Adlî Tıp Kurumu Yayınları-4

T.C.
ADALET BAKANLIĞI
ADLÎ TIP KURUMU

9. ULUSAL ADLÎ TIP GÜNLERİ

Paneller ve Poster Sunuları

ANTALYA
18-21 Ekim 2001

KONGRE DÜZENLEME KURULU

ONURSAL BAŞKAN
Prof. Dr. Hikmet Sami TÜRK
Adalet Bakanı

BAŞKAN
Prof. Dr. Oğuz POLAT
Adlî Tıp Kurumu Başkanı

GENEL SEKRETERLER
Uz. Dr. Gürol CANTÜRK
Uz. Dr. Hasan AĞRITMIŞ

KONGRE KİTABI EDİTÖRLERİ
Uz. Dr. Gürol CANTÜRK
Uz. Dr. Hasan AĞRITMIŞ

Adlî Tıp Kurumu Yayınları-4

ADLÎ TIP KURUMU YAYINLARININ BÜTÜN YAYIN HAKLARI,
T.C. ADALET BAKANLIĞI

ADLÎ TIP KURUMU'NA AİT OLUP, HER HAKKI MAHFUZDUR

COPYRIGHT© 2002 BY THE INSTITUTE OF FORENSIC MEDICINE OF TURKEY
ALL RIGHTS RESERVED

web: http://atk.gov.tr

İSTEME ADRESİ:
Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı 34246 Cerrahpaşa / İSTANBUL

İÇİNDEKİLER
CONTENTS

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Prof. Dr. Hikmet Sami TÜRK 1

Prof. Dr. Oğuz POLAT 5

Osman VURALOĞLU 6

PANELLER

PANEL I. Bilirkişilik Sorunları 7

PANEL II. Müessir Fiiller ile Oluşan Arızaların TCK'nun İlgili Maddeleri Kapsamında Değerlendirilmesi. 26

PANEL III. 2253 Sayılı Çocuk Mahkemeleri Yasa Tasarısı Kapsamında Adlî Psikiyatrik Kavramların Değerlendirilmesi 46

POSTER SUNULARI

1995-1996 Yıllarında İstanbul'da İşlenen Cinayet Vakaları 72

İstanbul'da Çalışan 114 Polisin Kişilik Özelliklerinin Narsistik Açıdan İncelenmesi 76

1996-1999 Çocuk Suçluluğu Profili 80

Kadın ve Suç 84

Elektrik Kökenli Yangınlar 92

Stanford Tip-A Akut Aort Disseksiyonu, Opere Pectus Excavatium ve At Nalı Böbreği Olan Bir Otopsi Olgusu 95

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Polikliniğine 01 Ocak 1995 - 14 Mayıs 2001 Tarihleri Arasında Başvuran Travma Geçirmiş Olguların Değerlendirilmesi 97

Yargı Organlarınca Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'na Gönderilen Dosyalarda Ortaya Çıkan Eksiklikler 104

Bilirkişilikte "Sadece Sorulana Cevap" mı? 107

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 2000 Yılında Verilen Adlî Raporların Retrospektif Olarak İncelenmesi 110

2001 Yılı İlk Yarısında Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun Anal Yolla Irza Geçilme İddiası Olan Dosyalara İlişkin Raporlarının Değerlendirilmesi 114

Elektrik Yaralanmalarının Adlî Tıp Yönünden Değerlendirilmesi 120

Esrar Kullanımı - Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım 126

Bir Cinayet Olgusundan Organ Aktarımı 133

Hezeyanlı Bozuklukların Adlî Psikiyatri Yönünden İncelenmesi (Ön Çalışma) 136

Adlî Rapor Düzenlenmesinde Kullanılması Öngörülen Muayene ve Rapor Formlarının Etkinliği 142

İnhibisyona Bağlı Bir Ölüm Olgusu 148

Hayati Tehlike Kavramı ve Cerrahi Hekimleri 151

9. Ulusal Adlî Tıp Günleri

AÇILIŞ KONUŞMALARI

RESMÎ BİLİRKİŞİ OLARAK ADLÎ TIP KURUMU

Prof. Dr. Hikmet Sami TÜRK
Adalet Bakanı

Sayın Yargıtay Cumhuriyet Başsavcısı, Sayın Vali, Yargıtay'ın Değerli Daire Başkan ve Üyeleri, Sayın Müsteşar Yardımcısı, Adlî Tıp Kurumu'nun Sayın Başkanı, Değerli Uzmanlar,

Bu gün, 9. Ulusal Adlî Tıp Günleri'nde adlî tıp mensupları ve yüksek yargı organları mensupları olarak bir araya gelmiş bulunuyoruz.

Son bir yıl içinde Adlî Tıp Kurumu, Türkiye'de bu tür toplantıları yurt ölçeğinde yaygınlaştırma çabasındadır. Gerçekten adlî tıp bölge seminerleri, hemen hemen Anadolu'daki ve Trakya'daki bütün illerimizi kapsamına almış durumdadır. Bundan sonra Konya, Ankara ve İstanbul'da çevre illerle birlikte birer bölge semineri yapılacaktır. Bu arada Kütahya'da da ayrı bir adlî tıp semineri, Kütahya Cumhuriyet Başsavcılığı'nın girişimiyle gerçekleştirilmiştir.

Bu günkü toplantı ise yüksek yargı mensupları ile, Yargıtay daire başkan ve üyeleri ile adlî tıp uzmanlarını bir araya getiriyor. Bu toplantının amacı, uygulamada ortaya çıkan sorunları birlikte değerlendirmektir.

Bilindiği gibi Adlî Tıp Kurumu, Adalet Bakanlığı'na bağlı olarak kurulmuş bir resmî bilirkişilik kurumudur. Gerçekten Adlî Tıp Kurumu mahkemelerin, hâkimlerin ve Cumhuriyet savcılarının göndereceği adlî tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirir.

Aslında bilirkişilik, hâkimlerin, çözümü özel ve teknik bir bilgiyi gerektiren konularda yararlandığı bir kurumdur. Çünkü hukukî uyuşmazlıklarda öyle konular ortaya çıkar ki onların çözümü, ancak özel ve teknik bir bilgiyle sağlanabilir. İşte bu durumda konunun uzmanına başvurmak gerekir. Ancak gerek Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nda, gerek Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'nda belirtildiği gibi, hâkimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuk bilgisiyle çözümü mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulamaz. Bununla birlikte zaman zaman uygulamada hâkim ve Cumhuriyet savcılarının aslında normal hukuk bilgisiyle, genel kültürle çözebilecekleri birtakım sorunları da bilirkişiden sordukları, hatta zaman zaman dosyanın tamamının bilirkişi tarafından incelenmesini istedikleri bir gerçektir. Bu uygulamanın yanlışlığı, Yargıtay tarafından da birçok kararda vurgulanmıştır.

Ancak adlî tıp konuları biraz farklıdır. Çünkü adlî tıp konuları gerçekten bu konuda uzman olan kişi veya kurumların bilimsel ve teknik görüşünü gerektirmektedir. Adlî Tıp Kurumu bu amaçla kurulmuştur. Adlî tıp, Cumhuriyet'i kuranların daha Kurtuluş Savaşı yıllarında önem verdikleri bir konudur. Öyle ki Tababeti Adlîye Kanunu Türkiye Büyük Millet Meclisi 23 Nisan 1920'de açıldıktan kısa bir süre sonra 10 Ekim 1920'de çıkarılmıştır. Bugün de Adlî Tıp Kurumu, 1982 yılında çıkarılan bir kanunla faaliyetlerini yürütmektedir.

Adlî Tıp Kurumu yanında bu konularda resmî bilirkişilik yapmak üzere yüksek öğretim kurumları da görevlendirilmiştir. Bu, hem Adlî Tıp Kurumu Kanunu'nda hem Yüksek Öğretim Kanunu'nda belirtilmiştir. Bunun yanında Adlî Tıp Kurumu'nun henüz örgütlenmediği veya üniversite bulunmayan yerlerde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin hekimleri, onların da olmadığı yerlerde genel olarak tabipler adlî tıp hizmetlerini yerine getirirler. Ancak Tababeti Adlîye Kanunu'nda örneğin otopsi gibi belirli işlemlerin mutlaka diplomalı tabipler tarafından yapılacağı belirtilmiştir.

Bu sistem içerisinde Adlî Tıp Kurumu'nun görevi, -Kanununda Adalet Bakanlığı'na bağlı olduğu ifade edilse de- özerk bir kuruluş olarak adlî tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş vermektir. Dolayısıyla Adlî Tıp Kurumu, kanunla belirli bir görevle kurulmuş olan bir kurumdur; böyle olunca da kendisinden sorulan konularda görüş bildirmek durumundadır. Bilirkişilikten kaçınma yetkisi yoktur. Aynı zamanda Adlî Tıp Kurumu varken, doğrudan doğruya kanunla görevlendirilmiş böyle bir resmî bilirkişilik kurumu varken başka kurumların görev-

lendirilmesi de söz konusu olamaz. Bu, Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu hükümlerinden açıkça anlaşılmaktadır.

Adlî tıpla ilgili konularda ister Adlî Tıp Kurumu, ister yine kanunla yetkili olarak gösterilmiş diğer kurumlar olsun; görüşlerini açıklarken bazı tespitlere dayanmak durumundadırlar. Her şeyden önce olay yeri tespitlerinin, örneğin bir suçun işlenmesi durumunda bu suçla ilgili olarak Adlî Tıp Kurumu'nun görüş bildireceği konuları kapsayan yeterli tespitlerin yapılmış olması gerekir. Bu bakımdan her şeyden önce olay yeri tespitleri çok büyük önem taşımaktadır. Çünkü bu ilk tespitler ışığında daha sonra verilecek raporların incelenmesini, onlar arasındaki çelişkilerin ve yetersizliklerin giderilmesini öngören bir sistem işlemeye başlamaktadır. Eğer ilk tespitler yanlış olursa, ondan sonrasını düzeltmek zor olacaktır. Bu bakımdan ilk tespitleri yapacak olan uzmanların alanlarında çok iyi yetişmiş olması gerekmektedir. Biz adlî tıp uzmanlarının yetişmesine özel bir önem veriyoruz.

Bütün bu çalışmalarda mahkeme önüne gelecek bir uyuşmazlıkta gerçeğe uygun bir tanımlama sağlamak durumundayız. İşte bu bakımdan ilk tespitlerin büyük bir önemi vardır. Bu anlamda adlî gerçekle maddî gerçeğin örtüşmesi ideal olan durumdur. Ama ilk tespitlerdeki eksikler, adlî gerçeğin maddî gerçeği tam olarak yansıtmasını engelleyebilir. Adlî Tıp Kurumu Kanunu adlî gerçekle maddî gerçeğin örtüşmesini sağlamak için bir dizi tedbirler getirmiştir. Bu Adlî Tıp Kurumu'nun örgüt yapısıyla da bağlantılı olan bir konudur. Bilindiği gibi Adlî Tıp Kurumu, merkez teşkilâtı yanında merkez dışında bir teşkilâta da sahiptir. Henüz yeterli olmasa da Adlî Tıp ihtisas daireleri, Adlî Tıp Kurumu başkanlıkları merkez dışındaki teşkilât birimleridir.

Bilirkişilerce veya adlî tabiplerce verilen raporlar yetersiz olabilir; Cumhuriyet savcılıklarınca işlem yapılması bakımından kanaat verici görülmeyebilir; mahkemece karar vermek için kanaat verici bulunmayabilir. Ayrıca ihtisas daireleri tarafından verilen raporlar da yetersiz ve kanaat verici olmayabilir. İşte bu yetersizliği veya raporlar arasındaki çelişkileri gidermek için –mahkemelerce, savcılıklarca durumun böyle olduğu belirlendikten sonra- Adlî Tıp ihtisas kurullarınca konunun ele alınması gerekir. Fizik incelemeler şubesi ile trafik şubesinin adlî tıpla ilgili olmayan raporları bunun dışındadır. Adlî tıp ihtisas kurullarının bu görevleri, rapor üzerinde bir inceleme şeklindedir. O nedenle ilk tespitlerin önemi açıkça ortaya çıkmaktadır.

Ancak bu inceleme de yeterli olmayabilir. O zaman Adlî Tıp Genel Kurulu konuyu ele almak durumunda kalabilir. Bilindiği gibi Adlî Tıp Genel Kurulu, Adlî Tıp Kurumu Başkanının başkanlığında bütün ihtisas kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Bu Kurul, her şeyden önce ihtisas kurulları veya ihtisas dairelerince mahkemelere iletilen, ancak mahkemelerce gerekçe gösterilmek suretiyle kanaat verici olmadığı belirtilen raporları görüşür; ayrıca ihtisas kurullarınca oybirliğiyle karara bağlanmamış işleri ele alır. Bundan başka Adlî Tıp ihtisas kurullarının görüşleri arasında çelişkiler ortaya çıkabilir ya da ihtisas kurullarıyla ihtisas dairelerinin görüşleri farklı olabilir. İşte bütün bu yetersizlik ve çelişkileri gidermek amacıyla en yetkili, en geniş kurul olarak Adlî Tıp Kurumu Genel Kurulu konuyu ele alır. Adlî Tıp Genel Kurulu'nun kararları nihaî kararlardır. Ancak Adlî Tıp Kurumu Kanunu'nda da belirtildiği gibi, bu kararların nihaî olması, mahkemelerin o konudaki serbest takdir hakkını ortadan kaldırmaz. Gerçekten Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'nda da açıkça belirtildiği gibi bilirkişi görüşü hâkimi bağlamaz. Resmî bilirkişi de olsa -Adlî Tıp Kurumu Kanunu'nda belirtildiği gibi- sonunda olayda çeşitli delillerle karşı karşıya bulunan mahkeme bunları serbestçe değerlendirecektir.

Uygulamada mahkemelerle Adlî Tıp Kurumu ilişkilerinde zaman zaman bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Adlî Tıp Kurumu, mahkemelerce özellikle yetersizlikleri bakımından yeniden incelenmesi istenilen konularda niçin inceleme yapılacağının gereken açıklıkla belirtilmeyişinden yakınmaktadır. Buna karşılık mahkemelerimiz, incelenmesi istenilen konu dışındaki noktalarda herhangi bir yetersizlik gerekçesi göstermek durumunda olmadıklarını, mahkemelerin bağımsız olduklarını ifade etmektedirler.

Şüphesiz her iki görüşün de haklı yanları var. Öncelikle mahkemeler bilirkişi veya adlî tabip görüşlerinde ya da Adlî Tıp ihtisas kurullarının, Adlî Tıp ihtisas dairelerinin görüşlerinde yetersizlik veya çelişki buldukları zaman bu yetersizliğin giderilmesini, çelişkinin ortadan kaldırılmasını isteyebilirler. Zaten genel olarak Ceza Mu-

hakemeleri ve Hukuk Muhakemeleri Usulü Kanunlarına göre de mahkemeler, bilirkişi görüşünü yeterli görmedikleri takdirde ya aynı bilirkişiyi görevlendirmek, ya da başka bir bilirkişiye başvurmak suretiyle konunun aydınlığa kavuşmasını sağlamak durumundadırlar.

Şüphesiz, Adlî Tıp ihtisas daireleri veya ihtisas kurullarından biri tarafından verilen bir raporda bir eksiklik veya yetersizlik, bir çelişki ortaya çıktığı zaman mahkeme, hangi konuda eksiklik, yetersizlik veya çelişki görüyorsa bunu belirtmek durumundadır. Çünkü konuyu inceleyecek daha üst konumdaki Genel Kurulun karar verebilmesi için bunun açıkça belli olması gerekir. O bakımdan mahkemelerin, Cumhuriyet savcılarının eksik, yetersiz, kanaat verici olmayan nitelikte gördükleri yönleri açıkça belirtmeleri gerekir. Bu çerçeve içinde kendisine başvurulan Genel Kurul da eksiklik ve yetersizliği gidermek, çelişkiyi ortadan kaldırmak durumundadır. Mahkemelerimiz, bu raporları bir resmî bilirkişi görüşü olarak değerlendirecekler ve karara varacaklardır.

Yalnız ceza hukuku konuları değil, aynı zamanda medenî hukuk konuları da adlî tıbbın görev alanındadır. Bu çerçeve içinde yalnız cezaî ehliyet değil, hukuki ehliyetin belirlenmesi de yine adlî tıbbın görev alanındadır.

Ülkemizde uygulamada ceza hukuku alanında özellikle adam öldürme, müessir fiil ve cinsel suçlar bakımından çok sık Adlî Tıp görüşüne ihtiyaç duyulmaktadır. Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nda keşif, ölünün muayenesi, otopsi, çocuk ölümü durumunda otopsi, zehirlenme durumunda yapılacak işlem, kalpazanlık ve paralarda sahtecilik olaylarında yapılacak işlemler ve bu çeşit incelemelerde kimlerin bulunacağı ayrıntılı hükümlerle düzenlenmiştir. Bütün bunlarla gerçeğin en iyi biçimde ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır.

Şüphesiz yargısal görev, gerçeği olayın geçtiği anda değil, ama toplanacak delillerle daha sonra yeniden inşa etme üzerine kurulmuştur. Bunun sağlıklı olabilmesi, adlî tıpla ilgili konularda verilecek bilimsel ve teknik görüşlerin sağlıklı olmasına bağlıdır.

Günümüzde adlî tıp alanında genel olarak tıpta ve bütün bilimlerde olduğu gibi çok hızlı bir gelişmeye tanık olmaktayız. Bu konuda çağdaş bilim ve teknoloji bize çok yeni olanaklar sunmaktadır. Klâsik yöntemler yanında günümüzde genetik moleküler incelemeler de yapılabilmektedir. Bütün bu incelemelerde kişinin özel yaşamını ilgilendiren ve yargı önündeki konu dışında başka bir amaçla değerlendirilmemesi gereken bir takım veriler elde edilmektedir. Bir yandan kişilik haklarının korunması bakımından bu verilerin amaç dışında kullanılmasına engel olunması, bir yandan da çağımızda bilim ve teknolojinin en son olanaklarından yararlanması gerekmektedir.

Adlî Tıp Kurumu, henüz yurt düzeyinde istediğimiz ölçüde yaygın bir teşkilâta kavuşmamıştır. Biz, Adalet Bakanlığı olarak ilk aşamada 2004 yılı sonuna kadar 25 ilimizde Adlî Tıp Kurumu grup başkanlıklarını kurmak istiyoruz, şube müdürlüklerimizi yaygınlaştırmak istiyoruz. Bunu yaptığımız takdirde hemen her iş için İstanbul merkez teşkilâtına veya Ankara gibi büyük grup başkanlıklarının bulunduğu yerlere başvurma zorunluğu ortadan kalkar. Hizmet vatandaşın ayağına gider. Ayrıca hizmet, adaletin en çabuk gerçekleşmesini sağlayacak biçimde yerine getirilir. Çünkü bütün otopsiler ve materyal incelemeleri İstanbul'a gidecek olursa, hepsinin adaletin gerektirdiği sür'atle sonuçlanması, kısa zamanda bitirilmesi mümkün olamaz. Bu bakımdan Adlî Tıp Kurumu Teşkilâtını yurdun her köşesine yaymak istiyoruz. Adlî Tıp Kurumu'nun bu görevini etkili biçimde yapabilmesi için yeterli uzmanlarla çalışması gerekir. Bu arada üniversitelerle etkili, yakın bir işbirliğinin gerçekleştirilmesi zorunludur.

Bunları yaptığımız zaman mahkemelerimiz, Cumhuriyet savcılıklarımız, adlî tıpla ilgili konularda ihtiyaç duydukları bilimsel ve teknik görüşleri en kısa zamanda elde etmiş olacaklardır. Böylece adaletin sür'atle yerine getirilmesi sağlanmış olacaktır. Şüphesiz bu yaygın teşkilât içinde, bilirkişilerce, Adlî Tıp ihtisas dairelerince ve adlî tabiplerce verilecek raporlardaki eksiklik, yetersizlik ve çelişkilerin giderilmesi için Adlî Tıp İhtisas kurullarına veya Adlî Tıp Genel Kurulu'na başvurma zorunluğu doğabilir. Bunlar sistemin bir parçasıdır.

Adlî tıp hizmetlerini yurt ölçeğinde ne kadar yaygınlaştırabilirsek adaletin gerçekleşmesi de o kadar çabuk sağlanmış olur. Bu bakımdan adlî tıbbın çağın bütün teknolojik olanaklarından yararlanarak yurt ölçeğinde sür'atle yaygın bir teşkilâta kavuşması Hükümet olarak bizim amacımızdır.

Bu arada 1982 yılında kabul edilmiş olan Adlî Tıp Kurumu Kanunu da zaman içinde bazı yönleriyle eksiklikleri ortaya çıkmış bir kanundur. Bu Kanun'un günümüzün ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde yeniden gözden geçirilmesi için Adalet Bakanlığı ve Adlî Tıp Kurumu'nda geniş bir çalışma yapılmıştır. İlgili kurumların görüşleri alınmıştır.

Adlî Tıp Kurumu Kanunu Değişiklik Kanunu Tasarısı'nı kısa zamanda Bakanlar Kurulu'na, uygun görüldüğü takdirde Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunmak istiyoruz.

Böylece Adlî Tıp Kurumu, görevlerini daha geniş olanaklarla yerine getirebilecektir. Bu arada Adlî Tıp Kurumu Döner Sermaye İşletmesi'nin sermayesi artırılacaktır. Ama Adlî Tıp Kurumu'nun diğer yönlerden de etkili, sür'atli ve çağdaş teknolojinin bütün olanaklarından yararlanarak çalışabilmesi için gerekli bütün yeni hükümler, bu Tasarı'da yer almaktadır. Zaten Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da Adlî Tıp Kurumu'nun çağın gereklerine uygun olarak yeniden yapılandırılması amacıyla Adlî Tıp Kurumu Kanunu'nda değişiklik yapılması öngörülmüştür. İşte şimdi bu gerçekleştirilmektedir.

Öte yandan Adalet Bakanlığı'nın uygulamaya başladığı Ulusal Yargı Ağı Projesi de bütün mahkemelerimiz arasında, mahkemelerimizle kamu kurum ve kuruluşları, ayrıca Adalet Bakanlığı ile bağlı kuruluşları arasında bilgi ve belge akışını sür'atlendirecektir. 2004 yılı sonuna kadar tamamlanacak olan bu sistemle bilgisayar ortamında bütün mahkemelerimiz kendi aralarında yüksek mahkemelerle, kamu kuruluşlarıyla, ayrıca Adalet Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarıyla bilgi ve belge akışını sağlayabileceklerdir. Bu proje, aynı zamanda adlî tıp raporlarının, Adlî Tıp ihtisas daireleri veya ihtisas kurullarına verilecek olan bilimsel ve teknik görüşlerin en kısa süre içinde ilgili Cumhuriyet savcılıklarına ve mahkemelere intikalini sağlayacaktır.

Bütün bunlarla adaletin olabildiğince sür'atle gerçekleşmesi amaçlanmaktadır. Bilindiği gibi, Anayasa'mızda davaların olabildiğince kısa süre içinde ve en az giderle sonuçlandırılması hükme bağlanmıştır. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde de davaların makul bir süre içinde bitirilmesi bir hedef olarak belirtilmiştir. Bu, hem hak arama özgürlüğünün, hem adil yargılanma hakkının gereğidir.

Günümüzde adlî tıp, insan hakları ihlâllerinin önlenmesinde de çok önemli bir işlevle karşımıza çıkmaktadır. Çünkü insan hakları ihlâllerinin, örneğin insanlara işkence yapıldığının, kötü muamele yapıldığının tespiti, Adlî Tıp Kurumu'nun vereceği raporlarla ortaya çıkacaktır. Bu alanda başka kurumlar da görevlidir. Ama resmî bilirkişi olarak Adlî Tıp Kurumu'nun vereceği raporlar büyük önem taşımaktadır. Bu bakımdan insan hakları ihlâllerinin sık sık yaşanmaması, Adlî Tıp Kurumu raporlarının etkili ve zamanında verilmesine bağlıdır. Adlî Tıp Kurumu, bu çeşit ihlâlleri ne kadar etkili bir biçimde ve kısa süre içerisinde ortaya koyabilirse; bu çeşit ihlâlleri o kadar çabuk önleyebiliriz.

Bütün insan hakları sözleşmelerinde, bütün insan hakları beyannamelerinde ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda işkence yasaktır. İşkence bir insanlık suçudur. O bakımdan böyle bir insanlık utancına ülkemizde yer vermemek için alınacak idarî, eğitsel tedbirler yanında adlî tıbbın da bu konudaki görevini tam olarak yapması büyük bir önem taşımaktadır. Bütün bunlarla Türkiye'yi insan haklarına saygılı, hukuk devleti ilkesinin tam olarak gerçekleştiği bir ülke durumuna getirmek istiyoruz. Adalet devletin temelidir. İşte bu temelin sağlam olmasında adlî tıbbın çok önemli bir yeri ve rolü vardır. Bu bakımdan adlî tıpla ilgili sorunların konuyla yargı yönünden ve adlî tıp yönünden ilgili olanlarca birlikte tartışılması, birlikte değerlendirilmesi ve yanlış değerlendirilmelere meydan vermeyecek bir görüş ve anlayış birliğine varılması büyük bir önem taşımaktadır.

9. Ulusal Adlî Tıp Günleri burada size üç gün boyunca bu olanağı verecektir. Bu toplantıda bildiri sunacak değerli bilim adamlarına, Yargıtay üyelerine teşekkür ediyorum. Bu toplantıya katılan bütün hukukçularımıza ve uzmanlarımıza teşekkür ediyorum. Toplantının adlî tıp alanında yargı ve adlî tıp bilimi arasında çok önemli bir anlayış ve görüş birliğini gerçekleştirme bakımından önemli bir hizmet yapacağı inancındayım.

Bu düşüncelerle hepinizi saygıyla selâmlıyorum.

Prof. Dr. Oğuz POLAT
Adlî Tıp Kurumu Başkanı

Sayın Bakanım, Sayın Valim, Sayın Yargıtay Başsavcım, Yargıtay'ın değerli üyeleri, Yargının değerli mensupları, sayın hocalarım, değerli uzman arkadaşlarım ve basının değerli mensupları. 9. Adlî Tıp Günlerine hoş geldiniz. Burada biz istiyoruz ki; Adlî Tıbbın temel görevi olan bilirkişiliğin tüm dünyada olduğu gibi bilgiyi, çağdaş teknolojiyle beraber kullanabilen bir konuma gelmesi ve bunu tüm ülke genelinde yapabilmek arzusundayız. Bunu yaparken biliyoruz ki bir yanda hakim ve savcılarımızla ve güvenlik mensubu arkadaşlarımızla biz bir takım olarak birlikte çalışmak zorundayız ve bu çalışma arzusu içerisindeyiz. Ayrıca Yargıtay'la birlikte de zaman zaman ortaya çıkan bazı konularda farklı görüşleri tartışabilmek ve ortak doğruyu aramak çabasının sonucu olarak bu toplantıyı düzenledik. Şunu söylemek gerektiğini düşünüyorum. Eğer uygar bir toplumda yaşıyorsak, uygar bir insan, haklarını arama konumunda devletine başvurduğu zaman her şeyin en iyisini ve en doğrusunu almak zorundadır. İşte adaletin gerçekleşmesinde de bilirkişi olarak sorulan sorulara cevap vererek ve özellikle olay yeri incelemesinden başlayarak elde edilebilen tüm delillerin biyolojik analizine giderek ve teknolojiyi güncel bilgiyle beraber kullanarak doğru sonuçlara ulaşmak ve onları bu konuda devlete başvurmuş olan her vatandaşın hakkı olarak verebilmek uygar bir toplumun gerekliliği ise biz Adlî Tıp Kurumu olarak bunu yapmak zorundayız ve biz bunu yapmak zorunda olduğumuzun da bilincindeyiz. Ben birçok toplantı vesilesiyle özellikle hakim ve savcı toplantılarında sayın Bakanımızla toplantılarda birlikte olduk ama ilk defa bir toplantıda adlî tıp camiasının çoğunluğunun olduğu bir toplantı bu. Camianın da dileklerini ve duygularını dile getirmek istiyorum. Eğer son bir yılda bir kıpırdanma var ve başladıysa ve bugün artık Türkiye'de birçok yere yayılabiliyor ve hem güncel bilgi ve teknolojiyi kullanabiliyorsak bu özellikle üniversiteden gelmiş akademisyen duyarlılığa sahip, üniversitelerle birlikte işbirliği yapma konusunda bize öncülük eden sayın Bakanımız sayesindedir. Ben camiamız adına hepiniz buradayken kendisine şükranlarımı ve teşekkürlerimi sunmak istiyorum ve bu toplantının herkese yararlı olmasını diliyorum, teşekkür ederim.

Osman VURALOĞLU
Antalya Cumhuriyet Başsavcısı

Sayın Bakanım, Sayın Yargıtay Cumhuriyet Başsavcım, Sayın Valim, Yüksek Yargıtay'ın saygıdeğer daire başkanı ve üyeleri, Adlî Tıp Kurumu'nun Sayın Başkanı, değerli meslektaşlarım ve uzman arkadaşlarım.

Adlî Tıp Kurumumuzun ilimizde düzenlediği bilirkişilik sorunlarının müessir fiil arızalarının ve çocuk mahkemeleri yasa tasarısı kapsamında adlî psikiyatri kavramlarının tartışılacağı Adlî Tıp Kongresine hepiniz hoş geldiniz. Yasalarla, anayasalarla uluslararası beyanname ve sözleşmelerle tanınan insan haklarını yaşama geçiren ve insan ihlallerine karşı temel güvencemizi oluşturan yargı organı, önüne gelen bazen hukuki ve çoğu zaman da cezai konuları karara bağlamak için adlî tıp biliminden yararlanma ihtiyacı duymakta ve bu alanda resmi bilirkişilik yapan Adlî Tıp Kurumu'na sık sık başvurmaktadır. Bu bakımdan adlî tıp hizmetlerinin çok iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından en gelişmiş araç-gereç ve teknoloji kullanılarak yerine getirilmesi uygulayıcıların da bu bilim dalının imkanlarıyla bu imkanlardan yararlanmanın yolu ve yöntemleri konusunda eğitimli olmaları büyük önem arz etmektedir. Yargısal faaliyetle ortaya çıkarmaya çalıştığımız hukuki gerçeği maddi gerçekle birebir örtüştürmenin bundan başka çaresi olmadığını düşünüyorum. Adlî tıp bilimi ihmal edilerek yapılan hazırlık soruşturmaları ve ceza kovuşturmaları sebebiyle ülkemizin Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nce sık sık yüksek miktarlarda tazminata mahkum edilmesinin de uyarıcı etkisiyle son yıllarda Adlî Tıp Kurumu'na, kurumun yurt içindeki teşkilatlanmasına ve uygulayıcıların hizmet içi eğitimine daha çok önem verildiğini memnuniyetle müşahede ediyoruz. Yeni kurulan şube müdürlükleriyle, gelişme istidadı gösteren şubelerin ve bu arada Antalya Şube Müdürlüğünün grup başkanlığına dönüştürülmesiyle bugün Adlî Tıp Kurumu adaletin daha yakınındadır ve adalet makul sürede tevzi hedefine biraz daha yakındır. Bu konudaki çalışmalarından dolayı sayın Bakanıma ve Kurumumuzun değerli Başkanına şükranlarımı arz ediyorum. Kongremizin yararlı olması ve başarılı geçmesi dileklerimle hepinizi saygıyla selamlıyorum.

PANEL - I

BİLİRKİŞİLİK SORUNLARI

Doç. Dr. Abdullah DİNÇKOL
Adlî Tıp Kurumu Hukuk Danışmanı
Marmara Üniversitesi, Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi,

Bilirkişilik sorunu sadece adlî tıp günlerinin sorunu değil, tüm yargı uygulamalarında önemli bir yer tutan konu. Bilirkişi incelemesine davayla ilgili olarak çözümü hakim tarafından bilinmeyen özel ve teknik bilginin gerekli olduğu durumlarda başvuruluyor. Özel bilgi, hukuk bilimi dışındaki bilim dallarının araştırıp ortaya koyduğu sonuçlara ilişkin bilgi olarak tanımlanırken teknik bilgi, genel olarak fizik, matematik, kimya gibi bir fizik bilimlere ait kanıtlanmış bilgileri iş alanında uygulamaya yetecek bilgi olarak kabaca tanımlanabiliyor. Çözümü özel ve teknik bir bilgiyi gerektiren durumlarda bilirkişi görüşüne başvurulması gerekirken, uygulamada çoğunlukla biraz önce sayın Bakanımızın arz ettiği gibi hukuksal uyuşmazlıkların çözümü de dahil olmak üzere hemen hemen her konuda bilirkişiye başvurulma yoluna gidilmektedir. Ayrıca kimlerin bilirkişi olacağının, meslek dallarına göre bilirkişilik yapabilecek kişileri belirlemeye yarayan resmi bir liste ya da kataloğun bulunmaması, bilirkişilerin hangi vasıfları taşıması gerektiğinin belirsizliği, bilirkişi kurumunun temel sorunlarını oluşturmakta. Özellikle iş yükü yoğunluğu sebebiyle yargıcın dava dosyaları üzerinde yeterince inceleme yapamamasının olanaksızlığı, sosyal değişime paralel olarak oluşan ve gelişen hukuk dalları karşısında hakimin gerekli donanımı edinmesinde güçlükler bulunması. Bir kısım Yargı mensubunun, yargıcın ki, ben de bir süre Yargı mesleğinde bulunan bir kişi olarak maalesef söylemek istiyorum. Sorumluluktan kaçınmak arzusu, bilirkişilere her konuda başvurulmasına neden olmaktadır. Böylelikle yargılama, bilirkişi dediğimiz kişi ya da kurumların görüşüne endekslenmekte ve çok belirgin bir tabirle bilirkişi adaleti ortaya çıkmaktadır. Bu panelde değerli konuşmacılar her biri kendi alanlarıyla ilgili tebliğlerini sunacaklar. İlk konuşmacımız 6. Ceza Dairesi Üyesi Keskin Kaylan.

1965 yılında Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitiren sayın Keskin Kaylan; Tufanbeyli, Alaca, Keskin ilçelerinde hakimlik, Develi ve Ankara'da ağır ceza mahkemesi başkanlığı görevlerinde bulundu. Daha sonra Yargıtay Cumhuriyet savcılığı, uyuşmazlık mahkemesi ve Yargıtay 6. Ceza Dairesi Üyeliği görevlerinde bulunan Keskin Kaylan; Ceza Kanunu, Ceza Usulü Kanunu ve Ceza İnfaz Kanunu Tasarıları Komisyonlarında görev yaptı. Halen 6. Ceza Dairesi Üyesidir.

Keskin KAYLAN
Yargıtay 6. Ceza Dairesi Üyesi

Çok değerli Başkan ve katılımcılara, sayın izleyicilere içten esenlik dileklerimi sunuyorum. Ben bilirkişiliğe genel hatlarıyla yaklaşacağım. Bu konu Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu Tasarısı hazırlanırken çok yakından etkilemişti. Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununun genel gerekçesinde ceza mahkemesi hukukunun ve bunun ifadesini oluşturan ana kanunun temel amacı gerçeğe ulaşmaktır. Ancak bu hedef insan hak ve özgürlüklerini vurgulayan dürüst yargılama hakkına uygun biçimde gerçekleştirilmelidir. Gerçekten çağdaş hukukta ve ceza muhakemeleri usulü hukukuna egemen olan genel strateji sosyal düzenin korunması ile bireyin temel hak ve özgürlüklerine saygı arasında bir denge kurulması suretiyle gerçeği ortaya çıkarmak ve dürüst yargılama ilkesine uyarak adil yaptırımlara hükmetmek ve uygulamaktır. Bilirkişi ceza yargılamasının ereği olan maddi gerçeğe ulaşmada gerçeğin aydınlanmasında çözümü özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde oy ve görüşüyle yardımcı olan kişidir. Tasarıyı hazırlayan komisyon, bilirkişilik, bilirkişilik kurumu ve uygulamada doğan sorunları

göz önünde tutmuş, bilirkişiyi gerçek rolüne döndürmek ve bilirkişi adaleti olarak adlandırılan uygulamalara son vermek amacıyla tasarının 1. kitap 3. kısmında 2. bölümde bilirkişi incelemesi başlığı altında 13 madde ve 3. bölümde gözlem altına alma, muayene, çeşitli otopsi başlığı ile 11 madde halinde önemli ve ayrıntılı düzenleme yapmıştır. Bunlara yeri geldiğince değineceğiz. Öncelikle bilirkişiliğin hukuksal niteliği üzerinde durmak isterim. Davanın öncelikle asıl bilirkişisi hakim, mahkemedir. Hakim var olan olgulardan doğru ve yerinde bir sonuç çıkarabilecek bilgi ve uzmanlığa sahipse kural olarak bilirkişiye başvurmak zorunda değildir. Suçun sübutu ve niteliği hakkında karar vermek yetki ve görevi yalnızca hakime aittir. Bu konuda kesinlikle bilirkişi görüşü istenemez. Esasen hakimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgilerle çözümlenmesi olanaklı konularda bilirkişi dinlenemez (Tasarı, madde 66). Maddedeki genel bilgi terimi belli bir alanda özel eğitim görmemiş, genelde lise düzeyinde öğrenim görmüş aydın kişilerin sahip oldukları bilgidir. Tasarının 66. maddesinin gerekçesinde "genel bilgi herkese ortak toplumsal kültür verileridir" biçiminde tanımlanmıştır. Yargıtay hakimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgiyle çözümlenmesi olanaklı konularda bilirkişiye başvurmanın hakimin görevini yapmaması olduğunu kararıyla belirlemiştir. Tüm bunların ışığında bilirkişiye ancak çözümü özel veya teknik bir bilgiyi gerektiren hallerde başvurulabilecektir. Tasarıda bilirkişiliğin hukuksal niteliği, bilirkişinin kendisi bir delil olmamakla birlikte, bilirkişi incelemesi sonucu elde edilen delil, iz, eser ve emare delildir. Başka bir deyişle bilirkişilik delillere ulaşmak için bir araçtır tanımlamasıyla belirtilmiştir. Öğretide Taner'e göre bilirkişi görüşleri delil niteliğindedir. Kantar'a göre ise hem ispat vasıtası hem de hakimin yardımcısıdır. Bilirkişi ancak aydınlatmak suretiyle hakime yardım eder. Yoksa delilin takdirine karışmaz. Eren, bilirkişinin ispat vasıtası olmayıp, hakimin yardımcısı olduğu, bilirkişi görüşünün delil değil, delillerin değerlendirilmesi vasıtası olduğu, bazı istisnalar dışında bilirkişiye başvurmanın tamamen hakimin takdirine bırakılmış bulunduğu düşüncesindedir.

Halbuki esas itibariyle hakimin yardımcısıdır. Fakat yargılamanın kollektifliği icabı tarafların da yardımcısı sayılmak gerekir. Bilirkişi görüşleri delil değil, delillerin değerlendirme vasıtasıdır. Bir delilin içeriğinin öğrenilmesi belli bir ilme veya tekniğe ilişkin özel bilgiyi gerektiriyorsa hakim bilirkişiye başvurmalıdır demektedir. Yargıtay bilirkişi görüşünün kanıt değil, kanıt hakkında bir açıklama, kanıtın değerlendirme aracı olduğu kanısındadır. Bilirkişiye başvurmanın zorunlu olduğu haller; sanığın bilincinin incelenmesi, şüpheli veya sanığın fiili işlediği zaman bilincini veya hareket serbestliğini tamamen kaldıracak veya önemli derecede azaltacak surette akli maluliyet halinin bulunup bulunmadığını saptamak için bilirkişinin avukatının ve Cumhuriyet savcısının dinlenmesinden sonra şüpheli veya sanığın resmi bir sağlık kurumunda gözlem altına alınmasına soruşturma evresinde Sulh Ceza Hakimi kovuşturma evresinde mahkeme tarafından karar verilir (Ceza Muhakemesi Usulü Kanunu Tasarısı madde 78). Adlî muayene ve otopsi bunları kısa kesiyorum ama çok önemli bir iki nokta var, onu söyleyeceğim. Ölünün adlî muayenesinde tıbbi belirtiler ölüm zamanı ve ölüm nedenlerini belirtmek için tüm bulgular saptanır. Bu muayene Cumhuriyet savcısının istemi üzerine hakim, gecikmesinde sakınca bulunan hallerde Cumhuriyet savcısı tarafından ve bir hekim görevlendirilerek yapılır. Otopsi, birisi adlî tabip, diğeri patoloji uzmanı veya diğer başka dallardan birisinin mensubu veya pratisyen bir hekim tarafından yapılır. Avukat tarafından getirilen hekim de otopside hazır bulunabilir. Zorunluluk bulunduğunda otopsi işlemi bir hekim tarafından da yapılabilir. Bu durum otopsi raporunda açıkça belirtilir. Zehirlenme kuşkusu nedeniyle yapılacak işlem, zehirlenme şüphesi olan hallerde organlardan parça alınırken organın görünen şekliyle tahribatının tanımlanması gerekir. Ölüde veya başka yerlerde bulunmuş şüpheli maddelerin bir uzman veya resmen görevlendirilmiş makam tarafından analizi yapılır. Bu analizin bir hekimin katılmasıyla veya idaresinde yapılmasına karar verilir (Tasarı madde 88). Şüpheli ve sanığın diğer kişilerin vücut muayenesi. Bugüne kadar bir yasal düzenlememiz yoktu. Tasarıda ayrıntılı bir düzenleme var. Suçun, delil, iz, eser ve emarelerinin saptanması amacıyla şüpheli ve sanığın beden muayenesine sağlığını tehlikeye düşürmemek ve herhalde cerrahi bir müdahalede bulunmamak

koşuluyla kendisinden kan, saç, tükürük, tırnak, cinsel salgı vb. örneklerin alınmasına çok zorunlu ve başka suretle delil elde etme olasılığı bulunmayan durumlarda Cumhuriyet savcısının veya mağdurun istemiyle veya resen hakim veya mahkeme tarafından karar verilir. Bu hususta karar verilmeden önce şüpheli veya sanığın avukatı dinlenir, gerekli işlemler hakim veya mahkemenin görevlendirdiği hekim veya diğer görevliler tarafından yapılır (Tasarı madde 79). İşlenen suç dolayısıyla bedenlerinde delil, iz, eser ve emarelerin bulunup bulunmadığını saptamak, varsa irsiyeti belirlemek amacıyla ve sağlığı tehlikeye düşürmemek ve herhalde cerrahi bir müdahalede bulunmamak koşuluyla şüpheli ve sanıktan başka kişilerin de bedenlerinin muayenesine ve 79. maddenin 1. fıkrasına göre gerektiğinde örnek alınmasına karar verilebilir ve bunlar teknik yönden incelemelere tabi kılınabilirler (Tasarı madde 80). Diğer zorunluluk sahte para ve değerler üzerinde yapılan incelemeler, Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nda olduğu gibi tasarıda da öngörüldü. Hekimlik mesleğinin yerine getirilmesiyle ilgili 1219 sayılı yasa gereğince Sağlık Şurası yine resmi zorunlu bilirkişi girilecek konulardan birisi. Bir de Yargıtay İçtihadı Birleştirme Kurulunun kararı var, 6.5.1968 gün, 1966/15-1968/9. Yargılamada sif değeri saptanması gerekiyorsa tarafsız merci veya uzman bilirkişiye başvurulmalıdır buyruğunu getirmiştir. Bilirkişinin atanmasıyla ilgili bazı hükümlerimiz var. Bilirkişi görüşüne başvurulacak konuda oy ve düşünce bildirmeye yetkili ve yeterli olmalı, görevini tarafsızlık ve doğrulukla yapmalıdır. Tasarıya göre bilirkişi bir sanat adamı, bir uzmandır. Bilirkişi özel bir bilgiye ve teknik bilgiye sahip bulunan bir kişi, çok kere de teknisyendir. Bilirkişi, yalnız bir saptama değil, aynı zamanda bir takdirde de bulunacak, bir değerlendirme de yapacaktır. Bu itibarla bilirkişinin bilgi ve teknik alanda belli bir deney sahibi olmuş kişilerden seçilmesi ve bu bakımdan adlî otoritenin bir tür tasvibini elde etmiş bulunması gerekir. Bilirkişinin atanması ve gerekçe gösterilerek sayısının birden çok olarak saptanması hakim ve mahkemeye aittir. Soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısı da bu maddede gösterilen yetkileri kullanabilir. Bilirkişi olarak atanabilecekler: Bilirkişiler il adlî yargı adalet komisyonları tarafından her yıl düzenlenen bir listede yer alan gerçek ve tüzel kişiler arasından seçilir. Atama kararında gerekçesi de göstermek suretiyle istisnai olarak 1. fıkrada belirtilen listeye girmeyenler arasından da bilirkişi seçilebilir. Bilirkişi olarak atanan tüzel kişi ise kendisi adına incelemeyi yapacak gerçek kişi veya kişilerin isimlerini bilirkişi atayacak yargı merciinin onayına sunar. Konular belirli hususlarda görevlendirdiği resmi bilirkişiler öncelikle atanırlar. Listelere kaydedilen bilirkişiler il adlî yargı adalet komisyonunun huzurunda yemin ederler. Bu bilirkişilere görevlendirdikleri her işte yeniden yemin verilmez. Atama kararı ve incelemelerin yürütülmesini kısa keseceğim. Bilirkişi incelemesinin yapılmasına ilişkin kararda inceleme konusu ve görevin yerine getirileceği süre belirtilir. Belirtilen süre içerisinde raporunu vermeyen bilirkişiler hemen değiştirilebilirler. Bilirkişiler görevlerini yerine getirmek amacıyla bilgi elde etmek için şüpheli ve sanık dışındaki kimselerin de bilgilerine başvurabilirler. Bilirkişiler uzmanlıklarına girmeyen bir sorun bakımından aydınlatılmalarını isteyecek olurlarsa özellikle nitelikli ve konusunda tanınmış kişilerle bir araya gelmelerine izin verilebilir. Bu şekilde çağrılan kişiler yemin ederler ve verecekleri raporlar bilirkişi raporlarının tamamlayıcı bir kısmı olarak dosyaya konulur. Bilirkişiler şüpheli ve sanığa soru yöneltmeyi gerekli gördüklerinde mahkeme başkanı, hakim veya Cumhuriyet savcısı tarafından kendilerine izin verilir. Bunun dışında soruları hakim, başkan veya savcı yöneltir. Muayeneyle görevlendirilen bilirkişi hekimler görevlerini yerine getirirken, zorunlu saydıkları soruları hakim, Cumhuriyet savcısı ve avukat bulunmadan da şüpheli ve sanığa doğrudan doğruya yöneltebilirler. Bilirkişi raporu incelemeleri sona erdiğinde bilirkişiler yaptıkları işlemleri ve vardıkları sonuçları açıklayan bir raporu kendilerinden istenen incelemeleri şahsen yaptıklarını da ayrıca belirterek imzalayıp teslim ederler. Birden çok atanmış bilirkişiler değişik görüşleri yansıtmışlar veya bunların ortak sonuçları üzerinde ayrık görüşleri varsa bu durumu gerekçesiyle birlikte raporlarına yazarlar. Bilirkişiler duruşma aşamasında açıklamada bulunmak üzere resen veya istem üzerine oturuma çağrılabilirler. Bu halde raporlarına ve eklerine bakar ve bu hususta önceden alabilecekleri notları da kullanarak açıklama yaparlar. Bilirkişiliği kabul yükümlülüğü, kural olarak bilirkişiliği kabul sorumluluğu yoktur. 1) Ancak resmen bilirkişilikle

görevlendirilmiş olanlar ve 67. maddede belirtilen listelerde yer almış bulunanlar, 2) İncelemenin yapılması için bilinmesi gerekli fen ve sanatları meslek edinenler, 3) İncelemenin yapılması için gerekli mesleği yapmaya resmen yetkili olanlar bilirkişilik görevini kabul etmekle yükümlüdürler. Bilirkişilerin görüş bildirme zorunlulukları, bilirkişiliği kabul eden, çekilmesi kabul edilmeyen görüş bildirmekle yükümlüdür. Usulünce çağrıldığı halde gelmeyen veya gelip de görüş bildirmekten çekinen bilirkişiler hakkında 63. maddenin, yani tanıklara ilişkin hükümler uygulanır. Bilirkişi yargısal adlî bir kamu görevi yapmakta olduğundan halen yürürlükteki 765 sayılı TCK'nun 279. maddesinin 1 ve 2. fıkrası, TCK 2000 tasarısının 4. maddesinin 4/a bendi uyarınca memur sayılırlar. Bilirkişinin reddi, hakimin reddini gerektiren nedenler, bilirkişiler hakkında da geçerlidir. Bilirkişilikten çekinmede tanıklıktan çekinmeyi gerektiren nedenler bilirkişiler hakkında da geçerlidir. Ancak bilirkişi geçerli bir başka nedenle de görüş bildirmekten çekinebilir. Özel bilgi elde etmeksizin değerlendirilemeyen geçmiş olayları saptamak için bilirkişi sıfatıyla dinlenmeleri gerekli olanlar hakkında tanıklığa ilişkin hükümler uygulanır. Resmi bilirkişiler çekinme ve yasaklılık nedenleri yoksa bilirkişilik kabule ve görüş bildirmeye zorunludurlar. 1136 sayılı avukatlık kanunu 36. maddesi uyarınca avukatların kendilerine tevdi edilen veya görevleri dolayısıyla öğrendikleri hususları açıklamaları yasaktır. İş sahibi uygun görürse avukat bunu açıklayabilir. Ancak bu durumda da avukat tanıklık etmekten veya açıklamadan çekinebilir. Resmi bilirkişileri şöylece belirteyim. Tabii resmi bilirkişiler içinde başında Adlî Tıp Kurumu var. Onun sorunlarını uzmanlarına bırakacağım. 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu gereğince adlî tabipler, 2659 sayılı yasa gereğince Adlî Tıp Kurumu, 1219 sayılı yasayla 1593 sayılı yasa gereğince hekimlik mesleğinin yerine getirilmesi uygulanmasından kaynaklanan yargısal sorunlarda yüksek sağlık şurası, 6197 sayılı eczacılar ve eczaları hakkında kanun gereğince ilaç fiyatlarıyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı, 1413 sayılı CMUK 84, CMUK 77, sahte para ve değerler üzerinde yapılacak incelemelerle ilgili olarak darphane, 1567 sayılı Türk parasını koruma kanunu ki 3196 sayılı yasayla değişmiş, Hazine Müsteşarlığınca 9 kişiden az olmamak üzere saptanacak listedekiler, 1117 sayılı küçükleri muzır neşriyattan koruma kanunu gereğince Başbakanlık, küçükleri muzır neşriyattan koruma kurulu, 5805 sayılı gayrimenkul eski eserler ve anıtlar yüksek kurulu teşkiline dair yasa nedeniyle eski eserler ve anıtlar yüksek kurulu, soruşturma evresinde kriminal polis laboratuvarları ve jandarma kriminal laboratuvarları resmi bilirkişi olarak görev vermekle yükümlüdürler. Teşekkür ederim.

İkinci konuşmacımız sayın Prof. Dr. Hamit Hancı. 1963 yılında İzmir'de doğan Hancı, 1986 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi. 1992 yılında adlî tıp uzmanı, 1994'de doçent oldu. 2001 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adlî Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı ve profesörlüğü görevlerine atandı. Sağlık Bakanlığı, Yüksek Sağlık Şurası raportörlüğü, İzmir Tabip Odası Onur Kurulu Üyeliği, Türkiye Trafik Güvenliği Başkanlığı ve Türkiye'de Çocuklara Yeniden Özgürlük Vakfı Üyeliğinde bulunan sayın Hamit Hancı'nın hekimin yasal sorumlulukları ve hakları, tıp ve sağlık hukuku isimli kitabı bulunmaktadır. Halen Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, GATA ve Polis Akademisinde dersler vermektedir.

Prof. Dr. Hamit HANCI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adlî Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Sayın Yargıtay Başkanım, sayın Adlî Tıp Kurumu Başkanım, değerli izleyiciler. Ben konuşmamda daha çok ülke çapında katıldığımız adlî tıpla ilgili eğitim çalışmalarında tarafımıza aktarılan sorunların bir sınıflamasını yapmaya çalışacağım. Hepimizin bildiği gibi adlî olaylarda bilgisinden yararlanılan kişilere bilirkişi diyoruz ve

sağlık ile ilgili konularda da hekimler bilirkişi olarak görev yapmaktalar. İnsan vücudundan parça alınması bilirkişi hekim eliyle yapılmakta. Adlî Tıp Kurumu'nda çalışan adlî tıp uzmanlarıyla, üniversitelerin adlî tıp anabilim dallarında çalışan öğretim üyeleridir. Yine bu yasa gereği belli konularda oy ve düşünce açıklamasıyla resmen görevlendirilmiş olanlar ya da incelemenin yapılması için gerekli bilim ve sanatla uğraşıyı meslek edinenler ya da meslek edinmeye resmen yetkili olanlar bilirkişiliği kabul etmek zorundadır. Bilirkişi olarak görevlendirilmiş ve usulüne uygun davet edildiği halde gelmeyen ve gelip de görüş bildirmekten çekinen bilirkişi zorla getirilmektedir. Ülkemizde adlî tıp uzmanı sayısı yaklaşık 200 kişi. Son nüfus sayımında kelaynak kuşlarının bile bizden daha fazla olduğu görüldü. Stresli, üzerinde hep baskılar bulunan bu uzmanlık dalını kimse kolay kolay ne yazık ki seçmemekte. 224 sayılı yasa gereği adlî tıp uzmanının olmadığı yerde adlî tabiplik görevini sağlık ocağı hekimi üstlenmekte. Ülkemizde son birkaç yıla kadar, tam yeterli bir adlî tıp eğitimi ne yazık ki verilememekteydi. Halen de adlî tıp anabilim dalı olmayan tıp fakültelerimiz mevcut. Bu görevi yapan pratisyen hekimlerin ne yazık ki çoğunun adlî tıp konusunda bilgisi yetersiz. Bu meslektaşlarımız adlî olaya gitmeyi kabul etmemeleri durumunda yasal yaptırımlarla karşı karşıya kalmaktalar. Bunun birçok örneğini basından izliyoruz. Gittiklerinde ise bilgi eksikliği nedeniyle ne yazık ki trajik sonuçlara varan yanlış raporlar yazabilmekteler. Her ne kadar adlî tıpta çalışan arkadaşlarımız ülke çapında bu konuda meslek içi eğitim programı düzenlemekteyse de her yere ne yazık ki yetişemiyorlar. Adlî tıp uzmanlığı özendirilip, özlük hakları düzeltilmezse bu 200 sayısını bile bulamayacağımız gibi yanlış raporlar sonucunda bu tip olaylara da gebeyiz. Adlî tıp uzmanının olmadığı yerde adlî tabiplik görevini kim yapacak? Adalet Bakanlığı'nın her bölgeye yeterince adlî tıp uzmanı atama zorluğu da göz önüne alınarak adlî tıp uzmanının olmadığı yerde 224 sayılı yasa gereği sağlık ocağı hekiminin bu görevi üstleneceği belirtilmiş kendi bölgesinde. Bu alanda gerek Sağlık Bakanlığı, gerekse Sağlık Müdürlüklerinin en ufak uygulamaları kargaşa yaratmakta. Sağlık Bakanlığınca çıkarılan bazı genelgelerde acil servis hekimlerine, bazı genelgelerde ise sağlık ocağı hekimine bu görevin verildiği görülmekte. Bazı iller ise kurs verdikleri bazı hekimleri adlî tabiplik hizmetlerinin yürütülmesinde görevlendirmekte. Yani belli bir standart ülke çapında ne yazık ki oturmamıştır. Bilirkişiden rapor isteme yetkisi kimin? CMUK'na göre bilirkişinin seçimi ve sayısının belirlenmesi hakime ait bir hak, ancak hazırlık incelemesinde Cumhuriyet savcısına da bu yetki verilmiş. Yine Adlî Tıp Kurumu Kanunu 2. maddesine göre adlî tabipler, mahkemeler, hakimler ve savcılar tarafından gönderilen konularda görüş bildirmekle yükümlüdürler. Kanun emniyet güçleri tarafından istenmesini ya sakıncalı ya da gereksiz görmüş, adlî tabiplik görevini yürüten hekimlerden görüş isteme yetkisini hakim ve savcılara vermiştir. Buna dayanarak hekim sadece mahkeme ve savcılığa yanıt verme zorunluluğundadır. Polise veya diğer zabıta güçlerine cevap verme zorunluluğu yoktur. Ancak pratikte adlî tahkikatın hızlandırılması için iyi niyetle bu mercilerden gelen, yazılara cevap verilmektedir. Ancak Yargıtay 4. Ceza Dairesinin 1994 tarihli bir kararında zabıta kuvvetleri tarafından gönderilen bir yazıya cevap vermeyen ve göreve gitmeyen hekimin TCK'nun 330. maddesine göre görevi savsama suçu işlediği kabul edilmiştir. Açılan davaya dayanak olarak Polis Vazife ve Salahiyet Kanunu'nun 2. maddesiyle Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğü'nün 86 yılında yaptığı bir mütalaa gösterilmektedir ve polisin savcı adına hareket ettiği öne sürülmektedir. Pratikte zabıta kuvvetleri tarafından hekimden rapor istenmesi ne yazık ki bazı sorunlara yol açmakta. Bu kurumlardan hekim tarafından alınan raporun mahkemeye intikal ettirilmemesi söz konusu olabilmekte, kamu davası açılmasına yol açacak bir raporun karakolda imha edilerek kişilerin barıştırılma yoluna gidilmesi ne yazık ki söz konusu olabilmekte ya da beğenilmeyen bir rapor için başka bir bilirkişiden rapor istenilme yoluna gidilebilmektedir. Bazı tutuklu muayenelerinin hekimin emniyete götürülerek yaptırılması da ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmakta. Uygun muayene koşullarının olmadığı, yeterli aydınlatmadan yoksun, gerekli tıbbi malzemenin olmadığı bir ortamda yapılan muayene bir formaliteden öteye geçemeyeceği gibi, muayene sırasında gelişebilecek acil bir durumda gerekli müdahaleyi eden kişiyi yoksun kılmaktadır. Bazı tutuklu veya hükümlü muayenelerinde güvenlik güçlerinin ısrarla hekimin yanı-

na girme isteği sık olarak ne yazık ki karşımıza çıkmaktadır. Bu tip olaylar hekimlerle güvenlik güçlerinin davalık olmasına kadar ilerleyebilmektedir. Oysa ki birçok yasal düzenlemelerde hekime muayene edeceği kişiyle başbaşa kalabilmede yetki verilmiştir. Hekimle hasta arasındaki ilişki mahremiyet gerektiren bir ilişkidir. Sağlık Bakanlığı'nın adlî raporlarla ilgili genelgelerinde güvenlik kuvvetlerince adlî rapor için getirilen şahıs, tüm güvenlik önlemlerinin alındığı bir yerde tamamen soyulup yalnız olarak muayene edilecektir denilmektedir. Yine bundan sonra Sağlık Bakanlığınca çıkarılan genelgelerde de benzer durum söz konusudur. Dışişleri Bakanlığı'nın 97 tarihli bir yazısından adlî tıp hizmeti yapmak üzere çağırılan hekimlerin faaliyetlerini her türlü müdahaleden bağımsız sürdürmelerini teminen tedbirlerin alınması diye bir ibare söz konusudur. Yine Jandarma Genel Komutanlığının 89 tarihli bir tamiminde de benzer bir ifadeyle karşılaşıyoruz. Yakalama, gözaltına alma ve ifade alma yönetmeliğinde 10. maddede soruşturmanın selametiyle doktor veya şüpheli ya da sanığın güvenliği bakımından sakınca bulunmayan hallerde hekim ile muayene edilen şahsın yalnız kalması sağlanır denilmektedir. Hekim güvenlik görevlileriyle yasalar ve yönetmeliklerden ödün vermeden ilişki kurmak durumundadır. Muayene ve rapor düzenleme koşul ve yöntemlerinin gerekleri onlara ikna edici şekilde anlatılmaya çalışılmalıdır. Tam ve doğru bir raporun güvenlik güçlerinin de zan altında kalmasını önleyeceği unutulmamalıdır. Yine periferde gittiğimiz eğitimlerde bize iletilen şikayetlerde bilirkişilik görevi için sağlık müdürlüklerince nöbet listeleri yapılmasına rağmen, bazı savcılarımızca nöbet listesi dışında istenilen hekimlerin görevlendirildiği, sağlık ocağı hekimi kendi bölgesinde adlî tabiplikle görevlendirilmişken başka bölgeden adlî tabip görevlendirildiği belirtilmekte. Hep aynı kişilerin bilirkişilik görevine çağrılması haksızlığa yol açmakta. Bu nedenle listeleme yapılmalı ve zaruret olmadıkça bu listeye uyulmalıdır. Yine periferde telefonla görevlendirmeler sorun yaratmakta, hekim kendisini arayan kişinin savcı veya başka bir adlî makam olduğunu bilemeyebilir. Hekimin bilirkişilik için davet edilmesi CMUK'nun 45. maddesinde belirlenmiştir. Buna göre bilirkişi davetiyeyle göreve çağrılır. Tutuklu veya acele işlerde mahkeme davetiye tebliği ettirmeksizin ihzar müzekkeresi verebilir. Yani telefonla davet diye bir düzenleme söz konusu değildir. TCK'nun 456. maddesinin hekimlerce anlaşılamaması bir başka sorun olarak karşımıza çıkmakta. 456. madde hekim ve hukukçular arasında bir ortak terminoloji sağlayan birbirimizi anlamamızı sağlayan bir madde olarak karşımıza çıkıyor. Hekim yaralanan bir kişide meydana gelen lezyonları hukukçuların anlayacağı bir dile ancak 456. maddedeki kavramları kullanarak çevirebiliyor. Ancak buradaki kavramların çok ağdalı olması her iki kesimde de anlaşılma güçlüğü çektirmekte. Özellikle mutad iştigalden kalma süresi hala her iki kesimde de bir iyileşme süresi olarak ele alınmakta. Halbuki bu bir travma skorlaması olarak değerlendirilmesi gereken durumdur. Adlî raporlarda yaralanmanın psikiyatrik boyutu ihmal edilmekte. Oysa ki TCK'nun 456. maddesinde yaralanmanın ruhsal boyutuyla ilgili kavramlar mevcut. Ruhsal boyutun ihmal edilmesinin sebebi bilirkişilik yapan hekimlerin psikiyatri nosyonlarının yeterli olmaması. Raporu değerlendiren adlî makamların da olayın bu boyutuna önem vermemesi. Bu yüzden raporun bu bölümü ne yazık ki eksik kalmakta. Yine Sağlık Bakanlığı'nın adlî raporlarla ilgili bir genelgesinde kişinin sadece fiziksel şikayetleri değil, ruhsal bulguları da mutlaka rapora geçirilecektir denilmekte. Kişinin akıl ve ruh sağlığında meydana gelen zararlar TCK'nun 456. maddesinde üç ayrı yerde tarif edilmiştir. 2. fıkrada 20 gün ve daha fazla akıl ve beden hastalığına yakalanma, 4. fıkrada akli melekelerde teşevvüş veya karışıklık, yine 3. fıkrada kati ya da muhtemel suretle iyileşmesi mümkün olmayan akıl ve beden hastalığı olarak karşımıza çıkmakta. Ruhsal bir travmaya bağlı olarak ortaya çıkan posttravmatik stres bozukluğu, şizofreni ve aktif depresyon, çeşitli kişilik bozuklukları ya da nörotik rahatsızlıklar kişilerin gündelik yaşamını etkileyerek onların iş ve güç yapmalarına engel bir durum oluşturmaktadır. Onun için raporlarda bunların da değerlendirilmesi gerek. Bilirkişi hekim muayene ve inceleme esnasında kendi bilgi ve tecrübesi yeterli olmadığı takdirde yararlı olabilecek başka uzmanlık dallarında çalışanların görüş ve kanaatini almak üzere davet ettirebilmelidir. Yine bu durum pratikte sorunlara yol açmakta, muayeneye gönderilen kişiler için istenilen laboratuvar tetkikleri ve radyolojik incelemeler genellikle maddi sorunlar nede-

niyle yaptırılamamakta, böylece sağlıklı raporlar verilememektedir. Olay yeri incelemeleri de ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmakta. Bilindiği gibi kriminal olaylarda olay yeri incelemesi jandarma ve polisin olay yeri inceleme şube müdürlüklerine bağlı ekipler tarafından gerçekleştirilmekte. Buradan elde edilecek deliller, suçun işleniş biçiminin ve suçlunun kimliğinin belirlenmesini sağlıyor. Eğer ölüm söz konusu ise ceset mutlaka adlî tıp uzmanı tarafından incelenmeli, yaraların özelliği, cesedin pozisyonu, kanın sıçrama yönü gibi özellikler adlî tıp uzmanı tarafından değerlendirilmeli. Ceset otopsi için daha sonra Adlî Tıp Kurumu'na gönderilmelidir. İdeal olan olay yeri inceleme ekibiyle adlî tıp uzmanının aynı anda gelmesi ve bilgi paylaşımı yapılmasıdır. Olay yeri incelemelerinde hekimin olmaması da yine sorunlara yol açmaktadır. Bir ölüm söz konusuysa keşif sırasında ölenlerin adlî muayeneleri yapılmaktadır. Özellikle taşrada ölüm olaylarında sadece ölü muayenesi ile sonuca gitmek bir alışkanlık haline gelmiştir. Tıp ve hukuk fakültelerinde yeterli adlî tıp eğitimi verilememesi nedeniyle otopsinin adlî olayların çözümündeki önemi bu iki disiplinde de yeterince anlaşılamamaktadır. Bu durum adlî olaylarda sadece keşifteki ölü muayenesiyle yetinilmesine ya da yasanın hilafına sadece bir boşluğun açılarak resmi otopsi yapılmasına yol açmaktadır. Eğitim çalışmalarına katılan hekimler adlî olayların çoğunda ölü muayenesiyle keşif konulduğunu, hem kendilerinin hem de adlî makamların otopsiden çekindiklerini ve kaçındıklarını belirtmektedirler. Halbuki bir boşlukta ölüm nedeni bulunsa bile diğer iki vücut boşluğu mutlaka açılmalıdır. Çünkü otopsi sadece ne olduğunu bulmak değil, aynı zamanda ne olmadığını göstermek için de yapılan bir işlemdir. Bilirkişiye avukatlar doğrudan soru soramamaktadırlar. Hakim aracılığıyla sorulan sorulardan bilgi eksilmesi olabilmektedir. Çapraz sorgu sistemi yerleştirilerek bilirkişiye doğrudan soru sorma yetkisi sağlanmalıdır. Ayrıca tarafların kendi bilirkişilerini davet ettirerek çapraz sorgulamaya tabi olmalarını sağlayabilmeleri gerekmektedir. Bilirkişi diğer konuşmacıların da belirttiği gibi çözümü hakim tarafından bilinmeyen özel ve teknik bilgiyi gerektiren hallerde oy ve görüşüne başvurulan kişidir. Bilirkişi hakimin özel ve teknik bilgisinin yetmediği hallerde hakime yardım eder. Özel ve teknik bilgi deyimi çok geniş yorumlanmaması gereken bir durumdur. Pratik hayatta hukuki bilgiyle teknik bilgi birbirine karıştırılmakta, bilirkişiye örneğin suç işlediği esnada akıl hastalığına tutulmuş bir kişinin durumunun TCK'nun 46. maddesine mi yoksa 47. maddesine mi girdiği sorulabilmektedir. Müessir fiil sonucu ölen bir kişinin durumunun TCK'nun 451. maddesine mi yoksa 452. maddesi kapsamında mı değerlendirilebileceği sorulabilmekte. Hatta hatta bir yaralanma ya da ölüm olayının kasten mi yoksa taksirle mi oluştuğu bile bilirkişiden sorulabilmektedir. Bununla ilgili Çetin Aşcıoğlu'nun çok ciddi incelemeleri ve eleştirileri söz konusudur. En büyük sorunlarımızdan biri ücretlendirme. Ülkemizde bilirkişi ücretlerinde bir standardizasyon yok. CMUK 77. maddesi bilirkişi tarifeye göre kaybettiği vakit için alacağı tazminattan başka inceleme ve seyahat masraflarını ve çalışmasıyla uygun ücretini alır demektedir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı sanatlarının tarzı icrasına dair kanunun 11. maddesine göre mahkemeler bilirkişi olarak bu kanunla Türkiye'de hekimlik yapma yetkisine sahip hekimlere başvurabilirler. Bilirkişi olan hekimlere nasıl başvurulacağı ve bunlara verilecek ücret ve tazminat miktarları hakkında Sağlık ve Adalet Bakanlıklarınca ortak bir yönetmelik çıkarılır denilmiştir ve bu yasa çıktığından beri yıllar geçmesine rağmen böyle bir yönetmelik ne yazık ki çıkarılamamıştır. 3715 sayılı adlî personele yolluk verilmesine ilişkin kanunun 2. maddesine göre bir işlem yapmak için makamından ayrılmak durumunda olan hakimler, savcılar, adlî tabipler biçiminde kayıt gereği bilirkişiler mesai saatleri içinde adlî personelle birlikte her yıl Adalet Bakanlığınca saptanan yolluk ücretlerini almaktalar. Ancak mesai saatleri dışında genellikle ölü muayenesi ve otopsi ile ölüm sebebine ilişkin görüşü sorulmak üzere bilirkişiliğe çağrılan doktorlara savcılarca takdir edilen ücretler tüm Türkiye'de ne yazık ki sorun olmakta ve 3717 sayılı yasa mesai saatleri dışında da uygulanmakta. Oysa 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu'na göre, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi doktorların alacağı en az muayene ücretlerini bölgesel katsayıları da dikkate alarak ve adlî muayene ücretlerini de dahil olmak üzere tüm Türkiye için belirlemektedir. Yani hakim ve savcıların bilirkişilere ücret takdir etme yetkileri böylece bir kayıt altına alınmıştır. Bunun için bir çalışma yapılmıştır. Bu ça-

lışmadan iki maddeyi getirdim. Sağlık Bakanlığınca hazırlanan ve Adalet Bakanlığına görüş olarak sunulacak bir yönetmelik taslağı söz konusudur. İki maddesi bizim açımızdan önemli; atama ve ücretlendirme. Bu taslağa göre incelenen meselede tabip görüşünün gerekli olması durumunda Cumhuriyet Başsavcılığı ya da mahkemeler tarafından öncelikle Adlî Tıp Kurumu'nda görevli tabipler arasından resmi bilirkişi ataması yapılır. Bunun mümkün olmadığı durumlarda sırasıyla sağlık ocaklarında görevli tabipler, devlet hastanesinde görevli tabipler veya Türkiye'deki tıp fakültelerinden mezun olarak mesleğini icra eden tabipler arasından bilirkişi ataması yapılır. İl Sağlık Müdürlüğünce hazırlanan il genelinde görev yapacak hekimlerin listelerinin bir örneği Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir. Bilirkişi ataması yazılı olarak yapılır. Gecikmesinde sakınca olan durumlarda sözlü atama yapılabilir. Ancak böyle durumlarda en kısa sürede atamaya ilişkin belge hazırlanarak atanan hekime tebliğ edilmelidir. Atama yazısında tabipten istenen hususlar açık olarak belirtilmiş olmalıdır. Bilirkişilere ödenecek ücret konusunda, bilirkişi olarak görevlendirilen tabiplerden kamu kurumlarında görevli olanların mesai saatleri içinde ve görev yerlerinde yerine getirdikleri adlî tabiplik hizmetlerinden dolayı ücret ödenmez. Bilirkişi olarak atanmış kamu görevlisi olmayan tabipler ile kamu görevlisi tabiplerin mesai saatleri dışında veya görev yaptıkları yer haricinde yerine getirdikleri hizmet karşılığında 3717 sayılı adlî personele yolluk verilmesine dair kanun gereğince ödenen yolluktan başka Türk Tabipler Birliği tarafından belirlenen ücretten az olmamak üzere atamayı yapan makam tarafından harcanan emek ve mesaiyle orantılı olarak saptanan bir ücret verilir diye bir önerisi söz konusudur. Teşekkür ederim.

Üçüncü konuşmamız Uz. Dr. Mustafa Okudan 1953 yılında Samsun'da doğdu. 1978 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitiren Dr. Okudan askerlik görevini, tabip asteğmen olarak yaptı. Sırasıyla Muş, Kavak, Samsun ve İstanbul'da sağlık ocağı tabipliği, sağlık grubu başkanlığı, kaymakam vekilliği, sağlık müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 1990 yılında adlî tıp uzmanı olan sayın Okudan 1997 yılına kadar Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nda raportör olarak çalıştı. 1997 yılında 3. İhtisas Kurulu üyeliğine atandı. Evli ve bir kız çocuğu babası olan Mustafa Okudan'ın adlî tıpla ilgili 10'u aşan bilimsel yayını bulunmaktadır.

Uz. Dr. Mustafa OKUDAN

Adlî Tıp Kurumu, 3. İhtisas Kurulu Üyesi

Sayın Başkan, değerli misafirler

Bilirkişilik sorunlarının konuşulduğu bu panelde, resmi bilirkişilik kurumu olan Adlî Tıp Kurumu'nun, bu görevini yerine getirirken karşılaştığı güçlüklerden bahsetmek istiyorum.

Resmi bilirkişilik kurumu olan Adlî Tıp Kurumu bu görevini yaparken pek çok güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadır.

Bu güçlüklerin başta geleni ve en zorlu olanı kuruma gelen dosya sayısının fazla olmasıdır. Bu sorun kurumun hayati meselesidir. Çözümü kurumun pek çok sorununu da ortadan kaldıracaktır.

Adlî Tıp Kurumu'na gelen dosya sayısının azaltılması; hem bilirkişilik hizmet akışının düzenlenmesi, hızlandırılması raporlarda daha üst seviyede bir kalite çizgisinin yakalanması için gerekli olduğu gibi adaletin de kısa zamanda tecelli etmesi için gereklidir.

Dosya sayısının azaltılması hususu kurumun insiyatifinin dışında tamamen başta Adalet Bakanlığı olmak üzere mahkemelerin ve sayın hakim ve savcılarımızın bu konuda bize yardımcı olmalarına bağlıdır.

Adlî Tıp Kurumu Kanununun ihtisas kurullarının çalışmasını düzenleyen 16. maddesinde şöyle denilmekte-

dir:

Kanun kapsamına giren işlerde;

a) Bilirkişilerce,

b) Fizik İncelemeler Şubesi ile Trafik Şubesinin tıpla ilgili olmayan raporları hariç Adlî Tıp İhtisas Dairelerince,

c) Adlî Tabipliklerce verilip de mahkemeler, hakimlikler ve savcılıklar tarafından kanaat verici görülmeyen ve birbirleriyle çelişki halinde olduğu belirlenen raporları inceleyip bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmek.

O halde bu maddeye göre mahalli adlî tabipliklerden, devlet hastanesi uzmanlarından Adlî Tıp Şube Müdürlüklerinden istenilen hususlarda rapor alındığında; bu raporlar kanaat verici ise ve raporlar arasında çelişki de yoksa bu dosyanın teorik olarak Adlî Tıp Kurumu'na gelmemesi gerekir. Ancak pratikte iş böyle olmamaktadır. Yukarıda sayılan yerlerden görüş alındıktan sonra dosya tekrar Adlî Tıp Kurumu'na gönderilmektedir. Gönderilen bu dosyalarda raporların kanaat verici olmadığı veya çelişkili olduklarına dair herhangi bir kayıt da bulunmadığına göre kanaatimizce bu raporlar mahkemeler tarafından kanaat verici bulunmasına rağmen sırf davacı veya davalının itirazı nedeniyle Adlî Tıp Kurumu'na sevk edilmektedirler.

Gönderilen dosyaların bir kısmında ise geçici rapor, müşahede evrakı ve grafiler gönderilerek Adlî Tıp Kurumu'ndan mütalaa istenmektedir. Burada Adlî Tıp Kurumu adeta birinci müracaat mercii gibi görünmektedir. Bu durum ise Adlî Tıp Kurumu Kanununun 16.maddesine açıkça aykırılık göstermektedir. Önce mutlaka mahallinden, istenen hususlarda görüş alındıktan sonra bu görüş tatminkar bulunamaz ya da raporlar arasında çelişki var ise dosya kuruma gönderilmelidir.

Bilindiği gibi Adalet Bakanlığı bazı illerimizde kurulu bulunan Adlî Tıp Şube Müdürlükleri ile Adlî Tıp Kurumu Grup Başkanlıklarının sayısını arttırmak için bir program dahilinde büyük çaba harcamaktadır. En azından bu illerde mahkemelerce dosyaların bu birimlere gönderilerek karara bağlanması bu birimlere fonksiyon kazandıracaktır. Aksi takdirde buralardan alınan raporlarla birlikte dosyalar hiçbir elemeye tabi tutulmaksızın Adlî Tıp Kurumu'na gönderilmesi ise bu taşra birimlerimizi işlevsiz kılacağı aşikardır.

Eğer mahallinde kanaat verici ve çelişkisiz rapor alan dosyalar Adlî Tıp Kurumu'na sevk edilmemesinin çareleri bulunduğu takdirde kuruma gelen dosya sayısında büyük çapta azalma meydana gelecektir. Bu durum kurum çalışmalarını rahatlatacaktır.

Diğer bir sorun bilindiği üzere ihtisas kurullarında üroloji uzmanı, cildiye uzmanı, kalp damar cerrahisi uzmanı ve plastik ve rekonstrüktif cerrahisi uzmanı gibi bazı uzmanlık dallarında üyeler bulunmamaktadır. Bu branşlarla ilgili dosyalar geldiğinde kurullar bu dosyaları Cerrahpaşa Tıp Fakültesi veya İstanbul Tıp Fakültesi'nin ilgili anabilim dallarına gönderilerek sorulan hususlarla alakalı olarak yazılı görüş alınmakta veya uzmanlar kurula veya genel kurula davet edilerek görüşleri, alınmakta mahkemelere gönderilen kurul raporlarında bu husus açıkça belirtilmektedir. Ancak buna rağmen raporlar ilgili konularda ihtisas kurulu üyesi bulunmadığı gerekçesiyle geri çevrilmekte ve ilgili uzmanların bulunduğu genel kurulda görüşülmesi istenmektedir. Verilen raporda çelişki veya kanaat verici bir husus bulunmadığı sürece ilgili uzmanın kurulda ya da genel kurulda dinlenmesi arasında bir fark olmadığı, dolayısıyla bu tür istekler zaman kaybına sebep olmaktadır.

İş kazaları meslek hastalıkları ile ilgili maluliyet oranı sorulan vakalarda 506 sayılı SSK kanununun ilgili maddeleri ve Yargıtay İçtihat Kararlarına göre maluliyet oranı öncelikle SSK Genel Müdürlüğünce belirlenmesi, buna itiraz edilmesi halinde durumun Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu tarafından çözümlenmesi bu çözüme itiraz halinde Adlî Tıp Kurumu'ndan görüş alınması gerekmektedir. SSK Genel Müdürlüğü ve Yüksek Sağlık Kurulundan rapor alınmadan kurumumuza yapılan maluliyet oranı tayini istekleri geri çevrilmekte olduğundan zaman kaybının önlenmesi bakımından belirtilen sıralamaya uyulmasının doğru olacağı kanaatindeyiz.

Bir diğer husus ise olayın iş kazası olup olmadığının sorulmasıdır. Bu sorulara da cevap verilmemektedir. Zi-

ra olayın iş kazası olup olmadığının tespiti hususu adlî tıbbi bir konu olmayıp SSK mevzuatı ile ilgilidir.

Bir diğer husus ise sanığın tıpla ilgili olmayan, trafik ihtisas dairesinin kusur oranları ile ilgili olanlar hariç, dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu olan olaylarda kusur tespiti isteniyor ki bu hususun da adlî tıbbi bir husus olmaması nedeniyle yerine getirilemiyor. Örnek ateşli silahla yaralanma olayında sanığın ve mağdurun kusur oranları gibi.

Adlî Tıp Kurumu ihtisas kurullarında veya ihtisas dairelerinde müzekkerelerde sorulan hususların dışında tespit edilen hususlara cevap verilip verilmemesi konusunun da tartışmaya açılmasının yararlı olacağı görüşündeyiz. Hatta bu konuda arkadaşlarımızın bir posteri de bulunmaktadır. Bu konuyla alakalı görüşler poster tartışmaları sırasında daha geniş olarak belirtilecektir. Mesela hayati tehlike mutad iştigal sorulan bir müzekkerede dalak çıkarılması da tespit edilmiş ise raporda uzuv tatili olduğunun belirtilip belirtilmemesi gibi.

Adlî Tıp Kurumunun önemli sorunlarından biri de gönderilen zarf ve kolilerin bir kısmının usulüne uygun gönderilmemesidir. Bu nedenle zarflar yırtılmakta mühürleri kırılmakta, ya da bir koli içine zarflara konan kurşunlar zarflar yırtılması sonucu birbirine karışmakta veya gönderilen organ parçalarının kavanozları kırılarak tespit sıvısı kaybolmakta organlar bozulmaktadır. Zarflar yırtıldığından çoğu zaman dosya içindeki filmler vs. düşmekte, açık olan bu dosyalardan bazı evrakların kaybolma ya da başka evraklar konma gibi tehlikelere karşı da açık hale gelmektedirler. Bu nedenle bu tür gönderilerin mutlaka Adlî Tıp Kurumu Kanunu uygulama yönetmeliğinin 18.maddesinde belirtilen hususlara uygun olarak gönderilmesi bu tür kolilerin ve zarfların geri gönderilmesi ve dolayısıyla zaman kaybını engelleyecektir.

Bir diğer husus Adlî Tıp Kurumuna gelen evrakların üzerinde Kurumun isminin ve birimlerin isimlerinin değişik şekillerde yazılmasıdır. Örnek olarak

"İstanbul Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı"

"Ankara Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı"

"Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı"

"Adlî Tıp Meclisi Başkanlığı"

"Adlî Tıp Kurumu İlgili Konseyi" gibi birimlere gönderilen dosyaların anılan birimlerin olmaması nedeniyle sevklerinin yapılmasında güçlükler ortaya çıkmakta ve bir takım yazışmalara neden olmaktadır.

Adlî Tıp Kurumu bilindiği gibi Adalet Bakanlığı'na bağlıdır. Adlî Tıp Kurumu'nun başında Adlî Tıp Uzmanı olan bir başkan ve yine Adlî Tıp Uzmanı olan bir başkan yardımcısı vardır. Adlî Tıp Kurumu içinde Genel Kurul, 1., 2., 3., 4., 5.İhtisas Kurulları ile Morg, Kimyasal Tahliller, Biyoloji, Trafik, Fizik İncelemeler, Gözlem İhtisas Daireleri olmak üzere 6 adet ihtisas dairesi mevcuttur. Taşra teşkilatları ise Adlî Tıp Şube Müdürlükleri ve Adlî Tıp Kurumu Grup Başkanlıklarından oluşmaktadır.

Ancak bu hususta açık yüreklilikle belirtmek gerekir ki Kurumumuzun tanıtılması açısından esas eksiklik bizlerden kaynaklanmaktadır. Zira biz Adlî Tıp Kurumu olarak adalet camiasına yeteri kadar kendimizi tanıtamadık. Son zamanlarda bu eksikliği gidermek için başta sayın Adalet Bakanımızın yakın himaye ve destekleri ile Kurumumuz büyük bir eğitim atağına başlamıştır. Türkiye il il dolaşılarak hem adlî tıbbi konularla ilgili bilgiler değerli hakim ve savcılarımıza anlatılmakta hem de Kurumumuzun yapısı ile ilgili bilgiler verilmektedir. Bu şekilde bu eksikliğimizin de ortadan kalkacağına inanmaktayız.

Diğer bir husus dosyalarda yaptığımız incelemeler sırasında; celse tutanaklarında veya dava vekillerinin mahkemeye hitaben verdikleri, raporlarımızla alakalı itiraz dilekçelerinde Kurumun kararlarını, eleştiri sınırlarını aşan bazen de hakaret içeren sözlerle eleştirdikleri görülmektedir. Örneğin "Adlî Tıp Kurumunun bu gayri bilimsel, gayri tıbbi, atmasyon raporuna güvenilemez" ifadesi gibi.

Adlî Tıp Kurumu vermiş olduğu raporları savunurken hiçbir zaman ihtisas kurulu kararlarının altında 5-6 tane bazıları profesör ünvanlı bilirkişilerinin ya da Genel Kurul raporlarında 38 imzanın bulunduğu için eleştiril-

mesine karşı çıkmamaktadır. Bilakis Adlî Tıp Kurumu bu raporlarında belirttiği bilimsel kanaat ve açıklamalara güvendiği için eleştirilmesinde hiçbir beis görmemektedir. Hatta bir Genel Kurul raporunun karşısında sağlık ocağı tabibinden alınan raporla çelişki bulunduğu iddiası ile gönderilen dosyaları da saygı ile karşılamaktadır. Çünkü Kurumun bilimsel görüş ve açıklamalarına güveni tamdır. Ancak bizim kabul edemediğimiz husus eleştiri sınırlarını aşan bizi rencide eden ifadelerdir. Adlî Tıp Kurumu resmi bir bilirkişilik kurumudur. Bu nedenle saygınlığının bir şekilde korunması gerektiği hususunu takdirlerinize arz ediyoruz.

Yılmaz POYRAZ

Adalet Bakanlığı, Müsteşar Yardımcısı

Sayın Hancı'nın bazı söylemlerine açıklık getirmek için söz aldım. Beğenmediği rapor işleme konmuyor dediler. Belki 1-2 hadisede bu olmuş olabilir, yalnız son gelişmeyi de katılımcılara aktarmakta yarar görüyorum. Önem ve özelliği bulunan muayenelerde Sağlık Bakanlığı'nın da genelgesi doğrultusunda dört nüsha olarak ve tamamen bu bilgisayar kayıtlarıyla rapor düzenlenmiştir. Bu dört nüsha raporun bir tanesi Sağlık Ocağında alıkonulmaktadır. Bir tanesi şahsı muayeneye getiren polise verilmekte, ancak o polis onu beğenmemiş atmış da olsa bu raporun bir nüshası sağlık müdürlüğüne yollanmakta, diğer bir nüshası da ilgili makama ayrıca gönderilmektedir. Ancak burada hukukçular ile Sağlık Bakanlığı arasında şöyle bir tartışma söz konusudur. Hazırlık soruşturması gizlidir. O halde burada Sağlık Müdürlüğüne bu raporun bir sureti gönderilmemelidir diye de yadırganamayacak bir tez ileri sürülüyor. Ben bunu ilaveten açıklamak istiyorum. Diğer bir konu bizim de en çok üzerinde durduğumuz güvenlik güçlerinin muayenede hazır bulunmak isteyip istememesi gündeme geliyor. Gerçekten Sayın Kurum Başkanımız da bu konuda kısmen de olsa fikir ayrılığımız var. Fakat şöyle bir gözlemimiz oluyor. Bizzat üç tane bayan doktor hanım bize başvurmuşlardır. Biz mutlaka güvenlik güçlerinin yanımızda bulunmasını istiyoruz. Neden dediğimizde cinsel tacize uğruyoruz yalnız kaldığımız zaman demişlerdir. Bunun dışında suçlu olan kişi, durup dururken oraya gelmiş değil. Topluma uyum sağlayamadığı için birilerine bir şey yapmış ki oraya gelmiş bulunuyor. Bu kişi her zaman için topluma ve bireylerine zarar verecek konumdadır. Gerçi Tabipler Birliği bu kişilerin mutlak surette mahremiyete uymasını arzu ederler. Biz de o arzudayız, ancak doktorların hayatı bizim için daha azizdir diye düşünüyoruz. Bir de bilirkişilerin listeden seçilmesini gündeme getirdiler. Kendileri zaten söylemlerinde de belirttiler. Eğer resmi bilirkişi yoksa bilirkişilik seçimi hazırlık aşamasında savcı, prosedür aşamasında da hakime aittir. Özellikle ceza davalarında Türk Tabipler Birliğinin belirleyeceği kişilerin seçilmesi Yargıya aşırı müdahale olarak düşünülür kanısındayım. Diğer bir konu da CMUK'nda bilirkişi, postanenin ucu pullu davetiyesiyle çağrılırdı eskiden ama şimdi teknoloji ilerledi. Bana göre telefonla davet edilmesinin hiçbir engeli olmaması gerekir. Hatta bilgisayarda e-maille de irtibata geçilmelidir. Biraz kendimizi aşmalıyız diye düşünüyorum. Otopside bir boşluk açılıyor deniliyor. Ben 22 senedir müfettişlik yapan bir kişiyim. Biz devamlı surette delillerin cesetle birlikte toprağa gömülmüş olacaktır diye Adlî Tıp Kurumu'nun eski tarihli genelgesi var. Biz onu devamlı surette mahkemelerde savcılara hatırlatıyoruz. Mutlak surette üç boşluk açılsın diyoruz. Aman yanlış anlaşılmaya meydan vermesin. Bir açılsa da oluyormuş diye düşünmeyelim. Bilirkişi olarak Bakanlıkça tespit edilen listelerden ücret ödeniyor dendi. Sanıyorum sayın Hancı bu konuda açıklık getirecektir. Benim tereddüdüm şurada; adlî tıpla ilgili yapılan işlemler için Bakanlığın tespit ettiği bir ücret tarifesi var. Ancak bu ücret tarifesi sadece döner sermaye gelirleri bakımındandır. Yoksa bilirkişilerin ücretlerini Bakanlığımız tespit etmemektedir. Tamamen bunu hakimlerimiz, savcılarımız yapılan işin niteliğine sarfedilen emeğe,

mesaiye göre ücret takdir etmektedirler. Bu ücret takdirinde de katılımcılara bir açıklık getirmek istiyorum. Kanunda hakim, savcı, adlî tabip ücret tarifesi matbu olarak belirlenmiş. Ama demiş ki hakim ve savcı biraz daha az emek sarfediyor, doktorlar otopsi yapıyor, daha çok yoruluyorlar diye savcıları gözardı ederekten arttırmışlar. Diyelim ki savcı, hakim 10 milyon, 15 milyon alırken, bizim bilirkişilere 20 milyon-30 milyon takdir etmişler. Bu yeterli görülmemiş, bu defa protokoller yapılmaya başlanmış başsavcılarla oradaki sağlık birimi arasında. Şundan az olmasın, bundan az olmasın derken bu miktar çoğalmış çoğalmış bir yerlere kadar gelmiş. Bir zaman geldi, bu para da yeterli değil diye Sayın Bakanımıza, o zamanki Sayın Bakanımıza Kurum Başkanı şikayette bulundu. Şikayette bulununca Sayın Bakanım da beni görevlendirdi, bir araştır dedi. Araştırdık baktık ki hiç kaynaklara sığmıyor ödenen ücret. Çünkü adlî tabip sıfatıyla eğer oraya gitmişse o hakim ve savcıyla aynı ücreti alacak. Biz buna böyle bir açıklama getirmek zorunda kaldık ama adlî tabipler de bundan büyük mağduriyet duydular. Onu da kabul etmemiz lazım. Türk Tabipler Birliği'nin tarifesini hakimler ve savcıların uygulaması elbette arzu edilen birşeydir. Nitekim bazen bu şekildeki ücret tarifelerini belirliyor. Ama Sayın Hancı da kabul edecek ki bu kriz döneminde bunu gündeme getirmek pek uygun olmaz diye düşünüyorum. Sayın Okudan Bey de dediler ki; hayati tehlike ve işten kalma ile ilgili konunun tartışılması gerekir. Ben de sayın katılımcılardan bunu özellikle rica ediyorum, çünkü biz Türkiye'de bölge seminerleri yaptığımızda devamlı doktorlarımız bu konuda bir tedirginlik içerisindeler. Biz diyoruz ki bizim hakimimiz; eğer doktor hayati tehlike var derse bizim hakimimiz onu tevkif eder. Şimdi Bingöl yaylalarında adam yaralanmış Karlıova'daki sağlık ocağına gelmiş, bu sağlık ocağında grafi çekilemiyor, tahlil yapılamıyor. Şimdi doktor da kendisini garantiye almak istiyor. Çünkü ya ölürse diyor. Sayın Akif İnanıcı Hocamız konuyu daha iyi açıklayacak. arkadaşlarımızın bilgilenmesi bakımından ben de çok arzu ediyorum. Şöyle bir yaklaşımda bulunduk, acaba kabul görür mü diyorum. Doktor, hayati tehlike vardır, hayati tehlike geçirebilir gibi bir yaklaşımda bulunmasın. Eğer kendisi bu hayati tehlikenin kriterleri var. Adlî Tıp Kurumu bunu bilir. Mesela kafatasında çatlak olması, kırık olması gibi. Eğer bunları kendi imkanlarıyla orada belirleyemiyorsa ileri tetkik istesin, ancak hayati tehlikeyi bıraksın, o ileri tetkikten sonraki dönemde verilsin diyorum.

Adlî Tıp Kurumu 2659 sayılı Kanununda Bakanlığa bağlı bir kurumdur deniyor ama bu bağlı lafını çok dikkatli kullanmak zorundayız. Adlî Tıp Kurumu Bakanlığa sadece lojistik bakımdan bağlıdır. Nasıl ki savcılıkları, hakimlikleri, mahkemeleri biz Bakanlık olarak onların ihtiyaçlarını karşılıyorsak, onun dışında mahkemeler tamamen bağımsız ise Adlî Tıp Kurumu da böyle bağımsız, özgür bir kurumdur. Ben bunun mücadelesini de vermekteyim. 3046 sayılı Bakanlıkların kuruluş kanunu var. O kuruluş kanununda bir hiyerarşik yapılanma oluşturulmuş. Bize derler ki siz de Adlî Tıp Kurumunuzu o hiyerarşik yapılandırmaya uyun. Biz diyoruz ki bu bölge müdürlüğü gibi değil, bizim adlî tıp grup başkanlığı, bölge müdürlüğü, tamamen özgür bir kurumdur. Kanunumuzda bağlı lafı var ya diyorlar. Aman bu bağlı lafını çok dikkatli kullanalım. Hepinize saygılar sunuyorum.

Prof. Dr. Hamit HANCI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adlî Tıp Anabilim Dalı Başkanı

4 nüsha halinde genelge gönderilmiştir. Biz de ayda 2-3 tane sağlık müdürlüğüyle eğitim çalışması yapıyoruz. Sayın Poyraz gerçekten kriz var. Bu dört nüsha uygulanmıyor. Hala tek nüsha ve 2 nüsha halinde bu raporlar yazılıyor. Bunların hala uygulanmasında çok büyük sorunlar var, krizin etkisi. Sağlık Müdürlüklerinin bunların bastıracak finans bulamamaları nedeniyle. Güvenlik güçlerinin hastanın yanına girmesiyle ilgili durumda he-

kime inisiyatif bırakılmıştır. Hekim güvenlikle ilgili bir sorun hissediyorsa öncelikle hastanenin özel güvenlik güçlerini çağırmak durumundadır. Eğer onlar yoksa diğer zabıta güçlerinden yardım istenmelidir. Bu getirilen kişilerin topluma uyum sağlayamayan kişiler olması bilmiyorum hukukçu olarak bana garip geldi. Çünkü aksi ispatlanmadıkça herkes masumdur, karinesine tezat teşkil ediyor gibi geldi. Listelemeler ise herhalde bir yanlış anlaşılma oldu. Orada ben ağır konuştuğum için herhalde kaçırıldı. TTB tarafından değil sağlık müdürlükleri tarafından yapılmaktadır ve Cumhuriyet başsavcılıklarına bu listelemeler gönderilmektedir. Kriz olduğunu tabi hepimiz biliyoruz. Benim burada anlatmak istediğim, yasanın uygulanmaması yani 6023 sayılı yasada şu şekilde bu kişilere mesai saatleri dışında bu ödemeler yapılır denilmektedir. Ben onu gündeme getirdim ve sadece şimdi gündeme getirmiyoruz bunu. 7. ve 8. Adlî Tıp Günlerinde de burada konuşan arkadaşlarımız gündeme getirmişlerdir. Teşekkür ediyorum.

Hüseyin İNCE

Isparta Cumhuriyet Başsavcısı

Zabıtanın hastayı muayeneye götürmesi halinde hekimin bunu muhatap almaması, hatta benim muhatabım jandarma, polis dememesi. Oysa ben burada diyorum ki, olanı değil de olması gerekeni, yapılması esas alınmalı, götürenin hastayı onun huzuruna çıkaranın kim olduğu değil de yapılacak işin niteliği göz önüne alınmalı diye düşünüyorum. Ayrıca zabıtada Cumhuriyet savcılarının adlî makama mali zabıta hüviyetinden adlî vakaların vukuundan itibaren onların adlî sabıka hüviyetine bürünerek muavin ve müşavir sıfatıyla yerine getiriyor. Ayrıca bir de geçici raporlar veriliyor. Biz hasta, mağdur veya sanık, onu celbederek müzekkereye atfen muayenesinde kati raporunun tanzim edilerek gönderilmesi diye yazıp gönderiyoruz. Yine burada bu tür hadiseler yaşadık. Yani diyor ki illa da polis. Savcının eli ayağı, yardımcısı zabıtadır. Olayın polis ve jandarma mıntıkasında oluşuna göre. Bu itibarla savcı bizatihi mağdur yerine sanığı elinden tutup götürüp hekime muayene ettirecek değildir. Bu konuda ne düşünüyorlar?

Prof. Dr. Nezir SUYUGÜL

Adlî Tıp Kurumu, 2. İhtisas Kurulu Üyesi
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Keskin Kaylan hocamız dediler ki; hekimlerin kusurlarıyla ilgili bilirkişi Sağlık Bakanlığına bağlı Yüksek Sağlık Şurasıdır dendi. Ama biz görüyoruz ki 2. İhtisas Kurulu olarak konuşuyorum, bazen mahkemeler bize hekimlerin kusurlarını soruyorlar. Dosyayı incelediğimizde, bir kısmında Yüksek Sağlık Şurasının raporları bulunuyor. Bir kısmında ise bulunmuyor. Bu durumda 2. İhtisas Kurulu bir göz hekimiyle ilgili bir kusur sorulduğunda bize acaba ne yapmalıyız? Bu dosyayı mahkemesine göndermeli, lütfen bunu önce Sağlık Şurasına sorun mu demeliyiz? Ya da çelişkili bir şey varsa Sağlık Şurasının raporu mahkemece kanaat verici nitelikte bulunmadığı takdirde mi bize gönderilmeli? Ben bu konuda açıklık rica ediyorum, teşekkür ediyorum.

Doç. Dr. Necmi ÇEKİN
Adlî Tıp Kurumu, Adana Grup Başkanı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı

Sayın Keskin Kaylan hazırlanan tasarıyla ilgili bilgi verirken bilirkişinin yetkili ve yeterli olması gerektiğini belirttiler. Burada yeterli olmanın kriterleri hakkında bilginizi alabilir miyim?

Yrd. Doç. Dr. Ümit Naci GÜNDOĞMUŞ
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Taksirli suçlarda ceza ehliyetine esas teşkil eden kusur oranlarının belirlenmesi genellikle bilirkişiden istenen bir husus Türkiye'de. Ne yazık ki bu devam ediyor. Ne yazık ki diyorum, çünkü bu husus bilirkişi tarafından yerine getirilmemesi gerektiğine inanıyorum. Birçok gerekçeleri var. Sayın Kaylan bu konuda ne düşünüyor acaba?

Prof. Dr. Gürsel ÇETİN
Adlî Tıp Kurumu, 3. İhtisas Kurulu Raportörü
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Bir sorum, bir de görüşüm olacak. Önce görüşümü arz edeyim. Hekimlerin, birçok toplantıda da gündeme gelmiştir. Bir hekimin hastasını nasıl muayene edeceği, bu esnada uygulanacak kurallar, kimlerin bulunacağı, kimlerin bulunmayacağı ve etik kuralları deontolojik kurallarla belirlenmiştir. Bunu bir daha tartışmanın bir anlamı yok. Bazı durumlarda hekimin güvenlik güçlerinden yardım istemesi söz konusu olabilir, bu anlayışla da karşılanabilir. Etik ve deontolojik kuralları da anlayışla karşılanabilir. Ancak bunlar istisnai durumlardır. Şahsen ben çok uzun yıllar süren meslek hayatımda bununla çok az karşılaştım. Bunun dışında adlî tıp görevi yürütülürken, adlî tabiplik görevi veya adlî tıp hizmetleri yürütülürken karşılaşılan hastalığın özelliğinden bir çekinti varsa, bu hekim arkadaşımızın kendi sorunudur. Ben bunun meslek onuruna uymadığını düşünüyorum. Bu şekildeki hekim arkadaşlarımızın da başka bir iş yapmasını tavsiye ediyorum. Çok daha hayırlı olur, kendileri için de herkes için de. Bu görüşümdür. Bir de sorum var. Bir örnek vereceğim, şimdi bir kişinin karnına vurulmuş, bir şekilde müessir fiile maruz kalmış ve dalağı yırtılmış. Yapılan tedavide dalak alınmış. Şimdi Yargı organından gelen soru da kişinin hayati tehlikeye maruz kalıp kalmadığı ve kaç gün mutad iştigaline engel teşkil edeceği soruluyor. Kanun maddesi düşünülürse hayati tehlike olduğu, 25 gün mutad iştigalden engel teşkil ettiği dediğinizde TCK 456'nın 3. fıkrasına giriyor. Ama bu olay uzuv tatilidir. Dalak alınmıştır çünkü. Uzuv zaafı ise bilindiği gibi 456/2'e girer. Ben soruyorum. Bilirkişi veya kurum uygulamalarında buna cevap versin mi, vermesin mi? Teşekkür ediyorum.

Dr. Yıldıray ZEYFEOĞLU

Ben sayın Kaylan'a bir soru yöneltmek istiyorum. Yasa tasarısından bahsederken muayene, örnek alımına hakim ve savcının karar vereceğini ve bununda resen olabileceğini ifade etti. Bu durumda şahsın imzası alınmayacak mı diye bir sorum var. Ve bilirkişinin tayini esnasında kendisine belirli bir süre veriliyor ve bu süre içinde eğer raporu düzenleyip vermezse bilirkişinin hemen değiştirilebileceğinden bahsetti. Bazı tıbbi nedenlerle raporun uzaması söz konusu olabiliyor. Özellikle sinir lezyonlarında. Bunda ne yapılacak? Bir düşüncem daha var. Bu tartışmalardan çıkarttığım bir sonuç. Acaba Türkiye'de poliste uzmanlaşma gerekliliği var mıdır? Bu adlî polis kurulması gibi. Adlî tabipler Türkiye'de zaten 200 kişi, bunlara hakim ve savcıların özlük hakları verilerek ücretlendirilme konusu çözülemez mi? Sanırım bu krizi çok fazla ağırlaştırmayacaktır.

Erkan BULUT

Seydişehir Cumhuriyet Başsavcısı

Şimdi biz pratikte otopsi yaparken CMUK 79. maddesine göre hakim yapar, gecikmesinde çok sakınca olmadığı hallerde savcı yapar diyor. Fakat ben kendi meslek hayatımda otopsi yapan hakim görmedim. Bu konuda yeni ceza usulü tasarısında bir değişiklik yaptırmak düşünülebilir. Yeni tasarıda yanlış anlamadıysam il adalet komisyonu başkanlığının bilirkişi listelerini belirlemesi söz konusu. Bir de yine sağlık müdürlüklerinin illerde adlî tabipleri belirlemesi söz konusu. Oysa bizim anladığımız kadarıyla bilirkişilerden de bildiğimiz kadarıyla, bilirkişileri hakim ve savcılar serbestçe takdir ederler. Bu uygulama, bu serbest takdir hakkına acaba etkili olmayacak mı? Teşekkür ederim.

Doç. Dr. Yasemin GÜNAY BALCI

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Birkaç görüş bildirmek istiyorum. Sayın Hancı'nın belirtmiş olduğu 1219 sayılı yasa gereği daha şimdi çıkarılması için çalışmaları başlanan bir yasa taslağının 4. maddesinde bilirkişi atanmasında bu taslakta üniversitelerde çalışan adlî tıp uzmanlarının atanmasına yer verilmemiştir. Zaten kelaynak kuşları kadar az olan adlî tıp uzmanlarından yeterince yararlanılmaması söz konusudur. Bunun, taslağı hazırlayanlarca değerlendirilmesini diliyorum. Bir de Sağlık Bakanlığı'nca çıkarılan ve bütün sağlık birimlerine gönderilen genelge, muayene rapor ve formlarıyla ilgiliydi. Biz bu konuyu araştırdık. Bakalım Adlî Tıp Şube Müdürlüklerine gelen geçici raporlarda bu formlar ne kadar kullanılmış, etkinliği nedir bir bakalım dedik ve formların kullanılma oranı % 12 çıktı. Yani demek ki sadece genelge çıkarmakla sorunu çözümleyemiyoruz. Eğitim ve denetim faaliyetlerinin sürmesi lazım. Bir üçüncü görüşüm; şimdi artık Sağlık Bakanlığına bağlı bazı hastanelerde de adlî tıp uzmanı kadroları açılmaya başlanmıştır. Ülke çapında üniversitelerde de adlî tıp anabilim dalları yaygınlaştırılmakta, her gün olumlu gelişmeler söz konusu. Bu konuda yeni bir genelgeye ihtiyaç vardır. Eğer bir sağlık biriminde adlî tıp uzmanı kadrosu varsa tüm adlî raporların bu birimden verilmesi gerektiğiyle ilgili. Eğer bunu yaparsak bir taşla üç kuş vura-

cağız. Birincisi hizmet kalitesi artacak ve yargı süreci hızlanacak il içinde dahi. İkincisi, asistan ve öğrenci eğitimine temel olacak bu verdiğimiz raporlar. Üçüncüsü, sayın Okudan'ın söylediği gibi Adlî Tıp Kurumu ve bağlı birimlerine gelen rapor sayısı azalacak ve oralardaki hizmet kalitesi de artacak.

Prof. Dr. Oğuz POLAT

Adlî Tıp Kurumu Başkanı

Söz almak istemiyordum ama birkaç şey üzerine konuşma ihtiyacı hissettim. Arkadaşlar kelaynak sözünden rahatsızım, lütfen bu kelimeyi terkedin. Şu son 1-2 yıl içerisinde üniversitede adlî tıp anabilim dalı olmayan yerlerde yeni anabilim dallarının açılması, öncelikli hedeflerden bir tanesiydi. Şu anda gelecek Şubat'ta Kayseri başlayacak. Onun dışında şu anda sadece Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinin adlî tıp anabilim dalı yoktur. Diğer tüm fakültelerin adlî tıp anabilim dalları açılmıştır, açılmaktadır, açılmaya adayları tespit edilmiştir. Kuruluşları yapılmıştır, önce bunu belirteceğim. İkincisi adlî tıp uzmanı sayısı yetersizdi, doğrudur. Ama adlî tıp uzmanı sayısı yeterli düzeye gelecektir. Bununla ilgili olarak gerek Adalet Bakanlığına bağlı olarak açılan uzman, biliyorsunuz Adlî Tıp Kurumu TUS dışında uzmanlık veren tek kurumdur. Ve şu anda 33 tane asistan ihtisas görmektedir. Gelecek ayın sonunda alacağımız 11 kişi ile 44 olacaktır bu sayı ve bu sayının arttırılmasına çalışılmaktadır. Ve arkasından diğer Sağlık Bakanlığının yaptırdığı protokol gereği 50 kişi daha ihtisas sınavına başlayacaktır. YÖK'ün 8 ay önce yaptığı bir toplantıda YÖK öncelikli olarak desteklenmesi gereken anabilim dalları içinde adlî tıpı da öngörmüştür. Üç daldan bir tanesidir bu. Ve şu anda tüm üniversiteler adlî tıp anabilim dallarına uzman öğrencisi almak üzere TUS'a kadro vermektedirler. Bu, gerek kurumda, gerek gelişmiş olan Ege olsun, Çapa olsun, Marmara olsun, Ankara olsun, gibi anabilim dallarında eğitim göreceklerdir ve 2002 sonunda Türkiye'de iller bazında olması gereken uzman sayısına kavuşulacaktır. Ve 2004'te de diğer büyük ilçeler artı bir kişi hesabına göre yapılmıştır. Diğer uzmanların da katılımıyla bu sayı aşılacaktır. O yüzden özellikle kendi arkadaşlarımdan kelaynak sözü duymak istemiyorum. Bu sözü kapatın artık, böyle bir şey yok. İkincisi Sayın Poyraz'la her zaman bunu tartışıyoruz. Sayın Çetin yeterince söyledi ama Kurum Başkanı olarak söylemek ihtiyacı hissediyorum arkadaşlar. Bazı konular tartışmaya açık değildir. Ve hekimin hastasını tek başına muayene etme hakkı, hastanın da hakkıdır, hekimin de hakkıdır. İstisnai haller aynen Çetin'in söylediği gibi kuralı bozmaz. Bunu söylüyorum. Son olarak burada tam tezattık, burada tam birlikteyiz. Poyraz'ın çok doğru söylediği bir şey var. Arkadaşlar, Adlî Tıp Kurumu ve tüm dünyada adlî tıpla ilgili çalışan kuruluşlar yani bilirkişilik yapanlar sadece kendilerine gelen olguya bakarlar. Olguyla ilgili sorulan soruları açıklığa kavuşturulması gereken soruların cevabını vermekle yükümlüdürler. Tarafların kim olduğu hiç ilgilendirmez. O yüzden özgür ve bağımsız olmak zorundadırlar. Bu yüzden Adlî Tıp Kurumu da diğer dünyadaki benzer kuruluşları gibi ama özellikle akademik birikimini arttırarak, şu anda onun adımları kütüphanesi açılarak, her periyodik iki dergisini çıkararak, şu anda 10 olan ama sayısı artacak kitap ve yayınlarıyla ve eğitimleriyle bir akademi olma yolundadır. Kayıtlara geçmesi için söylüyorum, adlî tıbbın, Kurumun geleceği adlî tıp akademisidir. Adlî Tıp akademisi olması halinde çok daha özgür ve doğru işler yapacaktır. Şu anda doğru işler yapmaktadır tüm koşullara rağmen. Bu doğru işleri de hakim, savcı, Yargıtay üyelerimizden oluşan bir birliktelik içinde yapmaktayız. Ama daha iyi nasıl yaparız, bunu tartışıyoruz. Son bir sözüm var. Sayın Poyraz ile birlikte korsan panelist gibi olduk ama onu da söylemek ihtiyacı hissediyorum. Bilirkişilikte ücretlendirme sorundur. Her camianın olduğu gibi bu camianın da bir derneği vardır. Adlî Tıp Uzmanları Derneğinin de temel görevi bunun çözümüdür. Bu panellerden çok daha sivil

toplum girişimidir bu. Meslek kuruluşu girişimidir ve biz uzmanlar olarak, Kurum Başkanı olarak konuşmuyorum, uzman olarak konuşuyorum, tüm desteğimizi vererek bunun için çözüm arayışı içinde olmamız gerekiyor. Çünkü bu bizim bir özlük hakkımızdır. Teşekkür ediyorum.

Doç. Dr. Serhat GÜRPINAR

Adlî Tıp Kurumu 5. İhtisas Kurulu Üyesi

Ben Sayın Kaylan'ın bilirkişilik muayenesiyle ilgili olan görüşlerinde tasarıyla ilgili olan yeni bilgilendirmemizde sanık ve mağdurdan örnek alınmasında bence de etik olarak tartışılması çok önemli bir faktör. Ondan sonra bunun güncelleştirilmesi ve ifadelendirilmesi önemli zannediyorum. Benim asıl değinmek istediğim konu, Adlî Tıp Kurumu'nun bilirkişi olarak, resmi bilirkişi organı olarak gündeme getirilmesi ve öncelikle hep resmi tarafının vurgulanması beni bir kurum mensubu olarak rahatsız ediyor. Biz bilimselliğimizle her zaman öne çıkmayı istiyoruz. Resmiyet Türkiye'nin merkezi koşullarında ya da Türkiye'nin Devleti'nin hantallığı koşullarında getirilmiş olan bir ifadelendirmedir. Bundan sonra devletin küçülmesi çerçevesinde bu iş Adlî Tıp Kurumu'nun üzerinden de zaman zaman kalkacaktır. Fakat Türkiye koşullarında bu işi yapacak başka insan olmaması ya da daha başka kurumlar olamaması dolayısıyla böyle sorun yaşıyoruz biz. Bu sorunu aşarken Adlî Tıp Kurumu'nun özel bilirkişilik yapması gibi bir aşamayı da geçmemiz lazımdır. Çünkü bu hem mahkemeden önce gelen bize avukatlar ya da taraflar tarafından rapor isteklerinin karşılanmasıyla Yargının hızlanması sağlanacaktır. Hem de Adlî Tıp Kurumu'nun maddi imkanlarının fazlalaşmasıyla cazip hale getirilmesi sağlanacaktır zannediyorum.

Dursun KAYA

Akşehir Ağır Ceza Mahkemesi Başkanı

Sayın Okudan Hocamıza bir sorum var. Özellikle tutuklu dosyalarda Adlî Tıp Kurumu İstanbul'a gönderdiğimizde 9 ay, 10 ay gibi bir süre geçmesine rağmen bazen dosyaların dönmediği oluyor. Bu durumda bizim, dosyanın akibetini sorma gibi bir yükümlülüğümüz de var. Bu tür yazılan yazılara adlî tıpça herhangi bir cevap verilmiyor. Acaba bu konuda cevap alabilir miyim?

Keskin KAYLAN

Yargıtay 6. Ceza Dairesi Üyesi

Hakim ve mahkemelere hiç kimse emir ve talimat veremeyeceği için biz de veremeyiz. Ama konu önümüze gelirse bir bozma veya onama kararında ne yapılması gerektiğini söylemek durumundayız. Bu bakımdan Yüksek Sağlık Şurası tabii ki resmi bilirkişidir. Adlî Tıp Kurumu'nu da resmi bilirkişi olarak biz atamadık. Yasa söyledi-

ği için ben öyle söyledim. Yasayı değiştirirseniz başka olur adı. Yüksek Sağlık Şurasından 1/219 sayılı ve Hıfzısıhha Yasası gereğince doktorların görevleri gereği de işledikleri suçlar nedeniyle Yüksek Sağlık Şurasından mütalaa ve rapor alınacağı resmi bilirkişilik görevinde onların yapacağı belirtilmiş, ancak biz yargıçların, uygulayıcıların gözünde Adlî Tıp Kurumu İhtisas Kurulları ve en sonunda Adlî Tıp Genel Kurulu bizim son merciimiz. O nedenle ihtisas kuruluna rapor gelirken kişisel görüşüm; önce Yüksek Sağlık Şurası raporu alınmalı. Yüksek Sağlık Şurası raporu hüküm kurmaya yeterli ise yargı için size gelinmemeli. Ama o rapor sizi tatmin etmemişse o zaman ihtisas kuruluna, gerekiyorsa iki rapor arasında çelişkiyi gidermek için de genel kurula gidilebilir diye düşünürüm. Kişisel görüşüm bu. En çok durulan bu muayene konusuydu. Elbette biz sanığın, şüphelinin veya onlar dışındakinin muayenesi konusunu bir madde metni haline, tasarı metni haline getirmeden önce mukayeseli hukuku tartıştık. Mukayeseli hukuku araştırdık. İngiliz hukukunu, Fransız hukukunu, Alman hukukunu hepsini inceledik. Ve İngiliz hukukunda diyor ki; eğer adam istenenleri vermeye gitmezse kabul etmiş sayılır. Biz bunu kendi hukukumuz açısından söyleyemeyiz. Bir yöntemi seçmemiz gerekiyor. Bu yöntemlerden bize en yakını Alman hukuku geldi. Alman Ceza Muhakeme Usulü Kanunundaki düzenleme geldi. Ancak çok sertti. Biz operasyon yapılmasın, başka türlü delil elde edilemeyecekse son çare uygulansın dedik. Yine ben size söylemedim. O kararların hepsi itiraza tabi kararlar. O kararlara tarafların itiraz hakkı var. Ama elbette tartışılması gerekir. Toplumun korunmasıyla bireyin haklarını dengeye getirmeye çalışıyoruz. Gerektiğinde bireyin bazı haklarını toplumun çıkarları için feda edebilir miyiz edemez miyiz tartışılır. Ama biz epey emek verdik o maddeye, eleştirilmesine de saygı duyuyorum. Taksirli suçlarda ben dedim ki, taksirli suçlarda bilirkişi raporu alınsın demedim. Bilirkişiyi zaten son çare ve teknik konuda gidilmesi gerekir dedim ve hatta dedim ki davanın öncelikle ve asıl bilirkişisi hakim ve mahkemedir. Hakim var olan olgulardan doğru ve yerinde bir sonuç çıkarabilecek bilgi ve uzmanlığa sahipse bilirkişiye gitmez, kendi kararını verir dedim. Trafik kazaları ile ilgili konularda teknik yönler varsa bilirkişi görüşüne gittim ama onun dışında ben taksirli suçlarda bilirkişi mütalaası almadan çok rapor verdim. Adlî Tıp Kurumu Trafik İhtisas Dairesinin kusursuzdur raporuna rağmen ben adama 4/8 oranında kusurlu olduğuna dair hüküm verdim. Çankaya yokuşundan inen asfalt kamyonunun Kavaklıdere kavşağındakileri ezmesinde çıkış vitesini kullanmadığı, duruş vitesinde yüksek vites kullandı, onun için bu sonuç geldi dedim. Yargıtay kabul etti. Her zaman söylüyorum, önce bilirkişi hakim bütün gerekçesini gösterir, bilirkişiye gitmek zorunda değildir. Ama kendisini aşıyorsa, çok teknik konular varsa elbette ki gidecektir. Bilirkişiyle ilgili süre konusuna değindi bir izleyicimiz. Ben zamanı iyi kullanabilmek için onları hemen özet olarak geçtim. Bilirkişi incelemesi yapılmasına ilişkin kararda teknik nitelikteki ve yanıtı özel bilgiyi gerektiren soruların incelenmesinden başka bir hususa ilişkin olmayacak inceleme konusu ve görevin yerine getirileceği süre belirtilir. Özel nedenler zorunlu kıldığında bu süre bilirkişilerin istemleri üzerine kendilerini atayan merciin gerekçeli kararıyla uzatılabilir. Zaten hukuk mantığı da bu şekilde devam etmesini gerektiriyor. Ancak ben zamanı kısa kullanabilmek için sadece satırbaşlarına değindim. Elbette bu kararlar da her zaman yasal yollara açık kararlardır. Bilirkişi listesine değindi izleyicimiz. Yeni sistem geliştiriliyor. Yeni sistemde elbette resmi bilirkişiler var. Resmi bilirkişiler dışındakini biz herhangi bir kişinin müdahalesine bırakmadık. Adlî Komisyona bıraktık. Komisyon bu listeyi değerlendirecek. Ancak ben yine orada zamanı iyi kullanmak için söyledim. Ama bu listenin dışından da bilirkişi seçebilir hakim ve mahkeme. Bilirkişiyi seçerken de niçin listeden seçmediğini gerekçeli olarak göstermek zorundadır. Yanıtsız kalan sorular var mı?

Prof. Dr. Hamit HANCI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adlî Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Sayın konuğumuz seçme hakkından bahsetti bilirkişiyi ama buradaki listelemede bir eşitlik söz konusu. Yani eşitler arasında bir listeleme var. Yani siz illa birini seçmeniz gerekiyorsa sayın hocamızın belirttiği gibi bir gerekçe göstermek zorundasınız. Bu kişiyi niye seçiyorsunuz yani ayrı bir uzmanlığı yok, ayrı bir deneyimi yok. Eşitler arasında niye devamlı aynı kişiyi. Bunun bir gerekçesi olması gerekir diye düşünüyorum. Isparta'dan gelen sayın savcımız için çok, hemen kesin, Adlî Polis Teşkilatının kurulması bu sorunu zaten kökünden çözecektir. Yüksek Sağlık Şurası ile ilgili konuya değinmek istiyorum. 2 yıl kadar çalıştım orada. Yasa gereği Yüksek Sağlık Şurası'na başvurma zorunluluğu ceza davalarında ve mahkeme aşamasında olan dosyalar için geçerli ve o kadar yoğun bir iş gücü var ki şuranın en sonunda yaklaşık 2 yıl önce bir yazı çıkardılar ve gönderdiler bunu ilgili yerlere. Biz dediler "hukuk davalarında savcılık aşamasında olan davalarda ve idari olan davalarda hekim sorumluluğuyla ilgili dosyalara bakmayacağız. Sadece yasanın zorunlu kıldığı ceza davalarında o da mahkeme aşamasındayken bakacağız" dediler. Onun için oraya gitmeden Adlî Tıp Kurumu'na gönderilebiliyorlar.

Uz. Dr. Mustafa OKUDAN

Adlî Tıp Kurumu, 3. İhtisas Kurulu Üyesi

Sayın savcının sorduğu, dosyanın geciktiği ya da tenkide cevap verilmediği hususu, bilmiyorum tabi bütün dosyalar için söz konusu değil herhalde. Atlanmış bir husus olabilir açıkçası. Bir de organ doku ve parçalarının verildiği durumlarda birçok bölümde tetkik yapıldığından bu bazen zaman almakta incelemenin şekli açısından söylüyorum bunu. Bu nedenle uzamış olabilir. Esasında dosyaların bekleme süresinde önemli ölçüde azalmalar meydana gelmiştir. Teşekkür ederim.

PANEL - II

MÜESSİR FİİLLER İLE OLUŞAN ARIZALARIN TCK'NUN İLGİLİ MADDELERİ KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Şevki SÖZEN

Adlî Tıp Kurumu, 2. İhtisas Kurulu Başkanı
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Müessir fiiller ile zarara uğrayan kişilerde meydana gelen tıbbi değişimleri belgelemek hekimin görevi, ancak hekim bu değerlendirmeyi yaparken hem objektif olmak zorunda, hem tıp ilminin analitik düşünce yapısını kavramak hem de hukuk biliminin kesin parametrelerine uymak zorunda. Onlara hekimin verdiği rapor hukukun daha sonra Yargı da vereceği kararlarda büyük bir yol göstericiliği olacak. Bu durumda hekimin verdiği kararların hem objektif olması hem de nesnel kriterlerinin sabit olması gerekiyor. Tabii sabit olması parametreleri bulmak çok da kolay değil. Müessir fiiller tek bir mekanizma riski oluşturmuyorlar. Kişiden kişiye değişen etkilerle farklı zararlar ortaya çıkarıyorlar. Ve biz hekimlikte şöyle bir anlayış var. Hastalık yok, hasta vardır. Kişide meydana gelen zararın her kişide tek tek değerlendirilmesi ayrı bir önem taşıyor. Ancak verdiğimiz raporların standart belli verilere de uygunluğu gerekiyor. Bu koşullarda ortaya birtakım kriterler ve bu kriterlere yanıt verilmesi isteniyor. Hayati tehlike, mutad iştigal, çehrede sabit eserler, uzuv zaafı ve uzuv tatili gibi kriterler, çok eski yıllardan beri halen kullandığımız ve var olan kriterler. 1950'li yılların şöyle bir adlî tıp kitaplarına geri dönüşlü gidersek oralarda da halen kullandığımız hayati tehlike kriterlerinin mevcut olduğunu, aynı kriterlerin benzer şekilde tanımlandığını görüyoruz. Oysa ki tıp ilerliyor. Yeni yöntemler, yeni modern yöntemlerle tanılar ortaya çıkıyor. Ve bu tanılar doğrultusunda travmaların belki farklı şekillerde ölçütlendirilmesi gerekiyor. Bugün belki de bunu tartışacağız ve müessir fiillerle ilgili TCK'nun ilgili maddeleri kapsamındaki değerlendirmeyi hep birlikte konuşacağız.

İlk panelistimiz İsmail Seçer 2000 yılında Yargıtay üyeliğine seçildi. Sayın İsmail Seçer şu anda Yargıtay 5. Ceza Dairesi Üyesi.

İsmail SEÇER

Yargıtay 5. Ceza Dairesi Üyesi

Teşekkür ederim Sayın Başkan

Hazır olanları saygıyla selamlıyorum. Adalet Bakanlığımızın günlük istatistiklerine bakıldığı zaman ceza davalarının büyük bir kısmının müessir fiil suçlarına ilişkin olduğu görülmektedir. Aynı yoğunluk sanıyorum Adlî Tıp Kurumumuzda da devam etmektedir. Benim elimdeki bir alıntıya göre Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kuruluna 1999 yılında gelen toplam iş sayısı 10953. Bu diğer ihtisas kurullarına gelenlerin hepsinden daha çok. Bu suçların bir özelliği de yoğun işlenmesi yanında bir özelliği yargılamada tıp ilminin katkılarına ihtiyaç göstermesidir. Yargı önünde bulunan her müessir fiil dosyasında mutlak ve mutlak en az bir tane tıbbi rapor vardır. Kurulan kararda tabir yerindeyse hakimin yanında hekimin de büyük emeği vardır. Bu nedenlerle panel konusunun son derece isabetli seçildiği kanısındayım. Nedir müessir fiil? Kanuni tarihten yaralanarak müessir fiili cisme vücuda eza acı veren, sıhhati ihlal eden, akli melekelerde karışıklık meydana getiren hareketlerdir diyebiliriz. Bunlar fiziki acı verme, yanında teessür uyandıran, ruhi efallere neden olan ihmali hareketler de olabilir. Darp gibi, cebir zor gibi icrai hareketler de olabilir. İnsanın temel haklarının başında yaşama hakları gelir. Bundan sonraki temel hak, vücut tamlığının korunmasını isteme hakkıdır. Nitekim anayasamızın 17. maddesi herkesin yaşama ve mad-

di manevi varlığını koruma hakkında 56. maddesi ise devletin beden ve ruh sağlığı içinde bireyin hayatını sürdürmesini sağlama yükümlülüğünden söz etmektedir. Devletin asli görevlerinden birisi de bireylerin beden tamlıklarına bütünlüklerine vücut, akıl ve ruh sağlıklarına yönelen saldırıları önlemek ve cezalandırmaktır. Bu nedenledir ki tüm toplumlarda vücut tamlığına yönelen bu tür fiiller suç olarak nitelendirilerek ceza kanunlarında yerini almıştır. Ceza kanunumuz müessir fiilleri kasten müessir fiil ve taksirle müessir fiil olmak üzere çok bilindiği gibi ikiye ayırmıştır. Kasten müessir fiil Türk Ceza Kanununun 456. maddesinde, taksirle müessir fiil de TCK'nun 459. maddesinde düzenlenmiştir. TCK'nun 456. maddesi ayrıca, TCK 188, 201, 193, 243, 245, 254, 258, 308, 414/2, 415/2, 416/1, 429, 495 gibi daha da var, gibi maddelerinde amaç suç içinde unsur olarak vardır.

TCK'nun 456. maddesini genel hatlarıyla ortaya koyarsam böylece TCK'nun 459. maddesini de ortaya koymuş olacağımı düşünüyorum. Kasten müessir fiili cisme eza veren sağlığı bozan bir fiilin bilerek, istenerek gerçekleştirilmesidir. Cismen eza bilindiği gibi bedende, vücutta duyulan acıdır. Hareketin az, çok acı doğurması yeterlidir. Sıhhati ihlal mevcut sağlığın kötüye gitmesidir. Sağlık durumunun geçici bozulması yine yeterlidir. Akli melekelerde karışıklık mağdurun ruhsal durumundaki sapmaları gösterir. Kanunumuz mağdurda meydana gelen arızalara göre TCK'nun 456. maddesini 4 fıkra halinde derecelendirerek buna göre de cezaları ağırlaştırarak düzenlemiştir. Bu fıkraların her birinin müstakil bir fiil mi olduğu yoksa bir müessir fiilin dereceleri mi olduğu sorulmaktadır. Kanunumuza göre bu sorunun cevabı meydana gelen kasta bakmaksızın failin sorumlu tutulmasına göre objektif sorumluluk benimsendiği eylemlerdir. Mağdur üzerindeki etkilere göre derecelendirildiği görülmektedir. Netice itibariyle ağırlaşan suç olarak görülmektedir. Müessir fiilin hafif derecesi TCK'nun 456/4 fıkrasında basit derecesi 456/1. fıkrasında, ağır dereceleri de bilindiği gibi TCK'nun 456/2 ve 456/3 fıkralarında düzenlenmiştir. TCK'nun 456/4 fıkrasında müessir fiilin en hafif şekli düzenlenmiş olup, hiçbir hastalığa veya mutad iştigalden mahrumiyete yol açmamaktadır veya bunların 10 günü geçmemesi halinde uygulanır. Silah sayılan bir vasıtayla işlenmediği takdirde takibi şikayete bağlıdır. TCK'nun 457. maddesinde belirtilen silah sayılan vasıtayla işlendiği takdirde şikayete gerek yoktur. Bu fıkrada öngörülen müeyyide 2 aydan 6 aya kadar hapis ve bugünkü tarihe göre 142.360.600 TL ağır para cezasıdır. TCK'nun 456/1. fıkrası fiil 10 günden fazla, 20 günden az, 11-19 gün hastalığa veya mutad iştigalden mahrumiyete neden olmuşsa bu fıkra içinde mütalaa edilecektir. Bunun da müeyyidesi 6 aydan 1 yıla kadar hapistir. Hastalık hekim raporuyla tespit edilir. Mutad iştigal normal bedeni hareketlerin yerine getirilememesidir. TCK'nun 456/2. fıkrası; başlıkları sayıyorum daha sonra ayrıntılara hep birlikte gireceğiz. 456/2. fıkrası a) havastan ve arızadan birinin devamlı zaafı, b) söz söylemekte devamlı müşkülat, c) çehrede sabit eser, d) 20 gün ve daha fazla süren hastalık, e) 20 gün ve daha fazla mutad iştigalden mahrumiyet, f) hayati tehlike geçirme, g) gebe kadının vaktinden önce doğumu. Havas dış dünyanın etkilerini duymaya yarayan 5 duyudur. Görme, işitme, tatma, koku alma, hissetme, adale duygusu gibi. Aza organ, belli hareketlerin yapılmasına yarayan anatomik ve fizyolojik anlamda vücut kısımlarıdır. Önemli olan fizyolojik anlamda zaaftır. Çehre saçların bittiği yerden başlayıp kulak kepçesinin dış kenarından ve alt çenenin keskin kenarından çene ucuna kadar gelen kısım olarak belirtilmektedir. Sabit iz rahatça görülebilen ve geçici olmayan çehrenin tabii görünümünü etkileyen izdir. Çehreyi çirkinleştirip çirkinleştirmemesi önemli değildir. Her insanın çehresini, çehresinin tabii haklarını muhafaza etmek ve korumak hakkına haizdir. Hayati tehlike, ölüm tehlikesinin yakın ve varit olması halidir. Hayati tehlikenin varlığı tıbben tespit edilmelidir. Hayati tehlikenin varlığı önemli, süresi önemli değildir. Gebe kadına karşı yapılan müessir fiilde çocuğun zamanından önce doğması müessir fiilin ağırlaşmış şeklidir. Failin kadının gebe olduğunu bilmesi gerekir. Bu bizim 1945 tarihli içtihadı birleştirme kararımızdan çıkmaktadır. TCK'nun 456/3. fıkrası a) iyileşmesi kabil olmayan akıl ve beden hastalığı, b) bir organın el veya ayaklardan birinin kaybı, c) söz söyleme kudretinin kaybı, d) çocuk yapma kabiliyetinin kaybı, e) çehrenin daimi değişikliği, f) gebe kadının çocuğunun düşürülmesidir. Müessir fiilde ağırlatıcı sebepler var mıdır? TCK'nun 457. maddesinden gelen bilindiği gibi ağırlatıcı nedenler vardır. Müessir fiilin silahla veya aşın-

dırıcı ecza ile işlenmesi halinde ceza arttırılır. Silah, TCK'nun 189. maddesine göre ateşli silahlar, patlayıcı maddeler, tecavüz veya müdafaada kullanılan her türlü kesici-delici veya bereleyici aletler, yakıcı, aşındırıcı, yaralayıcı eczalar, zehirler ve boğucu, kör edici gazlar olarak gösterilmiştir. Ağırlatıcı neden olarak TCK'nun 450. maddesinden gelen ağırlaştırıcı nedenler bilindiği gibi vardır. Usul-u füruğ TBMM taammüd canavarca his ve işkenceyle yapılması yangın, su baskını gibi vasıtaların kullanılması yine bilindiği gibi TCK'nun 449. maddesinden gelen ağırlatıcı nedenler de fiilin karı-koca, kardeş, analık-babalık, evlatlık, üvey ana, üvey baba, üvey evlat, kaynana, kayınbaba, gelin aleyhine işlenmesi halinde ağırlatıcı nedenler olarak yerini alır.

İkinci konuşmacımız Sayın Nezir Suyugül Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu Üyesi, aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

Prof. Dr. Nezir SUYUGÜL

Adlî Tıp Kurumu, 2. İhtisas Kurulu Üyesi

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Öğretim üyesi

Sayın Başkan, değerli panelistler, saygıdeğer izleyenler

Ben sizlere iki konuda bilgi aktarmak istiyorum. Bunlardan bir tanesi sabit eser kavramının değişik bir yorumu çünkü bizim yasamızda 456. maddede az önceki konuşmacımız sayın Yargıtay Üyesinin de bahsettiği gibi çehre sınırları, saçlı deriden kulak sayvanı ve çene ucunda bitmek şeklinde bir sınır almıştır. Ancak benim burada sizlere göstereceğim 7-8 tane olgu benim yaklaşık 1.5-2 yıldan beri adlî tıpta biriktirdiğim olgulardan oluşmaktadır. Bunlarda çehrede klasik anlamda eski yasadaki tariflere uymayan lezyonların acaba biz ne şekilde bunlara çözüm getirebiliriz. Bu lezyonlar çok farklı izler bırakmışlar, hastaların yüzlerinde, başlarında, boyunlarında acaba bunlara bir yorum getirebilir miyiz diye bir merak saikiyle bunları toplamaya başladım. Yaklaşık 2-3 ay evvel yasada klasik çehrenin dışına taşan bir tarifin gündeme geldiğini buna boynun da katıldığını öğrendiğimde yaptığım bu işin acizane doğru olduğunu anladım. Ve o resimleri size sunmak istiyorum. Bakınız burada bir olgu görüyorsunuz, klasik çehre sınırlarını çiziyorum. Saçlı deri, kulak sayvanın birisi görünmüyor ama bir tanesi görünüyor. Bu sınır içinde kesinlikle bir lezyon yok. Çünkü lezyon burada değil. Bir sonrakinde, bakınız bu hastanın boynunda ne var. Bunun sadece _'lük kısmı ve ince kısmı klasik çehre sınırları içine giriyor. Geri kalan kısmı ise ve bayağı yan durduğunda profilden baktığımızda oldukça önemli bir kabarıklık, keloid dokusunun oluşmasıyla renk farkı gösteriyor bize. Bir sonraki, yine bakıyoruz çehre sınırları içerisinde klasik tarifte herhangi bir lezyon yok. Ama bir sonraki resimde burada birazcık dikkatinizi çekebilir belki. Şurayı biraz daha büyük görüyoruz. Kişi çehre sınırları içerisinde bir lezyon olmamasına karşın burada oldukça kabarık, boyu uzun, rengi farklı, hatta ciltten kabarıklık yapmış, bizim tıp dilinde keloid dokusu dediğimiz iyileşme sırasında özel bir yapı şeklini almasından dolayı ortaya çıkan bir lezyon görüyorsunuz. Hastanın boynunda bulunuyor. Bir sonraki, burdan hastaya profilden baktığımızda boyunu da şimdiki yeni yasada olduğu gibi, boyunu da içine alan bir tarife girdiğinde bu hastanın şu lezyonundan dolayı yeni yasa çerçevesi içinde, taslak çerçevesi içinde çehrede sabit eser ya da baş ve boyunda sabit eser gibi görülmesi gerektiğini anlıyoruz. Bunun daha başka bir olgudaki şekli. Yine boyunda. Bir sonraki olguda şu lezyonu geniş olarak gösteriyorum. Şu çehre sınırları içinde herhangi bir lezyon bulunmayan bir önceki hastanın boyundaki şu büyük Y harfi şeklindeki çirkin görünüşlü, rengi farklı kabarıklı olan ve bazı skatrisler, çekintiler yapan görünümler görüyoruz. Bunun yüzünü görüyoruz şimdi.

Klasik tarifte kesinlikle çehre sınırları içinde hiçbir lezyon yok ve biz bu hastaya çehrede sabit eser yoktur diyebiliriz. Hastanın profilden görünüşü, burada da çehre sınırları dışında lezyon var ama bu lezyon oldukça dikkati çekiyor. Bir sonraki, burada çehre sınırı hiçbir şey göremiyorsunuz. Hasta boğazlı kazak giymesine rağmen nispeten boynunun bir kısmı gözüküyor. Ama bizim işimiz boyunda değil. Hasta falçatayla yaralanmış ve saçlı deri içinde yani sınırların dışında dikkati oldukça çeken, en uzaktan bile zannediyorum görülüyor. Saçlı deri içinde kılsız bir alan görüyoruz, favorileri sonuna kadar uzuyor. Hasta favorileri uzatmış kapatmak için ama zannediyorum bu bölgede kıllar biraz zayıf olduğu için buna muktedir olamamış. Bu nasıl ileride kalkacak? Belki şu saçları biraz daha şöyle getirmek suretiyle estetiğini kendi düzeltmeye çalışacak. Bu da klasik anlamda çehre sınırlarının dışında saçlı derinin içinde ama hemen dikkati çekiyor. Bir sonraki, burada bir elektrik yanığı görüyoruz. Bir parça çehre sınırlarının dışında lezyon gibi bir şey görülüyor. Şimdi bunu, hastanın şu yarısını göreceğiz profilden. Hastanın bu yarısında hiçbir sorun yok. Çehre sınırları içinde de bir sorun yok. Saçlı deride bir sınır yok. Diğer yarısında görüyorsunuz korkunç bir lezyon var. Sınırların dışında hiçbir lezyon yok. Ama saçlı deride arka bölgeye kadar uzanan oldukça geniş büyük bir defekt var. Yandan bakıldığında kesinlikle en uzaktaki insanlar tarafından bile görülebilecek bir lezyon. Bir sonraki olgu, yaklaşık bir hafta önce Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kuruluna geldi. Karşıdan görüyoruz hastamızı sanki saçlarını pank yapmış 13-14 yaşlarında bir kız çocuğu gibi görülüyor. Bu kız çocuğunu köpek ısırmış. Bakınız ne hale getirmiş. Bir sonraki, burada boşluk var, burada bir bebeğin profilini görüyorsunuz. Pek dikkatli bakmazsanız, araştırıcı gözüyle bakmazsanız, bu çocukta fazla bir şey göremiyorsunuz klasik tarifteki çehre sınırları içinde. Bu çocuk ameliyat olmuş bir çocuk. Yani bir lezyonu vardı bunun. Ama annesi, babası bu lezyondan rahatsız oldular. Bu çocuğu ameliyat ettirdiler. Bu çocuk ameliyattan sonra bu halde. Acaba ameliyattan önce neydi? Onu görelim. Çok güzel bir estetik ameliyat yapılmış. Çocuk güzelleşmiş yani sabit eser ortadan kalkmış gibi görünüyor. Bir sonraki, bakınız güzel bir kız görüyoruz burada. Hiçbir sorun yok, çenesinin altında da bir sorun yok, ben bunun resminin tamamını biliyorum. Bakınız bu kız ameliyattan sonra böyle olmuş. Ameliyattan önce nasıldı, onu görelim. Ameliyattan önce saçlı deriden başlayan, açıklığı saçlı deriye doğru bakan ters J harfi şeklinde, U harfi şeklinde lezyon varmış. Bu kız bu halden bu hale gelmiş, plastik cerrahlara teşekkür ediyoruz. Gerçekten güzel bir eser yaratmışlar. Bir sonraki, bu kızcağızımız trafik kazasından sonra böyleydi. Tabi biz bunu böyle görünce sabit eser diyoruz. Ama hasta bize bu eserden rahatsız olup da ya da bebek örneğinde olduğu gibi annesi, babası rahatsız olup da bunu mahkeme sonuçlanmadan bir karara bağlanmadan Adlî Tıbba muayeneye gelmeden önce muayene ettirirse karşımıza böyle hiçbir lezyonu olmayan olgular çıkabiliyor. O nedenle öneri olarak da, bu tartışmaya açık; bu türlü olguların değerlendirilmesinde mağdurun zarar görmemesi için herhalde kısa sürede bu olguların değerlendirilmesi ve gerçek anlamda sabit eser varsa çehrelerinde, onların estetik ameliyatla düzeltilmeden önce karara bağlanmasının yerinde olduğunu düşünüyorum ve bunu da tartışmaya açabiliriz. Benim ikinci değineceğim husus, uzuv tatili ile ilgili. Biz bildiğiniz gibi çift organlarda, el, ayak gibi, akciğer gibi tümünün kaybı olan organlarda uzuv tatili diyoruz. Akciğerin bir lobu alınırsa solunum fonksiyonlarına bakaraktan biz buna uzuv zaafı belki diyebiliriz. Hatta belki demeyebiliriz. Çünkü öbür lob genişlemiştir. Toraksı doldurmuştur, bir sorun belki olmayabilir. Ama göz gibi, kulak gibi, testis gibi ovaryum gibi bazı organlar var ki onların bazı durumlarda tam kayıplarına bizim içtihatlarımız içinde bazılarına uzuv zaafı deniyor. Mesela bir kulakta total sağırlık var, hiçbir şey duymuyor. Simülasyon test ederek, hiçbir şey duymuyor ve bu kulağa bizim yerleşmiş şu andaki uygulamamızda uzuv zaafı diyoruz. Halbuki hastanın sağ kulağı kesinlikle bir şey duymuyor. Göz için, eski hocamız, Zeki Sürel hocamızın zamanında verilen bazı bilimsel çabalardan sonra, gözün bir tanesinin kaybı da aynı kulak gibi uzuv zaafı olarak değerlendiriliyordu. Ama bazı bilimsel açıklamalar ve ikna edici yorumlar getirdikten sonra iki gözün çift gözün derinlik hissi olması özelliğinden dolayı bu gözlerin tek tek her birinin organ olduğu kabul edildi ve öyle gidiyor. Ama şu anda kulakta bir sorunumuz var. Kulakta total sağırlık bizim içtihatlarımız içinde uzuv zaafı olarak görülüyor. Eğer kula-

ğı biz sağ kulak bir organ, sol kulak bir organ diye alırsak buradaki total sağırlığın kesinlikle uzuv tatili olması gerektiğini düşünüyoruz. Aynı şekilde testislerden bir tanesinin kaybı. Bu da uzuv zaafı olarak yorumlanıyor ve öyle raporlarımıza geçiyor. Bunun da ben uzuv tatili olması yönünde fikrimi beyan ediyorum ve tartışmaya açıyorum. Aynı şekilde bayanların ovaryumlarıyla ilgili bir sorunları varsa herhangi batından bıçaklanmada ovaryum zedelenmesi, ovaryum alınmışsa ve o kadın da reprodüksiyon çağında ise, burada bir nüans var, erkekler için de tabi andropoz çok önemli, kadınlar için de menopoz çok önemli. Her iki grup için de bu organların, bu cinsel organların reprodüksiyon çağı içinde olmaları koşuluyla uzuv tatili olmasını ben düşünüyorum. Aynı şey çocuklardaki timüs bezi. Timüs bezi göğsümüzün önünde çocuğun göğsünün önünde yer alıyor ve çocuğun belli yaşa kadar immün sistemini bağışıklık sisteminin oluşmasında büyük rol oynuyor. Eğer ki herhangi bir kazadan sonra, toraks yaralanmasından sonra timüste de herhangi bir zedelenme olur, kanama olur, parçalanma olur ve doktorun ameliyat sırasında timüsü alması 1-1,5 yaşındaki çocukta, 6 aylık çocukta gerekiyorsa, o çocuğun önemli fonksiyonunu yerine getirdiği için bu organın o yaş dönemi içinde yani fizyolojik fonksiyon dönemi içinde ben uzuv tatili olması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü bir müddet sonra timüs bezi atrofiye uğruyor. İnce fibroziş yağ dokuşu halinde, tabaka halinde kalıyor, daha sonraki dönemlerde başka organlar bu immün sistemi üzerine aldığı için böyle bir sorun ortaya çıkmıyor diye düşünüyorum. Tartışmalar sırasında zannediyorum yeni fikirler oluşacak, o fikirleri birlikte tartışacağız. Çok teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Şevki SÖZEN

Adlî Tıp Kurumu, 2. İhtisas Kurulu Başkanı

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Sayın Suyugül'ün özellikle çehrede sabit eser konusunda verdiği çarpıcı slaytlar ve uzuv zaafı, uzuv tatili adına verdiği öneriler için teşekkür ediyoruz. Genel uygulamadaki karşılaşılan sorunları çoğaltmak mümkün. Vücuttaki herhangi bir izi de, vücutta kalıcı bir iz olarak değerlendirmek gerektiği ortaya çıkıyor. Bu da önemli bir konu, belki tartışılması gereken bir konu. Yine travmanın vücutta oluşturduğu zararın derecelendirilmesinde kullanılan kriterlerde bir takım sıkıntılar var. Mutad iştigal kavramında birtakım sıkıntılar ortaya çıkıyor. Örneğin kişide tek bir travma var. Belirli bir hayati tehlike ve mutad iştigal açısından bir karara varılıyor. Ancak kişide üç ya da dört, çok travma var. Bunların mutad iştigal açısından değerlendirilmesi yapıldığında ise en çok mutad iştigale engel olan travma gözönüne alınıyor ve ona göre bir karara varılıyor. Oysa ki çok travmalı bir kişinin mutad iştigali gerçekte çok daha fazla bir süre engel oluşacak. Ancak genel uygulamada böyle bir sıkıntı da var. Bütün bu sıkıntılar konusunda konuşmak üzere Prof. Dr. Gürsel Çetin'e sözü veriyorum. Çünkü bunların düzeltilmesi adına birtakım öneriler var. Dünyada birtakım uygulamalar var. Gürsel Bey bize bunlardan bahsedecek muhtemelen.

Gürsel Çetin, Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu raportörü ve İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

Prof. Dr. Gürsel ÇETİN
Adlî Tıp Kurumu, 3. İhtisas Kurulu Raportörü
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Teşekkür ederim, sayın Başkan. Sayın dinleyiciler sözlerime başlamadan önce hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Müessir fiillerin 456. madde kapsamında değerlendirilmesi ve sorunlar deyince ben uygulamada hakikaten çok büyük sıkıntılar yaratan, hakikaten değişmesi gereken çok önemli şeylerin olduğunu düşünüyorum. Bunu şöyle vurgulamak istiyorum ve bunu samimi olarak söylüyorum. Bu müessir fiiller dersini yıllardır öğrencilerime ben şahsen anlatırken onların sordukları birçok soruya veya yaptıkları birçok eleştiriye bir yerde cevap veremez duruma düşüyorum. İnanıyorum ki herkes aynı sıkıntıyı çekiyordur. Ben bazen sıkıştığım zaman "artık bu kadar üstüme gelmeyin, bu kanunu ben yazmadım" demek zorunda bile kalabiliyorum. Bu kadar büyük sıkıntılar yaşanabiliyor. Aslında müessir fiiller denince uygulamada yaşanan sıkıntılar açısından tabii yaşanan en büyük sıkıntı, müessir fiiller bahsinde geçen birçok kavramın bizim kendi hekim arkadaşlarımız tarafından iyi bilinmemesi, iyi öğrenilmemiş olması ve yanlış uygulanmasından kaynaklanır. Bundan, sabahki konuşmalarda da bahsedildi. Ancak şunu özellikle vurgulamak istiyorum. Benim konuşmamın kapsamı bunun dışındadır. Bu konularda ben vurgulama yapmayacağım. Benim vurgulayacağım konular daha ziyade Adlî Tıp Kurumu'nun uygulamaları, bu konuda lokomotif görevini gören Adlî Tıp Kurumu'nun uygulamaları ve onun paralelinde çalışan kurumların uygulamalarındaki aksaklıklar ve kanunun kendisindeki aksaklıklardır. Elbette ki burada bu kadar değerli hukukçu varken kanunla ilgili aksaklıklarda biraz daha az söz söyleyip daha çok uygulamayla ilgili aksaklıkları söylemeye çalışacağım. İlk vurgulamak istediğim konu; hayati tehlikedir kavramlar açısından. Hayati tehlikenin ne olduğu, bundan ne kastedildiği, aşağı yukarı ufak değişiklikler olmakla beraber kişiden kişiye görüş değişiklikleri olmakla beraber bellidir. Ancak hayati tehlike yaratan lezyonların, travmaların ağırlığı çok farklı olabilir. Ama uygulamada biz bunların hepsini aynı potanın içerisine koyup, orada değerlendiriyoruz. Kişinin karnına bıçak girmiştir. Sadece karın zarını zedelemiştir, hiçbir organı zedelememiştir. Bu da hayati tehlikedir. Ama bıçak girmiştir, iki tane üç tane birden delmiştir. Bu da hayati tehlikedir. Hukuk tarafına karışmak istemiyorum dedim ama mecburen giriyorum. Bunun hukuk açısından değerlendirilmesini gözönüne aldığımızda hepsi bunların aynı 456. maddenin 2. fıkrasına girer ve aynı kategoride değerlendirilir. Burada çok büyük bir sıkıntı yaşandığını düşünüyorum. Bu iki şekilde çözülebilir. Ya hayati tehlikeyi de arasında sınıflandıracağız. Yani kanunda bir değişiklik olacak, ya da öyle yapmayacağız, hayati tehlike oluşturan yara ağırlıklarının, travma ağırlıklarının değerlendirilmesinde değişik birtakım bakış açıları getireceğiz. Ama nasıl olması gerekirse öyle davranıp bu konuda bir düzenleme yapılması gerektiğini düşünüyorum. Mutad iştigal kavramıyla ilgili daha fazla şey söyleyecektim ama şimdiye kadar söylenenleri ve sabah özellikle konuya değinilmiş olması nedeniyle bu konuyu biraz daha kısa geçmeyi düşünüyorum. Ancak şunu vurgulamak istiyorum. İnsan bir bütündür. Fiziksel bütünlüğü ve ruhsal bütünlüğü hiçbir zaman ayrı tutulamaz. Ama biz şimdiye kadar kanunda mevcut, bununla ilgili tanımlar veya kavramlar olmasına rağmen hep kişinin bedensel bütünlüğüyle yani fiziksel bütünlüğüyle ruhsal bütünlüğünü ayrı tuttuk. Bana öyle geliyor. Çünkü kişinin ruhsal bütünlüğünü de değerlendiren raporları şimdiye kadar verdiğimizi sanıyorum hiç kimse söyleyemez. 4. İhtisas Kurulu Başkanı da burada. Sanıyorum son zamanlarda özellikle kişide ağır ruhsal bozukluklar yaratan, posttravmatik stres sendromu adı verilen bazı olgularda bu gözönünde alınmaya başlandı son zamanlarda ama bunun bu konudaki eksikliği giderdiğini hiç düşünmüyorum ve bundan sonraki uygulamalarda hiç olmazsa bu konuda düzenlemeler yapılıp kişinin ruhsal bütünlüğünün fiziksel bütünlüğünden ayrılmaması gerektiğini düşünüyorum. Mutad iştigal kavramı, en fazla tartışılan, sıkıntı yaratan ve benim görüşüme göre daha ne olduğu üzerinde çok da fikir birliğine varılmamış bir kavram. Çok açık söylüyorum. Bu konuşmayı hazırlarken, son bir hafta içerisinde yine en klasik sayılan hukuk kitapların-

daki kavramlara baktım. Ve bizim çok iyi tanıdığımız ceza hukuku hocalarının dört tanesinin bu konuda tamamen farklı şeyler söylediğini ama ikisinin birbirine yakın, ikisinin de birbirine yakın olduğunu gördüm. Sıkıntı şuradan kaynaklanıyor. Mutad iştigal kavramında, mutad iştigalden mahrumiyet kavramında mutad iştigal nedir? Yani kişinin bizim adlî tıp uygulamasında yaptığımız gibi, her kişinin yaptığı günlük olağan işler midir? Yoksa diğer mesleki uğraşıları da, çocuksa çocuğun uğraşıları, yaşlıysa yaşlının uğraşıları da bunun içerisine girer mi? Bu konuda tam bir fikir birliği yok. Bunun dışında, bu yanına pek karışmak istemiyorum ama bunun dışında uygulamada mutad iştigalin uygulanmasıyla ilgili çok büyük sıkıntılar var. Burada da belirtmeye çalıştım. Az önce sayın başkan da bu konuda kısa bir bilgi verdi. Bizim uygulamamızda şu esnada ayrı ayrı travmatik zararlar birbirine üstüne toplanmadığı ve ayrı ayrı değerlendirilmediği için kişinin uğramış olduğu zarar sadece travmaların en büyüğü açısından değerlendirildiği için bu sıkıntı ortaya çıkıyor. Yani kişinin bir bacağını, bir uyluk kemiğini kırdığınız zaman verdiğimiz ağırlıkla nerdeyse her tarafını kırdığımız zaman verdiğiniz ağırlık birbirine eşit oluyor. Ben burada değerli hukukçularımızda buradayken bir şeye de kesin cevap vermek istiyorum. Biz bu şekilde uygulama yaptığımız zaman acaba kişilerin uğradıkları travmanın değerlendirilmesi açısından bir hataya düşüyor muyuz, düşmüyor muyuz? Bu açıdan. Şunu soruyorum. 456. maddenin 2. fıkrası 20 gün ve üzeri mutad iştigalden mahrumiyetten bahseder. Bunu değerlendirirken biz adlî tıp uzmanları olarak 20 gün veya 20 gün çok kullanılmıyor uygulamada ama 25 gün dememizle bir açık uyluk kırığında olduğu gibi 120 gün dememiz arasında uygulama açısından bir fark var mıdır yok mudur? Çünkü 456. maddenin 2. fıkrası iki seneden beş seneye kadar hapsi öngörür. Eğer varsa, o zaman şunu söylemek gerekiyor. Yoksa çok büyük problem yok ama, varsa hakikaten çok büyük yanılgı içerisindeyiz ve bu durumu çok kısa zamanda düzeltmek zorundayız. Çehrede sabit eser kavramıyla ilgili olarak sayın Suyugül'ün söyleyeceklerine ben biraz daha bir şey katmak istiyorum. O gösterilen slaytlar kriter alınabilir. Onları lütfen bir an için gözünüzün önüne getirin. O kafadaki çirkin hasarı, boyundaki Y harfi şeklindeki hasarları, onları lütfen bir an için gözünüzün önüne getirin ve onların göğsünüzün üstünde olup olmamasının çok bir şey farkedip farketmeyeceğini düşünün. Adlî tıp uzmanı olan arkadaşlarıma da soruyorum. O lezyonlara biz uygulamada en fazla ne kadar ağırlık biçeriz. Ben düşünüyorum ki onların % 90'ını hayati tehlike oluşturmadığı, 7-10 gün arasında mutad iştigalden geri kalma süresi vereceğiz. Yani bunun ben çok doğru bir şey olduğunu düşünmüyorum. Orada başka örnekler de yazdım, lezyonları da örnek olarak verdim. Hangisini seçersiniz. Lütfen samimi olarak söyleyin. Biz bu mantıkla düşündüğümüz zaman en hafif olana en ağır cezayı veriyoruz, ama diğerlerini sanki yokmuş gibi farzediyoruz. Ben bu konunun, ağırlık derecesi farklı olabilir. Çehre sınırları içerisindekiler daha fazla değerlendirilebilir ama çehrede kalıcı izler değil, vücutta kalıcı izler olması gerektiğini düşünüyorum. Ki birçok ülkenin uygulamasında da hiçbir zaman çehrede sabit eser değil, vücuttaki kalıcı izler değerlendirilir. İnsanların her zaman giyinik olmadıkları, çok önemli zamanlarda çıplak olmak zorunda oldukları da gözönüne alındığında biraz sonra herkes denize girecek, o zaman elbiseli olmayacağız. Vücudun da aynı şekilde, aynı ruhsal travmayı yaratacağını düşünüyorum ben. Devamlı uzuv zaafı ve tatiliyle ilgili olarak neredeyse, sayın hocamın dediklerine tümüyle katılıyorum ben. Bizim şu sıkıntılar var orada. Uzuv zaafı ve tatilinin değerlendirilmesinde çok objektif kriterlerimiz yok. Ama buna bir çare de yok. Onun için de bunu çok fazla büyütmemiz gerektiğini veya üstünde durmamız gerektiğini düşünmüyorum ben. Ama uygulamadaki bir takım hususların kesinlikle değiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Kendi sırama göre devam edersem, tek gözün körlüğü uzuv tatili ise bir organ olarak değerlendirdiğimize göre ben, bir kulağın sağırlığının da uzuv tatili olması gerektiğini düşünüyorum. Tek böbrek tatilse çift organlardan tek testisin veya overin alınmasının da onlar müstakil tek başına çalışan organlardır çünkü, tatil olmasını düşünüyorum. Nezir Hocam bana bıraktığını söyledi. Hakikaten yazmıştım da zaten. Hiçbir zaman anlamadığım bir konudur. Niçin penisin kökten kesilmesi tatildir de, glans penisin kesilmesi zaaftır. Bunu hiçbir zaman anlayamamışımdır. Bunun da tatil olması gerektiğini düşünüyorum. Diş kayıplarının muhakkak surette uzuv zaafı ne kadarı olacak, kaç tanesi olursa çenede nasıl ha-

sar meydana gelirse, bunlar tartışılır ama diş kayıplarının ve bu esnada çenede meydana gelen hasarların muhakkak uzuv zaafı ve tatili açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Kurulların kendi insiyatifi ile yaptığı uygulamaların dışında bu uygulama da uzuv zaafı tatili olarak değerlendirilmiyor. Şimdilik söyleyeceklerim bunlar, çözüm önerileriyle ilgili birtakım görüşlerime de daha sonra devam edeceğim, teşekkür ederim.

Doç. Dr. Serhat GÜRPINAR

Adlî Tıp Kurumu, 5. İhtisas Kurulu Üyesi

Teşekkür ediyorum sayın başkan, değerli katılımcılar.

Tıp bilimi ile hukuk biliminin bu kadar içiçe geçmiş olduğu bir kanun maddesinin üzerinde konuşurken tıp formasyonu olarak ben belki bazı tıp formasyonu almış bir kişi olarak belki bazen haddimi aşma durumu olabilecek. Bunun için salonda bulunan değerli hukukçulardan özür diliyorum. Ancak iyi niyetle karşılık diyalog içerisinde bu sorunu çözeceğimiz ve bu sorunu çözerken hukukçuların da bazen tıbba ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi bazen de tıp kökenlilerin hukukla ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi gerekecek zannediyorum. O bakımdan böyle bir açıklama yapmayı uygun gördüm. Bizler diğer katılımcıların da konuşmacıların da belirttiği gibi çok uygulama içinde bir takım mağduriyetlerin ya da eşitsizliklerin ve adaletsizliklerin olduğunu görmenin sıkıntısı ile mevcut 456. maddede birtakım tanımlama değişiklikleri, tarif değişiklikleri yapmak gereğini hissediyoruz ve bu değişiklikleri hukukçuların da görüşlerine açmak istiyoruz. Çünkü uygulamada gerçekten denildiği gibi büyük sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu kapsamda bizler 456 ile ilgili olarak bir önerimiz var. Bu önerimiz her ne kadar TCK'nun değişiklik tasarısını hazırlayan komisyon işini bitirmiş ve Bakanlığa teslim etmiş olduğu aşamasında isek de, zannediyorum hukukçuları ve Bakanlığı ikna edebilirsek, bu değişiklikleri yasalaşmadan önce zannediyorum gündeme sokabileceğimiz kanaatindeyim. Bu değişiklik önerimizi yaparken destekleri, katkıları ve önerileri için başta Adlî Tıp Kurumu'ndan Polat, Dinçkol, Sözen, Çetin ve Şen, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinden Yemişcigil, Arısoy ve Özkara, yine Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesinden Öztürk ve Timurtaş ile Osmangazi Üniversitesinden de Balcı'ya teşekkür etmek istiyorum. Gerçekten çok önemli katkıları oldu bunları geliştirirken. Ben de kısaca değinmek istiyorum. Hayati tehlike konusunda bir sıkıntı yaşıyoruz biz uygulamada. Çünkü görüyoruz ki hayati tehlike uygulamasında bazen ölümün beklenen bir sonuç olması kriterken, travmanın oluşturduğu zararlarda ölüm doğrudan beklenir bir ölüm olabilir. Ve burada muhakkak ve muhakkak tıbbi bir girişim yapılması ile kişi kurtarılabilir. Fakat bazen de ölüm beklenen sonuç değildir. Gelişecek komplikasyonlara bağlı olarak bir ölüm olayı gelişebilir. O yüzden de birinde mutlak beklenir akibet, öbüründe komplikasyon gelişmedikçe ölümün gerçekleşmemesi beklenmesi iki farklı uygulamayı gerektireceği kanaatindeyiz. Dolayısıyla öncelikle böyle bir ön bilgiyi de önerimize geçeceğiz. Mutad iştigal gün sayıları bazı yerlerde travmanın ağırlık birimini ya da lezyon ağırlık birimi olarak bir derecelendirme şeklinde alıp, aslında bunun iyileşmeyle ya da kişinin mutad iştigalini adlî şifa tıbbi şifa karışımı ayrı, mutad iştigalini öyle veya böyle ne dereceye kadar etkileri hiç düşünmeden sadece bir birim değer olarak düşünüldüğü söz konusu olabiliyor. Fakat sembolik olduğu ileri sürülürken biraz önce konuşmacının da verdiği örnekte olduğu gibi, en fazla mutad iştigalden kalma süresi içinde iyileşme kabul edildiğinden dolayı o takdirde diğerlerinde o süre içerisinde iyileşeceği öngörüsünde bu sefer en fazlası alınıyor ve diğerleri alınmıyor. Dolayısıyla da ikisi arasında bir eşitsizlik oluyor travmaların çok daha farklı lezyonların çok daha ağırlık derecelerinin farklı olmasına rağmen. İyileşme süresinin alındığı takdirde de böyle bir haksızlık ortaya çıkıyor. Hatta 456/1'de de mutad iştigalden kalma süresinden de

söz edilmiyor. Diğer maddelerde açıkta kalan 11-19 gün süresi buraya ilave edilerek biz burada da bu madde sorulduğunda da sanki mutad iştigali ilgilendiren bir maddeymiş gibi yine ağırlık derecesini belirlemek için bu maddeyi de 11-19 günde sokabiliyoruz. Tabii biz şunu da biliyoruz ki yargı organınca karar verilirken tabi ki 29. maddeyi kullanıyorsunuz ve bu madde çerçevesinde de ağırlatıcı ve hafifletici sebepleri kullanıyorsunuz. Fakat bunun yanında lezyonun ya da travmanın kendi içindeki farklı değişiklik uygulamalarında biz mutad iştigal gün sayılarıyla bu farklı lezyonları değerlendirmekte bir adaletsizlik olduğunu, bizzat uygulamamızda görüyoruz. Ve mutad iştigal süresini yani adlî şifa dediğimizi tıbbi şifadan ayırmakta doktorlar, hukukçular ve vatandaşlar tarafından bize gelen eleştiriler ve işin aslı nediri açıklamakta gerçekten zorluk çekiyoruz. Çünkü 10 günle 11 günün arasındaki fark nesnel olarak nedir sorusuna cevap vermek gerçekten çok güç bizim için de. Dolayısıyla bu 10 gün 11 gün, 20 gün 21 gün ya da 19 gün gibi bir daha nesnel olması gerekmez mi sorusuna cevap vermekte gerçekten zorlanıyoruz. Bu mutad iştigalden, gün sayısından kurtulmanın bir formülü olmalı. Ve bu formülü geliştirirken de gerek tıp dalında yani raporu veren, önce bizzat gören, tedavisini yapan ve raporunu veren doktorların anlayabileceği birtakım terminoloji geliştirilmesinde fayda var. Ya da kullanılan terminolojinin belki hukuka yansıtılması söz konusu olabilir diye düşünüyoruz. Dolayısıyla bir örnek olarak cerrahi girişim sınıflamasının burada bir kriter olabileceğini düşünüyoruz. Cerrahi girişim sınıflamasında Türk Tabipler Birliğinin de yapmış olduğu ve bütün hastanelerde uygulanan küçük cerrahi, orta cerrahi, büyük cerrahi özellikli ve çok özellikli cerrahi şeklinde bir sınıflama var. Bu sınıflamada tabi ki hastaya uygulanan tedavinin masrafları ve kullanılan sarf malzemesi beceri ne kadar gerektiriyor, ne kadar uzmanlık alanı gerektiriyor gibi kriterler de söz konusu. Ama bunun yanında lezyonun ağırlığına göre de yapılması gereken işlemi de göstermesi açısından bir kriter olarak düşünülebilir diye düşündük. Bu ön bilgilerle 456. maddenin her bir şıkkı için bir takım önerilerimizi şimdi görüşlerinize sunuyorum. Bildiğiniz gibi 456. madde hafiften ağıra kadar düzenlenirken, normalde 4,1,2,3 diye gider. Yani en hafifi 4'tür. Ondan sonra 1,2,3'tür Dolayısıyla burada 456. madde karşılığını koyarken en hafifi yani 4'ten bir takdim tehir yapmak durumunda kaldık. Önerimiz de şu şekilde bir başlangıç olmasını düşünüyoruz. Öldürme kastı olmayan bu müessir fiilin bir tanımının yapılması gerektiğini düşünerek öldürme kastı olmayan ve kişinin bedensel, psikolojik, sosyal sağlığına ayrı ayrı veya birlikte zarar veren bir etkili eylem. Bunu tabi fiil olarak kalabilir. Hukuk tanımlarına, çok fazla üzerinde durmuyoruz. Lütfen sizler de bu konuda çok fazla üzerinde durmayın. Yani fiil de kalabilir, müessir fiil de kalabilir, etkili eylem de olabilir. Bunu yine hukukçuların görüşüne arz ediyoruz. Mutad iştigal kavramından kurtarmamız lazım. Belki doğal yaşam akışı diye bir kavram geliştirilebilir. Mutad iştigal kalabilir. Fakat önemli olan burada bu maddenin ağırlığının yani maddede öne çıkarılması gereken hususun burada olan işlerin basit ağırlıkta olduğunun vurgulanması. Yani bize hukukçu bunun ağırlık derecesini sorduğunda biz ona basit ağırlıkta demekle işi bitirelim. 3 gün-5 gün demeyelim. Niçin 3 gün değil de 5 gün sorusuna muhatap olmayalım, basit diyelim. Zaten hukukçular da bu basitin içine sokuyorlar. Peki kişi mutad iştigaline önemsiz ölçüde engel olacağını da söyleyelim. Ve bunun kriterinde ayaktan tedavi diye koyalım. Ayaktan tedaviyi maddenin içine de koyabiliriz. Daha sonra, şu an ki uygulamamızda adli-tıbbi uygulamada olduğu gibi bütün lezyonları sınıflandırıp, biz neyin basite, neyin ağıra girdiğini de ayrıca belirleyebiliriz. Ama kanun maddesinde böyle bir belirlemede hukukçular açısından uygunsa, böyle bir ayaktan tedaviyle buraya sokmak da fayda olduğunu düşünüyorum. Daha sonra başka tartışma olmasın diye. 456'nın 1. maddesine geldiğimizde katil kastı olmaksızın bir kimseye cismen eza verir, sıhhatini ihlale yahut akli melekelerinde teşevvüş deniyor. Burada da tabi ki sonuçta cismen ezanın tanımı, sıhhatin ne kadarının ihlali, bu maddeye has olarak ya da akli melekelerinde teşevvüşün ne olacağı tanımlaması çok fazla belirtilmemiş. Biz 2. maddede yani buna tekabül eden maddede küçük cerrahi veya yatarak tedavi gerektiren tıbbi girişimle anatomik ya da fonksiyonel bir kısıtlılık bırakmadan iyileşecek nitelikte orta ağırlıkta, basitten orta ağırlığa geçtik. Sonuçta raporumuzda biz orta ağırlıkta dersek, sizler de hukukçular da bunu şu maddeye sokabilirsiniz. Burada bildiğimiz kadarıyla yeni ta-

sarıda açıkta kaldığından dolayı bu 6 aydan 1 seneye, bu madde de 6 aydan 2 yıla kadar değişmiş zannediyorum. O yüzden ben buraya 2 dedim. Bizden kaynaklanmıyor. Tasarı zaten bu şekilde düzenlenmiş ve yine burada da şikayete bağlı olmak tasarıda konulduğundan dolayı ben bunu da o şekilde koydum. 456/2'ye geldiğimiz zaman havastan veya azadan tanımlarını tıpta fazla kullanmadığımızdan aslında biz organı anatomik fonksiyonel zayıflığından bahsettiğimizden dolayı bu kavramların yerine aslında pratikte çok fazla olmayan ama çok değişikliği belki çok önemli olmayan ama bu şekilde kullandığımızdan dolayı organlardan bir ya da birkaçının devamlı olarak anatomik veya fonksiyonel zayıflığı veya akıl fonksiyonlarının kısmen etkilenmesine diye karşılığı olacağını düşündük. Çehrede sabit bir iz lafını da Gürsel Bey'in de daha önceki açıklamaları ve Nezir Hocamızın da açıklamalarıyla vücutta göze çarpan iz gibi artık şüphe götürmeyen, uzaktan görünür mü görünmez mi, hangi bölgede kalır, hangi bölgede kalmaz şeklinde bir tereddüde yol açmayan şekilde bir tanımlamanın gerekliliğine inanıyoruz. Ondan sonra mutad iştigal günün karşılığı olarak 20 gün ve daha ziyade, daha önce yaptığımız ve tıp doktorlarının da genellikle anladığı ve uyguladıkları şekliyle orta yahut büyük cerrahi girişime yol açan bir lezyon olarak daha tutarlı olabileceğini düşünüyoruz. Bunları ikiye ayırmak ve bir tanesini en ağır maddeye sokmak, çünkü ondan sonrası ölüm. Artık cinayete giriyor. O yüzden de hayati tehlikenin ölümün kesinlikle beklenir akıbet olduğu durumlarda son maddeye, en ağır maddesine alıp, burada tıbbi takip gerektiren dolaylı ölüm tehlikesi kavramını sokarak ağır nitelikte olduğunu bahsediyoruz. Burada sadece hayatını tehlikeye maruz kılmış ise. Yine eski hayati tehlikemizdeki kriterler burada geçerli. Yine kadın ve konusu zaten yine aynı şekilde, orada bir değişiklik olmaması gerekiyor. 456. maddedeki en ağır olan şıkta ise çehrenin tanınmayacak şekilde değişikliği. Burada etkili eylem, organlardan bir ya da birkaçının devamlı olarak anatomik veya fonksiyonel tam kaybına yahut akıl fonksiyonlarının tamamen etkilenmesine denmiş ki bu yaklaşık bulunup karşılığı veya biraz Türkçesi ya da tıpta daha uygulanan tanımlamalar o bakımdan bunların ayrıntısına girmiyorum. Ama el ve ayakları ayrıca söz söyleme kudretini ayrıca saymanın çok fazla gerekliliği olmadığını düşünüyorum. Çünkü burada zaten bunları kapsayan ifadeler var. Çehrenin tanınmayacak şekilde değişikliği biliyorsunuz yeni tasarıda da çehrenin sürekli, yüzün sürekli değişikliği şeklinde değiştirilmiş bu. Fakat bu sürekli değişikliği belki çok anlamlı gelmeyebilir, sabit eserle karışabilir diye. Çehrenin tanınmayacak şekilde değişikliği önemli bir faktör, çehrede sabit eserden ya da vücuttaki kalıcı izden daha önemli çehre sosyal ilişkilerin başlangıcı anlamı dolayısıyla çehrenin tanınmayacak şekilde değişikliği zaten en ağır madde. Çok ağır nitelikliye giriyor. Ama bunu biraz daha açalım ve rapor yazarken tanımlamada bir şüpheye düşülmesin diye. Daha önce olmayan hayati tehlikeyi ama artık tıbbi girişim gerektiren doğrudan ölüm tehlikesinde en ağır bölümü almakta derecelendirmenin ve adaletin sağlanmasında daha faydalı olacağını düşünüyoruz. Ve bütün bunların hepsinin çok ağır nitelikte olduğunu söylememiz ile raporumuzu bitirmeyi düşünüyoruz. Şimdi, yukarıda sayılan neticelerin birden fazlasının birlikte olması durumunda ceza şu orandan şu orana arttırılır. Yine 29. maddeyle ilgili olarak endişelerinizi göz ardı etmeden yine hakimin inisiyatifindedir, cezayı arttırmak. Fakat biz görüyoruz ki daha önceki konuşmacıların verdikleri örneklerde lezyonlar birden fazla olabilir. Aynı lezyon örneğin hem hayati tehlikeye hem uzuv tatiline yol açmış olabilir. Bir lezyon sadece hayati tehlikeye yol açmışsa aynı lezyon hem uzuv tatili hem hayati tehlikeye yol açmış olabilir. Dolayısıyla yukarıda sayılan diğer bütün dört maddede sayılan bütün neticelerde eğer birden fazlası birlikte olmuş ise bunun takdirinin hakim belki biraz daha kısıtlayıcı olarak cezada bir artırıma gitmek zorunluluğunu hissetmesi bizim uygulamada verdiğimiz raporun değerini bulması açısından önemsediğimiz bir konu. Daha önce adlî tıp uygulamalarındaki bütün adliyelerde dağıtılmış, sağlık ocaklarına kadar genellikle dağıtılmış olan listelerimiz vardı. Burada herhangi bir travmatik değişimin 456. maddenin mutad iştigaline, hayati tehlikesine, uzuv zaafına, uzuv tatiline girip girmediğine dair listelerimiz vardı. Burada da yine önerinin hangi maddesine yani basit, orta ağırlıkta, ağır ya da çok mu ağır olduğuna dair de tekrardan listeleri düzenlemek hangi kriterlere alacağımızı düzenlemek yine tabi ki biz tıpçıların görevi olacak. Bize adliyelerden şöyle soru beklemeliyiz diye

düşünüyoruz. Bu maddenin tabi ki soracağımız soruları bizim size gösterme gibi düşünmüyoruz. Fakat yeni tasarının ya da önerimizin karşılığı gelecek madde, eskiden hayati tehlike mutad iştigal soruluyordu. Şimdi karşılık olarak ne sorulsun? Etkili eylem olabilir ya da trafik kazası olabilir buna atıf yapıldığından dolayı. Olay nedeniyle oluşan zararın ağırlık niteliğinin gerekçeleriyle rapor halinde bildirilmesi rica olunur sorulması yeterli olacaktır. Ondan sonra, örneğin bir femur kırığı var, kişide büyük cerrahi girişime yol açan ki bunun gerekçesi büyük cerrahi girişim. Etkili eylemin ya da travmatik değişimin, bu bir trafik kazası da olabilir dediğim gibi ya da olay nedeniyle oluşan zararın ağır nitelikte olduğunu bildirir rapordur diye rapor düzenleyeceğiz. Aynı soruya başka bir lezyon. Batın içine geçip organ lezyonu yapmamış kesici-delici alet yarası. Bu kişinin vücudunda göze çarpan kalıcı bir iz bırakmış, bunu söylüyoruz ve bir komplikasyon gelişmediğinden ve takiple toparladığından kişi, dolaylı ölüm tehlikesine yol açmış, buna etkili eylem diyebiliriz, travmatik değişim diyebiliriz. Olay nedeniyle oluşan zarar diyebiliriz. Ağır nitelikte olduğunu deyip kesin raporumuzu bağlayacağız. Bir başka örnek burada dalak çıkarılması. Burada tek bir lezyon var, fakat tek lezyonun iki sonucu var: 1) Devamlı olarak organ kaybı, uzuv tatili eski deyimiyle ya da doğrudan ölüm tehlikesi. Bu da çok ağır nitelikte olduğunu söylüyoruz ve burada dediğim gibi iki neticede yargı organlarının dikkatine koyuyoruz. 2) Konudan dolayı çok ağır nitelikte. Dolayısıyla bahsetmiş olduğumuz gibi birden fazla neticenin toplanması birarada bulunmasının cezada ağırlaştırıcı faktör olması uygun olabilir diye bir yol gösteriyoruz. Basit bir lezyon var ve ayrıca tıbbi girişim gerektirmeden tıbbi takiple komplikasyonsuz iyileşerek dolaylı ölüm tehlikesine yol açan minimal subdural kanama var. Kişide ayrı iki lezyon var, biri basit biri ağır. Yine takdir bizim göstermemiz üzerine hakimin. Bu örneklerle de tabi ki bizim içimizde de bunlarda çok kesinlik yok ve hukukçuların görüşlerine sunuyoruz. Bazı hukuk fakültesi öğretim üyelerinden de biz görüşlerini aldık. Ancak tabi ki uygulamacılar olarak sizlerin de değerli katkılarına ihtiyacımız var. Benim sunumum da bundan ibaret. Dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.

İsmail SEÇER

Yargıtay 5. Ceza Dairesi Üyesi

Hukukçuların muhafazakar olmak, yeni tabirle tutucu olmak mecburiyetleri olur. Neden olur? Önlerinde bir yasa var, bir kanunilik unsuru vardır. Önümüze o çıktığı zaman siz ona çok sıkı şekilde bağlısınızdır. Sayın hocalarım gerçekten o kadar güzel şeyler söylediler ki, ama ben onları daha özgür, daha bağımsız hissediyorum. Doğru bulduklarını ortaya koyuyorlar. Gayet güzel ifade ediyor, söylüyorlar. Suyugül Hocamın benim aldığım not; organ meselesi, tek organ meselesi. Bunda bir farklı uygulama var. Bir Yargıtay kararımızı birazdan okuyacağım, ortaya koymaya çalışacağım. Onun yanında mutad iştigal meselesi var. Onun yanında çehrede sabit eser meselesi var örneklerini gördüğümüz. Çehre nereye kadar gidiyor. Onun dışındakiler nasıl olacak? Onun dışında hayati tehlike meselesi var, değişik değişik hayati tehlikeler, ağır olanlar. Bunların hepsinin aynı maddenin aynı fıkrasında değerlendirilmesi meselesi var. Bunlardan organ meselesine girmek istiyorum. Yalnız biraz önce söylediğim sözü de biraz açayım ben. Önünüzde bir yasa var ise, bu yasa en iyi yasa olmayabilir. Çok iyi ifadesi olmayabilir ama siz buna uymak zorundasınız. Yargıtay Ceza Genel Kurulumuzun tek organla ilgili bir kararını okuyorum. Uzuv belli bir görevi yapan veya hareketi sağlayan kısımdır. Uzuv ceza hukuku yönünden sadece anatomik değil, fizyolojik manasına göre de değerlendirilmelidir. Çünkü kişiye yapılan travma sonucunda uzvun devamlı olarak bütünlüğü ve fonksiyonunun zayıflaması ortadan kalkmasına neden olmuşsa uzuv zaafı veya uzuv tatili mevcuttur. Eylemin sonucunda uzvun anatomik yapısından başka fizyolojik vazifesi de iş görme yete-

neği zaafa uğramakta ve kaybolmaktadır. Uzuvlar iç organlar olduğu gibi beş duyu denilen havas, görme, işitme, tutma organlarıda olabilir. Vücutta çift olarak bulunan organlardan tek göz, tek böbrek, tek kulak gibi organlar müstakil sayılmışlardır denilerek işitmede de kulakta da tek uzvun tamamen görev ifa etmesi halinde uzuv tatili olarak öngören kararlar vardır. Bu, yasanın metninden ileri geliyor. Bana göre yasanın metni tek organ, tek göz, tek kulak olduğu zaman da bu tamamen fonksiyonunu yitirmişse, işlevini yerine getiremiyorsa organ kaybı haline gelmiştir ve bu yasadan ileri gelmektedir. Ama gözde bunu kabul edip, ondan sonra bunu kulakta kabul etmemek bana bir çelişki gibi görünmektedir. Bunun dışında hayati tehlike, çok ağırı var, hafifi var. Bunların hepsi aynı madde içinde değerlendiriliyor. Doğrudur, sayın hocalarım benden önce söylediler. Bunun adaleti nasıl temin ediliyor. Cezanın asgari haddi var, azami haddi var. Bunun için de hakim adaleti temin etmek için duruma göre bunu irdeleyerek, hekimin verdiği raporu inceleyerek bunun için de cezayı tespit ediyor. Adaletin böyle sağlandığını düşünüyor. Yine hayati tehlikeyle ilgili sayın hocam da aynı şeyi söylediler. Çok ağır olduğu zaman artık müessir fiilin ötesine zaten geçmek bir durum da hasıl oluyor. Bunu da takdir edecek olan yine hakimdir. Eğer dediğimiz gibi artık katil kastı olmaksızın diye başlıyorduk. Katil kastına doğru gitmişse değerlendirme bu şekilde yapılabilirse uygulama da diğer yerden yapılır. Çehre meselesi, boyundaki, diğer bölgelerdeki hocamın çalışmalarıyla hakikaten güzel şekilde örneklerini gördüğümüz konularda doğrudur. Ancak çehre bir hukuki anlam ifade etmektedir. Tarifini yaptılar. Bunun içinde ise sabit iz ise çehrede sabit eser olarak değerlendirilip, ancak o zaman uygulama yapılabilir. Telafisi az önce söylediğimiz gibi hakim bunu görünümüne göre, oradaki etkisine göre serbestçe takdir etmek durumundadır. Teşekkür ediyorum.

Osman ŞİRİN

Yargıtay 1. Ceza Dairesi Üyesi

Teşekkürümü, Adalet Bakanlığının değerli Müsteşarına, burada olmayan sayın Bakana ve Kurumun değerli başkanına yönelterek en azından bilgi dağarcığımı burada genişleten bu panelin hazırlanmasından duyduğum mutluluğu ifade etmek istiyorum. Sabahleyin daha bilgisizdim, şu anda biraz daha bilgiliyim. Zaten panelin amacı da buydu. Ben bazı kararlarla buraya geldim. Yargıtay 1. Ceza Dairesini de temsil ediyorum. Çünkü üzerimde bazı sorular var. Özellikle öğle sonrası panel konusunun yoğunlukla harmanlandığı bir dairenin üyesiyim. Değerli izleyenler 1. ceza dairesi müzakere salonuna girdiğimizde açtığımız her dosya kapağının içinde dairenin beş mensubu ve yoğunlukla adlî tıp uzmanları vardır. Sizler, adlî tıp orada bütünüyle mevcutsunuz. Bizim en baş tartışmasız yardımcımızsınız. Bize yön veren kişisiniz. Bir mutluluğumu ifade etmek istiyorum. Konunun biraz dışında ama bu Kuruma olan takdirimi bu yönüyle ifade etmeye kendimi mecbur hissediyorum. Bir vicdan borcu. Yoğun işler, Yargının sair birimlerin de dahi kompozisyon ölçülerini zorlayıp bozduğu halde raporlarında adlî tıp, o ölçüleri hiç bozmadı. Bozmamakta da devam edeceği izlenimini veriyor. Bu gerçekten bir mutluluk sebebi. Baştan başlıyor, 2. sayfada bitiyor, tek bir cümle. Bunu ancak Cumhuriyetin ilk yıllarında ve Osmanlı döneminin adlî kararlarında görürsünüz. Gerçekten nefis bir anlatım biçimi. Bunu takdirle ifade etmek istiyorum. Hatta biz bazen kararlarımıza özellikle sizlerin cezai ehliyetle ilgili incelemelerinizi dosyayı özetleme biçimini alır, karara yansıtırız, o yönden de bize hayli yardımcı olursunuz. Bu tavrınız daha da ileriye giderek devam etsin. İsmail Seçer arkadaşım, değerli meslektaşım sorulan soruların çok önemli bir bölümünü benim de katılacağım düzeyde izah ettiler, çözüme kavuşturdular. Ceza yargısı normlar üzerine kurulmuştur. Beğenmeseniz de o normları aşamazsınız. Ama hep bir özleminiz olur. Bu norm verilen zararı karşılamaya yetmemektedir dersiniz. Olayı izaha

yetmemektedir dersiniz ama normun bağlayıcılık ölçüsünün dışına bir türlü çıkamazsınız. Değerli hocalarım o güzel adlî tıp kültürlerinin de zorlamasıyla öneriler getirdiler. Mutad iştigal konusunda öneri getirildi. Birden fazla hayati tehlike getiren eylemlerin nasıl değerlendirilmesi konusunda öneri getirildi. Biz 20 günü aşan ve 120 güne varan travmalara 20 günü aşmıştır demekle yetinsek de 120 gün demek de zorlanıyoruz. Böyle bir çözüm nasıl olur. Onu dememizin sonucu nedir diye sorular soruldu. Önemli ölçüde bunun yanıtları da sayın Seçer tarafından verildi. Birden fazla hayati tehlike yaratır biçimdeki travmanın etkili eylemin Yargı uygulayıcısında iki yönde değerlendirmesi olur. Eğer hadiseyi hala etkili eylem kastı içinde muhafaza ediyorsanız bu sefer size TCK'nun güzel bir normu 29. maddesinin son fıkrası yön verir ve siz her suçun asgari ile azami ceza haddi arasındaki bir nispeti olayın özelliklerine verilen zararın düzeyine göre değerlendirirsiniz. Teşdiden dediğimiz alt sınırdan uzaklaşmak suretiyle bir yaptırım uygularsınız. Bu bir çözüm tarzıdır. Ancak bazen öyle bir durum olur ki, bir iki örnek vereceğim ve bir isteğimi de dile getireceğim. Hayati tehlike oluşturan kasti travma birden fazla ise Sayın Seçer'in de çok öz olarak ifade ettiği gibi bu sefer kast meselesini yorumlamada o deruni deyimi yorumlamada birden siz de şiddetlenirsiniz. Meseleyi etkili eylem kastından çıkartıp adam öldürmeye kalkışma niteliğine çevirirsiniz. Örnekler vereyim. Mesele Yargıtay'ın olaylara yaklaşımının tartışılması olsa farklı tartışırdık ama ben net tespitleri size ileteyim. Özellikle Yargıtay 1. Ceza Dairesi, diyebilirim ki çok uzun süreden bu yana delici, kesici, batıcı travmalarla ilgili bir tez geliştirdi. Delici, kesici, batıcıyı bıçağa çevirelim daha öz anlaşılır şekilde kullanalım. Diyelim ki bıçak yaralaması ile kasti eylem sonucu mağdurda birden fazla yara oluşturduğu ve birden fazlası da hayati tehlike oluşturur şiddette karnına vurdu. Adlî tıp uzmanı hayati tehlike yaratır dedi. Sırta vurdu, hayati tehlike yaratır dedi. Biz bu kasti eylemleri artık kesinlikle TCK'nun 62. maddesinde tarifini bulan 448'lik tam teşebbüs şeklinde telakki ediyoruz. Gerekçemiz şu; diyoruz ki darbeyi bir tek sayıda bıraksaydı, bir bıçak darbesi yapsaydı bunun elinin şiddetini ayarlayamama ihtimalinden söz edilebilirdi. Dolayısıyla kastı kuşkuda kalırdı ama birden fazla nafiz ve hayati tehlike oluşturur darbeyi iradesiyle yaptıysa, artık ilk darbenin yarattığı kuşku kalktı, ikinci darbeyle kuşku ortadan silinerek hayata yöneldiği belli oldu. Öyleyse bu 448, 62'dir. Bakın sorulan sorunun birisi, birden fazla hayati tehlike eğer kasıtlı olarak vuku bulduysa ne olur? Bu dediğimiz eylemlerde kesinlikle 1. Ceza Dairesi tartışabilirsiniz, bu doğru olmayabilir dersiniz ama ben burada tespitleri size iletmeye geldim. 448, 62'den. Cezasını bildirelim. Eğer yaşamsal tehlike deyip 456/2 deseydik, 2 yıl asgari cezayla cezalandıracağımız bu olay birden 448, 62 ile 16 yıl asgari cezaya çıkıyor. Arada böyle bir olay. İlmin tartışması ayrı. Tam bu noktada bir dileğim var. Adlî Tıbba, Kurumunuza sayın Başkan dosyalar bu konuda çokça yoğunlukla gelir. 1. Ceza Dairesi olarak bizim bu raporlarda aradığımız şu; kaç nafiz ya da kaç hayati tehlike oluşturur yara olduğunu, bir ikinci suale gerek kalmadan lütfen açıkça bildiriniz. Şu karına vurulan yaşamsal tehlike yaratmıştır, göğse vurulan yaratmıştır, sırta vurulan yaratmamıştır. Çünkü ortaya koyduğumuz bu içtihat bunu aramamızı zorunlu kılmaktadır. Ceza 2 ile 16 yıl arasında değişkenlik arz ediyorsa bunu aramak mecburiyetimiz var. Ayrı bir platformda tartışırız bunu, değiştirelim yasaları deriz veya sizin uygulamanız doğru değildir deriz, inanırız, içtihatlarımızı değiştiririz o ayrı bir fasıldır ama bu her halukarda böyledir. Öyleyse ikinci bir yazıya gerek olmasın. Bir de 1. Ceza Dairesini o çok güzel kararlarınızın bir yönü hayli meşgul etmektedir. Yaraları sayarsınız çok güzel bir şekilde tarif edersiniz. Bunu da geçici ve kesin tabip raporlarına dayanarak onları da gözetleyerek çok öz bir şekilde az önce dediğim kompozisyon şaheseri biçiminde tarif edersiniz sonunda birden fazla da arızası olsa arızanın tabiri gibi bir tekil tabir kullanırsınız. Bu tekil tabiri de bizi çok 1. Ceza Dairesinde dakikalarımızı almakta, onun için arızası birden fazla ise arızalarının ya da tekil ise arızasının şeklinde bir ifade, onu 1.Ceza Dairesi olarak bekliyoruz. Ya da bana şimdi bir değerli yetkili arızasının demenin yasal ve tıbbi zorunluluğundan bahsetti. Değerli hocam çok güzel öneriler getirdiler. 456. maddenin 4 versiyonu ile ilgili yeni öneriler getirdiler. Değerli arkadaşım sayın Kaylan ceza tasarısının mimarlarındandır, çok önemli katkıları vardır. Ben tarif edeyim. Gerçekten mükemmel bir ceza yasası düzenleyicisidir. Hani yasaya katılır, katılmaz

ama nefis bir düzenleyicidir. Dönmezer Hoca'nın da gözdesidir. Ben onu daha sonraki revizyon eleştiriler üzerine görevlendirilen komisyonda da ben bulundum. Bazı önerilerimiz oldu. Kabul gördü, çoğu görmedi. Yanılmıyorsam 456. maddedeki bu iş ve güçten kalma sürelerine ilişkin düzenlemeyi aynen tekrarladık. Hocamızın dediği gibi hafifti, ortaydı, ağırdı tarzında bir düzenlemeye geçmedik. Ama bir tartışma oldu. Ceza uygulayıcıları mutlak suretle netlikler arıyor, biraz da hukukun matematiğini burada istiyor uygulayıcılar. Hukukun matematiği var mı? İşte sizlerin raporlarda verdiğiniz 5 gün, 10 gün, 15 gün, 20 gün bunlar hukukun matematiği. Adlî tıp ilminin kendi kendine geliştirdiği ve hatta tebliğlerle bütün birimlerinize, şubelerinize göndermiş olduğunuz netlikler ve dolayısıyla ülkede bir uygulama birliği yaratıyorsunuz. Hakkari'deki adamın burun kırığı kaç günü gerektiriyorsa, İstanbul'daki de aynını gerektiriyor. Böyle de olması lazım. Biz bu olaylarda soyut ölçüleri terketmek, somut ölçülere varmak zorunluluğundayız. Eğer hafifti, ortaydı, ağırdı şeklinde bunu üç ayrı versiyon biçimine döndürürsek, somutluk arayışının zorunlu olduğu bir platformda daha ziyade soyutlaşmaya gitmek gibi bir büyük sıkıntı çekeriz. İlmi izahını anlıyoruz. Neden, hangi konulardaki kaçış nedeniyle bu arayışın da ortaya çıktığını kavrıyorum. Ama ceza uygulayıcısı olarak da size zor gelse dahi, hatta 19'un 20'den farkı çok fazla biz zorlanıyoruz diye haklı önerileri de ortaya koysanız, bunun mutlaka böyle çözüme kavuşturulmasında yarar olduğunu hala da düşünüyorum. Ve böylece sayın Seçer arkadaşımın beyan ettiği gibi biraz da tutucu bir tavır sergiliyoruz ama norm bunu gerektiriyor. Ceza normu netlik arıyor. Bizim sistemimiz batı ülkelerinden çok farklı. Bizim sistemimiz 456. maddeyi 4 ayrı versiyona bölmüş. Şimdi bizi, 4 ayrı versiyonu 3'e indirsek netlik yaratamayacağımız gibi yıllara varan ve belli ölçülerle de istikrar kazanmış olan gerek adlî tıbbın içtihatlarını, gerek yargının içtihatlarını yok etmiş oluruz. Burada bir karışıklık yaratırız. Karışıklık yarattığı zamanda da ülkede uygulama farklılığı ortaya çıkar. Ben sabahleyin hocalarımızdan birinin Çetin Aşcıoğlu, bizim Yargıtay'ın onursal üyelerindendir, emekli üye. Onun bir kitabından bahisle bir konuyu eleştirmesine de bir yanıt vermek istiyorum. 451 ve 452/2'de bizlere sorulmaktadır denilmekteydi. 451 ve 452/2 özellikle mensubu bulunduğum dairenin tıbbi meselelerde Yargıtay'a sorarak çözümletme mecburiyetinde olduğu, başka çözümün bulunmadığı bir konudur. Çünkü, ölüme müşterek sebep olarak neden olan tıbbi olay ancak adlî tıbbın vereceği cevapla çözülecektir. Ve nitekim de adlî tıp konuyu tartıştıktan sonra, bu 451, 452/2'dir tarzında bu konuya çok net, açık, duraksamaz şekilde cevap veriyor. Onun için bunu böyle çözmek zorundayız. 451 ne, öldürmeyi isteyecek kişi, ancak yaptığı eylem ölüm neticesini doğurmayacak, inzimam eden bütün maddeyi okumuyorum, o sebep ölüme sebebiyet verecek. 452/2 ne kasıt, öldürme olmayıp, yaralama olacak, inzimam eden sebep tevlit edecek. Eğer inzimam eden sebep tıbbi sebep ise bu konuda adlî tıp vazgeçilmez bilirkişidir. Onu cevaplandırmak mecburiyetindedir. Zaten ararız, başka türlü çözemeyiz, bizim elimiz ayağımız tutuşur. Onun için biraz konunun sayın Aşçıoğlu'nun eleştirisine sahip çıkılarak izah edilmesine ben, o izahı getirmek istiyorum ama, onun bir haklı yönü var. İnzimam eden sebep tıbbi değilse, eğer adlî bir vakaysa, işte onu adlî tıbba sormaya hiç gerek yok. Çünkü onu hakim kendi hukuki kültürüyle sayın Kaylan'ın izah ettiği gibi bilgisi ve hukuki kültürüyle özel ve teknik bilgi gerekmeden çözecektir. Adlî tıbba 1. Ceza Dairesine gelen dosyalardan görüyorum ki şu sualler soruluyor. Şaşırtıyor bizi yargıçlar. Diyor ki, sanığın kastının öldürmek mi, yaralamak mı olduğunun bildirilmesi. Adlî tıp da o kadar güzel ders veriyor ki, diyor ki bu konuyu çözümlemek hukuki bilgi ve kültür ile yargıca aittir. İşler biraz da oradan çoğalıyor. Getirdiğim bazı adlî tıp raporları var. Bizim zihnimizdeki iskeleti o kabulü önemli ölçüde zedeledi. Onlar nedir? Bunların bu panel sırasında değerlendirmesini alabilmek istiyorum. Biz yaş tespitiyle ilgili Türkiye'nin sosyal yapısı icabı kişiler zamanında kaydolmadığı için suç işlediklerinde veya suçun mağduru olduklarında bunun yaşı nedir diye soruyoruz. Bunun tespitini de bugüne kadar net bir şekilde adlî tıp bize çözerdi. Ve o kadar bağlanırdık biz o adlî tıp raporlarına ki hala bağlanmaya devam ediyoruz, başka çözümümüz yok. Yaşı, şu yaşın şu yarısındadır demek suretiyle meseleyi net, matematiksel çözüme kavuşturuyoruz. Bir rapor, kurulumuzda yapılan muayenesinde fizyonomik olarak doğum kaydına uygun yaşta gözüküyor. Bazen kemik yaşının hormon

veya beslenme gibi faktörlerin tesiriyle gerçek yaşa göre farklılık gösterebileceği, dolayısıyla adı geçenin gerçek yaşında yanılgı olabilir. Acaba bu olgu benim o anda bakmakta olduğum davanın mağduresi Ayşe için de geçerli midir? Sanığı Ali için de geçerli midir? Bu rapor bizim dosyamızda ortaya çıkınca birdenbire şaşırdık, ne oluyoruz. Yoksa bugüne kadar bu ilmi raporlara güvenmek suretiyle çok önemli adlî hatalar yaptık mı? Başka bir rapor, diyor ki; balistik rapor, maktülün vücudundan iki mermi çıkmış, balistik ilk rapora göre iki ayrı silahtan çıktı. İki ayrı silahtan çıktığı zaman biz o mermilerin hangisinin öldürücü olduğunu ya da ikisinin öldürücü olup olmadığına göre sanık veya sanıkların hukuki durumunu ayrı tahlillere ayrı yaptırımlara tabi tutuyoruz. Ayrıntıya girmiyorum. Bütün cezacılar ve adlî tıp uzmanlarımız bunu bilir. Geliyor, şahadetlerle olayda iki ayrı silah kullanılmadığı konusundaki netlik karşısında adlî tıbba tekrar soruluyor. Ve adlî tıbbın verdiği yanıt, bazen silah ele geçirilmediğinde çekirdekler üzerinde yapılan inceleme yanıltıcı olabilmektedir. Bu durumda silahın da temin edilerek gönderilmesi ki, silah zaten elde değil, temin edilme şansı varsa zaten sanık bu yorum lehine ise, aleyhineyse ona göre davranıyor. Silahı elde etmek mümkün değil. Bütün bunlar adlî tıbbın bizim uygulamalarımızdan ne kadar vazgeçilmez, önemli olduğunu ve sanki Tanrı buyruğu gibi ona bağlanarak hüküm vermek zorunluluğumuzda bulunduğunu ortaya koyuyor. Onun için sizler çok önemlisiniz. Sizlerin göstereceğiniz aşama, bizim aşamamızdır ve gerçeğin ortaya çıkması olgusudur. Başka çaresi de yoktur. Sizden vazgeçemeyiz. Sizin ilerlemeniz bizim ilerlememizdir. Bu vesileyle ve dediğim gibi hayati tehlikeden kendimi korumak için sözlerimi keserek hepinize teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Şevki SÖZEN

Adlî Tıp Kurumu, 2. İhtisas Kurulu Başkanı
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Ben küçük bir açıklama yapmak istiyorum. Eylül başından beri 2. İhtisas Kurulu Başkanlığı görevini yürütmekteyim. Ve bu dönemden sonra olan bir uygulamayı henüz o raporlar ellerine gelmemiştir sanıyorum. O nedenle bu değişimi kendilerine bildirmek istiyorum. Artık arızasının kelimesini kullanmıyoruz. Yaralanmasının ya da yaralanmalarının kelimesini kullanıyoruz. Bunu belirtmek istedim. Hayati tehlike oluşturan lezyonlar tanımlanırken hangi lezyonun hayati tehlikeye sebep olduğunu ayrıca belirtiyoruz. Bunu bilgi olarak sizlere vermek istedim.

Prof. Dr. Oğuz POLAT

Adlî Tıp Kurumu Başkanı

Ben, asıl tartışmaya girmeden önce bu iki soruyla ilgili bir açıklama yapacağım. Birinci yaş tespitiyle ilgili açıklama yapayım. İkincinin cevabını Fizik Dairesi Başkanı burada, kendisi yapacak. Eğer yeterli olmazsa ben de katkıda bulunurum. Arkadaşlar, daha önceki dönem için söylüyorum. Adlî Tıp Kurumu'na bir soru geldiği zaman, bir dosya geldiği zaman genel yaklaşım muhakkak bir cevap verilmesi zorunluluğu şeklindeydi. Bir ölüm olgusu geldiği zaman öyle ya da böyle mutlaka bir sonucun verilmesine çalışılır. Halbuki biz biliyoruz ki çalı-

şanlar olarak dünyadaki yapılan otopsilerde yaklaşık olarak % 10 oranında negatif otopsi dediğimiz ölüm sonucunun belirlenemediği vakalar söz konusu. Yani olay yeri yapıyorsunuz, otopsi yapıyorsunuz, histopatolojiye bakıyorsunuz, toksikoloji yapıyorsunuz, narkotik açıdan arıyorsunuz. Tüm bunlara rağmen ölüm sebebini bulamıyorsunuz. O yüzden her olgunun sonucunda mutlaka bir sonuç çıkmak zorunda değildir. Çünkü biz istiyoruz ki eğer bir sonuç söyleyebiliyorsak, bu sonuç mutlaka bir referansa dayanmalı, bir son güncel bilgiye dayanmalı, bir teknolojinin kullanılabildiği ortama dayanmalı ve birikime dayanmalı. Ama başından birikim alıp sonra hepsini getirmiyoruz. Hepsini beraber istiyoruz, yani tecrübe herşey değil, muhakkak ölçülebilir, referansı olan, standart uygulamaların yapılarak sonuca ulaşılması gerekiyor. Bunu neden açıkladım? Çünkü bizim şu anda ki sorunlarımızdan bir tanesi yaş tespiti. Bugüne kadar, öncelikle şunu belirteyim, iltifatlar için çok çok teşekkür ediyorum Kurumum adına. Çünkü gerçekten Kurum ve adlî tıp camiası çok zor bir görevi çok özveriyle yapıyor. Gerçekten severek yapıyor. Böyle takdirleri de çok sık almadığı için çok çok değerlidir, onun için ayrıca teşekkür ediyorum. Yaş tespiti bizim çok önemli bir sorunumuz. Bazı önemli olgular vardır ki bilimde karşılaştırmalı yapılır. Yaş tespiti bunlardan biridir. Bir toplumda yaş tespiti yapabilmeniz için belli standartlar oluşturmanız gerekir. Nedir? 15 yaşında belli standartların olduğu, 14 yaş, 13 yaş gibi gibi kemik yaşına bakmasıdır, kemik boyu uzunluğu gibi gibi standartları vardır. Burada nasıl olduğunu söyleyebilmeniz gerekir. O yüzden de Türk toplumunun yaş grafiğini bilmek zorundasınız. Bugüne kadar böyle bir grafik söz konusu değil. Zamanında eski dönemlerde Amerika'dan bir yaş atlası alınmış ve oradaki ölçüler Türk toplumundaki var olan sorularla karşılaştırmalı kullanılarak cevaplar verilmiştir. Ve bu doğru olmayan sonuçları getirmiştir. Hepimiz biliyoruz ki Türkiye çok fazla sayıda değişik etnik gruplardan oluşan bir toplum bu da, hatta sabah bu konuyla ilgili konuşuyorduk. Maraş'ta bir Türkmen boyundan yetişen birisiyle Antakya'da arap kökenli birisinin yetişme koşulları genetik anlamda çok farklı. Onun üzerine bir de doğal koşulları diğer başka standartları eklediğiniz zaman Türkiye'nin bir yaş haritasını oluşturmak çok zor ama imkansız değil. O yüzden yaklaşık 8 aydan beri bu konuda çok değerli bir öğretim üyesi var. Yıllardır Amerika'da çalışmış olan Türk kökenli, burada şu anda onunla birlikte beş kişilik bir grup var. Bu konularda çalışmalar yapan eldeki verilerle uğraşan 4. İhtisas Kurulunda bir üye arkadaşımız var. 5'li bir grup ve her hafta toplanıyoruz ve diyoruz ki örneklem, yani Türkiye'yi temsil eden grubu nasıl oluşturabiliriz. Bunun çalışması içerisindeyiz ve örneklemi çözemediğimiz için şu ana kadar başlayamadık. Örneklemi oluşturduktan sonra bu çalışmayı yapıp Türkiye'nin yaş haritasını yapmak istiyoruz. Ancak onu yaptığımız zaman doğru sonuç vereceğiz. Şu anda verdiğimiz sonuçlar çok açık ve net söylüyorum, doğru değil. O yüzden de ben diyorum ki arkadaşlarıma bu sonuçları vermeyin. Çünkü biz Amerika'dan almış olduğumuz haritaya bakarak bir sonuç veriyoruz ve bunlar doğru değil, bir aldatmaca. O yüzden bu haritanın çıkma çalışmaları sürüyor, örneklemi çözebilirsek. Örneklem de umuyoruz bu iki ay içinde çözülecek ve araştırması başlayacak. Türkiye genelinde büyük bir araştırma olacak ve sonrasında inşallah sonuca ulaşacağız. Birçok konu böyle. DNA hiç açılmadı gündemde. DNA da aynı sorun. DNA çalışmasında teknolojiyi ne kadar üst düzeyde geliştirebilirseniz o kadar doğru sonuç alabilirsiniz. Yani insan kaynağını teknolojiyle birlikte kullanacaksınız. Biz teknoloji yatırımı yaptık. Şu anda İstanbul'da ve 2 ay içerisinde Ankara ve İzmir'de başlayacak biyoloji daireleri ile üçgeni kurduk. Şu anda biz gen frekansında her türlü DNA araştırması yapıyoruz. İnsanlara yatırım yaptık, yurt dışına yolladık. O eğitimle onu sağlamaya çalışıyoruz. Çünkü biliyoruz ki şu anda ki temel kavram biyolojik kanıttır. Biyolojik delile ulaşırsanız sonuca ulaşırsınız. Sanıktan delile ulaşmak artık Türkiye'nin aşmak zorunda olduğu bir kavram. Bunu yapmaya çalışıyor. Söze şöyle girdim, sayın Koç biraz önce söylediği Balistikle ilgili konuda bir şey söyleyecek. Kanıtın oluşabilmesi karşılaştırmadan kaynaklanıyor ama onunla ilgili teknik bilgiyi o verecek herhalde.

Uz. Dr. Firuz KOÇ

Adlî Tıp Kurumu, Fizik İncelemeler İhtisas Dairesi Başkanı

Sayın Yargıtay üyesinin verdiği örnekteki raporun altında imzam yok ama, bazen öyle örneklerle karşılaşıyoruz ki kesin sonuca ulaşamıyoruz. Çok ince ayrıntıları görüyoruz. Bu nedenle sizin örneğinizde mermi çekirdeklerinin çıkması muhtemel olan silahı eğer varsa, bunu istemişizdir diye düşünüyorum bu raporda. Eğer itiraz üzerine ikinci kez geldiğinde kesin bir sonuca varmak için silah istendiğini düşünüyorum.

Reha SÜMER

Yargıtay 4. Ceza Dairesi Üyesi

Öncelikle organ tanımı üzerine Sayın Suyugül ve Çetin'in organlar arasında bir fark gözetemeyeceğine ilişkin görüşlerine aynen katılıyorum. Dairemizin uygulaması da bu yönde. Tek kulak tam sağır olduğunda yani total işitme kaybı olduğunda biz organ tatili olarak kabul ediyoruz. Yaptırımını da 456/3. maddesinde belirtilen cezayı uyguluyoruz. Bu görüşe tamamen katılıyorum. Çünkü yasal düzenlemede organlar arasında herhangi bir farklılık yoktur. Yasal düzenleme de bir organı diğerinden üstün tutmuyor. Bu açıdan bir başka sorun, kafatasındaki çökme kırığı alanıyla ilgili. Çökme kırığı alanının saptanmasında zorluklar olabilir. Bu, büyüklüğü belirtilmeksizin sürekli hastalık olarak kabul edilmesi ve kafatasının bir organ olarak kabul edilip edilmeyeceğine ilişkin bir tartışma da açmak istiyorum. Kafatası bir organdır. Hangi görevi yerine getirmektedir. Bir organ sayılabilir mi? Bu nedenle onu tartışmaya açmak istiyorum. Kırık alanı herhangi bir sınırlama yapılmaksızın bedensel, sürekli hastalık olarak kabul edilebileceği görüşündeyim. Ayrıca iş ve güçten kalma süresi, yani mutad iştigal dediğimiz belirsiz bir kavram. Hem hukukçuların, hem adlî tıp uzmanlarının tanımlamasında güçlük çektiği bir kavram. Hepimizin ortak dil kullanması için bu kavramın belirlenmesinde zorunluluk var. Fakat tıbben travmanın vücutta yarattığı değişikliği iyileşme süresinin belirlenme yetkisinin adlî tıp uzmanlarına ait olması, mutad iştigal süresinin de hakimde olmasını öneriyorum. Bu, hem hukukçularımızı geliştirecektir, hem de adlî tıp uzmanlarını sıkıntıdan kurtaracaktır diye düşünüyorum.

Prof. Dr. Hamit HANCI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adlî Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Sayın Osman Şirin'in TCK 451 ve 452/2 nolu yasaları konusunda adlî tıbbın karar vermesi konusundaki fikirlerine katılmadığımı belirtmek istiyorum. Böyle bir günde, ki 8. adlî tıp günlerinde tartışılmıştır. Sayın Gürsel Çetin de yanlış hatırlamıyorsam konuşmacıydı. Böyle bir ölümde inzimam eden sebeplerin varlığı ve travmayla ölüm arasındaki illiyet bağı hekim tarafından ortaya konabilir. Ama olayın TCK'nun 451 mi yoksa 452/2. maddelerine mi girdiği hekim tarafından yanıtlanmaması gereken bir durumdur. Çünkü iki madde arasındaki fark, birinde öldürme kastı, diğerinde yaralama kastı vardır.Böyle bir sorunun yanıtını hekimin vermesi bilirkişinin hakimin yerine geçmesidir ki Çetin Aşcıoğlu'nun eleştirileri de bu doğrultudadır, teşekkür ederim.

Uz. Dr. Nur BİRGEN

Adlî Tıp Kurumu, 3. İhtisas Kurulu Başkanı

Sayın Seçer konuşmasına başlarken 2. İhtisas Kurulu'nun 10953 kadar dosyası olduğunu söylemişti. Her ne kadar Adlî Tıp Kurumu kanununda müessir fiiller 2. İhtisas Kurulunun görevleri içinde sayılmış ise de Başkanlığımızın yıllardan beri uyguladığı bir uygulamada 2. İhtisas Kurulunun görevini biraz daha yardımcı olabilmek amacıyla trafik kazaları, iş kazaları kurulumuza gelmektedir. Bizim kurulumuzun da yıllık aşağı yukarı 8500 kadar dosya kapasitesi ve bunun yarısının da iş kazası ve trafik kazasındaki hayati tehlike, mutad iştigal, uzuv zaafı, uzuv tatili gibi raporlar gerektirdiğini düşünürsek, Kurumumuzun dosya yükünün aşağı yukarı 1/4'i TCK'nun 456, 457, 458 ve 459. maddeleriyle ilgilidir. Bu konularda gerçekten büyük sıkıntı içindeyiz. Çehrede sabit eser konusunda Sayın Gürsel Çetin'in görüşlerine katılıyorum. Bir insanın göğsünde bir yaralanmanın olması gerek psikolojik yönden, gerek sosyal ilişkileri yönünden büyük sıkıntılara yol açmaktadır. Kurulumuza gelen bir hostes hanım vardı. Bacağının arkasında olan 8 cm.lik bir yaralanma vardı. Yırtmaçlı etek giydiğinde görüldüğünü herkesin buraya baktığını zannettiğini ve ruhsal açıdan bunalıma girdiğini söylemişti. Sayın Kaylan ve Sayın Seçer ne düşünürler bilmem ama, sabit eser kavramının bütün vücut için geçerli olması ve tamamen tazminat hukuku içine alınması gerektiği görüşündeyim. Organ yaralanmalarında tıbbın çok ilerlemesiyle birlikte bir takım uygulama farklılıkları ortaya çıkmaktadır. Dalağın alınması uzuv tatilidir. Üniversite hastanelerinde özellikle çok gelişmiş merkezlerde batını hiç açmadan endoskopi ile batına girerek dalağı izlemek kanama varsa kan takviyesiyle hasta izlenirken Anadolu'da bir hastanede şahıs ameliyata alınarak dalağı çıkartılmaktadır. Bu iki uygulama arasındaki farklılıktan dolayı sanığın cezası bir tanesinde çok farklı olmaktadır. Hukuki uygulama açısından bu doğru mudur? Fikrinizi almak istiyorum. Bazı ortopedik yaralanmalarda, kırıklarda bir hekim tedavi sırasında damar yaralanması meydana getirirken, diğer hekim çok iyi tedavi etmekte, farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Uzuv tatili değerlendirmesi yönünden sonuç değişmekte, damar yaralanmasında amputasyon dahi görülmektedir. Mutad iştigal konusunda Sayın Çetin'e katıldığımı söylemek istiyorum. Serhat Bey anatomik ve fonksiyonel bir bozukluk bırakmadan iyileşecek bir yaralanmayı orta derecede bir yaralanma olarak niteliediler. Ancak parmaklarında kırık olan bir kişide ileride uzuv zaafı olup olamayacağı konusunda baştan bir fikrimiz olamayacağından ve 18 ay sonra muayenesi gerektiğinden dava açılmadan 18 ay beklenecek midir? Hakim bey kafatasındaki defekti söylemişti. Ona cevap vermek istiyorum. Kafadaki kanamayı boşaltmak için kraniektomi dediğimiz kafatasının belli bir bölümünün çıkartılması ameliyatı uygulanmaktadır. Yerine kişinin kendi kemiği konulmuşsa, herhangi bir şekilde uzuv zaafı, uzuv tatili değerlendirmesi yapılmamaktadır. Esas olan orada kafatasının kendisinden ziyade görevidir. Beyin gibi önemli bir organı korumakla yükümlü olduğundan kafatasında uzuv zaafı-tatili değerlendirmesi yapıyoruz.

İsmail SEÇER

Yargıtay 5. Ceza Dairesi Üyesi

Yeni yasa yapalım, yeni yasada da şunları dikkate alalım. Buna hukukçulardan hiçbir itiraz gelmez. Dahi iyiyi yapmak her zaman mümkündür. Bunu düşünmek, bununla uğraşmak lazım. Buna bir şey diyemiyoruz ancak halihazır durumda önümüzdeki yasanın uygulanması zorunda olduğu zaman ne yapacağız. Çehrede sabit eser diyor bugünkü yasa. Çehre nedir? Bu konuda anlaşıyoruz. Bunun üzerinde meydana gelen sabit eser tamam 456/2

oluyor. Bu çehrenin dışında olduğu zaman bunu uygulama imkanı yok. Bu bir haksızlık mı, haksızlık. Ama nereden geliyor, yasadan. Yasadan vazgeçebilir miyiz? Yasayı bazı şeylerle gözardı edebilir miyiz? Biraz önce çok değerli 1. Ceza Dairesi Üyemizin etraflı şekilde anlattığı gibi yasadan vazgeçmek mümkün değil. Yasayı görmemezlikten gelmek mümkün değil. Yasa, bizi bağlıyor. Bunu böyle yanıtlıyorum. Dalağın alınması konusu, dalak da tartışma konusuydu. Bu tartışmaların ne kadar faydalı olduğunun bir örneği de bana göre dalaktır. Dalak da bildiğiniz gibi daha önce uzuv zaafı niteliğinde görülürken, tartışıla tartışıla nihayet hem Adlî Tıp Kurumumuzda hem de Yargıtayımızda artık bunun bir organ olduğu ve 456/3. maddesi kapsamında olduğu her iki taraf tarafından da kabul edildi. Hakkari'de dalakla ilgili bir şey olduğu zaman ordaki yetersizlikler nedeniyle onu almadan tedavi etmek imkanı yok. Ama imkanların iyi olduğu bir yerde başka türlü tedavi edilebilir ve organ kaybı olarak da sonuç olarak görülmeyebilir. Şu bakımdan çok haklısınız eğer alınmamışsa organ kaybı yoktur. Ama sanığın bunu bilmesi lazım. Tamamen meydana gelen sonuçtan biz faili sorumlu tutuyoruz. Hakkari'deki imkanlar budur. Bunun için de dalak alınabilir. Gerekli tıbbi yardımlar istenildiği gibi olmayabilir. Ama bunun sonucunda meydana gelen harabiyet neyse fail bunun cezasını çekecektir diye düşünüyorum. Mutad iştigal daha önce tartışıldı, buna girmiyorum.

Yılmaz POYRAZ

Adalet Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Benim şu konuşmam sizlerin yüksek menfaatini ilgilendiriyor. Neden ilgilendiriyor? Biz Adalet Bakanlığı olarak iki defa genelge yayınladık. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, raporlardaki usulsüzlükler dolayısıyla devletimizi çok büyük tazminatlara mahkum ediyor. 50 milyar, 70 milyar, 80 milyar. Bu masumane bir doktor hatası olarak algılanmıyor. Türkiye'nin hatası olarak algılanıyor. O sebeple doktor arkadaşlarımızın göreve çok titizlikle sarılması lazım. Sabahki konuşmacı bir hocamız Türkiye bu adlî raporların uygulanmasının Bursa'daki istatistiğe göre % 12 olduğunu söyledi. Bu beni bir hayli etkilemiştir. Bu dört sayfalık olan adlî raporlar tepeden inme değil, insan hakları koordinatör üst kurulu tarafından enine boyuna tartışılmak suretiyle nasıl yaparsak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde biz açık vermeyiz, hata yapmayız diye düşünüldü. O yüzden bu dört sayfalık raporlar hazırlandı. Ancak ben yine iyimser bir yorum getirmek istiyorum. Bu yorumu aktarmadan önce de size bir başka mesaj vermek istiyorum. Sanıyorum Akhisar ve civarında jandarma dağ başında radar kurmuş, geleni geçeni yakalıyor. Bazı şüphe ettiklerine de kendisinin alkolmetresi yok. Alkol muayenesi için sağlık ocağına sevk ediyor. Oradaki doktorumuz sadece alkol muayenesi için gelen bu kişilere dört sayfalık dediğimiz ancak 10-15 dakikada zor düzenlenen o raporu düzenlemeli mi? Ben kişisel kanım odur ki; önem ve özellik arz ediyorsa düzenlemeli. Arz etmiyorsa normal raporunu vermelidir diye düşünüyorum. Muhterem arkadaşlar yine konuşmacımız matbu raporların yeterli olmadığını veya sağlık ocaklarına ulaşmadığını ileri sürdü. Ben bunun çok yakından izleyicisi olarak hemen 2 gün önce Ankara Adlî Tıp Grup Başkanlığına gecenin saat 21.00'inde gittim, ne yapıyorlar diye şöyle bir bakayım dedim ve ilk yaptığım iş de "bu adlî raporların siz de formu var mı? Getirin bakayım" dedim. Hakikaten adlî rapor formlarını getirdiler. Dediler ki "efendim bu değil, bizim bilgisayarımızda programımızda da var" "Hadi bulun" dedim. Orada da baktım, orda da o bizim 4 sayfalık raporu olduğu gibi uygulamışlardı. Şimdiye kadar hatalı rapor veren doktora veya hatalı davranan savcıya devlet rücu etmedi. Ama bu ilerde rücu etmeyecek demek değildir. Yani devlet ödediği tazminatı eğer doktorun hatası yüzünden, diyelim adlî rapor düzenlemesi gerekirken düzenlememişse bu sefer kendi kusurlu davranışı yüzünden 50-60 milyar lira

gibi bir tazminat ödemeye mahkum olabilir. Bunu lütfen aklınızdan çıkarmayın bir. İkincisi sayın savcılarımız ve hakimlerimiz de bu konuya ağırlık versinler. Bu konuyu yaygınlaştırmak ve uygulamada iyice yerine oturtmak zorundayız. Gerçi idare hukuku okuyanlar bilirler, müessese teorisi vardır. Bir kurumun kuramsallaşması bir 10 seneyi alır derler. Bizim % 12 gibi bir oran olduğuna göre kısa sürede herhalde bunu % 50'ye, % 60'a çıkarırız diye düşünüyorum. Hepinize iyi günler diliyorum.

PANEL - III

2253 SAYILI ÇOCUK MAHKEMELERİ YASA TASARISI KAPSAMINDA ADLÎ PSİKİYATRİK KAVRAMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Prof. Dr. Oğuz POLAT
Adlî Tıp Kurumu Başkanı

İnsan hakları ihlalleriyle ilgili kısa filmimiz var. Çok direkt konuyla ilgili değil ama biz bunu hakim, savcı toplantılarında gösteriyoruz hep. Sizlerle paylaşmak istedik. Daha sonra eğer vaktimiz olursa üzerinde konuşuruz.

Herkese günaydın öncelikle, bugünkü toplantıyı açıyorum ve neden bu filmi gösterdik. Bu film bizim, hakim ve savcılarla birlikte yaptığımız bölge toplantılarında benim insan hakları ihlalleri ile ilgili yaptığım sunumun açılış filmi. Bunu gösterip ondan sonra tartışmaya açıyorum. Yakında Kurum yayınlarında çıkaracağımız, insan hakları ihlallerinde adlî tıbbın önemi ve rolü başlıklı kitapta yer alan ve Türkiye'yi ilgilendiren 29 olgudan bir tanesi bu. Bu olguda dikkatinizi çekmek istediğim nokta şudur, insan hakları ihlallerinin olup olmamasından öte, şu olguda olduğu üzere hiç kimse şu anda bu olayın gerçekten bir işkence sonucu mu meydana gelmiş olduğunu yoksa, kişide var olan bir hastalığın sonucu mu meydana gelmiş olduğunu söyleyemez. Bunu söyleyebilmek için muhakkak var olan lezyonların incelenmesi, zamanında fotoğrafların çekilmesi ve histopatoloji incelemesiyle en azından elektrik verilip verilmediğini, lezyon olan bölgelerde böyle bir lezyonun uygun lezyon olup olmadığını saptamak gerekirdi. Bunu saptayamadığınız sürece bu spekülasyondur. İşte bunu yapmadığı için devlet bu yüzden ceza görmektedir, tazminat ödemektedir. Sonuçta bu bizim alanımız, bizim konularımız, bizim çalışma alanımız olduğu için de bu tip olgularda bu yaklaşımı yapmak zorundayız. Sonuçta işkence yapıldığı için devlet tazminat ödemiyor. Böyle bir olasılıkta bunun yeterince araştırılmamış ve incelenmemiş olmasından dolayı ödüyor. Bununla başlamamızın sebebi o toplantılarda, ana temanın bu olması. Çünkü o toplantılarda güvenlik güçleri arkadaşlar, hekim arkadaşlar, hakim-savcı arkadaşlar ve doktor arkadaşlarımın oluşturduğu bir grup var ve o grupla da bunu oldukça uzun bir süre tartışıyoruz. Ben burada noktalıyorum bu konuyu isterseniz daha sonra soru cevap kısmında bununla ilgili aklınıza takılan bir soru varsa cevaplamaya çalışırım ve çalışırız arkadaşlarımla. Ama müsaade ederseniz, bugünkü toplantıya geçiyorum. Çünkü bugünkü toplantı oldukça önemli bir konuyu gündeme getirmeye çalışacak. 2253 sayılı çocuk mahkemeleri yasa tasarısı kapsamında adlî psikiyatrik kavramların değerlendirilmesi başlıklı bir panel. Panelistleri çağıracağım müsaade ederseniz. Sayın Keskin Kaylan Yargıtay 6. Ceza Dairesi Üyesi dün de kendisinin değerli görüşlerinden yararlandık. Bugün de aynı imkanı bulacağız. Sayın Prof. Dr. Özgür Polvan, kendisi benim de hocalığımı yapmış Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu Üyesi, ana görevi İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı, Sayın Dr. Yalçın Ergezer, Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu Başkanı, Sayın Avukat Aycan Topay Tekeş de İstanbul Barosu Çocuk Hakları Merkezi Üyesi, ki bu merkez benim 1993'den beri birlikte çalıştığım ve çok değerli çalışmalar yapan önce komisyon olarak başlamış, sonra bugün merkez haline gelmiş, konusunda ihtisaslaşmış, çok değerli bir sivil toplum örgütü. Onu da hemen belirtmek istiyorum. Ve burada bugün bu konuyu tartışırken öncelikle çok kısa size birkaç şey söylemek istiyorum. Uluslararası sözleşmelerde arkadaşlar, eğer bir ülke tarafından imza konmuşsa muhakkak uyulması gereken ve bütün ilgili kanunlarının uyum yasaları dediğimiz yasalarla aynı sözleşmeye uygun şekilde uygulanması gereken sözleşmelerdir. Çocuk Hakları Sözleşmesi 1989'da Birleşmiş Milletler oturumunda ilk gündeme açıldığında dünyada en hızlı ve en çok kabul gören sözleşmesi ünvanını kazanmıştır. İlk anda orada oturumda bulunan 34 ülkenin imzasıyla başlayan fakat daha sonrasında tüm dünya ülkelerinin imza koyduğu ve daha sonra da sözleşmeye imza koymanın dışında ülkelerinde yürürlüğe sokmayı kabul ettikleri bir sözleşme kapsamına girmiştir. Şu anda dünya üzerinde sadece iki ülke bu sözleşmeye daha doğrusu bir ilke imza koymamıştır. Diğer ülke de imza koymuş ama sözleşmeyi meclisinde onaylatmamıştır. Türkiye'de ilk oturumda sözleşmeye imza koyan ancak arada mecliste onaylanması için 1994'ün Aralık 23'ünü bekleyen bir sürece beklemiş ama ondan sonra meclisten de onaylanmış ve sonrasında ülkemizde yürürlüğe girmiş bir

sözleşmedir. Ve sözleşmeye baktığınız zaman gerçekten çocukların haklarını korumaya yönelik olabildiğince kapsamlı ve uygulandığı takdirde gerçekten yarınların büyüklerinin o yaş diliminde haklarıyla 4 temel prensipte gelişmelerini sağlamaya yönelik bir sözleşmedir. Gelişimi, yaşatması, korunması ve katılımıyla 4 temel prensipte var olan ve gerçekten incelendiğinde çocuklar için çok önemli bir adım olduğu gözüken bir şeydir. Niye bunları söylüyorum? Benim hayatımın bir parçası sivil toplum örgütçülüğü ve özellikle çocuk istismarıyla başlayan ama bugün bakıldığında çocuk hakları diye şemsiye olarak isimlendirebileceğim çalışmalarla geçti. Ve çocuk hakları sözleşmesinin Türkiye'de yaşama geçebilmesi ve mecliste onaylanabilmesi için merkez de o zaman komisyondu. Birlikte başladığımız çocuk hakları koalisyonu koordinatörlüğü görevini bugün halen sürdürmekteyim. 74 tane sivil toplum örgütünü kapsayan bir sivil toplum işbirliği ağıdır bu ve en büyük görmek istediğimiz şey de çocuk haklarının yaşama geçmesidir. Her ne kadar ilk Türkiye'de gündeme geldiğinde çok anlamlı bulunmasa, bugün tartışılan konuşulan bir konu olsa da diğer dünya ülkelerine baktığımız zaman daha çok ama çok yol alınması gerektiği gözükmektedir. O yüzden belki de aklımızdan gerek Yargıtay üyelerinin gerek adlî tıp uzman arkadaşlarımın gerek hakim, savcılarımın neden başka bir konu değil de bu konu seçildi görüşü geçebilir. Ama ben inanıyorum ki ancak o anda var olan çünkü çocukluk bir çağdır ve yaşanıp geçiyor. O anda bir şey yapabiliyorsanız yapıyorsunuz sonra geç kalınıyor. Böyle bir kuşağa, böyle bir kavramı tartışmak belki de benim kişisel görüşüm kabul edin bunu, bir adım daha önde geliyor diğer konulardan. O yüzden bugün panel ismi bu seçildi ve ben bu konuşmayı yaptıktan sonra sözü Sayın Keskin Kaylan'a bırakmak istiyorum.

Keskin KAYLAN

Yargıtay 6. Ceza Dairesi Üyesi

Çok değerli Başkan ve panelistleri, sayın izleyicileri selamlıyor, esenlik dileklerimi yineliyorum. Çocuk mahkemelerinin kuruluşu, görev ve yargılama usulleri hakkında kanun tasarısı incelendiğinde TCK'nun 1989, 1997 ve 2000 tasarıları TCK yürürlüğe konulmasına dair kanun 2000 tasarısı, CMUK 2000 tasarısı ile ceza ve tedbirlerin infazı hakkında kanun 2001 tasarısının kimi hükümleriyle amaç, hem de yazım bakımından çok yakın benzerlikler bulunduğu görülmektedir. TCK tasarısının gerekçesinde birinci kitabın 5. kısmının 100 ile 126. maddeleriyle yeni bir Türk çocuk ve küçük ceza hukuku sistemi kurulmuş bulunduğu, bu kısımdaki hükümlerin uygulanmasında çocuk deyiminden suçu işlediği sırada 12 yaşını bitirmiş olup, 15 yaşını bitirmemiş olanların küçük deyiminden ise 15 yaşını bitirmiş, 18 yaşını bitirmemiş olanların anlaşılması gerektiği, yürürlükteki kanuna göre önemli bir değişiklik yapılarak sorumsuzluk yaş sınırının değiştirilmiş olduğu belirtilmiş ve ceza ve tedbir uygulanmasında temel hedef, suçun çocukta varlığını ortaya koyduğu tehlikeli eğilimlerin giderilmesidir. Bu giderme çocuğun toplumla uyumlu bir hayata hazırlanması maksadıyla eğitilip yetiştirilmesi suretiyle sağlanacaktır. Söz konusu hedefe en iyi tarzda ulaşılabilmesi için mahkemece bir veya birden çok tedbirin uygulanması yeterli olduğu kabul edildiğinde artık çocuğa ceza hükmedilmeyecektir. Tedbirlerin uygulanmasıyla yetinilecektir. Çocuk suçları karşısında tedbir uygulanması esastır. Cezanın uygulanması istisnadır. Tedbir ile bu hedefe ulaşılamayacağı kanaatine ulaşıldığında ise ceza uygulanacaktır. Tasarının suç işleyen küçükler hakkında kabul etmiş bulunduğu temel ilke ise çocuklardan farklı olarak bunlar hakkında esasta ceza hükmedilmesidir. Bunlar hakkında suçtan dolayı tedbire hükmolunması istisnadır denilmiştir. Çocuklar hakkındaki yaptırımlar korunma, tedavi ve eğitim eksikliğini giderici tedbirler, disiplin tedbirleri ve cezalardır. Cezalar çocuklar hakkında para cezası, küçükler hakkında para cezası, çocuklara ve küçüklere özgü hapis cezasıdır. Çocuk ve küçükler için erginlerden ayrı

olarak cezanın ertelenmesi, koşullu salıverilme, dava zamanaşımı, ceza zamanaşımı bunlar yararlı olarak düzenlenmiş, çocuk ve küçüklerin işledikleri suçların tekerrüre esas olmayacağı, madde 124'de hükme bağlanmıştır. TCK yürürlüğe konulmasına dair kanun tasarısının 23. maddesiyle 2253 sayılı yasanın çeşitli maddelerinde geçen 11 yaş deyimi 12 yaş olarak ve 24. maddesiyle de aynı yasanın 6. maddesinin 1. fıkrası 18 yaşını bitirmeyen çocuklar ve küçükler tarafından işlenen ve genel mahkemelerin görevine giren suçlarla ilgili davalara çocuk mahkemelerinde bakılır biçiminde değiştirilmiştir. CMUK'nun 168. maddesinde çocuk, küçük ve erginleri de kapsayacak biçimde kamu davasının açılmasının ertelenmesi TCK yürürlüğe konmasına dair kanun tasarısının 29. maddesiyle de çocuk ve küçükler için hükmün geri bırakılması kuralları düzenlenmiştir. CMUK tasarısında ayrıca 18 yaşını bitirmemiş şüpheli ve sanığa istemi aranmaksızın avukat atanacağı madde 144/2 atanan avukatın duruşmaları eksiksiz izleyeceği, duruşmada bulunmaz veya vakitsiz çekilirse görevini yerine getirmekten kaçınırsa mahkemece derhal bir başka avukat atanacağı madde 145, 18 yaşını bitirmemiş olanlara ait duruşmaların kapalı yapılacağı, hükmün de kapalı tefhim olacağı, 18 yaşını bitirmiş çocuk ve küçükler hakkında ceza kararnamesi ile karar verilemeyeceği de hükme bağlanmıştır. Ceza ve tedbirlerin infazı hakkında kanun tasarısıyla çocuk ve küçüklere özgü kapalı ceza infaz kurumları, gençlik kapalı ceza infaz kurumları, çocuk ve küçük eğitim evleri, çocuk ve küçükler hakkında hürriyeti bağlayıcı tedbirlerin infazı, çocuk ve küçük hükümlülerle ilgili gözlem ve sınıflandırma, çocuk ve küçük hükümlülerin çalıştırılması, disiplin cezaları, çocuk ve küçük hükümlülere yetkili makam önüne götürülme, sevk ve nakil sırasında kelepçe ve bedensel hareketi kısıtlayıcı araçların uygulanamayacağı, süreli ve süresiz yayınlardan yararlanma hakkı, hükümlülere ilişkin bu maddelerin tutuklulara da uygulanacağı ve çocuk ve küçüklerle ilgili tutuklama kararlarının yerine getirileceği kurumlar olmak üzere çok ayrıntılı düzenlemeler yapılmıştır. TCK tasarısı çocuk ve küçüklere ilişkin maddi hukuk hükümlerini, CMUK tasarısıyla 2253 sayılı yasayla ilgili yargılama yöntemine ve en uygun tedbir veya cezanın belirlenmesine değin hükümleri, ceza ve tedbirlerin infazı hakkındaki kanun tasarısı da kesinleşmiş ceza ve tedbirlerin yerine getirilmesinde iyileştirme hükümlerini öngörmüştür. Çocuk mahkemelerinin kuruluşu, görev ve yargılama usulleri hakkındaki kanun tasarısının yeniden ele alınıp güncelleştirilmesi düşünüldüğünde yukarıda anılan tasarılarla karşılaştırmalı bir çalışma yapılması birbirlerine uyum içinde tamamlamalarının sağlanması gerekir. Ama asıl sağlanması gereken de tüm illerde artık çocuk mahkemelerinin tam olarak kurulmasıdır. Yasa tasarısındaki madde ve genel gerekçelerde şöyle bir geçildiğinde, çocuk suçluluğu madde 2, suça itilmiş çocuklar madde 10, korunmaya muhtaç çocuklar madde 2, suça itilmiş çocuklar için de özel ilgi ve bakıma daha yoğun ihtiyaç gösteren çocuklar madde 10, bedeni, zihni, duygusal, ahlaki ve sosyal gelişmeleri veya şahsi güvenlikleri tehlikede kalan küçükler madde 14 ve 19, çocuğun, küçüğün gelişim düzeyi, kişilik özellikleri ve içinde bulundukları çevre koşulları madde 20, küçüklerin işledikleri her suç için anlama ve isteme yeteneği madde 20 kavramları göze ilk çarpanlardır. Çocuk ve küçüğü yeni suçlar işlemekten korumak için yargılama aşamasında uygulanabilecek tedbirlerin hükmolunacak en doğru tedbir veya cezanın belirlenebilmesi, ceza ve tedbirlerin yerine getirilmesinden amaçlanan iyileştirme sonucuna ulaşılabilmesi için bu kavramların değerlendirilmesi zorunludur. Değerlendirmelerin yapılmasında konunun uzmanlarından yararlanılması doğal ve gereklidir. Ancak tüm bu kavramların çözülmesi ve değerlendirmesinin başarıya ulaşabilmesi için öncelikle suç işleyen çocuk ve küçüğün kendine özgü özel bir suçlu olduğunu da kabulüyle ancak olanaklıdır. Tasarının genel ve madde gerekçelerinde yer verilen gelişim psikologlarının çocukların ergenliğe geçiş yaşını 12-13 olarak ve bireyin biyolojik ve psikolojik gelişiminin ise 21 yaşından önce tamamlanamayacağını kabul ettikleri, bireyin ancak zihni, duygusal ve toplumsal yönden bağımsızlık kazanarak olgunlaşacağını, ailenin aşırı koruyucu tutumu, katı disiplin uygulama eğitiminin olgunlaşmayı engelleyeceği, küçüklere yetişkin rollerin verilmesinin onların zihni, duygusal ve toplumsal olgunlaşmalarını sağlamayacağı, ağır sorumlulukların yeterince olgunlaşmayı önleyeceği, suç işlemiş çocukların önemli bir bölümünde öz saygının düşük olduğu, iyileştirilmeleri sırasında öz saygıyı arttırıcı etkinliklere öncelik tanınması

ve öz saygıyı zedeleyici her türlü uygulamadan kaçınılması gerektiği, korunmaya muhtaç çocuklarla suç işledikleri halde tutuklanmayan, ancak aynı zamanda korunmaya muhtaç olan çocukları, haklarında karar verinceye kadar barındıran merkezlerin kurulmasının zorunlu olduğu görüş ve saptamalarına katılmamak olanaksızdır. Bu kavramlardan anlama ve isteme yeteneği, kusur yeteneğine gelince, ceza hukukunda yeterlik, diğer deyimiyle ehliyet suç işlemeye elverişliliktir. Bu elverişlilik istemek ve yapmak iradesine sahip olmak yeterliliğidir. Anlayabilme ve isteyebilme kudretinin ancak zamanla ve yaşın ilerlemesiyle tamamlanacağı, türlü güdülere karşı gelebilme yetisinin ruhsal bir olgunluğu gerektirdiği konusunda kuşku yoktur. Anlama ve isteme yeteneğinin toplamı isnat yeteneğini oluşturur. İşlediği suçun anlam ve sonuçlarını eylemin toplumsal değerini kavrama, anlama yeteneğini, bu değerlemelere uygun biçimde davranabilme de isteme yeteneğini oluşturur. Artuk, isnat, kusur yeteneği, haklı haksız, doğru yanlış, iyi kötü ayrımını yapabilme ve bu anlayışa göre davranabilme yeteneğidir biçiminde tanımlama yapmaktadır. Eren, ceza yeterliliğinin olağan gelişimde giderek ulaşılan ve ondan sonra olağan dışı bir değişim olmadıkça sürekli varsayılan bir kavram olduğunu söylemektedir. Dönmezer, Erman'a göre günümüzde yaygın sosyal değerler bakımından zihni melekeleri sağlam ve fizyolojik yönden tamamiyle gelişmiş kimselerin isnat yeteneğine sahip oldukları kabul edilmektedir. İsnat, kusur yeteneğine etkili olduğu benimsenen ve bu yeteneği kaldıran veya azaltan nedenlerden biri de yaş küçüklüğüdür. Tüm insanlar için kabulü haklı küçüklük devresi vardır ve bu bir gerçektir. Çocuk belli yaşa kadar işlediği eylemin bilinçsiz faili sayılır. TCK'nun 53, 54, 55, tasarının 101, 102, 114, 2253 sayılı yasanın 11, 12, 20 ve 2253 sayılı yasayla ilgili tasarının 22. maddesi 3 aşama benimsemiştir. 1. aşama 0-11 ve tasarılara göre 12 yaş grubudur. Yetersizlik, ehliyetsizlik aşamasıdır. Bu aşamada olanlarla ilgili olarak kovuşturma yapılmaz, ceza verilmez, yürürlükteki yasalara göre belirttiğim gibi 11 yaşın, tasarılara göre 12 yaşın sonuna kadar devam eder. 2. aşama tam olmayan ehliyet yeterlik aşaması, bu aşama ikiye ayrılıyor: 1. devre 11 veya 12 yaşını bitirmiş, 15 yaşını bitirmemiş olanlar ki tasarı bunlara çocuk diyor, 15 yaşını bitirmiş, 18 yaşını bitirmemiş olanlar, bunlara da küçük diyor, bu aşamayı oluşturuyor. 3. aşama yeterlik ehliyet aşaması, 18 yaşının bitimiyle başlayacaktır. 11, diğer deyimiyle 12 yaşını bitirmemiş olanların hakkında kamu davası açılmaz. Yanlışlıkla açılmışsa mahkeme duruşma yapmaz ve hemen kovuşturmaya yer olmadığına karar vermelidir. 11, diğer tasarılara göre 12 yaşını bitirmiş, 15 yaşını bitirmemiş olanlar grubuna gelince kamu davası açılır ve yargılama yapılır. Yargılama sonunda suç olarak yüklenen fiilin işlenmediğinin veya suç oluşturmadığının anlaşılması veya fiilin sanık tarafından işlenildiğinin sübuta ermemesi karşısında mutlaka beraat kararı verilir. Suç kanıtlanmışsa sorun bu gruptakilerin anlama ve isteme kudreti bulunup bulunmadığı, sezgin olup olmadıkları sorulur. TCK tasarısında suçu işlediği sırada ahlaki ve ruhi olgunluğu eylemin haksız niteliğini anlaması ve buna göre hareket edebilmesi için yeterli olan çocuğun ceza sorumluluğu vardır diyor madde 102. 2253 sayılı tasarının 11. maddesiyle 20. maddede yapılan değişiklik önerisinde küçüklerin işledikleri her suç için anlama ve isteme yeteneğine sahip olup olmadıkları, mahkeme nezdinde görevlendirilmiş olan psikolog, eğitimci, sosyal hizmet uzmanları tarafından bedeni, zihni, duygusal, ahlaki ve sosyal gelişmeleri incelendikten sonra hazırlanacak rapora dayanılarak hazırlık soruşturmasında Cumhuriyet başsavcılığınca son soruşturmada kovuşturma evresinde mahkemece belirlenir denilmiştir. Değerli Başkanın imzasını taşıyan ve ilk geldiğimiz gün bize dağıtıldığında elimden geldiğince okumaya çalıştıklarım içerisinde bu küçük uygulamada adlî tıp ile ilgili sorunlar çözümlemesi bölümünde, bir bölümü aktarmak istiyorum. Çünkü daha önce elimde olsaydı mutlaka oraya yazardım. Kişinin farik ve mümeyyiz kabul edilebilmesi için suçunu ve suçunun mahiyet ve sonuçlarını tefrik ve temyiz etmesine mani olacak derecede ve nitelikte herhangi bir zeka geriliği veya çocukluk devresi psikiyatrik sendrom belirtisi görülmemesi gerekmektedir. Burada suçun tipi ve işleniş koşullarıyla çocuğun göstermekte olduğu zeka gelişmesi ve ruhsal sağlık düzeyiyle tesiri altında bulunduğu sosyokültürel ortam tüm olarak değerlendirilir. Özetle kanuni açıdan genelde herhangi bir zeka geriliği veya çocukluk devresi psikiyatrik sendromundan birisine ait bulgu göstermeyen ve 15 yaşını bitirmiş bir çocuk işlemiş olduğu suçun cinsi ve işlenişinde-

ki psikopatolojik bir öğe olmadığı takdirde suçun farik ve mümeyyizi kabul edilir. 11 yaş, her suç için geçerli genel bir limit olarak kabul edilmiş bulunmaktadır. Yargıtay, çocukta anlama ve isteme kudretinin bulunup bulunmadığını, takdir yetkisi doğrudan doğruya hakime aittir. Hakim bu konuda uygun göreceği her türlü soruşturma araştırma ve incelemeyi yapar.

Hakim, tüm illerde çocuk mahkemeleri kurulamamış ve hemen görüşüne başvurulabilecek psikolog, eğitimci, sosyal hizmet uzmanı görevlendirilmemiş olduğundan suçun işlenme koşullarını, suçun niteliğine bakarak çocuğun işlediği fiilin suç olduğunu bilmediği hususunu bütün yollara başvurarak saptamaya çalışır ve bu durumu kararında tartışması gerekir. Anlama ve isteme yeteneğinin bir eylem için her eylem için ayrı ayrı ve eylemin gerçekleştiği zamanın da bulunup bulunmadığının aranması ve belirlenmesi gerekmektedir. Tüm bu çalışma ve değerlendirmelerle çocuğun anlama ve isteme yeteneğinin bulunmadığı sonucuna varılırsa 2253 sayılı yasanın 12/1 maddesi yollamasıyla, 11. maddeye göre ceza verilemez. Ancak 10. madde tasarının 7. maddesiyle değişiklik önerisi vardır. Tedbir uygulanır. TCK'nun 54/1 maddesinden farklı olarak 2253 sayılı yasa ve tasarıda eyleme uygun yasa maddesinde belli bir ceza sınırı aramamıştır. Eğer anlama ve isteme kudreti varsa TCK'nun 54/2-3, ceza kanunu tasarısı 103, 109, 110, 111, 112, 2253 sayılı yasa tasarısı 12/2 maddelere göre ceza indirimi uygulanır. Bu çocukların cezaları tekerrüre esas olmaz. Haklarında kamu hizmetlerinden yasaklanma cezası uygulanmaz. Kısa süreli özgürlüğü bağlayıcı cezaların para cezası ve tedbirlere çevrilmesi zorunludur. 15 yaşını bitirmiş, 18 yaşını bitirmemiş küçüklerin anlama ve isteme kudreti vardır. Haklarında ceza indirimi uygulanır. TCK tasarısının 124. maddesine göre bunlar hakkında da tekerrür hükümleri uygulanamaz. Çocuk ve küçükler hakkında ceza ve tedbirlerin infazı hakkındaki kanunda özel hükümler düzenlenmiştir. Yeri gelirse zamanım olursa sizlere onları da aktarmaya çalışırım. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Özgür POLVAN

Adlî Tıp Kurumu, 4. İhtisas Kurulu Üyesi

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Sayın Başkan, sayın katılımcılar, sayın izleyiciler.

Benim bugün söz edeceğim konu çocuk ve ergen psikiyatrisindeki hukuksal uygulamalar ve bu uygulamaların sorunlu, tartışmalı veya değiştirilmesi gerektiğine inandığımız yönleridir. Çocuk ve ergen psikiyatrisi disiplini çocuk suçluluğu, çocuklara uygulanacak tedaviyle cezalar ile adlî psikiyatri bilirkişiliği konularıyla yakınen ilgilidir. Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de bu konular ile ilgili ilkeleri çocuk haklarına dair sözleşmenin getirdiği kavramlar doğrultusunda belirlemek, bu ilkeler ile güncel uygulamalar arasındaki farklılıkları tespit etmek, bu farklılıkların giderilmesi için de ilgili mercilere ve kamuoyuna bu ilkeleri anlatmak ve benimsetmek çocuk ve ergen psikiyatrisi disiplinin görevi kapsamındadır. İlk olarak çocuk ve ergenlerle ilgili suç ve ceza konularında üç ana ilkenin benimsenmesi vurgulanmalıdır. Bu ilkeler, 1) Ceza sisteminde eğitim, düzeltme, suça karşı koruma tedbirlerinin ön plana alınması, 2) Olumsuz etkileri anlaşılmış ceza tedbirlerinin geri plana alınması ve bunların olanaklarının elverdiği oranda silik, esnek karakterde olması, 3) Önceki iki ilkeye bağlı olarak devletin ceza ile tehdit eden, ceza veren bir otorite olmaktan çıkarak daha çok eğiten, yön veren ve koruyan rolü ve fonksiyonları üstlenmesidir. Bu ilkeleri gerçekleştirmek için çocuk ve ergenlerle ilgili suçlarla ilgili özel yargı organları kurularak yargılamanın özel bir kovuşturma sisteminde ve özel yöntemlere göre yapılması, ayrıca devletin de kanunlarla kendisine verilmiş görevleri yerine getirmesi için özel eğitim, koruma ve tedavi kurumları geliştirme-

si gerekir. Bu kurumların uygulamada başarılı olmaları için de suç işleyen çocuk ve ergenlerin sorunlarını çözebilecek çeşitli disiplin mensuplarını yani çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanları, psikolog, pedagog ve sosyal çalışma uzmanlarının yargıçlara yardımcı olacak tarzda sistemin içine alınmaları gerekir. Dolayısıyla çocuk ve ergenlik suçlarında uzman bilirkişilerin yardımına daha çok yer verilmesi bir zorunluluktur. Adlî psikiyatri kavramı bu safhada gündeme gelmektedir. Adlî psikiyatri bilindiği gibi bir bilirkişilik kurumudur. Suçlu çocuk veya ergenin ruhsal durumu kişiliği ile ilgili bazı yeteneklerin gelişme düzeyleri, tepki özellikleri ve suç koşulları bizzat suç ile ilişki dereceleri yani illiyet rabıtasına tayin ve nihayet çocuğu ve ergeni düzeltme açısından uygulanacak en yerinde önerilerin bulunmasında yargıca yardımcı olmak bilirkişiye düşer. Ülkemizde çocuk ve ergenlerin adlî psikiyatri kapsamına giren durumlarını ceza ehliyeti, ahlaki redaet idrakı ve velayet tayini başlıkları altında özetleyebiliriz. Bu durumların günümüzde geçerli kanunlar nezdinde nasıl değerlendirildiğini ve bu değerlendirmeye göre yapılan uygulamaların yukarıda zikredilen ilgilere göre eksiklik ve yetersizliklerini, ve de bu eksiklik ve yetersizliklerin giderilmesi için sonuca ulaşmış ve halen sürdürülen çabaların gözden geçirilmesi gerekir. Birinci konu ceza ehliyeti, bildiğiniz gibi şöyle söylemek lazım; çocuk ve ergenler açısından, suçlunun yaptığı kötülüğü ve haksızlığı adalet ceza ile karşılar. Cezanın amacı suçluyu korkutmak ve yaptığı kötülükten pişmanlık duymasını sağlamaktır. Cezanın bir yararı da suç eğiliminde olanlara bir ibret teşkil etmesidir. Ancak küçük çocukların cezadan korkması ve ceza ile uslanması beklenemez. Küçük çocuklara ceza verilmesi diğer çocuklara bir ibret de teşkil edemez. Dolayısıyla Türk Ceza Hukukunda çocukların ceza ehliyetinin bulunmadığı bir dönem, ceza ehliyetinin kısmen başlaması için şarta bağlı bir ara dönem ve hafifletilmiş ceza sorumluluğu uygulanan bir dönem bulunmaktadır. Bunlardan ceza ehliyetinin bulunmadığı döneme değinmiyorum. 11 yaşı bitirmemiş çocuklar bu döneme söz konusu. Yalnız bundan sonra gelen şarta bağlı dönem farik ve mümeyyizlik kavramını bize getiriyor. Bu kavramın konuşulmasında yarar var. Ne diyeceğiz farik ve mümeyyizlik kavramına? Çocuk işlediği fiilin kötü bir şey olduğunu, başkalarına zarar geleceğini ve kendisi de bu tür hareketinden dolayı cezalandırılacağını düşünecek ve anlayacak kadar ruhsal bir gelişmeye ulaşmamış ise suça karşı farik ve mümeyyiz değildir diyoruz. Fark ve temyiz yaşa, ruhsal gelişmeye ve çevre faktörlerine bağlıdır. Çevre faktörü çocuğun yetişme tarzı, görgüsü, gelenek ve göreneklerin etkisidir. Burada vurgulanması gereken husus farik ve mümeyyizliğin suça karşı değişkenlik gösterebileceğidir. Örneğin bir bisiklet hırsızlığının farik ve mümeyyizi olan çocuk, bir çek sahtekarlığının farik ve mümeyyizi olmayabilir. Yine farik ve mümeyyizlik konusunda sorun teşkil eden bir husus. Farik ve mümeyyizlik kavramının bir klişe olarak ikisinin bir arada kullanılması. Halbuki fark ve temyiz fonksiyonları farklı iki fonksiyondur. Bir çocuk işlediği suçun fariki olabilir, mümeyyizi olmayabilir. Dolayısıyla devamlı bizim kliniklerimize de, mahkemeden gelen yazıda farik ve mümeyyiz, biz de farik mümeyyizdir veya değildir deyip gönderiyoruz ama bu iki kavram birbirinden ayrılmıyor, halen yapılan uygulamada. Şöyle diyebiliriz, bir örnek vermek gerekirse; 12 yaşında bir çocuk dolaştığı mahallede bisikleti kaldırıma bırakılmış görüyor. Canı bisiklete binmek istiyor, alıyor bisikleti ve birkaç tur atıyor. Ve bu turları atarken yakalanıyor. Bu bir bisiklet hırsızlığı şeklinde değerlendiriliyor. Çocuk karakola götürülüyor. Karakoldaki başkomiser anlayışlı bir başkomiser. "Ne yaptın?" diyor. "Gezmek istedim amca" diyor, "şöyle bir dolaştım, bırakacaktım yerine". Tokat atıyor çocuğa ve diyor ki "bir daha böyle bir iş yaparsan kemiklerini kırarım". Çocuk, bisikleti almasının yanlış olduğunun bilincinde yani farik, ama onun ceza olarak gördüğü, benimsediği başkomiserden iki tokat yemek. Bu çocuk demek bundan sonra da bir bisikletle dolaşmaya niyet ederse "ne olacak dolaşırım, alt tarafı başkomiserden iki tokat daha yerim". Dolayısıyla farik ve mümeyyizlik kavramının daha ayrıntılı incelenmesi lazım diyoruz. Yine önemli olan bir konu. Farik ve mümeyyizlik kavramının yaş sınırlarının belirlenmesi. Şimdiki uygulamaya göre malum 11 yaşı bitiren, 15 yaşını bitirinceye kadar şarta bağlı ceza ehliyeti dönemi geçiyor. Farik ve mümeyyiz olduğunun belirlenmesi lazım, çocuk eğer ceza görecekse. Avrupa'daki ülkelerin bu konudaki uygulamalarına bakarsak genelde ortalama olarak 14-18 yaş arası şarta bağlı ceza ehliyeti dönem olarak kabul edil-

mekte. Buna daha belirgin misaller de verebiliriz. Malumunuz bizim TCK, İtalyan Ceza Kanunundan esinlenerek hazırlanmış bir ceza kanunudur. Ancak İtalyan Ceza Kanunu da çoktan değişti. Ve şöyle yapalım. Örneğin ceza vermenin üst sınırı Norveç, İsviçre, Avusturya, İngiltere ve Almanya'da 14'ten başlamakta. Finlandiya'da 15 yaşından başlanır. İtalya'da 14'ten, Fransa'da 13'ten sonra başladığını görüyoruz. Yani batı Avrupa ülkelerinde bizim gibi 11 yaşı bitirdikten sonra başlayan bir farik ve mümeyyizlik kavramı veya dönemi yok. Bizim burada önereceğimiz, tabi 11 yaş çok kritik bir yaş. Çünkü tam prepuberte dönemi dediğimiz bir yaş. Genelde bluğun tesis etmesi Türkiye genelinde kızlarda 12-13, erkeklerde 13-14 olarak belirlenmekte. Dolayısıyla biz çocuk psikiyatrisi disiplini olarak şöyle öneriyoruz ki farik ve mümeyyizliğin sınırı 13 yaşın bitiminden başlasın, 16 yaşın bitimine kadar sürsün. Yani ceza ehliyetinin şarta bağlı olduğu dönemi böyle değerlendirmek lazım diye düşünüyoruz. Tabi ceza ehliyetinin tam olmadığı çocuk dönemi de halen bizdeki mevcut, yani 15 yaşını bitirmiş, 18 yaşını bitirmemiş çocuklara da, bunlara da halen ceza ehliyetleri tam değildir diyoruz. İşledikleri suçlarda hafifletilmiş bir ceza uygulanır (TCK 55). Ama görüldüğü gibi ceza ehliyeti kavramında önemli olan yetersizlik Türk Ceza Sisteminde çocuk ve ergenlere tanınan ayrıcalığın çok kısıtlı olması ve çoğunlukla bunların erişkin kriterlere göre cezalandırılmaları. Bu yetersizliğin giderilmesi için özellikle ceza ehliyetinin tam olmadığı çocukluk dönemine ait yetersizliğin giderilmesi için çocuk ve ergenlerin ceza sorumluluğu dışında kalmalarını sağlayan üst sınırın yükseltilmesi ki buna farik ve mümeyyizlik nedeniyle değindik. Yani 13-16'nın uygun olacağı önerisini dile getirdik. Bunun dışında Yargıcın suç işleyen çocuğa hiçbir özel tedbir uygulamaya gerek duymaması. Yani bu arızi suçlarla çocuk ve ergenlerin psikolojik gerginlikler sonucu ve çocuksu dediğimiz tepkisel suçların da. Ceza karakteri olmayan düzeltici tedbirler uygulanması, koşullu olarak serbest bırakma, çocuğun eğitim ve ıslah yetkisiyle tanınmış bir şahsa veya kuruma verme. Psikopedagojik eğitim ve meslek eğitimleri olan özel kurum ve örgütlere yerleştirme. Ceza tedbirlerine gelince yine tabi 15-18 yaş grubundan söz ediyoruz. Çocuk ve ergenin kişilik gelişmesi niteliği yaşı ve suçun ağırlık derecesine göre gözetime tabi tutma, bazı yükümlülükler yükleme, ıslahevlerine yetiştirme, eğitim esası üzerine kurulmuş çocuk cezaevlerine kapatma gibi değişiklikler düşünülebilir. Bundan sonra çocuk psikiyatrisi disiplininin mecburen ilgilendiği konu, önümüze sık gelen bir konu da ahlaki redaet idrakıdır. Bildiğiniz gibi adlî psikiyatride bu terimle cinsel tecavüz ve cinsel tasaddi mağduru bulunan bir çocuğun maruz kaldığı hadisenin ahlaki kötülüğünü idrak edecek ve olaya ruhsal yönden karşı koyabilecek derecede hislerinin gelişip gelişmemiş olduğunun tayini kastedilmektedir. Çocuğun ruhsal ve cinsel gelişmesinde normal bir küçüğün hangi yaş dolaylarında yürümeyi, tuvalet kontrolünü ve konuşmayı öğreneceği söylenebildiği halde, iyi-kötü, yanlış-doğru, onurluluk-onursuzluk gibi karmaşık ve soyut kavramların tam olarak ne zaman öğrenip özümlendiği söylenememektedir. TCK'nun 414 ve 416. maddelerinde cinsel tecavüz veya cinsel tasaddi mağdurunun bu olayın kötülüğünü idrak etmesi ve olaya psikolojik mukavemet kapasitesi önemle gözönünde alınmıştır. Zira mağdurun, olayın kötülüğünü idrak edemeyecek ve ruhsal yönden mukavemet edemeyecek gelişim seviyesinde bulunduğu durumlarda sanığın cezası önemli ölçüde artmaktadır. 1992 yılı sonuna kadar geçerli olan içtihatlara göre 7 yaşını bitirmiş olup, herhangi bir zeka geriliği veya çocukluk dönemi psikiyatrik sendromu arazı göstermeyen bir çocuğun cinsel tecavüz veya tasaddiye maruz kalması halinde olayın kötülüğünü idrak edecek ve olaya ruhsal yönden karşı koyabilecek derecede hislerinin gelişmiş olduğu kabul edilmekteydi 7 yaşını bitirdikten sonra. Yalnız tabi bu ikilem doğuruyor malum, mağdur 7 yaşını bitirdikten sonra olayın idraki idrak edebiliyor. Halbuki fail 11 yaşını bitirinceye kadar ceza görmüyor. Bu konuda 1985 yılında Kriton Dinçmen Hocamız tarafından gerçekleştirilen bir anket çalışmasında psikiyatri ve çocuk psikiyatrisi uzmanlarının % 80'ini moral gelişimi açısından en aşağı 11-12 yaşın sınır olarak alınması gerektiğini ve % 100'ünün de çocuğun bu gibi olaylarda 11-12 yaşını bitirmiş olsa dahi kandırılabilir olma özelliğinin ruhsal yönden mukavemetini olumsuz etkileyeceğine inandıkları sonucuna varılmıştır. Bu anketin sonuçları ilgililerce toplumsal niteliklerimiz gözönüne alınarak 1992 yılına kadar tartışılmış ve Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu 1992 sonbaharında redaet yaşını

11 yaşın bitimi olarak kullanmaya başlamıştır. Bu konuda ilk raporların yazılışından birkaç ay sonra mahkemelerden de gelen olumlu yankıların yanısıra Yargıtay 5. Ceza Dairesi'nin konuya destek veren bir ilamı yayınlanmış ve 18 Mart 1993 günü yapılan Adlî Tıp Genel Kurulu'nda konuya kesinlik kazandıran içtihat kararı alınmıştır. Halen uygulama buna göre yapılmaktadır. Ahlaki redaet idrakı konusunda da sanıyorum aynen farik ve mümeyyizlik konusunda olduğu gibi yine bir klişeleşme söz konusu. Mahkemeden gelen yazı diyor ki kendisine ika olan fiilin kötülüğünü idrak edecek durumda mıdır, değil midir? Biz de, ama çocuk psikiyatrisi kliniği, ama Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu yazıyoruz, ahlaki redaeti idrak edebilir, edecek durumdadır veya değildir. Yalnız bu ahlaki redaeti idrak etmek dışında çocuklarda iki ayrı olay daha söz konusu olması gerekir diye konuşuyoruz. Birincisi mayubiyet dediğimiz olay. İkincisi bu fiilin sonunda çocukta meydana gelen patolojik olabilen ruhsal değişimler. Eğer çocuk cinsel tasaddi veya tecavüze uğradığı zaman hemen bir mayubiyet hissi içine giriyor ise zaten redaeti idrak etmektedir. Ancak bizim toplumumuzda bu mayubiyetin bir de gecikmiş şekli var. Çocuk anında bunun bir mayubiyet olarak hissetmiyor. Ancak aradan bir süre geçtikten sonra çevrenin etkisi ve sözleriyle o zaman çocuk mayubiyet hislerine kapılıyor. Bu ikisini de ayırmak lazım. Onun dışında olaydan sonra çocukta bir psikiyatrik bozukluk, bir psikolojik bozukluk meydana geliyor mu gelmiyor mu? Bu ilk akla gelen tabi posttravmatik stres bozukluğu dediğimiz bozukluğun söz konusu olup olmayacağı. Buna da biz şöyle mütalaa ediyoruz. Eğer ika olunan fiil yani tasaddi veya tecavüz korkutarak, şiddet göstererek ve tehdit ederek yapılmış ise bir posttravmatik stres bozukluğuna yol açabilir. Ama bunlar yok ise o zaman posttravmatik bir stres bozukluğu veya herhangi bir kalıcı ruhsal olay görmeyebiliriz. Ama bu olayların aydınlatılması, araştırılması ve kanunda yer alması lazım. Üçüncü konumuz, yani çocuk psikiyatrisi disiplininin uğraştığı velayet tayini. Bu tabi Adlî Tıp Kurumu ile çok yakınen ilgili değil. Ama çocuk psikiyatrisi disiplinini mahkemelerce karşı karşıya bıraktığı için ona da çok kısaca değinmek istiyorum. Anne ve babasının boşanması halinde çocuğun veya çocukların velayetinin hangisine verileceği, velayeti üstlenen velinin başkası ile evlenmesi, terki diyar etmesi veya ölümü halinde neler yapılması gerektiği Medeni Kanunun 148. ve 149. maddeleriyle yüzeyel olarak düzenlenmiş ve bu konudaki karar büyük ölçüde Yargıcın kanaatine bırakılmıştır. Son yıllara kadar da Yargıçlar ilkokul çağına kadar ve ilkokul çağındaki çocukların velayetinin anneye verilmesini, ilkokul sonrasında ise genellikle kız çocuklarının velayetinin babaya, erkek çocukların velayetininse anneye verilmesini bir teamül olarak benimsemiş durumdaydı. Son yıllarda ise memnuniyet verici husus mahkemelerin velayet konusunda çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanlarından veya kuruluşlarından giderek artan oranda bilirkişi raporları istemeleri olmuştur. Velayet konusunda çocuk veya çocukların psikososyal gelişmelerini ve eğitimlerini mümkün olan en olumlu şartlarda sürdürebilmeleri için çocuğun zeka ve ruhsal durumunun yanısıra anne ve babanın ahlaki, ekonomik, sosyal ve mesleki durumlarıyla çocukla birlikte olmak için ne kadar zaman ayırabileceklerinin tespiti gerekir. Öyle bir tespitin hakkıyla yapılabilmesi için de bu tespit genellikle tek bir disiplinin sınırlarını aşar. Dolayısıyla bir çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanının yönetici ve düzenleyici olarak rol aldığı klinik psikolog, pedagog ve sosyal çalışma uzmanından oluşan bir ekibin düzenleyeceği müşterek bilirkişi raporu, velayet tayini konusunda mahkemeye sunulacak en sağlıklı kanaat olmaktadır. Velayetten daha fazla söz etmeyeceğim. Bir olay daha var, çocuk mahkemeleri konusuna da çok kısa değinerek sözlerimi bitirmek istiyorum. Bilindiği gibi 2253 sayılı Çocuk Mahkemeleri Kuruluşu Görev ve Yargılama Hakkındaki Kanun 07 Kasım 1979 tarihli Resmi Gazetede yayınlanmış ve bir yıl sonra yürürlüğe girmesi 46. maddesiyle kabul edilmiştir. Ancak müteakip ertelemelerden sonra 1987 yılı Ekim ayında İstanbul'da 2, Ankara, Trabzon ve İzmir'de 1'er çocuk mahkemesi çalışmaya başlamıştır. Bir örnek olarak belirtmek gerekirse 1992 yılı içinde İstanbul'daki 2 çocuk mahkemesi toplam 2280 davaya bakabilmiş ve 1997 yılında bu mahkemelerden birinde hazırlık safhasında 2750 dosya bulunmasına rağmen ancak 219'u hakkında karar alınmıştır. Ülkemizde 6972 sayılı kanun gereğince hakkında tedbir kararı verilen 60000 çocuğun yetiştirme ve bakım yurtlarına gidebilmek için sıra beklediği ve tahminen 2 milyon problemli çocuğun da toplum

içinde suça itili biçimde yaşantılarını sürdürdükleri düşünülerse çocuk mahkemelerinin en az sayı olarak yetersizliği ortaya çıkmaktadır. Ayrıca 2253 sayılı kanunun 6. ve 30. maddeleri de içerik açısından eksik ve yetersizdir. Zira 6. madde 15 yaşından büyükleri yargılama kapsamı dışında bırakmaktadır. 30. madde ise çocuk mahkemesine atanacak uzmanları öncelik sırasına göre sosyal hizmet uzmanı veya yardımcısı, pedagog, psikolog, psikiyatr olarak sıralanmakta, çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanına değinmemektedir. Dolayısıyla 2253 sayılı kanun en azından 6. ve 30. maddelerinin acilen değişmesinin gerekli olduğu aşikardır. Söyleyeceklerim bu kadar.

Uz. Dr. Yalçın ERGEZER

Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu Başkanı

Sayın Başkan, değerli katılımcılar

Ben ilk önce şunu belirtmek isterim. Biz bu tasarıdan tam 6 sene, 1 gün önce haberdar olmuşuz. 19 Ekim'de. Ve bu da şunu gösteriyor. 6 senedir biz bu adlî tıp günlerini yapmıyormuşuz. Son adlî tıp toplantısında bundan haberdar olduk ve ondan sonra konuyu işlemeye başlamıştık. Bu vesileyle bu günü, bu haftayı hazırlayanlara teşekkürlerimi sunmak istiyorum. Bunlardan sadece panellerde değil, dışarıdaki konuşmalarımızda da yararlanıyoruz biz. Ben tasarının kadük kaldığını biliyorum. Ancak tasarıda ele alınan konuların ne olduğu, yaklaşımın ne olduğunu vurgulayarak burdan bir geçiş yapmak istiyorum. Tasarıda TCK'nun 54. maddesinde yapılan değişiklikle suçu işledikleri zaman 12-15 yaşları arasında olan çocukların cezalandırılabilmesi için anlama ve isteme yeteneğine sahip olmaları yani bedeni, zihni, duygusal, ahlaki ve sosyal gelişimlerinin belli bir düzeye erişme zorunluluğu getirilmiştir. Burada çocuğun akıl malulu olup olmadığı değil, fizik ve psikolojik gelişim düzeyi araştırılacaktır. Çocuğun anlama ve isteme yeteneğine sahip olup olmadığı belirlenirken ki temel soruya cevap aranması gerekir. Bunlardan birinin o yaştaki normal çocuğun gelişim düzeyinin söz konusu fiilin anlam ve sonuçlarını kavrayabilecek, bunu serbest bir iradeyle isteyebilecek durumda olup olmadığıdır. Yanıtlanması gereken ikinci soru ise fiili işleyen çocuğun bu gelişim düzeyine erişip erişmediğidir. Ceza Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten bu yana çocukların farik ve mümeyyiz olup olmadıklarının belirlenmesi sorun yarattı. Farik ve mümeyyiz raporları genellikle gelişim konusunda uzman olmayan hükümet tabipleri tarafından verilmektedir. Bu raporlar istisnalar dışında muayenesinde işlediği suçun farik ve mümeyyizi olduğu anlaşılmıştır biçimindeki tek cümleden oluşmaktadır. Bu durum çocuk mahkemelerinin kuruluşu, görev ve yargılama usulleri hakkında kanunun yürürlüğe girmesinden sonra da değişmemiştir. Yapılan değişiklikte çocuğun akıl malulu olup olmadığının değil, fiilin anlam ve sonuçlarını kavrayacak, bunu serbest bir irade isteyebilecek gelişim düzeyine erişip erişmediğinin belirlenmesinin sağlanması istenmiştir. Burada çocuğun gelişim düzeyinin belirlenmesi söz konusu olduğu için bu belirlemenin psikolog, eğitimci ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip tarafından yapılması daha uygundur. Doğal olarak bu ekibe bir çocuk veya ergen psikiyatristinin katılması yararlıdır. Ancak ülkemizde çok az sayıda psikiyatrist olduğu için kurulacak her çocuk mahkemesine bir psikiyatrist atamak mümkün değildir. Çocuğun anlama ve isteme yeteneğinin belirlenmesi sırasında bir psikiyatristin görüşünün alınmasına ihtiyaç duyulursa, özel veya resmi hastanede görev yapan bir psikiyatrist ekipte geçici olarak görevlendirilebilir dikkatinizi çekerim. Açıklanan bu nedenlerle inceleme yapacak ve personel açıkça gösterilmiştir deniliyor tasarıda. Artı yine tasarıda ceza sorununun başlangıç yaşı 12'ye çıkarılmıştır. Gelişim psikologları çocukluktan ergenliğe geçiş yaşını genellikle 12-13 yaş olarak kabul etmektedirler diyor. Tasarının kısaca anlatımı buydu. Buradan giderek yaşın tespiti, yaşa ilişkin sınıflandırmaların yerindeliği, ceza sorumluluğu, farik ve mümeyyizlik, tüm bu söyle-

nenler ceza sorumluluğu, ceza ehliyeti konusunu içeren unsurlardır. Yani ceza sorumluluğu kavramının birbirine bağlı, birbirini takip eden öğeleridir. Burada önemli faktörlerden birisi yaştır. Yaş faktörünü neye göre, kim tespit etmelidir? Bunu tıp bilimi açısından kendi kurallarına göre tespit etmektedir. Bunun kuralları genel olarak çocuk gelişimini, çocuk psikoseksüel ve psikososyal gelişimi ve gidip gelişini tıbbi-psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi ile o ülkenin sosyal, kültürel, örf, adet, iklim gibi öznel faktörleri de gözönüne alınarak bu genel tıbbi psikiyatrik faktör ile öznel faktörlerin buluştuğu noktadır. Adlî Tıp Kurumu bütünlüğü içerisinde uzun yıllardan beri bu istememizle değişik platformlarda tartışmamız sonucunda düşündüğümüz, ulaştığımız ve 2253 sayılı kanun çerçevesi içerisinde olmasını arzuladığımız şekli söylemek istiyorum. Uluslararası sözleşmelerde 18 yaşından küçükleri çocuk sayarak bu gerçeğini gözönüne aldığımızda 18 yaşından küçüklerin farik ve mümeyyizlik dilimi içerisinde değerlendirilmesinin uygun olduğu bizim de gönlümüzde yatanın bu olduğu. Diğer ülkeleri hocamız söz etti. Buradaki bir ayırım, ülke şartlarını da bütünleştirdiğimiz zaman ve bunu bütünleştirdiğimiz zaman biz de asıl işlemek istediğimiz konu yaş diliminin 13 ile 16 yaşın sonu arasında farik ve mümeyyizlik, 16 ile 18 yaşın arasında da yaşa göre ceza ehliyeti olarak bunun bölünmesini düşünüyoruz. Psikoseksüel gelişimden söz edildi. Tüm bu soruların tasarıda işleyeceğimiz öne sürülen özelliklerin, bu soruların cevabını kim verecek? Tıbbi bir konu olduğu için hekim verecek. Nasıl yetişkinde cezai ehliyet, hukuki ehliyet gibi konular söz konusu olduğundan ve yaş ayrımı yapmaksızın ahlaki redaet söz konusunda hekim rapor düzenliyorsa farik ve mümeyyizlik konusunda da rapor düzenleyecek tek müessese hekimlik müessesesidir. Tamamen tıbbi bir olay olan cezai ehliyet değerlendirmesinin yaş faktörünü ele alırsak, başlangıç bölümü diyebileceğimiz farik ve mümeyyizlik kavramının da yine aynı disiplinin değerlendirmesi en doğal olanıdır. Hekimlik müessesesi, bunu yaparken cezai ehliyet değerlendirmesinde olduğu gibi gerektiğinde laboratuvar tetkikleri, diğer branşlarla ilgili tıbbi, tetkik veya konsültasyonlar, psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi diğer disiplinlerden de yararlanarak tıbbi raporun düzenlenmesidir. Burada sözü edilen şey, belli bir hekimin düzenleyeceği, yönlendireceği ama diğer branşların da bulunacağı büyükler olduğu gibi psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, diğer tıp dalları, tümüyle birleşerek bunun bir rapor şeklinde, bir mütalaa şeklinde düzenlenmesidir. Farik ve mümeyyizlik kavramında aranacak ilk husus öncelikle bir akıl hastalığı, akıl zayıflığı veya psikiyatrik sendrom arazı olup olmadığıdır. Bunu hekim düzenler, hekim yapar bunu. İlk önce bunu eleyeceğiz, var mı yok mu? Bunlar yoksa farik mümeyizdir demek yeterli değil. Artı bunun uygulanmasında, devamında çocuğun sanığı bulunduğu suçun niteliğini, niceliğini, sonuçlarını bilip bilemeyeceği, kavrayıp kavramayacağının incelenmesidir. Bunun bir oyun situasyonu içerisinde mi olduğu, örf ve adetlere göre mi olduğu, sanığı bulunduğu suçu anlayabilecek sosyokültürel olgunluğa erişip erişmediği veya kognitif işlevlerinin gelişip gelişmediğinin muayene edilmesidir. Tüm bunlar tıp bilgisi ve hekimce düşünme ışığında dünkü oturum başkanımız profesör Sözen'in de söylediği gibi analitik düşünceye sahip hekimin değerlendirmesi ışığında raporun düzenlenmesini gerektirmektedir. Bu kısa bilgilerden sonra mevcut ceza yasalarımızda başka hususlarda da bu konuyla ilgili değişiklik yapılmasını düşünüyoruz. Belli başlı sağır dilsizlerde uygulanan farik ve mümeyyizlik kavramında taban yaşını bu vesileyle 15 yaşından 18 yaşına çıkarılmasını öneriyoruz. Artı körler, görmezler hakkında ne düşünüyoruz? Körler hakkında sağır-dilsizler kadar farik ve mümeyyizlik kavramı uygulanmasına ihtiyaç yok. Genel olarak tıp biliminin ışığında özel olarak da kendi pratiğimizde görüşümüz en az sağır-dilsizler kadar belki de daha fazla buna ihtiyaç duyulduğudur. Bugüne kadar kanunkoyucunun hatta körler derneğinin böyle bir yaklaşımı olduğunu bilmiyoruz. Bu hususu da dikkatinize ve ilginize sunuyorum. Müştekinin temel hakkı ve hürriyetinin de unutmaksızın farik ve mümeyyizlik kavramı değerlendirmesinin temelinde özünde sevgi yatmaktadır. Bu insan sevgisidir. İnsanı kazanmak duygusudur. Bunda ihtiyaç olunan şey toleranstır. Daha olayın başlangıcında çocuğun muhatap olduğu kolluk kuvveti gibi ilk uygulayıcıdan itibaren karar organına kadar geçen serüvende rol alan kişilerde, müesseselerde olması gerekli olan şeydir. Olay abartılmadan, sansasyonel bir hale getirilmeden kendi çerçevesi içinde bırakılarak yani çocuk daha fazla travma-

tize edilmeden mümkün olduğunca kendi mahallinde ve en kısa zamanda çözümlenmelidir. Burada uygulayıcıya büyük görev düşmektedir. Farik mümeyyizlik kavramı tek başına ele alınacak bir olay değildir. Tıbbi, hukuki, sosyal yönlü bir olaydır. Kendisi paraleldeki ve getireceği hususların ilgililerce tartışılarak düzenlemelerin yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Diğer toplantılarda anlattığımız, bu arada şunu söylemek istiyorum; başka şehirlerde karşılaştığımız meslektaşlarımızla, hakim ve savcılarla yapılan toplantılarda sormuştum "siz, çocukken hiç hırsızlık yapmadınız mı?" diye, kimseden ses yok tabi, ben yaptım. Ama kahve molasında iki kişi gülerek yanıma geldi ve kendisini tanıttılar. Birisi şehre yeni gelen vali muavini, diğeri de baro başkanıymış. Vali muavini şehre gelmiş dolaşırken, gördüğü bahçenin duvarı alçakmış atlamış, öbür taraftan iki tane elmayı çalarken bahçe sahibi yakalamış. Bu da baro başkanı. Artı dünkü konuşmalarımızda panellerde geçen 456'da sözü edilen bir bölüm var. Kanunda var. 456'nın iki bölümü var. Sayın Başkan müsaadenizle geçiş yapıyorum buradan, bağlı kopuk değil çünkü. Bir fiziksel yönü var, bir ruhsal yönü var. Ruhsal yönü çok az mahkemelerce sorulmakta, çok az işlenmekte. Biz buna açığız, Kurum olarak, kurul olarak açığız. Sadece bu posttravmatik stres bozukluğu çerçevesinde olduğu sanılmasın. Ve biz bunu birkaç senedir kategorize ettik, şekillendirdik, Adlî Tıp Kurumu nosyonu içerisinde uygulamalarımız vardır. Ve sizlerden bu konuda sizlerden sorular bekliyoruz. Durup dururken dosyalar bize intikal etmiyor. Artı Özgür Hocamızın da söylediği gibi cinsel suçlarda mayubiyet ya da diğer konular yok denecek kadar az sorulmaktadır. Son uygulamalarda Adlî Tıp Kurumu içerisinde diğer kurullardan hekimce gelen bakış açısıyla bu sorular bize yoğunlaşmakta ve cevap almaktadır. Bunlar da mahkemelerimizden ayrıca beklediğimizi bildiririm. Saygılar.

Av. Aycan Topay TEKEŞ
İstanbul Barosu Çocuk Hakları Merkezi Üyesi

Sayın Başkan, sayın konuşmacılar ve değerli katılımcılar

Hepinize merhaba diyerek konuşmama başlamak istiyorum. İstanbul Barosu Çocuk Hakları Merkezi üyesiyim. Başkanımızın da söylediği gibi merkezimiz uzun zamandır çocuk haklarıyla ilgili çalışmalarına devam ediyor. Bizce de yasa ile uyuşmazlığa düşen çocukların yargılanması konusunda en önemli adlî psikiyatrik konulardan biri "çocuğun ceza sorumluluğunun tespitidir". Bu konuda ele alınması gereken öncelikli sorunun, ceza sorumluluğu tespitinde kullanılacak kriter ve kavramların neler olması gerektiğinin tartışılması olduğunu düşünüyoruz. Çünkü, farklı yasalarda ve tasarılarda, farklı kavram ve kriterlerle karşılaşıyoruz. Tebliğimizin giriş bölümünde, kısaca bu konular üzerinde duracağız. Örneğin, TCK.'ndaki "farik ve mümeyyizlik" ile 2253 sayılı ÇMK.'ndaki " eylemin anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneği" aynı şey midir? TCK tasarısının esas aldığı ruhi ve ahlaki olgunluk ölçütleri, halen kullanılan diğer ölçütlerden farklı anlamda mıdır? Bu kavramlar hakkında yasakoyucuların görüş ve anlayışları ile bu kavramlar konusundaki tartışmalar nelerdir ?

Gelişme bölümünde ise, Çocuk Yargılaması Hukuku'nun temel ilkeleri ışığında, çocuğun ceza sorumluluğu-kusur yeteneği araştırmasının neden ve nasıl yapılması gerektiği hakkında bir değerlendirme yapacağız. Yasalar ve tadil tasarılarında esas alınan ölçütler ile uygulama bugün çocuk yargılamasının temel ilkelerine uygun mudur? Çocuk Yargılamasının amacı ve ilkeleri olan, çocuğun yüksek yararı, önceliği, katılımı, görüşünün alınması ve ayrımcılık yasağı yönünden durum nedir? Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, Pekin Asgari Standart Kuralları, Viyana Ofisi'nce hazırlanan tip yasa önerisi karşısında, nasıl bir yeni yaklaşım ve yol bulabiliriz? Bu soruların yanıtlarını arayacağız.

Sonuç bölümünde ise, olması gereken esas alınarak, uygulamanın değişmesi gereken yönlerine ilişkin somut çözüm önerileri sunmaya çalışacağız.

TARİHÇE

Yaş küçüklüğünün cezai sorumluluk üzerindeki etkilerinin TARİHÇESİ[1] M.Ö. 400'lü yıllara kadar uzanmaktadır.

A) ROMA'DA

Klasik Hukukun başlangıcı olan eski ceza hukukunda: özellikle 12 levha kanunundan[2] itibaren insanlar baliğler (ergin) ve baliğ olmayanlar (ergin olmayanlar) diye ayrılarak buna göre cezai sorumlulukları değerlendiriliyordu. Cezai sorumlulukları tam olarak nitelendirilen ergin kişilere karşılık, ergin olmayanların işledikleri fiillere sadece emniyet tedbirleri uygulanırdı.

Klasik hukukta gelişen zaman içinde bu konu tartışılmıştır. Ancak Salvius Julianus (hukukçu) ile bir nevi istikrar bulmuştur. Şöyle ki Salvius zamanında, özel suçlar ve genel suçlar ayırımı yapılarak, özel suçlarda çocuğun doğumdan, kolaylıkla konuşabileceği zamana kadar olan dönemi, kesin sorumsuzluk dönemi olarak kabul edilmiştir.

Konuşabildikleri halde bûluğa ermemiş küçükler de, konuşamayanlara yakın olanlar - bûluğa yakın olanlar şeklinde ayrılmış, I. gruptakilerin cezai sorumlulukları kabul edilmemiş, II. gruptakiler ise işledikleri fiilden sorumlu tutulmuşlardır.

Justinien Hukuku' nda ise cezai ehliyetsizliğin üst sınırı 7 yaş olarak tespit edilmiştir.

B) KİLİSE HUKUKU'NDA

Jüstinien Hukuku'ndan etkilenen kilise hukukunda cezai ehliyetsizliğin üst sınırı 7 yaş olarak tespit edilmiş olmakla beraber, 7 yaşını tamamlamış bûluğa ermemiş olanların cezai sorumluluğu münakaşalıdır; hakimler 7 yaşını bitirmiş fakat bûluğa ermemiş küçüklerin "kasta ehil olup olmadığını araştırmakla ve kararlarında küçük lehine hareket etmekle sorumludurlar".

C) CERMEN HUKUKU'NDA

Başlangıçta cezanın amacı, zararın tazmininden ibaret olarak düşünüldüğünden failin yaşına hiç önem verilmezdi. Daha sonraları suçun manevi unsuru önem kazanınca, fiiller iradi ve iradi olmayan diye ayrılarak, çocuklar tarafından işlenen suçlar daha hafif cezaları gerektirecek gayri iradi fiiller içine alınmış ve 12 yaş sınır olarak kabul edilmiştir.

Ç) ORTAÇAĞDA

Küçüklük konusunda, bir taraftan Roma diğer taraftan Cermen Hukuku batılı devletlerin hukukunu etkilemiş ve bu durum Avrupa reformuna kadar devam etmiştir.

Fransa yine aynı etkilerle 7 yaşını tamamlamamış çocuklarla, buluğdan ziyade küçüklük çağına yakın çocukların cezalandırılamayacağını kabul etmiştir.

Fransa'da ilk defa 1791 kanunu ile cezayı hafifleten sebepler içine küçüklerin durumu hakkında hükümler

---

[1] *Bu bölüm Naci Şensoy'un "Yaşın Cezai Sorumluluk Üzerindeki Tesiri" başlıklı makalesinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Şensoy Naci, Yaşın Cezai Sorumluluk Üzerindeki Tesiri, İ.Ü.H.F. Mc. 1937 C.13 S.1-2*

[2] *Bilgiç A. Tuncer, Tarihsel Terimler Sözlüğü. (M.Ö 451 Roma Devletinin merkezi Roma kentinin Forum alanına mermer üzerine yazılmış ve asılmış yasalardır.)*

konmuş, 1810 Kanunu ve takip eden diğer kanunlarda küçüklüğe dair kurallar bugünkü şeklini almıştır.

D) İSLAM'DA

İslam'ın Ceza telakkilerinde de baliğler ve baliğ olmayanlar ayrımı yapılarak cezai sorumluluk tespit edilirdi. Buluğa ermemiş bir kimse işlemiş olduğu fiilden dolayı cezai koğuşturmaya tabi tutulamazdı.

Buluğa ermemiş kimseler sabi diye adlandırılarak, bunlar da gayri mümeyyiz sabiler ve mümeyyiz sabiler diye iki katagoriye ayrılır idi. Gayri mümeyyizler hayır ve şerri (iyiliği ve kötülüğü) fark edemeyen, mümeyyiz çocuklar da hayır ve şerri fark edenler olarak değerlendirilirdi.

Ceza, had ve tazir olarak ikiye ayrılmıştır. Had muayyen bir cezayı, tazir ise terbiye ve cezaları kapsardı, tazirin nevini, ölçüsünü takdir ve tayin kadılara ait idi. Had sadece buluğa ermiş bulunanlara verilen bir cezadır. Tazir ise bir cezadan çok küçüğün psikolojisine ve manevi durumuna göre ve işlemiş olduğu fiilin kötülüğünü anlatmaya yönelik sırf terbiye edici niteliktedir.

E) OSMANLI İMPARATORLUĞU'NDA ise,

İslam Hukukunun esasları geçerlidir. Ancak 1274 tarihli (Zilhicre) Ceza Kanunname-i Hümayun'un 40.maddesi "kendisinde temyiz kudreti bulunan, ancak buluğa ermemiş çocuğun cezai sorumluluğunun varolduğunu kabul etmiştir".

Daha sonra 1329 tarihli kanunla değiştirilen 40.madde, buluğu, cezai sorumluluğun şartlarından saymamıştır. Buna göre, doğumdan başlayarak 13 yaşını doldurmamış kimseleri temyiz kudretinden mahrum addederek mutlak bir sorumsuzluk devri olarak kabul etmiş, 13 yaşını bitirmiş ve fakat 15 yaşını bitirmemiş olanlarla, 15 yaşını bitirmiş, fakat 18 yaşını bitirmemiş bulunanlara cezai sorumluluk yüklenebileceği, ancak cezaların açıklanan nispetlerde azaltılarak verilebileceği hükmünü koymuştur. Bu esaslar 1 Temmuz 1926 ya kadar yürürlükte kalmış, daha sonra da yerini bugünkü Ceza Kanunumuz almıştır.

Ancak unutulmaması gereken, Osmanlı İmparatorluğu içinde her topluluk (kabile) ve her çevre, örf ve adetlerine göre o yerin özelliklerini taşıyan kanunnamelerle hükümlerini uygulamıştır.

F) AYNI DÖNEME AİT ULUSLARARASI HUKUK'TA[1]

Milletler Cemiyetinin ilk genel toplantısında "Yoldan Çıkmış ve Manen Tehlikede Olan Çocuklar" konusunun ele alındığını görmekteyiz. Ancak Milletler Cemiyeti Çocuk Esirgeme Komitesi 1935 yılında aldığı kararla **"çeşitli çocuk gruplarının ihtiyaçları arasında bir sınır çizmenin mümkün olamayacağını"** vurgulayarak konuyu genişletmiş; Çocuk Mahkemeleri ve eşdeğerdeki kuruluşları, yardım hizmetlerini ve çocuklara özgü kuruluşlara uygulanacak prensipleri içeren belge ve raporlar hazırlamıştır. Hazırlanan bu raporlarla Çocuk Adalet Sisteminin kuruluş aşamasında olan devletlere, örnek olması amaçlanmıştır.

Özellikle :

a) Çocuk Mahkemeleri ve diğer kuruluşların organizasyonu ve işleyişiyle ilgili esaslar

b) Küçüklerin tanımı

c) Mahkemelerin görev ve yetkileri

d) Muhakeme usulü

e) Çocuklar hakkında alınacak tedbirlerle ilgili usuller

Ayrıca ;

[1] *Bu bölüm W.W. Grabinska - I.Wall'ın "Çocuk Mahkemeleri ve Çocuk İle İlgili Müesseseler" adlı eserinden yararlanılarak hazırlanmıştır.*
Grabinska W.W. - Wall I. Çocuk Mahkemeleri ve Çocuk İle İlgili Müesseseler, Çev. Eldeniz Perihan, Ankara 1939.

Cezai sorumluluk yaşı ve yaş sınırları konusunda, **"farkutemyiz"** meselesi (Mens Rea) üzerinde de titizlikle durulmuştur.

Bir kimsenin farik ve mümeyyiz olup olmadığı hakkında araştırma yapmak yerine, **"Kendine hakim ve sağlam muhakemeye sahip midir"** i araştırmanın önemli olduğu çünkü çocukların gelişme sürecinde bu özelliklerinin henüz tamamlanamadığı,

Ceza Kanunları bakımından bir suçu Farik ve Mümeyyizlikle irtibatlandırmanın DOĞRU sayılmasına karşılık, çocukların KORUNMASI amacından değerlendirildiğinde öneminin ikinci derecede kalacağı ,

Hem çocukların hem de toplumun yararı için bir takım tedbirlere başvurulmasının ancak **"çocuğun hayat hikayesinin"** ortaya çıkarılması ile mümkün olacağı,

Devletin, çocukları korumakla yükümlü olduğu, çocukların ceza sorumluluğunun, **her olayda** asgari ve azami bir yaş arasında **mahkeme kararı ile** tespit edilebileceği,

Hakimin, uzmanların yardımıyla fail ve fiil arasındaki münasebeti doğru tespit ve takdir edeceği v.s prensiplerini içeren belgeler Milletler Cemiyetine Üye olan ve üye olmayan devletlerle yapılan işbirliği ile ortaya çıkmıştır. Çalışmalarını 1947 tarihinde sona erdiren, yerini Birleşmiş Milletler'e devreden Milletler Cemiyetinin bu çalışmaları her zaman kılavuz olma özelliğini taşıyacaktır.

Tarihçe bölümünün son konusu olarak Türk Ceza Kanunu düzenlemesini ele alacağız.

Bunu yaparken aynı zamanda, değerlendirme bölümüne de geçmiş olacağız.

TÜRK CEZA KANUNU

1926 tarihli TCK ilk düzenlemesinde, 55. madde ile, "çocuğun eyleminin suç olduğunun fark ve temyizi ile hareket etmiş" olmasını çocuk hakkında mahkemenin vereceği kararın kriteri olarak kullanmaktadır. 1936, 1953 ve 1983'de bu madde değiştirilmiştir. Bu değişiklikler verilecek cezanın miktarı ile ilgili olup, yapılacak araştırmaya ilişkin düzenlemeyi etkilememiştir. Bu düzenlemeye göre çocuk farik ve mümeyyiz bulunmuş ve suç ispat edilmiş ise ceza, ispat edilememişse beraat kararı verilecektir. Çocuk farik ve mümeyyiz değilse hakkında cezaya hükmedilemeyecektir. Başkaca bir hüküm biçimi de düzenlenmediğinden bu durumda çocuğun eylemine verilebilecek bir tepki kalmamaktadır. Bu maddenin birinci fıkrasının ikinci cümlesinden şu anlaşılır, çocuk farik ve mümeyyiz olmasa dahi hakkındaki ceza davası devam edecek ancak sonucunda bir cezaya hükmedilmeyecektir. Eğer bu yargılama sonunda çocuğun bir yıldan fazla cezayı gerektiren bir fiil işlediği ispat olunursa, o taktirde " terbiye ve ıslahı için" Devlet idaresinde bulunan bir kuruma yerleştirilecek veya ihtar ile aileye veya vasiye teslim edilecektir. Farik ve mümeyyiz olan küçük hakkındaki suç ispat olunmamış ise beraat, ispat olunmuş ise ceza tertibine yer olmadığına karar verilmesi gerekecektir.[2] TCK'nun 54. madde hükmünün tatbiki ile ilgili Adlî Tıp Umum Müdürlüğünün 21.1.1954 gün ve 1108 sayılı yazısında Cz. İşl. 13.3.1939 14 sayılı Tamime atıfla; hekimler tarafından verilen ve gerekçe ihtiva etmeyen raporların hükme esas alınması konusu incelenerek, "yapılan muayenesinde farik ve mümeyyiz olduğu veya olmadığı anlaşılmıştır." şeklinde raporlarla yetinilmesinin caiz olmadığı bildirilmektedir. Gerekçe olarak da, bilirkişi raporlarını taktirde kanunun hakime ve mahkemeye verdiği geniş takdir yetkisinin, hakimin çocukla görüşmesi ve başkaca mercilerden de rapor almasını ve bütün bunları değerlendirmek suretiyle çocuğun farik ve mümeyyiz olup olmadığına karar vermesini kapsamakta oluşu gösterilmektedir.[3]

Bu düzenlemenin yürürlükte olduğu zaman yapılan tartışmalara bakıldığında tabiplerin farik ve mümeyyizlik meselesine çocuğun özelliklerinden hareketle baktıkları görülür. Onlara göre; çocuk gerçekleştirdiği eylemin za-

[2] *Özütürk Nejat, TCK-İstanbul 1970, sf. 190: Y.2.C.D. 02.06.1960 4675/5960.*
[3] *Çağlayan Muhtar, TCK-C.I, Ankara 1962, sf. 222*

rarlı olabileceğini, bundan ceza göreceğini ve suçun mahiyetini takdir edebilecek bir zekaya malik ise fark ve temyiz kudretine sahiptir.[4] Çocuk bilgi, görgü ve zekası nispetinde bir suçun farik ve mümeyyizi olabilir. Hukukçular ise, çocuğun özellikleri ile eylemin özelliklerine birlikte bakmaktadırlar. Onlara göre, küçüğün ruhi harekatı ile birlikte olayın ve ona ilişkin bütün hallerin incelenmesinden sonra, çocukların ahlaki redaeti ve hukuka aykırılığını bilerek hareket ettikleri anlaşıldığı taktirde bir kimseye farik ve mümeyyiz demeyi tercih etmektedirler. Hakimden olayın özellikleri, eylemin öznesi ve genel kaideleri dikkate alarak takdire varması istenmektedir.[5] Gerçi, adlî tıp kitaplarında, farik ve mümeyyizlik araştırmasında çocuğun dış görünüşü ve muayenesi ile yetinilmemesi, sanık ve tanık ifadelerinin, olayın oluş şeklini gösterir belgelerin incelenmesi ve kanaatin bundan sonra oluşturulması önerilmekte ise de, hekimin dosya delillerinin tamamını görememesi, delillerin duruşmanın ileri safhalarında değişmesi, ifade tutanaklarının hakim tarafından yazdırılması gibi nedenlerle buradan edinilecek kanaate bağlı bir değerlendirme eksik olma riski taşımaktadır. Eğer, raporda gerekçe olursa hakim duruşmada ortaya çıkacak yeni duruma göre değerlendirme yapma, belki incelemenin yenilenmesini isteme veya raporla yetinme konusunda kendinden emin olma imkanını edinecektir. İddia ve savunma açısından da aynı şey söz konusudur.

Buradan hareketle hukukçular farik ve mümeyyizlik raporlarında şu bilgilere ihtiyaç duyduklarını dile getirmişlerdir:[6]

a- Muayene edilen kişinin hüviyeti ile ilgili bilgiler,

b- Eylemin özellikleri, (Böylece eylem konusunda hekimin görüşü ile hakimin görüşü aynı mı, bunu anlamak mümkün olacaktır.)

c- Eylemin tarihi,

d- Çocuktaki sinir ve ruh hastalıkları ile ilgili uzman muayenesi bulguları ve sonuçları,

e- Çocuğa ait özellikler;

aa- Yaşı,

bb- Fiziki gelişiminin yaşına göre normal olup olamadığı,

cc- Akıl ve ruh hastalıkları,

dd- Sinir sistemi,

ee- Marazi olmamakla birlikte suçun işlenmesi anında iradesini etkileyebilecek veya kaldırabilecek hastalıkları.

f- Çocuğun sosyal durumuna ilişkin özellikler:

aa- Aile eğitimi,

bb- Yaşadığı çevre,

cc- Tahsili,

dd- Mesleği.

Bu dönemde kanun, aynı zamanda çocuk hakkında verilebilecek kararların sınırlılığı nedeniyle de eleştirilmekte, çocuğun farik ve mümeyyiz olması kriterine bağlanmış cezalandırma prosedürü ve yetişkinlere verilen cezaların indirilmesi suretiyle cezaların tayini "iptidai" bulunmaktadır.

Şu an yürürlükte olan Çocuk Mahkemeleri Kanunu'nun hazırlık çalışmalarına bakıldığında, uygulamada karşılaşılan bu sorunları gidermek üzere önerilen çözümlerden etkilenmiş bir yaklaşım görünür. **Tasarıyı hazırlayanlar; karar vermeden önce hakimin çocuğun bütün problemlerini ayrıntıları ile tespit edebilmesi, onu suça iten sebeplerin ve çocuğun psikolojik durumunun ve kişiliğinin "mükemmel" bir biçimde tanınması**

[4] *Öztürel Adnan, Adlî Tıp 1966 Ankara, sf. 277*
[5] *Özütürk Nejat, TCK İstanbul 1970 sf. 191.*
[6] *Erdoğdu Ahmet, Kars Cm. Savcısı, A.D. 1946, C.21, S.9.*

kaygısı ile hareket ederek, çocuk hakkında karar verilmeden önce iki araştırma yapılmasını öngörmüştür. Bunlardan ilki, çocuğu sosyal çevresi içinde ele alan bir araştırmadır. İkincisi ise eylemin anlam ve sonuçlarını kavrayabilme yönünden bedeni, akli ve ruhi gelişiminin araştırılmasıdır. Bu hüküm 6.11.1981 tarihinde[7] Milli Güvenlik Konseyi tarafından maddeye açıklık getirmek gerekçesi ile değiştirilerek, "eylemin anlam ve sonuçlarını kavrayabilme yönünden bedeni, akli ve ruhi gelişiminin araştırılması" birinci fıkraya, sosyal araştırma ise 2. fıkraya alınmıştır. Birinci fıkranın ilk cümlesinde yer alan "gerekirse" kavramı, 2. fıkranın ilk cümlesine alınmıştır. Böylece "eylemin anlam ve sonuçlarını kavrayabilme yönünden bedeni, akli ve ruhi gelişimin araştırılması" zorunlu, sosyal araştırma isteğe bağlı bir araştırma halini almıştır. Uzun yıllar mahkemeler bu araştırmayı yapmaya **"gerek"** görmemiştir. Bu değişiklik, sözde uygulamada doğacak tereddütleri gidermek için yapılmış, oysa hükmün kanunun amacına aykırı uygulanmasına neden olacak biçime getirilmiştir. Bu ne yazık ki, tesadüfi değil, kanun koyucunun tercihini gösterir niteliktedir ve uygulamacılar tarafından da bu şekilde yorumlanmıştır.

Böylece; giriş bölümünde belirttiğimiz kavram tartışmasına gelmiş oluyoruz.

2253 sayılı yasanın yürürlüğe girmesinden sonra da gerek mahkeme taleplerinde gerekse Adlî Tıp raporlarında incelemeler "farik ve mümeyyizlik" araştırması olarak sürdürülmüş ve buna göre rapor düzenlenmiştir.

2253 sayılı Kanun ile kabul edilen "eylemin anlam ve sonuçlarını kavrayabilme yönünden bedeni, akli ve ruhi gelişimin araştırılması" kavramı ile TCK'daki farik ve mümeyyizlik kavramını karşılaştırırsak, TCK'na göre çocuk "eyleminin suç olduğunun farkında olmalı ve temyiz kudretine sahip bulunmalıdır.2253 sayılı yasaya göre ise suçun anlamını ve sonuçlarını kavrayabilme yönünden gelişim derecesi araştırılmalıdır. Örneğin, çocuklar arasında cinsel oyunlar, elleme v.b. tasaddi eylemlerinde .... Çocuk onun kötü bir şey olduğunu bildiğini söyleyebilir. Çünkü, gören fark eden herkes "Ne ayıp, Bir daha görmeyeyim, yoksa..." demişlerdir. Ama onlar aralarında aylardır yapıyorlar ve kimseye bir şey olmuyordur. Bir gün mahalleye yeni bir çocuk gelir, ona yaparlar, annesine söyler ve annesi şikayetçi olur.

Yani burada, sadece farkında mı sorusunun yanıtlanması yetmez, çocuk ne tür bir farkındalık içindedir, buna bakmak gerekir.

2253 sayılı yasaya göre bu araştırmayı uzman kimseler yapacaktır.

2253 sayılı yasanın yürürlüğe girmesinden sonra, hakim ayrıca bir de takdir yetkisi ile donatılmıştır. Bu yasa çocuğun "eylemin anlam ve sonuçlarını kavrayabilme yönünden bedeni, akli ve ruhi gelişiminin araştırılması" sonucunda elde edilecek kanaati cezalandırmanın tek kriteri olmaktan çıkarmış ve hakime, gelişim düzeyi eylemin anlam ve sonuçlarını kavramaya elverişli olan çocuklar için de tedbire hükmedebilme konusunda takdir yetkisi vermiştir.[8]

Olması gereken ve uluslararası hukukta önerilen de budur.[11] Kısaca özetlemeye çalıştığımız, farik ve mümeyyizlik araştırması konusunda hukukçular ile tıpçılar arasındaki yaklaşım farklılığı bu noktada daha bir önem ka-

---

[7] *2552 Sayılı Kanun.*

[8] *Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun-Gerekçe-Yargıtay Kararları (B.M.Çocuk Hakları Sözleşmesi, B.M. Pekin Kuralları ve AİHM Kararları Şerhi İle) Yayına Hazırlayanlar : Av.Harika Seliçi, Av. Seda Akço. İstanbul Barosu Çocuk Hakları Merkezi Yayını, İstanbul 2001, Sf. 25.*

ÇMK: 12 Maddesi Gerekçesi:
Bu hükümde Türk Ceza Kanunun 54. maddesindeki esaslara mütenazır olarak sevkedilmiştir. Suç tarihinde 12 yaşını ikmal etmiş ve fakat 15 yaşını bitirmemiş olan küçükler hakkında tedbir veya ceza uygulanması için müracaat olunan fark ve temyiz hassasının mevcudiyeti ve ademi mevcudiyeti yeğane kriter olmaktan çıkarılmış, çocuğu her vechesiyle tetkik ettirmek fırsatını bulan çocuk mahkemesi, çocuğun kişiliğine daha uygun düşeceği ve bu yolda ıslah ve eğitiminin mümkün bulunacağı görüşü ile fark ve temyiz hassasını haiz bir küçüğe ceza yerine tedbir uygulayabilecektir. Aksi takdirde maddede gösterilen nispetler dairesinde ceza tayin edilecektir.

[11] *-B.M. Pekin Asgari Standart Kuralları. Çev. Onursal Betül. Adana Barosu Dergisi-1992 Eylül-Y.1-S.3.*
-Çocuk Suçluluğu ile Mücadelede Uluslar arası Gelişmeler ve B.M. Viyana Ofisi Tarafından Hazırlanan Çocuk Yargılanması Konusunda Örnek Kanun. Çev. Onursal Betül-İstanbul Barosu Çocuk Hakları Bülteni

zanmaktadır. "Farik ve mümeyyizlik" verilecek kararı belirlemede tek kriter olduğu durumda "..... suçunun farik ve mümeyyizi olduğu kanaatini bildirir rapordur" şeklindeki raporlar hukukçulara yetersiz gelirken, bu rapor kararın tek kriteri olmaktan çıkartıldığında ve hakimin takdir yetkisi genişlediğinde, hakimin takdirini kullanabilmesi için çocuğu tanımasına yardımcı olacak ayrıntılar daha fazla önem kazanmaktadır. Çocuğun bedeni, ruhi ve akli gelişimine ilişkin ayrıntılar, sadece anlam ve sonuçları kavrama yeteneğinin tesbitinde değil, aynı zamanda çocuk hakkında verilecek kararın belirlenmesinde de kullanılacaktır ve bu hakim için bilirkişi desteğini gerektirir bir iştir. Böylece, raporların kanuna uygunluğu yani gerekçeliliği, ehil kimseler tarafından düzenlenmesi vb. konular daha fazla önem kazanmaktadır.

1992 tarihli ÇMK'nu değiştirmek üzere hazırlanan ancak kadük olan yasa tasarısında iki değişiklik görülmektedir.Bunlardan ilki, yapılacak araştırma yine isim değiştirmektedir. Çocuğun suçu anlama ve isteme yeteneğine sahip olup olmadığına bakılacaktır ve bu iş çocuğun bedeni, zihni, duygusal, ahlaki ve sosyal gelişimi incelenerek yapılacaktır. İkinci değişiklik ise araştırmacılara ilişkindir. Araştırmayı kimin yapacağı ilk kez açıkça düzenlenmekte ve bu görev çocuk mahkemesi nezdinde görevlendirilen psikolog, eğitimci, sosyal hizmet uzmanına verilmektedir. Burada istenilen iş ile tayin edilen bilirkişilerin uzmanlığı açısından bir boşluk oluşmaktadır. Duygusal gelişimi psikolog, sosyal gelişimini sosyal hizmet uzmanı araştırabilir ise de, zihni (akli) gelişim psikiyatrik incelemeyi gerektirmesine rağmen sayılan uzmanlar arasında psikiyatrist bulunmamaktadır.

1993 tarihli TCK Ön Tasarısında ise çocukların ceza sorumluluğundan bahsedilirken, 12 yaşını doldurmuş bulunan çocukların eylemlerinin haksız niteliğini anlaması ve buna göre hareket edebilmesi için " ahlaki ve ruhi olgunluğu" yeterli olan çocuğun ceza sorumluluğunun var kabul edileceği bildirilmiştir. 1997 yılında hazırlanan ve halen T.B.M.M. gündeminde olan tasarıda da bu kriterin korunduğu görülmektedir.

TCK Ön Tasarısı'nın "Çocuklara ve Küçüklere İlişkin Hükümler"ini düzenleyen 6. Kısmında,[12] "Çocukların ceza sorumluluğu suçu işlediği sıradaki ahlaki ve ruhi olgunluğu eyleminin haksız niteliğini anlaması ve **buna göre hareket edebilmesi için yeterli ise** vardır" denmektedir.

TCK Ön Tasarısı aynı zamanda, hakimin çocuk hakkında verebileceği karardaki olanaklarını, yani takdir yetkisinin sınırlarını da genişletmektedir. Çocuk ceza sorumluluğuna sahip olsa dahi, hakim tedbire hükmedebilecektir. TCK Ön Tasarısı bu yönü ile ideale en yakın düzenlemeyi içermektedir. Ancak tasarı, çocuklar için (13-16) cezalarda yine indirimli ceza öngörmesi ve küçükler(17-18) için sadece ceza öngörmesi,12 yaşından küçükler hakkında ceza kovuşturması yapılmadan suçluluktan bahsetme çelişkisini sürdürmesi açılarından eleştirilecek yönlere sahip bulunmaktadır.

Yeri gelmişken hemen belirtmeliyiz ki; TCK Ön Tasarısı'nın en önemli aksaklığı, özel ve bağımsız olması gereken çocuk yargılaması düzenlemesinin, yeni baştan Ceza Hukuku düzenlemesi içine alınmış olmasıdır. Bu durum, çocuk yargılaması alanında ÇMK ile elde edilen gelişmeyi geri götürücü niteliktedir.

Bir noktaya daha vurgu yapmak istiyoruz. Hepimizin çok dikkatli olması gerekmektedir. TCK "farik ve mümeyyizlik" derken, 2253 sayılı yasa yeni bir kriter getirerek, "eylemin anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneği" dedi. Ama bizler, farik ve mümeyyizlik araştırması yapmayı sürdürdük.

Şimdi ise, **TCK Ön Tasarısı'nda "ahlaki ve ruhi olgunluğun, eylemin haksız niteliğini anlaması ve buna göre hareket edebilmesi için yeterli olması" şeklinde yeni bir kriterle karşılaşıyoruz. Üstelik, yapılacak araştırmanın yargılama içindeki anlamını artıracak usuli düzenlemelerle birlikte çıkıyor karşımıza... Örneğin, hakimin takdir yetkisinin artırılması gibi. Bu nedenle, yargılamanın amacına ulaşabilmesi için hepimize çok iş düşüyor.**

Bizce, artık bu yeni kavramı tartışmalıyız. Çünkü, Meclis'te bekleyen TCK Tasarısı artık farik ve mümeyyiz-

[12] *TCK Ön Tasarısı-6.Kısım, Çocuklara ve Küçüklere İlişkin Hükümler: 1. Bölüm-Genel Hükümler-Madde 103.*

likten bahsetmiyor.

EYLEMİN ANLAM VE SONUÇLARINI KAVRAYABİLME YÖNÜNDEN BEDENİ, AKLİ VE RUHİ GELİŞİMİN ARAŞTIRILMASI

Bugün 2253 sayılı yasanın uygulaması, iyi bir kanunun kötü uygulamacılar elinde ne hale geleceğine ilişkin o özlü sözün bir örneğini oluşturmaktadır. Şu an yürürlükte bulunan kanun başlangıçtan bu yana var olan ve değişiklik kanunları ile arttırılan eksikliklerine rağmen iyi bir uygulamacı yaklaşımı ile, çocuk yargılamasının amacına uygun bir biçimde yapılabilmesi için, en azından bugün kullanılandan fazla olanak sunmaktadır. Öncelikle mahkemeler, mütehassıs kimselere yaptırdıkları araştırmalarda "farik ve mümeyyizlik" tespiti talebinden vazgeçerek, çocuğun "eylemin anlam ve sonuçlarını kavrayabilme yönünden bedeni, akli ve ruhi gelişiminin" araştırılmasını isterlerse, iddia ve savunma makamları taleplerini bu yönde oluşturur ve bunun aksi yönündeki uygulamalar için kanun yollarını kullanırlarsa ve mütehassıs kimseler de araştırmalarını bu talebe ve bilirkişilikle ilgili yasal düzenlemelere uygun biçimde yapıp raporlarını gerekçeli olarak hazırlarlarsa bu alanda önemli bir gelişmenin adımını atmış olacaklardır. Hemen beraberinde sosyal araştırmanın önemi kavranarak, sosyal araştırma yaptırılması prensip halini almalıdır.

Gerek bedeni, akli ve ruhi gelişim incelemesi, gerekse sosyal araştırmanın yapılması birer bilirkişi incelemesidir. Bilirkişiden beklenen, çocuğun bedeni, akli ve ruhi gelişimi ile sosyal durumuna ilişkin tespitlerini gerekçeleri ile birlikte, ayrıntılı bir rapor haline getirerek mahkemeye sunmasıdır.

Öteden beri modern hukuk sistemlerinde, çocuk yargılamasına ilişkin düzenlemenin amacı, yasayla ihtilafa düşen çocuğu yeniden ve yeterli düzeyde topluma kazandırmak, çevresi ile uyumlu hale getirebilmektir. Bu amaç güdülürken, B.M. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme ve Pekin Kuralları ile "çocuğun yüksek yararı" ilkesi temel oluşturmuştur.

Pekin Asgari Standart Kurallarına göre, çocukların anlama-isteme yeteneği değerlendirmesi yapılırken ve cezai sorumlulukları belirlenirken, **"Küçükler İçin Adaletin Amaçları" hakkında 5. Kural** hedefleri mutlaka gözönünde tutulmalıdır. Bu hedeflerden ilki; küçüğün iyileştirilmesi, ikincisi ise, oran ilkesi, yani eylemin ağırlığı ile cezai hükümlerin ayarlanmasıdır. Ancak bu ikinci hedef saptanırken, küçük suçlular sözkonusu olduğunda, kişisel koşulların – ki bunlar sosyal durum, aile durumu, oluşan zarar ile kişisel koşulları etkileyen diğer noktalardır – kararda etkisi olmalıdır.

Pekin Kurallarının çok önemlilerinden biri de 6. Kuraldır. Bu kural, "Yargılamanın her evresinde takdir yetkisinin kullanılmasına izin vermek" tir. Bu yapılırken de, gerekli denetim ve dengelerden söz edilerek, takdir yetkisinin aşırıya kaçmasının da önüne geçilmiştir. Bunun en iyi iki yolu ise, meslekte uzman ve kalifiye olmak ile sorumluluk taşımaktır.

Sonuç olarak diyebiliriz ki;

Çocuk Yargılamasında nihai karardan önce yapılması gereken, ama uygulamada adeta görünmez olmuş olan sosyal incelemenin, anlama - isteme yeteneğini belirleyecek olan ilk inceleme ile birleştirilerek, ihtiyaca göre pedagog, psikiyatrist, psikolog, sosyolog, sosyal hizmet uzmanı, öğretmen v.b. uzmanlardan oluşacak kurulca, yeterli-kapsamlı-gerekçeli ve ayrıntılı bir rapor şeklinde hazırlanması hem çağın gereklerine, hem de çocuğun yüksek yararı ilkesine uygun olacaktır.

Bir çocuğun ahlaki ve ruhi olgunluğunun, eyleminin haksızlığını ve sonuçlarını kavramaya yeterli olup olmadığının belirlenmesi kuşkusuz özel uzmanlık gerektiren bir iştir. Bu nedenle, bu nitelemeyi çocuk mahkemesi yargıcı yapamaz. Ancak, kanımızca bu niteleme tek bir uzmanlık dalının da konusu değildir. Çünkü, bir çocuğun akli ve ruhi olgunluğu üzerinde rol oynayan faktörler birden fazladır. Bunlar çocuğun yaşı, ahlaki, psikolojik, ekonomik, ailesel, çevresel ve toplumsal konumu ile eğitim-öğretim durumu v.b. çok önemli etkenlerdir.

Bütün bu çok önemli ve direkt rol oynayan etkenlerin değerlendirilmesinde ise, halen Adlî tabiplerce düzenlenen matbu raporların yeterli olmadığı açıktır.

Hepimizin bildiği gibi, uygulamada bugün adlî tabiplikçe düzenlenen ve "farik ve mümeyyiz olduğunu bildirir kesin rapordur" şeklindeki matbu bir evrakla bildirilen görüş, çocuk mahkemesi yargıcını bağlamakta, mahkeme bünyesinde araştırma yapıp rapor düzenleyen uzmanların görüş ve raporu ise, bu iki başlılık nedeni ile dikkate alınmamaktadır. Yargıçlar da, tedbir önerilerini dikkate alarak, ceza yerine tedbir uygulama konusundaki takdir haklarını kullanmamaktadırlar.

Çocuk mahkemesinde yargılanan bir küçük hakkında anlama- isteme yeteneği değerlendirmesi yapılırken, hem çocuğun hem de eylemin her yönü ile ele alınması gerekir. Çocuğun eylem anındaki fiziki, psikolojik, sosyal, ahlaksal, kriminal ve hukuksal durumu yanında, olayın, eylemin oluş şekli, süresi, yeri, nedenleri vb. koşulların da bilinmesi çok önemlidir.

Her durumda olduğu gibi ve özellikle de çocuk yargılamasında, bilirkişi raporları gerekçeli, olayı ve çocuğu irdeleyen, uzmanların kişisel görüş ve oyunu içeren bütünsel raporlar olmalıdır. Bununla paralel olarak, çocuk yargılaması alanında çalışan herkes, gerek hukukçular ve gerekse uzmanlar, meslek içi eğitimden geçmelidir.

Yasayla ihtilaf haline düşen ve suça itilen çocuklarımıza, en azından bu kadarını borçlu olduğumuzu düşünüyoruz.

Prof. Dr. Nezir SUYUGÜL
Adlî Tıp Kurumu, 2. İhtisas Kurulu Üyesi
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Ben katılımcılardan şunu öğrenmek istiyorum. Çağdaş toplumlarda bu türlü bir suçlu çocuğu incelerken inceleme heyeti içinde hekime yer veriliyor mu? Bizim tasarımızda verilmiyor. Temenniler var verilsin diye. Acaba çağdaş toplumlarda bu grubun içinde hekimin, çocuk hekimin ya da çocuk psikiyatristinin, ergen psikiyatristinin yeri var mı? Bu grup içinde onlar bulunuyor mu?

Doç. Dr. Necmi ÇEKİN
Adlî Tıp Kurumu, Adana Grup Başkanı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Ben sayın Kaylan'a sormak istiyorum. Küçük ve çocuklarda, bunların yargılama süreçlerinde, DGM suçları kapsamındaki suçlar açısından bir ayrım var mı?

Dinleyici

Hiperaktif çocukların cezai sorumluluğunu öğrenmek istiyorum.

İbrahim DOLU

Bolvadin Ağır Ceza Mahkemesi Başkanı

Benim sorum Yalçın Ergezer'e. Farik ve mümeyyizlik raporları alınırken hazırlık soruşturması safhasında bir şekilde atlanmış olabiliyor veya atlanmamış olup, usulüne uygunluk atlanmış olabiliyor. Daha sonra sanık gıyapta yargılama devam eder 15 yıllık zaman aşımını gerektiren bir suçtur. 14. senede bu sanığı ele geçiririz. Sizlere sevk ettiğimiz zaman 26-27 yaşlarına gelmiştir. Geriye dönük olarak nasıl bir inceleme yaparak sonuca ulaşıyorsunuz? Sağlıklı olduğuna inanıyor musunuz?

Doç. Dr. Yaşar BİLGE

Adlî Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanı

Çocuk mahkemelerinin kuruluş görev ve yargılamasına dair kanunda hakimlerin nitelikleri belirtiliyor. Aynı şekilde güvenlik güçlerinin de niteliklerinin belirli nitelikleri olması gerekiyor mu?

Yrd. Doç. Dr. Mehmet TOKDEMİR

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Ben Polvan Hocamıza ve Ergezer Hocamıza soru yöneltmek istiyorum. Şarta bağlı cezai sorumluluk döneminde mahkemelerle bizden genellikle olay tarihinden 1-2 yıl sonra şahsın muayenesi yapılarak iki yıl önce işlemiş olduğu suça karşılık farik ve mümeyyiz olup olmadıkları sorulmaktadır. Bu gibi durumlarda, istemlerde nasıl davranmamız gerekir? Bu sorulara cevap vermek durumunda mıyız?

Süleyman MUTLU

Seydişehir Ağır Ceza Mahkemesi Başkanı

Ben adlî tıpla karşılaştığım sorunlarla ilgili, özellikle farik ve mümeyyizlikle ilgili. İş yoğunluğunuzu biliyoruz. Özellikle şubelerden almaya çalışıyoruz olabildiğince. Ancak bir olaydan dolayı bir şube personeliniz hakkında bir soruşturma açıldı. Verdiği iki tane farik mümeyyizlik raporları arasında çelişki olduğu için. Müştekinin şikayeti üzerine hakkında soruşturma açıldı. Daha sonraki bütün farik mümeyyizlik raporlarında İstanbul Adlî Tıp Kurumu'ndan alınması uygun olacağı yönünde mütalaa vermeye başladı. Arayıp sorduğumda bana verdiği cevap şu: Siz benim hakkımda soruşturma açtınız. Ben bundan sonra sizin farik ve mümeyyizlik raporlarına cevap vermem, veremem, psikolojim müsait değil gibi bir çevap aldım. Bu hoş bir cevap değil. Bu konuda personeliniz hakkında ne yapmayı düşünüyorsunuz? İkincisi yine bu 46, 47 yönünden dosyalarımızı gönderiyoruz. Sa-

nığımızı veya mağdurumuzu ama muayene ediliyor, dosya gidiyor. Bir süre sonra, önce muayene edilmiş dosyayı gönderin, gönderiyoruz. Dosya yine gönderiliyor, 3-4 kez gönderdiğimiz oluyor. Ekonomik krizi biliyorsunuz. Ve bu sıkıntıdan dolayı mağdurları göndermekte savcılığımız çok büyük sıkıntı çekiyor. Biz de dosyalarımızı iki yıl gibi, yaklaşık iki yıl gibi adlî tıp yüzünden bekleyen dosyalarım var. Gönderiyorum, geri geliyor. Belli bir süre sonra sanık ve mağduru bulamaz oluyorum. Bu konularda tenkit ediyoruz, tenkit etmek zorundayız. Çünkü müfettişlerimiz de bizi niye dosyaları sürüncemede bıraktınız diye tenkit ediyor. Aldığımız cevaplarda biz tenkite müsait bir makam değiliz diyoruz. Mahkemelere yardımcı bir kuruluş olduğunuza göre biz sizi tenkit ederiz. Hiç mağdurlar yönünden araştırma yaptınız mı? Farik mümeyyizlik raporlarının sosyal hizmet uzmanlarından alınması daha uygun değil mi?

Dr. Hakan KAR

Adlî Tıp Kurumu, Asistan

Bir önceki araştırmamızda Adlî Tıp Kurumu'nun 98-2000 yılları arasında 4. İhtisas Kurulunda çıkan hırsızlık ve gasp suçlarını ilgilendiren farik mümeyyizlik raporlarını inceledik. Biz, devlet hastanesinde pratisyen hekimleri eleştirmekle beraber iki satırlık rapor veriyor şeklinde hayret içinde gördük ki, devlet hastanesinden ve sağlık ocaklarından çıkan farik mümeyyizlik raporları % 80'i farik mümeyyizdir denildi. Bizde de bu oran % 78.5 ve acaba aralarında çelişki var mı diye incelediğimizde sağlık ocakları ve devlet hastanesinden çıkan farik mümeyyizlik raporlarıyla Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulundan çıkan farik mümeyyizlik raporları % 90 üzerinde aynı karar çıkıyor. Özel hastanelerde durum çok çok farklı. Farik mümeyyizdir verilme oranı iki yıl içinde % 40. % 60'ına farik mümeyyiz değildir demiş özel hastaneler. Onlar daha mı çok bağımsız, ondan mı öyle oluyor? Dünkü konuşmaya ithafen biz daha mı muhafazakarız bu konuda. Kongrelerde hepimiz aynı fikri söylüyoruz. Oyun situasyonu içinde gelişmesi, adolesan çağı içindeki cinsel gelişimin doğal süreci içindeki oyunları biliyoruz ama uygulamada enisonu % 80'ine farik mümeyyiz veriyoruz. Gerekçeli karar versek genişletilmiş hakim yetkisinde bu karar daha fazla gözönüne alınmaz mı? İkinci sorum; suçu grup halinde işlemek. Yani iki çocuk üç çocuk "hadi şunun topunu çalalım, hadi bahçeden çalalım" dediğimizde hakimler bunu gözönüne alıyorlar mı? Teşekkür ederim.

Dr. A. Taner GÜVEN

Adlî Tıp Kurumu, Asistan

Benim sorum Sayın Kaylan'a. Uçucu madde bağımlılığı çok önemli bir sorundur özellikle büyük şehirlerimizde çocuklar arasında. Acaba yeni tasarıda çocuk madde bağımlılığıyla ilgili bir düzenleme var mı?

Prof. Dr. Oğuz POLAT

Adlî Tıp Kurumu Başkanı

Ben öncelikle Seydişehir hakimine cevap vereyim. "personelle ilgili ne yapmayı düşünüyorsunuz?" dediniz. Önce personelime de soracağım, tabi size güvenimiz sonsuz ama ondan da öğrenmek durumundayım. Sizle kişisel cevabı dışarıda daha detaylı konuşabiliriz. Şubeye geldi ve yollayamıyoruz dediniz. Ben deneyimli bir şube müdürü arkadaşımdan böyle konuda ne yapmamız gerektiğini sorayım. Gökhan Eriş bize açıklar mısın? Doktor Gökhan Eriş, Denizli Şube Müdürü. Kendisi böyle bir olayda ne yaparız? Önce bize anlatsın.

Süleyman MUTLU

Seydişehir Ağır Ceza Mahkemesi Başkanı

Farik mümeyyizlik konusunda bir uzmanınızdan rapor aldım. Savcılık aşamasında alınmış, sadece fiili livata suçundan dolayı alınmış. Ben başka suçlardan da dava açıldığı için ve Yargıtay uygulamasında bütün suçların belirtilmesi gerektiğinden dolayı, bütün suçları belirtmek suretiyle bir adlî tıp uzmanından rapor istedim, şube müdürü arkadaştan. Bana verdiği raporda farik mümeyyiz değildir, suçları saymış, fiili livata suçu da dahil buna. Diğer savcılıktan alınan raporda farik mümeyyizdir diyor. İki rapor arasında bir fark olduğu için müşteki bizi ve raporu veren doktoru şikayet etti. Doktora görevi ihmalden dava açıldı. Bu davadan dolayı doktor Seydişehir'e karşı bir husumet beslemeye başladı. Bu husumetten dolayı bütün farik mümeyyizlik raporlarını "İstanbul versin veya başka bir psikiyatri kliniğinden alın" gibi bir cevap verdi. Kendisiyle telefon görüşmesi de yaptım. "Niye bunu böyle yapıyorsunuz" dedim. "Benim şu andaki psikolojim müsait değil arkadaş, bunu veremem" dedi. "Ne yapayım" dedim. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Adlî Tıp Anabilim Dalında görevli bir arkadaşımız da var herhalde, "oraya yazın, oradan alın" dedi. Şimdi oradan alıyorum.

Uz. Dr. Gökhan ERİŞ

Denizli Adlî Tıp Şube Müdürü

Şube müdürlüklerinin sorulan her soruya cevap verme zorunluluğu vardır. Mahkemelere tıbbi olarak bilirkişilik yaptığı için kendi konuları içinde mecburdur cevap vermeye. Kendisini aşan bir konu varsa ancak bir üst kurula gönderme hakkı var. Bu onun yetkisini aşmıyor, cevap vermek zorunda. Hakkında soruşturma açılmış olabilir. Eğer biz Adlî Tıp Şube Müdürlüğü yapıyorsak tabi ki hakkımızda soruşturma da açılacaktır. İnsanların hepsini birlikte mutlu edemeyiz. Birisine bir rapor veriyorsak muhakkak o rapor bir başkasının zararına oluyor. Dolayısıyla bu şekilde soruşturmalar açılacaktır.

Uz. Dr. Yalçın ERGEZER

Adlî Tıp Kurumu, 4. İhtisas Kurulu Başkanı

Siz dediniz ki önce sanığı gönderiyorum, ondan sonra bizden dosyayı. İkincisi dosyada bizim beklediğimiz başka şeyler var. Tıbbi belgeler, sanık geliyor, diyor ki "ben falanca hastanede tedavi olmuştum". Dosyada var mı? Yok, büyük ihtimalle yok. Biz bunu istiyoruz ve bu zincir kurulup gidiyor. Dosyayı tekemmül ettirip sanıkla beraber gönderirsek problemimiz çözülür.

Keskin KAYLAN

Yargıtay 6. Ceza Dairesi Üyesi

Sayın Suyugül Hocama; inceleme grubunda çocuk hekimi ve psikiyatri bulunmasını çok arzu ettiğimi belirtmek isterim. Tasarının gerekçesinde psikiyatr sayısının çok az olması nedeniyle bu değerlendirme sırasında onların da geçici olarak gruba katılmalarının sağlanması düşünüldüğü belirtilmiş ama maddeleştirilmemiş. Eğer öyle bir tasarı yine güncelleşir bendenize de hizmet verirlerse ben hem sizin hem Sayın Ergezer'in bu konudaki önerilerini o toplantıya, o komisyona en ayrıntılı biçimde aktarmaya söz veririm. Bu çocuk muhakemeleri usulü kanunu tasarısı komisyonunda yoktum. Bu tasarıyı hazırlayan komisyonda görev yapmadım. O nedenle mukayeseli hukuk incelemesini yapmadığım için size bu konuda yanıt verme durumunda değilim.

Prof. Dr. Özgür POLVAN

Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu Üyesi

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Bu konuda Avrupa ve ABD farkı var. Avrupa ülkelerinde çoğunlukla benim bilebildiğim kadarıyla inceleme kurulunda bir hekim var. Ya çocuk psikiyatrıdır ya psikiyatri uzmanıdır. Ancak ABD'nde eyaletler arasında fark olabilir. Ama genelde inceleme önce sosyal çalışma uzmanı tarafından yapılır. Sosyal çalışma uzmanlarının raporu yeterli bulunmadığı taktirde diğer disiplinlere havale edilir. Amerika'da böyle, Avrupa'da ise hekim genelde çoğunlukla bildiğim ülkeler kadarıyla var.

Keskin KAYLAN

Yargıtay 6. Ceza Dairesi Üyesi

DGM ayrımı var mı çocuk ve küçükler için denildi. Şöyle başlıyorum CMUK tasarısı düzenlenirken DGM ile diğer adlî yargı mahkemelerinin usul hükümleri, bugünkü ayrımı kesinlikle gözetilmedi. CMUK tasarısındaki

hükümler bütün mahkemelere eşit olarak uygulanır. DGM de genel mahkemeler kapsamındadır. Bu nedenledir ki biz uygulama tasarısıyla çocuk mahkemeleri usulü kanunundaki değişikliği yaparken 18 yaşını bitirmemiş olanların tamamının genel mahkemeler kapsamındaki eylemlerinden dolayı 18 yaşına kadar çocuk mahkemelerinde yargılanması gerektiği hükmünü koyduk. Niye? DGM Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu hükümleriyle 2253 sayılı yasadaki değişiklik hükümleri birbiriyle uyumlu ve tamamlayıcı nitelikte. Genel olarak CMUK'nda biz bu ayrımı kaldırdıktan sonra çocuk mahkemeleri için o ayrımı koymamız kendimizle çelişkiye düşerdi. Böyle bir ayrım kesinlikle yok. Çocuklar için DGM'lik suçlarda da usul hükümleri aynen uygulanacaktır. Çocuk Mahkemeleri Usulü Kanunu hükümleri düzenlenirken hakimlerin bazı özellik ve niteliklerde bulunması öngörülmüş ama kolluk için usul hükümlerini burada öngörmek mümkün değil. Herhalde kollukla ilgili özel yasa düzenlenirken orada değerlendirilmesi gerekir. Ben de gönülden ona katılırım. Bir soru vardı uyuşturucu madde bağımlıları için yeni bir düzenlemeniz var mı diye. Uyuşturucu bağımlılığı diğer ceza ehliyetini etkileyen kapsamda. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, 46, 47 kapsamında, diğer bağımlılıkları da biz değerlendiriyoruz. Ama bunu yasalaştırmak değil, aslında genel hükümler kapsamında değerlendiriyoruz. Uyuşturucu bağımlısı çocuklar için de yaş küçüklüğü dışında ceza ehliyetini etkileyen herhangi bir neden varsa mutlaka sizlere başvuruyoruz. Bunun varlığını saptadığımız zaman niteliğine göre hakkında şu andaki yasadaki 46 veya 47'yi uyguluyoruz. Uyuşturucu bağımlıları bugün çıkar, yarın başka bağımlılar çıkar. Herbir bağımlı için madde düzenlenmez. Genel hükümler çerçevesinde ve uygulamadaki yorumla sorun çözümlenir. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Özgür POLVAN

Adlî Tıp Kurumu, 4. İhtisas Kurulu Üyesi

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Sanıyorum ilk soru, hiperaktif çocukların durumu farik ve mümeyyizlik açısından ve adlî tıp açısından. Hiperaktif çocuk dediğimiz tıbbi sendromun ismi hiperkinetik sendrom veya dikkat eksikliği, hiperkinezi bozukluğu. Bu bir çocukluk çağı psikiyatrik sendromudur. Dolayısıyla diğer vakalarda zeka durumu ve çocukluk çağı psikiyatri sendromunu taşımayanlara biz farik ve mümeyyiz diyoruz ama hiperkinetik sendromun da bir özelliği var. 11 yaşını bitirinceye kadar tedavi edilmiş ve hiperkineziden kurtulmuş olabilir çocuk. Eğer 11 yaşını bitirdikten sonra yani farik ve mümeyyizlik kapsamında hiperkinetik sendrom devam ediyorsa o zaman çocuk farik ve mümeyyiz değildir. Bir çocukluk psikiyatrik sendromu taşıması nedeniyle.

Uz. Dr. Yalçın ERGEZER

Adlî Tıp Kurumu, 4. İhtisas Kurulu Başkanı

Güzel bir soru vardı. Sanık kayboluyor, yıllar sonra ortaya çıkıyor, bu zor olmuyor mu? Ne yapıyorsunuz? Böyle vakalarımız var. Adam 30 yaşına gelmiş, bize 13 yaşındaki falanca suç soruluyor, sanık da o zamana kadar çıkıyor, bu da Türkiye'nin gerçeği. Türkiye'nin gerçeklerinden biri de benim yaklaşımımla diyorum ki Adlî Tıp Kurumu. Nasıl oluyor? Dolmuş, taksi dolmuş fikri nasıl bir Türkiye'nin gerçeği ise, bizim yaptığımız işte

sanki buna bir pratik çözüm getirmenin formülü olmuş. Ne yapmışız? Ceza ehliyeti de böyle, sadece farik mümeyyizlik değil. Ceza ehliyetleri de bize hemen ertesi gün gelmiyor. 3 sene, 5 sene, 2 sene, 10 sene aynı şekilde geliyor. Ne yapıyoruz bunlar için? Bizim yöntemlerimiz var. Dosya elimizde, sanık elimizde. Diyoruz ki bunu mütalaalarımızda açıkça belirtiyoruz. Suçun nevi, işleniş tarzı, sanığın suç işleme mantığı, suçuna karşı savunma mantığı, suç öncesi, suç sonrası tutum ve davranışı. Tüm bunları irdeleyip bir mütalaa veriyoruz biz kurul olarak rapor değil. Bu şekilde de bu bir değerlendirmeye gitmiş oluyor. Bunu bu vesileyle dünkü konuşmasında kurulumuzla ilgili sayın Ceza Dairesi Üyesi Osman Bey'in de biz de Yargıtay içtihatlarında bunu belirtiyoruz demesi de bu tip bir yaklaşımdı. Bundan dolayı teveccühlerinize teşekkür ediyorum.

Av. Aycan Topay TEKEŞ

İstanbul Barosu Çocuk Hakları Merkezi Üyesi

Benim söylemek istediğim, meslekiçi eğitimle ilgili çalışmalar, hukukçular ve uzmanlar bazında devam ettiği zaman yani bu uygulamaya geçtiği zaman zaten bu tip sorularımızın uzmanların nitelik ve nicelik olarak artması, yargılama elemanlarının nitelik ve nicelik olarak artması adlî kolluğun yerleşmesi ve bunlarda da çocuk yargılamasına özgü bir ayrım yapılması sayesinde hep beraber olacak çabalarla bu sorulara ve sonuçlara yönelik adımlar son çalışmalarla atılacaktır diyorum.

Prof. Dr. Oğuz POLAT

Adlî Tıp Kurumu Başkanı

Toplantının sonuna geldiğimizde özetleyecek olursak, yeni bir tasarı var. Bu tasarı öncelikle bu duruma düşmüş ki olumlu yaklaşım şuradan belli. Bugüne kadar hep suçlu çocuklar diye konuşulan kavram en azından tasarıda suça itilen çocuklar olarak girmiştir ve bu da çocuğun artık daha farklı değerlendirilmesi ve önceliğin topluma kazandırılması gerektiği konusunu göstermektedir ve bu konudaki duyarlılığı göstermektedir. Bugünkü tartışmanın akışına baktığımız zaman hekimlerin de dahil olduğu bir multidisipliner tüm disiplinlerden gelen bir ekip çalışmasıyla ancak bir sonuca ulaşılabileceği herhalde temel kavram olarak gündeme gelmektedir. Çünkü daha özelleşmiş daha ihtisaslaşmış bir konudur. Çocuk artı çocuğun güç koşullardaki çocuklar anlamında değerlendirilmesi. Bu suça itilen çocuklar, sokaktaki çocuklar, çalışan çocuklar, istismar edilen çocuklar gibi çeşitli alt gruplara baktığımız zaman da hepsinde yine bir uzmanlaşmanın gerektiği farklı koşullarda farklı değer yargılarının oluşmuş olduğu bu çocuklarda topluma kazandırma normal normlarda yaşama kavuşmasını sağlamak için çok farklı çalışmaların yapılması gerektiği gözükmektedir. Her ne kadar gelişmiş ülkelerde bu tip çalışmalar çok etkin ve etkinliğini sürdürmekteyse de ülkemizde bu çalışmaların geçmişi ancak 15-20 yıllık bir süreçtir. Ama son yıllarda artan çalışmalar bunun, yarınların daha iyi olacağının göstergesidir diye düşünüyorum. Bütün panelistlere teşekkür ediyorum. Paneli kapıyorum. Herkese, başta Yargıtay'ın değerli üyelerine, ardından hepimizin hocası sayın Prof. Dr. Beyhan Ege olmak üzere tüm öğretim üyelerine, adlî tıp uzmanlarına, hakim ve savcı arkadaşlarıma, tüm katılımcılara burada oldukları için teşekkür ediyorum. Çok yararlandık. Birlikte ol-

manın keyfini yaşadık. Tanışmış olmanın, birbirimize görüşlerimizi aktarmanın yarınlara çok yararlı olduğunu biz bu son bir yıllık süreçte çok fazlasıyla yaşıyoruz. Biliyoruz ki bu toplantı daha sonrasında daha pozitif, daha kolay, daha çabuk çalışmanın da ürünlerini verecektir. Bu toplantılar gerçekten önemli toplantılar, yaşadıkça her toplantıyı gerçekten bu toplantıların daha sık yapılması görüşü bende oluşuyor ve diğer arkadaşlarımda da herhalde aynı görüş var. Çünkü ilk açılışta da söylediğim gibi biz kendimizi bu takımın bir üyesi gibi hissediyoruz. Yani biz biliyoruz ki; biz sizlerle bir bütünün parçasıyız ve beraber çalıştığımız sürece aynı amaca yani adaletin yerine getirilme amacına hizmet eden bir grubun üyesi olarak doğruyu bulacağız. O yüzden biz elimizden geldiğince bu toplantıları daha çok arttırarak, daha çok yaparak ve bu konuları tartışarak hizmet vermeye çalışacağız ve devam edeceğiz diyor ve toplantıyı kapıyorum. Hepinize katıldığınız için de ayrıca teşekkür ediyorum, sağolun.

9. Ulusal Adlî Tıp Günleri

POSTER SUNULARI

1995-1996 Yıllarında İstanbul'da İşlenen Cinayet Vakaları

Aytekin SEVİNDİK*, Ayhan AKCAN**, İbrahim BALCIOĞLU***

** İstanbul Emniyet Müdürlüğü*
*** Bakırköy Psikiyatri Tedavi ve Araştırma Merkezi (BAPAM-İstanbul)*
**** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı*

Özet

Suçlar işleniş şekilleri ve nedensellik süreçleri bakımından; ekonomik, cinsel, cebir-şiddet ve siyasi olarak dört bölümde incelenebilir. Adam öldürme cebir-şiddet suçları içerisinde değerlendirilir.

Adam öldürme eylemi bir insan varlığının yaşamına son verme sorunudur. Nedene bağlı bir eylem sonucu olarak ölümün gerçekleşmiş olması söz konusudur. Hukukçulara göre doğrudan yürütme suçu türünde olabildiği gibi dolaylı olarak olumsuz bir eylem biçiminde de gerçekleşmiş olabilir. Tıbbi olarak ta bir kişiye canlılık niteliğini kazandıran dolaşım, solunum ve sinir sistemi fonksiyonlarının kendi başına çalışmalarının durmasıdır.

Cinayet; ruhsal açıdan kişideki, çoğu kez karmaşık ve anlaşılması zor olan güdülenmelerin sonucu olarak ortaya çıkar. Psikodinamik açıklamaya göre ise; altbendeki saldırgan ve düşmanca güdülerin kişinin karşısındakine yönelmesiyle gelişen ve genellikle antisosyal bir davranışın sergilenmesi şeklindedir. kıskançlık, kin, tutku, öç alma gibi duygusal nedenler yanında bir takım kişisel çıkarlar da bundan rol oynar. Kan davaları, namus gibi sosyal sebepler yanında kasten veya dikkatsizlik, acemilik gibi kusurların bulunmasıyla veya akıl hastalığına bağlı olarak ta cinayet işlenmektedir. Adlî Tıp açısından darbe, yaralama, boğma, zehirleme v.d.leri sonucu olabildiği gibi silahla dikkatsizce oynama, düşüncesizce yapılan bir şaka ya da bir film kahramanının rolünün taklidi türlerinde tedbirsizlik ya da doğrudan istemli olma sonucu ortaay çıkabilir.

Türkiye'deki cinayet vakalarının yaklaşık 1/4'ü İstanbul'da gerçekleşmekte olup yılda ortalama 350 civarında cinayet olgusu yaşanmaktadır.

Acaba cinayet vakaları nasıl işlenmektedir. Kimler karışmaktadır. Günün hangi saatinde, haftanın hangi gününde, yılın hangi ayında, en çok hangi ilçede, ne sebeple ve ne tür bir suç aletiyle işlenmektedir. Bu ve bunun gibi soruların cevabını bulmak amacıyla geriye dönük bu çalışma yapılmıştır.

İçişleri Bakanlığı, İstanbul Emniyet Müdürlüğü, Asayiş Şube Cinayet Büro Amirliğince düzenlenen 1995 yılına ait 152, 1996 yılına ait 402 olarak toplam 554 cinayetle ilgili, olay format dosyası geriye dönük incelenerek çalışmaya alındı. İstatistiksel metod olarak "Tam Derleme Metodu" uygulanarak olay formatlarının tümünün çalışmaya alınması hedeflendi. Eşleşmiş serilere "Ki-kare Testi" yapıldı.

Toplam 554 olaya 1742 kişi karışmış olup, 615 kişi hayatını kaybetmiştir. maktullerin %86.3'ü erkek %13.7'si kadındır. %62.7'si 20 ila 44 yaşları arasındadır. %49.9'u ateşli silah ile öldürülürken, %50.1'i silah dışı cinayet aletiyle olup bu aletlerden %66.1'ini ekmek bıçağı oluşturmaktadır. Maktullerin %21.1'i İstanbul, %18.9'u Doğu Anadolu, %17.7'si Karadeniz doğumlu olup %1.1'i Ege Bölgesi'ndendir. sanıkların %19.2'si Karadeniz, %19.1'i Doğu Anadolu, %16.4'ü İstanbul doğumlu olup %16.2'sinin doğum yerleri belirsizdir. Mağdur ve tanıkların da doğum yerleri benzer oranlardadır.

Cinayet olaylarının en yüksek oranlarda gerçekleştiği zaman dilimleri %38.6 ile 18:00 - 23:00 saatleri arası, %33.9 ile cumartesi - pazar günleri ve %15.7 ile Mayıs ayı olarak belirlenmiştir. oranların minimuma indiği dönemlerse %15.7 ile 06:00-11:00 saatleri arası, %4.3 ile Aralık ayıdır.

Tüm cinayet vakalarının %54.5'i mekan olarak meskun mahal ve sokakta işlenmiş, %22.9'u mesken içi, %15.7'si ise işyerinde işlenmiştir. Bunların %20.8'i aydınlatılamamış, %17.0'ında cinayet sorumlusu olarak kimse yakalanamamıştır. Olayların %54.2'si Haliç ile Avcılar arasındaki bölgede gerçekleşmiştir. En yüksek

oranların görüldüğü ilçelerse, %8.5 ile Fatih, %7.9 ile Beyoğlu, %6.5 ile Küçük Çekmece, %6.3 ile Eminönü ve %6.0 ile Kadıköy'dür.

Silahla ilgili cinayet vakalarının %42.7'sinde 9 mm.lik silah, %41.9'unda 7.65 mm.lik silah, %2.8'inde av tüfeği, %1.6'sında pompalı tüfek kullanılmış ve %9.5'inde de silah tipi belirtilmemiştir. bu silahların %9.9'u yerli yapım iken, %25.7'si yabancı yapım olup, %65.4'ünün olay tutanağında menşei belirtilmemiştir. Cinayetlerde kullanılan silahların %21.6'sı ruhsatlı iken, %14.1'inin ruhsatı yoktur. %65.3'ünün de olay tutanaklarında ruhsatlı olup olmadığı belirtilmemiştir. Sonuçta toplam 253 silahlı olayda 307 kişi ölmüştür.

Cinayet vakalarında kullanılan silah dışı suç aletlerinde toplam 301 suç aleti ile 308 kişi öldürülmüştür. Bu suç aletlerinin %66.1'i ekmek bıçağı iken, %8.6'sı darp aletleri, %8.0'ı diğer bıçak türleri ve %7.6'sı kablo, ip, kemer, zincir gibi suç aletleridir.

İncelenen vakalardaki cinayetlerin nedenleri araştırıldığında; %25.5'i nedeni belirtilmemiş olup, %20.0'ı tartışma sonrası gerçekleşirken, %7.7'sinde ailevi sebepler, %5.2'sinde alacak verecek, %5.0'i siyasi, %4.9'u husumet, %4.7'si namus, %4.3'ü kadın-kız, %3.8'i gasp, %3.6'sı kaza sonucu, %3.4'ü alkol, %3.1'inin nedeni de serserilik olarak gösterilmiştir %0.7'sinde çete mafya yine %0.7'sinde kan davası karşımıza çıkarken %0.5'inde akıl hastası cinsel taciz ve tecavüz gerekçe gösterilmiştir.

Maktulle sanık arasındaki ilişkiye bakaldığında; %71.3'ünde yakınlık yoktur. %15.0'ının arkadaş-komşu, %8.1'inin karı koca, %2.2'sinin kardeş, %0.9'unun anne-baba-evlat, %0.7'sinin üvey anne-baba-evlat gibi yakın ilişki içindeki kişiler olduğu görülmüştür.

İstanbul'da her gün bir cinayet işlenmektedir. bu çalışmadaki sonuçların İstanbul'daki cinayet vakalarına yönelik çalışmalara ışık tutacağı kanaatindeyiz. Ruhsatlı silahlarla yapılan çalışmalarla bu çalışma karşılaştırıldığında aynı popülasyondan bahsedebiliriz. Sonuç olarak; cinayet olgularına koruyucu anlamda bilimsel yaklaşım ancak silah ruhsatlandırmasının çok ciddi olarak kontrol altına alınmasıyla mümkündür.

Giriş ve Amaç

Suçlar işleniş şekilleri ve nedensellik süreçleri bakımından; ekonomik, cinsel, cebir-şiddet ve siyasi olarak dört bölümde incelenebilir. Adam öldürme cebir-şiddet suçları içerisinde değerlendirilir (1).

Adam öldürme eylemi bir insan varlığının yaşamına son verme sorunudur. nedene bağlı bir eylem sonucu olarak ölümün gerçekleşmiş olması söz konusudur. Hukukçulara göre doğrudan yürütme suçu türünde olabildiği gibi dolaylı olarak olumsuz bir eylem biçiminde de gerçekleşmiş olabilir (2). Tıbbi olarak ta bir kişiye canlılık niteliğini kazandıran dolaşım, solunum ve sinir sistemi fonksiyonlarının kendi başına çalışmalarının durmasıdır (3).

Cinayet; ruhsal açıdan kişideki, çoğu kez karmaşık ve anlaşılması zor olan güdülenmelerin sonucu olarak ortaya çıkar. Psikodinamik açıklamaya göre ise; altbendeki saldırgan ve düşmanca güdülerin kişinin karşısındakine yönelmesiyle gelişen ve genellikle antisosyal bir davranışın sergilenmesi şeklindedir. Kıskançlık, kin, tutku, öç alma gibi duygusal nedenler yanında bir takım kişisel çıkarlar da bunda rol oynar. Kan davaları, namus gibi sosyal sebepler yanında kasten veya dikkatsizlik, acemilik gibi kusurların bulunmasıyla veya akıl hastalığına bağlı olarakta cinayet işlenmektedir. Adlî Tıp açısından darbe, yaralama, boğma, zehirleme ve diğerleri sonucu olabildiği gibi silahla dikkatsizce oynama, düşüncesizce yapılan bir şaka ya da bir film kahramanının rolünün taklidi türlerinde tedbirsizlik ya da doğrudan istemli olma sonucu ortaya çıkabilir (2).

Türkiye'deki cinayet vakalarının yaklaşık 1/4'ü İstanbul'da gerçekleşmekte olup yılda ortalama 350 civarında cinayet olgusu yaşanmaktadır.

Acaba cinayet vakaları nasıl işlenmektedir. Kimler karışmaktadır. Günün hangi saatinde, haftanın hangi gününde, yılın hangi ayında, en çok hangi ilçede, ne sebeple ve ne tür bir suç aletiyle işlenmektedir. Bu ve bunun

gibi soruların cevabını bulmak amacıyla geriye dönük bu çalışma yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

İçişleri Bakanlığı, İstanbul Emniyet Müdürlüğü, Asayiş Şube Cinayet Büro Amirliğince düzenlenen 1995 yılana ait 152, 1996 yılına ait 402 olarak toplam 554 cinayetle ilgili, olay format dosyası geriye dönük incelenerek çalışmaya alındı (4). Olay format dosyalarının çoğunluğu olay günü düzenlenmiştir. İstatistiksel metod olarak "Tam Derleme Metodu" uygulanarak olay formatlarının tümünün çalışmaya alınması hedeflendi. Eşleşmiş serilere "Kikare Testi" yapıldı.

Bulgular

Toplam 554 olaya 1742 kişi karışmış olup, 615 kişi hayatını kaybetmiştir. maktullerin %86.3'ü erkek %13.7'si kadındır. %62.7'si 20 ila 44 yaşları arasındadır. %49.9'u ateşli silah ile öldürülürken, %50.1'i silah dışı cinayet aletiyle olup bu aletlerden %66.1'ini ekmek bıçağı oluşturmaktadır. Maktullerin %21.1'i İstanbul, %18.9'u Doğu Anadolu, %17.7'si Karadeniz doğumlu olup %1.1'i Ege Bölgesi'ndendir. sanıkların %19.2'si Karadeniz, %19.1'i Doğu Anadolu, %16.4'ü İstanbul doğumlu olup %16.2'sinin doğum yerleri belirsizdir. Mağdur ve tanıkların da doğum yerleri benzer oranlardadır.

Cinayet olaylarının en yüksek oranlarda gerçekleştiği zaman dilimleri %38.6 ile 18:00-23:00 saatleri arası, %33.9 ile Cumartesi - Pazar günleri ve %15.7 ile Mayıs ayı olarak belirlenmiştir. Oranların minimuma indiği dönemlerse %15.7 ile 06:00-11:00 saatleri arası, %4.3 ile Aralık ayıdır.

Tüm cinayet vakalarının %54.5'i mekan olarak meskun mahal ve sokakta işlenmiş, %22.9'u mesken içi, %15.7'si ise işyerinde işlenmiştir. Bunların %20.8'i aydınlatılamamış, %17.0'ında cinayet sorumlusu olarak kimse yakalanamamıştır. Olayların %54.2'si Haliç ile Avcılar arasındaki bölgede gerçekleşmiştir. En yüksek oranların görüldüğü ilçelerse, %8.5 ile Fatih, %7.9 ile Beyoğlu, %6.5 ile Küçük Çekmece, %6.3 ile Eminönü ve %6.0 ile Kadıköy'dür.

Silahla ilgili cinayet vakalarının %42.7'sinde 9 mm.lik silah, %41.9'unda 7.65 mm.lik silah, %2.8'inde av tüfeği, %1.6'sında pompalı tüfek kullanılmış ve %9.5'inde de silah tipi belirtilmemiştir. bu silahların %9.9'u yerli yapım iken, %25.7'si yabancı yapım olup, %65.4'ünün olay tutanağında menşei belirtilmemiştir. Cinayetlerde kullanılan silahların %21.6'sı ruhsatlı iken, %14.1'inin ruhsatı yoktur. %65.3'ünün de olay tutanaklarında ruhsatlı olup olmadığı belirtilmemiştir. Sonuçta toplam 253 silahlı olayda 307 kişi ölmüştür.

Cinayet vakalarında kullanılan silah dışı suç aletlerinde toplam 301 suç aleti ile 308 kişi öldürülmüştür. Bu suç aletlerinin %66.1'i ekmek bıçağı iken, %8.6'sı darp aletleri, %8.0'ı diğer bıçak türleri ve %7.6'sı kablo, ip, kemer, zincir gibi suç aletleridir.

İncelenen vakalardaki cinayetlerin nedenleri araştırıldığında; %25.5'i nedeni belirtilmemiş olup, %20.0'ı tartışma sonrası gerçekleşirken, %7.7'sinde ailevi sebepler, %5.2'sinde alacak verecek, %5.0'i siyasi, %4.9'u husumet, %4.7'si namus, %4.3'ü kadın-kız, %3.8'i gasp, %3.6'sı kaza sonucu, %3.4'ü alkol, %3.1'inin nedeni de serserilik olarak gösterilmiştir %0.7'sinde çete mafya yine %0.7'sinde kan davası karşımıza çıkarken %0.5'inde akıl hastası cinsel taciz ve tecavüz gerekçe gösterilmiştir.

Maktulle sanık arasındaki ilişkiye bakaldığında; %71.3'ünde yakınlık yoktur. %15.0'ının arkadaş-komşu, %8.1'inin karı koca, %2.2'sinin kardeş, %0.9'unun anne-baba-evlat, %0.7'sinin üvey anne-baba-evlat gibi yakın ilişki içindeki kişiler olduğu görülmüştür.

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmadaki veriler önceki çalışmalara benzerdir. Önceki çalışmalarda maktulle sanık arasındaki illiyet

bağı ile karı koca oranı yüksektir (5). Bu çalışmada illiyet bağı düşük karı koca oranı benzerdir. Bu da kentlileşme ve daha çok aile içi şiddete bağlıdı (6). Silahla cinayet olgularında erkek kadın oranı önceki çalışmalara göre daha düşüktür (11).

Ateşli silah yaralanmalarının yaklaşık 1/8'i ölümle sonuçlanmasına rağmen bizim çalışmada suç aletlerinin yarısı silahtır (7). Yurt dışındaki çalışmalarda ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümlerin artış nedeni olarak sivil toplumdaki ateşli silah sayısının artışı ile orantılı olduğu vurgulanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu oran yüksek iken Avrupa'da düşüktür. Türkiye'deki oran Amerika Birleşik Devletleri'ne benzerdir (8,9,10).

Aydınlatılamamış cinayet vakaları çalışmada en yüksek orandadır. Bunun nedeni olay format dosyalarının olay günü düzenlenmiş olmasıdır. Olay sonrası cinayet ile ilgili aydınlanma çalışmaları devam ettirilip %25.5 düzeyindeki oran yarı yarıya düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde de aydınlatılamamış cinayet vakaları oranı %10 civarındadır.

Çalışmada pompalı tüfek oranı çok düşük bulunmuştur. Bu oranın düşüklüğü polis bölgesinde çalışmanın yapılmasıyla açıklanabilir. Cineyette kullanılan silahların çoğunluğu yabancı menşeyli olup %21.6'sının ruhsatlı silahla işlenmiş olması önceki bilgilerimizin ciddi düzeyde gözden geçirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Cinayet nedenleri içerisinde kan davası, akıl hastası, cinsel taciz ve tecavüz gibi gerekçeler hemen hemen yoktur. Daha çok ekonomik sebepler ön plandadır. Tüm bunlar kentlileşme olgusu ile açıklanabilir.

Silahla ilgili önceki çalışmaların tümünde silah ruhsatlandırılmasının daha ciddi düzeyde yapılması vurgulanmaktadır (12, 13, 14). Bu çalışmada da aynı sonuç çıkmıştır.

İstanbul'da her gün bir cinayet işlenmektedir. bu çalışmadaki sonuçların İstanbul'daki cinayet vakalarına yönelik çalışmalara ışık tutacağı kanaatindeyiz. Ruhsatlı silahlarla yapılan çalışmalarla bu çalışma karşılaştırıldığında aynı popülasyondan bahsedebiliriz. Sonuç olarak; cinayet olgularına koruyucu anlamda bilimsel yaklaşım ancak silah ruhsatlandırmasının çok ciddi olarak kontrol altına alınmasıyla mümkündür.

Kaynaklar

1. Dönmezer S. Kriminoloji. 8. baskı. İstanbul: Beta Basım, 1994; 53
2. Akgün N. Adli Psikiyatri. Ankara: Taş Yayıncılık, 1987:82
3. Gök Ş. Adlî Tıp. İstanbul: Filiz Kitapevi, 1993:5
4. İçişleri Bakanlığı İstanbul Emniyet Müdürlüğü Asayiş Şube Cinayet Büro Amirliği 1995-1996 yılı verileri
5. Yücel MT. Adalet Psikolojisi, Geliştirilmiş 4. Basım. Ankara: Adalet Bakanlığı Yayınları, 1999:66-7
6. Balcıoğlu İ. Şiddet ve Toplum. İstanbul: Bilge Yayıncılık, 2001:22
7. Albek E, Yorulmaz C, Özarslan A. İntihar Orjini Açısından Ateşli Silah Yaralanmasına Bağlı Ölümler. 8. Ulusal Adlî Tıp Günleri, Antalya, Poster Sunuları Kitabı. 1995; 277-282
8. Body JH, Modcicki Ek. Firearms And Youth Suicide. Am J Public Healty, 1986; 76:1242.
9. Norton R, Langley J. Firearm related deaths in New Zealand 1978-87, N Z Med J, Nov 10 1993; 106 (967); 463-5.
10. Eertürk S, Ege B, Karaali E. Adlî Tıpta Karın Travmaları ile İlgili İnceleme, Ege Ünv. Tıp Fakültesi Dergisi, 1989; 28:1499-1504.
11. Salaçin S. An Analysis Of The Medicolegal Autopsies Performed In Adana, Turkey, in 1983-1988, Amer J Forensic Med and Path 1991; 12:191-193
12. Turla A. Yaycı N. Adlî Tıp Kurumu Trabzon Grup Başkanlığındaki Ateşli Silah İle Ölüm Olgularını Değerlendirilmesi, Adlî Tıp Dergisi, 2001; 15 (2) 29-35
13. Kolburan G, Ziyalar N. Aile İçi Şiddet bağlamında Eş Öldürme. Adlî Tıp Dergisi, 2001:15 (2) 19-28
14. Akcan A. Engin F. Samancı A. balcıoğlu İ. ruhsatlı Silah Bulunduran veya Taşıyan 2518 Olguda Sosyodemogafik Özellikler. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Sunusu, Antalya 2000.

İstanbul'da Çalışan 114 Polisin Kişilik Özelliklerinin Narsistik Açıdan İncelenmesi

Ayhan AKCAN*, İbrahim BALCIOĞLU**

** Bakırköy Psikiyatri Tedavi ve Araştırma Merkezi (BAPAM) İST.*
*** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.*

Özet

Toplumda düzeni koruyan polis hala en anlaşılamayan örgütlerden biridir. En çok tartışılan yönü polisin faaliyetlerinde insan haklarının korunmasının nasıl gerçekleştirileceğidir. Polisin asli görevi kamu düzeni ve güvenliğini sağlamaktır. Polis mevcut kamu düzenini sağlarken kişi özgürlüklerini de sağlamalıdır.

Bu denge ancak polisin kişilik yapısının bu mesleğe uygun olması ile sağlanabilir.Bundan dolayı bu çalışma polisin narsistik kişilik boyutunu ortaya koymayı amaçlamıştır.

Bu çalışma İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesine aday memurdan asli devlet memurluğuna geçerken istenen sağlık raporu amacıyla başvuran 114 polis memuru ile yapılmıştır. Bu sağlık raporunda psikiyatrik muayene önemli bir yer tutar. Bu amaçla başvuran 114 polis memuru ile yüz yüze görüşülerek önce sosyodemografik bilgi formu doldurduldu, ardından "Narsistik Kişilik Envanteri" ölçeği uygulandı.İstatistiksel metod olarak tam derleme metodu uygulanarak istatistiksel olarak eşleşmiş serilere ki-kare testi yapıldı.

Vakaların çoğu erkek ve tamamı 21-30 yaşları arasında, bekâr olup %45.6'sı evlidir.%98.2'si polis okulu mezunu olup, %57.9'u Karadeniz ve İç Anadolu kökenlidir. İstanbul'da Esenler, Bağcılar, K.Çekmece, Zeytinburnu ve Fatih'te ikâmet edenlerin oranı %61.4'tür.%90.3'ü dört yıldan daha az süredir İstanbul'da olup %45.6'sının ailesinde polis vardır. Silahlı çatışmaya girenlerin oranı %6.1'dir. Tamamı bir yıllık aday polis memurudur.Hiçbiri ek iş yaptığını bildirmemiştir.%36.0'ı çevik kuvvet, %64.0'ı genel hizmet, asayiş ve trafik polisidir.

Örneklemin "Narsistik Kişilik Envanteri" ölçeği ortalaması 9.15'tir.Vakaların %16.7'sinde narsistik kişilik belirgin olup %25.4'ünde narsistik özelliklere sahip iken %57.9'unda narsistik kişilik özellikleri yoktur.%41.2'si ileri derecede otoriter özellikler gösterirken %43.9'unda eşik altı otorite saptanmıştır.%9.7'sinde ileri derecede gösteriş boyutu ön planda olup %67.5'inde gösteriş ve dış görünümün öneminin olmadığı tespit edilmiştir. %31.6'sı ileri derecede kendilerini diğer insanlardan üstün tutma eğiliminde olup %39.4'ü hak iddia etme potansiyeli ileri derecede yüksek iken %26.3'ü de istismarcılık ileri derecededir. %45.6'sında özgüven anlamında kendine yeterlilik ileri derecede iken %7.9'u kendisini çekingen ve yetersiz hissetmektedir.

Bu çalışma polislerin toplumun güvenliğini sağlarken kişisel bazda narsistik yapılanmalarını tespit etmeyi amaçlamıştır. Polislik mesleği gereği ideal olanın narsistik yapılanmaları olmalı ama problem çıkarıcı kişilik bozukluğu seviyesinde olmamalıdır. Çoğunluğunda narsistik özellikler yoktur. Sonuç olarak otoriter özellikleri zorlama görünümünde olup bu da alt kültür özellikleri ile açıklanabilir. Çoğunluğu dış görünümünü önemsemeyen, bir nevi sosyal ilişkiye kapalı olup, üçte birinde ciddi düzeyde diğer insanları rahatsız edecek boyutta kendilerini üstün tutma eğilimi vardır.

Sonuçta polislik mesleği ile uyuşmayan kişilik özelliklerini tespit etmeye yönelik alt yapı çalışmaları yapılmalıdır. Çünkü bu olumsuz kişilik özellikleri karşımıza meslek ile uyumlu olmayan sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar insan hakları ihlali, kötü muamele, rüşvet ve görevi suiistimal vb. gibidir. Bundan dolayı mesleğe kabul öncesi ve sonrasında belli periyotlarda bu tür testler yapılabilir.Bu çalışma bu anlamda önemlidir.

Giriş ve Amaç

Polis geniş anlamda, "kamu düzeninin idamesi, kişileri ve malları genel kazalardan korumak, hukuka aykırı fiillerin işlenmesini önlemek" dar anlamda ise "kamu düzenini ve güvenliği korumak, suça engel olmak ve suç işlendiğinde onu takip etmek gibi hukuku uygulama görevleri olan devlet memurudur"(1). Polis idari, siyasi ve adli olarak ayrılır ve hala en anlaşılamayan örgütlerden biridir (2).

En çok tartışılan yönü polisin faaliyetlerinde insan haklarının korunmasının nasıl gerçekleştirileceğidir. Polisin asli görevi kamu düzeni ve güvenliğini sağlamaktır. Polis mevcut kamu düzenini sağlarken kişi özgürlüklerini de sağlamalıdır (3,4).

Bu denge ancak polisin kişilik yapısının bu mesleğe uygun olması ile sağlanabilir. Bundan dolayı bu çalışma polisin narsistik kişilik boyutunu ortaya koymayı amaçlamıştır.

Tanımlayıcı düzeyde kullanıldığında Narsisistik terimi, dünyayı ve diğerlerini sevemeyip, kendini aşırı seven kişiyi anlatır (5). İlk kez kişilik tipi olarak nasrsisizimde; temel ilgilerinin kendilerini korumaya yönelik ve liderlik rolü üstlenmeye yatkın olanlarda tanımlanmıştır (6). Kendi güç ve bilgisine aşırı değer verme, tüm güçlü fantaziler, yeni bilgilere açık olmama, sevilme, övünme ve ödüle aşırı tutku, başkalarının zamanına değer vermeme gibi de özellikleri vardır (7). Kısacası kendine önem veren, başkalarına önem vermeyen, ahlaki değerlerde bile bencil öğeler taşıyan özellikler sergilerler. Kibirli, atak, rastgele cinsel ilişkiler kuran, eleştiriye karşı tepkili, sadistik eğilimler, eşcinsellik, madde bağımlılığı, üst benlik yetersizliği gibi özelliklerde vardır (8,9).

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesine aday memurdan asli devlet memurluğuna geçerken istenen sağlık raporu amacıyla başvuran 114 polis memuru ile yapılmıştır. Bu sağlık raporunda psikiyatrik muayene önemli bir yer tutar. Bu amaçla başvuran 114 polis memuru ile yüz yüze görüşülerek önce sosyodemografik bilgi formu doldurduldu, ardından "Narsistik Kişilik Envanteri(NKE)" ölçeği uygulandı (10). İstatistiksel metod olarak tam derleme metodu uygulanarak istatistiksel olarak eşleşmiş serilere ki-kare testi yapıldı.

Bulgular

Vakaların çoğu erkek ve tamamı 21-30 yaşları arasında, bekâr olup %45.6'sı evlidir. %98.2'si polis okulu mezunu olup, %57.9'u Karadeniz ve İç Anadolu kökenlidir. İstanbul'da Esenler, Bağcılar, K.Çekmece, Zeytinburnu ve Fatih'te ikâmet edenlerin oranı %61.4'tür. %90.3'ü dört yıldan daha az süredir. İstanbul'da olup %45.6'sının ailesinde polis vardır. Silahlı çatışmaya girenlerin oranı %6.1'dir. Tamamı bir yıllık aday polis memurudur. Hiçbiri ek iş yaptığını bildirmemiştir. %36.0'ı çevik kuvvet, %64.0'ı genel hizmet, asayiş ve trafik polisidir.

Örneklemin NKE 'ye göre Narsisistik Kişilik Dağılımını Gösteren Tablo

TABLO 1	YOK (n%)	ÖZELLİK (n%)	VAR (n%)	ORTALAMA
Otorite (Authority)	17 (%14.9)	50 (%43.9)	47 (%41.2)	3.29
Gösterişlilik (Exhibitionism)	77 (%67.5)	26 (%22.8)	11 (%9.7)	0.48
Üstünlük (Superiority)	48 (%42.1)	30 (%26.3)	36 (%31.6)	1.00
Hak İddia Etme (Entitlement)	33 (%29.0)	36 (%31.6)	45 (%39.4)	1.25
İstismarcılık (Exploitatieveness)	36 (%31.6)	48 (%42.1)	30 (%26.3)	1.10
Kendine Yeterlilik (Self-Sufficiency)	9 (%7.9)	50 (%46.5)	52 (%45.6)	1.69
Kibirlilik (Vanity)	79 (%69.3)	20 (%17.5)	15 (%13.2)	3.45
NKE TOPLAM	66 (%57.9)	29 (%25.4)	19 (%16.7)	9.15

Örneklemin "Narsistik Kişilik Envanteri" ölçeği ortalaması 9.15'tir. Vakaların %16.7'sinde narsistik kişilik belirgin olup %25.4'ünde narsistik özelliklere sahip iken %57.9'unda narsistik kişilik özellikleri yoktur. %41.2'si ileri derecede otoriter özellikler gösterirken %43.9'unda eşik altı otorite saptanmıştır. %9.7'sinde ileri derecede gösteriş boyutu ön planda olup %67.5'inde gösteriş ve dış görünümün öneminin olmadığı tespit edilmiştir. %31.6'sı ileri derecede kendilerini diğer insanlardan üstün tutma eğiliminde olup %39.4'ü hak iddia etme potansiyeli ileri derecede yüksek iken %26.3'ü de istismarcılık ileri derecededir. %45.6'sında özgüven anlamında kendine yeterlilik ileri derecede iken %7.9'u kendisini çekingen ve yetersiz hissetmektedir. (Tablo 1)

Tartışma ve Sonuç

Türkiye 'deki 6 polisten biri İstanbul 'da görev yapmaktadır. Aynı zamanda Türkiye'de işlenen 4 suçtan birisi İstanbul 'da işlenmektedir (11). Polislerin çalışma koşullarının ağır olmasına rağmen ruhsal problemlerine yönelik çok az çalışma vardır. Bu çalışma "İstanbul'da çalışan 130 Poliste Öfke Düzeyi"nden sonra yazarların ikinci çalışmasıdır. Polislerin sosyodemografik özellikleri ilk çalışmaya benzer bulunmuştur (12).Bu çalışmadan da anlaşılacağı üzere polislerin çoğunluğu polis olmak amacıyla İstanbul'a gelmişlerdir. Yarısı bekar, diğer yarısı yeni evlidir, yarısının ailesinde polis olması bu mesleğe ailesi tarafından yönlendirildiğini düşündürmektedir.

Bu çalışma polislerin toplumun güvenliğini sağlarken kişisel bazda narsistik yapılanmalarını tespit etmeyi amaçlamıştır. Polislik mesleği gereği ideal olanın narsistik yapılanmaları olmalı, ama problem çıkarıcı kişilik bozukluğu seviyesinde olmamalıdır. Çoğunluğunda narsistik özellikler yoktur. Sonuç olarak otoriter özellikleri zorlama görünümünde olup bu da alt kültür özellikleri ile açıklanabilir. Çoğunluğu dış görünümünü önemsemeyen, bir nevi sosyal ilişkiye kapalı olup, üçte birinde ciddi düzeyde diğer insanları rahatsız edecek boyutta kendilerini üstün tutma eğilimi vardır.

Polislerin kişilik özelliklerini narsistik açıdan inceleyen çalışmalar tartışmaya açıktır. Kolluk hizmetleri ken-

di içinde narsistik davranış gerektirir. Nereye kadar sorusunun cevabını vermek zordur. Bundan dolayı ülkelerin sosyokültürel seviyelerine bağlı olarak polisin görevleriyle ilgili standardizasyonlarda değişmektedir.

Sonuçta polislik mesleği ile uyuşmayan kişilik özelliklerini tespit etmeye yönelik alt yapı çalışmaları yapılmalıdır. Çünkü bu olumsuz kişilik özellikleri karşımıza meslek ile uyumlu olmayan sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır (4). Bunlar insan hakları ihlali, kötü muamele, rüşvet ve görevi suiistimal vb. gibidir. Bundan dolayı mesleğe kabul öncesi ve sonrasında belli periyotlarda bu tür testler yapılabilir. Bu çalışma bu anlamda önemlidir.

Kaynaklar

1. Encyclopledia Britannica, 18. Baskı, 1971 : 152
2. Vural M. Z. , Polis Görev ve Yetkileri , İstanbul , 1970 : 8
3. Sokullu F. A. , Polis Toplumsal Bir Kurum Olarak Gelişmesi, Polis Alt kültür ve İnsan Hakları; Gümüş Basımevi , 1990 : 187
4. Yücel. M. T. Adalet Psikolojisi. Geliştirilmiş IV.Basım, Ankara : Adalet Bakanlığı Yayınları, 1999: 83-84.
5. Cooper AM. Roningstam E. Narcissisim Personality Disorder. Tasman A, Riba MB (ed): Rewiev of Psychiatry. Washington D.C. : American Psychiatric Press , 1992: 80-92
6. Freud S. Libidinal Types. Standart Edition. London : Hogart Press , 1961: 215-220
7. Akhtar S: Narcissistic Personality Disorder Descriptive features and differential diagnosis. Psychiatr Clin North Am ,1989 : 12 : 505-530
8. Reich W: Character Analysis. 3. Ed. New York: Farrar, Strauss, Giroux, 1972.
9. Fenichel O. Nevrozların Psikianalatik Teorisi, Çev.: Tuncer S. , İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası, 1974 : 454-455
10. Kızıltan H:Narcissistic Personalty Inventory (NPI) Ölçeğinin Türkçe Formu Dil Eşdeğerliliği, Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışmaları, İ.Ü.Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2000.
11. T.C. İç İşleri Bakanlığı , Emniyet Genel Müdürlüğü 2000 Yılı Verileri
12. Akcan A. Balcıoğlu İ. Samancı A. İstanbul'da Çalışan 130 Polişte Öfke Düzeyi , 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri , İstanbul : 2001

1996-1999 Çocuk Suçluluğu Profili

Ayşim TUĞ*, Aysun BALSEVEN*, Çağlar ÖZDEMİR*, İ. Hamit HANCI**

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı*

Özet

Çocuk Mahkemeleri ile ilgili yasada belirtildiği gibi, suçu işlediği zaman 11 yaşını bitirmiş olup da 15 yaşını bitirmeyen ve cezanın çektirilmesine başlandığı anda 18 yaşını doldurmayan küçükler, cezalarını çocuk ıslahevlerinde çekerler.

Türkiye'de Ankara (2), İstanbul (1), İzmir(1) ve Elazığ'da (1) olmak üzere toplam beş çocuk ıslahevi bulunmaktadır.

Bu çalışmada 1996-1999 yıllarında çeşitli suçlardan hüküm giyerek ıslahevlerine yerleştirilen 2611 çocuk; cinsiyet, yaş, işledikleri suç türü, öğrenim durumları, yaşadıkları yer ve yerleşim birimi yönünden incelendi.

Islahevlerindeki hükümlü çocukların 2571' i (%98,5) erkek, 40' ı(%1,5) kadındı. En fazla suçun 15-17 yaş grubunda işlendiği (%73,5), işlenen suçlar arasında ise hırsızlık suçunun %39,7 oranı ile başta geldiği görüldü. Bunu, adam öldürme (%20,7), gasp (%15,6), ırza geçme (%8.4), fiili livata (%7.8),yaralama(%2.1) suçlarının takip ettiği belirlendi. Olgularımız öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde %55.4 ' ünün ilkokul,ortaokul veya lise mezunu oldukları, %28.6 'sının eğitimlerini yarıda bıraktıkları, % 6..4 'ünün okuma yazma bilmedikleri, %5.8 'inin öğrenci oldukları, %3.1 'inin ise hiçbir eğitim almadıkları ancak okuma yazma bildikleri saptandı. Suçu işledikleri sırada %85 'inin ailesinin yanında yaşadığı, %11.6 'sının evsiz olduğu, %2.7 'sının akrabalarının yanında, % 0.7 'sinin yetiştirme yurdunda yaşadığı saptandı. Suçların %74.5 'inin kentsel alanda, %25.5 'inin kırsal alanda işlendiği belirlendi.

Giriş ve Amaç

Durkheim'a göre suç "toplum halinde yaşama şartlarına yönelmiş her türlü saldırıdır". Çocuk suçluluğu bütün ülkeleri yakından ilgilendiren, suç işleyen çocukların kendilerine, ailelerine, hasımlarına, suçun işlendiği yöreye ve topluma zarar veren çok boyutlu ve karmaşık bir sosyal sorundur (1,2).

Çocukların işledikleri suçların nitelikleri ve nicelikleri büyüklerinkinden farklıdır. Küçük yaşlarda hemen tüm çocuklar küçük suçlar işlerler, ancak bu onların ileride de suç işleyecekleri anlamına gelmez. Zihinsel, fiziksel ve ruhsal yönden tam bir olgunluğa erişmemiş, toplumsal rol ve görevlerini öğrenmekte olan,doğal dürtüleri ile çelişen kurallara neden uyulacağını yeterince anlamayan ve henüz asosyal olan çocuk, gelişim süreci içerisinde toplumsallaşır ve çevreye uyum sağlar.

Çocuk suçluluğuna günümüzde daha çok çevre faktörlerinin etkili olduğu kabul edilmektedir. Sevgi yoksunluğu, yanlış veya eksik eğitim, baskıcı disiplin yöntemleri, çocuk istismarı, iç ve dış göçlerin oluşturduğu kültür çatışmaları, gecekondulaşma, yöresel gelenek ve görenekler, ekonomik bunalımlar, çocuğun çalışmak zorunda kalması, parçalanmış aileler, ailede suçlu birey örnekleri ve kitle iletişim araçlarındaki şiddet ve suçlarla ilgili programlar ergeni suça iten nedenler arasında sayılabilir (1,2,3).

İlk Çocuk Mahkemeleri 1899 'da ABD' de kurulmuştur. Ülkemizde 7 Kasım 1979 tarihinde 2253 sayılı Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun çıkarılmış ancak çocuk mahkemelerinin faaliyete geçişi 1987 yılında olmuştur. Bu mahkemelerde 11 yaşını doldurup 15 yaşını bitirmeyen çocuklarla ilgili davalara bakılmaktadır.Suçu işlediği anda 11 yaşını bitirmiş olup 15 yaşını bitirmeyen ve cezanın çektirilmesine başlandığı anda 18 yaşını doldurmayan küçükler cezalarını çocuk ıslahevlerinde çekerler (3,4). Türkiye' de Ankara (2), İstanbul (1), İzmir (1) ve Elazığ' da (1) olmak üzere toplam 5 adet çocuk ıslahevi bulunmaktadır.

Bu çalışmada Türkiye' deki Çocuk Suçluluğu Profili ve bu profilin oluşmasın etkileyen bazı faktörler ortaya konarak, ilgili kurumlar tarafından gerekli önlemlerin alınmasına ve çocuklardaki suç oranının azaltılmasına katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Çalışmamızda, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre 1996-1999 yılları arasındaki çeşitli suçlardan hüküm giyerek çocuk ıslahevlerine yerleştirilen 2611 çocuk cinsiyet, yaş, işledikleri suç türü, öğrenim durumları, yaşadıkları yer ve yerleşim birimi yönünden incelendi.

Bulgular

Islahevlerindeki hükümlü çocukların 2571'i (%98,5) erkek, 40' ı (%1,5) kadındı (Tablo 1). Suçun en fazla 15-17 yaş grubunda işlendiği (% 73,5), işlenen suçlar arasında hırsızlık suçunun %39,7 oranı ile başta geldiği görüldü. Bunu adam öldürme (%20,7), gasp (% 15,6), ırza geçme (% 8,4),fiili livata (% 7,8), yaralama (% 2,1) suçlarının takip ettiği belirlendi (Tablo 2,3). Olgular öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde; % 48,21' inin ilkokul, % 6,2' sinin ortaokul, %0,91' inin lise mezunu oldukları, %28,6' sının eğitimlerini yarıda bıraktıkları, % 6,4' ünün okuma-yazma bilmedikleri, % 5,8'inin öğrenci oldukları, % 3,1' inin ise hiçbir eğitim almadıkları ancak okuma-yazma bildikleri saptandı (Tablo 4). Suçu işledikleri sırada %85' inin ailesinin yanında yaşadığı, % 11,6' sının belirli bir hanesinin olmadığı, % 2,7'sinin akrabalarının yanında, % 0,7' yetiştirme yurdunda yaşadığı görüldü (Tablo 5). Suçların % 74,5' inin kentsel alanda %25,5' inin kırsal alanda işlendiği belirlendi (Tablo 6) (5).

Tablo 1: Cinsiyete göre dağılım

Erkek	2571	%98.5
Kadın	40	%1.5
Toplam	**2641**	**%100**

Tablo 2: Yaş gruplarına göre dağılım

Yaş	Suçlu Sayısı	%
11	24	0.91
12	73	2.79
13	145	5.50
14	384	14.70
15	612	23.50
16	875	33.50
17	431	16.50
18	67	2.60
Toplam	**2611**	**100**

Tartışma ve Sonuç

Kızlarda suç işleme oranının düşük olmasının sebebi ülkemizde sosyal yapı nedeniyle kız çocuklarının daha çok göz önünde bulundurulmaları ve sıkı denetime tabi tutulmalarıdır (1,2). Erkek çocuklar evleri dışında daha serbest olabilmekte, üzerlerindeki aile denetimi daha az olmaktadır. Çevreyle iyi ilişki kuramayan ve otoriteye başkaldırma eğiliminde olanlar sosyal statü sahibi olabilmek için grup dayanışmasına gereksinim duymakta, çeşitli arkadaş gruplarına katılmakta, ergenlik çağının özelliklerinin de etkisi ile suç işlemeye yönelebilmektedirler. Hatta yapılan bazı çalışmalarda grup halinde suç işleme oranının % 40,3' e kadar yükseldiği görülmüştür (2,6,7,8,9). Çalışmamızda 15-17 yaş grubunda suç işleme oranı en yüksek olarak bulunmuştur. Bunu sebebi bu yaşların hızlı bedensel ve psikolojik gelişmelerin görüldüğü, impuls kontrolünün yetersiz olduğu problemli evre olarak adlandırılan ergenlik dönemine rastlamasıdır. Suç profili incelendiğinde gerek büyüklerde gerek çocuklarda mala yönelik işlenen suçların birinci sırayı aldığı görülmektedir. Ailenin ekonomik sıkıntıları nedeniyle çocuğun ihtiyaçlarını karşılayamaması, arzuladığı iş ve geleceği elde edemeyeceği düşüncesi mala yönelik islenen suç oranını artırmaktadır. Türkiye genelinde yaklaşık % 40 olarak belirlenen hırsızlık suç oranının büyük

Tablo 3: Suç türüne göre dağılım.

Suç	Sayı	%
Adam Öldürme	540	21.68
Hırsızlık	1034	39.60
Irza Geçme	219	8.39
Fiili Livata	203	7.77
Yaralama	55	2.10
Gasp	411	15.74
Diğer	149	5.71
Toplam	**2611**	**100**

Tablo 4: Eğitim durumlarına göre dağılım.

İlkokul Mezunu	1259	%48.21
Ortaokul Mezunu	164	%6.2
Lise Mezunu	24	%0.91
Eğitimini Yarıda Bırakan	746	%28.6
Okuma-Yazma Bilmeyen	166	%6.4
Öğrenci	150	%5.8
Eğitimsiz, Okuma-Yazma Bilen	102	%3.1

Tablo 5: Yaşanılan yer.

Aile Yanında	2220	%85.02
Yetiştirme Yurdu	17	%0.65
Belli Bir Hanesi Olmayan	305	%11.68
Akraba Yanında	69	%2.64

Tablo 6: Yerleşim birimi.

Kırsal Alan	665	%25.47
Kent	1946	%74.53

şehirlerde % 70 'lere ulaştığı görülmekte olup adli makamlara yansımayan hırsızlık olayları dikkate alındığında bu oranın % 90' lara vardığı tahmin edilmektedir. Niteliği ve sonuçları göz önüne alındığında adam öldürme suçunun % 20,68 oranı ile 2. sırada yer alması son derece trajik bir durumdur. Suçların nedenlerinin daha çok kan davası, arazi ve hayvan anlaşmazlığı, namus temizleme gibi sosyal içerikli sorunlar nedeniyle gerçekleştiği belirtilmektedir. Özellikle bazı yörelerde yaş küçüklüğü nedeniyle ceza sorumluluğunun azalması göz önünde bulundurularak cinayetlerin bir kısmı çocuklara işletilmektedir (1,2,8,10) .

Kitle iletişim araçlarındaki şiddet ve suçla ilgili programların da çocukları şiddete yönlendirdiği düşünülmektedir. Medyada filmlerde, haber programlarında, reality şovlarda işlenen şiddet, özellikle psikolojik açıdan şiddete eğilimi olan kişileri etkilemekte , bu kişiler programdaki şiddeti kendilerine örnek almaktadırlar. Medyadaki şiddet en çok çocuklar ve gençleri etkilemektedir. Çocuk medyada şiddet programlarını izlediğinde taklit etme ve model alma yeteneğini kullanarak bunları öğrenmektedir. Bu davranış biçimlerini doğru ve normal olarak kabul etmekte bu da çocuğun saldırgan uyumsuz bir davranış biçimine girmesine yol açarak daha ileride çocuk ve genç suçluluğuna neden olmaktadır (1,11,12) .

Ekonomik güçlükler nedeniyle çocukların okula gönderilmeleri 2. planda kalmakta, ekonomik yönden aileye katkıda bulunma zorunluluğu öğrenim çağında para kazanma çabası içerisinde bulunmalarına sebep olmaktadır. Çocuğun erken yaşta çalışmak zorunda kalması hem eğitimini aksatmakta hem de iş çevresinde zararlı alışkanlıklar kazanmasına yol açmaktadır. Yapılan çalışmalarda; eğitim seviyesi düşük çocukların suça yönelimlerinin daha yüksek olduğu,bunun yanı sıra suç işlediği sırada genellikle okulla ilişkisinin kesik olduğu belirtilmektedir. Tüm bu bulgular verilerimizle uyumluluk göstermektedir (11,13,) .

Suç işleyen çocukların %85 oranı ile ailesiyle birlikte yaşıyor olması bu yaş grubundakilerin çoğunlukla aileleriyle yaşadıkları gerçeği ile uyumludur.

Verilerimizde suç işlediği anda şehirde yaşayan çocuk oranı % 74,5 bulunmuştur.Tönnies, Durkheim, Tarde gibi bilim adamları da şehirleşmenin suçu arttırdığı kanaatine varmışlardır. Şehirleşme ile sosyal kontrol mekanizması işlevini yitirmektedir. Şehirde kimse birbirini tanımadığı için

suça elverişli ortam oluşmaktadır. Büyük şehirlerde toplum baskısı iyice azaldığı için kent yaşamında suçluluk oranları daha fazla olmakta, küçük yerleşim yerlerinde ise polisin daha az etkili olmasına rağmen suç oranının düşük olduğu görülmektedir.

Kentte değişen geleneksel aile törelerinin çocuğu koruyan yaptırım gücünün zayıflaması, ailenin sosyal kontrol fonksiyonunu yerine getirecek başka kurumların olmaması, kendini kanıtlama, otoriteye başkaldırma gibi etkenler nedeniyle çocuk suça daha kolay yönelebilmektedir (14,15,16).

Hızlı değişme süreci yaşayan toplumumuzda, suç probleminin bilimsel açıdan irdelenmesi ve suça neden olan faktörlerin belirlenmesi, en azından ilgili kurumlar tarafından gerekli önlemlerin alınmasını kolaylaştırarak çocuk suçluluğunu batı toplumlarındaki yüksek oranlara ulaşmasını büyük ölçüde engelleyebilir.

Kaynaklar

1. HANCI İH. Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları, 2. baskı, Toprak Ofset Matbaacılık Ltd. Şti., 1999:705-709, 717-719
2. Yavuzer H. Çocuk ve Suç, 5.baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1990
3. ÖZGÜR S, ÖZGÜR T. Sosyal Pediatri,Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 2. baskı, No:102,
4. ÇOKER F, KAZANCI F, KAZANCI M. Türkiye Cumhuriyeti Kanunları Cilt:8, Kazancı Matbaacılık, İstanbul, 1991: 9013-9022
5. Devlet İstatistik Enstitüsü Verileri Kitapçığı, Ankara,1996,1997,1998,1999
6. ERDOĞMUŞ Z. Hüküm Giymiş Erkek çocukların Suç İşlemelerinde Rol Oynayan Faktörler: Elazığ Çocuk Islahevi Örneği, Sosyolojide Son Gelişmeler ve Türkiye' de Etkileri, Abant,26-27 Kasım 1992, Unesco Milli Komisyonu, Ankara,1993:114-131
7. BİLGE Y, HANCI İ. H, KENDİ Ö. 1989-1994 Yılları Arasında Ankara Çocuk Mahkemesinde Davaları Sonuçlanan Çocukların Demografik Özellikleri, 6-8 Haziran 1996, 5. Anadolu Psikiyatri Günleri, İzmir
8. RUTTER M, TAYLOR E, HERSOV I. Child and adolescent Psychiatry, Modern Aproaches, 3 rd Edition, Blackwell Science, Oxford.,London,1994
9. HANCI İ. H, EGE B. İzmir Islahevindeki Hükümlü Çocukların Demografik Özellikleri, 7. Ulusal Adlî Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı,1993:333-42
10. HANCI İ. H, EGE B, DEMİRÇİN S, COŞKUNEL H, ERTÜRK S, YEMİŞÇİGİL A. Göçlerin İzmir İlindeki Çocuk Suçlarına Etkisi, 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri Serbest Bildiriler Kitabı:343-349
11. HANCI İ. H, EGE B. İzmir'de Suç İşleyen Çocukların Sosyolojik Özellikleri, Adlî Tıp Dergisi 1993, 9(1-4):3-4
12. CENTERWALL BS. Television and Violence, JAMA, 267(22):3059-3063,1992
13. HANCI İ. H. Çocuk Suçluluğu: Aile ve Eğitimin Etkisi, 7. Ulusal Adlî Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı:199-208,1993
14. ETİZ S. Türkiye'de Nüfus Artışı ve Şehirlere Göç, Anadolu Tıp Dergisi 3:563-572,1985
15. HANCI İH, AKÇİÇEK E, AKTAŞ E, BATUK G, COŞKUNOĞLU H, EROL A. Çocuk Suçluluğuna Ekolojik Bir Yaklaşım: Çocukların Oturdukları Şehir Bölgeleri, Eğitim Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, 1:185-190, 1996
16. HANCI İH. Çocuk Suçluluğuna Yol Açan Sosyal Bir Yara: İç Göçler ve Çarpık Kentleşme, Hekim ve Yaşam "İzmir Tabip Odası Bülteni", 6:24-28,1999

Kadın ve Suç

Levent ORTAKÖYLÜ*, Şafak TAKTAK*, İbrahim BALCIOĞLU*

** Adlî Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi, İstanbul.*

Özet

Çalışma Adlî Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ne gönderilen ve müşahade altına alınan 160 sanık kadının işlemiş oldukları suçlara karşı suç nedenlerini suç aletlerini ve cezai sorumluluklarını araştırmak amacı ile planlanmıştır.

Retrospektif dosya taraması yöntemi ile yapılan çalışmada 1996-2000 yılları arasında Adlî Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesinde müşahade altına alınan 160 kadın sanık olgusu incelenmiştir.

Sanık kadınların %57.5 (92)'i adam öldürme ,%14.4 (23)'ü adam öldürmeye teşebbüs ve yaralama, %6.3 (10)'ü yangın çıkarma, %1.9 (3)'u sahtecilik, %6.2 (10)'si gasp ve hırsızlık, %2.5 (4)'uyuşturucu madde kullanmak imal ve satma, %2.5(4)'i cinsel suçlar, %8.8 (14)'i diğer suçlar olarak tespit edilmiştir.

Sanık kadınların işledikleri suç için %69.4 (111)'ü ceza ehliyeti tam, %18.1 (29)'i ceza ehliyetine sahip olmadığı %10(16)'ı ehemmiyetli derecede azaltılmış ceza ehliyetinin olduğu belirlenmiştir.

Failce bildirilen suç nedenleri en sık %28.1'i (45) ahlaki, %29.4'ü (47) psikiyatrik hastalık, %11.3'ü (18) aile içi geçimsizlik, münakaşa ve çıkar çatışması, %6.3 (10)'ü fiziki saldırıya uğradığı görülmüştür.

Saldırı aleti bakımından incelendiğinde ceza ehliyeti tam olan olgularda 32'sinin ateşli silah, 26'sının kesici-delici alet, 12'sinin ezici alet, 15'inin boğma materyali, 1'inin zehirleme, 25'inin alet kullanılmadan işlendiği, ceza ehliyeti olmayan (T.C.K. 46) olgularda sanıkların 5'inin ateşli silah, 6'sının kesici- delici alet, 4'ünün ezici alet, 4'ünün boğma materyali, 10'unun alet kullanılmadan işlendiği, ceza ehliyeti azaltılmış (T.C.K. 47) olguların 2'sinin ateşli silah, 2'sinin kesici- delici alet, 3'ünün boğma materyali, 9'unun alet kullanmadan suçu işlemiş olduğu anlaşılmıştır.

Tüm suçlarda kadınların %24.4'ü (39) ateşli silahla, %21.3 (34)'ü kesici-delici aletle, %10 (16) ezici aletle, %0,6'sı (1) zehirleme, %13,8 (22)'i boğma materyali kullanarak adam öldürme fiilini gerçekleştirmişlerdir. Olguların %30'u (48) alet kullanmadan suç işledikleri tespit edilmiştir.

Ülkemizde kadınların sosyal hayatın içine yeterince girmemiş olduğunu, ekonomik bağımsızlıklarını kazanamamış olmaları nedeni ile yaşamlarının büyük bir kısmını ev içinde geçirdiklerini bu nedenlerle genellikle ailenin diğer üyelerine yönelik şiddet öğesi içeren suçlar işledikleri tespit edilmiştir.

Giriş

Saldırganlık aslında bireyin ve türün yaşamsal varlığını korumak ve sürdürmek amacı taşıyan bir temel içgüdü olan savunma iç güdüsünden kaynaklanan bir dürtü olarak tanımlanabilir. Saldırganlık dürtüleri özellikle sözel yada fiziksel şiddet içeren saldırgan davranışlarla dışa vurduğunda toplumsal sorunlara neden olur, bu davranışlar yasalarda belirtilmiş başkalarına zarar veren haksız eylemler olduğunda suç oluştururlar ve hukuk düzeninin ilgi alanına girerler. (1)

Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha az suç işlediği ve kadın suçlu sayısının en yüksek olduğu ülkelerde bile kadın suçlu sayısının tüm suçlu sayısına oranının %20 seviyesini aşmadığı tespit edilmiş olup; Ülkemiz için bu oranın %2,5 - %3,5 olduğu belirtilmektedir. (2)

Ülkemizde kadınların yaşamlarının genelde geleneksel ev içi rollerle sınırlı olmasının, ailenin diğer üyelerine yönelik şiddet öğesi içeren suç işlemeleri ihtimalini yükselttiğini ortaya koymaktadır.(3)

Modernleşmenin cinsiyetler arasındaki farklılığı ortadan kaldıracağı, dolayısıyla da kadın suçlu oranlarını yükselteceği varsayımı ileri sürülmüşse de toplumsal değişme sonucu kadınların edindikleri yeni roller onları,

annelik ve ev kadınlığı gibi geleneksel rollerinden koparamamıştır. Bu nedenle de elde edilen sonuçlar söz konusu varsayımı desteklememektedir.

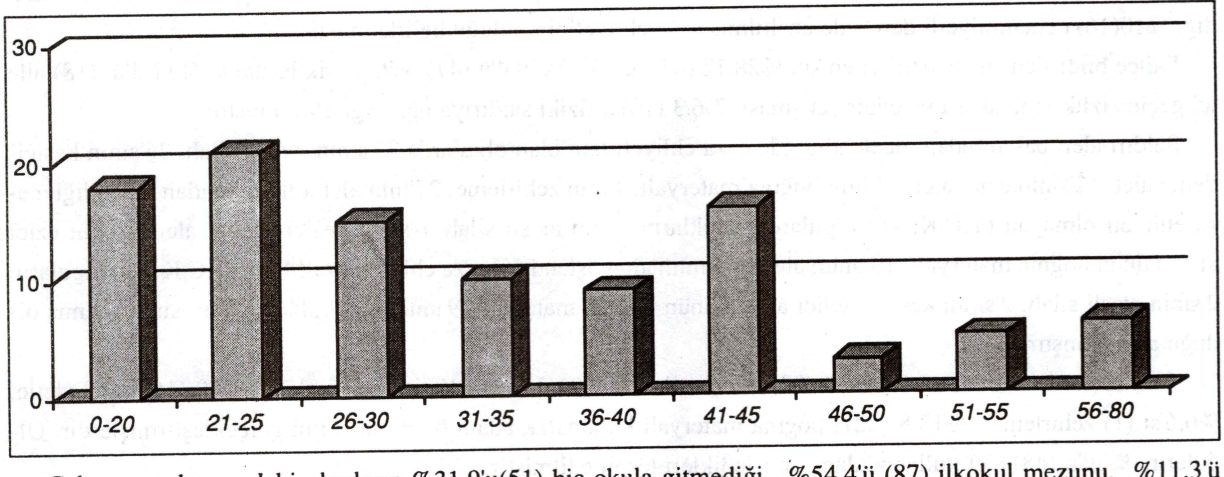
Kadın suçluluğu incelendiğinde kadınların özellikle adam öldürme ve adam yaralama gibi suçları genelde kendilerini korumak amacıyla işlediklerinin görüldüğü bu tür suçların çoğunlukla kötü muamele gören, dayak yiyen kadınlarda aniden görülen şiddetli tepki sonucu ortaya çıktığı ve önceden planlanmadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda kadının suça yöneliminde yaş, eğitim, medeni halinin etkisini, yöneldiği suç çeşidini, suç işlemede kullanılan yöntemleri ve suç işleyen kadınların kişilik yapılarını tespit edip literatür ile kıyaslamayı amaçladık.

Bulgular

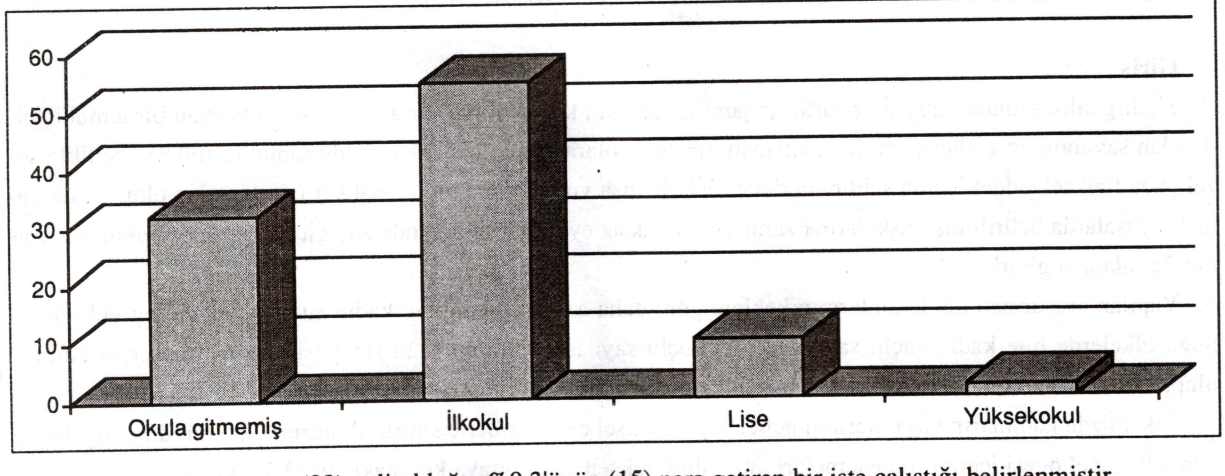
Çalışma grubu alınmış olan 160 kadın olgunun dava dosyalarında suç tarihi olarak bildirilmiş olan tarihler itibarıyla yaş dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Yaş dağılımı.



Çalışma grubumuzdaki olguların %31,9'u(51) hiç okula gitmediği, %54,4'ü (87) ilkokul mezunu, %11,3'ü (18) Lise mezunu, %2,5'i (4) yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu, belirlenmiştir. (Tablo 2)

Tablo 2: Eğitim durumu

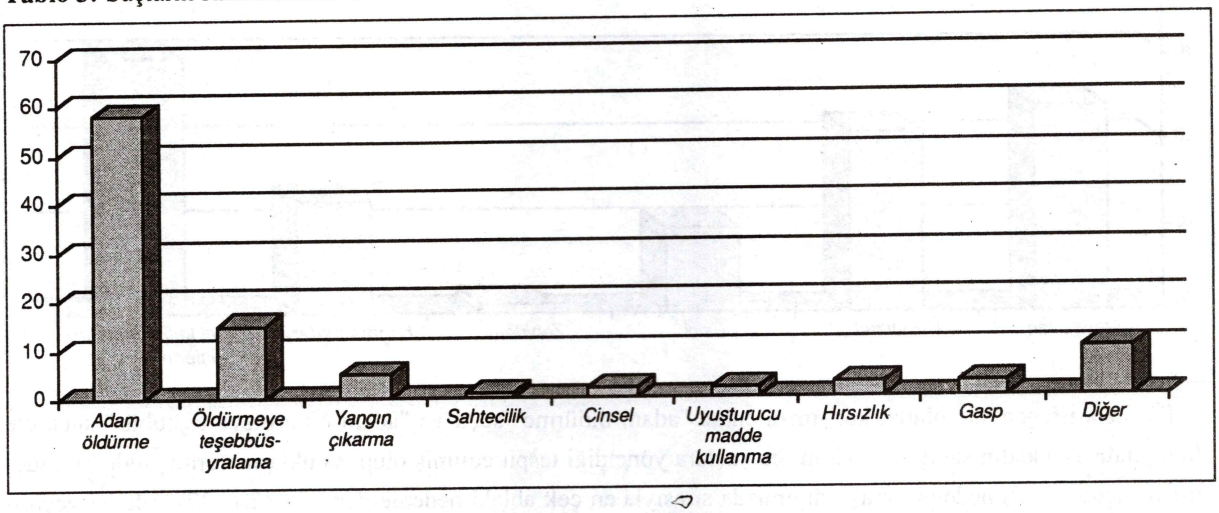


Olguların %61,3'ünün (98) evli olduğu, %9,3'ünün (15) para getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir.

İşledikleri iddia olunan suçlar sınıflandırıldığında; kadınların %57,5'i (92) adam öldürme, %14.4'ü (23) adam öldürmeye teşebbüs ve yaralama, %6.3'ü (10) yangın çıkarma, %6.2'si (10) gasp ve hırsızlık, %2,5'i (4) uyuştu-

rucu madde kullanma imal, satma, %2,5'i (4) cinsel suçlar % 1.9'u (3) sahtecilik, %8.8'i (4) diğer suçlar olarak tesbit edilmiştir. (Tablo 3)

Tablo 3: Suçların sınıflandırılması



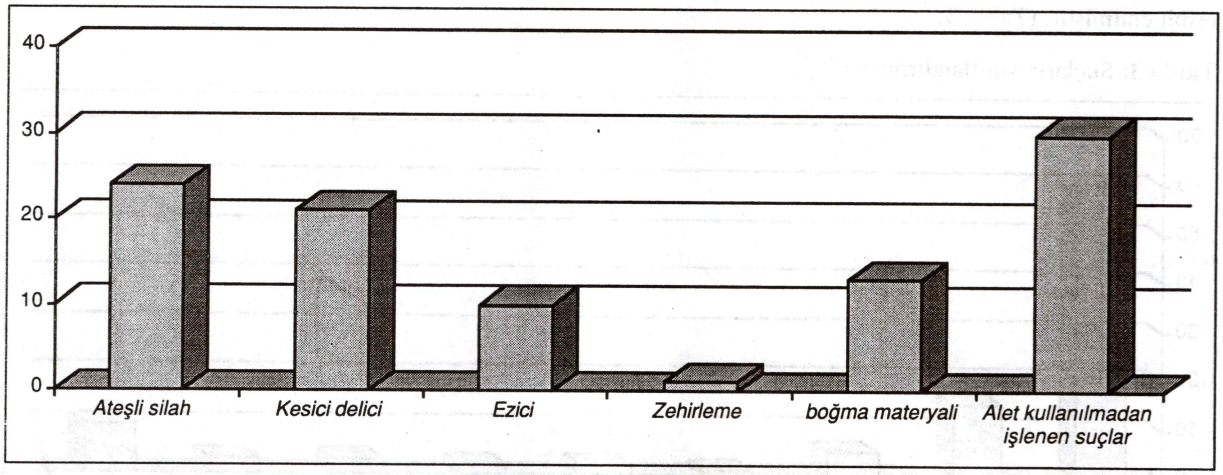
İşlenen suçlar saldırı aleti bakımından incelendiğinde ceza ehliyeti tam olan olgulardan 32'sinin ateşli silah, 26'sının kesici - delici alet, 12'sinin ezici alet, 15'inin boğma meteryali, 25'inin diğer aletlerle işlendiği, ceza ehliyeti olmayan (TCK 46) olgularda sanıkların 5'inin ateşli silah, 6'sının kesici delici alet, 4'ünün ezici alet, 4'ünün boğma materyali, 10'unun alet kullanmadan suçu işlediği, ceza ehliyeti azaltılmış (T.C.K. 47) olgularda 2'sinin ateşli silah, 2'sinin kesici delici alet, 3'ünün boğma materyali, 9'unun alet kullanmadan suçları işledikleri tespit edilmiştir. (Tablo 4)

Tablo 4: Suç aletlerinin ceza ehliyeti ile karşılaştırılması

	SUÇ ALETİ					
	Ateşli Silah	**Kesici delici**	**Ezici**	**Zehirleme**	**Boğma materyali**	**Alet kullanılmadan İşlenen suçlar**
Ceza ehliyeti tam	32	26	12	1	15	25
TCK 46	5	6	4	-	4	10
TCK 47	2	2	-	-	3	9
Madde Bağımlılığı	-	-	-		-	4
Toplam	**39**	**34**	**16**	**1**	**22**	**48**

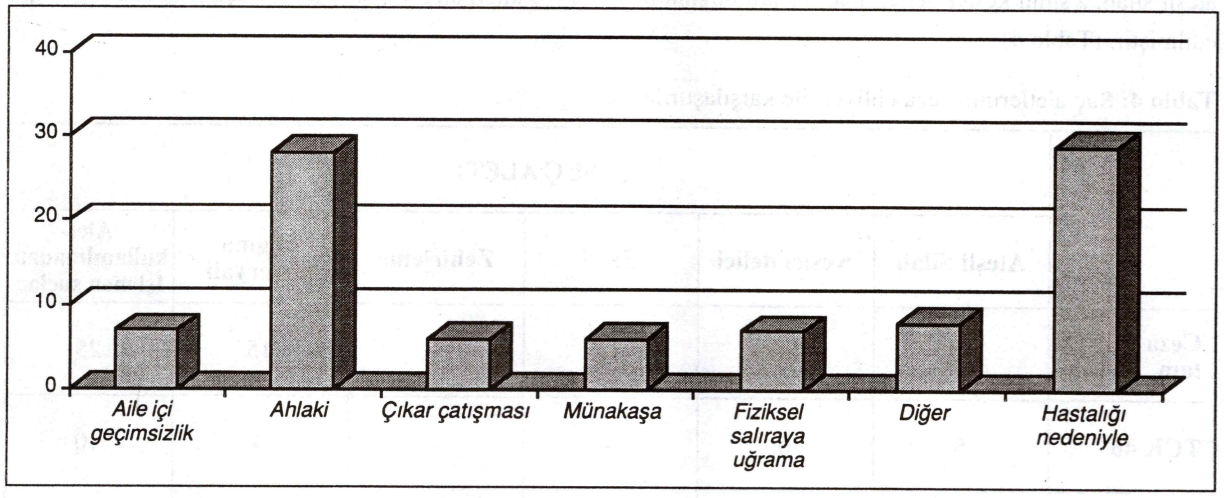
Tüm suçlarda kadınların %24,4'ü (39) ateşli silah, %21.3'ü (34) kesici- delici aletle, %13.8'i (22) boğma metaryali, %10'u (16) ezici aletlerle, % 0,6'sı (1) zehirleme, % 30'u (48) alet kullanmadan suç işledikleri belirlenmiştir. (Tablo 5).

Tablo 5: İşlenen suçlarda kullanılan aletler



En fazla işlenen suç olarak karşımıza çıkan "adam öldürme" suçu ve "adam öldürmeye teşebbüs" suçu ele alındığında 160 kadın sanığın 115'inin bu suçlara yöneldiği tespit edilmiş olup, sanıkların vermiş olduğu ifadelerden suçun işleniş nedenini araştırdığımızda sırasıyla en çok ahlaki nedenlerden % 32.1 (37), aile içi geçimsizlik %8,7 (10), çıkar çatışması %8,7 (10) , fiziki saldırıya uğrama %8,7(10), münakaşa %7 (8), hastalığı nedeni ile %26,8 (30), diğer nedenler ile 8,7 (10), oranında "adam öldürme" ve "adam öldürmeye teşebbüs" suçuna yönelmişlerdir. (Tablo 6)

Tablo 6: Suçun işleniş nedenleri.



Çalışmamızda 160 olgunun %69.4 (111)'ünün ceza ehliyeti tam, %18,1 (29) ceza ehliyetine sahip değilken (T.C.K. 46), %10 (16) u azaltılmış ceza ehliyeti (T.C.K. 47), %2,5 (4) madde bağımlılığı olarak bulunmuştur. (Tablo 7).

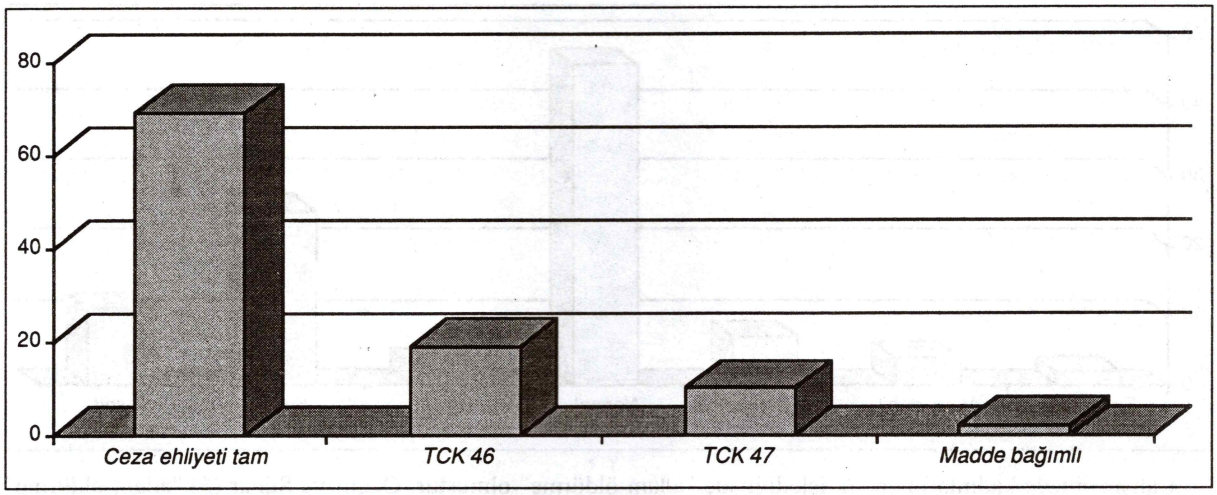
Çalışmamızda olguların işledikleri suçlar sınıflandırıldığında suçun büyük bir çoğunlukla sırasıyla eş, çocuk, tanıdık, akraba ve babaya karşı işlenmiş olduğu, eşe karşı işlenmiş suçların büyük bir oranla öldürme ile sonuçlandığı belirlenmiştir.(Tablo 8)

İşlenen suçların zeka ile ilişkisi incelendiğinde Adlî Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesin'de yapılan psikometrik incelemeler neticesinde; olguların zeka düzeylerinin büyük bir oranda normal düzeyde olduğu, bunu sınır zekanın izlediği belirlenmiştir. (Tablo9)

Olguların zeka düzeylerinin dağılımında adam öldürme, adam öldürmeye teşebbüs ve yaralama, yangın çı-

karma, uyuşturucu madde kullanma ve satmak, gasp suçlarında zeka düzeyi arttıkça suç oranının arttığı, sahtecilik gibi zeka gerektiren suçlarda normal altı zeka düzeyinde olgu tespit edilmemiştir. (Tablo 10)

Tablo 7: Ceza ehliyeti dağılımı



Tablo 8: Suç ve suç mağdurları

	SUÇ ALETİ								
	Eşi	**Baba**	**Anne**	**Çocuk**	**Kardeş**	**Akraba**	**Tanıdık**	**Üvey çocuk**	**Diğer**
Adam öldürme	38	9	3	16	-	7	16	3	-
Sahtecilik	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Diğer	1	-	-	1	-	-	-	-	17
Öldürmeye teşebbüs-yaralama	3	-	1	3	1	6	6	-	-
Cinsel	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Yangın çıkarma	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Uyuşturucu madde kullanmak, imal ve satmak	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Hırsızlık	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Gasp	-	-	-	-	-	-	-	-	5
TOPLAM	**42**	**9**	**4**	**22**	**1**	**13**	**22**	**3**	**44**

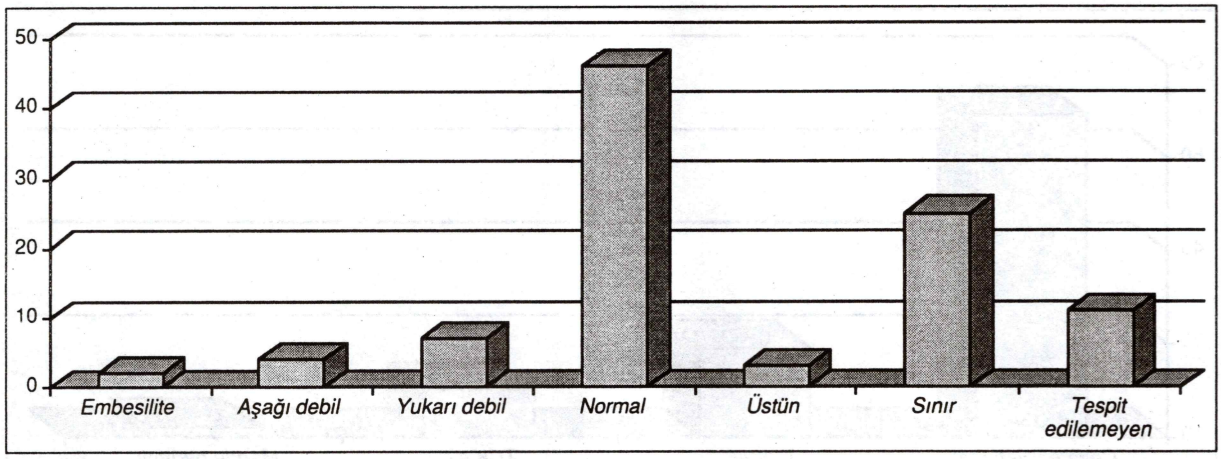
Tartışma

Yapılan çalışmalarda insanın en aktif olduğu dönem olan 20-40 yaşları arasında suça yönelimin arttığı (4) gösterilmiş olup yapmış olduğumuz çalışmada bununla uyumlu olmakla birlikte, 45 yaşının üzerinde işlenen suç sayısının azaldığı, ancak 50 yaşının üzerinde 9 adam öldürme, 2 adam öldürmeye teşebbüs ve yaralama olgularının bulunması ilginçti.

Olguların eğitim durumları araştırıldığında büyük çoğunluğunun hiç eğitim almamış ve ilkokul mezunu olan kişilerin çoğunlukta olduğunun görüldüğü (Tablo 2). Sonuçların Cansunar N. ve Celbiş O'nun yapmış olduğu

çalışmalarla uyumlu olup eğitim ile suç arasında yakın bir ilginin olduğu, kişilerin suça yönelimindeki en büyük faktörlerden birinin "eğitim yetersizliği" olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Tablo 9: Suçun zeka ile ilişkisi



Çalışmamızda kadınların en sık işlediği suç "adam öldürme" olmuştur. Özgür ve Sunar (5) "adam öldürme" suçunun nispeten az gelişmiş Latin Amerika, Afrika ve Asya ülkelerinin çoğunda daha gelişmiş Avrupa ülkelerinin çoğuna göre daha yüksek oranda olduğunun Birleşmiş Milletler tarafından bildirildiğini belirtmişlerdir.

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verilerinden kadın tutukluların yaklaşık %15-20'sinin "adam öldürme" sebebi ile hüküm giydikleri anlaşılmaktadır. (6)

Çalışmamızda kadınlar başta ahlaki nedenler olmak üzere, aile içi geçimsizlik, çıkar çatışması, fiziki saldırıya uğrama ve münakaşa gibi kendilerine şiddet uygulanması neticesinde "eş öldürme" suçunu işledikleri, bu konu ile ilgili Kaser- Boyd'un araştırmasında ve Steinmetz'in yaptığı çalışmada kadının dayak yiyor olması eşini öldürmenin en önemli nedenlerinden biri olarak belirtmiştir. (7), (8)

Tablo 10: Suçlara göre zeka düzeyi dağılımı

	ZEKA						
	Embesilite	**Aşağı debil**	**Yukarı debil**	**Normal**	**Üstün**	**Sınır**	**Tespit edilemeyen**
Adam öldürme	38	9	3	16	-	7	16
Sahtecilik	-	-	-	-	-	-	-
Diğer	1	-	-	1	-	-	-
Öldürmeye teşebbüs-yaralama	3	-	1	3	1	6	6
Cinsel	-	-	-	2	-	-	-
Yangın çıkarma	-	-	-	-	-	-	-
Uyuşturucu madde kullanmak, imal ve satmak	-	-	-	-	-	-	-
Hırsızlık	-	-	-	-	-	-	-
Gasp	-	-	-	-	-	-	-
TOPLAM	**42**	**9**	**4**	**22**	**1**	**13**	**22**

Çalışmamızda suç işlerken en sık %24,4'ü (39) ateşli silah, %21.3'ü (34) kesici delici alet kullanıldığı tespit edilmiştir. (Tablo 5). Bu konuda yapılan çalışmalardaki sonuçlarla bizim çalışmamız paralellik göstermektedir. (9), (10)

Çalışmamızda failce bildirilen suç nedeni en sık %32,1'i (37) oranında ahlaki olarak belirtilmiştir. (Toblo 6). Bizim toplumumuz gibi geleneksel kapalı toplumlarda "namus ve şeref" kavramları suç oluşumunda önemli bir kavram olduğu kayıtlıdır. (11), (12)

Tablo 11: Suçta kulanılan aletle zekanın ilişkisi

	Embesil	Aşağı debil	Yukarı debil	Sınır zeka	Normal	Üstün	Tespit edilemeyen
Ateşli silah	-	-	1	10	22	1	5
Kesici delici alet	-	2	2	11	17	-	2
Ezici alet	-	2	1	4	4	-	5
Zehirleme	-	-	-	-	-	-	1
Boğma	1	-	2	3	12	-	4
Alet kullanılmadan	2	4	6	13	19	3	1

Adam öldürme suçları incelendiğinde; Olguların %75'inde ceza ehliyetini etkileyecek bir rahatsızlığının olmadığı, %15,2'sinin psikotik bir rahatsızlık geçirmiş olduğu, %5'ininde Oligofren olduğu anlaşılmıştır.

Suç işleyen psikiyatrik hastaları inceleme amacıyla yapılan bir araştırmada hastaların en çok adam öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçları işlediği tanı olarak şizofreni'nin ilk sırayı aldığı görülmüştür. (13). Bizim çalışmamızda da psikotik bozuklukların ön sırada olduğu görülmüştür. Şizofreninin de psikotik bir bozukluk olması nedeniyle sonuçlarımız literatür ile uyumlu bulunmuştur. Akıl hastalarında eş, anne, kardeş gibi yakın akrabayı hedef alan suçların çoğunlukla hezeyan nedeni ile işlenmiş olduğu literatür de kayıtlıdır. (14) Bizim çalışmamızda da olguların %29,4'ünün suçları hastalığı nedeniyle işlediği, bunların da sırasıyla eş, çocuk, tanıdık, akraba ve babaya karşı işlenmiş suçlar olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda adam öldürme ve adam öldürmeye teşebbüs suçunu işleyenlerin çoğunluğunun ceza ehliyeti tam teşhisi alanlardan oluştuğu (Tablo 7) Kolburan G. ve Ziyalar N. ile Elbiş O.'nun (9), (10) yapmış olduğu çalışmalarda da benzer sonuçlar tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki olgularda zeka durumları incelendiğinde ; Suç işlenişinde zekanın önemli bir faktör olduğu, özellikle sahtekarlık, ideolojik suç, uyuşturucu kullanmak ve satmak gibi belli bir zeka seviyesini gerektiren suçlar dışında zeka düzeyi arttıkta suç oranının arttığının görüldüğü bu sonuçların Doğan M.'nin (15) yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına uygundur.

Ülkemizde kadınların sosyal hayatın içine yeterince girmemiş olduğunu, ekonomik bağımsızlıklarını kazanamamış olmaları nedeniyle yaşamlarının büyük bir kısmını ev içinde geçirdiklerini, çalışmamızda en fazla adam öldürme suçunu işledikleri tespit edilmiş olup, bu suçu işlemelerinin ana nedeninin kendilerini savunma amacı olduğu anlaşılmıştır. Hastalıkları nedeniyle suç işleyen olgularda hastalıkların büyük oranda psikotik hastalıklar olduğu, suçun çoğunlukla aile içinde işlendiği suçun işlenişinde eğitim ve zekanın çok önemli faktörler olduğu sonucuna varılmıştır.

Kaynaklar

1. UYGUR N. Adli Psikiyatride kişilik ve saldırganlık. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri tam metin kitabı. 424 - 425 ; 2000
2. CANSUNAR N., AŞIRDİZER M., AYCAN N., BALCIOĞLU İ. Kadının suça yönelimi; karşılaştırmalı bir çalışma. İstanbul

Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, LV.(3); 341 - 351, 1997
3. BALCIOĞLU İ."Kadın Suçluluğu ve Kişilik" 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Tam Metin kitabı: 348 -356 .2000
4. DÖNMEZER S.,Kriminoloji. 7.baskı. İstanbul - Filiz kitap evi, 158-175. 1984
5. ÖZGÜR S. Social Psychological patterns of homicide in TURKEY; Acomprosion of male and female convicted murders. Master tezi, Boğazici Üniversitesi.1980
6. D.İ.E. (Devlet İstatistik Enstitüsü), 1968 - 1977 Ankara D.İ.E. matbaası.
7. KASER - BOYD N.Rorshachs of women who commit homicide, journal of personality Assesment 1993 - 60 (3) : 458 - 470
8. STEİNMETSZ S. , The Violent Family In Violence in the Home- Interdicplinaray perspectives, Ed, Mary Lystad Brunner, mezel publishers, New york, 1986; 51-65
9. KOLBURAN G., ZİYALAR N., Adlî Tıp Dergisi cilt 15, sayı: 2 ; 19-28.2001
10. CELBİŞ O., AKIN H. M., SOYSAL Z.
11. ÖZANKAYA Ö., Toplum bilim genişletilmiş 7. basım. İstanbul cem yayınevi; 165-167.1976
12. KÖKNEL Ö., Bireysel ve toplumsal şiddet Altın kitaplar İstanbul 20 -53. 1996
13. MANER F., KAYATEKİN Z. E., ABAY E., SAYGILI S., ŞENER A., Psikiyatrik hastalıklar ve suç. Düşenen adam; 4 (1) ; 6-13 1991
14. KOLBURAN G. Suç işlemiş şizofrenik hastalarda suç yatkınlığının psikometrik metodla araştırılması. Yük. Lis. Tezi. Adlî Tıp Enstitüsü İstanbul ; 37-1991
15. DOĞAN M., Zeka geriliğinin suça etkisi Adlî Tıp uzmanlık tezi, Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul 1986

Elektrik Kökenli Yangınlar

Ayşegül CAYMAZ*

** Adlî Tıp Kurumu Kimyasal Tahliller İhtisas Dairesi, İstanbul*

Özet

Yaygın kullanım alanına sahip olan ve genel olarak çarpma ve yakma tehlikesi bulunan elektrik; insan hayatına getirdiği büyük yararlar yanısıra büyük zararlar da verebilmektedir. Ülkemizde ve dünyada yapılan istatistiklerde önemli yangın nedenleri arasında elektrik kökenli yangınların ilk sıralarda yer aldığı bildirilmektedir. Yıldırım, statik elektrik, kıvılcım, ark, aşırı, yüklenme.... gibi nedenlerle elektrik kökenli yangınlar meydana gelebilmektedir. Yönetmeliklere uygun dizayn edilmeyen ve/veya döşenmeyen elektrik tesisatı yangını başlatabilir. Yangın başka bir nedenle çıktıktan sonra tesisat yangının yayılımını arttırabilir veya söndürme çalışmalarını engelleyebilir. Elektrikli cihazlar veya tesisatta oluşan kısa devre sonucu çok sayıda yangın çıkması yanında; nedeni belirlenemeyen yangınlarda "elektrik kontağı" herhangi bir delil olmaksızın çıkış nedeni olarak gösterilebilmektedir.

Bu çalışmada; adli yangın olaylarında yangın çıkış nedeni belirlenirken, olay yeri inceleme ve değerlendirilmesinde, elektrik ile ilgili bulguların incelenmesi ve bu bulguların yorumunun önemi tartışılacaktır.

Değişik kişi ve Kuruluşlar tarafından düzenlenmiş yangın raporları ile olay yerinden elde edilerek gönderilen materyaller laboratuvarda incelenmiştir.

Bazı yangın raporlarında herhangi bir kontak bulguları bulunmadığı veya bulgular orijin ile bağlantılı olmadığı halde, diğer olası çıkış nedenleri yeterince araştırılmaksızın yangının "elektrik kontağı" nedeniyle çıkmış olduğunun bildirildiği anlaşılmıştır.

Yangın sonrası olay yerinde tesisat adım adım incelenmeli, görüntülenmeli, tesisat şeması çizilmelidir. Tesisatın herhangi bir yerinde ark-aşırı kızışma-yüklenme ... gibi elektriksel bir sorun yaşanıp yaşanmadığı, eğer böyle bir sorun ile karşılaşılırsa orijin (yangın çıkış yeri) ile ilişkisi araştırılmalıdır. Ancak orijin ile bağlantı kurulabilen ve diğer yangın çıkış nedenleri (doğal-kundaklama) elimine edilebilen yangınların elektrik kökenli çıktığı söylenmelidir.

Amaç

Bu çalışmada; adli yangın olaylarında yangın çıkış nedeni belirlenirken, olay yeri inceleme ve değerlendirilmesinde, elektrik ile ilgili bulguların incelenmesi ve bu bulguların yorumunun önemi tartışılacaktır.

Giriş

Yaygın kullanım alanına sahip olan ve genel olarak çarpma ve yakma tehlikesi bulunan elektrik; insan hayatına getirdiği büyük yararlar yanısıra büyük zararlar da verebilmektedir. Ülkemizde ve dünyada yapılan istatistiklerde önemli yangın nedenleri arasında elektrik kökenli yangınların ilk sıralarda yer aldığı bildirilmektedir. ABD'de görülen yangınlardan %32'si, Japonya'daki yangınların %12'si, İngiltere'deki yangınların %32'si ve Türkiye'dekilerin %16'sı elektrik kökenlidir.

Yıldırım, statik elektrik, kıvılcım, ark, aşırı yüklenme gibi..... nedenlerle elektrik kökenli yangınlar meydana gelebilmektedir. Tesisatta kullanılan malzemenin seçimi çok önemlidir.

- Tesisatın bağlantı yerlerinin sık olarak kullanımı, bu noktalarda gevşemeye, bu ise ısınmaya yol açabilir.
- Tesisatın çekebileceğinden daha fazla elektrik kullanılmasıyla, elektrik enerjisi ısı enerjisine dönüşebilir.
- Sigortalar tehlikeyi ortadan kaldırmak için kullanılır. Sigortaların devreden çıkartılması veya yanlış kullanımı yangın tehlikesi meydana getirebilir.

• Elektrik; yangın açısından yüksek risk taşımamaktadır.

Ancak, Her yerde bu sistemin parçaları veya bağlantılarında sorun yaşanabilir. Standartlara ve yönetmeliklere uygun dizayn edilmemiş ve/veya döşenmemiş, kurallara uygun kullanılmayan elektrik tesisatı yangını başlatabilir.

Sistemin bakımsızlığı ve kontrolsüzlüğüne bağlı olarak elektrikli cihazlarda veya tesisatta oluşabilen kısa devre (Elektriğin tesisat dışı iletken malzeme ve maddelere akıcılığını kontrolsüz olarak sürdürmesine kısa devre denir.) sonucu çok sayıda yangın çıkmaktadır. Ayrıca, yangın başka bir nedenle çıktıktan sonra tesisat yangının yayılımını arttırabilir ve/veya söndürme çalışmalarını engelleyebilir.

• Ülkemizde, bazı yangınlarda, söndürme çalışmaları sürerken, söz konusu yangının "elektrik kontağından çıkmış olabileceği" görüşü rahatlıkla ortaya atılabilmektedir.

Nedeni belirlenemeyen yangınlarda "elektrik kontağı" herhangi bir delil olmaksızın çıkış nedeni olarak gösterilebilmektedir.

Olay ile ilgili herhangi bir çalışma ve araştırma yapılmaksızın, yangın çıkış nedeni hakkında iddiada bulunmak yanlış bir tutumdur.

Materyal ve Metod

Değişik kişi ve kuruluşlar tarafından düzenlenmiş yangın raporları ile olay yerinden elde edilerek gönderilen materyaller incelenmiş, aralarında 5 vaka seçilerek bu çalışmada sunulmuştur.

Bulgular

VAKA-1) Bir "küçük işyeri" yangınından toplanarak gönderilen elektrik sayacı, (2) adet ampul yuvası-duy, (1) adet priz incelenmiş; yangının elektriğe bağlı bir nedenle çıkmadığı, başka bir nedenle çıkmış olan yangına dıştan maruz kalan bu malzemelerde elektriksel bir sorun yaşanmadığı kanaatine varılmıştır.

SONUÇ: Yerel bilirkişiler ile ortak görüş. (Fotoğraf 1)

VAKA-2) Yerel bilirkişiler tarafından elektrik kontağından yangın çıkmış olduğu belirtilen bir başka işyerinden gönderilen malzemeler ve iletkenler incelenmiş; çalışmalar sonucunda yangının elektrik kontağından çıkmadığı sonucuna varılmıştır. (Fotoğraf 2)

VAKA-3) Turistik bir tekne yangınından gönderilen materyallere kimyasal ve fiziksel incelemeler uygulanmış, diğer yangın çıkış nedenleri elimine edilerek yangının elektrik kökenli çıktığı belirlenmiştir. (Fotoğraf 3)

VAKA-4) Telef pamuk işleme fabrikasında çıkan bir yangında orijine yakın bölgeden alınmış olan iletken tel örnekleri incelenmiş; olay yeri incelemesi, adli dosya incelemesi, yanan materyallerin özellikleri, yanma modeli vs. incelenerek kundaklama sonucu çıkartılmış olabileceği sonucuna varılmıştır. Vakada yerel bilirkişilerce yangının elektrik kontağından çıktığı belirtilmiştir. (Fotoğraf 4)

VAKA-5) Çıkış nedeni yerel bilirkişiler tarafından belirlenememiş marangoz atölyesi yangınında elektrik panosu sökülerek ayrıntılı incelenmiştir. Çalışmalar sonucu yangının sigorta buşonlarının tel sarılmak suretiyle tekrar kullanımı; tesisatın eskiliği ve uygunsuz kullanımı sonucu arklar meydana gelmesi ve bu arkların çevredeki yanıcı materyalleri (tahta, talaş tozu, kağıt vs.) tutuşturarak çıktığı sonucuna varılmıştır. (Fotoğraf 5)

Sonuç

Bazı yangın raporlarında herhangi bir kontak bulgusu bulunmadığı veya bulgular orijin ile bağlantılı olmadığı halde, diğer olası çıkış nedenleri yeterince araştırılmaksızın yangının "elektrik kontağı" nedeniyle çıkmış olduğunun bildirildiği anlaşılmaktadır.

Yangın araştırmacı, bir yangının elektrik kökenli olup olmadığını her yangında mutlaka araştırmalı, oluşan

elektriksel hasarın, sistemden veya dış nedenlerden kaynaklanması arasındaki farkları ayırt edebilmelidir.

Olay yerindeki elektrikle çalışan tüm cihazların olay sırasındaki açık (on) veya (off) kapalı pozisyonları belirlenmelidir.

Kaza veya ihmal olasılıkları çok iyi irdelenmeli, güçlü deliller temin edilebilmelidir. Sigortadan başlayan yangınlarda çoğu kez patlama meydana gelir. Patlama ile birlikte, sigortanın kapalı bir kutuda muhafaza edildiği hallerde, kutunun kapağı dışarı fırlamış olarak bulunur. Bu nedenle, sigortalar dikkatlice incelenmeli; sayıları-akım değerleri hesaplanmalıdır. Ayrıca sigortalara bağlı iletkenlerin çapları, nitelikleri, tahmini uzunlukları, olay yerinde kabloların dağılımı, tesisatın yaklaşık yaşı saptanmalıdır.

Elektriksel bir sorun görüldüğü zaman; bu sorunun "yangının çıkışına neden olan bir sorun" veya "başka bir nedenle çıkmış olan yangın nedeniyle oluşmuş bir sorun" ayrımı yapılabilmelidir.

Elektrik somut delil (ler) bulunmaksızın yangın nedeni olarak gösterilmemelidir. Yangın çıkış nedenleri incelenirken; tersi kanıtlanıncaya kadar doğal, kaza, ihmal, kundaklama, elektrik... gibi tüm olasılıklar düşünülmelidir.

Yangın sonrası araştırmacı, olay yerine mümkün olan en kısa sürede ulaşmalıdır. Olay yerinde çalışma yapılmadan hiçbir şeye dokunulmamalı, yerleri değiştirilmemelidir. Orijinal haliyle olay yerinin fotoğrafları ve video çekimleri tamamlanmalı, ardından kroki çizilmelidir. Diğer yangın çıkış olasılıklarını araştırmak üzere olay yerinden özellikle orijin ve yakın civarından örnekler alınarak kapsamlı analizleri yapılmalıdır.

Tüm elektrik tesisatı ve bu tesisata bağlı cihazlar, sigortalar, prizler, duy-ampul vs. adım adım incelenmeli, tesisat krokisi kabaca çizilmelidir. Elektrik ile ilgili fiziksel incelemeler yapılacak olan örnekler özenle toplanmalı, korunmalı ve tesisat krokisi üzerinde örnek alınan yerler işaretlenmelidir.

Bakır, alüminyum.... gibi iletkenler kısa devre sonucu kızışır, erime yapabilir. Bu kızışma-erime sonucunda boncuklanma(lar) (=beadings) meydana gelebilir. Bakır ve alüminyum erime sıcaklığı ahşap, kağıt, tekstil ürünleri... gibi çeşitli malzemelerin tutuşma sıcaklığından çok daha yüksektir. Meydana gelen bir arkın sıcaklığı 5000-6000ºC'dır. Kızgın metal; yakın civarındaki yanıcı materyalleri kolayca tutuşturarak yangını başlatabilir. Tesisatın herhangi bir yerinde ark-aşırı kızışma-yüklenme... gibi elektriksel bir sorun yaşanıp yaşanmadığı, eğer böyle bir sorun ile karşılaşılırsa orijin (yangın çıkış yeri) ile ilişkisi araştırılmalıdır. Ancak orijin ile bağlantı kurulabilen ve diğer yangın çıkış nedenleri (doğal-kundaklama) elimine edilebilen yangınların elektrik kökenli çıktığı söylenmelidir, ya da yangın çıkış nedenleri arasından "elektrik" elimine edilmelidir.

Sonuç olarak; olay yerinin en kısa sürede ehliyetli uzmanlar tarafından ayrıntılı incelenmesi; doğal, kaza, kasıt, elektrik unsurlarının ayrı ayrı araştırılması sonucu adli yangın dosyalarında sağlıklı çözümlere ulaşılacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Kılıç, A. Elektrik yangınlarının önlenmesi ve söndürülmesi, Yangın ve Güvenlik Teknik Yayıncılık, 57, 12-15, İstanbul, 2001.
2. Noon, R. Engineering Analysis of Fires and explosions, CRC Press 135-171, New York, 1995.
3. National Fire Codes Vol. 11, 907 M National Fire Protection Association Press, 1992.
4. Redsicker, D., R., O' Connor, J., J. Practical Fire and Arson Investigation, CRC Press (122-143) New York, 1997.
5. Yallop, H.J. Fire İnvestigation pp. 72-77, John Sherratt & Son. Ltd.Manchester, 1984.

Stanford Tip-A Akut Aort Disseksiyonu, Opere Pectus Excavatium ve At Nalı Böbreği Olan Bir Otopsi Olgusu

Dilek DURAK*, Recep FEDAKAR**, Atınç ÇOLTU**, Nursel TURKMEN*

** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı*
*** Adlî Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı*

Özet

Aort disseksiyonu adli otopsilerde sık karşılaşılan ani ölüm nedenlerinden biri, pectus excavatum en sık karşılaşılan göğüs duvarı anomalisi, at nalı böbrek ise çoğunlukla asemptomatik olan bir anomalidir. Bu anomaliler tek tek adli otopsilerde görülmesine rağmen birlikte olan bir olgu sunumu literatürde rastlanmamıştır. Stanford tip-A akut aort disseksiyonu, opere pectus excavatum ve at nalı böbreği tespit ettiğimiz bir otopsi olgusunun irdelenmesi amaçlanmıştır. 18 yaşında genç bir kız şok tablosu ile acil servise sevk edilmiş ve 2 saat sonra hastanede ölmüştür. Otopside Stanford tip-A akut aort disseksiyonu ile beraber kalp tamponandı, hemoperikardium ve at nalı böbrek ile opere pectus excavatum saptanmıştır. Literatür araştırılmasında bu özelliklerin birlikte olduğu bir anomali saptanmamış ve olgu ilginç bulunarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aort disseksiyonu, pectus excavatum, at nalı böbrek.

Giriş

Aort disseksiyonu, proksimal ve distale değişken genişleme ile birlikte sirkülasyondaki kanın aortanın media katlarını longitudinal olarak ayırması ile karakterize katastrofik bir olaydır (1).

En sık karşılaşılan göğüs duvarı anomalisi olan pectus excavatum, sternumda çöküntü ve sıklıkla rotasyonla sonuçlanan kostal kartilajların deformitesi ile görülür (2).

Ektopik füzyonun sık görülen bir tipi olan at nalı böbrek, prevalansı yaklaşık 1/400'dür, sıklıkla diğer malformasyonlarla birlikte görülür (3,4) ve genellikle asemptomatiktir (5).

At nalı böbrek, pectus excavatum ve assendan aorta disseksiyonu aynı kişide rapor edilmemiştir.

Olgu

1 Nisan 2001 tarihinde 18 yaşında genç bir kız babası tarafından acil servise getirilmiştir. Geliş saati olan saat 10.00'da kan basıncı alınamamış, nabız 120/dk, şuur somnolans halinde, vücudu soluk ve soğuktur. Çok kısa bir süre içinde şuurunu kaybetmiş ve saat 11.40'da kardiak arrest gelişmiştir. 2 Nisan 2001 tarihinde ölüm sebebini tespit etmek için otopsi yapılmıştır.

Otopsi bulguları

175 cm. boyunda 65 kg. ağırlığında ve beslenme düzeyi orta derecede idi. Ölü katılığı tüm eklemlerde oluşmuştu. Vücudunda haricen travmatik bir bulguya rastlanmadı.

İç muayenede beyin 1430 gr. ağırlığında tartıldı ve hafif ödemli bulundu. Anterior göğüs duvarının açılışında eski pektus excavatum operasyonuna ait skarlar görüldü. Timus bezi büyük ve 65 gr. ağırlığında idi, tonsiller hipertrofik bulundu. Akciğerler sol 440 gr., sağ 550 gr., kalp 375 gr. ağırlığında tartıldı. Assendan aortanın ön yüzünde 1 cm.lik etrafı ekimozlu rüptür ve aort kapakçıklarına yükselen 5 cm.lik akut aort disseksiyonu (Şekil 1) ile beraber kalp tamponandı, hemoperikardium saptandı. Koroner arterler dar ama açıktı. Karaciğer 1435 gr., dalak 250 gr. ağırlığında idi. 365 gr. ağırlığında at nalı böbrek mevcuttu.

Histolojik bulgular

Akciğerlerde konjesyonla birlikte alveolar kanama ve aortik kistik medial nekroz tespit edilmiştir. Diğer organlarda anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır.

Tartışma

Bu otopsi olgusunda aort disseksiyonunun etyolojisi tanımlanamamıştır. Özellikle genç hastalarda aort disseksiyonunun etyolojisinde olan konjenital aort stenozu, biküspit aort kapağı ve aort koarktasyonu bu olguda gözlenmemiştir. Tipik Marfan sendromu'nda görülen iskelet ve kardiovasküler sistem anomalilerinden olan pektus excavatum, assendan aorta disseksiyon ve dilatasyonu (1) bu olguda saptanmış ancak aile anamnezi alınamamıştır. Literatürde (6-10) Marfan sendromu'nun neden olduğu Stanford tip-A akut aort diseksiyonu ve pektus excavatumu bulunan hastaların operasyonla başarılı olarak düzeltildiği rapor edilmiştir. Bu otopsi olgusunda pektus excavatuma yönelik göğüs duvarı düzeltilmesi 3,5 yaşında yapılmış, akut disseksiyon tanısı yalnızca otopside konmuştur. Aort disseksiyonu koroner otopsilerinin %1-2,5'inde (1), at nalı böbrek 1000 otopsi vakasının 1-50'sinde (4) görülmektedir. At nalı böbrek diğer konjenital anomaliler ile ilişkilidir (11-13). Ancak literatür araştırılmasında; at nalı böbrek, aort disseksiyonu ve pektus excavatumun birlikte olduğu bir olgu saptanmamıştır.

Kaynaklar

1. Artur E. Glen's thorasic and cardiovasculer surgery. İn: Ergin MA, Griepp RB, editors. Dissection of the aorta. USA: Appleton- Lange, 1996: 2273-93.
2. Betz MİL, Futrell JW. İmproved chest wall fixation for correction of pectus excavatum. Br J Plast Surg, 1992 Jul; 45 (5): 367-70.
3. Tisher CC, Brenner BM. Renal pathology. 2 nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1989: 1380-1.
4. Benito A,Vargas J, de Austin P. Horseshoe kidney presenting as a retroperitoneal mass. Reported of a case diagnosed by fine needle aspiration ctylogy. Acta Cytologiea, 1999 Sept-Oct; 43 (5): 877-9.
5. Gittes GK, Snyder CL, Murphy JP, Ashcraft KW. İnferior vena caval obstruction from a horseshoe kidney: Report of a case with operative decompression. J Pediatr Surg, 1998 May; 33 (5): 764-5.
6. İehikawa S, Miyata Y, Usui M, Hirate Y, Ohmiya T, İshihara T. Single-stage surgery for annulo aortic ectasia, Stanford type-A aortic dissection and pectus excavatum in a patient with Marfan's syndrome. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi, 1996 Apr; 44 (4): 575-9.
7. Chien HF, Chu SH. Simultaneous Bentall's procedure and sternal turnover in a patient with Marfan syndrome. J Cardiovasc Surg, 1995 Dec; 36 (6): 559-62.
8. Shioi K, Nagata Y, Sugimato İ, Mase T, Katoh S, Tsuchioka H. Acut aortic dissection in a patient with Marfan's syndrome and severe pectus excavatum emergency surgical repairs of ascending aortic dissection and aortic regurgitation complicated by pectus excavatum in Marfan's syndrome. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi, 1992 Oct; 40 (10): 1902-6.
9. Higashi S, Shin H, Ninomiya H, Kawada K, One-staged operation for funnel chest, mitral regurgitation and annulo-aortic ectasia associated of Marfan's syndrome. Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi, 1993 Apr; 41 (4): 649-54.
10. Seliem MA, Duffy CE, Gidding SS, Berdusis K, Benson Dw Jr. Echocardiographic evaluation of the aortic root and mitral valve in children and adolescents with isolated pectus excavatum; comparison with Marfan patients. Pediatr Cardiol, 1992 Jan; 13 (1): 20-3.
11. Bradshaw A, Donelly LF, Foreman JW Tromboeytopenia and absent radii (TAR) Syndrome associated with horseshoe kidney. Pediatric nephrology, 2000 Jan; 14 (1): 29-3.
12. Salerno A, Kohlhase J, Kaplan BS. Townes-Brocks Syndrome and renal dysplasia: a novel mutation in the SALL 1 gene. Pediatric nephrology, 2000 Jan; 14 (1): 25-8.
13. Kehagias DT, Gouliamos AD, Vlahos LJ.Horseshoe kidney associated with anomalous inferior vena cava. European radiology, 1999; 9 (5): 93 5-6.

Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Polikliniğine 01 Ocak 1995 - 14 Mayıs 2001 Tarihleri Arasında Başvuran Travma Geçirmiş Olguların Değerlendirilmesi

Ekin Özgür AKTAŞ*, Melih Çağlar KARAMAN**, Aytaç KOÇAK*,
Yıldıray ZEYFEOĞLU*, Erdoğan ÇETİNGÜL***

** E.Ü. Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı. Bornova - izmir.*
*** E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi. Bornova - İzmir.*
**** E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi AD. Bornova - İzmir.*

Özet

Çene ve yüz travmaları acil olgular arasında önemli bir yer almaktadır. Yaralanma nedenine bağlı olarak büyük kısmı aynı zamanda adli olgu özelliği de taşıyan bu tür travmalara ait özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

1 Ocak 1995 -14 Mayıs 2001 tarihleri arasında E. Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Polikliniğine başvuran olgulara ait kayıtlar taranarak olguların yaş, cinsiyet, yaralanma nedeni, yaralanma tarihi, saptanan travmatik lezyonlar ve uygulanan tedavi açısından değerlendirilmiştir. Polikliniğe başvuran 154 olgudan 29 tanesi kayıtlarda araştırılan bilgilerin eksik olması nedeni ile çalışma dışında tutulmuştur.

Değerlendirmeye alınan 125 olgudan 92'si(%73,6) erkek, 33'ü (%26,4) kadındır. En sık rastlanan yaş grubu 20-24 yaştır (%20,0). Yaralanma nedenleri arasında en sık düşmeler görülürken (%34,4), bunu trafik kazaları (%30,4) ve müessir fiil (darp) sonucu oluşan yaralanmalar (%20,8) izlemektedir. En sık rastlanan lezyon korpus kırığıdır (n=53). 32 olguda korpus kırığına diğer travmatik lezyonlar eşlik etmektedir. 47 olguda lezyon sol tarafta iken 36 olguda sağda, 30 olguda bilateraldir.

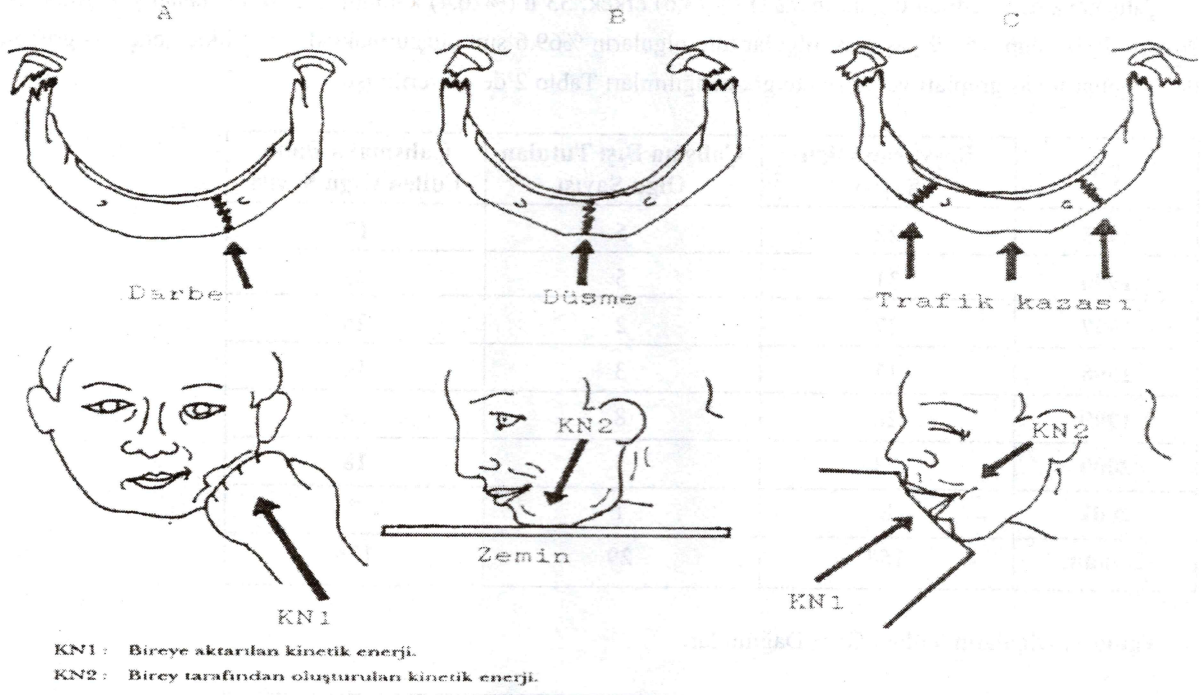
Başvuran olguların çoğunluğunun trafik kazası ve müessir fiil sonucu oluşan yaralanmalar olduğu dikkati çekmiştir. Olgularda saptanan lezyon özellikleri ve travma profillerini ortaya koyan bu tür çalışmaların, olguların değişik özelliklerin tanımlanması, tedavi ve hukuki süreçlerin işletilmesinde veri tabanları oluşturacağı düşünülmektedir.

Giriş ve Amaç

Çene ve yüz kemiklerindeki kırklar düşme, trafik kazası, kavga ve şiddet olayları, spor kazası gibi çok çeşitli nedenler ile oluşabilmektedir (1). Çene kırıkları Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi kliniklerinin en sık rastladığı yüz yaralanmalarındandır (2). Kırık oluşumundaki en önemli etken travmadır (3). Çene ve yüz bölgesine isabet eden travmalar basit diş lüksasyonlarından kafatası kemiklerindeki kırıklara kadar giden ağırlıkta lezyonlar oluşturabilir (4).

Kırığı oluşturan kuvvetin türüne göre kırık oluşum mekanizması 3'e ayrılabilir;

1. Sabit bir bireye hareketli bir cismin çarpması. Örn: Müessir fiil, spor kazası.
2. Hareketli bireyin sabit bir cisme çarpması. Örn: Düşmeler.
3. Hareketli bir cismin hareketli bireye çarpması. Örn: Trafik kazaları. (3),(Şekil 1).



Şekil 1: Kırık oluşma mekanizmaları (3).

Yapılan bir çok çalışmada Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi polikliniklerine başvuran olguların büyük çoğunluğunun adli olgu özelliği taşıdığını görülmektedir.

Çalışmamızda 1 Ocak 1995 ile 14 Mayıs 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Polikliniğine başvuran olgulara ait kayıtlar retrospektif olarak taranarak olgular çeşitli açılardan değerlendirilip, benzer çalışma sonuçları ile karşılaştırılarak İzmir'deki bu tür olgulara ait travma profilini ortaya koyarak araştırmalar için bir veri tabanı oluşturmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmada 1 Ocak 1995 ile 14 Mayıs 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Polikliniğine başvuran 154 olguya ait kayıtlar retrospektif olarak taranarak olgular başvuru yılı, yaş, cinsiyet, yaralanma tarihi, yaralanma nedeni, tespit edilen lezyona ait özellikler ve uygulanan tedavi açısından değerlendirilerek sonuçlar benzer çalışmalar ile kıyaslanmıştır.

Çalışmanın kapsadığı dönemde başvuran 154 olgudan 29 tanesinin kayıtlarında araştırılan konular ile ilgili bilgilerde eksiklikler olduğundan bu olgular araştırma dışında tutulmuştur.

Olgulara ait kayıtlar SPSS 9.05 istatistik programına yüklendikten sonra dökümleri alınmış ve çeşitli parametreler arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı Khi kare testi ile kontrol edilmiştir.

Bulgular

Araştırmanın kapsadığı 1 Ocak 1995 ile 14 Mayıs 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız-Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Polikliniğine 154 olgu başvurmuştur. Kayıtları taranan parametreler açısından eksik olan 29 olgu çalışma dışı tutulduğunda kalan 125 olgunun yıllara göre dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen olguların 92'si (%73,6) erkek, 33'ü (%26,4) kadındı. En sık rastlanan yaş grubu 20-24 yaş (20,0) olup, 15-39 yaş arası olgular tüm olguların %69.6'sını oluşturmaktadır, özellikle genç yaş grubunda . Olguların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Yıl	Başvuran Olgu Sayısı	Çalışma Dışı Tutulan Olgu Sayısı	Çalışmaya Dahil Edilen Olgu Sayısı
1995	22	5	**17**
1996	31	5	**26**
1997	27	2	**25**
1998	17	3	**14**
1999	26	8	**18**
2000	23	5	**18**
2001	8	1	**7**
Toplam	**154**	**29**	**125**

Tablo 1: Olguların Yıllara Göre Dağılımları

Yaş Grubu	Erkek Olgu Sayısı	Kadın Olgu Sayısı	Toplam	Toplamdaki Yüzde
0-4	3	3	6	4.8
5-9	3	5	8	6.4
10-14	6	3	9	7.2
15-19	18	3	21	16.8
20-24	21	4	25	20.0
25-29	13	2	15	12
30-34	9	3	12	9.6
35-39	11	3	14	11.2
40-44	0	1	1	0.8
45-49	3	1	4	3.2
50-54	1	2	3	2.4
55-59	2	1	3	2.4
60 ve Üstü	2	2	4	3.2
Toplam	**92 (%73.6)**	**33 (%26.4)**	**125**	**100.0**

Tablo 2: Olguların Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağlımı

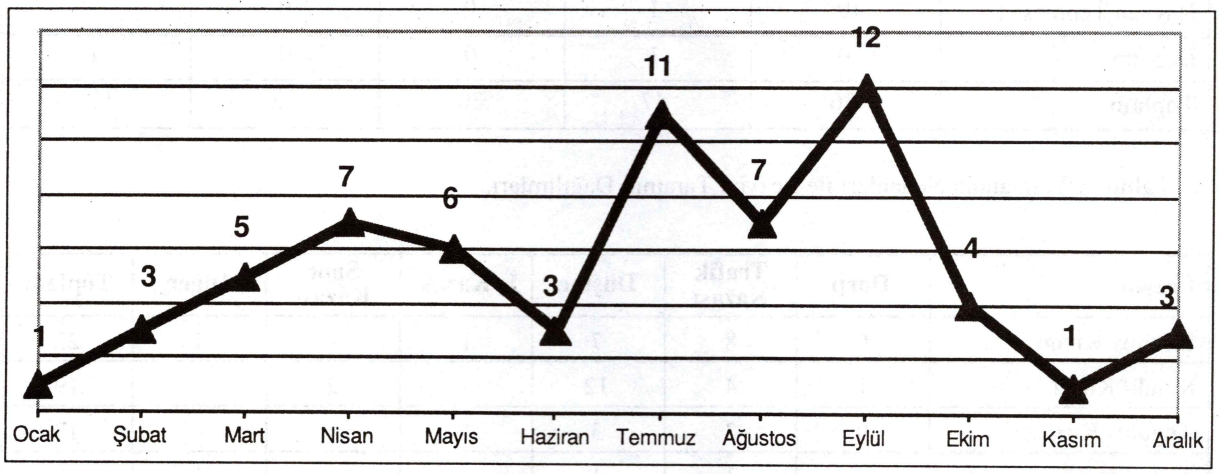
Yaralanma tarihleri kayıtlı olan 63 olgunun yaralandıkları ay incelendiğinde kişilerin daha hareketli ve travmaya daha açık oldukları bahar ve yaz aylarında yaralanmaların daha yoğun şekilde görüldükleri dikkati çekti. Yaralanma aylarının dağılımı tablo 4'te gösterilmiştir.

Yaralanma nedenleri incelendiğinde en sık düşme sonucu yaralanmalar görülürken sırasıyla trafik kazası ve

darp sonucu oluşan yaralanmalar bunu takip etmekteydi. Yaralanma nedenleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Yaralanma nedenlerinin cinsiyete göre bir farklılık gösterip göstermediği araştırıldığında erkeklerde müessir fiil sonucu oluşan yaralanmalar daha sık görülürken kadınlarda düşme ve trafik kazalarına bağlı yaralanmalar daha fazla görülmekteydi. Yaralanma nedeni ile cinsiyetin ilişkili olup olmadığını araştırmak için yapılan Khi kare testinde yaralanma nedenlerinin cinsiyete göre gösterdiği dağılım farklılığı anlamlı olarak bulundu ($p<0,05$). Yaralanma nedenlerinin ciniyete göre dağlımları tablo 6'da gösterilmiştir.

Yaralanma nedenleri ile saptanan lezyonun hangi tarafta olduğu araştırıldığında darp ve düşme sonucu daha çok sol tarafta, tarfik kazalarında ise sağ tarafta lezyon görüldüğü saptandı. İki parametre arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını araştırmak için yapılan Khi kare testinde anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$). Yaralanma nedenleri ile lezyonun görüldüğü taraf tablo 7'de gösterilmiştir.



Tablo 4: Yaralanmaların Aylara Göre Dağılımları.

Yaralanma Nedeni	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Düşme	26	28.3	17	51.5	43	34.4
Trafik Kazası	25	27.1	13	39.4	38	30.4
Müessir Fiil	24	26.1	2	6.1	26	20.8
İş Kazası	7	7.6	0	0	7	5.6
Spor Kazası	5	5.4	0	0	5	4.0
Çarpma	3	3.3	0	0	3	2.4
Hekim Hatası	1	1.1	0	0	1	0.8
Hayvan Tep.	1	1.1	0	0	1	0.8
Deprem	0	0	1	3.0	1	0.8
Toplam	92	100.0	33	100.0	125	100.0

Tablo 6: Yaralanma Nedenleri Ve Cinsiyete Göre Dağılımları

Yaralanma Nedeni	Lezyon Tarafı				
	Sağ	Sol	Bilateral	Bilinmeyen	Toplam
Düşme	13	20	7	3	43
Trafik Kazası	12	8	11	7	38
Müessir Fiil	8	11	6	1	26
İş Kazası	1	2	3	1	7
Spor Kazası	1	2	2	0	5
Çarpma	1	2	0	0	3
Hekim Hatası	0	0	1	0	1
Hayvan Tepmesi	0	1	0	0	1
Deprem	0	1	0	0	1
Toplam	36	47	30	12	125

Tablo 7: Yaralanma Nedenleri ile Lezyon Tarafının Dağılımları.

Lezyon	Darp	Trafik Kazası	Düşme	İş Kazası	Spor Kazası	Diğer	Toplam
Korpus Kırığı	6	8	7	1	-	1	23
Kondil Kırığı	1	4	12	-	2	-	19
Angulus Kırığı	9	3	3	1	1	-	17
Alveol Kırığı	-	1	1	-	-	1	3
Lefort Kırığı	-	1	1	-	-	1	3
Korpus+Angulus Kır.	4	3	2	1	-	-	10
Korpus + Kondil Kırığı	4	7	2	2	1	1	17
Korpus + Alveol Kırığı	-	1	-	-	-	-	1
Korpus + Ramus Kırığı	-	-	1	-	-	-	1
Korpus + Lefort Kırığı	-	1	-	-	-	-	1
Orbita Çevresi Kırıkları	-	1	-	1	-	1	3
Or.Çev.Kır.+Kondil Kır	-	1	-	-	-	-	1
Diş Lüksasyonu	1	5	6	-	-	-	12
Diş Lük.+Alveol Kırığı	-	1	2	-	-	-	3
Diş Lük. + Diş Kırığı	-	-	2	-	-	-	2
Extrüzyon	1	-	2	-	-	1	4
İntrüzyon	-	-	2	-	-	-	2
Yum. Doku Yaralan.	-	1	-	1	1	-	3
Toplam	26	38	43	7	5	6	125

Tablo 8: Yaralanma Nedenlerine Göre Saptanan Lezyonların Dağılımları

Yaralanmalar sonucu saptanan lezyonlar değerlendirildiğinde en sık korpus kırıklarının görüldüğü saptandı. Olguların 53'ünde (%42,4) korpus kırığı mevcuttu. Yaralanma nedenlerine göre oluşan lezyonların dağılımları incelendiğinde müessir fiil sonucu angulus kırıkları daha sık görülürken trafik kazalarında korpus kırıkları, düşmelerde de kondil kırıkları ilk sırayı almaktaydı. İki parametre arasındaki ilişkinin varlığı için yapılan Khi kare testinde yaralanma nedenleri ve saptanan lezyonların ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,01$). Yaralanma nedenlerine göre saptanan lezyonların dağılımları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Saptanan lezyonlara göre uygulanan tedaviler değerlendirildiğinde olguların %53,6'sına konservatif, %19.2'sine kombine, %9,6 sına operatif, %0,8'ine fonksiyonel tedavi uygulandığı görülmüştür. Olguların %16,8'ine tedavi gerekli görülmemiş veya olgular tedaviyi reddetmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Çene ve yüz bölgesinde travma sonucu oluşan yaralanmalar acil servis çalışanlarının büyük oranda karşılaştıkları travmalar arasındadır (8,9,10). Bu tür travmalar sılıkla düşme, çarpma, trafik kazaları ve müseesir fiiller (kavga) sonucu oluşur. Etiyolojik sebep olarak çocuklarda düşme ve oyun kazaları ilk sırada yer alırken yetişkinlerde trafik kazaları ve müessir fiiller ön plana çıkmaktadır (4,11,12). Popülerliğinin gittikçe artmasına bağlı olarak dişlik, kask vb. güvenlik gereçleri kullanılmasına rağmen spor kazaları da etiyolojik sebep olarak gittikçe artan öneme sahip olmaktadır (13). Alpli kayakçılarda meydana gelen travmaların incelendiği bir çalışmada 7600 maksillo-facial yaralanma olgusundan 784'ünün kayak sırasında oluştuğu belirtilmiştir (14).

Yaptığımız çalışmada da yaralanma nedenleri arasında literatür ile uyumlu olarak düşmeler ilk sırayı alırken, trafik kazaları %30.4 ile ikinci, müessir fiiller %20.8 ile üçüncü sırada yer almaktaydı. Çalışmamızın yapıldığı bölümde yapılan ve 1974-1994 yıllarını kapsayan çalışmada ise çene kırıklarının etiyolojisinde trafik kazaları %32.4 ile ilk sırada iken müessir fiiller %32 ile ikinci, düşmeler %27.1 ile üçüncü sırada yer almıştır (4).

Yaralanma olgularının %30-35 kadarının kısa süre sonra tedavi sağlık kuruluşuna için başvurduğu belirtilmektedir (4). Bu durum karşılaşılandan daha çok travma olgusunun olduğunu göstermektedir.

Çene ve yüz bölgesi yaralanmaları yaş ve cinsiyete göre farklı özellikler taşımaktadır. Erkeklerde genç ve orta yaşlarda artış göstermektedir. Çalışmamızda da travmaların 15-39 yaş arasında erkek olgu sayısında belirgin artış dikkati çekerken kadın olguların dağılımının yaş gruplarına göre daha homojen olduğu dikkati çekmiştir. Bu durum ergenlik döneminden sonra, toplumsal ve kültürel özelliklerimiz nedeni ile erkeklerin kadınlara göre daha aktif ve dışa dönük olmaları, travmaya açık ortamlarda daha sık bulunmalarına bağlı olabilir.

Zerfowski ve Bremerich'in 19 yaş altı grup için yaptıkları 3 yıllık çalışmada 1385 olgunun %68'inde yumuşak doku yaralanması, %24'ünde dental travmalar ve %8'inde yüz kemik kırıkları görüldüğü belirtilmiştir. Aynı çalışmada yumuşak doku yaralanmaları en sık çene ve burunda saptanırken, en sık kırılan yüz kemiği mandibuladır. Mandibüler kırıkların %80'i kondil kırıklarıdır (11). Yaptığımız çalışmada yumuşak doku yaralanmalarının çok az olmasının (%2.4) bu tür yaralanmaların toplumumuz içinde önemsiz görülüp, ekonomik ve sosyal güvenlik olmaması gibi etkenlerle de birleşince daha az sağlık kuluşlarına başvurunun olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Kayıtlarda travma tarihi yer alan olgular değerlendirildiğinde bahar ve yaz aylarında travmalrın artış eğiliminde olduğu dikkati çekmiştir. Dış ortama çıkış ve hareketliliğin daha fazla olduğu bu dönemlerde travmalar ile karşılaşma olasılığının fazla olmasının bu duruma neden olması muhtemeldir.

Oluşan lezyonlar arasında en sık görülen %18.4 ile mandibula korpus kırıklarıdır. Korpus kırıklarının diğer kırıklar ile birlikte olduğu olgularda göz önüne alındığında 125 olgudan 53'ünde korpus kırığı saptandığı görülmüştür. Lezyona sebep olan faktörler ile lezyon tarafı değerlendirildiğinde ise düşme ve müessir fiillerde en sık sol taraf, trafik kazalarında ise sağ taraf ve bilateral lezyonların daha sık olduğu dikkati çekmiştir. Özellikle mü-

essir fiil olgularında toplumda sağ eli dominant olan kişilerin daha fazla olması lezyonların solda sık görülmesine neden olarak düşünülmüştür.

Domnjonovic ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada operatif tedavi oranı %70.57, konservatif tedavi oranı %29.34 iken (15), çalışmamızda tam tersi olarak konservatif tedavinin %53.6 ile ilk sırada tercih edildiği, operatif tedavi oranının sadece %9.6 olduğu tespit edilmiştir.

Travmalar sonucu oluşan lezyonlar hekimlerin sıklıkla karşılaştığı ve çoğunlukla acil olgu grubunu oluştururlar. Etiyolojik sebebe bağlı olarak ta bunların çoğunluğu aynı anda adli olgu özelliği de taşır. Travmalar üzerine yapılacak çalışmaların genişletilmesi, olguların değişik özelliklerin tanmlanması, tedavi ve hukuki süreçlerin işletilmesinde veri tabanları oluşturacaktır.

Kaynaklar

1. Alpaslan G.H.: Çene ve yüz bölgesi kırıkları üzerine klinik bir araştırma. G.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 1990; 7(1):231-242.
2. Or S., Yücetaş Ş.: Mandibula kırıkları üzerine retrospektif bir araştırma. A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 1998; 25(3):205-209.
3. Or S., Yaman Z., Cambazoğlu M.: Mandibula kondil kırıkları: retrospektif çalışma. A.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 1992; 19(1):15-21.
4. Çetingül E.: "Çene ve Yüz Travmatolojisi". E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi yayınları No:10. İzmir 1997.
5. Ege B., Aktaş E.Ö.: "Diş Hekimliği Fakültesi Öğrencileri için Adlî Tıp Ders Notları", 1997: 15-28.
6. Hancı İ.H.: "Hekimin Yasal Sorumlulukları (Tıbbi Hukuk)" Egem Tıbbi Yayıncılık, İzmir, 1995:19-22.
7. Demirtaş T.: Türk Ceza Kanunu. Arba Yayınları, İstanbul, 1988.
8. Ellis E. 3rd., Scott K.: Assesment of patient with facial fractures. Emerg Med Clin North Am, 2000; 18(3):411-418.
9. Banks K., Merlino P.G.: Minor oral injuries in children. Mt Sinai J Med, 1998; 65(5-6):333-342.
10. Huang V., Moore C., Bohrer P., Thaller S.R.: Maxillofacial injuries in women. Ann Plast Surg, 1998; 41(5):482-484.
11. Zerfowski M, Bremerich A.: Facial trauma in children and adolescents. Clin Oral Investig, 1998; 2(3): 120-124.
12. Günbay T., Koca H., Çetingül E.: Çocuklarda mandibula kırıklarının tedavisi. E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 1995;16(1-2):60-64.
13. Demas PN.: Surgical management of sports-related traumatic injuries. Dent Clin North Am, 2000;44(1):137-159.
14. Gassner R, Vasquez Garcia J., Leja W., Stainer M.: Traumatic dental injuries and Alping skiing. Endod Dent Traumatol, 2000; 16(3):122-127.
15. Damnjanovic Z., Cvetinovic M., Lancerovic S., et all: The treatment of traumatic facial bones and jaw fractures in the period 1972-1996. Vojnosanit Pregl, 1997;54(4 Suppl):13-18.

Yargı Organlarınca Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'na Gönderilen Dosyalarda Ortaya Çıkan Eksiklikler

Özer ULUKAN*, Nurşen Turan MÜSELLİM*, Nevin KÜÇÜKÇALLI*, Nur BİRGEN**, Gürsel ÇETİN***

* *Adalet Bakanlığı, Adlî Tıp Kurumu*
** *Adalet Bakanlığı, Adlî Tıp Kurumu*
*** *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adlî Tıp A.B.D., Adlî Tıp Kurumu*

Özet

Adlî makamlardan Adlî Tıp Kurumu'na gönderilen dosyalarda eksiklikler bulunması nedeniyle dosyalar rapor yazılamadan müzekkere ile geri gönderilmektedir.

Çalışmamızda Adlî Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'na gönderilen ve müzekkere şeklinde cevaplandırılan 1000 adet olgunun eksiklikleri incelenmiş ve bu eksikliklerin hangi yönde ortaya çıktığı araştırılmıştır.

Hastane müşahede evrakı ve grafileri eksik olan 416 (% 41.6), yeni çekilmiş grafisi bulunmayan 212 (% 21.2), muayeneye çağrılan 178 (% 17.8), Sosyal Sigortalar Kurumu zincirine uyulmamış 74 (% 7.4), hastaneye sevk edilen 63 (% 6.3), önceki müzekkerede istenilenlerin eksik bırakıldığı 24 (% 2.4), dava dosyası bulunmayan 22 (% 2.2), laboratuar incelemesi eksik olan 11 (% 1.1) olgu saptanmıştır (Şekil 2).

Adaletin daha hızlı işleyebilmesi için önerilerde bulunulmuştur.

Giriş ve Amaç

Cumhuriyet Başsavcılıkları, Ceza, Hukuk veya İş mahkemeleri, Adlî Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'na dosyalarını rapor alınmak üzere gönderdiklerinde ya da kişilerin muayenesini istediklerinde, bazı eksikliklerle karşı karşıya kalınmaktadır. Bu eksikliklerin giderilmesi için rapor yerine müzekkere gönderilmekte, dolayısıyla adaletin işleyişi yavaşlamaktadır.

Çalışmamızda, 3.İhtisas Kurulu'na gelen olgularda müzekkerelerin ne nedenle yazıldığı incelenmiş ve sistemin daha hızlı işlemesi için mahkeme ve savcılıklarca ne gibi önlemler alınması gerektiği vurgulanmıştır.

Materyal ve Metod

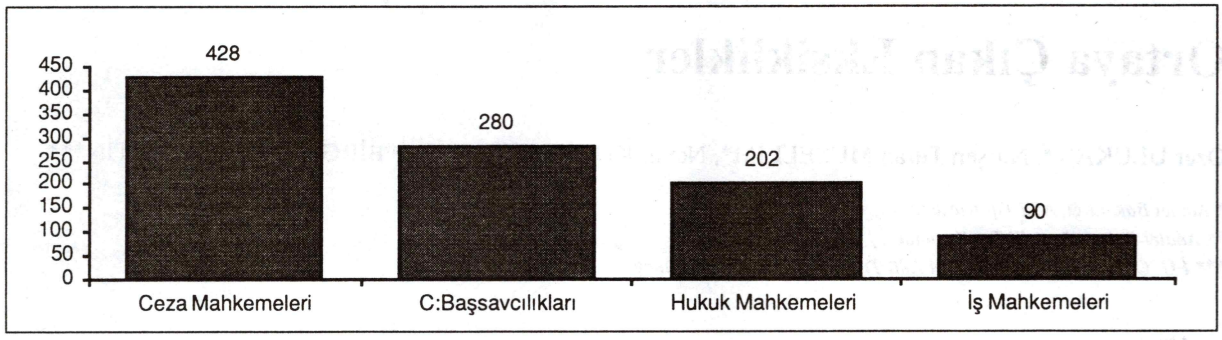
Adlî Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'na C.Başsavcılıkları ve mahkemelerce gönderilen olgulardan 31 Aralık 2000 tarihinden geriye doğru Adlî Tıp numaraları birbirini izleyen ve müzekkere olarak sonuçlanmış 1000 dosya arşivden taranmıştır. Bu olgular gönderildikleri makam, müzekkerede istenilen hususlar açısından incelenmiş ve bu eksikliklerin tamamlanması için ne kadar süre geçtiği araştırılmıştır.

Bulgular

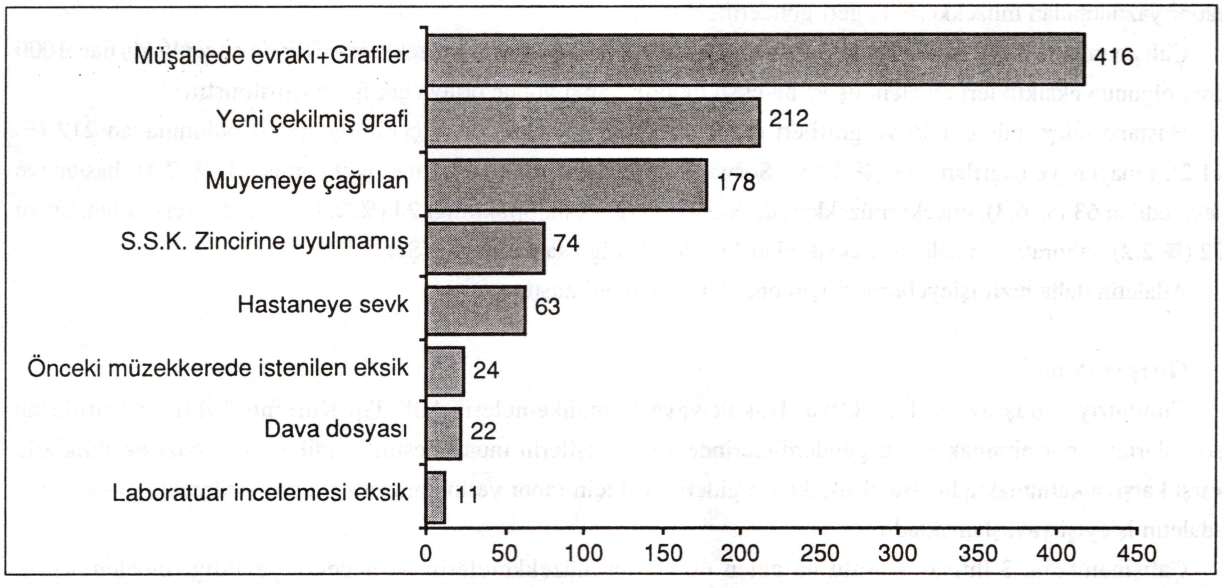
Çalışmamızda ele aldığımız 1000 olgunun geldikleri makamlara göre dağılımlarına bakıldığında, Cumhuriyet Başsavcılıklarından 280 adet (% 28.0), Ceza Mahkemelerinden 428 adet (% 42.8), İş mahkemelerinden 90 adet (% 9), Hukuk mahkemelerinden de 202 adet (% 20.2) gelmiş olduğu anlaşılmıştır (Şekil 1).

Gelen dosyaların eksiklikleri incelendiğinde ise, hastane müşahede evrakı ve grafileri eksik olan 416 (% 41.6), yeni çekilmiş grafisi bulunmayan 212 (% 21.2), muayeneye çağrılan 178 (% 17.8), Sosyal Sigortalar Kurumu zincirine uyulmamış 74 (% 7.4), hastaneye sevk edilen 63 (% 6.3), önceki müzekkerede istenilenlerin eksik bırakıldığı 24 (% 2.4) dava dosyası bulunmayan 22 (% 2.2), laboratuar incelemesi eksik olan 11 (% 1.1) olgu saptanmıştır (Şekil 2).

Şekil 1: Olguların gönderildikleri makama göre dağılımı



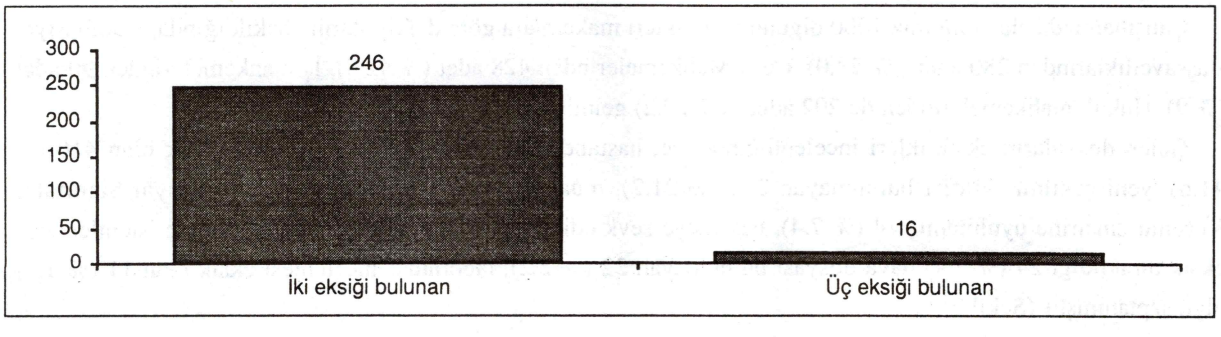
Şekil 2: Müzekkere yazılma nedenleri.



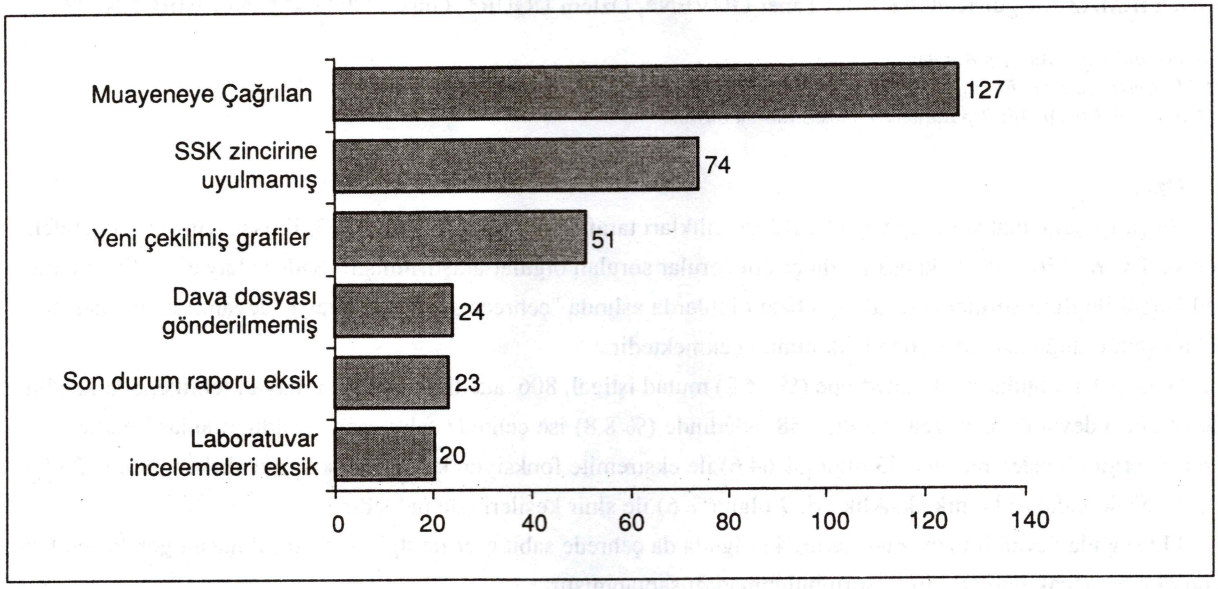
1000 olgunun 246'sında (% 24.6) iki eksik, 16'sında (% 1.6) üç eksik nedeniyle müzekkere yazılmıştır (Şekil 3).

246 olgunun hastane müşahede evrakı ve grafilerine ek olarak 51 olguda yeni çekilmiş grafilerin, 24 olguda dava dosyasının gönderilmediği, 1 olguda S.S.K. Zincirinin tamamlanmadığı görülmüş, 23 olgunun son durumlarını gösteren raporlarının, 20 olgunun da laboratuar incelemelerinin eksik olduğu anlaşılmıştır. 9 olguda olay tarihli müşahede evrakı, grafileri ve yeni çekilmiş grafilere ek olarak dava dosyası ve son durumu gösteren raporun da eksik olduğu, 7 olgunun bunlara ek olarak muayene çağrıldığı saptanmıştır (Şekil 4).

Şekil 3: Birden fazla eksiği bulunan olgular.



Şekil 4: Müzekkeresinde müşahede evrakı dışınad bir eksiği daha olan olguların dağılımı.



Tartışma ve Sonuç

Yargı organlarınca Adlî Tıp Kurumu'nun İhtisas Kurullarına gönderilen ve çeşitli konularda görüş istenen dosyaların sonuca varıldıktan sonra en kısa zamanda geri gönderilmesinin adaletin işleyişi açısından taşıdığı önem açıktır. Ancak, sonuca varmada zaman zaman çeşitli nedenlerle güçlükler doğmakta, gecikmeler olmakta, dosyalar Kurum ile gönderen makam arasında gidip gelebilmektedir.

Müzekkere olan, yani bir eksiklik nedeniyle geri gönderilen dosyalardaki en yüksek geri gönderilme nedeni 416 olgu (% 41.6) ile hastaya ait hastane müşahede evrakının ve grafilerin temin edilmemesidir (Şekil 2). Bu oranlar, sadece her olguda hastane müşahede evrakı ve grafilerin istenmeden gönderilmesi halinde bile problemin nerede ise yarısının halledilmiş olacağı anlamına gelmektedir.

Yeni grafi çektirilmesi istemi olan 212 (%21.2) olgu ile muayeneye çağrılan 178 (%17.8) olguda gönderen makamın böyle bir gerekliliği önceden tahmin edemeyeceği göz önüne alındığında, bu tür olgularda eksiklik olmadığı kabul edilebilir.

Ancak, sigortalı işçilerle ilgili iş kazalarında ilk raporun istenilmesi gereken makam Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, bu rapora itiraz halinde Sosyal Sigortalar Yüksek Sağlık Kurulu iken mahkemelerce dosyanın doğrudan Kurumumuza gönderildiği ve bu nedenle de geri çevrildiği olgu sayısı 74 (% 7.4) olup bu zincir gönderen makamlarca göz ardı edilmemelidir. Yine 22 (% 2.2) olguda dava dosyasının gönderilmiş olması, 24 (% 2.4) olguda da önceki müzekkerede istenilen eksikliklerin giderilmiş olması halinde sorun önemli bir oranda azalacaktır.

Sonuç olarak,

- 3.İhtisas Kurulundan görüş istenilen her türlü olguda hastane müşahede evrakı ve grafilerin gönderilmesi,
- İş kazalarında S.S.K. Zincirine uyulması,
- İlk yazılan müzekkeredeki istenilen hususların eksiksiz yerine getirilmesi,
- İlerde herhangi bir eksikliğe yol açmaması açısından dava dosyasının mutlaka gönderilmesi, yukarda sözü geçen sorunları büyük ölçüde giderecektir.

Bilirkişilikte "Sadece Sorulana Cevap" mı?

Rıza YILMAZ*, Uğur KOÇAK*, A. Taner GÜVEN*, Özlem UĞUR*, Gürsel ÇETİN**, Nur BİRGEN***

** Adalet Bakanlığı, Adlî Tıp Kurumu*
*** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adlî Tıp A.B.D., Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu Raportörü*
**** Adalet Bakanlığı, Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu Başkanı*

Özet

Bu çalışmada, mahkemeler veya C. Başsavcılıkları tarafından Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'na gönderilen ve T.C.K. 456. Madde kapsamında çeşitli sorular sorulan olgular araştırılmıştır. Sadece hayati tehlike ve mutad iştigal ile ilgili soruların sorulduğu bazı olgularda aslında "çehrede sabit eser" veya "devamlı uzuv zaafı/tatili" mevcut olduğu zaman zaman dikkatimizi çekmektedir.

Gönderilen olguların 842 adedinde (% 84.2) mutad iştigal, 806 adedinde (% 80.6) hayati tehlike, 305 adedinde (%30.5) devamlı uzuv zaafı/tatili, 88 adedinde (% 8.8) ise çehrede sabit eser sorulduğu anlaşılmıştır. Lezyon tiplerinin incelenmesinde 73 olgu (% 64.6) ile ekstremite fonksiyon kayıpları ilk sırayı alırken, bunu 13 olgu (% 11.5) ile kafatası kemik eksiklikleri, 7 olgu (% 6) ile sinir kesileri izlemektedir.

113 olguda devamlı uzuv zaafı/tatili, 44 olguda da çehrede sabit eser ile ilgili soru sorulmasını gerektiren lezyon olduğu ancak bunlarla ilgili soru bulunmadığı saptanmıştır.

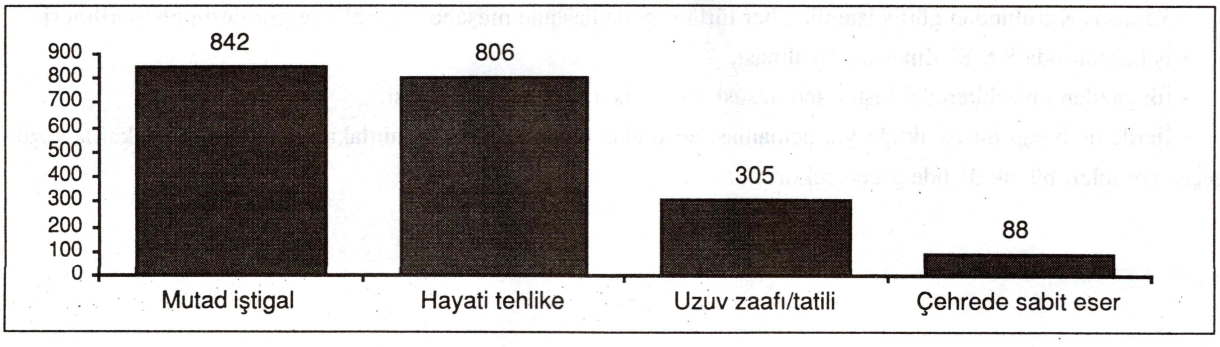
Giriş ve Amaç

Adlî Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu'nun görevleri arasında trafik kazaları, iş kazalarına bağlı yaralanmalarda T.C.K. 456. maddesi ile ilgili konuların saptanması yer almaktadır (1). Cumhuriyet Başsavcılıkları ya da ceza mahkemeleri, hayati tehlike ve mutad iştigal ile ilgili sorularını yönelttiklerinde veya kişiyi muayeneye gönderdiklerinde, bazı eksikliklerle karşı karşıya kalınmaktadır. Çehrede sabit eser tayini, ortopedik, nörolojik olgularda devamlı uzuv zaafı/tatili sorulması gereken olgularda, bu tür soruların sorulmamış ya da yanlış sorulmuş olduğunu sıklıkla görmekteyiz. Bu çalışmadaki amacımız, 3.İhtisas Kurulu'na gelen olgularda bu türde eksikliklerin ne yönde daha fazla görüldüğünü ortaya çıkartarak hakim ve savcılarımıza bu yönde ışık tutmak ve mağdurun haksızlığa uğramasını engellemeye çalışmaktır.

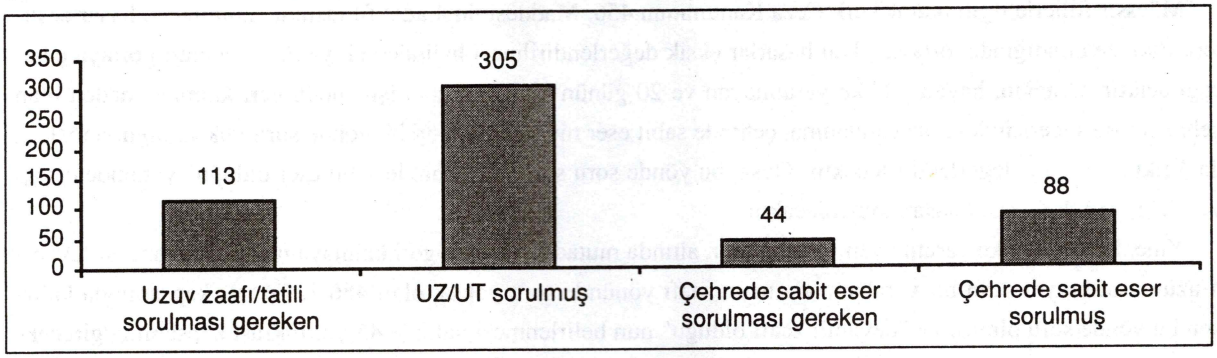
Materyal ve Metod

Adlî Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'na Ceza mahkemeleri ve Cumhuriyet Başsavcılıklarınca gönderilen olgulardan 31.12.2000 tarihinden geriye doğru ve Adlî Tıp numaraları birbirini izleyen 1000 olgu taranmıştır. Bunlar içinde yaralanmasının özelliği nedeniyle "devamlı uzuv zaafı ya da tatili", "çehrede sabit eser" yönünden incelenmesi gereken ancak bu yönde rapor talep edilmemiş olgular ayrılmıştır. Bu olgular, gönderildiği makam, müzekkerede istenilen hususlar, lezyonlarına göre sınıflandırılmış ve sonuçlar tartışılmıştır.

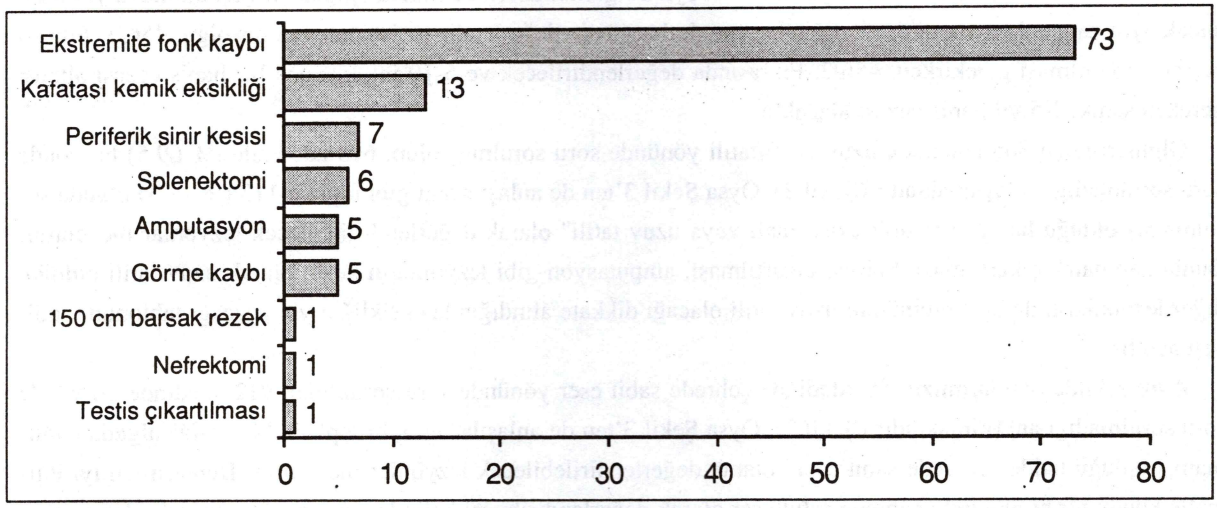
Şekil 1: Olguların soru tiplerine göre dağılımı.



Şekil 2: Uzuv zaafı / tatili ya da çehrede sabit eser yönünde bulguları olan olguların dağılımı.



Şekil 3: Lezyon olduğu halde uzuv zaafı / tatili sorulmayan olgular.



Bulgular

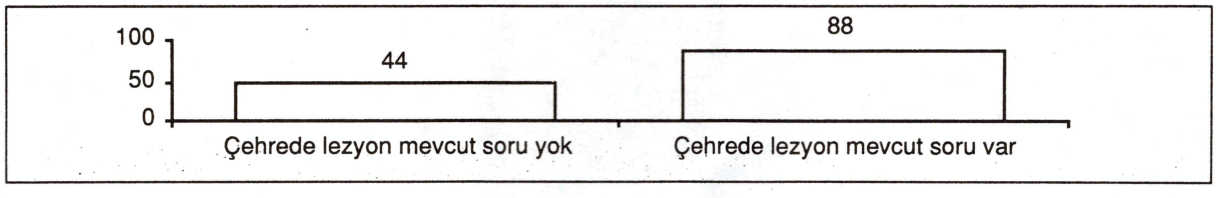
Gönderilen olguların 842 adedinde (% 84.2) mutad iştigal, 806 adedinde (% 80.6) hayati tehlike, 305 adedinde (%30.5) devamlı uzuv zaafı/tatili, 88 adedinde (% 8.8) ise çehrede sabit eser sorulduğu anlaşılmıştır (Şekil 1).

Olgularımızın 113 adedinde (% 11.3) aslında devamlı uzuv zaafı veya tatili olarak değerlendirilecek lezyon mevcutken gönderen makamca bu yönde soru olmadığı için cevap verilmediği saptanmıştır (Şekil 2).

Lezyon tiplerinin incelenmesinde 73 olgu (% 64.6) ile ekstremite (el, kol, ayak, bacak) fonksiyon kayıpları ilk sırayı alırken, bunu 13 olgu (% 11.5) ile kafatası kemik eksiklikleri, 7 olgu (% 6) ile sinir kesileri, 6 olgu (% 5) ile dalak çıkartılması ve 5 olgu (% 4.4) ile de görme kayıpları izlemektedir (Şekil 3).

Olgularımızın 132 adedinde (% 13.2) çehre sınırları içinde lezyon bulunmasına rağmen bunların sadece 88 adedinde (% 67) "çehrede sabit eser" yönünde soru olduğu, 44 olguda (% 33) ise bu yönde soru sorulmadığı saptanmıştır (Şekil 2,3).

Şekil 4: Çehrede sabit eser ile ilgili sorular.



Tartışma ve Sonuç

Müessir fiillerle ilgili olarakTürk Ceza Kanununun 456. Maddesinin 4 adet fıkrasında tanımlanan hasar çeşitleri dikkate alındığında, ortaya çıkan hasarlar eksik değerlendirilmesi halinde çok yanlış sonuçların ortaya çıkacağı açıktır. Örneğin, hayati tehlike yaratmayan ve 20 günün altında mutad iştigalden geri kalmaya neden olan çehre sınırları içerisindeki bir yaralanma, çehrede sabit eser niteliğinde olup bu yönde soru yoksa, olgu, 456/1 ya da 4.fıkrasına göre değerlendirilecektir. Oysa, bu yönde soru sorulup "çehrede sabit eser olduğu" yönünde cevap verilirse, 456/2. fıkrası kapsamında olacaktır.

Yine, hayati tehlike yaratmayan ve 20 günün altında mutad iştigalden geri kalmaya neden olan ancak devamlı uzuv zaafına yol açan bir yaralanmada uzuv zaafı yönünde soru yoksa, olgu 456/1. Fıkrası kapsamında kalırken bu yönde soru olması ve "devamlı zaafı olduğu" nun belirlenmesi halinde 456/2. Fıkrası kapsamına girecektir.

Daha da önemlisi, hayati tehlike yaratan ve/veya 20 günün üzerinde mutad iştigalden geri kalmaya yol açan ancak aynı zamanda uzuv tatili niteliğinde olup da bu yönde değerlendirme istenmeyen bir olgu, 456/3. Fıkrası kapsamında olması gerekirken, 456/2. Fıkrasında değerlendirilecek ve 5-10 yıl arasında bir hapis cezası alması gereken sanık, 2-5 yıl hapis cezası alacaktır.

Olgularımızın 305 adedinde uzuv zaafı/tatili yönünde soru sorulmuş olup, 695 adedinde (% 69.5) bu yönde soru sorulmadığı anlaşılmaktadır (Şekil 2). Oysa Şekil 3'ten de anlaşılacağı gibi toplam 113 (% 11.3) olguda sorulmamış olduğu halde "devamlı uzuv zaafı veya uzuv tatili" olarak değerlendirilebilecek lezyonlar mevcuttur. Bunlardan dalak çıkartılması, böbrek çıkartılması, amputasyon gibi lezyonların kesin olarak uzuv tatili olduğu, diğer lezyonların da bir bölümünün uzuv tatili olacağı dikkate alındığında eksikliğin yol açacağı tablonun ciddiyeti açıktır.

Aynı şekilde olgularımızın 88 adedinde çehrede sabit eser yönünde soru sorulduğu, 912 adedinde bu yönde soru sorulmadığı anlaşılmaktadır (Şekil 2). Oysa Şekil 3'ten de anlaşılacağı gibi toplam 44 (% 44) olguda sorulmamış olduğu halde "çehrede sabit eser" olarak değerlendirilebilecek lezyonlar mevcuttur. Bunların en iyi ihtimalle küçük bir bölümünün çehrede sabit eser olarak değerlendirilmesi halinde dahi, ortaya çıkacak olan yanlışlıkların önemli bir oran oluşturacağı kanaatindeyiz.

Sonuç olarak, bu tür eksikliklerin ortaya çıkmaması için ya ilgili makamlarca sorunun genel olarak, sorunun ayrı ayrı sorulması halinde eksik bırakılmadan sorulması gerektiğini, ya da eksik soru sorulduğunun bilirkişice saptanması halinde, bilirkişinin sorulmamış olduğu halde eksik kalan hususu tamamlaması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Adlî Tıp Kurumu Kanunu ve Uygulama Yönetmeliği. Adlî Tıp Kurumu Yayınları, Temel Matbaacılık, İstanbul 1989; 9-17
2. İçel K., Yenisey F. Ceza Kanunları. 10.Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul 1999; 139-140

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 2000 Yılında Verilen Adlî Raporların Retrospektif Olarak İncelenmesi

Bora BOZ*, Özgür DEMİRKAN**, Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ*

** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Sivas*
*** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Sivas*

Özet

Bölge hastanesi konumunda olan Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne (CÜTFH) adli makamlar aracılığıyla gelen adli olgular için düzenlenen raporların epidemiyolojik özelliklerine göre incelenmesi amaçlandı. CÜTFH'ne Ocak 2000-Ocak 2001 tarihleri arasında kesin adli raporları verilen 1401 adli olgunun dosyaları tek tek incelenerek yaş, cinsiyet, olay türü, olay tarihi, yaralanan vücut bölgesi, tedavi gördüğü servis, hayati tehlikeye maruz kalma, uzuv zaafı veya tatili varlığı tespit edilmeye çalışılmış, ilgili müzekkerelerden olay yeri ve ilgili adli kurum tespit edilmiştir. Olguların 957'si (% 68.3) erkek, 444'ü (% 31.7) bayandır. Genç ve orta yaş olgular çoğunlukta idi. Adli olguların yaz aylarında (Temmuz, Ağustos) daha yoğun olduğu, trafik kazalarının 627 (% 44.7) olgu ile ilk sırada olduğu, travmatik lezyon olarak baş-boyun yaralanmalarının 570 (% 40.6) olgu ile ilk sırayı aldığı, bunu ekstremite yaralanmalarının takip ettiği görüldü. Adli rapor istem müzekkerelerinde olguların çoğunluğunun il merkezinden Cumhuriyet Savcılıkları tarafından gönderildiği tespit edildi. Mevcut tedavi evraklarının incelenmesinde 732 (% 52.2) olgunun acil ve ayaktan tedavi gördüğü, 183 (% 13.0) olgunun hayati tehlikeye maruz kalacak şekilde yaralandığı tespit edildi. Değişik coğrafi özelliklerde ve farklı sosyoekonomik düzeydeki bölgelerde yapılan çalışmalarda da trafik kazalarının adli olguların önemli bir kısmını oluşturduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Adli rapor, adli olgu, trafik kazası.

Giriş

Bölge hastanesi konumunda olan CÜTF Hastanesine Sivas ilinden ve komşu vilayetlerden adli makamlar aracılığı ile adli olgular için rapor istenmektedir.

Tıbbi bilir kişilik işlemi yasal bir zorunluluktur. Adli rapor gerçeği yansıtmalıdır. Doğru bir rapor yazımında adli olgu dosyalarının düzenli olması gerekmektedir.

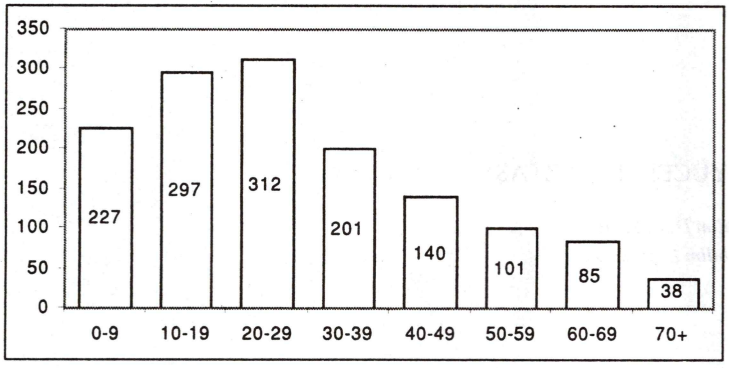
Adli rapor yazımında farklılık olmaması için Adlî Tıp Kurumunun çizelgeleri esas alınmıştır.

Bu çalışmada CÜTF Hastanesine gelmiş adli olguların epidemiyelojik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

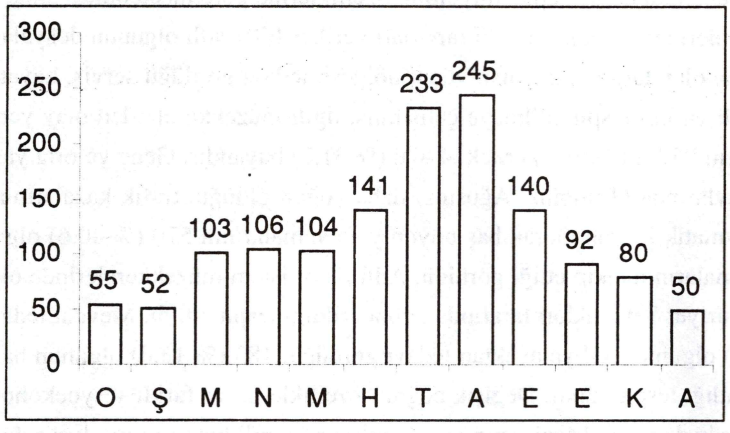
Gereç ve Yöntem

CÜTF Hastanesinde Ocak 2000 – Ocak 2001 tarihleri arasında kesin adli raporları verilen 1401 adli olgunun dosyaları tek tek incelenerek; yaş, cinsiyet, olay türü, olay tarihi, yaralanan vücut bölgesi, tedavi gördüğü servis, hayati tehlikeye maruz kalma, uzuv zaafı veya uzuv tatili varlığı tespit edilmeye çalışılmış ilgili müzekkerelerden de olay yeri ve ilgili adli kurum belirlenmeye çalışılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programına kaydedilmiş, istatistikler tablo ve grafikler Excell ve SPSS 6.0 programları aracılığı ile yapılmıştır.İstatistik yöntem olarak ki - kare testi uygulanmıştır.

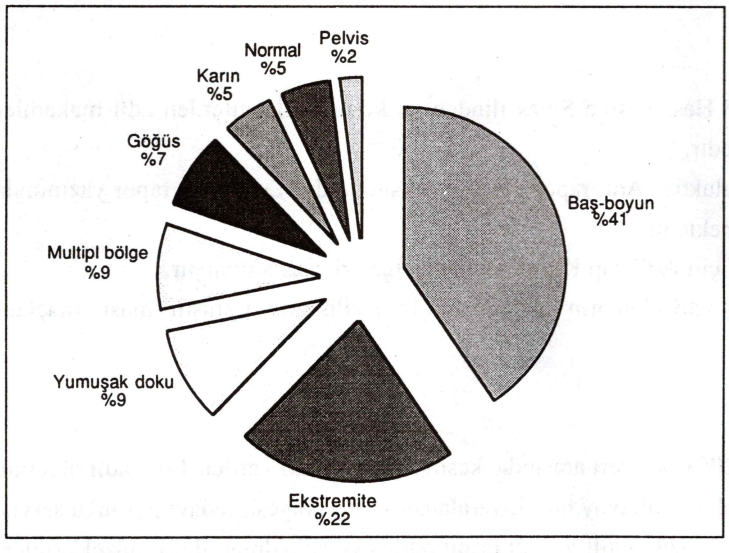
Grafik 1: Olguların yaş guruplarına göre dağılımı



Grafik 2: Olguların aylara göre dağılımı



Grafik 3: Lezyonların yaralanan vücut bölgelerine göre dağılımı



Bulgular

CÜTF Hastanesine Ocak 2000 – Ocak 2001 tarihleri arasında başvuran adli olgu sayısı 1401'dir. Olguların % 68.3'ü (n=957) erkek, % 31.7' si (n=444) kadındır.

Adli olguları en sık genç erişkin (20-29 yaş) yaş grubunun oluşturduğu (n=312) görülmüştür. Adli olguların yaş gruplarına göre dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir.

Adli olguların Temmuz-Ağustos aylarında yoğunlaştığı görülmüştür (Grafik 2).

Olguların olay türüne göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Trafik kazaları 627 olgu (% 44.7) ile ilk sırada yer almaktadır.

1401 olguda travmatik lezyonların beden bölgelerine göre dağılımı Grafik 3'te görülmektedir.

Adli olguların tedavi gördüğü servise göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Yaşayan 1401 olguya ait adli ve tıbbi belgelerin retrospektif değerlendirilmesi sonucunda 183 olguda (% 13) kişilerin hayatını tehlikeye maruz kılacak nitelikte lezyonların olduğu, 46 olguda (% 3.2) uzuv tatili olduğu, 31 olguda (% 2.2) uzuv zaafı olduğu, 30 olguda (% 2.1) çehrede sabit eser niteliğinde lezyon olduğu görülmüştür.

İlgili müzekkerelerin incelenmesinde; 965 olgunun (% 68.8) Cumhuriyet Savcılıkları tarafında, 385 olgunun (% 27.4) karakollar aracılığı ile, 40 olgunun (% 2.8) mahkeme hakimi tarafından, 11 olgunun Askeri Savcılık ve ceza evinden gönderildiği tespit edilmiştir. Olay yeri araştırıldığında 727 olgunun (% 51.9) il merkezlerinden, 674 olgunun (% 48.1) ilçeler ve kırsal kesimden geldiği görülmüştür.

Tartışma

Çalışmamızda adli olguların çoğunluğunu erkekler (% 68.3) oluşturmaktadır. Bu oran benzeri diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (1-8). Olgularımızın çoğunluğunu çocuklar ve 20-40 yaş grubu oluşturmaktadır. Aktif

Tablo 1: Olay türlerine göre olguların dağılımı

Olay Türü	n	%
Trafik Kazası	627	44.7
Kesici Delici Alet Yar.	115	8.2
Yüksekten Düşme	125	8.9
Müessir Fiil	142	10.1
Ateşli Silah Yar.	87	6.2
İş Kazası	75	5.4
İntihar Girişimi	68	4.9
Yanık	39	2.8
Zehirlenme	71	5.1
Elektrik Çarpması	52	3.7
Toplam	**1401**	**100**

Tablo 2: Tedavi edildiği servislere göre olguların dağılımı.

Tedavi Edildiği Servisler	n	%
Acil Ayaktan	732	52.2
Ortopedi	203	14.5
Beyin Cerrahisi	162	11.6
GKDC	80	5.7
Genel Cerrahi	74	5.3
Plastik Cerrahi	60	4.3
K.B.B.	41	2.9
Göz	30	2.1
Üroloji	7	0.5
Diğer	12	0.9
Toplam	**1401**	**100**

yaşamda yer alan bu yaş grubunda adli olayların sık görülmesi literatür ile uyumludur. Çocukların özellikle trafik kazalarında tedbirsiz davranılması sebebiyle sık olarak adli olgu olduğu düşünülmüştür (1, 3, 5, 7-10).

Adli olguların yaz aylarında yoğunlaşması trafik kazalarının bu dönemde artmasıyla ilişkilidir (2, 5, 11, 12). Adli olgularımız içerisinde trafik kazalarının yüksek oranda bulunması (% 44.7) beklenen bir sonuçtur. Benzeri çalışmalarla uyumludur (1, 3 5, 6, 11, 13-15).

Çalışmamızda en fazla travmatik lezyon % 40.7 ile baş boyun yaralanmalarıdır. Bunu % 21.6 ile ekstremite yaralanmaları izlemiştir. Trafik kazalarında da en fazla yaralanan bölgelerdir. Konu ile ilgili diğer çalışmalarla uyumludur (1, 5, 6, 11, 12, 14-16).

Olguların büyük çoğunluğunun acil serviste ve ayaktan tedavi gördüğü yatırılarak tedavi görenlerin önemli bir kısmının ortopedi ve beyin cerrahisi kliniklerinde takip edildiği tespit edilmiştir. Benzeri çalışmalarla uyumludur (3, 5, 6, 12).

Çalışmamızda verilen adli raporların incelenmesinde 183 olgunun (% 13) hayatını tehlikeye maruz kalacak şekilde yaralandığı, 77 olguda uzuv tatili ve uzuv zaafı olduğu, 30 olguda çehrede sabit eser niteliğinde lezyonların olduğu tespit edilmiştir. Pratikte daha fazla olmasını beklediğimiz oranların evrakların eksikliğinden kaynaklandığı düşünüldü (1, 17-19). Benzeri çalışmalardan farklı olarak müzekkereler incelenmiş adli olguların çoğunlukla il merkezi ve kentsel bölgeden Cumhuriyet Savcılıkları vasıtasıyla gönderildiği saptanmıştır.

Pratikte geçici adli raporların kolluk güçleri vasıtasıyla diğer sağlık kuruluşlarından alındığı, kesin adli rapor isteminde adli makamların rasyonel davrandıkları sonucuna varılmıştır.

Kaynaklar

1. Katkıcı U, Örsal M, Özkök MS, C.Ü.T.F Hastanesi'ne Başvuran Adli Olguların Özelliklerinin Araştırılması Cum. Ün. Tıp. Fak. Dergisi15(1) 34-39, 1993

2. Türkiye İstatistik Cep Yıllığı, 1990, DİE Matbaası, Ankara, S:17, 1991
3. Kök AN, Öztürk S, Tunalı İ, Yatarak Tedavi Gören 959 Adli Vakanın Retrospektif Değerlendirilmesi Adlî Tıp Dergisi 8 (1-4), 93-98, 1992
4. Ertürk S, Ege B, Karali H, Ege Üni. Tıp Fak Tıp Dergisi, 28,-1499-1504
5. Altun G, Azmak D, Yılmaz A, Yılmaz G, T.Ü.Tıp Fak. Acil Servisi'ne Başvuran Adli Olguların Özellikleri Adlî Tıp Bülteni 2 (2) 62-66, 1997
6. Tokdemir M, Küçüker H, Aksu A, F.Ü. Tıp Fak. Hastanesi'ne Başvuran Olguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi, Fırat Tıp Dergisi, 2(2) 2000, 151-55
7. Traşcı Y, Gönen S, Dicle Ün.Tıp Fakültesi Acil Servise gelen Adli Olguların ve Acil Serviste verilen Kesin Raporların Sıklığı II. Adli Bilimler Kongresi Özet Kitabı, 1996,76
8. Çınar T, Elçioğlu Ö, Ünlüoğlu İ, O.Ü.Tıp Fak. Acil Servise 1994-95 Yıllarında Başvuran Adli Vakaların İstatistiksel Değerlendirilmesi 1996, 77
9. Fossum RM, Descheneaux KA, 1991, J.For. Sci, 36(1), 47,50
10. Polat O, Sendrom Dergisi, 6, 43-47, 1992
11. Durak D, Çoltu A, Durak K, 1000 Trafik Kazası Olgusunun Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi, 7. Adlî Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı, İstanbul, 1993, 269-74
12. Koç S, Öztek İ, Albek E, Lokman S, GATA Haydar Paşa Eğitim Hastanesi Acil Servisi Başvuran Adli Nitelikteki 510 Olgunun Analizi, 7. Ulusal Adlî Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı, İstanbul, 1993, 147,56
13. Alabaz Ö, Sönmez H, Erkoçak U, Çağdaş Cerrahi Dergisi 6, 113-17, 1992
14. Dülger E, Bostancı M, Yaralanmayla Sonuçlanan Adli Olgular, I. Ulusal Adlî Tıp Kongresi Poster Sunusu, İstanbul, 1994
15. Işık AF, Kuruoğlu A, Ayıoğlu F, G.Ü.Tıp Fak. Acil Servisi'ne Başvuran Adli Vakaların Analizi ve Düşündürdükleri. II: Adli Bilimler Kongresi Özet Kitabı, 1996, 76
16. Dülger E, Tokdemir M, Elazığ'da Verilen Adli Raporların Değerlendirilmesi Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 39-44, 1998
17. Örsal M, Katkıcı U, Cum. Ün. Yayınları Sivas, S:8, 1991
18. Sarıkardaşoğlu İ, Adlî Tıpta Ana Konular ve Örneklerle Rapor Yazma Tekniği, Eskişehir, 1990
19. Örsal M, Katkıcı U, Adli Raporlarda Hayati Tehlike, Türkiye Klinikleri, 4:317, 1990

2001 Yılı İlk Yarısında Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun Anal Yolla Irza Geçilme İddiası Olan Dosyalara İlişkin Raporlarının Değerlendirilmesi

Özlem UĞUR*, Taner GÜVEN*, Nurşen Turan MÜSELLİM*, Nezih VAROL**, S. Serhat GÜRPINAR***

** Adlî Tıp Kurumu*
*** Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi*
**** Adlî Tıp Kurumu 5. İhtisas Kurulu Üyesi*

Özet

Anal yolla ırza geçme iddiası olan olgular üzerinde önceki yıllarda yapılmış benzer çalışmalar ile literatürdeki genel bilgiler karşılaştırılarak 2. İhtisas Kurulunun bu konudaki yaklaşımlarının tartışılması amacıyla;

Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun 2001 yılı ilk altı ayındaki tüm raporları retrospektif taranarak anal yolla ırza geçilme iddiası olan olguların raporlarındaki mağdur yaşı, cinsiyeti, sanık yaşı, olay ile ilk muayene tarihi arasında geçen süre, ilk muayenenin yapıldığı yer, ilk muayene ile 2. İhtisas Kurulu muayenesi arasında geçen süre, farklı muayene bulguları SPSS istatistik programına yüklendi.

Anal yolla ırza geçme iddiası olan 94 mağdurun %74,5'1 erkek, %25,2'i kadın, yaşları saptanan 91 mağdurun 2 ile 55 arasında değişen yaşlarda (ort. 12,13 + 8,2) oldukları, 14 ve 17 yaşların % 8,8'er, 4, 6, 9 yaşların % 7,7'şer, 5, 8, 10, 12 yaşların % 6,6'şar oranlarında olduğu,

Yaşları saptanan 20 sanığın 13 ile 61 yaşları arasında değişen yaşlarda (ort. 24,45 + 11.9) oldukları,

Olay ile ilk muayene arasında geçen sürenin belirlendiği 48 olgunun (% 51) %54.2'sinde aynı gün, % 16,7'sinde ikinci gün, % 8,3'ünde birinci gün, % 4,2'sinde üçüncü gün ilk muayene yapıldığı, bu sürenin 820 güne kadar uzadığı saptandı.

İlk muayenede olguların % 83'ünde ekimoz, fissür ve sfinkter tonus azalması bulguları birlikte veya tek başlarına tanımlanmış, % 17'sinde hiçbir bulgu tanımlanmamıştı.

2. Kurul muayenelerinin hiçbirinde (% 100) hiçbir bulgu saptanmamıştı.

2. Kurul kararlarında; 94 olgunun % 14,9'unda olayda livata olmadığı, % 47,9'unda livata olmadığı, livataya teşebbüs veya tasaddi olabileceği,

% 17'sinde livata olup olmadığının belirlenemeyeceği, olayın adli kovuşturmayla açıklığa kuvuşturulması gerektiği, % 5,3'ünde livata olmadığı ancak olayın adli kovuşturmayla açıklığa kuvuşturulması gerektiği, % 14,9'unda ilk muayene bulgularının livata, livataya teşebbüs veya tasaddi olabileceği sonucuna varıldığı görüldü.

Anal yolla ırza geçme iddiası olan olgular üzerinde önceki yıllarda yapılmış benzer çalışmalar ile literatürdeki genel bilgiler karşılaştırılarak Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulunun bu konudaki yaklaşımları tartışıldı.

Giriş ve Amaç

Anal yolla ırza geçme eyleminin gerçekleşip gerçekleşmediğini saptamak, hukuki anlamda çok önemlidir. Çünkü, TCK 414 ve 416 maddelerine göre ırza geçme eylemi gerçekleşmiş ise sanığa verilecek ceza değişik koşullara bağlı olarak beş seneden aşağı olamaz iken, ırz ve namusa tasaddi olarak tabir edilen penetrasyon gerçekleşmeden cinsel eylemde bulunmak suçu üç seneden beş seneye kadar cezalandırılır. TCK 61. maddesine göre teşebbüs aşamasında kalan bir eylemde de ceza yarından üçte ikisine kadar indirilir( ).

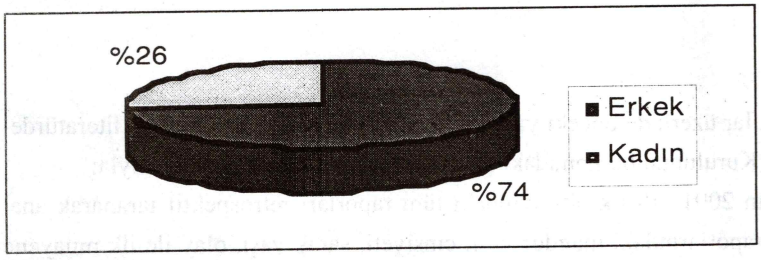
Anal penetrasyonun gerçekleşmiş olduğunun ispatı her zaman kolay değildir. Herhangi bir fiziksel bulgu saptanması ;

- Penetre olan objenin büyüklüğü,

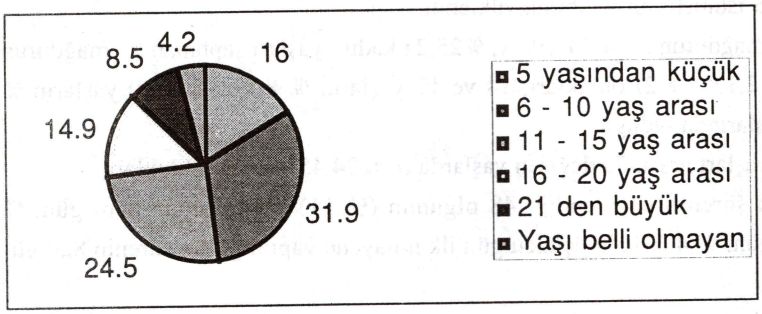
- Şiddet kullanımının olup olmaması,
- Kaydırıcı maddelerin kullanıp kullanılmaması,
- Mağdurun ne derece kooperasyon gösterdiği,
- Penetrasyon sayısı,

Son temastan muayene tarihine kadar geçen süre gibi faktörlere bağlıdır.

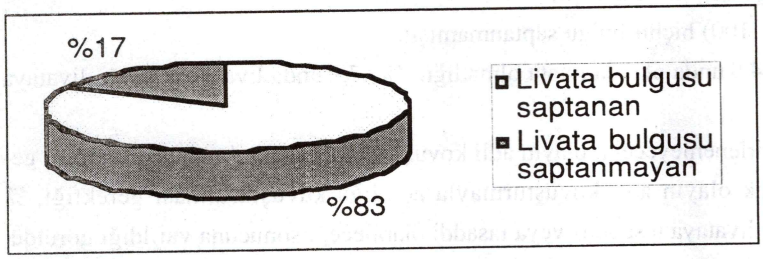
Grafik 1: Olguların cinsiyete göre dağılımı



Grafik 2: Olguların yaşa göre dağılımı



Grafik 3: İlk muayenede livata bulgusu saptanma oranı



ABD' de anal penetrasyonun gerçekleştiği bilinen 310 prepubertal çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada % 66 oranında hiçbir bulgu olmadığı görülmüştür( ). 11 yaş altı çocuklardaki mukozal dolaşım hızı ve literatür bilgileri göz önüne alındığında penetrasyon meydana gelmiş olsa bile nedbe dokusu kalmadan tam iyileşmenin gerçekleşebileceği açıktır. Bu çalışmada; ilk muayene bulguları ile Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu' nda gerçekleşen muayene bulgularını karşılaştırarak, şimdiye kadar süregelen; "penil penetrasyon gerçekleşmişse nedbe dokusu gözlenmesinin beklendiği anlayışını" tartışmaya açmayı ve bu doğrultuda bulguların irdelenmesini amaçladık

Materyal ve Metod

Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'nun 2001 yılı ilk altı ayındaki tüm raporları retrospektif taranarak anal yolla ırza geçilme iddiası olan olguların raporlarındaki mağdur yaşı, cinsiyeti, sanık yaşı, olay ile ilk muayene tarihi arasında geçen süre, ilk muayenenin yapıldığı yer, ilk muayene ile 2. İhtisas Kurulu muayenesi arasında geçen süre, farklı muayene bulguları SPSS istatistik programında değerlendirildi.

Bulgular

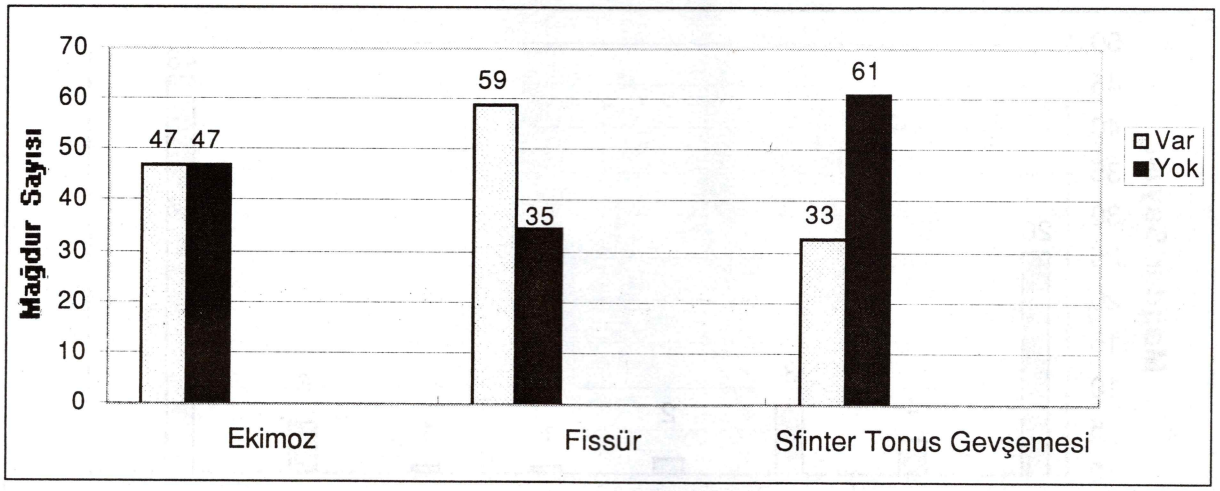
2001 yılının ilk altı ayında Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu' na gönderilen ve anüs yoluyla saldırıya uğradığı iddia edilen 94 olgunun dosyalarının incelenmesinde bunların 70' inin (% 74.5) erkek, 24' ünün (%25.5) kadın olduğu anlaşılmıştır.

Yaşları saptanan 91 mağdurun, en küçüğünün 2, en büyüğünün 55 yaşında (ortalama 12 ± 8) olduğu görülmüştür.

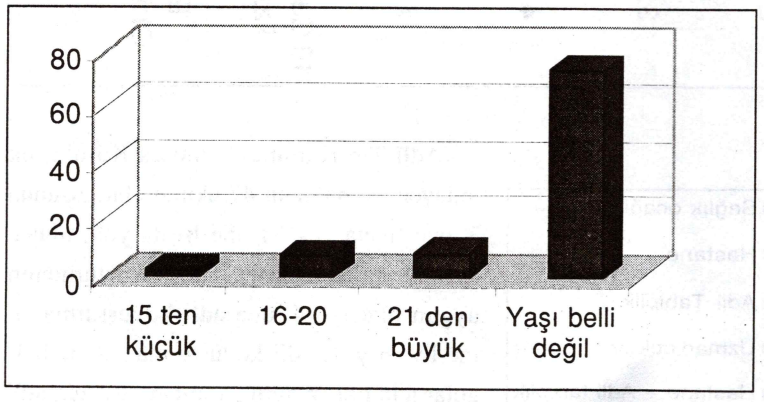
94 olgunun yalnızca 20' sinde sanık yaşının belli olduğu, sanık yaşlarının 13 ile 61 arasında değiştiği saptanmıştır Ancak, sanık ve mağdur arasındaki anal ilişkinin oyun ortamı, zor kullanma, tehdit veya hile ile gerçekleşip gerçekleşmediği değerlendirmesinin de yapılması gereklidir. Bu bakımdan sanık profilinin çıkarılarak dosya-

da bulundurulması, soruşturmanın ve yargının daha sağlıklı işlemesini sağlayacaktır. Olay ile ilk muayene arasında geçen sürenin belirlendiği 48 olgunun (% 51), 26' sı (% 54.2) ilk gün, 8' i (% 16.7) ikinci gün, 2' si (% 4.2) üçüncü gün, 42' sinin (% 44.8) ilk 10 gün içinde muayene edildiği bu sürenin 820 güne uzadığı saptandı. 46 olguda (%49) ise olay ile ilk muayene tarihi arasındaki sürenin belli olmadığı görüldü.

Grafik 4: 94 Olguda ilk muayenede saptanan bulgular



Grafik 5: Sanıkların yaş dağılımı



İlk muayene 10 olguda (% 10.6) sağlık ocağı, 58 olguda (% 61.7) hastane, 4 olguda (% 4.3) adli tabiplik, 6 olguda (% 6.4) uzman doktor, 15' inde (%16) hastane + adli tabiplikçe yapılmış olup, 1 olguda ilk muayene yeri (% 1) belirlenememiştir.

İlk muayene ile 2. İhtisas Kurulu muayenesi arasındaki fark, ortalama 217 gün olup bu sürenin 1300 güne kadar uzayabildiği görülmüş, 5 (%5.3) olguda birinci gün, 2 (%2.1) olguda ikinci gün, birer (%1.1) olguda 3, 4, 6, 7, ve 8. günlerde, 77 (% 81.9) olguda ise 10 günden daha uzun sürede kurul muayenesi yapılmış olduğu saptanmıştır. 5 (%5.3) olguda ise bu süre belli değildir.

İlk muayene ile 78 olguda (%83) livata bulgusu saptandığı, 16 olguda (% 17) livata bulgusu saptanmadığı bildirilmiştir.

2. İhtisas Kurulu kararlarında; İlk muayenede livata olduğu belirtilen olgulardan;

64' ünde (% 68,85) ilk muayenedeki bulgulara rağmen livatanın gerçekleşmediği, bunların 45' inde (% 47,76) ise livata olmamakla birlikte tasaddi veya teşebbüs olabileceği, bu konuda tıbbi ayrımın yapılamayacağı belirtilirken 14 (% 14,89) olguda bu bulgular ilk muayene bulguları gözardı edilerek livata olmadığı kararına varılmıştır.

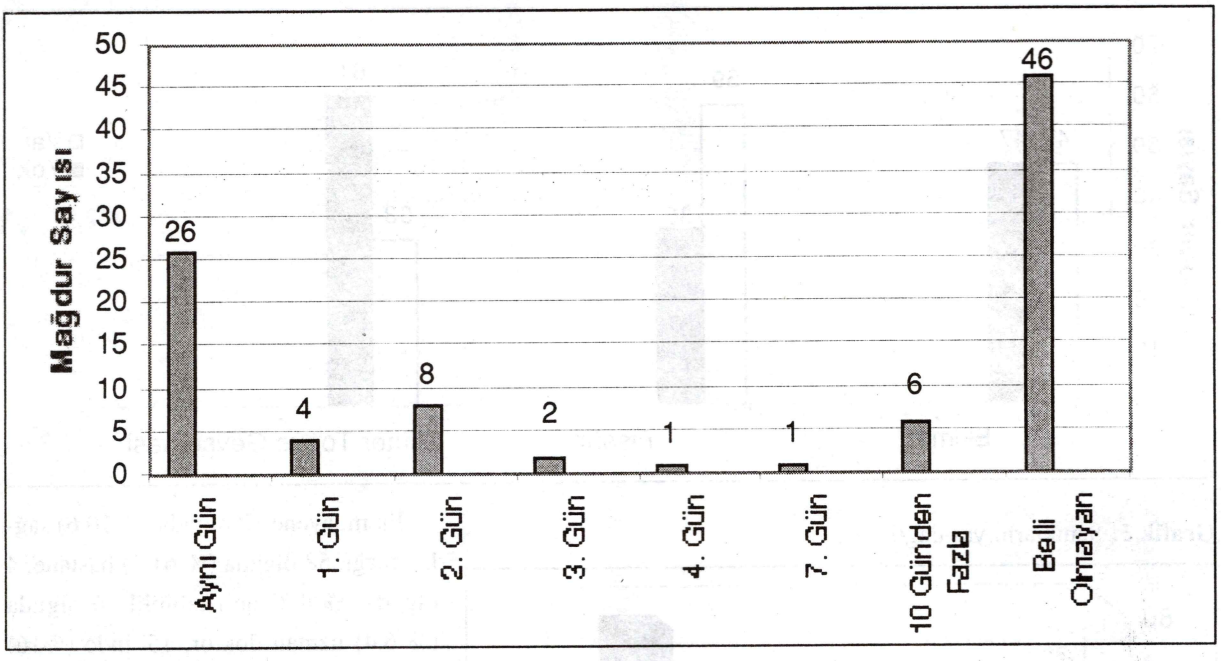
30' unda (% 31,91) adli kovuşturma yapılmak suretiyle takdirin mahkemesine bırakıldığı, 14' ünde (% 14,89) ise bulgular için tıbbi ayrım yapılamayacağı kararına varıldığı,

Adlî Tıp uzmanları veya hastanelerde diğer uzman doktorlar tarafından yapılmış ilk muayenelerde livata olduğu şeklinde verilen 54 olguda 2. İhtisas Kurulu bulguları gözardı ederek livata olmadığı kararına varmış, bun-

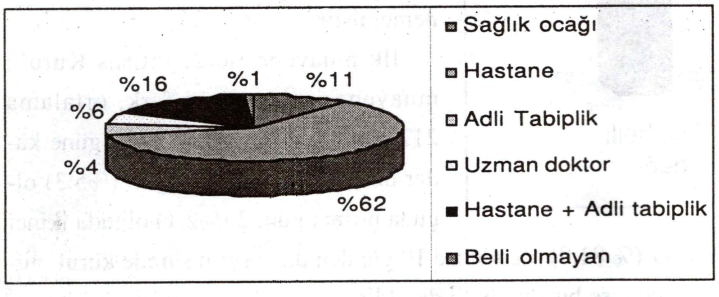
lardan 39 olguda bulgular için tasaddi veya teşebbüs konusunda tıbben ayrım yapılamayacağı, adli kovuşturma ile karara varılması gerektiği ifade edilirken 5 olguda olayın adli kovuşturma ile aydınlatılması gerektiği kararına varılmıştır.

2. İhtisas Kurulu muayenelerinin hiçbirinde (% 100) hiçbir bulgu saptanmamıştır.

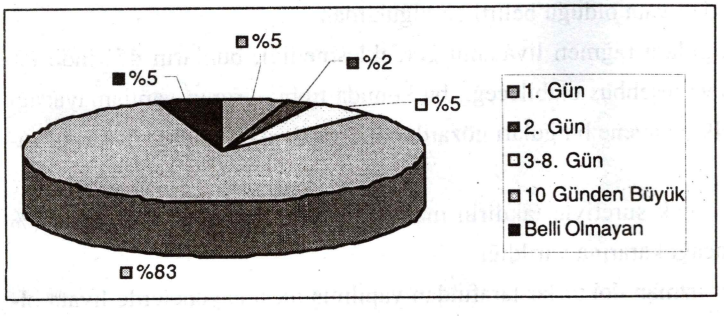
Grafik 6: Olay ile ilk muayene günü arasında geçen süre



Grafik 7: İlk muayene yeri

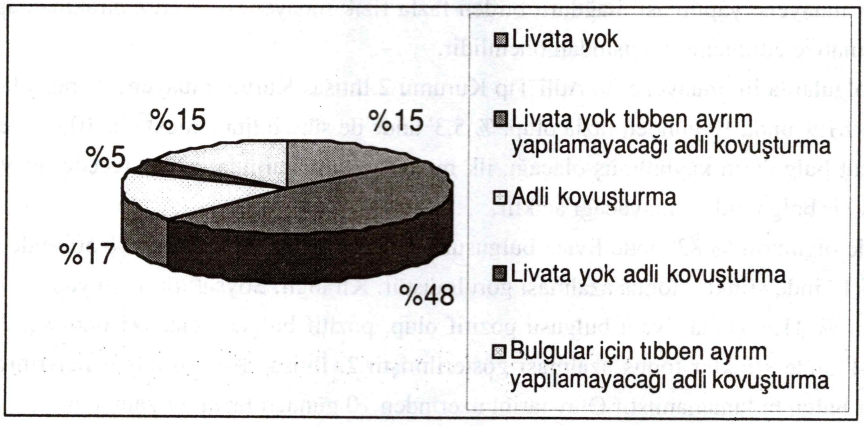


Grafik 8: İlk muayene ile 2. İhtisas Kurulu Muayenesi arasında geçen süre

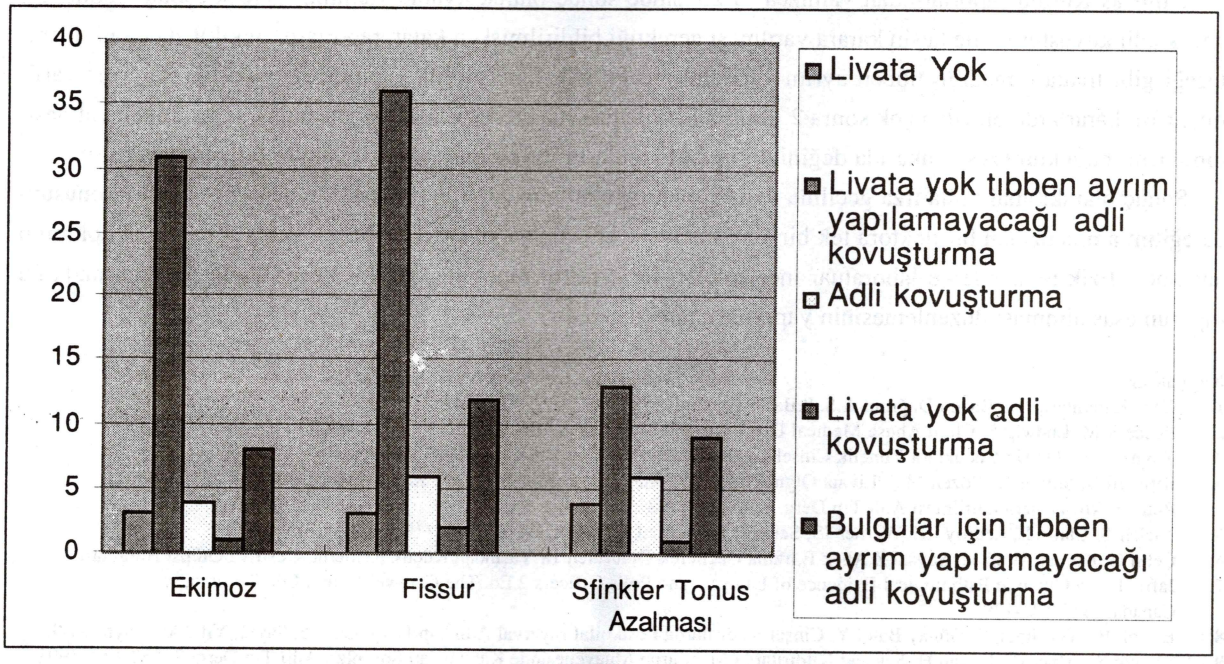


Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu, ilk muayenede bulunan 47 ekimoz bulgusunun 3' üne livata yok 31' ine livata yok, tıbben ayrım yapılamayacağı, adli kovuşturmanın uygun olacağı, 4' üne adli kovuşturma, 1' ine livata yok, adli kovuşturma, 8'ine bulgular için tıbben ayrım yapılamayacağı, adli kovuşturma, 59 fissür bulgusuna 3 livata yok, 36' sında livata yok, tıbben ayrım yapılamayacağı, adli kovuşturma, 6' sında adli kovuşturma, 2' sinde livata yok, adli kovuşturma, 12' sinde bulgular için tıbben ayrım yapılamayacağı, adli kovuşturma, 33 sfinkter tonus azalması bulgusunda 4' ünde livata yok, 13 livata yok, tıbben ayrım yapılamayacağı, adli kovuşturma, 1' inde livata yok, adli kovuşturma, 9' unda bulgular için tıbben ayrım yapılamayacağı, adli kovuşturma kararını almıştır.

Grafik 9: Adlî Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu Rapor Sonuçlarının Dağılımı



Grafik 10: İlk muayene bulguları ve Adlî Tıp 2. İhtisas Kurulu Rapor Sonuçlarının Karşılaştırılması.



Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızda ki % 74,5 erkek, %24,5 kadın bulgusu Yavuz ve Öz' ün çalışmasında % 80 erkek, % 20 kadın olduğu bulgusu ile uyum göstermektedir.(3)

Mağdurların yaşının en küçüğü 2, en büyüğü 55, ortalaması 12,8 olduğu bulgumuz, Yavuz ve Öz' ün çalışmasında da en küçük 2, en büyük 40 yaş olarak uyum göstermektedir.(3)

Çalışmamızda 6-10 yaş grubu, % 31,9 ortalamasıyla en yoğun yaş grubunu oluşturmaktadır. Yavuz ve Öz' ün yaptığı çalışmada da % 25,3 ile 7-9 yaş grubu en yoğun grup olarak uyum göstermektedir.

Olay sonrası ilk gün içinde muayene yapılma oranı çalışmamızda % 54,2 iken, Yavuz ve Öz' de % 41, Kırangil, Soysal, Sözen'in yaptığı çalışmada da % 44,4 olduğu bulgusu uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda yapılan ilk muayenenin % 61'i hastane koşullarında genel cerrahlar tarafından, % 4'ü adli tabipler tarafından, % 16'sı adli tabip ve hastanede uzman doktor tarafından, % 6,4' ü uzman doktorlar olmak üze-

re % 88,4'ü Adlî Tıp ya da genel cerrahi uzman doktorları tarafından yapılmıştır. En kısa sürede uzman doktorlar tarafından bir tek muayene yapılması mağduru birden fazla fizik muayeneye maruz bırakmaması ve bu şekilde tekrar tekrar travmatize edilmemesi açısından önemlidir.

Çalıştığımız olgularda ilk muayene ile Adlî Tıp Kurumu 2.İhtisas Kurulu muayenesi arasındaki süre 10 güne kadar % 12,9 , % 81,9' unda 10 günden fazla olup, % 5,3' ünde de süre bilinmemektedir.10 günden sonra yapılan muayenelerde akut bulguların kaybolmuş olacağı, ilk muayene bulgularında ileri derecede bir yırtık belirtilmemiş ise, herhangi bir bulgu bulunamayacağı açıktır.

İlk muayenede olguların % 83' ünde livata bulgusunun bulunduğu, bu olguların % 50'sinde ekimoz, %62,8' inde fissür, % 35,1 ' inde sfinkter tonus azalması görülmüştür. Kırangil, SoysalSözen' in yapmış olduğu çalışmalarda da olguların % 41,6' sında livata bulgusu pozitif olup, pozitif bulgusu olan 95 olgunun 34'ünde ekimoz, 31'inde fissür, 34' ünde sfinkter tonus azalması gösterilmiştir.2. İhtisas Kurulu muayenelerinin hiçbirinde (% 100) herhangi bir bulgu bulunamamıştır.Olay tarihi üzerinden 10 günden fazla bir zaman geçmiş ve ilk muayene bulgularında yırtık tanımlanmamış ise olguların 2. İhtisas Kurulu'nda tekrar muayene edilmesi Adlî Tıp açısından yararlı olmamaktadır.

2.İhtisas Kurulu raporlarından yalnızca % 23' sinde sonuç olarak livata eyleminin gerçekleşmiş olabileceği ancak adli kovuşturma ile kesin karara varılması gerektiği bildirilmişken kalan raporlarda şekil 9' da da görülebileceği gibi livata olmadığı, tıbben ayrım yapılamayacağı, adli kovuşturma yapılması gerekliliği kararına varılmıştır.Bu kararlarda olaydan çok sonra 2. İhtisas Kurulu'nda muayene yapılıp, hiçbir bulgu saptanmamış olmasının önemi büyüktür.Oysa yukarıda değinildiği gibi bulguların kaybolması için 10 günlük bir süre yeterlidir.

Sonuç olarak; anal yolla ırza geçilme iddiası olan olgularda mağdurun en kısa sürede cinsel saldırı konusunda eğitim almış uzman bir doktora tek bir kere muayene ettirilmesi ve örnek alınması gerektiği, uzman doktorun anamnez, fizik muayene ve laboratuar incelemeleri ile ayrıntılı raporunu düzenlemesi ve adli soruşturmada bu raporun esas alınması düzenlemesinin yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Ceza Kanunları,Beta Basım Dağıtım A.Ş. 8.Baskı İstanbul, 1997
2. Reece R.M.,Ludwig S. Child Abuse Medical Diagnosis and Management Second Ed. 2001, 224-58
3. Yavuz, N.F., Öz H., Çocuklara Yönelik Cinsel Suçlar 7. Ulusal A.T.G. 1-5 Kasım 1993 Antalya
4. Kırangil B, Soysal Z., Sözen M.Ş. Livata Olgularında İlk Tıbbi Muayenenin Önemi ve Livata İddiası Bulunan 228 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi Adlî Tıp Derg. 8, 15-29. 1992
5. Tacker S. Claire E, Ledroy LE, Werner JS, Seexual Evidence Collection. Wis. Ned. J. (1990)Jul;89(7): 407-11
6. Çetin G, Koç S, Altuğ M, Soysal Z,Abek E,Irzına Geçilerek Öldürülen 18 Yaşından Küçük Kişilerde Keşif ve Otopsi Bulguları
7. Jaffle FA, a Guide to Pathological Evidence of Lawyers and Polis Officers 2.Ed. The CarswellComp. Ldt. Toronto, Canada, 1983 123-129
8. Eşiyok B., Yorulmaz C.,Günay Balcı Y. Cinsel Saldırılarda Postkoital İnyerval Adlî Tıp Derg. Cilt 15, Sayı2, Yıl 2001 Sayfa 84-92
9. Salaçin S., Alper B., Uçkan H. Seksüel Saldırılarda Mağdurun Muayenesinde Karşlaşılan Sorunlar. Adlî Tıp Derg. 7, 133-139. 1991
10. Yavuz M. F., Cinsel Saldırı Olgularının Değerlendirilmesinde Yeni Bir Yaklaşım. Adlî Tıp Derg. 12, 155-160 (1996)
11. Yavuz M F., Özarslan A., Yavuz M. S.: Sexual Assault Cases in Turkey, 1991-1995. Adlî Tıp Derg. 13, 21-25 (1997)

Elektrik Yaralanmalarının Adlî Tıp Yönünden Değerlendirilmesi

Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ*, Özgür DEMİRKAN**, Salih ÇOLAK***

** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Sivas*
*** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı, Sivas*
**** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji, Sivas*

Özet

Bu çalışmada, 1996-2000 yılları arasında elektrik yaralanması nedeniyle Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı'nda adli rapor düzenlenen 27 yaralamalı olgunun ve elektrik akımına bağlı ölerek Sivas Cumhuriyet Başsavcılığı'nca ölü muayene ve otopsi raporu düzenlenen 15 olgunun adli ve tıbbi dosyalarının analizi amaçlandı. Yaralamalı ve ölümcül olguların adli ve tıbbi dosyaları retrospektif olarak incelendi. Veriler, SPSS programı kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirildi. Her iki grupta da olguların çoğu erkek ve 20 yaş altında idi. Elektrik yaralanmaları en çok ilkbahar ve yaz aylarında görüldü. Orijin çoğunlukla iş kazasıydı. Ölümcül olguların çoğunun (% 80) ani öldüğü tespit edildi. Literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırmalar yapılarak elektrik yaralanmalarına neden olan faktörler ve ortaya çıkan sorunlar vurgulandı. Bu tür olgulara adli-tıbbi yaklaşım biçimi ve gerekli öneriler sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Elektrik yaralanmaları, elektriğe bağlı ölümler, kaza, ölüm, otopsi, Adlî Tıp.

Giriş ve Amaç

İnsanın toplumsal yaşamında büyük değişiklikler meydana getiren elektrik, günümüzde tıbbi teşhis ve tedavi araçlarından, ev, fabrika ve inşaat araçlarına kadar çok yaygın bir kullanım düzeyine ulaşmıştır. Teknolojinin gelişimi ile artan elektriğin yaygın kullanımıyla ihmal, bilgisizlik ve gerekli önlemlerin alınmadığı durumlarda ölümle sonuçlanabilen yaralanmalar görülmektedir (1-6).

Elektrik akımı bir kere deriden geçtikten sonra hemen deri altındaki elektrolitten zengin, dolayısıyla elektriği iyi ileten kan ve diğer yumuşak dokulardan kolayca geçmektedir (2, 7). Özellikle, yüksek voltajlı elektrik akımına maruz kalma nedeni ile vücutta yaygın yanıklar oluşabilir (4, 7, 8). Ancak elektrik akımına bağlı yaralanmaların sık görüldüğü ve bu açıdan tehlikeli olan banyo gibi nemli bir atmosfer, su, musluk ve borular yoluyla iyi bir topraklanmanın olduğu yerlerde ıslak ve çıplak olan vücudun direncinin düşmesi ve dokulardan fazla miktarda akımın kolayca geçmesi sonucu ölümler görülmektedir. Direnci düşen deriden kolayca geçen elektrik akımı deride hiçbir iz oluşturmamaktadır (1, 9).

Elektrik akımının vücuttan geçecek şekilde kısmen bir elektrik kaynağı ile teması sonucu oluşan elektrik çarpmalarında orijin genellikle kazadır (2). Sıklıkla görülen elektriğe bağlı iş kazaları, sosyal açıdan önem taşımakta olup; ceza, tazminat ve iş hukukuna göre değerlendirilmektedir. Yaralanmanın elektriğe bağlı olup olmadığı yönünden illiyet (nedensellik) bağının kurulması oldukça önemlidir. Bunun için ayrıntılı muayene bulgularının belirtilmesi, ölüm söz konusu ise olay yeri incelemesi, otopsi ve tetkiklerinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir.

Bu çalışma, elektrik yaralanmasına neden olan faktörleri, vücuttaki giriş ve çıkış izlerinin ve lezyonların lokalizasyonunu, ölümcül olgularda kesin ölüm nedenini değerlendirmek, karşılaşılan sorunları vurgulamak ve çözüm önerilerini sunmak amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, 1996–2000 tarihleri arasındaki beş yıllık dönemde Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî

Tıp Anabilim Dalı'nda muayenesi yapılarak kesin rapor düzenlenen elektriğe bağlı 27 yaralamalı olgunun adli ve tıbbi dosyaları cinsiyet, yaş, olay tarihi, saati, yeri ve niteliği, elektrik akımının giriş-çıkış izlerinin lokalizasyonu, lezyonlar ve TCY'nın 456. maddesinde geçen kavramlar açısından retrospektif olarak incelendi. Ayrıca bu beş yıllık zaman diliminde Sivas'ta görülen elektrik akımına bağlı olarak ölen 15 olgunun da adli ve tıbbi dosyaları retrospektif olarak incelendi. Etyolojik farklılık gösterdiğinden yıldırım düşmesiyle ölen iki olgu, çalışma kapsamına alınmadı. Elde edilen veriler Windows-SPSS 7.5 programı kullanılarak frekans dağılımı yönünden değerlendirildi.

Bulgular

Bu çalışmada elde edilen bulgular iki aşamada değerlendirildi.

Birinci aşamada; Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı'nda kesin raporları düzenlenen elektriğe bağlı yaralamalı olgular değerlendirildi. Buna göre; 1996–2000 tarihleri arasında düzenlenen 8342 adli raporun 27'sinin (% 0.32) nedeni elektrik yaralanmalarıdır.

Tablo 1: Yaralamalı olguların yaş ve cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	YAŞ GRUPLARI*						
	< 10 s %	10 - 19 s %	20 - 29 s %	30 - 39 s %	40 - 49 s %	≥50 s %	Toplam** s %
Kadın	1 50.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 7.4
Erkek	3 12.0	15 60.0	2 8.0	3 12.0	1 4.0	1 4.0	25 92.6
Toplam	4 14.8	16 59.3	2 7.4	3 11.1	1 3.7	1 3.7	27 100.0

**Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi*

Tablo 2: Yaralamalı olgularda elektrik akım giriş-çıkış izlerinin lokalizasyonları

LOKALİZASYON	Giriş İzi sayı %	Çıkış İzi sayı %
Sağ el ve bilek	4 14.8	1 3.7
Sağ kol	6 22.2	1 3.7
Sol el ve bilek	9 33.4	2 7.4
Sol kol	3 11.1	2 7.4
Sağ ayak	- -	7 25.9
Sağ bacak	- -	2 7.4
Sol ayak	- -	2 7.4
Sol bacak	- -	2 7.4
Baş ve boyun	4 14.8	- -
Belirlenemeyen	1 3.7	8 29.7
Toplam	**27 100.0**	**27 100.0**

Olguların cinsiyet ve yaşa göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir. Yaş dağılımı 5-54 arasında olan olguların yaş ortalaması 19.1 olup, 10-19 yaş grubu olguların oranı % 59.3 olarak belirlendi.

Olay tarihine göre değerlendirildiğinde, olguların çoğunun (% 40.8) yaz aylarında, daha sonra sonbahar (% 29.6), ilkbahar (% 22.2) ve kış (% 7.4) mevsiminde görüldüğü; ayrıca % 48.0'inin 7-12. saatlerde, % 20'sinin 12-15. saatlerde % 32'sinin de 15-18. saatlerde görüldüğü saptandı.

Olguların 10'u (% 37.0) Sivas ve Tokat il merkezlerinden, 17'si (% 63.0) Sivas ve Tokat'ın ilçe ve köylerinden gönderilmiştir.

Olgular orijine göre incelendiğinde, ikisi elektrik akımına bağlı olarak direkten düşme, diğerleri elektrik kablosuyla temas olmak üzere 13 (% % 48.2) olgu iş kazası, 10 (% 37.0) olgu elektrik direğinde veya sokakta bulunduğu sırada meydana gelen kazalar, dört (% 14.8) olgu ise ev kazası olup, toplam 16 (% 59.2) olgu yüksek gerilime maruz kalırken 11 (% 40.8) olguda

Tablo 2: Yaralamalı olguların mutad iştigalden kalma sürelerine göre (gün olarak) dağılımı.

SÜRE	sayı	%
≤ 10	10	37.0
15	10	37.0
25	4	14.9
45	1	3.7
90	2	7.4
Toplam	27	100.0

gerilim konusunda bilgi elde edilememiştir.

Elektrik akımı giriş izleri genellikle (% 81.5) üst ekstremitelerde, çıkış izleri ise sağ ayakta (% 25.9) daha çok olmak üzere (% 48.1) alt ekstremitelerde saptandı (Tablo 2). Bir (% 3.7) olguda kardiyak arrest gelişmiş olup resüsitasyonla döndürülmüştür. Olgularda elektriğe bağlı primer yaralanmaların dışında düşmeye bağlı olarak beş (% 18.5) olguda sekonder majör lezyon tespit edildi. Bunların dördünde (% 14.8) ekstremite, birinde (% 3.7) kafatası kırığı ile birlikte beyin kanaması olduğu belirlendi.

Olguların kesin raporları TCY 456. maddesinde geçen kavramlar açısından incelendiğinde; 17 (% 63.0) olgunun hayati tehlikeye maruz kaldığı, onar (% 37.0'şer) olgunun 10 güne kadar ve 15 gün mutad iştigalden kaldığı, birer olgunun (% 3.7'şer) uzuv zaafı ve uzuv tatili niteliğinde olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 4: Ölümlü olguların yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	YAŞ GRUPLARI*				
	< 20 s %	20 - 29 s %	30 - 39 s %	≥40 s %	Toplam** s %
Kadın	3 75.0	1 25.0	-- --	-- --	4 26.7
Erkek	4 36.4	4 36.4	2 18.1	1 9.1	11 73.3
Toplam	7 46.7	5 33.3	2 13.3	1 6.7	15 100.0

**Satır yüzdesi, **Sütun yüzdesi*

Tablo 5: Ölümlü olgularda elektrik akım giriş-çıkış izlerinin lokalizasyonları

LOKALİZASYON	Giriş İzi sayı %	Çıkış İzi sayı %
Sağ el ve bilek	2 13.3	- -
Sağ kol	3 20.0	1 6.7
Sol el ve bilek	4 26.7	- -
Sol kol	2 13.3	5 33.2
Sağ ayak	- -	1 6.7
Sağ bacak	- -	1 6.7
Sol ayak	1 6.7	1 6.7
Sol bacak	- -	3 20.0
Baş ve boyun	2 13.3	- -
Belirlenemeyen	1 6.7	3 20.0
Toplam	**15 100.0**	**15 100.0**

İkinci aşamada; 1996-2000 tarihleri arasındaki dönemde Sivas Cumhuriyet Başsavcılığı'nca düzenlenen ölü muayenesi ve otopsi raporları değerlendirildi. Buna göre; toplam 759 ölü muayenesi ve otopsinin 15'i (% 1.9) elektrik yaralanmasına bağlı olup, 11 (% 73.3) olgunun erkek olduğu belirlendi. Yaş dağılımı 13-72 arasında olan olguların yaş ortalaması 24.9 olup, çoğunun (% 46.7) 20 yaştan küçük olduğu belirlendi (Tablo 4).

Olguların olay tarihlerine göre değerlendirilmesinde çoğunun (% 60) ilkbahar ve yaz aylarında, dört (% 26.7) olgunun eylül, iki (% 13.3) olgunun da kasım ayında görüldüğü; olay saati belirlenen on olgudan yedisinin (% 70.0) 9-15 saatleri arasında, üçünün (% 30.0)19-21 saatleri arasında görüldüğü tespit edildi.

Olguların onu (% 66.7) Sivas ve Tokat il merkezlerinden, beşi (% 33.3) de Sivas ve Tokat'ın ilçelerinden gönderilmiştir.

Orijine göre incelendiğinde, sekiz (% 53.3) olgunun iş kazası, dördünün (% 26.7) ev kazası, üçünün

(% 20.0) de sokakta bulunduğu sırada meydana gelen kazalar olduğu saptandı. Gerilim konusunda bilgi elde edilen 11 olgunun yüksek gerilime maruz kaldığı, bunun altısının (% 54.5) inşaat işçiliği sırasında, ikisinin (% 18.2) ev kazası, birinin (% 9.1) tünelden geçme sırasında gerçekleştiği belirlendi.

Elektrik akımı giriş izlerinin çoğunlukla (% 73.3) üst ekstremitelerde olduğu, çıkış izlerinin altışar (% 40.0'ar) olguda alt ve üst ekstremitelerde olup, üç olgunun çıkış izinin belirlenemediği tespit edildi (Tablo 5). Olguların sekizine (% 53.3) ölü muayenesi, yedisine (% 46.7) otopsi yapılmış olup; 12 (% 80.0) olgunun solunum ve kalp durması sonucu ani, üç (% 20.0) olgunun ise yanık ve yanığa bağlı komplikasyonlar sonucu 6, 14 ve 22 gün sonra öldüğü tespit edildi.

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada; 1996-2000 yılları arasında elektriğe bağlı yaralamalı olgular Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı'nda adli rapor düzenlenen tüm olguların % 0.32'sini, Sivas'ta ölü muayenesi ve otopsi yapılan olguların ise % 1.9'unu oluşturmaktadır. Trabzon ili ve çevresinde yapılan 674 ölü muayenesi ve otopside ölüm nedeni % 1.0 oranla elektrik akımıdır. Elektrik yaralanmalarının gerçek sayısını bulmak mümkün olmamaktadır. Çünkü evlerde meydana gelen ölümcül olmayan ve ciddi bir yaralanmaya neden olmayan kazalar genellikle kayıtlara girmemektedir (2).

Elektriğe bağlı yaralamalı ve ölümcül olguların çoğunluğunu 20 yaş altı ve erkekler oluşturmaktadır (Tablo 1, 4). Gök ve Soysal'ın (8) 133 olguluk çalışmalarında olguların % 92.5'inin erkek, % 7.5'inin kadın olduğu, % 44.3'ünün 10-20 yaş grubunda olduğu; Günay ve arkadaşlarının (10) yaptığı 101 olguluk bir çalışmada, olguların % 70'inin erkek olduğu; Acosta ve arkadaşlarının (11) yaptığı 211 elektriğe bağlı yaralaması olgusunun % 92'sinin erkek olduğu bildirilmektedir. İstanbul'da yapılan bir çalışmada; 0-18 yaş arasındaki 740 otopsiden 34'ünde (% 4.6) ölüm nedeni elektrik akımı olarak belirtilmiş ve kazaya bağlı çocuk ölümlerinde elektrik akımının dördüncü sıklıkta olduğu bildirilmiştir (2). Olguların çoğunlukla genç erkeklerin oluşu, toplumumuzda daha çok erkeklerin iş hayatında olmasına, bu yaş grubunda çalışan kişi sayısının fazla olmasına ve deneyimsiz kişilerin kaza yapma eğilimine bağlı olabilir.

Her iki aşamada da olgular, çoğunlukla ilkbahar ve yaz aylarında görüldü. Elektrik kazaları daha çok yaz aylarında görülmektedir. İlkbahar ve yaz aylarında elektrikle ölümlerin sıkça görülmesinde, inşaat sektörünün canlılık kazanması ile birlikte vücudun terlemesi sonucu direncinin azalması etkili faktörlerdir.

Olguların orijine göre değerlendirilmesinde; iki grupta da çoğunluğun iş kazası olduğu görüldü. Arıcan ve arkadaşlarının (12) 113 olgu ile yaptıkları çalışmalarında olay yeri belirlenen 53 olgunun % 66.0'ının iş yerinde olduğu; Erkol'un (13) çalışmasında ise olguların % 46.94'ünün iş kazası olduğu; Acosta ve arkadaşlarının (11) yaptığı çalışmada olguların % 64.3'ünün iş kazası olduğu belirtildi. Elektrik akımına bağlı ölüm olgularının büyük çoğunluğunun orijini kaza olup, intihar ve cinayetler de nadir olarak görülebilmektedir (2, 9, 14). Kazaların en sık rastlanan nedenleri arasında alet kullanılması ve bakımı konusunda ihmal, yeterli güvenlik önlemlerinin alınmaması, kötü yaşam koşulları ve uygun olmayan izolasyon sayılabilmektedir. Çalışma ortamının ıslak olması ve yapılan işe uygun giysilerin giyilmemiş olması kazaların meydana gelmesini kolaylaştıran faktörlerdendir. Sıklıkla kullanılan uzatma kablolarındaki izolasyon hataları, kırık fiş ve prizler, elektrik şebekesinin topraklamasındaki problemler armatörlerin tamiratları gibi dikkatsizlikler de kazaya neden olabilmektedir (2).

Her iki grupta da elektrik akımı giriş izleri genellikle üst ekstremitelerde görülürken, çıkış izleri yaralamalı olgularda çoğunlukla (% 48.1) alt ekstremitelerde, ölümcül olgularda ise alt ve üst ekstremitelerde eşit oranda (% 40.0'ar) tespit edildi (Tablo 2, 5). Gök ve Soysal'ın (8) çalışmasında elektrik akımı giriş izinin olguların % 57.1'inde üst ekstremitelerde görüldüğü bildirildi. Erkol'un çalışmasında (13) olguların % 81.6'sında giriş izlerinin üst ekstremitelerde, çıkış izlerin % 61.2'sinde alt ekstremitelerde olduğu belirlendi.

Yaralamalı olgularda % 18.5 oranında elektrik akımı sonucu düşmeye bağlı sekonder lezyonların oluştuğu görüldü. Elektriksel travmanın mekanik travma ile birlikte bulunduğu durumlarda ani olarak meydana gelen ölümün nedenini tespit etmek güç olur. Elektrik hatlarında çalışırken çarpılan kişi yüksekten fırlatılabilir veya kırıklara ya da ciddi yaralanmalara yol açabilen kas spazmlarına uğrayabilmektedir (8, 15, 16).

Çalışmamızda kardiyak arrest gelişen bir olgunun uzun süreli kardiyo-pulmoner resüsitasyon sonucu yaşama dönmesi dikkat çekici bulundu. Ölüm nedeni kardiyak arrest olduğu zaman konjestif bulgular ya hiç bulunmamakta veya çok hafif olmaktadır. Bu tür olgularda derideki giriş ve çıkış lezyonlarından başka herhangi bir değişiklik bulunmayabilir. Bu olgular eksternal kardiyak masaja çok iyi cevap verirler. Bu nedenle elektrik akımına bağlı yaralanmalarda ısrarla resüsitasyona devam edilmesi ile kalbin fonksiyonlarının normale dönmesi sağlanabilmektedir (2, 5).

Ölümcül olgulardan 12'sinin (% 80) solunum ve dolaşım durması ile ani ölüm olduğu, olguların yarıya yakın kısmına (% 46.7) otopsi yapılmamış olduğu belirlendi. Yaralamalı olguların % 18.5'inde sekonder olarak gelişen genel beden travması ifade edilirken, ölümcül olgularda ölüm nedeni arasında belirtilmemiştir. Arıcan ve arkadaşlarının (12) olguların % 86.7'sinin solunum ve dolaşım durması ile, % 5.3'ünün genel beden travması ile öldüğü; Erkol'un yaptığı çalışmada (13) olguların % 83.7'sinin solunum ve dolaşım durması ile, % 16.3'ünün genel beden travması ile öldüğü belirtildi. Elektrik ile ölüm genellikle ani oluşmasına karşın saatler, hatta günler sonra da oluşabilir. Akımın baş bölgesinden girerek beyinden geçtiği olgularda medulladaki kardiyak ve solunum merkezlerinin etkilenmesiyle ani ölüm olabileceği gibi; sol el - sağ bacak, sağ el – sol bacak ve eller arasındaki akım geçişlerinde de kalp fibrilasyonu ile ani ölüm olabilir (2, 4). Ancak bazen elektriğe bağlı meydana gelen geniş yanıklar ve bunların çeşitli komplikasyonları (sepsis, nörojenik şok, kanama, emboli, böbrek yetmezliği gibi) geç ölümlere neden olabilir (3, 8, 13). Elektriğe bağlı ölümlerde ayrıntılı inceleme yapmadan ölüm nedeninin elektriğe bağlı olduğunu belirlemek kolay değildir. Özellikle iş hukuku ve ceza davalarında önem taşıyan bu olgularda ölüm nedeni ve orijinin tespiti için ayrıntılı olay yeri incelemesi yapılmalı, elektrik akımı ve donanımın teknik özellikleri ve zorlama belirtileri sorgulanmalıdır (4, 5). Ayrıca ölü muayenesi ve otopsi ile birlikte histopatolojik incelemenin dikkatli ve özenle yapılması gerekmektedir (5). Elektrik giriş ve çıkış yaraları her zaman kolayca tespit edilmeyebilir. Saçlı deride, avuçlarda deri kıvrımları ve parmak aralarında, ağız ve dudakların iç yüzünde, özellikle çocuklarda dil üzerinde elektrik giriş ve çıkış yaralarının tespiti güçlük arz eder. Bu nedenle bütün vücut bölgelerinin dikkatli incelenmesi gerekmektedir (1, 17).

Yaralamalı olguların 17'sinde (% 63.0) hayati tehlikenin olduğu, 17'sinin (% 63.0) 10 günden fazla mutad iştigalden kaldığı, birer olgunun (% 3.7'şer) uzuv zaafı ve uzuv tatili niteliğinde olduğu tespit edildi. Elektrik yaralanmalarına bağlı ölümler, sakatlıklar, nörolojik defisitler, çeşitli dolaşım ve solunum sistemi hastalıklarına neden olabilmektedir. Kazaların önlenmesi için alt yapı sorunlarının çözülmesi, ciddi denetim ve iyi bir kalite standardının elde edilmesi, eğitim ile birlikte güvenlik önlemlerinin alınması ve uygulanması gerekmektedir (13, 18, 19).

Kaynaklar

1. Soysal Z, Eke SM, Çağdır AS. Adli Otopsi. Cilt:II, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1999: 823-7.
2. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. Adlî Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1997: 144-67.
3. Birinci Basamak İçin Adlî Tıp El Kitabı. Türk Tabipleri Birliği-Adlî Tıp Uzmanları Derneği. Ankara: Polat Matbaası, 1999: 70-1.
4. İmrağ C, Elmas İ, Alkış C. Elektrik akımına bağlı ilginç bir ölüm olgusu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 1993; 56(3): 92-4.
5. Knight B. Simpson Adlî Tıp. 10. baskı. Edward Arnold, 1993. Çeviri ed. Birgen N. İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1995: 263-7.
6. Ermiş SS, Çağdır AS, Yiğitsubay U, Başerer T. Elektrik kataraktı. Adlî Tıp Derg, 1996; 12:109-14.
7. Özen C. Adlî Tıp Ders Kitabı. 3. baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1983: 155-9.
8. Gök Ş, Soysal Z. Elektrik Akımlarının Canlı Organizmada Meydana Getirdiği Lezyonlar ve Lezyonların Adlî Tıp Açısından Değerlendirilmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 1983.

9. Öztürel A. Adlî Tıp. Ankara: Sevinç Matbaası, 1979: 112-3.
10. Günay K, Taviloğlu K, Şad O, Eskioğlu E, Ertekin C. Akut elektrik yanıkları: 6 yıllık deneyimlerimiz. Ulusal Travma Dergisi, 1995; 1(1): 97-101.
11. Acosta AS, Azarcon LJ, Raminez AT. Survey of electrical burns in Philippine General Hospital. Ann NY Acad Sci, 1999; 30(888): 12-8.
12. Arıcan N. Çetin G, Fincancı ŞK, Kırangil B. Elektrik akımı ile yaralanma sonucu oluşan ölümlerin retrospekif değerlendirilmesi. 7. Ulusal Adlî Tıp Günleri (1-5 Kasım) Poster Sunuları Kitabı. Antalya: 1993: 11-20.
13. Erkol Z. Elektrik akımı yaralanmalarına bağlı ölümler. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1995; 6(1): 87-96.
14. İnce CH, Fincancı ŞK, Arıcan M, Akkay E. Elektrikle intihar: Bir olgu bildirisi. 1. Adli Bilimler Kongresi (12-15 Nisan) Kongre Kitabı. Adana: 1994: 342-3.
15. Martinez JA, Nquyen T. Electrical injuries. South Med J, 2000; 93(12): 1165-8.
16. Breugem CC, Van Hertum W, Groenevelt F. High voltage electrical injury leading to a delayed onset tetraplegia with recovery. Ann NY Acad Sci, 1999; 30(888): 131-6.
17. Milano M. Oral electrical and thermal burns in children: review and report of case. ASDC J Dent Child, 1999; 66(2):116-9, 85.
18. Tiwari VK, Sharma D. Kite-flying: a unique but dangerous mode of electrical injury in children. Burns, 1999; 25(6):537-9.
19. Docking P. Electrical burn injuries. Accid Emerg Nurs, 1999; 7(2): 70-6.

Esrar Kullanımı - Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım

S. Serhat GÜRPINAR*, Bora ÖZDEMİR*, Ayla SAĞ*, Münevver AÇIKKOL*, Çetin L. BAYDAR*

** Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul*

Özet

Türkiye'de esrar imali, satışı ve kullanımı yasaktır. Ancak esrarın elde edildiği kenevir bitkisi Türkiye'de izinsiz olarak ekilmektedir. Kullanımı da çok yaygındır. Esrar; uyuşturucu maddelerin imal, ithal ve ihraç edenler ile bu maddeleri kullanan şahıslara verilen cezaların ilgili olduğu TCK'nun 403. ve 404. maddeleri kapsamındadır.

Esrarın farmakolojik etkileri yapısındaki terpenofenolik kannabinoid maddelerinden ileri gelir. Narkotik aktiviteye sahip olanı delta-9-tetrahidrokannabinoid izomeridir.

Kullanımın ardından konjonktivalarda kızarıklık, ağız kuruması, nabız artışı, bronşlarda önce genişleme sonra daralma, hafif postural hipotansiyon, arada bir diyare, iştah artması ve şaşkınlık esrarın fizyolojik belirtilerindendir. Esrar intoksikasyonunda ataksi ve dizartri gibi serebellar belirtiler görülmez. Hoş bir gevşeme duygusu, zamanın yavaşladığı duygusu, görme fantazileri meydana gelir.

Esrar, uyuşturucu maddeler arasında ilk sıralarda yer alan ve bu önemini yıllarca koruyacağa benzeyen, gerek ülkemizde gerekse gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin en önemli sosyal problemlerinden birisidir.

Kannabinoid kullanımında, görülen etkilerin insanlar tarafından kullanılan diğer droglardaki nörobiyolojik etkilerinin bazıları ile uyumlu görünse de yeniden kullanmak ve bağımlı olmak zorunda bırakan mekanizma hala anlaşılamamıştır. Yapılan çalışma sonuçlarına göre, esrarın gerek bedensel gerekse ruhsal zararları konusunda tam bir görüş birliği oluşmamıştır. Hatta terapötik etkilerinden yararlanma da tartışılmaktadır.

Daha önceleri esrar kullanımı kesildiğinde ortaya çıkması muhtemel fiziksel kesilme belirtilerinin tespit edilmemesine dayanılarak bağımlılık yapmadığı kabul edilen ve uygulamanın da bu yolda olduğu görülen düşünceler son yıllarda tartışılır hale gelmiştir. Esrar bağımlılığı ülkemizde zaman zaman cezai uygulamaya da aksetmektedir. Esrarın legalize edilip edilmemesi, zararlı olup olmadığı, bağımlılık yapıp yapmadığına ait çalışmalar ve tartışmalar devam etmektedir.

Ülkemizde bağımlılığın tesbitini hukuk, tıbba bırakmıştır. Burada bağımlılık konusuna ne hukuki ne de sosyolojik açıdan bir açıklama getirilmemiştir. Esrar bağımlılığında göz önüne alınan kriterlerin tartışılabilmesi için bazı verilerin değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Giriş

Kannabinoidler cannabis türlerinden elde edilen alkaloidlerdir. Bitkinin üst yaprakları, uçları ve gövdeleri kurutulur ve sigara ile içilir hale getirilir. Bu ürün ise marihuana olarak adlandırılır. Haşhiş ise cannabis bitkisinin yapraklarının üst ve altından sızan reçinenin kurutulmuşudur. Haşhiş yağı ise bu reçinenin damıtılarak yoğunlaştırılması sonucu elde edilir. Tüm bu mamüller genellikle sigara ile içilir, bazen de çay ya da gıda ile karıştırılarak da oral yolla alınır. Kannabinoidlerin psikoaffektif etkisinden sorumlu olan alkoloid delta 8 ve 9-Tetrahydrocannabinol (THC) olarak bilinir. Bu maddeyi kötüye kullanmak amacıyla saf olarak bulmak mümkün değildir. Marihuananın içerdiği THC miktarı %1-15, haşhiş yağında ise %5-15 arasında değişiklik gösterebilir (1).

Posterimizin amacı; çok geniş alanda yetişen, fiyatının düşük ve kullanımının özellikle gençler arasında yaygın olması nedeni ile toplum sağlığı ve sosyal yaşamı ilgilendiren kannabis kullanımının tıbbi ve hukuki boyutunu, güncel literatür eşliğinde gözden geçirmektir.

Tıbbi Bakış

A. Tolerans ve bağımlılık

Kannabis kullanım sürecinde tolerans gelişmesi yıllardan beri tartışmalıdır. Deneysel çalışmalar 1980'li yıllardan itibaren hız kazanmıştır. Başlangıçta yapılan çalışmalarda tolerans lehine çok az kanıt elde edilmiştir. Miktarı kişiye bırakılan, 21 gün boyunca esrar sigarası içimi ile toleransın ortaya çıktığını destekleyen bulgular elde edilmiştir (2). Kişilere 30 gün boyunca belirli bir saatte oral yolla 70-210 mg/günlük doz verilmiştir. İlk günlerde alınan keyif giderek azalmıştır. Günde bir veya daha fazla esrarlı sigara içimi ile yapılan 64 günlük başka bir çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada ayrıca THC'nin solunum deprese edici etkisine de tolerans gelişmiştir. Dozlar küçük ve seyrek, kullanım müddeti kısa ise tolerans bir sorun oluşturmaz. Revers tolerans veya duyarlılık gelişimi lehinde hiçbir kanıt bulunmamıştır (3).

1.Çapraz tolerans: Yapılan hayvan deneylerinde delta-9 THC ve alkol arasında çapraz tolerans geliştiği gösterilmiştir (4, 5).

2.Fiziksel bağımlılık: İnsan ve hayvan deneylerinde 0,1-0,4 mg/kg dozlarındaki THC enjeksiyonuna son verildiğinde, yoksunluk belirtileri görülmüştür. Yoksunluk son kullanımdan yaklaşık 12 saat sonra ortaya çıkmış ve 5 gün sonra bitmiştir. Hayvanlarda yoksunluk sendromu; irritabilite, agresivite, titremeler, esnemeler, fotofobi, kıl kabarması, penis ereksiyonu olarak ortaya çıkar (6). İnsanlarda ise; irritabilite, uyku bozukluğu, iştah azalması, bulantı, kusma, ishal ve otonomik sistem bozuklukları olan terleme, aşırı tükrük salgılanması, titremeler görülmüştür (7). Ancak yukarıda anlatılmış olanlar esrarın sosyal etkilerinin çok gerisinde kalmaktadır (8).

B. İmmunite (Bağışıklık)

İnsan ve hayvanlar üzerine yapılan bir çok invitro çalışmada, kannabis kullanımını takiben hücresel immunitede zayıflama olabileceği ileri sürülmüştür. Klinik olarak hücresel immunitenin zayıflaması ile oportunist enfeksiyonların prevalansında artış olduğu ileri sürülmektedir. Ancak henüz hiçbir klinik kanıt elde edilmemiştir. İmmun yanıtın azalmasına rağmen immun fonksiyon özellikle kannabisin esas kullanıcısı olan gençlerde oldukça yeterli olduğu söylenebilir. Yapılan bir çalışmada 51 kronik kannabis kullanıcısında lenfosit blastogenezinin inhibe olduğu gösterilmiştir (9). Yine başka bir çalışmada 23 kronik kannabis kullanıcısının 9 unda T lenfositlerde azalma görülmüştür. Bununla birlikte T lenfositlerin kalitesini değerlendirmek için yapılan rozet formasyonunda toplam lenfosit sayısında kullanıcı olmayanlara göre bir fark görülmemiştir (10). Özet olarak kannabisin hücresel immunite üzerindeki olası baskılayıcı etkisini kanıtlamak zor görünmektedir. Eğer bir immunsupresyon oluşursa bu geçicidir, üstelik bunun klinik anlamlılığı yoktur.

C. Kromozomal Hasar

Somatik hücrelerdeki yan etkiler hala tartışmalıdır. Kimi yazarlar kronik esrar kullanımının kromozomlarda kırılmalar ve translokasyonlara neden olduğunu belirtmişlerdir (11). Bir çalışmada ise peroral hint keneviri (THC ve cannabinol), marijuanna (THC) ve sentetik THC kullananlarda kromozomal kırılma açısından fark bulunmamıştır (12). Aspirin gibi birçok ilacın kromozomal abnormalitelere yol açtığı da bilinirken tüm bu retrospektif ve prospektif çalışmalar ciddi bir kromozomal yan etkiyi ortaya koyamamıştır.

D. Gebelik ve Fetal Gelişim

Bu konu dataların anlamı konusunda büyük belirsizliğin olduğu başka bir alandır. Eğer dozu yeteri kadar yüksekse ve tedavi çok uzamış ise her ilacın dismorfojenik etkisi olduğu kesindir (13). Fare deneylerinde gebeliğin altıncı gününde verilen tek doz 16 mg/kg kannabis reçinesi malformasyona yol açmazken aynı doz birinci günden itibaren altıncı güne kadar sürekli olarak verildiğinde fetal rezorbsiyon gelişmiştir (14). Ancak 6-15. günler arası 5, 15, 50, 150 mg/kg'lık dozlarda fetal ağırlık, prenatal mortalite hızı, iskelet anomalileri, gros internal ve eksternal anomalite görülme sıklığında bir artış olmamıştır (15). Subkutan 100mg THC enjeksiyonu sonucu; 6-15. günlerde teratojenik etki görülmezken, 1-20. günler arası uygulamalarda fetal rezorbsiyon görülmüş-

tür, ancak daha düşük dozlarda etkisi olmamıştır (16,17). Gebe kadınlardaki klinik çalışmalar da sorulara açıklık getirememektedir. En geniş çalışmada (12424 kadının 1246'sı marihuana kullanıcısı) içinde, düşük doğum ağırlığı, kısa gestasyonel period kullanıcılarda görülmüştür (18). Sonuç olarak sağduyulu olmak gerektiğinde gebelikte esrar kullanımı, en az ve en fazla alkol ve sigara kullanımı kadar tehlikelidir.

E.Hücre metabolizması

Kannabisin hücre fizyolojisi ve metabolizması üzerine etkileri üzerine bilgilerimiz sınırlıdır. Tütün ve esrar içilmesi sonucu, akciğer hücrelerinde sitoplazma şişer, çekirdekte DNA artışına neden olur. Yapılan kontrollerde %10-25 oranında mitotik abnormaliteler saptanmıştır. Hamsterlerın akciğer kültürlerinde bu açıkça gösterilmiştir. Tüm çalışmalar göstermiştir ki esrar dumanı malignant ve premalignant lezyonlara yol açmaktadır. Değişik hücre kültürlerine yapılan THC uygulaması; DNA, RNA ve protein sentezinde bir azalmaya neden olmaktadır (19).

F.Psikopatoloji

Kannabis direkt olarak; akut panik reaksiyon, toksik deliryum, akut paranoid durum ve mani hali oluşturabilir. Depresyon ve şizofrenik durum oluşturabildiği gibi sosyopati ve emotivasyonel sendroma da daha az sıklıkla rastlanır. Alkol ve sigara kullanımı dışa vurum kişiliğini ortaya çıkardığı gibi esrar kullanımı da bunu doğurur. Latent psikopatolojik durum esrar kullanımı için predispozisyon yaratır (20).

1.Akut panik reaksiyon: En sık görülen etkidir. Diğer halusinojenlerle benzer etkisi vardır. Kontrol kaybından şuur kaybına kadar gidebilir. Bazen dissosiasyon görülebilir. Depersonalizasyon uzun dönem ve sık kullanımda ortaya çıkabilir. EEG bulguları doğaldır (21).

2.Toksik deliryum: Çok yüksek dozlarda esrar kullanımı toksik deliryuma yol açabilir. Birlikte hafıza kaybı, konfüzyon ve dezoryantasyon vardır (21). Bu nonspesifik yan etki birçok ilacın yüksek doz kullanımında ortaya çıkar. Ancak esrar kullanımındaki etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Dünyada bu etkiyi yaratabilecek verimlilikte esrar üretilmediğinden toksik deliryum pek nadiren görülür.

3.Akut paranoid durum: Bu çapta bir etkinin ne sıklıkla görüldüğünü belirlemek çok güçtür. Bu laboratuar ortamında değil sosyal ortamlarda gözlenebilmektedir (22). Esrar kullanımından sonra bu durum ortaya çıkarsa kişi illegal bir iş yaptığından dolayı yakalanma korkusu ile paranoid duruma girebilir. Ayrıca kişilik özellikleri de önem taşır.

4.Psikoz: Esrar kullanımında çok değişik psikotik reaksiyonlar gözlenebilir. Birçoğu klasik klasifikasyonlarla tanımlanamaz. Mani, hipomani, persekutör hezeyanlar, işitsel hallusinasyonlar, düşünce bozukluğu gibi değişik formlar gözlenebilir (23). İdrarında Kannabinoid düzeyleri yüksek çıkan psikotik tablo sergileyen 20 hastanın, idrarları temiz olan 20 psikotik hasta ile karşılaştırmalı tedavileri sonucu esrar kullananlar bir haftada düzelirken diğerlerinin durumu değişmemiştir (24). Doğu Hindistan'da marijuanna kullanan şizofreni hastalarındaki çalışmada toksik deliryum gözlendiği bildirilmiştir. Ancak retrospektif bir çalışma yapılamamıştır (25). Ayda 50 gr civarında yüksek doz esrar kullanımında apati, donukluk, letarji, muhakeme konsantrasyon ve hafıza kaybı gibi kronik intoksikasyon bulguları gözlenmiştir (26). Uzun dönem yapılan bir çalışmada 25 Hintli'de paranoid psikoz gözlemlenmiştir (27). Ancak burada esrar tarafından latent psikiyatrik hastalığın maskesinin düşürülmesi de karşımıza bir sorun olarak çıkmaktadır.

5.Flashbacks: (geriye dönüş) Bu garip fenomen LSD ve benzeri hallusinojenlerde sık ortaya çıkmakla birlikte esrar kullanımında nadiren ortaya çıkar. Bu reaksiyon hafiftir ve herhangi bir tedavi gerektirmez.

6.Şiddet ve saldırganlık: Bu konudaki 40 kolej öğrencisi üzerinde yapılan çalışmalarda; alkolde fiziksel agresyon gözlenirken THC kullanımında bunun ortaya çıkmadığını gözlenmiştir (28). Bazı özel kişisel durumlar dışında şiddet ve esrar kullanımı arasında korelasyon tespit edilememiştir. Bunun aksine maymunlarda yapılan çalışmalarda agresyonu azalttığı ve sosyal davranışları arttırdığı görülmüştür (29).

7.Emosyonel sendrom: Demonstratif bir çalışmada; Costa Rica'da esrar kullanımının işçilerin çalışmalarında, iş kapasitelerinde önemli bir azalmaya neden olmadığı görülmüştür (30). Benzer bir çalışma Jameika'lı işçiler üzerinde de yapılmış apati durgunluk ve üretim düşmesi gibi etkiler görülmemiştir (31). Ancak bu çalışmalarda uzun dönem etkiler detaylı takip edilmemiş ve nörofizyolojik testler yapılmamıştır. Bu durumu açıklayan bir görüş gençlerin ilk kez esrarla tanışmaları nedeniyle bir heyecan ve bir ilki başarmalarının mutluluğu olabileceğidir.

8.Rezidüel psikomotor zayıflık: Kronik kullanımda ortaya çıkan bir etkidir. 23 kronik kullanıcı üzerinde yapılan bir çalışmada; (son 5 yıldır günde yaklaşık 50 mg THC alan kişilerde) psikomotor testlerde zeka ve hafızada düşük seviyeler saptanmıştır (32).

9.Beyin hasarı: Kronik esrar kullanan 10 genç erkekte serebral atrofi saptandığını bildiren yayından sonra (çalışma için seçilen örneklerin psikiyatrik ve nörolojik antesedanı olduğu ve başka ilaçlar da kullandığı, beyin atrofisinin ölçüm yöntemi ile ilgili eleştiriler, gibi) büyük tartışmalar yaşandı (33). Daha sonraları BBT ile yapılan tetkiklerde beyin atrofisine rastlanmadığı bildirildi. Kronik alkol kullanımında beyin atrofisi saptandığı bildirilmiştir. Gerçi kronik yüksek doz alkol alımında alkol bırakıldığında beyin atrofisi kısmen düzelmektedir. Çok yüksek dozlarda esrar kullanımı da minimal bir atrofi yapabilirse de bırakıldığında düzelme olacaktır. Ancak tam bir düzelmeden söz edilemez. Daha sonra yapılacak detaylı hayvan deneyleri ile bu konunun daha da netleşeceği bildirilmektedir (34).

G. Tedavi amaçlı kullanımı

Kannabis yüzyıllardan beri tedavi amaçlı kullanılmış, 19.yy da bu amaca yönelik daha fazla ilgi görmeye başlamıştır.

-Opium veya kloralhidrat alışkanlığında (yoksunluk tedavisinde)
-Tetanoz, konvulsiyonlar
-Nevralji, migren
-Dismenore, doğum sonrası psikozlar
-Yaşlılığa bağlı uykusuzluklar
-Depresyon

Ayrıca günümüzde sentetik delta-9 THC drog olarak, kemoterapi sırasında oluşan bulantı ve kusmalar ile AIDS hastalarında anoreksia ve kilo kaybı tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak modern farmakolojinin daha kesin etkili drogları, kannabisin kullanılması eğilimini azaltmıştır.

Kannabisin terapötik ajan olarak geliştirilmesi için çalışmalar yapılmıştır. Kannabisin mental etkilerinden farmakolojik etkilerini ayırabilmek başlıca problemdir (29).

Kanser tedavisinde antiemetik olarak kullanımı:

Plasebo ile karşılaştırmalı çalışmalarda hastalarda THC ile belirli bir antiemetik etki görülmüş, plasebo grubunda hiçbir etki gözlenmemiştir (35). THC'nin diğer antiemetik ajanlarla karşılaştırılmasında başlıca dezavantajı ise verilen dozlar ile ortaya çıkan mental etkilerdir.

Glokom tedavisinde kullanımı:

Kannabis göz içi basıncını azaltmaktadır. Burada topikal (lokal) kullanımı bu amaçla kullanılan diğer ilaçlara göre daha caziptir. Konjonktivaya uygulandığında minimal sistemik absorbsiyon oluşur, ancak mental etkiler ortaya çıkmaz (36).

Analjezik olarak kullanımı:

Kansere bağlı ağrısı olan hastalarda THC'nin 10 ve 20 mg'lık peroral dozları, 60 ve 120 mg'lık kodein ile karşılaştırıldığında; daha az effektif olmakla birlikte daha iyi tolere edilmiştir. Diş çekimi olan hastalarda THC kullanımı sonrasında disfori ve anksiyete oluşmuştur (37).

Kas gevşetici olarak kullanımı:

Ağrılı ve güçsüz bırakan istem dışı kas spazmlarının tedavisinde yardımcı olmaktadır. THC'nin 10 mg peroral kullanımı Multipl Sklerozlu hastalarda spazmı azaltmıştır (38).

Antikonvulsif kullanımı:

Kedilerde ve maymunlarda elektroşok nöbetlerinin aktivitesini azalttığı görülmüştür. Ancak bu konuda klinik araştırmalar yeterli değildir. Düzenli marihuana içiminin nöbetleri kontrol altına aldığı tek bir olguda gösterilebilmiştir. Plasebo ile karşılaştırıldığında ise daha iyi sonuç alınmıştır (39, 40).

Bronşial astımda kullanımı:

Gönüllülerde yapılan bir çalışmada bronkodilatatör etkisi gösterilmiştir. THC salbutamol ile karşılaştırıldığında her ikisi de ventilatuar fonksiyonu belli oranda arttırmış, salbutamolda daha hızlı olan etki 1 saat sonra eşitlenmiştir (41).

İnsomnia (uykusuzluk) hastalığında kullanımı:

THC, REM uykusunda konvansiyonel hipnotiklerden çok farklı değildir (42, 21).

Hipertansiyonda kullanımı:

Kan basıncını azaltıcı etkisi ile orantılı olarak taşikardi ve bazı mental belirtilerinin azlığı konusunda henüz yeterli farmakolojik ayırım yapılamamıştır (43).

Yoksunluk tedavisinde kullanımı:

THC'nin homologu olarak sentez edilen "synhexyl" alkol ve opiatlara bağlı yoksunluk sendromu tedavisinde kullanılmıştır (44).

Antineoplastik aktivite:

THC'nin nükleik asitlerin sentezini azaltan genel bir özelliği olduğu aynı şekilde immunosupresan etkisinin de olduğu düşünülmektedir (38).

Migren hastalığında kullanımı:

Son yıllarda sistemik olarak çalışılmamış olmakla birlikte çok sayıda başarılı tedavi bildirilmiştir (38).

İştah arttırıcı etkisi:

Anoreksia nervozası olan hastalarda 30 mg/gün'den az dozlarda başarı sağlanmıştır, ancak doz aşımında disfori olabilmektedir (45).

Alkolizmde kullanımı:

Bir alkoliği, kannabinoliğe çevirme çok kolay değildir. Ayrıca kannabis kullananlar zaten içmediklerini söyleseler de alkol almaktadırlar (46).

Hukuki Bakış

Madde bağımlılığının neden olduğu kişisel ve sosyal zarar, toplumları bu konu ile ilgili yasal düzenlemeler ve kontrol mekanizmaları oluşturmasına neden olmuştur. Bu görevleri Dünya Sağlık Örgütü (WHO/DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Maddeler Kontrol Organı (INCB) üstlenmiştir. Uluslararası sözleşmelerde maddelerin tıbbi kullanımı, kötüye kullanım potansiyeli, psişik ve fiziksel bağımlılık potansiyeli esas alınarak madde listeleri ve cetveller oluşturulmuştur. Başlıcaları "Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tek sözleşmesi","1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi" ve "Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı 1988 Birleşmiş Milletler Sözleşmesi" dir. Bu sözleşmeler sırasıyla 12 Mayıs 1967 tarih 12596 sayılı, 7 Mart 1981 tarih 17272 sayılı, 11 Şubat 1996 tarih 22551 sayılı Resmi Gazetelerde yayınlanmış ve ülkemiz de bu sözleşmelere taraf olarak katılmıştır.

Posterimizin konusunu oluşturan "esrar" ve esrarın fiziksel yolla elde edildiği "kenevir bitkisi", "Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tek Sözleşmesinin I numaralı cetvelinde "Cannabis (Kannabis)" ve "Resine de Cannabis

(Kannabis Reçinesi)" ifadeleri ile yer almaktadır.

Ülkemizde halen uygulanmakta olan "2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun", uyuşturucu maddelerin üretim, kullanımı, ticareti ile ilgili kontrolü sağlamaktadır. Bu konudaki cezai hükümler ise, 765 sayılı "TCK 403, 404, 405, 406, 407, 408 ve 409 sayılı" maddelerinde açıklanmıştır.

TCK'nun 403/4 bendinde eroin, kokain, morfin, baz morfin ve esrar ismen belirtilmekle birlikte 14 Haziran 1991 tarih 20901 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "765 sayılı TCK'nun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun" ile 403/6. bendinden esrar maddesi çıkartılmıştır. Ancak bilim ve teknolojideki gelişmelerle birlikte çok sayıda sentetik ve yarı sentetik maddeler üretilmiş ve bunların bir kısmı bağımlılık yapma potansiyeli ve-ve-ya özelliği taşıdığından WHO ve INCB tarafından bu tür maddeler kontrol altına alınmıştır. Bu özellikteki maddeler yurdumuzda Bakanlar Kurulu Kararı ile 2313 sayılı yasa kapsamına alınmakta ve TCK'nun 403-409 maddelerindeki cezai hükümler bu tür maddelere de uygulanmaktadır.

Sonuç

Marihuananın düzenli kullanımı gençlerin psikososyal gelişimine zarar verebilmektedir. Psikoz oluşumunu ve ciddi duygulanım bozukluklarını şiddetlendirebilir. Alkol, tütün ve kafein gibi legal olan diğer sosyal içecekler ile kıyaslandığında marihuana daha büyük risk arz etmemektedir. Belli dozajda ve kontrollü olarak kullanıldığında diğerlerinden daha fazla terapötik potansiyele sahip olduğu açıkça ispatlanmıştır. Bununla birlikte konu ile ilgili klinik çalışmalar halen devam etmektedir. Bu çalışmalardan elde edilecek bulguların tıbbi ve hukuki açıdan irdelenmesinin uygun olabileceği kanısındayız.

Kaynaklar

1. Shirota O, Watanabe A, Yamazaki M, Saito K. Polimorphism analyses of Cannabis Sativa. Natural Medicines 1998: 52(2):160-166.
2. Mendelson M, Rossi A, Meyer R. The Use of Marihuana, Psychological Inquiry. New York: Plenum Press, 1974.
3. Belleville J W, Gasser J, Miyake T. Tolerance to the respiratory effects of marijuana in man. J Pharmacol Exp Ther 1976:197:326-331.
4. Stone C J, Forney R B. The effects of phencyclidine on ethanol and Na-hexobarbital in mice. Toxicol Appl Pharmacol 1977:40:177-183.
5. Hollister L E. Clinical pharmacology of marihuana.In Research Advances in Alcohol and Drug Problems 1974:1:243-266.
6. Kaymakçalan Ş. Tolerance to and dependence on cannabis. Bull Narc 1973:25:39-47.
7. Fink M, Volavka J, Panayiotopoulos C, Stefanis C. Quantitative EEG studies of marihuana. Pharmacol of Marijuana 1976:383-392.
8. Kuori E M, Lucas S E, Mendelson J H. P300 assessment of opiate and cocaine users effects of detoxification and treatment. Biol Psychiatry 1996:40.617-628.
9. Vachon L. The smoke in marihuana smoking. N Engl J Med 1976:294:160-161.
10. Gupta S, Grieco M A, Cushman P. Impairment of rosette forming T lymphocytes in chronic marihuana smokers. N Engl J Med 1974:291:874-877.
11. Stenchever M A, Kunysz T J, Allen M A. Chromosome breakage in users of marihuana. Am J Obstet Gynocol 1974:118:106-113.
12. Nichols W W, Miller R C, Heneen W, Kanter S. Cytogenetic studies on human subjects receiving marihuana and THC. Mutat Res 1974:26:413-417.
13. Abel E L. Prenatal exposure to cannabis. Behav Neural Biol 1980:29:137-156.
14. Persaud T V N, Ellington A C. Cannabis in early pregnancy. Lancet 1967:2:1306
15. Fleischman R W, Haydaen D W, Rosenkrantz H, Braude M C. Teratologic evaluation of THC in mice. Teratology 1975:12:47-50.
16. Keplinger M L. The effects of natural and synthetic THC on reproductive and lactation performance in albino rats. Toxicol Apll Pharmacol 1973:25:449.
17. Borgen A, Dawis W M, Pace H B. Effects of prenatal THC on the development of rat offspring. Pharmacol Biocem Behav 1973:1:203-206.
18. Linn S, Schoenbaum S C, Monson R R, Rosner R S, Ryan K J. The association of marijuana use with outcome of pregnancy. Amm J Public Health 1983:73: 1161-1164.
19. Blevins R D, Regan J D. THC effects on macromolecular synthesis in human and other mammalian cells. Arch Toxicol 1976:34:127-135.
20. Adams I B, Ryan W, Singer M. Evaluation of cannabinoid receptor. J Pharmacol Experimental Therapeutics 1995:273:1172-1181.
21. Bauer L O. EEG Studies of Substance Use and Abuse. In: Kaufman M J, eds. Brain Imaging in Substance Abuse. New Jersey: Humana Press, 2001:77-91.
22. Keeler M H, Moore E. Paranoid reactions while using marihuana. Dis Nerv Syst 1974:35:535-536.
23. Martin B R, Compton D R, Thomas B F, Prescott W R, Little P J, Razdan R K, Johnson M R, Melvin L S, Mechoulam R, Wards S J. Behavioral, biochemical and molecular-modeling evaluations of cannabinoid analogs. Pharmacol Biochem Behav 1991:40:471-478.
24. Rottanburg D, Robins A H, Ben-Arie O, Teggin A, Eik R. Cannabis associated behavior with hypomanic features. Lancet 1982:2:1364-1366.

25. Magliozzi Jr, Kanter S L, Csernansky J G, Hollister L E. Detection of marijuana use in psychiatric patients by determination of urinary THC. J Nerv Ment Dis 1983:171:246-249.
26. Tennant F Jr, Groesbeck J. Psychiatric effects of Hashish. Arc Gen Psychiatry 1972:27:133-136
27. Thacore V R Shukla S R P. Cannabis psycosis and paranoid schizophrenia. Arc Gen Psychiatry 1974:33:382-386.
28. Adams I B, Ryan W, Singer M, Razdan R K, Compton D R, Martin B R. Pharmacological and behavioral evalution of alkylated anandamide analogs. Life Science 1995
29. Dewey W L. Cannabinoid Pharmacology. Pharmacol Rev 1986:38:151-178.
30. Carter W E, Doughty P C. Social and cultural aspects of cannabis use in Costa Rica. Ann NY Acad Sci 1976:282:2-16.
31. Comitas L. Cannabis and work in Jamaica. Ann NY Acad Sci 1976:282:24-32.
32. Wig N N, Varma V K. Patterns of long-term heavy cannabis use in North İndia. Drug and Alcohol Depend 1977:2:211-219.
33. Campbell A M G, Evans M, Thompson J L G, Williams M R. Cerebral atrophy in young cannabis smokers. Lancet 1971:2:1219-1224.
34. Kulynych J J, Jones D W. In: Kaufman M J, eds. Brain Imaging in Substance Abuse. New Jersey: Humana Press, 2001:231-244.
35. Lucas V S Jr, Laszlo J. THC for refactor vomiting induced by cancer chemotherapy. J Am Med Assoc 1980:243:1241-1243.
36. Green K, Wynn H, Bowman K A. A comparison of topical cannabinoids on intraocular pressure. Exp Eye Res 1978:27:239-246.
37. Raft D, Gregg J, Ghia J, Harris L. Effects of intravenous THC on experimental and surgical pain. Clin Pharmacol 1977:21:26-33.
38. Hollister L E. Healt aspects of cannabis. Pharmacol Rev 1986:38:1-20.
39. Chesher G B, Jackson D M. Anticonvulsant effects of cannabinoids in mice. Pharmacol 1974:37:255-264.
40. Carlini E A, Cunha J A. Hypnotic and antiepileptic effects of cannabidiol. J Clin Pharmacol 1981:21:417-427.
41. Williams S J, Hartley J P R, Graham J D P. Bronchodilator effect of delta-9-THC administered by aerosol to asthmatic patients. Thorax 1976:31:720-723.
42. Feinberg I, Jones R, Walker J, Caveness C, Floyd E. Effects of marihuana extract and THC on EEG sleep patterns. Clin Pharmacol Ther 1976:19:782:794.
43. Lemberger L, Archer R, Matsumoto K Rowe H. Pharmacologic effects and physiological disposition of THC in man. Clin Pharmacol Ther 1974:15:380-386.
44. Hine B, Torrelio M, Gershon S. Inteaction between cannabinidiol and THC in rats. Life Sci 1975:17:851-858.
45. Gross H, Ebert M H, Faden V B, Goldberg S C, Kaye W H, Caine E D, Hawks R, Zinberg N. A double-blind trial of delta-9-THC in primary anorexia nervosa. J Clin Psycho-pharmacol 1983:3:165-171.
46. Rossenberg C M, Gerrein J R, Schnell C. Cannabis in the treatment of alcoholism. J Stud Alcohol 1978:39:1955-1958.

Bir Cinayet Olgusundan Organ Aktarımı

Necmi ÇEKİN*, Ahmet HİLAL*, Tamer EREN**

** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp ABD*
*** ATK Adana Grup Başkanlığı.*

Özet

Transplantasyon için, organ kaynağının çok kısıtlı ve yetersiz kaldığı bilinmektedir. Yaşam ile ölüm arasında tercihi sağlayan önemdeki organ aktarımı, beraberinde etik, adalet ve ticaret tartışmalarını getirmektedir. Ülkemizde bu konuda düzenlemelerin yasal çerçevesi 2238 sayılı yasayla yapılmış olup, bu kanunun 14.maddesinde yapılan değişiklikle "kaza ve doğal afetler sonucu yaşamı sona ermiş kişilerden organ alınabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada bir olgu ışığında, orijinin cinayet olduğu belirtilen bir ölüden organ alımının tartışılması planlanmıştır.

Olgu:19 yaşında erkek, Kesici-delici alet yaralanması sonucu, şuuru kapalı, siyanoze, pupiller fiks dilate, kalp atımı yok, tansiyon arterielin alınmadığı bir tabloda getirilen kişiye CPR uygulanarak ameliyata alınıyor. Kalbin apeksinde kesi saptanarak ventrikül ve sol ön inen koroner arterde onarım yapılıp hemodinami sağlanıyor. Takiplerinde;şuurunun kapalı ve ağrılı uyaranlara yanıt vermediği, spontan solunumun olmadığı, 1.gün jeneralize konvülziyonlarının olduğu, ışık refleksinin çok az olduğu, daha sonraları ışık refleksinin olmadığı, vestibulo-oküler refleksin(+) olduğu, yaralanmanın 4.gününde; vestibulo-oküler refleksin (-), saat 22:00'da tansiyonunun düşmeye başladığı (75/45mmHg), 23:15'de çekilen EEG'sinde bioelektriksel aktivitenin gözlenmediği, exitus notunda hastada beyin ölümü saptandığı (iki hekim imzasıyla), nöbetçi C. Savcısının olguyu sabah Adlî Tıp uzmanıyla birlikte değerlendireceğini belirterek gelmemesi üzerine 00:45'de organlarının alımı için operasyona alındığı, belirtilmektedir.

Adli muayenesi yapılmadan, olgudan organların aktarımı hukukçular ve hekimler arasında tartışmalara yol açmıştır. Ayrıca, yasanın eksiklikleri ve değiştirilmesi gerektiği belirtilirken, var olduğu müddetçe yasalara uyulmasının zorunluluğunun göz ardı edildiği, kişilerin olgu ve yasalar hakkında yeterli bilgi sahibi olmadan yasaya uyulmamasını savunuluyor durumda oldukları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Organ aktarımı, etik, adalet, ticaret, cinayet

Giriş

Transplantasyon için, organ kaynağının çok kısıtlı olup yetersiz kaldığı bilinmektedir(1-2). Yaşam ile ölüm arasında tercihi sağlayan önemdeki organ aktarımı beraberinde etik, adalet ve ticaret tartışmalarını getirmektedir(3-6). "Bir insanın hayatını kurtarmaktan daha zorlayıcı bir gerekçe olabilir mi?" sorusuyla, "bir bireyin doku veya organını duygusal nedenlerle vermeye hakkı varsa ücret karşılığı neden vermesin" dendiği görülmektedir(3). Buna karşın, Transplantasyon Derneği Moral ve Etik Komitesi, canlı veya ölü vericilerin organlarının hangi şartlar altında olursa olsun satışının savunulamayacağını ifade etmiş, Konseyin özel karar olarak deklârasyonunda; Hiçbir organ nakli cerrahı veya ekibinin, kendisine veya bağlı bulunduğu hastane veya müesseseye ticari kazanç sağlamayı amaçlayan organ veya doku alımı veya satımı veya herhangi bir organ nakli faaliyetinde doğrudan veya dolaylı bulunamayacağını belirtmiştir(4). Organ eksikliği çözümünün ticarileşmekten geçmediği, ileri tıbbi teknoloji kadar bağışın yasal teknolojisindeki ilerlemeye bağlı olduğu belirtilmektedir. Kişilerin organlarını verme, takas etme ve satmalarıyla ilgili ulusal ve uluslararası düzenlemelerin genel ahlak açısından doğrulanabilirliğinin gerektiği ifade edilmektedir(5). Ülkemizde organ aktarımı ile ilgili düzenlemelerin yasal çerçevesi 2238 sayılı yasa ile yapılmış bu kanunun 14.maddesinde yapılan değişiklikle "kaza ve doğal afetler sonucu yaşamı sona ermiş kişilerden organ alınabileceği" belirtilmiştir(7).

Bu çalışmada, bir olgu ışığında, orijininin cinayet olduğu belirtilen bir olgudan organ alımının tartışılması planlanmıştır.

Olgu

Kesici-delici alet yaralanması sonucu, 19 yaşındaki bir erkeğin, şuuru kapalı, siyanoze, pupiller fiks dilate, kalp atımı yok, tansiyon arteriyelin alınamadığı, bir tabloda hastanenin acil servisine getirildiği, CPR uygulanarak ameliyata alındığı, kalbin apeksinde kesi saptanarak ventrikül ve sol ön inen koroner arter tamiri uygulandığı belirtilmektedir. Hasta dosyasında, hastanın takiplerinde; şuurunun kapalı ve ağrılı uyaranlara yanıt vermediği, spontan solunumun olmadığı, 1.gün jeneralize konvülziyonlarının olduğu, ışık refleksinin çok az olduğu, daha sonraları olmadığı, vestibulo-oküler refleksin(+) başladığı (75/45mmHg), 23.15'de çekilen EEG'sinde bioelektriksel aktivite gözlenmediği, exitus notunda hastada beyin ölümü saptandığı, nöbetçi C.Savcısının çağrıldığı, olguyu ancak sabah Adlî Tıp Uzmanıyla birlikte değerlendireceğini belirterek gelmemesi üzerine 00.45'de organlarının alımı için operasyona alındığı belirtilmektedir. Organlar alındıktan sonra sabah C.Savcısı Adlî Tıp Uzmanı ile olguyu değerlendirmiş ve otopsi kararı alınmıştır. Otopside;göğüs solda göğüs boşluğuna nafiz ve sağ üst kadranda cilt altına sınırlı kesici-delici alet yarası olduğu, batının açılarak karaciğer, her iki böbrek ve dalağın alınmış olduğu, kalpte ki yaralanmanın tamir edilmiş olduğu görülmüştür.

Tartışma

Transplantasyon için organ eksikliğinde, postmortem organ bağışının çözüme önemli katkı sağlayacağı belirtilmektedir(1,8-9). Postmortem bağış, kişinin ne zaman ölü kabul edileceği sorusunu getirmiş(10). Beyin ölümü üzerinde yoğun tartışmalar yaşanmasına yol açmış, oluşturulan beyin ölümü tanısal kriterleri yayınlanmıştır(6,11-13). Beyin ölümü, ülkemizde de hukuki ölüme eş değer kabul edilerek organ aktarımı için önemli bir kaynak oluşturulmaya çalışılmıştır(14).

Organ nakli ile ilgili yasalarımızda, kaza ve doğal afetler sonucu ölenlerden organ aktarımı yapılabileceği belirtilmektedir. Bunların dışındaki adli olgulardan organ alınıp alınamayacağı belirtilmemiş olmasına rağmen, kaza ve doğal afetlerin sayılması, diğerlerinin alınmamasını ifade etmektedir. Sunulan olgu, kesici-delici alet yaralanması sonucu ölen bir cinayet olgusu olarak belirtilmesine rağmen adli muayenesi yapılmadan organ aktarımı yapılmıştır. Konu hemen akabinde basına yansımış, hekimler ve hukukçular arasında yoğun tartışmalar yaşanmasına yol açmıştır. Olgu ve yasalar hakkında gerekli bilgiye sahip olmadan, kişilerin, yaşam ve bunu sağlayacak organ aktarımına gerekli hassasiyetin gösterilmediği ifade ettikleri hatta C.Savcısını suçladıklara görülmüştür(15-16).

Elmas ve arkadaşlarının Adlî Tıp Uzmanı ve diğer Hekimleri karşılaştırarak yaptıkları çalışmada;

- Otopsi öncesi organ alımının ölüm mekanizmasını aydınlatabilecek bazı bulguların kaybolmasına yol açabileceği(%84.4-%75),
- Adli olgulardan organ alma kararı öncesi Adlî Tıp Uzmanının görüşünün alınmasının gerekli olduğu(%84-%87).
- Organ alınması aşamasında Adlî Tıp uzmanının gözlemci olarak bulunması ve bulgularını rapor etmesi(%83-%87),
- Ailenin onamına ilaveten adli bilirkişinin görüşünün alınması koşulu ile savcının vereceği iznin önemli olduğu(%90.9-%94.4), sonucunu bulmuşlardır(1).

Olgunun hastaneye geterilişinin 4.gününde saat 22.00'da hemodinamiğinin bozulmaya başladığı, 23.15'de çekilen EEG'sinde bioelektriksel aktivite gözlenmediği ve 00.45'de operasyona alındığı belirtilmektedir. Her ne kadar ilk 3 gün vestibulo-oküler refleks (+) olarak belirtilmekteyse de hastaneye getirildiği andan itibaren diğer

refleksleri ve spontan solunumun olmadığı görülmektedir. Bu tablo göz önünde bulundurularak, organ nakli için ailesinden izin alındığını gösteren belge olgunun hastaneye getirilişinin 3. Günü düzenlenmiştir. Buna rağmen Cumhuriyet savcısından adli muayene istemi için ertesi gün gece 23:30'a kadar beklenilmiştir. Cumhuriyet savcısına haber verildikten sonra adli muayenede yer alacak ekibin toplanması, birkaç saati olabilmektedir. Üstelik C. Savcısının gelmesi beklenmeden organ alınmasına rağmen, gecikme nedeni ile karaciğerin nakledilemediği ifade edilmektedir. Alınan organların nakledilememesi de bu olguda, organ nakli için iyi bir hazırlık dönemi geçirilmediğini (adli muayenenin yapılması, beyin ölümü kararını verecek kurulun ve operasyon ekiplerinin oluşturulması, alıcıların saptanması, nakledilecek organların "Adana'dan Ankara'ya gönderilmesi") gösterilmektedir. Olgunun hastaneye yatırılışının 1. Günü organ nakli için ailesinden izin alındığına göre; uygun koşullarda adli muayenesinin sağlanması, bu soruların en azından bir kısmının yaşanmasına engel olabilirdi.

Klinik ölüm tanısının mümkün olduğu kadar erken sürede konması, tıbbi destek sağlanarak yaşamsal fonksiyonları sınırlı sürede konabilen olgularda, bir süre sonra hemodinamiğin bozulması ve aktarılacak organların harabiyeti nedeniyle önemlidir(1).

Hastanın beyin ölümünü belirten raporun 2 uzman hekim tarafından hazırlandığı görülmektedir. Oysa organ ve doku alınması, saklanması, aşılanması ve nakli hakkındaki kanunun 11.maddesinde 1 kardiyolog, 1 nörolog, 1 nöroşirurjiye ve 1 anestezi ve reanimasyon uzmanından oluşan 4 kişilik hekimler kurulunca ölüm kararı verilmesi istenmektedir(17).

Organ nakli ile ilgili ulusal ve uluslar arası bildirge ve yasalarda organ naklinde "herhangi bir mükafat ve satışın olamayacağı belirtilmesine rağmen (4,5,6): olgunun babası, yüksek tutan hastane ücretlerinin alınmaması koşulu ile organların alınmasına izin verdiğini ifade etmiştir.

Olgunun cinayet olması göz önünde bulundurularak ortaya çıkabilecek iddialar yönünden titiz davranılması gerekmektedir. Otopside karın iç organlar değerlendirilememiştir. Bunun dışında; uygulanan tedavi ve organ alımına zemin hazırlandığı yönünde spekülasyonlar söz konusu olabilecektir. Ortaya çıkacak iddiaların önüne geçmek ve hakların korunabilmesi amacıyla bu tür olgularda adli muayenenin mutlaka yapılmış olması gerekmektedir. Bu nedenlerle, Elmas ve arkadaşlarının da belirttiği gibi(1);kaza ve doğal afetler dışındaki adli olgulardan da organ alınması ve adli olgulardan organ alınması koşullarını belirleyen ve mevcut yasanın eksikliğini tamamlayan yeni yasal düzenlemeler gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Elmas İ, Tüzün B, Akkay E. Adli Otopsi Öncesi Transplantasyon amaçlı organ alınmasına hekimlerin yaklaşımı:anket çalışması. Adlî Tıp Bülteni 1998;3(1):51-6.
2. Jacobsan A, Albrechtsen D, Fauchald P, Leivestad T, Sodal G, Flatmark A. Açığı kapatmak için akrabalar, Norveç Deneyimi Türkçe çeviri Editörü Erek E. ESOT ve EDTA /ERA'nın ilk müşterek toplantı "Organ Ahlak, Adalet,Ticaret" Kitabı, Münih Aralık 1990:34-35.
3. Reddy KC. Bedel Karşılığı Organ Bağışı: Hindistan'dan bir bakış açısı. 128-134.
4. Fluss SS. İnsan Organları ve Dokularıyla İlgili Ticari Muamelenin önlenmesi:Düzenleyici ve idari önlemlere Uluslar arası bir bakış 113-120.
5. Engelhardt HT. Evrensel bir ahlak sistemi varmıdır? Yoksa ahlak kuralları kültüre mi bağımlıdır? 107-112.
6. Örnek Büken N. Organ aktarımlarında beyin ölümünün Tıbbi, felsefi ve teolojik yönleri. Türkiye Klinleri Tıbbi Etik 1996:4(2).
7. Görkey Ş, Baysoy G, Başkan T. Avrupa Konseyinin üye ülkelerin organ ve doku aktarımı ile ilgili yasaları arasında uyum sağlamaya yönelik önergesinin Türkiye'deki organ aktarımı yasası ile karşılaştırılması. 8.Ulusal Adlî Tıp Günleri. Poster Sunuları Kitabı 1995:225-230.
8. Adib Rizvi, Anwar Naqvi S. Kadavra organ bağışına karşı gösterilen direnç :Gelişmekte olan bir ülkenin tecrübesi. 211-212.
9. Hessing DJ, Charro FT, Akkermans PW. Organ temini sistemlerinin psikolojik yönleri 202-204.
10. Rego-PedroJ. Kişi ne zaman ölüdür? Avrupalı Filozof ve ozanların cevabı. 189.
11. Salaçin S, Gülmen MK, Erkol Z, Dönsak L. Beyin ölümü kavramına sosyal yaklaşım: İki ayrı bölge anket çalışmasının değerlendirilmesi. T Klin Tıbbi Etik 1996;4(2):85-87,
12. Elmas İ, Sözen Ş, Fincancı ŞK, Aykoç M. Ölüm kararı ve yetkisi. I.Adli Bilimler Kongre Kitabı 1994:66-69.
13. Sass HM. Beyin ölümü kriterinin kabulünde felsefi tartışmalar. 180-185.
14. Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliği. TC. Resmi Gazete, 20.08.1993, sayı:2174.
15. Organ nakline 4 yıl hapis istemi, Başhekim:Yine yaparım. Milliyet Gazetesi, 22 Haziran 2001.
16. Otopsi mi öncelikli organ naklimi? Çapraz Ateş. Milliyet Gazetesi.
17. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun, TC. Resmi Gazete, 3 Haziran 1979, sayı:16655.

Hezeyanlı Bozuklukların Adlî Psikiyatri Yönünden İncelenmesi (Ön Çalışma)

Süheyla ALİUSTAOĞLU*, Gökhan ORAL**, Kağan GÜRPINAR*, Çiğdem COŞKUN*

** Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul*
*** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adlî Psikiyatri Bilim Dalı, Adlî Tıp Uzmanı*

Özet

Bir çok kaynakta, psikotik bozukluklardaki hezeyanların, özellikle fiziksel şiddet suçlarının oluşumunda önemli bir motivasyon olduğu belirtilmektedir

Bu çalışma ile Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'na gelen olgularda, psikiyatrik hastalıklar içerisinde sık rastlanılmayan hezeyanlı bozuklukları ayrıntılı olarak tanımlamak, mevcut hezeyanların hangi tetikleyici mekanizma ile suça yol açtığını irdelemek ve hezeyanları sınıflandırmada geçerli kriterleri geliştirmek amaçlanmıştır.

Çalışma 1994-2000 yılları arasındaki 7 yıllık dönemde Adlî Tıp Kurumu 4.İhtisas Kurulu' na ceza ehliyetlerinin bulunup bulunmadığı sorusu üzerine gelen ve " paranoid sendrom" tanısı alan olguların retrospektif değerlendirilmesi şeklinde yapılmıştır. Vakalar yaş, cinsiyet, medeni durum,meslek,geldiği bölge gibi sosyo-demografik veriler ile suçun kime yönelik olduğu,motivasyon,suç aleti gibi kriminolojik veriler açısından incelenmiştir.

Çalışmaya alınan toplam 177 olgunun % 96'sı (n:170) erkek, % 4'ü (n.7) kadın olup ortalama yaş 46.9 ± 13.0' dır. Olguların ; % 81.3 (n: 144)'ü evli, % 8.4 (n:15)'ü boşanmış, % 7.3 (n:13)'ü bekar, % 2.8 (n: 5)'i duldur. İşlenen suçların en sık görülenleri ; % 52.5 (n: 93) oranla adam öldürme, % 22.0 (n: 39) oranla müessir fiil ve % 15.3 (n:27) oranla iftira ve tehditdir. Suçların % 36.7 (n: 65)'sinin eşe , % 21.5 (n. 38)'inin arkadaş, komşu gibi yakın çevreye , % 15.3 (n :27)'ünün birinci derece yakınlarına yönelik olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda, paranoid sendrom tanısı alan olguların, adam öldürme ve müessir fiil gibi ağır fiziksel şiddet suçlarını, eş ve birinci derecedeki aile yakınlarına karşı işledikleri saptanmıştır. Olguların "aldatılma" olarak ifade ettikleri kıskançlık hezeyanlarının suçun işlenmesinde etkin olduğu görülmüştür .

Giriş ve Amaç

Bir çok kaynakta, psikotik bozukluklardaki hezeyanların, özellikle fiziksel şiddet suçlarının oluşumunda önemli bir motivasyon olduğu belirtilmektedir (1-3). Hezeyanlı bozukluğun başlıca özelliği, DSM-IV tanı kriterlerine göre en az bir ay süren, ICD-10 tanı ölçütlerine göre ise en az üç ay süren bir ya da birden çok bizar olmayan hezeyanın olmasıdır (4-6). Hezeyanlı bozukluklar, psiko-sosyal işlevsellikte belirgin değişiklik olmaması, kişiler arası ilişkilerinin ve mesleki rollerinde önemli bir bozukluğun görülmemesi nedeni ile psikiyatri kliniklerinde sık rastlanılmayan, genelde toplum içinde kendi ve etrafı tarafından farkedilmesi güç bir hastalık grubunu oluşturur (6-8).

Ayırıcı tanısında şizofreni, şizofreniform bozukluk, paranoid kişilik bozuklukları, psikotik özellikleri olan duygu durum bozuklukları ve hipokondriyazis önemli bir yer tutmaktadır (4,6,9).

Bu çalışma ile Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'na gelen olgularda, psikiyatrik hastalıklar içerisinde sık rastlanılmayan hezeyanlı bozuklukları ayrıntılı olarak tanımlamak, mevcut hezeyanların hangi tetikleyici mekanizma ile suça yol açtığını irdelemek ve hezeyanları sınıflandırmada geçerli kriterleri geliştirmek amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Deskriptif epidemiyolojik yöntemle planlanan bu ön çalışma 1994-2000 yılları arasındaki 7 yıllık dönemde Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'na ceza ehliyetlerinin bulunup bulunmadığı sorusu ile, ilgili mahkemelerince gönderilen "paranoid sendrom" tanısı alan olguların retrospektif değerlendirilmesi şeklinde yapılmıştır. Vakalar yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, geldiği bölge gibi sosyo-demografik veriler ile suçun kime yönelik olduğu, motivasyon, suç aleti gibi kriminolojik veriler açısından sıklık ve yüzde oran kullanılarak incelenmiştir (10).

Bulgular

Çalışmaya alınan 177 olgunun % 96 (n:170)'sı erkek, % 4 (n:7)'ü kadındır. Ortalama yaş 46.9 ± 13.0'dır. Olguların sosyo-demografik ve kriminal özellikleri tablo 1ve 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

EĞİTİM DURUMU	**n**	**%**
Okur-yazar	21	11.9
İlkokul	92	52.0
Ortaokul	24	13.5
Lise	29	16.4
Üniversite	11	6.2
MEDENİ DURUM		
Evli	144	81.4
Bekar	13	7.3
Dul	5	2.8
Boşanmış	15	8.5
MESLEK		
Çiftçi	55	31.1
İşçi	39	22.0
Esnaf	34	19.2
İşsiz	22	12.4
Memur	20	11.3
Ev Hanımı	7	4.0
SUÇUN İŞLENDİĞİ BÖLGE		
Marmara	54	30.5
İç Anadolu	44	24.8
Doğu Anadolu	26	14.7
Karadeniz	18	10.2
Akdeniz	12	6.8
Ege	12	6.8
Güney Doğu Anadolu	11	6.2

Tablo 2: Araştırma Grubunun Kriminal Verileri

SUÇUN CİNSİ	**n**	**%**
Adam Öldürme	93	52.5
Müessir Fiil	39	22.0
İftira, Tehdit, Hakaret	27	15.3
Diğer (Hırsızlık, rüşvet, Kamu Suçları vb...)	18	10.2
SUÇ ALETİ		
Ateşli Silah	65	36.7
Kesici Delici Alet	40	22.6
Kesici Ezici Alet	16	9.1
Darp, Künt Cisim Travması	11	6.2
Boğma (Elle veya iple)	5	2.8
Haşlama	1	0.6
SUÇUN KİME KARŞI İŞLENDİĞİ		
Eş	65	36.7
Birinci derece aile yakını	27	15.3
Arkadaş, komşu	38	21.5
Eşinin sevgilisi olduğu düşünelen kişi	11	6.2
Diğer (Adlî görevliler, kamu davaları vb.)	36	20.3
SANIKLARA GÖRE OLAY NEDENİ		
Aldatıldığı Düşüncesi	76	42.9
Kendisine veya yakınlarına kötülük yapılacağı endişesi	57	32.2
Basit Kavga	20	11.3
Diğer (Mistik hez., Devlete karşı suç işlendiği düş. vb.)	24	13.6
OLAY YERİ		
Ev	80	45.2
Açık Alan	50	28.2
İşyeri	17	9.6
Kahve	5	2.8
Diğer	25	14.2
MADDE KULANIMI		
Madde kullanımı olmayan	165	93.3
Alkol	9	5.0
Esrar	3	1.7

Kriminolojik verilerin değerlendirilmesinde; suçların 106'sı kırsal, 71'i kentsel bölgelerde işlendiği görüldü. Kriminal antesedan 27 olguda saptandı. Bu olguların % 37 (n:10)'si adam öldürme, % 22.0 (n:6)'ı tehdit, %15

(n:4)'i müessir fiil, % 26 (n:7)'sı diğer suçlardan sabıkalıydı. Olay öncesi ,tıbbi antesedanı olan 56 olgunun % 57 (n:32)'sinde hezeyanlı bozukluk saptandı. Olay sonrası Adlî Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'na muayaneye gönderilmeden önce başka sağlık kuruluşlarınca muayene edilen 153 vakanın % 77 (n:118)' sinin hezeyanlı bozukluk tanısı aldığı görüldü.

Adam öldürme ve müessir fiil suçunu işleyen olguların % 97.7 (n:129) 'si erkek, % 2.3 (n:3)'ü kadındı. Yaş ortalaması 46.3 ± 13.3 bulundu. Bu olguların sosyo-demografik ve kriminal verileri tablo 3 ve 4'de gösterilmiştir.

Tablo 3: Adam öldürme ve müessir fiil olgularının sosyo – demografik özellikleri

EĞİTİM DURUMU	**n**	**%**
Okur-yazar	16	12.1
İlkokul	75	56.9
Ortaokul	17	12.9
Lise	18	13.6
Üniversite	6	4.5
MEDENİ DURUM		
Evli	112	84.8
Bekar	8	6.1
Dul	3	2.3
Boşanmış	9	6.8
MESLEK		
Çiftçi	47	35.7
İşçi	30	22.7
Memur	14	10.6
Esnaf	22	16.7
İşsiz	13	9.8
Ev Hanımı	6	4.5
SUÇUN İŞLENDİĞİ BÖLGE		
Marmara	37	28.1
Ege	9	6.8
Karadeniz	14	10.6
İç Anadolu	30	22.7
Akdeniz	12	9.1
Doğu Anadolu	21	15.9
Güney Doğu Anadolu	9	6.8

Tablo 4: Adam öldürme ve müessir fiil olgularının kriminal verileri

SUÇ ALETİ	**n**	**%**
Ateşli Silah	63	47.7
Kesici Delici Alet	40	30.3
Kesici Ezici Alet	14	10.6
Darp, Künt Cisim Travması	9	6.8
Boğma (Elle veya İple)	5	3.8
Haşlama	1	0.8
SUÇUN KİME KARŞI İŞLENDİĞİ		
Eş	62	47.0
Birinci Derece Aile Yakını	25	18.9
Arkadaş, komşu	24	18.2
Eşinin sevgilisi olduğu düşünüler kişi	10	7.6
Diğer (Adlî görevliler, kamu davaları vb...)	11	8.3
SANIKLARA GÖRE OLAY NEDENİ		
Aldatıldığı Düşüncesi	64	48.5
Kendisine veya yakınlarına kötülük yapıldığı veya yapılacağı endişesi	35	26.5
Basit Kavga	11	8.3
Diğer (Mistik Hezeyanlar, devlete karşı suç işlendiği düşüncesi vb...)	22	16.7
OLAY YERİ		
Ev	76	57.5
Açık Alan	43	32.6
İşyeri	9	6.8
Kahve	3	2.3
Diğer	1	0.8
MADDE KULLANIMI		
Madde Kullanımı olmayan	125	94.7
Alkol	6	4.5
Esrar	1	0.8

Tartışma

Hezeyanlı bozukluklar 40-49 yaşlar arasında pik yapmaktadır. Bizim çalışmamızda yaş ortalaması (46.9±13.0) literatürle uyumlu bulunmuştur (3,4). Boxer'in yaptığı bir çalışmada paranoid elementlerin hakim olduğu psikiyatrik hastaların çoğunun şiddet uygulayan bir yapıları olmamasına rağmen hezeyanları doğrultusunda ciddi şiddet suçlarını işleyebildikleri saptanmıştır (2). Aynı alanda Nestor ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ölümcül şiddet ve psikoz arasındaki ilişkinin incelenmesinde paranoid sanrıları olanların ağır fiziksel şiddet uygulayabilecekleri bildirilmektedir (11). Ceza Mahkemelerine açılan ve yoğunluk gösteren davaların 2000 yılındaki dağılımı incelendiğinde 18 yaş üstünde suç işleyen 704139 kişi arasında adam öldürme % 5.3

(n:37365), müessir fiil % 20.8 (n:146449), hakaret-tehdit % 2.8 (n:19402) oranlarında görülmektedir (12). Bizim çalışmamızda paranoid sendrom tanısı alan olgularımızda adam öldürme % 52.5, müessir fiil % 22, hakaret-tehdit % 15.2 oranında bulundu. Hezeyanlı bozukluğun adam öldürme gibi ağır fiziksel şiddet suçunun işlenmesinde yüksek düzeyde bir motivasyon oluşturduğu dikkat çekici bulundu. Müllen ve Mach'ın 138 kıskançlık hezayanlı olgu üzerinde yaptığı araştırmada hastaların % 50'inden fazlasının eşine karşı fiziksel şiddet uyguladıkları, yaralanmalara neden oldukları bildirilmektedir (1). Bu oran bizim olgularımızda % 36 oranında görülmektedir.

Sonuç

Çalışmamızda, paranoid sendrom tanısı alan olguların, adam öldürme ve müessir fiil gibi ağır fiziksel şiddet suçlarını, eş ve birinci derecedeki aile yakınlarına karşı ateşli silah ve kesici delici alet ile işledikleri saptanmıştır. Olguların "aldatılma" olarak ifade ettikleri kıskançlık hezeyanlarının suçun işlenmesinde etkin olduğu görülmüştür.

Kaynaklar

1. Mullen P., Taylor P.J., Wessely S.: Psychosis, Violence and Crime in Forensic Psychiatry ed. by Gunn J., Taylor P.J., Antony Rowe Ltd., Chippenham, Wiltshire, 1999, pp: 335-352
2. Boxer P.A.: Assessment of Potential Violence in the Paranoid Worker, Occup Med, 1993 Feb, 35(2), pp: 127-131
3. Oral G.: Adli Psikiyatri, Adlî Tıp içinde, ed. Soysal Z., Çakalır C., İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayını, 1999, pp: 1453-1458
4. Köroğlu E.: Mental Bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı DSM-IV Hekimler yayın birliği, 1998, pp: 379-381
5. Öztürk M.O., Uluğ B.: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Dünya Sağlık Örgütü, 1992, pp: 89-96
6. Kaplan H., Sadock B J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6 th ed., A Waverly Company, 1995, pp: 1031-1040
7. Gutheil T.G., Appelbaum P.S.: Clinical Handbook of Psychiatry and the Law A Wolters Kluwer Company, 2000, pp: 112-114
8. Adam E., Şar V., Tükel R., Üçok A., Yazıcı O.: Psikiyatri, İ.Ü. Yayınları, 1998, pp: 134-143
9. Hırsch S.R., Weinberger D.R.: Schizophrenia Blackwell Science Ltd, 1995, pp: 58-72
10. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V.: Biyoistatistik, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 3. Baskı, 1990, pp: 111
11. Nestor P.G., Haycock J., Doiron S., Kelly J., Kelly D.: Lethal Violence and Psychosis: A Clinical Profile, Bull Am Acad Psychiatry Law, 1995, 23(3), pp: 331-341
12. Ceza Mahkemelerinde Açılan ve Yoğunluk Gösteren Davaların Dağılımı, www.adli-sicil.gov.tr/Istatistikler/1996/96CEZA4.htm

Adlî Rapor Düzenlenmesinde Kullanılması Öngörülen Muayene ve Rapor Formlarının Etkinliği

Okan AKAN*, Yasemin Günay BALCI**, Elif TOLGAY***

** Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı Afyon Adlî Tıp Şube Müdürlüğü*
*** Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı*
**** Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı Bursa Adlî Tıp Şube Müdürlüğü*

Özet

Sağlık Bakanlığının 20.09.2000 tarihli genelgesi ile kullanımı zorunlu hale getirilen "Genel Adli Muayene Raporu" formlarının kullanım oranı ve etkinliğini araştırmak için Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı Afyon ve Bursa Adlî Tıp Şube Müdürlüklerine 01.05.2001-31.07.2001 tarihleri arasında kesin rapor düzenlenmesi için gönderilen geçici raporlar değerlendirildi. 343 olguda (%12.4) "Genel Adli Muayene Raporu" formunun kullanıldığı saptandı. Bu olgularda; gönderen makam, resmi yazı tarihi ve no, getiren görevlinin adı soyadı ve yaka/sicil no, olay tarihi ve saati, olayın öyküsü, muayene edilen kişinin mesleği, sol kolda mühür olup olmadığı, özgeçmişi, soy geçmişi, şikayeti, bölgelerine göre sistem muayeneleri, raporu teslim alanın kimliği, teslim tarihi ve saati gibi parametrelerin %93.3-%68.1 arasında değişen oranlarda eksik bırakıldığı tespit edildi. Genel Adli Muayene Raporu formu kullanılan olgularla bu formun kullanılmadığı olgular arasından rastlantısal olarak seçilen olgular karşılaştırıldığında; raporu isteyen makamın resmi yazı tarih ve numarası, getiren görevlinin adı soyadı ve yaka/sicil numarası, muayene edilen kişinin kolundaki mühür durumu, baba adı, doğum yeri, mesleği, olayın öyküsü, şahsın şikayetleri, özgeçmiş ve soygeçmişi, konsültasyon istenip istenmediği, raporu teslim alanın kimliğinin kaydedilmesi ve diyagram kullanma oranının form kullanılan olgularda kullanılmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu ($p<0.05$) saptandı.

Bu çalışmada form kullanımının adli raporların içeriğine olumlu etkisinin olduğu ancak zorunlu olarak kullanılması gereken bu formların çok az kullanıldığı ve istenilen düzeyde doldurulmadığı ortaya çıkmıştır.

Giriş ve Amaç

Sağlık Bakanlığının 20.09.2000 tarihli "Adli Tabiplik Hizmetleri ve Adli Raporların Düzenlenmesi" konulu genelgesinde; Adlî Tıp hizmetlerinin tüm yerleşim birimlerinde düzenli ve kaynak israfına yol açmadan, insan haysiyetine, temel hak ve hürriyetlerin mahiyetine uygun olarak yürütülmesi, bu hizmet ile ilgili ulusal ve uluslararası yargı kuruluşları ve diğer kuruluşlar nezdinde yaşanan problemler ile hekimler hakkında ileri sürülebilecek haksız ithamları asgari düzeye indirebilmek amacıyla 4 nüsha halinde doldurulacak olan ve 3 sayfadan oluşan "Genel Adli Muayene Raporu" ile erkekler ve kadınlar için ayrı ayrı düzenlenen ve 3'er sayfadan oluşan "Cinsel Saldırı Muayene Raporu" başlıklı formların kullanılacağı belirtilmektedir (1). Bu çalışmada söz konusu genelge ile kullanılması zorunlu hale getirilen "Genel Adli Muayene Raporu" başlıklı formların kullanım oranı ve etkinliğini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

01.05.2001-31.07.2001 tarihleri arasında Adlî Tıp Kurumu Başkanlığı Afyon ve Bursa Adlî Tıp Şube Müdürlüklerine kesin rapor düzenlenmesi için gönderilen olgulardaki geçici raporlar 'Genel Adli Muayene Raporu' formu kullanımı açısından değerlendirilmiş, ilgili formun kullanıldığı olgularda formda bulunan bölümlerin doldurulma oranları araştırılmıştır. Ayrıca formun kullanıldığı tüm olgular ile kullanılmadığı 90 olguya (rastlantısal olarak seçilen) ait geçici raporlarda, bir raporda bulunması gereken parametreler karşılaştırılmış, yüzde ve frekans analizlerinin yanı sıra c2 testi uygulanmıştır.

Bulgular

01.05.2001-31.07.2001 tarihleri arasındaki üç aylık süre içerisinde Adlî Tıp Kurumu Afyon ve Bursa Adlî Tıp Şube Müdürlüklerine kesin rapor düzenlenmesi için gönderilen 2788 olgunun sadece 343'ünde (%12.4) "Genel Adli Muayene Raporu" formunun kullanıldığı, geri kalan %87.6'sında ise kullanılmadığı saptandı. Çalışma Bakanlığına bağlı Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinde bu form hiç kullanılmamıştı. 343 formun 341'inde (%99.4) muayene edilen kişinin adı soyadı kayıtlıydı. Rapor sayısı (%98.5), hekimin kimliği (%98.5), sonuç (%98.3), baba adı (%97.1), doğum tarihi (%92.7), bölgelerine göre lezyonlar (%91.8), muayene tarihi (%88.6) ve muayene saati (%86.6) sırasıyla en fazla doldurulan bölümlerdi. Olguların sadece 53'ünde (%15.4) şahsın şikayetleri kaydedilmişti. Bölgelerine göre lezyonlar 315 olguda (%91.8) belirtilmekle birlikte formların sadece %16.6'sında (n=57) vücut diyagramlarında bu lezyonlar işaretlenmişti. Bölgelerine göre sistem muayenesi ise sadece 48 olguda (%14.0) yapılmıştı. Konsültasyon istenen 46 olgunun (%13.4) sadece 4'ünde konsültasyon hekiminin kimliği belirtilmişti. 119 olguda (%34.7) tetkik istenmişti. 10 olguda (%2.91) psikiyatrik muayene yapılmıştı. Gönderen makam, resmi yazı tarihi ve no, getiren görevlinin adı soyadı ve yaka/sicil no, olay tarihi ve saati, olayın öyküsü, muayene edilen kişinin mesleği, sol kolda mühür olup olmadığı, özgeçmişi, soy geçmişi, şikayeti, bölgelerine göre sistem muayeneleri, raporu teslim alanın kimliği, teslim tarihi ve saati gibi parametreler olguların çok az bir kısmında (%6.7-%31.9) doldurulmuştu (Tablo-1).

Genel Adli Muayene Raporu formu kullanılan olgularla bu formun kullanılmadığı olgular arasından rastlantısal olarak seçilen olgular karşılaştırıldığında; raporu isteyen makamın resmi yazı tarih ve numarası, getiren görevlinin adı soyadı ve yaka/sicil numarası, muayene edilen kişinin kolundaki mühür durumu, baba adı, doğum yeri, mesleği, olayın öyküsü, şahsın şikayetleri, özgeçmiş ve soygeçmişi, konsültasyon istenip istenmediği, raporu teslim alanın kimliğinin kaydedilmesi ve diyagram kullanma oranının form kullanılan olgularda kullanılmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu ($p<0.05$) saptandı (Tablo-2).

Tablo-1: Form Kullanılan Olgularda Formda Yer Alan Bölümlerin Doldurulma Durumu

PARAMETRE	+(DOLDURULMUŞ)		-(DOLDURULMAMIŞ)	
	Sayı	%	Sayı	%
RAPOR SAYISI	338	98.5	5	1.5
GÖNDEREN MAKAM	85	24.8	258	75.2
RESMİ YAZI TARİHİ	68	19.8	275	80.2
RESMİ YAZI NO	57	16.6	286	83.4
GETİREN GÖREVLİNİN YAKA/SİCİL NO	77	22.4	266	77.6
GETİREN GÖREVLİNİN ADI SOYADI	83	31.9	260	68.1
MUAYENE EDİLENİN ADI SOYADI	341	99.4	2	0.6
BABA ADI	333	97.1	10	2.9
DOĞUM YERİ	253	73.8	90	26.2
DOĞUM TARİHİ	318	92.7	25	7.3
MESLEĞİ	33	9.6	310	90.4
SOL KOLDA MÜHÜR	75	21.9	268	78.1
OLAY TARİHİ	75	21.9	268	78.1
OLAY SAATİ	62	18.1	281	81.9
OLAYIN ÖYKÜSÜ	68	19.8	275	80.2
MUAYENE EDİLENİN ŞİKAYETİ	53	15.4	290	84.6
ÖZGEÇMİŞ	32	9.3	311	90.7
SOYGEÇMİŞ	29	8.4	314	91.6
MUAYENE TARİHİ	304	88.6	39	11.4
MUAYENE SAATİ	297	86.6	46	13.4
MUAYENE BULGULARI (BÖLGELERİNE GÖRE LEZYONLAR)	315	91.8	28	8.2
BÖLGELERİNE GÖRE SİSTEM MUAYENELERİ	48	14.0	295	86.0
PSİKİYATRİK MUAYENE	10	2.9	333	97.1
KONSÜLTASYON	46	13.4	297	86.6
KONSÜLTASYON HEKİMİ KİMLİĞİ	4	1.2	339	98.8
TETKİKLER	119	34.7	224	65.3
SONUÇ	337	98.3	6	1.7
HEKİMİN KİMLİĞİ	338	98.5	5	1.5
RAPORU TESLİM ALANIN KİMLİĞİ	25	7.3	318	92.7
TESLİM TARİHİ	24	7.0	319	93.0
TESLİM SAATİ	23	6.7	320	93.3
DİYAGRAM KULLANMA DURUMU	57	16.6	286	83.4

Tablo-2: Form Kullanılan ve Kullanılmayan Olgularda Formda Yer Alan Bölümlerin Doldurulma Durumu Karşılaştırılması

		FORM (+)	FORM (-)	TOPLAM	X^2	P
RAPOR SAYISI	+ (VAR) - (YOK)	338 5	88 2	426 7	FISHER'S EXACT TEST (FET)	>0.05
GONDEREN MAKAM	+ -	85 258	22 68	107 326	0.00	>0.05
RESMI YAZI TARIHI	+ -	68 275	2 88	70 363	FET	<0.000**
RESMI YAZI NO	+ -	57 286	1 89	58 375	FET	<0.000**
GOREVLININ YAKA/SİCİL NO	+ -	77 266	0 90	77 356	FET	<0.000**
GOREVLININ ADI SOYADI	+ -	83 260	0 90	83 350	FET	<0.000**
MUA. EDILENIN ADI SOYADI	+ -	341 2	90 0	431 2	FET	>0.05
BABA ADI	+ -	333 10	72 18	405 28	34.40	<0.000**
DOGUM YERI	+ -	253 90	39 51	292 141	30.06	<0.000**
DOGUM TARIHI	+ -	318 25	84 6	402 31	0.04	>0.05
MESLEGI	+ -	33 310	1 89	34 399	FET	<0.005**
SOL KOLDA MUHUR	+ -	75 268	0 90	75 358	FET	<0.000**
OLAY TARIHI	+ -	75 268	21 69	96 337	0.09	>0.05
OLAY SAATI	+ -	62 281	14 76	76 357	0.31	>0.05
OLAYIN OYKUSU	+ -	68 275	4 86	72 361	FET	<0.000**
ŞAHSIN ŞİKAYETLERİ	+ -	53 290	1 89	54 379	FET	<0.000**
OZGEÇMIŞ	+ -	32 311	1 89	33 400	FET	<0.01**
SOYGEÇMIŞ	+ -	29 314	1 89	30 403	FET	<0.05**
MUAYENE TARIHI	+ -	304 39	86 4	390 43	FET	>0.05
MUAYEME SAATI	+ -	297 46	79 11	376 57	0.09	>0.05
BOLGELERINE GÖRE LEZYONLAR	+ -	315 28	88 2	403 30	FET	>0.05
BOLGELERINE GÖRE SİSTEM MUAYENESİ	+ -	48 295	8 82	56 377	1.65	>0.05
PSIKIYATRIK MUAYENE	+ -	10 333	0 90	10 423	FET	>0,05
KONSULTAS-YON	+ -	46 297	5 85	51 382	4.23	<0.05**
KONSULTAS-YON HEKİMİ KİMLİĞİ	+ -	4 339	1 89	5 428	FET	>0.05
TETKIKLER	+ -	119 224	34 56	153 280	0.30	>0.05
SONUÇ	+ -	337 6	88 2	425 8	0.09	>0.05
HEKIMIN KIMLIGI	+ -	338 5	89 1	427 6	FET	>0.05
RAPORU TESLİM ALANIN KİMLİĞİ	+ -	25 318	19 71	44 389	14.92	<0.000**
TESLIM TARIHI	+ -	24 319	2 88	26 407	FET	>0.05
TESLIM SAATI	+ -	23 320	2 88	25 408	FET	>0.05
DIYAGRAM KULLANIM DURUMU	+ -	57 286	0 90	57 376	FET	<0.000**

** İstatistiksel olarak anlamlı

Tartışma ve Sonuç

1920 yılında çıkarılan 38 sayılı Tababet-i Adliye kanununun 3. maddesinde Türkiye'de hekimlik yapma hakkını taşıyan her hekimin adli vakalara bakmakla yükümlü olduğu belirtilmektedir. 1961 yılında kabul edilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanunun 10. maddesi uyarınca her sağlık ocağı hekimi kendi ocak bölgesindeki adli hekimlik görevini yerine getirmek zorundadır. Hekimlerin yaşayan kişiler üzerindeki adli hekimlik görevlerinin büyük bir kısmını adli rapor düzenlemek oluşturur. Hekim; herhangi bir travma sonucunda yaralanan kişileri dikkatli bir şekilde muayene edip gerekli gördüğü çağdaş tanı yöntemlerini kullanarak vücutta oluşan lezyonları tespit ederek tedavi için gerekli işlemleri yapmasının yanı sıra saptadığı lezyonları içeren adli raporu gerekli makamlara vermek üzere hazırlamalıdır (2,3). Adlî Tıp Uzmanları Derneği (ATUD) tarafından hazırlanmış, birinci basamak hekimlere önerilen adli rapor formlarının kullanımı Sağlık Bakanlığının 20.09.2000 tarihli genelgesi ile zorunlu hale getirilmiştir.

Çalışmamızda kullanımı zorunlu hale getirilen rapor formlarının, incelenen 2788 olgunun sadece 343'ünde (%12.4) düzenlendiği saptanmıştır. Rapor formlarının kullanıldığı olgularda rapor sayısı, hekimin kimliği, sonuç, baba adı, doğum tarihi, bölgelerine göre lezyonlar, muayene tarihi ve muayene saati sırasıyla en fazla doldurulan bölümlerdi. Form kullanılan olguların sadece %15.4'ünde şahsın şikayetlerinin ve %19.8'inde olayın öyküsünün kaydedilmiş olması -istatistiksel olarak form kullanılmayan olgulara kıyasla daha fazla oranda olmakla birlikte- hekimin yeterli anamnez almadan fizik muayene işlemine geçtiğini düşündürmektedir. Bölgelerine göre saptanan lezyonların formların %91.8'ünde kayıtlı olmasına rağmen sadece % 16.6 olguda vücut diyagramlarına işaretlenmiş olması formların doldurulması için yeterli zamanın harcanmadığı ve gerekli özenin gösterilmediği şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızda bölgelere göre sistem muayenesinin olguların sadece %14.0'ında kaydedilmiş olduğu düşünüldüğünde olgulara ayrıntılı bir fizik muayene yapılmak yerine sadece görülen lezyonlara yönelindiği kanısına varılmıştır.

Çoltu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisince 1995-1997 yıllarında düzenlenen adli rapor formlarının değerlendirilmesinde; baba adında %22.41, doğum tarihinde %6.43, rapor tarihinde %0.68, rapor saatinde %3.44, olay türünde %1.17, olay saatinde %4.85, raporu teslim alanın adı soyadında %12.97 oranında eksiklik saptanmıştır (4). Bizim yaptığımız çalışmada ise baba adında %2.9, doğum tarihinde %7.3, olayın öyküsünde %80.2, olay saatinde %81.9, raporu teslim alanın adı soyadında %92.7 gibi yüksek oranda eksiklikler tespit edilmiştir. Bu durum adli raporların nitelikli biçimde düzenlenmesinde sadece zorlamaların yeterli olmadığı, adli raporların öneminin verilecek eğitimle vurgulanması gerektiği şeklinde yorumlandı.

Formun kullanıldığı olgularla kullanılmayanlar karşılaştırıldığında; raporu isteyen makamın resmi yazı tarih ve numarası, getiren görevlinin adı soyadı ve yaka/sicil numarası, muayene edilen kişinin kolundaki mühür durumu, baba adı, doğum yeri, mesleği, olayın öyküsü, şahsın şikayetleri, özgeçmiş ve soygeçmişi, konsültasyon istenip istenmediği, raporu teslim alanın kimliğinin kaydedilmesi ve diyagram kullanma oranının form kullanılan olgularda kullanılmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olması, form kullanımının ideal bir raporda bulunması gereken parametrelerin kaydedilmesinde olumlu bir etkisinin olduğu şeklinde yorumlandı.

Sonuç olarak; form kullanımının adli raporların içeriğine olumlu etkisi olmakla birlikte zorunlu olarak kullanılması gereken bu formların maalesef yeterince kullanılmadığı gerçeği ortaya çıkmıştır. Birinci basamak adli hekimlik alanında hizmet kalitesinin arttırılması için sadece muayene ve rapor formlarının uygulamaya sokulma-

sının yeterli olmadığı, konunun önemi ile ilgili eğitim desteği ile birlikte gerekli denetimlerin yapılmasının uygun olacağı kanaatine varılmıştır.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığının 20.09.2000 tarihli genelgesi
2. Tunalı İ. Adlî Tıp. Ankara: Atilla Kitabevi, 1995: 130-43.
3. Akan O, Kök AN. Pratisyen hekimlerin adli hekimlik görevleri. Yeni Tıp Dergisi 1998; 15: 233.
4. Çoltu A, Durak D, Fedakar R. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisinde düzenlenen Adli rapor formlarının değerlendirilmesi. III. Adli Bilimler Kongresi, 14-17 Nisan 1998 Kuşadası, Poster sunusu.

İnhibisyona Bağlı Bir Ölüm Olgusu

Recep FEDAKAR*,**

** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Anabilim Dalı*
*** Adlî Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı*

Özet

İnhibisyona bağlı ölümler nadir görülen olgulardır. 6 yaşında bir erkek çocukta kronik adenoid tanısı ile yatırıldığı hastanede ameliyat sırasında adenoidlerin ilk küretajında ani bradikardi ve kardiak arrest gelişmiş, yapılan resüstasyona cevap vermemiştir. Otopside mukozanın birlikte kazındığı adenoidal bölgenin ekimozlu olması ve yapılan resüstasyon işlemine ait bulgular dışında makroskobik ve histopatolojik olarak nonspesifik bulgular saptanmıştır. Sistematik toksikolojik analizde toksik bir madde ve uyutucu-uyuşturucuya rastlanmamıştır. Sonuç olarak kişinin ölümünün adenoid kazınması sırasında gelişen inhibisyona bağlı ani kalp durması sonucu meydana gelmiş olduğu bildirilmiştir. Olgumuz literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnhibisyon, ani kardiak ölüm.

Giriş

Cilt ve mukozaya kadar ulaşan sinir uçlarının travma gibi dış mekanik; soğuk, sıcak gibi fizik; gazlar ve tahriş edici maddeler gibi kimyasal etkenler ile uyarılma sonucu, bu uyarının refleks yol ile bulbusa veya kalbe kadar gelerek solunum veya dolaşımın durması sonucu meydana gelen birden ölüm haline inhibisyon denir. Psişik inbibitörler denilen heyecan, korku, ağrı hisleri de refleks yolu ile solunumu veya dolaşımı durdurabilmektedir. Gerçek ölüm nedeni patolojik değil, refleks bir şekilde solunum ve dolaşım fonksiyonunun ani olarak durmasıdır (1-3).

Beyin sapından çıkan vagus sinirleri boynun sağ ve sol yan kısımlarından geçtikten sonra göğüse girerek dallarını kalp kasına verir. Vagus sinirlerinin normal etkisi ile kalp atımı yavaşlar ancak bu sinirlerin anormal derecede güçlü bir uyarımı kalbin çalışmasını tamamen durdurabilir. Vagus sinirlerinin boynun yan taraflarına basınç uygulanmasıyla yada hafif bir darbenin isabetiyle doğrudan uyarılmaları mümkündür. Ancak sinirin indirekt uyarımları daha sıktır (4).

Olgu Sunumu

Yaş ve cinsiyet: 6, Erkek

Olay yeri keşif ve ölü muayene zabıt varakasında 110 cm. boyunda 6 yaşında 30 kg. ağırlığında kısa koyu kumral saçlı ve kahverengi gözlü, beyaz tenli sünnetli erkek çocuğu cesedinde ölü katılığının oluşmadığı, ölü morluklarının sırtta oluşmaya başladığı, burun deliklerinde kurumuş kan, sol meme başının 3 cm. altından başlayan sağ koltuk altı orta hatta meme hizasına kadar devam eden siyah ipekle dikilmiş ameliyat yarası, ksifoid altında iki adet intrakardiak enjeksiyon izi, her iki el sırtında ve kasıklarda iğne pikür izleri, crurislerde eski ekimoz ve sıyrıklar saptandığı, vücudunda bundan başka bir lezyon saptanmadığı, hastane evraklarında kronik adenoid tanısı ile yatırıldığı, kan kimyasının normal sınırlar içerisinde olduğu, aynı gün ameliyata alındığı, aynı tarihli anestezi raporunda saat 10.10'da izolyt P 500 takıldığı, premedikasyon olarak 3.5 mg diazem ve _ mg atropin uygulandığı, %50 oksijen ve azotprotoksit ve halotan ile genel narkoza başlandığı, puls oksimetre ile oksijen satürasyonunun %98 olduğu, ağız açacağı konulup adenoidler bir kez kürete edildiğinde nabzın süratle düştüğü, anestezik gazların derhal kesilerek %100 oksijen ve atropin verildiği, cevap alınamayınca tekrar atropin yapıldığı, cevap alınamayınca resüstasyona başlandığı, adrenalin, sodyum bikarbonat ve atropin verildiği, cevap alınamayınca adrenalin ve kalsiyum intrakardiak yapıldığı, fibrilasyona girmesi üzerine defibrile edildiği, daha sonra

torakotomi ile internal masaj uygulandığı, 2 ampul dopamin, _ ampul isoptin ve 1 ampul digoksin yapıldığı, resüstasyona cevap alınamadığı, 12.30'da exitus kabul edildiği kayıtlı olduğu, kesin ölüm sebebinin tespiti ve gerekli laboratuar incelemeleri için otopsi yapılmasına karar verildiği kayıtlıdır.

Adlî Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinde yapılan otopsi raporunda;

Baş açıldığında: Baş cildi iç yüzü ve kafa tası kemiklerinde oksipital bölge alt kısımda küçük bir alanda ekimoz, beyin ve beyincik haricen hafif ödemli görünümde olduğu,

Göğüs açıldığında: Gögüs cildi iç yüzü ve kafesi kemiklerinde dıştaki lezyona uyan tarzda interkostal adalelerin ve sternumun kesilmiş ve etrafının ekimozlu olduğu, perikard ön yüzde ekimozlar, her iki göğüs boşluğunda 500 ml/taraf kanlı seröz mayi, tonsiller büyük ve yerinde olduğu, rinofarenkste kan ve serbest adenoid parçaları, adenoid bölgesinde mukozanın birlikte kazındığı bölgenin ekimozlu olduğu, larenks ve trakeada kan bulaşığı, ana bronşlarda kısmen tıkayacak kadar kanlı mayi, sağ akciğer orta lop ön kenarında ve sol akciğer alt lop alt ön kısımda kanamalı alanlar, akciğerler sert, kesitleri konjesyone, kalpte solda subendokardial kanama alanları, apekste enjeksiyon izleri, adele kesitlerinde septum ön duvarında dış kısmında perikard altı kanama alanı, altında koyu renkli bir alan görüldüğü,

Karın açıldığında: Diafragma sağ tarafta 5 cm. çapında bir alanda ekimoz, karaciğer konjesyone, karın boşluğunda 250 cc. kadar kanlı mayi, böbrek kesitlerinde korteksin ileri derecede soluk olduğu, mide içerisinde çok az miktarda sıvaşık halde gıda, mesanede 10 cc kadar idrar saptandığı kayıtlıdır.

Otopsi sırasında cesetten toksikolojik analiz ve histopatolojik tetkik için alınan kan, idrar ve organ parçaları ile ilgili olarak düzenlenen, Kimyasal Tahliller İhtisas Dairesi raporunda kan, idrar ve iç organlarda uyutucu, uyuşturucu veya toksik bir madde bildirilmediği, Morg İhtisas Dairesi Başkanlığı Patoloji Şube Müdürlüğü raporunda akciğerlerde histopatolojik olarak ödem, kanama ve amfizem alanları, tonsillerde germinal merkezlerde hipertrofi, karaciğerde hiperemi, böbreklerde bir taraf böbrekte papil ödemi, her iki böbrekte hiperemi, santral sinir sisteminde ödem saptandığı kayıtlıdır.

Sonuç olarak "Şahsın ölümünü meydana getirecek harici bir etki ve dahili bir hastalığın bulunmadığı, ölümünün adenoid kazınması sırasında gelişen inhibisyona bağlı ani kalp durması sonucu meydana gelmiş olduğunu, tıbbi bir hata veya ihmal tespit edilmediği, vücudunda toksik herhangi bir madde saptanmadığı" bildirilmiştir.

Tartışma

İnhibisyon ölümleri sağlam kişide de, hasta kişide de oluşabilir. Burke ve arkadaşları (5) önceden tanısı konmamış kardiak rabdomyomu bulunan 12 yaşındaki bir erkek çocuğunda soğuk bir içeceğin içilmesinden sonra soğuğun tetiklediği vasovagal refleksin bradikardi ve terminal aritmiyi ortaya çıkardığı ve birden ölümün meydana geldiği bir olgu bildirmişlerdir.

İnhibisyon ölümleri her yapıdaki insan tiplerinde görülebilirse de timikolenfatik yapılı insan tiplerinde daha sık görülmektedir (1,2). Bizim sunduğumuz olguda da bu özellik görülmektedir.

Bu tür ölüm vücudun belirli bölgeleri üzerine yapılan dış etkilerle daha sık olmaktadır. Bu bölgeler ciltte; boyun ön ve yan kısımları, kulak ve mastoit bölge, ense, diyafragmatik ve kardial bölge, epigastrium, testisler, klitoris, perianal bölge ve böbrek loju, mukozada ise; kulak yolu, larinks ve farinks mukazası, akciğer alveoler sahası, mide, anüs, vulva, üretra ve kollum mukozaları; dış etki olarak ansızın ve şiddetli olsun veya olmasın her türlü travma, soğuk ve sıcak gibi fizik etki, tah-riş edici kimyasal madde ve buhar, gaz, hatta sinirsel ve psişik etkiler, aşırı heyecan, sevinç ve korku sayılabilir (1-3). Sunduğumuz olguda rinofarenkste adenoidal mukozaya ameliyat esnasında yapılan ilk küretaj inhibisyonu tetiklemiştir.

Asi ve suda boğulmanın başlangıç safhasında inhibisyon ölümleri görülebilmektedir. Asi olgularının bazılarında ölüm, karotid sinüse bası ile oluşan refleks kardiak arrest sonucu oluşabilmektedir (8). Suda boğulma olgu-

larında suyun larenks ve nazofarenkse aniden hücumu yada karın üstüne basınç gelecek şekilde suya düşme hallerinde vagus siniri uyarılıp refleks olarak kalbin durmasına yol açar (4). Suzuki ve arkadaşları köpeklerle yapılan deneylerde suda boğulmalarda ilk su aspirasyonunun vagal inhibisyon ile düşük kan basıncı ve bradikardi oluştuğunu bildirmiştir (6). Moritz böyle olguların %10'dan daha az bir oranı oluşturduğunu düşünmektedir (4).

Eter, kloroform ve oxyprivin inhalasyonlarında, anestezi ve cerrahi girişimlerde bir komplikasyon olarak da inhibisyon ölümleri görülebilmektedir. Shepherd, uçucu madde kötüye kullanımlarında ani ölüm oluşturabilecek dört mekanizmadan birinin de vagal inhibisyon olduğunu bildirmiştir (7).

Sportif oyunlar esnasında, ağır egzersizlerde vasovagal senkop, nadiren de ölüm görülmektedir. Vasovagal senkopun atletlerde en sık rastlanan senkop tipi olduğu düşünülmektedir (9). Uzamış ayakta durma ve dehidratasyona bağlı kuvvetli ventriküler kontraksiyonların vasovagal refleksin afferent bölümünü oluşturan mekanoreseptörleri uyararak vasovagal reaksiyona neden olduğuna inanılmaktadır (10). Senkopal periottan önce görülen artmış epinefrin seviyeleri de kuvvetli kardiak kontraksiyonlara katkıda bulunmaktadır (11). Egzersizin ventriküler kontraksiyon süresini uzatarak afferent kardiovasküler mekanoreseptörleri direkt olarak uyarabileceği de belirtilmektedir (10).

Bir inhibisyon ölümünde otopside çoğunlukla hiç bir lezyon bulunamaz. Ba-zen hafif bir hiperemi, bir epiderm sıyrığı, postmortem bir parşömen plağı dış etki yerini veya travma yerini gösterir. Akciğer konjesyonu, birkaç adet subplöral ekimoz, beyin ödemli, anemik veya hiperemik bulunabilir (1-3). Sunduğumuz olguda da akciğerlerde histopatolojik olarak ödem, kanama ve amfizem alanları, karaciğerde hiperemi, böbreklerde bir taraf böbrekte papil ödemi, her iki böbrekte hiperemi, santral sinir sisteminde ödem gibi nonspesifik bulgular saptanmıştır.

Bir ölümün inhibisyondan olduğunu kabul edebilmek için bir kimsenin ani veya çok kısa bir zaman içinde ölmesi, şahsa bir travma tatbik edilmesi, tatbik edilen travmanın veya uyarının vücudun bazı belirli bölgelerine tatbik edilmesi ve bu travma veya uyarının kendi başına öldürücü şiddette olmaması, ölen kimsenin vücudunda ölümünü izah edecek akut ve-ya kronik patolojik bir bozukluk bulunmaması, travma ile ölüm anı arasındaki zamanın çok kısa ol-ması şartlarının bulunması gerekir. Bu şartlara göre inhibisyon mantıksal olarak ekarte etme suretiyle ölüm nede-ni araştırılır. Sebep ile sonuç arasında hafif de olsa daima bir ilgi bulunmalıdır (1-3). Sunduğumuz olgu bu özelliklere uymaktadır.

Sonuç olarak inhibisyon ölümlerinin nadir görülen olgular olması nedeniyle olgumuz sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Gök Ş. Adlî Tıp. Beşinci Baskı. Filiz Kitapevi, İstanbul. 1983; 100-3.
2. Aykaç M. Adlî Tıp. Nobel Kitapevleri, İstanbul. 1983; 90-1.
3. Özden S.Y. Adlî Tıp El Kitabı. İkinci Baskı. Nobel Kitapevleri, İstanbul. 1993 ; 81-82.
4. Soysal Z, Eke SM, Çağdır AS. Adli Otopsi. İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi İstanbul. 1999; Cilt II: 630.
5. Burke AP, Afzal MN, Barnett DS, Virmani R. Sudden death after a cold drink: case report. Am J Forensic Med Pathol, Mar 1999; 20(1): 37-9.
6. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. Adlî Tıp Ders Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul. 1997; 81.
7. Suzuki T, Ikeda N, Umetsu K, Kashimura S. Swimming and loss of consciousness. Z Rechtsmed, 1985; 94 (2): 121-6.
8. Shepherd RT. Mechanism of sudden death associated with volatile substance abuse. Hum Toxicol, Jul 1989; 8 (4): 287-91.
9. Chen MY, Goldenberg IF, Milstein S, Buetikofer J, Almquist A, Lesser J, Benditt DG. Cardiac electrophysiologic andhemodynamic corralates of neurally mediated syncope. Am J Cardiol, 1989; 63 (1): 66-72.
10. Benditt DG, Sakaguchi S, Shultz JJ, Remole S, Adler S, Lurie KG. Syncope: diagnostic considerations and role of tilt table testing. Cardiol Rev, 1993; 1 (3): 146-56.
11. Fitzpatrick A, Williams T, Ahmed R. Echocardiographic and endocrine changes during vasovagal syncope induced by prolonged head-up tilt. Europian Journal of Cardiac Pacing and Electrophysiology. 1992; 2: 121-8.

Hayati Tehlike Kavramı ve Cerrahi Hekimleri

Ali Rıza TÜMER*, İ. Hamit HANCI*, Salim ESEN**

** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adlî Tıp Ana Bilim Dalı*
*** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı*

Özet

Hayati tehlike raporları ile en çok karşılaşan hekim grubu olan cerrahların bu konuda bilgilerini değerlendirilmek için yapılan anket çalışmasında; Cerrahların Adli rapor konusundaki bilgilerinin kulaktan dolma olduğu , bu konuda eğitimsiz ve deneyimsiz oldukları tespit edildi.

Hayati tehlike yalnızca hekimlik mesleğini ilgilendiren bir kavram değildir. Aynı zamanda adli makamlar, mağdur ve suçlu tarafından sonucu beklenen bir terimdir.

Hayati tehlike varmı, yokmu ?

Ülkemizde bu soru ile en sık karşı karşıya kalan meslek grubunun cerrahi branştaki hekimlerin olduğunu bilmekteyiz.

Ne yazıkki Cerrahi eğitim süreci içerisinde Adli raporlar ile ilgili bir eğitim yoktur. Bu nedenle birçok cerrah yazdığı raporlar nedeni ile adli ve idari kovuşturma geçirmektedir.

Bu çalışmada Adli raporlar konusunda Ankara bölgesinde çalışan cerrahi branş hekimleriyle "adli raporlar" ile ilgili soruları içeren bir anket çalışması yapılarak cerrahi branş hekimlerinin bu konuya yaklaşımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Numune Hastanesinde çalışan cerrahi branştaki 150 hekim ankete alınmış, anket sonuçları SPSS programı ile değerlendirilmiştir.

Yapılan anketin değerlendirilmesi sonucunda cerrahi branştaki doktorların Hayati tehlike kapsamına giren olaylara yaklaşımları, geçici ve kati rapor konusunda yaklaşımları, hayati tehlikenin kaldırılması terminolojisine verdikleri cevaplar bu konuda cerrahi branştaki hekimler arasında tam bir birlik oluşmadığını göstermiştir.

Klinikte en sık karşılaşan cerrahi branştaki hekimlerin Adli raporlar yazma konusunda eğitimsiz ve deneyimsiz oldukları , bu kişilerin eğitimi konusunda Adlî Tıp uzmanlarına görev düştüğü inancındayız.

Giriş ve Amaç

Hayati tehlike yalnızca doktorluk mesleğini ilgilendiren bir konu değildir. Aynı zamanda Adli Makamlar, mağdur ve suçlu tarafından sonucu beklenen bir terimdir.

Hayati tehlike varmı, yokmu ?

Ülkemizde bu soru ile en sık karşı karşıya kalan meslek grubunun cerrahi branştaki doktorlar olduğunu bilmekteyiz.

Ne yazık ki cerrahi eğitim süreci içerisinde adli raporlar ile ilgili bir eğitim yoktur. Bu nedenle birçok cerrah yazdığı raporlar nedeni ile adli ve idari kovuşturma geçirmektedir.

Adli raporlar konusunda Ankara bölgesinde çalışan cerrahi branştaki doktorlarla "adli raporlar" ile ilgili soruları içeren bir anket çalışması yaparak cerrahi branştaki doktorların bu konuya yaklaşımını incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Anket çalışmamıza; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ankara Numune hastanesinde çalışan cerrahi branştaki doktorlar alınmıştır.

Anketimize cevap veren 150 cerrahi branştaki doktorun %51.6 sı öğretim üyesi, % 22.2 si uzman ve % 62.2 asistan olarak görev yapmaktadır.

Anketimize cevap veren cerrahi branştaki doktorların branşlarının dökümü Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo: 1

Cerrahi Branş	Sayı	%
Genel Cerrah	107	% 68,1
K.B.B	9	% 6,7
Ortopedi	19	% 14,1
Çocuk cerrahisi	3	% 2,2
Kadın doğum	2	% 1,5
Üroloji	5	% 3,7
Plastik cerrah	4	%3,0
Beyin cerrahı	1	% 0,7

Çalışmamızda "Hayati tehlike" ile ilgili aşşağıdaki sorular sorulmuştur.

.....

• Cerrahi veya medikal tedavi gerektirmeyen durumlarda hayati tehlike düşünülebilir mi ?

❑ Evet ❑ Hayır

• Yaralanmanın meydana getirdiği komplikasyonlar hayati tehlike kapsamına girer mi ?

❑ Evet ❑ Hayır

• Hayati tehlikeden bahseder iken gerekçe belirtmek zorundamıyız ?

❑ Evet ❑ Hayır

• Aşşağıdaki hangi durumlar hayati tehlike kapsamına girer ?

Kafatası kemiğinde kırık veya çatlak ❑ Var ❑ Yok

Karın'a nafiz organ lezyonu olan yaralanmalar ❑ Var ❑ Yok

Karın'a nafiz organ lezyonu olmayan yaralanmalar ❑ Var ❑ Yok

Göğüse nafiz organ lezyonu olan yaralanmalar ❑ Var ❑ Yok

Göğüse nafiz organ lezyonu olmayan yaralanmalar ❑ Var ❑ Yok

İç organ yaralanmaları ❑ Var ❑ Yok

Yanık (3. Derecede yanıklar) ❑ Var ❑ Yok

Femur Diafiz kırığı ❑ Var ❑ Yok

• Laboratuar olanaklarından yoksun bir ortamda hayati tehlike verilebilir mi ?

❑ Evet ❑ Hayır

• Hayati tehlike verilen rapor; ì geçici rapor, ì kati rapor olarak verilir.

• Medikal veya cerrahi tedavi sonrası hastanın hayati tehlikesinin ortadan kalktığının rapor edilmesi

❑ Gereklidir ❑ Gerekli değildir.

• Geçici rapor aşağıdaki durumlardan hangisinde verilmelidir?

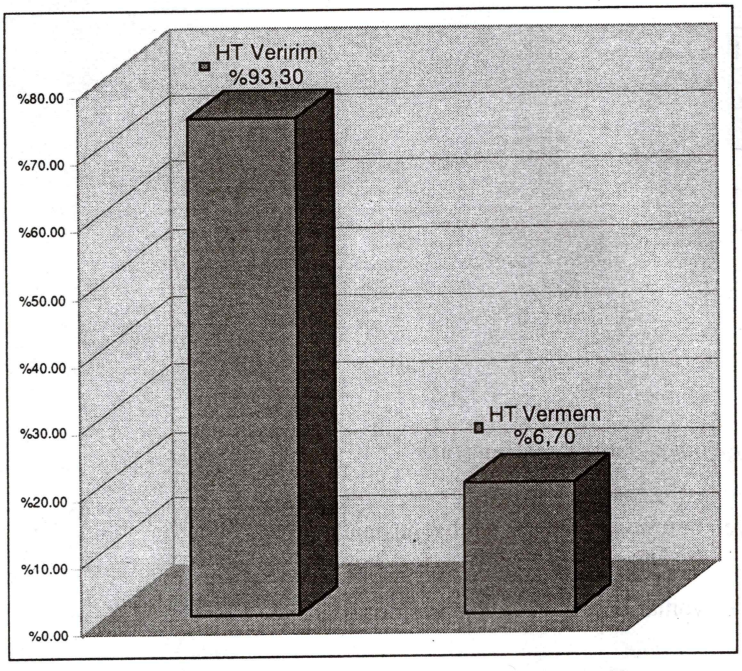
❑ Her türlü adli raporu geçici rapor olarak veririm, kati raporun Adli tabiblikce verilmesini isterim.

❑ Geçici raporu 'hayati tehlike' geçiren vakalara veririm ve tedavi sonrasında kati raporunu veririm.

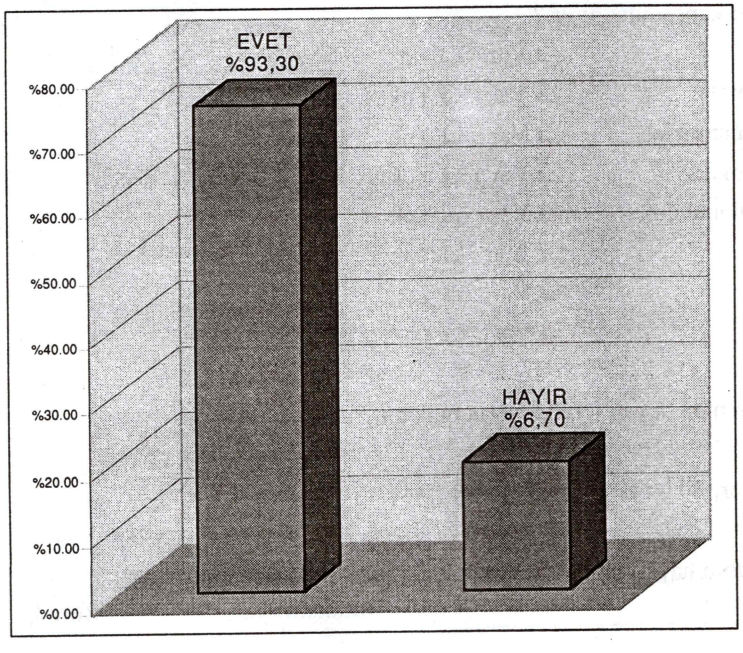
.....

Anket çalışmasının istatistik verileri SPSS programı ile değerlendirilmiştir.

Grafik 1: Cerrahi veya medikal tedavi gerektirmeyen durumlarda HT verirmisiniz?



Grafik 2: Komplikasyonlar HT kapsamına girermi?



Tartışma

Adli rapor düzenlenmesinde temel olarak alınması gereken terminoloji ve kanun maddesi TCK 456/2 maddesidir.

Sebebiyet verilen yaranın hayati tehlike yaratmış olup olmadığının tespiti büyük önem taşır. Hayati tehlikeye sebebiyet veren eylem, şartları olduğu taktirde ancak öldürmeye teşebbüs niteliğinde kabul edilir.

Hukuki anlamda "hayati tehlike" travmadan sonra veya bir müessir fiilden sonra kişinin hayatının muhakkak tehlikede olduğu anlamına gelir. "Hayati tehlike" kavramı için hayati tehlikeye maruz kalınması şart olup, tehlikenin gerçekleşmesi şart değildir.

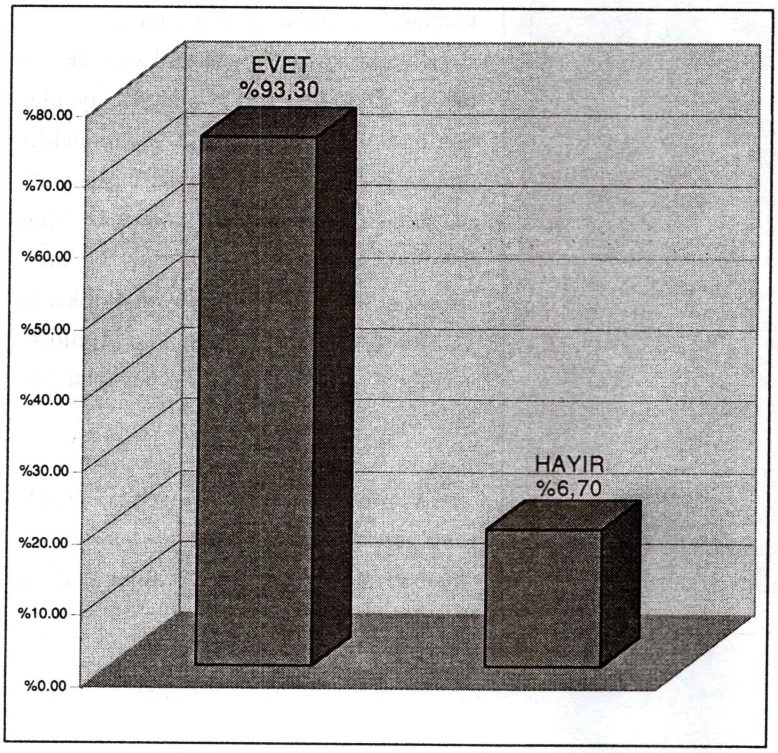
Bazı lezyonlar hiçbir medikal ve cerrahi tedavi gerektirmediği halde hayati tehlikeye neden olabilir. Cerrahi branştaki hekimlerin "medikal ve cerrahi tedavi gerektirmeyen hallerde hayati tehlike verirmisiniz" sorusuna cevapları Şekil 1'de gösterilmiştir.

Hayati tehlike meydana getiren lezyonların kişiyi öldürmesi gerekmediği gibi, hayati lezyon oluşturmayan bir lezyon kişinin ölümüne neden olabilir.

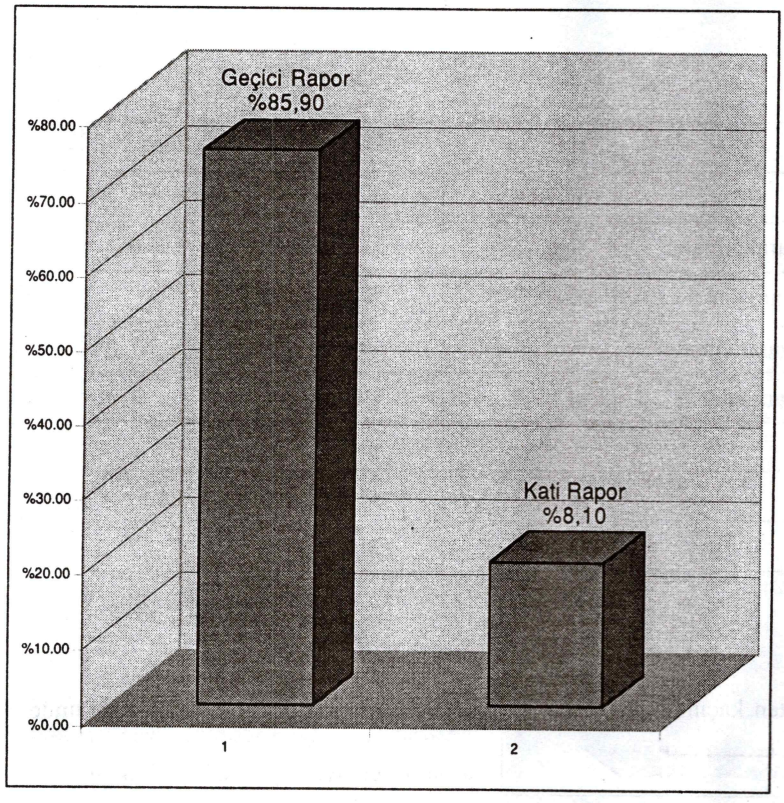
Komplikasyonlar hayati tehlike kapsamına girmez, çünkü her yaralanmada komplikasyonlar sonucu hayatı tehdit edici durumlar oluşabilir. "Komplikasyon durumlarında hayati tehlike verirmisiniz" sorusuna cerrahi doktorlarının verdiği cevaplar Şekil 2 de gösterilmiştir.

Raporda hayati tehlikeden bahsedildiği an travmayı yapan şahıs tutuklanır. Bu

Grafik 3: Laboratuar olanaklarından yoksun bir ortamda HT verilebilirmi?



Grafik 4: HT raporlarını ne şekilde verirsiniz?



nedenle bir travma nedeni ile acil servise getirilen olguda, doktordan ilk istenilen olgunun hayati tehlike geçirip geçirmediğidir. Yapılan tetkiklerde şahsın hayatının tehlikede olup olmadığı belirlenemiyorsa şahıs gözlem altına alınmalıdır, hayati tehlike kaydı için acele edilmemelidir. Hayatını tehlikeye maruz kıldığı veya kılmadığı kavramını adli rapora yazmadan önce her türlü tetkik yöntemi kullanılarak hastaya kesin tanı konulmalıdır. Hayati tehlike geçirmediği halde, hayati tehlikesinin olduğu rapor edilen bir hatalı raporda hapis cezası verilmeyecek olan sanığın bir süre tutuklu kalmasına sebep olunabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. "Laboratuar olanaklarından yoksun bir ortamda hayati tehlike verirmisiniz" sorusuna cerrahların cevapları Şekil 3 de gösterilmiştir.

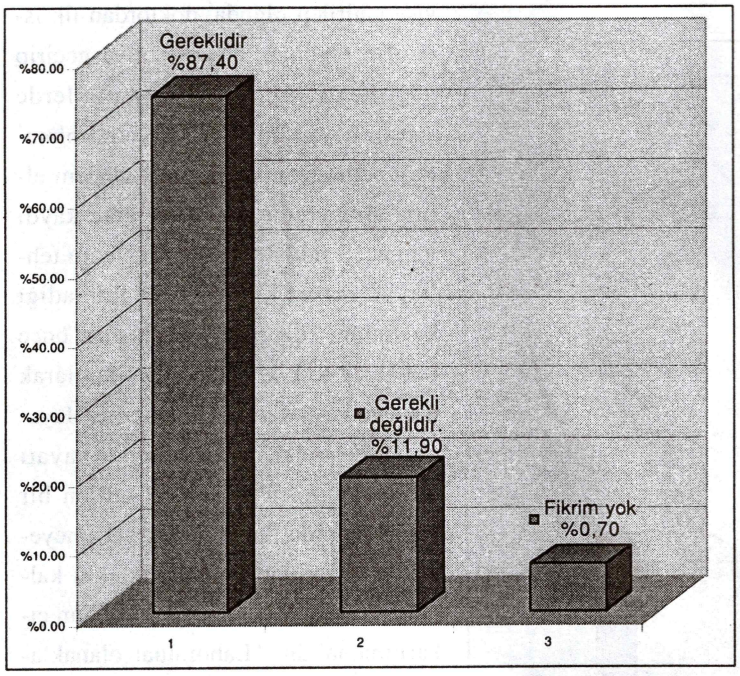
Gözlem altında tutulan ve kesin tanısı konmamış hastaya adli rapor verilmemelidir. Gözlem altında tutulan hastalar için rapor talebi olur ise geçici rapor verilmelidir. "Hayati tehlike raporlarını nasıl yazarsınız" sorusuna cerrahi uzmanlarının verdiği cevaplar Şekil 4 de verilmiştir.

Hayati tehlike subjektif kanaatlerle değil klinik ve laboratuar bulgularına dayanmalıdır, bir olasılığı değil, gerçek bir tehlikeyi ifade etmelidir.

Şahsın hayatının tehlikeye maruz kaldığını söylediğimiz an, hayati tehlike ortadan kalkana kadar hasta hastanede gözlem altında bulundurulmak zorundadır.

Bazen adli merciler hastanın hayati tehlikesinin kalkıp kalkmadığını sorabilir. Kişinin hayati tehlikesinin kalktığı söylendiğinde olaya neden olan şahıs tutuksuz yargılanabilir. Burada

Grafik 5: HT ortadan kalktığının rapor edilmesi gereklimidir?



verilen cevap tıbbidir. Geçici veya kesin raporda "şahsın hayatının tehlikeye maruz kalması" durumunu değiştiremez.

Hukuki açıdan hayati tehlikeye neden olacak nitelikteki bir yaralanma, uygulanan herhangi bir tedavi ile veya kendiliğinden geçmesi durumlarında başlangıçta oluşan ağır zararı ortadan kaldırmaz. Yanı hukuki açıdan "hayati tehlikenin kalkması" söz konusu değildir. "Hayati tehlikenin kalktığının rapor edilmesi gereklimidir" sorusuna cerrahların verdiği cevaplar Şekil 5 de gösterilmiştir.

"Verilen adli raporlarda gerekçe yazılması gereklimidir". Bu konuda sorulan soruya cerrahların verdiği cevaplar Şekil 6 de verilmiştir.

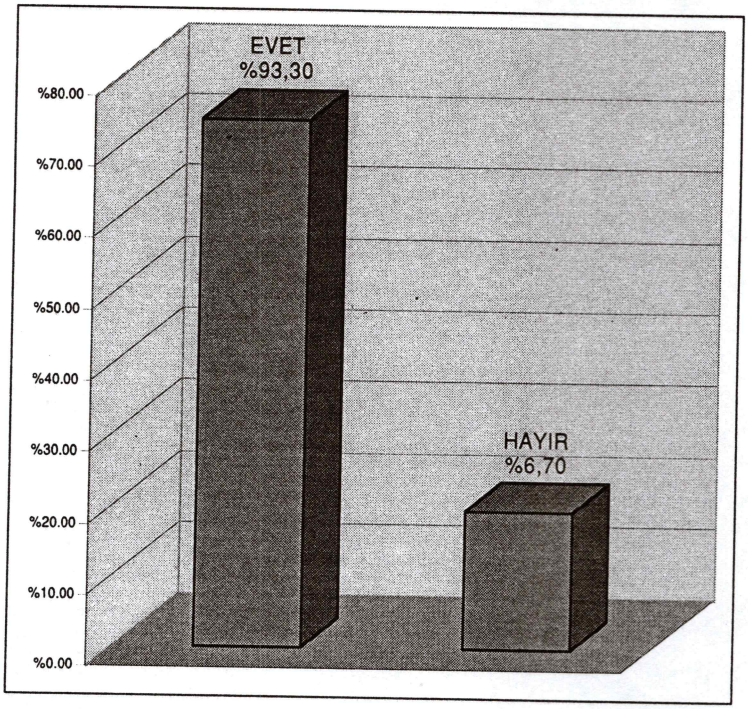
Sitemlere göre HT kapsamına giren ve girmeyen yaralanmalara verilen cevaplar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo: 2

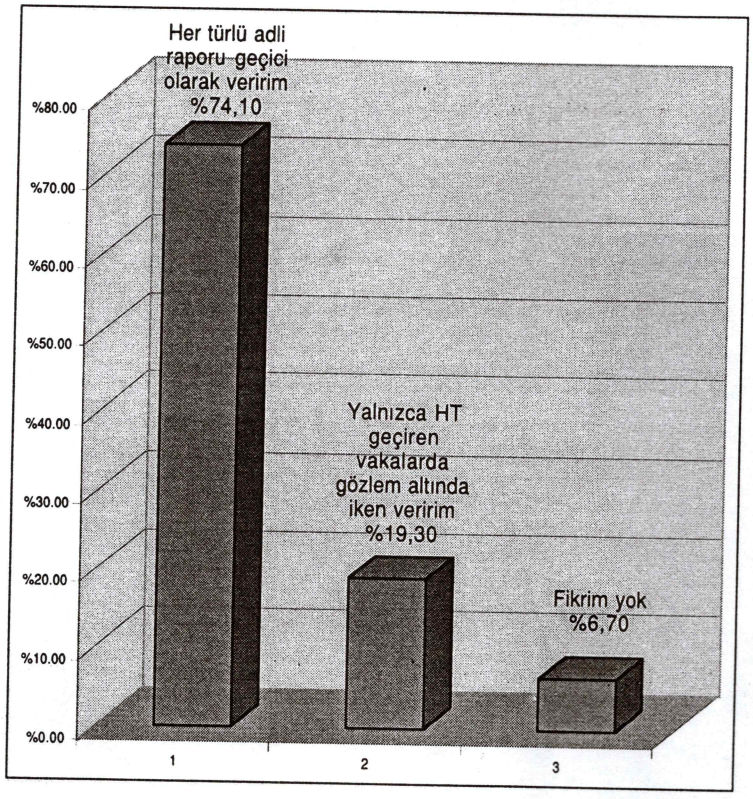
	HT Var	HT Yok	Fikri yok
Kafatası kemiğinde kırık veya çatlak	% 90,4	% 5,9	% 3,7
Karına nafiz organ lezyonu olmayan yaralanmalar	% 61,5	% 35,6	% 3,0
Karına nafiz organ lezyonu olan yaralanmalar	% 98,5	% 1,5	-
Göğüse nafiz organ lezyonu olmayan yaralanmalar	% 67,4	% 28,9	% 3,7
Göğüse nafiz organ lezyonu olan yaralanmalar	% 99,3	%0,7	-
İç organ yaralanmaları	% 99,3	% 0,7	
Yanık (3.derece yanıklar)	% 97,7	% 0,7	%1,5
Femur diafiz kırığı	% 81,5	% 14,8	% 3,7

Pratikte cerrahların kati rapor vermekten kaçındıkları ve nerede ise bütün raporlarını geçici rapor şeklinde verdikleri saptanmıştır. Şekil 7

Grafik 6: HT den bahsederken gerekçe belirtmek zorundamıyız?



Grafik 7: Geçici raporu hangi durumda verirsiniz?



Sonuç

Hayati tehlike kavramı klinisyeni ilgilendirdiği gibi suçluyu, mağduru ve yargıyı da ilgilendiren bir kavramdır.

Çalışmamızda adli raporu en çok yazan cerrahi branştaki doktorlarımızın hayati tehlike kavramı hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ve uygulamada bir çok hataya yol açtığını görmekteyiz.

Özellikle; kati rapor yazılmasındaki çekince, "hayati tehlikenin kalkması" terminolojisi, komplikasyonların hayati tehlike kapsamında değerlendirilmesi, kesin tanı koymadan hayati tehlike kaydının konulması, gerekçesiz hayati tehlike kaydı konulan raporların yazılması ve hayati tehlike oluşturan yaralanmaların yeterince bilinmemesi başlıca yapılan hatalar arasındadır.

Adlî Tıp uzmanlarının özellikle yoğun acil servis hizmeti veren hastanelerde çalışma olanağı bulmaları ve klinisyenlerin bu konudaki eğitimine ağırlık verilmesinin hayati tehlike konusunda yapılan yanlışlıkların azalmasına neden olacağına inanmaktayız.