverişli, iddialara cevap verecek nitelikte yeterli gerekçe içermesi gerektiğini belirtmiştir. Mahkemelerin dayandıkları, bilirkişi heyeti tarafından 2 Eylül 2013 tarihinde düzenlenen tıbbi bilirkişi raporunun ana sorunu yeterince ele aldığını ve bu raporun suçlanan tıbbi personelin zararın meydana gelmesine katkıda bulunup bulunmadığı hususuna kesin olarak cevap verdiğini gözlemlemiştir. Van Adli Tıp Kurumuna bağlı iki adli tabip ve bir göz doktoru tarafından düzenlenen bu rapor kapsamlı olarak hazırlanmış ve desteklenmiş olup, gerekçeli sonuçlar içermektedir. Bu rapor, başvuranların kızında oküler lezyonun meydana gelmesine ilişkin koşullara ışık tutmaya imkân veren başlıca unsurların tamamını ele almıştır. Dolayısıyla başvuruyu reddetmiştir.

Yine İlçin/Türkiye kararında başvuranların yakınının, muhtemelen yere düşmesi sonucunda, Emniyet Müdürlüğü binasının demir kapısına başını çarptıktan sonra kalbinin durduğu yönündeki açıklamanın özellikle Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen farklı raporlar ve hekimler tarafından tekrar edilen ve birbiriyle tutarlı olan beyanlar ile desteklenmesi sebebiyle, bu açıklamanın makul göründüğü kanaatine ulaşmış ve başvuruyu reddetmiştir.

Âdem ve Nurdan Cesur/Türkiye kararında Klasik otopsi raporunun ölüm sebebini tespit etmede yeterli olduğunu ve Diyarbakır Kriminal Polis Laboratuvarının bilirkişi raporlarında yer alan bulguların otopsi raporundaki bulgularla uyumlu olduğunu belirtmiştir.

Gülay Çetin kararı biraz daha özellikli bir karar. Bu karar hastalık nedeniyle mahkûmun tahliye talebine ilişkin. Raporlama sürecinde yaşanan ihmaller ve organizasyon eksikliği kaynaklı gecikmeler soruşturmanın etkinliğine zarar verebileceği belirtilmiştir. Başvuran 2009 öncesi tutuklu, o günkü mevzuat tutukluların sağlık nedeniyle tahliyesine izin vermemesi nedeniyle ihlalin birinci kısmı, mevzuattan kaynaklanıyor.

İkinci kısım ise sürekli hastalık (kanser) nedeniyle infazın ertelenmesi talebine ilişkin. Başvuranın ivedilikle salıverilmesini tavsiye eden 8 Nisan 2011 tarihli tıbbi raporun varlığına rağmen, yasal zorunlulukları da dikkate alındığında, savcılığın tahliye talebi konusunda karar verebilmek için Adli Tıp 3. İhtisas Kurulundan rapor istemesinde sorun bulmamıştır. Bununla birlikte mahkeme, savcılığın Adli Tıp 3. İhtisas Kuruluna başvurmak için yaklaşık yirmi gün beklemesini ve Anayasanın 104. maddesinin 2. fıkrasının b) bendine girip girmediği yönündeki değerlendirme yapması gereken ve sadece 1 gastroenterolog üyesi bulunan Adli Tıp İhtisas Kurulunun tedavi edildiği hastanede teşhis edilen hastalığı nedeniyle tıbbi dosya ile yetinmeyerek neden başvuranın muayene edilmesi için İstanbul'a getirilmesini istediğini ve daha da önemlisi 27 Nisan 2011'de savcılık tarafından talep edilmesine rağmen 8 Haziran 2011 tarihinde muayene edilmesi, raporun 15 Haziranda düzenlenmesi ve 1 hafta içinde UYAP'a yüklenmesi ancak savcılık tarafından başvuranın ölümünden sonra 18 Temmuz'da tebliğ alınması vs. hususlarda gecikme olduğunu belirtmiştir.

Baydemir/Türkiye kararında ise mahkeme Adli Tıp Kurumunun bağımsızlığına ilişkin şikâyetleri incelemeye gerek duymadığını belirtmiştir. Zira mahkemelerin dayandıkları bilirkişi raporunun Adli Tıp Kurumunun bilirkişi heyeti tarafından hazırlandığını tespit etmektedir. 2659 sayılı ve 14 Nisan 1982 tarihli Kanun ile kurulmuş ve Adalet Bakanlığına bağlı bir kamu kurumu olan Adli Tıp Kurumunun bağımsızlığını ve yetkilerini sorgulamaya imkân veren herhangi bir unsurun bulunmadığı kanaatine varmıştır. Bilimsel rapor, kapsamlı olarak hazırlanmış ve desteklenmiş olup, gerekçeli sonuçlar içermekteydi. Bu raporda, başvuranın kızının ölümünün meydana geldiği koşullara ışık tutmaya imkân veren başlıca unsurların tamamı ele alınmıştır. Başvuran tarafından suçlanan doktorların herhangi bir sorumluluğunu açıkça bertaraf eden söz konusu raporun yeterince gerekçelendirilmiş olmasını göz önünde bulundurarak, Mahkeme, iç hukuktaki yargılamanın yeterince kapsamlı olduğu sonucuna varmıştır.

Yukarıda analiz ettiğimiz kararlar adli tıp uygulamalarında son yıllarda çok ciddi ilerlemeler olduğunu göstermektedir. Zira ihlal kararı verilen başvuruların genellikle 90'lı yılların sonu veya 2000'li yılların başlarında gerçekleşen olaylara ilişkin olduğu görülüyor. Öte yandan yeni tarihli başvurularda ise bilimsel yöntemler ve uluslararası kılavuz belgelere uyumlu hazırlanan raporlar dikkate alınarak başvuruların reddedildiği görülmektedir. Ayrıca son dönemde Hükümetimize bildirilen başvurularda adli tıp raporları ile ilgili hususlara ilişkin şikâyetlere de nadiren yer verilmektedir. Bu durum da adli tıp işlemlerinde gerçekleşen iyileşmeyi göstermektedir.

Tüm bu tespitlerden sonra bazı tavsiyelerde de bulunmak istiyorum. Bu kapsamda; yargılamaların hızlı sonuçlandırılması ve vatandaşların mağduriyetlerinin engellenmesi amacıyla Adli Tıp Kurumu işlemlerinde belirlenen hedef sürelere uyulması belirlenen süreler içerisinde raporların tamamlanması,

Adli muayene ve raporlama işlemlerinin İstanbul Protokolü ve uluslararası kılavuz belgelerde belirlenen standartlara uyumunun sağlanması amacıyla adli tıp uzmanları ve doktorlara eğitim sürekli eğitim verilmesi,

Adli tıp raporlarında kusurun varlığından ziyade, kusur olabilecek vakıa ve ihlal edilen kuralın tespit edilmesi, ilgili kılavuz ilkeler ve protokollere ne şekilde riayet edilip edilmediği hususlarının açıklanması,

Suça ilişkin delillerin daha iyi değerlendirilebilmesi ve maddi gerçeğe ulaşılabilmesi için Adli Tıp Kurumu uzmanlarına, kişisel verilerin korunması suretiyle, ilgililerin geçmiş dönem tıbbi kayıtlarına erişim imkânı getirilmesi,

Her Bölge Adliye Mahkemesi merkezinde Adli Tıp Kurumu Grup Başkanlığı kurulması, Adli Tıp Kurumunun hizmet verdiği adli bilimler alanının genişletilmesi gibi hususlar sistemin daha da iyileştirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Sayın Başkan, süremi biraz aştım, kusura bakmayın. Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Evet, çok teşekkür ediyoruz Sayın Başkanımız gerçekten Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde Türkiye temsilcisi olarak uzun yıllar yapmış olduğu görevden dolayı gerek davalara, gerek konulara hâkim olduğunu da bize göstermiş oldu.

Özellikle adli tıp raporlarının bilirkişi raporu özelliğinden dolayı, adli tıp uzmanlarının resmi bilirkişi olarak hukuken tanımlanmasından dolayı sizler de biliyorsunuz yargılamada Adli Tıp Kurumu raporu en önemli delillerden bir tanesini teşkil etmektedir. Bu nedenle yapılan işin ehemmiyetini bir kez daha vurgulamak gerekiyor.

Türkiye'de özellikle yargılamaların hızlı neticelenmesi konusu üzerinde en çok düşünmemiz gereken alanlardan bir tanesini teşkil etmektedir. Bilirkişi raporlarının o bakımdan zamanında hazırlanıp sunulması adaletin tesisi için önem arz etmektedir. Yargılamanın zamanında yapılması çerçevesinde gördüğüm kadarıyla son yıllarda adli tıpla ilgili AİHM kararı artık yok denilebilecek kadar azdır.

Hacı Ali AÇIKGÜL(Konuşmacı)
Yok denilebilecek kadar az diyebiliriz. Ama eski tarihli olaylardan dolayı olabilir.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Evet, o da Adli Tıp Kurumunun şu anda ne kadar iyi çalıştığını da bize gösteriyor.

Değerli Hocam isterseniz ikinci konuşmacımızı davet edelim konuşmaya.

Gürsel ÇETİN (Moderatör):
Sayın Hacı Ali AÇIKGÜL'e ben de teşekkür ediyorum ve çok bilgilendim konuşmanızdan bunu da belirtmek istiyorum.

Şimdiki konumuz Dünyada Ulusal İnsan Hakları Kurumları ve Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu konuşmacı Sayın Muharrem KILIÇ buyurun Hocam.

Muharrem KILIÇ (Konuşmacı)
Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Öncelikle nazik davetleri için Kurum Başkanımıza huzurlarınızda teşekkür etmek istiyorum.

Açılış oturumunda da ifade edildiği üzere insan hakları açısından ağır bir trajedi ve trajik gerçeklikle karşı karşıyayız. Ne yazık ki Gazze'de Filistin bölgesinde yaşamlarını yitiren masum insanların kanıyla büyük bir trajedinin gözlerimizin önünde yazılmakta olduğunu görüyoruz.

Konuşmama şöyle başlamak istiyorum insan hakları tarihi ağır bir trajediler, trajik öykülerin tarihi olarak karşımıza çıkıyor. Aslında bu trajedilerin bir anlamda bertaraf edilmesi adına olumlu bir insanlık hafızası ve evrensel bir değer olarak üretildiğini görüyoruz.

Ama ne yazık ki çok ciddi bir insanlık adına utanç verici koruma boşluğu yarattığını da fiilen görüyoruz. Amerikalı tarihçi ve insan hakları kuramcısı Samuel MOYN'un Son Ütopya adlı kitabında insan haklarının modern felsefenin adalet perspektifinin son nitelikli ürünü, değer alanı, asil ürünü olarak ifade ediyor. Hatta modernite adına evrenselleştirebileceğimiz değerler alanı ya da değer dizgeleri açısından baktığımız zaman en yüksek niteliğe sahip olan, kavramsallaştırmanın insan hakları olduğunu söylüyor. Ancak bunun komünizmden sonra insanlık adına insanlığın huzuruna getirilen modern son ütopya olduğunu görüyoruz. Ne yazık ki bu yaşanmakta olan hadiseler hem insan hakları hukukuna küresel anlamda hem de insancıl hukuka az önce Sayın Başkanım da ifade etti aykırılık teşkil eden bu insanlık dramı açısından baktığımız zaman son ütopyanın da iflasına tanıklık ediyoruz.

insanlık adına insanlığın huzuruna getirilen modern son ütopya olduğunu görüyoruz. Ne yazık ki bu yaşanmakta olan hadiseler hem insan hakları hukukuna küresel anlamda hem de insancıl hukuka az önce Sayın Başkanım da ifade etti aykırılık teşkil eden bu insanlık dramı açısından baktığımız zaman son ütopyanın da iflasına tanıklık ediyoruz.

Hâlbuki hikâyeye baktığımız zaman özellikle İkinci Dünya Harbi sonrasında Birleşmiş Milletlerin hem organizasyonel anlamda küresel ölçekte ulusların egemenlik hakkı ve daha çok aslında ulusal bünyede yurttaşların o ulusal sınırlar içerisinde yaşayan vatandaşların haklarının devlet karşısında korunmasını amaçlayan bir dizge olduğunu görüyoruz.

Fakat ne yazık ki bunun az önce ifade etmiş olduğum bu küresel koruma boşluğunun giderek derinleştiğini vurgulamam gerekiyor. Baudrillard'tan atıfla şunu ifade etmek istiyorum: İdeolojiler pazarı aslında modern dünya, modern felsefe, modern düşünce açısından baktığımız zaman insan haklarını bu ideolojilerin sıfır noktası ve tüm tarihin indirimli satışı olarak nitelendiriyor. Hem ulusal hem küresel ölçekte hak ihlallerinin, özgürlük kısıtlamalarının, ülkelerin ulusal egemenlik haklarının ihlal edilmesi noktasında insan haklarının evrensel bir araç olarak kullanıldığını görüyoruz.

İnsan haklarının temel bir değer alanı olarak evrenselliği, devredilmezliği, bütünselliği fikri açısından baktığımız zaman bütün bu değerler açısından kendi içerisinde etik bir alana tekabül ettiğini söylememiz icap ediyor.

Gerçeklikle teori arasındaki bu açmaz ya da gerilim açısından baktığımız zaman fiili durum itibariyle ortaya çıkan bu kırılganlıkların ne yazık ki kurumsal refleksler noktasında da ortaya çıktığını görüyoruz. Özellikle BM Güvenlik Konseyi'nin bu noktada insan haklarına duyarsızlığını başta zikretmemiz gerekiyor.

Bir başka kırılganlık belki bu vesileyle ifade etmek gerekirse vakit dar olduğu için hikayeyi çok fazla derinleştirmeyeceğim. Aslında temelinde Hannah ARENDT'in de ifade ettiği üzere insan haklarının bir yurttaşlar hakkı olduğunu vurgulamamız gerekiyor. Yani insan hakları dizgesinin ulus-devlet bünyesinde yurttaşlık hakkına sahip olanların hakkı olarak karşımıza çıktığını ne yazık ki görüyoruz. Yani yurttaş olmayanlar bugün dünyada neredeyse 20 milyonun üzerinde sığınmacının mobilize olduğu bir dünyada neredeyse bu miktarda ya da daha fazla sayıda insanın bu haklardan yararlanmaya ehil olmadığını "hak-sızlar" olarak ifade ediyor Hannah ARENDT. Yurttaş olmayan insanların hakka sahip olabilme hakkına sahip olmadığını ne yazık ki görüyoruz.

Ulusal insan hakları kurumları açısından baktığımız zaman konumuz çerçevesinde tarihsel perspektif itibariyle aslında İkinci Dünya Harbi sonrasında BM çatısı bünyesi oluşturulduktan sonra insan haklarının yerelleşmesi ya da yerelde korunması fikrine dayalı biçimde ulusal insan hakları kurumlarının yapılandığını ifade etmem gerekiyor.

Malumunuz olduğu üzere, uluslararası insan hakları hukuku, sözleşmeler hukuku global ve bölgesel ölçekte koruma mekânizması öngörüyor fakat insan hakları ihlalleri Douzinas'ın da ifade ettiği üzere aslında daha mikro ölçekte yerelde kimi zaman hanede, kimi zaman mahallede, kimi zaman çalışmış olduğumuz kurumlarda ortaya çıkabiliyor.

O açıdan insan haklarının yatay yetkisi de dikkate alındığında ulusal insan hakları kurumlarının gerekliliği ortaya çıkıyor.

Nitekim bu gereklilik doğrultusunda çok daha erken zamanlarda 1950'li yılların başlarında ulusal insan hakları kurumlarının kurulmasına ilişkin bir yönelim olduğunu görüyoruz.

Fakat süreç içerisinde baktığımız zaman ulusal insan hakları kurumlarının bir koruma mekânizması olarak ulusal bünyelerde varlık bulmasının daha geç tarihlerde ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Özellikle bu noktada daha önceki tarihlerde az sonra örneklerin ortaya çıktığını görüyoruz. Ama daha çok soğuk savaşın bitimi ile birlikte 1993 yılında Paris Prensiplerinin özellikle ulusal insan hakları kurumlarının yapılanması, kurumsal özellikleri, organik yapısının ne olması gerektiğine dair birtakım ilkeler seti belirlediğini görüyoruz.

Yani soğuk savaşın hemen bitiminde bir anlamda demokratikleşme dalgasının, anayasallaşma dalgasının tarihsel bir konjonktür olarak ortaya çıktığı dönemde siyasi coğrafyanın yeniden yapılandığı dönemde, devletlerin kurulduğu dönemde ortaya çıktığını ifade edebiliriz. Bu çerçevede Paris Prensipleri çoğulculuk ilkesi başta olmak üzere idari ve mali özerklik gibi nitelikler üzerinden ulusal insan hakları kurumlarının varlık bulması ve bu çerçevede oluşturulması noktasında tavsiyelerinin ve ilkelerinin olduğunu ifade edelim.

Bu açıdan baktığımız zaman acaba bu bir anlamda 20. yüzyılın son on yılında ortaya çıkan bu hareketlilik, bu kurumsal yapılanmanın bir anlamda etkisini ortaya koyduğunu görüyoruz. Bugün Global Ulusal İnsan Hakları Kurumları Ağı (GANHRI) tarafından akredite edilmiş 130 ulusal insan hakları kurumunun varlığından söz etmeliyiz.

Şimdi burada takriben dünya genelinde baktığımız zaman tabi 130'un dışında alt komisyonlar, kimi yerde ombudsmanlıklar ya da spesifik anlamda belli alana özgülenen yetkilere sahip komisyonlar da söz konusu. Bu açıdan bakınca literatürde yapmış olduğum taramada yaklaşık olarak 2005'li yıllarda 300 ila 500 civarında ulusal hak arama kurumunun olduğu tespit ediliyor. Bu bir anlamda literatürde de ifade edildiği üzere küresel saatte yeni bir hadise olarak nitelendiriliyor. Devrim niteliğinde bir yapılanma olarak karşımıza çıktığını görüyoruz.

Bir başka kavramsallaştırma bu kurumsal yapılanma açısından 4. alan kavramsallaştırması olarak karşımıza çıkıyor. Bu da ulusal insan hakları kurumlarının STK'lar, ilgili kamu otoritesi, hükümetler ve uluslararası ve bölgesel anlamda insan hakları aktörlerinin yanı sıra 4. alanı oluşturduğuna ilişkin bir tespitin olduğunu söylemem gerekiyor.

Bu noktada yeri gelmişken ifade edeyim özellikle ulusal insan hakları kurumlarının sivil toplum örgütleriyle, sivil inisiyatifle insan hakları aktivizmi ile kurumsal anlamda bir köprü vazifesi görmek suretiyle ulusal otoriteler ile hükümet ile kamu organları ile bağ kurduğunu ifade edelim. Temel misyonu açısından baktığımız zaman ulusal insan hakları kurumlarının birinci temel misyonu bir insan hakları kültürü oluşturmadır. Bunu gerçekleştirme noktasında özellikle insan haklarına sorumluluklara ve özgürlük alanlarına ilişkin farkındalık artırıcı faaliyetler önem arz ediyor.

Bir diğeri insan hakları ihlallerinin etkili biçimde soruşturulması, incelenmesi ve ihlallerin belirlenmesi noktasında bir kurumsal yetkiye sahip olduğunu ifade edelim. Bir anlamda aslında az önce de ifade ettiğim üzere koruma boşluğunu temin ve tesis etme, malumunuz olduğu üzere insan hakları temel konsept düşünce olarak kamu otoritesi ile birey arasında ya da yurttaş arasındaki hak ihlallerinin ki hak ihlalcisi olarak kamu otoritesi kabul ediliyor- bu durumda bu doktrin esas alındığında bu noktada ortaya çıkabilecek olan hem yerel dinamikler de hem mikro ölçekteki koruma boşluğunun giderilmesinin amaçlandığını söyleyelim.

Burada kurulma nedenleri itibariyle baktığımız zaman birçok tartışma var ama vaktin yeterli olmayacağını düşünerek bu eleştirilere ve tartışmalara çok detaylı bir şekilde girmeyeceğim.

Yalnızca şu hususa değinerek ifade edeyim. Az önce Sayın Başkanımız da ifade etmişti evrensellik, devredilmezlik, bölünmezlik ilkesi insan haklarına özgülenen bu açıdan baktığımız zaman özellikle yetkisel anlamda yetkilerin paylaşılması çocuk hakları ombudsmanlığı ve engelli hakları komisyonu gibi hak alanlarının parçalı biçimde hak arama kurumları çerçevesinde temsiliyetinin insan haklarının bölünmezliği fikri ve ilkesi ile çelişik olduğunu bu vesileyle ifade edeyim.

Burada özellikle birçok ülke örneği açısından baktığımız zaman mesela Litvanya'yı hızlı bir şekilde tek bir örnekle geçeyim. Özellikle 90'lı yılların başından itibaren başlayan süreç olarak ifade etmiştim ortaya çıkan hak arama kurumları yapılanmasında çocuk ombudsmanlığı, kadın hakları ombudsmanlığı ve parlamento ombudsmanlığı gibi 3 alanda bir hak arama kurum mekânizmasının yapılanmasının ortaya çıktığını görüyoruz. Fakat süreç içerisinde Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumunun yapılanmasında da olduğu üzere daha bütünleşik, daha insicamlı kurumsal bir profil olarak yapılanmaların ortaya çıktığını söyleyelim.

Burada ulusal insan hakları kurumlarının özellikle dünyadaki diğer ülkeler açısından baktığımız zaman acaba etkililiği noktasında birtakım sorular gündeme geliyor. Etkililiği ne ölçüde? Ulusal insan hakları kurumlarının varlığı ne ölçüde hak ihlallerinin önlenmesi halk kültürünün yetkinleşerek kabul edilmesi kamu düzeyinde ne ölçüde etkili sorusu karşımıza çıkıyor. Bu açıdan baktığımızda bu etki analizinin yapılması noktasında ne yazık ki çok fazla akademik çalışmanın olmadığını öncelikle ifade edeyim. Fakat bu noktada özellikle Güney Amerika bölgesindeki ülkelerde ortaya çıkan insan hakları kurumlarının özellikle işkencenin önlenmesi, kötü muamelenin önlenmesi başta olmak üzere ki bu ulusal insan hakları kurumlarının temel yetki alanlarından bir tanesini oluşuyor.

TİHEK örneğinde de az sonra değineceğim. Bu açıdan baktığımız zaman bunların yıllara sari bir şekilde yapılan çalışmalarda 10 yıllık dönen baz alınarak mesela bir tanesi var detayına girmeyeceğim bu noktada hak ihlallerini dramatik bir şekilde düşüşüne imkân sağladığına ilişkin iki tane literatürde çalışmaya rastlamıştım detayına girmeden onları da geçiyorum.

İyi uygulama örnekleri açısından baktığımız zaman özellikle 1970'li yılların sonlarında Kanada Ulusal İnsan Hakları Kurumu açısından baktığımız zaman burada mahkeme süreçlerinde taraf olma, ilgili dava açısından ya da ilgili başvuru açısından bilirkişilik yapma gibi yetkilerinin olduğunu görüyoruz. Bunların da önemli olduğunu ifade edeyim.

Son olarak Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu 2016 yılında, 2012 yılında kurulmuş olan Türkiye İnsan Hakları Kurumunun ilga edilerek yeniden yapılanan eşitlik kurumu olarak ihdas edilmesi ile ortaya çıktığını görüyoruz. 6701 sayılı Kanunla kurulan Kurumumuzun üç temel alanda görev icra ettiğini söylemeliyim. Birisi diğer ulusal insan hakları akran kuruluşların birçoğunda da olduğu üzere insan haklarının korunması ve geliştirilmesinde özellikle farkındalık artırıcı faaliyetler başta olmak üzere hak ihlallerine ilişkin bir farkındalığı ortaya koyma. Yıllık raporlamalar yapmak suretiyle

hak ihlaline ilişkin bir haritalama ortaya koyma gibi yetkilere sahip olduğunu görüyoruz. İnsan hakları ihlallerine ilişkin bireysel başvuru almamakla birlikte hak ihlallerine ilişkin kurul kararı ile resen harekete geçerek ihlal incelemeleri yaptığımızı ve kamuoyuyla paylaştığımızı söylemeliyim.

Özellikle bir eşitlik kurumu olarak 2016 yılında yeniden yapılanan Kurumumuz 15 temelde ayrımcılık başvurusu alıyor. Burada az önce söylemiştim insan haklarının yatay yetkisi şeklinde ifade etmiştim. Gerçek kişinin gerçek kişiye, gerçek kişinin tüzel kişiye ve kamu tüzel kişisine bu noktada uğramış olduğu, maruz kalmış olduğu ayrımcılık yasağı ihlallerine ilişkin başvuru hakkı söz konusu.

Belki kamuoyunda takip etme imkânınız oldu cinsiyetle başlayan 15 tane temel açısından kanunda herhangi bir ayrımcılığa maruz kalması durumunda Kurumumuza başvurma hakkı olduğunu ifade edeyim.

Bekâra ev verilmemesi belki malumunuz sıklıkla gündeme geliyor kamuoyunun da ilgisini çeken bir karar olarak karşımıza çıkıyor. İstihdamda cinsiyet temelinde bir ayrımcılığın olması ister özel hukuk tüzel kişisi olsun, ister kamu, ister gerçek kişi bu noktada ayrımcılık yasağına ilişkin ihlal kararı verdiğimizi söylemeliyim.

Özellikle bu Kongre bağlamında az önce Sayın Hacı Ali Başkanımın da ifade ettiği üzere aslında bu noktadaki ortaya koymuş olduğu boşluğu da doldurmuş oldu. Bu açıdan baktığımızda özellikle İşkence ve Kötü Muamelenin Önlenmesine ilişkin BM Sözleşmesi'nin Ek İhtiyari Protokolünde (OPCAT) öngörülen ulusal önleme mekânizması görevinin yasa çerçevesinde Kurumumuza tevdi edildiğini ifade etmem gerekiyor.

Bu noktada ulusal önleme mekânizması çerçevesinde Kurumumuzun haberli ve habersiz bir şekilde özgürlüğünden mahrum bırakılan kişilerin tutuldukları bütün mekânları ziyaret etme, raporlama ve bu raporları kamuoyuna açıklama yetkisine sahip olduğunu ve ilgili kamu kurumuna, ilgili infaz kurumuna buna ilişkin tavsiyelerde bulunma yetkisine sahip olduğunu ifade etmeliyim.

Bu noktadaki diğer bir yetkimiz yalnızca özgürlüğünden mahrum bırakılan kişilerin tutuldukları yerler değil koruma altında olan kişilerin bulundukları, tutuldukları yerlerde de örneğin kadın sığınma evleri ve yaşlı bakım evleri gibi yerleri de haberli habersiz ziyaret etme yetkisinin olduğunu ifade etmem gerekiyor. Özellikle bütün illerimizi ziyareti tamamladığımızı ifade etmeliyim.

Yıldan yıla artan bir şekilde özellikle eşitlik kurumu olmamız hasebiyle başvuruların sayısının arttığını, geçen yıl itibariyle 2.022 başvuru aldığımızı ifade etmeliyim. Bu noktada özellikle başvuruyu ayrımcılıkla mücadele noktasında eşitlik kurumu olarak bireysel başvuru alıyoruz yanı sıra ulusal önleme mekânizması çerçevesinde de herhangi bir kötü muamele noktasında mahkûm ların bu noktada Kurumumuza başvuru hakkının olduğunu ifade edeyim.

Sabırla dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.
Hepinize saygılar sunuyorum efendim.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Evet değerli Hocam tam vaktinde bitirdiniz, çok teşekkür ediyoruz.

Sayın Hocamız Dünyada Ulusal İnsan Haklarına Konu Kurumları ve Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumunu anlattı.

Gerçekten temel bir eserle başladınız. Samuel MOYN "Son Ütopya: Tarihte İnsan Hakları" adlı eser. Burada sorulan en üstün ahlak ilkeleri ve siyasi idealler olarak acaba bu insan hakları bir son ütopya mıdır?

Bir yandan evrensel yaklaşım, bir yandan ulusal yaklaşım, bir yandan bölgesel yaklaşım, bir yandan yerel yaklaşımlar olmak üzere bütün bunların hem tarihi özetini hem de sizin kendi alanınızla ilgili konulara da değindiniz.

Ama ben tabii hem Hacı Ali Başkanımızdan, hem değerli Hocamızdan da gördüğüm kadarıyla sizler dikkat etmişsinizdir, her konu aslında insan haklarını ilgilendiriyor. Sadece bu son zamanların bir ütopyası değil esasında insanlık var olduğundan beri ama değişik isimlerle bu alan devam etmiş oluyor.

Sizin de özellikle alanlarınız içerisinde yani insan hakları ve eşitlik ayrımcılığa uğramama bizim her alanda tartıştığımız çok gri alanları teşkil etmektedir.

Eminim ki sayın katılımcılarımız, izleyiciler de bu konuda az sonra sizlere soru soracaklardır.

Çok teşekkür ediyorum değerli Hocam.

Gürsel ÇETİN (Moderatör):
Sayın KILIÇ'a bende teşekkür ediyorum güzel sunumu için.

Şimdi Sağlık Hukuku Açısından Adil Yargılanma İlkesinin İdari Yargıya Etkisi konusunu Sayın Selami DEMİRKOL sunacak.

Buyurun Hocam.

Selami DEMİRKOL (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum Sayın Başkanlar.

Kıymetli hazirun, sizleri saygılarımla selamlıyorum. Beni davet etme nezaketi gösteren Sayın Kurum Başkanımıza çok teşekkür ediyorum.

Ayrıca bu önemli toplantıyı böylesi bir samimiyetle organize edip, bizi bir araya getirmelerinden ötürü tüm Adalet Bakanlığı ve Adli Tıp Kurumunun kıymetli yetkililerine teşekkürü borç biliyorum.

Yarın, Sağlık Hizmeti Sunumundan Kaynaklı İdarenin Hukuki Sorumluluğu içerikli ayrıca bir konuşmam olacak. Bugün için adil yargılanma ilkesi çerçevesinde sağlık hukuku kaynaklı konuları sizlerle paylaşacağım ve bunları ağırlıklı olarak İnsan Hakları Mahkemesi yaklaşımıyla vermeye çalışacağım.

İdari yargıda hâkim, başkan ve Danıştay üyesi olarak 30 yıl boyunca görev yaptım ve iki sene önce Danıştay üyeliğinden emekliye ayrıldım. Tebliğimi idari yargı orjinli olarak anlatmaya özen göstereceğimi belirtmek isterim.

Bu tebliğimi hazırlarken 10 ayrı başlık seçtim. Bunlar;
1-Yargısal denetimi sınırlayıcı mevzuatı aşabilen Yargıç hassasiyeti,
2-Yasa ölü, hâkim ise diridir,

3-Hâkimin yargılama bariyerleri oluşturması, oluşturmaması meselesi,
4-Aşırı usulcü nitelendirmeler,
5-Mahkemelerin soyut ve teorik olmaması, somut ve gerçek bir varlık göstermeleri, görünebilmeleri,
6-Devletin sağlık hakkı yükümlülüğünün belirlenmesinde uluslararası standartların bulunduğu
7-İdare hukukunun içtihadi yazılı bir hukuk dalı olduğu,
8-Yasayı sözü ile uygulamak anlayışının bir korkuluk olarak görüldüğü,
9-Yorumlama eyleminin çift nitelikli yanını yani sanat ve bilim olduğunu konuşacağım ve
10-Her mahkemenin, her hâkimin kendi hukukunu salgıladığını sizlerle paylaşacağım ve son olarak "a general remedy", her derde deva yargı, diyeceğim.

Müsaadenizle tebliğime başlıyorum. İdarelerin sağlık hizmeti sunumundan kaynaklı uyuşmazlıkların çözüme kavuşturulmasında mahkemelere önemli görevler yüklenmiştir. Mahkemeler uyuşmazlıkları çözdükleri ve adalet duygusunu tatmin ettikleri sürece ağırlık oluştururlar. Ağırlık olgusu ancak hâkimlerin yargılama işlevleri ve hükümleri ile kazanılmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda bulunan idareler, hukuk dışına çıkma eğiliminde bulunabilmektedirler elbette. Bu eğilimi taşıyan idareler yargının varlığı ve işlerliği ile duraksamaktadırlar. İdari yargılamanın etkin ve yetkin olduğu ülkelerde idari yargı yerleri, idarelerin bu eğilimlerine caydırıcı bir tablo çizmektedir şüphesiz. Bu bağlamda denilebilir ki yargılamanın var olmasından öte, idari hâkimlerin yargılama usul ve enstrümanlarını kullanması, kullanabilmesi şüphesiz özel bir önem arz etmektedir.

Nitekim önüne gelen uyuşmazlık ile aktifleşen idari hâkim sağlık hizmeti ile ilgili meselelerde idareyi hukuk içine çekme, hukukun üstünlüğünü öğretme, kollama ve korumada aktör olmak durumundadır.

İdari yargı yerleri tartışmasız pasif konumundadırlar. Ancak sağlık hizmeti sunumundan kaynaklı olarak menfaatleri ihlal edilen bireylerin ve hakları muhtel olan kişilerin açtıkları davalar ile aktifleşebilmektedirler. Hepimizin hemfikir olduğu gibi bilimde ve yargıda keyfiliğe asla yer yoktur.

Hâkim yargılama yaparken, hekim de sağlık hizmeti sunarken hukuki ve vicdani sorumluluk taşımaktadır. Usule dair incelemelerde sağlık hakkı ile ilgili davalarda mümkün olduğunca geniş yorumlama yapılmalıdır. Sınırlayıcı yorumlar hakkın özüne dokunacak biçimde bireyin mahkemeye erişimini kısıtlamamalıdır. Sınırlamalar ancak yasal bir amaç gütmeli ve uygulanan araçlarla ulaşılmak istenilen amaç arasında makul bir orantılılık bulunmalıdır.

Yargı yeri önüne götürülen, ancak usul kurallarının katı uygulanması nedeniyle hukuka aykırı da olsa sağlık hakkı ile ilgili birçok işlem ve eylem yargılamadan bağışık kalabilecektir.

İşte sağlık hizmeti sunumunda bulunan idari otoritelere verilmiş olan icrai karar alma ve bunu gerektiğinde zor kullanarak yerine getirme ayrıcalığı çok önemli ve güçlü bir mekânizmadır.

Hukuk içinde kalması beklenilen idarenin bu ayrıcalığa dayanarak hukuk dışına çıkma eğiliminde ve pratiğinde olduğunu yargı yerleri önlerine gelen sağlık hakkı içerikli davalar ile ilgili yargılamalarında görmekte, nitekim hukuka aykırılık tespitleri yapmaktadırlar.

Yasa yapıcı, 2577 sayılı idari Yargılama Usulü Kanununu yazarken yargısal denetimin sınırını önemle ve özellikle çizmiştir. Yerindelik denetiminin yapılamayacağı ve idari işlem niteliğinde yargı kararı verilemeyeceği ayrıca idarenin takdir yetkisinin daraltılamayacağına dair kurallar öngörülmüştür.

Davanın açılmasıyla pasif konumdan aktif hale gelmiş olan yargıç hukuka uygunluğu söylemede tutuk olmamalıdır. Yargılama usulünü zorlamalıdır. Davacı yargılama kapısını çalmıştır. Aralanıp kapatılmamalı, açılmalı, bu kapı açık tutulmalıdır.

İdari hâkimlerin ilk inceleme konuları hakkında dar yorum yapmaları sonucu sağlık hakkının kullanılması ile ilgili birçok işlem ve eylemin yargısal denetime tabi tutulmaları engellenebilmektedir. O halde hâkim kendisi yargılama bariyerleri oluşturmamalıdır. Zira yasanın lafzına uygun yorum yöntemi ile daha ilk inceleme aşamasında dava dilekçesinde birçok usule aykırılık bulunabilecektir. Kimi durumlarda bundan ötürü davalar reddedilebilecek ve hak kaybına sebebiyet verilebilecektir.

İlk inceleme konuları ile ilgili olarak hâkimlerin teferruata girmeleri, yargısal denetimin gerçek anlamıyla yerine getirilmesini güçleştirmektedir. Strazburg Mahkemesi, kendi rolünün ulusal mahkemelerce yapılan yorumun sonuçlarının Sözleşme ile bağdaşıp, bağdaşmadığını doğrulamaktan ibaret olduğunu ifade etmektedir.

Ulusal mahkemelerce yapılan başvurularda uygulanan sınırlamalar, hakkın özüne dokunacak biçimde bireyin açık başvuru hakkını kısıtlamamalıdır görüşündedir. Bunlardan hareketle eğer başvuru hakkı yasal koşullara tabii olacaksa, mahkemeler usul kurallarını uygularken hem usuldeki hakkaniyete zarar verecek bir aşırı usulcülüğü, hem de yasalar tarafından belirlenmiş usul koşullarını ortadan kaldırmaya varacak bir aşırı esnekliğin önüne geçmek zorundadırlar.

Mesutoğlu/Türkiye dosyası bunun için tipik bir örnektir. İdare mahkemesinin dosyanın adli yargı merciine geri gönderilmesi sonucuna vardıran kararını, yargılama sürecinin başında değil 20 ay sonra yani davacısı, davalısı artık esastan bir karar verilecek beklentisi içerisinde olduğu bir tarihte, dosyayı mahkemesine "bana bu şekilde gönderemezsin" deyip geri göndermesi elbette eleştirilecek bir durumdur.

"Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin şu veya bu yöntemi izleyerek ulaşılmak istenilen amacın, maddi hukuk bakımından görevli yargı yerine başvuru yapmaktır" yaklaşımını ben önemsiyorum. Sonuç olarak İdari Yargılama Usulü Kanunun 9. Maddesinin son derece dar uygulanması ile Türk idari yargı makamlarının aşırı bir usulcülük içine düşerek başvurucuları, mahkemeye başvuru hakkından böylece Sözleşme'nin 6. maddesinin birinci fıkrası anlamında adil bir yargılama hakkından yoksun bırakmış oldukları tespitini yapmıştır.

Etkili ve adil bir yargılama sürecinden söz edilebilmesi için öncelikle bireylerin yargı organlarından beklentilerinin tatmin edilmesi gerekmektedir. Mahkemeler, teorik ve soyut özgürlük vermeden ziyade somut ve fiilen kullanılabilir güvence sağlamalıdır. Mahkemelerin bir merci olarak varlığının topluma verdiği güven duygusu ile doğru orantılı olduğu soyut ve teorik olmaması somut ve gerçek bir varlık göstermeleri gerektiği belirtilmektedir.

Yine önemle vurguluyorum, adaletin yerine getirilmesi yetmez. Aynı zamanda yerine getirildiğinin toplum tarafından görülmesi de gerekmektedir.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Codersia/Romanya dosyasında sağlık hizmet sunumu ile ilgili olarak şu yaklaşımda

bulunmuştur. Sözleşmenin 2. maddesinin devlete yüklemiş olduğu pozitif yükümlülükler, devlet tarafından özel ya da kamu hastanelerine hastaların yaşamını koruyacak nitelikteki tedbirleri alma zorunluluğu getiren yasal ve düzenleyici çerçevenin kurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu yükümlülük hastaları tıbbi müdahalenin meydana getireceği ağır sonuçlardan mümkün olabildiğince korunma gerekliliğine dayanmaktadır demektedir.

Yine İnsan Hakları Mahkemesi önüne gelen başvurularda diğer haklara yönelik olarak ihlal tespitleri yaparken adil yargılanma hakkı gereklerinden olan usulü güvenceleri aramakta ve bir sonuca varmaktadır.

Yine **Calvelli at Ciolid/İTALYA** dosyasında da tıbbi hata, medical malpractice alanında devletin yaşamı koruma yükümlülüğü, hastanelerin, hastaların yaşamlarını korumak için düzenlemelere sahip olmalarını sağlamayı ve ayrıca hastanede meydana gelen bir ölümün sebebini ve sağlık çalışanının sorumluluğunu ortaya çıkarabilecek etkili bir yargısal sistemi kurmayı içermektedir gerekçesiyle ihlal tespitinde bulunmuştur.

Bizden bir dosya Süleyman Ege dosyası. Bu dosya ile ilgili olarak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi yaptığı incelemede, Sözleşme'nin 2. Maddesinden ileri gelen usulü yükümlülüğün devletlere sağlık hizmeti sunumlarının (ki özel sektör, kamu sektörü ayrım yapmıyor) sorumluluğu altında bulunan bir kişinin ölmesi durumunda ölüm sebebini tespit etme ve olası sorumluların eylemlerini açıklamalarını sağlayabilecek etkili ve bağımsız bir yargı sistemi kurma zorunluluğu yüklediğini hatırlatmıştır.

Özellikle tıbbi ihlaller bağlamında pozitif yükümlülük, söz konusu hukuk sistemi ilgililere sadece ceza mahkemelerine veya bu mahkemeler ile birlikte hukuk ve idare mahkemeleri ile başvurma imkânı sunduğu takdirde yerine getirilebilmektedir. "Bu başvuru yolu aynı zamanda söz konusu hekimlerin olası sorumluluklarının tespit edilmesine ve gerektiği takdirde kararın yayınlanması ve tazminatın ödenmesi gibi uygun hukuki her türlü yaptırımın uygulanmasına olanak sağlamalıdır." görüşünde olmuştur.

AİHM, 1954 yılındaki Sözleşme metnini 2023'e taşırken sözleşmeye hayatiyet ve canlılık katmıştır. (Canlı belge olarak nitelendiriyor) Tabii ki sözleşme maddelerini yorumlayarak bunu yapmaktadır. Türk İdari Yargısı da önüne gelen sağlık hakkı ile ilgili bir uyuşmazlıkta uygulanacak yasa maddesini bağlayıcı norm olarak almaktan ziyade, çerçeve norm olarak alabilmelidir. Bu çerçevede tablonun çizimini üstlenmiş olan hâkim, fırçaları ile sanat üretme yoluna girmelidir düşüncesindeyim.

Bu bağlamda denilebilir ki; hak ve özgürlüğü ihlal edilen birey, ulusal hâkim önünde bunun giderilmesini elde edemediği takdirde 1987 yılından beri devlet sınırını aşarak uluslararası hâkime başvuruda bulunabilmektedir. Diğer bir deyişle ulusal mekânda adil yargılanmadığını, Anayasa ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ile tanınan haklarının ihlal edildiğini iddia eden birey uluslararası mekâna konuyu taşıyabilmekte, davasını tartıştırabilmektedir.

Bu doğrultuda adalet duygusunun tatmin olması insanoğlunun zor yolculuklarından biri olmaktadır. Önemle belirtiyorum ve altını çiziyorum, adil bir yargılanma ve adalet duygusunun tatmin olması olgusunun dosyaların yapacağı uluslararası bir yolculuk sonrası gerçekleşeceği kanısının yaygınlaşmasına ben şahit olmak istemiyorum.

Türk Mahkemelerine, hâkim ve savcılarına düşen bu yolculuğu iç hatlarda tutmayı başarabilmektir. Bu bağlamda Anayasa Mahkememizin, Yargıtay ve Danıştayımızın duyarlı ve başarılı kararlarını saygıyla karşılıyor, önemsiyor ve kendileriyle gururlanıyorum.

İdare hukuku içtihadı hukuk özelliğini taşıdığı sürece yorum teorileri mutlaka olacak ve bu yorumlar önem kazanacaktır. Hukuku geliştirici prensipler karşısında idari yargıyı ve içtihadı idare hukukunu meşrulaştırmakta kullanılan teorilerden birisi de yorumun gerçekçi teorisi olmaktadır. Hukukun üstünlüğü, hakkaniyet, adaletin tecelli etmesi gibi beklentiler önce hukuka hak olmalıdır. Bir hukuk normunun anlamını kimin tespit edeceği sorusu da her zaman tartışılır bir sorudur. İşte idare hukukunda yasaların, kuralların uygulanması ve giderek yasallık denetimi bu soruya getirilen yerleşmiş ve kolaycı bir çözümdür. Hepimiz bilmekteyiz ki yasaların ve kuralların yorumlanması ancak hâkimler eliyle olur.

Yasalarda yer alan kuralların toplumsal gelişmeye ve üst hukuk kurallarına uygun yorumlanması gerekmektedir. (Bu Danıştay İçtihatları Birleştirme Kurulunun 1989/4 karar sayılı kararından alıntıdır.) Yasaların daha belirgin, daha doyurucu, daha uygar kural taşımaları dilekleri, kimi sakıncalı uygulamalara yol açtığı görüşleri, adalet ve hakkaniyete uygun yorumlanmalarına elbette engel değildir. Kısaca yasayı sözü ile uygulamak anlayışı, mahkemenin yasa koyucu gibi davranma ve yerindelik denetimine girme gibi sakıncalara karşı getirdiği bir korkuluk olmaktadır.

Yasa kuralları, yasama istidadına ancak yorumlarla ulaşırlar. Aksi takdirde ölü doğar ve canlı belge olamazlar. Yasa geneldir, hâkim de genel olur ve soyut kalır, giderek hâkim kayıp olur, partikülerliğini yitirir hâkim. Bilindiği üzere idare hukuku içtihadı yazılı bir hukuk dalıdır. Bu içtihadı yazanlar da şüphesiz yargı yerleri ve hâkimlerdir.

Yargılamada hukuki yorum yapılırken, üzerinde tartışılan araçlar ya da modeller yargının, hukukun üstünlüğü ilkesinin hayata geçmesini ve bu bağlılıkla ilintili olan meşruluk ve saygınlığını pekiştirmeyi hedeflemektedir. Nitekim hukuk bilimi yorum konusunda, yoruma dayalı disiplinlere benzerlik göstererek yorumu metnin anlamının açıklığa kavuşturulması olarak kavramaktadır.

Hukuksal yorum anlamı açık ve tam olarak ortaya çıkaran bunun için de yorumcunun aracılık ettiği bir eylem olmaktadır. Bu eylem çift niteliklidir. Zihinsel ve mantıksal üretkenlik ile ilgili bir süreç olduğu için sanattır. Doğruya ya da gerçeğe ulaşma ile ilgili süreç olduğu için de bilim olarak nitelendirilir.

Bütün bunların ardından diyebiliriz ki, hakkaniyet yani insan odaklı yargılama ihlal kararları ile öngörüldüğü için değil, ülkemizde -yani bu topraklarda- yaşayan insanlarımızın adalet duygusunun tatminin ancak hakkaniyet odaklı yargılama ile sağlanabileceğini olan inancından kaynaklanmaktadır. Prosedür girdi odaklı yasa üstündür, yasa bağlayıcıdır yargılama anlayışı mevcut olandır. Kaldı ki bu anlayış, toplumun adalet duygusunu tatmin etmesinde elbette başarılı sonuçlar üretmiştir. Ancak ulusal mekânla uluslararası mekân arasındaki kıyaslama da bizim de yorumlama konusunu daha bir önemsememiz gerektiğini burada önermekteyim.

Sonuç, unutulmamalı ki hâkimler zor bir uğraşı içerisindedirler. Devlet-birey barışıklığı oluşturmada hukuka uygunluk denetimini gerçekleştirirken önerdiğim her toplum kendi hukukunu salgılar gerçeğinden temellenerek Amerikalı bilim adamı Bernard SCHWARTZ'ın *Administrative Law* isimli kitabında belirttiği ve yargı için kullandığı "a general remedy" yani her derde deva deyimini aktif olarak hayata geçirmek ve adil yargılanma gereklilikleri ile usulü güvenceleri sağlayabilmek olmalıdır.

Beni sabırla dinlediniz, hepinize teşekkür ediyor saygılarımı sunuyorum.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Evet, değerli Hocamıza çok teşekkür ediyoruz.

Hocamız tabii sağlık hukuku açısından adil yargılanma ilkesinden bahsederken, özellikle uzun yıllar Danıştay üyeliği yapmış olmasından dolayı hâkimlerin bakış açısını aslında hem teorik hem pratik olarak koymuş oldu.

Hocam sizi dinlerken özellikle bir çalışma aklıma geldi. Tüm bunları yapacak bir hâkim, tabiri caizse herkül yargıç. Biliyorsunuz, Ronald DWORKIN'in Hakları Ciddiye Almak (Taking Rights Seriously) eserinde de özellikle belirttiği böyle bir hâkim var mı? Tabi bu tartışılıyor. Strazburg Mahkemesi için tartışılıyor, diğer yüksek mahkemeler içinde tartışılıyor. Oradaki yargıçlar içinde tartışılıyor ama bütün bu 10 maddeyi koyduğunuzda üst üste hakikaten herkül yargıç karşımıza çıkıyor.

Çok teşekkür ediyoruz.

Selami DEMİRKOL (Konuşmacı):
Teşekkür ederim.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Şimdi sözü fazla uzatmadan son konuşmacımız herhalde. Buyurun Sayın Hocam.

Gürsel ÇETİN (Moderatör):
Sayın DEMİRKOL'a ben de teşekkür ediyorum.

Son konuşmacımız Sayın Ahmet Nezih KÖK İnsan Hakları ve Adli Tıp uygulamaları. Buyurun Hocam.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Hocam büyük alkış aldınız, herhalde Kurum size özel bir sevgiyi göstermiş oldu.

Ahmet Nezih KÖK (Konuşmacı):
32 yıldır hizmet ediyoruz Kurumumuza, Vatanımıza, Üniversitemize ben de çok memnun oldum, çok teşekkür ediyorum.

Sayın Başkanım, Sayın Kurum Başkanı, Sevgili Meslektaşlarım tabii içinizde biliyorum bizim uzmanlık öğrencilerimiz de var, uzmanlarımız da var benim sunumum biraz daha didaktik olacak. Hocalarımız özellikle hukuk felsefesini çok güzel yansıtmaya çalıştılar insan hakları bağlamında. Ben biraz daha somuta indirgeyerek hem Adli Tıpla İnsan Haklarını buluşturmaya çalışacağım. Daha sonra adli tıp uygulamalarında insan haklarını nasıl yorumlamamız gerekir veya bu insan hakları kavramına nasıl bir katkımız olabilir Adli Tıp Kurumu olarak onlardan bahsedeceğim.

Bildiğiniz üzere dünyada hayat Hz. Âdem'le Havva'nın indirilişinden itibaren aslında şiddet de başladı. Farklı şeyler oldu, farklı düşünceler oldu ve dünyanın ilk cinayetini orada gördük biz. Kardeş kardeşi öldürdü. Kabil, Habil'i öldürdü. Geriye dönük olarak olayı şöyle bir yorumlayacak olursak bir adli tıpçı olarak, bir adli bilimci olarak Kabil, Habil'i nasıl öldürdü? Niye öldürdü? Diye araya belki savcılarımız girecek, sonra da hâkimlerimiz diyecek ki, şundan dolayı öldürdü diye eldeki bilgilere bağlı olarak.

İşte buna benzer olaylar var. Hepsi de birbirine benziyor, ama Heraklitos'un dediği gibi hiçbir nehir aynı nehir değil, yıkandığımız nehir hiçbir zaman aynı değil. Hep yıkandığımız nehir değişiyor.

Onun için aslında yaptığımız işlemleri de bir farklılaştırmamız lazım, bu farklılaştırma içerisinde gene felsefenin bir dalı olarak etiği kullanacağız. Bir yandan etik ilkelerini, bir diğer yandan mantığımızı kullanacağız ve mantık yöntemlerinden çok önemli bir yöntem olan tümdengelim yöntemini kullanacağız. Gerek hukukçular, gerekse de tıpçılar aslında daha önceden konulmuş bir kuralla önlerine gelen somut bir olguyu eşleştirme gayreti içerisindeler.

Hukukçularımız, kanunlarla somut olguyu eşleştirirken, hekimlerimiz de hastalıklarla hastayı eşleştirmeye çalışıyorlar. İşte bu süreç içerisinde biraz sonra bahsedeceğimiz tümdengelim yöntemi çok önemli.

Ama tümdengelim yöntemini tabii kullanmadan önce de, önce insan hakları kavramı nasıl çıktı? Aslında adli tıp nedir? Biraz onlardan bahsedecek olursak, sosyal hayatın içerisinde çeşitli ihtiyaçların karşılanmasına bağlı olarak müthiş bir dayanışma oluştu. Bu dayanışma ünlü sosyolog Emile DURKHEIM'ın dediği gibi, bir sosyal dayanışmayı gerektirdi. İnsanların birbirlerine muhtaçlıklarını artırdı. Ama sosyal dayanışmayı sürdürebilmek o kadar da kolay değil. Görüyorsunuz işte 21. yüzyılda bile ne ailemizle, ne akrabalarımız arasında, ne milletimiz arasında, ne insanlık arasında sosyal dayanışmayı sürdürebilmek kolay değil.

İşte bu sosyal dayanışmanın sürdürülebilir olması çabası aslında yeni bir erki, yeni bir gücü ortaya koydu. Bu erkin adı devlet oldu. ''Toplum Sözleşmesi" adlı kitabında Jean-Jacques ROUSSEAU bundan bahsediyor. Duyulan ihtiyaçları karşılayabilmek için topluluğun içinden bir güç çıktı. Bu güç devlet. Pekâlâ devlet kim? Devlet bir tüzel kişilik bizden farklı bir organizma, bir teşkilat. Ama devletin de kendine göre tabi ki kuralları var. Koyduğu kurallara devlete de hukuk devleti diyoruz. Hukuk devletinin en önemli özelliği aslında kendi koyduğu kurallara kendisinin uyabilmesidir.

Bir diğer husus da, sadece kural koymak da önemli değil toplumda. Koyduğunuz kuralında insan onuruna yakışır, insan onurunu güçlendiren ve insanı merkeze yerleştiren kurallar olması lazım ki bu kurallara da işte insan haklarına dayalı kurallar diyoruz. İşte toplumun düzenlenmesinde, devletin koyduğu insan haklarına dayalı bu kurallar çok önemli.

Tarihsel bir gelişim sürecine baktığımızda da aslında her zaman bu kurallardan bahsedilmiş ama hiçbir zaman da bir hukuki metne dönüştürülmemiş. Bunlara baktığımızda 1215 yılında Magna Carta İngiltere'de hep söylerler işte ''biz insan haklarının beşiğiyiz" falan.

Birazcık geriye gittiğimizde çok önemli bir belge var aslında hiç dile getirmediğimiz bir belge. Peygamber Efendimizin Veda Hutbesi var. Veda Hutbesinde de insan haklarına ilişkin o kadar çok kurallar var ki, o kadar talepler var ki, o kadar emirler var ki aslında.

Biraz daha gelişiyoruz 1200'lü yıllara geliyoruz. Osmanlı'nın kuruluşundan önceki yıllar 1299'lu yıllardan önce. Orada birisi çıkıyor. Şeyh Edebali diyor ki, "kişiyi yaşat ki devlet yaşasın"diye. Bu kuralı biz 21. yüzyılda da söylemliyoruz. Bunun haricinde gelişen süreç içerisinde çok kötü bir örnek yaşıyoruz dünya tarihinde ve İkinci Dünya Savaşı. İkinci Dünya Savaşı ile birlikte işte bu insan hakları bağlamında bu kavramların hukuki metinlere geçirilmesi 10 Aralık 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi.

Ondan sonra da geriye dönük bir sınıflamalara gidiyor. Sınıflama aslında bir didaktik yöntemdir. Öğrenme yöntemidir. Kolay

olsun diye kuşak hakları bu tarafta da devletin konumuna göre yapıp yapmamasına göre negatif statü hakları ya da pozitif statü hakları.

Bunların hepsi aslında bizim adli tıp ile ilgili. Neden ilgili? Şimdi baktığımızda aslında hekimlik gerçekten dünyanın en eski mesleklerinden birisi. Hekim her zaman, her dönemde olmuştur. Hukuk da olmuştur. Hele hele devletlerin kuruluşu ile birlikte yargılama sistemlerinin oluşturulması ile birlikte.

Ama işte adli tıp uzmanı kimdir? Adli tıpçı nedir? Dediğimizde aslında adli tıp uzmanı, hukukun tıbba olan bir ihtiyacından doğmuştur. Herhangi bir toplumda, düzenin bozulduğu durumlarda olay eğer tıbbın bilgileri ile çözümlenecek ise mutlaka hâkim hekime, hukuk da tıbba danışır. Bu alan işte bizim adli tıp olarak nitelendirdiğimiz alandır.

O zaman adli tıbbı şöyle bir insan haklarından sonra söyleyecek olursak adli tıp aslında tıpla hukukun bir kesişim kümesidir. Çok önemli. Gene hukuka yardımcı olurken aslında insan haklarını kendisine çalışma konusu yapmıştır ki, biraz sonra daha geniş bir şekilde göreceğiz.

Daha sonra Kriminalistikin bir dalıdır. Suçun ve suçlunun ortaya çıkarılması faaliyeti. Bu çok önemli. İşte insan hakları bağlamında da bizim bu görevimiz aslında çok önemli. Nasıl çıkaracağız ortaya? Çıkarırken nelere dikkat edeceğiz? Bunlardan bahsedeceğiz.

Bir diğeri çok önemsediğimiz bir konu adli Tıp bilirkişilik müessesesi. O nedenle bilirkişiliğin özündeki ilkelerin de mutlaka adli tıp tarafından yerine getirmesi lazım.

Gene benim çok önemsediğim bir şey var aslında Adli Tıp bir tercüme alanı. Yani hukuk dilini tıp diline, tıp dilini de hukuk diline tercüme etmeye çalışan uzmanların yapmış oldukları bir alan.

Biraz sonra olay yeri incelemesine de geldiğimizde bizim yaptığımız iş bir bilirkişilik faaliyeti. Çözümü özel ve teknik bir bilgi gerektiren konularda bilgisine başvurulan kişiyiz biz. Hâkim bize niye başvuruyor? Hâkim tabi ki ihtiyaca binaen başvuruyor. Ama bunun önemi ne? Yani hâkimin kararı karşısında hep diyoruz ya bilirkişi raporuyla bağlı değildir diye. O zaman bağlı değilse niye alıyor hâkim bu kararı? Ama çok önemli. Deliller gibi tartışmaya açılır ve değerlendirilir bu çok önemli. Bu çok önemli yani ortaya koyduğumuz hâkimin önüne getirdiğimiz bilgiler tartışılacak bir bilgi. Onun için yargılamanın alenen yapılması sırasında taraflar kendi fikirlerini de söyleyecekler bu mecrada ve bir delil değerlendirme aracı. Bu da çok önemli. O nedenle biz hâkimin yardımcısı konumuna veya savcının yardımcısı konumuna geçiyoruz. Çünkü onların bir bilgi eksikliğini gideriyoruz. Bu da çok önemli bir olay. Bu nedenle yaptığımız iş bilirkişilik biraz sonra insan hakları bağlamında baktığımızda tabii ki bu bilirkişiliği tarafsız, bağımsız bir şekilde, makul bir şekilde yerine getirmemiz gerekir.

Şimdi şöyle bir olay var burada tabii ki olay önce emniyete, ondan sonra emniyet aracılığıyla savcılığa tabii ki savcılığın el koymasından sonra da CMK 160 kavramında bir soruşturma fazına geçiyoruz. Ama soruşturmanın en temel ayağı da olay yeri incelemesi. Olay yerini inceleyeceksin ki o soruşturmayı etkin bir şekilde yerine getirmek, elde edilen bilgileri de delil şeklinde bir iddianamede tabii ki hâkimin önüne veya mahkemenin önüne koyabilmek.

İşte bu süreçte o tümdengelim yöntemi çok önemli. Yani böyle bir şey var burada ne yapacağız yani? Bilgi toplayacağız. Devamlı, sürekli bilgi toplayacağız. Bu bilgiyi nasıl toplayacak? Tanık dinleyecek, bilirkişiyi çağıracak, olay yerini inceleyecek, şuradaki para mı? Teneke mi? Parmak izi var mı? Bu kurşunla mı vurulmuş? Boğazı mı sıkılmış? Bunların hepsinin sonucundan mutlaka savcı bir iddianame hazırlayacak. Bu iddianame işte çok önemli. Bu iddianamenin hazırlanmasında biz çok önemliyiz. Aslında adil yargılanma hakkının temelini, o olay yeri incelemesinde yapılan çalışmalar oluşturuyor.

Şimdi yaşam hakkı bizim için çok önemli. Biz dediğimiz kim? İnsanlar için en önemli. Hatta biraz daha genişletiyoruz, bütün canlılar için önemli. Bu dünyaya gelen her nefis ölümü tadacak ama her nefis de bu dünyada daha uzun süreli kalmak ister. Hayvan olsun, bitki olsun, insan olsun. Kaldı ki insan yani. En şerefli mahlûk.

O zaman devlet, hukuk devleti bir ölüm olayında iki şeyi sorar. Kim öldü? Niye öldü? Bir kim öldü? Niye öldüğü cevaplandırabilmek için devlet önce oraya hekimini gönderir. Baktı ki olay, ölüm bir zorlamalı ölüm, doğal bir ölüm değil o zaman savcısını gönderir. Ya ihbar olarak ya da kendiliğinden, resen savcı oraya gider ve nitelendirir.

Çünkü kimliklendirme çok önemlidir. Şahsiyet sona ermiştir artık, kişilik sona ermiştir. Bu kişiliğin sona ermesi için de mutlaka belgelenmesi lazım. Belgelenebilmesi için de mutlaka ölüm belgesi olması lazım, defin ruhsatı olması lazım. İşte zorlamalı bir ölüm var diyorsa o zaman tabi ki olay ikinci aşamaya gider artık bu bir yaşama hakkı bağlamında insan hakları sorunudur.

Orada Devlet daha bir etkin soruşturma yapacak. Sadece bunun için, yani suç için değil işte yaşadık 6 Şubat depremi olaylarını. Yani insanlar, Sayın konuşmacılar da söyledi. Cenazemi bulun diyor. Cenazemi bulun, onu ben bir yere defnedeyim de dini ritüellerim neyse ona göre görevlerimi yerine getireyim diyor. Onun için sadece olayı insan hakları bağlamında baktığımızda soruşturma üzerinden veya ceza hukuku üzerinden bunları söylemiyoruz. Yeri geldiğinde de insan hakları bağlamında aynı zamanda özel hukuk açısından da, uluslararası hukuk açısından da, medeni hukuk, her türlü şey açısından da niye öldü sorusunu söyleyeceğiz. En azından ölümün hukuki sonuçları, aile hukuku açısından kalan eş için söyleyeceğiz. Miras hukuku açısından mirasçılar için söyleyeceğiz. Hatta daha da ileriye götürelim. Eğer bir organ nakli yapılacak olursa organ nakli açısından gene niye öldüğünü, kimin öldüğünü mutlaka söylememiz lazım.

O nedenle bu iki kavram çok önemli bir olay yeri incelemesi, iki etkin soruşturma. Şimdi CMK 160'a göre tabi ki savcımız bir ihbar neticesinde olay yerini iyi inceleyecek. Ama gördük ki işte özellikle 1989'dan bilemiyorum tam Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin yargılama hakkına kabul edişimiz 1989'dan bu yana tabi ki bireysel başvurular oluyor ve mahkeme bazı kararlar veriyor.

O kararlara göre de sadece bizim için değil, her üye olan herkes için orada bir kavram geliştirdi. Etkin soruşturma kavramı.

Etkin soruşturma kavramında aynen bizim tıptaki Yargıtayımızın kabul ettiği medical malpractice olayındaki deontolojik görüş gibi. Önemli olan sonuç değil, önemli olan o sonuca nasıl varıldığı. Eğer gerekli zamanla gerekli şeyleri doğru bir şekilde yaptıysan sonuçta tıbbi olayda ölüm de olabilir. Herhangi bir sorumluluk getirmez. Etkin soruşturma kavramı da öyle.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi diyor ki; bir suç işlendiğinde

faile erişebilmek için devlet, bütün yetkilerini ve elindeki imkânlarını kullanarak, o faili yakalayabilecek hareketleri zamanında hukuka uygun bir şekilde gerçekleştirdi mi? Gerçekleştirmedi mi?

İşte bizim de adli tıpçılar olarak eğer savcımıza, soruşturma aşamasında katkıda bulunacaksak mutlaka ve mutlaka etkin soruşturmaya etkin bir şekilde katılmamız ve gerekenleri yapmamız lazım. Bu nedenle ben şunu söylüyorum, özellikle ölü muayeneleri ile ilgili ben Erzurum'da görev yapıyorum ve 32 yıldan beri oradayım. Yani çok başsavcımızla çalıştık, savcılarımızla çalıştık. Hiçbir adli tıp uzmanını olay yerine götürmüyorlar. Oysaki olayın niteliğine göre ilgili uzmanlarla olay yerine gidilmesi gerekir. Bombalama olayı ise ona göre, bir yangın olayı ise ona göre, ne bileyim bir tüp gaz patlaması ise ona göre. Mutlaka olay yeri incelemesine uzmanları da alarak adli bilimciler diyoruz tırnak içerisinde. Eğer ölüm varsa mutlaka Adli Tıp Uzmanını alarak da olay yerini bu şekilde yaparsak gereken şeyleri de insan hakları açısından da görevimizi yapmış oluruz.

Bir diğeri, sağlık hakkı ile ilgili olarak fiziksel travma ve ruhsal travmalar. Burada hemen İstanbul Protokolü'ne geçiyorum. İstanbul Protokolü bizim açımızdan da çok önemli. Bununla ilgili olarak İnsan Hakları Eylem Planı Projesi'nde Sayın Cumhurbaşkanımızın talimatları doğrultusunda bizde Sağlık Bakanlığı ile Adli Tıp Kurumumuzun önderliğinde eğitimler vermeye çalıştık. Özellikle bu gibi durumlarda kötü muameleye uğradığını iddia eden kişinin hekime ulaşma hakkının öncelikli olarak verilmesi ve hekimlerimizin de bu konuda duyarlı ve bilgili olması sayesinde yeterli raporlama işlemlerini yapabilmeleri önemli.

Gene kötü tıbbi uygulamalarla ilgili malpractice demin Sayın Hocamız, Danıştay üyemizin söylediği gibi bu gibi durumlarda da insanlar tedavi amacıyla sağlık kurumlarına geliyorlar ve sağlık haklarının ihlal edildiğini iddia ediyorlarsa bu gibi durumlarda da mutlaka ve mutlaka hem muayenenin, hem raporlamanın, hem de bu raporlarla ilgili olarak raporlama süresinin mutlaka geliştirilmesi lazım.

Yine hekimler açısından dış ve iç beden muayenesi çok önemli. Bu gibi durumlarda mutlaka hâkim ve savcılarımızın da şunu hiçbir zaman unutmamaları lazım veya her zaman şöyle diyelim hatırlamaları lazım diyelim doğru bir cümle kullanayım. Tıp etiği ilkelerinin de olduğunu 2500 yıldan beri hekimlik mesleğinin tıp etiği ilkeler çerçevesinde yürüdüğünü ve bazı durumlarda da sıkıntıların yaşandığını, bu sıkıntıları çözmek için de gerekli yöntemlerin veya kuralların değiştirilmesi gerektiğini belirtmek isterim.

Laboratuvar çok önemli. Çünkü bizler sadece Adli Tıp Uzmanları olarak otopsi yapmıyoruz. Kimyager arkadaşlarımız var burada, DNA incelemesi ile uğraşan, biyolog arkadaşlarımız var. Laboratuvar çok önemli. O nedenle de laboratuvarlarımızın hem nitelik olarak, sayısal olarak artırılması hem de nicelik olarak, hem de nitelik olarak artırılması lazım. Biz de Adli Tıp Kurumu bünyesinde bütün raporlarımızı artık akredite edilmiş laboratuvarlardan çıkarmaya çalışıyoruz. Bu da çok önemli.

Bir diğeri burada gene söyleyeceğim, delilden sanığa ilkesi çerçevesinde hareket etmemiz lazım. Delilden sanığa ilkesi çerçevesinde de sadece Adli Tıp Uzmanlarının değil, adli bilimlerle uğraşan tüm uzman arkadaşlarımızın da bu delil elde edilme ve delillerin değerlendirilmesinde katkı sağlaması lazım.

Gene bir diğeri de, yargı reformu stratejisinde hedef 2 olarak belirtilen makul sürelerde rapor verilmesi, raporlama sürecinin makul olması çok önemli. Biz de özellikle sağ olsun Başkanımız bize her gün atıyor, açık dosya istatistikleri diye her gün gönderiyor. O dosya istatistiklerini kapatabilmek için makul süreye uyuyabilmek için gerçekten daha büyük çaba sarf ediyoruz. Çok önemli gerçekten. Bazen öyle oluyor ki Adli Tıp Kurumundan gidecek bir raporla kişi tahliye edilecek veya edilmeyecek.

Biraz önce Sayın Hocamızın da anlattığı bir şey vardı. Özellikle Adli Tıp Kurumu raporları ile ilgili. Gerçekten bu raporların zamanında yargı mercilerine ulaştırılması çok önemli.

Bir diğeri de, ben de bilirkişi kanun taslağında çalışma şerefine nail olduğum o dönemde bilirkişilik kanunu çıkarılmasında katkılarımız oldu. Orada da belirttiğimiz gibi bilirkişilik sisteminin etkinliği ve verimliliği mutlaka artırılmalı. Evet, artırılıyor ama her daim bu süreklilik arz etmeli ve çünkü bilirkişilik yargıyı aksatan değil, yargıyı hızlandıran bir kurum haline bir etkin ve verimli kurum haline getirilmesi gereklidir diyorum.

Sonuç itibariyle de şunu söylüyorum. Başlangıçta söylemedim o zaman insan hakları nedir? Hep tanımını yapıyoruz. Bu çok kullanılan, içi boşaltılmaya çalışılan bu kavramı ben artık şu şekilde tanımlıyorum. Diyorum, insan hakları komşusu açken tok yatmamak demektir. İnsan hakları hastane bombalamama demektir. Çocuk ölümlerine yeşil ışık yakmak demek değildir. Her zaman söylüyorum ben bunu Sayın Cumhurbaşkanımız belki benden sonra söyledi. Ben Ankara Hukuk Fakültesine başladığımda söylüyordum onu. Hukuku öğrendikten sonra; insan hakları Dünya 5'ten büyüktür diyebilmektir.

Saygılarımla.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Evet, çok teşekkür ediyoruz değerli Hocamıza, Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK.

Ben şimdi baktım da, çok geniş ve güzel anlatımınızdan dolayı keşke başta sizi alsaydık da adli tıp nedir sorusuyla başlasaydık. Ondan sonra insan hakları konusuna gelseydik. Ama son konu olarak da güzel oldu. Kendi sorusunu sordu, cevabını da verdi. Dünya'nın 5'ten büyük olduğunu tekrar hatırlattığınız için çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi 15 dakika soru alalım değerli hocam?

Gürsel ÇETİN (Moderatör):
Hocam şöyle süremizi 20 dakika geçtik. Öbür toplantıyı bozmamak için, sonuna kadar affınıza sığınarak daha 10 dakika devam edebiliyoruz hocam.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Peki, biz müsamaha gösterdik konuşmacılara. 15 dakika ile sınırlamadık, 20 dakika yaptık. Biraz ondan dolayı ama 10 dakika soru alabiliriz.

Gürsel ÇETİN (Moderatör):
Hocam, ilk soruyu ben sorsam olur mu? Şimdi dinliyorum ve düşünüyorum bir yandan. Biraz yaşı daha fazla olanlar, daha iyi anlayacak beni.

İnsan hakları konusunda en fazla yol alan, olumlu yönde konuşuyorum ülkelerden biriyiz uluslararası camiada bilmiyorum farkında mısınız? Arkadaşlar, şöyle bir hatırlayın. 1980'li ve 90'lı yıllarda insan hakları deyince bizim aklımıza bu İnsan Hakları Mahkemesi'nin kararları açısından da bugünde tartışıyoruz efendim malpraktis olmuştu. 80'li 90'lı yıllarda benim aklıma sadece Filistin Askısı geliyor. O zaman bayağı yol almışız.

Sorum şu olacaktı; 2000'den sonra Filistin Askısı sonucu gözaltındayken veya tutukluyken veya ona benzer bir işkence yöntemi sonucu ölen vaka var mı? Sistematik olarak yapılan, münferit olarak belki vardır da. Var mı? Duyan var mı? Benimle aynı kanaattesiniz. Yok. O zaman bayağı mutlu olmamız için önemli bir sebep diye düşünüyorum. Bu esnada tabi birçok kurumu kutlamak lazım. Ülkeyi kutlamak lazım, hükümetleri kutlamak lazım, herkesi kutlamak lazım. Yani Kongre'yi düzenleyen olduğu için söylüyorum. Adli Tıp Kurumunu da kutlamak lazım.

Teşekkür ediyorum herkese.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Evet, soru sormak isteyen varsa el kaldırabilir. Kendini ve kurumunu tanıtırsa da memnun oluruz. Buyurun önden alalım.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Dinleyici / Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):

Süleyman Serhat GÜRPINAR. Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanıyım. Alanımızdaki çok önemli bir konuda böyle bir panel düzenledikleri için Düzenleme Komitesine ve konuşmacılara çok teşekkür ederim. Gerek siyasetin gerekse de bürokrasinin önemli yerlerinde böyle bilim insanlarının bulunması gerçekten beni çok mutlu etti. Ben bir sorumu Sayın AÇIKGÜL'e bir sorumu da Sayın KILIÇ'a sormak istiyorum.

İnsan Hakları Mahkemesinde Türkiye tarafından şimdiye kadar ödenen tazminat miktarları verisi var mı sizde ve bunların ne kadarı sorumlulara rücu edildiğini ben merak ediyorum. Çünkü Devlet tarafından ödenen tazminatlar olduğundan dolayı bu tazminatlar vergilerimizden veriliyor. İşkenceye ne kadar sponsorluk ettiğimi merak ediyorum.

Sayın KILIÇ'a da bizler hala doktorlar olarak Adli Tıp Uzmanları, kendi yetkinliklerimiz kapsamında her ne kadar gözaltı giriş çıkış muayeneleri olsun ya da diğer insan hakları ya da işkence iddialarındaki nasıl muayene yapacaklarımızı biliyoruz ve gerekenleri kolluk kuvvet ile yönetebiliyoruz belki. Ama Türkiye'de çok yoğun olarak adli tıp uzmanlarına götürülmeyen gözaltı giriş çıkış muayeneleri var. Adli tıp uzmanları olduğu halde ve adli tıp uzmanlarının bulunduğu kurumlardan yararlanılması mümkün olduğu halde bu yapılamıyor, yapılmıyor.

Dolayısıyla burada da hala biz ne yazık ki Türkiye'de polis ve jandarmanın bize nasıl davranılacağının bir stresiyle yaşıyoruz doktorlar olarak, genel olarak. Bu konuda sizin Kurumunuz kapsamında İçişleri Bakanlığının kolluğuna yeterli eğitim verildiğini düşünüyor musunuz? Teşekkür ederim.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Buyurun Hocam.

Muharrem KILIÇ (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum Sayın Başkanım.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Etkili eğitim yapıyor musunuz polise, jandarmaya? Teşekkür ediyorum.

Muharrem KILIÇ (Konuşmacı):
Sayın Başkanım, değerli Hocam. Kıymetli sorusu için teşekkür ediyorum. Yaklaşık 1,5 yıldır yoğun şekilde bir eğitim faaliyeti yapıyoruz. Yaklaşık 2.000 civarında İçişleri Bakanlığı başta olmak üzere, Sağlık Bakanlığı, Aile Bakanlığı personeline, Milli Eğitim Bakanlığı personeline de olmak üzere online eğitim yapıyoruz. İnsan hakları eğitimi, birkaç tane modül geliştirdik. İlgili Bakanlık personelinin, ilgi alanı doğrultusunda genel İnsan hakları modülasyonu ama özelde ilgili oldukları icrai yetki kapsamındaki sorumlulukları açısından gerekli olan İnsan hakları bilgisi işkence ve kötü muamele başta olmak üzere ilgili personel Adalet Bakanlığının özellikle infaz memurlarına yönelik yapmış olduğumuz eğitimler var. Online eğitimler var. Tabii yeterli mi? Değil. Bu sürdürülebilir bir şekilde devam etmesi gereken bir süreç.

Onun dışında yapmış olduğumuz özellikle farkındalık artırıcı faaliyetlerde hedef kitlelerimizden bir tanesi de bu yetkimiz çerçevesine 3 temel yetkiden bir tanesi ifade etmiştim konuşmamda.

O çerçevede ilgili personele eğitimlerimizi, farkındalık artırıcı faaliyetlerimizi de yapıyoruz. Şunu da söyleyebilirim bu önleyici mekânizma açısından baktığımız zaman, bu yetkimiz çerçevesinde baktığımız zaman ortaya koymuş olduğumuz, hazırlamış olduğumuz her bir ziyaretin raporunu ilgili bakanlıkla ve zaten yasa gereği hem Cumhurbaşkanlığı makamı yıllık raporumuzu, hem de Türkiye Büyük Millet Meclisi ile paylaşıyoruz. Tavsiyelerimizden oluşuyor, her bir ziyaretin tavsiyesinden oluşan bir kümülatif bir rapor, bir yıllık rapor çıkarıyoruz.

O çerçevede, o raporlarda farkındalık artırma en azından bu noktadaki sorun olanların tespit ve teşhis etme noktasında bir fark yarattığını ya da katkı sunduğunu söyleyebilirim kabaca.

Teşekkür ederim.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Teşekkür ederiz. Buyurun Sayın AÇIKGÜL.

Hacı Ali AÇIKGÜL (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum Sayın Başkanım. Ben soru için teşekkür ediyorum.

Ödenen tazminat miktarlarına ilişkin rakamları birazdan vereceğim. Rücuya ilişkin ise şu açıklamayı yapmak istiyorum. Bu konuda iki ayrı kanuni hüküm bulunmaktadır.

Birincisi Devlet Memurları Kanunu'nda yer alan bir hükme göre, işkence ve kötü muamele etmek yoluyla devleti tazminat ödemeye mahkûm eden kamu görevlisi aleyhine devlet ödediği tazminatı rücu eder. İkincisi de İnsan Hakları Dairesi Başkanlığının kuruluş kanunu. Şimdiki 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. Kararnamede yer alan hükme göre Bakanlık, AİHM kararı uyarınca öncelikle tazminatı ödüyor. Daha sonra da rücu hususunun değerlendirilmesi için ilgili kuruma ihbarda bulunuyor. Burada ihlalin kimin kusurundan kaynaklandığı önem arz ediyor. Doktor, polis, jandarma, hâkim-savcı veya sınırdaki gümrük görevlisi her kim kusuru ile devletin tazminat ödemesine sebep olmuşsa, söz konusu ödenen miktar ilgiliye rücu edebilecektir. Tabi burada rücunun hukuki koşullarının da oluşması gerekiyor, yoksa otomatikman bir rücu işleminden söz edemeyiz. Biz AİHM tarafından hükmedilen tazminatları ödedikten sonra düzenli olarak ilgili kurumlara rücu ihbarında bulunuyoruz. Ama rücu edilip edilmemesi, rücunun şartlarının gerçekleşip gerçekleşmediği ve gerekip gerekmediği tabii ki ayrıntılı bir değerlendirme konusu olup, ilgili kurumların değerlemesine tabidir.

Rakamlara ilişkin bilgi henüz gelmedi maalesef, ben de hatırlayamadım. Kusura bakmayın ama gelince söyleyeceğim. Teşekkür ediyorum Hocam.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Çok teşekkür ediyoruz bir soru daha alalım. Siz açıklama mı yapacaksınız? Buyurun.

Hızır ASLIYÜKSEK (Adli Tıp Kurumu Başkanı):
Serhat Hocamız aynı zamanda eski Kurum Başkanımız. Gözaltı muayeneleri ile ilgili şu açıklamayı yapayım; Adana'da 4-5 ay önce 24 saat gözaltı muayeneleri tüm ilin Adli Tıp Grup Başkanlığı yapmaya başladı. Geçen ay Ankara'da -Grup Başkanımız da burada- gözaltı giriş çıkış muayenelerini devlet hastaneleri, üniversitesi hastaneleri değil de Adli Tıp Şube Müdürlüğümüzde 24 saat nöbete geçerek yapmaya başladık. Önümüzdeki ay da Bursa ve Konya'da yapmaya başlıyoruz. Geçen yıl düşünüyorduk hekim azlığı nedeniyle gerçekleştiremedik ama artık 81 ilimizde en az iki adli tıp uzmanımız var. 4-5 uzmanı olan illerimizde yapmaya başladık. İnşallah 2025 sonuna kadar tüm gözaltı giriş çıkış muayenelerini adli tıp uzmanlarına yaptıracak seviyeye geleceğiz. Hatta Muharrem Hocamızla da 81 ilimizde adli tıp uzmanlarımız yapsın diye bir ön görüşmemizde oldu 5-6 ay evvel. O yüzden de bu oturumun bir sebebi de oydu o zaman önermiştik Hocama.

Teşekkür ederim söz için.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Teşekkür ediyoruz Değerli Başkanım. Sizlerden de soru alalım buyurun.

Başar ÇOLAK (Dinleyici / Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Dr. Başar ÇOLAK. Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanıyım. 1989 Ocak'ta Adli Tıp Kurumuna asistan olarak başlamıştım. Yani 23 yaşımdan bugüne kadar hep adli tıpta görev yapıyorum ve bu süreç içerisinde binlerce rapora imza attım. Şunu sormak istiyorum; Adli Tıp Kurumu resmi bilirkişilik kurumu ben şu an üniversiteyim. Üniversite de 2547 Sayılı Kanun gereği resmi bilirkişilik kurumu olarak kabul edilmektedir. Ben genç bir uzmanken, Adli Tıp Kurumunda çalışırken, hocalarım olarak kabul ettiğim üniversitedeki hocaların raporlarını bozma durumunda kalıyordum. Şimdi tam tersi oldu. Benim öğrencim asistanım Adli Tıp Kurumunda çalışırken benim yazmış olduğum raporların tersi raporlar yazabilmekte. Bu tabii boynuz kulağı geçer gibi yorumlanabilir.

Ben Sayın AÇIKGÜL'e sormak istiyorum. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine yansıyan dosyalar arasında, çelişkili raporlarda herhangi bir raporun diğerine karşı üstünlüğü ile ilgili bir karar verilmiş mi? Yargı süreci içerisinde Adli Tıp Kurumu raporunun üniversitelerden verilen raporlara karşı daha üstün olduğu söylenebilir mi? Yoksa raporların içeriğinin mi değerlendirilmesi gerekir?

Teşekkür ederim.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Evet, çok teşekkür ederim. Buyurun Sayın AÇIKGÜL.

Hacı Ali AÇIKGÜL (Konuşmacı):
Çok teşekkür ediyorum. Tabi bu aslında çok detaylı cevap verilmesi gereken bir konu ama kısaca şunu söyleyebilirim. AİHM çelişki giderme makamı değil. Şöyle bir örnek vereyim. Bizim mevzuatımıza göre belli konularda, mesela sağlık nedeniyle cezaevinden hükümlünün tahliyesine karar verilebilmesi için 5275 Sayılı Kanun gereği Adli Tıp Kurumundan rapor alınması gerekiyor. Tabii bu Devletin takdir yetkisi kapsamında kalıyor dolayısıyla AİHM buna karışmaz. Zaten Gülay Çetin kararında AİHM savcının Adli Tıp Kurumundan rapor alma gerekliliğini anlıyorum ama Adli Tıp Kurumu ve savcı hızlı hareket etmemiş, süreç uzamış, rapor düzenlenmiş ve UYAP'a yüklenmiş ama 1 ay sonra savcılık tebliğ almış. Bu sırada da vatandaş vefat etmiş. Dolayısıyla ilgili makamlarının somut olayın aciliyetinin gerektirdiği şekilde hızlı hareket etmediğini belirtiyor.

Çelişkiye gelince, raporlar arasında çelişki olduğu takdirde asıl olan mahkemenin bu çelişkiyi tespit etmesi ve gidermesidir. Şayet raporlar arasındaki çelişkinin giderilmesi için Adli Tıp Kurumuna gönderildi ise, çelişkiye konu bulguların Adli Tıp Kurumu tarafından irdelenerek bilimsel sonuca bağlanması gerekmektedir. Çelişki bu şekilde giderilmediği takdirde ihlallere sebebiyet verildiğini görmekteyiz.

Örneğin birinci bilirkişi raporu kazanın oluşumunda %75 A kusurludur diyor. İkinci rapor ise birinci rapordaki bulgular yeterince değerlendirilmeden %100 B'nin kusurlu olduğunu belirtiyor. Bu çelişkinin giderilmesi gerekmektedir. Hâkimin neden bir raporun diğerine üstünlük sağladığını gerekçesinde belirtmesi lazım. Tabi ki gerekçesini belirtmek suretiyle yargısal yetkisini kullanmak hâkime aittir. Bununla birlikte gerekçesini izah etmeden 2. raporu esas alıp ona göre de hüküm tesis edildiği takdirde çelişki giderilmediğinden dolayı ihlal kararları verildiği görülmektedir.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Evet, çok teşekkür ediyoruz. Son bir soru daha alabiliriz. Kadın dinleyicilerimizden de olabilir.

Ebru Aslan SEZER (Dinleyici / Hâkim):
Ebru Aslan SEZER. Erdek Asya Ceza Hâkimiyim. Öncelikle konuşmacılara teşekkür ediyorum bizi bilgilendirdikleri için.

Benim sorum Sayın Selami DEMİRKOL'a olacaktı. İdari yargı ile alakalı kendisi bilgilendirme yaptı. Fakat adli yargı ile de alakalı kendisine sorum olacaktı. Zira konuşmasında birkaç defa adalet duygusunun tatmin edilmesinden, toplumdaki adalet duygusunun tatmin edilmesinden bahsetti. Fakat adli yargıda dosyanın iki tarafı mevcut olmakla birlikte az önce konuşmacılarımızın, konuşmalarında da geçtiği üzere şüpheden sanık yararlanır şeklindeki ilkelerimiz mevcut ve bunun yanında delilleri değerlendirerek hâkimlerimiz karar vermekte veya savcılarımız yine aynı şekilde.

Dosyada karar verdikten sonra mutlaka dosyanın karşı tarafı durumdan memnun olmuyor veya kendisinin haksızlığa uğradığını iddia ediyor veya vicdan olarak toplumsal veya bireysel olarak vicdanında adaletin sağlanmadığını düşünüyor. Bu hususta ne yapılabilir? Kendisine sorum bu olacaktı.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Teşekkür ediyoruz, gönlü kalmaması için bir el daha vardı. O soruyu da alalım. Başka var mı soru sormak isteyen?

Fahrettin Kemal YERLİ (Dinleyici / Cumhuriyet Savcısı):
İsmim Fahrettin Kemal YERLİ Bakırköy Cumhuriyet savcısı yım. Ağır Ceza Duruşma Savcısıyım.

Benim sorum Ceza Mahkemesi Kanununda 41. Madde de haksız gözaltı ve tutuklama nedeniyle tazminat verilmesine dair hüküm var. Malumunuz kişi yargılama sonucunda beraat ettiyse gözaltında kaldığı süre ve tutuklu kaldığı süreye ilişkin tazminat isteme hakkı var. Bu tazminat sonucunda verilen tazminat miktarı yargılamayı yapan hâkime rücu edilmesi konusunda bildiğim kadarıyla görevi kötüye kullanarak hani karar verilmesi şartı var gibi. Biz tabi sadece kararı veriyoruz. Sonrasını çok takip edemiyoruz. Hani burada sonrasındaki uygulama rücu nasıl oluyor? Birincisi bu.

İkincisi de bu kişiler tabii çok astronomik rakamlar istiyorlar tazminatlarda. Mahkemelerde bilirkişi incelemesi yaptırıyorlar. Daha ziyade asgari ücret üzerinden inceleme yapılıyor, esas alınıyor, onun dışında gelir kaybı varsa bunu belgelendirmesi isteniyor. Şimdi burada davacı kişi kısmen hakkına ulaştığı için yani kendisine göre tamamı verilmediği için kısmen kabul oluyor genelde. Kalan kısım için mağduriyeti giderilmediği gerekçesiyle AİHM'e gidebilir mi? Yani burada böyle bir hakkı olabilir mi? İki tane sorum var bu şekilde.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Sayın AÇIKGÜL' herhalde soruyorsunuz.

Fahrettin Kemal YERLİ (Cumhuriyet Savcısı):
Kim cevaplamak isterse. Evet, daha uygun olacak.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Hocam siz buyurun.

Selami DEMİRKOL (Konuşmacı):
Teşekkür ederim. Hâkime Hanım sorunuz çok güzel, bu soru için size teşekkür ediyorum. Hepimiz çok iyi biliyoruz. Kol kırılır yen içinde kalır. Kol kırılıyor ama insan hakları konusunda artık yen içinde kalmıyor. Malum sözleşmeye tarafız. Sözleşmeyi uygulayan Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine ulus devletlerden yapılan başvurular sonucu vermiş olduğu ihlal kararları duyuluyor, aleni oluyor. Ben, Hiro Balani dosyasında İspanya Temyiz Mahkemesine gülüyorum açıkçası. McCann dosyasında Birleşik Krallık'a gülüyorum. Nasıl böyle kararlar verilmiş diye.

Şimdi siz eğer kararınızı gereği gibi gerekçelendirirseniz ve Sözleşme 6. Madde 3 ayrı fıkrada belirtilmiş olan ayrıntılı usulü güvenceleri sağlamalısınız. Yargılamanızı yaptıktan sonra elbette tarafın birisi tatmin olmayacak bundan. Bunun istinafı ve bunun temyizi var ve İnsan Hakları Mahkemesi önüne gittiğinde de İnsan Hakları Mahkemesi sonuçta usulü güvenceler sağlanmış ve adalet duygusunun tatmin edilip edilmemesi meselesine artık o karışmayacak. Biz kendimiz tatmin olacağız her şeyden önce hâkim olarak yaptığımız işten. Yani bunun için özel bir uğraşı sarf etmenize, çabanıza hiç gerek yok. Siz kararınızı gerekçelendirin, usulü güvenceleri sağlamış olun bu yeterlidir. Zaten birilerini memnun etmekten ziyade, bu adalet duygusunun tatmin olması meselesi mahkemelerin güvenilir olması ile ilgili bir konu. Yargısal güvence sağlamalarıyla doğru orantılı bir iş.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Teşekkür ediyoruz, buyurun Sayın AÇIKGÜL.

Hacı Ali AÇIKGÜL (Konuşmacı):
Çok teşekkür ediyorum Sayın Başkanım. Öncelikle tazminat miktarlarına ilişkin soruya cevap vermek istiyorum.

Adalet Bakanlığının, Hükümet savunmalarını devraldığı 2012 yılından itibaren geçtiğimiz aya kadar ödediğimiz toplam tazminat miktarı 45 milyon euro. Fakat bu miktarın yaklaşık 14,5 milyon eurosu, Boğaz'da bulunan bir Rum okulunun 1970'li yıllarda tapusunun iptal edilmesi nedeniyle 2018 yılında verilen tazminata ilişkindir. Yine yaklaşık 15 milyon euroluk bir kısma da 2000 yılında el konulan bir bankanın yabancı hissedarları lehine hükmedilen tazminat miktarıdır. Kalan yaklaşık 20 milyon euroluk kısım ise Sözleşme'de korunan bütün haklar nedeniyle 11 yıl süresince verilen ihlal kararlarından kaynaklanıyor. Burada tabi öncelikle mülkiyet hakkından kaynaklanan ihlallere ilişkin tazminat miktarları önemli bir miktar tutuyor. Yoksa burada hükmedilen tazminatlar, işkence ve kötü muamele iddialarından kaynaklanmıyor. Bakanlığımızın savunma görevini devraldıktan sonra AİHM ülkemiz hakkında işkence yasağı nedeniyle iki adet ihlal kararı vermiş olup, söz konusu ihlal kararlarına ilişkin olaylar ise 90'lı yılların sonlarında gerçekleşmiş olduğunu görmekteyiz.

Diğer sorular aslında bugünkü sunumun biraz dışında gibi geldi. Ancak şunu söyleyebilirim. CMK 141. Maddesi kapsamında ödenen tazminatların ilgili hâkimlerden rücu edilebilmesi için HSK son derece sıkı bir kriter uyguluyor. Buna göre ilgili hâkim veya savcı görevi kötüye kullanma suçundan mahkûm olmadığı takdirde, söz konusu tazminatların rücu edilemeyeceğini belirtiyor. Zira aksi takdirde hiçbir hâkim savcı karar veremeyecektir.

İkinci soruya gelince, kısmen davası kabul edildi, kısmen reddedildi. Reddedilen kısım üzerinden AİHM'e gidebilir mi? Her ne kadar günlük dilde veya siyaseten sürekli dile getirilse de her talep için AİHM'e başvuru yapılamaz. Zira AİHM bir temyiz mahkemesi değildir. AİHM tarafından yayınlanan istatistiklere de baktığımız zaman yapılan başvuruların kabul edilebilirlik kriterlerini karşılamadığından %88'inin hükümetlere tebliğ edilmeden doğrudan reddedildiğini görüyoruz. Bununla birlikte CMK 141. Maddesi kapsamında ödenen miktarın AİHM tarafından ödenen tazminat miktarlarına göre oldukça yetersiz kaldığı durumlarda, AİHM yine özgürlük ve güvenlik hakkının ihlaline karar verebilmekte ve ilave tazminata hükmedebilmektedir.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Çok teşekkür ediyoruz. Tabii aslında 3 tane konuşmacıya da

soru soruldu. Değerli Hocamıza, Prof. KÖK hocamıza soru sorulmadı ama Hocam ben kısaca bir hatırlatma yapayım. Birinci kuşak haklar, ikinci kuşak haklar, üçüncü kuşak haklar dediniz. Bu tabii insan hakları sürekli devinim içerisinde olan gelişen haklar bu üçüncü kuşaktan sonra da devam eden biliyorsunuz şimdi yeni nesil haklar diye adlandırılan haklar var. Onlarla ilgili de eğer 30 saniyelik bir açıklama yapabilirseniz çok memnun oluruz. Size de ben o soruyu sormuş olayım.

Ahmet Nezih KÖK (Konuşmacı):
İnsan hakları kavramının özünde bireyle devletin karşı karşıya gelmesi var. Yani insanların arasında oluşan ihtilaflar veya çatışmalar insan hakları bağlamında da alınmıyor. Mutlaka o insan hakkı dediğimiz hakkı örseleyen tarafın mutlaka devlet ya da devletin otoritesini kullanan birilerinin olması lazım. Bu süreç içerisinde devletle bireyde yavaş yavaş kendilerine karşı tavırlarını farklılaştırıyorlar.
Bu farklılaşma içerisinde mesela çevre haklarını nereye koyacağız? Karşımızdaki aslında direkt olarak devlet olabilir mi? Yoksa devletten öte farklı bir otorite mi olması lazım? Burada aslında ne oluyor? Bazen öyle bir durum oluyor ki devletler de bazı şirketlere güç yetiremiyorlar. Uluslararası şirketler var. Bu gibi durumlarda tabii ki bu hakların kime karşı ileri sürülebileceği kavramı da değişiyor.

Ama baktığımızda bu gelişme hiçbir zaman sona ermeyecek. Yarın bir gün bu isimler değişse bile insanların kendi açısından ileri sürebilecekleri hakları, insan olarak karşı taraftaki süje ne olursa olsun gene olacak. Ama isimleri de çok farklı olabilir diye cevaplayayım Sayın Başkanım.

Cüneyt YÜKSEL (Moderatör):
Çok teşekkür ediyoruz değerli katılımcılar.

Ben tekrar değerli konuşmacılarımıza, başta İnsan Hakları Daire Başkanımız Dr. Hacı Ali AÇIKGÜL'e teşekkür ediyoruz. Şöyle güzel bir alkış alalım. İkinci olarak Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Başkanımız Prof. Dr. Muharrem KILIÇ'a teşekkür ediyoruz. Üçüncü olarak yine Danıştay üyemiz Prof. Dr. Selami DEMİRKOL'a teşekkür ediyoruz ve son olarak Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK'e teşekkür ediyoruz.

Ayrıca Adli Tıp Kurumu Başkanımıza da böyle güzel, özellikle tabii *Gerçeğin Peşinde Adaletin Hizmetinde* mottosuyla Türkiye Yüzyılına yakışır bir şekilde sempozyum düzenledikleri için çok teşekkür ediyorum.

Son sözü söylemek üzere de değerli co-moderatörüm Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Gürsel ÇETİN'e sözü bırakıyorum. Hepinize saygılar sunuyorum.

Gürsel ÇETİN (Moderatör):
Sayın Başkanımın dediği şeylere aynen katılıyorum ben de ve hepinize saygılar sunuyorum.

2. GÜN
2. OTURUM

ADLİ PSİKİYATRİ

CİNSİYET HOŞNUTSUZLUĞUNDA KARŞILAŞILAN MEDİKAL, CERRAHİ VE ADLİ SORUNLAR

ADLİ PSİKİYATRİ
CİNSİYET HOŞNUTSUZLUĞUNDA KARŞILAŞILAN MEDİKAL, CERRAHİ VE ADLİ SORUNLAR OTURUMU



Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Evet değerli katılımcılar hepinize hoş geldiniz diyoruz. Öğleden sonraki ikinci oturumumuza başlıyoruz. Tabi bizden önceki oturum biraz sarktığı için biz de gecikmeli olarak başlamak zorunda kaldık. Gerçekten dünden beri çok değerli konuşmacılardan çok kıymet konularda konuşmalar dinledik, tebliğler sundular, çok istifade ediyoruz. Bu oturumun da ben faydalı geçeceğine eminim. Moderatörlüğü Prof. Dr. Sefa SAYGILI Hocamla birlikte yapacağız önce kendimi tanıtayım ben Prof. Dr. Kerim YILDIRIM Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı öğretim üyesiyim. Şimdi Sefa Hocama bırakıyorum sözü, buyurun Hocam.

Sefa SAYGILI (Moderatör):
Katılımcılar hepinize hoş geldin diyorum, bugün dört değerli Hocamla birlikte bu cinsiyet hoşnutsuzluğunda karşılaşılan medikal cerrahi ve adli sorunlardan söz edeceğiz. Önce ilk sözü Prof. Dr. Şenol TURAN Hocama vermek istiyorum. Buyurun Hocam. Kendisi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi, yıllardır bu konularla uğraşıyor ve aynı zamanda Adli Tıp Kurumumuzun 6. İhtisas Kurulu üyesi. Kendisi erişkinlerde cinsiyet hoşnutsuzluğu ve adli yönünden bahsedecek. Buyurun hocam.

Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Hocam süremiz 20'şer dakika olacak teşekkür ederim.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Zor bir konu aslında. Birlikte incelemeye çalışalım. Bir giriş yapalım. Sonrasında da erişkinlerle ilgili size bilgi vermeye çalışacağım. Oradaki adli süreç nasıl yürütülüyor? Tabii giriş yaparken terminolojiyi bu konuyu anlayabilmek adına hemen hemen her sunumda ben vermeye çalışıyorum. Burada da bu kavramları şöyle kısaca ve hızlıca gözden geçirmek istiyorum.

Şimdi *"cinsiyet"* derken İngilizcedeki *"sex"* kavramı burada karşımıza çıkıyor ve kişinin aslında biyolojik yönünü anlatıyor. Yani kişiyi kadın ya da erkek yapan anatomik, biyolojik, genetik, fiziksel özelliklerle ilişkili durum. Yine çeşitli genler, kromozomlar, gonadlar, iç-dış genital organlar, bütün bunlar anatomik ve fizyolojik değişimlerine göre kadın ya da erkek cinsiyetinden birine ait oluyor. Bu biyolojik yapıyı İngilizcedeki *"sex"* kavramı ile ifade ediyoruz. *"Toplumsal cinsiyet"* derken de "gender" kavramı karşımıza çıkıyor. Burada da erkek ve kadınla ilişkili ayırt edici psikolojik ve davranışsal özellikler, yani davranışlara ve tutumlara cinsiyetin kattığı özellikler kastediliyor. Değişik kültürlerde coğrafyalarda toplumsal cinsiyet farklı olabilir. Bir başka kavram *"cinsiyet kimliği"*dir. Bu da aslında kişinin kendini hangi cinsiyete ait hissettiğidir. Yani "ben kadınım, ben erkeğim algısı" olarak ifade edilebilir. Bu algı aslında birçok kişide var ve çoğu zaman da çocukluk döneminde ipuçlarını görürüz bu hissin bu aidiyetin; buna da *"cinsiyet kimliği"* diyoruz. Aslında Türkçeye mesela *"gender"* kavramı da cinsiyet olarak çevriliyor, *"sex"* kavramı da cinsiyet olarak çevriliyor. Fakat bunlar birbirlerinden çok farklı kavramlar. Birisi biyolojik yapıya atıfta bulunurken diğeri daha çok kişinin kendini ait hissettiği cinsiyete atıfta bulunuyor.

"Toplumsal cinsiyet rolü" bir başka kavram. Bu da toplumda sergilediğimiz davranışlar biçiminde söylenebilir. Çocuklar için bu çok önemlidir. Çünkü çocukken akranlarla oynanan oyunlar, bu oyunlarda alınan roller, oyuncak seçimleri, kıyafet seçimleri bu kavramın kapsamı içindedir. Bu özelliklerin bazıları erkek ve kadın cinsiyet için çok belirgin bir şekilde bütün toplumlarda benzerdir. Bazıları da kültüre göre değişen özelliklerdir. Yani

kişinin toplumda sergilediği davranışlar, tutumlar; bütün bunlara da cinsiyet rolü ifadesini kullanabiliriz. Son olarak da "cinsel yönelim" kavramından bahsetmek istiyorum. Bu da kişinin duygu düşünce ve davranışsal olarak çekim duyduğu cinsiyet olarak tanımlanabilir. Cinsel yönelimin hiç olmamasına "aseksüalite", karşı cinsiyete olmasına "heteroseksüalite", kendi cinsiyetine olmasına "homoseksüalite" denir. Ya da "biseksüalite", yani her iki cinsiyetten olanlara ilgi duyma. Demek ki biyolojik cinsiyetimiz var, cinsiyet kimliğimiz var, cinsiyet rolümüz var ve bir de cinsel yönelimimiz vardır. Cinsiyet tek başına bir kavram gibi değil çok fazla kavramın olduğu geniş bir alan olarak ifade edilebilir.

Cinsiyet hoşnutsuzluğu veya cinsiyet disforisini nasıl tanımlarız bu kavramlardan sonra? Cinsiyet disforisinde, kişinin kendini ait hissettiği cinsiyet ile o kişinin doğumda belirlenmiş olan biyolojik yapısı arasında bir uyuşmazlık vardır ve bu yüzden kişi kendi cinsiyetinin özelliklerinden kurtulmak ister, diğer cinsiyetin özelliklerine sahip olmak ister. Kişi biyolojik olarak erkek ise, erkeksi özelliklerim bana rahatsızlık veriyor, kadınsa kadınsı özelliklerim bana rahatsızlık veriyor diye bir ifade kullanır. Geçmişte DSM-IV'te *"transseksüalizm"* ve *"cinsel kimlik bozukluğu"* ifadesi varken kısa bir süre önce 2022'de yayımlanan ICD-11'de Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırma sisteminde, *"cinsiyet uyumsuzluğu" (gender incongruence)* ifadesi artık kullanılıyor. Amerikan Psikoloji Birliği de 2013'te yine orada da cinsel kimlik bozuklukları ifadesi varken *"cinsiyet hoşnutsuzluğu" (gender dysphoria)* ifadesini kullanmaya başladı. Belki daha ileriki zamanlarda bu cinsiyet uyumsuzluğunu biz işte SGK'daki ICD 11'e geçişten sonra daha fazla duyabiliriz.

Çocuklarda görülen cinsiyet disforisini zaten Murat Hoca anlatacak. DSM-5'teki tanı kriterlerinde çocuklarda görülen tablo için sekiz tane madde vardır. Burada iş biraz daha sıkı tutulmuş gibi ve bu 8 maddenin en az 6 tanesinin olması tanı koyduruyor. Bu 8 maddeden 6 tanesinin en az 6 aydır devam ediyor olması çocuklarda cinsiyet disforisi tanısını koyduruyor.

Erişkinler ve gençler için ise DSM-5'te ayrı bir tanı kategorisi yer alıyor. Burada da 6 maddenin erişkinlikte yani ergenlikten sonra tablo biraz daha oturduğu için 6 maddenin 2 tanesinin bulunması, en az 6 aydır devam ediyor olması ile bu tanı konuluyor. Burada kişinin yaşadığı, dışa vurduğu cinsiyet kimliği ile birincil veya ikincil cinsiyet özellikleri arasında belirgin bir uyuşmazlık vardır. Kişi sürekli diğer cinsten olmayı, diğer cinsin özelliklerine sahip olmayı, kendi bedenindeki özelliklerden kurtulmayı talep eden bir süreç yaşıyor. Nadir görülen bir durum aslında. İşte 10.000'de 1 gibi bir orandan bahsedebiliriz. Fakat son zamanlarda bu oranın arttığını söyleyebilirim. Ancak bu artışın nedeni olarak muhtemel ki bugün bahsedeceğim etiyolojik durumlar dışında başka bir takım etiyolojinin burada önemi var. Onu da belki sorular esnasında konuşuruz. Toplumda erkekten kadına geçiş isteyenlerin 2,5 kat daha fazla olduğu ifade ediliyor fakat çeşitli ülkelerde oranlar farklılıklar gösteriyor. Cerrahpaşa deneyimi 2006 ile 2011 yılları arasında bize de başvuran aslında erkekten kadına geçiş isteyenler 2,6 kat daha fazla iken, 2014-2022 yılları arasında 1.265 vaka bize başvurmuş ve bu oranın tam tersine döndüğünü görüyoruz. Yani kadından erkeğe geçiş isteyenler 953, erkekten kadına geçiş isteyenler ise 312'dir. Yani 3 kat kadından erkeğe geçiş isteyenlerin daha fazla başvuru yaptığını söyleyebiliriz.

Etiyolojisine baktığımızda belki de bir saat konuşulacak bir mesele. Fakat ezcümle şunu söyleyebiliriz; cinsiyet disforisini açıklayabilecek henüz net bir biyolojik anormallik yoktur. Ancak 2005 yılından itibaren bu konuda çok fazla nörobiyolojik araştırmalar yapılmaya başlandı. Genetik çalışmalar, anne karnında androjenlere maruz kalmak veya nöro-görüntüleme çalışmaları, bunun acaba anne karnında şekillenen bir durum mu olduğunu araştıran çeşitli çalışmalar var. Genetik faktörler ve anne karnında testosterona maruz kalmak gibi biyolojik mekânizmaların etiyolojik yeri, ebeveyn ilişkileri gibi çevresel faktörlerden daha nettir deniyor.

Şimdi çok kısaca bir iki slaytta anne karnında neler oluyor, bundan bahsetmek istiyorum. Gebeliğin 8. ve 24. haftasında, özellikle de 16. haftada testosteronun erkek fetüslerde pik yaptığı bir dönem var. Bu aslında dış genitalyanın şekillenmesinde de, iç genitalyanın şekillenmesinde de önemlidir. Aynı zamanda da cinsiyet kimliğinin şekillenmesinde de bu pik önemli mi diye bir düşünce vardır. Doğum sonrası ilk 3 ay, bu da ilginç. Bu dönemde de çünkü testosteronda artışı vardır. Yani intra-uterin dönemde 8 ila 24. haftada özellikle 16. haftada bir pik var. Daha sonra doğum sonrası 3. ayda tekrar bir testosteronun yüksekliği var. Bunlar acaba erkek cinsiyet kimliğinin gelişimini mi sağlıyor diye bir hipotez ortaya atabiliriz.

Şimdi böyle bir girizgâhtan sonra cinsiyet değişikliği isteyen bu vakalar bize nasıl başvuruyorlar? Birincisi Medeni Kanunun 40. Maddesi nedeniyle, sağlık kurulu raporu düzenlenmesi için mahkemeler tarafından gönderilebilirler veya kendileri direkt başvurabilir tıbbi bakım ya da girişim almak isteğiyle, bireysel başvuruda bulunabilirler. Şimdi mahkemelerin yazılarında bize talep ettikleri yani sevk ettikleri yazılarda çok değişik ifadeler gördüğümüzü söyleyebilirim. Yani bu aslında klasik bir ifadedir; "kişinin transseksüel yapıda olup olmadığı, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olup olmadığı" biçiminde. Fakat her zaman sevk yazıları böyle olmuyor. Burada bize gönderilen birkaç sevk yazısını göstermek istiyorum. Mesela şöyle yazı geliyor; "Cinsel yöneliminin ne olduğu", "cinsiyet değiştirme ameliyatı olmasına engel oluşturabilecek bir psikopatoloji saptanıp saptanmadığı" gibi ifadeler veya "şahsın fiziki, biyolojik, psikolojik uygunluk durumu ve hâlihazırda görmekte olduğu tedavilere ilişkin tüm bilgi ve belgeleri isteyebiliyor mahkemeler. Burada bizden talep edilen şey sağlık kurulu raporu aslında ancak istemler çok farklı farklı olabiliyor bunu vurgulamak istedim. Mesela bir ifadede şu vardı; "Aşağıda kimlik bilgileri belirtilen davacının cinsiyet olarak hangi fenotipte olduğu". Bu da bir rapor talebidir aslında. Ama bu tarz istemlerin olabileceğini söyleyelim.

Hukuksal prosedür, kanundaki ifade "cinsiyet değiştirme süreci" olarak geçmektedir. Fakat "cinsiyet geçiş süreci", "cinsiyet uyum süreci" gibi literatürde zaman içerisinde değişen kavramlar olduğunu da söyleyebiliriz. Aslında hepsi cinsiyet geçiş ya da uyum süreci olarak ifade edilebilir. Cinsiyet geçiş sürecine yönelik ilk düzenleme 1988 yılında yapılmıştır. Bir sanatçının 1981 yılında İngiltere'de yapılmış cinsiyet değiştirme ameliyatı var ve o sanatçı nüfus kütüğünde değişiklik yapma talebiyle mahkemeye başvuruyor ve sonrasında da süreç başlıyor. Türk Medeni Kanunu'nun 29. Maddesine 1988'de bir fıkra ekleniyor. Sonraki süreçte 2002'de Medeni Kanun'un 40. Maddesi ile cinsiyet geçiş süreci nasıl yapılır tanımlanmıştır.

Fakat tabii 2002 yılı, aradan 20 yıl geçmiş belki de en çok literatürün geliştiği alanlardan bir tanesi bu alan, kavramların çok geliştiği bir alan bu. Bu yüzden belki de bu maddelerin gözden geçirilmesi lazım. Şimdi istenen şey şu; cinsiyet değiştirmek isteyen kimse şahsen başvuruda mahkemeye bir dilekçe ile izin verilmesini talep edebilir. Ancak izin verilebilmesi için çeşitli şartların olması lazım. Birincisi kişinin 18 yaşını doldurmuş olması lazım; ikincisi hâlihazırda evli olmaması lazım; üçüncüsü transseksüel yapıda olması lazım; dördüncüsü cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olması lazım;

beşincisi üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunması lazım. Bu ifade Anayasa Mahkemesi tarafından kaldırıldı ama diğerlerinin mutlaka aranması gerekiyor ve bunlar bir eğitim araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporuyla belgelenmeli. Bu belgelendikten sonra bu rapor sunuluyor mahkemeye, mahkeme bu kez ameliyat yapılabilmesine izin veriyor ya da cinsiyet değiştirmesine izin veriyor. Sonrasında da cinsiyet değişikliğine yönelik süreçler gerçekleştiriliyor. Bu kez tekrar mahkemeye başvuruyor ve mahkeme bu kez verilen izne bağlı olarak, amaç ve tıbbi yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin de yine resmi sağlık kurulu ile doğrulanmasını istiyor ve bunun sonucunda ancak nüfus sicillerine değiştirebiliyor. Demek ki birincisi bir ameliyattan önce ameliyat izin kararı var. İkincisi ameliyat sonrası ne tür işlemler yapılmış, ne tür müdahaleler yapılmış, bunları soran bir istek var, bir sevk yazısı var. Kanun'un 2. Maddesinin 2.fıkrasına göre, aranan şartlardan bir tanesi 18 yaşını doldurmuş olması. Kanunda belirtilmemiş olsa da aslında ayırt etme gücünün de olması gerekiyor bu kişilerin. Bir başka şey bu da psikiyatrik hastalıkları var mı? Psikotik hasta mı, şizofren mi, ya da başka gerçeği değerlendirmesini bozan bir hastalığı var mı? Bu açıdan da değerlendirmek lazım. Evli olmama şartı var. Çünkü hâlihazırda evliyse eğer bir cinsiyet değişikliği sonrasında erkek erkeğe ya da kadın kadına evlilik durumu söz konusu olacaktır. Bu da yasalara göre uygun değil. Bu yüzden hâlihazırda evli olmamaları gerekiyor. Transseksüel yapıda olması gerekiyor kişinin ve cinsiyet değişikliği ruh sağlığı açısından zorunlu olması gerekiyor.

Transseksüel yapıda olma gerekliliği ve cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olması gerekliliği maddelerini biraz açmak istiyorum. Çünkü ruh sağlığı uzmanı olarak bizlere düşen en önemli görev bu. Yani bu maddelerle aslında tanı koymamız isteniyor bizden. Transseksüel yapıda olmak; cinsiyet değişikliği sürecinde hormonların ve cerrahi tedavilerinin başlatılması için ruhsal durum değerlendirmesi bir gerekliliktir. Mutlaka bu kişilere uluslararası sınıflandırma sistemlerine göre tanı koymak gerekiyor.. Bu çünkü bir tıbbi tablo. Hâlihazırda ICD-11'de olmasa da DSM-5'te bir bozukluk olarak ifade ediliyor. Burada kişilerin cinsel özelliklerini mutlaka gözden geçirmemiz lazım. Biyolojik cinsiyeti nedir? Kendini hangi cinsiyete ait hissediyor, cinsiyet rolleri nedir, yönelimi nedir? Bunların değerlendirilmesi gerekiyor ve az önce DSM'de bahsettiğim tanı kriterleri bağlamında bu kişilere tanı koyabiliriz. Tanı amaçlı değerlendirmeler 4-6 ay kadar sürebilir hatta daha da uzun sürebilir. Bazı vakalarda yıllarca sürebiliyor. Yani sürekli soru işareti. Tanı acaba burada doğru mu? Gözden geçirmemiz lazım. Çoğu zaman aile görüşmeleri yapıyoruz. Çocukluğuna dair bilgiler alıyoruz. Sonraki dönemde de yine bu aile görüşmeleri önemli olabiliyor ve psikiyatrik hastalıkları mutlaka değerlendirmemiz lazım.

Örneğin entelektüel yetersizlik var mı? Ciddi bir kişilik bozukluğu var mı? Bu mesela son zamanlarda tabloyu çok karıştırabiliyor. Çünkü ciddi kişilik bozukluklarının cinsel eylemleri, davranışları, kendilerini ait hissettiği cinsiyetler çok karmaşık olabiliyor, bazen değiştiği ifade edilebiliyor. Bu vakalarda çok daha dikkatli olmak gerekiyor. Ericsson'un tarif ettiği yani cinsel kimlik karmaşasının olduğu vakalar olabiliyor. Bu anlamda çok iyi değerlendirme yapmak lazım. Erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olması geç başlangıçlı olması bu açıdan önem arz ediyor. Şimdi geç başlangıçlı bir tablo dikkat edilmesi gereken tablolardan bir tanesi. Kız biyolojisine sahip birisi mesela bize diyebiliyor ki ben 15 yaşıma kadar hep bir kız olarak hissettim. Fakat 15'ten sonra değiştim, artık erkek olarak hissediyorum. Bu mesela geç başlangıçlı bir tablo. Burada tanıya soru işareti koyarak bu tanı nasıl devam edecek, takip gerekiyor. Çünkü hızlı başlangıçlı cinsiyet disforisi (rapid onset gender dysphoria) denilen bir tablodan son yıllarda bahsedildi ve gerçekten bizim de ülkemizde son yıllarda sık rastlamaya başladığımız bir tablo bu. Ergenler arasında sosyal bulaşın etkin olduğu, birbirini etkileme şeklinde devam eden, aynı zamanda çoğunun da çocukluk dönemine ait bir psikopatolojisinin olduğu vakalar bunlar. Bu vakalara daha da dikkat etmek lazım. Çünkü bunlarda bir süreç kararı verdiysek geri dönme talepleri de daha sık. Bu bağlamda her ne kadar bize baskı yapsalar da hızlıca her şeyi yapalım diye, bu vakaları çok iyi, detaylı, uzun süre, takip etmekte fayda var. Çünkü kişilerin talebi bizi yönlendirebilir. Sadece kişinin mi? Hayır, ailelerin de olabiliyor, çevrenin baskısı olabiliyor. Bütün bunlar bizi bir anlamda tanıyı hızlıca koyma çabası içerisine sevk edebilir. Ama buradaki değerlendirmemiz bence sakince ve en uygun olanı seçmek şeklinde olmalı.

Şimdi bir vaka örneği vereceğim burada. Bana gelen bir vaka bu. 32 yaşında biyolojik olarak bir erkek, üniversite mezunu ve bana kadın cinsiyetine geçmek istediğini ifade etti. Fakat ifadesi şu şekildeydi; "Kadın cinsiyetine geçmek bana daha iyi gelecek". Bir belirsiz bir ifade. Normalde mesela çok net ifadeler kullanırlar bu kişiler. "Ben kadınım ya da kadın olmak istiyorum" gibi. Fakat burada böyle muğlak bir ifade var. İfade ettikleri şu şekilde devam etti; "Küçük yaşlarımda kendimi nasıl hissettiğimi hatırlamıyorum. Ergenlik döneminde bedenimde gelişen değişikliklerden huzursuzluk duymadım, sonradan duydum. 18-20'li yaşlarımda duymaya başladım. 18 yaşımdan sonra özellikle erkeksi özelliklerimden rahatsızlık duydum" ve şöyle bir ifade kullandı dedi ki; "Ben onur yürüyüşüne katıldım ve orada Lilith kıyafeti giydim." Lilith de İbranilere göre Hz. Âdem'in Hz. Havva'dan önceki ilk eşi. Aslında feminizmin bir sembolü. Boynuzları var, zaten bu onur yürüyüşüne de boynuz takarak katılmış ve aslında benden şunu istiyordu. "Beni Lilith yapın" diyordu. Bu vakaya bizim geçiş süreci ile ilgili verebileceğimiz ne olabilir? Yani Lilith yapmak gibi bir şeyimiz yok çünkü. Fakat talepler bu şekilde olabiliyor. Çoğu da genellikle kişilik bozukluğu olan vakalar, çok karmaşık süreçleri olan vakalar oluyor.

Şimdi ikinci madde de cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olması. Bu da çok zor, yani bir şeye "zorunlu" demek hiç kolay değil. Bizi en zorlayan şeylerden bir tanesi bu. En başta bireylerin cinsiyet kimliklerinin biyolojik cinsiyetleri ile uyumsuz olduğuna yönelik açık deliller olması gerekiyor. Takip eden ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı cinsiyet disforisi tanısını koyacak. Gerçek yaşam deneyimi diye bir şey var. Bu kişilerin olmayı istedikleri cinsiyetle uyumlu kıyafetler giyinmesi, hayatını ona göre devam ettirmesi şeklinde. Bu mesela çok önemli. Gerçek yaşam deneyimi bireyin hormonal ve geri dönüşümsüz fiziksel müdahaleler başlamadan önce tercih ettiği cinsiyet kimliğine uygun olan rolü yaşaması biçiminde ifade edebiliriz. Mesela erkekse biyolojik olarak kadın olmak istiyor. Bu kişinin saçlarını uzatması gibi, kadın kıyafetleri giymesi gibi ya da epilasyona gitmesi gibi veya kadın ancak erkek olmak istiyor. Saçlarını kestirmek, erkek kıyafetleri giymek, göğsünü bağlamak, binder denilen bir takım aparatlar var bunun için. Bu gerçek yaşam deneyimi bize aslında geçiş için bir ipucu ve kolaylık sağlıyor. Bu kişinin kararlılığını gösteriyor. Bunun en az 12 ay olması özellikle cerrahi operasyon düşünülen kişiler için önemseniyor. Uyum kapasitesini sınamak açısından önemli deniyor.

Ameliyat ve hormon kullanımı hakkında bilgilendirmek gerekiyor bu kişileri. Ameliyattan beklentileri gerçekçi mi? Bunu tartışmak lazım, çünkü hiç de gerçekçi olmayabiliyor ameliyattan beklentileri. Bu konu önemli. Ameliyat sonrası sosyal, mesleki, özel yaşam alanları nasıl olacak, mesela bir

öğretmen vaka hatırlıyorum. Cinsiyet değiştirerek, erkek olmak isteyen biyolojik bir kadın. Nasıl değiştirecek? Değiştirince işini mi bırakacak ya da işte çocukların karşısına nasıl çıkacak? Yani bütün bunları çok iyi bir şekilde ayarlayıp o süreci yönetmek lazım.

Aile bilgilendirme, destek toplantıları önemli ve ameliyat kararı da kişi en az 2 yıldır kendi cinsiyetinden rahatsız olmalı ve onu en az 6 aydır tanıyan bir hekim tarafından yönlendirilmeli ve 12 aydır da hormon tedavisi kullanmış olmalı ki alınabilsin. "Üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun olma" şartı Anayasa Mahkemesi tarafından 2017'de kaldırıldı. Bu kararın oy çokluğu ile kaldırıldığını ifade edeyim. Fakat hala mahkemelerden gelen isteklerde bunları görebiliyoruz. Yani mahkemelerin taleplerinde hemen hemen %70'inde yine bu "üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun mudur?" ifadesini görebiliyoruz. Bunu da burada belirtmek isteyeyim.

Şimdi bu kanunla ilgili sorunlardan bahsedip bitireceğim sunumu. Hormon tedavisi ile ilgili sorunlar var. Nedir bu sorunlar? Bu tedavinin başlanması için cinsiyet değişikliği izin kararı gerekli mi? Yani mahkeme kararı gerekli mi hormon tedavisi için? Bu çok önemli bir soru. Bu anlamda kanunun buna nasıl yaklaştığını anlamak zor. 18 yaşın altında hormon tedavisi uygulanabilir mi? Sanki uygulanamaz gibi ama tam anlamıyla yine açık bir ifadenin olmadığını söyleyebiliriz. Burada cinsiyet değişimine yönelik çeşitli ameliyatlar var. Mesela burun estetiği, yüzü kadınsılaştırma operasyonları, ses tellerine yönelik ameliyatlar, mastektomi gibi. Bunlar için de cinsiyet değişikliğine izin veren karar gerekli mi? İzinsiz yurt dışında yapılan ameliyatlar var. Bunlar için nasıl bir süreç izlenecek? Yine ameliyatların bir kısmının yapılması nüfus kütüğünü değiştirebilir mi? Mesela kadından erkeğe geçiş isteyen kişiler ben penis rekonstrüksiyonu istemiyorum çünkü bu çok zor bir ameliyat. Kadın iç genital yapısının alınması sonrasında bunların nüfus sicilleri değişebilir mi? Mesela bu da kanun açısından çok açık olmayan bir şey. Mahkeme kararlarının geçerlilik süresi ne kadar? Yine eğitim araştırma hastanesi 2.fıkrada bulunmuyor. Bu anlamda her hastaneden alınan rapor yeterli mi gibi sorunlar var. SGK bütün ameliyatları en az 1 yıllık psikiyatri takibi varsa karşılıyor. Fakat 6 tane de branşın, psikiyatri dâhil burada bu raporu çıkartmış olması gerekiyor. Bunun için az sayıdaki üniversitede "Cinsiyet Değerlendirme Kurulu" kurulmuş durumda. Konu oldukça geniş ancak böyle hızlı bir şekilde sizlere sunmak istedim. Dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Sefa SAYGILI (Moderatör):
Evet, Şenol Turan Hocamıza çok teşekkür ediyorum. Ayrıntılı bilgilendirmesinden dolayı. Şimdi Prof. Dr. Murat COŞKUN Hocamızı davet ediyorum. Kendisi İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ana Bilim Öğretim Üyesi. Çocuklarda cinsiyet hoşnutsuzluğunu anlatacak bizlere, buyurun Hocam.

Murat COŞKUN (Konuşmacı):
Sözlerime başlamadan önce ben çocuklardan bahsederken Gazzeli çocukları anarak ve işgali devleti İsrail'i kınayarak başlamak istiyorum.

Şimdi netameli bir konudan bahsedeceğim. Şenol Hoca erişkin tarafını anlattı. Bu işin çocuk tarafı ise bu sektörün asıl odaklandığı ve bizi sizleri ilgilendiren asıl tarafı çocuk tarafı. Sizi niye ilgilendiriyor? Birinci derecede ebeveyn olduğumuz için ilgilendiriyor ya da ebeveyn adayı olduğumuz için ilgilendiriyor. İkincil planda bu konunun çok değişik yönleri var. Hukuki yönü ve tıbbi yönün de bu önemli boyutlardan birisi olması yönüyle bizleri ilgilendiriyor. Bu cinsiyeti hoşnutsuzluğu tanımından bahsedildi. Bunun zihnimizde doğru oluşması açısından şu. Yani biyolojik cinsiyeti ile erkek ya da kız olan bir çocuğun sahip olduğu biyolojik anatomik cinsiyetle sahip olmak istediği ya da dışa vurmak istediği cinsiyet arasında bir uyuşmazlık olmasını ifade eder.

Ama bu basitçe şu demek değil. Bu vurguladığım her şey şu an medyada ve dünyada belli lobilerin ya da aktivizmin özellikle üzerinde durduğu çocuk profillerini vurgu yapıyor olacağım. Söylediğim her cümle o anlamda önemli olmuş olacak. Bu basitçe kız özellikleri gösteren bir erkek çocuk demek değildir. Böyle bir çocuğu hemen birazdan söyleyeceğiz. Social transition diye etiketleyip tık hemen öteki tarafa geçirmekle ilgili süreçler çalıştırılıyor çünkü. Burada çocuğun açık bir şekilde karşı cinsten olmak istemesi ya da karşı cinsten olduğu ile ilgili bir ısrar ve dayanışma olması gerekiyor cinsiyet hoşnutsuzluğundan bahsedebilmek için. Bu zihninizde şöyle de canlanabilir. Bir taraftan da ben bu sunumu bir koruyucu ruh sağlığı sunumu gibi diye de düşünmeliyiz çocuk psikiyatristi olduğum için. Yani küçük bir erkek çocuğunda kızsı özellikler davranışlar tepkiler tercihler gösteriyor olmak bu anlamda önemli bir belirti olarak düşünebiliriz. Kliniğinden kısaca bahsedeceğim. Daha sonra da bazı günümüzdeki önemli noktaları soru cevap şeklinde aktarmaya çalışacağım.

Klasik ve tipik formlarda davranışsal belirtiler çoğunlukla 2 ile 5 yaş arasında ortaya çıkıyor. Yani bir erkek çocuk veya kız çocuk karşı cinsin özelliklerini sergilemeye başlıyor. Cinsiyet disforisi dediğimiz, doğrudan bu cinsiyetle ilgili rahatsızlığın ifade edilmesi ise bunlardan belli bir süre sonra ortaya çıkıyor. Ama az önce de ifade edildi. Günümüzde giderek artan ve bizim de daha sık karşılaştığımız maalesef sıra dışı bazı durumlar var. Ergenlik başlangıçlı vakalar. Burada geçmişinde çocukluğunda herhangi bir belirti getirmeyen ya da getirilmeyen ergen çocuklar var. Bunların bir kısmında bizim anatomik disfori olarak dediğimiz şekilde başlayabilir. Yani örnekler üzerinden söylüyorum. İşte aslında doğrudan kız olmakla ilgili bir rahatsızlığı olmayan ama göğüslerinin, memelerinin şeklinden dolayı rahatsız olan bir ergen kızı düşünün buna biz anatomik disfori diyoruz. Göğüslerinin şeklinden rahatsız. Eğer bu kız olumsuz anlamda söylüyorum, uygun şartlar ve çevre oluştuğunda, sosyal medya, internet, birtakım marjinal gruplar, yapılar, insanlarla tanışmaya başladığında bu anatomik disforinin bir gender disforiye cinsiyet hoşnutsuzluğuna dönüşmesi çok kolay ve mümkün. Hızlı ilerleyen bir şey. Burada bahsettiğim her şeyin 13-14 yaşındaki çocuklar olduğunu özellikle vurgulamak istiyorum ya da daha küçük çocuklar olduğunu, telkine ve etkiye, çevre etkisine, akran etkisine, medya etkisine en açık ve en hassas dönemi olduğunu özellikle vurgulamak istiyorum.

Özellikle riskli ergenlerde yani kimlik karmaşası yaşayan, aile ve sosyal ilişkileri kötü olan, ruh sağlığı bozukluğu olan ve zamanının çoğunu internette sosyal medyada geçiren ergenlerde bu ergenlik başlangıçta cinsiyet hoşnutsuzluğu tablosunu görmek yani sık gördüğümüz profil o diye söyleyebiliriz. Şimdi buradan sonrakiler de bazı kritik sorular soracağım ve bu soruların dediğim gibi her birisi aslında günümüzde bu durumdaki çocuklarla yapılan ve yapılmak istenen aslında benim proje olarak adlandırdığım şeyin detayını ve dinamiklerini anlamaya yönelik olarak. Şimdi cinsiyet hoşnutsuzluğu olan çocuklarda bu durum ileriki yaşlarda ne oluyor? En temel ilk sorularımızın birisi bu. Bu soruya cevap verirken kullandığımız kaynak modern psikiyatrinin en temel referanslarından birisi.

DSM dediğimiz yani psikiyatrik bozuklukların tanımı ve sınıflama kitapçığından veriyorum. Bakın burada diyor ki, erkek çocuklarda yani doğuştan erkek olan çocuklarda bu cinsiyet hoşnutsuzluğunun devam etmesiyle etmemesi şu demek. Cinsiyet hoşnutsuzluğu ergenlik ve erişkin dönemde devam ederse bu kişi az önce Şenol Hocanın anlattığı transgender birey olması yoluna giden kişi. Ama eğer cinsiyet hoşnutsuzluğu devam etmezse bu kişi böyle bir talep ve ihtiyaç da bulunmayacak demek. Dolayısıyla kritik ilk nokta burası. Cinsiyet hoşnutsuzluğu devam ederse bu kişi ergenliğin sonunda ya da erişkin hayatta trans bir birey olmayı talep edip ihtiyaç duyacak, devam etmezse duymayacak demek.

Peki, baktığımızda kendi hallerini bırakıldığında, olağan seyrine bırakıldığında, cinsiyet hoşnutsuzluğunun küçük çocuklarda ergenlik sonunda ve erişkinlikteki devam etme oranları nedir diye baktığımızda. Bakın erkek çocuklarda %2 ile %39 persistans oranları yani devam etme oranı. Kız çocuklarda ise %12 ile 50 arasında. Yani kabaca bakıldığında bu çocukların sadece üçte birinde aslında bu ergenlik ve erişkin dönemde devam ediyor ve bu birey bir transgender birey olma istek, talep ve ihtiyacında bulunacak. Peki, bu çalışmalar bakın nereden North Amerika ve Hollanda diyor. Yani bu durumun sosyal olarak çok kabul edildiği, hatta bu tür şeylerin teşvik edildiği bir toplumda bile bu durumun persistans oranları aslında oldukça düşük. Yani bu durumdaki bir çocuğu kendi haline bırakırsanız az bir kısmı ergenliğin sonunda ya da erişkinlikte transgender birey olmak talebi ile kliniğe girecek diye söyleyebiliriz.

İkinci bir şey cinsiyet hoşnutluğunu çocukluktaki şiddeti persistansı öngörmede önemli mi, ne kadar önemlidir? Çünkü burada şöyle kullanılıyor. Evet, bu ergenin çok ciddi bir cinsiyet disforisi var bu böyle devam edecek, dolayısıyla biz hemen şimdi buna müdahale edebiliriz. Hayır, bunu da söyleyemiyoruz. Bakın yine kaynak söylüyor. Moderately correlated diyor. Bu şundan kaynaklanıyor. Hepimiz adli tıpçı ve hukukçu olduğumuzdan aslında bunu çok iyi anlayabiliriz. 20 sene önce ben yaşına uygunsuz cinsel davranışlar ya da cinsel bilgileri olan bir çocuk gördüğümüzde ilk aklımıza gelen cinsel istismardı. Ama şimdi artık bundan başka ihtimaller de geliyor. Medyadan, sosyal medyadan, Netflix'ten bir şey görmüştür çocuk onun için de bunların sergiliyor olabilir. Şu anda çevre etkisi ve medya bu işi çok domine ettiği için kişisel olarak çok şiddetli bir vaka gözükse bile klinik deneyimime dayanarak söylüyorum bu durumdaki hastalarımı görmeseydim ben de var olan bu dayatmaya inanma ihtimalim çok çok yüksekti diye söyleyebilirim. Çünkü bu akıma karşı koymak gerçekten zor. Sadece bu durumdaki çocukları görüp takip ettiğinizde ve bu değişimi zaman içerisinde gördüğünüzde ayıklabilirsiniz. Bir saniye ya gerçekten bu çocuklarda böyle de oluyor aslında. Dolayısıyla disforinin kesitsel anlamdaki şiddetine dayanarak da ileriye dair bir öngörüde bulunabilme şansımız yüksek değil. Bu şu anlama geliyor. Ciddi disforisi var gözüken bir çocuk bile bir yıl sonra aslında bir yıl öncesinden çok çok farklı bir durumda olabilir demek oluyor.

Peki, erken yaşlardaki sosyal geçişin yani social transition denilen ve son 10 yılın kavramı ve uygulaması olan durumun cinsiyet disforisinin devamı üzerine etkisi nedir? Az önce dedik ki bu çocukları kendi haline bırakırsak sadece üçte birinde bu cinsiyet disforisi devam ediyor. Peki, bir de social transition denen bir şey oluştu. Bu da şu, yani 4-5 yaşlarında kızsı özellikler gösteren kız olmak isteyen bir erkek çocuğa "Tamam seni kız yaptık" diyoruz, ismini kız ismi yapıyoruz saçını elbisesini, her şeyini kız olarak değiştiriyoruz, tüm oyunların oyuncaklarını her şeyini kız yapıp social transition, "Sosyal geçiş yaptık" diyoruz.

Eğer bu çocuklarda sosyal geçiş yapılırsa bu defa bakın yine DSM'de diyor. Bu defa gender disforinin ergenlik ve erişkinlikte devam etme oranı %90'lara çıkıyor. Yani öyle bu tedavi diye yapılıyor şu anda. Öyle bir müdahale yapıyorsunuz ki kendi haline bıraktığınızda %70'inin kaybolacağını söylediğiniz bir şey var. Ama siz bu çocuklara social transition yaptığınızda gender disfori %90'ından fazlası devam ediyor ve transgender birey olmak yani birazdan Zeki Hoca'nın daha detaylı anlatacağı tüm bu zahmetli sıkıntılı cerrahi işlemler için aday, kaçınılmaz bir şekilde aday haline gelmiş olacak.

Peki, şimdi burada kendi içimize ve vicdanımıza, aklımıza, sağduyumuza şöyle bir soru soru sormalıyız. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan küçük çocukları düşündüğümüzde veya kendi çocuğumuzu düşündüğümüzde bu durumdaki bir çocuğun ileride ne olmasını arzu edersiniz? Yani bu disfori, evet geriliyormuş çoğunda. İnşallah benim çocuğumda da geriler de bu çocuk o zahmetli işlere talep etmez istemez bunları mı dersiniz? Ya da evet bunun cinsiyet disforisi var, çok güzel hemen bir transgender birey daha kazandık, bunu hemen transgender birey olsunlar mı dersiniz? Çok kritik bir soru. Yani şu an Batı kaynaklı evrensel dayatmanın en kritik noktası burada başlıyor. Cinsiyet disforisi olan çocuklardan maksimum oranda transgender erişkinler mi isteriz? Ya da minimum oranda mı? Kendi çocuğumuz üzerinden düşünelim. Ha zaten modern psikiyatri, tıp ve bilim kendisi diyor ki bu büyük ölçüde geriliyor. O zaman bu geriliyorsa, ki çoğunlukla evet geriliyor, bu çocuklardan hele de transgender birey olmanın, yani hem bu yapılan süreçlerin zahmetini hem de bu bireylerin ileriki hayatta bu ameliyatlardan sonrasında yaşadıkları sıkıntıları dikkate aldığımızda, evet bu çocuğun böyle bir ihtiyaç ve talep hissetmemesi en sağduyulu cevap olmuş olacak. Ama birileri için bu böyle çalışmıyor.

Yani Batı için söylüyorum. Batı toplumunun ve Batı tıbbının ya da psikiyatrinin şu an bize dayattığı şey bu durumu olan bir çocuk hemen social transition yapılmalı, etiketlenmeli, geri dönüşü olmayan bu mecburi istikamet tek istikamet yola sokulmalı ve bu durumdaki her küçük çocuk transgender erişkin olmak için mutlak bir aday haline getirilmelidir deniyor. Şimdi detayına girmeyeceğim ama zihnimizde oluşması açısından söylüyorum. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan çocuklarla ilgili Batıda çalışan yani Batının uyguladığı ve bize de şu anda dayattıkları tedavi, ünlem işareti koyuyorum, dedikleri yöntemde ne var? Birincisi social transition var. Yani social transition aslında bir tedavi değil bir müdahale şeklidir. Bunu öncelikle söyleyeyim. Yani buna tedaviden ziyade asıl birazdan söyleyeceğiz. Bu bir müdahale ya da dayatma demek. Yani batıdaki bu konuyla ilgili sağduyulu insanların, kurumları söylediği şekliyle söylüyorum. Yani çocuğun kendi haline bırakıldığında gerileme ihtimali yüksek olan bir durumu siz aslında social transition yaparak çocuktaki bu durumu gerileme şansını ortadan kaldırıyorsunuz.

Aslında çok ciddi bir durum ve hak ihlali ve hukuki tabiriyle bir nevi ihsası rey gibi bir şey. Tamam, evet, sen böylesin seni böyle yaptık geri dönme şansın ya da tercihin artık yok. Evet, bu çocuk bunu söylüyordu ama kendi haline bırakırsanız 5 yıl sonra ya da 10 yıl sonra bunu söylemeyecekti. Tıbbın ya da psikiyatrinin başka hiçbir yerinde ikinci örneği olmayan bir yaklaşımdan bahsediyoruz aslında. Klinisyen zihnimiz bizim böyle çalışmaz. 10 yıl sonra kendi haline büyük ölçüde gerileyecek bir durum için bu kadar ciddi ve zahmetli süreçleri aslında biz göze almayız ama konu bu olunca tıbbın psikiyatrinin de işin doğrusu bir anda ayarı değişiyor gibi oluyor diyebiliriz. Social transition denilen süreçte bu yapılıyor.

Çocuk küçük yaştayken sosyal olarak bir anlamda etiketleniyor ve süreç başlatılıyor. Sonra ergenliği durdurucu hormonlar GnRH analoglar veriliyor. Bunları Zeki Hoca daha detaylı anlatacak. Sonra efendim ergenliğin ortalarına gelindiğinde karşı cins hormonları veriliyor ve sonrasında ergenlikte ya da ergenlik sonrasında da bu zahmetli ve sıkıntılı cerrahi süreçler başlamış oluyor.

Peki, bu bir tedavi mi, müdahale mi ya da dayatma mı? Bunun bir ideolojik dayatma olduğunu söyleyen batı kaynaklı, yani batıda da, gerçi batıda artık şu an benim yaptığım türden bir konuşmayı yapmak pek mümkün değil. Şu an bunun dayatma olduğunu söyleyen düşüncenin iki önemli argümanı var. Benim de katıldığım ve onayladığım şekli.

Birincisi bu durumdaki çocuklarla ilgili farklı herhangi bir tedavi arayış ya da anlayışının agresif ve keskin bir şekilde yasaklanıyor engelleniyor olması. Tıbbın hiçbir alanında böyle bir örnek yok. Yani sen A tedavisi yapıyorsun. Ben de bir B tedavisi mümkün mü diye bir araştırmak istiyorum. Araştırmasını bile yapamazsın, aklına bile getiremezsin. Şu anda böyle bir ortam oluşturuluyor ya da büyük ölçüde oluşturulmuştur durumda.

Bu işin dayatma olmasının ikinci bir yolu ise küçük yaştaki çocukların social transition yapılarak kendi olağan seyirlerinde bu durumun gerileme ihtimalinin ortadan kaldırılarak, çocuğun mecburi bir yola yani sonu belli olan bizim tarafından belirlediğimiz bir sürece sokulmuş olması. Dolayısıyla burada bir tedaviden ziyade çocuk adına ortaya konulmuş bir irade ve bu durumdaki çocuklardan maksimum oranda transgender birey oluşturmayla ilgili projenin bir parçası ve numunesi gibi görünüyor oluyor çocuk, olmuş oluyor. Kendi haline bırakılınca, buradaki çok kilit nokta bu. Kendi haline bırakıldığında çocukların üçte biri bunu isteyecekti. Social transition mantığı zaten bu. Baktılar ki bunları kendi haline bırakırsak sadece üçte biri bunu istiyor. O zaman biz öyle bir şey yapmalıyız ki bunların hepsi transgender birey olmak istesin ya da olmak zorunda kalsın. Şu an işin doğrusu yapılan şey bu. Bu social transition ile ilgili eleştiri sadece bana ait değil.

Benim de katıldığım ama Avrupa'da ve Amerika'da bu konuyla ilgili sağduyulu insanların da söylediği bir şey. Peki, mevcut tedavi yaklaşımının bazı sonuçları olmuş olacak. Buradaki sonuç şu olacak. Şu an Avrupa'da Amerika'da önümüzdeki yıllarda transgender birey sayısı ile ilgili inanılmaz bir artış olacak değerli katılımcılar ve zaten bu giderek artıyor. Birincisi transgender birey sayısı artacak. İkincisi de detransition vakaları artacak.

Detransition da şu demek. Müdahale eşiğinizi bu kadar düşürdüğünüzde, yaş olarak hem de eşik olarak bu kadar düşürdüğünüzde yanlış pozitifleriniz artmaya başlamış olacak. Yani bu çocukları aslında durumu gerileyecek bir çocuğu bile siz zoraki olarak transgender sürecine soktuğunuzda bunların giderek daha fazla oranda pişman olup geri dönmek isteyecek. Ben mevcut durumdan memnun olmadım diyecek. Ya eski haline dönmek isteyecek ya da başka bir hale dönmek isteyecek. Şu an bu detransition olgusu Avrupa'da Amerika'da da giderek artan, Youtube'da falan vesaire internete girdiğinizde görebilirsiniz detaylarını. Dolayısıyla bunlar da artmış olacak.

Şu an batı ülkelerine baktığımızda sağlıklı cinsiyet kimliği gelişimini riske atan birçok durum var. Yani bu ergenlikte kimlik karmaşasını vs. bir tarafa koyduğumuzda aile ve sosyal kültürel faktörlerin, medya ve internet etkisi çok ciddi bir faktör ve yine bu cinsiyet kimliği ile ilişkili ve cinsiyetle ilgili kullanılan sayısız tane kavram var.

Şenol Hoca bir kısmını anlattı. Bunun çok çok daha fazlası var. Yani sadece bir ders bile bu olur diye anlatabilirim. O kadar kafa karıştırıcı bir süreç var ki böyle bir durumda bir ergenin sağlıklı olarak gelişip ilerleyebilmesi zaten zor. Bir tarafta zemininiz böyle riskli bir zemin ve ergen popülasyonunuz var. Başka bir tarafta tedavi diye söylediğimiz yaklaşımda ne yapıyoruz? Eşiği düşürüyorsunuz. Transkids diye değil mi artık bizim ülkemizde de kullanılmaya başladı. Artık önümüzdeki yıllarda transbaby çıkacak. Trans bebekler çıkacak falan filan. Bunların hepsi laf olsun diye söylemiyorum. Bu projenin dâhilinde olan şeyler ve bunlar duyacağız ve yapılacak olacak. Dolayısıyla eşiği düşürüyorsunuz, yaşı düşürüyorsunuz. Başka ne yapıyorsunuz? Bu durumdaki çocukların hepsini transgender birey yapmakla ilgili bir motivasyonunuz var. Temel motivasyon burada bu. Başka? Bir de yasal boşluklar var bizim ülkemiz açısından baktığımızda.

Bir de başka, cinsiyet değiştirme operasyonlarının toplumda mesela bunların hepsini ben hastalarım üzerinden söylüyorum. Ergen kıza sorduğunuzda cinsiyet değiştirmeyi burun ameliyatı gibi zannediyorlar. Özellikle mesela bu ameliyatların ne demek ne kadar ciddi bir şey olduğu özellikle topluma anlatılmıyor çocuklara anlatılmıyor. Bu sektör kendi içinde çalışan yani ameliyatın mümkün ve kolay olduğu ile ilgili bir algıyı oluşturup sonra arkadan gelen çocuk ve ergeni bak canım bunun bir çaresi ve çözümü var cinsiyetini hemen değiştirebilirsin, bu çok da zor bir şey değil merak etme ergendeki yansıması bu. Yani biraz böyle fıkralaştırıyor gibi oluyorum ama gerçekten ergenin zihnindeki karşılığı böyle birşey. Çocuğa sorduğunuzda penisini kestirmek vajina yaptırmayı burun ameliyatı yaptırmak gibi, burun estetiği yaptırmak gibi zannediyorlar. Dolayısıyla bütün bu algıları bir araya geldiğinde batı toplumunda şu anda 20 yıl önce kendini hani bu farklı kısaltmalarla tanımlanan genç sayısı %3-4'lerdeyken şu an Amerikan toplumunda 15-25 yaş arasında %20'si kendisini artık sexual minority olarak tanımlıyor yani bu oran giderek artacak ve bizim ülkemiz de maalesef bundan tabii ki etkileniyor olacak.

Son birkaç sorum. Farklı bir tedavi ve yöntemi yaklaşımı mümkün mü? Şimdi burada bu sorunun cevabını vermeden önce az önce sorduğum soruyla ilişkili. Bu çocukların ileride ne durumda olmasını arzu ederdik? Eğer bu çocukların hepsini transgender birey haline gelmesini istiyorsak farklı bir tedaviye hiç gerek yok. Böyle bir arayışa da gerek yok. Hatta var olan tedavi denilen yöntemi geliştirebiliriz. Daha bebeklik çağından bile bu dönüşümleri yapmaya başlayabiliriz. Dolayısıyla burada bu çocuklarla ilgili ne olmasını arzu ettiğimiz temel sorusu ile ilişkili. Şu an Avrupa'da ya da Amerika'da bu konuyla ilgili farklı bir tedavi uygulamak bir tarafa farklı bir şey düşünmek ya da bu konuyla ilgili bir araştırma yapmak dahi ciddi agresif tepkilerle karşılaşılıyor ve bu konuyla ilgili çalışan ve farklı düşünen akademisyenlerin üniversiteden atılmasına, kariyerlerinin sonlandırılmasına, bilimle hiç açıklanamayacak türden komplolarla başlarının belaya sokulmasına falan yol açabiliyorlar. Dolayısıyla bütün bunlar yapılırken de bilimin bu süreci alet edilmesi işin daha da üzücü tarafı. Aslında hepimiz bilimle ilgileniyoruz ve bilimin bir araç olduğunu biliyoruz. Yani bu arabanın direksiyonuna oturdun, nereye çevirirsen oraya gider.

Başka da bir detay daha var. Hem direksiyonu başka bir yere kıramıyoruz, bir de hani ülkemizde olur ya bazen özel günlerde trafikte yollar kapatılır mecburi istikamet. Bir de mecburi istikamet buraya gitmek zorundasın. Böyle bir tedavi yöntemi zaten tıbbın başka hiçbir yerinde böyle bir anlayış yok. Tüm dünyaya tek bir seçenek olarak dayatılmış tedavi diye anlatılan bir yöntemin olmuş olması.

Dolayısıyla burada hani bunu söyleyen insanlar bilimi bu işe çok sık alet ettikleri için söylüyorum. Bilimin kendisinin böyle bir değer yargısı yok. Yani bilim bu çocuklar evet hepsi transgender birey olsun diye iddiası yok. Bilimin şekli ve mantığı itibari ile olamaz da zaten. Çünkü bilim bir yöntem. Yani efendim atom bombası yapıp patlatmak da bilimsel yöntemle oluyor. İsrail de Filistinlileri bilimi kullanarak bombalıyor. Dolayısıyla bilimsel yöntem demek bir şeyin mutlak doğru olduğu anlamına gelmiyor olacak diye söyleyebiliriz.

Aslında son 10 yıla kadar Avrupa ve Amerika'da en çok kabul gören yaklaşım watchful waiting dediğimiz dikkatli ve yakından izlemekti. Yani bu çocukları dışsal her türlü etkiden uzak tutarak süreci kendi haline bırakmayı ifade eden, genel hekimlikte de sık kullandığımız bir yaklaşım. Ama artık bu Amerika'da da Avrupa'da da terkedilmiş watchful waiting değil forceful waiting, yani zorlamalı çocuğu belli doğrultuda, belli bir hedefe doğru zorlamak şeklinde bir yaklaşımın daha ağır bastığını görüyoruz diye söyleyebiliriz. Bu kısa zaman içerisinde böylesine ciddi bir paradigma değişikliği aslında bilimin olağan akışıyla, bilimin olağan ilerlemesiyle olan bir şey değil. Bu bilimin olağan akışı ile birikimi ile düşüncesi ile oluşmuş bir durum değil işin doğrusu. Çok daha farklı bir yaklaşımla ya da farklı motivasyonlarla yapılmış bir şey diye söyleyebiliriz. Son soru yine bu durumdaki çocukların ailelerinin çocukları ile ilgili korkutulduğu önemli cümlelerden birisi olduğu için bunu söylüyorum.

Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan çocuklar cinsiyet değiştirme süreçlerine müdahalelerine maruz kalmazlarsa intihar mı ederler? Ailelere çünkü bu böyle anlatılıyor. Bizim ülkemizde de bunu böyle anlatıp ifade eden insanların olduğunu bildiğim için bu ifadeyi, bu soruyu soruyoruz. Burada yine şöyle bir yanlılık var. Doğru tarafı kısmen şu, cinsiyet hoşnutsuzluğu olan çocuklarda, çocuklar demeyelim de artık ergenlik diye. Çocuklarda çok olmuyor bu. Ergenlik döneminde kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, intihar düşüncesi gibi şeyler sık olabilir oluyor. Ama bu aslında doğrudan ve sadece cinsiyet hoşnutsuzluğu ile ilişkili değil. Orada bu çocuğun birçok psikiyatrik bozukluğu, depresyonu, efendime söyleyeyim çatışması vs. birçok farklı faktör de süreci modere ediyor oluyor. Bu çocuklarda cinsiyet hoşnutsuzluğu tedavi edilmezse ya da cinsiyet değiştirme süreçlerine maruz kalmazsa intihar eder ifadesini yanlışlayan en önemli kanıt şuradan geliyor.

Peki, cinsiyet değiştirme süreçlerine maruz kalmış ergen ya da erişkinlerin süreçlerine baktığımızda bu doğru mu? Kesinlikle hayır. Çünkü cinsiyet disforisi olup da transgender birey olmuş bireylerin dünyanın her yerinde beden ve ruh sağlığı açısından, psikososyal sağlık açısından en yüksek riskli grup olduğunu yine aslında batılı çalışmalar, batılılar söylüyor. Onlar zaten kendileri söylüyor. Bu erişkinlerde yani transgender ergen ya da erişkinlerde intihar girişiminden tutun, alkol kullanımına kadar, seksüel disfonksiyona kadar, erken yaşta ölüme kadar birçok psikiyatrik bozukluk ve farklı sağlık sorunlarının zaten çok sık görüldüğü biliniyor. Dolayısıyla bu konudaki en sağduyulu ve gerçekçi çıkarım şu, yani bu çocuklarda, cinsiyet disforisi olan çocukta buna yönelik ilk müdahale hormon tedavisi ile cerrahi süreç falan başlattığınızda çocuğun disforisi ilk başta geriliyor olabilir. Yani bu aslında basitçe şöyle düşünün, burnu ile ilgili burnunun şekil bozukluğunu kafaya takmış bir ergeni düşünün. Mesela demiyoruz ama diyelim ki bu ergeni alsak, peki canım şimdi senin burnunla ilgili konuyu biz seni işte tedavi yapacağız, ameliyat yapacağız ya da ilaç vereceğiz bir şey yapacağız dediğinizde bu ergenin zaten disforisi azalmaya başlar. Burada da aslında o oluyor bir nevi.

Yapılan bu tedavilerin uzun dönem follow-up'larını onlar bizden daha iyi görüyorlar, biliyorlar ve bunun aslında doğrudan böyle bir etkisi olmadığını nereden görüyoruz? Bu bireyler zaten 10 yıl sonra, 20 yıl sonrasında bile en yüksek riskli grup olarak, psiko-sosyal sağlık açısından, beden sağlığı açısından, ruh sağlığı açısından en riskli grup olarak var olmaya devam ediyorlar. O zaman demek ki cinsiyet değiştirme operasyonları ya da ameliyatları bu çocukları ya da bu bireyleri ruh sağlığı açısından daha iyi bir duruma getirmiyor ve hatta da bu ameliyatların getirmiş olduğu tıbbi süreçleri, cerrahi süreçleri, komplikasyonları düşündüğümüzde bu bireyleri daha da fazla olumsuz etkiliyor mu diye bile rahatlıkla sorabiliriz.

Sonuç olarak benim burada çocuk psikiyatristi olarak söylemek istediğim ilk ve en önemli mesaj şu. Cinsiyet hoşnutsuzluğu olan her çocuk kesinlikle ve asla transgender birey demek değildir. Şu an küresel olarak çocuklarımıza dayatılan ilk şey bu. Aslında bilimin de söylediği şeyin tam tersi bu. Yani yapılanı söylüyorum. Bilim de bunu böyle söylemiyor ama ısrarla bize cinsiyet disforisi olan her çocuğun transgender birey olduğu ya da olması gerektiğini empoze etmeye çalışacaklar. Bu empoze etmeye bu dayatmaya birey olarak, ebeveyn olarak, hekim olarak, sağduyulu insan olarak aslında karşı durmamız gerekiyor olacak. Bu çocukların bir kısmında bu ileride gerekli olabilir, bir kısmı halen bunu isteyebilir orada zaten Şenol Hocaların var olduğu anlattığı süreç çalışıyor olacak. Ama çocukluk açısından baktığımızda cinsiyet hoşnutsuzluğu her çocuk kesinlikle ve asla transgender birey demek değildir. Çocuklarınızı ve çocuklarımızı korumalıyız.

Şu an tabii Türkiye'de olduğumuz için biz rahatız ama Amerika'da yaşayan bir ebeveyn olsaydınız felaket derecede rahatsız olacaktınız. Şu an Amerikalı, Avrupalı ebeveynler, sağduyulu ebeveynler inanılmaz gergin durumdalar. Birçok eyalette bununla ilgili eylemler oluyor okullarda. Çünkü çocukla ilgili ufacık belirtti gördüklerinde aileyi bile devreden çıkarıyorlar. Bakın 18 yaşın altında evliliğe hayır diyoruz, 18 yaşın altındaki çocuk sigara, alkol bile alamaz ama 5 yaşındaki çocuk kendisi bir kere bile söylerse aileyi bile kenara koyuyorlar. Böyle bir adanmışlık, böyle bir çılgınlık adeta. Yani 5 yaşındaki bir çocuk bunu söylerse aileden bile çocuğu ayırt edip almak ve çocuğu artık social transition yaparak transkids yapmayı göze almış bir iradeden ve dünyadan bahsediyoruz.

Dolayısıyla şu Avrupa'da, Amerika bu konuda artık tıbbi ve bilimsel bir konu olmaktan adeta çıkmış durumda, çılgın bir şekilde bu işe angaje olmuş durumdalar. Önümüzdeki 10 yıl 20 yıl içerisinde Amerika'da sokakta her üç kişiden birisi transgender birey olacak. Bu projenin hedeflediğini sonuçlardan birisi işin doğrusu bu.

İkinci bir önemli bir mesaj bizim ülkemizde bu konuyla ilgili önemli bir yasal boşluk var. Bu yasal boşluk hızlı bir şekilde giderilmeli. Burada hukukçu arkadaşlarımız, hocalarımız var. Yani burada zaten Batı da bu yaptığı şeylerin birçoğunu onlar da artık geri adım atmaya başlamış ya da başlamak isteyen insanlar var ama sesleri çok çıkmıyor maalesef. Bizim ülkemizde 18 yaşın altında hiçbir bedensel müdahaleye, hormon dâhil izin verilmeyecek şekliyle bir yasal çerçeve çizilmeli ve çocuklarımız bu boşluktan kaynaklanan herhangi farklı motivasyonlar ile yapılan müdahalelerden uzak tutulmalı. İkinci bir şey de bu yapılan müdahaleler tıbbi bir işlem ve motivasyonu ile yapılmalı. Tıbbi bir tedavi işlem gereklilik motivasyonu üzerinden yürütülmeli. Bu her türlü ideolojik ya da saplantılı şeylerden uzak tutulmalı diye söyleyebilirim.

Sefa SAYGILI (Moderatör):
Murat COŞKUN Hocama çok teşekkür ediyorum. Ayrıntılı, doyurucu ve uyarıcı bir konuşma oldu sağ olsun. Şimdi Prof. Dr. Zeki BAYRAKTAR Hocamız geliyor. Kendisi son zamanlarda medyada gördüğünüz önemli ve haklı çıkışları, uyarıları ile tanınıyor. Sağlık Bakanlığı Sancaktepe Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde kendisi. Transseksüel cerrahide yaşanan sorunlar ve komplikasyonlar. Bizi bu konuda bilgilendirecek. Buyurun Zeki Hocam.

Zeki BAYRAKTAR (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum, Sayın Başkan, Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanı, Sayın Başkanlar, değerli Hocalarım, değerli meslektaşlarım, değerli katılımcılar. Öncelikle bu Kongre'yi, bu oturumu organize eden Sayın Başkana ve ekibine teşekkür ediyorum. Her iki Hocamızdan çok güzel bilgiler dinledik.

Ben daha çok transseksüel cerrahinin komplikasyonlarını ve bununla bağlantılı etik sorunları anlatacağım, etik ve legal sorunları, belki biraz da psikiyatrik sorunlara değineceğim. Sunumum ağırlıklı olarak transseksüel cerrahinin komplikasyonları ile ilgili, bu komplikasyonların %90-95'i ürogenital komplikasyonlardır. Fakat bu bir adli tıp oturumu olduğu için etik legal sorunlar ve endikasyon açısından, psikiyatri açısından da bazı sorunlara değineceğim. Şimdi Şenol Hocamızın da bahsettiği ve kendi çalışmasında da gösterdiği gibi transseksüel cerrahi endikasyonu ruhsal sorunlardır, ameliyat için ileriye sürülen gerekçe bu sorunlardır.

Yani biz cerrahlar cinsiyet değiştirme ameliyatını niye yapıyoruz? Bu bireylerde transseksüellerde doğumsal bir anomali var mı, yok. Anatomik bir anomali var mı, yok. Herhangi bir işlevsel problem var mı, yok. Ne var, ruhsal sorunlar var. Bu birey bedeninden rahatsız, cinsiyet hoşnutsuzluğu var. Penisini istemiyor, testisini istemiyor. Kız ise göğüslerini, memelerini istemiyor, bunları kesip atın diye istiyor. Bize gelen talep budur. İleriye sürülen gerekçe budur. Biz de cerrahlar tamam diyoruz, alıyoruz, bu organları alıyoruz, cinsiyetini değiştiriyoruz. Hemen şöyle bir açıklama yapayım. Ben de kullanacağım cinsiyet değiştirme ifadesini, transseksüel, trans geçiş demek. Erkekten kadına, kadından erkeğe. Ama bu aslında yanlış bir nitelemedir. Cinsiyet ne ameliyatla ne hormonla, ne de başka bir şeyle değiştirilebilen bir şey değildir. Ben bir erkeğin penisini ve testislerini alabilirim. Bu yarım saatlik bir ameliyattır. Onun erkekliğini, ona erkeklik özelliğini kazandıran organlarını alabilirim. Bu çok basit bir şey. Ama ben onu kadın yapamam. Ona uterus yapamıyorum, ovaryum yapamıyorum, biraz sonra göreceğiniz üzere vajina da yapamıyorum. Sözde bir vajina yapıyoruz ona ama onun vajina olup olmadığını hep birlikte göreceğiz.

Bir kadın erkeğe geçiş yapmak istiyor. O kadının rahmini yumurtalığını hemen alabiliriz, bu çok kolay bir ameliyat ve ben ona bir neofallus yani sözde penis yapabilirim ama o penisin penis olup olmadığını biraz sonra göreceğiz. Bu arada sunumda rahatsız edici görseller bulunabilir. Yapacak bir şey yok. Şimdi demek ki transseksüel cerrahi için ileriye sürülen gerekçe, endikasyon nedir? Konjenital bir anomali değil, işlevsel bir problem değil, doğumsal anatomik bir problem değil, ruhsal problemler. Her yönüyle sapasağlam olan, biyolojisi sağlıklı bir birey ama ruhsal sorunu var, ameliyat ediyoruz. Peki, cerrahi komplikasyonlara girmeden hemen şuna bakalım. Hangi gerekçe var elimizde? Bu bireylerin ruhsal sorunlarının transseksüel cerrahi ile bittiğini gösteren bir kanıt var mı elimizde? Yok, çok net olarak söylüyorum, yok. Varsa çıkıp göstersinler.

Şimdi ben size transseksüel cerrahinin bayraktarlığını yapan İsveç, Danimarka ve Norveç'te yapılan çalışmaları göstereceğim. Bakın bu çalışma transseksüel cerrahi ile ilgili yapılmış en uzun ve geniş kapsamlı kohort çalışmasıdır. İsveç kohortu. 1970 ile 2005 yılları arasında cinsiyet değiştiren vakalar izlenmiş ve bakın sonuç bölümünde ne diyor? Diyor ki, *"transseksüel bireyler cinsiyet değiştirme sonrasında genel popülasyona göre önemli ölçüde daha yüksek ölüm riski, intihar davranışı ve psikiyatrik hastalık riskine sahiptir. Bulgularımıza göre cinsiyet değiştirme cinsiyet hoşnutsuzluğunu hafifletse de transseksüalizm tedavisinde yeterli olmamaktadır. Bizim bu bulgularımız bu hasta grubu için cinsiyet değişikliği sonrasında daha iyi bir psikiyatrik ve somatik bakıma ilham kaynağı olmalıdır."* Kim diyor bunu? İsveç kohortu. Demek ki neymiş? Transseksüel cerrahi ruhsal sorunları tedavi edemiyor. Hatta Danimarka çalışması bazı transseksüellerde ruhsal sorunların daha da arttığını gösteriyor. Azaltamadığı gibi artıyor.

Yine bir başka Danimarka çalışması, görece biraz eski, diyor ki, transseksüel cerrahi geçiren hastaların yaklaşık yüzde 66'sı yalnız yaşıyordu. Yeniden sosyalleştirici değil bu operasyonlar. Vakaların %50'si vajinanın yeniden ameliyat edilmesini gerektiren komplikasyon yaşadı. Bir bölümü memnundu, çekirdek grup, ama çekirdek grup dışındaki bireylerde o kadar yoğun öznel ve nesnel sorunlar belirgindi ki bu bireylere ameliyat önerilmemeli, diyor. Kim söylüyor Danimarka ve İsveç çalışması. Hatta sosyal, medikal ve cerrahi geçiş sürecini başlatanların dörtte birinde yeni bir beden disforisi, beden disforisinin yeni bir formu gelişiyor. Yani cinsiyet hoşnutsuzluğunu tedavi etmek istiyoruz ya, tam aksine ortaya çıkan yeni bedensel görünümlerinden de memnun olmuyorlar bu bireyler ve bu bireylerin yaşam kalitesi hem bu psikiyatrik sorunlar hem de biraz sonra anlatacağım cerrahi komplikasyonlar nedeniyle anlamlı derecede düşüyor. Nitekim Almanya-Hollanda çalışması, bu cerrahiden 15-16 yıl sonra yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde düşük olduğunu ve bu düşüşte ürogenital komplikasyonların önemli bir rol oynadığını söylüyor ve transseksüel bireyler trans cerrahisi geçiren bireyler, ortalama 25-28 yıl daha kısa yaşıyorlar. Yani bugün uygulanan transseksüel tedavi ve cerrahiler, trans bireyin ömrünü ortalama 25-28 yıl kısaltıyor. Bunu şu Danimarka çalışması net biçimde gösteriyor.

Niye böyle? Çünkü bu bireylerde kullandıkları hormonlara bağlı olarak kanserler, kalp-damar hastalıkları ve nörolojik hastalıklar başta olmak üzere ölümcül hastalıkları artıyor, cerrahi komplikasyonlar gelişiyor, sıklıkla re-operasyonlar gerekiyor, enfeksiyonlar artıyor, bunlara psikiyatrik sorunlar ve intiharlar da eklenince hepsi birlikte bir araya geldiği zaman yaşam süresi kısalıyor, Danimarka'da beklenen ortalama ömür kadınlarda 81,9 erkeklerde 78 iken cerrahi geçiren transseksüellerde ortalama ömür 53,5, yani 25-28 yıl daha kısa, yani ameliyat olan transların ömürleri yaklaşık üçte bir kısalıyor, ama yaşadıkları sürede de mutlu olamıyorlar.

Yoğun psikiyatrik sorunlar aynen devam ediyor. Yani demek ki transseksüel cerrahi transların ruhsal sorunlarını tedavi edemiyor. Burada şöyle bir sorunumuz var; bizim mahkemelerimiz Medeni Kanun'un 40. Maddesi gereğince hekimlere şunu soruyor, bu birey transseksüel mi, ameliyat olması ruhsal sağlık açısından zorunlu mu? Niye bunu soruyor? Çünkü hekim böyle bir şey derse ameliyat süreci başlıyor. Peki, hekim bunu neye dayanarak söylüyor? Şimdi Şenol Hocam benden önce konuştu, ama sonra da konuşabiliriz. Ben şimdi soruyorum. Bir psikiyatr hangi kanıta dayalı olarak, "evet bu bireyin ameliyat olması gerekiyor, transseksüel cerrahi yapılmalı, çünkü ruhsal sorunları ancak bu şekilde tedavi olacak" diyecek? Hangi kanıta dayalı olarak bunu söylüyor? Ben bir cerrah olarak bu ameliyatı yaparım, ilgili heyet bu kararı verdiği zaman ama

benim bir de vicdani sorumluluğum var, etik sorumluluğum var. Yaptığım ameliyatın sonucunu ruhsal ve cerrahi olarak görmem, takip etmem, sorgulamam gerekiyor. Sorguladığım zaman böyle bir gerekçenin ileri sürülemeyeceğini görüyorum, endikasyon yok, bu çok net olarak böyle. Bunu gösteren bir kanıt, böyle bir çalışma yok. Dolayısıyla endikasyon için ileriye sürülen tek gerekçe bu, ruhsal sorunların tedavisi, ama tedavi edilemiyor işte, yani endikasyon yok, çünkü tedavi olmuyor.

Kaldı ki biz sapasağlam olan bu bireyin bedenine bakın nasıl müdahaleler ediyoruz ve neleri yaşatıyoruz. Murat Hocam az önce söyledi ya böyle ufak bir ameliyat gibi düşünüyorlar, gerçekten söylenmiyor bunlar. Transseksüel cerrahi prosedürde erkekten kadına ki vakaların dörtte üçü bu gruptadır. Yani erkeklerden kadına geçiş isteği daha fazladır. Şenol Hoca bahsetti son yıllarda biraz değişse de. Önce ne yapılıyor, orşiektomi ve penektomi. Yani testislerini ve penisini kesip alıyoruz. Yarım saatlik bir ameliyat, en kolay kısmı. Ondan sonra da vajinoplasti yapıyoruz, sözde tabi, diğer ameliyatlar, işte klitoroplasti, meme implantı, sesi ve yüzü feminize eden ameliyatlar da var. Tekrar söylüyorum aslında erkekten kadına geçiş diye bir şey yok. Biz erkekliğini iptal ediyoruz, kadına falan da dönüştüğü yok. Ne olduğu belli olmayan bir grup.

Şimdi bu grupta en sık yapılan genital ameliyat penil inversiyon vajinoplastidir. Ne demek o? penisin içindeki erektil cismi bizim corpus cavernosum dediğimiz yani penisin esas ereksiyon işlevini gören bölümünü çıkarıyoruz. Testislerini kesip alıyoruz, penis derisini, şu gösteriyor mu? Evet, orada gösteriyor şurada. Rektum ile üretra ve mesane arasına bir boşluk oluşturarak ters çevirerek buraya yatırıyoruz ve biz buna neovajina diyoruz, yani güya bir vajina yapmış oluyoruz. Fakat bu asla ve asla doğal bir vajina işlevi göremez. Neden göremez? Çünkü doğal vajina aktif, çok canlı bir organdır. Esneyebilir, kasılabilir, erojen duyarlılığı maksimumdur, çok yoğun bir damar ve sinirsel ağa sahiptir, pH değeri sürekli olarak 3,8-4,5 arasında yani asidik ortam, çünkü laktobasiller var ve laktik asit üretiyorlar, yani vajinanın doğal bir savunma sistemi var, bunlar doğal bir koruma sağlar. Ayrıca vajina klitoris ile çevrelenmiştir, sekresyon salgılar vesaire vesaire. Bunların hiçbiri neovajinada yoktur. Neovajina, bu arada klitoris ile ilgili bilgi eksikliği çoktur, çünkü klitoris anatomisi ve fizyolojisi ile ilgili ders kitaplarındaki bilgileri bile değiştiren yeni keşifler var.

Kanadalı ürolog meslektaşımız O'Connell tarafından yapılan çalışmalar, klitorisin fonksiyonel anatomisi üzerindeki çalışmaları, klitoris hacminin nerdeyse erkekteki penis hacmine eşit olduğunu gösterdi. Bakın şurada görüyorsunuz klitoris sadece glans klitoris dediğimiz bir noktadan ibaret değildir, korpus, krus ve bulbus klitoris dediğimiz bölümleri var, krus ve bulbus bölümleri vajinayı çevreler, sağlı sollu olarak. Neovajinada asla böyle bir şey yoktur. Aslında penis vajina birleşmesi yani cinsel ilişki, penis klitoris kenetlenmesidir. Bunlar neovajinada hiçbir zaman asla söz konusu olmaz.

Bu birey işeme fonksiyon bozukluğu, idrar kaçırma, stres tip kaçırma, ürge, cinsel açıdan hiçbir zaman tatmin olamama, dışkı kaçırma, dışkı aciliyeti, bağırsakları boşaltamama gibi problemler başta olmak üzere çok yoğun sıkıntılar yaşarlar. Üretra darlığı, idrar yapamama veya kaçırma, yara açılması, neovajinal darlıklar... Şimdi bizim bu yaptığımız neovajinayı vücut bir yara olarak algılıyor ve sürekli orayı kapatmaya çalışıyor. Ters çevirdiğimiz penis cildi uzaysal bir boşlukta olsa bile esneyebilen bir organ değildir. Ama döşediğimiz alan yoğun pelvik kasların basıncı altında olduğu için sürekli vücut onu kapatmaya çalışıyor ve bu trans bireyler ameliyattan sonra özellikle bir yıl boyunca bu neovajinanın kapanmaması için metal ve plastik bujiler ile günde birkaç kez dilatasyon yapmak zorunda kalırlar, bu çok ağrılı sancılı bir işlemdir ve buna rağmen burası sıklıkla daralır ve bu bireylerin yüzde yetmişinde seksüel hayat da yoktur. Yani bu da bilinmez. İnternette işte bilgilendirme yaparlar. Bu dilatasyonu nasıl yapacaklarını, ayna yardımıyla vesaire. Buna rağmen neovajina sıklıkla daralır, kapanır. Cinsel ilişkiye müsaade edecek kadar bir vajina ortaya çıkmaz. Kokulu, akıntılı, sürekli bir koku olur doğal savunma sistemi olmadığı için. Dolayısıyla çok problemli bir yapıdır. Bizim neovajina dediğimiz aslında vajina değildir. Bazı bireylerde penis fallus yeterince gelişmediği zaman penis derisi yerine bağırsak segmenti kullanılarak da neovajina oluşturulabilir. Tabii bunun da komplikasyon oranı çok yüksektir. Burada mukore dediğimiz bağırsak salgısı, kokulu bağırsak salgısı başta olmak üzere önemli komplikasyonlar görülür, yine neovajinal darlıklar, fistüller, protrüzyon vesaire, uzun vadeli komplikasyonlarda yine keza neovajinal darlık, protrüzyon ve bunlara bağlı komplikasyonlar sık görülür.

Peki, kadından erkeğe geçiş prosedürlerinde neler var? Mastektomi, histerektomi, vajinektomi. Yani memelerini rahmini ve yumurtalıklarını alırsınız. Bu en kolay aşama. Organ almak çok kolay bir cerrahi. Ama organ yapmak çok zor ve mümkün değil. Şimdi ne yapıyoruz? Bakın penis oluşturma, falloplasti. Kolundan veya bacağından sağlam cilt ve cilt altı dokularını keserek tamamen bir doku yığını oluşturuyoruz. Bunun asla erektil işlevi yoktur, duyusu yoktur, sensitif değildir, erojen hassasiyeti yoktur. Sadece bir görüntüden ibarettir. Bu bireylerde sağlam dokular alınan bölgede bakın gördüğünüz üzere bir kere çok büyük bir greft defekti olur. Yani kol ve bacakta böyle bir defekt olur. Trans bireylerin yüzüne bakarak çok estetik ve güzel veya yakışıklı izlenimi alırsınız ama genital yapıları, beden yapıları ne yazık ki böyle değildir. Hem anatomik olarak hem işlevsel olarak. Tabi psikiyatristler bunlarla uğraşmadıkları için Şenol Hocam işi havale ediyor cerrahlara, ondan sonra biz uğraşıyoruz diyeyim de latife olsun.

Peki, falloplasti de ne sorunlar yaşıyoruz? Başta total ve kısmi flep kayıpları. Ne demek yani bu dokular ölüyor, nekroz. Çünkü bunların damarı yok, beslenemiyorlar, üretral kayıp, tamamen sağlam olan üretraya müdahale ediyorsunuz, idrar kanalına bir ekleme yapıyoruz. Sağlam olan üretrayı idrar kanalını bozuyoruz. Gördüğünüz gibi böyle bir flep oluyor. Yine burada gördüğünüz gibi nekrotik üretra ve doku. Şimdi biz üretral stenoz, darlık veya üretra fistülü deyip geçiyoruz ya. Bu ne demek? Hasta sürekli idrar kaçırıyor, bez kullanıyor. Ya da idrarını yapamıyor. Son derece sıkıntılı bir durum bu. Yara açılması, doku kaybı ve fistül. İdrarı perianal bölgeden sürekli akıyor ve sürekli re-operasyon ihtiyacı gelişiyor. Bakın fistül oranı %22 ile %75 arasında. üretra darlığı %25 ile %58 arasında. Bunlar çok büyük rakamlar. Tekrar tekrar ameliyatlara rağmen başarı oranı düşük. Özetliyorum, falloplastide genel komplikasyon oranı %76,5 ve bunların yarısından fazlasında re-operasyon gerekiyor. Tekrar tekrar ameliyat ihtiyacı oluyor ve buna rağmen bunların önemli bir bölümünde sonuç başarısızlıkla neticeleniyor. Yine bir başka çalışmada üretra darlığı her iki teknikte de yani falloplasti ve metoidioplasti, her ikisinde de %63 fistül gelişiyor, darlık nedeniyle ilave ameliyat ihtiyacı %73. buna rağmen vakaların yüzde 30'u fallusun ucundan işeyemiyor. Fallusun ucundan işemek önemli bir kavram, biraz sonra açıklayacağım. Trans erkekler takıntı düzeyinde onu talep ederler çünkü.

Journal of Urology'deki bu yayını yazarlar şöyle bitiriyorlar. Genital transseksüel cerrahi komplikasyon oranı yüksek ve karmaşık bir işlemdir. Yani organ almak çok kolay da bunlar zor işler. Yine bir başka çalışmada, üretra fistülü ve darlık oranı %49, yani her iki hastadan birinde darlık veya fistül gelişiyor. Protez komplikasyonu yaklaşık %30. komplikasyonları özetlersek vakaların yarısı ile dörtte üçünde komplikasyon gelişiyor ve bunların %90-95'i yaşam kalitesini düşüren ürogenital komplikasyonlar. İdrar boşaltma fonksiyonu da bozuluyor, seksüel yaşam da bozuluyor. Erkekten kadına geçişlerde işeme problemleri %50-60, idrar kaçırma %25-40 civarında, dışkılama problemleri %20 civarında. Ve diğer problemler…

Biraz kısa kesiyorum. Kadından erkeğe geçişlerde toplam komplikasyonlar %76, üretra darlığı %63, re-operasyon %73. ayrıca bir husus daha var. Bu konuda yoğun çalışmaları olan Kuhn ve arkadaşları, diyor ki, transseksüel komplikasyonlar literatürde bildirilenlerden çok daha yüksektir. Niye? Çünkü transseksüeller ürogenital sorunlarını bildirme konusunda oldukça çekingen davranıyorlar, sorunlarını gizliyorlar. Gerçekten böyle bir durumu biz de gözlemliyoruz. İlaveten yeni yapılan neoüretra ve neovajinanın böbrek ve mesane fonksiyonları üzerindeki uzun vadeli sonuçlarını da bilmiyoruz. Bu konuda da bir muamma var. Peki, buna rağmen transseksüeller neden falloplasti isterler. Mesela kadından erkeğe dönüşmek isteyen biri rahmini, uterusunu, vajinasını aldırsın hani Şenol Hocam da bahsetmişti, ama falloplasti olmasın, bu bir penis yığını hiçbir işlevi yok, ama bizden talep ediyor. Niye istiyor bunu? İstiyorlar çünkü transseksüellerin yüzde 98'inden fazlası, yani neredeyse %100'üne yakını ayakta işemeyi arzu ediyor. Bu onlar için bir takıntıdır. Ayakta işeyebilirse erkek olduğunu kanıtlayacak. Öyle düşünüyor. Hatta bunlar ameliyat yapma imkânı bulamazsa çamaşırlarına bir çamaşır veya kâğıt rulosu koyarak, sanki bir genital kabartı varmış izlenimi vermeyi de severler. Demek ki transeksüel cerrahi transların ruhsal sorunlarını tedavi edemediği gibi bunlara yaşam kalitesini düşüren cerrahi ürogenital komplikasyonlar ekleniyor.

Tüm bu ameliyat sonrası pişmanlıklardan Murat Hocam bahsetti, detransition olaylarına neden oluyor. İnanılmaz bir detransition literatürü birikmeye başladı 2020'den sonra. Detransition yani geçiş sürecinin belli bir aşamasında veya tamamen geçtikten sonra ben pişman oldum, geri dönmek istiyorum diyen veya pişmanlığını beyan edenler.

Harvard Tıp Fakültesinden Irwig detransizyon için transseksüel bireylerde giderek artan kompleks bir fenomen diyor, artıyor ve giderek de artacak diyor. İşaretler onu gösteriyor. Niye artacak? Bu arada detransizyonerler de artık örgütlendiler, simgeleri de şu. Artık seslerini yükseltiyorlar, boğamıyorlar, örgütleniyorlar. Yani trans etkinlik günleri var ya. Artık De-trans etkinlik günleri de var. Onlar da biz işte mutlu değiliz, pişmanız, kandırıldık, başkaları kandırılmasın şu bu falan diye seslerini çıkarmaya başladılar. Gördüğünüz gibi sadece bir bölümünü aldım. 2021 sonrasında detransition ile ilgili çok ciddi bir literatür birikmeye başlamış ve her geçen gün artıyor. Detransition oranı tam bilinmiyor aslında ama giderek arttığı çok kesin, net. Niye bilinmiyor? Çünkü, pişmanlık, cerrahi sonrası pişmanlıkla ilgili literatürde hep %1-2 hatta %1'den bile düşük oranlar verilirdi, çalışmalarda. Ama şöyle bir problem var.

Şimdi bakın bu yine İsveç çalışması. Mesela burada pişmanlık oranı sizin yaptığınız tarife göre %1 ile 80 arasında değişir. Nasıl oluyor bu? Mesela bu çalışmada %2,2 olarak verilmiş. Yani bütün cerrahi aşamaları bitirdikten sonra pişman olan. Ama pişmanlık tarifi ne? Şöyle, imkânsız bir şeyi tarif ediyor neredeyse. Hasta ameliyattan sonra pişman olacak bu yeterli değil. bize gelecek diyecek ki, ben pişmanım beni yeniden ameliyat yap, eski orijinal cinsiyetime döndür. Eğer böyle taleple geliyorsa ben onu pişman kabul ederim, öyle yaptım diyor. Ya böyle bir tarif olur mu? Yani onun eskiye dönemeyeceğini zaten herkes biliyor. Oysa pişman olduğu halde hekime müracaat eden pek çok trans var, hatta pişman olanların çoğu böyle. Nitekim pişmanlık tarifi değiştirildiği zaman bu oranın nerdeyse %80'lere çıktığını görüyoruz. Nasıl anlıyoruz?

Mesela Littmann'ın bir çalışmasında sosyal, medikal ve cerrahi geçiş sürecini başlatanlardan pişman olan detransizyonerlerin sadece yüzde 24'ü geçişten vazgeçtiğini hekimine bildiriyor. Yani pişman olan detransisyonerlerin yüzde 75'ten fazlası geçişini durdurduğu halde bunu hekimine bildirmiyor. Değil cerrahi geçişi tamamlandıktan sonra gidip beni eski cinsiyetime döndür demek, geçişini durdurduğunu bile söylemiyorlar veya söyleyemiyorlar.

Tabi bunun muhtelif nedenler var ama bu başka bir konu. Ameliyat olan trans birey bu kadar cerrahi komplikasyon yaşayacak, eziyet çekecek ama cerrahına gidecek ve diyecek ki ''beni yeniden ameliyat et ve eski cinsiyetime döndür", bu mümkün mü? Ameliyatlara bağlı yaşadığım bunca sıkıntıları tekrar yaşayayım mı diyecek? Üstelik geriye dönüşün mümkün olmadığını bildiği halde. Dolayısıyla, aslında gerçek pişmanlık oranı %50-60'larda hatta daha da yüksek ama henüz bunlar makalelere bu şekilde yansımış değil. Mesela az önce bahsettiğim araştırmada pişman olanlarda %60-80 arasında öfke de var. Pişmanlık raporlanan oranlardan daha yüksek çünkü pek çok detransizyoner pişmanlığını açıkça bildiremiyor, çünkü aktivizm bu beyanları trans aktivitesine zarar veriyor gerekçesiyle damgalıyor, detransizyonerlere baskı kuruyor.

Kanadalı araştırmacı MacKinnon, detransfobi var diyor, hani transfobi var ya, şimdi bir de detransfobi var. MacKinnon kendisi de bir detransizyonerdir, bu süreci yani detransların maruz baskıları kendisi bizzat yaşadığı için bu süreci akademik olarak inceleyeyim diye araştırmaya başlayan bir akademisyen. Onun çalışmalarını tavsiye ediyorum, bunlar okunsun. Lobi detransizyonerleri resmen ölümle tehdit ediyor. Ben ameliyat oldum cinsiyetimi değiştirdim ama pişmanım diyeni pişman ediyorlar, "pişman olduğunu beyan edersen pişman ederim." Niye? Trans aktivitesine zarar veriyorsun. Dolayısıyla detransizyonerlerin önemli bir bölümü geçişten vazgeçtiğini gidip hekimine söyleyemiyor, damgalanma korkusu yaşıyor, ölüm tehditleri bile alıyorlar ve cerrahi de talep etmiyorlar. Etmelerinin de bir anlamı yok zaten. Bu nedenle yüzde 13, 15, 20, 25 gibi oranlar var, ama asıl oran ne tam bilinmiyor.

Şimdi çok önemli bir bulgu var, Almanya'da yapılmış bu çalışmada, detransizyonerlerle yani geçiş sürecini başlattıktan sonra bu süreci duruduran ve pişman olanlarla yapılmış, bu bireylerin %55'i geçiş sürecinde kendisinin bir doktor veya psikiyatrist tarafından yeterince bilgilendirilmediğini, yeterince değerlendirmeye tabi tutulmadığını beyan ediyor. Bu çok acı bir durum. Yani inanılmaz bir acelecilik var. Sen böyle mi istiyorsun tamam o halde gibi. Hani işi karikatürize etmeyelim ama adeta böyle. Tabii bu pişman olan detransizyonerlerin de çok ciddi sorunları var. Medikal problemleri var, biyoetik problemleri var. Bu bireyler ne yapacaklarını bilmiyorlar, tıbbi hizmetleri alamıyorlar vesaire çok ciddi sıkıntılar var. Neticede aslında derinlemesine psikolojik değerlendirmeler yapılmıyor falan.

Murat Hocam dedi. Tıbbın başka hiçbir branşında olmayan bir durum var. Likantropi diye bir psikiyatrik hastalık var. Likantropik birey kendisini kuş, kurt veya kuzu olarak düşünüyormuş veya öyle olmak istiyormuş. Şimdi mesela benim kollarımı kesin, bana kanat takın diye gelen bir likantropik bireyi hiçbir psikiyatrist dikkate almaz, onun bu sanrısını tedavi etmeye çalışır. Cerrahi müdahaleyi aklına getirmez. Anoreksi, bilirsiniz, yeme bozukluğu. Kendisinin aşırı obez olduğunu düşünüyor. Ona hemen evet sen aşırı obezsin senin bu yağlarını hemen ameliyatla alalım, seni tedavi edelim denmiyor. Psikoterapi ile düzeltilmeye çalışılıyor. Transablaizm, beden bütünlüğü kimlik bozukluğu. Kolunu bacağını kestirmek istiyor. Böyle olunca daha mutlu olacağını düşünüyor. Hiçbir hekim evet sen haklısın, kolunu bacağını keselim demiyor, demez. Bu sanrısı, ruhsal sorunları tedavi edilir. Bu makaleyi yazan Michael bunların hepsine sanrı diyor, hiçbir sanrı için biz cerrahi müdahaleyi aklımıza getirmiyoruz ama translarda getiriyoruz, niye diyor?
İş transseksüalite gelince benim penisimi alın, testislerimi kesin alın diyen bir bireye tamam alalım, bunu yapalım diyoruz, neden? Bence de doğru bir soru, neden? İşi şöyle özetleyebiliriz. Karikatür çizme yeteneğim olmadığı için maalesef internetten böyle bir kolaj yaptım.

Aslında psikiyatri ile cerrahi arasında, psikologlarla bizim aramızda geçen süreci şu karikatürle özetleyebiliriz. Psikologlar cinsiyet hoşnutsuzluğu olan gençler için diyorlar ki, "Sayın meslektaşım bu gencin psikolojisi bozuk, ben bunun psikolojisini düzeltemiyorum, sen al bunun biyolojisini de boz." Biz cerrahlar da gözümüz kapalı olarak "tamam, hallederiz" diyoruz ve hallediyoruz! Olay bundan ibarettir. İki soru bırakmak istiyorum. Başta psikiyatristler olmak üzere bu işin içinde olan tüm sağlık profesyonelleri, yani hepimiz, yoğun ruhsal sorunlar yaşayan trans bireyleri, tıbbi etik ve yasal prosedürleri zorlamadan, ilgili çalışmaların tümünü dikkate alarak değerlendiriyor muyuz? Murat Hocam çok güzel şeyler söyledi, gerçekten bu konuda alternatif çalışmalara izin verilmiyor, ama buna rağmen çok güzel çalışmalar da var. Nitekim ben size Türkiye'den değil, Avrupa'da, Almanya'da, İsveç'te, Danimarka'da, Amerika'da, Kanada'da yapılan çalışmaları gösterdim. Olguyu bunların tamamını dikkate alarak değerlendiriyor muyuz, olması gerektiği gibi? Cerrahlar olarak bu bireylere ameliyatla ilgili komplikasyonları tam olarak anlatıyor muyuz? İki soru sordum. Bu sorunun benim tarafımdan cevabı aslında sunumda verildi ama sizlerin de takdirinize bırakıyorum sabrınız için teşekkür ediyorum.

Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Evet, teşekkür ediyoruz Zeki Hocama. Bu değerli ve akıcı sunumu için. Şimdi son konuşmacıyı mikrofona davet ediyorum. Kendisi bize Yargıtay kararları ışığında cinsiyet değişikliği konulu bir sunum yapacak. Dr. Öğr. Üyesi Fahri Erdem KAŞAK. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı Öğretim Üyesi. Buyurun Sayın KAŞAK.

Fahri Erdem KAŞAK (Konuşmacı):
Çok teşekkür ediyorum Sayın Başkan. Öncelikle tüm hazirunu saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Sözlerime başlamadan evvel Adli Tıp Kurumu Başkanı Sayın Hızır ASLIYÜKSEK'e ve bu toplantının bu güzel toplantının tertip edilmesinde emeği geçen herkese yürekten teşekkür etmek istiyorum. Bana da bu seçkin sempozyumda bir tebliğ sunma fırsatı verdikleri için de kendilerine müteşekkirim. Şimdi müsadenizle sunuma geçmek isterim.

Evvela Türk Hukuku'nda cinsiyet değişikliğinin hukuki konumunu ele almak istiyorum. Burada üçlü bir ayrıma gidebiliriz. 1988'e kadar olan dönem. Hocamız anlattı, ben de kısaca hemen üstünden geçeceğim.

Neden 1988? Çünkü ünlü bir ses sanatçımız 1981 yılında İngiltere'de bir ameliyat geçiriyor, cinsiyet değiştiriyor. 1983 yılında verilen bir Danıştay kararı var onunla ilgili. Bu şekilde sahneye çıkamayacağı ancak erkek kıyafetleri ile çıkabileceği şeklinde. Neticesinde şunu söyleyebiliriz. 1988 öncesi dönemde Medeni Kanunumuzda cinsiyet değiştirmeye yönelik herhangi bir düzenleme bulunmuyordu. Bu dönemde verilen bir Yargıtay kararı var. Ünlü ses sanatçımızın açmış olduğu davada verilen karar bu. Burada da kanunda herhangi bir boşluk olmadığı, dolayısıyla bu yapılan talebin yani nüfus kütüğündeki cinsiyet değişikliğine ilişkin talebin kabul edilemeyeceği de ifade ediliyor. Yargıtay kararlarını verirken hep parantez içerisinde nereden aldığımı da belirttim. Bunlar veri tabanları isimleri, kolay bulamıyoruz kararları maalesef. Parantez içinde yazmayanlar Yargıtayın kendi sitesinden, karar arama sitesinden bulunmuştur. Onu da en baştan söylemek isterim.

Şimdi ikinci döneme geldiğimizde ne oldu? 1988 yılında 3444 sayılı Kanun ile Medeni Kanun'a yeni bir fıkra eklendi. 29. maddeye 2. fıkra eklendi. Bu fıkra şu şekilde. Doğumdan sonra meydana gelen cinsiyet değişikliğinin asgari sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi halinde cinsiyet değişikliği yapılabilir. Gerekli düzeltme yapılır diyor. Kanun koyucunun cinsiyet değişecek kişinin evli olması bakımından bir tereddüdü var ki bunu özellikle vurgulamış.

Böyle bir durum olursa da evliliğin sona ereceğini düzenlemiş. Bu dönemde hüküm şiddetli bir şekilde hukuk öğretisi tarafından eleştirildi. Çünkü hüküm isteyen herkesin cinsiyet değiştirmesine izin veren bir durum ortaya çıkarmıştı.

Şunu hemen tabii ki söylemek gerekir. Biz hukukçular olarak tıp bilimlerine muhtacız. Medeni Kanunun 1. Maddesinin 3. fıkrası şöyle diyor: Hâkim karar verirken bilimsel görüşlerden ve yargı kararlarından yararlanır. Dolayısıyla hâkimin önüne gelen bir meselede, tıbbi bir meselede tıp bilgisine sahip olabilmesi bunu idrak edebilmesi mümkün değil. Elbette konunun uzmanlarından, onların bilgilerinden istifade edilmesi gerekir. Dolayısıyla hükmün bu şekilde olması hakikaten eleştiriye açıktı ve öğretide de genellikle hermafrodit ve transseksüel kişiler için bu olabilir deniyor; ancak eşcinseller ve travestiler bakımından bu şekilde bir cinsiyet değişikliğine kapı açılmaması gerektiği söyleniyordu. Bu dönemde verilen 2 tane karar var. Çok önemli değiller ama şöyle kısaca göstermek istedim bulabildiklerim. Bu dönemde sağlık kurulu raporu yeterli görülüyordu. İlginç bir karar var. Orada da kişinin fotoğrafının mutlaka bulunması gerektiği söylenmiş. Tespit bakımından.

Şimdi 2002 sonrasında ne oldu? 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu kabul edildi. 40.maddede meseleyi düzenliyor. Uzun bir gerekçesi var. Gerekçenin sadece kısa bir kısmını şöyle almak istedim. Evvela eski düzenlemeyi eleştiriyor. Eski düzenlemenin mahkemeye adeta bir onay makamı haline getirdiğini, yani burada hâkimin bir takdir hakkının olmadığını söylüyor. Gelişigüzel cinsiyet değişiklikleri yapılabiliyor diyor. Dolayısıyla bu sistem değiştirildi. Evvela mahkemeye başvurulacak, izin alınacak. İzin verilmesinin belirli koşulları var. Bu izin verilirse sonrasında süreç tamamlanacak şekilde ifade edilmiş. Burada gelişigüzel cinsiyet değişiklikleri denilmesinin aslında bir sebebi de şu: Az evvel de paylaştığım ünlü ses sanatçısına ilişkin verilmiş olan Yargıtay kararında çok detaylı bir şekilde bu anlatılmış. Herkesin eğer isteği karşılanırsa diyor, askerlik hizmetinden kaçmak için işte kadın olmak isteyenler olabilir veya erken emeklilikten istifade etmek için erkek iken kadın olmak isteyenler olabilir gibi ifade edilmiş. Yani kanun koyucunun bu gelişigüzel cinsiyet değişikliği noktasına takıldığını görüyoruz.

Peki, Medeni Kanun'un 40. maddesi çerçevesinde şartlarımız bizim neler? Birincisi izin için mahkemeye şahsen başvurmak gerekiyor. Kanunda da bu şekilde ifade edilmiş. Bunun üzerinde birazdan kararlar çerçevesinde duracağım. İkincisi on sekiz yaşı doldurmuş olmak. Hocamız da belirttiler. Burada ayırt etme gücünden bahsedilmemiş ancak elbette ayırt etme gücünün de olması gerekir. Ayırt etme gücü nispi bir kavramdır. Olaydan olaya göre değişir. Dolayısıyla biz hukukta, bir kişinin ayırt etme gücü vardır diye kesin bir ifade kullanmıyoruz. Somut olaya göre bu olay bakımından sahiptir veya değildir denilebilir. Ayırt etme gücü, kişinin doğruyu yanlıştan ayırt edebilmesidir.

Dolayısıyla geçireceği bu müdahaleler neticesinde cinsiyet değişikliği ne anlama geldiği, bunun geri dönüşünün olmayacağı, bedeninde ve ruhunda yaşayabileceği çeşitli sıkıntıların hepsinin ayırdında olması, bunları idrak edebilmesi demektir. Bu açıdan da mümkün mertebe çekingen hareket edilmesi gerektiği kanaatindeyim. Özellikle hocalarımızın sunumlarını dinledikten sonra da bu çekingenliğim arttı. Üçüncü şartımız evli olmamak. Kişinin evli olmaması lazım.

Ancak çocuk sahibi olabilir. Bu mümkün, bununla ilişkin de bir Yargıtay kararımız var. Kişinin daha önce evlilik içerisinde veya evlilik dışı olarak çocuk sahibi olması cinsiyet değiştirmesinde bir engel değil. Diğer şartımız bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporu. Bu şart önemli. Aslında kanunun ilk halinde sadece resmi sağlık kurulu raporundan bahsediliyor. Ancak Adalet Komisyonunda mecliste bu şart biraz daha katılaştırılmış ve özellikle eğitim ve araştırma hastanesi vurgusu yapılmış. Zorlaştırmak amacıyla bunun eklendiği söyleniyor. Son şartımız ise üreme yeteneğinden sürekli yoksunluk. Ancak birazdan üstünde duracağım. Bu şart, Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildi. Dolayısıyla şu an için meri hukukumuzda, pozitif hukukumuzda, Medeni Kanun çerçevesinde ilk dört şart sağlanır ise cinsiyet değiştirilmesine ilişkin izin başvurusu yapılabiliyor.

Şimdi Yargıtay kararları ışığında meseleyi ele alacağız. Kim başvuracak, nereye başvuracak, davada karşı tarafımız kim, dava süreci nasıl işliyor, rapor nasıl olmalı? Az önce bahsettiğimiz sağlık kurulu raporu ve sürekli üreme yeteneğinden yoksunluk şartını nasıl ele alıyoruz? Birincisi kim başvuracak? Hükmü hatırlıyoruz. Hüküm diyordu ki, şahsen başvuruda bulunacaksınız. Buna ilişkin de Yargıtay kararı var. Kişinin avukatı başvurmuş bunu kabul etmiyor. Bu diyor, kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak. Evet, tabii ki kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak ama biz kişiye sıkı sıkıya bağlanan hakları hukukta ayırıyoruz. Hepsini aynı kefeye koymuyoruz. Örneğin evlenmek de kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak ve burada temsil söz konusu olmuyor, kişinin mutlak suretle bunu bizzat yapması lazım. Boşanmak da kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak ama boşanma kararını siz verdikten sonra davayı sizin yerinize avukatınız açabiliyor. Dolayısıyla burada da aslında bir ayrım getirilmesi gerektiği kanaatindeyim. Zaten hükmün gerekçesinde de bunun vekil eli ile yapılabileceği ifade edilmiş ama Yargıtay kararında bunu aksi şekilde değerlendirmiş. Bir başka kararında da yine çok açık olmasa da bu hususu belirtiyor. Dolayısıyla şahsen başvuru yapılmasının Yargıtay tarafından arandığını söyleyebiliriz.

İkinci meselemiz nereye başvurulacak? Hukuk Muhakemeleri Kanunu'muz var. Bunun 382. Maddesinin 1. fıkrasında çekişmesiz yargı işleri tanımlanmış ve sıralanmış. Şu ölçütlerden eğer bir tanesi veya birkaçı varsa bir çekişmesiz yargı işi söz konusudur denmiş. Baktığımız zaman A bendine ilgililer arasında uyuşmazlık olmayan haller demiş.

Bu ne demektir? Yani çekişme olmaması bir davada. Bir davacı ve karşısında bir davalı yok. Yani bir menfaat çatışması yok. Bir alacak davasını düşünelim. Bir kişi alacaklı olduğunu söylüyor, karşı tarafın borçlu olduğunu söylüyor. Borçlu olduğu iddia edilen kişi de benim bir borcum yok diyor. Burada bir çekişme var. Ama cinsiyet değişikliği bakımdan böyle bir çekişme yok. Yani kişi gidip bir hasım göstermeden, çekişme söz konusu olmadan davayı açabilir gibi düşünülüyor. Dolayısıyla Hukuk Muhakemeleri Kanunu bunu bu şekilde düzenlediği için ve ayrıca 382. Maddede de ad ve soyadın değiştirilmesini özel olarak çekişmesiz yargı işlerinden saydığı için ve 383.maddede de çekişmesiz yargı işleri bakımından sulh hukuk mahkemelerinin görevli olduğunu düzenlediği için uzun bir müddet Sulh Hukuk Mahkemesinin yetkili olduğu düşünülmüş. Bu yönde verilen Yargıtay kararları var.

Ancak hemen şunu da söylemek gerekir ki bir de Nüfus Hizmetleri Kanunu var, bunun özel bir hükmü var. Bu hüküm de 36.maddenin 1. fıkrasının A bendi. Denilmiş ki, nüfus kayıtlarına ilişkin düzeltme davalarında kişinin yerleşim yeri adresinin olduğu yerdeki Asliye Hukuk Mahkemesi görevlidir. Dolayısıyla bu davaların da Asliye Hukuk Mahkemesinde açılması gerekir. Nitekim bu durum Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun bir kararlıyla da tescillenmiş durumda. 2013 yılının sonunda verilmiş.

Asliye hukuk mahkemesinde bu davanın açılacağı söylenmiş. Bundan sonrasında Yargıtay'ın çok fazla bu yönde kararını görüyoruz. 2018 yılına kadar benim tespit edebildiğim kararları var 25'ten fazla. Ondan sonra yeni bir karar bu yönde görmüyoruz. Çünkü artık mesele uygulamada oturmuş. Tartışma olmaktan çıkmış. Şimdi davada karşı taraf kim, nasıl yapacağız? Çekişme olmayan bir dava olduğunu söylemiştik. Ancak bir hasım göstermemiz gerekiyor. Dolayısıyla bu da nüfus idaresi oluyor. Nüfus idaresine karşı dava yöneltiliyor. Burada bir çekişme yok ama usuli gereklilikler sebebiyle böyle oluyor. Az evvel okuduğumuz Nüfus Hizmetleri Kanunu'nda da belirtilmişti. Cumhuriyet savcısı aslında davayı açıyor. Kişi nüfus idaresine başvuruyor. Nüfus idaresi cumhuriyet savcısı nı bilgilendiriyor, cumhuriyet savcısı Asliye Hukuk Mahkemesi önünde davayı açıyor. Dolayısıyla böyle bir işleyişimiz var.

Şimdi nispeten daha önemli bir kısım. Dava sürecimiz nasıl işleyecek? Medeni Kanun'un 40. Maddesini okuduğumuz zaman üç aşama görüyoruz. 1. fıkra diyor ki, cinsiyet değişikliği için mahkemeden izin alınsın. İkinci aşama bu verilen izin çerçevesinde gerekli ameliyatlar yapılsın ve resmi sağlık kurulu raporuyla cinsiyetin değiştirilmiş olduğu belgelensin. Üçüncü aşamamız tekrar mahkemeye başvurulsun ve nüfus kaydındaki cinsiyet hanesi değiştirilsin. Bu da kanunun 2. fıkrasında düzenlenmiş. Burada üç aşama diyoruz ama hukukçular açısından baktığımızda iki aşama var. Çünkü mahkeme iki kere mesele ile ilgileniyor. Birinci aşama izin veriyor ondan sonra top tıpçılarda, hastanelerde. Tekrar kendisinin önüne geldiğinde de gerekli rapor da gelmiş ise cinsiyet hanesindeki bilginin değiştirilmesine karar veriyor. Şimdi dava aşamalarına ilişkin Yargıtay kararlarına bakalım. Yargıtay hakikaten de bunu söylüyor. Davanın iki aşamalı olduğundan bahsetmiş. İki aşamayı izah ettiğim gibi. Benim az evvel saydığım ikinci aşama hekimler eli ile yürütüldüğü için mahkemeler bunu saymadan sadece iki aşamayı söylüyorlar. Yine bir başka karar var. Burada iki ayrı dava vardır. Birinci fıkra cinsiyet değişikliğine izin verilmesi davasıdır. İkinci fıkra ise bu değişiklik yapıldıktan sonra nüfus kütüğünde düzeltme davasıdır diyor. Peki, bu aşamaları atlarsak, düzgün bir şekilde takip etmezsek ne oluyor? Bu yönde de çok sayıda karar var. Örneğin; kişi ilk davasını açtığında hem cinsiyet değişikliğine izin verilmesini hem de nüfus kaydını düzeltilmesini istiyor. Böyle durumlarda Yargıtay kararları hep şu şekilde: Bu iki davayı birbirinden ayırıyor, tefrik ediyor. Diyor ki, şu an 40. Maddenin 1. fıkrasına göre izin verilmesi sürecindeyiz. Öncelikle bunun görülmesi gerekir. Diğer meselemiz, yani nüfus kütüğünün düzeltilmesi ismin değiştirilmesi meselesini ise bekletici mesele yapacağız ve öncelikle iznin verilmesini bekleyeceğiz. Yani acaba cinsiyet değişikliği için izin verilecek mi şeklinde. Yine aynı şekilde bu aşamalar atlanırsa ve tek bir kalemde bu izin verilirse Yargıtay bu kararları bozuyor. Bu sıraya uyulmadığı için bozuyor. Talepten fazlasına karar verildiği için bozuyor. Bu karar da çok ilginç. Yani kişi sadece izin verilmesini istemiş. Mahkeme aynı zamanda hem izni vermiş hem nüfus kaydını değiştiriyor. Dolayısıyla bu da Yargıtay tarafından bozulmuş.

Şimdi ameliyat süreci tamamlanmazsa acaba ne olacak? Buna ilişkin de Yargıtay kararlarımız var. Burada ifade edilmiş. Eğer ameliyatlar başlamışsa bir kısmı yapılmışsa, tabii çeşitli aşamalar var ben bunlara muttali değilim hukukçu olarak bilemiyorum, hocalarımız biliyorlar, arz ettiler.

Ancak tamamlanmamışsa, tamamlanmadan tekrar 40. maddenin 2. fıkrası çerçevesinde nüfus sicilinde ismin değiştirilmesi talebiyle mahkemeye başvurulursa mahkeme diyor ki, bunun tamamlanması lazım, sana süre veriyorum. Dolayısıyla bunu kabul etmiyor. Başka bir karar var. Ben Yargıtay kararları dedim ama bütün kararlara baktım. Ankara Bölge Adliye Mahkemesinin böyle bir kararı var. Bu noktalı yerlerde uzun bir şekilde işlemleri anlatmış. Arzu edenler bakabilirler karara erişip. İşte şu işlemler yapıldı, şunlar yapıldı, bunlar henüz yapılmadı dolayısıyla bunların tamamlanması lazım diye mahkeme meseleyi ele almış. Dolayısıyla bunların mutlak surette yapılması gerekiyor.

Şimdi bir başka meselemiz az evvel Hocamız da söylemişti. Peki, yabancı mahkemelerden bu iş yürütülürse karar alınırsa acaba nasıl olacak? Burada da Yargıtayın çeşitli kararları var. Hepsi aynı doğrultuda. Çok ilginç, bu yönde bulduğum bütün karar cinsiyet değişikleri Almanya'da yapılmış. Bilmiyorum neden? Yani orada kolay mı oluyor yoksa orada yoğun bir Türk nüfusu olduğu için mi bilemiyorum ama hep Almanya'da yapılmış. Daha sonra kişiler cinsiyet değişikliği yapıldıktan sonra Türkiye'deki mahkemelere tanıma talebiyle başvuruyorlar. Tanıma kısaca söylemek gerekirse yabancı bir ülkenin mahkemesinin vermiş olduğu kararın Türkiye'de de geçerli kabul edilmesidir. Bunun için bir tanıma kararı alınır mahkemelerden. Bir de tenfiz kararı vardır. O da icra edilmesi içindir. Ama burada icra edilecek bir şey yok. Dolayısıyla sadece tanıma kararı veriliyor. Yargıtay bunların hepsini kabul etmiş. Demiş ki, burada kamu düzenine bir aykırılık yok. Bu kişiler ilgili ülkenin hukukuna göre, yani Alman Hukuku'na göre prosedürü takip etmişler, ameliyatlarını olmuşlar, sağlık kurulu raporlarını getirmişler.

Türk Hukuku'ndaki sıra takip edilmemiş olabilir ki hakikaten bazı kararlarda bunu görüyoruz. Şu işlemler yapılmamış vesaire denilmiş. Ancak yapılacak bir şey yok. Hukuk burada uygulamayı, fiili durumu takip etmek durumunda kalıyor ve bütün kararlarda dediğim gibi -aksi yönde bir karara ben tesadüf etmedim- yabancı mahkeme kararını tanıyor Yargıtay.

Şimdi bir başka meselemiz eğitim ve araştırma hastanesinden verilecek olan raporumuz nasıl olacak? 40. Madde ne diyordu? Bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporuyla diyordu. Şimdi raporu kim hazırlamalı? Hemen onu az evvel de hükümde zaten gördük. Dolayısıyla bu mertebeye erişemeyen raporlar yeterli değil. Dosyadaki raporlar yeterli değildir denilmiş. Sayılmamış neler olduğu ama bunun yeterli olmadığını anlıyoruz. Bir diğer kararımızda bakın ne deniyor, tam kanundaki ifadeyi yazmış. "Transseksüel yapıda olup cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu ve üreme yeteneğinden sürekli olarak yoksun bulunduğunu", bu sonradan kaldırıldı ama kararın verildiği tarihte mevcuttu o yüzden bulunuyor. Alınacak bir raporla belgelendirilmesi lazımdı denilmiş. Sonrasında cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirildiğinin resmi sağlık kurulu raporuyla doğrulanması halinde bu tescil yapılır deniliyor. Bir başka karar var. Dosyada tek imzalı bir doktor yazısı var denilmiş. Bu elbette kabul edilmiyor. Yargıtay da bunu reddetmiş. Bir başka karar var. Değişik anabilim dallarından alınmış ayrı ayrı raporlar var. Dolayısıyla bunların hepsi bir araya gelip bir bütünlük arz etmiyor. Böyle bir şey yok. Kanunun istediği ve dolayısıyla hâkimlerin de aradığı yekpare tek bir belgede tecessüm etmiş, bir kurul tarafından hazırlanmış bir heyet raporu. Dolayısıyla böyle olmayan bir belgeye dayanarak da karar verilemiyor. Bir başka şey dosyada çok çeşitli hastane raporları var. Epikriz belgeleri var, tedavi evrakları var, hasta dosyaları var, bunlar yeterli değil diyor. Adli Tıp Kurumunun ilgili dairesinden ayrıntılı bir rapor getirilmesi lazım demiş.

Bir başka kararımız var. Kişi askerliğe uygun olmadığı iddiası ile asker hastanesine başvurmuş ve askerliğe elverişli değildir, çünkü psikoseksüel bozukluğu vardır diye bir rapor alınmış. Bu raporla da mahkemeye başvurmuş cinsiyet değiştirmek istiyorum diye. Yargıtay yine bunu elbette kabul etmemiş çünkü kanundaki şartlar net. Bu diğer şartların da olması lazım denilmiş. Şimdi raporun içeriğinde acaba neler olması gerekiyor? Kanunda da sayıldığı üzere iki tane raporumuz var demiştik. İlk raporda olması gerekenler cinsiyet değişikliği talep eden kişinin transseksüel yapıda olup olmadığı, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunlu olup olmadığı. Bu iki hususun mutlak surette raporda yazılması lazım. Hocamız az önce örneklerini de gösterdiler. Değişik, hakikaten benim de görünce şaşırdığım müzekkereler gördük mahkemeler tarafından hastanelere yazılmış. Bunlar kanuna da uygun değil. Yani hemen ilk bakışta bunu söyleyebilirim rahatlıkla. Kanunun istediği çok net. Dolayısıyla hâkimlerin de bunu istemesi gerekiyor ki oradan da bilgi akışı doğru bir şekilde gerçekleşsin.

İkinci aşamadaki raporumuz daha basit. Burada sadece cinsiyet değiştirme ameliyatının gerçekleştirildiğine ilişkin bir rapor aranıyor ve burada Hocamız da söylemişti. İlk fıkradaki işte araştırma hastanesi olması gerekiyor buradaki değil diye. Evet, doğru değil, çünkü ilk fıkradaki şart meclis görüşmeleri sırasında Adalet Komisyonunda katılaştırılmış. Araştırma hastanesi olması gerektiği şartı getirilmiş. Ama 2. fıkraya dokunulmamış. Bunun da muhtemelen sebebi 2. fıkradaki raporun mesele bakımından daha önemsiz gözükmesi olabilir benim şahsi düşüncem.

Çünkü asıl önemli olan iznin verilmesi. İzin verilip işlemler yapıldıktan sonra fiili olgu tespit ediliyor. Yani evet ameliyatlar yapılmıştır demek sanırım daha kolay ve bu açıdan burada daha hafif bir şartla yetinilmiş. Bir başka kararımızda denilmiş ki farklı raporlar var. Bu raporların arasında bir bütünlük sağlanması lazım. Kişinin hem genel sağlığı bakımından hem ruh sağlığı bakımından hem de yine üreme yeteneğinden yoksunluk şartı bakımından bir rapor alınması lazım denilmiş. Yine bir başka kararımızda, bir rapor var ama rapor kişinin transseksüel yapıda olduğu ve üreme yeteneğinden yoksun olduğu gibi bir ifade yok. Buna rağmen mahkeme raporu esas alıp karar vermiş. Yargıtay bunu da bozuyor. Diyor ki, bu hususların mutlaka raporda olması lazım.

Son olarak da sürekli üreme yeteneğinden yoksunluk şartına hemen kısaca değinmek istiyorum. Kanunun ilk halinde, 40. maddenin ilk halinde bu şart da vardı hatırlıyoruz. Anayasa Mahkemesinin iptal kararından önce de Yargıtayın vermiş olduğu kararlar var. Yargıtay bu şartı arıyor. Ancak yazılmış karşı oy yazıları var. Yani görüşe katılmayan hâkimler, görüşe neden katılmadıklarını, görüşün neden aksi yönde dolması gerektiğini açıklayan yazılar yazmışlar ve burada kısaca şunlara değiniyorlar. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi diyorlar Türkiye'yi mahkûm etti. Çünkü Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 8. maddesi özel hayata saygı hakkı, bunun ihlal edilmesi söz konusu. Ayrıca Anayasa'nın 90. Maddesi var, bunun son fıkrası. Uluslararası antlaşmaların durumu. Burada da hükmün sonuna doğru şöyle bakarsak deniliyor ki, usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası anlaşmalar, yani Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi bu nitelikte, çünkü temel hak ve özgürlüklere ilişkin, kanunlarla farklı hükümler içeriyorlarsa bu çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası anlaşma hükümleri esas alınır deniliyor.

Yani kanun uygulanmaz, uluslararası anlaşma uygulanır demiş bu karşı oy yazan hâkimimiz. Neticesinde de biz zaten şunu görüyoruz. Anayasa Mahkemesinin önüne bu olay geliyor. Anayasa Mahkemesi 2017 yılının sonlarında üreme yeteneğinden sürekli yoksunluk şartının uygun olmadığını düşünmüş ki bunu iptal ediyor. Burada bakın ne diyor: Üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun olup olmama şartının aranmasının transseksüel yapıda olan kişiler arasında eşitsizliğe neden olduğu, üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunmayan transseksüel kişilerin cinsiyet değişikliği ameliyatı olmadan hayatlarına devam etmesinin beklenemeyeceği ve bu şekilde yaşamaya zorlanamayacakları belirtilmiş ve Anayasanın 13. Maddesine atıf yapmış. Bunlar hangi maddeler hemen kısaca söylüyoruz. 13. Maddemiz temel hak ve hürriyetlerin sınırlanması. 17. madde kişinin dokunulmazlığı ve manevi varlığı. 20. madde özel hayatın gizliliği. Bu hükümlere aykırılık görmüş ve kararın belki de en vurucu noktalarından bir tanesi de aslında burası. Bu kişiler üreme yeteneğine sahiplerse cinsiyet değiştirmek için evvela öncelikle bundan yoksun hale gelmeleri için tekrar tekrar müdahale geçirmelerine gerek yoktur denilmiş. İptal kararı sonrasında ilginç bir karar var. Kişi daha evvel başvurmuş, üreme yeteneği var diye karar reddedilmiş. Tekrar başvurmuş, yine reddedilmiş çünkü kesin hüküm var denilmiş. Hukukta böyle bir şey var, bir mahkeme kararı varsa aynı konuda tekrar başvuramıyorsunuz. Ancak temyiz aşamasında Yargıtay önündeyken Anayasa Mahkemesi kararı da yürürlüğe girmiş olduğu için tekrardan bu hüküm bozulmuş ve üreme yeteneğinden yoksun olmasına rağmen kişiye bu hak verilmiş. Sözlerime böylece son vermek istiyorum. Çok teşekkür ediyorum, hepinize saygılar sunuyorum.

Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Evet, teşekkür ediyoruz biz de. Gerçekten dört konuşmacıda çok doyurucu, günün bu saatinde hepimizi salonda tutmayı başaracak derecede faydalı konuşma yaptılar. Şenol Hoca'mın bir söz talebi vardı. Buyurun Hocam.

Şenol TURAN (Konuşmacı):
Şimdi Zeki Hoca sunumunda sürekli atıfta bulundu bana, hakikaten rahatsız oldum söylediklerinden bunu söyleyeyim. Bu anlamda birkaç konuya değinmem gerekiyor.

Birincisi, psikiyatriye bakışı bence doğru değil. Yani herhalde üniversitede psikiyatri derslerini iyi dinlememiş. Çünkü biz ruhsallık ile uğraşıyoruz. Yani maddi bir şeyle uğraşmıyoruz. Bu anlamda bir kişinin cinsiyet kimliğini bir laboratuvarla belirleyemiyoruz ya da laboratuvar tetkiki yok böyle bir durumu ortaya koymak için. O kişinin hissettikleri, davranışları, söylemleri, çevresindeki kişilerin yaklaşımları ve ifadeleri, bütün bunlar üzerinden aslında değerlendiriyoruz. Birinci ifade etmek istediğim şey bu. Yani Zeki Hoca'nın psikiyatriye bakışı bence yanlış. Yani biz laboratuvarda tanı koymuyoruz hastalara. Cinsiyet disforisi için de bu geçerli.

İkincisi şimdi psikoterapilerle transgenderlerin düzeleceğini tırnak içinde söylüyor. Yani benim böyle bir bilgim yok. Ben bir psikoterapistim aynı zamanda ve bu hastalarla psikoterapi yapılıp ta kesinlikle düzelen bir vaka olduğunu da bilmiyorum. Eğer hani bu konuda iddialı ise kendisi dört yıl psikiyatri asistanlığı yapıp o iddiasını ortaya koyabilir bence Zeki Hoca.

Üçüncüsü, Zeki Hoca'nın söylediği şeylerden bir tanesi literatür ile ilgili. Benim de kendisine sorum var. Birincisi literatürü gözden geçirirken yanlı davrandı mı? Zira kendi görüşünü destekleyen literatürü sunduğu görülüyor.

Çünkü ben bu konuyu birçok kongrede anlattığım için ve uzun iki saatlik kurslar verdiğim için konuya hâkim olduğumu düşünüyorum. Mesela sistematik gözden geçirmeler var cerrahinin sonuçlarına dair. Onları burada şimdi gösteremiyorum ama cerrahi operasyonların sistematik gözden geçirilmelerinde, mesela bir tanesi Barone'nin yaptığı bir çalışma var. Ondan bahsetmedi, niçin bahsetmedi anlayamadım. Zira çok önemli bir çalışma, şu ana kadar yapılmış bütün cerrahi operasyonların hepsini gözden geçirmiş. Orada şöyle diyor; "cerrahi teknikler ve sonuçları transseksüel cerrahinin etkili olduğunu ancak fonksiyonel, psiko-ilişkisel, kozmetik özellikler ve yaşam kalitesi açısından yeni geliştirilmesi gereken araçlara ihtiyaç olduğu şeklinde bir sonuç çıkarmış. Şimdi birer ikişer böyle olumsuz bakan birtakım araştırmaları sunarak tümünü sunmayarak bence doğru bir yaklaşım içerisinde olamayız ve transgenderler keşke psikoterapiler ile düzeltilseler ve onlara bunu da sunabilsek ama maalesef böyle bir şey olamıyor.

Öte yandan bu kişiler geçiş yapmazlarsa sanki hayatlarındaki her şey güllük gülistanlık oluyor, her şey yolunda gidiyor gibi bir algı oluştu. Bu kesinlikle böyle değil. Ben tabii ki herkes gelsin operasyon olsun, başka bir yol yok gibi bir düşünce içerisinde değilim. Kişinin burada karar vermesi önemli. Bir seçenek olarak cerrahi operasyonların sunulabilmesi önemli. Bunları söylemek istedim.

Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Ben aslında katılımcılara söz vermek istiyordum ama cevap hakkı doğdu tabii ki Zeki Hocaya. Hocam aynı süreyi geçmemek koşuluyla fakat yeni bir cevap hakkı doğmayacak şekilde lütfen.

Zeki BAYRAKTAR (Konuşmacı):
Şenol Hoca biraz bence fazla alınganlık gösterdi. Yani ben Şenol Hoca'nın bugünkü psikiyatriyi domine eden mevcut doktrinin tarafında olmadığını biliyorum. Aynı eleştirileri o da yapıyor ama niyeyse böyle bir alınganlık gösterdi. Ben şöyle bir iki değineyim.

Psikiyatriye bakışım yanlışmış. Ben psikiyatriye eleştirel bakan psikiyatristlerin ürettiği literatür üzerinden konuşuyorum. Önce bunu söyleyeyim. Yani bu benim eleştirim değil. Orada gösterdiğim kaynaklar ki onlarca yeni kaynak ilave edebilirim, ağırlıklı olarak psikiyatri literatüründen ve eleştirilerimin hepsi psikiyatri içerisinden yapılan eleştirilerdir aynı zamanda. Ben transseksüellik psikoterapi ile düzelir demedim, böyle bir iddiada bulunmadım, cerrahi ile düzelmez dedim, ruhsal sorunlar ameliyatla düzelmez, düzelmiyor dedim. İkisi arasında fark var. Psikoterapi ile düzelir mi düzelmez mi bunu psikiyatrinin araştırması lazım ama araştırmıyor dedim. Bunu Murat Hoca da ifade etti. Doktrin bu konudaki çalışmalara kapalı dedi ki ben de aynı şeyi söyledim.

Murat Hoca psikiyatrist değil mi? Benim burada yaptığım konuşmayı Amerika'da yapsam mesleğimi elimden alırlar dediler, Murat Hoca böyle demedi mi? Dedi, ben de bunu söylüyorum işte. Bakın ben 1995 yılında üroloji ihtisasına başladım. Ürolojide 28 yılımı dolduruyorum. Bugün ben asistanken uyguladığımız ameliyatların %70-80'ini terk ettik. Niye? Çünkü her geçen yıl yeni teknolojiler gelişiyor. O zaman açık cerrahi altın standarttı. Şimdi artık endoskopik ve laparoskopik cerrahi altın standart. Biz sürekli yeni bir arayış, yeni bir gelişme ve yeni alternatif tedavileri araştırıyoruz. Bilim dediğiniz şey böyle bir şeydir zaten, biz altın standardı bulduk nokta, denmez, denemez, bilimde böyle bir şey olamaz. Ama psikiyatri bu alanda alternatif çalışmalara kapalı. Ben bunu söylüyorum ve bunu psikiyatristler de söylüyorlar.

Yanlı mı davrandım, çalışmaları cımbızladım mı, bilakis benim burada naklettiğim çalışmaların çoğu meta analizdi. Şenol Hoca benim psikiyatri derslerimi iyi takip etmediğimi iddia etti ama sanıyorum o benim buradaki konuşmamı iyi takip etmemiş. Benim burada gösterdiğim çalışmaların tamamına yakını meta analizdi. Meta analiz ne demek? İlgili çalışmaların tümünü sistematik olarak inceleyen makale demek. Aslında cerrahi sonuçlarla ilgili naklettiği çalışma da beni teyit ediyor, çünkü neticede işlevsel ve anatomik problemlerden bahsediyor, kendi naklettiği çalışmada bile.

Şunu da söyleyelim. Şimdi bu ameliyatların bir bölümünü plastik cerrahlar da yapabiliyor. Plastik cerrahlara bakarsanız sonuçlar çok iyi. Niye? Çünkü kesiyor, doğruyor ve gönderiyorlar. Ama hasta işeyemeyince bize geliyor. Hasta idrarını yapamayınca bize geliyor. Hasta mesane disfonksiyonu yaşayınca bize geliyor. Yani sorunlarla esas mücadele eden biz oluyoruz, çünkü bu sorunların çoğu ürogenital sorunlar. Neticede siz bu çalışmalardan istediğiniz cümleyi cımbızlayabilirsiniz ama asıl yanlı davranan siz olursunuz.

Bilimde dogma olmaz değerli Hocalarım. Bilimin tanımı zaten şudur: Yanlışlanabilir doğrular. Şu anda yine kızabilir ama Şenol Hocam ben bunu yazılı görsel medyada söylediğim hatta akademik yayın olarak en son Çapa'daki olayla ilgili editöre mektup olarak yayınladığım için orada da söylüyorum. Psikiyatri eşcinsellik ve transseksüellik konusunda maalesef bilimsel bir disiplin değildir. Bu benim iddiam değil, bunu pek çok psikiyatrist de söylüyor, psikiyatri eşcinsellik ve transseksüellik konusunda maalesef bilimsel bir disiplin değil artık, dogmatik bir ekoldür. Bu benim de görüşümdür. Teşekkür ediyorum.

Bu görüşümü nasıl delillendiriyorum, şöyle, bir cümle söyleyeceğim. Siz hiçbir tıbbi kongrede, şöyle bir şey göremezsiniz. Şimdi burası adli tıp oturumu mesela değil mi? Adli tıp oturumunu kim düzenledi, buradaki konuşmacılar kim olacak, konular ne olacak vs? Bunları kim belirledi? İlgili uzmanlar, adli tıp uzmanları vs, başka kimse karışıyor mu? Hayır. Üroloji kongresine başka kimse karışıyor mu? Hayır. Kardiyolojide kimse karışıyor mu? Hayır. Ama psikiyatride karışıyor. LGBT aktivistleri sizin yapacağınız oturumlara geliyor, bu konuşma yapılamaz, bu konuşma yapılamaz, bu konuşma yapılamaz diye müdahale ediyorlar. Bunu kim anlatıyor? Amerikalı psikiyatristler anlatıyor, ben anlatmıyorum. Bununla ilgili literatürü merak eden varsa gösterebilirim. Yani bu eleştirileri ürologlar veya cerrahlar yapmıyor, psikiyatristler yapıyor. Söylemek istediğim son söz buydu, teşekkür ediyorum.

Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Evet, teşekkür ediyoruz. Şimdi sözü tabii salondaki katılımcılara bırakmak istiyoruz. Bir 10 dakika soru-cevap yapalım mı Başkanım. Son oturum var. Evet. Peki, ısrarla bu soruyu sormadan olmaz diyen varsa bir kişi. Bir kişiye söz hakkı vereceğim.

Başar ÇOLAK (Dinleyici / Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Söz hakkı değil de Şenol Hocamın boşlukta bıraktığı cevaplar vardı. Hukukçu arkadaşların onları cevaplandırmasını bekliyoruz. Şenol Hocamın tartışmalı konular vardı onları hukukçu arkadaşlar bu tartışmalı konuların nasıl çözümlenmesi gerektiğini belirtmesi lazım. Mesela mahkemeye başvurmadan hormon tedavisinin başlanması doğru mu? Mastektomi yapılması doğru mu? Bu süreçlerin nasıl devam edeceği, kişi mastektomi yapıyor ama penisini aldırmak istemiyor. Bu süreçleri nasıl devam edeceği ile ilgili hukuksal bir sonuç çıkması gerekiyor bu toplantıda.

Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Evet, teşekkür ediyoruz. Fahri Hocam, buyurun siz.

Fahri Erdem KAŞAK (Konuşmacı):
Evet, şunu hemen söyleyebilirim. Biz hukukçular olarak tıp bilimi ile bağlıyız. Az evvel de konuşmamda söyledim. Hâkim karar verirken diyor bilimsel görüşlerden yararlanır. Şöyle bir şey söylüyoruz biz. 18 yaş bizim için tam ehliyet koşullarından bir tanesi. Dolayısıyla kişinin işte ayırt etme gücüne de sahip ve kısıtlı da değilse ergin olmakla beraber tam ehliyetli olduğu ve her türlü hukuki işlemi yapabileceğini söylüyoruz. Bu noktadan biz meseleyi görüyoruz. Dolayısı ile 18 yaşından evvel hormon tedavisi diyorsunuz. Ben hukukçu olarak ne anlama geldiğini, kişinin hayatı üzerinde ne gibi etkileri olduğunu bilemiyorum ama şunu söyleyebilirim genel prensip itibariyle: Bu kişinin bir hastalığı varsa bu yapılacak şey tedavi ise, olumlu yönde bir etki sağlıyorsa evvela velayet hakkına sahip olan ana ve babasının bunu kabul etmesi çerçevesinde, kişi çünkü bu hususta ayırt etme gücüne sahip olmayacaktır 18 yaşından küçük olduğu için. Bu şekilde buna izin verilmesi gerekir. Zaten kanunlarda da bunun için sınırlama var mı bilmiyorum, elbette bakmak gerekir sağlık mevzuatına. Ama genel itibariyle bunu söyleyebilirim. Abdulkerim Hocamız da belki katkıda bulunur.

Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Teşekkür ederim. Tabii Medeni Kanunu 40. Madde kişisel durum sicilinin düzeltilmesi başlığı altında mahkeme belli şartlar çerçevesinde vereceği izne bağlı olarak yapılacak bir cinsiyet değişikliğinin hukuksal tanıma prosedürünü düzenlemiş ve çok katı bir takım sıkı şartlara bağlamış. Bu şartlara bağlı kalınması gerekir. Teşekkür ederiz. Başka bir soru daha başkanım alıp bitiriyorum. Buyurun, evet.

Resul TOKUR (Dinleyici / Cumhuriyet Savcısı):
Merhabalar Gemlik Cumhuriyet savcısı Resul TOKUR. Murat COŞKUN Hocama bir sorum olacak Avrupa'da ve Amerika'da bu cinsiyet hoşnutsuzluğu ile alakalı üçte birinin sonrasında herhangi talebi olmadan normal hayatına devam ettiğini belirtmiştiniz. Bu mahiyette bir şey anladım. Ama bu konuların hani farklı tedavi yöntemlerinin konuşulmasını bile Avrupa'da ve Amerika'da hatta üniversiteden atılabileceğinizi belirtmiştiniz. Şimdi burada hedeflenen amaç nedir? Özellikle böyle bir kanalize edilmesindeki amaç nedir ve oradaki kamu otoritesinin tavrı nedir, yaklaşımı nedir? Bununla ilgili sorum olacaktı. Hukuk boyutuyla alakalı kamu otoritesinin yaklaşımı nedir? Bunu merak ediyorum. Teşekkür ediyorum. Hedeflenen amaç nedir?

Murat COŞKUN (Konuşmacı):
Anladım. Bu hedef amaç uzun bir başlık. Onun müsaade ederseniz, hoş görürseniz geçebilirim kamu otoritesinin bu durumlardaki tavrı şöyle oluyor. Yani mesela şimdi Almanya'da da İsviçre'de, Fransa'da giderek yaygın bir şekilde ki bu aynı dediğim gibi bilimin olağan gelişimi ile orantılı yapılan bir şey gibi gözükmüyor gerçekten. Şöyle şeyler artmaya başladı. Bir çocuk anaokulunda böyle bir şey söylediğinde ebeveynin izni ve bilgisi olmadan bile öğretmen o çocuğu social transition yapabilir. Sosyal çalışmaya gönderebiliriz. Devlet bu çocuğu ebeveynlerinden alabilir edebilir derecesinde çok bu konuda yani batılı genel şeye ters düşen. Çünkü bunu şöyle algılıyorlar. Bu çocuğu istismar etmekle aynı diye algılıyor. Yani Batıda bu nasıl oluyor? Yani bizim ülkemizde de yerine göre yapılan bir şey. Eğer çocukla ilgili açık bir istismar şüphen olduysa sosyal hizmetler çocuğu alır. Orada da bunu böyle görüyor. Çocuğa social transition yapmazsan, çocuğun bu ihtiyacını işte istediğin yerine getirmezsen çocuğu istismar ettiğin gibi bakıyor ve giderek Batıda domine edilen, şu an kamu otoritelerinin birçoğunun hadi açıkça ya da üstü örtük bir şekilde konuya yaklaşımı maalesef bu paralelde. Tabii böyle yukarıdan aşağı küt diye hızlı bir şekilde şu an iniyor o şey. Ama birincil tarafı amaç, hedef ve amacı ne daha uzun bir konu.

Abdulkerim YILDIRIM (Moderatör):
Evet, teşekkür ediyoruz Hocam, sayın katılımcılar. Sabrınız çok teşekkür ediyoruz. Çok güzel bir program oldu. Teşekkürler, herkese iyi akşamlar diliyorum.

Tuğçe GÜVEN GÜL (Sunucu):
Cinsiyet hoşnutsuzluğunda karşılaşılan medikal cerrahi ve sorunlar oturumunuzun sonuna geldik. Kıymetli moderatörler ve konuşmacılarımıza sunumları için çok teşekkür ediyoruz. Teşekkür belgelerini ve plaketleri takdim etmek üzere Yargıtay 1. Başkan Vekili ve Ceza Kurulu Başkanı Sayın Eyup YEŞİL'i ve Adli Tıp Kurumu Başkanı Sayın Dr. Hızır ASLIYÜKSEK'i sahneye davet ediyorum.

Eyup YEŞİL (Dinleyici / Yargıtay 1. Başkan Vekili)
Çok değerli meslektaşlarım, değerli doktorlar, değerli hukukçular. İki dakikanızı talep edeceğim lütfen. 35 yıl önce İstanbul Hukuk'ta öğrenciyken Sayın Sefa SAYGILI Bey'in konferanslarına gitmeyi alışkanlık haline getirmiştim ve gittim. Oradaki bir cümlesi beni çok etkiledi. Sözün gücü. 5.kattaki bir çocuk balkonda ayağı atmış atlayacak. Anne bunu gördü, evladım düşeceksin derse düşmeye meyleder. Aman evladım düşmeyesin derse balkonun içinde kalmaya meyleder. Sözün gücü budur. Az önce iki tane doktor beyi dinledik. Müthiş hazırlanmışlar. Gerçekten ve ne kadar güzel anlattılar konularını. Hepsine saygı duyuyorum ve Sayın Sefa SAYGILI Hocamıza, Sayın Başkanımızla birlikte ödül vermekten son derece mutlu oluyorum.

Sağ olun, var olun.

2. GÜN
3. OTURUM

ADLİ TIP UZMANLIK EĞİTİMİ

ADLİ TIP UZMANLIK EĞİTİMİ OTURUMU



Mehmet Akif İNANICI (Moderatör):
Efendim herkese iyi akşamlar diliyorum. Öncelikle bu toplantıyı düzenleyen Sayın Adli Tıp Kurum Başkanı Hızır ASLIYÜKSEK Hocamız ve Kongre'de emeği geçen bütün herkese ayrı ayrı teşekkür ediyorum. Kongre'nin bu bölümünde adli tıp uzmanlık eğitimi hakkında konuşacağız.

Konu hakkında birbirinden değerli beş konuşmacımız var. Öncelikli olarak Sayın Gökhan İbrahim ÖĞÜNÇ Hocamızdan Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi Adli Bilimler Eğitim Sistemi hakkında bir bilgi alacağız. Sonra diğer Hocalarımızın değerli bilgilerinden yararlanacağız. Buyurun Gökhan Hocam.

Gökhan İbrahim ÖĞÜNÇ (Konuşmacı)
Herkese iyi akşamlar. Günün son oturumun ilk sunumu olmanın sorumluluğuyla kısaltarak sunumumu arz edeceğim.

Prof.Dr. Gökhan İbrahim ÖĞÜNÇ, uzmanlık alanım balistik incelemeler, 2018 Nisan ayından itibaren Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi Adli Bilimler Enstitüsü Müdürlüğünde öğretim üyesi ve enstitü müdürü görevlerini ifa etmekteyim.

Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi (JSGA) 2016 yılında kurulmuş olmakla beraber tarihi 1904 yılına dayanmaktadır. JSGA, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı subay ihtiyacını karşılamak amacıyla 1 yıl hazırlık 4 yıl lisans olmak üzere toplam 5 yıl süreyle Güvenlik Bilimleri Fakültesinde eğitim verilmektedir. Her iki kuvvetin ihtiyaç duyduğu astsubay sınıfının yetiştirilmesi için Meslek Yüksek Okulu ile özellikle teknik sınıf subayların yetiştirilmesi için fakülte eğitimi sonrasında JSGA bünyesinde iki yıl süreyle Subay Eğitim Merkezinde (SUEM), benzer şekilde astsubay ihtiyacının karşılanması için de ön lisans mezunlarının bir yıl eğitim gördükleri Astsubay Eğitim Merkezi (ASEM) faaliyetlerini sürdürmektedir. Şu anda Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisinde söz konusu programlarda 6.970 öğrenci eğitim görmektedir.

6 ve 7 Şubat 2023 tarihlerinde yaşanan deprem felaketinde arama kurtarma ve yardım çalışmalarına destek olmak amacıyla JSGA SUEM ve ASEM eğitimlerine ara verilerek toplam 3.726 personel ve öğrencimiz Hatay ilinde görev almıştır. Çanakkale Savaşı'ndan sonra ilk defa bir eğitim kurumu eğitimine ara vererek seferberlik halinde hareket etmiştir.

Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi bünyesinde adli bilim eğitimlerinin icrasının genel koordinasyonundan sorumlu olan Adli Bilimler Enstitüsü 26 Mayıs 2021 tarihinde kurulmuştur. Adli Bilimler Enstitüsü, Güvenlik Bilimleri Enstitüsü ile birlikte JSGA'nın iki enstitüsünden birisidir ve hem lisans, ön lisans ile SUEM ve ASEM programlarında yer alan adli bilimler kapsamındaki derslerin koordinasyonu ile icrasından hem de adli bilimler alanında lisansüstü programlarının yürütülmesinden sorumludur. Söz konusu programlar kapsamında kriminalistik, adli tıp, adli fotoğrafçılık, deniz araçlarında ve su altında olay yeri inceleme dersleri verilmektedir. Önümüzdeki dönem kıtalardan gelen talep ve ihtiyaçlar doğrultusunda uygulama ağırlıklı farklı ders planlamaları da yapılmaktadır.

Ek olarak Güvenlik Bilimleri Enstitüsü tarafından yürütülen Suç Araştırmaları Yüksek Lisans Programında adli bilimler, adli bilimler perspektifinden öldürme suçu; Afet Yönetimi Yüksek Lisans programında felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi, acil durum ve afetlerde olay yeri inceleme dersleri ile Uluslararası Güvenlik ve Terörizm Yüksek Lisans Programında terör saldırılarının bilimsel soruşturması başlıklı ders verilmektedir.

JSGA Adli Bilimler Enstitüsünün en önemli özelliği yürüttüğü lisansüstü programları ile sertifika programlarının Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Daire Başkanlığı, Gümrükler Muhafaza Kriminal Laboratuvar ile Adli Tıp Kurumunun inceleme alanları dikkate alınarak tasarlanmış olmasıdır.

Adli Bilimler Enstitüsünde Kriminalistik anabilim dalı, adli doğa bilimleri anabilim dalı ve adli bilişim ve siber suç anabilim dalı olmak üzere üç anabilim dalı yer almaktadır. Söz konusu anabilim dalları bünyesinde tezli ve tezsiz yüksek lisans

programları hazırlanmış olup YÖK'e görüşe gönderilmiştir. 2024-2025 güz döneminde yüksek lisans eğitimine başlanması planlanmaktadır.

28 Mart 2022 tarihinde Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığı ile Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi Başkanlığı arasında İş birliği Protokolü imzalanmıştır. Bu protokol ile Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığı uzmanlık eğitim sistemiyle JSGA lisansüstü eğitim programları arasında entegrasyon sağlanmıştır. Protokol kapsamında Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığında görevli olan asistanlar için lisansüstü kontenjanı tanımlanmış ve Sayısal ALES notu 75 ve YDS notu 65 olan personelin uzmanlık eğitimleri sırasında yüksek lisans eğitimlerini de tamamlamaları hedeflenmiştir. Ayrıca söz konusu protokol hükümleri gereği, ortak projelerin icra edilmesi ve Jandarma Kriminal Daire Başkanlığının laboratuvar altyapısının laboratuvar çalışmaları ile uluslararası akreditasyon şartlarını etkilemeyecek şekilde öğretim üyeleri ile öğrencileri tarafından kullanılması mümkün olmuştur. Bu durum enstitünün dünya standartlarının üstünde teknik imkânlara sahip bir laboratuvardan faydalanmasını sağlamıştır. Benzer nitelikteki protokollerin diğer paydaş kurumlarla da yapılması planlanmaktadır.

Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığı Uzmanlık Eğitimi Programıyla entegrasyonu konusunu biraz daha açıklarsak; Jandarma Kriminal Daire Başkanlığına uzman adayı olarak başlayan personelden ALES ve YDS notları ile lisans mezuniyet notları yeterli olanlar, uzmanlık eğitimleri sırasında JSGA Adli Bilimler Enstitüsünde yüksek lisans programına başlarlar ve program sonrasında hazırlayacakları başarılı bulunan yüksek lisans tezi, Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı Uzman Yetiştirilmesi Prosedüründe yer alan uzmanlık tezi yerine kabul edilerek aday Kriminal Daire Başkanlığı tarafından uygulamalı sınava tabi tutulur. Başarılı bulunan aday uzman olarak atanır. Tez döneminde, adaydan uzmanlık alanına ilişkin hazırlanan sertifika programlarını da başarıyla tamamlamaları beklenir.

Bu sistem sayesinde Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı'na giren bir personelin kendi pratik ve uzmanlık eğitimi yanı sıra aynı anda yüksek lisans eğitimine de akademik olarak desteklenmesi sağlanmış olacaktır.

Elbette JSGA Adli Bilimler Enstitüsü tarafından yürütülen lisansüstü programları sadece Jandarma Genel Komutanlığı veya Emniyet Genel Müdürlüğü personeline yönelik değildir. Diğer lisansüstü enstitüleri gibi sivil kaynaklı öğrencilere de açıktır.

JSGA Adli Bilimler Enstitüsü yeni bir enstitü olmasına rağmen 2022 yılında adli bilimler alanında üç tematik panel ve iki çalıştay, 2023 yılı içerisinde üç tematik panel, bir çalıştay ve 28 – 29 Eylül 2023 tarihleri arasında bir uluslararası kongre gerçekleştirmiştir.

Bana ayrılan süre içerisinde Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisinde ön lisans, lisans ve yüksek lisans programları ile eğitim merkezlerinde adli bilimler alanında verilen eğitim hakkında kısaca bilgi vermeye çalıştım.

Teşekkürler.

Mehmet Akif İNANICI (Moderatör):
Az ve öz, ancak çok net ve anlaşılır bilgiler için Prof. ÖĞÜNÇ Hocamıza çok teşekkür ediyoruz.

Gökhan İbrahim ÖĞÜNÇ (Konuşmacı)
Teşekkürler Hocam.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Moderatör):
Sayın ÖĞÜNÇ'e teşekkür ediyoruz. Adli tıp dışındaki diğer adli bilimler uzmanlık alanlarında çalışacak arkadaşlarımıza, meslektaşlarımıza, birlikte çalıştığımız kişilere bu şekilde bir akademik imkân sağlanması, müfredatla ilgili üzerinde konuşmamızda gerekebilir belki ama sonuçta böyle bir imkânın yaratılmış olması gerçekten bizi de mutlu etti.
Şimdi süre kısıtlılığı kapsamında değerli arkadaşlar, konuşmacıların da hoşgörüsüne sığınarak herkese 12'şer dakika vermeyi öngördüm. Bu kapsamda ilk önce Prof. Dr. Yasemin BALCI'yı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Ana Bilim Dalı Başkanı. Dünyada Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi konulu sunumunu sunmak üzere kürsüye davet ediyorum.

Yasemin BALCI (Konuşmacı)
Evet, teşekkür ediyorum. Süreme de uymaya çalışacağım, konu dışına da çıkmayacağım. Dünyada adli tıp uzmanlık eğitimi açısından konuya Avrupa ülkelerinden örneklerle gireceğim.

Örneğin Danimarka'dan başlayacağız. Danimarka'da üniversitelere bağlı 3 tane Adli Tıp Enstitüsü var. Bütün otopsiler bu 3 üniversitede yapılıyor. Bunların 3 tane temel bölümü var. Adli patoloji, adli genetik, adli kimya. 2008'den beri adli patolojiyi bağımsız bir uzmanlık alanı olarak kabul ediyorlar. Eğitim süresi 5 yıl. Bunlar bizdeki, bizim yaptığımız klinik adli tıp uygulamalarını da gerçekleştiren hekimler. Cinsel suçlar için ayrı merkezler var, çocuk istismar ve ihmali olgularını eğitimli bir hemşire ve pediatristler birlikte değerlendiriyorlar.

Almanya'da uzmanlık alanı için adli tıp ve halk sağlığı kürsüleri var üniversitelerin enstitülerinde. Burada adli tıp uzmanlığı diye bir alan tanınıyor. Uzmanlık eğitimi için enstitülere başvuranların arasından bir seçim yapılıyor. 5 yıllık bir uzmanlık eğitimi var. 3,5 yılı sahada, 6 ayı psikiyatri rotasyonu. 400 otopsi görmeleri ve yapmaları gerekiyor bu süre içinde. 25 olay yeri incelemesi, 300 nedensellik değerlendirmesi gibi bir takım asgari kriterleri ve şartları var. Son olarak sınavı da Tabipler Birliğinin adli tıp uzmanlığı ile ilgili komitesi yapıyor.

Estonya'da da adli tıp uzmanı tanımı var ve 4 yıllık bir eğitim süresi var. Orada da adli bilimler enstitüsünde eğitimler veriliyor, enstitü Adalet Bakanlığına bağlı.

Finlandiya'da 2010 yılından beri Ulusal Sağlık ve Refah Enstitüsünün adli tıp birimi var. 5 tıp fakültesinin 4'ünde adli tıp kürsüsü var. Buralardaki hocalar, Enstitünün adli tıp biriminde sözleşme ile çalışmak ve otopsi yapmak zorundalar. 6 yıllık tıp eğitiminden sonra 5 yıllık patoloji eğitimi öngörüyorlar. Yani orada adli tıp uzmanı değil, bir nevi adli patoloji olarak geçen bir kavram var. 3,5 yılı adli tıp departmanında olup yine rotasyonları var. Asgari 175 otopsi yapacak, görecek ve son yılında da bir ulusal sınava giriyorlar burada. Klinik adli tıp hizmetleri sadece Helsinki'de 7/24 olarak gerçekleştiriliyor. Diğer yerlerde klinik adli tıp hizmetleri biraz eğitim verilmiş, tıp fakültesinde eğitim görmüş herhangi bir hekimden istenebiliyor.

Fransa'da, 2011 yılındaki reform sonrasında adli tıp hizmetlerinde bir yeni yapılanmaya gidilmiş. Ancak bu eğitim sisteminde bir değişiklik yaratmamış. Adli Tıp Yüksek Kurumu adına üniversite hastanelerinde adli tıp işlerini yürütüyorlar,

buralarda adli tıp departmanları var. Bununla birlikte adli tıp ayrı bir uzmanlık alanı olarak tanınmıyor. Ayrı uzmanlık için tıp öğrencilerinin, 2 yıllık zorlu bir intörnlük stajını tamamladıktan sonra bir 2 yıllık daha eğitim almaları gerekiyor. O zaman adli tıp uzmanı ülkenin adli tıp ihtiyacını karşılamadığı için bu zorlu eğitim sürecine alternatif olarak Adli Tıp Yüksek Kurumu adli tıp uzman eksikliğini kapatmak için 2 yıllık Adli Tıbbi Uygulamada Kapasite başlıklı bir diploma programı çıkarmış. Ben böyle çevirdim. Orijinal adı Capacity Medicolegal Practice adında bir diploma programı. Hem otopsi, hem klinik adli tıp işlerini yapıyorlar.

Hollanda'da yine forensic physician ya da forensic patoloji olarak geçiyor. 4 yıllık bir eğitim var. Adli Tıp Enstitüsü burada Adalet ve Güvenlik Bakanlığına bağlı.

İspanya'da enstitülerde eğitim veriliyor. Enstitüler Adalet Bakanlığına bağlı. Adli tıp uzmanı olmak için bir giriş sınavı var. Bu sınava girdikten sonra Adalet Bakanı çalışanı olunuyor. Bir nevi bizim ülkemizdeki kurum işleyişine benzer bir sistem var. Seçildikten sonra birkaç ay deneyim kazanmaları bekleniyor. Daha sonra formal bir eğitim yok. Kişiler ilgilerine göre daha sonra farklılaşıyorlar. Klinik adli tıp ya da postmortem olarak. Bu uzmanlık alanının süresi 3 yıl. 2 yılı patoloji, psikiyatri gibi değişik birimlerde rotasyonlar ile geçiyor. 1 yılı da Adli Tıp Enstitüsünde geçiyor, unvanı da Eğitim Bakanlığı veriyor.

İsviçre'de de eğitim yine enstitülerde. Bu enstitülerin değişik birimleri var. Burada Forensic Examiner diye de bir sistem var. Ünitelerde adli patoloji, klinik adli tıp ve adli bilirkişilik birimleri var. Adli tıp ünitesini Forensic Examiner yönetiyor. Forensic Examiner'ların adli tıp enstitüsünde eğitim alan, adli tıp uzmanlık diplomasına sahip olması gerekiyor. Yani burada da bir adli tıp uzmanlığı kabul ediliyor. 5 yıllık eğitim süresi var. 3 yılı enstitüde, rotasyonları, şartları, birtakım koşulları var. Mesela konferanslara, toplantılara katılımlarını belgelemeleri gerekiyor.

İtalya'da yine adli tıp uzmanlığı var. Giriş sınavı ile birlikte 5 yıllık bir uzmanlık eğitimi ama bu 5 yılın uzun olduğunu, bunu 4 yıla indirmeye çalıştıklarını biliyoruz.

Macaristan'da da yine adli tıp uzmanlığı diye bir kavram var. Macaristan'da üniversitelerin adli tıp departmanları var. Ancak Sağlık Bakanlığı, İçişleri ve Savunma Bakanlığı ile işbirliği ile oluşturulan Ulusal bir Adli Tıp Enstitüsü var. Bu enstitünün başkanını sağlık bakanı atıyor. Ayrıca adli bilim enstitüleri ağına dâhil enstitüler de var. Yani adli bilimler alanındakiler, bizdeki gibi. Bizde de öyle. Evet, burada da yine rotasyonlar var, neler yapmaları gerektiği ile ilgili kurallar var ve sonunda da uygulamalı ve sözlü bir board sınavı var. Bu arada, pek çok ülkede adli tıp departmanlarında klinik adli tıp hizmetleri içinde sosyal güvenlik, sigorta ve tazminat hukuku ve bedensel hasarın tespiti ile ilgili konular önemli bir yer kaplıyor. Bunu da burada maluliyet konularını da tartıştığımız için ifade etmek istiyorum. Son yıllarda Macaristan'da adli tıp departmanlarında eğitimi alınan 2 yıllık sigorta hekimliği diye bir şey çıkarılmış.

Portekiz'de de Ulusal Adli Tıp Enstitüsü var. Adalet Bakanlığına bağlı, üniversitelerle çok sıkı işbirliği içinde. Porto, Coimbra ve Lizbon'da ulusal enstitüye bağlı ayrıca 3 tane enstitü var. Enstitülerin adli patoloji ve adli tıp departmanları var. Ayrıca ülke çapında bu enstitülere bağlı 31 medikal ofis var. Yani bizdeki şube müdürlüklerine tekabül eden bir şey. Ama buralarda eğitim yok. Buralardaki hekimler sadece postmortem ve canlı muayeneleri yapıyorlar. Buralarda tetkik yok. Tetkikler enstitülere gidiyor. Enstitülerde hem eğitim veriliyor, hem hizmet sunuluyor. Yani şöyle diyebilirim, bizim İstanbul Üniversitesinin Adli Tıp Enstitüsü ile Adli Tıp Kurumunu birleştirmişiz gibi yapı var. Adli tıp uzmanlık süresi yine 5 yıl ve uzmanlık eğitimi sadece enstitülerin olduğu 3 ilde veriliyor.

Asya ülkelerinden bir iki örnek vereceğim. Sonra tek tek ülkeler hiçbirimizin aklında kalmayacağı için hepsini sunmayacağım. Öğrendiklerimden edindiğim deneyimle bir toparlama yapacağım. Endonezya'da 1970'li yıllarda adli tıp uzmanı olabilmek için önce patolog olmak gerekiyormuş, ardından adli tıp alanında ek bir eğitim almak gerekiyormuş. Bu eğitimi alanlara da adli patolog deniliyormuş o tarihlerde. 80'lerin sonlarında müfredatı değiştirmişler. Histopatoloji ağırlığını azaltıp, klinik adli tıp ve medikolegal konuların arttırıldığı bir eğitim programı oluşturmuşlar ve 80'den sonraki mezun olanlara da adli tıp uzmanı diploması veriyorlar. Öncekinden farklı. Adli tıp uzmanını da şöyle tanımlıyorlar. Histopatoloji konusunda özel yeterliliği olmayan, 4 yıl adli tıp eğitimi almış bir tıp doktoru olarak tanımlıyorlar. Onların da bir takım kriterleri var. Orada da yine yargısal hizmetlerin kesintisiz uğraması için, fakültedeki eğitimlerin öneminden bahsedildikten sonra adli tıp uzmanının bulunmadığı yerlerde tüm hekimlerden belli bir düzeyde adli tıp uygulaması yapması bekleniyor.

Hong Kong'da adli patoloji, Japonya'da Medical Examiner diye bir kavram var. 6 yıllık tıp fakültesinden sonra 2 yıllık bir eğitim ve klinik yeterlilik sınavı var. Kore ve Singapur'da adli patolog, Arjantin'de 3 yıllık bir eğitimle adli hekim olunuyor.

Güney Amerika ülkelerinden örnekler verirsem, Uruguay'da adli tıp uzmanlığı var, 3 yıllık eğitimle. Yani bazı ülkelerde eğitimin süresi 3 yıl, önemli bir kısmında 4 yıl, bir kısmında da 5 yıl olduğunu söyleyebilirim. Kuzey Amerika ülkelerinden örneklerimiz var. İlgilenen ve merak eden arkadaşlara daha sonra sunuyu iletebilirim, yararlandığım kaynakları da paylaşabilirim dolayısıyla biraz hızlıca geçiyoruz.

Özet olarak bütün bu incelediklerimden şu sonuca vardım. Uzmanlık alanının isimlendirmesi ülkeler arasında çok değişik. Forensic physician, forensic medicine, legal medicine, medical examiner gibi. Üniversitelerdeki departman isimlerinde de böyle değişiklikler var. Adli tıp departmanı var, adli tıp ve halk sağlığı, adli tıp ve toksikoloji gibi.

Ülkelerin bir kısmında adli tıp uzmanlığı, bir kısmında adli patoloji uzmanlığı var. Pek çok ülkedeki yapılanma, kurumlar arası iş birlikleri, eğitim ve sertifikasyon süreçleri birbirinden farklı. Adli tıp ile ilgili bu gelişmeler, eğitimdeki gelişmeler ülkelerin kendi siyasi tarihlerine göre ve küresel etkilenmelere göre değişiyor. Mesela bir ülke geçmişte bir başka ülkenin sömürgesi ise sömürgesi olduğu ülkeye göre yapılanma var. Ülkelerdeki bazı organizasyonel yapıların gelişimi, eğitimi şekillendiriyor. Eğitim, laboratuvarlar ve merkezi kurumların gelişimi ile ilişkili. Örneğin Uruguay'da 1827'de polis doktorları diye bir sistem kurulmuş, ondan sonra eğitimde de bir ivme olmuş. İtalya'da Polis Bilimsel Bölümü, Şili'de Adli Tıp Enstitüsü ivme yaratmış. Türkiye'de de 1917 yılında Adli tıp Kurumunun oluşturulmasıyla eğitim ve hizmet yapılanması şekillenmiş.

Avrupa'da European Council of Legal Medicine diye bir kuruluş var. Avrupa Adli Tıp Konseyi. Tam üyeleri var, bir de gözlemci üyeleri var. Ülke olarak biz de gözlemci üyeyiz.

European Council of Legal Medicine içinde bende bir süre gözlemci olarak orada bulundum. Konsey, Avrupa'daki adli tıp eğitiminin standardizasyonu ve adli tıp uzmanlığının Avrupa Tıp Uzmanları Birliği içinde yer edinebilmesi için çaba sarf ediyordu. 1999'da Zürih'te adli tıpta mezuniyet sonrası uzmanlık

eğitim programının özeti kabul edildi.

Aslında biz de meslekte yeterlilik kurulu olarak, çekirdek müfredatımızda bu 13 maddelik eğitim hedefine yer verdik. Bu 13 maddeyi değiştirmedik. Bu da bizim anayasamız gibi bir şey. ECLM'de bizden, Dokuz Eylül'den Özgür Hocamız, rahmetli Mete GÜLMEN Hocamız ve bir hocamız daha gözlemci üye olarak yer alıyorlar. Bir güncellemeye ihtiyaç olduğu da görülüyor web sayfasından. Adli tıp, 2012'de Avrupa Tıp Uzmanları Birliğine tam uzmanlık alanı olarak değil ama tematik federasyon olarak kabul edilmiş, 2013'den beri de temsilci düzeyinde tanınıyor.

Şimdi ben burada bitirmek istiyorum. Çünkü buradan sonrasını arkadaşlarımız zaten Türkiye'de değişik kurumlardaki uzmanlık eğitimi ile ilgili konuları anlatacaklar. Bilim, hataların sistematik olarak eleştirildiği ve zaman içinde düzeltildiği belki tek insan etkinliğidir diyerek sözlerime son veriyorum.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Moderatör):
Çok teşekkürler Sayın BALCI. Ülkemizdeki uygulamalara da ışık tutacak şekilde çok güzel bir sunum oldu. Şimdi Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Coşkun YORULMAZ'ın üniversitelerde adli tıp uzmanlık konulu sunumunu sunmak üzere davet ediyorum.

Abdullah Coşkun YORULMAZ (Konuşmacı)
Öncelikle hepinizi saygıyla selamlıyorum. Değerli Başkan ve Düzenleme Kurulu üyelerine de bu nazik davetleri için çok teşekkür ediyorum. Burada olmak güzel bir duygu, neredeyse 30 yıla yakın adli tıp uzmanlığı hayatımın en güzel günlerini burada geçirmiştim. Bildiğim birçok şeyi burada ve buna benzer kongrelerde öğrendiğimi düşünüyorum. O yüzden sizlere katılımlarınız için, özellikle adli tıp alanı dışından gelip, bizlere destek veren tüm adli bilimler kapsamındaki meslektaşlarımıza da çok teşekkür ediyorum. Sürenin kısıtlılığından dolayı Üniversite Hastanesinde Uzmanlık Eğitimi başlığımı "Bir Vakıf Üniversitesi Deneyimi" kapsamı şeklinde revize etmeye, bu şekilde küçültmeye karar verdim. Bugün kendi aramızda öyle konuştuk.

Sanırım bir vakıf üniversitesinde adli tıp uzmanlık verilen 3 merkezden biriyiz biz, Ankara Başkent ve Bezmialem'den sonra. Onları dinleme şansımız oldu mu? Ben bilmiyorum. Benim katılma şansım olmadı bu nedenle belki ilgi çekici olabilir diye düşündüm. Bu sunumumu şöyle planladım ben. Kronolojik sırada anlatacağım. İşte biliyorsunuz bir uzmanlık eğitimine başlayabilmeniz için sizi YÖK denetliyor ve şartları, standartları karşılıyor olmanız gerekiyor. Bunu da bir sunumla sizi test ederek, denetleyerek tescil ediyorlar. Bir sunum yapıyorsunuz ve bu sunumda beğenilmeniz gerekiyor. O sunumda sonra yaklaşık 1,5 yıllık olan en kıdemli uzmanlık öğrencimiz var artık. Dahası ikinci uzmanlık öğrencimiz de var artık. İkisi ile ilgili öğrenim deneyimlerimi, izlenimlerimi sizinle paylaşacağım.

Tabii bir öğretim üyesi olarak böyle bir eğitimi uzmanlık öğrencilerinin eğitimini planlarken aslında bir adli tıp anabilim dalında ya da bir Adli Tıp Kurumunda geçen günlük hayatınızı ele almanız gerekiyor. Çok da fazla bir teorik bilmeniz gerekmiyor. Alkol raporları veriyorsunuz, postmortem incelemeler yapıyorsunuz, adli travmatoloji, tıp hukuku ile ilgili raporlar veriyorsunuz. Ya da suça sürüklenen çocuklar gibi onların ceza ehliyeti raporları var. Dolayısıyla bizim, en çok karşılaştığımız bu konularda aldığımız uzmanlık öğrencilerine donanımlar kazandırmamız gerekiyordu. Tabi bunu nasıl yapmamız gerekiyor bütün mesele de buydu.

Öncelikle eğitim verilecek ise eğiticinin standardı, eğiticinin sayısı da çok önemli. Koç Üniversitesini denetlemeye gelen kişi sunumun başlangıcında sizi dinleyeceğim ama olumsuz yanıt vereceğim dedi. Neden dedim? Ama siz anlatın dedi yani ne yapıyorsunuz, Koç'ta ne hedefliyorsunuz? Neden dedim. 2 kişi değilsiniz çünkü tek bir öğretim üyesisiniz dedi. Bunu gördüm buraya gelince dedi. Tabi adli tıbba özel, adli tıp alanındaki birtakım sayısal yetersizliklerden dolayı tek bir öğretim üyesi ile de uzmanlık öğrencisi alınabileceğini, bunun yasal mevzuatını gösterdiğimde aslında bana inanmadı. Bu hukuki bir mesele falan dedi. Ben de hukukçu değilim ama sonuçta adli tıp uzmanıyım. İsterseniz Bakanlığa sorabilirsiniz dedim. İlginç bir şekilde Bakanlıktan da ret telefonu geldi ve ben sizi dinleyeyim dedi. Telefon bir daha çaldı özür dilerim dedi. Biz yanlış biliyormuşuz. Tek öğretim üyesi ile de olabilir. Hala böyle galiba, bir değişiklik olmadıysa. Dolayısıyla, bu şekilde böyle biraz stresli bir ortamda denetim ve sunuma başladık.

Bir vakıf üniversitesi olarak Koç Üniversitesinde çok ciddi bir farklılık var. Ben tabii Cerrahpaşa'yı biliyorum. Adli Tıp Enstitüsünde doçentlik sonrası yaptığım bir adli bilimler doktoram var. Bu 2 eğitimi biliyorum 3. yer de burası. En iyi bildiğim yer Cerrahpaşa olduğu için ancak bunu yansıtabilirdim.

Cerrahpaşa da hafife alınacak bir yer değil. Burada salonda Cerrahpaşa'dan mezun olmuş Adli Tıp Kurumunda ya da üniversitelerde çok başarılı hizmet veren uzmanlık öğrencilerimiz var. Biz onlarla beraber büyüdük. Burada Çetin'i görüyorum. Belki bu konuşmayı Çetin'le yapmışızdır ama emin değilim. Bazen Cerrahpaşa'daki eğitimi eleştirirdik beraber, Gürsel Hoca'yla eleştirirdik imkânlarımız yeterli değil falan diye molalarda falan. Ama sonunda şuna karar verirdik. Cerrahpaşa'nın koridorlarında dolaşmak, bahçesinde dolaşmak bile sizi çok iyi bir uzman yapar. Hala bu fikrim değişmedi. Dolayısıyla bu kadar avantajlı bir yer işte, Adli Tıp Kurumu ile beraber çalışıyor, çok sayıda olgusu var. Bu arada Adli Tıp Kurumu Başkanımız da bizim öğrencimiz oldu.

Cerrahpaşa bu kadar önemli kişinin yetiştirildiği bir yer ve her şey tıkır tıkır gidiyor. Ama bunu buradan ayrılınca aslında eksikliğini fark ediyorsunuz. Mesela çok sayıda öğretim üyeniz var, çok sayıda uzmanınız var, çok sayıda asistanınız var. Koç Üniversitesine geldiğim gün tek başımaydım. Tabi bütün her şeyi ben bilmek zorundaydım. Aslında biz öyle çalışmıyorduk Cerrahpaşa'da, aramızda paylaşmıştık. Bu büyük bir zorluk oluşturuyor.

Bu tür zorluklar dışında Koç'ta gördüğüm güzel şeyler de çok. Her 15 günde bir mortalite morbidite toplantısı yapılıyor, sabahın çok erken saatlerinde başlanıyor. Bu konular her hafta 2-3 vaka duruma göre bazen büyük bir vaka ise tek bir olgu tartışılıyor. Bu toplantılarda en azından 2 ayda bir adli tıbbın ın da bir olgu sunması isteniyor. Ama neredeyse her toplantıda aktif bir rolümüz de oluyor. Sunulan olgular neredeyse malpraktis davası açılabilecek olgular oldukları için ekip olarak bizim de her sabah 07:00-07:30' da o toplantılarda hazır olmamız gerekiyor. 200-300 kişi katılımlı toplantılar bunlar. Bodrum Amerikan Hastanesi, Amerikan Hastanesi, Koç Hastanesi, MedAmerikan Hastanesi diye 4 sağlık biriminin de katıldığı her yerden de olguların geldiği eğitim ortamı. Burada her branşın katkısını almak yetersiz öğretim üyesi sayımızı kısmen de olsa telafi ediyor öğrencilerimizin eğitimi açısından.

Mesela önümüzdeki hafta yine bizim de olacağımız "mide botox intoksikasyon" olguları var. Onları tartışacağız, onların adli yönünü tartışacağız. Bu bizim kendi eğitimimize katkı verdiği gibi diğer branşlara da önemli katkımız olmasına olanak tanıyor.

Öğretim üyeleri olarak, bu arada artık 2 kişiyiz. Dr. Arda AKAY da aramızda, kendisi bize katıldı. Dr. Laçin Lal ÇAKIR ve Dr. Fatime GÜL ile birlikte toplam 4 kişiyiz. Uzmanlık öğrencilerimizin eğitiminde mortalite toplantıları çok önemli bir yer kapsıyor. Bizim uzmanlık öğrencilerimiz de mortalite toplantılarında sunumlar yapıyorlar ve çok beğeniliyor.

Tabii bunun dışında hastanenin mimari dizaynı baştan çok iyi yapılmış bir hastane ve çok sayıda yurt dışı deneyimi olan öğretim üyeleri ile donatıldığı için. Kompakt fiziksel koşulların sağladığı imkânla sürekli yakın temastayız. Yasemin Hocam anlattı yurt dışındaki deneyimleri ile özellikle klinik adli tıp konusuna hiç uzak değiller. Klinik adli tıp gereksinimini çok iyi biliyorlar ve bu konuda talepkarlar açıkçası. Dolayısıyla bir beyaz kod verildiği zaman hastanede, acilde, şurada burada bizim uzmanlık öğrencilerimiz de sürece katılıyorlar, bizimle birlikte hareket ediyorlar, onların adli raporlanması sürecine katılıyorlar ya da acile bir adli olgu geldiği zaman mutlaka bizim de haberimiz oluyor ya da bir ölüm belgesi düzenlenecekse ve bu ölüm belgesi düzenlenecek kişinin adli olgu olma ihtimali varsa mutlaka sürece dâhil oluyoruz. Adli olgu olmasını bırakın ihtimali dahi varsa adli tıp ana bilimden konsültasyon alınmadan bir ölüm belgesi düzenlenmiyor. Hekimler bunu kendi yararlarına medikolegal risk yönetimi olarak görüyor.

Bu salondaki gibi toplantılar bizim eğitim gündemimizde çok önemli. Uzmanlık öğrencilerimizin neredeyse hiç birini kaçırmamasını sağlamaya çalışıyoruz. Bunu şunun için söyledim, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 12 aylık dönemin 10 ayı her gün ders anlatılıyor, çok sayıda birbirinden deneyimli hocalar derse giriyor, öğrencilerle birlikte uzmanlık öğrencileri de katıldığı için inanılmaz deneyimler, zaten derslerde interaktif oluyor. Burada ise Koç Üniversitesinde 2 grubumuz var yılda ben başladığım zaman yılda her bir grup için 3,5 gün ayrılmıştı. 3,5 iş günü. Şu anda 10'un üzerinde iş gününü bize veriyorlar, giderek böyle adli tıbbın önemi anlaşıldı. Ama sonuçta yılda on ve on olmak üzere toplam yirmi gün diğer günler sizin rutin bir dersiniz eğitiminiz yok ve öğrenciler bu derslere katılamıyor. Bu nedenle eğitimin sürekliliği konusunu telafi etmek zorunda kalıyoruz.

Kongreler dışında telafi metotlarımız da var. Mesela organ transplantasyonu bölümü kritik etikolegal kararlar almak zorunda. Organ transplantasyonu bölümü özellikle onam alma süreçlerini ciddi bir şekilde ele alıyor. Özel bir onam alma odaları var, işte HD kalitede ses ve görüntü eşliğinde, toplantılar şeklinde psikiyatrlarla, adli tıp uzmanlarıyla ile herkesin katılımıyla onamlar alınıyor. Bunlara katılmamız gerekiyor ve bu bizim için de çok eğitici oluyor. Mesela böyle farklı bir deneyim de şu nedenle yaşadık. Bir gün bir ateşli silah yaralanması geldi, hastanemize çok yakın bir bölgede bir ateşli silah yaralanması sonucu kafasından belki biliyorsunuzdur basına yansıdı kafasından silahla vurulan bir taksi şoförü hastanemize ulaştırıldı, acile. Ama bütün resüsitasyon çalışmalarına rağmen yanıt alınamayınca, beyin ölümü gerçekleşti ve hemen bunu bize sordular. Yani beyin ölümü gerçekleşti ne yapacağız bu olguda. Bir organ transplantasyonu adayı olabilir mi? Cumhuriyet savcısına sormamız gerekiyordu. Cumhuriyet savcısı adli olgularda, ateşli silahlarla ilgili adli olgularda kesinlikle buna izin verilemeyeceğini, otopsi yapılması gerektiğini söyledi. 20 yaşında çok sağlıklı birisi ve organ transplantasyonu için aslında harika bir aday. Sevgili Hızır'ın katkısı ve bütün birçok anabilim dalından bu arada yardım alıyorum başta Yasemin Hoca ve sevgili Başkan Hızır Bey olmak üzere. Büyük destekleri ile sabaha kadar uğraştık. En sonunda şöyle bir uzlaşı noktası oluştu. Adli Tıp Kurumundan bir uzman arkadaş geldi, sevgili Mehmet ameliyata girdi ve notlarını tuttu böylece organ transplantasyonuna izin verildi. Mesela bu hani daha önce de Adana'da da sanırım olmuş bir şeydi bu. Bunları bildiğimiz için yapmaya çalıştım zaten. Şu anda hastanemizde bir rutin bu. Yani iki ayda bir, üç ayda bir böyle vakalarımız oluyor ve organ transplantasyonu için bunları kullanmamız mümkün oluyor.

Bu görsel de Dr. LÂL'in bir mortalite toplantısında sunduğu olgu yanlış hatırlamıyorsam bir Munchausen by Proxy tanısı koyduğumuz bir olgu. Bu çocuk her tarafı kanayan bir çocuk böyle bir anamnezi var. Böyle videoları var, böyle fotoğrafları var. Ama işte Marmara Üniversitesi, Acıbadem Üniversitesi falan gitmediği hastane yok iyileşmemiş son çare olarak bu kanamanın sebebini bulmak üzere bize getirilmiş bir olgu. Herkes kanadığına inanıyordu bunun, işte dünya paralar harcanarak, çocuğu da yıpratarak araştırmalar yapılıyor. Dr. LAL ile beraber şu kanadığı söylenen sıvıyı inceledik. Bu sıvıyı incelerken postmortem süreçte eritrositlerin nasıl dejenere olacağını, buradan bir postmortem interval tayini yapılabileceğini, bunun sahte bir kan olup ya da insan kanı, hayvan kanı olup olmadığı gibi araştırmaları bizzat fakültemizin biyokimya hocası ile birlikte deneyimlemek hatta onun yetersiz kaldığı yerlerde işte Adli Tıp Enstitüsünden ya da başka bir özel laboratuvardan da bir takım kanama mekânizmalarını takip etmek suretiyle çalışarak bunları da öğrenme fırsatı bulduk. Tabii günün sonunda çocuk psikiyatrisi, yetişkin psikiyatrisi ile ilgili konsültasyon tamamlandı ve bunun bir munchausen vakası olduğu anlaşıldı. Bu günlük rutinlere ayıracak çok zaman olması eğitim açısından paha biçilmez yararlar sağlıyor.

Eğitim toplantılarımızdan çok üzerinde durmam gereken bir konu, bu hastanede hasta şikâyet yönetimi ve medikolegal konsültasyon diye bir proje 2004'lü yıllardan beri sürdürülen bir proje olması. Asistan eğitiminde de gerçekten çok önemli bir yere sahip bu proje. Bundan biraz daha fazla bahsetmek istiyorum. Bu arada unuttuğum bir şeyi eklemeliyim. Eğiticilerin standardı, eğiticilerin kalitesi çok önemli olduğu için gerçekten Dr. Arda Bey gelir gelmez araştırma metodolojisi sertifika programına katıldı. Bu konuda sertifikasını aldı. Çok iyi bir geri bildirim verince bunu rutin olarak uzmanlık öğrencilerimizin de başladıklarından bir süre sonra almaları gerektiğini düşündük. Oldukça da pahalı bir program bu. Başhekimliğin bize bir jesti oldu. Bizim öğrencilerimizden ücret almıyorlar ve böyle başlarken daha bu sertifikaları ile başlıyorlar. Bütün hasta şikâyetleri yani bir malpraktis riski olan ciddi şikâyetler olduğu zaman ciddi olmayan şikâyetler triyaj ile ayrılıyor bize yansımıyor konu. Birkaç tane psikolog var hasta iletişim biriminde. Bunlar hastaların şikâyetlerini alıyorlar ve ciddi olanların triyajını yapıp eğer bir malpraktis riski varsa masaya getiriyorlar. Güvenli özür diye bir masamız var aslında. Eğer biz bir hatamız olduğunu düşünüyorsak, burada bir problem olduğunu düşünüyorsak uzlaşmak, arabuluculuk dâhil ya da birtakım jestler yapmak dâhil yasal mevzuatın izin verdiği her şeyi deneyebiliyoruz, her şeyi yapabiliyoruz. Ama herhangi bir hatamız yok, sadece karşı tarafın iddiasından ibaretse bu, bu bir yanlış anlama olabilir diye iletişim becerilerimiz ile bunların doğrusunu anlatmaya, ameliyat videoları ile anjiyo CD'leri ile göstermeye çalışıyoruz. İşte bu aşamadan sonra eğer bunlar başarısız olursa dava dilekçeleri, bilirkişi raporları hepsini uzmanlık öğrencilerimiz katılımı ile geçen süreçler oluyor ve bunların hazırlanma süreçlerini bunlara cevap verme süreçlerine katılıyorlar. Anabilim dalımızın rutin iş yükünün en büyük bölümünü bu oluşturuyor. Sanırım birçok anabilim dalından daha fazla dava gördüğümüz farklılık burası. Tabii bunun dışında rektörlüğümüz de bizi ana bilim dalını bu tip şikâyetleri resmi makamların soruşturma talepleri üzerine görevlendirebiliyor. Bir uzmanlık öğrencisinin tıp hukuku konusunda standartların üzerinde eğitim almasını sağlayan bir uygulama bu. Bu Kongre'ye toplam 7 bildiri ile katıldık ve

bildirilerimize de yansıdı alınan bu eğitim.

İlginç bir eğitim modeli de uyguluyoruz. Mahkeme simülasyonu. Çok güzel bir simülasyon odamız var. Bundan 1-2 dakika bahsedeyim. İlginç olguları, ceza davasını ilgilendiren bir olgu olabilir, tıp hukukunu ilgilendiren bir olgu olabilir. Büyük bir hazırlıkta gerekmiyor aslında birkaç günlük bir çalışma, bu konuda deneyimimiz var çünkü birkaç günlük hazırlıktan sonra videolara da çektiğimiz mahkeme simülasyonu eğitimlerimiz oluyor. Bizim eğitim programımız akredite bir eğitim programı. Denetimlerde en çok, oversee denetimlerinde çok beğenilen programımız bu.

Standartlarınız yeterli olmayabiliyor bir vakıf üniversitesinde iseniz gerçekten sayıları tamamlayamıyorsunuz ama bazen işte Sevgili Yasemin Hocamla da böyle biraz cinlik mi yapıyoruz, kafamızı çalıştırıyoruz dedi. Mesela olay yeri inceleme sayımız yeterli olmayabiliyor ama anabilim dalımıza sayısız olay yeri inceleme videosu geliyor. Bunları da kendi vakalarımız gibi, uzmanlık öğrencilerimizle çalışma imkânı buluyoruz. Eksik konu başlıklarımızı böyle tamamlıyoruz. Dosyalarda gördüğümüz her türlü bilirkişi raporu ayrıntılı incelenip bir eğitim materyaline dönüştürülüyor.

Bir anabilim dalının olması gereken işte bu zaten standart otopsi salonumuz, morgumuz falan bunların olması gerekiyor. Şunu söylemek istiyorum, döner dönmez, döndüğümüzden hemen sonra artık rutin olarak bebek otopsilerine başlayacağız. Bu konudaki hazırlıklarımızı tamamladık. 3 anabilim dalı, patoloji, adli tıp ve tıbbi genetik anabilim dalının üçünün de bu konuda konsensüs oluştu. Döner dönmez bebek otopsileri ile başlayacağız.

Yılda birkaç tane de hastanemize şöyle bir talep geliyor. İlginç ben Cerrahpaşa'da çok duymamıştım, belki de yurtdışı kökenli hocalarımızın fazla olmasından kaynaklanıyor. Ölüm nedeni belirlenemeyen yetişkin hastalarda da tıbbi otopsi istedikleri oluyor gerçekten bizden. Dolayısıyla tıbbi otopsiler yapmayı da düşünüyoruz.

Uzmanlık öğrencilerimizi Sevgili Hızır'ın her zamanki sıcak tavırları çerçevesinde resmi yazışmalarla diğer üniversitelerin de yaptığı gibi biz de yazışmalarımızı yaparak onların bir yıl kadar Adli Tıp Kurumunda kalmasını sağlıyoruz.

Burada bizim diğer üniversitelerin döner sermayesinin kesilmesi gibi bir sorunumuz yok. Çünkü döner sermaye ile çalışmıyoruz zaten biz. Döndüklerinde; psikiyatri, patoloji rotasyonları da planlarımız içerisinde. Çünkü bunların sayılıp sayılmaması gibi konular var ve biz zaten öyle düşünmüyoruz, döndüklerinde gidecekler.

Son olarak tabii çok önemli bir şey uzmanlık eğitimini de verirken bunu yapmak gerekiyor. Lisans eğitiminde gibi ölçme değerlendirme konusu. Benim gücüm yetmedi ama sanırım artık Dr. Arda yapacak. Bizde bütün sınavlar hem lisans hem uzmanlık öğrencilerinin sınavları OSCE sınavları şeklinde yapılıyor. Biz buna girebilir miyiz? Pek ben cesaret edemiyordum. Ama Dr. Arda gelince, Arda cesaret ediyor. Sanırım bu ara sınavlar da dâhil Ergin Hocamız söyleyecektir onlardan ilk ara sınavlar da gerekiyor uzmanlık onlar dâhil tüm sınavlarımızı OSCE sınavı şeklinde yapacağız. 12 tane üniteden oluşan çok kaliteli, çok iyi yapılandırılmış bu bizim eski aynalı oda dediğimiz odalarımızdan var. Bizim de ölçme değerlendirmelerimiz bu şekilde yapılacak.

Çok teşekkürler.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Moderatör):
Çok teşekkürler. Butik bir adli tıp anabilim dalının uygulamalarını izledik.

Şimdi konuşmasını yapmak üzere, İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığından Prof. Dr. Hikmet Ergin DÜLGER'i Türkiye'de Adli Tıp Uzmanlık Eğitimi konulu konuşmasını yapmak üzere davet ediyorum.

Hikmet Ergin DÜLGER (Konuşmacı)
Konuşmama başlamadan önce Sayın Başkanıma çok teşekkür ediyoruz. Bu toplantının en ince ayrıntısından, ekranın kaç modül olacağına kadar bütün detaylarını takip ettiğini bizzat gördüğüm için çok şükranlarımızı ve ev sahipliği için ayrıca yargının ve yüksek yargının kıymetli üyelerine de çok teşekkür ediyorum. Onlardan da difüzyon yoluyla çok şey öğrendik ve öğrenmeye de devam ediyoruz.

Türkiye'de adli tıp uzmanlık eğitiminde başlarken sunumun planı şöyleydi amaç ve hedefler. Tanım genel bilgiler, mevcut durum, sayılar, beklentiler, analiz ve erişkin eğitimi en önemli hassasiyette durduğum ve gelecekte ne olacak? Hepimiz bunu çok merak ediyoruz. Sayın Jandarmanın da yaptığı toplantıya gittik, Sayın Kurum Başkanımız da orada komisyonda üyeydi. Orada da gelecek konuşuldu.

Amacımız şu, tıbbın genel tanımını, hukuki zeminine uğraşısını ve bireysel ve adli tıp uzmanlık alanında bilgi sağlamaya çalışacağız hep birlikte ve hedeflerimiz de şöyle amacını ifade edecek adli tıp uzmanlık eğitiminde nelerin değişmekte olduğunu anlayacak, değişime ayak uydurmanın gerektiğini benimseyecek diye düşündüm.

Uğraşı alanları nedir? Birkaç günden beri hep üzerinde konuştuğumuz multidisipliner bir yaklaşım olduğundan bir fikir birliği var. Tedavi edici ya da koruyucu tıp dışında, tıp bilgilerinin hukuka uygulandığı tersi de doğru. Hukukun da tıp bilgilerini ihtiyaç duyduğu organ transplantasyonu dedi Hocamızın dediği gibi ya da ötenazi gibi konularında da bu defa da tersinden bir tıp bilgilerinden, adli tıp bilgilerinden diğer tarafa bilgi akışı olacak ve hekimlerle ilgili yasal noktaları sorumlulukları ele alan bilirkişilik olarak söylüyoruz.

Keşke görselimiz olsaydı, şunu söyleyecektik hukuka çok yakın olarak kendimizi görüyoruz ve hukukun gösterdiği gibi amblemler de hepsinde bir yılan var. Yılanın başını bir tanrıça eziyor, elinde kitaplar var, kanun var ve diğer elinde de kılıç var. Burada bu amblemi ve bu simgeleri diğerlerinde de görüyoruz.
Adli tıp nelerle ilgilenir dersek? Çocuk istismarı, kadına yönelik, erişkine yönelik, yaşlıya yönelik istismarlar da günümüzde oldu. Toksikoloji var, adli antropoloji, osteoloji ve kriminoloji bildiğiniz gibi. İnsan haklarını konuştuk, meteoroloji var konuşulmayan. Grafoloji, grafometrik, yangın bölümü var konuşulmayan. Oturumlarda konuşulmayan entomoloji ve odontoloji var. Tabii ki bunları yaparken multidisipliner olduğu için, nedir işbirliği de yapılması gerekiyor. İşbirliği çocuk istismarında ya da cinsel suçlarda kadın hastalıklarıyla birlikte ya da üroloji ile birlikte çalışıyoruz. Dolayısıyla biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutta insanla ilgili, insan adına ne varsa hepsi adi tıpı ilgilendiriyor.
Hatta ilk başladığım zamanlarda şöyle söylüyordum. Bana öyle bir konu söyleyin ki, içerisinde Adli tıbbın hiç ilgilenmediği, temas etmediği bir konu olsun. Ben şu ana kadar bulamadım varsa lütfen aralarda konuşalım. Bütün bu yapılan bilgi alışverişinden sonra bir mütalaa tıbbi uzmanlık raporu şeklinde söyleniyor ve milattan önce Hipokrat'ın dediği gibi 'Sanat uzun, hayat kısa, fırsat kaçıcı, deneyim aldatıcı, karar zor' diyor. Burada ben dönüp baktığımda tıbbın bir sanat olduğunu biliyoruz.

Neden tıp sanattır? Çünkü kişiye göre değişir. İlaçla değişir, dozla değişir, yaşa göre değişir, günden göre değişir. Tansiyonunuz bile günün sabah saatlerinde farklıdır, akşam saatlerinde farklıdır. Kan şekerimiz aynı şekilde farklıdır. O halde verilecek ilaçlar ve uygulanacak tıbbi yöntem kişinin kendi içerisinde bile değişebilir. Kaldı ki diğer insanlar arasında nasıl değişecek? Hukukçu öğretim üyelerimiz de bundan bahsettiler, konuştular. Onlar da hukuk sanat dediler. Bunu da doğru buluyorum. Çünkü onlarda da birebir aynı yoktur. O zaman adli tıp ne olacak? İkisinin kesişim noktası olduğuna göre tıp sanat, hukuk sanat adli tıpta o zaman sanatın küpü olur ya da sanatın entegralı olur diye düşünüyorum ve adli tıp ile ilgili olarak söylenebilecek en kısa şey her şey iki kıl arasındaki farka bağlı olabilirler söylenebilir.

Genel bilgiler olarak tıptan bahsederken ilk olarak tıp kelimesini Thebes kentinde Mısır'da görüyoruz ve burada şehrin simgesi yılan olarak belirtiliyor ve hekim ile hasta ilişkisi kutsaldır deniyor, aralarında para alışverişi yoktur deniyor. Fakat hekimlerin tüm ihtiyaçları da şehir tarafından karşılanıyor ve edindiğimiz bilgilere göre herkes Thebes kentine tıbbi öğrenmek için gelmeye çalışıyor. Fakat kente giremiyorlar, tıbbı öğrenemiyorlar. Kentin dışında belli bir süre 30-40 gün kadar bekliyorlar ve orada testlere tabi tutuluyorlar ve eğer bu testleri başarılı geçerlerse ancak kentin içerisine tıp bilgilerini öğreniyorlar ve bizim bildiğimiz bizim coğrafyada en erken tıpla ilgilenen milattan önce 3000 yıllarında İmhotep'tir. Bu aynı zamanda Firavun'un da doktorudur ve danışmanıdır ve tıp konusunda da adli tıp olarak bizim ilk bildiğimiz kişi olarak değerlendirilir. Ancak orada yılanı kullanmıyorlar Thebes de. Yılan Sümerlere ait. Sümerlerle kullanılıyor Ningişzida denilen tanrı var. Bu tanrı bir ağacın etrafına dolanmış bir erkek ve dişi yılandan kaynaklanan bir simge ve tıp amblemlerine baktığınızda NS harflerinin yazdığını görürsünüz. Doğal bilimler anlamına ve diğer tüm tıpla ilgili olanların hepsinde bu yılanı görebiliriz.
Yine medico yasal konulardan bahseden hukuktan da bahsetmek gerekiyor genel olarak. Bu da milattan önce 2200 yıllarında Hammurabi Kanunları'dır. Yazılı olan metin kanunları. Biliyorsunuz orada kısasa kısası gösterir. O da hukukun ulaşılabilen en erken yazılı kaynağıdır.

Türkiye'de tıp eğitimine geldiğimizde ilk olarak hasta başı derslerini İbn-i Sina ve Harezmi ile görüyoruz. Burada 1910 yılında Kanada ve Amerika'da Abraham FLEXNER'in çok önemli çalışmaları var. Orada da standardizasyon olmuyor ne oluyor klasik tıp eğitiminde. Usta ile çırak arasındaki bir ilişkiden bahsediliyor ve orada hoca ya da öğretici pozisyondaki kişi her öğrencisine farklı kitap veriyor ve bu farklı kitapları öğrenip gelmesini söylüyor. O kitabı bitirdikten sonra tekrar birini ya da ikisini veriyor. Dolayısıyla şimdi bizim şu andaki uyguladığımız gibi herkes standart slaytları verelim, herkes standart olarak sınavları yapalım değil, bireysel bir eğitim sistemi takip ediliyor. FLEXNER tabii ki bunun da çok farklı yönleri olduğu için, insan sayısı arttığı için, birden fazla ustalar olduğu için, eğiticiler olduğu için FLEXNER bunları daha standardize edilmiş hale getiriyor.

O halde tıp eğitimi sürekli gelişiyor insanlarla beraber ya da bilimle beraber gelişiyor. Ne çıkıyor ortaya? Öğrenmeyi öğrenme kavramı ortaya çıkıyor ve yaşam boyu öğretim konusu benimseniyor. Tıpta da, hukukta da, tüm diğer alanlarda da bu. Ancak tıpta çok daha önem arz ediyor. Çünkü uğraştığınız nesne insan gibi bir ikincisi daha olmayan bir canlı.

Neler değişiyor bu arada? Teknoloji gelişiyor, insan hakları değişiyor, öğrenciler değişiyor. Öğrenciler nasıl değişiyor? Hekimlerin aynı zamanda toplumdan da beklentiler artıyor. Araştırıcı kimliğine sahip olması gerekiyor hekimlerden hatta karikatürlerde ya da internette de görüyoruz önce Google'a soruyor ben de aynı şekilde yapıyorum daha olmadı Yandex'e soruyor olmadı diye arama motorlarında soruyor hastalığı ile ilgili neler varsa bunları alıyor ve ondan sonra hekimine gidiyor ve bunu da bilinçli olarak yaptığını söylüyor. Bilinçli hasta olduğunu iddia eden kişiler var.

O halde geleneksel tıp eğitimi gelişiyor, space modeline geçiyor. öğrenci merkezli, entegre, topluma dayalı standart eğitim becerileri geliştirilmeye çalışılıyor ve simülasyon tabanlı, kanıta dayalı göreve, mezuniyet hedeflerine dayalı öğrenme modelleri geliyor. Bunlar gelirken adli tıp eğitimine geldiğimizde en önemli yasal dayanağımız Tıpta Uzmanlık Kurulu ve en son yayınlanan yönetmeliğe göre 7 Ekim 2023'te Tıp Eğitiminde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayınlandı. Burada 3. ve 4. maddesini ben önemsedim. Madde 3'te Adli Tıp Kurumunun birim eğitim sorumlusu olarak belirlemişler ve olmadı kendisinin Kurum Başkanının belirlediği bir öğretim üyesi bu işi yönetiyor. 5. Maddeyi önemsedim burada. Standartlar Kurumca sağlanır diyor ve uzmanlık öğrencisinin eğitim kurumundan bazı standartları isteme hakkı olduğunu söylüyor ve TUK"da uzmanlık eğitimi verebilecek fakülteleri göstermişler. Bunlar nelerdir olarak söylediğimizde. Birincisi tabii ki Adli Tıp Kurumu uzmanlık veriyor. Diğeri üniversitelere bağlı tıp fakülteleri anabilim dalları 46 adet adli tıp uzmanlığı veren anabilim dalımız var. Bir diğeri de rektörlüklere bağlı adli tıp enstitüleri var bunlar da yüksek lisans ve doktora veriyor.

Adli Tıp Kurumuna geldiğimizde burada çok güçlü bir eğitim faaliyetleri var. Sayılara geldiğimizde uzmanlık öğrencisi ortalama 100-110 civarında. Başkanımızın söylediği 115 kişi var ve 147 tane akademisyen çalışıyor bu ek görevle ve diğerleri ile birlikte olan akademisyen çalışıyor ve bunların da 12 tanesi, 12 akademisyen de kurumun bizzat tam zamanlı öğretim üyesi olarak belirlenmiş. Eğitim programları salı ve perşembe günleri 08:30-09:30 arasında oluyor. uzmanlık öğrencileri Adli Tıp Kurumunda 1., 2., 3., 7, 8 hepsinde gidiyor. Morgda 6 + 6, gözlemde 1 ay, şubelerde de 1 ay çalışarak adli tıp uzmanı oluyor. Eğer Adli Tıp Kurumunun sayfasına, girdiğiniz internet sayfasında her ayın aylık eğitim programları görüntüleniyor ve o eğitim programlarında nelerin anlatılacağı bir ay önceden belirleniyor.

Evet, bu önemli diye söylemiştim. Burada yılanı görüyorsunuz. Hukukçu tepesine basıyor. Sağ elinde kılıç var sol elinde de kanunu görüyoruz. Adli Tıp Kurumunun ambleminde yılanın etrafına sarılmış bir yılan var, zeminde de bir tane kanun var. Evet, buralardan bahsetmiştik. Evet, burası böyle İmhotep'in tanımı bu Thebes'de orta Mısır'daki bulunan bir kent olarak biliniyor ve Ningişzida NSI'de görüyoruz. Aslında buradaki yılan boynuzlu bir yılan ama buradaki simge bu şekilde belirtilmiş.

İbn-i Sina ve Harezmi, FLEXNER'den bahsetmiştik. Öğrenmeyi öğretmek ve space modelinden bahsediyoruz ve ya da buradaki karikatürde gördüğümüz gibi maden devrine geçtiğimiz halde siz geçin ben arkasından gelirim diyenler de olabiliyor bildiği klasik yöntemlerden vazgeçmeyen insanlarda öğretim üyeleri de olabilir ya da öğrenciler de olabilir ama dünya daha hızlı ve ilerliyor.

Evet, burada TUK'un amblemini görüyoruz. Yine yılan üstteki herhalde atomun modeli de nükleer tıpı simgeliyor altta kuran, kitap, kanun. Evet, tıptaki, 7 Ekim 23'ü gördüğümüzde yasal dayanağını söylüyoruz. Deminki söylediğimiz madde 3 ve 5'i. TUK'u burada programları görüyoruz, yanında müfredatlar var, sonra protokolü ve tamamlayıcı olanlar var.

Devam edersek, mercek tutarsak kimler hangi yetkilendirilmiş uzmanlık eğitimi veriyor burada onları görüyoruz. Bunları açtığımızda bu gördüğünüz kurumları, deminki bahsettiğim kurumları görüyoruz. Asistan eğitim programı var deminki bahsettiğimiz gibi ATK'nın sayfasında ve sayılardan bahsettik. Burada dediğim gibi hangi öğretim üyesi neyi anlatacak hangi saatte nerede anlatacak ve bunlar disiplinli bir şekilde kontrol ediliyor ve hakikaten benim uzmanlık öğrencilerinden duyduğum kadarıyla biz de oraya rotasyonlara göndermiştik hepsini oradaki hocalarımız takip ediyorlar birebir. Bu çok önemli. Yani buradaki sadece gösterim içinde yayınlanmış bir program olarak değerlendirilmiyor.

Evet, buradaki gördüğümüz gibi eğitim faaliyetlerine devam edersek yurtiçi eğitim seminerleri var, yurt dışına gönderilen kişiler var, sempozyumlar var Yargıtay sempozyumları ile başlamış 2004'te başlamış. Burada 15 tane kitap görüyoruz. Ben iddia ediyorum ki eğer bir uzmanlık öğrencisi ya da Adli tıbba gönül vermiş bir kişi bu 15 kitabı birden okur ve öğrenirse Adli tıbbın tüm bilgi birikimini elde edecektir. Tümünü düzeltiyorum çok büyük çoğunluğunu elde edecektir.

Süreli yayınlar var ve hocamız var. Bunu biliyoruz, bunlar ana bilim dallarımız. Dokümanlar var 2-4 var 2-5 sadece çocuk cerrahisinde var. Diğerlerinde yok. Müfredat formatımız var. Bu formata göre kılavuz hazırlanmış. Uzmanlık Kurulunun kitabı var. Yeterlilik, yükseköğretim yeterlilikler çerçevesinde diyor ki hizmet sunucusu olacak diyor hekim bitirdiğinde. Nedir buradaki bizim mottomuzda söylendiği gibi, adaletin hizmetinde diyor Adli Tıp Kurumunda klinik yetkinlik ve girişimsel yetkinlikleri ele alıyor. Bu bizim müfredatımız. Burada Venn diyagramı var. Buradaki verilen tüm müfredatın içerisinde neyin nereden geldiğine dair ana başlıklar altında söylenilmiş ve Miller'in Ustalık Piramidi'ne göre de hem kendimizi öğrenmiş oluyoruz hem de nasıl puan vereceğimizi göstermiş oluyoruz.

2019'da TUK yenilendi, değiştirildi. Bu çekirdek ilerleme raporu verildi ve burada beklentiler toplumun diyoruz, yargının diyoruz bu günlerde hep konuştuğumuz gibi birçok şeyler isteniyor tabii adli tıp uzmanlarına. Yönetim istiyor öz deneme standardizasyon, uzmanlık öğrencileri çok şey istiyorlar mezun hekimler ve anketlerle bunlar ortaya çıkıyor. Öğretim üyeleri uzmanlık öğrencisinden ve lisanstaki öğrencilerden istiyorlar. Buradaki öğretim üyelerinin bir beklentisine bir teşekkürle ben de kişisel olarak kendimi söylemek istiyorum. Sayın Prof. Dr. Mehmet TOKDEMİR sağ olsun bir uluslararası toplantıda tüm salonun ayağa kalkarak alkışladığı bir çalışmayla gerçekten bizim gurur kaynağımız oldu. Bir öğretim üyesinin bayrak yarışını alıp da daha ileriye götürdüğü için kendisini kutluyorum ve başarılarının devamını diliyorum. Toplumun beklentileri Edinburgh Deklarasyonunda var. Hep bundan önceki söylediğimiz gibi eğitimci çabalıyor, çabalıyor ama ben diyorum ki bir karpuz bölen bölünen kalanı olarak anlatmak lazım insanlara. Öğrenmenin ilkelerini bildiğimiz zaman ve yine bunun hedefsel taksonomisine baktığımızda bilgi, beceri, tutum. bunları nerede görüyoruz? Bizim uzmanlık müfredatında görüyoruz ve eğitimde ölçülebilir olması gerekiyor ve burada amaç ve hedefleri yazıyoruz ve hedef kitlemizin de, uzmanlık öğrencilerimizin de Z kuşağı olduğuna dikkat lazım ve bunların el, göz, kulak ve motor becerileri senkronizasyonu en gelişmiş kuşaktır olarak söyleniyor ve onlara ihtiyaçlarına göre veya algılama biçimlerine göre biz eğitimi değiştirmemiz ve mevcut düzene göre adaptasyon sağlamamız lazım. Bunun için swot analizi yapıyoruz. Kişileri tanıyoruz, kendimizi tanıyoruz ya da Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre ne yapmamız gerektiği konusunda ve programları düzenlerken bunları önemsiyoruz. Bilim alanı, tutum alanında bunları yapıyoruz ve bunlar bittikten sonra 1992 yılında söylenildiği gibi 5 yıldız verilen toplum lideri, iletişimci karar veren sağlık bakım yönetici. Bu aynı zamanda TUK'un müfredatında ki olanlardan azaltılmış şeklini görüyoruz ve özgün bir yaşam şekli olarak karşımıza çıkıyor.

Gelecekte ne diyoruz? Öngörmek için geçmişe bakıyoruz ve buradaki değişimi takip ediyoruz. Gelecekte holografik teknolojiler sayesinde moleküler otopsiler yapılacak ve anatomik sistemleri değerlendirilecek ve buradaki öğretim üyesine düşecek en iş. Buradaki ışık hızını anlatmasından karikatürle gösterdik. Bilgiye dayalı olduğunu söylüyoruz. Yapay zekâ hep söylendi ve yapay zekâ deyince ben ChatGPT'ye girdim. Acaba dedim adli tıp eğitiminde neler var? 3 defa run ettim. Üçünde de benzer sonuçları aldım. Doğru olanları var. Yanlış olan burada diyor ki sınavları Türk Tabipler Birliği tarafından düzenlenen tıpta uzmanlık sınavı yapar diyor.

Dolayısıyla yapay zekâ ya da bu kadar çok güvenmemiz gerekiyor. Bunları ayrıca bir kaynaklardan yine burada oradan bahsediyor sınavların yaptığından her şeyde de bu zekâ ya güvenmemiz lazım diyoruz.

Hado diye bir e-spor vardı. Bu en son bunu şeyde ben gördüm tanıdım geçtiğimiz günlerde İzmir Fuarı'nda ve hakikaten çok enteresan tam z kuşağına hitap eden bir spor olarak e-spor olarak değerlendiriliyor bildiğimizin dışında. Uzmanlık sonunda ne oluyor? TUK'taki eğitim programları var bunlar Adli Tıp Kurumunun sayfasından ve internetten aldığımız eğitim devam ediyor. Hem Türkiye'de hem de yurt dışında devam ediyor ve kurslara katılmak serbest oluyor. Öyle bir yöntem arıyorum ki diyor Comenicus öğretenler daha az öğretsin, öğrenenler çok öğrensin diyor. Ne zaman demiş? 1630'da demiş. Kuşlar uçuyor ve sunumum bitiyor.

Süleyman Serhat GÜRPINAR (Konuşmacı):
Çok teşekkürler. Tıp eğitiminin tarihini ve adli tıp eğitiminin tarihini Mısırlılardan, Sümerlerden başlayıp günümüze getirip bundan sonrakine de ışık tutacak şekilde 15 dakikaya sığdırmış olmanıza teşekkür ediyoruz DÜLGER Hocam.

Şimdi konuşmasını yapmak üzere Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ'ı davet ediyorum. Adli tıp uzmanlık eğitimi müfredatını konuşacağız. Buyurun.

Ekin Özgür AKTAŞ (Konuşmacı):
Öncelikle bu Kongreye davetleri için Adli Tıp Kurumu Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK Hocanın şahsında bütün Düzenleme Kuruluna teşekkür ediyorum. Şimdi ben de bu noktada değerli konuşmacılarımızın aktardığı bilgileri bir adım ileri götüreceğim.

Adli tıp uzmanlık eğitimi ile ilgili standartlaştırma çalışmaları 20 yıl kadar önce başladı. Çünkü o zaman çıkan yönetmelikte uzmanlık eğitimi süresi 4 yıla çıkınca Adli Tıp Uzmanlık Derneği de bir kılavuz, tavsiye niteliğinde bir çalışma yapmaya başladı. Bu ilk standart çalışmalar Adli Tıp Uzmanları Derneğinin bünyesinde yapıldı. Bu çalışmalar sonunda 2007'de adli tıp uzmanlık eğitimi ile ilgili aktarılması gereken, önerilen, tavsiye edilen belgeleri bir hizmet modeli ve insan gücü planlaması belgesi de yayınlandı.

Daha sonraki dönemde tıpta uzmanlık kurulunun kurulması nedeniyle eğitim süreçlerinin planlanması işlemleri Sağlık Bakanlığı yetkisine girdi. Çünkü anayasa ve diğer yasalarda yazılı görevleri nedeniyle tüm Türkiye'de tıp ve uzmanlık eğitimini programlamak, istihdam programını yapmak bunları

tescillemek Sağlık Bakanlığının görevinde. O yüzden tek yetkili kurulda Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün altındaki Tıp ve Uzmanlık Daire Başkanlığı. Sadece tıp için değil hemşirelik, diş hekimliği ve eczacılık uzmanlık eğitimleri de bu kapsama dâhil eğitimlerdendir.

Tıpta Uzmanlık Kurulunun kurulmasından sonra, tıpta uzmanlık eğitimini standartlaştırma çalışmaları başladı. O zamandan başlayarak 4 tane farklı komisyon tarafından bu çalışma yürütüldü. Birinci komisyon, taslak müfredat çalıştı. İkincisi, çekirdek eğitim programını hazırladı. Üçüncüsü çekirdek eğitim programını resmileştirdi ben komisyondan itibaren komisyonlarda görev aldım. Şimdi dördüncü dönem komisyon çalışmalarında da bu programda bir adım ileri götürülerek eğitim tekniklerini standartlaştırmayı amaçlayan bir çalışma başlatıldı.

Dördüncü dönem komisyonu olarak usta-çırak ilişkisi ağırlıklı eğitimden yapılandırılmış eğitime geçiş süreci söz konusu olduğundan tüm çekirdek eğitim programı gözden geçirildi. Yeni ÇEP'de biz klinik yetkinlikler ve girişimsel yetkinliklerin mevcut 2019'daki programdan biraz daha farklı hale getirildi. Sebebi de artık eğitim programlarının nasıl yapıldığı ve nasıl denetlenerek, ölçülerek yetkinlik kazandırıldığının düzenli olarak Sağlık Bakanlığına bildirilmesinin ve belgelendirilmesinin gerekmesi. Bundan sonra asistanların birinci yıl kıdemden ikinci ikinci yıl kıdeme, ikinci yıldan üçüncü yıla, üçüncü yıldan dördüncü yıla geçişi belirlenen yetkinlik hedeflerinin kazandırıldığının belgelendirilmesi ile mümkün. İlgili anabilim dalı ya da eğitim kurumunun tasarrufunda olmayıp, Sağlık Bakanlığı bu yetkinlikleri kurumlar yetkinliklerin sağladığını belgelendikten sonra asistanları bir sonraki eğitim yılına kıdem olarak sistem üzerinden geçirecek.

Şimdi mevcutta neler değişecek? Çekirdek eğitim programı içinde uzmanlık eğitimi sürecince yer yıl hedeflenen klinik ve girişimsel yetkinlikler listelenmiş durumdadır. Burada hedeflenen düzey ve hangi yılda kazanılacağı, bu yetkinliğin kazanıldığına dair değerlendirmeyi nasıl yaptığınız, hangi donanıma ve hangi portföye (olgu sayı ve çeşidine) sahip olduğunuzun belgelenmesi gerekiyor. Tıpta Uzmanlık Kurulunca yapılacak değerlendirme ve denetlemelerde, uygun portföy ve imkânlara sahip olmayan yerlerde uzmanlık eğitimi ile ilgili ciddi sorunlar yaşanabilmesi mümkün. Bunun sadece adli tıp ile ilgili olmadığını, tıp ve diş hekimliğindeki 98 tane uzmanlık alanı ile ilgili bu çalışmayı Sağlık Bakanlığının Tıpta Uzmanlık Komisyonunun yürüttüğünü şu an çocuk cerrahisi ve genel cerrahide resmileştiğini bizde de kısa süre içerisinde resmileşeceğini biliyoruz.

Şimdi güncellenen noktalardan ilki eğitim hedef düzeyleri. Bu eğitim hedef düzeylerini oldukça tartıştık. Aramızda komisyon üyeleri de dâhil çok konsensüse varmadığımız bazı noktalar var. Bunu daha önce Adli Tıp Uzmanları Derneği kongresinde, burada geçen yıl yapılan toplantıda sundum. Anabilim dalı başkanları ile de paylaştım. Burada değişik düzeylerde bir yetkinlik tanımlaması var. Özellikle girişimsel yetkinliklerdeki düzeylere dikkat etmenizi istiyorum. Çünkü bütün eğitim bu yetkinlikleri kazandırdığınızı nasıl sınadığınızın üzerinde durulacak.

Burada gördüğünüz gibi artık eğitim 1. kıdem yılı, 2. kıdem yılı değil eğitim yılı olarak belirleniyor. 4 yıla ayrılıyor. Öğrenciler 4 yıl boyunca ilgili yetkinlikleri kazanmadıkları takdirde sistem üzerinden 2. yıla ya da 3. yıla geçişleri mümkün olmuyor. Eğitim yöntemleri eski tıpta uzmanlık müfredatı ile aynı. Bizde yapılandırılmış, bağımsız ve uygulamalı eğitim etkinlikleri var. Her eğitimi, her başlığı, eğitim hedefini hangi yöntemle öğrenciye kazandırdığınızı mutlaka eğitim karnesinde belgelememizi istiyorlar. Yani öğrenci bizim uygulamamızın içerisinde geldiği rutinde alaylı şekilde gördüğünü, bunu takip ettiğini istemiyor Sağlık Bakanlığı. Bunun tamamen usta çırak eğitiminden yapılandırılmış eğitime geçilmesi ve bununda her aşamasının belgelenmesi asgari standartların sağlanmasını bekliyor.

Bir diğer asıl problem yaratacak noktada bunların ölçme ve değerlendirme işlemler. Birçok anabilim dalının buna hazır olmadığını düşünüyorum. O yüzden de eğitim veren bütün birimlerin buna hazırlık yapması gerektiğini düşünüyorum. Miller'ın yetkinlikler piramidinde eğer girişimsel yetkinlikte yapar ya da gösterir aşamasını hedefliyorsanız bunları sınayacağınız yöntemlerin tıp eğitim tekniklerine göre belirli yöntemler olması gerekiyor. Örneğin OSCE sınavı yapmadan ve bunu sisteme girmeden beceri kazandığını ispatlayamıyorsunuz. Öylece Sağlık Bakanlığındaki sistemin üzerinde asistanın bir sonraki kıdeme geçmesi de zor oluyor. Bu yüzden tüm anabilim dallarının hangi eğitim hedeflerine göre, hangi değerlendirme, ölçme ve değerlendirme yönteminin kullanacağını bilmesi ve buna uygun da fakültelerinde alt yapıyı kurması şart haline geldi.

Sağlık Bakanlığı, Çekirdek Eğitim Programında yer alan asistanların portföy ve kurumların portföy standartlarına bakılarak asistan planlaması yapacağını söylüyor. Biz adli tıp uzmanlık eğitiminde her bir asistanın görmesi gereken yıllık olgu sayılarını böyle belirledik. Bu olgu sayılarını belirlerken de biraz zorlandığımızı söyleyelim. Çünkü bu sayıda Türkiye'de olgu bulmak oldukça zor olacak. Bu asistan başına düşen yıllık olgu sayısı olarak hesaplanacak. Asistan sayınız 10 ise ya da 20 ise bu sayıları onlarla çarpmanız gerekebilir. Çok, gerçekten büyük sıkıntı yaratacak noktalardan biri bu konuda gerçekten belki ileride revizyonlar gerekebilir. Ama her eğitim kurumundan asistan talebinde eğitici sayılarını, olgu sayılarını ve çeşitliliğine mutlaka Sağlık Bakanlığı istihdam planlaması ya da asistan planlaması yaparken isteyecek.

Güncellenen noktalardan birisi rotasyonlar. Biliyorsunuz bizim Adli Tıp Kurumu rotasyonumuz zorunlu değildi. İsteğe bağlı olarak gönderiliyor ve her fakülte farklı sürelerde Adli Tıp Kurumuna gönderiyordu. Normalde bizim psikiyatri, çocuk psikiyatrisi ve patoloji rotasyonumuz olduğu gibi duruyor. Bunlarda değişiklik sadece hedefler düzeyinde oldu, güncellendi. Adli Tıp Kurumu rotasyonu da buna eklendi. Adli Tıp Kurumu rotasyonu olmazsa zaten adli tıp uzmanlarının gerçekten yetkin ya da yeterli bir eğitim almaları mümkün değil rutin uygulamanın çoğunu orası üstlendiği için.

Bu tabii üniversitelere özellikle şöyle bir artı getirdi ve eksi getirdi. Artık uzmanlık eğitimini yani kazandırmamız gereken eğitim yetkinliklerini rotasyon sürelerini düşerek kazandırmamız gerekecek, ona göre program yapmamız gerekiyor asistanlarla ilgili olarak. Rotasyonlarla ilgili en çok tartıştığımız nokta adli otopsi için nereye göndereceğimiz? Burada aslında tek eğitim merkezi var. İstanbul'da Adli Tıp Kurumumuzun merkezindeki Morg İhtisas Dairesi ve Grup Başkanlıkları da bir nevi kabul edilebilir düzeyde. Ama Şube Müdürlüklerinde de yeterli sayıda otopsi varsa burada da rotasyon yapılabileceğini söyledik. Çok fazla anabilim dalımızda uzmanlık eğitimi veriliyor.

Eğitici standardımızda bir revizyon istedik. Aslında bu eğitici standardı 2 idi. Sonra TUK kendi takdir hakkını kullanarak bunu 1'e düşürmüştü. Ama tek eğiticinin olmadığı zaman, tayini çıktığı zaman, emekli olduğu zaman ya da kongre gibi benzeri şekillerde geçici olarak iş başında olmadığı zaman eğitimin aksaması nedeniyle artık TUK en az 2 eğitici istiyor. Bizde en

az birisi doçent olmak üzere, iki eğitici talebinde bulunduk. Tek eğitici olan yerlere de bir geçiş süreci öngörülmesi düşünülüyor bu yürürlüğe girdiğinde. Yani bir anda eğitimleri aksamasın, oradaki asistanları başka bir yere aktarmak zorunda kalmayalım diye.

Şimdi bu arada tıpta uzmanlık tıp ve diş hekimliğindeki uzmanlık eğitimi yönetmeliğinde de 2 değişiklik oldu biliyorsunuz. Birisi 2023 yılının 9. ayında oldu. Burada artık bizim için önemli olan eğitimle ilgili yetkileri, yetkinlikleri net olarak tanımlanmış olması. Üniversitelerde biz zaten bunu anabilim dalı başkanı üzerinden götürüyorduk ama biz kendi üniversitemiz için söyleyeyim artık anabilim dalının eğitim sorumlusu budur, şunlarda eğiticidir diye artık resmi yazılarla Sağlık Bakanlığına ilettik. Aynı şekilde Adli Tıp Kurumunun da adli tıp uzmanlık eğitiminde bu yönetmeliğe uygun şekilde eğitim komisyonlarını ya da kurullarını güncellemesi lazım.

Mesela bizde fakültede Uzmanlık Eğitim Komisyonu vardı, bu komisyon gönüllülük esasına dayanarak çalışan bir komisyondu ama artık Uzmanlık Eğitim Kurulu diye bir kurul oluşması gerekiyor. Anabilim dalı başkanlarından, gönüllü hocalardan oluşmuyor bu. Bunları biraz hızlı geçeceğim uzmanlık eğitim kurulları bizim için çok önemli olacak fakülte ile ilgili.

Çok kısa bir sürede, çok kısa eğer zamanım varsa Başkanım yeni Uzmanlık Eğitim Yönetim Sisteminden bahsedeceğim. Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi UETS diye bir sistem vardı. Ama eğitim birimleri bunu pek efektif kullanamadılar Sağlık Bakanlığı Tıp ve Uzmanlık Eğitimi Daire Başkanlığı yeni bir sistem yaratmış durumda. Bunun adı Uzmanlık Eğitimi Yönetim Sistemi. Bunu da yeni eğitim programları devreye girdiğinde tahminen 2024 şubat ayından itibaren uygulamaya başlayacak. Pilot uygulaması 1,5-2 aydır uygulanıyor. Hatta bütün anabilim dallarında son 6 ayı kalmış asistanlarımız bütün yeterlilikleri kazanmıştır diye tek bir tik kutusu vardı. Attığınızda her yeterliliği kazanmış oluyordu. Tek tek yetkinlikleri girmeniz gerekmiyordu. Ama Ekim'in 1'ine kadar kaç tane anabilim dalı bunu girdi bilmiyorum. Bu sisteme giriyoruz. Sağlık Bakanlığı bu sistem üzerinden asistanların gelişimini takip ederek bir üst kıdeme geçip geçemeyeceklerini bu sistem üzerinden karar verecek. E-Devlet üzerinden de girebileceğiniz bir sistem. Bu Ege Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı olarak biz asistan verilerimizi sisteme girdik. Burada kurum profili, eğitim verildiği kurumlar, üniversiteler ve diğer tüm izlenecek hususlar var. Burada gördüğünüz gibi eğiticilerin listesi var artık burada. Bu eğiticilerin ne olduğu, hangisinin birinin sorumlusu olduğu burada yazılıyor. Güncellemelerin tamamı buradan olacak. Böylece Sağlık Bakanlığı üniversitelere sormadan her eğitim biriminde kaç tane eğitici olduğunu, bunların güncel nasıl değiştiğini merkezden görme şansı olacak.

Uzmanlık öğrencilerimizin listesini görüyor burada uzmanlık öğrencilerinin yanlarındaki kutucuklara basarak bununla ilgili verileri girebiliyorsunuz. Ben bunları biraz hızlı geçeceğim. Her uzmanlık öğrencisinin hangi dönemde olduğunu, ne zaman kurumdan rotasyon için ayrılıp, ne zaman geldiğini bile merkezden görecekler. Hepsini gönderdiğimiz, yaptığımız tüm sınavlar, 6 ayda bir ara değerlendirmeler, tez gelişim belgelerinin tamamı bu sistem üzerinden Sağlık Bakanlığına gönderiliyor. Sağlık Bakanlığı bunda yeterliliği uygun görürse devam ettiriyor, görmezse asistana bu yeterliliği kazandırmamız için ek süre veriyor. Bütün asistan değerlendirmeleri ve kazandırdığınız yetkinlikler, karnedeki her şeyin buraya hangi sınavla ölçüp değerlendirdiğinizi gösteren sınav belgeleri ile birlikte yüklenmesi gerekiyor. Artık ben sınav yaptım ya da sözlü yaptım ya da sordum öğrenci bunu biliyordu, gösteriyordu bunu kabul etmiyor. Örneğin OSCE sınav belgesini buraya yüklemeni istiyor. Sözlü sınav belgesi tutanağını yüklemeni istiyor ya da yazılı sınav belgesini yüklemeni istiyor.

Çok kısa zamanda bu sistemin uygulamaya geçeceğini tekrar hatırlatırım. Asistanın her dönem kanaat belgelerini mutlaka girmemiz gerekiyor, eksik olmaması gerekiyor. Tez bilgilerini buradan takip edecek Sağlık Bakanlığı. Ben bir asistanımız için gönderdim. Tezin nasıl ilerlediğine bile buradan bakacak, ara raporlarla birlikte. Tezi eğer zamanında yürümüyorsa bunları değerlendirecek.

Yeni sistemin belki de en önemli noktalarından biri asistanların da artık eğitim kurumlarını ve eğiticileri teker teker değerlendirip sisteme bunlarla ilgili geri bildirim girme olanaklarının getirildiği. Bunu kendi içinde artı ve eksi değerleri var. Çok tartışmaya muhtaç noktalardan biri.

Ben burada isterseniz sunumu bitireyim. Çünkü bundan sonraki şey ülkemizde adli tıp uzmanlığını veren kurumlarla ilgili bilgi. Biraz teknik bir bilgi. Herkes biliyor adli tıp anabilim dallarında ve Adli Tıp Kurumunda uzmanlık eğitimi veriliyor. Türkiye'de şu an eğitici sayısına yetecek kadar adli tıp uzmanlık öğrencimiz var ama potansiyel olarak çok sayıda anabilim dalında uzmanlık eğitimi verilmesi ihtimali var. Bakanlıkta bu konuda şöyle bir görüşü koymuş durumda. Ben olmazsa olmaz asgari standartları koyayım her anabilim dalı bunun üzerine istediği kadar eğitim katabilir ama bunun aşağısında eğer imkânı ve olanağı yoksa olgusu yoksa veya eğiticisi yoksa bu standartlar sağlayamıyorsa her eğitim kurumunda uzmanlık eğitimi verilmesi de zorunlu değil. O yüzden bu standartları sağlayan yerler en azından asgari bir kalitenin sağlandığı uzmanlık eğitimini versin düşüncesinde ve bunu da merkezi olarak kontrol etmeyi, üniversitelerin kendi inisiyatifine bırakmamayı düşünüyor.

Sanırım önümüzdeki dönemde hepimiz yeni bir uzmanlık eğitimi usulüyle karşı karşıya kalacağız. Bu adli tıbba özgü değil, bütün uzmanlık alanlarıyla ilgili bir konu ama şimdiden ben adli tıp uzmanlık eğitimi veren tüm birimleri taslak müfredatta getirilen sorumlulukları yerine getirmek için uygun şartları sağlamalarının iyi olacağı konusunda uyarıyorum.
Konuyu burada bitireyim. Soru cevap olursa üzerine tartışalım. Umarım zamana riayet edebilmişimdir Hocam. Çok teşekkür ediyorum hepinize. Hocam ayrılmadan günün bu yoğunluğuna rağmen bu saate kadar salonda dinleyici olarak kalan bütün kardeşlerime de çok teşekkür ediyorum.

Sanırım önümüzdeki dönemde hepimiz yeni bir uzmanlık eğitimi usulüyle karşı karşıya kalacağız. Bu adli tıbba özgü değil, bütün uzmanlık alanlarıyla ilgili bir konu ama şimdiden ben adli tıp uzmanlık eğitimi veren tüm birimleri taslak müfredatta getirilen sorumlulukları yerine getirmek için uygun şartları sağlamalarının iyi olacağı konusunda uyarıyorum.

Konuyu burada bitireyim. Soru cevap olursa üzerine tartışalım. Umarım zamana riayet edebilmişimdir Hocam. Çok teşekkür ediyorum hepinize. Hocam ayrılmadan günün bu yoğunluğuna rağmen bu saate kadar salonda dinleyici olarak kalan bütün kardeşlerime de çok teşekkür ediyorum.

Mehmet Akif İNANICI (Moderatör):
Tüm Hocalarıma bizlere verdikleri bilgiler ve bunun yanında konuşma zamanlarına riayet ettikleri için ayrı ayrı çok teşekkür ediyorum.

Ekin Hocanın konuyu bıraktığı yerden devam etmek istiyorum. Ülkemizdeki adli tıp uzmanlık eğitimini Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ve tıp fakültesi adli tıp anabilim dallarının verdiğini hepimiz bilmekteyiz. Bu eğitim için gerekli alt yapının Adli Tıp Kurumu Başkanlığında yeterli ve çok sayıda olduğunu iyi bilmekteyiz. Tıp fakültesi anabilim dallarında bu eğitim için

yeterli (hatta çok sayıda olduğunu bile söyleyebiliriz) öğretim üyesi barındırmakta iken, alt yapı açısından aynı şekilde bahsetmek mümkün değil.

Necmi ÇEKİN Hocamın izniyle geçmiş senelerde hazırlamış olduğu sunudan yararlanarak tıp fakültesi anabilim dallarında uzmanlık eğitimi ile ilgili bilgi vermek istiyorum.

Ülkemizde 126 adet tıp fakültesi bulunmakta iken, adli tıp anabilim dalı sayısı devlet üniversitelerinde 64, vakıf üniversitelerinde ise 16 toplam 80 adettir. Devlet ve vakıf üniversitelerinde yaklaşık olarak 160 adet adli tıp öğretim üyesi (profesörden, doktor öğretim üyesine kadar) var iken, toplam 301 tıpta uzmanlık öğrencisi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra devlet üniversitelerinin 27 tanesinde 1 adet öğretim üyesi (bunun 16'sında sadece doktor öğretim üyesi) olduğunu tespit etmiştir. 23 ana bilim dalında da tıpta uzmanlık öğrencisi bulunmamaktadır. Vakıf üniversitelerinde ise 11 anabilim dalında 1 öğretim üyesi (5'inin doktor öğretim üyesi) bulunduğu ve 15 anabilim dalında da tıpta uzmanlık öğrencinin bulunmadığını belirlemiştir.

Ayrıca tıp fakültesi anabilim dallarında altyapılarının ne olduğu ve son 3 ayda verilen rutin hizmetler hakkında da bilgiler toplamıştır. Bu verilere kısaca baktığımızda; 1 doktor öğretim üyesi bulunanlar yanında 8 adet öğretim üyesi olan anabilim dallarının bulunduğunu saptamıştır. Ayrıca çalışan uzmanlar arasında moleküler biyologlar, toksikologlar, psikologlar ve hemşirelerin bulunduğu görülmektedir. Altyapı olarak da bazı anabilim dallarında otopsi salonu olmasına rağmen, herhangi bir ana bilim dalı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ile işbirliği kurmadan fakülte içinde kendi birimlerinde adli otopsi yapamamaktadır. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, ATK Grup Başkanlıkları ya da ATK Şube Müdürlüğü işbirlikleri ile anabilim dallarında uzmanlık eğitimlerine devam etmektedirler.

Anabilim dallarının büyük bir çoğunluğunda da laboratuvar bulunmamakta, ancak bazı anabilim dallarında toksikoloji, bazılarında da genetik laboratuvarların bulunduğunu belirlemiştir.

Anabilim dallarında rutin hizmetler, klinik (yani yaşayanlarda) adli tıp yoğunluklu olarak devam etmektedir.

Anabilim dallarına ayrı ayrı bakıldığında bu hizmetler içinde benzerlik göstermemektedir. Farklı anabilim dallarının bazı klinik adli tıp alanlarında daha fazla hizmet verirken, bazı alanlarda hiç hizmet veremedikleri görülmektedir.

Sonuç olarak sizlere iletmek istediğim mesaj, iki ayrı birimde (Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ve tıp fakültesi adli tıp anabilim dalları) adli tıpta uzmanlık eğitimi verilmekte iken, bu eğitimin de nasıl ve ne şekilde verileceği Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir.

Ekin Hoca'nın değindiği gibi adli tıp uzmanlık eğitimi hangi anabilim dallarında yeterli, hangilerinde yetersiz olduğu konusunda Sağlık Bakanlığının ilgili birimi çalışmaktadır. Yani adli tıp uzmanlık eğitimi konusunda bir standardizasyon çalışması yapılmaktadır. Yasemin Hoca'nın verdiği bilgileri de göz önüne alır isek, her ülke bulunduğu şartlarda bir sistem oluşturmuş ve adli tıp uzmanı, adli patoloji ya da adli… şeklinde bir uzmanlık hizmeti vermektedir. Hocanın vermiş olduğu bilgilerde dikkati çeken Adalet, Eğitim ve Sağlık Bakanlıklarının adli tıp hizmeti ve eğitimi alanında işbirliği içinde olmalarıdır.
Son söz olarak şunu söylemeye çalışıyorum, tıp fakültesi adli tıp anabilim dalında çok sayıda adli tıp öğretim üyesi bulunduğu göz önüne alındığında, tüm öğretim üyelerinin taşın altına elini sokarak, adli tıp hizmeti anlamında daha yoğunluklu çalışmaları gerekmektedir. Adli Tıp Kurumu Başkanlığının alt yapı olarak güçlü olması nedeniyle Kurum Başkanlığı ile anabilim dalları bir çatı altında toplanarak hizmet ve eğitim alanında işbirliği içinde olmaları inancı içindeyim. Bunun yanında (günümüzde sayıları giderek artan) adli tıp alanının çalışanı olarak üçüncü ayağı da Sağlık Bakanlığı çatış altında çalışan adli tıp uzmanlarıdır.

Adalet, Sağlık ve Eğitim (YÖK) Bakanlıkları altında 3 ayrı bir birimde çalışmakta olan adli tıp uzmanları hem hizmet de eğitim alanında yan yana gelmeleri gerekmektedir. Bu işbirliği sonucunda adli tıp alanının daha ileri düzeyde hizmet vermesi sağlanabilecektir. Son sözlerim bunlardır. Hepinize tekrar teşekkür ediyorum.

Salondan katkı ya da soru varsa ala biliriz? Var mı? Yok. Konu çok net ve anlaşılır aktarıldı sanırım.

3. GÜN
1. OTURUM

KİTLESEL FELAKET VE KİMLİKLENDİRME

1. OTURUM

KİTLESEL FELAKET VE KİMLİKLENDİRME OTURUMU

1.OTURUM



Necmi ÇEKİN (Moderatör)
Uluslararası Katılımlı 18. Ulusal Adli Tıp Günleri toplantımızın Kitlesel Felaket ve Kimliklendirme panellerine hoş geldiniz. Öncelikle Hepinizi saygıyla selamlıyorum. Bu toplantıda emeği geçen herkese, katkıda bulunanlara, Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK'in şahsında teşekkürlerimi iletmek istiyorum.

6 Şubat 2023 depremi bölgemiz ve ulusumuz için büyük bir felaket, büyük bir yıkıma yol açtı. Bu depremde 50.000'i aşan can kaybımız, 100.000'i aşan yaralımız, 500.000'i aşan bağımsız birimin yıkılması söz konusu oldu. Bunların yanında altyapı, kurumların, iş yerlerinin, hizmet üretiminin, yüzyıllar içerisinde oluşan birlikte yaşama alanlarının, kültürünün zarar gördüğü bir depremdi bu. Bedensel kayıpların yanında doğrudan tramvayı yaşamak ya da mesleki tanıklıklarımızın etkisiyle de ciddi etkilenmemiz oldu. Allah bir daha yaşatmasın. Ancak burada yaşanılan ve edinilen tecrübelerin aktarılması ve kayda geçirilmesi gerekiyor ki, ileri dönemler için yol gösterici olsun. Bu kapsamda arkadaşlarımızı dinleyeceğiz. Mehmet Hocam buyurun.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör)
Çok değerli arkadaşlarım hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Tabii ki bu oturum keşke hiç yapılmamış olsaydı ama maalesef ülkemiz 6 Şubat tarihinde yüzyılın felaketini yaşadı. Bizler de bu oturumdaki arkadaşlarla birlikte oradaydık. Burada salonda gördüğüm birçok arkadaşım da orada görev yaptı.

Evet, biz adli tıbbı anlatırken Sayın Valimizin bir konuşması dikkatimi çekti, bize konuşmasında adli tıbbın ne kadar önemli olduğunu anlattı. Kendisi şu anda Antalya Valisi ama o tarihte Malatya Valisiydi. Vali Bey adli tıbbın ne kadar önemli olduğunu, cesedin ne kadar önemli olduğunu, cesedin kimliklendirilmesinin ne kadar önemli olduğunu gördük dedi. Biz de o yaşadığımız günlerde insanların cesetlerini bulmak ve bir an önce onları defnetmek için ne kadar büyük çaba sarf ettiklerini, bir an önce yas sürecini tamamlayıp cesetlerini dini ritüellere göre gömmek istediklerini gördük. Bundan dolayı da benim öğrencilerime anlatmak istediğim adli tıbbın konusu ve önemi şeklinde başlayan dersin o gün orada yaşadık. Çünkü adli tıp önemli, ceset önemli, mezar önemli ve şu andaki paneldeki arkadaşlarımız orada çok büyük hizmetler yaparak bu yas sürecini kısaltmak ve komplike yasa döndürmemek için cesetleri kimliklendirdiler ve defin ruhsatının verilebilmesi için büyük çaba gösterdiler.

Ben de tabii ki önce Adli Tıp Kurumu Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK'i ve diğer Adli Tıp Kurumu çalışanlarına bu güzel organizasyon için teşekkür ediyorum. Ben konuşmacıları sırayla çağıracağım. Önce Çetin KETENCİ arkadaşımızı kürsüye çağırıyorum.

Kısaca özgeçmişinden bahsedeceğim. Kendisi 1976 yılında Rize'de dünyaya geldi. 1994 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 2000 yılında mezun oldu. Uzmanlık eğitimini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde 2003-2007 yıllarında tamamladı. Erzurum, Ankara, Trabzon'da adli tıp uzmanı olarak farklı görevlerde bulunan Çetin KETENCİ 2013 yılında başladığı Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığını halen sürdürmektedir. Ayrıca 2015 ve 2021 yılları arasında Avrasya Üniversitesinde misafir öğretim üyesi olarak 6 yıl lisans ve lisansüstü eğitim vermiştir. 2021 yılından itibaren Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesinde Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır. Aynı zamanda Grup Başkanlığını da eş zamanlı olarak sürdürmektedir. Buyurun Çetin Bey.

Hüseyin Çetin KETENCİ (Konuşmacı)
Teşekkür ederim Sayın Başkanım.

Değerli katılımcılar yakın zamanda yaşamış olduğumuz ve bütün vatandaşlarımızı derinden etkileyip, birlikte bazı dersler almamızı zorunlu kılan bu deprem felaketi ile ilgili yapmış olduğumuz gözlemlerin burada aktarımını sağlayacağız. Ben olay mahalline depremin hemen ardından bir gönüllü olarak intikal ettim. Ancak konuşmacılar arasında, deprem günü, deprem saatinde, deprem bölgesinde olan arkadaşlarımızın da hissettiklerini eminim daha duygusal bir şekilde anlamaya çalışacağız. Bu oturumda bana düşen görev kimliklendirmenin teknik boyutu değil orada yaşamış olduğumuz sorunların ve çözüm önerilerinin bir gözlem dâhil inde aktarılmasıdır. Amacım herhangi iddiada bulunmadan bazı çözüm önerilerine katkılar sağlanmak olacaktır.

6 Şubat gecesi her şeyden habersiz biçimde uyuyup, sabahleyin mesai için uyandığımızda, burada bulunan birkaç çalışma arkadaşım ile birlikte gönüllü olarak deprem bölgesine gitme kararımızı derhal Kurum Başkanlığımıza ilettik. Hiçbir imkân ya da imkânsızlıktan haberdar değildik. Sadece deprem bölgesine gitmek istiyorduk. Neler yaşayıp neler göreceğimizi öngöremiyorduk.

Fransız işgalinde 1920 yılında büyük bir mücadele verip Kahraman unvanını Türkiye Büyük Millet Meclisinden alan Kahramanmaraş ilimiz, orta ölçekli bir şehir, bir büyükşehir belediyesi. Ben Rize'de yaşıyorum, Trabzon'da çalışıyorum. Yola çıktığımızda nasıl gideceğimiz yönünde de sıkıntılarımız vardı, çünkü organize değildi ülke. Biz belediyeden yardım isteyerek yola çıktık. Ancak Maraş'a henüz varamadan Zigana Dağı'nda tipi ile karla karşılaştık ve öğrendik ki devam edersek Sivas sınırları içerisinden yol ve hava şartları nedeniyle güneye geçiş mümkün değildi. Aldığımız bu olumsuz haberlerden yola çıkarak hem koordinasyon ve organizasyon açısından iyi ve kötü yönlerimizden bahsetme fırsatı bulacağım.

Olumsuz şartlardan ve dayanışmanın bize yaşattığı kolaylıklardan da çok kısaca bahsedeceğim vaktim yettiği kadar. Zigana'da anlık bir karar alarak Kurum Başkan Yardımcımızı aradık ve geri dönme müsaadelerini aldık. Geri dönme başka bir çözüm önerisi üzerindendi. Bir uçak vardı enteresan bir şekilde halen Diyarbakır'a uçuyordu Trabzon'dan ve müsaadeleri ile uçağa binmek üzere, havalimanına yetiştik. Bu şekilde Diyarbakır'a vardık.

Diyarbakır Grup Başkanlığımız bizi karşıladı ve karayoluyla Maraş'a ulaşmamızı sağladı. Bu yol gerçekten zordu çünkü ne ile karşılaşacağımızı bilmiyorduk. Orada var olan açlıktan bahsediliyordu. O nedenle durduğumuz her yerde ekmek ya da rahat bozulmayan gıda maddelerini temin ederek yolumuza devam ettik. Çok küçük yaşlarda araba ile bilmediğimiz bir yerlerden geçerken camdan bakarken gelen o yabancılık hissi, o merak hissi gibi bir şeydi yıkıntılara bakıp sessizliği görmek. Çöken evleri seyretmek, orada ne olduğunu anlamaya çalışmak. Daha servis aracının camından bakarken kendisini belli ediyordu bazı şeyler. Nihayetinde bu karmaşık duygularla Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesine vardık. Hastane, bu fotoğraflar hiçbir şeyi anlatmıyor ama morgun olduğu bölümde cesetler nedeniyle gerçekten yürümek bile mümkün değildi. Yer cesetlerle doluydu. Yanda gördüğünüz, sağdaki kamyonetin kasasında da ölü insanlar cenazelerini gene de Devlete ulaştırmak için çaba sarf etti, bir görünsün istedi. Burada belki muhtarlarımızın, belki duyuruların etkisi vardı. Bir kısmı da haber vermeksizin cenazelerini gömmüş bundan da haberdar olduk. Henüz olayın çok farkında değildik, hissettiğimiz tek şey aşırı soğuktu. Üst üste üç kat bere taksanız dahi alnınızın derinliklerine isabet eden bir soğuk vardı. Herkes kendi cenazesini ne bulursa onunla taşımaya devam ediyordu. Esas mahşer yerinin hastane olmadığını Kapıçam Mezarlığı'na gittiğimizde anladık.

Kapıçam Mezarlığı, kimliklendirme ve defin işlemlerinin yapıldığı altı merkezden en kalabalık olanıydı. Bunun büyük artılar sağladığı kanaatindeyiz. Ondan da bahsedeceğim. Hastane koridorlarında yürüyemiyorduk dediğimiz gözlemin çok daha büyük çaplısını büyük bir alanda yürüyememenin ne demek olduğunu Kapıçam Mezarlığında gördük.

Gündüz saatlerindeki bu aydınlık, güneşli hava sıcakmış gibi görünüyor ama hava gerçekten çok soğuktu. Burada bir manzara, organize olunmuş mavi ceset torbalarının bir sıra halinde dizilmiş olduğu bir manzara aramızda eminim bu manzaraya tanıklık etmiş arkadaşlarımız vardır. Bu arada gidenler kadar, gitmeyenlerin desteklerini biz orada zaten hissetmiştik. Akşam vakti ardı arkası kesilmeyen, bazen on ayrı karşılama alanında burada olay yeri inceleme ekipleri, cumhuriyet savcıları, hekimler ve bizimle birlikte çalışan değerli sağlık personelleri hiç durmadan gidip gelen cenaze araçları, ambulanslar ya da hasta nakil araçlarından inen çok sayıda cesedin naklini gerçekleştiriyorduk.

Hiç bitmiyordu… gerçekten bitmiyordu, sürekli getiriliyordu cesetler. Orada garip gözlemlerden bir tanesi hemen ertesi gün orada olup, 5-6 gün kalmış olmama rağmen, bunca büyük acıya rağmen bir babaya o cenaze aracından inen altı cesedin kimler olduğu sorulduğunda bu küçük kızım, bu ortanca oğlum, bu eşim derken sesinin dahi titremediğini, bırakın ağlamayı yüzünde bir ifade dahi olmadığını görmek benim için en büyük üzüntüydü. Ölümün dahi farkında olmadıklarını hissettiğimiz çok garip bir andı. Organizasyonu şöyle yürütmeye çalıştık, çok uzatmamak istiyorum ama duygular karışıyor, biraz daha iyi hissedebilmeniz için de bunları tutmuyorum. Gerçekten herkesin canla başla çalıştığı, özellikle gönüllü olarak giden insanların tamamen ayırt edildiği bir ortamdı. Görev icabı gelenler de kendilerini belli ediyordu. Burada sadece gönülsüzlük değildi belki işi bilmemek, yeni olmak da olabilirdi. Bu arada aramızda henüz birinci haftasında bir asistan, adli tıp asistanının da olduğunu da büyük bir mutlulukla arz etmek isterim.

Olay yeri inceleme ekiplerinin fotoğraflama birimi gelen cenazeyi öncelikle Kahramanmaraş'ın kısaltması olarak KM ile başlayan bir numaralandırma yapıyor akabinde fotoğraflar çekiliyordu. Bizler devreye girebildiğimizde uzuvların yerinde olup olmadığını ya da kimliğini açıklar belirleyici bir unsur olup olmadığını gözlemleyip fotoğraf çekilmesini, o alanların kayıt altına alınmasına istiyorduk. Eğer uzuv kaybı varsa DNA incelenmesi her ne kadar yapılması istenmiyorsa da önemli bir sorundur bu. Oradaki Cumhuriyet Başsavcıları, Cumhuriyet Savcıları olayın bir an önce bitirilmesi yönünde hareket ettikleri için, DNA örneklemesi, biyolojik örneklemin yapılması konusunda bile oradaki şartlara göre bazı sorunlar yaşanmasına sebep oldular ve bu tamamen şartlarla ilgiliydi.

Çözüm önerilerine değinmeye çalışacağım. Bir işbirliği vardı ama bu spontaneydi ki bu ülkemizin genel bir sorunudur. Bir anda hareketlenip, meseleyi halledip sonra hiçbir şey yokmuş gibi evimize dönüyoruz, kavga ediyoruz unutuyoruz. Adli Tıp Kurumunu başa yazdım bu sorumluluk sıralaması değil. Cumhuriyet Başsavcılıkları, Emniyet, Jandarma, Türk Silahlı Kuvvetleri hepimiz oradaydık. Organize olmaya çalışıyorduk ama çok büyük bir sorun vardı. Ben oraya vardığımda mavi, lacivert, on yıllık, beni en sıcak tutacağına inandığım montumla

gitmiştim. Kim olduğum ile ilgili hiç kimsenin hiçbir fikri yoktu. Karşımda hareketlerinden sorumlu olduğunu tahmin ettiğim, kendinden emin adımlar atan insanlar vardı. Muhtemelen Başsavcıdır deyip, yaklaşmaya çalışıyorsunuz. Ama kendinizi ifade etmek bir hayli güç. Gene değineceğim, daha da kötüsü adli tıp uzmanı arkadaşlarımıza da kendinizi tanıtmakta da güçlük çekiyorsunuz. Ben Trabzon'da çalışan, yirmi sene önce İstanbul'u terk etmiş, yeni uzmanların tanımadığı birisiyim. Üzerimde kurumsal herhangi bir logo yok, kim olduğum ile ilgili hiçbir fikir yok. Bu organizasyonun çok olumsuz bir yanıydı.

Her ölümde ve her adli olayda olduğu gibi depremde de cesetler için defin izninin oluşturulması gerekiyordu. Önce insanların ölü olduğundan emin olduk. Ölenin kim olduğunu anlayabilmek için kimliklendirme çalışmalarının belli prosedürlerini yerine getirdik. Biraz hızlanayım çünkü çözüm önerileri sanki daha önemli olacak.

Gecenin sabaha kavuştuğu an, tek sessiz andı sanırım. 4 ile 6 arası çok soğuktu. Uyku ve dinlenme ihtiyacını gidermek bir hayli zordu. Burada Kurumumuzun desteğini hem ulaşımda gördüğümüz gibi, kendilerine de rahat ulaşarak gördüğümüz gibi ayrıca Hocalarımızın, Başkan Yardımcılarımızın ve Başkanımızın, anabilim dalı başkanlarımızın da olay yerine intikali ile daha da güçlendik. Çadırların uyumak için son derece namüsait olduğunu, dinlenebilmek için bir servis talep ettiğimizde servis aracı Kurum tarafından hemen yerine getirildi, şunu da anladık ki biz onlara çözüm önerisi sunmadıkça uzaktan her şeyi göremeyeceklerdi. Sorunu arz etmek yerine, sorunla birlikte birkaç çözüm önerisini sunmak idareciler için sanırım en büyük lükstür. Bunu da yerine getirmek bizim vazifemiz galiba.

Birkaç fotoğraf göstereyim çadırda gerçekten uyunmuyor yer zaten müsait değil. Jeneratörlerimiz çalışmıyordu ama çalışması için uğraştık. Orada bir kadın yatıyor ısınmak için. Biraz dramatik bir görüntü ceset torbalarının içinde ama yaşıyor; o bizim çalışma arkadaşımız. Servis araçlarımızı daha sonra Kurum hemen tedarik etti ve bizim işimizi biraz daha kolaylaştırdı. Sonra hastaneye geldik 3- 4 gün sonra. Ama hastane de risk altındaydı. Her zaman bir tedirginlik ve bir anksiyete unsuru vardı.

Orada çalışmaya başladığımızda, Kapıçam Mezarlığı'nda birkaç mezar açılmış ve cenazeler gömülmüştü. Bu manzara daha sonra inanılmaz bir şekilde sabaha kadar süren kazılarla birlikte burada anlaşılamayacaktır ama uçsuz bucaksız bir mezarlık alanına dönüştü. Manzara çok düşündürücü idi. Sayın Başkanım konu ile ilgili bir giriş yapıp, birkaç öneride bulunacağım ve konuşmamı tamamlayacağım.

Biz olaya henüz müdahale etmeden önce hiçbir bilimsel kimliklendirmenin yapılmadığını öğrendik. Bunun önemini anlatmaya çalışmak bile o kadar yorucuydu ki, sanki kötü anlaşılma ihtimaliniz var orada çok enteresan bir şekilde ama en sonunda anlatabiliyorsunuz ve de sorunların, iletişim problemlerinin şartlardan kaynaklandığını da anlıyorsunuz. Delil poşetleri geldi, çubuklarımız, eküvyon çubuklarımız vardı. Elimizden gelen tüm numuneleri almaya çalıştık vakaya özgü olarak. Daha sonra adım adım onların güvenliğini, bir çadırın köşesinde üzerlerini örterek sağlamaya çalıştık. Hava soğuktu, en azından yağmur yoktu, tipi yoktu, kar yoktu en azından açık alanda çalışabiliyorduk soğuk da olsa. Sonra onları en azından elle kâğıtlara kayıt etmeye başladık; bu o şartlarda gerçekten zordu. Masamız dahi yoktu. Sonra kayıtlarımız biraz daha güzelleşmeye, düzgün hale gelmeye başladı. Sonra onları delil poşetlerine koymayı biraz daha becerebildik, daha iyi korumaya başladık. Ama ikinci, üçüncü günden sonra yumuşak dokuların çürümeye başlaması ve diğer numunelerin alınmasında yaşanan güçlüklerden ötürü bu yumuşak dokuların korunması yönünde sıkıntılar başladı hava soğuk olsa da iç çürüme gerçekleşiyordu. Soğutucular lazım derken, başsavcılarla iletişimi arttırdık ve hassas numunelerin transferini sağlamayı başardık. Ne ölçüde başarılı olduğumuzu çok iyi bilmiyorum ama elimizden gelen her şeyi yaptık. Sonra beşinci, altıncı günlerde artık biraz iyileşme emareleri başladı. Bu ekranda olduğu gibi yemek ve çamaşır makinesi olarak da kendisini belli ediyordu. Artık yemekler daha sıcak gelmeye başladı. Olumlu ve olumsuz birkaç günden bahsedip çok basit herkesin hakkına da girmeden -eminim konuşmacılar kendi önerilerinden de bahsedecekler- birkaç şeyi vurgulayarak sözümü sonlandırmak istiyorum.

Ön hazırlığımız yoktu, sadece ciddi iş tecrübemiz vardı. İşimizi iyi bildiğimizi, en azından bildiğimizi düşünüyoruz. Motivasyonumuz ve isteğimiz vardı, gönüllü gittik ama gönüllülükle de olmamalı, görevimizi bilmeliyiz kurumsal desteğimizi kesinlikle hissettik ama organizasyonda sıkıntımız vardı. Benim kimliğim yoktu, görev belgem, görevimin tanımı yoktu. Sadece galiba biraz kel ve iri olduğum için abi olduğum anlaşılıyordu, söylediklerim yapılıyordu. Görevimi bilmiyordum, anlatamıyordum. Beraber çalıştıklarım da görevlerini tam bilmiyordu. Ulaşım ve barınmada destek gördük ama o şartlarda bu kadar oluyordu. Yemek, yiyecek her gün daha iyiye gidiyordu. O halde organize olmamız gerekiyor.

Son slaytta da göstereceğim Çanakkale ruhuna sığınmaktan artık çıkmak zorundayız, şartlar değişti. Ben bunu yaşayan bir kişi olarak Devletten talepte bulunuyorum. Benim ulaşımımı ve değerli ise işim önceliğini görmek istiyorum. Görev dağılımındaki sorumluluklarımı, hangi talimatı alıp yapmak zorunda olduğumu ve hangisini yapmamın gerekmediğini bilmek ve bildirebilmek istiyorum. Tanınmak istiyorum, emir verdiğim arkadaşım beni bilsin, emir aldığımı da ben bileyim istiyorum. Barınmak istiyorum bunun için tabii ki ev talep etmiyorum ama bir çözüm önerisi sunacağım zimmetli eşyalar bahsinde. Bunlar iyi taraftarımız bitiyor değerli Başkanım.

Deprem ülkesi olduğumuzu kabul ederek işe başladık zaten galiba. Grup Başkanlıkları artık güçlü yapılar, kendi binaları var personel sayıları bir hayli arttı Trabzon'da dahi 90 ila 100'e ulaştık. Hayal edilebilir bir rakam değil bizim için. Çok hızlı hareket edebilmemiz lazım. Polisin, jandarmanın delil poşetlerini kullandık Kurum poşetleri de vardı ama bence hazır halde tutabiliriz. Tekrar vurgulayacağım, havalimanlarında Kurum Başkanımız, değerli Hocamız Hızır Bey kendi telefonlarıyla DHMİ müdürlerini aradı, ne kadar çabaladı ben biliyorum. Havalimanlarında kaldık ama birçok kişinin önceliği vardı, önümüzden gittiler. Biz kim olduğumuzu görevlilere anlatamadık. Çünkü sivil mavi mont giyiyorduk, yanımdaki pembe giyiyordu. Kim olduğumuz belli değildi, Hızır Bey bunlarla uğraşmamalıydı bana sorarsanız. Bitiriyorum. Küçük bir kamp eğitimi alabiliriz gönüllülerden, AFAD ile bölgesel bir temas kurdum bir toplantı ve bir eğitim ayarladık geldiler ve bize bahsettiler. 25 kişinin, 27 kişinin, 15 kişinin olabileceği eğitimlerden bahsettiler. Sanırım en azından gönüllü olanlarımız bu eğitimlerden, 5 gün ya da 7 günlük eğitimlerden geçebilir, geçerlerse de temel o 2 günlük sıkıntılı dönemi atlatma konusunda ciddi tecrübeler edinebilir. Bunların bir kısmı akredite olan eğitimler her şekilde uluslararası kapıları dahi açıyorlar. Ama biz AFAD kontrolünde hareket etmemesi gereken bir yapıyız. Biz Adalet Bakanlığı olarak ya da beraber çalışacağımız üniversitelerle, devlet hastaneleriyle birlikte kimliklendirme üzerine yeni bir yapılanmaya girmek zorundayız. AFAD ile bu işin olur bir tarafı yok. Bu başka bir konu, adli bir konu. Son olarak Çanakkale'de ülke işgaline verilen seferberlik gibi algıladığımız ve bu sefer de böyle üstesinden gelmeye çalıştığımız bu konunun artık topla tüfekle değil, daha güçlü silahlarla yapılması gerektiğini. Çünkü bu ruhun da artık şartlara bağlı olarak kaybedilmek üzere olduğunu, dolayısıyla bu eksikliği öğretmenin tek yolunun bilimsel ve sistematik düşünce ve hazırlıklardan geçtiğini tekrar hatırlatmak istiyorum. Bu basit gözlemlerimi dinlediğiniz için hepinize teşekkür ediyorum.

Necmi ÇEKİN (Moderatör)
Çetin Hocamıza teşekkür ediyorum.
Aksamaların önemli bir kısmı aslında felaketin büyüklüğü, yıkımın büyüklüğü ve o bölgedekilerin de depremzede olması ile ilişkili. Şimdi bizim birlikte çalıştığımız arkadaşlarımızlardan da çalışırken annesini, babasını arayanlar da söz konusuydu, onları bulamayanlar söz konusuydu. Yani onların da etkisiyle birkaç gün çok sıkıntılı geçti, onu da göz ardı etmeyelim diye söylüyorum. Buyurun Mehmet Hocam.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör)
1979 yılında İskenderun'da doğdu. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 2005 yılında mezun oldu. Adli Tıp Kurumunda 2010 yılında adli tıp uzmanı oldu. 6 yıl Bursa Grup Başkanlığında görev yaptıktan sonra, Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulunda çalıştı. 2013 yılında Morg İhtisas Dairesi Başkanlığında görevine başladı. 2017-2022 yılları arasında Otopsi Şube Müdürü olarak görev yaptı. 2022 yılı mart ayından itibaren Morg İhtisas Dairesi Başkan Vekili görevini üstlenmektedir. Kendisi Soma maden kazası, Ankara Garı terör saldırısı, Vodafone Arena terör saldırısı, Reina terör saldırısı, Vezneciler, İstiklal Caddesi ve Sultanahmet terör saldırısı, Atatürk Havalimanı terör saldırısı, 15 Temmuz darbe girişimi, Şırnak ve Habur sınır kapısı terör operasyonları sonrasında toplu ölümlerde otopsi ve kimliklendirme sürecinde aktif olarak çalıştı. 2023 Şubat depreminde de benimle birlikte Hatay'da ölü muayenesi ve kimliklendirme işleminde bulundu. Buyurun Sayın Erdoğan KARA.

Erdoğan KARA (Konuşmacı)
Merhaba günaydın. Bugün biraz deneyim paylaşımına ben de katkıda bulunmak amaçlı bir slayt düzeni ile anlatacağım tecrübelerimi. Bazı konuları, özellikle saha ile görselleri birçok konuşmacı halihazırda paylaştı. Deprem ve sonrasında medyadan da takip ettik. Biz Hatay bölgesinde çalışan ekip olarak herhangi bina içerisinde bir işlem yapmadık. Tamamen çadır sistemi üzerine ve sıfırdan sistem kurarak işlemlere başladık.
Bakanımızın da söylediği gibi yaklaşık 52.000 insanımızın öldüğü bu büyük ölçekli ardışık depremler sonrasında Adli Tıp Kurumu tarafından ülke genelinde 40.339 ölü muayenesi ve otopsi işlemi yapıldı. Bununda yaklaşık üçte biri ki biz giderken bu kadar büyük olacağını düşünmüyorduk Hatay bölgesinde gerçekleşti. Özellikle merkezin Kahramanmaraş olduğu algısı ile Devletimizde de ilk yaklaşım Kahramanmaraş'ın desteklenmesi yönünde oldu sanırım. Hatay bu açıdan ilk başta biraz göz ardı edilmiş gibi oldu. Çünkü herkes haklı olarak Kahramanmaraş'a odaklanmışken, aslında ölümün en çok gerçekleştiği yerin Hatay olduğu saha bilgileri geldikçe ortaya çıktı. Biraz da toprak yapısı ve eski binalar kaynaklı sanırım Hatay'daki ölüm sayısı bu seviyelere ulaştı. Burada sunduğum slaytlardaki veriler 29 Temmuzda oluşturduğumuz veriler olup en son oturumda Biyoloji İhtisas Dairesi Başkanımız Bestami ÇOLAK güncel rakamları da bizimle paylaşacaktır.

Hatay merkezde 315 kimliklendirilmeyen insanımız vardı ve 12.282 kadar kişi de Kurumumuz tarafından kimliklendirildi. Kimliklendirmelerin 2.954'ü İskenderun'da ve 1.542'si de Kırıkhan'da yapıldı. Hatay genelinde bu 3 merkez üzerinden toplam 17.741 kimliklendirme ve otopsi işlemi yapıldı. Bu işlemleri de 116 doktor, 58 tekniker, 6 biyolog ve 1 tane diğer personel olmak üzere 181 kişi ile gerçekleştirdik.

Slaytta içine girmediğimiz Devlet Hastanesi'nin acil kısmını görüyorsunuz. İçeride de biz gittiğimizde yaklaşık 1.000'e yakın bir cesetten bahsediliyordu ve biz dışarıdaki cenazeleri zaten 2. günün sonunda ancak kimliklendirmede belirli bir aşamaya getirebildik. İçerideki cenazeleri zaten bir personelin girip çıkarması da sorun olduğu için onunla da ilgili planlamalar yapılmaya çalışıldı. Bu slaytta görünen yer de bizim 3. günden sonra taşındığımız ikinci kimliklendirme merkezi. Onu da anlatacağım. Yani normalde aslında bir merkezi kurduğunuzda bu kadar çaba sarf ederek bir yerde bir iş yaptığınızda, deprem sonrası koşullarda bir başka merkeze taşınmamak gerekiyor. Çünkü taşındığınızda 3. günden sonra aynı sıkıntıları bir daha yaşıyorsunuz. Tekrar lojistik problemler dâhil birçok sorunla uğraşıyorsunuz.

Bu slaytta da ikinci olarak gittiğimiz mezarlık yanındaki lokasyon görülmekte ki biraz önce Çetin Hocamın slaytında da gördüm. Mezarlık yerleşkesi bizim aslında adli tıpta ülke genelinde algımız olan ölümle uğraşıyoruzun somut karşılığı gibi. Ama mezarlıklar kimliklendirmede merkez olarak seçilmemesi gereken yerler. Benim kanaatim bu yönde ki onunla da ilgili görüşlerimi de sunacağım.

Bu slaytta sahada bulabildiğiniz tek kapalı alan olan büyük depoya ait görseller mevcut. Hava koşulları Hatay'da diğer illere göre daha iyiydi. Diğer illere nazaran biz biraz daha sıcak bir ortamda çalıştık. Tabii cenazeler açısından kötü bir ortam ama çalışma ortamı açısından bir nebze daha iyi. Bu ikinci bölge coğrafi olarak çukurda kalıyordu. Tabi elektrik ve telefon altyapısının da bu tür felaketlerde çok etkilenmesi sahada çalışmaya çalışan bizler açısından da birçok zorluğu beraberinde getirdi. Bilgi akışı, lojistik, planlama başta olmak üzere iletişim oldukça zordu. Resimde gördüğünüz yüksek kısıma çıkıp iletişim kurmaya çalışmak çok büyük bir enerji, zaman kaybına neden oluyordu ki bu koşullarda en çok ihtiyacımız olan iki unsurdu bunlar. Bu tabiki ıslah edilmemiş bir bölgede çalışmak zorunda kalmamız ile ilgili bir sorun. Tabi ki bu ölçekteki bir depremde koşullar göz önüne alındığında deprem sonrası zamanda elinizdeki seçenekler arasında en iyisi olabilir ancak bu oturumların da amacı ve bir çıktısı olarak yer seçiminin ve önceden altyapısı ile birlikte planlamaların ne denli önemli olduğuna da iyi bir örnek teşkil ediyor.

Bizim Hatay merkezde işlemleri yapmak üzere taşındığımız bu ikinci merkez. Bu slaytta da AFAD'ın çadırları görülmekte. Biz tabii kendimizi yine anlatamadığımızdan belki başta çok bu tür şeylerle, desteklerle karşılaşmadık. Önce bir Sağlık Bakanlığının bir çadırının bir köşesinde başlayan bu çalışmamız daha sonra Başkanlığımızın ve özellikle o dönemde Yozgat Saraykent Kaymakamı olarak görev yapan Ali AÇIKGÖZ'ün de desteğiyle artık konteyner sistemi içerisinde biraz daha derli toplu bir şekilde devam etmeye başladı. Burada anlatacağım, daha doğrusu bahsedeceğim konular içerisinde temel kavramlar var biliyoruz ama bilmeyenler açısından gözden geçirmekte fayda var.

Felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi İngilizcede disaster victim identification olarak karşımıza çıkıyor. Ülkemizde de aslında yıllardır yapılan bir afet müdahale planı var ki yaklaşık 2018'den sonraki 5 yıllık süreç içerisinde İstanbul'da bulunulan ve Valilik yönetiminde yapılan toplantıların tamamına katıldım. Bu toplantılarda da felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi ile ilgili görüşlerimi birçok defa sundum. Bu slaytta da afetlerde (doğal ya da doğal olmayan olaylar sonucu) fazla sayıda kurbanın bulunduğu olaylardaki bizim kimliklendirme rolümüzün tanımı mevcut. Burada fazla sayıdan kast edilen aslında bir cut off değeri değil yani bir sayıyı ifade etmiyor. Kastedilen şey bulunduğunuz bölgenin kapasitesini aşan durumlar burada. İşte sağlık, ilk yardım ve kurtarma sistemi anlamında aslında bu kullanılıyor ve o sayıyı aştıktan sonra aslında bu bir afet olarak değerlendiriliyor.

Süreç yönetimi interpollerde dâhil olmak üzere aslında genel

olarak şöyle bir şablon üzerinden gidiyor. Önce bir akut dönem yönetimi, ilerleyen süreçlerdeki algortimalar ve saha yönetimi ile son olarak ta geri bildirim ve SWOT analizleri gibi güçlü ve zayıf yönlerinizi ortaya koyduğunuz bütünün parçaları. Akut dönemden kastımız burada olayla ilgili ilk verileri toplanır, işte Adli Tıp Kurumunda biz bunu merkezde Kriz Yönetim Merkezi oluşturarak yaptık, daha sonra da bu merkezin oluşturduğu veriler doğrultusunda da sahaya görevlendirmeler yapılır. Bu görevlendirme aslında operasyon sorumlusu ve saha sorumlusunun belirlenmesi ile başlar. Ama sizin kurumsal olarak bunu belirlemeniz tek başına yeterli değil özellikle deprem bölgesinde. Çünkü sahaya gittiğinizde bir de saha sorumlusu olması gerekiyor. Biz sahaya gittiğimizde ise üst yapılanma ile ilgili eksiklikler olduğunu gördük. Çünkü yapılması gereken işler ile ilgili bir muhatap bulmak zorundasınız. Bir prosedürün parçası olarak gitmediğinde ve üst tarafta böyle bir prosedür bilmediği için siz sistemi, olması gerekeni karşınızdaki kişiye önce anlatmaya çalışıyorsunuz. Birçok kurum biraz daha iyi yönetmek anlamında kendince bazı genelgeler çıkarmaya çalışıyorlar. Bu tür genelgeler yardımcı olması gerekirken bu işi bilen ehil kişiler tarafından kaleme alınmadığında tam tersine bir kaosun ve yanlış uygulama silsilesinin önünü açıyor.

Özellikle AFAD'ın yayınladığı yazıda olduğu gibi, doğruluğu bizim açımızdan uygun olmadığı gibi ileride birçok soruna yol açabileceğini bildiğimiz bir yazıyı da bu şekilde göz ardı etmek durumunda kaldık. Ondan da bahsedeceğim. Ama biz en azından kendi birimimiz olarak operasyon sorunlarımız, sağlık sorunlarımızla hepsini teşkilatımız ile birlikte yaparak sahada bulunduk. Daha önceden hazırlanmış bir eylem planı devreye sokulması için aslında devreye alınmış bir organizasyon olan TAMP'ta (Türkiye Afet Müdahale Planı) sayfalar dolusu evrak olmakla birlikte bunların uygulaması, yani sahaya yansıması şu an yok. Bu depremde de açık bir şekilde bu görüldü. Bu ve benzeri birçok sürecin içerisinde olan birisi olarak buna emin olabilirsiniz.

Konunun temeline gelecek olursak, önceden hazırlanmış algoritmaların gözden geçirilerek olaya özgü yaklaşımı belirlemek gerekiyor öncelikle. Bunlar ülkemizde daha çok tecrübe üzerinden gidiyor. İşte bizim gibi ya da işte birçok Murat Nihat ARSLAN ve Mehmet TOKDEMİR Hocamlar ve bizim gibi eskiden beri bu işlerin içinde bulunmuş insanlarda artık bu algoritmalar biraz refleks haline geldiği için biz bu şekilde bir algoritmaları başarılı bir şekilde uygulayabiliyoruz. Ancak lojistik ve insan gücü ile desteklenmemiz şartıyla tabi. Ama bunu tabii ki daha böyle kitabi halde belki de uluslararası standartlara da kendi evraklarımıza da geçecek şekilde biraz daha geliştirmemiz gerekiyor. En azından SWOT analizleriyle belki. Eksiklik tespiti, insan gücünün tespiti, ihtiyacın gözden geçirilmesi ve lojistik planlama bunların gerçekten en temel hususları ki bunlar dediğim gibi biz kurum merkezimizde bunların hepsini geçmişten getirdiğimiz tecrübeler ve reflekslerimizle hallettik. Saha sorumlusu burada aslında en önemli şey. Benim burada en çok vurgulamak istediğim konulardan birisi. Sürecin başından sonuna kadar süreci yönetecek kişinin seçimi çok önemli. Bu kişinin; ekibi yönetecek, koordinasyon sağlayacak ve sürdürülebilirliği de aynı zamanda düşünebilecek yapıda ve yetkide olması gerekiyor. Lojistik, insan gücü ve sorun çözme anlamında ve kurumsal iletişim dışında kurumlar arası iletişimde yine sahada önem kazanıyor. Bu açıdan da saha sorumlusunun sistemi denetleyecek yetkinlik ve yeterlilikte olması gerekiyor. Yetkinlik ve yeterlilik çok önemli yani bu işten anlamamış ya da daha çok fazla bu işin içerisinde teknik anlamda bulunmamış kişiler bazen yanlış kararların verilmesine neden olabiliyor, sizin saha ve süreç yönetiminizi de güçleştirebiliyor. Çünkü yukarıdan böyle bir emir geldiği ile baş edemediğiniz cümleler olabiliyor sahada. TAMP 2014'te hazırlanmıştı. Daha sonra 2022'de Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri yönetmeliği yayınlandı ve 22 Eylülden sonra yürürlüğe girdi ve süreklide geliştirilmeye çalışılıyor halen. Çalışma grupları ve koordinasyon birimlerine ait roller ve sorumlulukları tanımlamak ile afet öncesi, sırası ve sonrası müdahale planlamasının temel prensiplerini belirlemek amaçlı kurulmuş bir organizasyon. Lojistik olarak da bakarsak aslında lojistik kelime anlamıyla baktığınızda aslında askerlik bilgisinin savaş sırasında ya da askeri bir yürüyüşte ordunun yiyecek içecek sağlama, sağlık ve haberleşme hizmetleri gibi. Yani bu tür çalışmaların tamamını bir araya getiren bir bölüm olarak geçiyor.

Bu slaytta bizim sahaya ulaştığımızdaki çadırları görüyorsunuz. Bu şekilde başladığımız görevi daha sonra biraz daha iyi koşullarda zamanla sürdürdük. Planlamada barınma, çadır, gıda, sanitasyon çok önemli. Mesela biz 4. günden sonra tuvaletle karşılaşabildik sahada. Şu şekilde olayı özetleyebilirim sanitasyon açısından. Bir ekiple çalışıyorsunuz ve bu ekibin hasta olması demek ekibinizin orada birden güç kaybına yol açacak kadar önemli bir konu. Yoksa biz çalışma koşullarını önemsediğimizden değil, tabii ki çok kötü bir koşulda ve dünyadaki hani sayılı depremlerden birinde çalıştığımız için mutlaka bu tür eksikler olacaktır. Ama bunların en azından öngörülmesi ve çalışanların da çalışma verimi ve devamlılığının sağlanması açısından bu hususlar çok önemli. Sahaya büyük çabalarla ve planlamalar ile deprem koşullarında sevk ettiğiniz birimlerden de maksimum verimi almaya çalışmanız gerekiyor. Optimal çalışma süreleri ile zamanı ve insanların enerjisini kontrollü kullanmak mecburiyetiniz oluyor bu durumlarda. Sanitasyon, ısınma, personel için ilk yardım malzemeleri, temel ihtiyaç ve medikal malzemelerinin bulundurulması gibi hususları da aynı zamanda kapsıyor bu bahsettiklerim. Biz gece gittiğimizde özellikle konteyner sistemleri artık orada biraz açık pazar haline gelmişti. Bunu medyadan da takip etmişsinizdir. Yine de az önce bahsettiğim gibi özellikle Kurumumuzun ve Yozgat Kaymakamımızın da desteği ile bunları hızlı bir şekilde ekibimize sağlayabildik. Havaalanında birçok kuruluşların ve Başkanımızın ve Başkan Yardımcılarımızın da yardımlarıyla transfer sorunları çözüldü. Yemek ihtiyaçlarımızda hiçbir sorun yoktu. Diyanet İşleri Başkanlığına bu vesile ile özellikle merkezdeki yemek sorununun çözümü konusundaki emekleri ve çabaları için teşekkür etmek istiyorum.

Sahada konumlanma hususuna geri dönecek olursak, az önce söylediğim iki farklı merkezde yapılan işle ilgili aslında benim burada aktarmak istediğim sıkıntı ilk deprem bölgesine gittiğinizde yaşadığınız sorunların yapı eksikliği nedeni ile çalışmaya başladığınızın 4. gününde de tekrar sorun halinde önünüze gelmesi. Sahada bu sizin için çok büyük bir zaman kaybına, çürüme süreci ile yarıştığınız bir ortamda da bayağı bir negatifliğe yol açıyor. O yüzden en azından bunların baştan belli bölgelerde konumlandırılarak ki bunu biz TAMP'ta da özellikle çok belirttik, belli yerlerin yapılması gerektiği ve bunların altyapıları ile birlikte hazır olarak bulundurulması, belli merkezlerin oluşturulması gerekliliğinden bahsettik ve halen de bahsetmekteyiz. İstanbul için bakarsanız afet müdahale kapsamında 14 tane merkez oluşturuldu. Merkezlerin teknik altyapıları hala aynı seviyede değil. Çünkü onlar da sistemde geliştirilme aşamasında. Konumlanmada, elektrik, yakıt sıkıntısı, araç bulunması gibi sorunlardan az önce de bahsedilmişti. Buraları geçiyorum. Sadece navigasyonla ilgili bir hususta bahsetmek istiyorum.

İnsanların, bulunduğunuz bölgeye ulaşması özellikle deprem koşullarında kimsenin bir haber alamadığı koşullarda gerçekten bazı reflekslere kalıyor. İnsanların ilk yaptığı şey genelde

mezarlıklara yönlenmek oluyor. Mezarlıklar üzerine yönlendiği zaman, en azından mezarlıklarda bir işlem yapılmayacaksa burada belli görevlendirilen personelin yönlendirilmesi ya da işte araç temini gibi konularda planlama yapılması gerekiyor. Çünkü ortamda herhangi bir yerden yakıt temin etmeniz afet koşullarında oldukça zor. Bir elektrik kaynağı da olmuyor. Bunlarla ilgili en azından bazı yönlendirmelerin ya da işte uygunsa tabii ki mezarlığa yakın yerlerde de bu tür sistemlerin kurulması gerekiyor. İnsanlar çünkü nereye başvuracağını bilemiyor. Sürekli olarak biz ne yapacağız, nereye gideceğiz tarzı bir yaklaşımla hareket ediyorlar. Bunun için de çözüm önerim genelde aslında muhtarlıklar seviyesinde belki de bu bilgilendirmelerin topluma yapılması gerekiyor. Belli afet müdahalesi ile ilgili oluşturulan bu kılavuzların bir özetinin insanlara yerel toplantılar vesairelerle aktarılarak sadece toplanma merkezini göstermek değil, toplanma merkezinin ne işe yaradığını, o alanlarda ne yapılması gerektiği gibi hususlarda en azından bilgilendirmelerin, belki de belirli aralıklar ile toplantıların, programların yapılmasının uygun olacağını düşünüyorum.

Haberleşme hususunda az önce de bahsettiğim gibi konum çok belirleyici bir faktör. Sadece bir elektrik ya da jeneratör eksikliği değil, coğrafi şartlarda sizin çalışma koşullarınızı çok etkiliyor. Altyapılar da yine hava koşullarına uygunluk dışında bir de orada çalışırken en azından kişilerin artçı sarsıntı ya da bir sel felaketi gibi ikinci bir felakete maruz kalmayacakları şekilde bir güvenli lokasyon oluşturması yaklaşımını da içermesi gerekiyor. Zemin özellikleri, zemin ıslahı çok önemli.

Bizim bulunduğumuz yerden bir örnek verecek olursak, örneğin su taşıyan araçtan su kaçağı olmuştu ve bütün bulunduğumuz yer, zemin ıslak hale gelmişti. Aynı zamanda maalesef bu ölçekteki bir afette yaşadığımız hırsızlık olayları, yangın, zehirlenmeler gibi konularla da ilgili en azından önlemlerin alınması gerekiyor, bilinçlendirmelerin yapılması gerekiyor, ekiplerin en azından bu konuda da uyarılması ve tetikte olması gerekiyor. Bunlar da tabiki sadece iyi eğitilmiş insan gücü ile başarılabilecek durumlar. İlerleyen süreçlerde de insan gücünü verimli kullanmak çok önemli. Herkes bir şey yapmaya çalışıyor ama burada sorun aslında gücü yönetmek ile de ilgili. Biz o bölgeye gittiğimizde Sağlık Bakanlığından da birçok pratisyen hekimin kimliklendirme ve ölü muayene işlemleri için sahaya yönlendirildiğini gördük. Sağ olsun üniversite hocalarımız telefon ettiler, birebir onlar ile de görüştüm. Ben onlara mesela işte Hocam bir hafta sonra gelin ya da 5 gün sonra gelin hani buna göre bir plan program yapalım şeklinde yönetmeye çalıştık sahayı. Ama bunların en azından bakanlıklar arası dediğim gibi sadece Adalet Bakanlığı olarak değil, Sağlık Bakanlığı ile de görüşülerekten belli bir rutine ve belli bir plan program çerçevesine yerleştirilmesi gerekiyor, çalışma tabloların oluşturulması gerekiyor en azından kişisel anlamda olmasa da. Tabi çalışma ortamımızda birçok insan oluyor ancak gördüğünüz herkes bir iş yapmıyor sahada. Bunu da iyi yönetmek gerekiyor.

Asker çok önemli bir konu felaket durumlarında. Bunu da sahada bir kez daha tecrübe ettik. Çünkü binlerce cesedin bulunduğu bir ortamda cesetlerin transferini, korunmasını, lojistik anlamda bir aksiyon almaya çalıştığınızda bunu uygulatacak bir kişiyi bulmakta zorlandığınızda daha iyi anlıyorsunuz. İlk 2-3 gün tabii ki medyadan da gördüğünüz gibi en azından kimliklendirme merkezimizde askeri fazla göremedik ama daha sonra tekrar asker sahaya indikten sonra işlerin çok hızlandığını gördük. O yüzden bunun baştan itibaren planlanması, en azından göz ardı edilmemesi gerekiyor.

Çalışma düzeni açısından ise genel tecrübemiz her gün 3 vardiya şeklinde çalışılması yönünde. Biz de dediğim gibi herhangi bir kapalı ortam bile bulamadığımız koşullarda ama neyse ki iyi sayılabilecek hava koşullarında çalıştık. Bu şekilde birçok savcılarımızın görevlendirilmesi ile sistemde ölü muayeneleri yapılmaya çalışıldı. Bu laytta soğutucu tırlarımız görünüyor. Süreç sonrasında da minimum insan gücünü belirleyerek, çalışma tabloları düzenleyerek, orta uzun vade hizmetleri ve lojistiği de planlayarak genel bir planlama yapmak ve daha sonrasında psikososyal olarak bu ekiplerin tamamına destek vermek gerektiğini düşünüyorum. Bu slaytta da bizim konumlandığımız merkezin yan taraftaki mezarlığın fotoğrafı var. Depremden hemen sonra ben bu Fotoğrafları çekebildim. Planlama ve bilgi akışına yönelikti bu çekimler. Daha sonra çok fırsatımız olmadı fotoğraf çekmeye. Bu alanın tamamı yaklaşık 900 civarı mezarla dolmuştu biz gelirken ki bunların çoğunluğu hüviyeti ölü muayenesi sırasında belirlenemeyen kişilerdi. Daha sonra tabiki bu mezarlardan da kimliklendirmeler devam etti.

Son olarak özetleyecek olursak; lojistik, iki ayrı işlem merkezi olması, ulaşım, haberleşme, zemin ıslahı, sanitasyon, altyapı sorunları, saha sorumlularının belirlenmemesi, Hatay'da depremde ön plana çıkan temel hususlardı. Saha sorumlularının belirlenmemesi açısından da ben refleks olarak savcıyı saha sorumlusu olarak görüyorum. Belki de çalışma ortamımız da bu şekilde olduğundandır ama Afet Müdahale Planında da bunları çok tartıştık. Bazı savcılarımız bizim afette görevimiz yok diyorlar, böyle düşünüyorlar. Ben de CMK gereği, en azından ölü muayenesinde savcılarımızın bulunması gerektiğini düşünüyorum. Tabi ki savcılarımızın da hukuksal çekincesi açısından belki kanuni bir düzenleme ile bu görüş ayrılığı da bir karar bağlanıp netlike sağlanabilir. Savcılarımızda; CMK, TCK'dan gücünü alır, bu bir suç değil, bu nedenle savcının orada olması gerekmiyor tarzında bir yaklaşım vardı. Ben halen aynı görüşteyim yani savcılarımızın en azından olay yerinde olması gerektiğini düşünüyorum. Belki her ölü muayenesi için değil ama en azından saha yönetiminin ve genel muayene ekiplerinin içinde olmaları gerektiğini düşünüyorum. Çünkü kimliklendirme başka bir prosestir bizim açımızdan. Belki burada tartışılması açısından güzel olabilir.

AFAD'ın bir yazısından bahsetmiştim az önce. Biraz zamanınızı alıyorum ama. Çalışmamızın 2. - 3. günde AFAD bize kimliği belli olan, yakını bulunan kişilerden herhangi bir örnek alınmadan defnedilmesi, fotoğraftan tanınamayan ya da yakını olmayan kişilerden de parmak izi, DNA materyali alın gibi bir yazı gönderdi. Savcılarımız kanalı ile bize bu yazı ulaştı ve uygulanması istendi. Ben bunu uygulayamayacağımızı söyledim ve uygulamadık. Çünkü bu uygulanabilir bir şey değil. Az önce bahsettiğim yetkin olmayan birimlerin sahaya yazı göndermesine güzel bir örnek. Çünkü yılların bize gösterdiği bir adli tıp tecrübemiz var, özellikle İstanbul'daki sel felaketlerinde de bununla karşılaştık. İnsanlarımız bir ölüye bakamaz, ikincisi baksa bile bazen bir cenaze alayım da gideyime kadar çok kötü bir psikolojiyle yanlış cenazeler alabiliyorlar. Bu tür durumlar ileride birçok fethi kabirin de önünü açabiliyor. O zaman da bunu dile getirdik. Çok fazla fethi kabir ve kayıp yakını olacağından bahsettik. Bir cenaze karışıklığının sadece bir fethi kabir anlamına gelmediğini, bir cenaze için 10 fethi kabirde yapmak zorunda kalınabileceğini belirttik. Sadece bu da değil tabiki. Özellikle 6 Şubat depremlerinin etkilediği bu coğrafyamızdaki göçmen nüfus ta ayrı bir sorun. Kayıtsız bir şekilde ya da yanlış kayıtla ülke dışına cenaze çıkarmaya çalışan insanların beraberinde kime ait cenazeyi götürdü de önemli bir husus. Başta bu şekilde olaya titizlikle yaklaşılmadığında ileride fethi kabir ile de kişileri tespit edememe noktasına gelebilirsiniz. Daha uzun vadede düşündüğümüzde de hukuk mahkemelerinin ileride babalık ya da soy bağı araştırmalarında

da yanlış definler Büyük sıkıntılara yol açma potansiyeli taşıyor. Bu açıdan da önümüzdeki yıllarda bu bölgedeki fethi kabirlerde bilinçli hareket etmekte fayda var.

Bütün cenazelerden o yüzden biz en azından bir swap ve benzeri DNA örneği almakla ilgili en azından bir prosedür oluşturalım dedik. Biz ilk merkezde bunun tamamını uyguladık. İlk merkez deneyimlerimiz çok iyiydi. Ama ikinci merkezde saydığım olumsuz faktörler ve özellikle Sağlık Bakanlığının bu konuda tecrübesi olmayan personelinin de sahaya gelmesi ile ortamdaki bilgi karmaşası, biraz da güç karmaşası ile sorunlar artmaya başladı. Bu nedenle ikinci merkez deneyimimiz istediğimiz şekilde gelişmedi. Bu hususta da en azından SWOT analizleri kapsamında, geri bildirimlerle belki çok daha etkin bir hale sokarız.

Bu fotoğrafı başta koymak istememiştim ama daha sonra olayın vahameti açısından en iyi anlatan fotoğraflardan olması nedeni ile bu kareyi kullandım. Bunu da şunun için çektim aslında. Aileler yakınlarını, çocuklarını, bebeklerini bulamıyorlardı ve bu fotoğraftaki bebekler yoğun bakımda kalmış bebeklerdi ve sadece aslında belki orada 2. bir primer destek olsa bu çocuklar kurtulabilirlerdi. Yani bunun için önemli aslında yapacağınız en ufak bir müdahale, planlama. Yani bir tane yaşamı daha çok rahat kurtaracak şekilde planlama yapılabilirdi. Bu bebekler enkaz altında kalarak değil tıbbi destek yokluğundan vefat ettiler. Tabii ki deprem ortamı, depremde bir binaya tekrar girmek bunların zorlukları belli ama en azından kurumların en azından belli kurumların güçlendirilmesi ile bunların önüne de geçilebilirdi diye düşünüyorum.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum. Daha güçlü bir afet müdahale planı olan, daha güçlü bir yapı stoğu bulunan günlere çabucak kavuşmamız dileğiyle.

Teşekkürler.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Biz de Sayın Erdoğan KARA'ya teşekkür ediyoruz. Söyleyecek şey çok. Zamanı kullanma anlamında biraz sıkıştırıyor gibi oluyoruz ama sizlere de söz hakkı kalsın istiyoruz.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Sayın Yusuf ATAN Adıyaman deneyimini paylaşacak. Kendisi 1988 Mardin doğumludur. 2012 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olmuştur. 2017 yılında Gaziantep Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalında ihtisasını tamamlayarak adli tıp uzmanı olmuştur. 2017-2022 yılları arasında Çankırı Adli Tıp Şube Müdürlüğünde görev yapmıştır. Mart 2022 tarihinden beri Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında Dr. Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır. Aynı zamanda Nisan 2022 tarihinden beri Bursa Adli Tıp Grup Başkanı olarak görev yapmaktadır. 6 Ekim 2023 tarihinde 1. İhtisas Kurulu Üyesi olarak görevlendirilmiştir.
Buyurun Sayın ATAN.

Yusuf ATAN (Konuşmacı):
Kıymetli hazirûn hepinizi saygıyla selamlıyorum. Bendeniz asrın felaketinde görev yaptığım Adıyaman'daki saha deneyimlerim üzerine bir sunum takdim edeceğim. Sunumda psikolojik, sosyolojik ve adli tıbbi boyutları ile saha deneyimlerinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Afet büyük bir hasar veya can kaybına neden olan bir kaza veya doğal felakettir. Afetlerin alametifarikalarına baktığımızda: aniden gerçekleşir; ekolojik bozulmaya sebep olur; panik, şok ve yaralanmalara neden olur; barınma, elektrik, su, kanalizasyon, ulaşım ve haberleşme sistemleri tahrip olur; toplumun işleyişi bozulur; dış yardım ihtiyacı doğar; can ve mal kaybına sebep olur. Öte yandan afet sonrası -bir hekim zaviyesinden en çok korktuğumuz ve afet içinde afet diyebileceğimiz- bulaşıcı ve salgın hastalıklar meydana gelebilir. OECD kriterlerinde "can kaybı/mal kaybı indeksi ile ülkelerin gelişmişlik düzeyi arasında bir korelasyon var mıdır" diye araştırdım fakat böyle bir veriye rastlamadım. İrdelenmesi gerektiğini düşünüyorum.

Afetler üst sınıflandırma olarak doğal afet, insan veya teknoloji kaynaklı afet ve karma afet olarak üçe ayrılır. Alt sınıflandırma olarak da açık afet ve kapalı afet olarak ikiye ayırabiliriz. Açık afet ölen ve kayıp sayısı öngörülemeyen ve tahmin edilemeyen felakettir; örneğin deprem. Kapalı afet ise belirli bir grubu etkileyen ve kayıp sayısı öngörülebilen felakettir; örneğin uçak kazası. Elbette afetlerde bir olağanüstü hal, olağan dışı durum söz konusu olduğu için profesyonellerin olağan dışı ve olağanüstü bir gayret sarf etmesi gerekmektedir. Nedir bu olağanüstü gayret: daha soğukkanlı, daha sorumluluk alıcı ve daha hızlı çalışacak şekilde bir gayret gösterilmesidir.

Afetler ile ilgili organizasyonlara baktığımızda Felaket Kurbanını Kimliklendirme (DVI), Türkiye Afet Müdahale Planı, Interpol, ICRC ve ICMP karşımıza çıkmaktadır. Tüm bunlarda ortak tema, işin nirengi noktası burasıdır. Adli tıp uzmanı olarak bir ölümlü adli olayla karşılaştığımızda ilk olarak "neden öldü?" sorusunun yanıtını bulmaya çalışırız. "Kim, ne zaman, nerede ve nasıl öldü?" bunlar bizim için tali sorulardır. Fakat zikredilen tüm bu organizasyonlardaki ortak temadan hareketle bu tür durumlarda ilk olarak "kim öldü?" sorusunun cevabı yanıtlanmaya çalışılır. Olaya bu perspektiften bakarsak bizim için afetler komplike olmaktan çıkar ve daha doğru-daha pratik bir yaklaşım ortaya koyarız.

Tanıklık ettiğimiz asrın bu felaketinde aslında adli tıbbın ne kadar önemli olduğu anlaşılmıştır. Nitekim afetlerde doğru bir adli tıbbi yaklaşım ile;

Afetler üst sınıflandırma olarak doğal afet, insan veya teknoloji kaynaklı afet ve karma afet olarak üçe ayrılır. Alt sınıflandırma olarak da açık afet ve kapalı afet olarak ikiye ayırabiliriz. Açık afet ölen ve kayıp sayısı öngörülemeyen ve tahmin edilemeyen felakettir; örneğin deprem. Kapalı afet ise belirli bir grubu etkileyen ve kayıp sayısı öngörülebilen felakettir; örneğin uçak kazası. Elbette afetlerde bir olağanüstü hal, olağan dışı durum söz konusu olduğu için profesyonellerin olağan dışı ve olağanüstü bir gayret sarf etmesi gerekmektedir. Nedir bu olağanüstü gayret: daha soğukkanlı, daha sorumluluk alıcı ve daha hızlı çalışacak şekilde bir gayret gösterilmesidir.

Afetler ile ilgili organizasyonlara baktığımızda Felaket Kurbanını Kimliklendirme (DVI), Türkiye Afet Müdahale Planı, Interpol, ICRC ve ICMP karşımıza çıkmaktadır. Tüm bunlarda ortak tema, işin nirengi noktası burasıdır. Adli tıp uzmanı olarak bir ölümlü adli olayla karşılaştığımızda ilk olarak "neden öldü?" sorusunun yanıtını bulmaya çalışırız. "Kim, ne zaman, nerede ve nasıl öldü?" bunlar bizim için tali sorulardır. Fakat zikredilen tüm bu organizasyonlardaki ortak temadan hareketle bu tür durumlarda ilk olarak "kim öldü?" sorusunun cevabı yanıtlanmaya çalışılır. Olaya bu perspektiften bakarsak bizim için afetler komplike olmaktan çıkar ve daha doğru-daha pratik bir yaklaşım ortaya koyarız.

Tanıklık ettiğimiz asrın bu felaketinde aslında adli tıbbın ne kadar önemli olduğu anlaşılmıştır. Nitekim afetlerde doğru bir adli tıbbi yaklaşım ile;

- Doğru veri tabanı oluşturulması,

• Doğru demografik yapılanma,
• Halk sağlığı problemlerinin önlenmesi,
• Hukuki mağduriyetlerinin önlenmesi,
• Toplum açısından orta-uzun vadede doğru bir sağaltım ortaya konulması sağlanır.

Normal bir afette adli tıbbi yaklaşımımız şu şekilde olur: olay yeri incelemesi, antemortem veri toplama, postmortem veri toplama, bu verilerin mukayese ile uygunluğunun kontrol edilmesi ve sonrasında da vefat edenlerin teslimi. Sunumda buraya kadar işin teorik kısmından bahsettik.

İşin pratik kısmına geçelim. Deprem olması akabinde Adli Tıp Kurumu Başkanlığımız ile görüştük, depremin ertesi günü Bursa'dan 3 adli tıp uzmanı ve 2 otopsi teknisyeni olarak yola çıktık. Malumunuz mevsim şartlarında zorluklar vardı. Hava yoluyla Gaziantep'e; oradan da kara yoluyla Adıyaman'a geçtik. Hastaneye vardığımız zaman morgun önünde, koridorlarda ve bazı servislerde çok sayıda cenaze olduğunu gördük. Hemen ölü muayene işlemlerine başladık. Tabii o gün saat 23.00'e doğru artık bizim de enerjimizin tükendiğini, etkinliğimizin azaldığını fark ederek ve ertesi günü de düşünerek istirahat ettik. Ertesi günden sonra da akışına bırakarak ekip oluşturmaya başladık. İlerleyen günlerde yaşam ve barınma alanı olarak iyileştirmeler organize edildi. "Çalış, istirahat et, çalış ve bir süre sonra da ekip değişikliği" yaparak süreç bu şekilde devam etti. Bir Whatsapp grubumuz vardı; orada hem saat olarak hem de grup olarak ekibi böldük.

Adli tıbbi deneyim olarak çok fazla cenaze olduğu için hızlı, önemli detayların belirtildiği, fotoğraflı ve örnek alımlı bir ölü muayene işlemi prosedürü uygulanması gerekiyordu ve biz bu şekilde hareket ettik. Tek başına fotoğraf ile yetinilmemesi gerektiğinin altını çizmek istiyorum. Düzenli olarak kayıt, kayıtların saklanması ve en kısa zamanda dijital ortama geçirilmesi büyük önem arz etmektedir.

Özellikli olgular için burada otopsi yapılması gerekir mi? Asistan arkadaşların özellikle aklına bu soru gelebilir. Afet kurbanlarını salt ölü muayene işlemi ile ele aldık. Fakat 3 tane olgu için (2 tanesi intihar, 1 tanesi de birkaç gün sonra canlı olarak enkaz altında bulunan fakat kurtarılmaya çalışılırken kazaen vefat eden bir cenaze) için otopsi yaptık.

Kurban belli, belirlenebilir ve kimlik tanığı varsa isim-soy isim; belli değil, belirlenemiyor ve kimlik tanığı yoksa hüviyeti meçhul (HM) şeklinde kaydedilir. İşlem yapılan yerin ilk harfi yazılır; örneğin psikiyatri servisi için PS şeklinde belirtilir. Bir de kurban numarası olmalıdır. İki ayrı listemiz vardı; biri kimliği belli olanlar, diğeri ise hüviyeti meçhul olanlar için. 1 adet bütün, 3 adet bölgesel olmak üzere en az 4 tane fotoğraf çekilmelidir. Biyolojik örnek olarak alınabiliyorsa kan; alınamıyorsa kas dokusu, kemik dokusu ve/veya diş alınmalıdır.

Hüviyeti meçhul kurbanlar için biraz daha detaylı ve bol betimlemeli bir ölü muayenesi yapılmalı, bolca fotoğraf çekilmelidir. Çünkü yakını başvurana kadar pütrifikasyon devam ettiği için cenaze tanınmaz bir hale gelebilir. Biyolojik örnek muhakkak alınmalı; tek başına kıl örneği alınmasının sakıncalı olduğu kanaatindeyim. Çürümelerini geciktirici ve çalışan sağlığını koruyucu bir ortamda bekletilmeli. Bekleme süresi sonunda da defin için teslim edilmeli.

Bir pratik yaklaşım olarak 4 çeşit kurban tipi olduğunu söyleyebilirim:
• Tanınabilen ve sahibi olanlar
• Tanınabilen fakat sahibi olmayanlar
• Tanınamayan fakat sahibi olanlar
• Tanınamayan ve sahibi olmayanlar

Bir adli tıp uzmanı olarak bu deneyimler akabinde şöyle bir yol haritası önerisinde bulunmak istiyorum:
• **Kısa vadede** aylara ve bölgelere bölünmüş şekilde afet nöbet listesi yapılmalıdır, kritik bölgelere malzeme ve teçhizat depolanmalıdır, afetler üzerine eğitimler verilmelidir.
• **Orta vadede** bir afet kılavuzu yayınlanmalıdır, seyyar/mobil birimlerin sayısı arttırılmalı ve donanım olarak tahkim edilmelidir.
• **Uzun vadede** AFAD, Kızılay ve Adli Tıp Kurumu ortak bir program geliştirmelidir.

Toplumu bilinçlendirmenin de önemli olduğunu düşünüyorum; özellikle ruhsatsız defin konusunda. Nitekim cenazesini bahçesine, köyüne vb. (ruhsatsız) defneden vatandaşlar vardı. Afet sonrasında bir hukuki belirsizlik olduğu zaman fethi kabir işleminin yapılabileceğini ve o vatandaşın aslında ek bir travma ile karşı karşıya kalabileceğini idrak ettirmek lazım.

Son söz olarak:
1. Hemen yola çıkılacak şekilde hazır ve teçhiz edilmiş bir çanta bulundurmalı.
2. Gitmeden evvel o bölgenin çevrimdışı haritası indirilmeli.
3. Gönüllü olmalı.
4. Mümkün mertebe hazır su kullanılmalı.
5. Beslenme, istirahat, hijyen, dengeli enerji kullanımı önemli.
6. Başlama, planlama, uygulama, geliştirme ve iyileştirme önemli.
7. Savcılıkça re'sen ölüm sebebi yazılmamasına dikkat edilmeli.
8. Mezarlıkta muhakkak bir adli tıp ekibi bulunmalı.
9. Ortalama 7-10 günlük periyotlarla düzenli olarak ekip değiştirilmeli.
10. Ekip arkadaşlarından biri kızgınsa diğeri sakin kalmalı.

Copycat intiharlar ile ilgili teyakkuz halinde olmak lazım. Çünkü biz 2 tane intihar vakası olunca endişe ettik; acaba devamı gelir mi diye. Literatürde kopyala-yapıştır intihar olarak geçen bu ifadenin bu tür durumlar için tam karşılık olduğunu söyleyemem. O açıdan "domino etkili intiharlar" kavramının daha doğru bir tanımlama olduğu kanaatindeyim.

Maalesef içimiz kan ağlasa da soğukkanlı olmalıyız, kontrolü kaybetmemeliyiz, daha çok sorumluluk almalıyız ve insan kaynağını iyi kullanmalıyız.

Dr. Nusret AYAZ Hocamız geçen sene bizimle beraberdi burada. Şimdi aramızda değil ama içimizde. Sizlerin huzurunda kendisini rahmetle anıyorum. Mekânı cennet; kabri pürnur olsun.

Orada şunu da fark ettik ki, biz ülke olarak sırt sırta verdiğimiz zaman üstesinden gelemeyeceğiniz felaket, afet yok. O sebeple beraber daha güçlüyüz diyerek sunumumu bitirmek istiyorum.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Sayın Yusuf ATAN'a teşekkür ediyoruz. Aslında tartışmada belki çok konuşulur ama ben gruplamasına bir şey eklemek istiyorum bizim en çok sıkıntı yaşadığımız nedenden yola çıkarak. Kimliklendirme ile ilgili en büyük problemi aslında kimliğinin saptandığı ve sahiplenildiği zannedilen cenazelerde yaşadık. Bunu belirtmek istedim.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Sayın Mücahit ORUÇ. 1978 yılında Elazığ'da doğdu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2005 yılında mezun oldu. Mecburi hizmetini Bingöl'de tamamladıktan sonra, TUS sınavı ile İnönü Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalını kazandı ve 2015 yılında adli tıp uzmanı oldu. Halen İnönü Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalında Dr. öğretim görevlisi olarak görev yapıyor. 2022 yılından itibaren de Malatya Grup Başkanı olarak görev yapmaktadır. Sayın ORUÇ Malatya deneyimini anlatacak buyurun Sayın ORUÇ.

Mücahit ORUÇ (Konuşmacı):
Teşekkürler Başkanım, sağ olun. Konuşmama başlamadan önce bu programın gerçekleşmesinde emeği olan Hızır Başkanımızın öncülüğünde diğer tüm arkadaşlara teşekkür ediyorum. Ben Malatya deneyimini anlatacağım zaten Malatya'daydık biz. Diğer arkadaşlarımız genelde dışarıdan gelmişlerdi. Belki orada ne olduğunu bilerek gelmişlerdi, biz bilmiyorduk ne olduğunu, içeridaydik. Öyle deyip başlayayım ben. İşte ne konuşacağız, ne yaşadık, ne anlatacağız. Girişi geçiyorum, zaten arkadaşlarımız bahsettiler ondan.

Bu Malatya'nın sabah saatlerinde, ilk gün ağardığında çekilen fotoğraflarından. Malatya şehir merkezi böyleydi. Biz de evdeydik oradan başlayalım aslında. Sabahleyin saat 4 gibi ellerinizden öper bir tane küçük oğlumuz var geldi, uykusu kaçmış işte bizi uyandırdı o sırada deprem oldu 4'ü 17 geçe. Tabii deprem öyle bir korkutucu ki biz başta anlamadık, hafiften bir sallandık, dedik sallandı yine geçer. Çünkü Elazığ depremini yaşamıştık 2020 yılında sallanıp geçmişti. Bu biraz gevşedi tamam dedik, çıkalım dışarı dedik bir daha devam etmeye başladı, dışarıda çıkamadık. Biz binanın yıkılacağını düşündük artık o boyuttaydık. İşte klasik bilgi ranzanın ya da yatağın yanına uzan bekle bildiğimiz bütün duaları okuduk bir sürüde dua biliyorduk ama kafi gelmedi bitti, onlar da bitti.

Neyse deprem durdu, indik aşağıya babamı aradım, annemi aradım. Onların evinde de bir şey yok işte bu şehir merkezindeki cami ilk ışıklarda yıkılmıştı. Yine hakeza şehir merkezinin soldaki büyük otel sağ tarafta o alanın bulunduğu kısım enkazlar kaldırdıktan şu anda böyle, büyük bir tarla. Bunu da internetten aldım.

Ne yaptık? Aşağı indik anneyi babayı aradık, bir şey yok. Sonra Nusret'i aradım. Nusret Malatya'da idi. Turgut Özal Üniversitesindeydi. Kaldığı rezidansı ben biliyordum. Bina eskiydi ama dış kaplaması yeni olmuştu sol baştaki arkadaşımız bana göre sağ baştaki burada ekranda ters. Geçen sene beraberdik. İşte üniversitede ihtisası beraber yaptık. Nusret'ten ses yok, telefon cevap vermiyor. Sonra Whatsapp'tan mesaj attım, mesaj iletildi, çocuklara dedim hadi gidelim dedim. Nusret'in kaldığı yer yakındı bizim eve. Gittik binanın eski hali, bu benim çektiğim fotoğraf bina bu şekildeydi. 2. katta bana göre sağ tarafta, yıkık binanın sağ tarafı 2. kattaydı. Seslendik, bağırdık çağırdık ama Nusret'ten ses yok. 3. katta bir tane doktor arkadaş çıktı umutlandık, Nusret çıkacak dedik. Ama biz oradayken çıkmadı. Üstte de görüyorsunuz kimse yok, vatandaşlar, hani kurtarma çalışmasına gelmiş vatandaşlar var orada. Sadece bir tane itfaiyeci vardı. Sonrasında Adli Tıp'a geçtik çocuklarla beraber vesaire. Allah rahmet eylesin arkadaşımıza. Çıkmadı. Sonradan geldi ölü muayenesini yaptık, kimliklendirmesini yaptık vesaire.

Çok bilgi var da ben biraz daha yaşadıklarımızı anlatacağım. Adli Tıp'a geçtik, sağ olsun bütün doktor arkadaşlar, teknisyen arkadaşlar, kimyacılar çağ çoluk hepsi gelmişler. Çünkü şöyle diyeyim, bizim Kurumdan 22 kişinin evi ağır hasarlıydı, diğerlerinin de evleri de hasarlıydı, yıkılanlar da vardı içlerinde. Sığınacak liman olarak Adli Tıp'ı bulmuştuk. İşte girdik, çocukları koyduk oraya. Bir ekibi şehir mezarlığına gönderdik. Biz ilk gün, ilk dakikadan başladık aslında kimliklendirme işlemine ölü muayenesi işlemine.

Şöyle bir gelişme oldu Başsavcı Bey ile konuştum "Başsavcım bizim Adli Tıp'ın arkasında boş bir alan var. Biz oraya sahra çadırı kuralım, cenazeler oraya gelsin biz kendi işlemlerimizi orada yapalım ondan sonra şehir mezarlığına gitsin." "Hocam" dedi "Cenazelerin çoğu şehir mezarlığına gitti, hiçbir şey yok ambulans ve cenaze taşıma araçları da enkazların başında biz ekipleri şeyde oluşturalım, şehir mezarlığında oluşturalım" dedi neyse arkadaşlar oraya gittiler, başladılar. Bir ekip orada, bir ekip kurum merkezinde. Aileler falan var birkaç kişi de dağıldık yiyecek şeyler bulalım dedik onlara. Ekmektir, peynirdir, neyse işte açık fırın bulursan vesaire vesaire. Ayarlardık onları geldik. Şehir mezarlığına geçtik, ekipler oluşmuştu. 5 tane yer oluşturduk kimliklendirme işlemi yapılacak yer oluşturduk. Şehir mezarlığının kendi girişinde gasil işlemi, yıkama işlemini yapıldı ve orada cenazelerin alındığı bir yer var. Belediye orayı ayarlamış. Gittik orası olmaz yani, şöyle diyeyim 40 tane cenaze var 40 tane de personel var yani hangi cenazeye bakacaksın, nasıl bakacaksın, askeri var, polisi var. Diğer taraftan, gelmiş cenazelerini arayan insanlar var.

Sonradan 5 tane yer oluşturduk. 2 tane soğuk hava deposu Covid döneminden kalma arkadaşlar oraya gitti buz gibi zaten içerisi. Bir tanesi büyük hangar ileride fotoğrafları var, onları göstereceğim. İşte orada çalışıyoruz sonra geldik Kurum'a ikinci deprem…

İçerdeyken ikinci deprem oldu. Çalışan arkadaşların eşlerini, çocuklarını binadan çıkarttık bu sefer. Çatı gitti sonra Kimya Dairesi… Ben artık çıkıyorum, dedim çünkü o cihazların bağlı olduğu duvarları biliyorum orası çıkacak dedim ayakta durmak mümkün değil zaten ondan sonra her şey değişti zaten. Yani o rutine bindirdiğimiz işleyiş bitti. Şehir mezarlığındaki arkadaşlar çocuklarını, eşlerini güvenli bir yere götürmek için geldiler. Oradaki savcı arkadaşlar, savcı lojmanları zaten hâkim, savcı lojmanları ağır hasarlı idi. Onlar evlerine giremiyordu, onlar başka bir çözüm üretmeye çalıştılar. Bir kısmı arkadaşların havaalanına gittiler, uçaklar geldi uçaklarla çocuklarını gönderelim dediler. O gün çalışmamız da azaldı. Sonra enkaz altında kalıp da çıkarılmayı bekleyen insanlar vardı, onlar vefat ettiler. Bildiğimiz aileler vardı, onlar vefat ettiler.

Ölüm anlamında Malatya'da biraz daha sayı az 1.250 civarında ama yıkım anlamında Hatay'dan sonra ikinci şehir. 135.000 bağımsız daire, 40.000 civarında bina bunlar yıkıldı. Halen yıkımları devam ediyor. İnsanların özellikle barınma problemi çok büyüktü, çok fazlaydı. İşte Kurum binamız bu. Bunun aslında dış tadilatını yeni yapmıştık. İkinci depremle beraber bu yıkıldı. Çatısı gitti, tekrar yaptık. Buradan bayağı bir su geldi içeriye. Yani bakıyorsunuz öyle şeyler çıkıyor ki, aklınıza hayalinize gelmiyor. Yani dünyanın suyu geldi. İbrahim Bey burada bizim Kimya Daire Başkanımız. Sağ olsun, çizmeleri çektiler suları çekiyorlar hani cihazlar bozulmasın, şey olmasın… Bu da önemli. Mesela bakıyorsunuz işte biz hepimiz hekimler olarak, teknisyen olarak

şehir mezarlığına gittik. Orada işlem yapıyoruz çalışıyoruz. Bu binaya kim bakacak? Kuruma kim bakacak? Sağ olsun Kimya Daire Başkanımız vardı orada duruyordu. Çevre şehircilikten geldi binayı gösterdiler onlara. İşte altyapısını gösterdiler, ne eksik ne fazla onu gösterdiler.

Diğer taraftan binayı bekliyorsun da bir de rutinimiz var bizim. Cinayet geldi Savaş Hocam burada bizde Savaş Hocam 24 saat otopsi yaptı. Yani en uzun yaptığımız otopsiydi bir otopsi için. Niye? Otopsiye almıştık, ikinci deprem oldu çıktılar içeriden, cenaze kaldı. Savaş dedim mermi çekirdeğini çıkarttın mı? Abi dedi çıkarttım da dedi nereye koyduğumu hatırlamıyorum dedi. Deprem yani kimse girmiyor. Binaya girdik, mermi çekirdeğini aradık onu alalım da bir kenara koyalım nasılsa fotoğrafını çekmişiz gerisi kolay. Bunlar da vardı, rutinlerimiz de devam ediyordu.

Devam esnasında Hızır Başkanımız geldi, oraları gördüler zaten hava şartlarını söylememe gerek yok. Şu çatının üstündeki karın sularını eriterek lavaboda kullandık. Çay içerken kullandık onu söyleyeyim. 2 gün suyumuz, elektriğimiz yoktu.

Ömer arkadaşımız Bingöl'den gelmişti. Beyaz montlu olanın yanındaki sağda olan, onun üzerindeki kıyafet kendi kıyafeti. Diğer kıyafetlerin çoğu yardım kıyafeti, sağdan soldan oradaki yardım kuruluşlarından bize gelen kıyafetler. Bana da Sağlık Müdürlüğünden bir arkadaş vermişti "üstündeki mont ince, sen üşürsün bunu giy" diye vermişti. Ben de onu giymiştim. 10 gün yaklaşık bu kıyafetler üzerimizde idi. Ben 8 gün arabada kaldım. Şu arkada gördüğünüz prefabrik kısım bizim Adli Tıp Şube Müdürlüğümüz, yanda da Biyoloji Müdürlüğümüz vardı. Orada yaklaşık 40 kişi kalıyordu. Çocuklar, aileler orada kalıyorlardı. Akşamleyin masanın üstünde yatan mı dersin, koltukta yatan mı dersin, bankta yatan mı, yere işte sedyelerin parçalarını çıkarıp yerde yatanlar mı derseniz o şekildeydi. Çünkü güvenli liman olarak orayı bulmuştuk. Fotoğrafımız yok. Çünkü biz böyle bir şey beklemiyorduk. Biz aslında artık her şeyin bittiğini, hayatın bittiğini düşünüyorduk. Yoksa şehir mezarlığında dünya kadar görüntü vardı. Bu da Hızır Başkan geldiği için çektiğimiz bir fotoğraf.

Kim katıldı? Malatya'da çalışmalarımız oldu İnönü Üniversitesinde Osman Hocamla beraber. Adli tıp asistanları geldiler onlar fotoğraf çekimine katıldılar, onlar için büyük bir deneyim oldu. Bize de çok büyük yardımları oldu o asistan arkadaşlarımızın. Yine bizim Grup Başkanımızla görevli 8 uzman doktor, 10 teknisyen arkadaşımız vardı. Onlar 8 teknisyen, 2 teknisyende Elazığ'dan öyle yazmışım. Yine Elazığ Adli Tıp Şube Müdürlüğünden Harun Hocamla, Muhammet Hocam buradalar zaten. Onlara da teşekkür ediyorum, o teknisyen arkadaşlara da teşekkür ediyorum. Onlarda gelip çalıştılar. Yine Malatya Eğitim Araştırma Hastanesinde de 2 uzman doktor görev aldı. Onlar da kendi hastanelerinde kimliklendirme işlemi yaptılar.

Malatya Büyükşehir Belediyesi Mezarlığı, mezarlık böyle işte orada o zaman fotoğraf çekmemiştik. Şu sağ tarafta olan büyük hangar. Birçok cenaze oraya geldi, gece ilk gelen cenazelerin hepsini oraya alıyorlardı.

Biz nasıl çalıştık orada? İlk 3 gün akşam 19.00-20.00'e kadar çalıştık. Çünkü saat 19.00'dan sonra çok kötü soğuk olduğu için oranın ısıtması da mümkün değil dışarıda cenaze sahibi de kalmıyordu. Yani son cenaze sahibi bekleyene kadar biz işlemlerimizi yaptık. Sonrasında ara verdik. Sabahleyin tekrar geldik. Dinlenebilen, Elazığ'a gidebilen Elazığ'a gitti. Gidemeyen Kurum'da, araçta bizim gibi dinlediler.

Sabahleyin tekrar devam ettik. Üçüncü günden sonra 24 saat nöbet sistemine geçtik. Olmuyordu artık çünkü cenazeler birikmeye başlıyordu. Şöyle bir sıkıntı da vardı. Kendi yerimizde yapmadığımız için hep söylüyoruz, arkadaşlar da söylüyorlar kendi yerimizde yapmadığımız için orada, belediyenin mezarlığında olan aksilikler işte başsavcılığa ya da bize yansıyordu. Siz çalışmıyorsunuz, doktorlar bakmıyor, savcılar bakmıyor, savcı gelmedi muhabbetinden iş bize yansıyordu. O da bizim dezavantajımızdı. Ama şunu rahatlıkla söyleyebilirim gerek o dönemki işte Başsavcımız Muhammet SAVRAN Başsavcım, Başsavcı vekillerimiz vardı. Abdüsselam Bey yine Mehmet BADEM Başsavcım sağ olsunlar. Biz de bayağı bir koordineli çalıştık onlarla. Deyim yerindeyse belediyenin yapması gereken o organizasyon işini onlar tek başlarına orada yaptılar yani.

Bunlar cenaze fotoğrafları. O büyük hangarın içi böyleydi. Burada en büyük handikapımız neydi? Biz işlem yaparken, cenaze yakınları da içimizde geziyordu, güvenlik yok yani etraflı bir alan oluşturulmamıştı. Herkes cenazesini arıyordu. Sonraki günler biz ne yaptık? İsimle belli olarak gelen cenazelerin isim listesini kapıya astık. Kapıdan işte görenler o şekilde geldiler. Bulgular var ben bunları geçeceğim. İşte 916 taneyi biz Adli Tıp Grup Başkanlığı olarak yaptık. Diğerleri ilçelerde ve devlet hastanesinde yapıldı. Bunları geçiyorum. Öneriler kısmına geleceğim. İsteyen olursa bunları sonradan göstereriz.

1. Gün 138 Türkiye vatandaşı, 13 yabancı uyruklunun işlemlerini yapmışız. Şurada şöyle bir algı vardı o da gerçekte özellikle işte yabancı uyruklulara bakılmıyor da onlar sonraya bırakılıyor da öyle bir şey vardı öyle bir şey yok. Geldi, kim geldiyse biz ona baktık. Bu sol altta göreceksiniz fotoğraflar için özür diliyorum ama paylaşmak istedim birkaç tane. Sol altta göreceksiniz kişinin yarı bedeni var, kalça protezi vardı, protezde numarası vardı SGK'dan bunu elde edelim dedik ama ne hikmetse SGK verilerine bunu işlememiş. Sonra olay yerinden gelen polislere söyledik. Polisler bu bayanın olduğu binadaki 20 kişinin kimliğini tespit ettiler. Bunların hangisinin böyle bir ameliyat geçirdiğini Sağlık Müdürlüğünden aldılar. Sonra işte o bayanı bulduk ailesine teslim ettik.

Karışan 2 tane cenazemiz var. Sol baştaki bir doktor arkadaşın kayınbiraderi. Bu cenazeyi tespit ettik, aslında kimliklendirilmesini de yaptık. Muhtemelen yıkanma esnasında başka birisi aldı götürdü o cenaze yok. Sağ taraftaki de Malatya'da yıkılan bir otelin müdürü. Ordu'dan gelen ekip işte o söylediğimiz şey var ya bir an önce cenazemizi alalım, götürelim, defnedelim mantıkla otel müdürünü götürdüler. Ama parmak izinden cenazenin Malatya'da olduğu çıktı. Biz Ordu'ya gönderdik cenazeyi. O cenaze oradan geliyor. Onun şöyle bir hikayesi var fethi kabiri yapılıyor orada. Örnek posta aracılığı ile Malatya'ya gönderiliyor. Örnek gelmiyor. Başsavcı Bey beni aradı. "Hocam Diyarbakır'da tanıdıklarınız vardır sizin Grup Başkanlığında onlara söyleyin de acil çalışsınlar" dedi. Ben Eren Hocam ile konuştum. "Hocam yok, bize gelmemiş" dedi. Başsavcı Bey'i aradım. Başsavcım gelmemiş dedim, bir postaneye sorar mısınız dedim. Postaneye sormuşlar ki örnek orada bekliyor. Niye bekliyor? Bir haftadır bekliyor, düşünebiliyor musunuz o ailenin yakınlarını bir haftadır. Postane müdürü diyor ki Başsavcım siz gelen kolileri teslim almıyordunuz ya, bunu da göndermedik biz size. Böyle bir mantık işte onu da o şekilde çözdük.

Kayıp şahıs bunu bulamadık. Kimliği, cüzdanı her şeyi var bu şahıs yok, kayıp. Şöyle bir listemiz var Başsavcılık ve koordineli çalıştık. Ölenlerin hepsinin TC numarası, kimliği, vesaire vesaire onlar var.

En büyük sıkıntılar neler? Afeti yaşadık, biz de yaşadık. Kendi

yerimizde işlemleri yapamadık mevsim şartları kötüydü. İşte kriz merkezini ve afeti yönlendirecek kimse yoktu, iletişim sistemleri çökmüştü, malzeme temininde güçlük vardı, yabancı cenazeler vardı özellikle tercüman konusunda sıkıntılar vardı. Dilden dile yayılan haberler var klasik işte otelde bilmem kaç kişi varmış da bunlar hepsi bu şekilde ölmüş de abartılı şeyler geliyor. Sonra yazılı, görsel basın gelip sizden bilgi almak istiyor bununla birlikte yabancı basın yayın vardı içerde geziyorlar güvenlik olmadığı için sonra onları çıkarttılar. Bilgi istiyorlar sizden, bilgi vermeniz gerekiyor. Biz bilgi vermedik en iyisi Başsavcılık, Başsavcılık ile görüşün onlardan bilgi alın dedik.

Bir de bu var. Doğal ölümler geliyor afet dönemlerinde. Bunlara kim baksın? Biz mi bakalım? Sağlık Müdürlüğünün hekimleri mi baksın? Bence Sağlık Müdürlüğünün hekimleri baksın. Bizim baktığımız vakalar sonradan, tekrardan işte doğal ölümdü, listeden çıkartmak gerekiyordu. Birde onlarla uğraştık. Bunları geçeyim.

Kurum Başkanlığımızdan mobil otopsi salonumuz geldi, çadırlarımız falan kuruldu hava böyle soğuktu duvardaki donmuş suyu görüyorsunuz. Alanın etrafını çevirelim yetkili kişiler dışında kimseyi almayalım, cenazeler getirildiğinde teslim yerleri belirleyelim. Kimliklendirme işlemi o alanda başlanmalı, durumun ilk değerlendirmesi yapılmalı, cenazeler korunmalı, işte gerekirse yeni merkezler oluşturalım hemen çabucak.

Son sözüm; Adli Tıp Kurumu, Üniversiteler, Sağlık Bakanlığınca Acil Afet Eylem Planı hazırlanmalı. Komşu illerden ziyade, uzak iller eklenmeli. Niye? Elazığ depreminde biz komşu iller olarak gittik, deprem tek şehirdeydi çünkü. Ama bunda her tarafımız kapalıydı. Yani Maraş kapalıydı, Sivas yolu kapanmıştı, aşağıdan Hatay'dan gelecekti belki gelemediler, Antep'ten gelecekti gelemediler.

Özellikle Şube Müdürlükleri otopsi merkezi olacak şekilde planlanmalı. Çünkü belli olmuyor hayatın ne getireceğini bilmiyorsunuz. Hatta benim yeni bir önerim var artık. Otopsi salonlarının ve kimya laboratuvarlarının özellikle binadan bağımsız yan tarafta prefabrik ya da korunaklı bir alanda iki katlı maksimum olacak şekilde yapılması yani orada devam edebilelim. Büyük binaların altında olunca ne oluyor? İçeriye giremiyorsunuz, korkuyorsunuz.

Yine felaketi yaşayan bölgelerde en hızlı şekilde ihtiyaçlar belirlenmeli. Hocalarımız da söyledi Adli Tıp'ın bir tane kapşonlusu, bir tane sırt çantası içinde kişisel hijyen sağlayacak envanter diş macunu, diş fırçası. 10 gün aynı kıyafetlerle gezdik. Üzerimiz ceset kokuyordu. Diş macunumuz yoktu, diş fırçamız yoktu. Yani bunlar da bilerekten belki bir yere yardım yapılacaksa öncelikle de bunları yapılmalı ben teşekkür ediyorum.

Sağ olun.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Bir depremzede olarak yaşadıkları ile birlikte aktardılar tecrübelerini. Teşekkür ediyoruz.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Evet, şimdi değerli Uğur KOÇAK'ı sahnelere davet ediyorum. Kısaca özgeçmişini söyleyeceğim; kendisi 1994 yılında Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp bölümünden mezun oldu. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2000 yılında aile hekim uzmanı. 2004 yılında Adli Tıp Kurumundan adli tıp uzmanlığı belgesini aldı. Ulusal Yargı Ağı Projesi'nde adli tıp fonksiyonel kullanıcısı olarak, adli tıp modülünün gelişmesinde görev aldı. 2006 yılında Rize Adli Tıp Şube Müdürlüğüne tayin edildi. 2009 yılında Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalının kurucu üyesi olarak atandı. Kasım 2012 Kasım 2018 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Halen Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı öğretim üyesi olarak görev yapıyor. Hatay Adli Tıp Grup Başkanlığında 2. görevli olarak, adli tıp uzmanı olarak görev yapmaktadır.

Kendisi depremzede bir adli tıp öğretim üyesi gözüyle Hatay depreminden bahsedecek. Kendisinin bir alicenap geri bildirimden dolayı sunumundan önce teşekkür etmek istiyorum. Kendisi, bizi Antakya'da görmekten dolayı bir teşekkür yazısı yazdı bize. Aslında bu teşekküre hiç gerek de yoktu Hocam. Ben pazartesi günü sabah işe gittiğimde kapımda adli tıp uzmanlarım, bizi gönüllüyüz, bizi deprem bölgesine gönderin dediler, biz oraya koşarak geldik ve ekibimden saat fasılası ile ben de intikal ettim. Uğur Hocamla orada karşılaştık, kucaklaştık. Kendisine çok geçmiş olsun diyorum. Hala ailesi parçalanmış vaziyette ve hala Antakya'da bu zor coğrafyada görev yapmaya devam ediyor. Büyük bir gayret ve özveri ile buyurun Uğur Hocam.

Uğur KOÇAK (Konuşmacı):
Teşekkür ediyorum. Değerli katılımcılar, değerli vaktinizi ayırdığınız ve bizi dinlemeye geldiğiniz için öncelikle teşekkür ediyorum. Uzun yıllar önce adli tıp camiasına katılmam konusunda bana ısrarla teklifte bulunan kıymetli başkan Sayın Hızır ASLIYÜKSEK'e de bu konuda ayrıca teşekkür ediyorum.

Şimdi tabii söylenebilecek çok sözler var. Ancak ben formal bir sunum yapmak istemiyorum. Açıkçası arkadaşlar bu konuda gerekli istatistikleri ileriki sunumlarda da ayrıntılarıyla verecekler. Hatay Adli Tıp Grup Başkanımız size ayrıntılarıyla ölen sayılarını, kimliklendirilenleri, vesaireyi bunları size anlatacaklar.

Şimdi şöyle söz var halk arasında "öldürmeyen hastalık güçlendirirmiş" diye. Gerçekten de öyle oldu. Bu yaşadığımız büyük felaket aslında bize bir yandan Devletimizin ne kadar güçlü olduğunu, bir yandan da milletimizin ne kadar aziz olduğunu en azından bana gösterdi. Bunu çok eski zamanlardan beri bilmekteydim fakat bunu bir kez daha bizzat hani gözlemleme fırsatı buldum. Ondan dolayı milletimize de gerçekten bu alanda yapmış oldukları fedakârlıktan dolayı da özellikle teşekkür ediyorum. Her ne kadar bireysel manada oldukça özellikle şu son dönemlerde oldukça kriminal bir nitelik kazanmaya başlasak ta birlik ve beraberlik söz konusu olduğunda örneğin bir yardımlaşma, bir felaket söz konusu olduğunda ne kadar böyle tek bir vücut gibi bir araya gelerek ne kadar fedakârane davrandığımızı bizzat görme fırsatım oldu.

Şimdi depremle ilgili bireysel olarak herhangi bir fotoğraf almadım. Çünkü o an eşim ve çocuklarımla birlikte zaten depremden kurtulmuş olduktan sonra aklımıza gelebilecek tek şey kendimizi yani ailemi güvenli bir ortama ulaştırabilmekti. Bir taraftan gecenin karanlığında tabii ki doğal olarak çevredeki yıkımın henüz büyüklüğünün farkında değildik, diğer yandan da iletişim imkânları oldukça kısıtlıydı. Bulunduğumuz bina ağır hasarlı olmakla birlikte yıkılmamıştı. Dolayısıyla ne kadar karşı koymama rağmen eşim ısrarla tekrar bulunduğumuz daireye çıkarak çocukların üşümemesi, vesaire için bir takım battaniye gibi, vesaire gibi malzemeler aldı. Bir yandan da işte o deprem anında kaybettiğimiz telefonlarımızı, vesaireyi o yıkıntılar arasından bularak aşağıya indirdi. Çünkü altına sığınabildiğimiz herhangi bir yer kalmamıştı. Diğer yandan da Hatay'ın genelde iklimi yumuşaktır ancak o Şubat günü neredeyse kar soğuğu vardı. İnce ince hani karla karışık bir yağmur da yağıyordu.

Sonra tabii sizler, bunları yaşamayanlar belki televizyon, medya, vesaire aracılığıyla günlerce, belki haftalarca ne yaptınız gerek televizyondan, gerek sosyal medyadan izleme fırsatını buldunuz. Tabii bu da oldukça travmatize edici ama ne kadar travmatize edici olsa da bazı konuları ne yapmak gerekiyor? Tecrübe etmek gerekiyor.

Felaket kitleseldi derken az önceki slaytta yani çok geniş bir alanı etkilemişti. Dolayısıyla herkes sanki bir mahşer provası gibi kendi canının, bazen kendi ailesinin veya kendi ailesini güvene aldıktan sonra güvence altına aldıktan sonra da en yakınlarının sağlığının yerinde olup olmadığını anlamaya ve onlara yardıma koşmaya çalışıyordu. Kimse kimseye bir anlamda tanımadığı kimselere herhangi bir şekilde yardımda bulunma imkânına veya lüksüne sahip değildi.

Sayın Antalya Başsavcımızın konuşmasında ifade ettiği olayları evet biz yaşadık. Kendi canını kurtaran veya bir şekilde kurtulan depremzedelerin ilk olarak talep ettikleri şey yakınlarının ölü veya diri cenazelerine ulaşmak olmuştu. Ben tabii deprem sonrasında bu fotoğrafı veya bu görüntüyü gördüğüm zaman ilk başta şu noktadaki eli fark edememiştim. Ama bir süre sonra, artık internetten bu fotoğrafı bularak, büyüterek incelediğim zaman bunu fark edebilmiştim. Dolayısıyla tabii medyanın da bu konuda oldukça değişik bir algısı var. Pek de hoşuma gitmedi açıkçası. Günlerce televizyonlarda, şurada burada birtakım sosyal medya fenomenlerinin cenazesine ulaşılıp ulaşılamadığı işte ne zaman ulaşıldığı vesaire gibi konular paylaşıldı, bunlar gündeme getirildi. Açıkçası ben bu zatın ismini tanımıyorum, bilmiyorum kendisini zaten herhangi bir şekilde tanımıyorum, tanışıklığım yok.

Fakat yaşanan trajediyi veya dramı anlatmak neredeyse imkânsız. Tabii felaket kitlesel ama küçük çaplı da olabilir. Öyle değildi yıkım devasal bir boyuttaydı. Ben açıkçası çocuklarımızın daha fazla travmatize olmaması için şehir içerisinde herhangi bir gezintiye çıkmadım. Başhekim yardımcılarımız ile görüştükten sonra üniversiteye ulaşmak için Hatay'ı bilenler Antakya'yı bilenler bilir arada bir 18 kilometrelik bir mesafe vardı şehir merkeziyle. Ulaşmak için çıktım ancak orada da bir tedbirsizliğimizin kurbanı olduk. Pazartesi sabahı yolda giderken benzinimizi almak üzere kendimizi programlamıştık. Sarı ışık yanıyordu. Ne yazık ki dur kalklar yüzünden, çünkü inanılmaz bir şehirden kaçış vardı tıpkı filmlerdeki gibi. Uzaylıların saldırısında hani şehri terk etme sahneleri gibi bütün aracı olanlar arabası olanlar vesaire o kenti terk etmek için yollara düşmüştü. Dolayısıyla dur kalklar yüzünden yolun yarısında benzinimiz bitti ve herhangi bir petrol istasyonu da maalesef faaliyette olmadığı için bunu da anlamak gerçekten zor yani istisnasız hiçbiri, hiçbir şekilde çalışmıyordu. Evet, onlar da depremzedeydi, onlarda mağdur olabilirdi ancak hiçbiri istisnasız, hiçbiri ne benzin, ne mazot, ne başka bir yakıt vermediler.

Daha sonra bir gece evet araçta konakladıktan sonra bir petrol istasyonuna yakıt geldiğini duymam üzerine çeşitli yollarla ulaşarak yakıt temin ettik ve üniversitemize vardık. Dolayısıyla orada hocalarımızı görmek benim için son derece kıymetli bir andı. Daha sonra bu süreçte kendisi, ailemin de olduğunu görünce süreçte kendilerinin görev aldığını, artık benim ailemle ilgilenmemin daha yerinde olacağını ifade ederek bir anlamda beni özgür bıraktılar.

Ben birkaç küçük bilgilendirme, vesaire yaptıktan sonra şehirden ayrılmak üzere birtakım girişimlerde bulundum. Bu arada yine o esnada yanımıza kadar gelerek ihtiyaçlarımızı soran Başkanımıza ayrıca bu konuda da teşekkür ediyorum. O kadar yoğun iş yükünün ve inanılmaz bir programın içerisinde yine sağ olsun bizleri unutmadılar.

Şimdi hocalarımız sağ olsunlar bu konuda bir hayli ayrıntılı olarak sunumlar yaptılar ve yine yapmaya devam edecekler. Ben bu kadar yaşananlardan sonra böyle bir toplantının zaten konusu olması hasebiyle de bu felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi konusunda bizim ülkemizdeki yapılanma nedir mevzuat nedir diye bir araştırma yaptım küçük çaplı. Benim karşıma çıkanlar örneğin kitlesel ölümlerde Olay Yeri İncelemesi ve Kimliklendirme Şubesi adı altında Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Daireleri çatısında bir şubenin var olduğuydu.

Tabii sadece bununla bitmiyordu, yeterli olmuyordu. Böyle bir şubenin ve tüm Türkiye'de bildiğiniz gibi birçok bölgede Grup Başkanlıklarının bulunmasına rağmen ne yazık ki felaketin büyüklüğü nedeniyle biz Hatay'da hala fethi kabir yapmaya ve kimliklendirme işlemlerini yapmaya çalışıyoruz. Şimdi bir hayli sayıda, Hatay bölgesinin özellikle bir hayli sayıda hüviyeti meçhul dediğimiz cenazeler ortaya çıktı. Bunların bir kısmının aile yakınlarının tamamının ölmesi nedeniyle, bir kısmının o enkaz haline gelen binada geçici olarak konaklama yapması, yani misafirlik olabilir, otel olabilir ve diğer sebeplerle bulunması ve bundan dolayı da tanınmıyor olması nedeniyle, bazı durumlarda ceset bütünlüğünün bozulması nedeniyle ve diğer hocalarımızın da söylediği gibi insan hatası nedeniyle hüviyeti meçhul cesetler sorunuyla karşılaştığımızı ifade etmek isterim.

Bakın diyor ki Antakya'da kimliği belirsiz ölü sayısı 3.000'in üzerinde. Bu tabii ilk günkü haberlerden. Tarih 7 Mart bir ay geçmiş ama şu anda bu sayıyı bir hayli düşük sayılara indirmiş durumdayız Cumhuriyet Savcılığımızın ve Biyoloji Daire Başkanlığımızın, Kurum Başkanlığımızın çalışmaları ile bir hayli yüzlü sayılara inmiş durumda.

Felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi ile ilgili ben literatürü de taradım. Bu konuda yapılmış yüksek lisans tezine dahi rastladım. Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri şeklinde bir yüksek lisans tezi hazırlanmış ama 2014 yılında ve bu konuda birçok makaleler var biliyorsunuz yine adli tıp hocalarımızdan biri Sayın Hamit HANCI Hocamız bu konuda geçmişte kongreler dahi düzenleme aşamasına gelmiş. Ulusal DVI Kongresi düzenlenmiş vesaire. Ama baktığımız zaman bu konudaki literatürün ve çalışmaların 2015'li yıllarda bir anda bir noktada kesildiğini, artık tek tük böyle bir çalışma olduğunu ve gündemden düştüğünü gördüm. Maalesef bu bize tekrar, bu deprem bize bunu tekrar gündeme almamız gerektiğini ve bu konuda ciddi bir çalışma yapılması gerektiğini gösterdi.

Şimdi hedef tek olsa da hedefe giden yollar bildiğiniz gibi çok çeşitli olabilir. Biz hedefimize varmak için ne yapmalıyız? Mutlaka doğru olan yolu tercih etmeliyiz.

Şimdi bu kimliklendirme konusu sürekli gündeme geliyor. Bunu söyledikten sonra devamına fazla girmek istemiyorum. Şu anda kimliklendirme de bildiğiniz gibi DNA analizi, DNA profilinin çıkarılması, parmak izi analizi ve adli diş hekimliği yani adli odontoloji dediğimiz bir takım bilim dalları ve yöntemler var. Biyoloji Daire Başkan Sayın Alkan AYDIN'la konuşurken bana Adli Tıp Kurumunda yıllık 150.000 civarında DNA analizi yapıldığını ifade etmişti. İşte bu Hatay'daki depremde ve diğer bölgelerde de ilk etapta sanki altın standartmış gibi bir DNA örnekleme yöntemine, çabasına girişildiğini, ondan sonra da sürekli olarak bu alanda bir yatırım ve çaba içerisine girildiğini görmekteyim.

Şimdi hepimiz de biliyoruz ki DNA analizi bir takım özel donanımlar, özel personel ve özel yatırımlar gerektiren bir alan. Sözlerim yanlış anlaşılmasın. Bu kişisel veya sataşma veya eleştiri değil gerçekler. Şimdi dolayısıyla maliyetli mi? Evet özel araç gereç, donanım gerektirir, uzman personel çok sayıda gerektirir. Analiz süresi uzun mudur? Eğer çok basit bir takım acil analizleri yapmıyorsanız. Evet, kemikten veya başka bir takım dokulardan DNA elde etmek istiyorsanız evet. Dolayısıyla geçmişe dönük ülkemizde bir veri tabanı var mı? Kesinlikle şu an zaten mevzuatı bile söz konusu değil. Biz 2005 yılında Hollanda'ya gittiğimiz zaman adamların veri tabanı vardı, DNA veri bankası vardı, vesaire vardı. Şu anda bundan bile söz etmemiz söz konusu değil. Anında sonuç verir mi? Kesinlikle hayır. O halde bunu anlamakta güçlük çekiyorum. Adli diş hekimliği zaten ülkemizde adı var kendisi yok bir durumda. Üzerine kitaplar yazılan, vesaireler, vesaireler üzerine kongreler düzenlenen bir konuyu herhangi bir şekilde göremedik bile.

O halde parmak izi peki böyle mi? Hayır öyle değil. Çok basit bir kâğıt parçası ile ve birazcık da mürekkeple elde edilebilecek bir bulgu, bir veri. Veri tabanı zaten var ve bunun yanı sıra da çok rahatlıkla tüm Türkiye'de yaygın bir şekilde kurulu olan kolluk güçleri aracılığıyla rahatlıkla bu veri tabanında ne yapılabiliyor, kullanılabiliyor.

O halde bu konuda ben özellikle bir acil mevzuat değişikliği yapılması gerektiğini düşünüyorum. Bir fil hikayesi vardır. Herkes fili bir ucundan tutmuş, ondan sonra da farklı bir şekilde tarif etmeye çalışmış, kimisi yılan demiş hortumundan tutup, kimisi kulağından tutmuş. Bunun sona ermesi ve gerçekten de ülkemizin şartlarına uygun bir yeni yapılanma gerekli. Adli Tıp Kurumu bünyesinde olur veya AFAD bünyesinde olur, gruptaki bireylerin dahi birbirini yüz yüze tanıdığı ve anında iletişime geçebileceği bölgesel ve merkezi bir yapı şeklinde bir kimliklendirme birimi kurulması gerektiğini düşünüyorum.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Hocamıza teşekkür ediyoruz.

Ben Adana ile ilgili birkaç cümle etmek istiyorum. Adana göreceli olarak bu kadar yıkımı yaşamadı gözüküyor. Kendi merkezimizde 450 kadar ölümüz, çevreden gelenler ile birlikte 1.000'i bulan olgumuz söz konusu oldu. Şöyle düşünün bir anda kapasiteniz belli, otopsi masalarınız, sedyeleriniz dolu, kamyonetlerde cenazeler dışarıda bekliyor. Bu şekilde mezarlıklar, özel hastaneler ve devlet hastanelerine birden yüklenme oldu. Bu yüklenmede benim kendi yaşadıklarım içerisinde en olumsuz gördüğüm şey güçlü bir yapının olmamasıydı. Grup Başkanlığı büyük bir arazi içerisinde ve güçlü bir donanımda olacak ki böyle durumlarda araziye yayılıp, Hocalarımın anlattığı çadırların kurulabileceği, müdahalenin genişleyebileceği, gücün belirli merkezlerde toplanabileceği…

Çünkü bir müddet sonra kontrolün kaçtığını görebiliyorsunuz. Bir an önce cenazemizi bulup gömelim telaşıyla hareket edildiği ve bu baskı telaş görevlileri, cumhuriyet cavcılarını etkilediği için başında olamadığınız olguları kontrol edemiyorsunuz. Az önce onun için söyledim bu cenaze bizim deyip alıp götürüldüğünde bu sefer zincirleme, kimliği bilinmeyen cenazelere yol açıyorlar. Çünkü kendi cenazeleri değil aslında. Bu nedenle Başkanımız da uğraşıyor bu konuda, Adana'ya güçlü yeni bir Grup Başkanlığı ve benzer şekilde ihtiyaç bulunan yerlere öncelikle güçlü merkezlere ihtiyaç olduğunu söylemek istiyorum.

Mehmet Hocam bir şey söyleyecekseniz buyurun, sonra salondan söz alalım.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Ben de kısaca bir şey söylemek istiyorum. Biz Antakya'ya intikal ettiğimiz zaman, oradaki lokal arkadaşlarımızın bir şekilde depremde ölen kişilerin muayenelerini yapma ve kimliklendirme çabalarında olduklarını gördük. Aslında kendileri de bir depremzedeydi ama canhıraş şekilde olaya müdahale etmeye çalışıyorlardı. Biz intikal ettiğimiz zaman üniversite hastanesinde arkadaşlarımıza burada çalışmamaları gerektiğini söyledik. Çünkü onlar yasın ilk dönemi olan inkar ve şok dönemindelerdi.

Kübler 4'e ayırıyor yas sürecini. Eğer orada çalışmaya devam etselerdi bu yas süreleri normal yas sürelerini aşacak ve travmatik bir yasa dönecekti. Hatta oraya giden arkadaşlarımızın depremzede olmamasına rağmen belli bir zamandan daha uzun süre orada kalmaları durumunda sekonder travma söz konusu olacaktı. Bundan dolayı biz lokal arkadaşlarımızı hemen off haline getirdik. Zaten Adalet Bakanlığı da oradaki lokal savcılarımızı kendileri de depremzede olması nedeniyle Ankara'dan intikal eden savcılarımız lokal savcılarımızı da aileleri ile ilgilenmeleri için off haline getirdiler ve çok trajik sahneler vardı. Bu büyük millete, Türk Milletine Allah bir daha böyle bir acı yaşatmasın.

Biz çok olumsuzluklar dile getirmedik ama şunu gördük lojistik en önemli şey. Antakya Havalimanı ulaşıma kapalıydı ve gerçekten Uğur Hocamın dediği gibi ben Adana İncirlik Hava Üssünden 6 saatte AFAD'ın çakarlı araçlarıyla ancak Antakya Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi'ne ulaşabildim.

Dolayısıyla herkese büyük geçmiş olsun. Şimdi salona sözü vermek istiyorum.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Başar Hocam buyurun.

Başar ÇOLAK (Dinleyici / Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Öncelikle o bölgede çalışan herkese emekleri için teşekkür ederim. Samimiyetle de sorunları dile getirdikleri için de ayrıca teşekkür ederim. Ben de aslında 1999 depreminde Kocaeli'ndeydim ve benim de bir deneyimim oldu. O dönemde Başhekim Yardımcısıydım ve hastaneye gelen ölülerin hiçbir şekilde benim bilgim olmadan kimseye teslim edilmemesini söylemiştim. Ama artık hastanenin poliklinik binası taşmaya başlayınca, aileler isyana başlayınca ben hiçbir ölüyü görmeden aileler tanıdıklarını alsın dedim.

Şunu söylemek istiyorum bir kez yerelde çalışanların Mehmet Hocamın dediği gibi bu işi üstlenip yürütmesi çok zor bir şey. Ben bekardım öyle bir avantajım vardı. Hele çoluğu çocuğu olan insanların bu işi yürütmesi çok zor. Sonuç olarak pek çok insan kimliği belirlenmeksizin defnedildi. Bunların üzerinde

kıyafetler vardı ve Emine CEBECİ adında bir kadın yıllarca uğraşıp çocuğunun cenazesinin peşine düştü, bütün hastaneler morglar tarandı bulunamadı, mahkemeleri ikna edemedi en sonunda biz de gittik hâkimle konuştuk ve depremde hüviyeti meçhul kişilerin mezarların açılmasına kararı. İlk etapta 11 kişi çıkarıldı. önce aileden çocuğu ile ilgili bütün bilgileri sözel olarak almıştık. Mahkeme yine bizden sadece DNA örneği alın dedi. Biz hayır bütün kimliklendirmeyi yapmak istiyoruz, bütün cesetler çıkmalı dedik ve biz çocuğun şortundan ailenin verdiği bilgiler üstünden kimliğini belirlediğimiz de aile şunu bize söylemişti. DNA örneği alıp kimliğini belirlemiş olsaydınız Devlet beni ikna etmek için böyle bir yola başvurdu derdim ama siz bana çocuğumun şortunu gösterdiniz. Ben artık bunun çocuğum olduğuna ikna oldum ve bu 3,5 yıl sonra açılan mezarlardı.

18 yıl sonra tekrar başka bir olay nedeniyle mezarlar açıldı. Biz maalesef gittik yine benzer mezarları açtık. Açtığımızda incelediğimiz kemiklerle karşılaştık. Bir düzensizlik devam ediyor gidiyor. Biz başlangıçta o 11 cesedin kimliklerini belirleyelim demiştik.

Bir asker vardı, yakasında ismi var ama hüviyeti meçhul olarak defnedilmiş. Kıyafetlerin aileleri ikna etme açısından da büyük önemi olduğunu tekrar hepinize teşekkür ederim ama Hızır Hocam bir çalıştay düzenleyip bu emekleri bir yönetmeliğe dönüştürmeniz gerektiğine inanıyorum.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Gürsel Hocam sonra siz, sonra siz. 4 soruyla araya çıkalım buyurun Hocam.

Gürsel ÇETİN (Dinleyici / İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi):
Teşekkür ederim Sayın Başkan. Çok kısa konuşacağım. Şimdi 1999 yılındaki büyük depremde ben gönüllü çalıştım, gönüllü çalışan bir kaç kişiden biriyim. O zaman Kurum falan yoktu hocam, yani işin içinde Kurum yok çok hayret ediyorum sizi dinledikçe. Yani nezdinizde hem tüm camiayı kutluyorum. Yani çok büyük başarılar elde edilmiş. Teşekkür ederim. Hakikaten yoktu Kurum yoktu. Hiç girmedi işin içerisine. Bir şey dikkatimi çekti. 20 senede tabii ki çok şey kat etmişiz ama ülke olarak yani bazı sorunlar aynı duruyor. Yani orada anlatıyorlar, Çetin konuşuyor sanki ben 20 sene geri gittim de yaşıyorum diye. Yani o organizasyon denen şey var ya önce onun halledilmesi lazım. Önceden halledilmesi lazım. Çok daha başarılı olur. Teşekkür ederim.

Mehmet Sabri KILIÇ (Samsun Cumhuriyet Başsavcısı):
Samsun Cumhuriyet Başsavcısı Mehmet Sabri KILIÇ. Öncelikle bu güzel organizasyona ev sahipliği yapan Adli Tıp Kurumu Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK ve ekibine teşekkür ediyorum, şükranlarımı sunuyorum. Depremin 3. gününde Samsun'dan 6 cumhuriyet savcım, 6 zabıt katibi, teknisyenlerim, şoförlerim 18 kişilik bir ekiple 3. günün gece Adıyaman'a intikal ettik.

Gerçekten vardığımızda korkunç bir manzarayla karşılaştık. Sabahleyin mezarlıklarda, Mezarlıklar Müdürlüğünde ikinci ekip olarak ölü muayene otopsi işlemlerine başladık. Yani gerçekten anlatılmaz. Fazla vaktinizi almak istemiyorum. Büyük bir organizasyon bozukluğu vardı. Orada Belediyenin ekipleri var, Diyanetin ekipleri var, polislerimiz var, adli tıpçılarımız var, kriminal polislerimiz var, halktan gönüllü vatandaşlar var, AFAD ekipleri var. Ama hakikaten başlarında sorumlu bir kimse yok. Kime ne sorsan o diyor ki ben AFAD'danım, öbürü diyor ben belediyeciyim, diğeri diyor ben Diyanetin ekibiyim. Sanırım Erdoğan Hocam sordu o soruyu. Sorumlu kim olmalı? Ben o yörenin insanıyım, Urfalıyım 3 yıl da görev yapmıştım Adıyaman'da. Bölge halkı tarafından tanınıyordum, seviliyordum orada doğal olarak sorumlu konumuna geldim. Başsavcı olduğumu da biliyorlardı, ekibe de kendimi tanıttım, yönetimi ele aldım ve maalesef orada organizasyonu ben yönetmek zorunda kaldım.

Bunu niye arz ediyorum? Bana göre bir hukuki düzenleme yapılacaksa, mevzuata konulması gerekiyorsa bu tür afet durumlarında sorumlu kişinin mümkünse Cumhuriyet Başsavcısı veya Cumhuriyet Başsavcılığı Vekili. Bunlardan biri yoksa en azından Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından yetkilendirilen bir cumhuriyet savcısı olması gerektiğini düşünüyorum. Başka türlü işler aksıyor. Biz gittiğimizde maalesef bizden önce sayısını hatırlamıyorum Belediye Başkan Yardımcımız da oradaydı. Dedi ki Valiliğin emriyle cesetler kokmasın diye sizleri beklemeden, savcıları beklemeden defnettiklerimiz oldu dedi. Vahim bir hata.

Emeği geçen herkese teşekkür ediyorum. Deprem bölgesinde görev almış herkesin ellerinden öpüyorum. Gerçekten önemli bir görevi ifa ettiler. Ben ekibimle 5 gün dayanabildim. Çünkü hiç banyo yapamadık, gerçekten dişimizi fırçalayamadık, tuvalet ihtiyacımızı çok zor gideriyorduk bir saat araba gidip gideriyorduk. Afyon Başsavcımız Fatih KARABACAK, Başsavcım da aramızda o geldi ben görevi ona devredip Samsun'a döndüm ve daha sonra ikinci ekibimi gönderdim.

Şükranlarımı arz ediyorum hepinize.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Sonra son sözü size Anıl Bey'e vereyim. Özgür bey istedi, başka söz vermeyelim. Arayı da biraz kısa tutarız olmazsa.

İsmail Özgür CAN (Dinleyici / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi):
Dr. Özgür CAN. Üniversite öğretim üyesiyim aynı zamanda Adli Tıp Kurumunda ikinci görevim var. Ben de Maraş'a intikal ettim. Başkanımız aradı Hızır Bey aradı bizi de. Zaten ben o bölgedeyim bir sürü yakınımızı da kaybettik. Çok teşekkür ediyorum Maraş'ta özellikle şubedeki arkadaşlara da çok destek oldular tabii onların orada çalışması biraz sorunlu oluyor bir süre boyunca ama.

Benim aktarmak istediğim sadece şu Sağlık Bakanlığı ile ilgili bir şey yaşıyoruz. Bizim üniversitemiz örneğin Hatay'ı kardeş üniversite ilan etti. Oradan görevlendirmeler oldu, bizim asistanlarımız Hatay'a gitti ama onlar tabii oraya gittiklerinde ne yapacaklarını bilmiyorlardı. Orada kişisel tanışıklıklarla… Mehmet Hocayı tanıyorlar orada işte Mehmet TOKDEMİR Hocam sahip çıktı vesaire. Ama böyle giden bayağı oldu. Dekan beni aradı. Sen ne yapıyorsun? Ben seni Hatay'da görevlendirdim dedi. Ben, ikinci görevim var zaten burada görevliyim dedim. Allah Allah dedi, şimdi kimi görevlendirsek, vesaire orada asistanlarımız var. Sağlık Bakanlığı üzerine yapılan görevlendirmeler ile ilgili bir şey yapmak gerekebiliyor, ele almak gerekebiliyor ya da üniversiteler üzerinden diğer görevlendirmeler ile ilgili.

Teşekkürler.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Anıl Bey buyurun.

Toygün Anıl ÖZESEN (Dinleyici / Uzman Doktor):
Merhabalar ben Adana Grup Başkanlığında adli tıp uzmanı olarak görev yapıyorum. Biz İskenderun'a görevlendirildik. Hemen sabahtan gittik, yola çıktık. İki noktaya özellikle dikkat çekmek istiyorum. Bir, Başar Hocamın dediği gibi gerçekten kıyafetler önemliydi. Biz birkaç tanesinde ziynet eşyalarını bir şekilde çıkarıp o şekilde kimliklerini tespit ettik. Muayene tutanaklarına ne kadar imkânsız olsa da yazmanın iyi olacağı kanaatindeyim. Bir de bazı durumlarda maalesef inisiyatif almak gerekiyor. Mesela biz mezarlıkta kimsesiz cenazeleri gömmek için gittiğimizde bir savcı, iki tane katip, ben ve yanımda da bir tane de teknisyenim vardı ve cenazeleri yaklaşık 1,5-2 metre yükseklikteki soğutmalı dorseden indirmemiz gerekiyordu. Yaklaşık 30 kadar cenaze vardı ve herkesin acısı olduğu için kimse hiçbir şekilde yardım istediğimizde bir şey yapamadı. Bir tane görevli vardı mezarlıktan, o adam dedi ki ben çağırıyorum kimse gelmiyor. Orada gittim Diyanet Vakfından gelmiş olan arkadaşlar vardı dedim bir el atın, bir anda 8-10 kişi oldular ve hep beraber gerçekten cenazeleri indirdik definlerini gerçekleştirdik. Hani güzel bir şekilde çalıştık. Bazı durumlarda, olumsuzluklarda inisiyatif almak gerçekten bir organizasyon kurmak iyi olabiliyor. Bunu paylaşmak istedim.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Son sözü oraya verdik. Buyurun.

Fatih KARABACAK
(Afyonkarahisar Cumhuriyet Başsavcısı):
Ben de daha önce Adıyaman Başsavcılığım olduğu için deprem sonrasında Adıyaman'da görev talebim olmuştu. Başsavcılığımdan sonra 40 gün kadar Adıyaman'da görev yaptım. Tabii ben koordinasyonu sağlamakla görevliydim, hem olay yerindeki delillerin toplanması. Mesela olay yeri dediğiniz ne? Enkaz. Ne bilgi var elimizde? Sadece koordinat bilgisi var. Adreste kimler kalıyor? İşte bina sorumlusu kim? Oradan ne tür delilleri alacaksınız? Onlar bir problem.

İkinci problem konumuzla ilgili kimliklendirme konusu. Mehmet CENGİL Hocam sağ olsunlar. Adıyaman Adli Tıp Kurumunda görevliydi o zaman. Zamanında da çalışmıştı, hem depremzede olmasına rağmen orayı bırakmamış, Başsavcımla beraber benden sonra da devam etti, çok güzel bir sistem kurmuştu. Burada gördüğümüz ben daha sonra toparlamak zorunda kaldığım için kimliklendirme konularında, kimlik tespit tutanaklarında ne kadar detay varsa biz o kadar rahat ettik. Çünkü yazım hatalarından, insan hatasından kaynaklı yanlış vefat girimleri olmuştu. Kimlik tanığını ölü gösterilmiş, bir yerdeki idare görevlisi dahi, bir kamu görevlisi dahi ölü gösterilmiş, acele edilmiş kimliklendirme de istihbari bilgilerle kayıtlar tutulup o kayıtlar üzerinden yanlış kişilerle ilgili bildirimler olmuştu bir 40 gün civarında bunu toparlamakla da ilgilendik. Sonunda muvaffak olduk. Oradaki esas temel şeyimiz bizim gördüğüm kadarıyla yani düzgün bir format, bir form üzerinden işlemler yapılsaydı bu kadar sıkıntılı bir şeye girmeyecektik. Ama en önemlisi orada CENGİL Hocamın adli tıp uzmanımızın başından beri işin içerisinde olması, hafıza olması tereddüt ettiğimiz yerlerde ona sorup, ondan aldığımız bilgilerle verileri toplayıp düzeltmemizdi. Bildiğim kadarıyla Adıyaman'da birkaç tane kimliği meçhul kalmıştı. Son durumu bilemiyorum, kalmamış da olabilir. Kalmadı değil mi? Yani bu gerçekten de adli tıp uzmanlarımızın o sahadaki hâkimiyeti sayesinde oldu. Ben de teşekkür ederim.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Oturumu sizinle kapatalım Sait Hocam.

Sait ÖZSOY (Dinleyici / Ankara Adli Tıp Grup Başkanı):
Teşekkür ediyorum. Dr. Sait ÖZSOY Gülhane Adli Tıp öğretim üyesiyim aynı zamanda Ankara'da Grup Başkanlığı görevini ifa etmeye çalışıyorum. Bu deprem felaketinde tüm arkadaşlarımıza gerçekten Başsavcımızın da söylediği gibi ne kadar teşekkür edilirse azdır. Ancak bu kadar emeğin sözü uçar yazı kalır burada işte 2023'te konuşuldu. Allah korusun yarın, öbür gün bir daha olursa birilerine en azından kayıt altına alınıp, bilgilendirilmesi için en azından bu Kongre dışında bu depremle ilişkili olarak tecrübelerin bir kitapçık haline getirilmesini ben arzu ediyorum. Özellikle de Biyoloji ile ilgili yaşanan ekstrem felaketler, ekstrem problemler var. Onların da bir sonraki aşamadaki olası durumlarda yardımcı olması adına yine kayıt altına alınması için bir kitapçık haline getirilmesini öneriyorum.

Bir diğeri de ne kadar uğraşılırsa uğraşılsın bu tür felaketlere insanlar hazırlanamaz ama askerliğin klasik bir sözü var "Barışta ter dökmeyen, savaşta kan döker." O nedenle bizim belki bu konuda tecrübeli bazı kurum, kuruluşlarla oradaki tecrübe kazanmış arkadaşların tecrübelerini karıştırarak bir açık alanda kısa süreli de olsa yaşayabilecek işte bir kamp hayatını alıştırabilecek eğitimleri adli tıp tecrübesi ile birleştirerek bir organize organizasyonda yapmamız gerektiğini düşünüyorum. o nedenle tekrar hepinize teşekkür ediyorum. Ellerinize sağlık.

Erdoğan KARA (Konuşmacı):
Hocam, ben son kısa olarak, birkaç toparlama açısından konuşmak istiyorum. Biz aslında DNA'yı öncelemiyoruz. Adli tıp olarak biz DNA yapabildiğimiz ve parmak izi yapmadığımız için DNA bizim ilk refleksimiz oluyor ama normalde Türkiye'de 65 milyona yakın -kamptan dolayı biliyorum bu verileri de- parmak izi veri tabanı var. Önce parmak izidir her zaman için kimliklendirmede birinci öncelik maliyet açısından, direkt kişiyi göstermesi açısından, vesaire vesaire. Sonra DNA'ya geçer. Ama DNA örneğini bulundurmanız yarın bir gün bir sürü fethi kabirin önüne geçecek sadece bir reflekstir. DNA örneğini almanız illa mahkeme kararıyla çalıştırmanızı gerektiren bir şey değildir. Saklarsınız gerekli halinde bunları çalıştırırsanız.

Bir de son olarak, TAMP'ta bence üniversitelerin de birazcık dâhil olmaya çalışması gerekiyor sadece Adli Tıp Kurumunun burada yapması da yetmiyor belki bir yere kadar. Çünkü TAMP'ın altında, yani TAMP'ın şemasında biz defin grubu altında görünüyoruz. Bizim mesleğimize bakış açısı bu, bence biz ölü gibi görünüyoruz. Biz defin grubu altında olamayız. Hiçbir şekilde bizim sadece amacımız gömmek değil, yaşatmak olacak ya da işte kişileri tespit etmek olacak. O yüzden kimliklendirme çok ayrı bir gruptur. Defin grubunun altından çıkarılması gerekir. Bunu 4-5 yıldır dile getirmemize rağmen bizim söylediklerimizin bir yerden sonra işleme konulamaması sorun. Yani altta çok fazla çalışıyoruz doğru, reflekslerimiz kuvvetli ama yukarıda bunları böyle gerçekten uygulanabilir şekilde şematize edecek irade yok.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
İlk oturum için teşekkür ediyoruz.
Arayı 15 dakika tutabileceğiz.

3. GÜN
2. OTURUM

KİTLESEL FELAKET VE KİMLİKLENDİRME

2. OTURUM

KİTLESEL FELAKET VE KİMLİKLENDİRME OTURUMU

2.OTURUM



Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Söz almak isteyen arkadaşlarımız var. Tabii ki bu süreç içerisinde yaşanan aksaklıklar oldu. Bunların bir kısmı dile getirildi. Ama bir kısmı da tam olarak dile getirilmedi. Bunları da tartışmak zorundayız ve bir sonuç bildirgesi çıkarmak zorundayız. Gerçekten Hocaların dediği gibi Gürsel Hoca'nın da dediği gibi biz bunun için ayrı bir toplantı yapmak ve bir daha ülkemizin yaşamasının temenni etmeyiz ama böyle bir felaket yaşandığı zaman en azından organizasyon açısından neler yapılması gerektiğini tartışmamız lazım bu açık. Tabi ki ben bu süreçte çok fazla duygusal durumumuzdan dolayı çok eleştirel yaklaşamadım olaylara. Çünkü çok acı olaylar, trajik olaylar yaşadık orada. Hep iyi şeyler aklımıza geliyor ama kötü şeyleri de yok saymamak lazım.

Özellikle lojistik açısından ve adli tıp uzmanlarının çalışma şartları açısından birtakım iyileştirmeler yapılmalı ve dediğim gibi entegrasyon, üniversite ve Adli Tıp Kurumu entegrasyonu konusunda bazı gayretler gösterilmeli. Ben intikal ettiğim gün, benim ekibim oraya benden saat farkı ile intikal etmişti ve kendileri Antakya'da idi ve gerçekten sahne çok kötüydü. Elektrik yoktu, su yoktu. Benden gelirken sigara ve su istediler. Durum o kadar kötüydü. Beni gördükleri anda, ben de askeri uçakla gittim ve çok mutlu oldular. Hocam sizi görmek bize çok iyi geldi dediler. Bu hususta özellikle de Sayın Kurum Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK'e teşekkür etmek isterim, onun bizi orada ziyareti de hepimize iyi geldi.

Yanımdaki Oturum Başkanım Necmi Hocama da ayrıca bir teşekkür etmek istiyorum. Çünkü kendisi Adana Grup Başkanı olarak her aradığımızda bize yardımcı oldu. Çünkü biz otopsi yapılması gereken cenazeleri Adana Grup Başkanlığımıza göndermek durumundaydık. Herkes depremde ölmüş değildi arkadaşlar, bir de iş kazaları ve şüpheli ölümler vardı. Yanan cesetler vardı. Hassaten kendisine bütün bölgedeki bu şüpheli ölümlerin otopsisi için gönderilen vakaların otopsisini kısıtlı imkânları ile yapmış olmasından dolayı teşekkür ediyorum.

Şimdi Hocam konuşmacıların özgeçmişini okuyarak kendilerini sahneye davet edeceğim. İkinci oturumun ilk konuşmacısı uzman Dr. Murat KAMALAK, 1984 Kahramanmaraş doğumlu. 2010 Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu. 2 yıl acil uzmanlığı asistanlığı sonrası Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 2017 yılında adli tıp uzmanı oldu. 3 yıl Muş ilinde adli tıp uzmanı olarak çalıştıktan sonra 2020 yılından itibaren Kahramanmaraş Adli Tıp Şube Müdürlüğü olarak çalışmakta. Buyurun Hocam.

Murat KAMALAK (Konuşmacı):
Sayın Başkan, Sayın Başkan Yardımcılarım, değerli hocalarım, Adalet Bakanlığının değerli üyeleri, Adli Tıp Kurumunundan çalışkan arkadaşlarımız, hepinizi saygıyla selamlıyorum ve burada olmayıp da emeği her yerde görünen, 18. Adli Tıp Günlerinde emeği geçen bütün arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Benim ismim Murat KAMALAK. Kahramanmaraşlıyım, annem 8 kardeş babam 14 kardeş. Bunun niçin söylüyorum yani küçük bir aşiret gibiyiz aslında ve 6 Şubat depremi bize hakikaten aile olarak bayağı vurdu. Yani 2011 yılında düğünüm olmuştu, o kişilerden 100 kişiye yakınını kaybettim.

Değişik bir dönem geçirdik. Buraya sizinle dertleşmek için geldim. Derdimi biraz anlatmak istedim, neler yaşadık, nelerimiz eksikti, nelerimiz fazlaydı. Fazlamız yoktu. Hep eksiğimiz vardı aslında. Hakikaten Adli Tıp Kurumunun bir üyesi olduğum için çok gururlu olduğumu söylemekten çekinmiyorum. Bunun sebebini birazdan anlatacağım.

Dediğim gibi saat 04:17'de korkuyla, duvarların çatırdama sesi, büyük bir uğultu ile uyandık. Uyandıktan sonra tabii ki çocuklara ulaşmaya çalışıyoruz. Yataktan kalkamıyorsunuz.

Yataktan çocuğun bağırma sesiyle kalktık. Ara koridorda buluştuk. Sürünerek odaya geçebildik. Çünkü yürüme imkânı yoktu. Orada birbirimize sarıldık. Bu süreçte yaşam üçgeni falan aklımıza gelmiyor doğru söylemek gerekirse, gelene helal olsun diyorum. Biz ailemizle helalleştik, bugün buradan çıkış yok dedik. Eşim bana, ben eşime hakkımı helal ettim. Çocuklarımızı kucağımıza aldık. Depremin bitmesini bekliyoruz. 90 saniye ne kadar uzun olabilir biz deprem esnasında anladık. Dedik yani herhalde son günümüz, şehadet getirmeye başladık. Buradan çıkış yok. Sonuçta rahatladı 1,5 dakikayı sadece duvarımızdaki kitapların devrilmesi ile atlattık. Allah'a şükür atlattık ve aşağı indik arabaya bindik.

Çok şükür bende bir özellik vardır. Arabam yarım deponun altına düştüğü zaman ben tamamlarım. Ne olur ne olmaz diye bir prensip halindeydi. Arabaya bindik. Yola çıktık. Tabii yolda binlerce araç ama hiç korna sesi gürültü sesi yok, insanlar dışarıda duramıyor, aşırı bir soğuk var. Ben böyle bir soğuk görmedim, yani depremde ölmesek dedik dışarıda öleceğiz Allah'tan arabamız vardı, arabaya bindik. Arabası olmayanlar arabalara alınıyor, komşular birbirlerine yardım ediyor. Tabii ki hemen ailemize ulaşmaya çalıştık çok şükür anne, baba, kardeşlerimin iyi olduğunu haberini aldık.

Radyoyu açtık. Radyo dinliyoruz. Sürekli Antep, Diyarbakır, Malatya, Adana, Osmaniye cevaplıyor. Allah'ım dedim Hatay ve Maraş'tan hiç cevap yok. Herhalde yerle bir olduk. Sonra hava aydınlanmaya başladı. Göz gözü görmeye başladı. Biz anne babamızı görebileceğimiz yerlere gittik, onlar kardeşimle beraberdi. Bir sitenin yanına vardık, üç bloklu bir site. Benim kuzenimin olduğu siteydi orası. Babam orada bir şeyler yapmaya çalışıyor. Annem de bir şeyler yapmaya çalışıyor. Sitenin ortadaki bloğu çökmüştü. O site benim kuzenimin sitesiydi ve ayrıca babamın kuzeni de o sitedeydi. 9 tane akrabamı o sitede kaybettim.

Eşime söyledim artık bu bir görev meselesi değil bu bir vatan meselesi, şu an acımızı unutmamız gerekiyor. Siz dedim benimle gelin. Güvenli bir yer yok çünkü herhangi bir yerde bırakamayız. Siz dedim benimle gelin. Morgun önünde bir otoparkımız var, etrafı müsait. Oraya onları arabanın üstüne bıraktım. Dedim benziniz ne kadar yeterse açın ısının. Herhalde Devlet bir şekilde bize ulaşır dedim. Allah'ın izniyle onları oraya bıraktıktan sonra geldim bir tane savcımız vardı, onunla konuştuk. Sonra Hızır Başkanıma ulaşmaya çalıştık. Ömer Başkanıma ulaşmaya çalıştık. Onlara durum hakkında bilgi vermeye çalışıyoruz ama durumun biz de tam farkında değiliz..

Cumhuriyet Başsavcım geldi. Allah razı olsun ondan, Sedat KOÇAK şu an Trabzon Başsavcısı olarak atandı. Yaklaşık 8-10 kişi savcılarımız geldi. Onlarla toplandık nasıl yapalım, hemen bir ölüm belgesi, defin ruhsatı ayarlamaya çalışalım. Onun bile hazır olması çok iyi olurmuş, yaklaşık bizim 40 dakikamızı aldı. O 40 dakikada morgda yaklaşık 200'e yakın cenaze birikti. Biz toparlandık, hemen katip yok dediler, nasıl yapacağız? Savcı arkadaşlarımız yazacak. Muayenesini yapacağız, muayene sonucu yazılacak başlayacağız. Onlar tamam dedi. Biz işte cenazeleri çekiyoruz, bu arada biz orada 3 adli tıp uzmanıyız, 2 teknisyenimiz var, 3 tane morg görevlimiz var. Yukarısı, morgun üstü acil, acilden sedyelerle, her sedyenin üstünde 5 tane, 6 tane, 8 tane cenaze geliyor sürekli. Orada bir grup arkadaşlarımız sadece bu ölmüş, bu yaşıyor, bu ölmüş ayrımı yapıyordu. Biz tekrardan başladık, yapabildiğimiz kadar yapalım dedik. Yani ne olur ne olmaz, işte defin ruhsatına başladık. Başladık tabii, açıyoruz kuzenimin çocuğu diş hekimi Şeyma, dedim. Tamam devam edelim açıyoruz kuzenimin çocuğu Muhammed, devam edelim açıyorum. Salih abi, devam edelim açıyorum onun 3 tane çocuğu, devam edelim eşi, devam edelim. Çünkü durursak devam edemeyeceğiz.

Tekrardan bir sallanmaya başladık. Yani kendimizi dışarı nasıl attığımızı bilmiyoruz. İlk olayın zaten şokunu yaşamışız. Artık bir arabaya tutundum arabayla ben gidiyorum. Depremin şiddeti o kadar büyük...

Sonra tekrardan Başsavcımla görüştük. Başsavcım dedim yani cenazeleri tekrardan dışarı çıkartmamız lazım. Zaten personelimiz yok. Kişi sayımız eksik. Kafamız ne kadar sağlıklı olabilir siz düşünün. Ölü muayenesine devam ettik. Adli Tıp Kurumunun bir üyesi olmamı şu yönden seviyorum; orada sadece Adli Tıp Kurumunda çalışan arkadaşlar geldi bize yardıma. Diğer arkadaşlara da üniversitedeki ve Sağlık Bakanlığı arkadaşlarına ulaşamadım. Adli Tıp Kurumuna hakikaten diyorum şu an yüzü burada olduğu için övmek ne kadar doğru olur bilmiyorum ama başta Hızır Başkanım, Ömer Başkanım, Bestami Hocam, Çetin Hocam, İsmail Hocam, Özgür Hocam, Mehmet TOKDEMİR Hocam Allah razı olsun, onlar geldikten sonra biz nefes almaya başladık.

Yaklaşık 2 gün biz böyle devam ettik zaten. Akşam oldu. Akşam bize haber geldi kütüphanede yaklaşık 200 cenaze var. O sırada Kayseri'den 3 tane arkadaşımız gelmişti. Onlarla beraber kütüphaneye gittik. Kütüphanede tabii elektrik falan yok ışık yok Başsavcımla görüştüm. Allah razı olsun Ankara Emniyet Müdürlüğü ekipleri gelmişti bize hemen bir jeneratör ayarladılar. Orada projektör ile biz yaklaşık 200'e yakın muayene yaptık. Gece saat 2,5 sıraları olmuştu artık düşünün yemek falan yok, içmek yok. Başsavcım biz tamamız. Çünkü istesek de devam edecek durumda değiliz. İşte tekrar geldik arabalara geçtik arabalarda uyuyoruz. Allah razı olsun tekrardan Adli Tıp Kurumunun güzelliği diyorum.

Arkadaşlar telefon açıyorlar: "İhtiyacınız ne?" Bu arkadaşlar bize yemek getirdi, ısıtıcı getirdi. Benzin getirdi, iç çamaşırı getirdi. Yani Adli Tıp Kurumunun bir üyesi olmanın bu kadar gurur verici olacağını ben hiç düşünmüyordum. Başkanım nezdinde hepsinden Allah razı olsun. İyi ki varlar. Çok teşekkür ediyorum. Dediğim gibi sonra Ömer Başkanım geldi. Güneş doğmuş gibi oldu benim içime onu söyleyebilirim. Çünkü planlamayı artık o devraldı.

Ömer Başkanımla şöyle bir olay yaşadık. O gün benim dayımı enkazdan çıkarttılar. Yani iki dayım iki yengem enkazdaydı. İşte yaklaşık 10-12'ye yakın kuzeninin, kuzenimin çocukları enkazdaydı. Dayımı çıkarttılar. Kapıçam Mezarlığı'na varmıştık. Orada yaklaşık 1500 civarında cenaze vardı. Ben dayımın başına oturdum, defin ruhsatını kendim düzenledim, kimlik tanığı kendim oldum ve duasını okudum. Annemlere söyledim artık siz defnedin. Bizim durmak gibi bir şansımız yok. Çünkü cenazeyi alan insanların cenazesinin sahip olmanın ne kadar mutluluk verdiğini, bir mezarın başına gidip de ziyaret edebilmenin ne kadar güzel olabileceğini ben bir adli tıp uzmanı olarak böyle dua alacağımı hiç düşünmüyordum. Doğru söylemek gerekirse yani adli tıp uzmanı ne dua alabilir diye düşünüyordum. İnşallah bir daha böyle bir dua almayız.

Sonra Mehmet TOKDEMİR Hocam geldi -anlatacak çok şeyler var, kısa kesmek istiyorum- dokuzuncu gündü benim kuzenim enkazdan çıkarıldı. Sağ çıktı çok şükür dokuzuncu gün sağ çıktı. Biz mucize olarak görüyoruz. Sol kol ortadan ampute edildi. Sağ parmaklar distalden ampute edildi. Sol ayakta da düşük ayak mevcut, yaşıyor çok şükür, yemeğini yiyebiliyor. Bir yemek yiyecek elinin olmasının ne kadar büyük nimet olduğunu, gören gözlerin olmasını ne kadar büyük nimet olduğunu gördük, hala Çam Sakura Hastanesinde tedavisi devam ediyor.

Anlatacak çok şey var da ben burada kesmek istiyorum. Dinlediğiniz için çok teşekkür ederim. Resim falan koymadım. Artık resim görmek, enkaz görmek hakikaten kaldıramıyorum. Lütfen kusurumuza bakmayın.

Teşekkür ederim.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Sevgili Murat KAMALAK'a teşekkür ediyorum.

Tabii benim de anekdotum var Murat'la ilgili. Ben asistanlığından beri tanıyorum kendisini. Sunumun başında da söyledim; lokal ilgililerin bir felaket durumunda olaya müdahale etmesi lazım. Bizler oraya kavuşana kadar sevgili Murat orada çok büyük çaba sarf etti ve birçok yakınının muayenesini yapmak zorunda kaldı. Biz kendisine burada olmaması gerektiğini söylememize rağmen kendisi büyük alicenaplık ve duyarlılık gösterdi. Bir türlü kendisini uzaklaştıramıyorduk çalışma alanımızdan. En son yine gönderdikten sonra kendisi gönüllü olarak geldi ve benimle birlikte bu nöbet çizelgelerini bilgisayarda düzenlerken en son bahsetmiş olduğu kuzeni yaralı bir şekilde göçükten çıktı. Dedim Murat ne yapıyorsun sen burada git lütfen.

Dediğim gibi bu yas süreci kendisini çok etkilenmiş görüyoruz, sürecin travmatik yasa dönmemesi için ve yas sürecinin normal bir şekilde bir yılda tamamlanması için insanların sekonder bir travmaya maruz kalmaması lazım. Umarım kendisi bundan sonraki hayatında sağlıklı bir yaşam sürer. Bu çabaları için de ben de çok teşekkür ederim. Kendisini tanımaktan ayrıca onur duyuyorum ve o günden sonra da sık sık Murat'ı arıyorum. Görüşüyoruz. Buyurun Hocam.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
İkinci konuşmacımız İsmail ÇOBAN, 1973 yılı Balıkesir doğumlu, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 1999 yılında mezun, 2009 Adli Tıp Kurumunda uzmanlık eğitimine başlayarak 2013 yılında adli tıp uzmanı unvanını aldı. 2013-2014 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulunda görev aldı. 2014 yılından sonra ise İstanbul Morg İhtisas Dairesinde Kitlesel Ölümlerde Olay Yeri İnceleme ve Kimliklendirme Şube Müdürü olarak çalışmakta. Buyurun Hocam.

İsmail ÇOBAN (Konuşmacı):
Kıymetli Başkan, değerli hazirun, evet şu anda Otopsi Şube Müdürlüğüne vekalet etsem de asaleten morgda İsmail abi olarak çalışıyorum.

Tecrübelerimiz çok. Asistanlığımdan beri, Mavi Marmara'dan başlayarak, Soma maden kazası ve bugüne kadar olan olaylar.. Çok tecrübe edindik. Bundan 1 yıl önce takvimi geri sararsak Amasya maden kazasına gittim, daha sonrasında bu felaket oldu ve bu felaket olduğunda ilk anda kendimde sahaya gidecek o cesareti bulamadım. Sağ olsun, Sayın Başkanımız görevlendirdi ama aslında görevlendirme değil. "Gider misin?" diye sordu. Burada kendisinin yüzü olduğu için söylemiyorum. Kendisi bir dönem üstümdür benim Cerrahpaşa'dan. Bu önemli bir hadisedir. "Gider misin?" sorusu.

Yaşanmış ve duyduğumuz DVI süreçlerinde personelin göreve gitmesi açısından Endonezya Banda Ache depreminden; Alman ekibi üyesi havaalanına iniyor ve ben burada çalışamam deyip tekrar ilk uçakla geri gönderiyorlar. Kendi açımdan çok şey gördüğüm için bende de bu ruhumda birtakım travmalar ve yorgunluklar yarattı. Ben ilk anda gidemeyeceğimi hissettiğim için Sayın Başkanın "gider misin" sorusu karşılığında gitmeyeceğimi söyledim, peki ne yaptım koordinasyonda kaldım. Bizim bir kriz masası odamız var. Adli Tıp Kurumunda koordinasyonda kaldım. Adli tıp uzmanlarının ATUD üzerinden listeleri hazırlandı, Murat Hoca üzerinden gönüllü, atanamamış otopsi yardımcılığı öğrencilerinin sahaya gidişlerini planladık, onları saha ile irtibatlandırdık. Tabii bu süreçte meslektaşlarımla hoş olmayan konuşmalarımız da oldu. Adli Tıp Kurumu niye bize yazı yazmıyor, niye istek yapmıyor şeklindeki soruları ile karşılaştım.

Demek istemem ama asi konuşmayı da sevmem, görüntülerin şu anda Gazze'deki görüntülerden bir farkı yok. Savaş vardı orada, bir önceki oturumda Hocamız anlattı. Evet, Çanakkale ruhu gerekiyor. İşte asistandan kim sorumlu olacak, başına bir iş gelirse… Biz YÖK'e yazı yazmadık ama Düzce Üniversitesindeki Hocamız, ikiz hocalarımız var biliyorsunuz onlar direkt bana ulaşarak; biz rektörlükten böyle bir yazı çıkardık, bunu isteyen üniversitelere gönder dediler. Bir sıkıntı olmaz, sahaya gidelim, diye benle irtibat kurdular. Bora BÜKEN Hocamız koordinasyonunda asistanları ile sahaya gittiler. Ben de sonradan sahaya gittim. Murat KAMALAK burada, bir adli tıp uzmanının bir ömürde göreceği hadiseyi ve travmayı bir günde yaşadı. Kendisine bir kez daha geçmiş olsun diyorum.

Bir film hazırladım ben ve birkaç tane slaytım var. O filmde de İzmit'ten Başar Hocamızın dediği gibi biz bu işte ne kadar ileri gittik, geçmişten günümüze neler başardık, neleri değiştirebildik?

Marmara depreminden sonra bunu yaşadık bunun görüntüleri var. Acaba ne kadar ileri gittik? Tek gördüğüm ceset torbamız artık var. Fotoğraflardan kimliklendirme yapmıyoruz. Yeni kimliklere geçtiğimiz için de parmak izi kaydımız var. Parmak izinden çok rahat kimliklendirme yapabiliyoruz. Burada sayın Adalet Bakanlığı mensuplarımız hâkimlerimiz savcılarımız var. Adli tıp uzmanının söylemesine rağmen cesetlerden örnek alınmasına niye direnç gösterildi bunu anlamış değilim. Belki hukuk eğitiminde; bize misafir olarak gelen hukuk öğrencileri ya da aday savcılarımıza; morga geldiklerinde ben bu konuyu bizzat söylemem gerekiyor. Böyle definin, öyle fethi kabri olur mantığı gelişiyor örnek alınmazsa. Çünkü bir havuz oluşuyor. Örneğin köyde cenaze evet tanınıyor. Baba gömülüyor. Ama oğlu Maraş'taki Ebrar Sitesinde ölmüş ve kimliği tespit edilememiş ve gömülmüş, karşılaştıracak bir örnek olmadığında hukuki açıdan hüviyeti meçhul kalarak hak kayıplarına yol açıyoruz.

Evet, bu sununun benzerini asistan arkadaşlarıma sundum, felaket öncesi biz ne yapıyoruz? Burada iğne çuvaldız olarak gitmek istiyorum. İğneyi kendimize batıralım, çuvaldızı otopside elimize baktığında çok acıtır. Felaket öncesinde ne yapıyoruz DVI sorumlusu olarak Kurum'da bir şeyler yapmaya çalıştım, bizim taşıyıcı sistemlerimiz var. Bu filmde bunu da gösteriyorum, ben bu depreme gitmeden önce bu malzemelerin AFAD'a verilmesi taraftarıydım. Çünkü ben adli tıpçı olarak sahaya elimde çantam, işimi yapacak bütün sistem kurulmuş, yatacak yerim hazır olarak gitmek istiyordum. DVI kılavuzlarında da bu böyledir. Şunlar şunlar sistematik olur, şemalar çizilir. Ama hepsi çöp. Kılavuzların hepsi çöp. Sahada öyle değil. Evet, onlar bir yazılı metin olarak kalmalı ama bunu tatbikata dökmezseniz, planlamazsanız ve bunu tatbikat etmezseniz hepsi çöp. Öncesinde ne yapacağız? Şu anda otopsi müdürüyüm ama genç uzmanlarıma, asistan kardeşlerime tecrübe aktarmaya çalışıyoruz, keşke personel sayımız yeterli olsa, rutin otopsiler dışında da bunları yapabilsek.

Evet, öncesinde felaket personeli planlaması. Bizim adli tıp otopsi şubesinde, şu anda 'ha' dediğinde bir felaket olduğunda, geçen gene kongreden önce bir grup kuruldu Bestami Hocam falan... Ben mesaj attım bir şey mi oldu. Çünkü öyle refleksle davranıyoruz ama personel planlamasında sahaya gidecek adam listemiz belli değil. Rutin otopsileri döndürüyoruz. Bu liste belli değil. Malzeme setlerini hazır tutuyorum ben. İşte 10-15 yıllık tecrübeden sonra, 50'lik setlerimiz var. Onların içerisinde hazır tuttuğum malzemeler var. Bir felaket olduğunda o çantaları alıp hemen yola çıkabiliyoruz. Ekibimizi kurduktan sonra. Gerekirse sahada arazide çadırda ve konteynerde kalınacak çadır ve uyku tulumlarımız yeterli sayıda yok şu anda.

Kıyafet birlikteliği çok önemli, eski asker olduğum için kıyafet varsa bir yere gittiğinizde toplu yerlerde tanınıyorsunuz bu önemli. Ben Şube Müdürü olduğumda jest olarak kendi personelime hudi denen üzerinde Adli Tıp Kurumu ve logosu olan kıyafetlerden yaptırmıştım. Bu kıyafet sahada benim çok işime yaradı. Sahada üzerinde Kurum logolu tek adli tıpçı bendim ve koordinatör olarak çalıştığımdan işlerimi kolaylaştırdı. Kıyafet birlikteliği önemli. İstanbul'da TAMP (Türkiye Afet Müdahale Planı) toplantısına katıldım. Sayın İstanbul Valisi Kızılay'a sordu, 50.000 kişiye kaç saatte yemek çıkarabilirsiniz. "Efendim dışsal alım, bilmem ne…" Hala hazır değiliz.

Bizim mobil üniteleri ve malzemeleri birazdan göstereceğim, AFAD'a devredilmesini gerektiğini düşündüğümü söyledim. Ancak artık AFAD'a devretmeyi düşünmüyorum. Bunun ülke bazında Grup Başkanlıkları bünyesinde daha çoğaltılması gerektiği, belki yeni satın alımlarla daha fazla merkezde olması gerektiğini düşünüyorum. Zira gerektiğinde İstanbul'dan konteynerin Malatya'ya gitmesi gibi bir zaman kaybını önlememiz gerekiyor.

Evet, setlerim böyle benim 50'şerli 100'lü setler. Tabii bu depremi beklemiyordum ben. 150'şerli setler. Bugüne kadar gittiğim, 301 madencinin vefat ettiği bir hadise olduğu için yetersiz kaldı bunlar. Setlerimizin içerikleri numuneler, FTA kartları...

Evet, sahada çalışırken yetkisiz sorumlu kavramı var, daha kibar söyleyeyim, sahada kim yetkili? En tepede kim olmalı? Ben gittiğim zaman koordinatör olarak Adli Tıp Kurumu Başkanı yetkisiyle mi çalışmalıyım? Adli tıp uzmanı yetkisiyle mi? Kime bağlı olmalıyım? Bunlar planlanması gereken öncelikli meseleler. Amerika'da FEMA (Federal Emergency Management Agency) var, bir felaket olduğuna fema gittiği zaman bütün idareyi eline alır, ne senatör ne başka bir kişi karışamaz. Savcılar için de bu geçerli belki adalet sisteminde. Bu da uygulanmalı. Maraş'ta Sayın Başsavcı Sedat Bey çok iyi çalıştı ancak, Kapıçam Mezarlığı dediğimiz o bölgede, 3 gece 0 vaka çekti. "Sayın Savcım kapatalım mı" dedim, 'orada personel boşuna tutuyoruz, artık bunu tek merkeze toplayalım" dediğimde Bakan Yardımcısı talimatı var dediği an, Sayın Savcının üzerindeki makamı da fark etmiş oldum. Ama biz orada yetkili ve etkili olarak çalışmalıyız. Yani 'yetkisiz sorumlu' olarak değil. Bir şey olduğunda sorumluyum ama yetkim yok. Böyle olmamalı, planlamalar da böyle yapılmamalı ki 1999 depremindeki aynı görüntüyü, ben filmde verdim bir şey değişmedi maalesef.

Sonrasında ben döndükten sonra faaliyet raporu hazırlanmalı. Ben ne yaptım. Neyi iyi yaptım nerede kötü yaptım... Bire bir kurumsal anlamda toplanarak bir faaliyet raporu yazılması gerekirdi. Askeriyeden bildiğim, operasyona çıkarsınız terörle mücadele geri geldiğinizde operasyonda ne yaptığınızı tekrar faaliyet raporu şeklinde sunarsınız. Nerede eksik yaptınız? Neden şehit verdiniz? Gözden geçirilmesi gerekiyor. Uzmanlar ile sahada birebir kimliklendirme görevi yapmış adli tıp uzmanları, kıdemli teknikerler ile faaliyet sonu raporu hazırlanmalı. En son Bakanlığa bilgi notunu zaten gönderiyoruz. Ama kendi içimizde ne yaptığımızı hala oturup konuştuğumuz bir toplantı yapmış değiliz. İşte burada bunu metin halinde sunacağız. Rahmetli Koray benim otopsi teknikerimdi. Çorlu tren kazasına gitti. 2021'de motosiklet kazasında Koray'ı kaybettik. Kendi el yazısı ile yazdığı raporu, neler yaşadı, neler eksikti? Bir faaliyet sonu raporu.

Şimdi filmi gösterebiliriz. Arz ederim.

(Film Gösterimi)

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Evet, sevgili İsmail ÇOBAN Hocamıza teşekkür ediyoruz. Bu görsellerden sonra artık sözün bittiği yer. Kendisi Kahramanmaraş'a geldi ve ben görevi ona devrettim. Aslında geldiği zamanlar, daha stabilize olduğumuz, imkânlarımızın çok daha iyi duruma geldiği bir zamanda geldi ama eleştirilerinde son derece haklı. Evet, birtakım protokoller işlemedi. İşlemesi de mümkün değildi arkadaşlar. Çünkü bu büyük bir felaketti. Stevens'a göre 10 kişinin üzerinde ölen bir olayda olaya felaket diyoruz. Night, 12 kişiyle sınırlamış bu sayıyı. Burada 50.000 kişi hayatını kaybetti. Biz oraya gittiğimiz zaman bu protokollerin işletilmesi mümkün değildi.

Aslında AFAD kendi içerisinde organize olmuş bir Kurum olarak teşkilat olarak görülürken maalesef AFAD'ın binalarının yıkılması ve ilk planda AFAD'a yardım edecek illerdeki hasar nedeniyle, 11 ili kapsaması nedeniyle AFAD da afalladı ve düzensizlikler oldu. Ama biz bunları yok kabul edip üzerini örtmek durumda değiliz bunları tartışacağız. Ayrı bir panel ayrı bir günde tartışacağız. Geniş geniş tartışacağız. Böyle bir durumla karşılaşmamız durumunda İsmail Hocamın da eleştirel olarak yaklaştığı gibi aynı kaosu kargaşayı yaşamayacağız. Tabii ki amacımız bu Sayın Başkanım. Bazı idari sıkıntılarımız da oldu.

Evet, bazı şeyleri adli tıpçı olmayan arkadaşlarımıza, o andaki paydaşlarımıza anlatmakta güçlük çektik. Evet, Yavuz Selim'de günlerce cenaze muayene edilmedi, ama oraya biz nöbet koymak zorunda kaldık. Bir de şunu söylemek isterim. Arkadaşlar bir yanlış anlaşılma olmasın hani Murat kardeşim de bahsetti ama Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesindeki durumlar münferit bir olay. Ben şunu iyi biliyorum, bütün üniversitelerden insanlar oraya koşarak geldiler. Bunun için de bir izin talepleri oldu bazı yerlerin. Ama Sayın Başkanımızla da biz konuştuk. Gelen herkes orada görev yapabilir ve geldiler. Bizimle birlikte koordine olup, o hassasiyeti gösteren üniversitedeki hocalarımıza, asistanlarımıza da teşekkür ediyorum.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Şimdiki konuşmacımız uzman doktor Abdullah Benna SARIN. 1988 Edirne doğumlu 2012 yılı Süleyman Demirel Üniversitesi mezunu. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2021 yılında adli tıp uzman olmuş. 2021 yılında Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğünde uzman olarak çalıştıktan sonra 2022-2023 yıllarında Van Grup Başkanlığı, 2023 yılından itibaren de Hatay Grup Başkanlığı görevini yapmakta. Buyurun Hocam.

Abdullah Benna SARIN (Konuşmacı) :
Teşekkür ederim Başkanım. Öncelikle bu organizasyonda emeği geçen herkese teşekkür etmek istiyorum hepinize. Hepinize saygılarımı sunuyorum.

Ben depremden önce Van'da görev yapıyordum. Depremden sonraki ikinci günden itibaren artık Hatay'dayım. Tabii Hatay hakkında söyleyecek çok şey var. Bu süreçte edinilen büyük tecrübeler var, çıkarılacak dersler var. Hatay'da yaşamanın ve çalışmanın bazı zorlukları var. Ben bir önceki oturumda bahsedilen konulara da değinerek Hatay'da bugüne kadar olan süreci genel hatlarıyla sizlerle paylaşmak istiyorum.

İlk olarak depremden ve depremin Hatay'a olan etkilerinden bahsederek sunumuma başlamak istiyorum. Şubat ayından meydana gelen depremlerde ülkemizde 11 il, 101 ilçe yoğun olarak etkilendi. Depremin ardından 33.000'in üzerinde artçı sarsıntının meydana geldiğini biliyoruz. Depremden en çok etkilenen illerin başında Hatay gelmektedir.

Hatay'da 7 ilçe depremden yoğun bir şekilde etkilenirken ilin tamamında 15 ilçede 1.686.43 kişi depremden etkilenmiştir. Vefat sayısının 23.780 olduğu açıklanmıştır. 211 kişi için kayıp müracaatı bulunmaktadır. Hatay il genelinde tüm konutların %34'ünün; yıkık, acil yıkılacak, ağır hasarlı veya orta hasarlı olduğu tespit edilmiştir. Merkez ilçe olan Antakya'da ise bu oran %64'tür. İl genelinde 13.670 bina deprem anında yıkılmıştır. Bağımsız bölüm olarak baktığımız zaman bu sayı 40.926'dır. Acil yıkılacak, ağır hasarlı ve orta hasarlı binaların yıkım çalışmaları halen devam etmektedir. Depremden sonra Hatay'dan ayrılan afetzede sayısı 563.751 olup, 159.87 afetzede daha sonra Hatay'a geri dönmüştür. Halen Hatay dışında bulunan afetzede sayısı 404.664'tür. Bu sayı Hatay nüfusunun %24'üne karşılık gelmektedir. Hatay'da 5 çadır kentte 1.190 çadırda, 5.550 kişi çadırda konaklamaktadır. 166 geçici konaklama merkezinde 50.835 konteynerde 161.906 kişi konaklamaktadır.

Hatay'da depremden önce 5'i Adli Tıp Şube Müdürlüğünde, 3'ü Sağlık Bakanlığı kadrosunda, 2'si üniversite kadrosunda olmak üzere toplam 10 adli tıp uzmanı bulunmaktaydı. Depremde 1 doktor arkadaşımız enkaz altında kalmış ve ailesiyle birlikte sağ olarak çıkarılmıştır. Diğer doktor arkadaşlarımızın evlerinin tamamı hasarlıdır. Doktorlarımızla beraber, neredeyse tüm adli tıp personelimizin de evleri ağır ya da orta hasarlı olup kullanılamaz hale gelmiştir. Ayrıca Kurum doktorlarımız afetzede olmalarına rağmen deprem sonrasındaki süreçte görev bilinci ile hareket ederek gerekli özveri ve fedakârlığı göstermişlerdir.

Şube Müdürlüğümüzün olduğu plaza binasının depremde hasar alması sonucu Şube Müdürlüğümüz kullanılamaz hale gelmiştir. Ayrıca, otopsi faaliyetlerimizin yapıldığı Üniversite Hastanesi de kullanılamayacak duruma gelmiştir. Depremin ilk gününden itibaren Kurum Merkezimizde, Deprem Koordinasyon Merkezi oluşturulmuş ve deprem bölgesine personel görevlendirmeleri yapılmıştır. Ayrıca Kurum personelimize ek olarak üniversite ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki gönüllüler de bölgeye gelmişlerdir. Deprem sonrasında Hatay'da 116 doktor, 58 otopsi teknikeri, 6 biyolog olmak üzere toplamda 181 Adli Tıp Kurumu personeli görevlendirilmiştir.

Depremin ardından ilk günlerde birkaç merkezde yürütülen ölü muayene işlemlerine dördüncü günden itibaren Narlıca Mezarlık Kompleksi adı verilen tek merkezde yapılmaya başlanmıştır. Ayrıca hüviyeti meçhul cenazelerin defin işlemleri de burada gerçekleştirilmiştir.

Yeni Adli Tıp binamızın inşaat çalışmaları büyük ölçüde tamamlanmış olup, henüz firma tarafından teslimi yapılmamış olmasına rağmen deprem sonrası meydana gelen ihtiyaç nedeniyle Şubat ayının 22'sinden itibaren laboratuvar ekipmanlarının ve ilgili personelin gelerek hazırlıklarını tamamlaması ile binamızda ilk olarak Acil DNA Laboratuvarı kapsamında kimliklendirme faaliyetlerine başlanmıştır. Gerekli hazırlıkların yapılması ile Şubat ayının 27'sinden itibaren deprem ve diğer adli tıp işlemlerinin yapılması için binamız aktif hale getirilmiştir. Bu tarihe kadar adli tıp ile ilgili hizmetler Narlıca Mezarlık Kompleksinde yapılmaktaydı. Binamızdaki altyapı, malzeme ve personel eksikliklerinin Kurum Başkanlığımızın destekleriyle ivedilikle giderilmesi neticesinde Nisan ayının 15'inden itibaren Morg ve Şube Müdürlüğü olacak şekilde faaliyete geçmiştir. Halen, Biyoloji ve Kimya İhtisas Dairelerinin altyapı ve kurulum çalışmaları devam etmektedir.

Hatay'da depremle ilgili 17.751 ölü muayene işlemi yapılmıştır. Bu cenazelerin 2.037'si hüviyeti meçhul olarak işlem yapılmış ve defnedilmiştir. Hatay'da deprem nedeniyle 200 civarı fethi kabir işlemi yapılmış ve gerekli biyolojik örnekler alınmıştır. Fethi kabir işlemlerinin yapılma nedenlerini, herhangi bir işlem yapılmadan evraksız gömülen ve daha sonra muhtar tutanağı ya da nüfus komisyon kararı alınmamış olan cenazeler, yanlış teşhis nedeniyle kimlikli olarak defnedilmiş cenazeler, kayıp yakınlarını arayan ancak kimliklendirme amacıyla biyolojik örnek alınması için uygun canlı yakını bulunmayan şahıslar, ölü muayene işlemi sırasında biyolojik örnek alınan ancak örneğin yetersiz olduğu saptanan cenazeler olarak söyleyebiliriz.

Kayıp yakınlarını arayan vatandaşlardan alınan toplamda 708 adet biyolojik örnek Acil DNA Laboratuvarımızda çalışılmıştır. Yapılan DNA analizleri sonucunda, kayıp yakınlarını arayan vatandaşlardan alınan biyolojik örneklerin, hüviyeti meçhul cenazelerden alınan biyolojik örnekler ile eşleşmesi neticesinde 437 cenaze kimliklendirilmiştir.

Ayrıca savcılık tarafından yapılan parmak izi eşleşmeleri ve fotoğraf üzerinden kimlik tespitleri sonucunda toplada 1.478 cenazenin kimlik tespiti yapılmıştır. Güncel olarak 115 cenaze için halen kimliklendirme işlemi devam etmektedir.

Hatay Adli Tıp Grup Başkanlığımızda 14'ü İŞKUR personeli olmak üzere toplamda 41 personelimiz bulunmaktadır. Binamızın bitişiğinde bulunan araziye AFAD üzerinden temini sağlanan 18 adet yaşam konteyneri yerleştirilerek çevre düzenlemesi ile altyapı çalışmaları tamamlanmış ve personelimizin kullanımına uygun hale getirilmiştir. Bizler de dâhil olmak üzere personelimizin büyük çoğunluğu bu konteynerlerde konaklamaktadır. Konteynerlerin kurulum ve altyapı çalışmalarına ait görseller görüyoruz.

Son olarak Hatay'dan bazı görseller göstermek istedim. Şehrin şu anki durumunu yansıtan, ticari ve sosyal hayatı gösteren bazı görseller.

Bu süreçte edindiğimiz tecrübelerden bazı konuları vurgulamak istiyorum. Binaların depreme dayanıklı olması gibi fiziki koşulların önemi, personel ve malzeme tedariki için önceden hazırlık yapılması, il nezdinde ölü muayene işlemlerinin yapılacağı merkezlerin önceden belirlenmesi, ölü muayene, fotoğraflama, örnekleme işlemleri için protokollerin belirlenmesi ve buna yönelik ilgili birimlere bildirimlerin yapılması, kardeş şehir veya şehirlerin belirlenerek afetlerin ilk anlarında hızlı bir şekilde destek verecek personellerin ulaşımlarının sağlanması, çalışan personellerin rotasyonlarının sağlanması, dinlendirilmesi ile barınma, beslenme, temizlik gibi temel ihtiyaçlar için hızlı ve pratik çözümlerin hayata geçirilmesi, Kurum Merkezimizde, Afet Birimi kurularak yaşanan tecrübelerin Kurum hafızasında kalıcı olmasının sağlanması ve ilgili kurumlar ile yapılacak çalışmaların sonucu afet yönetiminde bütüncül bir yaklaşımın sağlanması diyerek sunumumu sonlandırmak istiyorum.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Sevgili Abdullah'a çok teşekkür ediyorum. Kendisi ile birlikte Antakya'da çalışma şansı buldum. Kendisi aynı zamanda adli tıp uzmanı olması yanında bir dağcı ve AFAD gönüllüsü. Nöbetlerinden arta kalan zamanında ısrarla göçüğe gidip, ben arama kurtarma faaliyetlerine katılacağım diye çaba sarf etti ve gitti. Göçükten sağ çıkardığı insanlar da oldu. Hassaten kendisine teşekkür ediyorum. Hem hizmetleri için hem bu üstün çabaları için.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Şimdiki konuşmacımız Altan GÜNAYDIN. 1980 yılı Giresun doğumlu. Kafkas Üniversitesi Kars Meslek Yüksek Okulu Genel Laboratuvar Bölümünden 2005 yılında, Karadeniz Teknik Üniversitesi Giresun Fen Edebiyat Fakültesi Biyoloji Bölümünden 2009 yılında mezun. 2010 yılında Adli Tıp Kurumunda laboratuvar teknikeri, 2012 yılında biyolog, 2019 yılında uzman kadrosuna atanmış. 2010-2011 yıllarında Adli Tıp Kurumu Kimya İhtisas Dairesinde, Eylül 2011-2022 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Biyoloji İhtisas Dairesinde sırasıyla, laboratuvar teknikeri, biyolog, uzman, Ön İnceleme Şubesi Şube Müdür Vekili ve Kalite Birim Sorumlusu olarak çalışmış. Ocak-Haziran 2023 tarihinde Erzurum Grup Başkanlığı Biyoloji İhtisas Dairesi Başkan Vekili olarak görev yapmış. Temmuz 2023'ten bu yana Adli Tıp Kurumu Diyarbakır Grup Başkanlığı Biyoloji İhtisas Dairesi Başkanı olarak görevini yürütmekte. Buyurun Hocam.

Altan GÜNAYDIN (Konuşmacı):
Teşekkür ederim. Sayın Başkanım, kıymetli hazirun hepinizi saygıyla selamlıyorum. 18. Adli Tıp Günlerinin düzenlenmesinde emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

06/02/2023 tarihinde meydana gelen 1. depremi Ankara'da, 2. depremi ise görev yerim olan Erzurum'da yaşadım. Erzurum'da depremin 3. günü, Malatya'dan yakınlarının cenazelerini alıp Erzurum'a defin için getirdiklerine şahit olduk. Cenazelerini defin için Belediyeye gidiyorlar, belediye savcılığa ve adli tıbba yönlendiriyor. Orada olay beni çok korkutmuştu. Çünkü kontrolsüz, kayıtsız, ölü muayenesi yapılmadan ve şahit numune alınmadan defin söz konusuydu. Akabinde Şubat ayının 10'unda Diyarbakır Grup Başkanlığına görevlendirildim. Kimliklendirme konusunda kısa bir bilgiden sonra Diyarbakır deneyimlerime geçeceğim.

Kimlik tespiti bireyin tanımlanmasını, diğer bireylerden ayırt edilmesini sağlayan özelliklerin belirlenmesini içerir. Ölen kişilerin kimliklendirilmesi sürecinde yasal prosedürleri yerine getirmenin yanında etik ve manevi gereklilikler de bulunmaktadır. Kimlik tespitini yerine getirmesindeki gereklilikler arasında kimliği tespit edilen kişinin yakınlarına yanıt sağlamak ve teslim edilmesi. Ölümün resmiyet kazanması, miras ile ilgili soruların cevaplandırılması gibi aşamalar vardır. Kimliklendirmede altın standartlar olarak geçen birincil yöntemler parmak izi incelemeleri, dental analizler ve DNA özel yer alır. Ülkemizde DNA veri tabanı olmaması nedeniyle DNA sonuçlarının kimliklendirmeye dönüşebilmesi için mukayese örneklerine ulaşmamız gerekiyor. Çoğunlukla mukayese örnekleri cenazelerin 1. derece yakınlarından alınan referans örneklerdir. Söz konusu kapalı felaket olduğunda bu kişilerin muhtemel kimlikleri öngörülebilir olduğundan süreç daha kolaydır.

Açık felaketlerde öngörülebilir bir değerlendirme yapılamıyor. Deprem bölgesi akraba evliliklerinin yoğun olduğu, kayıt dışı göçün de fazla olduğu bir bölge olduğundan dolayı kimliklendirme süreci daha karmaşık bir hal almıştı.

Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesi 2022 yılının Eylül ayında açılmış ve kurulum süreci devam eden bir daireydi. Rutin çalışmaya başlamak üzereyken bu felaketle karşı karşıya kalındı. Rutinin dışında böyle bir felaketle karşı karşıya kalınınca cihaz, personel, sarf malzeme gibi eksikler olduğunu tespit ettik ve bunu Grup Başkanlığımız, Kurum Başkanlığımız ve diğer Biyoloji İhtisas Dairelerimizin desteğiyle kısa sürede çözdük. Yeni açılan bir daire olduğu için personel sayısı yetersizdi. Bu konuda diğer Biyoloji İhtisas Daireleri bize destek oldular.

11 Şubat tarihinden, Haziran ayının sonuna kadar uzman ve laborant olmak üzere 41 arkadaşımız rotasyon halinde bize destek verdiler. Deprem bölgesinde, Adli Tıp Kurumunun Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesi ve Gaziantep Biyoloji İhtisas Dairesi, 2 tane de acil DNA laboratuvarımız vardı. Malatya ve Adana acil DNA laboratuvarları. Malatya Grup Başkanlığı binası depremde hasarlı olduğundan dolayı çalışamaz durumdaydı. Kurum Başkanlığımız burada hızlı bir aksiyon alarak, cenaze ve cenaze yakını örneklerinin çalışılacağı Biyoloji İhtisas Dairelerini ve Acil DNA laboratuvarlarını belirmesi, cenazelerden ve cenaze yakınlarından alınan örneklerin transferi sorunsuz ve hızla ilgili İhtisas Dairesine ulaşmasını sağlamış oldu.

Depremden etkilenen illerdeki cenaze örnekleri Kurum Başkanlığımızın planlaması ile Gaziantep Biyoloji İhtisas Dairesi ve Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesine yönlendirildi. Cenaze yakını örnekleri ise Adana Acil DNA laboratuvarı, Gaziantep Biyoloji İhtisas Dairesi ve Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesine yönlendirildi. Aynı zamanda cenaze yakınları kendilerine yakın olan Adli Tıp Kurumunun tüm Biyoloji İhtisas Dairelerinde de örnek verdiler. Akabinde de çok kısa sürede Hatay Acil DNA Laboratuvarı açıldı. Cenaze yakını örnekleri oraya da yönlendirildi. Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesine; Diyarbakır, Malatya, Adıyaman, Hatay, Adana ve Osmaniye'den cenaze örnekleri geldi.

Açık felaket olması sebebiyle önümüzü göremiyorduk. İş yoğunluğu ve aciliyeti, gelen örnek sayısı mesai kavramı dışında çalışma kararı almamız gerektiğini gösteriyordu. Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesi 11 Şubat tarihinden Haziran ayının sonuna kadar 7/24 aralıksız çalıştı ve laboratuvar 24 saat aktifti. Analizler ve taramalar sonucunda düzenlenen raporlar, ilgili birimlere gönderildi. Diyarbakır'daki cenazeleri öncelikle kimliklendirmemiz gerekiyordu, nedeni bir cenaze için 15-20 kişilik bir grup geliyor daireye, bilgilendiriyoruz, bilgi veriyoruz, onlar çıkıyor başka bir 15-20 kişilik grup daha geliyor aynı cenazeyi soruyor. Bu ortamda bizim daha verimli çalışmamızı engelliyordu. Onun için Diyarbakır'daki HM cenazeleri bir an önce bitirmemiz gerekiyordu. Çok kısa bir sürede Diyarbakır'daki hüviyeti meçhul cenazeleri bitirdik. Diyarbakır'da 2 tane de yanlış teşhisle teslim edilen cenaze vardı, DNA ile sorunu çözmüş olduk.

Dairemizdeki iş akışı örneklerin gelişi, kaydı, tasnifi, izolasyon, kantitasyon, normalizasyon, PCR ve sonuçları analiz ettikten sonra, Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Dairelerinin kullandığı Adli Laboratuvar İşletim Sistemine (ALİS) tespit ettiğimiz DNA profillerinin aktarımını ve taramasını yaptık. Tüm Biyoloji İhtisas Daireleri ve Acil DNA Laboratuvarı birimlerimiz çalıştığı cenaze ve cenaze yakını profillerini bu sisteme aktararak eşleşme taramasını yaptı. Eşleşen bir cenaze var ise raporlandırıldı. Cenaze yakınlarına ait referans örnekler; gelip kaydı yapılıp, bu kayıtlar yapılırken isim, soyisim, iletişim bilgisi, TC numarası, aradığı kayıp şahısların bilgisi de kaydedildi. Adli Laboratuvar İşletim Sistemimiz deprem sürecinde bize kolaylık sağladı. Bu sisteme profilleri aktardıktan sonra taramalar yapıldı, taramaların sonucunda eşleştirmeler tespit edildi.

Ebeveyn-çocuk, anne-baba-çocuk şeklinde. Bunlar ilgili savcılık birimlerine raporlandı. Tüm Biyoloji İhtisas Dairelerinin görebileceği şekilde bir kaydın tutulması gerekiyordu. Kurum Başkanlığımız Bilgi İşlem Birimi, Adli Tıp Kurumu cenaze takip sistemi programını kurgulayıp hazırladı. Biz eşleştirdiğimiz cenazeleri, cenaze yakınlarını, depremzede canlıları bu sisteme kaydettik. Bu şekilde güncel verileri, tüm birimlerimiz takip etti.

Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesi 3.899 cenaze örneği çalıştı. Bu örneklerin yaklaşık %25'i kemik ve diş örneği. Bazı dişlere dolgu ve kanal tedavisi uygulandığı için DNA elde etmek de zorlandık. Kurum Başkanlığımız tarafından Hatay Acil DNA Laboratuvarının kurulması cenaze yakınlarına ait referans örneklerin sisteme girmesini hızlandırdı. Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesinde 430 cenaze yakını örneği çalıştık. Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesi 1.607 cenazeyi kimliklendi.

Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesinin çalıştığı illerde, Diyarbakır'da hüviyeti meçhul cenazemiz kalmadı. Adıyaman'da 21 Ekim itibariyle 7 hüviyeti meçhul cenaze kaldı. Bu 7 cenazeyi de kimliklendirmek için artık adres bazlı çalışmaya geçeceğiz. İlgili savcılıktan, bu 7 cenazenin adres bilgilerini isteyip, cinsiyet, yaş aralığı ayrımı yaparak, tespit ettiğimiz cenazelere fethi kabir işlemi isteyeceğiz. Cenaze yakınlarıyla karşılaştırma yaparak kısa sürede çözmeyi planlıyoruz. Malatya'da şu anda iki tane hüviyeti meçhul cenazemiz var. Hatay'da da Cumhuriyet Savcılığı verilerine göre 115 hüviyeti meçhul cenaze kaldı. Depremzede canlı çocuklardan 21 tanesini Diyarbakır Biyoloji İhtisas Dairesi kimliklendirdi.

Şimdi depremde açık bir felaketten bahsettik ve bölgede akraba evlilikleri ve göç hareketlerinden, kayıt dışı göçten bahsettik. DNA tarama ve eşleştirme çalışmalarımız sonucu, canlı yakını olmayan depremde hayatını kaybeden aileler tespit ettik. Tespit ettiğimiz bu aileleri kimliklendirirken, ilgili savcılıkla iletişim kurarak bu cenazelere ait parmak izi verilerinin olup olmadığını sorguladık. Sağ olsun savcılarımız bu konuda bize yardımcı oldular. Cenaze kodlarını ilgili savcılıklarla paylaştığımızda, eşleştirdiğimiz depremzede cenazelerden birinin parmak izi teşhisi var ise o aileyi parmak izi ve DNA ile kimliklendirdik. Burada 11 kişilik bir cenaze var. Biri parmak izinden kimliklendirilmiş, parmak izinden kimliklendirilen aile bireyi ile diğer aile bireyleri arasında akrabalık bağı kurduk.

Yine farklı bir olay nüfus kayıtlarında baba ve annenin üzerine 4 tane çocuk görünüyor ama biz DNA çalışması yaptığımızda 3 çocuğun baba ve annenin çocukları olduğunu, dördüncü çocuğun baba ile eşleştiğini ama anneyle eşleşmediğini tespit ettik. Tekrar Sayın Savcımız Abdülkerim KARDAŞ ile iletişime geçtiğimizde şahsın iki eşinin olduğunu ve dördüncü çocuğun 2. eşinden olduğunu tespit ettik.

Yine canlı şahıs annesini aradığını söylüyor ve örnek veriyor. DNA profilini tespit edip tarama yaptığımızda çocukla anne arasındaki anne-çocuk bağı kuruyoruz. Devamında anne üzerinden sorgulamaya devam ettiğimizde, annenin diğer oğlunu, oğlunun dört çocuğunu ve eşini tespit ediyoruz. Bu eşleştirmede bir canlı şahıstan 7 tane hüviyeti meçhul cenazeyi kimliklendirmiş olduk.

Yine parmak izi yardımıyla hiçbir canlı yakını olmayan Suriyeli bir aileyi kimliklendirdik. Burada da canlı şahıs, iki kız kardeşi ve annesini aradığını söylüyor. Ama bizim çalışmalarımızda kız kardeşleri evli ve iki kız kardeşinin de çocuklarını tespit ettik. Bu aileyi de kimliklendirmiş olduk.

Son olaraktan naçizane önerilerim;

-Cenaze, yakınları tarafından teşhis edilse dahi cenazeden şahit numune alınmadan defin izni verilmemeli.

-Cenazelerin kodlamaları için prosedür oluşturulmalı (Karekod ?). Yazım hataları ve eksiklikleri karışıklığa neden oluyor.

-Evlatlık ve koruyucu aileye verilen çocuklar konusunda ciddi bir çalışma yapılmalı. Bununla ilgili birkaç vakada çok zorlandık. Hatta bir tanesi hala aydınlatılamadı.

-Doğal afet, savaş gibi felaketlerde, ilgili tüm birimlerin-kurumların bilgi paylaşımı yapabileceği ve ortak kullanabileceği veri tabanı oluşturulmalı.

-Belirli periyotlarda doğal afet, felaket gibi olaylarda, görev alan kurumların, kuruluşların, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin ışığında planlama yapılması için bir araya gelip, değerlendirme, tecrübe bilgi birikim paylaşımı yaparak, ülkemiz ve insanlık için gerekli hazırlıkları yapmamız gerektiğini düşünüyorum.

Sabırla dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Sayın Altan Hocama ve bundan sonraki gelecek Bestami Hocama özellikle bir teşekkür etmek istiyorum. Bir devletin en önemli görevlerinden biri, felaket mağdurlarının kimliklendirilmesi ve ailelerine teslim edilmesidir. Bu alanda yapmış olduğu çalışmalar nedeniyle hepsine ayrı ayrı teşekkür ediyorum. Biliyorum ki Biyoloji İhtisas Dairelerimiz gece gündüz bu konu ile ilgili çalıştılar ve şu anda yakınları olan cenazelerin tamamına yakın kısmı ailelere teslim edildi. Ama Altan Hocamın da dediği gibi yakını olmayan insanlar var. Bunların hala kimliklendirme çalışmaları ve bu kişilerin akrabalarını bulunma çalışmaları devam ediyor.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Son konuşmacımız uzman tıbbi biyolog Bestami ÇOLAK. 1973 yılı İskenderun doğumlu, 1995 yılı İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoloji Bilimler mezunu. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsünde 1998 yılında yüksek lisansını tamamlamış, 1996 Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde çalışma hayatına başlamış, 2001 yılından itibaren Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Dairesinde adli genetik uzmanı olarak görev yapmakta, 2009 yılında Adli Genetik Şube Müdürlüğü ve 2015 yılından itibaren de Biyoloji İhtisas Dairesi Başkanlığı görevini yapmakta. Buyurun Hocam.

Bestami ÇOLAK (Konuşmacı):
Değerli Başkanım, yargımızın değerli üyeleri, camiamızın değerli çalışanları, değerli mesai arkadaşlarım, deprem bölgesindeki adli biyolojik kimliklendirme çalışmalarını bir sunum halinde sizlere iletmek üzere karşınızdayım.

Sunumuma başlamadan önce, deprem bölgesinde yaşadığım bir anekdotu sizinle paylaşmak istiyorum. Çünkü şöyle bir baktığımda, depremden sonraki çalışmalarda birlikte çalıştığımız tüm yüzlerle şu anda karşı karşıyayım. Aşağı yukarı 24 gün deprem bölgesinde bilfiil görev yaptım. Mehmet Hocamla birlikte görev yaptığımız İlk 12 günde Kahramanmaraş bölgesinde, Murat KAMALAK kardeşimizle ilk karşılaştığım anı hatırlıyorum. Sunuları izleyince de şimdi bu sunuyu yapmak zorlaştı benim için, o zor günlere tekrar döndüm. Zor bir dönemdi.

Depremin en sorunlu kısmı aslında bizim oraya ulaşmamızdı. Oraya ulaştıktan sonra çalışmaların nasıl yapılacağı ile ilgili Adli Tıp Kurumu olarak gerçekten bilgi sahibiydik. Fakat oraya ulaştıktan sonra karşılaşacağımız şeylere hazırlıklı değildik.

Bir kere depremin çapı çok büyüktü. Ben kendi bölümüm ile alakalı olarak söyleyeyim. Bu büyüklüğün bizim için en büyük handikapı, kapalı bir toplum üzerinde DNA incelemesi yapmak. Çünkü kapalı toplumun en büyük riski DNA karşılaştırmalarında yakın gen geçişlerini hesap etmek zorunda kalmanızdır. Bunu şu şekilde açıklayayım; bir kişinin diğer bir kişinin babası olma ihtimali kapalı toplumlarda frekans olarak diğerlerine nazaran daha diskriminatif olmuyor. Yani, bir kişinin babası olduğunu söylemek için çok kişinin DNA'sını bilmek zorunda kalıyorsunuz, Olasılık çok artıyor. DNA'yı sonuçta babamızdan ve annemizden aldığımız sayısal değerler olduğu düşünüldüğünde, aynı DNA'lara sahip insanların bir arada yaşadığı yerlerde DNA benzerlikleri de o oranda artıyor. Bu sebeple biz sahada normaldekinden çok daha fazla dikkatli davranmak zorundayız.

İkinci sıkıntımız şuydu. Bir önceki sunuda aslında biraz bahsedildi. Özellikle DNA'nın sıralamasının ne olduğu, çalışmada örneğin, ne zaman alınması gerektiği, alınan örneğin ne zaman çalışılması gerektiği. aslında bununla ilgili sıralı literatür çalışmaları var. Bununla ilgili yayınlanmış belgeler, bilgiler, dokümanlar var.

Ben bunları söyleyeceğim ama şunu gördüm. Adli Tıp Kurumu mensubu Adli Tıp Kurumunda çalışan bir birey olmaktan bu kadar gurur duyacağımı, depremde bunları hissedeceğimi hiç tahmin etmezdim çünkü Kurum gerçekten, değerli Başkanım da çok iyi biliyor, biz merkezde kriz masasında çalışırken nerede ne yapılması gerektiğine karar vereceğimiz noktada aslında güçlü olduğumuzun farkındaydık. Çünkü 81 vilayette zaten bir yerleşik düzenimiz vardı. Bizim laboratuvar açısından şu anda Türkiye'de 8 tane zaten 7 tanesi aktif olarak çalışan laboratuvarımız söz konusu. Mobil DNA kavramını çok uzun süredir, özellikle terör operasyonları sırasında yaptığımız acil DNA kavramıyla zaten yerleştirmiştik. DNA inceleme süreleri söylendiğinden ya da düşünüldüğünden çok daha kısa süreler. 3 saat gibi bir sürede bir DNA incelemesini aşağı yukarı tamamlayabiliriz örneğin düzgün alınması bizim için en önemli safha.

Şimdi ben Maraş'ta idim Murat Hocamla birlikte görev yapan bir uzman arkadaşımızın arabasının yarım deposunu bitirdim. Allah razı olsun. Kendisi, o bölgede görev yaparken, bana "Hocam çok çalıştınız 3 gündür, 4 gündür uyumuyorsunuz" dediğinde, "aracın içerisine geçin, biraz kestirin" dedi. Tabii ben aracın içerisine girdiğimde şunu tahmin etmiyordum yani orada -11 derece, bir soğuğun içerisinde o depremin psikolojisini yaşamaya başladığımı gördüm. Ben şahsen kendim de İskenderunluyum bir de memleketimde de bir deprem söz konusu. Psikolojik olarak da aslında her ne kadar depremi yaşamasam da o bölgedeki psikoloji anlamaya yardım etti o olay bana.

Şöyle ki arabanın içerisindeydim. Uyumaya çalışıyordum. Yarım saat sonra camım tıklatıldı. Baktım, herhalde nasıl arabanın içerisinde bir durumdaysam, dedi ki birisi "ya" dedi. "arabanın içerisinde gördüm, çok kıvrılmışsın" dedi. Bir battaniye vereyim de şöyle bir ısın." "Allah razı olsun" dedim. Çünkü bizim orada gerçekten en büyük sorunumuz buydu. Battaniye bulamıyorduk ya da yemek vesaire falan bu tarz şeylerle çok aramız yok. Ben tamam deyince adam elindeki 5 tane sıfır battaniye poşetini bana uzattı. Uyku uyanıklık arasında böyle anlayamadım da olayı "Allah razı olsun" dedim aldım. Sonra tekrar bir dalmaya çalışırken camım tekrar tıklandı. Baktım. Adamın bir tanesi. Dedi ki; "ya sen deminden beri arabayı çalıştırıyorsun. Benzin sıkıntısı var zaten depolardan benzin alamıyorsunuz. Araba başına 5 litre benzin dağıtıyorum, alır mısın" dedi. Ben dedim herhalde uykudayım şu anda psikolojik olarak da başka bir boyuta geçtim.

İndim aşağı, arabayı da bilmiyorum yani benzinli mi dizel mi, arkadaş söylememişti bana. Dedim "bir sorayım". Tam giderken geri döndüm dedim "arkadaş sen ne yapıyorsun? İnsanlar" dedim, "deprem, cenaze, evleri yıkılmış. Yani nasıl bir psikolojin var ki şu anda dedim gelip burada insanlara yakıt dağıtmaya uğraşıyorsun". Benim insanlığımı sorguladığım andır o an. Deprem psikolojisini anlamama da sebep olduğu için Allah razı olsun. Bana dedi ki "Benim evim yıkıldı. Benim evimden enkazdan çıkan insanlar, şu anda Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde şu anda burada tedavi görüyor" dedi. "ben zaten hastaneye gidemiyorum Maraş'ta benim bir benzin istasyonum var, elimden gelen bu benim" dedi. "Bu benzinleri oradan dağıtmaya çalışıyorum." ben o sırada zaten uyumaktan vazgeçtim, arabayı kilitledim ve görev mahalline döndüm, "Allah razı olsun. Uyuyamadım ama insanlığımı öğrendim o gün, milletimizin gerçekten ferasetini alicenaplığını tanıdığım için gerçekten çok memnunum ama o acıyı bir daha Allah yaşatmasın diye dua ediyorum.

O psikoloji ile çalıştık biz sahada. Ben kendi adıma sahanın birçok mekânizmasında bulundum. Gerek Mehmet Hocamla gerekse diğer arkadaşlarla oradaki organizasyonel çalışmalarda. Ben Maraş'tan geldikten sonra bir yarım gün İstanbul'da kalabildim. Sayın Başkanımız "çok durdun şimdi dedi Hatay'a gideceksin" dedi. "Ne yapacağız Başkanım dedim". "Oraya DNA laboratuvarı kuracağız." dedi. Deprem olmuş ortada bina yok, binanın olmadığı gibi gittiğimizde gördük -Başkanım da çok iyi hatırlar- elektrik yok, su yok, data hattı yok. Bunların olmadığı bir yere biz DNA laboratuvarı kuracağız. Herhalde dünya tarihinde böyle bir şey söz konusu değil. Yine Devletimizin büyüklüğünü de orada tanımış olmaktan müthiş mutluluk duydum. Çünkü 3 gün gibi kısa bir sürede biz insanların 2 senede 3 senede kuramadığı DNA laboratuvarını Hatay'da o gün kurduk. Devletimizin tüm mekânizmalarını çalıştırdık. Kendim bizim kurumumuzun çalışan tüm bireyleri ile birlikte o mekânizmanın içerisine girip en yakın trafodan kaçak elektrik kablosu çektik, yetmedi ikinci kabloyu çektik. Binaya su basıyordu, arka tarafından fay geçmiş, belki bilirsiniz Hatay Şehir Hastanesi vardır.

Hatay Şehir Hastanesinin olduğu yer. O şehir hastanesinin yanında da bizim Adli Tıp Kurumu var, yeni yapılıyor, daha Başkanımın çabalarıyla ayaklanmaya çalışıyor Kurum. Biz oraya DNA laboratuvarı kurduk. Altından su akıyor, o suları atıyoruz tekrar altından su geliyor, bir daha atıyoruz. Burada arkadaşlar var orada çalışan o gün, gerçekten zordu ama yaptık orada aşağı yukarı 1.000 tane vatandaşımızın DNA'sını alıp aynı gün sonucunu çıkartmak şeklinde bir çalışma sergiledik. O 1.000 tane DNA profili ile birazdan sayılarını vereceğim, birçok cenazenin kimliklendirilmesini yaptık.

Şimdi aslında burada biyolojik incelemeler kısmının özellikle altını çizmek istiyorum, bir altın standart sorunu değil DNA. DNA bir gereklilik. Bugün bir cenazeyi kimliklendirmek zorunda olmayabilirsiniz. DNA'yı o cenazeyi kimliklendirme için kullanmak zorunda olmayabilirsiniz. Bunun için primer ve sekonder kriterler zaten literatürlerde belirlenmiş durumda, çalışmalar var. Parmak izi de bir gereklilik aslında. Alabildiğiniz her örnek kimliklendirme için gerekli. Yani burada o kaygıya girmeye gerek yok. Bunu önce mi alayım bunu sonra mı alayım, alayım mı almayayım mı? Bizim sahadaki en büyük sorunumuz buydu. Örneği alalım mı almayalım mı, sonra mı alalım önce mi alalım, sonra alamazsınız. Cenaze 2 gün sonra defnedilecek diye bize bir genelge geldi. 2 gün içerisinde o cenaze defnedilecekse ölü muayenesi yapılacak ve yapıldığı süreç içerisinde o örnek alınacaktı. Sizlere konu ile ilgili istatistiki bilgileri vereceğim. Nasıl bir çalışma yaptığımızı Altan Bey zaten detaylarıyla verdi. Bunların üstünde durmayacağım.

Biz Biyoloji İhtisas Dairesi olarak şöyle bir karar aldık. Depremin ilk günü dedik ki; bir cenaze çalışması, bir de şahıs kayıp yakınlarının çalışması söz konusu olacak. Bununla ilgili merkezleri seçelim Başkanımızın organizasyonuyla 3 şehri cenaze örneklerinin çalışacağı bölge olarak seçtik. Bunlar Adana, Gaziantep ve Diyarbakır. Onun dışındaki birimlerin tamamında da şahıs örnekleri çalışılacaktı ki böyle yaptık. Türkiye'nin 81 vilayetinde de örneklerin alınması söz konusu oldu yani herhangi bir vatandaş, herhangi bir sürece takılmadan herhangi bir şubeye gidip herhangi bir savcılığa gidip örneğini verip oradan bize ulaşmasını sağlayabiliyordu ki bizim merkezlerimizde bu çalışmalar zaten yapılıp biraz önce aktarılan adli laboratuvar işletim sistemine aktarılacak ve sonrasında karşılaştırılacaktı. Öncelikle sahaya personel gerekiyordu. Diğer birimlerimizden 36 adet teknik personeli sahaya sevk ettik. Tamamı rotasyonel bir şekilde alana gönderildi ve çalışmalar gerçekleştirildi.

Tabii bu da enteresandı Adli Tıp Kurumu elindeki tüm malzeme rezervini ve cihaz rezervini deprem bölgesine aktardı. Bu meyanda her biri çok yüksek maliyetli olan, listede gördüğünüz cihazları alana sevk etti. Özellikle alanda da bilen arkadaşlar bilir. Hani FTA örneği deprem sürecinde hep ismi geçen bir şey oldu. 25.000 tane FTA'yı biz Başkanımızın arabasının bagajına yükleyip her gezdiği yerde 5.000-5.000 dağıtmak üzere organize olduk. Bu şekilde dağıttık PCR kitlerini, DNA izolasyon kitlerini. Bunlar hep ithal kitler ve sonuçta alanda kullanılacak kitlerdi. Burada özellikle firmaların bize verdikleri destekler için ayrıca teşekkür etmek istiyorum. Çünkü gerçekten bize çok yakın davrandılar. Bir gün içerisinde tüm personellerini sahaya, depremin o koşullarına rağmen gönderdiler, bize yardımcı oldular. Huzurlarınızda onlara ayrıca teşekkür etmem gerekiyor.

Bizim tabii bir örnek organizasyonuna ihtiyacımız vardı. Çünkü sahanın şöyle bir sıkıntısı vardı. Zaman geçiyordu. Geçen zaman içerisinde hangi tür örnekleri almamız gerekiyor sorusuyla hep karşı karşıya kaldık. Bizim, yaptığımız bu müdahalenin getirisi, sahadan gelen örneklerin %86'sından FTA üzerinde kan, kan lekesi, doku şeklinde örnekler olmasını sağladı. Bu önemli bir şey. Çünkü eğer bu müdahale yapılmasaydı cenazelerin o örnekleri yerine, kemik örnekleri alınacaktı, diş örnekleri alınacaktı. Bu da bizim buradaki grafiğimizi tersine çevirecekti.

Neden önemliydi? Çünkü örnekler zamanında alınmadığında burada görüyorsunuz 13 Şubat'ta alınan örnekler kan, kan lekesi iken ya da dokuyken akabinde 1 ay sonra 17 Mart'ta bunlar kemik örneği haline dönüştü. 25 Mart'ta bunlar tamamen çürümüş kemik örneği haline dönüştü. Ama depremin ilk günlerinde biz, en sağda gördüğünüz şekilde yanmış kemik örnekleri ile de karşı karşıya kaldık.

Dolayısıyla bu örneklerin tamamı bizim için DNA incelemesinde sonuç alma ya da almama kurgusunu yapmamızı ortaya koydu. Hemen bu kılavuzu yayınladık. Bu kılavuz bizim için, mukayese için önemliydi. Burada hangi şahıstan ne örneği almamız ya da hangi şahıstan örnek almamız gerekiyor. Hatta yine başkanım bilir, uçakta beraber giderken yan yana detaylarını konuştuğumuz bir kılavuzdur bu. Üzerine de çok çalıştık. Bütün sahaya bütün çadırlara asıldı bu kılavuzlar. Bu neye yaradı? Vatandaşımızın, alakasız DNA incelemesi yapılmayacak, belki de hiç mukayese giremeyecek insanların örnek vermesini engelledi. Ayrıca da bir beklenti içerisine girmelerini de engelledi. Çünkü her örnekten biz DNA mukayesesi yapamıyoruz. Yani bir kişinin eniştesinden DNA incelemesinde mukayese yapma şansımız yok. Bundan dolayı da bu örnekleri bu şekilde almamız bize hız kazandırdı.

Bir diyagramımız vardı. İşte biraz önceki o örneklerin bizim tarafımızdan organize edilmesi, bize örneklerden elde edilecek sonuçları, hangi sürede aldığımızla alakalı fayda sağladı. Veri girişini Altan Bey zaten yeterince açıkladı. Adli Laboratuvar İşletim Sistemine yaptık otomatik olarak. Bizim bir yazılım geliştirmemizi sağladı bu. Bu veriler şu anda halihazırda laboratuvarımızda, İhtisas Dairelerimizde korunuyor. Tüm gruplar tarafından buraya ulaşılması mümkün.

Esas olan aslında kimliklendirme ile ilgili sonuç analizi idi. bu sonuç analizinde cenazelerle kayıp yakınlarını ya da cenazeler ile cenazeleri karşılaştırmak zorunda kaldığımız süreçler oldu. Neden? Çünkü alan öyle bir alan ki alanın içerisinde aynı evde herkesin vefat ettiği, dolayısıyla hiçbir kayıp yakınının olmadığı vakalar söz konusu. Ya cenazenin kayıp yakını olarak mukayeseye uygun kayıp yakının olmadığı vakalar söz konusu. Uzatmayayım bunlardan tam profil uyum olanlarda sorun yoktu, hemen raporladık ve cenazeleri teslim ettik ama tam profil olmayan veya cenazenin hangisinin baba hangisinin, çocuk hangisinin, anne olduğu bilinmeyen durumlarda, işte burada aslında bizim bir mekânizma geliştirmemiz söz konusu oldu ki bence benim konuşmamın en önemli safhası budur.

Bir diyagramımız vardı. İşte biraz önceki o örneklerin bizim tarafımızdan organize edilmesi, bize örneklerden elde edilecek sonuçları, hangi sürede aldığımızla alakalı fayda sağladı. Veri girişini Altan Bey zaten yeterince açıkladı. Adli Laboratuvar İşletim Sistemine yaptık otomatik olarak. Bizim bir yazılım geliştirmemizi sağladı bu. Bu veriler şu anda halihazırda laboratuvarımızda, İhtisas Dairelerimizde korunuyor. Tüm gruplar tarafından buraya ulaşılması mümkün.

Esas olan aslında kimliklendirme ile ilgili sonuç analizi idi. bu sonuç analizinde cenazelerle kayıp yakınlarını ya da cenazeler ile cenazeleri karşılaştırmak zorunda kaldığımız süreçler oldu. Neden? Çünkü alan öyle bir alan ki alanın içerisinde aynı evde herkesin vefat ettiği, dolayısıyla hiçbir kayıp yakınının olmadığı vakalar söz konusu. Ya cenazenin kayıp yakını olarak mukayeseye uygun kayıp yakının olmadığı vakalar söz konusu. Uzatmayayım bunlardan tam profil uyum olanlarda sorun yoktu, hemen raporladık ve cenazeleri teslim ettik ama tam profil olmayan veya cenazenin hangisinin baba hangisinin, çocuk hangisinin, anne olduğu bilinmeyen durumlarda, işte burada aslında bizim bir mekânizma geliştirmemiz söz konusu oldu ki bence benim konuşmamın en önemli safhası budur.

Biz burada adalet temsilcileri, savcılarımız, Adli Tıp Kurumu ve Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Laboratuvar üçgenini çok iyi çalıştırdık. Nasıl yaptık bunu? Biz bir DNA verisi elde ettik. Eşleşme olasılıklarını savcılarımızla paylaştık. Savcı, biraz önce Altan Bey'in verdiği örnekte olduğu gibi bunların içerisinden parmak izi tespiti yapılmış olan varsa o bilgiyi bize verdiler. Parmak izinden 13 kişinin DNA'sını tespit etti. Yani hiçbir veri yokken hiçbir yakını yokken bu parmak izinden tespit edilen kişi sayesinde bu kimliklendirmeyi yapabildik ya da Emniyet Genel Müdürlüğünün yaptığı zaten %90-95 parmak izi kimliklendirilmesi listelerinden isimlendirilmiş olanlar otomatik olarak bize gönderildi. Biz bunun üzerinden bir tarama yaptık. O yüzden aslında biz bir çalışma portföyü de geliştirmiş olduk. Burada hiçbir şey tek başına bir şey ifade etmiyor. Ne DNA tek başına, ne parmak izi tek başına, ne de kişilerin verdiği beyanlar tek başına bir şey ifade etmiyordu. Çünkü şunu da gördük. Bir örnek vereceğim ve ondan sonra zaten hızlı bir şekilde kapatacağım.

Biraz önceki Altan Bey'in verdiği örneğe benzer bir örnek. Bir parmak izi raporu bize geldi. Parmak izi raporundan ailenin

içerisindeki diğer bireyleri kimliklendirebildik. Biz sadece bir DNA profili tespit ettik, tespit ettiğimiz profili sisteme girdiğimizde bir bayanla 23 bölgeden eşleşme olduğunu gördük. Biz de 24 bölgeye kadar eşleşmeler tam profili olarak ifade ediliyor. Onun altındaki eşleşmeler de baba-çocuk, anne-çocuk değil de ailesel yakınlık olarak ifade edebiliyoruz ama raporlama biraz önceki söylediğim sebepten kapalı toplum olmasından mütevellit mümkün olmuyor. Savcımız ile bu bilgiyi paylaştık dedik ki böyle bir eşleşme var. Bu eşleşmeyi siz bir okuyun. Bize bir bilgi verin. Şunu yaptılar. Oradaki bahsi geçen kişiyi aradılar. Şunu gördüler o kişi sol fotoğraftaki cenazeyi teslim almış yani aslında eşleşecek kimse kalmamış. Halbuki bizim bulduğumuz eşleşme sağ fotoğraftaki kişiye ait. Alttaki de şahsın kendi elindeki fotoğrafı. Bu fotoğrafa baktığınızda kişinin soldaki kişiyi kardeşi zannetmesi kadar normal bir durum yok. Sahada bunun gibi binlercesi hatta belki on binlerce söz konusu olmuş olabilir dolayısıyla DNA aslında bunun için de gerekli. Bu karışıklığı ortaya çıkarabilecek olan parmak izi olsaydı, parmak izi ile zaten bu kişinin kimliği tespit edilmiş olurdu ve DNA çalışmadan bu kişinin bu kişi olduğunu tespit edemezdiniz. Biz sahada görüldüğü üzere bunu savcılarımızla Whatsapp üzerinden yazışarak yaptık. Yanlış anlamayın bu resmi yazışmalar vesaire bu süreleri beklemedik, çok kısa bir zamanda yaptık.

Bu vakada yine aynı şekilde bir şahısla bir kimliklendirme tespit ettik. Aslında kimliklendirme de yine kardeşini arayan bir kişiydi bu. Yine raporlayamıyorduk. Fakat savcı ile paylaştığımızda kişiyle geçtiği iletişimde kişi yanında iki tane fotoğraf getirdi. Getirdiği fotoğrafın ikisinde kişinin giydiği kıyafetlere dikkat edin lütfen. Cenazenin üstündeki kıyafetlere dikkat edin. Yani fotoğraf gerçekten çok önemli. Yani o kişinin getirdiği kıyafette, bir fotoğrafta altına giydiği, bir fotoğrafta üstüne giydiği kıyafet tesadüfen o gün üstündeydi. Yani bu bilgi daha önceden olsaydı DNA'ya bile gerek kalmadan zaten bu kişi kimliklendirilmiş olurdu. Burada DNA şunun için, bunun teyidi için, bunun daha sonradan bir davalık durumu söz konusu olduğunda kesin kanıt olabilmesi açısından önemli olur.

Çok hızlı istatistiklerimi vereyim bitireyim. biz kimliklendirme de toplamda 5.473 cenazenin örneğini çalıştık. Şu anda halihazırda 563 cenazenin eşleşmemiş bir halde DNA'sı elimizde mevcut. Dolayısıyla elimizdeki cenazelerin %90'ını şu anda kimliklendirmiş durumdayız. Yöntem olarak DNA olarak açısından %67 DNA yöntemini kullandık. %33 kimliklendirme DNA dışı yöntemlerle oldu. Bu meyanda birimi 2.538 kişi başvurmuştu. Bunlardan tabii ki şu anda cenazesi kimlik ya da bulunamayanlar mevcut. Ama bizim elimizde kimliklendirilmemiş 563 adet cenaze var. Güncel toplam sayılarda, biz %62 örneği Gaziantep'te, %29 örneği de Diyarbakır Laboratuvarlarımızda çalıştık. Kayıp yakınlarının çalışmaları ise %33'ü Gaziantep'te, %28'i Hatay laboratuvarımızda oldu. Yani 3 günde kurduğumuz laboratuvarda biz neredeyse cenazelerin üçte birini, cenaze yakınlarının üçte birini çalışmış olduk.

Şehirlere göre baktığınızda cenazelerin %44'ü Hatay bölgesinden gelen cenazelerdi, bunu %20 ile Kahramanmaraş ilimiz takip etti. Hatay Bölgesi'nin özelinde kimliklendirme sayımız şu anda bizim elimizdeki açık kalan DNA profilleri 240 gibi görünse de savcılıktan aldığımız bilgi bunun artık 115'e kadar düştüğü şeklinde. Bu meyanda %90'ı kimliklendirilmiş durumda Hatay'ın, Kahramanmaraş %74'ü kimliklendirmiş durumdayız %26'sı ki bu eminim yine yerelden alacağımız bilgilere göre değişecektir. Adıyaman'ın %98'i kimliklendirilmiş durumda, %2'si şu anda elimizde. Bende 12 idi, Altan Bey'in verdiği bilgiye göre bu 7'ye düşmüş. Adana zaten kimliklendirme açısından yüksek oranlı şehirlerden birisiydi buradaki %25'i yüksek olmasına bakmayın. Necmi Hocam bilecektir. Bazı örnekler tekrar tekrar yeniden alındı. Hatta bir apartmanımız var o apartman biraz bu sayıları değiştirdi. %75'i gibi görünse de bu oran biraz daha az. Evet, yakın değil mi? Diyarbakır şu anda %100'ü kimliklendirilmiş durumda. kimliklendirilmemiş herhangi bir cenaze yok. Gaziantep, %98'i kimliklendirilmiş.

Biz tabii hüviyeti meçhuller dışında, biraz önce Altan Bey'in de bahsettiği gibi depremin ilk günlerinde tedbirimizi almıştık. Yaşayan, hastanelerde tedavi gören, bilinç kaybına uğramış, yoğun bakımda konuşamayacak durumda olan şahıs veya şahıslar söz konusu olabilir bunların bir kısmı çocuktur, bebektir.

Ama depremin ilk günlerinde tespit ettiğimiz bir şey vardı. Biz depremde yerel sayılar üzerinde durmamalıydık. Çünkü şunu gördük ki Suriye'den deprem öncesinde tedavi için Türkiye'ye gelen insanlar vardı. Bunların gitme şansı olmadı. Bunların bir kısmı vefat etti, bir kısmı hala tedavi görmeye devam ediyor. Bunun hangisi depremzede hangisi değil bilemiyoruz. İkincisi de orada doğum yapılmış, gelmiş olan çocuklardan bir kısmı hastanelerde göçük altında kaldı. Bunların Suriyeli mi yoksa Türk mü olduğunu anlamak mümkün değil. Ama biz tedbirimizi almıştık aldığımız tedbirler doğrultusunda da yaklaşık 300 tanesini DNA ile olmak üzere kimliklendirdik.

Kimliklendirilmemiş ve teslim edilmemiş herhangi bir canlı çocuk şu anda deprem kapsamında mevcut değil. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığından aldığımız bilgi doğrultusunda. Ne için yapıyoruz? İşte bu haberlerin çoğalması için yapıyoruz. Çünkü insanlar gerçekten bir parmaklarını bile bulmak istiyorlar cenazelerinin. Başka bir dertleri yok. Bunlar işte o ailelerden bazıları.

Bunlar da bizim, alanda yaşadığımız biraz önceki söylediğim Hatay Grup Başkanlığındaki inşaat çalışmalarından. Kurduğumuz laboratuvardan görüntüler. Sağdaki bizim depremdeki kimliklendirme dışındaki görevlerimizin fotoğrafı.

Beni dinlediğiniz için ben teşekkür ediyorum, sağ olun.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Hocamıza teşekkür ediyoruz Adana ile ilgili bir cümle söyleyeyim. Adana' nın kendi olguları içerisinde bir sorunlu olgumuz var. O da soru işaretli. Bahsettiği olgular daha çok Hatay'dan tedavi için gelen… Hatay deyince, aslında Suriye'den gelen ya da Suriye kökenli olan ve teslim alınmak üzere gelinmeyen olgular. Başka problemimiz yok. Ben sözü Mehmet Hocama vereyim salondan soru ve katkıları alalım bir 10-15 dakika.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Evet, Kahramanmaraş'ta kısa bir süre de olsa çalışma şansı buldum. Gerçekten bu cefakar çalışkan arkadaşımız Bestami ÇOLAK'a teşekkür ediyorum. Çünkü Bestami ÇOLAK, aslında deprem bölgesinde yaşamayan İstanbul'da yaşayan fakat deprem bölgesinde en uzun süre kalan meslektaşımız. Onun için ayrıca teşekkür ediyorum üstün çabaları için.

Bir de arkadaşlar, uluslararası 4. derece bir felaketti ve uluslararası yardım çağrısında bulunuldu. Şu salonda olan arkadaşlarımız var onlara da özellikle Azerbaycan'dan gelen Rahim MAMMADOV ve Celaleddin ÖMEROV'a teşekkür etmek istiyorum. Çünkü Azerbaycan bize yardım yapan ülkelerin içerisinde ilk gelen ve en nicelik ve nitelik olarak en fazla yardım yapan ülke. Şöyle ki Azerbaycan'ın bize yapmış olduğu yardım ondan sonraki gelen ülkenin yapmış olduğu yardımdan tam 7 kat daha fazla. Tabii ki kardeşlerimiz olarak, uluslararası felaket çağrısını da beklemediler. O haberi medyadan biliyorsunuz. Arabasına binen bir Azerbaycanlı Türk yollara düştü ve yardım etmeye

çalıştı Türk kardeşine.

Şimdi arkadaşlar saat 13:00'e geliyor. Yemek zamanından çalmak istemiyoruz ama söyleyeceğiniz şeyler de var. Bir 10 dakika salona söz vermek istiyorum buyurun. Buyurun Akif Hocam.

Mehmet Akif İNANICI (Dinleyici / Marmara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Ben herhangi bir katkıda bulunmayacağım. Sadece bir soru soracağım. Kurum Başkanımız burada, morgda baştan tam sona kadar çalışan ilgili arkadaşlarımızla burada. Şimdi önümüzde deprem beklenmekte. Acaba biz kimliklendirme ve diğer şeyler için ne kadar hazırız? Hazır mıyız? Bundan sonra ne yapmayı düşünüyoruz? Gibi böyle bir soru atacağım ortaya. Çok teşekkürler.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Tabii ki her felaket aslında bir tecrübe getiriyor, Victor Hugo diyor ki felaket güçlülere yarayan iyi bir ana sütü gibidir. Kalbi ve zihni güçlendirir diyor. İnşallah duygularımız güçlendi, ama zihnimizde güçlenir ve bunlardan bir ders çıkarırız ve bundan sonraki yaşayacağımız felaketlere de hazır oluruz. Bu konuda Adli Tıp Kurumunun çok büyük bir bilgi birikimi ve tecrübesi var. Bunları eminim ki geleceğe aktaracak. Bu çalışma çok dar bir alanda yapıldı. Dar bir zamanda yapıldı. Daha geniş bir çalışma yapılıp buradan bir sonuç bildirgesi çıkartılıp, inşallah yaşamayız ama böyle bir durumda nasıl davranacağımız konusunda protokolleri yapmamız lazım hocam.

Evet buyurun. Rahim Hocam Azerbaycan'da adli tıp uzmanı Rahim MAMMADOV kendisiyle biz tanışıyoruz.

Rahim MAMMADOV (Dinleyici / Azerbaycan Savunma Bakanlığı, Adli Tıp Uzmanı):
İlk önce davet için bir daha teşekkür ederim bu tedbirin bu vaziyete gelmesinde katkısı olan her bir kişiye bir daha teşekkür ederim. Deprem felaketine bağlı geçmiş olsun diyorum. Allah bir daha bu tür felaketlerden korusun. Biz ne kadar da teselli versek de bu acının unutulması için en azından iki, üç nesil geçmeli ki, kolay kolay geçen bir şey değil. Tüm bunlara bakmayla hayat devam ediyor.

Cumhuriyetin 100. yılı münasebetiyle bir daha bütün vatandaşları, bütün Türk severleri bir daha tebrik ediyorum. Hemşe dünya durdukça var olsun ve şimdikinden daha çok dünyaya barış veren; adaletin, mazlumun yanında olan Cumhuriyet, bu dünya durdukça var olsun.

Azerbaycan-Türkiye, biz kardeşiz. Yani aynı kökten gelen aynı milletiz. Dilde asimilasyon olsa da bir milletiz. Allah var eylesin bir daha minnettarım.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Buyurun hanımefendi buyurun.

Filiz USTA BAl (Dinleyici / Ankara Adli Tıp Grup Başkanlığı Biyoloji İhtisas Daire Başkanı):
Teşekkür ederim Adli Tıp Kurumu Ankara Biyoloji Daire Başkanı Filiz USTA BAL. Sunumlarınız için çok çok teşekkür ediyorum. Adli tıpta çalışma; potansiyel olarak anlatılan konular kapsamında hep felaket kurbanlarını ölülerini, ölüleri adli tıp kimliklendirmiş gibi düşünce tarzı oluştu.

Ama bizler, aynı zamanda, bu platformu disiplinli bir çalışma yaparak, kendini ifade edemeyen bebekler, küvezde kalan veya hastanelerin yıkılması neticesi ile hastaları farklı illere taşınan, yoğun bakımlarda yine kendisini ifade edemeyen, yakınlarından haberdar olamayan, taşınım esnasında yakınlarına haber verilemeyen birbirlerini arayan kişilerin de kimliklendirmesini yaparak, aynı zamanda kavuşmalarını sağladık.

Çünkü biz sadece felaket kurbanlarını değil felaketi yaşamış mağdurları da kimliklendirerek buluşturduk. Hani bu anlamda sadece ölü doktoru gibi tanımlanan adli tıp biliminin aslında her açıdan sistematiğe girdiğini deklare etmek istedim. Çok teşekkür ederim.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Son bir söz. En arkadan bir söz isteyen vardı. Coşkun Hocam o zaman. Orası konuşsun o zaman son sözü sana verelim.

Söz alana kadar ben aslında sizin söylediğiniz ile ilgili özel ekip kuruldu. Bütün o devlet korumasındaki olan çocukların ailesine ulaşılması anlamında Emniyet Müdürlüğü ve Adli Tıp Kurumunun bir ortak çalışmasıyla çoğunu eşleştirdik ve teslim ettik. Sayıyı bilmiyorum ama çok az kalmıştır diye düşünüyorum.

Mehmet TOKDEMİR (Moderatör):
Şimdi o konuda bir trajedi de yaşandı Türkiye'de, biliyorsunuz bizzat Hızır Başkanımız müdahale etti. Bebekler hastaneden sahipleri olmadıkları halde yabancılar tarafından alınmaya kalkıldı ve Antakya'da acildeki hekimler Hızır Başkanımıza bu konuda ikaz ettiler. Acilde çalışan hekimler, bu bebekleri yakınları olmayanlar alıyorlar dediler. Başkanımız, Aile ve Sosyal Bakanlığını arayarak bu çocukların yabancılar ve art niyetli insanlar tarafından alınmasına engel oldu. Buyurun.

Ayhan YENİLMEZ (Dinleyici / Hendek Cumhuriyet Başsavcısı):
Ayhan YENİLMEZ Hendek Cumhuriyet Başsavcısı. Konuşmacılarımız arasında yanlış anlamadıysam bu kimliklendirme ile ilgili biraz tereddüt oluştu bende. Sebebi önceki konuşmacılarımızda parmak izine yoğunlaşılması, DNA analizi için bir örnek alınmasına gerek olmadığı ağırlıklı olarak söylendi ama Bestami ÇOLAK, son konuşmacımız anladığım kadarıyla bu örneğin alınması öneminden bahsetti. Yani bu tür vakalarda tedbir amaçlı bu örneklerin alınması faydalı olmayacak mı? Bir de ikinci bir soru şimdi DNA analizi için önümüzde seçenek imkânı varsa anne baba veya kardeşlerden birisi, hangisinden örnek almamız daha sağlıklı olur? Teşekkürler.

Bestami ÇOLAK (Konuşmacı):
Aslında Sayın Savcım şöyle bir şey söyledim. DNA örneğinin alınması daha sonraki oluşabilecek ihtilaflar için de zaten gerekli. Yani örneğin alınması ile ilgili herhangi bir bahis yok. Herhangi bir sıkıntı yok. Örneğin alınması gerekli. İfade ettiğim bu. Parmak izi ise kısa ve veri tabanı olması babında kimliklendirme için ilk başvurulması gereken. Çünkü o anda o kişinin parmak izinden kimliğini tespit ediyorsanız, akabinde DNA incelemesi yapmanıza gerek yok.

İkinci hususla alakalı olarak da bir kişinin annesi varsa babası varsa zaten başka kişilere ihtiyaç yok kimliklendirme için. Babasının annesinin olduğu durumlarda annesinin ya da babasını almanız yeterli. Annesi daha çok tercihimiz. Babasının bildiğiniz üzere, risk grubu oluşma durumu söz konusu.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Hocam ben altını çizmek istiyorum savcımızın sorusu ile ilişkili olarak. Kimliği belli, bütünlüğünü koruyan, yüz görünümü ile ilgili hangi problemi olmayan, çok kolay tanınacak olgu bile olsa defin verdiğiniz her olgudan biyolojik örnek alınması gerekiyor. Çünkü bizim böyle 3-4 tane olgumuz oldu, yaralı ve şuuru kapalı olarak Adana'ya getirilen yaşlı bir kadın, hastanede

tedavi görüyor, yakınları hastanede buluyor, her gün ziyaret ediyorlar annemiz-nenemiz diye, vedalaşıyorlar, yüzünde hiçbir yaralanması yok. Vefat edince oğlu olduğunu söyleyen kimlik tanığına teslim ediliyor. İlk gelişte kimliği meçhul olduğundan alınan kan sisteme yüklenmiş ve daha sonra Hatay'da annesini arayan bir kişinin çıktı Adana'daki bu olgu. Onların annesinin de Hatay'da defnedilmiş olduğu ortaya çıktı.

Son söz olarak. Çok geçtik süreyi. Son sözü size de verelim o zaman. Coşkun Bey'den sonra.

Abdullah Coşkun YORULMAZ (Dinleyici / Koç Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Çok teşekkür ederim. Aslında söz alma gereksinim de ben de bir Hataylıyım, ailem depremde mağdur oldu Bestami, Erdoğan hepimiz Hataylıyız tesadüfen orda da akrabalarımızla, Erdoğan'la bir araya gelerek olayı bizzat gördüm. İzliyordum ben orada yani mahşer yeriydi oradaki Narlıca mezarlık alanı. Bilmiyorum Erdoğan bana katılıyor mu en büyük zorluğu orayı organize eden AFAD ile olan ilişkilerdi.

AFAD, çok korktum yani çok işbirliğine yatkın bir kuruluş değildi orada gördüğüm. 5. günden itibaren biz ulaşabilmiştik. Böyle bir sorun var.

Aslında aslında Akif Hocama cevap vermek için söz aldım. Hazır olamayacağız bu afet yönetmeliği ile hazır olamayacağız. Çünkü mesela afet yönetmeliğinin içerisinde sayın savcılarımdan biri söylemişti, orayı yönetmek için bizim olmamız gerekiyor gibi bir şey çok doğru. Adli Tıp Kurumunun orada yönetici, en başta organizatör olması gerekiyor. Aksi takdirde asla işbirliğini sağlayamıyoruz. Dolayısıyla Akif Hocam hazır olamayız. Eleştiri belki biraz ağır. 1999 depreminden bu yana hiçbir şey değişmedi eleştirisi biraz ağır. Ama yine de değişmeyen çok şey de dikkat çekiyor.

Yine cumhuriyet savcılarımızla ortak eğitimler düzenlememiz gerekiyor. Narlıca'da cumhuriyet savcısı arkadaşlarımı zorluyordu biraz. Çünkü haklıydı o da tırlarla cenazeler geliyordu lütfen çok zorlamayın biraz yavaş olun. Yani sonuçta 1999'dan bu yana daha iyi şeyler yapmak istiyor benim arkadaşlarım, dediğimde; "Ya biz 1999'da çoğunu dokunmadan gömdük Hocam. Ben her şeyi biliyorum orada çalıştım demişti" bana. Evet, ilerlemek zorundayız yani 1999'da çok şey eksiğimiz olabilir. Şimdi 2023'te o kadar olmadığını düşünüyorum ben. Biz İstanbul Buluşmaları yaptık Akif hocamla birlikte. Bayağı bir birikimimiz oldu İstanbul Buluşmalarında. Bunu da söylemek istiyorum. Adli Tıp Kurumunda belki bugünkü toplantılarımızı finalize edecek toplantı. Hepinize çok teşekkür ederim. Ama sonuca bağlayıp mesela meclise bir kanun tasarısı verip bu afet yönetimimizi değiştirmemiz gerekiyor. Çok teşekkür ederim.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Hocam hazır olmak zorundayız. Bir cümle ile buyurun.

Muhammed Selman ÇOLAK (Dinleyici / Adli Tıp Uzmanı):
Başkanımıza, emeği geçenlere, siz Hocalarımıza çok teşekkür ederim. Ben Hatay'da görev aldım. Hatta 21 Şubat'ta ufak çaplı bir depremzede de oldum. 10 dakika bir mahsur kaldım içerde. Hocam ölü muayenelerini es geçmememiz lazımdı. Bir sürü senaryo arz edebilirim. Yaşadığım bazı şeyler de oldu. Savcılara anlatamadım. Bizim cenazeleri en azından bir ön yüzünü arka yüzünü, tanıdığı olsa dahi görmemiz lazım. Bazı depremzede süsü verilmiş cinayetleri atlamamak adına. Bazı organ mafyası vesaire konuları vardı ki ölü muayenelerine de ehemmiyet vermemiz lazımdı diye arz edeyim.

Necmi ÇEKİN (Moderatör):
Katılımınız ve desteklerinizi için sizlere de teşekkür ediyoruz.

Sağ olun var olun.

3. GÜN
3. OTURUM

MALULİYET VE ENGELLİLİK

MALULİYET VE ENGELLİLİK OTURUMU



Mustafa OKUDAN (Moderatör):

Değerli katılımcılar bu oturumda konuşacağımız maluliyet konusu adli tıbbın iş yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Aynı zamanda çok yönlü problemlerin yaşandığı bir konu olması hasebi ile ben özellikle maluliyete ilgi duyan Hocalarımızın, arkadaşlarımızın oturum sonunda katkıda bulunmalarını özellikle istirham ediyorum. Çünkü bunların kayıt altına alınması son derece önemli. Çözümleri bakımından. O nedenle gerçekten ne şekilde olursa olsun katkılarınızı bekliyoruz.

Moderatör Hocamız Ali Cengiz KÖSEOĞLU Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörü aynı zamanda. 1971 Çankırı ili, Şabanözü ilçesinde doğdu, 1992 yılında Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesini, 1996 yılında Gazi Üniversitesinde yüksek lisansını, 2004 yılında İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde doktorasını tamamladı. 2012 Karadeniz Teknik Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesine yardımcı doçent, 2012-2017 arasında Yıldırım Beyazıt Üniversitesinde doçent, 2017 yılında Profesör olan Ali Cengiz KÖSEOĞLU Hocamız, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk Fakültesi Özel Hukuk Bölümünde görevine devam etmektedir. Sosyal ve beşeri bilimler hukuku, iş ve sosyal güvenlik hukuku alanlarında araştırmaları vardır. Buyurun Sayın Hocam.

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Teşekkür ederim. Öncelikle böyle önemli bir konuda sempozyum düzenleyen Adli Tıp Kurumu Başkanlığını tebrik ve teşekkür ediyorum. Bugün tıp ile hukuk biliminin en çok kesiştiği alanlardan biri olan maluliyet konusunu ele alacağız. Maluliyet birazdan üzerinde duracağım şekilde uzmanlık alanım olan İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukukunda da önemli yer tutan bir kavramdır.

İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku açısından hangi hallerin maluliyet teşkil ettiği önemlidir. Maluliyet durumu tespit edildikten sonra ilgili hukuk dalına göre hangi sonuçların doğacağı maluliyet oranına göre belirlenecektir. Maluliyet oranının tespiti ise teknik bir konudur ve söz konusu teknik konu uzman bilirkişilerce tespit edilecektir. Hukukumuzda hangi konularda bilirkişiye gidileceği tartışmasının hiç yaşanmaması gereken alanların başında maluliyet oranının tespiti konusu gelmektedir. İşte bu tespit teknik bir konu ve teknik konu olduğu için de alanın uzmanları tarafından yapılması gereken bir tespittir. Bu tespit hukukçuların yapamayacağı bir tespittir.

Maluliyet Arapça kökenli bir kelime olup (Ma'lulliyet), sağlam olmayan, hastalık ve sakatlık anlamına gelen "illet" kökünden türetilmiştir. Maluliyet, hastalık ve sakatlık kelimeleri ile aynı kökenden geliyor olsa da mana itibariyle farklı bir içeriği vardır. Ayrıca belirtmek gerekir ki uygulamada, malullük, iş göremezlik, engellilik, sakatlık, özürlülük ve hastalık birbirinin yerlerine kullanılabilseler de bunlar içerikleri farklı kavramlardır. Maluliyet genel olarak "bir kimsenin herhangi bir dış etken, hastalık veya kaza sonucunda çalışma gücünü kısmen veya tamamen yitirmesi" olarak tanımlanabilir. Sosyal Sigorta Hukuku açısından maluliyeti ise çok genel olarak "kişinin ilk defa sigortalı olarak çalışmaya başladığı tarihten sonra meydana gelen veya bu tarihten sonra belirli bir seviyeye gelen fiziksel ya da zihinsel hastalığının yahut arızasının (sakatlığının veya engelliliğinin) belirli oranda sürekli iş göremezlik yaratması durumu" olarak tanımlamak mümkündür.

Burada maluliyetin dışında başka kavramlar da devreye giriyor. İşte çalışma gücü kaybı, meslekte kazanma gücü kaybı gibi. Bunlar da maluliyetle beraber ortaya konulması gereken kavramlar. 5510 Sayılı Kanun'un 25. Maddesi maluliyet sigortasını düzenliyor. 5510 Sayılı Kanunun 25 inci maddesi uyarınca; sigortalının veya işverenin talebi üzerine Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca usulüne uygun düzenlenecek raporlar ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi sonucu, 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentleri kapsamındaki sigortalılar için **çalışma gücünün** veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu **meslekte kazanma gücünün** en az %60'ını, (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için çalışma gücünün en az %60'ını veya vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybettiği Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilen sigortalı, malul sayılır.

Görüldüğü gibi maluliyet sigortasından yararlanabilmek için 4a ve 4b kapsamında çalışanlar açısından, (eski SSK ve Bağ-Kurlular kapsamında çalışanlar açısından), çalışma gücünün veya iş kazası veya iş kazası ve meslek hastalığı sonucu ortaya çıkacak olursa, meslekte kazanma gücünün %60 kaybı gerekiyor ki maluliyet sigortasından yararlanabilsin. O halde burada maluliyetin tespiti, çalışma gücünün kaybının tespiti, meslekte kazanma gücünün kaybının tespiti gerekiyor. İşte bunlar hep teknik konular ve teknik kişiler tarafından karar verilmesi ve tespiti gereken durumlar. Vazife malullüğü var mesela, devlet memurları açısından. Orada da yine vazife malullüğü sayılan haller yine yasada tanımlanmıştır.

5510 sayılı Kanun'un "Vazife Malullüğü" başlıklı 47. maddesi; "Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra ilk defa 4. maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı olanlar için **aşağıdaki hallerde vazife malullüğü hükümleri uygulanır.**

25. maddede belirtilen malullük;
-Sigortalıların vazifelerini yaptıkları sırada veya
-Vazifeleri dışında idarelerince görevlendirildikleri herhangi bir kamu idaresine ait başka işleri yaparken bu işlerden veya
-Kurumlarının menfaatini korumak maksadıyla bir iş yaparken ya da
-İdarelerince sağlanan bir taşıtla işe gelişi ve işten dönüşü sırasında veya
-İşyerinde meydana gelen kazadan doğmuş olursa,
buna vazife malullüğü ve bunlara uğrayanlara da vazife malulü denir." hükmünü içermektedir.

Yine 5510 Sayılı Kanunun Sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanma, hesaplanması, başlangıcı ve birden çok iş kazası ve meslek hastalığı hali başlıklı **19. Maddesi** "İş kazası veya meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık ve engellilik nedeniyle Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurulları tarafından verilen raporlara istinaden Kurum Sağlık Kurulunca meslekte kazanma **gücü en az %10** oranında azalmış bulunduğu tespit edilen sigortalı, sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanır" hükmünü içermektedir.

Engelli ve eski hükümlü çalıştırma zorunluluğunu düzenleyen 4857 sayılı İş Kanununun 30. Maddesinde de elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde yüzde üç engelli, kamu işyerlerinde ise yüzde dört engelli çalıştırılması hükmünü içermektedir. **Engelli tanımı ise, "Yurt İçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmelik"te** tanımlanmıştır. Yönetmeliğin 3/e maddesi uyarınca engelli, doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişilerden tüm vücut fonksiyon kaybının **en az yüzde kırk** olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelenenleri ifade eder.

Ben sözü fazla uzatmak istemiyorum. Mevzuatımızda çok sayıda maluliyet ve engellilik ve bunun hukuki sonuçları düzenlenmiş. Şimdi konuya ilişkin tebliğlerini sunmak üzere bizdeki sıraya uygun olarak Cebrail ŞİMŞEK Hocama söz vermek istiyorum. Meslek Hastalıklarında Yaşanan Adli ve Tıbbi Sorunlar ve Çözüm Önerileri konulu tebliğlerini sunacaklar.

Mustafa OKUDAN (Moderatör):
Cebrail ŞİMŞEK 1958 yılında Kırıkkale'de Doğdu 1975 Ankara Atatürk Lisesi mezunu, 1982 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden, 1990'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında göğüs hastalıkları uzmanı oldu ve 2012 yılında iş ve meslek hastalıkları uzmanı oldu. İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanları Derneğinin ilk kurucusu ve 2 dönem başkanlığını yapmış. Aynı zamanda eski Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu üyesidir. Doçent Dr. Cebrail ŞİMŞEK hocamız, şu anda, hali hazırda Gülhane Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Sanatoryum Hastanesi İş ve Meslek Hastalıkları Eğitim Kliniği Başkanlığını yürütmektedir. Buyurun Sayın Hocam.

Cebrail ŞİMŞEK (Konuşmacı):
Değerli katılımcılar, sayın heyet, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Adli Tıp Kurumunun nazik daveti için ayrıca özellikle teşekkür ediyorum. Uğraş alanımız itibarı ile kesişme noktalarımız çok olmasına rağmen ilk defa böyle bir yapının içerisinde, bir kongrede bulunmuş olmaktan son derece mutluluğumu ve teşekkürlerimi ifade ediyorum.

Sayın Başkanın ifade ettiği gibi meslek hastalıklarında yaşanan adli ve tıbbi sorunlar konusunda dilimin döndüğü kadar bir şeyler söylemeye çalışacağım. Tarifle başlayalım. Bildiğiniz şeylerle. Kısaca. Süre kısıtlı.

Meslek hastalıklarının tanımı ile başlayalım. Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık bedensel ve ruhsal sakatlık halleri diye tanımlanıyor 506'da. 6331'de ise daha açık daha kestirme bir tarif var: Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalıklar. Meslek hastalığı yasal tanısının gerekleri var arkadaşlar bildiğimiz gibi. Birincisi, sigortalı sayılmak. Sigortalı olmayan birinin hastalığı ne olursa olsun kimsenin umurunda değil, meslek hastalığı olarak nitelendirilmiyor. Kişinin bedenen ve ruhen arızaya uğraması, zarar görmesi gerekiyor.

Meslekle hastalık arasında somut bir illiyet bağının, nedensellik bağının kurulması gerekiyor ki, topluluğa atfedilen risk ya da topluluğa atfedilen fraksiyon diye bir kavram var. Bir hastalığın oluşumunda mesleki risklerin katkı payı %51'in üzerinde ise bunu literatür meslek hastalığı olarak kabul etme eğiliminde. Ülkelerin meslek hastalıkları listeleri var. Hastalığın o listede bulunması gerekiyor. Maruziyet süresi denilen etkene maruz kalma, etkenle karşılaşma süresinin yeterli olması gerekiyor. Yükümlülük süresi denilen, işten ayrıldıktan en geç ne kadar zaman sonra hak aranabileceğine dair bir süre var.

Örneğin pnömokonyoz için maruziyet süresi 3 yıl. Yükümlülük süresi 10 yıl. Bu sürenin açılmamış olması gerekiyor ve hekim raporuyla, daha sonra da kurum sağlık kurulu raporuyla tanının saptanması, teyit edilmesi gerekiyor. Maruziyet süresi, zararlı etkene maruziyetin başlamasıyla hastalık belirtileri arasında geçen en kısa süre. Gerçi maruziyet süresini kısaltmak, yükümlülük süresini uzatmak, listede olmayan bir hastalığı meslek hastalığı olarak kabul etmek, Kurum Yüksek Sağlık Kurulunun yetkisi arasında. Nitekim gerçekten de meslek hastalığı listesinde eksiklerimiz vardı ama o eksikler bugüne kadar hep bu şekilde Yüksek Sağlık Kurulu tarafından kabul edildi. Meslek hastalıkları olarak düzeltildi. Ama bu listeyi yenileme çalışmaları da tamamlandı ve bu zamana kadar yaptığımız "şu şu hastalıklar niye yok" eleştirisini muhtemelen bundan sonra yapamayacağız. Güzel bir yeni listemiz yakın zamanda -belki Sebahattin YILMAZ ondan bahseder- açıklanacak.

Yükümlülük süresi ise zararlı mesleksel etkinin sona ermesi ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçebilecek, kabul edilebilir en uzun süre diye ifade edilebilir. Yasal tanı koyma yetkisi diye bir kavram var. Sigorta Kurumu önceleri diyordu ki, ben sadece meslek hastanelerinden gelen raporları kabul ederim. Sonra buna devlet üniversite hastanelerini ve zamanla Sağlık Bakanlığı

Eğitim Araştırma Hastanelerini de ekledi. Diğer hastanelerden gelen raporları kabul etmem. Hekimin tanı koyma yetkisine hiç kimse kısıt koyamaz, ama sigortanın belli yerlerin raporlarını kabul edip etmeme selahiyeti de kendisine aittir. Bu ne kadar doğrudur, tartışılabilir Ama tartışılacak konu temelde bu mu? Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları, kimler bunlar? Saydık.

Peki, bu yetkili hastaneler gerçekten yetkinler mi acaba? Alanlarında yeterliler mi? Bunların hem yetkili hem de yetkin ve yeterli olmaları aranmamalı mı? Bizce bu hastanelerin yeterlilik ölçütleri tanımlanmalı, yetkili hastanelere yetkinlik kazandırılmalı. Yetkili hastaneler meslek hastalıkları yasal tanısı için yeterlilik ölçütlerini karşılarlarsa yetkinliklerini kullanabilmeliler gibi önermeler yanlış olmasa gerek. Çünkü alanda biz bu yetersizliği çok görüyoruz. Meslek Hastaneleri birinci basamak hastanelerdir. Hastaneler malumunuz 1., 2., 3. basamak hastaneler diye sınıflandırılır. Üniversite hastaneleri 3. basamaktır. Yani son noktadır, hastanın gidebileceği en gelişmiş yapılardır diyebiliriz. Ama meslek hastalıkları pratiğine baktığımızda bir üniversite hastanesinin, hem de SGK tarafından yetkilisin denilen bir üniversite hastanesinin 1. basamak bir meslek hastanesine; bu konuyu ben bilmiyorum, sen bilirsin deyip gönderdiğine çokça şahit olmaktayız. Öyle ise bu alanda ciddi bir eksiklik var diye düşünülebilir.

Çözüm nedir? Bize sorarsanız, hekime sorarsanız, meslek hastalığı tanısını koyabilen her hekim koymalıdır. Kendinde yetkinlik bulan her hastane, her sağlık kuruluşu, her hekim meslek hastalığı tanısını koyabilmelidir. Bakıldığı zaman, bu konuda mevzuatın talepleriyle hekimin bakışı arasında ciddi bir uyumsuzluk olduğunu görebiliriz. Meslek hastalığı tanısı konulması için bana göre karşımdaki hastadan iyi bir meslek anamnezi almak ve var olan hastalığı ile onun arasında illiyet bağının olup olmadığını değerlendirmek yeterlidir.

Ama SGK ne diyor? Hastalıkla çalışmanın veya çalışma ortamının arasında zorunlu nedensellik bağını ben belgeli olarak isterim diyor. Haklı mıdır, haklıdır. Meslek hastalığı yasal tanısı için kişinin sigortalı olması ön şartı var. Elbette Sigorta Kurumu kendisine hastalık ve analık sigortası ile iş kazası ve meslek hastalıkları sigortası kapsamında yatırılmış olan primler sonucunda sigortalısına bir kısım edimler sunacaktır. Ama hekim için karşısındaki hastanın sigortalı olup olmadığı elbette önemli değildir. Hastalığı, meslek hastalıkları listesinde yer almasının da hekim için önemi yoktur.

Maruziyet süresinin yeterli olmasının da önemi yoktur. Özellikle pnömokonyozlar da maruziyet süresi evet 3 yıldır ama biz öyle pnömokonyozlar gördük, öyle akut ve akselere silikozis olguları gördük ki, -burada benim gibi görmüş olan arkadaşlarım var, beni destekleyen ifadelerini görüyorum yüzlerinde, benim tez hastalarım içerisinde taşı öğütüp kum yapan çocuklar, 20'li yaşlarında gençler, 3 ay bu işi yaptıkları için 20 küsur yaşlarında öldüler. Kot kumlamacılar daha yakın zamanda biliniyor. Dolayısıyla bu maruziyet süresi de hekim için bağlayıcı değildir. Yükümlülük süresine gelince; bir zaman bir büyüğüm demişti ki bana; Cebrail, adam emekli olalı yirmi yıl olmuş kardeşim ne pnömokonyozundan söz ediyorsun hala. Hiç de öyle değil, Pnömokonyozda yükümlülük süresi 10 yıl. Niye hep pnömokonyoz diyorum? Maalesef meslek hastalıklarının ağırlıklı bölümü pnömokonyoz ve sorunumuzun temel daraldığı alan da silikozis olduğu için, belki pnömokonyoz olduğu için, pnömokonyoz örnekleri ile ilerliyorum. Yükümlülük süresi de bizim için önemli değil. Meslek hastalığının yetkili hastanelerde hekim raporu ile belirlenmesi. Evet, sigorta öyle istiyor ama artık bunu çok başarıyla yapabilecek birçok meslektaşlarımız var. Artık İş ve Meslek Hastalıkları Uzmanlığı diye bir yan dal uzmanlık alanımız var. SGK Sağlık Kurulu tarafından onaylanmazsa ben hastama hasta değilsin mi diyeceğim? Bu tür çelişkiler var.

Ben konuşmamı hangi pencereden yapacağımı, işin doğrusu çok da kestiremedim. Onun için konu zaman zaman dağılabilir. Evet, konu başlığımız tıbbi ve adli sorunlar ama meslek hastalıkları özünde çok büyük bir sosyal problem. Tıbbi olduğu kadar hukuki olduğu kadar, çok büyük bir sosyal yara. Yani baktığınız zaman binde 4 - 12 diye bir rakam var, yani çalışan nüfusun bu kadarında meslek hastalığı görülmesi gerekir diyor literatür. Bunu Türkiye'ye, Türkiye nüfusuna ve çalışan nüfusa projekte ettiğimiz zaman yılda 10 binlerce hasta görmemiz gerekirken, binin altında sayılarla karşılaşıyoruz her sene.

Dolayısıyla eksik bildirimimiz var maalesef. Bu eksik bildirimi devede kulak ifadesi ile geçmiş yıllarda ifade etmiştim. Meslek hastalıklarını tespit edemiyoruz işin doğrusuna bakarsanız, eksiklerimiz var. Gerçekten öyle. İlgili tarafların hemen hepsinde var bu eksiklikler. Bilgimiz eksik, ilgimiz eksik, sorumluluğumuz eksik, denetim eksik, yaptırım eksik ve kurumsal yapılarda eksikliklerimiz var. Peki, sadece meslek hastalıklarını neden tespit edemiyoruz demeseydik de, çalışanları neden meslek hastası yapıyoruz diye sorsaydık, ya da meslek hastalarını neden işsiz bırakıyoruz diye sorsaydık ya da meslek hastalarını genel olarak neden mağdur ediyoruz diye… Cevaplarımız yine aynı olacaktı.

Mevzuata baktığımızda, hastaların hastanelere erişmesinde, hastanelerin tanı koymalarında, tanı koyduklarını sevk etmelerinde tanımlı süreçler var. Bunlardan bir tanesi, yetkili hastanelerde konulan tanıların Kurum Sağlık Kurullarına iletilmesi ve oralar tarafından onanması gerekiyor. Ben Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesinde r/r 3/3 + C diye en ileri evre pnömokonyoz tanısını koyduğum zaman, benim tanımın adı oluyor ön tanı. Avukatın da savunmasına baktığınız zaman diyor ki zaten bu tanı değildir, ön tanıdır. Tanıyı kim koyuyor? Kurum sağlık kurulu koyuyor. Şapkamızı önümüze koyup düşüneceğiz. Kurum sağlık kurullarındaki meslektaşlarımızın yetkili hastanedekiler kadar yetkin olmamalarına rağmen, tanıları değiştirdiklerine bile şahit olabiliyoruz.

Biraz önce Sayın Başkan tanımlara kısmen dokundu. Biraz da ben yapmak istiyorum. Hani sorunları konuşacaktık. Yönetmelik çeşitliliği, kavramlar çeşitliliği ve bu kavramların çok sık birbirine karıştırılması. İşin adli boyuta yansımasına baktığımız zaman, çalışma gücü kaybı, meslekte kazanma gücü kaybı ve maluliyet kavramları en çok karşımıza çıkan kavramlar.

Neymiş çalışma gücü kaybı? Çalışma gücünün mevzuatta böyle dört başı mamur bir tanımı yok arkadaşlar. Uğradığı bedensel zarar nedeniyle kişinin kendi durumundaki kişilerden daha az kazanç elde edebilmesi şeklinde tanımlanabilir. Çalışma gücü kaybı genel anlamda çalışarak kazanç sağlayabilme yeteneğinin azalmasını içerir. Yani tüm vücut fonksiyonları açısından fonksiyonel kapasitesini ne kadar kaybettiğini ifade ediyor bir anlamda çalışma gücü kaybı. Genel olarak herhangi bir meslekte ne kadar çalışabileceğini veya çalışamayacağını ifade ediyor.

Meslekte kazanma gücü azalmasının da yine mevzuatta bir tanımı yok arkadaşlar. İş kazası ve meslek hastalığı sonucunda sağlığın bozulması nedeniyle düzenli bir gelir elde edilememesi ya da eskisinden daha düşük gelir elde edilebilmesi. Kaybın oranlaması kişinin aynı bilgi ve beceri düzeyindeki sağlıklı akranlarıyla kıyaslanarak belirleniyor ve bu orana bağlı

olarak hesaplanan tazminatlar, azalan kazanç kapasitesi, Batı literatüründe de aynen bu tanımla geçiyor; diminished earning capacity. Azalan kazanç kapasitesi kavramına sadece iş kazası ve meslek hastalıklarında değil, genel kazalarda da, başka durumlarda da evrensel borçlar hukuku çerçevesinde bakılıyor. Bunun da kalıcı olması ve istihdam üzerinde olumsuz etkisi olması gerekiyor.

Öyleyse meslekte kazanma gücü ile çalışma gücünün birbirinden farkı ne? Meslekte kazanma gücü kişinin çalışmakta olduğu mesleğindeki kazanma gücünü ifade ediyor. Çalışma gücü ise o kişinin herhangi bir meslekteki çalışma gücünü ifade ediyor. Mevzuatta tanımı olmasa da. Meslekte kazanma gücü kaybı olursa kendi mesleğinde kazanma gücünü kaybetmiş oluyor. Çalışma gücünün kaybında ise genel olarak genel bir kayıp ifade ettiğimiz gibi söz konusu.

Peki, maluliyet ne? Meslekte kazanma gücü azalma oranı maluliyet mi? Burada mesela kömür işçisi pnömokonyozu olgularında belirlenen maluliyet oranlarının değerlendirilmesi konu başlıklı bir tez var. Bu tezde meslekte kazanma gücü azalma oranının maluliyet olarak ifade bulduğunu görüyoruz. Oysa maluliyet şu; Kanunun A ve B bentlerindeki sigortalılar için, kimler onlar SSK'lılar, eski ifadeyle ve bağ-kurlular için çalışma gücünü ağır düzeyde, o ağır düzeyin karşılığı neydi %60 ve üzeri idi veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünü en az %60 oranında, meslekte kazanma gücünün maluliyet olabilmesi için öyleyse bir %60 koşulu var Tam maluliyet için. C Bendi kapsamındaki yani 657'liler yani memurlar için ise çalışma gücünün en az %60 veya vazife malullüğü yönetmeliğine göre vazifelerini yapamayacak şekilde meslekte kazanma gücünü kaybetme halleridir maluliyet. Yani maluliyet tam maluliyettir. Burada kastedilen maluliyetin bir %60 ön koşulu vardır.

Peki, meslek hastalığına biz tanı koyduğumuz zaman ne oluyor? Sistem o hastaya geçmiş olsun, gel bakalım senin bir kısım hakların var. Ben sana o hakları vereceğim mi? Diyor. Hayır. Hasta talep ettiği takdirde diyor mevzuat. Çalışan veya emekli kişi talep ettiği takdirde SGK İl Müdürlüğü veya Sosyal Güvenlik Merkezlerine meslekte kazanma gücünün azalma oranlarının tespiti için sağlık kurulu raporları ile birlikte başvuruda bulunacak. Ben duyarlı bir hekim olacağım, hastaya tanı koyacağım, hastayı SGK'ya bildireceğim, hastayı çalıştığı iş yerine bildireceğim, hastayı da karşıma alacağım, eğiteceğim. Hakların var, bunlar bunlar, git Sigorta Müdürlüğüne haklarını ara diyeceğim. Bunu ben ihmal edebilirim. Çoğu zaman da ediyorum. Hasta da gariban zaten elinden tutmasan, bu işleri yapma donanımına sahip değil. Oturup yerinde bekliyor. Hak arama süreçleri gecikiyor. Uygulama zaten yavaş işliyor. Bu süreçleri de bir şekilde revize etmek lazım geldiğini düşünüyorum.

İsteğe bağlı olmaksızın meslek hastasının hakkını teslim etmemiz gerekir bana sorarsanız. Ya hak arama talebini ilk elden peşin almak gerekir. Raporuyla birlikte ya da bilgilendirilmiş onam gibi, gerekçesi varsa, istemiyorsa ret formunu almak gerekir diye düşünüyorum.

İş kazası ve meslek hastalığından doğan hukuki sonuçlar neler? İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'na göre idari para cezaları, SGK Kanunu'na göre rücu davaları. Çokça Önümüze gelen şeyler bunlar. Ya hastanın işveren hakkında açtığı davalar veya SGK'nın işveren hakkında açtığı rücu davaları? Borçlar Kanununa göre tazminat davaları, Türk Ceza Kanunu'na göre de ceza davaları olabilir. Şimdi sigortalılık demiştik arkadaşlar. Bu sigortalılık da baş belası alanlardan bir tanesi. Burada gördüğünüz film 44 yaşında bir hastanın. İki yıl cam kumlamacılık yapmış bir kişinin filmi. Ama sigortası yok. Sigortası yok ama, akciğer nakline aday. Ama meslek hastası değil. Bu kadarını söyleyerek geçmiş olayım. Sigortalılığın tarifini yapalım. Sigortalılık, işçinin iş sözleşmesi ile işe alındığı ve çalışmaya başladığı anda başlar. Sigortalıyı bildirme yükümlülüğünü yerine getirilmemiş olması bu anlamda bir fark yaratmaz. Ama burada bir süre daha çıkıyor karşımıza. Sigortalılığın tescili davası için açılması gereken bir süre var; 5 yıl. 5 yıldan sonra başvursanız bunu maalesef ispat edemiyorsunuz. Borçlar hukuku açısından sigortalı da olsa sigortasız da olsa hasta hastadır. Bedensel bir zarara uğramışsa hakları vardır, diyerek artık kestirmeden gitmek durumundayım. Çünkü zamanı herhalde başarıyla kullanamadım her zaman olduğu gibi.

Burada gördüğünüz olgu ileri evre silikozis diye tanı almış. Biz de naçizane bunun bilirkişisi olarak görev yapmış olduk. Silikozis t/t 2/3 denilmiş. 2,5 yıl boyunca dökümcülük, maçacılık yapmış. Ancak bu kadar sürede o işi yapmış olması bu radyoloji konusunda bizi ikna etmedi. Nitekim araştırdığımızda askerliğe elverişsiz raporu aldığını, kendisinin albinizmi olduğunu gördük. Albinizm ve interstisyel akciğer hastalığı diye araştırdığınızda karşınıza Hermansky-Pudlak sendromu çıkıyor. Bu olgu A hastanesinden tanı aldı, kurum sağlık kurulunda meslek hastalığı tanısı aldı, sigorta tarafından tazmin edildi. Sigorta tarafından işverene rücu edildi ve hâkimler bize sordu ki işçinin kusuru ne, işverenin kusuru ne? O zaman illiyet bağını özenle gözden geçirmek gerekiyor, diyelim arkadaşlar.

Bu bizim bir arkadaşımız 50 yaşında göz doktoru. Covid salgını sırasında filyasyon ekibinde çalıştı. Ağır Covid oldu. Peşinden kalp tutulumu oldu. Miyokard mitral kapak tutulumu oldu. Korda tamiri yapılacaktı yapılamadı. Kalp tamiri yapılacaktı, yapılamadı. Mitral kapak replasmanı geçirdi. SGK bunun Covid hastalığına meslek hastalığıdır, dedi. Ama ona bağlı olarak gelişen kalp hastalığını tanımam dedi. Mitral kapak hastalığı mesleki değildir dedi. Hâkim de buna uydu, şimdi yüksek yargıda, Danıştay'da bu olgu. Böyle bir şeyle karşılaşabiliyoruz.

Hatalar neler, bana sorarsanız meslek hastalıkları ve maluliyet oranları kesin kararları SGK Sağlık Kurulları tarafından veriliyor. İtirazlar SGK tarafından değerlendiriliyor. Yüksek Sağlık Kurulu tarafından. Yani Sigorta Kurumu bir yerde hem hâkim oluyor, hem savcı oluyor, hem avukat oluyor. Yerine göre hem müşteki oluyor. Önerimiz bağımsız bir maluliyet kurumunun kurulması.

Bu da çoklu maruziyetleri olan ve tescilli sigortalılık süresi az olan bir işçi örneği. Pnömokonyoz tanısı almış. 16 yıl çalışmış. Haftada 5 gün çalışsa 4160 gün çalışmış olması gerekirken sadece 690 gün çalışmışlığı var. Keşfe gidiyorsunuz, bilmem kaç yıl önceki iş yerlerinin kimi kapanmış oluyor kimi bilmem ne oluyor ve hâkim sizden kusur oranları bekliyor. Bu kusur oranlarını vermekte sıkıntıya düşüyorsunuz. Yetersiz veriye rağmen karar verme hem zorluğunuz var hem zorunluluğunuz var. Bu tür açmazları yaşayabiliyorsunuz veya ortak bir kanaatimiz yok. O kadar farklı düşünüyoruz ki birbirimizden. Hani artı eksi şu kadar hata payıyla birbirimize benzer kararlar verebilsek, neyse. Bu bir mesleki astım olgusu. SGK teftiş raporu işvereni %100 kusurlu bulmuş. 1. bilirkişi raporu işçiyi %100 kusurlu bulmuş. Tam tersine 2. bilirkişi raporu işvereni %80, işçiyi %20 kusurlu bulmuş. 3. bilirkişi raporu da, kaçınılmazlık yok demiş atopi ve genetik faktörler, bünyesel faktörlerin katkısı %30, işveren %50 kusurlu, işçi %20 kusurlu demiş. Demişiz biz.

Sorunların, sebeplerini, taleplerin neler olduğunu, eksikliklerin neler olduğunu bir şekilde ifade etmeye çalıştım. Şu 32 yıl formülü de hâkimler tarafından zaman zaman niye kullanmadınız

diye sorulan bir konu. Ama biz iş kazalarının %95'i meslek hastalıklarının tamamı önlenebilir diye biliyoruz. Önlenebilir bir durumda kaçınılmazlıktan da, 32 yıl formülünden de söz edilmemeli. Olsa olsa madenlerde belki. Madenlerde bile artık tartışılmalı diye düşünüyorum.

Başka yayınlarda yine söylediğime, anlattıklarıma benzer şeyler ifade edildi. Bilgi, ilgi, duyarlılık her düzeyde eksik, dosyalar yetersiz, maruziyet, tanı, hak arama, edinme arasındaki süreler uzun, hak arama isteğe bağlı, mevzuat kalabalık, birbiriyle çelişiyor, eksikler var. Kusurun ortaya çıktığı tarih olarak Yargıtay sürekli iş göremezlik oranının raporla belirlendiği tarihi kabul ediyor. Danıştay idareye başvuru tarihini kabul ediyor. Oysa bunlardan çok daha eski başlangıç tarihinin olması gerektiğini düşünüyoruz.

Zaman aşımı konusunu açmak lazım. Uzatmak lazım. İşçi yerine çalışan demek belki lazım ve bunların mevzuatını da ortaklaştırmak lazım. Mevzuatta sadeleştirme, tamamlama, eğitim ve kişisel verilere erişebilirlik bizim için önemli. Sağlık Bakanlığının SGK'nın ve Çalışma Bakanlığının elindeki verilerin birbiriyle barışık olması ve bilirkişinin ya da Adli Tıp Kurumunun bu verilere erişebilmesi, daha doğru tanı ve daha doğru karar vermemize katkısı olacaktır diye düşünüyorum.

19. yüzyıl Amerikan İş Hukuku'nda; varsayılan risk, ihmale iştirak ve mesai arkadaşı ilkesi gibi iş sağlığı alanındaki ilkel ilkelerin var olduğunu biliyoruz. Bu alanda çok gelişmeler oldu. Bugün elbette dünya da, biz de pek bu düzeyde değiliz. Ama henüz daha alacak mesafemiz var diye düşünmekten de insan kendini alamıyor.

Ben sabrınız için çok teşekkür ediyorum. Bu kadar önemli bir konuyu, bu kadar dar zamanda konuşmak çok zor. Ama umarım, dilerim, dilim döndüğünce bir şeyler aktarabilmişimdir.

Hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Evet, Hocam, biz de teşekkür ediyoruz. Dediğiniz gibi Bu konuyu bu kadar kısa sürede anlatmak gerçekten zor. Yalnız bir iki hususa değinmek istiyorum.

Şimdi Hocam haklı olarak hep kusur oranı tespitinden bahsetti. Aslında kusur oranının tespiti hukuki bir tespittir ve bunun hâkim tarafından yapılması gerekir. Yani teknik bilirkişi kusur oranı tespit etmemelidir. Ülkemizde maalesef teknik konu-hukuki konu ayrımını oturtamadık. Şu hususu açıkça belirtmek gerekir ki, bir olayda kusur oranı tespiti demek, hatta kimin kusurlu olduğunu belirlemek, savcılık aşamasında savcının davayı kime karşı açması gerektiğini belirlemek demektir. Kovuşturma aşamasında kusur tespiti, kime ceza vereyim demesidir. Hukuk davasında kusur tespiti kimi tazminata mahkûm edeyim demektir. Bu hukuki bir tespittir. Hâkimin yapması gereken bir şeydir. Teknik bilirkişi kusur tespiti, kusur oran tespiti yapamaz. O halde teknik bilirkişinin ne yapması gerekir? Bir olayın meydana geliş şeklini ortaya koyması, olay iş kazası ise alınması gereken tedbirler nelerdir? Hangi tedbirler alınmış, hangileri alınmamış? Bunların ortaya konulması gerekir. Hâkim artık teknik bilirkişinin tespitleri doğrultusunda kimin ya da kimlerin kusurlu olduğunu ve kusur oranlarını tespit edecektir.

Hocamın anlattıklarından dikkatimi bir iki husus çekti. Bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmaması başka bir şeydir. Meslek hastalığı sigortasından yararlanabilmek ayrı bir şeydir. Yani bu ayrımı da önemlidir. Burada meslekte kazanma gücü kaybı ile çalışma gücü kaybı da önemli kavramlardır. Bu kavramların hâkimler tarafından da iyi bilinmesi lazım. Derslerimde şu örneği veririm; baş parmağın kaybı mesela bir marangoz için meslekte kazanma gücü açısından %60 üzerinde kayba sebebiyet verir. Bu meslekte kazanma gücü kaybıdır. Ama aynı kişi bir ofis işinde bir büro işinde veya danışmada çalışabilir. Orada çalışma gücü kaybı belki de sıfırdır. Ama meslekte kazanma gücü marangozluk açısından %60'ın üzerinde olabilir.

İş kazası ve meslek hastalığı Sigortasından yararlanabilmek için oradaki, özellikle sürekli iş göremezlik geliri bağlanabilmesi için %10 meslekte kazanma gücü kaybı yeterlidir. Eğer meslekte kazanma gücü kaybı %10 ile %99 arasında ise kısmi sürekli iş göremezlik geliri, %100 ise tam sürekli iş göremezlik geliri bağlanacaktır. Buna hak kazanabilmek için işçinin belli bir süre prim ödeme şartı da yoktur. Yani olay meslek hastalığı sayıldıktan sonra veya iş kazası diyelim ki işçi çalışmaya başladı. O gün iş kazası geçirdi. İlk gün iş kazası geçirdi. Yine bu sigorta kolundan yararlanabilir.

Hocamıza tekrar bu güzel sunum için teşekkür ediyoruz. Şimdi sırada Maluliyet Oranı Hesaplarında Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri başlıklı tebliğini sunmak üzere Nurettin Nezih ANOLAY Hocam var. Hocamla ilgili bilgileri vermek üzere ben Mustafa Hocama söz veriyorum. Buyurun.

Mustafa OKUDAN (Moderatör):
Nurettin Nezih ANOLAY, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesini 1982 yılında bitirdi. 1996 yılına kadar hekimlik yaptı değişik yerlerde, 1998 yılında Adli Tıp Kurumundan Adli Tıp Kurumu Uzmanı oldu. Daha sonra Bakırköy Adliye Tıp Şube Müdürlüğünde, bilahare 3. İhtisas Kurulunda çalıştıktan sonra 2013-2015 arasında 3. İhtisas Kurulu üyeliği, 2017 sonuna kadar İhtisas Kurulu Başkan Vekilliği ve 2017'den günümüze kadar da 3. İhtisas Kurulu Başkanı olarak görev yapmaktadır. Halen görevi devam ediyor.

Nurettin Nezih ANOLAY (Konuşmacı):
Arkadaşlar hepinize hoş geldiniz diyorum. Süremiz 20 dakika. O yüzden biraz kısa keseceğim. Baştan söyleyeyim. Şimdi bu konu her yerde konuşulan bir konu maluliyetin ve kavramının özelliklerini tanımlarını biliyorsunuz. Ben sadece sorunlara gireceğim.

Evet, Kurumun yapısını biliyorsunuz. Bizde de aynı şekilde bu maluliyetle ilgili konular, Adli Tıp Kurumunda 3. İhtisas Kurulu ve 2. İhtisas Kurulu tarafından değerlendiriyor. Çok sayıda dosyamız var. Aylık 3.000-3.500 yıllık da 35.000 civarında geliyor. Biz bunları en kısa sürede çözmeye çalışıyoruz. Personelimiz, uzmanlarımız ve raportörlerimiz var. Doktor Öğretim Üyesi Hızır ASLIYÜKSEK, Kurumumuzun Başkanı olarak bize yeterli katkıyı sağlıyor. Bu arada ona da teşekkür ederiz. Ona da personel, uzman devamlı isteklerimize elinden geldiğince cevap verdiği için teşekkür ediyoruz.

Sorunlar çok bunları kısaca ben 7 başlıkta topladım. Düzenleme zamanları, Kurul raporları dışında kalan avukat-davacı davalı istekleri, Kurumun yapısından kaynaklanan ve adli bilimler, adli tıp anabilim dallarından kaynaklanan sorunlar var, mahkemelerden kaynaklanan sorunlar, Yargıtay kararlarından kaynaklanan sorunlar, muayenelerden kaynaklanan ve emeklilikten kaynaklanan sorunlar şeklinde özetledim.

Düzenleme zamanı önemli. Olayın geçtiği zamandaki tüzük ve yönetmeliklere göre mütalaa verilmekte ve burada kişinin engelli ve malul olup olmadığı istenmektedir. Biz de bunlara

cevap veriyoruz. Yalnız iyileşme süresi tamamlanmadan verdiğimizde raporlar genelde geçerli olmuyor. Çünkü süre sonunda kalıcı araz ortaya çıktığı için iyileşme süresi tamamlanmadan rapor yazılması uygun değil. Bu arada, ben hem çözümleri hem de durumu ortaya koymaya çalışırım. İkisini bir arada yürüteceğim. Evet, bilimsel mütalaa için hedef süre pek bizim için uygun olmasa da uymak zorundayız. Triaj yapılıyor genellikle ve triajdan sonra hangi raporlar öncelikli ise onlara öncelik tanıyoruz. 5 yıl sonra yapılan muayenenin bizim için, kanımca, pek objektif olmadığına inanıyoruz. Çünkü 5 yıl sonra araya olaylar, çeşitli yaşla ilgili sorunlar muayenemizin objektifliğini bozmaktadır. Bunun için de bir süre koymak lazım ve o süre sonundan itibaren muayenenin yapılmasının katkısı olmayacağını düşünüyorum.

Evet. Avukat-davacı, davalı istekleri de bizim raporlarımızda bayağı bir yer işgal ediyor. Devamlı bir istekler var. Şimdi mesela bir diz altına ampute bir kişinin araç kullanıp kullanmayacağını soruyorlar yahut tek kolu olmayan bir kişinin özel tertibatlı araç kullanıp kullanmayacağını soruyorlar. Çok kısmı aslında bizim kurulun işi değil. Ama biz bu isteklere elimizden geldiği kadar cevap vermeye çalışıyoruz. Konu daha ziyade teknik bir konu. Sunucuların söylediği gibi ve işte bize de şu şekilde geliyor; teknik konu olmasına rağmen Kurulda fizik tedavi uzmanı olmaması nedeniyle konunun tekrar Üst Kurulda görüşülmesi gibi bir istekle de karşılaşabiliyoruz. Halbuki bu kurulların yapısı belirgindir ve her kurulun hangi üyelerden, kaç kişiden meydana geldiği açıkça belirtilmiştir. Evet, bir de bizim %0 verdiğimiz birkaç olguda bu sıfırın da çelişki olarak önümüze getirildiğini görmekteyiz. Bazı raporlarda Adli Tıp Kurumu %10.3 Oranda bir oran vermişken başka bir üniversiteden %19 oranında bir maluliyet raporu alınabiliyor, bu normaldir.

Çünkü her raporda aynı sonucu varmamız ya da bulmamız mümkün değil. Aslında aynı sonucu varırsak, bulursak problem var demektir. Her gün yapılan muayeneye göre ve ekibin birbiriyle uyumuna göre ve hastalığın seviyesine göre ve arızanın seviyesine göre biz oran tespit ediyoruz. Bu oranların hep aynı olması uygun değildir yani normal değildir. Evet, bazen de geçici iş göremezlik süresinin 45 gün olmasının mümkün olmadığı şeklinde bize itirazlar oluyor. Doğuştan %40 maluldür. Bunun %40 engelli raporunun bu şekilde verilmesi uygun değildir. İşte bu oranda artma eksilme olmaz gibi bir itirazlarla da karşılaşabiliyoruz. Bunlardan birkaç örnek yazdım. Bunları kısaca geçiyorum.

Şöyle bir şey var mesela; muayene edilmeden verilen bir raporda iyileşmiş bacak kemiği kırığına verilmiş bir oran var, ama biz onu muayene etmişiz, iyileşmiş olmasının yanında ayak bileğinde de hareket görmüşüz ve onun karşılığında bir oran vermişiz. Biz muayene ederek bu oranı verdiğimiz için gerekçesi var. Yani gerekçesiz itirazların da dikkate alınması durumunda bizim zaman kaybımız var. Gecikmeye neden oluyor. Meslek hastalıklarında aynı şekilde şu rapora itiraz edilmiştir. Aslında atıf yapılması gereken rapor bir başka rapordur şeklinde bize bir itiraz da gelebiliyor.

Felç olan bir kişinin doğuştan kendinde mevcut hastalığının verdiği bir sakatlık oranına itiraz ediyorlar. Halbuki o kişide olay diskopati kaynaklıdır ve bu nedenle biz de sıfır bulmuştuk. Yani itiraz ettikleri çok çeşitli konular olabiliyor. Bir başka davada da şöyle bir şey var; kazada amatör futbolcu olan kişinin dava konusu trafik kazası sonucu futbol hayatının bitmesine neden olacak bir araz meydana gelmiştir gibi komik şeylerle bize itiraz ediliyor. Onun mesleğinin futbolcu olup olmaması bizim konumuz değil tabii asıl mesele futbolcu olması değil aslında biz ona bir oran vermişiz. Olaya bağlı maluliyetinde %0 olduğunu belirtmişiz. Bu şekilde onun oranının değişmesi talepleri bu şekilde bize iletiliyor.

Kişilere yönelik düzenlenmiş davalarda davanın açılma nedeninden farklı bir nedenle de bizden ek rapor İsteğiyle bize geliyor ama bu neden sürekli değişirse bizim de değişik şekilde cevap vermemiz mümkün değil. Başka bir dava açılması ve o dava üzerinden yeni soruya cevap vermeniz gerekiyor kanımca.

Evet, iş kazalarında kişide mevcut bütün hastalıkları toplayıp oran veriyorlar. Bizim verdiğimiz oran tabii sadece el bileği kırığına yönelik bir oran ama kişide %50 dolayında bir maluliyet ya da engellilik olabilir. Bu olayla illiyetsiz olduğu için bunları dikkate almıyorsa, ayrıca doğuştan gelen deformiteler de bizim için ayrıca önemli.

Adli Tıp Kurumundan kaynaklı bazı problemler var. Yani bizim Kurulumuzun çok yoğun, özellikle 3. İhtisas Kurulunun yoğun olması nedeniyle raporlarda gecikmeler söz konusudur. Bunlar bizim norm kadro yapısına geçmemizin gerekli olduğunu bize göstermektedir. Kanımca bunun geçişinin yapılması ve ona göre düzenlemelerin üye ve röportör sayısının, buna göre, gelen dosya sayısına göre ayarlanması gerekmektedir.

Evet, bir de gelen raporlar ve bize gelen isteklerin belli bir süre Kurumumuzda beklemesi gerekiyor. Çünkü kişi muayeneye gelmiyor muayeneye gelmesi durumunda da dosyası gelmiyor bunlar için de standart sürenin uygulanması gerektiğini düşünüyoruz. Yani bir dosya bize geldikten sonra 1 ay içinde muayeneye gelmezse bu kişinin dosyasının geri iade edilmesi gerekiyor kanaatimce. Evet, bu yazışmaları önlemek için de e-nabız sistemi üzerinden bir hastanın tüm verilerinin toplandığı bir havuzun olması lazım. Yine kendi görüşüme göre bu olmadığı için devamlı yazışmalar ve uzayan davalar, mahkemeler ve her seferinde 6 ay gecikmeye neden olmaktadır.

Bir de Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün bir yazısında şöyle bir şey görmüştüm. Özellikle bunu size iletmeyi uygun görüyorum. Sadece Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının bu hususta rapor veremeyeceğini çünkü tüm branşların olmadığı şeklinde bir gerekçeyle itiraz edildiğini gördük. Mahkeme kararlarında davanın açılmasına sadık kalınması gerektiğini düşünüyoruz. Yani başka bir soruyla mesela meslekte kazanma gücü kaybı sorulurken birdenbire çalışma gücü kaybına dönülüyor, sonra birden bire o tarihteki engellilik soruluyor. Daha sonra özürlülük soruluyor. Devamlı böyle değişen sorular bizim karar vermenizi geciktirdiği gibi yargılamanın da uzamasına neden olmaktadır.

Bunlar örnekleri, hızlıca geçiyorum. Yargıtay kararlarında da belli tarihler arasında, işte şu tüzük şu yönetmelik konuları şeklinde sonuçlar çıkıyor. Biz de ona uymaya çalışıyoruz. Prim borçları vs kararlarda görüyoruz. Prim borçları Adli Tıp Kurumunu da pek ilgilendirmediği için, geri iade ediyoruz. Muayenelerden kaynaklanan problemler var bir de. Şöyle ki o kişinin muayenesinde biz, özel ortopedi, nöroloji, psikiyatri ve diğer dallar aynı kişiyi aynı anda muayene ediyorlar ve birbirleri arasında ve bizimle onlar arasında devamlı bir fikir alışverişi var. Bu muayenelerde sıfır metodu mesela ortopedi olarak kullanıyoruz. Aynı gün yapılan aynı şekilde değerlendirmelerin sonucu aynı oluyor ama bu kişi 1 yıl sonra geldiğinde aynı oran çıkmayabilir çünkü bir iyileşme de söz konusu olabilir. Bir kötüleşme de durumda söz konusu olabilir. Bunu bir garantisi yok. Yani bir kişinin maluliyeti %10.2 ise bu hayatı boyunca bu şekilde gidecek diye bir kural yok. Biz maalesef, bu değişmez bir şey diye kabul ettiğimiz için her zaman buna karşı çıkıyoruz. Evet. 5 yıl geçmesi durumunda muayenelere özellikle hatalı sonuçlar geliyor. Çünkü o kişiler, başka kazaları

da göstermeyerek kendilerinin bütün arızalarının bu kazada olduğuna dair bir iddiada bulunuyorlar. Temaruz da çok sık görülen bir durum. Evet. Genellikle bütün kalıcı arazlarının bu kazadan sonra ortaya çıktığını söylüyorlar. Bizim tabi çok derin bir araştırma yapmamız gerekiyor.

Yönetmelikten kaynaklanan problemler var. 2008'deki Yönetmeliğe göre, 2013'teki yönetmeliğine göre, o olmadı 2019'daki yönetmeliğe göre, farklı farklı yönetmeliğe göre bizden değerlendirme isteniyor. Bunların hepsinde aynı şeyin çıkması mümkün değil. Sonra da bu yönetmeliklerle çıkan farklı sonuçlar bize çelişki olarak önümüze geliyor.

Evet bu şekilde de bir gecikme oluyor adalette. Biz daha önceden 2017 yılında bir çalışma yapmıştık. Sosyal Güvenlik Kurumunun değerli maluliyet ile ilgili bölümü ile oturup bunlarla ilgili bir liste yaptık. Fakat o liste bir daha hiçbir şekilde ne görüşüldü ne de önümüze getirildi. Yeni yeni bir sürü liste geliyor bunların bir kısmı engellilik, bir kısmı özürlülük. Fakat bizim istediğimiz, bu meslekte kazanma gücü kaybı ile ilgili listeler bir türlü oluşturulamadı. Yeterli bir konsensüs sağlanmadığı düşüncesindeyim. Genellikle, yani bütün sivil toplum örgütlerinin bu konuda birlikte hareket etmesi gerekiyor ve bunun mevcut yönetmeliğin tamamen değişmesi değil de hatalı ve de eksik bulunan bölümlerinin yenilenmesi, düzeltilmesi bizce daha uygun.

Mesela bazı meslek grupları yönetmelikte yok. Meslek grupları olmadığı için de değerlendirmemiz benzetme yoluyla oluyor. İlerde olacak bazı şeylerin böyle listelenmesi gerekiyor. Bakın orada tek tek yazdık. Çok uğraş vermiştik buna, 2 yılımızı harcadık maalesef sonuç alamadık. Bu örnekleri tek tek yazdık. Sayfalar dolusu. Evet. Mesela yükseklik kaybı ile ilgili omur füzyon ile ilgili çok değişik önerilerimiz vardı o zaman için.

Evet arkadaşlar. Benim söylemek istediğim bu kadar. Teşekkür ederim.

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Teşekkür ederiz Hocam. Burada şu hususu belirtmem gerekir. Maluliyet kesin, durağan bir durum değildir. Süreç içerisinde iyileşme olabileceği gibi maluliyetin artması da söz konusu olabilir. Bizim mevzuatımızın içerisinde artma veya eksilme durumunda neler yapılması gerektiği, gerek sigortalının başvurusuyla veya kurumun başvurusuyla hangi prosedürlerin işletilmesi gerektiği düzenlenmiştir.

Şimdi üçüncü tebliği sunacak hocamızın tebliğ konusu Maluliyet ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybında SGK Uygulamaları. Sabahattin Yılmaz Bey tebliğ sunacaklar. Hocam buyurun.

Mustafa OKUDAN (Moderatör):
Sebahattin YILMAZ 1971 yılında Sivas'ın Zara ilçesinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Sivas'ta tamamladı. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı yıl Iğdır'da Tuzla ilçesi Gaziler Sağlık Ocağına atandı. Ankara İl Sağlık Müdürlüğünde çalıştı. 2008 yılından beri Sosyal Güvenlik Kurumunda çalışmakta olup halen Maluliyet ve Sağlık Kurulları Daire başkanlığında görev yapmaktadır.

Sebahattin YILMAZ (Konuşmacı):
Adli Tıp Kurumunun Değerli Başkanı, kıymetli hazirun, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Tabi ben sunumu yapmadan önce kendi açımdan provasını yapmıştım. Bir türlü öngörülen zamana sığdıramamıştım. Cebrail Hoca meslek hastalıklarını anlatınca, benim anlatacağım kısımların bir kısmını anlatmış olmasından dolayı bana ayrılan sürenin yeteceğini düşündüm. Fakat Cebrail Hoca konuşmasında, meslek hastalıklarında yaşanan sorunların sorumlusu SGK'ymış gibi bir tablo oluşturdu. O nedenle konuşmam birazcık uzayabilir. Sayın Başkan sizden süre istirham ediyorum.

Başkanın da ifade ettiği gibi ben de size meslek hastalığı ve iş kazasında meslekte kazanma gücü kaybı, maluliyet, çalışma gücü kaybı, vazifelerini yapamayacak derecede meslekte kazanma gücü kaybı, Kurum uygulamaları ve buna ilişkin kavramlardan bahsedeceğim.

Benden önceki konuşmacılar tarafından ifade edildiği gibi kavramlarla ilgili hakikaten bir sıkıntımız var. Yani yönetmeliklerimizde; Maluliyetin tanımı nedir? Meslekte kazanma gücünün kaybı nedir? Çalışma gücü kaybı nedir? Yani bunların tanımları tam olarak yapılmamış olmakla birlikte esasında mevzuatımızda sigortacılık yaklaşımıyla bu tanımlar yapılmıştır.

Sözlerimin başında şunu ifade etmek isterim. Meslekte kazanma gücü kaybı tespitine ilişkin yönetmelik taslağı hemen hemen tamamlandı. Hastalık listeleri güncellendi. Bu yıl sonuna kadar hastalık listesinin, 2023'ün ilk çeyreğinde de yönetmeliğin yayımlanması planlanmaktadır.

SGK bakış açısıyla maluliyetin tanımı nedir? Kişinin ilk defa sigortalı olarak çalışmaya başladığı tarihten sonra meydana gelen veya önceden var olup da, çalışmasına engel olmayan fiziksel ya da ruhsal hastalığının ya da hastalıklarının yönetmeliklerimizde belirtilen seviyelerdeki çalışma gücü kaybı veya meslekte kazanma gücü kaybı olarak tanımlayabiliriz.

Peki çalışma gücü kaybı nedir? Çalışma gücü kaybı, sigortalının bedensel veya ruhsal işlevlerindeki kayıplara bağlı olarak, aktif işgücü piyasasında çalışma kapasitesinin ne oranda etkilediğine dair bir değerlendirmedir.

Meslekte kazanma gücü kaybı, Başkan da ifade etti. Biz şöyle tanımlıyoruz. Sigortalının iş kazası veya meslek hastalığına bağlı, mesleğini yapabilme kapasitesini, ne oranda kaybettiğine ilişkin bir değerlendirmedir.

SGK olarak maluliyet değerlendirmesine ilişkin hangi iş ve işleri yapıyoruz? Birincisi 5510 Sayılı Kanun'un 25. Maddesine göre çalışma gücünün % 60'ını kaybedip kaybetmediği konusunda değerlendirme yapıyoruz. Bunu kimlere yapıyoruz. Sigortalılara, hak sahibi veya bakmakla yükümlü olduğu çocuklarına. Başka, 4/c kapsamındaki sigortalıların vazife malullüğü tespitini yapıyoruz. İş kazası ve meslek hastalıklarına bağlı meslekte kazanma gücü kaybı tespiti yapıyoruz. İş kazası ve meslek hastalığına bağlı sürekli iş göremezlik geliri alanların ölmeleri halinde, ölümlerinin meslek hastalığına mı ya da iş kazasına mı bağlı nedenlerden meydana geldiğine dair de bir değerlendirme yapıyoruz.

Bir başka değerlendirmemiz, Kanun'un 28. Maddesinin 5. Fıkrası. Bunda da yine bir çalışma gücü kaybı tespiti yapıyoruz, burada ciddi sorunlarımız vardı. Bunu şu an için 2021 tarihi itibariyle biraz daha regüle ettiğimizi düşünüyorum. Erken yaşlanma tespiti, bir diğeri de kadın sigortalıların başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda ağır engelli çocuklarının tespitini yapıyoruz. Bu tespitler, Kurum Sağlık Kurullarınca yapılmaktadır. Kurum Sağlık Kurulları en az 4 hekimden oluşmakta ve en az 3 üye ile karar vermektedir. İhtiyaç duyması halinde danışman hekim görüşüne başvurabilmektedir. Yani kurullarımızın bu anlamda yetkinliği ile ilgili çok fazla bir sıkıntı olmadığı kanaatindeyim. Aynı zamanda meslek hastalığı

ve iş kazası değerlendirmesi yapan sağlık kurularımızda göğüs hastalıkları uzmanlarımız da var. Onlar da göğüs hastalıkları açısından Cebrail Bey'in ifade ettiği pnömokonyozlar açısından değerlendirme yapıyor. Cebrail Bey de, daha önce Meslek Hastalıkları Uzmanı olarak YSK'da çalıştı. Daha sonra Kurum Sağlık Kurulları kararlarının YSK' da onanma oranlarını kısaca ifade edeceğim.

Kurum Sağlık Kurulları, Yetkilendirilmiş sağlık hizmet sunucularından temin edilen sağlık kurulu raporları ve sigortalının dosyasını değerlendirerek karar vermektedir. Yetkilendirilmiş hastanelerimiz; Sağlık Bakanlığı Devlet Hastaneleri, Meslek Hastalıkları Hastaneleri, Şehir Hastaneleri, Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Devlet Üniversite Hastaneleridir.

Evet, maluliyet değerlendirmesini kime yapıyoruz? Malullük değerlendirilmesi yapılabilmesi için sigortalının, 10 yıllık sigortalılık süresi ve 1.800 prim gününü doldurmuş olması şartı var. Maluliyet değerlendirmesini 4/a-4/b ve 4/c sigortalılar, 4/c sigortalılardan vazifesi ile ilişkili olmayan durumlarla, bunların hak sahipleri ve bakmakla yükümlü oldukları çocuklarına yapıyoruz. Çalışma gücü kaybının %60'ını kaybedip kaybetmediğini dair bir değerlendirme yapıyoruz. Bu değerlendirmeyi yaparken de 2021 yılında yayınlanmış olan Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliği kapsamında yapıyoruz. Bu yönetmelikte sigortalının çalışma gücünün %60'ını kaybetmesi, ağır düzeyde çalışma gücü kaybı olarak tanımlanmıştır. Yönetmelik eki hastalık listesinde, sigortalının hastalığı, ağır düzeyde çalışma gücü kaybı kriterlerine uyuyorsa, ağır düzeyde çalışma gücü kaybettiğine yani çalışma gücünün %60'ını kaybettiğine, malul olduğuna karar veriyoruz. Bir karar örneğimiz yansıda.

Bir başka karar örneğimiz. Bu karar örneğimizde de kişi, işe girdiği zaman da malul düzeyde girmiş olabilir. Maluliyette 10 yıla 1.800 prim gün sayısı gerekirken bunlarda da 15 yıl sigortalılık ve 3.960 prim gün gerekiyor. Yalnız bunlar malullük sigortasından faydalanamıyor. Bunlar yaşlılık sigortasından faydalanıyorlar.

Yaşlılık sigortası ve malullük sigortası şeklinde ikiye ayırırsak, Maluliyet hakkı kazananlar malullük sigortasından istifade ediyorlar. İşe girerken malul olduğu tespit edilenler ve biraz sonra anlatacağım 28/5 kapsamında değerlendirilenler ise yaşlılık sigortasından yararlanmaktadır ve yaşlılık aylığı bağlanmaktadır.

4c sigortalıların vazife malullüğü, gerek 5510 Sayılı Kanun'un 47. Maddesi ve gerekse 5434 Emekli Sandığı Kanunu'nun 45. Maddesinde hangi hallerin, hangi şartlarda vazife malullüğü sayılabileceği, hangi şartlarda sayılmayacağı tanımlanmıştır. Burada bir olayın, yaralanmanın, hastalığının vazifesinin neden ve etkisiyle meydana gelip gelmediğine bakarak vazife malulü olup olmadığına karar verilmektedir. Yani aynı meslek hastalığında olduğu gibi bir illiyet bağı aranmaktadır.

Vazife malulü tespiti, maluliyet tespitinden biraz farklı. Maluliyet değerlendirilmesinde, Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliğini kullanırken, burada memurun mensup olduğu kurumun buna ilişkin yönetmeliği varsa ona göre değerlendirilmektedir. Örneğin Emniyet Mensupları için Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliğine göre değerlendiriyoruz. TSK mensupları ise TSK Sağlık Yeteneği Yönetmeliğine göre değerlendirilmektedir. Bunun dışındaki kamu kurumunda çalışan memurlar ise Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre değerlendirilmektedir. İlgili kurumun yönetmeliklerine göre değerlendirilip eğer maluliyetine karar verilirse ikinci bir işlem daha var. Bu defa da 1053 Sayılı Vazife Malullerinin Nevileriyle Dereceleri Hakkındaki Nizamnameye göre değerlendirme yapılır. Bu nizamname de bir hastalık listesidir. 1'den 6'ya kadar derecelendirme vardır. Kararlarımızda nizamnameye göre derecesini belirtiyoruz. Derecelendirme alacakları maddi kazanımları açısından önemlidir.

Yani 4/c değerlendirmesini iki türlü yapıyoruz. Birincisi malul olup olmadığına karar veriyoruz. Malul olduğuna karar verdiklerimizden vazifesinin neden ve etkisi ile meydana gelmişse, 1053 Sayılı Nizamnameye göre bir derecelendirme yapıyoruz. Bu yansı da ona ilişkin bir örneğimiz.

Bunun dışında bir diğer değerlendirmemiz 684 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamedir. Burada değerlendirdiğimiz sadece devlet memuru değil, terörden mağdur olmuş siviller de dâhil. Yani 3713 Sayılı Kanun'un 21. Maddesi kapsamındaki terör eylemi sonucu yaralananlardan, mensubu olduğu kurum yönetmeliklerine göre malul sayılmamış ve vazife malulü kabul edilmemiş olanların 1053 Sayılı Nizamnameye göre derece tespiti yapılmasıdır.

5510 sayılı Kanunun 28/5 maddesinin uygulaması. 4/b ve 4/c sigortalıları kapsamaktadır. Kanuna göre; 4/b ve 4/c sigortalılardan, çalışma gücü kayıp oranı; %50 ilâ %59 arasında olduğu anlaşılan sigortalıların, en az 16 yıldan beri sigortalı olmaları ve 4.320 gün ve %40 ilâ %49 arasında olduğu anlaşılan sigortalıların, en az 18 yıldan beri sigortalı olmaları ve 4.680 günü olanlara yaşlılık aylığı bağlanmaktadır. Bu oran tespitini 28 Eylül 2021 itibari ile Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliğine göre yapmaktayız.

Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliği hastalık listesine göre; **Orta Düzeyde Çalışma Gücü Kaybı:** %50 ilâ %59 arasındaki çalışma gücü kaybını, **Hafif Düzeyde Çalışma Gücü Kaybı:** %40 ilâ %49 arasındaki çalışma gücü kaybını ifade etmektedir. Burada oransal bir tespit yapılmamaktadır. Balthazard formülü kullanılmamaktadır. 28 Eylül 2021'den önce mevzuat uygulamalarımızda, Kanun'un 28. Maddesinin beşinci fıkrasında belirtilen çalışma gücü kaybı tespitinde, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik esas alınmaktaydı. Her bir hastalık için ayrı ayrı oran belirlenmekteydi ve bu oranlar Balthazard formülü ile toplanmaktaydı. %60'ın üzerinde oran çıkması halinde malul mü? Değil mi? Bir kavram kargaşası söz konusuydu. Kanun, çalışma gücü kaybından bahsetmiş olsa da tespit edilen oran engel oranıydı. Biraz önce de ifade ettiğim gibi pratikte en çok sorun olan ve kavram karmaşasının yaşandığı alan bu alandı. Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliğin uygulamaya girmesi ile ikincil mevzuat, birincil mevzuat ile uyumlaştırılmış oldu. Kurumca verilen haklarda, referans olarak kurumsal mevzuatın esas alınmasının sağlandı. Engelli ve çalışma gücü kaybı kavram kargaşası ortadan kaldırılmış oldu. Engelli raporlarında karşılaşılan muhtemel suistimaller ile haksız kazanımların önüne geçilmiş oldu.

4/a kapsamındaki sigortalılarda bu durum biraz farklı. 01/10/2008'den önce sigortalı olanlar, 5510 Sayılı Kanun'un geçici 10. Maddesine göre vergi indiriminden yararlanmaya hak kazananlara talep etmeleri halinde SGK'ca yaşlılık aylığı bağlanmaktadır. Vergi indirimine ilişkin değerlendirme Maliye Bakanlığı Merkez Sağlık Kurulunca, Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik'e göre yapılmakta, %40 ve üzerinde oran tespit edilmesi halinde vergi indiriminden yararlanmaktadırlar. Ancak 1/10/2008'den sonra ilk kez sigortalı olanlar, biraz önce bahsettiğim süreleri doldurduğunda 28/5 kapsamında değerlendirileceklerdir.

Kadın sigortalıların başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda ağır engelli çocuklarının değerlendirmesinde çocuk, 18 yaş üzerinde ise Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliği, 18 yaş altında ise Çöz-Ger yönetmeliği kullanılmaktadır.

Maluliyet tespiti ve tüm bu işlemlere dair süreç, sigortalının talebiyle başlar. Kuruma başvuran sigortalının sağlık kurulu raporu için yetkilendirilmiş hastanelere sevk işlemi yapılır. Kurum Sağlık Kurulunca sigortalının rapor ve eklerini de içeren dosyası değerlendirilir. Nihayetinde Kurum Sağlık Kurulu, malul olduğuna ya da olmadığına karar verir. Eğer sigortalı karardan hoşnutsuz ise, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kuruluna itiraz edebilir.

Meslek hastalığı ve iş kazası 4/a ve 4/b kapsamındaki sigortalılar için söz konusu olup, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğine göre değerlendirilmektedir. 4/c sigortalılar ise biraz önce bahsetmiştim, vazife malullüğü kapsamında değerlendirilmektedir.

İş kazası, 5510 Sayılı Kanun'un 13. Maddesinde, hangi durumların iş kazası sayılacağı tanımlanmıştır. Sigortalının geçirmiş olduğu olayın, iş kazası olup olmadığı, il müdürlüklerimiz bünyesindeki Kısa Vadeli Sigortalar Servisi veya İş Kazası Tespit Komisyonu tarafından yapılmaktadır. İş kazasına karar verilemeyen hallerde Kurum denetmenleri veya müfettişleri marifetiyle yapılmaktadır.

Meslek Hastalığı 5510 sayılı Kanun'un 14. Maddesinde şu şekilde tanımlanmıştır: Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir. Sigortalının yaptığı işle hastalığı arasında mutlaka illiyet bağı kurulması gerekmektedir. Meslek hastalığı, Kurum Sağlık Kurulunca; yetkilendirilmiş sağlık hizmet sunucuları tarafından usûlüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbî belgelerin incelenmesi, ayrıca gerekli görülmesi halinde, işyerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbî sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi sonucu tespit edilmektedir. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği eki listelerde meslek hastalıkları listesi yer almakta ve A Grubu: Kimyasal maddelerle olan meslek hastalıkları, B Grubu: Mesleki cilt hastalıkları, C Grubu: Pnömokonyozlar ve diğer mesleki solunum sistemi hastalıkları, D Grubu: Mesleki bulaşıcı hastalıklar, E Grubu: Fizik etkenlerle olan meslek hastalıkları şeklinde sınıflandırılmıştır. Meslek hastalıkları listesinde, hangi hastalıkların meslek hastalığı sayılacağı, hastalıkların, işten fiilen ayrıldıktan en geç ne kadar zaman sonra ortaya çıkması halinde sigortalının mesleğinden ileri geldiğinin kabul edileceği (yükümlülük süresi olarak tanımlıyoruz), işe başladıktan en erken ne kadar süre içerisinde ortaya çıkacağı (maruziyet süresi olarak tanımlıyoruz) belirtilmiştir.

Nurettin Bey'in de bahsettiği gibi yönetmeliğimiz eski bir yönetmelik. 1965 yılında genelge olarak, sonrasında Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü olarak, 2008 yılında da 5510 Kanun'un yürürlüğe girmesi ile yönetmelik olarak yayımlanmıştır. Meslek hastalıklarının değerlendirilmesi, 2008'e kadar SSK Bölge Hastaneleri ya da Meslek Hastalıkları Hastanelerince yapılmaktaydı. 01.10.2008'den itibaren de Kurum Sağlık Kurullarınca yapılmaktadır.

Gerek iş kazası, gerekse meslek hastalığına bağlı Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit sürecini şöyle özetleyebiliriz. Yine sigortalının talebi esastır. Sigortalı bağlı bulunduğu Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü ya da merkezlerine müracaat eder. Kurumca sağlık kurulu raporu temini için yetkilendirilmiş hastaneye sevk edilir. Kurum sağlık kurulları sigortalı dosyasını değerlendirerek bir karar verir. Kurum sağlık kurullarında sigortalının tekrar muayenesi söz konusu olmayıp dosyası üzerinden karar verilmektedir. Bu karara karşı sigortalı veya işveren Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kuruluna itiraz edebilir.

Kurum sağlık kurulu, iş kazası veya meslek hastalığına bağlı meslekte kazanma gücü kayıp oranını tespitinde, yönetmelik eki (Ek-3)'te yer alan A, B, C, D ve E cetvellerini kullanarak bir hesaplama yapmaktadır. Kısaca bu cetvellerden bahsedecek olursak;

A Cetveli: İş kazalarının neden olduğu hastalık ve arızalar ile meslek hastalıkları ve bunların sonucu ortaya çıkan arızaları içeren Hastalık Listesidir. 14 listeden oluşmaktadır. Her liste üç sütundan oluşup bunlardan; birinci sütun arızanın sıra numarasını, ikinci sütun arızanın çeşidini, üçüncü sütun arızanın ağırlık ölçüsünü gösterir.

B Cetveli: Sigortalının çalıştığı iş kolları ve meslek veya iş çeşidi listelerini içerir. Meslek grup numaralarını belirlenmesinde kullanılır. Bu cetvelde 30 sektör ve 1-52'ye kadar meslek grup numarası bulunmaktadır.

C Cetveli: Sürekli iş göremezlik simgelerini içerir. Alfabetik sıra ile A-R ye 17 adet simge bulunmaktadır.

D Cetveli: Meslekte kazanma gücünün azalma oranlarını içerir. Bu cetvele göre bulunan oran, 38-39 yaşlarındaki bir sigortalının meslekte kazanma gücünün azalma oranıdır.

E Cetveli: Yaşlara göre meslekte kazanma gücü azalma oranlarını içerir. Bu cetvel 21'den 64'e kadar olan yaşları, bunların kesişme noktaları ise, meslekte kazanma gücündeki azalmanın yaşlara göre oranlarını gösterir.

Kurul, arıza ağırlık ölçütlerinde takdir hakkı kullanıp oranlama yapacak ise D cetveline bakıldıktan sonra bu oranlamayı yapar. Yine dominant olmayan üst ekstremitelere ait 1/5 oranında azaltma yapılırken de, D cetveline bakılarak bulunan meslekte kazanma gücü azalma oranında yapılır.

Kurul, arıza ağırlık ölçütlerinde takdir hakkı kullanıp oranlama yapacak ise D cetveline bakıldıktan sonra bu oranlamayı yapar. Yine dominant olmayan üst ekstremitelere ait 1/5 oranında azaltma yapılırken de, D cetveline bakılarak bulunan meslekte kazanma gücü azalma oranında yapılır.

Sigortalının yaşına göre meslekte kazanma gücü azalma oranı tespitinde; iş kazalarında sürekli iş göremezlik hâlinin oluştuğu ilk rapor tarihindeki yaş esas alınır. Ancak sürekli iş göremezlik durumuna girdiği tarih temin edilemezse kaza tarihindeki yaşı alınmaktadır. Meslek hastalığında ise meslek hastalığı tespitine esas teşkil eden sağlık kurulu rapor tarihindeki yaşı alınır. Kontrol muayenesine tabi tutulmuşsa sigortalının sağlık durumunda meslekte kazanma gücü kaybı yönünden bir değişiklik olmuş ise, bu değişikliğin raporla saptandığı tarihteki yaşı esas alınır. Bu durum kurul kararında, azaltma/artma kaydı şeklinde ifade edilir. Artma/azalma tarihi olarak da rapor tarihi yazılır.

Meslek grup numaraları ile ilgili sorunlarımız var. Benden önceki konuşmacılar da bahsetti. Yönetmelikteki iş kollarının ve mesleklerin günümüz koşullarına göre ihtiyacı karşılamamaktadır. Birçok kez benzeterek meslek grup numarası belirlenmektedir. Daha önce de bahsettiğim gibi taslak

yönetmeliğimiz yayınlanınca bu ve buna benzer sorunlarımıza çözüm getirecektir.

Meslekte kazanma gücü kaybı oranı iş kazası veya meslek hastalığı sonucu, sigortalının; mesleğini yapabilme gücünü hangi oranda kaybettiğini ifade eden orandır. %0 ila %100 arasında meslekte kazanma gücü kaybı oranı tespit edilebilir. %10 ve üzeri oranlarda tespit yapılması halinde sigortalılar sürekli iş göremezlik geliri adı altında bir gelir almaya hak kazanırlar. %60 ve üzeri oranlarda sigortalının talebi ve maluliyetin sigortacılık hususundaki şartlarına haiz olması durumunda malul sayılırlar. Bu durumda kurum sağlık kurulları tarafından yeniden maluliyet değerlendirmesi yapılmaz. Sigortalının birden fazla iş kazası ve veya meslek hastalığına tutulması halinde veya iş kazası geçiren sigortalının aynı zamanda meslek hastası olduğunun tespit edilmesi durumunda, her olay için ayrı ayrı meslekte kazanma gücü kaybı oranı tespit edilir, bu oranlar Balthazard formülü ile birleştirilir. Yeni tespit edilen orana göre sürekli iş göremezlik geliri bağlanır. Meslekte kazanma gücü kaybı oranı %60 ve üzerinde tespit edilmesi halinde, sigortalı malul olarak kabul edilmektedir. Bir veya birden fazla iş kazası ve/veya meslek hastalığına bağlı meslekte kazanma gücü kaybı oranı Balthazard formülü ile birleştirilmesiyle %60 ve üzerindeki tespit, her zaman maluliyeti gerektirecek düzeyde çalışma gücü kaybı kriterlerini karşılamayabiliyor.

Örnek: iş kazasına bağlı tek göz kaybı (mkgko%39) ve başka bir iş kazasında omurga kırığına bağlı ikiden fazla seviye posterior stabilizasyonu (mkgko %37) olan ve aynı mesleği icra eden işçi için bu oranlar Balthazard formülü ile birleştirildiğinde MKGKO%61 oluyor. Normalde aynı hastalıklardan çalışma gücünden başvurması halinde malul olmaz iken talep etmesi halinde malul olabiliyor.

Meslek hastalığı veya iş kazasına bağlı, sürekli iş göremezlik geliri bağlanan sigortalılar ile ilgili, işçi ve işveren kusur oranlarının belirlenmesi açısından, Kurum denetmenleri veya müfettişlerince soruşturma yapılır.

Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu; 5510 Sayılı Kanun'un 58. Maddesi uyarınca kurulan Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu; Milli Savunma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Yüksek Öğretim Kurulu, en fazla üyeye sahip işveren konfederasyonları, en fazla üyeye sahip işçi konfederasyonları, kamu çalışanlarını temsil eden konfederasyonlar, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonu, Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Ziraat Odaları Birliği, temsilcisi olan ve her biri uzman hekim olmak üzere, toplam 12 üyeden oluşmaktadır.

Kurulu, en fazla üyeye sahip işveren konfederasyonları, en fazla üyeye sahip işçi konfederasyonları, kamu çalışanlarını temsil eden konfederasyonlar, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Türkiye Esnaf ve Sanatkarları Konfederasyonu, Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Ziraat Odaları Birliği, temsilcisi olan ve her biri uzman hekim olmak üzere, toplam 12 üyeden oluşmaktadır.

Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu, Kurum Sağlık Kurulunca verilen kararlardan itiraza konu olanları inceleyerek karar bağlar. Yönetmelikte tanımlanmış olan hastalıklar dışında herhangi bir hastalığın meslek hastalığı sayılıp sayılmayacağını, Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu karara bağlar.

Covid-19 hastalığında olduğu gibi. Yükümlülük sürelerini uzatabilir, maruziyet sürelerini kısaltabilir, kanunda yazılı görevlerle sınırlı olmak kaydıyla bilirkişilik görevi yapar. Daha önce mahkemeden gelen dosyalardan, kontrol muayenesine karar vermiş ise bu kontrol muayenelerini karara bağlar. Kurum prosedürü Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kuruluna itiraz ile tamamlanır. Kurul, çalışanlarla ilgili tüm tarafların temsilcilerinden oluşan bir Kuruldur. Sosyal Güvenlik Kurumu olarak bu Kurulun, sadece sekreterya işlemlerini yürütmekteyiz. Kurum Sağlık Kurulu kararlarının Yüksek Sağlık Kurulunda değişme oranı %6-7'dir. Bu da Kurum Sağlık Kurullarının ne kadar titiz çalıştığını, ne kadar nitelikli ve yetkin olduğunu gösterdiği kanaatindeyim.

Bütün bu iş ve işlemleri yürütürken bazı sorunlarla karşılaşmaktayız. Detaya girmeden başlık olarak ifade edecek olursak en önemlisi Sağlık Kurulu Raporlarının düzenlenmesine ilişkin sorunlar; mahkemelerce vazife malüllüğüne karar verilen durumlarda, kararların kontrol muayenesi ve yardıma muhtaç olup olmadığına dair hüküm içermemesi, iş kazası ve meslek hastalığı olmayan, trafik kazası veya başka bir olaya bağlı olan yaralanmalarda, mahkemelerce Kurumumuzdan şahısların mesleklerinin ne olduğuna ilişkin talepleri, mahkemelerden maluliyet ve meslekte kazanma gücü tespiti için Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kuruluna gelen dosyalarda, Kurum Sağlık Kurulu kararı ve bu karara esas belgeler (SKR iş kazası tespit tutanağı, çalışma sürelerini gösteren belge vb.) bulunmamasına bağlı süreçlerin uzamasını sayabiliriz.

Kurum Sağlık Kurulları/Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu kararları ile Adli Tıp Kurumu kararlarının farklılaşması; Kurum kararının daha eski tarihli olması, Adli Tıp Kurumu kararının daha yakın zamanda olması sigortalının rahatsızlığında artma veya azalma olma ihtimali. Adli Tıp İhtisas Kurulunca, sigortalının muayene edilerek karar verilmekteyken, SGK'ca dosya üzerinden karar verilmesi, özellikle iş kazalarında; Eklem hareket açıklığı değerlendirmelerinde hekim kanaati, gittikçe azalmakla birlikte sürekli iş göremezlik durumuna girdiği yaş olarak, kaza tarihindeki yaşın alınması, Sigortalının mesleğinin düz işçi alınması (iş göremezlik simgesinin -A-), Kurum MEDULA kayıtlarının da değerlendirebiliyor olması sayılabilir.

Sabrınız için çok teşekkür ediyorum.

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Biz de Teşekkür ederiz. Şimdi son tebliğlerini sunmak üzere sayın Yargıtay Üyesi Yunus YILMAZ Bey'e söz vereceğiz. Yargıtay Açısından Maluliyet ve Engellilik Raporlarının Değerlendirilmesinde Karşılaşılan Sorunlar konulu tebliğini sunacak. Sayın Üyem sizin süreniz de 20 dakika. Buyurun.

Mustafa OKUDAN (Moderatör):
Yunus YILMAZ 1973 yılında Afyon, Dinar'da doğdu. 1994 yılında Ankara Hukuk Fakültesinden mezun oldu. Bolu, Van, Konya, Bursa, Isparta illerinde hâkim olarak görev yaptıktan sonra 2018 yılında Yargıtay üyeliğine seçildi. Halen 4. Hukuk Dairesinde üye olarak görev yapmaktadır. Anonim Şirketlerin Genel Kurul Kararlarının Geçersizliği konulu yüksek lisans çalışması vardır. Buyurun Sayın Hocam.

Yunus YILMAZ (Konuşmacı):
Kıymetli hazirun hepinizi saygıyla selamlıyorum. Başta Hızır Hocam olmak üzere programın düzenlenmesinde emeği geçen herkese teşekkürlerimi arz ediyorum. Katılımcılar açısından da programın faydalı olmasını temenni ediyorum.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi haksız fiilden kaynaklanan tazminat davalarına bakan bir daire. Davalarımızın önemli bir kısmını bedensel zararlardan kaynaklanan tazminat davaları oluşturuyor. Bedensel zararlar malumunuz olduğu üzere Türk Borçlar Kanunu'nun 54. Maddesinde örnekleme yoluyla sayılmış.

Bunlardan bir tanesi de çalışma gücünün tamamen veya kısmen yitirilmesinden kaynaklı zararlar.

Biz bugün çalışma gücünün tamamen veya kısmen yitirilmesi ile ilgili olarak düzenlenen raporlarda Yargıtay olarak karşılaştığımız sorunların üzerinde duracağız. Malumunuz çalışma gücü kaybından kaynaklanan tazminatlarda tazminatların belirlenebilmesi için üç tane unsur var. Bunlardan bir tanesi çalışma gücü kaybı oranı, İkincisi kişinin kazancı, üçüncüsü ise yaşam tablosuna göre bakiye yaşam süresi. Yani bu 3 bileşen belirlendikten sonra kişinin çalışma gücü kaybından kaynaklı tazminat alacağı tespit edilmiş oluyor.

Peki, çalışma gücünün kaybına ilişkin oranı kim belirliyor? Tabii ki sağlık kuruluşları belirliyor. Bu sağlık kuruluşları hangileridir? Adli Tıp Kurumu, üniversitelerin adli tıp anabilim dalları ve yönetmeliklerde yetkili olduğu belirlenmiş hastaneler. Biz çalışma gücünün kaybından kaynaklı oranların belirlenmesinde, yani buna ilişkin sağlık raporlarının düzenlenmesinde 4. Hukuk Dairesi olarak, öncesinde de 17. Hukuk Dairesi olarak olay tarihinde hangi mevzuat geçerli ise o mevzuata göre rapor hazırlanmasını benimsiyoruz. Yani 17. Hukuk Dairesi de bu şekilde benimsiyordu. 4. Hukuk Dairesi olarak biz de bu şekilde kabul ediyorduk.

Buna göre 11/10/2008 tarihine kadar olan olaylarda Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğünün uygulanması gerektiğini, 11/10/2008 tarihi ile 01/09/2013 tarihleri arasında Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin uygulanmasını, bu tarihten 1 Haziran 2015 tarihine kadar olan süreçte Maluliyet Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin uygulanmasını, bu yönetmelikte bulunmayan arazlar yönünden Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin uygulanmasını, 1 Haziran 2015'den 20 Haziran 2019 tarihine kadar olan süreçte Özürlülük Ölçütü Sınıflandırması Yönetmeliğinin uygulanmasını, bu tarihten sonra da yani 20 Şubat 2019'dan sonraki dönem için de Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğin uygulanmasını benimsiyoruz ve uygulamamız istikrarlı bir şekilde bu yönde devam etmektedir.

Yani 1 Haziran 2015'den itibaren haksız fiilden kaynaklı işgücü kayıp oranlarının belirlenmesinde tabiri caizse Sosyal Güvenlik Mevzuatı ile yollarımızı ayırmış olduk. 1 Haziran 2015'den sonra haksız fiilden kaynaklı tazminat davalarında artık Sosyal Güvenlik Mevzuatı'nı uygulamıyoruz.

Şimdi buradan sorunlara geçeceğim. Uygulamada en çok karşılaştığımız sorunlardan bir tanesi bizim bu şekilde belirleme yapmış olmamıza rağmen olay tarihindeki mevzuatın uygulanmaması. Yani İlk karşılaştığımız sorun bu ve bu sorun şu şekilde önümüze çıkıyor. Ya en son raporun tanzim edildiği tarihte hangi yönetmelik yürürlükte ise o yönetmeliğe göre rapor hazırlanması yönünde bir tavır var veya Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Tespit İşlemleri Yönetmeliğinin halen yürürlükte olması dolayısıyla olay tarihi sonra olsa bile yeni olsa bile geçmiş yönetmeliğin, hani bizim açımızdan geçmiş yönetmeliğin uygulanması gibi sorunlar var. Biz bunları tabii ki bozma sebebi yapıyoruz ve bu halde yargılama sürecinin uzamasına sebebiyet verebiliyor.

Zaman bakımından doğru mevzuat uygulanmasına rağmen mevzuatın içeriğinin doğru olarak uygulanmaması da karşımıza sorun olarak çıkabiliyor. Biz Türkiye şartlarında yönetmeliğin motomot uygulanmasının zorluğunu gördüğümüz için, örneğin Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Yönetmeliği olsun, Özürlülük Yönetmeliği olsun, ikisinde de yetkili sağlık kuruluşlarının dışında rapor verilmesi kabul edilmiyor. Ancak biz yetkili hastanelerden verilmiş raporları da kabul ediyoruz. Üniversite adli tıp ana bilim dallarından verilmiş raporları da kabul ediyoruz. Tabii ki Adli Tıp Kurumunca verilmiş raporları da kabul ediyoruz. Yeter ki içerik uygun olsun. Ancak zaman zaman tek kişi tarafından raporlar düzenlendiğini görüyoruz. Tabiki durum mevzuata uygun olmadığı için kabul etmiyoruz.

Zaman zaman heyetlerin doğru teşekkül ettirilmediğini görüyoruz. Biliyorsunuz, hem Özürlülük Ölçütü Yönetmeliğinde hem de Erişkinler Hakkında Yönetmelikte çalışma gücü kaybı oranlarının düzenlenmesinde heyetlerin nasıl teşekkül edeceği açık bir şekilde belirtilmiş. Özürlülük Ölçütü Yönetmeliğinde 5-7 doktorun katılması gerekiyor. Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliğinde ise heyetin en az 7 kişiden oluşması gerekiyor. Eğer kişinin çalışma gücü kaybına ilişkin arazı sadece bir organa ilişkin ise veya sadece bir sisteme ilişkin ise o zaman tabii ki aynı branştan 3 doktorun katılması da yeterli görülmüş.

Adli tıp anabilim dallarından verilen raporları kabul ediyoruz. Ancak tabii kişideki araz ile ilgili branş doktorunun mutlaka heyette bulunması gerektiğini düşünüyoruz. Yani yönetmelikteki en az 5 doktor veya en az 7 doktor kuralını katı uygulamıyoruz ancak kişideki araz ile ilgili uzman hekimin mutlaka bulunması gerektiğini söylüyoruz. Yani ciltle ilgili bir araz var ise orada sadece adli tıp uzmanlarının bulunmasını yeterli görmüyoruz mutlaka cilt doktorunun olması gerektiği yönünde karar veriyoruz.

Bunun dışında bir başka sorun, fiziki muayene yapılmadan raporlar düzenlenmesi şeklinde karşımıza çıkıyor. Burada da yine çok katı olmamaya çalışıyoruz. Eğer rapor veren kurul, tedavi sürecini yürüten sağlık kuruluşu ise ve tedavinin bitimiyle raporun düzenlenmesi tarihi arasında uzun bir süre geçmemişse, bu durumda yine fiziki muayene yapılması kuralını katı bir şekilde uygulamıyoruz. Ancak aradan uzun zaman geçmişse fiziki muayene yapılmasını, yani kabul edilebilir bir zaman diliminden fazla bir süre geçmiş ise o zaman fiziki muayene yapılması gerektiğini söylüyoruz.

Evet, biliyorsunuz hem Özürlülük Ölçütü Sınıflandırması Yönetmeliğinde hem de Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliğinde aslında ilgili kişilerin veya kurumların rapora itiraz etme hakları da var. Ancak bunu da katı bir şekilde uygulamıyoruz. Rapor içerik itibariyle tatmin edici ise yargılama sürecinin uzamaması bakımından itiraz prosedürünü katı bir şekilde işletmiyoruz.

Yönetmeliğinde hem de Erişkinler İçin Engellilik Yönetmeliğinde aslında ilgili kişilerin veya kurumların rapora itiraz etme hakları da var. Ancak bunu da katı bir şekilde uygulamıyoruz. Rapor içerik itibariyle tatmin edici ise yargılama sürecinin uzamaması bakımından itiraz prosedürünü katı bir şekilde işletmiyoruz.

Yine en çok karşılaştığımız sorunlardan bir tanesi, tedavi süreci tamamlanmadan veya yönetmelikte belirtilen yani iyileşme süresinin dolmasından itibaren geçmesi gereken süreler geçmeden rapor tanzim edilmesi. Yani biz kaza tarihini veya olay tarihini esas aldığımızda bile yönetmelikte 12 aylık -bazı arazlar bakımından- süre geçmeden rapor düzenlendiğini görüyoruz. Mesela omurga iskelet yapısı ile ilgili arazlar bakımından 12 aylık süre geçmesi gerekiyor. Bu 12 aylık sürede aslında iyileşme süresinin bitiminden itibaren geçmesi gereken süre. Fakat biz kaza tarihini esas aldığımızda bile bu sürenin dolmamış olduğunu görüyoruz. 7 ayken, 8 ayken veya 9 ayken raporlar tanzim edildiğini görüyoruz. Bunlar da tabii yargılama sürecinin uzamasına sebebiyet veriyor. Yine hakeza alt ekstremiteye ilişkin arazlarda 1 yıllık sürelerin beklenmediğini görüyoruz. Biraz önce

dediğim gibi tedavi süreci tamamlanmadığı halde kati raporlar tanzim edildiğini görüyoruz. Bunlar da bizim açımızdan ciddi sorun teşkil ediyor.

Yine sorunlardan bir tanesi, bu sorun aslında Adli Tıp Kurumu veya üniversitelerin adli tıp anabilim dallarının düzenlediği raporlarda karşılaştığımız bir sorun değil. Ancak yetkili kılınan hastanelerce düzenlenen raporlarda, somut verilere, açıklamalara, değerlendirmelere dayanılmadığını, sadece sonucun yazıldığını görüyoruz. Hatta bazı durumlarda kişide olaydan kaynaklanmayan arazların da orada belirtildiğini ve topyekün çalışma gücü kaybı tespiti yapıldığını görüyoruz. Bu da tabii raporlar açısından karşılaştığımız sorunlardan bir tanesi.

Bir diğer önemli sorun, gelişen durum veya artan maluliyet durumunun sağlıklı bir şekilde tespit edilmemesi. Malumunuz gelişen durum ilk rapor düzenlendiği tarihte bulunmayan ve daha sonra ortaya çıkan hastalık veya zaman içerisinde mevcut hastalığın kötüleşmesi ile ortaya çıkan bir durum. Ancak raporlarda gelişen durum olgusunun yeterince irdelenmediğini görüyoruz. Bu da raporları bizim açımızdan sıkıntılı bir duruma getiriyor. Malum, gelişen durumun kabul edilmesi aslında tarafların hak ve yükümlülükleri yönünden de ciddi sonuçları olan bir durum. Çünkü Borçlar Kanunu'nun 72. Maddesinde ve Karayolları Trafik Kanunu'nun 109. Maddesinde düzenlenen zamanaşımı gelişen durumda söz konusu olmuyor veya yine Karayolları Trafik Kanunu'nun 111. Maddesinde düzenlenen ibradan itibaren 2 yıllık hak düşürücü süre içerisinde anlaşmanın iptal edilebileceğine ilişkin hüküm de gelişen durum olması halinde uygulanmıyor.

Öncelikle hemen belirtilmelidir ki, maluliyetteki her artış gelişen durum demek değildir. Gelişen durum ilk rapor tarihinde tespit edilmeyen, ancak daha sonra ortaya çıkan bulgu ve tespitlere dayanmalıdır. Maluliyete ilişkin raporlarda farklı oran belirlenmesinin gelişen durum sayılmadığı halleri şu şekilde net olarak belirtmemiz gerekiyor. Gelişen durum aslında ilk rapor tarihinde mevcut olup, fakat herhangi bir şekilde unutulan veya gözden kaçan hususların daha sonra tespit edilmesi değildir.

Aynı bulgu ve aynı tespitlere dayanan arazlarla ilgili olarak farklı sağlık kuruluşlarınca farklı oran belirlenm esi de takdir edersiniz ki gelişen durum olarak kabul edilemez.

Gelişen durum iddiası bulunması durumunda rapor tanziminde ilk raporun ve ilk raporun düzenlenmesinde esas teşkil eden teşhis ve tedavi evraklarının getirilmesi ve gelişen durum olgusunun somut veri ve gerekçeleri ile birlikte net bir şekilde ortaya konulması gerektiğini düşünüyoruz.

Sıklıkla karşılaştığımız sorunlu alanlardan bir tanesi de travma sonrası stres bozukluğu dediğimiz bir arazla ilgili düzenlenen raporlar. Bu arazın varlığı ve oranı ile ilgili raporlar bizi ciddi anlamda şüphelendiriyor. Özellikle de bu raporun Türkiye'de belli hastaneler veya belli kurumlar tarafından düzenlendiği de düşünülürse, insan gerçekten şüphe ediyor yani raporların sağlığı konusunda ciddi şüphe yaratıyor. Tabi biliyorsunuz yönetmelikte düzenlendiğine göre mutlaka tıbbi bir karşılığı, tıbbi bir gerçekliği vardır, ama oranlar yüksek olunca ve belli sağlık kuruluşlarınca düzenlenince biz Daire olarak dediğim gibi bu konuda ciddi şüpheye düştük.

Bu amaçla da belli kriterler belirledik yani travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin olarak. Maluliyet raporlarının ya da çalışma gücü kaybı oranlarının belirlenebilmesi için bir defa heyette mutlaka bir psikiyatri uzmanının bulunması gerektiğini, bu sonuca götüren yani travma sonrası stres bozukluğu teşhisi konulmasına götüren bütün tedavi sürecinin ortaya konulmasını, değerlendirmelerin buna göre yapılmasını ve makul bir süre beklendikten veya geçtikten sonra bu durumun tespit edilmesini kararlarımızda irdeledik.

Evet, bütün bunlardan sonra zaten aslında konuşmamız içeriğinde de geçtiği üzere, bütün bunlardan sonra önerilerimiz şunlar olabilir. Çalışma gücü kaybı oranının tespitine ilişkin olarak düzenlenecek raporların yetkili sağlık kuruluşlarınca düzenlenmesi, heyetlerin mümkün olduğunca yönetmelikte belirtilen şekilde teşekkül ettirilmesi, tedavi sürecinin tamamlanmasının beklenmesi, bazı arazlar bakımından öngörülen sürelerin beklenilmesi, raporların somut verilere ve bulgulara dayanması, değerlendirmelerin gerekçeli olması, gelişen durumun sağlıklı bir şekilde tespit edilmesi ve travma sonrası stres bozukluğuna ilişkin verilecek raporlarda hassas davranılması gerektiğini öneriyoruz.

Hepinizi Saygıyla selamlıyorum.
Teşekkür ediyorum.

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Evet, biz de Sayın Üyeme bu güzel sunumlar için teşekkür ediyoruz. Şimdi süremiz ilerledi. Salondan birkaç soru alalım. Önce soru soran kendini tanıtsın, soruyu kime yönettiğini söylesin ve soruyu sorsun. Soruları kısa tutarsak iyi olur. Zira vakit bir hayli ilerledi.

İbrahim ÜZÜN (Dinleyici / Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu Başkanı):
Ben izniniz olursa katkıda bulunmak istiyorum. Birinci İhtisas Kurulu Başkanı İbrahim ÜZÜN. Cebrail Hocam, öncelikle benim de alanım olduğu için çalışma alanı, çok teşekkür ediyorum. Çok faydalandım. Biz, 1. İhtisas Kurulu olarak görevlerimiz arasında meslek hastalığına bağlı ölüm raporları da var. Dolayısıyla ben Başkanlığa başladığımda büyük bir sorun olduğunu gördüm. Bu konuda, biz sıklıkla da çeliştiğimizi gördüm, geriye dönük inceledim.

Sizlerle, sizin Kurumlarınızla bir araştırma yaptım. Araştırma şu bizim alanımız ölüm olduğu için adli tıp uzmanları olarak benim alanım ölüm ve ölümle meslek hastalığının ilişkilendirmek gerekiyor. Sorun şuydu. Büyük bir çoğunluğun hemen hemen tamamının aslında bilinemediği şeklinde rapor edildiğini ve gerçekten de bunun bir bir kayıp olduğunu gördüm. Baktığımız zaman sizin çok güzel bir sınıflamanız vardı. Faydalandım. Meslek hastalığı yok, hafif, orta, ağır olarak. Ağır olanlar gerçekten ölümde etkili olabilirlerdi. Ama dönüp baktığımız zaman bize gelen dosyaların önemli bir bölümünü aslında hastanede şu ölümler olduğunu gördük ve ölüme ait, ölüm sebebi ve mekânizmasını açıklayacak herhangi bir tıbbi belge ve otopsi yoktu. Dönüp dünyaya baktım en fazla otopsi yapılan meslek hastalığı iddiasıyla otopsi yapılan Ülke Güney Afrika. Binlerce otopsi yapılıyor. Özellikle meslektaşlarıma mesaj vermek istiyorum…

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Hocam süremiz kısıtlı.

İbrahim ÜZÜN (Dinleyici / Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu Başkanı):
Hayır, ama bu çok önemli O zaman kesiyorum özür diliyorum, bırakıyorum.

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Peki, teşekkür ederiz. Başka. Buyurun.

Başar ÇOLAK (Dinleyici / Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Dr. Başar ÇOLAK Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı. Sayın Yunus YILMAZ'a soru yönetmek istiyorum. İlliyet bağı, sağlık kurumlarında gerçekten bir sıkıntı ve illiyet olarak bağ kurmakta zorlanıyorlar. Biz adli tıp anabilim dalları olarak da onlardan görüş aldığımızda da aynı sıkıntıyı yaşıyoruz. Mesela kulakla ilgili bir travma var. İşitme kaybı var. Daha önce herhangi bir işitme kaybı olup olmadığına dair belge olmadığından dolayı illiyet kuramıyoruz diye bir sonuç gösteriyor.

Travma bu sonucu doğurur mu doğurmaz mı ona bakılmadan sağlıklı bir insan niçin gidip de işitme testi yaptırsın? Bu konuda bize bir öneriniz var mı? İlliyet bağı kurma konusunda bir başka soru da kişilerle ilgili karar verirken geçmişindeki sağlık dosyalarını görmemiz gerekiyor. Hukuk davasında bize gönderilen dosyayla sadık kalacak mıyız? Yoksa sistemden o kişiye ait tıbbi belgeleri inceleme hakkımız var mı? Eğer böyle bir inceleme yoluna Başvurduğumuzda etik bir ihlal veya yasal bir ihlal yapmış olur muyuz? Teşekkür ederim.

Yunus YILMAZ (Konuşmacı):
Vallahi Hocam yani illiyet bağını nasıl kuracağınız konusunda benim de çok ciddi bir fikrim yok. Hani biz raporları incelerken gerçekten irdeliyoruz, yani haksız fiil teşkil eden olayla sonuç arasında illiyet bağı kurulup kurulmadığını irdeliyoruz. Ancak bilemiyorum yani illiyet bağı kurulması herhalde tıbbi bir mesele olması gerekir diye düşünüyorum. Kurmak istemiyor, diyor ki sağlık belgesi lazım. Ben hukuki açıdan yani cevap verirsem şöyle diyebilirim. İlliyet bağı kurmak zorunda değilsiniz. İlliyet bağı kurulmuyor ise o zaman illiyet bağı kurulamamıştır dersiniz ve biz de, hukuk hâkimi dosyadaki delillerle bağlı olduğu için biz de davayı reddederiz. Bu kadar basit.

Başar ÇOLAK (Dinleyici / Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
İşte biz de diyoruz ki aslında kişide travma sonucu bir sorun çıkmış ama geçmişinde sağlıklı olduğuna dair herhangi bir belge olmadığından dolayı ikna edemiyoruz. Aslında illiyet bağı var kendisi de kabul ediyor ama geçmiş daha önce kaza öncesi bir şey var mı ondan mı kaynaklanıyor kazadan mı kaynaklanıyor ayrımını yapamıyoruz. Geçmişinde herhangi bir sağlık sorunu yok. Ayrımını yapmama gerek yok ki.

Nurettin Nezih ANOLAY (Konuşmacı):
Evet, illiyet bağı için bence öncelikle düzenli sağlık kontrollerinin yapılması lazım insanların. Bizim eksik olduğumuz konulardan birisi bu. Yani biz illa ki hasta olmasını bekliyoruz bir kişinin. Hasta olduktan sonra değerlendirmesini yapıyoruz ama böyle değil. Rutin, belli aralıklarla yapılmış sağlık kontrollerinin şart olması lazım benim görüşümce.

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici / Erzurum Adli Tıp Grup Başkanı, Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Ben Sayın Yargıtay Üyeme soracağım. Profesör Doktor Ahmet Nezih KÖK Erzurum Atatürk Üniversitesi. Bazen bu hesaplamaları yaparken yönetmelikte gerçekten tam böyle hastalığın karşılığını bulamıyoruz oranların karşılığını. Takdir hakkımız var mı yok mu?

Yunus YILMAZ (Konuşmacı):
Yönetmelikte onlara da ilişkin de bir hüküm olması gerekir diye düşünüyorum Hocam. Yani en yakın şey neyse o oran veriliyor diye biliyorum ben.

Ahmet Nezih KÖK (Dinleyici / Erzurum Adli Tıp Grup Başkanı, Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Bazen takdir hakkı kullanmak zorunda kalıyoruz. Oradaki %10'u ağırlık derecesine göre 5'e bölüyoruz, 3'e bölüyoruz. Acaba Yargıtay buna nasıl bakıyor?

Yunus YILMAZ (Konuşmacı):
Tamamen yönetmeliğe aykırı bir oran belirlememişseniz, biz o konuda yönetmelikte arkadaşlarımız, tetkik yapan arkadaşlarımız, hâkim arkadaşlarımız, raporları okuyan arkadaşlarımız cetvel karşılaştırması yapıyorlar. Yani cetvel karşılaştırmasında çok absürt bir şey yoksa, o durumda çok müdâhil olmuyoruz.

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Evet, son 2 kişiye söz vereceğim buyurun.

Serhat GÜRPINAR (Dinleyici / Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı):
Dr. Serhat GÜRPINAR, Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı. Şimdi ben de tabii Sayın Yargıtay Üyemize bazı şeyler arz etmek istiyorum. O da şu. Adli tıp uygulamasını ya da adli tıp uzmanlığının anladım kadarıyla hani içeriği, müfredat programı ve yetkinlikleri ile ilgili bazı şüpheleriniz olduğunu düşünüyorum. Çünkü tıpta bizim de klinisyen olarak çalıştığımız bir alan var. Tanatoloji dışında biliyorsunuz ki ve biz de klinik muayene yapıyoruz ve gerektiğinde gereken yerlerden konsültasyonları alabiliyoruz.

Ancak çok basit ortopedik muayenelerde hani amputasyon... Tabii ki çok açık bir şekilde maluliyet oranı bellidir belki, ama bazı hareket kısıtlılıklarında, eklemleri ilgilendiren travmalarda, hareket kısıtlarında, bizler de gönye metreyi alıyoruz, ölçüyoruz, atrofileri değerlendiriyoruz ve bunları fizik tedavi eden ortopedistlerin yapmadıklarını da biliyoruz. Sizler ısrarla tabii ki ilgili uzmanlıklardan görüş alınmasını istiyorsunuz. Bunda da mantık olarak çok haklısınız.

Ancak onların bizim yaptığımız duyarlılıkta yapmadıklarını, bir kere sağlık kurulundan da hiç böyle raporlar da çıkartamadıklarını da görüyoruz. Hastane sağlık kurullarında yani engellilik ve özgürlükte bahsedilen 7 kişilik ya da 5 kişilik sağlık kurullarının zaten kendilerinin maluliyetler dışında çok fazla iş yoğunluğu olduğundan dolayı, biz bu işi adli tıp anabilim dallarının üzerine almış bulunmaktayız biliyorsunuz. Zaten Adli Tıp Kurumunda mahkemelerden gelen dosya yükü zaten Hocamız bahsetti, ayda 3.500 lerden bahsediyor. Dolayısıyla adli tıp ana bilim dalları bu sorunu çözmektedir. Tabii ki raporlar tartışılabilir ancak Başar Hocamızın dediği gibi diğer klinisyenlerin de hukuka uygun rapor verebilmesi yani bu illiyet bağlarının oluşturulması mantıklıdır.

Aramızdaki o bağı kurmak yani tıpla hukukun arasındaki bağı kurarken bizim klinisyen özelliğimiz ile hukukun anlayacağı dile çevirdiğimizde bildiğinizi düşünüyorum. Tabii ki ancak burada ısrarla bir ciltteki lezyonun işte cilt hastalıkları ya da işte bir plastik cerrah tarafından düzenlenmesinin çok da gereği olmadığını, çünkü bir klinisyen olarak biz zaten bunun tanımlamasını yapıp sonuç değerlendirebilecek durumdayız ve bunu gerekçeleriyle yazdığımızda kabul edilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu konuda ne dersiniz?

Yunus YILMAZ (Konuşmacı):
Hocam şöyle biliyorsunuz yönetmelikte biraz önce sunumumda da söylemiştim. Yetkili hastaneler dışında rapor düzenlenmesi

o raporların geçerli olmayacağı belirtilmiş. Ancak biz bu konuda yargı olarak bir inisiyatif aldık adli tıp anabilim dalı başkanlıklarının da raporları düzenleyebileceğini kabul ettik. Bu kabule götüren şuydu. Dediğim gibi yetkili sağlık kuruluşlarınca verilen raporlarda illiyet bağı kurulmuyordu, somut verilere dayanılmıyordu, bulgu ve tespitlere yer verilmiyordu.

Bu anlamda adli tıp anabilim dallarının geçmişten gelen uzmanlıkları sebebiyle oradan verilen raporların daha sağlıklı olduğunu gördük ve biz sürece dâhil ettik. Hatta zaman zaman biliyorsunuz. Bu konu çok ciddi tartışılıyor. Yani bir oturumda ben hatırlıyorum. Aslında yönetmelikte yetkili kılınmış kurumlar değil adli tıp anabilim dalları, oralardan rapor alınmaması gerekir şeklinde de ciddi tartışmalar olmuştu. Size de katılıyorum, adli tıp uzmanlarının dediğimiz gibi o klinisyenler diyorsunuz değil mi siz? Yani o doktorların yerine de rapor düzenleyebileceğinizi de düşünüyoruz ama yani içimizde bir şüphe kalmasın istiyoruz. Bizzat o alanın, o tedavi sürecine katılan hekimin heyette bulunmasının da katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Bunu yapan anabilim dalları da var. Yani bakıyoruz iki tane adli tıp uzmanı bir tane cilt uzmanı ya da iki tane adli tıp uzmanı ya da bir ortopedi uzmanı araza göre heyeti oluşturabiliyorlar. Demek ki dedik, biz de çok bir sorun olmuyor diye düşündük. Yani uygulamamız bu şekilde. Hani onu da bu şekilde aştık diye düşünüyorum ama dediklerinize de katılmıyor değilim.

Ali Cengiz KÖSEOĞLU (Moderatör):
Evet. Şimdi süremizi çok açtık Bir sonraki oturumun başlaması gereken süreden 10 dakika yemiş olduk. O yüzden müsaadenizle, konu çok heyecanlı biliyorum. Ancak müsaadenizle oturumu kapatmak istiyorum. Öncelikle gerçekten insani, sosyal ve ekonomik yönleriyle çok önemli bir konu olan maluliyet konusunu seçilmesinden dolayı ve genelde de böyle bir toplantının yapılmasından dolayı Adli Tıp Kurumuna teşekkür ediyorum. Başkanımıza teşekkür ediyorum. Misafirperverlikleri için ayrıca teşekkür ediyorum. Tebliğ sunan Hocalarımıza, katılan, siz dinleyicilere, soru soran katılımcılara teşekkür ediyor, bir sonraki toplantıda bir arada olmak dileğiyle oturumu kapatıyorum.

Teşekkür ederim.

3. GÜN
4. OTURUM

SAĞLIK HUKUKU

SAĞLIK HUKUKU OTURUMU



Mahmut KOCA (Moderatör):
Kıymetli misafirler, Kongre'nin "Sağlık Hukuku" başlıklı oturumunu başlatıyoruz. Herkese iyi akşamlar diliyor, selamlarımızı ve hürmetlerimizi sunuyoruz. Bu oturumda beş konuşmacımız bulunuyor ve toplam 90 dakikalık süre ayrılmış vaziyettedir. Her bir konuşmacıya sunumlarını yapmak üzere 15'er dakikalık süre vereceğiz. Kalan 15 dakikayı da soru ve cevaplara ayırmak istiyoruz. Konuşmacılarımızdan süreye riayet etmelerini istirham ediyoruz.

Oturumu başlatmadan önce, birkaç dakikalık zaman zarfında, bir önceki oturumda nedensellik bağıyla ilgili olarak yapılan bir tartışma hakkında kısa bir açıklamada bulunmak istiyorum. Bir insanın ölümüyle veya yaralanmasıyla sonuçlanan bir olayda, birden çok sebep birleşerek bu neticeleri meydana getirebilir. Bir başka ifadeyle birden çok kişinin fiili bir insanın ölümüne veya yaralanmasına neden olabilir. Biz buna hukukta nedensellik bağında sebeplerin çokluğu diyoruz. Örneğin yoldan geçerken bir aracın çarpması sonucu yaralanan şahıs, kaldırıldığı hastanede hekimin hatalı tıbbi teşhis ve tedavisi sonucu ölebilir. Bu durumda kişinin ölümüyle hem ona çarpan aracın sürücüsünün hem de hatalı tıbbi tedavide bulunan hekimin fiili arasında nedensellik bağı vardır. Zira bu olaylardan biri olmasaydı kişi ölmeyecekti. Bu örnekte olduğu gibi, birden çok sebebin birleşerek bir neticeyi meydana getirmesi halinde her bir sebeple netice arasında nedensellik bağının varlığını kabul etmek gerekir. Fakat ölüm veya yaralama neticesiyle bir kişinin fiili arasında nedensellik bağının varlığı sorumluluk için gerekli olmakla birlikte yeterli değildir.

Meydana gelen neticenin ayrıca faile ve onun fiiline objektif olarak isnat edilebilir olması da gerekir. Hareket ile netice arasındaki *doğal bir bağ* olan nedensellik bağının varlığı konusunda adli tıp uzmanları kendi bilim disiplinleri bakımından tespitte bulunabilirler. Ancak bu nedensellik bağının bir hukuki değerlendirmeye tabi tutulması da gerekir. Bu değerlendirmeyi yapacak olanlar ise adli tıp uzmanları değil hukukçulardır; savcılardır, hâkimlerdir.

Burada hukukçular şu sorunun cevabını arayacaklardır. Bir insanın ölümüyle çok sayıda kişinin fiili arasında nedensellik bağı vardır fakat bu ölüm neticesi kimin fiilinin eseridir, kimin fiiline objektif olarak isnat edilebilir? Bir başka ifadeyle bu ölüm neticesi kimin fiilinin meydana getirdiği tehlikenin içerisinde gerçekleşmiştir?

Yukarıda verilen örnekle ilgili olarak bu soruyu cevaplandırmak gerekirse şu değerlendirmede bulunmak gerekecektir. Araç sürücüsü yoldan geçen yayaya çarpmakla onun yaşamı bakımından bir tehlike meydana getirmiştir. Ancak yaya kendisine aracın çarpması nedeniyle ölmemiştir. Ölüm neticesi sürücünün fiilinin meydana getirdiği tehlikenin içinde değil, hekimin hatalı tıbbi tedavisine bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Bu durumda sürücünün kast veya taksirine göre kasten veya taksirle yaralama, hekimin ise taksirle ölüme neden olma suçundan dolayı sorumlu tutulması gerekecektir. Keza bir önceki oturumda verilen örnekte olduğu gibi, bir insan günlük yaşantısı içinde birden çok sebebin etkisiyle travma sonrası stres bozukluğu hastalığına maruz kalmış olabilir. Kişinin ruh sağlığını bozan bu hastalığı meydana getiren bu neticenin kimin fiilinin ortaya çıkardığı riskin sonucu olduğu hukuki bir değerlendirmeyi gerektirmektedir. Bunu da yapacak olan hâkimlerimiz ve savcılarımızdır.

Evet, Sayın Hocam, isterseniz ilk konuşmacıya hemen sözü verelim.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Ben de hoş geldiniz diyorum arkadaşlar ve panelimize başlıyoruz. İlk konuşmacımız Ankara Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğretim Üyesi Bahadır DEMİR. Kendileri bize estetik müdahaleden doğan sorumluluktan bahsedecek. Hocam 15 dakika süremiz, sürelere riayet edersek çok iyi olur.
Teşekkür ediyorum.

Bahadır DEMİR (Konuşmacı):
Sözlerime başlamadan önce sizleri en kalbi duygularımla selamlıyorum. 18. Adli Tıp Günleri Kongresine gerek davetleri ve gerekse böyle güzel bir organizasyon düzenledikleri için Adli Tıp Kurumuna, Adli Tıp Kurumu Başkanı Sayın Dr. Hızır ASLIYÜKSEK ve değerli çalışma arkadaşlarına teşekkür ediyorum.

Şimdi bugün hazirunla paylaşacağımız konu hekimin estetik müdahaleden doğan sorumluluğu. Şimdi bu konuda yeni bir düzenleme var. Bununla başlamak istiyorum. Malumunuz estetik müdahaleden kaynaklı sorumlulukta görev alanında dört farklı kurumla karşı karşıya geliyoruz buna göre de görev ayrımına gidiyorduk. Bunlar devlet hastanesi, devlet üniversitesi hastanesi, vakıf üniversitesi hastanesi ve özel hastane ya da muayenehanelerde yapılan tıbbi müdahaleler. Geçen seneye kadar devlet hastanesi, devlet üniversitesi hastanesi ve vakıf üniversitesi hastanesinde gerçekleştirilen tedavilerden kaynaklı davalarda idari yargı çerçevesinde hizmet kusuru kapsamında değerlendirilirdi bu konu.

Fakat Yargıtay 6. Hukuk Dairesi, geçen sene vermiş olduğu kararla birlikte artık vakıf üniversitesi hastanelerinde gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerden kaynaklı malpraktis davalarında görevli mahkeme olarak Tüketici Mahkemelerinin görevli olduğuna karar verdi.

Şimdi bu tabii ki hasta olarak tüketici pozisyonundaki kişinin hekime karşı daha fazla koruma altına alındığı anlamına geliyor. Yani şu anki düzenleme ile birlikte artık tam anlamıyla ikiye ayrıldı görev hususu. Devlet hastanesi ve devlet üniversitesi hastaneleri idari yargı kapsamında, hizmet kusuru olarak değerlendiriliyor. Vakıf üniversitesi hastaneleri ve özel hastanelerde de hekimin gerçekleştirmiş olduğu tıbbi müdahalelerden kaynaklı estetik davaları artık Tüketici Mahkemelerinin görev alanına girmiş durumda. Şimdi bakıldığında neden böyle bir karar verildiğine şöyle yorumlandı; denildi ki hasta olarak tüketici var karşımızda. Yani ticari veya mesleki olmayan bir amacı var hastanın. Burada hekimler de 6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun kapsamında sağlayıcı pozisyonunda yer alıyorlar.

Çünkü hekimler hizmet sunuyorlar. Bu çerçevede işlemin konusu da bu kanun anlamında bir hizmet. Yani bu çerçevede tıbbi müdahale tam anlamıyla Tüketici Kanunu'nun 3. Maddesinin 1.fıkrasında yer alan tüketici işlemi tanımına uygun hale geliyor. Buradaki yol ayrımının sebebi şu. Şu an ekranlarınızda da görmüş olduğunuz üzere sağlayıcı 3. Maddenin 1.fıkrasının (ı) bendinde kamu tüzel kişileri de dâhil olmak üzere ticari veya mesleki anlamda tüketiciye hizmet sunan ya da hizmet sunanın adına ya da hesabına hareket eden gerçek veya tüzel kişi kavramına artık vakıf üniversitesi hastaneleri de dâhil edilmiş oldu. Her ne kadar burada kamu tüzel kişilikleri de dâhil olmak üzere dese de bu tüm kamu tüzel kişileri ifade etmiyor şüphesiz.

Çünkü cümlenin devamında ne diyor? Ticari veya mesleki anlamda hareket eden kamu tüzel kişileri. İşte özel üniversiteler yani vakıf üniversitesi hastaneleri de artık bu kapsamda değerlendirilmeye başlandı. Bu karardan sonra Danıştay herhangi bir karar vermedi. Şundan dolayı söylüyorum, yani Uyuşmazlık Mahkemesi de henüz bu konuda herhangi bir karar vermedi. Yani en güncel kararımız şu an Yargıtay 6. Hukuk'un vermiş olduğu bu karar.

Şimdi buraya baktığımız zaman gerçekten de tüketici olarak değerlendirebilir miyiz işlemi, evet işlem tüketici olarak artık değerlendirilebilir. Burada baktığımız zaman üstteki 3.maddenin 1.fıkrasının (l) bendine baktığımızda tüketici işlemi tanımlanırken zaten örnek mahiyetinde kanun koyucunun saymış olduğu sözleşme tiplerinden biri de eser sözleşmeleriydi. Zaten Tüketici Kanunu'nda bunun altyapısı vardı. Yol ayrımı (ı) bendindeki sağlayıcının kim olduğu konusundaydı ve vakıf üniversitesi hastaneleri de artık bu kapsamda oldu. İşleme bu çerçeveden baktığımızda artık Tüketici Mahkemelerinin, tıbbi malpraktis davalarında muayenehaneler, özel hastaneler ve vakıf üniversitesi hastaneleri kapsamında görevli olduğunu görüyoruz.

Bu neyi değiştirecek? Haliyle işlemin tüketici işlemi olması ve Tüketici Mahkemesinin görev alanına girmesi birçok konuda hastanın elini güçlendirmiş olacak. Zaten konu hassas konuydu.

Çünkü takdir edeceğiniz üzere estetik müdahaleler diğer tıbbi müdahalelerden ayrışarak eser sözleşmesi niteliğindeler. Yani bir vekâlet akdi yok ortada bir sonuç vaadi var. Hekimler burada tıbbi estetik operasyonla bir vaatte bulunuyorlar. Tüketici Kanunu'na baktığımız zaman şimdi neden tüketici burada tekrar öne çıktı?

İkinci bir dayanağımız da şu; Tüketici Kanunu 83. Maddenin 2.fıkrasına baktığımız zaman diyor ki, taraflardan birini tüketicinin oluşturduğu işlemlerle ilgili diğer kanunlarda bir düzenleme olması bu kanunun uygulanmasını engellemez. Görev ve yetki ilişkin de Tüketici Kanunu önceliklidir. Hukuk başlangıcı dersinde bizlere öğretilen şey, bir genel kanunla özel kanun karşılaşırsa özle kanunun öncelikli olduğu, iki özel kanunun karşılaşması durumunda tarihsel silsileye bakılacağı gibi kurallar. Ancak artık bu metinlere kanunlardan biri 6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun ise bambaşka bir sistematik kuruluyor.

Yani bir Tüketici Kanununa tabi işlem varsa, aynı hukuki işlemi düzenleyen başka bir kanun olsa bile Tüketici Kanunu öncelikli olarak uygulanıyor. Bundan dolayı Tüketici Kanunu'nun bu kapsamdaki görev alanını genişletmenin dayanaklarından biri de 6502 Sayılı Kanun madde 83/2. Biraz önce de bahsettiğimiz üzere Yargıtay yerleşik içtihatları doğrultusunda zaten estetik müdahaleleri eser sözleşmesi olarak değerlendiriliyordu ki en son verdiği kararlardan birini Hukuk Genel Kurulu olarak ifade etti.

2022'nin Kasım ayında çıkan bir karar. Estetik müdahalelerin eser sözleşmesi olduğu konusunda herhangi bir şüphe yok. Tabi ki bir hukuki işlemin eser sözleşmesi olması onu adi sadece sözleşme olduğu anlamına getirmez. Çünkü Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun sözleşmenin ismi ile ilgilenmez. Sözleşmenin unsurlarına bakar ve hukuki işleme tüketicidir ya da değildir der. Tüketici Kanunu'nda hukuki işlemi düzenleyen hüküm olmaması halinde genel kanun hükümlerine gidilir Tüketici Kanunu madde 83/1'e göre. Örneğin eser sözleşmesinin Türk Borçlar Kanunu'nda düzenlenmiş olmasının tüketici hukuku anlamında hiçbir önemi yoktur. Çünkü tüketici hukuku buna bakmaz.

Peki, ne gerçekleşirse Tüketici Kanunu'nun ve bağlı yönetmeliklerin korunmasından faydalanabilir diye baktığımızda da üç tane unsur çıkar karşımıza. Birincisi, taraflardan birinin bu kanun kapsamında tüketici olacak. Yani ticari veya mesleki amacı olmayacak bu kişinin.

İki, karşı tarafın satıcı, sağlayıcı, kredi veren veya üretici gibi ticari veya mesleki amaçla hareket eden bir taraf olması lazım. Estetik müdahaleler anlamında hekimler de sağlayıcı pozisyonundalar. İşlemin konusu da bu kanun madde 3/1-d anlamında hizmettir.

Bu üç unsurun gerçekleşmiş olması tüketici işlemi olması için yeterli. Yani hukuki işlemin içeriğinin eser, vekâlet veya başka sözleşme tipleri bakımından yer almasının bu anlamda herhangi bir önemi yoktur. Buradan ilerleyecek olursak da bu unsurların estetik müdahalelerde gerçekleşmiş olduğunu görüyoruz.

Peki, yapılan operasyonlarda ayıp kavramı ortaya çıkıyor, değil mi? Yani tıbbi malpraktis kurumunun Tüketici Kanunu'nun çerçevesinde düzenleniş biçimi farklıdır. Gerçekten de adi işlem niteliğindeki Türk Borçlar Kanunu işlemlerine baktığımızda ayıplı ifa, temerrüt, aliud ifa bunların hepsi ayrı ayrı düzenlenirken, Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'a baktığımızda bunların hepsinin ayıplı hizmet çatısı altında birleştirildiğini görüyoruz. Kanun koyucunun buradaki iradesi ayıplı hizmetten kaynaklı seçimlik haklarda tüketicinin daha iyi olan korumadan faydalanmasına imkân tanımak. Bu çerçevede de baktığımız zaman yapılan hizmet tüketici işlemi ve bu kapsamda Tüketici Kanunu'nun uygulama alanı ortaya çıkıyor.

Tüketici Kanunu'nda bunu işaret eden madde ise 13. Madde. 13. Maddeye baktığımız zaman ayıplı hizmetin dört farklı görünüm biçimi var iki fıkra halinde. Bu kapsamda taraflarca kararlaştırılmış, objektif, belirlenen süre içerisinde başlamaması ve belirtilen özellikleri taşımaması anlamında dört farklı ayıplı hizmet tanımlanmıştır. Yani bu dört durumun herhangi biri gerçekleşirse hekimin yapmış olduğu operasyondan kaynaklı ayıplı hizmet ortaya çıkar ve bundan dolayı da seçimlik haklar ve tazminat müessesesi çalıştırılabilir. Baktığımız zaman burada bildirilen vasıflarda eksiklik veya objektif eksiklik, bunlar estetik operasyonda ayıplı hizmet olarak değerlendirebileceğimiz durumlardan biri. Haliyle aklınıza tabii ki burada ilk gelen şey bildirilen vasıflar. Biraz önce de Hocamızın bahsettiği aydınlatılmış onam meselesi burada haliyle karşımıza çıkıyor.

Şimdi oraya geçmeden önce haklara kısaca baktığımızda da ayıplı hizmet neticesinde ortaya çıkan dört tane hakkı var tüketicinin. Bunlar uygun düştüğü ölçüde kullanılabilir. Neler? Hizmetin yeniden görülmesi, hizmet sonucunda ortaya çıkan bir eser varsa bunun ücretsiz onarılması, ayıp oranında bedelden indirim, sözleşmeden dönme kavramları karşımıza çıkıyor. Ayrıca 15. Maddenin 1.fıkrasına göre de bu operasyonların bu seçimlik hakların kullanılması neticesinde, hastanın bunları kullanması neticesinde ortaya çıkacak tüm masraflara karşı taraf hekim, hastane katlanıyor, hasta değil. Tazminattan bahsetmiyorum masraftan bahsediyorum. Tazminat ayrı bir kalem çünkü.

Şimdi ispat meselesine baktığımız zaman özellikle günümüzde artık estetik müdahaleler çok yaygın bir şekilde halkın birçok kesimi tarafından yaygın olarak tercih ediliyor. Artık sahalarda gördüğümüz sadece plastik cerrahların değil birçok farklı anabilim dalında çalışan hekimlerimizin de çeşitli sertifikalar almak suretiyle, geçerliliği tartışılır, bu operasyonları yaptıklarını görüyoruz. Şimdi eser sözleşmesi gibi bir şeyden bahsediyorsak muhakkak hekimin de kendini koruması lazım. Şundan dolayı söylüyorum, evet aydınlatılmış onam formunun hukukçular tarafından söylendiği şekilde hekimlerce yapılması fiiliyatta çok mümkün değil. Ben çok uzun zamanlar çalıştım hekimlerle. Bundan dolayı uygulamasını da gördüm, deneyimledim, gerçekten işiniz zor. O bahsedilen onamın alınabilmesi için yeterli zaman, fiziki imkân, hasta sayısı, dakika gibi birçok mesele var haliyle fiiliyat ideale çok imkân vermiyor. Bir de bunun üzerine estetik gibi bir şey ortaya çıktığında da iş çok karmaşık hale geliyor zira eser sözleşmesi. Tüm bunlara rağmen aydınlatılmış onam formu gereği gibi yapılmadığında da hekimlerin sorumlulukları yine devam ediyor.

Şöyle ki, bir hasta profili düşünün. Misal veriyorum burun estetik operasyonu olacak. Vatandaş estetik operasyonunu olduktan sonra dava açıyor. Davasında diyor ki, burnum bana bildirildiği, vaat edildiği gibi yapılmadı, bana böyle bir sonuç vaat edilmemiştir. Zevkler ve renkler tartışılmaz değil mi? Kimi şöyle kaydırak gibi burun sever, kimi düz sever, kimi ince sever yani bunun sonu yok. Haliyle ortak nokta tarafların birleştiği nokta neresi? Tarafla ne kararlaştırıldı ise hastaya ne söylendiyse aydınlatılmış onamla o sonucun gerçekleşmesini ister hasta. Hekim de bu konuda yeterli doneleri, kendini garantiye alacak hareketleri sergilemez ise gerçekten hastanın neredeyse tam olarak istediği gibi bir sonuçla sonuçlansa bile, burnum hiç istediğim gibi olmadı diyor ve parasının iadesini ve maddi manevi tazminat istiyor. Şimdi hâkim ne yapabilir burada? Dön bakayım burnuna güzel oldu diyemez. Onun gerçekten kararlaştırıldığı gibi yapılıp yapılmadığının tespiti gerekir. Bu tespit de ancak hekimin aydınlatma yükümlülüğü üzerinden gerçekleşebilir. Lütfen unutmayalım bu bir eser sözleşmesidir.

Evet, şu anki koşullarla bunun gerçekleştirilmesi her ne kadar zor olsa da olay yargıya taşındığında hâkimler aydınlatılmış onam formuna buna bakılıyor. Çünkü vaad orada ve sonuçla karşılaştırılıp ayıbın varlığı da ancak bu çerçevede kararlaştırılabilir. Bundan dolayı estetik müdahalelerde hekimin aydınlatma yükümlülüğü vekalet sözleşmesi kapsamındaki diğer tıbbi işlemlere nazaran çok daha fazla. Uygulamada aydınlatılmış onam formu konusunda hekimin işini kolaylaştıracak cihazlar olduğunu görüyoruz.

Örneğin burun operasyonunda değil mi? Avatar gibi insan başını her açıdan gösterebilecek şekilde kalıcı veri saklayıcısına aktarılıyor. Böylece operasyondan öncesi ve sonrası gibi onamlar alınabiliyor bu da ayıp kavramıyla yargılamaya başvurulduğunda hekimin aydınlatılmış onam formunu sağlıklı alması nedeniyle hekimlerimiz daha iyi korunmuş oluyor. Ancak hekimlerimizin yüzde kaçı eser sözleşmesi olarak değerlendirilen estetik müdahalelerde aydınlatılmış onam formu olarak bunu yapabilir. Zaten tıp alanında her anabilim dalında bunun yapılması mümkün değildir. Ne olacak o zaman? Kötü niyetli ama bilinçli tüketiciler ayıp iddiasıyla dava açtığında hekimler çok zor durumda kalıyorlar. Bakın neredeyse hastanın %100 istediği gibi yapılıyor operasyon ama aydınlatılmış onam formunda sıkıntı olduğundan hasta para iadesi, tazminat gibi talepler yöneltiyor ve neredeyse bedavaya getirmiş oluyor işi. Ondan dolayı bu ispat meselesinde işlem tüketici işlemidir dedik ve Tüketici Kanunu'nun genel prensibi, ispat külfeti karşı taraftadır.

Yani hekim tarafından bunun ispat edilmesi lazım. Tam olarak Tüketici Kanunu madde 13/2'e göre bildirilen ve madde 13/1'e göre kararlaştırılan durumun sonuç olarak yapılıp yapılmadığını hekim ispat etmek zorundadır. Bu konuda daha hassas davranılması gerektiğini düşünüyorum. Tabii ki fiiliyatta bu ne kadar mümkün bu tartışılır. Sistemsel bir durum. Ben olması gerekenden, durumdan bahsediyorum. Bir farkındalık yaratmaya çalışıyorum sizler adına. Bunun ne kadar uygulanıp uygulanamayacağı meselesi belki ileriki zamanlarda bu farkındalık işe yarayabilir.

Baktığımız zaman burada eserin ücretsiz onarımına ilişkin yani eser dediğimiz şey yapmış olduğunuz estetik müdahalenin sonucu. Ücretsiz onarım olarak sürelerimiz var bir de. Hasta en az 30 iş günü içerisinde ayıp iddiasıyla ücretsiz ikinci operasyonla ayıbın giderilmesini istiyorsa en fazla 30 gün içerisinde bunun gerçekleştirilmesi gerekiyor.

Son olarak da şunu söylemek gerekir Yargıtay'ın başka bir kararında, hekim estetik operasyonu gerçekleşiyor. Operasyon neticesinde ayıp nedeniyle ikinci bir operasyona ihtiyaç

duyuluyor. Özel hastane kabul ediyor ve aynı hekim tarafından aynı hastanede ücretsiz onarımın gerçekleştirileceği söyleyince hasta bunu kabul etmiyor. Ben o hekime bir daha muayene olmam diyor. Bunun üzerine iş Yargıtaya taşındığında Yargıtay hastayı haklı buluyor. Hekim ile hasta arasındaki ilişki bir güven ilişkisidir, bu ortadan kalktıktan sonra aynı hekime muayene olmaya zorlayamazsınız diyor. Neticesinde hasta başka bir hastanede başka bir hekimde operasyon olup bunun tazminatını yine hekime, hastaneye yüklüyor.

Bundan dolayı Yargıtayın geçen sene vermiş olduğu kararla tüketici işlemi niteliğindeki tıbbi işlemlerin sahası genişletilmiş oldu ve aydınlatılmış onam konusunda eğer bir eser sözleşmesi varsa karşımızda vekâletin çok daha ötesinde, daha net çizgilerle bunun ifade edilmesinde fayda olduğunu düşünüyorum. Süreden dolayı burada bitirmek zorundayım.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim.
Saygılar.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Biz de Bahadır Hocamıza çok teşekkür ediyoruz. Hemen bir iki bir şeyler söyleyeyim. Tabii bir hekim olarak, eser sözleşmesine karşı olan bir hekim olarak söyleyeyim. Çok tartışma getirecek bir konsept. Yani baktığımızda ne bir Tüketici Mahkemesinde sağlık hakkının ele alınmasına ne de gerçekten estetik müdahalede daha önceden verilmiş sözün yerine getirilip getirilmeyeceğine şüphe ile bakmaktayım. Bilinmeyen bir organizma üzerinde yapılan müdahalelere ilişkin önceden karar verilip verilmeyeceği gerçekten sıkıntılı bir durum. Hele bir de vekâlet sözleşmesi ile karşılaştırıldığında da hekim için gerçekten çok sıkıntılar taşıyan bir sözleşme. Herhalde sorularımız gelecek, cevaplayacaksınız Hocam. Çok teşekkür ediyorum.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Nezih Hocama ilave olarak, belki oturumun sonundaki tartışmaya zemin oluşturması için, sunum konusuyla ilgili dikkatimi çeken bazı hususları çok kısa dile getirmek istiyorum. Bahadır Bey estetik müdahalenin hukuki niteliğini belirtti ve bunun bir eser sözleşmesi olduğunu, dolayısıyla taraflar arasında çıkan uyuşmazlıklarda Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanun'un uygulandığını ifade etti.

Ancak estetik müdahaleler, uzman bir hekim tarafından yapılması gereken ve kişinin bedenine yönelen bir tıbbi müdahale şeklidir. Dolayısıyla böyle bir tıbbi müdahalenin klasik anlamda bir eser sözleşmesi olarak nitelendirilmesi ne kadar isabetlidir? Biz hukukçular bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için birtakım şartlar arıyoruz. Bunlardan birisi ve belki de en önemlisi bu müdahalenin tedavi amacıyla yapılmış olmasıdır. Ancak estetik müdahalelerin büyük bir bölümü sanırım tedavi amacı taşımıyor. Hal böyle olunca bunu tedavi amacıyla yapılan tıbbi müdahalenin dışına çıkarmamız ve dolayısıyla bir estetik müdahalenin kişiye yapılabilmesi için gerekli koşulların neler olduğunu bir kanuni düzenleme ile belirlemek gerekiyor. Çünkü Anayasa açıkça, tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz diyor. Bu itibarla estetik müdahalelerin eser sözleşmesi olarak nitelendirilip tüketici kanunu kapsamına görülmesi, bu hususta bir kanuni düzenleme boşluğunun olduğunu gösteriyor. Bu konunun kanunda mutlaka düzenlenmesi gerektiğini ifade ederek burada bırakalım ve hemen ikinci konuşmacı Sayın Recep FEDAKÂR Bey'e söz verelim. Kendisi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığında Öğretim Üyesi. Recep Hocam, buyurun. Sizden de 15 dakika içerisinde bitirmeniz, istirham edeceğiz.

Recep FEDAKÂR (Konuşmacı):
Tıbbi uygulama hatası bulunan veya bulunduğu iddia edilen ölümlü vakalarda otopsi uygulamalarının rolü ve önemi hakkında süre biraz az olabilir ama 15 dakika içinde bir sunum yapmaya çalışacağım.

Yansıda gördüğünüz "The Incidence of Diagnostic Error in Medicine" isimli çalışma diyor ki, otopsi çalışmaları ancak %10 ile %20 arasında tanısal tutarsızlıkları tespit etmektedir. Toplumda gözüken bir insidans çalışması bu. Malpraktisin ancak %10'u ila %20'sini tespit ediyor. Geri kalan %80 ve %90'ı ortalıkta yok. Aslında bunu söylemeye çalışıyor bu çalışma. Burada otopsilerin altın standart olduğu ve kesinlikle bu standarta uyulması gerektiğinden bahsediyor. Ancak yine altındaki cümlede vakaların yalnızca küçük bir kısmı otopsiye ulaşabildiğinden bahsediyor.

Evet, ülkemizde malpraktis iddiası olan ölümlü vakalarda otopsiler adli otopsi kapsamında değerlendiriliyor ama özel otopsi kapsamında ya da hastane otopsi kapsamında yapılmasına bir engel var mı, yok ve yapılabilir ama arkasından bir malpraktise yönelik bulgu saptanırsa hekim tarafından bunun da TCK 280'den dolayı ihbar edilmesi gerektiğini düşünüyorum.

Bir diğer husus acaba otopsi yapmasak mı malpraktis iddialarında? Bunu başka yöntemlerle tespit edebilir miyiz? Virtual otopsi denilen görüntüleme yöntemleri ile yapılan çalışmalar var. "Impact of Changing From Autopsy to Postmortem CT" isimli yine İngiltere'de yapılmış bir çalışmada 793 vakanın 56'sına sonradan otopsi yapmışlar. Tomografide şöyle bir şey saptamışlar incelemede: Koroner arter hastalığının tanısını daha fazla koymuşlar ama solunum yolları hastalıkları ile ilgili daha az tanı almış. İkisini de aslında güçlü yani tomografinin ve otopsinin de güçlü ve zayıf yönleri olmasına rağmen aslında bunları biz birbirlerine alternatif olarak düşünmememiz de gerekiyor. Birbirlerini tamamlayıcı olarak düşünmemiz gerektiğini daha net olarak söylememiz gerektiğini düşünüyorum. Adli otopsilerde belli amaçlarımız var. Bazıları bunların kanunda yazılı olan ve sunuda belirtilen ilk 2 maddesinde olduğu gibi ama diğer hususlar ile ilgili delillerin bulunması, orijinallik bulguları tespit edilebilmesi, örneklerin alınabilmesi, birtakım tanımlamalarının yapılması gibi ve en sonunda da illiyet bağı ve rapor edilmesi hususunda görevlerimiz var. Her adli otopsinin sonucunda ve malpraktis iddiası bulunan vakalarda da böyle.

Malpraktis iddiası bulunan olgularda temel sorun nedir? Kendi Morg İhtisas Dairemizde gözlemlediğim kadarıyla vakaların otopsiye gelirken klinik bilgileri gelmiyor. Klinik bilgiler daha sonra geldiği zaman biz otopside bazı şeyleri atlamış olabiliriz. Her şeyi bilemiyoruz. O yüzden bize mutlaka öncesinde ölü muayenesi yapılırken ve tutanağı hazırlanırken ya tutanağın içine kaydedilmesi ya da tutanakla beraber bilgilerin gönderilmesi gerekiyor. Biz de bunları doğru düzgün inceleyip amaca yönelik bir otopsi yapalım. Otopside malpraktis iddialarında ölüm nedeninin yanında var olan komplikasyonları araştırıp diğer inceleme yöntemlerini genişleterek bir sonuca ulaşmamız gerekiyor.

Birtakım kriterler yapılmış Goldman ve arkadaşları tarafından. Bu kriterlerden dört gruba ulaşılmış. Bir tanesi de otopside saptanabilen kurtarılmaya engel olabilecek potansiyel tanı uyumsuzluğu. Aslında malpraktisin esas hacmini bu kısım oluşturmakta. Diğerlerinde minör tanı uyumsuzlukları gözükmektedir. Onlar rastlantısal olarak da karşımıza çıkabilmekte.

Pek çok çalışma tıbbi uygulama hatası iddiası taşıyan olgularda hem iddiaların hem de antemortem tanıların otopsi ile değiştiğini göstermekte. "Body of Evidence Do Autopsy Findings Impact Medical Malpractice Claims Outcomes?" isimli bu çalışma hastane otopsileri üzerinedir ve hastane otopsisinde vakaların yüzde 31'inde tanısal uyumsuzluk olduğunu göstermiş. Benzer çalışmalar adli tıp alanında da yapılmış. Sayın Yaycı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bu oranın %47'ye kadar ulaştığı görülmüş ve yine yapılan yabancı kaynaklı çalışmada en sıklıkla pulmoner emboli, bronkopnömoni, iskemik kalp hastalığı ve malignitelerin ölüm nedenleri arasında şüphelenilmemesine rağmen olduğunu göstermişler.

Evet, buradaki "+The Role of the Autopsy in Medical Malpractice Cases, I" isimli çalışmada rakamlar çok net gözüküyor mu bilmiyorum ama 99 vakalık bir çalışmanın en üst tablosuna baktığımızda 27 vakasında tanının konfirme edildiğini, 54 vakasında majör uyumsuzluk bulduğunu ve bunun 40 tanesinin de tedavi edilebilir nitelikte olduğunu söylemekte.

Yine klinik ve otopsi tanısı arasındaki uyumlu veya uyumsuz olmasına göre malpraktis tanısı konulup konulmaması ile ilgili İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığında yapılan bir çalışmada uyumlu olan grupta malpraktisin olmadığı, uyumsuz olan grupta da çoğunlukla malpraktis tanısına varıldığı görülmekte. Benzer bulguların Almanya'daki çalışmalarda da gösterilmiş olduğunu söyleyebiliriz.

Bir diğer çarpıcı bir sonuç incelediğim çalışmalarda, otopsi raporunun bir kopyasını alan cerrahların %21'i beklenmedik bulguların ortaya çıktığını söylemekte olduğudur. Yani klinik açıdan da bunlarla ilgili beklemedikleri bu konuya yöneldiklerini göstermekte. Evet, otopsiyi sadece makroskopik olarak inceleme olarak değerlendirilmemesi gerekmekte, otopsinin öncesi, önce yapılan incelemeler, örnek radyolojik incelemeler ve sonrasında alınabilecek olan örneklerin alınarak bu incelemelerin yapılması ve bir sonuca ulaşılması gerekiyor. Bütün bu aşamalarının da gözden geçirilmesi ve sağlanması gerekmektedir.

Otopsi yapılmadan gömülen olgularda kesin ölüm nedenine olayda tıbbi uygulama hatası olup olmadığına karar vermek ancak klinik bulgulara dayanılarak yapılmaktadır. Bu durum ise işi zorlaştırmaktadır. Hatta bazı yazarlar özellikle tıbbi uygulama hatası iddiası ameliyat sonrası dönemde oluşmuşsa, davacıların genellikle tıbbi kayıtların yetersiz ya da güvenilir olmaktan uzak olduğu kuşkusunda olabileceklerini vurgulamışlardır.

Yine Adli Tıp Kurumunda yapılan bir çalışmada benzer sonuca ulaşılmış. Otopsi yapılmayan olgularla kişinin hatalı tıbbi uygulama sonucu ölüp ölmediğini söylemenin zorluğu istatistiksel açıdan da ortaya konmuştur.

Ölü muayenesi sırasında yapılması gereken işlemlerden bir tanesi de vücudunda var olan tıbbi teçhizatın tanımlanması ve kaydedilmesi ve hatta burada bir ekstra öneri olarak, örnek anestezi ölümlerinde olduğu üzere bu vakaların örneğin direnleri çekilmeden önce mutlaka demeyelim ama imkân varsa bir tomografi uygulamasına gidilmesi ve yerleşimleri konusunda bir kanaat oluşturulması gerekmektedir.

Otopsi başka neyi göstermekte? Olgu ile kayıtlara geçirilmiş verilerin sağlamasını yapıyor. Bazen bizi düşündürüyor bu kayıtlar, mesela sunudaki bu olguda kişi yoğun bakım ünitesine alındığı beyan edilmesine rağmen bulguların pek öyle durmadığı anlaşılıyor.

Yurt dışından kaynaklı bir iki vakayı da göstermek istiyorum. Burada sadece tıbbi açıdan değerlendirmenin dışında başka incelemeler de yapılması gerekebilir. Yargıtayın yerleşmiş içtihadına göre gazlı bez unutulması kesin malpraktis. Buradaki vakada 14 yıllık ara ile iki kalp ameliyatı geçirmiş bir kişinin otopsisinde gazlı bez bulunuyor mediastende, ama hangisi ile ilgili olan sorunun tekstil ürünlerini inceleyebilecek bir yöntemle incelenerek sonuca varılmış olduğu görülüyor.

Yine tanı konulmasa bile malpraktis, tanıya ulaşılamaz ise bile malpraktis olmayan olgular var. Bunların da hastalık bulguları otopsi sırasında tespit edilebilir ve malpraktis olmadığı ortaya konulabilir. Burada da bir bebekteki timoma vakası mevcut, malign bir vaka. Bronkopnömoni ile gelmiş olan vakanın tanısı konmamasına rağmen ender görülmesi, ulaşılabilecek çabaların yapılmış olması nedeniyle malpraktis iddiasından uzaklaştırıldığı ortaya konmuştur. Adli tıpta genellikle histopatoloji ve toksikolojik incelemeleri yapmaktayız ama mikrobiyolojik incelemelerin de önemi ortaya çıkmakta.

Burada bir steptotoksik şok sendromu vakasındaki görünüm. Sanki bir travmaya uğramış gibi gözükmekle beraber tanısı bir mikrobiyal kaynaklı ve Japonya'da otopsisi yapılmış bir olgu bu. Tomografisi ve otopsisi ölümünden 3 gün sonra yapılmış. Biz bir an önce otopsi yapıp teslim edelim diyoruz ama bazı şeyleri de araştırmamız gerekiyor öncesinde. Buna da dikkat etmekte fayda olduğunu düşünüyorum.

Bir diğer örnek olarak şunu söylemem gerekiyor. Omurga cerrahisinde yağ embolisi iddialarının mutlaka araştırılması gerekiyor ama bazı ameliyatlarda, özellikle cerrahi müdahale geçirmiş olgularda özel bir girişim yapıldıysa bu konuyla ilgili uzmanlık alanından da bir destek alınması gerektiğini düşünmekteyim.

Yine yapılan iddialar bize ulaştırılmaz ise bir hava embolisini çok rahatlıkla atlayabileceğimiz ve bununla ilgili daha sonra otopsiye başladıktan sonra kesinlikle bunun tanısını koyma şansımızın olmadığı vakalardan bir tanesi. Liposuction ameliyatı yapılan bir vaka, bunun bilinen komplikasyonları pulmoner emboli, sepsis, nekrotizan fasiit ya da batın organlarında perforasyon gibi mutlaka araştırılması gerekmektedir ama ekstra başka bir yerde de ölüm nedeni bulunca malpraktisin dışlanması kolay olmakta.

Bir diğer husus kalp pilleri bulunan olguların otopsileri. Örnek bizim bir vakamız da çocuğun kalp pilinin programında bir değişiklik yapılmış ve bir süre sonra çocuk fenalaşarak ölmüş. Kalp pili takıldıktan 1 yıl kadar sonra bu olay oluyor. Otopsisinde biz kalp pilinin takılması ile ilgili bir şey bulamadık, bir defekt bulmadık, takındığı yerde bir perforasyon yok, enfeksiyon yok, vesaire bir şey yok. Ama bu pillerin yazılım programlarını inceleyecek olan program bizde yok. Bunu da savcılığa şöyle yazmıştık. Otopsi sırasında elde ettiğimiz kalp pilinin bir kardiyoloğa inceletilmesi ve görüş alınması gerektiği şeklinde raporumuzu tamamlamıştık.

Sadece cerrahi olgular olarak da düşünmemek gerekiyor. Psikiyatrik olgularda bu toksikolojik zehirlenme, lityum zehirlenmesi olan bir vakada kullanım endikasyonu var mıydı, yok muydu? Örnek burada polikistik böbrek hastalığı var hastada. Bu hastanın endikasyon lityum kullanılır mı kullanılmaz mı veya dikkatli kullanılması ile ilgili birtakım takiplerin yapılması gerekmekte. Yine 4.450 vakalık bir seride 232 vakada ilaç tedavisi ile ilgili bir bağlantı olduğu ölümü arasında tespit edilmişi bunların 70 tane vakasında da malpraktis onaylanmış gözüküyor bir Alman çalışmasında. Özellikle de böbrek yetmezliğinde kontrendike ilaçların uygulanması, yanlış

uygulama ve göreceli doz aşımını en sık görülen yaygın hatalar olarak karşımıza çıkmış.

Evet, bir diğer örnek olarak gösterebileceğimiz bir pulmoner emboli vakasının iddia klinik bilgiler içinde olmasına rağmen otopside araştırılmaması. Aslında yapılan otopsinin kalitesi ile ilgili bir sorun olarak karşımıza çıkmakta. Bu Amerikan dergisinde yayınlanmış bir vaka. Biraz önce sorduğum sorunun benzeri burada var. Vefat eden kişiye özel bir hekime otopsisini yaptırıyorlar ve akabinde bulunan bulgularla malpraktis iddiası dava açmaya çalışıyorlar ama Amerika'da keşif kurallarının ihlal edilmesi durumunda otopsi bilgilerinin kabul edilmediğini ve itiraz edildiği makalede belirtilmekte.

Otopsi bulgularında tıbbi uygulama hatasında mahkemenin vereceği karara etkisinin önemli olan bir kısmı kalitesiyle alakalıdır. Eksik veya yanlış bilgilerle otopsiye girilmesi farklı sonuçların çıkmasına neden olabilmektedir. Bunun için otopsi uygulamasında belirli bir standardımızın olması gerekiyor ve tüm ayrıntıların komplikasyonların iyice araştırılması gerekmekte. Otopsiyi yapan hekim otopsi öncesinde çok iyi bilgilendirilmeli ve bu konuyla ilgili araştırma yapması gerekmekte. Gerekirse branş hekiminden de destek alması önemli olmakta. Ayrıca bu standardizasyonu sağlaması için ve algoritmaların oluşmasında aramızda bulunan Doç. Dr. Murat Nihat ARSLAN'ın çok güzel kitabı var bu kitabı da incelemenizi arkadaşlara önermekteyim. Burada protokollere ve algoritmalara uyarak otopsi yapmamızın önemli olduğunu bildirerek sunumu tamamlıyorum. Teşekkürler.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Evet, biz de Recep Hocamıza çok teşekkür ediyoruz. Bir iki cümle söylemek istiyorum. Ölümün sebebinin belirlenmesi tabii ki sadece otopsiye bağlı değil ama otopsi çok önemli bir argüman ölen kişinin ölüm sebebinin ne olduğunu söylenmesinde. Ben Yüksek Sağlık Şurası üyeliği yaptım 2000-2005 yılları arasında. Orada dosya üzerinden görüşmeler yapılırdı. Söz bana geldiğinde biraz da çekinirdim. Öncelikle otopsi raporuna bakardım. Acaba bu kişiye otopsi yapılmış mı yapılmamış mı?

Eğer otopsi yapıldıysa gerçekten karara varmak daha kolay oluyordu. Mutlaka karara ölüm sebebini ortaya koymakta çok önemli bir argüman, mutlaka yapılması gerekir. Ama Türkiye'de insanlar acıları nedeniyle önce hekimi veya kurumu şikâyet etmekte ihmalde bulunuyorlar. Araya belki bazen başka faktörler girebiliyor, avukatlar girebiliyor, akrabalar girebiliyor falan. Ceset gömüldükten sonra, defnedildikten sonra böyle bir durum oluşuyor. O nedenle o süreyi çok iyi değerlendirmek lazım. Veya fethi kabir de yapılacaksa mutlaka bu kararların çok hızlı alınması gerekir diye düşünüyorum. Çok önemli bir durum. Tabii ki tartışacağız hocalarımızın katkısıyla.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Evet, Recep Hocama çok teşekkür ediyoruz. Süreye riayet konusunda gösterdiği hassasiyet için de ayrıca teşekkür ederiz. Hocanın sunumunda verdiği bir oran benim çok dikkatimi çekti. Kendileri otopsi öncesiyle otopsi sonrası değerlendirmede sonuçların %47 oranında, yaklaşık yarı yarıya değiştiğini söylediler. Bu gerçekten oldukça dikkat çekici, çok büyük bir oran. Dolayısıyla otopsinin gerçeğe ulaşmada ne denli önemli olduğunu ortaya koyuyor. Evet, şimdi Ekin Özgür AKTAŞ Bey'e geçiyoruz. Kendisi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Anabilim Dalı Başkanı. Bize adli bilirkişilik hizmetlerinde yapılan hatalardan söz edecekler. Hocam buyurun lütfen. Sizden de 15 dakikalık güzel bir performans bekliyoruz.

Ekin Özgür AKTAŞ (Konuşmacı):
Sayın Başkanım, dün Hızır Hoca'nın şahsında Kongre Düzenleme Kuruluna konuşmacı olarak teşekkür etmiştim. Bugün de teşekkür ediyorum. Çok değerli konuşmacılardan çok değerli bilgiler elde ediyoruz, gerçekten ufkumuz genişliyor.

Bilirkişilik hizmetinde yapılan hatalarla ilgili kişisel deneyimlerim ve gördüğüm örneklerden sizinle paylaşacağım. Aslında başlığı Ahmet Hocam için koydum. Çok değerli meslek büyüğüm, hukukçu ve tıpçı. Çok saygı duyduğum bir kişi.

Malpraktis Latince bir kelime biliyorsunuz kötü uygulama demek. Herhangi bir işi kötü yapmak anlamına geliyor. Ahmet Hocam bilirkişiliğin bir meslek olmadığını, ayrı meslek olmadığı için de malpraktis olarak değerlendirilemeyeceğini söylüyor ama Bilirkişilik Kanunu ve Yönetmeliğinde bilirkişilik hizmetini yapan kişilerin belirli bir meslek veya sanatı icra etme yetkisine sahip kişiler olduğu, dolayısıyla bilirkişiliğin de mesleki yetki görevin bir parçası olduğu açık şekilde belirtilmiş. O yüzden bilirkişi dediğiniz kişi inşaat mühendisi, ziraat mühendisi veya tıp doktoru gibi belirli bir mesleğinin gereği olarak bilirkişilik hizmetini yapıyor, mesleği ile bağlantılı olarak yapıyor ve doğal olarak da yapmış olduğu bu hizmet sırasında ortaya çıkan hataların da aynı tıp doktorlarının tıbbi hizmetteki hatalarını tıbbi malpraktis, idari görevlerindeki hatalarını idari malpraktis, etiğe aykırı davranışların etik malpraktis değerlendirmesi yapılması gerektiği gibi bilirkişilik malpraktisi gibi değerlendirmek gerekiyor.

Bilirkişilik sisteminde yaşanan sorunların sadece bilirkişiden kaynaklı değil sistemden de kaynaklı olduğunu söylemeden geçmek istemiyorum. Bütün dünyada aslında bilirkişilik hizmetlerinde yaşanan bir takım olumsuz durumlar tartışılıyor.

Bildiğiniz gibi bilirkişilik mesleki uygulamanın bir parçası ve mevzuatta belirli tanımlarla bilirkişilerin belli niteliklere sahip olması çok net belirlenmiş durumda. O yüzden her mesleki uygulama yetkisi olan kişinin bilirkişi olup olmayacağı hususu ciddi tartışılıyor. Bizim adli tıpta da böyledir. Hepimiz adli tıp uzmanıyız ama bazılarımız bazı spesifik konularda daha yetkiniz, o alanda daha çok çalışıyoruz, o alana özelleşmiş durumdayız. Örneğin Nihat Hocam gibi, otopsiyi çok daha iyi yapıyor. Yani farklı bir alanda çalışıyoruz o yüzden bilirkişilik kavramını bir torbanın içinde her işi yapabilen, her işi becerebilen insan olarak da değerlendirmemek gerekiyor.

Bilirkişilikte yaşanan hataları iki kısma ayırmak gerekli. Bilirkişilik sisteminden kaynaklı hatalar ve bilirkişinin kendinden kaynaklı hatalar. Bilirkişiden kaynaklı hataları da kasten veya kusurlu olarak ikiye ayırmak gerekli. Gerçekten de çok ilginç örnekler karşımıza gelebiliyor. Şimdi öncelikle sistemden kaynaklı bazı hatalar var. Bildiğiniz gibi bilirkişinin reddi ve çekilmesini gerektiren haller usul kanunlarında Ceza Muhakemesi ve Hukuk Mahkemeleri Kanunu'nda açık açık belirtilmiş. O yüzden bilirkişilik kurumlarda da olsa kişilerin şahsında gerçekleşiyor ve bu kişilerin reddini gerektiren sebepler söz konusuysa tarafların bunu kullanması için bir kişinin isimlerini taraflara bildirilmesi gerekiyor ya da bir kişinin çekinme sebepleri varsa bir bilirkişinin de tarafların bilgisini edilmesi gerekiyor. Raporlarda bilirkişilerin isimlerine yer verilmemesi bu hakların kullanılmasını engellediğinde sistem kaynaklı sorunlardan bir tanesi olarak karşımıza çıkıyor.

Örneğin kişilerin şahısların kim olduğunu belirtmezseniz ret veya çekilme sebeplerini kullanmalarının önüne geçmiş olursunuz. Bu sistemden kaynaklı bir problem olarak karşımıza çıkıyor.

Yine uygun deneyim veya kıdemde olmayan kişilerin bilirkişi görevlendirilmesi büyük bir problem. Çünkü Bilirkişilik Kanunu ve buna bağlı yönetmelikte açık açık bilirkişinin bilirkişilik yapacağı alanda en az 5 yıl kıdemli olması gerektiği söylenmiş olmasına rağmen ilgili alanda uzman olmayan asistanların veya pratisyen hekimlerin dahi bilirkişi raporlarının altına ilgili alan uzmanlarıyla birlikte imza attıkları görülüyor ki bu büyük bir problem. Üstelik de asistanların rapor imzalamaları tıpta ve diş hekimliğindeki uzmanlık yönetmeliğine göre uygun ve mümkün değil. Tıpta ve Diş Hekimi Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin uzman olmayanlar hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar hükmü gereğince bunların uzmanlık alanı adına rapor imzalamaları açıkça aykırılık teşkil ediyor. Bu da sistemden kaynaklı ama bazı yerlerde raportör olarak görev alan ya da asistanlar deneyim kazansın denilerek raporların altına imza atıldığı görülüyor. Bu da sistemden kaynaklı bir problem. Çok da uygun bir işlem değil.

Uygun nitelikli olmayan kişilerin bilirkişi atanması ile ilgili büyük bir sorun var. Çünkü bilirkişi listelerinde bilirkişilik alanları ile ilgili kaba bir tanımlama var. Bunlarla ilgili detaylandırma çalışmaları Bilirkişilik Daire Başkanlığı tarafından yapılıyor ama henüz alt uzmanlıklar ve adli tıpta alanının alt çalışma konuları çok spesifik olarak tanımlanmamış. Bazı somut olaylarda görevlendirilen bilirkişinin ilgili alandaki somut tartışma konusu dava ve uyuşmazlık konusunu açıklayacak yeterli bilgi ve deneyimi olmamasına rağmen bilirkişilik görevi yaptığı, literatür okuyarak ilgili uzmanlara danışarak ve benzeri bazı şeylerle buna çözüm bulmaya çalıştığı görülüyor. Ben bu alanda ilginç bir deneyimimi anlatacağım.

Örneğin adli tıp uzmanlık eğitiminin içerisinde grafoloji eğitimi olmamasına rağmen Adli Tıp Kurumunda göreve başlayan üniversitelerden uzmanlık alan uzman arkadaşlar 1-2.aylarında listeye grafoloji konusunda bilirkişi olarak yazılabiliyorlar. Biz üniversitelerde böyle bir eğitim vermiyoruz. Böyle bir yetkinlikte kazandırmıyoruz ama listelerde bu kişileri görüyorum. Yine kalemlerim ve mahkemelerin birlikte çalışma eğilimi gösterdikleri bilirkişiler sorunu henüz çözülmüş değil… Gittiğim kalemlere dikkat ederim. Her kalemin kendine özgü bilirkişileri vardır, bunu bir türlü çözemedik.

Sicilden çıkarılmış veya uygun olmayan bilirkişilerin görevlendirilmesi de büyük bir sorun. Çünkü Bilirkişilik Kanunu ve Yönetmeliği bilirkişilik sicilinden çıkarılmayla ilgili açık düzenlemeler yapmış. Çok sayıda bilirkişiyi de değişik sebeplerle sicilden çıkarmıştır. Ancak liste dışı görevlendirme veya resmi kurumlardan rapor istenmesi halinde bilirkişilik sicilinden çıkarılmış kişilerin, aslında bilirkişiliğe uygun olmadığı belirtilmiş kişilerin de rapor düzenlediklerini görüyoruz.

Bu durumda hangi bilirkişiler sicilden çıkartıldı, bunların görev yapmalarının önlenmesi için nasıl tedbir alınacağı ile ilgili hiçbir düzenleme yok. Aslında tam tersi bilirkişilik sicilinden kimin çıkarıldığını ya da çıkarılmadığını bileceğimiz öğreneceğimiz hiçbir liste yok. Yani kim çıkartılıyor kim listelerde, bunu görebilme şansımız yok.

Çok sayıda bilirkişi incelemesi istenmesi usule de aykırıdır, yargılamaları da uzatmaktadır. Ama çelişkili raporlar nedeniyle ben bir dosyada 17 tane bilirkişi raporu saydım, uzman mütalaası demiyorum, bilirkişi raporu saydım. Mahkeme tatmin olmadığı için heyetten heyete bilirkişi raporları almış ve tabii bu bilirkişilik raporları arasında da değişik yorumlamalar nedeniyle çelişkiler olması yargılamaların uzun sürmesine somut gerçekliği ortaya çıkarmaya engel teşkil ediyor.

Bilirkişi ücretlendirmelerinde büyük problemler vardır. Çünkü bu konuda karmaşık bir mevzuat vardır. Bilirkişilik asgari ücret tarifesi var, Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumunun kendi ücret tarifesi var, Kamu Sağlık Hizmetleri Satış Tarifesi var. Bunların arasındaki aynı iş için mahkemelerce takdir edilen fiyatlar farklı. Devlet hastaneleri ayrı fiyat uygular. Adli Tıp Kurumu ayrı fiyat uygular. Mahkemeler ayrı fiyat uygular ama bilirkişilere ödemeler döner sermayeler üzerinden yapıldığı ve çok düştüğü için ben üniversitede bilirkişi heyeti oluşturmakta çok zorlanıyorum.

Buraya bir örnek koydum. Üç kişilik heyete bilirkişi ücreti tek olarak yatırıldığında kesintilerden sonra orada gördüğünüz gibi ücret bilirkişi başına 40-50 liraya düşüyor ve hiç kimse bilirkişilik yapmak istemiyor. Profesör ya da doçent, öğretim üyesi bulamıyorsunuz. Ben buraya bir örnek daha koydum. Mahkeme üç bilirkişi için her birine 12'şer bin lira ücret takdir etmiş. Diğer mahkeme 800 lira ücret takdir ediyor. Şimdi bunun bir ölçüsü yok tamamen hâkimin takdirine bırakılmış bir konu ama gerçekten bilirkişi ücretlendirmelerin de ciddi farklılıklar olduğunu söylemem gerekir. Bu kararları arzu ederseniz paylaşabilirim.

Çekinme sebepleri olan kişilerin bilirkişilik görevi yapmaması gerekir ama maalesef bu konu üzerinde kontrol edecek bir mekânizma olmadığı halde, olmadığı için çekinme sebepleri olan bilirkişiler görevleri yapmakta devam ediyorlar. Özellikle kendi kurumları ile ilgili görüş vermeye devam ediyorlar. Bir kurumun raporuna itiraz edildiğinde aynı kurumun kanuna göre değerlendirme yapamaması gerekiyor. Ancak gerçekte bu durum sık yaşanıyor.

Raporu bizzat bilirkişinin hazırlamaması büyük bir sorun. Bazı yerlerde çok yoğun işler nedeniyle raportörler tarafından hazırlanan raporlar heyetler tarafından seri değerlendiriliyor. Bazen bilirkişi başka bir bilirkişi raporunu aynen kopyalıyor buradaki örnekte gördüğünüz gibi.

Heyetin bilirkişi raporu düzenlediği olgunun somut verilerine ulaşması detaylarına ulaşması, yorum yapması, raportör sistemlerinde çok zor oluyor. O yüzden de incelemeden kaynaklı hataları çok fazla görüyoruz. Bilirkişilerin hukuki yorum yapma yasakları vardır. Hukuki yorum ve değerlendirmelerde bulunuyorlar. Biz de bunu mesela görüyoruz. Örneğin yüzde yara izine %5 engellilik oranı vermek için iş bulamayacağı estetik kaygılar nedenle sosyal ilişkilerin bulunabileceği gibi aslında manevi tazminat konusu olabilecek ya da hukuki yoruma girecek konuları raporlarında yazıyorlar ya da hangi yönetmeliğin kullanılacağına dair bizim adli tıp maluliyet raporlarında çok sık kullanılan ama hukuki olarak da hatalı yorumlar görebiliyoruz.

Bilirkişinin görevlendirme kararında istenen hususları aşarak yorum yapması da ayrı bi sorun olarak yaşanıyor. Usul kanunlarında hâkimin yol gösterme yasağı vardır. Bu yasak bilirkişilere kıyasen uygulanmalıdır. Yani tarafların iddia etmedikleri, dava konusu haline getirmedikleri, talep etmedikleri konuları bilirkişilerin de taraflara belirtmemeleri gerekir. Bu da bir sorundur. Taraflarca usulsüz ilişki içinde olmazsa gelecek yıllarda çok büyük problem çıkaracak. Çünkü bazen tarafın teşviki bazen talebiyle adil değerlendirmeleri bozan bir unsurdur.

Yetersiz ve eksik incelemeler maalesef çözülebilmiş bir problem değildir. Çelişkide durumlar varsa bunları nasıl açıklığa kavuşturulacağına dair görevlendirme makamıyla iyi iletişim içerisinde olmak gerekir. Yetersiz kaldığında da genel yorumlar veya tasarruflarda bulunmamak gerekir. Durumu açıklığa kavuşturacak araştırmaları yapmak gerekir.

Gerçeğe aykırı yorum ve değerlendirmeler çok büyük bir problemdir. Var olan verileri, var olan değerlendirme veya bilgileri tamamen kasıtlı olarak hatalı yorumlayıp sonuçları varmaktır.

Ben bir iki rapor göstereceğim. Mesela bir raporda yarayı tarif ediyor. "ciltte çökük keloid doku" diyor. Tamamen bilimsel olarak hatalı bir değerlendirmedir yani keloid dokunun ne olduğunu bilinmesi gerektiğini düşündüğünüz için burada yapılan işlem artık kasıtlı bir, bir gerçeğe aykırı yorum veya değerlendirmedir diye çok net görüyorsunuz.

Bazen raporlarda aşırı zorlamalı gerçeğe aykırı yorumlar görüyoruz. Gerekçeli denetlenebilir raporlar düzenlenmesi ısrarla talep edilmesine rağmen bilirkişinin o sonuca nasıl vardığına dair gerekçeleri dayandığı vakayı ve delilleri de sunması gerekir gerekçelerinde. Maalesef raporlarda bilirkişiler çok yetkin oldukları için karşısındakine kişisel görüşlerini, kişisel ve subjektif bakışlarını dosya içerisindeki gerekçe veya delilleri aktarmadan sadece sonuç olarak sunabiliyorlar ve çok da hatalı sonuçlar çıkabiliyor.

Bilirkişilerin bilirkişi raporlarını geç gönderilmesi de büyük bir sorun. Yargılama sürelerini uzatıyor. Aslında süreler vardır biliyorsunuz. Bu sürelere de uyulması gerekir. Maalesef hedef süreler iş yoğunluğu nedeniyle ve resmi bilirkişi kurumlarına yoğunlaşma nedeniyle birazcık zor oluyor.

Bilirkişiliği kabulle zorunlu olanların geçerli bir sebep olmadan bilirkişilikten çekilmesi buradaki olguda gördüğünüz gibi yine bir sorundur. Eğer haklı bir gerekçeniz yoksa bilirkişilik görevini kabul zorunludur.

Bilirkişilikte yapılan hataların tek bir yönden değil çok yönlü sorumluluk doğurduğunu bilmek gereklidir. Gerçeğe ait rapor düzenleme, görevi kötüye kullanma, sırların ifşa edilmesi, delilleri bozma, taraflardan haksız çıkar sağlama gibi birçok konuda cezai sorumluluğumuz olduğunu, hukuki sorumluluğumuz ve disiplin sorumluluğu olduğumuzu da hızlıca söyleyeyim. Bilirkişi sicilinden çıkarılma veya tazminatın Adalet Bakanlığına karşı açılarak bilirkişiye rücu edilmesi ile ilgili de çok ciddi sorun yaşanması mümkündür.

Çok kısa bir iki kelime uzman mütalaasından söyleyeceğim. Uzman mütalaası yargı reformu ile yürürlüğe girmiş bir farklı uygulama alanıdır. Bilirkişi raporu değildir bunlar. Taraflar bilirkişi raporunun, raporunda dikkate alınmasını veya bilirkişi raporu üzerine kendi görüşlerini ifade etmek için giderek bizzat her taraf, savcı, katılan işte davacı, davalı uzman mütalaası isteyebilir. Bunlar şeklen bilirkişi raporlarına benzer. Benim dikkatimi çeken şey şu. Bilirkişi raporu niteliğinde olan örneğin Adli Tıp İhtisas Kurulu raporlarının üzerinde uzman mütalaası yazıyor. Bilimsel mütalaa niteliğinde olan bazı anabilim dallarının raporlarının üzerinde de adli bilirkişi heyet raporu yazıyor. Demek ki bilirkişi raporuyla uzman mütalaası arasındaki hukuki niteliği ayırt edilemiyor. Böyle bir sıkıntı var. Bunu da bence ikisinin ayrı kurum olduğunu, ayrı uygulama olduğunu, şeklen birbirine benzediğini ama farklı şey olduğunu dikkate alarak yazmamız gerek. İçeride çok fark vardır içeriğinde.

Sadece şunu söyleyeceğim. Bilirkişi raporunu bilirkişi atamaya yetkili bir resmi merci ister. Uzman mütalaasını taraflardan herhangi biri kendisi giderek talep edebilir. Bunun da yani içerisinde çok sayıda fark var. Bunu da dikkate almakta yarar var. Uzman mütalaaları ile ilgili ciddi sorun vardır.

Özellikle maluliyet ile ilgili düzenlenen mütalaalar konusunda ciddi tartışmalar var. Bu konu ile ilgili Adli Tıp Uzmanlık Derneğinin etik bazı ilkeler yayınladığını Türkiye'den de çok sayıda ana bilim dalının bunun altına imza attığını hatırlatmak istiyorum. Gerçekten bu alan büyük problemlere gebe bir alandır. Bu alanda cezai sorumluluk gerçeğe aykırı rapor düzenleme gibi değerlendirilir. Yine hukuki sorumluluğunun kıyasen bilirkişi raporuyla eşdeğer olduğunu söylemem gerekir.

Son söz adil bir sonuca varılması için objektif, tarafsız ve gerekçeli bilirkişi raporu yazılmalıdır. Denetlenebilmelidir, tartışılabilmelidir. Hangi dayanaklara varılarak o sonuca varıldığını bilirkişinin raporunu okuyan tarafların tamamı görebilmelidir, o dilde olmalıdır. Ayrıca bilirkişilik sistemi ile ilgili aksaklıkların ayrıca sürekli tartışılarak çözüm önerilerinin getirilmesinde yarar olduğunu düşünüyorum.

Sayın Başkanlarım umarım süreye riayet etmişimdir, çok teşekkür ediyorum.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Biz de Sayın Ekin Hocamıza çok teşekkür ediyoruz ama Ekin Hocam yani ben hala bilirkişilik de malpraktis olmadığı görüşümü savunuyorum. Bir tane bir şey ekleyeceğim. Adli tıp uzmanı olduktan sonra bu uzmanımız bir şube müdürlüğüne gidip bilirkişi raporu veriyor mu, veriyor. 5 yıllık süreye tabi mi? Bilirkişilikte, yok, değil. Yani 5 yılı bitirmeden şube müdürlüğüne gidiyor, takır takır verilen yetkiler çerçevesinde her türlü raporun altına imza atıyor. O nedenle bilirkişi kurulları ile bölge bilirkişilik kurulları ile üniversitelerdeki veya adli tıp anabilim dalındaki bilirkişiliği biraz daha farklı tutmak gerekir diyorum, tartışacağız Hocam. Evet, teşekkür ederim, buyurun Hocam.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Evet, Ekin Hocama çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten süresinde tamamladı. Sunumuna şöyle bir soruyla başladı: Bilirkişilik bir meslek midir? Kartvizit bastırıp dağıtan bilirkişilerin olduğunu görmüşsünüzdür. Bazı bilirkişiler, yaptıkları işin bir meslek olduğunu düşünüyorlardı.

Bilirkişilik elbette bir meslek değildir. Bilirkişi, belli bir mesleğe sahip olan kişilerin, uzmanı oldukları konularda sahip oldukları bilgileri mahkemenin yararlanması sunan kişilerdir. Özellikle 3.11.2016 tarihli ve 6754 Sayılı Bilirkişilik Kanunu ile bilirkişilik müessesesine bir çeki düzen verilmeye çalışıldı. Bu kanunun hazırlık sürecinde Ahmet Nezih Hocam ile biz de görev aldık. Hatta birtakım ülkelerde bu konular nasıl düzenleniyor, onları da inceleme fırsatımız olmuştu. Orada benim önerim şuydu; bilirkişileri adliyelere ilgili meslek kuruluşları bildirsin. Yani biz insanların başvurusu ile onun yetkinliğini tam olarak değerlendiremiyoruz. Örneğin tabipler odası, barolar, sanayi ve ticaret odaları gibi meslek kuruluşları, kendi mensuplarından kimlerin bu işleri yapmaya yetkinlik taşıdığını, liyakat kesbettiğini, bilgi ve birikiminin bu tür sorunlar ortaya çıktığında çözümüne yeterli olacağını kendi aralarında kararlaştırsınlar ve listeleri hazırlayan adli mercilere bildirsinler. Bildirilen kişilerin içerisinden değerlendirmeyi adli merciler yapsın şeklinde öneride bulunuldu, ama bu olmadı.

Dolayısıyla bilirkişilik etrafında ortaya çıkan uygulamamızda çok çeşitli sorunlar var. Sırf bu sorunlar, bir iki gün sürecek bir sempozyuma konu olabilecek niteliktedir. Bunların belli başlılarını Ekin Bey zikrettiler.

Şimdi hemen Selami Bey'e geçiyoruz, Selami DEMİRKOL. Kendileri İstanbul Bilgi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi. İdarenin Sağlık Hizmeti Sunumundan Kaynaklı Hukuki

Sorumluluğunu bizlere aktaracaklar. Hocamın da 15 dakikalık süre içerisinde büyük bir maharetle bu konuyu sunacağından eminiz. Buyurun hocam, söz sizin.

Selami DEMİRKOL (Konuşmacı):
Kıymetli hazirun, sizleri saygılarımla selamlıyorum. Dünkü yapmış olduğum konuşmada, girişte belirttiğim teşekkürümü tekrar yapıyorum. Gerçekten çok kıymetli bir toplantı. Emeği geçen başta Kurum Başkanımıza ve diğer Adli Tıp Kurumu personeline selam ve saygılarımı sunuyorum. Gerçekten güzel bir işe imza attılar. Ben dün adil yargılanma ilkesinden temellenerek bir konuşma yapmıştım.

Bugün ise sağlık hakkı ve idarenin sağlık hizmeti sunumundan kaynaklı hukuki sorumluluğundan temellenerek bir tebliğ sunacağım. Tabii idare tarafı şu ana kadar hiç konuşulmayan bir konu. Ben yıllarca, tam 30 yıl idari yargıçlık yaptım. Oradaki tecrübelerimi, birikimlerimi sizlerle paylaşmaya çalışacağım.

Hepimizin bildiği gibi sağlık ve tıp hizmetleri, insan hayatında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. 1982 Anayasası'nı okuduğumuzda, sağlık hakkına, Devletin önemli yükümlülükleri arasında yer verilmiş olduğunu görmekteyiz.
Peki, bu sağlık hakkı gereği gibi yerine getiriliyor mu, getirilmiyor mu ve bunun devamlılığının sağlanması konusunda neler yapılıyor? Bunu da takip etmek gerektiğini çok iyi anlıyoruz ve buradan hareketle de sağlık hizmetlerini bir kamu hizmeti olarak görülmekte olduğunu belirtmek istiyorum.

Peki, bünyesinde riskler taşıyan bu denli önem arz eden sağlık kamu hizmetleri icra edilirken mutlaka kusurlar ve hatalar meydana gelebilmektedir. Nitekim bu hatalardan, kusurlardan kaynaklı olarak da çeşitli mağduriyetler oluşmaktadır. Riskli kamu hizmetlerinden olmasının altını çiziyorum, önemsiyorum. Kamu görevlilerinin ister istemez ihmalleri veya kusurları olabilmektedir. İşte bu kusurlardan ihmallerden kaynaklı olarak idari yargının önüne intikal eden dosyalardan idari yargının referans aldığı bazı hukuki metinleri konuşmak istiyorum. İdari yargı yerleri bu hukuki düzenlemeleri referans almaktadırlar.

Öncelikle sözleşme, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, 2. Madde yaşam hakkı başlıklı ve ardından Sözleşme'nin bel kemiği olan diğer bütün hakların ihlalleri iddialarının yargı yerinde görülüp incelenmesi ile ilgili usulü güvenceleri belirleyen Sözleşme'nin 6. Maddesi; "adil yargılanma" hakkı.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, Sözleşme'yi yorumlayan merci olarak önüne gelen uyuşmazlıklarda bazı temel ilkeler belirlemiş ve bunu işliyor birçok kararında. Power/Birleşik Krallık dosyasında, sağlık personeli yüksek standartlara sahip olmalı, sağlık personelinin hastayı tedavi ederken takdir hataları ve sağlık personeli arasında koordinasyon ihmalinin otomatik olarak yaşam hakkı ihlali olarak nitelendirilmeyeceğini de belirttiğini görmekteyiz.

Yine önemsediğim bir karar Mantovanelli/Fransa dosyası. Buradaki belirgin olan husus bilirkişinin dinlediği tanıkların davacı tarafından sorgulanamaması meselesi. Bunu dikkate almış ve çelişmeli yargılama hakkı kapsamında ihlal tespiti yapmış. Şöyle ki; başvuruculların 20 yaşındaki kızlarının ölümüne sebep olan hepatit hastalığına ameliyatlarında kullanılan anestezi ilacının yol açtığı iddiasıyla açılan tazminat davasında istenen bilirkişi raporunun hazırlanması sürecinde bilirkişinin dinlediği hastane personeli 5 tanığı başvuruculların ise sorgulayamaması. Bilirkişi sorguluyor ama davacılar, başvuranlar bu sorgulama sırasında hazır bulunmamışlar. Kaldı ki raporun dayandığı belgeleri inceleyememişler. İşte bu nedenle bilirkişi raporuna karşı etkili yorum da bulamamışlar. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, çelişmeli yargılama hakkının ihlali olarak değerlendirilmiş bu somut uyuşmazlığı.

Bizden bir dosya, dün çok kısa anlattım. Süleyman Ege dosyası. Bu önemli bir vaka. Solunum yetmezliği şikâyeti, entübasyon ve ventilasyon uygulanıyor. Ancak hastanın agresif bir yapısı var. Yatakta solunum maskesini çıkarıyor ve ardından vefat ediyor. İdare Mahkemesi bilirkişi incelemesi yaptırıyor ve kusur yoktur sonucuna varıyor, dava reddediliyor. Yüksek Sağlık Şûrası, (o dönemlerde bilirkişi yardımı alınıyordu) doktor ve hemşirenin mesleki olarak hiçbir sağlık kusurunun bulunmadığını rapor etmiş. Ancak Danıştay 10. Dairesi gerekli önlemler gereği gibi alınmamıştır tespiti ile kararı bozuyor ve tazminata hükmedilmesi gerektiğini belirtiyor. Bu karara uyuyor İdare Mahkemesi ve İdare Mahkemesinin uyma sonucu verdiği tazminat miktarı düşüktür diye bozuluyor. Tabii bu süreç uzun bir süreç alıyor.

Son aşamada Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi önüne bu dosya intikal ettiğinde lehte olduğu halde tazminata hükmedildiği halde ulusal makamların yani idari yargı yerlerinin, başvuranın erkek kardeşinin ölümü ile ilgili davasını Sözleşmenin 2. Maddesinin gerektirdiği özenle incelemediği kanaatine varmış ve AİHM yaşam hakkı ihlali bakımından etkili bir başvuru yolunun bulunmadığı gerekçesiyle aleyhimize ihlal kararı vermiştir. Yine sizler de zaten ekranda görüyorsunuz. Sözleşmenin 2. Maddesinde garanti altına alınan yaşam hakkı Devletin kendi yetki alanı içindeki kişilerin yaşam hakkını korumak için gerekli çabayı göstermekle yükümlü olduklarının altını çiziyor.

Şimdi bize gelelim. Anayasa kurallarımız. Yargılamada referans aldığımız kurallar. Özellikle 56. Madde, kısmen 17. Madde ve ağırlıklı olarak 125. Madde son fıkra. İdare kendi eylem ve işlemlerinden kaynaklı olan zararları ödemekle yükümlü olduğu fıkrası. Bunlar referans alınan maddelerimiz. Anayasa Mahkememiz, Anayasaya uygunluk denetimi yapıyor. Bireysel başvuru usulü ile bunu yapıyor ve bu usul 2013 Ekim ayında sistemimize girdi.

İntikal eden dosyalardan seçtiklerimden birkaç tanesini paylaşacağım. Sağlık kurumunda tedavi sürecini takiben ölümle sonuçlanan kaza sonrası sağlık kurumunun sevkinin kasıtlı olarak geç gerçekleştirilmesi ve bunun hiç dikkate alınmamış olması yaşam hakkının sağladığı güvencelerin gerektirdiği derinlik ve ciddiyette bir soruşturmanın kovuşturmanın gerçekleştiğinden bahsedilemeyeceği ve yaşam hakkı adil yargılanma hakkı ihlalleri tespit yapıyor, Anayasa Mahkememiz.

Burada bir Adli Tıp Kurumu eleştirisi var Aydın Akdemir başvurusunda Anayasa Mahkememizin. Hastane enfeksiyonundan kaynaklanan nedenlerle zarar gördüğüne ilişkin temel bir iddiasının bulunmasına rağmen Adli Tıp Kurumu raporunda bu hususta kusur veya ihmalden kaynaklanan bir gerekçe ve tespit bulunmadığı belirtilerek ihlal gerekçesi oluşturuldu. Oysa hastane baştabipliğinin enfeksiyonu önlemek görevinin bulunup bulunmadığının incelenmesi gerekirken bunun yapılmamış olmasını dikkate sunuyor ve netice itibariyle Adli Tıp Kurumu raporundaki ifadelerin başvurucunun temel iddiasını karşılayacak mahiyette olmadığının anlaşıldığını belirtiyor ve adil yargılanma ilkesi, gerekçeli karar hakkı çerçevesinde ihlal tespiti yapıyor.

Zümrüt Ağapınar dosyasında da yine bunlar idari yargıdan intikal eden dosyalar. Şiddetli karın ağrısı, kusma, halsizlik şikâyetleri ile hastaneye gidiyor. Tedavi oluyor. Üç gün sonra aynı

şikâyetlerle tekrar hastaneye gidiyor. Apendektomi ameliyatı yapılıyor. Şikâyetler devam ediyor, batın içi apse şüphesi ile tekrar ameliyat ediliyor ve şikâyetlerinin devam etmesi üzerine gastroskopi tetkiki yaptırılmış, pangastrit teşhisi konulmuş ve taburcu edilmiş. Doktorlar hakkında şikâyetçi olunmuş, gastroenterolojik konsültasyonu düşünebileceği belirtilmiş. Ön inceleme yaptırılıyor ve bu raporda soruşturma izni verilmemesi önerilmiş. Valilik soruşturma izni vermiş.

Cumhuriyet Başsavcılığı Adli Tıp Kurumundan rapor istemiş. Raporda tedavinin ve yapılan uygulamanın tıp kurallarına uygun olduğu belirtilmiş. Benim bu dosyada Danıştay 15. Daire üyesi iken azlık oyum vardı ve Anayasa Mahkemesi önüne intikal ettiğinde Anayasa Mahkemesi, (bunu vurguluyorum lütfen yanlış anlaşılmasın) azlık oyuma dikkat çekerek ihlal tespiti yapıyor. Anayasa Mahkemesi davacı iddialarının karşılanması bakımından tıbben zorunlu olmadığı halde ikinci kez ameliyat yapılmış olmasını eleştiriyor, kararın yeterince gerekçelendirilmediğini eleştiriyor. Haklı olarak tabiki ameliyatı eleştirmiyor. Ameliyatın yapılmış olmasının sebebinin açıklanmamış olmasını, buna dikkat çekiyor ve bu durumun davanın esasını değiştirecek bir iddia olduğunun altını çiziyor ve kamu makamlarının pozitif yükümlülüklerini gereği gibi yerine getirmediği sonucuna varıyor.

Tıbbi ihmal enjeksiyon meseleleri ile ilgili yığınla önümüzde böyle dosyalar var. Kusursuz sorumluluk gündeme geldi. Biraz sonra bunu konuşacağız. Tabi kusursuz sorumluluğu uygulamıyoruz. Başka bir formül bulduk, onu sizinle paylaşacağım biraz sonra.

İdare hukuku ilkelerini referans alıyoruz önümüzdeki uyuşmazlıklarda. Tabii yasa ile belirlenmiş kurallarından farklı olarak. Şöyle bir girişimiz var. İdare hukukunun ilkeleri ve Danıştay'ın yerleşik içtihatlarına göre zarar gören kişinin hizmetten yararlanan durumunda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı hallerde idarenin tazmin yükünün dolması için zararın idarenin hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerektiği, bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden yararlananın zarara uğraması halinde bu zararın tazminin ancak idarenin hizmet kusurunun varlığı halinde mümkün olduğu, bunu hemen hemen kararların tümünde görebilirsiniz bu ifadeleri.

Danıştay önüne gelen dosyalarda ne yapıyor peki? Hizmetin kötü işlediği bir mesele. Grip şikâyeti, yanlış teşhis ve tedavi, beyin faaliyetleri durmuş. Adli Tıp Kurumu, sağlık personelinin kusuru bulunmadığını belirtmiş. Hastaya ve yakınlarına soru sorulmadığı, penisilin tedavisi hakkında bilgilendirilmediği, hastanın rızasının alınmadığı, hizmetin kötü işlediği, hizmet kusuru bulunduğu saptaması yapıyor. Yine ceza yargılamasına dayanak alınan Adli Tıp Kurumu raporunun İdare Mahkemesince dikkate alındığı ancak ince bağırsak nekrozu ile gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu, tedaviye rağmen karın ağrısının geçmemesi üzerine genel cerrahi konsültasyonu istenilmemesinin bir eksiklik olduğu, ameliyatta gecikme olduğu, idare mahkemesinin bilirkişi incelemesini mutlaka Adli Tıp Kurumuna yeniden yaptırması gerektiği, Sağlık Şurasının raporunun dayanak alınamayacağı, ceza yargılaması için bir yöntem olduğu belirtiliyor.

Bunlarla birlikte tam yargı davalarında İdare Mahkemeleri, yargısal incelemeleri sırasında idari eylemin öncelikle hukuka aykırı olup olmadığını incelerler. Ardından hizmet kusuru işlenip işlenmediği saptaması yaparlar ve eylemden kaynaklanan, tazmini gereken bir zarar var mı yok mu bunu incelerler, bunun tespitini yaparlar, sonrası illiyet bağı. İşte bu illiyet bağı meselesi bizden ziyade Adli Tıp Kurumunun tamamen ilgi alanında. Çünkü biz Adli Tıp Kurumundan yardım ve destek alıyoruz. Bunların üzerinden çok kısa geçeceğim.

Hastanın günlerce devam eden ağrılarına ve parmaklarındaki karıncalanmaya rağmen alçının zamanında açılmamış olması. Bunlar idari eylemler olarak nitelendiriliyor. Örnek bağlamında sizlerle paylaşıyorum. Henüz uzmanlık eğitimi gören asistan hekimin daha önce yapmadığı bir ameliyatı tecrübeli bir cerrahın yönlendirmesi ve gözetimi olmaksızın yapmış olması. Bunlar idari eylemler, bizim önümüze gelen davaların özü olarak sizlere paylaşıyorum. Yüksek ateş, kusma gibi belirtilerin ve karnın sertleşmesi ve nabzın yükselmesi gibi alarm işaretlerinin görülmesine rağmen enfeksiyonun fark edilmemesi dolayısıyla apandisit ameliyatı için geç bir tarih verilmiş olması. Röntgen, endoskopi gibi gerekli teşhis işlemlerinin yapılmaması nedeniyle uygulanan tedavi sonucu hastada olumsuz sonuçların meydana gelmesi. Sezaryende gecikme ve ceninin kalp atışlarındaki ciddi problemlere rağmen ebenin doğuma hekim olmaksızın yollanmış olması.

Hukuka aykırılık kriteri, kusur kriteri, zarar kriteri. Hemen şunu açıklayayım, bunları siz ekrandan izlersiniz. Kusursuz sorumluluk uygulanır mı, uygulanmaz mı? Bu çok tartışılan bir husus. Ancak şöyle bir formül geliştirdik, ben o formülü geliştirenlerden birisiydim, İdari Dava Daireleri Kurulu üyesi iken. "Kusursuz sorumluluk", kararlarda bu iki kelimeyi yazmadan "idarenin kusuru bulunmasa dahi" dedik ve manevi tazminata hükmedilebileceğini belirledik, böylesi bir sonuç ürettik. Burada amaç ilgili kamu görevlisine rücu edilememesi meselesiydi. Çünkü kusuru vardır denilirse veya kusursuzluk ilkesi uygulanırsa rücu edilme meselesi ile kamu görevlisi muhatap olacak ve sağlık hizmeti sunumunda defansif bir durum oluşturabilecekti.

İlgili sağlık hizmeti sunucusunun o mesleği yapmaktan imtina etmesine sebebiyet verecek bir durum oluşturabilecekti. Bunlar düşünüldü ayrıca insanların; hastanelere, doktorlara güvenmesinin esas olduğu, güvensizlik oluşmasın önüne geçilmesi amaçlandı. Kısmen de olsa manevi tazminat gündeme getirildi.

Bunları siz okuyorsunuz. Bilirkişi görüşüne başvurulması, bilirkişi seçiminde dikkatli olunması. Çünkü sonuçta dosyayı aslında bilirkişiler çözüyor teknik olarak. Adli Tıp Kurumu ve üniversitelerden hali hazırda bilirkişi yardım ve desteği alınmaktadır. Önceleri sadece bilirkişi yardımı Adli Tıp Kurumundan alınmaktaydı. Ancak idari yargının tam yargı dosyalarında artık üniversitelerden de bilirkişi yardımı alınıyor. Fransız Danıştayının bir kararı var. Bu kararda kusursuz sorumluluk meselesini, alelade de kusurum varlığı yeterlidir diyor.

İfade ettiğim gibi 20 dakikalık sunumumu 15 dakikaya sığdırmaya gayret ettim. Bitiriyorum. Teşekkür ediyorum. Beni sabırla dinlediniz, saygılarımı sunuyorum.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Evet, Selami Hocama biz de teşekkür ediyoruz. Gerçekten geniş bir konu. Her zaman söylediğimiz bir şey. Aslında malpraktis iddialarında devletin sorumluluğunu artırmak gerekir diye. Belki Mesleki Sorumluluk Kurulu bu aşamada önemli bir katkı yaptı gerçekten, hekimlerimiz açısından önemli bir kurul haline geldi. Önümüzdeki günlerde de uygulamaların daha iyi göreceğimizi tahmin ediyoruz. Sayın Hocam, buyurun.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Evet, çok teşekkür ediyoruz Selami Bey'e. Süre konusunda yaptığımız uyarılarımız nedeniyle kusura bakmayın lütfen. Hazirun da sabahtan beri dinliyor. Onların durumunu da dikkate alarak programı disipline etmeye çalışıyoruz. Bizi mazur görün. Çok teşekkür ediyoruz. Konu çok geniş gerçekten. Hocam da Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararları, Anayasa Mahkemesi kararları ve Danıştay tecrübesinden hareketle idarenin sorumluluğunu ana hatlarıyla bizlere açıklama fırsatı bulabildi. Çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi son konuşmacımız Ahmet Bey. Sayın Ahmet ER. Kendisi Yargıtay 12. Ceza Dairesi Başkanı. Yargıtay Kararları Işığında Tıbbi Uygulama Hatalarını bize aktaracaklar. Sayın Başkanım buyurun.

Ahmet ER (Konuşmacı):
Sayın 1. Başkan Vekilim, Sayın Adli Tıp Kurumu Başkanı ve değerli hazirun. Öncelikle sizlere en kalbi duygularla selam ve saygılarımı sunarım. Tıbbi hataya bakan Yargıtaydaki 12. Ceza Dairesi Başkanıyım. Dolayısıyla verimli bir çalışma olmasını dilerim. Ama bu arada da Sayın Başkan Hızır Bey'e ve ekibine çok teşekkür ederim. Mükemmel bir organizasyon, hatasız gitti, inşallah sonuna kadar böyle devam eder.

Elden geldiğince kısa bilgiler vermeye çalışacağım ama ön bilgiyi de vermem gerekiyor yani kararlardan bahsedeceğim ama ön bilgiyi de vermem gerekiyor çünkü hâkim arkadaşlarımız da var burada. Tıbbi hata sonucunda meydana gelen zararlar yani ölüm ve yaralanmalar taksirli eylem olarak kabul görmekte. Türk Ceza Kanunu'nun 89 ve **85.** Maddelerinde de karşılık görmektedir. Taksir, kusurun bir çeşidi olup Türk Ceza Kanunu'nun 22. Maddesinde tanımlanmıştır. Tıbbi hatanın temelinde bilgi deneyimi ve beceri eksikliği, dikkatsizlik ve **tedbirsizlik**, özensizlik ile beraber hekim ve sağlık çalışanını mesleki bilgi ve birikimine, yeteneklerine önceki hatalı uygulamalarının olumsuz sonuçlanmasına güveni vardır. Bunlar aynı zamanda taksirin de unsurlarıdır ve her biri hekimin sağlık çalışanı kusurlu hareketidir.

Taksir ikiye ayrılır. Basit taksir, bilinçli taksir. Basit taksir netice istemeyecek, öngöremeyecek. Bilinçli taksir ise istemeyecek, ön görecek. Yani iki halde de istememe, ön koşuldur. İsterse zaten kast olur. Olası kast ise Türk Ceza Kanunu 21. Maddesinde yer almıştır ve 12 yılda hiç geçmedi. Ben geçeceğini de zannetmiyorum. Çünkü hiçbir hekim veya sağlık çalışanı tamam istemeyebilir, öngörebilir veya öngörüyor ama "olursa olsun" demez. Dolayısıyla öngörme aşamasında keser herhalde. Tıbbi müdahale sonucu zarar yani ölüm ve yaralanma olacak. İlliyet bağı mutlaka olacak, hekim veya sağlık çalışanı tarafından bu zarar istenmeyecek, zarar hekim veya sağlık çalışanı eylemi sonucu olacak ki tıbbi hatadan söz konusu edilebilsin.

Tıbbi hatada illiyet bağı çok önemlidir. İlliyet bağı olmadığı zaman, yani bizdeki önümüze gelen dosyalarda beraat ile sonuçlanıyor. Kamuda çalışanları ayırıyorum. Onların bir ayrıcalığı var. Ama kamuda çalışan da anlatacağım, gerekleri yerine getirmişse onda da beraatla sonuçlanıyor. Tıp kurallarına aykırı hareket edilmesi sebebiyle zarar, netice yani ölüm ve yaralanma meydana gelmiştir dediğimiz anda illiyet bağı kurulmuştur. Dolayısıyla hekim ve sağlık çalışanı sorumludur, kusurlu hareketidir ve bundan da ölüm ve yaralanmadan dolayı ceza alması söz konusu olmaktadır. Özellikle illiyet bağı konusunda tıbbi hata dosyaları ile diğer taksir dosyalarındaki risk unsuru açısından farklı olup daha fazla taşıdığı için titiz davranmakta ve bu hususu göz ardı etmemekteyiz. Biz illiyet bağı olduğunda 3 halde inceliyoruz. Birincisi kamu hastanelerinde kamu kurumu kuruluşlarında çalışıyorsa ve özelde de çalışsa eğer illiyet bağı kurulduysa kusur var ve illiyet bağ vardır, eğer illiyet bağı kurulmazsa, kamuda da çalışsa özelde de çalışsa illiyet bağı yoksa beraat ile sonuçlanacaktır. Çok kısa geçiyorum.

Fakat kamuda çalışanlar için bir ayrıcalıklı bir konu var. Bu da Ceza Genel Kurulunun 2014 ve 2017 tarihli kararlarında çok açık anlatılmıştır. Eğer illiyet bağı yok ise fakat şunları şunları yapmalıydı veya şunları şunları eksik yaptı dediği anda bu yapmamasından veya eksik yapmasından sorumlu oluyor bu sefer de yaralanmadan veya ölümden sorumlu olmuyor fakat ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma eski adıyla görev ihmalden Türk Ceza Kanunu 257/2 Maddesinden sorumlu oluyor. Burada da yine kamuda çalışan hekim arkadaşlarımız yakınıyorlar. Ya biz özelde çalışsak kurtulacağız kamuda, ama kanun böyle, uygulama böyle bu konuda biz bunları eksiklikleri biz söylemiyoruz. Yapılanları biz söylemiyoruz. Bilirkişiler, tıp bilirkişileri söylüyor. İlliyet bağı yok diyor ama şunları şunları da yapmalıydı, bunları bunları eksik yaptı diye bilirkişi raporlarında yer alıyor.

5271 Sayılı CMK'nın 63. Maddesi hükmüne göre genel bilgi ve tecrübe ile veya hâkim mesleğinin gerektirdiği hukuki bilgilerle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulamaz. Ama tıbbi hatada bu mümkün değil arkadaşlar. Tıbbi hata kusur ve illiyet bağı hâkim mesleğinin gerektirdiği genel bilgi ile çözümlenmesi mümkün değildir. Mutlaka tıp bilirkişisinden rapor alınması lazımdır. Bilirkişi raporu olması lazımdır. Tıbbi hatada tıp bilirkişisinden alınan hem kusur hem de illiyet bağı çok önemlidir. Hekim veya diğer sağlık mensubunun yaptığı uygulamada sorumlu tutulabilmesi için eylem hukuka aykırı olmalı, kusurlu hareketi olmalı, zarar olmalı, illiyet bağ bulunmalı. Bilirkişiler, olayı değerlendirirken bu hususları ayrıntı olarak açıklamalıdırlar. Türk Ceza Kanunu'nun 63. Maddesinin gerekçesinde belirttiği gibi bilirkişi raporu hâkimi bağlayıcı değildir. Bir delildir ama kusurun tespiti sırasında hâkime yol göstericidir.

Raporlar tereddüde mahal bırakmamalı, iddialar yeterince karşılanmalı, raporlar yetersiz görüldüğünde veya çelişki olduğunda bizi ikinci bir rapor, üçüncü bir rapora gidiyoruz. İki rapor var, üçüncü rapora gitmek durumundayız. Çünkü birisine mutlaka destek çıkması lazım. Eğer bu üçüncü rapora gittiğimizde de bu da hem masrafa, sebep oluyor. Hem de zaman aşımına sebep oluyor. Bu da Anayasanın 141. Maddesinde yer alan az masrafla kısa sürede, kısa sürede davaların bitirilmesine aykırılık teşkil eder. Yani davalar makul sürede bitirilmelidir.

Bilirkişi kurulları eskiden Yüksek Sağlık Şurası vardı 2010 tarihli Anayasa Mahkemesinin kararı ile başvuru zorunluluğu ortadan kalktı fakat daha sonra 703 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 25. Maddesi ile başvuru imkânı tamamen ortadan kaldırıldı. Adli Tıp Kurumunun bilirkişi kurulları arasında gerçekten yeri çok önemli, yadsınamayacak inkâr edilemeyecek şekilde yer alması gereken bir Kurum. Hekimler ve sağlık çalışanı tıbbi kusurunun tespiti ile tıbbi hata konulu ceza davalarında illiyet bağının belirlenmesi bakımından Adli Tıp Kurumunun 1.İhtisas Kurulu ile konusuna göre diğer İhtisas

Kurulları ve Dairelerine bilirkişi olarak başvurulabilir. Bilirkişi raporları arasında çelişki veya İhtisas Daireleri arasında çelişki olabilir. Üniversite hastanelerinden alınıp yine Adli Tıp İhtisas Kurullarından olabilir. Eğer çelişki varsa veya hâkim ve savcı tarafından rapor yetersiz görülmüş ise mutlaka, üçüncü bir raporu almak zorundayız. Özür diliyorum, mutlaka Adli Tıp Üst Kurulundan rapor almak gerekiyor. Bu çelişkiyi gidermek gerekir.

Ama en önemlisi sabahki oturumlarda söylendi. Mutlaka adli tıp, raporlarda mutlaka branş hekimi olacak. Branş hekimi olmadığı zaman yine makul süreden kaybediyoruz, yine üçüncü raporu gönderiyoruz. Çünkü o işi diğerleri de bilir ama adam kalpten diyelim. Kalpten, ortopediden, böbrek yetmezliğinden, beyinden, bir malpraktis davası önünüze gelmiş. Beyin cerrahisi yok, kardiyolog yok, ortopedist yok. Kadın doğumcu yok. Mutlaka bozup gönderiyoruz. Bunu bir kenara bırakacağım. Bir de ayrıca 7406 Sayılı Kanun'la getirilen ek 18. Madde var. Bu konu bizi de çok ilgilendirdiği için, izin alma prosedürü olduğu için bundan da kısaca bahsedeceğim. 3359 Sayılı Kanun'a 7406 Sayılı Kanun ek 18. Madde eklenmiştir arkadaşlar. Buna göre muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin yapılan uygulamalarda hekim, diş hekimi, diğer sağlık mensubu için artık soruşturma veya kovuşturma yapılabilmesi 4483 Sayılı Kanun uygulanarak yapılacak soruşturma sonucunda Mesleki Sorumluluk Kurulundan da izin alınması gerekecektir. Ben hâkim ve savcı arkadaşlarıma sesleniyorum. Arkadaşlar izin alınmadan soruşturma yapıp iddianame düzenlemeyin. Mahkemelerde davayı sonuçlandırmayın. Aynı 4483'deki gibi bir memuru yargılayabilmeniz için veya 1136 Sayılı Avukatlık Kanunu'na göre avukatı yargılayabilmeniz için, 2802'deki hâkim ve savcı için nasıl izin prosedürü varsa artık hekim, diş hekimi, diğer sağlık çalışanları için de Mesleki Sorumluluk Kurulundan karar almanız gerekiyor.

Yani soruşturmada ise durduracaksınız, Mesleki Sorumluluk Kuruluna göndereceksiniz. Memurda öyle yapıyorsunuz, 4483 gönderiyorsunuz. Eğer kovuşturma aşamasına izin almadan gelmişse yargılanıyorsa durma kararı vereceksiniz, Mesleki Sorumluluk Kurulundan karar alacaksınız. Duydum, gideceğim ben yani rapor alacağım, ondan sonra göndereceğim diyemezsiniz. Onu siz belirlemek durumunda değilsiniz. Bir de orada şey var. Diğer sağlık çalışanları değil, diğer sağlık meslek mensubu olacak. Diğer sağlık çalışanı dersek aşçı da giriyor, efendim bekçi de giriyor, güvenlik de giriyor. Bu sağlık meslek mensubu 1219 Sayılı Kanun'da tanımlanmıştır.

7406 Sayılı Kanun'a göre üç hal var bizim baktığımız. Birincisi Yükseköğretim Kanunu 53. Maddesi halen yürürlükte. Yani eskiden nasılsa şimdi devam ediyor. Eğer bu halle izin alınmışsa devam edeceksiniz. Alınmamışsa yine bu kanuna dayanarak işlem yapacaksınız. Mesleki Sorumluluk Kuruluna gitmeyeceksiniz. Burada da biz ikili ayrıma gidiyoruz. Eğer üniversitede görevli ama kısa zamanlı özel hastanede ameliyat ediyorsa, müdahalede bulunuyorsa, tam zamanlı çalışmıyorsa biz YÖK 53. Maddeye gidin diyoruz. Ama özel hastanede tam zamanlı çalışıyorsa ister değişiklik öncesi, ister değişiklik sonrası fark etmez, Mesleki Sorumluluk Kurulundan yani devlet üniversitesinde de olsa YÖK 53'e de bağlı olsa Mesleki Sorumluluk Kurulundan karar almak gerekiyor.

Uzun zamanlı yani tam zamanlı çalışmayla kısa zamanlı çalışmayı ayırmak lazım. Özel vakıf üniversitelerinde de Danıştay 1. Dairesinin 2019 tarihli bir kararı var. Rektör, rektör yardımcısı, genel sekreter YÖK 53. Maddesine tabii ama diğer öğretim görevlilerinin tamamı soruşturma usulü ek 18'e göre yapılacak. Kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan hekim ya da diğer sağlık mensupları için burada da şöyle bir durum var. Eğer izin alarak yapılmışsa bütün işlemler artık izne falan gerek yok. Mesleki Sorumluluk Kuruluna göndermeyeceksiniz. Yani eskiden 4483'ten aldık. Şimdi Mesleki Sorumluluk Kurulundan alalım yok. Kesinleşmişse, bitmişse o… Mesela bizim önümüzdeki gelenlere bakıyoruz. Karar alınmış, her şey bitmiş ise Mesleki Sorumluluk Kuruluna gönderin demiyoruz. İzin var deyip karar veriyoruz. Çünkü prosedür tamamlanmış. Bunların tamamı bizden onama olarak geçiyor. İstinaftan da geçtiğini zannediyorum. Kesinleşmiş soruşturma izni verilmeme, işleme konulmamalı kararları da geçerlidir artık kanun gereğince. Bu dosya için yapılacak bir şey yok. Artık Mesleki Sorumluluk Kuruluna da gidilmeyecek. Soruşturma ve kovuşturma istinaf veya Yargıtay aşamasında izin alınmamış dosya varsa tıbbi müdahale ister değişiklik öncesi, isterse değişiklik sonrası bir tarih olsun artık yalnız Mesleki Sorumluluk Kurulundan izin alınacak.

Özelde çalışıyorsa zaten hiçbir izne tabi değildi. İster müdahale önce olsun yani ek 18'den önce olsun isterse sonra olsun özel hastanede çalışıyorsa mutlaka ek 18'e göre karar alınmak durumda. Burada da ben söylüyorum bunu ama Danıştay yapacak, çözümleyecek. Özel hastanede çalışıyor. Soruşturma yapılacak kanun 4483. adı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun. Özelde çalışıyor, bu kanun uygulanabilir mi? Kanun kondu uygulanır dedi. Bu kanuna baktığımızda bunlarla ilgili kimlerle ilgili işlem yapılabilir bu kanuna göre? Tüm devlet memurları. Devletin açtığı bir kadroya bağlı olarak kamu yönetimindeki asli ve sürekli görevlerini yerine getiren diğer kamu görevlileridir. Yani bunlar arasında değil, özelde çalışan hekim sağlık meslek mensubu.

Fakat şöyle olabilir bak mesela Türk Ceza Kanunu 61/c Maddesinde de kamu görevlisi tanımında özel hastanede çalışanlar uymamaktadır. Kamu görevlisi diyor. Bir de bununla beraber özel kanunlarında yazılı olanlar var. Nedir? İşte 523 Sayılı Kanun, 1160 Sayılı Kanun, 5183 Sayılı Kanun da diyor ki, bunlar yaptıkları eylemlerde memurlar gibi cezalandırılır diyor. Ama ek 18'i koydular. Ek 18'de böyle bir şey yok. Koysalardı problem yoktu. Ek 12'de var. Şiddet Kanunu'nda. Bunlara yapılan diyor şiddette diyor memurlara verilen ceza gibi ceza verilir karşı tarafa, sanığa. Ek 18'e koysalar problem yok. Bunda bu nasıl aşılır onu bilemiyorum. Bunu da Danıştay'ın kendisi çözecek.

Adli Tıp Kurumundan aldığım rakamlara göre 2017-2018 illiyet bağı konusunda %10 - %15 gibi bir oran çıkıyor, illiyet bağı kuruluyor ve 1.500 civarında da iş geldiğini o dönemde bir seminerde not almıştım. Yani toplamda 150-200 gibi bir dosya. Ama baktığımızda toplam uzman doktor, hekim, diş hekimi, hemşire ve ebe sayısı 541.000. Bize gelen dosya sayısı yaklaşık 1.000 civarında. Bunun 500'ü beraat ile sonuçlanıyor. Çok kısa geçiyorum, yani detaylara girmiyorum. 500'ü de 85-1 veya 89 olarak kabul ediliyor ve eğer bunlar yoksa eksiklik varsa bu da 257/2 olarak, değerlendiriliyor. Çok titiz inceliyoruz. Bilirkişi marifetiyle sorumluyu tespit ediyoruz. Işın risk konusunu göz ardı etmiyoruz. Birbirimizi anlamamız lazım.

Ben her seminerde yani tıbbi hata seminerinde iki tane örnek veriyorum. Bunlardan bir tanesi Rahmetli Veysel BAŞPINAR Hoca'nın örneği. Beraber katıldığımız bir seminerdi. Ekrandan anlatıyor 13. Hukuk Dairesinin vermiş olduğu bir karar. Yani spanç unutuluyor, biraz önce de vardı beyinde mi bir yerde spanç. Yani spanç unutuluyor. spanç ile ilgili olarak hukuk dairesi bir tazminatta hükmetmiş. Bunu anlatırken örnek veriyor bir karar. Diyor ki, Karadeniz Tıp Fakültesinde bir hoca çok heyecanla el kaldırıyor diyor, buyurun dedim diyor.

Dedi ki hocam ondan bir şey olmaz. Dedi ki ya ben midemde, ben spançla yaşamak zorunda değilim veya spanç için de ikinci bir ameliyat olacağım diyor. Ya bunları da olmak durumunda değil mi, bir yaralanmadır.

İkinci örneğimde bir televizyon kanalında bir kadının işte rahiminde amniyotik bant etçik bir parçacık bunu söylüyorlar. Hemen avukatlar koşturuyorlar. Hasta yakınlarına, hastaya diyorlar ki bant unutulmuş sizin rahminizde diyorlar. İşte külliyatlı miktarda tazminat alacağız diyorlar. Dolayısıyla birbirimizi anlamamız lazım.

Bilinçli taksir ile ilgili dört tane olay demiştim onu söyleyeceğim. Ruhsatı iptal edilmiş sağlık kuruluşu, zayıflama merkezi 44 günde 13.8 zayıflama var. Adli Tıp Kurumu ayda 2 veya 4 kilo diyor. Obez birisi kalp rahatsızlığı var. Hızlı kilo vermenin kronik kalp rahatsızlığını aktif hale getireceği, kronik kalp rahatsızlığını tetikleyeceği, dolayısıyla yeni bir diyet ve egzersiz programının yapılması lazım gelir. Burası diyet merkezi yapması gerekiyor. Bunların hiçbirisi yapılmamış, bilinçli taksir dedik. Yani öngörecek. 2-4 kilo nerede, 13 kilo nerde? Kalp rahatsızlığını biliyor.

Böbrek rahatsızlığı sanık üroloji doktoru, Böbrek ameliyatı oldu, taburcu oldu, rahatsızlandı, aynı hastaneye geldi, R….. enjekte edildi, alerji oldu, krize geçirdi, yaralandı. Hastanın dosyasında R…..'e karşı alerjisi yazılı ve tabii sizler daha iyi biliyorsunuz pembe bant varmış. ve buna rağmen R…..yapılıyor bu da işte öngörmesi gerekir, yapılmaması gerekir. İki tanesini okumayayım ama diğerlerini söylemem lazım.

Evet, kamu doktoru, kamu doktor illiyet bağ kurulamadı, çok kısa geçeceğim, illiyet bağı kurulamadı ama üstüne görev düşenleri de yaptı. Beraat geldi, beraatı onadık.

İkinci örneğimiz, ikinci örneğimiz burada yine bizim Dairenin kararı. Dedim ya gerçekten çok iyi bakıyoruz. 53/6 yani meslekten yoksun bırakmak var, ehliyetin de alınması maddesi var taksirli suçlarda. Bir şey mahkeme cerrahın şu kadar süre ameliyat etmemesi ile alakalı bir karar vermiş. Biz de demişiz ki cerrahın el yetenekleri, parmak reflekslerini kaybetmemesi için mesleğin icrasına bir süre ara verilmesi yasaya aykırıdır demişiz, biz bunu bozup göndermişiz.

Yine kamuda bir doktor, kamuda doktor 85 mahkûmiyet gelmiş. 257 demişiz ama bakın neleri yapmamış? Sanığın, ölenin olay gecesi saat 20:25'de hastaneye ilk müracaat ettiğinde şikâyetleri ayrıntılı dinleyip göğüs ağrısı bıçak saplar tarzda, soğuk terleme şikâyeti bulunduğunda göz önüne adli tıp raporunda belirtildiği üzere şikâyetleriyle uyumlu hemogram, biyokimya, kardiyak panel enzimlerini inceleme yönelik kan tetkiklerini alarak müşahede altına alması, belirli periyotla EKG çekilmesi, 4 saat sonra kardiyak panel enzimlerinin tekrar edilerek hastanın gözlem altında tutması ve kardiyoloji kontrolü konsültasyonu alması gerekirken yapmadı. Yapmış mı bir şeyler? Yapmamış. Yani eksik yapma ve yapmama. Yani hepsi değil ya böyle yapanlarla ilgili olarak 257/2 diyoruz.

Anestezi teknisyeni başkasına ait kanı vermiş. Vefat etmiş. 85/1 demişiz. Ve bir tane daha var. 22 doğumlu olan hastada mevcut olan DM böbrek yetmezliği, yüksek tansiyon ve A… kullanması nedeniyle hiperpotasemi bulunan hastaya K…, potasyum sitrat, potasyum bikarbonat reçete düzenleyen ve reçeteyi düzenlediği sırada hastaya yanlış ilaç verdim diyen doktor.

İki tane 2014-2017 tarihli Ceza Genel Kurulu Kararından bahsedeceğim.Yürüyen merdivenlerden düşmüş, gelmiş taksirle yaralanmış, sonucu da vefat etmiş. Yaptıkları muayene ve tetkiklerde, ölende çoklu pelvis kırığı, çoklu kot kırığı, kanlı idrar yaptığını tespit ettikten sonra acil cerrahi müdahale gerekli patoloji bulunmadığına karar vermiş olmanın dosyaya göre tıp kurallarına aykırı değil. Uygun ama bunlara baktığımızda şunu yapması gerekiyormuş. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği 24/2 maddesi uyarınca stabilizasyonu sağlayıncaya kadar tıp çevrelerinde genel olarak kabul görür şekilde 24 saat müşahede altında tutmaları gerekirken 6-7 saatte bırakmış. Biz bunu 85/1'den gelmiş, mahkûmiyet gelmiş. 257 olur demişiz.

Bir tane daha var, onu da söyleyeceğim bitireceğim Hocam. Buna ben şöyle söylüyorum. Ben Niğdeliyim. Bizde çok fazla kırığı olduğu zaman her tarafı havuş olmuş diyoruz. Bir trafik kazasında şey yapıyor bir kamyon çarpıyor 76 yaşındaki bir amcaya. Hastaneye geliyor. Müdahaleyi nöbetçi doktoru olan sanık tarafından yapıldığı, röntgen çekilmesi, röntgen çekiliyor. Serum takılması, açık olan yaraya pansuman yapılmasına karar veren sanığın ağrılarına şikâyetçi olan bir defa da kusan H'yi serum bittikten sonra taburcu ettiği, yakınları tarafından ayaklarından ve omuzlarında tutarak hasta yakınları çıkarıyorlar hastaneden. Eve gidiyor birkaç saat sonra vefat ediyor. Şimdi böyle bir hasta. Yani kırılmadık yeri kalmamış. Kaburga, kalça, kafatası, köprücük kemik kırıkları, iç organ yaralanması ve bunlara bağlı bağlı olarak gelişen komplikasyon. Yine burada illiyet bağı yok diyor. Yani bunlara göre diyor bu vatandaş ölecek, illiyet bağı kuramam diyor adli tıp. Ama diyor ki ya şunları şunları yapmalıydın, bunları bunları eksik yaptın diyor.

Bir de paraya çevirmeden gelen, biz genellikle paraya çevirme konusunda bilinçli taksir yoksa paraya çevirme konusunda titizlik yapıyoruz. Paraya çevirme konusunda hapis cezası geldi. Biz dedik ki hastayla çok yakından ilgilenmiştir. Basite indirgiyorum. Hasta ile ilgilenmiştir şunu şunu yapmıştır paraya çevirdik hapis cezası. Taksir suçlar paraya çevirebilir şeyler. 1 yıla kadar olanlar çevrilir. 1 yıldan fazla olanlar çevrilemez. 1 yıldan az olanlar çevrilebilir arkadaşlar. Ama taksirli suçlarda 15 yıl ceza bizim en üst haddimiz. Dolayısıyla 10 yıl da verse, 5 yıl da verse paraya çevrilebilir. Dolayısıyla paraya çevirme göndermişsin yerel mahkeme direnmiş. Ceza Genel Kuruluna gitmiş, demiş ki paraya çevirebilir, çevirmen gerekir.

Dolayısıyla beni sabırla dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum. Kolay gelsin. Hoşça kalın.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Sayın Yargıtay Üyemize biz de çok teşekkür ediyoruz. Yalnız Sayın Yargıtay 12. Daire Başkanım. Tıpta öyle ilerlemeler oluyor ki artık cerrahlarımız robotik cerrahiyi konuşuyorlar, laparoskopik cerrahi konuşuyorlar. Hiç onlarla ilgili örnekleriniz yok, kararlarınız yok. Acaba varsa bunları iletirseniz bizler de öğreniriz. Çünkü yapay zekâ uygulamaları var artık, robotik cerrahi var. Gerçekten Yargıtay bu olaylara nasıl bakıyor, onları da merak ediyoruz. Çok teşekkür ediyoruz. Mutlaka gelir. Evet, teşekkür ediyoruz. Buyurun Mahmut Bey.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Evet, çok teşekkür ediyoruz Ahmet Bey'e. Bir hekimin tıbbi hatadan kaynaklanan ceza sorumluluğunun koşullarını kendi dairesindeki kararlar çerçevesinde bize açıkladılar. Ayrıca hekimlerin yargılanmasında uygulanan usul kurallarına da değindiler. O yüzden de kendileri 26 dakikalık süre kullanmış oldular. Teşekkür ediyoruz kendilerine. Kurum Başkanımız, çok geciktiğimiz için soru alınmamasını rica ettiler ama ısrarla söz almak isteyen gençlere de söz hakkı vermek gerekir. Buyurun.

Nedim UZUN (Dinleyici / Uzman Doktor):
Teşekkür ediyorum çok kısa bir soru soracağım. Şimdi Türkiye'de şöyle bir sorun var. Zannedersem DEMİRKOL Hocam bahsetti. Sağlık meslek mensuplarına uygun şartların sağlanması gerekiyor Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde veya ulusal sözleşmede de geçiyor. Türkiye'de şöyle bir sorun var. Sağlık meslek mensuplarına standart, zaman, imkân, mekân, süre sağlanmıyor. Bu bunu, bu mesela hiçbir malpraktis raporunda, teknik görüşlerde buna değinilmiyor. Yani sağlık meslek mensuplarına bir hastaya yeterli süre ayrılabiliyor mu, işte yeterli personel veriliyor mu, imkânlar organizasyonel problemler, idarenin sunması gereken bu standartlar mesela hiç gündeme getirilmiyor. Bu konuda yani bir çözüm önerisi veya değerli Hocalarımızın bir önerisi var mıdır? Teşekkür ediyorum.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Bence sorunuz içinde sizin önerinizi de almış olduk. O yüzden buna cevap verdirmeyelim, çünkü uzun bir konu. Peki ısrar üzerine size de söz verelim, lütfen çok kısa olsun. İsminizi de lütfederseniz. Kayıtlara geçiyor.

Hüseyin SARI (Dinleyici / Adli Tıp Kurumu 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu Başkanı):
Dr. Hüseyin SARI, 8. Kurul Başkanıyım. Aslında sorumluluk kısmında Ahmet Bey cevapladı fakat bir durum tespiti yapmak istiyorum. Soruşturma izni ile ilgili olarak çok farklı uygulamalar var. Örneğin bazı savcılıklar dosyayı doğrudan bize gönderiyor ve tıbbi uygulama hatası soruyor. Dosya bakıyoruz herhangi bir soruşturma izni yok. Diğer eksikler ile beraber ifadeli istediğimiz zaman biz soruşturma açmadık, dolayısıyla ifade alamadık diyor. Bazı savcılar ise sağlık personel ifadesini bilgi sahibi veya tanık olarak alıp bize tıbbi uygulama hatası soruyor. Bazı savcılıklar ise MSK'ya dosyayı gönderiyor. Dosyanın içinde istek yazısını buluyoruz fakat MSK'dan cevap gelmeden bize gönderip paralel olarak bizden de bir rapor isteniyor. Bu gibi konularda bir ne yapacağımızı düşünürken Sayın Adalet Bakanımız Kurum'a geldiğinde bir görüştük, görüşünü aldık ve bu dosyadan iade edilmesini söylediler. Biz de o tarihten sonra dosyalar iade etmeye başladık. Fakat şimdi bazen yazılı, bazen telefonla bu dosyaları cevaplandırmamız gerektiği söyleniyor ve niçin cevaplandırmadığımızı soruyorlar. Burada biz nasıl bir yol izlememiz gerekiyor? Yargıtayın bu konudaki görüşünü öğrenmek istiyorum.

Ahmet ER (Konuşmacı):
Hocam biraz önce söyledim, yani diğer soruşturma izni alınan suçlardan bir farkı yok. Eğer önüne savcı veya hâkim arkadaşımın izin almadan eğer dosya gelmişse kovuşturma aşamasında ikisinin de yapacağı bir iş var. Aynı bir memurun yargılanması gibi aynı 1136 avukat suç işledi görevi ile alakalı olarak izin alınması lazım 2802 özel değilse suçu soruşturması için izin alınması lazım. Sizde de öyle. Eğer iddia varsa, bu bir tıbbi hatadır denmiş ise ilgili daha şüpheli olmadığı için, iddianın sahibinin ifadesini alır. Sanığın dahi şüphelinin dahi ifadesini almadan mutlaka size gönderecek. Size 4483'e göre ön inceleme yaptıracaksınız. Bu zaten bir koruma, kalkan bu. Biz memurlara öyle yapıyoruz. 4483 soruşturma izni için Kaymakamlığa veya Valiliğe gönderiyoruz.

Ben savcı kökenliyim, gönderiyoruz. Onlar bir önceleme yapıyorlar. Ön inceleme yaptıktan sonra idare kurulu. İl İdare Kurulu ve İlçe İdare Kurulundan karar alıyorlar. Sizinki de öyle. Siz bir tane ön incelemeci yapacaksınız. Ama ön incelemeciler yine orada da söylemeyi unuttum. İkiye ayrılıyor. Bir Başkanlıklara gönderdiğiniz var. Bir de direkt Mesleki Sorumluluk Kurulunun yaptığı var. Sizin için söylüyorum, yapılacak iş şu. Önünüze geldi mi savcılıktan bir şey. Bir öncü incelemeci yapacaksınız, yaptınız. Ben ön inceleme yapacağım. Bu ön incelemede rapor alabilirim, bunu adli tıptan alabilirim, eğitim hastanesinden alabilirim, üniversiteden alabilirim. Size sunacağım, diyeceğim ki soruşturma yapın veya yapmayın. Siz de buna göre karar vereceksiniz. Eğer karar verirseniz soruşturma yapılması için bunlar hepsi prosedürleri var. İtiraz edilebilir, lehine ve aleyhine karar verdikleriniz açısından Danıştayın vereceği kararla sizin önünüzden artık savcılığa gelecek.

Diyelim ki soruşturma izni vermediniz. Ölen tarafı itiraz edecek. Danıştay dedi ki kararınız doğrudur, bitti. Bize göndereceksiniz, biz takipsizlik kararı yani savcılık takipsizlik kararı verecek. Eğer mahkemeden gelmişse beraat kararı verecekler. Eğer soruşturma izni verildiyse bu sefer şüpheli veya sanık şey yapacak itiraz edecek. Eğer Danıştay diyelim ki BİM olabilir, şimdi şey yapamıyorum. Dolayısıyla BİM karar verecek. BİM dedi ki onayladı. Soruşturma iznini sizin verdiğiniz izni kabul etti. Siz alacaksınız eğer soruşturma aşamasında savcılıkta ise savcılığa göndereceksiniz. Savcılık bunun üzerine dava açacak.

Hüseyin SARI (Katılımcı):
Soruyu sanırım şey yaptım. Sorduğum şu. Mahkemeler MSK'nın kararı olmadan bize doğrudan gönderirlerse.

Ahmet ER (Konuşmacı):
Siz adli tıpta görevlisiniz.

Hüseyin SARI (Katılımcı):
Tabi.

Ahmet ER (Konuşmacı):
Olmaz, yapmayacaksınız, iade edeceksiniz. Mutlaka iade yapacaksınız. Soruşturma kovuşturma makamlarına iade edeceksiniz. Onlar Mesleki Sorumluluk Kuruluna gönderecekler, yani işin özeti bu. Ben sizi Mesleki Sorumluluk Kurulundan zannettim.

Hüseyin Sarı (Katılımcı):
Hayır değil, ben Adli Tıp Kurumundanım.

Ahmet ER (Konuşmacı):
Tamam, siz iade edeceksiniz. Artık siz devreden çıktınız yani Mesleki Sorumluluk Kurulu olmasaydı problem yoktu ama artık Mesleki Sorumluluk Kurulu var. Siz onu iade edin. Soruşturma makamı savcılık Mesleki Sorumluluk Kurulu gönderecek. Eğer mahkeme aşamasında ise o da Mesleki Sorumluluk Kuruluna gönderecek, onlardan izin alınacak.

Mahmut KOCA (Moderatör):
Biz teşekkür ederiz, çok teşekkür ediyoruz Hocam. Ayrıntıları gala yemeğine bırakıyoruz, orada tartışırız. Hocam buyurun kapanışı siz yapın lütfen.

Ahmet Nezih KÖK (Moderatör):
Katılımınız için çok teşekkür ediyoruz, alkış bekliyoruz.

4. GÜN
1. OTURUM

ADLİ BELGE İNCELEME VE BİLİRKİŞİLİK

ADLİ BELGE İNCELEME VE BİLİRKİŞİLİK OTURUMU



Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Salondaki tüm dinleyicilere Kongre'nin son gününde, ayrılış telaşı içerisinde sunumları dinlemeye geldiğiniz için teşekkür ediyorum. Toplantıyı zamanında bitirmek amacı ile tüm konuşmacılardan kendilerine ayrılan sürede konuşmalarını bitirmelerini rica edeceğim.

Bu ricayı yaparken evvelce dört aşamalı iken şimdilerde tek aşamaya inen akademik yükseltmeden bahsedeceğim. 82'lere kadar dört kademe idi doçentlik. İlk kademede ders anlatılırdı. İkinci kademede işte biz adli tıp uzmanları morga girerdik, otopsi yapardık. Üçüncü kademede yazılı sınav olurdu. Dördüncü kademede sözlü sınav olurdu. Sırat köprüsü gibi zor aşamalardan geçilirdi. Şimdi sadece adayın akademik çalışmalarını içeren dosyası jüriye gönderiliyor ve aday başarılı ya da başarısız addediliyor. Eski dönemden doçent olanlar çok iyi bilirler ki süre mukaddes bir şey. Yani 40 dakikalık bir dersi 38 dakikada bitirirsen ya da 45 dakikaya uzatırsan jürideki hocalardan birisi mutlaka "evladım sen bir yıl sonra bir daha gel" diyecektir.

Bu girizgâhı niçin yaptım? Panelin tümü için toplam 90 dakikamız var. Bunun 75 dakikasını sunumlara ayırırsak, herkese 15'er dakika düşüyor. Her sunum öncesinde konuşmacıları tanıtmak, sonrasında ise sunumun özünü içerecek bir çıkarımda bulunmak biz moderatörlere düşen görev. Bunun içinde 3-5 dakika ayırdıktan sonra kalan 10-12 dakikada tartışma süresi olsun istedim. Eğer buna riayet edilirse memnun olurum.

Şimdi ben öncelikle benimle birlikte oturumun eş-moderatörü, hâkim hocamızı tanıtmak istiyorum. Ahmet Cahit İYİLİKLİ. Kendisi Küçükçekmece Adalet Komisyonu Üyesi, aynı zamanda 11. Asliye Hukuk Mahkemesi Hâkimi. İstanbul Hukuk Fakültesi Mezunu, yüksek lisansını ve doktorasını hatırladığım kadarıyla Marmara Üniversitesi ve Ankara Üniversitesinde yapmış. Şu anda aktif olarak kürsüde de çalışıyor. İlk konuşmacımız Erol KAM Hocamızın zaruret nedeniyle ayrılması üzerine Yunus YÜREKLİ arkadaşımız bu sunumu yapacak. Şimdi Cahit Bey'den rica ediyorum, onun özgeçmişini okumasını.

Ahmet Cahit İYİLİKLİ (Moderatör):
Sağ olun Hocam. Dr. Yunus YÜREKLİ. Tıp eğitimini 2015 yılında Fırat Üniversitesinde tamamladı. 2021 yılında MKEK yapımı tabanca mermileri ile yapılan atışlarda el üzerinde kalan atış atıklarının lazer yöntemi LİBS kısa ismiyle, başlıklı uzmanlık tezi ile Adli Tıp Kurumu Başkanlığındaki asistanlık eğitimini tamamlayarak adli tıp uzmanı olmaya hak kazandı. 2019 yılında başlamış olduğu adli belge inceleme uzmanlığı eğitimini tamamlayarak Fizik İhtisas Dairesi Adli Belge İnceleme Şubesinde adli belge inceleme uzmanı olarak hizmet etmeye devam etmekte olup evli ve iki çocuk babasıdır.
Buyurun Hocam.

Yunus YÜREKLİ (Konuşmacı):
Kıymetli hazirun, hepiniz hoş geldiniz, hayırlı sabahlar. Bugün ilk oturum olması hasebi ile birkaç genel bilgiden sonra adli belge incelemenin tarihçesinden bahsetmek istiyorum sizlere. Süreye riayet etmeye gayret edeceğim.

Dünyada adli belge incelemenin tarihçesine geçmeden önce belge nedir onu incelemek istiyorum. Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre belge bir gerçeğe tanıklık eden yazı, fotoğraf, film ve benzeri vesika doküman olarak tanımlanmıştır. Belgeler çeşitli amaçlar için kullanılır ve farklı türleri vardır. Metin belgesi, resmi belge, elektronik belge, iş belgesi, tıbbi belge. Eğitim belgesi. Sanatsal belge. Araştırma belgesi gibi adli belgeler de söz konusudur.

Adli belge incelemesine girmeden önce kaligrafinin tanımını yapmak istiyorum. Güzel yazı yazma sanatı olarak tanımlanan kaligrafi alfabeye göre görsel yönden estetik kazandırıp, kültürel zenginliğin simgesi haline gelmiştir. Adli yazı ve imza incelemesinde kaligrafiye bakacak olursak, kişiye ait özelliklerin el yazısı ve imzaya aktarılması anlamında kullanılmaktadır.

Grafoloji kavramının altını çizerek sözlerime devam etmek istiyorum. Grafoloji el yazısından yola çıkarak kişilerin karakter analizini yapma olarak tanımlanır. Bizlerin sizde takdir edersiniz ki asıl ilgi alanı karakter analizi değil yazı imza üzerinde aidiyet

tespiti hususudur. Dolayısıyla grafoloji ile uğraşan kişilere grafolog, bizlere ise adli belge inceleme uzmanı adı verilir.

Ülkemizde hala adli belge inceleme kavramı sıklıkla ve yanlış olarak grafoloji ile eş anlamlı olarak kullanılabilmektedir. Bu hususun altını çizerek devam etmek istiyorum. Adli belge inceleme adli incelemenin konusu olan bir belgenin bilimsel yöntemler kullanılarak adli amaçlar için irdelenmesine denir.

Adli belge incelemesi adli süreçlerde delil toplamak ve sahtecilik tespiti gibi önemli görevlerde kullanılan bir araştırma alanıdır. Bu incelemeler belge üzerindeki yazı, imza analizleri başta olmak üzere birçok detaylı çalışmayı gerektirir ve bu analizler hukuki kararların alınmasında önemli roller üstlenmektedir.

Adli belge incelemenin ilgi alanlarından kısaca bahsedip tarihçeye geçeceğim. Yazı imza aidiyeti incelemelerinde bulunur adli belge. Özellikle yazı imza aidiyeti hususunda tersim biçimi yani imzanın resmedilmesi şekli, işleklik derecesi, alışkanlıklar, kişinin göstermiş olduğu mutat alışkanlıkları, istifi, imzanın ve yazının eğimi, doğrultusu, seyri, hızı, baskı derecesi diye tanımladığımız fulajı çok önem arz etmektedir. Bunları uzatabilmek mümkündür. Bu kavramların altını doldurabiliriz.

İz incelemelerinde özellikle imza mahiyetindeki parmak izini inceleriz. Bazen karışmak ile birlikte hâkim ve savcılarımız olay yerinden elde ettikleri parmak izini de gönderebiliyorlar. Burada özellikle bizlerin belge inceleme uzmanı olarak adli belgedeki imza mahiyeti taşıyan parmak izlerini incelediğimizi vurgulayarak, parmak üzerindeki sürre, delta, papil şeritleri ve bifurkasyonlarda özellikle 16 eşleşen nokta inceleme konusu belge ile kişinin huzurda alınan parmak izleri arasında 16 eşleşen noktaya bakarak aidiyetini tespit etmeye gayret ediyoruz.

Yine mühür ve kaşe izleri adli belge incelemenin bir diğer konusunu oluşturur. Mühür ve kaşe izlerinde içerik, çember çapı, punto özellikleri, harf ve rakamların diziliş biçimleri, birbirlerine göre olan konumları ve mühür ve kaşede bulunan artefaktlar mukayese mühür ve kaşe ile kıyaslanarak bir takım aidiyet tespitlerinde bulunmaktayız. Tahrifat incelemeleri yapmaktadır adli belge inceleme uzmanları. Tahrifat incelemesi yaparken tahrifat hususu sorulan belgede kalem farkı, özellikle kalemin her iki kalem arasında ya da sorulan belgeler arasında kalemlerin mürekkep renk tonları, kalem ucu kalibreleri, kalem ucunda oluşan sitria dediğimiz çizgilenmeler, ışık kaynaklarına bunların verdiği tepkilere bakarak sonuç vermekteyiz. Kalem baskı derecesi, konum ebat, satır hizası ve tersim özellikleri tahrifat incelemelerinin önem arz eden başlıklarını oluşturur.

Yine sahtecilik incelemelerinde bulunur adli inceleme. Orijinal örneklerle mukayese ederek, belge veri tabanlarında kıyaslama yaparak, güvenlik unsurları dediğimiz ultraviyole ışığı absorbe eden nitelikli kâğıt, filigran, hologram, UV reaktan mürekkep ve lifler, yine MRZ dediğimiz makine okuma yöntemleri, MICR dediğimiz manyetik mürekkeple oluşturulan mürekkep teknikleri, baskı teknikleri ve mikro printlere göre sahtecilik incelemelerinde bulunuruz.

Adli belge incelemenin tarihçesi tabii ki yazının tarihçesine kadar uzanabilmektedir. Dolayısıyla yazının tarihçesinin insanlar arasında nasıl başladığına şöyle bir bakacak olursak, en etkili bilgi içeren iletişim aracı yazıdır. Söz uçar yazı kalır diyoruz. El yazısı ile düşünsel bir olgunun yazı araçları kullanılarak iskelet, kas ve sinir sistemi aracılığıyla ve mekânik bir hareket sonucunda oluşturulan iletişim aracıdır.

Yazı tarihsel süreç içerisinde Mezopotamya, Mısır ve Çin uygarlığına kadar uzanan geniş bir coğrafyada farklı zamanlarda ortaya çıkmıştır. Ancak kaynaklara göre bilinen anlamda ilk yazı Mezopotamya'da Sümerler tarafından piktografi resim yazısı ile başlayan bir çeşit çivi yazısıdır. M.Ö.4000 yıllarında Sümerler düşünce ve nesneleri doğadan alıp olduğu gibi resmetmek suretiyle kil tabletler üzerinde bu yazıları kaydetmişlerdir.

Adli belge incelemenin tarihçesine geçmek istiyorum şimdi müsaadenizle. Dediğim gibi bu konuda özellikle yazının ve belge incelemeciliğinin tarihi doğaldır ki birbirine paralel seyir göstermektedir. Bu konuda yine de çok eski dönemlere ait sınırlı veriler bulunmasına karşın özellikle teknoloji ve haberleşmenin gelişmesi ile birlikte 17. yüzyıldan itibaren önemli ilerlemeler ve mesafeler kat edildiği tespit edilmiştir. Antik Mısır döneminde adli belge incelemesinin tarihsel izleri ta buraya kadar uzandığı ispat edilmiş, bir takım hiyeroglifler ile diğer belgelerle gösterilmiştir. Burada özellikle Mısır'da davalıların yazılı delilleri ve belgeleri incelemek için bilgi ve uzmanlık gerektiren bir meslek sınıfı vardır. Bu uzmanlar tapu kayıtları mahkeme kararları ve diğer yazılı belgeleri analiz ederek hukuki olayları çözümlemeye gayret ediyorlardı.

Ortaçağ ve Rönesans döneminde Avrupa'da bu dönemde el yazısı incelemesi ve belge analizi daha da yaygın hale geldi. Şüphesiz ki bunda matbaanın icadı da çok önem arz ediyordu. Bu dönemde yazılı belgeler mahkemelerde delil olarak kullanılmaya başlanmış olsa da henüz tam kanıt niteliği taşımıyordu. 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başları özellikle adli belge incelemeciliğinin kırılma noktasını ve temel ilerleme noktasını oluşturmaktadır. 19. yüzyıla o yüzden biraz daha derinlemesine girmek istiyorum. Adli belge incelemesi daha da profesyonelleşti. İmza incelemesi, el yazısı analizi gibi teknikler geliştirildi ve polis departmanları ve mahkemelerde kullanılmaya başlandı.

1880 yılında Kanada'da ilk sahte para incelemesi yapıldı. 1888 yılında ilk tükenmez kalem patenti John Loud tarafından alındı. 1894 yılında Fransız Alfred Dreyfuss, Bordignon tarafından yazılan sahte el yazısı tanımlamasına dayanılarak hainlik suçlamasıyla tutuklandı. 1898 yılında Cordelia Botkin zehirli şeker postalayarak iki kadını öldürdü ve postaladığı zarf üzerindeki yazısının tanınmasına rağmen bu durum mahkemece kabul görmedi. 20. yüzyılın başlarında yine ilerlemeler ve seyirler mesafe kat etmeye devam etti. Bu yüzyılın başlarında adli belge incelemesi bilimsel temellere dayalı daha sistematik bir disiplin haline geldi. Yine benden sonraki oturumcu Hocamız da bilgisayar teknolojisinin gelişmesi ve günümüz modern teknolojisinde durumun hangi evrelere geldiğinden bahsedecek.

1900 yılında Cordelia PATRIQUE kloroform ile William RISE adlı şahsı öldürdü. RISE'ın adı kendi çek defterinde sahteydi. 1909 yılında Underwood çift renkli kırmızı ve siyah daktilo şeridini kullandı ve bunu bizlere tanıtmış oldu. 1910 yılında Albert OSBORN belge inceleme adlı yapıtını yayınladı. Bu kitap belge inceleme dilinde yazılmış ilk önemli kitap olarak göze çarpmaktadır. Osborn, ABD'de 19.yüzyılda farklı açık bir disiplin olarak el yazısından tanıya gitme yöntemini kullanmaya başladı. Böylece özellikle 20. yüzyılın başında adli belge incelemeleri ile ilgili olarak önemli gelişmelerin yaşandığı ve artık ayrı bir multi-disipliner alan olarak ortaya çıkmaya başladığı söylenebilir.

Adli belge incelemesi 20. yüzyıla kadar çoğu olayda kanıt elde etmek için kullanılan bir araçtı. Tanık olmadığı durumlarda yazılı belge bulma yoluna gidilmişti. Geçmişte uzun bir dönem mahkemeler hangi kanıtların kabul edilmesi gerektiği konusunda bir fikir birliğine varamamışlardı. Dolayısıyla 20. yüzyılın erken dönemlerinde uzmanların sadece karşılaştırmaya dayanan yazı

incelemelerinde kuşkular ortaya çıkmıştı. Bu konuda kanunlar yapılmış olmakla birlikte düşük dereceli bir kanıt olarak kabul edilmişti.

1913 yılında Amerikan Kongresi mahkemelerde el yazısını kanıt olarak kabul eden bir kanun çıkardı. modern dönemimizi de biraz sonra ilgili hocamız sizlere aktaracak. Türkiye özelinde bir de adli belge incelemenin gelişimine bakmak istiyorum. 19. yüzyıl ve Tanzimat Dönemine dair çok fazla elimizde bulgu ve bilgi olmasa da Tanzimat Döneminde yeniden düzenlenen hukuk sistemine paralel olarak davalarda belge inceleme ve uzman görüşlerine başvurulmaya başlandığı tespit edildi.

1926 Medeni Kanunu ile Türkiye'de mahkemelerde belge inceleme ve bilirkişilik hizmetleri daha da önem kazanmaya başladı. 1934 yılında Soyadı Kanunu kabul edilerek imzaların nasıl atılması gerektiği belirtilince böylece bu yıldan itibaren eski ve yeni alfabeler arasında çıkan sorunların çözümlenmesi önemli bir konu olarak ortaya çıkmış ve konuyla ilgili bilirkişilerin görüşüne başvurulmuştu.

Adli belge inceleme alanında ülkemizde yayınlanan ilk kitap "Sahtecilikler ve Gizli Mürekkep, Yazılar ve Arama Yolları" adlı 1949 yılında yayınlanan kitaptır. Burada adli tıp uzmanı Dr. Hayrettin DALOKAY'ın ülkemizde adli belge incelemeciliğinin gelişmesine katkıları büyük olmuştur.

Kendisini de rahmetle anıyorum. Dr. DALOKAY İtalya'da belge incelemeleri konusunda eğitim almış, edindiği bilgi ve deneyimlerin Adli Tıp Kurumu Fizik İhtisas Dairesinde uygulamalarında önemli görevler üstlenmiştir. Dalokay aynı zamanda Türk adli tıbbının ilk dergisi olan Adli Tıbbi Ekspertizi 1955'te çıkarmaya başlamış, böylece adli belge incelemeleri ile ilgili bilimsel makalelerin yayınlanmasını sağlamıştır. 1950'lerden başlayarak adli belge incelemeciliği polis, jandarma ve adli tıp müessesinde gelişim göstermeye devam etmiş buna üniversitelerin adli tıp anabilim dalları da katkılarda bulunmaya devam etmeye çalışmıştır.

2005 yılının Haziran ayında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunun ve Ceza Muhakemesi Kanunu ile ve diğer kanun yönetmeliklerle gerek ceza gerekse de inceleme esasları yönünden yeni düzenlemeler yapılmıştır. Dolayısıyla önceki kanun ve yönetmeliklerde suçludan delile ulaşılırken yeni uygulamalar ile bu durum delilden suçluya gidecek şekilde tasarlanmış ve belge inceleme alanında da yeni uygulamalar getirmiş, Türkiye de böylelikle yeni bir çağ atlamış, inceleme sistemi daha da organize edilerek profesyonel bir hale getirilmiştir. Bu düzenlemeler bilirkişilik mesleğinin standartlarını yükseltmeyi hedeflemiştir.

Teşekkür ediyorum.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Ben de Yunus YÜREKLİ arkadaşımıza teşekkür ediyorum. Öncelikle sunum süresine riayet ettiği için. Aynı zamanda soyadında olduğu gibi yürekli bir arkadaşımız. Çünkü bir disiplinin tarihçesini anlatmaya talip olmak yüreklilik ister. Ben Amerika ve Avrupa Birliğindeki birçok adli belge derneğinde ve çalışma grubunda aktif üyeyim ve halen de aktif olarak toplantılarına katılıyorum. Oralarda tarihçe çok ehemmiyet verilen bir şey. Maalesef bizim ülkemizde hep eksik kalıyor, hafifseniyor.

Genelde ya en yaşlı -70 yaşında, 80 yaşında- şöyle bastonla yürüyen bir üye gelir, adli belgenin tarihçesini anlatır, içlerinde bulunduğum için biliyorum, adli genetiğin, adli toksikolojinin de öyle. Disiplinin tarihçesini anlatır ama, anlatırken de nükteler katar işin içine. Mesela Yunus YÜREKLİ Bey Hayrettin DALOKAY'dan bahsetti. Bu bahsi yaparken sadece kitaplarda ya da internetten erişilebilen kronolojide yer alan şekilde yapmamak lazım. Gerçekten o dönemleri yaşamış ya da Hocasından anektodal olarak duymuş ise DALOKAY'a ait hikâyeleri anlatmak lazım. Örneğin, sunuma ilave olacak şekilde DALOKAY 'dan bahsetmek gerekirse, bu meslek büyüğü adına atfen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin oditoryumunda 8-10 sene önce anma günü düzenlendi, akademik bir program eşliğinde. Bir tıp hekimi dışında gün düzenlediğimiz bir Hayrettin DALOKAY vardır benim hatırladığım.

Bir işte bizim rahmetli Latif İLHAN Bey ve birkaç arkadaşımız adına akademik içerikli anma günü tertip edilmiştir. Dolayısıyla ümit ediyorum ki bundan sonra tarihçeye daha ehemmiyet verilir. Birileri bunu sahiplenir. Mesela Gürsel Hoca en yaşlımız demek istemiyorum ama pek adaydır bu işe. Bilir çünkü. Her yere girer, çıkar, hem bilimsel hem de mesleki ilişkiler konusuna ilgi duyar. Kendisinden rica ediyorum, bu konuya vakit ayırsın.

Bundan sonraki konuşmacımız Prof. Dr. Rıza YILMAZ. Rıza arkadaşımızla ben çok dirsek temasında bulundum. Adli belge alanında birlikte dergi bile çıkardık. Sunumda belirtildi Hayrettin DALOKAY dergi çıkardı diye, unutulmasın biz de çıkardık. Derginin adı Lub Dergisi idi. Üç sayı çıktı. Çok emek çektik, hoş da bir dergiydi ama, tabii finansal desteği olmayan ayakta kalamıyorlar. Rıza Hoca bizden Zonguldak'a giderek ayrıldı. Daha sonra da halen çalışmakta olduğu Kocaeli Tıp Fakültesinde profesör olarak görevine devam ediyor. Buyurun Hocam.

Rıza YILMAZ (Konuşmacı):
Sayın Başkanım, değerli katılımcılar, hepiniz hoş geldiniz. Evet, ben de Dünyada Adli Belge İncelemenin Günümüzdeki Durumu ve Geleceğe Yönelik Projeksiyonu isimli sunumu yapacağım. Bu sunuma başlamadan önce beni buraya davet eden Adli Tıp Kurumu Başkanı Hızır ASLIYÜKSEK'e teşekkür ediyorum. En son 15 yıl önce Adli Tıp Kurumunda çalışırken gelmiştim. Tekrar burayı görmek çok güzel. Eski arkadaşlarımı görmek çok güzel. Yeni uzmanlarla tanışmak çok güzel.

Evet, şimdi ben dünyada adli bir incelemenin günümüzdeki durumu derken aslında bunu literatür kaynaklı günümüzdeki durum olarak anlatacağım. Literatürde günümüzdeki durum nedir ve bunun geleceğe yönelik projeksiyonu ne olabilir? Çünkü literatüre birçok çalışma katkıda bulunuyor ama bunun hayata geçirilmesi başka bir durum.

Bunu aslında en sonunda söyleyecektim ama şu anda burada yeri oldu. Adli belge incelemeciliğinin kurucusu olan Alber S. OSBORN'un bir sözü var. O şöyle diyor. Önce sahtecilikler ortaya çıkar daha sonra da bu sahteciliklere yönelik çözüm yolları bulunur. Evet, bu kısa girişten sonra artık sunumuma başlayabilirim. Zamanım kısa olduğu için hızlıca sunumuma başlıyorum.

Evet, sunumumu oluştururken 4 tane uluslararası dergi, 4 tane de Türk dergide adli belge incelemeciliği ile ilgili yayınlanan makaleleri değerlendirdim. Ekranda gördüğünüz bu dergilerin isimlerini okumayacağım çünkü vaktim çok az. Bu dergilerden uluslararası nitelikte olanlarda 89 tane adli belge inceleme ile ilgili makale var. 14 tane de Türk dergisinde makale var. Uluslararası dergilerde Türk yazarların makaleleri var ya da yabancıların yazdığı makaleler bizim Türk dergilerinde çıkmış. Yani ben hangi dergide ne yayınlanmış onun üzerinden gidiyorum, kişiler üzerinden değil. Bunu öncelikle vurgulamak isterim.
Evet, bu sekiz dergide yayınlanan makaleleri yıllara göre

değerlendirdiğimizde en fazla 2021 yılında makaleler yayınlamış. 2023 yılı henüz tamamlanmamış olmasına rağmen fena gitmiyor. Çünkü 2016 yılından 2023 Eylül ayına kadar olan makaleleri değerlendirdim. En az makale 2022 yılında yayınlanmış. Yayınlandığı dergilere göre makaleleri değerlendirdiğimizde, burada görüyoruz ki bu alanda Journal of Forensic Science ana motor görevi üstleniyor. 58 tane makale orada çıkmış. Onu Forensic Science International izliyor. Uluslararası makalelere niteliklerine göre baktığımızda neredeyse hepsi deneysel çalışma.

Sadece iki tane olgu sunumu var ama bizim dergilerimizdeki makalelerde olgu sunumu çok fazla var. Onu retrospektif çalışmalar izliyor. Deneysel çalışma ise hiç yoktur.

Sunumum 2023 yılından başlayıp 2016 yılına doğru gitmektedir ancak bu arada dönem dönem makalelerde bazı eğilimler olmaktadır. O eğilim özellikle kesişen çizgilerle ilgili çalışmalarda çok net olarak görülmektedir. Bu arada tüm makaleleri zaman kısıtlılığı nedeniyle burada değerlendiremeyeceğim. İçlerinden seçtiğim makaleleri sizlerle paylaşacağım. Evet, ilk makale "Karakteristik Parlaklık Değişimler ile Tarayıcı Modeli Sınıflaması" başlığıyla yayınlanmış. Burada günümüzde UYAP sistemi de var, orada da hep belgeler taranarak sisteme aktarılıyor. Bu alanda da sahteciliklerin olabileceği ve buna yönelik de bu görüntü modeli ile çözüm olabileceğini belirtmişler.

Sizlere sunacağım ikinci makale "El Yazısı Analizinde Denetçilere Yardımcı Olacak İstatistiksel Bir Yaklaşım" başlığını taşıyor. Burada da istatistik kullanarak dışlama veya hariç tutma veya benzerlik yakalama olasılıkları anlatılmış. Bir diğer makale "Hibrit Özellik Çıkarımı Kullanılarak Belge Kâğıdının Tanımlanması" başlığını içeriyor, hibrit özellik sadece araçlarda yok gördüğünüz gibi adli belge incelemede de olabiliyor. Hibrit sistemi ile kâğıttaki sahtecilikle ilgili bir model geliştirmişler ve bu modelde de %97'lik oranında doğruluk elde etmişler ve bunu kâğıtla ilgili sahteciliklerin olduğu davalarda da kullanılabileceğini belirtmişler.

Bir başka makale ise Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisinde yayınlanmış bir çalışma. Bir asırlık belgede yer alan silinmiş el yazısının deşifre edilmesi başlığı ile yayınlanmış. Faruk Hocamızın da burada adı var, o da çalışmacılar arasında. Bu çalışma ilginç geldi bana. Çünkü daha yaklaşık yüzyıl önce balkanlardan Türkiye'ye göçen bir ailenin elinde bir belge var ve bu belgeye dayanarak o ülkenin vatandaşlığını şimdi elde etmek için uğraşıyorlar. Bir başka çalışma ise "Dijital Olarak Yakalanan İmzaların ve Islak İmzaların Özellikleri Benzer Mi Yoksa Tamamen Farklı Mı?" başlığı ile yayınlanmış. Buna kısaca değinmek isterim. Katılımcılardan 3 farklı yere imza atmaları isteniyor. Bunlardan bir tanesi bir pet üzerine, diğeri ise aynı petin üzerindeki bir kâğıda ve sadece kağıda atılan imzalardan oluşuyor. Petin üzerindeki kağıda atılan imzalar aynı zamanda pete de geçtiğini gözlemliyorlar bu nedenle hem kâğıttaki imzaya bakıyorlar hem de alttaki pete çıkan kadarını değerlendiriyorlar. Sonuç olarak ister ıslak imza olan kâğıtlar olsun isterse de pete atılan imzalar olsun aralarında farklılıkların yanı sıra benzerlikler de olduğunu ayrıntılı olarak anlatıyorlar. Yapılan bir başka çalışmada ise adli belge incelemesinin yanlılığı ve güvenilirliği üzerine yapılmış. Burada da 25 adli belge uzmanını çağırıyorlar, bunlara haberleri olmadan dosya veriliyor. 13 kişiye ceza dosyası, 12 kişiye de bilimsel mütalaa şeklinde rapor yazmaları isteniyor ve vardıkları sonuçlarda diyorlar ki, uzmanların önyargılı rapor verdiğine dair kanıt bulamadık. Bu durumu da şöyle açıklıyorlar. Esasen bir kurumsal adli laboratuvar kültürü içinde çalışılmadığından mantıklı olabilir diyorlar. Dün adli belge incelemeciliği ile ilgili yapılan sözlü sunumların birinde, önyargılı bir yaklaşım olduğunu gördüm. Belki Faruk Hocam bu konuya değinir ama benim vakit sıkıntım nedeniyle şimdi onum ayrıntısına girmek istemiyorum.

Mürekkep püskürtmeli çıktılardaki uçucu bileşimlerin sınıflandırılmasına yönelik bir başka makalede ise inkjet cihazlarda mürekkepleri ayırt etmenin yöntemleri anlatılıyor. Yani mürekkep analizi sadece mürekkep yaşıyla diğer bir deyimle yazı yaşıyla ilgili değil, hangi makinede hangi mürekkebin kullanılmasına yönelik ayırt edici özellikler ile ilgili olabilmektedir. Bizim ülkemizde bugüne kadar bununla ilgili bir çalışma ile karşılaşmadım. Ancak pratikte belki Adli Tıp Kurumu, Jandarma ve Polis Kriminale gidiyor olabilir. Onu bilemiyorum.

Bir başka çalışmada ise adli amaçlar için yazıyı kimin yazdığının doğrulanmasına yönelik bir protokol geliştirilmiş. Bu makalede 32 binden fazla belge incelenmiş ve %77'lik bir ölçüm ile doğruluk elde etmişler. Bir başka çalışma ise farklı yazılım ve donanımlara kayıtlı dijital olarak yakalanan imzaları karşılaştırmanın zorluğu ile ilgilidir. Ülkemizde Vodafone, Turkcell, Türk Telekomdan telefon hattı alınırken yapılan sözleşmeler var. Bu sözleşmeler yapılırken alınan dijital imzalar farklı yazılım ve donanımlar olmaktadır. Bu makale işte bu dijital sözleşmelerin her birininin belli bir standartta alınmaması durumunda buradaki sahtecilikleri değerlendirmenin zorluğu üzerine yapılmış. Bu anlamda da belli bir protokol de önermektedir. Güzel bir çalışma olup vakti olanların okumasını tavsiye edebilirim.

Yine Journal of Forensic Science'ta 2 olgu sunumu yapılmış demiştim. İşte onlardan bir tanesi de bizim Türk hocalarımızın yayınladığı bir makaledir. Bir başka çalışma ise kaybolan mürekkeple hazırlanan dokümanların deşifre edilmesi hakkında olup Faruk Hocamızın önderliğinde Journal of Forensic Science'ta yayınlanmıştır.

Adli Tıp Bülteninde yayınlanan bir makale ise el yazısı incelemede kullanılan bireysel karakteristiklerin kanıt değerinin veri tabanındaki frekanslara göre belirlenmesi hakkındadır. Bu makale Gürsel Hocamızın da aralarında bulunduğu arkadaşlarımızın yaptığı bir çalışmadır. Yine gerçek ve sahte imzalara ait elde edilen hızın dalgacık analizi ile ilgili bir başka çalışma var. Şimdi de konuşmamın başında söylediğim kesişen çizgilerle ilgili çalışmalara sıra geldi. Kesişen çizgilerle ilgili yapılan çalışmaların hepsinde farklı yöntemler kullanmıştır. Mesela bunlardan bazıları jel kalemler ve mühürler ile ilgili veya mürekkep ve toner arasındaki kesişen çizgilerle ilgili olabilmektedir. Yine Nurcan Hocamız ve Fatih Hocamızın yaptığı yazı ve imza incelemelerinde kesişen çizgileri ile ilgili bir çalışma da mevcuttur. Yine koaksiyonel ışık kullanılarak lazer baskı ve kalem yazılardaki çizgiler, lazer floresan mikroskobu kullanılarak tonerler ve mühürler arasında kesişen çizgiler, floresan tekniği ile kesişen doğruların sırasının tespiti, odaklanmış iyon ışığı ile termal elektron mikroskobu kullanılarak kesişen çizgileri tespit etmeye çalışan makaleler mevcuttur. Kesişen çizgilerle ilgili makaleler çok fazla yayınlanmıştır. Hatta Adli Tıp Dergisinde de kızılötesi ışın tekniği kullanarak çakışan kalem hatlarının uygulama sırasının tespitine yönelik deneysel bir çalışma mevcuttur.

Şimdi bahsedeceğim iki çalışma kesişen çizgiler ile ilgili değil ama kesişmese de bunların kronolojik sırasını belirlemeye yöneliktir. Yani değerli bilim insanları bundan sonraki trend kesişmeyen çizgilerin hangisinin önce yazılmış olduğu ile ilgili olması olağandır. Böylece bilimsel çalışma yapmak isteyenlere bu tür çalışma yaparsanız yayınlanma olasılığı yüksek görünmektedir diyebilirim.

Evet, şimdi de bir başka çalışmaya geçiyorum. Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisinde yayınlanmış uydurma yöntemi ile atılan imzalarda genişlik ve yüksekliğin önemi üzerinedir. Yine genişlik ve yükseklik ile ilgili Journal of Forensic Science'ta yayınlanmış başka bir çalışma daha görmektesiniz. Şimdi de Adli Bilimler Dergisinde adli belge ile ilgili çıkmış bir makale görüyorsunuz. Çoklu fotokopide el yazısı çizgi kalite özelliklerinin değerlendirilmesi ismini taşımaktadır ve yurt dışından gönderilmiş bir makaledir.

Şimdi de benim de aralarında olduğum bir olgu sunumu var. Alzheimer hastası olan bir kişinin el yazısında zaman içerisindeki değişiklikleri anlatıyor. Bu arada bu konuyu İsmail (BİRİNCİOĞLU) Hocamız, pek çok yerde anlatırdı. Onu tanımayanlar adına Prof. Dr. İsmail BİRİNCİOĞLU en son Balıkesir Üniversitesinde, adli tıp anabilim dalında öğretim üyesi olarak çalışıyordu. Uzun yıllar Adli Tıp Kurumu Fizik İhtisas Dairesinde hem uzman olarak çalıştı hem oranın başkanlığında da bulunmuştu. Kendisini burada rahmetle anıyorum. Covid 19 döneminde aramızdan ayrılmıştı.

Evet, şimdi bundan sonra geleceğe yönelik projeksiyonla ilgili bir şeyler söylemek istiyorum. Geleceğe yönelik projeksiyonu belirlerken yapay zekâ dan da yararlandığımı belirtmek isterim. Bu kapsamda ilk olarak digital adli bilimlerden bahsedeceğim. Ardından digital belge analizi, big data olarak da bilinen büyük veri analizi, makine öğrenimi ve yapay zekâ , blockchain ve dijital imzalar, 3D baskı ve sahtecilik, gelişmiş mürekkep ve kâğıt analizi, multimodel analiz, eğitim ve son olarak da yasal ve etik hususlar olarak değerlendireceğim.

Dijital Adli Bilimler: Teknoloji ilerlemeye devam ettikçe, daha fazla belge dijital olarak oluşturulmakta ve saklanmaktadır. Adli belge incelemecilerinin, meta verileri değerlendirmeyi, yazı tipi analizini ve elektronik dosyalardaki belge kurcalama işaretlerini tanımayı içerebilecek dijital belgeleri analiz etme konusunda yetkin olmaları gerekecektir.

Dijital Belge Analizi: Deepfake tespiti ve gelişmiş siber adli bilimler şeklinde ikiye ayrılabilir.

Deepfake Tespiti: Deepfake teknolojisinin yükselişiyle birlikte belge incelemecilerinin, üzerinde oynanmış dijital belgeleri ve videoları tespit edecek yöntemler geliştirmesi gerekebilir.

Gelişmiş Siber Adli Bilimler: Belge oluşturma, düzenleme ve iletmeyle ilgili dijital izleri araştırmak, siber suçlar ve siber saldırılarla ilgili vakalarda değerli bilgiler sağlamak.

Büyük Veri Analizi: Büyük veri kümelerinin incelenmesi ve veri analitiğinin uygulanması, belge incelemecilerinin belge sahtekarlığındaki kalıpları ve eğilimleri tespit etmesine yardımcı olabilir. Belgeleri bireylere veya gruplara bağlamak için de kullanılabilir.

Makine Öğrenimi ve Yapay Zekâ : Makine öğrenimi ve yapay zekâ , belirli rutin görevleri otomatikleştirerek, doğruluğu artırarak ve insan gözünün gözden kaçırabileceği ince kalıpları belirlemeye yardımcı olarak belge incelemecilerine yardımcı olmak için kullanılabilir.

Blockchain ve Dijital İmzalar: Blockchain teknolojisi ve dijital imzalar, belge kimlik doğrulamasını ve izlenebilirliğini geliştirme potansiyeli sunar. Adli belge incelemecilerinin blockchain teknolojisiyle nasıl çalışılacağını öğrenmeleri ve dijital imzaların hukuki sonuçlarını anlamaları gerekebilir.

3D Baskı ve Sahtecilik: 3D baskı teknolojisi daha karmaşık hale geldikçe, adli belge incelemecilerinin orijinal ve sahte 3D baskılı belgeler veya nesneler arasında ayrım yapacak teknikler geliştirmesi gerekebilir.

Gelişmiş Mürekkep ve Kâğıt Analizi: Mürekkep ve kâğıt analiz tekniklerindeki ilerlemeler, malzemelerin menşei hakkında daha ayrıntılı bilgi sağlayarak sahteciliklerin tespit edilmesini kolaylaştırabilir.

Multimodel Analiz: El yazısı analizi, mürekkep analizi ve dijital analiz gibi çeşitli adli tıp tekniklerini birleştirmek, belgelerin daha kapsamlı ve doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlayabilir.

Adli Belge İncelemede Eğitim: Sürekli Eğitim ve Uzaktan Çevrimiçi Eğitimler olarak ikiye ayrılabilir.

Sürekli Eğitim: Adli belge incelemecilerinin kendi alanlarında etkili kalabilmeleri için sürekli eğitim ve mesleki gelişim yoluyla değişen teknoloji ve tekniklere ayak uydurmaları gerekecektir.

Uzaktan Çevrimiçi Hizmetler: COVID-19 salgını, uzaktan çalışmanın ve çevrimiçi hizmetlerin benimsenmesini hızlandırdı. Adli belge incelemecileri uzmanlıklarını uzaktan sunmaya devam edebilir ve bu da hizmetlerine erişilebilirliğin artırılmasına yardımcı olabilir.

Yasal ve Etik Hususlar: Teknoloji ilerledikçe ileri adli belge tekniklerinin kullanımına ilişkin olarak mahremiyet kaygıları ve dijital delillerin mahkemede kabul edilebilirliği gibi yeni etik ve yasal zorluklar da ortaya çıkması muhtemel gibi görünmektedir. Sonuç olarak bu alandaki profesyonellerin adli belge incelemesinin gelecekteki ortamına etkili bir şekilde uyum sağlamak için en son teknolojik gelişmeler, yasal standartlar ve etik hususlar konusunda güncel kalması önemli gözükmektedir.

Teşekkür ediyorum.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Biz de Rıza YILMAZ Hocamıza teşekkür ederiz. Bu vesileyle kendisinin borsada yatırımları olduğunu da öğrendik. Sunumun arasında sıkıştırmıştı. Şimdi aslında anlattığı konu önemli. Az önce bahsettiği önyargı hakikaten çok ehemmiyetli. Hem yargı mensuplarının ön yargısı açısından önemli hem de adli belgecilerin ön yargısı açısından önemli.

Mesela biz adli belgeciler işte efendim adam istiktab tutanağında-yani huzurda atılan imzada- asıl imzasını biraz değiştirme gayretine girmişse, bu adam imzasını atmaktan kaçıyor deyip, tezyini imza atmış diye bakarız. Hâlbuki adam öyle değil, adam gariban, hayatında ilk kez dava konusu olmuş bir olayla karşılaşmış, korkusundan ne olur ne olmaz deyip biraz değiştiriyor imzasını. Biraz iddialı olacak ama adli belge imza incelemecilerin %90'ı işte efendim kaçmış, istiktab tutanağında kaçmış bu adam, dolayısı ile inceleme konusu belgedeki imza onun imzası kolaycılığına kaçabilecektir. Ya da dosyada yeterince mukayese imzası toplanmadıysa ya da imzaların bazısında farklılıklar varsa bu durumu varyasyon olarak değil, bireyin kaçmış olmasına yorabilecektir. Dolayısıyla bias konusu çok önemli, Dünyada da son yıllarda çok gündemde.

Yine Rıza arkadaşımız süre nedeniyle bahsetmedi ama, ben bahsedeyim. Aslında "birikmiş önyargı" denilen bir şey de var. Örneğin, vukuatlı bilirkişilik büroları var, vesaire var. Onları Yargıtayın kara listeye almasında fayda olabilir. Ancak kurumsal olmayan bir yapı tarafından düzenlendi diye yapılmış her

bilirkişiliği de hele üniversiteden geliyor ise mutlaka ciddiye almak lazım.

Mesela dün adli belge sözel sunumları sırasında salonda yer alan Sayın Yargıtay üyesi Osman Bey birçok kurumdan rapor alınmış ise biz en nihayetinde Adli Tıp Kurumu tarafından verileni dikkate alıyoruz mealinde bir katkı yapmıştı sunumların sonunda. O sırada sunum yapan Jandarma Kriminal mensubu adli belge inceleme uzmanının Osman Bey'e cevap mahiyetinde konuşma talebini süre kısıtlaması nedeniyle salon dışında konuşulsa iyi olur diyerek bıraktırdım. Sonradan detayını öğrendim, burada yeri gelmişken dile getirmek istiyorum. Kendisi kurumlar arasında bir ayrım yapılmaması gerektiğini ifade etmek istemiş. Ben de bu tespite katıldığımı belirtmek isterim. 40 yılını bu alanda geçirmiş birisi olarak. Kanaatimce kurumsal üstünlük olmamalı, bunun yerine vicdani kanaatini hükmüne esas alacak siz hâkimlerin bilirkişi raporunun içeriğini, sizleri ne kadar ikna edici olduğunu, varılan teknik tespitin objektif kriterlerle desteklenip desteklenmediğini esas almaları gerektiğini düşünüyorum.

Bu arada İsmail BİRİNCİOĞLU arkadaşımıza ben de minnetle Allah'tan rahmet diliyorum. Çünkü kendisi ile bu alandaki ilk derneği kurduk, derneğin kuruluşunda en yakınımdaki kişi İsmail BİRİNCİOĞLU'ydu, ben 1 numaralı üyesi ve Kurucu Başkanıydım derneğin, o 2 numaralı üyesi. Allah gani gani rahmet eylesin.

Şimdi bir sonraki sunum Özay DÖRTTEPE arkadaşımız. Binbaşıdır kendisi. Geçen seneki sunumunun devamı niteliğinde biyometrik imzadan bahsedecek, bu sefer olgu bildirileri ile. Özay DÖRTTEPE, 2019 yılından bu yana Jandarma Kriminal Daire Başkanlığında Adli Belge Şube Müdürü olarak çalışmaktadır ve çok yakın zamanda yüksek lisansını bitirmiştir. Buyurun kürsü sizin.

Özay DÖRTTEPE (Konuşmacı):
Sağ olun Sayın Hocam. Sayın Başkanım, değerli misafirler öncelikle hepinizi saygıyla selamlıyorum. Dijital olarak yakalanmış imzaların örnek vakalarla değerlendirilmesi konulu sunumumu sizlere arz edeceğim. Sunumum 15 dakika süreyle, herhangi bir gizlilik derecesi içermeyecek şekilde olacaktır.
Faruk Hocamın da söylediği gibi geçen sene biyometrik imzanın tanımı, hukuksal durumu ve inceleme metodunun nasıl olması gerektiği ile ilgili bir sunum yapmıştım. Geri dönüşler de gayet olumlu olmuştu. Bu sene de Sayın Adli Tıp Kurum Başkanımız tekrardan davet etti, böyle bir sunum imkânı tanıdığı için teşekkür ediyorum kendisine. Geçen seneki sunuma ilaveten bildirilen geri dönüşlere göre bir sunum hazırlamaya çalıştım.

Burada öncelikle savcı ve hâkimlerimizin dikkat etmesi gereken ve aynı zamanda da el yazısı ve doküman inceleme uzmanlarının incelemede yapması gereken hususların neler olduğunu içeren bir doküman hazırladık. Bunu arz edeceğim. Sonra da iki tane örnek vaka ile sunumunu bitireceğim.

Öncelikle dijital ya da biyometrik imza ya da dijital olarak yakalanmış imzanın incelenebilmesi için bu imzanın mukayese imzalarının da alınması gerekiyor. Yani Turkcellde ya da Vodafonda atmış olduğu imza, inceleme konusu olarak bize geldi. O şahsın kolluk marifeti ile tekrardan ilgili yere gönderilip orada yine aynı tablette huzurda mukayese alınıyormuş gibi biyometrik imza örneklerini vermesi gerekiyor. Bu imzalarda istediğimiz şu: Aynı ıslak imzaları aldığımız şekilde huzurda mukayeselerde de ayakta ve otururak dörder adet alıyoruz. Hem sağ elden hem de sol elden. Bunları da biyometrik imza incelemeleri için talep ediyoruz.

Yine bu imzaların mutlaka ISO 19794 standardında olması gerekiyor. Bu olmazsa olmaz bir husus. Bu standart zaten uluslararası bir standart. Eğer bir yazılım bu uluslararası standartlara uymuyorsa bu imzanın incelenmesi mümkün değildir. Avrupa'da biyometrik imza yazılımları yaygın olarak kullanılıyor. Artık ülkemizde de çok yaygınlaştı. Fakat standartlar konusunda BTK'nın biraz daha olaya el atması gerektiğini geçen sene söylemiştim. Bu konuda ülke olarak sıkıntılarımız var ama büyük firmalar bu ISO standartlarını şu anda uygulamakta. Dolayısıyla incelemeye gelen imzalarla ilgili bir problem yaşamıyoruz. Bu imzaların CD'ye aktarıldıktan sonra şifresiz bir şekilde bize gönderilmesi gerekiyor. Bu imzaların .sig uzantılarını açabilmemiz gerekiyor ve yazılımımıza yüklememiz gerekiyor. Onun haricinde biz ıslak imzalarını da istiyoruz. İlgili şahsın biyometrik imzasını inceleyeceğiz tabii ki ama biyometrik imza incelemesi aslında iki safhadan oluşuyor.

Birincisi yazılımsal boyutu yani biyometrik imzanın yazılım vasıtasıyla incelenmesi. İkinci safhası da geleneksel imza yöntemi ile imzanın incelenmesi. Bu iki inceleme yöntemi birbiriyle örtüştüğü sürece sağlıklı bir rapor yazabiliyoruz. Dolayısıyla ıslak imza örneklerinin de bize gelmesi gerekiyor. Şahsın huzurda alınan ıslak imza örnekleri yanında samimi imza örneklerinin de yani inkâr kastıyla atmadığı imza örneklerinin gelmesi gerekiyor. Bu örneklerin toplanıp bize gelmesi gerekiyor. Bu hususlar tamamlandığı sürece bizim dijital imzayı inceleme konusunda herhangi bir sorunla karşılaşmadığımızı net olarak söyleyebilirim ve imzayı inceleyebiliriz. Bu imzanın kime ait olup olmadığı ile ilgili de kanaat bildirebiliyoruz.

Şimdi örnek vakalara geçeceğim. Yansılarda gördüğünüz imzalar dosyalardan alınma ama Kişisel Verileri Koruma Kanunu'na dikkat ederek paylaşımda bulunmaya çalıştım. Yukarıda gördüğünüz imzalar abonelik sözleşmesi üzerine atılmış imzalar. Bu imzalar bize inceleme konusu olarak gelen imzalar. Bu imzaların aidiyeti soruluyor. Kendi laboratuvarımızda kullandığımız yazılıma soktuğumuz zaman da bu imzanın görüntüsü de yansıda görüldüğü şekilde. Şahsın biyometrik imzalarının huzurda alınmasını talep ediyoruz demiştik. Huzurda alınan imzası da yansıda görünüyor. Farklı olduğu zaten apaçık ortada. Şahsın aynı zamanda ıslak imzalı huzurda ve samimi mukayeselerini de görüyorsunuz. Bunlar da bizim talep ettiğimiz imzalar. Bu imzaların da farklı olduğu aslında ilk bakışta belli oluyor. Dolayısıyla elimizde inceleme konusu imza var. Savcımız tarafından bu imzanın kime ait olduğu soruluyor. Mukayese imzalarımızla birlikte huzurda alınan ve samimi ıslak imza örnekleri var. Sonuç olarak şahsın eli ürünü olmadığı yönünde kanaat bildirmişiz.

İkinci örneğime geçiyorum. Yine burada da abonelik sözleşmesi üzerinde inceleme konusu bir imza görüyorsunuz. Bunlar da dediğim gibi gerçek dosyalar. Abonelik sözleşmesi üzerindeki imzaların yazılımda, kendi kullandığımız Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı Biyometrik İmza Yazılımında görüntüsünü görüyorsunuz. Yansıda ayrıca şahsın savcı tarafından kolluk marifetiyle kuruma gönderilip alınan mukayese imzalarını görüyorsunuz. Yani huzurda alınan biyometrik imzalar. Şahsın ıslak imzaları, huzurda alınan ve samimi ıslak imzaları elimizde bulunmakta. Bunları karşılaştırdığımız zaman da eli ürünü olduğu kanaatine varabiliyoruz. Genel olarak inceleme ile ilgili daha kolay anlaşılması adına basit dosyaları seçmeye çalıştım.

Yazılımımızdan birkaç örnek vermek istiyorum. Geçen sene Faruk Hocam yazılımın tanıtım videosunu gösterseydiniz iyi olur demişti. En sonunda da kısa birkaç saniyelik animasyon da koydum. Yazılımımızda dikkat ettiğimiz kriterler yansıda görülüyor. Bunları da benzerlik oranlarına göre renklendiriyoruz.

Yeşil olanlar %95 ile %100 oranında benzerlik gösteren kriterler. Sarı renkli olanlar %90 ile %95 arasındaki benzerlikler. Turuncu renk %85 ile %90 arasındaki benzerlikler. Kırmızı renkli olanlar ise %80 ile %85 arasındaki benzerlikler. Dolayısıyla buradaki renklendirmelerin fazla olması bizim imza ile ilgili kanaatimizin oluşmasında büyük etki sağlıyor.

Yazılımımızın sonunda da rapor yazdırma özelliğimiz var. Bütün imzaların görüntülerini yine size yansıda arz ettiğim gibi koyabiliyoruz. En sonuna da benzeyen kriterleri ve örtüşmeyen kriterleri raporumuza koyup raporu savcılıklara gönderebiliyoruz.

İş akış şeması geçen sene bahsetmiştim ama özet olarak bir daha bahsetmek istiyorum. Öncelikle burada elektronik bir belge var. Bu elektronik belgeden biyometrik imza verilerinin çıkarılması gerekiyor. Elektronik belgeden çıkarılan veriler imzalama koşulları ile ilgili standartlara uygun mu? Bu bizim için çok önemli. Bununla ilgili mutlaka donanım ve yazılım özellikleri ile ilgili bilgi alıyoruz.

Bu konuda dediğim gibi Türkiye'deki büyük firmalardan gelen imzalarla ilgili artık sorun yaşamıyoruz. Sayısal verilere erişim var mı? Sayısal verilere erişim olmak zorunda. Yoksa bahsettiğim kriterleri kıyaslayamıyoruz. Sayısal verilere erişim yoksa mecburen geleneksel imza incelemesine devam edip iş akış şemasındaki bazı aşamaları atlamak zorunda kalabiliyoruz. Daha sonra da bu biyometrik imza verilerinin doğru donanımla yakalanmış olup olmadığına bakıyoruz. Sayısal verilerin standartlara uygun olup olmadığına bakıyoruz. Buna yönelik de biyometrik imza verileri standartlara uygun değilse normalleştirebiliyor muyuz? Standartlara uygun bir şekilde imza kriterlerini görebiliyor muyuz? Bunları kontrol ediyoruz. Daha sonra biz kendi analiz yazılımımızı kullanarak devam ediyoruz ve inceleme konusu imzayı mukayese konusu imzalarla karşılaştırarak raporumuzu yazabiliyoruz. Yansıda adli belge inceleme yazılımımızla ilgili kısa bir animasyon görüyorsunuz. En sonunda da imzanın atılış şeklini görebiliyoruz. Bu aslında belge incelemeciler için en önemli fayda. Yani bir şahsın imzayı nasıl başlattığı, nasıl devam ettiği, nasıl bitirdiği, kaç defa kalem kaldırdığını bu yazılımımız sayesinde net bir şekilde görebiliyoruz.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Biz de teşekkür ederiz Sayın Binbaşıma. Özellikle de askeri disiplinle 15 dakikada bitirmesi için bir kez daha teşekkür ediyorum. Bahsettiği Biyometrik imza konusu hakikaten çok önemli. Bir aralar ben hatırlarım, adli belge inceleme disiplini için acaba dinozor mu denilmeye başlanmıştı. Yani soyu tükeniyor mu? Hayır, soyu tükenmiyor aslında evriliyor.

Rıza Hocanın dediği gibi adli belge inceleme alanında yer alan önemli konulardan, örneğin kâğıt incelemesi hakkında biz eskiden çok az şey bilirdik. Mürekkep konusunda da çok az şey bilirdik. Bu konuları artık derinlemesine öğreniyoruz. Bunun dışında biyometrik imza önümüzdeki yılların yükselen trendi olmaya aday. Bu konuya adli belgeciler direnç göstermemeli. Çünkü bu konu adli belge uzmanlarının alanını sınırlayan bir şey değil ve Sayın Özay DÖRTTEPE'nin söylediği gibi bize pasif imzadan daha fazla veri sağlayan dinamik veriler veriyor. Bu sayede kalemin basıncını metrik olarak ölçüyorsunuz. Kalemin çekiş hızını metrik olarak ölçüyorsunuz. İstediğiniz noktada durduruyorsunuz inceleme konusu imzayı ve tam o noktada imzayı atan kişi hangi hızda atmış görebiliyorsunuz. Ya da akselerasyon yani bireyin kalem çekiş hareketinin hızlanmasını ya da tam tersine deselerasyon, yani yavaşlamasını metrik olarak tespit edebiliyorsunuz.

Biyometrik imzada el kaldırma sayısını saptayabileceğimizi söyledi Özay DÖRTTEPE. Ben ilave edeyim mesela hoover time dediğimiz kalemin yüzeye temas etmediği, havada geçen zaman ölçülebiliyor. Ayrıca bireyin eli havada iken hangi hareketleri yapmış görebiliyorsunuz. Mesela benim imzam "F" ile başlar, ilk alışta bu harfin kuyruğunu yaparım, sonra havaya kalkar elim, havada ne kadar zaman geçirmişim, harfin geri kalan düşey çekiş hattını yaparken hangi saniyede dokunmuşum ve o sırada elim nasıl bir hareket yapmış. Ben bile hayatımda bilmiyordum elimin hangi kavisler çizdiğini. İlk kez tablete attığımda gördüm neler olduğunu. Elim de amma dans ediyormuş dedim içimden. Yani herkesin havada geçirdiği süre ve dolaşım rotası farklı oluyor. Bu da oldukça ayırt edici bir şey.

Biyometrik imzanın beğeniye sunulma şekli talihsiz oldu. Maalesef yaygın olarak kullanıma bazı iletişim firmalarının bayilerinde başlandı. Bu bayilerde çok sayıda abonelikler yapıldı ki Özay DÖRTTEPE'nin gösterdiği örnekler de muhtemelen onlardır. Bu abonelik sözleşmelerine basit tersimli ve güvenilirliği az olan imzalar atıldı. Statik veriler içeren mevcut değerlendirme yöntemimizde büyük bir ihtimalle birçoğuna "tespit yok" denilebilecek imzalarda biyometrik imzanın sağladığı hız, basınç gibi dinamik veriler sayesinde daha fazla veri elde edilebildi. Buna rağmen ekseriyeti "uydurma" imzalar olması sebebi ile biyometrik imzanın kullanıma bu mecradan girmesi talihsizlik olarak addedilebilir. Biz benzer çok çalışma yapıyoruz şu anda Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsünde. Dün itibariyle de Portekiz'de sunduk o çalışmamızı ve inanın farklı imza atsa bile basıncı o kişinin aynı. İmza aynı sürede bitiriyor. Dolayısıyla biyometrik imza geleneksel yönteme nazaran çok fazla dinamik veri sağlıyor.

Biyometrik imzayı desteklemek lazım. Bu konuda Yargıtayın da bu tür tutum içerisinde olması çok önemli. Eğer Yargıtay talep ederse gelip izah edelim, yöntemi daha detaylı anlatalım. Böyle 15 dakikalık sunumlarla olmaz bunlar. Çünkü Yargıtay içtihatları bizim hukuk sistemimizi şekillendiriyor. Yani kürsüdeki hâkim meslektaşlarımız Yargıtaydan gelecek bir ışığa bakıyor.

Bir sonraki konuşmacıya geçiyorum. Sayın Serdar NEŞE. O da Emniyet Kriminal Dairesinde 2022 yılından beri çalışıyor. 2022'den beri de Adana Kriminal Laboratuvarında görev yapıyor. O da disiplinli bir kurumdan geldiğinden dolayı 15 dakikada bitireceğinden eminim.

Serdar NEŞE (Konuşmacı):
Saygıdeğer katılımcılar, öncelikle en içten duygularımla selamlıyorum. Burada sizlerle birlikte olabilme imkânının sağlayan başta Adli Tıp Kurumu Başkanımız Hızır ASLIYÜKSEK Beyefendi olmak üzere emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Kıymetli katılımcılar sizlere bana ayrılan süre içerisinde Kriminal Daire Başkanlığımız ve bünyesinde bulunan Belge İnceleme Şube Müdürlüğümüzün tanıtımını yapmaya çalışacağım.

Sizlerinde bildiği üzere, 24 Şubat 1942 yılında Ankara Alman Büyükelçisi Von Popen'e yapılan suikast girişimi sırasında ele geçen silahın, kazınmış olan seri numarası, hidroklorik asit uygulanarak görünür hale getirilmesi ile Türkiye'de kriminalistik alanında yapılan çalışmaların duyulmasını ve yaygınlaşmasını sağlamış, o günden bu yana hızla artan bir tempo ile polis birimlerince ve adli makamlarca talep edilen kriminalistik hizmetler gelişerek devam etmiştir.

08.05.1964 tarih ve 11698 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "Polis Kriminalistik Laboratuvarı Teknik Hizmet Yönetmeliği" ile ekspertiz raporları tanzim edilmeye başlanmış, böylece adli laboratuvar olma özelliği kazanılmış, artan bir ivme ile laboratuvar hizmetlerinin başarılara ulaşması neticesinde; kriminalistik alanda dönemin ihtiyaç ve şartlarına göre 1962'de İstanbul ve 1972'de de İzmir Laboratuvarlarımız FBI'dan alınan örnekler doğrultusunda çeşitli cihaz ve aletlerin alımı ile donanımsal ve teknik anlamda takviye edilmiş, ayrıca bazı Laboratuvar çalışanlarımız Amerika Birleşik Devletlerine ihtisasa gönderilerek bilgi ve tecrübelerinin artırılması sağlanmıştır.

Kriminalistik Laboratuvarı için gerekli cihaz ve aletler ile yetişmiş uzman temini neticesinde, balistik ve sahtecilik konuları ile ilgili isabetli ekspertiz raporlarının hazırlanması, Laboratuvarın iş hacmini günden güne artırmış, zamanla yeni ve yetişmiş personel ihtiyacı baş göstermiştir.

Bu nedenle, Kriminal Laboratuvarı 1967 yılında, Emniyet Müdürlüklerinde bulunan 5.Şube ile birleştirilmiş ve Polis Enstitüsünden tamamen ayrılmıştır.

28.11.1974 tarihli onay ile Emniyet Genel Müdürlüğü merkez kuruluş şemasında yer alan ve 28.09.1976 tarihli onay ile yeniden yapılan düzenleme ile Asayiş Hizmetleri Daire Başkanlığına bağlı bir şube olarak faaliyet gösteren "Laboratuvar ve Tetkiki Hüviyet Şubesi"nin emniyet hizmetleri içerisindeki önemi göz önüne alınarak, laboratuvarlara personel, araç ve gereç bakımından destek sağlayabilmek, aynı zamanda ilgili birimlerle koordinasyon sağlanarak daha verimli ve etkin bir şekilde hizmet yürütebilmek amacıyla, Genel Müdürlük makamına bağlı olarak 01.03.1977 günlü onay ile "Polis Laboratuvarları Daire Başkanlığı" kurulmuştur.

Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürlükleri sırasıyla; 1962 yılında İstanbul (ilk kuruluş), 1972 yılında İzmir, 1979 yılında Adana, 1981 yılında Samsun, 1983 yılında Diyarbakır, 1985 yılında Erzurum, 1997 yılında Bursa, 2001 yılında Antalya, 2003 yılında Kayseri ve 2004 yılında ise Daire Başkanlığımız Ankara Bölge Laboratuvarı ve Başkanlık olmak üzere ikiye ayrılmasıyla toplam 10 ilimizde bağlı bölgelerine hizmet vermektedirler. Bölge Kriminal Polis Laboratuvar Müdürlüklerimiz merkeze doğrudan bağlı birer taşra teşkilatı olarak hizmet vermektedirler.

Kriminal Daire Başkanlığımız 2002 yılında Avrupa Adli Bilim Enstitüleri Ağı'na (ENFSI) üye olmuştur.

Emniyet Teşkilatı hizmetlerinin daha verimli ve etkin gerçekleştirilmesine yönelik olarak çalışmalar kapsamında, 07/11/2013 tarihli Bakan Onayı ile, Emniyet Genel Müdürlüğü merkez teşkilatında yer alan "Kriminal Polis Laboratuvarları Daire Başkanlığı" ismi "Kriminal Daire Başkanlığı" olarak değiştirilmiştir.

Kriminal Daire Başkanlığımız bünyesindeki Bölge Kriminal Polis Laboratuvarlarımız Antropolojik İncelemeler, Balistik İncelemeler, Belge İncelemeleri, Biyolojik İncelemeler, İz İncelemeleri Kimyasal İncelemeler ve Ses Görüntü Data İncelemeleri olmak üzere 7 temel inceleme alanında hizmet vermektedir.

Kriminal Daire Başkanlığımız hakkında genel bir bilgilendirmenin ardından müsaadenizle Belge İnceleme Şube Müdürlüğümüzün tanıtımına geçmek istiyorum, Şube Müdürlüğümüz değeri ve resmi niteliği olan her türlü belgenin sahte ya da tahrifatlı olup olmadığını, el yazısı ve imzaların belirli bir kişi/aynı bir şahıs elinden çıkıp çıkmadığını ve makine yazılarının hangi makineden elde edildiğini en güncel metot ve cihazlar yardımıyla araştıran ve adli/idari makamlara bu yönde uzmanlık raporu hazırlayan bir birimdir.

Belge İnceleme Şube Müdürlüğümüzün inceleme alanlarından kısaca bahsetmek gerekirse;

El Yazısı ve İmza İncelemeleri; Bir veya birden fazla belge üzerindeki el yazılarının ve/veya imzaların aidiyetinin belirlenmesine yönelik olarak, şahısların mukayese yazı ve/veya imzalarıyla fiziksel hususiyetleri yönünden birebir karşılaştırılması esasına dayanan incelemeler olup, yazı ve imza üzerinden yaş, cinsiyet, karakter, kişisel özellikler gibi hususiyetlerin saptanmasına yönelik incelemeleri kapsamamaktadır.

Belge Sahteciliği İncelemeleri; Pasaport, nüfus cüzdanı, kimlik kartı, sürücü belgesi, çek, motorlu araç trafik ve tescil belgeleri ve diğer resmi evrakların orijinal olup olmadıkları veya üzerlerinde tahrifat yapılıp yapılmadığı tespit edilmeye yönelik çalışmaları içermektedir. Şüpheli belgeler üzerinde mevcut kaşe izleri, soğuk mühür izleri ve mürekkepli mühür izlerini; mukayese edilmek üzere gönderilen örneklerle veya belge türüne göre gerekirse laboratuvar arşivimizde mevcut; kara, hava, deniz, demiryolu hudut kapılarına ait giriş-çıkış mühür izleri, İl Emniyet Müdürlüklerine ait soğuk mühür izleri, yurt dışında bulunan konsolosluklarımızda kullanılmakta olan kaşe, soğuk mühür izleri ve mürekkepli mühür izleri ile talep doğrultusunda karşılaştırma yapılarak, inceleme konusu kaşe izleri, soğuk mühür izleri ve mürekkepli mühür izlerinin sahte olup olmadıkları tespit edilmektedir.

Banknot İncelemeleri(Ön İnceleme); Yerli ve yabancı menşeili banknotların sahte olup olmadığı yönünde inceleme yapılarak talepte bulunan makama ön inceleme raporları düzenlenmek amacıyla yapılan incelemelerdir. Bilinmekte olduğu üzere bu konuda esas rapor düzenleme yetkisi T.C. Merkez Bankasına aittir.

Tahrifat İncelemeleri; Çek, senet, sözleşmeler, nüfus cüzdanı, pasaport, sürücü belgesi vb. belgeler üzerinde; (fiziksel veya kimyasal yolla) silme, ilave, fotoğraf değişikliği, karalama, yırtma, yakma vb. yollarla tahrifat yapılıp yapılmadığını tespit etmeye yönelik çalışmaları içermektedir.

Fulaj İzi İncelemeleri; Herhangi bir belge düzenlenirken kalemin belgeye uyguladığı basınç neticesinde belge üzerinde ve altında bulunan diğer belgeler üzerinde oluşan izlere fulaj izleri denilir ve Belge İnceleme Şube Müdürlüğünde mevcut teknik donanım aracılığıyla bu yazılar okunur/görünür hale getirilebilmektedir.

İğfal (Aldatma) Kabiliyeti İncelemeleri; Yapılan tahrifatın/sahteciliğin iğfal (aldatma) kabiliyetinin bulunup bulunmadığı yönünde inceleme ve değerlendirmeler yapılarak, görüş beyanında bulunulmaktadır.

Bölge Kriminal Polis Laboratuvarlar Müdürlüklerimiz bünyesindeki Belge İncelemeleri Şube Müdürlüklerimizin iş yüküne baktığımızda ise karşımıza çıkan veriler;

BÖLGE KPL MÜDÜRLÜKLERİ	2020		2021		2022		2023 (17 EYLÜL)	
	BULGU SAYISI	UZMANLIK SAYISI	BULGU SAYISI	UZMANLIK SAYISI	BULGU SAYISI	UZMANLIK SAYISI	BULGU SAYISI	UZMANLIK SAYISI
ADANA	47.326	2.453	61.751	2.565	73.751	2.672	31.459	1.185
ANKARA	85.474	3.479	51.282	2.043	49.653	2.189	34.628	1.286
ANTALYA	53.507	2.022	111.058	3.379	99.638	2.715	54.736	1.527
BURSA	67.800	2.206	67.544	2.558	89.656	2.278	51.934	1.522
DİYARBAKIR	84.567	4.513	80.615	4.827	152.269	5.367	39.598	2.458
ERZURUM	31.568	1.596	57.916	2.847	57.793	2.472	12.976	813
İSTANBUL	73.726	7.339	86.310	6.632	73.087	7.153	43.589	3.901
İZMİR	62.904	2.840	58.032	2.623	59.104	2.751	35.775	1.454
KAYSERİ	8.783	1.663	12.906	1.911	54.464	1.941	41.348	1.054
SAMSUN	82.988	2.393	38.833	1.411	29.668	1.000	44.019	1.219
TOPLAM	**598.643**	**30.504**	**626.247**	**30.796**	**739.083**	**30.538**	**390.062**	**16.419**

BÖLGE KPL MÜDÜRLÜKLERİ	UZMAN	ASİSTAN	İNC. TEKN.
ADANA KPL	3	5	0
ANKARA KPL	4	3	0
ANTALYA KPL	2	5	0
BURSA KPL	4	3	0
DİYARBAKIR KPL	6	12	0
ERZURUM KPL	2	5	0
İSTANBUL KPL	2	9	1
İZMİR KPL	2	7	0
KAYSERİ KPL	2	3	1
SAMSUN KPL	2	6	1
TOPLAM	29	58	3

Peki bu iş yoğunluğumuz da dikkate alındığında uzman personel nasıl yetiştiriliyor? Genel olarak bakacak olursak bununla ilgili dünyada ve ülkemizde bir okul yok. Bu usta-çırak ilişkisi ile yani nitelikli bir uzmanın yetişebilmesi için nitelikli bir uzman gözetiminde (bu dünyada kabul gören bir tabirdir) en az 3 yıl işbaşı eğitimi sonucunda bir uzman olacağı kabul ediliyor.

Bu eğitimler hem teorik, hem uygulamalı hem de ilgili alanlarda yapılan geziler şeklinde gerçekleştirilmekte olup eğitim prosedürlerimiz gereği eğitim sonu sınavlarından da arkadaşlarımızın başarılı olmaları gerekmektedir.

Elbetteki uzmanlık raporlarını düzenleyen personelin sadece eğitim alması yeterli kabul edilmemekte olup eğitimler bittikten sonra da yeterliliklerinin denetlenmesi gerekiyor. TÜRKAK üzerinden uluslararası akreditasyon sahibi olan 10 Bölge Kriminal Laboratuvarımız bünyesindeki belge inceleme birimlerimiz tüm alanlarda, diğer inceleme birimlerimizde olduğu gibi görev sahasına giren inceleme alanlarından uluslararası akreditasyon doğrultuda çalışmalarını yürütmekte olduğu gibi, aynı zamanda gerek Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı, gerekse Azerbaycan Enstitüsü ile birlikte CTS ve LAK testleri alarak, bu testlerle birlikte uzmanlarımızın yeterlilikleri de her yıl test edilmektedir.

Bütün bununla birlikte gerek lokal gerekse VKS ile tüm laboratuvarlarımızı katılımı sağlanarak bilgilendirme toplantılarımız da bu eğitim ve denetim süreci içerisinde önemli bir yer almaktadır.

Kriminal Daire Başkanlığımız bünyesinde bulunan Belge İnceleme Şube Müdürlüklerimizin görev sahası, iş yükü ve uzman personel hakkında yapmış olduğum bilgilendirmeyi pekiştirmek amacıyla örnek bir vaka üzerinden anlatmaya devam etmek istiyorum.

2018 yılında S.Ö. isimli bir ressam gezmekte olduğu bir sergideki resimleri incelerken yıllar önce kendisinin yaptığı ve sattığı bir tablonun başka bir isimle imzalanmak suretiyle sergide satışa çıkarıldığını fark etmesi üzerine ilgili makamlara şikâyette bulunmuş, söz konusu şikâyet üzerine tablo ve S.Ö. ile M.Ş.'ye ait mukayese imzalar gerekli incelemenin yapılması için Kriminal Polis Laboratuvarlarına gönderilmiştir.

İncelemeyi yapan Bölge Kriminal Laboratuvarımız Belge İnceleme Uzmanlarımız, tablo üzerinde gerek doküman inceleme cihazları gerekse photoshop vb görüntü programları kullanmak suretiyle yaptıkları incelemeler neticesinde; öncelikle tablo üzerinde iki farklı imzanın varlığını tespit ederek, bu imzalar ile şahıslara ait mukayese imzalar arasında da karşılaştırmalı inceleme yaparak S.Ö.'nün iddiaları ile paralel şekilde imza sahteciliğini tespit ederek raporlandırmışlardır.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Biz de teşekkür ederiz Sayın Serdar NEŞE. Kendisi konuşmasında o kadar çok üzerinde detaylı olarak durulması gereken konudan bahsetti ki onlardan aklımda kaldığı ölçüde bahsedeceğim. Mesela konuşmasının son kısmında sadece kâğıdın üzerine yazılmış bir belge değil bizim inceleme konumuz dedi. Bu çok doğru.

Mesela ben Adli Tıp Kurumunda Fizik İhtisas Dairesinde o zamanki ismi ile Grafoloji Şubesinde çalışırken, mahkemeye davet edildiğimde gittim. Önüme Ticaret Mahkemesi bir çuval saat koydu. Çetin arkadaşımız, o da emekli oldu şimdi. Kendisi Adli Belge Fizik Bölümü Başkanlığı da yapmıştır. İkinci bilirkişi de o. Üçüncü bilirkişi ise Saatçiler Derneği Başkanı. Dedim ki Sayın Başkanım, Ticaret Mahkemesi Başkanına, ne yapacağız biz? Saati inceleyeceksiniz. Bu saatler için paralel ithalatla geldi diyorlar ama öbür taraf da diyor ki, hayır bunlar kaçak girdi. Birkaç tanesi belki paralel ithalattır. Böyle bir yöntem varmış, Amerika'da firma kurmuşlar falan, o detaya girmeyelim. Saati inceleyeceksiniz. Ben itiraz ettim. Saati incelemede bizim rolümüz yoktur demedim, çünkü var. Saatlerin kadranında grafolojik, grafometrik açıdan değerlendirilecek bir dolu unsur var. Biz benzerlik, benzemezlik esaslı gideriz. Ama dedim ki saatçi ile birlikte olmaz. Birlikte rapor yazmak istemiyorum. Ben ayrı hazırlayacağım, o ayrı hazırlasın. Çok ısrarcı oldu Başkan. Mecburen biz raporumuzun ilk kısmını kendimiz hazırladık, bir sonuç verdik. Sonra iç aksamına falan da saatçi bilirkişi verdi. Sonunda rapor yekpare olarak, ancak iki ayrı bölümde hazırlandı.

Bunun dışında mesela ben çok iyi bilirim, şimdi isimleri reklam olmasın diye söylemeyeyim. Bilmem şu salça firması bilmem bu çay firmasının ambalajları taklit edilmiş vesaire bunlar hep adli belge inceleme ve sahtecilik alanına giriyor. Burada yeri gelmişken vurgulamalıyım ki adli belge inceleme disiplinini bir bölümünün İngilizce'de karşılığı "Handwriting Examination"dır.

Yani el yazısı ve imza incelemesi. Diğeri ise "Questioned Document Investigation". Yani sahte belge ya da şüpheli belge incelemesi. Bunu ikisi arasındaki farkı ayırt etmemiz lazım. Özellikle de Yargıtay ayırt edip o uzman sadece imza ve yazı incelemeci mi, yoksa sahtecilik uzmanlığı vasfı da var mı? Ona göre rapora itibar etmeli. Çünkü bir uzmanın sahtecilik uzmanlığı vasfı olabilmesi için bir kere en az 3-4 yıl bu tür dosyaların geldiği laboratuvarda bihakkın çalışıp çok farklı vakaları görüp o sahtecilik tiplerini bilmesi lazım ki bu sahtecilikleri değerlendiren optik cihazların bırakın fizik bilimindeki temelini, o cihazları söküp takacak kadar bir meleke kazanmış olması lazım. Dünyada böyle çünkü.

Adli belge el yazısı imza incelemesi uzmanları var. Hem onu olup üstüne sahtecilik uzmanı vasfını olanlar var. Jandarma ve Polis Kriminal Dairelerinden olan konuşmacılar az önce söylediler, bu laboratuvarlarda asistanların eğitimlerinin nasıl olduğunu ben çok iyi biliyorum, benim şu anda 3 tane doktora öğrencim var Jandarma Kriminal Laboratuvarı Adli Belge İnceleme bölümünden. Onların uzman olmak için aldıkları eğitimler önceden belirlenmiş, standart ve oldukça detaylı. Her aşamadan sonra sınav oluyorlar.

Şimdi yakın zamanda Bilirkişi Daire Başkanlığı bize bir soru sordu bilirkişilik konusunda aksayan yönler nedir diye. Bunları dile getirmek lazım. Ben adli tıp uzmanı arkadaşlarımızın potansiyel olarak çok iyi birer adli belge inceleme uzmanı adayı olduğuna inanıyorum. Ancak sadece mevcut eğitimleri ile bu alana soyunmaları yanlış olur. Bunun dışında grafometri bölümüne değinmek lazım. Bilirkişilik yasasıyla Güzel Sanatlar Akademilerinden bir anda adli belge incelemeciler oluşuverdi. İtiraz ettik, ama çok sesimizi duyuramadık. Mahkeme bir dosyayı Güzel Sanatlar Akademisine gönderdiğinde akademi biz böyle bir inceleme yapmıyoruz, bizde bu alanda eğitim veren bir bölüm yoktur diye yanıt veriyor. Ama mahkeme o fakülteden birisini davet edip de dosyayı doğrudan tevdii ettiğinde birçoğu reddetmiyor. Bahsi geçen bu bilirkişiler bu dosyaları yapa yapa kısmen de olsa öğrendiler. Şimdilerde biraz daha iyi raporları. Allah aşkına bu kadar ucuz mu, vatandaşların milyon dolarları senelerce sürüncemede mi kalacak? Bu yüzden de her fırsatta adli tıp uzmanı genç arkadaşımıza tavsiye ediyorum, sakın ha kazancın büyüsüne kapılıp adliyeye gider gitmez bu tür dosyaları kabul etmeyiniz. Soruyorum salondaki hâkimlere ve bu konuda bilirkişilik dosyası alanlara acaba kaç tane rapordan sonra nihai rapora ulaşılıyor? Özellikle çok yüksek rakamların söz konusu olduğu çek ve senetlerde ya da büyük hacimli mal alışverişlerinin gerçekleştiği belgelerde yer alan imzalar ile ilgili dosyalarda çok sayıda bilirkişi raporu görüyorum. Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsünde bana gelen dosyalar arasında önceden 2-3 rapor alınmış, bir kez de siz inceleyin diye gelenler var. Bu ekonomik bir yargılama mıdır? Yani yargılamanın uzamasından öte vatandaşlar hele hukuk mahkemesi ise bunlara para verip duruyor. Dolayısıyla bunlar çözüme muhtaç hususlar. Lütfen bunlara yüksek yargı mensupları olarak birer içtihadınızda değininiz. Bunun tesiri olacaktır, inanıyorum.

İtiraz ettik, ama çok sesimizi duyuramadık. Mahkeme bir dosyayı Güzel Sanatlar Akademisine gönderdiğinde akademi biz böyle bir inceleme yapmıyoruz, bizde bu alanda eğitim veren bir bölüm yoktur diye yanıt veriyor. Ama mahkeme o fakülteden birisini davet edip de dosyayı doğrudan tevdii ettiğinde birçoğu reddetmiyor. Bahsi geçen bu bilirkişiler bu dosyaları yapa yapa kısmen de olsa öğrendiler. Şimdilerde biraz daha iyi raporları. Allah aşkına bu kadar ucuz mu, vatandaşların milyon dolarları senelerce sürüncemede mi kalacak? Bu yüzden de her fırsatta adli tıp uzmanı genç arkadaşımıza tavsiye ediyorum, sakın ha kazancın büyüsüne kapılıp adliyeye gider gitmez bu tür dosyaları kabul etmeyiniz. Soruyorum salondaki hâkimlere ve bu konuda bilirkişilik dosyası alanlara acaba kaç tane rapordan sonra nihai rapora ulaşılıyor? Özellikle çok yüksek rakamların söz konusu olduğu çek ve senetlerde ya da büyük hacimli mal alışverişlerinin gerçekleştiği belgelerde yer alan imzalar ile ilgili dosyalarda çok sayıda bilirkişi raporu görüyorum. Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsünde bana gelen dosyalar arasında önceden 2-3 rapor alınmış, bir kez de siz inceleyin diye gelenler var. Bu ekonomik bir yargılama mıdır? Yani yargılamanın uzamasından öte vatandaşlar hele hukuk mahkemesi ise bunlara para verip duruyor. Dolayısıyla bunlar çözüme muhtaç hususlar. Lütfen bunlara yüksek yargı mensupları olarak birer içtihadınızda değininiz. Bunun tesiri olacaktır, inanıyorum.

Evet, bir sonraki arkadaşımız yine bu alanın eskilerindendir. Mustafa Fatih YAVUZ Adli Tıp Enstitüsünde yıllarca birlikte çalıştığımız arkadaşımız, şimdiki Adı Adli Bilimler ve Adli Tıp Enstitüsü. Kendisi 2018'de emekli olurken Enstitünün eski adı ile emekli olduğu için öyle yazmış özgeçmişine Fatih Hoca. Şu anda da İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesinde öğretim üyesi olarak çalışıyor. Evet, buyurun Hocam.

Mustafa Fatih YAVUZ (Konuşmacı):
24 yaşında göreve başladığım ilk günkü idealim 55 yaşında emekli olmaktı. Onu gerçekleştirdiğim için hakikaten keyifli bir süreç. Ama yine adli tıp alanındaki çalışmalar devam etmekte.
Yıl 1987, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldum. Plastik cerrah olmayı planlarken kendimi Adli Tıp Kurumunda buldum. Başlangıçta ilk 4 ay morgda çalıştım ki normalde 6 aydır. En kısa süre morg rotasyonu yapan asistan benim herhalde. Ardından Fizik İhtisas Dairesi Belge İnceleme Bölümüne verildim ve 8 ay boyunca burada çalıştım. Ben doktorum, hasta zaten adli tıpta yok da fizikte hiç yok, o dönem çok şikâyet etmemle birlikte sonradan başka bir yerde alınamayacak o 8 aylık eğitimin yararını adli tıptaki 35 yıllık geçmişimde gördüm.

Hayrettin Hocanın oluşturduğu temelde Adli Tıp Kurumu, belge inceleme alanında çok iyi ve oradan alınan eğitimle bugün üniversitelerde bu alandaki uzmanların da etkili çalışmasına yol açan bir Kurum.

Ama o günlerden beri hep aklımıza takılan bir soru vardı. Tamam, çok iyiyiz ama el yazısı ve imzalarda yaş tayini konusunda bir etkinlik yok. El yazılarında yaş tayini adli tıbbın sorunlu bir konusu. 2005 yılında bir görüş verdim Yargıtaya. O güne kadar yaş tayini yöntemi yok denilirken, son yıllarda gelişen teknikler de göz önüne alındığında yazı ve imzayı oluşturan mürekkebin kimyasal analizi ile yarılanma ömrünün belirlenmesi sonucu yaş tayini, imzanın bulunduğu belgedeki yazı ve imzanın yerleşim ilişkisi yani alt üst ilişkisi ve imzada zamana bağlı olarak meydana gelen kişinin imzası 10 sene 20 sene önce, 30 sene öncesi değerlendirilmesi gibi yöntemlerle de yazı ve imzada zaman belirlenmesi mümkündür içerikli genel bir görüş bildirdim. Eş zamanlı olarak da, Adli Tıp Enstitüsünde, diğer üniversitelerde böyle çalışmaların da varlığını vurgulayarak bu alandaki çalışmaların gerekliliğini vurguladık.

Zira, mahkeme imza aidiyeti ve imza yaşının belirlenmesi istemi ile bilirkişi heyeti oluşturuyor, bir belge uzmanı, yanında iki kimya hocasından oluşan. Rutin olarak belge inceleme uzmanı olarak imza aidiyeti ile ilgili sayfalar dolusu raporu yazıp, yaş tayinine ilişkin değerlendirme için iki kimyacı bilirkişiye yönlendiriyoruz. Onların klasik iki satırlık bir cümlesi var. Böyle bir yöntem yoktur diye. O iki satır her dosyada rutin olarak rapora ekleniyor. 20-30 yıldan bu yana yeni hiçbir şey yok, 100 raporun 100'ü de böyle. Peki, bu görüşü verdik ne oldu? 10 gün kadar sonra Yargıtay bir karar verdi. Bir davada genel bilgi için istenmişti o görüş. Dava konusu belgedeki yazı ve imzaların yaş tespitinin usule uygun yapılarak çıkacak sonuca göre mahkeme karar versin diyerek bozdu o dosyayı Yargıtay.

Daha sonra Yargıtayın bir kararı var. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsünce mürekkep tahlili yoluyla yazı ve imzanın yaş tespiti yapılabildiği gibi ki o dönemde belge inceleme biriminin sorumlusu benim, böyle bir yazımız, sonuçlanmış bir çalışmamız yok.

Adli Tıp Kurumu diyor ki ben böyle bir çalışma yapmıyorum. Bunun üzerine Yargıtay yine bir kararında yaş tayinini Adli Tıp Kurumu her ne kadar yapmasa da emniyet ve jandarma kriminal, polis laboratuvarı tarafından yapıldığı anlaşılmakla diyerek mahkeme kararını bozuyor. Oysa yıl 2023, hali hazırda hiçbir resmi belge inceleme kurulunda, kabul gören bir yöntem bulunmadığı gerekçesi ile mürekkep yaş tayini çalışması yapılmamaktadır.

Peki, yaş tayini ile ilgili hiç çalışma yapılmıyor mu?
El Yazısı ve imzalarda oluşturulma zamanının belirlenmesi için 3 temel yöntem mevcut.

a- Çakışma noktalarının analizi ile yazılma sırasının belirlenmesi
b-İmza ve el yazısında zamana bağlı olarak gözlemlenen değişikliklerin belirlenmesi.
c-Mürekkep analizi

Çakışma noktalarının analizi ile yazılma sırasının belirlenmesini, özellikle açığa atılmış bir imzanın sonradan üstü doldurularak belge haline getirilmesi durumunda; yazılı metin ile imza arasında çakışma mevcutsa, alt üst ilişkisinin saptanması ile yapılmaktadır. Günümüzde gerek kurumsal gerekse de bireysel bilirkişilik bazında oldukça etkili bu yöntemle yapılan çalışmalar. Kullanılan çok çeşitli cihazlar var. Bunların tespit oranları %90'lar civarında ama önemli vakalarda da daha geniş cihaz kombinasyonu ile %100'e varan sonuçlar elde etme imkânımız bulunmakta.

İmza ve el yazısında zamana bağlı olarak gözlemlenen değişikliklerin temeline bakarsak; el yazısı yazılırken, imza atılırken beyindeki merkezde yazılacak yazı, imza yapısal olarak oluşturuluyor. Tıpkı bilgisayar ve yazıcı gibi düşünürsek, yazı, beyin tarafından tüm nitelikleri ile (büyük küçük harf kullanımı, ayrık-birleşik yazı, kaligrafik yazı vb) oluşturulduktan sonra yazılmak üzere sinirsel ileti ile yazıcı organa, ele gönderiyor. Bu süreç, imzada ve el yazısında nasıl bisiklete binerken ilk pedal istemli çevrilir ama devamında pedal çevirme eylemi otomatikleşir, aynı şekilde el yazısı ve imzada da otomatizma gelişir. Bu da, imzanın o kişiye özgün bir form haline gelmesini sağlar ki belge inceleme alanında da bu özgünlüğe dayanarak el yazısı ve imza kimliklendirmesini yapabiliyoruz. Temel özellikleri değişmemekle birlikte, yaşla ve Alzheimer, Parkinson gibi bazı hastalıklar nedeni ile değişimler gözlenmektedir. Örneğin, Alzheimer hastalığının tanısını el yazısı ve imza incelemesi ile koyabilmek olasıdır. İmza ve el yazısında zamana bağlı olarak gözlemlenen değişikliklerin saptanması 1-5 yıl gibi süreler için olmasa da 10-20-30 yıllık geçmişte atılmış imzaların günümüzde atılıp atılmadığı konusundaki sorulara çok rahatlıkla cevap verebilmek mümkün. Uygulamada, bu yöntemle ilgili çok sayıda raporlama yaptık. Kurumun da başarılı bir şekilde bu alanda çalıştığını görüyoruz.

Üçüncü konu da mürekkep analizi ile yaş tayini. Son 20-25 yıldır hem Batı gündemini hem ülkemizi bilimsel araştırmalarla da olumlu yönde oldukça meşgul eden bir çalışma.

Buradaki istenilen ne? Elimizde mürekkep var. Bu kullanılmış, kâğıda aktarılmış mürekkep. Bunun ne zaman kağıda aktarıldığını saptamaya çalışıyoruz. Kullanılan belli parametreler var. İçinde ne var? Boya maddesi var mürekkebin. Uçucu bileşikler var ve reçineler var. Üç temel maddenin değişimi üzerinden çalışmalar yapılıyor ama bu değişimlerin belirlenmesi yeterli mi sadece? Mürekkebin üretim özelliklerinin yanı sıra belgenin hangi koşullarda, ne şekilde beklediği de çok önemli. Bununla ilgili değerlendirmenin statik, dinamik ve destekleyici yöntemleri bulunmaktadır. Ülkemizde bu çalışmaların yapılmasını en çok destekleyen kişilerden biri olarak, bu alanının çok önemli potansiyelinin varolduğunu düşünüyorum. Çalışmalar bugüne kadar hep tükenmez kalemlerle ağırlıklı olarak yapılırken son zamanlarda jelpenle, yazıcı mürekkepleri ile ilgili de çalışmalar yapılmaktadır. İki temel çalışma alanı bulunmaktadır mürekkepten yaş tayini dediğimiz zaman. Bunları ayırmak lazım.

Birincisi mürekkebin yapı analizi, yani mürekkebin kimliklendirilmesi. Bu nispeten daha az karmaşık ve ülkemizde de gerçekleştirilebiliyor ama bu bize ne sağlıyor uygulamaya geldiği zaman? İki farklı kalem varsa bunları gösterebiliyor. Bu çok zorlandığımız bir konu değil aslında. Çünkü spektral incelemelerle de bunu yapıyoruz ama yine de destek bulgu olarak önemli. İkincisi ve sorunlarla karşılaştığımız konu mürekkep yaşının belirlenmesi. Mürekkep kağıda aktarıldığı ilk andan itibaren değişimler başlıyor, boyar madde ve pigmentler, renk vericiler bozulmaya başlıyor. Çözücüler, uçucu çözücüler onlar, buharlaşıyor ve reçineler de sertleşiyor. Belgenin oluşturulma zamanı ile ilgili çalışmalar da bu değişimler belirlenmesine dayanıyor. Mürekkep yapı analizi çözümlendi. Orada bir sorun yok ama yazı yaşına ilişkin çalışmalar hala deneysel düzeyde. Kâğıt ve mürekkep yapısındaki değişiklikler, yazı aracının özellikleri, belgenin saklama koşulları, örneğin yani odanın nem oranı, hava akımı, kâğıtların üst üste mi durduğu, kapalı bir dolapta mı duruyor, yoksa üzerinde başka bir şey mi var bunlar o kadar çok etkili değişkenler ki, bunlar bilinmeden sağlıklı bir sonuca ulaşmak çok zorlu olabiliyor. Bütün bu değişkenlerin fazlalığı da net bir tarih verilmesini kısıtlıyor. Örneğin, 10 sene sonrasında yapılan analiz ile belgenin 15 Ekim 2013 tarihinde oluşturulmuş olduğu şeklinde bir değerlendirme henüz yok.

Neden? Çünkü ortada standart tükenmez kalemler yok, kullandığımız kalemlerin çoğu farklı üretimler. Kimyasal kimliği belirsiz, çoğu Çin üretimi. Kendi bir künyesi yok o mürekkebin. Ama ağırlıklı ne yapabiliyor? Bir belge iki farklı yazımın arasındaki öncelik sonralığı söyleyebilmek mümkün. Yani yazı 6 ay önce oluşturulmuşsa evet söyleyebilen bir yöntem. Ama bu da son 2 sene ile kısıtlı. Bugün 2023 Ekim. 2021 Ekim ayına kadar geçmişi olan belgelerde etkili sonuçlar alınabiliniyor, o da 6 aylık dönemlerde sınırlı. Ancak, biliyorsunuz soruşturma ve kovuşturma sürecinin uzunluğu, bu 2 yılın efektif kullanımını da kısıtlıyor ne yazık ki.

Her belge kendine özgü. Bir belgede sonuç verilip verilememesi o belgenin özgün niteliklerine bağlı. Mürekkep analizi ile belgenin

oluşturulma zamanının belirlenmesine yönelik günümüze kadar yapılan bütün çalışmalara göz attığımızda; %54 oranında doğruluk tespiti yapılan çalışmalarda var ama zaten yazı tura atsanız %50'dir ulaşacağınız sonuç. Farklı bazı çalışmalarda daha yüksek oranlarda görüyoruz. Ancak şu an bizim beklediğimiz, bu yöntemlerle ilgili çok yüksek bir oran ki bilimsel açıdan %95 güvenilir aralığında bir yöntemin geliştirilmesi. O yöntem kullanılarak Adli Tıp Kurumu da aynı sonucu verecek, Polis ve Jandarma kriminal laboratuvarları da verecek, İstanbul Üniversitesi de o sonucu verecek gibi, doğruluğu test edilerek kanıtlanmış geçerliliği güvenilirliği bilimsel standartlarda bir yöntem olması lazım adli konularda kullanılabilmesi için.

Örnek olarak size DNA analizlerini vereyim. DNA analizi ile kimliklendirmeyi 1985 yılında Dr. Jeffrey sundu ki o zamana kadar bilinen bir yöntem değildi. Birçok merkezde bu yöntem bağımsız olarak çalışıldı, testleri yapıldı ve sonuçlar %95 güven aralığının da çok üstünde çıkınca, Avrupa'da 90'lı yıllarda mahkemeler bu yöntemin adli amaçlı kullanımını kabul etti. Ülkemizde de adli tıp alanında 90'lı yıllarında ortasında başladı çalışmalar ve benzer sonuçlara ulaştık. Yargıtay da değerlendirmesinde, sonuçların analiz kesinliğinin %99,77'nin üzerinde olması durumunda, bu yöntemin adli amaçlı kullanımının kabul edilebileceğini belirtti. Bugün geldiğimiz duruma bakın 20 senede. Sokaktaki insan bile DNA'nın ne olduğunu ve ne amaçla kullanıldığını biliyor. Ancak, mürekkep analizi ile belgenin oluşturulma zamanının belirlenmesine yönelik yöntemler güncel olarak henüz bu noktada değil, çok sayıda çalışma yapılıyor ama standart bilimsel bir yöntem ortaya konulamadı henüz.

Güncel olarak, Adli Tıp Kurumu, Polis ve Jandarma kriminal laboratuvarları, Adli Tıp Enstitüsü, Yeni Yüzyıl Üniversitesi gibi resmi belge inceleme birimi bulunan merkezlerde mürekkep ile yaş tayini çalışması yapılmıyor. Yapılıyor diyen var mı? Yok ama yapılamadığına yönelik 5 sene önce belge inceleyen birimi sorumlusu Adli Tıp Enstitüsünde savcılığa verdiğimiz resmi görüş bildirdiğimiz yazı sonrası savcılık beni çağırdı şikâyet üzerine yanlış beyanda bulunmak iddiası ile. Böyle bir bilinmezlik içerisinde çalışılıyor. Ne yazık ki savcı Adli Tıp Enstitüsüne veya diğer bilirkişilik kurumlarına sormuyor böyle bir çalışma yapılıyor mu diye.

Bilimsel çalışmaların uygulamaya yansıması kaydıyla değerli olduğuna inanıyorum. Yani sanat sanat için olabilir ama bilim bilim için değil, insanda dâhil tüm varlıklar içindir. Eğer biz mürekkep analizini bilimsel yöntemlerle adli delil konusunda kabul etmeden uygulamaya sokarsak bakın ne oluyor? Bir örnek vereceğim uygulamada karşılaştığımız vakalarla ilgili.

Türkiye'deki bir vaka, adli süreç tamamlandığı için örneklemesini yapacağım. X bankası ve bir şirket arasında vefa sözleşmesi, borç tasfiyesi gibi büyük hacimli bir sözleşme mevcut. İki tane nüsha var ortalıkta. Birisi tapuda, diğeri bankada duruyor. Tapudaki sözleşmenin bir maddesinde bir eklenti var ki önemli bir eklenti ve bütün sözleşmeyi tersine çeviriyor. Mahkemede şirketin iddiası tapudaki eklenti içeren sözleşmenin gerçek olup bankadaki ikinci nüshanın sahte olduğu yönünde. Dava konusu sözleşme 5 sayfalık belge ve her sayfasında beşer tane imza bulunuyor banka ve şirket yetkililerine ait.

Mahkeme imza incelemesi ve eklentinin tahrifat olup olmadığı hususlarında bir inceleme talep etmeksizin doğrudan belgeler arasındaki oluşturulma zamanının belirlenmesi için bilirkişi incelemesine başvuruyor. Uzmanın verdiği rapor da tapudaki mürekkeplerin bankalarına göre 3-5 yıl daha eski olduğu yönünde yani tapuda bulunan şirketin sunduğu gerçek, bankadaki sahtedir, sonradan düzenlenmiştir diye görüş veriliyor. Bunun üzerine göz önüne biz mahkemeye bir görüş sunduk bilirkişi raporunun gerçekleri yansıtmadığına ilişkin. Bilirkişi raporunda bütün analizler yanlış yorumlanmış ve ikinci belgedeki fenoksietanol değerleri daha fazla olarak gösterilmiş ama bu belgeye bakıldığında, bu belge 5 sayfa, en üstteki sayfayla ikinci, üçüncü, dördüncü sayfanın fenoksietanol değerleri diğer belge ile arasındaki farktan çok daha fazla. Yani bu analiz yöntemi belirleyici bir kriter değil ki bu yöntem artık dünyada güvenilir olmadığı için kullanılan bir yöntem olarak kabul görmüyor artık. İki belgedeki 5 ayrı kişiye ait tüm imzalarında kişilerin eli ürünü olduğunu göz önüne alırsak mantıksal örgüye de uygun değil iki nüshanın farklı zamanlarda oluşturulduğu görüşü. Bu tartışma sürerken bir ay sonra BDDK'da aynı sözleşmenin üçüncü nüshası ortaya çıktı. Bankalararası Denetleme Kurulu da olayı soruşturmaya almış. Onlardaki belge de zaten her üç nüshanın eş zamanlı oluşturulduğu ve eklenti kısmının da sahte olarak düzenlendiğini de göstermiş oldu.

Sonuç olarak, bu alandaki bilirkişi incelemesinin bilimsel kriterlere dayanması ve bilimsel süzgeçten geçmesi ve geçerlilik ve güvenilirliği bilimsel standartlarda olan yöntemlerin adli konularda uygulamaya konulması gerekir dediğimiz zaman uygulamada sağlıklı sonuçlara ulaşmak mümkün olacaktır.

Bitirirken; mürekkep analizi ile yaş tayinini ile ilgili çalışmalar yoğun olarak devam ediyor. Yöntem henüz tam olgunlaşmadı ama geleceğe yönelik projeksiyonu oldukça umut verici gözüküyor. Ancak henüz elimizde mürekkep analizi ile belgenin oluşturulma tarihini tespit edebilecek test edilmiş ve kabul gören bilimsel bir inceleme yöntemi yok. Güncel durumda, el yazısı ve imzalarda zamana bağlı olarak gözlemlenen değişiklikler ile çakışma noktalarının analizi, bir belgenin oluşturulma zamanının belirlenmesinde oldukça güvenli ve etkili olarak kullandığımız yöntemlerdir. Teşekkürler.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Biz teşekkür ederiz. Şimdi bugün Sayın Eyup YEŞİL Bey'in burada olması bizim için bir şans. Mesajlarımızı iletebileceğimiz doğru kişi karşımızda, yani havaya konuşmuyoruz diye düşünüyorum.

Fatih Hocanın söylediği gibi çakışan çizgiler şunun için önemli. Örneğin, boş kağıda imza atılmış, buna açığa imza ya da beyaza imza gibi tabirler kullanılıyor avukatların jargonunda. Adam karşısındakine güvenerek veriyor bu imza içeren boş kağıdı. Ortağına veriyor, çok güvendiği, oğlumdan öte dediği elemanına, sıklıkla şartlar ne gerektiriyorsa ona göre karşı firmaya teklif sunulması için veriyor. Ben artık asistanlarıma, öğrencilerime aman eşinize dahi vermeyin. Mutlu günlerinizde sorun olmaz belki, ancak o kağıdın kullanılmayıp o hali ile saklanma ve gerektiğinde kullanılma ihtimali var. Üstüne sonradan el yazısıyla, daktilo ederek, bilgisayar çıktısıyla ile imza sahibini borçlandıran metin yazılıyor. Bu belgelerde eğer sonradan eklendiği iddia edilen metin ile imzanın milimetrik kısmı dahi üst üste geldi, çakıştıysa yazımı önce imza önce atıldı ayırt etmek için evvelce çalışılmış bazı yöntemler var. Bunlardan bir kısmını Rıza Hoca da söyledi sunumunda. İşte 3D profilometri vesaire.

Yalnız bizim son yayınımızı herhalde hem Fatih Hoca hem Rıza Hoca kaçırmış. Araştırmamız Journal of Forensic Science'ta daha bu yıl yayınlandı. Yeni bir metot diye "Technical Note" olarak çıktı. Bizim metodumuzda" 3D scanning" ile yani üç boyutlu tarayıcı kullanılarak ve geliştirdiğimiz yazılım ile çakışan çizgilerin sırasını hemen hemen her mürekkep türünde ve renginde hatta toner ile mürekkep çakışmalarında ayırt ettik.

Bu şu anlama geliyor. Eğer imza altta, daktilo veya yazıcı çıktısı üstte ise-bu tespiti siz hâkimler hükmünüze esas olacak şekilde diğer delillerle birlikte değerlendireceksiniz-metnin imzadan sonra belgeye eklenme ihtimali oldukça yüksektir. Çünkü normalde ne beklenir? Kişinin yazıyı okuması, metni onaylıyorsa altına boşluğa imza atması beklenir değil mi? O yüzden bu çakışan çizgiler çok önemli. Biz bu tekniği İstanbul Teknik Üniversitesi ile Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü ortaklığı ile gerçekleştirilen TÜBİTAK projesi sayesinde hayata geçirdik.

Yeni geliştirilen yöntemlerin önemli dergilerde yayınlatılması çok önemli. Dünyada gelişmiş ülkelerde Daubert Kriterleri denilen ve delilin mahkemede kabul edilebilmesi için gerekli kıstaslar listesi var. Bu delilin kanıt değeri. Maalesef bizim ülkemizde bu yok. Yani yarın birisi çıkar der ki kulak izinden ben faili buldum. Öbürü der ki dudak izinden, DNA'yı kastetmiyorum, dudağın o bildiğimiz izinden, ben faili buldum. Bu kural Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hukuk sisteminden gelen bir şey. Bir delilin kanıt değeri olması için 4-5 tane kriteri karşılaması gerekiyor. Bu kriterlerden bir tanesi, yöntemin iyi bir dergide yayınlanması ve o disiplinin meslek mensupları tarafından kabul edilmesidir. Önemli ikinci bir kriter yöntemin başka akademisyenler tarafından birebir uygulandığında aynı sonuca varılmasıdır. Fatih Hoca dedi ya, adli tıp da yapsa, jandarmada, polis de yapsa, üniversite de yapsa mürekkep yaşından aynı sonuç alınıyor ise bu yöntem Daubert 'in dört kriterinden birini karşılamıştır.

Beklentim, sizlerin de teşvikiyle "Türk Hukuk Sisteminde bir Delilin Kanıt Değeri Olduğuna İlişkin Kurallar" adı ile bir içtihat oluşturulmalıdır. Eğer Türkiye'de yeni bir metot uygulamaya girecekse, mahkemeler nezdinde kabul görmesi için bu kuralları karşılaması gerekmelidir. Bu konuyu birkaç gün önce Profesör Ahmet GÖKÇEN Hocaya sordum. "Ya Hocam siz ne derseniz biz uyuyoruz" dedi. Bence böyle olmamalı. Eğer uluslararası geçerliliği varsa metodun uyulmalı. O yüzden lütfen Türkiye'de de yeni bir yöntem buldum diyene hemen inanmayın. Bir de bulunan yeni yöntemleri sizlere anlatabilmemiz lazım. Aksi takdirde Yargıtaya 3-4 yıl sonra dosya geldiğinde çok geç oluyor ve belki de yeni metottan haberdar bile olunmuyor. Hep eski geleneksel cümlelerle yürütülüyor süreçler.

Mesela Serdar arkadaşımız dedi ki "yaş, cinsiyet, sağ el, sol el kullanımı" konusunda görüş bildirmiyoruz. Bunlar evet temelde doğru, hiçbirimiz kesin budur demiyoruz, ama bazen bazı bilgileri hâkime vermek lazım. Örneğin sol elini kullanan kişilerin büyük ekseriyetle kalem çekiş yönleri sağ elini kullananlardan farklıdır. Bunu rapor etmeliyiz mesela. Biz akademide çalışanların bir avantajı da akademik bilgiye ulaşma kolaylığımız, az rapor talebi gelmesi nedeni ile bir dosyaya daha fazla zaman ayırabilmemiz, gerekirse o konuda deneysel çalışma yaparak bir takım ilave veriler elde edebilmemizdir. Mesela biz Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsünde az sayıda olsa da bazı vakaları nöroloji kliniğine gönderdik. Kişinin tremorunun yani el titremesinin tipini öğrendik. Yani imza atan şahsın el titremesi Parkinson'a mı bağlı yoksa bir esansiyel tremor mu, yaşlılıktan ya da aileden gelen mi?

Bu sayede titremenin el yazısına sirayeti değerlendirilebilir. Siz verilen her sonuca itibar etmek durumunda değilsiniz. Ancak rapor objektif verilerle desteklenmiş ve sizin dosya kapsamında elde ettiğiniz diğer delillerle örtüşüyorsa raporumuzu dosya münderecatı ile birlikte değerlendirip hükmünüzü inşa etmeniz daha kolay olacaktır. Vicdani kanaat sizin. Cübbe sizin üzerinizde. Bize düşen sorumluluk bulabildiğimiz her veriyi size vermeye çalışmak olmalı. Bu kurumsal yapı içerisinde her zaman mümkün olmuyor, yani jandarma ya da polis kriminal veremez sol el kullanımına ait veriyi. Doğru da olmaz, raporların standardı olmaz. Ancak akademisyen raporunda yer alabilir kanaatindeyim.

Bir şey daha söyleyip konuyu bitirmek istiyorum. Bu çakışan çizgilerde "speckle" toner partikül sayısı. Toner noktacıkları. Bunlar imzanın üzerinde mi altında mı? Toner partikül sayısı imzanın önce mi sonra mı atılmış olduğuna göre farklı oluyor. Şu anda yaptığımız bir çalışma bu konuda, henüz yayınlanamadık. Bu iki veri yani 3D scanning ile tarama ve toner partikül sayımı ile çakışan çizgilerin kağıda yapılış sırasının tayini boş belgeye atıp üstü doldurulmuş belge iddialarında son derece etkili veri sunuyor. Genelde de bu belgeler milyon dolarlık oluyor nedense. Evet, siz de bir şeyler söyleyeceksiniz.

Ahmet Cahit İYİLİKLİ (Moderatör):
Şimdi, sosyal bilimci olarak şimdi etimolojik olarak hikmet sözünden mülhem hakikati bulmak, adli tıp doğruyu bulmak. Önce Fatih Hocam bahsederken dedi ki, 20 yaşındaki birinin imzasıyla 60 yaşındakinin imzası aynı olmayabilir. Doğru mu Hocam? Öyle anladım.

Şimdi mesela Hocam dedi ki Yargıtay önünü açmalı. Şimdi kriminoloji, jandarma, emniyet ve adli tıp arasında tedrici ve hiyerarşik bir yapı yok. Ama Yargıtay uygulamaları ile bir belirleyici hakem konumu geçerlilik kazanmış. Amaç hakikati bulmak. Ama hâkim de teknik konularda bilirkişiye muhtaç.

Şimdi yaptığımız bir hata mesela. Oturarak ayakta imza alıyoruz. Dün öğrendiğim bir husus. Bugün hocamla da istişare ettim. Aslında asıl olan kişinin el refleksinin sağlanması ve fasılasız olarak 9 sayfa, 10 sayfa. Çünkü kişi kasıtlı olarak beyin eline sahtecilik iradesini dikta etse bile uzun süre imzadan sonra artık beyin yorulduğu için el kendi refleksine giriyor. Dolayısıyla Hocamın bahsettiği ve konuşmacılardan zihnimde mayalanan şu. Sanki bütün bunlar biraz veciz kullanacağım, galat-ı meşhur fasih-i mehcurdan evladır. Yani, yaygın bilinen hatalar az bilinen doğruların önüne geçiyor. Bu konuda hâkimin teknik bilirkişiden brifing alması hakikati bulma adına elzemdir diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

Faruk AŞICIOĞLU (Moderatör):
Biz de teşekkür ederiz. Aştık 10 dakika ama yine de 5 dakika ile sınırlı olmak üzere soru ve katkısı olan var mıdır? Yoktur. Peki, o zaman demek ki çok sarih bir şekilde seyretti konuşmalar.

Çok teşekkür ediyoruz, saygılarımızı sunuyoruz.

4. GÜN
2. OTURUM

ADLİ BİLİŞİM

ADLİ BİLİŞİM OTURUMU



Eyup YEŞİL (Moderatör):
Değerli katılımcılar bu güzel Antalya pazarında ve güzel sonbahar gününde deniz yerine toplantıyı tercih etmiş olmanız sebebi ile teşekkürlerimizi sunuyoruz. Öncelikle Adli tıp Kurumu Başkanımız ve toplantıyı tertip eden katkı sağlayan tüm görevlilere içten teşekkürlerimizi sunuyoruz. Türkiye'nin saygın üniversitelerinde alanlarında otorite olan çok değerli hocalarımızı, burada dinleme ve onların görüşlerinden istifade imkânı sağlandı. Biz yargı teşkilatı ve Yargıtay olarak bu sempozyumdan çok ciddi sonuçlar çıkarıyoruz. Bir kısım hocalarımızın ifade ettikleri gibi bu toplantıların daha sınırlı alanda ve bizzat ilgili kurum temsilcilerinin olduğu ortamda yüz yüze yapılması çok fayda sağlayacaktır. Yargıtay olarak bu konuda her türlü desteği vermeye hazırız.

Sunumda bir sahtecilik dosyası ile ilgili karar tartışıldı. Henüz bilirkişilik alanında keşfedilmeyen bir tekniğin kullanılması için Özel Dairenin bozma yaptığı anlaşılmaktadır. Bu durum bilgi eksikliğinden kaynaklandığı gibi üzülerek ifade etmek gerekir ki bu yönde inceleme yaptığını söyleyen bazı laboratuvarlar da vardır. Özel laboratuvarların Jandarma ve Polisin kriminal laboratuvarlarının çalışmalarını takdir etmekte birlikte bilirkişilik konusunda Adli Tıp Kurumunun otoritesi ve belirleyiciliği tartışmasızdır. Raporlarındaki görüşler adaletin tecellisi bakımından mahkemelere ciddi şekilde katkı sağlamaktadır.

Ceza yargılamasında bir dava açıldığında hâkimin çözmesi gereken iki sorun vardır. Bunlardan birincisi maddi olayın tespitidir, yani geçmişte yaşanan bir olayın ne şekilde yaşandığını deliller aracılığıyla tespit edilmesidir, biz buna maddi gerçeğe erişim diyoruz. Her olayda bütün boşluklar deliller ile doldurulmadığı için hâkim tarafından vicdani kanaat kullanılır. Bu aşamada ehil ve dürüst bilirkişiliğin çok büyük bir önemi haiz olduğunu ifade etmek gerekir. İkinci aşama ise tespit edilen olayın bir suç oluşturup oluşturmadığı, oluşturuyorsa hangi suçun oluştuğunu tespit etmek ve cezai yaptırımı uygulamaktan ibarettir.

Geçmiş yıllarda adli olaylarda bilirkişi olarak genelde pratisyen hekimlerle sorunu çözmeye çalışıyorduk. Gelişen teknik ve ekonomik koşullar illerimizin tamamında ve büyük ilçelerde Adli Tıp Şube Müdürlükleri ve Grup Başkanlıkları oluşturulması neticesinde konunun uzmanı hekimlerin katkısıyla adli soruşturmaların yürütüldüğünü görmekteyiz. Bir şüpheli veya sanık ne kadar profesyonel olursa olsun suç işlediği yerde mutlaka kendisine erişilecek iz bırakır. Olay yeri incelemesinde bilim ve teknolojiden yetişmiş uzmanlardan yararlanırsak o kadar çok fayda sağlarız. Yani delil kaybolma ihtimali en aza indirilerek delilden faile gitme ilkesine uygun soruşturma yapılmış olur. Ceza yargılamasında yaptırım ne kadar ağır olursa olsun somut eylem teknik delillerle ispat edilmişse vicdani kanaat kullanırken veya yaptırım uygularken hâkimler rahatlıkla karar verebileceklerdir. Bu nedenle bilirkişilerin de adalete sağladıkları katkı tartışılamaz derecede faydalıdır.

Ağır Ceza Mahkemesi Başkanı olarak görev yaptığımız yerde küçük yaşta bir kız çocuğuna tecavüz edilerek öldürülmüş ve olayın faili olarak da bir kişi hakkında dava açılmıştı. Soruşturma aşamasında sanığın suçu ikrar ettiği görülmekteydi. Yargılama tutuklu olarak yapılmakta bu süreçte sanığın aslında suçu işlemediğini beyan ettiği ve bu beyanında da ısrar ettiği görülmekteydi. Maktuleden DNA incelemesine esas olabilecek profiller tespit edilip adli tıp kurumuna gönderilmişti ancak zamanın teknolojik koşulları dolayısıyla inceleme uzun zaman almaktaydı. Nitekim DNA sonuçları geldiğinde yargılanan sanıktan başka iki farklı kişiye ait DNA profilleri ortaya çıkmıştı. Sanığın mahkemedeki savunmasını DNA raporu doğrulamış olduğundan tahliye edilmiş olması bulunduğumuz bölgede büyük sansasyon yarattı zira maktulenin yakınları dahi bu sanığın suçu işlediğine inanıyordu. Aradan belli bir zaman geçtikten sonra başka bir cinsel saldırı nedeniyle yakalanan iki şüpheli hakkında DNA karşılaştırılması yapıldığında maktule kız çocuğundan elde edilen DNA ile aynı olduğu görüldü ve ilgili şahıslar hakkında dava açılarak ağırlaştırılmış müebbet hapsine mahkûm edildiler. Bu somut olayda olay yerindeki inceleme iyi yapılmasaydı, DNA teknolojisi gelişmemiş olsaydı

belki de ilk dava açılan sanık mahkûm olacak belki de suçsuz bir insan mahkûm olacaktı. Bilirkişilik görevinin insan hayatındaki önemini gösteren bir tecrübe olması nedeniyle sizlerle paylaşma ihtiyacı hissettim. Onun için bir düşünürün dediği gibi; "Bildiklerimizden şüphe etmek sorgulamaya, sorgulama ise gerçeğe götürecektir.".

Genç meslektaşlarım mutlaka bu tip toplantılara katılmalı edindiği tecrübeleri mesleğin icrasında kullanmalıdır. Ben bireysel olarak, mesleki açıdan başarımızda bu tip sempozyumların ciddi katkısını görmüş olduğumu paylaşmak istiyorum. Yine görev yaptığımız bir ilçede faili belli olmayan bir öldürme olayı gerçekleşmiş, sarhoşluk nedeniyle sızmış ve üzerindeki giysilerde kan bulunan bir şüphelide yakalanmıştır. Doğal olarak üzerindeki kanın maktule ait olup olmadığının tespiti için giysilerden alınan kan örnekleri camdan yapılmış bir şişeyle Adli Tıp Kurumuna gönderilmişti zira bu kanın maktule ait olması halinde önemli bir delil olacaktı. Ancak usule uygun ambalajlanmadığı için nakil sırasında şişe kırılmış içindeki solüsyonlu kan döküldüğünden analiz yapma fırsatı kalmamış ve suç failine erişilememişti. Katıldığım bir seminerde Adli Tıp Kurumundan bir uzman temiz bir peçeteye üç damla kanın damlatılıp kurutulduktan sonra bir zarfa koyup gönderilmesi halinde rahatlıkla üzerinde inceleme yapılabileceğini ifade etmişti. Bu seminerde öğrendiğimiz yöntem daha sonraki uygulamalarımızda bize ciddi şekilde yol gösterici oldu.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Teşekkürler Hocam. 18. Adli Tıp Günlerinin dördüncü gününün son oturumuna hoş geldiniz diyelim değerli katılımcılar. Bugün adli bilişim ile ilgili beş adet sunumumuz olacak.

Eyup Bey'in bahsetmiş olduğu delil-tanık-kanıt üzerinden yapılan suç tespiti ile alakalı olarak bilişim suçları ile ilgili yapılan bilişim aletlerini, teknik cihazları kullanırken de aynı zamanda deliller izler bırakılmakta. Bunlarla ilgili teknik incelemeleri yapan, karar verme değil yine karar vermeyi yine adli makamlar yapmakta ama teknik detayları, kanıtları bu teknik inceleme sonucunda oluşturulan teknik raporlar. Bazı teknik raporlarda kısmen kanaat da olabilir ama bütün teknik çoğunlukla teknik raporlar sadece elde edilen maddi delillerden yola çıkarak ortaya konan teşhisleri sunarlar.

Son gün, son oturumumuzda fazla sözü ilk sunumu kripto para sahteciliği konusunda Adli Tıp Kurumu Adli Bilişim Sistemi Daire Başkanımız olan Adnan KEÇE sunacak. Adnan KEÇE bilgisayar mühendisi, aynı zamanda yönetim bilişim sistemleri mezunudur. Kripto para ve sahteciliği konusunda kripto para nedir, sahteciliği nedir, bu konuda bize bilgi verecek. Evet, buyurun Adnan Bey. Evet, süremiz Adnan Bey 15 dakika.

Adnan KEÇE (Konuşmacı):
Konunun güncel ve trend bir konu olması münasebetiyle biraz uzayabilir, şimdiden affınıza sığınıyorum. Herkese merhabalar, ben Adnan KEÇE , Adli Bilişim İhtisas Dairesi Başkanı olarak görev yapıyorum. Bugün Bitcoin'i konuşacağız. Daha doğrusu yaygın olarak blockchain teknolojisi Bitcoin olarak biliniyor. Hem bu tanımlar arasındaki kirli bilgiyi kaldıracağız. Hem de blockchain teknolojisi kullanılarak gerçekleştirilecek olan ya da gerçekleştirilmiş olan kripto para sahteciliğinden bahsedeceğiz.

Blockchain teknolojisi hayatımıza 2008-2009 yıllarında Satoshi NAKAMOTO isminde Japon bir vatandaş tarafından hayatımıza giriyor. Nasıl başlıyor bu hikâye? Eşler arasında güvenli ödeme yöntemi. Bu yönteme hangi amaçla başvuruyor? Ben karşı tarafta bir arkadaşıma ya da başka bir isme para göndereceğim zaman hiçbir merkezi otoriteye bağlı kalmayacak bir şekilde göndermek istiyorum yani bir banka aracılığı olmasın, bir erk bunu takip etmesin.

Başlangıç aşamasında belki iyi niyetli bir düşünce olabilir ancak günümüzde maalesef ciddi anlamda istismar edilmiş durumda blockchain teknolojisi. Tabii bu şahsın kim olduğuna dair şu an ciddi spekülasyonlar var. Kimisi uzaylı olduğunu söylüyor. Kimisi işte bir kişi ya da grup olduğunu ifade ediyor.

Elon MUSK'ın 2022 yılında atmış olduğu bir tweet var. İşte burada bazı markaların ilk harflerini birleştirerek Satoshi NAKAMOTO ismini oluşturmuş. Tabii bu da artık klasik bir Elon MUSK tweeti diyelim. Blockchain teknolojisi nasıl çalışıyor bundan biraz bahsetmek istiyorum.

Siz bir transaction talebinde bulunursunuz. Bu transaction talebinize istinaden bir blok oluşur. Oluşturmuş olduğunuz bu blok networkteki diğer node'lara gönderilir. Diğer nodelar tarafında madenci dediğimiz isimler ya da kullanılan sistemler bu bloğu doğrular. Doğruladıktan sonra madenci ödülleri verilir ve ardından blok blockchain sistemine dâhil edilmiş olur. Bu şekilde transaction talebiniz tamamlanmış oluyor. Burada da animasyonda görmüş olduğunuz gibi pembe kutular, bunları şey olarak düşünebilirsiniz. Bir kripto para transferi olarak da düşünebilirsiniz, bir smart kontrat olarak da düşünebilirsiniz, herhangi blockchain üzerindeki bir talep olarak bu değerlendirilebilir. Talepler geldikten sonra validatörler gelen blokları kontrol ediyorlar, blokların üzerinde hash değerleri oluyor, bu hash değerlerini kontrol ettikten sonra bir sonraki bloğa eklenip eklenmeyeceği konusunda valide edilir ve valide edildikten sonra blok blockchain sistemine dâhil ediliyor. Blockchain sistemi genel olarak tanımı bu şekildeydi.

Şimdi kripto paranın aslında bir blockchainden farkını şimdi anlatmak istiyorum. Kitabi tanımı şöyledir. Hükümet veya banka gibi herhangi bir merkeze otoriteye bağlı olmayan, bir bilgisayar ağı üzerinden değişim aracı olmak üzere tasarlanmış dijital para birimi. Merkeze otoriteye bağlı olmayandan kastımız nedir? Merkeziyetsiz yani bir hükümete, bir devlete ya da bir bankaya, bir erke bağlı olmadan sizin bir para transferi yapıyor olabilmeniz. Hal böyle olunca da insanlar aslında buna rağbet göstermeye başlıyorlar. En çok da dolandırıcıların işine yarıyor tabii. Yani gizli bir para transferi yaptığınız zaman kimse bunu takip edemiyor. Haliyle en çok kullanılan bir yöntem haline gelmiş oluyor. İşte ödemelerde kullanılıyor, transferlerde kullanılıyor, değer saklama aracı olarak da günümüzde sık sık duyarsınız.

Bitcoin işte önümüzdeki günlerde 50.000 USD olacak, 100.000 USD olacak, 200.000 USD olacak. Tabii bu ifadeler insanları heyecanlandırdığı için haliyle herkes parasını Bitcoin'e yatırıyor ya da başka bir kripto paraya yatırıyor. Sonrasında borç verme ve borç alma konusunda kullanıyor. Asset tokenization dediğimiz olay var, varlık tokenleştirme. Siz şöyle bir atıyorum bugün günümüzde bir şirketin hissesini satın almak istediğiniz zaman ne yapıyorsunuz, gidiyorsunuz banka uygulamasından parayı basıyorsunuz işte şu şirketin 100.000 tane hissesini satın alıyorum diyorsunuz ama ekranda görmüş olduğunuz Mona Lisa'nın tablosunda bir hisse satın alamıyorsunuz. İşte bu tokenleştirme konusunda da bunun önünü açıyorlar.

Aslında fikri mülkiyete sahip olma. Önemli bir fikir vardır siz bu fikirden bir hisse sahibi olmak istiyorsunuz. Bu bir tablo olabilir bir varlık olabilir ya da mülkiyet olabilir. Bunun da hissesini satın alabiliyorsunuz. Yine oyun sektöründe de sıklıkla kripto paralar kullanılıyor. Bu kripto paraları biz nasıl muhafaza ediyoruz? Öncelikle sıcak ve soğuk cüzdanlarda muhafaza ediliyor. Sıcak

cüzdanlardan kastımız şu. Bir çevrimiçi bağlantı yöntemi ile para transferi yapabildiğiniz ya da varlıklarınızı saklayabileceğiniz bir cüzdan yöntemi. Nedir bunlar? Play Store'a girebilirsiniz App Store'a girebilirsiniz. Oradan indirmiş olduğunuz uygulamalarla, mobil uygulamalarla kripto varlıklarınızı saklayabiliyorsunuz. Yine web cüzdanlar kullanabiliyorsunuz. Web cüzdanları aslında artık hayatımıza sıklıkla girmeye başlıyor. Nasıl giriyor? Biz şu an hâlihazırda Web 2 teknolojisi kullanıyoruz. Web 3 teknolojisi dediğimiz olay aslında browserlara cüzdanların import edilmesi ile hayatımıza girmiş olan bir teknoloji.

Bunu da ilerleyen dönemlerde sıklıkla duymuş olacağız. Yine masaüstü cüzdanlar kullanılmakta. Banka cüzdanları, banka cüzdanları da enteresandır 2021 yılında İsviçre'nin ünlü bir bankası müşterilerinin kripto varlıklarını kendi bünyesinde saklayabileceğini deklare ediyor ve süreç bu şekilde de başlıyor. Aslında belki yakın dönemlerde bizde de başlar mı onu da bilmiyorum. Bankalar müşterilerinin artık kripto varlıklarını da muhafaza etmeye başlamışlar. Sağ tarafta da soğuk cüzdanları görüyorsunuz. Soğuk cüzdanlar işte Ledger ve Trader olarak şu an biliniyor. Görmüş olduğunuz gibi bir flash belleğe benzetilmekte. İçerisinde security element dediğimiz kriptografik çipler var. Bunlar çevrimdışı çalıştığı için yani herhangi bir saldırıdan ya da herhangi bir istismardan izole etmiş oluyorsunuz kripto varlıklarınızı.

Şimdi tanımları geçtikten sonra kripto para sahteciliklerinden biraz bahsedelim, hangi yöntemler kullanılıyor? Klasik bir yöntemdir oltalama yöntemi, yani tabiri caizse sizi oltaya getiriyorlar. Nasıl getiriyorlar? Size bir Whatsapp mesajı gönderiyorlar ya da bir mail gönderiyorlar. Siz o mailin aslında linkin güvenilir olup olmadığını sorgulamadan linke tıkladığınız zaman geçmiş olsun diyoruz kullanıcı adı ve şifrenizi girdiğiniz zaman bu aslında kurbana iletiliyor.

Yine sahte siteler var ben bunun örneğini paylaşacağım sizinle birazdan. Hayali platformlar var aslında bir altyapısı olmadan oluşan, biraz da ponzi sistemi ile eşleştiriyorum ben bunu. Hayali bir sistem kuruluyor. İnsanları cezbetmesi için tanıtımları vesaire yapılıyor. Bu şekilde insanlar da hayali sistemler üzerinde dolandırılabiliyor. Alışveriş tuzakları oluyor. İşte düşük fiyata teknolojik aletlerin satılması gibi konularda da insan zaaflarından faydalanarak yine gerçekleştirilen bir yöntem. Zararlı yazılımlar, zararlı yazılımlar en sık karşılaştığımız sorunlardan bir tanesi. Siz farkında olmadan arka planda telefonunuzda ya da bilgisayarınızda bir veri akışı oluyor. Sisteme bulaşmış olan bir virüs de olabilir, trojan olabilir ya da truva atı olabilir, solucan olabilir. Bu şekilde sizin farkında olmadan bilgilerinizi çekebiliyorlar.

Sosyal mühendislik bundan da bahsedeceğim. NFT dediğimiz aslında yakın dönemde çıkmış olan bir teknoloji nitelikli fikri tapu olarak Türkçeye geçti. Nedir bu NFT? Sizin aslında sanal ortamda bir görüntünün ya da farklı bir nesnenin fikri hakkını satın alıyorsunuz, fikri tapusunu alıyorsunuz. Tabii bu sonradan dolandırıcılık olarak hayatımıza girmeye başladı. Sağ tarafta görmüş olduğunuz 8 bitlik bir insan karakteri. Bunun değerini tahmin edemezsiniz. 7,59 milyon dolar. 8 bitlik insan karakteri şu an 7,59 milyon dolara satılmış vaziyette. Bu dünyanın en pahalı ikinci NFT'si. En pahalısını söylemiyorum.

Sahte ICO'lar var. ICO dediğimiz olay aslında şu. Bugün şirketlerin halka arzı olarak düşünebilirsiniz. Bir grup dolandırıcı işte şöyle güzel bir blockchain projesi yaptık. Siz buna önden bir para girişi yapın. Sizin bu paranız değerlensin, size kat ve kat fazlasını verelim. Ne oluyor? Siz sisteme parayı dâhil ediyorsunuz ondan sonra projenin feyk bir proje olduğunu ya da altyapısının zayıf bir proje olduğunu öğreniyorsunuz. Bundan sonra da tabii geçmiş olsun diyoruz. Bu tür konulara da dikkat etmek gerekiyor.

Cryptojacking var. Cryptojacking yöntemini sıklıkla bilişim sistemleri kullanıcıları kullanıyor ya da saldırganlar tarafından kullanılıyor. Nasıl oluyor bu? Kurumların bilişim altyapısı kullanılarak madencilik yapma yöntemi. İşte nasıl söyleyelim, kurum ya da kuruluşların bilgi işlem personeli elinin altındaki tüm bilgisayarların ya da sistemlerin grafik kartlarını kullanarak habersiz bir şekilde madencilik yapması olayı.

Yine overnight exchange dediğimiz olay var gecelik değişim. İşte siz bu gece büyük bir değişim olacak, bize 100 Bitcoin verin, biz size işte hemen ertesinde size 500 Bitcoin şeklinde bir transfer yapalım tarzı zaaftan faydalanarak gerçekleştirilen bir yine sahtecilik var. Sahte cüzdanlar var, bu cüzdanları uygulama marketlerden indirdiğiniz zaman buna dikkat etmeniz gerekiyor. Yani doğrulanmış bir cüzdan indirdiğinizden emin olmanız gerekiyor.

Yine bahsettiğim gibi ponzi sistemi var. Sisteme sürekli yeni kullanıcıların dâhil edilmesiyle varlığını sürdüren bir sistem. Bu sistemi az çok herkes biliyordur. Aynısı maalesef kripto dünyasında da var. Yine kimliğe bürünme yöntemiyle gerçekleştirilen bir dolandırıcılık yöntemi var. Bu nasıl oluyor? Sizin, şöyle düşünün, operasyonel seviyede çalışan bir personel düşünün ve bunun üst kademe yöneticisini düşünün. Saldırgan ne yapıyor, üst kademe yöneticisi kimliğine bürünerek operasyonel seviyedeki personele işte diyor ki ya Ali, Ahmet bana bu gece için 100 Bitcoin göndermen gerekiyor hemen transfer yapacağız. Tabi haliyle üst derece amiri olduğu için hiç düşünmeden tabii hemen adresi gönderin ben size transferi yapayım. Bu şekilde de gerçekleştirilen bir dolandırıcılık yöntemi var.

Yine pump ve dump grupları dediğimiz olay var. Pump grupları aslında şöyle, çığırtkanlar oluyor. Whatsapp ve Telegram gruplarında ciddi işte 50.000, 100.000 kullanıcılı gruplar oluyor. Haber salıyorlar, işte bu gece işte şu kripto parada pump olacak. Pump dediğimiz olay aslında fiyatının yükseltilmesi. Ne oluyor? Hızlı bir şekilde herkes fomoya kapılıyor. Yani ben de alayım ben de alayım diyor, fiyat yükselmeye başlıyor. İşte 50 bin, 100 bin, 150 bin derken bir anda yukarıdan satış yapmaya başlıyorlar. Tabii bu şekilde de ciddi miktarda yüksekten fiyat alanların elinde para kalmış oluyor.

Dump grupları da benzer şekilde. İşte şu kripto paranın fiyatı düşecek, güzel bir proje aslında, fiyatı düşecek diye lanse ediliyor. Tabii haliyle insanlar korkuyor tabii elindeki kripto varlığın değerini düşeceğini anladığı için hızlı bir şekilde ne yapıyor? Hemen elindeki kripto varlığı satıyor, sattıktan sonra fiyat en alt noktaya ulaştığı zaman bu defa balina dediğimiz kesimler var, aslında o miktarlarda o kripto parayı en çok elinde tutan kişilere verilen lakap. Bunlar alttan tabiri caizse kripto varlığı toplamaya başlıyorlar.

Şimdi sahte site örneği göstereceğim ben size. Bittrex Borsasına ait 2 adet görüntü var elimde. Bu görüntülerin aslında orijinali ve feykini ben yazmamış olsaydım buradan fark etmeniz gerçekten çok zor olacaktı. Yani şimdi de bakabilirsiniz, bu farkı anlamak gerçekten zor. Ekran büyük olmasına rağmen zorlanırsınız. Şöyle, siteye girdiğiniz zaman şu orijinal sitemiz. Alttaki scam olan. Şurada R harfinin altında bir nokta var. Bunu ilk başta siz aslında bilgisayarınızda bir toz olarak düşünebilirsiniz ama bu nokta aslında Vietnam dilinde R harfinin farklı bir şekilde telaffuz edilmesi için kullanılan bir harf. Bu şekilde birebir, orijinalinden neredeyse fark edilmeyecek derecede enteresan yöntemler kullanıyor.

Tabii burada önemli olan bunlar güvenlik sertifikalarını nasıl elde ediyorlar? Bunu da herhalde kimliğe bürünme yöntemi ile bir şekilde elde etmişler. Yine Binance Borsası, dünyanın en büyük kripto para borsası. Şurada da n harfi altında iki adet nokta görüyorsunuz. Bu noktalarda yine aynı şekilde farklı bir ülkenin ya da farklı bir milletin dilinde kullanılmış olan harflerin farklı bir versiyonu. Bu şekilde aslında siz çok dikkat edemiyorsunuz. Yani bunu bir bilişim sistemi mezunu bir insan da takip etmesi gerçekten çok zor. İlk başta bir toz olarak bile görebilirsiniz bunları.

Şimdi sosyal mühendislik yönteminde işte bu gerçek bir olay. Resimde görmüş olduğunuz hanımefendinin gerçek ismi Anna, Kanada'da Denis JONK ismini kullanıyor. Türkiye'de Aylin TÜREL Amerika'da da Louis ismini kullanıyor. İşte lüks arabaların yanında fotoğraflar çekiyor. Plazalarda vesaire görüntüler atıyor. İnsanlar tabii hemen kanıyor. Ya biz de bu sisteme dâhil olalım da şu şahıs gibi bizim de işte ciddi şekilde arabamız evimiz vesaire olsun. Dört ülkede de insanları dolandırmayı başarmış. Oldukça da başarılı yöntemler kullanmış kendisi. Tabii bunun gibi ciddi sayıda örnekler var ama ben hızlı bir şekilde az önceki örneği verip geçmek istiyorum.

Süremiz de pek yok. Yine zararlı yazılımlardan bahsetmiştim. Kullanıcılar farkında olmadan kendi bilgisayar sistemlerine, telefonlarına bulaşmış olan virüslerden, zararlı yazılımlardan karşı tarafa verilerin aktarılması aslında zararlı yazılımlar. Yine siz farkında olmadan diyelim ki not defterinize bir adres kaydettiniz ve bu adresin farkında olmadan değiştirilmiş.

Nasıl oluyor? Yani işte kripto para cüzdanlarının adresleri genellikle 27 ile 34 karakter arasında değişiyor. Buradaki değişimi sizin fark etmeniz çok zor. Ne yapıyorsunuz? Kaydediyorsunuz. İşte arkadaşınızın ihtiyacı olduğu zaman bir transfer yapıyorsunuz ama arka tarafta bu adres aslında ama sizin bunu fark etmeniz gerçekten çok zor.

Yine hem Türkiye'de hem de dünyada ciddi sayıda aslında ciddi oranda bir para vurgunu yapılıyor. 2021 yılında dünya rekorunu kırdık. Yaklaşık 2 milyar dolar. Thodex vurgununda 400 bine yakın kurban var maalesef. Yine Kuzey Kore'nin 2022 yılında 96 adet balistik füze denemesi yaptı. Biliyorsunuz Kuzey Kore'nin bütçesi oldukça zayıf. Bu tür illegal yöntemlerle aslında bütçelerini güçlendiriyorlar. Yine 1.7 milyar dolarlık tarihi bir vurguna imza atıyorlar. Tabii hal böyle olunca da insanlar dolandırılıyor, bir şekilde hakkını aramaya çalışıyor ama Türkiye'de bu durum regüle olmadığı için yine de bildiğim kadarıyla TCK'nın 157-158 Maddelerinden işte bilişim sistemleri kullanılarak gerçekleştirilen dolandırıcılık yöntemlerinden faydalanmaya çalışıyorlar.

Hal böyle olunca da hâkim ve savcılar dosyaları bize gönderiyorlar. Nasıl gönderiyorlar? Aslında o tarafta da biraz bilgi eksikliği olduğu için bize gelen bir soğuk cüzdanda şu ifade geçiyor, gerekli incelemenin yapılması. Derya deniz, neresinden başlayalım neresinden bitirelim?

Yani hani o tarafta da biraz aslında talebin daha spesifik, daha net olması halinde biz de dosyayı daha hızlı ve daha güvenilir bir şekilde incelemesini yapabiliriz. Ne yapıyoruz biz? Aslında dolandırılan kişinin fon akışını tanımlamaya çalışıyoruz. Yine adreslerini tanımlamaya çalışıyoruz. Cüzdanlar arasında bağlantı kurmaya çalışıyoruz. İşlemlerini takip etmeye çalışıyoruz, analiz ediyoruz ve araştırıyoruz. Bunlar bizim genel olarak yapmış olduğumuz faaliyetler.

İşte transaction analiz. Ne yapıyoruz biz? Blockchain browserlardan, aslında paranın sourcesundan destinationına, hangi yöntemlerle hangi kaynak para transferi yapılmış, en azından bunu öğrenmeye çalışıyoruz. Adresleri kümelemeye çalışıyoruz. İşte şu borsa şu şekilde bir adres formatı kullanıyor, şu cüzdanlar şu şekilde bir adres formatı kullanıyor. En azından hangi borsaya para akışının yapıldığını öğrenmeye çalışıyoruz.

Anonimsizleştirme. Aslında bu sistemin en çok kullanım sebebi anonim olması. Yani sizin verilerinizin aslında bir şekilde tespit edilmemesi, takip edilmemesi olayı ama siz bu anonim bilgi, anonimsizleştirirseniz aslında bir noktada da bunun önüne geçmiş oluyorsunuz. Yine coin mixerlar var. Nedir bu coin mixerlar? Siz bir kaynaktan bir hedefe para gönderdiğiniz zaman araya dolandırıcılar bir kaynak daha koyuyor. Ne oluyor? Siz ilk kaynak egale edilmiş oluyor ve tamamen inceleme aşamasında haberiniz olmuyor. Bir başka kaynağın o hedefe para gönderdiğini düşünüyorsunuz. İşte borsa bir cüzdan analizlerini yapıyoruz. Yine yasa dışı faaliyetlerin analizi oluyor. INTERPOL'den ya da diğer uluslararası kuruluşlardan almış olduğumuz bilgiler oluyor.

Kripto paranın kötü amaçlı yazılım saldırılarına karşı nasıl savunma yapılır? İstenmeyen bağlantılara ciddi bir şekilde dikkat etmeniz gerekiyor. HTTPS ile başlayan web sayfalarından işlem yapmanız gerek. Yine bir virüslü e-postaları önlemeniz için spam filtresi kullanmanız gerekiyor. Birçok işte tehdidi tespit edebilecek anti virüs, anti malvare yazılımları kullanmanız gerek. Mümkün olduğunca iki yönlü kimlik doğrulama. İki yönlü kimlik doğrulama nedir? Kullanıcı adı ve parola dışında aslında bir şekilde bir biyometrik girişi de aktif edebilirsiniz ya da farklı bir şekilde mobil imza aktif edebilirsiniz.

Sistemleri o şekilde girişinizi sağlarsanız aslında bunun da önüne geçmiş olursunuz. Burada da aslında en çok üzerinde durmamız gereken konu bu bence. Kripto paralar, blockchain sistemi Türkiye'de ne zaman regüle olacak? İnsanlar dolandırılıyor bir şekilde. İstifade ettikleri kanun TCK 157 ama bunun bir yasal düzenlemesi olacak mı? Sayın Başkanımız burada. Onun fikirlerini merak ediyorum açıkçası. Yargı erkinde böyle bir düzenleme, böyle bir konuşma geçiyor mu onu da bilmiyoruz. Ülkemizin bu konudaki yaklaşımı nedir? Yerel yasal düzenlemeler gerçekleştirilecek mi? Uluslararası koordinasyon için hangi adımlar atılıyor? Bunu da ben Sayın Başkanımızdan dinlemek isterim.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Evet, teşekkürler Adnan Bey. Evet, kripto para konusunda güzel bilgiler verildi. Lakin soru-cevap kısmında bu merkezi otoriteye bağlı olmama konusunda belki birçoğunuzun kafasında soru oluşmuş olabilir ve böyle bir şey mümkün mü değil mi? Yani kripto para sahtekârlığı, kripto paranın kendisinin sahtekârlığı diye bir şey var mı acaba diye de düşünmek lazım. Bu konu, yani birçok yönden ele alınması gereken aslında bir konu.

Evet, şimdi de ikinci olarak ikinci, yapay zekâ ve hukuki sorumluluk konusunda Hasan Kadir YILMAZTEKİN Bey sunum yapacak. Hasan Bey 2003 Ankara Hukuk mezunu. Birçok görevlerde bulunduktan sonra şu anda Türkiye Adalet Akademisi Dış İlişkiler Daire Başkanlığı görevini yürütmektedir. Evet, buyurun Hasan Bey.

Hasan Kadir YILMAZTEKİN (Konuşmacı):
Sevgili dinleyiciler, hepiniz Adli Tıp Günleri son oturumuna hoş geldiniz. Hepinizi gönülden sevgilerimle saygılarımla selamlıyorum. Tabii ki son oturum olduğu için çok biraz eğlendirici bir sunum hazırladım, inşallah beğenirsiniz.

Bugün yapay zekâ hukuki sorumluluk konusuna bakacağız. Yapay zekâ hayatımıza ve sanata yeni ufuklar ve yeni boyutlar getirdi. Bugün bunlardan bir tanesi ile karşınızdayım. Quantum Hatıraları. İlk olarak 2020 yılında Avustralya'da Victoria Ulusal Galerisinde sergilenen bir eser bu. Quantum Hatıraları geçmişimizden izler bu günümüze yeni estetik algılayışlar ve geleceğimize dair yeni sorular getiriyor. Geçmişimizden izler taşıyor çünkü 200 milyon, altını çizerek söylüyorum 200 milyon doğa resmi üretici ters ağlar olarak adlandırdığımız bir yapay zekâ teknolojisi kullanılarak üretildi. Bu görmüş olduğunuz eser. Bugünümüze dair yeni estetik algısı getirdi dedim çünkü artık dijital sanatlarda yapay zekâ sanatı diye yeni bir kavramı konuşuyoruz.

Bugün ve gelecek içinde hukuki sorumluluk gibi başkasının eserini kullandığında veya başkasına yapay zekâ sistemleri kullanarak zarar verildiğinde kimler sorumlu olacak sorusu var? İşte bugünün sunum konusu da bu. Peki, yapay zekâ sistemleri sadece resim yaparken mi kullanılıyor? Çünkü bu resmi yapan bizim topraklarımızdan bir insan, Refik ANADOL. Refik ANADOL diyor ki, yapay zekâ teknolojileri aslında yapay zekâ sistemleri bir düşünen fırçadır bizim için diyor. Peki, sadece bunlar düşünen fırçalık görevi mi yapıyorlar? Aslında bazen dansta edebiliyorlar. Benden daha güzel dans ettikleri kesin, bunu kabul ediyorum. Gördüğünüz üzere Amerika merkezli Boston Dynamics isimli bir teknoloji firmasının geliştirdiği 3 robot. Atlas, Handle, Spot isimli robot larp 2020 yılının yılbaşı arifesinde bu görüntüyü Youtube'a bu şirket yükledi ve artık gösteri sanatlarında da, icra sanatlarında da yeni bir boyuta taşıdılar bizi. Peki, hala sorumluluk konusunda gelemedik, biliyorum merak ediyorsunuz hep böyle görüntülerle mi gidecek diye evet gideceğiz çünkü robotların yaptığı şeyler sadece dans etmek veya resim yaparken kullanılmak değil.

Yapay zekâ sistemleri veya robotlar farklı şekillerde de kullanabiliyor. Bunlardan bir tanesini bugün bir vaka analizi olarak sizlere arz etmek istiyorum. Burada da bu senenin hemen mart ayında gerçekleşen bir hadise. Bu sefer biraz önce görmüş olduğunuz o köpeğe benzeyen Spot isimli robot dünyada ilk kez insanlarla birlikte bir moda defilesinde mankenlik yaptı. Gelin nasıl yapmış ona bakalım. Tabi bu moda markası Coperni. Paris merkezli. Şimdi, burada şöyle bir şey var. Geri gelelim tekrar başlayalım. Görüyorsunuz insan mankenle robot manken bir anda yakınlaşıyorlar. Bir anda korkmaya başlıyoruz değil mi? Acaba robot insanı ısırabilir mi ya da ısırırsa ne olur? Acaba sizce ısırdı mı? Ne yaptı? Korkutucu bir şey değil mi? peki robot burada insan mankeni ısırsaydı kimler sorumlu olacaktı? Birinci vaka analizinde bunu sizlerle tartışmak istiyorum ama merak etmeyin. Tekrar başlayalım izleyelim bakalım ısırmış mı?

Şimdi, Yargıtaya daha çok gelme ihtimali olan bir vakamız var ona da geliyoruz şimdi. Evet, Spot isimli bu robot görevini başarıyla yapıyor. Otonom bir sistem. Mankeni ısırmadan görevi tamamlıyor. Ama ısırsaydı ne olurdu? Bu soruya bakacağız.

Ama robotlar sadece resim yapıp dans edip mankenlik mi yapıyor veya yapay zekâ teknolojileri? Hayır, daha fazla ve hayatımıza etki edecek şekilde otonom sürüş kabiliyeti olarak araçlarımızda da yer alıyorlar. Tabii ki burada kıymetli Trafik İhtisas Dairesi Başkanımıza yeni meseleler de gelecek.

Şimdi karşınıza geçen sene kasım ayında şükran gününde gerçekleşen bir hadise getirdim. Burada da yapay zekâ teknolojisi otomatik bir şekilde araba kullanıyor. San Francisco Körfez Köprüsü'ne girdiği sırada orta şeritten seyrederken bir anda ne oluyor? Gelin bakıp izleyelim. Hemen geliyor arkada beyaz bir araba sola doğru sinyal verdi, bir anda durdu ve bu sefer maalesef 8 aracın karıştığı 9 insanın yaralandığı trafik kazasına sebebiyet verdi.

Tam bu olayın olduğu gün Tesla'nın kurucusu ve yöneticisi Elon MUSK artık kendi kendine giden otonom araçlarda yeni bir çağa başlattıklarını iddia etmesine rağmen bu kaza meydana gelmişti. Peki, bu vaka analizi olarak da getirdiğim ikinci mesele de bu. Kendi kendine giden bir araç tamamen oto pilot özelliğiyle seyir halinde gittiğinde nasıl bir sorumluluk düzeni ile karşımıza çıkacak? Tabii ki yapay zekânın yol açacağı sorumluluk konusunu 15 dakikada anlatmanız mümkün değil. Sadece bu iki vaka analizi ile size aslında çözümler değil birtakım soru işaretleri getirdim. Bu soru işareti. Teşekkür ediyorum.

Şimdi sorumluluk türlerine bakalım isterseniz. Yalnız sorumluluk türlerine temas etmeden önce yapay zekâ teknolojilerinin tipolojisinden, sınıflandırılmasından biraz sizlere bahsetmek istiyorum. Yapay zekâ teknolojilerini biz genel olarak üçe ayırıyoruz.

Birinci ayrımda dar yapay zekâ teknolojileri yer alıyor. Dar yapay zekâ teknolojileri insan zekâsına ait işlevleri dar bir çerçevede, sınırlı olarak gerçekleştirebilen teknolojiler. İşte az önce görmüş olduğunuz araç kullanmaya dair işlemimizi bir otopilot sisteminde görmüş bulunuyoruz. Yine telefonlarınızda ki Siri isimli sohbet robotu da dar yapay zekâ teknolojisine örnek olarak gösterebileceğimiz başka uygulama.

İkinci ayrımda yapay zekâ teknolojilerine biz genel yapay zekâ diyoruz. Bunlar da insan zekâsına denk teknolojileri, insan zekâsıyla aynı işlevleri yerine getirebilecek teknolojiler. Birçok bilim insanı bu teknolojilerin henüz gerçekleştirilmediği için 20 sene içinde gerçekleştirileceğini ve uygulamaya sunulacağını söylüyorlar. Ama daha gerçekçi olan bilişim mühendisleri ve bilim insanları bunun yarım yüzyıldan önce mümkün olmayacağını söylüyor. Belki 50 yıl sonra bu odada hiçbiriniz durmayacağız. Bütün robotlar yerimize robot hâkimlik, robot bilirkişilik, robot adli tıp hizmetleri sunacaklar. Yani rahat olabiliriz bu odadaki herhalde herkes 50 sene içinde emekli olmuş, hayatına emekli bir şekilde devam etmiş olacak. İnşallah herkese Allah uzun ömürler versin.

Şimdi üçüncü yapay zekâ da süper yapay zekâ teknolojisi. Bu teknolojilerde insan zekâsının yapabileceği işlevlerin de ötesine gidebilen, daha iyi performans gösterebilen her alanda

teknolojiler. Eğer yapay zekâ bir 50 yıl varsa gerçekçi bir planda, süper yapay zekâya daha uzun bir yol olduğunu söyleyebiliriz.

Bugünkü az önce göstermiş olduğum iki vakadaki yapay zekâ teknolojileri dar yapay zekâ sınıflandırılmasına giren teknolojiler. Bu kategoride yer alan, bu kategoride yer alan teknolojileri aslında bir eşya ve ürün olarak görüyoruz hukukçular. Çünkü hukuk sistemimizde belki ileride olabilir, kişilik atfetmiyoruz bu teknolojilere. Tabii bu konu Avrupa Birliği içerisinde, Uzakdoğu'da özellikle Japonya'da acaba yapay zekâ teknolojilerine elektronik bir kişilik ya da insana benzer bir kişilik verelim mi sorusuna ilişkin tartışmaları da beraberinde getiriyor.

Henüz hukuk sistemimizde böyle bir kişilik atfedilmediği için yapay zekâ teknolojileri bugün için bizim, bizim hukuk bağlamında bir eşya ve ürün olmanın ötesine gidemiyorlar. Şimdi eşya ürün oldukları için sorumluluk konusunda da bu eşya ve ürüne sahip olanlara karşı sürülebilecek üç hukuki dayanak noktamız olduğunun altını çizmek istiyorum.

Bunlardan bir tanesi sözleşmeye dayanan sorumluluk. Yani bir robotu mesela o moda evinde olduğu gibi değil de hani böyle bir tüketici olarak mesela almış olduğunuz yapay zekâ tabanlı bir uygulamayı o uygulamada bir ayıp meydana geldiğinde sözleşmeye dayalı olarak tüketici hukukundan bir talep ileri sürebilirsiniz.

İkinci tür sorumluluk aslında üst başlıkta haksız fiil sorumluluğu olarak karşımıza çıkmakta. Haksız fiil sorumluluğunu hukukçular ikiye bölüyorlar. Bir tanesi kusura dayanan sorumluluk, diğeri de kusursuz sorumluluk. Kusura dayanan sorumluluk, haksız fiil işte birinin bir başkasına gidip yaralaması, tokat atması gibi davranışları kastediyoruz. Kusursuz sorumluluk ise üç ana prensibe dayanıyor. Bunlardan ilki özen ve dikkat ilkesi. Burada yetki alanınızdaki bir kişi veya ürünün veya eşyanın kullanımına dair size yüklenen özene aykırı davranışlarınızı kastediyoruz. İkinci ilke kusursuz sorumlulukta karşımıza çıkan, hakkaniyet ilkesi. Buna şöyle bir örnek gösterebiliriz. Şimdi kişilerin yapmış oldukları fiillerden dolayı sorumlu tutulabilmeleri için esasen fiil ehliyetine yani ayırtım gücüne sahip olmaları gerekiyor ama bazen ayırtım gücüne sahip olmayan şahıs başkalarına zarar verdiklerini görebiliyoruz.

Mesela akıl hastalığına duçar olmuş bir şahıs başkasına zarar vermiş olabilir. İşte bu gibi durumlarda hukuk sistemi diyor ki, hakkaniyet gereği bir başkasına verdiği zararın giderilmesi gerekiyor. Bu da kusura dayanmayan sorumluluk ilkesinin bir yansıması.

Üçüncü kusursuz sorumluluk modeli ise tehlike ilkesine dayalı. Burada da tehlikeli bir işletme veya tehlikeli bir ürün veya eşya kullanmanın bir sonucu olarak sorumlu olmanız anlamına geliyor. Karayolları Trafik Kanunumuzda düzenlenen sorumluluk modeli, hava taşıtları aracı işleteninin taşımış olduğu sorumluluk, çevre kirletenin taşımış olduğu sorumluluğu bu sorumluluk modeline örnek olarak gösterebiliriz. Sorumluluk türlerinin genel çerçevesi bu şekilde sevgili hazirun.

Peki, gelin somutlaştıralım, somut olaya bakalım. Somut olayda hangi talepler ileri sürülebilir, onları görelim. Vaka 1'e geri dönelim. Şimdi ne demiştik, robot mankeni ısırsaydı ne olurdu? Şimdi burada manken hanım tabi ki ısırılsaydı vücuduyla bir iş yaptığı için muhtemelen birtakım işlerden geri kalacaktı. Birtakım defilelere, birtakım gösterilere katılamayacaktı. Bundan bir maddi zararı olacaktı ve o vücut ısırılan bölgesinde belki bir takım tıbbi müdahaleler gelecekti, bunlar için belirli masraflar yapacaktı. İşte bu noktada manken hanım Boston Dynamics isimli bu robotu işleten veya sahibi olan şirkete Türk Borçlar Kanunu 49. Maddesine göre maddi tazminat taleplerine ileri sürebilir. Peki, adam çalıştıranın sorumluluğuna başvurabilir mi? Acaba robot bir Boston Dynamics adına o an o defile gösterisinde yer bir çalışan mıdır? Bizim hukuk sistemimizde adam çalıştırma olgusu bir çalışanla çalıştıran kişi arasında bir hizmet sözleşmesi olması gerekliliğine dayalı. Yani bizim bu sistemimiz dolaylı olarak diyor ki çalışan kişi robot olamaz, insan olabilir. O yüzden adam çalıştıranın sorumluluğuna başvuramayacak.

İkinci planda bir kanunumuza, Borçlar Kanunumuza yeni 2011 yılında giren yeni bir sorumluluk türü, tehlike sorumluluğu. Peki, burada robotun tehlikeli olduğunu iddia edebilir miyiz ya da tehlikeli bir eşya mıdır bu? Spot isimli robotu değerlendirdiğimizde çok da tehlikeli değil, değil mi? O yüzden tehlike arz etmediği için o sorumluluğa başvuramayacağını söyleyebiliriz. Tabii ki mankenle robot sahipleri arasında bir tüketici sözleşmesi olmadığı için ayıplı bir üründen bahsedemeyeceğiz ve böylece Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunumuzun 11. Maddesine de dayanamayacağını söyleyebiliriz.

Peki, 2021 yılında hukuk sitemize yeni bir sorumluluk türü girdi, yeni bir kanunla bu tanıtıldı, ürün sorumluluğu. 7223 Sayılı Kanun ile hukuk sistemimize tanıtıldı. Bu kanuna göre eğer bir ürün güvenlikle ilgili düzenlemelere yani teknik düzenlemelere ve mevzuata bir uygunsuzluk yani bir uyarsızlık taşıyorsa buradan ürünü üreten kişi ve ithalatçı sorumlu tutulacak.

Şimdi burada çok büyük tartışmalar var. Yapay zekâ teknolojileri özellikle yazılım olması boyutuyla ürün güvenliği hakkında kanuna girmeyeceği yönünde görüşler var. Çünkü o kanun fiziki eşyaları hatta kanunun tanımlar bölümüne baktığımızda ürün kavramının üç başlıkta tanımladığını görüyoruz.

Bir tanesi madde, ikincisi eşya, üçüncüsü de müstahzar. Tıpçı dostlarımız bu kelimeyi daha iyi tanıyacaklardır. Farmakolojik ilaçları kastettiğini söyleyebiliriz. İşte yazılımların eşya olma konusu tartışmalı olduğu için eğer fiziki bir eşyaya bağlı değilse yapay zekâ teknolojileri, o bilişim sistemleri, bu ürün sorumluluğu kapsamına girmeyeceği söyleniyor. Hatta bunları çeşitlendirebiliriz ama bu bölümü biraz hızlı geçeceğim çünkü ikinci vakanın analiz biraz daha karmaşık olduğunu sizlere arz etmek istiyorum.

Şimdi tabii ki Nedim Başkanıma bu olay geldiğinde hani şöyle karmaşık bir üçlü bir ilişki ile karşılaşmış olacaklar. Burada üç ana başlıklı taleplerin ileri sürülebileceğini görüyoruz. Birincisi o Tesla isimli aracı Tesla firmasından satın alan sürücünün bir tüketici sıfatıyla ileri sürebileceği taleplerden bahsediyoruz. Bu Tüketicinin Korunması Hakkında Kanununun 11. Maddesiyle Türk Borçlar Kanunu'nun 227. Maddesinde düzenlenen seçimlik haklar. Buna ilaveten tabii ki arkada 8 tane aracın çarptığını ve 9 kişinin de yaralandığını söylemiştim az önce. Bu insanlar kime karşı talepte bulunabilir? Burada ikiye ayırıyoruz onları ileriye sürebilecekleri talebi. Birincisi Borçlar Kanunumuzun 49. Maddesindeki genel haksız fiil hükümlerine göre sürücüye karşı ileri sürebilecekleri talepler. İkincisi ise üç ana başlıkta dile getirebileceğimiz ürün güvenliği hakkında kanuna dayanabilecekleri talepler. Karayolları Trafik Kanunu 85. Maddesine dayalı sürebilecekleri talepler ve son olarak da sigorta şirketlerine iletebilecekleri talepler. Tabi burada daha çok katmanlı bir hukuk ilişkisi olduğunu görüyoruz ama ya bu arabayı yapan şöyle bir şeyden bahsettiyse; biz kendi kendine geliştiren bir yazılım yapmıştık. Bu yazılım yollarda seyahat

ederek kendini geliştiriyor ve bizim algoritmalarımızı bir müddet sonra değiştiriyor. Biz bunu satarken en baştan tüketiciye ve biz birlikte çalıştığımız bütün sigorta şirketlerine, sürem bitti gibi algılıyorum, bunu bildiriyoruz. Yani benim kusurum yok çünkü yazılım kendi kendine artık değiştirmiş ve bu kusur da bu yazılımda kendi kendine meydana gelen sorumluluktan doğdu. Ne dersiniz?

Tabii ki burada çok karmaşık sorular bizi bekliyor. Bu karmaşık soruları dikkate alan Avrupa Birliğindeki kanun koyucular artık yapay zekâ teknolojilerinin bir düzenlemeye tabi tutulmasına karar kıldılar ve 2017 yılından beri çeşitli raporlarla ve çeşitli mevzuat taslakları ile konuyu düzenlemeye başladılar. Bunlardan ilki geçen sene Avrupa Parlamentosu tarafından kabul edilen yapay zekâ tüzüğü ve kanunu olarak tabir edebileceğimiz düzenleme. Yapay Zekâ Kanunu, Avrupa Birliği Yapay Zekâ Kanunu risk temeline dayalı yapay zekâ teknolojileri kullanan şirketlerin hangi yükümlülükleri taşıyarak regüle edilmesine dayalı ilkeleri ortaya koyan bir düzenleme.

Yani yapay zekâ teknolojisini ex-ante yani başlangıçta bazı kuralları taşıyarak piyasaya sürebileceklerine dair bir mevzuat. Şu an bu yürürlüğe girmedi. Avrupa Birliği zirvesinde eğer liderler tarafından kabul edilirse dünyada en kapsamlı yapay zekâ teknolojisinin regüle edilmesi bağlamında kabul edilecek mevzuat olacak. Ama bunun bir yansıması olarak özel hukukta ne yapabiliriz konusu Avrupa Birliğinin gündemine geldi. Burada iki tane değişiklik yaptılar.

Bir tanesi ürün sorumluluğu hakkındaki kanun. Artık az önce bahsetmiş olduğum yapay zekâ teknolojilerinin yazılım olmasından kaynaklı ürün tanımına yani fiziki eşya olmamaları sebebiyle ürün tanımına girmelerine dair tartışmaları ortadan kaldırdılar. Artık o ürün yönergesine dair, ürün sorununa dair yönergede yapay zekâ teknolojileri ve benzeri yazılımlar da ürün olarak kabul edilecek. Tabii ki o direktif taslak kabul edilebilirse. Ve son olarak slaytta görmüş olduğunuz bu yapay zekâ sözleşme dışı sorumluluk direktifi önerisi getirdiler. Burada da anı olarak iki yaklaşım sergilediler.

Bir tanesi 3.maddede mahkeme katılımı özen sorumluluğu yükliediler yapay zekâ sistemi kullanıcılarına veya üreticilerine. Burada mahkeme katılım sistemi nasıl işliyor derseniz kısaca şöyle anlatabiliriz. Siz bir yapay zekâ teknolojisinden zarar gördüğünüzde tabii ki o algoritmaların kendini geliştirmesinden mi yoksa onu tasarlayan o şirketin kusurundan mı olup olmadığını eğer mühendis veya çok ileri derecede bu teknolojide çalışmadıysanız bilemiyorsunuz. Böylece bir ispat sorunu ortaya çıkıyor. Özellikle nedensellik bağının bağını kurma noktasında ciddi problem olduğunu görüyoruz. İşte bunu gidermek için şunu söylediler. Eğer sen mahkemeye başvurduğunda ve o yapay zekâ teknolojisinden bir zarar gördüğünü ispat ettiğinde ve ortada o yapay zekâ teknolojisi ile zarar arasında güçlü, nedensellik bağı olduğuna dair güçlü emareler ortaya koyduğunda mahkeme o yapay zekâ teknolojisini üreten veya opere eden yani işleten kişiye bir talimat veriyor. Diyor ki sen standartlara uyduğuna dair delileri getir, bana sun. Eğer o delilleri sunmazsa özen yükümlülüğünü ihlal etmiş sayılıyor ve böylece bir karine ortaya konulmuş oluyor.

İkinci karine ise illiyet bağının hangi hallerde sayılabileceğine dair yüksek riskli yapay zekâ teknolojilerine getirmiş 4. maddedeki düzenleme. Bunlar çok karmaşık, daha ayrı sunumların konusu. O yüzden detayları olursa soru cevap bölümünde veya daha sonra e-mail adresime göndereceğiniz sorularla cevaplamak isterim.

Peki, Türkiye olarak nasıl bir bu yaklaşım sergilemeliyiz? Bu yaz Japonya'ya araştırmaya gittim ve orada yeni bir kavramla karşılaştım.Yaşam 5.0, biliyorsunuz teknolojileri tanımlarken hep bir tabir kullanıyoruz. Endüstri 4.0. aslında tamamen ekonomik tamamen sanayi ekseninde bir kalkınma modeline dayalı bir yaklaşım. Japonlar bunu değiştirmişler ve yaşam daha doğrusu toplum 5.0 kavramını ortaya atmışlar.

Peki, bu toplum 5.0 kavramı nedir? Toplum 5.0 kavramı dijitalleşme ve yapay zekânın toplum her bölümünde değerlendirildiği, robotlarla insanların ilişkisinin verimli bir düzen üzerine kurulduğu yeni bir kalkınma ve büyüme modeli. Diyorlar ki artık biz süper akıllı toplumlar inşa etmeliyiz. Bunun için de toplumu hazırlamalıyız. Ben tabii ki Avusturyalı bir teknoloji felsefecisi, özellikle bu konuları çokça yazan Mark Coeckelbergh'in sözünü hatırladım bu yeni yaklaşımı duyduğumda. Bu filozof diyor ki yapay zekâ teknolojileri aslında insanlığın bir aynasıdır diyor. Biz insanlığı nasıl şekillendireceksek, nasıl yöneteceksek bu teknolojiler de o yönelimde gidecekler.

Evet, toplum 5.0 güzel ve yeni bir yaklaşım. Artık gelişmeyi kalkınmayı tamamen ekonomik terimlerden ve kurumlardan kurtaran bir yaklaşım. Ama yeterli mi? bugün biliyorsunuz bazı toplumlar ve topluluklar diğer egemen güçler tarafından topluluk olarak addedilmiyor. Yani burada bir politik bir yaklaşım var. Ben kendi kültürümüzden bir anekdotla bu yaklaşımı değiştirmemiz gerektiğini düşünüyorum ve bu anekdotla da sunumumu bitireceğim. O da Mevlana'nın adalet anlayışı. Yaratacağımız toplumlar adil olmak zorunda ve Mevlana Celaleddin Rumi hümanizmin kurucusu olarak kabul edilen bir düşünür.

Adalet kavramını anlatırken devlet başkanlığına veya devlet büyüklerine veya hâkimlere öğütler şeklinde değil toplum içinde yer alan herkese öğütler vererek adalet kavramı tanımlıyor. Bunu da bir hikâyesi ile resmediyor. O da şu, kasap dükkânında çalışan çırak. Kasap dükkânında çalışan çırak her et alan kişiyi veresiye defterine kaydediyormuş. Bir gün bir tane kuş gelmiş ve bir et parçası çalmış. O çırak o kuşun çaldığı eti de deftere kaydetmiş. Mevlana der ki, kuşun bile, robotun bile, yapay zekâ teknolojisinin bile diyebiliriz, acaba suç işleyip işlemediğini karar verecek olan Yüce Yaradandır. O yüzden adalet toplumdaki bütün nesnelerin, bütün varlıkların dikkate alınarak şekillendirilmesi gerektiğini söylüyor.

Ben de o yüzden artık Japonların bir ötesine giderek, kendi kültürümüzden bir öğe ekleyerek yeni bir yaklaşımla bu teknolojileri düzenlememiz gerektiğini, bütün alanları insar etmemiz gerektiğini, kapsayıcı mevzuat ve yaklaşımların benimsenmesi gerektiğini söylüyor ve yaşam 5.0 önerisini siz haziruna getiriyorum.
Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Bu ilginç sunum için Hasan Bey'e çok teşekkür ediyoruz. Belki evet sizin buyurun söyleyecekleriniz var galiba.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Evet, Sayın YILMAZTEKİN'e çok teşekkür ediyoruz. Sunum yaptığı konu bizim için çok yeni bir alan. Teknolojinin gelişmesine paralel olarak yapay zekânın robotlarda kullanılmasının insanlar yönünden bir kısım kolaylıklar sağlayacağı görülmekte ise de bazı riskler oluşturacağı da anlaşılmaktadır.

Bu teknolojinin düzenlenmesi ve kullanılması bakımından ceza hukuku açısından ciddi bir yasal boşluk var. Ayrıca kripto para konusunda da aynı durum söz konusu. Ceza hâkimliği, bir bakıma norm hâkimliğidir. Bir hareketin suç olabilmesi için kanun ile düzenlenmiş olması gerekir. Biz buna tipiklik diyoruz. Mevcut bir ceza kuralından başka bir suçun oluşturulması yasak olup kıyas yasağı olarak değerlendirilmektedir. Yani anlatılan konularda düzenleme yapılmadığı takdirde kıyasen uygulama yapma imkânı bulunmamaktadır.

Kripto para dolandırıcılığı ülkemizde önemli bir sorun teşkil etmektedir. 2 milyar dolar civarındaki paranın bu şekilde yurt dışına transfer edildiği ifade edilmekte olup ülke için ciddi bir kayıptır. Bu konuda da en kısa süre içinde yasal düzenleme yapılmalıdır.

Mevzuat Genel Müdürlüğünün yetkilileri toplantıya iştirak ettiler bu sempozyumda oluşan görüşler doğrultusunda mutlaka çalışma yapacaklardır. İnternet dünyası her yıl tahmin edilemeyecek boyutta büyümekte ve de suç işlenmektedir. İnternet dünyasında suç işleyenlerle mücadele için yeterli eleman yetiştirilmesi ve teknik imkânların onların eline verilmesi gerekmektedir.

Tekrar YILMAZTEKİN'e teşekkür ediyoruz.

Bir sonraki sunucuyu ifade etmesi için Yaşar Hocama sözü veriyoruz.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Evet, teşekkürler. Şimdi de ulusal siber olaylara müdahale çalışmaları ile ilgili Mahmut Esat YILDIRIM Bey sunum yapacak. Mahmut Bey Selçuk Üniversitesi Makine Mühendisliği mezunu olup bu siber güvenlik konusunda çok değişik mevkilerde görev yapmıştır. Son olarak şu anda Ulusal Siber Olaylara Müdahale Merkezi USOM'a bağlı Bilgi Teknoloji Daire Başkanlığı görevini sürdürmektedir. Evet, buyurun Mahmut Bey sunumunuza başlayabilirsiniz.

Mahmut Esat YILDIRIM (Konuşmacı):
Öncelikle nazik davetiniz için, burada konuşma fırsatı verdiğiniz için çok teşekkür ederim ismim Mahmut Esat YILDIRIM. Ulusal Siber Olaylara Müdahale Merkezi olarak da bilinen Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumunun Bilgi Teknolojileri Daire Başkanlığını yürütüyorum.

Ben sunumuma bir soruyla başlamak istiyorum. USOM Ulusal Siber Olaylara Müdahale Merkezini duyan var mı daha önce? Kaç kişi vardır aşağı yukarı? Bir kişi mi? Ben de aslında öyle tahmin etmiştim.

Ulusal Siber Olaylara Müdahale Merkezi 2012 yılında Bakanlar Kurulu Kararı ile Siber Güvenlik Kurulu kurulmasından sonra oluşturulan bir kuruluş. Siber Güvenlik Kurulu bir karar aldı ve 2013 yılında Ulusal Siber Olaylara Müdahale Merkezinin kurulması kararlaştırıldı. Tabii o dönemde herhangi bir kanun mevzuat, Ulusal Siber Olaylara Müdahale Merkezinin görev sorumlulukları tam olarak net değildi. Ancak 2016 yılına geldiğimiz zaman yeni bir mevzuat değişikliği ile USOM'a çeşitli yetki ve sorumluluklar verildi.

USOM'un görev, sorumlulukları ve yetkileri 5809 Sayılı Elektronik Haberleşme Kanununun 60. Maddesinin 11-12-13. fıkralarında belirlenmiş vaziyette. Özetle, 11.fıkrada herhangi bir siber saldırıya caydırıcılık sağlamak için kurum her türlü tedbiri alır ve aldırır şeklinde bir yetkisi var.

12. fıkrasında da kurum ilgili araştırmalarını yapmak için her türlü bilgi, belge, arşivlerden faydalanır, ilgili kurumlardan bilgi belge talep edebilir şeklinde bir yetkisi var. Sonuncusunda da idari para cezası yaptırımı uygulaması yönünde bir yetkisi var. Tabii biz bu görevleri, bu sorumlulukları yerine getirirken birçok farklı alt kırılımlara bölündük ve ulusal siber güvenliğin sağlanması yönünde birçok çalışmalar yürütüyoruz.

Öncelikle direkt olarak USOM'a bağlı olarak çalışan, çeşitli kurum kuruluş firmalarda görev alan yaklaşık 2200 kadar siber olaylara müdahale ekiplerimiz mevcut. Birçok kurum kuruluşta bu ekipler doğrudan bizle bilgi alışverişi sağlıyorlar. Bunlardan sürekli olarak bize gelen ihbarlar, bilgiler var. Aynı şekilde vatandaşlardan da gelen bilgiler değerlendiriliyor. Alarm, duyuru ve uyarı faaliyetleri yapılıyor. İşte ülkemizde şu şekilde bir siber saldırı geliyor, gelecek veya bir olay müdahale raporunun paylaşılması şeklinde.

Birazdan bahsedeceğim çeşitli projelerimiz, ARGE faaliyetlerimiz var. Tehdit istihbaratı edinimimiz var. Bu tehdit istihbaratı edinimini birçok farklı kaynaklardan, çeşitli kurum kuruluşlardan sağlıyoruz. Uluslararası organizasyonlara üyeyiz aynı şekilde. NATO, Türk Devletleri Teşkilatı, FIRST, TI gibi. Bunlardan elde ettiğimiz tüm bu verileri korele edip olayı önceden tespit etmeye çalışıyoruz. Şimdi yapmış olduğumuz projelerden bahsedeyim. Özellikle hem sizleri hem vatandaşlarımızı yakından ilgilendiren bazı projeler.

AZAD projemiz aslında hepimizi ilgilendiriyor, cep telefonlarımıza gelen oltalama SMS'lerini mesajlarını görmüşsünüzdür. Vatandaşların SMS'lerdeki linklere tıklamasını sağlayarak vatandaşları dolandırmaya yönelik faaliyetler var. Veya az önceki sunumda bahsedilen sahte alan adlarını, dolandırıcılığa yönelik kripto para alan adlarını tespit etmeye yönelik bir projemiz. Burada büyük veri ve yapay zekâyı kullanarak bir alan adının dolandırıcılık amaçlı kullanılıp kullanılamayacağını tespit ediyoruz ve bunu o alan adı daha kayıt edildiği anda hemen yapıyoruz. Bu alan adlarından çok teknik detayına girmeden kayıt esnasındaki bilgilerini doğrudan alıp bir yapay zekâ, kendi geliştirdiğimiz yapay zekâ modeliyle bu alan adı yüzde kaç dolandırıcılık amacıyla kullanılıyor olabilir şeklinde bir kategorizasyonumuz var.

Sonrasında da bu panelde gördüğünüz gibi bir bizim personelimizin önüne düşürüyoruz bunlar dolandırıcı olabilir diye. En son yine bir insan gözüyle incelendikten sonra bu alan adına erişim engeli getiriyoruz veya getirmiyoruz. Buradaki erişim engelinden kastımız belki hepinizin de bildiği o normal standart BTK erişim engeli değil.

USOM olarak biz de ayrıca bir erişim engeli yapıyoruz, usom.gov.tr adresimizde bir zararlı bağlantılar listemiz var. Biz o bağlantı listesine, blacklistimize herhangi bir IP, bir domain, bir URL eklediğimiz anda otomatik olarak 5 dakika içerisinde tüm operatörler tarafından bunun erişimi anında engelleniyor ve bunun için herhangi bir mahkeme kararı almıyoruz.

KASIRGA projemiz var. KASIRGA projesi ile tüm Türkiye üzerindeki yaklaşık 17 milyon IP adresinin zafiyet taramalarını sürekli olarak yapıyoruz. Bu zafiyet taramalarını günde birkaç kere gerçekleştirip sonrasında herhangi bir IP adresinde bir zafiyet, siber güvenlik açıklığı bulduğumuz zaman onun sahibine kurum kuruluş olabilir, şirket olabilir, bazen son kullanıcı da olabiliyor, doğrudan resmi yazıyla öyle bir zafiyetinin olduğunu ve bunu gidermesi için neler gerektiğini bildiriyoruz. Hatta orada da 15 gün gibi bir süre müeyyidesi koyuyoruz. 15 gün içerisinde bunun giderilip tarafımıza dönüş yapılmasını istiyoruz. Çünkü bizden önce saldırganlar bunu eğer tespit ederlerse o zafiyeti sömürüp hem kurum kuruluşlardan veri sızdırıyorlar, hem de vatandaşları zarara uğratabilir.

SINKHOLE projemiz var. Az önce bahsettiğim bu zararlı bağlantılar listemize eklediğimiz adresler engelleniyor demiştim otomatik olarak. Burada sadece engellemekle kalmıyoruz, buraya gitmeye çalışan isteklerin operatör tarafından bize yönlendirilmesini sağlıyoruz. Bu şöyle bir güç ortaya çıkarıyor. O anda bir zararlı yazılımın komuta kontrol merkezine kim erişmeye çalışıyor, onun bilgisini anında görebiliyoruz. Böylece herhangi bir kurum kuruluşta veya vatandaşta bu zararlı yazılım var mı yok mu anında tespit edebiliyoruz ve hemen uyarı faaliyetlerimizi gerçekleştirebiliyoruz. Burada bizim bugüne kadar engellediğimiz adres sayısı 246.000. Alan adı IP, URL şeklinde 246.000 tane zararlı yazılım komuta kontrol veya otalama adresini biz engellemiş vaziyetteyiz. Bunlara haftada yaklaşık 43 milyon istek geliyor. Tamamı engellenmiş istekler. Yani 43 milyon zararlı isteği biz aslında haftalık olarak engellemiş oluyoruz.

Fetih Siber TALİMHANE projemiz var. Bu da eğitim faaliyetlerimizden bir tanesi. Kendi geliştirdiğimiz bir laboratuvar ortamımızda siber güvenlik öğrenmek isteyen kurum kuruluşlara veya gençlere burada eğitimler veriyoruz.

SİP platformumuz var, SOME iletişim platformu. Az önce bahsettiğim yaklaşık 2.200 siber olaylara müdahale ekiplerimizle doğrudan iletişim sağladığımız bir platformumuz. Oradan sürekli olarak bir istihbarat akışı sağlıyoruz ve anında müdahale edebiliyoruz. Buradan tabii yıllık olarak yaklaşık 20-25 bin civarında bildirim yapıyoruz.

Şimdi bunlar matbu bir şekilde sürekli olan, sürekli yaptığımız faaliyetler. Bunların haricinde bir de operasyonel bazı faaliyetlerimiz var. Biraz operasyonel faaliyetlerden bahsedeceğim. Öncelikle mobil botnet komuta kontrol merkezlerine yönelik operasyonlarımız mevcut. Belki karşılaşmışsınızdır veya size dosya olarak gelmiş olabilir. Günümüzde bu mobil telefonlara, cihazlara yönelik saldırılar çok arttı ve bunları artık otomatize bir şekilde yapıyorlar.

Bunları yaparken bir komuta kontrol paneli oluşturuyor saldırganlar ve Google Play Store'da veya farklı platformlarda bir zararlı yazılımı dağıtıyorlar. SMS olarak da gönderiyorlar bazen. Binlerce kişiye birden bu zararlı yazılım bulaştırıyorlar ve tek bir pencere üzerinden, tek bir web sitesi panel üzerinden binlerce kişinin cep telefonunu bir anda kontrol edebiliyorlar. Kameralarını açabiliyorlar, telefonlarını dinleyebiliyor, SMS'leri okuyabiliyor ve daha kritik olanı üzerindeki bankacılık uygulamalarının bilgilerini çalıyorlar. Doğrudan banka hesaplarına girip oradaki paralarını çekiyorlar. Biz bunlara yönelik operasyonel önleyici faaliyetler gerçekleştiriyoruz.

Tespitlerimiz olduğu zaman da bunları yine Emniyet Siber Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığına iletiyoruz. Orada ne yazık ki şöyle şeyler görüyoruz. Saldırganlar birisinin hesabına girdiği zaman oradaki parayı hepsini zaten bir çalıyorlar, elde ediyorlar. Eğer kişinin parası yoksa üstüne kredi çekiyorlar. Gelen SMS'leri de telefondan dinleyebildikleri için bu sefer krediyi de çalıyorlar. Böyle faaliyetleri yürütüyorlar. Biz de engellemeye çalışıyoruz.

Daha kritiği devlet destekli siber tehdit gruplarına yönelik operasyonlarımız oluyor. Bunlar casusluk faaliyeti yürütüyorlar. Hem kamu kurumlarımıza karşı, hem kritik sektörlerde faaliyet gösteren şirketlere karşı. Biz bunların yine tespitine yönelik çalışmalar gerçekleştirip ilgili mercilere bulgularımızı iletiyoruz.

Burada az önce bahsettim, botnet komuta kontrol merkezleri dediğimiz, bu android telefonlar için veya çeşitli mobil cihazlar için çeşitli isimlerde kullandıkları ekranların görüntüleri.

Yine bahsettiğim bu devlet destekli hacker gruplarına yönelik çeşitli operasyonlarımız mevcut. En büyüklerinden bir tanesi Muddy Water olarak adlandırılan hacker grubu. Çokça haberlerde belki görmüşsünüzdür. İran menşeli bir hacker grubu. Bunların ülkemize yönelik çok büyük faaliyetleri oldu geçtiğimiz dönemlerde. Bu zaten public bir bilgi. Artık her yerde paylaşılan işte Türkiye'ye yönelik bu grubun saldırıları bilinen bir gerçek. Biz burada bunu doğrudan tespit ederek bu saldırıyı, birçok farklı kurumda olay müdahale çalışmaları, adli bilişim analiz çalışmaları yaparak bunların temizlenmesine ve geri püskürtülüp hatta o saldırı gerçekleştirenlerin kimliklerine erişme yoluna kadar çeşitli faaliyetler gösterip bunları da yine ilgili mercilere ilettik.

Son olarak siber olay müdahale faaliyetlerimiz var. Bu siber olay müdahale faaliyetlerimiz 7/24 esasıyla yürütülüyor. Oradan aslında Emniyet Siber Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığından farklı olarak bizim buradaki vazifemiz biraz daha itfaiyecilik oluyor. Biz hep o şekilde bir tabir kullanırız. Ortada bir yangın oluyor. Orası, o kurum veya o şirket hacklenmiş, verileri sızdırılmış veya şifrelenmiş tüm verileri. Bunun bir an önce çözülüp oranın işler hale getirilmesi, temizlenmesi yönünde çalışmalar yürütüyoruz. Dediğim gibi 7/24 ve yaklaşık 300'den fazla bugüne kadar kurum kuruluşta ve kritik sektördeki şirketlerde olay müdahale faaliyetleri yaptık. Burada forensic uzmanlarımız, adli bilişim uzmanlarımız çalışıyor. O hackerların nasıl içeride yayıldıklarını, oraya nasıl girdiklerinin tespitini yapıyoruz. Tabii hackerlar bunu bildiği için anti-forensic dediğimiz yöntemleri kullanıyorlar. İzleri silmeye yönelik. Biz de onu bildiğimiz için anti-anti-forensic dediğimiz yöntemleri kullanarak onların o izlerini tekrar bulma yönünde çalışmalar gerçekleştiriyoruz. Büyük ihtimalle yarın öbür gün anti-anti-anti-forensicler de çıkacaktır. Bu alanda gerçek bir savaş veriyoruz.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim. Sağ olun.

Yaşar BECERİKLİ (Moderatör):
Evet, teşekkür ederiz Mahmut Bey'e. Şimdi de zamanımız biraz doldu ama bir konumuz adli bilişimde yeni yazılımlar. Bu sunumu TÜBİTAK BİLGEM Başkanlığı yürüten Ali GÖRÇİN Bey'i davet ediyorum. Ali GÖRÇİN Bey, Adli Bilişimde Yeni Yazılımlar konusunda bizleri aydınlatacaktır. Buyurun Ali Bey.

Ali GÖRÇİN (Konuşmacı):
Herkese merhaba. Hoş geldiniz. Beni de ayrıca davet ettiğiniz için çok teşekkür ediyorum. Mümkün olduğu kadar sizlere faydalı olacak bilgileri vermeye çalışacağım.

Hepimizin bildiği gibi yani adli bilişim aslında temel olarak mahkemede delil olarak sayılabilecek sayısal birtakım verilerin oluşturulabilmesini hedefliyor. Yapmak istediği şey bu.

Dolayısıyla öncelikli olarak verilerin elde edilmesi, saklanması ve hazır hale getirilmesi, işlenmesi ile ilgili faaliyetlerin yürütülmesi gerekiyor. Ön inceleme, olay yeri tespiti, daha önceki konuşmalarda da ifade edildi. Bu sadece bir suçun gerçekleşmesi noktasında değil, sayısal verilerin de elde edilebilmesi için ortamın sağlıklı bir şekilde hazır halde tutulması, bulunması çok önem arz ediyor.

Bazen yapılan birtakım hatalar olay yerinde ya sistemlerin teslimi noktasında, daha sonra verilerin temini noktasında önemli problemlere yol açabiliyor. O yüzden çok bilinçli bir şekilde en baştan en sona kadar sürecin yürütülmesi gerekiyor. En ufak bir hata yapılmamalı. O yüzden eğitim burada çok büyük bir önem kazanmış oluyor. Daha sonra delillerin toplanması, analizi ve raporlanması. Hepinizin bildiği adımlar bu süreç içerisinde devam eden, buraları hızlı geçeceğim.

Adli bilişim kapsamında veri kaynaklarının türlerine bakarsak burada hepimizin aklına gelebilecek özellikle bilgisayarlar ve mobil cihazlar var. Ama hepiniz biliyorsunuz önümüzdeki yıllarda, ben temel olarak haberleşme alanından geliyorum, haberleşme teknolojilerinin ve algılayıcıların yani sensörlerin yaygınlaşması, ucuzlaması, küçülmesi ve daha kullanımının artması ile beraber bu bilişime dayalı kaynaklar hayatın her alanında yayılmaya devam edecek.

Şu anda hepimizin, hemen hemen herkesin bir akıllı saati var. Telefonuyla haberleşiyor, belki bir süre sonra sadece telefon elde kalacak. Bilezikler, kolyeler ve üzerimize giydiğimiz kıyafetlerde de bir takım sensörlerin ortaya çıkması söz konusu. Özellikle anlık olarak sağlığımızın kontrolü, sağlık durumumuzun incelenmesi gibi konularla beraber kişisel alanda ve IoT dediğimiz işte nesnelerin internetiyle de beraber fabrikalar, tesisler, işletmeler hem sensörler hem de işlem yapabilen mikro işlemciler ve mikro kontrolörler sayesinde hem internete de bağlanarak veri üreten yapılar haline geliyor. Tüm bunlar aslında adli bir olay meydana geldiğinde bizim için bir veri kaynağı. Dolayısıyla da adli bilişimi işte haberleşme paketleri ile ilgileniyor, internet adlı bilişimi biraz önce de bahsedildiği üzere internet üzerindeki suçlarla ilgili çalışıyor.

Gömülü adli bilişim, kullandığımız cihazların önemli bir kısmında aslında gömülü sistem dediğimiz programlanabilir devrelerin aktif olarak kullanıldığı yapılar var. Yani entegre devre dediğimiz çipler artık programlanması mümkün değil. Belli bir işlevi yerine getirmek üzere mimarisi sabit hale getirilmiş efendime söyleyeyim küçük sistemler. Onlarla belli fonksiyonları yerine getirebiliyorsunuz ama işte fiil programımız aslında temel olarak bir ürün son ürüne gitmeden önce test yapılması için ortaya çıkmış platformlar da aktif olarak haberleşme ve elektronik sistemlerinde kullanılıyor.

Bu da şu demek, artık sahada uzaktan da programlanabilir donanımlar var ve bu programlar, bu donanımlar sayesinde de bizim düşündüğümüz çok ötesinde yani siber atakların ötesinde bilgi güvenliği saldırıları da yapılabilir. Yani siz yukarıda internet üzerinden baktığınızda herhangi bir problem yokmuş gibi görebilirsiniz ama alt tarafta çok daha farklı işler dönüyor olabilir.

Hatta bu sadece bahsettiğim programlanabilir devreler sayesinde değil tasarlanmış ve fixlenmiş, sabitlenmiş ve üretime gitmiş entegre devrelerin içerisine konmuş bir takım trojanlarla da yapılabiliyor. Donanımsal açıklıklarla.

Nedir örneği? İşte hepinizin belki duyduğu belki bir kısmının duyduğu bilemiyorum hazirunun ne kadarı konuya hâkim. Bu ne demek? Siz yukarıda bilginizin şifrelendiğini, kriptolandığını, donanımsal kriptolandığını, işte siber güvenlik önlemleri ile gerekli önlemlerin alındığını zannediyorsunuz ama aşağı tarafta tüm bilgi farklı yerlere akabiliyor ve böyle milyonlarca işlemci olduğunu düşünün milyonlarca bilgisayarda. Ne kadar büyük bir aslında bilgi güvenliği açığı olduğunu hepiniz düşünebilirsiniz. Yani bu tabii oldukça karmaşık, tam olarak buranın da konusuna girmeyen bir husus ama ilişkili bir konu. Dolayısıyla da bunlardan da, bu kaynaklardan da farklı bilgiler gömülü adli bilişim konusunda oldukça önemli bir şey teşkil ediyor. Sosyal ağlar, bulut artık her şey bulut tarafına kayıyor. Yani bilgisayarınızda bir yazılım çalıştırmak yerine merkezi bir yere ulaşıp orada işlem yaptığınız mekânizmalar söz konusu. Bunlar da bizim için erişilmesi gereken kaynaklar haline gelmiş oluyor.

İşte GPS de yine daha önceki programlarda, bölümlerde anlatıldı. Önemli bir veri kaynağı. Konum bilgisi üretiyorsa eğer bir sistem bu sayede siz önemli bir takım delillere de ulaşabiliyorsunuz. Tabii şimdi bu tüm bu sistemlerin genel olarak, yani adli bilişim penceresine bakan birtakım yazılımlar ve teknolojiler var. Bu teknolojiler, üretenler var, kullananlar var. Biz tabii ki üretici tarafta yer almak istiyoruz.

İsrail'in çok önemli yazılımları var ve İsrail bu alanda aslında ciddi aktivitesi olan bir ülke ve buradan önemli gelirler elde ediyor. Büyüklüğüne bakarsak eğer sektörün yani bu adli bilişim verilerini üretebilen, eldeki kaynaklardan veriyi çekebilen ve işleyebilen yazılım ve donanım sistemleri, çoğunlukla yazılım ama birtakım donanım sistemler de var bizim de aynı şekilde üzerinde çalıştığımız, bu ülkelerin gelirleri milyar dolarlar mertebesinde. Gördüğünüz gibi biz burada beş tane market raporunu temel alarak size getirdik ve yıllık %13-14 ortalama bir beklentiyle büyüyecek bir sektörden bahsediyoruz. Yani korkunç bir sektör. Şu anda yaklaşık 10 milyar dolarlardan 2031 yılında 35 milyar dolarları geçebileceği düşünülen devasa bir alandan bahsediyoruz.

Peki, Türkiye'ye dönersek, işin en başına dönersek ülkemizde bununla ilgili olarak yetkili kuruluşlar tabii ki polisimiz, jandarmamız, teşkilatımız, Adli Tıp Kurumumuz, Gümrük Muhafaza ve Rekabet Kurumu. Bildiğim kadarıyla bu tip sistemleri Rekabet Kurumu çok spesifik bazı konular için bunu kullanıyor ama daha çok ön plana polis ve jandarmanın çıktığını da ifade etmemiz gerekiyor. Ama bu tip sistemler böyle al kullan bir sistem değil. Yani adli bilişim için kullandığımız yazılımlar özellikle ülkemizde sizin böyle plug and play çalıştıracağınız bir şey değil.

Bu konferansın başından beri, bugün en azından gördüğüm kadarıyla çok ciddi bir alan uzmanlığı söz konusu. Yani bu tarafa bakan yönünde de, alanın tamamında da alan uzmanlığı olduğu açıkça gözüküyor. İhtiyaç beni de çok mutlu etti bu arada. Benim çalıştığım veya doğrudan aşina olduğum bir alan değil. Dolaylı olarak içerisinde bulunduğum bir konu. Bilgi güvenliği penceresinden baktığımızda çok etkilendim gerçekten çok da mutlu oldum. Önümüzdeki zamanlarda BİLGEM olarak daha geniş katılım göstereceğiz. Bu sebeple, davet için tekrar tekrar teşekkür ediyorum.

Tabii ki bunları siz alıp doğrudan çok rahat bir şekilde kullanma diye bir olay söz konusu değil. Çok spesifik, çok hassas bir alan. Dolayısıyla bununla ilgili olarak birtakım insanlar ve kurumlar danışmanlık hizmetleri veriyor. Biz de BİLGEM olarak hem Siber Güvenlik Enstitüsü tarafında hem de Test Değerlendirme Direktörlüğü tarafında imkânlarımız ve faydalı olmaya çalışıyoruz.

Bilirkişiler var, üniversiteler eğitim tarafında yer alıyor. İşte Fırat Üniversitesinin bir programı var, biz de onun çıktılarını kullanıyoruz. Kaliteli arkadaşları oradan temin ediyoruz, farklı üniversitelerde yüksek lisans programları var ve yine aynı şekilde olaylara müdahale ekipleri az önce de dinlediğimiz üzere bu konularda faaliyet gösteriyor. Ülkemiz fena bir yerde değil, yani sahada olmayan bir ülkeden bahsetmiyoruz. Bilinç oldukça yüksek, insanlar, hem kamu tarafındaki arkadaşlarımız hem özel oradaki arkadaşlar konular hakkında bilgi sahibiler, çalışmalar yapılıyor. Bu oldukça ümit verici aslında temel olarak baktığımızda.

Peki, ihtiyacı değerlendirirsek, yani yazılımların hemen hemen hepsinin yurtdışı kökenli olduğunu görüyoruz. Şu anda kullandığımız yazılım tabanlı sistemler için konuşuyorum ve tek bir ürün yok. Farklı farklı ürünleri aşağıda gördüğünüz isimleri yer alan işte Cellebrite dediğimiz ürün İsrail'in ürünü. Mesela bu ürün şu anda askeri tarafta veya kolluk kuvveti tarafında bize kısıtlı olarak veriliyor en azından. Belki akademik olarak kısıtlar olmayabilir ama diğer taraflarda kısıtlı olarak sağlanan bir ürün ve tek bir ürün yok, gereksinimler çeşitlenmekte.

Az önce ifade ettim, önümüzdeki dönemde IoT kaynaklarından ve wearablelardan yani giyilebilirlerden de önemli miktarda veri akmasını bekliyoruz. Buna hazır hale gelmemiz lazım. 6. nesil haberleşme teknolojileri ile beraber yatay alanlarda da sensörler vasıtasıyla bilgi aktarımı ve müdahale artacak. Velhasıl kelam buna hepimizin hazırlıklı olması ve bu kaynakları da doğru şekilde ihtiyaçlarımıza göre yönlendirmemiz gerekiyor.

Burada da adli bilişim noktasında mahkemelere verilecek veriler noktasında gerekli hazırlığı yapmamız hem teknolojik olarak hem de mevzuatsal olarak gerekiyor. Ama tüm bunlarla beraber birtakım yerli ürün ihtiyaçları var. Çünkü dediğim gibi daha çok şu anda yurt dışına bir bağımlılığımız söz konusu. Bizim tahminimiz, Türkiye'nin bununla ilgili 10 ila 20 milyon dolara yakın bir harcama yapmasını öngörüyoruz. Öncelikli olarak millileştirme söz konusu olursa bu paranın ülkemizde kalması daha sonra bir önemli ihracat ürün olarak ortaya çıkması mümkün olacaktır. Böylece, bahsettiğimiz senelik yüzde %13-14 ortalama artışlara sahip olacak ve milyar dolarlık bir sektörden pay almamızı sağlayacak çok kısa şunu söyleyeyim, BİLGEM'e işe girenlere yaptığım sunumda bunu ifade ediyorum. OECD verilerine göre dünyanın yıllık geliri eğer 100 birimlik bir paraysa bunun 4 birimi tarımdan geliyor, yani dünyanın tüm tarımını yapsanız 4 birim kazanabiliyorsunuz. Klasik üretimden yüzde 14'ü geliyor. Geri kalan her şey ise teknoloji ilişkili sektörlerden geliyor. Yani tabii bunu içerisinde tarımın teknolojisi de var. Dolayısıyla siz doğal olarak bu geri kalan %82'den pay almak istersiniz. Bu da niş bir alan olarak, özel bir çalışma yapılması gereken bir alan olarak Türkiye'nin gerçekten önemli gelir elde edebileceği ve rekabet edebileceği bir sektör.

Neden? Birazdan çok kısa bahsedeceğim ama içimize bakarsak az önce de ifade ettim, ambargo gibi kısıtlamalardan dolayı temel güçlükler var, ürünlerin son versiyonları bize verilmiyor olabilir. Bu bize karşı bir güç olarak kullanılıyor olabilir. Dediğim gibi yurt dışında ele geçirilen telefonlar, birtakım suçluların yurt dışındaki faaliyetleri ile ilgili olarak bizim elimizde son teknoloji olmayabilir ve ambargo olabilir. Maliyetlerde ciddi artışlar söz konusu. Piyasa kontrolü belli şirketlerin elinde olduğu zaman siz fiyat konusunda rekabet edemiyorsunuz. Yerli ihtiyaçları az önce ifade ettim, dışarı aktarılmasında bir bilgi güvenliğine yol açıyor.

Bununla beraber bir takım milli güvenlik problemleri de ortaya çıkabilir ve en önemlisi de Türkiye'de korkunç bir vaka çeşitliliği var. Bu çeşitlilikten dolayı biz aslında bu ürünlerle çalışırken birtakım etiketler oluşturuyoruz, onlar güncelleme yapıyor bize, biz yabancıların ürünlerini geliştiriyoruz. Temel olarak yurt dışındaki firmalara hem para veriyoruz hem de onların ürünlerini geliştiriyoruz. Bunların olması tabi ki uygun değil, durması gerekiyor. Dolayısıyla bu konuda bir ilerleme ihtiyacı görülmüş ve bu birtakım metinlere de yansımış.

Siber taraf ile ilgili olarak hem TÜBİTAK'ın stratejik planına, hem kalkınma planına hem de Cumhurbaşkanlığının yıllık planlarına ve orta vadeli programa yansıyan maddeler var. Ama doğrudan atıflandığı yer Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığının Ulusal Siber Güvenlik Eylem Planı. Bu adli tıp yazılımlarının millileştirilmesi hususu burada işaretlenmiş durumda.

Ülkemizdeki çalışmalara bakarsak, ilişkiyi az önce de ifade ettim, sadece bir yazılımı alayım kullanayım konusu değil artık çok daha farklı sensörlerden, çok daha farklı veriler geliyor olacak. Dolayısıyla çevresel etrafını tamamlayıcı bir takım fonksiyonları da beraberinde sağlamanız gerekiyor ve buralardan da bilgi elde edebiliyor olmanız gerekiyor ki işte hâkimlere karar verebilmeleri için gerekli verileri sunabilesiniz. Yani bazen sizin sadece adli bilişim sistemlerinden elde ettiğiniz veri, karar verebilmeyi sağlamıyor.

Dolayısıyla da uç dökme güvenlik sistemleri, olaya müdahale sistemleri, veri kaçağı önleme sistemleri, işte bugün bahsettiğimiz A3 yazılımı, evrak inceleme donanımları ve yazılımları, adli görüntü iyileştirme, onarım yazılımları ve veri kıymetlendirme yazılımıyla beraber bir bütün olarak, bir büyük veri olarak, yapay zekâ ile de beraber değerlendirildiğinde aslında ortada bizim insan olarak göremediğimiz birtakım sonuçların da oluşmasına yol açabiliyor. Çok değişik bir yere gidiyoruz.

Adli bilişimle ilgili olarak sistemlerimiz ve yazılımlarımız burada bahsettiğim teknolojilerle beraber kullanıldığında ortaya çıkan büyük veri yapay zekâ yöntemleri ile incelendiğinde gerçekten biz gördük ki bizim ilk bakışta verilen elde edemediğimiz bir takım çıkarımlar elde edilebiliyor.

O çok metriksel bir şekilde çıkarttı ama yapay zekâ bize bunu. Çok daha güzel bir şekilde, rakamları dökerek bilimsel bir anlamda ortaya koydu, ama kişilerin yaşadığı apartmanlara giren doğalgaz borusunun yarıçap büyüklüğüyle o binada ya da o sitede ya da o evde kız çocuklarının okula devamlılığı arasında da bir korelasyon çıkarttı. Çok ilginç. Belki bunu farklı sebepleri olabilir. Bunu bizim bulmamız mümkün değildi. Dolayısıyla yapay zekâ 5 yıl öncesinden bunu bulduysa şu an ne yapıyordur onu siz düşünün.

TÜBİTAK BİLGEM olarak bu konuda A3 Adli Analiz Altyapı Projesi ile çalışmalarımızı devam ettiriyoruz . İmaj inceleme ve imaj alma kısımları var. İmaj inceleme kısmında aslında belli noktalara gelmiş durumdayız, geliştirmeye de devam ediyoruz. Sizlerle yakın çalışıyoruz. Bir takım sürümleri deneme amaçlı olarak kurduk, kurumlarımızla yakın bilgi akışı içerisindeyiz ama imaj alma tarafı gerçekten zor bir konu. Bunun üzerine de şu anda düşmüş ve içeride önemli kaynakları ayırıyor durumdayız.

Az önce bahsettiğim bu teknolojinin kritik ve maliyetleri göz önünde bulundurulduğunda millileştirilmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz. Bu noktada da arkadaşlar bir iç proje ile bize geldiler. Biz de bir dış destekliye dönmesinden önce en azından geliştirmelerin belli oranda devam edebilmesi için BİLGEM'in iç kaynaklarıyla bir proje açtık ve bunu başlattık. Ama tabii ki böyle büyük bir işi bizim tek başımıza iç kaynaklarımızla yürütmemiz çok uygun değil. Bunun ekosistem ile birlikte birtakım desteklerle devam ediyor olması

gerekiyor. Ancak şu ana kadar geldiğimiz noktalara bakmak gerekirse imaj inceleme yazılımı tarafında standart adli analiz imaj formatlarına destek veren, dosya sistemlerine destek veren, mobil ve masaüstü işletim sistemleri ile çalışabilen destek veren ve bulut programları üzerinden de veri elde edebilen, iletişim ve sosyal medya uygulamalarından veri çekebilen ve işletim sistemi kalıntıları dediğimiz aslında işletim sistemi çekirdekleri ile ilişkili ve komut istekleriyle ilişkili olarak ilişkilendirilebilecek birtakım bilgileri de alabilen, raporlama yapabilen, filtreleme ve işte iletişim görüntüleyici gibi pek çok özelliği olan bir imaj inceleme yazılımını aslında belli bir noktaya getirmiş durumdayız şu anda.

Dediğim gibi bu bir yazılımcının, bilgisayarcının, siber güvenlikçinin ya da bir ekibin tek başına yapacağı bir iş değil. Büyük miktarda bir alan uzmanlığı var. İnanılmaz incelikler var işin içerisinde. İşte dinliyoruz sabahtan beri. Bütün bu alan uzmanlığı bilgisinin de bu yazılımlar içerisinde kullanılması ve bu şekilde yazılımların güçlendirilmesi gerekiyor. Kullandığımız yazılımlar, global yazılımlar aslında bu şekilde kuvvetlendirilmiş ürünler. Saha bilgisi ile kuvvetlendirilmiş ürünler. Bizim de zengin saha bilgisi ile yazılımlarımızı kuvvetlendirmemiz gerekiyor.

Son kısımda ise imaj alma çalışmalarımızdan bahsetmek istiyorum. Bu dediğim gibi oldukça karmaşık bir konu.

Az önce bahsettiğim Cellebrite denen İsrailli şirketin de ön planda olduğu alanlardan bir tanesi. Uzun yıllardır çalışıyorlar. Belki şunu ifade etmek gerekiyor, bu tip alanlar gerçekten kısıtlı sürelerde çok az yatırım ile olacak işler değil. Uzun yıllar sizin sürekli yatırım yapmanız gerekiyor ülke olarak ya da şirket olarak ki bu ürünler gelişmeye, serpilmeye devam etsin. Yoksa destek kesintiye uğradığında bu ürünler ölüyor. Yani şey yapamıyorsunuz, yakalamanın sonu çok mümkün olmuyor. Buranın kritik taraflarından birisi imaj alma tarafı. Android tabanlı, yani daha çok mobil cihazlar için tabii ki bir ihtiyaç. Açık söylemek gerekirse Laptoplar gibi Windows tabanlı sistemlerde nispeten daha rahat hareket edebiliyoruz ve androidde de belli bir donanımsal bağımlılık var tabii. Bu donanımlara bağlı olarak belli bir noktaya gelmiş durumdayız ama çalışmaya da devam edeceğiz. Burada önemli yatırımlarımız olduğunu ifade edeyim.

Burada asıl olarak şunu ifade etmem lazım, bizim tarafta COMSEC yani haberleşme güvenliği ve ortak kriterler laboratuvarları var. Ortak kriterler laboratuvarları ticari tarafın bilgi güvenliğine bakıyor. COMSEC ise askeri tarafa bakıyor. Burada da önemli bir bilgi birikimi oluşacağını düşünüyoruz. Ama burası bizim için önemli bir gelişme alanını ifade etmiş oluyor. Ben vakit de kısa olduğu için sunumu bu şekilde tamamlamış olayım. Teşekkür ediyorum tekrar.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Biz de çok teşekkür ediyoruz. Konuşmacımız bize çok önemli bilgiler sunmuş oldu, en azından bazı konularda güvenlik konusunda da emin olabiliriz kanaati oluştu. Son konuşmacımız Zafer ÖZKARA. Kendisi yüzbaşı. Kıtada değişik yerlerde görev yaptıktan sonra 2018 yılından sonra Ankara Jandarma Kriminal Laboratuvar Müdürlüğünde Bilişim Teknolojileri İnceleme Şube Müdürlüğü Veri İnceleme Kasım Amirliğinde görev almış. Kendisinin süresi de 15 dakika,son konuşmacı olarak buyurun.

Zafer ÖZKARA (Konuşmacı):
Teşekkür ederim Başkanım. Öncelikle dört gün süren Adli Tıp Günlerinin son gününde, son oturumunda hazır bulunduğunuz için sizlere teşekkür ederim.

Bundan önceki konuşmacılarda da hep fark ettik ki gittikçe etrafımızı çevreleyen bir dijital atmosfer var. Bu tabii hayatımızı kolaylaştırmanın yanında suç araştırması ve soruşturması ile uğraşan bizler ve siz değerli katılımcılar için bazı kolaylık ve bunun yanında da bazı zorluklara sebep olmakta. Özellikle konum bilgisi, rota gibi insan hareketlerinin yanında, araç adli bilişiminden elde edilen verilerle kapı açma zamanları, ağırlık sensörleri ile araç içerisinde kaç kişinin yer aldığı, kemer takmış mı takmamış gibi veriler, bina veya evlerin içerisinde yer alan sensörlerle izinsiz girilip girilmediği, yangın çıkmış ise yangının yeri ve zamanı ile ilgili verilere çok rahat ulaşabiliyoruz.

Peki, nesnelerin internetinin tanımı nedir? Nesnenin interneti veya internete bağlı akıllı cihaz, fiziksel nesnelerin birbirleriyle veya daha büyük sistemlerle bağlantılı olduğu iletişim ağının genel adıdır aslında. Bir cihazın nesnelerin interneti cihazı sayılabilmesi için tanımlanabilir olması, spesifik bir görevi olması ve internete bağlı olması gerekmektedir. Bunlardan herhangi biri yoksa biz bu cihazı nesnenin interneti cihazı kategorisine alamamaktayız.

2017 yılında yapılan çalışmaya göre giderek artan bir oranda bu cihazlar kullanılmaya başlamakta ve yıllar geçtikçe de kullanım oranı artmaktadır. Kullanım alanları yansıda detaylı olarak belirtilmiştir. Bazılarına değinecek olursak;

Örneğin bireysel kullanım dediğimizde ilk akla gelen akıllı saat, akıllı bileklik gibi hususlar yer almakla beraber bir firmanın geliştirmiş olduğu bir ürün örneğin akıllı çatal da bu kullanım alanına girmektedir. Nedir bu çatal? Kişinin yeme hızını ve yeme miktarını uygulama üzerinden kontrol ederek yavaş ye, kilonu azalt, müthiş hisset gibi sloganlarla çıkmış ve sağlıklı beslenme için ürünü son kullanıcıya sunmuştur. Veya son dönemde kiralık veya satılık ev arayışı olan varsa akıllı ev, akıllı bina gibi sloganlarla karşılaşmış olabilirler. Burada konforun yanında güvenlik de bu sistemlerde ön planda. Onun dışında yine yansımızda belirtilen veya belirtilmeyen birçok alanda nesnenin interneti cihazı ve bu teknoloji altyapısı ile beraber kullanılmaktadır.

Peki, bu nesnenin interneti teknolojisi bize sunduğu avantajlarla beraber bazı dezavantajlar da getirmekte midir? Şu anda bir iletişim çağındayız, bilgi çağındayız. Devasa miktarlardaki veriye hızlı bir şekilde ulaşma amacımız var. Nesnelerin interneti cihazları da tam bu alanda devreye giriyor ve üzerindeki sensörler vasıtasıyla hızlı bir şekilde veriye ulaşabilmemizi sağlıyor. Bu izleme kolaylığı birbirleriyle entegrasyon ve otomasyon konusunda bir kolaylık sağlıyor ve zamanın yanında aynı şekilde verimliliği de artırarak para tasarrufu da sağlamış oluyor. Ancak tabii bazı sektörlerde düşük maliyetli ürünlerin tercih edilmesiyle özellikle güvenlik tarafında ve gizlilik tarafında bazı zafiyetlere sebebiyet veriyor. Bunun dışında çok farklı markaların çok farklı maksatlarla ürettiği ürünler kullanıldığı için karmaşıklık ve birbirleri arasında konuşamama ve uyum sorunu devreye giriyor. Bunlar da bu teknolojinin dezavantajları arasında sayılabilir.

Biz laboratuvarımızda deneysel çalışma için bir ön inceleme yaptığımızda, bir suç konusu olarak bize ne gelebilir diyerek öncelikle şu cihazları belirledik. Akıllı saat, bebek kamerası, akıllı tartı ve akıllı bileklik olarak farklı ürünler seçtik. Laboratuvarımıza ait cep telefonu ile bu cihazları eş zamanlayarak anlık veri akışını sağladık. Sonrasında da yine laboratuvarımızda bulunan donanım ve yazılımlarla bunları inceledik. Bu cihazlar ile bazı kullanıcı davranışları gerçekleştirdik. Kullanıcı davranışı olarak, telefonla eş zamanladığımız cihazlarla gelen arama, giden arama, e-posta kaydı; akıllı tartıda kaydederek ve kaydetmeyerek

kilo ölçümleri, hem birey ölçümü hem de farklı kilolarda nesne ölçümü gerçekleştirilmiştir.

Bebek kamerasını da bir odaya kurarak burada hareket algılama, uygulama üzerinden ve el ünitesi üzerinden fotoğraf ve video kaydı gibi normal bireysel bir kullanıcının yapmış olabileceğini düşündüğümüz davranışları gerçekleştirdik. Tabii bu bir süreçti, bunun sonucunda biz bu cihazların ne kadarını inceleyebiliyoruz, elimizdeki yazılım ve donanımlarla bunlardan ne kadar veri alabiliyoruz bunlara ulaşmaya çalıştık. Çıkan sonuçlar yansıda tablo halinde sunulmuştur.

Akıllı saat üzerinden tam bir kopya alamadık. Kısmi bir mantıksal bir kopya aldık ve bunu yazılımlarla incelediğimizde yine genel olarak sistem verilerine, kısmi olarak da bireysel verilere ulaşabildik. Akıllı bilekliği cihazlarımıza bağlayamadığımız için kopyasını alamadık ve yazılımlarla inceleyemedik. Görsel incelemeye en son değineceğim.

Akıllı tartı tarafında yine herhangi bir bağlantı sağlayamadığımız için bir veri elde edemedik. Burada bebek kamerasının kamera tarafı ile alakalı yine bir bağlantı kuramadık ancak el ünitesi içerisindeki hafıza kartı vasıtasıyla hem kopyasını alabildik hem de cihazlarla inceleyebildik. Görsel inceleme tarafında ise, cihazı önümüze açarak menülerinde tek tek gezinmek suretiyle fotoğraflanması ve bunun rapora eklenmesi şeklinde değerlendirdik. Görsel incelemede akıllı tartı haricinde diğer cihazlara erişim sağlayabildik.

Ancak bizim asıl veri kaynağımız bu cihazlarla ilgili uygulamaların kurulmuş olduğu cep telefonu oldu. Cep telefonu üzerinde her cihazın kendine ait uygulaması içerisinde bazı verileri tuttuğunu gördük ve bunları inceledik. Bizim yapmış olduğumuz davranışlara burada ulaşabildik mi diye, birçoğuna ulaşmış vaziyete geldik. Bu yapmış olduğumuz çalışma sonrasında tabii bir de Jandarma Kriminal Daire Başkanlığının hem Ankara Laboratuvarı hem de dış laboratuvarlarına gelen nesnenin interneti cihazı sayılarına baktık ve sunumun başında bahsettiğim ivmede artmadığını gördük.

Yani kullanımı gittikçe artan oranlara rağmen, nesnelerin interneti cihazlarının laboratuvara ulaşmadığını değerlendirdik. Burada da birazdan belirteceğim problemleri tespit ettik. Burada tabii karşılaştığımız zorluklar bu cihazların standart dışı, kompleks mimarisi ve heterojen bir yapıda olmasından kaynaklanmaktadır. Laboratuvara ulaşmama tarafında ise personelin olay yerinde bu cihazları gördüğünde bunları alması gerektiğini bilmiyor gibi bir varsayımla ilerledik ve bazı problemleri ortaya koyduk.

Burada tabii karşılaştığımız zorluklar bu cihazların standart dışı, kompleks mimarisi ve heterojen bir yapıda olmasından kaynaklanmaktadır. Laboratuvara ulaşmama tarafında ise personelin olay yerinde bu cihazları gördüğünde bunları alması gerektiğini bilmiyor gibi bir varsayımla ilerledik ve bazı problemleri ortaya koyduk.

Burada tabii oturum başkanımızın da konuşmasında belirttiği, eski zamanlarda cinayette kullanılan bıçağı aldığı yere, yani tekrar maktülün yarasına koyan bir personel gibi durumda değiliz. Ancak şu anda artan teknoloji karşısında bazı eksikliklerimiz olduğu düşünülebilir. Bunun yanında nesnelerin interneti teknolojisinin doğası gereği yani bu cihazların karmaşık yapısı, herhangi bir olay yerinde bulunabilecek cihazın şeklinin personel tarafından bilinmemesi nedeniyle ve bunların olay esnasında açık, kapalı veya bekleme modunda olabileceği için zorluklarla karşılaşılmaktadır.

Sonra olay yeri kaynaklı olarak baktığımızda, suçun işlendiği yer olarak karşımıza çıkan olay yerinin herhangi bir yer olabileceği, açık, kapalı olması, genişlik olarak farklı durumlarda olması veya bir fabrika gibi işyerinin olması, her olayın müdahale şekli ile bulunabilecek cihazların farklılığından kaynaklı olarak zorluklarla karşılabilmektedir.

Bir de bir önceki konuşmacımızın da konusunda bahsettiği adli bilişim teknolojisi kaynaklı yani teknolojinin bu alandaki hıza yetişememesi ile ilgili problemleri ortaya koyduk.

Bunları tartıştık. Sonuç olarak bu artan çeşitlilik karşısında az önce bahsetmiş olduğumuz problemlerle mücadele etmek için bazı önlemler alıyoruz ve daha da almamız gerekecek. Bunlara tabii nesnenin interneti teknolojisi kaynaklı veya olay yeri kaynaklı problemlere çözüm önerisi getirmek çok mümkün değil. Ancak burada adli bilişim teknolojisinin bu alanda faaliyet gösteren firmaların başta yerli ve milli yazılımımız A3 olmak üzere global çapta kullanılan yazılımların araştırma ve geliştirme faaliyetlerini bu alana aktarması, bu hızlı gelişime ve değişime ayak uydurabilmesi sonucu ve en başta belirttiğimiz asayiş ve olay yeri inceleme personelinin bu alanda kendini yetiştirmesi sonrasında hızlı bir şekilde bu olumsuzlukların ortadan kalkarak suç soruşturmalarında ve kovuşturmalarında bize katkı sunacak birçok veriye bu cihazlar vasıtasıyla erişebileceğimizi düşünüyoruz.

Jandarma Kriminal Daire Başkanlığı olarak bizler de hem meslek içi eğitimlerimizde hem de eğitim merkezimiz aracılığıyla diğer kurumlara ve ülkelere verdiğimiz eğitimlerde bu konudaki nesnelerin interneti tarafındaki eğitimleri adli bilişim tarafına eklemeye başladık. Aynı şekilde Jandarma Sahil Güvenlik Akademisi Başkanlığı ile beraber yürüttüğümüz kriminalistik dersinde yine bununla alakalı başlık çalışması önümüzdeki yıllarda devam edecek.

Benim anlatacaklarım bu kadar. Sabırla dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Sayın ÖZKARA'ya sunumu için çok teşekkür ediyoruz. Kendisinin de ifade ettiği gibi çok önemli olan husus eğitim konusu, özellikle dolandırıcılık suçuyla ilgili dosyalar Yargıtaya geldiğinde dolandırıcılık suçunu ne şekilde işlediklerini anlamaya çalışıyoruz. Zira bunların bir kısmı zeki insanlar, özellikle bu bilişim teknolojisi kullanılmışsa sistemi çok iyi bilmek gerekiyor ki suçun nasıl gerçekleştiğinin ortaya konulması bakımından siber suçlar uzmanları önemli katkı sağlamaktadırlar. Büyük ölçekli yerleşim yerlerinde bu uzmanların görevli olmaları nedeniyle temininde zorluk çekilmiyor ise de küçük ilçelerde bu uzmanları bulmanın zorluğu yaşanmaktadır.

Çağdaş Aksoy (Dinleyici / Ankara Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürü):
Ankara Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürlüğünden Laboratuvar Müdürü Çağdaş Aksoy. Benim sorum TÜBİTAK'tan katılan Ali Başkanımıza olacaktı. Yaptığı sunum adli bilişim yazılımları ve yerleştirme hususunda bizi en çok heyecanlandıran konu başlıklarından biriydi. Özellikle ilgi ile dinledim.

Çünkü buraya gelmeden önce tesadüf biz de bu yazılımların ihalesini yaptık ve bu yazılımların bir tanesi 1 milyon lira ve her bilgisayara ayrı ayrı kurmanız gerekiyor. Yani bir tane yazılım alıp bütün bilgisayarlarda çalıştıramıyorsunuz.

Ayrıca son yaptığımız ihalede biz şunu gördük ki artık aldığımız bir yazılımı biz sadece 3 yıl boyunca kullanabileceğiz. Yani her 3 yılda bir bu 1 milyon lira 2 milyon lira gibi ücretleri tekrar vermemiz gerekecek.

Kaldı ki biz Ankara Bölge Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürlüğüyüz. Bunu Adli Tıp Kurumu alıyor, Jandarma alıyor, Siber Güvenlik Siber Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı alıyor ve vesaire diğer kurumlar da alıyor. Yani ortadaki maliyet inanılmaz yüksek bu adli bilişim yazılımlarına verdiğimiz. Yine bir diğer boyutu Hocamız gerçi bahsetti Başkanımız ama UFED yazılımı var mesela İsrail vermiyor. Yazılımı bizden başka ülkelere verirken bize vermiyor. Bunun gibi işte ben burada Ali Başkanımıza şu soruyu sormak istiyorum. Heyecanlanmalı mıyız? Biz bir magnetin bir oksijenin yerine geçen bir yazılımı birkaç sene içerisinde temin edebilecek miyiz? Teşekkür ediyorum.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Evet, çok teşekkürler. Buyurun Ali Bey.

Ali GÖRÇİN (Konuşmacı):
Çok teşekkürler. Bir daha ihale yapmamanızı sağlamak için her şeyi yapıyoruz. Sadece bunu söyleyebilirim. Tüm samimiyetimle söylüyorum bunu. Bir daha ihale yapmamanız için herşeyi yapıyoruz. İçeride korkunç bir kaynak ayırdık. Şimdi birtakım destekler de gelecek 2024 başı itibariyle. Tam netleşmediği için şey yapamıyorum. Bunun geliştirilmesi için ciddi bir maliyet var. Bu insan gücü çok pahalı bir insan gücü. Biz çok şükür kamu işçisi olarak çalıştırdığımız için arkadaşlarımızı ve TÜBİTAK müktesebatı bizim iyi maaşlar vermemizi sağlıyor. Çünkü elde tutmanız gerekiyor bu insanları. Danışmanlık da alabiliyorsunuz, spesifik bir alan ama ben de dediğim gibi biz tekrar bir ihale yapılmaması için ne gerekiyorsa yapıyoruz. Bunu bilmenizi istiyorum. Her zaman da arkadaşlarla konuşabilirsiniz. Çıkışta ben de size bilgilerimi veririm. Hatta şu anda 52 yazılımı da peyderpey diğerleri ile beraber kullanmaya başlamalısınız diye düşünüyorum. Teşekkürler.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Sunumlar tamamlanmış oldu konularla ilgili katılımcılardan soru varsa sorabilirler. Soru soranın olmadığı görülmekle söz Yaşar Hoca'ya verildi.

Yaşar Becerikli (Moderatör):
Evet, 18. Adli Tıp Günlerine hepiniz katılımınız için teşekkür ederiz. Bu son günde yani bu kadar da ben şahsen beklemiyordum. Çok güzel bir katılım oldu. Önümüzdeki yıl da inşallah 19. Adli Tıp Günleri olacaktır. Orada görüşmek üzere herkese iyi günler diliyorum. Teşekkürler.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Ben başlangıçta da ifade ettim. Yıllarca ceza hâkimliği ve ağır ceza başkanlığı yaptım. Daha sonra Yargıtaya seçildik. Halen Ceza Genel Kurulu Başkanı olarak görev yapmaktayım. Bu toplantıda sunumu yapılan konular ile yapılan tartışmalar bizim içinde oldukça faydalı oldu. Uzmanlarından yeni bilgiler öğrenmiş olduk. Ceza Kanunu'nda nispeten hafif yaptırımlar olduğu gibi kişilerin hürriyetlerini ömür boyunca kısıtlayıcı ağırlaştırılmış müebbet hapis cezaları da söz konusudur. Bir dosya Genel Kurulun gündemine geldiğinde 25 kişi olarak tartışıp çoğunlukla karar veriyoruz. Zaman zaman karara yönelik çoğunluk görüşü ile azınlık görüşü arasında çok az oy farkı bulunabiliyor. Aynı konuda yüksek yargıç deneyimine sahip üyelerin farklı sonuca varmış olmaları dosyadaki delillerin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Soruşturma aşaması ve kovuşturma süreci layıkıyla yapılmamış ise eksik soruşturmadan kararın bozulmasına karar veriyoruz ancak aradan geçen uzun zaman nedeniyle delillerin bir çoğu kaybolmuş veya takdiri delil olarak kabul ettiğimiz tanıklar ya da mağdurlar taraflarca etkilenmesi de mümkün olabiliyor. Bu nedenle maddi gerçeğe erişimde zorluk yaşandığı müşahede edilmektedir. Suç işlendikten sonra konusunun uzmanı ekipler tarafından yapılan olay yeri incelemesi birçok delili ortaya çıkarıp soruşturma merciinin veya mahkemenin takdirine sunmaktadır. Ayrıca Adli Tıp Kurumunun da bilirkişi olarak işini kolaylaştırmaktadır.

Yargıtay adına davet için ve sempozyuma katılıp tebliğ sunanlara teşekkür ediyoruz. Bu tip toplantıların devamında ciddi şekilde fayda sağlanacağı hülahaza edilmektedir. Kaldı ki somut bir konu üzerinde Yargıtayın ilgili dairesi ile de çalışma yapılabilir. Özellikle cinsel saldırı ve uyuşturucu ticareti suçlarının yaptırımları oldukça ağırlaştırıldı. Cinsel saldırı suçlarında suçun ispatı çok önemli sorun olarak karşımızda duruyor. Adli Tıp Kurumunun ilgili İhtisas Dairesi ile bu suçlara bakan Yargıtay dairesinin bir sempozyum çerçevesinde konuyu tartışmaları yararlı olacaktır. Uyuşturucu suçlarından önemli bir içtihat değişikliği yapıldı. Uyuşturucu maddelerin Bakanlar Kurulu listesinde yayınlanması gerekiyordu ancak içtihat değişikliği ile listede olmasa dahi Adli Tıp Kurumu ya da polis veya jandarma laboratuarlarını ele geçen maddenin uyuşturucu olduğuna ilişkin raporları yeterli kabul edilmektedir.

Tuğçe GÜVEN GÜL (Sunucu):
Değerli katılımcılarımız hem Adli Bilişim Oturumunuzun hem de 18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günlerimizin sonuna geldik. Katılımlarınız için sizlere çok teşekkür ediyoruz. Şimdi hediyelerimizin ve teşekkür belgelerimizin takdiminin ardından bir Kongre hatırası olarak salonda bulunan herkesle sahnede toplu fotoğraf çektirmek istiyoruz. Şimdi hem moderatörlerimize hem de konuşmacılarımıza teşekkür belgelerini ve plaketlerini takdim etmek üzere Adli Tıp Kurumu Başkan Yardımcımız Sayın Muhammet ŞİMŞEK'i ve Adli Tıp Kurumu Başkanımız Sayın Dr. Hızır ASLIYÜKSEK'i sahneye davet ediyorum. Yargıtay 1.Başkan Vekilimiz ve Ceza Genel Kurulu Başkanımız Eyup YEŞİL, Prof.Dr.Yaşar BECERİKLİ, Sayın Adnan KEÇE, Doç. Dr. Hasan Kadir YILMAZTEKİN, Sayın Mahmut Esat YILDIRIM, Sayın Dr. Ali GÜRÇİN, Yüzbaşı Sayın Zafer ÖZKARA.Yargıtay 1. Başkan Vekilimiz ve Ceza Genel Kurulu Başkanımız Sayın Eyup YEŞİL'i bir kez daha buraya almak istiyoruz.Adli Tıp Kurumu Başkanımızın kendisine bir hediyesi olacak. Ayrıca sonrasında kendisinden Kongremizin kapanışı içinde birkaç kelam etmesini arz ediyoruz.

Eyup YEŞİL (Moderatör):
Sayın Başkanım Saygıdeğer katılımcılar 18. Uluslararası katılımlı Adli Tıp Günlerinin sonuna geldik. 4 gün devam eden hâkim savcı meslektaşlarımızın adli tıp uzmanlarının ve ülkemizin saygın üniversitelerinden katılan değerli hocalarımızın sunmuş olduğu bildiriler ve yapılan tartışmalar Adli Tıp Kurumunun ceza ve hukuk yargısının resmi bilirkişilik yapan organ olarak daha faydalı hizmet sunmasını imkân sağlayacaktır.

Aslında biz hâkim savcılık mesleğini icra ederken en büyük desteğimiz adli tıp uzmanlarımız ve hekimlerimizdir.

Teknik bilgi gerektiren konularda onların görüşlerinden istifade etmek suretiyle aynı amaca hizmet etmekteyiz. Amacımız adaletin tecellisidir. İsabetli şekilde karar verebilmek bakımından bilirkişilerin iyi eğitimli ve deneyimli insanlardan oluşması büyük önem arz etmektedir. Bilgi ve tecrübenin paylaşılması da bu tip toplantılarla mümkün olmaktadır. Yapılan sempozyum başarıyla gerçekleşmiştir.

Bu başarılı sempozyumu organize eden başta Adli Tıp Kurumu Başkanı Dr. Hızır ASLIYÜKSEK'e ve ekibini tüm çalışanlarını tebrik ediyor, başarılarının devamını diliyorum.

Antalya dışında toplantıya katılan tüm katılımcılara iyi yolculuklar dileklerini iletirken sağlık ve esenlik içinde kalmanızı temenni ediyorum.

Hızır ASLIYÜKSEK (Adli Tıp Kurumu Başkanı):
Ben de Sayın Yargıtay 1. Başkan Vekilim Eyup YEŞİL Bey'in 4 gün boyunca tüm toplantılara katılması nedeniyle ayrıca ben teşekkür ederim. Ayrıca tüm panelistlere, değerli hocalarımıza, siz değerli katılımcılara teşekkür ederim. İnşallah önümüzdeki yıl tekrar buluşmak üzere diyelim. Hepinize hayırlı günler, hayırlı pazarlar.

Görüşmek üzere inşallah.



SÖZLÜ BİLDİRİ ÖZETLERİ

S1

ADLİ TIP KURUMU (ATK) TOKSİKOLOJİ LABORATUVARLARINDA ÇALIŞAN LABORANTLARIN KARŞILAŞABİLECEKLERİ RİSKLERİN FINE-KINNEY METODU İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Feyza ÜNEL[1], Zehra YILDIZ[2]

[1] Adli Tıp Kurumu Adana Grup Başkanlığı
[2] Tarsus Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Mühendislik Temel Bilimleri

Amaç: Adli toksikoloji laboratuvarlarında çalışma koşulları, analizi yapılan materyaller, kullanılan kimyasal maddeler vb. etkenlerin- iş sağlığı ve güvenliği (İSG) açısından yeterli önlem alınmadan çalışılması durumunda- laborantların sağlığını olumsuz etkileyebileceği bilinmektedir. Bu çalışma ile laborantların adli toksikoloji laboratuvarlarında karşılaşabilecekleri tehlikelerin belirlenmesi, laboratuvarlarda ortaya çıkabilecek risklerin Fine-Kinney Risk Analiz Metodu ile değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: ATK ve Tarsus Üniversitesi'nden alınan bilimsel çalışma, Etik Kurul İzinleri doğrultusunda ATK Adana Grup Başkanlığı adli toksikoloji laboratuvarları yerinde incelenmiş; biyolojik, kimyasal, fiziksel, ergonomik, psikososyal açıdan laborantları etkileyebilecek olası tehlikeler belirlenmiştir. Gönüllülük esasına dayalı olarak laborantlardan alınan İSG açısından görüş ve önerilere de yer verilerek Fine-Kinney Metoduyla laboratuvardaki riskler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Fine-Kinney Risk Analiz Metodu'nun kullanıldığı bu çalışmada adli toksikoloji laboratuvarlarına özgü riskler belirlenmiştir. Adli toksikoloji laboratuvarlarında toplam 50 risk bulunmuştur. 50 riskin 10 tanesinin kabul edilebilir, 18 tanesinin olası, 6 tanesinin önemli, 6 tanesinin yüksek ve 10 tanesinin ise çok yüksek risk seviyesinde olduğu değerlendirilmiştir. Bu risklerden 39 tanesinin laborantları doğrudan etkileyebileceği belirlenmiştir. Analizi yapılan kan, idrar, mide içeriği, iç organ, safra vb. biyolojik materyallere temas sonucu biyolojik ajanlara maruziyet, enfekte olma, enfeksiyonun diğer çalışanlara bulaşı, iş kabulünde kesici-delici alet yaralanmaları, örnek hazırlamada kullanılan çözücülerin olası parlaması, cihazlarda kullanılan basınçlı gaz tüplerinin patlaması sonucu çalışanların yaralanması ve laboratuvarda meydana gelebilecek olası yangından laborantların etkilenmesi en önemli biyolojik ve kimyasal risk etmenlerindendir. Örnek hazırlama esnasında aynı pozisyonda uzun süre pipet kullanmaları ergonomik; biyolojik materyallerin yer aldığı soğuk odalara giriş-çıkışlarda ani sıcaklık değişimleri fiziksel açıdan laborantları olumsuz yönde etkilemektedir. Travmatik olaylar sonucu hayatını kaybeden şahısların yakınlarının acılarına sürekli olarak şahit olmak psikososyal açıdan laborantları oldukça etkileyebilmekte, laborantların kaygı düzeylerini arttırabilmektedir.

Sonuç: Laborantlara İSG eğitimleri verilmeli, laborantların kişisel koruyucu donanımlarını kullanarak işe başlamaları sağlanmalı ve denetlenmelidir. Laboratuvarda yaşanabilecek acil durumlara karşı "Laboratuvar Acil Durum Planı" hazırlanmalıdır. Önlemler alındığı takdirde laborantların karşılaşabilecekleri tehlikelerin minimum düzeye indirilebileceği, olası meslek hastalıklarının önlenebileceği düşünülmektedir.

S2

YENİ BİR KATI FAZ EKSTRAKSİYON KOLONUNUN ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Yusuf ATAN[1,2], Fatih YİĞİT[2], Neslihan ALTUN[2], Elif Tümay ÖZER[3], Bilgen OSMAN[3]

[1]Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[2]Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı
[3]Bursa Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Kimya Bölümü

Amaç: Çevre ve insan sağlığını tehdit eden çok sayıda zararlı bileşen; katı faz ekstraksiyon (SPE) prosedürleri ile saptanabilmektedir. Bu prosedürlerdeki en önemli adımlarından biri olan örnek hazırlama basamağının temel amacı, analitin girişim etkisi gösterecek matriks bileşenlerinden ayrılması ve/veya düşük derişimlerdeki analitin zenginleştirilmesidir. Bu çalışmada; yeni geliştirilen katı faz ekstraksiyon kolonlarının 132 adet kimyasal maddenin katı faz ekstraksiyonundaki etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma için gerekli etik ve idari izinler alınması akabinde farklı boyut, miktar ve bileşimlerde adsorbanlar içeren 30 adet kolon hazırlanmıştır. Hazırlanan kolonlar; sentetik kannabinoid (39), antiepileptik (7), barbitürat (3), antipsikotik (11), anti-impotans ilaç (3), benzodiazepin (17), opiat (13), stimülant (10), anestezik (5), antidepresan (19), halusinojen (2) ve kannabinoid (3) gruplarından bileşikleri içeren 132 adet kimyasalın LC-MS/MS analizi öncesi zenginleştirilmesinde kullanılmıştır. Kan örneğine bilinen derişimlerde analit karışımı eklenerek (10-50 ppb) kalite kontrol numuneleri hazırlanmıştır. Analiz sonrası eklenen analitlerin geri kazanım değerleri hesaplanmıştır. Analizler aynı zamanda Oasis HLB kolon ile gerçekleştirilerek geri kazanım değerleri karşılaştırılmıştır. Çalışmalar Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Tüm kolon tiplerinde en iyi geri kazanıma sahip kolonlar, Oasis HLB kolon ile karşılaştırıldığında, SPE kolonlarından birinin 132 adet bileşikte ve 10 ppb derişim düzeyinde yaklaşık % 91,45 oranında aynı ve daha iyi geri kazanım sonuçlarına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışma sonunda en fazla sayıda bileşiği en yüksek geri kazanım değerleri ile tespit edilebilen kolon kompozisyonu belirlenmiştir. Bu sayede; adli vakalara konu olan 132 adet bileşiğin eş zamanlı tespiti için kullanılabilecek bir kolonun tasarımı için optimizasyon yapılmıştır.

S3

BURSA'DA UYUŞTURUCU/UYARICI MADDEYE BAĞLI ÖLÜMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yusuf ATAN[1,2], Samet KIYAK[2], Nusret AYAZ[3]

[1]Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[2]Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı
[3]Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Amaç: Uyuşturucu/uyarıcı madde kullanımı ve bağımlılığı küresel bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışma ile önemi giderek artan bu toplumsal sorunun adli tıbbi ve sosyodemografik profilinin ortaya konularak Adli Tıp ve ilgili tüm paydaşlarla paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma için gerekli etik ve idari izinler alınması akabinde 01.01.2012-31.12.2021 yıllarında Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığınca adli otopsisi yapılmış ve ölüm sebebi uyuşturucu/uyarıcı madde olan vakalar; yaş, cinsiyet, ölümün meydana geldiği yer ve zaman, otopsi yapılan yıl, tespit edilen uyuşturucu/uyarıcı madde ve otopsi bulguları parametrelerince irdelenmiştir.

Bulgular: Toplam 158 olgunun 154'ü (%97,5) erkek ve 4'ü kadın (%2,5) idi. Olguların yaş aralığı 15-57 arasında olup ortalaması 29,1 idi. Ölümlerin yaz aylarında ve pazar günleri daha yüksek düzeyde olduğu görüldü. En sık (67 olgu-%42,4) amfetamin ve türevleri tespit edildi.

Sonuç: Uyuşturucu/uyarıcı madde kullananların sayısı artış gösterirken yaş ortalamasında ise ne yazık ki düşüş görülmektedir. Gerek yerel gerek küresel çapta tüm insanlığı ilgilendiren bu sorunun çözümü için bilimsel veriler ışığında hem hükümetler hem de toplumların gerekli mücadeleyi daha yoğun olarak göstermesi bir gereklilik ve ahlaki ödevdir.

S4

KANDA, İDRARDA VE TIRNAK ÖRNEKLERİNDE LC-QTOF/MS İLE METAMFETAMİNİN KALİTATİF VE KANTİTATİF TAYİNİ

Esra KÖSE[1], Alptuğ ATİLA[2]

[1]Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Erzurum Grup Başkanlığı
[2]Atatürk Üniversitesi, Eczacılık Analitik Kimya Anabilim Dalı

Amaç: Metamfetamin uyarıcı ve halüsinojenik etkiler gösterebilen kimyasal grup olan Fenetilamin ailesinin bir üyesidir. Metamfetamin, alkol veya suda hızlıca çözünebilen beyaz renkli, kokusuz, tadı acı kristal görünümlü toz madde olup; sentetik özellikte, merkezi sinir sistemini uyaran; obezite, hiperaktivite, dikkat eksikliği gibi durumların tedavisinde kullanılan, yapısal olarak amfetamine benzeyen psikoaktif maddedir. Dünyada metamfetamin ve bunun gibi yasadışı maddelerin kullanımı giderek artmaktadır. Bu durum metamfetamin ve bunun gibi maddelerin farklı biyolojik materyallerde tespiti için güvenilir, hızlı ve düşük maliyetli yöntemlerin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmada metamfetamin kullanıcısı 40 kişiden eş zamanlı olarak alınan kan, idrar ve tırnak örneklerinde LC-QTOF/MS sistemi kullanılarak metamfetaminin kalitatif ve kantitatif tayinleri yapılması amaçlandı.

Yöntem: Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı' ndan elde edilen 40 gerçek adli vakadan alınan kan, idrar ve tırnak örnekleri üzerinde gerekli ekstraksiyon işlemleri yapılarak LC-QTOF/MS ile analizleri yapıldı. Her bir örnek için kalitatif ve kantitatif olarak metamfetamin tayin edildi.

Bulgular: LC-QTOF/MS ile yapılan analizler için kan, idrar ve tırnak örneklerinde 1-500 ng mL-1 derişim aralığında yöntemin doğrusal olduğu belirlendi. Yöntemin doğruluk ve kesinlik değerleri için bağıl hata ve bağıl standart sapma değerleri sırasıyla kan; % 7 ve % 5' ten küçük, idrar; % 11 ve % 6 'dan küçük, tırnak; %13 ve 6'dan küçük olarak tespit edildi. Metamfetaminin analitik geri kazanım ortalama değerleri sırasıyla kan için % 80.7, idrar için % 80.2 ve tırnak örnekleri için %80.8 olarak belirlendi.

Sonuç: Metamfetamin kullanıcılarının bu maddeyi tek seferlik kullanmadıkları ve kullanılan miktarların yüksek olduğu görülmektedir. Metamfetamin analizi için çalışılan LC-QTOF/MS sisteminin yasaklı maddelerin tespitinde hızlı, seçici ve güvenilir olarak yeterince bilgi sağlamaktadır.

S5

ERZURUM VE ÇEVRE İLLERDE UYUTUCU, UYUŞTURUCU VE UYARICI MADDE KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif KESMEN[1], Ahmet Nezih KÖK[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Erzurum Grup Başkanlığı

Amaç: Bu çalışmada 2018-2022 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi'ne savcılıklar ve mahkemeler tarafından uyutucu, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımı tespiti amacıyla gönderilen olgular incelenerek; yıllara göre gönderilen olgu sayısının, pozitiflik ve negatiflik oranlarının ve ağırlıklı olarak hangi maddelerin kullanıldığının belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığına 01 Ocak 2018 - 01 Ocak 2023 tarihleri arasında savcılıklar ve mahkemeler tarafından gönderilen olgulara ait kan ve idrar numunelerinin LC-MS/MS ve Q-TOF MS/MS cihazları ile analizleri sonrasında elde edilen veriler retrospektif olarak incelendi ve yıllara göre; gönderilen olgu sayısı, pozitiflik-negatiflik oranları ve en fazla kullanılan uyuşturucu maddeler belirlendi. Bu çalışma Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonunun 21589509/2023/110 sayılı izni ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Yaşları 15 ile 52 arasında değişen 10463 vakadan 7288 tanesinde madde kullanımı tespit edildi. En fazla kullanılan maddenin bütün yıllarda metamfetamin olduğu belirlendi. Gönderilen vaka sayısına göre pozitiflik oranı; 2018 ve 2019 yıllarında %61, 2020 yılında %72, 2021 yılında %76 ve 2022 yılında % 81'dir. Bütün yıllarda madde kullananların %95'den fazlasının erkek olduğu ve en sık pozitiflilik oranının 20-30 yaş aralığında olduğu bulundu.

2018 ve 2019 yıllarında en fazla kullanılan maddeler sırasıyla;

1. Metamfetamin
2. THC (Tetrahidrokannabinol)
3. Amfetamin

2020, 2021 ve 2022 yıllarında en fazla kullanılan maddeler sırasıyla;

1. Metamfetamin
2. Amfetamin
3. THC'dir.

Sonuç: Bağımlılık yapıcı madde kullanımı gün geçtikçe artan, özellikle gençleri etkileyen ciddi bir sorun haline gelmiştir. Bunun yanında metamfetamin dünyanın bir çok ülkesinde en tehlikeli narkotik maddeler arasında gösterilmektedir. Narkotik Suçlarla Mücadele Başkanlığının yayınladığı 2022 Türkiye Uyuşturucu raporunda; ülkemizde metamfetamin yakalamalarının genellikle İran'a yakın ya da sınırı olan illerde ve İstanbul'da gerçekleştiği belirtilmiş ve bu durum bölgede en fazla kullanılan maddenin neden metamfetamin olduğunu ortaya koymuştur.

S6

ÇAĞIN TEHLİKESİ METAMFETAMİN BAĞIMLILIĞININ KEMOMETRİK MODELLERLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif KESMEN[1], Hızır ASLIYÜKSEK[2], Cem ŞENOL[3], Onur ŞENOL[4], Ahmet Nezih KÖK[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Erzurum Grup Başkanlığı
[2]Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
[3]Atatürk Üniversitesi Hukuk Fakültesi
[4]Atatürk Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

Amaç : Metamfetamin; kullanımı hızla artan ve özellikle nörodejeneratif hasarlar bıraktığı bilinen bir maddedir. Bu maddenin vücutta hangi organlarda hasarlar bıraktığı araştırmacılar tarafından sıklıkla araştırılan bir konudur. Bu çalışmada metamfetamin bağımlılığının moleküler düzeyde incelenmesi ve potansiyel toksik etkilerinin kemometrik olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem : Çalışmada 20 metamfetamin kullanıcı ile 20 kontrol olmak üzere iki grup kullanılmıştır. Bütün örneklerden 2 cc kan alınarak plazma haline getirilmiştir. Daha sonra sıvı sıvı ekstraksiyon yöntemiyle proteinler ayrıştırılmış ve kan numuneleri içindeki 2000 Dalton altındaki küçük moleküller ekstrakte edilmiştir. Örnekler Uçuş Zamanlı Kütle Spektroskopisi(Q-TOF MS) cihazına enjekte edilmiştir. Ölçüm parametrelerine bakıldığında; kütle aralığı 70-1500 m/z aralığı olarak seçilmiştir. Kolon sıcaklığı 40 oC'ye ayarlanmıştır. Çalışmada ters faz C18 kolon tercih edilmiştir. Hem MS hem de MS/MS spektrumları her bir örnek için pozitif iyon modunda elde edilmiştir. Elde edilen veriler dedeksiyon, sıralama, retensiyon zamanı düzeltme işlemleri için XCMS programına aktarılmıştır. Retensiyon zamanları ve m/z değerleri tespit edilmiş ve feature diye adlandırılan metabolit adayları tespit edilip bir excel dosyası halinde kemometrik analizler için hazırlanmıştır. Daha sonra veri seti biyoinformatik analizler için MATLAB programına aktarılmıştır. Bu çalışma Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonunun 21589509/2022/607 sayılı izni ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular : Yapılan analizler sonucunda 8000 feature dedekte edilmiş ve retensiyon zamanı, pik alanları ve m/z değerlerine göre sıralanmıştır. Metamfetamin bağımlı grup ile kontrol grubuna OPLS-DA modeli uygulanmış ve istatistiksel olarak anlamlı metabolitler tespit edilmiştir. Yöntemin ROC eğrisinin AUC değeri 0.96 olarak tespit edilmiştir. Yapılan VIP skorlamasına göre istatistiksel olarak anlamlılığı tespit edilen metabolitler Human Metabolom Database ve Metlin kütüphanelerindeki verilerle karşılaştırılmıştır. Buna göre triptofan, fenilalanin, tiyamin, linoleik asit, tirozin kreatin ve valinin de aralarında bulunduğu birçok metabolitte anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç : Yapılan kemometrik analiz sonucu metamfetamin kullanımının vücudun özellikle yağ metabolizması, oksidatif stress dengesi, amino asit degredasyon ve protein sentez mekanizmalarında önemli bozulmalara yol açtığı, hepatoksik renal ve nörodejeneratif hasarlar ile ilişkili birçok metabolitte anlamlı değişimler gözlendiği tespit edilmiştir.

S7

KONGRE' DE SUNULMADIĞI İÇİN YAYINLANMAMIŞTIR.

S8

TOKSİKOLOJİK ANALİZLERDE DAHA HIZLI VE DAHA EKONOMİK BİR NUMUNE HAZIRLAMA YÖNTEMİ

Elif KESMEN[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Erzurum Grup Başkanlığı

Amaç: Gönderilen numunelerin analize hazırlanması yalnızca Adli Toksikolojide değil birçok alanda enstrümantal analiz öncesi en önemli basamaktır. Bu nedenle son yıllarda gelişmiş numune hazırlama tekniklerine artan bir talep oluşmuştur. Bu çalışmanın amacı; kan numunesinin analizi için daha hızlı ve daha ekonomik bir numune hazırlama yöntemi geliştirmektir.

Yöntem: Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesine Savcılıklar tarafından uyutucu-uyuşturucu analizleri için gönderilen ve Morg İhtisas Dairesi tarafından toksikolojik inceleme amaçlı gönderilen toplamda 50 adet kan numunesi geliştirdiğimiz yöntem ile yeniden çalışılarak sonuçlar mevcut yöntem sonuçları ile karşılaştırıldı.

Mevcut numune hazırlama yöntemi;

- 1 mL kan numunesine 5 mL saf su eklenerek 5 dk santrifüj edilir.
- Kartuş Şartlama
  1. Kartuşlardan 2 mL methanol geçirilir
  2. 2 mL etil asetat geçirilir
  3. 2 mL saf su geçirilir
- Santrifüj işleminden sonra numuneler kartuştan geçirilir.
- Kartuşlardan 3 mL %5 lik metanol geçirilir
- 20 dakika kurutulur
- Kartuşların alt kısmına cam tüpler yerleştirilir
- Kartuşlardan 1 mL metanol ve sonra 1 mL etil asetat geçirilir.
- Uçurma işlemi yapılır
- 1 mL metanol ile çözülerek LC-MS/MS cihazında analizleri yapılır

Geliştirilen yeni yöntem;

- 1 mL kan numunesi alınarak üzerine metanol eklendi.
- 5 dakika vortekslendikten sonra 5 dakika 4000 rpm'de santrifüjlenen numunelerin üst fazı alınarak LC-MS/MS cihazında analizleri yapıldı.

Bulgular:

- Mevcut numune hazırlama yöntemi ile kanda tespit edilen maddelerin %100'ü yeni geliştirilen yöntemde kan numunesinde tespit edildi.
- Mevcut yöntemde çalışılan ve kanlarında hiçbir madde tespit edilemeyen fakat idrarlarında madde tespit edilen tüm vakaların idrar numunelerinde tespit edilen maddelerin tamamı geliştirilen yöntemde kan numunelerinde de tespit edildi.
- Mevcut yöntem ile çalışılan ve kan ve idrar numunelerinde hiçbir madde tespit edilemeyen tüm vakalarda geliştirilen yöntemde de sonuçlar negatif bulundu.

Sonuç: Mevcut yöntemlere nazaran istenilen saflıkta süzüntüler elde edilmesine olanak sağlayan; daha hızlı, daha ekonomik ve daha az çevre kirliliğine neden olan yeni bir numune hazırlama yöntemi geliştirilmiştir.

S9

KARBON MONOKSİT MARUZİYETİNİN TEŞHİSİNE YÖNELİK YAPAY ZEKA TEMELLİ ALTERNATİF MODELER GELİŞTİRİLMESİ

Elif KESMEN[1], Hızır ASLIYÜKSEK[2] ,
Onur ŞENOL[1], Esra KÖSE[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Erzurum Grup Başkanlığı
[2]Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Amaç : Karbon monoksit zehirlenmeleri genellikle kan gazı testleriyle ve kitler vasıtasıyla tespit edilen bir durumdur. Yapılan çalışmada 11 dakikalık bir analizle ve düşük miktarda vücut sıvısı kullanarak zehirlenmeyi teşhis edebilecek bir yapay zeka modelinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem : Çalışmada karbon monoksit zehirlenmesi sonucu ölen 20 farklı kişinin göz içi sıvılarına karşılık kontrol örneklerinin 300 mikro litre hacmindeki göz içi sıvıları metanol ile ekstrakte edilmiş ve elde edilen rezidü kurumumuzda bulunan SCIEX X500R TOF cihazıyla analiz edilmiştir. Gradiyen elüsyon yöntemiyle gerçekleştirilen ölçümlerde toplam analiz süresi 11 dakika olarak belirlenmiştir. C18 ters faz kullanılan ölçümlerde Data Dependent Acquisition yöntemiyle spektrumlar elde edilmiş olup; pozitif iyon modunda 4 mikro litrelik bir enjeksiyon hacmi tercih edilmiştir. Analiz sonucu elde edilen veriler XCMS programına aktarılarak pik dedeksiyonu, pik alan tespiti, retensiyon zamanı normalizasyonu gerçekleştirilmiştir. Daha sonra veriler MATLAB programına aktarılmış ve burada biyoinformatik analizler gerçekleştirilmiştir. Her iki grupta yer alan ve anlamlı değişim gösteren metabolitler tespit edilmiş ve yapay zeka modeline uygun normalizasyonlar geliştirilmiştir. Bu çalışma Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonunun 20/09/2023 tarih ve 21589509/2023/898 sayılı izni ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Örnekler için geliştirilen yapay zeka modelinde support vector machine (SVM) isimli bir yapay zeka modeli için farklı kernel fonksiyonları denenmiş ve lineer kernel fonksiyonuna göre 2 farklı grup değerlendirilmiştir. Metabolitlerdeki miktar değişimlerine bağlı olarak iki grubu birbirinden ayırabilecek bir SVM modeli yüzde 96 doğrulukla 40 örnekteki kontrol ve karbon monoksit maruziyeti yaşamış grupları tahmin edebilmiştir. Yapılan çalışmada ayrıca yolak analizi de gerçekleştirilmiştir. Bu analiz sonucunda kontrol ve CO2 maruziyeti gösteren gruplar arasında pürin, RNA, Fenilalanin, Glutatyon ve Araşidonik asit metabolizması gibi önemli metabolik yolaklarda anlamlı farklılaşma tespit edilmiştir.

Sonuç : Sonuç olarak çalışmamızın; hem CO maruziyetinin patogenezini açıklamada hem de yeni bir teşhis modeli ile yüksek doğrulukta CO maruziyeti belirlemede kullanılabilir olabileceği sonucuna varılmıştır.

S10

2021-2022 YILLARI ARASINDA BURSA CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞI TARAFINDAN İMZA İNCELEMESİ YÖNÜNDEN BİLİRKİŞİYE VERİLEN GENEL SORUŞTURMA DOSYALARINDA ULAŞILAN BASİT TERSİMLİ İMZA KANAAT DERECESİNİN DELİL NİTELİĞİ BAKIMINDAN YERİ VE ÖNEMİ

Zühal CENGİZ[1]

[1]Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Bursa Işıklar Jandarma Astsubay Meslek Yüksekokulu, Güvenlik Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı

Amaç: Ülkemizde her ne kadar okuma yazma oranı giderek artmakta olsa bile, kişilerin kullandıkları imzaların çoğunlukla belirli şekillerden ve resmedilişi (tersimi) kolay çizgilerden oluştuğu yapılan imza incelemelerinde görülmüştür. Basit tersimli imzalar olarak ifade edilen bu imzalar üzerinde yapılan incelemelerde; bu imzaların birkaç kırık çizgiden veya grafik şekilden oluşmuş olmaları sebebi ile imzanın aidiyeti yönünde çoğunlukla bir sonuca gidilememektedir. Basit tersimli imzaların el yazısı içermemesi, taklitlerinin kolay olması, farklı kişilerin imzaları ile tesadüfi de olsa benzerlik gösterme ihtimali, benzer tip imzaların farklı kişilerce de benimsenebilmesi uzmanları ilgi ve irtibat yönünden yanlış sonuçlara götürebilmektedir.

Gereç ve Yöntemler: Bursa Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından adli belge inceleme uzmanı olarak, incelemek üzere tarafıma tevdi edilen 2021-2022 yıllarına ait soruşturma dosyalarından basit tersimli imza olduğu kanaatine varılan 30 adet imza seçildi. İnceleme konusu imzalar aidiyet ve tanı unsurları bakımından değerlendirildi.

Bulgular: İnceleme konusu imzaların, en temel düzeyde işleklik, süreklilik ve tutarlılık tanı unsurları bakımından yeteri derecede grafolojik ve grafometrik özellikler içermediği izlendi.

Sonuç: Bir imzanın kime ait olduğunun tespit edilememesi, kişilerin imza atarken yazı unsuru içermeyen, kaligrafik ve karakteristik özelliklerden yoksun imzalar atması sebebi ile olmaktadır. Buna rağmen bu alanda incelemelerde bulunan adli belge inceleme uzmanları sonuca gidebilme gayreti göstermektedirler. İnceleme konusu imza ile mukayese konusu imzalar arasında ilgi ve irtibat kurulamaması, soruşturma makamları ve mahkemeler tarafından bir sonuç değilmiş gibi algılanmakta olsa bile basit tersimli imzalar yönünden "müspet ya da menfi bir kanaat bildirilemeyeceği" kanaati de adli belge incelemeleri yönünden bir sonuçtur ve bu da delilin hükme esas teşkil edilemeyeceği anlamına gelmektedir.

S11

DOĞAL OLARAK YAŞLANDIRILMIŞ VE ÜST ÜSTE KAPALI BIR KUTUYA KONULARAK SAKLANMIŞ KÂĞIT BELGELERDEKİ ISLAK İMZALARDA, BELGELER ARASINDAKI MÜREKKEP DİFÜZYONUNUN BELGELERİ TARİHLEME AÇISINDAN ÖNEMİ

Samet KIYAK[1], Hasan ÇABUK[2], Rıza YILMAZ[3]

[1]Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı
[2]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Fen Fakültesi Kimya Bölümü Analitik Kimya Anabilim Dalı
[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

Amaç: Adli belge incelemeciliğinde imza, yazı veya rakamların ne zaman yazıldığı bazı durumlarda önem arz etmektedir. Bu kapsamda doğal olarak yaşlandırılmış kâğıt belgelere mavi, kırmızı ve siyah tükenmez kalemle ıslak olarak atılan imzalarda mürekkep yaş tayininin kimyasal yöntemlerle tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 15.04.2018- 15.10.2018 tarihleri arasında, her ay aynı özellikteki kâğıtlara, aynı kişi tarafından, aynı marka mavi, kırmızı, siyah renkteki tükenmez kalemler ile aynı yazılar yazılıp, o günün tarihiyle birlikte ıslak imzalar atıldı, yazılan belgeler önceden yazılanın üstüne konularak kapalı karton kutuda, aynı koşullarda doğal yaşlandırmaya bırakıldı. Sonrasında örneklerde mürekkep yapısında uçucu olarak bulunan Fenoksietanol, GC-MS sistemi ile incelenerek analiz edildi.

Bulgular: Yapılan analizler neticesinde; her üç renkteki tükenmez kalem mürekkebi ile oluşturulmuş 1 günlük ve 1 aylık yazılı belgeler kıyaslandığında, fenoksietanol miktarlarında azalma tespit edilmiştir. 3 ve 4 aylık yazılı belgelerdeki fenoksietanol miktarları karşılaştırıldığında, beklenmedik şekilde 4 aylık belgelerdeki fenoksietanol miktarları 3 aylık belgelerdekinden daha yüksek değerlerde olduğu görülmüştür. 1 günlük ve 6 aylık belgelerdeki fenoksietanol miktarlarının azalma oranı kendi içinde kıyaslandığında 6 aylık belgelerde %50'nin üzerinde oranlarda (kırmızı %52.5 - mavi %66.5 – siyah %60.1) fenoksietanol miktarlarında düşüş tespit edilmiştir.

Sonuç: Yazılı belgelerdeki mürekkep yaşlandıkça, fenoksietanol miktarında düşüş beklendiği; ancak bazı aylarda düşüşün aksine yükselme olduğu görülmüştür. Bu durumun da temel olarak aynı şartlarda aynı kişi tarafından oluşturulup, aynı koşullarda saklanan belgelerin, üst üste konulması neticesinde fenoksietanolün bir kâğıt belgeden alt ve üstündeki diğer kâğıt belgelere difüzyonuna bağlanmıştır. Ayrıca aynı kişi tarafından farklı zamanlarda oluşturulmuş yazılı belgelerde dahi bası farkı olabileceği ve bu durumun da sonuçları etkileyebileceği şeklinde yorumlanmıştır. Aynı koşullarda, aynı kişi tarafından oluşturulup aynı şartlarda saklanan yazılı belgelerde fenoksietanol miktarları arasında anlamlı derecede fark olduğu durumlarda belgeler arasında sıralama yapılabileceği, kesin bir tarihleme yapılamasa da bir tarih aralığı verilebileceği şeklinde değerlendirilmiştir.

S12

GENİŞLETİLMİŞ UZMANLAR KURULUNCA İNCELENMEK ÜZERE 2015-2019 YILLARI ARASINDA ADLİ BELGE İNCELEME ŞUBESİNE GÖNDERİLEN DOSYALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ozan SARI[1], Hızır ASLIYÜKSEK[1], Mehmet ALTINOK[2], Muhammed Habib ÖNEN[1]

[1]Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
[2]Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Konya Grup Başkanlığı

Amaç: Adli belge inceleme; imza ve/veya yazı aidiyeti, parmak izi ve sahtecilik incelemeleri gibi belge üzerindeki fiziksel veya yazılı kanıtların detaylı bir şekilde araştırılması ve analiz edilmesi için kullanılan bir disiplindir. Bu çalışmada, Genişletilmiş Uzmanlar Kurulunca incelenmek üzere 2015-2019 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Fizik İhtisas Dairesi Adli Belge İnceleme Şubesi'ne gönderilen dosyaların irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kapsamında irdelenen dosyaların şubeye geliş tarihleri, gelen dosya sayıları, gönderen makam, sorulan hususlar, inceleme konusu belge sayıları, mukayese belge sayıları, sonuç türleri, müzekkere oranları, rapor çıkış süreleri, dosyada bulunan diğer bilirkişi raporlarının sayısı, sonuçların oy birliği ya da muhalefetli görüşle çıkıp çıkmadığı, muhalefetli görüşle sonuçlanan dosyalarda muhalif uzman sayısı ve oranı ile müzekkere ile sonuçlanan dosyalarda müzekkere nedenleri açısından taranarak elde edilen sayısal veriler değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma, 01.01.2015-31.12.2019 tarihleri arasında gönderilmiş olan 42798 dosyanın Ulusal Yargı Ağı Projesi (UYAP) üzerinden elektronik ortamda retrospektif olarak taranıp, genişletilmiş uzmanlar kurulunca incelenmiş olan 245 dosya üzerinde yapılmıştır. Bu işler 2015'ten 2019 yılına doğru sırasıyla; 38(%15), 26(%11), 53(%22), 55(%22) ve 73(%30) olarak saptanmıştır. Söz konusu yıllar arasında toplamda 209(%85) sonuç, 36(%15) müzekkere yapıldığı görülmektedir. Yıllara göre birçok verinin sayısal ve yüzdesel olarak analizleri yapılmış, grafik ve tablolar halinde ortaya konulmuş, veri dağılımındaki değişkenlikler adli belge inceleme şubesi bünyesinde oluşturulan genişletilmiş uzmanlar kurulunun görev, işleyiş ve sorumlulukları bağlamında tartışılmıştır.

Sonuç: Genişletilmiş uzmanlar kuruluna yaklaşık %90 oranla imza ve/veya yazı aidiyeti hususunun sorulduğu görülmüştür. İmza ve/veya yazı aidiyeti incelemelerinin görece subjektif incelemeler olduğu; parmak izi ve sahtecilik gibi incelemelerin ise daha objektif ve kişisel kanaat farklılıklarına daha kapalı tanı unsurlarına dayandığı bilinmektedir. Bu çalışmada da elde edilen veriler bağlamında çelişkilerin imza ve/veya yazı aidiyeti hususunda saptanmış olması genişletilmiş uzmanlar kuruluna bu alanlarda daha fazla işin gelmesi sonucunu doğurmaktadır.

S13

TRABZON ADLİ TIP GRUP BAŞKANLIĞINDA 2015-2022 YILLARI ARASINDA OTOPSİSİ YAPILAN KİMLİĞİ BELİRSİZ CESETLERDE: MOLEKÜLER GENETİK İNCELEME İLE KİMLİKLENDİRME

Halil BOZ[1], Talip VURAL[1], Hüseyin Çetin KETENCİ[1], Murat ERCAN[1], Mustafa ERDOĞAN[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı

Giriş ve Amaç: Bir bireyin diğer bireylerden farklı olan özelliklerinin ortaya konularak tanımlanmasına kimliklendirme (identifikasyon) denir. Kimlik tespitinin hukuksal, sosyolojik, insani ve dini boyutları mevcuttur. Dolayısıyla kimliklendirmenin standartlara uygun, bilimsel dayanağı olan, kanıtlanmış, literatür bilgileri ile desteklenmiş, güvenilir ve saha koşullarında uygulanabilir olması gerekmektedir. DNA analizleri, kimliklendirmede altın standart olarak kabul edilmektedir. Bizler de çalışmamızda; otopsi ve moleküler genetik inceleme yaptığımız kimliği belirsiz cesetleri inceleyerek literatüre ve mevzuata katkı sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 1 Ocak 2015- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda adli otopsi işlemi yapılan 71 kimliği belirsiz olgu retrospektif olarak taranarak çalışmaya dahil edildi. Her bir olgu için; moleküler biyolojik kimliklendirme sonuçları dış ve iç muayene bulguları ve yasal mevzuatta yer alan bilgiler detaylı olarak incelendi.

Bulgular: Dış muayene ile; olguların %57.8'inin (n=41) tanınmaz, %22.5'inin (n=16) tanınabilir, %19.7'sini(n=14) kısmen tanınabilir halde olduğu evraktan tespit edildi. Olayların sıklık sırasına gore; %26.8'ini (n=19) yangın, %25.4'ünü (n=18) trafik kazaları, %17.0'sini(n=12) suda boğulmalar oluşturmaktadır. Olgularımızın %94.4'ünden (n=67) uygun DNA profili elde edildi. DNA profili elde edilen olguların %64.2'sinde (n=43) kandan, %32.8'inde (n=22) kemik dokudan ve %3.0'ünde (n=2) tırnak ve yumuşak dokudan elde edilmiştir. DNA profile elde edilen 67 olgudan; %59.7'sinde (n=40) soybağı karşılaştırması için çalışma yapıldı ve %97.5'inde (n=39) soybağı tespit edildi.

Sonuç: Postmortem kimliklendirme için sıklıkla kullanılan ve altın standart olarak kabul edilen moleküler biyolojik incelemler tıbbi ve hukuksal yönden oldukça önlemli ve kompleks işlemlerdir. Dolayısıyla bu işlemlerin hızlı ve güvenilir bir şekilde yapılabilmesi için gerekli yasal mevzuatın yanlış yorumlamalara sebebiyet vermeyecek şekilde daha anlaşılır bir şekilde düzenlenmesinin pratikte önemli faydalar sağlayabileceği kanaatindeyiz.

S14

DEPREM SONUCU MEYDANA GELEN ÖLÜM OLAYLARINA YÖNELİK YAPILACAK OLAN ADLİ İŞLEMLER KONUSUNDA BİR SAHA ÇALIŞMASI- İSKENDERUN ÖRNEĞİ

İsmail Mehmet DEMİRCİ[1], Türker ALPTEKİN[2]

[1]Adli Tıp Kurumu İskenderun Adli Tıp Şube Müdürlüğü
[2]Cumhuriyet Savcısı Konya Adalet Sarayı

Amaç: Bu çalışmada deprem nedeniyle İskenderun Cumhuriyet Başsavcılığınca yapılan soruşturmalarda 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 86, 87 vd. maddelerinde yer alan ölen vatandaşların kimliğini belirleme ve adli muayene ile otopsi işlemleri incelenmiştir. Çalışmanın, deprem sonucu yapılacak olan ölü muayene ve otopsi işlemleri açısından başta adli görevliler olmak üzere adli tıp uzmanlarına ve öğretiye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntemler: Bu araştırmada, 06.02.2023 tarihinde ülkemizde meydana gelen Kahramanmaraş ili merkezli deprem sonucu İskenderun ilçesinde birçok vatandaşımızın ölümü nedeniyle İskenderun Cumhuriyet Başsavcılığınca yapılan ölü muayene ve otopsi işlemlerine yönelik adli işlemler detaylı olarak incelenmiştir. Araştırma, 06.02.2023 tarihi ile 03.06.2023 tarihi arasında yapılan adli işlemleri kapsamaktadır.
Araştırmada veri toplama yöntemi olarak öncelikle olay incelemesi ve gözlem yapılmış daha sonra ise belge/kayıt incelemesi yapılmıştır.

Sonuç: Adli muayene ve ölünün kimliğini belirleme işlemleri ceza yargılamasında önemli bir delil ve tespit işlemidir. Bu saha çalışması ve gözlem sonrasında doğal afetler nedeniyle ölenlerin kimliklerinin tespit edilmesi, ölü muayene işleminin sağlıklı yapılabilmesi için öncelikle Cumhuriyet başsavcılıklarınca planlı bir çalışmanın yapılması gerektiği, bu konuda Cumhuriyet savcısı, adli tıp uzmanı, adli tıp teknikeri, zabıt katibi, olay yeri inceleme personelinin temin edilmesinin zorunlu olduğu, adli işlemlerin hızlı ve etkin yapılabilmesi yönünden ayrıca önceden hazırlanan matbu tutanakların/formların kullanımının önemli olduğu, kimlik bilgileri tespit edilemeyen cesetler yönünden kodlama yapılması suretiyle adli muayenelerinin yapılması, cesetler üzerinden kan örneği, parmak izi alınması, fotoğraflarının çekilmesine yönelik yapılan işlemlerin kimlik tespitine yönelik daha sonraki adli ve idari aşamalarda önem arz ettiği, çalışmada yer alan tespitlerin ve uygulamaların yargı organları ile ilgili kamu kurum ve kuruluşları tarafından dikkate alınmasının ileride ortaya çıkabilecek doğal afetlerle mücadele konusunda yardımcı olabileceğini söyleyebiliriz.

S15

ADLİ VAKALARDA YAPAY ZEKÂ İLE GÖRÜNTÜ ARAMA MOTORU

Özlem MUTLU[1], Abdülkadir ALTUNDAĞ[1], Adnan KEÇE[1]

[1] Adli Tıp Kurumu, Adli Bilişim İhtisas Dairesi

Amaç: Soruşturma ve kovuşturma makamları tarafından incelenmek üzere gönderilen sunucu, bulut ortamı, bilgisayar, tablet ve akıllı telefon gibi cihazlarda bazen çok sayıda görüntü/video bulunabilmektedir. Bu durum görüntü inceleme vakalarında göz maritifyle inceleme yapan uzmanların iş yükünü artırıp, zaman kaybına ve yargıda hedef sürenin aşımına sebep olmaktadır. Bu çalışmada dijital materyallerin kopyaları içerisinde bulunan görüntü ve video dosyalarının benzer/aynı görüntülerini hızlı ve doğru bir şekilde tespit etmesini amaçlayan görüntü arama yazılımı geliştirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışmada veri tabanı içerisinde belirli ve küçük resimlerin aranması işlemi için algısal hash (veri özeti) algoritmaları kullanılmıştır. Büyük görüntülerde anlamsal bir benzerlik aramasını hızlı ve doğru bir şekilde yapmak ve görsel arama sürecini genelleştirmek için derin öğrenme modeli kullanılmıştır. Görüntülerden anlamlı özellik vektörü çıkarmak için "imagenet" veri kümesi ile eğitilmiş ResNet 34, AlexNet, GoogleNet, DenseNet modelleri kullanılmıştır. Son adıma görüntü araması yapmak için regresyon ve sınıflandırma algoritmaları kullanılmıştır.

Bulgular: Geliştirilen yöntemin başarısını belirleyebilmek için, farklı büyüklükte ve çözünürlükte oluşan veri setleri kullanılmıştır. 50 bin görüntü içerinde 100'er adet doğru (veri seti içerisinden rastgele seçilen) ve yanlış (veri setinde bulunmayan) görüntü test için kullanılmıştır. Derin öğrenme yöntemi farklı çözünürlükte olan veri setlerin hepsinde %95 başarı sağlarken, hash algoritmaları düşük çözünürlüğe sahip görüntülerde aynı başarıyı sağlamıştır.

Sonuç: Göz marifetiyle inceleme yapan uzmanların biyolojik olarak bir sürü sonra yorgunluk ve göz yanılması gibi biyolojik sorunlardan dolayı inceleme hızı düşebilmekte ve hataya yol açabilmektedir. Derin öğrenme yöntemleri, talep edilen görüntülere has özelleştirilmiş modeller kullanılmasından dolayı arama motorunun performansı ve arama süresi veri kümesine bağımlı olsa da daha güvenilir ve doğru sonuçlar üretmektedir. Geliştirilen görüntü arama motoru göz maritifyle yapılan incelemelerden daha hızlı ve daha az hata payıyla görüntü tespiti gerçekleştirmiştir.

S16

SES MONTAJ İNCELEMELERİNDE KULLANILAN YÖNTEMLERİN ADLİ BİLİŞİM AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Adnan KEÇE[1], Özlem MUTLU[1], Gizem Güzel YAMAN[1], Oğuzhan ÇİLTAŞ[1]

[1] Adli Tıp Kurumu, Adli Bilişim İhtisas Dairesi

Amaç: Multimedya teknolojilerinin gelişmesiyle ses sinyalleri üzerinde çeşitli amaçlar doğrultusunda manipülasyonlar yapılabilmektedir. Ses kaydında kesme, kopyalama, filtreleme ile farklı mesajlar yükleyerek kaydın anlam bütünlüğü bozulması veya üst veri (metadata) üzerinde değişiklik yapılması gibi işlemler sonucunda ses kaydı orijinalliğini kaybetmektedir. Adli bir olaya konu olan bir sesin ya da ses kaydının orijinalliği ve özgünlüğünün tespit edilmesi ancak özel yöntemler ve tekniklerle mümkün olabilmektedir. Bu çalışmada ses montajı incelemelerinde karşılaşılan problemler, kullanılan yöntemler, bulgular ve inceleme aşamaları değerlendirilmiştir.

Yöntem: Bir sesin tamamı veya bölgesel kısımları üzerinde oluşabilecek manipülasyon izleri ile kayıt alma sürecinde meydana gelen izlerin incelenmesi farklı yöntemlere göre sınıflandırılmıştır. Bu yöntemler: Akustik (söyleyişsel), Görsel, Söylemsel(dilbilimsel) ve Üst veri olmak üzere dört başlıkta toplanmıştır.

Bulgular: Farklı türlerde manipülasyona uğramış 10 adet ses dosyası, belirtilen yöntemler ile analiz edildiğinde; Ses örneklerinin anlam bütünlüğünü bozacak şekilde kelime ve seslerin editlenmesi ile yapılan bir eklemenin/çıkarmanın bulunduğu, kendi içerilerinde tutarlı olmadıkları, dip gürültüsü ve diğer arka plan seslerinin akıcılığının kesilmesi ve meta verilerinin değiştirilmesi gibi manipülasyon izlerine rastlanılmıştır. Ayrıca manipüle edilmemiş ses dosyaları benzer yöntemlerle incelendiğinde ses dosyalarının orijinalliği tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda adli vakaya konu olan ses kayıtlarının orijinal olup olmadığını tespit eden yöntemler ve parametreler açıklanmış, belirtilen yöntemler ile ses kaydı üzerinde manipülasyon olup olmadığını tespit eden sonuçlar elde edilmiştir.

S17

ADLİ VAKALARDA KAMERA GÖRÜNTÜLERİNDEN ARAÇ HIZININ HESAPLANMASI

Özlem MUTLU[1], Abdülkadir ALTUNDAĞ[1], Adnan KEÇE[1]

[1] Adli Tıp Kurumu, Adli Bilişim İhtisas Dairesi

Amaç: Trafik kuralı ihlallerinden biri olan aşırı hız; hem kaza riskini hem de kazaların ciddiyetini etkiler. Radarların bulunmadığı yerlerde mobese kamara kayıtları adli vakaların çözümlenmesi açısından büyük önem arz etmektedir. Bu amaçla soruşturma ve kovuşturma makamları tarafından kazaya karışan araçların hızlarının doğru tespiti için güvenilir yöntem bulunmuş ve bilirkişilere kullanım kolaylığı sağlamak için yazılım ara yüzü tasarlanmıştır.

Yöntem: Araç hızının hesaplanmasından önce, kontrol edilmesi gereken koşullar şunlardır: Video üzerinden bütünlük ve özgünlük değerlendirilmesi gerekir. Çünkü piksel ve zamanlama bilgisi üzerinde herhangi bir değişiklik hızı önemli ölçüde değiştirebilir. Aracın marka model, aks mesafesi ve kameranın FPS değeri güvenilir olmalı ve bilinmelidir. Araç uygun açıda olmalı, yan profilden, ön ve arka tekerler görülecek şekilde kamera görüntüsünde bulunmalıdır. Bu çalışmada öncelikle görüntülerdeki gerçek uzunluğun piksel cinsinden değeri aracın aks mesafesi alınarak hesaplanmıştır. Yol uzunluğu, ön tekerleğin kat ettiği mesafe üzerinden yapılır. Yolun başlangıcı, ön tekerleğin orta noktası yolun bitiş noktası içinde arka tekerleğin orta noktasındaki piksel seçilir. Daha sonra aks mesafesi referans alınarak koordinat sistemindeki yolun uzunluğu metre cinsine dönüştürülür. Aracın aks mesafesini kaç frame aldığı hesaplanır. FPS yardımıyla aracın geçiş süresi saniye cinsinden hesaplanır. Son olarak elde edilen yol(m) ve geçiş süresi(sn) Km/Saate çevrilerek aracın hızı hesaplanır.

Bulgular-Sonuç: Trafik radarları ya da görgü tanıklarının olmadıkları yerlerde gerçekleşen kazalarda kamera kayıtları oldukça önem arz etmektedir. Bu çalışmada, araç hızını kamera görüntülerinden başarılı bir şekilde hesaplayan yazılım geliştirilmiştir. Bu yazılımla yapılan testler ile gerçek değer arasındaki oranlarda yüzde 94 başarı elde edilmiştir. Ayrıca adli vakaya konu olan kamera kayıtlarından hız tespiti %10 hata payıyla hesaplanabilmektedir.

S18

ADLİ BİLİŞİM ALTYAPI YAZILIMI GELİŞTİRİLMESİ

Abdulkadir ALTUNDAĞ[1], Özlem MUTLU[1], Adnan KEÇE[1], Yaşar BECERİKLİ[2]

[1] Adli Tıp Kurumu, Adli Bilişim İhtisas Dairesi
[2] Kocaeli Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü

Amaç: Adli inceleme uzmanı, kullandığı yazılımın sağlamış olduğu verileri ve bu veriler arasındaki ilişkileri yorumlayarak bir çıkarıma varmaktadır. Bu nedenle kullandığı yazılımın yetenekleri incelemenin tüm aşamalarını da etkilemektedir. Bu çalışmamızda Adli Bilişim incelemelerinde kullanılan yabancı menşeli yazılımlara alternatif olabilecek ve edinilmiş tecrübeler doğrultusunda bir altyapı yazılımı geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Adli bilişim incelemelerde kullanılmak üzere geliştirilmekte olan FORBASE yazılımı incelemelerin tümünde gerekli olan fonksiyonları varsayılan olarak, spesifik gereksinimler ise eklentiler ile sunmaktadır. Bu yazılım; Çoklu dil desteği (Türkçe ve İngilizce), anlık arayüz tema seçimi, birden fazla monitörü kullanabilme, taşınabilir ve yeniden konumlanabilir panel sistemi, ayrıntılı log sistemi, dinamik sütun yönetimi, çoklu export seçenekleri, gelişmiş filtreleme ve arama seçenekleri incelemelerde kullanılmıştır.

Bulgular-Sonuç: Geliştirdiğimiz bu yazılım ile materyallerin dijital kopyaları üzerinde; Vaka Yönetim Modülü, Dinamik Proses Konfigürasyon Modülü, Proses Durum İzleme Modülü, Dinamik Proses İşleme Motoru Modülü, Hex Gösterim Modülü, Metadata Modülü, Kriptografik Hash Hesaplama Modülü, Kavramsal Hash Hesaplama Modülü, Kavramsal Hash ile Benzer Görüntüleri Arama Modülü, Nesne Tespit Modülü, Müstehcen Görüntü Tespiti Modülü, Yüz Tespiti Modülü, Cinsiyet,Yaş, Duygu/Durum Tespit Modülleri, Yüz Arama Modülü ve OCR Modülünden istenilen işlemler doğrultusunda veriler elde edilmiştir. Adli Bilişim altyapı yazılımı geliştirilmesi süreci devam etmektedir. Buradan elde edilen bilgi birikiminin inceleme uzmanlarına aktarılması, yazılımın doğrudan ihtiyaç duyulan hususlara göre hızlı bir şekilde adapte edilerek hız kazanımı sağlanması, vaka çözümlerinde erişilen edinimlerin yazılıma entegre edilmesi, yurt dışı menşeli yazılımlara olan bağımlılığın kademeli olarak sonlanması ile maliyetlerin azaltılması konusunda faydalar sağlamaktadır.

S19

ADLİ PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRMEDE CEZA SORUMLULUĞU: YARGITAY KARARLARI IŞIĞINDA KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Muhammed Emin BOYLU[1]

[1] Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi

Amaç: Ceza sorumluluğu değerlendirmesinde Türk Ceza Kanunu'nun 31. ve 32. maddeleri kapsamında rapor düzenlenen olguların Yargıtay Ceza Genel Kurulu tarafından alınan kararlardaki yeri ve rapor tanzim sürecinin adli sisteme etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Yargıtayın karar arama sitesi olan (https://karararama.yargitay.gov.tr/) sitesinde TCK'nin 31. ve 32. maddelerinde geçen "fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama" ve "davranışlarını yönlendirme yeteneği" anahtar kelimeleri "Aranacak Kelime" alanına yazılarak, "Birimler" bölümünden "Ceza Genel Kurulu" seçeneği seçilerek 30.06.2018 – 30.06.2023 tarihleri arası arama yapıldı. Arama sonucu listelenen 132 adet karardan faillerle ilgili olan 61 tanesi analiz edildi. Bu karar dosyaları incelenerek ilgili dosyadaki suç tipi, ilgili ceza dairesi, bozma nedeni ve bozma gerekçesi olan ilgili TCK maddesi (TCK 31. veya 32. madde) belirlendi.

Bulgular: Arama sonucu ulaşılan 132 dosya irdelendiğinde bunların 62 (% 47) tanesinin mağdurun ruhsal durumu değerlendirmesiyle ilişkili olduğu görülmüştür. 7 (% 5.3) tanesinin meşru müdafaa kapsamında, 2 (%1,5) tanesinin ise haksız tahrik kapsamında olduğu görülmüştür. Ceza sorumluluğu değerlendirmesi yapılan öge olan fail ile ilgili olan dosya sayısının ise 61 (% 46.2) olduğu görülmektedir. Dosyaların Ceza Dairelerine dağılımı açısından bakıldığında 1. Ceza Dairesi'nden 21 (%34.4) dosya, 6. Ceza Dairesi'nden 10 (%16.4) dosya ve 14. Ceza Dairesi'nden 8 (%13.1) dosyanın geldiği görülmektedir. Suç tipleri için en sık 21 (%34.4) öldürme, 8 (%13.1) cinsel istismar ve hırsızlık, 7 (%11.5) yağma ve uyuşturucu ticareti suçları olduğu, dosyaların 18'inde (% 29.5) TCK 31. madde, 43 (% 70.5) tanesinde ise TCK 32. Madde kapsamında değerlendirme yapıldığı görülmektedir. 51 (% 83.6) dosyada rapor ilişkisiz diğer hukuki usul veya esas muhalefeti nedeniyle bozma kararı verilmiştir. Dosyaların ATK raporu içermesi bakımından dağılımına bakıldığında yalnızca 7 (%11.5) dosyada ATK raporu olmadığı görülürken 48 (% 78.7) dosyada sadece ihtisas kurulu raporu mevcuttur.

Sonuç: Ceza sorumluluğunun belirlenmesinde TCK 31. ve 32. maddeler kapsamında adli psikiyatrik değerlendirme önem taşımaktadır. Ceza Genel Kurulu'na geliş süreçlerinde ATK raporları açısından eksiklerinin oldukça az olduğu görülmektedir. Bu aşamada verilen bozma kararlarının çok azı rapor kaynaklıdır. Rapor kaynaklı olanların da daha çok ATŞ'lerinden alınan raporlara dayanarak karar verilmesi nedeniyle bozma kararı verilmiş olması dikkat çekicidir.

S20

CİNSİYET GELİŞİM BOZUKLUĞU TANISI ALAN OLGULARDA CİNSİYET TAYİNİ: 4 OLGU SUNUMU

Gamze BAŞ[1], Şenol TURAN[1], Alperen BIKMAZER[1], Hasan AĞRITMIŞ[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 6. İhtisas Kurulu

Amaç: Cinsiyet gelişim bozuklukları özellikle birinci trimestirde cinsiyet gelişim basamaklarından birindeki aksaklık sonucu gelişen, kromozom yapısı, gonadlar veya anatomik yapının birbiriyle uyumsuz olduğu durumlar olarak tanımlanmaktadır. Genelde ambigus genitale ile başvuran olgulara multidisipliner bir yaklaşım sonucu tanı konulmakta ve tedavi yöntemi belirlenmektedir. Bu sürecin bir basamağı olan cinsiyet tayini hususunda adli tıbbi yaklaşımı, sunulan 4 olgu üzerinden göstermek amaçlanmıştır.

Olgu 1: 8 yaşında, XY genotipinde, 5 alfa redüktaz tanılı hastada, psikiyatrik muayenede erkek cinsiyet kimliğinde olduğu, genital muayenede yaklaşık 3,5 cm'lik fallus gözlendiği, fallusun altında 4-5 mm'lik açıklık bulunduğu, palpasyonla inguinal bölgede herhangi bir doku palpe edilemediği saptanmıştır.

Olgu 2: 3 yaşında, XY genotipinde, 5 alfa redüktaz tanılı hastada, psikiyatrik muayenede normal bilişsel gelişimde olduğu, genital muayenede yaklaşık 2 cm'lik fallus gözlendiği, sağ ve sol inguinalde transvers eksende yaklaşık 0.5 cm'lik insizyon skarı olarak değerlendirilen skar dokusu gözlendiği, sağ ve sol inguinalde uzun ekseni yaklaşık 0,5-1 cm olan testis dokusu olduğu değerlendirilen yapının palpe edildiği, fallusun altında yaklaşık 0.5 cm'lik vertikal eksenli açıklık gözlendiği saptanmıştır.

Olgu 3: 2 yaşında, XX genotipinde, Konjenital Adrenal Hiperplazi tanılı hastada, psikiyatrik muayenede normal bilişsel gelişimde olduğu, genital muayenede yaklaşık 1 cm uzunluğunda klitoral hipertrofi-penil doku ayırımı yapılamayan doku izlendiği, hemen altında yaklaşık 2-3 mm lik açıklık gözlendiği, annesinin bu açıklıktan idrar yaptığını söylediği, açıklığın altında füzyon halinde labium olma ihtimali olan doku gözlendiği, doku içinde palpasyonla ele bir şey gelmediği saptanmıştır.

Olgu 4: 1,5 yaşında, XY genotipinde, Androjen Duyarsızlık Sendromu tanılı hastada, psikiyatrik muayenede normal bilişsel gelişimde olduğu, genital muayenede sağ ve sol inguinalde yaklaşık 1.5 cmlik inzisyon skarı mevcut olduğu, yaklaşık 1.5 cm lik penis şeklinde doku görüldüğü, mea normal yerinde gözlenemediği, penis şaftını çepeçevre saran skar görüntüsü mevcut olduğu, skrotum gözlenemediği, sol inguinal kanal iç kanal ağzına doğru testis olabileceği düşünülen 0.5 cm çapında doku palpe edildiği, sağ inguinalde herhangi bir doku palpe edilemediği, penis şaftının altında yaklaşık 2 mmlik açıklık gözlendiği, açıklığın altında perine boyunca insizyon skarı mevcut olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Cinsiyet Gelişim Bozukluğu tanısı ayrıntılı klinik değerlendirmeyi takiben hormonal, genetik, moleküler tetkikler ve görüntüleme yöntemlerinin kullanılması sonucunda konulmaktadır. Cinsiyet tayini hususunda karar verilirken bunlara ek olarak genital ve psikiyatrik muayenesi yapılmalı, başvuru yaşı, ailenin hangi cinsiyete ait yetiştirdiği, opere olup olmadığı değerlendirilmelidir.

S21

KONGRE' DE SUNULMADIĞI İÇİN YAYINLANMAMIŞTIR.

S22

AİLE İÇİ ŞİDDET POLİKLİNİĞİNE YAKIN PARTNER ŞİDDETİ FAİLİ OLARAK BAŞVURAN OLGULARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMATİK YAŞANTILARI VE ŞİDDET İLE İLİŞKİSİ

Şeyma SEHLİKOĞLU[1], Kerem SEHLİKOĞLU[2], Behice HAN ALMİŞ[1], Ahmet NALBANT[3]

[1] Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı
[2] Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı
[3] Cansağlığı Vakfı

Amaç: Yakın partner şiddeti faillerinin yaş, eğitim, medeni durum vb. sosyodemografik özelliklerini incelemek, çocukluk çağında travma, şiddet ve istismara maruz kalma durumlarını, psikiyatrik hastalık, madde kullanım varlığını, geçmiş adli öykülerini incelemek ve bu değişkenlerin yakın partner şiddeti ile ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Aile içi şiddet polikliniğine Kasım 2019- Haziran 2022 tarihleri arasında yakın partner şiddeti nedeniyle hakkında adli işlem başlatılmış ve psikiyatrik değerlendirme için tarafımıza yönlendirilen kişilere ait tıbbi kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Olguların işlediği suç türü, çocukluk döneminde şiddete maruz kalma, tanıklık durumu ve davranış özellikleri araştırıldı. Çocukluk çağı travma verileri ile şiddet sıklık ve nedenleri karşılaştırıldı.

Bulgular: 105 olgunun hepsi erkekti. Olguların yaş ortalaması 37,1 ± 7,8 idi. Faillerin %33,3 (n=35)'ünün geçmişte adli öyküsünün olduğu tespit edildi. Geçmişte adli öyküsü olan faillerin olmayanlara göre partnerine daha sık şiddet uyguladığı görüldü (p = ,015). Evli faillerin kasten yaralama suçunu bekar olanlara göre daha sık işlediği bulundu (p <,05). Yakın partner şiddeti faillerinin %33,3 (n=35)'ünün psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu gözlendi. Psikiyatrik hastalık varlığının aile içi şiddet sıklığını arttırdığı saptandı (χ2: 6.259 SD: 2, p = .044).
Faillerin %22,9 (n=24)'unun çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Çocukluk çağında aile içi şiddete maruz kalanların daha fazla fiziksel ve psikolojik şiddet uyguladığı saptandı (χ2: 5,134 SD: 2, p = ,047). Çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalanların daha sıklıkla partner şiddeti uyguladığı görüldü (χ2: 13,052 SD: 2, p <,001).

Sonuç: Geçmişte adli öyküsü ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan, çocukluk döneminde travma maruziyeti yaşayan faillerin partnerlerine sıklıkla şiddet uyguladıkları tespit edildi. Kadına yönelik şiddetin önlenmesi için yapılacak müdahale programlarında faillerin tanınmasının önemli olduğunu ve çalışmamızın verilerinin bu konuda faydalı olacağını düşünmekteyiz.

S23

ADLİ TIP KURUMU GÖZLEM İHTİSAS DAİRESİNE 2022 YILINDA BAŞVURAN TÜRK MEDENİ KANUNU'NUN 405., 145. VE 165. MADDESİ KAPSAMINDAKİ DOSYALARININ ADLİ PSİKİYATRİK AÇIDAN İNCELENMESİ

İlker TAŞDEMİR[1], Zeynep MERZİFONLU[1], Muhammed Emin BOYLU[1]

[1] Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi

Amaç: Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesine 2022 yılında başvuran Türk Medeni Kanunu'nun 405., 145. Ve 165. Maddesi kapsamındaki hukuk dosyalarının sosyodemografik, adli ve psikiyatrik yönlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Hukuk mahkemelerinden Gözlem İhtisas Dairesine başvuran dosyaların hangi mahkemeden müracaat ettiği, sorulan soru ve ilgili kanun maddesi, dairemizce düzenlenen rapordaki psikiyatrik tanımız ve kararımız, sosyo-demografik özellik bilgileri retrospektif olarak dosya taraması ile edinilmiştir.

Bulgular: Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesinde 2022 yılında 1366 rapor düzenlenmiştir. Bu raporların 1306'sı cezai sorumluluk değerlendirmesi iken, 60'ı hukuk mahkemelerine düzenlenmiştir. Hukuk dosyalarının 32 tanesi Sulh Hukuk Mahkemesinden, 13'ü Asliye Hukuk Mahkemelerinden, 8'i Aile Mahkemelerinden, 7'si ise Ticaret ve Tüketici Mahkemelerinden tarafımıza başvurmuştur. Bu başvuruların 32'si vasi tayini ve/veya yasal danışman açısından, Türk medeni kanunun (TMK) 405 ve 429. maddelerin sorulduğu değerlendirmelerdir. Bu olguların 20'sinde (9'unda Şizofreni, 8'inde Hezeyanlı Bozukluk, 3'ünde Bipolar Bozukluk tanıları ile) vasi tayininin gerektiği kararı verilmiştir. 2 raporda yasal danışman atanmasının uygun olduğuna (1'i Organik Kişilik Bozukluğu, 1'i Hafif Derecede Zekâ Geriliği tanıları ile), 10 raporda vasi ya da yasal danışman gerekmediğine karar verilmiştir. Hukuk dosyalarının 18'ini işlem ehliyeti (fiil ehliyeti), 10'unu ise TMK 165. Madde kapsamında evliliği çekilmez hale getiren bir akıl hastalığı olup olmadığı ve 2 tanesinde TMK 145. Maddesi kapsamında nisbi butlan soruları oluşturmaktadır. Boşanma davalarının 6'sında evliliği çekilmez hale getirir akıl hastalığı olduğu (4'ünde Şizofreni, 1'inde Şizoaffektif Bozukluk, 1'inde Hezeyanlı Bozukluk tanısı ile) kararı verildiği tespit edilmiştir.

Sonuç: Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesine başvuran hukuk dosyaları incelendiğinde büyük çoğunluğun Sulh Hukuk Mahkemelerinden yönlendirilen vasi ya da yasal danışman değerlendirmelerinin oluşturduğu görülmektedir. Daha az sıklıkta ise işlem ehliyeti ve evliliği çekilmez hale getiren bir akıl hastalığı olup olmadığı değerlendirmeleri yer almaktadır.

S24

SUÇA SÜRÜKLENEN ADÖLESANLARDA İNTERNET BAĞIMLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Berat BAYRAKTAR[1], Ömer TOKGÖZLÜ[2]

[1] Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı
[2] Adli Tıp Kurumu Iğdır Adli Tıp Şube Müdürlüğü

Amaç: Ceza ehliyeti muayenesi için tarafımıza yönlendirilen 12-15 yaş grubu adölesanlarda internet bağımlılığının suça sürüklenme üzerine etkisi olup olmadığının Iğdır ili örnekleminde incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Iğdır Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2023 yılı içerisinde başvuran 12-15 yaş grubu olguların sosyodemografik özellikleri, zekâ düzeyleri, sosyal medya ve internet kullanım alışkanlıkları (DSM-IV'ün "Patolojik Kumar Oynama" ölçütlerinden uyarlanan "Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği" kullanılarak) değerlendirildi. Olguların kategorik değişken ve ölçülebilen verileri sayı (n) ve yüzde (%) olarak sunuldu.

Bulgular: 186 olgudan çalışmayla uyumlu 137'si katılım sağlamış olup 7 olgu anketleri tamamlayamadığından, 130 olgu değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcıların 112'si erkek (%86,2), 18'i kadın (%13,8) cinsiyete sahip olup yaş ortalamaları kadınlarda 14,4, erkeklerde 14,2 olarak saptandı. Olguların %63'ünün (n=82) öğrenci olduğu, %58,4'ün şehir merkezinde yaşadığı, %17,6'sında (n=23) ailede sabıka öyküsü bulunduğu, %21,5'inde (n=28) benzer suç öyküsü olduğu, aile gelir düzeyinin büyük oranda (%56,9, n=74) açlık sınırının altında olduğu, 8 olguda (%6,15) alkol kullanımı, 36 olguda (%27,7) tütün kullanım öyküsü olduğu, 20 olguda ailesinde alkol bağımlısı ebeveyn, 7 olguda (%5,3) ebeveynlerde kumar öyküsü olduğu, olguların %13,8'inin (n=18) psikiyatrik tanı (anksiyete bozukluğu, DEHB, panik atak vb.) ile takip edildiği, %11,5'inde (n=15) tekrarlayan suç öyküsü olduğu, olguların en sık kasten yaralama (n=44) ve tehdit-hakeret (n=38) suçları nedeniyle başvuruda bulundukları, Porteus ve Kent EGY zeka düzeyi ortalamaları 92 puan olduğu, olguların %11,5'inde 'İnternet Bağımlılığı', %20,7'sinde 'Riskli İnternet Kullanımı' olduğu değerlendirildi.

Sonuç: İnternet ve sosyal medya kullanımı günlük hayatımızda birçok açıdan kolaylık sağlamaktadır. İnternet ve sosyal medyada ihtiyacın üzerinde geçekleşen kullanım beraberinde birçok olumsuz içeriğe maruziyete neden olabilmekte ve bundan en çok kişilik ve kontrol mekanizmasının henüz oturmadığı ve çevresel faktörlere bağlı etkilenimin yoğun olduğu adölesan yaş grubu etkilenmektedir. Çalışmamızda da neredeyse her üç suça sürüklenen olgunun birinde internet bağımlılığı ve riskli internet kullanımı olduğu, özellikle cinsel suçlar ile internet kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

S25

OMURGA TRANSVERS PROÇES KIRIKLARINA YÖNELİK YAPILAN MALULİYET HESAPLAMALARINDA KULLANILAN YÖNETMELİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümran TAŞÇI BÜYÜKŞAHAN[1],
Ahmet Murat BÜLBÜL[1], Selahattin KUŞHAN[1],
Hızır ASLIYÜKSEK[1]

[1]Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Amaç: Çeşitli sebeplerle kişilerde meydana gelen ve fonksiyon kaybına yol açan yaralanmaların yapılan her türlü tedaviye rağmen düzelmemesine ve sekel halinde kalması durumuna maluliyet, bunun birtakım cetveller kullanılarak hesaplanmasına maluliyet oranı denilmektedir(1). Kullanılan yönetmeliklere ve uygulama farklılıklarına göre hesaplanan oranlar ile kazanın oluş şekli, kazazedenin yaşamına etkisi, muayene ve grafi bulguları arasındaki ilişki değerlendirilerek maluliyet hesaplamalarında ortak bir dilin öneminin vurgulanması amaçlanmaktadır.

Olgu: Çalışmamızda omurga yaralanması sonucu transvers proçes kırığına bağlı arazı bulunan 5 olgunun cinsiyet, olay tarihi, olay türü, olay tarihindeki yaşı, olay tarihindeki mesleği, adli mercii, ameliyat olup olmadığı, yaralanma seviyesi ve türü, hesaplamalarda takdir kullanılıp kullanılmadığı, yaralanmanın tıbbi iyileşme süresi, maluliyet ve engel verilme nedenleri, engel oranları, D ve E cetvellerine göre meslekte kazanma gücü kaybı oranları, meslekte kazanma gücü kaybı oranı ve engel oranları arasındaki ilişki ve yaklaşım farklılıkları incelenerek elde edilen bulgular değerlendirilecektir. Çalışmamızda transvers proçes kırığı meydana gelen olguların; Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği(2) ve Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkındaki Yönetmeliğe(3) göre değerlendirmeleri ayrı ayrı yapılarak iki yönetmeliğin uygulamadaki farklılıkları vurgulanacaktır.

Sonuç: Transvers proçes kırıkları arızasının hem meslekte kazanma gücü kaybı oranı hesabında hem de özürlülük/engellilik hesabında ayrı ayrı değerlendirmeleri yapılarak hem yönetmelikten kaynaklanan hem de yaklaşım farklılıklarından kaynaklanan sorunların çözülmesine katkı sağlamaya çalıştık.

S26

PARMAK AMPUTASYONLARINDA REPLANTASYONUN MALULİYETE ETKİSİ

Yasin KOCA[1], Ömer SELÇUK[1],
Selahattin KUŞHAN[1], Nurettin Nezih ANOLAY[1]

[1]Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Üçüncü İhtisas Kurulu

Giriş ve Amaç: İş kazalarında makine kullanımı ile ekstremitelerde, bilhassa parmaklarda amputasyon ve replantasyon olan olgu sayısı dikkate değer miktardadır. Ampute parmakların replante-revaskülarize edilme sıklıkları, amputasyon düzeyleri, başarı yüzdeleri ve ameliyat teknikleri üzerine çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, rehabilitasyon ve finansman üzerine sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kuruluna maluliyet raporu için gönderilen olgular içerisinde önemli miktarda parmak amputasyonu bulunmaktadır. Bu çalışmada, literatürdeki çalışmalara ek olarak, replante edilen parmakların rehabilitasyon sonrasındaki kalıcı maluliyetinin, ampute olarak onarımı yapılması durumunda oluşacak maluliyetine göre kıyaslamasının yapılarak, yapılan işlemlerin kişilerin kalıcı maluliyetine etkisinin tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 01/01/2018–31/12/2018 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'na maluliyet değerlendirilmesi için gönderilen ve parmak amputasyonu ile replantasyonu olan olguların demografik bilgileri, travmaya ve replantasyon cerrahisine ilişkin bilgileri ile güncel muayene verileri SPSS 28.0 programı kullanılarak karşılaştırmalı olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 74 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların 58'i (%78,4) erkek, 16'sı (%21,6) kadındı. Yaşları 16 ila 57 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 32,8±10,8, median yaş 33'tü. Parmaklar incelendiğinde; en çok işaret ve orta parmağın yaralandığı (40 olgu), en az serçe parmak (20 olgu) ve başparmağın (24 olgu) yaralandığı görüldü. Eklem düzeyi olarak en çok metakarpofalangeal düzeyden (63 olgu) yaralanma olduğu görüldü. Olguların 48'inde (%64,9) replantasyon sonucu maluliyetin azaldığı, 26'sında (%35,1) ise değişmediği görüldü. Olguların replante edilmiş haliyle güncel meslekte kazanma gücü kaybı oranı ortalaması %12,4 iken, ampute olarak onarımı yapılmış olsaydı maluliyet ortalamanın %17,5 olacağı görüldü. İki grup arasında farkın anlamlı olduğu hesaplandı ($p<0,001$).

Tartışma ve Sonuç: Parmakta amputasyon düzeyindeki ciddi yaralanmalarda literatür incelendiğinde, erkek cinsiyetin baskın olduğu, bilhassa proksimal eklemlerde yapılan replantasyonun başarı ihtimalinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu çalışmada da olguların dörtte üçü erkektir. Proksimal eklemlerden yapılan replantasyonlar çoğunluktadır. Replantasyon sonucunda olguların üçte ikisinde maluliyetin azaldığı tespit edilmiştir. Maluliyet yönünden, ülkemizde mevcut yönetmelik ile değerlendirme yapılmış olup, sekel hale gelmiş olan kısıtlılıklar olguların güncel muayeneleri sonrasında değerlendirilmiştir. Bu haliyle; parmak amputasyonlarında replantasyonun maluliyetin azalmasına önemli derecede etkisinin olduğu saptanmıştır.

S27

DUYULARDAN VEYA ORGANLARDAN BİRİNİN İŞLEVİNİN SÜREKLİ ZAYIFLAMASI YA DA YİTİRİLMESİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLEN ÜST EKSTREMİTE ORTOPEDİK ARAZLARININ MALULİYET VE ÖZÜRLÜLÜK AÇISINDAN İRDELENMESİ

Hatice AK[1], Erkan DOĞAN [1], Kağan GÜRPINAR[1]

[1]Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu İkinci İhtisas Kurulu

Amaç: Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi'nde ceza kanunu çerçevesindeki değerlendirmelerin, maluliyet, meslekte kazanma gücünden kayıp oranı veya engellilik oranları ile karıştırılmaması gerektiği; ancak karar verilemeyen durumlarda maluliyet/engellilik listelerine göre bir oran hesaplanarak karar verilebileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda bu yönetmeliklerin duyulardan veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi (OBİSZ/Y) kararlarında kullanılabilirliğini tartışmak ve nasıl kullanılması gerektiği konusunda katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamızda Adli Tıp Kurumu 2. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından 2014-2018 yılları arasında kurul muayenesi yapılarak OBİSZ/Y hususunda görüş bildirilmiş olan ve sadece üst ekstremite ortopedik yaralanması olanlar çalışmaya dahil edilmiş eşlik eden nörolojik hasarı olan olgular dışlanarak 211 vaka elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda 211 olgudan 49 vaka için yaralanmasının organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması niteliğinde, 19 vaka için ise yitirilmesi niteliğinde olduğu yönünde görüş bildirildiği, kemik kırığına bağlı yaralanmaların %64,9 ile ilk sırada, %17,1 ile ampütasyon yaralanmalarının ise ikinci sırada geldiği, vakaların 82'sinin el parmaklarından, 68'inin omuz bölgesinden yaralanmış olduğu tespit edilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda OBİSZ/Y ile maluliyet oranı arasında pozitif yönlü iyi derecede korelasyon olduğu, OBİSZ/Y ile el, üst ekstremite, tüm vücut özürlülük düzeyi arasında pozitif yönlü mükemmel derecede korelasyon olduğu gözlenerek, her iki yönetmeliğe ait cetvellerin de OBİSZ/Y kararlarının oluşturulmasında kullanılabileceği düşünülmüştür. İşlevde yitirilme kararı için ROC analizinde duyarlılığı ve özgüllüğü en optimal aralıkta olacak şekilde yapılan cutoff sınır tespitinde; üst ekstremite özürlülük oranında %32.5, tüm vücut özürlülük oranında ise yüzde % 19.5 değerleri bulunmuştur.

Sonuç: Güncel literatürde benzeri olmayan çalışmamızda TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi'nde yer alan ekstremite fonksiyon kayıplarına yönelik kriterlerin netleştirilerek ayrıntılandırılması gerektiği, üst ekstremite yaralanmalarında el, el bileği, ön kol, dirsek, kol ve omuz bölgelerinin ayrı ayrı organ olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği konusunda birlik sağlanmasına ihtiyaç olduğu, bu konuda özellikle Özürlülük Yönetmeliği ekinde yer alan cetvellerden faydalanılabileceği sonucuna varılmıştır. Zayıflama ve yitirilme kararları için kullanılabilecek maluliyet ve özürlülük oranları hesaplanıp öneri olarak sunulmuştur.

S28

DOĞAL ÖLÜM OLGULARINDA GÖRÜLEN POST-MORTEM RESÜSİTASYON ARTEFAKTLARI

Mustafa Seçkin ÖZYAYLA[1], İbrahim ÜZÜN[2], Abdullah Coşkun YORULMAZ[3]

[1] Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Siirt Adli Tıp Şube Müdürlüğü
[2] Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 1. İhtisas Kurulu
[3] Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Adli tıbbi artefaktlar ölümden sonra vücutta görülen ve önemli bir antemortem bulgu gibi yanlış yorumlamalara yol açıp dokuların doğal durumları ya da kişinin ölümünden önceki hastalığı ile ilgili olmayan herhangi bir bulgu veya değişiklikler olarak kabul edilir. Bu çalışmada bu açıdan adli tıp uzmanları, klinisyenler ve hukukçular için medikal risk yönetimi planlanmıştır.

Yöntem: Bir tez çalışması kapsamında 3458 olgu incelendi. Bunlardan peri-mortem resüsitasyon uygulanan ve buna bağlı lezyonlar oluştuğuna kanaat getirilmiş 440 olgu doğal ölümdü ve çalışma kapsamına alındı. Olguların yaşları, cinsiyetleri, ölüm nedenleri, artefaktların anatomik bölgesel dağılımı, sıklığı ve tipleri sistematik şekilde sunularak retrospektif bir çalışma yapıldı. Verilerin analizinde SPSS 25.0 istatistiksel yazılım programı kullanıldı.

Bulgular: Resüsitasyon artefaktlarının 30-69 yaş aralığında sık, erkeklerde (%65,45), kadınlardan (%34,62) daha fazla ve en sık kalp-damar hastalıklarında (%48,9) oluştuğu görüldü. Dış muayenede; göğüste ekimozlara ve antekubital bölgede pikülere sıklıkla rastlanmış olup iç muayenede; orofarengeal ve perikardiyal lezyonlara rastlandı. Torakal bölgede ise en sık sternum ve kot kırıklarının beraberliği görüldü. Kırıkların en çok kalp damar hastalığında oluştuğu görüldü. 0-9 yaş en az kırık görülen grup olup 60 yaş üstü grubun tüm olgularda kırık bulundu. Kırıkların en sık midklavikular hatta (%43,16), sırasıyla sol 4. (%19,3), 3. (%19) ve 5. (%18) kotlarda oluştuğu görüldü.

Sonuç: Resüsitasyon artefaktlarının sıklıkla tıbbi malpraktis dava konusu olabileceği, bu nedenle klinisyenlerin resusitasyon öncesi bulguları doğru kaydetmesi, adli tıp uzmanlarının artefaktlar açısından doğru ayırıcı tanı yapması, bu lezyonların ölümdeki rolü konusunda yorum yapması birçok medikolegal problemi önleyecektir.

S29

2012-2022 YILLARI ARASINDA BİREYSEL BAŞVURU NİTELİĞİNDEKİ MALPRAKTİS (TIBBİ UYGULAMA HATASI) OLGULARININ ADLİ TIBBİ DEĞERLENDİRMESİ: RETROSPEKTİF ARAŞTIRMA

Birgül TÜZÜN[1], Mehmet Şevki SÖZEN[2]

[1]istanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[2]istanbul Beykent Üniversitesi, Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 tarihli bildirgesine göre; tıbbi uygulama hatası (Malpraktis) hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızda; tarafımıza bireysel olarak başvuran ve bilimsel mütalaa düzenlenmesi isteminde bulunan malpraktis olgularından retrospektif elde edilen veriler ve konuya ilişkin araştırmalar ışığında, bugüne değin raporlanması yapılmış olgu bazındaki geniş kapsamlı araştırma ile malpraktis kavramına bütüncül bir kaynak oluşturmak, tanıya yönelik standardizasyon ve ileride yapılacak çalışmalar için veri havuzuna katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2012 – 31.12.2022 tarihleri arasında yargılamanın herhangi bir aşamasında tarafımıza malpraktis iddiası ile başvurarak bilimsel mütalaa düzenlenmesi talebinde bulunan ve hakkında rapor düzenlenmiş olan toplam 174 olguya ait adli ve tıbbi belgeler retrospektif olarak incelenmiştir.
Bulgular: 174 olgunun % 53.5'i erkek, % 46.5'i kadındır. 136 olguda tıbbi uygulamada kusurlu olduğu iddia edilen kişi hekim olup, bu olguların % 57.3'ünde birden çok hekim hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası mevcuttur. 118 (% 67.8) olguda cerrahi branşlarda ve 47 olgu kadın-doğum, 43 olgu genel cerrahi alanlarını ilgilendirmektedir. 61 olguda tıbbi kusur olarak cerrahi işlem sırasında uygun olmayan girişimler ve tedavi yer almaktadır.

Tartışma ve Sonuç: Günümüzde kusurlu tıbbi uygulama iddiaları gün geçtikçe artmakta hasta veya yakınları istenen sonucun ortaya çıkmadığı durumlarda şikayetçi olmaktadır. Hekimler ve diğer sağlık personeline yönelik şikayetlerin artmasının defansif tıp uygulamalarını arttırdığı, bunun sonucunda hem hastanın tanı-tedavisinin geciktiği, hem de sağlık sistemi üzerinde yük oluştuğu unutulmamalıdır. Kusurlu tıbbi uygulama iddialarını en aza indirmek için sağlık çalışanlarının mesleki bilgi ve tecrübelerini geliştirmenin yanı sıra iyi bir hekim hasta iletişimi kurmaları da gerekmektedir.

S30

ACİL TIP UZMANI VE/VEYA ACİL KONSÜLTAN HEKİMLER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLEN VAKALARDA TIBBİ UYGULAMA HATASI İDDİALARININ İNCELENMESİ

Mustafa Bilal CEYLAN[1], Yunus YÜREKLİ[1], Hızır ASLIYÜKSEK[1], İbrahim İKİZCELİ[2]

[1]Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışma, acil tıp uzmanı ve/veya acilde çalışan konsültan hekimlere yönelik tıbbi uygulama hatası iddialarının incelenmesi, değerlendirilmesi ve klinik olguları belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Acil tıp alanında tıbbi uygulama hatalarının incelenmesi ve analiz edilmesi amacıyla yapılan bu çalışma, sağlık sisteminde kalite ve güvenliği artırmak için önem taşımaktadır.

Yöntem: Adli Tıp Kurumu Yedinci ve Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurulları tarafından 2018–2019 yıllarında mütalaa düzenlenen tıbbi uygulama hatası iddiası olan acil tıp uzmanı ve/veya acilde çalışan konsültan hekim tarafından değerlendirilen 249 vaka geriye dönük olarak incelendi. Tıbbi uygulama hatalarının geriye dönük analizleri yapılarak uygulama hatalarının türleri ve sıklığı belirlendi.

Bulgular: Çalışmada vakaların yaş ortalaması 42,7±20,6 bulunmuş olup %65,8'inin erkek, %34,2'sinin kadın olduğu saptanmıştır. Başvuru yapılan sağlık birimine göre 100 (%40) vaka ile eğitim ve araştırma hastaneleri ilk sırada tespit edilmiştir. Bölgesel dağılımları incelendiğinde 88 (%35,3) vaka ile Marmara Bölgesi'nde en çok vaka olduğu belirlenmiştir. Vakaların sağlık birimine ilk başvuru şikâyetleri değerlendirildiğinde birinci sırada 126 (%50,6) vaka ile travmaya bağlı şikâyetler bulunmuştur. Tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan 249 vakadan 12'sinde (%5) eldeki verilerle tıbbi uygulama hatası olup olmadığı hususunda görüş bildirilememiş, 63 (%25) vakada ise tıbbi uygulama hatası olduğu yönünde karar verildiği tespit edilmiştir. Tıbbi uygulama hatası saptanan 63 vakada 68 hata sebebi tespit edilmiştir. Hata nedenleri incelendiğinde 33 (%48,5) vaka ile tanı sürecindeki eksiklikler sebebiyle saptanan kusurlar ilk sırada görülmüştür.

Sonuç: Sonuç olarak, bu çalışmada acil tıp uzmanı tarafından değerlendirilip muayene edilen ve sonrasında konsültasyon istenen vakalarda istenmeyenlere nazaran tıbbi uygulama hatası oranı daha düşük bulunduğu göz önünde bulundurulduğunda tıbbi uygulama hatası oranlarının en aza indirgenebilmesi için acil tıp uzmanının uygun gördüğü tüm vakalarda konsültasyon isteminde bulunması faydalı sağlayacaktır.

S31

GENETİK HASTALIK YÖNÜNDEN RİSKLİ, PGT SONRASI İKİ KEZ ANOMALİ TESPİT EDİLEN GEBELİK GEÇİREN OLGU SUNUMU

Esma AKDEMİR[1], Elif Nur AMAÇ[1], Hızır ASLIYÜKSEK[1], Esra Güzel TANOĞLU[1]

[1]Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Amaç: Akraba evlilikleri, aralarında kan yakınlığı olan kişiler arasında yapılan evliliklerdir. Akrabalık derecelerine göre en yakını 1. derece akraba evliliği dediğimiz kuzen evlilikleri olup teyze, hala, amca ve dayı çocuklarının arasında yapılan evliliklerdir. Yurdumuzda akraba evliliği oranı %21-40 olup bölgelere göre değişmektedir. Akraba evliliği aynı mutant geni taşıma riskini arttırdığı için özellikle nadir gözlenen otozomal resesif hastalıkların ortaya çıkma riskini de artırır. Akraba evliliği sonrasında otozomal resesif kalıtımlı bir hastalığın ortaya çıkması durumunda çiftlerin yeni gebeliklerinde hasta çocukların doğma riski her gebelik için %25'tir. Bu yüzden akraba evliliği yapmayı planlayan çiftlere evlenmeden önce mutlaka genetik danışmanlık almaları önerilmektedir. Preimplantasyon Genetik Test (PGT) ve taşıyıcılık testi, IVF sırasında sağlıklı embriyo sağlanması için uygulanan yöntemlerdendir. PGT, embriyoların kalıtsal durumları veya kromozom sayısı anormallikleri açısından test edilmesine olanak tanıyan yöntemleri kapsar.

Olgu: 22 yaş kadın hasta, 1 ex, 1 yaşayan 2 anomalili gebelik sonrası sağlıklı gebelik için IVF (İn Vitro Fertilizasyon) tedavisi için sağlık kuruluşuna başvurmuştur. 02/06/2016 tarihinde yumurta toplama, 05/06/2016 tarihinde embriyo dondurma işlemi gerçekleştirilmiştir. Embriyolar dondurulmadan önce genetik tarama için örnek alınmıştır. Yapılan inceleme sonrası sağlıklı olduğu tespit edilen 1 adet embriyonun transferi sağlanmıştır. Ancak gebelik sırasında fetüsün anomalili olduğu anlaşılmış, ailenin terminasyonu kabul etmemesi üzerine doğan bebek 30 gün yoğun bakım takibi sonrası eks olmuştur. Aile tekrardan IVF kararı vermiştir. 02/04/2018 tarihinde yumurta toplama, 08/04/2018 tarihinde embriyo dondurma işlemi yapılmıştır. Genetik incelemeler sonrası mozaik gen dizilimine sahip 1 adet embriyo 02/07/2018 tarihinde transfer edilmiştir. Gebelik takiplerinde anomali tespit edilen fetüsün terminasyonuna karar verilmiştir.

Sonuç: İlgili yöntemler birer tarama testidir ve hiçbir zaman embriyo ve fetüsün kromozom durumunu kesin olarak tahmin etmez. Bu çalışmada; IVF öncesinde çiftlerin sağlıklı embriyo transferi şansını sağlamak ve hekimlerin bu konuda kimlere genetik danışmanlık önermesi gerektiğini göstermek amaçlanmıştır.

S32

ÜST KURULA GELEN PEDİATRİİ DOSYALARININ RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

Hızır ASLIYÜKSEK[1], Caner BEŞKOÇ[1], Ömer Faruk ŞİMŞEKER[1], Esma AKDEMİR[1], Adem KARBUZ[2]

[1]Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
[2]Adli Tıp Kurumu 1.İhtisas Kurul Üyesi

Giriş ve Amaç: Adli Tıp 3. Üst Kurulu; Adli Tıp Birinci, Yedinci ve Sekizinci İhtisas Kurulları (İK) başkanları ve üyelerinden oluşur. Adli Tıp İK ve ihtisas daireleri tarafından verilen ancak mahkemeler tarafından yeterince kanaat verici nitelikte bulunmayan işleri, Adli Tıp İK'nın verdiği karar veya raporlardaki çelişkileri konu ile ilgili uzman üyelerin katılımıyla inceler ve kesin karara bağlar. Günümüzde teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine karşın, tıbbi uygulama hatalarına yönelik açılan dava sayılarında artış görülmektedir. Mahkeme tarafından 3. Üst Kuruluna gönderilen her adli dosya, yargılama sürecinde gecikmeye yol açmaktadır. Bu da adaletin geç tecelli etmesine sebebiyet vermektedir. Bu çalışmada 3. Üst Kurula gönderilen adli dosyaların nasıl azaltılabileceği konusu ele alındı.

Gereç ve Yöntem: 2018-2023 yılları arasında 3. Üst Kurula gönderilen, 18 yaş altındaki çocuk vakalar değerlendirildi. Görüşülen adli dosyaların 3. Üst Kurula hangi kuruldan geldiği, geliş sebepleri, karar yılı, karar değişikliği ve tıbbı uygulama hatası iddiasına konu olan uzmanlık/yandal uzmanlık dalları incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 206 adli dosya dahil edildi. Adli Mercilerden, 3. Üst Kurula en çok 8. İK (66 dosya), ikinci sıklıkta ise 1. İK (44 dosya) ile ilgili adli dosya gönderildi. En sık gönderilme sebebi "kurul mütalaalarının yeterince kanaat verici bulunmaması" idi. En çok 2022 yılında 51 adli dosya görüşüldü. Yedinci ve Sekizinci İK'da 103 adli dosyada tıbbi uygulama hatası tespit edilirken. 92 adli dosya için tıbbi uygulama hatası tespit edilmedi. 3. Üst Kurulunda ise, 102 adli dosyada tıbbi uygulama hatası tespit edilirken, 100 adli dosyada tıbbi uygulama hatası tespit edilmedi. 3. Üst Kurulda toplam 28 adli dosyada görüş farklılığı ortaya çıktı. Bu adli dosyalardan 26'sında nihai karar değişikliği yapıldı. Ayrıca, oybirliği ile tıbbi uygulama hatası bulunmayan 2 adli dosya, oy çokluğu ile tıbbi uygulama hatası bulunmadığı olarak değerlendirildi. En çok tıbbi uygulama hatasına konu olan uzmanlık/yandal uzmanlık alanları sırasıyla yenidoğan, acil tıp, çocuk cerrahisi ile kadın doğum ve hastalıkları ile ilgili olduğu görüldü.

Tartışma: Kurul kararların daha ayrıntılı ve gerekçeli olarak raporlanması 3. Üst Kurula adli dosya gönderilmesinin azalmasına neden olacaktır.

S33

İNTİHAR VE CİNAYET VAKALARINDA TATUAJ VE SELF MUTİLASYON DEĞERLENDİRMESİ

Halit DENİZ[1], Addurrahim TÜRKOĞLU[1], Turgay BÖRK[1], Nazif Harun VİCDANLI[2]

[1]Fırat Üniverrsitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
[2]Adli Tıp Kurumu Elazığ Adli Tıp Şube Müdürlüğü

Amaç: Bu çalışmada amacımız intihar ve cinayet vakalarındaki tatuaj ve self mutilasyon bulgularını araştırarak bu vakalardaki olası dinamikleri anlamaktır.

Yöntem: Çalışmamızda Fırat Üniversitesi Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda 2019-2021 tarihleri arasında ölü muayenesi ve otopsisi yapılan intihar ve cinayet olguları diğer olgularla mukayeseli olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmamıza dâhil ettiğimiz 787 vakanın 129'nun intihar, 58'inin cinayet vakası, 600'ünün kaza ve doğal ölüm olduğu tespit edildi. Tüm olgular içerisinde tatuaj sıklığı %6 idi. Tatual sıklığı intihar vakalarında %14(n=18), cinayet vakalarında %20.7(n=12), kaza ve doğal ölümlerde %2.8(n=17) olarak belirlendi. Self mutilasyonu olanların toplam vakalara oranı %4.3 olarak bulundu. İntihar vakalarında %12.4(n=16), cinayette %%20.7(n=12), kaza ve doğal ölümlerde %1(n=6) olarak tespit edildi. Çalışma sonucunda intihar ve cinayet vakaları ile tatuaj ve self mutilasyon arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. En çok kullanılan intihar yönteminin %50.4'lük oranla ası(65 kişi), en çok kullanılan cinayet yönteminin %58.5(34 kişi) oranla ateşli silahlar olduğu; intiharın da cinayetin de en çok görüldüğü evrenin genç yetişkinlik(22-39) olduğu; intihar vakalarının %65.1'inin evde, cinayet vakalarının en büyük oranda %37.9 ile yol-meydan-park gibi ortak kullanım alanlarında olduğu; intihar vakalarında %13.2 ile en çok tespit edilen maddelerin antidepresanlar, cinayet kurbanlarında en çok tespit edilen maddelerin %13.8 ile amfetamin türevleri ve %8.6 ile THC(esrar) olduğu; hem medeni duruma özel intihar hızının hem de medeni duruma özel cinayet hızının(yüzbinde 9.9 ve yüzbinde 3.8) en yüksek olarak bekarlarda olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda tatuaj ve self mutilasyonun intihar ve cinayet vakalarında kaza ve doğal ölüm olgularına nazaran anlamlı düzeyde yüksek görüldüğü sonucuna vardık. Bu cihetle bulgularımızın intihar ve cinayet vakalarındaki dinamikleri anlamaya katkıda bulunacağı kanaatindeyiz.

S34

KONGRE' DE SUNULMADIĞI İÇİN YAYINLANMAMIŞTIR.

S35

KÖPEK SALDIRILARININ ADLİ TIBBİ BOYUTU: 10 YILLIK TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Ahmet Buğra ÖZTAŞYONAR[1], İrem Tuğçe TOKSOY[1], Mehmet ATILGAN[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Türkiye'de sahipli ve sahipsiz köpek sayısı artış göstermektedir. Köpek saldırıları direkt veya dolaylı olarak yaralanmalara, trafik kazalarına, kuduza ve ölümlere sebebiyet verebilmektedir. Bu çalışmada, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına köpek saldırısı sonucu yaralanan ve rapor düzenlenmesi istemiyle müracaat eden olguların demografik, tıbbi ve adli tıbbi yönden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 1 Ocak 2013- 31 Ağustos 2023 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda düzenlenmiş raporlar incelenerek köpek saldırısı sonucu yaralanan olgular çalışmaya dâhil edilmiştir.

Bulgular: Belirlenen seneler içerisinde kriterlere uyan ve verilerine ulaşılabilen 25 olgu tespit edilmiştir. Ortalama yaş 29,68 ± 21,59 idi. Erkeklerde yaralanma kadınlara kıyasla daha fazlaydı (1,5:1). Olguların %72'sinde (n=18) üst ekstremite, %36'sında (n=9) alt ekstremite, %24'ünde (n=6) baş-boyun yaralanması mevcuttu. Olguların %40'ında (n=10) cerrahi tedavi seçenekleri uygulanırken %60 (n=15) olgudaki yaralanma derecesi basit tıbbi müdahale ile giderilecek ölçüde hafif nitelikte değildi. Olguların %32'sinde (n=8) kemik kırığı meydana gelmişken %16'sında (n=4) sinir hasarı meydana gelmişti. Olguların büyük bir çoğunluğu köpek saldırıları sonucu direkt bir şekilde yaralanırken %12 (n=3) olguda dolaylı yaralanmalar gerçekleşmişti.

Sonuç: Köpek saldırıları sonucu meydana gelen yaralanmalar maddi ve manevi kayıplara sebebiyet vermekle birlikte hukuksal problemlere de neden olmaktadır. Sahipli köpeklerin tasmasız ve ağızlıksız dolaştırılmaması, sahipsiz köpeklerin neden olduğu sorunlar hakkında idarenin denetimlerle yasalara uygun stratejiler geliştirmesi önem arz etmektedir.

S36

BAŞ BÖLGESİ KEMİK KIRIKLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

İsmail Mehmet DEMİRCİ[1], Uğur KOÇAK[2]

[1]Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, İskenderun Adli Tıp Şube Müdürlüğü
[2]Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Hatay Adli Tıp Grup Başkanlığı

Amaç: Baş bölgesinde meydana gelen kemik kırıkları (nörokranium ve viserokranium) arasındaki ilişkilerin incelenerek kırık saptanan olguların cinsiyet dağılımı, eşlik eden diğer kırıklar, etiyolojik nedenler ve olası önlemlerin tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: HMKÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 01.01.2016 ile 31.12.2018 tarihleri arasında düzenlenen adli raporlar retrospektif olarak incelenmiştir. Kemik kırığı bulunan 606 adli olgudan kafa veya yüz kemiklerinde kırık saptanan 202 olgu bu çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların sosyodemografik özellikleri, hangi kemiklerde kırık saptandığı, olayın türü, kırık tipleri, kırıkların ağırlık derecesi ve kırık kemiğe eşlik eden diğer kafa/yüz kemik kırıklarına ilişkin bilgiler kaydedilerek değerlendirilmiştir. Olay türleri kaza sonucu, kasten yaralama sonucu ve belirlenemeyen olarak üç sınıfa ayrılmıştır. Kemik kırıkları anatomik olarak Nörokranium (NK) kırık, Viserokranium (VK) kırık ve Nöroviserokranium (NVK) kırık olarak sınıflandırılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 25.00 paket programı ile analiz edilmiştir. Bu çalışma "kemik kırık ve çıkıklarının adli tıp açısından değerlendirilmesi" adlı uzmanlık tezinden üretilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Çalışmaya dahil edilen olguların %20 .3'ü (n=41) kadın, %79.7'si (n=161) erkek olup olguların %27.7'sinde (n=56) kafa kemiklerinde, %57.4'ünde (n=116) yüz kemiklerinde, %14.9'unda (n=30) ise kafa ve yüz kemiklerinde kırık saptanmıştır. Her iki cinsiyette en sık genç erişkin yaş grubunda kafa ve yüz kemik kırıkları görülmüştür. Yüz kemiklerinde en sık nazal kemikte, kafa kemiklerinde en sık temporal kemikte kırık saptanmıştır. Nazal kemik kırıklarıyla frontal ve etmoid kemik kırıkları ($p<0.05$), maxilla kırıkları ile frontal, etmoid ve sfenoid kemik kırıkları ($p<0.01$), parietal kemik kırıklarıyla temporal ve sfenoid kemik kırıkları ($p<0.05$), temporal kemik kırıklarıyla oksipital kemik kırıkları arasında ($p<0.01$) istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır.

S37

AŞI VAKALARINDA BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed ODUNCU[1], Hüseyin Çağrı ŞAHİN[1], Erdoğan KARA[2]

[1]Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
[2]Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi

Amaç: Ası en sık tercih edilen intihar yöntemlerinden birisi olup büyük çoğunluğunu intihar vakalarının oluşturduğu bilinmektedir. İntiharın en sık nedenlerinden birisi depresyondur. Literatürde obezite ve depresyon arasında pozitif ilişki olduğu bilinirken obezite ve intihara eğilim arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bu çalışmada ası vakalarında beden kitle indeksi değerlendirilerek obezite ve intihar arasındaki ilişkide literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesinde 2019-2021 yıllarında otopsisi yapılan ası olgularına ait verilerden retrospektif olarak elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Bulgular: 2019-2021 yıllarında gerçekleştirilen 15.014 otopside 1034 olgunun ölüm sebebinin ası olduğu belirlenmiş olup 994'ü değerlendirmeye alınmıştır. Olguların %79'unun erkek (n=785) ve %21'inin kadın (n=209) olduğu; yaş dağılımının 13 ile 97 arasında olup, yaş ortalaması 41,6±15,83 olmuştur. Boy ortalaması 170,41±8,41cm ve ağırlık ortalaması 72,93±14,23kg olarak belirlenmiştir. BKİ kategorilerine göre dağılımı erkeklerde %4,2 zayıf(n=33), %47,5 normal(n=373), %36,3 preobez(n=285), %10,3 obezite sınıf I(n=81), %1 obezite sınıf II(n=8) ve %0,7 obezite Sınıf III(n=5). Kadınlarda; %5,8 zayıf(n=12), %49,8 normal(n=104), %25,8 preobez(n=54), %12,9 obezite sınıf I(n=27), %3,8 obezite Sınıf II(n=8) ve %1,9 obezite sınıf III(n=4) bulunmuştur. TÜİK verilerine göre 2019-2022 yıllarında erkeklerde BKİ dağılımının %2.5 zayıf, %40.5 normal, %40.1 preobez, %17.0 obez olduğu; kadınlarda %4.9 zayıf, %40.3 normal, %30.6 preobez, %24.1 obez olduğu görülmüştür.

Sonuç: Çalışmamızda ası olgularının genellikle genç-orta yaş, BKİ'si normal-preobez erkekler arasında yaygın olduğu görülmektedir. Zayıf bireylerden obez bireylere geniş bir kesimin ası yöntemini tercih edebildiği ancak genellikle normal ve preobez bireylerin tercih ettiği görülmüştür (%82,1) ve bu oran toplumdaki normal ve preobez birey oranı ile koreledir. Ası yöntemini tercih eden bireyler arasında; zayıf erkek bireylerin oranının(%4,2) toplumdaki zayıf erkek bireylere(%2,5) oranla 1,7 kat daha fazla olduğu, obez erkek bireylerin oranının(%12) toplumdaki obez erkek bireylere(%17) oranla 1,4 kat daha az olduğu, obez kadın bireylerin oranının(%18,6) toplumdaki obez kadın bireylere(%24,1) oranla 1,3 kat daha az olduğu görülmüştür. Her ne kadar obezite ve depresyon arasında pozitif ilişki olsa da ası vakalarında obez bireylerin oranının diğer bireylere göre daha düşük olduğu görülmüştür.

S38

ASANSÖR İLİŞKİLİ ÖLÜMLER

Ahmet Sedat DÜNDAR[1], Yusuf ATAN[1,2]

[1]Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı
[2]Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Amaç: Asansörler, bir binanın farklı katları arasında dikey olarak hareket etmek için kullanılan mekanik taşıma cihazlarıdır. Asansör ilişkili ölüm ve yaralanmalar literatürde nadiren rapor edilmektedir. Bu çalışmada; asansör ilişkili ölümlerde otopsi, klinik ve olay yeri bulgularının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı'nda 2011-2023 yılları arasında asansör ilişkili 25 ölüm olgusu; hastane evrakı, otopsi ve kimyasal analiz raporları ile adli tahkikat dosyası zemininde retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olguların en küçüğü 1 ve en büyüğü 88 yaşındaydı. En büyük ve en küçük olgular kadın olup geri kalanlar erişkin erkekti. Olaylar en sık mayıs ve kasım ayında, iş kazası sonucu izlenmiştir. Ölenler en sık inşaat ve fabrika işçisi olup ölümler en sık asansör boşluğuna düşme ve asansör altında kalma sonucu meydana gelmiştir. İlaveten asansörden düşme, elektrik çarpması, halat dolanması ve su basması gibi sebeplerle ölüm meydana gelen olgular mevcut idi. Olay yeri en sık inşaat ve ev olup, olgular en sık olay yerinde ölmüştü. Ölümlerin en sık yetersiz iş güvenliği tedbirlerinden kaynaklandığı saptanmıştır. Otopside ve biyokimyasal incelemede en sık tedavi ilaçları tespit edilmiş olup 2 olguda uyutucu-uyuşturucu-uyarıcı madde saptanmıştır. En sık saptanan ölüm sebebi genel beden travması idi.

Sonuç: Her ne kadar nadir görülse de yüksek mortalite oranlarına sahip asansör ilişkili ölümlerin önlenebilmesi için; bakım ve kontrollerin düzenli yapılıp, iş güvenliği tedbirlerinin eksiksiz uygulanması gerektiği kanaatindeyiz.

S39

GENÇ YETİŞKİN VE ADÖLESANLARDA SCAPULAR MORFOMETRİK ÖLÇÜMLERLE YAŞ VE CİNSİYET TAYİNİ

Eda YİĞİT[1], Mehmet Akif İNANICI[2]

[1] Adli Tıp Kurumu 5. İhtisas Kurulu
[2] Marmara Üniversitesi Adli Tıp ABD, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Cinsiyet ve yaş tahminin yapılması, insanların adli kimliklerinin belirlenmesinde önemli unsurlardan biridir. Scapula kemiği, iskelet kalıntılarında elde edilen tek öğe olduğu durumlarda bile, adli tıp için cinsiyet ve yaş değerlendirmesi için potansiyel bir bilgi kaynağıdır.

Olgu: Yaşları 10-24 arasında değişen adölesan ve genç yetişkin kişiler çalışmaya dahil edildi. Toplamda 321 (152 erkek-169 kadın) hastanın bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri incelenerek; scapula görüntülemeleri üç boyutlu yapılandırıldı ve 11 değişken ölçüldü. 11 değişkenin tümünün anlamlı düzeyde cinsiyet tayini yapabildiği görüldü. Cinsiyet tayini için kademeli diskriminant fonksiyon denklemiyle, doğru tahmin oranı %74.8'dir. Cinsiyet tayini için en iyi genel tahmin oranı S6: infrascapular uzunluk (İsU)'tur. Cinsiyet ve yaş tayini için denklemler oluşturuldu; yaş tayini içinse kadın ve erkekte ayrı ayrı denklemler geliştirildi. Yaş tayininde 11 değişkenin tümünde univariate analizde anlamlılık tespit edildi ve multivariate analiz ile lineer regresyon analizine tabi tutuldu. Gruplara göre yaşın numerik değeri ile S3: maksimum scapular spine uzunluğu (MSSU), S7: suprascapular uzunluk (SsU), S10: procesus coracoideus genişliği (PCG), S11: margo lateralis uzunluğu (MLU) ölçümleri arasında iyi düzeyde korelasyon görüldü. Diskriminat fonksiyon analizi sonucunda geliştirilen denklem sonucunda kadınlarda 2.52, erkeklerde 2.19 standart hata değeri ve kadınlarda 0.66, erkeklerde 0,75 R^2: açıklayıcılık katsayısı ile yaş tespiti yapılmaktadır.

Sonuç: Bu çalışma, modern Türk popülasyonunda adölesan ve genç yetişkin bireylerde scapular morfometrik ölçümler kullanılarak yaş ve cinsiyet tayini yapan ilk çalışmadır. Bu çalışmadan elde edilen veriler, modern Türk popülasyonunda cinsiyet ve yaş tahmini için skapulanın morfometrik ölçümlerinin yararlı olduğunu göstermektedir.

S40

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİNE BAŞVURAN İNSAN ISIRIĞI İLİŞKİLİ OLGULARIN İNCELENMESİ

Mehmet TOKDEMİR[1,2], Ferhat T. TUNÇEZ[2], Utku NALBANT[2]

[1]Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı
[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Giriş: İnsan ısırıkları basit yaralanmalar gibi görünse de amputasyon ve enfeksiyon gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. İnsan ısırıkları çoğunlukla üst ekstremitede görülür. İnsan ısırıkları ısıran kişinin dişlerinin kurbanın üzerinde doğrudan kapanması veya dolaylı olarak başka bir kişinin dişlerine yumrukla vurulması şeklinde olabileceği gibi cinsel tatmin amacıyla da olabilmektedir.
Amaç: Bu çalışmada adli tıp polikliniğimize başvuran insan ısırıklarının demografik ve tıbbi özelliklerinin incelenip literatürle tartışılması amaçlandı.

Materyal-Metod: Çalışma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalına Ekim 2019-Eylül 2023 tarihleri arasında başvuran adli olgular retrospektif olarak tarandı. İnsan ısırığı içeren olguların tamamı çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: İnsan ısırığı ilişkili 160 olgu tespit edildi. Olguların 82'si (%51) erkek, 78'i (%49) kadındı. Olguların yaş ortalamasının 34,03 (±12,72) olarak hesaplandı. Olguların 3'ünde enfeksiyon, 2'sinde amputasyon, birinde sinir hasarı olması nedeniyle toplam 6 (%3,7) olgunun ısırık sebepli basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte yaralandığı tespit edildi. 64 olgu (%40) el hariç üst ekstremiteden, 39 olgu (%24,4) el bölgesinden ve 25 olgu (%15,6) baş bölgesinden ısırılmıştı. Cinsel tatmin amacıyla ısırılan 8 olgunun tamamı kadın (%5) olup 4 olguda memeler, 2 olguda boyun bölgesi hedefti. Bir olguda kulak, diğer olguda parmak amputasyonu izlendi.

Sonuç: İnsan ısırıkları her ne kadar risksiz olarak görünseler de enfeksiyon veya amputasyon durumunda yaralanma komplike hal almakta ve basit tıbbi müdahale ile giderilememektedir. Enfeksiyon için proflaksi uygulanmalı amputasyonlar için acil cerrahi tedavi yapılmalıdır.

S41

YAKIN AKRABA EVLİLİĞİNDE ANNE OLMADAN BABALIK TESPİTİNDE YANLIŞ BABALIK SONUCU VERME RİSKİNİN ARAŞTIRILMASI

Seyfettin SÖNMEZ[1], Erdal BALCAN[2]

[1]Adli Tıp Kurumu Adli Tıp İzmir Grup Bşk. BİD Adli Gen. Şb. Md. V.
[2]Celal Bayar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü/Biyoloji/Moleküler Biyoloji

Amaç: Günümüzde anne olmaksızın babalık tespiti için genellikle 17 ve daha az bölgeli STR DNA analiz kitlerinin tercihi ve oldukça yaygın olan yakın akraba evlilikleri, çoğunlukla gizli tutulan ensest vakaların oluşturduğu tehdidi araştırmak.

Yöntem: Yakın akraba evliliği yapmış 15 aileden, 15 anne, 15 baba, 30 çocuk, 27 yakın akraba erkek birey (amca, dayı, dede, erkek kardeş) toplam 87 kişi ve rastgele seçilmiş 101 kişilik erkek şahıstan alınan ağız içi sürüntü örnekleri PowerPlex Fusion 6C Direct PCR Kit ile çalışılmıştır.

Bulgular: Baba ve Çocuklara Ait STR DNA Sonuçları: Baba olma olasılığı %99.98 in üzerinde kabul, altında yetersiz olarak değerlendirilmiştir. **Fusion 6C:** 30 çocuk için **yeterli,**
ESS: 29 çocuk için yeterli, **1 yetersiz, CODIS:** 19 çocuk için yeterli, **11 yetersiz,**
ID Plus: 23 çocuk için yeterli, **7 yetersiz.**
Anne, Baba ve Çocuklara Ait STR DNA Sonuçları: Kitlerin tamamı tüm karşılaştırmalarda yeterli.
Yakın Akraba ve Çocuklara Ait STR DNA Sonuçları: Fusion 6C: 3 akraba baba kabul, 2 akraba 1 bölgeden ret, **ESS: 4 akraba baba kabul**, 11 akraba 1 bölgeden ret, **CODIS: 9 akraba baba kabul**, 28 akraba 1 bölgeden ret, **ID Plus: 4 akraba baba kabul**, 20 akraba 1 bölgeden ret. **Anne, Yakın Akraba ve Çocuklara Ait STR DNA Sonuçları: Fusion 6C:** Baba kabul yok, en az 2 bölgeden ret, **ESS:** Baba kabul yok, 3 akraba 1 bölgeden ret, **CODIS: 2 akraba baba kabul,** 7 akraba 1 bölgeden ret, **ID Plus:** Baba kabul yok, 3 akraba 1 bölgeden ret. **Kontrol Grubu ve Çocuklara Ait STR DNA Sonuçları: Fusion 6C:** Tamamı baba ret,
ESS: Tamamı baba ret, **CODIS Sistem: 1 erkek baba kabul,** 12 erkek 1 bölgeden ret,
ID Plus: 1 erkek baba kabul, 4 erkek 1 bölgeden ret. **Anne, Kontrol Grubu ve Çocuklara Ait STR DNA Sonuçları:** Kitlerin tamamı baba ret.

Sonuç:

•Kit bölge sayısını arttırmak ve anneye ait STR DNA profili varlığı riski azalmaktadır.

•Anne olmadan babalık sonucu verilmemeli, zorunlu hallerde ise gerektiğinde STR DNA bölge sayısı arttırılmalıdır.

S42

ADLİ TIP KURUMU BAŞKANLIĞI ORDU ADLİ TIP ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ'NE 2017-2022 YILLARI İÇERİSİNDE GELEN AŞI OLGULARININ ADLİ TIBBİ AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed Abdullah İMAT[1], Hacer YAŞAR TEKE[2], Yusuf ŞAHİN[1], Eser BAYRAKTAR[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Ordu Adli Tıp Şube Müdürlüğü,
[2]Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ordu Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı

Giriş ve Amaç: İntihar; tüm dünyayı ilgilendiren, önlenmesi yönünde birçok çalışma yapılan önemli bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte adli bilimler açısından da ayrıntılı olarak ele alınan bir konudur. Bu çalışmada; tüm ası olguları incelenerek olay yeri, olayın gerçekleştiği zaman, sosyodemografik, ölü muayene ve otopsi bulgularıyla birlikte değerlendirilerek adli tıp ve adli bilim uygulamaları ile diğer alanlara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma kapsamında; 01.01.2017-31.12.2022 yılı içinde tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu Başkanlığı (ATK) Ordu Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne gelen ası olgularının sosyodemografik verileri, olay yeri inceleme sonrası ve otopsi sonrası elde edilen bulgular adli tıbbi olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamız kapsamına girebilen toplamda 118 (yüzonsekiz) olgunun 84'ü (%71,2) erkek, 34'ü (%28,8) kadın olduğu tespit edilmiştir. 2017 yılı içerisinde 16, 2018 yılı içerisinde 21, 2019 yılı içerisinde 19, 2020 yılı içerisinde 8, 2021 yılı içerisinde 35, 2022 yılı içerisinde ise 19 olgu tespit edilmiştir. Sayısal olarak en az vakanın 2020 yılında, en fazla vakanın 2021 yılı içerisinde görülmesi dikkati çekmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Adli tıbbi pratik yaklaşımda ası vakalarının %95'ten fazlasının intihar olduğu bildirilmekle birlikte olay yerindeki ası materyalinin fiziki incelenmesi, otopside canlı ası bulgularının olup olmaması, telemin seyri, telem dışında travmatik lezyon olup olmadığı, yapılan toksikolojik çalışmalarla kişinin iradesini ortadan kaldıracak bir madde alıp almadığı gibi bulgular vakanın orijininin açıklamasında önemlidir. Çalışmamızda ası olgularının orijini olarak literatürle uyumlu olarak bulunmuş, ancak sayısal olarak en az vakanın 2020 yılında, en fazla 2021 yılı içerisinde görülmesi dikkati çekmiştir. Bu hususu 2020 yılı içerisinde Covid-19 (SARS-CoV-2) pandemisi nedeniyle alınan kısıtlamalar nedeniyle aile bireylerinin ev içerisinde bulunması, intihar eyleminin ası yöntemi ile gerçekleşmesinde önleyici bir faktör olduğu düşündürmüştür. ASI vakaları ve/veya intihar eylemleri hakkında yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen sosyodemografik özellikler, intihar eyleminde yatan sebepleri anlamamız ve buna yönelik halk sağlığı çalışmalarının sosyolojik, psikolojik, ekonomik açılardan multidisipliner olarak irdelenmiş plan, proje ve yönetimi açısından önem arz etmektedir.

S43

CİNSİYET DEĞİŞTİRME VAKALARINDA YARGITAY VE ANAYASA MAHKEMESİ KARARLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Melih ÇAMCI[1], Hüseyin Çağrı ŞAHİN[2]

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D.
[2]Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Amaç: Cinsiyet değiştirme bireysel, toplumsal ve hukuki yönleri nedeniyle son yıllarda önemli bir tartışma konusu haline gelmiştir. Multidisipliner yaklaşım gerektiren, çok boyutlu ve güncel bir konu olmasına rağmen, bu konuda hazırlanacak mevzuatlara yön gösterecek çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu çalışma, Türkiye'de Yargıtay ve Anayasa Mahkemesi'nin (AYM) cinsiyet değiştirme davalarında verdiği kararları tıp hukuku açısından analiz etmeyi amaçlamaktadır. Bu analizle, yüksek mahkemelerin cinsiyet değişikliğine yönelik yaklaşımlarının nasıl olduğuna, bu konuda geçmişte vermiş oldukları kararların toplumsal, bireysel etkilerine ve yasal süreçteki olası eksikliklere ve potansiyel ihtiyaçlara dikkat çekmeyi amaçlıyoruz.

Yöntem: Bu çalışmada cinsiyet değiştirme ile ilişkili kararların analizi için Yargıtay ve Anayasa Mahkemesi'nin resmi internet sitelerinde yayımlanan kararlar anahtar sözcük filtrelemeleriyle retrospektif olarak taranmıştır. Cinsiyet değiştirme tematik bağlamında alınan kararlardan elde edilen veriler içerik, kapsam ve hukuki sonuçları açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Gerçekleştirilen taramalar sonucunda, 2015-2023 yılları arası cinsiyet değiştirme bağlamında 12 tane Yargıtay kararı, 4 tane Anayasa Mahkemesi kararı tespit edilmiştir. Yargıtay kararları; dava türüne göre incelendiğinde 10'u nüfus bilgileri değişikliği, davacı 8'inde cinsiyet değiştirme talebinde bulunan kişi, davanın görüldüğü ilk derece mahkeme 10 kararda Asliye Hukuk Mahkemeleri olarak tespit edilmiştir. Başvuru gerekçesi olarak 5 kararda cinsiyet ve isim değişikliği talebi, 3'ünde nüfus kayıtlarının düzeltilmesi, 2 kararda cinsiyet değişikliğine izin, 2'sinde cinsiyet düzeltilmesi istemine rastlanılmıştır. Sadece 6 kararda bilirkişi raporu varlığı saptanmıştır. İlk derece mahkemenin kararları incelendiğinde, 7 tane TMK m. 40 gerekçe gösterilerek ret, 3 tane davayı kabul kararı görülmüştür. Yargıtay kararlarında ise HUMK m. 428 gerekçesiyle 10 tane bozma kararı, 1 tane onama, 1 tane de ret kararı bulunmaktadır. AYM kararlarında 2 tane isim değişikliği talebinin, 2 tane ise cinsiyet değişikliğine izin verilmesi talebinin reddi başvuru konularıdır. Bireysel başvuruların 4'ü de özel hayata saygı hakkının ihlal edildiği hükmüne bağlanmıştır.

Sonuç: Cinsiyet değişikliği davaları nüfus kayıtlarının değiştirilmesi, cinsiyet değişikliğine izin ekseninde sürmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, bilirkişi raporlarının ve cinsiyet değerlendirme konusunda uzmanlık ihtisas komisyonlarının sürece yeterli düzeyde dahil olmadığı söylenebilir. TMK m. 40 ilk derece mahkemelerin kararlarında önemli bir gerekçe iken Yargıtay nezdinde bozma kararlarında HUMK m. 428, AYM kararlarında ise özel hayata saygı ihlali görüşü dikkat çekmektedir. Bu bağlamda, yargıda ortak dil oluşturacak içtihatlara ve yeni yasal düzenlemelere ihtiyaç olduğu ifade edilebilir.

S44

ADLİ TIP KURUMU İŞLEYİŞİNİN ANALİZİ

Hızır ASLIYÜKSEK[1], Süleyman Serhat GÜRPINAR[2]

[1]Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
[2]Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

Amaç: Adli Tıp Kurumu (ATK)'nun organizasyon yapısının tarihsel gelişim sürecine bakılarak, Kurum içindeki adli dosyaların iş akış süreçleri incelenerek, iş akış diyagramları oluşturularak analiz edilmesi ve yargının hızlı işlemesine yönelik ATK'nun yeniden yapılandırılması önerilmektedir.

Yöntem: Kesitsel bir çalışma yapılarak ATK Başkanlığı'na 02.01.2002 günü girişi olan dosyaların kurum bilgi işlem merkezinde tespiti yapılarak hangi birimlere dağıldıkları, birimlerdeki süreçleri ve Kurumdan dosya çıkış süreleri araştırıldı. Dosyaların, adli tıp ihtisas kurul ve dairelerine dağılış yüzdeleri, ortalama dosya çıkış süreleri (gün olarak) ve sonuçlanma biçimlerinin dağılım yüzdeleri hesaplandı.

Bulgular: ATK Başkanlığı'na 02.01.2002 günü 788 adet dosya girişinin olduğu saptandı. Altı aylık süre içerisinde 584 dosyanın sonuca bağlandığı, 108 dosyanın müzakereye bırakıldığı, 3 dosyanın iade edildiği görüldü. Diğer dosyaların ya evveliyatı olduğundan önceki dosya ile birleştirildiği öğrenildi ya da izleme sırasında ilgili raportör uzman tarafından sonuçlandırılmadığından dolayı raporuna ulaşılamadı.
Adli dosya sayısına göre ilk beş birim şöyle sıralandı: Trafik İhtisas Dairesine 254, Fizik İhtisas Dairesine 128, 2. İhtisas Kurulu'na 120, 3. İhtisas Kurulu'na 73 ve Morg İhtisas Dairesine 54 dosya. Birimlerden ortalama çıkış süreleri incelendiğinde; en uzun ortalama süre 77,9 + 52,31 gün ile Morg İhtisas Dairesi'nden olduğu görüldü. Bunu 1. İhtisas Kurulu (46,6 + 19,94), Kimya İhtisas Dairesi (40,5 + 26,99), 3. İhtisas Kurulu (37,8 + 26,91) ve Biyoloji İhtisas Dairesi (37,7 + 31,65) izledi. En uzun ortalama çıkış süresine sahip olan Morg İhtisas Dairesi için sürecin işleyişi sırasında ortaya çıkan sorunların çözüm yollarına katkı sunabilmek adına iş akış diyagramı çıkartıldı.

Sonuç: Mevcut bulgular ışığında Kuruma gelen adli dosyaların hızlı bir şekilde sonuçlandırılması için ATK'nun organizasyon yapısının ve örgütlenmesinin yeniden ele alınması, birimlerdeki süreçlerin yavaş işlemesinin nedenlerinin ortaya çıkartılması ve önerilen çözüm yollarının hayata geçirilmesi gerekmektedir.

POSTERLER

FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRİLMESİ ÜZERİNE YAYINLANAN MAKALELERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

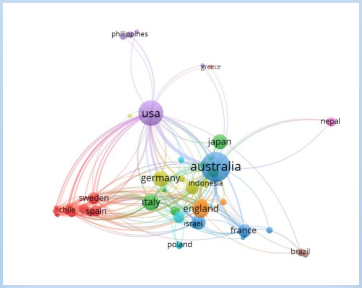
Muhammed Zeyit Alemdar[1], Emre Nuri İğde[2]
1-Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Muş Şube Müdürlüğü
2- Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanlığı

Amaç

Ani gelişen ve öngörülemeyen, çok sayıda insanın hayatını kaybettiği, sosyal ve ekonomik yıkıma neden olan olaylar felaket olarak tanımlanır. Doğal afetler, terör olayları, taşıt kazaları gibi olaylar bu kapsamda değerlendirilebilir. Yerel kaynakların yetersiz kalması, hayatını kaybeden insanların kimliklendirme çalışmalarının ulusal düzeyde yürütülmesini zorunlu kılar. Kimliklendirme çalışmaları adli tıp uzmanları başta olmak üzere, sağlık çalışanları, diş hekimleri, antropologlar, biyologlar ve idari personelin koordineli çalışmaları ve iş birliği ile gerçekleştirilmektedir.

Uluslararası literatürde kimliklendirme çalışmalarına yönelik çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Adli odontoloji, adli antropoloji ve genetik yöntemler üzerine çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmada; literatürde bu konuda yayınlanmış olan makaleleri tespit ederek ilgili yayınların bibliyometrik analizini gerçekleştirmek amaçlanmaktadır.



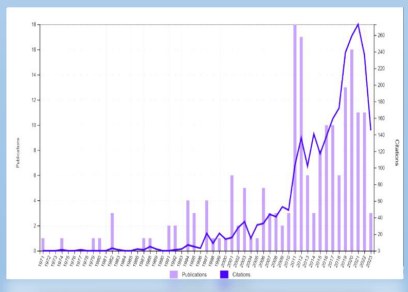


Yöntem

Web of Science (WoS) veri tabanında disaster victim identification*; dvi; mass disaster anahtar kelimeleri kullanılarak yayınlar tespit edilmiştir. Tarama işlemi anahtar kelimeler veya yayınların başlıkları olarak belirlenmiştir. “Medicine Legal” alanındaki çalışmalar filtrelenmiş, kategorilerde makale olan ve dili ingilizce olan yayınlar saptanmış ve analiz edilmiştir.

Bulgular

Uluslararası literatürde 190 makale yayınlanmış olduğu, ilk makalenin 1971 yılında yayınlandığı, en fazla yayının 2011 yılında olduğu görülmüştür. En fazla çalışmanın 42 yayın ile Avustralya’da gerçekleştirildiği saptanmıştır. Makalelere yıllar içerisinde toplam 2664 atıfta bulunulduğu, en fazla atıfın ise 2021 yılında gerçekleştiği anlaşılmıştır. Makalelerin 15 dergide yayınlandığı, 55 makale ile alanda en çok yayın çıkartan derginin Forensic Science International olduğu saptanmıştır.



Sonuç

Yıllar içerisinde adli bilimler sahasında felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi üzerine yayınların artış gösterdiği, genetik incelemelerin yayınlardaki ağırlığının yıllar içerisinde arttığı ve bununla birlikte odontolojik çalışmalarının güncelliğini koruduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Adli Tıp, Bibliyometrik Analiz, Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi

Edinsel Kimerizm ve Nesep Tayini: İki Olgu

Gülay ÖZEL CAVLAK[1], Esma Büşra KALE[1], Süleyman DENİZ[1]
Filiz Usta BAL[1], Sait ÖZSOY[2]
[1]ATK Ankara Grup Başkanlığı Biyoloji İhtisas Dairesi
[2] ATK Ankara Grup Başkanlığı; SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D.

GİRİŞ-AMAÇ:

"Kimerizm" genetik olarak farklı iki hücre grubunun aynı organizmada bulunmasıdır. Kimerizm; doğal kimerizm ve edindel kimerizm olarak ayrılmaktadır (1). Doğal kimerizm çeşitleri; anormal fertilizasyon; anormal erken embriyogenezis ve mikrokimerizmdir. Edinsel Kimerizm tıbbi bir müdahaleye sekonder olarak gelişen ve oldukça yaygın bir durumdur (3,4). Kan transfüzyonu, allojenik hematopoietik kök hücre transplantasyonu (KİT), solid organ transplantasyonu neticesinde ortaya çıkmaktadır (5). Çalışmamızda İhtisas Dairemize birbirlerine yakın zamanda başvuran hematolojik hastalık sonrasında kemik iliği transplantasyonu yapılmış iki olguda edinsel kimerizm tespit edilmiştir.

MATERYAL - METOD:

OLGU 1: İhtisas Dairemize nesep tayini için anne, baba ve çocuğa ait kan örnekleri gönderilmiştir. Yapılan incelemede çocuğa ait kan lekesinden birden fazla şahsa ait miks DNA profili tespit edilmiştir. Şahıs birden fazla biyolojik örnek alınması amacıyla İhtisas Dairemize çağırılmıştır. Yapılan görüşmede erkek bebeğin HLH (Hemofagositik lenfohistiyositoz) hastası olduğu ve kan verme tarihinden yaklaşık 2 ay önce KİT (kemik iliği transplantasyonu) yapıldığı beyan edilmiştir. Şahıstan ağız içi sürüntüsü, kan lekesi, tırnak örnekleri alınmıştır.

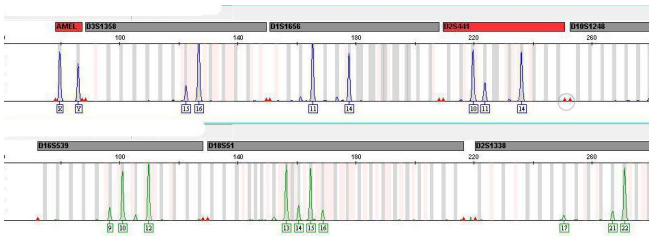
OLGU 2: İhtisas Dairemize nesep tayini açısından mağdur kız çocuğu ve şüpheli anneye ait kan örnekleri gönderilmiştir, tekrarlanan analizler sonucunda anneye ait DNA profilinin erkek genotipte olduğu tespit edilmiştir. Yaklaşık 4 sene önce lösemi tanısı ile kemik iliği transplantasyonu yapıldığını beyan eden şahıstan kan lekesi, ağız içi sürüntü örnekleri ile kıl ve tırnak örnekleri alınmıştır.

DNA izolasyonlarında Direct izolasyon kiti ve Qiagen Investigator STAR Lyse& Prep kiti kullanılmıştır, Quantiplex Pro kit kullanılarak Real Time PCR (7500), Direct Fusion 6C kiti ile yapılmıştır. Promega Fusion 6C kiti ile otozomal STR DNA ve Y-Filer kiti ile Y-STR DNA amplifikasyonu gerçekleştirilmiştir. Polimorfik STR DNA bölgeleri kapiller elektroforez cihazı ABI 3500xl ve GeneMapper IDX programı kullanılarak tiplendirilmiştir.

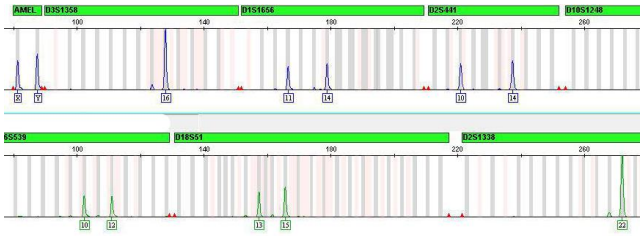
BULGULAR:

OLGU 1: Şahsın Savcılık tarafından gönderilen kan lekesi örneğinden miks DNA profili tespit edilmiştir. İhtisas Dairemizde alınan ağız içi sürüntü örneğinden ve tırnak örneklerinden ise erkek genotipte DNA profilleri tespit edilmiştir**.**

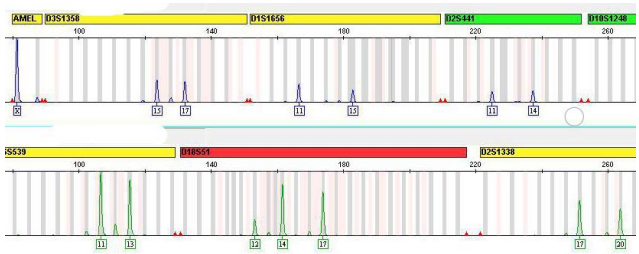
OLGU 2: Kan lekesinden erkek genotipte DNA profili, ağız içi sürüntüsünden, kıl örneklerinden ve tırnak örneklerinden kadın genotipte DNA profilleri tespit edilmiştir. Ağız içi sürüntüsünden, tırnak örneklerinden ve kıl örneklerinden donöre ait olduğu düşünülen Y-STR DNA profili ile uyumlu Y-STR DNA profili tespit edilmiştir.



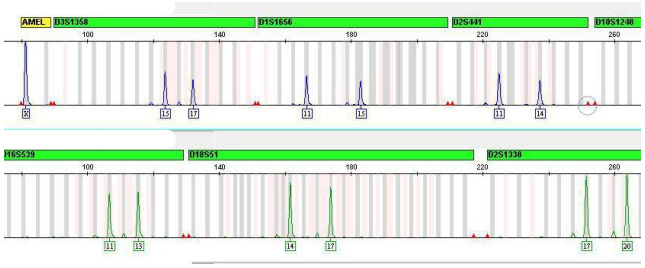
Şekil 1: Olgu 1 kan lekesi örneğine ait otomozal STR DNA profili (Alıcı ve verici şahsa ait karışım DNA profili)



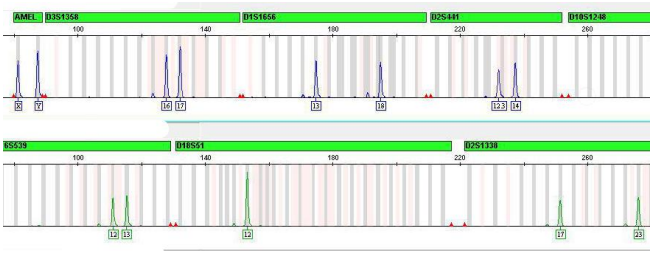
Şekil 2: Olgu 1'e ait ağız içi sürüntü örneklerine ait otozomal STR DNA profili (Alıcıya ait DNA profili).



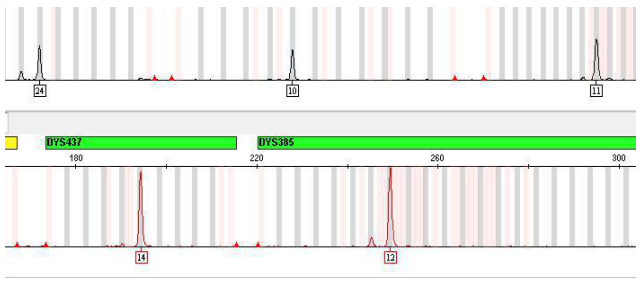
Şekil 3: Olgu 2'e ait ağız içi sürüntü örneklerine ait otozomal STR DNA profili (Alıcıya ait DNA profili).



Şekil 4: Olgu 2'e ait kıl ve tırnak örneklerine ait otozomal STR DNA profili (Alıcıya ait DNA profili).



Şekil 5: Olgu 2'e ait kan örneğine ait otozomal STR DNA profili (Verici şahsa ait DNA profili)



Şekil 6: Olgu 2'e ait ağız içi sürüntü, kıl ve tırnak örneklerine ait Y- STR DNA profili (Vericiye ait olduğu düşünülen Y-TR DNA profili).

Not:Şekil sıralaması elde edilen sonuçlara göre yapılmıştır.

SONUÇ- TARTIŞMA:

Her iki olguda geçirdikleri tedavilere bağlı ortaya çıkan edinsel kimerizm olarak değerlendirilmiştir. Kemik iliği transplantasyonuna bağlı gelişen bu olgularda **erken dönem** kan örneklerinde karışım (miks) DNA profilleri (Şekil 1) tespit edildi. **Uzun dönemde** ise ağız içi sürüntü örnekleri (Şekil 2, Şekil 3) tırnak örnekleri ve kıl örneklerinde ise DNA profillerinin değişmediği (Şekil 4), kan örneğinde donöre ait DNA profili (Şekil 5) tespit edilmiştir. Ağız iç sürüntü örneklerinden, kıl örneklerinden ve tırnak örneklerinden vericiye ait olduğu düşünülen Y-STR DNA profilleri elde edilmiştir. (Şekil 6)

Adli DNA incelemelerinde şahıslardan incelenmek üzere genellikle kan/kan lekesi, ağız içi sürüntüsü, kıl örnekleri, bazen de tırnak örnekleri ile idrar örnekleri alınmaktadır (3,6). Bununla birlikte DNA analiz çalışmalarında; kan örnekleri ve ağız içi sürüntü örnekleri kişilerden alınmasının kolay olması, laboratuvarda kolaylıkla metod geliştirilmesi açısından tercih edilmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda transplantasyonlardan sonra bu hücre tipleri incelenmiş ve elde edilen sonuçlara göre; transplantasyon sonrasında kan hücrelerinin donörün (verici) DNA'sı ile aynı olduğu, oral mukozanın, deri dokusunun, tırnak örneklerinin hem donörün hem de alıcının DNA'sını birlikte içerdiği tespit edilmiştir (4,7). Sperm örneklerinin alıcının DNA'sını taşıdığı birçok çalışmada gösterilmesine rağmen 2022 yılında yayınlanan bir çalışma ile sperm hücresinin de donör DNA'sına değişmiş olduğu belirtilmiştir (8). Saç kıllarında ise alıcının otozomal DNA'sı tespit edilmiştir (6-8). Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde DNA analizlerini yaparken kimerizm riski açısından dikkat etmek gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Manasatienkij C, Ra-ngabpai C. Clinical Application of Forensic DNA Analysis: A Literature Review. J Med Assoc Thai 2012; 95 (10): 1357-63
2. Abatay Sel F, Savran Oğuz F. Moleküler Kimerizm Metodları: Geçmiş ve Günümüz. Akd Tıp D 2022; 8 (1):82-90.
3. Santurtún A, Riancho J, Santurtún M, Richard C, Colorado M M, Unzueta M G, Zarrabeitia M T. Genetic DNA profile in urine and hair follicles from patients who have undergone allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Science and Justice 57 (2017) 336-340.
4. Sanz-Pina E, Santurtun A, T. Zarrabeitia M. Forensic implications of the presence of chimerism after hematopoietic stem cell transplantation. Forensic Science International 302(2019) 109862.
5. Rijnink E C, Penning M E, Wolterbeek R, Wilhelmus S, Zandbergen M, Duinen S V, Schutte J, Bruijn J A, Bajema I M.Tissue microchimerism is increased during pregnancy: a human autopsy study. Molecular Human Reproduction, Vol.21, No.11 pp. 857–864, 2015.
6. Jacewicz R, Lewandowski K, Rupa-Matysek J, Jedrzejczyk M, Brzezinski P M, Dobosz T, Jonkisz A, Szram S, Komarnicki M, Berent1J. Donor-derived DNA in hair follicles of recipients after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. Bone Marrow Transplantation (2010) 45, 1638–1644
7. Berger B, Parson R, Clausen J, Berger C, Nachbaur D. Chimerism in DNA of buccal swabs from recipients after allogeneic hematopoietic stem cell transplantations: implications for forensic DNA testing. Int J Legal Med (2013) 127:49–54
8. https://tr.euronews.com. İlik nakli olan kişinin sadece kanındaki değil spermindeki DNA da değişti. 30.08.2023.

İletişim: filizustabal001@gmail.com

DEPREM FELAKETİNDE SOYAĞACI KURULARAK YAPILAN KİMLİKLENDİRME ÇALIŞMALARI

Neslihan ALPAY ARAL*, Altan GÜNAYDIN, Abdülkerim KARDAŞ*****

**Adli Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanlığı*
*** Adli Tıp Kurumu, Diyarbakır Grup Başkanlığı*
**** Adalet Bakanlığı, Kütahya Cumhuriyet Başsavcılığı*
e-mail: neslihanalpay@yahoo.com, altangunaydin@hotmail.com

ÖZET:

06 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen Hatay ve çevresindeki 10 ili kapsayan deprem felaketinde yıkımın en fazla olduğu ilk depremin gece geç saatte olması çok sayıda insanın yakın akrabalarıyla birlikte ölümüne sebep olmuştur. Bu durum kimliklendirme için gerekli 1. derece akrabalara (anne, baba, çocuk) ait referans örneklerin temin edilmesinde sorun teşkil etmiştir. Deprem felaketinde karşılaştığımız bu sorunun çözümüne yönelik rutin kimliklendirme çalışmalarına ilave yöntemlerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu çalışmada; hayatta olan 1. derece yakınlarına ait referans örnek ve kimi aradığımıza dair herhangi bir bilgi (adı soyadı, yakınlık derecesi vb.) olmadan, cenazelere ait DNA profillerinin yanı sıra elde edilen diğer veriler (parmak izi ile teşhis listesi ve raporları, aile nüfus bilgileri, ölü muayene tutanakları, fotoğraflar vb.) değerlendirilerek, aynı aileden cenazelerin bulunması ve aralarındaki akrabalık ilişkilerinin belirlenmesi ile soyağacının kurulması esasına dayalı kimliklendirme yönteminin anlatılması planlanmıştır.



Resim: Hatay'da deprem sonrası (10).

BULGULAR VE YÖNTEM:

Diyarbakır Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Dairesinde kimliklendirilen 1081 cenazeden yaklaşık 350 cenazenin kimlik tespiti, aralarında gen aktarımı olan cenazelerin belirlenmesi ve aile soyağacının kurulması ile yapıldı.

Bu çalışmada cenazelere ait biyolojik örneklerden (kan, doku, diş, kemik örnekleri) PowerPlex® Fusion 6C System PCR kiti kullanılarak otozomal STR DNA profilleri tespit edildi. Deprem kapsamında Türkiye genelinde Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Dairelerinde çalışılan cenazelere ve yakınını arayan şahıslara ait DNA profilleri ile karşılaştırma yapabilmek için cenazelere ait DNA profilleri, Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Daireleri Laboratuvar Takip Sistemine (ALİS) kayıt edildi. Hayatta olan ve kayıp yakınını arayan şahıslara (referans şahıs) ait DNA profilleri ile eşleşen cenazeler raporlandırıldı. Diğer cenazelerin kimliklendirilmesi için farklı bir yol izlendi. ALİS sisteminde kimliği belirlenmeyen bir cenazeye ait DNA profili taranarak, gen aktarımı olan aynı soyağacına dahil diğer cenazeler bulundu. Savcılık makamından parmak izinden kimlik tespiti yapılan cenazelerin listesi temin edildi. Parmak izi tespit listesinde cenaze numaraları arandı. Parmak izinden kimlik tespiti yapıldığı belirlenen cenaze, referans şahıs gibi kabul edildi. Diğer cenazeler ile yakınlık derecelerini (anne/baba/çocuk/kardeş vb.) bulabilmek için Savcılık tarafından Nüfus Müdürlüğünden veya Göçmen İdaresi Müdürlüğünden temin edilen, kimlik tespiti yapılan cenazeye ait adres ve aile nüfus bilgilerini (ad-soyad, çocuk sayısı, yaş, cinsiyet vb.) içeren aile tablosu tarafımıza gönderildi. Otopsi sonrası cenazelere ait biyolojik örneklerle birlikte tarafımıza gönderilen, cenazelere ait ölü muayene tutanakları incelendi. Ölü muayene tutanaklarından cenazelerin cinsiyetinin ve yaş aralığının öğrenilmesi ile çocuk/çocukların hangi cenazeler olduğu belirlendi. Anne ve baba olduklarını düşündüğümüz cenazelere ait DNA profilleri ile çocuğa ait DNA profili birlikte incelendiğinde, anne-baba-çocuk uyumu görüldü. Özellikle eş sayısının, çocuk ve torun sayısının fazla olduğu ailelerde, kurmuş olduğumuz soyağacı içerisinde parmak izinden kimlik tespiti yapılan diğer cenazelerin parmak izi raporları temin edildi ve cenazelerin hayatta olan diğer akrabaları ile iletişime geçilerek cenazelerin yakınlık dereceleri, ad ve soyadları teyit edildi.

Bu yol haritası kullanılarak anne, baba, 2 çocuk ve büyükanneden oluşan bir aileyi nasıl çözümlediğimize dair örnek bir olgu, şematize edilerek Şekil 1 ve Şekil 2 üzerinden anlatıldı. Burada 1 nolu cenazeye ait DNA profili ALİS sisteminde tarandığında 2 nolu cenazeye, 2 nolu cenazeye ait DNA profili tarandığında ise 1, 3 ve 4 nolu cenazelere gen aktarımı olduğu görüldü. 3 ve 4 nolu cenazelere ait DNA profillerinin taranması sonucunda ise her iki cenazeden 2 ve 5 nolu cenazelere gen aktarımı olduğu belirlendi. Cenazeler arasındaki yakınlık derecesini bulabilmek için parmak izi tespit listesinden cenaze numaraları arandı. 2 nolu cenazenin parmak izinden kimlik teşhisinin yapıldığı, dolayısıyla adı ve soyadının tespit edildiği öğrenildi. Savcılık makamından bu kişinin parmak izi tespit raporu ve aile tablosu temin edildi. Aile tablosunda yer alan bilgiler incelendiğinde bu kişi ile aynı adrese kayıtlı eşi, biri kız diğeri erkek 2 çocuğu ve annesi olduğu öğrenildi. Çocukların doğum yılları ile ölü muayene tutanaklarında belirtilen yaş aralığı mukayese edildi ve 3 nolu cesedin kız çocuğa, 4 nolu cesedin ise erkek çocuğa ait olduğu belirlendi. Bu durumda kendi aralarında gen aktarımı olmayan, sadece çocuklara gen aktarımı olduğu görülen 2 nolu erkek cenaze ile 5 nolu kadın cenaze ise çocukların muhtemelen annesi ve babasıydı. Bunu teyit etmek için 2 ve 5 nolu cenazelere ait DNA profilleri ile 3 ve 4 nolu cenazelere ait DNA profilleri birlikte değerlendirildi. Cenazeler arasında anne, baba ve çocuk yönünden tam uyum olduğu görüldü. Sadece 2 nolu cenaze (baba) ile gen aktarımı olan 1 nolu cenazenin ise aile tablosunda belirtilen doğum yılı ile uyumlu olarak ölü muayene tutanağından ve fotoğrafından yaşlı bir kadın olduğunun anlaşılması, 2 nolu cenazenin ve annesinin ikamet adreslerinin aynı olması ve tüm cenazelerin aynı enkazdan çıkarılması sebebiyle; 1 nolu cenazenin, 2 nolu cenazenin annesi yani çocukların büyükannesi olduğu tespit edildi.

SONUÇ:

Doğal afetler ve kazalar gibi büyük felaketler sonrası, hayatını kaybedenlerin kimliklerinin tespit edilmesi insani, dini ve hukuki açıdan oldukça önemlidir. Olayın şoku ve acısı üzerine görsel teşhis ile cenazelerini teslim alan kişilerin yanılma ihtimali oldukça yüksektir. Bu sebeple doğru ve güvenilir teşhis yapılabilmesi için birbirini teyit eden destekleyici verilere ihtiyaç vardır. DNA profilleri ve parmak izleri kişiye özgü ve değişmeyen veriler olduğu için yüksek ayırım gücüne sahiptir ve bu yüzden kimliklendirme çalışmalarında oldukça kıymetlidir. Dolayısıyla kitlesel felaketler sonrası tüm cenazelerden mutlaka DNA örneği ve/veya parmak izi alınmalı ve otopsi bulguları (cinsiyet, yaş aralığı, uzuv eksikliği, fotoğraflar vb.) ile birlikte ilgili birimlere ivedi gönderilmelidir. Ayrıca cenazelerin bulunduğu yer bilgisi, birden fazla cenaze numarası verilen nakil olan cenazelere ait bilgiler, kayıp olan kişilerin aile bilgileri ve hayatta olan yakınlarına ait iletişim bilgileri en kısa sürede temin edilmelidir. Bu çalışmada savcılık makamı aracılığı ile birçok kurumun bilgi desteği vermesi kimliklendirme çalışmalarının hızlı ve güvenilir sonuçlanmasına önemli katkı sağlamıştır. DNA analizleri ile yapılan rutin kimliklendirme çalışmaları dışında; DNA sonuçları, parmak izi tespitleri ve elde edilen birçok verinin birlikte kullanılması ile cenazelerin kimlik tespiti yapılmış olup burada izlediğimiz yolun bu konudaki diğer çalışmalara fayda sağlayacağı kanaatine varılmıştır.

GİRİŞ:

Deprem, tsunami, sel, çığ, heyelan gibi doğal afetler ile toplumsal hayatın süreci içerisinde meydana gelen uçak ve tren kazaları, sanayi kazaları, terör amaçlı bombalama olayları, yangın gibi birçok kişinin yaralanması ve/veya ölümüne sebebiyet veren olaylara kitlesel felaket denilmektedir. Kitlesel felaketlerde, asıl amaç hayat kurtarmaktır; ancak hukuki sürecin yürütülmesi, yakınlarını arayan ailelerinin bilgilendirilmesi açısından felaketlerde ölenlerin kimliklerinin belirlenmesi çok önemlidir (5).

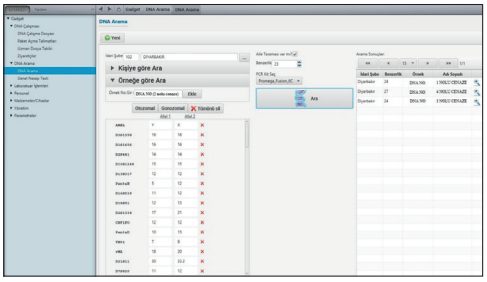
Bir felaketten bahsedildiğinde, çoğu zaman cesetlerin tanınmayacak kadar deforme olması sıklıkla görülmektedir. Kimliğin tespit edilmesi için ölüm öncesi ve ölüm sonrası bilgilerin toplanarak karşılaştırılması gerekmektedir (9). Daha önceden ehliyet/pasaport/adli bir olay sebebiyle alınmış parmak izi, röntgen ve diş filmleri gibi tıbbi kayıtlar, DNA profili, fiziksel yapısına dair özel durumlar (eksik organ, belirgin lekeler, yaptırılan dövmeler) ve şahsi eşyalar hakkındaki bilgiler derlenerek Ante-mortem (ölüm öncesi) bilgiler veri tabanı oluşturulur. Ceset üzerinde yapılan tüm araştırma ve incelemeler (otopsi incelemeleri, patalojik bulgular, DNA analizleri) ise Post-mortem (ölüm sonrası) bilgiler veri tabanını oluşturur. Post-mortem bulgular daha sonra elde edilen ante-mortem bulgular ile karşılaştırılarak eşleşmeler tespit edilmeye çalışılır (1,3).

Parmak izi incelemeleri kimlik tespiti için kullanılan en güvenilir metotlardan biridir. Kişiye özgü şekiller taşıyan parmak izleri, tek yumurta ikizlerinde bile farklılık gösterir. Ayrıca bozulmakta olan cesetlerden dahi elde edilebiliyor olması bu incelemeleri felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi açısından da oldukça değerli kılar (2). Günümüzde parmak izleri AFIS (Automatic Fingerprint Identification System) kullanılarak büyük veri tabanlarında kayıt edilmektedir. Toplu ölümlerin olduğu felaketlerde elde edilen parmak izleri bu veri tabanındaki izlerle mukayese edilebilir ve eşleşme olması kimlik tespitinin kesin olarak yapılması anlamına gelir (1).

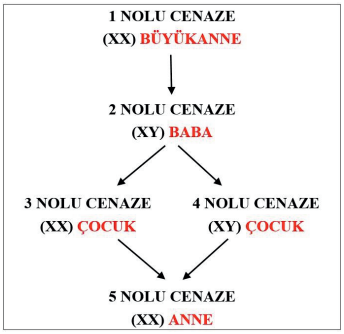
Genetik parmak izi olarak bilinen DNA'nın vücudun tüm dokularından (özellikle çürüme ve yanmanın olduğu durumlarda diş ve kemik örneklerinden) elde edilebilir olması ve kişiye özgü bilgiler taşıyor olması DNA analizlerinin kimlik tespitinde sık kullanılan, en güvenilir yöntemlerden biri olmasına neden olmuştur (7). DNA'nın bir diğer önemli özelliği ise soy bağı hakkında bilgi veriyor olmasıdır. Kişiye ait herhangi bir mukayese örneğinin bulunmadığı durumlarda bile elde edilen DNA, kişinin ailesinden veya akrabalarından alınan örneklerle karşılaştırılarak kimlik tespitinin yapılmasını sağlamaktadır. (4,8).

Doğru ve güvenilir kimliklendirme açısından bu yöntemler esas olmak üzere, bu yöntemleri destekleyen diğer veriler de (cinsiyeti, yaklaşık yaşı, fotoğraflar, tıbbi deformasyonlar, özel takılar, kıyafet, cesedin bulunduğu yer, tanık ifadeleri gibi) kayıt altına alınmalı ve dikkatle değerlendirilmelidir (6).

Bu çalışmada deprem felaketi sonrası kayıp şahısların 1. derece yakını olan referans şahıslara ulaşılamaması (kayıp/ölü/tedavi altında) sebebiyle, cenazelere ait elde edilebilen ante-mortem ve post-mortem verilerin karşılaştırılması sonucunda; 1. derece yakın akraba oldukları anlaşılan cenazeler arasında soyağacı kurularak yapılan kimliklendirme yönteminin anlatılması ve bu yöntemin benzer olaylarda kullanılması amaçlanmıştır.



Şekil 1: ALİS'de DNA arama ekranı.



Şekil 2: Cenazeler arasında kurulan soyağacı.

KAYNAKLAR:

1. Akıncıoğlu, N.U., Aslan, İ., Doğan, Y. (2021). Afet Kurbanlarının Kimliklendirilmesinde Kullanılan Yöntemler ve Ülkemizdeki Durum Güvenlik Bilimleri Dergisi, Cilt:10 Sayı:1, 217-238.
2. Black, S. & Hackman, L. (2009). Disaster Victim Identification. Wiley Encyclopedia of Forensic Science.
3. Budimlija, Z.M., Prinz, M., Zelson-Mundorff, A., Wiersema, J., Bartelink, E., MacKinon, G. Nazzaruolo, B.L., Estacio, S.M., Hennessey, M.J., Shaler, R.C. (2003). World Trade Center Human Identification Project: Experiences with Individual Body Identification Cases, Croat. Med. J. , 44, 259–263.
4. Butler, J. (2005). Forensic DNA Typing; Biology, Technology, and Genetics of STR Markers. Academic Press.
5. Kaya, K., Aslan S. (2019). Kitlesel Ölümlerde Olay Yeri İncelemesi ve Kimliklendirme, in:Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış, Saka Naile Esra, Editor, Akademisyen Kitabevi, pp.91-96.
6. Khoo, L.S., Lai, P.S., Hasmi, A.H., Mahmood, S.M. (2016). Secondary Identifier for Positive Identification in DVI" Forensic Sci Crimino, Volume 1(1): 1-3.
7. Kloosterman, A.D., Kersbergen, P. (2003). Efficacy and limits of genotyping low copy number DNA samples by multiplex PCR of STR loci. International Congress Series. 1239:795-798.
8. Rudin, N., Inmann, K. (2002). An Introduction to Forensic DNA Analysis. CRC Pres. London s: 21-31.
9. Yükseloğlu E.H., Özcan Ş., Ceylan B. (2008). Olay Yeri İncelemesi ve Türkiye'deki Uygulamalar, Polis Bilimleri Dergisi, cilt.10, ss.61-80.
10. https://www.hatayekspres.com/6-subat-ta-insanlar-degil-insanlik-oldu/117912/12.10.2023

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 19-22 EKİM 2023 AKSU - ANTALYA

ENF(ELEKTRİK ŞEBEKE FREKANSI) VERİLERİNİN SES SAHTECİLİĞİNİN TESPİTİNDE KULLANILMASI

Oğuzhan ÇİLTAŞ*,Esra ODABAŞ YILDIRIM**, Faruk Baturalp GÜNAY**
*Adli Bilişim İhtisas Dairesi,Adli Tıp Kurumu,İstanbul
**Atatürk Üniversitesi,Erzurum

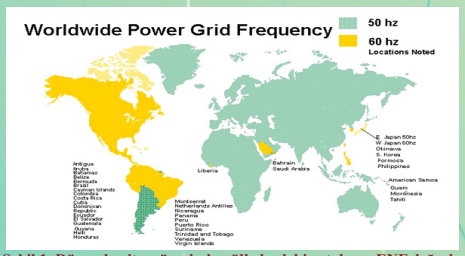
Giriş ve Amaç:

Ses dosyaları üzerinde oynama, kırpma, ekleme imkânı sağlayan düzenleme programlarının hızla artması ve kullanıcıların programlara ulaşımının kolaylaşmasıyla birlikte ses üzerinde sahtecilik yapma işlemi daha önce hiç olmadığı kadar kolaylaşmıştır.

Ses sahteciliğinin tespitinde ENF (Elektrik Şebeke Frekansı) verilerinin kullanılması, ses kayıtlarının işlenip anlamlandırıldıktan sonra ortaya çıkan ve ses üzerinde sahtecilik yapılıp yapılmadığına karar verilmesinde etkili bir yöntem olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca ENF bilgileri ile ses kayıtlarının oluşturulduğu coğrafi bölge tespiti de mümkündür. Ses kayıtlarının özgünlüğünü tespit etmek için ENF verilerini kullanan çalışmalar uzaysal verilere odaklanırken zamansal verileri fazla dikkate almamışlardır. Bu çalışmada ses dosyalarından öznitelikler çıkarılırken ENF verilerini zamansal ve uzaysal alanda elde edilerek hibrit bir yaklaşım sunulmuş ve böylelikle sahteciliğin daha yüksek bir doğruluk oranıyla tespit edilmesi amaçlanmıştır.

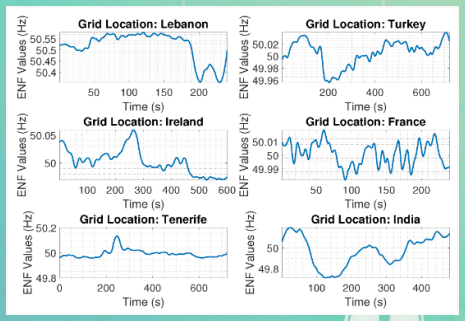
Yöntem:

Çalışmada ses dosyalarının özgünlüğünün tespitinde kullanılan ENF verilerinden zamansal ve uzaysal alanda öznitelik elde etmek için birbiriyle paralel çalışan dört ana bölüm vardır.



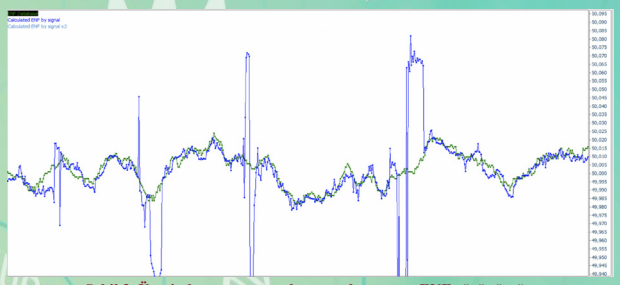
Şekil 1. Dünya haritası üzerinden ülkelerdeki ortalama ENF değerleri

Bu bölümler zamansal alanda öznitelik modülü, uzaysal alanda öznitelik modülü, zamansal ve uzaysal alanda öznitelikleri birleştirme modülü ve sınıflandırma modülünden oluşmaktadır.



Şekil 2. 50 Hz salınıma sahip bazı ülkelerin ENF dalga örnekleri

Zamansal ve uzaysal alanda öznitelikler elde edilirken, Evrişimsel Sinir Ağları (CNN), Ayrışk Fourier Yöntemi (DFT) ve Kalıntı Yoğun Zamansal Evrişimli Ağ (RDTCN) yöntemleri kullanılmıştır. Bu özniteliklerin birleştirmesinde Welch Algoritması kullanılmıştır. Elde edilen ayırt edici öznitelikleri sınıflandırmak için çok katmanlı zaman algılayıcıları (MLP) kullanılmıştır. Sınıflandırılan öznitelikler veritabanında tutulmuştur. Veritabanında tutulan veriler kullanılarak ses dosyasında mevcut ENF anlık frekansında ani bir değişiklik olup olmadığı tespit edilmiştir.



Şekil 3. Üzerinde oynama yapılmış ses dosyasının ENF görünümü

Sonuç:

Bu çalışmada, son yıllarda hızla artan ses sahteciliğinin tespitine yönelik bir yöntem olan ENF verileri kullanılarak başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlar değerlendirilmiş, artıları eksileri tartışılmış ve daha sonraki çalışmalar için yol gösterici olmuştur.

Anahtar Kelimeler:
Ses Sahteciliği, ENF, Adli Bilişim

Kaynaklar:

1. Mrinmoy Sarkar, Dhiman Chowdhury , Celia Shahnaz, Shaikh Anowarul Fattah , “Application of Electrical Network Frequency Digital Recordings for Location-Stamp Verification”, 11 June 2019, www.mdpi.com/journal/applsci
2. https://www.electricityforum.com/td/electrical-substation/electrical-frequency-supply
3. Dhiman Chowdhury,Mrinmoy Sarkar, “Location Forensics Analysis Using ENF Sequence Extracted from Power and Audio Recordings” 18 Dec 2019, arXiv:1912.09428

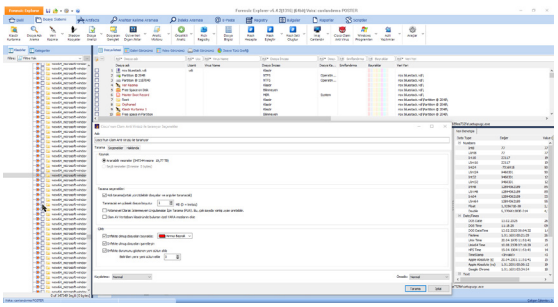
Adli Bilişim Vakalarında Materyallerden Alınan Dijital Kopyaların Canlandırılmasının Önemi

Celal ALACA [1], Adnan KEÇE [1]
[1]Adli Tıp Kurumu, Adli Bilişim İhtisas Dairesi, İstanbul

Amaç:
İşletim sistemi yüklü materyallerin dijital kopyasının (imajı) incelemesi yapılırken çoğunlukla adli bilişim yazılımları ile imaj dosyaları üzerinde inceleme yapılır. Zararlı yazılım (malware) analizi gibi imaj dosyası üzerinden yapılan incelemelerin yeterli olmadığı durumlarda canlı (live) inceleme yapılması gerekebilir. İşletim sistemine yüklenmiş uygulamalar tarafından oluşturulan bazı dosyalar Fex, Axiom gibi adli bilişim yazılımlarıyla incelemesi yapılırken içeriği okunamayabilir. Bu durumlarda dosyaların içeriğine erişmek için materyalin alınan imajı canlandırılıp ilgili uygulama yardımıyla dosya içeriğine erişilmesi gerekebilir. Bu çalışmada canlandırma ile malware yazılımı tespit edilirken ile elde edilen bulguların önemine değinilmiştir.

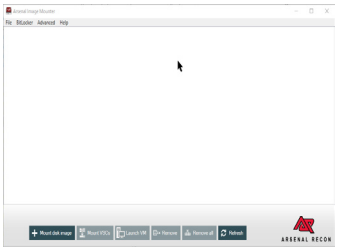
Yöntem:
Test amacıyla oluşturulan sanal diske yüklenen Windows işletim sistemine, hazırlamış olduğumuz "windows pano kayıtlarını kopyalayıp gönderen malware" eklenmiş, hazırlanan sanal diskin iki kopyası alınıştır. Bir kopyası üzerinde Forensic Explorer yazılımıyla malware analizi yapılmış, diğer kopyası üzerinde ise canlı analiz yapılması için ArsenalImageMounter yazılımıyla mount işlemi yapılarak sisteme entegre edilmiştir.

a) İmaj Dosyası Üzerinden Analiz

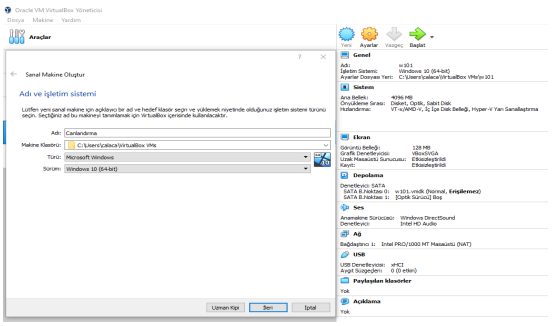


Forensic Explorer yazılımıyla Cisco Clam Anti Virus modülü kullanılarak yapılan malware analizinde işletim sistemine eklenen malware ait bir bulguya rastlanmamıştır.

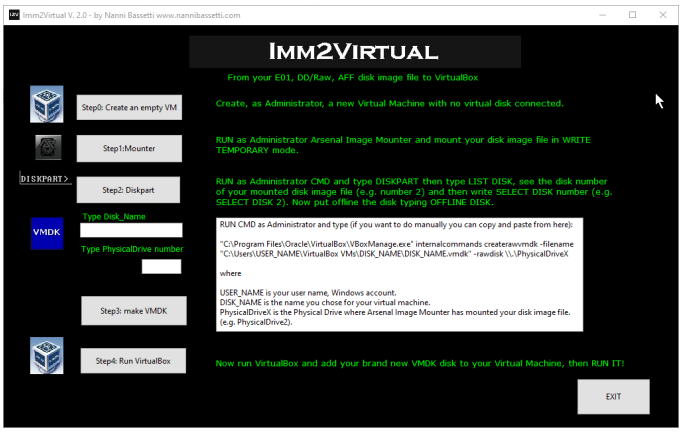
b) Canlı Analiz



Adım 1: Arsenal Image Mounter yazılımı açılır ve "Mount Disk İmage" tıklanır ve "Disk Device, Write Temporary " seçeneği işaretlenerek imaj eklenir.

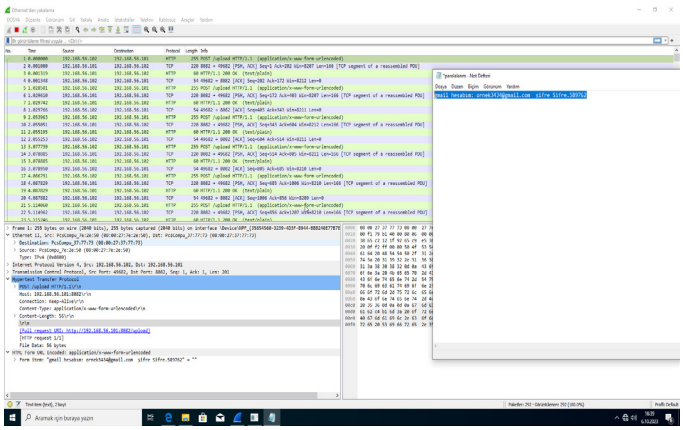


Adım 2: Virtualboxta sanal makine oluşturmak için ekle butonuna tıklanır. Açılan menüden sanal makine adı, işletim sistemi sürümü eklenir, donanım(İşlemci ve Ram Bellek) ayarları yaptıktan sonra sanal disk eklenmeden, sanal makine oluşturulur.



Adım 3: Imm2Virtual Master ile "Type Disk Name"alanına Virtualboxta oluşturacağımız sanal makine adıyla aynı ad verilir. "Type Physcaldrive Number"alanına mount ettiğimiz imajın disk numarası yazılır. "Make VMDK"ya tıklanır Virtualbox için VMDK dosyası oluşturulur.

Adım 4: Imm2Virtual Master ile oluşturulan VMDK dosyası, Virtualboxta oluşturulan sanal makineye sabit disk olarak eklenir ve canlandırma işlemi başlatılır.



Adım 5: Canlandırılan işletim sistemine Wireshark yazılımı yüklenir ve ağ dinlemesi yapılır.

Bulgular-Sonuç:
Bu çalışmada uygulanan her iki yöntemden elde edilen bulgular karşılaştırıldığında; imaj dosyası üzerinden yapılan incelemelerde bazı ticari yazılımlardan elde edilen bulgularda malware tespit edilemediği gözlemlenmiştir. Canlı yapılan incelemelerde ise wireshark ile ağ dinlemesi yapılmış kullanıcının Windows pano kayıtlarını kopyalayıp üçüncü şahıslara gönderen malwarein kullanıcıya ait windows panoda kayıtlı bulunan mail adresi ve parola bilgileri ağ dinlemesiyle tespit edildiği gözlemlenmiştir. Adli bilişim yazılımlarıyla dijital materyallerin malware analizi yapılırken özellikle güncel malwareler tespit edilemeyebilir. Dijital materyalin canlı analiz yapılarak Ağ dinlenmesi yoluyla kritik bulgular elde edilmesi ve gözden kaçması önlenebilir.

KAYNAKLAR:
1. https://download.getdata.com/support/documents/user-guides/Forensic%20Explorer%20v5%20User%20Guide.en.pdf,
2. https://www.virtualbox.org/wiki/Documentation,
3. https://arsenalrecon.com/arsenal-image-mounter-aim-walkthrough,
4. https://github.com/nannib/Imm2Virtual
5. https://www.wireshark.org/docs/wsug_html_chunked

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 19-22 EKİM 2023 AKSU - ANTALYA

EROTİK ASFİKSİ OLGUSUNA MEDİKOLEGAL YAKLAŞIM

S.Yazgülü Taştemir 1 , Arda Akay2, Fatime Gül2, L. Lal Çakır2, A. Coşkun Yorulmaz2

1Yorulmaz Medikolegal 2Koç Üniversitesi Adli Tıp AD

GİRİŞ VE AMAÇ

Beyinde hipoksi oluşturmak için partneri tarafından asfiksiye maruz bırakılmaya erotik asfiksi denilmektedir. Bazı olgularda asfiksi süresinin uzamasına veya farklı bir hastalığı tetiklenmesine bağlı olarak ölüm meydana gelebilmektedir. Bu sunumda erotik asfiksi olgularının medikolegal önemine değinilerek bir olgu üzerinden, ceza sorumluluğu yönünden tartışılması amaçlandı.



OLGU

Cinsel aktivite sırasında fenalaşan kadın olgunun ölüm nedeninin medikolegal açıdan değerlendirilmesi talebi ile bir üniversite hastanesinin adli tıp anabilim dalına yapılan başvuruya istinaden inceleme yapıldı. Sanığın ifadeleri, ölenin tıbbi geçmişi, otopsi bulguları, olay yeri bulguları, sanığın ceza sorumluluğuna yönelik incelemeler dikkate alındı.

Otopside çekilen fotoğraflarda burun kökündeki sıyrık, alın solda ekimoz, mandibula sol alt tarafta milimetrik parşömenleşmiş sıyrık, boyun sol yanda parşömenleşmiş sıyrık dışında travmatik bulgu izlenmedi. Peteşiler ölü lekeleri ile sınırlıydı. Ani ölüme yol açabilecek, hipertrofik kalp hastalığı, konjenital yapısal defekt ve hafif düzeyde koroner arter hastalığı tespit edilmişti. Olay yerinde payetli elbise giydirilmiş cansız manken olduğu görüldü. Mevcut bulguların ağırlık düzeyinin hafif olması, boyna yapılan basının uzun sürmediği, bu nedenle, somut olgunun ciddi güç kullanılan boğuşmalı, klasik bir boyna basıya bağlı ölüm olgusu olmadığı kanaati oluşturdu.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Erotik asfiksilere bağlı ölümlerde, ölüm orijini adli tıp uzmanları tarafından anlaşılabilir olsa da bu konunun yargı merci tarafından değerlendirilmesinde zorluklar yaşanmaktadır. Bazı durumlarda çiftlerin istemli sert davranışları da benzer bulgulara hatta asfiksiye yol açabilmektedir. Erotik asfiksi olgularında, partner genellikle kasten öldürme suçundan yargılanmaktadır. Literatürde bazı olgularda beraat kararı verildiği, bazılarında ise "insan öldürme" suçlarının daha düşük derecelerinden ceza verildiği görülmektedir. Öldürme kastı ile meydana gelen asfiksi olguları ile erotik asfiksi olgularında otopside benzer bulgular görülebileceğinden, nitelikli bir olay yeri incelemesi ve tanık beyanlarıyla birlikte daha doğru bir yaklaşım izlenebilecektir. Kişinin öldürme kastı olmaksızın cinsel hazzı artırmaya yönelik gerçekleştirdikleri eylemler neticesinde ölmesi halinde bilinçli taksirle öldürme suçu, kasten öldürmenin ihmali suretle işlenmesi gibi suç türleri yönünden tartışılması ceza adaleti yönünden de önem arz etmektedir. Bu tür olgularda travmatik bulguların ağırlık düzeyi ile ilgili sınıflandırmaların kullanılması, orijin tayini açısından önyargılı yaklaşımları engelleyebilir.

Kaynakça

Sendler, Damian Jacob. "Lethal asphyxiation due to sadomasochistic sex training. How some sex partners avoid criminal responsibility even though their actions lead to someone's death." Journal of Forensic and Legal Medicine 56 (2018): 59-65.

Psikotik Bozuklukta Kanibalizm: Bir Olgu Sunumu

Mehmet Doğan[1], Muhammed Emin Boylu[2]
1. Adli Tıp Kurumu, Birinci İhtisas Kurulu, İstanbul, Türkiye
2. Adli Tıp Kurumu, Gözlem İhtisas Dairesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ ve AMAÇ

Kanibalizm (yamyamlık), bir bireyin kendisiyle aynı türden bir bireyin tamamını veya bir kısmını tüketmesi olarak tanımlanan bir eylemdir (1). Kanibalizm kelimesi Cristof Colombus tarafından keşfedilen Batı Hint Adaları yerlileri tarafından 15. yüzyılda kullanılan 'canib' veya 'carib' kavramlarından gelmektedir, kabilelerin köpeğe benzer yüz şekilleri olduğu ve esirlerini yemeleriyle ünlü olduklarına dair anlatılan hikayeler bu tanımlamanın yerleşmesinde etkili olmuştur (2). Tarihte çeşitli sebeplerle bu türden vakalar görülse de günümüz toplumunda bu vakalar oldukça nadir görülmekte ve sıklıkla da mental hastalıklarla ilişkili bulunmaktadır (3).

Bu çalışma, diğer ülkelerde nadir görülen bir olgu olan akıl hastalığıyla ilişkilendirilen yamyamlık vakasını Türkiye'de incelerken, bu ilginç konuyla ilgili literatüre yeni bir katkı sunmayı amaçlamaktadır.

OLGU

Bayan T. 35 yaşında sağlık alanında ön lisans mezunu, daha öncesinde 4-5 farklı hastanelerde düzensiz bir şekilde sağlık görevlisi olarak çalışmış fakat olay esnasında herhangi bir işte çalışmamakta ve annesiyle beraber ikamet etmekte olan bir kişidir. Olay tarihinde, kolluk kuvvetlerine yapılan Bayan T.'nin annesi olan Bayan S.'e komşusunun ulaşamadığını bildirir çağrı üzerine olay yerine gelen ekipler içeri girdiğinde Bayan S.'in banyoda ölü olarak buldukları, cesedin sol bacağındaki etlerin kemiğe kadar kesilerek çıkartılmış bir kova içerisinde olduğu, ayrıca cesedin başının bulunmadığı görülmüş ve Bayan T.'ye sorulduğunda cesedin başının mutfakta tencere içerisinde olduğu öğrenilmiştir. Bayan T.'nin yapılan sorgusunda, annesiyle tartışması sonrası annesinin kendisine saldırdığını, kendisiyle konuşan ruhani varlıkların annesini öldürmesi gerektiğini kendisine söylediklerini, bunun üzerine annesini boğazını keserek öldürdüğünü, kafasını tencereye koyarak kaynattığını, sağlık bölümündeki öğrenimi sürecindeki eğitim sahnelerinin gözünde canlandığını, bacağındaki etleri soyarak bir kısmını yediğini, geri kalanı da daha sonra yemek için buzdolabına koyduğunu, ona o an için pirzola, tavuk gibi normal geldiğini, annesinin yıllar önce dedesinin ölümüne neden olduğunu bildiğinden dolayı annesinin ona büyüler yaptırması, aldığı ilaçlar ve ruhani varlıkların yönlendirmesi üzerine böyle bir eylemde bulunduğunu ve pişman olduğunu ifade etmiştir. Dava dosyası içerisindeki tıbbi belgelerinin incelenmesinde ilk başvurusunun olay tarihinden 12 yıl önce olduğu, psikiyatri uzmanı tarafından 'psikotik bozukluk' teşhisiyle Risperdal 4mg/gün, Akineton 4 mg7/gün şeklinde tedavi başlandığı, daha sonrasında olay gününe kadar kadar herhangi bir kaydı bulunmadığı, olay günü hastaneye yatışının bulunduğu ve yaklaşık bir aylık gözlemi, muayenesi, tedavisi ve tetkikleri sonucunda 'Atipik Psikoz' tanısıyla ayırt etme gücünden yoksun olduğu, vasi atanmasının uygun olduğu ve mahkemede dinlenilmesinde yarar bulunmadığına dair sağlık kurulu raporu düzenlendiği kayıtlıdır. Dairemizdeki müşahadesi sürecinde yapılan psikiyatrik muayenesinde bilinci açık, koopere, yöneliminin tam olduğu, öz bakımının orta, yaşında gösteren, psiko-motor aktivitesi olağan olarak tespit edildiği, duygulanımı kısıtlı, düşünce içeriğinde paranoid, perseküsyon hezeyanları saptanmıştır, çağrışımları amaca yönelmekte zorlanıyor, dikkati, hesaplaması, muhakemesi, soyutlaması gibi bilişsel işlevleri yetersiz bulunmuştur.

Dairemizde uygulanan psikogramında;

Rorschach: Uygulanan Rorschach testinde yanıt sayısı ortalama değerdedir. Dil yapısı incelendiğinde akıcılık anlamında bir problem görülmemekle beraber zaman zaman olan gramatik bozukluklar dikkati çekmiştir. Cevapların çoğunda perseveratif bir biçimde aynı yanıtların verildiği görülmüştür. Entelektüel yapısına bakıldığında kişinin yeterli düzeyde olumlu formlar oluşturamaması ve sosyal uyum, nesnel gerçekliğe atıf yapan herkes tarafından görülebilen banal yanıtları verememesi gerçekliği değerlendirmedeki yetersizliğe ve sosyal uyumunun zayıflığına işaret etmektedir. Affektif süreçler incelendiğinde duygulanımların yoğun olarak yaşandığı ve kişinin kontrol etmekte güçlük yaşadığı görülmüştür. Yanıtlarda perseveratif içeriğin yanısıra parçalanma ve dissosiasyona yani beden bütünlüğünün oluşturmada yetersiz kalındığına işaret eden anatomik yanıtlar yoğun şekilde görülmektedir. Yanıtların anket kısmında nedensellik açıklamalarının yetersiz oluşu, nesnelerin doğru algılanmasındaki problematiğe işaret etmektedir. Kişinin öteki ile kurduğu ilişki zayıf ve çatışmalıdır. Cevap içeriklerinde pepresif ve paranoid ögeler dikkati çekmektedir. Sonuç olarak paranoid bulguların görüldüğü psikotik düzeyde bir kişilik örgütlenmesi düşünülmüştür.

MMPI: Uygulanan testte geçerlik L-F-K konfigürasyonu incelendiğinde özellikle K alt testindeki yükselme dikkati çekmektedir. Bu tür profil veren kişilerde var olan problemleri ile yüzleşmekten kaçınma, savunucu tutum, kendilerinde psikolojik sorunlar olduğunu kabul etmeme ve inkar düşünülmektedir. Bu bireyler savunucu bireylerdir. Klinik alt teslere bakıldığında ise histeri (T:75), psikopatik sapma (T:76) ve paranoya (T:79) alt testlerinin normal değerlerin üzerinde olduğu görülmüş, diğer testlerin ise normal değer aralıklarında olduğu görülmüştür. En yüksek test olan paranoya testindeki yükselme; kuşkulu, kızgın, küskün ve durumların doğrudan kendisine yöneldiği biçiminde yorum yapan, referans fikirleri olan gerçekliği değerlendirmesinin bozuk olduğu paranoid bir bireye işaret etmektedir. Bu kişiler, genellikle diğerlerini suçlama ve hostilite özellikleri olan, katı, inatçı ve aşırı duyarlı olma özelliklerini taşırlar. Psikotik sapma alt testi incelendiğinde bu puan aralığını veren kişilerin öfkeli, impulsif, emosyonel açıdan yüzeyel ve yordanamaz davranışları olan kişiler oldukları görülmektedir. Bu yükselme kişinin antisosyal davranış eğilimi olabileceğini düşündürmele beraber impulsif olma, davranışların önceden kestirilememesi, sosyal yabancılaşma ve azalmış ahlak duygusuna sahip olma şeklinde yorulabilmektedir. Histeri alt testi incelendiğinde, bu puan aralığını veren kişilerin genellikle içgörü eksikliği yaşayan, immatur ve benmerkezci kişiler oldukları görülür. Üçlü yükselmeye bakıldığında (634 kodu), bu kişilerin sıklıkla kendini bozguna uğratan, aşırı talepkar, reddedilmeye karşı aşırı hassasiyet taşıyan, küskün, güvensiz ve içgörü yoksunu olan bireylere işaret ettiği görülmektedir.

Dairemizde yapılan muayenesi, müşahedesi, tetkikleri ve adli dosyanın incelenmesi neticesinde; 'Psikotik Bozukluk' tanısıyla ceza sorumluluğunun olmadığına dair rapor düzenlenmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Yamyamlık, insanlık tarihi boyunca nadir görülen ancak derin bir ilgi ve dehşetle karşılanan bir fenomendir. Bu ilginç ve rahatsız edici fenomen, farklı kültürler ve tıbbi bağlamlar içinde incelendiğinde, psikolojik ve adli bağlamlarıyla yakından ilişkilendirilmiştir.

Güney Avustralya'nın Snowtown köyünde kullanılmayan bir bankanın kasasında büyük plastik varillerde saklanan bir dizi cesedin araştırılması sırasında keşfedilen yamyamlık vakası, adli bağlamda karşılaşılabilecek yamyamlık türlerinin, ortaya çıkabilecek belirli tıbbi yasal sorunlarla analizine giriş olarak tanımlanmaktadır (4).

Yamyamlık bazı araştırmacılara göre endokannibalizm ve ekzokannibalizm olmak üzere iki kategoride değerlendirilir (5,6). Lindenbaum ve arkadaşları tarafından ise ritüelistik, hayatta kalma güdüsüyle ve patolojik olmak üzere 3 grupta değerlendirilmiştir (7). Endokannibalizm bir sosyal grup veya topluluk içerisinden birinin biri tarafından tüketilmesi (6) ki bunun sebebi bazen dini inanışlar, ritüeller bazen de hayatta kalma güdüsüyle olabilmektedir. Bazı Avusturalyalı Aborjinlerde görülen kendi yakınlarının cesetlerini saygı amaçlı tüketmeleri veya 1972 yılında Idaho'da yaşanan uçak kazasında hayatta kalanların hayatlarını idame edebilmeleri amacıyla ölenleri yemesi örnek olarak gösterilebilir. Ekzokannibalizm ise kurbanın niteliklerini kazanmak, dominasyon göstermek gibi nedenlerle bireyin kendi sosyal grubu dışında birini tüketmesi olarak tanımlanmaktadır (8). Patolojik yamyamlık olarak da değerlendirilebilen bu türün en medyatik örneklerden biri de 1978-1991 yılları arasında 17 erkek kurbanına cinsel saldırıda bulunan, onları öldüren, parçalayan ve yamyamlık yapan Jeffery Dahmer olacaktır (9).

Sonuç olarak, akıl hastalığı ile yamyamlık arasındaki karmaşık ilişki, tıbbi ve adli bağlamlarda incelenmeye değer bir konudur. Yamyamlık, bazen ritüelistik nedenlerle, bazen hayatta kalma güdüsüyle, bazen de psikopatolojik faktörlerle ilişkilendirilebilir. Bu makale, yamyamlık olgusunu daha derinlemesine anlamak ve adli sisteme nasıl entegre edilebileceğini tartışmayı amaçlamaktadır. Ayrıca, yamyamlık vakalarının tıbbi ve psikolojik analizleri, bu nadir fenomenin anlaşılmasına ve daha fazla araştırmaya yol açabilir. Akıl hastalığı ve yamyamlık arasındaki bu karmaşık ilişki, hem adli hem de tıbbi alanlarda daha fazla dikkat gerektirmektedir.

Araştırmacıların Beyanları

Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Bu çalışmanın hiç bir aşamasında herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Çalışma için T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'ndan etik kurul onayı ve çalışma izni alınmıştır. (Tarih: 20.09.2023 – Sayı: 21589509/2023/935).

KAYNAKLAR

1. Schutt B. Cannibalism. A perfectly natural history. Chapel Hill, NC: Algonquin Books, 2018.
2. Hulme P. Colonial encounters: Europe and the native Caribbean 1492–1797. London, U.K.: Routledge, 1992.
3.. Medina Ortiz, O., Contreras Galvis, D., Sánchez-Mora, N., & Arango López, C. (2006). Cannibalism in paranoid schizophrenia: a case report. Actas espanolas de psiquiatria, 34(2), 136–139.
4. Byard R. W. (2023). Cannibalism-overview and medicolegal issues. Forensic science, medicine, and pathology, 19(2), 281–287.
5. Boëtsch, G. (2004). A metaphor of primitivism: Cannibals and cannibalism in French anthropological thought of the 19th century. Estudios Del Hombre, (19), 55-72.
6. Harvey, G. (2004). Endo-cannibalism in the making of a recent British ancestor. Mortality, 9(3),255-267.
7. Lindenbaum S. Thinking about cannibalism. Annu Rev Anthropol 2004;33:475–98.
8. Petreca, V.G., Brucato, G., Burgess, A.W., & Dixon, E. (2021). Criminal cannibalism: An examination of patterns and styles. Aggression and Violent Behavior, 56, 101531.
9. Jentzen, Jeffrey M.D.; Palermo, George M.D.; Johnson, L. Thomas D.D.S., DABFO; Khang-Cheng, H o M.D., Ph.D.; Stormo, K. Alan M.D.; Teggatz, John M.D.. Destructive Hostility: The Jeffrey Dahmer Case. The American Journal of Forensic Medicine and Pathology 15(4):p 283-294, December 1994

ÇOCUK İSTİSMARINDA YANLIŞ TEŞHİS ÖRNEĞİ: OLGU SUNUMU

Abdülkadir İZCİ, Ramazan UÇAK, Ayşe KURTULUŞ DERELİ, Kemalettin ACAR
Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Denizli

Giriş ve Amaç: Çocuğun cinsel istismarı olgularının yetkili makamlara bildirimi büyük önem arz etmektedir. Ancak gereksiz yapılan bildirimler çocuğun adli süreçlerde gerek muayene sırasında gerekse adli makamlarda travmatize olmasına neden olabilmektedir. Çalışmamızda; cinsel istismar şüphesi ile bildirimi yapılarak Pamukkale Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na gönderilen 12 yaşındaki erkek çocuk olgu üzerinden, gereksiz bildirimlerin önlenmesi ve mağdur üzerindeki olumsuz etkilerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: Savcılık tarafından cinsel istismar muayenesi için gönderilen 12 yaşındaki erkek çocuğun Pamukkale Üniversitesi Adli Tıp Polikliniğinde alınan öyküsünde, pazarda babası ve abisi ile çay satarlarken önce durgunlaştığı, para hesabı yapmakta zorlanmaya başladığı ve ardından bayıldığı, sonrasında gözünü acil serviste açtığı öğrenilmiştir. Cinsel içerikli öykü alınamaması üzerine öykü alınırken yönlendirme yapılmış ancak sonuç alınamamıştır. 'Başına kötü bir olay geldi mi?' sorusuna ise bir arkadaşının parasını çaldığı için aralarının bozulduğu ve artık konuşmadığını ve bu olaydan dolayı üzgün olduğunu ifade etmiştir. Soruşturma ve tıbbi evrakı incelendiğinde; acil serviste iletişim kurulamaması ve ajite olması sebebiyle cinsel istismar şüphesi bildirimi yapılarak adli sürecin başladığı, adli mercilerde tüm uğraşlara rağmen cinsel içerikli öykü alınamadığı ve bunun üzerine yaşadıklarını bir kağıda yazması istendiğinde ise bir arkadaşının ismini yazdığı ve bu arkadaşıyla öyküde bahsettiği hırsızlık olayı dışında herhangi bir olay yaşamadığını ifade ettiği anlaşılmıştır. Çocuk izlem merkezindeki muayenesinde adli tıp görüşü istenmesi üzerine Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniğine yönlendirilmiş ve yapılan anogenital muayenesinde anal mukozada hiperemi görülmüş, başkaca patolojik bulguya rastlanmamış ve penetrasyon bulgusu olarak kabul edilebilecek somut fiziksel bulgu saptanmamıştır. İlerleyen günlerde tekrar bayılması üzerine nöroloji polikliniğinde yapılan EEG tetkikinde generalize nöbet aktiviteleri izlenmesi sonucunda 'epilepsi' tanısı koyulduğu, soruşturmanın ise kovuşturmaya yer olmadığına dair karar ile sonuçlandığı öğrenilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: Çocuğun cinsel istismarını önlemek için olguların tespiti ve bildirilmesi kilit rol oynamaktadır. Wardinsky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 3 yıl içerisinde yönlendirilen 264 doğrulanmamış çocuk istismarı ve ihmali olgusundan 18'i (%7) çocuk istismarı olarak yanlış teşhis edildiği tespit edilmiştir (1). Ehler Danlos sendromu, osteogenesis imperfecta ve geleneksel tedavi yöntemlerinin çocuk istismarı olarak bildirildiği başkaca olgu sunumları ve çalışmalar da mevcuttur (2-4). Yanlış teşhis sebebiyle gereksiz bildirim yapılması çocuğun ve yakınlarının gereksiz yere adli süreç travmasına maruz kalmasına, ayrıca çocuğun -belki de defalarca- gereksiz muayene edilmesine neden olabilmektedir. Olgumuzda da çocuk iki kere muayene edilmiş ve defalarca öyküsü ve adli ifadesi alınmış ve çocuk tamamen bağımsız bir olaydaki arkadaşının ismini vermek durumunda kalmıştır. Ayrıca muayenede tespit edilen nonspesifik bulgu ise süreci daha da karmaşık hale getirmiştir. Sonuç olarak çocuk cinsel istismarı olgularının önlenmesi için bildirim yapılması hayati öneme sahip olmakla birlikte, doğru bildirimlerin yapılması da çocukların ve yakınlarının adli süreç travması yaşamaması açısından önem arz etmektedir.

Kaynaklar;

1. Wardinsky, T. D., Vizcarrondo, F. E., & Cruz, B. K. (1995). The mistaken diagnosis of child abuse: a three-year USAF Medical Center analysis and literature review. *Military medicine*, *160*(1), 15-20.
2. Vlaming, M., Sauer, P. J., Janssen, E. P., van Koppen, P. J., Bruijninckx, C. M., Akkerman-Zaalberg van Zelst, M. W., ... & van Gemert, M. J. (2023). Child Abuse, Misdiagnosed by an Expertise Center: Part I—Medico-Social Aspects. *Children*, *10*(6), 963.
3. Kocher, M. S., & Dichtel, L. (2011). Osteogenesis imperfecta misdiagnosed as child abuse. *Journal of Pediatric Orthopaedics B*, *20*(6), 440-443.
4. Rosenblat, H., & Hong, P. (1989). Coin rolling misdiagnosed as child abuse. *CMAJ: Canadian Medical Association journal*, *140*(4), 417.

drkadirizci@gmail.com

CİNSEL İSTİSMAR MAĞDURU OLARAK ADLİ SORUŞTURMASI DEVAM EDEN MAJOR DEPRESYON TANILI KIZ ÇOCUĞUN YÜKSEKTEN ATLAYARAK İNTİHAR GİRİŞİMİ- OLGU SUNUMU

Mustafa YİĞİT[1]

[1] Kütahya SBÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

Sorumlu yazar iletişim bilgileri; mustafa.yigit@ksbu.edu.tr 05533510665

Anahtar kelimeler: Cinsel İstismar, intihar, depresyon

AMAÇ

Cinsel ve psikoseksüel gelişimi tamamlanmamış bir çocuğun, erişkin biri tarafından zorlanarak veya ikna ile cinsel haz amacı taşıyan eylemlere maruz kalması çocuğun cinsel istismarı olarak tanımlanmaktadır. Türk Ceza Kanunu'nda ise cinsel istismar "on beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar" şeklinde tanımlanmıştır.

Çocuklarda istismar olgularına özgü bir ruhsal bozukluk tanımlanmamakla birlikte fiziksel ve cinsel istismarın ruhsal bozukluk sıklığını arttırdığı, olaydan hemen sonra travma sonrası stresle ilişkili kaygı belirtilerini, daha uzun sürede ise depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve intihar girişimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.

Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan, özgeçmişinde cinsel istismar mağduru olarak davası devam eden majör depresyon tanılı çocuk olgunun sunulması ile olgunun adli ve psikiyatrik özelliklerinin tartışılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Yüksekten atlayarak intihar girişimi sonrası 112 ile acil servise getirilip tıbbi takip ve tedavileri sonrasında savcılık tarafından adli tıp birimimizden adli raporu istenen olgunun muayene, ameliyat ve konsültasyon notları ile görüntüleme tetkikleri değerlendirilmiştir.

BULGULAR

13 yaş 9 aylık kız çocuk olgu 3. kattan düşme nedeniyle acil servise getirildiği Glaskow Koma Skoru 15 olduğu, frontalde 3x3 cm ve 4x5 cm abrazyon ve şişlik, sol el bileğinde ağrı ve palpasyonla hassasiyet, pelviste hassasiyet, sol bacakta 5x5 cm abrazyon, sağ ayak bileğinde hassasiyet olduğu, radyolojik tetkiklerinde batın, toraks ve kafa içi yaralanması tespit edilmediği, sakrumda her iki tarafta multipl fraktür ve sağ medial malleol parçalı fraktürü tespit edildiği, yoğun bakıma yatış verildiği bildirilmiştir.

Yoğun bakım yatışı esnasında çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümünce yapılan muayenesinde annes ve babası ile yapılan görüşmede cinsel istismar öyküsü olduğu davasının halen devam ettiği, 6 aydır depresif şikayetlerinin olduğu, Ankara'da yataklı çocuk psikiyatri servisinde bu nedenle tedavi gördüğünü, reçete edilen psikiyatrik ilaçlarını kullandığını, hastanın düşünce içeriğinde devamlı ölüm temalarının bulunduğu, en sonuncusu bir ay önce olmak üzere çoklu ilaç içerek intihar girişimlerinin bulunduğunu, birçok kez camdan atlayarak intihar girişimlerinin olduğunu ailesi tarafından durdurulduğu, olgu ile yapılan görüşmede mutsuz olduğu bunaldığı ve yaşamak istemediği için camdan atladığı bilgileri alındığı, affekt ağlamaklı, mood depresif olduğu, yüksek riskli olduğu düşünülüp yataklı çocuk ve ergen psikiyatri servisine sevk edildiği belirtilmiştir.



TARTIŞMA

Cinsel istismar mağduru çocuklarda duygusal ve davranışsal gelişim etkilenmekte, pek çok ruhsal hastalık meydana gelebilmektedir. Cinsel istismar sonrası mağdur çocuk ve ergenlerin cinsel muayenelerinde hassas davranılmalı travma yaşayan bu çocuklara kendilerinin bir suçu olmadığı hissettirilmeli, yargılayıcı sorulardan kaçınılmalı, en kısa sürede çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları bölümüne sevkinin sağlanıp rutin takipleri sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Gökçe İmren S. , Ayaz A. , Yusufoğlu C. , Rodopman Arman A. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. Marmara Med J. 2013; 26(1): 11-16.

2. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009; 1(2): 95-119.

MAJÖR DEPRESYON TANILI KİŞİNİN İNTİHAR AMAÇLI KENDİNİ 12 KEZ DELİCİ KESİCİ ALET İLE YARALAMASI - OLGU SUNUMU

Mustafa YİĞİT [1], Hüdaverdi KÜÇÜKER[1], Merve GÜRSOY[2]

1 Kütahya SBÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye
2 Kütahya SBÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kütahya, Türkiye
Sorumlu yazar iletişim bilgileri; Mustafa Yiğit, drmustafayigit@hotmail.com, 05533510665

AMAÇ

İntihar, bir insanın toplumsal ve ruhsal birtakım nedenlerin etkisi altında kendi yaşamına son verme eylemidir.

Psikiyatrik tanıları bulunan ve intihar girişiminde bulunan olguların incelendiği bir çalışmada en sık bulunan psikiyatrik tanıların depresyon ve alkol bağımlılığı olduğu bildirilmiştir. Majör depresyon bozukluğuna sahip hastaların %2 ile %7'si intihar ile yaşamını kaybetmektedir.

Delici kesici aletlerin intihar amacıyla kullanımına çok sık rastlanılmamaktadır. Delici kesici aletler sivri uçları ile cildi delip keskin kenarları ile dokuları kesici özellik taşırlar. Bu aletler ile intiharlarda ya da intihar girişimlerinde damar kesmek için genellikle boyun ve ekstremite kesileri meydana getirilmektedir. Ev ve iş yerlerinde yaygın olarak birçok amaçla kullanılmakta olan kolay erişilebilirliği ve kontrol etmekteki güçlüğü nedeniyle delici kesici alet yaralanmaları çeşitli ülkelerde tüm intiharların %2-3'ünü oluşturmaktadır.

Bu olgu sunumuyla delici kesici alet ile batın ve toraks bölgesinden çok kez kendini yaralayarak intihar girişiminde bulunan özgeçmişinde majör depresyon tanısı olan olgunun sunulması ile olgunun adli ve psikiyatrik özelliklerinin tartışılması amaçlanmıştır.



GEREÇ VE YÖNTEM

Majör depresyon tanılı hasta suisidal amaçla kendini delici kesici alet ile yaralaması nedeniyle adli tıp birimimizden rapor düzenlenmesi istenmiş olup, hastane sisteminden muayene, ameliyat ve konsültasyon notları, görüntüleme tetkikleri ve muayene bulgularımız ile birlikte değerlendirilmiştir.



BULGULAR

54 yaşında bilinen majör depresyon tanılı erkek hasta suicid amaçlı delici kesici alet yaralanması nedeniyle acil servise başvurmuştur. Hastanın yapılan fizik muayenesinde; genel durumu orta, şuuru açık, GKS:15, sol infraklavikular alanda 5, sol midaksiller alan meme başının 5 cm aşağısında 1, sol subkostalde 3, sağ subkostalde 3 adet delici kesici alet yarası olduğu görülmüştür. Çekilen kontrastsız toraks BT'si solda pnömotoraks, solda minimal plevral efüzyon (hemopnömotraks?) şeklinde yorumlanmıştır. Hasta için radyolojiden konsültasyon istenmiş olup toraksta cilt altı yumuşak dokuda amfizem, komşu akciğer parankiminde (linuler segment) fokal kontüzyon odakları ve komşuluğunda plevral hava (pnömotoraks) ile minimal plevral sıvı (hemotoraks) mevcut olduğu, batın dış kadranlar düzeyinde her iki tarafta cilt altı yumuşak dokuda amfizem, batın içi karaciğer sol lob komşuluğunda serbest hava mevcut olduğu görülmüştür.

Hasta için göğüs cerrahiden konsültasyon istenmiş olup göğüs cerrahinin sol taraftan hemopnömotoraks nedeniyle drenaj uyguladığı, ilk anda hava ve 50 cc kan gelişi olduğu kaydedilmiştir. Hasta için genel cerrahiden konsültasyon istenmiş olup genel cerrahinin 3. basamak yoğun bakım takibi önerdiği, operasyon planladığı, hastanın acil operasyona alındığı, eksplorasyonda sağ subkostal keside batına nafiz yaralanması mevcut olduğu, hepatik fleksurada yaklaşık 2 cm'lik serozal yaralanma izlendiği, serozal yaralanmanın primer onarıldığı, sol inflaklavikular 5, sol subkostal 3, sol midklavikular 1, sağ subkostal 3 insizyonun primer onarıldığı, komplikasyon gelişmediği, hastanın yoğun bakıma alınıp takiplerine devam edilmiştir.



Hasta için psikiyatri konsültasyonu istenmiş olup aktif suicid tariflemeyen hastaya Lustral 50 mg 1x1 ve kontrendikasyon içermemesi durumunda Xanax 0.5 mg 2x1 başlanması önerilmiştir. Göğüs cerrahisi tarafından drenaj takibi önerilmiş, post operatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta önce genel cerrahi servisine nakledilmiş, genel durumunun iyi seyretmesi, enfeksiyon parametrelerinin gerilemesi üzerine hastanın psikiyatri servisine devri gerçekleşmiştir. Psikiyatri servisinde yatışının ilk günlerinde intihar düşünceleri devam eden olgunun tedavisi ile intihar düşüncelerinin gerilemesi sonrasında ilaç tedavisi düzenlenerek taburcu edilmiştir.



SONUÇ

İntihar gerek düşünce gerek eylemsel davranış olarak psikiyatrik bozukluklar ile yakın bir ilişki içindedir. Majör depresyon intihar riskinin en yüksek olduğu psikiyatrik rahatsızlıktır.

İntihar girişiminin bazı durumlarda önüne geçilebilmektedir. İntiharın önlenebilmesi için eldeki veriler iyi değerlendirilmeli, özellikle depresyon gibi başı çeken psikiyatrik rahatsızlıklar iyi izlenmeli, intihar riski ve bu durumun aciliyeti iyi saptanmalıdır. Her majör depresyon tanısı olan hasta intihar eyleminde bulunmasa da bu kişiler yakından takip edilmeli ve tedavi için gerekli yöntemlere başvurulduğundan emin olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: majör depresyon, intihar, yaralar, kesici alet.

KAYNAKÇA

1. Bilgin, U. E., Ökmen, F. G., Aktaş, E. Ö., Şenol, E., & Şen, F. (2011). İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığında 2004-2007 yılları arasında kesici-delici alet ile meydana gelen adli otopsi olguları. Ege Tıp Dergisi, 50(1), 13-18.

2. Baltacı, A. S., Zeybek, V., Tekin, Ö., & Acar, K. (2020). Harakiri Benzeri Yöntem ile İntihar: Bir Olgu Sunumu. Adli Tıp Bülteni.

3. Ata, E. E., Bayrak, N. G., & YILMAZ, E. B. (2021). İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: bir yıllık retrospektif bir çalışma. Cukurova Medical Journal, 46(4), 1675-1686.

www.PosterPresentations.com

Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ne 2022 Yılında Cezai Sorumluluğunun Belirlenmesi Amacıyla Gönderilen ve Ceza Sorumlulukları Olmadığı veya Azalmış Olduğu Yönünde Karar Verilen Olguların Değerlendirilmesi

Mehmet Doğan[1], Muhammed Emin Boylu[2], Sefa Saygılı[2]
1. Adli Tıp Kurumu, Birinci İhtisas Kurulu, İstanbul, Türkiye
2. Adli Tıp Kurumu, Gözlem İhtisas Dairesi, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ ve AMAÇ

Suç; kanun koyucu tarafından belirlenen bir emir veya yasağın ihlali olarak tanımlanır (1). Kişinin ceza sorumluluğuna tabi tutulabilmesi için eyleminin istenci ve bilinci ile gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, TCK 32/1 ve 32/2 maddeleri, akıl hastalığı nedeniyle suç işleyen kişilere ceza verilemeyeceğini veya davranışlarını yönlendirme yeteneklerinin azaldığı durumlarda cezada indirim yapılacağını belirtmektedir (2). Bu çalışmada Gözlem İhtisas Dairesi tarafından, cezai sorumluluğun değerlendirilmesi amacıyla incelenen olguların sosyodemografik özelliklerini, alkol veya madde kullanımı, çalışma ve eğitim durumları gibi işlevsellik parametreleri ile ilişkilerini analiz etmekte ve suç türü dağılımını incelenmektedir. Ayrıca, geçmişte alınan tanılarla daire tarafından verilen kararlar arasındaki ilişkileri tanımlamaktadır.

YÖNTEM

T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ne, Ocak 2022 - Aralık 2022 tarihleri arasında 1322 olgu incelenmiş ve bu olgulardan TCK'da tanımlanan suçları işledikleri iddia edilen erişkinlerden (N=91), ceza sorumluluğunun olmadığı veya azaldığı yönünde karar verilenler çalışmaya dahil edildmiştir.

BULGULAR

Ceza sorumluluğu olmadığı yönünde karar verilen olgularda (32/1); suç anındaki yaş ortalamasının 42,52 (± 13,16) yıl, başvuru anındaki yaş ortalamasının 45,62 (± 13,56) yıl, ve eğitim yılı ortalamasının 9,05 (± 4,61) yıl olduğu bulunmuştur

Cinsiyet	**Erkek**	**Kadın**	
	% 68 (51)	% 32 (24)	
Medeni Durum	**Bekar**	**Dul/Boşanmış**	**Evli/Dini Nikah**
	% 44 (33)	% 29,3 (22)	% 20 (26,7)
Durumu	**ÇalışmaÇalışmıyor**	**Düzensiz Çalışma**	**Düzenli Çalışma**
	% 65,3 (49)	% 14,7 (11)	% 20 (15)
Sosyal Destek	**Yalnız/bimekan**	**Aileyle/Bakımverenle/Kurumda**	
	% 10,7 (8)	%89,3 (67)	
İkamet	**Kırsal**	**Kentsel**	
	%32 (24)	%68 (51)	
	Var	Yok	
Alkol Kullanım Bozukluğu	%8 (6)	% 92 (69)	
Madde Kullanım Bozukluğu	% 9,3 (7)	%90,7 68)	

Ceza sorumluluğunun azalmış olduğu yönünde karar verilen olgularda (32/2); 16 olgunun 2'sinin kadın, 14'ünün erkek olduğu ve karar tanılarının 15'inin 'Hafif Derecede Zihinsel Yetersizlik', 1'inin ise 'Organik Kişilik Bozukluğu' olarak belirlendiği tespit edilmiş olup, olguların yaş ortalaması 38,87 olarak bulunmuştur.

Suç Türleri	
Yaralama	% 29,3 (22)
Öldürmeye Teşebbüs	% 14,7 (11)
Öldürme	% 10,7 (8)
Tehdit Hakaret	% 8 (6)
Hakaret	% 8 (6)
Tehdit	% 6,7 (5)
Kamu Görevlisine Direnme	% 5,3 (4)
İftira	% 4 (3)
Cinsel	% 4 (3)
Mala Zarar Verme	% 4 (3)
Yangın Çıkarma	% 2,7 (2)
Yağma	% 1,3 (1)
Suç Uydurma	% 1,3 (1)

Gözlem Dairesi Karar Tanıları	
Psikotik Bozukluk	% 46,7 (35)
Eksitasyon	% 18,7 (14)
Hezeyanlı Bozukluk	%10,7 (8)
Şizoaffektif Bozukluk	% 6,7 (5)
Şizofreni	% 2,7 (2)
Psikotik Depresyon	% 2,7 (2)
Kısa Psikotik Atak	% 2,7 (2)
Demansiyel Sendrom	% 2,7 (2)
Atipik Psikotik Bozukluk	% 1,3 (1)
Paranoid Şizofreni	% 1,3 (1)
Rezidüel Şizofreni	% 1,3 (1)
Hafif-Orta Mental Retardasyon	% 1,3 (1)
Organik Beyin Sendromu	% 1,3 (1)

Hafif Zihinsel Yetersizlik tanısıyla ceza sorumluluğunun azalmış olduğu kanaatine varılan olguların psikogramları	
Olgular	Zeka testleri
1	Kent+Porteus: 55
2	Kent: 64, Porteus: 61
3	Kent: 50, Porteus: 54
4	Kent: 57, Porteus: 54
5	Kent: 64, Goodenough: 59
6	Kent: 50
7	Kent: 64
8	Kent: 64
9	Porteus: 61
10	Portesu: 61
11	Porteus: 46
12	Porteus: 43
13	IQ elde edilemedi
14	IQ elde edilemedi
15	IQ elde edilemedi

Olguların Geçmiş Tanıları	
Şizofreni	% 22,7 (17)
Organik Olmayan Psikotik Bozukluk	% 36 (27)
Hezeyanlı Bozukluk	% 9,3 (7)
Atipik Psikoz	% 6,7 (5)
Bipolar Bozukluk	% 6,7 (5)
Şizoaffektif Bozukluk	% 1,3 (1)
Organik Beyin Sendromu	% 1,3 (1)
Psikotik Belirtili Depresyon	% 1,3 (1)
Tanı Yok/Diğer Tanı*	%14,7 (11)

TARTIŞMA ve SONUÇ

Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar (DSM-V) tanılarıyla ceza sorumluluğu kaldırılan olguların diğer tanı alan olgulara göre daha yüksek sayıda olması güncel literatürle uyumlu olarak değerlendirilebilir. Bunun yanında alkol ve madde kullanım bozukluğunun ceza sorumluluğu olmayan olgularda çok düşük oranda görülmesi literatürle çelişmekle birlikte bu durum alkol madde kullanımına bakışta kültürel farklılıklara bağlanabilir (3). Ceza sorumluluğu kaldırılan olguların büyük çoğunluğunun mala yönelik suçlardan ziyade insana yönelik suçlar (öldürme/yaralama/tehdit-hakaret) olması (4), bekar/dul (boşanmış) olmak ile çalışmıyor olmanın ceza sorumluluğu olmayan olgularda yüksek olması da mevcut literatürü desteklemektedir (5). Ceza sorumluluğunun azalmış olduğu tespit edilen olguların tanılarının büyük çoğunluğunun 'Hafif Derecede Zihinsel Yetersizlik' oluşu ve psikogramlarında bulunan IQ değerleri literatürle uyumlu bulunmuştur (6). Kısıtlılıklar; çalışmadaki küçük örneklem boyutu , tüm suç işleyen popülasyonu temsil etmesinin önüne geçmektedir. Çalışmaya ceza sorumluluğunun tam olduğu belirlenen olguların dahil edilmemesi karşılaştırmalı incelemeyi engellemiştir. Suça ilişkin verilerinin dosya bazında ve retrospektif incelenmesi, suç ve sosyodemografik bilgilerin güvenirliğini azaltmış olabilir.

Ceza sorumluluğunu değerlendirmede adli dosyada bulunan veriler (ifadeler, iddiname ve özellikle de tıbbi belgeler) önemli görülmüş, eksiksiz olmasının sağlanmasının değerlendirmeye katkı sunacağı görülmüştür. Hastanın muayenesinde sorulan sosyodemografik verilerin kişinin işlevselliğini değerlendirmede önemli bir parametre olacağı tespit edilmiştir. Özellikle ceza sorumluluğunun azalmış olduğu saptanan zihinsel yetersizlik tanılı olguların yapılan IQ testlerinin karar vericiler için yol gösterici olduğu saptanmıştır. Hastaların yatırılarak gözlem altında yapılan periyodik psikiyatrik muayene ve psikolojik testleri ile ceza sorumluluğunu değerlendirmenin özellikle şizofreni spektrumu ve psikotik bozukluk tanı kümesinde kararsız kalınan olgularda karar vericilere faydalı olacağı yadsınamaz bir gereklilik olarak düşünülmüştür.

Araştırmacıların Beyanları

Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Bu çalışmanın hiç bir aşamasında herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Çalışma için T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'ndan etik kurul onayı ve çalışma izni alınmıştır. (Tarih: 20.09.2023 – Sayı: 21589509/2023/907).

KAYNAKLAR

1) Soysal H. Temel Konu ve Kavramlar. Adli Psikiyatri. 1. Baskı. İstanbul: Özgür Yayınları; 2012. p.29.

2) Resmî Gazete (26.09.2004/25611), 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu; 2004. İkinci Bölüm: Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenler; Akıl hastalığı, Madde 32. Erişim tarihi: 30 Ağustos 2023

3) Tsimploulis, Georgios MD*; Niveau, Gérard MD, PhD†; Eytan, Ariel MD, PhD*; Giannakopoulos, Panteleimon MD, PhD*; Sentissi, Othman MD, PhD*. Schizophrenia and Criminal Responsibility: A Systematic Review. The Journal of Nervous and Mental Disease 206(5):p 370-377, May 2018.

4) Gürkan, Ş., Can, K. C., Kaya, H., Yüksel, R. N., & Göka, E. (2021). Retrospective Evaluation of Cases Examined to Determine Criminal Responsibilities. Noro psikiyatri arsivi, 58(4), 321–326.

5) Batmaz, M., & Oncu, F. (2023). Clinical and offense-related characteristics of male patients with schizophrenia and schizophrenia-like psychotic disorders found not criminally responsible: A sample from Turkiye. Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 36(1).

6) Akpınar, A., & Aksoy, U. M. (2014). Assessing the type of offence and criminal responsibility in borderline and mild intellectual disabilities: Is there any difference?. Abant Med J, 3(1), 7-11.

AİLE HUKUKUNDAN KAYNAKLANAN YÜKÜMLÜLÜĞÜN İHLALİ SUÇU NEDENİYLE TCK 32.MADDESİ KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ-OLGU SUNUMU

Canan Eryiğit İbiş[1], Fatma Süheyla Aliustaoğlu[2], Onur Gökçen[3]

1 Kütahya SBÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kütahya, Türkiye

2 Kütahya SBÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

3 Kütahya SBÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

Sorumlu yazar iletişim bilgileri; canan.eryigit@ksbu.edu.tr 05068967856

AMAÇ

Yasalar önünde bir kişiye işlediği suçlardan dolayı cezai yaptırım uygulanabilmesi için o kişinin ceza sorumluluğu taşıyor olması gerekmektedir.[1] Ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi, günümüz adli psikiyatri uygulamalarının büyük kısmını oluşturmaktadır.[2]

Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) Aile Düzenine Karşı Suçlar bölümünde Madde 233'te aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali suç olarak tanımlanmış olup bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünün ihlali suçu işleyen kişi hakkında bir yıla kadar hapis cezası verilmektedir.[3]

Bu olgu sunumuyla suçun türü, aile hukuku kavramı ile akıl hastalığının ceza sorumluluğu değerlendirilmesi hususunda adli psikiyatrik yaklaşımın tartışılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Yerel mahkeme tarafından "Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali" suçu nedeniyle suç tarihinde TCK 32/1-32/2 maddesi kapsamında değerlendirilmesi istemiyle hastanemiz adli psikiyatri sağlık kuruluna gönderilen Bipolar Duygulanım Bozukluğu tanılı olgu, adli evrakları tüm tıbbi belgeleri, muayene bulguları ile birlikte değerlendirilmiştir.

BULGULAR

37 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı kadın olgu, 8 yıldır bipolar duygulanım bozukluğu ve psikotik belirtili ağır depresyon tanıları ile takip edilmekte olup hakkında çocuk ihmali gerçekleştirdiği iddiaları bulunmaktadır. Kişinin 2 yaşındaki çocuğunun bakım ve gözetimini sağlamadığı, bakıcısına teslim edip uzun süre arayıp sormadığı, bakımı ile ilgilenmediği gibi masraflarını da karşılamadığı ihbar edilmiştir. Yapılan ev incelemesinde evde tertip düzen olmadığı, evde yabancı bir erkeğin bulunduğunun tespit edilmiştir.

Sosyal hizmet uzmanının şüpheli anne ile yaptığı görüşmede ikamet ettiği yerde "3 harflilerin saldırısı olduğunu, duvardan sesler geldiği ve arada bir harflerin belirdiğini" iddia ettiği kayıtlıdır. Sosyal inceleme raporunda; kronik psikiyatrik rahatsızlığı olduğu, tedaviyi kabul etmediği, internetten buldukları bakıcıya çocuğu 24 saat esaslı bıraktıkları ve bir daha arayıp sormadıkları, 7 aylık bakım sürecinde bebeğin sadece bir ay ailesinde kaldığı kayıtlıdır.

Özgeçmişte medikal tedavi aldığı ve psikiyatri servisinde yatış öyküsü bulunmaktadır. Kişinin boşanmış olduğunu, 3 evlilik yaptığı, toplam 4 çocuğu olduğunu, 2 çocuğunun yuvada olduğunu, kendisinin de evlatlık olduğu, üvey ailesiyle arasının kötü olduğunu, eski eşinin kendisine engelli raporu aldırmak için psikiyatri başvuruları olduğunu söylediği anlaşılmıştır.

Adli psikiyatri kurulunda yapılan muayeneleri, tıbbi belgeleri, sosyal inceleme raporu ve heyetçe yapılan muayenesi sonucunda kişinin ataklar ve iyileşme dönemleri ile seyreden bipolar duygulanım bozukluğu denilen akıl hastalığı bulunduğu, kişinin remisyonda görüldüğü, suç tarihinde atak döneminde olduğuna dair tıbbi belge ve bulgu saptanmadığı, dolayısıyla sanığı bulunduğu suça karşı ceza sorumluluğun tam olduğu kararına varılmıştır.



TARTIŞMA VE SONUÇ

Türk Ceza Kanunu'nda ceza sorumluluğunu kaldıran ve azaltan nedenler arasında akıl hastalıkları önemli bir yere sahiptir. Akıl hastalığı ile ilgili hususlar TCK 32 madde 1. fıkrasında 'Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez'; 2. fıkrasında 'Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir.' olarak yer almıştır.[3]

Adli psikiyatri değerlendirmelerde kişinin zekası, akıl hastalıkları, akıl hastalığının atak döneminde olup olmadığı, psikotik bulguların aktif olup olmadığı gibi tıbbi süreçler değerlendirilmekle birlikte soruşturma dosyasında belirtilen suçun niteliği ve işleniş şekli, şüphelinin olaya yönelik motivasyonu, kendini savunma mantığı, suç öncesi ve sonrası tutum ve davranışları, şüpheli ve tanık ifadeleri dikkate alınmalıdır.

Olgumuz Bipolar Duygulanım Bozukluğu tanısı olan akıl hastalığına sahip bir kişi olmakla birlikte tüm tıbbi antesedanı muayene bulguları suçun türü, suç tarihinde hastalığının durumu hep birlikte değerlendirilerek ceza sorumluluğu konusunda rapor düzenlenmiştir. Ceza sorumluluğunun tespit edilmesinde; detaylı anamnez alınması, klinik bulguların değerlendirilmesi, suç tarihine yakın tıbbi belgelerin incelenmesi ile multidisipliner yaklaşım gerektiği sonucuna varıldı.

KAYNAKÇA:

1. Dönmezer S, Erman S, editörler. Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku. Cilt 1, 14. Baskı, İstanbul: Der Yayınları; 2016.
2. Gürkan Ş, Can KC, Kaya H, Nazik Yüksel R, Göka E. Ceza Sorumlulukları Açısından Değerlendirilen Olguların Retrospektif İncelenmesi. Arch Neuropsychiatry 2021;58:321−326.
3. Türk Ceza Kanunu. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuat No: 5237 & MevzuatTur=1 & Mevzuat Tertip=5

ANAHTAR KELİMELER: ceza sorumluluğu, adli psikiyatri, ihmal

ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTANIN BATINA VE KALBE NAFİZ OLAN DELİCİ KESİCİ ALET İLE SUİCİD GİRİŞİMİ- OLGU SUNUMU

Canan ERYİĞİT İBİŞ[1], Hüdaverdi KÜÇÜKER[2]

1 Kütahya SBÜ Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kütahya, Türkiye

2 Kütahya SBÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

Sorumlu yazar iletişim bilgileri; canan.eryigit@ksbu.edu.tr 05068967856

AMAÇ

İntihar 'bireyin duygusal, ruhsal ya da sosyal nedenlerin etkisiyle kendi yaşamına son vermesi' olarak tanımlanmaktadır. İntihar çok yönlü bir olgudur ve nadiren tek bir nedeni vardır. Bununla birlikte intihar riski en çok ruhsal hastalıklar ile ilişkilidir.[1] Anksiyete bozuklukları intihar riskini 6-10 kat, yeme bozukluğu 23 kat arttırır.[2] En sık intihar yöntemi ası olup, bunu ateşli silah, yüksekten atlama ve kimyevi madde alımı takip etmektedir.[3] Kesici-delici alet ile intihar tüm intiharların %2'sini oluştururken, harakiri benzeri batına yönelik kesici-delici aletlerle meydana gelen intihar oranı %0,2'dir.[4]

Bu olgu sunumuyla delici kesici alet ile batın ve toraks bölgesinden çok kez kendini yaralayarak intihar girişiminde bulunan, yaralanması batına ve kalbe nafiz olan, özgeçmişinde anksiyete bozukluğu ve anoreksiya nervoza tanıları olan olgunun tartışılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Anksiyete bozukluğu ve anoreksiya nervoza tanılı hastanın suisidal amaçla kendini delici kesici alet ile yaralaması nedeniyle hastanemiz acil servisine 112 ile başvurusu olup hastane sisteminden muayene, ameliyat ve konsültasyon notları, görüntüleme tetkikleri ile birlikte değerlendirilmiştir.

BULGULAR

25 yaşında kadın olgunun 4 yıl önce anksiyete bozukluğu ve anoreksiya nervoza tanıları ile psikiyatri başvurusu olduğu ve BMI:13.2 olduğu görülmüştür. Sol hemitoraks ön yüzde meme etrafında 4 tane, batında 7 tane 0.5 ile 1 cm arasında değişen çoklu delici kesici alet yaraları olduğu, TA80/50, spO2: 88 olduğu saptanmıştır. Toraks BT: sol plevral aralıkta yaklaşık 6,5 cm kalınlığa ulaşan mayi, komşu akciğer parankiminde atelektazi ve eşlik eden buzlu cam dansiteleri saptanmıştır. Tüm batın BT: solda karın ön duvarında milimetrik abatlı hava değerleri, cilt- cilt altı dokuda çevre kas ve yumuşak doku planları arasında ve batın içerisinde ön duvarda özellikle mide ve karaciğer sol lobda yakın komşuluğu izlenen milimetrik hava değerleri seçildiği tespit edilmiştir. Acil EKO: EF %68, tüm kalp çevresinde perikard mayi olup tamponad gelişmediği, suprapubik pelvik USG: pelviste barsak ansları arasında derinliği 5 cm'ye ulaşan serbest mayi saptanmıştır. Kalp damar cerrahi ameliyat notunda: kalp etrafında hematom ve hemo-mediastinum olduğu, LV anteriorunda LAD 1 cm lateralinde 3 cm uzunlukta delici kesici alet yaralanması lezyonu gözlendiği, 3 adet 3/0 plejitli sütür ile defektin onarıldığı kayıtlıdır. Perop göğüs cerrahı hastayı değerlendirmiş olup toraksta majör yaralanma gözlenmeyip sol toraks üzerindeki delici kesici alet yarasının interkostal odak tespit edilip onarılmıştır. Genel cerrah tarafından devralınan hastanın ameliyat notunda: karaciğer falsiform ligaman solunda, karaciğer sol lobta 1 cmlik laserasyon izlendiği, çevresinde 1 cm ekimozu olduğu, aktif kanamadığı, kesici delici alet yara yerleri içerden periton vicryl ile kapatılmıştır. Kalp ve damar cerrahi yoğun bakımında takip edilen hasta daha sonra psikiyatri servisine devredilerek takip edilmiş ve taburcu olmuştur.



TARTIŞMA VE SONUÇ

Psikiyatri hastalarında intiharın önlenmesi karmaşık ve zor bir süreçtir. Olguların takiplerine düzenli gelmelerine ve ilaçlara uyumunu artırmaya odaklanılmalıdır. İntihar açısından riskli gruplar olan gençler, yaşlılar, psikiyatri hastaları, madde ve alkol bağımlıları ve daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerle ilgili özel önleme programlar hazırlanmalıdır. Hem bireysel, hem çevresel, hem de toplumsal boyutlarda konuyu ele alan önleme programlarının yaşama geçirilmesi intiharları önemli düzeyde azaltacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA:

1. Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. British Medical Bulletin 2011;100:101- 21.
2. Güleç G. Psikiyatrik Bozukluklar ve İntihar. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2016;9(3)
3. Demir S, Yazar ME, Kurtuluş Dereli A, Acar K. Denizli'deki İntihar Ölümlerinin Analizi 10 Yıllık Retrospektif Otopsi Çalışması. Adli Tıp Bülteni, 2018; 23(2): 93-99. https://doi.org/10.17986/blm.2017136922
4. Mugadlimath AB, Sane MR, Zine KU, Hiremath RM. Suicide by self-disembowelment in prison. Arch Med Sadowej Kryminol. 2018;68(3):171-178. https://doi. org/10.5114/amsik.2018.83094 PubMed PMID: 30786658

ANAHTAR KELİMELER: anksiyete bozukluğu, intihar, delici kesici alet yaralanması

HEAD SPACE GAZ KROMATOGRAFİ (HS/GC) CİHAZINDA YAPILAN VALİDASYON ÇALIŞMALARI KAPSAMINDA UYGULANAN SAĞLAMLIK PARAMETRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Abdulkerim DERİN[1], Ahmet Çağrı ATA[2], Elif KESMEN[3], Ahmet Nezih KÖK[4]
Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı

18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2023 Aksu - Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada etil alkolün kötüye kullanımı git gide artmaktadır. Etil alkol kullanımının sağlık, güvenlik, iş üretkenliği ve ev yaşamı üzerinde oldukça fazla olumsuz etkisi vardır. Etil alkol kullanımının doğru ve zamanında tespit edilmesi özellikle adli vakalar açısından çok önemlidir. Bu nedenle adli toksikoloji laboratuvarlarında yürütülen analizlerin güvenirliği çok önemlidir. Bu çalışmanın amacı Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi Alkolmetri Şube Müdürlüğü Laboratuvarında kullanılan Head Space Gaz Kromatografi (HS/GC) cihazının en iyi çalışma koşullarını belirlemektir.

YÖNTEM

Head Space Gaz Kromatografi (HS/GC) cihazı validasyon çalışmaları kapsamında
20mL'lik flakonlar içerisine
144 mg/dL
konsantrasyonda hazırlanan çözeltiden 0,2mL numune üzerine
1mL n-propanol eklenerek
Fırın sıcaklığı (70°C, 75°C ve 80°C)
İğne sıcaklığı (75°C, 80°C ve 85°C)
Süre (10 dk, 15 dk ve 20 dk) parametreleri değiştirilerek analizler yapıldı.





BULGULAR

Fırın sıcaklığı, iğne sıcaklığı ve zaman parametreleri değiştirilerek 81 tane analiz yapıldı. Sağlamlık parametrelerinden her biri değiştikçe sonuçlarda farklılıklar gözlemlendi.

Fırın Sıc.°C	İğne Sıc.°C	Süre dk	Çalışma	Sonuç (mg/dL)
70	75	10	1.1	125
			1.2	139
			1.3	148
70	80	10	1.1	140
			1.2	140
			1.3	140
70	85	10	1.1	145
			1.2	144
			1.3	142
70	75	15	1.1	140
			1.2	140
			1.3	139
70	80	15	1.1	148
			1.2	148
			1.3	140
70	85	15	1.1	145
			1.2	144
			1.3	142
70	75	20	1.1	142
			1.2	140
			1.3	143
70	80	20	1.1	143
			1.2	141
			1.3	154
70	85	20	1.1	134
			1.2	133
			1.3	134

Fırın Sıc.°C	İğne Sıc.°C	Süre dk	Çalışma	Sonuç (mg/dL)
75	**75**	**10**	**1.1**	**143**
			1.2	**142**
			1.3	**144**
75	80	10	1.1	138
			1.2	138
			1.3	142
75	85	10	1.1	146
			1.2	149
			1.3	136
75	75	15	1.1	134
			1.2	133
			1.3	132
75	80	15	1.1	133
			1.2	135
			1.3	133
75	85	15	1.1	130
			1.2	127
			1.3	131
75	75	20	1.1	146
			1.2	142
			1.3	139
75	80	20	1.1	139
			1.2	143
			1.3	143
75	85	20	1.1	142
			1.2	142
			1.3	142

Fırın Sıc.°C	İğne Sıc.°C	Süre dk	Çalışma	Sonuç (mg/dL)
80	**75**	**10**	**1.1**	**143**
			1.2	**145**
			1.3	**145**
80	80	10	1.1	138
			1.2	136
			1.3	86
80	85	10	1.1	141
			1.2	144
			1.3	141
80	75	15	1.1	133
			1.2	134
			1.3	133
80	80	15	1.1	131
			1.2	128
			1.3	132
80	85	15	1.1	127
			1.2	130
			1.3	130
80	75	20	1.1	138
			1.2	139
			1.3	140
80	80	20	1.1	137
			1.2	137
			1.3	139
80	85	20	1.1	140
			1.2	143
			1.3	146

SONUÇLAR

Mevcut kullandığımız metotta parametrelerimiz;
fırın sıcaklığı 75℃, iğne sıcaklığı 75℃ ve süre 15 dakika olmasına rağmen yaptığımız bu çalışmada en iyi sonuçlar;
1-Fırın sıcaklığı 75°C, iğne sıcaklığı 75℃ ve süre 10 dakika
2-Fırın sıcaklığı 80°C, iğne sıcaklığı 75℃ ve süre 10 dakika iken elde edilmiştir.

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonunun izni ile gerçekleştirilmiştir. [26/09/2023; 21589509/2023/977].

YEDİ YAŞINDAKİ BİR ÇOCUKTA BALDIRAN OTU İNTOKSİKASYONU

T.C. ADALET BAKANLIĞI
ADLİ TIP KURUMU

Esra KÖSE[1], Elif KESMEN[2], Ahmet Nezih KÖK[3]
Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 19-22 EKİM 2023 AKSU - ANTALYA

GİRİŞ VE AMAÇ

Antik Yunanistan'da M.Ö. 399 yılında ünlü filozof Sokrates'in ölümüne neden olan maydanozgiller ailesinden baldıran otu; ülkemizin bir çok yerinde yetişebilen kötü kokulu, kapalı tohumlu, çift çenekli, beyaz çiçekli zehirli bir bitkidir. Baldıran otu yapısında poliketid türevi alkaloid olan Coniine mevcuttur. Baldıran otu sinir sisteminin inhibisyonuna yol açan ve sonunda memelilerde boğulma ile ölüme neden olan bir nikotinik asetilkolin reseptörü antagonistidir. Yapraklarının maydanoz ile benzerliği sebebiyle kırsalda yaşayan ya da bitkilere ilgi duyan kişiler tarafından yenilerek zehirlenme durumları oluşmaktadır. Baldıran otu zehirlenmelerinin belirtileri motor sinir uçlarının felci, bulantı, kusma, titreme, hızlı solunum, önce yavaş daha sonra hızlı nabız, sık idrara çıkma, konvülsiyonlar, koma hali oluşmakta daha sonra ölüm ile sonlanmaktadır.

Bu çalışmada yanlışlıkla topladığı zehirli otları yediği iddiasıyla kaldırıldığı hastanede vefat eden ve yapılan analizler sonucunda kanında ve mide içeriğinde baldıran otu alkaloidi olan Coniine maddesi tespit edilen yedi yaşındaki kız çocuğuna ait bir olgu sunulması amaçlanmıştır.



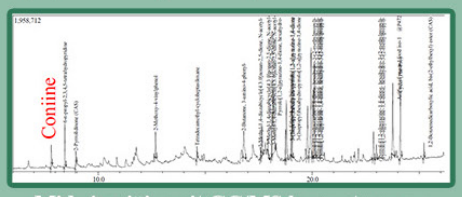
YÖNTEM

Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi'ne gelen vakadan alınan kan ve mide içeriği örnekleri üzerinde ayrı ayrı katı faz ekstraksiyonu (SPE) ile gerekli işlemleri yapıldı. Hazırlanan kan ve mide içeriği numuneleri Shimadzu QP2010-Ultra GC/MS cihazında Restek (0.25 mm x 0.25µm x 30m) kolon kullanılarak 36 dakika genel tarama metoduyla analizleri yapıldı.

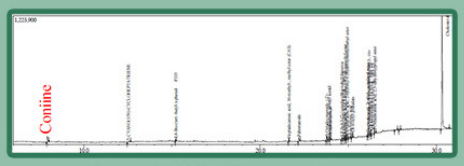


BULGULAR

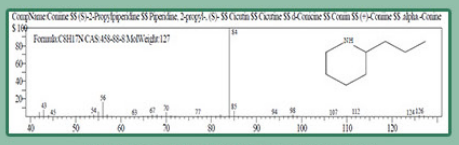
Analizler sonucunda GC/MS cihazıyla elde edilen verilere göre kan ve mide içeriği numunesinde baldıran otunda bulunan alkaloid Coniine maddesi tespit edilmiştir. Diğer incelemeler sonucunda göz içi sıvısında HS/GC cihazı ile yapılan alkol analizinde alkol bulunmadığı, mide içerisinde yeşil renkli tamamen sindirilememiş ot parçaları bulunduğu; karaciğer ve akciğer yüzey kesitlerinde, beyin ve beyincik yüzeylerinde, saçlı deri altında hiperemi dışında herhangi bir şey gözlenmediği; histopatolojik analiz ile iç organ örneklerinde konjesyon oluştuğu gözlemlendiği belirlenmiştir.



Mide içeriğine ait GC/MS kromotogramı



Kana ait GC/MS kromotogramı



Coniine ait GC/MS spektrumu

SONUÇ

Literatüre bakıldığında; baldıran otu zehirlenmesi sonucu gerçekleşen ölüm vakalarında yapılan toksikolojik analizlerde genel olarak Coniine maddesi tespit edilememiştir. Bu çalışmamızda ise hem kan hem de mide içeriği numunelerinde Coniine tespit edilmiş olması, bu çalışmayı değerli hale getirmektedir.

Bu olgu ile kırsal kesimde yaşayan ya da bitkilere ilgi duyan kişilerin daha dikkatli ve bilinçli olmaları; yetkililer tarafından gerekli bilgilendirilmelerin yapılması ve önlemlerin alınması hususunun önemli olduğu sonucuna varılmıştır.



Bu çalışma Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonunun izni ile gerçekleştirilmiştir. [22/02/2023; 21589509/2023/167]

18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2023 Aksu - Antalya
Koç Üniversitesi

ANTEMORTEM KAN VE SIVI REPLASMAN TEDAVİSİNİN POSTMORTEM KAN ETANOL KONSANTRASYONUNA ETKİSİ

Fatime Gül 1, Laçin Lal Çakır1, Görkem Ayas1, Yasemin Günay Balcı2, A. Coşkun Yorulmaz1
1 Koç Üniversitesi Adli Tıp AD, 2Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD

GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüm ile sonuçlanan adli olgularda sıklıkla alkolün tetikleyici ve/veya asıl neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle olay anındaki kan alkol düzeyini bilmek önemlidir. Kan alkol konsantrasyonu yorumlanırken; postmortem ve antemortem süre, alınan alkol miktarı, cinsiyet vb. birçok etkileyici faktör de göz önünde bulundurulmalıdır. Adli tıp uzmanları bu değişkenleri değerlendirmek konusunda deneyimlidir. Bir değişken de ölüm öncesi hipovolemik şok nedenli sıvı ve eritrosit tedavisinin verilmesidir. Bu son değişkenin dilüsyon etkisi ve alkol metabolizma hızı üzerine etkisi görece az tartışılmaktadır. Bu çalışmada, hipovolemik şok nedenli sıvı ve eritrosit replasmanı yapılmış ölümle sonuçlanan olguda postmortem alkol düzeyi ile geriye dönük olarak olay anındaki kan alkol konsantrasyon değerinin hesaplanıp hesaplanamayacağı konusuna dikkat çekilmesi amaçlandı.

OLGU



43 Yaş - Erkek

·2 adet ASMÇ yarası

·1 saat sonra hipovolemik şok tablosunda kaldırıldığı hastanede ex.

· Acil serviste 2 ünite eritrosit, 2000 ml sıvı tedavisi uygulandı. Hastanede alınan kan numunesinden alkol çalışılmadı.

·Ölümden 8 saat sonra yapılan otopside;

Kan alkol düzeyi 63 mg/dl,

Göz içi sıvısındaki etil alkol düzeyi ise 77mg/dl saptandı.

·ASMÇ yaralanmasından yaklaşık 9-10 saat önce alkol almaya başladı.

TARTIŞMA VE SONUÇ



Kan kayıpları olduğunda alınan kan örneklerinde kan alkol düzeyinin ve alkol metabolizma hızının nasıl değiştiği ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Replasman sıvılarının uygulanmasından kaynaklanan hemodilüsyonun, replasman öncesi var olan BAC üzerine nasıl etkisi vardır?

Etanol, vücut ağırlığının %50-60'ını temsil eden toplam vücut suyu (TBW) bölmesine dağılır. Bunu açmak gerekirse; fizyoloji kitaplarında yetişkin bir insanda kan hami vücut ağırlığının yaklaşık %5-8 i kadardır. Bu da 70 kg bir kişide 3,5-5,6 L 'ye karşılık gelmekte olup aynı kişide TBW 35-42 L'ye denk gelmektedir. Kintz, olgu sunumunda etanolün ortalama dağılım hacmine kıyasla eklenen sıvı miktarının nispeten az olduğu dikkate alındığında, antemortem perfüzyonun etkisinin minimal olduğunu göstermiştir. Resüsitasyon sıvıları intra- ve ekstravasküler sıvılar ile TBW arasında hızlı bir şekilde dengelendiğinden;

> BAC üzerindeki seyreltme etkisi minimum düzeydedir.

Vücut ağırlığı ve alınan alkol miktarına dayanarak, tüm vücut sıvıları ve dokularındaki alkol miktarı Widmark denklemi kullanılarak hesaplanabilir.

Göz içi sıvısının, fiziksel olarak izole ve kontaminasyon riskinden uzak olduğu ve kimyasal olarak da kararlı olduğu bilinmektedir.

Ölümden kısa süre önce kan ya da sıvı replasmanı yapılan durumlarda da, kan-retina bariyeri nedeniyle post mortem etil alkol değerinde daha az değişkenlik beklendiğinden, etil alkol başta olmak üzere postmortem toksikolojik analizlerde göz içi sıvısı tercih edilmektedir.

Yine kanın hemoglobin içeriğinin ölçülmesi ile, hemodilüsyon oranı hesaplanabilmektedir. Bu oran, replasman tedavisi öncesi BAC değerinin hesaplanmasına ışık tutabilir.

Travma yaralanmalarından sonra hepatik kan akımı kesilmediği sürece etanol metabolizma hızı sağlıklı bireylerden farklı değildir.

Bu kapsamda çalışmada da kan kaybı sonrası, replasman tedavisinin kan alkol düzeylerinde anlamlı değişim yapmadığı kanaati oluştu. Ancak hastanede alınan kanda alkol çalışılmaması önemli bir kısıtlılığa yol açtı.

$Q_n = C \times P \times V_d$,
(Ölüm anında etanol miktarı denkleminden elde edilir)

(Q_n): Otopside tespit edilen konsantrasyon vasıtasıyla tüm vücutta bulunduğu tahmin edilen etanol miktarı (gram)
(C): otopside tespit edilen kan etanol konsantrasyonu, 0,63
(P): vücut ağırlığı, 133
(V_d): etanolün vücut dağılım hacmi, 0,7
(Qi): Olay anındaki etanol miktarı (gram)
(Q_k): kanama sırasındaki kaybedilen alkol miktarı,
(PV): perfüzyon volümü,2,6
(C_i): olay anında kan konsantrasyonu,

Olguya göre;

$Q_n = C \times P \times V_d$
$Q_n = 0,63 \times 133 \times 0,7 = 58,65$ g
Olay anındaki alkol miktarı (Qi),
$Qb = Qi \times PV/P \times V_d$
$Q_k = Q_i \times 2,6/133 \times 0,7$
$Q_k = 0,027 \times Q_i$
$Qa = Qi - Qb$,
$Qa = Qi \times (1 - 0,027)$
$58,65 = Q_i \times (0,97)$
$Q_i = 60,4$ g

Widmark denklemine göre,

$Ci = Qi / P \times Vd$
$C = 60,4 / 133 \times 0,7$
$Ci = 0,648$g/l 64,8 mg/dl

Otopsi Kan Alkol düzeyi: 63 mg/dl, formüle göre; 64,8 mg/dl değeri bulundu. Saatlik ortalama alkol metabolizması hızı da eklendiğinde 82.8mg/dl sonucu bulundu.

Özellikle sunulan olguda olduğu gibi CPR sırasında sıvı replasmanı yapılması hemodilüsyon etkisini kısıtlamış olabilir. Ancak bu konuda yeterli sayıda veri bulunmamaktadır.

Hemodilüsyona bağlı etil alkol oranının belirlenmesi açısından esas alınacak rehberlerin oluşturulması için sıvı replasmanın alkol değeri üzerindeki değişimini gösterecek daha çok çalışma yapılmalıdır.

Kaynaklar:
1 Kintz P. Influence of antemortem perfusion on autopsy blood ethanol concentration. Forensic Toxicology.2012.
2 Savini F, Tartaglia A, Coccia L, Palestini D, D'Ovidio C, de Grazia U, Merone GM, Bassotti E, Locatelli M. Ethanol Determination in Post-Mortem Samples: Correlation between Blood and VitreousHumor Concentration. Molecules. 2020 Jun 12;25(12):2724
3 Jones AW. Impact of Trauma, Massive Blood Lossand Administration of ResuscitationFluids on a Person's Blood-Alcohol Concentrationand Rate of EthanolMetabolism. AcademicForensic Pathology. 2016;6(1):77-88.

TARIM İLAÇLARININ ORAL ALIMI İLE İNTİHAR OLGUSU

ERTUĞRUL GÖK*'**, SERBÜLENT KILIÇ'***

*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye
**Adli Tıp Kurumu Diyarbakır Grup Başkanlığı, Diyarbakır, Türkiye
*** Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Kastamonu, Türkiye

ertugrulgk@gmail.com, kilicserbulentmd@gmail.com

AMAÇ

Evinde tarım ilaçları almak suretiyle intihar eden bir şahsa ait adli-tıbbi evrak incelenerek orijin tespiti için olay yeri incelemesinde ve otopside farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Adli Tıp Kurumu Diyarbakır Grup Başkanlığı tarafından otopsisi yapılan kişinin adli-tıbbi evrakı, otopsi bulguları, toksikolojik ve histopatolojik analiz sonuçları incelenmiştir.

OLGU

31 yaşında evli, bir çocuklu öğretmenlik yapmakta olan bir erkek, dış merkezde bir il merkezinde evinde yatağında hareketsiz bulunması üzerine çağrılan 112 ambulans servisi tarafından kaldırılmış olduğu sağlık kuruluşunda yapılan muayenesinde; yaşam bulguları olmadığı ve ölü duhul olduğu saptanmıştır. Olay yerinde yapılan incelemede; içinde sarı renkli sıvı bulunan iki adet şişe, yatak çarşafında kusmuk bulaşığı ve kendisine ait iki ay önce yazılmış olan depresif bozukluk tanılı bir adet reçete görülmüştür (Fotoğraf 1).



Fotoğraf 1: Olay yerinde bulunan içinde sarı renkli sıvı olan bir şişe

Ertesi gün yapılan otopsisinde dış muayenede; boyun sağ yanda, her iki dirsek büklümünde, sol kol ön yüzde tıbbi girişime bağlı ekimozlu enjeksiyon izleri, sol burun deliğinde kan bulaşığı, sol el üçüncü parmak dorsalde 0,5cm'lik cildi sıyrık izlenmiştir. Cesette bunların haricinde herhangi bir ateşli, ateşsiz silah yaralanmasına veya darp belirtisine rastlanmamıştır. İç muayenede; boyun sağ yanda enjeksiyon bölgesine uyan alanda yumuşak dokuda 2x1 cm'lik ekimoz; kalp yüzeylerinde yer yer peteşiler; akciğer yüzeylerinde hafif düzeyde antrakotik görünüm, peteşiler, kesitlerinde ödem; bronş ve bronşiyollerde kanlı bulaşık dışında iç organlarda konjesyon izlenmiştir. Vücuttan alınan örnekler üzerinde yapılmış olan histopatolojik incelemede; akciğerlerde intraalveolar taze kanama ve ödem dışında iç organlarda konjesyon saptanmış olup yapılan toksikolojik analizde; iç organlarda salisilic acid, mide içeriğinde organofosfatlı insektisitlerden dichlorvos, malathion ve chlorpyrifos, ayrıca paroxetine, naproxen ve asetil salisilic acid, kanda benzodiazepin grubuna ait etken bir madde olan midazolam, ayrıca salisilic acid, safrada organofosfatlı insektisitlerden dichlorvos, ayrıca naproxen ve salisilic acid bulunmuştur.

Olay yerinden alınmış olan iki adet şişe içerisindeki sarı renkli sıvı örnekleri ile bulaşıklı çarşaf numunesi üzerinde yapılan toksikolojik analizde dichlorvos, malathion ve chlorpyrifos bulunmuştur. Kişinin ölümünün tarımda kullanılan organofosfatlı insektisitlerden oral alınan dichlorvos, malathion ve chlorpyrifos zehirlenmesi sonucu meydana gelmiş olduğu raporlanmıştır.

TARTIŞMA

Bir kişinin isteyerek kendisini öldürmesi olan intihar, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,2). İntihar yöntemlerinden olan zehirlenmeler, adli tıbbi konulardan biridir. Zehirlenmeye yol açan etkenlerden biri de tarım ilaçlarıdır (3,4,5). Tarım ilaçları, ülkemizde sık kullanılan intihar girişimi yöntemlerinden biridir (3,4). Olgumuzun, tarım ilaçlarından olan organofosfatlı insektisitlerin oral yoldan alınması ile intihar ettiği anlaşılmıştır. İlaç içme suretiyle gerçekleştirilen intihar olgularında; genellikle kişi hangi ilaca daha kolay ulaşabiliyorsa onu kullanmaktadır. Tarımsal bölgelerde insektisitler daha sık kullanılmaktadır (6). Organofosfatlı inseksitistler, irreversibl asetil kolin esteraz intibitörü özelliğine sahiptir. Kazaen ya da intihar amaçlı oral alımda, zehirlenme ölümle sonuçlandı ise; mide içeriği dolayısıyla kusmuk materyali henüz rezorbe edilmemiş maddenin saptanması için özel önem taşır (7). Dolayısıyla otopside toksikolojik inceleme yaparken duruma göre mide içeriğinin de alınması önem arz etmektedir. Burada da olay yeri incelemesi yanında adli tahkikat çok önemli olup toksikolojik inceleme için cesetten ve olay yerinden gerekli yerlerden örnekler alınması gerektiğinin farkında olunmalıdır. Alınan bu toksikolojik örneklerin alınmış olan histopatolojik örnekler ile sehven karıştırılmadan laboratuvara gönderilmesine de dikkat edilmelidir. Aksi takdirde alınan toksikolojik örnek, histopatolojik örnekmiş gibi çalışılacağından istenilen dokuda (enjeksiyon alanı dokusu gibi) toksikolojik analiz yapılamayacaktır. Bu hususta adli tıp uzmanlarına büyük görev düşmektedir.

SONUÇ

Sunulan olguda olduğu gibi zehirlenme sonucu öldüğü düşünülen kişilerin ölümleri ile karşılaşıldığında; olayla ilgili adli tahkikat bilgilerine ulaşılmalı, kapsamlı olay yeri incelemesi yapılmalı, bulgular usulüne uygun toplanmalı ve sonrasında otopsi yapılmalıdır. Böylece ölüm nedeni yanında orijinin de açıklığa kavuşmasının kolaylaşacağı unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1-Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara-2008
2-Aykaç M. Adli Tıp. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul-1993
3-Sahin HA, Sahin I, Arabaci F Sociodemographic factors in organophosphate poisonings: a prospective study Hum Exp Toxicol 2003;22:349-353
4- Gök E, Bayraktar E, Ünal AU, Arıca E. bir çocuğun alüminyum fosfit alımı ile intiharı: Olgu sunumu. Adli Bilimler Dergisi 2020;19 (4): 25-30
5-Özden, SY. Adli Tıp El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul-1993
6- Polat O. Adli Tıp. Kardeşler Matbaası, İstanbul-2000.
7-Albek E. Adli Toksikoloji. Adli Tıp Ders Kitabı (Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Editör), Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, ss.235-240, İstanbul-2011

EV BİTKİLERİNDEKİ TOKSİN MADDELERİN LC-HRMS YÖNTEMİYLE TESPİTİ

Burak Arı[1], Elif Bulut Gültekin[1], Yeter Erol Öztürk[1], Altan Günaydın[2]

[1] Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı, Kimya İhtisas Dairesi

[2] Adli Tıp Kurumu Diyarbakır Grup Başkanlığı, Biyoloji İhtisas Dairesi



Amaç:

Vücutta zararlı etkiler oluşturan maddelere "toksin" veya "zehir etkili madde" denir. Zehirli maddeler katı, sıvı veya gaz şeklinde bulunabilir. Özellikle evlerde kullanılan süs bitkilerinin çocuklarla veya evcil hayvanlarla temas halinde olması bu konuda yapılacak çalışmanın önemini artırmaktadır. Bitki toksinleri, genellikle zehirlenme vakalarında sıkça rastlanan yaygın zehirlerdir. Bu konuda karşılaşılan vakaların çoğu tesadüf sonucu meydana gelmektedir. Bitki zehirlenmesi genellikle zehirli bitkilerin diğer yenilebilir bitkiler olarak yanlış tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Bilinçli veya bilinçsiz tüketilen bitkilerdeki çoğu toksin, tüketicilerde titreme, terleme, uyuklama gibi semptomlara yol açabilen sinir toksisitesi ve gelişimsel toksisiteye neden olur, ayrıca tüketici için hafif ya da ağır karaciğer hasarına hatta ölüme yol açabilir. Bu çalışmada ev ve ofislerde bulunan bitki türlerinde 308 tane toksinin kromatografik yöntemle tespit edilmesi amaçlanmıştır.

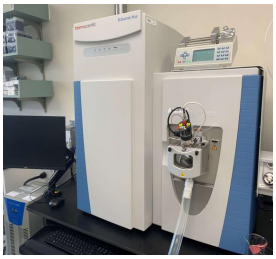
Yöntem:

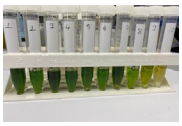
Örneklerin Hazırlanması:

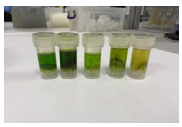
Bu çalışmada aşağıda belirtilen bitki türlerinde ek listedeki toksin maddelerin tespiti için alınan örnekler homojenizatörde (Precellys 24 Touch) 3 mL asetonitril ilavesi ile 7200 rpm'de 80 sn öğütülmüştür. Daha sonra 8000 ve 14 000 rpm'de 10 dakika santrifüj işlemi yapılarak alınan üst faz cihazda analiz edilmiştir.

LC-HR/MS

Orbitrap (LC-HR/MS) cihazında, 50 °C'de Waters ACQUITY BEH C18 (2.1mm x 100mm; 1.7µm;Waters) kolonla mobil faz A %0.1 formik asit /ACN (v/v) ve mobil faz B %0.1 formik asit / H2O (v/v) kullanılarak, 10 µL enjeksiyonla 308 toksin için tarama işlemi yapılmıştır.











Bulgular:

Mum çiçeği (*Hoya Carnosa*), sardunya (*Scented-Leaved Geranium*), tespih çiçeği (*Senecio Rowleyanus*), yılan kaktüsü (*Chamaecereus Silvestrii*), aşkın gözyaşları çiçeği, (*Kalanchoe Daigremontiana*), bambu (*Bambusoideae*), mor telgraf çiçeği *(Tradescantia Pallida),* gelin duvağı *(Bougainvillea spectabilis),* kalanşo ciğer bitkisi *(Kalanchoe Luciae)*, yılan derisi çiçeği *(Haworthia Fasciata),* klivya *(Clivia),* irlanda gülü *(Aeonium Arboreum),* telgraf çiçeği *(Tradescantia Sillamontana),* altuni taflan *(Euonymus Japonica Aurea),* aeoryum *(Aeonium), Anacampseros Rufescens*, gül sardunya *(Pelargonium graveolens),* kalanşo *(Kalanchoe Blossfeldiana)* gibi ev bitkileri taranmış ve Saponarine, Rhoifolin, Phytosphingosine, Vitexin, Diosmin, Epicatechin, Oleanolic Acid, Isorhamnetine, Ursolic Acid, Apigenin, Flavokawain B, Desacetylmatricarin, Homoorientin, Luteolin-3'7-diglucoside, Leucomisine, Eriodictyol β-lapachone gibi tedavi edici etkileri bulunan bileşenlerin yanı sıra özellikle Menekşe ve Şeflera bitkisinde Yangonin, 18-β-glycrrhetinic acid ve Santonin gibi hepatotoksik ve nörotoksik bitki toksinleri tespit edilmiştir. Ayrıca etkileri ile ilgili literatür bilgisi bulunmayan toksin 6-hyroxytropinone klivya, gül sardunya, yılan derisi çiçeği, aloevera, tespih çiçeği, fil kulağı, orkide, bambu, solucan kaktüsü, sardunya bitkilerinde tespit edilmiştir.

Sonuç:

Bu çalışma 29 adet ev bitkisinde yapılan analizler sonucunda Menekşe ve Şeflera bitkilerinin içerisinde Yangonin, 18-β-glycrhetinic acid ve Santonin toksin maddeler tespit edilmesinin, özellikle ev ve ofislerde yetiştirilen bu bitkilerin, insan ve hayvan gibi canlı yaşam alanlarında olmamasına dikkat edilmesinin sağlıklı bir yaşam ortamı yaratabilmek için önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Kaynaklar:

1. Takuma, N., Arao, M., Furuta, K., Asaoka, F., Kawada, T., Fukunaga, K. Food poisoning case by Gloriosa Analysis of colchicine by LC/MS/MS. Kochi-ken Eisei Kenkyujohou (Rep. Pub. Hlth. Kochi), 54(2008), pp. 41–45.
2. Terui, K., Fujita, Y., Takahashi, T., Inoue, Y., Endo, S. Clinical features and management of aconite poisoning induced-arrhythmia in 30 cases. Nihon Kyukyu Igakukai Zasshi, 24 (2013), pp. 857–863.
3. Cox, P.A. (2014). Reference Module in Biomedical SciencesBotanical Neurotoxins. (2014)
4. Da Motta, L.G., de Morais, J.A., Tavares, A.C.A.M., Vianna, L.M.S., et al Maternal and Developmental Toxicity of the Hallucinogenic Plant-Based Beverage Ayahuasca in Rats. Reproductive Toxicology, 77 . (2018), pp.143-153.
5. Chmit, M.S., Wahrig, B. and Beuerle, T. Quantitative and Qualitative Analysis of Pyrrolizidine Alkaloids in Liqueurs, Elixirs and Herbal Juices. Fitoterapia , 136 (2019).

2023 OCAK-TEMMUZ AYLARI ARASINDA ANKARA VE ÇEVRESİNDEKİ İLLERDE MEYDANA GELEN TRAFİK KAZALARINDA ALKOL VE YASAKLI MADDE KULLANIM ORANLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Burak Arı[1], Rüçhan Öztürk[1], Serkan Öztürk[1]

[1] Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı, Kimya İhtisas Dairesi

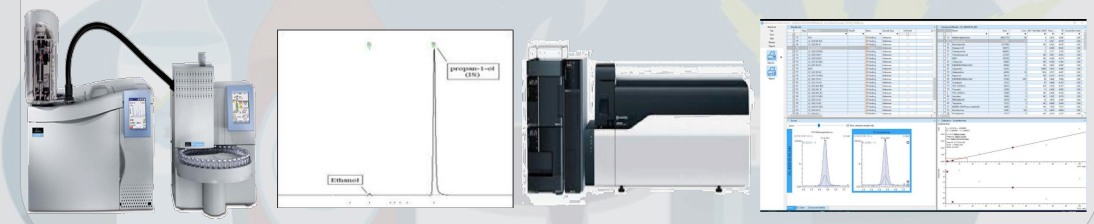


Amaç:

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre her yıl 1.3 milyon kişi karayolu trafik kazaları nedeniyle hayatını kaybetmektedir. 2017 yılında dünya çapında 160.000'den fazla ölüme, etil alkol dışında uyuşturucu madde kullanımının da yol açtığı trafik kazalarının neden olduğu açıklanmıştır. Yapılan çalışmalarda kandaki alkol konsantrasyonu arttıkça kaza riskinin açıkça arttığı tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalar ayrıca alkol dışındaki psikoaktif maddelerin kullanımının da kaza riskinin artmasıyla ilişkili olabileceğini göstermiştir. Bu çalışmada 2023 yılı Ocak-Temmuz ayları arasında Ankara ve çevresindeki illerden gelen trafik kazası nedenli postmortem vakaların alkol (etanol, metanol) ve yasa dışı uyuşturucu kullanım oranlarının yaş ve cinsiyete göre sınıflandırılmasının yapılması amaçlanmıştır.

Yöntem:

Belirtilen vakalarda etanol ve metanol ölçümü kan numunelerinde HS/GC-FID cihazında; yasaklı ve reçeteli maddelerin tespiti ise LC-MS/MS cihazında yapılmıştır. Etanolün metabolitleri açısından teyit analizleri LC-MS/MS cihazında yapılırken, yasaklı ve reçeteli maddelerin teyit analizleri Q-TOF ve ORBİTRAP (LC-HR/MS) cihazlarında yapılmıştır.



Bulgular:

Alkol ve yasa dışı uyuşturucu maddelerin trafik kazaları için risk artırıcı etkenler olduğu düşünüldüğünde, 2023 Ocak-Temmuz ayları arasında toplamda gelen 8484 vaka içerisinden 380 vaka Trafik Kazası (%4.5) teşhisi ile incelenmiş olup, incelenen vakaların yaş ortalaması 47.9, 319 erkek ve 67 kadın, 49 vaka alkol açısından etanol (12-621 mg/dL; ortalama 155.3 mg/dL) ihtiva etmekle birlikte 14 vakada yasaklı maddeler (metamfetamin, amfetamin, MDMA, MDA, THC-COOH, morfin ve kodein) ile 19 vakada reçeteli ilaç (pregabalin) tespit edilmiştir. Metanol tespit edilmemiştir. Kaza sonrası alınan tüm kan örneklerinde alkol, yasa dışı uyuşturucu maddeler (opiatlar, amfetaminler ve amfetamin benzeri maddeler, kannabinoidler) ve reçeteli ilaçların (pregabalin) varlığı açısından taramaları yapılmış olup; trafik kazaları vakalarında %12.9 alkol (etanol), %3.7 yasaklı maddeler (metamfetamin, amfetamin, MDMA, MDA, THC-COOH, morfin ve kodein) ve %5.0 reçeteli ilaç etken maddesi (pregabalin) etkisinde olduğu tespit edilmiştir.







Sonuç: Adli Tıp Kurumu'na gönderilmiş toplam 8484 vakada yapılmış olan retrospektif tarama sonucunda trafik kazası gibi adli olaylar ile alkol ve uyuşturucu-uyarıcı maddeler açısından pozitif bir korelasyon olduğu görülmüştür.

Kaynaklar:

1. World Health Organization (WHO). Global status report on road safety (2021).
2. Alvarez-Freire, I., López-Guarnido, O., Cabarcos-Fernández, P., Couce-Sánchez, M., Bermejo-Barrera, A. M., & Tabernero-Duque, M. J. Statistical analysis of toxicological data of victims of traffic accidents in Galicia (Spain). Prevention science, (2023), pp. 1-9.
3. Borkenstein, R.F., Crowter, R.P., Zeil, W.W., Zylman, R., The role of the drinking driver in traffic accidents ("The Grand Rapids Study") Supplement 1. Bloominton, IN. Department of Police Administration, Indiana University. Blutalcohol 11 (1974).
4. Hurst, P.M., Harte, D., Frith, W., The grand rapids dip revisited. Accid. Anal. Prev. 26 (5), 647–654. Barbone, F., McMahon, A.D., Davey, P.G., Morris, A.D., Reid, I.C., McDevitt, D.G., 1998. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. Lancet 352 (October (9137)) (1994) pp. 1331–1336.
5. Bombana, H. S., Bogstrand, S. T., Gjerde, H., Jamt, R. E. G., de Carvalho, H. B., Andreuccetti, G., ... & Greve, J. M. D. A. Use of alcohol and illicit drugs by trauma patients in Sao Paulo, Brazil. Injury, 53(1) (2022), pp. 30-36.
6. Honkanen, R., Ertama, L., Linnoila, M., et al., Role of drugs in traffic accidents. Br. Med. J. 281 (1980), pp. 1309–1312.
7. Neutel, C.I., Benzodiazepine-related traffic accidents in young and elderly drivers. Hum. Psychopharmacol. 13 (Suppl. 2) (1998), pp.115–S123.
8. Movig, K.L.L., Mathijssen, M.P.M., Nagel, P.H.A., van Egmond, T., de Gier, J.J., Leufkens, H.G.M., Egberts, A.C.G., Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. Accid. Anal. Prev. 36 (2004), 631–636.

ADLİ TIP KURUMU TRABZON GRUP BAŞKANLIĞI KİMYA İHTİSAS DAİRESİNİN AKREDİTASYON VE VALİDASYON ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Özgür TURNA[1], Hüseyin Çetin KETENCİ[1,2], Hülya SAVAŞ[1], Fatih ÇAKIROĞLU[1], M. Dilek ERKAN[1], Kübra ŞAHİN[1], Şansen BAHÇEKAPILI[1]

[1]Adli Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığı, Trabzon

[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Rize

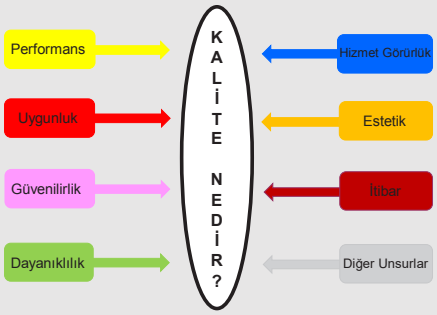
turnaozgur@hotmail.com

GİRİŞ

Akreditasyon; genellikle gönüllü kurum veya kuruluşların yapı ve süreçlerinin, önceden oluşturulmuş performans standartlarına uygunluğunun, bu amaçla eğitilmiş bağımsız dış denetçiler tarafından multidisipliner bir ekip aracılığı denetlenmesi neticesinde tüzel bir kişilik tarafından onaylanan resmi bir süreçtir.

Trabzon Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi olarak amacımız sunmuş olduğumuz hizmetin kalitesini ölçmek, çalışan, analiz ve kurum düzeyinde iyileştirmeler planlayıp uygulamak ve yeniden değerlendirme sürecini bir sistem dâhilinde sürekli hale getirmektir.

Akreditasyon kalite güvence aracı olduğundan, akreditasyonda kaliteli hizmeti sağlayabilmek için örgütsel inanç, eylem ve uyumu içeren üç temel aşama gereklidir.



Kimya İhtisas Dairesi olarak bu aşamaların gerekliliği tarafımızca idrak edilerek çalışmalarımıza başlanmıştır.

Akreditasyonla birlikte hedefimiz mesleki gelişimi ve ilerlemeyi destekleyip, kişisel yaklaşımlardan süreç yaklaşımlarına dönüşümü gerçekleştirmek ve bu anlayışın yerleşmesini sağlamaktır. Çalışan tüm personelimizi, işini iyi yapmak için bilgilenme süreçlerine katmak, fikirlerine değer vermek sonuç olarak da tatminkarlık düzeyleri arttırılıp kalite faaliyetlerine ilgiyi artırmaktır.

METOT VE BULGULAR

Sunulan adalet hizmetlerinin değerlendirilmesi ancak akreditasyon programları gibi amaca yönelik belirlenen kriterler, göstergeler ve standartların bağımsız değerlendiriciler aracılığıyla değerlendirilmesi ile yapılabilmektedir. Geçerli kılma yani validasyon, metodun ilgili performans kriterlerine uygunluğunun saptanması için metot parametrelerinin belirlenip incelendiği bir geçerlilik çalışmasıdır. Valide edilmiş metodun amacı bu metotla elde edilen sonuçların güvenilirliğinin sağlanmasıdır.

Trabzon Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi olarak yapılan validasyon çalışmalarımızın özeti aşağıda sunulmuştur. Otopsi Şubesinden alınan kan örneklerinde, kantitatif etanol ölçümleri HS/GC (Head Space / Gaz Kromatografi) cihazında yapıldı. Kolon olarak, Elite-BAC1 Advantage (30mx0,32mmx1,8µm) ve Elite-BAC2 Advantage (30mx0,32mmx1,8µm) kapiler kolonları kullanıldı. Metot validasyonu için incelenen performans kriterleri; doğruluk, kesinlik, seçicilik, tespit limiti, tayin limiti, sağlamlık, doğrusallık ve ölçüm aralığı olup bu parametrelerin istenilen değerlerde olduğu görüldü. Böylece metodumuz valide edilerek bu metotla elde edilen sonuçların güvenilirliği sağlandı.

Tekrarlanabilirlik

Ortalama:	72,73	72,11
Standart Sapma:	0,56	0,98
% RSD	0,77	1,36
Serbestlik Derecesi , m+n-2	18	
s'	0,80	
t Bulunan	1,7604	
Uygunluk kriteri (t Bulunan < t Kritik)	1,7604 < 2,10	
F Bulunan	3,086	
Uygunluk kriteri (F Bulunan < F Kritik)	3,086 < 4,026	
Sonuç	Anlamlı Bir Fark Yoktur	
Tekrarlanabilirlik Limiti	2,25	

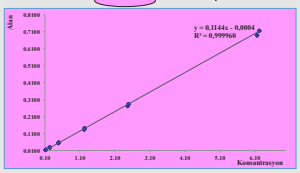
Aynı gün, aynı laboratuvar, aynı cihaz, iki araştırmacı, 3 farklı derişimle 10'ar analiz yapıldı. Düşük, orta ve yüksek derişimlerdeki tekrarlanabilirlik sonuçları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Tabloda orta derişimdeki tekrarlanabilirlik sonuçları yer almaktadır.

Yeniden Üretilebilirlik

Ortalama:	72,25	72,53
Standart Sapma:	0,71	0,40
%RSD	0,98	0,55
Serbestlik Derecesi , m+n-2	10	
s'	0,57	
t Bulunan	0,8535	
Uygunluk kriteri (t Bulunan < t Kritik)	0,8535 < 2,23	
F Bulunan	3,159	
Uygunluk kriteri (F Bulunan < F Kritik)	3,159 < 7,146	
Sonuç	Anlamlı Bir Fark Yoktur	
Tekrarlanabilirlik Limiti	1,63	

Farklı günlerde, aynı laboratuvar, aynı cihaz, iki araştırmacı, 3 farklı derişimle 6'şar analiz yapıldı. Düşük, orta ve yüksek derişimlerdeki yeniden üretilebilirlik sonuçları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Tabloda orta derişimdeki yeniden üretilebilirlik sonuçları yer almaktadır.

Doğrusallık ve Çalışma Aralığı



Analit derişime karşı dedektör cevabının doğru orantılı olarak artması ve çizilen grafikte noktaların doğru üzerinde veya yakın olarak yer almasıdır. Eğim, kesişim ve korelasyon katsayısı (R^2) doğrusallığı veren parametrelerdir. Çalışmamızda R^2 değerinin 0,9999 üzerinde olduğu görüldü.

Kalibrasyon eğrisi, 7,90 - 395,10 mg/dL aralığında 6 farklı konsantrasyonda 3 paralel ölçüm yapılarak oluşturulmuştur.

Gözlenebilme Sınırı (LOD) / Tayin Sınırı (LOQ)

Ortalama	3,73
Standart Sapma	0,13
%RSD	3,55
LOD	4,13
LOQ	5,06
Raporlama Limiti	10 mg/dl

LOD: Analizi yapılan örneğin belirdiği fakat kantitatif sınırlar içerisine girmeyen en düşük derişimdir. Yapılan 10 analiz sonucunda LOD değerimiz 4 mg/dl dir.

LOQ: Analizi yapılan örneğin kabul edilebilir düzeyde miktarının tayin edilebileceği doğrusallığın en alt derişimini oluşturan düzeyidir. Yapılan 10 analiz sonucunda LOQ değerimiz 5 mg/dl dir.

Doğruluk ve Geri Kazanım

Ortalama	100,88	100,15	100,32
sd	0,014	0,014	0,013
sd/√n	0,004	0,004	0,004
RSD	0,0001	0,0001	0,0001
%RSD	0,0135	0,0136	0,0131
RSD Pooled	0,0001		

Doğruluk: Ölçülen değerin doğru değere yakınlığını gösterir. Bir yöntem için doğruluk, geri kazanım çalışmaları ile belirlenir: % Gerikazanım = (Cu / Cs) x 100
Cu= Çalışma sonucunda bulunan konsantrasyon
Cs= Bilinen konsantrasyon

Üç farklı konsantrasyonda 10'ar analiz yapılarak elde edilen Gerikazanım değerlerinin istenilen aralıkta olduğu görüldü.

Sağlamlık

ORT	144,88	144,91	143,58
SD	1,75	1,55	1,34
%RSD	1,21	1,07	0,93
n	3	3	3
70 °C - 75 °C Arasında	Serbestlik derecesi, m+n-2		4
	s'		1,65
	t bulunan		0,02
	uygunluk kriteri		t bulunan< t kritik
	Sonuç		Anlamlı bir fark yoktur
70 °C - 80 °C Arasında	Serbestlik derecesi, m+n-2		4
	s'		1,45
	t bulunan		1,13
	uygunluk kriteri		t bulunan< t kritik
	Sonuç		Anlamlı bir fark yoktur

ORT	148,19	144,42	143,25
SD	2,21	2,13	2,83
%RSD	1,49	1,48	1,97
n	3	3	3
10 dak. - 15 dak. arasında	Serbestlik derecesi, m+n-2		4
	s'		2,17
	t bulunan		2,13
	uygunluk kriteri		t bulunan< t kritik
	Sonuç		Anlamlı bir fark yoktur
15 dak. - 20 dak. arasında	Serbestlik derecesi, m+n-2		4
	s'		2,50
	t bulunan		0,57
	uygunluk kriteri		t bulunan< t kritik
	Sonuç		Anlamlı bir fark yoktur

Sağlamlık, çalışmaları laboratuvardan kaynaklanan bazı küçük sapmaların ve bunların analiz sonuçları üzerine etkisini inceler. Çalışmamızda, kolon sıcaklığı ve analiz süresi değiştirildi.

70°C, 75°C ve 80°C sıcaklığında üçer analiz yapıldı. 10 dk, 15 dk ve 20 dk olmak üzere 3 farklı zamanda üçer analiz yapıldı. Sonuçlar arasında anlamlı bir fark görülmedi.

Seçicilik

Analiz Adı	Rt(A)	Rt(B)
Metanol	0,83	0,80
Etanol	1,03	0,95
İsopropil alkol	1,26	1,09
Formaldehit	1,43	0,94
Aseton	1,36	1,02
n-propanol	1,74	1,52
n-butanol	3,57	2,99
Toluen	7,84	3,75

Beklenen fiziksel/kimyasal girişimler varlığında analitik yöntemin, sadece amaçlanan bileşen veya bileşenlerin doğru şekilde ölçülebilme yeteneğidir. Girişime neden olabilecek ve matrikste bulunan maddeler standart üzerine eklenerek girişime neden olup olmadığı kontrol edilir.

Tabloda; Rt değerleri incelendiğinde, etanol üzerine eklenen maddelerin girişime neden olmadığı görüldü.

Matriks Etkisi

Ortalama:	146,28	144,49
Standart Sapma:	2,92	2,83
%RSD	2,00	1,96
Serbestlik Derecesi , m+n-2	10	
s'	2,88	
t Bulunan	1,08	
Uygunluk kriteri (t Bulunan < t Kritik)	1,08 < 2,23	
F Bulunan	1,07	
Uygunluk kriteri (F Bulunan < F Kritik)	1,07 < 7,15	
Sonuç	Anlamlı Bir Fark Yoktur	

Matriks, örnek içinde bulunan analitten başka diğer her şeydir; sonucu değiştiren bu tür etkilere 'matriks etkisi' denilir.

Tabloda; 6'şar analiz su ve kan numuneleri içerisinde yapılarak matriks etkisi araştırılmıştır. Matriks etkisinin sonuca etkisi yönünde anlamlı bir fark yoktur.

SONUÇ

Akreditasyonla ilgili ulusal ve uluslararası düzenlemeler, bu konuda bir mecburiyet getirmemektedir. Akreditasyon, tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sürekli iyileştirme, Toplam Kalite Yönetimi anlayışında bir hayat felsefesidir ve uzun soluklu bir çabadır. Bu sürecin başlaması ise üst yönetimin kararlılığı ve istekliliği ile olmaktadır. Bilinen şeyler en iyi şekilde yapılıyor olsa dahi, bu gelecek için yeterli değildir. Sürekli iyileştirme, işletme temelinde her türlü koşul ve çevreden gelen (müşteriler, çalışanlar, tedarikçiler, girişimciler ve yönetim gibi) memnuniyetsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik yapıcı, yenilikçi ve yaratıcı bir süreci kapsamaktadır.

Laboratuvar akreditasyonu teknik yeterliliğin güvenilir bir göstergesi olarak hem ulusal hem de uluslararası yüksek saygınlığı ifade eder ve laboratuvara itibar kazandırır. Ayrıca laboratuvarların yeterliliğinin resmi olarak tanınmasını sağlayarak müşterilere güvenilir analiz ve raporlama hizmetlerini sunar. Kimya İhtisas Dairesi olarak bilirkişilik hizmeti yapmış olmamız ve laboratuvarlarımızın hizmet kalitesini artırma isteği bizi akredite olmaya iten etkenlerin başında gelmektedir. Bu amaçla çalışmalarımız devam etmekte olup kaliteden taviz vermeden devamlı olarak gelişmeyi hedeflemekteyiz.

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 19-22 EKİM 2023 AKSU - ANTALYA

ADLİ TOKSİKOLOJİ ANALİZLERİNDE KULLANILAN SIVI KROMATOGRAFİSİ-TANDEM KÜTLE SPEKTROMETRESİ (LC-MS/MS) CİHAZI İLE İLGİLİ RİSKLERİN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

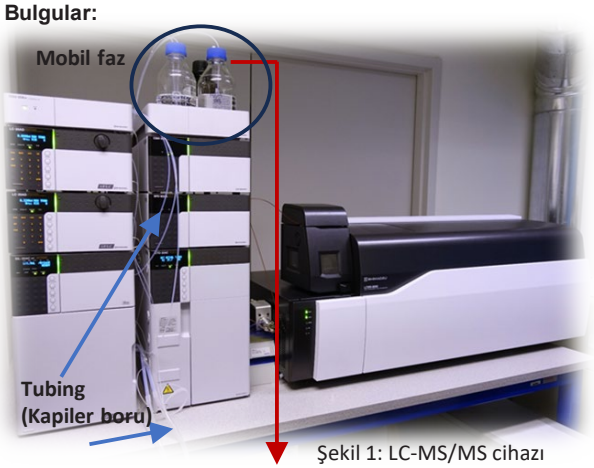
Feyza ÜNEL[1], Zehra YILDIZ[2], Mehmet ŞAHİN[1]

[1] Adli Tıp Kurumu Adana Grup Başkanlığı, Adana/TÜRKİYE, feyza.unel@hotmail.com

[2] Tarsus Üniversitesi Mühendislik Fakültesi, Mühendislik Temel Bilimleri, Mersin/TÜRKİYE

Amaç: Adli toksikoloji laboratuvarlarında yüksek hassasiyet ve kısa analiz süresi gibi avantajlarından dolayı kullanılan sıvı kromatografisi- tandem kütle spektrometresi (LC-MS/MS) cihazının kullanımında iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak için risk değerlendirmesi yapmaktır.

Bulgular:



Şekil 1: LC-MS/MS cihazı

Alınması gereken önlemler;

- Mobil faz hazırlanırken çeker ocak kullanılmalı, vialler teslim alınırken kişisel koruyucu donanımlar (eldiven, gözlük, önlük vb.) kullanılmalıdır.
- Atık kabı kapakları gaz sızdırmaz olmalıdır. Cihazın pompası düşük akış hızı (0,5mL/dak) ile ayarlanmalı ve kademeli olarak artırılmalıdır, pompa basıncının maksimum sınırın çok altında olduğundan emin olunmalıdır.
- Cihazın bakımı düzenli aralıklarla yaptırılmalıdır. Mobil faz cihazlara yerleştirilirken sağlam ve korunaklı merdiven kullanılmalı, kimyasal madde dökülme kitleri, yangın battaniyesi ve yangın söndürücü tüpler laboratuvarda ver almalıdır.



Şekil 2.Kimyasal madde dökülme kiti



Şekil 3. Kişisel koruyucu donanımlar

Sonuç: Uyuşturucu-uyarıcı maddeler, ilaç etken maddeleri ve pestisit analizlerinde kullanılan LC-MS/MS cihazlarının RD'leri cihaz sorumluları tarafından incelenmeli, analiz prosedürlerine uygun İSG talimatlarını cihaz sorumluları ve iş güvenliği uzmanı beraber hazırlamalı, bu talimatların yazılı olduğu formlar laboratuvarda uygun yerlere asılmalıdır.

Yöntem: Adli Tıp Kurumu'ndan (ATK) alınan bilimsel çalışma izniyle ATK Adana Grup Başkanlığı adli toksikoloji laboratuvarlarında yer alan LC-MS/MS cihazları incelenmiş kullanıcıları etkileyebilecek olası riskler değerlendirilmiştir.

Olası tehlikeler;

- LC-MS/MS cihazının mobil fazılarının (asetonitril, metanol) toksik olması, çalışanların mobil faz hazırlarken çözücüleri soluması, çözücülerin cilde teması,
- Cihazın tubing (kapiler boru) kısmından çözücü sıçraması
- Mobil fazın LC-MS/MS cihazına yerleştirilmesi sırasında çalışanın düşmesi, mobil fazın çalışanın üzerine dökülmesi,
- Cihazın bakımında manuel purge (temizleme) yapılırken yüksek basınç nedeniyle kapiler boruların bağlantıdan kopması, mobil fazın sızarak cihazın güç bağlantısına teması,
- Kimyasal açıdan oldukça toksik ve bulaşıcı patojenlerin bulunabileceği örneklerin yer aldığı cam viallerin olası kırılması

Riskler; Çalışanın düşmesi, cam kesikleri, enfeksiyon bulaşı, pestisit vb. toksik kimyasal maddelere maruziyet, merkezi sinir sistemi hasarları, parlama, yangın vb.



Şekil 4. Metanol



Şekil 5. Yangın söndürme tüpü

KAYNAKLAR

[1]. Altin ZG, Dag M, Aydogmus E. Risk analysis by Fine-Kinney Method in a Laboratory, Journal of Physical Chemistry and Functional Materials 2018;1-1

[2]. Hofer, M., Fisher, D. , Zaman, K. (2015 b). High pressure liquid chromatography (HPLC) Risk Assessment Form, The University of Sydney, School of Molecular Bioscience

[3]. Ünel, F. (2022). Adli bilimlerin adli toksikoloji alanında yapılan çalışmalarında iş sağlığı ve güvenliği açısından risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi).

PEDİATRİK OLGULARDA ZEHİRLENMELER

Büşra Baydemir KILIÇ[1] Mustafa Talip ŞENER[2], Ahmet Nezih KÖK[2]

Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı[1], Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, [2]Erzurum

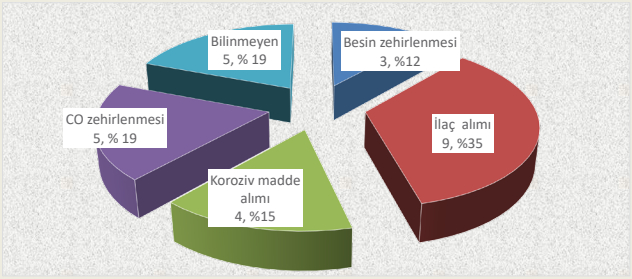
Giriş ve Amaç

Zehirlenmeler hemen her yaşta görülebilmesine rağmen, olguların çoğunluğunu 5 yaş altındaki çocuklar oluşturur. İlk beş yaş grubunda zehirlenmeler erkek çocuklarında daha sık görülmektedir ve genellikle tek bir madde alımı ile gerçekleşir. Evde bulunan kimyasal maddelerin ve ilaçların çocukların ulaşabileceği yerlerde bulunması, bazı ilaçların çocukların dikkatini çekecek renk ve şekilde piyasaya sürülmesi, ailenin ilgisizliği çocuklardaki zehirlenme sıklığının artmasına neden olmaktadır. Zehirlenmelerin %80-85'i kaza, %15-20'si ise intihar ile oluşmaktadır. Biz bu çalışmamızda pediatrik yaş grubunda bulunan olguların zehirlenmelerinin sebeplerini ve engellemek için çözüm yolları bulmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında 01 Ocak 2016 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında düzenlenen adli arşiv kayıtlarına ulaşıldı (n=8246). Öncelikle arşiv dosyaları incelenerek 0-18 yaş grubu içinde olan adli tıbbi değerlendirme yapılan olgular belirlendi (n=2038). Bunlar içerisinden zehirlenme nedeni ile adli tıbbi değerlendirme yapılan olgular seçilerek çalışma kapsamında incelendi (n=26).

Bulgular



Çalışma Kapsamında değerlendirilen 26 zehirlenme olgusundan 5 olgunun (%19) CO zehirlenmesi, 3 olgunun (%12) besin zehirlenmesi, 9 (%35) olgunun ilaç alımı, 4 (%15) olgunun koroziv madde alımı sonucu zehirlendiği, diğer 5 (%19) olgunun ise çeşitli ot ve bilinmeyen diğer maddelere maruziyet sonucu zehirlendiği belirlendi. Zehirlenme olgularının %27'si bebeklik döneminde, %30.7'si oyun çocuğu, %11.6'sının okul çocukluğu döneminde, %30.7'sinin ise ergenlik döneminde olduğu bulundu. Yaş grupları zehirlenme şekillerine göre değerlendirildiğinde; koroziv madde ve bilinmeyen madde alımının en çok 0-2 yaş grubunda, besin zehirlenmesinin 12-18 yaş grubunda, ilaç alımının ise 3-6 yaş grubu olan oyun çocukluğunda ve ergen yaş grubunda sık olduğu görüldü

Tartışma ve sonuç

Çocuklarda önemli bir travma nedeni de zehirlenmelerdir. Çalışmamızda zehirlenme olgularının %58'ini 0-6 yaş grubunda bebeklik ve oyun çocukluğu döneminde olan olgular oluşturmaktadır.

Zehirlenme şekli	0-2 yaş n (%)	3-6 yaş n (%)	7-11 yaş n (%)	12-18 yaş n (%)	Toplam
İlaç alımı	1 (14)	4 (50)	1 (33)	3 (37.5)	9 (35)
Koroziv madde alımı	3(43)	1 (12.5)	0 (0)	0 (0)	4 (15)
Besin zehirlenmesi	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (37.5)	3 (12)
CO zehirlenmesi	0 (0)	1 (12.5)	2 (67)	2 (25)	5 (19)
Bilinmeyen	3 (43)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	5 (19)
Toplam	7 (100)	8 (100)	3 (100)	8 (100)	26 (100)

Trakya bölgesinde yapılan bir çalışmada da acil servise başvuran tüm pediatrik olguların %1.6'sının zehirlenme olduğu ve olguların çoğunluğunun 2-3 yaş grubunda olduğunu belirtilmiştir (1). Suat Biçer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise pediatrik olgularda akut zehirlenme olgularının % 65 oranında 1-5 yaş aralığında olduğunu ve bu durumun bu yaş grubunda hareketliliğin artmasına, araştırma ve öğrenme merakının gelişmesine bağlı olduğunu, ebeveynlerin ilaç ve diğer toksik maddeleri çocuk için ulaşılabilir bölgelerde bulundurmaları, yeterli önlemleri almamaları sebebi ile zehirlenme olaylarının sık olduğunu belirtmiştir (2). Bükülmez ve arkadaşları ise çocuk acil servise başvuran olguları değerlendirdikleri bir çalışmada olguların %1.76'sının zehirlenme olguları olduğunu ve zehirlenmelerin %60,1'inin 0-4 yaş grubunda olduğunu belirtmiştir (3). Çocukluk döneminde fiziksel ve zihinsel gelişimin hızlı olması nedeni ile zehirlenmeye neden olan etkenler yaş grubuna göre değişim göstermektedir. Zehirlenmeye yol açan faktörler bölgeye, ailenin eğitim düzeyine ve toplumsal alışkanlıklara göre de değişkenlik gösterebilir. Çalışmamızda zehirlenmeler yaş gruplarına göre sınıflandığında; koroziv madde ve bilinmeyen madde alımının en çok 0-2 yaş grubunda, ilaç alımının ise 3-6 yaş grubu olan oyun çocukluğunda ve ergen yaş grubunda, besin zehirlenmesinin ise 12-18 yaş grubu olan ergen dönemde sık olduğu görüldü. Çocuklarda 2-3 yaşlarda ev temizlik maddeleri, 3-5 yaşlarında ilaçlar ile zehirlenmelerin sık olduğu, okul çocukluğu ve ergenlik dönemlerinde ise intihar amaçlı ilaç zehirlenmelerinin sık olarak görüldüğü bildirilmektedir (4). Amerika Birleşik Devletleri Zehir Danışma Merkezi verilerine göre kaza orjinli olarak en sık altı yaş altında, öz kıyım amaçlı ise en sık 13-19 yaş arasında zehirlenme vakaları görülmektedir (5). Çalışmamızda da öz kıyım girişimi olduğu bilinen iki olgunun ergenlik döneminde olduğu görüldü ve elde edilen veriler literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bu konuda ilgili kurumlarca özeelikle 0-6 yaş yaş grubunda meydana gelen kazaların önlenmesine yönelik çalışmalar yapılarak, ev içinde güvenli bir alan oluşturularak, özellikle anneler başta olmak üzere aileye ve topluma bu konuya yönelik eğitim verilerek ve farkındalık artırılarak mağduriyet önlenebilir.

Kaynaklar

1.Öner N, İnan M, Vatansever Ü, Turan Ç, Çeltik C, Küçükuğurluoğlu Y, et al. Trakya bölgesinde çocuklarda görülen zehirlenmeler. Türk Pediatri Arşivi 2004; 39: 25- 30

2. Biçer S, Sezer S, Çetindağ F, Kesikminare M, Tombulca N, Aydoğan G. Çocuk acil kliniği 2005 yılı akut zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. Marmara Medical Journal. 2007;20(1):12-20.

3.Bükülmez A, Tahta EG, Şen TA, Alpay F. Çocuk acil servisine başvuran zehirlenme vakalarının değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi. 2013;14(1).

4.Özcan T, Tosun A, İnan G, Yendur G, Özbek E, Can D, et al. Hastanemize başvuran zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 3(1):5-8 2002.

5.Litovitz T, White NC, Watson WA. Epidemiology of pediatric poison exposures: an analysis of 2003 poison control center data. Clinical Pediatric Emergency Medicine. 2005;6(2):68-75.

TRAFİK KAZASININ TETİKLEDİĞİ STRESÖR FAKTÖRLERE BAĞLI ÖLÜM: OLGU SUNUMU

Berat Bayraktar
Adli Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanlığı

Giriş ve Amaç: Stres ve akut anksiyete anında salgılanan hormonların kişide mevcut kalp hastalığının şiddetini artırarak kalp yetmezliği ve ölüme sebep olabildiği bilinmektedir. Trafik kazası olarak bildirilen ancak araştırıldığında akut stres ve anksiyetenin tetiklediği akut koroner sendrom sonucu vefat eden olgu ilginç bulunarak sunulmuştur.

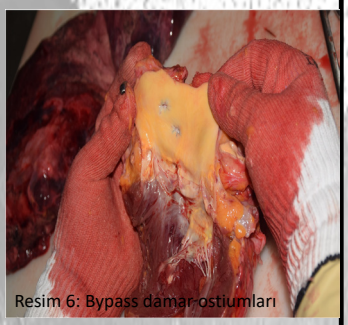

Resim 1: Temsili trafik kazası

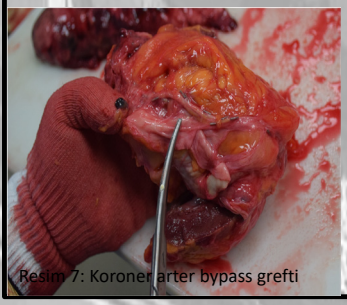

Resim 2: Geçirilmiş operasyon skarı


Resim 3: CPR'a bağlı kot kırıkları


Resim 4: Koroner arter bypass grefti


Resim 5: Koroner arter bypass grefti


Resim 6: Bypass damar ostiumları


Resim 7: Koroner arter bypass grefti


Resim 8: Aterosklerotik damar lümeni

Olgu: Trafik kazası nedeniyle acil servise getirilip müdahale sonrası öldüğü bildirilen 51 yaşında kadın olgunun otopsisi yapılmıştır. Harici muayenede; göğüs orta hatta geçirilmiş operasyon skarı, yüzde ve ekstremitelerde abrazyon ve ekimozlar dışında travmatik lezyona rastlanmamıştır. Görüntülemede yeniden canlandırmaya (CPR) bağlı kot kırıkları dışında kemik kırığına rastlanmamıştır. Dış beden muayene bulguları ile olayın öyküsünün uyumlu olmadığı düşünülerek, sağlık personeli ile yapılan görüşmede hastanın ayaktan yanında refakatçi ile başvurduğu ancak hastanın aşırı derecede kaygılı olduğu, ölüm korkusu yaşadığı, hastayı sakinleştirmekte zorlandıkları öğrenilmiştir. Olgunun iç muayenesinde; CPR'a bağlı multiple kot kırıkları, sternum üstünde 6 adet metalik sütur, kalp anteriorda koroner arter bypass greft operasyonuna sekonder metalik süturler, bypass damarı ve sol ventrikül posteriorda 2,5x2 cm'lik kanama alanı olduğu tespit edilmiştir. Göğüs boşluğu ve batın temiz bulunmuştur. İç organlarda travmatik lezyona rastlanmamıştır. Toksikoloji raporunun temiz olduğu, Histopatoloji raporunda; "Süture alanları çevresi kanama ve granülasyon dokusu izlenen konjesyone kalp kası" olarak değerlendirildiği, tıbbi kayıtlarında; Troponin I değerinin 0,15 (0,010-0,023) olduğu görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç: Akut stresin sistolik ve diyastolik kan basıncını ve miyokardiyal oksijen tüketimini artırdığı, koroner perfüzyonu azalttığı ve böylece potansiyel olarak miyokardiyal iskemiyi teşvik ettiği bilinmektedir (1,2,3). Yapılan otopsi sonucu geçirilmiş bypass öyküsü olan kişinin akut stresör faktörlerin tetiklediği akut koroner sendrom sonucu vefat ettiği kanaatine varılmıştır. Olgunun geliş öyküsü ile otopsi sonucu oldukça farklıdır. Tam anlamıyla eksiksiz bir otopsi için; otopsiyi yapan hekimin her zaman ulaşabildiği tüm tıbbi verileri elde etmesi, yakınlarından detaylı tıbbi öykü alması, vakaya müdahale eden hekimler ve hatta gerekirse vakaya müdahil sağlık personeli ile görüşmesi son derece önemlidir.

KAYNAKLAR
1. Tennant C, McLean L. The impact of emotions on coronary heart disease risk. J Cardiovasc Risk 2001;8:175–83.
2. M.W. Ketterer et al. Cardiovascular symptoms in coronary-artery disease patients are strongly correlated with emotional distress Psychosomatics (2008)
3. J.J. Strik et al. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction J. Am. Coll. Cardiol. (2003)

AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ BİR ÇOCUK OLGU SUNUMU

Cağdas SAVAS[1], Murat Köker[2], İsmail Özgür CAN[3]
[1]Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Gümüşhane Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Gümüşhane
[2]Adli Tıp Kurumu, İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığı, İzmir
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ

- Pediatrik miyokard enfarktüsü (MI) ilk kez bundan yıllar önce tanımlanmıştır.
- MI'ın genellikle çocuklarda nadir görüldüğü düşünülse de yapılan kimi çalışmalarda konjenital kalp hastalığı olmayan çocuklarda ölüm nedenini belirlemek amacıyla yapılan otopsilerde, vakaların %2'sinde ölüme katkıda bulunacak kadar önemli koroner arter hastalığı olduğu bulunmuştur.
- Bu durumun çocuklarda MI'ın tahmin edilenden daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir.
- Bu olgunun sunulmasıyla çocuklarda miyokard enfarktüsü nedenli ölüm meydana gelebileceğinin vurgulanması ve konunun güncel veriler eşliğinde tartışılması planlanmıştır.

OLGU

- 14 aylık erkek bebek, annesinin kollarında bayıldığı ve kaldırıldığı hastanede öldüğü bildiriliyor.
- Bebeğin cesedine Adli Tıp İzmir Grup Başkanlığında yapılan otopsisinde kalp normal büyüklükte ve görünümde olup, kalp ve kalpten çıkan ana damarların dallanması normaldi.
- Koroner arterlerin incelenmesinde sol ana koroner arterin anevrizmatik yapıda ve lümenin trombüs ile tam tıkalı olduğu saptandı.
- Myokard kesitleri incelendiğinde; tüm myokardda yaygın sedefi beyaz renkte nedbe alanları ile uyumlu görünüm izlendi.
- Histopatolojik incelemelerde sol ana koroner arter ve sirkumfleks dalı kesitlerinde yaygın vaskülarizasyon, kronik inflamasyonun eşlik ettiği hiperplastik sklerotik değişiklikler ve tüm koroner arter kesitlerinde lümeni tama yakın tıkayan kalsifiye kanamalı organize rekanalize trombüs,
- Myokardda ilk 24 saat ile uyumlu myokard infarktüsü, nedbe alanları ve hipertrofik kas lifleri tespit edildiği belirtilmiştir.
- Kişinin ölümünün myokard infarktüsü sonucu meydana gelmiş olduğu yönünde kanaat bildirilmiştir.





TARTIŞMA VE SONUÇ

- Her ne kadar çocuklarda rutin otopsi pratiğinde MI nedenli ölümler ilk planda akla gelmese de, literatürde yaşa bağlı çeşitli nedenlerle pediatrik MI vakalarının görülebileceği bildirilmektedir.
- Pediatrik otopsiler öncesi alınacak detaylı bir anamnezin yol gösterici olacağı gibi; çocuklarda da MI nedenli ölümlerin meydana gelebileceğinin unutulmaması gerektiği görüşündeyiz.

HASTANE YEMEĞİ KAYNAKLI GIDA ALERJİSİNE BAĞLI GELİŞEN ANAFİLAKSİ: OLGU SUNUMU

Ali Ulvi ÇALIK, Hatice YILMAZ, Emre MUTLU

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu

Amaç

Gıda alerjileri besinlere karşı istenmeyen immün yanıttır. Gıda alerjileri ciddi ve hayatı tehdit eden reaksiyonlara yol açabilmektedir (1). Görülme sıklığı giderek artmaktadır. Gıda hipersensitivitesi sıklığı %4,9 ila %35 arasında (belirtilerin bireysel olarak rapor edilmesine dayalı olarak) değişir ve yaşamın ilk yıllarında daha yaygın olarak kabul edilir (2, 3). Gıda alerjisi sıklığı yaş ve diyetle ilişkilidir. Çocuklarda sıklıkla görülür. Gıda alerjisine en sık neden olan besinler yumurta, süt, yer fıstığı, fındık, balık ve kabuklu deniz ürünleridir. Gıda alerjileri artan bir gıda güvenliği ve halk sağlığı sorunudur. Yatan hasta yemek menüsünün düzenlenmesi öncesi hastanın var olan alerjilerinin sorgulanması ve bilinmesi, yaşanabilecek istenmeyen ciddi sağlık sorunlarının ve bu durumlara bağlı gelişen hukuki süreçlerin önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada hastanede tedavi görmekte iken yediği hastane yemeği sonrası anaflaktik reaksiyon gelişen bir gıda alerjisi olgusunun paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu

4 yaşındaki hasta bronkopnömoni tanısıyla hastaneye yatışı yapılmıştır. Hastanın tıbbi özgeçmişinde süt ve süt ürünlerine karşı allerjisi bulunmaktadır. Bronkodilatör ve antibiyotik tedavisi uygulanan hastada tedavinin 5.gününde hastanede servis edilen öğle yemeği sonrası kusma, nefes darlığı, öksürük şikayeti meydana gelmiştir. Hastanın ailesinin yanında getirdiği adrenalin, 2 doz halinde babası tarafından intramüsküler uygulanmıştır. Hastaya maske ile oksijen başlanmış, monitörize edilmiştir. Oksijen satürasyonu 80-82 civarında, tansiyonu 104/59 ölçülmüştür. Avil ve Prednol uygulanmıştır. Cildinde ürtiker benzeri döküntü görülmüştür. Yoğun bakıma transfer edilmiştir. Çocuk allerji konsültasyonu yapılmıştır. Yoğun bakımda takip edilen hasta tedavi sonrası bulguları düzelmiş ve 4 gün sonra taburcu edilmiştir. Olay günkü menüde yer alan zerdeçallı havuç çorbasının süt içerdiği saptanmıştır.

Tartışma

Son araştırmalar, beş yaşın altındaki yirmi çocuktan birinin ve yirmi beş yetişkinden ise yine birinin en az bir besine alerjisi olduğunu göstermektedir. Giderek daha fazla insan gıda alerjisinin farkına varmakta ve bu da onu kamuoyunda artan bir endişe konusu haline getirmektedir. Gıda alerjisi, ebeveynler için de artan bir endişe haline gelmektedir. Çocukların tahmini %8'ini etkileyen büyüyen bir halk sağlığı sorunudur. Gıda alerjisi, belirli bir gıdaya maruz kalındığında tekrarlanabilir şekilde ortaya çıkan spesifik bir bağışıklık tepkisinden kaynaklanan olumsuz bir sağlık etkisi olarak tanımlanır. Gıda alerjisi olan çocukların yaklaşık %40'ında, uygun ilaçlarla hemen tedavi edilmezse hastaneye yatış ve hatta ölüme yol açabilecek ciddi reaksiyon öyküsü vardır.



Alerjenlere karşı aşırı duyarlılık durumunun yanısıra alerjik çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Süt çocuklarının beslenmesine giren ilk yabancı protein inek sütüdür. Gıda alerjisinde inek sütü beslenmede önemli bir yer tutan hayvansal gıdaların başında gelmektedir. Araştırmalarda inek sütü alerjisi, 15 aydan daha küçük çocuklarda gıdalara bağlı alerjilerin toplamının %12.6'sını kapsamaktadır. Süt alerjisiyle karşılaşılan çocukların bir kısmı 2-3 yaşında bundan kurtulurken, bir kısmında ömür boyu devam etmektedir. Alerjisi olan kişileri, epinefrin otoenjektörünü sürekli yanlarında bulundurmaları gerekmektedir. Besin alerjisi olan bir çocuk, besini yedikten birkaç dakika ila bir saat sonra öksürük, ishal, baş dönmesi, sersemlik, ağız veya kulak çevresinde kaşıntı, mide bulantısı, ciltte kırmızılık, kaşıntılı şişlikler (kurdeşen), nefes darlığı, hapşırma, karın ağrısı, ağızda garip tat, dudakların, dilin ve/veya yüzün şişmesi, kusma gibi belirtilerin bazılarını veya bir çoğu görülebilir. Reaksiyonun önlenebilmesi için süt tüketilmemeli ve ürünlerin etiket içerikleri detaylı bir şekilde okunmalıdır. Gıda alerjisi, kentleşmiş dünyada yaygınlığı giderek artan, alerjisi olan hastaların ve ailelerinin yaşamları üzerinde önemli etkileri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu artışa katkıda bulunan risk faktörlerinin ve bunların altında yatan mekanizmaların araştırılması, gıda allerjisinin tedavisi ve önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Ayrıca gıda alerjisi teşhis alan hastaların uygun şekilde yönetilmesi, desteklenmesi ve bakımının sağlanması gelişebilecek ölümcül reaksiyonları da önleyecektir.

Kaynaklar:

1. Barash M1. Kadıoğlu BU. Artan gıda hipersensitivitesi sıklığının epidemiyolojik olarak değerlendirilmesi. The Journal of Academic Social Science. 2019;63(63):184-92.

2. Arıcan Ö, Hacımustafaoğlu OY. Besin allerjisi. Kartal Eğitim ve Araştırma Tıpdergisi. 2002;13(2):142-146.

3. Schäfer T, Böhler E, Ruhdorfer S, Weigl L, Wessner D, Heinrich J, et al. Epidemiology of food allergy/food intolerance in adults: associations with other manifestations of atopy. Allergy. 2001;56(12):1172-9.

BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN SEREBRAL PONTİN MİYELİNOLİZİS SONUCU ANİ BEKLENMEDİK ÖLÜM: OLGU SUNUMU

Zeki KIRATLI, Kamil Hakan DOĞAN
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

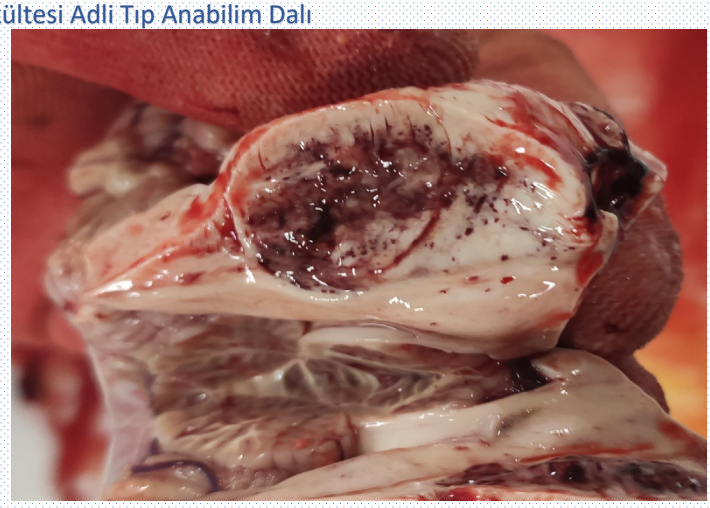
18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2023 Aksu - Antalya

GİRİŞ

Serebral pontin miyelinolizis, ponsta miyelin kaybı nedeniyle oluşan nörolojik bir bozukluktur. Simetrik yerleşimli benzer histolojik yapıdaki lezyonlar bazal gangliyon, lateral genikülat cisim, eksternal ve internal kapsül ve serebellum gibi beyin bölgelerine de yerleşebilir. Eğer bu bölgelere yerleşir ise ekstrapontin miyelinolizis adı verilir (1). Patogenezi tam olarak açıklanamasa da birçok çalışma, hiponatreminin hızlı düzeltilmesinin pontin ve ekstrapontin alanda ozmotik stresin patogenezde en önemli faktör olabileceğini göstermektedir (2,3). Bu çalışmada, kontrolsüz bitkisel ürün kullanımı sonucu gelişen serebral pontin miyelinolizis nedeniyle meydana gelen ölüm olgusu, literatürde benzerine rastlanılmaması nedeniyle ilginç bulunarak sunulmuştur.

OLGU

Tıbbı özgeçmiş ve adli tahkikat evraklarının incelenmesi neticesinde; ekstremitelerde güçsüzlük şikayetiyle hastaneye başvuran 46 yaşında kadın hastanın kabızlık şikayeti için son üç aydır açlık otu adı verilen bitki karışımlarını içtiği, yaklaşık iki haftadır da kilo alma amaçlı içeriğinde bal, polen, propolis ve ginseng karışımı olan bitkisel gıda takviyesi kullandığı anlaşılmıştır. Muayenesinde üst ve alt ekstremitelerde 2/5 kas gücü mevcut olduğu, kan gazında metabolik asidoz olduğu, genel durumu kötüleşen şahsın hastaneye yatırılarak tedavi başlandığı, takip ve tedavileri tamamlandıktan sonra taburcu edildiği, ekstremitelerde güçsüzlük şikayetlerinin artarak devam etmesi, bulantı ve kusma şikayetlerinin başlaması nedeniyle hastaneye tekrar başvuran hastanın tahlillerinde sodyum yüksekliği (154 mmol/L), potasyum düşüklüğü (1.6 mmol/L), kreatin kinaz yüksekliği (8885 U/L), kreatinin yüksekliği (1.56 mg/dL) izlendiği, manyetik rezonans görüntüleme neticesinde pontin miyelinolizis saptandığı anlaşılmıştır. Olgunun, ikinci başvurusundan iki gün sonra ölümü gerçekleşmiştir. Yapılan otopside; beyin ve beyincik yüzlerinde konjesyon, yer yer buzlu cam manzarası görünümü, beyin kesitlerinde beyaz cevherde yer yer peteşiyal kanamalar, pons kesitinde yaygın kanama ve yumuşama sahaları olduğu izlenmiştir (Resim 1). Ölümün pontin miyelinolizis nedeniyle gerçekleştiği sonucuna varılmıştır.



Resim 1 : Pons kesitinde yaygın kanama ve yumuşama sahaları

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapılan bir çalışmada, ülkemizde bitkisel ürün kullananların oranı %10.7 ve bitkisel ürün kullanım sıklığının 20-50 yaş aralığında daha fazla olduğu görülmüştür (4). Serebral pontin miyelinolizis, nadir görülen ve mental durum değişiklikleri, nöbet, bradipne, spastik parezi, kuadriparezi ve psödobulber paralizi ve ani ölümlere yol açabilen ciddi bir nörolojik bozukluktur (5). Santral pontin miyelinolizis ile ilişki gösteren medikal durumlar diyaliz, karaciğer yetmezliği ve transplantasyon, ileri evre lenfoma, karsinoma, çeşitli sebeplere bağlı kaşeksi, şiddetli bakteriyel infeksiyonlar, dehidratasyon ve elektrolit bozuklukları, akut hemorajik pankreatit, kronik alkolizm ve pellegra olarak sayılabilir (6,7). Pontin miyelinozis, çoğu zaman hiponatremi gibi elektrolit dengesizlikleri ile ilişkilendirilse de nedeni halen tam olarak anlaşılamamıştır. Santral pontin miyelinolizis ve ekstrapontin miyelinoliziste, kraniyal MRG tanısal araç olarak kullanılmaktadır (8). Santral pontin miyelinolizis ve ekstrapontin miyelinolizis iyi bilinen demiyelinizan bozukluklar olduğu halde farklı klinik özelliklerde görülebildiği için şüphelenilen hastalarda tanı mutlak kraniyal MRG ile desteklenmelidir.

Doktor kontrolü dışında kullanılan bitkisel ürünler dahil her türlü ilaç özelliği taşımayan madde kullanımının ölümle sonuçlanabilecek ciddi durumlara neden olabileceği başta adli tıp uzmanları olmak üzere tüm hekimler tarafından göz önünde bulundurulmalı, toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi için eğitim faaliyetleri planlanmalıdır.

KAYNAK

1. Pietrini V, Mozzani F, Crafa P, Sivelli R, Cademartiri F, Crisi G. Central pontine and extrapontine myelinolysis despite careful correction of hyponatremia: clinical and neuropathological findings of a case. Neurol Sci 2010;31(2):227-30.
2. Yoon B, Shim YS, Chung SW. Central pontine and extrapontine myelinolysis after alcohol withdrawal. Alcohol Alcohol 2008;43:647-9.
3. Ağıldere AM, Benli S, Erten Y, Coflkun M, Boyvat F, Özdemir N. Osmotic demyelination syndrome with a dysequilibrium syndrome: reversible MRI findings. Neuroradiology 1998;40:228-32.
4. Koçtürk, O. M., Kalafatçılar, Ö. A., Özbilgin, N., & Atabay, H. (2009). Türkiye'de bitkisel ilaçlara bakış. *Ege Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, *46*(3), 209-214.
5. Tosaka M, Kohga H. Extrapontine myelinolysis and behavioral change after transsphenoidal pituitary surgery: case report. Neurosurgery 1998;43:933-5
6. Ashrafian H, Davey P. A review of the causes of central pontine myelinosis: yet another apoptotic illness? Eur J Neurol 2001;8:103-9. 4. Ashrafian H, Davey P. A review of the causes of central pontine myelinosis: yet another apoptotic illness? Eur J Neurol 2001;8:103-9.
7. Adams RD, Victor M, Ropper AH. The acquired metabolic disorders of the nervous system. Principles of Neurology. New York: McGraw-Hill, 1997:1125-8.
8. Laubenberger J, Schneider B, Ansorge O, Gotz E, Haussinger D, Volk B, et al. Central pontine myelinolysis: clinical presentation and radiologic findings. Eur Radiol 1996;6:177-83.

Karaciğer Kist Hidatik Rüptürü Nedeniyle Meydana Gelen Anafilaktik Şok ve Ölüm: Olgu Sunumu

Ümmügülsüm Mülayim Özulucan, Merve Türkkal, Kamil Hakan Doğan

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2023 Aksu - Antalya

GİRİŞ

Kist hidatik hastalığının etkeni; ana konağı köpek, kurt, tilki gibi et yiyen hayvanların ince barsağı olan Echinococcus granulosus'tur. Echinococcus granulosus yumurtalarının bulunduğu hayvan dışkılarının besinleri kontamine etmesiyle ara konağı olan insanlara bulaşmaktadır.

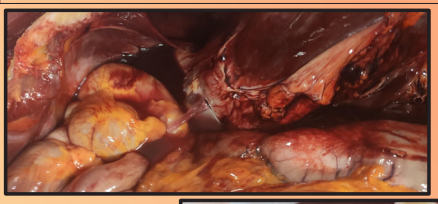
Kist hidatik olgularının %40-60'ının asemptomatik seyrettiği bildirilmiştir (1). Kist hidatik olguları özellikle koyun yetiştiriciliği ile uğraşılan bölgelerde ve Türkiye gibi endemik bölgelerde yaygın olarak görülmektedir (2). Bu sunumda karaciğer kist hidatik rüptürüne bağlı anafilaktik şok nedeniyle meydana gelen ölüm olgusu sunularak literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU

Çobanlık yapan 45 yaş erkek, evinden hayvanları otlatmak üzere ayrılmıştır. Hayvanlar başlarında çoban olmadan geri döndüklerinde şahsın oğlu durumdan şüphelenip babasını aramaya başlamıştır. Uzun arayışlar sonucu çobanlık yaptığı arazide oğlu tarafından ölü bulunmuştur. Ölümün şüpheli olması nedeniyle tarafımıza otopsi yapılmak üzere gönderilmiştir.

Dış muayenede herhangi bir travmatik lezyon izi görülmemiştir. İç muayenede; karaciğer sağ lob üzerinde belirgin gergin ve şiş saha olduğu, boyutları yaklaşık 20x15x10 cm ebadında içi sıvı dolu kist olduğu, kist açıldığında içerisinde germinatif membran ve çok sayıda kız vezikül bulunduğu, bu kistin sol tarafında yine gergin olan ikinci bir alan olduğu görülmüş, bu alan diseke edildiğinde, yaklaşık 8 cm çapında, içerisinde pürülan mayi ile birlikte kız veziküllerin bulunduğu ikinci bir kist olduğu, diğer karaciğer kısımlarının konjesyone olduğu saptanmıştır (Resim 1-4).

Ölümün karaciğerdeki kist hidatik rüptürü sonucu kist içeriğinin dolaşım sistemine karışması ve anafilaksiye neden olması sonucunda meydana geldiğine karar verilmiştir.



Resim 1: Otopsi sırasında kist içerisinden sıvının boşalması



Resim 2: Pürülan mayi ihtiva eden ikinci kist.

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ekinokokkozlu hastaların çoğunda (%70) karaciğer tutulumu olmaktadır. Vakaların %70 ile %75'inde karaciğerin sağ lobu etkilenmektedir (3). Androulakis tarafından yapılan araştırmada; komplikasyon gösteren karaciğer kist hidatiği olan 222 hastanın 172'sinde (%77) kistin sağ lob yerleşimli olduğu görülmüştür (4). Büyüyen kistin dış kısmında konak tarafından oluşturulan fibröz dokudan zengin perikistik tabaka bulunmaktadır. Kist duvarı ise koruyucu dış tabaka egzokist ve kız vezikül ve skoleklerin doğduğu endokistten oluşmaktadır. Kistin içerisinde berrak, steril ancak antijenik yapıda olan kaya suyu bulunmaktadır (5).

Kist hidatik, genellikle yaşam boyu sessiz kalarak klinik belirti göstermemektedir. Tanı çoğunlukla başka bir nedenle yapılan görüntüleme işlemleri sonucunda tesadüfen konulur (6). Tomografi, ultrasonografi ve serolojik testler tanıda yardımcı olsa da kesin tanı cerrahi ve histopatolojik inceleme ile konulabilmektedir.

Kist hidatik hastalığında; spontan, iyatrojenik veya travma sonrası rüptür, alerjik reaksiyonlar ve anafilaksi, kist boyutunun büyük olduğu olgularda mekanik bası komplikasyonları görülebilmektedir (7). Karaciğer kist hidatiğinin rüptürü travmaya bağlı ya da spontan olabilmektedir. Rüptür sonucu kist sıvısındaki antijenik içeriğin dolaşıma karışması ile ürtiker, anjionörotik ödem, astma ve anafilaksi gibi alerjik reaksiyonlar gelişebilmektedir (8). Bu olgularda anafilaksi ve ani ölüm oranı %25 olarak bildirilmiştir (9). Hidatik kist rüptürü tanısı konulduktan sonra acil cerrahi müdahale yapılmalıdır (10).

Yapılan bir çalışmada; olgumuza benzer şekilde, ani beklenmedik ölümlerde kist hidatik saptanan 12 olgunun hepsinde sadece karaciğer tutulumu olduğu, 4 olgunun ölüm mekanizmasını açıklayacak başka bir neden bulunamadığı, ölüm nedenlerinin kistin rüptüre olmasına bağlı olduğu, 8 ani beklenmedik ölümde kist hidatik bulunmasının dikkat çektiği, makroskopik olarak bütünlüğünü koruyan kist hidatik olgularında mikro açılımlar veya benzer bir mekanizmayla ani ölüm meydana gelebileceği belirtilmiştir (11).

Ülkemizde yapılan ve 170 olgunun irdelendiği çok merkezli bir çalışmada; semptomlar oluştuktan tanı konmasına kadar geçen süre incelendiğinde hastalara en sık 2-6 ay arasında tanı konulduğu, bu sürenin 36 aya kadar uzadığı belirtilmektedir (12). Olgumuzda ise yaşamı sırasında herhangi bir semptomu olmadığından, tanı ancak otopsi ile konulabilmiştir.

Olgumuzda; karaciğer sağ lobta yerleşim gösteren, perikist tabaka, germinatif membran, kız veziküllerin ve kaya suyunun görüldüğü kistler saptanmıştır. Dış muayenede herhangi bir travmatik lezyon izinin bulunmaması nedeniyle, hidatik kistin spontan intrahepatik rüptürü sonucu gelişen anafilaksiye bağlı ölüm gerçekleştiği kanaatine varılmıştır. Ülkemiz gibi kist hidatiğin endemik olduğu bölgelerde ve hayvancılıkla uğraşan kişilere yapılan otopsilerde kist hidatik rüptürüne bağlı anafilaksi gelişebileceği akılda tutulmalıdır.



Resim 3: Kistin iç kısmında yer alan germinatif membran



Resim 4: Kiste ait germinatif membran ve kız veziküller

KAYNAKLAR

1. Coşkun İ, Sezer A, Sağıroğlu T, Oğuz S, Yağcı MA, Karaciğer Kist Hidatik Hastalığına Bağlı Komplikasyonlar, Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics. 2010; 3(2): 51-5.
2. Saidi F, Sayek İ, Karacier Kist Hidatiği, Temel cerrahi, Güneş Kitabevi. 1996; 1239-1245.
3. Safioleas M, Misiakos E, Manti C, Diagnostic Evaluation and Surgical Management of Hydatid Disease of the Liver, World J. Surg. 1994; 18: 859-865.
4. Androulakis GA, Surgical Management of Complicated Hydatid Cyst of the Liver, Eur Surg Res. 1986; 18 (3-4): 145-150.
5. Çelik MR, Ulutaş H, Kuzucu A, Hidatik Kist, Erişim: [https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/0c4375634a1dd8ca7ee1bc932698ba69148182908afbfac15e7c89f9810c1189.pdf], Erişim tarihi: 15.09.2023.
6. Albayrak D, Sezer YA, İbiş AC, Yağcı MA, Hatipoğlu AR, Coşkun İ, Karaciğer Kist Hidatik Olgularımız, Balkan Medical Journal. 2008; 2: 95-99.
7. Altıntoprak F, Kist Hidatik Komplikasyonları, Sakarya Medical Journal. 2012; 2(4): 217-216.
8. Demiral G, Yılmaz A, Özçelik A, Kuşak M, Erengül C, Anafilaktik Şok İle Başvura Spontan Karaciğer Kist Hidatiği Rüptürü. 2019; 24 (4): 194-192.
9. Gunay K, Taviloglu K, Berber E, Ertekin C, Traumatic Rupture of Hydatid Cysts: A 12 Year Experience From an Endemic Region, Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 1999; 46(1): 164-167.
10. Derici H, Tansug T, Reyhan E, Bozdag AD, Nazli O, Acute Intraperitoneal Rupture of Hydatid Cysts, World J Surg. 2006; Oct 30(10): 1879-83.
11. Arslan MM, Eren A, Çekin N, Karanfil R, Ani Beklenmedik Ölümlerde Kist Hidatik: Olgu Sunuları ve Literatür Derlemesi, Adli Tıp Dergisi. 2007; 21(2): 20-24.
12. Akkaya Işık S, Seyman D, Zerdali E, Ayan S, Kakaliçoğlu D, Ayaz T, Canbolat Ünlü E, Çetinkaya RA, Yenilmez E, Görenek L, Köse Ş, Kist Hidatik Hastalığı Nedeniyle Takip ve Tedavi Edilen 170 Olgunun İrdelenmesi: Çok Merkezli Bir Çalışma, Türkiye Parazitoloji Dergisi. 2020; 44(4); 197-202.

Anüsünden Yabancı Cisim Çıktığı İddia Edilen Bir Bebek: Olgu Sunumu

Abdullah Kaan Erbay[1], Ahmet Akaydın[2], Caner Beşkoç[2]
1. Adli Tıp Kurumu, Şube Müdürlüğü, Bilecik, Türkiye
2. Adli Tıp Kurumu, Yedinci İhtisas Kurulu, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç

Yabancı cisim yutulması erken çocukluk döneminde sıklıkla meydana gelmekte ve hayati tehlike yaratabilecek ciddiyette olabilmektedir (1). Yabancı cisimler gastrointestinal sistemde en çok özofagusun üst, orta ve alt darlıkları, pilor ve ileoçekal valv bölgelerinde takılır (2,3). Bu yabancı cisimler etraf dokulara zarar verebilmekte, bulunduğu lokasyona göre çeşitli klinik semptomlara sebep olabilmekte, morbidite ve mortaliteyi arttırabilmektedir. Bu nedenle bu cisimlerin erken dönemde tanınması ve tespit edilmesi önem arz etmektedir (4,5,6).

Yöntem

Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 7. İhtisas Kurulunda, anüsünden yabancı cisim (entübasyon tüpü) çıktığı iddiasıyla incelenen bir olgu literatürde yer alan çalışmalar çerçevesinde değerlendirilmiştir.



Şekil 1. Bebek tarafından yutulan entübasyon tüpü parçası

Olgu

21 yaşındaki annenin ilk gebeliğinden, 33. haftada spontan vajinal yol ile doğan 2020 gr. ağırlığındaki kız bebeğe, solunum sıkıntısı olması nedeniyle önce nazal CPAP uygulanmış, solunum sıkıntısının ve inlemeli solunumunun devam etmesi ve kan gazında respiratuar asidoz (ph: 7,27 pCO2: 56 HCO3:21) gelişmesi üzerine entübe edilip, mekanik ventilatör desteğiyle özel bir hastaneye sevk edilmiş. Burada yapılan ilk muayenesinde hafif hipotonik ve hipoaktif olup nazal SIMV modunda mekanik ventilatör takibine alınmış. Aynı gün Hood içi oksijene, ertesi gün küvöz içi oksijen tedavisine geçilmiş. Takibinde genel durumu düzelen bebek yatışının 13. gününde taburcu edilmiş. Taburculuktan yaklaşık 15 gün sonra yataktan düşme şikayetiyle başvurduğu başka bir hastanede bebeğe direk grafi çekilmiş. Grafinin incelenmesinde mide lojunda 5 cm uzunluğunda ve 3mm kalınlığında tübüler opasite görülmüştür. Taburculuk sonrası gastrointestinal sistem yakınmaları ile çeşitli sağlık kuruluşlarına başvuruları olduğu iddia edilen bebeğin, taburcu olduktan yaklaşık beş ay sonra dışkılama esnasında anüsünden entübasyon tüpü parçası olduğu düşünülen bir yabancı cisim çıkmış. Bunun üzerine ailesi tarafından tıbbi uygulama hatası iddiası ile şikayetçi olunmuş. Cumhuriyet Başsavcılığı, söz konusu tedavi sırasında tıbbi uygulama hatası bulunup bulunmadığının tespit edilmesi istemiyle dava dosyasını Adli Tıp 7. İhtisas Kuruluna göndermiştir. Olgunun Kurulda değerlendirilmesi sürecinde, bebeğe çekilen direkt grafi tetkiki ve anüsünden çıktığı iddia edilen yabancı cisim incelendi. Grafide mide kurvatur bölgesinde görülen yabancı cismin endotrakeal tüp parçası ile uyumlu olduğu, bebeğin bu maddeyi hastanede yatışı esnasında yapılan müdahaleler sırasında yutmuş olabileceği ve bebeğin beslenmesinin artması ve büyümesi ile beraber doğumdan yaklaşık 5 ay sonra bağırsakları geçerek gayta ile dışarı attığı şeklinde değerlendirildi. Yabancı cismin farkedilmemesinin tıbbi hata olduğu ancak erken farkedilse bile ilk etapta yabancı cismin takip edilerek kendi kendine çıkmasının bekleneceği ve bebekte de cismin dışkılama yolu ile çıktığı dikkate alındığında, bu eksikliğin bebekte bir zarara yol açmadığı kanaati bildirildi.



Şekil 2. Yutulan tüp parçasının direkt grafideki görünümü.

Tartışma ve Sonuç

5 yaş altı çocuklarda yabancı cisim yutulması sık görülen bir sağlık sorunu olsa da yenidoğanlarda bu duruma nadiren rastlanmaktadır. (1,3,7). Yutulan maddeler arasında en sık madeni paralar görülürken, oyuncak parçası, iğne, minik takılar, pil, vb. maddeler de sıklıkla görülmektedir. Bu yabancı cisimlerin %85'inden fazlası herhangi bir soruna yol açmadan, gastrointestinal yol ile kendiliğinden atılır (1,6). Duran ve ark. 5 günlük bir bebeğin yuttuğu ve özofagus alt ucu ile mide girişi arasında takılıp kalan nazal CPAP düzeneğindeki tüpün, 12 saatlik izlem sonrası özofagoskop ile çıkartıldığını bildirmiştir (1). Entübasyon sırasında ya da mekanik ventilasyon esnasında özafagusa kaçan ve kısa süre içerisinde tespit edilip, farklı yöntemlerle çıkartılan entübasyon tüpü parçaları ile ilgili farklı olgu bildirimleri yapılmıştır (8-11). Bildirilen bu olguların ortak özelliği, yutulan entübasyon tüpü parçasının hastanede tedavi sırasında tespit edilip müdahale edilerek çıkartılmış olmasıdır. Sunulan olguda ise bebeğin yuttuğu entübasyon tüpü parçası, hastanedeki tedavisi sırasında farkedilememiş ve yaklaşık 5 ay sonra bebeğin dışkılama ile cismi çıkartması sonucu anlaşılmıştır. Sonuç olarak entübe bebeklerde entübasyon tüpü parçasının yutulması nadir görülen bir durumdur. Bunun önüne geçebilmek için entübasyon ve mekanik ventilasyon sırasında tüpün bağlantılarının dikkatli bir şekilde kontrol edilmesi, özellikle entübe halde transportu gereken bebeklerde transport öncesi ve sonrası kontrollerin dikkatli bir şekilde yapılması ve ekstübe olduktan sonra tüpün parçalarının tam olup olmadığının kontrol edilmesi uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Duran R, İnan M, Vatansever Ü, Acunaş B. Ingestion of a Foreign Body in a Preterm Infant, Balkan Medical Journal, Year 2004, Volume: 2004 Issue: 1
2. Uyemura MC. Foreign body ingestion in children. Am Fam Physician 2005;72:287-291.
3. Demirören K, Dülger Ahmet, Ölmez Şehmus, Avcı V, Bilici S, Melek M, Pulat H. Flexible endoscopic procedure in children with foreign bodies in their upper gastrointestinal system. Dicle Medical Journal/ 2014; 41 (1): 205-209
4. Gregori D, Scarinzi C, Morra B, et al; ESFBI Study Group. Ingested foreign bodies causing complications and requiring hospitalization in European children: results from the ESFBI study. Pediatr Int 2010;52:26-32.
5. Sezer H, Yılmaz A, Dayanır H. Küçük Yaşta Geç Gelen Tehlikeli Bir Yabancı Cisim Aspirasyonu Olgusu. Med J West Black Sea 2019;3(1):30-33
6. Metin B, Öncel M, Yıldırım Ş, Tözüm H. Çocuklarda Özefagus Yabancı Cisimleri. Archives Medical Review Journal. Year 2014, Volume: 23 Issue: 2, 186 – 196
7. Halit V, Gunaydin S. An unusual foreign body swallowed by a newborn causing respiratory distress. Acta Gastroenterol Belg 1993;56:359-60.
8. Dickson JAS, Fraser GC (1967) "Swallowed" endotracheal tube: a new neonatal emergency. Br Med J II: 811
9. Abrahams N, Goldacre M, Reynolds E O R (1970) Removal of swallowed neonatal endotracheal tube. Lancet II: 135
10. Bowen, A., & Dominguez, R. (1981). Swallowed neonatal endotracheal tube. Pediatric Radiology, 10(3), 178–179.
11. Peck DJ, Tulloh RM, Madden N, Petros AJ. A wandering nasal prong - a thing of risks and problems.Paediatr Anaesth 1999;9:77-9

Dimetilasetamid Zehirlenmesi Sonrası Beyin MR Görüntülemesinde İzole Kortikal Tutulum: Vaka Sunumu

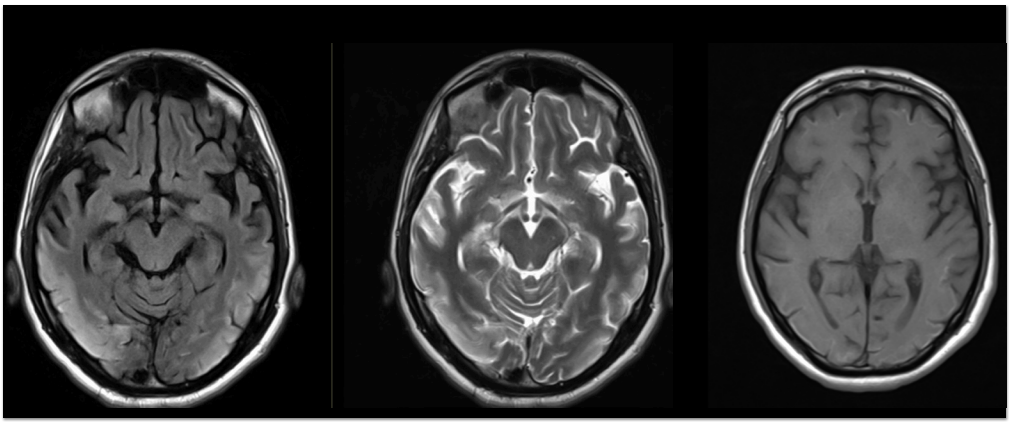
Asistan Dr. Berna Yeniçeri[1]; Uzm. Dr. Sibel Atacan[2]; Dr. Ögr. Üyesi Hızır Aslıyüksek[1]; Doç. Dr. Nihan Hande Akçakaya[3]

[1] Adli Tıp Kurum Başkanlığı
[2] Adli Tıp Kurum Başkanlığı, 2. İhtisas Kurulu, Radyoloji Uzmanı
[3] Adli Tıp Kurum Başkanlığı, 2. İhtisas Kurulu, Nöroloji Uzmanı

AMAÇ: Dimetilasetamid (DMAC) sentetik organik bir bileşiktir. DMAC amonyak benzeri hafif bir koku ve suya benzer yoğunluğa sahip renksiz bir sıvıdır. DMAC su ve diğer organik maddeler ile karışabilen organik sentezde yaygın olarak kullanılan polar bir çözücüdür. Kemoterapötik ilaç araştırmaları kapsamında toksikolojik özellikleri hayvanlarda çalışılmıştır. Yüksek doz deneysel maruziyetten sonra sıçanlarda hepatotoksisite ve yağ infiltrasyonu ve köpeklerde fokal nekroz gözlenmiştir.

İnsanda ise DMAC maruziyeti özellikle tekstil sektörü çalışanları önemli bir meslek sorunu olarak görülmektedir. Başlıca sentetik elyaf sektöründe kullanılan DMAC maruziyeti insanda karaciğer harabiyetine neden olmaktadır. 2021 Aralık tarihli yayınlanan ve Avrupa'dan toplam dört fabrikada çalışan 2795 işçinin dahil edildiği geniş bir retrospektif çalışmada DMAC maruziyetinin karaciğer toksisitesi üzerine etkisi incelenmiştir. Bahsedilen çalışmada her ne kadar önceki literatür bilgilerine göre karaciğer harabiyeti olması bekleniyor olsa da DMAC maruziyeti ile hepatotoksisite arasında istatistiksel bir ilişki gösterilememiştir. İnsanlarda hallusinojen etki gösterdiği bilinen bu maddenin tanımlanmış radyolojik beyin MR bulgusu yoktur. Ülkemizde de endüstride kullanılmakta olan bu maddenin inhalasyonu ile gerçekleşen bir zehirlenme vakasının radyolojik bulgular eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

VAKA: Temizlik işçisi olarak çalıştığı tekstil fabrikasında distilasyon ünitesinde bulunan ayrıştırıcı tankını temizleme amacıyla girip sonrasında DMAC inhalasyonu nedeniyle 35 yaşındaki erkek vakanın zehirlenmiş ve koma tablosu ile entübe edilerek yoğun bakıma yatırıldığı anlaşılmaktadır. Hastanın yaklaşık olarak 10 saat tank içinde kaldığı ve hastanede 1 hafta yoğun bakımda izlendiği tespit edilmiştir. Hastanın kardiyak muayenesi normal bulunmuş (EF: %60), takiplerinde ise başlangıçta normal olan AST değerinin hafif yükseldiği görülmüştür. Olaydan 1 ay sonra kraniyal MR görüntülemede her iki frontal ve parietooksipital loblarda belirgin olmak üzere yaygın kortikal T1, T2 ve FLAIR hiperintens sinyal değişiklikler ve hafif düzeyde serebral serebellar kortikal atrofi izlendiği tespit edilmiştir. Hastanın geç dönem muayenesinde kortikal görme azlığı ve konuşma bozukluğu yanısıra tarif edilen radyolojik bulguları ile korele kognitif etkilenmesinin olduğu, eşlik eden psikiyatrik bozukluk ya da tedavi almadığı tespit edilmiştir.



Olay sonrası yaklaşık 2. Ayda FLAIR, T2 ve T1 ağırlıklı aksiyel kesitlerde kortikal tutulumun dağılımı görülmektedir.

TARTIŞMA ve SONUÇ: DMAC maruziyetine bağlı halüsinasyon dışında nörolojik ve beyin MR bulguları bildirilmemiştir. Literatürde az sayıda vaka bulunan bu zehirlenme tipine ait beyin radyolojik verileri bildirilmemiştir. Literatür ile uyumlu olarak AST değerinde izlem sırasında ılımlı yükselme saptanmıştır. Vakamızda tespit edilen beyin MR bulgularının tankta geçirdiği uzun koma tablosuna bağlı hipotansiyon ve hipoksi nedeniyle mi; yoksa DMAC'ın toksik etkisine mı bağlı geliştiği tartışma konusudur. Hipoksik iskemik ensefalopatide tipik olarak korteks ile birlikte derin gri madde ve perirolandik korteks tutulumu beklenirken, bu vakada korteks dışında tutulum olmamaması DMAC'ın direkt etkisine bağlı olabileceğini düşündürmüştür.

Mevcut radyolojik bulgular kortikal laminar nekroz ile uyumlu olmakla birlikte bu tutulum serebral hipoperfüzyon yaratan nedenler (kardiyak arrest nedenli jeneralize hipotansiyon, ciddi anemi vb…), hipoksi, hipoglisemi, siyaniz zehirlenmesi gibi farklı sebeplerle oluşabilmektedir. Ancak tüm bu durumlarda tarif edilen bulgular izole kortikal olarak tarif edilmemiştir. Hastanın izole kortikal lamına nekroz ile uyumlu bulgularının etiyolojisinin aydınlatılması için hayvan çalışmaları başta olmak üzere ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

(1) 1. Liu X, Gong W, Xu Y.O., Zhu B.L. Dimethylacetamide-induced Hepatic Injury in Vitro: Mechanism and Potential Preventive Strategy. Biomed Environ Sci. 2016 153-7. 2.
(2) Kelly DP. Subchronic inhalation toxicity of dimethyl acetamide in rats. Toxicologist
(3) Palmen N.G., Evelo CT., Borm P.J., Henderson P.T. Toxicokinetics of dimethylacetamide (DMAc) in rat isolated perfused liver. Hum Exp Toxicol. 1993 Mar; 12(2):127-33.
(4) Horn HJ. Toxicology of dimethylacetamide. Toxicol Appl Pharmacol 1961;3:12-24
(5) Ghayor C., Gjoksi B., Dong J., Siegenthaler B., Caflisch A., Weber F.E. N,N Dimethylacetamide a drug excipient that acts as bromodomain ligand for osteoporosis treatment. Sci Rep. 2017 Feb
(6) Jung s.J., Lee C.V., Kim S.A., Park K.s., Ha B.G., Kim J., Yu J.Y., Choi T. Dimethylacetamideinduced hepatic injuries among spandex fibre workers. Clin Toxicol (Phila) . Jun-Aug
(7) Wang J., Chen G. Dimethylacetamide-induced toxic hepatitis in spandex workers: clinical presentation and treatment outcomes. QJM. 2020 May 1; 113(5):324-329.
(8) Antoniou E.E., Gelbke H.P., Ballach J., Zeegers M.P., Schrage A. The Association Between Dimethylacetamide Exposure and Liver Toxicity: A Large Retrospective Analysis in Workers From Four European Factories. J Occup Environ Med. 2021 Dec 1;63(12):e893-e898. 4
(9) Weiss A.J., E L Mancall E.L., Koltes J.A., White J.C., Jackson L.G Dimethylacetamide: a hitherto unrecognized hallucinogenic agent. Science. 1962 Apr 13;136(3511): 151-2.
(10) Zee Y.P., Holt W.V., Gosalvez J., Allen C.D., Nicolson V., Pyne M., Burridge M., Carrick F.N., Johnston S.D. Dimethylacetamide can be used as an alternative to glycerol for the successful cryopreservation of koala (Phascolarctos cinereus) spermatozoa. Reprod Fertil Dev.

HAMİLELİKTE MATERNAL METAMFETAMİN KULLANIMI: İNTRAUTERİN ÖLÜM

Intrauterine Death With Maternal Metamphetamine Use During Pregnancy

Uz. Dr. Yiğit Sezer[1], Dr. Elif Kesmen[2], Uz. Dr. Berna Durmuş[3], Uz. Dr. Melikşah Raşit Demircan[1], Prof. Dr. Mustafa Talip Şener[4], Prof. Dr. Ahmet Nezih Kök[4]

[1] Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi
[2] Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı Kimya İhtisas Dairesi
[3] Antalya Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi
[4] Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

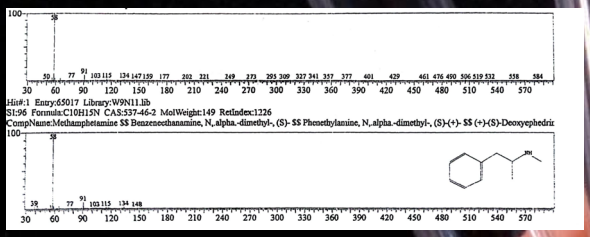
Stimülanlarla ilişkili ölümler, adli tıp pratiğinde önemli bir konudur. Metamfetaminin 2016-2020 döneminde küresel boyutta artan üretim ve kaçakçılığı ile paralel olarak her geçen yıl yakalama miktarlarında artışlar yaşanmıştır. En keskin artış 2020 yılında yaşanmış ve metamfetamin yakalama miktarı bir önceki yıla göre dört kat artış göstermiştir. Bu olgu sunumunda kanında metamfetamin tespit edilen, sokakta plasentası ile birlikte ölü olarak bulunmuş bir yenidoğanın gelişimsel bulguları, histopatolojik bulguları ve kanda tespit edilen metamfetamin düzeyinin ve bunun ölüm üzerine etkisinin literatürde kayıtlı olgularla birlikte tartışılması hedeflenmektedir.

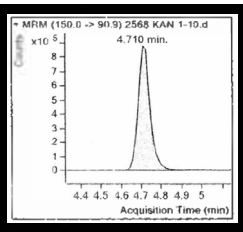
Yöntem

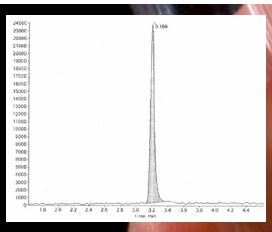
Adli Tıp Kurumu Erzurum Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinde savcılığın istemi üzerine 04/12/2019 tarihinde olgumuza otopsi yapılmıştır. Patolojik incelemelerde numuneler hematoksilen & eozin boyama ile boyanarak gerçekleştirilmiştir. Kan numunelerinde Q-TOF ve GC/MS ile kalitatif analiz, LC/MS/MS ile kantitatif analiz yapılmış olup, karaciğer ve böbrek numunelerinde GC/MS ile kalitatif analiz yapılmıştır. Otopsiden elde edilen makroskopik-mikroskobik bulgular ile toksikolojik analiz verileri literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Bulgular

Olgumuz; bir evin önünde çanta içerisinde bırakılmış ölü bebek, otopsi yapılmak üzere merkezimize gönderilmiştir. 46 cm boyunda, 2818 gram ağırlığında, baş çevresi 34 cm, göğüs çevresi 33 cm, karın çevresi (umblikus üzerinden) 29 cm, oturma yüksekliği 36 cm, ayak taban uzunluğu 8 cm ölçülen erkek bebeğin göbek kordonunun umblikusun 4 cm distalinden düzensiz kesilmiş olduğu tespit edildi. Plasenta 20x14x4 cm boyutlarında ve plasentaya bitişik göbek kordonunun 40 cm uzunluğunda ölçüldü. Tüm vücudun verniks kazeoza ile kaplı olduğu, ağız, burun ve orbita çevrelerinin verniks kazeoza bulaşı ile kaplı olduğu, tırnakların pulpa sınırını geçtiği tespit edildi. Dış muayene ve otopside herhangi bir travmatik bulgu saptanmadı. Akciğerlerin göğüs boşluğunu doldurmadığı, kalp yüzeyini örtmediği görüldü. Her iki akciğer alacalı görünümde ve kıvamları sert olarak tespit edildi. Kalp incelendiğinde büyük damar giriş-çıkış anomalisi saptanmadı. Kalp yüzey, kapak ve boşlukları ile miyokard kesitlerinde makroskopik patolojik özellik saptanmadı. Histopatolojik incelemede, tüm organlarda konjesyon bulguları olduğu, plasentada konjesyon bulgularının yanında villuslarda yer yer koagülasyon nekroz alanları olduğu tespit edildi. Göbek kordonunun iki arter, bir ven yapısı içerdiği görüldü. Yapılan toksikolojik incelemelerde kanda 0,209 mcg/ml metamfetamin, karaciğer ve böbrekte metamfetamin pozitifliği tespit edildi.







Şekil 1: Olguda tespit edilen metamfetamine ait analiz sonuçları. Üst: GC-MS Alt-sol: LC-MS/MS. Alt-sağ: Q-TOFF.



Resim 1: Dış muayene bulguları.

Tartışma ve Sonuç

Araştırmalarımıza göre metamfetamin kullanımına bağlı ölü doğum ile ilgili literatürde oldukça az sayıda olgu sunumu bulunmaktadır. Yenidoğan/ölü doğum olgularında ölümcül konsantrasyona ilişkin spesifik veriler bulunmamaktadır. Akut metamfetamin zehirlenmesi, kullanıcının ölümüne nadiren yol açabilse de, ölümün tam olarak metamfetamin kullanımına bağlanması her zaman mümkün değildir. Birçok faktöre (tolerans, ters tolerans ve redistribüsyon vb.) bağlı olarak ölümcül kan metamfetamin konsantrasyonları literatürde mevcut yayınlar arasında 0,5 ila 41 mcg/ml arasında değişmektedir. Kan metamfetamin konsantrasyonunun ölümcül doz açısından yorumlanması ölü doğum/yenidoğanlarda daha karmaşık bir durumdur. Otopsi bulgularına göre bebeğin ölü olarak doğduğu değerlendirilmiştir. Herhangi bir görgü tanığı bilgisi, otopsi bulguları ile açıklanabilecek intoksikasyon dışı bir ölüm sebebi bulgusu veya literatürde yayınlanmış metamfetamin intoksikasyonu bulguları (myokardda inflamatuvar hücre infiltrasyonu, kardiyomiyopati, serebral vaskülit vb.) tespit edilemediği için bebeğin intrauterin kesin ölüm sebebi tespit edilememiştir. Stewart ve ark.'nın 8 ölü doğum ve yenidoğan ölümlerini incelediği çalışmasında kan metamfetamin konsantrasyonları 0,03 ve 1,20 mcg/ml arasında bulunmuştur. Olgumuzda kanda tespit edilen 0,209 mcg/ml metamfetamin dozunun intoksikasyon yönünden ölümle ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

METAMFETAMİN ZEHİRLENMESİNE BAĞLI BEBEK ÖLÜMÜ

Uğur REYHAN[1], Fatih MUTLU[1], Safa DUMAN[1], Ceren YILDIZ[2]

[1]Denizli Adli Tıp Grup Başkanlığı
[2] Denizli Devlet Hastanesi, Adli Tıp Kliniği, Denizli

Amaç

Metamfetamin, hap ve toz şekilleri bulunan, piyasada kristal, buz, meth olarak isimlendirilen uyarıcı maddelerdendir(1). Metamfetamin kullanımı Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin 2017 verilerine göre 2009'da ülkemizde görülmeye başlamış, bu yıldan itibaren artış göstermiştir(2). 2018'deki Avrupa Uyuşturucu Raporu'nda 2002'den itibaren metamfetamin ele geçirilen vakaların arttığı bildirilmektedir(3).

Emzirme döneminde kullanılan madde, tüketilen besin, alınan ilaç anne sütünü farklı etkileyebilmekte, bazılarıysa anne sütüne geçerek bebekte olumsuz etkiler ortaya çıkarabilmektedir(4).

Gebelikte metamfetamin kullanımı; abortusa, prematüre doğuma, konjenital malformasyonlara, büyüme gelişme geriliğine, yoksunluk semptomlarına neden olabilmektedir(5-6). Emzirirken kullanılırsa bebekte; karaciğerde totoksisite, mikrovezikülер yağlanma, immumsupresyon ve nihayetinde ölüm görülebilmektedir(5-8).

ABD'de 2010-2015(Eylül) döneminde resmi kayıtlar ve ölüm raporları üzerinden yapılan istatistikte 110 bebeğin, plasentadan veya anne sütünden uyuşturucu aldıkları için hayatını kaybettiği bildirilmektedir(9).

Yöntem

Denizli Adli Tıp Grup Başkanlığında 2022 yılında otopsisi yapılan ve uyarıcı madde zehirlenmesi sonucu öldüğü tespit edilen 47 günlük erkek bebeğin; ölü muayene ve otopsi bulguları, adli tahkikat bilgileri incelenerek literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Bulgular

Prematüre doğum hikayesi olan, hastaneye eks-duhul olarak getirilen 47 günlük, 49cm boyunda, 2850gram ağırlığında, 1 aylık görünümdeki erkek bebekte (Resim 1) baş çevresi 36cm, göğüs çevresi 32cm, batın çevresi 30cm, femur uzunluğu 10cm, humerus uzunluğu 7cm, her iki omuz başı arası mesafe 14cm, oturma yüksekliği 33cm, ayak tabanı uzunluğu 7cm olarak ölçüldü.

Harici muayenede; genel vücut yapısı itibariyle belirgin büyüme gelişme geriliği olduğu saptandı. Ön fontanel 3x4cm, arka fontanel 0.5x0.5cm ölçüldü. Fontanellerde hafif çöküklük (Resim 2) haricinde bulgu, iç organ yapılarında solukluk haricinde makroskopik patoloji saptanmadı. Histopatolojik incelemede; hepatositlerde mikrovezikülер yağlanma, nekroze hepatosit kümeleri, böbrek tubül epitel hücrelerinde bulanık şişme ve vakuolizasyon, timusta stromada belirgin derecede azalmış lenfoid doku ve hipoplazi, akciğerlerde hafif ödem, fokal alveoler kollaps izlendi. Toksikolojik incelemede kanda alkol (Etanol, Metanol) bulunmadı; (86ng/mL) Metamfetamin ve (3ng/mL) Amfetamin bulundu. Olay yerinden elde edilen biberondaki (Resim 4) içerikten alınan numunede Metamfetamin tespit edildi. Ölüm sebebinin uyarıcı madde zehirlenmesi sonucu meydana geldiğine karar verildi.

Adli tahkikatında annenin gebelik döneminde uyuşturucu madde kullandığı belirtilmiştir. Harici muayenedeki belirgin gelişim geriliği intrauterin dönemde başladığını ve postnatal dönemde devam ettiğini, timus hipoplazisi ve hepatositlerdeki nekroz ise metamfetamine uzun süreli maruziyeti düşündürmektedir.



Resim 1: Bebek Olgu



Resim 2: Ön Fontanelde Hafif Çöküklük



Resim 3: Karaciğerin makroskobik görüntüsü ve kesitleri



Resim 4: Örnek Resim – Delil Niteliği Taşıyan İçinde Anne Sütü Bulunan Biberon

Sonuç

Toplumda giderek artan bir sorun haline gelen uyuşturucu kullanımı diğer kişiler için de ölümle sonuçlanabilecek düzeylere ulaşmıştır. Gebelik ve emzirme döneminde olan kullanıcılar için küçüklerin korunmasına yönelik önleyici tedbirlerin düzenlenmesi ve uygulama alanı bulması halk sağlığı açısından faydalı olacaktır.

Kaynakça

1.Dilbaz H, Dilbaz N. Metamfetamin Nedir, Metamfetamin Bağımlılığı Nedir? 2021, https://npistanbul.com/amatem/metamfetamin-nedir. Son erişim tarihi: 08/09/2023.
2.T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. Türkiye uyuşturucu Raporu 2018. Ankara: TuBİM; 2018. p.53.
3.Avrupa uyuşturucu ve uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi. Avrupa uyuşturucu Raporu: Eğilimler ve Gelişmeler. Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu; 2018. p.83.
4.Almış H, Şimşek Orhon F. Emziren annenin beslenmesi: Çay-kahve tüketimi, ilaç, sigara, alkol ve madde kullanımı. Başkan S, editör. Çocuk Beslenmesi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.23-8.
5.Dixon SD, Bejar R. Echoencephalographic findings in neonates associated with maternal cocaine and methamphetamine use: incidence and clinical correlates. J Pediatr. 1989;115:770–8.
6.Bartu, A., Dusci, L. J., & Ilett, K. F. (2009). Transfer of methylamphetamine and amphetamine into breast milk following recreational use of methylamphetamine. British journal of clinical pharmacology 67(4), 455-459.
7.Evren C, Bozkurt M. Update on methamphetamine: an old problem that we have recently encountered. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018;31:1-10.
8.Gürel A, Özdemir E, Kemeç Z, Aygen B, Doğukan A. (Mayıs 2015). Metamfetamin Kullanımı Sonrası Multisistem Toksisitesi. 17. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi
9.Wilson Duff and Shiffman John. Newborns Die After Being Sent Home With Mothers Struggling To Kick Drug Addictions. 2015. https://www.reuters.com/investigates/special-report/baby-opioids/#:~:text=Reuters%20identified%20110%20cases%20since%202010%20in%20which%20children%20died,opioid%20drugs%20during%20her%20pregnancy.&text=Social%20service%20agencies%20are%20falling%20short%2C%20too Son erişim tarihi: 08/09/2023

drugurreyhan@gmail.com

ADANA İLİNDE ADLİ TIP ALANINDA HİZMET VEREN ÇALIŞANLARIN BİYOLOJİK RİSK ALGI DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Nuri AKIN[1], Feyza ÜNEL[2], Ferdi TANIR[3]

[1] Nuri AKIN, Biyolog, İş Güvenliği Uzmanı- A, Adli Tıp Kurumu Adana Grup Başkanlığı, Morg İhtisas Dairesi, Adana/TÜRKİYE
[2] Feyza ÜNEL, Kimyager, İş Güvenliği Uzmanı- C, Adli Tıp Kurumu Adana Grup Başkanlığı, Kimya İhtisas Dairesi, Adana/TÜRKİYE,
[3] Ferdi TANIR, Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Adana/TÜRKİYE

AMAÇ: Adli Tıp alanında hizmet veren çalışanların iş sağlığı ve güvenliği (İSG) önlemleri alınmadan çalışmaları antemortem ve postmortem biyolojik materyallere temasları halinde kişileri biyolojik risk etmenlerine karşı savunmasız bırakmaktadır. Çalışanların biyolojik risk algı düzeylerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmayla biyolojik risk etmenlerine karşı farkındalık sağlanacağı düşünülmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM: Adana ilinde adli tıp alanında çalışanların gönüllülük esasına dayalı katılımlarıyla 20 sorudan oluşan anket çalışması yapılmıştır. Adli Tıp Kurumu ve Çukurova Üniversitesi'nden alınan bilimsel çalışma ve Etik Kurul İzinleri doğrultusunda yapılan çalışmada kişilerin biyolojik risk algı düzeyleri ölçülerek istatistiksel analizi yapılmıştır.











BULGULAR:

Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=100)

Demografik Özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	50	50
	Erkek	50	50
Medeni durum	Evli	72	72
	Bekar	25	25
	Boşanmış	3	3
Öğrenim durumu	İlköğretim	2	2
	Lise	15	15
	Ön lisans/Lisans	46	46
	Yüksek lisans/Doktora	37	37
Meslek	Memur/Güvenlik/Temizlik Personeli	21	21
	Tekniker/Teknisyen/Laborant	27	27
	Biyolog/Kimyager	28	28
	Doktor	24	24
Meslekte geçen süre	1-5 yıl	47	47
	6-10 yıl	19	19
	11-15 yıl	16	16
	≥16	18	18
		X̄±S.D	Median (IQR)
Yaş Ortalaması		37,6 ± 9,5	37 ± 14

Tablo 1: Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri

İş İle İlgili Yaşanılan Rahatsızlıklar ve Yakınmaların Dağılımı

Hastalıklar	Sayı	%
Kronik bel-boyun ağrısı	28	28
Psikolojik rahatsızlıklar	16	16
Varis	9	9
Egzama	8	8
Covid-19	1	1
Yakınmalar		
Psikolojik yıpranma (Anksiyete vb.)	14	14
Kimyasal madde maruziyeti etkileri	13	13
Kas-İskelet sistemi Ağrıları (Bel, baş, boyun, sırt vb. ağrıları)	11	11
Biyolojik madde maruziyeti etkileri	10	10
Stres	4	4

Tablo 2: İş ile ilgili yaşanılan rahatsızlıklar ve yakınmaların dağılımı

Çalışma Ortamında Biyolojik Risklerden Korunma Önlemleri ve Aşılanma Dağılımı

Önlemler	Sayı	%
Aşılanma	82	82
Maske	94	94
Eldiven	90	90
Dezenfeksiyon	83	83
Önlük	69	69
Diğer kişisel koruyucu donanımlar	5	5
Aşılar		
Covid-19	93	93
Hepatit-B	47	47
Tetanos	46	46
Tüberküloz	24	24

Tablo 3: Çalışma ortamında biyolojik risklerden korunma önlemleri ve aşılanma dağılımı

SONUÇ:

- Adli Tıp alanında hizmet veren çalışanlar işleri dolayısıyla mesleki pek çok riske maruz kalmaktadır. Bunlardan özellikle biyolojik risk etmenlerinden etkilenmelerinin önlenebilmesi ve kontrol altına alınabilmesi amacıyla çalışanların sağlık gözetimi 6 ayı geçmeyecek şekilde planlanmalıdır.
- Çalışanlarının maruz kaldığı risklerin kontrol altına alınıp alınmadığı, çalışanlara yapılacak sağlık takipleri ile sağlanabilir. Böylelikle çalışanların risklere maruziyeti ve risklerin oluşturacağı olumsuz durumların önlenmesi mümkün olabilir.
- Tüm çalışanların aşılanmaları sağlanmalıdır. Ayrıca çalışanlara mevzuatta belirlenen aralıklarla iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri verilerek kişisel koruyucu donanımları kullanımları denetlenmelidir. Sistemli şekilde gerekli önlemler alındığında iş kazaları ve sağlık problemleri minimize edilebilecek, çalışanlara daha sağlıklı, güvenli ve motive edici bir çalışma ortamı sağlanabilecektir.

KAYNAKÇA

1- Tanır, Ferdi(2016), Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Kitabı
2- Özkan, Ö., "Emiroğlu, O.N., Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri". C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,10 (3), 2006
3- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019. Laboratuvar Güvenliği El Kitabı, Yayın No:1114
4- Beşer, A., "Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi". Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 5 (1), 39-44,2012.

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu'ndan izin alınarak gerçekleştirilmiştir.

Künt Toraks Travması Sonucu Gelişen Bronşial Darlığın Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Açısından Önemi: Olgu Sunumu

Uzm. Dr. Veysel Osman SOĞUKPINAR[1], Uzm. Dr. Cem TERECE[2], Uzm. Dr. Yusuf TETİK[3], Uzm. Dr. Özlem Saniye İÇMELİ[4], Dr. Öğr. Üyesi Kağan GÜRPINAR[5]

[1]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Grup Başkanlığı, Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Ankara-Sincan
[2]Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara
[3]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Grup Başkanlığı, Malatya
[4]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği, İstanbul
[5]Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp İkinci İhtisas Kurulu, İstanbul

18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri, 19-22 Ekim 2023, Aksu - Antalya

ÖZET:

Meslekte kazanma gücü kaybı oranının (maluliyet oranının) tespiti bütün dünyada önemli olduğu gibi ülkemizde de oldukça önemlidir. Çünkü kişinin vücudundaki organlarında ya da sistemlerinde meydana gelen kısıtlılığın oransal olarak saptanması, kişide bazı haklar doğurmaktadır. Tazminat hakkı da bu haklardan biridir. Bu hususta her ülkede değişmekle birlikte ilgili mevzuatlar düzenlenmiştir.
Ülkemizde meslekte kazanma gücü kaybı oranı belirlemede hâlihazırda yürürlükte olan yönetmelik, 2008 yılında çıkarılan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliğidir. Solunumsal meslekte kazanma gücü kaybının değerlendirilmesinde de ilgili yönetmelik kullanılmaktadır. Bu yönetmelikte solunumsal açıdan genellikle hafif-orta-ağır şeklinde kategorize edilmektedir.
Traktör romörkunun göğüs kafesi üzerinden geçmesi (künt toraks travması) sonucu pnömomediastinum ve hemopnömotoraks gelişen, sonraki süreçte sol ana bronşta darlık saptanan bir olguyu ilgili yönetmelik kapsamında meslekte kazanma gücü kaybı açısından tartışarak sunduk.

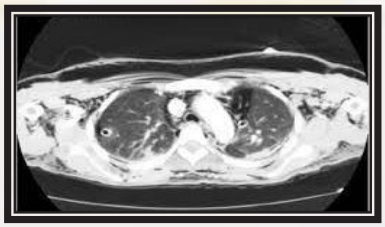
11/10/2008 tarih ve 27021 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (Ek-3), A Cetveli VI. Liste Göğüs Arızaları Bölümünden Arıza Sıra Numarası 1

Klinik ve radyolojik bulgularla belirlenmiş, solunum ve dolaşım fonksiyonlarını etkileyen akciğer dokusunun, bronşların, plevranın, kemik kafesinin (toraks) hastalıkları, kaburgaların (kot) kırılma ve rezeksiyonu, akciğer fıtığı ve bunların sekelleri		
a	Hafif	6
b	Orta	30
c	Ağır	57

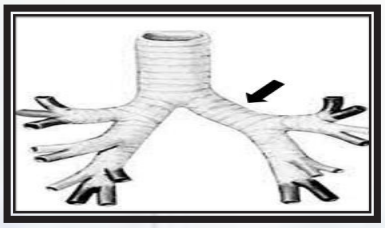
OLGU-BULGULAR:

5 yaşında kız çocuğunun üzerinden traktör römorkunun geçmesi sonucu ilçe devlet hastanesine kaldırıldığı, burada yapılan ilk muayenesinde göğüs kafesinde yaygın hematom, tüm vücutta yaygın cilt altı amfizem, bilateral pnömotoraks saptanarak üst merkeze sevk edildiği, ilgili merkezde yaygın pnömomediasten ve bilateral hemo-pnömotoraks nedeniyle kız çocuğuna tüp torakostomi işleminin uygulandığı, göğüs tüpü uygulandıktan sonra çekilen tomografisinde endotrakeal tüpün sol ana bronşa uzandığı, tüpün hemen distalinde sol ana bronşta daralma olduğunun izlendiği, solda daha belirgin olmak üzere bilateral pnömotoraks, yaygın pnömomediasten ve cilt altı amfizemi olduğunun izlendiği, küçüğün yoğun bakımda tedavisi sürerken sol göğüs tüpünden hava kaçağının sürmesi ve pnömomediastinumun devam etmesi üzerine yatışının yedinci gününde özofagus perforasyonu ön tanısıyla özofagografi çekildiği ve belirgin kaçak ya da fistülizasyonun saptanmadığı, ekstübe edildikten sonra spazmodik öksürükleri, sol akciğerden hava kaçağının sürmesi ve sol akciğerin atelektazik olması nedeniyle yatışının sekizinci gününde kız çocuğuna bronkoskopi işleminin yapıldığı, bronkoskopide sağ ana bronşun açık ve sol ana bronş posteriorunda fissür şeklinde katlantı olduğunun izlendiği, küçüğün taburcu olduktan dört yıl sonra çekilen toraks tomografisinde sol ana bronş proksimalinin dar olduğunun izlendiği ve ileri tanı açısından bronkoskopi işleminin önerildiği, göğüs cerrahi kliniğince yapılan bronkoskopi işleminde; kord vokaller ve trakea normal, sağ sistem normal ve açık olarak değerlendirildiği, sol ana bronş girişinin karinadan itibaren medialde web (?) stenoz (?) nedeniyle 4/5 kapalı olduğunun görüldüğü, kazadan yaklaşık 4 yıl sonra yapılan solunum fonksiyon testinde; FVC: 0.99, FEV: 0.96, FEV1/FVC: %96 olarak saptandığı kayıtlıdır. İncelenen akım volüm halkası şekline göre küçüğün teste koopere olmadığı tespit edilmiştir.

Toraks BT'de cilt altı amfizemi ve pnömomediastinum



Sol ana bronşta darlık



Küçüğün ilgili ihtisas kurulunda göğüs hastalıkları uzmanı tarafından yapılan muayenesinde; oksijen satürasyonunun %99 ve solunumunun rahat olduğu, dispne-ortopne-stridor ve siyanoz bulgularının olmadığı tespit edilmiş olup efor dispnesinden yakındığı belirtilmiştir.

TARTIŞMA:

Trakeobronşial yaralanmaların meydana geliş mekanizmaları üç yolla açıklanabilir. Toraks ön-arka çapının travmaya bağlı azalması dolayısıyla transvers çapın artması ve karinadaki basınç artışı sonucu oluşan yaralanmalar, glottisin travmaya bağlı ani kapanmasıyla trakeobronşial ağaçta ani basınç artışı ve direkt olan travmalar sonucu meydana gelen yaralanmalardır. Olgumuzda küçüğün göğüs kafesinin üzerinden traktör römorkunun geçmesi sonucu toraks ön-arka çapı azalmış ve ani basınç artışı sonucu hemopnömotoraks ve hava yolu yaralanması meydana gelmiştir. Entübe edilen küçüğün çekilen toraks tomografisinde endotrakeal tüpün sol ana bronş girişinde olduğu ve distalinde sol ana bronşta darlığın olduğu görülmüştür. Bu darlığın oluşumunda iatrojenik olarak entübasyonun etkisi olabileceği gibi bahsettiğimiz mekanizmayla meydana gelen ani basınç artışı sonucu da meydana gelmiş olabileceğini düşündürmektedir.
Küçüğe bilateral tüp torakostomi uygulanmıştır. Sol tüpten hava kaçağının sürmesi üzerine öncelikle özefagus perforasyonundan şüphelenilmiş ve özefagografi çekilmiştir. Özefagus perforasyonlarının mortalitesi yüksek (%16-25) olmasından ve erken tanının tedavi için çok önemli olmasından dolayı olgumuza ilk olarak özefagografi çekilmiştir. Özefagografide patoloji saptanmamıştır.
Yaralanmanın şiddetiyle orantılı olarak hava yolu yaralanmalarında basit mukoza hasarından trakea rüptürüne ve solunum arrestine kadar varabilen durumlar görülebilir. Wood ve ark. yaptığı çalışmada hava yolu yaralanması olan hastalara bronkoskopi yapmışlar ve hastaların %37'sinde hava yolu darlıkları tespit etmişlerdir. Nitekim küçüğe de bronkoskopi yapılması planlanmıştır. Bronkoskopide sol ana bronş posteriorunda darlık izlenmiştir. Takipleri sonrası taburcu edilen hastanın ara ara olan nefes darlıkları devam etmiştir.
Meslekte kazanma gücü kaybı oranının (maluliyet oranının) tespiti bütün dünyada önemli olduğu gibi ülkemizde de oldukça önemlidir. Çünkü kişinin vücudundaki organlarında ya da sistemlerinde meydana gelen kısıtlılığın oransal olarak saptanması, kişide bazı haklar doğurmaktadır. Tazminat hakkı da bu haklardan biridir. Küçük, Kurumumuza devam etmekte olan tazminat davası nedeniyle ilgili mahkemece meslekte kazanma gücü kaybı oranı belirlenmesi için gönderilmiştir.

SONUÇ-ÖNERİLER:

Travmaya bağlı meydana gelen göğüs içi yaralanmalarda trakeobronşial ağda ani basınç artışı olması nedeniyle bronşial darlığın gelişmesi görülebilmektedir. Bu tarz durumlarda yapılan takip ve tedavilerin akabinde anlamlı düzeyde solunumsal sekel oluşmadan kişide sadece sübjektif bulguların zaman zaman görülmesiyle iyileşme sürecinin tamamlanması ön görülmektedir. Bu doğrultuda tazminat hakkı açısından ilgili yönetmeliğe göre yapılacak değerlendirmelerde maluliyet tayinine yer olmadığına ve iyileşme süresinin (iş göremezlik süresi) belirlenmesine karar verilmesinin gerektiğine dair sonuca varılmıştır.

Amputasyona giden süreçte elektronik kelepçenin rolü: Bir Olgu Sunumu

Hasan Karaoğlu[1], Yasin Koca[2], N. Nezih Anolay[3]

[1]: Uzm. Dr., Üçüncü İhtisas Kurulu, Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye
[2]: Uzm. Dr., Üçüncü İhtisas Kurulu, Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye
[3]: Dr. Öğr. Üy., Üçüncü İhtisas Kurulu Başkanı, Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye

✓ GİRİŞ ve AMAÇ:

▪ Elektronik izleme, bir hükümlünün toplum içerisine dönmesi ardından toplumdaki konumunu tespit edip hükümlüyü takip etmek üzere kullanılan sistemlerdir. Dünyada 1980'lerde ilk defa uygulanan elektronik kelepçe, ülkemizde 2013'te yürürlüğe giren Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği ile kullanılmaya başlanmıştır (1). Elektronik kelepçe kullanımının kişilerde sağlık açısından cilt lezyonları başta olmak üzere nöropati, vaskülopati vb. sorunlara yol açtığı gösterilmiştir (2, 3, 4). Ancak diabetik hastalarda ne tür etkilerinin olabileceği ile ilgili, özellikle diyabetik ayak hastalığı olan kişide elektronik kelepçenin takılmasının sonuçları ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

▪ Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kuruluna gönderilen diabetik bir olguda elektronik kelepçe takılması sonrası gelişen süreçler ve amputasyon yönünden illiyetinin tartışılması amaçlanmıştır.



✓ OLGU:

▪ Elektronik kelepçe takılmadan yaklaşık 10 yıl önce diyabet tanısı alan 1963 doğumlu kadın olgunun öz geçmişinde ilk aşamada oral antidiyabetik tedavisine başlandığı ancak poliklinik kontrolüne düzenli gitmediği, ilaçlarını düzenli kullanmadığının belirtildiği, birkaç yıl sonra ise insülin tedavisine başlandığı görülmüştür.

▪ Elektronik kelepçe takılmadan önceki bir haftalık süreçte hastane muayene notlarında diyabetik ayak yaraları olduğu tespit edilen kişinin ayağına elektronik kelepçe takıldıktan sonra ayağındaki yaraların gitgide büyüdüğü, yaralarının çoğaldığı, bu ilerleyici süreçte kan şekerinin de kontrol altında olmadığının anlaşıldığı, diz altı amputasyon kararı verildiği ve kelepçe takıldıktan sonra 4-5 ay süre içerisinde diz altı amputasyonunun gerçekleştiği görülmüştür. Kendisinde kontrol edilemeyen diyabetes mellitus ve bunun sonucu gelişen nöropatik anjiopatik komplikasyonlara bağlı diyabetik ayak hastalığı bulunan kişinin diyabetik ayağına elektronik kelepçe takılmasının kendisinde mevcut olan hastalığın kısa sürede ilerlemesi ile amputasyona giden süreci kolaylaştırabileceği, ancak elektronik kelepçe takılmasa da kişinin kronik ve kontrol edilemeyen hastalığı nedeniyle ayağında amputasyon oluşabileceği sonucuna varılmıştır.

✓ TARTIŞMA ve SONUÇ:



▪ Elektronik kelepçe takılmasına ait yönergelerde kelepçe takılanın sağlığı, sağlık durumunun kontrolü ve elektronik kelepçe uygulamasının endikasyonları ile ilgili herhangi bir bölüm bulunmadığının anlaşıldığı, özellikle kendisinde kontrol edilemeyen diyabetes mellitus ve bunun sonucu gelişen diyabetik ayak hastalığı bulunan kişilerde elektronik kelepçe kullanımında hangi sağlık sorunlarının oluşabileceği belirlenmeli, bu süreçte kişilerin sağlık durumlarının kontrol ve takibi düzenli şekilde sağlanmalı ve bununla ilgili gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

✓ Kaynaklar:

1. Yıldırım N, Varol A. Türkiye ve Dünya'da elektronik izleme yöntemleri ve elektronik izlemede kullanılan cihazlar üzerine bir araştırma. *Türkiye'de Denetimli Serbestlik 10. Yıl Uluslararası Sempozyumu*, 8-10 Aralık, 2015; 195-205.
2. Rogers DJ, Stark M, Davie M. Medical complications associated with the use of rigid handcuffs: a pilot study. *J Clin Foren Med*. 1998; 5(1): 34-37.
3. Malik RA, Tesfaye S, Ziegler D. Medical strategies to reduce amputation in patients with type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2013; 30(8): 893-900.
4. Chariot P, Ragot F, Authier FJ, Questel F, Diamant-Berger O. Focal neurological complications of handcuff application. *J Forensic Sci*. 2001; 46(5): 1124-5.

YAZIŞMA ADRESİ
Uzm. Dr. Hasan Karaoğlu
E-posta: hasankaraoglu3939@gmail.com
Posta: Adli Tıp Kurumu, İstanbul

SEPTORİNOPLASTİ ÖYKÜSÜ VE PESTİSİD MARUZİYETİNDE ANOSMİ GELİŞİMİ- OLGU SUNUMU

Tilbe ACAR[1], Yasin KOCA[2], Serdar ÖZDİL[3], Kadir Serkan ORHAN[4]

[1]: Uzm. Öğr. Dr., Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye
[2]: Uzm. Dr., Üçüncü İhtisas Kurulu, Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye
[3]: Uzm. Dr., Üçüncü İhtisas Kurulu Üyesi, Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye
[4]: Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ ve AMAÇ:

Koku bozuklukları iletimsel, sensörinöral veya mikst tipte olabilmektedir. Septorinoplasti cerrahisi sonucu olfaktör sinir etkilenmesine yönelik farklı görüşler bulunmaktadır. Koku fonksiyonunun etkilenmediği, hatta iyileştiğini belirten çalışmalar kadar, direkt travmatik etkiyle azalabildiğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Haşere kontrolünde kullanılan pestisidlere maruziyetin olfaktör sinirde etkilenmeye neden olarak koku alma kaybı-anosmiye neden olduğu bilinmektedir. Çok sayıda endüstriyel etkenin süreci tetikleyebileceği gösterilmiştir.





Bu çalışmada, işyerinde pestisid maruziyeti iddiası olan kişinin, çalışmaya başlamadan öncesinde ve çalıştığı dönemde cerrahi öyküsünün olması, kişideki koku kaybının olayla illiyetinin tespiti yönünden, tıbbi belgeler haricinde, eldeki mevcut tüm kayıtlara da itibar gösterilmesi yönünden önem arz etmektedir.

OLGU:

2008-2013 yılları arasında haşere kontrolü amaçlı ziraat mühendisi olarak çalıştığı bildirilen olguda, ilk olarak 2009 yılında koku alamama şikayeti ile hastaneye başvurduğu, anosmi tanısıyla takiplerinin olduğu görülmüştür. Kişinin özgeçmişinde; 2007 yılı açık teknik septorinoplasti operasyonu, 2012 yılında sinüzit tanısıyla septoplasti operasyonu geçirdiği anlaşılmıştır.

Talep üzerine 3. İhtisas Kurulunca kişinin maluliyeti yönünden rapor düzenlenmiştir. Mahkeme tarafından oluşan koku kaybının işyerinden kaynaklanıp kaynaklanmadığı ve meslek hastalığı olup olmadığının sorulması üzerine; 3. İhtisas Kurulunca mevcut rahatsızlığının meslek hastalığı olduğu belirtilmiştir. İtiraz üzerine Adli Tıp 2. Üst Kurulunca; kişide tespit edilen anosminin rinoplasti operasyonları sonucu gelişebileceği gibi, pestisid maruziyetinden de ortaya çıkabileceği, bu maluliyete hangisinin ne oranda etki ettiğinin tıbben bilinemeyeceği kanaatine varılmıştır.



TARTIŞMA ve SONUÇ:

Pestisidlerin anosmiye neden olabildikleri bilinmektedir. Olguda işyeri ortamında pestisidlere yönelik analiz yapılmadığından maruziyetin olup olmadığı ile ilgili değerlendirme yapılamamıştır. Olgunun kimyasal depolanan ortamda çalışmasına rağmen kişisel koruyucu ekipman kullanılıp kullanılmadığı, pestisid maruziyeti-süresine yönelik güvenilir veriler olmaması yapılan değerlendirmeyi kısıtlamıştır. Kimyasallarla alakalı tüm süreçlerde çalışan kişilerin düzenli olarak muayene ve maruziyetlerine yönelik ortam analiz raporlarının hazırlanması, hem erken tanı ile sağaltımı artıracak, hem de adli süreç içerisinde değerlendirmeleri kolaylaştıracaktır. Olguda aynı tarihlerde septorinoplasti öyküsünün de olması, süreç hakkında bir kanaate ulaşılmasını daha da zorlaştırmıştır. Tıbbi girişimlerin ayrıntılı belgelenmesi, çalışma koşulları ve işyeri ortam analiz raporlarının adli dosyaya eklenmesi değerlendirmenin daha sağlıklı yapılmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar:

1-Mott AE, Leopold DA. Disorders in taste and smell. *Medical Clinics of North America*. 1991; 75(6), 1321-53.
2-Gobba F, Abbacchini C. Anosmia after exposure to a pyrethrin-based insecticide: a case report. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2012; 25, 506-12.
3-Jarrard HE, Delaney KR., Kennedy CJ. Impacts of carbamate pesticides on olfactory neurophysiology and cholinesterase activity in coho salmon (Oncorhynchus kisutch). *Aquatic Toxicology*. 2004; 69(2), 133-48.
4-Brittebo EB. Metabolism of xenobiotics in the nasal olfactory mucosa: implications for local toxicity. *Pharmacology & Toxicology*. 1993; 72, 50-52.
5-Huseynov T. Septoplasti öncesi-sonrası objektif testlerle nazal hava yolunun ve eşik- eşik üstü testlerle koku fonksiyonunun değerlendirilmesi [Doctoral dissertation], Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 2010.
6-Kilicaslan A, Acar GO, Tekin M, Ozdamar OI. Assessment the long-term effects of septoplasty surgery on olfactory function. *Acta Oto-Laryngologica*. 2016; 136(10), 1079-1084

YAZIŞMA ADRESİ
Dr. Tilbe ACAR
E-posta: tilbeacar@gmail.com
Posta: Adli Tıp Kurumu, İstanbul

LOKAL ANESTEZİK İLAÇLARA BAĞLI METHEMOGLOBİNEMİ OLGULARI

Ali Ulvi ÇALIK, Emre MUTLU, Caner BEŞKOÇ

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu

Amaç

Methemoglobinemi, hemoglobindeki ferröz (Fe2+) formdaki demirin ferrik (Fe3+) formda stabilize olarak oksijeni bağlayamaması neticesinde doku hipoksisine ve ölüme yol açma ihtimali olabilen nadir bir durumdur (1). Bu durum kalıtsal veya edinilmiş olabilir (2). Kalıtsal form methemoglobinemi, intrinsik sitokrom b5-MetHb redüktaz eksikliği veya oksijeni bağlayamayan bir hemoglobin formu olan konjenital hemoglobin M'nin varlığı ile ilişkilidir. Edinilmiş methemoglobinemi formları çok daha yaygındır ve en belirgin şekilde nitratlar, kloratlar, anilin bileşikleri, lokal anestezikler (lidokain, prilokain, bupivakain benzokain) ve dapson olmak üzere uzun bir oksidanlar listesine maruz kalmanın sonucudur (3). Bu çalışmada, methemoglobinemi hakkındaki güncel tıbbi literatürün lokal anesteziklere odaklanarak gözden geçirilmesi, nadir görülen ancak ciddi sonuçlara sebep olabilen bu olgulara dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgular

Birinci olguda; 3,5 aylık hastaya özel bir hastanede sünnet operasyonu yapılmış, işlemden 1 saat sonra el ve ayaklarda morluklar oluştuğu ailesi tarafından görülmüş, evine gönderilmiş ancak durumu düzelmeyince tekrar hastaneye getirilmiş, yapılan muayenesinde el ve ayaklarda siyanoz, solunum sıkıntısı ve methemoglobin(%25,5) saptanmış olup yoğun bakıma yatırılmıştır. 4 günlük takip ve tedavi sonrası taburcu edilmiştir.

İkinci olguda; 3 aylık hastaya özel bir hastanede sünnet operasyonu yapılmış, sonrasında taburcu edilmiş ancak 2 saat sonra el ve ayaklarda morarma şikayetiyle tekrar hastaneye getirilmiş, yapılan muayenesinde oral ve palmar siyanoz tespit edilmiş, methemoglobin düzeyi (%34,7) saptanmış olup yoğun bakımda tedavi altına alınmıştır. 1 günlük takip ve tedavi sonrası taburcu edilmiştir.

Üçüncü olguda; 10 günlük hastaya sünnet operasyonu yapılmış ve taburcu edilmiş, operasyondan 3 saat sonra morarmaya başlamış, acile getirilmiş, yapılan muayenesinde vital bulguları stabil tespit edilmiş, methemoglobin düzeyi (%51,3) saptanmış olup yoğun bakımda 3 gün boyunca takip ve tedavi edilmiştir.

Dördüncü olguda; 11 aylık hastaya evde aile hekimi tarafından yapılan sünnet işlemi esnasında, lidokain enjeksiyonu sonrası morarma, solunum zorluğu, öksürme, titreme, gözlerinde kayma, konvülsiyon görülmesi üzerine hastaneye kaldırılmış, methemoglobin ölçümü yapılmamış olup yoğun bakımda 2 günlük takip ve tedavi sonrası taburcu edilmiştir.

Beşinci olguda; 1 aylık hastaya devlet hastanesinde yapılan sünnet operasyonu esnasında uygulanan lidokain sonrası kasılma ve morarmaları olmuş, yapılan muayenesinde genel durumu kötü, soluk ve siyanotik olduğu, spontan solunumu olmadığı, alt ve üst ekstremitede hipertonik kasılması tespit edilmesi üzerine antikonvülzan ilaç uygulanmış, entübe edilmiş, yoğun bakımda takip ve tedavi altına alınmıştır. 7 günlük tedavi sonrası genel durumu düzelen hasta taburcu edilmiştir.

Olgular	Hastanın yaşı	Uygulanan lokal anestezik ilaç	İlaç dozu	Anestezi çeşidi	Uygulanma nedeni
Olgu 1	3.5 aylık	Lidokain+ Bupivakain	2 ampul (Lidokain+adrenalin)+ 4cc Bupivakain	Lokal	Sünnet
Olgu 2	3 aylık	Prilokain	1 ampul Prilokain	Lokal	Sünnet
Olgu 3	10 günlük	Prilokain	Belirtilmemiş	Lokal	Sünnet
Olgu 4	11 aylık	Lidokain	1.cc	Lokal	Sünnet
Olgu 5	1 aylık	Lidokain	1mg/kg	Lokal	Sünnet

Tablo 1. Olguların hastanın yaşı, uygulanan ilaç, ilaç dozu, anestezi çeşidi ve yapılan operasyona yönünden değerlendirilmesi

Olgular	Ölçülen Maksimum Methemoglobin düzeyi	Bulgular ve ortaya çıkma süresi	Tedavi	Prognoz	Labaratuvar bulguları(Oksijen satürasyonu)
Olgu 1	%25.5	7 saat sonra el ve ayaklarda morarma, solunum sıkıntısı, tansiyon 80/50, nabız:110	Oksijen desteği, Askorbik asit	Yoğun bakımda 5 gün takip sonrası taburcu	Saturasyon %85 pH:7,40 pCO2:37,5 HCO3:22,7
Olgu 2	%34.5	2 saat sonra el ve ayaklarda morarma	Askorbik Asit, Oksijen desteği	Yoğun Bakımda 1 gün takip sonrası taburcu	Saturasyon:%86,6 pCO2:36,7 HCO3:17,7
Olgu 3	%51.4	2 saat sonra morarma	Askorbik Asit, Metilen Mavisi	Yoğun Bakımda 3 gün takip sonrası taburcu	Saturasyon %92 pH:7,49 pCO2:27,7 HCO3:21
Olgu 4	Ölçülmemiş	15 dakika sonra morarma, nefes alma güçlüğü, konvülziyon	O2 desteği	Yoğun bakımda 2 gün takip sonrası taburcu	Saturasyon %98
Olgu 5	%1.9	15 dakika sonra morarma, nefes alma güçlüğü, konvülziyon	O2 desteği Askorbik asit, Fenobarbital	Yoğun bakımda 3 gün, serviste 4 gün takip sonrası taburcu	Saturasyon %97 pH:7.07 pCO2:81,6 HCO3:17,2

Tablo 2. Olguların methemoglobin düzeyleri, semptomların ilk ortaya çıkma süresi, uygulanan tedavi, prognız ve laboratuvar bulguları yönünden incelenmesi

Tartışma

Methemoglobinemi tablosu lokal anestezik ilaçlara bağlı gelişebilen bir yan etki olup ilaç normal doz aralığında verilse dahi görülebilmekle birlikte ilaç dozu arttıkça gözülen klinik tablo şiddetlenebilmektedir. Ortaya çıkmasında hastanın yaşı, karaciğer metabolizmasının henüz yeterince gelişmemiş olması, enzim aktivitesi gibi bireysel etkenler de rol oynamaktadır. Yaşamın ilk üç aylık döneminde, özellikle fetal hemoglobin varlığının devam ettiği ve Met-Hb redüktaz enzim aktivitesi düşük olduğu için toksik maddelere bağlı methemoglobinemi riski daha yüksektir. Mevcut çalışmada da 4 vakanın yaşı 3.5 ayın altındadır. Özellikle bu yaş grubunda lokal anestezi uygulamasına bağlı gelişebilecek kompikasyonların göz önüne alınması, operasyon sonrası yakıp takip ve ilaç doz ayarlaması önem arz etmektedir.

Kaynaklar:

1. Barash M, Reich KA, Rademaker D. Lidocaine-induced methemoglobinemia: a clinical reminder. Journal of Osteopathic Medicine. 2015;115(2):94-8.

2. Camp NE. Methemoglobinemia. Journal of Emergency Nursing. 2007;33(2):172-4.

3. Skold A, Cosco DL, Klein R. Methemoglobinemia: pathogenesis, diagnosis, and management. South Med J. 2011;104(11):757-61.

SEPTOPLASTİ AMELİYATINDA KAFA TABANI KIRIĞI OLUŞMASI KOMPLİKASYON MU YOKSA TIBBI UYGULAMA HATASI MI?

Dr. Özlem Akpınar[1], Dr. Caner Beşkoç[1], Dr. Abdulkadir Can[1]

[1] Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 7. Adli Tıp İhtisas Kurulu

GİRİŞ ve AMAÇ

Bu çalışmada; 7. Adli Tıp İhtisas Kurulunda septoplasti ameliyatı sonrası kafa tabanı kırığı gelişen bir vakanın medikolegal olarak değerlendirilmesi amaçlandı. Hasta ile ilgili olarak endikasyon, ameliyat öncesi hazırlık, aydınlatılmış onam, uygulanan cerrahi prosedür, ameliyat sonrası süreç değerlendirilmiştir.

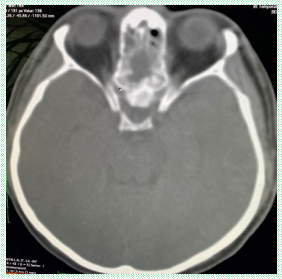
VAKA

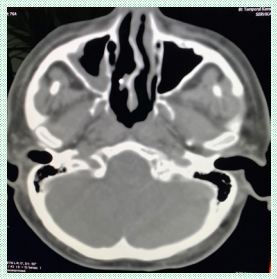
48 yaşında erkek hasta uzun zamandan beri burundan nefes almakta zorluk şikayeti ile başvurmuş, muayenede septum arka üst sola deviye, bilateral konka büllosa tespit edilmiş, nazal septum deviasyonu ve konka bülloza tanısı ile endoskopik konka bülloza rezeksiyonu ve septoplasti ameliyatı yapılmıştır. Postoperatif baş ağrısı, ara ara bilinç bulanıklığı şikayeti olan hastada kontrol muayenelerinde patoloji tespit edilmemiş, ameliyattan on gün sonra motor afazi ve parapleji gelişmiştir. Başvurduğu farklı bir merkezde tetkiklerinde subaraknoid hematom ve kraniyal kemik destrüksiyonu saptanan hasta için cerrahi girişim gerekmiştir. Başarısız burun ameliyatının nörolojik tabloya yol açtığı, erken dönemde tanısı konulup tedavi edilmediği iddiası bulunmaktadır.

Bu vakada işlem öncesi makroskopik muayenesinde nasal septum deviasyonu ve konka bülloza tespit edilmiş buna yönelik cerrahi planlanmıştır ancak ameliyatta gelişebilecek komplikasyonlardan kaçınmak ve ameliyat için yol gösterici olması açısından zorunlu olmamakla birlikte preoperatif Paranasal Sinüs BT istenmediği değerlendirilmiştir.

Ameliyat sonrası incelenen kranial görüntülemeler, ameliyatta anterior kranial fossayı, lamina cribrosayı delerek defekte neden olunduğu, septal deviasyonun giderilmemiş olduğunu gösterdi. Bu olguda erken dönem başvurularında kişideki intrakranial patoloji tespit edilmemiş nörolojik tablonun netleşmesi sonrasında farklı merkezde kafa tabanı kırığı tanısı konularak gerekli cerrahiler uygulanmıştır. Ameliyatta anterior kranial fossayı, lamina cribrosayı delerek defekte neden olunması bu tür ameliyatlarda beklenen bir durum olmadığı, ameliyat sonrası radyolojik değerlendirmelerde septum deviasyonunun giderilmediği anlaşıldığından ameliyat tekbiğinin tıbben uygun olmadığı sonucuna varılmıştır.







TARTIŞMA

Hekimin hastasına uyguladığı müdahale sırasında uygun olmayan bir yöntemin uygulanması neticesinde hastanın sağlık durumunda zarar oluşturulması tıbbi malpraktis olarak tanımlanmaktadır.

Tıbbi uygulama hataları temelde tanı ve tedavi süreci ile ilişkili hatalardır; ayrıca uygulamayı yapmakta yeterli yetkinlikte olmama, enstrümantasyonda yetersizlik, sevk zincirinde eksiklik gibi diğer etkenlerden kaynaklanan hatalar da söz konusu olabilir. (1, 2)

Burun tıkanıklığının septoplasti ile tedavisi kulak burun boğaz alanında oldukça sık uygulanan bir ameliyattır. (3) Hayatı tehdit edebilecek kadar ciddi komplikasyonlar vardır. (4) Bu türlü kulak burun boğaz hastalıklarını ilgilendiren cerrahilerde bölgenin anatomisinin doğru bilinmesi, titiz manipülasyon ve enstrümantasyon en çok dikkat edilen konulardır (5, 6). Kafa tabanı yaralanmasının önlenmesi, tedavisinden daha önemlidir.

Tıbbi Malpraktisin oluşmasında vakanın niteliği, rastlanma sıklığı, istenmeyen sonuca yol açma sıklığı, olumsuz sonucun erken dönemde fark edilip tedavi edilmesi, işlem öncesi, aydınlatılmış onam alınması özellikle önem taşımaktadır. (1, 2)

KAYNAKLAR

1) Sermet Koç. Forensic Medicine Related Physician Liability and Malpractise.
2) Mahmut Aşırdizer, Aykut Ekiz. Solution Suggestions for Medical Malpractice Claims. Adli Tıp Bülteni 2022;27(3):288-294
3) Nathan B. Sautter, MD, Timothy L. Smith, MD, MPH. Endoscopic Septoplasty. Otolaryngol Clin N Am 42 (2009) 253–260
4) Alexander M. Tawadros, BA, Joseph A. Prahlow. Death Related to Nasal Surgery Case Report with Review of Therapy-Related Deaths. Am J Forensic Med Pathol 2008;29: 260-264
5) Aliasghar Peyvandi, Navid Ahmady Roozbahany. Skull Base Injury Leading to Death After Conventional Septoplasty. Am J Forensic Med Pathol 2013;34: 5-6
6) Jochen P. Windfuhr. Malpractice claims and unintentional outcome of tonsil surgery and other standard procedures in otorhinolaryngology. GMS Current Topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery 2013, Vol. 12, ISSN 1865-1011

Malpraktis iddiası ile açılan tazminat davalarında Yargıtay ve Danıştay'ın "Aydınlatılmış Onam (Rıza)" hususundaki görüşlerinin incelenmesi

Talip VURAL[1], Melike ERBAŞ[2], Hüseyin Çetin KETENCİ[1]

[1] Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı

[2]Adli Tıp Kurumu Başkanlığı/İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğu için zorunlu unsurlardan biri olan aydınlatılmış onam (rıza)* malpraktis davalarının en önemli unsurlarından biridir. Aydınlatılmış onam koşullarının yerine getirilmesinden doğrudan ve/veya dolaylı olarak hekimler sorumlu tutulmaktadır. Aydınlatılmış onam uluslararası tıp etiği belgelerinde belirtilip ülkemizde ise birçok yasal düzenleme ile uygulamaya konulmuştur. Çalışmamızda; yüksek mahkemelerin (Danıştay ve Yargıtay) bozma kararları incelenerek aydınlatılmış onam formunun önemi ve gerekliliği hususlarında hekimlerimizin farkındalığını artırarak litaretüre katkı sunmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: 2013-2022 yılları arasında Danıştay ve Yargıtay ilgili daireleri tarafından malpraktis iddialarına yönelik açılan maddi manevi tazminat davaları hakkında verilen kararlar incelendi. Aydınlatılmış onam formu yokluğu veya eksikliği nedeniyle bozulan 102 karar çalışmamıza dahil edildi. Hekimlerin uzmanlık alanları, yapılan tıbbi işlemler, meydana gelen komplikasyonlar, ortalama dava süreleri, aydınlatılmış onam formu durumu ve ilgili yasal düzenlemeler incelenerek kayıt altına alındı

BULGULAR: Adli ve idari yargıda açılan davaların toplamda %72.5'inin cerrahi branşlardan kaynaklandığı, yapılan tıbbi işlemler sonrasında meydana gelen arazların %100'ü komplikasyon olarak tanımlandığı, olguların %20.6'sında aydınlatılmış onam formu düzenlenmediği, %24.5'inde eksik düzenlendiği, %3.9'unde hasta yakınları tarafından imzalandığı, %51'inde aydınlatılmış onam formu durumu araştırılmadan ilk derece mahkemeleri tarafından verilen kararların eksik inceleme nedeniyle yüksek mahkemelerce bozulduğu tespit edilmiştir (Tablo1). Yargı karar gerekçelerinde atıf yapılan yasal düzenlemeler tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Aydınlatılmış Onam (AO) Formu durumu

Olgular	n	%
AO formu düzenlenmeyenler	21	20,6
AO onam formu eksik düzenlenenler	25	24,5
AO formu düzenlenip düzenlenmediği araştırılmadan karar verilenler	52	51
AO formu hasta yakınları tarafından imzalananlar	4	3,9
Toplam	102	100

Tablo 2. Yargı karar gerekçelerinde atıf yapılan yasal düzenlemeler

İsim	Maddeler
Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	m.70
İnsan Hakları Ve Biyotıp Sözleşmesi	m.1-m.4-m.5
Hekimlik Meslek Etiği Kuralları	m.13-m.26
Hasta Hakları Yönetmeliği	m.1-m.11-m.15-m.18-m.22-m.24-m.26-m.31
Türkiye Cumhuriyeti Anayasası	m.2-m.17-m.56-m.125
Türk Borçlar Kanunu	m.170-m.394-m.396-m.502-m.506
Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi	m.2
İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi	m.25

SONUÇ: Aydınlatılmış onam formu ortaya çıkabilecek hukuksal uyuşmazlıklarda delil niteliği taşımaktadır. İspat yükü hekimlerde veya hastanelerde olduğundan dolayı bizzat işlemi yapan hekim tarafından özen gösterilerek mevzuat hükümleri kapsamında eksiksiz olarak düzenlenmelidir. Yapılan tıbbi müdahale sonrasında meydana gelen arazlar komplikasyon olarak kabul edilse bile, özellikle yüksek mahkemeler tarafından aydınlatılmış onam formlarının düzenlenmemesi, eksik düzenlenmesi, hasta yakınları tarafından imzalanması sonucunda hekimler veya idare aleyhinde kararlar verilmektedir

Uzm. Dr. Talip VURAL (Sorumlu Yazar)
Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı
E-mail : tlpvrl25@gmail.com

ENJEKSİYON NÖROPATİSİ OLGULARINDA ERKEN DÖNEMDE MEDİKOLEGAL DEĞERLENDİRME

Dr. Öğr. Üyesi Halil İlhan AYDOĞDU[1], Uzm. Dr. Muazzez Elçin ÖZKAN[2]

1- Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye
2- Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Giresun, Türkiye

AMAÇ:

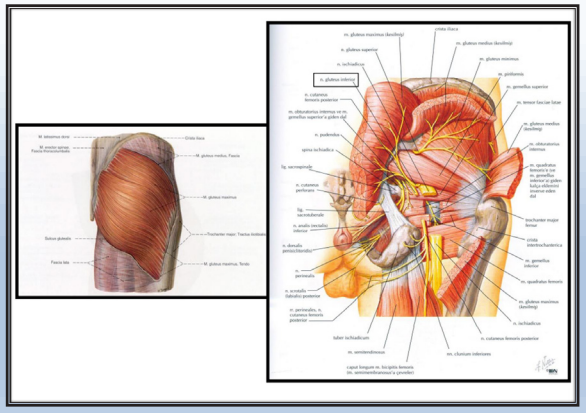
Tıbbi uygulama hataları son yıllarda önemli bir sağlık ve hukuk sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. İntramusküler (IM) enjeksiyon, ilacın kasta bulunan kılcal damarlar tarafından emilmesi için derin kas doku içine verilmesini sağlayan tedavide sıklıkla kullanılan, temel beceri gerektiren ve uygulama sonrasında istenmeyen sorunlar ortaya çıkarabilen bir yöntemdir. Çalışmanın amacı; enjeksiyon kaynaklı tıbbi uygulama hatası iddialara yönelik erken dönemde yapılacak medikolegal değerlendirmenin esaslarına yönelik alan uzmanlarına katkı sunmaktır.

YÖNTEM:

Merkezimize tıbbi uygulama hatası sonucu gelişen enjeksiyon nöropatisi iddiası ile TCK 89. madde kapsamında rapor talebi ile gönderilen olgular üzerinden erken dönemde yapılan medikolegal değerlendirme, muayene bulguları ve tetkik sonuçları incelendi.

BULGULAR:

Tıbbi uygulama hatası iddiasına konu uygulama sonrası birisi 3 diğeri 5 gün sonra merkezimize gönderilen 2 olgudan birisinde kalçada enjeksiyon izleri görüldü. Enjeksiyon izlerinin birisinin kalçada üst dış kadranda olduğu crista iliakadan 7,5cm uzaklıkta olduğu, diğerinin ise bunun 11cm altında kalça orta hatta yer aldığı görüldü. Şikayete konu enjeksiyonun Nörolojik muayenede; bir olguda kas gücü normal olduğu, diğerinde sol ayak plantar fleksiyonu 2/5, dorsifleksiyonu -3/5 seviyesinde olduğu tespit edildi. Diyabetes mellitus öyküsü olan bu olguda diyabetes mellitus ve vitamin eksiklikleri açısından laboratuvar incelemeleri, olası spinal patolojileri ekarte etmek için lomber spinal MRG ve polinöropati gibi patolojileri ekarte etmek için olay sonrası erken dönemde ve kontrol EMG tetkikleri yaptırıldı ve solda siyatik sinirin tibial dalının daha belirgin etkilendiği aksonal hasarın eşlik ettiği sol siyatik lezyonu tespit edildi. Her iki olgunun tıbbi uygulama hatası yönünden değerlendirilmesi amacıyla Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kuruluna gönderilmesi önerilerek adli raporları düzenlendi.





		İlk EMG		Kontrol EMG	
		Lat	Amp	Lat	Amp
Tibial	Ankle-Adb Hal	3,98	4,8	-	-
	Knee - Ankle	12,9	3,5	-	-
Peroeal	Ankle - EDB	4,1	4,9	5,04	1,95
	Knee-Ankle	10,6	4,3	12	1,89

SONUÇ:

Erişkinlerde gluteal bölge enjeksiyonlar için en sık tercih edilen bölgedir. Uygulama sonrası görülebilen istenmeyen sorunlar arasında siyatik sinir ve dallarının hasarlanmaları da yer almaktadır. Enjeksiyonla ilgili bir uygulama hatası iddiası varsa; erken dönemde kişinin diğer tıbbi durumlarının ekartasyonu (olası spinal patolojiler ve diğer nöropatiler), başta enjeksiyon yeri olmak üzere muayene bulgularının değerlendirilmesi ve tanısının netleştirilmesi ilerleyen süreçte yapılacak medikolegal değerlendirmelere de ışık tutacaktır. Bu nedenle tıbbi uygulama hastası iddialarında ilgili klinisyen ile birlikte adli tıp uzmanının da değerlendirme ekibinde olması gerektiğini düşünmekteyiz.



İletişim:
Dr. Öğr. Üyesi Halil İlhan Aydoğdu
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
E-posta: ilhanaydogdu@gmail.com

POLİNÖROPATİ VE PARKİNSONİZMİ OLAN OLGUDA HOT PACK YANIĞI

Zehra Gamze Kaba[1], Enise Taşın Koç[1], Caner Beşkoç[1], Halil Koyuncu[2]

[1] Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye

[2] İstanbul Üsküdar Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Prof.Dr.

GİRİŞ

Bel ağrısı şikayetlerinin çoğu, cerrahi yöntemlere başvurulmadan, medikal tedavi ve/veya fizyoterapi gibi konservatif yöntemlerle giderilebilir. Sıcak uygulamalar ile yapılan fizik tedavi bel ağrısının konservatif tedavisinde önemlidir(1-2). Hot pack, sıcak pedler, sıcak su havuzları gibi yüzeyel uygulamalar olduğu gibi, ultrason, kısa dalga, mikrodalga gibi derin dokuda etkili çeşitleri de bulunmaktadır. Hot pack genellikle silikat jelden oluşan hot pack ile uygulamada, hot pack tedavi edilecek alan ile bir süre boyunca temas eder. Ciltte kızarıklık ve yüzeyel, hafif yanıklara neden olması beklenir durumlardandır. Ancak gereken sıcaklıktan daha yüksek sıcaklık, hot pack'in uygun olmayan şekilde yerleştirilmesi ya da uzun süre temas nedeniyle ciltte ciddi hasar meydana gelebilir(3-4). Olguda bahsedildiği gibi polinöropatisi olan, Parkinson hastalığı bulunan kişilerde tedavi prosesine bağlı (iatrojenik) derin dermal yanıklar meydana gelebilir(5). Uygulama sırasında özellikle bu tür hasta gruplarında olası zarara karşı uygulayıcının daha dikkatli olması konusunda farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Kişinin bel ağrısı nedeniyle başvurduğu FTR Kliniğinde 10 seans hot pack, tens, eklem hareket açıklığı ve güçlendirme egzersizi, yürüme ve denge eğitimi almasının planlanmıştır. Seansı alan kişinin seans sonrası FTR muayenesinde; sıcak uygulamaya bağlı sağ kalçasında 10x10 cm'lik yanık saptanmıştır. Pansuman yapılan kişinin ertesi gün yanık alanda büller oluşması nedeniyle Cildiye kliniğince yapılan muayenesinde; sağ gluteal bölgede yaklaşık 8x11 cm boyutunda, üzerinde aktif büller izlenen 2.derece yanık saptanmıştır. Enfeksiyon bulgusu izlenmemiştir. Yıkama sonrası antibiyotikli pomad ve doku iyileştirici kremler ile pansuman yapılmasının önerilmiştir. PRC muayenesinde sağ gluteal bölge superiorda yaklaşık 15x7 cm'lik 2.derece bül içeren yanık saptanmıştır. 1 yıl sonra Adli Tıp Şube Müdürlüğünde yapılan muayenesinde; sağ gluteal bölgede 10x2 cm ve 7x3 cm'lik alanlarda iyileşmiş yara nedbeleri tespit edilmiştir. Kişiye ait adli ve tıbbi belgelerin 7. Adli Tıp İhtisas Kurulunca incelenmesinde; genel tıbbi bilgiye göre, hotpack uygulamalarından sonra ciltte hafif derecede yanıklar gelişebileceği, ancak Parkinson ve polinöropatisi olan kişiye yapılan uygulamalarda duyu kaybı nedeniyle ilave dikkat ve özen gösterilmesi gerektiğinin tıbben bilindiği, dosyada bulunan fotoğraflarda (fotoğraf-1); uygulama yapıldığı bildirilen kalça bölgesinde 2. derece yanık gelişmiş olduğu görülmüştür. Bu durum, fizik tedavi uygulaması sırasında fizyoterapistin eylemine bağlı dikkat ve özen eksikliği olarak değerlendirilmiştir. Yara/yanık bakımı yapılan kişinin Dermatoloji ve Plastik Cerrahi kliniklerine danışılarak tedavisinin düzenlendiği dikkate alındığında dava konusu olayda Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanı hekimin uygulamalarına tıbbi hata atfedilmediği sonucuna varılmıştır.



Resim-1: Hot pack görseli



Fotoğraf-1: Olguya ait sağ üst gluteal bölgedeki 2. derece yanık görseli

TARTIŞMA

Mikrodalga veya sıcak su banyosunda ısıtılan hot pack, sıcaklığını 20-40 dakika boyunca koruyabilir, hatta 2-3 saat boyunca ılık kalabilir(1-2). Daha yüksek sıcaklık ve uygulamanın önerilen süreden uzun tutulmasının termal hasara ve yanıklara yol açtığı deneysel ve klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Bir fizyoterapist tarafından periferik duysal sinir sistemi sağlam hastalara uygulandığında hot pack, güvenli bir uygulamadır(5). Ancak duyunun azalmış veya kaybolmuş olabileceği fizyoterapist tarafından uygulama süresince göz önünde bulundurulmalıdır. Polinöropatisi ve/veya Parkinson hastalığı olan hastalarda duyu azalması veya duyu kaybı yaygın durumlardır. İatrojenik yanıklar hastaların tedavi süreçlerine zarar verebilir, uzun iyileşme süresi ve psikolojik ve fiziksel olarak sağlığını etkiler. Fizyoterapistlerin bu konuda farkındalıklarının artırılması ve uygulama yapılan ünitelerde hastanın ulaşabileceği acil durum düğmeleri, uygulama yapılan bölmelerde sık sık kontroller gibi hasta koruyucu uygulamalar ile bu tür risklerin önüne geçilebilir.

Kaynaklar

[1] Lambrechtsen J, Sørensen HG, Frankild S, Rasmussen G. Use of thermotherapy, ultrasound and laser by practising physiotherapists. Physiotherapists' choice of treatment. Ugeskr Laeger 1992;154(May (21)):1478–81.

[2] Gross D. Physical therapy and rheumatism of soft tissues. Schweiz Med Wochenschr 1982;112(August (35)):1214–8.

[3] Dave´AL. Third-degree burn following use of microwave-heated cryogel pack. Clin Pediatr (Phila) 1993;32(March (3)):191–2.

[4] Feldman KW, Morray JP, Schaller RT. Thermal injury caused by hot pack application in hypothermic children. Am J Emerg Med 1985;3(January (1)):38–41.

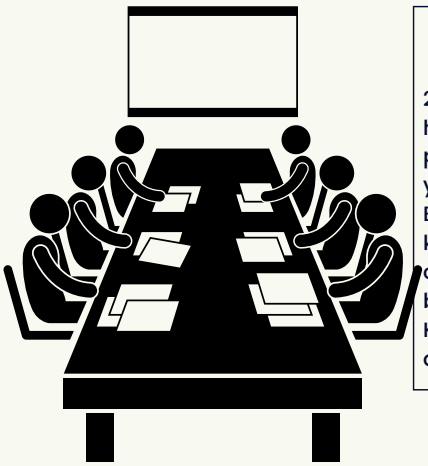
[5] Khan M.A, Jamnadas-Khoda B, Gorman M, West E, Jay S, Zafeiris K, Ghosh S.J. Iatrogenic burns from the use of hot packs in paraplegic insensate patients. Injury Extra. Volume 42, Issue 6, June 2011, Pages 64-65.

18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 19-22 EKİM 2023 AKSU - ANTALYA

MESLEKİ SORUMLULUK KURULU'NUN SORUŞTURMA SÜRECİNE ETKİSİ

S.Yazgülü Taştemir 1, Arda Akay2, Fatime Gül2, L. Lal Çakır2, M. Erdal Aksoy3, Pelin Demirhan4 , Ece Deniz Torun4, A. Coşkun Yorulmaz2

1Yorulmaz Medikolegal, 2Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 3Koç Üniversitesi Hastanesi, 4Bozanoğlu Hukuk Bürosu



GİRİŞ VE AMAÇ

2022 yılında özel sağlık kuruluşlarında ve kamu üniversitesi hastanesi dışındaki kamu sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonelleri hakkında soruşturma izni verilip verilmeyeceği yönünde ön inceleme yapma ve karar verme amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde Mesleki Sorumluluk Kurulu(MSK) kurulmuştur. Bu yeni düzenleme ve kurul kararlarıyla ilgili olumlu ve olumsuz bazı durumlar ortaya çıkmıştır. Çalışmada, bu yasal değişiklik sonrası yapılan soruşturmalar yönünden Kurul'un etkisi ve bilirkişilik hizmetleri açısından yansımalarının aktarılması amaçlandı.

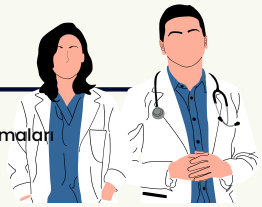


BULGULAR VE YÖNTEM

Çalışmada; yasal değişiklik öncesi savcılık tarafından soruşturma aşamasında bilirkişi raporu alındıktan sonra yasal değişiklik sonrası soruşturma izni için MSK'ya gönderilen ve MSK tarafından bilirkişi raporu temin edildikten sonra soruşturma izni verilmemesi yönünde karar verilen dört olgu incelendi. Dört olguda da savcılık aşamasında temin edilen bilirkişi raporunun sağlık profesyonelinin aleyhine olduğu, MSK sürecinde ise sağlık profesyoneli ifadelerinin ve tıbbi belgelerin daha detaylı ele alınarak değerlendirildiği ve sağlık profesyoneli lehine karar alındığı görüldü. MSK tarafından her dört olgu için soruşturma izni verilmemesi yönünde karar verildiği, her dört olguda da müşteki tarafın Ankara Bölge İdare Mahkemesi'ne itiraz ettiği görüldü. Mahkeme tarafından 2 olguda, MSK ön inceleme sürecinde bilirkişi görüşü alınmadığı gerekçesiyle soruşturma izni verildiği, 1 olguda yasal değişiklik öncesi savcılık tarafından alınan ATK raporu ile MSK kararının çeliştiği gerekçesiyle soruşturma izni verildiği ancak savcılık aşamasında KYOK verildiği henüz KYOK itiraz aşamasında olduğu, 1 olguda ise henüz BİM incelemesinin tamamlanmadığı görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Mevzuattaki değişiklik ile; özel ve kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık profesyonelleri açısından ceza soruşturmaları yönünden yasal değişiklik öncesi temin edilen bilirkişi raporlarına dayanılarak ceza davası açılma ihtimalinin daha yüksek olduğu, MSK süreciyle arasındaki farklılığın; sağlık profesyonelinin ifadesinin klasik sistemde tıbbi terimlere ve tıbbi süreçlere hakim olunmadan alınmasının eksik ve hatalara yol açtığı, bilirkişi raporunda da bu ifadelerin olumsuz etkisinin görüldüğü, MSK sisteminde hekim ön incelemeci tarafından alınmasının ve dosya yoğunluğu açısından da daha geniş bir sürede inceleme fırsatı yaratıldığı, bu durumun da sağlık profesyoneli yönünden olumlu etkisinin olduğu, MSK sürecinde yaşanan aksaklıkların giderilmesi halinde ideal bilirkişilik yaklaşımının da sağlanabileceği kanaatine varıldı.



KAYNAKÇA
15.06.2023 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik

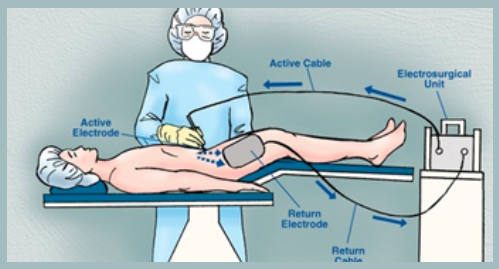
18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2023 Aksu - Antalya
Koç Üniversitesi

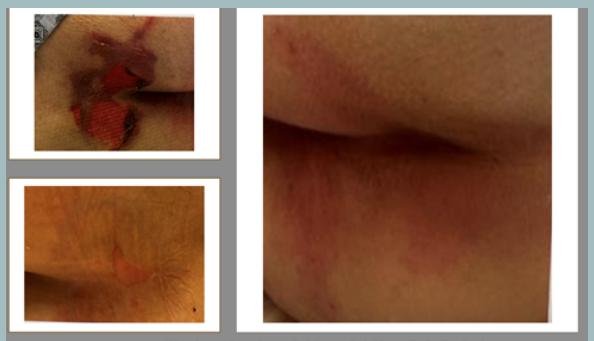
KOTER YANIĞI OLGULARINA MEDİKOLEGAL YAKLAŞIM

Fatime Gül 1, Arda Akay1, Laçin Lal Çakır1, S.Yazgülü Taştemir2, Erdal Aksoy3, Ece Deniz Torun4, Arzu Aslan5, A. Coşkun Yorulmaz1
1Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp ABD,2 Yorulmaz Medikolegal, 3 Koç Üniversitesi Hastanesi, 4 Bozanoğlu Hukuk Bürosu, 5Memorial Sağlık Grubu

GİRİŞ VE AMAÇ

Koter kullanımı ile ilgili en sık karşılaşılan medikolegal problem yanda gösterilen koter yanıklarıdır.
Bu yanıkların önlenebilir sebepleri bulunmaktadır. Konu ile ilgili adli bilimleri ilgilendiren bildiriler görece az sayıdadır. Medikolegal Risk Yönetimi talebi olan 6 olguyu paylaşılarak, konunun tartışılması amaçlandı.





Olguların bazılarındaki yanık bölge görünümleri

OLGULAR

Koter yanığı gelişen 6 olgu geçirilen cerrahi, koter yanığı sonrası tedavi ve "hasta şikâyet yönetimi ve medikolegal Risk Yönetimi" stratejileri açısından değerlendirildi.

Olgular	Cerrahi Bölüm	Yanık Bölgesi	Adli Süreç
44 Y, K	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Sağ-sol gluteal bölge	Hastane ve hekim aleyhine tazminat davası açılmış, ilk derece mahkemesi hekim ve hastaneyi kusurlu bulmuş, istinaf yoluna gidilmiştir.
32 Y, K	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Sağ ayak topuğu	Hastanın 6 ay iş görmemezlik raporu aldığı ve hastane ve hekim aleyhine hukuki süreçleri başlattığı belirtilmektedir.
4 Y, E	Genel Cerrahi	Gluteal bölge	Hasta/yakınları tarafından hekim ve hastane hakkında SABİM ve savcılık şikayeti oluşturduğu belirtilmektedir.
64 Y, K	Genel Cerrahi	Sağ-sol dorsogluteal bölge	Gelişen tıbbi durum hastalar ile şeffaflıkla paylaşılmış olmasına rağmen hastaneye veya adli mercilere şikayet oluşturulmadıkları belirtilmektedir.
68 Y, E	Üroloji	Sol lomber bölge	Gelişen tıbbi durum hastalar ile şeffaflıkla paylaşılmış olmasına rağmen hastaneye veya adli mercilere şikayet oluşturulmadıkları belirtilmektedir.
64 Y, E	Üroloji	Sol Lomber bölge	Gelişen tıbbi durum hastalar ile şeffaflıkla paylaşılmış olmasına rağmen hastaneye veya adli mercilere şikayet oluşturulmadıkları belirtilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

- İntraoperatif elektrokoter yanıkları, nispeten yaygın olmasına rağmen, literatürde daha az bildirilmektedir. Medikolegal açıdan risk oluşturmasının bu bildirimleri kısıtladığı düşünülmektedir.
- Yanıklar dört mekanizmadan birinden kaynaklanabilir:
  1-Hastanın cildine veya ameliyat personeline temas eden aktif elektrottan kaynaklanan doğrudan temas yanıkları,
  2-Uygun olmayan farklı elektrot takılması veya yerleştirilmesi nedeniyle topraklama elektrotunun bulunduğu bölgede yanıklar,
  3-Alkol gibi havuzlanmış çözeltilerin elektrotu ısıtmasından kaynaklanan yanıklar,
  4-Aktif elektrot ile alternatif bir topraklama kaynağı arasında oluşan devrelerin bir sonucu olarak ameliyat sahasının dışında meydana gelen yanıklar şeklinde sayılabilir.
- Koter yanıklarının en sık nedeni, yanlış uygulamalardır. Ayrıca belirtmek gerekir ki; cerrahi sonrası gelişen lezyon için «koter yanığı tanısı koymadan» önce bası yarası ve kimyasal alerjini ekarte edilmesi gerekmektedir.

Yargıtay 3. Hukuk Dairesi 2012/26593 E. , 2013/21129 K.
13. Hukuk Dairesi 2012/26593 E. , 2013/21129 K.
DOKTORUN KUSURU NEDENİYLE OLUŞAN ZARARIN GİDERİLMESİ
BURUN AMELİYATI SIRASINDA HASTANIN BACAĞININ YANMASI

- Bir örneği gösterilen yerleşik yurt içi ve dışı içtihatlar, koter yanığının görece sık malpraktis davalarına da konu olduğunu göstermektedir. Yüksek Yargı kararları tarandığında; 20 Yargıtay, 2 Danıştay ve 2 İstinaf kararının koter yanığı ile ilgili olduğu görüldü.
- Bu kararlarda tüm cerrahi ekibin, elektrokoter imalat personelinin, sağlık hizmeti sunan kurum idaresinin gerekli önlemleri alıp dikkat ve özen içinde sorumluluklarını yerine getirmelerini beklenmektedir.

- Elbette sorumluluğun belirlenebilmesi için hastanın bu risk konusunda bilgilendirilmiş olup olmadığı da önemlidir. Ancak bilgilendirilmiş onam formalarında bu riskten sözü edildiği sıklıkla görülmemektedir.
- Değerlendirilen altı koter yanığı olgusunda; olay sonrası yapılan teknik incelemelerde koter cihaz arızası saptanmamıştır. Ancak bilirkişiler gevşek bağlanma gibi olası sorunların adli tahkikat ile belirlenmesini istemektedir. Bu nedenle bu konuda da tıbbi kayıtlarda not bulunması önemlidir.
- Ayrıca rutin kontrollere rağmen ameliyat sırasında koter cihazı arızalanabilir, bu durumun da adli tahkikat ile aydınlatılması istenmektedir. Buna karşılık böyle bir arızanın komplikasyon olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.
- Adli Tıp Kurumu tüm önlemlerin alınmasına rağmen gelişen koter yanıklarını komplikasyon olarak kabul etmektedir. Yüksek Yargı içtihatları da bu yöndedir.
- Koter yanığı sıklığını minimize etmek için koter cihazları ve ameliyat ekipmanlarının periyodik kontrol ve bakımlarının yapılması ve kaydedilmesi belgelenmesi önem arz etmektedir.
- Değerlendirilen 6 olgunun da adli bildirimi yapılmadığı görüldü. Ancak kalite standartları gereği kök neden analizi için «istenmeyen olay bildirimi» yapılmıştı.
- Bu olgularda olay sonrası hızla medikolegal konsültasyon istenmesinin resmi şikayet ve dava sayılarını azaltabileceği ayrıca adli bildirim sayısını da arttırabileceği görüldü.
- Koter yanığı olgularının, medikolegal endişe hissedilmeden daha sık bildirilmesi gerekmektedir. Bu bildirimler farkındalığın artırılmasına, doğru cihaz kullanım algoritmaları ve önleyici stratejilerin belirlenmesine olanak sağlayacaktır.

Kaynaklar:
1-Mundinger GS, Rozen SM, Carson B, et al. Full-thickness foreheadburnoverindwellingtitanium hardware resulting from an aberrant intraoperativeelectrocauterycircuit. Eplasty. 2007;8:1–7.
2-Pearce J. Current electrosurgicalpractice: hazards. J Med Eng Technol. 1985; 9:107–11.

MESANE KANSERİ HASTALARINDA İNTRAVEZİKAL BCG TEDAVİSİNİN HATALI UYGULAMASI – 3 VAKA SUNUMU

Uz. Dr. Naciye Çeliker (sorumlu yazar), Adli Tıp Kurumu
As. Dr. Betül Dericioğlu, Adli Tıp Kurumu
Uz. Dr. Caner Beşkoç, Adli Tıp Kurumu

GİRİŞ ve AMAÇ

Yüzeyel mesane kanseri olgularında rezeksiyon sonrası rekürrens riskinin azaltılması için intravezikal BCG uygulaması bilinen tedavi yöntemlerinden biridir(1). Ancak mesane içerisine uygulanması gereken ilacın yanlışlıkla farklı yollardan (damaryolu, kas içi vb.) uygulanması nedeni ile istenmeyen sonuçlar meydana gelebilmektedir. Bu çalışmada Adli Tıp Kurumu 7. Adli Tıp İhtisas Kuruluna tıbbi uygulama hatası açısından değerlendirilmek üzere başvurmuş 3 adet mesane kanseri olgusu incelenmiştir. İntravezikal olarak uygulanması gereken BCG'nin hatalı olarak farklı yollardan uygulandığı olguların sunulması ile hekimlerin ve sağlık personellerinin bu tedavi yöntemi konusundaki bilgilerini arttırarak tıbbi uygulama hatalarının önüne geçilmesi konusunda farkındalık oluşturmak amaçlanmaktadır.

OLGU 1

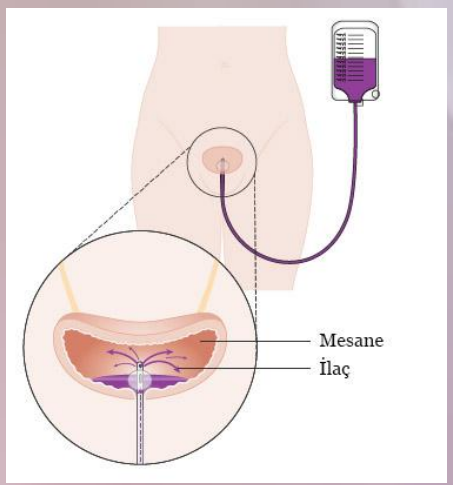
69 yaşında yüzeyel mesane kanseri tanısı olan erkek hastaya Üroloji Polikliniğinde intravezikal BCG reçete edilmiş olup, tedavinin Üroloji Uzmanı tarafından serviste yapılacağı belirtilmiştir. Hasta eczaneden ilacı aldıktan sonra Ramazan ayı olması nedeni ile akşam saatlerinde acil servise ilacı yaptırmak üzere başvurmuştur. Acil hekimi tarafından damaryolundan ilacın uygulanması için talimat verilmiş, görevli hemşire tarafından da ilaç damaryolundan uygulanmıştır. Ertesi gün ateş, titreme şikayetleri ile farklı bir hastaneye başvuran hasta yatırılarak antitüberküloz ilaç tedavisi başlanmış ve 9 gün sonra taburcu edilmiştir.

OLGU 2

46 yaşında kadın hastaya yüzeyel mesane kanseri tanısı ile sistoskopik rezeksiyon yapılmıştır. Üroloji Uzmanı tarafından reçete edilen intravezikal BCG eczaneden alınmıştır. Üroloji Uzmanı acil servisteki hemşirelere ilacı hazırladıktan sonra kendisini çağırmalarını söylemiştir. Acil servisteki hemşirelerden birisi bu sırada ilacı yanlışlıkla intramuskuler olarak kalçaya uygulamıştır. Durumun hemen farkedilmesi üzerine kişiye antübeküloz tedavi başlanmıştır. Enjeksiyon yapılan bölgede de lokal bir enfeksiyon oluşmuştur. Apse drenajı ve pansuman ile tedavi edilmiştir.

OLGU 3

60 yaşında erkek hastaya mesane kanseri nedeni ile intravezikal BCG reçete edilmiştir. Hasta tedavisini yaptırmak için acil servise başvurmuştur. Acil serviste ilaç hemşire tarafından intramuskuler olarak uygulanmıştır. Enjeksiyondan 25 gün sonra sol gluteal apse nedeni ile farklı bir hastaneye başvuran kişiye apse drenajı yapılmıştır. Ayrıca Verem Savaş dispanserinde antitüberküloz ilaç tedavisi başlanmıştır.





TARTIŞMA

Mesane kanserleri tüm kanserler arasında sıklık açısından erkeklerde 4. sırada kadınlarda ise 8. sırada yer almaktadır(4). Mesane tümörlerinin % 80'ini yüzeyel mesane tümörlü olgular oluşturmaktadır. Ancak bu grupta bile seçkin bir tedavi yöntemi olan transüretral rezeksiyon (TUR)'dan sonra % 50-70 oranında nüks ve % 10-15 oranında progresyon görülmektedir. Olguların % 5-30'unda rekürens progresif tiptedir (2,3). Bu nedenle TUR sonrası dönemde yüzeyel mesane tümörlerinin rekürens ve progresyonunu azaltmak için kemoterapötik ve immünoterapötik ajanlar uzun yıllardır kullanılmaktadır(1). İntravezikal BCG de bu ajanlardan birisidir. Bacillus Calmette-Guerin (BCG) Mycobacterium bovis'in canlı, zayıflatılmış bir suşudur(5,6). Bu tedavinin tümör progresyonunu geciktirdiği, sonraki olası sistektomi ihtiyacını azalttığı ve genel sağ kalımı arttırdığı gösterilmiştir(7-12). Sunulan 3 olguda da ilaç uygulaması için acil servise başvurulmasının hataya zemin hazırladığı görülmektedir. Bu tür olgularda uygulamanın Üroloji Uzmanı tarafından yapılması, uygulama ekibinde bu alanda tecrübeli hemşirelerin olması ve bu tür ilaçların elektif koşullarda Onkoloji, Üroloji birimleri gibi ilgili poliklinik/servis şartlarında yapılması gerektiği bilinmektedir. Ayrıca acil serviste çalışan hekim ve hemşirelerin ilaçların uygulama yolu hususunda dikkat göstermesi, rutin uygulamada sıklıkla kullanılmayan bir ilaç uygulaması için başvurulduğu zaman; ilaç üzerindeki uygulama talimatlarının okunması ve (bu olgulardaki gibi) gereken durumlarda hastaların servise yönlendirilmesi uygun olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Morales A, Edinger D: Intracaviter BCG treatment of superficial bladder tumor. J urol 1976; 116:180-4.
2. Sylvester RJ, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffioux C, Denis L, et al.: Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. Eur Urol. 2006; 49: 466-5; discussion 475-7
3. A. Morales. Treatment of superficial bladder cancer. Can Med Assoc J. 1980; 122(10): 1133–1138.
4. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics. Cancer Journal for Clinicians. 2012; 62(1):10–29.
5. Lamm DL, van der Meijden PM, Morales A, Brosman SA, Catalona WJ, Herr HW, et al. Incidence and treatment of complications of bacillus Calmette-Guerin therapy in superfi cial bladder cancer. J Urol 1992;147:596-600.
6. Lamm DL. Efficacy and safety of bacille Calmette-Guerin immunotherapy in superfi cial bladder cancer. Clin Infect Dis 2000;31(Suppl 3):S86-90.
7. Gonzalez OY, Musher DM, Brar I, Furgeson S, Boktour MR, Septimus EJ, et al. Spectrum of bacille Calmette-Guerin (BCG) infection after intravesical BCG immunotherapy. Clin Infect Dis 2003;36:140-8.
8. Soylu A, Ince AT, Polat H, Yasar N, Ciltas A, Ozkara S, et al. Peritoneal tuberculosis and granulomatous hepatitis secondary to treatment of bladder cancer with bacillus Calmette-Guérin. Ann Clin Microbiol Antimicrob 2009;8:12.
9. Macleod LC, Ngo TC, Gonzalgo LM. Complications of Intravesical Bacillus Calmette-Guérin. Can Urol Assoc J 2014;8.
10. Decaestecker K, Oosterlinck W. Managing the adverse events of intravesical bacillus Calmette–Guérin therapy. Res Rep Urol 2015;7:157-63.
11. Lamm DL, van der Meijden APM, Morales A, Brosman SA, Catalona WJ, Herr HW, et al. Incidence and treatment of complications of Bacillus Calmette-Guerin intravesical therapy in superficial bladder cancer. J Urol 1992;147:596- 600.
12. Akalın Ş, Caylak S, Okke D, Turgut H. İntravezikal BCG immunoterapisi sonrası gelişen hepatit olgusu. Klimik Dergisi 2010;23:67-9.

Yazışma Adresi: Uz.Dr. Naciye Çeliker
Adres : Adli Tıp Kurumu, Fevzi Çakmak Mahallesi Sanayi Caddesi Kımız Sokak No:1
Bahçelievler/İSTANBUL
İş Tel. : 0212 454 15 00- 1895
Cep Tel. : 0555 558 63 00
E-posta : naciye.akan@gmail.com

Ameliyat Esnasında Oksijen Yerine Nitröz Oksit Kullanılması Sonucu Hipoksi Gelişen Bir Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olgu Sunumu

Oğuzhan Kürşat Güler*, Caner Beşkoç*, Humman Şen*
Uzm. Dr., Yedinci Adli Tıp İhtisas Kurulu Adli Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç:

Nitröz oksit (N_2O); genel anestezide sedasyon ve analjezı amacıyla uzun yıllardır kullanılan renksiz, kokusuz ve yanıcı olmayan bir inhalasyon anesteziğidir (1, 2). Doğumda, pediatrik cerrahilerde ve diş kliniklerinde yaygın olarak kullanılmaktadır (1, 3). Genel olarak güvenilir bir anestezik olarak belirtilse de akut olarak aşırı yüksek doz alımlarında kobalamine bağlanarak hematopoetik sorunlara, kronik kullanımlarda ise merkezi sinir sistemi toksisitesi ve kemik iliği baskılanmasına yol açabilmektedir (3, 4).

N_2O; ameliyathanede kullanılacağı zaman merkezi boru hattından pendant adı verilen tavandan hareketli bir sistem ile ya da yedek gaz silindirlerinden anestezi cihazına getirilir (4). Gazlar anestezi cihazına bağlanırken bu hatların karışmaması için farklı renk ya da boyutlarda boru girişleri kullanılmaktadır (4). Genel anestezi esnasında anestezi cihazına yeterli oksijen verilememesi, uygun entübasyon yapılamaması, yanlış ilaç kullanılması gibi hatalar nedeniyle hastalarda hipoksiye bağlı iskemik ensefalopati ya da ölüm gelişebilmektedir (5).

Olgumuzda; sol gözde içe kayma nedeniyle ameliyat edilmek üzere ameliyathanede anestezi indüksiyonunda kullanılacak oksijen ve nitröz oksitin merkezi boru hattında yanlış bağlanmasına bağlı oksijen yerine nitröz oksit verilmesi sonucunda hipoksik kaldığı iddia edilen 4 yaşındaki küçüğün vakası sunularak adli ve tıbbi sürecin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu:

Sol gözde içe kayma şikayeti nedeniyle devlet hastanesinde 10/12/2018 tarihinde yapılması planlanan rektus geriletme, alt oblik anterotranspozisyonu ve dış rektus rezeksiyonu ameliyatı öncesinde anestezi indüksiyonuna başlandığı, cihazın oksijeni %100 verecek şekilde ayarlanarak, maskeyi tam kapatmadan oksijen inhalasyonuna başlandığı, hemen akabinde morarma ve siyanoz geliştiği ve küçüğün oksijen satürasyon değerlerinin düştüğü, bunun üzerine diğer anestezi uzmanının da ameliyathaneye çağrıldığı, ilaç allerjisi, pnömotoraks veya kalp ile ilgili problemler gelişmiş olabileceği düşünülerek maskenin yüze tam kapatılarak oksijen inhalasyonunun sağlanmaya çalışıldığı ve devamında entübe edildiği, kardiyak arrest gelişmesi üzerine yeniden canlandırma işlemine başlandığı, yeniden canlandırma işleminin 19. dakikasında cihazın azot değerlerinin yüksek olması ve %100 oksijen verilmesine rağmen oksijen satürasyonunun yükselmemesi nedeni ile merkezi oksijen sistemi ile oksijenizasyona son verilerek ortam havasında ambulanmaya başlandığı, satürasyonların yükseldiğinin görüldüğü, sonrasında seyyar oksijen tüpü ile oksijenizasyona devam edildiği, küçüğün klinik durumunun düzelmeye başladığı, kalp ritminin normalleştiği ve oksijen satürasyon değerlerinin düzeldiğinin tespit edildiği, 25/02/2019 tarihli engelli sağlık kurulu raporunda; küçüğün spastik tetraparezi, serebral palsi tanıları ile %100 engelli olduğu anlaşılmıştır.



Anestezi Pendantı ve Anestezi Cihazı

Tıbbi uygulama hatası olup olmadığı yönünde rapor düzenlenmesi istenen dosyanın incelenmesi sonucunda; küçükte gelişen bu durum sonrasında hastanedeki ameliyatların durdurulduğu, ameliyathanenin yapılan tadilat sonucunda ilk kez kullanıldığının anlaşıldığı, savcılık tarafından yapılan keşif sonucunda; pendant sistemiyle anestezi cihazına getirilen merkezi boru hattındaki oksijen ile nitröz oksitin yanlış bağlandığının ve anestezi cihazının oksijen seviyesinin azlığında uyarı verdiğinin tespit edildiği, bu olay sonucunda tüm ameliyathaneler incelendiğinde başka bir ameliyathanede de aynı sorunun olduğunun görüldüğü tespit edilmiştir. Tüm adli ve tıbbi belgelerin incelenmesi sonucunda düzenlenen Mütalaada; ameliyata başlamadan önce anestezi cihazının kontrolünün yapılmaması nedeniyle bu kontrolü gerçekleştirmeyen ilgili anestezi teknikerinin ve anestezi hekiminin, ayrıca ameliyathanede tadilat işlemi yapıldıktan sonra teslim alma esnasında gerekli kontrolleri yapmayan ilgili kişilerin eylemlerinin tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olmadığı ve satın alma işlemlerini denetlemeyen davalı idarenin organizasyon hatasının saptandığı oy birliği ile mütalaa olunmuştur.

Sonuç:

Bu olgu sunumunda olduğu gibi merkezi boru hattının yanlış bağlanmasına bağlı olarak hipoksiye bağlı çeşitli sorunlar görülebilmektedir (6, 7). Basit bir ameliyat olarak görülse bile genel anestezi alan vakalarda her türlü sonucun görülebileceği göz ardı edilmemeli ve her vaka için gerekli kontrollerin eksiksiz yapılması gerekmektedir. Ayrıca yeni açılmış ya da tadilat sonrası kullanıma girmiş ameliyathanelerin denetimleri sıkı bir şekilde ve işinde yetkin kişiler tarafından yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1 – Butterworth, J. F., D. C. Mackey, J. D. Wasnick. Morgan & Mikhail Klinik Anesteziyoloji. 5. Baskı. Çev: Cuhruk H. Ankara: Güneş Kitabevi (2015): 153-173.

2 – Zafirova Z, Sheehan C, Hosseinian L. Update on nitrous oxide and its use in anesthesia practice. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2018 Jun; 32(2): 113-123.

3 – Huang C, Johnson N. Nitrous Oxide, From the Operating Room to the Emergency Department. Curr Emerg Hosp Med Rep. 2016; 4: 11-18.

4 – Butterworth, J. F., D. C. Mackey, J. D. Wasnick. Morgan & Mikhail Klinik Anesteziyoloji. 5. Baskı. Çev: Cuhruk H. Ankara: Güneş Kitabevi (2015): 43-86.

5 – Aust H, Eberhart LH, Kranke P, Arndt C, Bleimüller C, Zoremba M, Rüsch D. Hypoxämie nach Allgemeinanästhesie [Hypoxemia after general anesthesia]. Anaesthesist. 2012 Apr; 61(4): 299-309. German.

6 – Elizaga AM, Frerichs RL. Nitrogen purging of oxygen pipelines: an unusual cause of intraoperative hypoxia. Anesth Analg. 2000 Jul; 91(1): 242-3.

7 – Bonsu AK, Stead AL. Accidental cross-connexion of oxygen and nitrous oxide in an anaesthetic machine. Anaesthesia. 1983 Aug; 38(8): 767-9.

Radyolojik Olarak Atlanmış Akciğer Tüberkülozu: Bir Olgu Sunumu

Çağlar Altıntop*, Fatih Güler*, Şener Ağaç*, Caner Beşkoç*
*Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ ve AMAÇ

Akciğer tüberkülozu, tanı ve tedavisinde ilerleme kaydedilmesine rağmen günümüzde hala özellikle az gelişmiş ülkelerde başta gelen halk sağlığı sorunlarından birisidir. Ülkemizde tüberküloz, bildirimi zorunlu bir hastalıktır ve birinci basamaktan itibaren sağlık sisteminde yer alan tüm kurumlardan bilgi toplanmasını gerektirir (1). Kesin tanısı mikrobiyolojik olarak konulan bu hastalığın radyolojik bulguları çeşitlilik göstermektedir. Akciğer tüberkülozunda hemen daima radyolojik bulgu olmasına rağmen bu bulgular tüberküloza spesifik değildir (2, 3).

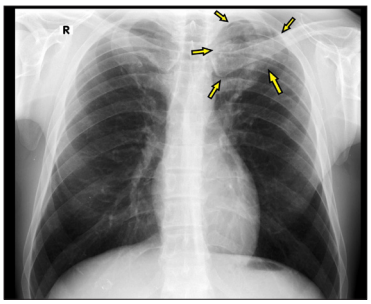
İşveren çalışanların işe girişlerinde, iş değişikliklerinde, iş kazası, meslek hastalığı veya sağlık nedeniyle tekrarlanan işten uzaklaşmalarından sonra işe dönüşlerinde, talep etmeleri halinde işin devamı süresince, çalışanın ve işin niteliği ile iş yerinin tehlike sınıfına göre Bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla sağlık muayenesini sağlamak zorundadır (4). İş güvenliği ve işçi sağlığı, kişinin işe başlayabilmesi için gerekli olan işe giriş raporu almak üzere hekime başvurması ile başlar. Hekim kişinin bedenen ve ruhen çalışmak istediği işe uygun olup olmadığını değerlendirir (5). Her çalışanın işe giriş esnasında akciğer grafisi çekilmeli, solunum fonksiyon testi yapılmalı ve periyodik muayenede risk değerlendirmesi yapılarak gerekli durumlarda bu tetkikler tekrarlanmalıdır. Bazı işkollarında ne sıklıkla akciğer grafisi çekilmesi gerektiği yasal düzenlemelerle belirlenmiştir (6).

Bu çalışmada işe giriş muayenesi sırasında çekilen akciğer grafisinde atlanan radyolojik bulgular neticesinde tanısı geciken bir akciğer tüberkülozu olgusu üzerinden hekim sorumluluğunun ve işe giriş muayenelerinin niteliğinin tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU

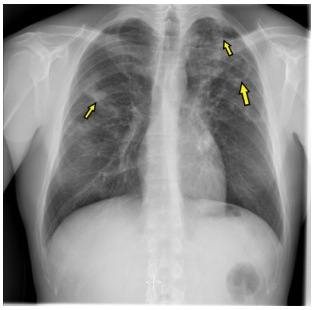
Şikayetçi vekilinin dilekçesinde; kişiye işe giriş sırasında yapılan sağlık muayenesinde akciğer grafisi çekildiği, çekilen grafinin Radyoloji uzmanı tarafından normal olarak raporlandığı, müştekinin yaklaşık 11 ay sonra solunum sistemi şikayetleri ile başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğu ve yapılan tetkikler sonucunda akciğer tüberkülozu tanısı konulduğu, müşteki geçmiş raporlarını ilk başvurduğu sağlık kuruluşundan istediğinde ilk başvurusunda normal olarak raporlanan akciğer grafisinin aynı hekim tarafından yeniden değerlendirilerek enfeksiyon sekeli lehine retiküler dansite artışları şeklinde raporlandığı, hastalığın raporun ilk düzenlendiği tarihte tespit edilememiş olması nedeni ile tedavisinin uzadığını ve ailesine bulaştırdığı belirtilmiştir.

Tıbbi belgelerinin incelenmesi sonucunda, kişiye sağlık muayenesi sırasında çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (şekil 1), ilgili Radyoloji uzman hekimi tarafından patoloji tespit edilmediği ve aktif tüberküloz bulgusu saptanmadığı yönünde rapor düzenlendiği, yaklaşık 11 ay sonra ateş, sarı balgam çıkarma ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başka bir sağlık kuruluşuna başvuran kişiye yapılan muayene, radyolojik (şekil 2 ve 3) ve mikrobiyolojik tetkikler sonucunda akciğer tüberkülozu tanısı konulduğu, kişinin talebi üzerine ilk başvurusu sırasında çekilen akciğer grafisi aynı hekim tarafından tekrar değerlendirilerek "…Sol akciğer üst zonda ilk planda spesifik enfeksiyon sekeli lehine retikülonodüler dansite artışları izlenmiştir. Muayene bulgularıyla birlikte değerlendirilmesi uygun olacaktır. Aktif Tbc bulgusu saptanmadı." şeklinde ikinci bir rapor düzenlediği tespit edilmiştir.

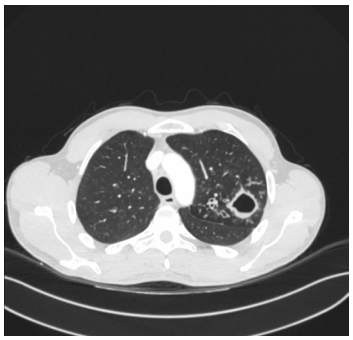


Şekil 1: Şikayete konu akciğer grafisi

Kişiye çekilen şikâyete konu akciğer grafisinin Kurulumuzca incelenmesinde sol akciğer apeksinde heterojen opasite artımları, üst lob lateralde sınırları belirsiz lobüle konturlu şüpheli kaviter lezyon görülmüş, tarif edilen bu bulguların ilgili Radyoloji hekimi tarafından yapıldığı anlaşılan grafi yorumlamasında tespit edilmemiş olmasının tıbbın genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olmadığı sonucuna varılmıştır.



Şekil 2: Olgunun semptomlar sonrası başvurduğu merkezde çekilen akciğer grafisi



Şekil 3: Olgunun semptomlar sonrası başvurduğu merkezde çekilen Toraks BT görüntü kesiti

TARTIŞMA ve SONUÇ

Radyolojik incelemelerde geriye dönük hata oranı yaklaşık %30'dur, günlük radyoloji pratiğindeki gerçek zamanlı hataların ortalaması ise %3-5'tir. Radyologlara yönelik tüm tıbbi uygulama hatası iddialarının yaklaşık %75'i teşhis hatalarıyla ilgilidir (7).

Yıldırım ve arkadaşları yaptığı çalışmada 1 Ocak 2016-31 Aralık 2019 tarihleri arasında yoğun bakıma kabulden itibaren ilk 72 saatten sonra tanı konulan 13 hastayı gecikmiş tüberküloz tanılı olarak kabul etmiştir (8). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada kitle lezyonu nedeniyle tetkik edilen ve başlangıçta akciğer kanseri olduğu düşünülen bir olgu yapılan incelemeler sonucunda akciğer tüberkülozu tanısı almıştır (9). Tanıda yaşanan gecikmeler tedavinin ve izolasyonun da gecikmesine, tedavi başarısının düşmesine yol açmaktadır (8).

Sonuç olarak geriye dönük incelemede saptanabilen radyolojik bulguların ilk incelemelerinde Radyoloji uzmanı hekimler tarafından bile saptanamamış ve dolayısıyla raporlanmamış olması nadir bir durum değildir ve atlanmış bulgular olarak nitelendirilmektedir (10). Dolayısıyla kişiler sağlık kuruluşlarına hangi amaçla başvurmuş olursa olsunlar, bütün olarak değerlendirilmeli, anamnez, fizik muayene, gerektiğinde laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri yanı sıra konsültasyon talebi seçeneğinin de göz önünde bulundurulduğu kapsamlı bir tıbbi yaklaşım uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

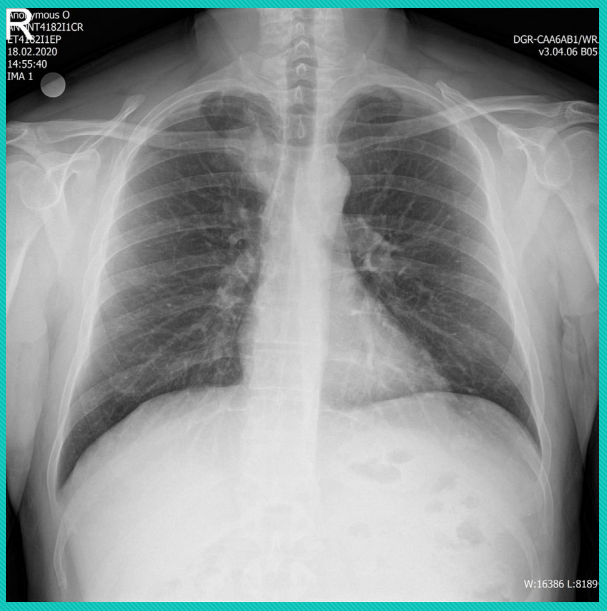
1. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2004:21.
2.Navio, P., Jimenez, D., Perez-Rodriguez, E., Gaudo, J., Lastra, E., & Valino, J. (1997). Atypical locations of pulmonary tuberculosis and the influence of the roentgenographic patterns and sample type in its diagnosis. Respiration, 64(4), 296-299.
3. Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011;1.
4. 28713 sayılı 20.07.2013 tarihli "İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik" https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130720-10.htm, erişim tarihi: 06/09/2023.
5. Yaman, H., Vural, R. (2016). Aile Hekimliği ve İşe Giriş Raporları. Düzce Medical Journal, 18 (3), 99-101.
6. Koyuncu, A., Demir, A. U., & Yıldız, A. N. (2016). İşçi Sağlığı ve Güvenliğinde Solunum Sistemi Tetkikleri. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 16(60), 76-82.
7. Lee, Cindy S., et al. "Cognitive and system factors contributing to diagnostic errors in radiology." American Journal of Roentgenology 201.3 (2013): 611-617.
8. Yıldırım, S., Kırmızıgül, E., Acar Çinleti, B., & Kıraklı, C. (2022). Yoğun Bakımda Akciğer Tüberkülozu: Tanı Konulma Süresi ve Gecikmiş Tanı Nedenleri: Retrospektif Kohort Çalışması. Turkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation, 20(1).
9. Çimen, P., Kayaalp, İ., Ayrancı, A., & Güçlü, S. Z. (2014). Atipik Radyolojik Bulguları Olan Akciğer Tüberkülozu Olgusu. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 28(3), 181-185.
10. Topal, U. (2014). Radyolojik Olarak Atlanmış Akciğer Kanserleri.

Preoperatif Anestezi Değerlendirmesinde Çekilen Akciğer Grafisinde Atlanmış Bir Kanser Olgusu

Sezer Çekiç, Caner Beşkoç, Hasan Altunsoy, Şener Ağaç
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, TÜRKİYE

Giriş ve Amaç

Akciğer kanserleri dünya çapında en çok ölüme yol açan kanser türüdür ve erken evrelerinde genellikle asemptomatik seyretmektedir, bu nedenle birçok hastada küratif tedavinin mümkün olmadığı ileri evre hastalık tespit edilebilmektedir (1). Akciğer kanseri türleri arasında ise adenokanser en sık görülen alt tipi olup akciğer kanseri tanılarının %50'sini oluşturmaktadır ve sıklığının giderek arttığı bildirilmiştir (2). Bu sunumda, akciğer kanserlerinin erken evrede tanı konulabilmesinin önemini, tanı atlanması iddiası bulunan bir olgu üzerinden değerlendirmeyi amaçlıyoruz.



Olgu Sunumu

Alt üriner sisteme ait yakınmalar ile 22/01/2020 tarihinde başvurduğu hastanenin Üroloji bölümünde, yapılan muayene ve tetkikler sonucunda prostat kanseri tanısı konularak radikal prostatektomi yapılması planlanan 51 yaşında erkek olgu.

Kişinin ameliyat öncesi yapılan değerlendirmesinde psa değeri 7 ng/ml olup biyopsi sonucu gleason skoru 6 olarak raporlandığı görülmüştür. Kişinin 04/03/2020 tarihinde yapılan ameliyat öncesi anestezi değerlendirmesinde, solunum sistemine ait patolojik bir bulgu tespit edilmediği, 18/02/2020 tarihinde çekilen akciğer grafisinin normal sınırlarda olduğu belirtilmiştir ve aynı gün ameliyatı yapılmıştır. Kişinin ameliyat sonrası poliklinik kontrollerine geldiği, kontrol muayenelerinde patolojik bir bulguya rastlanmadığı görülmüştür.

Kişinin 26/05/2021 tarihinde hemoptizi şikayetiyle başvurduğu, tetkiklerinde sağ akciğer üst lob posterior düzeyinde kitle tespit edildiği, yapılan ileri değerlendirmede adenokarsinom teşhisi konulduğu, sağ akciğerde tanımlanan kitle dışında sol sürrenalde ve sağ hiler lenf nodunda metastatik odakların tespit edildiği görülmüştür. Primer kitlenin özofagusa, mediastene ve pulmoner artere invaze olduğu tespit edilmesi üzerine kemoterapi ve radyoterapi ile tedavisi düzenlenen olgumuzda cerrahi tedavinin yapılamadığı görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç

Akciğer kanserlerine yönelik düşük doz tomografi ve direk grafi ile yapılan tarama testlerinde, hastalığın erken evrede tespit edilebildiği, direk grafiye kıyasla tomografi ile daha yüksek oranda vaka tespit edildiği, tomografi ile yapılan tarama grubunda daha yüksek oranda sağ kalım elde edildiği gösterilmiştir (3,4). Olgumuzda tespit edilen prostat kanseri D'Amico Risk Sınıflamasına göre lokalize hastalık – düşük risk grubunda olup, düşük risk grubundaki hastalarda tarama amaçlı radyolojik – nükleer tıp tetkiklerinin uygulanmayabileceği bildirilmiştir (5). Ancak kişinin anestezi öncesi çekilen akciğer grafisinde şüpheli bir odak mevcut olup, Göğüs Hastalıkları konsültasyonu istenilmemiş ve ileri incelemeye gidilmemiştir. Klinisyenler tarafından yapılacak olan değerlendirmelerde, elde edilen bulguların sadece terapötik amacına bağlı olarak değil, medikolegal hususlar da göz önünde bulundurularak, multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınmasının hem hasta hem hekimler açısından daha iyi sonuçlar ortaya çıkaracağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1- Cancer. World Health Organization https://www.who.int/news-room/factsheets/ detail/cancer; 2018.
2- Bray F, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA. Can J Clin 2018. https://doi.org/10.3322/caac.21492.
3- Horeweg N, et al. Detection of lung cancer through low-dose CT screening (NELSON): A prespecified analysis of screening test performance and interval cancers. Lancet Oncol. 2014. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70387-0.
4- Aberle DR, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N. Engl. J. Med. 2011. https://doi.org/10.1056/
5- D'Amico AV, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. JAMA. 1998 Sep 16;280(11):969-74. doi: 10.1001/jama.280.11.969.

PULMONER KİTLE İLE TANISI KONULAN BİR METASTATİK KORYOKARSİNOM VAKASI

Kerem Selçuk Genç, Halil Bahadır Yüce, Şener Ağaç, Caner Beşkoç

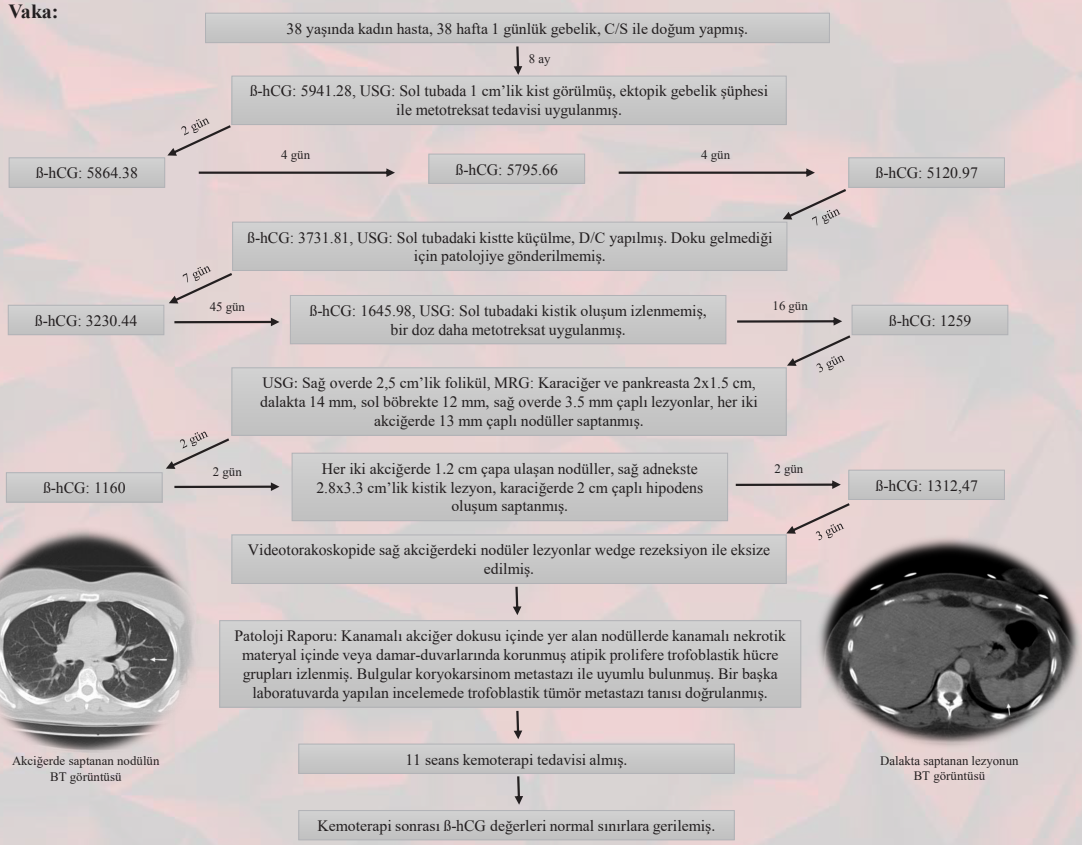
Giriş:

Koryokarsinom; erken ve yaygın metastazlarla yüksek malignite gösterir, genellikle genç kadınlarda görülür, akciğer, vajen, pelvis, beyin gibi organlara metastazlar yapar (1-3). Koryokarsinom hastalarının %30'unda tanı konulduğunda metastaz vardır (4).

Amaç:

Bir metastatik koryokarsinom vakasının tanı konulma sürecindeki zorluklar ve tanı gecikmelerinden kaynaklı tıbbi uygulama hatalarının önlenmesi konusunda farkındalık yaratmayı amaçladık.

Vaka:





Akciğerde saptanan nodülün BT görüntüsü

Dalakta saptanan lezyonun BT görüntüsü

Tartışma ve Sonuç:

Koryonik tümörler veya gestasyonel trofoblastik hastalıklar plasental dokulardan köken alır ve hidatiform mol, invaziv mol, plasental site trofoblastik tümör ile koryokarsinom alt tiplerine sahiptir (1,2). Koryokarsinom, nadir görülen bir hastalık olup insidansı Avrupa ve Kuzey Amerika'da 1/40.000, Güneydoğu Asya'da 9,2/40.000 ve Japonya'da 3.3/40.000 doğumdur (5,6). Koryokarsinom tanısı klinik bulgular ve ß-hCG değerleriyle konulur. ß-hCG nüks tespiti ve prognostik marker olarak da kullanılmaktadır (7,8). Pelvik ultrasonda genellikle hiperdens alanlar ve birçok doku tabakası girişimi bulunan düzensiz, heterojen görüntüler izlenir (9). Gestasyonel ve non-gestasyonel koryokarsinom olmak üzere iki tipi vardır. Gestasyonel koryokarsinomlar gebelik sırasında başlar ve %50'si hidatiform mol gebelikte, %25'i normal gebelikte, %25'i de düşük ve tubal gebelikte görülür (11,12). Non-gestasyonel karsinomlar ise nadirdir ve germ hücreli tümörün bir bileşeni ya da hipofraksiyone karsinomlar ile ilişkili olarak görülür (13,14). Akciğer, karaciğer, mide, prostat, mesane, burun ve gastrointestinal kanal gibi uterus veya gonad dışı organlarda ortaya çıkabilir (15). Gestasyonel koryokarsinom kemoterapiye duyarlıyken non-gestasyonel koryokarsinom bilinmeyen mekanizması nedeniyle genellikle ölümcüldür (16,17). Koryokarsinom tedavisinde ilk tercih olarak kemoterapi kullanılır. Bazı vakalarda kemoterapiye ek olarak radyoterapi ve cerrahi de düşünülebilmektedir (18-20).

Sonuç olarak; ß-hCG değerleri yüksek bulunan hastalarda ektopik gebelik dışında koryokarsinom da akılda tutulmalı, USG ile uterus veya gonadlarda primer odak tespit edilmese de, koryokarsinomun solid organ metastazları ile prezente olabileceği göz önünde bulundurularak metastaz varlığını araştırmaya yönelik ileri radyolojik tetkikler yapılmalıdır.

Kaynaklar:
1. Berkowitz RS, Goldstein DP: Chorionic tumors. N Engl J Med 335:1740, 1996
2. Seckl MJ, Sebire NJ, Berkowitz RS. Gestational trophoblastic disease. Lancet 2010;376:717-29.
3. Pisal N, North C, Tidy J, Hancock B. Role of hysterectomy in management of gestational trophoblastic disease. Gynecologic Oncology. 2002 Nov;87(2):190-2
4. Sierra-Bergua B, Sánchez-Marteles M, Cabrerizo-García JL, Sanjoaquin-Conde I. Choriocarcinoma with pulmonary and cerebral metastases. Singapore Med J. 2008 Oct;49(10):e286-8.
5. Lurain JR: Gestational trophoblastic disease I: Epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. Am J Obstet Gynecol 203:531, 2010
6. Ngan HYS, Seckl MJ, Berkowitz RS, Xiang Y, Golfier F, Sekharan PK, et al. Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease. Int J Gynaecol Obstet. 2018;143(Suppl 2):79–85.
7. Oranratanaphan S, Wongwathanavikrom R, Lertkhachonsuk R. Correlation levels of serum placental growth factor and human chorionic gonadotropin in gestational trophoblastic disease patients. Journal of Reproductive Medicine. 2011 Jul-Aug;56(7-8):333-8.
8. Sierra-Bergua B, Sánchez-Marteles M, Cabrerizo-García JL, Sanjoaquin-Conde I. Choriocarcinoma with pulmonary and cerebral metastases. Singapore Med J. 2008 Oct;49(10):e286-8. PMID: 18946601.
9. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, Smith J, La Vecchia C. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. Lancet Oncology. 2003 Nov;4(11):670-8.
10. Dalenda Chelli, Dimassi K, Bouazizb M, Chiraz Ghaffari, Zouaouia B, Emiliano Sfara et al. Imagerie des maladies trophoblastiques gestationnelles (Imaging of gestational trophoblastic disease). Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008;37(6):559-567
11. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational trophoblastic disease. In: Berek JS, Novak E, editors. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.1581-604.
12. Li MC. Trophoblastic disease: natural history, diagnosis, and treatment. Ann Intern Med 1971;74:102-12.
13. Cheung AN, Zhang HJ, Xue WC, Siu MK. Pathogenesis of choriocarcinoma: clinical, genetic and stem cell perspectives. Future Oncol. 2009;5(2):217–31.
14. Savage J, Adams E, Veras E, Murphy KM, Ronnett BM. Choriocarcinoma in women: analysis of a case series with genotyping. Am J Surg Pathol. 2017;41(12):1593–606.
15. Liu Z, Mira JL, Cruz-Caudillo JC: Primary gastric choriocarcinoma:A case report and review of the literature. Arch Pathol Lab Med 125:1601, 2001
16. Savage P, Stebbing J, Bower M, et al: Why does cytotoxic chemotherapy cure only some cancers? Nat Clin Pract Oncol 6:43, 2009
17. Bell DM, Porras G, Tortoledo ME, et al: Primary sinonasalchoriocarcinoma. Ann Diagn Pathol 13:96, 2009
18. Lurain JR and Brewer JI. Treatement of high risk gestational trophoblastic disease with methotrexate, actinomycin D and cyclophosphamide chemotherapy. Obstet Gynecol 1985; 65:830-6.
19. Rustin GJ, Newlands ES, Begent RH, Bagshawe KD, Weekly alternatin etoposide, methotrexate and actinomycin D and cyclophosphamide chemotherapy for the treatment of CNS metastases of choriocarcinoma. J Clin Oncol 1989; 7:900-4.
20. FIGO Oncology Committee. FIGO staging for gestational trophoblastic neoplasia 2000. International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 2002 Jun;77(3):285-7.

Hatalı Yorumlanan Radyolojik Tetkik Sonucuna Göre Hatalı Tanı Konulması Tıbbi Malpraktis midir?

Caner Beşkoç[1], Humman Şen[1], Şener Ağaç[1],
Mustafa Can Yazıcı[1], Nezih Özkan[2], Hızır Aslıyüksek[1]
[1] Adli Tıp Kurumu
[2] İstanbul Üsküdar Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu'nda kabul edilen bildirgesine göre; Tıbbi Malpraktis (hatalı tıbbi uygulama) "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" şeklinde tanımlanmış, malpraktisin tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Malpraktis tıbbi bir terim olmakla birlikte sonuçları itibariyle hukuki bir kavramdır. Malpraktis, ceza ve hukuki davaları ile sonuçlanan tıbbi hata ve kötü uygulamaları tanımlamak, sorumluları tespit etmek ve tespit edilen sorumluya hukuki yaptırım uygulanmak üzere kullanılmaktadır. Son yıllarda tıbbi uygulama hatası iddialarında ciddi bir artış konusudur. Sebepleri arasında yazılı ve görsel medyada artan haberler, davaların maddi kazanç kapısı olarak görülmesi, tıp eğitimindeki eksiklikler, sağlık hizmetindeki sorunlar, hastaların farkındalığındaki artış olarak sayılabilir. Tıbbi uygulama hataları; hastanın tanı, tedavi, komplikasyon ve yönetimi sürecinde karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle tüm tıbbi sürecin dikkatli olarak takip edilmesi gerekmektedir. Ancak bazen hekimlerin hastanın tedavi ve takibi sırasında başka hekimlerin hatalı eylemlerine bağlı olarak hatalı değerlendirilmelerine neden olmaktadır. Bu amaçla başka bir hekim kaynaklı tıbbi uygulama hatasının diğer bir hekim tıbbi eylemleri üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla bu vakanın sunulması amaçlanmıştır.

VAKA

62 yaşında erkek hastanın bel ve bacak ağrısı şikayeti ile başvurduğu Beyin ve Sinir Cerrahisi hekimi tarafından yapılan muayene ve istenen tetkikler sonucu lomber diskopati tanısı konulmuştur. Hastaya lomber diskektomi ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat sonrası kişinin ağrı şikayetlerinin devam etmesi üzerine Beyin ve Sinir Cerrahisi hekimine başvurmuştur. İlgili hekimin isteği ile Lomber MR çekilmiştir. Radyoloji uzmanı hekim tarafından değerlendirilen lomber MR tetkikinde herhangi bir patoloji saptanmadığı şeklinde raporlanmıştır. Bu arada CRP değeri 140 mg/L saptanan hastanın ilgili hekim tarafından herhangi bir tedavi verilmeden takibe alınmıştır. Ancak şikayetleri devam eden hastanın başka bir sağlık kuruluşunda çekilen lomber MR tetkikinde abse saptanmış olup bu sağlık kuruluşunda tedavisine başlanmıştır. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile 7. Adli Tıp İhtisas Kuruluna gelen dosyadaki Lomber MR tetkikinin değerlendirilmesi sonucu abse bulguları saptanmıştır. Sonuç olarak; yapılan lomber diskektomi ameliyatının endikasyonu ve tekniğinin tıbben uygun bulunmuştur. Kişide ameliyat sonrası gelişen enfeksiyonun komplikasyon olarak değerlendirilmiştir. Radyoloji hekiminin lomber MR'da abse tanısı koyamaması tanı aşamasında ve diğer taraftan da Beyin ve Sinir Cerrahisi hekiminin şikayetleri devam eden ve CRP değeri yüksek olan hastanın çekilen lomber MR'ını değerlendirmeden takibe almasının da tanı ve tedavi aşamasında tıbbi hata olarak değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Disk hernisi, omurlar arasında bulunan diskin yer değiştirmesi ile birlikte omuriliğine yada omurilikten çıkan sinir köklerine bası yapması durumunu ifade eder. Disk hernilerinin en çok görüldüğü bölge lomber bölgedir. Konservatif tedavilere rağmen iyileşme görülmeyen vakalarda sıklıkla cerrahi tedavi uygulanır. Cerrahi işlemler sonrasında da en çok görülen komplikasyon ise enfeksiyondur. Enfeksiyon tanısı konulması amacıyla istenilen radyolojik tetkiklerin özellikle istemi yapan hekimler tarafından da değerlendirilmesi, komplikasyon tanısının konulması açısından önem arz etmektedir. Hatalı yapılan değerlendirmeler hastalarında tedavilerine eksikliğe ve gecikmeye yok açabilir. Bu da tıbbi uygulama hataları değerlendirilmelerinde hekimlere hukuki sonuçlarla geri dönüşleri olabilir.

Kaynaklar:
1-Yorulmaz AC, Kır Z, Ketenci HÇ. Tıbbi uygulama hataları ve bilirkişilik. İçinde: Yorulmaz C, Çetin G, editörler. Yeni yas- alar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. İstanbul: 2006. s. 55-69.
2-Özkara E, Dokgöz H. Tıbbi Uygulama Hataları, ed: Dokgöz H. Adli Tıp ve Adli Bilimler, s:71-3, Akademisyen Yayınevi, Ankara, 2019.
3-Health Resources and Services Administration/U.S. Department of Health and Human Services. 2011 Annual Report, National Practitioner Data Bank, 2013.
4-Balıkçı, M.B. Tıbbi Uygulama Hatası İddialarında Ölümle Sonuçlanan Ve Sonuçlanmayan Olguların Karşılaştırılması. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Tıp Bilimleri Anabilim Dalı, 2019.
5-Koç, S. Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis Ve Hekim Sorumluluğu. Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni, 2014;5(1).

Duyarlılık Artefaktı Nedeniyle Vücutta Yabancı Cisim Unutulduğu Düşünülen Bir Olgu Sunumu

Tuğçe Güven Gül, Mehmet Utku Karakaş, Caner Beşkoç, Humman Şen, Şener Ağaç

Adli Tıp Kurumu

Giriş ve Amaç

MR görüntüleme, klinik uygulamalarda sıklıkla tercih edilen bir görüntüleme yöntemidir. Bununla birlikte MR görüntülemelerinde çok çeşitli artefaktlarla karşılaşılabilmekte ve bu artefaktlar tanısal verimliliğin düşmesine sebep olabilmektedir (1, 2). Manyetik alanın homojenitesinin bozulmasından kaynaklanan duyarlılık artefaktları da bunlardan biridir (1). Bazı metalik cerrahi malzemelerden kaynaklanan mikropartiküller ve/veya ameliyat sonrasında doku iyileşmesiyle birlikte meydana gelen heterojeniteler duyarlılık artefaktlarına sebep olabilmektedir (3, 4). Çalışmamızda, sol dizinden geçirdiği ameliyat sonrasında yapılan MR görüntülemede, sol dizinde metalik yabancı cisim ile uyumlu sinyal izlenmesi üzerine, ameliyatta dizinde yabancı cisim unutulduğu iddiası ile davacı olan ve tıbbi uygulama hatası yönünden Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 7. İhtisas Kurulunda değerlendirilen bir olgu sunulmuştur. Bu olgu sunumu ile MR görüntülemelerinde karşılaşılabilen artefaktlara ve bu artefaktların tanı verimliliği üzerindeki etkisine dikkat çekilmek istenmiştir.

Yöntem

Adli Tıp Kurumu Adli Tıp 7. İhtisas Kurulunda, sol dizinden geçirdiği ameliyat esnasında diz kapağında matkap ucu unutulduğu iddiasıyla incelenen bir olgu literatürde yer alan çalışmalar çerçevesinde değerlendirilmiştir.

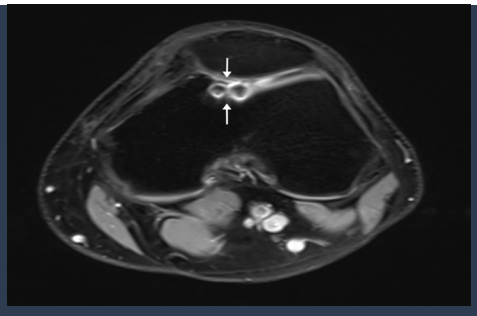


Resim 1. Artefaktın görüntülendiği 17/01/2017 tarihli sol diz MR tetkiki lateral görüntüleme fotoğrafı

Olgu

Sol ayak bileğinde uzun süredir devam eden ağrı şikayeti ile başvuran, muayene ve görüntüleme tetkikleri neticesinde sol ayak bileğinde kıkırdak hasarı tespit edilen 36 yaşındaki erkek hastanın ameliyat edilmesine karar verilerek mozaikplasti ameliyatı yapılmış. Bu ameliyatta; sol diz ekleminden kıkırdak greft alınarak sol ayak bileğindeki hasarlı bölgeye yerleştirilmiş. Ameliyat sonrasındaki süreçte hem kontrol amacıyla hem de hastanın devam eden ağrı yakınmalarına yönelik tanıya yardımcı olması amacıyla mükerrer MR görüntüleme tetkikleri yapılmış. Bu MR görüntülemelerinin bir kısmı "Sol femur distalinde artefakt oluşumu izlenmektedir." şeklinde raporlanırken bir kısmı ise; "Sol femur distalinde metalik yabancı cisme ait sinyal distorsiyonu izlenmektedir." şeklinde raporlanmış. Bunun üzerine hasta, mozaikplasti ameliyatı esnasında dizinde yabancı cisim (matkap ucu) unutulduğu iddiası ile ameliyatı gerçekleştiren hekimden tazminat istemiyle davacı olmuş.

Söz konusu ameliyatta tıbbi uygulama hatası bulunup bulunmadığının tespit edilmesi istemiyle dava dosyası Mahkeme tarafından Kurulumuza gönderildi. Olgunun Kurulumuzda değerlendirilmesi sürecinde, kişiye ameliyat sonrasında çekilen MR görüntülemelerine ek olarak direkt grafi ve BT tetkikleri de incelendi. Direkt grafi ve BT tetkiklerinde sol diz ekleminde metalik yabancı cisme ait herhangi bir bulgu olmadığı görüldü. Ameliyatlarda kullanılan bazı metalik materyallerin dokuda bıraktığı gözle görülemeyecek boyutlardaki mikropartiküllerin ve/veya dokuda çeşitli sebeplerle meydana gelen heterojenitelerin (fibrozis, kalsifikasyon, granülamatoz değişiklikler vb.) MR görüntülemelerinde duyarlılık artefaktlarına sebep olabileceği vurgulanarak ameliyat sahasında matkap ucu veya başka herhangi bir metalik yabancı cisim bulunmadığı ve ameliyatı gerçekleştiren hekimin uygulamalarının tıbben uygun olduğu kanaati belirtildi.



Resim 2. Artefaktın görüntülendiği 12/04/2019 tarihli sol diz MR tetkiki fotoğrafı

Tartışma

Anatomik olarak normalde var olmayan; ancak çeşitli sebeplerle radyolojik görüntülemelere yansıyan ve istenmeyen sinyaller olarak tanımlanan artefaktlar, optimum görüntülerin elde edilmesine engel olmakta ve tanısal verimliliği düşürmektedir (1, 4, 5). Klinik uygulamalarda oldukça sık kullanılan MR görüntüleme tekniğinin artefaktlara karşı oldukça duyarlı olduğu bilinmektedir (6). Dolayısıyla MR görüntülemelerinde tanısal kalitenin arttırılması ve tanı hatalarının önüne geçilebilmesi için bu artefaktların tanınması, oluşma mekanizmalarının anlaşılması ve nasıl azaltılabileceklerinin tartışılması önem arz etmektedir (3, 5, 7). MR görüntülemelerinde, hasta hareketi, doku özellikleri, manyetizma duyarlılığı ve diğer donanımsal teknik özelliklerden kaynaklanan pek çok artefaktla karşılaşılabilmektedir. Klinik uygulamalarda sıklıkla karşılaşılabilen bu artefaktlardan biri de duyarlılık artefaktıdır (1, 4, 6, 8). Manyetik duyarlılık, manyetik alana maruz kalan dokuların manyetize olması olarak tanımlanmaktadır. Her dokunun manyetik duyarlılığı birbirinden farklıdır ve dokular arasındaki bu duyarlılık farklılığı manyetik alanın homojenitesini bozmaktadır. Bu manyetik duyarlılık farklılığı ve manyetik alan inhomojenitesinden kaynaklanan artefaktlar da duyarlılık artefaktı olarak adlandırılmaktadır (1). Bazı ameliyatlarda kullanılan metalik materyaller, implantlar, dolgu materyalleri ve diş telleri güçlü ferromanyetik özelliklerinden dolayı sıklıkla duyarlılık artefaktlarına sebep olabilmektedir (1, 2). Ayrıca dokuda meydana gelen hemoraji, fibrozis, distrofi, kalsifikasyon ve granülasyon gibi değişikliklerin de duyarlılık artefaktlarına sebep olabildikleri bilinmektedir (3, 4). Klinik uygulamalarda, çalışmamızda sunulan olguda olduğu gibi, direkt grafi ve/veya BT tetkiklerinde metalik yabancı cisme ait herhangi bir bulgu izlenmeyen, bilinen cerrahi metalik implant öyküsü bulunmayan; ancak MR görüntülemelerinde metalik yabancı cisim ile uyumlu sinyal artışı izlenen olgularla karşılaşılabilmektedir (2, 3, 4, 6). Yapılan çalışmalar; ameliyatlarda kullanılan kemik matkapları, keskiler ve temperlenmemiş metalik aletler gibi cerrahi malzemelerin birbirleriyle ve/veya kemikle teması sonucunda gözle görülemeyecek boyutlardaki mikropartiküllerin ameliyat sahasına dökülebildiğini, bu metalik mikropartiküllerin yapılarında bulunan demir, nikel ve kobalt alaşımlarından dolayı manyetik duyarlılıkta önemli farklara ve manyetik alanda inhomojeniteye sebep olabildiklerini, dolayısıyla da MR görüntülemelerinde duyarlılık artefaktlarını indükleyebildiklerini göstermektedir (2, 3, 5, 8). Bu nedenle MR görüntülemelerinde şüpheli metalik yabancı cisim bulguları ile karşılaşıldığında, olgunun direkt grafi ve BT tetkikleri ile korele bir şekilde değerlendirilmesinin tanısal verimliliği arttıracağı düşünülmektedir (2, 3, 4, 6).



Resim 3. Herhangi bir yabancı cisim veya artefakt bulgusu olmayan 14/09/2020 tarihli sol diz AP grafi fotoğrafı

Sonuç

Duyarlılık artefaktının ne olduğunun ve nasıl oluştuğunun anlaşılması hem klinik uygulamalardaki yanlış yorumlamaların önüne geçilebilmesi hem de bu artefaktların azaltılması için çözüm yolları üretilebilmesi açısından önem arz etmektedir (1, 7). Ayrıca çalışmamızda sunulan olguyla radyolojik görüntülemelerde karşılaşılan artefaktlar ile ilgili farkındalığın adli tıbbi değerlendirmelerdeki önemine de dikkat çekilmek istenmiştir.

Kaynakça

1- Topçu Çakır B. MRG artefaktları ve çözüm yöntemleri. Trd Sem 2020; 8: 315-337.
2- Heindel W, Friedmann G, Bunke J, Thomas B, Firsching R, Ernestus RI. Artifacts in MR imaging after surgical intervention. Journal of Computer Assisted Tomography, 01 Jul 1986, 10(4): 596-599
3- Raimund P. Firsching, Walter Heindel, Ralf-Ingo Ernestus, Reinhold A. Frowein, Jürgen Bunke. Postoperative magnetic resonance imaging artifacts: Report of three case. Journal of Neurosurgery, Page Range: 776–778, Volume: 67, Issue: 5
4- EM Bellon, EM Haacke, PE Coleman, DC Sacco, DA Steiger, RE Gangarosa. MR artifacts: A review. American Journal of Roentgeology, Volume: 147, Issue: 6
5- Frank G. Shellock, Jerrold H. Mink, Sharon Curtin, Marc J. Friedman. MR imaging and metallic implants for anterior cruciate ligament reconstruction: Assessment of ferromagnetism and artifact, Journal of Magnetic Resonance Imaging, Volume 2, Issue 2, March/April 1992, Pages 225-228
6- Mi-Jung Lee, Sungjun Kim, Sung-Ah Lee, Ho-Taek Song, Yong-Min Huh, Dae-Hong Kim, Seung Hwan, Jin-Suck Suh. Overcoming artifacts from metallic orthopedic implants at high-field-strength MR imaging and multi-detector CT, RadioGraphics, Vol 27, No 3, 01 May 2007
7- Kugel H. Artefakte im MR, RöFo-Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren, 2015; 187
8- John N. Morelli, Val M. Runge, Fei Ai, Ulrike Attenberger, Lan Vu, Stuart H. Schmeets, Wolfgang R. Nitz, John E. Kirsch. An image based approach to understanding the physics of mr artifacts. RadioGraphics, 04 May 2011

Av Tüfeği Ses Fişekleri ile Meydana Gelen Ölüm Olgularının İncelenmesi

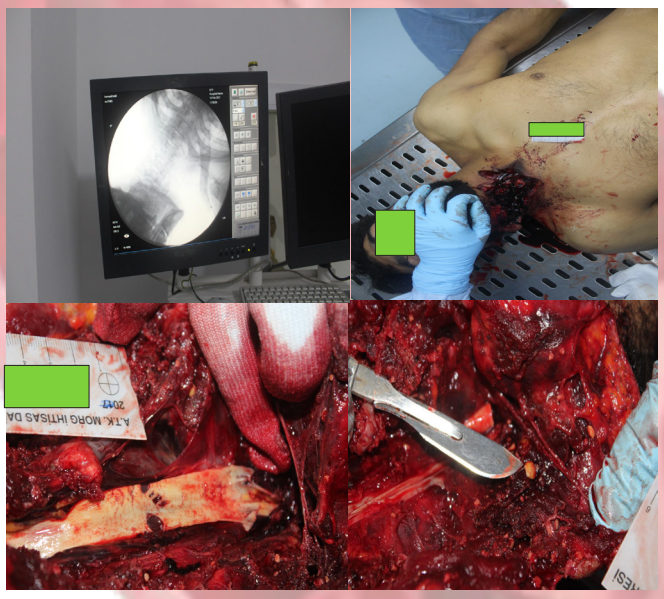
18. ULUSLARARASI KATILIMLI ADLİ TIP GÜNLERİ 19-22 EKİM 2023 AKSU - ANTALYA

İsmail ALTIN[1], Ahmet Sedat DÜNDAR[2]
1. Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğü
2. Bursa Adli Tıp Grup Başkanlığı

GİRİŞ

Ülkemizde, ruhsatlı ateşli silahların en yaygın olanı av tüfekleridir. Bu silahlar avcılığın yanı sıra spor amaçlı atıcılıkta da kullanılmaktadır. Yakın geçmişte ticari bir ürün olarak satılmaya başlanan av tüfeği ses fişekleri ile meydana gelmiş ölüm olgularına da rastlanmaktadır. Bu fişeklerin, yüksek desibel ses ürettiği ve doğa hayvanlarını yemlediği belirtilmektedir. Ses fişeklerinin neredeyse tamamı, saçma yerine bulgur, buğday veya fiğ tohumu gibi hububatlardan birini içermektedir.

Bu çalışmada; Bölgemizde tarımsal ürünlere zarar veren kuş vb. canlıları korkutmak amacıyla ses fişeği özelliğinden yararlanmak amacıyla kullanılan bakliyat dolu fişeklerle meydana gelen nadir görülen ölüm olgularını incelemeyi amaçladık.



İntihar Olgusu

YÖNTEM

Çalışmamızda Adli Tıp Kurumu Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nde otopsisi yapılan olguların dosyaları retrospektif olarak incelenecektir. Ateşli silah yaralanmasına bağlı ölen olgular arasında mercimek, bulgur, pirinç vb. gibi maddeler ile dolu fişeklerin ateşlenmesi sonucu ölen olgular belirlenecektir. Bu olguların; hastane evrağı, otopsi raporları, otopsi fotoğrafları, toksikolojik inceleme raporları, olay yeri inceleme raporları, tanık ifadeleri ve bilirkişi raporları incelenecektir. Çalışmada; sosyodemografik veriler, olay yeri bulguları, silahın özellikleri, ek travma bulguları, ölüm nedenleri ve otopside karşılaşılan zorluklar incelenecektir.

BULGULAR

İncelenen dosyalardan 5'nde ses fişeği sonucunda ölüm olduğu görülmüştür. Bunların ikisi mercimek, ikisi bulgur ve biri buğday dolu fişeklerin ateşlenmesi sonucu meydana geldiği belirlendi. Olguların en küçüğü 3 en büyüğü 25 yaşındaydı. Olguların dördü erkek biri kadındı. Olguların üçü intihar, biri cinayet ve diğer olguda kaza olarak getirilmişti. Olguların dördünde tek atış, birinde üç atış sonucu yaralanma meydana gelmişti.



Cinayet Olgusu

TARTIŞMA ve SONUÇ

Genellikle ölümcül olmadığına dair hatta doğa dostu olarak tanımlanan içerisi bakliyat dolu olan ses fişeklerinin ölümcül olabileceği unutulmamalıdır. Ateşli silah saçma tanesi yaralarıyla uyumlu yaraların varlığında radyolojik görüntülemelerde metalik cisim imajı görülememesi durumunda bakliyatla dolu fişekler akla gelmelidir. Bu fişeklerin ruhsatsız satışlarında denetlemelerin arttırılması gerektiğini düşünüyoruz.

Sağ Ventrikülde Milimetrik Metalik Yabancı Cisim: Deforme Saçma Tanesi Embolisi: Olgu Sunumu

Talip VURAL[1], Melike ERBAŞ[2], Bilal SOFİOĞLU[2]

[1]Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı

[2] Adli Tıp Kurumu/İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Ateşli silah yaralanması sonucunda vücuda giren mermi parçaları nadirde olsa vasküler sistem içerisine girerek embolilere neden olmaktadır. Mermi parçaları embolileri arteriyel, venöz ve paradoksal olarak sınıflandırılmaktadır. Venöz sistemde embolizasyon ile mermi parçaları çoğunlukla kalbin sağ tarafına veya pulmoner artere göç etmektedir. Çalışmamızda ateşli silah saldırısı sonucu alt ekstremitelerinden çoklu saçma taneleri ile yaralanıp takiplerinde kalbin sağ ventrikülünde düzensiz şekilli milimetrik metalik cisim tespit edilen 35 yaşındaki erkek olgu literatüre katkı sağlamak ve farkındalık oluşturmak amacıyla sunulmuştur.

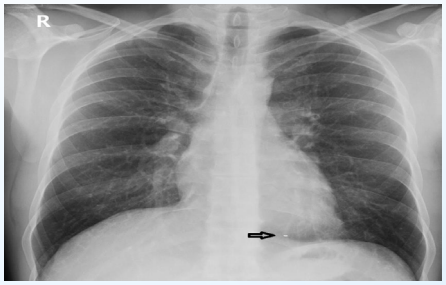
OLGU ve BULGULAR: Otuz beş yaşında erkek hasta, her iki alt ekstremitesinden av tüfeği ile vurulmak suretiyle yaralandığı, olay yerinde iki adet 12 numara ateşlenmiş kapsüllü av fişeği kovanı bulunduğu, olay sonrası başvurduğu sağlık kuruluşlarında yapılan muayenesinde alt ekstremitelerde yaygın saçma yara izleri saptandığı, istenen konsültasyon ve radyolojik tetkiklerinde alt ekstremitelerde kas ve yumuşak doku seyirli çok sayıda milimetrik metalik yabancı cisimler (Resim 1) ve sağ ventrikül apeksi komşuluğunda lümen içi ya da duvar ayrımı net yapılamayan milimetrik metalik yabancı cisim tespit edildiği (Resim 2, 3), yapılan takiplerinde hemodinamisi stabil seyreden hastanın bir gün sonra taburcu edildiği saptanmıştır. Kişiye ait dava dosyası, tıbbi evrakı, olay sonrası radyolojik görüntüleri, son durum muayene bulguları ve kontrol grafileri kurulumuzda incelenmiş ve yaralanma bölgesinden (alt ekstremitelerden) bir adet deforme mermi (saçma) parçasının kalbin sağ ventrikülüne ulaştığı ve kişinin yaşamsal tehlike geçirdiği kanaatine varılmıştır



Resim 1: Bilateral alt ekstremite X-Ray (AP) ve CT anjiografi



Resim 2. Thorax CT Angiography



Resim 3. Thorax X-Ray (PA)

SONUÇ: Kan akışıyla, hava basıncıyla, vücudun aktif veya pasif hareketleri ile vücuttaki maddeler bulundukları bölgelerden hareket ederek embolilere neden olmaktadırlar. Ateşli silah yaralanması sonucunda mermi parçaları çok nadir de olsa vasküler sistem içerisine girerek embolilere neden olmaktadır. Vasküler sisteme migrasyon genellikle çok küçük kalibreli mermiler veya mermi parçaları ile meydana gelmektedir. Gerek acil koşullarda gerekse klinik şartlarda çoklu mermi parçalarının lokalizasyonları tespiti ve embolisi tanısı oldukça güçtür. Dolayısıyla çoklu saçma taneli yaralanmalarda mermi giriş bölgelerinin yanı sıra özellikle kalp damar sistemi başta olmak üzere tüm vücudun detaylı olarak incelenmesi gerekmektedir. Özellikle vücutta tespit edilen ve akut dönemde tedavisi düşünülmeyen asemptomatik hastalarda ilerleyen süreçlerde ciddi patolojik durumların ortaya çıkabileceği unutulmamalı ve gerek psikolojik gerekse fiziksel olarak rutin takipleri yapılmalıdır.

Uzm. Dr. Talip VURAL (Sorumlu Yazar)
Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı
E-mail : tlpvrl25@gmail.com

İkili ölüm (cinayet-intihar): Olgu Sunumu

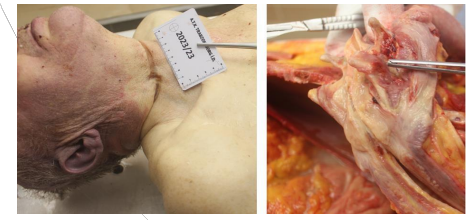
Talip VURAL[1], Hüseyin Çetin KETENCİ[1], Kenan SEZGİN[1], Halil BOZ[1],
Mehmet ASKAY[1]

[1]Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı

GİRİŞ VE AMAÇ: Cinayet olgularında, katilin cinayetin sonrasında fiilini intihar eylemi ile devam ettirmesi cinayet-intihar ikili ölümü olarak tanımlanmaktadır. Olaylar genelde bir çifti içerdiğinden literatürde "ikili ölüm" (dyadic death) terimi kullanılmaktadır. İkili ölümler sıklıkla çiftler arasında olup, fail sıklıkla kadının kocası, erkek arkadaşı, sevgilisi, reddedilmiş erkek arkadaşı veya eski kocasıdır. Ayrıca zaman zaman ikili ölümler aileler arasında da görülmekte olup, fail baba, anne veya çocuklulardan biri de olabilmektedir. Bizlerde bu çalışmamızda; Otopsi işlemi yaptığımız karı-koca ikili ölüm (cinayet-intihar) olgusunu inceleyerek litaretürde katkı sunmayı amaçladık

OLGULAR: Adli belgeler özetle; Haber alınamayan çift, birlikte yaşıyorlar ve çocukları başka şehirde, çelik kapılı bina, çilingir eşliğinde kapı açıldığı, kapının sağlam olduğu, kapı üzerinde herhangi bir zorlamanın olmadığı, kilit sisteminin sağlam ve çalışır vaziyette olduğu, evin içerisinde yoğun tüp gaz kokusu olduğu, antrede (1) adet kadın cesedi ve açık konumda bir adet mutfak tüpü olduğu, oturma odasında pencerenin dış cephesindeki demir korkuluğa çamaşır ipi ile boynundan asılmış (yarım ası) erkek cesedinin olduğu, yatak odasında ağzında ve sap kısmında kan lekelerinin bulunduğu bir adet keser olduğu belirtilmiştir. Annesinin antideprasan tedavisi gördüğü ve halüsinasyonları olduğu, babasının ise yaklaşık iki hafta önce karın fıtığı ameliyatı olduğu, zaman zaman aile içi tartışmaların olduğu ancak şiddet olaylarının olmadığı çocukları tarafından ifade edilmiştir.

Olgu 1: 68 yaşında erkek, eşini öldürdükten sonra çamaşır ipiyle kendini asıyor (yarım ası), otopsisinde; dış muayenede ; boyun sağ taraftan 0,5 cm genişliğinde 0,3 cm derinliğinde başlayıp önde tiroid kartilaj üzerinden geçerek her iki yanda yükselici-yüzeyelleşici olarak devam eden, bir ucu sol kulak altında diğer ucu ise ense orta hattı sonlanan ve parşömenleşme içeren telem izi olduğu, iç muayenede; sternokleidomastoid kas içlerinde ekimoz alanları ve Hyoid kemik sağ boynuzunda ekimozlu kırık olduğu görüldü (Resim 1). Toksikolojik incelemede; kanda ve kapalı kutu içindeki akciğerde uçucu maddelerden Propan ve Bütan bulundu. Kişinin ölümünün ası sonucu meydana gelmiş olduğu kanaatine varıldı.



Resim 1. Erkek olgu çamaşır ipiyle ası

Olgu 2. 66 yaşında kadın, eşi tarafından öldürüldüğü, otopsisinde; dış muayenede; alınla verteks arasında toplamda 11 adet kesici-ezici alet yaralanması tespit edildiği, iç muayenede; kafa kubbe ve kaide kemiklerinde yaygın kırıklar, beyinde subaraknoidal kanama ve kontüzyon alanları olduğu görüldü **(Resim** 2). Toksikolojik incelemede; kanda ve kapalı kutu içindeki akciğerde uçucu maddelerden Propan ve Bütan bulundu. Kişinin ölümünün kesici-ezici alet yaralanmasına bağlı kafatası kemik kırıklarıyla birlikte beyin kanaması ve beyin doku harabiyeti sonucu meydana gelmiş olduğu kanaatine varıldı.



Resim 2. Kadın olgu delici-ezici alet yaralanması

TARTIŞMA VE SONUÇ: İkili ölüm (cinayet-intihar) konusunda litaretürde yapılan çalışmalar ve bildirimler oldukça kısıtlıdır. İkili ölümü etyolojisinde ve motivasyonunda çeşitli biyopsikososyal faktörler yer alır. Psikiyatrik/mental hastalıklar, psikolojik travmalar, ailevi sorunlar, iş kaybı, kıskançlık, dış stresörle gibi birçok etmen rol oynamaktadır . Literatürde sağlık problemi olan yaşlı çiftlerin birbirinin acısını dindirmek amacıyla gerçekleştirdikleri cinayet-intihar olguları da bildirilmiştir. Kullanılan yöntemin toplumlara göre değişmekle birlikte sıklıkla ikili ölümlerde ateşli silahların kullanıldığı bildirilmektedir. Boğma, boğulma, bıçaklama, zehirleme, darp ve yüksekten düşme gibi çeşitli yöntemlerin de kullanıldığı belirtilmektedir.

Sonuç olarak; Çalışmamamızda sunduğumuz üzere; 68 yaşında Erkek olgunun kesici-ezici aletle (keser) 66 yaşındaki eşini öldürüp devamında çamaşır ipi ile kendini asmak süretiyle intihar etmesi ve olay yerinde açık mutfak tüpü bulunması kendine has bir ikili ölüm olgusunu göstermektedir. Bu tarz kompleks vakalarda mümkünse adli tıp uzmanın da olay yerine çağrılması veya olay yerinin fotoğraflarını veya videolarını içeren detaylı bir olay yeri inceleme raporu başta olmak üzere gerekli adli tahkikat evrakı hazırlanarak adli tıp uzmanına sunulduktan sonra adli otopsi işlemine başlanılmalıdır.

.

Uzm. Dr. Talip VURAL (Sorumlu Yazar)
Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı
E-mail : tipvrl25@gmail.com

SEPTALI HYMEN ve GEBELİK : OLGU SUNUMU

Giriş

Hymen, vajinal açıklığı çevreleyen zarımsı bir dokudur. Biri vajina duvarına yapışık diğeri serbest olmak üzere iki kenarı bulunmaktadır. Hymen puberte öncesi dönemde dışarıdan gelecek yabancı cisimlere ve mikroorganizmalara karşı vajina ortamını korumakta, puberte ile vajina mukoza ve pH'ının değişmesi sonrasında herhangi bir fonksiyonu kalmamaktadır (1,2)

Hymenal açıklığın artması, hymen kenarlarında incelme, kısmi çentikler, çatlaklar, kenar düzensizlikleri gibi non–spesifik genital varyasyonlar; belirti, bulguların olmadığı, istismarın gizlenmeye çalışıldığı olgularda değerlendirme zorluklarına neden olmaktadır (3).

Septalı (çift delikli) hymen; şekli, açıklığı ve yapısına göre sınıflandırılan hymenin anatomik varyasyonlarından birisidir. Hymen mukozal bir bağ ile ayrılmış iki delikli görünümdedir. Deliklerin büyüklüğü birbirine eşit olabileceği gibi, farklı büyüklüklerde de olabilirler.

Septal bağ seçilmiş bazı olgularda, organ penetrasyonu sırasında yırtılmayabilir.

Cinsel penetrasyon hikayesi alınan ve septalı yapıda hymen saptanan olgularda hymenin yırtılmaksızın erekte bir penisin penetrasyonuna izin verip vermeyeceği araştırılmalıdır. Bu tip olgularda duhul açısından değerlendirme farklılıkları olabileceğinden olgumuz sunulmaya değer bulunmuştur.

Olgu

Yabacı uyruklu 21 yaşındaki olgumuz, sosyal medya üzerinden tanıştığı bir erkek şahsın 2 yıl önce tecavüzüne uğradığı iddiası ile Cumhuriyet Başsavcılığına başvurmuş ve devamında iç beden muayenesi yapılmak üzere Grup Başkanlığımıza yönlendirilmiştir.

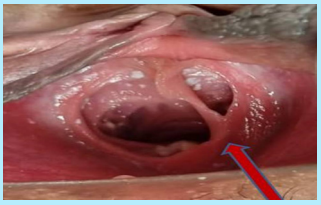
Alınan tıbbi hikayesinde; Şüpheli erkek şahısla sosyal medya üzerinden tanışıldığı, önce telefonda sonrasında yüz yüze görüşülmeye başlandığı, yaklaşık 2 yıl önce okula gitmek için otobüs durağında beklerken şüphelinin kendisini bırakmayı teklif ettiği, ısrarlı ikna çabaları sonrası birlikte şüphelinin evine gittikleri, evin bekar evi olduğu, içeride sadece ikisinin bulunduğu, şüphelinin elini boynuna attığı, sarılmaya çalıştığı, kız olup olmadığını görmek istediğini söylediği, koltukta oturduğu sırada ağzını kapattığı, pantolonunu dizine kadar sıyırıp üzerine çıktığı, iç çamaşırını yana kaydırdığı, vajinal yoldan yaklaşık 5 dakika kadar süren cinsel ilişkiye girdiği, anal ya da oral ilişki gerçekleşmediği, vajinal bölgede ağrı ve ilişki sonrası iki gün kadar süren lekelenme tarzında vajinal kanaması olduğu, korktuğu için yaşadığı olayı kimseye anlatamadığı, devam eden süreçte şüphelinin birtakım fotoğraf kayıtları bulunduğu şeklinde tehdidi ile toplam 6-7 kez daha vajinal yoldan cinsel ilişkiler gerçekleştiği, sonraki cinsel ilişkilerde vajinal kanama tariflenmediği, takiben tıbbi şikayetlerine yönelik bir sağlık kuruluşuna başvuran olgumuz 10 haftalık gebe olduğunu öğrendiği, durumu şüpheli şahısla paylaşarak evlenmeyi ve çocuğu doğurmayı istediğini söylediği, şüphelin bunu kabul etmediği, gebeliği yaklaşık 14 haftalık iken merdiven altı diye tabir edilen ruhsatsız bir klinikte şüphelinin kendisine kürtaj işlemi yaptırdığı, gebelik materyalinin kendisine gösterilmediği, kürtaj sonrası yaklaşık 10 gün kadar vajinal kanamasının devam ettiği öğrenilmiştir.

Muayene işlemi ile ilgili ayrıntılı bilgi verilerek aydınlatılmış onamını takiben yapılan sistemik muayenesinde; her iki ön kol bilek seviyesi ön yüzde yaklaşık bir yıl önce camla kestiğine yönelik tıbbi hikaye alınan birkaç adet düzgün sınırlı lineer kesi nedbeleri izlenmiştir.

Litotomi pozisyonunda yapılan genital muayenesinde; vajen tonusu normal, hymen anüler yapıda intakt olup saat 1 ve 4 hizaları arasında uzanım gösteren mukozal bağ olduğu (Resim 1), mukozal bağın birisi küçük diğeri büyük olmak üzere hymende iki delikli fiziksel açıklık oluşturduğu, açıklıklar üzerinde tüm kadranlarda kaide devamlılığı izlendiği, lateral traksiyonda hymende ki büyük açıklığın yaklaşık 3,5 cm genişleyebildiği (Resim 2) ve elastik duvar yapısında olduğundan ereksiyon halindeki erişkin penisinin geçişine yırtılmadan izin verebilecek yapıda olduğu, yani duhule müsait olduğu, anatomikman bakire olduğu şeklinde değerlendirilmiştir.

Yapılan ruhsal durum muayenesinde; yaşına uygun gelişim gösterdiği, giyim kuşamının yaşına, cinsiyetine ve sosyoekonomik düzeyine uygun, bilincinin açık, koopere, oryante olduğu, görüşme sürecinde soru-cevap tarzında iletişim kurduğu, soruları doğru algılayıp uygun cevaplar verdiği, göz teması kurmaktan kaçınmadığı, duygulanımının içinde bulunduğu koşullara uygun, düşünce içeriğinde yaşadığı olay ile ilgili fikirler bulunduğu, zekası normal olduğu, algı patolojisi tariflemediği saptanmıştır.

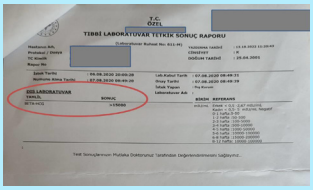
Takip eden süreçte adli tahkikat evrakı da incelendiğinde; şüpheli şahsın vajinal yoldan cinsel ilişkiye girdiğini itiraf ettiği, özel hastane arşivinden temin edilen laboratuvar tahlillerinde de; Beta-Hcg düzeyi >15000 mUI/mL değeri ile 6-8 haftalık gebelikle uyumlu yükseklikte tespit edildiği görülmüştür (Resim 3).



Resim 1: Hymende mukozal septal bağ **(kırmızı ok)**



Resim 2: Yaklaşık 3,5 cm ölçülen hymenal açıklık



T.C.
ÖZEL
TIBBİ LABORATUVAR TETKİK SONUÇ RAPORU

Hastanın Adı		Yatışının Tarihi	: 14.10.2020 11:09:49
Protokol / Dosya		Cinsiyeti	: K
TC Kimlik		Doğum Tarihi	: 05.04.2001
Yaşsız No			
İstek Tarihi	: 06.10.2020 20:00:28	Lab.Kabul Tarihi	: 07.10.2020 09:49:31
Biyolojik Alınma Tarihi	: 07.10.2020 06:49:28	Onay Tarihi	: 07.10.2020 09:49:39
		İstek Yapan	Dr.Kerem
		Laboratuvar Adı	:

KOD LABORATUVAR			BİRİM	REFERANS
1860,5				
BETA HCG	SONUÇ			
	>15000			

Test Sonuçlarının Mutlaka Doktorunuz Tarafından Değerlendirilmesini Sağlayınız.

Resim 3: Özel sağlık kuruluşundan elde edilen tetkik sonucu

Tartışma ve Sonuç

Sağlık çalışanlarının cinsel şiddet mağdurlarına yaklaşımı ve sürecin yönetimi konusundaki bilgi ve becerilerini geliştirmek, adli ve tıbbi hizmetlerde standardizasyonu sağlamak amacıyla tanımlanmış çok sayıda algoritma ve rehberin kullanıldığı bilinmektedir (4,5)

Cinsel şiddet mağdurlarında, genital muayene ve bulguların iyi değerlendirilmesi adaletin doğru tesisi açısından büyük öneme sahiptir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununda cinsel şiddet eyleminin organ veya cisim penetrasyonu şeklinde gerçekleştirilmesi, verilecek olan cezayı artırıcı bir unsurdur (6).

Hymen, penil penetrasyonla sıklıkla posterior orta hat bir yarından (litotomi pozisyonuna göre saat 5 ile 7 arasında) yırtılır. Erken dönemde yırtık kenar kanamalı, diğer kenarlar ise ödemli ve ekimotik olabilir. Kanama olmaması; avasküler yırtık, elastik/esnek zar ve eski penetrasyona bağlı genişlemeye işaret etmektedir. Farklı anatomik varyasyonlar gösteren bir yapı olması sebebi ile hymen muayenesi sırasında, hymen katlantılarının, saçakların içe–dışa çekilmesi, hymen kenarları ve kaide devamlılığının izlenmesi, görünür ve fotoğraflanabilir bir açı sağlanması amacı ile swap çubukları kullanılması ya da su ile yıkama yaygın uygulamalardandır (7).

Foley sonda muayenesi, seçilmiş olgularda hymen kenarları, devamlılığı, açıklık ve elastikiyetini değerlendirme açısından daha objektif ve faydalı bir yöntem olabileceği bildirilmektedir. (8,9). Olgumuzda daha yaygın kullanılan yöntem olan ucu pamuklu swap çubuğu ile hymen duvarı ve mukozal bağ her yöne doğru gerdirilerek hymenal açıklık değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Hymenin açıklığının 3–3,5 cm olarak belirlenmesi durumunda elastikiyetinden söz edilebileceği, dolayısı ile bu yapıdaki hymenin yırtılmaksızın erekte bir penisin penetrasyonuna uygun kabul edilebileceği bildirilmektedir.(2) Olgumuzda da hymenal açıklık ucu pamuklu swap çubuğu yardımıyla 3,5 cm ölçülmüştür.

Sonuç olarak; genital muayene sırasında kenar kaide bütünlüğünün korunduğu septalı yapıda hymeni bulunan olgularda duhul açısından da değerlendirme yapılması büyük önem taşımaktadır. Septal bağın oluşturduğu deliklerden birisinin açıklığı ve elastikiyeti doğrultusunda hymende yeterince genişleme sağlayarak, ereksiyon halindeki organ penetrasyonuna yırtılmaksızın izin verebileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Emans SJ. Physical Examination of the Child and Adolescent. In:Evaluation of the Sexually Abused Child: A Medical Textbook and Photographic Atlas (2nd ed). Oxford University Press 2000; 61–65.

2. Sözen Ş, Aksoy E. Cinsel Saldırılarda Hekim Sorumluluğu Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım. In; Koç S, Can M (eds), Birinci Basamakta Adli Tıp. İstanbul Tabip Odası Yayını, İstanbul 2010; 200–215

3. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children Referred For Possible Sexual Abuse: Medical Findings in 2384 Children. Child Abuse Negl 2002; 26: 645–59

4. Guidelines For Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence, WHO, Geneva, 2003

5. Recommended Guidelines, Washington State, Sexual Abuse Medical Evaluation Child 12 Years and Younger, 2012

6. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. Resmi Gazete, 12.10.2004; 25611

7. Keskinkılıç H. Erciyes Üniversitesi Hastanelerine Başvuran Çocuk Cinsel İstismarı Olgularının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2014.

8.Özdemir Ç, Asıl H, Eşel D. Cinsel İstismar Şüphesinde Laboratuvar Bulgularının Tanısal Değeri: Olgu Sunumu. 8. Adli Bilimler Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Kocaeli 2008.

9. Persaud DJ, Squires JE, Rubin–Remer D. Use of Foley Catheter to Examine Estrogenized Hymens for Evidence of Sexual Abuse. J Pediatr Adolesc Gynecol 1997; 10: 83–5

İletişim:
Hamza Keskinkılıç
hmzkeskinkilic@gmail.com
0532 646 4724

Hamza KESKİNKILIÇ*, Mehmet ALTINOK*, Hakan TOKA*, Emre GÜRBÜZ*,
Mehmet Zahit SARITAŞ*, Mehmet Cengil ASLAN*
*

***Adli Tıp Kurumu Konya Grup Başkanlığı**

VAN VE HAKKARİ İLLERİNDE GÖRÜLEN BEBEKLERİN BEŞİĞE BAĞLANARAK UYUTULMA UYGULAMASININ ASFİKSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Erhan Kartal[1] Uzm. Dr. Bedir KORKMAZ[2]

(1) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Dr. Öğr. Üyesi, Adli Tıp Uzmanı, 65080, Van, Türkiye
(2) Van Adli Tıp Grup Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanı, 65080, Van, Türkiye

Amaç

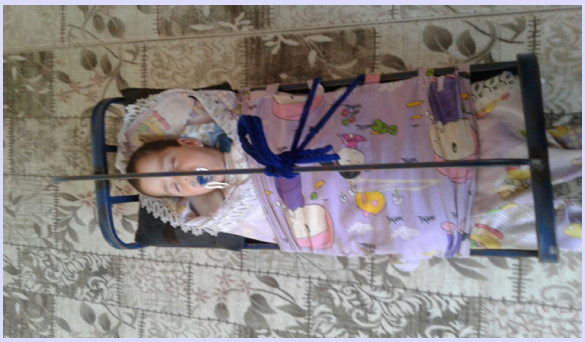
Özellikle Van, Hakkari geleneksel olarak bazı ailelerde bebeklerin beşikte uyutulması amacı ile yapıldığı ifade edilen uygulamanın asfiktik ölümler ile sonuçlandığı görülmüştür. Ani beklenmedik bebek ölümlerine neden olabilecek bu uygulamayı tanımlamak ve bu uygulamanın sonuçlarına dikkati çekmek amaçlanmıştır.

Genel Bilgiler

Ani bebek ölümü sendromu süt çocuğunun postmortem inceleme ile açıklanamayan ve beklenmeyen ölümlerdir (1). Ani bebek ölümlerinde otopsi bulguları ani bebek ölümü olgusunu desteklemelidir. Travma veya önemli bir hastalığı içeren bulgular olmamalıdır. Ağır enfeksiyon bulgusu, dehifratasyon, sıvı elektrolit dengesizliği gibi bulgular olmamalı ve zehirlenme dışlanmalıdır. Bazı olgularda ani bebek ölümü ön tanısı ilk bakıda düşünülmesine rağmen olay yeri inceleme bulguları, detaylı alınan öykü, ölü muayene ve otopsi bulguları ile, cesetten alınan numunelerin incelenmesi neticesinde bazı vakalarda tanı konabilmektedir. Olgumuz, ilk başta ani bebek ölümü diye düşünülse de ayrıntılı alınan anamnez, olay yeri incelemesi ve otopsi bulguları ile aslında asfiksi olgusu olduğu değerlendirilmiştir (1).



Resim 1 Bebeği uyutmanın geleneksel yöntemi



Resim 2 Bebeği uyutmanın geleneksel yöntemi



Resim 3 Bebeği uyutmanın geleneksel yöntemi

Olgu

11 aylık erkek bebek, beşikte ölü bulunmuş olup beşiğe bez ile sıkıca bağlanmış olduğu, bebeğin kayarak boyun kısmının beze sıkıştığı izlenmiştir. yapılan olay yeri incelemesinde evde bir adet beşik ve bebeğin sarıldığı tülbent tarzı bez parçası olduğu izlendi. İncelenen ifade alma tutanaklarında bebeğin beşiğe bağlanarak uyutulduğunu ve bunun bir gelenek olduğu kayıtlı olduğu izlenmiştir. Yapılan ölü muayenesi ve otopsisinde boyunda telem izlenmiş olup akciğerlerde asfiktik bulgular görülmüştür.

TARTIŞMA

Ani beklenmedik bebek ölümlerinde adli tıp açısından en büyük problem ölümün doğal nedenlerle mi, kazaya mı bağlı olduğu, yoksa kasıtlı bir ölüm mü olduğunun tespit edilmesidir. Ölüm nedeni için olay yeri incelemesi, klinik öykü ve detaylı bir otopsi ile bulunabilmektedir (2-5)

Van ve Hakkari bölgesinde bebeklerin uyutulurken beşiğe bağlama geleneği olduğu anlaşılmıştır. Bebek beşiğe (cradle) geniş bir bez ile bağlanmaktadır. Bu yöntem genellikle 1 yaşın altında bebekler için uygulansa da 2 yaşına kadar da yapılabilmektedir. Bağlamadaki amaç bebeğin sakin sırt üstü şekilde yatmasını desteklemek olduğu ifade edilmektedir. Fakat bu durum çocuğun hem nefes almasını güçleştirmekte hem de uyku sırasındaki hareketlerinin etkisi ile de asfiksiye neden olabilmektedir. İleri derecede sıkı bağlamada nefes alıp verme güçleşebilmekte, gevşek bağlandığında ise çocuk bez ile beşik arasına sıkışabilmektedir.

Sonuç

Olgumuzda beşiğe bez ile bağlanarak sabitlenip uyutulması amaçlanan bebeğin kendi ve beşiğin hareketi ile yana kaydığı, boyun bölgesinin tülbente dolandığı anlaşılmış olup çalışmamız ile özellikle Van ve Hakkari bölgesinde izlenen bu uygulamanın ölümlere neden olabileceği belirtilmiş olup daha dikkatli olunması amacı ile gerekli eğitimlerin verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Gökçe, S., & Baysal, S. U. (2004). Ani bebek ölümü sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 67(1).
2. 1.Hunt CE. Sudden infant death syndrome and other causes of infant mortality: diagnosis, mechanisms, and risk for recurrence in siblings. Am J Respir Crit Care Med. 2001;164(3):346-57.
3. 2. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics. 2011 Nov;128(5):1030-9.
4. 3. Keeling JW. Sudden unexpected death in infancy:sudden infant death syndrome or something else? In: Busuttil A, Keeling JW. Eds. Paediatric Forensic Medicine Pathology. First ed, Hodder Arnold ,Hodder Education London; 2009;198-224.
5. 1. Takatsu A, Shigeta A, Sakai K, Abe S. Risk factors, diagnosis and prevention of sudden unexpected infant death. Leg Med (Tokyo). 2007;9(2):76-82.

Çay Bitkisi Toplarken Yılan Isırığına Bağlı Ölüm: Olgu Sunumu

Talip VURAL[1], Hüseyin Çetin KETENCİ[1], Halil BOZ[1], Mustafa ERDOĞAN[1], Uğur REYHAN[2]

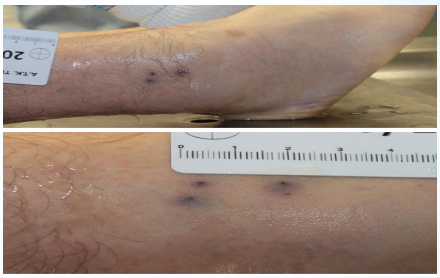
[1]Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı

[2] Denizli Adli Tıp Grup Başkanlığı

GİRİŞ VE AMAÇ: Çay bitkisi, üretimi tarımsal faaliyetler kapsamında değerlendirilen ülkemizin en önemli endemik ürünlerinden biridir. Doğu Karadeniz Bölgesi'nin önemli bir markası olan çay bitkisi, yaz aylarında üç sürgün halinde yöre halkı veya yurt içi ya da yurt dışından gelen mevsimlik tarım işçileri tarafından toplanmaktadır. Bu ürünün toplanması ağır bir iş aktivitesini gerektirmekte olup ergonomik riskler, ot ve diken alerjileri, yabanı hayvan ısırıkları (yılan, kene, örümcek, eşek arısı gibi), yaralanmalar ve ölümler meydana gelmektedir. Bizlerde bu olgumuzda yılan ısırığına bağlı ölüm olayını otopsi bulguları ile birlikte değerlendirerek literatüre katkı sağlamayı ve farkındalık oluşturmayı amaçladık.

OLGU: 41 yaşında erkek hastanın kardeşi ile birlikte çay bitkisi toplarken yılanın üzerine basması sonucu yılan tarafından bacağından ısırıldığı, 112 acil servisinin çağrıldığı, götürüldüğü hastanelerde yapılan muayenelerinde; sağ ayak bileğinde yılan ısırığı ile uyumlu lezyonlar ve solunum yolunda ödem görüldüğü, takibinde klinik durumunun kötüleştiği, solunum ve dolaşımının durduğu, yılan zehrinin toksik etkisi, anaflaktik şok, kardiyak arrest tanıları ile tedavi ve yeniden canlandırma işlemlerinin uygulandığı, çevre şehirden getirilen yılan antivenomu verildiği, tüm tedaviye rağmen kişinin öldüğü bildirilmiştir.

Otopsisinde dış muayenede; sağ ayak bileği dış yan yüzde lateral malleol komşuluğunda saat kadranı yönünde sıralandığında birbirlerine mesafeleri, sağ üst distal ön kısımdan itibaren sırasıyla; 0,5 cm, 1,8 cm, 0,8 cm ve 1,5 cm olan 4 adet, noktasal boyutlarda, çevreleri ekimotik yara izleri (yılan ısırığı) görüldüğü (Resim), iç muayenede epiglotta daha yoğun, vokal kordlarda ve kas dokularda daha hafif olmak üzere ödem, hyoid kemik ve tiroid kıkırdak çevresi yumuşak dokularda ödemli ve kanamalı görünüm izlendiği, toksikolojik incelemede; allerji tedavisinde ve yeniden canlandırma işlemlerinde kullanılan tedavi dozunda ilaç etken maddelerinin bulunduğu saptanıp, kişinin ölümünün yılan ısırması ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu kanaatine varılmıştır.



TARTIŞMA VE SONUÇ: Yılan ısırığına bağlı yaranmalar ve ölümler özellikle tropik ülkeler başta olmak üzere yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda tespit edilen yaklaşık 40 tür yılandan yaklaşık 10 türünün zehirli olduğu, ülkemizde sıklıkla Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde vakaların sıklıkla görüldüğü, bölgemizde ise (Doğu Karadeniz) Baran Engereği ve Siyah Engerek zehirli yılan türleri bulunmaktadır. Zehirli bir yılan ısırdığında, zehir dermise ve deri altı dokulara enjekte edilir. Daha sonra zehir, damarlar ve lenfatikler yoluyla yavaş ve istikrarlı bir şekilde emilerek zehirlenmenin yerel, bölgesel ve sistemik belirtiler oluşmakta ve yaklaşık 6-48 saat içerisinde ölüm meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı kılavuzda ve yapılan çalışmalarda yılan ısırığı sonrasında antivenom tedavisi başta olmak üzere, yara yerinin temizlenmesi, lokal yara bakımı, profilaktik antibiyoterapi, tetanoz profilaksisi, ekstremite elevasyonu ve istirahat ateli uygulamaları önerilmektedir. Olgumuzda da litaretürde belirtildiği üzere uygulanması gereken tüm tedaviler uygulanmış (çevre ilden yılan antivenomu getirilmiş) ancak olaydan yaklaşık 7 saat sonra yılan ısırması ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu ölüm gerçekleşmiştir.

Sonuç olarak; Çay bitkisi toplama işinin ağır bir iş aktivitesi olup, kendi içerisinde birçok risk barındırmakla birlikte yabani hayvan (yılan, kene, örümcek, eşek arısı gibi) ısırıklarına bağlı yaralanmaların ve ölümlerin de meydana geldiği göz önünde bulundurulmadır. Çay bitkisi toplama esnasında kalın kıyafetler ve botlar giyilmelidir. Olası hayvan ısırıklarına bağlı yaralanmalara karşı çay tarımının yapıldığı ilçe ve şehir hastanelerinde hayvan ısırıklarına yönelik gerekli antivenomların bulundurulması gerekmektedir.

Uzm. Dr. Talip VURAL (Sorumlu Yazar)
Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığı
E-mail : tlpvrl25@gmail.com

HEPATİK ARTER ANEVRİZMASI RÜPTÜRÜ
POSTMORTEM OLGU SUNUMU

Mustafa DEMİRER[1], K. Aylin AKSOY[1], Cemyiğit DEVECİ[1], Refik AKMAN[1]
[1]Adli Tıp Kurumu, Antalya Grup Başkanlığı

Giriş

Hepatik arter anevrizmaları (HAA) nadirdir ve yalnızca genel nüfusun %0.002 ile %0.4'ünde ortaya çıkar [1]. HAA, splanchnic anevrizmaların en yaygın ikinci türünü oluştururken, görülme sıklığı %20'dir [2]. Bununla birlikte, spontan yırtılmaya ilerleme olasılığı en yüksek viseral anevrizma türüdür [1]. Rüptür sıklığı %20-%30 olarak bildirilmiş olup, rüptür sonrası ölüm oranı nispeten yüksek bir değer olan %35'tir [3]. Vakaların %80'inde anevrizma rüptürü ilk klinik belirtidir. Anevrizmalar eşit sıklıkla safra yollarına veya karın boşluğuna doğru rüptüre olabilirler [4].

Olgu

Sunacağımız vakada 54 yaşındaki yabancı uyruklu bir kadın kaldığı otelde otelin kat görevlisi tarafından odasında yatağında ölü olarak bulunmuştur. Otopsi için Grup Başkanlığımıza getirilen cenazenin dış muayenesinde tıbbi müdahaleye bağlı bulgular hariç herhangi bir patolojik görüntü veya travmatik bulguya rastlanmamıştır. Kraniyal kavitede ve beyinde de herhangi bir patolojik bulguya rastlanmayan kişinin göğüs ve batın cilt dokusu açıldığında batın boşluğunda bir kısmı koagüle olan yaklaşık 1500 cc serbest kan bulunduğu görülmüştür. Serbest kan boşaltılıp iç organların haricen incelemesi yapıldığında karaciğer portal alanda yoğun hematom olduğu tespit edilmiş, hepatik arterde genişleme ve rüptür olduğu görülmüştür.

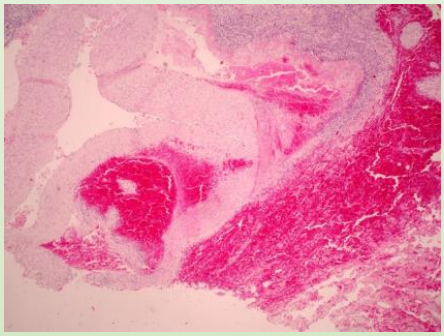


Resim 1- Abdominal boşluktaki kısmen pıhtılaşmış serbest kan

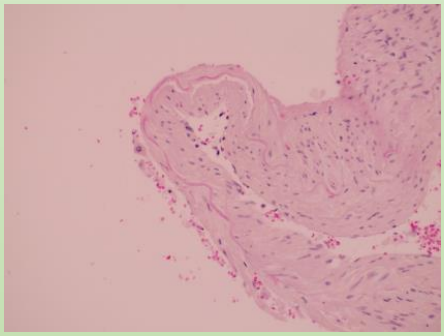


Resim 2- (sol) Anevrizma alanı ve çevresinde oluşmuş hematom. **(sağ)** Histopatolojik inceleme için alınan doku örneği

Histopatolojik inceleme için örnekler alınmış ve bu incelemenin sonucunda hepatik arter kesitlerinde ruptüre görünümde izlenen anevrizmal duvarda, media tabakasında yer yer irregüler kalınlaşma ve aşırı incelmeler (fibrotik), hipertrofik elastik internal lamina, damar çevresinde ekstravaze eritrositler, nötrofil granülositler ve fibrin birikiminden oluşan geniş hematom alanı, çevreye yayılan yoğun ekstravaze eritrositler rapor edilmiştir.



Resim 3- Ruptüre olmuş anevrizmal damar duvarı, damar çevresinde geniş hematom alanı (HEx4)



Resim 4- Damar duvarında media tabakasında irregüler incelme ve kalınlaşmalar (HEx10)

Sonuç

Hastalığın nadirliği, klinik seyrin oldukça gizli olması ve sıklıkla hastalığın ilk semptomunun anevrizma rüptürü olması, bu nedenle birçok vakada ölümden önce tanı koymanın imkansızlığı, adli uzmanlar için otopsi öncesi yeterli bilgiye sahip olamamaları açısından zorluk oluşturmaktadır. Bu nedenle bu vaka sunumumuzda, oldukça nadir bir ölüm sebebi olan hepatik arter anevrizma rüptürü olgularında dikkatli ve nitelikli sistematik otopsinin ve alınan örneklerde yapılacak histopatolojik incelemelerin önemine değinilmiştir.

Kaynaklar

1. Van Binst, A. Hepatic artery aneurysm: A rare but significant differential diagnosis. Sonography. 2023.
2. Diallo, S. , Fall, A. , Gueye, M. , Bassene, M. , Gueye, M. , Fall, M. , Thioubou, M. and Yauck, A. (2022) Hepatic Artery Aneurysm: An Unusual Cause of Upper Gastrointestinal Bleed in 49 Years Old Patient. Open Journal of Gastroenterology, 12, 64-70.
3. Busuttil, R.W. and Brin, B.J. (1980) The Diagnosis and Management of Visceral Artery Aneurysms. Surgery, 88, 619-624.
4. Chandramohan, C., Khan, A.N., Fitzgerald, S., et al. (2001) Sonographic Diagnosis and Follow-Up of Idiopathic Hepatic Artery Aneurysm, an Unusual Cause of Obstructive Jaundice. Journal of Clinical Ultrasound, 29, 466-471.

ZİHİNSEL ENGELLİ BİR ERİŞKİNDE YABANCI CİSİM ASPİRASYONU – OLGU SUNUMU

Uzman Doktor Mustafa Seçkin ÖZYAYLA
Siirt Adli Tıp Şube Müdürü

GİRİŞ VE AMAÇ

Trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonları (TBYCA) acil müdahale gerektiren, hayati tehlikeye sebep olabilen önemli bir klinik tablodur. En sık 5 yaş altındaki çocuklarda görülmesine rağmen erişkinlerde de oldukça karşımıza çıkmaktadır (1). Bu çalışmada engeli bir erişkinin yapılan otopsisinde trakeada sakız bulunması üzerine literatüre katkı sağlanmak amaçlı paylaşılması amaçlanmıştır.

OLGU

29 yaşında doğuştan zihinsel engelli olan bir erişkinin öğlen sıralarında yatağında ölü bulunması sebebiyle Şube Müdürlüğümüze haber gelmesi üzerine otopsi yapılması amaçlı Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi morguna gidildi. Yakınlarından şahsın 20 yıldır epilepsi hastası olduğu, ayda 4-5 kez nöbet geçirdiği, doğuştan da zihinsel engelli olduğu öğrenildi. 160 cm boyunda, 65-70 kilogramda ağırlığında olan şahsın dış muayenesinde herhangi bir bulguya rastlanılmadı. Yapılan otopsisinde ise trakea lümeninin girişine oturmuş, tüm lümeni kaplayan 6 cm x 3 cm x 2 cm boyutlarında, lümen kısmına doğru uzanım gösteren çiğnenmiş bir sakız bulundu. Diğer organlarının yapılan incelemelerinde ise makroskopik patolojik bulgulara rastlanılmadı. Şahsın ölüm sebebine yabancı cisim aspirasyonuna bağlı asfiksi olarak kanaat getirildi.





TARTIŞMA ve SONUÇ

TBYCA'larının %80'i 5 yaş altında görülmektedir ancak erişkinlerde görülenlerin 50 yaş üzerinde daha sık olduğu bildirilmiştir (1). Erişkinlerde görülen YC aspirasyonları genellikle ileri yaşlarda ve altta yatan bazı hastalıklara bağlı olarak meydana gelmektedir. Ayrıca, bu durum erkeklerde daha fazla görülmektedir (2). A. Başoğlu, Ş. EREN, Özdemir, E. Kısacık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda erişkinlerde solunum yollarında bulunan YC'lerin en sık sağ akciğere giden bronşlarda olduğu, YC'lerin içerisinden de en sık toplu iğne bulunduğu görülmüştür (1, 2, 3, 4). Bu çalışmada ise YC'in büyüklüğünden dolayı trakea lümeninden ileri seyredemediğinden trakea girişinde kaldığı tespit edilmiştir. Şahsın gerek erişkin gerek de zihinsel engelli olması nedeniyle söz konusu olgunun literatüre katkı sağlamak için önem arz edeceği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Yabancı cisim aspirasyonu, Trakeobronşial aspirasyon, zihinsel engelli.

KAYNAKÇA

1. Başoglu, A., Çelik, B., Demircan, S., Akdag, A. O., Gündogdu, B., Kaya, S., ... & Yetim, T. (2004). Erişkinlerde Trakeobronşiyal Yabancı cisimler. *Journal Of Experimental and Clinical Medicine*, *21*(3).
2. Eren, Ş., Balcı, A. E., Ülkü, R., Şenyiğit, A., & Eren, M. N. (2004). Erişkinlerde trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonları.
3. Özdemir, C., Sökücü, S. N., Karasulu, L., Büyükkale, S., & Dalar, L. (2015). Erişkinde yabancı cisim aspirasyonu: 28 olgunun analizi. *Eurasian J Pulmonol*, *17*, 29-34.
4. Kısacık, E., Gülhan, E., Sırmalı, M., Sarıca, E., Türüt, H., Karasu, S., ... & Kaya, S. (2004). Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonları: 261 olgunun analizi. *Solunum hastalıkları*, *15*(2), 86-91.

Yazışma Adresi: Uzman Doktor (Şube Müdürü) Mustafa Seçkin ÖZYAYLA, Siirt Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Merkez/Siirt.
E-mail: seckinozyayla@hotmail.com

MATERNAL PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMINA BAĞLI BEBEK ÖLÜMLERİ

Onur MERZİFONLU[1], Hüseyin Çağrı ŞAHİN[1], İbrahim ÜZÜN[2]
[1] Asistan Doktor, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul
[2] Prof. Dr., Adli Tıp Kurumu, Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ

Psikoaktif madde kullanımı, küresel ölçekte artan bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (1–4, 5, 6). Son yıllarda özellikle kadınlar arasında psikoaktif madde kullanımının yaygınlaşarak cinsiyetler arasındaki farkın kapanması Birleşmiş Milletler'in Dünya Uyuşturucu Raporu'nda vurgulanmıştır. Ayrıca gebelikte madde kullanımının birçok komplikasyona yol açtığı ve bu konudaki araştırmaların yetersizliği bildirilmiştir (7).

Uyuşturucu maddelerin ayrıca gebelik süresince plasenta aracılığı ile fetusa geçebildiği gibi ilgili maddenin suda ve yağda çözünebilirliği ile plazma proteinlerine bağlanma durumuna göre değişen oranlarda anne sütüne difüze olarak emzirme yolu ile de bebeğe geçebildiği gösterilmiştir (8). Emzirme ile bebeğe geçen uyuşturucu ya da uyarıcı maddelerin iritabilite veya epileptik nöbetler gibi farklı klinik semptomlara yol açabildiği, bazen bu yolla bebeğe geçerek yoksunluk sendromu semptomlarını azaltabildiği, nadiren de ölümle sonuçlanan etkilere neden olduğu bazı vaka sunumlarında bildirilmiş olup gerek anne karnındaki fetusun gerekse emzirilen bebeğin direkt olarak annenin madde kullanımına bağlı ölümü konusunda kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır (9, 10).

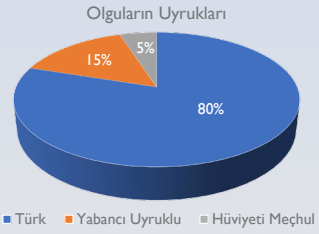
Çalışmamız gebelerin ve emziren annelerin uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanımına bağlı gerçekleşen bebek ölümlerini inceleyerek literatüre katkı sağlamayı, ayrıca tamamıyla önlenebilir olan bu bebek ölümlerini engellemek adına atılabilecek adımları tartışmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM

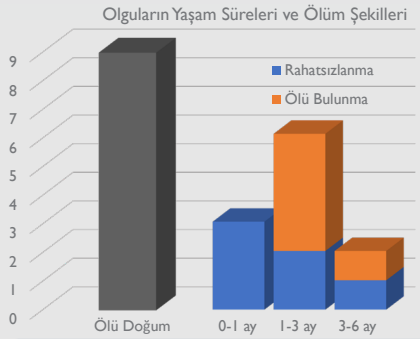
Adli Tıp Kurumu Birinci İhtisas Kurulu'nda 2018-2022 yılları arasında gebelikte veya emzirme döneminde olan annelerin psikoaktif madde kullanımı sonucu hayatını kaybettiği tespit edilen olgulara ait otopsi raporu ve adli tahkikat dosyası retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR

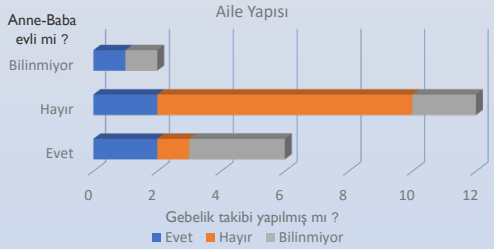
Çalışmamızda toplam 20 olgu değerlendirilmiştir. Bu olguların %80'i (n=16) Türk, %15'i (n=3) yabancı uyruklu ve %5'i (n=1) hüviyeti meçhul durumdadır.



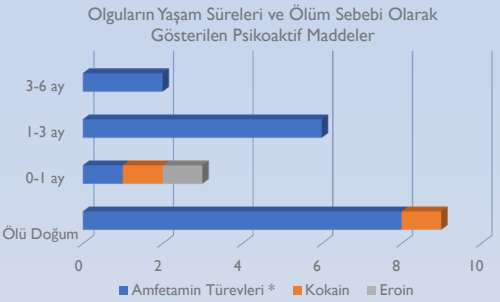
Olguların 9 tanesinin ölü doğmuş, canlı olarak dünyaya gelen 11 olgunun ölüm şekillerine bakıldığında ise 6 tanesinin rahatsızlanma sonrası hayatını kaybettiği, 5 tanesinin ölü bulunduğu tespit edilmiştir. Bebeklerin yaşam süreleri incelendiğinde 3'ü 0-1 aylık, 6'sı 1-3 aylık ve 2'si 3-6 aylık olarak sınıflandırılmıştır.



Aile yapısı da önemli bir parametre olarak incelenmiştir. Bu kapsamda, 6 olguda anne ve baba evli olduğu, 12 olguda evli olmadığı görülmektedir. 2 olgunun aile yapısı hakkında bilgi bulunmamaktadır. Gebelik takibi yapılan olguların sayısı 6 iken, 6 olgunun gebelik takibi bilinmemektedir ve 8 olgunun gebelik takibi yapılmamıştır.



Madde türlerine bakıldığında olguların 17'sinde amfetamin türevleri, 2'sinde kokain ve 1'inde eroin tespit edilmiştir. Ayrıca, 2 olguda alkol tespit edilirken, 17'sinde alkol saptanmamış ve 1 olgunun alkol incelemesi yapılmamıştır.



* Tespit edilen amfetamin türevlerine bakıldığında 3 olguda Metamfetamin, 11 olguda Amfetamin ve Metamfetemin, 2 olguda MDMA ve MDA, 1 olguda ise Amfetemin, Metamfetamin ve MDMA saptanmıştır.

Madde geçiş yolları değerlendirildiğinde olguların 9'unda plasental geçiş, 9'unda emzirme ve 2'sinde plasental yolla ile birlikte emzirme yollarıyla madde geçişi tespit edilmiştir. 6 olguda intrauterin gelişme geriliği tespit edilirken, 14 olguda gelişme geriliği saptanmamıştır.

Akciğer bulgularına göre 9 olguda nonspesifik akciğer bulguları, 1 olguda otopsi yapılmamış, 3 olguda pnömoni, 2 olguda mekonyum aspirasyonu, 2 olguda atelaktazi, 2 olguda kanilikuler evrede akciğerler ve 1 olguda alveolar evrede akciğer saptanmıştır.

Bebeklerde madde tespiti için kullanılan örnekler de incelenmiştir. Bu doğrultuda, 13 olgunun kanından, 1 olgunun göz içi sıvısından, 2 olgunun çürüme sıvısından, 1 olgunun iç organından ve 3 olgunun hem kanından hem de iç organından madde tespit edilmiştir.

Madde Tespit Edilen Biyolojik Örnekler	Olguların Sayısı
Kan	13
Göz İçi Sıvısı	1
Çürüme Sıvısı	2
İç Organ	1
Kan ve İç Organ	3

SONUÇ

Uyuşturucu veya uyarıcı maddelere erişimin artması sonucu psikoaktif madde kullanımının son yıllarda özellikle kadınlar arasında giderek yaygınlaşmasıyla bebekler henüz anne karnında plasenta yoluyla ya da yaşamlarının ilk günlerinde anne sütü aracılığıyla bu maddelerle karşılaşmaktadır. Bu maruziyet intraüterin ve emzirme dönemdeki bebeklerde hayatı tehdit eden çok sayıda komplikasyona yol açmakta ve ölümlere neden olabilmektedir. Bu sonuçları önlemek adına psikoaktif maddelere erişimi engelleyici önlemler artırılmalı ve özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda madde kullanımının etkileri hakkında caydırıcı bilgilendirme faaliyetleri yürütülmelidir.

REFERANSLAR: (1) World Drug Report 2019 (United Nations publication, Sales No. E.19.XI.8); (2) World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6); (3) World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8); (4) UNODC, World Drug Report 2022 (United Nations publication, 2022); (5) T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2022. Ankara; 2022; (6) T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. Madde Kullanıcıları Profil Analizi, 2021 Yılı Narkolog Raporu. Ankara; 2022; (7) World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9); (8) D'apolito K, Nnp-Bc. Breastfeeding and Substance Abuse. Clin Obstet Gynecol. 2013 Mar;56(1):202–11; (9) Anderson PO. Drugs of abuse during breastfeeding. Breastfeeding Medicine. 2018 Jul 1;13(6):405–7; (10) MacVicar S, Humphrey T, Forbes-McKay KE. Breastfeeding and the substance-exposed mother and baby. Birth. 2018 Dec 1;45(4):450–8.

Tırda Ölüm - Bir Karbonmonoksit Zehirlenmesi Olgusunda Olay Yeri İnceleme ve Otopsi Bulguları

Death in a Truck - Crime Scene Investigation and Autopsy Findings in a Carbon Monoxide Poisoning Case

Melikşah Raşit DEMİRCAN*, Merve TÜRKKAL+, Mustafa Talip ŞENER*, Ahmet Nezih KÖK*

*Adli Tıp Kurumu, Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı

+Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı

Giriş

Karbonmonoksit; karbon bazlı maddelerin, genellikle ortamda yeterli oksijen bulunmaması halinde, karbonun tam olmayan yanması sonucunda oluşan, kokusuz, renksiz ve havadan daha hafif olan bir gazdır. Karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı ölümler halen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu gaza maruz kalan kişilerde hipoksi nedeniyle taşikardi ve takipne görülmekte, buna sıklıkla baş ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri eşlik etmektedir. Karbonmonoksit zehirlenmesi sonucu meydana gelen ölümlerde olay yeri incelemesinde genellikle iyi havalandırılmayan veya bacaya bağlanmamış bir ısıtıcı olduğu, kusma bulguları ve karbonmonoksitten zehirlenen kişinin yediklerinden zehirlendiğini düşündüğünü gösterecek şekilde olay yerinde sonradan yediği yoğurdun kapları vb. bulunabilmektedir. Bu olgu sunumunda karbonmonoksit zehirlenmesi sonucu öldüğü tespit edilen bir olguda olay yeri incelemesinde ve otopside tespit edilen bulgulardan bahsedilecektir.

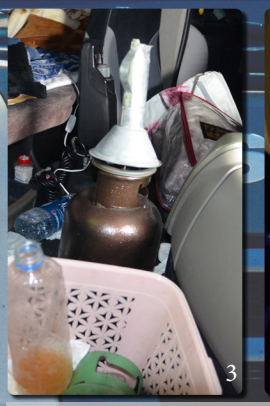


Resim 1: Park halindeki tır.

Olgu

39 yaşındaki yabancı uyruklu erkek tır şoförü, bir dinlenme tesisinde tırı park halinde iken kabin içerisinde ölü olarak bulunmuştur. Şahsın çalıştığı firmadan bir yetkili yapılan görüşmede İran'dan Almanya'ya yük taşımakta olduğu, gece vakti kendisini aradıklarında ulaşamadıklarını, sabaha kadar beklediklerini fakat telefonuna cevap vermediğini, bunun üzerine dinlenme tesisinin sahibi ile iletişime geçerek 112'ye haber verildiğini beyan etmiştir. Jandarma ekiplerince yapılan olay yeri incelemesinde tırın yatak kısmında yatmakta olan ve tüm ikazlara rağmen hareketsiz kalan bir kişinin olduğu görülmüş, araç içerisine girildiğinde kabin içinde tüp kokusu hissinin alındığı, ısınma maksadıyla kullanılan bir tüp görüldüğü ve tüpün halen yanmakta olduğu tespit edilmiştir. Şahsın yapılan muayenesi sonucunda hayatını kaybettiği tespit edilmiş ve şahsın ölüm nedeninin tespiti için klasik otopsi işlemi yapılmıştır. Dış muayenede, ağız çevresinde kusmuk bulaşı olduğu, ölü lekelerinin kiraz kırmızısı renkte olduğu, ayrıca mukozaların da açık pembe renkte olduğu görülmüştür. İç muayenede de iç organlarda açık kırmızı/pembe renk değişikliği olduğu, kanın akıcı kıvamda ve açık renkte olduğu görülmüştür. Otopsi sonucunda dış ve iç muayenede karbonmonoksit zehirlenmesi ile uyumlu bulgular olduğu anlaşılmakla toksikolojik inceleme amacıyla kan örneği alınmış, yapılan analiz sonucunda şahsın kanında %67.4 düzeyinde karboksihemoglobin (COHb) bulunduğu tespit edilmiştir. Mevcut adli tahkikat bilgileri, yapılan otopsiden elde edilen bulgular ve toksikolojik analiz sonuçlarına göre kişinin ölümünün karbonmonoksit zehirlenmesi sonucu gerçekleşmiş olduğu kanaatine varılmıştır.







Resim 2: Kolluk kuvvetlerince tır kabinine giriş yapıldığında halen yanmakta olan tüp.
Resim 3: Isınma amaçlı kullanılan tüp ve üzerindeki düzeneği.
Resim 4: Kabin içindeki yedek tüp ve mutfak gereçleri.

Sonuç

Karbonmonoksit gazının kokusuz ve renksiz olması nedeniyle her yıl pek çok kazara zehirlenme sonucu ölüm meydana gelmektedir. Metabolik ihtiyaçlarından ötürü karbonmonoksit zehirlenmesinden en çok etkilenen sistemler, sinir sistemi ve kardiyovasküler sistemdir. Kandaki karboksihemoglobin düzeyi %10-30 arasında olduğunda bulantı, baş ağrısı ve güçsüzlük gibi nörolojik semptomlar ortaya çıkmaktadır. Karboksihemoglobin düzeyi %30-50 arasına ulaştığında ise dispne, kalp atım hızı ve solunum hızında artış görülmekte, %50'den daha yüksek düzeylerde ise koma, konvülsiyon ve ölüm görülebilmektedir. Bir kişinin karbonmonoksit zehirlenmesi sonucu öldüğünden şüphelenilen durumlarda olay yeri incelemesi dikkatlice yapılmalı, otopsi yapılarak ası, boğma veya yabancı cisim aspirasyonu gibi diğer asfiksi nedenleri yönünden inceleme yapılmalı ve otopside sistemik toksikolojik analiz için mutlaka kan ve organ örnekleri alınmalıdır.





Resim 5: Ağız çevresinde kusmuk bulaşı
Resim 6: Kiraz kırmızısı renkte ölü lekeleri

Kaynakçaya erişmek için yandaki QR kodunu kameranıza taratınız:

18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2023 Aksu - Antalya

Kafatası İçerisine Çarparak Yön Değiştiren ve Yüz Bölgesinde Giriş ve Çıkış Delikleri Oluşturan Mermi Çekirdeği

Olgu Sunumu

Merve Türkkal[1], Melikşah Raşit Demircan[2], Kamil Hakan Doğan[1]
[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı
[2]Adli Tıp Kurumu, Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı

Giriş

Bir yüzey veya nesne ile dar açılı bir çarpışmadan sonra mermi çekirdeğinin doğrultu değiştirerek devam eden ilerleyişine merminin sekmesi denir (1). Mermi çekirdeği vücut dışında bir yüzeye çarpıp sektikten sonra vücuda isabet edebileceği gibi, vücuda penetre olduktan sonra kemik gibi sert (kafatası iç tabulası, vertebralar gibi) veya kaburgalar gibi kavisli ve bükülebilir bir yüzeye çarparak vücut içinde de sekebilir (2-4). İntrakranial mermi çekirdeği sekmesi şu şekillerde olabilir:

1-Kafatası iç tabulasından seken mermi çekirdeği iç tabula boyunca kavisli bir yol izler, iç tabulaya paralel olarak kortikal yüzey ve subkortikal dokular boyunca ilerler. Beynin yüzeyinde oluk benzeri bir traje oluşturabilir. Görülen en yaygın intrakranial sekme şekli budur.

2- Kafatası iç tabulasından seken mermi çekirdeği beyne penetre olarak yeni bir traje oluşturabilir. Bu trajenin sonunda mermi çekirdeği kinetik enerjisini kaybederek beyin parankiminde kalabilir veya çok nadir olarak kafatasını terk edebilir. Mermi çekirdeğinin kafatası iç yüzeyinden dar bir açıyla sekmesi veya doğrudan yara yolu boyunca geri dönmesi çok nadir görülen durumlardır (5,7).

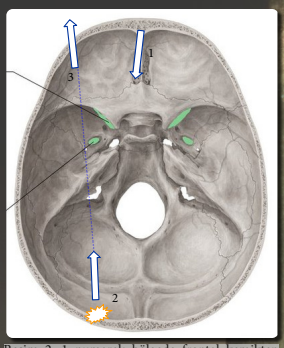
Literatürde oldukça nadir rastlanan, burun kökünden girdikten sonra ön kafa çukurunu katederek oksipital kemik iç tabulasından sekip yön değiştiren ve frontal bölgeden kafatasını terk eden ateşli silah mermi çekirdeği yaralanmasına bağlı ölüm olgusu sunulmuştur.

Olgu

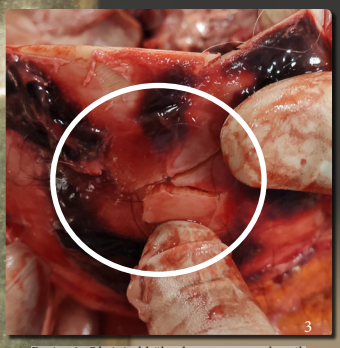
45 yaşında bir kadın şahıs, tartışma yaşadığı komşusu tarafından tabanca ile baş bölgesinden ateşli silahla vurulmuştur. Olay anında şahsın 3. katta olan evinin balkonunda bulunduğu, komşusunun ise zemin kattan ateş ettiği, şahsın olay yerinde hayatını kaybettiği anlaşılmıştır. Harici muayenede; frontal üst orta bölgede cilt-cilt altıyla sınırlı yüzeyel yara ve sağ periorbital ekimoz olduğu, sol frontal bölgede ve burun kökünde ise birer adet ateşli silah mermi çekirdeği yarası olduğu tespit edilmiştir. Burun kökündeki yaranın 1,5 cm çapında ve ateşli silah mermi çekirdeği giriş deliği ile uyumlu görünümde olduğu tespit edilmiştir. Sol frontal bölgedeki yara ise saçlı deri çizgisi hizasında, 3 cm çapında, kenarları düzensiz, cildin dışarı doğru patlama tarzında yırtılmış görünümde olması nedeniyle ateşli silah mermi çekirdeği çıkış yarası olarak değerlendirilmiştir. Baş açıldığında; burun kökünden giriş yapan mermi çekirdeğinin ön kafa çukurundaki kemiklerde çok parçalı kırık oluşturarak kafatası boşluğuna girdiği görülmüştür. Sitile yardımı ile traje incelendiğinde mermi çekirdeğinin; anatomik duruş pozisyonuna göre önden arkaya, medialden sol laterale, aşağıdan yukarıya doğru bir traje izleyerek beyin parankimini katettiği ve beyin dokusunda harabiyet oluşturduğu, subdural kanama ve yaygın subaraknoid kanamaya neden olduğu, bu doğrusal trajenin sonunda oksipital kemik iç tabulasına çarptığı, oksipital kemikte kırık oluşturarak bu bölgeden sektiği ve arkadan öne, medialden laterale aşağıdan yukarıya olan bir doğrultuda beyin parankimini tekrar kat ederek sol frontal bölgedeki çıkış yarasından kafatasını terk ettiği kanaatine varılmıştır. Oksipital kemik kırığının olduğu bölgede saçlı deri tıraşlanarak incelendiğinde bu bölgede herhangi bir cilt yarasına rastlanmamıştır. Yapılan tüm vücut radyolojik incelemelerde; herhangi bir yabancı cisim, metalik cisim veya mermi çekirdeğine ait olabilecek imaja rastlanmamıştır.
Dış muayene ve otopside elde edilen tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde; ateşli silah mermi çekirdeğinin burun kökünden vücuda girerek ön kafa çukurunu geçtikten sonra beyni kat ederek oksipital kemik iç yüzünden geri sektiği ve frontal bölgeden vücudu terk ettiği sonucuna varılmıştır. Olayın cinayet orijinli olduğu, cilt üzerinde herhangi bir atış artığına rastlanılmadığından atışın uzak atış mesafesinden yapıldığı tespit edilmiştir.



Resim 1: 1 numara ile işaretlenen yara; burun kökünde mermi çekirdeği giriş yarası. 2 numara ile işaretlenen yara; sol frontal bölge saçlı deri birleşim yerinde mermi çekirdeği çıkış yarası.



Resim 2: 1 numaralı bölgede frontal kemikten kafatabanına giren ateşli silah mermi çekirdeği, 2 numaralı bölgede oksipital kemiğin sol yarısında sekerek 3 numaralı bölgede sol frontal bölgeden kafatası boşluğunu terk etmiştir.



Resim 3: Oksipital bölgede ayrışmamış kemik kırığı görülmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Ateşli silah yaralanmalarında vücuda giren mermi çekirdeği kemik gibi sert dokulara çarptıktan sonra vücut içinde sekebilir ve seken bu mermi çekirdeği yön değiştirmesine rağmen vücudu terk edecek kinetik enerjiyi sektikten sonra bile koruyabilir (2). Ateşli silah yaralanması nedeniyle meydana gelen ölüm olgularının otopsilerinde, giriş ve çıkış yaralarının tespiti, mermi trajesinin, mermi çekirdeğinin vücudu terk edip etmediğinin tespiti önemlidir. Vücudu terk edemeyen mermi çekirdeklerinin tespiti için postmortem görüntüleme yöntemleri (x-ray, bilgisayarlı tomografi) kullanılmaktadır.

Yapılan literatür taramasında; mermi çekirdeğinin aktif hareketi ile bir vertebra seviyesinden vücuda girip farklı bir vertebra seviyesinde duran, omuzdan göğüs boşluğuna girip kaburga iç yüzeyine çarpıp sekerek vücudu terk eden, beyni katettikten sonra kafatası iç tabulasına çarpıp seken ve parankimde kalan veya beyne tekrar girip başka bir yol oluşturan veya sektikten sonra kafatası iç tabulası boyunca bir yay şeklinde oluk benzeri yol oluşturan olgular bildirilmiştir (3-7). Olgumuza benzer olarak 1993 yılında yayınlanan bir çalışmada; sağ temporal bölgeden bitişik atışla kafatasına giriş yapan mermi çekirdeğinin beyin parankimini katederek sol parietal bölge iç tabulasına çarptığı, bu bölgede kırık oluşturduğu fakat bu bölge cildinde herhangi bir çıkış lezyonu olmadığı, mermi çekirdeğinin sektikten sonra kafatasını giriş lezyonundan terk ettiği bir olgu bildirilmiştir (8).
Bu olgu sunumunda ateşli silah mermi çekirdeği yaralanmalarında trajenin her zaman doğrusal olmayabileceği, vücut içerisinde yön değiştiren mermi çekirdeğinin vücudu giriş bölgesine yakın bir bölgeden terk edebileceği ve bunun tespitinin yapılabilmesi için dış muayene, otopsi ve radyolojik inceleme bulgularının birlikte ve detaylı bir şekilde değerlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır.

Kaynaklar:
1. M.G. Haag, L.C. Haag, Shooting Incident Reconstruction, second ed., Academic Press, San Diego, 2011.Yong YE (2017) A systematic review on ricochet gunshot injuries. Leg Med (tokyo) 26:45–51.
2. M.J. Shkrum, D.A. Ramsay, Penetrating trauma, in: Forensic Pathology of Trauma: Common Problems for the Pathologist, Humana Press, Totowa, NJ, 2007, pp. 295–356.
3. Khan, M. K., & Kumar, J. (2023). Boomerang of bullet from the chest cavity—an autopsy case. Egyptian Journal of Forensic Sciences, 13(1), 34.
4. Farrugia A, Raul J-S, Géraut A, Ludes B (2010) Ricochet of a bullet in the spinal canal: a case report and review of the literature on bullet migration. J Forensic Sci 55(5):1371–1374.
5. Vincent J.M. Di Maio (1999) An Introduction to the Classification of Gunshot Wounds. Gunshot Wounds: Practical aspects of Firearms, ballistics, and forensic techniques, 2nd edn. CRC Press, New York.
6. Tekavcic I, Smrkolj VA (1996) The path of a wounding missile along the spinal canal: a case report. Spine 21(5):639–641.
7. Kirkpatrick JB, Di Maio V (1978) Civilian gunshot wounds of the brain. J Neurosurg 49(2):185–198M.
8. Grey TC (1993) The incredible bouncing bullet: projectile exit through the entrance wound. J Forensic Sci 38(5):1222–1226.

18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2022 Aksu - Antalya

TÜRKİYE'DE 2018-2022 YILLARI ARASINDA MEYDANA GELEN ÖLÜMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emre Nuri İğde, Berat Bayraktar
Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanlığı

Giriş

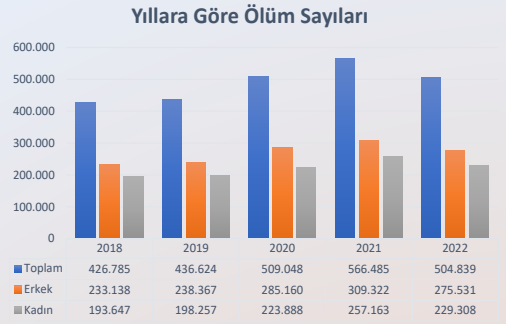
Sağlık alanında çeşitli epidemiyolojik araştırmalar yapılmaktadır. Ölçütler kullanılarak toplumların sağlık düzeyi, sık görülen hastalıklar veya ölüm nedenleri tespit edilmektedir. Bu konudaki çalışmalar, ülkelerin sağlık finansmanı, koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve hastalık-ölüm ilişkili özellikli gruplara yönelik çalışmaların planlanması sağlar. Ölüm konusundaki istatistikler de sağlık alanındaki sorunların ve çözümlerin tespiti konusunda yol gösterici olmaktadır. Çalışmamızda, ülkemizde ölüm sayısı ve hızları, ölüm nedenleri ve çeşitli değişkenlere ilişkin verilerek sunularak, yıllar içerisindeki niteliksel ve niceliksel değişimin sunulması amaçlanmıştır.

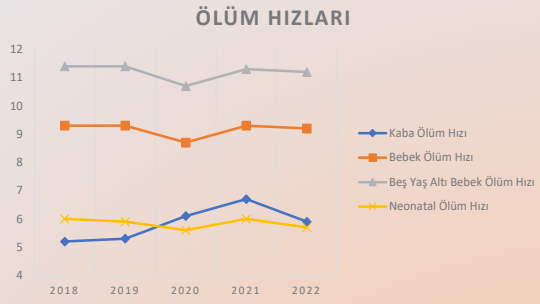
Yöntem:

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) resmi internet sitesinde, ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine ilişkin yayınlanan haber bültenlerindeki istatistiki veriler kullanılarak veriler analiz edilmiştir. Bu kapsamda çalışmamız tanımlayıcı bir araştırmadır.

Bulgular:

Ölüm istatistikleri incelendiğinde; ölüm hızı ve her iki cinsiyette ölüm sayısı 2018'den 2021'e kadar artmış göstermiş olup 2021 yılında kaba ölüm hızı binde 6,7 ile en yüksek orana ulaşmıştır. 2022 yılında ölüm sayısı neredeyse tüm yaş gruplarında önceki yıla göre düşüş göstermiştir. 2020 yılında 60-74 yaş arası ile 2021 yılında 40-44 yaş arasında ölüm sayısı önceki yıla göre %20'den fazla artmıştır. 65 yaşından sonra meydana gelen ölümler tüm ölümlerin %73'ünü oluşturmaktadır. Yenidoğan ve beş yaş altı ölüm sayısı ile hızlarının 2021 yılı dışında genel olarak düşme eğilimde olduğu saptanmıştır. Coğrafi birim olarak ise kaba ölüm hızının en yüksek olduğu il 2020-2022 yılları arasında Sinop olduğu izlenmiştir. Ölüm nedenleri incelendiğinde ise ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları olduğu, en sık diğer iki nedenin ise iyi huylu ve kötü huylu tümörler ile solunum sistemi hastalıklarının olduğu görüldü. Neoplazi kaynaklı ölümlerin en sık nedeninin gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümörü olduğu izlendi. 2020 yılında Solunum sistemi hastalıklarının neoplazi ilişkili ölümlerden daha fazla olduğu ve bunların yarısından fazlasında ise nedenin pnömoni olduğu gözlendi. COVID-19 nedeni ile meydana gelen ölüm sayısı ise 2020 yılında 22136, 2021 yılında 65198 ve 2022 yılında ise 22025 olduğu belirlendi. Doğal olmayan ölümler(kaza, taşıma kazaları, kaza sonucu zehirlenme, intihar, cinayet) arasında intihar sayısının arttığı, cinayet sayısının azaldığı görüldü. Doğal olmayan ölümlerde erkek cinsiyet hâkimiyeti dikkati çekmiştir.





Ölüm Nedenleri	2018	2019	2020	2021	2022
Dolaşım sistemi hastalıkları	38,4%	39,0%	37,5%	35,3%	38,1%
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	19,7%	19,3%	16,3%	14,7 %	16,3%
Solunum sistemi hastalıkları	12,5%	13,6%	16,4%	14,1%	14,6%
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	4,9%	4,8%	4,2%	3,5%	3,9%
İç salgı bezi, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar	4,8%	4,6%	4,8%	4,4%	4,9%
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	4,4%	4,4%	3,6%	3,4%	3,6%
COVID-19		-	-4,6%	12,1%	4,7%
Diğer	15,2%	14,3%	12,6%	12,4%	14,0%

*2018 yılında bilinmeyen olarak verilen değerler çıkartılarak veriler analiz edilmiştir.

Sonuç

Yıllar içerisinde yenidoğan ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimlerin Türkiye'deki çocuk sağlığı hizmetlerinin seviyesindeki iyileşmeyle korele olduğu düşünüldü. Özellikle 2021 yılında olmak üzere son 3 yılda COVID-19 ilişkili ölümlerin genel kaba ölüm hızının artma nedeni olduğu değerlendirildi. Sonuç olarak, ölüm nedeni ve ölüm ilişki diğer ölçütlerin sağlık profesyonelleri tarafından analizi; ölüme neden olan önlenebilir nedenlerin tespit edilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması açısından önemlidir.

Kaynakça:
Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018; https://data.tuik.gov.tr/
Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022; https://data.tuik.gov.tr/

YILDIRIM DÜŞMESİ SONUCU ÖLÜM: İKİ OLGU SUNUMU

Bekir DİNÇER, Mert ASLAN, Zekiye Gözde KARA, Tülay RENKLİDAĞ
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı, Morg İhtisas Dairesi



Giriş ve Amaç: Yüksek voltaj ve amperli elektrik enerjisi ile pozitif yüklü bulut kitlesinin yeryüzüne yaklaşarak negatif yüklü toprağa deşarjı esnasında meydana gelen hadiseye yıldırım denilmektedir. Yıldırım düşmesine bağlı ölümler nadir görülmektedir. İlk ve sonbaharda daha fazladır. Şehir merkezlerinden ziyade ormanlık alan ve açık arazilerde daha sıktır. Bu olgu serisinde nadir görülmesine karşılık aynı dönemde farklı yerlerde meydana gelen iki olgu sunularak, son yıllarda meydana gelen iklim değişikliklerine ve buna bağlı ölümlere dikkat çekmek amaçlanmıştır.

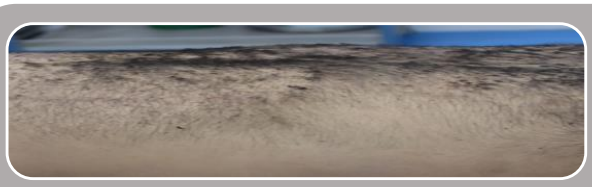


Resim 1. Ayak tabanındaki elektrik çıkış yaraları

Olgu 1: Mayıs (2023) ayında yakınları tarafından acil servise yıldırım çarpması şikayetiyle arrest olarak getirilen 35 yaşında, erkek olgunun yapılan müdahalelere rağmen kurtarılamayarak öldüğü bildirilmiştir. Otopside dış muayenede saçlarda tütsülenmeler, vücut yüzeyinde 1-2. derece yanıklar, ayaklarda elektrik çıkış yarası ile uyumlu görünümde yaralar görüldü. Cilt doku örneklerinin histopatolojik incelemesinde elektrik/ısı etkisi ile uyumlu bulgular saptandı. Kişinin ölümünün yıldırım düşmesi ile husulü mümkün şekilde vücudundan elektrik akımı geçmesine bağlı solunum ve dolaşım durması ile vücudunun yaklaşık %30'unu kaplayan 1-2. derece yanıklar sonucu meydana geldiği tespit edildi.



Resim 2. Sırt ve alt ekstremitelerde yaygın 1-2. derece yanıklar



Resim 3. Vücut kıllarında tütsülenmeler



Resim 4. Parietooksipital bölgede orta hat ekimoz (Elektrik girişi?)

Olgu 2: Mayıs (2023) ayında Afgan uyruklu bir çobanın arazide kaybolduğu ihbarı üzerine, yapılan araştırmalarda bir ağacın altında ihbarın 4. gününde sırtüstü yatar vaziyette ölü bulunduğu bildirilen 27 yaşında erkek cesedi otopsi yapılması amacıyla gönderildi. Otopside dış muayenede saçlarda ve vücut kıllarında tütsülenmeler, başta parietooksipital bölgede orta hat ekimoz, vücutta yer yer yaygın yanık alanları, sol el ve ayaklarında çamaşırcı eli görünümü izlendi. Cilt doku örneklerinin histopatolojik incelemesinde elektrik/ısı etkisi ile uyumlu bulgular saptandı. Kişinin ölümünün yıldırım çarpmasına bağlı solunum ve dolaşım durması sonucu meydana geldiği tespit edildi.

Sonuç: Son yıllarda küresel iklim değişikliklerine bağlı farklı sorunlar ortaya çıkmakta ve dünyamız ciddi bir iklim krizi ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu iklim değişikliklerine bağlı doğal afetlerin birlikte, yıldırım düşmelerinin artışı sonucu direk veya dolaylı olarak ölümlerin artması olasıdır. Bu konuda toplumun bilinçlendirilmesi, ayrıca yıldırıma bağlı ölümlerde riskli grupların (çobanlar, çiftçiler, açık arazide çalışanlar gibi) eğitilmesi ve şehirlerde paratoner kullanımının yaygınlaşması gibi önlemler bu ölümleri önlemek açısından önemlidir.



Uz.Dr. Bekir DİNCER
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi, drdincerbekir@gmail.com

Ani İşitme Kaybı Nedeniyle Uygulanan Hiperbarik Oksijen Tedavisi Sonucu Pnömotoraks ve Hava Embolisi Meydana Gelen Olgu Sunumu

Tuğba Özbulat, Esma Akdemir,
Hızır Aslıyüksek, Yahya Güldiken
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç:

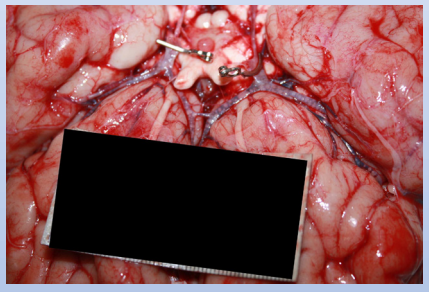
Ani sensörinöral işitme kaybı, en az üç ardışık frekansta meydana gelen ve en az 3 gün süren, en az 30 desibellik işitme kaybı olarak tanımlanır. Belirli bir etiyoloji vakaların yalnızca %10 ila %15'inde tanımlanır ve çoğu zaman bu durum idiyopatik olarak kabul edilir. En umut verici üç tedavi yöntemi; kortikosteroidler, vazodilatörler ve hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) olarak kabul edilir. Bunlardan yalnızca hiperbarik oksijen, pozitif bir meta-analiz Cochrane incelemesine sahip olmak için yeterli randomize kontrollü çalışmaya sahiptir. HBOT tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar; oksijen toksisitesi, kulakta barotravma, kulak zarı perforasyonu, pnömotoraks, hava embolisi, hiperoksijenizasyona bağlı epileptik nöbet ve dekompresyon hastalığı görülebilmektedir. Ani işitme kaybının tedavisinde HBOT'ın yer aldığı ancak HBOT sırasında ciddi komplikasyonların ortaya çıkabileceği ve hekimlerin bu konuda dikkatli olması gerektiğini göstermek amaçlanmıştır.

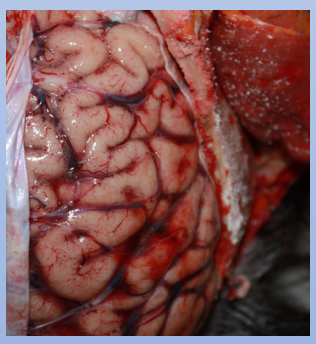
Olgu:

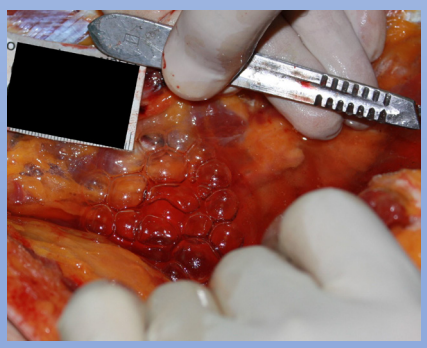
53 yaşında kadın hasta, 21/03/2012 tarihinde ani işitme kaybı edeniyle başvurduğu sağlık kuruluşunda uygulanan saf ses eşik odyogramı sonucu ani işitme kaybı tanısı ile reçete düzenlendiği sonrasında şikayetlerinin devam etmesi üzerine 28/03/2012 tarihinde aynı sağlık kuruluşuna başvurduğu ve HBOT'ın uygun görüldüğü toplamda 40 saat olacak şekilde 20 seans HBOT planlanarak anlaşmalı sağlık kuruluşuna sevk edildiği, 28/03/2012 tarihinde yapılan muayenesinde sorun olmaması üzerine ilk seans HBOT uygulanmak üzere diğer 9 hasta ile birlikte tedaviye alındığı, tedavi bitiminde kişinin fenalaştığı, gözlerde kapanma ve öne doğru yığılma olması üzerine yapılan muayenesinde spontan solunumunun olmadığı tespit edilerek kardiyopulmoner resüsitasyona başlandığı, kişinin sevk edildiği sağlık kuruluşunda 3—40 dk devam eden kardiyopulmoner resusitasyona yanıt alınması üzerine yoğun bakım ünitesine yatırıldığı ancak kısa süre sonra tekrar arrest gelişmesi üzerine uygulanan kardiyopulmer resusitasyona yanıt alınamayarak 28/03/2012 tarihinde exitus olmuştur.

Morg İhtisas Dairesi tarafından yapılan otopside; Beyin, beyincik yüzeylerinde tüm basiller arteriel sistemde masif tespih tanesi dizilimi şeklinde hava kabarcıkları ve Sol oksipitoparietal bölge lateral yüzde, serebellum sol alt yüzde subaraknoidal kanama, sağ göğüs boşluğunda massif pnömotoraks tespit edildiği, perikard boşluğu açıldığında kalp yüzeyindeki epikardiyal yağ dokuda bulunan ven yapılarında yaygın tespih tanesi biçiminde hava kabarcığı görüldüğü ve perikard boşluğu sıvı ile doldurularak kalp boşluklarında hava mevcudiyeti araştırıldığında sağ atriumdan bol miktarda hava çıkışı tespit edildiği ve ölümünün hiperbarik oksijen tedavisi sırasında oluşan pnömotoraks ve hava embolisi sonucu meydana gelmiş olduğu kararına varılmıştır.

HBOT uygulanmadan önce yapılması gereken işlemlerin yapılıp yapılmadığı, komplikasyon yönetiminin uygun olup olmadığı ve yapılan kalp masajının ölüm üzerine etkisi olup olmadığının tespiti sorularak Adli Tıp Üçüncü Üst Kuruluna gönderilmiştir. Yapılan inceleme sonucunda; kişinin ölümüne sebep olan pnömotoraks ve hava embolisi bulgularının hiperbarik oksijen tedavisinin komplikasyonu olduğuna, gelişen bu komplikasyonların gerekli takip ve tedavisinin yapıldığına, tedavisinde yer alan hekim ve yardımcı sağlık personelinin uygulamalarının tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğuna, hizmeti sağlık çalışanları aracılığı ile yürüten idarelerinin organizasyon hatasının tespit edilmediğine ve hiperbarik oksijen tedavisi öncesi kişilere yapılması gereken rutin tetkiklerin bulunmadığına, kişinin anamnez ve ek hastalık bilgilerine göre gerekli tetkiklerin yapıldığına, dolaşım ve solunumu durmuş olan kişilere öncelikli olarak kardiyopulmoner resüsitasyon işlemi yapılması gerektiği, dolayısıyla dava konusu olayda solunumu ve dolaşımı duran kişiye öncelikli olarak kardiyopulmoner resüsitasyon işlemi yapılmasının doğru olduğuna ve kişiye yapılan kardiyopulmoner resüsitasyon işleminin tıbben uygun olduğuna karar verilmiştir.







Tartışma ve Sonuç:

HBOT kanda ve dokularda oksijen seviyelerini yükselterek birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır. Tedavi öncesi değerlendirilen hastaların mevcut hastalığı ve kronik hastalıklarının tespit edilmesi önemlidir. HBOT esnasında en sık görülen yan etkinin barotravma ve pnömotoraks olduğu akılda tutulmalıdır. Seanslar sırasında hastaların takip edilmesi olası komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. HBOT'ın ani işitme kaybının tedavisinde yeri olduğu ve bu tedavi sırasında pnömotoraks ve hava embolisi gibi hayatı tehdit edici komplikasyonların ortaya çıkabileceği, bu komplikasyonlar erken tespit edilmesi ve hızlı müdahale edilmesi gereken durumlar olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar:

- Murphy-Lavoie HM, Mutluoglu M. Hyperbaric Treatment of Sensorineural Hearing Loss. [Updated 2023 Jun 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459160/
- Almosnino G, Holm JR, Schwartz SR, Zeitler DM. The Role of Hyperbaric Oxygen as Salvage Therapy for Sudden Sensorineural Hearing Loss. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2018 Oct;127(10):672-676.
- Bayoumy AB, van der Veen EL, van Ooij PAM, Besseling-Hansen FS, Koch DAA, Stegeman I, de Ru JA. Effect of hyperbaric oxygen therapy and corticosteroid therapy in military personnel with acute acoustic trauma. BMJ Mil Health. 2020 Aug;166(4):243-248. [PubMed]
- Pezzoli M, Magnano M, Maffi L. Hyperbaric oxygen therapy as salvage treatment for sudden sensorineural hearing loss: a prospective controlled study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2015;272(7):1659–16. 66. [PubMed] [Google Scholar]

Travmatik Koroner Arter Diseksiyonu: Bir Olgu Sunumu

Mert ASLAN, Bekir DİNÇER, Zekiye Gözde KARA
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi

Giriş

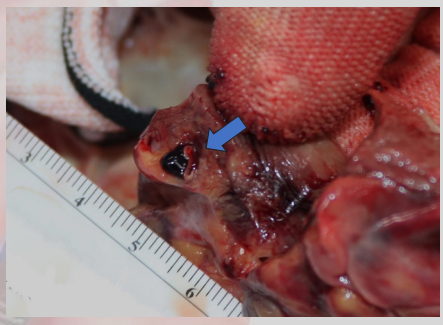
Koroner arter diseksiyonu damar duvarını oluşturan intima, media ve adventisya tabakalarından herhangi biri içerisinde veya herhangi ikisi arasında ayrılma ile karakterize bir damar patolojisidir. Damarın intima tabasında oluşan bir yırtıktan damar duvarı içerisine dolan kanın veya primer olarak duvar içerisinde oluşan intramural hematomun duvar boyunca ilerleyerek yalancı lümen oluşturması sonucu medyana gelir. Spontan, iyatrojenik veya travmatik kökenli oluşabilir.

Spontan koroner arter diseksiyonunun daha önce kardiyovasküler hastalık tanısı almamış genç kadın popülasyonu ilgilendiren nadir bir hastalık olduğu düşünülür ve genelde gebelikle ilişkilendirilir. İyatrojenik koroner arter diseksiyonu koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişimlerde %0,2'den az sıklıkla oluşan bir komplikasyondur. Travmatik koroner arter diseksiyonu ise ciddi göğüs travması olan olgularda bile nadir bildirilen bir vasküler patolojidir.

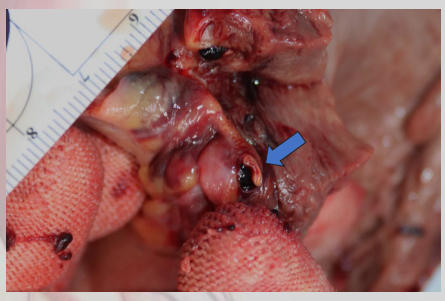
Koroner arter diseksiyonu olgularında ölüm mekanizması, diseksiyon sonucu oluşan yalancı lümenin, gerçek lümeni oklüde etmesi sonucu gelişen miyokard enfarktüsü tablosudur. Post-mortem incelemede trombüs ile dolu yalancı lümen görünümü ve histopatolojik incelemede saptanacak miyokard enfarktüsü bulgularının patolojik kökenli koroner arter trombüsü ile olan benzerliğinin otopside yanlış tanı ihtimalini doğurduğu aşikardır.

Olgu

Araç içi trafik kazası sonucu tedavi gördüğü hastanede ölen 35 yaşında erkek şahsın tıbbi belgelerinde sternumda kırık, akciğerde kontüzyon, ekstremite kırıkları, troponin yüksekliği ve EKG'de yaygın ST depresyonu izlendiği, kardiyak kontüzyon ön tanısı ile takiplerinde solunum sıkıntısı gelişen hastanın ilk başvurusundan bir gün sonra öldüğü kayıtlıydı. Otopside dış muayenede yüzde ve ekstremitelerde sıyrık ve ekimozlar izlendi. Pnömotoraks testi sağda pozitif bulundu. İç muayenede sternum, kosta ve torakal vertebra kırıkları, çıkan aortta intimal laserasyon, sol koroner arterde trombüs ile dolu diseksiyon lümeni ve miyokard kesitlerinde şarabi renk değişikliği izlendi. Toksikolojik incelemede tedavisinde kullanılan fizyolojik dozlarda ilaçlar tespit edildi. Histopatolojik incelemede kalp kesitlerinde 1-3 günlük zaman dilimi içerisinde geçirilmiş miyokardiyal iskemi sahası, sol inen dal kesitinde media ve adventisya tabakasında ayrışma ve bu alanda çepeçevre kanama (diseksiyon ile uyumlu), çevre yağ dokuda kanama izlendiği bildirildi. Kişinin ölümünün genel beden travmasına bağlı yüz ve iskelet sistemi kemik kırıkları ile birlikte iç organ, büyük damar yaralanması ve pnömotoraks sonucu meydana gelmiş olduğu kanaatine varıldı.



Resim 1. Sol koroner arterin ön inen dalında gerçek lümeni daraltan trombüs ile dolu diseksiyon lümeni



Resim 2. Sol koroner arterin ön inen dalında gerçek lümeni daraltan trombüs ile dolu diseksiyon lümeni



Resim 3. Myokard kesitlerinde iskemi ile uyumlu koyu renk değişikliği

Sonuç

Koroner arterde trombüs ile dolu diseksiyon lümeni ve sebep olduğu miyokard enfarktüsü bulguları hem klinikte hem de post-mortem incelemede patolojik kökenli bir koroner arter trombüsüne benzemektedir. Ceza ve tazminat hukuku açısından yanlış tanıların engellenmesi için doğru değerlendirme çok önemlidir.

Uz.Dr. Mert ASLAN
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı
Morg İhtisas Dairesi
mert.aslan@adalet.gov.tr

İSTEMLİ VE İSTEM DIŞI CİNSEL İLİŞKİDE TIBBİ BULGULAR AÇISINDAN FARK NEDİR?

Laçin Lal Çakır 1, Fatime Gül1, Arda Akay1, S. Yazgülü Taştemir2, M. Berna Doğan3, A. Coşkun Yorulmaz1
1.*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı 2.Yorulmaz Medikolegal 3.İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel saldırı hukuki, toplumsal ve tıbbi boyutları olan bir sorundur. Bu süreçte mağdurun tedavisi ve delil toplanması amacıyla hastaneye erişimi sağlanmalı ve bulgular kayıt altına alınmalıdır. Genel beden muayenesi, genital muayene ve ruhsal durum muayenesi, değerlendirmenin yapı taşlarıdır. Bu değerlendirmeyi takiben yargılama sürecinde bilirkişilere eylemin rızaya dayalı bir eylem olup olmadığı sorulabilmektedir. Bu sunumda, cinsel saldırı iddiası bulunan bir olgunun muayene bulgularının sunularak, istemli ve istem dışı cinsel ilişkilerde meydana gelen yaralanmaların literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.



OLGU

21 yaşında kadın olgu, iddia edilen cinsel saldırı olayından 5 gün sonra Cumhuriyet Savcılığına şikayette bulunmuştur. Aynı gün sevk edildiği adli tıp polikliniğindeki dış beden muayenesinde akut travmatik lezyon saptanmamıştır. Litotomi pozisyonunda yapılan muayenesinde; hymende saat 6 hizasından başlayarak forşete uzanım gösteren 3x0,5 cm boyutunda kanamalı laserasyon bulunduğu tespit edilmiş olup, hastanın yoğun ağrı ve kanaması sebebiyle muayeneyi tolere edememesi üzerine muayenesi tamamlanamamıştır. Kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonu istenmiştir. Hastaya posterior forşet laserasyonu onarımı uygulanmıştır. forşet laserasyonu onarımı uygulanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

İstemli ve istem dışı cinsel ilişki ile meydana gelen genital yaralanmalar arasındaki ayrım, adli tıp alanında devam eden bir bilimsel tartışma konusudur. İstemli cinsel ilişki sırasında genital bölgede cinsel uyarımla gerçekleşen fizyolojik değişiklikler sayesinde (örn. genital bölgenin kaygan olması, vajinal kanalın uzaması) genital travmanın olmayacağı yaklaşımı ve istem dışı cinsel eylem mağdurlarında cinsel uyarım gerçekleşmeyeceği için çoğunlukla ciddi fiziksel travmaya maruz kalındığı yönündeki iki yaklaşımın günlük pratiğimizde yeri olmamalıdır. Nitekim yapılan çalışmalarda, iki durum arasında ayrıma gidilmesini sağlayacak nitelikte tıbbi delil oluşturacak farklar bulunamamıştır. Ayrıca, istemli gerçekleştirilen cinsel ilişkiler sırasında da ciddi kanamalara neden olan genital ve rektal laserasyonlar da bildirilmiştir.

Somut olguda olduğu gibi, salt genital bulgular değerlendirilerek, bu şekilde bir ayrıma gidilmemelidir. Mevcut araştırmalar istemli ve istem dışı cinsel ilişkide en sık bulgunun ekstragenital yaralanmalar olduğunu göstermekte olup, genital yaralanmanın türü, lokalizasyonu ve sıklığındaki benzerlik nedeni ile yaralanma tipi ve yerinin cinsel ilişki sırasında rıza verilip verilmediğini belirlemek için kullanılamayacağını göstermektedir. Bu durum genel beden ve psikiyatrik muayeneleri ön plana çıkarmakta ve olmazsa olmaz kılmaktadır.

Kaynakça:
Anderson, Sarah, Natalie McClain, and Ralph J. Riviello. "Genital findings of women after consensual and nonconsensual intercourse." Journal of Forensic Nursing 2.2 (2006): 59-65.
Anderson, Jocelyn C., and Daniel J. Sheridan. "Female genital injury following consensual and nonconsensual sex: State of the science." Journal of Emergency Nursing 38.6 (2012): 518-522.
Jeng, Cherng-Jye, and Lih-Rong Wang. "Vaginal laceration and hemorrhagic shock during consensual sexual intercourse." Journal of Sex & Marital Therapy 33.3 (2007): 249-253.
Frioux, Sarah M., Thane Blinman, and Cindy W. Christian. "Vaginal lacerations from consensual intercourse in adolescents." Child abuse & neglect 35.1 (2011): 69-73.

Sonuç: Bölgelerimiz için TCK 32 değerlendirilmesi için gönderilen 16-8 yaş grubu pediatrik olguların en çok işlediği suçların cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlar olduğu, ikinci olarak vücut dokunulmazlığına karşı suçlar olduğu, olgularda en çok entelektüel yeti yitimi tanısının olduğu ve olguların büyük çoğunluğunda ceza sorumluluğunun kaldırıldığı veya azaltıldığı yönünde karar verildiği görüldü

TEK GİRİŞ VE TEK ÇIKIŞ DELİĞİ OLAN İKİ ARDIŞIK MERMİYE BAĞLI ÖLÜM: OLGU SUNUMU

Büşra BAYDEMİR KILINÇ, Mustafa Talip ŞENER, Ahmet Nezih KÖK

Erzurum Adli Tıp Grup Başkanlığı, Morg İhtisas Dairesi, Erzurum

Giriş ve Amaç

Ateşli silah yaralanmalarında giriş-çıkış yaralarının birbiri ile uyumlu olmadığı durumlar olması halinde; öncelikle giriş-çıkış yaralarının yanlış değerlendirilmiş olabileceği düşünülmelidir. Daha az sıklıkta görülen vücuda giren merminin parçalanması, mermi çekirdeğinin birden fazla giriş-çıkış yarası oluşturması, aynı giriş yarasından geçen ayrı atışlardan kaynaklanan çoklu mermiler gibi durumların olabileceği de akla getirilmelidir. Nadir olarak görülen durumlardan biri de ardışık mermi (tandem bullet) geçişidir. Bu çalışmada ateşli silahla bitişik atış mesafesinden yapılan tek giriş ve çıkış yarası olan ardışık (tandem) mermi çekirdeği intihar ölümü olgusunu sunduk. Nadir görülen tek giriş-çıkış yarası olan ardışık mermi olgusu ile literatüre katkı sağlamayı amaçladık

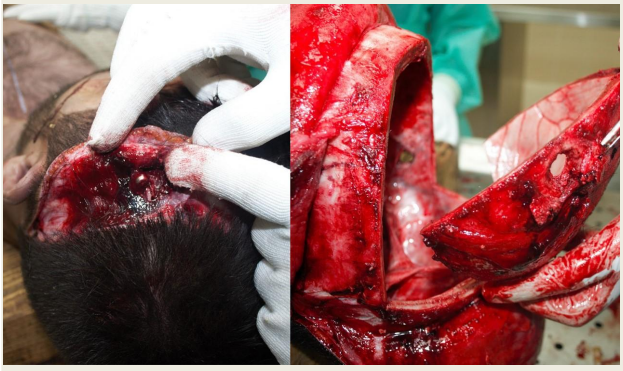
Olgu

Olgu 25 yaşında erkek, cesedin hemen yanında kendisine ait tabanca bulunmuş, olay yerinde başka bir suç unsuru saptanmamış. Otopsi öncesi tüm vücudun radyolojik incelenmesinde sol pariyetal bölgede iki adet metalik cisim imajı ile bir adet mermi çekirdeği kovanına ait görünüm izlendi. Sağ temporal bölgede kulağın bir santim üzerinde yıldızvari şekilde, cilt altında is bulaşı ve hoffman maden boşluğu bulunan ateşli silah mermi çekirdeği giriş yarası görüldü (Resim 1)

Resim 1: Ateşli silah giriş yarası

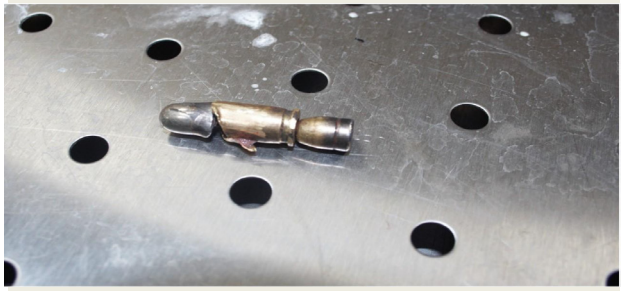


Resim2. Ateşli silah çıkış yarası



Sol parietal bölgede etrafa göre seviye farkı olup cilt altında elle yoklandığında sertlik olduğu izlendi. Cesedin otopsisinde; sağ temporal kemikte içe kakma defekti, sol parietal bölgede dışa kakma defekti, giriş-çıkış yaraları çevresindeki cilt altı dokularda (sağ temporal bölgede daha yoğun olmak üzere) kanama, ekimoz görüldü. Sol parietal bölgede cilt altında kemik doku içerisinde 1 adet alt kısmı deforme 7.65 mm'lik mermi çekirdeği, bu merminin komşuluğunda subdural alanda 1 adet 7.65 mm'lik mermi çekirdeği ve 1 adet kovan görüldü (Resim 2).Bulgularımıza göre ardışık iki merminin sağ temporal bölgeden girdiği, mermi çekirdeklerinden birinin sol parietal kemikten çıkarak cilt altında kaldığı, diğer mermi çekirdeğinin aynı bölgede subdural aralıkta kaldığı, kovanın sol parietal bölgede beyin dokusunun içinde kaldığı belirlendi. Otopside beyin dokusundan çıkarılan kovanın üst ve alt kısmının deforme olduğu, üst kısımdaki deforme bölgenin ilk mermi çekirdeğinin tabanı ile fiziksel olarak uyumlu olduğu, ardışık ikinci merminin yüzeyinde bulunan izler ile kovanın alt bölümünde bulunan izler arasında fiziksel olarak uyum olduğu ve kovan içinde bulunan barutun tam olarak yanmadığı görüldü (Resim 3)

Resim 3: Ardışık mermiler ve kovan



Tartışma ve sonuç

Bir ateşli silahtan tek seferde iki ve daha fazla merminin fırlatılması "*tandem bullet*" olarak isimlendirilir . Namlunun ağzına verilen ilk merminin fırlamaması ve devam eden diğer atışlarda iki veya fazla merminin birlikte ateşli silahtan ayrılması durumudur. Merminin namluya saplanmasının nedeni barut veya itici gazın yanıcılığının az olması, yetersiz miktarda ve düşük kaliteli barut kullanılması, ev yapımı ateşli silahlar veya ateşli silahın teknik sorunları olduğu düşünülmektedir. Bizim olgumuzda kafa içerisine(intrakranial) bitişik atış mesafesinden tek giriş lezyonundan iki mermi çekirdeği ve bir kovan girmiştir. Aynı yörüngede ilerleyen mermilerden ilk ateşlenen mermi kemik dokudan çıkış lezyonu oluşturarak cilt altında kalmış, diğer mermi ve kovan intrakranial bölgede kalmıştır. Nadir bir durum olsa da ayrı atışlardan kaynaklanan ve aynı giriş yarasına isabet eden mermiler vücutta bulunabilir ve tandem bulleti düşündürebilir. Ancak bu mermilerde yörüngenin farklı olması ve mermiler üzerinde fiziksel uyum bulunmaması ile tandem bullet ayrımı yapılabilir .

Sonuç olarak biz bu çalışmada nadir olarak görülen tek giriş ve tek çıkış yarası olan tandem büllete bağlı bir ölüm olgusunu sunduk. Mermi çekirdeklerinde ve kovanda birbiriyle uyumlu fiziksel hasar ve yanmamış barut varlığı, mermi çekirdeklerinin aynı silahtan atıldığının belirlenmesi ile tandem büllet tanısını koyduk. Giriş-çıkış yaraları ve mermi sayısının birbiri ile uyumlu olmadığı atipik durumlarda adli tıp uzmanları tandem büllet olasılığını akla getirmelidir. Olay yeri incelemesi, otopsi öncesi radyolojik inceleme ve otopsi bulguları bir bütün olarak dikkatle değerlendirilerek karar verilmelidir.

ADLİ TIP KURUMU BAŞKANLIĞI ORDU ADLİ TIP ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ'NE 2017-2022 YILLARI İÇERİSİNDE İNTİHAR İDDİASIYLA GELEN KADIN OLGULARIN OTOPSİ BULGULARI İLE SOSYODEMOGRAFİK BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ*

Muhammed Abdullah İMAT, Hacer YAŞAR TEKE , Yusuf ŞAHİN , Eser BAYRAKTAR

Uluslararası Katılımlı 18. Adli Tıp Günleri, 19-22 Ekim 2023, Aksu-Antalya

Giriş ve Amaç: 'İntihar' kelimesi, Türk Dil Kurumu sözlüğünde yer alan anlamıyla; 'bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisiyle kendi hayatına son vermesi' anlamına gelmektedir(1). Aynı zamanda 'özkıyım' da denir. Türkçede 'hançere düşmek', 'ateşe düşmek' anlamına da gelen 'intihar' kelimesi ilk defa Tanzimat döneminde kullanılmaya başlanmış, Arapça 'nahr'(-hayvanı-boğazından keserek öldürme, boğazlama) kelimesinden türetilmiştir(2). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre intihar gelişmiş ülkeler arasında kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, diyabet, pnömoni ve sirozdan sonra 8. sıradaki ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır(5).

Ölüm sebepleri arasında böylesine üst sıralarda yer alabilen intihar bir ölüm sebebi değil, ölüm isteği ile alakalı olup; ölçülemeyen, gözle görünmeyen, multidisipliner ele alınması gereken soyut bir kavramdır. İntihar adli bilim açısından ölüm mekanizmasının orijini (başlangıç noktası) olarak ele alınabilir. Bir ölüm olayında orijinin; yani cinayet mi intihar mı yoksa kaza mı olduğunun belirlenmesi olay yerinde adli soruşturma ile başlayan, cesedin muayenesi, otopsi ve otopsi sonrası yapılacak incelemeler ile süren, sonuçta hukuken kesin karar verilen bir süreci ifade eder(3,4,5,6,7).

Bu çalışmada; intihar iddiasıyla gelen (İİG) kadın olgular incelenerek olay yeri, olayın gerçekleştiği zaman, sosyodemografik, ölü muayene ve otopsi bulgularıyla birlikte değerlendirilerek adli tıp ve adli bilim uygulamaları ile diğer alanlara katkı sağlanması amaçlanmıştır.

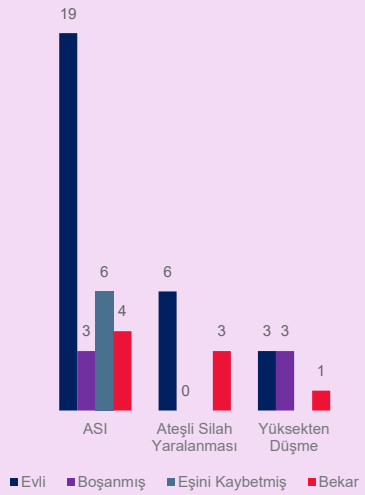
Gereç ve Yöntem: Çalışma kapsamında; 01.01.2017-31.12.2022 yılı içinde tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu Başkanlığı (ATK) Ordu Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne gelen İİG 50 kadın olguya ait intihar yöntemi, sosyodemografik verileri, olay yeri inceleme sonrası ve otopsi sonrası elde edilen bulgular adli tıbbi olarak değerlendirilmiştir.



Bulgular: Çalışma kapsamında; 2017 yılı içerisinde 8, 2018 yılı içerisinde 9, 2019 yılı içerisinde 8, 2020 yılı içerisinde 6, 2021 yılı içerisinde 7, 2022 yılı içerisinde ise 12 olgu tespit edilmiştir. Olgular 12-85 yaş aralığında bulunmuştur. Tercih edilen intihar yöntemlerinin başında 34 (%68) olgu ile ası gelmektedir, ikinci sıklıkta 9 (%18) olgu ile ateşli silah yaralanması, 3. sıklıkta ise 7 olgu (%14) ile yüksekten düşmenin tercih edilen intihar yöntemi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamına giren olguların 28 olgunun evli, 8'inin bekar, 6'sının boşanmış, 6'sının eşinin hayatta olmadığı tespit edilmiş, 2 vaka hakkında bilgiye ulaşılamamıştır. Çalışma kapsamına giren 50 vakanın 43'üne ait meslek bilgisi olmayıp, 5'inin ev hanımı, 1 tekniker ve 1 serbest meslek sahibi olduğuna dair kayıt görülmüştür. Çalışma kapsamına giren 50 vakanın 46'sının (%92) olay yerinin ikametinin olduğu, 1 vakanın öğrenci yurdunda, 1 vakanın ikametine yakın sokakta, 1 vakanın bahçede, 1 vakanın ise cezaevi mevkiinde dış alanda vuku bulduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına giren 14 vakanın ilkbahar, 13 vakanın yaz mevsiminde, 13 vakanın sonbahar mevsiminde, 10 vakanın ise kış mevsiminde ölümünün gerçekleşmiş olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamına giren İİG 28 evli vakanın 19'unun (%67,9) ASI, 6'sının (%21,4) ateşli silah yaralanması, 3'ünün (%10,7) ise yüksekten düşme nedeniyle öldüğü tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına giren İİG 6 boşanmış vakanın 3'ünün ASI, 3'ünün yüksekten düşme nedeniyle öldüğü tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına giren İİG eşi vefat etmiş 6 vakanın ise tamamının ASI nedeniyle öldüğü tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına giren İİG 8 bekar vakanın 4'ünün ASI, 3'ünün ateşli silah yaralanması, 1'inin yüksekten düşme nedeniyle öldüğü tespit edilmiştir.



Çalışma kapsamına giren hiçbir olguda otopsi sırasında cinsel saldırı bulgusu tespit edilmemiştir. Çalışma kapsamına giren ve verisine erişilebilen 27 olgudan otopsi sırasında alınan doku örneklerinin toksikolojik incelemesinde; 1 vakada 103 mg/dl etanol tespit edilmiş, ancak diğer vakaların tamamında etanol, metanol ve sistematikte bulunan diğer maddelere rastlanmadığı tarafımıza bildirilmiştir.

Tartışma ve Sonuç: İntihar adli tıbbi açıdan ölüm orijini olarak tanımlanmaktadır. Adli tıbbi pratik yaklaşımda özellikle İİG kadın olgularda cinsiyete yönelik şiddet bulgularının varlığının araştırılması son derece önemlidir. Dünyada standart otopsi yöntemleri olsa da adli vakalara yaklaşım, verilerin bildirimi ve toplanmasındaki farklılıktan dolayı ülkelerdeki intihar verilerinde ciddi farklılıkların gösterildiği birçok çalışma ile tespit edilmiştir (8). Mevcut literatür bilgisi ve çalışmamız sonucunda; çoğu vakada kişilere ait çalışma durumu, meslek, öğrenim bilgisi, ekonomik durum, çocuk sayısı gibi kişileri intihara sürükleyebilecek birçok faktöre ait veriye ulaşılamamış, olaya ait verilerin ölüm bildirim sistemi gibi otak bir medulla sisteminden düzenlenebileceği, bu sayede daha net analizler yapılabileceği kanaatine varılmıştır. Her ne kadar çalışmamız kapsamında ölü muayene tutanakları ve mevcutlu kısıtlı bilgi ve belgelerle İİG vakaları tespit edilmiş ise de ileri düzey ve nitelikli çalışmalar için muhtemel diğer çalışmalar için Sağlık Bakanlığı medulla sistemine iletişiminin gerekli olması, kurumlar arası veri tabanlarında birleşime gidilmesi gerektiği en azından kısa vadede ölüm bildirim sisteminde kişinin kesin ölüm sebebinin girildiği sekmelerde soruşturma veya tahkikata yetkilendirilmiş yargı personeli ve/veya hekimlerce kişiye ait sosyodemografik bilgiler ile birlikte "intihar iddiası" "var-yok" şeklinde bir sekmenin oluşturulabileceği, savcılık takipsizlik kararı sonrası ise bu sekmenin yine ilgili yargı birimi tarafından en azından "takipsizlik kararı" "var/yok" olarak geri bildirimi ile intihar verilerinin kaliteli, güvenilir ve güncel takibi yapılabilecektir. Bu çalışmadaki gibi küçük ölçeklerde yapılan veya yapılacak daha büyük ölçekli araştırmaların koleksiyonu neticesinde toplumun geneline atıfta bulunabilecek daha net verilere ulaşılacaktır.

Kaynaklar:

1. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b97be50643da7.18755578, 11/09/2018
2. Uçan Ö. Türkiye' de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. Kriz Dergisi. 2005; 13: 15-26.
3. Jessen G., Andersen K., Arensman E., Bille-Brahe U., Crepet P., De Leo D., Hawton K., Haring C., Hjelmeland H., Ostamo A., Salander-Renberg E., Schmidtke A., Temesvry B., Wasserman D. Temporal fluctuations and seasonality in attempted suicide in Europe: Findings from the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Archives of Suicide Research. 1999; 5: 57-69.
4. Schmidtke A., Bille Brahe U., De Leo D., Kerkhof A., Bjerke T., Crepet P., Haring C., Hawton K., Lnnqvist J., Michel K., Pommereau X., Querejeta I., Phillipe I., Salander Renberg E., Temesvry B., Wasserman D., Fricke S., Weinacker B., Sampaio Faria J. G. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989- 1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1996; 93: 327-38.
5. Yurtseven A., 2000-2013 yılları arasında boğaz köprülerinden(Boğaziçi ve Fatih Sultan Mehmet Köprüsü) suya atlayarak intihar eden vakalarda otopsi ve sosyodemografik bulguların değerlendirilmesi, Adli Tıp Kurumu,Uzmanlık Tezi, İstanbul-2014(Tez danışmanı: Doç.Dr. İbrahim ÜZÜN).
6. Cerrahpaşa Üni. Adli Tıp Ders Kitabı, İstanbul 2011; 103.
7. Baysal E., Yüksekten düşmeye bağlı ölümlerde orijin tayini, Adli Tıp Kurumu,Uzmanlık Tezi, İstanbul-2007(Tez danışmanı: Prof. Dr. Gürsel ÇETİN).
8. Barbería, E., et al., Improving suicide mortality statistics in Tarragona (Catalonia,Spain) between 2004–2012. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), 2018. 11(4): p. 227-233.

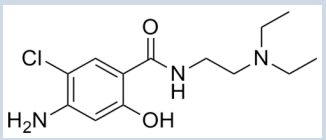
*: 02-05 Kasım 2023 tarihinde düzenlenecek 4. Uluslararası ve 20. Ulusal Adli Bilimler Kongresinde sözel bildiri olarak sunulacak olup, bu poster bildirisinde çalışmaya ait bir takım bulgular sunulmuştur.

İlaç intoksikasyonu ile ölen bir çocuk istismar vakası

Muhammed Abdullah İMAT, Bora ÖZDEMİR, Kamil ŞAHİN, Hüseyin SARI

Uluslararası Katılımlı 18. Adli Tıp Günleri, 19-22 Ekim 2023, Aksu-Antalya

Giriş ve Amaç: İstismar, kelime anlamı olarak "birinin iyi niyetini kötüye kullanma" veya "sömürme" anlamlarına gelmektedir (1). Sözlük anlamından da anlaşılacağı üzere istismarın farklı çeşitleri bulunmaktadır. Adli tıbbi açıdan istismar, genel olarak fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal başlıkları altında incelenmektedir. Genel olarak istismara uğrayanlar; çocuklar, engelli bireyler, kadınlar, hastalar, yaşlılar, göçmenler gibi sosyal hayatta ekonomik veya fiziksel olarak geride olan gruplardır. Çocuk istismarı ve ihmali; ana-baba veya çocuğun bakımı, sağlığı ve korunmasından sorumlu kişilerin giriştiği veya girişmeyi ihmal veya saldırı eylemleri sonucunda çocuğun her türlü fiziksel, ruhsal, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesidir. İstismar olarak nitelenen davranışların çocuk tarafından algılanması ya da eylemlerin yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılması şartı aranmaz (2-8). Bu çalışmanın amacı, tıbbi uygulama hatası iddiası ile gelen olguların adli tıbbi açıdan bir bütün olarak değerlendirilmesini gerektiğini, her adli vakada olduğu gibi malpraktis olgularında da istismar bulgularının var olabileceğini göstererek Adli Tıp alanında bilgi ve tecrübelerinin artırılmasıdır. Bununla birlikte her ne kadar sağlık personeli olmayan kişi/kişilerin hakkında değerlendirmelerin Yedinci ve Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurullarının yetki ve görev kapsamında olmasa da adli süreçte yargı personeline ışık tutarak halihazırdaki soruşturmalara uygun bir derinlik katmak, uzun vadede doğru kararların verilebilmesi için bu olgunun verileri ve tıbbi literatür ışığında sonuç ve öneriler ortaya koymaktır. Bu çalışmanın diğer bir amacı ise; malpraktisin sadece tıbbi uygulama hatası olarak değil, istismarın da bir alt başlığı olarak adli tıbbi açıdan değerlendirilebileceği, bu nedenden dolayı çocuklar, kadınlar, göçmenler, bakım evindeki hastalar, yaşlılar ve engelli bireyler gibi istismarın hedefi olabileceği sosyal gruplar için detaylı çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektir.



Metoklopramid Hidroklorür

Terapötik düzey: 50-150 ng/ml
Toksik düzey: 200 ng/ml ve üzeri
Fetal doz: 4400 ng/ml

Bulgular, Tartışma ve Sonuç: Çalışmada Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurulunda rapor düzenlenmiş, akciğer enfeksiyonu bulunan ancak metoklopramid toksik doz uygulanması sonucu öldüğü tespit edilmiş bir olgu irdelenmiştir. Adli Tıp Kurumu Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmiş bu olguda; 6 yaş 3 aylık Y.E.A. isimli kız çocuğunun ailesinin ifadelerinde; "04/03/2021 tarihinde Nizip ilçesindeki bir binada hizmet verdiği ve 'Doktor H.' olarak bahsedilen kişi tarafından muayene edildiği, burada çocuğa her iki kalçasından iğne yapıldıktan sonra eve gönderildiğinin belirtildiği, Şüpheli H.'nin ifadesinde "Suriye'de eczacılık okuduğunu, diplomasının kaybolduğunu" belirttiği, dosyanın kurulumuzca tetkikinde; Şüpheli erkek şahsın Türkiye'de hasta muayene etmek, ilaç uygulaması yapmak, reçete düzenlemek gibi yetkilerinin bulunmadığının anlaşıldığı, ayrıca Şüpheli H'nin ifadesinde; Y.E.A'yı gördüğünü, ancak ilaç vermediğini ve herhangi bir iğne yapmadığını belirttiği, çocuğun ertesi gün 05/03/2021 tarihinde evinde ağız ve burnundan kan gelmesi üzerine 112 ambulans vasıtası ile arrest olarak götürüldüğü Devlet Hastanesi Acil servisinde yapılan yeniden canlandırma işlemine yanıt vermediği, hastanın eks kabul edildiği, hastanın 05/03/2021 tarihinde yapılan otopsisinde; harici muayenesinde; "sol kosta yayı üzerinde, sağ kol distal ön yüzde (dirsek çukuru üzeri), sol kol 1/3 üst arkada, sağ kalça arka yüzde, ark şeklindeki en uzun ekseni 3 cm çapta ölçülebilen, iyileşme emaresi gösteren ve yer yer kabuklanmış taban cildi kısmen sert palpe edilen muhtemel diş izleri ile uyumlu-paternize-bir görünüm arz eden elipsoid şekilli koyu mor görünümlü ekimoze cildi lezyonlar, sağ kol proksimal arka yüzde aynı vasıfta olmakla birlikte bir kenarında 1 cm eninde kesintisiz ekimoze alanı bulunan ve uzun ekseni 3 cm çapında ölçülebilen, muhtemel diş izleri ile uyumlu-paternize-bir görünüm arz eden elipsoid şekilli koyu mor görünümlü ekimoze cildi lezyon, sağ omuz üstü-önde yoğun düzeyde kabuklanmış ve şekil değişimine uğramış uzun ekseni 2 cm çapında ölçülebilen, muhtemel diş izleri ile uyumlu-paternize-bir görünüm arz eden elipsoid şekilli koyu mor görünümlü ekimoze cildi lezyon" tarif edildiği, çocuğun otopsi fotoğraflarının kurulumuzca değerlendirilmesinde; çocuğun harici muayenesinde farklı yaşlardaki **(farklı zamanlarda oluşmuş)** ısırık, sigara yanığı ile hususlu mümkün sirküler lezyonlar tespit edildiği, tespit edilen bu lezyonların çocuğun kronik olarak fiziksel istismara uğramış olduğunun tıbbi delillerinden olduğu, ancak çocuğun ölümüne neden olabilecek düzey ve nitelikte olmadığı, otopsisinde alınan doku örneklerinin Histopatoloji Şubesi tarafından değerlendirilmesinde; kalp makroskobisinde; 9x7x4 cm ölçülerinde açılmadan gönderilmiş kalp piyesinde sol ventrikül ön yüzde yaklaşık 4 cmlik alanda epikardiyal kanama ve pulmoner arter kökünde peteşiyal kanama alanları izlendiği, kalp açıldığında foramen ovale kapalı , kalp kapak ve boşlukları doğal izlendiği, konjenital anomali saptanmadığı, koroner arter seyir ve kesitleri doğal izlendiği, mikroskobik incelemesinde; kalpte; myokard enfarktüsü (12-24 saat ile uyumlu), mural trombüs varlığı, epikardiyal yağ dokuda ve myositler arasında kanama alanları, hiperemi tespit edildiği, akciğerde; erken dönem lobüler pnömoni, irinli bronşit, yaygın intraalveolar ödem ve taze kanama, hiperemi tespit edildiği, cilt örneklerinde (14x,15x): düzenli yapı tespit edildiği, otopsisi sırasında alınan numunelerin toksikolojik incelemesinde Metoklopramid düzeyinin 444 ng/ml olarak tespit edildiği, Metoklopramidin 50-150 ng/ml aralığının terapötik seviyede olduğu, tıbben toksik düzeyin 200 ng/ml üzeri olarak kabul edildiği, 4400 ng/ml ise fetal doz olduğu, dolayısıyla; çocukta tespit edilen metoklopramid düzeyinin toksik düzeyde olduğu, tespit edilen diğer ilaç etkin maddelerin ise çocuğun tedavisinde kullanılan diğer ilaç etkin maddelerinin olduğu, tedavi düzeyinde olduğu, toksik düzeyde olmadıkları, dikkate alındığında;
«Pnömonisi olan çocuğun ölümünün metoklopramid toksik doz uygulanması sonucu gelişen komplikasyonlar sonucu gerçekleştiğinin kabulü gerektiği, Çocuğun ölümü ile metoklopramid toksik doz uygulanmasının illiyet bağının bulunduğu, Otopsi fotoğraflarının kurulumuzca değerlendirilmesinde; çocuğun harici muayenesinde farklı yaşlardaki (farklı zamanlarda oluşmuş) ısırık, sigara yanığı ile hususlu mümkün sirküler lezyonlar tespit edildiği, tespit edilen bu lezyonların çocuğun kronik olarak fiziksel istismara uğramış olduğunun tıbbi delillerinden olduğu, ancak çocuğun ölümüne neden olabilecek düzey ve nitelikte olmadığı, Şüpheli H. tarafından muayene edildiği ve kişi tarafından ilaç uygulandığının mahkemenizce kabulü halinde; çocuğun tedavi ve takibinde "hekim olduğunu belirterek" muayenesine katıldığından, çocuğun gerekli sağlık hizmetinin engellendiğinin anlaşıldığı, çocuğun otopside tespit edilen pnömoni tanısına yönelik metoklopramid enjeksiyonunun endikasyonu olmadığı, çocuğa toksik dozda metoklopramid ilaç uygulandığının anlaşıldığı, yapılan toksik dozda metoklopramid ilaç uygulamasının çocuğun ölümü ile illiyet bağının bulunduğu, çocuğun muayenesini yaptığı iddia edilen Şüpheli H.'nin ifadesinde; "Suriye'de eczacılık okuduğunu, diplomasının kaybolduğunu" belirttiği, dosyanın kurulumuzca tetkikinde; ilgili şüpheli erkek şahsın Türkiye'de hasta muayene etmek, ilaç uygulaması yapmak, reçete düzenlemek gibi yetkilerinin bulunmadığı anlaşıldığı cihetle; sağlık personeli olmayan kişilerin değerlendirilmesinin kurulumuz ve kurumumuz kapsamında olmadığı, bu hususta Şüpheli H.'nin ilgili mevzuat yönünden mahkemenizce değerlendirilmesi gerektiği oy birliği ile mütalaa olunur» şeklinde görüş bildirilmiştir.

Bu olguda olduğu gibi tıbbi uygulama hatası iddiası ile gelen olguların adli tıbbi açıdan bir bütün olarak değerlendirilmesini gerektiğini, her adli vakada olduğu gibi malpraktis olgularında da istismar bulgularının var olabileceği**,** her ne kadar sağlık personeli olmayan kişi/kişilerin hakkında değerlendirmelerin Yedinci ve Sekizinci Adli Tıp İhtisas Kurullarının yetki ve görev kapsamında olmasa da otopsi, otopsi sonrası elde edilen bulguların adli sürece katkısının olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar:
1.https://sozluk.gov.tr/, erişim tarihi: 26/08/2023
2. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A: Bir çocuk istismarı vakası.
3.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 46: 295-298, 1980 2. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F: Çocuk İstismarı ve İhlali – Birinci Basamak için Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabibler Birliği (ed), Ankara: Adli Tıp Uzmanları Derneği, 1999:84-88
4. Erşahin Y: Çocuk istismarı (sunu) Türk Nöroşirürji Derneği Pediatrik Nöroşirurji Kursu (3. Dönem 3. Kurs) Nisan 2006, Malatya 5. Topbaş M: İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 3: 76-80,2004
6. Perez-Arjona E, Dujovny M, DelProposto Z et al: Late outcome following central nervous system injury in child abuse. Child Nerv Syst 19:69-81, 2003
7. Hancı İH: İzmir'de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı Tanısı Alan Olgularla İlgili İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubunun Onsekiz Aylık Deneyimi. Uluslar arası Katılımlı VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı. Çukurova Üniversitesi, 1998:88-91
8. Önal Ç: Çocuk İstismarı. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 3(1): 27-29, 2007

Farklı yöntemlerle meydana gelmiş çoklu travmaların kemik üzerindeki etkileri: İki olgu sunumu

Özge Ünlütürk, İsmail Çoban

Adli Tıp Kurumu, Morg İhtisas Dairesi, İstanbul

ULUSLARARASI KATILIMLI 18. ADLİ TIP GÜNLERİ, 19-22 EKİM 2023, ANTALYA

Giriş

İleri derecede çürümüş veya iskeletleşmiş cesetlerden travma analizi tazeliğini koruyan cesetlere göre çok daha fazla hassasiyet ve dikkat gerektirmektedir. Yumuşak dokusu mevcut olan cesetlerde farklı araçlarla meydana getirilmiş travmaların tespiti cilt, damar ve kas yapısı ya da organlar üzerinde lezyonlara neden olmakta ve bu sayede travma kaynağı daha kolaylıkla tespit edilebilmektedir. Ancak yumuşak dokunun formunun bozulduğu, hatta tamamen kaybolarak tamamen iskeletleşmiş cesetlerde travmanın tespit edilebilmesi sadece kemikler üzerindeki lezyonların incelenmesiyle mümkün olmaktadır.

Travma analizi yapılırken, öncelikle kemik üzerindeki morfolojik değişiklikler dikkate alınarak mevcut lezyonların antemortem, perimortem ve postmortem olarak sınıflandırılması gerekmektedir. Bunu takiben yaraların özellikleri birlikte ele alınmalı ve bunların vücut üzerindeki etkisi değerlendirilmelidir. Birden fazla yara tipinin olduğu durumlarda, yaraların özellikleri, birbirleriyle olan ilişkileri ve lokalizasyonları önem kazanmaktadır. Bu çalışmada da birden fazla travma sonucu kemik üzerinde meydana gelen lezyonların incelenmesi ve travmanın şekline göre farklılıkların tespit edilerek travma orijinlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1. Olgu

Erişkin kadına ait kemikler Yozgat'ın Sarıkaya ilçesinde mevsimlik işçilerin çadırlarının yakınında kumlu toprak alanda, yüzeyden yaklaşık 50 cm derinlikte, kemiklerin bir kısmı yüzeye saçılmış halde bulunmuştur.




Yapılan incelemede; yüksekten düşme/atılma sonucu meydana geldiği değerlendirilen kafa tabanında (Fotoğraf 1), tibia malleolde (Fotoğraf 2), lomber vertebralarda ve kalkaneusta kırıklar tespit edilmiştir.






Kostalarda paravertebral, midklavikular ve orta aksiller hatta (Fotoğraf 3-4), vertebra korpuslarında (Fotoğraf 5) ve skapulada (Fotoğraf 6) kesici-delici aletle meydana geldiği değerlendirilen düzgün yüzeyli kesik ve çentik tarzında defektler saptanmıştır.




Klavikula, humerus, radius ve ulna, skapula (Fotoğraf 7), femur ve tibia (Fotoğraf 8) eklem yerleri ile boyun ve bel omurlarında eklem ayırma işlemi sonucu meydana geldiği değerlendirilen kesici-ezici aletle husulü mümkün defeketler tespit edilmiştir.

Bu çalışma Adli Tıp Kurumu'nun izniyle yapılmıştır.

2. Olgu

Erişkin erkeğe ait kemikler Elazığ'da, etrafı boş bir arazide yaklaşık 2 metrelik çukur içerisinde örtüye sarılı vaziyette gömülü olarak bulunmuştur.

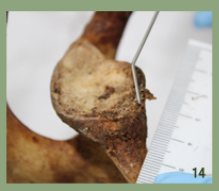





Yapılan incelemede; kostalarda parasternal, midklavikular ve paravertebral hatta (Fotoğraf 9-12) kesici-delici aletle meydana geldiği değerlendirilen çok sayıda düzgün yüzeyli kesik vasıfta defektler tespit edilmiştir.



Skapula, pelvis ve sakrumda (Fotoğraf 13) yüksekten düşme/atılma sonucu meydana geldiği değerlendirilen çok parçalı kırıklar saptanmıştır.




Boyun (Fotoğraf 14) ve bel omurları, skapula (Fotoğraf 15) ve üst ekstremite, femur ve tibia eklem yerlerinde eklem ayırma işlemi sonucu meydana geldiği değerlendirilen kesici-ezici ve kesici-delici aletle husulü mümkün defektler tespit edilmiştir.

Sonuç

Her iki olguda göğüs ve sırt bölgesindeki defektlerin kesici delici alet yaralanması sonucu meydana geldiği; boyun ve bel omurları, pektoral kemikler ile üst ve alt ekstremite kemiklerinin eklem bölgelerindeki kesik vasıfta ve çökme kırığı şeklindeki lezyonların ise ölüm sonrasında muhtemel eklem ayırma işlemi sırasında oluşturuldukları tespit edilmiştir. Kadın olguda kafa kaidesinde, vertebralarda, tibia ve fibula distal ucuyla kalkaneustaki kırıkların yüksekten düşme/atılmaya bağlı olduğu; erkek olguda ise skapula ile sakrum ve koksadaki çok parçalı kırıkların muhtemel cenin posizyonundaki cesedin yüksekten düşmesi/atılması sonucu meydana gelebileceği değer- lendirilmiştir. İncelemeler sırasında sadece kemik doku üzerindeki yara özellikleri değil aynı zamanda defektlerin lokalizasyonları ve komşu kemiklerle ilişkileri de birlikte değerlendirilerek travmaların oluş biçimleri tespit edilmiştir.

Özellikle farklı yöntemlerle meydana getirilmiş çoklu travmalar söz konusu olduğunda lezyonların oluş biçimi ya da kullanılan aletlerin tespiti olayın örgüsünün kurulması ve ölüm sebebinin belirlenmesi açısından önem kazanmaktadır.

Kaynaklar

1. Dempsey N, Blau S. Evaluating the evidentiary value of the analysis of skeletal trauma in forensic research: A review of research and practice. Forensic Sci Int 2020;307. https://doi.org/10.1016/J.FORSCIINT.2020.110140.
2. Love JC. Sharp force trauma analysis in bone and cartilage: A literature review. Forensic Sci Int 2019;299:119–27. https://doi.org/10.1016/J.FORSCIINT.2019.03.035.
3. Love JC, Wiersema JM. Skeletal Trauma: An Anthropological Review. Acad forensic Pathol 2016;6(3):469–77. https://doi.org/10.23907/2016.047.
4. Rowbotham SK, Blau S. Skeletal fractures resulting from fatal falls: A review of the literature. Forensic Sci Int 2016;266:582.e1-582.e15. https://doi.org/10.1016/J.FORSCIINT.2016.04.037.
5. Scianò F, Bramanti B, Manzon VS, Gualdi-Russo E. An investigative strategy for assessment of injuries in forensic anthropology. Leg Med (Tokyo) 2020;42. https://doi.org/10.1016/J.LEGALMED.2019.101632.
6. Sorg MH. Differentiating trauma from taphonomic alterations. Forensic Sci Int 2019;302. https://doi.org/10.1016/J.FORSCIINT.2019.109893.

BOYNA BAĞ TATBİKİ SONUCU MEYDANA GELEN BULGULARIN ÇÜRÜMÜŞ CESETTE DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammed Selman Çolak[1], Yunus YÜREKLİ[1], İsmail ÇOBAN[1], Songül KORKUT[1]
[1]Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2023 Aksu - Antalya

Amaç

Bu çalışmada, rutin vakalardan farklı olarak boyna bağ tatbikine bağlı meydana gelen mekanik asfiksi sonucu ölmüş ve çürümüş bir ceset üzerindeki otopsi bulguları, hikayesi ve olay yeri incelemelerinin paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu

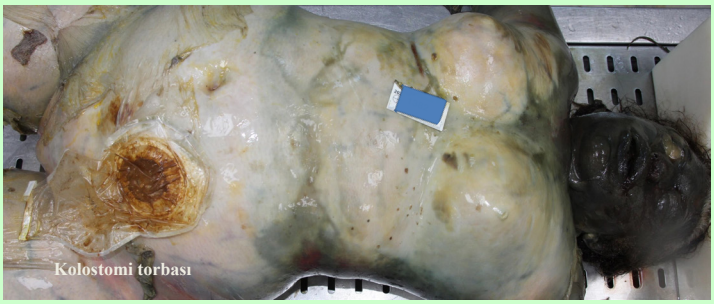
Evinde tek yaşadığı, olay yerinde şüpheli bir durumun görülmediği; ancak çürümüş olması ve ölüm sebebinin ilk anda belirlenememesi nedeniyle otopsiye gönderilen 78 yaş, kadın cesedinde ileri derecede çürüme bulguları, batın sol alt kadranda kolostomi torbası, batın ve anüste operasyonlara bağlı izler, boyun sağ yanda lineer seyirli 4 cm'lik koyu renk değişikliği görülmüştür. Coronavirüs pandemisi nedeniyle minimal invazif protokol ile yapılan otopsisinde; boyun sağ yanda cilt altı yumuşak dokuda, platysmada ve sağ sternoclaidomastoid kasın proksimalinde koyu renk değişikliği, hyoid kemik her iki boynuzunda ve tiroid kıkırdak solda etrafında koyu renk değişikliği olan kırıklar saptanmıştır. Batında cerrahiye bağlı değişiklikler izlenmiştir. Sol skapula üzeri cilt altı yumuşak dokuda ve kasta 2 cm'lik, sağ skapula üzeri kasta 3 cm'lik koyu renk değişikliği izlenmiştir. Buralardan alınan örneklerin histopatolojik incelemesinde otoliz zemininde natürü belirlenemeyen hücreler (eritrosit?, kanama?) saptanmış olup iç muayenede ve histopatolojik incelemelerde başkaca travmatik patoloji saptanmamıştır. Sol el tırnaklarında Y- STR DNA tespit edilmiştir. Entomolojik maserasyon sonrası yapılan mikroskopik incelemede; hyoid kemiğin her iki boynuzunda ve tiroid kıkırdağın üst boynuzlarında kırık bulguları saptanmıştır.

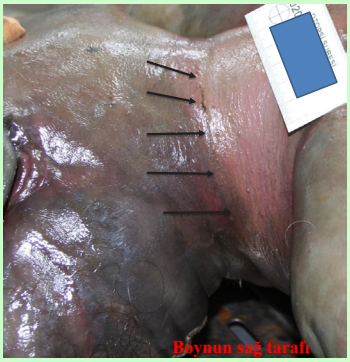
Yakınları tarafından 2 günden beri kendisinden haber alınamaması üzerine ikametine gidildiğinde ölü olarak bulunan ve kimlik tanığınca bulunduğu oda dışındaki odalarda dağınıklık olduğu belirtilen şahsın otopsisi ve adli soruşturma dosyasının Adli Tıp 1. İhtisas Kurulu tarafından değerlendirilmesi neticesinde kişinin boyna bağ tatbikine bağlı mekanik asfiksi sonucu öldüğü kanaatine varılmıştır.

Tartışma ve Sonuç

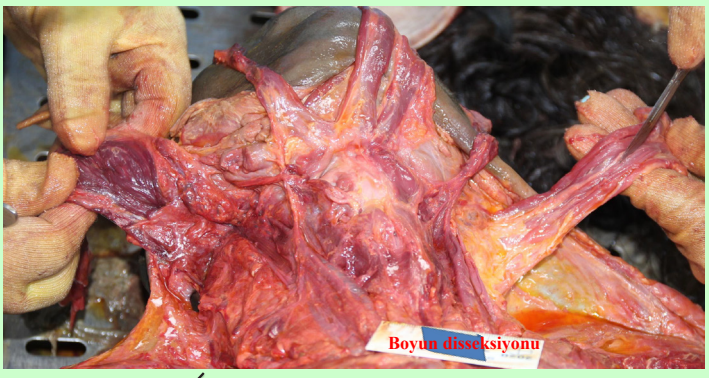
Çürümüş bir ceset üzerinde çalışmak, potansiyel delilleri toplamak güç olsa da özel bir dikkat gerektirmektedir. Ceset üzerindeki bulguları belirlemek, bunlara tanı koymak; çürüme ve otoliz sebebiyle zorlayıcı olsa da titiz bir yaklaşım önemlidir ve adaletin tesisi için gereklidir. Cesedin şişmesi nedeniyle daha da görünmez hale gelen vücut büklüm bölgelerinin bilhassa boyun katlantı yerlerinin dikkatle incelenmesi aynı zamanda iç muayenede de boyun kasları, yumuşak dokuları, hyoid kemik, tiroid kıkırdak gibi spesifik anatomik bölgelerin değerlendirilmesi ve ek bulguların aranması esnasında özel bir dikkat gerektiğini bu vaka ortaya koymaktadır (1). Bağla boğmaya bağlı ölümlerde; vücut eksenine dik ve boynu çepeçevre sarıcı, derinliği her yerde aynı olan telem, hyoid kemik ve tiroid kıkırdağın kanamalı kırıkları sıkça görülür (2, 3).

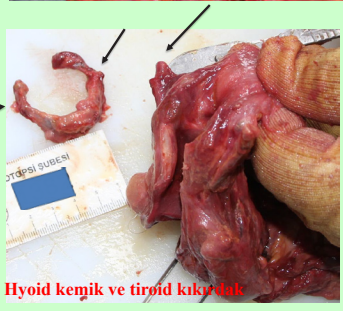
Sonuç olarak çürümüş ceset otopsisinde aksi ispat edilmedikçe zorlamalı ölüm akıldan çıkarılmamalı, hassas ve profesyonel bir yaklaşım gösterilmeli ve saptanan tüm bulgular titizlikle belgelenmelidir.


Kolostomi torbası


Boynun sağ tarafı


Boynun ön tarafı


Boyun diseksiyonu


Hyoid kemik ve tiroid kıkırdak

İstanbul Bakırköy'de tek başına yaşına yaşayan ve koronavirüs salgını nedeniyle sokağa çıkamayan 79 yaşındaki [redacted], market siparişini getiren bir kurye tarafından ayakkabı bağcığı ile boğularak öldürüldü. Olayı anlatan gazete küpürü

Kaynaklar:

1. Alper B, Azmak D, Çekin N, Gülmen MK, Koç S, Salaçin S. Adli Otopsi ve Adli Patoloji, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği-Adli Tıp Uzmanları Derneği, Ankara. Nisan 1999; 36-82.

2. Demirci S, Dogan KH, Erkol Z, et al. Suicidal cases by ligature strangulation: three case reports. 5th Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences. 3-7 June 2007. Ohrid, Republic of Macedonia. Book of Abstracts. p.109.

3. Knight B. Forensic Pathology. 2nd ed. London: Arnold; 1996.

İletişim: Uzm. Dr. Muhammed Selman Çolak: selmancolak@yahoo.com

ASI VAKALARINDA SİMON SİGN'S DEĞERLENDİRİLMESİ

Uğur REYHAN[1], Soner DAĞLI[1], Kemalettin ACAR[2], Ayşe KURTULUŞ DERELİ[2]
[1] Denizli Adli Tıp Grup Başkanlığı
[2]Pamukkale Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Denizli

AMAC

Ası intihar yöntemleri arasında sık kullanılan bir yöntemdir. Ası olgularında otopside spesifik ve nonspesifik bulgular görülebilmektedir. Ası olgularında lomber vertebraların ön kısmında hemorajiler Simon bulgusu olarak tanımlanmıştır. Simon bulgusu; asıya bağlı agonal evredeki konvulsiyonlar ve vücut ağırlığı sonucu alt torakal ve lomber bölgede intervertebral aralıkta traksiyona bağlı meydana gelmektedir.





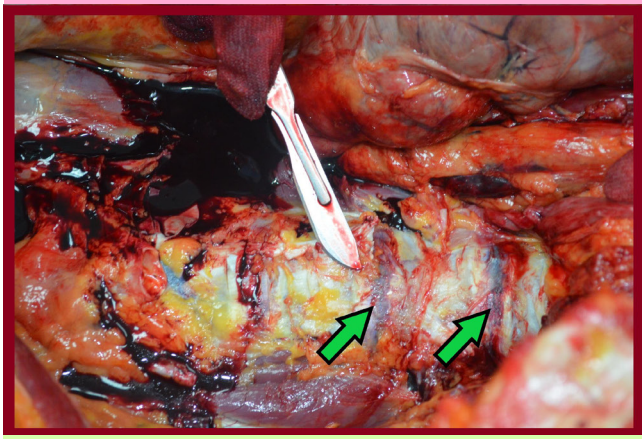
YÖNTEM

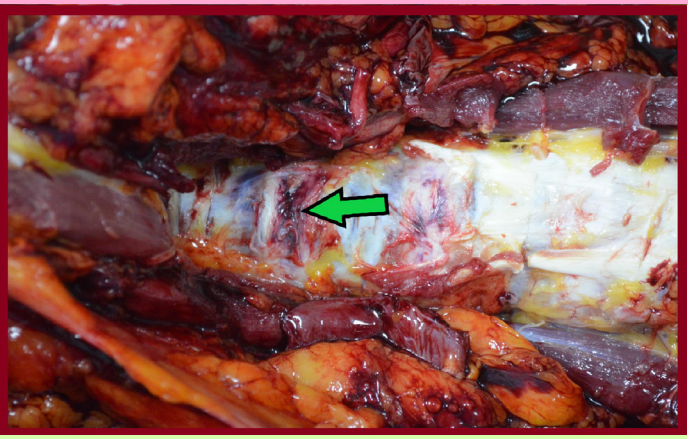
•Denizli ilinde 2022 yılındaki ası olgularından Simon bulgusu araştırılan 13'ünün sosyodemografik özellikleri ve otopsi bulguları retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR

•Denizli ilinde 2022 yılında ölü muayene ve otopsisi yapılan 494 vakanın 38'inin ası vakası olduğu, bu vakaların 13'ünde Simon bulgusunun araştırıldığı tespit edilmiştir. 13 vakanın 11'inin erkek, 2'sinin kadın olduğu, en küçük yaşın 18, en büyük yaşın 65 olduğu görülmüştür. Simon bulgusu ile yaş ve cinsiyet arasında korelasyon tespit edilmemiştir.

•6 vakada Simon bulgusu pozitif tespit edilmiştir. Simon bulgusu pozitif olan 6 vakanın tümünde boyun kaslarında kanama, 4'ünde tiroid kıkırdakta kırık, 4'ünde hiyoid kemikte kırık olduğu tespit edilmiştir. Simon bulgusu negatif olan 7 vakanın 6'sında boyun kaslarında kanama, 3'ünde tiroid kıkırdakta kırık, 4'ünde hiyoid kemikte kırık olduğu tespit edilmiştir.





SONUÇ

Ası iddiası ile gelen vakalarda canlı asıya bağlı asfiksi tanısı konulurken boyun bölgesi bulgularına ek olarak Simon bulgusunun da pozitif olması canlı ası tanısını güçlendirmektedir. Bu çalışmada Simon bulgusu tespit edilen ve tespit edilmeyen vakalar arasında boyun bölgesi bulguları arasında anlamlı fark tespit edilmedi; ancak Simon bulgusu ile ilgili daha kapsamlı çalışmaların yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Tawil M, Serinelli S, Gitto L. Simon's sign: Case report and review of the literature. Med Leg J. 2022 Mar;90(1):52-56. doi: 10.1177/00258172211006270. Epub 2021 Oct 4. PMID: 34605291.

2. Nikolić S, Zivković V, Juković F, Babić D, Stanojkovski G. Simon's bleedings: a possible mechanism of appearance and forensic importance--a prospective autopsy study. Int J Legal Med. 2009 Jul;123(4):293-7. doi: 10.1007/s00414-009-0318-y. Epub 2009 Jan 16. PMID: 19148663.

3. Knight Forensic Pathology Fourth Edition, Chapter 15, sayfa 391-392.

drugurreyhan@gmail.com

TIBBİ KAYITLARIN DÜZELTİLMESİ/SİLİNMESİ TALEPLERİNİN ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatime Gül 1, Laçin Lal Çakır1, A. Coşkun Yorulmaz1, Adem Sözüer2
1Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp ABD, 2 İstanbul Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku AD

GİRİŞ - AMAÇ

Hastalar tıbbi kayıtlarının sehven hatalı kaydedildiğini, yanlış olduğunu öne sürerek, kayıtların değiştirilmesi ya da silinmesini isteyebilmektedir. Bazı durumda bu talepler, insan hakları çerçevesinde ya da KVKK temelinde herhangi bir hata olmadan da gelebilmektedir. Taleplerin yerine getirilmesi ise medikolegal sorunlar da doğurduğundan adli tıp konsültasyonu gereksinimi doğmaktadır. Bu olgulara yasal mevzuat ve etik bildirgeler çerçevesinde, bir üniversite hastanesi adli tıp anabilim dalı yaklaşımı farkındalık oluşturulma amacıyla sunuldu.

OLGULAR

1-"Kanada'ya taşınıyorum ülkeme küstüm. Kabul de aldım ülkemdeki tüm kayıtlarımın ve tıbbi kayıtlarımın silinmesini istiyorum."	**6**-"Bana yanlışlıkla konulan lenfoma tanısının silinmesini istiyorum."
2-"Ben bekarım, hamileliğimi gösteren β-HCG ve kürtaj kayıtlarının silinmesini istiyorum."	**7**-"Çocuğuma konulan mental retarde tanısının silinmesini istiyorum, başka merkezde bu tanı konulmadı."
3-**"**Kronik alkol kullanımı" ifadesinin epikrizden çıkarılmasını istiyorum, çünkü sigortamı etkiler."	**8**-**"**Yaralanmamın kayak yaparken olduğu şeklindeki anamnez bilgisinin kaldırılmasını istiyorum, bu doğru değil."
4-"HIV pozitif kaydımın silinmesini istiyorum."	**9**-**"**Yaralanmamın iş yerinde olduğu şeklindeki bilginin silinmesini istiyorum, ben evimde yaralandım."
5-"HIV pozitif kaydımın sigortama bildirilmemesini istiyorum."	**10**-**"**Psikiyatrik tanılarımın sistemden silinmesini istiyorum, ben iyileştim silah ruhsatı alamıyorum güvenlik görevlisiyim." şeklinde tıbbi kayıtların silinmesine yönelik talepler iletilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

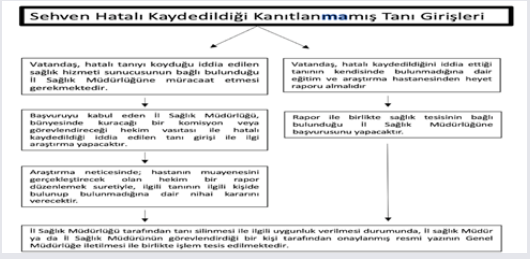
6698 Kanun Numaralı Kişisel Verileri Koruma Kanunu Madde 11'de, herkesin, veri sorumlusuna başvurarak kendisiyle ilgili; kişisel veri işlenip işlenmediğini öğrenme, kişisel verileri işlenmişse buna ilişkin bilgi talep etme, kişisel verilerin işlenme amacını ve bunların amacına uygun kullanılıp kullanılmadığını öğrenme, kişisel verilerin eksik veya yanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme, 7 inci maddede öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme hakkı olduğu belirtilmiştir.
Hastaların tıbbi kayıtlarının düzeltilmesi hakkı, Hasta Hakları Yönetmeliğine Madde 17'de tanımlanmıştır. İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'ne iletilen aşağıdaki yazı ile yeni yaklaşım açıklanmıştır.


T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-99841046-449-224097867 09.09.2023
Konu : Sağlık Kayıtlarının Düzeltilmesi/Silinmesi İşlemleri

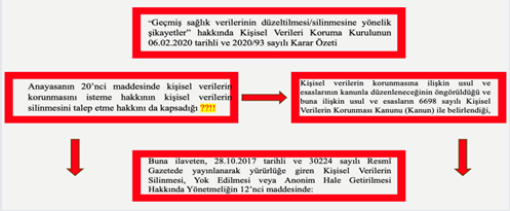
İlgili düzenlemelere göre Koç Üniversitesi Hastanesi için oluşturulan tıbbi kayıt silme algoritması aşağıda sunuldu.





"Geçmişte konulmuş psikiyatrik hastalık tanım iş başvurularımda sorun teşkil ettiği için silinmesini talep ediyorum"

Türkiye-Kişisel Verileri Koruma Kurulu web sayfasında 11.02.2021 tarihinde 12 adet karar özeti yayımlamıştır; «Kişilerin sağlık geçmişlerinde yer alan psikiyatrik tanıların silinmesi halinde kamu güvenliği ve kamu düzeni bakımından çok ciddi tehditlerin gündeme gelebileceği, kişilerin kendilerine konulan psikiyatrik tanılar nedeniyle alamadıkları sürücü ehliyeti ve silah ruhsatı gibi belgeleri almaya hak kazanabilecekleri, gerçekte var olmasına ya da var olmadığı ispat edilmemiş olmasına rağmen silinen rahatsızlıkların etkileri ile istenmeyen olayların yaşanabileceğinin değerlendirildiği» şeklindedir.



Başka Yol?
Kişi E-nabız uygulamasında; hastane ziyaretlerine ait tüm verilerin profilinde görülmesini engelleyebilir. Ancak gizlenen veriler ilgili sağlık tesisinin veya Bakanlığın sunucularından silinmez.





«Konulan tanım sigorta poliçemin kapsamında değil sigorta şirketine bildiriminin yapılmasını istemiyorum» TALEBİ...

TTK M1435/1'de Sigorta ettiren sözleşmenin yapılması sırasında bildiği veya bilmesi gereken tüm önemli hususları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür" ifadesine yer verilmiştir. Sigorta şirketi ile tıbbi bilgilerin paylaşılması, sigorta şirketi ile yapılan sözleşmelere bağlıdır. Ancak kişinin açık rızası olmadığında sigortaya bildirim yapılamaz.

KAYNAKÇA
1 https://www.kvkk.gov.tr/Icerik/6875/2020-93
2 https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/90589/0/e-nabiz-tani-silme-metodolojisipdf.pdf
3 https://www.medicalindependent.ie/comment/medico-legal/amending-or-erasing-records-when-you-should-exercise-caution/

İdrarını yaparken elektrik çarpması sonucu ölen çocuk olgu; Nadir bir penis yaralanması örneği

Ahmet Sedat DÜNDAR[1], İsmail ALTIN[2]
[1]Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı
[2]Adli Tıp Kurumu Şanlıurfa Adli Tıp Şube Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Elektrikli cihazlar modern yaşamın vazgeçilmez unsurlarından olup, riskleri hafife alınabilmektedir. Ürünlerin kapsamlı test ve sertifikasyonlarına rağmen uygunsuz kullanım yaralanmalara neden olabilmektedir. Elektrik çarpmasına bağlı yaralanmalar yetişkinlerde genellikle iş kazalarından, çocuklarda ise genellikle ev kazalarından kaynaklanmaktadır (1-5). Elektrik çarpmasının kaynakları genellikle yırtılmış veya kopmuş elektrik kabloları, fişler, elektrik anahtarları, elektrikli ısıtıcılar, su ısıtıcıları, evdeki ya da işyerindeki makine ve cihazlardır (4).

Çocuklarda penis yaralanmaları trafik kazaları, iatrojenik travma, hayvan ısırması, fermuar yaralanmaları gibi birçok nedene bağlı olabileceği gibi çok çok nadiren elektrik çarpması sonucu da görülebilmektedir (5). Bununla birlikte; elektrik çarpması giriş yaraları genellikle el ve ayaklarda görülse de baş, boyun veya ayak tabanları gibi başka bölgelerde de görülebilmektedir (5,6). Özellikle çocuklarda üretra, ağız ve gözler gibi atipik bölgelerde elektrik çarpması giriş yaraları görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur (4,7,8). Literatür taramasında, elektrik çarpması giriş yarasının peniste olduğu çok çok az vaka görüldü. Bu nedenle penisten elektrik çarpması sonucu bir çocuğun ölmesi burada sunulan nadir bir durumdur.

Olgu

Ceylanpınar'ın Suriye sınırındaki bir tarım arazisinin yanına kurulan yaklaşık 10m^2 genişliğinde ve 1.5 yüksekliğindeki çadırda; anne, baba ve 3 çocuktan oluşan Suriyeli bir aile, tarım işçisi olarak geçici olarak yaşamaktaydı. Çadırın yakınındaki elektrik direğinden arazi sulamasında kullanılmak üzere elektrik tesisatı kurulmuştu. Daha sonra çadırda kullanılmak üzere bu tesisat üzerinden kaçak bağlantılar kurulduğu belirlendi (Resim 1.). Babanın 17.07.2022 tarihinde hasta olduğu için çocuklarla birlikte kaldığı ve annenin çalışmaya gittiği öğrenildi. Olay günü baba çocuklarına çadırın dışında yemek yedirirken 23 aylık erkek olgunun çadıra doğru yöneldiği ve klima kablosunun takılı olduğu 4m. uzunluğunda kablosu olan üçlü prize doğru işediği, babanın sese doğru bakınca çocuğun kısa süre çırpındığı sonrasında yerde hareketsiz kaldığı ve ağzından kan çıkışı olduğu öğrenildi. Hastaneye götürüldüğünde öldüğü belirlenen olgu medikolegal otopsi yapılmak üzere merkezimize gönderildi. Yapılan otopside, sağ el 2. parmak metakarpofalangeal eklem ve proksimal falanks palmar yüzde yer yer gri-kahverengi renkli etrafı hafif hiperemik yanığın eşlik ettiği elektrik giriş yarası olduğu belirlenmiştir. Penis ucunda periüretral bölgede yer yer beyaz-kahverengi-siyah renkli etrafı hiperemik 2. ve 3. derece yanığın eşlik ettiği elektrik giriş yarası olduğu belirlenmiştir (Resim 2). Tariflenen yaralardan alınan örneklemelere yapılan histopatolojik inceleme sonucu elektrik çarpması ve ısı etkisi ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir.



Resim 1. Olay Yeri İnceleme Bulguları



Resim 2. Elektrik Çarpması Sonucu Oluşan Yaralar

Tartışma ve Sonuç

Elektrik çarpmasına bağlı yaralanmalar, gelişmekte olan ülkelerde halk arasında güvenlik konularına ilişkin bilinç eksikliği nedeniyle ortaya çıkan önemli bir halk sağlığı sorunudur (6). Ülkemizde elektrik çarpmasına bağlı yaralanmaların yaklaşık %20'si çocuklarda görülmektedir (7). Ancak Türkiye'de çocuk nüfusunun en fazla olduğu Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada bu oran %47.2 olarak bildirilmiştir (8). Elektrik çarpmasına bağlı çocuk ölümlerinde olay yeri çoğunlukla ev olup, tarımsal faaliyetlere bağlı kırsal alanlara geçici göçler olması, çalışma alanlarındaki güvenlik önlemlerinin yetersiz olması ve çocuk ihmali nedeniyle nadiren çadır olduğu da bildirilmiştir (8).

Çocuklar, arızalı elektrikli cihazlarla oynarken veya yanlış kullandıklarında yaralanabilmektedir. Çoğunlukla ölümler hatalı kablolama ve hatalı bağlantıdan veya kullanıcının ağır ihmalinden kaynaklanır (8). Olay yerinin incelenmesi, bu tür yaralanmaların araştırılmasına önemli katkı sağlamaktadır (6). Bu olayda ise olay yeri incelemesinde ve bilirkişi raporlarında; uygun olmayan yöntemlerle hazırlanan elektrik tesisatından kaynaklanan ağır ihmal sonucu elektrik çarpmasının gerçekleştiğini destekleyen bulgular belirlenmiştir.

Elektrik çarpması yaraları genellikle eller, parmaklar, avuç içi, bacaklar, ayak tabanları, gövde vb. üzerinde görülür. Nadiren baş, boyun, yüz, ağız, dudaklar, kulaklar, dış genital organlar vb.'de elektrik yaraları görülebilir (4-8). Bununla birlikte; sıvı iletkenliği ile elektrik çarpması gibi deride akımın izlerinin tespit edilemediği elektrik çarpmasında ölüm nedeninin belirlenmesi güçtür ve bu da negatif otopsi nedenlerinden biri olarak değerlendirilebilmektedir (9). Literatürde sıvı iletkenliğine bağlı elektrik akımının vücutta geniş temas alanı bulması sonucunda elektrik giriş yarası beklenmezken, olgumuzda sıvı temas yüzeyinin sınırlı olması nedeniyle otopside sağ el parmağında ve penis ucunda elektrik giriş yaraları görülmüştür. Muhtemelen çocuğun işemek için penisini tuttuğu ve elektrik akımının idrardan akarak vücuda geçtiği düşünüldü.

Sonuç olarak; çadırda ihmal sonucu nadir görülebilecek penisteki elektrik giriş yarasını sunduğumuz bu vaka takdiminde; çocuk ihmali konusunda hane halkının özellikle de çocuğa bakmakla sorumlu kişilerin farkındalık düzeyini arttırıcı eğitimlerin verilmesi gerektiğini ve güvenlik testlerinden geçmemiş, uygun olmayan yöntemlerle hazırlanan elektrik tesisatlarının kullanımının özellikle kırsal alanlarda çadır gibi geçici yaşam alanlarında kontrollerin arttırılması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR
1. Mashreky SR, Rahman A, Khan TF, Svanström L, Rahman F. Epidemiology of childhood electrocution in Bangladesh: findings of national injury survey. Burns. 2010;36(7):1092-1095.
2. Hardon SF, Haasnoot PJ, & Meij-de Vries A. Burn wounds after electrical injury in a bathtub: a case report. Journal of medical case reports. 2019;13(1):1-3.
3. Nakagawa Y, Uchida T, & Morizane S. iPhone charger-induced chemical burn from overnight contact with sweat: Two cases. The Journal of Dermatology. 2020;47(10):1187-1190.
4. Gupta BD, Singh OG, Mehta RA. Death comes through eye: a rare case of electrocution. The American journal of forensic medicine and pathology. 2009;30(3):301-302.
5. Djordjevic ML, Bumbasirevic MZ, Kristic Z, Bizic MR, Stojanovic BZ, Muetinovic R, et al. Severe penile injuries in children and adolescents. Reconstruction modalities and outcomes. J. Urol 2014;83:465-70.
6. Dündar AS & Sarın AB. Infant Electrocution Due to Smartphone Charger Cable-A Hidden Public Health Risk. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2023;44(2):140-143.
7. Özdel S, Çakıcı EK, Saylı TR. Pediatric electrocal injury in Turkey' Five year retrospective hospital-based study. Pediatrics International. 2019;61:1155-8. DOI: 10.1111/ped.14008
8. Dündar AS, Altın İ, Aksöz C, Sarın AB, Özdemir B. Deaths associated with electric shock injuries in children and adults: A 10-year retrospective examination in Şanlıurfa, Southeast Turkey (2012–2022). *Journal of forensic sciences*. 2023;68(6):1-8.
9. Dündar AS, Oruç M, Celbiş O, Sandıkçı ET, Akatlı AN, et al. An experimental rat model of electric shock injury with isolated electric shock and water conduction: the histopathological changes on the skin and internal organs and the effect on biochemical parameters. *International Journal of Legal Medicine*. 2023;*137*(1):215-226.

Bolu İlinde Yaşlı İntiharları

Erdem HÖSÜKLER[1], Zehra Zerrin ERKOL[1], Taşkın ÖZDEŞ[2], Tolga TURAN[3], Buğra Kaan YAZGI[4]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bolu
[2]Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Kırklareli
[3]İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı,
[4]Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Bolu

18. Uluslararası Katılımlı Adli Tıp Günleri 19-22 Ekim 2023 Aksu - Antalya

Giriş: Yaşlılar sağlıklarının, sosyal rollerinin, arkadaş ve akrabalarının veya yaşam amaçlarının kaybının tetiklediği psikolojik krizler yaşayabilir. Bu durum özellikle sosyal destek ve ailesinden yoksun olanlarda, yalnız yaşayanlarda intihara yol açabilir (1). İntihar girişimi yaşlılarda daha az görülse de gençlere göre daha ölümcül sonuçlanmaktadır (2). Yaşlıların toplam sayısı ve nüfustaki oranı her geçen gün artmakta, üstelik yaşlı popülasyonda intihar oranı da yükselmektedir (3). Bu çalışmada yaşlılarda intihar vakalarının özelliklerinin analiz edilmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve önleyici tedbirlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada; Bolu Cumhuriyet Başsavcılığı'nca 01.01.2003 ile 31.12.2019 tarihleri arasında soruşturması yürütülen adli ölüm olguları retrospektif olarak incelenmiş, 65 yaş ve üstündeki intihar orijinli ölümler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma tasarlanırken Helsinki Deklarasyonu hükümlerine uyulmuş ve Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.05.2020 tarihinde 177 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşam tarzı, çalışma durumu, intihar yöntemi, olay yeri, intihar notunun varlığı/yokluğu, intihar girişimi öyküsü, psikiyatrik belirtilerin veya tanıların varlığı ve intihar nedeni parametreleri incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile sunulmuştur.

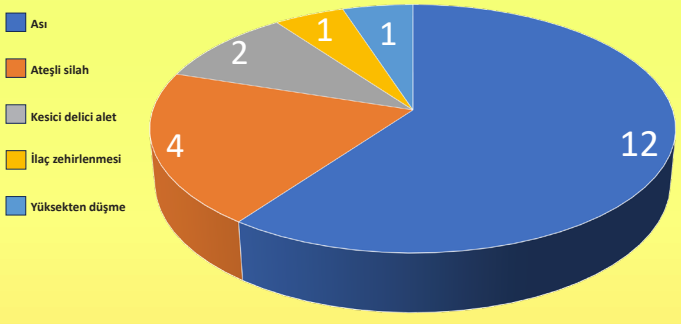
Bulgular: Toplam 20 olgunun %70'i (n=14) erkek, %30'u (n=6) kadındı. Ortalama yaş 77,1±9 (min: 65, maks:93) olarak tespit edilmiştir. Olguların %35'i (n=7) 65-69 yaş grubu içerisindeyken %65'i (n=13) 75 yaş ve üzerindeydi. Dokuz olgu (%45) evliyken, beş olgu (%25) yalnız yaşıyordu. Olguların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

En sık intihar metodu asıydı (n=12, %60) **(Şekil 1)**. Olguların büyük çoğunluğu eylemi evde gerçekleştirmişti (n=11, %55) **(Şekil 2).** Hiçbir olguda intihar girişimi geçmişi yoktu. Üç (%15) olguda bipolar bozukluk, üç (%15) olguda şizofreni, iki olguda (%10) depresyon tanısı mevcuttu. Psikiyatrik tanısı bulunmayan beş (%25) olgunun yakınları depresif semptomlar tanımlamıştı.

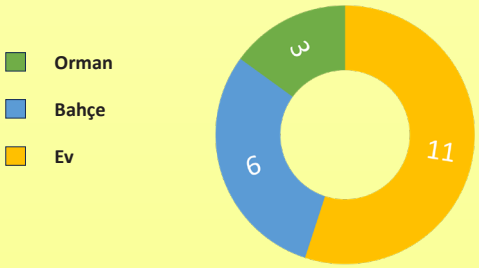
Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellik	n	%
Yaş grubu		
65–69 yaş	7	35
75–79 yaş	6	30
80–84 yaş	3	15
85–89 yaş	2	10
≥ 90 yaş	2	10
Medeni durum		
Eşi vefat etmiş	11	55
Evli	9	45
Yaşama durumu		
Çocuğu ve/veya torunuyla yaşayanlar	6	30
Yalnız yaşayanlar	5	25
Eşiyle yaşayanlar	5	25
Eşi ve çocuğuyla yaşayanlar	4	20
İş durumu		
Çalışmayanlar	18	90
Çalışanlar	2	10
Total	**20**	**100**

Şekil 1. Olguların Kullandığı İntihar Yöntemine Göre Dağılımı



Şekil 2. Olguların Olay Yerine Göre Dağılımı



Tartışma: Dünya genelinde yaşlılarda yaş ortalaması ile birlikte intihar oranı da artmaktadır (4). Karbeyaz ve ark. Eskişehir ilinde gerçekleştirdiği çalışmalarında toplam 74 yaşlı intiharı olgusunun %63,5'inin 75 yaş ve üzerinde olduğunu bildirmiştir (5). Bu çalışmada olguların yaş ortalaması 77.1 ± 9 ve %65'i 75 yaş ve üzerindeydi.

Çin'de 2008-2009 yılları arasında gerçekleşen 60 yaş ve üzerindeki intihar olgularının incelendiği bir çalışmada toplam 104 olgunun %59,6'sının erkek olduğu bildirilmiştir (6). Malezya'da 2009 yılındaki 65 yaş ve üzeri intiharların incelendiği çalışmada erkek olguların oranı %70 olarak bulunmuştur (7). Torresani ve arkadaşları İtalya'da erkeklerin intihar oranının 29,7/100.000, kadınların intihar oranının ise 9,1/100.000 olduğunu belirtmiştir (8). Ülkemizde yaşlı intiharlarının %74,3-74,5'ünün erkek olduğu öne sürülmüştür(5,9). Benzer şekilde, bu çalışmada da olguların %70'inin erkek olduğu belirlenmiştir.

Yalnız yaşamanın yaşlı intiharı için bir risk faktörü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (10-12). Buna karşın, çalışmamızdaki olguların yalnızca beşi (%25) yalnız yaşamaktaydı. Bu durum; Türk toplumunda aile bağlarının güçlü olması, yaşlılar ile birlikte oturma geleneğinin belirli kesimlerde halen korumasıyla açıklanabilir.

Hong Kong'daki bir çalışmada; 70 yaşlı intiharı olgusunun %20'sinin bir işte çalıştığı, %54,3'ünün evli olduğu belirtilmiştir (13). Wiktorson ve arkadaşlarının çalışmasında intihar girişiminde bulunan yaşlıların %36,9'unun evli olduğu saptanmıştır (14). Karbeyaz ve arkadaşlarının çalışmasındaki yaşlı intiharı olgularının %6,8'inin çalıştığı, %8,1'inin evli olduğu belirlenmiştir (5). Bu çalışmada olguların %45'i (n=9) evliydi ve yalnızca ikisi (%10) çalışıyordu.

Yaşlıların çoğunluğu evlerinde daha sık vakit geçirmekte ve çoğu yaşlı intiharı evde meydana gelmektedir (5,7). Çalışmamızdaki olguların yarısından çoğu (n=11, %55) yaşamlarını evlerinde sonlandırmıştır.

İtalya'da yürütülen 37 yıllık bir çalışmada yaşlı intiharlarının %32,5'inin ası yöntemiyle gerçekleştirildiği bulunmuştur (15). Malezya ve ülkemizde de yaşlı intiharlarında en sık kullanılan metodun ası olduğu saptanmıştır (7,11). Çalışmamızda da en sık kullanılan intihar yönteminin ası olduğu tespit edilmiştir (n=12, %60).

Yalnız yaşamak, kırsal alanda yaşamak, huzurevinde kalmak, düşük eğitim seviyesi, yoksulluk, son bir ay içerisinde doktor ziyareti, fiziksel hastalık, majör veya minör depresif tablolar, olumsuz olaylarla karşılaşmak, aile içi çatışma gibi özelliklerin, yaşlı intiharlarıyla yakından ilişkili faktörler olduğu belirtilmektedir (6,8,10,16). Anksiyete bozuklukları, depresyon, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik tanılar da yaşlı intiharları için yatkınlık oluşturmaktadır (17). Chiu ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşlı intiharı olgularının %86'sında intihar girişiminden önce en az bir psikiyatrik şikayet tanımlanmıştır (13). Ülkemizde ise; yalnız yaşamak, alkol kullanımı, 11 yıldan uzun bir hastalık öyküsü, uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu tanıları, psikiyatri kliniğine yatış öyküsü, bir yakınını kaybetme intihar ile ilişkili faktörler olarak tanımlanmıştır (5,18,19). Bu çalışmada olguların sekizinde (%40) bir psikiyatrik hastalık tanısı, beşinde (%25) ise psikiyatrik şikayetler tespit edilmiştir. Psikiyatrik şikayet ve semptomlar yaşlı intiharının en önemli prediktörü gibi görünmektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Bolu il nüfusunun düşüklüğüne bağlı olarak olgu sayısının düşük olması ve çalışmanın retrospektif şekilde yapılması çalışmanın önemli kısıtlılıklarıdır.

Sonuç: Bu çalışmada intihar eden yaşlı bireylerin genellikle erkek, 75 yaşın üzerinde, yalnız yaşayan bireyler olduğu, çoğunlukla ası metodunu seçtikleri görülmüştür. İntihar eylemi ile en yakın ilişkili faktörün psikolojik durum olduğu belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun artışıyla paralelliği öngörülen yaşlı intiharlarındaki artışın durdurulması için birtakım önlemler alınmalıdır:

- Yalnızca hafif depresif semptomlar gösterse dahi psikiyatristler dışındaki klinisyenler yaşlı hastaların intihar eğilimlerini değerlendirmeli ve gerekli destek sağlanmalıdır.
- Klinisyenler tarafından, kronik hastalığa sahip hastaların psikolojik stres içerisinde olabileceği, bu stresin kişiyi, psikiyatrik rahatsızlıklara ve intihara sürükleyebileceği unutulmamalı ve riskli hastalar psikiyatri kliniklerine yönlendirilmelidir.
- Evde bakım hizmetleri sunulması, sosyal tesisler kurulması, geziler ve çeşitli kurslar düzenlenmesi gibi özellikle yalnız yaşayan yaşlı bireylere sosyal destek sağlayacak uygulamalar hayata geçirilmelidir.
- Yaşlı bireylerin psikiyatrik bozukluklarının genç erişkinlerden farklı olduğu dikkate alınarak, ilk aşamada «geriatrik psikiyatri» yan dalı açılmasının faydalı olacağı, bu süreçte geriatrik psikiyatri polikliniklerine yer verilmesinin önem taşıdığı düşünülmektedir. İleri aşamada "Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları"nın ayrı bir ihtisas alanı olması gibi "İleri Yaş Ruh Sağlığı ve Hastalıkları" nın da ayrı bir ihtisas alanı haline getirilmesi yarar sağlayabilecektir.
- Yaşlı bireylerle birlikte yaşayan aile üyelerine ve tüm kamuoyuna yönelik, yaşlı intiharlarını önlemek için gerek medya gerek diğer kanallarla eğitim ve farkındalık çalışmaları düzenlenmelidir.

İletişim Bilgileri
Buğra Kaan YAZGI
email: bugrakaanyazgi@gmail.com
Adres: Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü Merkez/Bolu

KAYNAKÇA

1. Li X, Xiao Z, Xiao S. Suicide among the elderly in mainland China. Psychogeriatrics 2009;9:62-6.
2. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. Psychiatr Clin North Am. 2008;31(2):333-56.
3. Joo Y. Spatiotemporal study of elderly suicide in Korea by age cohort. Public Health. 2017;142:144-51.
4. Shah A, Bhat R, Zarate-Escudero S, DeLeo D, Erlangsen A. Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. Aging Ment Health. 2016;20(2):131-8.
5. Karbeyaz K, Celikel A, Emiral E, Emiral GO. Elderly suicide in Eskisehir, Turkey. J Forensic Leg Med. 2017;52:12-5.
6. Liu B, Qin P, Jia C. Behavior Characteristics and Risk Factors for Suicide Among the Elderly in Rural China. J Nerv Ment Dis. 2018;206(3):195-201.
7. Rahimi R, Ali N, Md Noor S, Mahmood MS, Zainun KA. Suicide in the elderly in Malaysia. Malays J Pathol. 2015;37(3):259-63.
8. Torresani S, Toffol E, Scocco P, Fanolla A. Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death : a psychological autopsy study. Psychogeriatrics. 2014;14:101-9.
9. Ozer E, Gumus B, Balandiz H, Seçkin G. Evaluation of geriatric suicides in Turkey. J Forensic Leg Med. 2016;44:158-61.
10. Zhong B, Chiu HFK, Conwell Y. Rates and characteristics of elderly suicide in China, 2013 – 14. J Affect Disord. 2016;206:273-9.
11. Altınoz AE, Yenilmez C, Oner SK, Yıldız P. Completed suicide rates of older adults in 5-year age bands in Turkey between 2002 and 2013: A retrospective study. Geriatr Gerontol Int. 2019;19(1):66-9.
12. Kuwabara H, Shioiri T, NishimuraA, AbeR, Nushida H, Ueno Y, Akazawa K, Someya T.Differences incharacteristics between suicide victims who left notes or not. J Affect Disord. 2006;94(1-3):145-9.
13. Chiu HF, Yip PS, Chi I, Chan S, Tsoh J, Kwan CW, Li SF, Conwell Y, Caine E. Elderly suicide in Hong Kong – a case-controlled psychological autopsy study. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(4):299-305.
14. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Östling S, Waern M. Attempted Suicide in the Elderly : Characteristics of Suicide Attempters 70 Years and Older and a General Population Comparison Group. Am J Geriatr Psychiatry. 2010;18:57-67.
15. Crestani C, Masotti V, Corradi N, Schirripa ML, Cecchi R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. Acta Biomed. 2019;90(1):68-76.
16. Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of Suicide in the Old Elderly. Gerontology. 2003;49: 328-34.
17. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai J, Kopp A, Redelmeier D. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. Arch Intern Med. 2004;164(11):1179-84.
18. Avci D, Selcuk KT, Dogan S. Suicide Risk in the Hospitalized Elderly in Turkey and Affecting Factors. Arch Psychiatr Nurs. 2017;31(1):55-61.
19. Zengin Y, Gunduz E, Icer M, Dursun R, Durgun MH, Gurbuz H, Demir S, Kuyumcu M. Socio-demographic and clinical factors related to mortality among the geriatric suicide attempters admitted to the emergency department. Dicle Med J. 2015;42(3); 279-83.

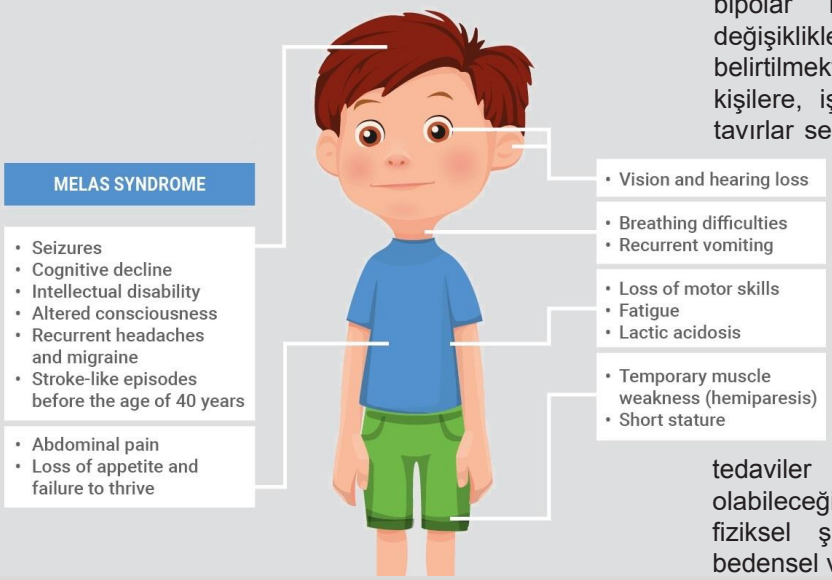
MELAS Sendromu Olgusunun Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi

Ferhan KANDEMİR[1], Zehra Zerrin ERKOL[2], Aziz YILMAZ[2], Buğra Kaan YAZGI[3], Erdem HÖSÜKLER[2]

[1]Adli Tıp Kurumu, Kütahya Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Kütahya
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bolu
[3]Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Bolu

Giriş: MELAS Sendromu; mitokodriyal myopati, ensefalopati, laktik asidoz, epilepsi ve stroke benzeri ataklar, psikiyatrik bozukluklar karakterize mitokondrial bir bozukluktur(1). Çalışmada; MELAS Sendromu olgularının, adli tıp yönünden literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmaktadır.

Olgu: Bıçakla üvey annesini yaralama suçu işlediği bildirilen 16 yaşındaki orta derecede mental retarde erkek olgunun MELAS Sendromu nedeniyle takip edildiği, %82 oranında engelli raporu bulunduğu öğrenilmiştir. Üvey anne beyanında; olay günü makinede çamaşırları yıkadığını, sonra kahvaltı ettiklerini, kahvaltıdan sonra eşinin ilk eşinden olan üvey oğlundan çamaşır sepetini getirmesini istediğini, sepetin içindeki çamaşırları asmayı planladığını, ancak üvey oğlunun sinirlenip kendisine küfür ettiğini, sofradaki bıçağı alıp kendisinin üzerine yürüdüğünü, bıçağı ondan almaya çalıştığı sırada aralarında kavga yaşandığını, olay sırasında elinden ve ayağından bıçakla yaralandığını söylemiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda orta derecede mental retarde olan olgunun yaralama suçunun hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayacağı, bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunmadığı yönünde rapor düzenlenmiştir.



Babası; ikinci eşi ile evlenene kadar oğlunun ciddi bir sağlık sorunun olmadığını, dört yıl önce ikinci eşi ile evlendikten sonra oğlundaki şikayetlerin başladığını beyan etmiş; üvey anne hakkında Savcılık tarafından "ruh ve beden bakımından kendisini savunamayacak durumda olan mağdur çocuğa karşı 'Hakaret, Basit Yaralama ve Basit Tehdit' suçlarını işlediği" iddiası ile dava açılmıştır. Davanın seyri sırasında olgu, 19 yaşında iken aspirasyon pnömonisi nedeniyle Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırılmış, yapılan tedaviye yanıt alınamayarak 39 gün sonra vefat etmiştir. Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlenen raporda "kişinin ölümünün MELAS Sendromu nedeniyle solunum yollarına gıda kaçmasına bağlı gelişen akciğer enfeksiyonu sonucu meydana gelmiş olduğu, kişinin ölümü nedeniyle bakımından sorumlu kişiye kusur atfedilemeyeceği" belirtilmiştir.

Tartışma; MELAS sendromunun en sık görülen nörolojik semptomu inme benzeri ataklardır. Her zaman klinik semptom vermeyen bu atakların nedeni olduğu kortikal hasarın; erken bunamaya, zeka geriliğine, dil, algı, dikkat, hafıza ve bilinç bozukluklarına neden olabileceği bilinmektedir. Ayrıca sendroma depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete, psikoz ve kişilik değişiklikleri gibi psikiyatrik tabloların eşlik edebildiği belirtilmektedir. Bu hastaların; kendisine bakımveren kişilere, iş arkadaşlarına ve diğerlerine karşı agresif tavırlar sergilediği görülebilmektedir. Hastalığın kardinal bulgularından biri myopatidir. Hastaların %42-89'unda kaslarda zayıflık geliştiği gösterilmiştir (1,2,3).

Sonuç: MELAS sendromlu olgular eşlik eden psikiyatrik ve nörolojik tablo nedeniyle ceza sorumluluğu açısından titizlikle değerlendirilmelidir.
Sendroma myopati ve periferik nöropati gibi tabloların eşlik etmesi durumunda, destek tedaviler hızlıca başlansa dahi prognozun kötü olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Bu tablolar; kişinin fiziksel şiddete maruz kalması halinde, kendisini bedensel ve ruhsal yönden savunabilmesine engel teşkil edebilmektedir.

MELAS sendromu; gerek hastanın ceza sorumluluğu, gerekse bakımverenin ihmali suçlamalarıyla medikolegal açıdan dikkat gerektiren bir tablodur. Sunulan olgu; adli tıp uzmanlarının MELAS sendromu ile ilgili farkındalığının önemini göstermektedir.

KAYNAKÇA

1. El-Hattab, Ayman W., et al. "MELAS syndrome: Clinical manifestations, pathogenesis, and treatment options." *Molecular genetics and metabolism* 116.1-2 (2015): 4-12.
2. Vandana, V. P., et al. "Audiological manifestations in mitochondrial encephalomyopathy lactic acidosis and stroke like episodes (MELAS) syndrome." *Clinical Neurology and Neurosurgery* 148 (2016): 17-21.
3. Leong, Douglas Yeung, Rei Yen Chee, and Yit Shiang Lui. "Psychiatric care for a person with MELAS syndrome: A case report." *Clinical Case Reports* 9.5 (2021): e04146.

İletişim Bilgileri
Buğra Kaan YAZGI
email: bugrakaanyazgi@gmail.com
Adres: Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü Merkez/Bolu

ŞİDDET MARUZİYETİ SONRASI KALP KRİZİ OLGULARINDA İLLİYET BAĞI SORUNU: YARGITAY KARARLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME

Zeynep Merzifonlu[1], Hüseyin Çağrı Şahin[1], Onur Merzifonlu[1], Melih Çamcı[2]
[1] Asistan Doktor, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul
[2] Doktor Öğretim Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D.

GİRİŞ VE AMAÇ

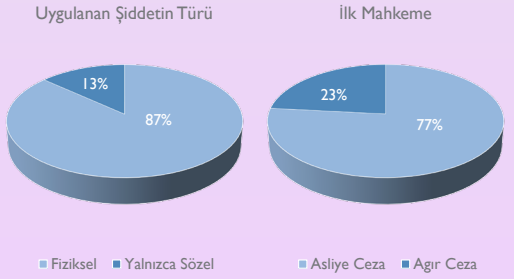
Şiddet eylemleri fiziksel ve psikolojik travmalara yol açma potansiyeline sahiptir. Şiddet sonrası artan akut stres reaksiyonları ve fiziksel efor, kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde kalp krizi riskini artırmaktadır. Meydana gelmesi halinde kalp kriziyle şiddet olayı arasında illiyet bağının kurulması, birçok değişkenin süreci etkilediği kompleks bir adli olay haline dönüşmektedir. Bu durumda acil serviste düzenlenen adli raporlar ve sonrasında düzenlenen bilirkişi raporları objektif bir değerlendirme için hayati rol oynamaktadır. Bu çalışma, şiddet eylemi sonrası kalp krizi geçiren olgularda Yargıtay kararlarını inceleyerek illiyet bağı sorununun yargısal süreçlerini inceleme, analiz etme ve bu olgulara karşı yaklaşımı ortaya koymayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM

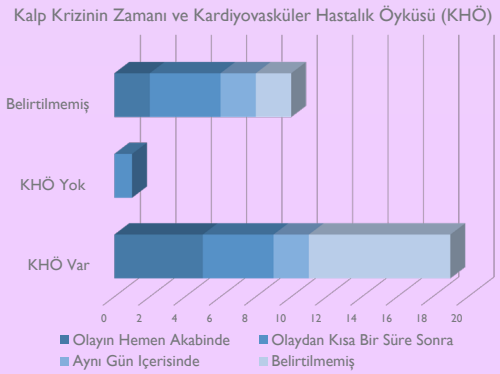
Yargıtay'ın resmi internet sitesinde yayımlanan 2014-2023 yılları arasındaki kararlar retrospektif olarak taranmış, şiddet eylemi sonucu kalp krizi ile ilgili olanlar anahtar sözcüklerle filtrelenerek belirlenmiştir. Kararların içeriği, kapsamı ve hukuki sonuçları değerlendirilmiştir.

BULGULAR

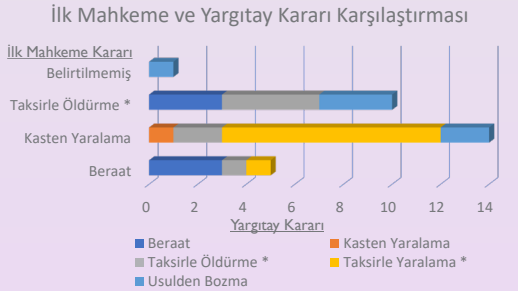
2014-2023 yılları arası şiddet eylemi sonrası kalp krizi meydana gelen 30 Yargıtay kararı tespit edilmiştir. 23 dava Asliye Ceza, 7 dava ise Ağır Ceza Mahkemesinde görülmüştür. Olguların 26'sında fiziksel, 4'ünde yalnızca sözel şiddet görülmüştür.



19 olguda kardiyovasküler hastalık öyküsü mevcuttur. Olguların 7'sinde hemen olay sonrasında, 9'unda kısa bir süre sonra, 4'ünde aynı gün içerisinde kalp krizi gelişmiş, 10'unda süre belirtilmemiştir.



Bilirkişi raporlarının 15'inde olayla ölüm arasında illiyet bağı bulunduğu, 12 tanesinde olayla kalp krizi arasında illiyet bağı bulunduğu kanaatine varılmış olup Yargıtay kararlarının ise 23'ünde şiddet maruziyeti ile ölüm olayı arasında illiyet bağı kurulmuş, **yalnızca sözel şiddet söz konusu olan 4 vakada şiddet maruziyeti ile kalp krizi ve ölüm arasında bilirkişi raporunca illiyet kurulmuş olmasına rağmen Yargıtay tarafından dava konusu olayın ölümle ilişkili olduğu kabul edilmekle birlikte sanıkların böyle bir sonucu öngöremeyeceğinden hareketle sanığın eylemleri ile ölüm olayı arasında direkt nedensellik bağının kurulamayacağı belirtilmiş ve sanıklar hakkında bu suçtan beraat kararı uygun görülmüştür.** Diğer 3 olguda ise bilirkişi raporu bulunmadığından bozma gerçekleşmiş ve bu olgularda illiyet hususunda yoruma gidilmemiştir.



** Özellikle ilk mahkemelerce TCK'nın kasten yaralama maddelerinden hüküm kurulan ve Yargıtayca bozularak taksirli suç kapsamında değerlendirilmesi gerektiği belirtilen kararlarda taksir ve bilinçli taksir ayrımı yapılmadığından bu tabloda aynı başlık altında toplanmışlardır.*

Taksirle öldürme suçundan hüküm kurulan 2 olguda sanıkların, müteveffanın mevcut kalp hastalığından haberdar olduklarına dair somut delil bulunduğu gerekçesiyle hüküm bozularak bilinçli taksir yönünden karar verilmesi gerektiği belirtilmiş, ilk mahkemece beraat kararı verilen 1 vakada yine aynı gerekçeyle bilinçli taksirle öldürme hükümlerinin uygulanması gerektiği vurgulanmıştır. İlk mahkemesinde bilinçli taksirle öldürme suçundan ceza verilen 1 olgunun ise Yargıtay Ceza Dairesi tarafından yapılan incelemesinde sanığın maktulü tanımadığı ve olay öncesinde kalp hastası olduğuna dair bilgisi olmadığı gerekçesiyle bilinçli taksir koşullarının oluşmadığı belirtilerek taksirle öldürme hükümlerinin uygulanması gerektiği kanaatine varılmıştır.



SONUÇ

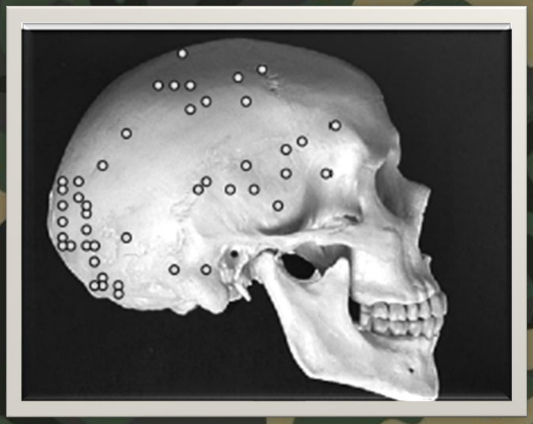
Ölümcül olmayan bir yaralanma neticesinde mağdurda mevcut olan kardiyovasküler hastalık akut hale gelerek kalp krizi meydana gelebilmektedir. Bu olaylarda illiyet bağının kurulması ya da kesilmesi dolayısıyla suç tipinin doğru tespiti için mağdurun tıbbi özgeçmişi, bilirkişi raporları, olay ve kalp krizi arası geçen süre gibi faktörler önem arz etmektedir. Yargıtay Ceza Dairelerinin de kişiye uygulanan şiddetin boyutu ve niteliğine, sanığın olay öncesinde mağdur ya da maktulün kalp hastalığı bulunduğundan haberdar olup olmaması hususlarını göz önünde bulundurarak yukarıdaki algoritma çerçevesinde karar verdiği dikkat çekmiştir.

MUHAREBE SIRASINDA GERÇEKLEŞEN ATEŞLİ SİLAH YARALANMALARINA BAĞLI ÖLÜMLERDE MERMİ ÇEKİRDEĞİ DAĞILIMINA GÖRE KORUYUCU ZIRH GELİŞTİRİLMESİ

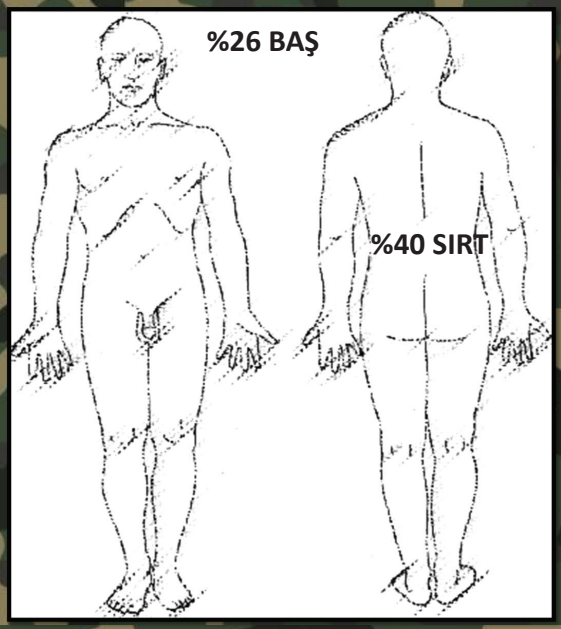
Burak TAŞTEKİN[1], Aytunç AKREP[1], Yavuz HEKİMOĞLU[1]

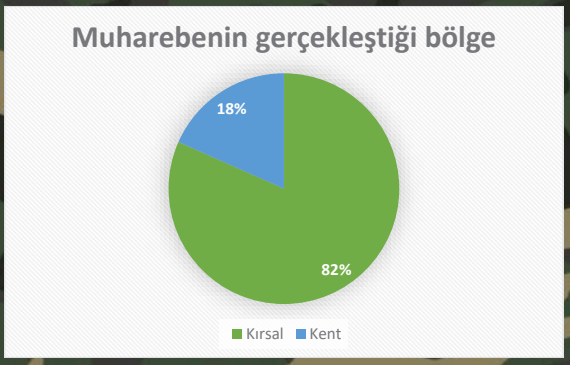
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Adli Tıp Kliniği, Ankara/TÜRKİYE

Giriş ve Amaç: Muhabere alanındaki ölümlerin çoğunluğu ateşli silah mermi çekirdeklerinden ve şarapnel parçalarından oluşan yaralanmalardan kaynaklanmaktadır. Günümüzde bu yaralanmalardan korunabilmek için çeşitli zırhlı ekipmanlar, kasklar ve yelekler kullanılmaktadır. Bu çalışmada muharebe alanındaki ölüm olgularındaki yaralanmaların dağılımı anatomik olarak tanımlanarak ilişkili ölüm oranlarının azaltılması, mevcut kullanılan zırhlı ekipmanların geliştirilmesi ve endüstriyel açıdan güçlendirilmesine yönelik değerlendirmelerin yapılması amaçlanmıştır.



Gereç-Yöntem: 2010-2014 yılları arasında Van ilinde tarafımızca ölü muayenesi ve otopsisi yapılan vakalara ait dosyalar retrospektif olarak incelenerek ateşli silah yaralanması nedeniyle hayatını kaybettiği belirlenen olgular cinsiyet, yaş, yaralanma bölgesi, mermi giriş deliği sayısı, mermi kalibresi, varsa kullanılan koruyucu ekipman türü, muharebenin gerçekleştiği bölge (kent-kırsal) yönünden incelenmiş olup ateşli silah mermi çekirdeğinin vücuttaki anatomik dağılımı için modelleme oluşturulmuştur. Çalışma için Hakimler ve Savcılar Kurulundan izin alınmıştır.





Sonuç: Yapılan çalışma sonucunda ölümcül yaralanmaların en çok baş bölgesinden (oksipital bölge) ve sırt bölgesinden meydana geldiği görülmüş olup, kullanılan standart zırhlı ekipmanlarda özellikle oksipital bölgesi ve sırt bölgesi güçlendirilmiş materyallerin kullanımı ölüm oranlarının azaltılması için önem arz ettiği düşünülmüştür.

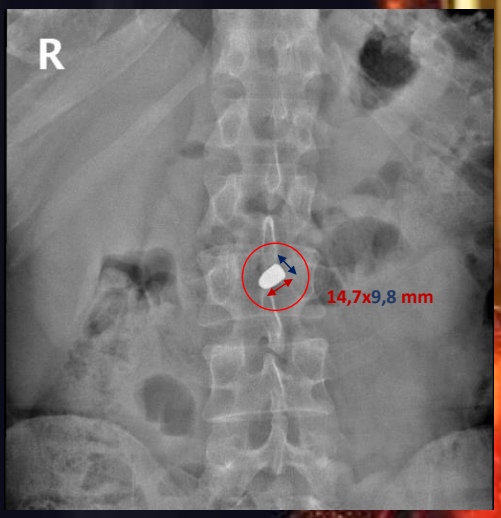
YAŞAYAN BİREYLERDE ATEŞLİ SİLAH MERMİ ÇEKİRDEKLERİNİN ADLİ RADYOLOJİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Aytunç AKREP[1], Hakan BEKÇİ[1], Sıla YAZKAN HIRA[1], Burak TAŞTEKİN[1], Yavuz HEKİMOĞLU[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Adli Tıp Kliniği, Ankara/TÜRKİYE

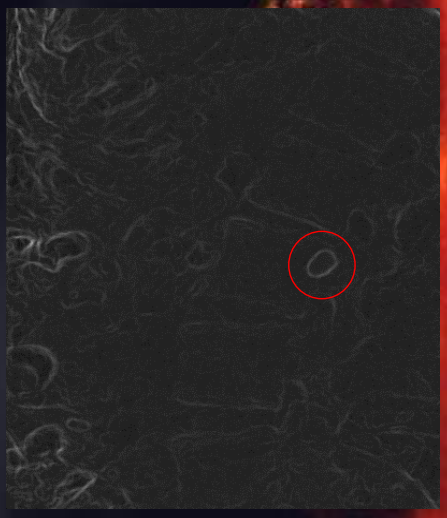
Giriş ve Amaç: Suç aletinin tespitinin önem arz ettiği adli vakalarda delilin elde edilerek delilden suçun işlendiği alete ulaşılması önem arz etmektedir. Ancak delilin elde edilmesinin mümkün olmadığı durumlarında delil hakkında fikir sahibi olabilmek için adli radyolojik incelemelerden faydalanılabilmektedir. Çalışmamızda, ateşli silah mermi çekirdeği vücudunun içerisinde kalan ve radyolojik yöntemler kullanılarak adli tıbbi değerlendirme ile mermi çekirdeğinin kalibresi hakkında görüş bildirilen bir olgu literatür eşliğinde incelenmiştir.





Olgu: Olgumuz, 2017 yılında kolluk kuvveti olarak görev yaptığı sırada, sırt bölgesinden ateşli silah mermi çekirdeği ile yaralandığını, mermi çekirdeğinin omuriliğine yakın bir konumda olması sebebiyle çıkartılamadığını, olayda farklı kalibrelere sahip ateşli silah kullanan birden fazla fail olduğunu ve delilin elde edilememesi sebebiyle mermi çekirdeğinin hangi silahtan çıktığının tespit edilemediğini, bu sebeple kliniğimizden uzman görüşü almak için başvurduğunu belirtmiştir.

Kişi tarafımızca muayene edildikten sonra radyolojik görüntüleme tetkikleri istenmiş, Makine Kimya Endüstrisinden (MKE) mermi çekirdeklerinin boyutları hakkında bilgiler edinilmiş ve tüm veriler birlikte değerlendirilerek ateşli silah mermi çekirdeğinin kalibresine yönelik uzman görüşü düzenlenmiştir.



Literatür verileri ile MKE verileri birlikte değerlendirildiğinde; 9 mm çapındaki ateşli silah fişeklerinin en sık olarak 115 ve 124 grain ağırlıklarında olduğu, 9 mm / 115 grain mermi çekirdeğinin 9-9,03 mm çapında, 14,11-14,71 mm arasında, 7,45 gr. ağırlığında olduğu, 9 mm / 124 grain mermi çekirdeğinin 9-9,03 mm çapında, 15,10-15,70 mm arasında, 8,03 gr. ağırlığında olduğu anlaşılmıştır.

Kişinin çekilen BT ve grafileri incelendiğinde; L3 vertebra korpus posteriorundan spinal kanala uzanan 14,7x9,8 milimetre boyutta metalik yabancı cisim olduğu izlenmiştir.

Sonuç: Yaşayan olgularda vücut içinde kalan mermi çekirdeklerinin radyolojik tetkikler ile çapının net olarak tespit edilmesi konusunda belli sınırlamalar mevcutsa da her türlü çekim teknikleri kullanılarak kısıtlamalar minimize edilebilir ve delilin özelliklerine yönelik daha kapsamlı yorumlarda bulunulabilmektedir.

BİRDEN FAZLA SANIKLI KASTEN ÖLDÜRME OLAYI: OLGU SUNUMU

Bekir DİNÇER, Ahmet Yunus TOSUN, Altuğ BEŞİKÇİ
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı, Morg İhtisas Dairesi

GİRİŞ ve AMAÇ: Otopsi esnasında saptanan cesedin tıbbi kimliği, saptanan travmatik bulguların adedi, yaygınlığı gibi özelliklerin ayrıntılı tanımlanmasının, hukukçuların kanaatlerine/hükümlerine büyük katkı sağlayacağını, bir sanığın beraat etmesi veya müebbet hapis cezası almasına yönelik hukuki değerlendirmelerde ne kadar etkili olabileceğini, biz adli tıp uzmanlarının otopsi esnasında kestiremediği durumlar olabilir. Bu olgu sunumunda otopsi raporunun hüküm kurulurken ne kadar etkili olabileceğine dair standardı yüksek bir otopsinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.



Resim 1: Boyun bölgesindeki öldürücü keskin cisim yarası

OLGU: Kesici delici alet yaralanması sonucu öldüğü bildirilen, 45 yaşında, erkek cesedin 180 cm boyunda, 45 yaşlarında, 107 kg ağırlığında olduğu, otopside; kafada, yüzde, boyunda ve sol ön kolda beş adet keskin cisim yarası ile yüz bölgesinde (yaygın), üst-alt ekstremitelerde çok sayıda yüzeyel kesiler, ekimoz ve sıyrıklar olduğu, boyundaki keskin cisim yarasını oluşturan keskin cismin sağ juguler venlerde kesiler meydana getirdiği, oluşturduğu yaralanmanın öldürücü nitelikte olduğu, diğer yaralanmaların öldürücü nitelikte olmadığı saptandı. Kişinin ölümünün keskin cisim yaralanmasına bağlı büyük damar kesilmelerinden gelişen iç ve dış kanama sonucu meydana geldiği kanaatine varıldı.



Resim 2: Baş bölgesindeki yaygın keskin cisim yaraları

Adli dosyanın incelenmesinde; solistlik yapan maktul ile bu mekandaki üç erkek ve iki bayan arkadaş grubunun kavga ettiği, şüphelilerin cam bardakla maktulü yaraladıkları ve maktulün bunun sonucunda öldüğü anlaşılmıştır. Yargılama sonucunda; bayan sanıkların beraatlerine, iki erkek sanığın "kasten öldürme" suçundan müebbet hapis cezası ile cezalandırılmalarına, üçüncü erkek sanığın oy çokluğu ile beraatine karar verilmiştir. Muhalefet eden hakim muhalefet görüşünde birçok gerekçe ile birlikte; maktulün otopsi raporunda tarif edilen fiziksel yapısı ile sanıkların fiziksel yapılarını karşılaştırarak, maktulün sanıklara göre iri yapılı ve kuvvetli biri olduğunu, bir veya iki sanığın fiziki olarak maktulün direncini kırmasının mümkün görülmediğini, ancak üç sanığın birlikte hareket etmeleri halinde maktulün direncini kırmalarının mümkün olacağını belirtmiş, yine otopsi raporuna göre; yara yerleri, yara adedi ve yaraların niteliğini dikkate alarak, üçüncü erkek sanığın diğer iki erkek sanık ile birlikte hareket ederek kasten öldürme suçunu işlediği ve kasten öldürme suçu nedeniyle müebbet hapis cezasıyla cezalandırılması görüşünde olduğu anlaşılmıştır.

SONUÇ: Adli tıp uzmanın vereceği kararlar sanık ve mağdur iki tarafı da ilgilendirmekte olup, adaletin tesisinde hekime ciddi rol düşmektedir. Otopside yapılan bir eksiklik veya ihmal çoğu kez hekimin aklına gelmeyecek ağırlıkta, ciddi ve geri döndürülemez sonuçlara yol açabilir. Otopsilerde uygulanması gereken minimum standartların belirlenmesi ve yüksek standartta yapılacak otopsilerin, bu olguda olduğu gibi adaletin tesisinde hukukçuların işini daha kolaylaştırıcı hale getireceğinden dolayı bu konuda çalışmalar yapılması önem arz etmektedir.

Uz.Dr. Bekir DİNCER
Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi
drdincerbekir@gmail.com

Bir Tanı İkilemi: Fiziksel İstismarı Taklit Eden Job Sendromu

Dr.Öğr.Üyesi Serbülent KILIÇ[1], Uz.Dr.Arzu Oto[2], Uz.Dr.Orhan Görükmez[3], Dr.Ayşenur Metin[4]

[1]Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Kastamonu, Türkiye
[2] T.C. SBÜ. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Kliniği
[3] T.C. SBÜ. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Bölümü, Bursa, Türkiye
[4]T.C. SBÜ. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Bursa, Türkiye

ÖZET

Bazı vakalarda olduğu gibi bulgular sık görülmeyen bir hastalığa ait ya da yaygın görülen bir hastalığın beklenmeyen bir bulgusuyla karşılaşıldığında fiziksel istismar tanısı koymak zor olabilmektedir. 16 yaşında kadın hasta cinsel istismara uğrama iddiası ile adli makamlara başvurusunun ardından tarafımıza iç beden muayenesine yönlendirilmektedir. Küçük bir kız bebek acil servisi bilinç kaybı şikayetiyle getirilmiştir. Muayene ve görüntüleme tetkikleri subaraknoid kanama, yeni vee ski femur kırıkları, bilateral retinal kanamayı ortaya koymuştur. Multidisipline yaklaşım sonucunda genetik testler yapıldığında DOCK8 (NM_001190458; c.2071G>A; p.Val691Met) geninde mutasyon ile Job Sendromu (JS) tanısı konulmuştur. JS sadece immünyetmezlik sendromu olmayıp iskelet ve konnektif doku bozuklukları ile bulgu veren bir hastalıktır. Kırıklardan büyük olasılıkla altta yatan JS sorumlu olmaktadır. Hekimler bu olasılıklara karşı dikkatli olmalıdır. Öte tarafdan, daha önce sadece GenomAD'de heterozigot form rapor edilmesine karşın, olgumuzun homozigot formda olması oldukça değerlidir. .

Anahtar Kelimeler: Çocuk İstismarı, Fiziksel İstismar, Job Sendromu.

ABSTRACT

In some cases, making of physical abuse diagnosis can be difficult if the findings were derived from an unusual disease or an unexpected finding of a common disease. A female infant was admitted to emergency department who was suffering from loss of consciousness. Examination and imaging methods revealed subarachnoid hemorrhage, old and new femur fractures, bilateral retinal hemorrhage. Performing genetic tests with multidisciplinary approach concluded that our case was found to have a mutation, DOCK8 (NM_001190458; c.2071G>A; p.Val691Met), suggests to Job Syndrome (JS). JS is not only an immunodeficiency syndrome but also can be manifested by skeletal and connective tissue disorders. The fractures were most likely due to JS. Physicians must be aware of these probabilities. On the other hand, though it was only reported in a heterozygous form in GenomAD (Genome Aggregation Database) it has big value that it was homozygous in our case.

Keywords: Child maltreatment, Job Syndrome, Physical Abuse.

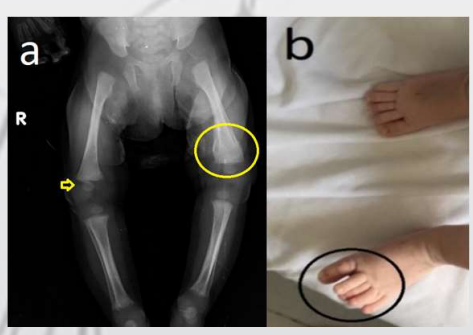
GİRİŞ

Hekimlerin sorumluluğu fizik muayeneyi yapmak, bulguları kaydetmek ve bunların sonucunda bilirkişi raporu hazırlamaktır.[1] Hekimler, yasal ve etik açıdan, daha fazla istismarın önlenmesi için çocuklara yönelik kötü muameleyi tespit etmekle yükümlüdür. Çoğu durumda, yalnızca fizik muayeneye bağlıysa, fiziksel istismar tanısı koymak zor olabilir. Özellikle fiziksel istismar şüphesi olan hasta, hekimin aklını karıştıracak bulgulara sahip bir hastalığa sahipse tanı konulması güçleşmektedir. Doğum sırasında ya da kurtarma travmalarının yanısıra raşitizm, sekonder hiperparatiroidizm, osteoporoz, menkes Sendromu, lösemi, hemofagositik lenfohistiyositoz gibi çok çeşitli hastalıklar istismara bağlı kırık bulgularını taklit edebilir.[2] Job Sendromu (JS) olarak da bilinen Hyper-IgE Sendromu, yüksek düzeyde serum immünoglobulin E, stafilokokal apse, egzama ve akciğer yolu enfeksiyonlarıyla ortaya çıkan tekrarlayan enfeksiyonlarla karakterize bir immün yetmezlik hastalığıdır.[3] JS'nin OR formu diş, iskelet ve bağ dokusu bozukluklarıyla kendini gösterebilir.[3] OR formu oldukça nadirdir, literatürde 200'e yakın vaka bildirilmiştir.[3] Bu çalışmanın amacı çocuklarda fiziksel istismar tanısı koymanın önemine dikkat çekmektir. Fiziksel istismarın tanısı ayırıcı tanı ile diğer hastalıkların dışlanmasına dayanır. JS, bizim olgumuz gibi fiziksel istismarı taklit eden bulgulara sahip hastalıklardan biridir.

OLGU

Olgumuz, annesi tarafından çocuk acil servisine bilinç kaybı şikayetiyle başvuran beş aylık kız bebekti. 5200 gram ağırlığında, 68 cm boyunda ve baş çevresi 39 cm idi. Muayene ve görüntüleme yöntemlerinde subaraknoid kanama, eski ve yeni femur kırıkları, bilateral retina kanaması tespit edildi. Olgumuz, sezaryenle 830 gramla dünyaya gelmişti. İlk Apgar skoru 6 veya 7 idi. Prematüreydi ve gebelik yaşına (SGA) göre küçüktü. Doğumdan sonra akciğer kanaması, yenidoğan sarılığı, Patent Ductus Arteriosus (PDA), Patent foramen ovale (PFO), Prematüre Retinopatisi (ROP) şikayetleri vardı. 3 aylıkken sol uyluk bölgesindeki selülit nedeniyle tedavi gördü. 4 aylıkken merkezi sinir sistemi enfeksiyonu geçirdi. Önceleri vakamızı muayene eden çocuk doktorları yukarıdaki bulgular nedeniyle Sarsılmış Bebek Sendromu gibi fiziksel istismar konusunda şüpheye düşmüşlerdi. Olgumuz, Göz Hastalıkları, Ortopedi, Tıbbi Genetik ve Adli Tıp bölümlerine ine danışıldı. Çekilen röntgende sağ femur distalinde kırık hattı ve sol femur distalinde eski bir kırığın belirtisi olan kallus dokusu görüldü (Resim-1a). Beynin Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MRI), yaygın difüzyon sınırlamasını ortaya çıkardı. Beyin BT'de sol parietal lobda kısmi interventriküler kanama ve subaraknoid kanama görüldü. Batın ultrasonografisinde tesadüfen sağ adnekste 15 mm uzunluğunda ince septalı kist tespit edildi. Fizik muayenede hiperekstansibilite, belirgin alın, küçük çene, genişlemiş (15 mm) alar arası genişlik dikkat çekti. Sol ayak altı parmaklıydı (Şekil-1b). Ancak asimetrik yüz, pürüzlü cilt, yüksek veya yarık damak görülmedi. Yeni nesil dizileme platformunda (NextSeq) klinik ekzom dizileme kiti (Sophia™, Saint Sulpice, İsviçre) kullanılarak hastada DOCK8 (NM_001190458) geninde homozigot bir varyant (c.2071G>A; p.Val691Met) tespit edildi. 500® Sistemi, Illumina, ABD).

Olgumuz, JS'nin değişken OR formudur. Sarsılmış bebek sendromu şüphesi üzerine sosyal hizmet tarafından sosyal inceleme yapıldı. Daha sonra velayet anne ve babasından alındı. Şu anda hasta taburcu edilmiş durumdadır. Halen ROP açısından göz doktorları tarafından uygun aralıklarla takip edilmektedir. Olgumuzun hastalığının fiziksel istismar içeren bu iddialara neden olabileceği belirlendi. Sosyal inceleme raporu, vakamızın ebeveynlerinin yoksul insanlar olduğunu ancak çocuklarıyla ilgilendiklerini ortaya çıkardı. Komşularından edinilen bilgiye ve anne-babanın davranışlarından edinilen izlenime göre olgumuzda çocuklarına zarar verildiği şüphesi uyandırmamaktadır. Raporu hazırlayan sosyal hizmet uzmanları tarafından ebeveynlerin çocuklarını yetiştirebilecek yeterli güce sahip olduğu tespit edildi. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu: olgumuzun ebeveynlerinden alınmıştır.



Şekil 1 a. Sağ femurda kırık hattı ve sol femurda kallus dokusu,
b. sol ayak altıncı parmak

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bebeklerde femur şaft kırıklarının etiyolojisi düşme kazaları, kemiğin kırılganlığı ve kazasız travmadır.[4] Bebeklerde femur şaft kırığı çok nadirdir.[4] İsveç'te bir yaş altı çocuklarda femur şaft kırığı görülme sıklığı yılda %0,016'dır.[4] Von Heideken ve ark. 287 vaka arasında istismar vakalarında femur kırığı oranının %9 olduğunu bildirmişlerdir.[4] Abulebda ve ark. 1,5 yaşında, bilateral femur, humerus ve tibia kırığı bulunan bir vakayı paylaştı.[5] Vaka dikkat çekti ve çocuk koruma servisleri tarafından araştırıldı. JS'nin pek çok silik bulgusu olmasına rağmen dismorfik yüz, eklemlerin aşırı gevşekliği gibi bulgular JS şüphesini artırmalıdır. JS, asimetrik yüz, alar arası genişliğin artması, osteopeni, küçük bir travmaya maruz kalsa bile patolojik kırıklar, aşırı genişleyebilen eklemler, damar anormallikleri gibi karakteristik özellikler içerir. Bizim olgumuzda da bu anormallikler mevcut olup literatürle uyumluluk göstermektedir.[3] Bizim olgumuzda sadece interventriküler kanama değil aynı zamanda subaraknoid kanama da mevcuttu. Sunulan olgu JS'nin OR formudur. ACMG (American College of Medical Genetics and Genomics) kriterlerine göre muhtemelen iyi huylu ve ClinVar'a (www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/) göre önemli olmasına rağmen, bu varyantın daha önce ortak değişken immün yetmezlik (CVID) tanısı almış iki farklı hastada heterozigot olduğu bulunmuştur.[6] GenomAD'de (Genom Aggregation Database) sadece heterozigot formda bildirilmiş olmasına rağmen bizim olgumuzda homozigot olması önemlidir. Kırık gibi travma bulguları olan bir çocuğun değerlendirilmesinde istismar tanısından önce raşitizm, osteogenezis imperfekta, JS gibi bazı hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Sonuç olarak kırıkların büyük olasılıkla JS zemininde meydana geldiği düşünüldü. İstismar vakalarına yanlış tanı koymaktan kaçınmak; dikkat ve multidisipliner tıbbi yaklaşımını gerektirir.

KAYNAKLAR

1. Tıraşçı Y, Durmaz U, Altınal A et al. "Dicle Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalında 2012-2015 yılları arasında düzenlenen adli raporların retrospektif olarak değerlendirilmesi." Dicle Tıp Dergisi.2016;43(3):424-430.

2. Oestreich AE, Care MM. Recognizing child abuse in radiology. Switzerland: Springer;2017.

3. Yong PF, Freeman AF, Engelhardt KR, Holland S, Puck JM, Grimbacher B. An update on the hyper-IgE syndromes. *Arthritis Res Ther*. 2012;14(6):228.

4. Von Heideken J, Thiblin I, Högberg U. The epidemiology of infant shaft fractures of femur or humerus by incidence, birth, accidents, and other causes. *BMC Musculoskelet Disord*. 2020;21(1):840.

5. Abulebda K, Abu-Sultaneh S, Lutfi R. It is not always child abuse: multiple fractures due to hypophosphatemic rickets associated with elemental formula use. *Clin Case Rep*. 2017;5(8):1348-1351.

6. De Valles-Ibáñez G, Esteve-Solé A, Piquer M, et al. Evaluating the Genetics of Common Variable Immunodeficiency: Monogenetic Model and Beyond. *Front Immunol*. 2018;9:636.

İLETİŞİM
Dr.Öğr.Üyesi .Serbülent KILIÇ
Kastamonu Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
kilicserbulentmd@gmail.com

ADLİ TIP KURUMU KİMYA İHTİSAS DAİRESİ NARKOTİK ŞUBESİNE 2022 YILINDA GELEN ADLİ DOSYALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

*Salih SARI, *Fatma Şeyma KURTULUŞ, *Özcan ÇAK, *Neşe AYDIN,
*Deniz YILMAZ, *Ayşegül YAĞCI, *Özlem GÖZPEK, *Murat YILMAZ, *Kemal SAPAN, *İsmail ATEŞ
*Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Kimya İhtisas Dairesi, İSTANBUL

AMAÇ

Kişinin düşünme ve muhakeme edebilme yeteneğini ortadan kaldıran uyuşturucu maddeler içerisinde; kenevir, esrar, afyon sakızı, eroin, kokain, ekstazi, amfetamin, metamfetamin ve sentetik kannabinoidler yer almaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, Adli Tıp Kurumu, Kimya İhtisas Dairesi, Narkotik Şubesine 2022 yılında gelen ve analizleri yapılan tüm adli dosyaların raporlarını incelemektir. Bu kapsamdaki çalışmada, kurum tarafından rapor edilen 2022 yılına ait uyuşturucu madde tespiti yapılmış 'Adli Raporlar' değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Adli Tıp Kurumu, Kimya İhtisas Dairesi, Narkotik Şubesine 01.01.2022 tarihinden 31.12.2022 tarihine kadarki 12 aylık zaman diliminde düzenlenen 4.411 adli rapor incelendi. Bunlardan uyuşturucu madde tespiti yapılmış 3.280 adli rapor değerlendirmeye alındı. Bu çalışmada; 2022 yılı uyuşturucu tespiti yapılmış adli vaka sayıları ve bu vakalardan tespit edilen uyuşturucu türleri araştırıldı. Elde edilen sonuçlar frekans dağılımı yönünden değerlendirildi.

BULGULAR

Adli Tıp Kurumu, Kimya İhtisas Dairesi, Narkotik Şubesinde 01.01.2022 – 31.12.2022 tarihleri arasında düzenlenen 4.411 adli rapordan, 3.280' inde (% 74,36) uyuşturucu madde tespit edilmiştir. Değerlendirmeye alınan 3.280 adli rapordan; tespit edilen uyuşturucu sayısının 3.962 olduğu belirlenmiştir. Tespit edilen uyuşturucu türleri ve sayıları: kenevir; 1.142 (%28,82), metamfetamin; 1.090 (% 27,51), eroin; 708 (%17,87), sentetik kannabinoidler; 452 (%11,41), esrar; 257 (%6,49), kokain; 121 (%3,05), ekstazi; 108 (%2,73), amfetamin; 64 (%1,62), afyon sakızı; 20 (%0,50).



SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada; 2022 yılı 12 aylık bir süreçte uyuşturucu madde tespiti yapılmış 3.280 adli rapor değerlendirilmiştir. Çıkan sonuçlar incelendiğinde; 2022 yılında rapor edilen uyuşturucu türlerinin çoğunlukla kenevir (%28,82) ve metamfetamin (%27,51) olduğu belirlenmiştir.

*Bu çalışma, Adli Tıp Kurumunun izni ile yapılmıştır.

İletişim:
Dr. Salih SARI
Adli Tıp Kurumu, Kimya İhtisas Dairesi
Tel: 05443663333

KOZMETİK ÜRÜNLERE BAĞLI GELİŞEN CİLT REAKSİYONLARI

Ali Ulvi ÇALIK, Emre MUTLU, Caner BEŞKOÇ

Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu

Amaç

Kozmetik ürünler çeşitli kimyasallar içermekte olup içerdikleri kimyasalların yüksek konsantrasyonlarda toksik olmaları nedeniyle belirli sınırlar dahilinde olması gerekmektedir (1). Uzun vadeli etkileri de dikkate alınmalıdır. Öte yandan, kontakt dermatit ve alerjik reaksiyonlar gibi çeşitli akut cilt reaksiyonlarına neden olabilirler (2). Tek başına veya kombine olarak kullanılan birçok kimyasalın potansiyel olarak güvenli olmaması nedeniyle kozmetik formülasyonunda kullanılan kriterlerin geliştirilmesi gerekmektedir (3). Bu çalışmada, bilinçsiz bir şekilde giderek kullanımı artan kozmetik ürünlere bağlı ciltte gelişen reaksiyonların ve hasarların paylaşılması, bu maddelerin zararlarının ve bu gibi durumlardan kaçınılması için yapılması gerekenlerin anlatılması amaçlanmıştır.

Olgular

Birinci olguda yüzünde sivilceler nedeniyle kuaförde kil maskesi uygulanmıştır. Uygulama sonrası yüzünde yanma şikayetleri meydana gelmiş ve maskenin yıkanması esnasında da derinin sıyrıldığını ifade etmiştir. Olay sonrası hastaneye müracaat etmiş kontakt dermatit tanısıyla kişiye steroid enjeksiyonu ve steroid içerikli krem tedavisi uygulanmıştır. İkinci olguda saç boyama işlemi esnasında saç diplerinde yanma ve kaşıntı şikayetleri gelişmiştir. Hastanede yapılan muayenesinde alında, saç diplerinde ve kulaklarda ürtikeryal lezyon tespit edilmiştir. Ayrıca kişinin tıbbi özgeçmişinde hafif seyirli egzema tanısı olduğu da bildirilmiştir. Üçüncü olguda hasta, kozmetik dükkanından aldığı fondoteni sabah kullandıktan sonra özellikle akşam saatlerinde yüzünde kızarıklıklar meydana geldiğini ifade etmiştir. Hastanede yapılan muayenesinde alnında, çenede, burunda ve yanaklarda erode eritemli hafif sulantılı plaklar izlenmiş ve steroid içerikli krem reçete edilmiştir. Fondotenden alınan numunenin yapılan analizinde mikrobiyal limit testi yönünden uygun bulunmuştur.

Tartışma

Kozmetikler koruyucular, antioksidanlar, yardımcı maddeler, yüzey aktif maddeler, nemlendiriciler, emülgatörler, doğal bileşenler içermektedir. Bu ürünlerin en zararsız şekilde üretilmesi için uygun imalat yerlerinde, yönetmeliklerde belirtilen koşullar ve standartlara uyulması önemlidir. Ürünler piyasaya sürüldükten sonra yetkili kuruluşlar tarafından ciddi bir piyasa kontrolüne tabi tutulmalıdır. Tüketicinin kullanım süresi boyunca basit hijyen kurallarına dikkat etmesi; şişe, kavanoz, tüp vs. ağzının açık bırakılmaması fiziksel ve mikrobiyolojik stabilite açısından önem arz etmektedir. Sağlığa zararlı etkileri olduğu düşünülen kozmetik ürünlerde kullanılan maddelere maruz kalmaktan kaçınmak gerekmektedir.



Şekil 1. Saç boyasına bağlı kontakt dermatit



Şekil 2. Kil maskesine bağlı yüzde yanık

Bu maddelerden kaçınabilmek için öncelikle bu konuda hem sağlık çalışanlarının hem de kozmetik ürün tüketicilerin bilinçlendirilmesi ve farkındalıklarının artırılmasına ihtiyaç vardır. Kozmetik ürünler ve sağlığa etkisi konusunda sağlık politikalarının oluşturulması, tüketicilerin endişelerinin giderilmesine yönelik yasal düzenlemeler ve bu konudaki yaptırımlar konusunda çalışmalar yapılması önerilir.

Kozmetiklere bağlı cilt reaksiyonları sık görülen ve giderek büyüyen, bilinmesi ve tanınması gereken bir dermatolojik sorundur. Kozmetiklerde en yaygın alerjenler kokular ve koruyucu maddeler olmakla birlikte tüm bileşenlerin potansiyel hassaslaştırıcılar olduğu düşünülmelidir. Klinik şüphe durumunda gerekli cillt testlerinin yapılması, sorumlu alerjen belirlendikten sonra hastanın hangi ürünleri kullanması ve hangilerinden kaçınması gerektiği konusunda bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi önemlidir..

Kaynaklar:

1. Çarıkçı A, Uçar F, Yalçın HT. Kozmetik ürünlerde bakteriyal ve fungal kompozisyonun klasik yöntemler ve PCR yöntemi kullanılarak saptanması. Elektronik Mikrobiyoloji Dergisi. 2008;6(01):1-16.

2. Hacıoğlu Ş, Bülbül EB, Tunalı Ş, Sarıcaoğlu H. Kozmetiklere bağlı kontakt dermatit şüpheli olgularda standart ve kozmetik seri yama testi sonuçları. 2010.

3. Emmons WW, Marks Jr JG. Immediate and delayed reactions to cosmetic ingredients. Contact Dermatitis. 1985;13(4):258-65.

Notlar:

Notlar:

Notlar:



T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLi TIP KURUMU



T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLİ TIP KURUMU