

**IV.
Ulusal
Adli Tıp Günleri**



**28 - 30 NİSAN 1988
DENİZLİ**

**Panel ve
Serbest Bildirileri**

Yayıma hazırlayan :

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Adli Tıp Kurumu Başkanı



28 - 30 NİSAN 1988
DENİZLİ

Panel ve
Serbest Bildirileri

TEMEL MATBAACILIK Ambalaj Sanayi Ltd. Şti.

Tel. : 520 50 75 - 527 97 38

İSTANBUL — 1989

Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulunda Katara Başlanması 199 Per	102
İçerik Göz Yaratılması Vaka ve Adli Tıp Açısından Değer	103
İçerik	104
Metot ve Materyel	104
Bulgular	104

İÇİNDEKİLER

Sayfa

IV'ncü Uusal Adli Tıp Günlerinin Açılış Konuşmaları

Adli Tıp Kurumu Başkanı Prof. Dr. Şemsi GÖK	1
Adli Tıp Enstitüsü Müdürü Prof. Dr. Sevil ATASOY'un Konuşması	4
Adalet Bakanlığı Müsteşarı Arif YÜKSEL'in Konuşması	7

PANEL I

HUKUKİ EHLİYET	11
----------------------	----

PANEL II

İŞ KAZALARI: Meslekte Kazanma ve Çalışma Gücünün Kaybı	
Kavramları ve Mesleki Kusurlar	31

PANEL III

ALLERJİYE BAĞLI ÖLÜMLERDE ADLİ TIP SORUNU	59
Bakan Mahmut Oltan SUNGURLU'nun Kapanış Konuşması	82
2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun Genel Kurul ile İlgili	
İstatistik Bilgileri ve Sonuç Değerlendirmesi	87
Kapiller Gaz Tomografisi ile Uyuşturucu Madde Analizi ve Tür-	
kiye'de Yakalanan Eroin Örneklerinin Özellikleri	97

Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulunda Karara Bağlanmış 129 Perforan Göz Yaralanması Vakasının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi	102
Giriş	103
Metot ve Materyel	104
Bulgular	104
Kalp ve Damar Cerrahisindeki Teknik Gelişmelerin Adli Tıp Uygulamalarındaki Yeri ve Önemi	113
Materyel ve Metot	115
Bulgular	115
Akıl Hastalığı Nedeniyle Boşanma Davalarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi	121
BİLDİRİ	
Trafik Kazalarının Taksirli Suçlar Açısından Değerlendirilmesi ...	126
0 - 1 Ay Yaş Grubundaki Çocuk Ölümünün Adli Tıp Açısından İrdelenmesi	131
EXAMINATION OF NEONATAL DEATH CASES IN SCOPE OF FORENSIC MEDICINE	132
Materyal ve Metot	135
Bulgular	135

ÖNSÖZ

IV. Ulusal Adli Tıp Günlerinin Denizli'nin tarihi Pamukkale'sinde kıymetli Hukuk ve Tıp Mensuplarının huzurlarıyla gerçekleştirmiş olmanın vermiş olduğu mutluluğun tarifine imkân yoktur.

Sayın Bakanımız Mahmut Oltan SUNGURLU'nun her zaman olduğu gibi bu sempozyumun da oluşmasında göstermiş olduğu yakın ilgi ve teşfikleri bizler için birer iftihar vesilesidir.

Bu IV. Sempozyumda daha çok hukukun tıpla ilgili bağlantılı mevzularına ağırlık verilmiş, serbest bildirilerle, posterler çeşitli Adli - Tıbbi konuları sergilemiştir.

Bu IV. Ulusal Adli Tıp Günlerinin oluşmasında büyük yardımları dokunan öncelikle Sayın Bakanımız Mahmut Oltan SUNGURLU Beyefendiye, Denizli Valisi Necati BİLCAN'a, Denizli Baro Başkanı Behçet ÇOMAKOĞLU'na, panelist ve serbest bildirileri sunan Adli Tıp Mensuplarına ve Sempozyuma iştirak eden davetlilere büyük yakınlık gösteren Denizli'nin yüksek idari görevlerinde çalışan zevata teşekkürlerimi bilvesile arz ederim.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

IV'NCÜ ULUSAL ADLİ TIP GÜNLERİNİN AÇILIŞ KONUŞMALARI

Prof. Dr. Şemsi GÖK
Adli Tıp Kurumu Başkanı

Yüksek Yargı Organlarının Sayın Başkanları, Sayın Denizli Valisi ve Belediye Başkanı

Güziye Kuruluşların Sayın Başkanları

Sayın Askeri Erkan, Adli ve İdari Yargının Kıymetli Elemanları

Sayın Emniyet Müdür ve Mensupları

Sayın TRT ve Basın Mensupları

Sayın Misafirler, Değerli Meslektaşlarım ve Sayın Adli Tıp Kurumu Elemanları

Sayın Bakanımız Mahmut Oltan SUNGURLU'nun Himayelerinde tertiplenen bu 4 ncü ULUSAL ADLİ TIP GÜNLERİ'ne hoş geldiniz.

Bu seneki toplantımızın Denizli'de tertiplenmesi bir tesadüf değildir. 1984 yılından bu yana Denizli Barosu ve Tabibler Odası Adli Tıpla ilgili bilimsel bir toplantının yapılmasını her fırsatta Bakanlığımıza ve bendenize iletmış ve bu 4 üncü Ulusal Adli Tıp Günleri, bu güne nasip olmuştur.

Muhterem dinleyiciler, Tıp ilminin içinde Adli Tıp özel bir yer işgal etmektedir. Bu özellikle Adaletle hizmetten kaynaklanır. Adli Tıp'ın bilirkişilik görevinin kendine has kanunla sınırlanmış tıp ilminin içinde hudutsuz ilim kaynaklarından faydalanan bir bi-

lim dalı olduğu ve Yargının yanında yer aldığı bu gün bir gerçektir.

İlerleyip gelişen Tıp ve Hukuk İlminin yanında Adli Tıp bu gelişmeye uyum sağlamak zorundadır. İşte bu nedenle, Kamu kuruluşlarına hizmeti kanunla perçinleştiren Üniversite ve onun elemanları, Bakanlığımızın isabetli bir görüşü ile müşterek bir çalışma düzenine girmiştir.

Nitekim bu ilmi işbirliği sayesinde özel ihtisası ilgilendiren Adli Tıp İhtisas Kurul ve Dairelerinde Üniversite Hocaları 2'nci görevle hizmet görmektedirler.

Sayın dinleyiciler Adli Tıp Kurumunun amacı Yargının her kesiminde ona hizmet verecek Adli Tıp Birimlerinin oluşturulmasıdır.

İşte bu cümleden olarak Merkez İstanbul İlçelerinde 7, Bursa, Adana, Ankara, İzmir, Edirne, Trabzon, Sivas, Erzurum, Diyarbakır, Antalya illerimizde birer Adli Tıp Şube Müdürlükleri kurulmuş ve ayrıca Morg ve Kimyasal Tahliller İhtisas Dairelerinden müteşekkil Ankara, Adana, Bursa, İzmir, Trabzon illerimizde Grup Yöneticilikleri tesis edilmiştir.

Adli Tıp Kurumunda bu gün hizmet gören eleman sayısı 760 kişidir. Bu mevcudun 486 adedi Başkanlık tarafından tayini yapılan memur, hemşire v.s. olup, 274 adedi Bakanlığımızca tayini yapılan doktor, kimyager gibi uzmanlar ile asistanlardır.

Bu 274 uzman içerisinde 195 adedi asli kadrolarda, 69 adedi 2'inci görevle hizmet veren Üniversite elemanlarından ve 10 adedi de sözleşmeli personeldir.

Bu gün Kurumun muhtelif kısımlarında çalışan Adli Tıp Uzmanı sayısı 41'dir. Bu sayı çok azdır. Halen Kurumda 20 asistan uzmanlık çalışmalarını yürütmektedir. Başarı ile imtihanını verip Adli Tıp Uzmanı olan her eleman memleketimizin her yerine tayinleri yapılarak Adaletle hizmet edeceklerdir.

Sayın dinleyiciler, sizlere Adli Tıp Kurumunun rutin faaliyetlerinden de bir nebze bahsetmek istiyorum. Son iki seneli çalışma faaliyetlerine bakacak olursak:

Türkiye genelinde Adli Tabiblik görevi olarak 365.844 canlı muayene yapılarak raporları düzenlenmiş,

Taşra kuruluşlarımızda ise 2629 otopsi ve 2220 kimyasal hizmetler yerine getirilmiştir.

İstanbul Merkez Kuruluşumuz İhtisas Dairelerimizde 59.498, İhtisas Kurullarında 79.326 dosya incelenmiş ve 607 dosya Genel Kurula sevk edilmiştir. Özetle 1986 - 1987 yıllarına ait iş hacmi genel toplam olarak 510.124 dosyaya ulaşmıştır.

Bu iş hacmi gün geçtikçe artmaktadır. Bu artışın nedeni, Yargının Adli Tıpba olan güvencinden ileri gelmektedir.

Muhterem dinleyiciler, iftiharla söylemek isterim ki Adli Tıp Kurumu bugün bir eğitim merkezi haline gelmiştir.

Adli Tıp Enstitüsü ile yapılan işbirliği sayesinde Enstitü öğrencileri, İstanbul Tıp, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencileri Kurumda pratik uygulamaları görmekte ve diğer Tıp Fakülteleri Adli Tıp asistanları en az 3'er ay rotasyonla çalışmalarına katılmaktadırlar.

Kısa bir dönemde bu seviyeye ulaşmasında büyük yardımlarını esirgemeyen sayın Bakanımız Mahmut Oltan SENGÜRLÜ ve Mesai arkadaşlarına, tüm Üniversite Mensuplarına ve Adli Tıp Kurumu elemanlarına teşekkürlerimizi arz ederken Saygılar sunarım.

Prof. Dr. Sevil ATASOY
Adli Tıp Enstitüsü Müdürü

Sayın Misafirler, Sayın Meslekdaşlarım.

IV. Ulusal Adli Tıp Günleri bu yıl ikinci kez Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu ve İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü'nün ortak çabalarıyla gerçekleştiriliyor. Bildiğiniz gibi İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ile 1982 yılında kurulan bir Enstitüdür. Tıp, Fen ve Sosyal Anabilim Dallarından oluşan bu Enstitünün;

Adli Tıp Enstitüsü Tıp Bilimleri Anabilim Dalı'nın kuruluş amacı, Adaletin tecellisinde, mahkemeler, savcılıklar ve hakimliklerin bilirkişi olarak sıklıkla hekimlerin görüşüne başvurması ve ülkemizde bu hekimlerin, kendi ihtisas dallarındaki bilgilerini adli amaçlarla ne şekilde değerlendirecekleri hakkında herhangi bir eğitim verilmemesi nedeniyle; gelişmiş ülkelerdekine benzer şekilde, Adli Psikiyatr, Adli Dişhekimisi, Adli Antropolog, Adli Oftalmolog gibi adli bilgilerle donatılmış uzmanların yetiştirilmesi ve bunların gerek özel bilirkişi olarak, gerekse Adalet Bakanlığı'nın resmi bilirkişi hüviyetini taşıyan Adli Tıp Kurumu teşkilatında hizmet vermesini sağlamaktır.

Adli Tıp Enstitüsü Fen Bilimleri Anabilim Dalı'nın kuruluş amacı;

Kimya, Fizik, Biyoloji, Elektrik, Elektronik gibi Fen Dallarında eğitim görmüş kişilerin bu bilgilerini adli amaçla kullanabilmelerini sağlamak ve ülkemizdeki bu büyük boşluğu doldurmak amacıyla kurulan Fen Bilimleri Anabilim Dalı'nda, Adli Toksikolog, Adli Farmakolog, Adli Serolog, Narkotik Uzmanı, Gıda İnceleme Uzmanı, Adli Mikrobiyolog ve Bakteriyolog, Adli Fizikçi, Gra-

folog, Balistik ve Silah Uzmanı, Ses ve band kayıtları İnceleme Uzmanı, Patlayıcı ve Yanıcı Madde İnceleme Uzmanı, Parmak İzi Uzmanı, Mekanik ve Elektronik Yazıcı ve Çoğaltıcı İnceleme Uzmanı, Sahte Para Uzmanı, Kara, Deniz ve Hava Taşımacılığı Kazaları İnceleme Uzmanı gibi ihtisaslaşmış bilirkişileri oluşturmak ve bunların özel ve resmi (Adli Tıp Kurumu, Jandarma ve Emniyet Teşkilatlarında) bilirkişi olarak istihdamını sağlamaktır.

Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nın kurulma amacı:

Adli Sağlık ve Adli Fen Bilimleri ile ilgili sorunlarda yetkili ve ihtisaslaşmış Hukukçuları yetiştirmektir.

Adli Tıp Enstitüsü'ndeki çalışmalar Lisans üstü eğitim, master ya da doktora şeklinde olmaktadır. Bu bölümleri tamamlayanlara Adli Bilimlerde Yüksek Lisans ve Doktor diploması verilmektedir.

Enstitünün başlıca hedefleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Özellikle Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu'nun Merkez ve Şube Teşkilatlarında çalışan teknik elemanlara (halen 99 kişi) *Lisans Üstü* eğitim vererek, bu kuruluşun bilimsel düzeyini yurt çapında yükseltmek ve uygulanan yöntemlerin standardizasyonuna yardımcı olmak.

2. Emniyet ve Jandarma Teşkilatlarında görev yapan, özellikle Narkotik Laboratuvarları teknik elemanlarına kurs ve uygulamalı seminer hizmeti götürmek, yüksek lisans imkanı tanımak, böylelikle 1992 yılına kadar uyuşturucu madde analizlerinde kuruluşlar arası yöntem birliğine ulaşılmasında yardımcı olmak.

3. Adli Tabiplerin uzmanlık sonrası eğitimlerinde düzenleyici olarak çalışmak ve bilgilerinin güncelleştirilmesi için seminerler düzenlemek.

4. Kesin Ölüm Zamanı Belirleme Merkezi'ni kurmak, bu önemli sorunda özellikle Adli Tıp Kurumu ve Üniversitelerimiz Tıp Fakülteleri Adli Tıp ile Patoloji Anabilim Dallarına hizmet vermek,

5. Uluslararası düzeyde teçhizatlanmış bir Doping Merkezi kurmak, 1995 yılına kadar tüm metodlarını yerleştirmek,

6. 1992 yılına kadar Adli Hemogenetik Merkezini kurmak ve babalık (nesep) Tayinleri ile kan lekeleri ve vücut sıvılarında kişilerin idantifikasyonunu, gelişmiş ülke mahkemelerinin kabul ettiği % 99.99 doğruluk sınırına ulaştırmak,

7. Belçika ve İsviçre Zehir Merkezleri ile modern bağlantıyı kurmak, böylece dünya toksikoloji veri tabanlarına ulaşmak ve Orta Doğu ülkeleri için bir başvuru merkezi olmak.

İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsünün gerek öğrencilerinin niteliği gerekse kuruluş amaçları ile hedefleri gözden geçirildiğinde, bu kuruluşun Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu ile ne denli organik bir işbirliği içerisinde bulunduğu görülür. Esasen, Üniversite ile Kurum işbirliğinin çok uzun bir geçmişi bulunur. Bildiğiniz gibi İstanbul Üniversitesi ile Teknik Üniversitesinde görevli bir çok öğretim üyesi Doçent ve Profesör, Adli Tıp Kurumu'nda 2547 sayılı kanunun 38. maddesi uyarınca 2. Görevle çalışmaktadır. Bu tür bir uygulama, dünyada yalnız Türkiye'de uygulanmakta olan ve Ülkemizde Adli Tıp ve Adli Bilimlerin süratle gelişmiş ülke standartlarına çıkmasını sağlamış olan bir modeldir. Batılı ülkeler tarafından ilgiyle izlenmekte olan, değişik yayın organlarında zikredilen bu uygulamanın mimarı hiç kuşkusuz **ŞEMSİ GÖK**'tür.

Adli Tıp Kurumu ile Üniversiteler arasında, öğretim üyelerinin Kurumda görevlendirilmesi ile başlayan işbirliği sayesinde, farklı branşlardan gelen akademisyenler, ihtisas dallarına ait pratik ve teorik bilgileri adli mekanizma içerisinde kullanabilmede ulaştıkları büyük birikimi, şimdi Adli Tıp Enstitüsünde lisans üstü eğitim vererek farklı bir şekilde değerlendirmekte, gelecek nesilleri yetiştirmeye çalışmaktadır.

Böylesine önemli bir işbirliğinin gerçekleşmesine ve sürmesine katkıda bulunan başta Sayın Adalet Bakanı olmak üzere, gerek Adalet Bakanlığının, gerekse Yükseköğretim Kurulu'nun üyelerine teşekkürü bir borç bilirim.

Adalet Bakanlığı Sayın Müsteşarı Arif YÜKSEL

Bugünkü modern tıbbın, vaktiyle adli yargı organlarımızın bilimsel konusu olan Adli Tıp Kurumumuzun Adaletin yerine getirilmesinde gerçekleştirdiği faaliyetlerin önemi inkar edilemez. Bu bakımdan Adli Tıpla ilgili mevzuatlı uygulamalarda branşları ve doktorlukları belirtmek çözüm yollarını göstermek açısından böyle bir panelin yapılmasının ayrı bir özelliği ve önemi vardır.

Sayın konuklar sizler de tahmin edersiniz ki insanoğlu varolduğu günden bu yana daha da iyiye ve doğruyu bulabilmek kendisine yardımcı olabilecek bir üst kaynaktan faydalanmayı amaçlamış ve asırlardır bunun arayışı ve çalışması içersinde olmuştur. Bu itibarla 21. yüzyılın medeni toplumunu meydana getiren değişik meslekler gruplarını meydana getirmişlerdir. Adalet Bakanlığı daha da verimli olarak çalışabilmesi için adaletin ve hukukun üstünlüğünü korumak amacı hukuk alanında Adli Tıp Kurumunun nedenli önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir. Bu sebeple maddi ve manevi zarar gördükleri olaylarda görevi, hakkı ve hakikatı ortaya çıkarmak ve hem de karar vermek olan hakim ve savcılarımızın fikirlerinin ve tıbbın görüntülerine ulaşmak Adli Tıbbın doğmasına neden olmuştur.

Bugün adaletin ışığı altında Adli Tıp, Tıp Biliminin bünyesine adli konularla ilgili hukuki konuların çözümü amacıyla gelişmiş ve giderek yerleşmiştir. Tıp ilminin bilinen tarihi gelişiminde Adli Tıp Kurumu çok önemli bir ihtisas ünitesi olarak yerini almıştır.

Hukuki konuların çözümü amacıyla bir bilim dalı olarak başlangıcı Osmanlı İmparatorluğu dönemine kadar dayanan Adli Tıp öğretimi 1839 yıllarında gelişip yerleşmeye başlaması bunun hukuki yönden faydalanılması düşüncesini de bu suretle türetmiştir. Okul bünyesi dışında Adli Tıbbın teşkilatlanması ise 1915 yılında

tıbbiye öngör÷lmüştür. 1917 yılında ise Adli Tıp Müessesesi Adli Yargı Organlarına bağlanılmıştır. Ancak Adli Yargı Organlarının adalet ile bilimsel müsbet raporlar için Adli Tıbbın bir ihtisas şubesi haline getirilmesinin gerektiğı amacı Cumhuriyet döneminde ağırlık kazanmış ve bu şekilde zaman içerisinde gelişmiş ve kökleşmiştir.

Kısaca belirttiğim bu tarihi gelişim içerisinde Adli Yargıya yardımcı olmak 1926 tarihinde yürürlüğe giren 813 sayılı kanunla Adalet Bakanlığına bağlı buna mukabil görev açısından tamamen bağımsız bir kurum olan ve bugünkü deyişimle Adli Tıp Kurumu kurulmuştur. Yöneticilerin yenilikleri karşılaması ve ilmi gelişmelere ayak uydurabilmesi için yeni bir hüviyete kavuşturulması durumu karşısında 6119 sayılı kanun çıkarılmış ve Adli Tıp Yönetimi yeni baştan teşkilatlandırılmıştır.

Hukukla ilgili tıbbi konularla çözümleyebilecek ve çok önemli olan ihtisas dallarının günümüz periyodik gelişmesine tam anlamıyla uygulanabilmesi için 20 Nisan 1982 tarihinde yürürlüğe giren 2659 sayılı Adli Tıp Kurumumuz kanunu gerçekleştirilmiştir. Bu kanunla 5 ihtisas kurulu tespit edilmiş ayrıca içerisinde yeni ihtisas daireleri kurulmuş kurum döner sermayeli bir kuruluş haline getirilmiş ve üst düzeyde personel geliştirilmesine imkan sağlanmıştır. Bütün bu olumlu gelişmelere ilaveten 26 Mart 1987 tarihli ve 3334 sayılı kanunla 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun bazı maddelerinde yapılan değışiklikler Adli Tıp Genel Kurulu ile bazı ihtisas dairelerinin görevleri ile ilgili olarak tesbit edilen aksaklıklar giderilmiş ve bu sayededir ki kurumun daha da düzenli bir şekilde çalışması sağlanmış, bu suretle Türk Adli Tıbbının gerçek hüviyetine kavuşmasıyla toplumunun tam anlamıyla tüm ihtisas üniteleriyle hizmet edebilmesini mümkün kılmıştır.

Değerli arkadaşlarım hakim ve savcılarımızın adli ve isabetli karar verme yanında son derece faydalı görev ifa etmekte olan bu kuruluşumuzun daha olumlu çalışmalara kavuşmasında sizlerin ilgiyle değılendirmelerinizin önemli rol oynadığı inancı içerisinde Adli Tıp Günlerinin artık daha güçlü bir yapıya kavuşmuş olmasından duyduğum memnuniyeti ve bu yolda büyük çabalar harcayan başta Adli Tıp Kurumu Başkanı Sayın *HOCAM PROF. DR. ŞEMSİ GÖK*'e Adli Tıp Kurumu ile İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsünün sayın görevlilerine en derin takdîr hislerimi siz muh-

terem konuklarımız huzurunda ifade etmek isterim. Bu vesile ile sözlerime son verirken tüm çalışmalarını Adli Tıp ilminin daha da gelişmesine duyduğum samimi inancım ve taktiri huzurunuzda ifade ederken 4. Ulusal Adli Tıp Günlerinin bütün adalet ve tıp camiasına hayırlı olmasını diler hepinizi saygılarımla selamlarım.

PANEL I

HUKUKİ EHLİYET

Oturum Başkanı : *Prof. Dr. Şemsi GÖK*

Konuşmacılar : *Doç. Dr. Belgin ERDOĞMUŞ*
Hakim Kemal YUMLU
Dr. Kriton DİNÇMEN

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Sayın dinleyiciler, bu sempozyumların mevzularına dikkat edersek, diğerlerinden tamamiyle ayrı mevzular olduğu görülecektir. Adli Tıp, hukuka çok yakın bir branş dalı olup ondan doğmuş, bir bilim dalıdır. Onun sorularına cevap vermek için Tıp uğraşmış, kaideler koymuş ve bu kaidelerden Adli Tıp Bilim Dalı oluşmuştur. Adli Tıp hukuktan ayrılmayan ve onun en yakın yardımcıları olarak çalışan bilirkişisidir.

Bundan evvelki toplantılarımızda genelde daha çok ceza Hukuku ile ilgili meseleleri konuştuk. 1. 2. ve 3. Panellerimizde muhtelif mevzuları işlemeye çalıştık ama bugün diğerlerinden ayrı ve kişilerin hukuki ehliyetleriyle ilgili Medeni Kanunumuzla bağlantılı bir mevzu ele almak istiyoruz. Tabi bu panelde bir takım hukuki bilgiler terimler geçecek ve bunların Türk Hukukunda, günlük çalışma hayatımızda hep bildiğimiz deyimlerdir. Ama başlangıçta mesele hekimi ilgilendirmektedir.

Demin açılış konuşmamda da söylediğim gibi 41 Adli tabibin dışında Türkiye’de binlerce hekim var. Diğer sağlık kurumları hu-

kuka yardım etmek istiyorlar. Dolayısıyla onlara biraz bilgi verme ihtiyacını hissediyorum. Dolayısıyla hekim arkadaşlarıma cezaî ehliyetteki gibi akıllarında kalabilecek ve uygulamada hekimlerle, savcılara yardımda bulunabilecek bilgileri aktarmak istiyoruz. İlk sözü Doç. Dr. Belgin ERDOĞMUŞ'a veriyorum.

Doç. Dr. Belgin ERDOĞMUŞ

EHLİYET

Genel Olarak

Özel Hukuk alanında ehliyet denilince, hak ehliyeti ve fiil ehliyetinden bahsetmek gerekir. Medeni Kanun ve Borçlar Kanunu yönünden şahsın hukukunun en önemli hükümleri hak ve fiil ehliyetine ilişkin olanlardır. Özellikle fiil ehliyeti sözleşme hukuku ve sorumluluk hukuku ile yakından ilgilidir. Hukuk hayatını daha yakından ilgilendirdiği, hukuki problemlerin doğmasına sebep olduğu için fiil ehliyeti üzerinde zamanımız ölçüsünde durmak istiyoruz.

Hak Ehliyeti

Hukuki ehliyeti, hak sahibi olabilme ve borç altına girebilme kabiliyetini ifade eder. MK 8'in kenar başlığı «Medeni haklardan istifade» şeklinde yazılmıştır. Bu maddeye göre: Her şahıs, medeni haklardan istifade eder. Binaenaleyh kanun dairesinde haklara ve borçlara ehil olmakta herkes müsavidir.

Hak ehliyeti zamanımızda kişi kavramı ile adeta özdeşleşmiştir. İnsanlar doğumla birlikte hak ehliyetine ipso jure sahip olurlar.

Fiil Ehliyeti

Fiil ehliyeti kişinin kendi fiilleriyle hak elde etme, borçlar yüklenebilme yeteneğidir. Hak ehliyetinden farklı olarak fiil eh-

liyeti dinamik, aktif bir durumu ifade eder. MK m. 9'da medeni hakları kullanmaya selahiyettar olan kimse, iktisaba da iltizama da ehildir» demektedir. Ancak dikkat edileceği üzere bu metinde «kendi fiiliyle» ibaresi yoktur. Halbuki bu ibare fiil ehliyetinin hak ehliyetinin, hak ehliyetinden olan farkını iyice belirtmektedir, kişi sadece hak ehliyetine sahipse, kanuni temsilcisinin yardımıyla hak kazanabilecek, borç altına girebilecektir. Nitekim medeni Kanun Ön tasarısında maddenin kenar başlığı fiil ehliyeti olarak değiştirildiği gibi (Şimdiki kenar başlık «Medeni Hakların kullanılması» şeklindedir.) kendi fiilleriyle ibaresi de eklenmiştir. Bu şekilde İsv. Medeni Kanununun Almanca metnine uygunluk sağlanmış olmaktadır. Aynı zamanda kavram hukuki muamele ehliyeti ve haksız fiillerinden sorumlu tutulabilme ehliyetini de ifade edecek hale dönüşmektedir. Kişinin hak ve borç doğurmaya elverişli olan hukuka uygun ve hukuka aykırı fiilleri de fiil ehliyeti kavramı içinde mütalaa edilir.

Fiil ehliyetini ilişkin kurallar hem kişinin kendi menfaat alanı ile ilgili davranışları hem de onunla hukuki ilişki içine girecek 3. kişilerin yararına olmak üzere konulmuştur. Ancak bu konuda fiil ehliyeti söz konusu olan tarafın zarardan korunması düşüncesi ağırlık taşır, meselâ fiil ehliyeti konusunda üçüncü kişilerin iyiniyeti korunmamıştır. Ama hukuk düzeni her meselede fiil ehliyetinin bulunup bulunmadığını incelemek yerine fiil ehliyeti için genel kurallar koymuştur. Aksi halde muamele hayatının icap ettirdiği güven mevcut olmazdı.

Fiil Ehliyetinin Unsurları

Bunlar MK 10 ve 14'de ifade edilmiştir. Temyiz kudreti, rüşt ve mahcur olmama şeklinde üçtür.

Temyiz Kudreti

Fiil ehliyetinin en önemli şartıdır. Temyiz kudreti, kişinin kendi fiillerinin neticelerini görebilme yeteneğini ifade eder. Mümeyiz (Sezgin olmak) akla uygun, makul surette hareket edebilmektedir. Davranışlarının saiklerini ve sonuçlarını ayırtedebilen kişi mümeyizdir, sezgindir. Temyiz kudreti yoksa, fiil ehliyeti de yok-

tur, kişinin yaptığı işlemlerden ve haksız fiillerden sorumlu olması söz konusu değildir.

MK 13. temyiz kudretini açıkça tanımlamış değildir, ancak «yaşının küçüklüğü sebebiyle, yahut akıl hastalığı veya akıl zayıflığı veya sarhoşluk ve bunlara benzer sebeplerden biriyle makul surette hareket etmek iktidarından mahrum olmayan her şahıs, Kanunu medenice mümeyyizdir» demektedir. Bu ifadeden temyiz kudretinin akli başında davranış yeteneği olduğu ortaya çıkmaktadır. Ancak metinde sözü edilen «makul surette hareket etmek iktidarı», akli başında davranma olgusu temyiz kudretini belirlemeye yeterli değildir, çünkü mümeyyiz olan kişilerin zaman zaman makul olmayan davranışlar içine girdiği de görülür, bir sürücünün veya yayanın kırmızı ışıktaki geçmesi, eğlenmek için silah atılması gibi. Bunlar akli başında, makul bir kimsenin normal davranışları olamaz. Bu söylediklerimizin tersi de vakidir, dış dünyaya akseden davranışları, giyim ve konuşması ile bir akıl hastası tamamen normal insan görüntüsü verebilir.

Mahcur (Kısıtlı) Olmama

Bu şart MK. 11'den değil, «Mümeyyiz olmayan küçükler ve mahcurlar medeni haklar kullanmak selahiyetinden mahrumdurlar» diyen MK 14'den çıkmaktadır. Hacir sebepleri MK 355-358'de sayılmıştır (akıl hastalığı ve zayıflığı, israf, kötü hal, kötü idare, ayyaşlık, bir yılı aşan bir süre için hürriyeti bağlayıcı cezaya çarptırılma, ihtiyarlığı, sakatlığı veya başka bir sebeple kendi işlerini görmekten aciz olanların kendi talebi.)

Bir kimsenin hacir altına alınabilmesi için reşit olması lazımdır. Ancak bunlar hakkında hacir kararı verilebilmesi için kanunda sayılan hallerin bulunması lazımdır. Hacir altına alınan kişilere kural olarak vasi tayin edilir. Hacir altına alınan kişinin hacir kararından (ilanından) önceki tasarrufları etkilenmez.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Çok teşekkür ederim. Daha sonra sorular sorulacaktır. O zaman sorulara cevap vereceksiniz ben Noterlerin Adli Tıp Açısın-

dan önemi konusunda konuşmacı olarak sayın Kemal Yumlu beyden rica ettim. Uzun zaman Hakimlik ve Bakanlığımız Ceza ve Tekif Evleri Genel Müdürlüğü ve yine uzun zaman Noterlik yapmış ve Adli Tıp Kurumunda da bize, Adli Tıba Hukukî açıdan yardımda bulunan kıymetli bir kişidir.

Bir takım hukukî tasarruflar Noterlerden geçiyor. Peki Noterler bu tasarruf ve akitleri yaparlarken acaba noterlerin hukukî durumu nedir? Noter iş sahiplerinden neleri istemelidir? Ve neler o aktin içinde bulunmalıdır? Taraflar arasında bir anlaşmazlık çıkarsa Noter ne gibi sorumluluklar altında kalabilir bunları bize özetleyebilirmisiniz.

Hakim Kemal Yumlu: Teşekkür ederim sayın Başkan arz edeyim efendim.

Sayın Başkan, sayın dinleyiciler, her yıl yapıldığı gibi Tıp ve Hukuk mensuplarına Adli Tıp konusunda karşılıklı müşterek görüş ve düşünce teatisi için bu gibi toplantıların tertibinde müzaharetini esirgemeyen sayın Bakanımıza ve bu toplantıları düzenleyenlere teşekkürlerimi arz etmek isterim.

Bilindiği üzere; Adli Tıp Kurumunda Mahkemeler, Hâkimlikler ve C. Savcılıkları tarafından intikal ettirilen Adli Tıp ile ilgili değişik konular içersinde Ceza Ehliyetinin tesbiti kadar önemli Hukukî Ehliyetin tesbit ve tayini de oldukça mühim yer işgal etmektedir.

Kanunlarımıza göre, Hukukî bir tasarrufu yapacak kişinin o tasarrufu yapmaya yetenekli (ehil) olması diğer bir ifade ile kişinin temyiz kudretine sahip bulunması gerekmektedir. Medeni Kanunumuzun 13. maddesi uyarınca, yaş küçüklüğü yahut akıl hastalığı veya akıl zayıflığı veya sarhoşluk ve bunlara benzer sebeplerden biri ile makul surette hareket etmek iktidarından mahrum olmayan kimse temyiz kudretine sahip, diğer bir deyimle mümeyyiz kabul edilmektedir. Bu unsur, bütün Hukukî tasarruflarda aranılması mecburidir. Yaş ise, yapılacak tasarrufun mahiyetine göre değişmektedir. Kişinin bir borç altına girebilmesi için muhakkak rüşt şarttır. Rüşt ise, 18 yaşını bitirmekle başlar. Evlenen kimse de hukuken reşit sayılır. Vasiyet yolu ile intikâl edecek menkûl ve gayrimenkûl mallar ve haklara ait tasarrufta 15 yaşını tamamlamış olması, miras mukavelesi yapabilmek için rüşte eriş-

miş bulunması (Medenî Kanunun 449/450), evlât edinmede işe, evlât edinenin 40 yaşında ve evlât edilenden 18 yaş büyük olması aranılmaktadır. (Medenî Kanunun 253).

Hukukî Ehliyetle ilgili çok kısa olarak özetleyebildiğim bu maruzatımı müteakip bu konuda Adli Tıp Kurumuna Mahkemelerimizin intikal ettirilen Hukukî muamelelere temas etmek istiyorum.

1512 sayılı Noterlik Kanununun 89. maddesi, niteliği bakımından tapuda işlem yapılmasını gerektiren sözleşme, vekâletname, mülkiyeti muhafaza kaydı ile satış vadi, tesis senedi, evlât edinme ve tanıma, zilliyetliğin devri, miras taksim sözleşmesi gibi tasarrufların Medenî Kanun ile Borçlar Kanununda yazılı şartlara ve şekle uygun olarak Noter tarafından resen tanzim edilmesini âmirdir. Ekseriya bu gibi tasarruflarda Hukukî işlemi yapmanın ölümünü müteakip menfaati muhtel olan veya yapılan tasarrufla hissesi tenkis edilmek istenilen ölenin mirasçıları arasında gayet ciddi itilâfların meydana gelmesine sebebiyet verilmekte ve bu yüzden Mahkemelere ancak, Adli Tıp Kurumunca çözümlenebilecek mahiyetde oldukça kabarık bir yekûne balig olan davalar açılmaktadır.

Genellikle; evlât edinmelerde kapalı ve açık vasiyetname tanziminde, gayri menkûl hibesinde, ölünceye kadar bakma sözleşmesinde tanımada, gayri menkûl temliklerinde, gayri menkul satış vaatlerinde akdin ifası sırasında ölenin hukukî ehliyeteye sahip bulunmadığı iddia edilmekte ve yapılmış olan tasarrufların iptali istenilmektedir.

O halde, bu münasebetle görev ve yetki bakımından bu tasarruflarla ilgili ve bu hukukî tasarruflara resmiyet veren Noterlik Müessesenin ve Noterin Hukukî durumunu ve sorumluluğunu belirtmekte yarar görmekteyim.

Tarihin her devresinde kişiler arasında hukukî münasebetlerin geçerli sayılmasını ve bunlara resmiyet verilmesi lüzumu duyulmuş ve böylece zamanın ihtiyaçlarına göre inkişafı bugünkü Noterlik Müessesesi doğmuştur. İslâm'da da fertler arasındaki borçlanmalara müteallik işlemlerin adil bir kâtip tarafından ve şahit huzurunda düzenlenmesini Kur'an-ı Kerim'in Bakara Sûresi'nin 282. ayeti kerimesi ile emrolunmuştur.

Cumhuriyetin ilânından sonra Noterlik Müessesesi ancak, 1938 yılında ele alınabilmiş ve 1.9.1938 tarihinde yürürlüğe giren 3456 sayılı Kanunla Müesseseye yeni ve günün koşullarına uygun bir vechе verilmeк istenilmiştir. Bu Kanunda, 1942 yılında çıkarılan 4166 sayılı ve sırası ile 4782, 5235 sayılı Kanunlarla birçok maddeleri esaslı tadil görmüş ve nihayet 5.5.1972 tarihinde yürürlüğe giren 1512 sayılı Noterlik Kanunu çıkarılmıştır.

Noterlik bir kamu hizmetidir. Noter ve Noterlik Adalet Bakanlığının, Noterler Birliğinin, Malî açıdan Maliye Bakanlığının, Sigortalı ise kendisi ve çalıştırdığı personel bakımından da S.S.K. nun gözetim ve denetimine tabidir.

Şimdi, Noterlik Müessesenin Adli Tıp açısından önemine temas etmek istiyorum.

Mülga 4166 sayılı Noter Kanununun 34. maddesi Noterin, iş yaptıracak kimselerden hüviyet ve ehliyetini ve hakiki arzularını etraflıca ve hiçbir noktasını ihmal etmeden onu öğrenmekle yükümlü bulunduğunu ve 35. maddesinde ise, Noterin resen tanzim edecekleri senet ve mukavelelerin en az iki şahit huzurunda yapılmasını âmirdir. Halbuki; 1512 sayılı Noterlik Kanununun 84. maddesi düzenleme (Resen) şeklinde yapılan her Hukukî işlemde istisnalar hariç, tanık bulundurulması mecburiyetini kaldırmış, 73. ve 87. maddelerinde tanık bulundurulmasını sağır, kör, dilsiz, okuma yazma bilmeyen kişiler ile diğer Kanunların işlemin tanık huzurunda yapılmasını mecbur kıldığı hallere inhisar ettirmiştir.

Burada Kanun koyucu, Noterin Kişiliğine önem verdiği için tanık bulundurması keyfiyetini onun takdirine bırakmıştır. Mülga Kanunla 1512 sayılı Kanun arasındaki bu farklılık bir noksanlık olmamakla beraber birçok ciddi ihtilafların doğmasına vesile olmakta ve hatta sonucunda da Noterlerin mesuliyetini intaç etmektedir.

Biraz evvel temas ettiğim gibi, Kanunun 89. maddesinde sayılan işlemlerin düzenleme şeklinde yapılması zorunludur.

Şimdi, Noter tarafından Kanunî mecburiyet halleri dışında resen tanzimi gereken bir işlemde tasarrufu yapanın ikrarı ile ilgili tanık bulundurulmamış ve Hukukî Ehliyeti hakkında da mütehassıs Tabibden rapor alınmamış ve bu şekilde tamamlanmış bir tasarrufu müteakip kişinin ölümü halinde Hukukî Ehliyetin

tıbben tesbiti çok güçleşmekte ve hatta olanaksız bulunmaktadır. Bu ve buna mümasil taraflar arasında meydana gelen ihtilaflar dolayısıyla Adli Tıp Kurumuna intikal eden pek çok davalara tesadüf edilmektedir. Tatbikatda bilhassa büyük illerimizde, sahte hüviyet ile işlem yaptıran, keza, vesayet altına alınmış olan kimşelerin mahçuriyetinden bil istifade yeteneği bakımından tapuda işlem yapılmasını gerektiren sözleşme, vekaletname, gayrimenkul satış vaadi, mülkiyeti muhafaza kaydı ile satış ve benzeri muamelelerin bilahire iptali cihetine gidilmek üzere eski vasinin azil ettirilmesini müteakip Hukukî Ehliyetden yoksun olması itibariyle yeni vasinin mutlak butlan ile batıl olan tasarrufların iptalini sağladıkları bilinmektedir.

Genellikle Noterlerimiz, resen yapılan işlemlerde şayet yetenek yönünden ancak, gerekli gördükleri takdirde iş sahibinden rapor istemekte ve raporun uzman bir hekim tarafından verilip verilmediğine de bakılmamakta ve kimliğin tesbiti maksadı ile lüzumlu tanıkları da kişi şahsı maruf diye istisnalar dışında aranılmadığı Kuruma gönderilmiş bulunan dava dosyalarından anlaşılmaktadır. Bu pek sakıncalı haller sonucunda da mevcut hakların zayine ve Noterlerimizin de Cezaî ve Hukukî sorumluluğuna sebebiyet verilmektedir.

Noterde, resen yapılmış olan bir işlemde yetenek yönünden rapor alınmamış, tanık bulundurulmamış ise bu takdirde ölen kişinin yapmış olduğu bir Hukukî tasarruftan dolayı iddia ve ihtilaflar karşısında Hukukî Ehliyetin tesbiti nasıl mümkün olacaktır?

Bilindiği üzere; Usul Kanunumuza göre bir iddia ve müdafanın isbatı Kanunî veya takdiri delillerle mümkündür. Kanunî delillerle ispatı lazım gelen bir vak'a takdiri delille ispatına kalkışamaz. Hâkim takdiri olan hiçbir delille hüküm tesisine mecbur değildir. Takdiri delil sistemi ve bilhassa şahadet Müessesesi suistimale müsaittir. Hatalara yol açabilir. Vefat dolayısıyla taraflar arasında münazalı olan ve Kanunen senetle isbatı zaruri olmayan meseleler bunlar hakkında malumat verebilecek kimşelerin beyanları ile ispat olunabilir. Pek tabiidirki, mahkeme şahadet Müessesesinden faydalanacak olan tarafların bu husustaki delil ikamesi ile ilgili isteklerini kabule mecbur kalacaktır. Ekseriya şahadete başvuru davalarda tarafların iddia ve müdafalarını

uzak ve yakın teyid eder mahiyetdeki şahitlerin şahadetleri ile karşılaşılmaktadır. Bu gibi hallerde Adli Tıp Kurumu ilgili İhtisas Kurulu tamamen beyanata dayalı çelişkili ifadeler karşısında nasıl tıbbi bir mütalaa verebilecektir? Tıp uzmanı bir Hâkim değildir. Buna mukabil, Usul Kanunumuz delilleri takdir hususunda Hâkime geniş bir takdir yetkisi vermiş ve iddiayı ispat edecek delilleri asgari derecesini tayini cihetine de gitmemiştir. Şahadetin takdir ve tahlilini tamamen Hâkimin takdirine bırakmıştır.

Nitekim; Adli Tıp Kurumunda şahadete müstenik Hukukî Ehliyetin tesbiti hakkında verilmiş olan rapor ve mütaalalara dayalı Mahkeme kararlarını Yargıtay bozmakta ve raporların kanaat verici nitelikte görülmediğinden bahisle Adli Tıp Kurumu Genel Kurulundan da mütalaa alınması lüzumlu görmektedir.

Bu nedenlerle; Noterlik Kanununun 89. maddesinde yazılı yapılacak işlemlerde işlem sahibinin ileri yaşı sebebi ile yetenek bakımından mutlaka tabib raporu aranılması, raporun uzman bir tabib tarafından verilmiş bulunması, muamelenin sıhhati bakımından zaruridir. Bu vesile ile şunu da hatırlatmakta yarar görmektedirim.

Noterde, iş sahibinin Kanunda yazılı işlemlere münhasıran ileri yaşı veya dikkati çeken görünür hali itibariyle niteliği yönünden bir rapor alınmamış ise o kimsenin ölümünü müteakip şahadete müstenit tamamen Hâkimin takdirine giren bir delil ile gerek İhtisas Kurullarının ve gerekse Genel Kurulunda tıbbi bir mütalaada bulunulamayacağı Genel Kurulun 12.12.1986 tarihinde aldığı bir kararla prensibe bağlanmıştır.

Bu itibarla; Noterlik Kanunu Yönetmeliğinin 91. maddesinde belirtildiği üzere, Noterlerin Cezaî ve Hukukî sorumluluğa maruz kalmamaları ve taraflara zarar tevhit edilmemesi için Noterlerin resen düzenledikleri işlemlerde iş sahiplerin kimlikleri ile ilgili aranan belgeden başka tanık bulundurulması, ileri yaş ve dikkati çeken görünür halleri itibariyle yeteneklerini uzman tabib raporu ile tespit ve tevsikinde yarar görülmektedir.

Sözlerime son verirken bendenizi dinlemek lütfunda olduğunuz için teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Teşekkür ederim Sayın Kemal YUMLU bey, Efendim meselenin ne kadar önemli olduğu aşıkardır. Bir hocamız hukuki ehliyetin nelere istinat ettiğini sıraladılar. Bir hukuki akit için bir takım belgelerin düzenlendiği yerler noter olduğuna göre noterin nelere dikkat etmesi gerektiği Sayın Hakim tarafından vurgulandı, sorumluluğu üzerinde bilhassa duruldu. Bu kadar hele şahıs öldükten sonra şahit yok, hekim raporu mevcut değil.

Olsa bile hekim raporu aklıyle ilgili değil, aklını ve fikrini düzenleyen bir rapordan yoksun bazı dosyalarda da raporlar gönderiyorlar adam mide hastasıymış mide ameliyatı olmuş hastane raporunun bununla hiç alakası yok. Gene bir meselede ölüm vukua gelince geri gelen dosyalarda bu şartlar altında 4. İhtisas Kurulunca ne işlem yapıyoruz.

Şimdi ben Sayın İhtisas Kurulu Başkanı Dr. Kriton DİNÇMEN'den soruyorum. Ne yapalım ve ne yapıyorsunuz. Bununla ilgili bize görüşlerinizi 15 dakika içerisinde bildirebilir misiniz.

Dr. Kriton DİNÇMEN

Şimdi, tek psikiyatrist hekim panelist olarak, ben, esasında iki psikiyatrist tarafından anlatılması icabeden konuları irdelemek mecburiyetindeyim; ve bunu da 15 dakikaya sığdırmaya çalışacağım.

Efendim, hukukçu arkadaşlar hukuki ehliyetini tarif ettiler. Tabii, hukukçu görüşüne göre durum izah edilmiştir. Bir de, bizim, hekim olarak bu hususta neyi düşündüğümüzü ve ne şekilde bir karara vardığımızı arzetmek isterim.

Biz, hukuki ehliyeti, kişinin, bir takım hukuki işlemlerin ifası esnasında tam bir akli sağlık içinde olması, etrafın tesirlerinden sıyrılıp kendi örf ve hür iradesi ile alınmış kararlarını eyleme geçirebilmek yeteneğine sahip olması, menfaatlerini idrak etmesi, iyi kötüden ayırt edebilme ve hadiselerin ihata edip onlardan sağlıklı sonuçlara varabilme kabiliyetine sahip olması keyfiyeti olarak görüyoruz. Ayrıca, yaptığı işlerin mahiyet ve sonuçlarının id-

rakinde olması da, bir adamın hukuki ehliyetini haiz olması bakımından önemli bir kriterdir.

Bu durumda, biz, akli bakımdan sağlam ve normal bir kişiden bahsederiz. (Aklen sağlam) (ne demektir.) Bunun iki tarifi var. Biri doğrudan doğruya tıbbi tariftir; Dünya Sağlık Teşkilatı'nın tarifidir bu. Bir de bizim, yani hukuki ehliyet bakımından (sağlam) kavramımız. Yukarıda size arzettiğim (Hukuki ehliyet bakımından sağlam kişi) akli yerinde, yani zaman ve mekan olayantasyonu yerinde, idraki yerinde, dikkati yerinde, muhakemesi yerinde, iradesi yerinde, teessüreti tam, davranışları kendi sosyokültürel seviyesine uygun ve daha evvel arzettiğim gibi yaptığı işin mahiyeti ile önem ve sonuçlarının bilincinde bulunan adam olarak karşımıza çıkar. Hukuki ehliyet açısından bu yeterlidir.

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın tarifini size bir bilgi olarak arz edeyim. Orda, normal adam böyle tarif edilir: (Çocukluktan beri devam edegelen ve kişinin ruhsal ve cinsel gelişimi esnasında kişide oluşmuş bazı tortu bozuklukları ile onların yarattığı sıkıntıyı kişi öylesine kullanacak ve öylesine karşılayacak ki, kişi yaratabileceği kadar yaratabilecek, sevebileceği kadar sevebilecek ve bu meydana da da normlarla büyük ölçüde çatışma halinde bulunmayacak). Yani, ne psikopat bir egosantrik, egoist davranışla ben istiyorum, ben alıyorum, ben yapıyorum havasında ve ne de hay hay efendim, evet efendim, hakkınız var beyefendi deyip kendi hakkını alamayan bir passiv-agressiv kişi olacak.

Tam bir olgun kişilik, ahlaki benliğinin kontrolü altında ego'sunun ihtiyacının temin ve tatmin edebilecek bir kişiliğe sahip olması lazım. Anlaşıyor ki, normal kişi, hem hakkını elde edecek ve hem de aynı zamanda karşısındakinin hakkını teslim edebilecek bir ahlaki olgunluğa sahip olacaktır.

Şimdi ben, bu girişten sonra özet olarak, bir vakianın bize müracaatında, hukuki ehliyeti tesbiti bakımından hangi ölçütlerle nasıl bir değerlendirme yaptığımızı arzetmek isterim.

Kişinin nerde ve niçin bulunduğunu bilmesi, etrafın tesir ve telkinlerine karşı koyabilmesi ve kendi hür iradesi istikametinde karar alması ve bu kararların sebatla eyleme geçirebilme yetisinde olup menfaatlerini gözetebilmesi, günün rayiç kıymetleri ve kendi mallarının ve yaptığı işlemlerin değerinin bilincinde olma-

şı, kognitif faaliyet dediğimiz kavrama, anlama, söylenilenleri ve etrafında olup bitenleri ihata edebilme gibi yukarı akıl kabiliyetlerinin tam olması; dolayısıyla, kişide, tam bir şuur açıklığının tesbit edilmesi ve kişinin problemine tam bir mantık organizasyonu içinde düzgün ve gayeye yönelik cümlelerle ifade edebilme kabiliyetinde bulunması şarttır.

Gayet tabiidirki, kişinin davranışının ve genel bilgi ve ilgi alanının kendi sosyokültürel seviyesi ile uyum içinde olması beklenir. Anlaşıyor ki bu dediğimiz şartları haiz bulunmayan kişinin hukuki ehliyeti tam değildir. Kişideki ruhsal yetersizlik veya yıkımın derecesine göre hukuki ehliyet ya yoktur ve dolayısıyla kişi vesayet altına alınıp kendisine vasi tayin olunur; veyahutta azıcık deli, azıcık bunak, azıcık aptal olduğunda da müşevverete muhtaç olup kendisine müşavir tayin olunur. Medeni Kanunun 355. ve 379'ncu maddelerinin hangi durumlarda hangi akli arızalar nedeni ile tatbik edildiklerini açıklamak isterim. (Akıl hastalığı) kavramında bazen, hukukçularla bir anlaşamama durumu ortaya çıkar. Onlar, genelde, zeka geriliklerini akıl hastalığı olarak kabul etmiyorlar; sanki zeka geriliği ile akıl hastalığı farklı bir şeymiş gibi düşünüyorlar. Bu, galiba, 1940'larda ilk kez olarak ceza ehliyeti tayini İngiltere'de söz konusu edilirken ortaya atılan Mc. Naughton kanunlarına dayanır. Hepimizin bildiği gibi o sıralarda, yalnızca (delilik) kavramı üzerinde durulmuş ve ceza ehliyetsizliği sadece (deli) ler için öngörülmüştür; ancak ileriki yıllarda (zeka geriliği) kavramı da ceza ehliyeti açısından değerlendirilmeye alınmıştır.

Hasta adam davranışları ile kendisini gösterir. Zeka geriliği değerlendirilirken olayları çok geniş olarak görmemiz gerekli; mesele olay, kişinin sadece bir matematik işlemini yapabilmesi ve yapamaması değildir; pek çok ciddi zeka gerisi kişi çok nefis matematik problemlerini çözerler. Yani, biz bir adamın matematiği iyidir diye ona zeka gerisi diyemiyecak mıyız? Mesele bir zeka kırgılığı sonucu oluşmuş bir davranış ve hücre bozukluğunun olup olmaması. Dolayısıyla, akıl hastalığının yanısıra zeka geriliği de bir davranış kusuruna neden olmakta her ikisini de aynı görüş altında toplamamız doğru olur. Biz, umumiyetle, raporlarımızda hukukçu arkadaşlarımızı kızdırmamak için (akli arıza) tabirini kullanıyoruz ki biraz daha yumuşak bir şekilde aramızdaki bu görüş farklılığını halledelim.

(Embesil) dediğimiz bir zeka geriliğinde zeka seviyesi normal kişinin yaşı ile mukayese edildiğinde 3-8 yaş zekasına; (İdiosi) derecesindeki zeka seviyesi ise 0-3 yaş zekasına tekabül eder. Böyleci ciddi zeka geriliği gösteren kişilerin hukuki ehliyetesi sahip olmaları düşünülemez. Aynı şekilde bir psikoz, yani ciddi bir akıl hastalığı içinde bulunan kişinin de hukuki ehliyeti söz konusu olamaz. Bu akıl hastalığı endojen, yani bünyevi bir akıl hastalığı olabildiği gibi, ekzojen dediğimiz ve ruhsal veya geniş manada organik tabiatlı dış şartların oluşturdıkları bir akıl hastalığı da olabilir; bu iki grup arasında hukuki ehliyet bakımından fark olmamakla ikisinin de hukuki ehliyeti yoktur.

Her ne kadar kişinin iradi olarak almış bulunduğu alkol veya toksik maddelere bağı sarhoşluklar hukuki ehliyeti etkilemiyor ise de, kişinin bir süre kullanmış olduğu alkol, veya toksik maddeler sonucu oluşmuş akıl hastalıkları veya bunamalar, neticede bir akıl hastalıkları olmaları nedeniyle kişinin hukuki ehliyetini etkiler.

Çok büyük bir vak'a gurubunu oluşturan (bunama, demans) hallerinde bahsetmek isterim. Genel kanının tersine (bunama) daima yaş ile ilgili değildir; zira ileri yaşlarda olmasına rağmen kişide bunama hali olmayabileceği gibi bazen 20 yaşında dahi bunama başlar. Tam yerleşmiş bunama hallerinde hukuki ehliyet ortadan kalkar.

Şimdi (müşevveret) kavramına gelmek istiyorum. (Aşağı debil) dediğimiz ve normal kişideki 9-11 yaş seviyesindeki zeka geriliği gösteren kişilerde bir akıl hastalığının başlangıç, devrinde veyahut o akıl hastalığının selah halinde bulunan kişilerde veyahutta bir bunamanın başlangıç devrelerinde yani o zihin açıklığının o kafanın bulutlandığı ve unutkanlıkların başladığı, hadiseleri kavrayabilme yetisinin kısıtlandığı, yaşlılık alınganlıklarının gözleendiği, herkesin dediğine kanma halinin başladığı, bunamanın o ilk başlangıç hallerinde (müşevveret) söz konusu olur.

Zekanın 12-15 yaş seviyesine tekabül eden ve (yukarı debilite) olarak tanımlanan çok hafif zeka geriliği hukuki ehliyeti etkilemez. Nevrozlar ve kişilik bozukluklarının genelde hukuki ehliyeti etkilemedikleri gibi.

Tabiatıyla vesayet veya müşaveret altına alınma durumları

bazı, hallerde bir geçici dönemin ilgilendirebilmekle, kişinin iyileşmesinden ve bu iyileşmesinin tıbben tebeyyün etmesinden sonra mahkemeye müracaatla sonlandırılabilirler.

(Psikoz, manyak, depressif) dediğimiz ve sirküler, periyodik, nöbet, nöbet, bir seyir gösteren hastalık üzerine önemle durulması icabeder. Sıklıkla rastlanan bu hastalıkta kişi, nöbet sırasında hukuki ehliyetini kaybedecek derecede hasta olmasına rağmen, nöbetler arasındaki devrelerde tamamen normaldir. Dolayısıyla, muayyen bir tarihteki hukuki ehliyetinin tayini yapılırken, kişinin akit sırasında hastalık içinde veya dışında olmasının anlaşılması ve bu hususta karara varılması temel önem taşır. Nöbet içindeki akitlerde hukuki ehliyetini haiz olmamasına karşın, (serbest ara devre) lerdeki akitleri sırasında hukuki ehliyeti tamdır.

Önemli bir konuda yaşlı ve cahil kimselerin hukuki ehliyetlerinin tayinidir. Karşınıza cahil ve yaşlı bir kadın geliyor; deli değil, bunak ta değil; (sosyal debil) dediğimiz bir durumda; yani tüm hayatını çok dar bir saha içinde geçirmiş, hayatla ilgili hiç bir bilgisi yok, cahil ve yaşlılarda görüyoruz. Köyde kendisine, (teyze, bir şahit lazım mahkemeye sen bir gelsene) falan diyorlar ve bir evraka parmağını bastırarak tüm mallarını elinden alıyorlar. Ve bu kadın bize geliyor. Yaptığı işlemde bu kadının hukuki ehliyeti var mıydı, yok muydu diye. Biz (vardır) diyoruz da içimiz parçalanıyor. O gibi kişilere, hiç olmazsa (müşavere muhtaç) diye karar vermek doğru olur; biz de bazı hallerde bu şekilde karar vermekteyiz. Önemle vurgulamak isterim ki, yukarıda da değindiğimiz gibi (yaşlılık) faktörü tek başına hukuki ehliyeti etkileyecek bir durum arzetmektedir. Aynı şekilde (kandırılmış olma) durumu da hukuki ehliyeti etkileyen bir nokta değil. Çünkü, galiba, hepimiz kandırılabiliriz, şu veya bu şekilde kandırılmış olmamız hukuki ehliyetimizi etkilemez.

Muayyen bir tarihte hukuki ehliyeti sorulan kişinin değerlendirilmesinde, kişinin o tarihlerde almış bulunduğu rapor, hastaneye yatış evraki, reçete gibi tüm tıbbi belgelerin kıymeti çoktur. Ayrıca, kişinin yapmış bulunduğu aktin kendi menfaatlerine uygun olup olmadığı ile mantiki olup olmadığının saptanması da bu bakımdan önemli hususiyetlerdir. Keza, kişinin akit sıralarındaki davranışı, konuşmaları, komşuluk ilişkileri, yaşam tarzı hakkındaki tanıklık ifadeleri de bize yardımcı olur.

Tanık ifadelerinin değerlendirilmeleri üzerinde de durmak isterim. Bazen, öyle tanık ifadeleri var ki, tıbbi açıdan hiç mana ifade etmezler; (Hastaydı) ve (Akıllıydı) şeklindeki ifadeler; ancak, bazı tanıklar öylesine güzel şeyler tarif ediyorlar ki, bu ifadelerin değerlendirilmeleri, ancak konuyu çok iyi bilen ve dolayısıyla tanığın ifadelerinin altında yatan tıbbi hususiyetleri anlayabilen ve çıkarabilen hekimler tarafından yapılabilir; yani bazı tanıklar kişinin akli durumu hususunda nefis ipuçları veriyorlar. Dolayısıyla, tanıklık ifadelerinin değerlendirilmesi çok önemli olduğu kanısındayım.

Önemle vurgulamak istediğim bir nokta da, bizim, hekim olarak, hukuki ehliyetini tayin etmekte bulunduğumuz kişinin haklı veya haksız olup olmadığı hususuna katiyyen dikkat etmememizin icabettiği hususudur. Kişinin haklılığı veya haksızlığı bizi ilgilendirmez bu husus, ancak ve ancak yargının sorumluluğuna girer ve bu hususta kararı verecek te yargıdır. Rapor tanzim eden adli psikiyatrin bilhassa bu hususa dikkat etmesi icabeder.

Raporlara gelince, ilgili işlemin yapıldığı tarihte tanzim edilmiş olmaları çok mühimdir; ve mümkün olabildiği takdirde akliye-asabiye mütehassısı bir hekim tarafından verilmeleri lazımdır. Raporların ayrıntılı ve doyurucu bilgi içermesi, kişiyi ve davranışlarını etrafıca tarif etmesi, kişinin ilgili işleme karşı düşünce, istek ve tutumunu aksettirmesi şarttır. Yoksa, sadece basma kalıp (aklı ve şuuru yerindedir) veya (kavli ve fiili tasarruflara ehildir.) şeklinde tekerlemelere inhisar eden raporlar ciddiyetten ve tıbben inandırıcı olmaktan uzaktırlar. Akit sıralarında, kişide hele yaşlı bir kişide olabilecek metabolik bozukluklar hukuki ehliyetinin etkileyebileceği cihetle, raporda sadece ve sadece psikiyatrik bilgiler değil fakat şahsın metabolik durumunu gösteren labaratuvar bulguları ile vital fonksiyonların yani nabızı, tenefüsü, tansiyonu, ateş durumunun da belirtilmesi çok faydalıdır.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Bir noktayı tazyik edeyim. Ölmüş vasiyetnamesi var evlat edinmiş veya şu bu rapor yok şahit ifadeleri var ne düşünelim.

Dr. Kriton DİNÇMEN

Genelde tıbbi rapordan yoksun ve sadece tanık ifadeleri içeren dosyalar hakkında bilimsel ağırlıklı bir karar vermek çok zor ise de, bazen, tanık ifadelerinin tetkikinden kişinin akli durumu bakımından oldukça önemli bilgi edinebileceğimiz kanısındayım; çünkü bu ifadeler bazen önemli ipuçları veriyorlar efendim...

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Teşekkür ederim Sayın Dinçmen. Efendim, Paneli burada bitiriyoruz. 3 konuşmacımız hukuki ehliyetin evvela ne olduğunu ne gibi faktörlere dayalı bulunduğunu izah ettiler. Bir konuşmacımız akitleri tetkik eden ve belgeleyen noterin ne gibi malzeme-ye ihtiyacı olduğunu vurguladı. Ve bir hekim olan 4 İhtisas Kurulu Başkanlığımızda akıl hastalığı ve akıl zaafılığı ile ilgili problemlerde kişinin hukuki ehliyeti arkasından nasıl değerlendirme yapmakta olduğumuzu ve düzenlenen raporlarda da şahit ifadelerine de değer verilmesinin yerinde olduğunu vurguladı.

Tabii ki şahit ifadeleri çok önemli yalnız şunu unutmamak lazım. Mahkemelerden bize bozma ilamlarında veya bize gönderilen geriye iade edilen raporlarımızda bir tabir var. Kişinin mahkemede durumu tutumu ve vermiş olduğu ifade şekli nazari itibara alınarak dosyanın bir kere daha ilgili dairesinde gözden geçirilmesi diye geliyor. Sayın arkadaşlar öyle güzel taklit ediliyor ki karşımıza çıkan sanık öyle güzel görünüm arz ediyor ki bir akıl hekimi onun kadar şizofreniyi taklit edemez. Veya bir mani melankoliyi onun kadar düzenleyemez ve bir geri zekalılığı onun kadar taklit edemez. Eğer şahit ifadede gerçeğe çok dayanıyorsa biz bununla ilgili raporlar düzenliyoruz ama on tanesi böyle söylüyor. On tanesi böyle söylemiyor. Hangi birine kıymet verelim. On tanesi akıllıydı diyor, on tanesi akılsızdı diyor. Dolayısıyla bunu değerlendirecek olan hiç bir belge akli ve melakati hakkında, zekası hakkında hiç bir bilgi yok. Bu ufak tefek tortular ve artıklar dahi şahitlere öğretilmiştir. Onun için çok dikkatli davranmak zorunluluğundayız. Ölmüş gitmiş bir tek kelime büyük bir varlığı bir yerden diğer bir tarafa vermek, o bakımdan 4. İhtisas Kurulunun raporsuz istekleri cevaplandırması çok zor oluyor.

Şimdi sayın arkadaşlar soru sormak istiyorsanız beş dakikada çok kısa olmak üzere sorularınızı cevaplandırmak istiyoruz. Evet efendim. Ali Naci TUNCER, Atınç ÇOLTU, Nezir UZAK, Ahmet EKMEKÇİ, Vural BİLİR.

Evet efendim, Buyurun Ali Naci TUNCER.

Ali Naci TUNCER

Sayın Başkanım, Sayın Kriton Hocama soru sormak istiyorum. Başta siz kendisine söz verirken Kurumumuza gelen dosyalar üzerinde ne yapıyorsunuz diye bir soru sormuştunuz. Fakat hocam fazla vakit bırakmadınız ki herhalde detaylarını anlatamadılar. Bendeniz de tam tatmin olamadım. Yaşayan taraflar için akitler için, akitlerdeki taraflar için hukuki ehliyeti verilirken, cezai ehliyetle olduğu gibi mevzuatınıza göre müşahade altına alma imkanına sahip misiniz? Müşahadeye alıyor musunuz? Bazı şeyler geliyor. O bakımdan aydınlanmasını dedim. Tarafı çağırıp uzun bir müddet müşahadeye tabii tutulabiliyor mu bu kurul ve bugün yapıyor mu? Bunu öğrenmek istiyorum. Teşekkür ederim.

Dr. Kriton DİNÇMEN

Gayet tabi bizde çok mükemmel çalışan bir Gözlem İhtisas Dairesi vardır. Beş arkadaş orada çalışmaktadır. Ve ihtiyaç gördüğümüzde kişiyi müşahade altına aldırabiliyoruz. Ayrıca, bazı hallerde müşahade altına aldırmanın dışında daireye göndermekle gayet çabuk şekilde psikolojik testlerini veyahut ta elektroansefalografisini yaptırabildiğimiz gibi, bizim kendi müessesemizin imkanları dışında bazı araştırma yöntemlerinin icab ettiren hallerde, kişiyi, kendisine en yakın bulunan Fakülte veya Bakanlık Eğitim Hastanelerine yollayıp lüzumlu testleri yaptırıyoruz. Ayrıca bazen, klinik bakımından karar vermede tereddütte olduğumuz hallerde —tıpkı Ceza ehliyeti tayininde olduğu gibi— vakayı iki, üç defa çağırdığımız oluyor.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Teşekkür ederim. Dr. Atınç ÇOLTU Bursa Adli Tıp Grup Yöneticisi.

Dr. Atınç ÇOLTU

Benim iki sorum olacak.

1 — Vasiyetname düzenleme isteğiyle noter yöneticisine müracaat ederken kişi rapor almak üzere gönderiliyor. Şimdi yaşı ne olursa olsun. Otuz yaşında da olsa 40 yaşında da olsa bu kişi rapor istemiyor. Bu gerekli midir?

Efendim 2. sorum Kriton DİNÇMEN'e vasi tayininde sağırılık, dilsizlik ve körlük ne gibi etkiler?

Hakim Kemal YUMLU

Soru Noterler kendilerine gelen vasiyetname yapmak isteyenlerden hukukî ehliyet ile ilgili umumiyetle tabib raporu aramaktadırlar. Mecburi midir değil midir?

Bilindiği üzere; Medeni Kanunumuza göre, vasiyetname açık, kapalı ve şifai olmak üzere üç türlü yapılmaktadır. Bunlardan açık vasiyetnameleri noterler, Noterlik Kanununa göre resen yani düzenleme şeklinde ifa ederler. Düzenleme şeklinde yapılacak vasiyetname için noterin tabib raporu araması mecburiyeti diye bir şey yoktur. Yalnız, vasiyetçinin ikrarı için şahit bulundurulacaktır. Fakat, vasiyetçinin görünür hali itibarıyla genel durumu bakımından tereddüd edildiği taktirde kendisinden tabib raporu aranacağı gibi bilhassa ileri yaş sebebi ile 65 yaşını dolduranlar veya daha yukarı yaştakiler kim olursa olsun tatbikatda rapor istenilmesi taammül haline gelmiş bulunmaktadır. Çünkü, düzenleme şeklinde yapılan işlemlerden Noterler o işlemin münderecatına da şamil olmak üzere çok ağır mesuliyet taşımaktadırlar. Bu itibarla; vasiyetçiden rapor isteyen Noterleri haklı görmekteyim.

Teşekkür ederim. Buyurun Sayın Hoca.

Dr. Kriton DİNÇMEN

Biliyorsunuz hukukî ehliyetin tayinini akli durum ilgilendirir. Tek başına körlük, tek başına sağırılık veya dilsizlik hukukî ehliyeti etkilemez. Ama, kişide sensoriel tipte afazi varsa, yani kişi kendisine söylenenleri anlamadığı gibi kendisinde kullandığı keli-

melerin manalarını bilemiyorsa o kişinin hukuki ehliyetinin olmasından bahsedilemez. Buna mukabil konuşmanın sadece motor konponentinin bozuk olduğu yani hastanın kendisine söylenenleri anlamasına ve söyleyeceği şeyleri kafasında verbal olarak oluşturabilmesine rağmen onları kelime olarak ifade edemediği hallerde kişinin hukuki ehliyeti tamdır.

Sağır ve dilsizlik durumuna gelince bunların akli durumları, zekaları tam ise, eğitim görmüşler ise hatta yazabiliyorlarsa hukuki ehliyetlerinin olmaması için bir sebep yoktur. Körlük te hukuki ehliyeti tek başına etkilemez.

PANEL II

İŞ KAZALARI : Meslekte Kazanma ve Çalışma Gücünün Kaybı Kavramları ve Mesleki Kusurlar

Oturum Başkanı : *Prof. Dr. Cahit ÖZEN*

Konuşmacılar : *Doç. Dr. Can TUNCAY*
Dr. Ferruh GÜREMEK
Prof. Dr. Rauf SAYGUN
Prof. Dr. Şemsi GÖK
Doç. Dr. Köksal BAYRAKTAR

Prof. Dr. Cahit ÖZEN

Değerli Meslektaşlarım; 4. Adli Tıp Günleri 2. paneline başlıyoruz.

Panel konumuz iş kazaları, meslekte çalışma, kazanma gücünden azalma ve genel hizmetlerde meydana gelen aksamalar ile maluliyetlerin tespiti üzerinedir. 20. yüzyılda özellikle 2. yarısından sonra bütün dünyada medeni ülkelerde ve ülkemizde iş kazaları meslek hastalıkları zannediyorum çok yaygın hale gelmiştir. Endüstri sahasındaki ilerlemede küçük atölyelerin fabrika ve büyük işletmelere dönüşmesi; tarım sahasında dahi endüstrileşme olması bu iş kollarında çalışanların durumunun kanunlarla korunmasını gerektirmiştir.

Sosyal hizmetler için müesseseler kurulmuş; iş kazaları ve meslek hastalıkları için önlemler alınmış ödeme sistemleri getirilmişse de, ihtilaf halinde bazan mahkemelere bu tür vakalar in-

tikal etmektedir. Bu yüzden iş kazaları ve meslek hastalıklarında mağduriyetten en çok korunabilir hale inmiştir. Bu nedenlerle güncel hale gelen bu problem üzerine düşüncelerini dinlemek üzere şimdi konuşmacı olarak İstanbul Hukuk Fakültesi İş Hukuku ve Sosyal İdari İktisat Bilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Can TUNCAY Beye soruyoruz. İş kazaları ve meslek hastalıklarının kapsamı ve elemanları ile iş yerinde iş kazaları sırasında kişinin vazifede olması veya vazifeli olarak işyeri dışına gönderilmesi hukuki anlamda çeşitli şekillerde yaralanmalar olması her dalda iş kazası sayılır mı, sayılmaz mı bunun izahatını rica edelim.

Prof. Dr. A. Can TUNCAY

İŞ KAZASI, İŞ GÖREMEZLİK, ÇALIŞMA GÜCÜNÜN VE MESLEKTE KAZANMA GÜCÜNÜN KAYBI KAVRAMLARI

I. Genel Olarak

Ülkemizde her yıl karşılaşılan iş kazası ve meslek hastalığı olayları insanı ürkütücü rakamlara ulaşmaktadır. Örneğin, 1986 yılında Türkiye’de toplam olarak 150.821 iş kazası meydana gelmiş ve bunun 1.321’i ölümle, 2.625’i sakat kalma ile sonuçlanmış bulunmaktadır. Buna karşılık aynı yılda 542 meslek hastalığı ile karşılaşılmıştır (Sosyal Sigortalar Kurumu, 1986 İstatistik Yıllığı, Ankara, s. 46). Kaza ve ölümlerin en yüksek olduğu işkolu, ötedenberi inşaat işkoludur. Bu işkolunda 1986 yılında 27614 iş kazası meydana gelmiş, bunun 443’ü ölümle sonuçlanmıştır. Kömür sanayiindeki ölümler de ikinci sırada yer almaktadır (360 ölüm). Kazaların sayısı açısından birinci durumdaki inşaat işkolunu sırasıyla metal eşya imalatı (17.100 olay), kömür madencililiği (14.882 olay) ve dokuma işkolu (12.140 olay) izlemektedir. Ülkemizde en az kaza oranı büro hizmetleri, petrol, kimya ve lastik işkollarında görülmektedir. Çalışanların eğitimsizliği, bilgisizliği, yorgunluk ve dikkatsizlikleri, koruma araçlarının kötü ve yetersiz oluşu, işçi sağlığı ve iş güvenliği kurallarına aykırılık, verilen talimatlara uymama, gerekli önlemler alınmadan işe başlama bu kaza ve hastalıkların başlıca nedenleri arasında sayılabilir. İş kazalarına en fazla ilk çalışma saatlerinde en az 6. iş saatinde rastlanmaktadır. Her şeye rağmen ülkemizde iş kazaları oranında

1971-1986 yılları arasında devamlı bir azalma gözlenmektedir. Örneğin 1971'de bu oran % 11'e yakınken, 1982'de % 7'nin 1986'da % 5'in altına düşmüş bulunmaktadır. Son 12 yılın ortalaması % 7 ise de, bu oran endüstrileşmiş ülkelerde % 3-4'ten yukarı çıkmamaktadır. En çok meslek hastalığına da inşaat ve kömür madencilğinde rastlanmaktadır. (1986 İstatistik Yıllığı, s. 45-46).

İş kazası ve meslek hastalıkları sigortası geçici, yahut sürekli gelir kaybına uğrayan sigortalıya veya onun yakınlarına yardımlar sağlar. İş kazası ve meslek hastalığı, iş kazasının ani bir olay sonucu, meslek hastalığının ise yavaş yavaş ortaya çıkması bakımından birbirlerinden ayrılırlar. Ancak her ikisinin de mesleki risk sayılması (yani sigortalının çalışmasıyla ilgili) ve ortak bazı özelliklere sahip olmaları nedeniyle mevzuatta iş kazası ve meslek hastalığı sigortaları birbirini tamamlar nitelikte iç içe girmişlerdir.

II. İş Kazası

1. *Tanımı*: SSK'nun 11. maddesinin (A) bendi bir tanım vermiş olmaktan ziyade iş kazasının bazı unsur ve koşullarını saymış bulunmaktadır. Gerçekten, söz konusu maddeye göre «İş kazası, aşağıdaki hal ve durumlardan birinde meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence veya ruhça arızaya uğratan olaydır. a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla, c) Sigortalının işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, d) Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda, e) Sigortalıların, işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında.» Bu ifade, bir iş kazası tanımı olmak için bazı yönlerden çok geniş, bazı yönlerden de dardır.

Doktrinde iş kazası genel olarak, sigortalının, işverenin otoritesi altında bulunduğu bir sırada gördüğü iş veya işin gereği dolayısıyla aniden ve dıştan meydana gelen bir etkenle onu bedence ya da ruhça zarara uğratan bir olay olarak tanımlanır. Bu tanımlamaya göre iş kazasının unsurları şöylece tespit edilebilir.

2. Üsurlari :

a) Sigortalı olma: Kazaya uğrayanın herşeyden önce SSK. md. 2 anlamında sigortalı olması gerekir. Onun ayrıca diğler bazı sigorta kollarında olduğı gibi belli bir süreden beri sigorta primi ödemiş olması gerekmez. Çünkü, iş kazası sigortası, kısa vadeli sigorta türlerindendir. Öte yandan bir olayın iş kazası sayılması için kazaya uğrayanın sigortalı olması şartı, sigortaya bildirilmeyen çalışanın iş kazasına uğramayacağı ya da iş kazası sigortasından yararlanamayacağı anlamına gelmez. Ayrıca, hem Borçlar Kanunu anlamındaki çıraklar, hem de 3308 sayılı Çıraklık ve Meslek Eğitimi Kanunu kapsamındaki çıraklar ve meslek eğitimi gören öğrenciler iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortasından yararlanabilirler (SSK. 3/II B; 3308 s.K. 25).

b) Kazaya uğrama : Borçlar Hukukunda kaza, borçlunun bir kusuruna dayanmayan, önceden görülemeyen, dıştan gelen, kaçınılmaz ve borçluyu borcundan kurtaran herhangi bir olaydır. Sosyal sigortalar uygulamasındaki kaza, Borçlar Hukukundaki kazanın bazı özelliklerini taşımakla birlikte ondan oldukça farklıdır.

aa) Dıştan gelen bir etken : Sigortalıyı bedenlen ya da ruhça zarara uğratan, yahut ölümüne neden olan olayın dıştan gelen bir etkenle meydana gelmiş olması gerekir. İşyerinde patlama, bir maddenin çarpması, düşmesi, havadan zehirlenme, elektrik cereyanına kapılma, yüksekten düşme, güneş çarpması gibi.

bb) İstenilmeyen bir olay : Dıştan gelen etkenin sigortalı tarafından istenilmemiş, arzu edilmemiş olması da gerekir. *Doktrinde, bir kısım yazarlara göre, sigortalının kasdı, bir olayın iş kazası sayılmasına engel bir neden değildir.* Çünkü, SSK. md. 110, kasdı, ya da suç sayılır fiili ile de olsa iş kazasına uğrayan sigortalıya parasal yardımların değilse de, gerekli sağlık yardımlarının yapılmasını öngörmüştür. Kanımızca, bu madde, sigortalının kasıtlı fiillerini de iş kazası sayan değil, onları adeta cezalandıran bir hükümdür. Sadece kasıtlı fiili sonucunda da olsa, vücutça zarara uğrayan sigortalıya sağlık yardımı yapılmasını öngören insancıl bir düşüncenin ifadesidir. Bu nedenle SSK. md. 110 hükmüne ters bir anlam vererek işyerinde intiharı dahi iş kazası olarak değerlendirmek iş kazası kavramını sonu belirsiz boyutlara kadar genişletmek olur. Çünkü intihar olayında olayın nedeni, ya-

pılan iş olmayıp, sigortalının iradesidir. Yani işle kaza arasında nedensellik bağı yoktur. Yargıtay buna rağmen bir kararında lojmanda meydana gelen bir intihar olayını, sırf lojmanı işyeri saymadığı için iş kazası saymamış (Yarg. 9. HD., 21.10.1969, E. 7602, K. 10056) bir başka kararında sigortalının işyerinde intihar etmesini iş kazası saymıştır (10. HD. 29.3.1979, E. 78/8413, K. 79/2759). Bazı yazarlar, işçinin şuur bozukluğu sonucu intiharının ya da şüpheli intihar olaylarının iş kazası olarak değerlendirilmesi gerektiği görüşündedir. İngiliz ve Alman Hukuklarında intihar iş kazası kavramı dışında tutulmaktadır.

cc) *Ani olay* : İş kazası, aniden veya çok kısa bir zaman aralığı içinde meydana gelen bir nedenle ortaya çıkan bir olaydır. Oysa meslek hastalığı uzun bir zaman parçası içinde tekrarlanan olaylar sonucu doğmaktadır. İş kazasının ani bir olay sonucu meydana gelmiş olması onu meslek hastalığından ayıran en önemli unsurdur.

c) Uygun illiyet bağı bulunmalı : İşçinin geçirmiş olduğu her kaza iş kazası sayılmaz. Bir olayın iş kazası olarak değerlendirilebilmesi iki yönden uygun illiyet bağının bulunmasına bağlıdır. Önce sigortalının gördüğü işle kaza arasında, sonra da kaza ile zarar arasında bir ilişki bulunup bulunmadığı araştırılır.

aa) Sigortalının gördüğü işle kaza olayı arasında bağlantı : Meydana gelen kazanın görülen işle uygun nedensellik (illiyet) bağı içinde bulunması gerekir. *Yani olayların normal akışına ve genel hayat deneyimlerine göre meydana gelen kaza, sigortalının gördüğü işin bir sonucu olmalıdır.*

Bu husus uygulamada en tartışmalı, en tereddütlü konulardan birini teşkil eder. *Yabancı hukuklarda da böyledir.* Örneğin, İngiliz Hukukunda bir kazanın iş kazası sayılması için onun görülen işin yürütülmesi dolayısıyla ve yürütülmesi sırasında meydana gelmesi şartı aranır da ne zaman kazanın işin yürütülmesi ile ilgili olduğu ya da ne zaman meydana geldiği her somut olayda ayrı ayrı ele alınır. Bu hukuk sisteminde, işçinin yasal ya da izin verilmiş yemek molaları sırasında, tuğla boşaltan bir kamyon şoförünün bir başka aracın çekilmesine yardım ettiği sırada kazaya uğraması, işverenden izin alarak öğle tatilinde sendika toplantısına giden bir işçinin bu sırada işyerinde yenen öğle yemeği

sırasında, yahut itfaiye erinin hareket yeteneğini muhafaza edebilmek için yaptığı beden eğitimi sırasında yaralanması bir iş kazası olarak kabul edilmiştir. Alman Hukukunda da aşağı yukarı aynı görüşler egemendir.

Hukukumuzda ise, işle kaza olayı arasında bir nedensellik bağı bulunup bulunmadığı hususunda kanunkoyucu belirli karine-ler saptamıştır (SSK. 11/A'daki haller). Ancak bu haller kanımızca kesin karine olmayıp aksinin ispatı mümkün olan nisbi karine-ler niteliğindedir. İşveren, meydana gelen kazanın işin niteliği ve yürütümü ile hiçbir ilgisi bulunmadığını kanıtlayabilir. Bir kaza, SSK. 11/A'da sayılan haller içinde meydana gelmiş olsa dahi onun işle bir ilgisi olup olmadığını saptamak için kazanın işveren-*in otoritesi altında meydana gelip gelmediğini araştırmak gerekir.* Ancak otorite kıstasını çok mutlak anlamda almamak yerinde olur. *Kazaya uğranıldığı sırada görülmekte olan işin işverenin çıkarlarına hizmet ettiği hallerde sigortalının, işverenin otoritesi altında bulunduğunu kabul etmek gerekir.*

Bu bakımlardan örneğin, işveren tarafından iş gereği bir başka yere gönderilen işçinin bir trafik kazasına uğraması iş kazası sayılır. Çünkü onun yolda dahi işverenin otoritesi altında bulunduğu varsayılmak gerekir (SSK. 11/A, c). Ancak yolda giderken karıştığı bir kavga sonucu sigortalı yaralansa yahut işveren tarafından görevli olarak başka bir yere gönderilen sigortalı yolda uğradığı birahane-*de* alkol komasına girse iş kazası geçirmiş sayılmaz. Çünkü, artık işverenin otoritesi altından çıkmıştır. Yarg. 10. HD., yeni bir kararında ise işveren tarafından bir iş dolayısıyla başka bir yere gönderilen işçinin gönderildiği yere giderken arkadaşlarıyla birlikte uğradığı bir parkta otururken bir bombanın patlaması sonucu ölmesi olayını görevle ilgisi olmasa dahi olayın sigortalının görev ile başka bir yere gönderildiği zaman süreci içinde meydana geldiği gerekçesiyle işkazası saymıştır (13.10.1987, E. 87/5024, K. 87/5139). Bizce bu olayın işkazası sayılması çok tartışma götürür türdendir. Yarg. 9. HD. ise bir kararında, anonim şirket genel müdürünün görevli olarak başka bir yere giderken bindiği uçağın düşmesi sonucu ölmesini kaza ile görülmekte olan iş arasında illiyet bağının gerçekleştiği düşüncesiyle iş kazası saymıştır (29.12.1981, E. 81) (11284, K. 81/15904). Yargıtay bir başka kararında da işverence görevli olarak Avrupa'ya gönderilen ve dönüş yolunda gene işverenin diğer bir işçisinin kullandığı araçta

trafik kazası sonucu ölen işçiyi iş kazasında ölmüş saymıştır (9. HD., 5.4.1983, E. 83/374, K. 83/3094).

Bunun gibi, *grev esnasında meydana gelen kaza da iş kazası sayılmaz*. Zira kaza işyerinde olmuş olsa dahi iş durmuş olduğundan işle bir ilgisi yoktur. Aynı şekilde, yıllık ücretli iznini geçirdiği sırada işçinin işyerinde kazaya uğraması da iş kazası sayılmaz (bak. İşK. 59). Ancak bu işçi, işverenin çağırması üzerine ya da ücretini almak için işyerine gelmiş bulunuyorsa, geçirilen kaza iş kazası olur. Buna karşılık tatil zamanında, işverenin rızası dışında ve salt orada içki içmek amacıyla işyerine girilmesi ve bu sırada olayın meydana gelmiş bulunması işkazası kavramının kapsamı dışında kalır (Yarg. 10. HD., 10.5.1983, E. 2308, K. 2482).

Öte yandan, sigortalının işyerinde çalışırken yıldırım düşmesi sonucu ölmesi de iş kazası sayılmak gerekir. Yargıtayımız Sigortalının işyerinde çalışırken başka kişilerce öldürülmüş olmasını da iş kazası saymış bulunmaktadır (bak. Yarg., 10. HD., 4.2.1980, E. 76/6407, K. 80/624; Yarg., 10. HD., 3.5.1983, E. 83/781, K. 83/2307). Hemen belirtmek isteriz ki «sigortalının işyerinde bulunduğu sırada» (SSK. 11/A, a) meydana gelen ve sigortalıyı bedence ya da ruhça zarara uğratan her kaza iş kazası sayılamaz. Onun işle bir ilgisi bulunması şarttır. Ancak mahkeme kararları bu konuda tutarsızlık arz etmektedirler. Yargıtay, işverene ait malı kurtarmak amacı ile denize dalması sonucu boğularak ölmesi olayını işkazası saymış (9. HD., 8.10.1971, E. 7035, K. 2158). İşyerinde bekçi olarak çalışan sigortalının işyerinden 20-25 metre uzaklıktaki ırmakta boğulmakta olan sırf insanî duygularla kurtarmak isterken boğulup ölmesini işkazası saymamıştır (9. HD., 11.9.1970, E. 2910, K. 8649). Buna karşılık işverenin işçilerini toplu olarak işyerine getirip götürmek için sağladığı araçtan işyeri kapısı önünde indikten sonra ölmesi olayı işkazası sayılmıştır (9. HD., 8.10.1971, E. 7035, K. 21158).

(işbb) Kaza olayı ile uğranılan zarar arasında bağlantı: Uygun nedensellik bağı olayla zarar arasında da bulunmak gerekir. Yani sigortalının bedence veya ruhça uğradığı zararın yahut ölümünün, meydana gelen olay sonucu ortaya çıktığı ispatlanmalıdır. Örneğin, işyerinde çalışırken güneş çarpması sonucu hastaneye kaldırılan sigortalı, hastanede tedavi görürken tam iyileştiği

sırada kalp krizinden ölürse, ölüm olayı iş kazasına bağlanamaz. Yahut göğsüne dolanan ip dolayısıyla göğsü şişen fakat aylar sonra kronik kalp yetmezliğinden ölen madenci, iş kazası sonucu ölmüş sayılamayacağı gibi işyerinde çalışırken giysisine dökülen benzinin iş dönüşü evinde sigarasını yakarken parlayıp sigortalının yaralanmasına neden olması da iş kazası sayılmaz. Hukukumuzda SSK. 103/1 hükmüne dayanarak, iş kazasına uğradığı tarihten itibaren bir yıl içinde meydana gelen ölüm olayının o kaza sonucu meydana geldiği kabul edilmektedir. Ölüm olayı kazadan bir yıl sonra meydana gelmişse nedensellik bağı kesilmiş olur.

d) Sigortalının bedence veya ruhça bir zarara uğraması. Bir olayın iş kazası sayılması için yukarıda sayılanlara ek olarak o olay sonucu sigortalının bedence veya ruhça bir zarara uğraması gerekir. Bu arızalar yaralanma, sakatlanma, kırık, çıkık, yarıklık, körlük, sağırılık gibi dış organlarda meydana gelen arızalar olabileceği gibi, iç kanama, beyin sarsıntısı gibi iç organlarda meydana gelen bedeni arızalar da olabilir. Ölümle sonuçlanan olayın da iş kazası sayılacağı doğaldır. Sigortalıyı psikolojik yönden etkileyen olaylar da iş kazası sayılır. Sinir bozuklukları, şuur, hafıza kaybı, akıl hastalığı gibi. İngiliz Hukukunda da ruhsal zararlar iş kazası kavramına dahildir. Alman Hukukunda ise ruhsal arızalara iş kazası kavramı içinde yer verilmemiştir. Arızanın olaydan hemen sonra ortaya çıkmış olması şart değildir. Yeter ki olayla arıza arasında nedensellik bağı bulunsun. Bununla birlikte uğranılan zararın kurumca yardım yapılmasını gerektirecek önem ve derecede olması da gerekir. Yoksa günlük iş hayatında sık sık rastlanabilecek ufak tefek yara, bere, vuruk ve sıyrıklar iş kazası sayılmazlar.

Belirtelim ki, sigortalının vücut tamlığına (kişiliğine) ilişkin olmayıp eşyasına ilişkin zararlar iş kazası kavramının dışında kalır. Bununla beraber sigortalıya takılan ve organ görevini ifa eden protezlerde (takma kol, bacak, diş vs.) meydana gelen zararların iş kazası sayılıp sayılamayacağı tartışmalıdır. Bazıları bunların zarara uğramasını iş kazası saymaz iken bazıları «vücut tamlığı» kavramının geniş yorumlanması dolayısıyla vücuda takılan suni organın onun ayrılmaz bir parçası halini aldığı ölçüde vücut tamlığı kavramına dahil olduğu ve iş kazasına konu olabilmesi gerektiği görüşündedirler. Kanımca, ikinci görüş daha isabetlidir.

III. İş Göremezlik

İş kazası ya da meslek hastalığının sonucu çoğu kez sigortalının işgöremezliği ile sonuçlanır. Bir işkaza, meslek hastalığı, kaza, hastalık ya da analık hali sigortalının vücut ya da ruh sağlığında bozulmaya neden olur ve sigortalı bu bozulma nedeniyle çalışmaktan engellenirse işgöremezlik doğmuş olur. İşgöremezlik kısa bir süre sonra ortadan kalkabiliyorsa «geçici işgöremezlik», eğer uzun süre devam eder ve kalıcı olursa «sürekli iş göremezlik» söz konusu olur. Geçici iş göremezlik durumunda sigortalıya geçici iş göremezlik ödeneği (SSK. md. 16), sürekli iş göremezlik durumunda ise sürekli iş göremezlik geliri bağlanır (SSK. md. 19). Geçici iş göremezlik hali sonunda, Kuruma ait veya Kurumun sevk edeceği sağlık tesisleri sağlık kurulları tarafından verilecek raporlarda belirtilen arızalarına göre, iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az % 10 azalmış bulunduğu Kurumca saptanan sigortalı, sürekli iş göremezlik gelirine hak kazanır (SSK. 19/1). Bunun için Kuruma belirli bir süre ve miktar prim ödemiş olması gerekmez. İş kazası ve meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik hallerinin meslekte kazanma gücünü ne oranda azaltacağı 7/4496 Kararname sayılı Sosyal Sigorta Sağlık İşleri Tüzüğü'ne ekli cetvellere göre tespit edilir (Tüz. md. 5-9). Sigortalının meslekte kazanma gücü % 10-100 arasında eksilmişse sürekli iş göremezlik kısmı, % 100 ise tamdır. % 10'dan daha aşağı düzeydeki sürekli iş göremezliklerde sigortalıya gelir bağlanmaz. İngiltere'de sürekli iş göremezlik geliri, sigortalının meslekte kazanma gücü % 1 eksilmiş olsa dahi verilir. Sürekli iş göremezlik geliri, sigortalının mesleğinde kazanma gücünün tamamen veya kısmen yitirilmiş bulunmasına göre hesaplanır. Buna göre, sürekli tam iş göremezlikte sigortalıya yıllık kazancının % 70'ine eşit yıllık gelir bağlanır. Sürekli iş göremezlik kısmi ise sigortalıya bağlanacak gelir tam iş göremezlik geliri gibi hesaplanacak miktarın iş göremezlik derecesi oranındaki tutarı kadardır. İster tam, ister kısmi sürekli iş göremez durumunda olsun, sigortalı başka birinin bakımına muhtaç ise bu gelir % 50 arttırılır (md. 20).

Sürekli iş göremezlik gelirinin sigortalıya ömrü boyunca verilmesi esastır. Sürekli iş göremezlik geliri bağlandıktan sonra sigortalı her zaman işgöremezlik derecesinde bir artma olduğunu

veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç duruma girdiğini ileri sürerek gelirden değişiklik yapılmasını isteyebileceği gibi Kurum da sigortalıyı her zaman kontrol muayenesine tabi tutabilir.

Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü'ne ekli A, B, C, D ve E cetvelleri vardır. A cetveli, iş kazalarının neden olduğu hastalık ve arızalarla meslek hastalıklarını ve bunların neden olduğu arızaları, vücuttaki yerlerine göre sınıflandıran 14 listeden teşekkül eder. Bu listeler başlıklarına göre, 1. Baş arızaları, 2. Göz arızaları, 3. Kulak arızaları, 4. Yüz arızaları, 5. Boyun arızaları, 6. Göğüs arızaları, 7. Omuz ve kol arızaları, 8. El bileği ve el arızaları, 9. El parmakları arızaları, 10. Omurga arızaları, 11. Karın hastalık ve arızaları, 12. Pelvis ve alt ekstremiteler arızaları, 13. Endokrin, metabolizma, kollagen doku, periferik damar hastalıkları, hematolojik ve romatoid hastalıkları, 14. Deri arızaları ve yanıklar. Her listede 3 kolon olup birinci kolon arızanın sıra numarasını, ikinci kolon arızanın çeşidini, üçüncü kolon arızanın ağırlık ölçüsünü gösterir.

B cetveli sigortalının çalıştığı iş kolları ve meslek veya iş çeşidi listelerini içerir. Her listede 2 kolon mevcut olup, bunlardan birincisi meslek veya iş çeşitlerini, ikinci kolon meslek grup numaralarını gösterir.

C cetveli, sürekli iş göremezlik simgelerini göstermekte olup, A cetvelinin listelerine paralel olarak arızanın vücuttaki yerine göre 14 tabloyu ihtiva eder.

D cetveli arızaların ağırlık ölçüsüne göre ve sürekli iş göremezlik simgelerine göre meslekte kazanma gücünün azalma oranını bulmaya yarar. Bu cetvele göre bulunan oran 38-39 yaşlarındaki bir sigortalının meslekte kazanma gücünün azalma oranıdır.

E cetveli ise, D cetveline göre bulunan orana ve sigortalının yaşına göre meslekte kazanma gücünün azalma oranını tespitiye yarar. Meslekte kazanma gücünün azalma oranının hesabında, sigortalının sürekli iş göremezlik halinin raporla tespit edildiği tarihteki yaşı esas alınır. Cetvelin solundaki dikey kolon 38-39 yaşlarına ait meslekte kazanma gücünün azalma oranını, üstteki yatay kolon 21-64 yaşlarını bunların kesişme noktaları ise meslekte kazanma gücündeki azalmanın yaşlara göre oranlarını gösterir (md. 5).

IV. Meslekte Kazanma Gücünün Kaybı

Hukukumuzda meslekte kazanma gücünün kaybı kavramlarına iş kazası-meslek hastalığı ve malullük sigortalarında rastlanmaktadır. İş göremezlik hali sonunda Kurum sağlık tesisleri raporlarında belirtilen arızalara göre iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az % 10'u azalmış bulunduğu Kurumca tespit edilen sigortalı sürekli iş göremez duruma düşmüş sayılır ve kendisine gelir bağlanır (SSK. md. 19). İş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az % 60'ını kaybeden sigortalı malullük sigortası bakımından ise malul sayılır (SSK. md. 53/c). Sigortalının meslekte kazanma gücünü ne oranda kaybettiği ise yukarıda belirtildiği gibi Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü'ne ekli cetvellere göre tespit edilecektir (Tüz. md. 5-9).

Anılan tüzüğün 5-9. maddelerinde belirlenen usullere göre meslekte kazanma gücü ya da bunun kayıp oranının tespiti belli bir formüle göre yapılmaktadır. Bu formülde dikkate alınan unsurlar üçtür: 1) İş kazası meslek hastalığının türü, 2) Mesleğin türü, 3) Sigortalının yaşı.

Meslekte kazanma gücünün kaybı kavramına Alman Hukukunda da yer verilmiştir. Alman Hukukuna göre, hastalık ya da sakatlık sonucu bedensel veya ruhsal gücün artık düzenli bir gelir elde edemeyecek şekilde, düzenli bir gelir elde edebilse dahi bunun çok düşük kalacak şekilde kaybedilmesi halinde meslekte kazanma gücü kaybedilmiş sayılır (RVO § 1247/2).

Demek oluyor ki, *meslekte kazanma gücünün kaybı kavramı sürekli işgöremezlik kavramından daha geniş bir kavram olup her meslekte kazanma gücünün kaybı sürekli işgöremezlik yaratmaz.*

V. Çalışma Gücünün Kaybı

Bu kavrama da maluliyet sigortasında rastlanmaktadır. Ancak iş kazasını da yakından ilgilendirir. Gerçekten, sebebi ne olursa olsun çalışma gücünün en az 2/3'ünü yitirdiği Kurum sağlık tesisleri sağlık kurulları raporlarıyla tespit edilen sigortalı malullük sigortası bakımından malul sayılır (SSK. md. 53/a). Bu du-

rumda işgücünde en az 2/3 oranında meydana gelen azalmanın nedeni önemli değildir. Çalışma gücü kaybı, ister iş kazası veya meslek hastalığı, ister trafik kazası, ister hastalanma, hatta sigortalının kendi fiilinden meydana gelsin, farketmez. Önemli olan, sigortalının çalışma gücünün 2/3'ünün kaybedilmiş olmasıdır. Bu nedenle örneğin, evde merdivenden veya yolda giderken çukura düşme sonucu sakat kalan bir sigortalı bile diğer koşullar gerçekleşmişse malûllük sigortasından yararlanır.

Sigortalıların hangi hallerde çalışma gücünün en az üçte ikisini yitirmiş ve hangi hallerde başka birinin sürekli bakımına muhtaç durumda sayılacakları Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nün 10. maddesinde belirtilmiştir. Bu hükme göre «Sigortalılık süresi içinde aşağıdaki arızaların meydana gelmesi veya eski ve çalışmaya engel olmayan bir arızanın aşağıda yazılı seviyelere yükselmesi yahut 1475 sayılı İş Kanununun 25. md. hükmü gereğince, bedensel veya ruhsal sakatlık derecelerine uygun işlere yerleştirilenlerin, sigortalılık süresi içinde sakatlıklarının artması veya sakatlıklarına yeni hastalık veya arızaların eklenmesi nedeniyle çalışamayacak duruma geldiklerinin Kurum sağlık tesisleri sağlık kurullarınca belirlenmesi halinde, sigortalılar, çalışma gücünün en az üçte ikisini yitirmiş sayılırlar» (md. 10). Çalışma gücünün en az 2/3'ünün yitirilmesine neden olan arızalar Tüzüğün 10. maddesinin devamında liste halinde sıralanmıştır. Bunlar sıra ile baş arızaları (kafa kemikleri, nöroloji, nöroşirürji, psikiatri arıza ve hastalıkları), göz hastalıkları ve görme arızaları, kulak-burun-boğaz hastalık ve arızaları, solunum, dolaşım sistemi hastalıkları ve sistemik hipertansiyonlar, karın hastalık ve arızaları, hareket sistemindeki kemik, kas, eklem hastalık ve arızaları, iç salgı hastalıkları, metabolizma hastalıkları, hematolojik hastalık ve arızaları, romatizmal hastalıklar, kollagen doku hastalıkları, damar hastalıkları, deri hastalıkları ve arızalarıdır. Ana tiplerine göre sınıflandırılmış bu arızalar Tüzükte 97 tür hastalık oluşturur. 10. md'de sayılmadığı halde Tüzüğe ekli A cetvelinde yer alan ve arıza ağırlık ölçüsü 57 olan hastalık ve arızalara yakalanan sigortalılarda C cetvelindeki sürekli iş göremezlik simgesinin A olması şartıyla çalışma gücünün 2/3'ünü yitirmiş sayılırlar.

Sigortalının, SSK. anlamında malûl sayılıp sayılmadığı Kurum sağlık tesisleri sağlık kurullarınca, düzenlenecek raporlarla tespit olunması gerekir (SSK. 109/A). Bu raporlara karşı ilgilile-

rin Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kuruluna itirazda bulunma hakları vardır. Kurul kararı Kurum yönünden bağlayıcı ise de ilgilinin, Yarg. IBK (25.6.1976, E. 6, K. 4) uyarınca buna karşı mahkemeye başvurma hakkının varlığı kabul edilmelidir.

Çalışma gücünün kaybının doktrinde bir tanımı yapılmamıştır. Alman Hukukunda ise çalışma gücünün kaybı, benzer eğitim görmüş aynı bilgilere sahip diğer bir sigortalının kazancının yarısını bile elde edemeyecek durumda bulunma anlamına gelir (RVO § 1246/2).

Görülüyor ki, çalışma gücünün kaybı da işgöremezlikle çok yakından ilgili bir kavram ise de ondan daha dar bir kavramdır. Her işgöremezlik çalışma gücünün 2/3 oranında kaybı demek olmadığı halde, çalışma gücünün en az 2/3 oranında kaybı aynı zamanda işgöremezlik anlamına da gelir.

Sonuç Olarak

İşkazaları, meslek hastalıkları ve maluliyet sigortalarında sözü edilen işgöremezlik, meslekte kazanma gücünün kaybı, çalışma gücünün kaybı kavramları açık yasal tanımlamaları yapılmamış belirsiz kavramlar olup yasalarda bunların açıklığa kavuşturulmaları yerinde olur. Belirtelim ki, aynı şikayetlere Alman Hukukunda da rastlanmaktadır.

Prof. Dr. Cahit ÖZEN

Sayın Prof. Dr. Can TUNCAY'a iş kazalarının hukukî yönünü ilgilendiren bu tebliğinden dolayı kendisine çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi ikinci sorum Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu Başkanı Sayın Dr. Ferruh Güremek'ten olacaktır. İş kazalarının, iş kazası sonunda meydana gelen sakatlıklarda maluliyet derecesinin tayini çalışılan meslekte kazanma ve beden gücünden kayıplar ne suretle ve hangi esaslara göre tespit edilir.

Dr. Ferruh GÜREMEK

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Meslekte kazanma gücünden kayıp oranları kanunlar ve bu kanunların ilgili maddelerine göre çıkartılmış tüzüklerle bulunulur.

4772 sayılı kanun ve 6900 sayılı kanunla 24 Temmuz 1948 tarihli yürürlüğe giren ve 1965 yılına kadar uygulanan bir tüzük mevcuttu. Bu tüzükte yaş cetveli bulunmamaktaydı.

Kendine özgü Fiks tarifeydi. 506 sayılı kanunun 135/A maddesine göre çıkarılan 892 sayılı genelgenin gerekçesinde; memleketimize fiks tarifenin daha uygun, Mc Bride'in arızalar bölümünden esinlenerek yeni bir arızalar bölümü ve arıza ağırlık ölçüleri alınmış, Amerika'nın Kaliforniya eyaletinin yaş çizelgesi eklenmiştir. Bu adaptasyon her yeni çıkan tüzükte değişikliğe uğramıştır. Değişikliğe uğramayan bir yaş çizelgesi vardır.

Meslekler, meslek grup numaraları ve sürekli iş görmezlik simgesi 1948 tarihinde yürürlüğe giren 3/7900 sayılı tüzükte de vardır.

892 sayılı genelge, 7/4496-7/16989 ve en son çıkan 85/9529 karar sayılı tüzüklerde meslek grup numaraları, sürekli iş görmezlik ve arıza ağırlık ölçüleri değişe gelmiştir.

85/9529 sayılı tüzüğün 9. maddesinin son paragrafında sigortalının işe alınmadan önce mevcut olan veya işe alındıktan sonra iş kazası veya meslek hastalığı sonucu olmayarak meydana gelen arızaları yapmakta olduğu işteki kazanma gücüne tesir etmiyorsa bu arızalar kazanma gücü toplam hesabında nazara alınmaz der.

Tüzüklerdeki eksiklerin önceki veya sonraki tüzüklerden yararlanma suretiyle giderilebilirse de arıza ağırlık ölçüsündeki farkların büyük maddi hatalara sebebiyet vereceği de aşikardır.

Adli Tıp Kurumu olarak gerekçe gösterip bu arıza ağırlık ölçülerini normal duruma getirmeye çalıştıysak ta tüzüklerin tatbiki istenmektedir. Ancak bu tatbikten maddi hatalar doğacağı da meydandadır. Mesela en son tüzükte eksiklikler mevcuttur. Bunlardan bazıları Ulnar ve Median sinirinin bilek nahiyesinde kesilmesi sonucu meydana gelen paraliziler bulunmamaktadır ve bunların ağırlık ölçüsü de yoktur.

Yine en son tüzükte hangi hallerde çalışma gücünden en az 2/3'ünü yitirmiş sayılacakların ağırlık ölçüsünün düz işçilerde 57 olması gereğinden midir neden kaynaklanıyor bilinemeyecek arıza ağırlık ölçüsü 51'den belki daha yukarıya 57 'ye çıkarılmıştır ve bu 57 ağırlığa 57 olan düz işçilerde beden gücünün veyahutta

diğer bir deyimle çalışma gücünün en az 2/3'ünü kaybetmiş sayılmaktadır.

Adli Tıp Kurumu olarak meslekte kazanma gücünden azalma oranının saptanmasında gerekli olan 3 ana unsurdan meslek grup numarasının tıbbi bir konu olmadığı cihetle iş kanununa ve sosyal sigortalar kurumu kanununa vakıf bir bilirkişi veya mahkemelerce tespitini istemekteyiz. Çünkü meslek grup numaralarını aynı mesleği yapanların bulundukları iş koluna göre değişmektedir. Hele çocuklarda durum daha karışıktır. Yargıtay 4'ncü Hukuk dairesinin 6.5.1965 günlü kararında belirttiği gibi ana, babanın içtimai durumu halin mutad cereyanıyla hayat tecrübeleri nazara alınarak çocuğun ileride ihraz edebileceği mevki ve mesleğin gerçeğe en yakın şekilde tespiti gerekmektedir ve bunu istemekteyiz. Adli Tıp Kurumu, iş kazası sonucu kişi arızası nedeniyle S.S.K. Genel Müdürlüğünce durumu tetkik edilerek meslekte kazanma gücünden; % 10 veya daha yukarısını kayıt etmişse sürekli iş göremezlik aylığı bağlama kağıdı düzenlenmiş olacaktır. % 10'dan az bulunursa çalışma kararı verecektir. S.S.K. Genel Müdürlüğünce düzenlenmiş ve bu raporların ve bu rapora mesned teşkil eden S.S.K. hastanesi sağlık kurulu raporu ile yaşı ve meslek grup numaralarına göre mahkemelerce tatminkar görülmeyen ve çelişkili raporu ele almak ve istenilen hususlarda rapor tanzim etmektir.

İş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu sürekli iş görmezlik hallerinin meslekte kazanma gücünden ne oranda azaltacağı, hangi hastalıkların meslek hastalığı oldukları, meslek hastalığı sayılması gereken koşulların ne olduğu ve işten ayrıldıktan ne kadar sonra meydana çıkarsa meslek hastalığı sayılacağı tüzüklerde belirtilmiştir.

Tüzüğe A,B,C,D ve E harfleriyle gösterilen cetveller eklenmiştir. Bu cetveller topluluğunda A cetvelinde sigortalının iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meydana gelen arıza ve hastalığının vücuttaki yerlerine göre 14 listeden oluşmaktadır, her bir listede arıza ve hastalık sıralanmış ve karşılıklarına 0-65 kadar bir sayıyla arıza ağırlık ölçüsü konmuştur. İş kazası ve meslek hastalığı olarak alınıyorsa da tüzükte ve bu ağırlığa doğmalık ve anamoli veya bedeni bir hastalıkta olabilir.

B cetveli sigortalının çalıştığı iş kolundaki mesleğinin grup

numarasının belirlenmesi içindir. Meslek grup numaralarında birden elliikiye kadar olan numaraları göstermektedir.

C cetveli sigortalının arızasının vücuttaki yerine göre sıra numarasıyla meslek grup numarasının kesiştiği yerdeki harf sürekli iş görmemezlik simgesi olarak adlandırılır. Sürekli iş görmemezlik simgesi A'dan R'ye kadar harfleri içerir. D cetveli ise arıza ağırlık ölçüsüyle sürekli iş görmemezlik simgesiyle kesiştiği yerdeki rakam 38-39 yaşlarındaki meslekte kazanma gücüne kayıp oranını gösterir.

E cetveli ki sonradan eklenen tüzüklerde yaş cetvelidir. Bu cetvel D cetvelinde yani 38-39 yaşlarında bulunan meslekten kazanma gücünden kaybın şahsın çalışabilir veya çalışamaz durumda olduğunu bildiren sağlık kurulu raporunun tanzimi tarihindeki yaşı esas alınarak ve kesiştiği yerdeki rakam meslekteki kazanma gücünden kayıp oranını gösterir. Ve raporun sonu da yaşına göre meslekte kazanma gücünden kayıp oranı % de olarak yazılır. Yukarıda sıralandığı üzere meslekte kazanma gücünden kayıp oranının saptanması için sigortalının arızasının ağırlık ölçüsü, mesleği, yaşının bilinmesi yeterlidir.

Dün konuşulan panelde ve Yargıtay 11. ceza dairesinin 29.3.1986 günlü 1086/958 sayılı kararında gerçi işitme havası görme gibi çift uzuv ve bunlardan yalnız birinin kaybolması o havasının tamamının ziyai demek değilse de hadisede tam sağırılık husule gelmiş olmasına rağmen bunun beden gücünün % kaç nispetinde eksilmesinin mucip olduğu Adli Tıp kurullarından tatbik edilen beden gücünden % 25 ve daha yukarısının eksilmesini icap ettirmiş ise 456. maddenin 3. fıkrasının tatbiki gerektiğini uygulamaktadır.

Yine Yargıtayın bir kararında kişinin bedenlen çalıştığı göz önüne alınarak gücünden kayıp olanın tetkik edilmesini istemiştir. Kafadaki defekt alanlarında da böyledir. Çalışma gücünden kayıp oranları sorulmaktadır.

Adana'da 1. Ulusal Adli Tıp Günlerinde müessir fiillerin kişilerde meydana getirdiği arızaların Adli Tıp bakımından değerlendirilmesinde çalışma gücünden kayıp oranı hakkında konuşulmuştur.

Gelir vergisi kanununun 2361 sayılı kanunla değiştirilen 31.

maddesine göre yürürlüğe giren 8/2620 karar sayılı yönetmelikte çalışma gücü kaybı ve sakatlık derecesi olarak bölümler halinde arızaların karşısında rakamlar konulmuştur.

Bu rakamlar 7/16989 karar sayılı sosyal sigorta sağlık işlemleri tüzüğünde arıza ağırlık ölçülerinin düz işçilerde 38-39 yaşlarında meydana getirdiği meslekte kazanma gücü kayıp oranlarından başka bir şey değildir.

Arıza ağırlık ölçüsünün 25'den aşağı olması halinde listeye bu arızalar alınmıştır.

Sosyal Sigorta sağlık işlemleri tüzüklerinde ve 892 sayılı genelgede de tüzüğün 10. maddesi şahısların hangi hallerde çalışma gücünün en az 2/3'ünü yitirmiş sayılacağı ve yine aynı tüzüğün 11. maddesi hangi hallerde bir başkasının sürekli bakımına muhtaç durumda olduklarını belirleyen arıza ve hastalıkları göstermiştir.

En az 2/3 oranında çalışma gücünden azalma yapmış sayılacak 97 arıza mevcuttur. Ve bu arızaların içinde yine aynı tüzüğün 11. maddesine göre bir başkasının sürekli bakımına muhtaç durumda olacakları arızalar da 7 adettir.

Almanya sigorta nizamnamesinin 1246. paragrafının 2. fıkrasına nazaran meslek icra edememe hali; sigortalının çalışabilme kabiliyeti hastalık veya diğer bir sakatlık veya zayıflık dolayısıyla kendisiyle aynı eğitimdeki ve aynı derecedeki bilgi ve kabiliyetlere sahip bedeni ve ruhi kuvvetinin yarısından az olduğu takdirde mevcuttur denilmektedir. Görülüyor ki bedeni bir arızanın ayrı ve ruhi bakımdan da çöküntünün ayrı değerlendirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Bunlar çalışma gücünü oluşturlar, eğitim ve öğretim esası teşkil eder, Türk Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü'nde Almanya'daki durum yakın arızaları tüzükte almış ancak 2/3'ünü göstermektedir.

Kanunda iş kazası ve meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün % 50 veya daha fazlasını kaybetmişse bu kişinin ailesine de aylığı bağlanır. Yine 506 sayılı kanunun 53. maddesinin B fıkrasında kişinin iş kazası sonucu meslekte kazanma gücünü % 60 oranında eksildiği hallerde bu malül sayılır ve buna

malüliyetaylığı bağlanmaktadır. Ve işçilerin bedeni bir arızasının iş gücünü etkilemeyeceği düşünülebilir. Ancak noksanlık vardır. Bu noksanlığın da giderilmesi gerekmektedir. Bunun için de simgeler, çalıştığı iş kolu ve meslek gruplarının numaraları bunun için yapılmıştır.

Hastalıkları veya arızalar çalışma gücünden herhangi bir mesleğe bulunmuyormuş gibi alınarak bunlara belirli bir arıza ağırlık ölçüsü tespit edilecek olursa çalışma gücünden kayıp oranı kavramını belirleyebiliriz. Çalışma gücü kayıp oranında yaş ve meslek söz konusu olmayan arıza ağırlık ölçüsünün kendisidir. Ancak şimdiye kadar kullanılmış tüzüklerde arıza ağırlık ölçüleri daima değiştirildiği gözönüne alındıkta yeniden tüzük düzenlenmesine gidilmesi zarureti doğmaktadır. İlgili anayasal kuruluşların bu hususta çalışmaları ve tasarıları gerekmektedir.

% 25 oranında çalışma gücü kaybı veya beden gücü kaybı 456'ncı maddenin 3. fıkrasının tatbikini düşündürüyorsa 456. maddenin 2. fıkrasının tatbiki içinde % 25'den aşağı az beden gücü kaybı gerektiği ortaya çıkmaktadır. Alt sınırı ne olmalıdır? Bu sorunun cevabını Adli Tıp Kurulları arıza ağırlık ölçüsü 10-30 arasında olanlara uzuv zaafı, 30'dan yukarı olanlara ise uzuv tatili niteliğinde olduğu kararına varmıştır. Ancak kullanılan deyim kanun maddesine uymamaktadır. Hepinizi saygıyla selamlarım.

Prof. Dr. Cahit ÖZEN

Sayın dinleyiciler, Sayın Dr. Ferruh GÜREMEK'in bu güzel açıklamasından dolayı kendisine teşekkür ederim.

İş kazalarında meydana gelen çalışma ve kazanma gücünden azalma ve kayıp oranlarının miktarı hakkında düzenlenen tüzükler mevzuunda yüksek ihtisas sahibi hekimlerin bilgilerine müracaat edilmiş olup nitekim bunun için Adli Tıp Kurumunda bir ihtisas kurulu bu işlerle meşguldür ve ihtisas kurulları bu mevzuları incelemek suretiyle bu oranları uygulamaktadırlar. Maluliyet derecelerine bağlı ödeme hesapları hukukçular tarafından yapılmakla birlikte arızaların ağırlık ölçüleri hekimlerce değerlendirilir ve sonunda da maluliyet derecesinin tayini hekimlere ait bir konu olarak kabul edilmektedir. Tekrar kendisine bu açıklamadan dolayı teşekkür ediyorum.

Şimdi Sayın Prof. Dr. Rauf SAYGIN'a soruyorum. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Profesörlerinden Rauf SAYGIN, iş kazaları yanında, meslek hastalıklarıyla ilgili işgücü kaybı haller ve varsa özellikleri üzerinde açıklamalarda bulunur musunuz?

Prof. Dr. Rauf SAYGIN

Meslek hastalıkları, bir iş akdine bağlı olarak ve bir iş yerinde sürdürülmekte olan çalışmalar esnasında o işin veya iş yerinin nitelikleriyle ilgili olarak husule gelen hastalık, sakatlık veya ruh sağlığı bozukluklarıdır.

İş kazalarında da aynı şartlar bahis konusu olduğu için bir panel üyemiz tarafından iş kazaları ve sonuçları hakkında çok etraflı açıklamalarda bulunmuştur. Haddizatında, iş kazaları ağırlıklı olarak tertiplenmiş olan bu panelde, meslek hastalıklarında iş kazaları gibi, meslekte kazanma gücünü azaltıcı nitelikleri, nitelikleri dolayısıyla yer verilmiştir. Bu sebeple her iki durumda da sigortalının iş gücü kaybindan doğacak olan zararlarının giderilmesi aynı esaslara bağlanarak hesaplanmış kaybindan doğacak olan zararlarının giderilmesi aynı esaslara bağlanarak hesaplanmış olduğu bu hususda da gene aynı üyemiz tarafından etraflı açıklamalar yapılmış olduğu için, biz burada daha çok meslek hastalıklarına bağlı olan kazanma gücü kayıplarının hesabında yürürlükte bulunan işlemler ile ilgili hata kaynakları üzerinde durmakla yetineceğiz.

Öncelikle, meslekte kazanma gücü kaybını mucip olan hastalığın hakikaten bir meslek hastalığı olup olmadığının tespiti önemlidir.

Burada önemli nokta, hastalığın işin ve işyeri niteliğiyle ilgili olması gereklidir. Bu sebeple işçinin, işe giriş tarihindeki sağlık durumu, (sağlam) olması lazımdır, sıhhat halinin tam olduğunun tespiti ve hastalık hallerinin tesbiti tıpta daima daha zor olduğu için, bu muayenede yalnız klinik muayene ile yetinilmemeli ve bilhassa postero-anterior ve lateral iki pozisyonunda akciğer grafisi yapılmalıdır. İşçide, meslek hastalığını kolaylaştırabilecek bulunup bulunmadığı ve meslek hastalığının bulunmadığı da klinik radyolojik ve solunum fonksiyon testleriyle bu raporda belirtilmelidir.

İşin yürütülmesi esnasında sigortalı, muntazam aralıklarla devamlı kontrol muayenelerine tabi tutulmalıdır.

Bu suretle, sigortalıdaki meslek hastalığının başlangıç tarihi erken olarak tesbit edilebilir. Aksi halde, meslek hastalığı esasen başlamış ve ilerlemiş. Hastalık şikayetleri sigortalıda, meslek hastalığı tesbit edilirse tarafların kayıpları çok daha ağır olabilir.

Meslek hastalıklarının başlangıç tarihini belirten rapor, ancak tıbbi kontrol muayeneleri esnasında tesbit edilmiş ise objektif bir değer taşırlar.

Sigortalının meslekte ve iş yerindeki çalışma süresinin de, meslek hastalığının tesbiti bakımından önemi büyüktür. Bu süre kısa olursa, ya meslek hastalığı değildir, veya esasen meslek hastalığı bir başka iş yerinde başlamıştır, veyahutta çalışmakta olduğu iş yerinin çalışma şartlarında meslek hastalığından korunma tedbirlerinde bir bozukluk vardır. İşyeri şartlarının sağlıklı gayrikabillitelif bir durumda olduğu düşünülebilir.

Keza sigortalının işyerinden ayrıldıktan sonra meydana çıkan meslek hastalıklarının, bir önceki çalışmakta olduğu işyeriyle bağlantısı bakımından da süre önemlidir.

Bu tedbirler, işçideki maluliyet durumunun önlenmesine ve ilerlemesini de etkilerler.

Her ne kadar, kanun ve tüzüklerde meslekte kazanma gücünün kaybının hesaplanmasıyla ilgili hususlar sistemleştirilmiş ise de, yukarıda bahsettiğimiz işler dikkat nazara alınmazsa sigortalıların maluliyetleri önlenemediği gibi, hakları da korunmuş olamaz.

Bir misal olarak, kömür maden işçileri de meslek hastalığının başlangıç seyir ve maluliyet durumlarının tesbitinde akciğer filimleri çekimleri, teknik bakımdan özellikler arzeder.

Flim çekilirken, sigortalılar «enspirasyon kapasitesi» seviyesinde maksimal bir nefes almaları ve nefeslerini tutmaları lazımdır. Aksi halde, akciğer dokusuna ait detaylar meslek hastalığına bağlı patolojik doku değişiklikleri suni olarak azaltılmış veya çoğaltılmış olabilir. Zira (nefesini tut) komutuyla çekilen flimlerde, standart kontastlar ve detaylar elde edilemez.

Filmlerin banyo edilmesinde de, banyonun harareti, banyo süresi de çok önemlidir. Filmlerin banyodan erken veya geç çıkarılmaları ve akarsuda bol yıkanmadan kurutulmaları, radyolojik tanelarda, meslek hastalığının başlangıç tarihinin tesbitinde, derecelerinin ayırımında, maluliyet durumunun tesbitinde yanılmalarla yol açarlar.

Keza dava dosyalarındaki akciğer filmlerinin, kıvrılmamış, katlanmamış ve kırılıp parçalara bölünmüş olmaması sigortalının isim ve çekim tarihlerinin de bulunması gereklidir.

Maluliyet dolayısıyla işyerinden ayrılmış sigortalılarda, maluliyet durumlarının takibi, ilerlemesi ve ihtilatları bakımından daha sonraki meslek hastalıklarına bağlı ölüm sebeplerinin doğru olarak tespiti ve takip edilmesi, tarafların haklarının ziyana uğratılmaması için çok önemlidir.

Meslek hastalıklarıyla ilgili problemlerimiz gittikçe sanayileşmekte olan ülkemizde daha da artacaktır.

Bu sebeble, meslek hastalığı hastaneleri yeni disiplinler, yeni cihazlar ve laboratuvarlarla tamamlanmalı, çalışmaların teknolojik açıdan doğruluğunun sağlanması için yetişmiş laborant ve teknisyenlerle takviye edilmelidir.

Eğer böyle yapılmazsa gene bu cihazlar için ödenecek paralar sarf çok daha fazlasıyla ve gittikçe artan miktarlarda meslek hastalıklarına bağlı işgücü kayıplarına, sayıları artan malul sigortalıların tedavilerine, tazminatlarına sarfedilecektir.

Meslek hastalıklarında koruyucu olmak, sigortalı ve malullerin muntazam kontrollerle takipçisi olmak ve hakların doğru olarak tespiti için bilgi, teknoloji, metodoloji ve imkanları, bakımından yeterli olmak gereklidir.

Prof. Dr. Cahit ÖZEN

Sayın Prof. Dr. Rauf SAYGIN'ın bu açıklamasından dolayı kendisine teşekkür ediyoruz. Bir Göğüs Hastalıkları uzmanı olarak akciğer hastalıklarını; çalışanların meslekle ilgili akciğer arızalarını bize açıkladılar ayrıca bu hususta kendilerine teşekkür ederim.

Şimdi Sayın Kurum Başkanımız ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Şemsi GÖK'ten rica ediyorum.

İş kazalarına bağlı ve olay yerinde hemen veya bir süre yasadıktan sonra ölenlerin ölümlerinin kaza ile ilişkisi ve kusur oranı tetkiki için otopsiye gerek var mı? Bu hususun açıklanmasını rica ediyorum.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Teşekkür ederim Sayın Başkan, Sayın Dinleyiciler, iş kazaları sonucu otopsi gerekir mi, gerekmez mi? Meselesi hakikaten önemli. Bir kere kaza dediğimiz zaman iş kazası veya trafik kazası Adli Tıbbi açıdan ikisi de birbirinden ayrılmayan ve trafik kazasına ne kadar otopsi gerekiyorsa, iş kazasına da ve meslek hastalığına da o nisbette otopsi gerekiyor.

Daha doğrusu adliyeye intikal etmiş ve kişilerin haklarını korumak açısından yapılan her türlü çalışma ve davada olayın sebebini ve oluş şeklini araştırmak amacıyla ölüye otopsi yapmak zorunluluğu vardır. Otopsi yapmadığımız takdirde mahkemede çıkacak olan soruların cevabını vermek de imkansızdır.

Çünkü kişi öldükten 24 saat sonra çürüme hemen başlar, çürüme başlayınca bütün dış ve iç lezyonlar ortadan yavaş yavaş kalkar ve 21. günü bütün vücut dağılmaya başlar. Ondan sonra yapılacak olan fethi kabirlerde veya diğer tetkiklerde artık mesele otopsi değildir. O bir çürümüş ölüyü usulüne göre açmak ve dosyada bir rapor bulunsundan başka ileriye gitmeyen ve kıymeti olmayan bir işlemdir. Ama iskelet sisteminde meydana gelen lezyonların tabi ki, seneler sonra dahi değerlendirmek mümkün olmaktadır. Otopsiyi iş kazalarında veya meslek hastalıklarında muhakkak yapmak gerekir. İşle ilgili olup olmadığını vurgulayabilmek için otopside aranması lazım gelen çok önemli bulgular vardır.

Örneğin elektrik kazası hiç bahsedilmedi. Bizim yapmış olduğumuz istatistiklerde inşaat işçilerinin Sayın Hoca iş kazası olarak çok önde geldiğini söylediler ama inşaat işçisinin damdan düşüp ölmesinden çok, işçinin iş yerinde kullanmış olduğu elek-

trikli aletten kaynaklanan kazaların tahmin edemeyeceğimiz kadar fazla olduğudur.

İş kazası diyerekten nitelendirdiğimiz elektrik kazalarında hem ölüye hem de olay yerine süratle müdahale etmek gerekir. Çünkü böyle bir arıza meydana geldiği zaman işveren en çabuk ve en kısa yoldan bu kazaya sebebiyet veren olayı ortadan kaldırmaya çalışır ve sonra ölüde meydana gelen elektrikle ilgili olan bu ölüm olayında ölünün, elektriğin dışında kendisinde bir kalp hastalığı veya başka bir sistem hastalığının meydana getirdiği iddia edilir. Olayda elektrik varsa ispat etmek gerekir. Elektrik tespit edilebilir mi?

Sayın arkadaşlar kuvvetli elektrik akımlarında vücutta çok büyük değişiklikler meydana gelir bunları otopsi yaparken bulmamız mümkündür ve rahatça elektrik akımına maruz kaldığını söyleyebiliriz. Fakat zayıf elektrik akımlarında direnci bulunan kişilerde elektrik vücuttan geçtiği zaman yine ya solunum merkezlerinde veya ta dolaşım merkezlerinde bu merkezleri durdurmak suretiyle gene ölümler meydana gelir.

Akımın vücuttan giriş ve çıkışı bazen bulunmayabilir. Kişinin eli nasırlı olabilir. Elinde eldiven olabilir. Giriş noktasında ve çıkış noktasında lezyonlar meydana getirmemiş olabilir. Ama buna rağmen vücudundaki ufak bir takım deri lezyonlarından alarak histolojik tetkiklerini yapmak suretiyle girişin kendine has derideki bulgularına bakarak vücuttan elektrik akımının geçtiğini söylemek mümkündür. Özetle muhakkak otopsi yapmalıdır.

Prof. Dr. Cahit ÖZEN

Sayın Prof. Dr. Şemsi GÖK iş kazaları ve meslek hastalıklarından ölenlerde ölüm sebebi ve kaza ile ilgisinin ortaya çıkarılabilmesi için otopsinin lüzumu ve önemini açıkladı. Kendisine çok teşekkür ederim.

Şimdi İstanbul Hukuk Fakültesi Ceza Hukuku Ana Bilim Dalı Öğretim Üyelerinden Sayın Köksal BAYRAKTAR'dan soruyorum. İş kazasının hukuki yönü nedir?

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Adli Tıp Kurumunda iş kazaları ile ilgili bölümde çalışmadığım için, bu konuşmamda, son yıllarda iş kazaları ile ortaya çıkan bazı sorunlara değineceğim.

Hemen belirtmek isterim ki, bu önemli sorunun burada tartışılmasını sağlayan Kurum Başkanı Sayın Hocamıza huzurlarınızda teşekkür ederim.

İş kazaları, Türk Hukukunda, fail, sorumluluk ve unsurları tam olarak tesbit edilmemiş konulardan birisini teşkil etmektedir.

Bir iş yerinde iş kazası meydana geldiğinde, bu kazada sorumlu şahsın kim olacağı kanunda gösterilmiş değildir.

Taksirli suçlarda, meydana gelen zararlı neticeyi fail hareketlerinde öngörmediği ve bunun önlemlerini almadığı için sorumlu tutulmaktadır.

Failin neticeyi öngörmesi ve gerekli önlemleri alması, fiilin içinde bulunduğu sosyal-kültürel-ekonomik ve kültürel koşullar, dikkate alınarak tesbit edilmektedir. Bugün ülkemizdeki hukuk uygulaması içersinde, yargıtay kararları ile de belirlenmiş olduğu üzere, taksirde neticenin öngörülmüş olup olmaması, failin içindeki koşullar çerçevesinde saptanmaktadır.

Fakat gene Yargıtay kurullarında, işverenin içinde bulunduğu koşullara göre neticenin öngörülüp görülmeyişi sorunu hiç tartışılmamıştır.

İş kazası ile meydana gelen taksirli suçtaki failin, Kanunlarımızda tam olarak belirtilmemiş olması nedeniyle, her olayda failin tesbiti fiili zorluklar yaratmaktadır. Özetle olayla ilgili olarak ilk önce kim karakola gidip ifade veriyorsa, bu kişi kendisini yargı organları önünde sanık olarak bulmaktadır.

Bununla birlikte, Yargıtayımız son kararlarında birinde 'fail' ile sorumluluk alanını birlikte aramakla failin sıfatı konusunda birlik getirmektedir. Böylece, bu karara göre, bir iş kazasında fail olabilmek için kişinin kazanın meydana geldiği alanda sorumlu olması gerekecektir. Bununla beraber, gene Yargıtayımızın diğer bazı kararlarına göre ise, üstatmış gibi, nispetin ikinci derecedeki kişilerinde sorumlu tutuldukları görülebilmektedir.

Taksirli suçlarda, varlığı aranan, gerekle önlemler alma unsuru Yargıtayımızın birçok kararında ele alınmış bulunmaktadır. «İş güvenliği önlemlerinin alınmış olup olmadığı, tehlikeli bir işte deneysiz bir gücün çalıştırılması» gibi konuların bazı Yargıtay kararlarında dikkate alındığı saptanabilmektedir.

Taksirli suçlarda «nedensellik bağı» ile ilgili bazı ilginç kararlara da rastlayabilmekteyiz. Nitekim bir kararda, işyerinde misafiyeten gelmiş ve merakla makinayı karıştırmış bulunan kişinin elini makinalara kaptırmasında, işverenin fiilinde sorumlu olmaya-acağı, çünkü işverenin hareketi ile yaralanma hadisesi arasında bağlantı olmadığı açıklanmıştır.

Şu hususu da arz etmek isterim ki, taksirli suçlarda, neticeye birden fazla kişi hareketleri ile sebep olursa, sorumluluk kanununda yazılı olan sekiz birim üzerinden hesaplanacaktır. Bizce faillerin kusurluluk nispetlerinin toplamının sekiz olması gerekli değildir. Faillerin kusurlulukları sekiz üzerinden dikkate alınmalı ve kusur nispeti toplamının 8/8'den fazla olmaması önem taşımamalıdır. Fakat Yargıtayımız ve uygulama bu toplamın aşılması görüşünü ısrarla kabul etmektedir.

Hepinize, beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Cahit ÖZEN

Sayın Prof. Dr. Köksal BAYRAKTAR'ın iş kazaları sonunda mesuliyetin kimlere pay edileceği hususundaki açıklamaları için teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Cahit ÖZEN

Adli Tıp Kurumunun 70 sene evvel kurulduğu; o zamana göre yasalarda ve tıp biliminde çok değişiklik olmasına rağmen hâlâ ilk muayenelerin eksik bırakıldığını belirtmek isterim. Diğer kişilere Sayın Başkan Prof. Dr. Şemsi GÖK'ten yanıt rica ediyorum.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Bir kere Sayın Hocam da vur-guladılar. İşin niteliğine göre işçi alırken bir hekim kontrolünden geçirilmesi şarttır. Ve fakat maalesef ki iş kazalarında meslek has-

talıklarında ölü olmasa dahi hele ölüm olaylarında bununla ilgili raporları bulamazlar ve dolayısıyla da mesleğe girdiği zaman sağlam mıydı yoksa hasta mıydı? Meslekte kazanılmış bir takım hastalıklar mevcut muydu yoksa değil miydi? Bunları bu raporda bulmak ve muhakkakta iş sahipleri bu şekilde işçi alırken ve tehlikeli işlerde çalıştırılırken muhakkak uzmanlardan bir rapor almak zorunluluğunu hissetmektedirler.

Sayın arkadaşım Adli Tıp kitabı istiyor yerden göğes kadar haklıdır. Tabi fakültelerde okunan Adli Tıp dersi aradan geçen uzun sene zarfında unutuluyor. Tabi mesleğe girince Adli Tıbbi olaylarda karşılaşınca hele hekim de cahil olursa ki % 90 böyle oda kitabı hekimde kitabını bir tarafa bırakmış ve başka işle uğraşıyorsa tabii ki işin mesuliyeti sırtımızda olduğu için hiç olmazsa siz çok sevindirici bir teklifte bulundunuz ve bu bir hoca için iftihar edilecek bir istektir. Çantalarımızda şimdiye kadar yapmış olduğumuz 3 panelimizin tutanaklarını koydum kitap halinde bir atlas koydum. Anatomi atlası şeması ve burada tıbbi terimleri içeren arkasında bir lugatı bulacaksınız. O büyük atlasın arkasında da hem anatomi terimleri ve hem de tıp terimleri var. Bu kitapları mutlak Adli Tıp Kanununun bunun gibi adli tıbbın neşriyatına bakarak bütün adliye camiasına gönderilmesini canı gönülden istiyorum ve bunu da teklif ettim. Bakanlığımıza ve bunun üzerinde düşünülüyor. Ama ben kendi çapımda sizlere her panelde, her oturumda böyle kitapları veriyorum. 2 sene zannediyorum. Hakim ve Savcılar sempozyumunda böyle bilgileri içeren Adli Tıp yayınlarını koyduk, anatomik Adli Tıp kitabını koyamadık.

Sayın Bakanımız emrederlerse hukukçular için gerekli bilgileri içeren bir Adli Tıp kitabı yazmak benim boynumun borcu olsun. Bunun basılmasına dağıtılmasına, eğitim dairemiz yüklenirse ve ben seve seve Hukuk fakültesinden mezun olmuş arkadaşlarım için her bir yılda Adli Tıbbın 14-15 mevzuunda sizlere yol gösterecek ipuçlarını içeren kitabı yazarım. Bunun tabi maliportresi var. Bunu Sayın Bakanım bu akşam geliyor. Ona da aktarabiliriz. Yarın kapanışta da arzularınızı soracaktır. Orda da kendisine teklif edersiniz. Ben bu işin profesörü olarak isteğiniz bu kitabı en kısa zamanda yazıp ulaştırmaya çalışırım. O kitabın içersine otopsi tekniğini de koyarım. Ve bu otopsi tekniğinde kafa nasıl açılıyor, göğüs nasıl açılıyor, organ nasıl çıkarılıyor. Ben çok iyi biliyorum ki ve çok savcı biliyorum ki 40 senelik tecrübe hayatım-

da hekim otopsi yapmasını savcıdan öğreniyor ve otopsi raporu düzenlemesini de ondan öğreniyor ve sizler birer hocasınız arkadaşlar, sizler fakültelerden bu bilgilerle eksik olarak çıkan arkadaşlarıma eğitici birer hocasınız. Bu da bir görevdir. Kişilerin hakkını korumak nasıl bir adli görev ise bu arkadaşları da yetiştirmek bir görevdir. Ve sizin en yakın dostunuz ve en yakın yardımcınız olacaktır.

Hekimi lütfen korkutmayınız bir hoca olarak söylüyorum. Hekimi bilgisizliğinden dolayı kınamayınız. Çünkü fakültesinde okudu sandığınız bir dersin tatbikini istiyorsunuz dolayısıyla bundan ve sizden ürkererek uzaklaşmaya çalışıyor ve dün zannediyorum savcı beyin odasında oturuyordum. Bir arkadaşımız geldi. Bir trafik kazası var 3 kişi ölmüş otopsi yaptıracam keşfe gidiyorum. Nasıl yaptırayım nasıl bulayım diye bir telaş içindeydi. Ve buradan hangi hekimi götürüyor ben bilmiyorum. Ocak hekimleri var tabi onları götürüyorlar. Tabii ocak hekimleri de ilk tayin edildikleri zaman bu işi kolay kolay kıvıramaz ama sizlerden almış oldukları bilgiler ve kendilerini bu işe zorlayan bu iş için araştırmaları ve kitapları bularak sizden bir yardım istiyorlar. Tam gün Hizmeti Mecburiyet Yasası bir tek işe yarar. O da her yere bir hekim gönderme imkanını bahsetti. En ücra köşede dahi bir hekim buluyorsunuz. Ama cahil ama bilgili ne olursa olsun siz onu iki defa otopsiye çağırırsanız, üç defada livata vakası gönderirseniz ve o gelen raporda bizlerden gelen raporu da kendisine gösterirseniz bak sen böyle rapor verdin oradan böyle bir netice geldi deyip de kendisine bunu uyararak söylerseniz o muhakkak bir şeyler yapmaya çalışacaktır. Emrettikleri takdirde sayın Bakanım ve Sayın Bakanlık bu kitapları otopsi tekniğini bir cilt içersinde toplamayı vadediyorum. Yalnız kendileri bunun basımını dağıtımını ilgili daïresince üstlensin. Çok teşekkür ederim.

PANEL III

ALLERJİYE BAĞLI ÖLÜMLERDE ADLİ TIP SORUNU

Oturum Başkanı : *Prof. Dr. Şemsi GÖK*

Konuşmacılar : *Prof. Dr. Nüvit TEKÜL*
Prof. Dr. Nevzat BABAN
Prof. Dr. Alaaddin AKÇASU
Prof. Dr. Kayıhan İÇEL

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Yüksek Yargı organlarının Sayın Başkanları, Sayın Müsteşarı, Sayın Genel Müdürleri, Sayın Meslektaşlarım ve Sayın Hakim ve Savcı arkadaşlarım bu 3. günümüzün 3. panelinde Allerjiye Bağlı Ölümlerde Adli Tıp Sorununu görüşeceğiz. Bu panele iştirak edecek olan arkadaşlarımı rica ediyorum.

Muhterem dinleyiciler, Adli Tıp Kurumunca seçilen Allerjiye bağlı ölümlerdeki bu üçüncü panelimiz bugüne kadar üzerinde panel şeklinde Adli Tıp Camiası içerisinde görüşülmemiş ve bir esasa bağlanmamış bir mevzuudur.

Prof. Dr. Nüvit TEKÜL

Hipokrattan beri insanlık tarihinde acayip hastalıklar adı altında çeşitli allerjik sendromlar biliniyordu. Acayip denmesinin sebebi normalde insanlar için zararlı değil hatta faydalı olan bazı

maddeler bir takım kişilerde hastalık alametleri meydana getiriyorlardı. Hatta nadir de olsa ölüme sebep olabiliyordu.

Bugün için allerji deyince daha çok irsiyetin rol oynadığı kabul edilen özel yaratılıştaki insanların bazı tabii ve yapay maddelere karşı diğer insanlardan farklı bir davranışı göstermesini anlıyoruz.

Genellikle allerji yaratan sebeplerin bir kısmı doğrudan doğruya mevsime alakadar olarak periyodik dediğimiz allerji yaratan maddelerdir. İlkbaharda açan çiçeklerin, ağaçların ve otların atmosfere saldıkları polenler (çiçek tozu) gibi.

Diğer bir grup ise allerjik kişinin temas etmesi, değmesi, alması ve kullanması neticesi ortaya çıkan allerji sebepleridir. Besin allerjileri, kedi kılları, kuş tüyleri ve esas konumuz olan ilaç allerjileridir.

İlaç allerjileri, ilaçlara bağlı olarak gelişen reaksiyonlar normal ve aşırı duyarlı kişilerde değişik şekillerde ortaya çıkmaktadır.

1 — Normal kişilerde görülen ilaç reaksiyonları

— Doz aşırılığı : İlacın farmakolojik dozdan fazla miktarda alınması sonucunda ilacın cinsine göre değişiklikler gösteren belirtilerdir.

— Yan etkileri : Her ilacın istenilen ve kullanma amacını oluşturan fizyolojik etkilerinin yanında arzu edilmediği halde gelişen etkilerdir.

— İlaçlar arasında reaksiyonlar : Çok sayıda ilacın bir arada kullanıldığı hallerde birbirlerinin etkilerini azaltmaları ve kuvvetlendirmeleri durumudur.

2 — Aşırı duyar kişilerde görülen ilaç reaksiyonları

— İntolerans : İlacın normal dozun çok altında kullanılmasına rağmen aşırı dozlarda alınmış gibi doz aşırılığı reaksiyonlarının gelişmesidir.

— İdiosenkrazi : İlacın farmakolojik etkileri yönünden tamamen farklı olarak o ilacın kimyasal yapısına karşı gelişen anormalar reaksiyonlardır.

1288 — Gerçek ilaç allerjileri : O ilacın bizzat kendisine veya vücuttaki parçalanması esnasında ortaya çıkan ara ürünlerine karşı aşırı duyarlılık kazanmış kişilerde görülen belirtilerdir. İlaç allerjisi her dört tip immuno-allerjik mekanizmayla da meydana gelebilir.

İlaç allerjilerinin gelişmesini etkileyen faktörler çok çeşitlidir. Bunlar, ilacın kimyasal yapısı, ilacın verilış yolu ve uygulama şekli gibi ilaca ait faktörler olabildiği gibi; hastalara ait bazı özellikler de etkili olabilir. Bir ilaca karşı aşırı duyarlılık gelişmiş ise buna kimyasal olarak yakın olan diğer ilaçlara karşı da çapraz reaksiyon ile allerjik reaksiyonlar görülebilir. Cinsiyetin ve ilaç dozunun ilaç allerjilerinin ortaya çıkışında bir önemi yoktur.

Her ilaca karşı allerjik belirtiler gelişebilirse de allerjik olayların ortaya çıkma sıklığı yönünden başlıca grupları şu şekilde özetleyebiliriz: Penisilin, aspirin, streptomisin, sulfonamidler başta olmak üzere çeşitli antibiyotik ve antiromatizmal ilaçlar, vitaminler, teşhis amacıyla kullanılan iyodlu konstat maddeler ve boyalar, lokal anestezikler, miyörölsanlar, kan, serum, organ ekstraktları, gamaglobulin gibi büyük molekülü ilaçlar, enzimler, hormonlar.

Bu gruplar arasında allerjik belirtilere sebep olan ilaçlardan en önemlisi Penisilin'dir. Penisilin allerjisi reaksiyonların % 1-10 arasında değiştiği, anafilaktik şoka ve anafilaktik şok sonucu ölümlere en fazla penisilin ile rastlandığı çeşitli istatistiklerle bildirilmektedir. Tüm penisilin tiplerinde antibiyotik etkiyi penisilinik asit çekirdeği göstermektedir. Ancak penisilin'in allerjik etki gösteren kısmı da bu çekirdektir. Bu nedenle bu çekirdeğin allerjik etkisini önlemek amacıyla değiştirilmesi halinde penisilin'in antibiyotik özelliği de kaybolmaktadır. Penisilin vücuda girdikten sonra serum ve doku proteinleriyle birleşir ve daha sonra çeşitli ara ürünlere metabolize edilir. Vücuda giren penisilin'in hemen hepsi bu yolla parçalandığı için Benzylpenicilloyl majör antijenik dereminantını teşkil eder. Penisilin hangi formu ile ne şekilde verilirse verilsin yüksek derecedeki bu haptenik etkisiyle atopik kişilerde allerjik reaksiyonlara neden olabilir.

İlaç allerjisi sonucunda gelişen klinik belirtiler çok çeşitlidir. Bunlar içerisinde en çok görülenleri ürtiker, angioödem, kontakt dermatit, makulo-papüler döküntüler, purpura gibi deri belirti-

leridir. Ağır vakalarda anafilaksi ve çeşitli organların tutulması ile bunlara ait belirtiler ortaya çıkabilir.

Tedavi : Sorumlu ilaç grupları in vico (deri) ve vitro testler yardımıyla saptanır o ilaçlarla temasın kesinlikle önlenmeye çalışılması ilkesine dayanır. Ancak deri testlerinin yapılması çok büyük dikkat ve tedbir gerektirir. Çok nadir de olsa deri testleri esnasında ölüm dahi görülebilir. Dolayısıyla bu testleri bilgili kişilerin olduğu bir merkezde yapmak doğru olur.

Son yıllarda (85-86) yıllarında Adli Tıp 5. İhtisas Kuruluna intikal eden allerjiye bağlı anaglatik şoktan ölmüş çeşitli vakaları takdim ediyorum.

Adı - Soyadı	Cinsi-yet	Yaş	Memleket	İlacın Adı	Rapor Çıkış Tarihi
Ş.G.	E	27	Gölcük	Streptomisin	30.12.1987/1672
P.G.	K	31	Silivri	Rohypnol	16.9.1987/1228
H.E.	K	54	Tarsus	Penisilin	
İ.T.	E	35	Karaman	Penisilin	17.6.1987/869
Z.B.	K	40	Yalvaç	Onadron	15.4.1987
İ.Ç.	K	45	Kadınhanı	Penisilin	24.4.1987/644
Z.H.	K	51	Bursa	Depomedrol	4.2.1987
S.G.	K	14	Sakarya	Streptomisin	18.2.1987/270
A.B.	E	35	K. Maraş	Penisilin	21.1.1987/103

1986 Yılına Ait Anafilaktik Şok Sonucu Ölümüler

Bölge	Yaş - Cins	İlaç Penisilin	Doktor Tavsiyesi	Kendi İsteği	İğneci	Tes Neg.
Bakırköy	50 K	Depomedrol	Reçeteli		+	
Sandıklı	41 E	Onadron Dentocain Citanest Jetocain	+		+	
Kütahya	74 E	Dekort			+	-
Eyük	35 E	Bepanthen			+	-
Kartal	38 E	Ampisina 500	+	20 enj.	+	-
Adıyaman	4 K	Combiotio-S	+	2 enj.	+	-
Kığı	8 K	Cleocin fosfat			+	-
Gelibolu	18 E	Gentamisin	+		+	-
Sincanlı	6 ay E	Lincocin			+	-
Germik	4 E	Gentamisin	+		+	-
Kadıköy	E	Penadur		Her ay	Komşu	-
Orta	44 E	Penisilin		+	+	-
Denizli	29 K	Depomedrol				-
Maden	34	Citanest	+		+	-
Maden	34 E	Combiotic-S			+	-
Kartal	44 E	Histapen			+	-
Kartal	34 K	Longatren	+		+	-
Zeytinburnu	54 E	Urovison	+		+	-
Bartın	8 E	Combiotic-S	+		+	-

Sonuç olarak allerjisi olan ve anemnezinde ilaç allerjisi hikayesi bulunan ayrıca vücudunda misin grubu antibiyotiklerle çapraz reaksiyon veren bir takım kronik mantar enfeksiyonları taşıyan kişilerde antibiyotiklerin bilhassa parenteral yolla verilmesi büyük tehlikeler yaratabilir. Çok sık olmasa dahi bu tehlikeyi bertaraf etmek için mutlaka böyle bir antibiyotiği kullanma zarureti varsa yetişmiş kişilerin olduğu bir merkezde tedbiri alınarak deri testi yapılması faydalıdır.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Teşekkür ederim. Efendim Sayın Allerji Hocamız allerjinin ne olduğunu, nasıl başladığını ve vücuttaki tezahürlerini, allerji yapan maddeleri anlattılar.

Şimdi bir takım ilaçlardan bahsettiler bir de ayrıca biliyoruz ki gıdalarda bir takım insanların vücudunda reaksiyonlar meydana geliyor. Değişiklikler meydana geliyor ve bir gıdayı yedikten sonra mide bulantısı, kusma, ishal ve bir takım rahatsızlıklar hatta tansiyon düşmesi gibi ve bakır zehirlenmeleri gibi. İşte zehirlenme gibi bir takım isimler altında toplanıyor. Şimdi bir kimya hocamıza soruyorum. *Prof. Dr. Nevzat Baban* böyle gıda zehirlenmesi ismi altında ve allerjiye bağlı mevzumuzla ilgili olaylar var mıdır? Onu bize lütfen izah eder misiniz.

Prof. Dr. Nevzat BABAN

Efendim gıda allerjileri ile, gıda zehirlenmeleri birbirinden tamamen farklı iki olaydır. Temelde de bunlar arasında büyük bir ayrıcalık var. Şöyle ki gıda allerjisinde Sayın Nüvit Tekül hocamızın anlatmış olduğu mekanizmayla ortaya çıkan bir besin maddesine karşı hassasiyet söz konusu. Halbuki gıda zehirlenmesinde bizzat sorumlu olan gıdanın kendisi değil ona karışmış olan mikropların çıkarmış olduğu zehirler veya bizzat mikroplar sorumludur. Evvela bu temel ayrıcalığa temas ettikten sonra, şimdi müsaade ederseniz konuyu teker teker biraz izah etmek istiyorum.

Gıda allerjisi dediğiniz zaman bir besin maddesi alındıktan sonra o şahısta hocamızın anlatmış olduğu allerjik olayların ortaya çıkmasıdır. Bu olaylar basit bir ürtiker yeni deride kızartı, kaşınma, şişme gibi bir deri belirtisi olabileceği gibi çok ağır yine hocamızın çok güzel izah ettiği anaglatik hadiseler ve sonunda ölüme varabilen olaylar olabilir. Demek ki bütün bu olaylar, allerjik olaylar bir besin alındıktan sonra da ortaya çıkabilirler. Bu gıda allerjilerinin teşhisi her zaman kolay olmamaktadır. Şöyle ki bazı mide, bağırsak hastalıkları gıda zehirlenmeleriyle karışmış mide, bağırsak allerjisi tipinde reaksiyonlar olabilir. Bazı gıdalara karşı enzim yetmezliklerine bağlı belirtiler olabilir. Bunlar gıda allerjisi değildir. Gıda allerjisi diyebilmemiz için muhakkak ümmunolojik bir olayın olması söz konusudur.

Acaba hangi gıdalar allerji yapar. Bu şahsın hassasiyetine bağlıdır. Allerji yapmayacak hemen hemen hiç bir besin maddesi söz konusu olamaz. Her gıda allerjiye neden olabilir. 2. önemli bir nokta da günümüzde besin teknolojisi çok gelişmektedir. Bu

besinlerin gerek korunması için, gerek bunlara renk vermek için, yahut lezzet vermek için bir takım katkı maddeleri kullanılmaktadır. Bu katkı maddeleri besine bağlı olmaksızın bizzat kendileri allerji yapabilirler.

Örneğin; birçok ilaçlar alıyoruz. Bunların dışlarında kırmızı, yeşil, sarı gibi boyalar var. Bu boya maddelerine karşı şahısta ilaç allerjisinden tamamen ayrı olarak allerji olabilir. En çok kullanılan boyalardan bir tanesi takrazindir. Sarı renkli bir boya sarı renkli gıda maddelerinde kullanılabilir, sarı renkli ilaçları kapları kaplamasında kullanılabilir, yahut diğer renkli boyalara karıştırılır. Onların renk tonlarını değiştirmek için mesela kırmızı bir boyaya karıştırılır. Bu suretle turuncu yahut sarımtırak yeşil renkli bir boya elde edilir. Bu takrazin maddesine karşı oldukça çok allerji görülmektedir. Gayet garip bir olay. Takrazin allerjisi olan kimselerde aspirine karşı herkesin kullandığı aspirine karşı da bir allerji de genellikle bulunmaktadır.

Allerjik belirtiler neler olabilir. Arzettiğim gibi basit bir deri tezahürü yani ürtiker olabilir. Gözde konjonktivit olabilir. Yani kaşıntı, kızartı, göz yaşarması şeklinde yahut aksırık ve burun akıntısı şeklinde nezle gibi belirtiler olabilir. Astım meydana gelebilir. Gıdaya bağlı olarak, astım krizleri meydana gelebilir, yahut tamamen bir anaglatik bir hadise ortaya çıkar ya da bulantı, kusma, karın ağrıları, kramplar şeklinde tamamen mide, bağırsak sistemini ilgilendiren şikayetler ortaya çıkabilir.

Fakat bir de besinler içersinde en çok allerji yapan halk arasında da oldukça allerjik olarak tanınmış besin maddeleri var. Bunların başında bir takım deniz kabuklu hayvanları istakoz, midye, karides gibi deniz ürünleri balıklar kabuklu yemişler mesela ceviz, badem, fındık, fıstık gibi denebilir. Süt allerjisi oldukça yaygındır. Çocuklarda çok görülür. Eğer bir çocukta süt allerjisi varsa genellikle % 50 oranında diğer kardeşlerinde de bu allerjiye rastlıyoruz. Bunun dışında daha pek çok gıdalar mesela yumurta, buğdaygiller, buğday, mısır gibi gıdalar narenciye bütün bunlar çukulata, mısır vesaire allerjiye neden olabilmektedir. Önemli bir nokta yine allerji konusunda pişmiş yiyeceklerin çiğ olanlara nazaran daha az allerji yaptığıdır. Yani bir allerjik yiyeceği bir kimse pişirecek olursa ondan daha az allerjik tehlike görebilir ama bu allerjiyi ortadan kaldırmaz. Bunun dışında önemli bir

nokta, yalancı allerjiler vardır. Bazı maddeler histamini fazla ih-tiva ederler. Bu histaminli yiyecekler yine bunlar mesela fındık, fıstık yine bu allerji yapan yiyeceklerin bir çoklarıdır. Bu mad-deler ya histamini fazla içermektedirler. Yahut histamini serbest hale getirebilmektedir. İşte bu maddelerin yenmesiyle allerjiye benzer bir takım reaksiyonlar ortaya çıkabilir. Burada önemli olan nokta şudur: Bir gıda maddesine karşı bizde allerji mevcut-sa bundan çok az miktarda bile alsak bu allerjik reaksiyonlar gö-rülür. Fakat buna karşılık yalancı allerjilerde bu maddeden çok fazla miktarda almak gerekir. Çok fazla istakoz yemiştir. Ancak o zaman olur, az miktarda yerse allerji görülmebilir.

Allerjiyi teşhis edebilmek için tabi bu klinik bulguların ya-nında labaratuvar imkanlarımız da vardır.

Allerjiyi ortadan kaldırabilmek için bir takım tedaviler yap-mak için önce hangi maddeye karşı hastanın allerjisi olduğunun bulunması gerekir. Şimdi isterseniz biraz da gıda zehirlenmele-rinden bahsetmek istiyorum. Gıda zehirlenmeleri arz ettiğim gibi daha ziyade gıdaların kendisinden değil bunların içermiş olduk-ları mikroplar veya bunların toksiklerinden ileri gelmektedir. Bunların nadir olmakla beraber en tehlikeli olanı botilizmus adını verdiğimiz hastalıktır. Bu hastalıkta genellikle şu şekilde belir-tiler ortaya çıkmaktadır. Önce genel belirtiler olarak kusma, bu-lantı, ishal gibi belirtiler olabilir. Fakat felç yapan bir hastalık-tır.

Dolayısıyla önce hastanın göz kapaklarından başlayan bir felç olur hastanın göz kapakları aşağıya doğru düşer. Göz sinirleri felç olabileceği için çift görme başlar. Hasta bulanık görür. Bu felç belirtileri başlar başlamaz tedaviye geçilmesi gerekir. Çünkü % 50 oranında en iyi tedavilerle bile ölüm yapabilen bir hastalıktır. So-lunum felçleri en tehlikeli komplikasyondur. Bunun muhtelif tip-leri var. Buralara girmiyorum. Fakat tedavide suni solunum ay-gıtına bağlanma yahut ta muhakkak surette bu toksinlerin hangi tipten meydana geldiğini bilerek o tipe karşı anti-toksine vermek gerekir. Botilizmus bakımından en tehlikeli olan gıdalar et ve et ürünleri tavuk, konserveledir. Onun için konserve alırken çok dikkat edilmesi gerekir. Bir de botilizmusta dikkat edilmesi gere-ken önemli bir husus var. Bu sanırım hukuk mensuplarımızı da ilgilendirecektir. Şöyle ki aynı gıda maddesinden yiyen bir kişide veya iki kişide zehirlenme görülür. Fakat diğerlerinde görülmez bunun nedeni şudur: Burada etken toksindir. Bakterinin kendisi

değildir. Mesela bir sucuk bir tarafında bakteri üremiştir ve burada toksin vardır, bakteri kaybolmuştur ama toksin devam etmektedir. Sucuk kesilir iki diliminde toksin vardır. O kısmı yiyen zehirlenir, diğer kısımlarını yiyen zehirlenmeyebilir. Bu gayet önemli bir husustur.

Şimdi biraz da diğer mikroplardan ileri gelen gıda zehirlenmelerine temas etmek istiyorum. Bunlar bir kısmı yuvarlak kok dediğimiz mikroplar ki bunlardan üzüm salkımı gibi birçoklarının bir araya gelmesinden oluşmuş gruplar oluşturan stafilkokok var. Bunlar da bizzat kendileri değil. Çıkardıkları zehirlerle hastalık gıda zehirlenmesi yapmaktadırlar. Fakat diğerleri mesela zincir şeklinde birleşmiş koklar diğer bazı çomaklar ki isimlerini vermek istemiyorum. Bunlar da gıda zehirlenmesi yaparlar. Fakat bunların yaptığı gıda zehirlenmeleri ilk baştakiler kadar önemli değildir. Bunlarda ölüm oranı çok azdır. Ancak % 1 kadardır. Fakat dışarda sayın Prof. Dr. Sevil ATASOY'un 2 posterini bunlara dikkat ettiyseniz veya dikkat etmeyenler için çıkarken muhakkak dikkatle incelemelerini rica edeceğim.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Çok teşekkür ederim sayın hoca. Efendim allerji ve allerjiyi izah ederken bir takım maddelerle bu arada ilaçlardan söz edildi. Yine gıdalardan söz edildi. Fakat gıdaların cinsleri burada sırandı. Tabii bunun uçsuz bir listesi var.

Şimdi ben sayın Farmakoloji hocamız Prof. Dr. Alaaddin Akçasu'ya sormak istiyorum. Böyle belli başlı ilaçlar var mıdır? Kişiler bu ilaçları aldıkları zaman sayın Nüvit Hocanın anlattığı tipte bir allerjik reaksiyon veya bir anaflatik reaksiyon meydana gelebiliyor mu? Bunu lütfen bize ufak misaller de katmak suretiyle izah ederseniz memnun oluruz. Buyrun.

Prof. Dr. Alaaddin AKÇASU

Çok teşekkür ederim Sayın Başkan.

Esasen Adli Tıp Günlerinin en önemli konusu bu allerjik reaksiyonlarla oluşmuş olan ölümün arasındaki illiyetin müessir

fiili icra eden meslek sahibi ile bir ilişkisi olup olmadığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle biz hangi ilaçların bu gibi etkilere sahip olduğunu burada özetlemek zorunluluğundayız. Yalnız bu ilaçlara girmeden önce şu noktayı belirtmek istiyorum ki; bir taraftan adli konularla meşgul dinleyicilerimiz diğer taraftan da kendi sağlıkları idraki içinde bulunan dinleyiciler olmanız bakımından çok önemlidir. Çünkü sayacağım ilaçları her birimiz her gün veyahut ta yakınları devamlı olarak kullanmaktadır. Tabii ki burada ölüme, güncel olan olaylara neden olan ilaçlardan bahse-derken bu tip ilaçların da isimlerini size vereceğim. Ve o takdirde artık hukuki yönü değil, kendi kişisel endişeniz ortaya hakim ola-bilir.

Şunu önceden belirtmek isterim ki, burada etkili ilaçları sa-yarken sakın bu ilaçları kullandığımız zaman birçok kimse de öle-bilir, fikri aklımıza gelmesin. Diğer bir konu çoğul olarak olabilir. Madem ki ölüme sebep olmaktadır. Bu ilaçlar niçin Sağlık ve Sos-yal Yardım Bakanlığı bu ilaçların kullanılmasına izin vermekte-dir. Bu izni vermesi yolunda acaba Sağlık Bakanlığının bir idari kusuru olabilir mi, bu da belki bir hukuki konu olabilir. Ama şu-nu söylemek lazım ki burada Sağlık Bakanlığı o ilacın kullanıl-dığı hastalığın kişisel meydana getireceği zararı o ilacın meydana getireceği zarardan çok daha fazla faydalı olduğu açısından tet-kik ederek bu gibi ilaçlara izin verir. Yani biz buna fayda deriz. Sağlık Bakanlığı bu bakımın idari bir kusur içine girmemektedir.

Şimdi burada sayacağımız ilaçların sayın arkadaşım Nüvit Be-yin söylemiş olduğu ani reaksiyona sebep olan ilaçlar olarak kabul edelim. İlaçların hemen hemen hepsi organizmaya yabancı olan kimyasal maddeler olduğu için alan kişilerin bazılarında bir takım yan etkiler meydana getirebilir. Kimisinde baş ağrısı yapabilir, ki-misinde biraz görme bozukluğu, ciltte bir takım döküntüler yapa-bilir. Bizim konumuzun dışında konumuza giren nokta biraz ev-vel dedik ama gerek ölüm gerekse kişide şikayete sebep olabilecek bir bozukluk meydana getirip getirmedir.

Bir de önemli olan nokta acaba bu ilaçları vermeden önce elimizde objektif bir metod var mı? Bu metod kullanılarak bu ila-cın bu hastada ölümüne sebep olup olmayacağını kestirip kesti-remeyeceğimiz noktasını adeta araştırabilir miyiz. Bu ilaçları an-latırken de bu noktalara temas etmek gerekir.

Hiçbir zaman ilaçların meydana getireceği anaflaktik şok ne kişinin önceden bu ilacı devamlı alıp almadığına, ne kişinin yaşına,

ne kişinin herhangi bir özelliğine bağlı olmadığı aşıkardır. O bakımdan önceden kişiye bakıp da bu olayla karşılaşabileceğini söylememize imkan yoktur. Yalnız tıbbi bakımdan bazı kişileri bu olaylarla karşılaşabileceğini önceden tahmin edebiliriz. Şimdi ölüm neden olan kullanıldığı zaman hangi ilaçlar, bu ilaçların bir çoğu hepimiz biliyoruz bunların başında meydana getirdiği etki bakımından değil de sıra olarak elimize geçtiği şekilde arz ediyorum.

Belladon kaloidleri yani güzel avret otundan meydana gelmiş ilaçlar. Bu ilaçlar çok nadir de olsa bir kullanan enjeksiyon yapıldıktan birkaç dakika içersinde, Nüvit beyin bahsettiği ani reaksiyondan anaflaktik şokla hastayı büyük ihtimalle ölüm ile sonlanabilecek bir sonuç yaratabilir. Bunların içersinde en fazla olan skopolamindir. Bu o kadar önemli değildir. Tatbikat bakımından en önemli aspirin gibi analjezik gurubudur. Aspirini kullanmamanız yoktur. Kullanan hiçbir arkadaşımız aspirinle herhangi bir anaflaktik şoka girmemiştir. Fakat az da olsa anaflaktik şok yapma ihtimali vardır. Aşağı yukarı 300-350 binde bir ihtimalle bir kişi aspirin kullandığı zaman bir anaflaktik şok ile karşılaşabilir. Tabii ki oran çok düşüktür. Fakat bir kişiye olduğu zaman bu oran o kişi için % 100 anlamına gelir.

Salisilatlar bunların içersinde biraz daha fazladır. Diğer salisilat türleri ve kalp hastalıklarında kullanılan kinidin şok yapabilir kalp düzensizliğinde kullanılan kinidin yan etkileri bakımından oldukça zengindir. Fakat anaflaktik şok bakımından da nazari dikkatimizi celbetmesi icab eden bir konudur. Bazı teşhis vasıtası olarak kullandığımız sofratuzları da aynı şekilde anaflaktik şok meydana getirebilir. Eskiden tedavide çok kullanılan iyotlu bileşikler anaflaktik şoka neden olabilir. Özellikle altıncı, yedinci zerkten sonra çok dikkat edilmesi gerekir. Böyle bir zerkten sonra ani ölümlerle karşılaşılabilir.

Yine sık kullandığımız sulfanamidler de aynı etkilere sahiptir. Ama son zamanlarda yaygın olarak kullanılan antibiyotiklere özel önem vermemiz gerekir. Bu antibiyotikler içersinde en fazla ve bizim Nüvit Beyin de biraz evvel gösterdiği istatistikte de Adli Tıba intikal etmiş olan vakaların büyük bir kısmı **PENİSİLİN** enjeksiyonu sonucu ani ölümlerdir. Bu ani ölümler hakikaten gerek adliye gereksiz Adli Tıbbı çok yakından ilgilendirmektedir. Penisilin enjeksiyonu yapıp biraz evvel belirttiğim gibi iğneyi çek-

meve vakit kalmadan hasta ölebilir veyahut ta hastaya gerekli tedaviyi yaptık. Ben gidiyorum diye arkasını dönen hekim döndüğü zaman hastayı kaybetmiş olur. O bakımdan çok dikkat edilmesi icab eden bir konudur. Diğer antibiyotikler de aynı şekilde etkiye sahiptir.

Penisilinlerin bu anafilaktik şok meydana getirebilmeleri önceden antipenisilin dediğimiz antikorların mevcudiyetiyle de ilgili değildir. Bir çok kimsede antipenisilin antikorlar bulunduğu halde ancak dünyada yapılan istatistiklerde ölenlerin % 5'inde hiçbir antikor mevcut değildir. Gerek penisiline karşı gerekse penisilinde bulunan prokaine karşı antikorlar mevcut olabilir. Ama bunların hepsinde anafilaktik şok görmüyoruz. Tamamıyla onun oluş mekanizması farklıdır. Gene antibiyotiklerden streptomisin bizim için önemlidir. Uygulamada sık kullanılır. Tetrasiklinler anafilaktik şoka sebep olabilirler. Bunların hepsi ölüme sebep olan ilaçlardan sayılması icabeder.

Allerjik hastalıklarda bu alanda sürrenal koateksi hormonu olan kortizoyanda anafilaktik şoka neden olabilir. O bile bazı kimselerde ani ölümlere sebep olan anafilaktik reaksiyon yapmaktadır. İlaçların isimlerinin hepsini saymamıza imkan yok şunu bilmemiz lazım ki bugün anafilaktik şok yaptı diye elimizde fayda olmayan bir yabancı kimyasal maddenin yarın bir vakayla karşımıza çıkmayacağını önceden kestirmemize imkan yoktur. Bunu bilmemiz lazım ikincisi tedavide kullanılan ilaçların ideal olanı henüz daha bulunmadı hiçbir yan etkisi olmayan ilaç bulunmamıştır. Hastalığı % 100 iyi edecek karakterde bir ilaç bulunmadığı için ilaç sanayii mütemadiyen yeni bir takım kimyasal maddelerle uğraşmaktadır. Her yeni maddenin mutlaka anafilaktik şok meydana getirmek ihtimali olabileceğini hatırdan çıkarmamız gerekir.

Hekimlik dışında aynı şekilde böyle bir vakayla karşılaşıldığı zaman itham edebileceği bir ilacın bulunabileceğini göz önünde bulundurmamız lazım. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Teşekkür ederim. Sayın Akçasu. Efendim bu sayıldığı kadar bu Adli Tiptan daha saymadığı çok şeyler var. Meseleyi biraz daha yaymak için Nüvit hocama bir sual sormak istiyorum.

Şimdi efendim bir kişinin ister ilaca karşı, ister gıdalara karşı bir allergen yapıya sahip olduğu veya olmadığı açısından bakıldığı zaman veya bir takım belirtiler ortaya çıktığı zaman böyle bir hadiseye yaklaşıldığı anlaşılabilir mi? Bu bir, ikincisi hekim olarak kullanılmakta olan bu ilaçları kullanmadan evvel acaba şahsın böyle bir takım reaksiyonlara maruz kalma ihtimali göz-önünde tutulabilecek metodlarımız var mıdır? Ve yine anafaktik reaksiyona hemen geçmiş olan kişileri tedavi veya olaydan çıkarma açısından elimizde metodlarımız var mı? Bunları lütfen bize çok kısa izah, ederseniz sevineceğim.

Prof. Dr. Nüvit TEKÜL

Hay, hay sayın başkan; bir insanın genel olarak allerjisi var mı yok mu diye karşınıza aldığımız zaman çok dikkatli olmanız lazım. Çünkü bazı moda hastalıklar var. Karşımıza bir hasta gelir ve benim allerjim var diye başlar. Benim yettiğim ve bağlı olduğum ekol, çok zor allerji kanısına varır. Ve ancak allerjiden başka izah olamazsa kişide allerji vardır deriz. Ama karşınızda eğer, bugünkü konumuzu teşkil eden bir ilaç tablosuyla karşı karşıya mıyız? Suali varsa burada tam tersine kişide allerji tehlikesi riskiyle karşı karşıya bulunup bulunmadığımızı mutlaka araştırmak gerekir.

Ben esas bir klinikçiyim. Bilahare rahatlıkla söyleyebilirim ki ilaç allerjisine bağlı reaksiyonlar ancak klinik araştırmayla olur. Şu anda huzurunuzda gelirken elimde son bir Amerikan neşriyatı var. 1988 yılı neşriyatı, burada çok ayrıntıdan ve labaratuvar maddelerinden bahsedebilirim. Ama birinci maddesinde diyor ki hastanın kendi hikayesinde bir allerji olayı varsa bu en büyük ışıltı en büyük aydınlık getiren unsurdur. Bana Başkanımın ilk yapılan ilaçla allerji olur mu? Veya daha önce reaksiyon vermediği halde ilerde bir reaksiyon çıkar mı? Aydan aya yapılan mesela kronik romatizması var. Veya kronik kalp hastası, aydan aya penisilin yapıyor, kırk defa yapıyor olmuyor da, bir penisilinde ortaya çıkıyor. Hele kişi allerjik bir insansa, her an ilaç allerjisi çıkarabilir, diye hekimin düşünmesi lazım. Hatta hele kişide kronik mantar enfeksiyonu varsa, bunun ne alakası var diyeceksiniz. Unutulmaması gerekir ki penisilin ve diğer misinler mantar ve küflerden elde edilen ilaçlardır ve bir de allerjide çapraz reak-

siyon diye bir şey vardır. Novocaine allerjisi olanın xylocasine'de allerjisi oluyor. Genellikle vücut bir mantar enfeksiyonuyla devamlı karşılaşır. Onda bir takım allerjik antikorlar gelişir ve anafaktik şok ortaya çıkabilir. O halde ne yapacağız sayın başkanım, mesela penisilin kullanmayı düşünüyoruz. Önce hastada allerjik bir zemin var mı? Bunu sormak lazım, sonra en mühimi daha evvel hiç penisiline bağı bir allerji hikayesi var mı?

Bunu araştırmak lazım ayrıca hastanın vücudunda kronik bir mantar enfeksiyonu bahis konusu mu? Örneğin: Göbek çukurunda, kasıklarda, ayak parmaklarının arasında kaşıntı kızartı var mı? Kronik kabızlık çekiyor mu bunları araştırmak şarttır.

Hele hasta bana daha evvel penisilin yapmışlardı. Şiştim, kızdım diye ifade veren kişiye penisilin iğnesi yapmak bilmiyorum hangi suça girer. Böyle vakalarda Tıp literatüründe en az allerji yapan penisilin soyunun dışından bir antibiotiği denemek en doğrusudur. Penisilin ve deri testi dahi çok nadir de olsa tehlikeli olabilir.

Genellikle allerji tedavisinin ana prensiplerinden kısaca bahsedelim.

1 — Allerji tedavisinde en akılcı ve kesin tedavi allerji yaratan maddeyi bulup onu hastanın çevresinden uzak tutabilmektir.

2 — Hastadan uzak tutamayacağımız madde ise «ev tozları, çiçek tozları» o zaman o maddeleri çok sulandırıp küçük dozlar halinde ve muayyen aralıklarla zerkedip hasta bünyeyi alıştırmaya tarafına gideriz.

3 — Bunlarla sonuç alınamayacak hallerde ilaç tedavisine başvururuz.

4 — Bunlarla da netice elde edilemezse hastada asabi, ruhi tedavi ve çevre değişikliği önerilir.

En çok ilaç allerjisinde penisilinle başımızın derde girmesi sebebi penisilin'in allerji dışında en az zararlı yan etkisi olmasıdır. Bizde klasik olarak hastalar ateşli herhangi bir durumda hekime başvururken kan muayenesi yaptık, idrar muayenesi yaptık der gibi «efendim penisilin de yaptık ateş düşmedi» der ve öyle doktora gelir.

Anafilaktik şokta ise hastalık ani olarak damarların genişlemesi ve damar dışına kanın kaçması olduğunda damarları büzen ve kanın dışarı kaçmasını önleyen ilaçları kullanmak gerekir.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Çok teşekkür ederim Sayın Hoca. Efendim panelin başında da söylediğim gibi bu allerjiye bağlı kullanılan ilaç ve bu ilaca bağımlılık meydana gelen reaksiyonlar, bir mesleğin icraatı esnasında meydana geldiği için dolayısıyla yapılan bir enjeksiyondan sonra oluşan olayda bir sorumlu aranmaktadır.

Ölüm, diyoruz ki pek çok ilaçtan meydana geliyor. Burda önüne geçilmesi çok zor olan bir olay ama bir tedbirler almak ve bazı bilgilere de sahip olmak suretiyle bunları kullanmaya çalışıyoruz.

Şimdi meselenin can noktası sorumluluk ve illiyet nasıl kurulur? Bir ölüm olayı var bu ölüm olayında sorumlu kim ilaç mı? Hekimin davranışlarında bir kusur mu var, ilacın kötülüğü mevzu bahis bir narkoz, bir ameliyat esnasında verilen narkoz fazla mı verilmiştir, yanlış mı verilmiştir, yoksa normal verildiği halde kişinin yapı itibarıyla mı bir ölüm meydana gelmiştir. Bütün bunları hukuki yönden değerlendirme bakımından Sayın *Prof. Dr. Kayhan İçel* Hocam hukuki açıdan ne düşünürler?

Prof. Dr. Kayhan İÇEL

Teşekkür ederim Sayın Başkanım. Sayın Başkan, değerli hukukçu arkadaşlarım ve hekim arkadaşlarım.

Benden önceki hekim hocalarımız hekimlerin hangi hallerde sorumlu olabileceğine, hangi hallerde sorumlu olmayacağına dair bize biraz kopya verdiler. Ben de bu kopyalara dayanarak sizlere allerjiden doğan ölümlerde sorumluluk konusunu ortaya koymaya çalışacağım.

Sanırım allerjiye bağlı ölümlere bir ilave daha yapmak lazım. Allerjiye bağlı ölümlerin yanı sıra müessir fiillerde de sorumluluğun ne olduğunu ortaya koymak gerekir. Bu konuda temel

esaslardan, yani sorumluluğa ilişkin temel esaslardan hareket etmek suretiyle bir neticeye varılabilir sanıyorum. Bir kere burada hekimin sorumluluğu nedir? Hekimin sorumsuzluğu hangi hallerde söz konusu olur? Ve bir de, hekimden başka kişilerin bu konudaki sorumlulukları neye dayanır. Bunları açıklamamız gerekir.

İzin verirsiniz ilk önce daha basitinden, yani hekim dışındaki kişilerin allerjik reaksiyonlardaki sorumluluğundan kısaca bahsedeyim. Bu iki şekilde söz konusu olabilir. Ya bir kimse hekim olmadığı halde müdahalede bulunmuştur. Bir tıbbi müdahalede bulunmuştur ve onun neticesinde bir allerjik reaksiyon meydana gelmiştir. Hekim hocalarımızın tabiriyle bir anafilaktik şok neticesinde hasta ölmüştür. Bu durumda hukukçu arkadaşlarımızın ayrıca izaha ihtiyaç olmayacak şekilde bildikleri gibi, taksirle adam öldürme hatta bazen duruma göre gayri muayyen kasta dayanan cezai sorumlulukları söz konusu olur. Ölümünden veya müessir fiilden sorumlulukları söz konusu olabilir ya da buna ilaveten Tababet ve Şuabatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanuna muhalefet teşkil eden davranışlarından dolayı sorumlulukları yine söz konusu olabilir.

Bir de Sayın Nevzat Baban'ın değindikleri konu bakımından, yani gıda zehirlenmeleri gıda allerjilerinde yine bir cezai sorumluluk söz konusu olabilir. Şöyle ki: Ceza Kanunumuzun 395 ve devamı maddelerinde umumun sıhhati aleyhine işlenen suçlar yer almakta ve bu arada halkın sağlığına zarar verebilecek gıda maddelerini piyasaya sürenler açısından bir takım suçlar Ceza Kanunumuz tarafından öngörülmektedir. Hekim dışı kişiler açısından böyle bir durum varsa, bu hükümlere dayanan sorumluluk söz konusu olacaktır.

Şimdi sanırım burada en önemli konu hekimin allerjik reaksiyonlardaki ve allerjik reaksiyonlar sonucu meydana gelen anafilaktik şok neticesi ortaya çıkan ölümlerden ya da bazen de vücutta meydana gelen harabiyetten sorumluluğunun ne olacağı hakkında bir takım sınırların çizilmesidir. Arkadaşımızın Köksal BAYRAKTAR'ın açıkladığı gibi, hekimin sorumluluğunun bir özelliği var. Biz buna Almanca tabiriyle Erlaubtes Risiko diyoruz. Yani izin verilen risk. Zaten tıp mesleği riskli bir meslektir. Ve bu mesleğin icrasına izin verilmiştir. Tıpkı bir takım atom denemelerinin yapılması ya da tehlikeli olabilecek başka bir takım faaliyetlerde bulunulması gibi.

Hatta otomobil kullanma dahi riskli faaliyettir. Otomobil kullanan bir kişi her an bir kaza tehlikesiyle karşı karşıya kalma durumundadır. Gerekli tedbirleri almalıdır. Ama buna rağmen başına bir şey gelebilir.

İşte ceza hukukunda bu tip mesleklere ve faaliyetlere izin verilen riskli meslekler ve faaliyetler adı verilmektedir. 1966 yılında İsveç'in Uppsala kentinde tamamiyle konumuzla ilgili bir kongre yapılmıştır. Almanların berufliche Fährlosigkeit dedikleri mesleki taksir konusunda bu toplantı düzenlenmiştir. Orada Erlaubtes Risiko konusu, yani izin verilen risk konusu üzerinde durulmuştur. Böylece hekimin sorumluluğunun ya da sorumsuzluğunun temeli ortaya çıkmış oluyor.

Hekimin sorumsuzluğunun sebebi, hukukçu arkadaşlarımız gayet iyi bildikleri gibi, hukuka uygunluk sebebine dayanır. Yani hekime bir hak verilmiştir. Tıp mesleğini icra hakkı kendisine verilmiştir. Bu riskli mesleğini icra hakkı kendisine verilmiştir. Bu riskli mesleği uygulama hakkı hekime tanınmıştır. Yaptığı müdahalelerden o günün tıbbi açısından olağan bir takım sonuçlar, bir takım zararlı sonuçlar meydana gelirse tabiidir ki hekimin sorumluluğundan bahsedilemeyecektir.

Burada yine hukukçu arkadaşlarımıza hitaben beyan etmek isterim. Taksir adını verdiğimiz kusur tipi kasıttan farklı olarak psikolojik temelin yanı sıra bir normatip temele de dayanmaktadır. Yani taksirden doğan ceza sorumluluğunda aynı zamanda hukuka aykırılık unsuru ile bağlantılı bir kusurluluk durumu söz konusudur. İşte bu yönden hekimlerin allerjik reaksiyonlardaki sorumsuzluğunu belirtmek açısından diyebiliriz ki, biraz önce sayın konuşmacı hekimlerin belirttikleri esaslar çerçevesinde gerekli tedbirleri alarak, meydana gelebilecek allerjik reaksiyonları önleme bakımından günümüzün tıbbının gösterdiği yolda hareket eden hekimin meydana gelen ölümlerden sorumluluğu söz konusu olmayacaktır.

Biraz evvel Sayın Prof. Dr. Nüvit TEKÜL'ün gayet esaslı bir şekilde belirttikleri gibi, hekim ateşli hastaya antibiyotik uygulamak zorunda. Ve hasta diyor ki, sayın doktor diyor. «Bana daha önce penisilin yaptılar, yüzüm gözüm şişti, davul gibi oldum», işte buna rağmen penisilini uygulayıp da, neticede ölüm meydana geldiği takdirde hekim bundan elbette ki sorumlu olacaktır. Hatta duruma göre gayri muayyen kasıttan dolayı, kasten adam öldürme bile mümkün olabilecektir.

Böylece konuyu uzatmadan sınırlarını koymak gerekirse, bütün tıbbi faaliyette olduğu gibi allerjik reaksiyon ihtimallerine girer alanda da hekimin tedavi amacına yönelik faaliyet gösterip göstermediği araştırılmalıdır. Yani kendisine verilen hakkın sınırlarını ortaya koymak bakımından tedavi amacına yönelik mi davranıyor, yoksa tedavi amacı dışında sözgelimi deney amacıyla mı davranıyor, bunu araştırmak gerekir. Meselâ ilk defa bir ilacın uygulanması söz konusu ve bu ilacın uygulanması halinde sonuçta ne gibi reaksiyonlar göstereceği de bilinmemekte. Buna rağmen bu ilacı uygulayıp da anafaktik şok neticesinde o kişi öldüğü takdirde elbette ki hekim sorumlu olacaktır. Cezai sorumluluk altına girecektir. Buna karşılık tedavi amacına yönelik olarak veya ilk defa uygulansa dahi önceden bir takım esaslı tedbirler aldıktan, ön araştırmalar yaptıktan sonra deney şeklinde bir uygulama yapmışsa hekimin sorumluluğu söz konusu olmayacaktır. Burada hekimlik hakkının icrasının sınırları açısından tıbbi verilere ve şartlara uygun davranma zorunluluğunu bir defa daha vurgulamak isterim. Tıbbi şartlardan maksat günümüzün tıp biliminin gösterdiği esaslardır.

Şimdi Sayın Akçasu dediler ki hemen hemen bir çok ilaçta allerjik reaksiyonla karşılaşma ihtimali vardır. Fakat belirtmemiz gerekir ki, bir ilacın allerjik reaksiyon göstermesi ihtimali çok fazla olduğu halde bunun uygulanması, böyle bir ihtimal az olan başka bir ilacın uygulanmaması hekimin sorumluluğunu sonuçlayabilir. Yani başka bir ilacın uygulanması imkanı varken ya da önceden bir takım testler yapıp tıbbi tedbir alma mümkün iken, bunu yapmadan allerji yapması ihtimali çok fazla olan bir ilacın doğrudan doğruya uygulanması tabii ki hekimin sorumluluğuna yol açabilir.

Burada bir anımı da bahsetmek istiyorum. Belki Sayın Alaaddin AKÇASU unutmuşlardır. Bundan yıllarca önce ben de taşikardi nöbeti oldu. Sayın AKÇASU tesadüfen oradaymış. Ve bana hemen kinidin uyguladı ve şimdi öğreniyorum ki kinidinin allerjik reaksiyon yapma ihtimali çok fazla imiş. Buna rağmen uyguladığı kinidin ile taşikardim geçti ve ben de sayın hocaya teşekkür ettim. Dediğim gibi meslek riskli bir meslek o riski göze alıyor Sayın Hoca, bir takım ihtimalleri dikkate alıyor ve kinidinin böyle bir reaksiyon yapması ihtimalinin oranını zihninde canlandırmak suretiyle uygulamayı yapıyor. Ve böylece neticede bizi

şifaya kavuşturuyor. Bunu bu şekilde belirttikten sonra sanırım allerjik reaksiyonlar açısından konuyu şöylece özetleyebiliriz:

Bir kere tıbbi müdahale tedavi amacına yönelik olmalıdır. Ve özellikle o zamanın tıp biliminin verilerine uygun davranılması gerekir. Bunun için labaratuvar tetkiklerine ihtiyaç varsa, ilk önce bunun uygulanmasında zorunluluk vardır. Hastanın bünyesine ilişkin bilgi edinilmesi gerekir.

Eğer hasta hakikaten allerjik bir bünyeye sahip bir kimseyse ve daha önce bir takım ilaçlar onun bünyesinde esaslı allerjik reaksiyonlar yapmışsa ona göre tedbir alınması gerekir. Başka bir ilaçla tedavi imkanı mevcutsa ilk önce onun uygulanması yoluna gidilmelidir. Ve nihayet allerjik reaksiyonunu dikkate alarak gerekli tıbbi tedbirlerin alınması gerekir. Sayın hekim hocalarımız gayet güzel açıkladılar. Antiallerjik bir takım maddeler vardır. Bu arada adrinalinden bahsettiler. Eğer böyle bir durum, böyle bir ihtimal var ise adrenalinin hazır bulundurulmasına herhalde bir ihtiyaç duyulabilir. Netice olarak diyebiliriz ki, tıbbi verilerin bize gösterdiği çerçeve içinde, biz bu konuda bir cezai sorumluluk var mıdır? Yoksa bir cezai sorumluluk yok mudur? Bu sonuca varacağız. Önemli olan müdahale esnasındaki tıbbin verilerinedir? Gösterdiği imkanlar nedir? Bunları elbette ki biz yine hekimlere soracağız. Hekimlerden elde ettiğimiz bilgiye göre T.C.K. 455 olur mu? Bir başka suç meydana gelir mi? Bazen kasten adam öldürme söz konusu olabilir mi? Bütün bu konularda bir neticeye ulaşmış olacağız. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Ben teşekkür ederim sayın hoca bir hususu açıklamanızı rica edeceğim ve biz de aydınlanmak istiyoruz. Allerjiye bağlı ölümlerde hekimin kusurlu olarak gördüğümüz durumlar var. Ölüm 501 sayılı kanun gereğince biliyoruz ki sizlerden öğrendiğimize göre 455 sayılı maddede ceza, kusur nisbetleri üzerinden verilmektedir. Olayın tam sayısı 8 olarak kabul edilir, bu nisbet üzerinden verilen hekimin kusur nisbetinde 8'de 8 ise şayet problem yok ama 8'de 8'i doldurmadığı takdirde 2/8, 3/8, 5/8 gibi bir takım olayın suçun taksirin ağırlığına göre bu nisbetleri verdikten sonra, gelelim Yüksek Sağlık Şurasına gerekse ben Adli Tıbbın ilgili dairelerinden verilen 4/8 kusurdan sonra geriye kalan 4/8

de kime aittir diye sorular geliyor. Bu kime aittir sorusunu cevaplandırmak mümkün olabilir mi, olamaz mı veyahut ta bu suçlarda bir rakama 8/8'e ulaşmak zorunluluğu var mıdır?

Prof. Dr. Kayhan İÇEL

Arz edeyim efendim. Şöyle açıklamak istiyorum: 501 sayılı kanun niçin çıkarıldı? 501 sayılı kanunun 455 ve 459. maddelerin son fıkralarının giderilmesinin sebebi nedir? Burada bazı arkadaşlarımız bunu gayet iyi hatırlarlar. Sebebi şudur: Eskiden taksirle adam öldürme veya taksirli müessir fiil suçundan yargılanan kişinin cezasını kusur oranına göre indirme imkanı yoktu. Yani hafifletici bir sebep mevcut değildi. O yüzden o tarihte hakimler tereddüt içindeydiler, kusur hafif olduğu takdirde ceza azaltılabilir mi? diye medeni hukukta özel hukukta olduğu gibi müeyyideyi azaltmak imkanı var mıdır yok mudur? Bu tereddüt var idi. İşte bu tereddüdü ortadan kaldırmak için 501 sayılı kanunla bu fıkralar konuldu. 455. maddenin son 459'un son fıkraları bir hafifletici sebeptir. Failin cezasını indirmek bakımından biraz hafifletici sebeptir. Kanun koyucu bir oran öngörmüştür. 8/8 oranını tam kusur olarak farzetmiştir.

Bu nedenle sayın başkanın sormuş olduğu soruya şu şekilde cevap vermek isterim: Burada 6/8'yi faile yükledik. 2/8 nerde kaldı? diye bir soru sorulamaz. Çünkü cezai sorumluluk şahsidir. Faile verilecek cezayı bulmak için 8/8 tam üzerinden failin kusur nisbetinin tespiti yoluna gidiyoruz. Yoksa 4/8 failin ise geriye kalan 4/8 de kimindir, gibi bir sorunun sorulması doğrudan doğruya kanun uygulayıcının iradesine aykırıdır. Zira kanun uygulayıcının amacı failin kusur oranını dikkate alarak cezayı indirmekten ibarettir, failin dışındaki kişilere ceza verilmeyeceğine göre geri kalan kusur oranının saptanmasına ihtiyaç yoktur.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Çok teşekkür ederim. Aydınlandık bu bizi oldukça çok düşündürülen bir mevzu idi. Arkadaşlar bugünkü allerjiye bağlı ölümlerle ilgili hocalarımızın fikirlerini şöyle bir toparlayacak olursak allerjiyi insan vücudunda meydana gelen reaksiyondan ancak bazı doktrinlere dayanan ve önlenmesi çok zor olan bir vücut cevabıdır veya vücut tavrıdır. Bu tavır bir takım maddelere karşı meydana gelmektedir ve bazı ilaçlar isimleri sayılmıştır. Ve ilaçlar ölüm

tevlit ettiği gibi ölüm dışında bedene zararlar da meydana getirmektedir. Ölüm olursa 455, ölüm olmazsa 459'u kullanıyoruz.

Öğreniyoruz ki bazı testler yapmak suretiyle kişinin bu maddelere karşı vücudunun dayancını tetkik etmek imkanlarını kullanıyor ve yine öğreniyoruz ki hekim gerekli tıbbi tedbirleri alarak ve her türlü koruyucu vasıtaları yanında bulundurulur ve allerjik reaksiyon meydana geldiğinde kullanma fırsatını bulup bunları tatbik etmiş olduğu halde ölüm meydana gelirse hekimin sorumluluğu mevzu bahis olmuyor.

Yine öğreniyoruz ki hekim bütün bu tedbirleri almamakta ve kendisine bir sorumluluğu bulmadan gelişi güzel daha evvel verilmiş ve kendisine de söylenmiş olan bir olayda hiç düşünmeden aynı şeyi tatbik ediyor. Ve bir takım tedbirleri de alma çaresini araştırmıyor. Veya böyle bir hadise meydana gelir de ben ne gibi tedbirler alırım diye genel tıp bilimleri içerisinde kullanılması lazım gelen tedbirleri de almadan bu işi yapıyorsa bunun sorumluluğuna gidiliyor. Ve yine öğreniyoruz ki sayın Prof. Dr. Kayhan İÇEL'e göre hekime bir sorumluluk verildiği zaman bu sorumluluğun olayın ağırlık derecesi göz önünde tutularak kusur müsbet mi? 8/8 üzerinden bir suç yükleme imkanı bulunuyor. Ve olaya kusur nisbeti tayin ediliyor.

Şimdi tabii mevzuyla ilgili sorular sorulacaktır. 10 dakika kadar bir vaktimiz kaldı. Soru sormak isteyen arkadaşlarımın isimlerini almak istiyorum.

ÇOMAKOĞLU

Efendim allerji irsi midir?

Prof. Dr. Nüvit TEKÜL

Efendim allerjide iki grup bahis konusudur. Bir tanesi doğrudan doğruya irsiyetle geçen atopik dediğimiz durumdur. Diğerleri bazen atopik olmayan insanlarda da çıkan ilaç boya, gıda maddeleri gibi unsurlara karşı girişen nadir allerji tablolarıdır. Nitekim ailesinde ve kendisinde hiçbir şikayeti olmayan bir insanda da antibiyotik allerjisi ortaya çıkabilir. Atopik insanlarda ise bu durumlara daha sık rastlanır. İrsiyetin allerjideki rolüne gelince sadece bir anne veya bir babada allerji durumu varsa ancak 4 çocuktan birinde allerji çıkabilir. Hem anne hem babada allerji mevcutsa 4 çocuğun 2'sinde allerji görülmesi büyük bir olasılıktır.

Eğer hem annede ve hem babada ayrıca bir de büyükanne ve büyükbabada varsa 4 çocuktan 3'ünde allerji çıkması beklenebilir.

Necmi RIZA

Şöyle bir şey sormak istiyorum. Elinde bir ilaçla geliyor ve doktora bu iğnenin yapılmasını teklif ediyor ve doktor da bunu yapıyorsa bu doktorun sorumluluğunu ceza hukuku açısından ne olabilir?

Prof. Dr. Kayhan İÇEL

Efendim şimdi hekime kendisine şu ilacı uygula dediği takdirde tabii ki uygulamaması gerekir. Kendi tıbbi filtrasyonundan geçirdikten sonra ancak bir tedavi yöntemi uygular eğer bunun neticesinde konumuza giren bir anaflaktik şok vesaire meydana geldiği takdirde kendi tıbbi filtrasyonundan geçirmedi için bundan elbette ki duruma göre 455. veya 459'a göre sorumlu olur.

Vural BİLİR

Anaflaktik şoktan ölenlere otopsi yapmak gerekir mi?

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Her olayda olduğu gibi otopsi yapmak zorunluluğu vardır. Ben bunu size her seferinde söylüyorum ve aşıyorum. Adli olaylarda otopsi yapılmadan sonuç alamazsınız. Allerji ölümü değildir. Başka bir sebep ölüm meydana getirmiş olabilir. Dolayısıyla verdiği ilaç, allerji yapacak bir ilaç olmayıp ölüme sebebiyet verecek yanlışlıkla verilmiş bir ilaç olabilir.

Filiz ÖZKAN

Allerji testleri yapmak şart mıdır? Bu testlerin yapılması esnasında alınacak tedbirler nelerdir?

Prof. Dr. Nüvit TEKÜL

Test tehlikelidir, bilen kişiler tarafından yapılması lazımdır. Ayrıca sonuçlar kesin değildir ama bu testin yapılmaması anlamına gelmez. Klinikte bizim elimizde dahi 25 sene test yapılırken ölümle sonuçlanan bir vaka vardır. Anaflaktik şok belirtileri ortaya çıkarsa hekimin o anda yapması gereken tedbirler vardır. Bu testin mutlaka her çeşit tedbiri alacak imkanı olan bir yerde yapılması gerekir.

Ben şahsen ciddi sorun yaratacak ilaç allerjisi testlerini hiç bir zaman muayenahanemde yapmam. Buna rağmen allerji testlerini yaparken dahi elimin altında daima derhal enjektöre çekilebilecek Adrenalin-Noradrenalin çeşitli antihistaminik ve kortizon «ampul» olarak bulundururum. Bu tedbirleri almadan hele penicilin gibi bir ilacı cilt testi olarak yapmaya kalkan bir tıp personeli bence sorumluluk altına girebilir.

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Peki teşekkür ederim. Bugünkü paneli sorularıyla beraber bitirmiş oluyoruz. Lütfen ayrılmayalım. Sayın Bakanım teşekkür etti-
ler sizlerle sohbeti olacak, lütfen ayrılmayınız. Ve kendisini bek-
liyoruz.

*Sayın Bakan Mahmut Oltan SUNGURLU'nun
Kapanış Konuşması*

Sayın Başkan, Muhterem Yüksek Mahkeme Başkanları, Yargı Organlarının mensupları ve saygıdeğer Bilim adamları,

Adli Tıp günlerinin bir tanesine daha idrak etmiş bulunuyorum. Bu toplantının bütün iştirakçilerine faydalı geçtiğine müspet netice verdiğine inanıyorum. Adli Tıp resmi bir bilirkişilik müessesesi hakimî, tetkik ve temlit konularda çözemediği özel ihtisas isteyen meselelerinde bilgisine başvurduğu müessesedir. Hakim ve mahkemelerin başvurduğu bu müessese bir insanın şahsî bilgisiyle çözemediği hususlarda beyanda bulunduğu gibi yalnız herhangi bir kişinin çözebileceği mesele olmayan daha ihtisas isteyen meseleleri içermektedir. Adli Tıp müstakil bir ilim dalı olarak gelişmiş bulunmaktadır. Belki bazı konularda Adli Tıp meseleleri özel ihtisas yapmış olmayan bilim adamları bilgileri verebilir ama genelde Adli Tıp meseleleri, özel ihtisas, özel çalışma isteyen konulardır. Adli Tıp ve resmi bir bilirkişi olarak bu müessese Türkiye'de uzun yıllardan beri vardır. Mahkemelere başvuran birçok meselelerini halletmektedir. Ve şu bilinelemektedir. Bu bilirkişilik müessesesi verdiği raporlar itibarıyla, kararlar itibarıyla zaman zaman mahkemeleri aydınlatıcı bilgi verdiği gibi birçok defa da kararın esasını teşkil etmektedir. Adli Tıp raporları bir noktada karar vermeye kaim olmaktadır. Mahkemelerin bu raporlarla bağlı kalmasıyla fiiliyatta şekil bulmaktadır. Adli Tıbbi karar mercii, hüküm merciiine geçtiği yolda iddialara sebep olmaktadır.

Şimdi hadisenin başka türlü çözüm yolu yok. Hakim meseleyi çözmek için kendisi veya mahkeme Adli Tıba belirli bir meselede teknik görüşünü isterler. Bu fenni bilgi hadisenin çözümünü

için mahkemenin vardığı noktadır. Bu istemek zahmeti doğmaktadır. Hadisenin çözümü o bilgiye o değerlendirmeye bağlıdır. O zaman bu teknik hadisenin dışındaki bir karar ihtas edilemese de kabul etmek zorundadır. Hüküm ve mahkeme Adli Tıp raporu hükmün esasını teşkil ediyorsa da bu o noktaya getiren yine mahkemenin kendi takdiridir. Kendi değerlendirmesidir. Bu durumda bilirkişi mütalaası istenmektedir.

Adli Tıp birçok meseleyi çözüyor. Suçun sübutu meselesinde artık söz sahibi ehliyet meselesinde söz sahibi suçun oluşunda fiilde, fail ehliyetinde tahrikte akla gelebilecek birçok meselede bütün bu saydıklarım ceza hukukunun meseleleri hukukta da buna ait buna, benzer birçok teknik meselenin fenni meselenin çözümü Adli Tıpta oluyor.

Adli Tıp yetkisi, görevi, sorumluluğu sahasında da geliyor. Türkiye'de diğer bazı ihtisas dallarında çalışma sahası içerisinde almak suretiyle müessese genişlemekte. Bu müessesenin resmi bir sıfatı var zaman zaman resmi bilirkişilik olmaz diye itirazlar vaki oluyor. Adli Tıpta bir resmi bilirkişilik müessesesidir. Adli Tabiplik te bir bilirkişilik müessesesidir. Görülüyor ki Ceza Hukukunda resmi bir bilirkişilikden hukukumuzda ve dünya hukukunda bu meselenin ne şekilde geliştiği hususunda bilgi yok. Yani Adli Tıp ve benzeri kurumlar ehliyetli teknik bilirkişilik heyetlerini bizdeki gibi resmi müesseseler şeklinde olup olmadığı yolunda kesin bir fikrimiz yok. Türkiye'de bu özel teşebbüslere devredilebilir.

Genelde halen Adli Tıp Kurumunun resmi bir müessese olarak çalışmasında hukukumuzda bir itiraz söz konusu değildir. Ama Adli Tıpta ait bazı itirazlar, bazı değerlendirmeler her zaman gündeme gelebilir, gelecektir de. Bu münakaşaların haklı olduğu noktalar düzeltilmek suretiyle neticeye varmak mümkündür. Resmi bir bilirkişilik müessesesi olan Adli Tıp Kurumumuz Türkiyemize göre günden güne gelişmektedir. Bu gelişmekten kastımız müessese olarak Türkiye sathında yayılmaktadır. Bunun yanı sıra ayrıca Adli Tıp Müessesesi üniversite ile içiçe ferdi çalışmalarını ve bilgisini geliştirdiği teknik personeli arttırdığı vakadır. Türkiye'de Adli Tıp Müessesesinin teknik seviyesinin dünya standartlarının pek aşağısında olduğunu zannetmiyorum. Bu bizim Adli Tıp Müessesemizin seviyesiyle paralel bir husus ama kabul etmek lazım ki bu meselede bir taraftan bir çok teknik cihazları bir taraftan parayı yani maddiyatı içerisinde bulunduran bir müessesedir.

Şu anda mahkemelerimiz bakımından son merci olarak Adli Tıbbın bütün yurt sathında yeterli ve süratli bir şekilde mahkemelerimize yardım edebildiğini söylemek mümkün değildir. Bunun gayreti içersindeyiz. Bunu biz Adli Tıp Kurumuna devrettik. Adalet Bakanlığı olarak bu işi kurum, Bakanlığımız adına yürütmektedir. Zaten bize ait bir kurum ama İstanbul'da bulunan bu kurum kendi içinde organize etmek suretiyle getirdikleri görüş ve elemanları Bakanlığımız tarafından kabul edilmek suretiyle bu iş Türkiye sathına yayılmaya ve gerekli gelişmeleri yapmaya çalışılmaktadır. Bunun için *ŞEMSİ HOCAYA, ARKADAŞLARINA*, teşekkür etmeyi bir borç bilirim. Bu panelimiz, bu Adli Tıp toplantımız bir noktada gelişen, değişen Adli Tıp meselelerini hakim ve savcılarımıza yerinde anlatmak suretiyle son gelişmeleri bir tekamül kursu şeklinde ifade etmenin anlatmanın ötesinde yine meslektaşlarımız Türkiye sathında Adli Tıp tatbikatında birlik ve beraberliği sağlamak yönünden de bir tatbikat ve deneyim olmaktadır.

Bunun ötesinde Adli Tıp hocalarının, memurlarının tatbikat-taki hakim ve savcılarımızın bu kanuni meselelerde yıl içerisinde ve bölgeler itibariyle rastladıkları olayları öğrenmeleri bugüne kadar kendi çalışmalarını almadıkları meselelerini çalışmaları kapsamına almaları için bir fırsat yaratmaktadır. Her meslekte, bir meslek içi eğitimi olduğu gibi bizim hakim ve savcılarımıza da meslek içi eğitimi şarttır. Bu tabi bir sahada olabileceği gibi Adli Tıp sahası da olmaktadır. Bu panelin, bu seminerin faydalı geçtiği inancı içersindeyim. Nitekim ben akşam geldim. Hemen Denizli'de akşam panelin faydasını gördüm. Bu itibarla bütün mensuplarımızın da panelden hem ilmi seviyede hem de Denizli'nin tarihi güzelliklerini görmek suretiyle istifade etmiş olduklarına inanıyorum ve bundan dolayı memnuniyet duyuyorum. Panele iştirak eden bilim adamlarımıza çok teşekkür ediyorum. Bunları bu panele, bu seminerin olması, gelişmesi veya bu istikamete değerlendirmesi söz konusu değil. İstanbul'dan kalkıp gelmek suretiyle günlerini ve zamanlarını bize ayırdılar. Hakim ve savcılarımızın eğitimi Adli Tıp meselelerine bakış açıları yönünden yeni ve taze bilgiler verdiler, ilerideki toplantılarımızda da mutlaka burada olduğu gibi hakim ve savcılarımızın problemlerine yeni ufuklar, yeni gelişmeler sağlayacaklardır.

Bu itibarla bu toplantıya iştirak eden bütün mensuplarımıza

yüksek mahkeme başkanlarına teşekkür ettiğim gibi bu toplantımıza renk katan bu toplantımıza ilmi ve teknik konular, bilgi saçan ilim adamlarımıza da ayrıca teşekkür ediyorum. Özellikle bu toplantının Denizli'de yapılmasında emek ve yardımları geçen Vali, Belediye Başkanımız ve diğer Denizlili yetkililere teşekkür ediyorum ve panelde bütün mensuplarımızın ve iştirak edenleri istifade etmiş olarak ve bahtiyar ayrılımlarını temenni ediyorum. Hepinize teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Şemsi GÖK
Adli Tıp Kurumu Başkanı

Sayın Bakanım, Yargı Organlarının Yüksek Başkanları, Değerli Genel Müdürlerim ve Değerli Hakim ve Savcı arkadaşlarım, kıymetli hekimler Adli Tıp hakkında bu kadar güzel, bu kadar si-tayışkâr ve bu kadar ümitkâr bir Bakanımızdan duyduğum ilk sözlerdir. Meselenin önemini geldiği günden beri titizlikle, bilerek ve isteyerek bizleri teşvik ederek sizlere yardımcı olmaya çalıştık. Yapmış olduğumuz çalışmalarımızda ve bize göstermiş olduğu yol-da sonuna kadar devam edeceğimizi ve kendi etrafında Adli Tıbbi bütün memleket sathına yayma amacımızı geliştireceğimizi bu-rada hepinizin huzurunda Allah sağlık verirse söz veriyor ve bütün Adli Tıp mensupları adına kendilerine teşekkürlerimi arz ediyorum. Çok teşekkür ediyorum Sayın Bakanım.

Bu panelin düzenlenmesinde Denizli'mizin en güzel yerinde ve tarihi yöresinde bize büyük bir tesisi tahsis eden Sayın Vali ve Sayın Belediye Reisine huzurlarınızda teşekkürü bir borç biliyorum.

Sağolsunlar, varolsunlar saygılarımı arz eder ve hürmetlerimi sunarım.

**2659 SAYILI ADLİ TIP KURUMU KANUNUNUN
GENEL KURUL İLE İLGİLİ İSTATİSTİKİ
BİLGİLERİ VE SONUÇ DEĞERLENDİRMESİ**

Prof. Dr. Şemsi GÖK

Adli Tıp Kurumu Başkanı

Dr. Özcan SARAÇ

Adli Tıp Kurumu Genel Kurul Raportörü

Ö Z E T

1984-1987 yılları arasında Genel Kurul isteği ile Adli Tıp Kurumuna gönderilen dosyalar 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun 15'nci maddesine göre değerlendirildi.

2659 sayılı Kanunun 15'nci madde kapsamına girmeyen ortalama 400-500 dosya mahkemesine iade edildi. 755 adet dosya Genel Kurulda görüşüldü.

755 adet dosyanın Kurullara göre dağılımında;

4. İhtisas Kuruluna ait 313 dosyanın (% 41,45) birinci sırayı teşkil ettiği,

İkinci sıranın ise 161 dosya (% 21,32) ile 1. İhtisas Kuruluna ait olduğu,

2. İhtisas Kurulu 105 dosya (% 13,90)

Fizik İncelemeler ve Trafik İhtisas Dairesi 84 dosya (% 11,12)
(Genel Kurulda görüşülmesine kanuni imkan görülmediği nedeni ile mahalline iade kararı)

3. İhtisas Kurulu 63 dosya (% 8,34)

5. İhtisas Kurulu 16 dosya (% 2,11)

Gözlem İhtisas Dairesi 13 dosya (% 1,72) ile diğer sıraları takip ettiğinin gözlemlendiği,

2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun anlaşılamiyan ve hâlâ tereddütler içeren konularından bahsetmek istiyorum.

Bu sahadaki uygulamalarda görülen aksaklıklar bilhassa Mahkemelerle - Yüksek Yargı Organlarının belirli kesimleri müteaddit yazışmalarımıza rağmen bazı isteklerinde Kanunumuza uymayan yönleri ile Kurumumuz elemanlarını müşkül duruma sokmakta ve uygulamada tereddütler doğurmaktadır. Örneğin; temel Kanunumuz olan 2659 sayılı yasanın Genel Kurulla ilgili 15'nci maddesini değiştiren 3334 sayılı Kanundan evvel, Yargı Organlarının Genel Kurul istekleri, Kanunumuzun emrettiği şekildeki uygulamaların dışında olup pek çok dosya Kurumumuzca Kanuna uymadığı gerekçesi ile iade edilmiştir.

Mahkemelerimizin ve Yüksek Yargı Organlarının Kararlarında daha sonra dökümünü arzedeceğim Genel Kurulla ilgili ve Kanunun ilgili maddesinin değişiminden evvel İhtisas Daire ve Kurullarından çıkan her raporun Genel Kuruldan geçirilmesi istenilmekte idi hatta Kanunumuzun 16'ncı maddesinin 1. bölümünün b fıkrası gereğince Genel Kurula hiç alınamıyacak mevzulardan olan Balistik-Grafoloji ve Trafik ile ilgili dosyalar halen dahi Genel Kurul istekleri ile Kurumumuza gelmektedir.

Bilirkişilerce ve diğer Sağlık Hizmetleri gören Kurumlarca verilmiş raporların, Kanun gereği Kurumumuzca ilgili İhtisas Daire ve Kurullarında mukayese edilip doğrusu tespit edildikten sonra meydana gelen farklılıklar nedeni ile «çelişkili rapor» ismi altında Genel Kuruldan bu çelişkinin giderilmesi istenilmekte idi ve halen de istenilmektedir.

Adli Tıp Kurumu, Bilirkişilik görevini yürütürken Ceza Mahkemeleri Usul Kanununun 74'ncü maddesi gereğince kişileri Gözlem İhtisas Dairesinde gözlem altında tutarak gerekli raporunu

mahalline gönderebildiği gibi yine Kanunumuz gereği; kişileri İhtisas Kurulu Kararı veya Genel Kurul kararı ile muayeneye çağırarak gerekli muayeneleri yapıp, raporunu mahalline göndermekle yükümlü olmasına rağmen; Mahkeme kararı olmadan ve Adli Tıpla ilgili bölümlerin talepleri bulunmadan Yargı Organlarınca kişiler gözlem altında tutulmak veya muayene edilmek üzere ve de umumiyetle Genel Kurulda gözlem altına alınmasını veya muayenesinin yapılmasını içeren müzekkerelerle Adli Tıp Kurumuna sevkedilmektedir.

Öncelikle şunu vurgulamak isteriz ki Genel Kurulun gözlem altına alabileceği bir ünitesi yoktur. Bu yer ancak Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesidir ve kişiler orada gözlem altına alınır.

Diğer bir husus 2659 sayılı Kanunun 23'ncü maddesinin c bendinin 2'nci paragrafında (Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu ve İhtisas Kurulları ilgili kişileri gerektiğinde muayene ve bunları usulüne göre dinleyebilir) hükmü belirtilmiş olmasına rağmen kişiler istek olmadan Adli Tıp Kurumuna gönderilmektedirler.

Sayın dinleyiciler bir hususa daha değinmek istiyoruz. Yargı Organlarının müzekkerelerinde kişilerin duruşma sırasındaki tutum ve davranışlarına dayanılarak Adli Tıp Kurumundan daha önce karara bağlanmış tutukluların Adli Tıp Kurumunun ilgili Kurullarından ve Genel Kuruldan bir kere daha muayenesi talep edilmektedir. Öyle vak'alara tesadüf edilmiştir ki, kişiler büyük bir marifetle hastalıkları taklit etmekte ve hatta uzmanları bile tereddüte düşürmektedirler. Bu kişilerin mahkeme huzurunda tutum ve davranışlarına çok dikkat edilmeli temaruzi taleplerine yer verilmemelidir.

Muhterem dinleyiciler her ilmi kuruluş çalışmalarını düzenleyen bir takım kararlar almak zorundadır; bu zorunluluk idari olabileceği gibi, ilmi açıdan da mümkündür.

Tip ilmi, gün geçtikçe ilerleyen klişeleşmiş kalıplar içerisine sığdırılamayan çağdaş tıp ilmine uyum sağlayabilmek için yenilikleri takip etmek mecburiyetinde olan bir bilim dalıdır.

Adli Tıp Meclisi ve ondan sonra kurulan İhtisas Kurulları ve Genel Kurulu, ilmi açıdan yukarıdaki görüşe göre bir takım kararlar almaya ve bunu da «içtihatlar» ismi altında uygulamaya koy-

mak ihtiyacını duymuştur. Nitekim bir dönemde kişilerin bir gözünün körlüğü veya ışık hissi, parmak sayma veya 1/10-2/10-3/10 derecesindeki travmatik görme kusurları Adli Tıp Meclislerinde uzuv zaafı olarak değerlendirilmiş olmasına rağmen Yargıtayımız ısrarla bu gibi arızanın uzuv tatili olduğu hakkında kararlar vermiş ve sonunda Adli Tıp Meclisi, Yargıtayımızın bu kararını tıbbın ışığı altında uygun görerek kabul etmiştir.

Buna rağmen Adli Tıp İhtisas Kurulu ve Genel Kurulu, gözün yukarıda belirtilen arızasını «uzuv tatili» demesine rağmen Mahkemelerimiz, uzuv zaafına mütedair eski kararlarımıza müstenit isteklerini devam ettirmektedirler.

İnsan vücudundaki beş duyardan gözün önemi inkâr edilemez. Göz tam görme ile fonksiyonunu ifa eder ve bu fonksiyonu da ifa etmek için yardımcı bir alete (gözlük) de ihtiyaç yoktur. Kişinin travmaya bağlı bu kabil göz arızası, Adli Tıp geleneklerine göre gözlüksüz değerlendirilmekte ve TCK 456/3. maddesinde mütalaa edilmektedir.

Buna benzer bir olay dalak çıkarılması ile ilgilidir. Eskiden dalağın yokluğu Adli Tıp Meclislerinde uzuv tatili olarak değerlendirilmiş iken, bugün dalağın insan vücudundaki kıymeti ilmi açıdan değerlendirilerek yaşam için çok önemli bir kayıp olmadığı hakkında karar alınarak travmaya bağlı dalak çıkarılmaları «uzuv zaafı» olarak değerlendirilmeye başlanmıştır.

İlgililerce ister göz veya ister dalak ile ilgili olarak çok eski verilmiş raporlar, örnek şeklinde mahkeme dosyalarına girmekte ve bu yönlü kararlar Adli Tıp Kurumundan talep edilmektedir.

Bizim için çok üzücü bir teklif de İhtisas Kurul ve dairelerinden verilmiş olan raporların, fenne uygun olup olmadığı hususunda bir kere de Genel Kuruldan mütalaa alınması teklifleridir.

Adli Tıp Kurumu özel Kanunla kurulmuş ilmin en yüksek düzeyine ulaşmış uzman üyelerden oluşmuştur. Kanuna girmeyen ve hiçbir tıbbi gerekçesi bulunmayan bu gibi istekler bilirkişilik görevi yapan Adli Tıp Kurumunda üzüntü yaratmaktadır.

Sayın dinleyiciler, bu kabil teklif ve isteklerin adedini çoğaltmak pekâlâ mümkündür. Vaktinizi almamak için kısa kesmek zorunluluğunu duymaktayız.

Yukardan beri sizlere sıralamaya çalıştığım Genel Kurul ile ilgili görüş ve düşüncelerin daha çok açıklığa kavuşturulması ve bu tereddütlerin ortadan kaldırılması amacı ile uygulamaya esas teşkil eden 2659 sayılı Kanunun Genel Kurulla ilgili 15'nci maddesini değiştiren 3334 sayılı Kanunun 2'nci maddesini sizlere aynen okumak istiyorum.

Madde 2. — 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun 15'nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Adli Tıp Genel Kurulunun görevleri:

Madde 15. Genel Kurul

a) İhtisas Kurulları ve İhtisas Daireleri tarafından verilir de Mahkemeler ve Savcılıklarca mahiyeti itibariyle kanaat verici nitelikte bulunmadığı, sebebi de zikredilmek suretiyle bildirilen işleri,

b) İhtisas Kurullarınca oybirliği ile karara bağlanmamış olan işleri,

c) İhtisas Kurullarının verdiği rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri,

d) İhtisas Kurulları ile İhtisas Dairelerinin rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri, inceler ve kesin karara bağlar.

Bu değişiklikte esas amaç Genel Kurula sevk edilen dosyalar da sevk edilmiş sebebinin de müzekkerelerde belirtilmesinin gerektiridir.

Genel Kurul, Kanunumuz gereği İhtisas Kurul Başkanı ve Üyelerinden oluşmaktadır. Genel Kurulun aynı konuyu inceleyebilmesi için raporun hangi sebep ve düşüncelerle kanaat verici nitelikte bulunmadığı açıkça ve etraflıca belirtilmediğinden bu raporu veren İhtisas Kurulu ve İhtisas Dairesinin tıbbi mütalaaları dışına çıkması olanak dışı görülmektedir. Yargı Organlarınca sebebin zikredilmesi mevzuun münakaşaya açılmasına temel teşkil etmektedir. Temel yok ise mütalaa da ilk raporun tasdikinden ileriye gidemeyecek demektir.

Hal böyle olunca Genel Kurula sevk edilen dosyalarda sebebin zikredilmesi, Mahkemelerce kanaat beyanının ifşası şeklinde telak-

ki edilip, ilk isteklerinde ısrar etmektedirler. Kanaatimizce bu doğru değildir.

Yine 15'nci maddede yapılan değişikliğe göre çelişki ancak İhtisas Kurullarının ve İhtisas Kurulları ile İhtisas Dairelerinin rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan aykırılıklar çelişki olarak nitelendirilmektedir. Yoksa Kurum dışı verilen herhangi bir Sıhhi Kurul ve Bilirkişi raporunun Kurum içi verilmiş İhtisas Kurul veya Dairesi raporu arasında meydana gelen görüş farkı çelişki olarak kabul edilmemektedir.

S O N U Ç

Yukarıda belirtmeye çalıştığım şekilde Adli Tıp Kurumuna intikal ettirilecek Genel Kurul isteklerinin 3334 sayılı Kanunla değişik 2659 sayılı Kanunun 15'nci maddesinde yazılı sebeplere dayanılarak intikal ettirilmesinde davaların süratle neticelendirilmesi ve yoğun çalışma içinde olan Adli Tıp Kurumundan da daha sıhhatli ve daha isabetli raporların sağlanması bakımından faydalı olacağını ifade ederek sözlerime son veriyorum.

TABLE 1. 2659 SAYILI YASA KAPSAMINA GİRMEYEN DOSYALARIN KURULLARA GÖRE DAĞILIŞI

Y I L	İHTİSAS KURULLARI							İHTİSAS DAİRELERİ			TOPLAM		GÖNDERİLDİĞİ ADLI MAKAM	
	1. KURUL	2. KURUL	3. KURUL	4. KURUL			5. KURUL	GÖZLEM	FİZİK	TRAFİK			MAH.	YARG.
				Ceza	Hukuk	Redaet	Yaş							
1984	16	15	3	24	1	1	2	2	3	1		68	62	6
1985	18	23	7	56	-	3	21	1	13	15		157	138	19
1986	6	6	6	7	3	-	5	-	11	17		61	59	2
1987	3	7	-	4	3	2	4	-	-	3		26	24	2
TOPLAM	43	51	16	91	7	6	32	3	27	36		312		

TABLO 2: 2659 Sayılı Yasa kapsamına giren ve Genel Kurulda görüşülen dosyaların Kurullara göre dağılışı

YIL	Yapılan toplantı sayısı	İHTİSAS KURULLARI												İHTİSAS DAİRELERİ			T O P L A M		Gönderen Adli Makam	
		1. Kurul		2. Kurul			3. Kurul			4. Kurul				5. Kurul		Gözetim	Fizik, Grafik, Balistik	Trafik	Mah.	Yargıtay
		Ölüm sebebi	TCK 451-452/2	TCK 456/1-2-3	Livata kızılık	Dalak gıkarılması	TCK 456/1-2-3	Maluliyet iş kazası	İnfaz tehliri	Ceza ehliyeti	Hukuki ehliyet	Redat	Yaş	Zehirlenme ve diğerleri	Babalık					
1984	8	24	3	10	1	2	3	-	1	21	3	2	3	1	-	-	-	-	73	1
1985	9	26	3	14	-	1	7	1	-	43	1	4	5	-	2	-	-	-	72	35
1986	18	32	15	28	4	2	19	1	-	77	10	7	17	3	2	6	19	15	212	45
1987	21	43	15	33	9	1	27	4	-	85	7	8	20	4	4	7	19	31	292	25
TOPLAM	56	125	36	85	14	6	56	6	1	226	21	21	45	8	8	13	38	46		
		161			105		63			313				16		13	84			

Madde 2. — 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun 15. maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

Adli Tıp Genel Kurulunun görevleri:

Madde 15. — Genel Kurul

A) İhtisas Kurulları ve İhtisas Daireleri tarafından verilipte Mahkemeler ve Savcılıklarca mahiyeti itibariyle kanaat verici nitelikte bulunmadığı sebebi de zikredilmek suretiyle bildirilen işleri,

B) İhtisas Kurullarınca oybirliği ile karara bağlanmamış olan işleri,

C) İhtisas Kurullarının verdiği rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri,

D) İhtisas Kurulları ile İhtisas Dairelerinin rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri inceler ve kesin karara bağlar.

KAPİLLER GAZ TOMOGRAFİSİ İLE UYUŞTURUCU MADDE ANALİZİ VE TÜRKİYE'DE YAKALANAN EROİN ÖRNEKLERİNİN ÖZELLİKLERİ

S. Atasoy, M. Açıkkol, Z. Bilgiç, F. Biçer

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Kimyasal Tah. İh. D.
ve İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü

GİRİŞ VE ÇALIŞMANIN AMACI

Bugün dünyanın birçok ülkesinde, çeşitli ilaçlara, uyuşturucu ve uyarıcı maddelere olan bağımlılık, üzerinde önemle durulması ve çözümlenmesi gereken büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Genelde her toplumda duygusal dengesizlik gösteren birçok insan, gerçeklerden kaçmak, günlük yaşantının zorluklarından kurtulabilmek için, düşünce ve duyguları uyuşturan, gerçek dışı bir yaşantı veren maddelerin zararlı etkisine sığınır.

Ülkemizde de teknolojik gelişme, sanayileşme, şehirleşme, hızlı nüfus artışı, işsizlik, ekonomik krizler gibi nedenlerle uyuşturucu maddelere karşı bağımlılık gösterenlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır.

Gerek Türkiye'de, gerekse dünyanın birçok ülkesinde uyuş-

turucu madde kullanımı ile ticaretinin önemli boyutlara ulaşması ve ele geçirilen uyuşturucu madde sayısının artış göstermesi nedeni ile bu tür maddelerin kalitatif ve kantitatif analizleri üzerinde önemle durmak gerekir.

Kanun dışı yollarla imal edilen uyuşturucu maddelerin başında eroin (diasetilmorfin) gelmektedir. Yabancı kaynaklarda «Illicit heroin» olarak tanımlanan diasetilmorfin, morfinin belirli koşullarda asetillenmesi ile hazırlanır. Gerekli koşullar tam olarak sağlanamadığında diasetilmorfinin yanı sıra ortamda morfin, 3-0 veya 6-0 asetilmorfin bulunabilir. Bu maddeler imalat safsızlıkları olarak kabul edilebilir.

Ayrıca eroin örnekleri başlangıç maddesi olan morfin yanında ham afyondan ileri gelen ve hammadde safsızlıkları denilen kodein (asetillemeyen sonra kısmen veya tamamen asetilkodeine dönüşür.), papaverin, tebain, mekonik asid gibi bileşikler de içerebilir.

Eroin örnekleri imalat ve hammadde safsızlıkları yanında, uyuşturucu ticareti yapan kişilerin daha fazla kazanç sağlamaları amacıyla ilave ettikleri laktoz, sakkaroz, karbonat gibi eroinin farmakolojik etkisini değiştirmeyen seyreltici maddeleri de içerebilir. Seyreltilen örneğin farmakolojik etkisi doğal olarak azalacaktır. Tüketicinin bu durumu farketmesini önlemek için eroin örneklerine etkin seyrelticiler olarak tanımlanan barbitürat, antipirin, kinin, salisilat, prokain gibi katkı maddeleri kimi zaman üretici, kimi zaman satıcılar tarafından katılmaktadır. Buna rağmen beklenen fizyolojik etki tüketici tarafından az da olsa duyumsanır.

Bulguları sunulan bu çalışmanın amacı, uyuşturucu madde şüphesi ile gönderilen örneklerde duyarlı, hızlı, tekrarlanabilir ve güvenilir bir yöntemle diasetilmorfin (eroin) varlığının yanı sıra, imalat safsızlıkları, seyreltici ve katkı maddelerinin saptanmasıdır.

DENEYLERİN YAPILIŞI

GEREÇLER

Çalışmalar alev iyonizasyon dedektör (FID), Split-splitless kapiller enjektör sistemlerini içeren ve GP-100 Printer-Plotter'a bağlı Perkin-Elmer 8500 Model gaz kromatografla yapıldı.

Kullanılan kapiler kolon 12 m x Ø 0.22 mm boyutlarında, % 100 metilsiloksanla 0,25 µ kalınlığında kaplı vitroz silika kolondur.

Tartımlarda Mettler H-20 tipi terazi kullanıldı.

KİMYASAL MADDELER

n-Docosane (C₂₂H₄₆) SIGMA Chem. Comp.-Cat. No. D-4509, MSTFA (N-metil-N-(trimetilsilil)-trifluoroasetamid) SIGMA Chem. Comp.-Cat. No. M 7891, kloroform, piridin, sakkaroz, MERCK üretici firmalarından; eroin, kodein, morfin, Türkiye Toprak Mahsulleri Ofisinden; salisilik asid, parasetamol, antipirin, prokain, kafein çeşitli ilaç firmalarından sağlandı. 6-MAM, Machata'nın önerdiği yöntemle göre hazırlandı.

ÖRNEK HAZIRLANMASI VE ANALİTİK KOŞULLAR

Özel kapaklı şişelere tartılan, homojenize edilmiş yaklaşık 5 mg örnek, 300 µl kloroform, 100 µl piridin karışımında çözündürüldü ve sililleyici ajan olarak 100 µl MSTFA ilave edildi. İç standart olarak yaklaşık 1 mg Docosane kullanıldı. Ağızları sıkıca kapatılan şişeler 80°C lik kum banyosunda 10 dakika süre ile ısıtıldı. Oda sıcaklığına kadar soğutulduktan sonra 0.5 µl örnek çözeltisi, gaz kromatografa enjekte edildi.

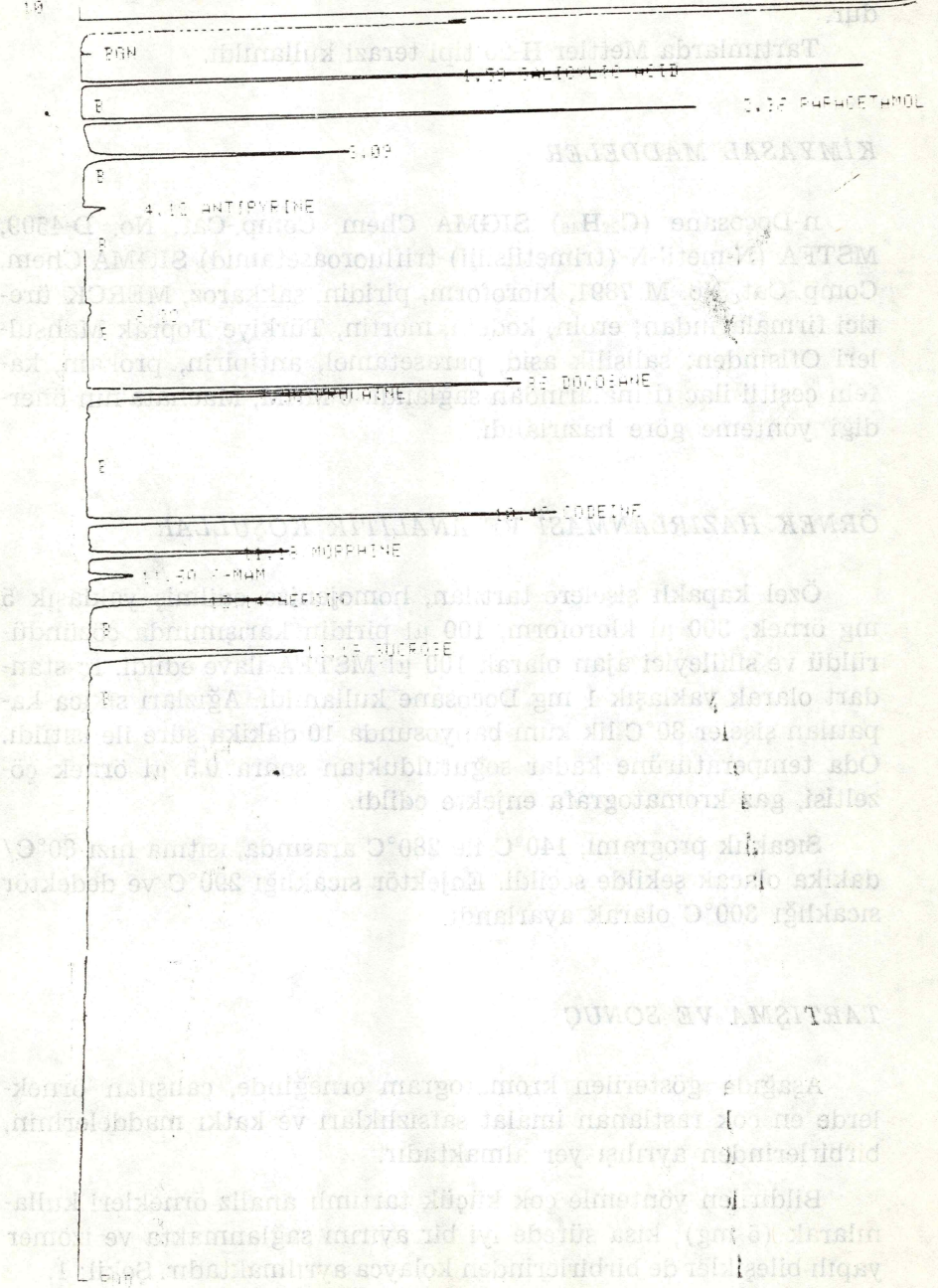
Sıcaklık programı, 140°C ile 280°C arasında, ısıtma hızı 80°C/dakika olacak şekilde seçildi. Enjektör sıcaklığı 290°C ve dedektör sıcaklığı 300°C olarak ayarlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Aşağıda gösterilen kromatogram örneğinde, çalışılan örneklerde en çok rastlanan imalat safsızlıkları ve katkı maddelerinin, birbirlerinden ayrışması yer almaktadır.

Bildirilen yöntemle çok küçük tartımlı analiz örnekleri kullanılarak (5 mg), kısa sürede iyi bir ayırım sağlanmakta ve izomer yapılu bileşikler de birbirlerinden kolayca ayrılmaktadır. Şekil: 1.

RUN 5 13:00 88/04/26
METHOD 7 NEUMANN
A 16 C 10



Şekil: 1 — Bazı uyuşturucu, seyreltici ve katkı maddelerinin kapiler kolonda elde edilen gaz kromatogramı.

Eroin örneklerindeki mono asetilmorfin ve diasetilmorfin bu yöntemle kolaylıkla ayrılmaktadır.

Farklı kişiler tarafından imal edilen eroin örneklerinde monoasetil morfin ve diasetilmorfin oranları örneklerle göre değişiklik gösterir. Bu durum, eroin satıcıları arasındaki ilişkinin belirlenmesinde yarar sağlar.

Yapılan çalışmalarda eroin için 15 ng, morfin ve kodein için 5 ng miktarlarda tekrarlanabilir sonuçlar alındı.

12 aylık bir süre içinde uyuşturucu madde analizi yapılan 436 örnek incelendiğinde; bunların % 73.6'sının yalnız uyuşturucu madde, % 24.3'ünün uyuşturucu madde yanında katkı maddesi ve seyreltici de içerdiği saptandı.

Yalnızca katkı maddesi ya da seyreltici olduğu saptanan örneklerin, toplam örnek sayısı içerisindeki dağılımı da % 2.06 olarak bulundu.

Bu özellikteki örneklerin kendi aralarındaki yüzde dağılımı da şöyledir:

Sakkaroz içerenler % 45

Antipirin içerenler % 12

Prokain içerenler % 22.22

Prokain ve antipirin içerenler % 20.78 olarak bulunmuştur.

Katkı maddelerinde saptanan bu özellikler Türkiye için günlük göstermekte ve yakalanan eroin örneklerinin köken tayini yönünden çok önem taşımaktadır.

**ADLI TIP KURUMU 2. İHTİSAS KURULUNDA
KARARA BAĞLANMIŞ 129 PERFORAN GÖZ
YARALANMASI VAKASININ ADLI TIP
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Prof. Dr. Zeki SÜREL - Doç. Dr. Ufuk DEMİROĞLU

- Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu Üyesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi
- Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu Göz Hastalıkları Raportörü, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Ö Z E T

Türkiye'nin 55 ilinden gelmiş 129 delici göz yaralanması olgusunun 137 gözü incelenmiş ve

a) Olguların % 48.17 oranında tam görme kaybı bulunduğu, % 85.4'ünde ise görme derecesinin 3/10 ve daha az olduğu,

b) Ateşli silâh yaralanmalarında tam görme kaybı oranının ilk sırayı aldığı, bu gibi olgulardaki 3/10 ve daha az derecedeki görmenin % 95.5 oranına vardığı,

c) Göz alınma ameliyatları oranının tüm seri için % 17.51 ve müessir fiiller için % 20.40 olduğu,

d) Müessir fiillerin neden olduğu yaralanma miktarının tüm serinin dörtte üçünü oluşturduğu saptanmış ve

e) Kötü prognozdan kaçınabilmek için bazı önerilerde bulunulmuştur.

Giriş

Ülkelerin yapısına, coğrafi konumuna, eğitim düzeyine, gelenek ve göreneklerine göre değişmesine rağmen göz yaralanmaları, göz hastalıklarının yaklaşık % 10'unu teşkil eder ve bir taraftan komplikasyonları, diğer taraftan sekelleriyle görmeyi önemli ölçüde etkiler. Perforan, yani delici yaralanmalar ise bu konuda daha ağır bir prognoza sahiptir.

Delici göz yaralanmalarının son durumlarının tespiti, diğer göz yaralanmalarında olduğu gibi, genellikle zordur. Bunun nedenleri şöyle sıralanabilir: Hastaların kontrol muayenelerine istekli olmamaları, ihmalkâr davranmaları, görmesi önemli derecede bozulmuş veya kaybolmuş ise umutla başka hekimlere gitmeleri, özellikle trafik kazalarında olduğu gibi, yaralanmayı takiben tedavi edildikleri hastane ile ikametgâhlarının birbirinden uzak olması vs.

Yurdumuzda çeşitli bölgelerdeki yaralanmaları ve bunların bazı tiplerini kapsayan yayınlar yapılmıştır. Bunlarda belirtilen prognozların ne ölçüde kesin olduğu, yukarda belirttiğimiz nedenlerle, kolaylıkla söylenemez. Ayrıca belirtilen bu yayınların belirli eğitim hastanelerinde yapıldığı hesaba katılırsa tüm yurt çapında yapılan tedavilerin ve elde edilen sonuçların tahmin edilmesi mümkün olmamaktadır.

Buna karşılık olaylar yargı organlarına intikal ettiğinde suçluya verilmesi gereken ceza yaralanma sonucunun ağırlığı ölçüsünde olacağı ve sonucun tespitinin yargı organının istemi üzerine mutlak surette yapılmış olacağı için kesin prognoz saptanması bu yönden kolaylaşmaktadır.

İşte bu iki noktanın, yani tüm yurt çapındaki bilgilerin az çok toplanması ve kesin prognozlarının saptanması amacı ile bu çalışma planlanmıştır.

Metot ve materyel

Çeşitli yargı organlarınca arızasının değerlendirilmesi istenen delici göz yaralanması olgularının raporları, müşahade evrakı ve grafileri Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulunda incelendikten sonra, buradaki verilerin yetersiz kalması halinde son durumlarının tespiti için yeniden muayenelerinin yaptırılması istenmiş, ya da kişiler Adli Tıp Kurumu'na çağrılarak muayeneleri yapılmış, yine gerektiğinde olaydan önce yapılmış göz muayeneleri araştırılmış ve bütün bunlara dayanarak 1986 yılı içinde bir karara varılabilmış 129 olgu dosyası gözden geçirilmiştir.

Bu 129 olgu 3 grup altında incelenmiştir: (1) Etkili eylemler (ya da halen yürürlükte olan yasadaki ifadesi ile müessir fiiller), (2) Dikkatsizlik ve tedbirsizlikle olan yaralanmalar, ki bunların önemli bir kısmı trafik kazalarını kapsamaktadır, (3) İş kazaları.

Her grup, son görme derecelerine ve bunların TCK'nun 456/2. ve TCK'nun 456/3. maddelerine uyma durumlarına ve ayrıca gözün alınma ameliyatına tabi olup olmadıklarına göre araştırılmış ve bunların oranları hesaplanmıştır.

Bulgular

Bu çalışmanın materyelini oluşturan 129 olgu (Adıyaman, Ağrı, Bilecik, Bingöl, Bitlis, Hakkâri, Kırklareli, Kırşehir, Rize, Tekirdağ, Tunceli ve Yozgat hariç olmak üzere) Türkiye'nin 55 ilinden gelmiştir. Bölgelere göre dağılımının gösterildiği (Tablo 1)'den anlaşıldığı üzere olguların en çoğu Orta Anadolu'dan gelmiş, onu Marmara bölgesi izlemiştir. En az olgu ise Güneydoğu Anadolu bölgesine aittir.

(Tablo 1) Olguların bölgelere göre dağılımı

Bölgeler	Müessir fiil	Dikkatsizlik Tedbirsizlik	İş kazası	Toplam
Marmara	18 (2)*	3	2	23
Ege	15 (2)*	1	3	19
Akdeniz	10 (4)*	2	3	15
Orta Anadolu	22 (4)*	4	3	29
Batı Karadeniz	6 (2)*	2	1	9
Doğu Karadeniz	7 (1)*	1	2	10
Doğu Anadolu	12 (1)*	4	2	18
Güneydoğu Anadolu	6 (4)*	—	—	6
Toplam	96 (20)*	17	16	129
Yüzde	74.42	13.18	12.40	100.0

(*) Ateşli silâh yaralanmaları.

Olguların yaklaşık dörtte üçü (% 74.42) müessir fiiller sonucu ortaya çıkmıştır. Bunlar içinde 29 olgu ise ateşli silâh yaralanmasına bağlıdır. Dikkatsizlik ve tedbirsizlikle yaralanmalar gibi iş kazaları ise tüm olguların yaklaşık sekizde birer bölümünü oluşturmaktadır: % 13.18 ve % 12.40.

Müessir fiil bölümündeki 96 kişinin 98 gözü, iş kazası bölümündeki 16 hastanın 22 gözü yaralandığı için bundan sonraki değerlendirmeler 137 göz üzerinde yapılmıştır.

Olguların son görme dereceleri, görme kayıplarının önemli derecelere vardığını göstermektedir. Tam görme kaybı müessir fiiller grubunda % 52.04, dikkatsizlik ve tedbirsizlik grubunda % 29.41 ve iş kazası grubunda ise % 45.40 olmaktadır. Bu oran 137 göz için % 48.17'dir (Tablo 2).

(Tablo 2) Olguların son görme dereceleri

	Müessir fiil	Dikkatsizlik Tedbirsizlik	İş kazası	Toplam
Tam görme kaybı	51 (% 52.04)	5 (% 29.41)	10 (% 45.40)	66 (% 48.17)
Işık hissi - 5 mps.	24	8	3	35
1/10-2/10	7	3	1	11
3/10-4/10	6	—	3	9
5/10-6/10	2	1	—	3
7/10-8/10	2	—	1	3
9/10-10/10	6	—	4	10
Toplam	98	17	22	137

Bu görme derecelerini uzuv zaafı ve uzuv tatili ağırlıklarına göre yeniden gözden geçirdiğimizde ise oranlarda bir hayli yükselme olmaktadır (Tablo 3).

(Tablo 3) Olguların uzuv zaafı ve uzuv tatili durumları

	Müessir fiil	Dikkatsizlik Tedbirsizlik	İş kazası	Toplam
0-3/10	85 (% 86.7)	16 (% 94.1)	16 (% 72.7)	117 (% 85.4)
4/10-7/10	6 (% 6.1)	1 (% 5.9)	2 (% 9.1)	9 (% 6.6)
8/10-10/10	7 (% 7.2)	—	4 (% 18.2)	11 (% 8.0)
Toplam	98	17	22	137

Dikkatsizlik ve tedbirsizlik grubunda uzuv tatili ağırlığı % 94.1'e varmaktadır. Bu oran tüm olgular için ortalama % 85.4' tür. Uzuv zaafı ağırlığı ise olguların sadece % 6.6'sında söz konusudur. % 8.0 olguda ise ne uzuv zaafı ne de uzuv tatili vardır.

Müessir fiiller içinde ateşli silâh yaralanmaları ayrı bir yer tutar ve bunların da dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Aynı değerlendirmeye yaklaştığımızda uzuv tatili ağırlığında % 95.5'a artış olduğu görülmektedir (Tablo 4).

(Tablo 4) Ateşli silâh yaralanmalarında uzuv zaafı ve uzuv tatili göz alınması ve küçülme oranları

Tam görme kaybı	19 göz*	(% 95.5)	Enükleasyon, eviserasyon	12 göz
Işık hissi	1 göz			
2/10	1 göz			
10/10	1 göz	(% 4.5)	Bulbus ftizisi	7 göz

Ateşli silâh yaralanması olgularında 12 gözün alınması gerekmiş, 7 göz de küçülerek görmesini kaybetmiştir. Göz alınması oranlarını her üç grup için ayrı ayrı incelediğimizde müessir fiillerin en başta geldiğini (% 20.40), bunu iş kazalarının izlediğini (% 13.63) sonuncu sırayı da dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu husele gelen yaralanmaların (% 5.88) aldığını görüyoruz (Tablo 5).

(Tablo 5) Göz alınması oranları

	Müessir fiil	Dikkatsizlik Tedbirsizlik	İş kazası	Toplam
Enükleasyon, eviserasyon (Göz alınması)	20 (% (20.40))	1 (% 5.89)	3 (% 13.63)	24 (% 17.50)

T a r t ı ı ŝ m a

Yerli kaynaklar içinde özellikle göz yaralanmalarını, örneğin çocuklardaki (1), askerlerdeki (2), işçilerdeki (3) yaralanmaları veya trafik kazalarını (4) ve ateşli silâh yaralanmalarını (5) inceleyenler olduğu gibi tüm göz yaralanmalarını birlikte inceleyenler de vardır (6).

Delici göz yaralanmalarının ağır bir sonucu olan tam görme kaybı oranı yerli kaynaklarda önemli farklılıklar göstermektedir (Tablo 6). En yüksek oranlar % 62.80 ile Uzel ve ark. (3) serisiyle % 57.14 ile Özer ve ark.nın (5) serisinde bulunmuştur. Bunlardan ilkinde iş kazalarında yabancı cisim ortaklığının fazlalığı, ikincisinde ise ateşli silâh mevcudiyeti söz konusudur. Nitekim bu çalışmamızın müessir fiiller bölümünde tespit ettiğimiz % 48.17'lik tam görme kaybı oranı, bunlar içinden ateşli silâh yaralanmalarını incelediğimizde % 86.36'ya yükselmektedir (Tablo 6).

(Tablo 6) Tam görme oranları

	Körlük/Olgu sayısı	Yüzdesi
Özsoy ve Candaş (1978)	27/94	28.72
Özer ve ark. (1978)	16/28	57.14*
Uzel ve ark. (1980)	152/242	62.80
Aksu ve ark. (1980)	22/148	14.86
Ekinciler (1982)	3/7	42.85
Roden ve ark. (1987)	6/14	42.85*
Sürel, Demiroğlu (1987)	66/137	48.17
		(86.36)*

(*) Ateşli silâh yaralanmaları.

Gözlerin ameliyatla alınması en az oranda Aksu ve ark. (1) nın serisinde görülmekte, buna karşılık trafik kazalarından söz

eden Ekinciler (4)'in verdiği rakam ise en başta gelmektedir (Tablo 7).

(Tablo 7) Göz alınma ameliyatları

	Ameliyat/Olgu sayısı	Yüzde
Özsoy ve Candaş (1978)	5/94	5.31
Uzel ve ark. (1980)	38/242	15.70
Aksu ve ark. (1980)	3/148	2.02
Ekinciler (1982)	3/7	42.85
Sürel, Demiroğlu (1987)	24/137	17.51

Saçma yaralanmalarını inceleyen bir yabancı yayın (7) kendi çalışmamızla karşılaştırıldığında, tam görme kayıp oranlarının bir misli farklı olduğunu ortaya koymuştur. Bunun nedeni olarak yabancı kaynaktaki olguların av sırasındaki kaza yaralanmaları olması, bizim serimizdekilerin ise hemen tamamının yaralamaya ve öldürmeye tam teşebbüs niteliğinde olması ve yakın mesafe atışlarının söz konusu olması gösterilebilir.

Yukarda sözü edilen yabancı yayında yüzde 42.85 oranında körlük görülmesine rağmen hiçbir olguda göz alınması olmaması yaralanma özelliğinin nisbeten hafif olmasına ve daha çağdaş tedavi yöntemlerinin uygulanmasına bağlıdır.

Bu çalışmadan çıkardığımız sonuçlara geçmeden önce sırası gelmişken uzuv zaafı ve uzuv tatili kararının göz hastalıkları ile ilişkisini vurgulamak istiyoruz.

Sağlıklı bir gözün görme derecesi tam veya 10/10 olarak kabul edildiğinde herhangi bir kişide bir olayı takip ederek görme derecesinin 8/10-10/10 arasında kalması halinde uzuv zaafı veya uzuv tatili niteliği söz konusu olmamaktadır. Buna karşılık olaydan sonra görme derecesinin 4/10-7/10 arasında olması halinde uzuv zaafı ve 3/10'dan daha düşük olması durumunda ise uzuv tatili kararına varılmaktadır. Adli Tıp Meclisi bu konuda Sosyal Sigortalar Tüzüklerindeki arıza ağırlık derecelerinden yararlanmış, bu ağırlık derecelerini göz arızalarına uygulayarak 28.11.1977 günü yukarda belirttiğimiz esasları bir içtihad olarak benimsemiştir. O tarihten itibaren uzuv zaafı ve uzuv tatili kararları bu içtihada dayanarak alınmaktadır.

Görme derecelerinin dışında (bir göz kapagında tam düşüklük olması, çift görmeye neden olacak paralitik şaşılıklar, oda şartlarında devam eden ve gözyaşı yolları tıkanıklığına bağlı göz yaşarmaları) da uzuv zaafı olarak kabul edilmektedir.

Gerek uzuv zaafı ve gerekse uzuv tatili kararına gözde tespit edilen arızalarda iyileşme olasılığı kalmadığı zaman varılmaktadır. Zamanla durumunda değişiklik beklenen olgularda tekrar tekrar muayene yaptırılmakta ve durumda sabitleşmenin belirtileri aranmaktadır. Bu açıklamaları özellikle bazı mahkemelerden gelen «uzuv zaafı veya uzuv tatili niteliğindeki bu arızasında, yeniden yaptırılan muayene raporu dikkate alınarak, değişiklik olup olmadığı» şeklindeki yazılara karşı bir bilgi mahiyetinde arz etmek istiyoruz.

Uzuv zaafı veya uzuv tatili kararı alınırken yine Adli Tıbbın bir başka içtiihadından söz etmek gerekecektir. Bu içtihada göre «Bir kişi olaydan önce bir organının işlevini yardımcı bir alete ihtiyaç hasıl olmadan sürdürürken olaydan sonra işlevini ancak yardımcı bir aletle yerine getirebiliyorsa hiç kimsenin o şahsa yardımcı aleti kullanmaya zorlayamayacağı, bu nedenle o organın işlevinin yardımcı aletsiz olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.» Bu bakımdan olaydan önce görmesini gözlüksüz olarak sürdüren bir kişinin görmesi gözlükle tam olsa bile bu içtihad gereğince gözlüksüz görme derecesi esas alınmakta ve karar bu görme derecesine göre verilmektedir.

Bu içtihadın kapsamına giren bir başka anlam «Bir kişi olaydan önce gözlük kullanıyorsa olaydan sonraki görme dereceleri de gözlüklü haliyle değerlendirilecektir.» Bu düşünce olaydan sonra kişinin takabileceği gözlük diyoptrisi içinde olmak koşulu ile geçerlidir. Zira bazı durumlarda tek başına bir gözün gözlükle iyi görmesi, o gözlükle iki göz birden bakıldığında kullanma imkânı vermeye yetmeyebilir. Bu durumda kişinin kullanabileceği gözlük camının verdiği görme derecesi uzuv zaafı veya uzuv tatili değerlendirilmesine esas alınır.

Şimdi bu çalışmadan çıkardığımız sonuçlara dönebiliriz:

1) Delici göz yaralanmalarında tüm yurt çapında alınan sonuçlar tek tek eğitim hastanelerinde alınan sonuçlara nazaran önemli ölçüde kötüdür,

2) Ateşli silâh yaralanmaları özellikle Güneydoğu Bölgesinde ağırlık kazanmakta ve bu tip yaralanmalar prognozları en kötü olanları teşkil etmektedir,

3) Tam görme kaybı tüm seri içinde % 48.17'ye uzuv tatili ağırlığında görme kaybı ise % 85.4'e varmaktadır. Uzuv zaafı olguların % 6.6'sında söz konusu iken olguların ancak % 8'inde uzuv zaafı veya uzuv tatili niteliğinden daha iyi derecelerde görme kalmaktadır,

4) Trafik anarşisinin giderek artmasına, buna bağlı olarak husule gelen ölüm ve sakatlıkların fazlalığına rağmen bu küçük araştırma, yurdumuzda dava konusu olan olayların elân büyük bir çoğunlukta müessir fiiller olduğunu, vatandaşlarımızın anlaşmazlıklarını tartışarak değil de kaba kuvvetle çözme alışkanlıklarını sürdürdüğünü göstermektedir.

Bu konuda neler yapılabilir?

a) Çeşitli yayın organlarıyla halkın eğitim düzeyinin düzeltilmeye çalışılması en başta gelen husus olmalıdır. Böylece kan davası gibi kötü göreneklerin, anlaşmazlıklarda kaba kuvvete başvurma alışkanlıklarının azaltılması ve hatta giderilmesi mümkün olabilir,

b) İş güvenliği ve trafik yasalarının titizlikle uygulanmasına çaba sarfetmek bir başka önemli noktadır. İngiltere'de 1987 yılında yapılmış olan bir çalışmaya göre (8) kara yollarında emniyet kemeri kullanılmadığı dönemde görülen delici göz yaralanmaları % 39 iken, yasanın uygulanmasından sonra % 9'a düşmüştür,

c) Bu tür delici göz yaralanmalarının mümkün olduğu kadar kısa zaman içinde ve dikkatli, titiz bir şekilde ameliyat edilmeleri, gerekli ilâve tıbbî tedavi uygulanmaları, bu konudaki son gelişmelerin hekimlerce izlenmesi ve uygulanması, bu imkânın olmadığı yerlerde ise o imkâna sahip merkezlere süratle hastaların gönderilmesi gereği konunun bir başka yönüdür. Bu son nokta ise 2 bölümde incelenebilir. İlki göz hekimlerinin eğitilmesi ki bu konuda Türk Oftalmoloji Derneği Türkiye'de bir başka branşta olmayacak şekilde düzenli bir eğitim programı uygulayarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı gibi, Sosyal Sigortalar Kurumu gibi müesseselerin yapması gerekeni bizzat yapmaktadır. İkinci konu ise hastanelerin gerekli alet, edavat ve cihazla donatılmasıdır. Bu ise

bir taraftan sağlık politikasını bir taraftan da ekonomik programları ilgilendirir. Tabiatıyla hekim olarak burada yapabileceklerimiz çok kısıtlıdır.

K A Y N A K L A R

1. Aksu H., Slem G., Çingil G.: Çocuklarda göz travmaları (XVI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni 1980, s. 364-369).
2. Yaylın T.: Askerlerde göz ve orbita yaralanmaları (Türk Oftal. Gazet. 11 : 78-93, 1981).
3. Uzel O.S., Günalp Z., Kürkçüoğlu A.R.: Son iki senede kliniğimizde görülen perforan göz yaralanmalarının muhtelif açılardan incelenmesi (XII. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni 1980, s. 326-334).
4. Ekinciler Ö.F.: Spor ve trafik kazaları (Türk Oftal. Gazet. 12 : 359-362, 1982).
5. Özer T., Altuna A., Balanlı E., Akkaşoğlu A.: Bölgemizde ateşli silâh yaralanmaları ve sonuçları (XI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni, 1978, s. 546-551).
6. Özsoy A., Candaş A.: Göz yaralanmaları (XI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni 1978, s. 552-563).
7. Roden D., Cleary Ph., Fustace P.: A five-year survey of ocular shotgun injuries (Brit. J. Ophthal. 71 : 449-453, 1987).
8. Cole M.D., Clearkin L., Dabbs T., Smerdon D.: The seat belt law and after (Brit. J. Ophthal. 71 : 436-440, 1987).

KALP VE DAMAR CERRAHİSİNDEKİ TEKNİK GELİŞMELERİN ADLİ TIP UYGULAMALARINDAKİ YERİ VE ÖNEMİ

Prof. Dr. Özdemir KOLUSAYIN, Prof Dr. A. Sedat ÇÖLOĞLU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim
Dalı ve Adli Tıp Enstitüsü, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, Türkiye

**THE EFFECTS OF THE RECENT DEVELOPMENTS IN
CARDIOVASCULAR SURGERY ON THE FORENSIC
EVALUATION : Its Importance in Legal Interpretations**

Summary

The recent technical developments in the field of cardiovascular surgery, urgent diagnosis methods, and the swift hospitalization of the victims are important factors diminishing death due to vascular injuries. A retrospective review of 124 necropsies with stab or bullet wounds examined in the Department of Morbid Anatomy, The Council of Forensic Medicine of Turkey, was made. According to the files of the victims, 26 of the 124 patients with vascular lesions were admitted to the various medical centers, but they died as a result of a complication following surgical management, and the rest of the victims died in the place of event. The differences between place of death and the concerned parts of the Turkish Penal Code are discussed. A major reason for this shift has been the recent advances in cardiovascular surgery. Untill recently, the courts were hesitant to recognize causes of complications following surgical management.

Keywords : *Vascular injuries - Cardiovascular surgery - Forensic evaluation - Legal interpretations*

Özet

Damar cerrahisindeki teknik gelişmeler, yaralıların sağlık merkezlerine süratle ulaşmalarının sağlanması ve hızlı teşhis yöntemleri, damar yaralanmalarına bağlı ölümleri oldukça önemli bir ölçüde azaltmıştır. 2 yıllık adli otopsi materyeli içerisinde tesbit edilen 124 damar yaralanmasının 26 adedi hastaneye canlı olarak girip ameliyat olmuş, ancak olay bir komplikasyon neticesi ölümle sonuçlanmıştır. Yukarıda belirtilen bilgiler ışığında, bu olaylarda, sanığın eyleminden sonra sanık iradesi dışında, beklenmedik şekilde ortaya çıkan faktörlerin TCK 451. maddesi işletilmesi zorunluluğunu ortaya çıkardığı dikkati çekmektedir. Diğer 98 olguda bu tür bir adli uygulama söz konusu değildir; çünkü, ölüm, yaraların direkt etkisi ile ortaya çıkmıştır. Ülkemizin belli şartları dikkate alındığında, hızlı yaralı ulaşımı sağlandığında hastanede müdahale imkanına kavuşacak olan mağdur, yaşama şansına sahip olacağı gibi, ölümü halinde TCK 451. maddesinin işlerlik kazanması ile sanığın lehine bir durum ortaya çıkacaktır. Bu kavramın, toplumsal açıdan iki yönlü bir yararı olacağını düşünmekteyiz.

GİRİŞ

Kalp ve damar sistemi yaralanmaları ilk insanlar zamanından beri tüm hekimlerin ilgisini çekmiştir. *Hippocrates*, «cerrah olmak isteyen bir kimsenin bir orduyu izlemesinin şart olduğunu» ifade ederken bu önemli konuyu vurguluyordu. Gerçekten, savaş sırasında müdahalede bulunan harp cerrahlarının elde ettikleri pratik deneyimler, damar cerrahisinin gelişmesine oldukça olumlu katkılarda bulunmuştur. Özellikle İkinci Dünya Savaşı ile Kore ve Vietnam Savaşları'nda, cerrahlar çok sayıda damar yaralanmasına müdahale etmişler ve çeşitli teknikleri geliştirmişlerdir (1-3).

Savaşlarda elde edilen pratik deneyimlere, homogreft ve heterogreft damar transplantasyonları ile süratle gerçekleştirilen

ulaşım ve teşhis imkanları da eklenince, damar cerrahisi vücutta-ki her damara başarılı cerrahi girişimler uygulayan önemli bir branş haline gelmiş ve bu gelişmeler kalp damar yaralanmalarındaki mortalite oranını oldukça düşürmüştür (2,4-6).

Bu incelemenin amacı, Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan iki yıllık adli otopsiler içerisindeki damar yaralanmalarını gözden geçirmek ve ülkemizdeki damar cerrahisi gelişmelerinin adli tıp uygulamasına olan etkilerini araştırmaktır.

MATERYEL ve METOD

1986-1987 yıllarında Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılmış 2740 adli otopsi arasından damar yaralanması gösteren olgular ayrılmış, lezyonların şekli ve lokalizasyonu makroskopik olarak belirlenerek tasnif edilmiştir.

BULGULAR

1986-1987 yıllarında Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılmış 2740 otopside, 124 damar lezyonu tesbit edilmiş, 124 olgudan 76'sında, damar lezyonunun organ lezyonu ile birlikte olduğu görölmüştür. 124 olgunun 74'ünün yalnız arter, 35'inin arter ve ven, 15'inin ise yalnız ven lezyonu içerdii bulunmuştur. Bazı olgularda birden fazla damar lezyonu olduğundan, 124 olguda 175 damar lezyonu tesbit edilmiş, bunlardan 122'sinin arterlere, 53'ünün venlere ait bulunduğu görölmüştür.

Damar lezyonlarının vücuttaki dağılımı Tablo I'de verilmiştir. 124 olgudan 98'i olay yerinde ölmüş veya hastaneye ölü duhul etmiştir. 26 olguya cerrahi girişim yapılabilmış ancak sonuç alınamamış ve hastalar eks olmuştur.

Tablo I. Damar yaralanmalarında tesbit edilen lezyonların vücuttaki dağılımı.

	Arter		Ven		Toplam
Baş-boyun	A. carotis communis	20	V. jugularis	18	45
	A. thyroidea superior	3	V. thyroidea	1	(% 25.71)
	A. thyroidea inferior	2			
	A. laryngea	1			
Göğüs	Aorta thoracica	16	V. pulmonalis	5	29
	A. subclavia	5			(% 16.57)
	A. intercostalis	2			
	A. vertebralis	1			
Batın	Aorta abdominalis	15	V. cava inferior	5	62
	A. hepatica	1	V. portae	3	(% 35.42)
	A. renalis	6	V. renalis	6	
	A. mesenterica sup.	2	V. iliaca communis	3	
	A. epigastrica inferior	4			
	A. iliaca communis	16			
Ekstremiteler	A. axillaris	2	V. axillaris	2	39
	A. brachialis	1	V. brachialis	1	(% 22.28)
	A. radialis	5	V. radialis	1	
	A. femoralis superf.	6	V. ulnaris	1	
	A. femoris profund.	9	V. femoralis	5	
	A. poplitea	3	V. poplitea	2	
	A. tibialis	1			
	Toplam	122 (% 70)		53 (% 30)	175

Damarlarda tesbit edilen lezyon türü araştırıldığında, 75 olguda (% 60) kesik, 6 olguda (% 5) delinme, 43 olguda (% 35) laserasyon (parçalanma) görülmüştür (Tablo II).

124 olguda damar lezyonlarını meydana getiren olaylar araştırıldığında, damar yaralanmalarının 61'inin kesici-delici alet, 15'inin kesici alet, 2'sinin delici alet, 25'inin ateşli silah, 21 olgunun ise, genel beden travması sırasında meydana gelen damar etkilenmeleri olduğu bulunmuştur (Tablo III).

Tablo II. Damar lezyonlarının türleri

	Kesik	Delinme	Laserasyon (parçalanma)
Olgu sayısı	75	6	43
%	60	5	35

Tablo III. Damar lezyonlarını meydana getiren araçlar

	Kesici/delici alet	Ateşli silah	Kesici alet	Delici alet	Genel beden travması
Olgu sayısı	61	25	15	2	21
%	49.0	20.0	12.0	1.5	17.5

TARTIŞMA

Travma, her türü ile insan yaşamını tehdit eden bir etkindir. Amerikada yapılan bir araştırmada, 40 yaşa kadar travmanın ön- de gelen bir ölüm nedeni olduğu ve travmatik ölümlerin giderek arttığı, ancak, erken ve uygun cerrahi girişimin, özellikle kardiyak ve vasküler lezyon gösteren hastalardaki hemorajik şok ve kalp tamponadına bağlı mortaliteyi azaltacağı belirtilmiştir (7).

Damar sütür tekniklerinin geliştirilip yaygınlaştırılması, tromboendarterektomi girişimlerinin rutin hale gelmesi, damarlara sen- tetik greftleri yerleştirme ameliyatlarının başarıya ulaşması, by- pass grefti ve patch-graft angioplasti (ven yaması ile arter tamiri) yöntemlerinin geliştirilmesi ile kalp damar sistemi lezyonlarının tam olarak tesbit edilmesini sağlayan angiografi yöntemleri, bu tür yaralanmalarda sıklıkla başvurulacak yöntemlerdir (2,4-11).

Yaralanmalarda, arterlerle yakın komşuluk gösteren venlerde de lezyonlar meydana gelmektedir. Arter yaralanması olmadan meydana gelen ven yaralanmaları da kişilerin hayatını tehlikeye sokabilmektedir. Buna bir örnek vermek gerekirse, vena femoralis'teki kan akımı, arteria femoralis'teki akıma eşittir ve vena femoralis lezyonu arteria femoralis lezyonu kadar tehlikelidir (11).

Ayrıca batin içindeki büyük ven yaralanmaları da hayati tehlike gösterir; çabuk tanı, hızlı kanama kontrolü ve acil cerrahi girişimin mortaliteyi yarıya yakın bir oranda azaltabileceği ileri sürülmektedir (12).

Ven yaralanmalarında teknik olarak direkt sütür, venorafı ve dacron greft uygulandığı, en iyi uygulamanın ise, dıştan desteklenen PTFE grefti olduğu belirtilmiştir (13). Ancak, damar yaralanmalarında süratli tanı ve cerrahi girişim yöntemleri yeterli olmamaktadır. Olay başladığı anda karşılaşılan ilk sorun, yaralıyı kısa sürede tedavi merkezine götürmek ve bu nakil sırasında deneyimli yardımcı sağlık personelinin gerekli ilk müdahaleyi yapmasını sağlamaktır. Yaralının süratle tedavi merkezine nakledilmesinin somut yararları, savaşlar sırasında elde edilen istatistiksel bulgularda kendini çarpıcı bir biçimde göstermektedir. Yaralıya müdahale süresinin 12 saati aştığı İkinci Dünya Savaşı'nda amputasyon oranı % 49 dolayında iken, müdahalenin 9 saatin altında yapılabildiği Kore Savaşı'nda bu oranın % 25'e, yaralanmadan ortalama 2.75 saat sonra müdahale yapılabilen Vietnam Savaşı'nda ise % 8'e düştüğü saptanmıştır (1-3,9,10,13).

ABD'de uygulanan sistemlerin prensibi, çabuk müdahale, süratli ulaşım ve gelişmiş vasküler cerrahi tekniklerinin kısa sürede uygulanmasıdır; böylece, damar yaralanmalarında mortalite oranı oldukça düşürülmüştür (5).

Feliciano (5)'nin 272 hastayı incelediği çalışmada, arterlerde arter grefti, ligatür lateral arteriorafı ve uç-uca anostomoz, venlerde lateral venorafı ve ligatür yöntemleri tatbiki ile mortalitenin % 15.8'e düştüğü belirtilmiştir.

Koivunen (2), 89 vasküler travma bulgusundaki mortalite oranının % 5.6 olduğunu bildirmiştir; olgularındaki amputasyon oranının diğer merkezlere oranla yüksek bulunmasını, yaralının

geç getirilmesine bağlamışlardır. Ülkemizde yapılan 208 olguluk bir çalışmada, erken dönemde ölüm görülmediği bildirilmiştir (14).

Bizim ilgi alanımız içerisine giren, adli otopsiler sırasında damar lezyonlarının incelenmesidir. Cerrahi kliniklerinin incelemelerine ve bulgularını yansıtan yayınlarda (2,5,6,14) ekstremitelerde yaralanmaları ilk sırayı alırken, otopsi olguları üzerinde yaptığımız incelemelerimizde ilk sırada batin damarları yaralanmalarının alındığını gördük. Dikkatimizi çeken bu ilginç farklılığı, ekstremitelerde yaralanmalarının daha kolay ve çabuk tedavi edilerek mortalite oranının düşürülmüş bulunmasına bağlamaktayız. Damar lezyonlarını meydana getiren olay ve araç türleri açısından yaptığımız incelemelerde, literatür verilerine uygun sonuçlarla karşılaştık.

Damar yaralanmaları sonucu meydana gelen ölümler genellikle adli soruşturmayı gerektiren bir özellik gösterir. Bu nedenle, damar yaralanmalarını özellikle TCK açısından ele almayı ve tartışmayı düşünmekteyiz. TCK'nın 451. maddesi, *failin fülinden sonra ortaya çıkan ve ölüme katkıda bulunan bir faktörün varlığı halinde sanığın cezasında önemli ölçüde indirim yapılmasını* öngörmektedir. Damar yaralanmaları bu açıdan incelendiğinde, damar cerrahisindeki ilerleme, hızlı ulaşım ve teşhis yöntemlerinin gelişmesi ile mortalitenin oldukça düştüğü bilinmektedir. O halde, damar yaralanması ile hastaneye ulaşabilen ve cerrahi girişim gören, ancak, bir komplikasyonla kaybedilen yaralılarda, olayın TCK'nun 451. maddesi kapsamında işlem görmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bizim olgularımız arasında 26 olgu (% 21) hastanede ameliyata alınmış, ancak bir komplikasyon sonucu eks olmuştur. Yukarıda belirtilen veriler ışığında, bu tür olaylarda, TCK'nun 451. maddesi işlerlik kazanabilir. % 79'luk oran gösteren diğer 98 olgu ya olay yerinde ölmüş ya da hastaneye nakil esnasında hayatını kaybetmiştir. Bu olaylardaki damar yaralanmalarının öldürücü nitelikte olması nedeniyle, TCK'nun 451. maddesi kapsamında ele alınabilmesi mümkün değildir.

Özellikle yaralının cerrahi müdahale merkezine süratli ulaştırılması ve bu konuda etkin ön-tedavi yapabilen ilk yardım personeli yetiştirilmesi, nisbeten düşük yüzde gösteren hastaneye canlı ulaşma oranlarını arttıracaktır. Böylece, kişiye yaşama şansı verilebileceği gibi, öldürme olayına karışan kişinin de cezasının

azalmasına yol açılacaktır. Bu uygulamanın, toplumsal açıdan iki yönlü bir yarar sağlayacağı görülmektedir.

K A Y N A K L A R

1. Jahnke, E.J., Seeley, S.F. (1953) Ann. Surg., 138, 158-177.
2. Koivunen, D. (1982) Surgery, 91, 723-727.
3. Rich, N.M., Baugh, J.H., Hughes, C.W. (1970) J. Trauma, 10, 359-369.
4. De Bakey, M.E. (1979) Am. J. Surg., 137, 697-738.
5. Feliciano, V.D. (1984) Ann. Surg., 199, 717-724.
6. Robbs, J.V., Baker, L.W. (1978) Br. J. Surg., 65, 532-538.
7. Trunkey, D.D. (1983) Sci. Am., 249, 28-35.
8. De Bakey, M.E., Cooley, D.A., Crawford, E.E., Morris, G.C.Jr. (1958) Am. J. Surg., 24, 862-872.
9. Dudley, A.F., Hugh, H. (1986) Bailey's Emergency Surgery, John Wright & Sons, Philadelphia.
10. Rich, N.M. Spence, R.C. (1978) Vascular Trauma, W.D. Saunders, Philadelphia.
11. Voorhees, A.B.Jr., Jaretzki, A.III. (1952) Ann. Surg. 135, 332-339.
12. Graham, J.M., Mattox, K.L., Beall, A.C.Jr. (1978) Arch. Surg., 113, 413-418.
13. Mattox, K.L. (1982) Surgery, 91, 497-501.
14. Sayın, A., Özer, M., Karaözbeke, Y., Erdağ, A., Aktan, K. (1987) Adli Tıp Derg., 3, 34-44.

Ayrı baskı için :

Prof. Dr. Özdemir Kolusayın

İstanbul Üniversitesi

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Adli Tıp Anabilim Dalı

34303 Cerrahpaşa, İstanbul

AKIL HASTALIĞI NEDENİYLE BOŞANMA DAVALARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevgim AKTÜRK

Adli Tıp 4. İhtisas Kurulu Raportörü
Ruh ve Sinir Hastalıkları Uzmanı

Ö Z E T

1983-1987 yılları arasında akıl hastalığına bağlı boşanma istemi ile Kurumumuza müracaat ettirilen 105 vak'adan sadece 10'unda (% 9.52) TMK 112/2. madde kapsamında bir akıl hastalığı bulunup bulunmadığının sorulduğu; bu 10 vak'anın 6'sı (% 5.71) kadın, 4'ü (% 3.80) ise erkek olup bunlardan da ancak 4'ü (% 3.80) kadın ve 3 (% 285) erkek vak'anın TMK 112/2. maddesine mümas olduğu, diğer 1 (% 0.95) erkek ve 2 (% 1.90) kadın vak'anın ise TMK 112/2. maddesine mümas olmadığını tespit ettik. TMK'nun 112/2. maddesi istemi ile müracaat ettirilen vak'aların az olması dolayısıyla çalışmamızı daha ziyade TMK 133'ncü madde tatbiki istemi ile müracaat ettirilen 95 vak'a üzerinde yaptık. Bu vak'aların 66 (% 90.47)'sinin kadın 29 (% 62.85)'unun ise erkek olduğunu müşahade ettik.

66 kadın vak'anın 24 (% 22.85)'ünün ve 29 erkek vak'anın ise 19 (% 18.09)'unun TMK 133. maddesine mümas bulunduğunu değerlerinin ise (42 «% 39.04» kadın-10 «% 9.52» erkek) TMK 133. maddesine mümas olmadığını izledik.

Sonuç olarak diyebiliriz ki TMK 133. maddesinin erkekler tarafından kullanım isteği yüzdesinden fazla olduğudur.

Akıl hastalığı nedeni ile boşanmalar TMK'nun 112/2. ve TMK'nun 133. maddesinde belirlenmiş olup bu Kanun maddelerini aynen okumak üzere sözlerime başlamak istiyorum.

TMK 112/2. MADDE: KARI KOCADAN BİRİ EVLENME MERASİMİNİN İCRASI ZAMANINDA BİR AKIL HASTALIĞI VEYA

DAİMİ BİR SEBEP NETİCESİ MÜMEYYİZ DEĞİLSE EVLİLİK BATIL ADDEDİLİR.

TMK 133. MADDE: KARI KOCADAN BİRİ ÜÇ YILDAN BERİ DEVAM EDEN BİR AKIL HASTALIĞINA DUÇAR OLUP DA BU HASTALIK MÜŞTEREK HAYATIN DEVAMINI DİĞER TARAF İÇİN ÇEKİLMEZ HALE KOYMUŞ VE ŞİFASI KABİL OLMADIĞI DAHİ EHLİHİBRE TARAFINDAN TASTİK EDİLMİŞ BULUNSA O TARAF HER ZAMAN BOŞANMA DAVASINDA BULUNABİLİR.

Bilindiği gibi evlenmelere tarihin ilk çağlarından beri rastlamak mümkündür. İlk çağlardan beri bazı kültürlerde aile reisinin baba, bazı kültürlerde ise ana olduğu görüldü. İslamiyette boşanma hakkı prensip olarak sadece kocaya tanınmıştı. Koca bu hakları herhangi bir neden göstermeden tek taraflı bir irade beyanı ile kullanabilmekteydi.

Medeni Kanunun kabulü ile evlilik müessesesi geliştirildi ve dolayısı ile boşanmalar uygar dünyanın kabul ettiği sosyal ve hukusal standartlara bağlandı.

Yakın tarihe kadar bilhassa geçerli olan ve kültürümüzde daha bariz olarak görülen (ananevi aile tipi) yerine modern hayatın başlaması ile Anne-Baba ve Çocuklardan oluşan (çekirdek aile tipinin) sosyal hayatımıza baskınlığı hissedilmektedir. Ancak evlilik bağının bazı hallerde çözüldüğü ve dolayısıyla boşanmaların ortaya çıktığını hepimiz bilmekteyiz. Burada konumuzun ve bilginimizin dışında «boşanma kavramı» üzerinde duracak değiliz.

Bizim konumuz taraflardan birinin göstermekte bulunduğu akli arıza nedeni ile diğer tarafın müracaat ve isteği üzerine TMK 112/2 ve TMK 133. madde kapsamında bulunan boşanmalar ile ilgili bazı müşahadelerimiz ve istatistiki sonuçlarıdır.

Akıl hastalığının bir boşanma nedeni olarak kabul edilmesi, insani açıdan olumsuz bir görünüm verebilir. Denilebilir ki evlilik birliği mutlulukta, kederde, hastalıkta ve sağlıkta bir bölüşüm kurumudur. Bir hastalık nedeni ile bu müessesenin bozulması insani ve sosyal değerlere aykırıdır. Ancak akıl hastalığı diğer hastalıklardan çok farklıdır. Şöyle ki, bir akıl hastası ile beraber yaşama mecburiyeti çok zor olup hatta tehlikeli boyutlara varabilmektedir. Burada kanunda da yer alan ifadeyi kullanmak icabederse «evliliğin müşterek hayatını karşı taraf için çekilmez hale getirme» hususu söz konusudur.

TMK 112/2. maddesi istemi ile boşanma davası (resmi evlili-

ğın vuku bulunduğu ilk altı ay içinde) açılması icap ettiğinden bariz olmayan akıl hastalıklarının ilk altı ay içinde teşhisinin çok zor olması nedeni ile TMK'nun 112/2. maddesine mümas bir çok vak'amızın zaman aşımı dolayısı ile TMK 133. maddesine mümas olarak karşımıza geldiği görülmektedir.

Kurulumuza 5 sene içinde TMK 112/2. madde istemi ile müracaat ettirilen boşanma davaları sayı bakımından çok az olduğu için bunları istatistiki bir bilgi şeklinde vermeyi uygun bulduk.

Kurulumuza 5 yıl içinde TMK 112/2. maddesi istemi ile müracaat ettirilen 10 vak'ının değerlendirilmesi şöyledir:

	4 ERKEK	6 KADIN
Ağır zekâ geriliği	3	2
Psikoz olup (muayenede psikotik tablo göstermeyen)	—	2
Ruhsal yönden sağlam	1	2

6 KADIN VAK'A

TMK'nun 112/2. maddesine mümas olan	TMK'nun 112/2. maddesine mümas olmayan
	Ruhsal yönden sağlam
Ağır zekâ geriliği	2
Şizofreni (evlendiğinin 12. günü)	1
Eksitasyon (evlendiği gün)	1

4 ERKEK VAK'A

TMK'nun 112/2. maddesine mümas olan	TMK'nun 112/2. maddesine mümas olmayan
	Ruhsal yönden sağlam
Ağır zekâ geriliği	3
	1

Bizim çalışmamız Kurulumuza 5 sene içinde TMK'nun 133. maddesinin tatbiki istemi ile müracaat ettirilen 95 vak'a üzerindedir. Bu vak'alardan 66'sı (% 69.47) kadın olup 29'u (% 30.52) erkektir. Vak'alarımızın değerlendirilmesi şöyledir:

95 VAK'A

	29 ERKEK	66 KADIN
Akıl hastası olmayan	2	18
Nörotik	—	2
Kişilik bozukluğu	1	—
Hafif zekâ geriliği	2	4
Ağır zekâ geriliği	8	7
Organik beyin sendromu	2	2
Epilepsi (ruhi arazsız)	—	4
Epilepsi (ruhi arazlı)	1	—
Psikoz olup (muayenede psikotik tablo göstermeyen)	6	15
Psikoz olup (muayenede psikotik tablo gösteren)	7	13
Psikoz olup (muayenede psikotik tablo göstermesine rağmen TMK'nun diğer şartlarına uymayan)	—	1

TMK'nun 133. maddesine mümas olan ve olmayan vak'aları-
mızın sıralanışı:

29 ERKEK VAK'A

TMK'nun 133. maddesine mümas olan 19 kişi		TMK'nun 133. maddesine mümas olmayan 10 kişi	
Kişilik bozukluğu	1	Ruhsal yönden sağlam	2
Ağır zekâ geriliği	8	Hafif zekâ geriliği	2
Organik beyin sendromu	2	Psikotik olmasına karşın	
Ruhi araz ile birlikte epilepsi	1	muayene esnasında psikotik	
Psikotik olduğu gibi muayene		tablo göstermeyen	6
esnasında psikotik tablo			
gösteren			

66 KADIN VAK'A

TMK'nun 133. maddesine mümas olan 24 kişi		TMK'nun 133. maddesine mümas olmayan 42 kişi	
Ağır zekâ geriliği	7	Ruhsal yönden sağlam	18
Organik beyin sendromu	2	Nörotik araz	2
Psikotik olduğu gibi muayene		Epilepsi	4
sırasında psikotik tablo		Hafif zeka geriliği	
gösterenler	15	Psikotik olmasına karşın	
		muayenede psikotik tablo	
		göstermeyen	13
		Psikoz olup muayene	
		esnasında psikotik tablo	
		göstermesine rağmen	
		133. maddenin diğer	
		şartlarına uymayan	1

Bu vak'alar TMK'nun 133'ncü maddesinin ışığı altında değerlendirilmişlerdir. Değerlendirmede kullanılan kriterler:

1 — Vak'anın muayenemiz esnasında göstermekte bulunduğu akli durumun evliliğin müşterek hayatını çekilmez hale getirmekte olması.

2 — Böyle vak'aların prognozunun kötü olması ve dolayısıyla tedavi olma şansını aşağı yukarı tamamen kaybetmiş olmaları.

3 — Bu vak'aların göstermekte bulunduğu akıl hastalığının başlangıcının karşı tarafın mahkemeye müracaat tarihinden en az 3 sene evveline dayanmış bulunması. Gayet tabii, bu süre içinde bu vak'aların geçici ufak tefek nisbi iyilikler göstermiş bulunmaları, vak'anın gerek sürekliliği gerekse prognozunun temelindeki kötülüğü azaltmaz. Biz Kurul olarak böyle yanılğılardan korunmak için bu bakımdan şüphe arzeden vak'alar hakkında kesin karar vermeden evvel genelde 6'şar ay ara ile 2 veya 3 defa daha vak'ayı muayene etmeyi prensip edindik.

Sonuç olarak diyebiliriz ki:

TMK'nun 133'ncü maddesi kullandırılarak evliliğin sonlandırılması proçesinin doğru çalışabilmesi için, hasta olduğu iddia edilen tarafın tek bir muayene sonucu hastalığın varlığı veya yokluğunun kabulünün sakıncalı olması hasebi ile vak'a hakkında nihai karar vermeden evvel kişinin en az 6 ay ara ile 3 kez muayenesinin şart olduğu.

BİLDİRİ

TRAFİK KAZALARININ TAKSİRLİ SUÇLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Müh. Erol YÜKSEL

Adli Tıp Kurumu

Sayın BAKANIM, Sayın Adalet mensupları IV. Ulusal Adli Tıp günleri nedeniyle bir araya geldiğimiz bu yerde, beni dinleme lütfunda bulunduğunuz için teşekkür eder saygılarımı sunarım. Ayrıca dairemizi ilgilendiren her konuda bizden yardımlarını esirgemiyen Sayın Kurum Başkanım Prof. Dr. Şemsi GÖK Bey'e saygılarımla teşekkür ederim.

Sayın BAKANIM, Sayın BAŞKANIM, Sayın ADALET mensupları Adli Tıp Kurumu bünyesinde işlevini sürdürmekte olan Trafik İhtisas Dairesi malûmunuz üzere trafik kazaları ile ilgili olarak kuruma gönderilen dosyaların tetkik edildiği ve kusurların tesbit edilerek mahalli mahkemelerin talebine cevap alacak şekilde raporların düzenlendiği müessesedir. Bu dairenin başkanı olarak her bir dosya ile ilgilenmek, idareci olarak işlevin gereğine uygunluk ve de zamanında yapılması sorumluluğunu taşımış olmak nedeniyle değişik konularla karşılaşmaktayım. Ayrıca uzmanlarımızın da zaman zaman karşılaştıkları sorunları bana aktarmış olmalarıyla belirtilen problemler bende odaklanmaktadır.

Bu itibarla;

Sayın Kurum BAŞKANIM Prof. Dr. Şemsi GÖK Bey'in tasvipleriyle 1984 Kasımı'ndan itibaren Başkanlığını yürütmekte olduğum bu dairenin giderek yoğunlaşan problemlerini çözümlemek bakımından yapılan gözlemler neticesinde mahalli mahkemeleri yakından ilgilendiren ve raporların sağlıklı olması bakımından gerekli ve önemli olan iki konu hakkında bilgi vermenin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Efendim bizler bilirkişi olarak olayları subjektif değerlendirmeyle rapor tanzim eden elemanlarız, bu itibarla, tarafımızdan tanzim olunan raporların sağlıklı olması bizi ilgilendiren verilerin tamamlanmış olmasıyla mümkündür. Ancak bize tevdi olunan bazı dosyalarda maalesef gerekli verilerin eksik olması nedeniyle rapor tanzim edilememekte, veri tekmili için dosya mahalline gönderilmektedir. Tabi bu durum da adaletin gecikmesine sebep teşkil etmektedir. Bu bakımdan, raporun sağlıklı olması ve işlemin bir an evvel bitmesi için gerek duyulan hususlar aşağıda sırasıyla belirtilmiştir.

- 1 — Mahallin ve yolun özellikleri,
- 2 — Hava durumu,
- 3 — Olayın meydana geldiği zaman,
- 4 — Olaya karışan vasıtaların cinsi plaka numaraları,
- 5 — Sürücü tarafından alınan önlemler,
- 6 — Zeminde fren izi olup olmadığı,
- 7 — Çarpmanın yeri ve ölçülendirilmesi,
- 8 — Teknik arızanın tesbiti,
- 9 — Sanık tarafından iddia edilen teknik arızaya mukabil tesbit,
- 10 — Olayın meydana geliş hakkındaki çelişkili ifadelerin giderilmesi,
- 11 — Mahallinde behemahal krokinin tanzim edilmiş olması,
- 12 — Olaya karışan vasıtaların hasarları hakkında detaylı bilgi,

13 — Hukuk dosyalarında genellikle olay hakkında ayrıntılı bilgi olmadığından, bu dosya ile birlikte ceza dosyası örneğinin tekmiyle gönderilmesi,

14 — Yerin meskün mahal olup olmadığı ve ışık durumu hakkında bilgi,

15 — Gece yolda bırakılmış vasıtalarda ışıklı önlem alınıp alınmadığının tesbiti,

Yukarıda arzedilen mefhumlara mümkün olduğunca cevap verilmiş halde dosyanın tekmil edilmesi bizim tanzim edeceğimiz raporun hazırlanmasında büyük önem taşımaktadır. Sayın Kurum Başkanının uygun görmesi, Sayın Bakanımızın tasvip etmesi halinde ayrıntıları içeren örnek bir form hazırlayarak Bakanlığımız kanalıyla ilgili bakanlığa iletilmesi düşüncemizin olduğunu da arz etmek isterim.

Efendim mahalli mahkemelerden bize intikal eden dosyalarda görmek istediğimiz ve yukarıda sırasıyla açıkladığımız hususların yer almasının önemini belirttikten sonra bir de Dairemizi ve mahalli mahkemeleri ilgilendiren kusur tesbiti konusuna açıklık getirmenin faydalı olacağı kanaatindeyim, malûmunuz olduğu üzere bu husus 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 454-455'nci maddelerinde belirtilmiştir. Ancak bizim burada açıklamak istediğimiz Dairemizden çıkan bazı raporlardaki kusur nisbetlerin 8/8'i aşar halde olmalarının nedenleridir. Efendim evvel emirde kusur kavramı, olayda tarafların,

A — İlliyet rabıtası,

B — Sebebiyet alakası,

C — Sorumluluk derecesi gibi mefhumlardan hareketle genel bir değerlendirmeye tesis edilmekte, daha sonra olayın özelliğine göre kusur dağılımı yapılmaktadır.

Örnek verecek olursak bir taşıt-yaya kazasında olayın meydana gelmesinde öncelikle olayla illiyet rabitaları bulunan tarafların sebebiyet alakasını, sorumluluk derecelerini tesbit etmektir. Daha sonra tarafların mevcut şartlarda meydana gelen olayda aldıkları önlemler, bunların dışında alabilecekleri önlemler, birbirlerinin hakkına tecavüz edip etmedikleri, bu mefhumları içeren taraflar için gerekçeler, nihayet gerekçelerin ağırlığı ölçüsünde

takdir edilen kusur nisbetleridir. Bu olay için kusur ölçüsü 8/8 oranını tamamlar şeklindedir. Bunun dışında takdir olunan 8/8'i aşan haller için ise olay bir bütün olarak işlem görmüş ve dava bu şekilde açılmış olmasına karşın olayın kendi içinde farklı mütaala edilmesi halidir.

ÖRNEĞİN;

Bir kamyon sürücüsü kendi yolunda seyretmekte iken, yola giren yayaya çarptığı, ölümüne neden olduğu, daha sonra sebep-siz yere karşı yola girerek, kendi yolunda gelen otomobile çarptığı, otomobilde bulunan yolcuların yaralandığı halini kabul ettiğimiz bir olayda davanın ölümüne ve yaralamaya sebebiyetten açıldığı taraflar hakkında işlem yapılması gerektiği durumunda olayı iki şekilde mütaala etmek gerekir.

I. HAL;

Kamyon sürücüsü sanık ile ölen yaya arasındaki işlem.

II. HAL;

Kamyon sürücüsü ile otomobil sürücüsü arasındaki işlem olacaktır. Nedeni ise otomobil sürücüsünün ölüm olayı ile illiyet rabitasının bulunmayışı, ölen yayanın ikinci olayla illiyet rabitasının bulunmayışı, kamyon sürücüsünün ise ölüm ve yaralanma olayları ile illiyet rabitasının bulunmasıdır. Bu halde ölüm olayı için 8/8 yaralanma için 8/8 oranların uygulanmasıyla genel değerlendirme yapmak gerekmektedir.

1. Halde farz edelim;

Kamyon sürücüsü 5/8 nisbetinde ölen yaya 3/8 nisbetinde kusurlu olsun

II. Halde;

Kamyon sürücüsünün yaralanma olayındaki illiyet rabitasına bağlı olarak 6/8 nisbetinde kusur takdir edildiğinde her iki kusur toplamı 8/8'i aşar hali yani 11/8 getirir. Ancak verilen kusur oranları farklı olaylara matuf olduğundan bu toplam işlemi yanlış olur. Diğer taraftan otomobil sürücüsü ile ölen yayanın birbirlerine kar-

şı sorumlulukları olmayıp, bu kişilerin karıştıkları farklı olaylara binaen tesbit olunan her bir kusurun her iki olayla illiyet rabitası olan kamyon sürücüsüne atıf olunan kusurlarla ayrı ayrı toplan-
dığında 8/8'i geçmemesi gerekir.

Bu durumda; ölüm olayında kamyon sürücüsü 5/8 nisbetinde kusurlu ise ölen yayanın 3/8 nisbetinde kusurlu olması gerekir.

Bu hususlar aynı olaya ilişkin olduğundan toplanabilir. Top-
landığında 8/8 olur ki bu tavanı geçmemelidir.

Yaralanma olayında;

Kamyon sürücüsü 6/8 kusurlu ise otomobil sürücüsü 2/8 ku-
surlu olması gerekmektedir. Aynı olaya hitabeden bu kusurlar top-
lanabilir. Toplandığında 8/8 olup bu tavan geçilmemelidir. Görü-
nürde kamyon sürücüsüne atıf olunan kusurların toplamı 11/8 ise
de her bir kusur ayrı olaya ilişkin olduğundan, kusurlar karıştırıl-
mamalıdır. Tabi bu konular hakkında çok örnek vermek mümkün
ancak vaktimizin kısıtlı olması nedeniyle burada bildirime son ver-
miş bulunuyorum beni dinleme lûtfunda bulunduğunuz için tek-
rar teşekkür eder saygılarımı sunarım.

0-1 AY YAŞ GRUBUNDAKİ ÇOCUK ÖLÜMLERİNİN ADLİ TIP AÇISINDAN İRDELENMESİ

Dr. Bilge KIRANGİL, Dr. Şebnem Korur FİNCANCI***

* Adli Tıp Kurumu I. İhtisas Kurulu Üyesi
İstanbul, Türkiye

** Adli Tıp Kurumu, I. İhtisas Kurulu Raportörü
İstanbul, Türkiye

Sunucu : Dr. Bilge KIRANGİL

Ö Z E T

1986 yılı içinde Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunca incelenen olgular arasında yer alan 0-1 ay yaş grubundaki çocuk ölümlerini incelemek amacıyla yapılan çalışmamızda saptanan 61 olgunun % 82'sini gayrimeşru doğan çocukların kapsadığı anlaşılmıştır. Ölüm sebebi saptanamayan % 38.80 oranındaki olguda çocukların tümünün gayrimeşru olduğu; bunların yaklaşık % 50'sinde otopsinin hiç uygulanmadığı veya eksik uygulandığı anlaşılmıştır. Ölü doğum ile perinatal ve neonatal çocuk ölümleri gayrimeşru çocuklarda yaklaşık 2/3 oranında fazla bulunmuştur. Tüm olguların 6'sında infantisid şartlarının mevcut olduğu saptanmıştır.

EXAMINATION OF NEONATAL DEATH CASES IN SCOPE OF FORENSIC MEDICINE

SUMMARY :

The goal of this study is to indicate the significance of neonatal death cases in forensic medicine. 82 % of 61 neonatal death cases examined in 1986 by I. Specialty Committee of the Council of the Forensic Medicine of Turkey, are illegitimate children. Cause of death could not have been determined in 38.80 % of the cases and they are all illegitimate children. In about 50 % of them, autopsy is incomplete or there is no autopsy. Illegitimate children ratio in stillbirth, perinatal and neonatal death cases is 2 : 1. 6 of 61 cases are pointed out as infanticide.

GİRİŞ ve AMAÇ :

Bu çalışma, 1986 yılı içerisinde Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kuruluna intikal ederek sonuçlandırılan olgular arasında yer alan 0-1 ay yaş gurubundaki çocuk ölümlerini incelemek amacıyla yapıldı.

Adli Tıp açısından, bu yaş gurubundaki çocuk ölümlerini patolojik ölümler ve zorlamalı ölümler olmak üzere iki ana gurubta toplamak mümkündür. Patolojik ölümler de ölü doğum ve yeni doğan ölümleri olarak iki gurubta incelenebilir. Ölü doğumlarda başlıca sebep kalıtsal anomaliler ve plasenta bozukluklarıdır. Yeni doğan ölümlerinde ise ölüm sebebi, sıklık sırasına göre doğumsal zararlar ve kalıtsal anomaliler ile erken doğum ve enfeksiyondur (1). Zorlamalı ölümler ise kaza sonucu veya yeni doğan devresinin erken döneminde infantisid şeklinde ortaya çıkarlar.

Tıbbi açıdan çocuğun doğduğu andan itibaren ilk 4 haftalık yaşam süresi «yeni doğan» olarak değerlendirilmektedir. Ancak, çocuğun ne kadar bir süre için yeni doğmuş olarak değerlendirilmesi gerektiği hususunda TCK'da bir açıklık yoktur. Anılan kanunun 474. maddesine göre evlilik dışı bir çocuğu terk etme suçunda yeni doğmuş çocuk durumu 5 gün sürmektedir.

Yeni doğmuş bir çocuğa karşı ailenin şeref ve namusunu korumak amacıyla yapılan çocuk öldürme eylemine infantisid denilmektedir. Bu amaçla uygulanan öldürme eylemi, dolayısıyla, diğer adam öldürme eylemlerinden ayrı bir anlam taşımakta olduğundan TCK içeriğinde ayrı bir madde halinde, 453. maddede belirlenmiştir:

TCK — Madde 453: Kasten katil c ürmü failin veya karısının yahut anasının veya kızının ve torununun yahut kız evlatlığının veya kız kardeşinin haysiyet ve namusunu kurtarmak için yeni doğmuş çocuk aleyhine işlenmiş ise fail beş seneden on seneye kadar ağır hapisle cezalandırılır.

Bu maddede belirtildiği üzere, diğer adam öldürme eylemlerinde cezanın çok ağır, hatta idam şeklinde olmasına karşın infantisid olgularında suçluya beş yıldan on yıla kadar ağır hapis cezası öngörülmektedir (2,3,4).

İnfantisid eylemi de bir adam öldürme eylemi olmakla birlikte içerdiği hafifletici koşullar diğer bazı ülkelerin ceza kanunlarında da dikkate alınmıştır. Örneğin İngiltere'de olay basit bir cinayetten ayrı tutulmakta, özellikle doğumdan sonra annenin mental dengesi ve laktasyon stresi de gözönünde bulundurulmaktadır. İnfantisid için karar verilmeden önce çocuğun canlı doğup doğmadığını belirlemek gerekmektedir. Bu konuda iki ayrı görüş vardır. Ülkemizde olduğu gibi bazı ülkelerde de çocuğun nefes almış olması bir ölçüt olarak kabul edilirken bazılarında da çocuğun nefes almış olması dikkate alınmaksızın ölüm anında ayrı bir dolaşıma sahip bulunması ve anneden tümüyle ayrılmış olması yeterli bulunmaktadır (5,6,7,8).

TCK'nun 453. maddesini irdelediğimizde, hafifletici koşulları şu şekilde sıralamak mümkündür:

1 — Çocuğun canlı doğmuş olması,

- 2 — Çocuğun yeni doğmuş olması,
- 3 — Çocuğun evlilik dışı bir ilişkiden doğmuş bulunması,
- 4 — Ailenin şeref ve namusunu korumak amacıyla öldürülmüş olması,
- 5 — Öldürme eyleminde kasıt bulunması,
- 6 — Öldürme eylemini yapan kişilerin, kanunun kabul ettiği usul ve furudan biri olması.

Bu şartların varlığı, çocuk öldürme eyleminin infantisid olarak değerlendirilmesini ve dolayısıyla TCK'nun 453. maddesinin uygulanmasını sağlar. «Çocuğun canlı olarak doğup doğmadığı» ile «yaşam süresinin incelenmesi» ve öldürme eyleminde sebep tayini, adli hekimin; diğer şartların araştırılması da kanun adamının görevidir.

Bir çocuk öldürme olgusunda görevlendirilen adli hekimin, öncelikle CMUK'nun 82. maddesinde belirlenen hususları yanıtlaması gerekir:

CMUK — Madde 82: Yeni doğmuş bir çocuk ölüsünün açılmasında yapılacak fenni tetkikler, çocuğun bilhassa doğumu müteakip yahut doğum esnasında yaşayıp yaşamadığını ve vaktinde doğup doğmadığını yahut vakitsiz doğmuşsa yaşayabilecek bir halde olmadığını tayine matuf olur (9).

Bu duruma göre, çocuk ölümü olgularında yapılacak otopsi-lerde:

- 1 — Çocuğun miadında doğup doğmadığı,
- 2 — Çocuğun canlı doğup doğmadığı,
- 3 — Doğuş şekli,
- 4 — Çocuğun yaşama gücü olup olmadığı,
- 5 — Ölüm sebebi,
- 6 — Ölüm zamanı incelenmelidir.

MATERYAL ve METOD :

1986 yılı içerisinde Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunca incelenerek sonuçlandırılan tüm olgular arasından çocuk ölümlerinin tamamının sayısını saptamak amacıyla önce 0-13 yaş gurubu seçilerek tarandı. Seçilen konu içeriği nedeniyle, 190 olguyu kapsayan 0-13 yaş gurubu arasından 0-1 ay yaş gurubu dışındakiler elendi. 0-1 ay yaş gurubunu teşkil eden 61 olgu kendi içinde değerlendirildi. Bu gurubtaki çocukların medeni durumları baz olarak alındı ve bu esasa dayandırılarak olay yeri, anne yaşı, yaşam süreleri, ölü bulundukları yerlerin dökümü yapıldı. Ayrıca cinsiyet ve ölüm nedenleri ile otopsi yapılma sıklığı incelendi.

BULGULAR :

Tablo 1'de, ölümlerinde adli soruşturmaya gerek görülen 0-1 ay yaş gurubundaki çocukların cinsiyet dökümü verilmiştir. 29 erkek çocuğa karşın kızların sayısı 24'tür. 8 çocuğun cinsiyeti tefrik edilememiştir.

Tablo 2'de, çocukların gayrimeşru veya meşru bir ilişkiden doğmuş olmalarına göre, ölümün meydana geldiği yerleşim alanlarının dökümü gözlenmektedir. Toplam 50 gayrimeşru çocuğun yarısının ölümünün kırsal kesimde meydana geldiği saptanmıştır. Bu kesimde şüpheli meşru çocuk ölümü tesbit edilmemiştir.

Tablo 3'de, gayrimeşru olarak doğan çocuklarda, anne yaşının değerlendirmesi sunulmuştur. Toplam 50 olgunun 29'unda incelenen belgelerde anne yaşı bulunamamış, ancak geri kalan 21 olgunun 25 yaşa kadar olan guruplarda yoğunluk gösterdiği saptanmıştır.

Yine medeni durum da dikkate alınarak 0-1 ay yaş gurubundaki çocukların yaşam sürelerinin incelenmesiyle elde edilen sonuçlar Tablo 4'de verilmiştir. Gayrimeşru bir ilişkiden doğan çocukların ilk 24 saatlik yaşam süreleri içindeki ölüm sayıları en yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 5, ölüm sebeplerini ve otopsi uygulanmasını göstermektedir. Ölüm sebebi saptanamayan 20 olgudan 6'sında hiç otopsi uygulanmadığı, mahallinde otopsi uygulanan 8 tanesinden 3'ünde

de üç boşluğun tamamının açılmadığı anlaşılmıştır. Ölüm sebebi saptanan 41 olgudan 21'inde ölümün doğum travması, erken doğum ve infeksiyon gibi patolojik nedenlerle meydana geldiği; 17 olgunun ölü doğduğu saptanmıştır. 9 zorlamalı ölüm olgusundan 2'sinin yabancı cisim aspirasyonuna bağlı, 1'inin ise travma sonucu kaza ölümleri oldukları anlaşılmıştır. Geri kalan 6 olguda kafa ve genel vücut travması ile asfiksi ölüm sebebi olarak bulunmuş, dosyalarının kapsamından bu olgularda infantisid şartlarının mevcut olduğu saptanmıştır.

Tablo 6, ölüm sebebi, medeni durum ve ölü bulunma yeri ve rilerinin tümünün değerlendirilmesi ile hazırlanmıştır. Ölüm sebebi saptanamayan 20 olgunun tümünün de gayrimeşru olarak doğduğu, bunların yarısının ise açık arazide açıkta veya mezar dışı bir çukurda gömülü olarak bulundukları dikkat çekicidir. Açık arazide, mezar dışı bir çukurda, göl, dere ve kanalizasyon gibi sıvı ortam içinde ve evin ahır, bahçe... gibi bölümlerinde bulunan olguların tümünün de gayrimeşru olarak doğdukları saptanmıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ :

1986 yılı içerisinde Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kuruluna intikal ederek sonuçlandırılan olgular arasında yer alan 0-1 ay yaş gurubundaki çocuk ölümlerini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmamızdan elde edilen tüm bulguların dökümleri incelendiğinde bu yaş gurubundaki çocuk ölümlerinin özellikle gayrimeşru doğanlarda yoğunluk kazandığı görülmüştür. İncelenen 61 olgunun % 82'si gayrimeşru bir ilişkiden doğmuştur.

Çocukların cinsiyet yönünden dağılımında belirgin bir fark görülmemiş ve hatta umulanın aksine erkek çocuk ölümlerinin biraz daha fazla olduğu gözlenmiştir.

Olay bölgesi incelemesinde «köy» başlığı altında değerlendirdiğimiz kırsal kesimdeki çocuk ölümlerinin tümünü gayrimeşru doğumlar teşkil etmektedir. Bu da tüm 0-1 ay yaş gurubu ölümlerinin % 41'idir.

Anne yaşının büyük bir çoğunlukta saptanamamış olmasına rağmen, genellikle 15-25 yaş arasında ve en çok da 16-20 yaş gurubunda yoğunlaştığı belirlenmiştir.

Ölüm sebebi incelendiğinde ölü doğum ile erken doğum, doğum travması, muhtelif infeksiyon hastalıkları ve kaza orijinli ölümler, gayrimeşru çocuklarda meşru çocuklara nazaran 2/3 oranında fazla bulunmuştur. Ölü doğumun bu çocuklarda daha fazla görülmesi, annenin istenmeyen bir bebeği karnında taşıması sırasında kendisinde oluşan stresin yanı sıra, doğumların yardımsız ve tek başına gerçekleştirilmek istenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Doğumu takibeden dönemde de, gayrimeşru doğan çocukların ölümlerinde rastlanan yoğunluk, bakım ve gözetimin eksikliğine bağlanabilir (8).

Ölüm sebebi saptanamayan 20 olgunun tümü de gayrimeşru olarak doğan çocuklardır. Tüm olguların % 32.80'ini kapsayan bu gurubun yaklaşık 1/2'sinde otopsinin hiç uygulanmamış veya eksik uygulanmış olmasının ölüm sebebinin saptanmasını engellediği görülmektedir. Bunların 5'i açık arazide ve açıkta, 5'i mezar dışı bir çukurda, 4'ü mezar içinde gömülü olarak, 2'si de sıvı ortamda bulunmuşlardır. Anlaşılabacağı üzere, gayrimeşru doğan bir çocuğun ölümü halinde, aile cesetten kurtulmanın çaresini kanun dışı yollarda aramakta, muhtelif yöntemlerle cesedi gizlemek istemektedir. Herhangi bir şekilde cesetlerin elde edilmesi halinde, mahallinde ve uzman olmayan hekimler tarafından yapılan uygun otopsilerinde dahi bu olgularda tefessühün başlamış olması da bazı bulguların gözden kaçırılmasıyla değerlendirmenin hatalı yapılmasına neden olmaktadır.

Otopsiye bağlı bu tür inceleme eksiklikleri, sadece ülkemizde değil, bir çok ülkede çocuk ölümlerinin değerlendirilmesinde ve ölüm nedeni saptanmasında hatalı sonuçlara yol açmaktadır (10, 11).

Şüpheli bir çocuk ölümü olgusunda olaya adli bakış açısı tamamen tarafsız olmalı, önyargı ile hareket edilmemelidir. Öncelikle kanunun belirlediği şekilde otopsi işlemi yapılarak kesin ölüm sebebi saptanmalı ve adli tahkikat sonucu elde edilen bilgiler ışığında olay geniş bir açıdan değerlendirilmelidir. Özellikle gayrimeşru çocuklarda patolojik kökenli ölüm olgularının daha fazla görüldüğü de dikkate alınarak ancak bu tür ve kaza kökenli ölüm sebepleri elendikten sonra infantisid üzerinde durulmalıdır.

Adam öldürmede kullanılan tüm yöntemler infantisid eylemlerinde de kullanılır. Ancak, bu tür olgularda, daha sık olarak bazı

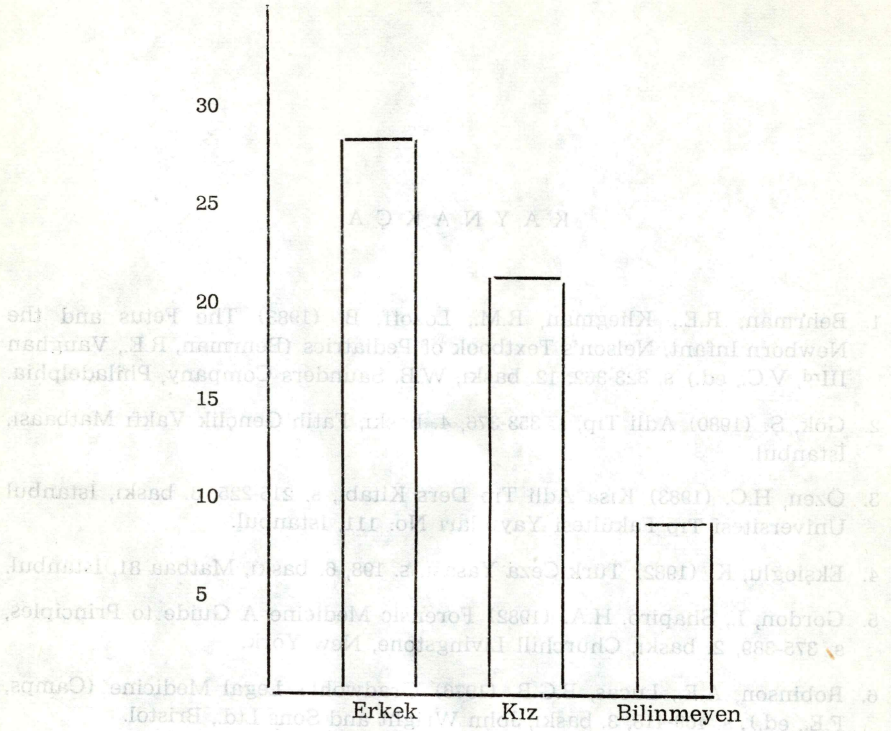
asfiksi şekilleri ve genellikle başa yönelik müessir fiiller ile batıcı alet kullanımı görülmektedir. El veya yastık, yorgan gibi yumuşak materyalle ağız ve burun tıkanması, ağız ve boğaza yabancı cisim sokulması, el veya iple boğma, göğüs ve karın üzerine tazyik yapılması gibi çocuğun nefes almasını önleyerek öldürülmesinin yanısıra çocuğun kafasını ezmek, duvara çarpmak, taşa vurmak gibi kafasını parçalamak suretiyle ve çocuğun büyük ya da küçük fontaneline yorgan iğnesi veya benzeri batıcı bir aleti tatbik ederek öldürülmesi sıklıkla karşılaşılan yöntemlerdir (2,3,5,6,7,8). Dolayısıyla cesette, özellikle ağır travmatik yöntemlerin seçildiği olgularda harici muayenede dahi belirgin travma izlerini saptamak mümkün olacaktır. Otopside ayırıcı tanı kaza sonucu husule gelen travmatik ölümler ve ölüm sonrası oluşan travmatik değişimlerle yapılmalıdır. Vücutta belirgin iz bırakmayan yöntemler kullanılan olgular ise ayrıntılı bir otopsi uygulanarak patolojik ölümlerden ayırddedilmelidir.

Sonuç olarak şüpheli çocuk ölümlerinin değerlendirilmesinde adli hekime ve kanun adamına büyük sorumluluk düşmektedir. Doğru ve hatasız bir sonuca ulaşmak ancak bu ikili arasındaki sağlam ve temel bilgiye dayalı işbirliği ile gerçekleştirilebilir. Bu nedenle de gerek soruşturmada ve gerekse soruşturmaya ışık tutacak otopside tüm bilgi ve titizliğin gösterilmesi gerekir.

K A Y N A K Ç A

1. Behrman, R.E., Kliegman, R.M., Lozoff, B. (1983) The Fetus and the Newborn Infant, Nelson's Textbook of Pediatrics (Behrman, R.E., Vaughan IIIrd, V.C., ed.) s. 323-362, 12. baskı, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
2. Gök, Ş. (1980) Adli Tıp, s. 353-376, 4. baskı, Fatih Gençlik Vakfı Matbaası, İstanbul.
3. Özen, H.C. (1983) Kısa Adli Tıp Ders Kitabı, s. 215-225, 3. baskı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No: 111, İstanbul.
4. Ekşioğlu, K. (1982) Türk Ceza Yasası, s. 198, 6. baskı, Matbaa 81, İstanbul.
5. Gordon, I., Shapiro, H.A. (1982) Forensic Medicine A Guide to Principles, s. 375-389, 2. baskı, Churchill Livingstone, New York.
6. Robinson, A.E., Lucas, B.G.B. (1976) Gradwohl's Legal Medicine (Camps, F.E., ed.), s. 409-418, 3. baskı, John Wright and Sons Ltd., Bristol.
7. Simpson, K., Knight, B. (1985) Forensic Medicine s. 160-170, 9. baskı, English Language Book Society, London.
8. Sturner, W.Q. (1980) Pediatric Deaths, Modern Legal Medicine, Psychiatry, and Forensic Science (Curran, W.J., McGarry, A.L., Petty, C.S. ed.s), s. 218-245, 1. baskı, F.A. Davis Company, Philadelphia.
9. Ceza Muhakemeleri Usul Kanunu (1985) s. 69-71, Adalet Bakanlığı Yayınları Kanunlar serisi, No: 67, Yarıaçık Cezaevi Matbaası, Ankara.
10. Manchester, D.K., Shikes, R.H. (1980) The Perinatal Autopsy: Special Considerations, Clin. Obstet. Gynecol., 23 (4), s. 1125-1133.
11. Meier, P.R., Manchester, D.K., Shikes, R.H., Clewell, W.H., Stewart, M. (1986) Perinatal Autopsy: Its Clinical Value Obstet. Gynecol., 67 (3), s. 349-351.

11	6	3	---	MEYER
18	7	81	32	TOPLAM



TABLO: 1 — 0-1 ay yaş gurubundaki şüpheli çocuk ölümlerinde cinsiyet dağılımı.

bölgesi Olay	Köy	Kasaba, bucak, ilçe	Şehir	TOPLAM
Medeni durum				
Gayrimeşru	25	13	12	50
Meşru	—	6	5	11
TOPLAM	25	19	17	61

TABLO: 2 — 0-1 ay yaş gurubundaki şüpheli çocuk ölümlerinde medeni durum ve yerleşim alanı dağılımı.

Anne yaşı	15 ve aşağısı	16-20	21-25	26-30	31-35	36 ve yukarısı	Bilinmeyen	TOPLAM
Medeni durum								
Gayrimeşru	5	8	4	1	1	2	29	50
Meşru	— İ N C E L E N M E D İ —							11
TOPLAM								61

TABLO: 3 — 0-1 ay yaş gurubundaki gayrimeşru şüpheli çocuk ölümlerinde anne yaşı dağılımı.

Yaşam süresi	Ölü doğum	24 saat-ten az	2-30 gün	Yaşam süresi bilinmeyen	TOPLAM
Medeni hall					
Gayrimeşru	11	20	10	9	50
Meşru	6	1	4	—	11
TOPLAM	17	21	14	9	61

TABLO: 4 — 0-1 ay yaş gurubundaki şüpheli çocuk ölümlerinde medeni durum ve yaşam süresi dağılımı.

Ölüm Sebebi		OTOPSİ					TOPLAM
		Mahallinde			Kurum'da		
		Yok	Kısmi	Tam	Anadolu İşi	Merkez İşi	
Bilinmeyen		6	3	5	5	1	20
Ölü Doğum		3	5	1	4	4	17
Infanticide	Kafa Travması	-	1	1	1	-	3
	Genel Vucut Travması	-	-	1	1	-	1
		Asfiksi	1	1	-	-	-
	Doğum Travması		-	3	1	-	1
Akciğer Hastalığı		-	-	5	-	-	5
Prematüre		2	-	-	2	-	4
Yabancı Cisim Aspirasyonu		-	-	2	-	-	2
Tetanoz		-	-	1	-	-	1
Travma		-	-	1	-	-	1
TOPLAM		12	13	18	12	6	61

TABLO: 5 — 0-1 ay yaş gurubundaki şüpheli çocuk ölümlerinde ölüm sebebi ve otopsi uygulaması dağılımı.

Ölüm Sebebi ve Medeni Durumu Ölü Bulunduğu Yer	Bilinmeyen		Ölü Doğum		İnfanti- cide	Diğer		TOPLAM		
	Gayri- meşru	Meşru	Gayri- meşru	Meşru		Gayri- meşru	Meşru		Gayri- meşru	Meşru
Evi	1	-	3	4	1	8	1	18	13	5
Açık Adresi	5	-	2	-	2	1	-	10	10	-
Mezar Dışı Çukur	5	-	2	-	-	-	-	7	7	-
Mezar	4	-	-	-	-	1	2	7	5	2
Evin Bölümleri	-	-	1	2	2	-	-	5	5	-
Göl, Dere, Kanalizasyon	2	-	2	-	1	-	-	5	5	-
Hastane	-	-	1	2	-	-	1	4	1	3
Diğer	3	-	-	-	-	1	1	5	4	1
Toplam	20	-	11	6	6	13	5	61	50	11

TABLO: 6 — 0-1 ay yaş gurubundaki şüpheli çocuk ölümlerinde ölüm sebebi, medeni durum ve ölü bulunma yeri dağılımı.