

ADLİ TIP DERS NOTLARI

İÇİNDEKİLER

1. ADLİ TIBBIN TANIMI,TARİHİ VE ÜLKEMİZDEKİ YAPILANMASI
2. HEKİMİN YASAL SORUMLULUKLARI
3. DOĞAL SEBEPLİ ANİ, BEKLENMEDİK VE ŞÜPHELİ ÖLÜMLER
4. KİMLİK TESPİTİ
5. ÖLÜM VE ÖLÜ BEDENİNDEKİ DEĞİŞİMLER
6. ÖLÜ MUAYENESİ
7. OTOPSİ
8. YARALAR
9. ADLİ RAPOR DÜZENLENMESİ
10. ASFİKSİLİ ÖLÜMLER
11. ÇOCUK İSTİSMARI VE ÇOCUK ÖLDÜRME
12. BABANIN VE ANNENİN TESPİTİ, DNA ANALİZLERİ
13. ADLİ TIPTA YAŞ TAYİNİ VE ÖNEMİ
14. JİNEKOLOJİ-OBSTETRİK VE ADLİ TIP
15. CİNSEL YAŞAM VE ÜREME FONKSİYONLARINA YÖNELİK TIBBİ GİRİŞİMLER
VE MEDİKOLEGAL SORUNLAR
16. KADINA YÖNELİK ŞİDDET
17. İNSAN HAKLARI VE ADLİ TIP
18. ADLİ PSİKİYATRİ
19. ADLİ TOKSİKOLOJİ
20. TRAFİK TIBBI
21. KİTLESEL FELAKETLERDE HEKİM TUTUMU
22. SİGORTA TIBBI

1. ADLİ TIBBIN TANIMI,TARİHİ VE ÜLKEMİZDEKİ YAPILANMASI

ADLİ TIBBIN TANIMI

Adli Tıp; tıbbi bilgilerin bu bilgilerle aydınlatılabileceği durumlarda suç ve hukuk olaylarına uygulanması sanatı ve bilimidir.

Günümüzde Adli Tıp,Adli Bilimler (Forensic Sciences) içerisinde yer alan bilimlerle beraber anılmakta,ancak kapsamı ve hukuk olaylarında başvuru sıklığı yönünden en önemli konumda bulunmaktadır. Adli olayların çeşitliliği ve farklı özelliklerinden ötürü Adli Tıp aynı zamanda çeşitli alt bilim dallarına ayrılmıştır.

ADLİ BİLİMLER

A-ADLİ TIP

- *Adli Patoloji
- *Klinik Adli Tıp
- *Adli Psikiyatri ve Davranış Bilimi
- *Adli Odontoloji
- *Adli Toksikoloji
- *Adli Seroloji ve Biyokimya
- *Tıp Hukuku ve Etik

B-ADLİ ANTROPOLOJİ VE ARKEOLOJİ

C-ADLİ MÜHENDİSLİK

ADLİ TIBBIN TARİHİ

İnsanın bedensel ve ruhsal şekilde zarar gördüğü olgularda hekimlerin bilgilerine başvurulması, Adli Tıbbın doğmasına sebep olmuş ve adalet, tarihin ilk devirlerinden beri tıptan faydalanmıştır.

Milattan 3000 yıl önce Mısırlılar cürüm, veraset, evlilik v.b. konularda hekimlerin bilgilerinden yararlanmışlardır. Bu devirde yaşayan Firavun Zoser'in hekimi, hukuk danışmanı ve büyük piramidin mimarı olan İmhotep ilk adli tabip olarak kabul edilmektedir.

M.Ö. 18. y.y. da Hammurrabi Kanunları'nda adli tıp ile ilgili konulardan bahsedilmektedir.

M.Ö.40 senesinde Cezar'ın ölüm nedenini bildiren rapor ilk bilimsel rapordur.

Belgelenmiş olan ilk adli otopsi, 1302 yılında Kuzey İtalya'da Bologna'da zehirlenme sonucunda öldüğü sanılan bir kişinin cesedine yapılmış ve otopsiyi yapan hekimler ölüm nedenini zehirlenme olarak bildirmişlerdir.

Osmanlılar döneminde bazı şüpheli ölüm olgularında otopsi ve mezar açma işlemleri için resmi makamlardan izin istenmişse de şeyhülislamlar bu isteğe şiddetle karşı çıkmışlardır. Sultan II. Bayezid döneminde bir mezar açma başvurusunda devrin şeyhülislamı böyle bir girişimde bulunacakların kafir olacaklarını bildirmiştir.

Ülkemizde Adli Tıp eğitimi, ilk defa 1839 yılında II. Mahmut zamanında Mektep-i Tıbbiye-i Şahane'de (Askeri Tıbbiye Mektebi) “ Tıbb- ı Kanuni “ ismi altında okutulmaya başlanmıştır. Dersin ilk hocası Avusturyalı Dr. C. A Bernard olmuş ve ilk otopsi 1841 yılında bu hoca tarafından başına sırik düşmesi sonucunda ölen bir işçiye yapılmış ve bu otopsiyi tıp öğrencileri de izlemiştir. Adli otopsinin yasalarımıza girmesi daha geç dönemde olmuştur. 1880 tarihli ilk Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nun 40 ve 41.maddeleri adli otopsi konusuna değinmektedir. 1920 yılında Büyük Millet Meclisi tarafından çıkarılan Tababet-i Adliye Kanunu'nda, otopsi işleminin ancak diplomalı bir hekim tarafından yapılabileceği

belirtilmiştir. Günümüzde adli otopsiler, Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 87, 88 ve 89. maddelerine göre yapılmaktadır.

Cumhuriyet döneminde; bir yandan, zaman içinde sayıları gittikçe artan Tıp Fakültelerine bağlı Adli Tıp Anabilim Dalları kurulurken, diğer yandan Rektörlüklere bağlı Adli Tıp Enstitüleri oluşturulmuştur. 14.04.1982 tarih ve 2659 no.lu kanun ile de Adli Tıp Kurumu kurulmuştur.

ÜLKEMİZDEKİ YAPILANMASI

Ülkemizde, Adli Tıbbın günümüzdeki yapılanması şu şekildedir ;

1. Tıp Fakültelerine bağlı Adli Tıp Anabilim Dalları
2. Rektörlüklere bağlı Adli Tıp Enstitüleri
3. Adalet Bakanlığı'na bağlı Adli Tıp Kurumu
4. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve sağlık ocakları

Günümüzde, gelişmiş ülkelerde Adli Tıp hizmetleri Adli Bilimlerin farklı alanlarında uzmanlaşmış çoğunluğu tıp doktoru kişilerce bilim ve teknolojinin son gelişmeleri kullanılarak verilirken, gelişmekte olan ülkelerde Adli Bilimlerle uğraşanların hatta Adli Tıp Uzmanlarının sayısı çok az olduğundan bu hizmetlerin yürütülmesinde çoğunlukla pratisyen hekimlerden yararlanılmaktadır.

Ülkemizde de Adli Tıp hizmetleri önemli oranda sağlık ocaklarında görevli pratisyen hekimlerce yürütülmektedir. Bunun nedeni Türkiye'de yeterli sayıda Adli Tıp Uzmanı bulunmaması ve tüm yurdu kapsayacak yapılanmanın gelişmemiş olmasıdır. Buna karşın yasalarımız her hekime görevleri sırasında karşılaştıkları adli vakalarla ilgili görevler yüklediği gibi, adli makamların diledikleri hekimi bilirkişi olarak görevlendirme yetkileri de vardır.

Yürürlükteki bu yasalar nedeni ile günümüzde pratisyen hekimler, Türk Ceza Kanununda suç teşkil eden eylemler sonucu yaralanan kişilerin muayenelerini yapıp rapor tanzim etmek, bu tür eylemler sonucu ölenlerin veya ölüm sebebi veya kimliği bilinmeyenlere otopsi yapıp yapılmayacağına karar vermek, otopsi yapmak, otopside laboratuvar incelemelerinin gereğine karar vererek bu incelemeler için örnek almak ve sonuçları yorumlamak, ayrıca cinsel suç mağdurlarının muayenesini yapmak, çocuk ihmali ve istismarı vakalarını muayene etmek, adli psikiyatri alanında suçlu ve mağdurların ruh sağlığı durumlarını değerlendirmek ve buna göre ceza sorumluluğu hakkında karar vermek, yaşayanlarda ve cesetlerde kimlik tespiti ve yaş tayini raporları vermekle yükümlü kılınmaktadır.

İşte bu nedenlerle ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitiminde Adli Tıp zorunlu derstir. Ancak genç hekim adaylarının bu dersleri özümsemeleri mesleki başarı ve mutlulukları için hayati önem taşımakta ise de teorik ve pratik uygulama imkanları oldukça kısıtlıdır.

Adli Tıp, ayrıca tıp fakülteleri dışında, hukuk ve diş hekimliği fakülteleri ile polis akademisi ve jandarma hazırlık okullarında zorunlu ders olarak okutulmaktadır.

2. HEKİMİN YASAL SORUMLULUKLARI

Tıp, bir sanat ve bilim olarak tanımlansa da uygulayıcıları için kazanç sağlayıcı bir meslektir. Bu mesleğin uygulayıcısı olan hekimler de diğer vatandaşlar gibi hukuk kurallarına bağlı olarak yaşamak ve çalışmak durumundadır. Hekimlerin kendileriyle ilgili yasal yükümlülükleri bilmemeleri, onları sorumluluktan kurtarmaz. Bu nedenle her hekimin ülkesindeki tıbbi uygulamaları düzenleyen yasaları çok iyi bilme zorunluluğu vardır.

Hekim, mesleki uygulamalarından dolayı hukuken sorumludur. Ancak ülkemizde bu sorumluluk çeşitli yasa, tüzük ve yönetmelikler içerisinde vurgulanmakta olup bu konuda özel bir yasa bulunmamaktadır.

Ülkemizde, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1219 SK) ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (TDN) hekimlik mesleğinin yürütülmesini ve hekimin hastaları ve meslek örgütü ile ilişkilerini düzenleyen kurallar getirmiştir. Ayrıca, Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK), Nüfus Planlaması Kanunu (NPK), Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanun (2238 SK), Türk Ceza Kanunu (TCK), Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK), Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY), Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (HMEK) ve diğer bazı kanun, yönetmelik ve tüzüklerde hekimlerin uyması gereken yada hekimlik uygulamalarını belirleyen kurallar gösterilmiştir.

Hukuk; kişilerin doğuştan kazanılmış sayılan yaşam, sağlık gibi maddi; onur, sır, özgürlükler, saygınlık gibi manevi değerlerini kişilik hakkı sayarak güvence altına almıştır. Tıp sanatı insanlar üzerinde iyileştirme amacıyla uygulandığı için kişinin yasalarca korunan yaşamı, beden bütünlüğü, sağlığı bozulsa bile hekimlik uygulamaları hukuken korunmuştur. Ancak, tıbbi müdahalelerin hukuken korunması, hukuka uygun oldukları sürece söz konusudur ve sınırsız değildir. Hukuka uygunluk sınırı aşıldığında hekimin cezai ve hukuki sorumluluğu ortaya çıkar.

Tarihçe

Hekimin, tarih boyunca, insan sağlığına faydalı olduğu zaman takdir edilmesine karşın, zarar verdiğinde, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı tarihi belgelerden anlaşılmaktadır. Mezopotamya uygarlığından günümüze yazılı belgeler olarak gelen, Hammurabi Kanunları'nda "hekimin neşter ile tehlikeli bir yara açarak hastasını öldürmesi veya gözünü harap etmesi halinde iki elinin de kesileceği" belirtilmektedir. Burada istenmeyen sonucun, sorumluluk için yeterli kabul edildiği anlaşılmaktadır. Hindistan'da Manu ve Zoroastra Kanunları'nda, hekimin sorumluluğunun yine hekimlerden oluşan bir jüri tarafından saptanan kusura dayandırıldığı görülmektedir. Mısır'da ise hekim, deney ve uygulamalara dayanan tıp kurallarına uymadığı zaman sorumlu tutulmuştur. Burada ise kurallara uymama kusur olarak kabul edilmektedir. Eski Yunan'da Hipokrat ve onu izleyenler tarafından, hekim sorumluluğunun ilk temelleri ortaya atılmış, "tıp kurallarına uyulmama" kusur olarak kabul edilmiştir. Çağlar boyunca da kusur, hekim sorumluluğunda temel ve değişmez bir unsur olarak günümüze kadar gelmiştir.

Hekimlik Uygulamalarının Hukuka Uygunluğu

Her türlü tanı ve tedavi girişiminin, tıbbi yardım ve müdahalenin hukuken korunması bir başka deyişle olumsuz, zararlı sonuçlarından hekimin sorumlu tutulmaması için hekimin yetkili olması, hasta onamının varlığı ve uygulamanın tıp ilke ve kuralları ile genel hukuk kurallarına uygun olması gereklidir. Uygulamanın tıp ilke ve kurallarına uygunluğu, hekimin hastasına karşı sadakat, özen, tedavi ve tedavinin sürdürülmesi, bilgi ve belgeleri kayda geçirme ve saklama yükümlülüklerini içerir.

Hekimin yetkili olması

Ancak yasalarla belirlenen koşulları taşıyanlar tıp sanatını uygulamaya hak kazanır. Sağlık Bakanlığı'na tescil edilmiş Tıp Doktorluğu diploması, hekimlik mesleğinin yapılması için ilk koşuldur. Bazı istisnaları dışında Türk vatandaşı olmak ikinci koşuldur (1219 SK Md.1,4). Türkiye'de genel tababet-pratisyen hekimlik yapmak için ihtisas şartı yoktur. Ancak Radyodiagnostik, Radyoterapi, Nükleer Tıp sahalarındaki cihazları kullanmak, rahim tahliyesi ve sterilizasyon işlemleri yapmak için özel eğitim veya uzmanlık sınırlaması vardır. Cerrahi branşta ihtisas sahibi olmayanların büyük cerrahi işlemleri yapamayacağı, lokal ve genel anestezi ile yapılan büyük ameliyatların uzmanı ile beraber diğer bir hekimle yapılabileceği, ancak uzman bulunmayan ve getirilmesi imkanı olmayan durumlarda bir hekimin cerrahi müdahalede bulunabileceği 1219 sayılı kanunda (Md.3,23) belirtilmektedir.

Hasta onamı

Kişiler tıbbi yardım isteme yada hastalığın kaçınılmaz sonucuna katlanma konusunda seçme hakkına sahiptir. Hastanın, yaşam yada sağlık hakkını kullanması için hekime izin-onay-vekalet vermesi gerekir.

Yapılacak tıbbi bir girişimin hukuka uygunluğunu sağlayan hasta onamının alınmasında ilk adım, hastanın ayırtım (temyiz) yeteneğine sahip olup olmadığının saptanmasıdır. Türk Medeni Kanunu'nun ayırtım yeteneğini kaldıran koşullar olarak kabul ettiği yaş küçüklüğü, akıl zayıflığı ve hastalığı durumlarında ise veli veya vasinin onamı geçerli olmaktadır (1219 SK Md.70).

İyiye kötüden, doğruyu yanlıştan ayırt etmesinde herhangi bir güçlüğü bulunmayan bir hastadan onam alınırken bunun "aydınlatılmış onam" biçiminde olması gerekir. Bu "aydınlatma" hastanın kültürel, toplumsal ve psikolojik durumuna uygun olmalıdır. Burada amaç; hastanın o anki sağlık durumu, konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, bu yöntemin başarı şansı ve süresi, tedavinin uygulanması sırasında meydana gelebilecek yan etkiler ve sonuçları, diğer tedavi seçenekleri ve bunların başarı şansları, bu girişimlerin yapılmaması halinde gelişebilecek durumlar hakkında anlayabileceği şekilde hastaya bilgi verilmesidir.

Kendisine yapılan bu "aydınlatma" ile sağlık durumu hakkında etraflı bilgi sahibi olan hastanın vereceği onam ile hekim yetkili kılınmış olur. Bu yetki hiçbir zaman sınırsız ve süresiz değildir. Ayrıca hasta, vermiş olduğu onamı istediği zaman geri alma hakkına da sahiptir. Ancak, hasta tedaviyi reddediyor ve bunu serbest iradesiyle yapabiliyorsa durumu belgeleyen bir tutanak tutulması, ilerde ortaya çıkabilecek iddialardan hekimin korunması açısından önemlidir.

Onam alınmadan girişimde bulunan hekimin eylemi, hukuka aykırı olarak değerlendirilir. Ancak, yapılacak tıbbi girişimde bir zorunluluk hali mevcut olup hastanın bu zorunluluğu anlayamayacağı veya değerlendiremeyeceği durumlarda (bilinç bozukluğu, koma vb.), kişilik hakkına verilen değer gereği onamın var olduğu kabul edilmelidir.

Kişilerin yaşamını veya beden bütünlüğünü ortadan kaldıracak, ötenazi, uygun olmayan rahim tahliyesi, tehlike hali haricinde deneysel işlemler gibi tıbbi girişimlere hastaca verilecek onam, mutlak olarak geçersizdir. Alınan onamın, baskı, tehdit, eksik aydınlatma yada kandırma yoluyla alındığı durumlarda da onam yine geçersizdir. Bu gibi durumlarda, verilen onamın hukuken geçersiz olması sebebiyle, girişimde bulunan hekimin cezai ve hukuki sorumluluğu gündeme gelebilmektedir.

Alınan onam sözlü veya yazılı olabilir. Ancak büyük cerrahi girişimlerde (1219 SK Md.70), rahim tahliyesi ve sterilizasyon işlemlerinde, organ ve doku alınmasında yazılı onam alınması zorunluluğu vardır. Bu durumlar dışında da ilerde ortaya çıkabilecek olumsuz

durumları önlemek amacıyla tüm hasta onamlarının yazılı ve şahitli olmasına özen gösterilmelidir.

Hastanelerde sıklıkla kullanılan ve ilk başvuru sırasında imzalatılan “her türlü tedavi ve ameliyata razı olduğunu” ifade eden matbu kağıda yazılı “genel onam” alınması, her zaman hukuki sorumluluğu ortadan kaldırmamaktadır. Tıbbi girişim sonrası bu belgelerde bahsedilmeyen bir zarar yada arızanın meydana gelmesi halinde, hastaların uygulanan tedavinin hukuka aykırı olduğunu iddia ederek dava açmaları söz konusu olabilmektedir.

Tıbbi ve cerrahi girişimler sonucu hastanın normal günlük yaşamında, mesleğinde, toplumsal yeri ve saygınlığında önemli değişiklikler yapabilecek durumlarda (örneğin; boyna yönelik bir cerrahi girişim sonucu bir spikerin sesinin bozulması, bir mankende karın bölgesinde yapılacak ameliyata bağlı keloid oluşumu gibi.) aydınlatma kapsamı geniş tutulmalı, tüm olasılıklar hastaya bildirilmelidir.

Günümüzde, aydınlatılmış onam alınmaması veya eksik bilgilendirme ve onamı aşan girişim iddiaları, batı ülkelerinde hekimler aleyhine açılan tazminat davalarının en sık nedenlerindendir. Ülkemizde de bu tip davaların artma potansiyelinin bulunması, hekimlerimizin ve hastane idarelerinin bu konularda daha duyarlı ve dikkatli olmasını zorunlu kılmaktadır.

Uygulamanın tıp ilke ve kuralları ile genel hukuk kurallarına uygun olması

- Sadakat (sır saklama),
- Özen,
- Tedavi ve tedavinin sürdürülmesi,
- Bilgi ve belgelerin kayda geçirilmesi ve saklanması, yükümlülüklerine uyulmasını gerektirir.

Sadakat (sır saklama)

Hekime başvuran hasta zorunlu olarak yaşamı ve sağlığı ile ilgili tüm bilgileri vermek zorundadır, aksi takdirde hekim tanı ve tedavide yanılabilir. Ayrıca hekimler de mesleklerini uygularken hastalarının bedeni, ruhsal, ahlaki kusur ve sakatlıklarına tanık olabilirler.

Mesleğin uygulanması sırasında öğrenilen ve hasta tarafından açıklanmaması öngörülen veya başkalarınca bilinmesi halinde hastanın sosyal statüsünü, onur ve saygınlığını, ekonomik durumunu ve geleceğini etkileyebilecek bilgiler meslek sırrı olarak nitelendirilir.

Sır, kişilik hakkının bir parçası olarak yasalarca korunmuştur. Sırrın açıklanmasında zarar verme amacı aranmaz, sırrın bilerek isteyerek açıklanması veya başkalarınca öğrenilmesine izin verilmesi cezai sorumluluk için yeterlidir. Hekimler, mesleki uygulamaları sırasında öğrendikleri sırları yasal zorunluluk olmadıkça açıklayamazlar (TDN Md.4). Meslek sırrını açıklamak manevi ve koşulları varsa maddi zararları tazmin etmeyi gerektirir. Hekimin, meslek sırrını açıklamasının hukuka uygun olmadığı durumlarda cezai sorumluluğu vardır (TCK Md.134,137). Hekim, meslek sırrının söz konusu olduğu durumlarda tanıklıktan çekinebilir. Ancak, hastasının onamının varlığı halinde, tanıklıktan çekinemez (CMK Md.46).

Hekimin meslek sırrını açıklamasının hukuka uygun olduğu durumlar:

- 1.Sır sahibi hastanın onamı ve izni ile yapılan açıklamalar.
- 2.Bildirimi zorunlu durumlar. (TCK ve UHK gereğince bildirimi zorunlu durumlarda bildirim görevini yapan hekimin cezai ve hukuki sorumluluğu olamaz.)
- 3.Meslek yemini yapanlara ve hastanın yakınlarına yapılan açıklamalar. (Hastanın tersine bir isteği olmayan durumlarda)
- 4.Toplum yararına olan haller; ihbarı zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve meslek hastalıkları.
- 5.Yetkili makamın emri.
- 6.Polise ve avukatlara yapılan açıklamalar. (Hastanın bilgisi ve onamı halinde)

Özen yükümlülüğü

Hekimin tıbbi müdahaleyi iyileştirmeyele sonuçlandırma, hastanın sağlığına kavuşacağı yolunda bir güvence verme zorunluluğu yoktur (TDN Md.13). Ancak mesleki uygulamalarını yüksek özenle yürütme borcu vardır (TDN Md.2,14). Tıp sanatının içerdiği tehlikeler ayrıca insan yaşam ve sağlığının kişilik hakkı ile korunmuş olması özen yükümlülüğünü daha duyarlı hale getirmiştir. Özen yükümlülüğü sadece mesleğin bilimsel teknik kuralları ile sınırlı olmayıp, tıp mesleğini hukuka uygun hale getiren tüm hukuk ve deontoloji kurallarının uygulanmasında da söz konusudur. Özen yükümlülüğünün yerine getirilmesinde gösterilen eksiklik sorumluluğu kaçınılmaz duruma getirir.

Tedavi ve tedavinin sürdürülmesi yükümlülüğü

İnsan sağlığına verilen değer gereği, hekimlik hizmetlerinin topluma her an açık olma zorunluluğu vardır. Hukuk düzeni, hekimlerin hastalarla tanı-tedavi sözleşmesine hazır olduklarını hatta belirli durumlarda bundan kaçınamayacaklarını kabul eder. Hekimlerin görev ve uzmanlıkları ne olursa olsun gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalarda ilk yardımda bulunma zorunluluğu vardır (TDN Md.3,18). Bu maddelerde belirtilen acil yardım, acil vaka kavramının kesin tanımlanması ise oldukça zordur. Bunun en doğru yolu; günün herhangi bir vakti hastanın acil tıbbi bakım ve yardıma ihtiyacı olduğunu düşündüğü ve istediği tüm durumları “acil” kabul etmektir. Görevin sağlık kuruluşunun kapısında başladığı düşünüldükçe başvuran her vakanın mutlaka hekim tarafından görülmesi gerekir. Hekim hastayı gördükten sonra aciliyeti olmadığına karar verirse tedavisini reddetme hakkı vardır.

TCK’nun 83. maddesine göre; özellikle acil durumdaki hastanın hekim tarafından kabul edilmemesi sonucunda ölmesi, ihmali davranışla kasten adam öldürme kapsamında değerlendirilmektedir. Bu şekilde, koşullar ne olursa olsun (sevk kağıtsız, parasız vb.) gerekçeli bir mazeret olmadıkça hekimlerin acil hastalara müdahalesi zorunlu kılınmıştır.

Hastanın yapılan işlemlerin bedelini ödeyemeyecek durumda olması gerekli ilk yardım ve bakım alma hakkını yok etmez. Özellikle hangi hastane veya tedavi kuruluşu olursa olsun, hastanın vital bulguları düzelip, nakli mümkün oluncaya kadar gerekli bakımı sağlamak üzere kabule mecburdur (2219 SK.Md.32). Acil durumlarda müdahalede bulunan hekim ücretini sonradan isteyebilir (TDN. Md.35).

Hasta kabul edildikten sonra başka bir formaliteye gerek olmaksızın hekim hastasına beklenen standartta tanı ve tedavi hizmeti vermek, gerekli özen ve sadakati göstermek zorundadır.

Hekim tedaviyi sürdürmek zorundadır. Ancak, vardiya usulü çalışmada yada uzmanlık sınırlaması nedeniyle başka bir hekimin tanı ve tedavisine bırakılacak hastanın, muhakkak devredilmesi ve bunun gözlem kağıdına kaydı gerekir. Muayene yapılmadan konsültan hekimin telefonla yürüttüğü tedavinin sorumluluğu tedaviyi bizzat yürüten hekime aittir.

Tedavinin sürdürülmediğine dair iddialar hastanın başka bir merkeze sevinde de gündeme gelebilir. Hastanın naklinde hayati tehlike varsa, sevk ancak nakledilmemesi halinde de aynı tehlikenin devam edeceği durumlarda mazur görülebilir. Bu durum kayıtlara büyük dikkatle geçirilmelidir. Hastanın güvenli biçimde sevk ilk merkezin görevidir. Sevk sırasında hastaya ait tüm radyoloji ve laboratuvar tetkik bulguları, muayene ve gözlem notları yada bu bilgileri içeren bir epikriz hasta ile birlikte gönderilmelidir. Sevk edilen merkezin bilgilendirilmesi ve kabul edileceğine dair onayının alınması, gerektiğinde hekimin sevk sırasında eşlik etmesi beklenen özenli davranıştır.

Bazı durumlarda, hastalığın doğası gereği yada tanı konulamaması nedeniyle hastalar mevcut problemleriyle gönderilir. Göğüs-karın ağrısı, kafa travması vb. şikayetleri olup da geri gönderilen hastalara, izlemeleri gereken tedavi ve durumunda değişiklik veya kötüleşme olduğunda neler yapması, nereye başvurması gerektiği anlatılmalı, mümkünse yazılı olarak kendisine verilmeli ve hasta dosyasına kaydedilmelidir (1).

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için hastaya yararlı ve tedavi amacına yönelik olması gerekir. Çağdaş hukuk, kişinin onamı olsa bile iyileştirme amacı dışında yaşam ve sağlığı bozacak müdahaleleri yasaklamıştır. Hekim tanı, tedavi ve korunma amacı olmaksızın hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle akli veya bedeni direnci azaltacak herhangi bir şey yapamaz (TDN Md.13).

Hekim kural olarak tedaviyi sürdürmek zorundadır. Mesleki ve şahsi sebeplerle tedaviyi bitirmeden hastasını terk edebilir. Ancak başka bir hekimin tedavi ve müdahalesine imkan sağlayacak süreyi hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi gerekir; hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sağlığının zarara uğraması ihtimali varsa başka bir hekim temin edilmeden hastayı terk edemez (TDN Md.19). Uzmanlık sınırlaması getiren yada beceri, araç ve gereç yönünden kendisinin yeterli olmadığı durumlarda konsültasyon istemelidir. Hekim, hastanın konsültasyonu kabul etmediği, yada konsültan hekimin kanaati ile kendi kanaatinin çeliştiği ve hastanın konsültanın kanaatini tercih ettiği durumlarda hastanın tedavisini terk edebilir (TDN Md.24-28).

Bilgi ve belgeleri kayda geçirme ve saklama yükümlülüğü

Tıbbi kayıtlar (hasta kartı, gözlem kağıtları, ameliyat ve protokol defteri vb.) adli işlemlerde kanıt olarak kullanılan belgelerdir. Tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması hastaya karşı yüklenilen bir borç olduğu gibi, hekimi-hastaneyi ileride doğabilecek anlaşmazlıklardan yada ihmal iddialarından korumak yada kusurun kime ait olduğunu saptayabilmek için gereklidir.

Hasta kayıtlarında; hastanın kimlik bilgileri, gereğinde aydınlatılmış onam beyanı, şu andaki şikayeti ve öyküsü, tanı ve tedavi işlemleri, konsültasyon ve gözlem bulguları, tedavi etki ve sonuçları, taburcu halindeki durumu ve önerilerin bulunması gerekir. Kayıtların okunaklı, düzeltmelerin az ve açıklamalı olması adli işlemlerde bu belgelere duyulan güveni artırıcı özelliklerdir.

Belgeler üzerinde hastanın mutlak bir görme ve inceleme hakkı vardır. Kayıtlara geçen bilgilerin, tetkik sonuçları ve raporların özellikle başka hekim ve hastanelere başvurularda kullanılmak üzere istenildiğinde çoğaltılmak suretiyle hastalara verilmesi gerekir. Hastanın hekimine açıkladığı ve sır teşkil eden bilgileri olduğu gibi iadesini isteme hakkı vardır.

Hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili olarak hem hukuki hem de cezai sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar, hekimin aynı zamanda devlet memuru olduğu durumlarda daha da artmaktadır.

HUKUKİ SORUMLULUK

Hekimlerin her türden tıbbi müdahale ve tedaviden dolayı sorumlu tutulabilmeleri için üç ana unsur gereklidir. Eylem hukuka aykırı ve/veya kusurlu olmalı, sonucunda bir zarar ve zararlı eylem arasında uygun nedensellik (illiyet) bağı bulunmalıdır.

Hekimin amacı yaşamı kurtarmak veya iyileşmeyi sağlamak olsa da sonucu garanti etmesi beklenemez. Hekim tıbbi müdahalenin iyileşmeyle sonuçlanacağını değil, tıp sanatının zarar vermeyecek şekilde uygulanacağını yüklenir. Tıp sanatının uygulanmasını düzenleyen yasa ve tüzüklere, genel tıp ilke ve kurallarına aykırı davranışı olmadıkça hukuka aykırılıktan söz edilemez. Yapılan müdahalelerin tıp biliminin kabul edilen, normal sapmalarından oluşan zararlarda hukuka aykırılık ve sorumluluk yoktur. Kusurdan söz edebilmek için öncelikle yapma veya kaçınma biçiminde bir eylem olması, zararlı sonucun öngörülebilir ve önlenabilir olması ve beklenen zararlı sonucu önleme olanağı olan bir davranış biçimi varken bu şekilde davranılmayıp somut olaydaki gibi davranılmış olması gerekir.

Hukuki sorumlulukta kusur belirlenirken, o işteki normal ve orta nitelik ve düzeydeki insanların davranışları temel alınır. Buna göre hekim, sahip olduğu uzmanlıkta mesleki ve teknik bilgi, beceri ve ahlaki değerler yönünden en az orta düzey ve nitelikteki hekimin özelliği, yeteneği, bilgi ve becerisine sahip olmalıdır. Tecrübe, teknik imkanlar ve olası tehlike oranı arttıkça daha yüksek standartlar beklenir. Bu durumda olağan ve orta düzeydeki hekim şöyle tanımlanabilir.

a. Tedavi nedeniyle belirli bir davranış emreden hukuk kurallarına (onamın alınması, zorunlu hallerde tıbbi yardımdan kaçınmama, uzmanlık sınırlaması vb.) ve bilimsel açıdan genel kabul görmüş tıp kurallarına mutlaka uyar.

b. Öngörülebilir zararlı sonucu önleyebilecek, uyanıklık, duyarlılık ve beceri sahibidir.

Diploma ve çalışma izni devlet güvencesine sahip olan hekimin ülkemizde tıp biliminin ulaştığı düzeydeki bilgi ve beceriye sahip olduğu kabul edilmektedir. Hekim, kendi bilgi ve beceri eksikliğinin hasta tarafından da bilindiğini ileri sürerek sorumluluktan kurtulamaz.

Tanı kusurları

Hastayı özenle tedavi etmeyi yüklenen hekim, hastalık hakkında doğru tanı koymakla yükümlüdür. Hekim olanakları içerisinde tanı koymada araç olarak kullanacağı zorunlu olan tüm yöntem ve incelemeleri yaptığı, şüpheli durumlarda tanı araçlarını tekrarladığı, konsültasyon istediği, laboratuvar incelemelerini doğru yorumladığı halde olası tanı hatalarından sorumlu tutulamaz. Hekim tanı hatalarından sorumlu olmasa da doğru tanı koymak için gerekli yöntem ve araştırmaları yapmada göstereceği özensizlik ağır kusur olarak nitelendirilebilir.

Tedavi kusurları

Hekim tanı ve tedavide kullanacağı metotları seçmekte serbesttir (TDN Md.6). Bu tercih hakkı genel kabul görmüş yöntemlerle sınırlıdır. Kesin tartışmasız tanı ve tedavi yöntemi olan durumlarda bunlara uymamasından doğan zararlardan kusuru nedeniyle sorumlu olacaktır.

Hekimin tedavi kusurları tıp ilke ve kurallarıyla sınırlı değildir. Tedavi nedeniyle hastanın zarar görmemesi için durum ve koşulların gerektirdiği özen yükümlülüklerine uyma zorunluluğu vardır. Riskli ve tehlikeli sonuçları önlemek için hastasını hastalığının gelişimini yakından izlemek ve gerekli önlemleri almak zorundadır. Tıbbi müdahaleler sırasında olası riskli durumları önleyecek araç ve gereçleri bulundurulmaması ve gerektiğinde başka bir uzman hekimin, hastanenin yardımının istenmemesi de kusurlu bir davranıştır.

Sorumluluğun bir unsuru da zarardır. Tıbbi müdahaleler tedavi amacına yönelik olduğundan ve iyileşmeyle sonuçlanacağı garanti edilmediğinden; kişinin yaşam ve sağlığına yönelik kusur içermeyen eylem ve bu nedenle oluşan istenmeyen değişiklikler zarar olarak nitelendirilemez.

Hekim sorumluluğunda; yaşam ve sağlık, meslekte kazanma gücü, genel beden çalışma gücü ve mal varlığında oluşan değişiklikler maddi zararı; ruhsal bütünlüğü ile manevi değerleri üzerindeki bozulma ve etkiler ise manevi zararı oluşturur.

Hekimin kusuru nedeniyle sorumlu olabilmesi için zararlı kusurlu davranış arasında uygun illiyet (nedensellik) bağı bulunmalıdır. Hekimin tıbbi müdahalede tedavi kusuru hastalığın veya sakatlığın doğal gelişimini etkilemiş ve zararlı sonucun gerçekleşmesini önemli ölçüde arttırmış ise illiyet bağı kurulur. Ancak kusurlu davranış olmasaydı bile hastalığın doğal gelişmesi kapsamı bakımından aynı sonucu doğurabilecekse illiyet bağından söz edilemez. Doğal gelişme kavramı içerisinde orta düzey ve nitelikteki hekimin tedavi uygulamaları da vardır. Hukuk uygulamalarında kusurun, zarar ve illiyet bağının kanıtlanması kural olarak kabul edilse de, özel durumlarda kusursuzluğun kanıtlanması hekime veya hastaneye yüklenebilir. Zararlı sonucun ilk görünüşten hekimin kusurlu eylemi sonucu meydana geldiğinin hiçbir incelemeye gerek kalmadan anlaşıldığı; yanlış taraf ve organ

ameliyatlari, yanlış ilaç veya doz uygulanması gibi durumlarda hekim-hastane kusursuzluğunu kanıtlamak zorundadır.

Hekim hastalık veya arızaların tamamen iyileşeceğini değil tıp sanatının zarar vermeden uygulanacağını üstlenir. Ancak zaman zaman standart tanı ve tedavi hizmetinin verilmediği ‘tıbbi ihmal’ ve hekime yaraşır profesyonel davranış biçiminin sergilenmediği ‘profesyonel kötü davranış’ olguları mevcuttur. Malpraktis her iki durumun genel adıdır. Bilgisizlik, deneyimsizlik yada ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi “hekimliğin kötü uygulaması” (malpraktis) anlamına gelir (HMEK Md.13).

Tıp sanatının uygulanmasında ihmal sayılabilecek durumların tam bir listesini vermek imkansızdır. Ancak batı ülkelerinde tazminat davalarında ileri sürülen ve haklı bulunan tıbbi ihmal örnekleri şunlardır;

- 1.Hastanın hastalığına rağmen tedaviye kabul edilmemesi,
- 2.Tedavi ve ameliyat için aydınlatılmış onamın alınmaması,
- 3.Radyoloji ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmemesi,
- 4.Farkedilmeyen kemik kırıkları, göz içi veya yara içinde farkedilmeyen, unutulmuş cisimler, akut abdominal bozuklukların geç tanısı, tanımlanmayan intrakraniyal kanamalar, myokard enfarktüsü gibi dahili problemlerin tanısında aksama,
- 5.Ameliyat sahasında alet ve gazlı bez vb. bırakılması, iyi onarılmayan el yaraları, flaster-diatermi-koter vb. ile oluşan deri lezyonları, yanlış taraf ve organ ameliyatı, uzamış doğum sonucu yenidoğan beyin harabiyeti, yanlış tip veya doz ilaç verilmesi, yanlış kan transfüzyonu, yanlış veya gereksiz anestezi verilmesi,
- 6.Hastayı bir uzmana ya da hastaneye göndermede ihmal, eksik tıbbi kayıt tutulması.

CEZAİ SORUMLULUK

“Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz” (TCK Md.4).

Kişilerin yaşam ve sağlığı, beden bütünlüğü yasalarca korunmuştur. Ancak, hekimin hastanın onamı ile yaptığı genel tıp ilke ve kurallarına uygun tıbbi müdahaleler sonucu, sağlık ve beden bütünlüğü bozulsa bile bu durum hukuka aykırı sayılamaz. Hekime ceza verilmesi gündeme gelmez.

Hekimlerin kişiler aleyhine işlediği suçlar

Kasten öldürme veya yaralama

Hekimlerin mesleği uygularken veya bu durumdan yararlanarak kasten adam öldürme ve yaralama suçlarını çok ender de olsa işlemeleri olasılığı vardır. Adam öldürme bir ifa suçudur. Ancak, öldürme kastı ile aç ve susuz bırakmak, kanayan arteri bağlamamak gibi kaçınma şeklinde bir hareketle de işlenebilir.

Türk hukukunda ötenazi hakkında özel bir yasal düzenleme yoktur. Bu sebeple amacı ne olursa olsun, hastanın talebi ve onamıyla dahi olsa yaşama son verilmesi veya buna yardımcı olunması “öldürme” suçunu oluşturur (TCK Md.81,82).

Hekimlik uygulamalarında hasta onamının alınmadığı veya geçersiz olduğu hallerde tedavi amacının dışında şahsın vücut bütünlüğüne ve sağlığına yönelik eylemler, “yaralama” suçu olarak değerlendirilebilir (TCK Md.86,87). Bir akıl hastasının isteği üzerine cinsiyet değiştirme ameliyatı yapılması gibi.

Ayrıca, yasanın tanımlandığı koşullara aykırı olarak insan üzerinde yapılan deneyler sonucunda, bir kişinin yaralanması veya ölmesi durumunda, hekim hakkında “kasten yaralama” veya “kasten öldürme” suçuna ilişkin hükümler uygulanır (TCK Md 90).

Taksirli (kusurlu) suçlar

Taksir; “dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik veya düzene, buyruklara ve talimata uymazlıktan doğan kusurlu olma durumu” olarak tanımlanmaktadır. Dikkatsizlik; yapılmaması gerekeni yapmaktır. Tedbirsizlik; önlenabilir bir tehlikenin önlenmesinde gösterilen kusurluluktur. Acemilik ise kişinin meslek ve sanatının esaslarını bilmemesi ve beceriden yoksun olmasıdır. TCK’ da; bir hekimin bu şekilde hastasının ruh ve beden sağlığına zarar vermesi (TCK Md.89) veya ölümüne neden olması (TCK Md.85) halinde hapis veya para cezasına çarptırılabilceğı belirtilmektedir. Taksirli bir suçtan hapis cezası alan hekim, ceza yasamıza göre, üç aydan az ve üç yıldan fazla olmamak üzere mesleğini yapmaktan men edilebilmektedir (TCK Md.53/6).

Ayrımcılık

Hekim görevini her durumda hastaları arasındaki siyasi görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş; toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür (HMEK Md.7).

Kişiler arasında dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım yaparak bir hizmetin uygulanmasını veya hizmetten yararlanılmasını engelleyen, kamuya arz edilmiş bir hizmeti yapmayı reddeden kimse hakkında altı aydan bir yıla kadar hapis veya para cezası verileceğı, TCK’nun 122.maddesinde belirtilmektedir.

Hekimin “suçu” bildirimi

TCK’nun 280.maddesi; bir hekimin görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiğı yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmemesi veya bu hususta gecikme göstermesi halinde bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağını belirtmektedir. Hekimin, devlet eliyle işletilen sağlık kuruluşlarında görev yapması halinde, kamu görevlisi sıfatını taşıyacağından, bu durumda hapis cezası iki yıla kadar çıkabilmektedir (TCK Md.279).

Suç; hukuka aykırı olan ve yasaca cezalandırılan eylemdir. Bir hekimin, mesleki uygulamaları sırasında “suçun işlendiğı yönünde bir belirti” tanımına giren olayların tümünü saptayıp değerlendirmesini beklemek kuşkusuz hekime yüklenmiş çok ağır bir sorumluluktur.

Cezai sorumluluğı oldukça ağır olan bu durum karşısında her hekimin en azından; her türlü ateşli silah ve patlayıcı madde ile olan yaralanmalar, her türlü kesici, kesici-delici, delici, kesici- ezici ve ezici alet yaralanmaları, trafik kazaları, düşmeler, darp olguları, iş kazaları, cinsel saldırılar, çocuk ve yaşlı istismarları, intoksikasyonlar (ilaç, ensektisit, boğucu gazlar), yanıklar (alev, kızgın cisim, yakıcı-aşındırıcı madde), elektrik çarpmaları, sindirim kanalına oral veya anal yoldan yabancı madde girmesi, mekanik asfiksi olguları (Ası, elle veya ipe boğulma, suda boğulma vb.), her türlü intihar girişimleri, işkence iddiaları, tüm cinayet, intihar veya kaza orijinli olduğundan kuşkuilanılan ölüm (şüpheli ölümler) olguları ile karşılaştığında bu olguların bir “suç” unsuru içerebileceklerini düşünerek, durumu yetkili makamlara (adli rapor ile) bildirmesi gerekmektedir.

Şüpheli ölümün ihbarı

Ülkemizde, her ölüm olayında, cesedin gömülmeden önce, bir hekim tarafından muayenesi zorunlu kılınmıştır (UHK Md.215,216). Ölü muayenesi; herhangi bir nedenle canlılığı sona ermiş bir insan bedeninde, başta ölüm sebebi olmak üzere, pek çok bilinmeyene cevap bulmaya yönelik bir incelemedir. Bu incelemenin yapılması, her hekimin görev ve sorumlulukları içerisinde yer alır.

Ölünün muayenesi sırasında, ölümün doğal nedenlerden meydana gelmediği kuşkusunu doğuracak bir durumun varlığı veya ölünün kimliğinin belirlenememesi halinde hekim durumu derhâl Cumhuriyet Başsavcılığına bildirmekle yükümlüdür. Bu durumda ölünün gömülmesi ancak Cumhuriyet Savcısı tarafından verilecek yazılı izne bağlıdır (CMK Md.159).

Organ veya doku alınması

TCK'nun 91.maddesinde; hukuken geçerli rızaya dayalı olmaksızın, bir kişiden organ alan kimsenin, beş yıldan dokuz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı, suçun konusunun doku olması halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunacağı, yine hukuka aykırı olarak, ölüden organ veya doku alan kimseye ise bir yıla kadar hapis cezası verilebileceği belirtilmektedir.

İnsan üzerinde deney

TCK'nun 90/2. maddesine göre; insan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel bir deneyin ceza sorumluluğu gerektirmemesi; deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olmasına, deneyin öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olmasına, insan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılmasına, deneyin, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmamasına, deney sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmamasına, deneyle varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basmasına, deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olmasına ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmamasına bağlıdır.

Aksi durum, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (TCK Md.90/1). Bu suçun işlenmesi sonucunda mağdurun yaralanması veya ölmesi hâlinde, kasten yaralama veya kasten öldürme suçuna ilişkin hükümler uygulanır (TCK Md.90/5).

Hasta üzerinde rıza olmaksızın tedavi amaçlı denemede bulunan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Ancak, bilinen tıbbî müdahale yöntemlerinin uygulanmasının sonuç vermeyeceğinin anlaşılması üzerine, kişi üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel yöntemlere uygun tedavi amaçlı deneme, ceza sorumluluğu gerektirmemektedir. Açıklanan rızanın, denemenin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı olması ve tedavinin uzman hekim tarafından bir hastane ortamında yapılması gereklidir (TCK Md.90/4).

Çocuklar üzerinde deney

Çocuklar üzerinde yapılacak bir bilimsel deneyin ceza sorumluluğu gerektirmemesi; TCK 90/2.maddede aranan koşulların yanı sıra; yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların çocuklar üzerinde de yapılmasını gerekli kılmasını, rıza açıklama yeteneğine sahip çocuğun kendi rızasının yanı sıra ana ve babasının veya vasisinin yazılı muvafakatinin de alınmasını, deneyle ilgili izin verecek yetkili kurullarda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının da bulunmasını gerektirmektedir (5328 SK Md.7).

Genital muayene

TCK'nun 287.maddesinde; yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunacağı, bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla

kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından ise bu hükmün uygulanmayacağı belirtilmektedir.

Madde metni, her türlü genital muayene için “hakim ve savcı kararı” alınmasını çağrıştırmakta ise de; uygulamada, kendi rızası ile hekime başvuran ve şikayetleri nedeni ile tedavi olmak isteyen, herhangi bir adli yönü bulunmayan olgularda bu maddenin uygulanmasının mümkün olamayacağı açıktır. Aksi düşünce büyük bir karmaşaya sebep olabilir. Madde, bu hali ile çeşitli yorumlara açık durumdadır.

Çocuk düşürtme

Ceza Yasamızda; rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişinin, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı (TCK Md.99/1), tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişinin, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı, bu durumda, çocuğunun düşürtülmesine rıza gösteren kadın hakkında da bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunacağı belirtilmektedir (TCK Md.99/2).

Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunun düşmesine neden olan eylem, kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, eylemi uygulayan kişi, altı yıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmakta; eylemin kadının ölümüne neden olması hâlinde, onbeş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına çarptırılabilir (TCK Md.99/3).

TCK Md. 99/2 de yazılı eylem, kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, buna neden olan kişi, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmakta; eylemin kadının ölümüne neden olması hâlinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına çarptırılabilir (TCK Md.99/4).

Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmamış olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürtülmesi hâlinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunmaktadır. Yukarıda tanımlanan diğer eylemler yetkili olmayan bir kişi tarafından işlendiği takdirde, verilecek ceza, yarı oranında artırılmaktadır (TCK Md.99/5).

Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir (TCK Md.99/6).

Kısırlaştırma

TCK’nun 101.maddesine göre; bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştıran kimseye, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası verilebilmekte, eylem; kısırlaştırma işlemi yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapıldığında ise ceza üçte bir oranında artabilmektedir. Rızaya dayalı olsa bile, kısırlaştırma eyleminin yetkili olmayan bir kişi tarafından işlenmesi hâlinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunmaktadır.

Kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde ilâç yapma veya satma

Kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde ilaç üreten veya satan kimseye, bir yıldan beş yıla kadar hapis ve adli para cezası verilmekte; bu suçun hekim veya eczacı tarafından yada resmi izne dayalı olarak yürütülen bir meslek ve sanatın uygulanması kapsamında işlenmesi hâlinde ise verilecek ceza üçte bir oranında artırılmaktadır (TCK Md.187).

Görevi kötüye kullanma

TCK'nun 257.maddesinde; görevinin gereklerine aykırı hareket etmek, görevini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan yada kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisinin altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmektedir.

İrtikap (TCK Md.250) ve **rüşvet** (TCK Md.252) suçları birbirine çok benzer. Rüşvette taraflar arasında rızaya dayanan bir anlaşma vardır. İrtikap suçunda ise mağdur hile veya zorlama ile rıza göstermiştir. Rüşvet suçunda alan ve veren beraber suçludur, irtikapta ise memuriyet sıfatını veya görevini kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına haksız olarak para vs. çıkar sağlayan kişiye ceza verilir. Örneğin; hastanın tanı ve tedavi işlemlerini çabuklaştırmak, yatak bulmak amacıyla para veya menfaat kabul eden hekim “rüşvet” suçunu, haksız para veya çıkar sağlanmadığı taktirde tanı ve tedavi işlemlerini yapmayacağını, hastayı yatırmayacağını belirtip çıkar elde eden hekim ise “irtikap” suçunu işlemiş olur.

Gerçeğe aykırı belge düzenleme

İstirahat raporu, sağlık kurulu raporu, adli rapor, reçete, epikriz, hasta dosyası ve benzerleri, tıbbi belgeler olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi belgelere gerçeğe aykırı verilerin yazılması yada sonradan değiştirilmesi cezai sorumluluk getirir. Üstelik bu belgeler gerektiğinde mahkemede delil özelliği taşımaktadır. Hekimin tüm yaşantısına egemen olması gereken doğruluk ve dürüstlük ilkesi tıbbi belgelerin düzenlenmesinde de geçerlidir. Çünkü, bir şahsın akıl ve beden durumu hakkında rapor düzenleme yetkisi sadece hekimlere verilmiştir (1219 SK Md.13). Hekim bir kimsenin sağlık durumu hakkında bizzat yaptığı muayene sonucu edindiği vicdani ve bilimsel kanaate ve kişisel gözlemine göre rapor verir. Özel bir amaçla veya hatır için rapor veya herhangi bir belge verilemez (TDN Md.16).

TCK'nun 210.madde 2.fıkrasında “gerçeğe aykırı belge düzenleyen hekimin üç aydan bir yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılacağı, düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması yada kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması halinde, resmi belgede sahtecilik hükümlerine göre (3-8 yıl arası hapis) cezaya hükmolunacağı belirtilmektedir.

“Bilirkişi” olarak hekim

Mahkemeler, hakimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgi ile çözümlenmesi mümkün olmayan ve çözümü özel teknik ve bilgiyi gerektiren durumlarda, bilirkişiye başvururlar. Adli olaylarda bilgisinden yararlanan kişilere “bilirkişi” denilir. Hekimlerin, yasalarımıza göre sağlıkla ilgili konularda “bilirkişilik” görevi vardır. 1219 SK'un 11.maddesinde; “Mahkemeler, bilirkişi olarak Türkiye’de hekimlik yapma yetkisine sahip hekimlere başvurabilirler.” denmektedir. Bu maddeye göre; hakim yada savcı bilirkişinin seçilmesi ve yetkisinin belirlenmesi hakkına sahiptir. Ayrıca, üniversitelerin bütün bilim dalları, adli olaylarda bilirkişilerdir.

Hekim, ister resmi ister özel görevde olsun bilirkişi olarak görevlendirildiğinde bu çağrıya uymak zorundadır. Kabul edilebilir, geçerli bir neden olmaksızın adli görevin yerine getirilmemesi, görevi savsaklama yada kötüye kullanma suçunu oluşturur ve hekim hakkında kanuni işlem yapılır. Bilirkişi olarak gerçeğe aykırı değerlendirmede bulunan hekime bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilebilir (TCK Md.276) .

İnsan vücudunda meydana gelen lezyonların niteliği, nasıl meydana gelmiş olabileceği ve her türlü biyolojik kanıtların incelenmesi bilirkişi hekim tarafından yapılır. Ayrıca suçlunun, mağdurun yada medeni haklarını kullanmak isteyenlerin durumlarının belirlenmesi ve tanımlanması da bilirkişi hekimin görevlerindendir.

Bu amaçla, bilirkişilik görevini üstlenen hekim; istediği gibi muayene ve inceleme yapabilme, gerekirse tanıkları dinleme, sanıkların sorguya çekilmesinde hazır bulunma ve hatta bunlara doğrudan soru sorma ve dosya incelemesi yapma hakkına sahiptir. Bilirkişi hekime, inceleme ve seyahat gideri ile çalışmasıyla orantılı bir ücret ödenir. Bilirkişilikle ilgili yasal mevzuat CMK 62-73.maddeleri ile düzenlenmiştir.

Hekime “Adli Hekimlik”Görevinin Verilmesi

Ülkemizde tüm adli olgularda görevlendirilecek yeterli sayıda Adli Tıp Uzmanı hekim bulunmamaktadır. Bu nedenle yasalarla sağlık ocakları ve hastanelerde görevli hekimlere “adli hekimlik”görevi verilmiştir.

5017 sayılı Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunu’nun 31.maddesinde “Hükümet tabipleri, adli tabip bulunmayan yerlerde ek görev olarak bunlara ait işleri de yaparlar.” denilmektedir.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Kanunda ise hükümet tabibi yerine “sağlık ocağı hekimi” tanımı getirilmiş olup bu kanunun 10.maddesinde “Sağlık ocağı hekimleri kendi ocakları bölgesinde adli tabiplik görevini sürdürürler.”denilmektedir.

Ayrıca,bu kanun maddesinden farklı olmak üzere Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 11.07.1986 tarih ve 9058 sayılı genelgesinde; “Adli tıp hizmetleri, poliklinik hizmetleri ve memurların rapor hizmetleri esas itibari ile hastanelerde toplanmıştır. Hastane olmayan ilçelerde sağlık merkezlerinde bu görevler ifa edilecektir. Mesai saatleri dışında adli tıp hizmetleri sağlık müdürlüklerince düzenlenecek listeye göre hastanede bulunan pratisyen hekim, kafi gelmediği takdirde sağlık ocaklarında bulunan pratisyen hekimler tarafından nöbetle ifa edilecektir.”denilmektedir.

3. DOĞAL SEBEPLİ ANİ, BEKLENMEDİK VE ŞÜPHELİ ÖLÜMLER

Bilinen bir hastalığı olmayan kişinin ölü bulunması, bilinen bir hastalığı olmayan kişinin kısa sürede nedeni anlaşılmadan ölmesi ya da bilinen bir hastalığı olup da bu hastalığı ölüme neden olacak şekilde bir klinik göstermeyen kişinin ölmesi genellikle yakınları tarafından beklenmedik bir ölüm olarak değerlendirilip şüpheyle karşılanmaktadır. Bu kavramlar çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Bunlardan biri aşağıda aktarılmıştır.

Ani ölüm : Var olan hastalığı kendisi ve çevresi tarafından bilinmeyen kişinin çok kısa bir zamanda ölmesidir.

Beklenmedik ölüm : Sağlıklı görünen bir kişinin birdenbire hastalanıp daha tanısı konmadan çok kısa sürede ölmesidir.

Şüpheli ölüm : Bilinen bir hastalığı olmayan yada bilinen hastalığı öldürücü nitelikte komplikasyon çıkaracak durumda olmayan kişinin ölü bulunmasıdır.

Tanımlamalardan da anlaşılacağı gibi bu ayrı tanımlamalar iç içedir. Bu tür ölümlerin gerçek nedenleri kişiye, o kişinin sosyoekonomik ve sosyokültürel yapısına, kişinin yaşadığı ülkenin sağlık hizmetlerinin seviyesi ve yaygınlığı gibi birçok faktöre bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Bu tür ölümlerin etyolojisinde saptanabilecek olası nedenler;

1. Herhangi bir hastalığın akut ya da geç komplikasyonu,
2. Geçirilen bir travmanın akut ya da geç komplikasyonu,
3. Unutulmuş ya da önemsenmeyen bir travmanın akut ya da geç komplikasyonu,
4. Entoksikasyonlardır.

Böylesine geniş hastalıklar grubunun ölüm nedeni olarak karşımıza çıktığı bu tür durumlarda kesin ve sağlıklı tanı için;

1. Dış muayene ve tekniğine uygun otopsi yapılmalı,
2. Çok dikkatli ve ayrıntılı bir tıbbi anamnez alınmalı,
3. Dikkatli Histopatolojik ve toksikolojik araştırmalar için mutlaka standart tekniklerle organ ve vücut sıvısı örnekleri alınmalıdır.

Bu tür ölümlerin otopsilerinde ise farklı yapıda bulgularla karşılaşılacaktır. Karşılaşılabilecek bulgular aşağıda üç ana grupta toplanmıştır:

I) Natürel nedenlerle meydana gelen ölümler ;

a. Otopside hayatın devamına kesinlikle izin vermeyecek ağırlıkta lezyonlar saptananlar (Aort anevrizması rüptürü v.b.)

b. Otopside ölüme neden olabilecek, ancak hayatın devamına da izin verebilecek ağırlıkta lezyonların saptandığı olgular (koroner aterosklerotik vasküler hastalık v.b.).

II) Natürel olmayan nedenlerle meydana gelen ölümler ;

a. Otopside hayatı mutlaka sona erdirecek ağırlıkta yaralanmaların ya da lezyonların saptandığı olgular (geniş kronik subdural hematoma, buna bağlı herniasyon v.b.).

b. Otopside ölümle sonuçlanabilecek ancak mutlaka ölümle sonuçlanması şart olmayan lezyonların saptandığı olgular (M. Spinalis kesileri v.b.).

III) Açık seçik saptanamayan nedenlerle meydana gelen ölümler ;

a. Otopside makroskopik olarak organlarda dikkati çekecek nitelikte bulgular saptanmayan olgular.

b. Otopside nonspesifik bazı organ bulgularının saptandığı olgular.

Ani, beklenmedik ya da şüpheli ölüm olarak değerlendirilen bir ölümden kesin ölüm nedeninin saptanmasının anlamı diğer bir çok ölümden daha farklıdır. Çünkü kesin ölüm nedeninin saptanması olayın orijini ve diğer özelliklerini de etkileyecektir. Bu tür ölümlerde ölüm nedeninin saptanması ile ölümün doğal nedenlere mi bağlı olduğu yoksa doğal olmayan nedenlerle mi meydana geldiği ortaya konmuş olacaktır. Böyle bir ölümden; akut koroner trombozu saptanması ile kronik subdural hematoma saptanmasının anlamı çok farklı olacaktır. Birinde sistemik bir hastalığın öldürücü komplikasyonu ölüme neden olurken, diğerinde

geçirilmiş travmanın geç komplikasyonunun ölüme neden olduğu anlaşılabacaktır. Bu nedenle bu tür ölümlerde otopside diseksiyon sırasında makroskopik olarak saptanan bulgularla yetinilmeyerek mutlaka zeminde var olabilecek ya da diğer yöntemlerle ortaya konabilecek bulguların varlığı araştırılmalıdır. Ancak unutulmaması gereken diğer bir gerçek de, saptanan bulguların tek başına bilimsel yorumda her zaman yeterli olmayacağıdır. Bu nedenle hekim bu tür olgularda tıbbi anamnezle ilgili bilgileri toplarken hekimlik sanatını iyi kullanabilmelidir. Aniden ölen bir kişinin beyinde makroskopik ve mikroskopik olarak kortikal atrofi saptanmasının yorumu anamnezden elde edilen bilgilere göre farklılık gösterecektir. Kafa travması sonrası uzun süreli bilinç kaybını takiben sekellerle yaşayan bir kişi ile psikiyatrik tedavisi sırasında uzun yıllardır kortikal atrofi yaptığı bilinen bir ilaçla tedavi olan kişinin bulgusunun yorumu farklı olacaktır. Sol ventrikül myokardında geniş alanlarda eski myokard enfarktüsü tamir dokuları saptanan koroner arteriosklerotik hastalığı olan bir kişinin postmortem toksikolojik incelemelerinde tarım koruma ilacı olarak kullanılan bir kimyasalın da ayırt edilmiş olması olayın türünü çok değiştirecektir. Aynı kişi bir gün önce meyva ağaçlarına sırt çantası ile ilaç sıkan bir çiftçi ise bulgunun anlamı farklı olacak, bu kişi büyük bir şehirde bir firmada yönetici olarak çalışıyor ise anlamı farklı olacaktır.

Tüm aktarılanlar nedeni ile bu tür ölümlerde; çok dikkatli tıbbi anamnez alınması, var olan tüm değişiklikler ve hastalıkların saptanmasına yönelik yapılabilecek laboratuvar işlemlerinin tümü standart bir şekilde yapılmalıdır.

Ölüm nedenleri hakkında yapılan pek çok çalışmada klinik olarak öngörülen ölüm sebebi ile otopsi ile ortaya konan ölüm sebepleri arasında % 25-60 farklılık olduğu saptanmıştır. Bu durum klinik verilerin çok iyi değerlendirildiği hastahane ölümleri için de geçerlidir. Bu yüzden tüm şüpheli ölümlere otopsi yapılmalıdır.

DOĞAL SEBEPLİ ANİ, BEKLENMEDİK VE ŞÜPHELİ ÖLÜM NEDENLERİ

DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI :

- Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerine göre, dünyadaki tüm ölüm olaylarında kalp-damar hastalıkları ilk sırayı almaktadır.
- Doğal sebeplerle ortaya çıkan ölüm çok hızlı ise veya çok ani ise sebebi büyük oranda kardiyovaskülerdir.

A. Koroner Arter Hastalığı ;

- 1.Koroner yetmezlik
- 2.Atherom Komplikasyonları
- 3.Koroner Trombozis
- 4.Myokard Enfaktüsü
- 5.Myokard Ruptürü
- 6.Myokardial Fibrozis

B. Hipertansif Kalp Hastalığı

C. Aort Stenoza

D. Senil Myokard Dejenerasyonu

E. Primer Myokard Hastalıkları

F. Damar Hastalıkları;

- 1.Aortun Atheromatöz Anevrizmaları
- 2.Dissekan Aort Anevrizması

MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ HASTALIKLARI

- A. Beyin Tümörleri ve Beyin Abseleri
- B. Beyin Kanamaları
- C. Beyin Embolileri
- D. Beyin Trombozu
- E. Menenjial Kanamalar
- F. Epilepsi

SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI

- A. Bronşial Astım
- B. Glottis Ödemi
- C. Larinks Tümörleri
- D. Bronkopnömoni
- E. Pulmoner Ödem
- F. Pulmoner Embolizm

SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARI

- A. Özefagus Varisleri
- B. Mide ve Duodenum Ülserleri
- C. İleus
- D. Peritonit
- E. Karaciğer Abseleri (Kist Hidatik Rüptürü)
- F. Akut Hemorajik Pankreatitler
- G. Dalak Rüptürü

GEBELİKLE İLGİLİ ANİ ÖLÜMLER

- A. Dış Gebelik Rüptürü
- B. Plasentanın Yerleşme Anomalisi (Plasenta Previa)
- C. Plasentanın Yapışma Anomalileri (Plasenta İnkreta, Akreta, Perkreta)
- D. Uterus Rüptürü
- E. Uterus Atonisi
- F. Eklampsi
- G. Kriminal Abortus

Dolaşım Sistemi Hastalıklarına Bağlı Ani Ölümmler :

Atheroskleroz insidansında coğrafik farklılıklar olsa da çoğu (ABÖ) ani-beklenmedik ölüm kardiyovasküler sistemdeki bir lezyona bağlıdır ve ABÖ esas sebebi kalbin kendisindedir. En sık görülen lezyonlar aşağıda sıralanmıştır.

A-Koroner Arter Hastalığı :

Koroner arter ağacının atheroma ile stenozisi çok yaygındır. Bunun tehlikesi azalan kan akımının farklı mekanizmalarla ani ölüme sebep olmasıdır.

1.Koroner Yetmezlik Bu durum özellikle egzersiz ve adrenal cevabı uyaran kızgınlık ve emosyon gibi ani stress hallerinde ortaya çıkabilir. İskemi myokard infarktüsü oluşturacak ciddiyette olmayabilir ancak ritm anormalliği riski artabilir.

2.Atherom Komplikasyonları:.

3.Koroner Thrombosis:

4.Myokard Enfarktüsü (MI): Koroner arterde ciddi stenoz ya da tam tıkanma olduğunda, eğer kollateral dolaşım yetersiz ise MI oluşur. Her trombüs ya da tam tıkanma

eğer kalp kası başka yollardan kanlanmasına devam ediyorsa infarkt oluşturmaz. Fakat ana yollardan biri % 70 ve daha fazla tıkanmışsa infarkt sıklıkla oluşur.

Eğer enfarkt büyük ise kardiyak fonksiyonları pompa görevini yapamadığından azalır. Ölü kaslar kasılamayacağından ya da iskemik kaslar elektrik uyarımına cevap vermediğinden bu durum oluşur. Ani ölüm yapan infarkt otopside gözle görülmez. Koroner tıkanıklık ve MI'dan en erken 8 saat sonra gözle görülen değişiklikler saptanabilir. Infarktüs bölgesi hafif şiş, yumuşak ve çevresi hiperemiktir. MI'dan 12-24 saat sonra ölüm oluşmuşsa infarktüs bölgesi hafif şiş, soluk sarımtırak renkte çevresi hiperemik bir halka şeklinde sınırlıdır. Infarktüstten sonra 3-4 hafta yaşayanlarda enfarkt alanı pembe-sarı bir granülasyon dokusu gösterir. Krizden 2-3 ay sonra infarktüs yerinde kollagen liflerin çoğalması ile beyaz sedefsi renkte bir skatris dokusu meydana gelir.

5. Myokard Rüptürü: Infarkt oluşumundan en erken 2-3 gün sonra nekrotik dokunun yumuşamasıyla ortaya çıkar.

6. Myokardial Fibrozis: Myokard enfarktüsü iyileşirken myokard lifleri çoğalamayacağından fibroz gelişir. Endokarda, ventrikül duvarında veya semptomdaki geniş plaklar kalp fonksiyonlarını veya iletim sistemini bozabilir. Sol ventrikülün serbest duvarındaki geniş fibrotik alan daha sonra yumuşayarak sistolik basıncın etkisiyle kardiyak anevrizma oluşturur ve perikarda fitiklaşır ve pıhtı ile dolar.

B-Hipertansif Kalp Hastalığı :

Bu durum sol ventrikül hipertrofisine bağlı olarak ani ölüm yapabilir. HT' da kalp artan basıncın yükünü karşılamak için daha fazla çalışır, üst sınırı 360 gr. olan kalp 600 gr. üzerine çıkacak kadar hipertrofiye olur. Artan kas hacmi nedeniyle koronerler sağlıklı olsa bile kalp beslenmesinde yetmezlik gelişir. Atherom oluşumu sıklıkla HT'la ilişkilidir bu da kan akımını azaltır.

C-Aort Stenozu:

HT. benzer. Kalp ağırlığı 700-1000 gr. çıkabilir. Sebep sıklıkla aort kapağının kalsifik stenozudur. Klasik olarak 60 yaş üzeri erkeklerde gözlenir. HT dan farklı olarak bu hastalarda koroner ostialarda dar kapak sebebiyle perfüzyon basıncının düşük olmasıdır. Bu tür hastalarda ani ölüm sıktır.

D-Senil Myokard Dejenerasyonu:

Pek çok hayvan türlerinde başka hastalık olmadığında ömrü myokardın durumunu belirler.

Senil kalp küçüktür, yüzeyel venler kıvrımlı ve myokard yumuşak ve kahverengidir (lipofuksin birikimi). Pek çok yaşlı ani ölümünde koroner arterler sağlıklı ve iskemi bulgusu yokken klinisyenlerce yanlış olarak koroner hastalık tanısı konur.

E-Primer Myokard Hastalıkları :

Dejeneratif durumlardan daha az sıklıktaadır. Virüs, influenza ve difteri gibi pek çok enfeksiyonda myokardit ortaya çıkabilir.

Kardiyomyopatiler de büyük bir kalp belirli histolojik anormallikler gösterir. Hypertrofik ve konjestif tipleri vardır. Ani beklenmedik ölümle ilişkili olabilir.

F-Damar Hastalıkları :

Damarlarda ani ölümle ilişkili en yaygın lezyon anevrizmalardır.

Aortun Atheromatöz Anevrizması : Aort duvarının ateroskleroza bağlı olarak harabiyete uğraması sonucu geniş anevrizmalar ortaya çıkabilir. Hemen her bölümde olabilir ancak en sık abdominal segmenttedir. Vakalar genelde yaşlı ve daha sık olarak erkektir. Damar duvarı elastik dokuların destrüksiyonu sonucu inceler ve iç kısmı ülseredir, sıklıkla kalsifiye ve içi kısmen eski trombüsle doludur. Bir çok anevrizma salim kalır ve otopside rastlantısal olarak bulunur, bir kısmı ise yaş ve tansiyon yüksekse rüptüre olur. Vaktinde yakalanırsa tedavi cerrahidir fakat pek çoğu yardım edilene kadar ölür. Retroperitoneal

alanlara özellikle böbrek çevresine masif kanama olur, bu bazen retroperitondan rüptüre olur ve hemoperikardium oluşur.

Dissekan Aort Anevrizması : Aort duvarında medionekroz sonucu, duvarın santral tabakalarında biriken kan; damarı rüptüre edebilir, sıklıkla atheromatöz femoral dallarda, en çok da çıkışta perikardial sak'a yırtılır, sonuçta hemoperikardium ve kardiak tamponad oluşturarak ölüme yol açabilir. Aort dissekan anevrizması ağrısının olası en kötü ağrı olduğu söylenir.

Merkezi Sinir Sistemi Hastalıklarına Bağlı Ani Ölümler :

Beyin tümörleri ve beyin apseleri : Kafa içinde yer kaplayan tümör, kist ve apse gibi oluşumlar yavaş yavaş oluştuklarından ön belirtiler gösterirler. Baş ağrısı, bulantı, kusma ve görme bozuklukları bu hastalıkların tanısına yardım eder. Bazen açık bir belirti vermez ve önemsiz bir nedenle beklenmedik bir ölüme yol açabilirler.

Beyin Kanamaları : Arterioskleroz, hipertansiyon, anevrizmalar, hemorajik diatez ve enfeksiyon hastalıkları etkisiyle meydana gelir. Damarlarda tıkanmalar, tümör ve beyin apseleri de kanama yapabilir. Beyin kanamaları yaşlılarda arterioskleroz, hipertansiyon gençlerde ise anevrizmaların yırtılması sonucunda meydana gelmektedir. Beyin kanamaları ansızın ölüm ve çabuk ölümlere yol açabileceği gibi afazi ve felçler yaparak tanı olanağı sağlanır ise ani ölümler konusu dışında kalır.

Beyin Embolileri : Dolaşıma karışan trombüsler, hava ve yağ embolileri beyin damarlarını tıkayabilir. Embolinin yerine ve tıkanan damarın çapına göre ansızın, çabuk ölüm olabilir.

Beyin Trombozu : Damarlarda, arterioskleroz, sifiliz, diabet, enfeksiyon hastalıkları ve toksik etkilerle trombozlar oluşur. Anemi, gebelik, doğum ve lobar pnomoni gibi hemostazın hızlandığı durumlarda tromboz daha çabuk oluşur. Beyin trombozları yavaş meydana gelir. Damarlarda tıkanma meydana gelmeden önce ön belirtiler görülür. Bazen büyük bir damarın tıkanması sonucu ansızın ölüm ve çabuk ölüm meydana gelebilir.

Epilepsi : Seyrek gelen, atipik geçen nöbetler nedeni ile epilepsi hastası olduğu bilinmeyen bir kimsenin ani ölümü de adli tıbbı konu oluşturur. Status epilepticus sırasında kasların ve özellikle diyafragmanın kontraksiyonu uzun sürerse asfiksiden ölüm olur.

Solunum Sistemi Hastalıklarına Bağlı Ani Ölümler

Glottis Ödemi : Vokal kordların çevresinde, enfeksiyon yada allerjik nedenlerle oluşan ödemler asfiksili ölüme yol açar. Glottis ödemi aniden meydana gelirse ansızın ölüm ve çabuk ölüm yapabilir.

Larinks Tümörleri : Ses kısıklığı, yutkunma güçlüğü ve ağrı gibi belirtilerle uzun sürerse bazen ani bir tıkanma ile beklenmedik bir anda ölüme neden olur.

Bronkopnomoni : Yüksek ateş, göğüs ağrıları, solunum zorluğu ve öksürük gibi belirtiler verirse de bazen hafif seyreder ve aşık belirti göstermez. Kalp ve dolaşım yetmezliği oluşur. Solunum zorluğu ve kollaps sonucunda hasta ölür.

Akciğer Ödemi : Kalp ve böbrek hastalıkları, enfeksiyonlar, allerjik hastalıkların gidişi sırasında akciğer ödemi oluşarak kısa bir süre sonra ölüme neden olabilir. Öksürük, nefes darlığı, siyanoz gibi belirtilerle tanısı kolay ise de çabuk ilerleyen ve kısa zaman içinde öldüren akciğer ödemleri de tanımlanmıştır.

Akciğer Embolisi : Trombüs, yağ ve hava embolileri akciğer damarlarını tıkayabilir. Arterin tıkanması kısa zamanda ölümle sonuçlanır. Otopside akciğerdeki enfarktüs bölgesi koni biçiminde ve kesitlerde üçgen şeklinde, soluk yada pembe renktedir. Damarların diseksiyonu ile damarı tıkayan trombüs ortaya çıkarılır.

Sindirim Sistemi Hastalıklarına Bağlı Ani Ölüm

Özefagus varisleri, mide-duodenum ülserleri, mide kanseri, bağırsaklarda ülser yapan tifo, dizanteri, tüberküloz gibi hastalıklar gizli kalmışsa beklenmedik bir zamanda ülserlerin perforasyonu sonucu kanamalar, peritonit ve ansızın ölümler meydana gelebilir. Karın içinde oluşan iltihaplar, kanamalar, travmatik lezyonlar, ameliyatlardan sonra oluşan yapışıklıklar uzun süre hiçbir belirti vermeden kalabilir. Beklenmedik bir anda bağırsak torsiyonları, strangulasyon, invajinasyon sonucunda ani ölümler oluşur. Apendiks perforasyonu sonucu beklenmedik bir anda ölüm meydana gelebilir. Karaciğer sirozu, apseleri, kistik hastalıkları, akut hemorajik pankreatit ani ölüm nedeni olabilir. Hastalık sonucunda büyümüş olan bir dalak kendiliğinden yada şiddetli olmayan bir travma sonucunda perfore olarak ölüm meydana getirebilir.

Gebelikle İlgili Ani Ölüm

Ektopik gebelik rüptürü

Plasenta yerleşme anomalileri : Plasenta previa, plasenta dekolmanı kanama sonucu ani ölüme neden olabilirler.

Plasenta yapışma anomalileri : Plasenta villuslarının uterus duvarına normalden fazla invaze olması sonucunda plasenta inkreata, akreata, perkreata durumları meydana gelir. Bu tür plasentalar doğumdan sonra kolay ayrılmazlar. Plasentanın kısmen ayrılması ve içerde bir parçanın kalması sonucu fazla kanama ve ölüm meydana gelebilir.

Uterus rüptürü : Doğum kanalının darlığı, makrozomi, sefalopelvik uyumsuzluk gibi durumlarda doğum travayı sırasında uterus yırtılabilir. Zamanında müdahale edilmediğinde kanama sonucu ölüm meydana gelir.

Eklampsi : Eklampsi krizi sırasında hastada konvülsiyonlar, koma ve ölüm meydana gelebilir.

Akut Nörojenik Kardiovasküler Yetmezlik Sendromu :

Bilindiği gibi kalbin fonksiyonları otonom sinir sistemi tarafından düzenlenmektedir. Sempatik etkiler stimülatör, parasempatik etkiler ise tonik ve inhibitör etkiye sahiptir. Emosyon, periferik afferent sinirlere kuvvetli stimulus, fizik egzersiz, hipoglisemi ya da çok kısa süreli serebral anemilerin bazı kişilerde sempatik etkiler üzerine stimülatör etki ile sirkülasyonu arttırdığı, myokardın kontraktibilite ve iritabilitesini arttırdığı, generalize vazokonstriksiyona ve kan basıncı artımına hatta kardiyak fibrilasyonlara neden olduğu yapılan nörofizyolojik çalışmalarda gösterilmiştir.

Diğer taraftan bazı kişilerde de sinüs karotikusa bası, periferik afferent sinirlere zayıf bir stimulus, anal ya da vaginal bölgelere stimülasyonun parasempatik etkileri şiddetlendirerek, sirkülasyonun yavaşlamasına, myokardın kontraktibilite ve iritabilitesini azaltmasına, vazodilatasyona, kan basıncının düşmesine ve kardiyak arrestlere dahi neden olabildiği gösterilmiştir. Ancak yukarıda sayılan bu iki farklı durumda anlatılan mekanizmalar ile ölüm meydana gelse dahi yalnızca postmortem muayenelerle ölüme neden olan bu mekanizmaları saptamak bilimsel olarak mümkün değildir. Ancak bazı koşulların ileri teknoloji olanakları ile incelenmesi sonucu böyle bir mekanizmanın da ölüme rolü olabileceği yönünde görüş bildirilebilir. Bir pratisyen hekimin koyabileceği nitelikte tanılardan değildir. Ayrıca masum bir tanıda değildir. Yukarıda sayılan stimulusları uygulayan kişinin öldürme kasdı olmaksızın yaptığı bir davranış ile bir kişinin ölümüne neden olması gündeme gelecektir. Ülkemizde bu konunun sıklıkla suistimal edildiği birçok pratisyen hekimin ölüm nedenini saptayamadığı durumlarda kişinin inhibisyon sonucu öldüğü gibi bir kanıya nasıl vardığını, hangi öğretilerden bu bilgileri aldıklarını anlamak mümkün değildir. Yukarıda da anlatıldığı gibi postmortem muayene ve incelemelerde amaç; kişinin ölüm nedenini saptamak amacıyla objektif kriterleri bulup ortaya çıkarmaktır. Kişilerin nelerden ölebileceği konusunda fikir yürütmek değildir.

İleri teknolojinin tüm olanaklarından yararlanan gelişmiş ülkeler, kendi sistemik hastalıkları sonucu ölen kişilerin otopsilerinde, ölüm nedenini saptayamadıkları olgu sayısını %25-30 civarında rapor etmektedirler.

Anaflaktik Ölümler

Anaflakside kompleks bir mekanizma söz konusudur. Herhangi bir madde ile karşılaşan organizmada, doku mast hücreleri ve bazofiller tarafından salınan kimyasal mediatörler etkisiyle, yaşamı tehdit eden vasküler kollaps ve respiratuvar obstrüksiyon gelişmektedir. Anaflaktik reaksiyonlar, hem tip I hem de tip II reaksiyon şeklinde olabilir. Anaflaktik reaksiyonlarda, cilt, gastrointestinal sistem, solunum sistemi, kardiovasküler sistem ve santral sinir sistemi bulguları ön plandadır.

Anaflaktik ölümlerde, etken varsa ve spesifik olarak bu etken saptanmışsa, klinik tablo çok tipikse ve morfolojik bulgularda bunu destekliyorsa tanıya ulaşmak mümkün olabilir. Anaflaktik reaksiyonlarda belirli bir madde ya da maddeler sorumlu tutulduğunda, bu madde ya da maddelerin normal kişiler için nontoksik olması gereklidir.

Anaflaktik ölümler hemen her zaman karşımıza ani beklenmedik ölümler olarak çıkar. Bu nedenle, anaflaktik reaksiyona bağlı olduğu düşünülen, şüphesi ya da iddiası olan ölümlerde, mutlaka otopsiye karar verilmelidir.

Anaflaksi iddiası olan ölümlerde ;

- 1.İyi bir anamnez ve öykü alınmalı,
- 2.Varsa kullanılan madde örneklenmeli,
- 3.Klinik dosyası incelenerek, fizik muayene ve laboratuvar bulguları not edilmeli, gerekirse sağıtında bulunan hekim ya da hekimlerle klinik gidiş ve terminal aşama ile ilgili olarak görüşülmelidir.

- 4.Dikkatli bir dış muayene yapılarak bulgular not edilmelidir.

- 5.İç muayenede, sistematik otopsi yapılarak makroskopik bulgular yazılmalı,

- 6.Histopatolojik ve toksikolojik incelemeler için usulüne uygun (bkz. otopsi tekniği) örnekler alınmalı ve örnekler Cumhuriyet Savcılığına ilgili laboratuvar işlemlerinin yapılabilmesi için bir tutanakla teslim edilmelidir.

- 7.Otopsi raporu sonucu ilgili kısımda örnekte belirtildiği gibi yazılmalıdır.

Anaflaktik ölüm olduğu iddiası ya da şüphesi olan olgularda, yukarıda sıralananların bir sentezi ile tanı konulabilir. Ancak, allerjen spektrumunun çok geniş olması, özellikle gelişen sekonder fenomenlerin ayırdedilemediği hallerde ve tanı için gerekli koşullardan herhangi birisinin eksikliğinde tanıya ulaşmak da olası olmamaktadır. Anaflaktik ölümlerde tanı, oldukça zor, ileri incelemeleri içeren, klinisyenlerle birlikte, patolog ve adli tıp uzmanlarının ortaklaşa değerlendirerek karara varmalarını gerektiren bir konudur. Bu nedenle, bir hekim, tek başına karara varmaktan kaçınılmalıdır.

Anestetik Ölümler

Anestetik ölüm preoperatif ve postoperatif fazı içeren, hasta genel anestezi altında iken ortaya çıkan ölümdür. Cerrahi girişimler ve anestezi uygulanması hastanın hayatını riske sokan olaylardır. Hastaya uygulanacak anestezi tipi, operasyon türü, hastanın fiziksel durumu riskin ağırlık derecesine etkilidir. Cerrahi girişimlerde meydana gelen ölümlerde etki sıklıkla verilen anestezi madde nedeniyle olmamasına rağmen soruşturma ve bilgi edinme haksızca anesteziye doğru yönelme eğilimindedir. Konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmayanlar tarafından hekimler, özellikle anesteziistler hedef alınmakta ve birer suçlu gibi sunulmaktadır. Gerçekte anestetik ölümü tanımlamakta güçlük çeken hatta tanımlayamadıklarını ifade eden araştırmacılar, anestetik mortalite insidansını da bilmediklerini ifade etmektedirler.

Anestezi mortalite ve morbidite nedenleri çeşitli özellikleri gözönünde bulundurularak sınıflandırılmaktadır. Aşağıda bunlardan biri aktarılmıştır.

1. Operasyon odasında görevli ekip üyelerine ait hatalar,
2. Mekanik hata ve yetersizlikler,
3. Hastaya ait öngörülemez önlenemez komplikasyonlar, ya da öngörülse bile acil girişimi gerektirdiği için riske edilen durumlar.

Operasyon sırasında ya da hemen sonrasında bir ölüm meydana geldiğinde bu kişinin ölümünden sorumlu tutulan bir anestezi uzmanı ya da anestezi ekibi olacaktır. Yukarıda belirtildiği gibi bu konuda dayanaksız bir önyargılı yaklaşım söz konusudur. Tüm bu nedenlerle bu koşullarda en uygunu biri deneyimli bir anestezi uzmanı diğeri deneyimli bir genel cerrah olmak üzere iki hekimin de postmortem muayeneleri yapacak hekimle birlikte bulundurulmasıdır. Bu tür ölümlerle ilgili yapılacak işlemlerin detayı ve bilimsel değerlendirilmesi pratisyen hekimlerce yapılamaz. Ancak yol gösterici olması açısından gözden geçirilmesi gerekenler kısaca maddeler halinde aşağıda aktarılmıştır.

1. Cerrahi girişim ve anestezi için hasta aydınlatılmış rıza belgesi alınmış mıdır?
2. Cerrahi girişim endikasyonu kriterleri nelerdir.
3. Hastaya cerrahi girişim kararı öncesi hastalığı yönünden yapılan klinik ve laboratuvar araştırmaları ve bulguları.
4. Cerrahi girişim öncesi hasta hazırlığı olarak yapılanlar.
5. Cerrahi girişim tekniği ve bu hastada tercih nedenleri.
6. Uygulanan anestezi tekniği ve hastada tercih nedenleri.
7. Cerrahi girişim tekniğinin uygulanmasında sorun çıkıp çıkmadığı.
8. Anestezi tekniğinin uygulanmasında sorun çıkıp çıkmadığı.
9. Olası acil yardımlar için tüm ekibin hazırlıklarının durumu.
10. Resüsitasyon için yapılanlar.

Otopsi Bulguları:

Anestetik ölüm tanısı otopsi ile konulacak bir tanı değildir. Ameliyathane kayıtları ve önlemlerinin incelenerek bilimsel olarak irdelenmesi ile kliniklerce konulan bir tanıdır. Ancak ölenin ölümünde rolü olan faktörlerin ortaya konması amacı ile mutlaka otopsi yapılmalıdır.

4. KİMLİK TESPİTİ

Bir kişinin tanınmasında, tanımlanmasında ve diğer kişilerden ayırdedilmesinde etkin olan özelliklerin bütününe “kimlik” adı verilir. Yaşayan ya da ölü bir kişinin bu özelliklerinin ortaya konulmasına ise kimlik tespiti denir. Kimlik tespiti, Adli Tıbbın en önemli konularından birini oluşturmaktadır. Adli Tıpta incelenmesi gereken canlı ya da ölüde yapılan bütün işlemlere öncelikle kimliğin saptanması ile başlanılır.

Adli Tıp ve Hukuk Uygulamalarında İki Tür Kimlik Tanımı Yapılır :

1. Adli Kimlik : Bir kişiyle ilgili olarak nüfus kayıtlarındaki bilgilerden oluşan kimliktir. Cinsiyet, doğum yeri, yılı, anne, baba ve kardeşlerle ilgili bilgiler başlıca öğeleridir. Bu tür bilgiler; kişiye ait fotoğrafı da içeren bir belge üzerinde gösterilebilir (kimlik belgesi, sürücü belgesi, pasaport v.b.). Adli kimlik, canlının ya da ölünün üstünden çıkan çeşitli belgelerin değerlendirilmesi ile saptanır. Ancak bu tür belgelere her zaman güvenilemez. Çünkü adli kimlik; kimlik saklama, başka birine ait kimlik kullanarak haksız kazanç elde etme ya da gizlenme gibi değişik amaçlarla değiştirilmiş olabilir ya da kişinin üzerinden herhangi bir kimlik belgesi çıkmayabilir.

2. Tıbbi Kimlik : Vücut özelliklerinin tümüyle birlikte değerlendirilmesi sonucu ortaya çıkan kimliktir. Bir başka deyişle kişinin görüntüsünün fotoğraf gibi tanımlanmasıdır. Boy, vücut ağırlığı, cinsiyet, renk (göz, saç, ten), yüz özellikleri (kulak, burun, ağız, saç, sakal, bıyık, kaş, kirpik, v.b.), dişler (eksik, fazla, protez, renk, dolgu, v.b.), ameliyat, ya da yanık/yara skatrisleri, deri lekeleri ve döğmeler, erkek ise sünnet, kadın ise kırlık zarı, doğum bulguları, ekstremite özellikleri (kısalık, fazlalık, eksiklikler gibi) ve anomaliler tıbbi kimliğin tanımlanmasında ayrıntılı olarak incelenmesi gereken fizik özelliklerdir.

Kimlik Tespitinde Kullanılan Yöntemler:

1. Kimlik Belgeleri : Adli kimlik bilgileri ile birlikte çoğu kez kişiye ait fotoğrafı da içeren belgelerdir (Nüfus kağıdı, pasaport, sürücü belgesi gibi). Bunlar, kimliği konusunda bilgi veremeyecek durumdaki kişilerde (koma, amnezi, akıl hastalıkları, dil sorunları vb.) ve ölülerin üzerlerinde bulunduklarında önemlidir. Adli olayların bazılarında bu tür belgelerin sahteleriyle karşılaşılabilir.

2. Kimlik Tanıklığı : Canlı yada ölü bir kişinin kimliği konusunda bilgi toplanmasıdır. Bu yöntemdeki en önemli olan unsur doğru bilgileri verecek olan tanıktır.

3. Özel (Kişisel) Eşyalar : Canlı kişilerin belirlenmesinde önemsizdir. Ölülerin üzerindeki giysi, protez ve takılar büyük önem taşır. Özellikle birden fazla kişinin öldüğü kazalarda, yüz ve vücut özellikleri bozulan kişilerin üzerindeki gözlük, işitme cihazı, diş protezleri, kol bacak protezleri ile üzerlerinde isim yazan yüzük ve bilezikler kimlik tespitinde oldukça yararlıdır.

4. Fotoğraf Karşılaştırması : Suçluların belirlenmesi amacıyla kullanıldığında, çoğu kez bankalar ve ticaret merkezlerinde bulunan video sistemlerindeki kayıtların eldeki fotoğraflarla karşılaştırılması ilkesine dayanır. Ayrıca, geliştirilen fotoantropometri ve fotoğraflık video superimpozisyon yöntemleriyle, iskeletlerin kafatası ile kayıp kişilerin fotoğrafı karşılaştırılarak kimlik tespiti yapılabilir.

5. Parmak İzleri : Bu izlerin değişmez oldukları çok eski zamanlardan beri bilinmektedir.Parmak uçlarında “papilla”adı verilen deri kıvrımları üzerinde ter ve yağ bezlerine ait delikler bulunur.Buralardan yapılan salgı sonucu dokunulan yerde parmak izi oluşur.Papillalar anne karnında altıncı aya doğru oluşurlar ve hayatın sonuna kadar değişmeden kalırlar.İlmik,kavis,karışık ve helezon olmak üzere dört grup parmak izi vardır.

6. Fasial Rekonstrüksiyon : İleri derecede çürümüş ya da iskeletleşmiş olan cesetlerde, kafatası ve yüz yumuşak dokularının yeniden oluşturulması ilkesine dayanır. Öncelikle, kafatasından ve varsa diğer kemiklerin yardımıyla yaş ve cinsiyet saptanır. İkinci aşamada eldeki kafatasının kalıpları alınır ve kopyaları hazırlanır. Önceden bilinen ölçülere göre yumuşak doku (gözler, dudaklar, burun vb.) rekonstrüksiyonu yapılır. Ayrıntıları tamamlanarak son biçimi verilen örneğin önden ve yandan fotoğrafları çekilir ve bu fotoğraflar kayıp kişilerin fotoğraflarıyla karşılaştırılır.

7. Adli Antropoloji Çalışmaları : Genellikle ileri derecede çürümüş ya da iskeletleşmiş cesetlerin kimlik tespitinde kullanılan yöntemlerdir.

8. Dişler : “Adli Odontoloji” başlı başına bir bilim dalıdır.Adli odontoloji, özellikle kurbanların dişle ilgili kayıtlarının elde olduğu durumlarda, uçak kazası ve benzeri kitle facialarında, kimlik tespitinin önemli bir bölümüdür. Bu olaylarda yolcu listesine göre kayıtlar çıkartılır ve çene bulguları, çekilen dişler, dolgular, kronlar, çürükler ve diş plakları gibi bilgiler karşılaştırılır. Cinayet ya da kayıplar gibi tek kişiyi ilgilendiren olaylarda da aynı teknik kullanılır. Dişten kimlik tespitinin en büyük avantajı dişlerin vücuttaki en sert ve dirençli doku olması ve tam dekompozisyon durumlarında hatta (ölü yakılması hariç) en ciddi yangınlarda bile bozulmadan kalmasıdır. Dişler ayrıca cinsiyet, ırk ve bazen meslekle ilgili bilgiler de verebilir.

9. Eritrosit Antijenleri ve DNA Çalışmaları : Burada incelenen materyal tam bir iskelet, bir kemik parçası, kan lekesi, vücut sıvılarına ait lekeler, saç ya da vücut kılları olabilir. DNA düzeyinde genetik incelemeler Adli Hemogenetik Merkezleri’nde yapılmaktadır. Analizlerde; yalnız kan, kan lekesi, sperm, idrar, tükürükten değil, kıl, diş ve kemiklerden de DNA elde edilmektedir. Bu biçimde suçluların kimliği , olay yerlerinden toplanan biyolojik kalıntılardan ya da cinsel saldırıya uğramış bir kadının vajinal ya da anal bölgesinden alınan örneklerden veya tırnağın altında kalmış doku parçalarından DNA elde edilerek saptanmaktadır. DNA profili elde etmek üzere olay yerinden, mağdur ya da mağdurlardan ayrıca sanık ya da sanıklardan biyolojik örnekler alınır. Bu örneklerden DNA ayrıştırılır, saflaştırılır ve DNA molekülü üzerindeki bazı bölgeler binlerce kez çoğaltıldıktan sonra görünürleştirilir. Ortaya çıkan bantlar bilgisayar aracılığı ile değerlendirilir. Bir başka deyişle, eğer kuşkulunun tek yumurta ikizi yok ise, yeryüzünde aynı DNA profiline sahip ikinci bir kişi bulunamayacağından, olayın faili, kuşkulu kişidir.

Kimliği Bilinmeyen Cesetlerin Kimliklerinin Saptanmasına Yönelik Çalışmalar:

*Kısa süre önce ölmüş ve bütünlüğünü koruyan ancak kimliği bilinmeyen taze cesetlerde,

*Çeşitli kazalar ve doğal afetler yada yangın gibi toplu büyük yaralanmalarda,

*Kişinin tanınmasının zor olacağı şekilde yüz ve vücudunun zarara uğradığı durumlarda,

*İleri derecede pütrefaksiyon sonucu yüz ve vücudun tanıtıcı özelliklerinin ayırt edilemeyeceği durumlarda,

*Cesedin iskelet halini aldığı durumlarda, kimliklendirme cesedin özelliğine göre farklı yöntemlerle yapılır. Ancak her koşulda temelde saptanmaya çalışılması gerekenler; kişinin cinsiyeti, yaşı, boyu ve tanıtıcı özelliklerinin ortaya konulması ile cesedin kime ait olduğunun saptanmasına yönelik çabalardır.

Kimliklendirmede Dikkat Edilecek Noktalar :

1. Giysilerin incelenmesi; rengi, şekli, etiketi, ceplerinde bulunan her türlü eşya not edilmeli ve savcıya teslim edilmelidir.
2. Yüzün tarifi; olay yeri keşif ekibinde bulunan teknik ekibe, bu amaca uygun teknikler kullanılarak fotoğrafları çektirilmelidir.
3. Parmak izi olay yerinde bulunan teknik ekibe tüm incelemelerden önce aldırılmalıdır.
4. Vücut yapısı; şişman, normal, zayıf olarak ayrıntılı özellikleri ile tanımlanmalıdır.
5. Boy uzunluğu; baş topuk mesafesi dikkatlice ölçülmelidir. İskelet kalıntılarının bulunduğu vücut bütünlüğünün bozulduğu durumlarda ekstremitelerin uzun kemikleri ileri incelemeler için Adli Tıp Kurumu İhtisas Dairelerine gönderilmek üzere savcıya teslim edilmelidir. Çünkü bu kemiklerin çeşitli noktalarından yapılan ölçümler ile uygulanan formüllerden kişinin boyu hesap edilmeye çalışılmaktadır.
6. Yaklaşık yaşı; bu amaçla dişlenme durumu dikkatlice not edilmeli, alt ve üst çene ve alveollerinin bütünlüğü bozulmadan Adli Tıp Kurumuna gönderilmek üzere savcıya teslim edilmelidir. Ayrıca aşağıda önerilecek kemikler kemikleşme noktaları ve epifiz hatları (grafiler) incelenmek üzere alınmalıdır. Cesedin izlenebilen gelişme durumu; sekonder cinsiyet karakterleri, genel görünüşü not edilmelidir.
7. Cinsiyet; sekonder cinsiyet karakterleri not edilmeli, pütrefaksiyona uğramış cesedlerde uterusun varlığı araştırılmalıdır. İskelet kalıntılarında özellikle kafatası ve pelvis kemikleri değerlendirilmeleri için, gönderilmek üzere savcıya teslim edilmelidir.
8. Kişiye özgü bulguların not edilmesi; operasyon izleri, skatrisler, deformiteler, amputasyonlar, tatuajlar not edilmelidir.
9. Hastalıklarına ait bulgular; organ bulguları, iskelet kalıntılarında; kırıklar, deformiteler, abseler, tümörler not edilmeli bu dokulardan gerekli histopatolojik incelemeler için örnek alınmalıdır.
10. Serolojik incelemeler; cesedin kimliklendirilebilmesi için kan ve vücut sıvılarından örnekler alınarak serolojik incelemelerle kan grupları, eritrosit enzimleri, doku tiplendirilmesi ve DNA analizlerinin yapılması sağlanmaya çalışılmalıdır.
11. Her koşuldaki cesedin kimliğinin saptanmasının konuyu yeterince bilmeyenlerce basit gibi görünmesine karşın Adli Bilimlerin tüm dallarının bilgisi ile çözümlenmesi gerekecek kadar komplike bir konu olduğu hatırdan çıkarılmamalı, bu konuya özen gösterilmelidir.

5. ÖLÜ BEDENİNDEKİ DEĞİŞİMLER

Ölüm, bir kişiye canlılık niteliği kazandıran ve ana hayat fonksiyonları denilen solunum, dolaşım ve sinir sisteminin durması sonucu meydana gelen bir olaydır.

Bugün dünyanın çoğu ülkesinde, solunum ve dolaşım sistemlerinin artifisiyel olarak destek almaksızın çalışamaması ve santral sinir sistemi fonksiyonlarının durması hukuken ölüm olarak kabul edilmektedir. Bu üç ana sistemin fonksiyonlarının durmasına SOMATİK ÖLÜM denilir. İnsan vücudunda bu üç sistemin fonksiyonlarının durmasından sonra sistemler arası koordinasyon ve hücre içi fonksiyonlar bozulmaktadır. Buna da HÜCRESEL ÖLÜM denilmektedir. Tüm bunlardan anlaşılacağı üzere ölüm, irreversibl ve progresif bir olaydır.

ÖLÜMÜN TANISI

Her hekim, ölüm olguları ile karşılaştığında ölüm halini belirlemek ve ölüm raporu (defin ruhsatı) düzenlemekle yükümlüdür. Bu nedenle ölüm tanısı koyarken de aşağıda belirtilen muayene yöntemlerini bilmesi ve dikkatlice uygulaması gerekir.

Dolaşım sistemi muayenesi :

Kalp oskültatuar olarak tüm odaklarda dinlenmeli,
Periferik nabızlar kontrol edilmeli,
Olanak elveriyorsa EKG çekilmelidir.

Solunum sistemi muayenesi :

Solunum hareketleri dikkatlice gözlenmeli,
Solunum sesleri dinlenmelidir.

Merkezi sinir sistemi muayenesi :

Nörolojik muayene yapılarak tüm refleksler kontrol edilmeli, özellikle kornea ve pupilla reflekslerine bakılmalıdır.

YALANCI ÖLÜM : Bazı durumlarda dolaşım çok yavaşlar, solunum oldukça yüzeyleşir ve bazı refleksler azalabilir. Bu gibi durumlara özellikle; ölmekte olan kişilerde , Cheyne- Stokes solunumu ile birlikte olan böbrek yetmezliğinde , uyuşturucu madde alarak komaya girenlerde , asfiksik olaylarda ve kollaps durumlarında rastlanmaktadır. Hekim," yalancı ölüm " yanılıgısına düşmemek için "ölüm " teşhisi koyarken azami dikkatli olmak zorundadır.

AGONİ (Can çekişme): Solunum, dolaşım ve merkezi sinir sistemi fonksiyonlarının bozulması ile ölüm arasındaki sürede, organizmanın verdiği yaşam savaşına agoni denir. Her ölümde bu süre farklı uzunluktadır. Agoni süresi birden ölümlerde kısa, kronik hastalıklardan ölenlerde ise uzundur. Uzun süren agoni dönemi, hukuki yönden bazı sorunları da gündeme getirmektedir. Kişiler bu dönemde kendileri ya da çevrelerindekiilerin önerileri ile bazı hukuki akitler yapmak isteyebilirler. Bu akitlerin geçerli olabilmesi için hastanın bilinç durumunun hekim tarafından muayene edilip söz konusu edilen hukuki akitleri kendi serbest iradesi ile yapabilecek durumda olup olmadığının saptanması gerekir. Bu saptama yapılmadan düzenlenecek aktin geçerliliği olamaz. Agoni döneminde önce görme, sonra işitme ve hissetme duyuları bozulur. Yine agonide, vücutta irade dışı hareketler oluşur. Kişi bilinçsiz olarak kolunu bacağını oynatır. İrade dışı hareketler içerisinde en karakteristik olanı elde para sayar gibi bir hareketin görülmesidir. Bu harekete "karfoloji" denir.

ÖLÜM BELİRTİLERİ :

Ölüm nedeni ne olursa olsun yaş, cinsiyet ve diğer faktörlere bağımlı olmaksızın her insanın canlılığını yitiren vücudunda bazı ortak değişiklikler meydana gelmektedir. Post-mortem muayenelerde ve otopside saptanan bulguların hangilerinin şahsın ölüm nedeninin

bulguları, hangilerinin vücudun canlılığını kaybetmesi ile ilgili olduğunu ayırt etmek için hekim mutlaka ölümden sonra vücutta meydana gelen değişiklikleri ve bunların morfolojiye yansımalarını bilmek zorundadır.

Ölümün Belirtileri İki Grupta İncelenir:

A - Ölümün erken belirtileri

B - Ölümün geç belirtileri

A - Ölümün Erken Belirtileri :

Bu dönemde tüm refleksler kaybolur ve çizgili kaslarda primer kas gevşemesi meydana gelir. Derinin esneklik ve ışık geçirgenliği kaybolur. Göz küresinde dehidratasyona bağlı olarak yumuşama ve bulanıklık meydana gelir. Bu dönemdeki değişiklikler;

- a) Cesedin su kaybı,
- b) Kan ve vücut sıvılarındaki değişiklikler ,
- c) Otoliz'dir .

a) Cesedin Su Kaybı: Ölümden sonra ceset buharlaşma yolu ile su kaybeder.Yenidoğan ölümlerinde çocuğun kilosu değerlendirilirken bu konu göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü erişkinlerde önemsiz miktarlarda olan su kaybı yenidoğan dönemindeki cesetlerde fazladır, hem de küçük ağırlıklarda önemli yanımlara neden olabilecek düzeydedir. Yeni doğan dönemindeki bebek cesetlerinin günde ortalama kilo başına 18-20 Gr su kaybettiğini bildiren yazarlar vardır . Erişkinlerde de vücudun özellikle nemli ve cildi ince olan bölgelerinde dehidratasyona bağlı olarak cilt kurduğundan post-mortem muayenede dikkati çekecek bulgulara neden olur Erkeklerde sık rastlanan post-mortem bulgulardan biri de skrotum cildinin dehidratasyona bağlı olarak kuruyup renginin koyulaşarak parşömen plağı denen değişikliğe uğramasıdır. Parşömenleşme olarak kabul edilen bu post-mortem değişiklik bazen yanlış değerlendirilerek skrotumda travmatik bir lezyon olarak tanımlanmaktadır.

b) Kan ve Vücut Sıvılarındaki Değişiklikler: Kalp durduktan sonra kan, vasküler sistemde hareketsiz kalmaktadır. Plazma ve kanın şekilleri elamanları tabakalar şeklinde ayrılmakta ve çökmektedir. Özellikle kalp boşluklarında, büyük arter ve ven lümenlerinde böylece post-mortem pıhtı ya da ALEKA olarak isimlendirilen kitleler oluşmaktadır. Şekilli elemanlar koyu kırmızı renkte, plazma kısmı ise yumurta sarısı renkte olup her iki tabakada parlak -elastik ve çekince uzayan , bulundukları boşluğun şeklini alan ancak bu boşlukları doldurmayan kitlelerdir. Agoni dönemi uzun süren ölümlerde daha çok rastlanan bir bulgudur. Ante-mortem trombüsten fiziksel özellikleri yönünden ayırt edilmeye çalışılır. Yine tereddüt ediliyorsa kitle formalin solüsyonunda bir süre bekletilir. Post-mortem pıhtı bu solüsyonda erir. Ante-mortem trombüs ise solüsyon içinde sertleşir ve kırılğan bir hal alır.

Ölümden sonra saatler içinde eritrositlerde hemoliz olayının başladığı yaklaşık 24 saatte de tamamlandığı bildirilmektedir.

Ölümden sonra kan ve kemik iliği hücrelerinin morfolojilerinde de değişiklikler meydana gelir.

Post-mortem dönemde meydana gelen hemoliz, organlardaki otoliz ve mikroorganizmaların üremeye başlaması ile kan Ph 'sı düşer, pütrefaksiyonun ilerleyen evrelerinde PH yeniden yükselir.

Kan şekeri giderek düşmeye başlar, elektrolitlerden bazılarının seviyelerinde yükselme, bazılarında ise düşme meydana gelir.

Otoliz : Otoliz kelime anlamı olarak hücre ve dokuların kendiliğinden erimesi olarak bilinir. Ölümünden sonra hücre, doku ve bazı organlarda bulunan litik enzimlerin etkisiyle hücre yapılarında parçalanmalar meydana gelerek normal biyokimyasal ve morfolojik strüktürleri bozulmaktadır. Sürrenealler, pankreas ve mide duvarı otolitik değişikliklerin en hızlı geliştiği organ ve dokular olarak bilinmektedir. Bağ dokusu ise otolize karşı dayanıklıdır. Ayrıca, kan hücreleri arasında lökositler, beyinde ise glia hücreleri diğer hücrelere göre otolize daha dayanıklıdır.

B-Ölümün Geç Belirtileri :

- a) Ölü Soğuması (Algor Mortis)
- b) Ölü Katılığı (Rigor Mortis)
- c) Ölü Lekeleri (Livor Mortis)
- d) Ölü Çürümesi (Pütrefaksiyon)

a) Ölü Soğuması (Algor Mortis) ; Ölümünden sonra cesette ısı oluşumu durmakta, ceset çevre ısısına eşit bir ısıya gelinceye kadar soğumaktadır. İnsan vücudu değişik özelliklerde dokulardan meydana geldiğinden ısı kaybı da tüm vücutta homojen olmamaktadır. Cesedin dış yüzü yani derisi çabuk soğumakta, fakat iç organlar daha geç soğumaktadır. Post-mortem ısı, ya rektal ya da subhepatik yerleştirilen özel termometrelerle ölçülmektedir.

Isısı 5 ila 15 derece olan bir yerde, ceset saatte 1 derece soğuyarak 24 saat sonra bulunduğu yerin ısıyla aynı dereceye gelir.

Bir cesedin ısı kaybına çeşitli faktörler etkili olmaktadır.

Açık Havada Kalan Cesetlerde Soğumaya Etkili Faktörler ;

- *Soğuma süresince cesedin bulunduğu ortamın ısısı ,
- *Ortamın nemi ve hava sirkülasyonu ,
- *Şahsın vücut yapısı, beslenme durumu,
- *Şahsın ölüm nedeni,
- *Ölüm anındaki vücut ısısı,
- *Cesedin üzerindeki giysiler ya da cesedin sarıldığı cisimlerin özelliği.

Ceset ve ortam ısısı farkı büyük olduğunda soğuma hızlı olmaktadır. Ortamdaki nem ve hava sirkülasyonu soğumayı artırmaktadır. Şişman ve iri vücutlu kişilerin cesetleri, zayıf ve ince yapılı kişilerin cesetlerine oranla daha yavaş ısı kaybetmektedir. Ölüm nedenine bağlı olarak ölüm anındaki vücut ısısı normal kabul edilen sınırlardan aşağıda olabilir, (masif eksternal kanamalarda, şoklarda olduğu gibi) ya da ölüm anındaki ısı normal sınırların üzerinde olabilir.(Sepsis, bazı enfeksiyonlar, sıcak çarpmalarında olduğu gibi) Cesedin üzerindeki rahat bol hava alan türde kumaşlardan yapılmış giysiler soğumayı kolaylaştırırken, sıkı ve hava almayan kalın giysiler ısı kaybını yavaşlatır.

Yapılan çalışmalarda cansız vücudun soğuma eğrisinin inorganik cisimlerdeki gibi hiperbol şeklinde olmayıp, sigmoid şekilde olduğu saptanmıştır. Yani ısı kaybının önce bir plato çizdiği, sonra hızlı bir soğuma meydana geldiği, vücut ısısı ortam ısısına yaklaştıkça soğumanın yavaşladığı tespit edilmiştir. Buradan da anlaşıldığı gibi ceset soğurken her zaman diliminde aynı hızla soğumamaktadır. Bu nedenle tek ısı saptanmasına dayanarak retrospektif olarak ölüm zamanı tayin etmenin sağlıklı olmayacağı sonucuna varılmaktadır. Ayrıca soğumaya etkili faktörleri de gözönünde bulunduracak olursak farklı ortamlarda bulunan cesetler için standart, yalnızca zamana bağlı bir ısı kaybı hesaplamak da sağlıklı değildir.

b) Ölü Katılığı (Rigor Mortis) ; Ölümünden hemen sonara izlenen primer muskuler gevşemeyi volanter ve involanter kaslarda bir sertleşme izlemekte ve bu katılık hali çürümenin başlamasına kadar sürmektedir. Klasik kaynaklar ; ortalama 3-6 saatte ölü katılığının geliştiğini , 10-12 saatte tüm vücudu tuttuğunu, yaklaşık 36 saatte de çözüldüğünü yazmaktadır. Ölü katılığının muayenesi; diz ve dirsek gibi büyük eklemlere fleksiyon hareketi , yaptırılmak suretiyle yapılır.

Ölü katılığı küçük kas gruplarında daha önce gelişmekte, daha sonra tüm vücudu tutmaktadır. Ölü katılığı geliştiğinde büyük eklemler hafif fleksiyon halini almakta, el ve parmaklarında ise kuvvetli bir fleksiyon gözlenmektedir. Bu fikse olan eklemler ancak önemli miktarda bir kuvvet uygulanarak açılabilir. Genel bir kural olarak, ölü sertliği çabuk gelişirse kısa sürer. Ancak, kasların aşırı çalışmasına yol açan striknin zehirlenmesi ve tetanoz gibi hastalıklar sonucu ölüm meydana geldiğinde, ölü katılığı ölümünden hemen sonra başlar, çok şiddetli olur ve uzun süre devam eder. Ölü katılığı gelişmesi sırasında errektör pilorum kaslarının tutulması sonucu deride ürpermiş ya da tüylerin diken diken olmuş gibi bir görüntü izlenebilir. Buna "**cutis anserina**" (kaz derisi) görünümü adı verilir . Ölü katılığı iris kaslarını tuttuğu dönemde de pupillerde hafif daralma, düzensizlik ve eşitsizlik görülür. Bu nedenle post-mortem pupil muayenesi anlamlı değildir. Ölü katılığı kalp kasında da kontraksiyona neden olmakta, myokardın hacmi artmış gibi görünmektedir. Skrotum, testis, seminal kese, kanallar ve prostatta gelişen ölü katılığı, sperm atımına neden olur.

Ölü katılığının meydana geliş mekanizması ile ilgili çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Tüm bu çalışmalara göre; ölü katılığının başlama zamanı, şiddeti ve çözülme süresinin, kaslardaki depo ATP'nin miktarına, ATP'nin resentezi için gerekli koşulların düzeyine ve lizozomal enzim aktivisine bağlı olduğu anlaşılmıştır.

Yalnızca ölü katılığına dayanarak bir kişinin ölüm zamanını tayin etmenin sağlıklı olmayacağı bildirilmektedir. Cesette ölü katılığı meydana gelmeden tüm vücuda ya da vücudun bir bölümüne belirli bir pozisyon verildiğinde, ölü katılığı yeni pozisyona göre gelişecektir. Bu nedenle ölü katılığı gelişmiş bir cesedin saptanan pozisyonu kişinin ölüm anındaki vücut pozisyonu hakkında fikir vermez.

Ölü katılığının gelişmesinde süresi ve şiddetine etkili iç faktörlerin yanı sıra ortam ısının da önemli olduğu saptanmıştır. Yüksek ısının gelişmeyi hızlandırdığı, 10 derecenin altında da gelişmediği, ceset daha yüksek ısı bir ortama alındığında ölü katılığının normal evrelerle meydana geldiği saptanmıştır.

Ölü katılığı ile Karışan Durumlar :

1)Donma : Ceset donmuş ise normal ısıdaki bir odaya alındığında donma çözülür. Donma durumu öncesinde ölü sertliği meydana gelmemiş ise ölü sertliği oluşmaya başlar. Donmuş cesetlerde sinoviyal sıvının donması nedeniyle eklemler oynatıldığında çıtırtı sesi alınır. Cilt, testis, meme gibi önemli miktarlarda kas içermeyen vücut bölgeleri de donmaya bağlı olarak kaskatıdır.

2)Isı Sertliği: Yangın ortamında bulunan, yüksek derecede ısıya maruz kalan cesetlerde kas proteinlerinin koagülasyonuna bağlı olarak ısı sertliği gelişir. Isı sertliği gelişen bir cesette kas proteinlerinin yapılarının bozulmuş olması nedeniyle bir daha ölü sertliği oluşmaz. Isı sertliğinde ceset "boksör" görünümündedir. Bu özel pozisyon, ekstremitelerde fleksör kasların kitlesinin daha fazla olmasına bağlıdır.

Ölü Katılığının Nadir Görülen Özel Bir Durumu;

Ölü sıkışması(Spazm kadaverik); Ölümünden hemen sonra oluşan ölü katılığıdır. Ölü sıkışmasının ortaya çıkması için oldukça fazla kas çalışması ve aşırı keder gibi duygusal bir ruh hali ve de ölümün aniden olması gerekir. Daha çok bazı intiharlarda, savaş meydanlarında ve bazı boğuşmalı ölümlerde görüldüğü bildirilmektedir.

c) Ölü Lekeleri (Livor Mortis) : Vasküler dolaşım durduktan sonra, yer çekimi etkisiyle kan cesedin alt bölümlerine doğru birikmeye başlar. Bir süre sonra bozulan damar permeabilitesi nedeni ile de kan dokular arasına yayılır. Deride önceleri küçük noktacıklar şeklinde başlar, giderek yayılıp tüm cildi kaplar. Basıya uğrayan bölümlerde kapillerler kanla dolamayacağından bu bölümlerde ölü lekesi gelişmez. Örneğin sırtüstü yatan bir cesette skapuler bölge ve gluteal bölgenin basıya uğrayan kısımlarında ölü lekeleri oluşmaz. İç organlarda oluşan ölü lekelerine “hipostaz” adı verilmektedir.

Ölü lekeleri her ölüde az ya da çok miktarda görülür. Total kan volumünü önemli miktarlarda azaltan abondan hemorajilerde ise soluk renktedir. Asıda el ve ayaklarda eldiven ve çorap tarzında koyu mor renkte ölü lekesi oluşur.

Klasik kaynaklara göre optimal koşullarda ölü lekelerinin ölümden 3-6 saat sonra görülmeye başladığı belirtilmektedir. Ölü lekeleri genellikle koyu mor renktedir. Rengin koyuluğu kandaki redükte hemogloblin düzeyine bağlıdır. Kandaki karbondioksit konsantrasyonunun artmasına neden olan durumlarda (kalp yetmezliği, solunum yetmezliği, ası, elle, iple boğma olguları) ölü lekeleri koyu mor renkte olur. Kanın sıvı kısmını azaltan kolerada ölü lekeleri siyaha yakın mor renkte oluşur. Çeşitli zehirlenme durumlarında meydana gelen farklı renkler ise ölüm nedeni hakkında fikir vericidir. Örneğin karbon monoksit zehirlenmesinde kiraz kırmızısı ya da açık kırmızı, donma ve akut siyanür zehirlenmesinde yine açık kırmızı, potasyum klorat zehirlenmesinde ise koyu kahve renkte ölü lekeleri meydana gelmektedir.

Ölü lekelerinin incelenmesiyle ölümden sonra cesedin yerinin değiştirilip değiştirilmediği saptanabilir. Ölümden sonraki ilk 10 saat içinde cesedin yatış ya da duruş pozisyonu değiştirilirse, ölü lekeleri cesedin ilk pozisyonu ile uygun olarak oluştuğu yerlerden kalkar ve cesedin yeni konumu ile ilgili kısımlarında yeniden oluşur. Doğal olarak bu durumda cesedin pozisyonunun değişip değişmediğini söylemek mümkün değildir. Ancak, ölümden sonraki 10-15 saat içerisinde ceset çevrilir ya da taşınır ise ölü lekeleri cesedin hem ilk hemde sonraki pozisyonuna uygun olarak farklı bölgelerde oluşabilir. Bu durumda kesin olarak cesedin durumunun değiştirildiği söylenebilir. Örneğin bir cesedin hem önünde hemde arkasında ölü lekeleri görülürse, ölümden sonraki 10-15 saat içinde ölünün durumu değiştirilmiştir denir. Ölü lekelerinin sabit değişmez bir görünüm alması yaklaşık 15-20 saati bulur. Ölümden 15-20 saat geçtikten sonra ölünün pozisyonu ne kadar değiştirilirse değiştirilsin ölü lekelerinin yeri değişmez. Çünkü hemoliz olayı tamamlanmış ve bu nedenle boyanan kanın sıvı kısmı doku aralarına yayılmıştır.

Ölü lekeleri aynı zamanda ceset üzerinden herhangi bir şey alınıp alınmadığını da gösterir. Vücuda bası yapan cisimler ve giysilerin şekil ve izleri ölü lekeleri alanında belirgin bir şekilde görülür. Çünkü ölü lekeleri bası yapan cismin çevresinde oluşur. Ölü muayenesinde bu cisim ceset üzerinde bulunmaz ise ölümden sonra bu cismin cesetten alındığı kesin olarak söylenir.

Bazı durumlarda ölü lekeleri ile ekimozun ayrımını yapmak gerekebilir. Ekimoz canlıda meydana gelen bir etkili eylemin sonucudur. Ölü lekeleri ise ölüde meydana gelen fiziki bir olaydır. Ayrımda şüphelenilen bölge kesilir ve ıslak bir sünger ile silinir. Leke kaybolursa ölü lekesi, kaybolmazsa ekimozdur.

Ölü lekelerinin adli tıptaki önemi:

- 1) Ölüm zamanını tayinde yardımcıdır.
- 2) Ölüm sebebi hakkında fikir verir.
- 3) Ölünün pozisyonunun değiştirilip değiştirilmediği anlamaya yarar.
- 4) Ölü üzerinden bir şey alınıp alınmadığını gösterir.

d)Ölü Çürümesi (Pütrefaksiyon): Cesette mevcut enzim ve mikroorganizmalar ile çevre şartları etkisinde, bazı istisnai durumlar haricinde, her ölüde çürüme meydana gelir.

Klasik kaynaklar 15-20 derecede açık havada optimal koşullarda çürümenin 36-48 saat içinde başladığını yazmaktadır.

Çürüme birbirini takip eden dört evrede incelenir.

I. Evre :

- Karında ilioçekal bölgede cildin yeşil renk aldığı görülür.
- Cilt, duvarları hemoglobinle boyanıp kalın olarak belirginleşen kapiller ağ nedeniyle kokuşma haritası ya da damarlı mermer görünümü olarak isimlendirilen bir görünüm alır.
- Başta zenci başı görünümü meydana gelir.

*Karın genital bölgeler ve tüm vücut şiş görünümde olup, ciltte kokuşma bülleri gelişir.

- Avuç içi, ayak tabanı ,saç, kıl ve tırnaklar yerlerinden ayrılır.
- Çürüme gazlarının bası etkisine bağlı olarak idrar ve dışkı boşalımı olabilir.Aynı şekilde fetus dışarı atılabilir.
- Karın, göğüs boşluğu ve perikart kesesinde pasif difüzyona bağlı pembe boyalı berrak bir sıvı toplanması vardır.
- Kalp " Torba Kalp" denilen yumuşak gevşek ve deforme bir görünüm kazanır.
- Karaciğer dokusu çürüme gazlarının etkisiyle" bal peteği" ya da " İsviçre peyniri" görünümü denilen gözenekli bir yapı kazanır.
- Tüm iç organlar önceleri otolize bağlı yumuşak bir kıvamdadır daha sonra parankimatöz organlarda gaz bülleri oluşur.

Bu dönemin 15-20 derecede optimal koşullarda yaklaşık 3 haftada tamamlandığı bildirilmektedir.

Çürümenin 1. evresi karın boşluğunun açılması ile sona erer.

II .Evre :

- Karın patlayınca karın duvarı ve toraks çöker .
 - Tüm organlar küçülür adeta çamur kıvam ve görünümünde bir madde ile dolu kesecikler gibi görünür.
 - Cesedin dıştan cinsiyeti ayırt edilir durumdadır.
- Çürümenin 2. evresinin sonunda karaciğer ayırt edilemez hale gelir.

III . Evre

- Karaciğer ayırt edilemez durumdadır.
 - Kaslar ayrılmaya başlar.
- Cinsiyetin dıştan ayırt edilememesi 3. evrenin bittiğini gösterir.

IV .Evre

- Cinsiyet dıştan ayırt edilemez.
- Deri yumuşak dokular ayrılmaya başladığından iskelet görünür hale gelir.
- Eklemler ayrılmaya başlar
- Uterus ve prostat ayırt edilebilir.

Cesedin gömüldüğü ortamın özelliklerine bağlı olmak üzere ortalama 3-5 yıl içinde iskeletleşme tamamlanır. Bununla birlikte iskeletleşmenin ortalama 10 yılda tamamlandığını bildiren kaynaklar da vardır.

Çürümeye etki eden faktörler :

1. **Canlı etkenler :** Çürümeyi gerçekleştiren en büyük etken, ölüm sırasında vücudun normal florasını oluşturan bakteriler ile varsa patojen bakterilerdir. Ayrıca, açıkta kalmış cesetlerde, dış ortamda bulunan çeşitli hayvan ve böcekler çürümeye etkilidir.
2. **Fiziksel etkenler :** Cesedin bulunduğu ortamın ısısı, nemi, hava sirkülasyonu önemlidir. Ortam ısısı, normal canlı vücut ısısına (37.5 C) ne kadar yakınsa çürümeye o kadar hızlı olur. Havanın, sıcak, nemli ve hareketsiz olduğu yerlerde çürümeye daha hızlıdır. Ceset eğer su içinde ise; ılık, organik maddelerden zengin, tatlı sularda çürümeye daha çabuk meydana gelir. Açık havada kalan cesedin genellikle suda kalandan iki kat hızlı sürede ve toprağa gömülenden de dört kat hızlı sürede çürüdüğü söylenmektedir.
3. **Şahsın yaşı, beslenme durumu, dokularının hidrasyonu:** Beslenmemiş yeni doğanlarda çürümeye oldukça yavaştır. Çürümeye, ihtiyarlarda gençlerden daha süratli seyredir. Şişmanlar zayıflardan daha çabuk çürür. Çocuklar da erişkinlerden daha çabuk çürümeye eğilimi gösterirler. Konjestif kalp yetmezliği ölümlerinde olduğu gibi dokuların ödemli olması halinde çürümeye hızlı seyredir. Şiddetli kusma ve ishal sonucu ortaya çıkan ölümlerde ise çürümeye gecikir.
4. **Ölüm nedeni:** Akut enfeksiyon hastalıklarında ve özellikle septisemide çürümeye çabuk başlar ve hızla ilerler.

Çürümenin durduğu veya yavaşladığı durumlar :

Sabunlaşma (Saponifikasyon) : Rutubetli yerlerde ve durgun sularda kalan cesetlerde sabunlaşma görülebilmektedir. Cesetlerde normal olarak bulunan yağlar parçalanarak gliserin ve yağ asitlerine dönüşürler Yağ asitleri asit vasatıta kalsiyum, magnezyum, potasyum, sodyum ve amonyak tuzları vasıtasıyla sabunlaşır ve çürümeye durur . Sabunlaşan cesetler gri ve ya açık kahverenginde görünürler. Sabunlaşmaya uğrayan vücut bölgesi morfolojik özelliklerini koruması nedeniyle Adli Tıp açısından önemlidir. Sabunlaşma, cesedin kimliğinin ve varsa yara izlerinin belirlenmesine olanak sağlar.

Mumyalaşma (Mumifikasyon) : Mumyalaşma ölümden sonra dokuların ve organların dehidrate olup kurumasıdır. Nadir olarak meydana gelir. Ölümden önce var olan dehidratasyon, meydana gelişini kolaylaştırır. Çöl kumu gibi sıcak ve kuru zeminlere gömülen ya da benzeri ortamda bırakılan cesetlerde meydana gelir. Tamamlanması aylar hatta yıllar alır. Bir kez meydana geldikten sonra yıllarca bu özellik kaybolmaz. Mumyalaşma meydana gelen cesetlerde, kimlik saptamada veya yaraların tespitinde yararlı ip uçları alınabilir.

Maserasyon (Salamuralaşma) : Amniyon kesesi içinde bir süre kalan fetusta görülen bir dekompozisyon şeklidir. İntrauterin ölümün kesin tanı koydurucu kriteridir. Olay tamamen aseptik fermentatif bir otolizdir . Amniyon içinde kalış süresine göre ilk günlerden itibaren sırasıyla şu değişiklikler meydana gelir. Deride içi su dolu büller oluşur, bunlar patlar ve altından kirli kırmızı derma görünür. Hemoliz sonucu tüm fetus kirli esmer renk alır iç organlar çamur renk ve görünümünü alır. Vücut boşluklarında kirli esmer renkte bir sıvı birikir, kaslar yumuşar, eklemler gevşer ve iç organlar fülkütyasyon veren kese halini alır.

Postmortem İntervalin Saptanması

Günümüzde bu amaçla tek başına kullanılabilecek sağlıklı bir yöntem yoktur. Ancak, çok sayıdaki ölüm belirtileri birlikte değerlendirilerek yaklaşık bir zaman vermek mümkün olabilmektedir. Ölüm zamanına yakın bir tahminde bulunmak, kesin ölüm zamanını tayin

etmeye çalışmaktan çok daha sağlıklı olmaktadır. Söylenen zaman, ölümün meydana gelmiş olabileceği zaman dilimini yansıtmalıdır.

Buraya kadar anlatılan ölü bedenindeki tüm değişimler göz önüne alındığında;

- Eğer cesette ölü lekeleri tamamen gelişmiş, ölü katılığı tüm eklemleri tutmuş ise şahıs öleli en az 3-6 saat olmuştur,
- Bu bulgulara ek olarak ilioçekal bölgede yeşil renk (kokuşma lekesi) belirmiş ise kişi öleli en az 24 saat olmuştur,
- Kokuşma nedeniyle yüz zenci başı görünümünü almış tanınmayacak kadar şişmiş ve değişmiş ise kişi öleli 2-3 gün olmuştur,
- Kokuşma nedeniyle karın patlamış ise kişinin ölümünün üzerinden en az birkaç hafta geçmiştir denilebilir.

Değerlendirmeler sonucunda bildirilecek ölüm zamanının, faili meçhul bir cinayette ya da miras hukuku yönünden bazı intihar ve kazalarda önemli ipuçları olarak kullanılabileceği akıldan hiç çıkarılmamalıdır.

6. ÖLÜ MUAYENESİ

Ölü muayenesi, herhangi bir nedenle canlılığı sona ermiş bir insan bedeninde, başta ölüm sebebi olmak üzere, pek çok bilinmeyene cevap bulmaya yönelik bir incelemedir. Bu muayenenin yapılması, her hekimin görev ve sorumlulukları içerisinde yer alır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na göre; bir ölüm olayında, cesedin defininden önce hekim muayenesi yapılması zorunlu kılınmıştır. Yine bu kanun ile ölü muayenesi yapacak hekimler arasında öncelik belediye hekimlerine verilmiş, belediye hekiminin bulunmadığı yerlerde ise hükümet tabipleri (günümüzde sağlık ocağı hekimleri) bu iş ile görevlendirilmiştir. Hekimin bulunmadığı köy ve kırsal bölgelerde sağlık memurları ve bu iş için yetiştirilmiş memurlardan, bunların da bulunmadığı yerlerde ise jandarma karakol komutanı yada köy muhtarının bu iş ile sorumlu olduğundan bahsedilmekte ise de, bu muayenenin hekimin işi olduğu açıktır.

Ölü muayenesi yapacak bir hekimin, çeşitli hatalardan kaçınmasını sağlayacak, uygun davranış tarzı şu şekilde olmalıdır;

1) Öncelikle, ölümün erken ve geç belirtilerini değerlendirerek ölüm halinin meydana geldiğinden emin olmalıdır.

2) Cesedin kime ait olduğunu tespit etmelidir. Bunun için bulunabiliyor ise fotoğraflı bir kimliğin ceset ile karşılaştırılması en pratik yöntemdir.

3) Hekim, var ise yakınlarından ölene ait öykü almalıdır. Bu öyküyü alırken , ölümden önceki şikayet ve bulguları, kullandığı ilaçları, geçirdiği hastalık ve ameliyatlar ile bir hekim takibinde olup olmadığını öğrenmeye çalışmalı, var ise rapor ve reçete gibi tıbbi belgeleri incelemeli, yakın zamanda geçirilmiş trafik kazası ve darp gibi bir travmanın olup olmadığını sorgulamalıdır.

4) Hekim, vücudun muayenesinden önce, var ise üzerindeki giysileri incelemelidir. Giysiler üzerinde herhangi bir yırtık ve sökük olup olmadığını, ateşli silah veya kesici-delici aletlere ait herhangi bir iz bulunup bulunmadığını, kan veya meni lekelerinin mevcut olup olmadığını araştırmalıdır.

5) Giysilerin incelenmesinden sonra hekim, vücudun ayrıntılı harici muayenesini yapmalıdır. Bu muayene sırasında özellikle sırt, koltuk-meme altları ve perine bölgesi gibi kolaylıkla gözden kaçabilen yerlere dikkat etmeli; ağız, burun, anüs ve vajende yabancı cisim bulunup bulunmadığını araştırmalıdır.

Bu muayene ve edindiği bilgiler sonucunda hekim, ölümün açık ve net bir şekilde doğal bir sebepten meydana geldiği kanaatine varır ise defin ruhsatını düzenler ve ceset defin olunur. Bu ruhsatta ölenin kimliği, adresi, ölüm sebebi ve gömülmesine izin verildiği açıkça belirtilir.

Ölü muayenesini yapan hekim, ölümün bulaşıcı bir hastalıktan meydana geldiği şüphesinde ise bu durumu bulunduğu bölgenin sağlık müdürlüğüne bildirmelidir. Bu durumda defin ruhsatı, yapılacak otopsiyi takiben düzenlenir.

Yine ölüyü muayene eden hekim, ölümün doğal olmayan sebeplerden meydana geldiği kuşkusu uyandıracak bulgular saptamış ise yani olayda kaza, cinayet veya intihar ihtimali mevcut ise ya da ölenin kimliği meçhul ise CMK 159. maddesi gereği durumu Cumhuriyet Başsavcılığına bildirmelidir. Aksi davranış hekime ceza-i sorumluluk yükler. Cumhuriyet Başsavcılığına ihbarı yapılan cesetlere defin ruhsatı düzenlenmez. O cesedin defin ruhsatı ölü muayenesi ve/veya otopsi yapıldıktan sonra adli makamlarca düzenlenir.

Şüpheli ölümün ihbarı

MADDE 159.

(1) Bir ölümün doğal nedenlerden meydana gelmediği kuşkusunu doğuracak bir durumun varlığı veya ölünün kimliğinin belirlenememesi halinde; kolluk görevlisi, köy muhtarı yada sağlık veya cenaze işleriyle görevli kişiler, durumu derhâl Cumhuriyet Başsavcılığına bildirmekle yükümlüdürler.

(2) Birinci fıkra kapsamına giren hallerde ölünün gömülmesi ancak Cumhuriyet Savcısı tarafından verilecek yazılı izne bağlıdır.

Hekim tarafından, adli makamlara ihbarı yapılan ölüm olaylarında, olay artık “Adli Olgı” niteliği kazanmıştır. Bu durumda adli makamlarca “keşif” işlemi yapılır.

Herhangi bir adli olayın ne şekilde yapıldığını, olayın oluş şeklini ve nedenini araştırmak, suçlu yada mağdura ait suç kanıtlarının saptanması ve olaydan kaynaklanan zarar ve kaybın belirlenmesi için olay yerinde yapılan adli işlemlere “keşif” denilir. Keşif, Hakim yada C.Savcılar tarafından yapılır.

Keşif

MADDE 83.

(1) Keşif, hâkim veya mahkeme veya naip hâkim ya da istinabe olunan hâkim veya mahkeme ile gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde Cumhuriyet Savcısı tarafından yapılır.

(2) Keşif tutanağına, var olan durum ile olayın özel niteliğine göre varlığı umulup da elde edilemeyen delillerin yokluğu da yazılır.

Keşif işlemi sırasında, olay hakkındaki bilgi ve görgüsünden yararlanmak üzere “**bilirkişi**” görüşüne başvurulabilir. Kimin bilirkişi olarak çağrılacağına da keşfi yapan Hakim ya da Savcı karar verir. Başta ölüm olgularında olmak üzere; yaralanma, ırza geçme gibi tıbbi değerlendirmelere ihtiyaç duyulan olaylarda bilirkişi olarak hekimler keşif işlemine çağırılırlar. CMK 86. maddesinde de “Ölü muayenesi, Cumhuriyet Savcısının huzurunda bir hekim görevlendirilerek yapılır. Bu muayenede tıbbî belirtiler, ölüm zamanı ve ölüm nedenini belirlemek için tüm bulgular saptanır.” denilmektedir.

Bir ölüm olayının söz konusu olduğu keşif işlemine başlanmadan önce olay yerinin koruma altına alınması ve günümüzde emniyet ve jandarma teşkilatlarına bağlı olarak çalışan “olay yeri inceleme ekipleri” dışında hiç kimsenin olay yerine sokulmaması delillerin tespiti yönünden hayati önem taşır. Bu ekiplerce yapılan delil toplanması ve görüntü alınması işlemlerinden sonra olay yeri ve ceset önce C.Savcısı veya Hakim tarafından incelenir. Daha sonra ceset, tıbbi kimlik, ölüm zamanı ve ölüm nedeninin saptanması için hekimin muayenesine bırakılır.

Hekim, bir yandan adli makamlarca sorulan sorulara yönelik muayenesini yaparken, diğer taraftan da cesedin bulunduğu ortamda veya çevresinde eğer varsa laboratuvar araştırmalarında materyal olarak kullanılabilecek biyolojik artık veya lekeleri (kan, kıl, ejakulat sıvısı, idrar, feçes, tükrük, kusmuk vb.) saptamak ve bunları örnekleyerek laboratuvarlara ulaştırılmak üzere C.Savcılığı’na teslim etmek durumundadır.

Çevre şartları uygun olmak koşulu ile en sağlıklı ölü muayenesi, cesedin ilk bulunduğu yerde yapılan muayenedir. Ancak bu işlem pratikte yaygın olarak yanlış bir şekilde, ölünün kaldırıldığı hastane morglarında yapılmaktadır. Bu durumda hekim, ölüm nedenini ve mekanizmasını açıklayacak bulgulara ulaşamamakta, varsa yakınlarından alacağı öykü ve ulaşabileceği adli tahkikat bilgileri ile yorum yapmak durumunda kalmaktadır.

Sonuç olarak hekim, yaptığı muayene ve edindiği bilgiler ışığında, cesedin tıbbi kimliği, ölüm zamanı, ölüm nedeni ve sorulan diğer hususlar hakkındaki tıbbi yorum ve kanaatini “bilirkişi” olarak ortaya koyar. Otopsiye gerek olup olmadığı hususundaki görüşlerini belirtir. Otopsiye karar verme yetkisi ise keşif işleminin amiri olan C. Savcısı veya

Hakimdedir. Ancak, “Adli Olgu” olarak tanımlanmış her ölüm olayında otopsi yapmanın, ölüm ile ilgili gerçekleri ortaya çıkartmakta en faydalı yöntem olduğu da unutulmamalıdır.

Ölü muayenesi ile ilgili olarak sıklıkla yapılan hatalar:

- 1.Ölü muayenesi yapılmadan cesedin defin edilmesi,
- 2.Ölünün hekimce muayene edilmeden, olay yerinden kaldırılarak hastane veya mezarlık morguna gönderilmesi,
- 3.Çeşitli nedenlerle, cesedin ayrıntılı muayenesinin yapılmaması,
- 4.Ölü muayenesi sırasında, cilt altındaki yabancı cisim çıkarmak yada kan almak amacı ile cesette kesi türünden cerrahi işlemler uygulanması,
- 5.Ölü muayenesi sırasında, olay yerindeki delillerin tahribi.

Ölünün kimliğini belirleme ve adli muayene

Ceza Muhakemesi Kanunu MADDE 86.

(1) Engelleyici sebepler olmadıkça ölü muayenesinden veya otopside önce ölünün kimliği her suretle ve özellikle kendisini tanıyanlara gösterilerek belirlenir ve elde edilmiş bir şüpheli veya sanık varsa, teşhis edilmek üzere ölü ona da gösterilebilir.

(2) Ölünün adli muayenesinde tıbbî belirtiler, ölüm zamanı ve ölüm nedenini belirlemek için tüm bulgular saptanır.

(3) Bu muayene, Cumhuriyet Savcısının huzurunda ve bir hekim görevlendirilerek yapılır.

Ölünün Defni: Cesetler, defin ruhsatı düzenlenmesini müteakip belediyece tespit edilen mezarlıklara gömülürler. Mezarlık dışına ölü defni, Umumi Hıfzıssıhha Kanununa (UHK) göre yasaktır. Mezarlık dışına ölü defnine ancak Bakanlar Kurulu kararı ile izin verilebilir.

Mezar açma (Exhumation) :

Bazı olgularda mezarın açılması ve cesedin incelenmesi gerekir. Mezar açılırken hakim veya savcı, doktor ve ölüyü tanıyan birisi bulunmalıdır.Çıkarılan ceset,otopsi yapılacak merkeze gönderilir. Ayrıca mezar toprağından zehir araştırmak amacıyla örnek alınır.

Ölü yakma (Cremation):

Ölüler,özel şekilde kurulmuş fırınlarda (crematuorium) yakılırlar. UHK'ya göre ölü yakılması için belediyelere izin verilmiştir.

Cesetlerin Saklanması (Tahnit):

Cesetlerin bir başka yere taşınması veya çeşitli nedenlerle bekletilmesi gerektiği durumlarda çürümeyi engellemek için tahnit işlemi uygulanır. Bu amaçla %10'luk formalin eriyiğı kullanılır.

7. OTOPSİ

Otopsi; “oto” ve “opsis” kelimelerinin birleşmesi ile meydana gelmiş bir kelime olup “kendini görme” anlamına gelmektedir.

Adli Tıpta otopsi, cesedin dıştan ve içten incelenmesi anlamında kullanılmakta olup günlük uygulamada “tıbbi” ve “adli” olmak üzere iki gruba ayrılır.

1)Tıbbi Otopsiler: Ölen kişinin vasiyeti veya yakınlarının izni ile yapılan otopsilerdir. Bu olgularda izin alınmadan otopsi yapılması, şikayet durumunda hekime sorumluluk yükler. Ancak hekimin, ölümün bulaşıcı bir hastalık sonucu meydana geldiğine dair bir şüphesi bulunuyor ise U.H.K. 70. maddesi gereğince hekim otopsi yapabilir. Bu durumda ailenin izni gerekmez.

Tıbbi otopsi yapmaktaki amaçlar şunlardır:

- Klinik tanının doğrulanması veya reddedilmesi.
- Tedavinin etkinliğinin belirlenmesi.
- Hastalığın doğal seyrinin incelenmesi.
- Hastalığın yayılma derecesinin öğrenilmesi.
- Ölüme yol açan hastalığın ve ölüm nedeninin saptanması.
- Tıp öğrencilerinin , hekimlerin eğitimi ve akademik araştırmalar.
- Epidemiyolojik amaçlarla doğru verilerin toplanması.
- Konjenital durumların veya bulaşıcı hastalıkların saptanması ve bu konuda ölenin yakın akrabalarının bilgilendirilmesi.

2)Adli Otopsiler: Adli olaylarda (kaza, intihar, cinayet) veya adli olay olma ihtimali bulunan şüpheli ölüm olaylarında yapılan otopsilerdir. Bu otopsilerin yapılabilmesi için ölü yakınlarından izin alınması gerekmez.

Adli otopsi yapılmasındaki amaçlar ise şunlardır:

- Ölünün kimliğinin belirlenmesi.
- Ölüm nedeninin, zamanının ve biçiminin belirlenmesi.
- Delil özelliği taşıyan materyalin bulunması, tespiti ve saklanması.
- Saldırganın ölünün vücudunda kendi kimliğinin saptanmasına yardımcı olabilecek herhangi bir iz bırakıp bırakmadığının belirlenmesi.
- Yaraların ne tür bir aletle meydana geldiğinin tespiti.
- Yaraların meydana geliş sırasının belirlenmesi.
- Hangi yaranın ölüme sebebiyet verdiğinin tespiti.
- Travma ve hastalığın birlikte bulunduğu durumlarda bunların ölüme olan katkılarının belirlenmesi.
- Yeni doğmuş bebeklerde bebeğin canlı doğup doğmadığının ve yaşama kabiliyeti gösterip göstermediğinin belirlenmesi.

Adli otopsi, başlıca şu durumlarda yapılır:

- Tüm şüpheli ölüm olguları,
- Her türlü cinayet olguları,
- İntihar kuşkusu olan ölümler,
- İş kazaları ve trafik kazaları dahil kazaen ölüm olguları,
- Kimliği bilinmeyen ölüm olguları,
- Ölüm nedeninin zehirlenme ve madde kullanımına bağlı olduğu düşünülen her olgu,
- Malpraktis (hekim hatası) sonucu meydana geldiği iddia edilen ölümler,

- h. Öncesinde travma öyküsü bulunan tüm ölüm olguları,
- i. Kişinin ölüm öncesi veya sonrasında askerlik,gözaltı,tutukluluk ve hükümlülük gibi nedenlerle güvenlik ve yargı makamlarının sorumluluğunda olduğu durumlar.

Adli otopsilerin yapılması hususunda Ceza Muhakemesi Kanunu'nun ilgili maddeleri şunlardır:

Otopsi

MADDE 87.

(1) Otopsi, Cumhuriyet savcısının huzurunda biri adlî tıp, diğeri patoloji uzmanı veya diğeri dallardan birisinin mensubu veya biri pratisyen iki hekim tarafından yapılır. Müdafî veya vekil tarafından getirilen hekim de otopside hazır bulunabilir. Zorunluluk bulunduğunda otopsi işlemi bir hekim tarafından da yapılabilir; bu durum otopsi raporunda açıkça belirtilir.

(2) Otopsi, cesedin durumu olanak verdiği takdirde, mutlaka baş, göğüs ve karnın açılmasını gerektirir.

(3) Ölümünden hemen önceki hastalığında öleni tedavi etmiş olan tabibe, otopsi yapma görevi verilemez. Ancak, bu tabibin otopsi sırasında hazır bulunması ve hastalığın seyri hakkında bilgi vermesi istenebilir.

(4) Gömülmüş bulunan bir ceset, incelenmesi veya otopsi yapılması için mezardan çıkarılabilir. Bu husustaki karar, soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısı, kovuşturma evresinde mahkeme tarafından verilir. Mezardan çıkarma kararı, araştırmanın amacını tehlikeye düşürmeyecekse ve ulaştırılması da zor değilse ölünün bir yakınına derhâl bildirilir.

(5) Yukarıdaki fıkralarda sözü edilen işlemler yapılırken, cesedin görüntüleri kayda alınır.

Yeni doğanın cesedinin adlî muayenesi veya otopsi

MADDE 88.

(1) Yeni doğanın cesedi üzerinde adlî muayene veya otopside, doğum sırasında veya doğumdan sonra yaşam bulgularının varlığı ve olağan süresinde doğup doğmadığı ve biyolojik olarak yaşamını rahim dışında sürdürebilecek kadar olgunlaşmış olup olmadığı veya yaşama yeteneği bulunup bulunmadığı saptanır.

Zehirlenme şüphesi üzerine yapılacak işlem

MADDE 89.

(1) Zehirlenme şüphesi olan hâllerde organlardan parça alınırken, görünen şekli ile organın tahribatı tanımlanır. Ölüde veya başka yerlerde bulunmuş şüpheli maddeler, görevlendirilen uzman tarafından incelenerek tahlil edilir.

(2) Cumhuriyet savcısı veya mahkeme, bu incelemenin, hekimin katılmasıyla veya onun yönetiminde yapılmasına karar verebilir.

Otopsinin Yapıldığı Yer:

Otopsi her yerde yapılabilirse de havalandırma tertibatı olan, temizlenmesi kolay maddelerle döşenmiş, beyaz ışık ile iyi aydınlatılmış bir salonda uygun otopsi masası ve ekipmanıyla yapılması en uygunudur. Otopsi masası yaklaşık 70 cm. genişliğinde, 200 cm. uzunluğunda, 80 cm. yüksekliğinde ve kenarları suyun taşmaması için yaklaşık 5 cm. yüksekliğinde kalkık olmalıdır. Zemininde geniş bir drenaj deliği bulunmalı, bu delik geniş bir boru ile kanalizasyon sistemine bağlı olmalıdır. Masanın kısa kenarlarından birisine bitişik 30 cm. derinliğinde suyun gerektiğinde doldurulup gerektiğinde de tamamen boşaltılabildiği bir küçük havuz ve uygun musluk tertibatı bulunmalıdır. Masanın her tarafına yetiyecek uzunlukta, ucunda duş tertibatı bulunan bir yıkama sisteminin de bulunması zorunludur.

Otopsi salonunda cesetlerin tartılması için bir büyük terazi ve organların tartılması içinde bir küçük terazi olması gereklidir. Materyal almak için ise değişik büyüklüklerde tüpler, kaplar ve kovalar, kayıt için bir masa, gerekli durumlarda kullanılmak üzere bir röntgen cihazı da gerekli teçhizat arasındadır. Otopsi salonu yakınında cesetlerin muhafaza edilmesi için uygun buzdolabı tertibatı bulunmalıdır.

Otopsi Kıyafeti:

Otopsi esnasında arkadan bağlanan, yarım kollu, uzun bir önlük giyilerek üzerine ince lastik veya şeffaf naylondan göğsü de örten, ayaklara kadar uzanan bir önlük takılır. Ayaklara lastik galoşlar giyilir. Ellere uzun lastik eldivenler ve üzerine de bez eldiven giyilir.

Otopsi Aletleri:

1.Bıçaklar:

- Deri-Kıkırdak Bıçağı;** Geniş ve kısa yüzlüdür, kıkırdak ve deriyi kesmek için kullanılır.Kalın, kuvvetli bir bıçaktır.
- Diseksiyon Bıçakları;** Dar, uzun yüzlü, nispeten ince bıçaklardır. Otopside organları birbirinden ayırmak veya organları açmak için kullanılırlar. Boy ve en bakımından çeşitleri vardır.
- Bistüri;** İnce damarların diseksiyonu veya küçük bölgelerde yapılan daha ince diseksiyonlar için kullanılır.
- Beyin Bıçağı;** Uzun ve geniş yüzlü, ince bir bıçaktır. İki veya bir kenarı keskin tipleri vardır. Beyin, akciğer, karaciğer gibi büyük hacimli organların kesilmesinde kullanılır.

2.Makaslar :

- Kostotom;** Kıvrık, geniş, kısa kollu bir makastır. Nispeten dar ve uzun bir kavis gibi olan ince kolu interkostal kası delip kaburgayı toraks boşluğuna bakan yüzünden kavramaya yarar. Bu kolun yaptığı kavsin içinde hareket eden kısa, enli, kalın kol kaburgayı kesmeye yarar.
- Bağırsak Makası;** Kolları uzun bir makastır. Bir kolu ucundaki düğme nedeniyle diğerinden daha uzundur. Bağırsakları ve aortu açmaya yarar. Düğmeli kol lümene sokularak boylamasına kesilir.
- Diseksiyon Makasları;** Organları birbirinden ve vücuttaki yerlerinden ayırmaya yararlar.

Muhtelif büyüklüklerde, düz, kıvrık kollu ve düğmeli olanları vardır. Bronş, perikard, koroner arterler veya onun gibi ince kanalları açmaya elverişli çeşitleri vardır.

3.Keski: İki yüzü, iki ucu ve iki kenarı olan kalın, kuvvetli bir alettir. Bir ucu kalın ve künüttür.

Çekiçle vurulmaya uygundur. Diğer uç bıçak gibi keskin bir kenar halindedir. Bu kenarda biten bir yüz düz olarak iner, diğer yüz bir yüzey meydana getirecek şekilde yontulmuş ve bu suretle kenarın keskinliği sağlanmıştır. İnce kemik laminaları kırmakta ve kemik yüzeylerinden ince tabaka halinde parçaların alınmasında kullanılır.

4.Raspatorium: T şeklinde, saplı bir keskidir. Horizontal kolundan tutularak burulabilir. Kraniyal parçaların, burma hareketiyle birbirinden uzaklaştırılmasına yarar.

5.Pensetler; Otopsi esnasında doku ve organları tutmak için muhtelif büyüklüklerde dişli ve dişsiz pensetler kullanılır.

6.Testereler ; Kemikleri kesmeye yararlar.

a.Düz Testere:Kraniumu ve kemik laminası alınacak kemik yüzlerini kesmeye yarar.

b.İki Yüzlü Testere (Raşiotom); İki yüzü arasındaki mesafe ayarlanabilen bir testeredir.

Kolumna vertebralis çıkarırken vertebra arkuslarının dorsal laminalarını kesmeye yarar.

c.Elektrikli Testere; Ucunda kenarları dişli yuvarlak bir disk, sapında ise bir motor bulunan

bir alettir. Çok yüksek devirli disk, kemiği bıçak gibi keser.

7.Stile ; Çok ince bir çubuktur. Dar kanalları ve delikleri incelemede kullanılır.

8.Çekiç; Keski ile beraber kullanılır.

9.Kepçe; 100, 200 cc.lik olanları vardır. Vücut boşluklarında toplanan sıvıları ölçerek boşaltmaya yarar.

10.Baş Desteği; Ortası enseyi yerleştirmeye uygun, yuvarlak çentikli, sert ağaçtan yapılmış kalın

bir tahta blok veya metalden, uçları vantuzlu üç ayaklı destek şeklinde olabilir.

11.Sırt Desteği; Metalden, altı düz üstü konveks, kaymayı önlemek için yüzeyi küçük çıkıntılarla kaplı bir alettir. Cesedin göğüs bölgesini yükseltmek için otopside önce omuz altına konur.

12.Preparasyon Tahtası; Çok çeşitli şekilleri aynı amaca hizmet etmekle birlikte, ideal bir preparasyon tahtası 30 cm uzunluğunda, 4 ayağı olan, biri diğerinden daha uzun iki yüzeyin çizgi halinde birleştikleri yerde iki delikle aşağı boşaltımı sağlayan borulardan oluşmuş bir alettir. Otopsi esnasında masa üzerine cesedin ayaklarının olduğu tarafa konularak yüksekliği sayesinde hekimin eğilmesine gerek bırakmadan dokuları daha ayrıntılı görerek daha titiz bir disseksiyon yapma imkanı sağlar.

Ayrıca otopsi esnasında muhtelif büyüklüklerde süngerler, enjektörler ile cesedin kapatılması için iğne iplikte kullanılır. Fotoğraf makinası ve biyomikroskop bulunması da son derece faydalıdır.

Yukarıda sayılan araç ve gereçler çeşitli nedenlerle elde bulunmayabilir.Bununla beraber bir hekim yalnızca bir testere,herhangi bir türde bıçak ve bir makasla otopside yapılması gereken tüm disseksiyonları yapabilir.

Otopsi Tekniği:

Otopsi işlemi dış ve iç muayene olmak üzere iki safhada incelenir;

a) Dış Muayene: Özellikle travmaya maruz kalmış cesetlerin otopsisinde dış muayene sıklıkla iç muayeneden bile büyük önem taşır. Önce hüviyet tespiti ve ölünün hüviyeti meçhul ise hüviyet tayini yapılır. Cesedin üzerinde bulunan elbiseler üzerinde herhangi bir darp ve cebir etkisi, boğuşma neticesindeki yırtıkların, söküklerin olup olmadığı, elbise üzerinde ateşli silah, kesici-delici aletlere ait herhangi bir etkinin bulunup bulunmadığı, yine elbise ve çamaşırlar üzerinde kan lekeleri, meni lekeleri veya sair lekelerin bulunup bulunmadığı araştırılır ve kaydedilir. Cesedin elbiseleri soyulduktan sonra vücut bölümlerinin normal olup olmadığı, doğuştan veya sonradan olma izlerin mevcudiyeti, yanık nedbeleri, kırık veya çıkıktan dolayı oluşmuş deformiteler kaydedilir. Bunu takiben ölümün erken ve geç belirtileri ayrı ayrı incelenip otopsi protokolüne geçirilir. Ceset üzerinde ekimozlar tespit edildiği takdirde bunların şekil ve renkleri kaydedilmelidir. Çünkü ekimozlar cebir için kullanılan aletin şeklini alabilirler.

Travmatik asar tespitini müteakip, ağız, burun, anüs ve vajende yabancı cisim bulunup bulunmadığı araştırılmalıdır. Bu tetkiklerden sonra cilt üzerinde kan ve meni lekesi bulunup bulunmadığı, vajen ve rektum içerisinde ırza geçmenin delili olan meni lekeleri araştırılmalı, tespit edildiği takdirde laboratuvar muayenesi için materyal alınmalıdır. Cesedin muhtelif bölgelerinden, saçlarından, tırnak altlarından numune alınmalıdır.

b) İç Muayene: CMK'nun 87. maddesinin 2.fikrasına göre iç muayenenin baş, göğüs ve karın boşluklarının açılması suretiyle yapılması lazımdır. Bu üç boşluk cesedin durumu müsait olduğu takdirde mutlaka açılmalıdır. Ancak bu, cesedin diğer yerlerine müdahale

edilemeyeceği anlamına gelmez. Gerekli durumlarda derin ekimozların aranması için vücudun muhtelif yerlerine kesiler yapılabileceği gibi, derin ven trombozu aranması için alt ekstremitelerin açılması veya kırık fragmanlarının incelenmesi için kırık olan bölgenin diseke edilmesi de gerekli olabilir. Bu üç boşluktan hangisinin önce açılacağına dair kanunumuzda bir kayıt yoktur. Ancak aksi gerekmedikçe çoğu ülkelerde olduğu gibi kafa boşluğunun açılması ile otopsiye başlamak ülkemizde de gelenek haline gelmiştir.

Başın açılması : Saçlı deri muayene edilir, bir bistüri ile saçlı deriye her iki kulak arkasını konveksitede birleştiren insizyon yapılarak saçlı deri kranium kemiklerinden önde kaş hizasına arkadan oksipital kemiğin tamamı ortaya çıkacak şekilde kaldırılır. Saçlı deri altı ve konveksitedeki kraniyal kemikler, aponevrozda kaldırılarak dikkatlice muayene edildikten sonra bir testere ile takke şeklinde kesilir. Kemiğin kesilmesi sırasında duranın korunması gerekmektedir. Konveksitedeki kemikler takke şeklinde kesildikten sonra kaldırılarak dura muayene edilir. Bir bistüri yardımı ile sagittal sinüs açılarak boşluğu muayene edilir. Daha sonra ince uçlu bir makas yardımı ile durada takke şeklinde önde falks cerebri kesilerek kaldırılır. Her iki beyin hemisferinin konveksitesi ve önde frontal loblar el yardımı ile biraz çekilerek optik kiasma muayene edilir. Bir bistüri yardımı ile optik kiasmanın periferinden kesilir, kemiğe dayandırılan bistüri ucu ile tentorium kesilir ve diğer kafa çiftleri kesildikten sonra uzun uçlu ince bir bıçak yada bistüri ile medüller kanala girilerek mümkün olduğunca alt seviyeden medula spinalis kesilerek beyin, beyincik ve beyin sapını oluşturan organlar, çekiştirilmeden, bütünlükleri bozulmadan kraniyal boşluk içinden çıkarılır. Bu işlemlerden hemen sonra bazalde yer alan kraniyal kemikler dikkatlice muayene edilir. Çıkarılan intrakraniyal organlar tartılır, bazal bölümü dikkatlice muayene edilir, baziler arter sisteminin dalları, yapısı, pons, bulbus, ponto-serebellar bölgeler dikkatlice incelenir. Pons başlangıç noktasından bir bıçak yardımıyla kesilerek beyin sapı ile beyin birbirinden ayrılır. Beynin diseksiyonunda beyin sıkıştırılmadan geniş bir bıçak yardımı ile ilk kesit korpora mamillare hizasından geçecek şekilde frontal ve oksipitale doğru en fazla 1–2 cm kalınlığında dilimlenir. Bu seri kesitler sırasında tüm kesit yüzleri her iki hemisfer karşılaştırılarak muayene edilir. Beyin sapıda yine 1-2 cm kalınlığında dilimlenerek akuaduktus, dördüncü ventrikül dikkatlice incelenir.

Ağız, Boğaz ve Boyun Bölgesi: Bu bölgenin muayenesine dudaklar, dişlerin yapısı ve özelliklerinin muayenesi ile başlanır. Daha sonra yalnızca cilde bir bistüri yardımı ile çene ucunu insisura jugularise birleştiren insizyon yapılarak cilt ince bir lambo şeklinde kaldırılır. Bu diseksiyon sırasında da cilt bir pens ya da penset yardımı ile tutulur, bu bölgede de çekiştirmeler artefaktlara veya yanıltıcı bazı bulguların ortaya çıkmasına neden olabilir. Ortaya çıkan boyun kasları dikkatlice gözden geçirildikten sonra kaslar kat kat, çekiştirilmeden, bistüri yardımı ile kaldırılır. Her iki taraftaki juguler venler, arteria karotisler ve nervus vaguslar ortaya çıkarılarak muayene edilir. Daha sonra bir bıçak yardımı ile dil kökündeki kaslar bıçak mandibula iç yüzüne dayandırılarak kesilir, daha sonra bıçağın ucu ile yumuşak damak kesilir ve yukarıdan aşağı doğru retrofaringeal dokular diseke edilerek dil, dil kökündeki kaslar ve boyun organları apertura torasise kadar kolumna vertebralisden ayrılır. Bu işlem sırasında boyun organları yumuşak bir şekilde tutulmalıdır, aksi takdirde bu bölgenin kıkırdak ve kemik yapılarında bazı artefaktlara neden olmak mümkündür. Bu işlemle boyun bölgesi diseksiyonunun ilk basamağı tamamlanmış olur. İkinci basamağına toraks organları çıkarıldıktan sonra devam edilecektir.

Göğüsün Açılması: Yukarıda çene ucundan başlatılan cilt insizyonu toraks ve karın bölgesinde median hatta pubise kadar devam ettirilir. Toraksta pektoral kaslarla birlikte cilt lambo tarzında iki tarafa diseke edilir. Yanlarda orta aksiller hat hizasına kadar bu lambo

indirilir. Göğüs kafesini oluşturan sternum ve kostalar hem inspeksiyon hemde palpasyonla muayene edilir. Daha sonra bir kostatom ya da bıçak yardımı ile toraks organlarını zedelemeyen kostalar kıkırdak kemik bileşkeleri hizasından sırayla kesilir. Yukarıda sternoklavikular eklem bir bıçak yardımı ile açılır. Sternum alt ucunun diyafragma tarafı kesilerek sternal kapak kaldırılır. Bu işlemten sonra önce ön mediasten ve bu bölgedeki organların yapısı, komşulukları ve diğer özellikleri incelenir. Perikard kesesi bir makas yardımı ile ters Y şeklinde kesilerek boşluğu, perikardiyal sıvının özellikleri ve kalbin kabaca yapısı incelenir. Her iki hemitoraks ve akciğerlerin tüm yüzleri boşluğun içine el sokularak muayene edilir. Daha sonra yukarıda boyun diseksiyonunun ilk basamağında tamamlanan noktadan itibaren toraks organları bir bistüri yardımı ile kolumna vertebralisden uzaklaştırılır. Diyafragma hizasına gelindiğinde tüm organlar karna doğru devrilerek arka mediasten muayene edilir. Daha sonra özefagus diyafragma hizasında bir ip yardımı ile iki kez bağlanarak toraks ve boyun organları tek piyes halinde cesetten çıkarılır. Arka mediasten üstte kalacak şekilde ayrı bir diseksiyon tahtası ya da platformunda bu organların ikinci diseksiyon basamağına başlanır. Önce dil, dil kökü ve larinks muayene edilir. Daha sonra bir makas ile torasik aorta aşağıdan arkus aortaya kadar açılır, duvar endoteli muayene edilir. Daha sonra bir makas ile özefagus açılır, epiglot, insisura piriformis ve üst solunum yollarından aşağı doğru bakılarak kord vokaller gözden geçirilir. Makasla larenks, ana bronş, bronş bifürkasyonu, her iki bronş akciğer parankimine kadar açılır. Her iki bronş hiatus hizasından kesilerek akciğerler piyesden ayrılır. Akciğerler tartılır, pozisyonuna konarak ilk kesit apeks ve hilusdan geçecek şekilde dilimlenir. Tekrar boyun-toraks piyesinin diseksiyonuna dönülür. Yukarıda hyoid kemik dikkatlice yumuşak dokularından ayrılır, muayene edilir. Kalp perikard kesesine büyük damarların girip çıktığı hizadan bir makas yardımı ile kesilerek çıkarılır, tartılır. Diseksiyon tahtasında pozisyona konarak, kalpten çıkan büyük damarların dallanması, visseral perikardın özellikleri, dıştan ventriküller ve atriumlar, aurikulanın kaba özellikleri gözden geçirilerek muayene edilir. Bir bistüri ile önce sol koroner artere aortadan çıktığı noktadan itibaren 1 cm kalınlığında trajesi boyunca enine kesitler yapılır. Duvarının kalınlığı, lümeninin özellikleri incelenir. Bu kesitlerin yapılması sırasında myokardın bütünlüğünün bozulmaması gerekmektedir. Daha sonra sağ koroner arterde aynı şekilde muayene edilir. Daha sonra kalbin diseksiyonuna başlanır. Önce vena cava inferior ile vena cava superior bir makas yardımı ile birleştirilerek sağ atriuma girilir. İnteratrial septum, triküspit kapak incelenir. Sonrada bir makas yardımı ile birleştirilerek sağ atriuma girilir, interatriyal septum, triküspit kapak incelenir, daha sonra bir makas yardımı ile kalbin en sağ kenarından apekse ulaşılır. Sağ ventrikülün iç boşluğu, interventiküler septum dikkatlice muayene edilir, sağ ventrikülün sağ kenarına makas dayanarak pulmoner artere doğru kesilir. Kalbin arka yüzü yukarı gelecek pozisyona getirilir, pulmoner venler makas ile birbirine birleştirilerek açılır, sol atriya girilerek yine interatrial septum incelenir, mitral kapak gözden geçirilir, daha sonra makas ile kalbin en sol kenarından apekse doğru sol ventrikül açılır. Mitral kapak korda tendinealar, papiller kaslar muayene edilir. Mitral kapakla birlikte aortayı bulacak şekilde bir kesit yapılarak aortaya çıkılır, aort kapakları, koroner ostium anatomik konumu ve morfolojik özellikleri dikkatlice incelenir. Daha sonra kalbin tüm parçaları elle normal pozisyonlarındaki gibi toplanarak bir bıçak yardımı ile apekten kaideye doğru 1–2 cm kalınlığı dilimlenerek, endokard, myokard tüm seviyelerde ve boşluklarda incelenir.

Karnın Açılması: Median insizyonla açılmış olan karın boşluğu muayenesinde hiçbir enstrüman sokmadan organların normal anatomik yer ve pozisyonlarında olup olmadıkları incelenir, bağırsak ansları sağa sola elle çekilerek retroperitoneal bölgedeki organların yapısı ve pozisyonları gözlenir. Daha sonra duodenum alt ucu iki ilmekle bağlanır. Aynı şekilde

rektum alt ucu bağlanır. Önce mide makas yardımı ile komşu organlardan ayrılır, bir kavanoz içinde büyük kurvatürü açılarak içeriği bu kavanoza konduktan sonra duvarının katları ve mukozası dikkatlice incelenir. Pankreas duodenum ile birlikte çıkarılır. Duodenum açılır, pankreasın duktusu incelenerek, baş bölgesinden kuyruk bölgesine doğru dilimler şeklinde kesilerek muayene edilir. Karaciğerin tüm yüzleri elle ve çıplak gözle muayene edildikten sonra safra kesesi ve duktusu muayene edilir, karaciğer safra kesesiyle birlikte bağlarından kesilerek karın boşluğundan çıkarılır, safra kesesi ayrılır, karaciğer tartılarak büyük eksen doğrultusunda 2–3 cm kalınlığında dilimlenir ve kesit yüzleri muayene edilir. Daha sonra dalak, bağları ve komşuluklarından ayrılır, tartılarak 2–3 cm kalınlığında dilimlenir, kesit yüzleri incelenir. Bağırsaklar mezosundan kesilerek kalın bağırsakla birlikte cesetten çıkarılır. Retroperitoneal bölge organları tekrar gözden geçirilir ve abdominal aort ve vena kava inferior femoral seviyeye kadar lümenleri bir makas yardımı ile açılarak muayene edilir. Daha sonra sürrenellerle her iki böbrek çevre yumuşak dokulardan ayrılarak çıkarılır, tartılır. Böbrekler hilustan enlemesine ikiye ayrılır, tüm anatomik bölgeleri muayene edilir. Kadın otopsilerinde iç genital organlar, her iki over, uterus ve vaginanın 1/3 üst bölümü ile birlikte total olarak çıkarılır. Ekzoserviks muayene edilir. Servikal kanal açılarak uterus fundusundan geçecek şekilde bir bıçak ile kesilerek kavum uteri, endometrium, myometrium muayene edilir. Tubalara ve overlere seri kesitler yapılarak kesit yüzeyleri incelenir. Mesane duvarı ve erkeklerde prostata seri kesitler yapılarak muayene edilir. Kalın ve ince bağırsaklar tercihen bir lavabo içinde serbest kenarından bir makasla açılarak içi temizlenip yıkanır, mezenter, tüm duvarların katları ve bağırsak mukozası hızla gözden geçirilir. Diseksiyon işlemi ile çeşitli laboratuvar incelemeleri için örnek alma işlemi bittikten sonra cesetten çıkarılan organ ve dokular vücut boşluklarına konarak ve cilt insizyonları dikilerek kapatılır. Özellikle başın kapatılması sırasında yüzün görünümünde ciddi bozukluklar meydana getirecek işlemlerden kaçınılmalıdır.

Otopsi işlemi sonlandığında yapılan tüm işlemlerin kaydedildiği bir otopsi raporu düzenlenir.

Histopatolojik İnceleme İçin Organ Örneği Alma Tekniği:

Beyin: Beyin konveksitesi ve bazalı dıştan muayene edildikten sonra ilk kesit korpora mamillare hizasından yapılır, bu kesitte her iki hemisfer eşitse ve çıplak gözle dikkati çeker bir görünüm farklılığı yoksa bu seviyeden 1 cm. kalınlığında bir dilim çıkarılır ve tesbit solüsyonuna konulur. Daha sonra seri kesitlere devam edilir. Normalden farklı görünen alanlardan parça alınır.

Beyincik: Dıştan muayenesinden sonra enine bir kesit yapılır. Her iki hemisfer simetrik ise bir taraftan 1 cm. kalınlığında bir kesit alınır.

Beyin Sapı: M.Spinalis, M.Oblongata ve pons tek piyes şeklinde alınır.

Larinks: Çocuk otopsilerinde; bu bölge diseksiyonu sırasında normalden farklı görülen veya lezyon saptanan erişkin otopsilerinde; larinksin yarısı alınır.

Akciğerler: Ana bronş ve bronş dalları diseke edilip muayene edildikten sonra, akciğerler bronşlardan ayrılır, plevra muayene edilip, akciğerler palpasyonla dikkatlice muayene edildikten sonra pozisyonlarına konup apeksten kaideye doğru hilusu kesecek şekilde ilk kesit yapılır, bu kesit yüzeyinden her lob 1 cm. kalınlığında makasla kesilerek alınır. Seri kesitlere devam edilir, ilk örnek alınan bölgeden farklı görünüme sahip olan bölgelerden de örnek alınır.

Koroner Arterler: Öncelikle koroner arterler trajeleri boyunca enine ince kesitler yapılarak muayene edilir, koroner ostiadan itibaren duvar değişikliği görülen kesitler alınır, herhangi bir değişiklik görülmeyen vakalarda mutlaka sağ koroner arter, sol koroner arter ön inen dalı ve sirkumfleks dalından birer kesit alınır.

Kalp: Kalpten çıkan ana damar dalları dikkatlice muayene edildikten sonra, kalp anatomik olarak disseke edilir. Tüm kapakçıklar, interventriküler ve interatrial septum muayene edildikten sonra disseke edilen parçalar bir araya toplanıp apekten kaideye doğru 1 cm. arayla seri kesitler yapılır, bu kesitlerden bir tane apekten sonraki ilk dilimden, bir tanede papiller kasların başlangıç hizasından alınır. Bunun dışında renk, kıvam ve kalınlık farklılığı gösteren alanlardan kesitler alınır. Kaideden mitral kapak ve aort kapağını içine alan bir kesit çıkarılır.

Karaciğer: Kapsülü ve safra kesesi muayene edildikten sonra uzunlamasına seri kesitler yapılır, kesitlerden her alana örnek olabilecek özellikte 1 cm. kalınlıkta ve en fazla 5x10 cm. boyutlarda bir parça alınır.

Dalak: Dıştan muayenesinden sonra uzunlamasına seri kesitler yapılır, kapsülde içine alan bir köşe alınır.

Sürrenaller: Çevre yumuşak dokular uzaklaştırılıp her ikisinin tamamı alınır.

Böbrekler: Her iki böbrek korteks, medulla ve pelvisi görünecek şekilde kesilip incelenir, herbirinden birer dilim çıkarılır.

Mide: Mukozada dikkati çeker değişiklik olan alandan tüm duvar katlarını içeren ince şeritler alınır.

Barsaklar: İnce barsak ve kalın barsaktan tüm duvar katlarını içeren halka şeklinde örnek alınır. Normalden farklı görünen alanlardan da aynı şekilde örnek alınır.

İç Genital Organlar: Kadın otopsilerinde uterus, vagenin 1/3 üst kısım ve her iki tüp ve overler ile birlikte tek piyes şeklinde çıkarılır. Ekzoserviks muayene edilir. Fundustan vertikal bir kesit yapılır. Fundustan endometrium, myometrium ve parametriumu içeren çok ince bir dilim alınır. Tubalara enine kesitler yapılır. Overler enine kesilip birer yarısı alınır, eğer iki yarısı simetrik değil ise her iki yarısından alınır.

Timus: Çocuk otopsilerinden organ çıkarılıp loplari kesilir, yan loplardan birer dilim alınır.

Tonsilla: Normalden büyük veya enfeksiyona ait değişiklikler görülen tonsiller ortalarından kesilerek alınır.

Pankreas: Çabuk otolize uğrayan bir organdır. Dıştan ve seri kesitlerde çıplak gözle önemli değişiklikler görülmeyen vakalarda, baş, gövde ve kuyruk kısmından çok ince birer dilim alınır. Normalden farklı görünüm ya da lezyon olanlarda bu alanlardan alınır.

Plasenta: Zarlari, kotiledonlari muayene edildikten sonra çapı kalınlığı ölçülür, seri kesitlerde farklı görülen alanlardan ve göbek kordonunun bağlandığı dilim tüm katlarıyla alınır.

Göbek Kordonu: Boyu ölçülür, bebeğin umblikusu ile birlikte bir dilim, kordonun ortasından bir dilim alınır.

İskelet sistemi ve kas sisteminde normalden farklı gelişim görülen vakalarda bu dokulardan ince dilimler şeklinde örnekler alınır.

Elektrik çarpması şüphesi olan vakalarda ve diğer deri lezyonlarında, lezyon; derinin tüm katları ile kama şeklinde çıkarılır, gazlı bezden küçük bohçalara konularak alınır.

Lenfadenopatili vakalarda, lenf bezleri gruplar halinde gazlı bez bohçalara konularak alınır.

Kemik iliği alınması düşünülen vakalarda sternum korpusundan bir dilim çıkarılarak alınabilir.

Histopatolojik İnceleme İçin Alınan Organların Fiksasyon Tekniği:

Histopatolojik incelemeye alınan organlar mutlaka %10'luk FORMALİN solüsyonuna konmalıdır. Piyasada bulunan formaldehit solüsyonlari %40'lık sulandırılmış haldedir, bu

solüsyon %100'lük gibi kabul edilerek bir hacim formaldehit dokuz hacim musluk suyu ile %10'luk formalin solüsyonu hazırlanır.

Fiksasyonda alınan parçanın kalınlığı, büyüklüğü ve fiksatif solüsyonunun özellikleri yanında en önemli faktörlerden biri de fiksatif solüsyonu ile içine konan organ parçalarının hacimlerinin oranıdır. Klasikler en idealinin organ/fiksatif oranının :1/20 olduğunu belirtirler. Pratik olarak, koşullar elverdiğince parçalar birbirini sıkıştırmadan yüzebilecekleri miktarda fiksatife konmalıdır. Kavanoz ya da kabın ağzı kapanmadan ince tabaka şeklinde pamuk yüzeye bırakılarak yüzen organların her yüzeyinin fiksatife temas etmesi kolaylaştırılıp bu organların da fiksasyonu sağlanır.

Son olarak basit ama göz önünde bulundurulması gereken önlemler; organların ve fiksatifin konduğu kap kırılmaz cinsten tercihen plastik olmalı, kapağı solüsyonun akmasına engel olacak biçimde flaster ve benzeri ile sıkıca kapatılmalıdır.

Kavanozun üzerine mutlaka histopatolojik inceleme için alınan organ parçaları olduğunu belirtir bir not yazılmalıdır. Otopsi yapılan kişinin adı ve soyadı yazılmalıdır.

DNA incelemesi için alınan biyolojik materyalin(kan,meni,tükrük vb.)ise formalin ve alkol gibi koruyucu bir sıvıya konmaksızın mümkün olduğunca kuru bir şekilde gönderilmesi gereklidir.

Toksikolojik İnceleme İçin Parça Alma Tekniği:

Toksikolojik araştırmaya parça alınırken dikkat edilmesi gereken en önemli koşullardan biri kullanılacak kabın, aletlerin ve organın disseke edileceği tezgahın temiz ve kimyasal bulaşıklı olmamasıdır. En az iki büyük boy kırılmaz cinsten (plastik olabilir) kap hazırlanmalı, birine iki ucu bağlı mide ve 1,5 m. civarında ince barsak, diğerine ise tüm organlardan 100'er gr. civarında parçalar alınmalıdır. Toksikolojik araştırma için alınan organ parçalarının bozulup kokuşmasını önlemek için mutlaka organların hacminin iki katı kadar alkol tesbit solüsyonu konmalıdır.

Toksikolojik araştırmanın hedefine ulaşılabilmesi için mutlaka vakadan en az 20 cc. sitratlı kan ve varsa 20 cc. idrar alınmalı temiz sıkı kapaklı şişelere konmalıdır.

İstenilen sonuca varmak için önemli olan diğer bir konuda; eğer kişinin ölümünden sorumlu tutulan ya da şüphelenilen bir ilaç ya da kimyasal madde varsa kendi kabıyla gönderilmeli, bu temin edilemiyorsa en azından ismi otopsi tutanağında belirtilmelidir. Alınan kimyasal madde ya da ilacın alınma miktarı ve zamanı biliniyorsa mutlaka belirtilmelidir. Kronik ağır metal entoksikasyonu vakalarında ve mezar açma sonucu alınacak örneklerle saç, kıl, deri ve kemik örnekleri ile kefen bezi ve çevresindeki topraklarda ayrı torba ya da kaplara konularak gönderilmelidir.

Otopsi raporu örneği:

OTOPSİ RAPORU

Ölenin Adı Soyadı Yaşı Cinsi
Nüfus Kaydı
İkametgahı
Ölüm Yeri Ölüm Sebebi
Olay Hakkında Bilgi
Otopsiyi İsteyen Makam Otopsinin Yapıldığı Yer
Otopsi Tarihi Saati
Otopsi Yapanlar
.....yeminli hekimlerce adli otopsi yapılmıştır.

DIŞ MUAYENE

Tıbbi Kimlik Bulguları:
(Yaş, kilo, boy uzunluğu, bıyık-sakal, tıraş durumu, göz rengi, ten rengi, sünnetli olup olmadığı gibi özel tanıtıcı belirtiler yazılacaktır)
Post-mortem Değişimler:
(Soğuma, ölü lekeleri, ölü sertliği ve çürüme gibi post-mortem bulgular yazılacak; anal ve ayrıca çevre ısı kaydı yapılacaktır)
Travmatik Bulgular:
(Eski ve yeni lezyonlar anatomik lokalizasyonlarına ve yara özelliklerine göre ayrıntılı olarak tanımlanacak ve ekli vücut diagramlarında gösterilecektir)
Perine Muayenesi:
(Cinsel fiiller açısından özellikle himen ve anüs muayenesi yapılacak ve inceleme materyali alınacaktır)

İÇ MUAYENE

KAFA:

Saçlı deri altı:
Kafatası kubbe ve kaide kemikleri:
Meninksler:
Beyin ve beyincik: Ağırlığı gr, kesitleri:
Orbita, burun, ağız boşluğu:
Kafa içi sinüsleri:

GÖĞÜS:

Pnömotoraks testi:
(Özellikle künt göğüs travmasından kuşkulanan olgularda yapılmalıdır)
Sağ-sol diafragma yüksekliği:
Sağ-sol plevral boşluk:
(Kan, iltihap vb. sıvı, plevral yapışıklık bulunup bulunmadığı belirtilecektir)

Kalp: Ağırlığıgr.....
(Epikard, koronerlerin girişi ve kesit özellikleri, kapaklar, myokard ve endokardın makroskopik görünümü, aorta ve diğer büyük damarların özellikleri tanımlanacaktır)
Akciğerler: Ağırlığı (sağ-sol)gr.....
(Her iki akciğer ayrı ayrı dış görünüşleri, kesitleri ve bronş-trakeadaki bulgular tanımlanacaktır)
Mediastinum:
Boyun Yapıları:
(Dil, tinsiller, farenks, larenks, trakea, özefagus, tiroid bezi, hiyoid kemik, boyun kıkırdakları, boyun damar sinir paketi, kas ve diğer yumuşak dokular ayrıntılı olarak tanımlanacaktır)

KARIN:

Karın Boşluğu:
(Herhangi bir sıvı, yapışıklık gibi bulguların bulunup bulunmadığı, organların birbirine göre konumu belirtilecektir. Karın orta hatta yağ dokusu kalınlığı ölçülecektir)
Mide:
(Ayrıca mide içeriğinin miktarı ve diğer özellikleri belirtilecektir)
İnce ve Kalın Bağırsaklar:
Karaciğer, Safra Kesesi ve Yolları: Ağırlığı:gr.....
Pankreas:
Dalak: Ağırlığı.....gr.....
Böbrekler: Ağırlığı (sağ-sol).....gr.....
(Adrenal bezleri ve üreterlerin makroskopik görünüşleri de belirtilecektir)
Pelvis Duvarı:
Mesane:
(İdrar miktarı ve diğer özellikleri belirtilecektir)
Genital Organlar:
(Uterusun 3 boyutlu ölçümü, myometrium kalınlığı, overler ya da testislerin ağırlıkları belirtilecektir)
Periferik Sinir ve Damarlar:
İskelet Sistemi:
(İskelet sistemi kemikleri ve kas dokusu travmatik bulgular açısından değerlendirilecektir)
*Yaraların giriş-çıkış ve traje özellikleri ayrı ayrı tanımlanacak, vücut diyagramlarında işaretlenecektir.

POST-MORTEM İNCELEMELER İÇİN ALINAN DOKU ÖRNEKLERİ:

Histopatolojik incelemeler:
(Beyin, beyin sapı, akciğerler, kalp, karaciğer, böbrekler ve diğer organlardan; örneklerin alınma bölgesi ve boyutları belirtilerek kaydedilecektir)
Sistemik Toksikolojik İncelemeler:
(Kan, idrar, mide içeriği, safra, iç organ parçaları ve gerekli görülen doku örnekleri; Miktar belirtilerek kaydedilecektir)
Biyolojik İncelemeler:
(Kan, vajinal-anal sürüntüler ve diğer gerekli görülen doku örnekleri; alınma yeri ve yöntemi belirtilerek kaydedilecektir)
Fiziksel-Kimyasal İncelemeler:
(Ateşli Silah, kesici alet yaralanmaları vb. olgularda yaralar, el swabı, yabancı cisim ve diğer materyaller ve yapılacak incelemeler her olgunun türüne göre belirtilecektir)
Diğer İncelemeler:

LABORATUAR İNCELEME RAPORLARININ SONUÇLARI:

HASTANE EVRAKI ÖZETİ:

KEŞİF (ADLİ SORUŞTURMA) BULGULARI ÖZETİ:

SONUÇ:

.....tarihindeyerde.....olarak ölü bulunanoğlu/kızı
doğumlu’nın cesedinetarihinde.....otopsi salonunda yapılan
otopsisinden veincelemesi raporlarından elde edilerek yukarıya kaydedilen bilgi ve
bulgulara göre;
Kişinin ölümünün;
.....kanaatini bildirir rapordur.

Dr

Dr

EK: Vücut diyagramları (gerektiğinde kullanılacaktır)

8.YARALAR

Vücutta dış etki ile oluşan, dokunun yapı ve bütünlüğünü bozan her türlü lezyon yara olarak tanımlanır.Adli rapor düzenlemekle yükümlü her hekimin yara özelliklerini çok iyi bilmesi,bunları raporuna doğru ve eksiksiz bir biçimde kaydetmesi zaruridir.

Yaranın Tanımlanması:

Her yarada bulunan yara karakterlerini bilmek ve saptanan yaranın bu bilgiler ışığında ayrıntılı tanımını yapmak gerekir.

a.Yara lokalizasyonu :Yaranın bulunduğu bölge hekim olmayanlar tarafından da anlaşılabilir şekilde tanımlanmalı, sabit ve bilinen anatomik noktalara cm cinsinden uzaklığı belirtilmelidir.

b.Yara boyu ya da boyutları : Yaranın cilt üzerindeki büyüklüğü, uzunluğu, genişliği, kapladığı alan metrik sisteme göre belirtilmelidir.

c.Yara dudakları :Cildin açılmış yerinde yara içine bakan cilt kısımlarıdır. Yaranın sınırlarının düzgün olup olmadığı, dudaklarında çentik bulunup bulunmadığı belirtilmelidir.

d.Yara açıları : Kesici - delici alet yaralarında yaranın her iki ucundaki sonlanma noktasının dar yada geniş açı olup olmadığı belirtilmelidir.

e.Yara yönü : Yara belirli bir yönde seyrediyorsa belirtilmelidir.

f.Yara kuyruğu : Yaranın sonlanma bölgesidir.

g.Yara derinliği ve trajesi : Yaranın cilt altında hangi dokuları ilgilendirdiği, dudaklarda izlediği yol, vücut boşluklarına ulaşıp ulaşmadığı belirtilmelidir.

h.Yara oluş zamanı :

i.Yaraların birbirleri ile ilişkisi :

j.Yaranın ağırlık derecesi :Yaranın yaşamı tehdit edip etmediği, ölüme etkisinin olup olmadığı belirtilmelidir. Birden fazla yara varsa her bir yara için bu durum belirtilmelidir.

Yaraların Sınıflandırılması

A.Mekanik etki ile oluşanlar:

1. Ezici alet yaraları (Künt cisim yaraları)
2. Kesici alet yaraları
3. Kesici - delici alet yaraları,
4. Delici alet yaraları
5. Kesici - ezici alet yaraları
6. Ateşli silah yaraları

B.Fiziksel nitelikte olanlar :

1. Yanık yaraları
2. Donma yaraları
3. Elektrik yaraları
4. Işınlardan oluşturduğu yaralar

C.Kimyasal madde yaraları

1. Asit yaraları
2. Baz yaraları
3. Diğer kimyasal yaralar

D.Biyolojik kökenli yaralar:

1. Böcek, örümcek, yılan, akrep vb sokmaları
2. Vahşi hayvan ısırıkları

A)Mekanik etki ile oluşmalar:

1) Ezici Alet Yaraları : (Künt Cisim Yaraları - Raddi Yaralar)

Ağırlıkları ile iş gören künt cisimlere ezici aletler, meydana getirdikleri yaralara ise ezici alet yaraları denir. Örnek : Taş, sopa, tekme, yumruk vb..

Yara karakteri :

1. Doku ezilmiş, patlamış ve kopmuştur.
2. Yara dudakları düzensiz, tırtıklı ve girintili çıkıntılıdır.
3. Yaranın çevresinde dar veya geniş bir sıyrıkla beraber ekimoz vardır.
4. Yara dudakları ayrılarak bakıldığı zaman içinde kopmadan kalmış damar ve sinir liflerinden oluşan doku köprüleri görülür.

Cildin direkt kemik dokusuyla temasta olduğu ve gergin bulunduğu bölgelere, örneğin kafa, diz, dirsekler, el ve ayak sırtı, bacak ön yüzü gibi yerlere ezici alet darbesi isabet ederse iki sert cisim arasında kalan cilt patlar ve yara kesici alet yarasına benzer. Böyle yaralarda yaranın iyi bir muayenesi ile çevresinde bulunan ekimoz ve yara dudaklarının düzensizliği ayırıcı tanıda yardımcıdır.

Ezici Alet Yaraları :

a.Sıyrık (abrazyon - erozyon) : En hafif ezici alet yarasıdır. Travma sonucu cildin en üst tabakası sıyrılır ve dermis açıkta kalır. Canlıda sıyrılan bu bölgenin üstü dermis damarlarından çıkan serum ve hücrelerle dolarak kabuk oluşur, kabuğun altı nemli ve iltihaplı yaradır.

Adli Tıptaki Önemi :

- Travmanın isabet ettiği noktayı gösterir .
- Travmanın şiddet ve genişliğini gösterir. Travma şiddetliyse sıyrık yanında ekimoz, ezik ve kopmalarda oluşur.
- Travmanın ne ile yapıldığını gösterir. Tırnak ile çizgi, yarım ay şeklinde, hayvan pençesi ile birbirine paralel belirli mesafeli toplu sıyrıklar halinde, ısırma oval ya da daire şeklinde bir ekimoz alanı ile ortada diş adedine göre sıyrık bulunur.
- Travmanın zamanını gösterir.Kabuklu ve iltihaplı sıyrık darbenin birkaç gün önce yapıldığını, parşömenleşme ise ölüm anında ya da çok kısa bir zaman önce yapıldığını gösterir.
- Travmanın ne amaçla yapıldığını gösterir.

b.Ekimoz (Cürük , Bere): Travma ile cilt altındaki kapillerlerin yırtılarak kanın doku arasına yayılıp pıhtılaşması ile oluşur.Ekimozun büyüklüğü, küçüklüğü, devam müddeti, derinliği tatbik edilen travmanın şiddetine, aletle vurulan bölgeye, yırtılan damar adedine, kanın pıhtılaşması kabiliyetine göre değişir.Şiddetli darbelerde ekimozlar büyük olur.Pıhtılaşma mekanizmasının bozuk olduğu hastalıklarda (Örnek : Hemofili) hafif travmalarda bile geniş ekimozlar oluşabilir.

Ekimozların Sınıflandırılması

1.Görünüşüne göre :

Yüzeyel

Derin : Travmadan birkaç gün sonra görünür hale gelebilir.(Örneğin : karın, kafa ve gluteus travmaları) Renkleri sarı ve fındıkidir.

2.Vücuttaki yerine göre :

Sabit : Travmanın uygulandığı bölgede

Göçmen: Dokunun durumu ve yer çekimine göre travmanın uygulandığı yerden başka bir yerde

3.Rengine Göre :

a. Kırmızı	yeni
b. Mavi, Mor (Menekşe)	3-6 günlük
c.Fıstıki yeşil	7-12 günlük
d.Limon sarısı	12-18 günlük

4.Şekline Göre

- a.Şekilsiz
- b.Şekli :Uygulanan aletin şekline uygun olarak
Ör: Keser sırtı ile kare şeklinde
Parmakla oval veya yuvarlak
Tokatla çınar yaprağı şeklinde
Sopa, demir, jop ile ray şeklinde ekimozlar gelişir.

Adli Tıptaki Önemi

- Travmanın isabet ettiği yeri gösterir.
- Travmanın canlı iken yapıldığını gösterir.
- Aletin şekli hakkında bilgi verir.
- Travmanın ne amaçla yapıldığını gösterebilir.
- Travmanın uygulandığı zamanını gösterir .

c.Hematom :Travma ile yırtılan damarlardan çıkan kanın dokuyu şişirerek içinde kan toplanması sonucu oluşur.

d.Ezik (Kontüzyon) : Ezici cismin vücuda çarpması ile cildi parçalamadan altındaki dokuları ezip parçalamasıdır.

e.Laserasyon : (Yırtık) Ezici cismin etkisi ile doku bütünlüğünün bozulmasıdır.

2) Kesici Alet Yaraları

Keskin olan yüzün cilde sürülmesi ile dokuyu kesen aletlere kesici aletler ve bunların meydana getirdiği yaralara kesici alet yaraları denir.

Jilet, ustura, cam parçası, teneke, testere ve bıçak gibi aletlerle meydana getirilir.

Bu aletler isabet ettikleri yerlerde cilt, cilt altı dokusu, kas, damar ve sinirleri keserler. Kemiği kesemez ancak periostta çizik ve çentikler meydana getirirler.

Yara Karakterleri :Yaranın boyu, derinliğinden fazladır. Genellikle bir kuyrukla sonlanır. Yaranın en derin yeri hemen hemen orta kısmıdır.

Kesici Aletlerle Oluşan Yaralar :

Boğazlama: Boyun bölgesinin kesilmesidir. İntiharlarda tereddüt çizgileri görülür. Cinayet, intihar veya kaza şeklinde meydana gelebilir.

Enseleme : Ensenin kesilmesidir.

Damar açma: Örnek: radial damarların kesilmesi,

Boğazlamada öüm nedenleri:

- 1.Bu bölgedeki büyük arter ve venlerin kesilmesi sonucu oluşan dış kanama
- 2.Trakea kesilmişse açığa çıkan kanın trakeayı doldurması nedeniyle asfiksi
- 3.Açılan ven ağzlarından hava girmesi ile oluşan hava embolisi

3) Kesici - Delici Alet Yaraları

Sivri uçları ile delen, keskin yüzleri ile kesen aletlere kesici - delici aletler denir. Bıçak, sustalı çakı, kama, kasatura, kılıç, makas gibi aletlerdir.

Kesici - delici aletler vücut boşluklarına rahatlıkla girebilirler. Temporal kemiğin skuamöz parçasından, orbita tavanından ve bebeklerde fontanellerden kafatası boşluğuna dahi girebilir.

Yaranın Özellikleri

1. Yaranın ciltteki boyu cilt altındaki derinliğinden azdır.
2. Yara dudakları düzgündür.
3. Aletin çıkış yönünde tek kuyruk bulunabilir.

Aletin elle tutulan kısmına kabza, işi gören maden kısmına ise namlu denir. Namlusunun bir yüzü keskin diğer yüzü keskin olmayan bir aletle su damlası (mum alevi, düğme iliği) şeklinde bir yara oluşurken, namlusunun her iki yüzü keskin olan aletle iğ (mekik) şeklinde yara oluşur.

4) Delici Alet Yaraları

Sivri uçları ile cildi ve adale liflerini ayırarak doku içine giren aletlerin meydana getirdiği yaralardır.

Örnek : Şiş, iğne, tıg, tornavida, çivi vb...

Yaranın Özelliği : Yaranın boyu derinliğinden azdır. Yaranın şekli kullanılan alete göre değişiklik gösterir. Özellikle yeni doğanlarda delici aletin kalbe, fontanellerden beyne batırılması yoluyla cinayetler işlenebilir.

5) Kesici - Ezici Alet Yaraları

Ağırlıkları ve keskin yüzleri ile isabet ettiği bölgede yumuşak dokuları kesip alttaki kemik dokusunu parçalayan aletlerin meydana getirdiği yaralardır.

Örnek : Balta, keser, satır, kılıç vb

Yaranın özelliği :

Yara dudaklarında ezik ve ekimozlar, alttaki kemik dokusunda kırılma ve parçalanma vardır. Yara yandan bakıldığında üçgen şeklindedir. En derin yeri tepesidir.

6) Ateşli Silah Yaralanmaları

Tabancadan atılan mermi çekirdeği ya da av tüfeğinden atılan saçmaların etkisiyle meydana gelen yaralara Ateşli Silah Yaraları ismi verilir.

Ateşli Silahlar :

1. Kısa namlulu silahlar: Örneğin; tabancalar
2. Uzun namlulu silahlar : Örneğin; av tüfekleri

Mermi : Kovan - Barut - Mermi çekirdeği olmak üzere üç kısımdan oluşur.

a. Kovan : Barutun ve mermi çekirdeğinin bir kısmını içine alan küçük boru şeklindeki yapıdır.

b. Barut : Dumanlı ve dumansız olmak üzere iki değişik tipi vardır.

c. Mermi çekirdeği : Doku ve organlara girip harabiyet yapan kısımdır.

Ateşli silah mermi çekirdeği, vücuda isabet ettiğinde ciltte bir giriş deliği oluşturarak vücuda girer. Vücutta traje adı verilen bir yol izledikten sonra ya vücut içinde kalır ya da ciltte bir çıkış deliği oluşturarak vücudu terk eder.

Giriş Deligi :

Ateşli silah mermi çekirdeği vücuda isabet ettiğinde büyük bir sıklıkla tek bir giriş deliği oluşturur. Ancak vurulanın pozisyonuna göre birden fazla giriş deliği de saptanabilir. Örneğin koldan giriş-çıkış yapıp vücuda ikinci bir giriş de yapabilir. Olay yerinde tek bir mermi kovanının bulunduğu, ancak vücutta iki adet giriş deliği bulunan vakalarda özellikle

şahsın yaralanma anındaki pozisyonu önem kazanır. Duvarın önünde duran bir kişide mermi önden girip arkadan çıktıktan sonra duvardan sekerek sırtta ikinci bir giriş yapabilir. Bazen mermi çekirdekleri vücuda girmeden sadece teğet bir temas ile ciltte lineer sıyrık ve laserasyonlar oluşturabilir.

Mermi çekirdeğinin vücuda giriş açısına göre, giriş deliği farklı şekillerde olabilir. Vücuda dik açı ile girmişse, giriş deliği yuvarlak, oblik olarak dar açıyla girmişse giriş deliği oval olur. Ancak hemen altında kemik doku bulunan saçlı deri gibi bölgelerdeki bitişik atışlarda oluşan giriş deliği atipik, yırtık şeklinde ve yıldızvari görünümündedir. Yine mermi çekirdeğinin giriş açısına bağlı olarakta kemikte anahtar deliği fenomeni görülebilir.

Ateşli silahın namlusundan mermi çekirdeğinin dışında alev, sıcak gazlar, duman ile yanmış ve yanmamış barut artıkları da çıkar. Mermi vücuda girerken ısı ve sürtünmenin etkisiyle ciltte bir sıyrık oluşur. Bu sıyrık bölgesi koyu kahverengi renk alır. İşte bu lezyona kontüzyon halkası veya vurma izi halkası denir. Bu halka giriş deliğinin hemen etrafındadır. Silmekle kaybolmaz.

Kontüzyon halkası ile giriş deliği arasında, mermi üzerindeki yağ, pas ve kirin bulaşmasıyla bir iz daha oluşur. Buna da silinti şeridi halkası adı verilir.

Namlunun cilde sıkıca bastırıldığı bitişik atışlarda giriş deliğinin etrafında, namlu ağzının şekline uyar tarzda bir iz daha oluşabilir ki buna stampa izi denir.

Traje: Mermi çekirdeğinin vücutta izlediği yoldur. Sadece yumuşak doku harabiyetinin olduğu yaralanmalarda giriş ve çıkış deliklerini birleştiren bir hat şeklindedir. Ancak vücut içinde kemik gibi sert yapılara çarparak yön değiştiren mermilerin trajesi düzensiz olur. Bitişik atış ve yakın atışın alt sınırındaki mesafelerden yapılan atışlarda trajenin başlangıç kısmında karbonmonoksit bulunur. Karbonmonoksit bulunan dokuya çinko klorür damlatıldığında kırmızı bir renk oluşur. Trajede organ ve dokulardaki lezyonların etrafında ekimoz vardır. Bu ekimoz yaralanmanın canlı iken meydana geldiğini gösterir. Ölüde oluşturulan ateşli silah yaralanmalarında traje etrafında ekimoz oluşmaz.

Çıkış Deliği :

Vücuda isabet eden mermi çekirdekleri ya vücutta kalırlar ya da bir çıkış deliği oluşturarak vücutu terk ederler. Vücut içinde kalan mermi çekirdeklerinin lokalizasyonları radyografilerle, daha da iyisi skopi ile tespit edilmelidir. Çıkış deliğinin etrafında kontüzyon halkası, alev yanığı, duman isisi yoktur. Çıkış deliği klasik olarak yara dudakları dışı doğru olan bir yırtık şeklindedir.

Atış Mesafesi Tayini

Ateşli silah atış mesafeleri bitişik, yakın ve uzak olmak üzere başlıca üç grupta incelenir.

Bitişik Atış : Cilt ile namlu arasındaki mesafenin 0 - 3 cm olduğu atışlardır. Saçlı deri gibi cildin kemik ile direk temasta olduğu bölgelerde silah ateşlendiğinde, merminin ciltte oluşturduğu delikten içeri doğru alev, gaz, is ve barut taneleri girer. Gazın etkisi ile cilt dışarı doğru kabarıp, alev bölgeyi yakar, is siyaha boyar, koyu renkli yanık biçiminde bir lezyon oluşur. Buna "Hoffman'ın maden boşluğu" belirtisi denir ve sadece bitişik atışlarda görülür.

Yakın Atış : Alev, duman isisi ve yanmamış barut tanelerinin deride tespit edilebildiği atışlardır. Bunların giriş deliği etrafında meydana getirdiği iz ise tatuaj adı verilir. Yakın atış mesafesi; kısa namlulu silahlar için 3-(30-45) cm, uzun namlulu silahlar için ise 3-(75-100) cm. dir.

Uzak Atış : Giriş deliği etrafında tatuajın meydana gelemeyeceği mesafeden yapılan atışlardır. Uzak atıştaki giriş deliği bazen kesici - delici alet yarası ile karışabilmektedir.

Av Tüfeği Yaralanmaları

Av tüfeği fişeği namludan çıktıktan sonra içindeki saçmalar etrafa doğru yayılır. Bu yayılma atış mesafesine ve namlunun uç tarafındaki daralmaya bağlıdır.

Yaklaşık 1 metreye kadar olan atışlarda genellikle geniş ve tek bir merkezi giriş deliği bulunur.

Bir metrenin üzerindeki mesafelerden yapılan atışlarda ana giriş deliğinin etrafında ikincil mini giriş delikleri bulunur.

Saçma tanelerinin etkisiyle oluşan bu küçük girişlerin sayısı 2 mt üzerindeki atışlarda gittikçe fazlalaşır.

5 metreden sonra merkezi giriş deliği kaybolur ve yerini saçma tanelerinin çok sayıda giriş deliklerine bırakır.

Ateşli silah yaralanmalarının irdelenmesi bir ekip işidir. Vücut içinde kalan mermi çekirdeklerinin balistik inceleme yapılmak üzere mutlaka çıkartılması ve savcılığa teslimi gerekir. Ayrıca şahsın elbiselerinin, el sırtındaki ve giriş deliği etrafındaki cildin ve silahın namlusunun kriminolojik tetkikleri istenmelidir. Özellikle giriş deliği etrafındaki ve ellerdeki barut artıklarının kriminolojik incelenmesi çok önemlidir. İnceleme, yara ve eller yıkanmadan yapılmalıdır. Eğer kriminolog yoksa otopsiyi yapan hekim bu bölgelerden ıslak bir bezle sürüntü almalı daha da iyisi giriş deliği etrafındaki cildi keserek hiçbir fiksatöre koymadan incelemeye göndermelidir.

Patlamaya Bağlı Yaralar

Bir patlama olayında yaralanmayı meydana getiren bir çok farklı faktör vardır. Bu faktörler şunlardır:

a.Kişi patlama noktasına çok yakın ise meydana gelen basınç değişiklikleri nedeniyle parçalanabilir.

b.Patlayıcıdan etrafa yayılan parçaların çarpmasıyla yaralanma oluşabilir.

c.Patlama anında ortaya çıkan ısı nedeniyle yanıklar meydana gelebilir.

d.Patlama esnasında patlama noktasından konsantrik daireler şeklinde çevreye yayılan ve şok dalgası adı verilen basınç dalgasına bağlı olarak yaralanma olabilir.

e.Kişi patlama anında yıkılan bina kısımlarının altında kalarak yaralanabilir.

f.Patlama esnasında etrafa uçan çevredeki eşyaların çarpmasıyla yaralanma oluşabilir.

g.Tüm bunların dışında patlama sonucunda ortaya çıkan gazların ve dumanın etkisiyle zehirlenme meydana gelebilir.

Patlamanın etkisiyle vücudun tamamen parçalandığı durumlarda araştırmaların 100 metreyi aşan bir alanda yapılması gerekir. Toplanan parçalar ait oldukları vücut kısımlarına göre sınıflandırılır. Vücudun tamamen parçalandığı durumlarda kimlik tespiti açısından en değerli tetkik DNA tiplmesi yapılmasıdır. Bombadan etrafa yayılan parçaların ne şekilde lezyonlar oluşturacağı, kişinin patlama noktasından uzaklığı patlayıcının özelliğiyle yakından ilgilidir. Tüm vücutta ağır hasar oluşturacağı gibi vücudun bir bölümünde parçalanma, ekstremitelerde amputasyon meydana getirebilir.

Meydana gelen yaralanmanın lokalizasyonu, kişinin patlama esnasındaki pozisyonu hakkında çok önemli fikirler verebilir. Örneğin sadece bir eldeki amputasyon; kişinin bombayı elinde tuttuğunu, eller ve uyluk-pelvis-batın bölgesindeki hasar; kişinin bombayı elleri ile karın hizasında taşıdığını, bacaklardaki parçalanma; kişinin yerdeki bombanın yanında durduğunu gösterebilir.

Bir bomba patladığında etrafa yayılan gazların ısı 2000 dereceyi geçebilir. Bu yüksek ısı vücutta flaş yanıklarına neden olabilir. Bu yanıkların özelliği etkilenen cilt alanını homojen bir şekilde kaplamasıdır. Patlama esnasında elbiseler alev alırsa bilinen alev yanıkları meydana gelir.

Patlama noktasından konsantrik daireler şeklinde etrafa yayılan ısı dalgası yaklaşık olarak sesin havadaki hızı kadar bir süratle gider. Buna maruz kalan kişi patlama noktasına yakınsa savrulur, uzakta ise yere düşebilir. Ancak dalganın etkisi vücuttaki yayılımına bağlı olup çeşitli organlar farklı şekillerde etkilenebilir. Şok dalgasının etkisiyle meydana gelen diğer durumlar ise kulak zarında yırtılma, orta ve iç kulakta kanama, kişinin elbiselerinin üzerinden soyulmasıdır.

Patlamaya bağlı ölüm olgularında otopside patlayıcı maddeye ait parçalar da bulunabilir. Bu yüzden bu tip olaylarda mutlaka otopsi yapılması gerekir.

B) Fiziksel nitelikte olanlar :

1)Yanık Yaraları:

Yanıklar, sıcak sıvılar ve alev etkisi ile meydana gelen yaralardır. Ayrıca asitler, bazlar, bazı kimyasal maddeler ve elektrik akımı nedeni ile de yanık meydana gelebilir. Hafif derecede hiperemiden, karbonizasyon (kömürleşme) aşamasına kadar giden yanık derecelendirmeleri yapılmaktadır.

Kömürleşme tam olduğu zaman; cesedin hacim ve ağırlığı oldukça azalır. Ceset, fleksör kasların hakimiyeti nedeni ile “boksör pozisyonunu” alır. Kemiklerde yüksek ısı nedeni ile kendi kendine kırıklar meydana gelebilir. Vücutta, varsa sağlam cilt kısımları ile yanık alanı arasında kırmızı bir hat görülmesi yanmanın canlı iken meydana geldiğinin belirtisidir. Ancak, cesetten alınan kanda karbonmonoksit saptanması yanmanın canlı iken meydana geldiğinin önemli bir göstergesidir.

2)Donma Yaraları:

Vücut ısısının 35 derecenin altına düşmesi “sistemik hipotermi” olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, vücudun ısı kaybının ısı yapımını aştığı zaman meydana gelir. Hipotermi sonucu ölümün en sık nedeni ısı derecesi düşük olan bir ortama kazara maruz kalmadır. Bu şekilde ölenlerde ölü lekelerinin açık kırmızı renkte olduğu görülmekte olup otopsilerinde özel bir bulguya rastlanmamaktadır.

Hipoterminin üç dönemi bulunduğu kabul edilmiştir.

1.Rektum ısısı 37-32 derece olduğunda: Üşüme hissi ve titreme söz konusudur.

2.Rektum ısısı 32-24 derece olduğunda: Depresyon hali, kan basıncı ve nabızda düşme olur.

3.Rektum ısısı 24 derecenin altında olduğunda: Isıyı düzenleyen merkezlerin fonksiyonu durur, vücut ilerleyici bir şekilde soğur ve ölüm meydana gelir.

Saklan ve Öl Sendromu (hide-and-die syndrome): Yaşlı, yalnız yaşayan ve yetersiz ısınma koşullarında bulunan kişilerin bazen mantığa aykırı şekilde soğuk havada üzerindekiyi çıkarmış, çıplak vaziyette bulundukları görülmüştür. Bu durum beyindeki ısı kontrol mekanizmalarının çeşitli nedenlerle bozulmasına bağlanmaktadır. Bu tip durumlar sıklıkla saldırı ve cinayetle karışabilir.

3) Elektrik Akımı Yaraları:

Günlük yaşantımızın konforunu sağlayan, çağımızın tüm gelişmelerinin belki de ilk hareket noktası olan elektrik, bilgisizce ve gerekli önlemler alınmadan kullanıldığında ölümle sonuçlanan olaylara yol açmaktadır. İlk ve orta öğrenimde alınan genel bilgilere rağmen elektrikle meydana gelen kazaların çoğunda; kişiler öngörülebilir ve önlenabilir nitelikteki sorunlar nedeni ile ölmektedirler. Hatta bu olayların bazıları bu konuda özel eğitim almış ya da yıllarca deneyim kazanmış mesleği nedeni ile elektrikle uğraşanların bu önlemleri almaması sonucu ortaya çıkan ölümlerdir.

Elektrik akımının organizmada meydana getirebileceği zararları belirleyen faktörler:

1. Akımının tipi, şiddeti, frekansı, voltajı, süresi,
2. Vücudun direnci, akım kaynağı ile vücut arasındaki iletkenler, akımın vücut içindeki yoludur.

Alternatif akım doğru akıma oranla daha ciddi zararlara neden olur. Organizma sn/10 fr.- ve sn/1000 fr.- akımlardan daha çok zarar görmektedir. Akımın şiddetinin artmasıyla meydana gelen zararın arttığı saptanmıştır. Elektrik akımının yakma etkisi voltaj ve vücudun direncine bağlıdır. Voltaj ve direnç arttıkça zarar daha ağır olmaktadır.

Elektrik akımı yaraları, elektrik ile temas edilen yerde deri ve deri altında saptanır. Yara gri-beyaz renkte, kanamasız, parşömen görünümündedir. Yanık derin ise ciltte kenarları kalkık, ortası çukur tipik bir krater görünümü mevcuttur. Kraterin tabanı genellikle soluk veya koyu kahverengindedir. Çökük olan bu alanın etrafında kabarık bir kenar bulunur. Yara, ağrısız, sert ve kurudur. Üzeri kabuk ile örtülmez ve iltihap gelişmez. İyi olma süreleri diğer yanıklara nazaran daha uzundur.

Elektrik akımları ventriküler fibrilasyon, solunum merkezi inhibisyonu, solunum kaslarının tetanik kontraksiyonları yada santral sinir sisteminde meydana getirdikleri ciddi zarar sonucu ölüme neden olmaktadır. Bu ölüm mekanizmalarından da anlaşılacağı gibi organ ve sistemlerin makroskobik ve mikroskobik incelemelerinde tanıya yardımcı olabilecek spesifik bulgu saptama şansı azdır. Elektrik akımına maruz kalmış ölmemiş kişilerde; meydana gelen geniş yanıklar ve bunların çeşitli komplikasyonları (sepsis, nörojenik şok, kanama, emboli, böbrek yetmezliği) geç ölümlere neden olabilir. Kişiler sistemik hastalıklarının komplikasyonu sonucu ortaya çıkan bir klinik durum sırasında elektrikle temas edebilirler. Bu nedenle; ani, beklenmedik ve şüpheli ölümlerde elektrikle temas ve bununla ilgili bulguların varlığı mutlaka araştırılmalıdır.

Otopsi Bulguları: Dokular fizyolojik ve biyokimyasal özelliklerindeki yapısal farklılıkları nedeni ile akım geçişine farklı direnç gösterirler. Vasküler sistem, kan, vücut sıvıları en az dirençli dokulardır. Direnç göstermeyen dokularda elektrik akımının geçişine ait bulguları saptamak mümkün değildir. Akımın organizmada karşılaştığı direncin şiddetine ve akımın şiddetine bağlı olarak elektrik akımının geçtiği dokularda değişik şiddette lezyonlar meydana geleceği açıktır. Bu bulgular; ancak deneyimli ve dikkatli bir hekimin şüphelenebileceği hafiflikte olabilir. Bazen ise iskelet kemiklerinin yanmasına neden olacak ağırlıkta görülebilir.

Elektrik çarpması şüphesi olan ölümlerde mutlaka otopsi yapılmalı standart teknikle toksikolojik ve histopatolojik incelemeler için organ örnekleri alınarak ölüme rolü olan faktörler araştırılmalıdır. Dış muayene sırasında şüphelenilen tüm deri lezyonları ayrı ayrı numaralandırılarak histopatolojik incelemeye gönderilmelidir. Ancak ölümle sonuçlanan olgularda akım şiddeti ve derinin gösterdiği direnç nedeni ile histopatolojik olarak da tanı koymak her zaman mümkün olamamaktadır.

Yıldırım Çarpması:

Yıldırım çarpmasında vücutta koyu kırmızı taban üstünde ağaç dalı şeklinde yanıklar, yaralar ve ekimozlar oluşur. Kişinin üzerindeki giysilerde bulunan madeni eşyalar ciltte yanığa sebep olur. Ayrıca giysiler parçalanıp kişinin üzerinden sıyrılır ve uzaklarda bulunabilir.

Açlık ve Susuzluk:

Erişkin bir kişi aç ve susuz olarak 8-10 gün kadar yaşayabilir. Yalnız su içmek suretiyle 60-70 gün yaşamak mümkündür. Ancak bu süreler yaşa, cinsiyete, ortama ve kişinin sağlık durumuna göre değişebilir. Çok genç ve yaşlı kimseler açlıktan en fazla etkilenirler. Kadınlar erkeklere nazaran vücutlarında daha fazla yağ bulunması nedeni ile açlığa daha iyi

dayanabilirler. Şişman kimseler, zayıflara nazaran açlığa daha dayanıklıdır. Vücut ağırlığının %40'ının kaybı genelde ölümle sonuçlanır.

Otopside: Yağ dokusunun tamamen eridiği, kasların atrofiye uğradığı, beyin hariç tüm iç organlarda küçülme, ince bağırsak ve mide duvarında incelmeye olduğu gözlenir.

Açlık ve susuzlukla ölüm genelde kaza şeklinde meydana gelir. Ancak açlık grevi yapanlarda ve bazı akıl hastalarında bu şekilde ölümlere rastlanmaktadır. Ayrıca kasten aç bırakarak öldürme, küçük çocuklara uygulanan bir çocuk öldürme yöntemidir.

Temaruz Yaraları:

Kişiler, karşı tarafa ceza verdirmek veya cezasını arttırmak amacıyla, kendi kendilerine veya başkalarının yardımı ile vücutlarında yaralar meydana getirebilirler. Kendi kendine yapılan yalancı yaralar, elin yetişebileceği yerlerde bulunur iken başkalarına yaptırılan yaralar vücudun her yerinde bulunabilir.

Yara İyileşmesi Ve Yara Yaşının Saptanması

Bir pratisyen hekimin, yaradaki çıplak gözle görülen görünümlere dayanarak yaranın oluşması ile muayene edilme zamanı arasında geçen süreyi tahmin etmesi gerekir. Yaralanma olayından sonra ilk olarak yaraya karşı vasküler ve hücrel bir reaksiyon olan enflamasyon gelişir. Yabancı mikroorganizma ve maddelerin yok edilmesine yönelik bu aşamada eritrosit, trombosit özellikle lökositler aktif rol alırlar. Enflamasyonun sonlarına doğru fibroblastların gelmesiyle başlayan bağ dokusu sentezi yeterli miktarda kollajen yapımıyla sonlanır. Daha sonra da kollajen liflerin organize yapıya dönüştüğü ve yıllarca sürebilen nedbe olgunlaşması ve yeniden yapılanma meydana gelir.

Yara yaşı saptanmasında kullanılan ortalama ölçütler şunlardır;

- 12 saatlik bir süre geçtikten sonra yaranın kenarları kırmızı ve şiştir.
- 24 saat kadar sonra küçük bir yara kabuk bağlayabilir.
- Eğer yara enfekte olursa yaklaşık 36 saatlik bir süreden sonra iltihap görülebilir.
- 24 saat sonra başlayan epitelizasyon küçük ve temiz bir yarada 4 - 5 günde tamamlanır.
- Makroskopik bulgular yeterli olmuyorsa, yaranın yaşının saptanması için histopatolojik, histokimyasal ve biyokimyasal yöntemler kullanılır.

Yaranın ölümden önce (ante - mortem) veya ölümden sonra (post - mortem) olup olmadığının saptanması;

Yara kenarları :

1.Kızarıklık ve şiş,

2.Kanamalı,

3.Kabuklanma var ise

4.İltihap mevcut ise

5.Epitelizasyon var ise

6.Yaranın etrafında ekimoz var ise bu yaranın ölümden önce meydana geldiğini söylemek mümkündür.

9. ADLİ RAPOR DÜZENLENMESİ

“Adli Hekimlik” görevi yüklenen bir hekimden, etkili eylem sonucu yaralanan kişilerin muayenelerini yapıp rapor düzenlemeleri, bu tür eylemler sonucu ölenlerin veya ölüm sebebi veya kimliği bilinmeyenlerin otopsi yapılıp yapılmayacağına karar vermeleri, otopsi yapmaları, otopsi sırasında laboratuvar incelemeleri için örnek almaları, cinsel suç mağdurlarının muayenelerini yapmaları, adli psikiyatri alanında suçlu ve mağdurların ruh sağlığı durumlarını değerlendirmeleri ve buna göre ceza sorumluluğu hakkında karar vermeleri, canlı ve ölümlerde kimlik tespiti ve yaş tayini raporları düzenlemesi beklenilebilmektedir.

Bir konuda yapılan inceleme ya da soruşturma sonucunu içeren belge rapor olarak tanımlanır. Hekimce düzenlenen tıbbi raporlar “idari” ve “adli” olmak üzere iki bölümde incelenebilir.

1) İdari Raporlar: Sağlık veya hastalık durumunu belirleyen idari amaçlı raporlardır.

Bunlar;

a.Sağlık raporları: İşe girme, sigorta, ehliyet ve silah alma, evlilik gibi durumlarda düzenlenen idari nitelikteki raporlardır.

b.Hastalık raporları: Tıbbi şikayet ve rahatsızlığı bulunan kişilerin hastalık durumunu ve bunun tedavi ve istirahat gerektirip gerektirmeyeceğini açıklayan raporlardır. Bu tip raporlar kişinin işi nedeni ile bağlı bulunduğu kurumlara yönelik hazırlanan idari nitelikteki raporlardır. Hastalık raporları sonuç olarak istirahat verilmesi, hava değişimi, memuriyet ve iş yerini değiştirme, sakatlık, malülen emeklilik gibi kararları içerir. Bu tür raporlarda belirtilen süreler kişinin tıbben iyileşmesi için geçmesi gereken süreyi ifade eder, hukuki açıdan tazminat davaları konusunda önem taşır ve böylece adli nitelik kazanabilir. Hekimler, Devlet Memurları Kanunu’nun 107. Maddesine göre gerektiğinde 20 güne kadar istirahat raporu vermeye yetkilidir. Daha fazla sürelerde rapor verilmesi gerektiğinde ise hastane sağlık kurulları yetkili kılınmıştır.

2) Adli Raporlar: Adli makamlarca hekimden istenilen ve kişinin tıbbi durumunu tespit ederek sorulan soruları yanıtlayan, hekimin görüş ve kanaatini bildiren raporlardır. Bu raporların nasıl düzenleneceği ve nelere dikkat edileceği ayrıntıları ile bu bölümde anlatılmaktadır. Ayrıca, son yıllarda Sağlık Bakanlığı’nca çıkarılan ve adli olgularda kullanılması istenilen rapor formu da notumuzun “Adli Rapor Örnekleri” bölümünde bulunmaktadır. Hekimin çalıştığı birimde mevcut ise adli olgularda özellikle bu formun doldurulması gerekir.

Adli rapor düzenlemesi istenilen hekimin, öncelikle hangi olguları “adli olgu” olarak değerlendirmesi gerektiğini bilmesi gereklidir.

Acil servise veya sağlık ocağına müracaat eden olgulardan:

1. Her türlü ateşli silah ve patlayıcı madde ile olan yaralanmalar,
2. Her türlü kesici, kesici – delici, delici, kesici- ezici ve ezici alet yaralanmaları,
3. Trafik kazaları, düşmeler, darp olguları ve iş kazaları,
4. İntoksikasyonlar (ilaç, intektisit, boğucu gazlar),
5. Yanıklar (alev, kızgın cisim, yakıcı- aşındırıcı madde)
6. Elektrik ve yıldırım çarpmaları,
7. Sindirim kanalına oral veya anal yoldan yabancı madde girmesi,
8. Mekanik asfiksi olguları(Ası,elle veya iple boğulma,suda boğulma vb.)
9. Her türlü intihar girişimleri,
10. İşkence iddiaları,

11. Tüm cinayet, intihar, kaza orijinli olduğundan kuşkulanan ölüm (Şüpheli Ölüm) **adli olgu** olarak değerlendirilmelidir.

TCK'nun 280.maddesi; bir hekimin görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmemesi veya bu hususta gecikme göstermesi halinde bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağını belirtmektedir. Hekimin, devlet eliyle işletilen sağlık kuruluşlarında görev yapması halinde, kamu görevlisi sıfatını taşıyacağından, bu durumda hapis cezası iki yıla kadar çıkabilmektedir (TCK Md.279).

Hekimin tüm adli olguları gerekli tıbbi yardımı yaptıktan sonra adli makamlara veya emniyet görevlilerine haber verme zorunluluğu yanında, olgu ile ilgili adli rapor düzenleme görevi de vardır. Düzenlenecek bu rapor eylemi yapan kişinin yargılanmasında ana unsurdur ve rapor içeriğine göre adli makamlarca dava açılacaktır.

Adli olguyu ilk gören ve müdahale eden hekim adli tıp uzmanı olmamasına rağmen yasalara göre adli hekimlik görevini de yürütüyor olması nedeniyle adli bir rapor düzenlemek ve bu raporu da kurallarına uygun olarak yazmak zorundadır. Bir adli raporu kurallarına uygun olarak yazabilmek için dikkat edilecek noktalar şunlardır:

-Raporun yazılacağı makam belirtilmelidir. (Cumhuriyet Savcılığı, Ağır Ceza Mahkemesi, Jandarma Komutanlığı, Polis Karakolu vb.)

-Temiz bir kağıda daktilo ile yoksa okunaklı bir yazı ile hatasız olarak yazılmalıdır. İmza yerinde raporu veren hekimin adı, soyadı, görev ve unvanı yazılarak varsa resmi mühürle mühürlenmelidir.

-Adli muayene ve kayıtlar için ayrı bir kayıt defteri tutulmalıdır.

-Muayeneye gönderilen kişinin kimlik kontrolü yapılmalıdır.

-Etkili eyleme uğranılan gün ve saat belirtilmelidir.

-Yaralının muayene edildiği gün ve saat belirtilmelidir.

-Fizik muayene bulguları yazılmalıdır.

-Etkili eylem sonucu oluşan lezyonların yerleri, büyüklükleri, özellikleri, varsa yaraların iyileştiğini gösteren bulgular, yaranın içinde bulunan yabancı cisimler belirtilmelidir.

-Etkili eylem sonucu meydana gelen yaralanmanın şahsın hayatını tehlikeye maruz kıldığını gösteren bulgular belirtilmelidir.

Sonuçlarına göre adli raporlar; geçici ve kesin olmak üzere ikiye ayrılır.

Geçici Rapor Düzenlenmesi Gereken Durumlar:

1. Henüz tanı konmamıştır.

2. Radyolojik, biyokimyasal, vb. laboratuvar inceleme yöntemlerine gerek duyulmuştur.

3. Travma belirtileri tamamen ortaya çıkmamıştır, olgunun gözlemlenmesi ve takibi gereklidir. Örneğin, derin ve yer değiştiren ekimozlar başlangıçta görülmediği halde sonraki gün yada saatlerde belirginleşebilir. İlk muayenede haricen herhangi bir travmatik bulgu saptanmayan olgular birkaç gün sonra muayeneye çağrıldığında lezyonların belirginleşmesi söz konusu olabilir.

4. Başka bir uzmanlık alanı tarafından değerlendirilmesi yada konsültasyona gerek duyulmuştur.

Geçici Raporlarda Mutlaka Belirtilmesi Gereken Bilgiler:

1. Hastahane veya sağlık ocağı protokol numarası
2. Şahsın adı, soyadı, baba adı, doğum tarihi,

3. Olayın ne olduğu, tarihi ve saati,
4. Muayene tarihi ve saati,
5. Şahsın genel durumu, şuur, kooperasyonu, orientasyonu,
6. Lezyonların yerleri, özellikleri ve tarifi,
7. Varsa grafi ve laboratuvar sonuçları
8. Zehirlenme olaylarında, kullanılan veya kullanıldığından şüphe edilen maddenin adı ve varsa formülü,
9. Hayati tehlike meydana getirip getirmediğı,
10. Tekrar kontrolün gerekip gerekmediğı,
11. Muayeneyi yapan ve raporu yazan hekimin kaşesi, imzası,
12. Raporu teslim alan görevlinin adı ve imzası,

Kesin Rapor: Hayati tehlike, çehrede sabit eser, uzuv zaafi ve tatili gibi konularda kesin kanaat bildiren raporlardır.

Türk Ceza Kanunu'nda Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar ile İlgili Maddeler

Kasten yaralama

MADDE 86. - (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(3) Kasten yaralama suçunun;

- a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiğı kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,
- e) Silâhla, işlenmesi hâlinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama

MADDE 87. - (1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- c) Yüzünde sabit ize,
- d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hâllerde üç yıldan, ikinci fıkraya giren hâllerde beş yıldan az olamaz

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hâllerde beş yıldan, ikinci fıkraya giren hâllerde sekiz yıldan az olamaz.

(3) Kasten yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması hâlinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, bir yıldan altı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hâllerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, ikinci fıkrasına giren hâllerde ise oniki yıldan onaltı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

TÜRK CEZA KANUNU'NDA TANIMLANAN YARALAMA SUÇLARININ ADLİ TIP AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma: TCK'nun 86. maddesinin 2. fıkrasında yer verilen bu terim ceza itibarı ile en hafif yaralanma grubunu ifade etmek için kullanılmıştır. Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde yaralanma, hekimler tarafından farklı algılanabilecek, kişisel değerlendirme farklılıkları yaratabilecek bir durum gibi gözükmektedir. Adli yönden, hangi travmatik değişimlerin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ya da giderilemeyecek olduğu konusunda tüm hekimler tarafından kullanılabilir bir listeye ihtiyaç vardır.

Başkasının vücuduna acı veren/ sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan yaralanma: TCK'nun 86. maddesinin 1. fıkrasında yer almakta olup ön görülen ceza itibarı ile orta derece yaralanma grubunu tanımlamaktadır. “kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma” tanımı, travmanın ruhsal etkilerini de kapsamaktadır. Kişilerin uğradığı travma sonrası oluşan ruhsal sağlık zararı da TCK kapsamında tanımlanmıştır.

Yaşamı tehlikeye sokacak derecede yaralanma: Travma anında veya travmadan sonra kişinin hayatının mutlak suretle tehlikede oluşu ve ölüm riskinin varlığıdır. Yaşamı tehlikeye sokan bir durum kendiliğinden, tıbbi veya cerrahi tedavi ile ortadan kalkabilir. Yaşamı tehlikeye sokan bir durumun ne kadar süre devam ettiğinin önemi yoktur. Travma ile yaşamı tehlikeye sokan durum arasında nedensellik bağının bulunması gerekir.

Yaşamı tehlikeye sokan bir durumun varlığından söz edebilmek için hekimin klinik bulgular yanında her türlü tanı yöntemine başvurması gerekir. Bu karar hiçbir şekilde etiyojolojiye göre verilmemelidir. Karar gerekçeli olmalı, yaşamı tehlikeye sokan bir durumun kriterlerini saptamadan karar verilmemelidir. Bunun için yaşamı tehlikeye sokan bir durumun kriterlerinin ilk muayenede belirlenemediği durumlarda hasta bir süre gözlem altında tutulmalı, gerekçeli konsültasyonlar yaptırılmalı ve tanı için bütün ileri tetkik yöntemlerine başvurulmalıdır. Bu kriterlerin birinin tespiti halinde yaşamını tehlikeye sokan bir durum geçirilmiştir veya geçirmemiştir şeklinde rapor düzenlenmelidir.

Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Yol Açan Yaralanmalar:

- Kafatası kırıkları
- Kafa içi kanama, kontüzyon, laserasyon
- Klinik bulgu veren beyin ödemi ve başlangıç Glasgow Koma Skoru'nun 8 ve altında olduğu bilinç kapallığı

- İlk üç servikal vertebra kırığı
- Vertebral kolonda hangi seviyede olursa olsun medulla spinalis hasarı (kontüzyon/laserasyon) ile medulla spinalis hasarının eşlik ettiği kırık-çıkık-disk yaralanması ve herniler
- İç organ yaralanmaları
- Büyük damar yaralanmaları
- Büyük damar veya iç organ yaralanması olmasa bile % 20'den fazla kan kaybına işaret eden klinik tabloya yol açan yaygın ekimoz, hematoma ve laserasyonlar
- İç organ lezyonu olmasa dahi göğüs ve batin boşluğuna penetre yaralanmalar
- 2. derece yanık (% 20'den fazla)
- 3. derece yanıklar (% 10'dan fazla)
- Kuduz hayvan ısırığı
- Elektrik çarpması (Giriş ve/veya çıkış lezyonu bulunması veya vücuttan elektrik akımının geçtiğini gösteren klinik bulguların varlığı)
- Ağır klinik tabloya yol açan zehirlenmeler

Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması/yitirilmesi:

İşlev zayıflaması TCK'nun 87. maddesinin 1.fıkrasında yer almaktadır. Yaralanmadan sonra bu durumun varlığının kabul edilebilmesi için, duyu veya organlardan birinin işlevindeki zayıflamanın sürekli olması gerekmektedir. İşlev yitimi TCK'nun 87. maddesinin 2.fıkrasında yer almaktadır. Kişideki görme, işitme, koklama, tatma ve dokunma duyuları ile organlar ve ekstremitelerde (el, ön kol, kol, omuz, ayak, bacak, kalça) oluşan anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluk, her bir duyu, organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapı veya fonksiyonuna göre değerlendirilmelidir. Protez takılması durumunda da anatomik kayıp değerlendirilecektir.

Vücutta çift olarak bulunan organlardan birinin işlevini tamamen yitirmesi halinde, diğer organ fonksiyon görmeye devam edebilir. Bu durumda, organın işlevinin zayıflaması değil, işlevin yitirilmesi söz konusudur. Çünkü, kanun metninde duyu ve organlardan birinin işlevinden söz edilmektedir.

Organdaki veya ekstremitedeki anatomik kayıp ve/veya fonksiyonel bozukluğun o organ veya ekstremitenin kendi anatomik yapısı ve/veya fonksiyonuna göre % 10-50 arasındaysa "işlevin sürekli zayıflaması"; % 50'nin üstünde ise "işlevin yitirilmesi" olarak değerlendirilmelidir.

Yüzünde sabit iz - yüzünün sürekli değişikliğine neden olma:

Oluşan yara az ya da çok iz bırakır, ancak her iz yüzde sabit iz niteliğinde değerlendirilmez. Yaralanma esnasında, yüz sınırları içerisinde oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz, gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlar arası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise "yüzde sabit iz"den bahsedilir. İzin, sabit iz olup olmadığının değerlendirilmesi açısından iyileşme sürecinin tamamlanmış olması gerekir. Bu nedenle, adli tıp uygulamalarında, bu konudaki değerlendirme yaralanmadan en az altı ay sonra yapılmaktadır. Hekim gerek görürse bu süre uzayabilir.

Eğer, yüz sınırları içinde oluşan yaralanmanın bıraktığı iz, o kişiyi önceden tanıyanların onu tanımasında duraksamaya yol açacak şekilde yüzün doğal görünümünü bozmuş ise bu durumda "yüzde sürekli değişiklik"ten bahsedilir. Buna örnek olarak ağır yanıklar ya da yüze kezzap atılması gibi kimyasal yanıklar verilebilir.

Yüz sınırlarına gelince TCK'nun gerekçesinde, yüz deyiminin, kişinin boyun ve kulakları dahil başın ön kısmını ifade ettiği belirtilmektedir. TCK'ya göre "yüz" sınırları tanımlanacak olursa, kişiye cepheden bakıldığında üstte saçlı deri sınırı (saçı dökülen ya da azalan kişilerde görülebilen frontal bölge dahil), yanlarda kulaklar dahil olmak üzere kulakların arkasından

inen hayali düz çizgilerin her iki klavikula ile kesiştiği noktalar ile altta fossa jugularisten başlayıp yanlara doğru klavikulaları takip eden çizgiler arasında kalan bölge anlaşılmalıdır.

Konuşmada sürekli zorluk / konuşma yeteneğinin kaybı: Konuşma fonksiyonunu etkileyen kafa içi değişimler ile dil ve ses telleri gibi konuşmaya yardımcı yapılarda yaralanma olması durumunda değerlendirilir. Konuşmada sürekli zorluk, TCK'nın 87. maddesinin 1.fikrasında, konuşma yeteneğinin kaybı da 2. fıkrasında yer almaktadır.

Gebe bir kadında, çocuğunun vaktinden önce doğmasına / çocuğun düşmesine neden olma: çocuğun vaktinden önce doğmasına neden olma, yeni TCK'nın 87. maddesinin 1.fikrasında, çocuğun düşmesine neden olma ise 2. fıkrasında yer almaktadır. Burada, erken doğum ya da düşük durumunun travma ile ilişkisinin kurulması esas olacaktır.

Kişinin iyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa/ bitkisel hayata girmesine neden olma: TCK'da 87.maddenin 2. fıkrasında yer alan ve cezayı arttıran hallerden biridir. Travma sonrası gelişen ve iyileşme olanağı bulunmayan akli arızaları da içermektedir.

Çocuk yapma yeteneğinin kaybolması: Uterus, ovaryumlar ve testisler gibi üremeye yardımcı organları içine alan yaralanma durumlarında değerlendirilir.

Yaralamanın vücutta kemik kırılmasına neden olması: TCK'nun 87. maddesinin 3. fıkrasında yer alan bir kavramdır. Kırığın kişinin hayat fonksiyonlarındaki etkisine görecezaöngörülmektedir.

ADLI RAPOR ÖRNEKLERİ

1.Geçici Rapor Örneği:

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Ocağı

Rapor No:

Muayene Tarihi :

Muayene Saati :

Konu : Darp Muayenesi

İlgi :C. Savcılığı'nıntarihsayılı yazıları

.....C. SAVCILILIĞI'NA (.....Karakolu Amirliği'ne)

Sol kolu mühürlü olarak gönderilenve.....oğlu/kızı, 1961 doğumlu'nın yapılan muayenesinde (Kişinin olay ile ilgili ifade ve yakınmaları ayrıntılı olarak belirtilir); Genel durum iyi, bilinç açık, T.A: 130/95 mmHg., nabız: 70/dak, kafada sağ frontal arka kısımda 4 cm uzunluğunda, kenarları hafif tırtıklı, altı kanamalı, saçlı deriyi ilgilendiren künt travmatik (raddi) özellikte yara; burun sırtında 2x1 cm.lik yüzeysel taze sıyrık, sol üst ve alt göz kapağında kırmızı-mor renkli ekimoz, her iki el sırtında.....adet 0.5-1 cm uzunluklarında yüzeysel sıyrık tespit edilmiş olup kafadaki raddi yarasının sütüre edildiği, diğer yaralarının pansuman edildiği, tetanoz aşısı/serumu yapıldığı, sistemik fizik muayenesinde başka herhangi bir bulgu tespit edilmediği ve şahsın kliniğinde çekilmişprotokol sayılı tarihli iki yönlü kafa grafiplerinin tetkikinde herhangi bir kırık-çatlak tespit edilmemiş ve muayenesinde herhangi bir nöropatolojik bulguya rastlanmamış olmakla birlikte, şahıs, olaydan sonra başlayan baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi şikayetleri bulunduğunu ifade ettiğinden, kişinin Beyin Cerrahi kliniği bulunan bir hastanede sevki ile değerlendirilerek tedavisinin düzenlenmesi ve verilmesinin uygun olduğu kanaatini bildirir GEÇİCİ RAPOR'dur.

Dr.....
(Görev, Sic. No, İmza, Mühür)

Raporu Teslim Alan:
(Yaka No:.....)

2.Kesin Rapor Örneği:

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
.....Sağlık Ocağı

Rapor No:

Muayene Tarihi :

Muayene Saati :

Konu : Darp Muayenesi

İlgi :C. Savcılığı'nıntarihsayılı yazıları

.....C. SAVCILILIĞI'NA (.....Karakolu Amirliği'ne)

Görevli polis memuru(yaka no:) gönderilenveoğlu/kızı,.....doğumlunın yapılan muayenesinde; sol omuz ön kısımdan başlayarak aşağı-arkaya doğru uzanan 5 cm. uzunluğunda cilt ve cilt altı yumuşak dokusuna nafız, 0.5 cm kadar derinlik gösteren iki açısı dar, dudakları düzenli ve kanamalı kesici alet yarası ve sol kol alt arka kısımda 1.5 cm uzunluğunda, 1 cm genişliğinde 0.5 cm kadar derinlik gösteren cilt ve cilt altına nafız; bir açısı dar, bir açısı geniş dudakları düzenli ve kanamalı kesici-delici alet yarası mevcut olduğu, yaraların sütüre edilerek tedavisinin düzenlendiği; ayrıca büyük damar ve sinir lezyonu saptanmadığına göre;

Sonuç: Arızasının,

- 1) Şahsın yaşamını tehlikeye sokan bir duruma yol açmadığı,
- 2) Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebileceği kanaatini bildirir rapordur.

Dr.....

(Görev, Sic. No, İmza, Mühür)

Raporu Teslim Alan:

(Yaka No:.....)

10. ASFİKSİLİ ÖLÜMLER

" Asfiksi " Yunanca'da " nabız yokluğu ", " nabızın alınamaması " anlamına gelmektedir.

Bugünkü Adli Tıp terminolojisinde ise " havasızlık " ya da " oksijen azlığı - yokluğu" anlamında kullanılmaktadır.

Asfiksi Sınıflandırması

I.Kanın akciğerde yeterince oksijenlenememesi

- a.Havası bozulmuş yerlerde soluma,
- b.Havanın solunum yollarına girişinin mekanik olarak engellenmesi
- c.Göğüs ve karnın solunum hareketlerini engelleyecek şekilde sıkıştırılması
- d.Solunum hareketlerinin felci

II.Kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalması (karbonmonoksit zehirlenmesi)

III.Dokulara birim zamanda ulaşan oksijen miktarının akut olarak azalması.(şoklar)

Asfiksi Belirtileri

Genel Belirtiler:

- a.Siyanoz
- b.Peteşiler
- c.Konjesyon
- d.Ödem

Asfiksinin Dış Bulguları

- a.Ölü lekeleri çok çabuk teşekkül eder, renkleri koyu mordur.
- b.Yüzde siyanoz mevcuttur
- c.Konjunktiva ve ciltte peteşial kanamalar vardır.

Asfiksinin İç Bulguları

- a.Kan koyu renkte ve akıcıdır.
- b.İç organların yüzeylerinde (özellikle kalp ve akciğerlerde) küçük peteşial kanamalar (tardieu lekeleri) görülür.
- c.İç organlarda ödem (özellikle beyin ve akciğerde) mevcuttur.
- d.Seröz boşluklarda sıvı birikimi vardır.

Asfiksilerde Ölüm Süresi :

Ölüm, esas olarak beynin anoksiden etkilenme süresine bağlı olmak üzere ortalama 3 - 5 dakikada gerçekleşir.

Asfiksilerde Ölüm Sebebi :

- a.Havasızlık
- b.İnhibisyon
- c.Medulla spinalis kopması

Asfiksi Komplikasyonları :

- a.Amnezi
- b.Psişik bozukluklar, epileptik ve koreik hareketler
- c.Pnömoni
- d.Amfizem
- e.Değişik organlarda iskemik hasarlar

ASFİKSİNİN ETYOLOJİK SINIFLANDIRMASI

- I. Ası**
- II. Boğma**
 - a.Elle Boğma
 - b.Bağla Boğma
 - c.Boyun kilidi (Boyun Kısıkaçı)
- III. Tıkanma-Tıkama**
 - a.Ağız ve Burnun Kapanması
 - b.Ağız ve Solunum Yollarının Yabancı Cisim ile Tıkanması
 - c.Karın - Göğüs Basısı
 - d.Diri Gömülme
 - e.Pozisyonel (Postüral) asfiksiler
 - f.Boğucu Gazlarla Tıkanma
 - g.Havasız Yerde Kapalı Kalma
- IV.Kimyasal Asfiksiler**
 - a.Karbonmonoksit Zehirlenmesi
 - b.Siyanür Zehirlenmesi
 - c.Hidrojen Sülfür Zehirlenmesi
- V.Suda Boğulma**

ASI (Pendaison , Hanging)

Tanımı: Bir ucu sabit bir noktaya, diğer ucu boyuna bağlanmış bir bağı, vücudun kendi ağırlığıyla gerilmesi sonucu, boynun sıkılmasıyla meydana gelen ölüme Ası ismi verilir.

Ası genellikle intihar, nadiren de cinayet veya kaza sonucu olabilir.

Asıda Ölüm Mekanizması:

- 1.Solunum yollarının kapanması,
- 2.Boyun damarlarının sıkışması,
- 3.Boyundaki glomus karoticus ve baroreseptörlerin uyarılması ile gelişen refleks kardiak arrest (vagal inhibisyon, nörolojik mekanizma)
- 4.Medulla spinalis lezyonları

Asıda ölüm, genellikle solunum yolları ve damarlarının sıkıştırılmasına bağlı olarak gelişen beyin iskemisi ve bazen de karotis sinüsüne baskı ile gelişen vagal inhibisyon sonucunda kalbin durması şeklinde gerçekleşmektedir.

Ası Tipleri :

- 1.Asılanın durumuna göre;
 - a.Tam ası (Ayaklar yere değmez)
 - b.Yarım ası (Ayaklar ve vücudun bir kısmı yer ile temas halindedir.)
- 2.Ası İpinin Durumuna Göre ;
 - a.Tipik Ası (İpin düğümü ensededir)
 - b.Atipik Ası (Düğüm önde veya boynun yanındadır)
- 3.Yüzün Rengine Göre ;
 - a.Beyaz ası (Yüzün rengi soluk - beyazdır)
 - b.Mor ası (Yüzün rengi koyu - mordur)

Ası Vasıtaları : Her türlü ip, çarşaf, elbise parçası, kemer, atkı, havlu, kordon, tel zincir vb..

Telem(sillon) : Ası vasıtasının boyun cildinde oluşturduğu izdir. Rengi, ölümden sonra erken dönemde soluktur, fakat beklemekle sarıdan, kahverengimsi-siyahımsı renge doğru bir değişim gösterir. Genellikle cilt seviyesinden hafif çöküktür. Çürümeye karşı dirençlidir. %80

oranda tiroid kıkırdağı üst tarafında, %15 oranda tiroid kıkırdağı üzerine, %5 oranında ise tiroid kıkırdağı aşağısında yer aldığı bildirilmiştir.

Ası Noktası : Boyun hizasından yüksek her yer ası noktası olabilir. Bu noktanın insan boyundan daha yüksek olması gerekmez. Yerden 30 - 50 cm yukarıda bir noktaya bile ası yapılabilir.

Ası Safhaları :

- 1.Başlangıç ; Asılmanın başlaması ile bilinç kaybına kadar geçen devredir. Yaklaşık 15 - 20 saniye sürer.
- 2.Konvülsiyon : Bilinç kaybolduktan sonra irade dışı hareketler olur.Kol ve bacaklarda etrafa çarpma sonucu yaralar meydana gelir. 1 - 2 dak sürer.
- 3.Yalancı Ölüm Devresi : Asılanın hareketleri durur, aritmi oluşur. İdrar ve dışkı atılımı olur. 1-2 dk sürer.
- 4.Gerçek Ölüm Devresi : Önce solunum, daha sonra dolaşım durur ve ölüm meydana gelir.

Asıda Ölüm Süresi: Genellikle 5 - 7 dakikadır.

Asıda Dış Belirtiler :

- 1.Boyunda telem(sillon)
- 2.Dil dışarı fırlamış, dişler arasında sıkışmıştır.
- 3.Gözlerde, sklera ve konjüktivada peteşial kanamalar vardır.
- 4.Yüzün rengi soluk veya mordur.
- 5.Ölü lekeleri eldiven ve çorap tarzındadır.
- 6.İdrar, meni ve gaita çıkışı olabilir.
- 7.Penis ve skrotum konjesyonlu ve şiştir.

Asıda İç Belirtiler

- 1.Kan koyu renktedir.
- 2.Teleme uyan bölgelerde cilt altında ekimoz görülür.(Canlı asının kesin ve spesifik bulgusudur).
- 3.Hiyoid kemik boynuzu ve tiroid kıkırdak ucunda kırık saptanabilir.
- 4.Akciğerler şiş, ödemli ve hemorajiktir. Plevral yüzlerinde "Tardieu lekeleri" görülür. Bunlar, küçük noktavi tarzda peteşial kanamalardır.
- 5.Telemin iç yüzünün, ışığa tutulup incelendiğinde, parlak ve şeffaf olduğu görülür. Buna "gümüşü hat" belirtisi denilir.
- 6.Karotis arterin intimasında yırtılma, adventisiasında hematoma görülebilir. Buna "Amussat işareti" denilir.

BOĞMA (STRANGULASYON)

a.Elle Boğma :

- Mutlaka cinayettir.Kaza yada intihar olamaz.
- Elle boğulan kimsenin boynunda iki yanda parmakların basısı ile oluşan ekimozlar, tırnaklarca oluşturulan sıyrıklar bulunur.(Tırnak yaraları ve tırnak izleri)
- Yüz şiş ve morarmıştır.
- Konjüktivada peteşial kanamalar olabilir.
- Otopside: Boyun kasları arasında kanamalar, ekimozlar, hiyoit kemikte kırık, tiroid kıkırdağında ezilmeler olabilir. İç organlarda asfiksi belirtileri görülür.
- Kurban, patolojik ya da geçici sebeplerle güçsüzdür ya da kurban ile katil arasında belirgin güç farkı vardır.

- Çoğunlukla vücudun başka bölgelerinde de yaralar vardır.
- Katilde de mağdur tarafından oluşturulan lezyonlar bulunabilir.

b.Bağla Boğma

- Boğma izi (telem) boyun eksenine dik, omuzlara paralel olur. Boynu çepeçevre çevreler, halka şeklindedir ve derinliği her yerde aynıdır.
- Genelde cinayettir. İntihar ve kaza da mümkündür.
- Dış muayene ve otopsi bulguları asıdaki gibidir.

c.Boyun kilidi (Boyun Kısılacı)

Elle boğmanın özel bir biçimi olarak düşünülebilir. Boyna kol yada uzun sert bir cismin bastırılması şeklinde yapılır.

TIKAMA – TIKANMA

a.Ağız ve Burun Kapanması :

- En yaygın infantisit (çocuk öldürme) yöntemidir.
- Avuç içi, yastık, havlu gibi araçlar kullanılabilir.

b.Ağız ve Solunum Yollarının Yabancı Cisim ile Tıkanması:

- Çocuklarda sıktır. Bilye, metal para, fasulye, vb..
- Alkol ve uyutucu-uyuşturucu bağımlılarında kusma sırasında yada aspirasyonu olur.
(Cafe-coronary sendromu: Lokantada, ağızda iyice parçalanmamış genellikle büyük bir et lokmasının, larenksin pars laringea kısmında kalarak duvarda gerilmeye yol açması, böylelikle n.laryngeus superiorun ani olarak uyarılması ile refleks kardiyak arrest sonucu ölümün meydana geldiği durum)

c.Karın - Göğüs Basısı :

- Baş, boyun ve göğüsün üst kısmı koyu morumsu - siyah renkte olup, kişi siyah bir maske giymiş gibidir. " Masque Echymotique " (ekimoz maskesi) denir.
- Genellikle kazadır. İzdihamlar sırasında çok görülür.

d.Diri Gömülme :

- Toprak, kum, maden kömürü, tahıl, un vb. maddeler ile meydana gelir.

e.Pozisyonel (Postüral) Asfiksiler :

- Baş aşağı pozisyonda uzun süre kalanlarda karın organları diafragmayı itererek solunum hareketlerinin kısıtlanmasına yol açar. Aynı zamanda başın hiperflesiyonu da solunum yollarının ve damarların daralmasına neden olur. (Santa Clause Sendromu: Hırsızlık amacı ile eve bacadan baş aşağı pozisyonda girmeye çalışan kişinin bacada sıkışıp ölmesi durumu)

f.Boğucu Gazlarla Tıkanma :

g.Havasız Yerde Kapalı Kalma:

- Normalde oksijen düzeyi % 20 – 21' dir. % 12 - 16 ciddi tehlike, % 5 e indiğinde ani bilinç kaybı ve hipoksi meydana gelir.

KİMYASAL ASFİKSİLER :

Genellikle gaz şeklindeki maddenin solunmasıyla, oksijenin hücrede kullanımı engellenmektedir.

a.Karbonmonoksit (CO) Zehirlenmesi: CO; renksiz, kokusuz, tatsız, havadan biraz hafif ve non-irritan özelliklere sahip bir gazdır. CO doymamış bir karbon bileşiği olup karbon içeren çeşitli maddelerin tam olmayan yanması sonucu oluşur. Başlıca CO kaynakları; kömür, LPG, doğalgaz, yangın sonucu oluşan duman, taşıtların egzoz dumanı, kireç söndürülmesi ve maden ocaklarındaki patlamalardır. Oksijene göre hemoglobine bağlanma affinitesi 200 - 300 kat daha fazladır. Bu yüzden hemoglobindeki oksijeni uzaklaştırarak kendisi bağlanır ve doku hipoksisi yapar. CO ayrıca direkt hücresel seviyede toksik etki de yapar. Sitokrom C oksidaz ve sitokrom P 450 gibi sitokrom oksidaz komplekslerine bağlanarak mitokondrial solunumu bozar. Ayrıca, myoglobine bağlanarak kas güçsüzlüğü ve halsizlik yapar. Ölümün orijini genellikle kazadır. İntihar ve cinayette mümkündür.

- Kanda % 10 düzeyinde COHb (Karboksihemoglobin) ;Baş ağrısı, baş dönmesi, kulaklarda çınlama, kusma , bulantı , uykuya meyil ve halsizlik .
- Kanda % 50 düzeyinde COHb ;Bilinç kaybı ve koma,
- Kanda % 60 - 70 düzeyinde COHb:Ölüm düzeyidir.

Dış Muayene:

- Ölü lekeleri, açık kırmızı, kiraz kırmızısı renktedir.

İç muayene :

- Tüm iç organlar ve kan açık kırmızı renktedir. Akciğer ve beyin ödemi belirgindir.
- Genel asfiksi bulguları gözlenir.

b.Siyanür Zehirlenmesi : Hidrojen siyanür (HCN) veya potasyum ve sodyum siyanür tuzları ile oluşur. Etki Mekanizması: Solunum zincirindeki bazı emzimleri (sitokrom oksidaz ve karbonik anhidraz) bloke ederek hücreler tarafından oksijenin alınmasını engeller. Olay sıklıkla, kaza orijinli olup, ağaçların, meyvaların dezenfeksiyonu sırasında görülür. Kimya laboratuvarlarında çalışanlarda, evdeki fare ve diğer zararlıların yok edilmesi sırasında da zehirlenmeler olabilir.Otopside iç organlarda *acı badem kokusu* duyulabilir.

c.Hidrojen Sülfür (H₂S) Zehirlenmesi : Doğada sülfür içeren organik maddelerin çürümesi sonucu oluşabildiği gibi endüstriyel işlemler sırasında da ortaya çıkabilir. Ölüm, hemen her zaman kaza orjinlidir. Hidrojen sülfür; renksiz, düşük yoğunlukta ve *çürük yumurta kokusunda* bir gazdır. Özellikle lağımlarda, mahzenlerde, mağaralarda, kömür madenlerinde, petrol yataklarında, petrol ve kimya endüstrisinde sık olarak bulunmaktadır. Direkt irreversibl sinir doku harabiyetine neden olur. Siyanür gibi sitokrom oksidaz enzimini etkiler. Sitokrom oksidaza bağlanarak hücre solunumunu inhibe eder. Ölü lekeleri koyu renktedir. Otopside değişik derecelerde nonspesifik asfiksi bulguları dışında önemli bir bulgu saptanmaz.

SUDA BOĞULMA :

Su ya da sıvı içine batarak boğulmalara suda boğulma denir. Suda boğulma için bütün vücudun suya batması şart değildir. Yalnız başın hatta yüzün su içinde bir süre kalması ile suda boğulma olur.

Suya batan bir kimse su aspire edip hava yollarının su ile tıkanması sonucu asfiksiden ölebileceği gibi inhibisyon mekanizması ile de ölebilir.

Suda boğulmada, alveollere kadar giren suyun bir kısmı kana geçer, kan hacmi artar, kalbin iş yükü artar, kan dolaşımı güçleşir, kalp ve solunum yetersizliğinden ölüm ortaya çıkar. Su aspirasyonu sırasında larinks spazmı olursa akciğerlere fazla su gitmez, ölüm havasızlıktan olur.

Dış Belirtiler :

- Ölü lekeleri çabuk gelişir ve yaygındır. Hemolize bağlı olarak açık kırmızı renktedir.
- Ciltte, kaz derisi ve çamaşırcı eli görünümü oluşur.
- Ağız ve burunda mantar köpüğü görünümü oluşur.
- Diğer asfiksi belirtileri görülür.

İç Belirtiler :

- Akciğerler şiştir. Ağırlıkları artar, genişleyerek göğüs boşluğunu doldurur. Üzerlerinde belirgin kaburga izleri vardır. Akciğer kesitlerinde kanlı sıvı akar. Akciğer yüzeylerinde peteşial kanamalar (Tardieu lekeleri) bulunur.
- Trakea ve bronşlarda mantar köpüğü oluşur
- Kan suludur, pıhtılaşmaz.
- Mide, bağırsak ve orta kulakta su bulunur.
- Beyin, böbrek ve kemik iliğinde plankton ve diatom aranır.

11. ÇOCUK İSTİSMARI VE ÇOCUK ÖLDÜRME

Çocuk İstismarı

Çocuğun, büyüme ve gelişimini olumsuz yönde etkileyen her türlü davranış, çocuk istismarıdır. Her yaş grubunda gözlenmekle birlikte, ölümlerle sonuçlanma genelde 3 yaşın altındaki çocuklarda görülmektedir.

Çocuk istismarı 4 ana grupta incelenir:

1. Fiziksel istismar
2. Cinsel istismar
3. Duygusal istismar
4. İhmal

1.Fiziksel istismar; Fiziksel istismar, çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır. En yaygın rastlanılan ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipidir. En sık görülen şekli de dayaktır. Bir tokattan çeşitli aletler kullanmaya kadar geniş bir spektrumda fiziksel istismar gerçekleşebilir. Özellikle cilt ve iskelet sistemi etkilenir.

Fiziksel istismar olgularında anamnez ; Olayların büyük çoğunluğu, olayın olmasından uzun süre geçtikten sonra hekime getirilir. Getirilme sebebi ise çocuğun durumunun çok kötü olması ve bundan korkan ebeveynlerin çocuğu getirmeye mecbur kalmasıdır.

Anamnezde , fiziksel istismarı düşündürmesi gereken bulgular şunlardır :

- 1.Hastaneye başvurmada açıklanamayan gecikme
- 2.Alınan anamnezin çelişkili olması, kaza hikayesinin gerçekçi olmayıp detaylardan yoksun, kişiden kişiye veya her defasında değişen bir hikaye olması
- 3.Fiziksel bulgulara uymayan anamnez verilmesi
- 4.Anne babanın şüpheli tutumu
- 5.Çocuktan alınan farklı öykü

Fizik Muayene bulguları :

- 1.Vücudun değişik bölgelerinde iyileşme evreleri (renkleri) farklı ekimozlar bulunması,
- 2.Sigara yanıkları,ellerde ayaklarda sıcak su yanıkları, perine ve kalçalarda yanıklar,
- 3.Gözde ; vitreus kanaması, lens dislokasyonu, retina yırtılması gibi lezyonlar,
- 4.İsırık izleri,
- 5.Dudaklar ve frenulumda, yırtık ve ekimozlar,
- 6.Kafatası kırığı ile birlikte olan ya da olmayan subdural hematom,
- 7.Cezalandırmayı gösteren tipik bulguların olması. (bacaklarda ve sırtta ekimozların bulunması veya genital bölgedeki ekimozlar, altını ıslatan çocukları cezalandırmayı gösterebilir.)

Radvolojik Bulgular :

- 1.Değişik iyileşme evrelerinde bir çok kırık görülmesi
- 2.Kostalarda, paravertebral alanda çoklu kallus formasyonu
- 3.Metafizy - spiral kırıklar dahil diafiz kırığı
- 4.Transvers kırıklar doğrudan vurmanın, spiral kırıklar torsiyonunun (bükmenin) bulgularıdır

En sık ölüm nedeni, kafa yaralanmaları olup aynı zamanda yaralanmaların en sık görüldüğü bölgelerdir. İkinci sırada karın içi organ yaralanmaları (Karaciğer ve dalak rüptürü) gelmektedir.

Çocuk fiziksel istismarı ve çocukluk çağı kazaları birbirine karışabilir. Bu nedenle hekim, ayırıcı tanıda dikkatli ve duyarlı olmalı, istismar kuşkusunu göz ardı etmemelidir. İstismar olduğuna karar verilebilen olgularda adli rapor düzenleyerek olay adli makamlara ihbar edilmelidir.

2.Cinsel İstismar; Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin seksüel stimülasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismara uğradığı kabul edilir. Başka bir deyişle, bir çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel doyum için kullanılması, cinsel istismardır. Bu durum, seksüel konuşma, teşhir ve röntgencilik gibi temas içermeyen istismar türlerinden; cinsel dokunma, oral-genital seks, interfemoral ilişki, seksüel penetrasyon ve cinsel sömürüye kadar uzanan çok geniş bir yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır.

Çocuğun cinsel istismarı, ceza yasamıza göre bir suçtur. Bu suç, Türk Ceza Yasasının 103. maddesinde “Çocukların cinsel istismarı” başlıklı bir madde halinde tanımlanmıştır.

Buna göre;

- a. Onbeş yaşını tamamlamamış çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,
- b. Onbeş yaşını tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,
- c. Onbeş yaşını tamamlamış, algılama yeteneği gelişmiş ve fakat on sekiz yaşını tamamlamamış çocuklara karşı cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, çocuğun cinsel istismarı olarak değerlendirilmektedir.

Bu suçu işleyenlere uygulanacak cezalar ise; suçu işleyen kişi ve işleme şekli dışında sonuçta mağdurun beden veya ruh sağlığındaki bozulmaya göre, üç yıldan ağırlaştırılmış müebbet hapse kadar değişebilmektedir.

Çocuk cinsel istismarı ile ilgili birçok olguya rastlanmasına rağmen hekimlerin bu olguları saptama ve bildirmede yeterli derecede etkili olamadıkları gözlenmektedir. Bu durumun nedeni olarak ise hekimlerin, tanı koyma ve raporlamadaki bilgi eksikliği ve isteksizliği gösterilmektedir. Oysa ki, bir çocuğun cinsel istismarı özellikle kısa ve uzun dönemli etkileri açısından önemli bir konu olup tıbbi destek gerektirir. Ayrıca, Yeni Ceza Yasamız görevi sırasında bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen durumu yetkili makamlara bildirmeyen sağlık mesleği mensubu hakkında cezai sorumluluk öngörmektedir (TCK Mad.280).

Tüm bu nedenlerle; gerek istismara uğrayan çocuğun yararı, gerekse yasal sorumlulukları gereği hekim, istismara uğradığı iddia edilen çocuktan öncelikle ön yargıdan uzak ve yönlendirici olmayan sorular ile öykü almalı, daha sonra örnek alımı ve görüntüleme işlemlerini de içeren bir fizik muayene yapmalı, ilgili bölümlerin görüşüne başvurmalı, ardından aldığı örneklerin incelemenin yapılacağı laboratuara uygun şekilde ulaşmasını sağlayıcı tedbirleri aldıktan sonra durumu yetkili makamlara rapor ile bildirmelidir.

Çocuk cinsel istismarı her yaş grubunda rastlanmakla birlikte en sık 6-10 yaş arasında görülmektedir.İstismara uğramada erkek/kız oranı 1/3 tür. İstismarcılar % 80 çocuğun tanıdığı biridir. İstismarcıların % 96 'sı erkektir.

Cinsel istismara uğrama öyküsü ile başvuran çocukların genital ve anal bölge muayenelerinde % 60-80 oranında nonspesifik bulguya rastlanılır ya da hiç bir bulguya rastlanılmaz. Olayların ancak % 20-30'unda anüs ve vajende yırtık ve ekimoz şeklinde spesifik bulgulara rastlanmaktadır. Bu nedenle çoğunlukla tek somut bulgu, psikiyatrik muayene sonucunda tanımlanabilen klinik tablo olmaktadır.

Cinsel istismara uğramış çocuklarda, erişkin dönemde psikiyatrik rahatsızlıklar sıklıkla görülmektedir.

3.Duygusal İstismar : İstismar türleri arasında gündelik yaşamda en sık rastlanan türlerden birisi de duygusal istismardır. Duygusal istismarın temelinde çocuğun psikolojik hasarı yaşaması bulunmaktadır. Cinsel ya da fiziksel istismara uğramış bir çocuğun bunun uzantısı olarak aynı zamanda duygusal istismara da maruz kaldığı görülmektedir.

4.İhmal: Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi, çocuğun fiziksel ya da duygusal olarak ihtiyaçlarının karşılanmamasıdır.

Çocuk Öldürme

Yeni doğanın cesedinin adli muayenesi veya otopsi

CMK. MADDE 88. - Yeni doğanın cesedi üzerinde adli muayene veya otopside, doğum sırasında veya doğumdan sonra yaşam bulgularının varlığı ve olağan süresinde doğup doğmadığı ve biyolojik olarak yaşamını rahim dışında sürdürebilecek kadar olgunlaşmış olup olmadığı veya yaşama yeteneği bulunup bulunmadığı saptanır.

Yeni doğan otopsilerinin başlıca amaçları şunlardır ;

- Zamanında doğup doğmadığı,
- Canlı doğup doğmadığı,
- Ölüm nedeni,
- Çocuğun yaşama yeterliliğinin olup olmadığı,
- Ölüm zamanının saptanması.

a. Zamanında doğup doğmadığı :

Normal bir gebelik süresinin sonunda (miadında) olgunlaşmış (mature) olarak doğmuş bir bebekte saptanan bulgular aranır.

Maturite kriterleri :

Boy : 46 - 58 ort 50 cm

Ağırlık : 3000 gr civarı

Arka fontanel kapanmış, ön fontanel açıktır. Saçlar vardır, el tırnakları iyi gelişmiş, baş parmak tırnakları parmak uçlarını aşmıştır. Erkeklerde testisler skrotuma inmiştir. Baş çevresi 33-34 cm dir.

Kemikleşme noktalarında (femur alt ucu, kalkaneus ve talus) kemikleşme başlamıştır.

b. Canlı doğup doğmadığı :

Solunum sisteminin incelenmesi gerekir.

Ölü doğmuş (soluk almamış)

Akciğer : Paravertebral bölgeye doğru büzülmüş
Koyu kırmızı renkli
Kenarları keskin
Karaciğer kıvamında
Kalp tümüyle açıktır

Canlı doğup - ölmüş (soluklanmış)

Toraks boşluğunu doldurmuş
Pembe renkli
Kenarları künt, yuvarlakça
Sünger gibi esnek
Kalbin üzerini akciğer örter.

Su deneyi-Hidrostatik testler yapılır. Göğüs içi organlar suya bırakılarak suda yüzüp yüzemedikleri kontrol edilir.

Ancak : Kokuşmuş, donmuş, alkol içinde tutulmuş veya suni solunum yaptırılmış bebeklerin akciğerleri hiç soluk almamış da olsalar su testinde yüzebilirler. En iyi tanı histopatolojik inceleme ile konur.

En Sık Çocuk Öldürme Biçimleri:

- Ağız burun tıkanması
- Boğaza yabancı cisim konulması
- Batıcı aletle öldürmek
- Boğmak (Elle ya da iple)
- Kafa travması

- Suda boğmak
- Göğüs ve karna bası yapmak
- Diri gömmek
- Havasız yere kapatmak (dolap, sandık vb..)
- Zehirlenmeler.

Çocukların cinsel istismarı

TCK. MADDE 103. - (1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden;

a) Onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,

b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar, anlaşılır.

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Cinsel istismar için başvuru olan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması hâlinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

(6) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, onbeş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

(7) Suçun mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

12. BABANIN VEYA ANNENİN TESPİTİ, DNA ANALİZLERİ

Türk Medeni Kanununda Soy bağının Kurulması:

Madde 282: Çocuk ile ana arasında soy bağı doğumla kurulur.

Çocuk ile baba arasında soy bağı, ana ile evlilik, tanıma veya hakim hükmüyle kurulur.

Soy bağı ayrıca evlat edinme yoluyla da kurulur.

Madde 284: Soy bağına ilişkin davalarda, aşağıdaki kurallar saklı kalmak kaydıyla hukuk usulü muhakemeleri kanunu uygulanır:

1. Hakim maddi olguları resen araştırır ve kanıtları serbestçe takdir eder.

2. Taraflar ve üçüncü kişiler, soy bağının belirlenmesinde zorunlu olan ve sağlıkları yönünden tehlike yaratmayan araştırma ve incelemelere rıza göstermekle yükümlüdürler. Davalı, hakimın öngördüğü araştırma ve incelemeye rıza göstermezse, hakim, durum ve koşullara göre bundan beklenen sonucu onun aleyhine doğmuş sayabilir.

Madde 285: Evlilik devam ederken veya evliliğin sona ermesinden başlayarak üç yüz gün içinde doğan çocuğun babası kocadır. Bu süre geçtikten sonra doğan çocuğun kocaya bağlanması, ananın evlilik sırasında gebe kaldığının ispatı ile mümkündür.

Benzerlik Muayeneleri:

1. Baş ve Yüz formu
2. Dudak formu
3. Burun formu
4. Kulak formu
5. Gözün iris tabakası
6. Ağız boşluğu

Kan grup ve subgrupları:

Landsteiner 1900’de ABO kan gruplarını ilk kez tanımladığından beri, farklı yollarla kanı belirleyen diğer birçok kan grubu keşfedildi. Rh, M, N, Kelly, Duffy ve Lewis grupları adli kullanıma sahiptir. Son zamanlarda Gm ve Ge sistemleri gibi protein kompleksleri, haptoglobulinler ve PGM (fosto-gluko-mutaz) gibi kan enzim sistemleri kana kimlik kandırmayı tamamiyle artırdı. Adli amaçlı kullanım için bunlar kesinlikle kalıtım kurallarına uymalıdır, diğer bir deyişle bireyin tüm yaşamı boyunca bunlar sabit kalmalıdır (Bazı gruplar yaşamın ilk devresinde sabit değildir).

Son yıllarda, DNA parmak izi kullanımı bu testlerin bazılarının yerine geçmiştir; fakat halen bu testler pahalıdır ve dünyanın birçok yerinde bunu yapmak mümkün değildir.

Tablo 1

Grup	Eritrositlerde Aglütinasyon	Serumda Aglütinasyon
0	Yok	Anti-{A,B birlikte
A	A	Anti-B (beta)
B	B	Anti-A (alfa)
AB	A ve B	Yok

Tüm insanların kanları kendi kan hücrelerinin ya birisi ya diğeri ya da her ikisi ile aglütinasyon vermesi sonucu dört ana grup olan O, A, B veya AB’ den bir tanesinin içine girer. Lattes “Her insanın kesin bir kan grubuna dahil oluşu değişmez bir karakteridir ve ne zamanla ne de bulaşıcı hastalıklarla değişmez” demiştir. Kan tıpkı parmak izi gibi değiştirilemez önemli karakterleri taşır.

Kan Gruplarının Kalıtımı

Kan gruplarının asıl kullanımı babalık tayinindedir. Bazı ülkelerde çocuğun babasının belli bir adam olduğunu savunan kadının iddialarını doğrulamak ya da yalanlamak amacı ile geniş alanda kullanılır. Sıklıkla sözde babadan finansal destek talep eden kadına, mahkeme babalıktan dışlama ya da davanın babanın aleyhine güçlendirilmesi için anne, çocuk ve iddia edilen baba(ların)nın kan testi için karar verebilir.

Bernstein kalıtımın Mendel prensipleri üzerinde özenle çalışarak her bir ebeveyninden gelen bir genin kalıtımına bağlı olarak iki ana kural formüle etti:

1. Bir kan grubu geni ana-babanın birinde veya diğerinde (ya da her ikisinde) varolmadıkça çocukta görülemez.

2. Eğer kişi kan grup geni için homozigotsa (örn. AA), bu özellik bu kişinin tüm çocuklarında (kız veya erkek) görülmelidir.

Her bir grup aglütinogenin (fenotip) bir tanesi, her bir ebeveyninden gelmek üzere çift gen taşır. A grubu homozigot (genotip AA) veya heterozigot (AO) olabilir. Aynı şey B grubu için de geçerlidir. Bu nedenle, heterozigot AxB'nin çaprazlaması, dört genotip üretebilir.

A fenotipi AA veya AO genotip yapısına sahip olabilir ve benzer şekilde B fenotipi BB veya BO gibi genetiksel olarak ayırt edilebilir.

Her bir birey ebeveynlerinden bir gen taşır ve böylece basit bir fenotip yapısı Tablo 2'de karşılaştırılarak genetik olarak özenle hazırlanabilir.

Tablo 2

Ebeveyn çaprazlama	Olası çocuklar	Mümkün olmayan gruplar
OxO	O	A,B,AB
OxA	O,A	B,AB
OxB	O,B	A,AB
AxA	O,A	B,AB
AxB	O,A,B,AB	—
BxB	O,B	A,AB
2.kural sonucundaki olasılıklar:		
OxAB	A,B	O,AB
AxAB	A,B,AB	O
BxAB	A,B,AB	O
ABxAB	A,B,AB	O

Grup testleri önceden söylendiği gibi asla babalığı kanıtlamaz; ancak dışlayabilir. Kan gruplarının ve diğer faktörlerin tüm alanları kullanılarak, yaklaşık olarak %93 ile yanlışlıkla suçlanan erkek dışlanabilir. Ayrım gücündeki bu artışın çoğu Gm, Gc haptoglobulinler ve kırmızı hücre enzim sistemlerinin kullanımıyla ortaya çıkmıştır.

Tablo 3 Tek bir sistemle dışlama şansının yüzdesi

Eritrosit antijenleri	
MNSs	32.1
Rh	28.0
ABO	17.6
Duffy	4.8
Kidd	4.5
Kell	3.3
Luthran	3.3

Serum proteinleri	
Haptoglobulin (Hp)	17.5
Gc	14.5
C3	14.2
Gm	6.5
Eritrosit enzimleri	
Eritrosit asit fosfataz (EAP)	21.0
Glütamat pirüvat transaminaz (GPT)	19.0
Glikoksalaz (Glo)	18.4
Fosfoglukomutaz (PGM)	14.5
Esteraz D (EsD)	9.0
Adenilat kinaz (AK)	4.5
Adenozin deaminaz (ADA)	4.5
6-Fosfoglukonat dehidrogenaz (6-GPD)	2.5
Tüm sistemlerin kullanımıyla total birleşim yüzdesi	93.0
Lökosit antijenleri	
HLA-A	95-99
HLA-B	
HLA-C	
HLA-DR	
HLA-DQ	

Şüpheli babalar arasında masum olanların ispatlanması için öncelikle basit testler olan ABO, Rh ve MNS bakılmalı, eğer bu testler masumiyeti ispatlamazsa ilave testler olan Kell, Duffy ve Kidd bakılmalıdır. Buraya kadar olan testlerle masumiyeti %63-72 oranına kadar ispatlamak mümkündür. Eğer hala ispatlanamamışsa diğer testlerle bu oranın %95-99'a çıkması mümkün olabilmektedir.

DNA Analizleri

İngiliz genetikçi Dr.Alec Jeffreys ve arkadaşları 1985'de; insan genomik DNA'sı üzerinde, birçok kez tekrarlanan kısa DNA dizileri bulunduğunu, bunların polimorfik özellik taşıdığını ve Mendel kanunlarına uyarak da nesilden nesile aktarıldığını kanıtlayarak birçok disiplin için bir dönüm noktası oluşturmuştur. Süpermarket ambalajları üzerindeki "bar kodlara" lara benzeyen bir görüntü elde edilmesi ve bunun da parmak izi gibi, kişilere özgü olması sebebiyle bu tekniğe "DNA parmak izi" denilmektedir.

Olasılık olarak, iki kişinin aynı DNA parmak izine sahip olma olasılığı, 30 milyarda bir olarak hesaplanmıştır. Bu da dünya nüfusunun yaklaşık 6 katı demektir. Tek yumurta ikizleri dışında, DNA varyasyonları birbirine benzeyen iki kişinin bulunması olanaksız görülmektedir. Ayrıca herhangi bir canlıya ait tüm hücrelerdeki DNA parmak izi de tamamen birbirinin eşidir.

Günümüzde çekirdekli her hücreden DNA saflaştırılarak incelenebildiğinden, kan, idrar, tükürük, semen, vaginal sıvı, menstürasyon kanı, saç/kıl kökü, koryonik villus ve süt gibi, biyolojik örneklerin her birinden DNA tiplmesi yapılabilmektedir. Ancak en tercih edilen materyal kandır. İnceleme için en az 5 ml (tercihen 15 ml) kan alınır. Eğer laboratuvar çalışmasında bir gecikme söz konusu ise alınan kan plastik tüpte -20 derecede dondurulmalıdır.

DNA incelemeleri ile babalık tayininde, kan grupları yöntemleriyle olası dışlamadan daha fazla pozitif tespit yapılabilir. Bar-kodlardaki her bir bantın bir yarısı anneden, diğeri babadan gelmelidir. Tayinde kodlama anneden, babadan veya olası babadan yapılır. Çocuğun profilindeki bantlar önce anneninki ile karşılaştırılır. Geriye kalan bantların hepsi olası babadan gelmelidir. Eğer herhangi bir çelişki varsa o adam baba olamaz.

DNA İnceleme Yöntemleri:

- 1.Ekstraksiyon Aşaması
- 2.Optik Dansite Ölçümü
- 3.PCR ile çoğaltım
- 4.Agaroz Jel Elektroforezi

13. ADLİ TIPDA YAŞ TAYİNİ VE ÖNEMİ

Adli Tıp'da yaş tayini, cezai ve hukuki yönlerden çok önemli bir konudur.

Şahsın cezai sorumluluğu, hukuki ehliyeti, işe, okula, askere alınması, evlenmesi, yaşlılık ile ilgili haklarından yararlanabilmesi, küçük çocukların maruz kaldığı fiillere karşı mukavemeti bulunup bulunmadığı, işlediği fiilin bir suç olduğunu fark ve temyiz (farik ve mümeyyiz-anlama ve isteme) yeteneğine sahip olup olmadığı gibi durumlarda gerçek yaşın ne olduğu hekimden sorulmaktadır.

Uygulamada daha çok canlılar üzerinde yaş tayini yapılmaktadır; ancak ölümler üzerinde de yaş tayini yapmak olasıdır.

Tayini istenilen daha çok 7, 11, 15 ve 18 yaşların bitip bitmediğidir. Çünkü bu yaşlar cezai sorumluluk ve hukuki ehliyet bakımından önemlidir.

Yaş tayini yapılırken, şahıs mutlaka muayene edilmeli, büyüme ve gelişmesine etki eden fizyolojik ve patolojik faktörler olup olmadığı dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır.

Yaş tayininde nüfus, askerlik ve okul kayıtları ile adli tahkikatın önemi olmakla birlikte, kronolojik yaş tespitinde esas olarak tıbbi kriterler ve özellikle kemiklerin gelişiminden yararlanılmaktadır.

Yaş tayini konusunda başvurulacak başlıca kriterler şunlardır:

1.Boy ve ağırlık: Standart cetveller ile kişinin boy ve ağırlığı karşılaştırılır.

2.Ergenlik belirtileri: Ülkemizde erkeklerde 14-16, kızlarda ise 12-14 yaşlar arasında ergenlik belirtileri görülmeye başlar.

3.Ciltteki değişiklikler: 30 yaşından sonra yüz kırışıklıkları gözlerin dışında ve alında başlar. 50 yaşından sonra el sırtında açık kahverengi pigmentasyon görülür. 65 yaştan sonra bu lekeler daha da koyulaşır.

4.Kıllar: 35-40 yaşları arasında sakal ve bıyık, 45-50 yaşlar arasında pubis ve perine kılları beyazlaşır.

5.Göz değişiklikleri: 50-55 yaşları arasında kornea çevresinde arkus senilis denilen beyaz halka şeklindeki yaşlılık çizgisi görülür.

6.Ruhsal durum: Çocuklarda zeka testleri yaş tayini için önemlidir. Belirli yaşlardaki zeka gelişimi testlerle tespit edilerek yaş değerlendirilmesi yapılabilir.

7.Dişlerin durumu: Uteris içi yaşamın 65inci gününden itibaren diş alvollarının içinde oluşmaya başlayan dişler doğundan sonra 21inci yaşa kadar gelişimini tamamlayarak son şeklini alır.

8.Kemiklerin gelişmesi: Günümüzde sıklıkla kullanılan bir muayene yöntemidir.İskeletteki uzun kemiklerin kemikleşme noktalarını belirlemek ve birleşme kırıkdaıklarını radyolojik olarak incelemek suretiyle gerçeğe en yakın yaş tayini yapılabilir.

Kemiklerin olgunlaşma derecesi kemik yaşı olarak ifade edilir ve normal kişilerle kıyaslama yolu ile değerlendirilir.

Kemik olgunlaşması normal olan bir kişide kemik yaşı kronolojik yaşa eşittir.Kemik gelişimini etkileyen, gelişim zamanından önce veya sonra ortaya çıkabilen birtakım faktörler vardır.

Kemik yaşının kronolojik yaşa göre geri kalmasına, ileri olmasından daha sık rastlanır.

Kemik gelişmesinin geri kaldığı başlıca hastalıklar hipotiroidi, Addison hastalığı, hipopitüitarizm, hipofizer cücelik, uzun süreli beslenme bozuklukları, kronik enfeksiyonlar, adiposogenital distrofi, kondrodistrofi, mukopolisakkaridozlar, bazı mental gerilik ve Down Sendromu olguları, Turner Sendromu ve hipogonadizmdir.

A ve D hipervitaminozlarında epifiz hatlarındaki gelişme geri kalır. Jigantizmde ve tiroid hormonu fazlalığında epifiz hatları uzun zaman açık kalmaktadır. Cinsiyet hormonları eksikliğinde de epifiz kırıkdaıkları oldukça geç kemikleşir.

Yukarıda açıklanan bu patolojik uyumsuzluklar ayırdedilecek olursa, kemikleşme noktalarının oluşumu ile ve epifiz-diafiz arasındaki birleştirici kırıkdağın (epifiz birleştirici kırıkdağı) kemikleşmeleri belirli yaşlarda olmaktadır.

Örneğin, 6-7 yaşlarından itibaren ilk önce humerus başı ile büyük tuberositte ve iskiümde olmak üzere epifiz kapanmaları başlar. El ve el bileği kapanmaları kız çocuklarında 13 yaş, erkeklerde 15 yaş civarında distal falanks epifizlerinde başlar. En son olarak radius distal epifizi kapanarak (kızlarda 16-16,5 , erkeklerde 17,5-18 yaşlarında) el ve ön büyümesi durur.

Genellikle 1-22 yaş arasındaki sınırdaki kemiklerin gelişme dönemlerine bakarak nispeten kesin olarak sonuç bildirmek mümkün olabilmektedir. 22-25 yaşları arasında ise kesin yaş tespiti mümkün değildir; ancak 25 yaşında koksiks kemiği son vertebra ile üstündeki vertebra arası birleşmeye başladığında kişi 25 yaşında dendiği gibi, tam birleşmiş ise 25 yaşının üzerindedir denebilir. Aynı durum 40 yaşa kadar olan dönemde de mevcuttur. Diğer bir deyişle 25-40 yaş arasını kesin olarak saptamak mümkün değildir.

Kemik gelişiminde 40 yaşında sternum alt ucu, ksifoid bölümü ile birleşmeye başladığı gibi, sakrum kemiği alt ucu ile koksiks kemiği arası kapanmaya başlar ve böylece yukarıdaki bulgulara göre kişi 40 yaşında veya üzerindedir denebilmektedir.

Kişilerin yaşı 40 yaşını aştığında, 50 yaşına kadar olan dönemde kesin bir rakam söylemeye olanak yoktur; ancak 50 yaşında sternum üst ucu manibrium bölümü ile birleşmeye başlayınca kişinin yaşının 50 olduğu söylenebilir. Sternumla manibrium tam birleşmiş ve tam bir kemik halini almış ise kişi 50 yaşını bitirmiş demektir.

Yaş tayininde kullanılan uzun kemikler görünüş bakımından bir gövde (diafiz), iki uç (epifiz) içerirler. Bu iki bölüm arasındaki sınır, epifiz birleştirici kırıkdağı ismini alır. Radyolojik bulgular, kemiklerdeki büyüme bölgelerinde tespit edilir ve bunlar vücut röntgen grafilinde koyu bir hat veya ince bir şerit şeklinde görülür.

Kemiklerin büyüme hatları kapanırken, kırıkdağımsı bölgenin üst (epifiz) ve alt (diafiz) taraflarında genellikle kireç toplanmaları görülür ve bunlar, epifiz sahasını iki taraftan iki çizgi şeklinde sınırlamış gibidir. Epifiz hattı kapanırken bu kalsifiye hatlar birbirlerine yaklaşıp tek bir hat haline gelirler. Bu kalsifiye bölge, epifiz hattı kapandıktan bir iki yıl sonra normal kemik yapısı içinde kaybolur.

Kemiklerin gelişme dönemlerine göre yaş tayini yapıldığında, kronolojik yaşa oldukça yakın değerler elde etmek mümkündür.

23 yaşına kadar olan kişilerde yaş tayini için röntgeni çekilecek bölgeler:

1. Parmak, metakarp kemikleri, radius ve ulna alt epifiz bölgesi,
2. (A-P) ön ve (L) yandan çekilmiş dirsek filmi,
3. Humerus boynu ve scapula boynunu gösteren bir omuz filmi,
4. Iliac üst, ischion alt kenarlarını içine alan tek taraf pelvis radyografileri.

23 yaşından büyük veya 23-40 yaşları arasındaki şahısların yaşı soruluyorsa;

Yalnız sacrum ve coccyx bölgesinin yandan (L) çekilmiş röntgenleri yeterlidir.

40 yaş civarında yaş tayini isteniyorsa;

Sternumun yandan (L) röntgeni yeterli görülmektedir.

45-50 yaşları içerisinde olan şahıslarda yaş tayini isteniyorsa;

Göğüs ön tarafını tamamen içine alan bir film yeterlidir.

Bu bulgular ışığında bir pratisyen hekime yaş tespiti için gönderilen bir şahsın muayenesinde izlenecek yol şu olmalıdır:

1. Gönderilen kişinin kimliğinin kesin olarak tespiti,
2. Büyüme ve gelişmesine etki eden fizyolojik ve patolojik faktörler olup olmadığının tespiti,
3. Boy ve ağırlığının ölçülmesi,
4. Ergenlik döneminde ise ergenlik belirtilerinin olup olmadığının saptanması,
5. Cilt ve göz değişikliklerinin değerlendirilmesi,
6. Diş gelişiminin değerlendirilmesi,
7. Ruhsal durumunun değerlendirilmesi,
8. Kemik gelişiminin incelenmesi için gerekli radyografilerin çektilmesi.

14. JİNEKOLOJİ-OBSTETRİK VE ADLİ TIP

Jinekoloji-obstetrik sahasındaki özel olaylarda hekimin özellik gösteren adli yükümlülükleri ve etik sorumlulukları vardır.

Gebelik : Hem gebeliğin hem de onun doğal, yasal ya da yasal olmayan şekilde sonlandırılmasının adli tıbbi ilgilendiren birçok yönü vardır.

Bir kadının gebe olup olmadığının ya da gebelik geçirip geçirmediğinin tespiti, evlilik dışı cinsel ilişki, seksüel suçlar, kısırlık, cinsel iktidarsızlık, evlenme ve boşanmalar, nafaka davaları, çocuk düşürme, çocuk öldürme, miras hukuku, hapis ve idam cezalarının infazı konularında önem kazanır.

Gebeliğin tanımı klinik bulgular, radyolojik görüntüleme, immünolojik ve biyokimyasal testlerle yapılabilir. Laboratuvar yöntemleri konsepsiyonu izleyen ilk birkaç haftada bile pozitif sonuca güvenilecek kadar hassastır. Adli tıp pratiğinde kan ve idrar lekelerinin dahi serolojik testlerle gebeliğin tespiti mümkündür.

Adli olaylarda özellikle gebeliğin süresi, fetusun canlı olup olmadığı, ilk gebelik olup olmadığı veya daha önce gebelik geçirilip geçirilmediği sorulabilir.

Gebeliğin normal süresi 40 hafta ya da 280 gündür. Yasalarımıza göre bu süre en az 180 en çok 300 gündür. Bir şahsın doğumdan önce 300 gün ile 180. gün arasında çocuğun annesiyle cinsel ilişkide bulunduğunun sabit olması babalığa esas teşkil eder. Koca evlendikten en az 180 gün sonra doğan çocuğun kendisinden olması ihtimalinin bulunmadığını ispat etmedikçe çocuğu reddedemez. Kocasının ölmesi ya da boşanma nedeniyle dul kalan kadın bu tarihten itibaren 300 gün geçmedikçe tekrar evlenemez. Doğurmakla süre biter (gebe olmadığı kanıtlandığında hakim süreyi kısaltabilir). Hapis cezasının infazı gebe olan veya doğurduğu tarihten 6 ay geçmemiş bulunan kadınlar hakkında geri bırakılır. Gebe kadınlar doğurmadıkça idam cezası infaz olunmaz. Çocuk sağ doğmak şartıyla ana rahmine düştüğü andan itibaren medeni haklardan faydalanabilir. Şayet miras paylaşımı varsa doğuma kadar ertelenir.

Düşük: Gebeliklerin önemli bir bölümü miadına ulaşamaz. Bilinen gebeliklerin % 20'si sonuçsuz kalır. Gebelik belirgin bir hal aldıktan sonra 180. güne kadar olan sürede fetusun ölümüne düşük denir. Miada varmadan gebeliğin 180 günden sonra sonlanması erken doğum adını alır. Bu tanımlar sadece hukuki anlam ifade eder. Düşük spontan, kriminal veya terapötik (istemli-yasal) olabilir.

Kriminal Düşük: Yasal şartların dışında gebeliğin kasti olarak sonlandırılmasıdır ve yasalarımıza göre ağır bir suçtur. Aynı şekilde gebe bir kadına yapılan bir travma sonucu çocuğun ölümüne veya çocuk yapma yeteneğinin kaybına yol açmak da ağır bir suçtur. Kriminal düşüklüklerde kullanılan yöntemler uygulayıcısına göre büyük değişiklikler gösterir. Şöyle sınıflamak mümkündür:

1. Genel fizik travmalar,
2. Lokal fizik travmalar,
 - a. Alet kullanımı,
 - b. Sıvı enjeksiyonları,
 - c. Bitkisel veya hayvansal kökenli cisimlerin vajen veya serviks aplikasyonu,
 - d. Bazı ilaç veya kimyasalların serviks veya uterusu verilmesi,
3. İlaç ve kimyasalların oral alımı

Kriminal düşüklükler pek çok komplikasyona yol açar:

1. Fiziksel travmalarda:
 - a. Organ rüptürleri,
 - b. Şok,
 - c. Enfeksiyon, sepsis,
 - d. Emboliler,
2. Kimyasal kullanımında:
 - a. Akut veya geç enfeksiyonlar veya komplikasyonları,
 - b. Anafilaksi ya da idiosenkrazi.

Adli tıpta özellikle travmatik ve kriminal düşüklerde çocuk düşürme olup olmadığı, kendiliğinden mi zorla mı olduğu, çocuk düşürmenin ne zaman yapıldığı, söz konusu olaya bağlı olup olmadığı, gebeliğin kaçınıcı haftasında yapıldığı sorularının cevaplanması gerekir. Bunun için düşük materyalinin embriyo veya fetusun, incelenmesi, kadının muayenesi ve ölmüş ise otopsi yapılması gerekir. Histopatolojik ve toksikolojik incelemeler faydalı olacaktır.

Klinik uygulamalarında kriminal düşük olayıyla karşılaşan hekim: Olay, kadının rızası dışında gelişmiş ise veya sonucunda ölüm ortaya çıkmışsa durumu belgelemeli ve ihbarda bulunmalıdır. Kadının rızası varlığında 10 haftayı geçen gebeliklerin sonlandırılması, düşüğe rıza gösteren gebe ve uygulayıcısı için suç oluşturur. Bu durumda hasta da kovuşturmaya maruz kalacağı için ihbar edilmemelidir. Hastanın rızası varlığında 10 haftayı geçmeyen gebeliklerin yetkisiz kişi tarafından sonlandırılması da suçtur ve ihbar edilmelidir. Ancak, hasta bu durumun gizli kalmasını istiyorsa ihbar edilmeyebilir.

Terapötik Abortus, İstemli (Yasal) Düşük: 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu; nüfus planlaması esasları, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon uygulamaları, acil müdahale durumları ile ilgili konuları düzenlemektedir. Bu kanuna dayanarak rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerine ilişkin tüzük çıkarılmıştır.

Bu kanuna göre yetkili kişiler gebeliğin 10. Haftası doluncaya kadar istek üzerine tıbbi sakınca yoksa gebeliği sonlandırabilirler. 10. haftadan fazla gebeliklerde gebelik anne hayatı ve doğacak çocuk için zararlı ise durum Kadın-Doğum ve ilgili dal uzmanının raporuyla belgelenerek sonlandırılabilir. Acil hallerde hekim derhal müdahale ederek gebeliği sonlandırabilir ancak durumu sonradan ilgili yerlere bildirmelidir. Tüm bu müdahaleler gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunanlarda vasinin rızası ve sulh hakiminin iznine, evli iseler eşlerinin de rızasına bağlıdır.

10. haftadan önce istemli ve 10. Haftadan sonra terapötik abortuslarda yasa ve tüzüğün aradığı koşullar sağlanmadan, özellikle yetersiz teknik donanımla yapılacak müdahaleler, istenmeyen zararlı sonuçlar ortaya çıktığında hekimin ağır hapis ve tazminat cezalarına çarptırılmasına yol açacaktır.

Başarısız sterilizasyon ameliyatları sonucu istenmeyen gebelikler hekimin hukuki sorumluluğunu gündeme getirir.

Doğum: Adli olaylarda bir kadının doğurup doğurmadığı, ne zaman doğurduğu, kaç defa doğurduğu, doğumun vaktinde ve normal olup olmadığı, doğum şekli, doğumdan sonra annenin fizik ve ruh sağlığı durumu araştırılması gerekebilir. Fizik muayene, tıbbi kayıtlar ve gereğinde otopsi ile bu sorulara cevap verilir.

Obstetrik uygulamalarında özellikle yoğun çalışan doğumhanelerde zaman zaman çocukların çalınması, karıştırılması olayları ortaya çıkmaktadır. Bir çocuğun nesebini yok etmek veya değiştirmek ağır bir suçtur. Gerekli güvenlik önlemlerini almak, kan grubu, ayak izi etkiletmeleri yapmak hekimden ve idareden beklenen özenli davranıştır.

Doğum sırasında anne ve bebeğin zarar gördüğü durumlarda, şayet bu durum öngörülebilir ve önlenemez idi ise hekimin cezai ve hukuki sorumluluğu vardır.

Çocuk Düşürtme, Düşürme veya Kısırlaştırma ile ilgili Türk Ceza Kanunu Maddeleri

Çocuk düşürtme

MADDE 99. - (1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Tıbbî zorunluluk bulunmadığı hâlde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürtülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.

(3) Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi altı yıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması hâlinde, onbeş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması hâlinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(5) Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmamış olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürtülmesi hâlinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan diğer fiiller yetkili olmayan bir kişi tarafından işlendiği takdirde, bu fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılarak hükmolunur.

(6) Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.

Çocuk düşürme

MADDE 100. - (1) Gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi hâlinde, bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.

Kısırlaştırma

MADDE 101. - (1) Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştıran kimse, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiil, kısırlaştırma işlemi yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılırsa, ceza üçte bir oranında artırılır.

(2) Rızaya dayalı olsa bile, kısırlaştırma fiilinin yetkili olmayan bir kişi tarafından işlenmesi hâlinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

CİNSEL SUÇ MAĞDURLARININ MUAYENESİ

Cinsel saldırılar ve cinsel eylem sapmaları suç sebepleri arasında önemli bir yer tutar. Yine de açığa çıkan dava konusu olan cinsel suçlar, suç teşkil eden cinsel eylemlerin pek azıdır. Bunun yanı sıra çeşitli duygusal etkiler veya çıkar amaçlı asılsız cinsel suç iddiaları da olabilir.

Cinsel suç iddialarında ölü ya da canlı kadın veya erkeğin, mağdur ve sanığın muayenesi adli tıbbın en zor sahalarından birisidir. Böyle durumlarda azami dikkat gösterilmeli, mağdur ya da sanık açısından bir hataya düşmemek için belirsiz ve her iki anlama da gelebilecek ifadelerden kaçınılmalı, olanaklar ölçüsünde daha tecrübeli hekimlerin yardımı istenmelidir.

Türk Ceza Kanunu'nda Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar

Cinsel saldırı

MADDE 102. - (1) Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle işlenmesi durumunda, yedi yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi hâlinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır.

(3) Suçun;

a) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

b) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

c) Üçüncü derece dahil kan veya kayın hısımlığı ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı,

d) Silâhla veya birden fazla kişi tarafından birlikte, işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilen cezalar yarı oranında artırılır.

(4) Suçun işlenmesi sırasında mağdurun direncinin kırılmasını sağlayacak ölçünün ötesinde cebir kullanılması durumunda kişi ayrıca kasten yaralama suçundan dolayı cezalandırılır.

(5) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması hâlinde, on yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur.

(6) Suç sonucu mağdurun bitkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Cinsel taciz

MADDE 105. - (1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adlî para cezasına hükmolunur.

(2) Bu fiiller, hiyerarşi veya hizmet ilişkisinden kaynaklanan nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle ya da aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan yararlanılarak işlendiği takdirde, yukarıdaki fıkra göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur işi terk etmek mecburiyetinde kalmış ise, verilecek ceza bir yıldan az olamaz.

Genital muayene

MADDE 287. - (1) Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkra hükmü uygulanmaz.

Mağdurun Muayenesi

1.Rahat koşullar hazırlayarak, güven duyması sağlanıp, bir bayan personel eşliğinde, muayene öncesi bilinmesi gerekenler hakkında yakın geçmişteki cinsel aktivasyonu, menstruasyonu ve gebeliği dahil anamnez alınır.

2.Olay anındaki giysileri incelenir; saldırı olasılığını güçlendiren yırtık, kir ve düzensizlikler, sperm, kan lekeleri yönünden tetkik edilir, gereğinde incelenmek üzere laboratuvara gönderilir.

Genel fizik muayene yapılır, perianal bölge dışında boyun, omuzlar, göğüsler, kollar, sırt, kalçalar, uyluk ve bacaklar, ekimoz ve sıyrıklar, ısırık izleri açısından tetkik edilir. Şahıs olaydan sonra temizlenmemişse kan lekeleri, sperm, çamur, bitki parçaları veya diğer yabancı maddeler kaydedilir.

Genital Muayene:

Dış genital organların muayenesine inspeksiyonla başlanır. Labium majus ve minuste eritem, sıyrıklar ve ekimotik alanlar oluşabilir. Bu bölge sperm, kan ve kıl gibi materyal açısından tercihen bir büyüteçle incelenmelidir.

Hymen muayenesi özellikle genç kızlarda ve çocuklarda bazen travmatik bulgu içeren tek bölge olması nedeni ile önem taşımaktadır. Her iki labium majus ve minusun bilateral olarak 1/3 üst kısmından tutulup gayet yavaş olarak hafif yukarı ve öne doğru oblik olarak iyice gerilmesi ile hymen rahatlıkla görülebilir. Hymenin bütünüyle açık bir hale getirilmesinden sonra incelemenin yapılması gerekir, çünkü çoğunlukla iç kenarda bulunan doğal çentikler travmatik yırtılmalarla karışabilmektedir.

Hymen muayenesi için anatomisini iyi bilmek gerekir. Hymen morfolojisi 4 ana özellikten oluşur.

1. Şekil: En sık görülenler halka (annuler), yarımaya (semiluner) ve dudak (labial) şeklinde olanlardır, daha nadir olarak köprülü ve kalbur (kribriform) şekilli olabilir, çok daha nadir olarak deliksiz hymen tipleri de mevcuttur.

2. Karakter

a.Hymen açıklığı (fevha) küçük, orta veya geniş olabilir.

b.Hymen serbest kenarı düz, ince tırtıklı, derin çentikli, saçaklı veya çiçek tacı şeklinde olabilir.

3. Direnç: Hymen kalınlığı ve yapısal özelliği değerlendirilir. İnce ve zayıf dirençli olabildiği gibi, kalın ve sağlam dirençli özellikte de olabilir.

4. Elastikiyet: Hymenin elastiki olup olmadığı değerlendirilir.

Muayene bulguları yazılırken hymenin yukarıda belirtilen ve 4 ana özellikten oluşan morfolojik yapısı ayrıntılı olarak tanımlanır.

Hymen, vajina mukozasının devamından ve vajina ağzında bir kıvrıntı meydana getirmesinden oluşmuş mukoza karakterinde bir zardır. Hymenin ortasında normal olarak menstruasyon kanının ve sekresyonların akması için bir açıklık vardır. Hymenin biri vajina duvarına yapışık diğeri serbest, açıklığı çevreleyen iki kenarı vardır. Hymen çocukluk çağında dış ortamdan gelebilecek mikroorganizmalara ve yabancı cisimlere karşı doğal bir koruma aracıdır. Daha sonra adölesan çağında hormonal dengenin değişmesi ile birlikte olgunlaşan vajina ve vajinadan gelişen flora nedeni ile hymenin biyolojik işlevi sona ermektedir.

Yırtılmada meydana gelen yara, mukoza yarası karakterinde olup, kanamalıdır. Bu kan bazen çok bazen de azdır. Yırtılan mukoza hemen kızarır, şişer ve ödemli bir hal alır. Üstü ekimozlanır ve hafif iltihaplanır. Bu durum yaklaşık 3-4 gün devam eder. Yaklaşık 5-6 güne doğru iltihabi durum yavaş yavaş geçer. Yırtılan parçalar birbiri ile birleşmeden serbest olarak boşlukta sallanır. Koit'in 7-8. gününe doğru hymen vajina kenarına çekilerek nedbeleşmeye başlar ve böylece yırtığın kenarları çevrenin mukozası ile aynı görünüşü kazanır. Şu halde bir hymen yırtığı 5-8. günde tamamen nedbeleşerek iyileşir. İyileştikten sonra artık bu yırtığın kaç günlük olduğunu

söylemeye olanak yoktur. Kızlık zarının ilk yırtılışından sonra koit tekrarlandığı durumlarda iyileşme süresi uzayabilir.

Cinsel ilişkiden sonra yırtılan ve nedbeleşen hymen gene de az çok karakterini muhafaza eder. Fakat doğumdan sonra her tarafı tamamen yırtılan hymen bütün özelliklerini kaybetmiştir. Doğumda pek çok parçalara ayrılmış olan kızlık zarı, vajina kenarına çekilerek tomurcuklar halinde toplanarak nedbeleşir. Hymenin bu haline caruncula myrtiforme denir. Geniş iç açıklığı bulunan ve elastikiyeti fazla olan hymen ise herhangi bir hasar görmeden koitusa izin verir ve bu durumda anatomik olarak bakirelikten bahsedilir. Bu özellikte bir hymen ancak vajinal doğum sırasında yırtılacaktır. Normal genişlik gösteren kızlık zarlarında parmak sokmakla yırtığın genellikle oluşmadığı görülmektedir. Fakat vajinaya girmiş parmak kıvrılarak dışarı çekilirse, parmak ucu hymene takılacağından yırtıklar meydana gelebilir. Bu yırtık koit yırtığından farklı olup yatay ve parçalıdır ve hymen üzerinde yarım ay şeklinde tırnak yarası meydana getirir. Benzer lezyon vajina mukozasında genellikle ön duvarda laserasyon olarak oluşur.

Vajinanın Muayenesi: Vajinanın hangi yöntemle inceleneceği inceleyen kişiye ve kullanılan muayene aletlerine göre değişmektedir. Puberte öncesi çocuklar nadiren vaginal yolla muayene edilmektedirler. Gerekli görülürse çocukların vajinal muayenesi ancak genel anestezi altında yapılmalıdır.

Eğer hymen sağlam ise vajina içi muayene mümkün değildir ve spekulum kullanılmamalıdır. Bu durumda vajina içinde örnekler hymen açıklığından alınacaktır. Çocukların vajinası ince ve pembe-kırmızı renktedir. Mukoza normal olarak kırmızı renkte gözüktür. Puberte öncesinde çok az bir salgı bulunmaktadır. Vajina akıntısının özelliği, kıvamı, rengi ve kokusu not edilir. Vajina girişi ve vajina incelenir. Genç kızlarda ve cinsel ilişkide bulunmamışlarda vajina nispeten elastik değildir. Bu kişilerde yaralanma ihtimali daha fazladır. Bunun yanında multiparlarda ve düzenli bir cinsel hayatı olan kadınlarda daha az lezyona rastlanabilmektedir. Yaşlı kadınlarda senil atrofik değişikliklerin bulunduğu durumlarda da yaralanma ihtimali yüksektir.

Çok küçük çocuklarda vajina duvarlarında ekimoz, laserasyon, perforasyon ve anüse kadar uzanan perine yırtıkları gibi şiddetli yaralanmalar bulunabilmektedir. Muayene sırasında vajinada bulunan kanın menstruasyona bağlı veya yaralanmalar sonucu oluşabildiği unutulmamalıdır.

Cinsel ilişki ile geçen bir hastalık bulunabileceği akılda tutulmalıdır ve mikrobiyolojik kültür için örnek alınmalıdır. Bu hastalıklardan birisi gonokok enfeksiyonudur. Bu enfeksiyon tanısı için hem üretradan hem de serviksten örnek alınmalıdır. Mikrobiyolojik incelemenin bir süre sonra (+) olması anlamlı olabilir. Gonokok en fazla geçen enfeksiyon olarak bilinmektedir. Sırasıyla sifiliz, non-spesifik vulvovajinit, non-gonokoksik uretrit (Clamidia trachomatis'e bağlı), Trikomonas Vajiniti, Condyloma Accumunata, Monilia vajiniti, Herpes enfeksiyonları, parazitler de geçebilmektedir.

Eğer sıklıkla görülmeyen bir enfeksiyon düşünülüyorsa bir mikrobiyoloji uzmanına danışılmalıdır. Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar da kimi olgularda dikkat çekici olabilir. Genital bölgelerde pruritus ve akıntı var ise bir vulvovajinit akla gelebilir. Enterobius vermicularis, candida albicans, coliform gibi etmenlerin de bu tip tablolar yapabildiği hatırlanmalıdır.

Anal muayene ve bulguların değerlendirilmesi: Karar, sadece anamnez ve muayene sonucu saptanan objektif bulgulara dayandırılmalıdır. Yasal uygulamada, anal veya vajinal yolla yapılan cinsel saldırı eylemlerinde ceza uygulamaları bakımından bir ayrıcalık bulunmasa da, eylemin tıbbi açıdan değerlendirilmesi, anüsün anatomik yapısı bakımından tamamen farklıdır. Anüs, dış ve iç sfinkter kasları ile kaldırıcı kaslardan oluşmuş bir yapıdır. İç sfinkter, düz kaslardan meydana gelmiş ve istem dışı kontraksiyon halindedir. Dış sfinkter ise çizgili kaslardan oluşmuş ve istemli olarak çalışır. Her iki sfinkter kapalı iken, sigmoid kolondan gelebilecek büyük bir basınca karşı koyabilirler. Doğal olarak bu direnç hali içerden dışarıya doğru olan bir basınca karşı olduğu gibi, dışardan içeriye doğru olan bir basınca karşı da söz konusudur.

Anal bölgeye yönelik cinsel saldırıya uğrayan kişilerin değerlendirilmesi çocuk ve erişkin olarak iki ayrı grupta yapılır. Erişkinler ise kadın ve erkek ayrımı yapılmaksızın, akut ve kronik ayrımı yapılarak incelenir.

Erişkin bir kişide muayene: Rahat koşullarda ve iyi bir ışık kaynağı altında, diz dirsek pozisyonunda yapılmalıdır. Muayene odasında mağdurun bir yakını ile yardımcı sağlık personelinin bulunması olası iddiaları önlemek açısından gereklidir. Mağdurun elbiseleri çıkarıldıktan sonra dikkatli bir dış muayene ile tüm travma izleri tespit edilerek, özellikle bacak ve kalça bölgelerindeki yaralanmalar kaydedilmelidir.

Akut Belirtiler

1. Anüs mukozasını çepeçevre saran halka şeklinde geniş ekimoz.
2. Mukozada şişlik ve hassasiyet.
3. Mukoza membranında, bazen sfinkter ve hatta perineyi ilgilendiren, dışarıdan içeriye doğru seyirli, rektuma uzanan kanamalı veya kanamasız fissür ve yırtıklar.
4. Sfinkter zedelenmesi.

Akut bir eyleme maruz kalan kişilerde rektal tuşe ağrılıdır. Yürüme ve dışkılama sırasında da ağrı oluşabilir. Anüsteki lezyonlar ve bunlara bağlı fonksiyonel bozukluklar yaklaşık 1 hafta 10 gün içinde tamamen iyileşir. Fissür ve yüzeysel yırtıklar ara sıra nedbe dokusu oluştursa da genellikle belirgin bir iz bırakmadan iyileşirler. Konstipasyonda, bazı kaşıntılı ve paraziter hastalıklarda ve hijyenik şartların bozuk olduğu durumlardaki cilt lezyonları kaşıntı izleri ve hiperemik görünüm akut belirtilerle karıştırılmamalıdır.

Kronik Belirtiler

1. Anal mukozanın düzleşmesi (kıvrımların silinmesi), kaygan ve nemli bir görünüm kazanması.
 2. Mukoza kalınlaşması (kronik irritasyon).
 3. Eski ve yeni skarlar ile fissür ve yırtıklar.
 4. Anüs girişinin normalden daha derin ve mukozal membranının dışa çıkmaya eğilimli bir görünüm alması; huni şekli oluşumu.
 5. Hemoroid veya paketçiklerin oluşumu (tanıda değerleri yoktur, ancak diğer bulgular ile birlikte bulunduklarında destekleyici anlam taşırlar).
 6. Anüs sfinkterinin özelliğini kaybetmesi, gevşemesi ve yayılarak açık görünüm kazanması.
- Tuşe ile anüsteki tonus kaybı anlaşılabilir. (Normalde tuşe esnasında anüsün 15 saniye kasılı kalması gerekir). Parmağın girişinde ağrı olmaması destekleyici bir bulgudur, fakat bunun anüs açıklığı, elastikliği ve genişliği ile birlikte değerlendirilmesi gereklidir. Normal anal kanalın özellikle astenik yapılı kimselerde esnek ve yanıtıcı olabileceği unutulmamalıdır.

Bimanuel lateral traksiyon yapılarak anüs sfinkterindeki dilatasyona bağlı gevşeme anlaşılır. Bunun için anüsün her iki yanından başparmaklar yardımıyla lateral traksiyon uygulamak yeterlidir. Postmortem görülen anal dilatasyonun ise normal olarak değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Çocukta Muayene: Çocuğun yaşı ve uğradığı yıkım gözönüne alınarak daha fazla psikolojik travmaya maruz kalmaması önemlidir. Muayene sırasında çocuğun vücudundaki tüm travmatik lezyonlar lokalizasyonlarına, boyutlarına ve özelliklerine göre kaydedilmelidir. Ağız-burun çevresindeki, boyundaki, her iki omuz başlarındaki, karın, genital ve anüs bölgesindeki ekimozlar, tırnak izleri, yırtık ve sıyrıklar saldırıyı destekleyen dış bulgulardır. Böyle bir saldırıya uğrayan çocukta anal bulgular muayenenin küçük bir kısmını kapsar. Tüm lezyonların birlikte değerlendirilmesi gereklidir.

Anal Bulgular

1. Anal Dilatasyon: Çocuk sol yan pozisyonuna getirilmeli, dirsekler karına doğru bükülmeli ve kalçalar yavaşça birbirinden ayrılmalıdır. Çocuk çok ufaksa muayene annenin kucağında yapılabilir. Dış sfinkter 30 saniye içinde anal kanalın iç yüzünün görülmesine olanak verecek şekilde gevşerse, test pozitifdir. Dilatasyon birkaç saniye devam etmelidir. Refleks olarak hızla büzülmenin tanı açısından değeri yoktur. Bu test çok tartışmalı olduğundan, sadece buna güvenerek sonuca gitmek ise hatalı olur.

2. Perianal Eritem: Tek başına anlamlı bir bulgu değildir. Isilik, kötü hijyen veya paraziter bir hastalık sebebiyle irritasyon sonucu oluşabilir.

3. Perianal dokularda şişme: Herhangi bir travmatik ödemin ilk belirtisidir.

4. Anal sfinkter tonusunda azalma ve gevşeme: Tek başına olduğunda çocuklarda normal olarak kabul edilebilir.

5. Fissürler: Bir veya iki adet fissür oluşumu farklı travmatik sebeplere bağlı olabilir. Ancak, çok sayıda fissür cinsel istismarı destekleyici bir bulgudur.

6. Hematom ve Ekimozlar: Anüs boyunca oluşan çepeçevre ekimoz anal penetrasyonu gösteren bir bulgudur.

7. Doku değişimleri: Kalıcı ve geçici olarak iki şekilde incelenir. Anal mukozada kalınlaşma, düzleşme, normal görünümün kaybı ile parlak bir şekil alma kalıcı değişimler olup kronik olgularda görülür. Geçici değişimler ise travmanın erken evrelerinde görülen anal kenar boyunca çatlaklar ve skarlardır.

8. Anüsün huni şeklini alması: Küçük çocuklarda görüldüğünde şüphe ile karşılanması gereken ancak yaşça büyük çocuklarda kronik olguları tanımlama açısından önemli bir belirtidir.

Travmatik çevresel ekimozun perianal pigmentasyon ve venöz konjesyona bağlı renk değişimi ile karıştırılmaması gerekmektedir. Özellikle venöz konjesyon, diz dirsek pozisyonunda vena kava inferiordaki basıncın artması ve bunun hemoroidal venlere iletilmesi ile 30 saniye içinde fizyolojik olarak anüs çevresinde morumsu renkte oluşabilir. Bu bulguların anal penetrasyona bağlı çevresel ekimoz ile karıştırılmaması için, mağdurun diz dirsek pozisyonunda uzun süre tutulmaması ve değerlendirmenin geciktirilmemesi gerekir.

Bu bulguların ağırlığı, kişinin yaşı ile ters orantılı olarak değişir. Özellikle 7-8 yaşın altındaki çocuklarda tanımlanan ekimoz, fissür ve yırtıkların ağırlığı dramatik boyutlara ulaşır. Bazı olgularda yırtıklar sfinkter adelelerine ve perine bölgesine uzanabilir. 12-13 yaşın üzerindeki kişilerde vücut gelişimi ile bağlantılı olarak rıza ve kaygan madde kullanılarak yapılan eylemlerde anüsün kolayca genişleyebilmesi sonucu hiçbir lezyon görülmeyebilir.

Şüpheli sanığın muayenesi: Cinsel suç olgularında sadece mağdurun muayenesi ile yetinilmemelidir. Sanığın muayenesi de olayın aydınlatılmasında değer taşır. Cinsel saldırı olaylarında, doktordan şüpheli saldırganın muayenesi istendiğinde, aynı genel düzen kullanılmalıdır. Bir çok ülkede, muayene edilecek kişinin rızası şarttır ve buna aykırı olarak yapılacak muayene doktorun, şahsın kişilik haklarına tecavüzü sayılır.

Yaş ve fiziksel gelişimi, mental durum ve genel davranışları kaydedilmelidir. Alkol veya uyutucu-uyuşturucu kullanıp kullanmadığı incelenmelidir. Giysilerindeki yırtıklar, kan ve lekeler incelenmeli, giysi üzerindeki saç ve kılların da kurbana ait olup olmadığı araştırılmalıdır. Giysilerin tetkikinden sonra dikkatli bir şekilde tüm vücut muayenesi yapılır. Vücut genelinde yaralar, özellikle yüz, boyun ve göğüsteki mağdurenin tırnakları ile oluşmuş çizikler önemlidir. Genital bölgenin muayenesi nadiren nonspesifik ağrı ve kızarıklık gibi bulgular verebilir. Çok nadir olarak da glans penis veya prepisyumda morarmalar ve frenulumda yaranlama oluşabilir. Penis ve çevresindeki kan, krem ve jel gibi herhangi bir yağlı kaygan madde ile prepisyum altında swabla saptanabilecek fekal madde bulunup bulunmadığı araştırılmalıdır.

İzlerken oluşan deliller genital inspeksiyondan daha önemlidir. Tırnak içleri incelenerek materyal alınmalıdır. Pubis kıllarından, saçlardan ve varsa bıyık ve sakaldan da örnek alınmalıdır. Pubik bölge, yabancı kıl aramak için taranmalıdır. Gruplandırma, alkol ve DNA için kan örnekleri alınır ve veneryal enfeksiyon bulgusu varsa kaydedilir. Penisin alt yüzündeki üretra boyunca basınç

uygulanarak meatustan smear alınmalı, bakteriyolojik inceleme yapılmalıdır (Gonokok enfeksiyonu).

Ayrıca genital bölge dikkatli bir şekilde inspekte edilerek mağdurdan geçebilecek, kıl ve kan gibi materyalin varlığı araştırılır.

Materyal Alımı

a. Mağdurdan Materyal Alma: Cinsel saldırı olaylarında hangi bölgeden ve nasıl materyal alınacağı, nelere öncelik verileceği olayın özelliğine, mağdurun yaşına ve cinsiyetine göre değişiklik gösterir. Materyalin olaydan sonraki mümkün olan en kısa sürede alınması, mağdurun elbiselerini değiştirmemesi ve yıkamaması, vücudunun hiçbir bölgesini yıkamaması ve materyal alınmaya kadar bir şey yiyip içmemesi ve defekasyon yapmaması daha iyi sonuç alabilmek açısından önemlidir.

Elbiseler: Olay esnasında mağdurun üzerinde bulunan elbiseler ıslak veya nemli ise kurutulduktan sonra sağlam kağıt torbalara konulmalı ve incelemenin yapılacağı yere gönderilmelidir. Kokuşma ve küflenme olmaması için plastik torbalar kullanılmamalıdır.

Vücuttaki Her Türlü Şüpheli Leke: Bunun için genellikle ucuna pamuk sarılı çubuk (swab) kullanılır. Gerekirse uçtaki pamuk serum fizyolojik ile ıslatılabilir. Pamuklu uç döndürülerek sürtülür ve örnek alınır. Şüpheli lekenin bir bistüri ile petri kutusuna kazınması şeklinde de örnek alınabilir.

Vücuttaki Yabancı Kıllar: Mağdurda bulunan, ona ait olmayan yabancı veya şüpheli kıllar bir pensle alınarak zarfa konulur. Bu esnada pubis kılları dikkatle incelenmeli, taranmalı ve yabancı bir kılın varlığı araştırılmalıdır.

Ağız Boşluğundan Örnek Alınması: Ağız su ile çalkalattırılıp bu çalkantı suyunun alınması şeklinde olabileceği gibi ağızdan örnek almak için pamuklu çubuk veya filtre kağıdı kullanılabilir.

Tırnak Aralarından Örnek Alınması: Bulunması muhtemel kan, deri kalıntıları gibi örnekler bir törpü kullanılarak petri kutusuna kazınır.

Isırık veya Emilmeye Ait Lezyonlardan Örnek Alınması: Serum fizyolojik ile ıslatılmış swab kullanılır. Lezyonun üzerine döndürülerek sürtülür ve tükürük örneği elde edilmeye çalışılır.

Vulva ve Perineden Örnek Alınması: Gerektiğinde serum fizyolojik ile ıslatılmış swab kullanılır. İki ayrı swab vulva ve perineye döndürülerek sürtülür.

Vajinadan Örnek Alınması: Olgunun özelliğine göre spekulum kullanılabilir. Arka fornix, alt ve üst duvarlardan olmak üzere üç yerden örnek alınır. Ön ve arka duvarlardan örnek almak için swab kullanılır. Arka fornixten materyal almak için ise swab, pipet veya plastik puar kullanılabilir. Bakteriyolojik tetkik yapılacaksa öncelikle ve steril kültür çubuğu ile örnek alınması gereklidir.

Anüsten Örnek Alınması: Önce bir swabla anüs dış mukozasından sürülerek, daha sonra ikinci bir swabla içeri sokularak rektumdan örnek alınır.

Mağdurun Kendisine Ait Pubik Kıl Örnekleri: Yabancı bir kıl bulunmuşsa; mağdurun pubisinden cilt seviyesinden kesilmek suretiyle 10-12 adet kıl örneği alınır ve bir zarfa konur.

Mağdura Ait Tükürük Örneği: Mağdura ait 2-3 ml. tükürük bir filtre kağıdına emdirilir. Bu örneğin alınma amacı mağdurun sekretör olup olmadığının tayinidir.

Mağdura Ait Venöz Kan Örneği: İki ayrı steril enjektöre antikoagülsüz olarak 5-7 ml. venöz kan örneği alınır. Bunun amacı; olayın özelliğine göre kan grubu tayini, kimyasal analizler, DNA profili ve mikrobiyolojik kültür yapılabilmesidir.

Mağdura Ait İdrar Örneği: Olayın özelliğine göre eğer gebelik testi yapılması gerekiyorsa idrar örneği alınır.

b. Sanıktan Materyal Alma: Sanığın muayenesi esnasında elbiselerinde veya vücudunda bulunması muhtemel mağdura ait kan lekeleri veya kıllar elde edilir. Penisten iki ayrı swab ile sürtmek suretiyle örnek alınır. Gerektiğinde swab serum fizyolojik ile ıslatılır. Penis swabının amacı vaginaya veya rektuma ait materyal ve oral ilişkilerde tükürüğün içindeki maddelerin araştırılmasıdır.

Karşılaştırma için ise sanıktan aynı mağdurdan alındığı gibi kan, kıl, sperm, tükürük örneği alınmalıdır.

c. Olay yerinden materyal alınması: Olay yerindeki zemin, eşyalar, çarşaflar üzerindeki her türlü leke ve şüpheli kıllar alınır.

Alınan bütün örnekler etiketlenmeli ve etiketlerin üstüne mağdurun adı ve alındığı yer yazılmalıdır.

Cinsel saldırı olaylarında materyal alımı aciliyet gerektirir. Alınan materyalde inceleme yapılması ise sadece spermlerin hareketliliği açısından aciliyet taşır. Usulüne uygun olarak alınan ve saklanan örnekler üzerinde diğer bütün tetkikler daha sonra yapılabilir. Bu tetkiklerin uzman kişilerce yapılmasında büyük fayda vardır. Aksi halde yanlış pozitif veya yanlış negatif sonuçların elde edilmesi nedeni ile olay yanlış yönlendirilmiş olabilir.

Spermlerin hareketliliği açısından yapılacak tetkik; arka fornixten alınan örnekten vajinal içerikten bir damla lamın üzerine konur, üzerine bir damla serum fizyolojik damlatılır. Mikroskopta direkt olarak incelenir. Spermatozoid olup olmadığı, varsa hareketli olup olmadıkları araştırılır.

Alınan materyal üzerindeki tetkikler iki ana hedefe yönelik olacaktır. Bunlardan birincisi saldırgana ait sperm, kıl, kan, tükürük gibi örneklerin varlığının ortaya konması, ikincisi ise elde bir sanık varsa bu örneklerin bu sanığa ait olup olmadığının araştırılmasıdır. Bu nedenle yukarıda belirtilen karşılaştırma örnekleri alınmalıdır.

Cinsel saldırı olaylarında swablarda spermatozoidin kendisinin tespit edilmesi, saldırı dışındaki normal cinsel faaliyet dışlandığında veya ileri yöntemlerle bu spermin saldırgana ait olduğu anlaşıldığında, en önemli laboratuvar delilidir.

Spermin varlığını göstermek için; mor ötesi (UV) ışık kullanımı, asit fosfataz, losin aminopeptidaz gibi gama-glutamil transferaz, glisilprolin dipeptidil aminopeptidaz, kolin, spermin, çinko testleri ön inceleme testleri ile spermatozoidlerin mikroskop ile gösterilmesi, laktat dehidrogenaz izoenzim x (LDH-x), sperm varlığının immünolojik yöntemlerle belirtimi (p30) gibi kesin kanıtlayıcı testler kullanılmaktadır.

Spermin kime ait olduğunun araştırılmasında ise; eğer spermin sahibi “sekreterse” yani vücut sıvılarında kan grup faktörlerini içeriyorsa, basit kan grubu yöntemleri kullanılabilir. Bu yöntemlerin aynen babalık tayinlerinde olduğu gibi ancak saldırganı belli oranda dışlayacağı, hiçbir şekilde kesinlik taşımayacağı unutulmamalıdır. Kesin yöntem olarak günümüzde DNA testleri yapılabilir. Eğer bu testler yapılacaksa materyalin steril şartlarda alınması ve örneklerin derin dondurucuda saklanması gereklidir.

Cinsel Saldırı Olaylarında Unutulmaması Gerekenler

1. Bir cinsel saldırı olayında muayene ancak ilgili savcılık veya mahkemenin yazılı istemi üzerine yapılabilir. Kişinin kendi istemi veya üçüncü kişilerin istemi üzerine adli rapor düzenlenemez.
2. Cinsel saldırıya uğrayan kişi doğrudan sağlık kuruluşuna başvurmuş ise gerekli muayene işlemleri zaman geçirmeden yapılırken, aynı zamanda görevli savcılık haberdar edilmelidir.
3. Cinsel saldırı olaylarında muayene aciliyet gerektirir. Şahsın muayenesi en kısa zamanda yapılmalıdır.
4. Bir cinsel saldırı olayında pratisyen hekimin asli görevi, muayene bulgularını ayrıntılı olarak rapor halinde düzenledikten sonra, muayene edilen kişiyi en kısa sürede uzman hekime (Adli Tıp Uzmanı, Jinekolog veya Genel Cerrah) ulaştırılmasını sağlamaktır. Olanak varsa, en yakın Adli Tıp Kurumuna, Grup Başkanlıklarına veya Şube Müdürlüklerine ya da Tıp Fakültelerinin Adli Tıp Anabilim Dallarına sevki en ideal yoldur.
5. Muayene bulguları ayrıntılı olarak yazılmalı, deneyimsizlikten kaynaklanabilecek belirsiz ve her iki anlama da çekilebilecek ifade ve yorumlardan kaçınılmalıdır. Bu husus gerek mağdur gerek sanık açısından herhangi bir adli hataya düşmemek için oldukça büyük önem taşır.
6. Anamnez ve muayene bulgularının kaydında ilgili form ve şemaların kullanılması yararlı olacaktır.

7. Materyal alımının bir uzman tarafından yapılması ideal olmalıdır. Bunun mümkün olmadığı hallerde pratisyen hekim usulüne uygun olarak gerekli örnekleri almalı ve yine usulüne uygun olarak bir merkeze gönderilmelidir.

Cinsel Suçlar İle İlgili Rapor Örnekleri:

Olgu 1:

1) Himen (kızlık zarı) anüler tarzda, fevhası (açıklığı, deliği) orta büyüklükte (1 cm çapında), saat kadranına göre 11 ve 6 hizasında cidara kadar uzanan eski yırtık, saat 3 hizasında doğal çentik mevcut olup bakire olmadığı; himendeki yırtığın 10 günden daha uzun bir süre öncesinde meydana gelmiş olduğu, ancak kesin sürenin tıbben tayin edilemeyeceği,

2) Anüs muayenesinde sfinkter tonusu normal, pilikalar doğal görünümde olup, herhangi bir travmatik bulgu saptanmadığı; fiili livatanın tıbbi kanıtlarına rastlanmadığı,

3) Vücudunda haricen herhangi bir darp cebir izine rastlanmadığı kanaatini bildirir rapordur.

Olgu 2:

1)Himen muayenesinde; himen anüler tarzda, elastik, fevhası orta büyüklükte (1 cm çapında) saat kadranına göre 3 hizasında doğal çentik, saat 7 hizasında cidara kadar uzanan kenarları kanamalı ve ödemli taze yırtık mevcut olup: kişinin bakire olmadığı,

2)Söz konusu yırtığın görünümüne göre, muhtemelen 1-2 günlük taze bir yırtık olabileceği,

3)Yukarıdaki bulguların savcılık müzekkeresinde sorulduğu üzere ereksiyon halinde penis veyahut aynı cesamette ve sertlikteki başka bir cismin vajene duhulü ile de husulünün mümkün olduğu kanaatini bildirir rapordur.

Olgu 3:

Himen (kızlık zarı) anüler tarzda, fevhası (deliği) geniş 2.5 cm kadar çapta ve ereksiyon halinde penis ya da aynı cesamette ve sertlikteki başka bir cismin duhulüne müsait olup, himen üzerinde herhangi bir travmatik bulgu (yırtık) tespit edilmediği;laboratuvarınıntarih,sayılı raporunda herhangi bir canlı ya da ölü spermatozoid saptanmadığı bildirildiğine göre şahsın halen “anatomik olarak bakire” olduğu; cinsel ilişkide bulunduğu tıbbi kanıtlarına rastlanmadığı kanaatini bildirir rapordur.

Olgu 4:

Himen büyük ölçüde silinmiş, kenarda yer yer himene ait kalıntılar (caruncule myritiformis) mevcut olduğu;

Sonuç: Şahsın bakire olmadığı, himendeki bulguların muhtemelen daha önceki bir doğum ya da vajinal operasyona bağlı olarak meydana gelmiş olabileceği kanaatini bildirir rapordur.

Olgu 5:

1.Diz-dirsek pozisyonunda yapılan anüs muayenesinde: Sfinkter tonusu normal (ya da bozulmuş), saat kadranına göre 12 hizasında 2 cm uzunluğunda kenarları kanamalı yırtık ve çepeçevre (mühür tarzında) ekimoz saptandığına göre; sonuç olarak, kişinin akut livataya maruz kalmış olduğu,

2.Vücutta ayrıca herhangi bir darp-cebir izine rastlanmadığı kanaatini bildirir rapordur.

15. CİNSEL YAŞAM VE ÜREME FONKSİYONLARINA YÖNELİK TIBBİ GİRİŞİMLER VE MEDİKOLEGAL SORUNLAR

Kişinin döllenme ve çocuk sahibi olma özgürlüğü sosyal, siyasi düşünceler ve dini inançlar açısından daima tartışılan bir konu olmuştur.

a) Gebeliğe Son Verilmesi (Küretaj):

Gebeliğe son verilmesi, “kadının döl yatağının içini kazıyıp dölütü alma” şeklinde gerçekleşen tıbbi bir eylemdir. Gebeliğe son verilmesinde (abortion) tıbbi el atmaların hukuka uygunluk sorununa, her ülkenin kendi sosyal gereksinmesi, yapısı, siyaset ve topluma egemen olan inançların etkisiyle çözümler aranmıştır.

Ülkemizde yürürlükte bulunan 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (NPK), iki halde gebeliğe son verilmesine izin vermiştir.

♦ **İsteğe bağlı olarak gebeliğe son verme:** Bunun için öncelikle NPK’nun 6ıncı maddesine uygun olarak rıza ve iznin alınması söz konusudur. Ancak iznin geçerliliği gebeliğin on haftayı aşmamış olmasına bağlıdır; bu süreyi aşan gebeliklere son verilmesinde izin, hukuka aykırılığı kaldırmaz. Diğer taraftan isteğe bağlı gebeliğe son vermede “el atmanın annenin sağlığı açısından sakıncalı olmamalıdır” dır. Doktor, böyle bir tıbbi yardıma girişmeden önce tıp biliminin kural ve olanakları ölçüsünde gerekli kontrol ve araştırmaları yapmakla yükümlüdür; bu konuda üst düzeyde özenin gösterilmesi beklenir. El atmadan sonra annenin sağlığı açısından olumsuz sonuçların ortaya çıkması özenin gösterilmediğinin kanıtı olacağından sorumluluk kaçınılmaz olur.

♦ **Kadın için gebeliğin tıbbi tehlike yaratması durumu (endikasyon modeli):** Gebelik süresi on haftadan fazla ise rahim, ancak gebelik annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuğu ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı durumlarda tahliye edilebilir; bunun için kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili dal uzmanının objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporunun bulunması gerekir. Tıbbi el atmanın, yasada ve tüzükte sayılan endikasyon hallerinden birine dayandığı yalnız raporla kanıtlamak yeterli olmayabilir. Durumun olanak verdiği ölçüde tartışmasız belgelerle belirlenmesi ve mümkünse tahliye sırasında elde dilen olguların saklanması özenli bir davranış olur.

Her iki halde de rıza ile doktorun uzmanlık alanı hukuka uygunluk koşuludur.

b.Cinsiyet Değişikliği:

Türk Medeni Kanununun 40.maddesine göre: Cinsiyetini değiştirmek isteyen kimse, şahsen başvuruda bulunarak mahkemece cinsiyet değişikliğine izin verilmesini isteyebilir. Ancak iznin verilebilmesi için, istem sahibinin 18 yaşını doldurmuş bulunması ve evli olmaması; ayrıca transseksüel yapıda olup, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunduğunu bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporu ile belgelemesi şarttır.

Verilen izne bağlı olarak amaç ve tıbbi yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirildiğinin resmi sağlık kurulu raporu ile doğrulanması halinde, mahkemece nüfus sicilinde gerekli düzeltmenin yapılmasına karar verilir.

Uygulamada cinsel değişiklikler genellikle eşcinsel olan kişiler üzerinde yapılmaktadır. Biyolojik ve fenotip yapısı erkek olan fakat çeşitli etkenlerle kadın görünümüne sahip olmayı tercih eden ve bu suretle kadın kimliğine kazanacağı inancıyla hormon alımı yoluyla kadınsal bir görünüm kazandırılarak ve penisinin içi boşaltılarak ters çevrilmesiyle sözde bir kadın organı yaratılarak kadın kimliği kazandırma amaçlanmaktadır.

Almanya’da cinsiyet değişikliği ile ilgili olarak çıkarılan özel yasaya göre cinsiyet değiştirme hakkı şu koşullarla kişiye verilmiştir.

- a.Bireyin kendisini başka cinse ait olduğu inancı içinde olması,
- b.En az üç yıldır ruhsal bunalım içinde bulunma,
- c.Başka bir çözüm yolunun bulunamaması,
- d.En az 25 yaşında olma.

c.Kısırlaştırma (Sterilizasyon):

Kişinin cinsel salgı bezlerine ve cinsel işlevine zarar vermeksizin erkeklerde sperm yollarının, kadınlarda yumurtalık kanallarının kapatılması yolu ile kişinin üretim yeteneğinin ortadan kaldırılması “kısırlaştırma” olarak tanımlanır. Bu ameliyat tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır. Ancak kişi evli ise eşin de rızası gerekir.

d.Yapay Döllenme:

Normal cinsel birleşme yolu ile gebe kalma olanağı bulunmayan kadının yumurtası alınıp kocasının spermi ile döllendikten sonra uterusu konulması “homolog döllenme” olarak adlandırılır. Bu durumda hukuksal veya ahlaki bir endişeden söz etmek mümkün değildir.

“Heterolog Döllenme” ise kadının yumurtasının kocasının dışında bir erkek spermi ile döllenmesi durumunu tarif eder. Burada kimliği gizli tutulan yabancı bir erkeğin spermi ile yumurta döllenmekte ve döllenmiş yumurta kadının uterusuna konmaktadır. Bu durum hukuki ve ahlaki sorunları da gündeme getirmektedir.

Nüfus Planlaması Hakkında 2827 Sayılı Kanun

Sterilizasyon ve Kastrasyon

Madde 4- Sterilizasyon, bir erkek veya kadının çocuk yapma kabiliyetinin cinsel ihtiyaçlarını tatmine mani olmadan giderilmesi için yapılan işlemdir.

Sterilizasyon ameliyatı tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır.

Bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zorunluluk nedeni ile bir hastalığın tedavisi için kastrasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın kastrasyon işlemi yapılabilir.

Gebeliğin Sona Ermesi

Madde 5- Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir.

Gebelik süresi on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir.

Derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde durumu tespit eden yetkili hekim tarafından gerekli müdahale yapılarak rahim tahliye edilir. Ancak hekim bu müdahaleyi yapmadan önce veya mümkün olmadığı hallerde müdahaleden itibaren en geç 24 saat içinde müdahale yapılan kadının kimliği, yapılan müdahale ile müdahaleyi gerektiren gerekçeleri illerde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine bildirmeye zorunludur.

Gebeliğin Sona Erdirilmesinde İzin

Madde 6- 5.maddede belirtilen müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz.

4.maddenin 2. ve 5. maddenin 1.fikralarında belirtilen ve rızaları aranılacak kişiler evli iseler sterilizasyon veya rahim tahliyesi için eşin de rızası gerekir.

Veli veya sulh mahkemesinden izin alma zamana ihtiyaç gösterdiği ve derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde izin şart değildir.

16. KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Kadına yönelik şiddet dünyada çok yaygın olan fakat en az bilinen bir insan hakları istismarı türüdür.

Birleşmiş Milletlerin yaptığı bir araştırmaya göre dünyada her yıl 3-4 milyon kadın şiddetle karşı karşıya kalmaktadır.

Bir araştırmaya göre İngiltere’de evli çiftlerin %16’sında kadınlar dayak yemektedirler.

ABD’de yapılan bir araştırmada, acil servise başvuran kadınların %17’sinin eşleri ya da partnerleri tarafından dövüldükleri belirtilmektedir.

Kadınlara şiddeti genellikle tanıdığı, bildiği ve en yakınındaki erkekler uygulamaktadır.

Şiddetin en sıklıkla mutfakta uygulandığı, en ağır şiddet olaylarının yatak odalarında meydana geldiği bildirilmektedir.

Kadına yönelik şiddeti de kapsayan kadın istismarını dört grupta tanımlamak mümkündür:

1) Fiziksel İstismar: Kadının eşi ya da partneri tarafından fiziksel saldırıya maruz kalması şeklinde gerçekleşir. Bazı olgularda bu durum psikolojik istismar, cinsel şiddet ya da evlilik içi ırza geçme ve öldürme tehditleri ile birlikte görülebilmektedir. Genellikle fiziksel istismara maruz kalmış kadınlar ciddi bir sorun olmadığı sürece acil servise ya da hekime başvurmazlar. Başvurdıklarında da bazı yaralanmaları ve oraya geliş nedenlerini saklamaya çalışırlar. Bu tür yaralanmaları açıklamak için bir yerlere çarptıklarını ya da düştüklerini söylerler. Geliş nedenleri ne olursa olsun genellikle hekime yanlış bilgi verirler. Bu tür olaylarda tüm yaralanmaları, lezyonları tek tek tanımlamak ve dökümanete etmek gerekir. Bu tür olaylarda dikkati çeken özellik kadınların ayrılmanın getireceği maddi problemler ve sosyal sorunlarla başa çıkamama korkusuyla susma ve olayları saklama eğiliminde olmalarıdır. Bunun yanında ayrılmaya karar veren ya da ayrılan kadınların çoğunun tekrarlayan şiddete, tehditlere maruz kaldıkları hata bazı olgularda öldürüldüklerinin görülmesidir.

Eşini istismar eden erkeklerin özellikleri: Bu nitelikteki erkeklerin ortak bazı özelliklerinden söz edilmekte ve adeta bu özellikler şiddetin uygulanmasına bahane olarak ileri sürülmektedir. Bunlar; işsizlik, madde ve / veya alkol kullanımı, çocukluğunda aile içi şiddet yaşamış olma, eğitim düzeyinin düşüklüğü, çocuklarına da şiddet uygulama olarak sayılabilir. Ancak son zamanlarda değişik kültürel değerler ve ekonomik yapıdaki ülkeler ve katmanlarda yaşayan erkeklerin de şiddet uygulayıcısı olabildiklerinin ortaya konmasından sonra toplumsal cinsiyet rollerinin en önemli faktör olduğu yönündeki yaklaşım geniş taraftar bulmuştur.

Bu olaylara maruz kalan kadınların pasif ve aile içindeki şiddetten dolayı sürekli kendini suçlayan bir davranış içinde olduğu görülür. İntihara teşebbüs sıklıkla gözlenir. Ayrıca istismara uğrayan kadınların bir kısmında kişilik bozuklukları, depresyon ve şizofrenik eğilimler gözlenir.

2) Cinsel İstismar: Bu tip olaylar genellikle kadının rızası olmadan ilişkiye zorlanması şeklinde gerçekleşir. Fiziksel istismarla birlikte görülmektedir. Pek çok kadında psikosomatik semptomlar vardır. Somatik şikayetler baş ağrıları, sırt ve pelvik ağrıları, gastrointestinal problemler, uzun süreli ağrı kesici, trankilizan kullanma hikayesi ancak buna rağmen şikayetlerin geçmemesi, hamilelerde düşük ya da erken doğum yapma öyküleri bulunur.

3) Duygusal İstismar: Fiziksel ya da cinsel istismarla birlikte duygusal istismar da yaşanmaktadır. Tek başına da görülebilir. Çoğunlukla aşağılama, bağırma, yetersiz olduğunu söyleme, hiçbir şey beceremediğini, çocuklarına bakamadığını söyleme, hiçbir şey beceremediğini, çocuklarına bakamadığını söyleme, patolojik düzeyde kıskançlık, korkutma, gizliliği bozma, batıl inançlar veya paranoya düzeyinde inanmama, ne yaptığını araştırma şeklinde kendini gösterir.

4) Ekonomik İstismar: Çalışan kadının parasını elinden alma, ekonomik anlamda onu kullanma şeklinde gözlenmektedir. Özellikle erkeğin çalışmadığı durumlarda çok fazla gözlenmektedir.

Bu tip olgularla karşılaşıldığında ilk ve en önemli adımlardan birisi çok iyi bir anamnezin alınmasıdır. İyi bir anamnez ile bu tip olayların atlanmaması ve olgularda ne gibi bir strateji saptanması gerektiği konusunda yönlendiricilik sağlanır.

Anamnezde yaralanmanın nasıl meydana geldiği sorulduğunda yapılan açıklamanın yaralanmayı açıklamakta olup olmadığı da önemli kriterdir. Vücudun farklı yerlerinde ekimoz alanları olması ve başka zamanlarda meydana gelmiş yaralanmaların sekellerinin bulunması daha önceden veya sistematik olarak bu kişinin şiddete maruz kaldığını göstermesi açısından önem taşır.

Fiziksel olarak yaralanmaların önemi büyüktür. Yaraların tipi, büyüklüğü ve vücuttaki konumu konu hakkında bilgili olan doktoru uyarıcı görev görür. En sık yaralanan bölgelere baktığımızda baş, boyun, göğüs, memeler ve batında yaralanmalar olduğunu görürüz. Hamilelik sırasında tipik olarak göğüslere, batına ve genital bölgeye vurulduğu dikkati çeker. Bu tip olaylarda düşük yapma veya prematüre doğum olduğu görülmektedir.

Sağlık Hizmeti Sağlayanlar Mağdur Kadına Nasıl Yardım Edebilir?

Şiddet olgularında tedavi edici hekimlik kadar Adli Tıp hizmetinin verilmesi de önemlidir. Hatta uzun dönemde ele alındığında Adli Tıp hizmetleri daha da önem taşımaktadır. Çünkü bu tip olaya maruz kalan bir kadının daha sonraki aşamalarda kanuna başvurduğunda onun dayak yediğini, kendisine şiddet uygulandığını gösterecek temel belge olaydan hemen sonra aldığı **adli rapor**'dur. İş görmezlik raporu şiddete maruz kalan kişinin şiddetten ne denli fiziksel zarar gördüğünü, resmi olarak ispatlayan belgedir.

Şiddet kurbanı olan kişilere yardım etmek için çok şeyler yapılabilir. Ancak, sağlık hizmeti verenler, konu hakkında bilgileri olmadığı, kayıtsız kaldıkları ya da yargılar şeklinde yaklaştıkları için bunu yerine getirmemektedirler. Burada temel eksiklik bu konuda sağlık personelinin eğitim almamış olmasıdır. Sağlık bakım sistemlerinden alınacak eğitim ve destek ile, bunlar istismar edilmiş kızların ve kadınların fiziksel, duygusal ve güvenlik ihtiyaçlarına cevap vermek için daha fazla şeyler yapabilirler.

İlk olarak, sağlık hizmeti verenler kadınlara yaşadıkları şiddet hakkında, yararlı bulacakları şekilde, nasıl soru soracaklarını öğrenebilirler. Kadınlarla empati kurabilir ve onlara destek sağlayabilirler. Tıbbi tedavi sağlayabilir, psikolojik danışmanlık yapabilir, yaralanmaları belgelerle ispat edebilir ve söz konusu kişileri yasal yardım ve destek hizmetlerine yönlendirebilirler.

Söz konusu hizmeti verenler şiddetin kabul edilemez olduğu ve hiçbir kadının dövülmeyi, cinsel istismara uğramayı, ya da duygusal olarak örselenmeyi hak etmediği konusunda güvenlerini tazelerler.

Fiziksel ve cinsel şiddeti sona erdirmek uzun dönemli bir çaba ve toplumun bütün katmanlarını işin içine katan stratejiler gerektirir. Pek çok ülke, kadınlara karşı şiddeti ortadan kaldırmak için kadının yasal haklarını teminat altına alan yasalar çıkararak ve istismarcıları cezalandırarak büyük bir kararlılık sergilemiştir. Ayrıca, yaşanan bölgeyi temel alan stratejiler de kadınlara yetki verme, erkeklere ulaşma ve istismarcı davranışlara dayanak oluşturan inanç ve tutumları değiştirme üzerinde odaklanabilir. Kadınlar ancak toplumun eşit statüdeki üyeleri olarak yerlerini kazandıklarında, kadına karşı şiddet artık geçerli bir norm olmaktan çıkıp tepki duyulması gereken bir boyut kazanacaktır.

Yirmi yıldan fazladır, dünyanın her yerinden bütün kadın hakları savunucusu gruplar kadınların fiziksel, psikolojik ve cinsel istismarına daha çok dikkat çekmek için çalışmakta ve harekete geçilmesi ihtiyacının altını çizmektedir. Bunlar istismara maruz kalmış kadınlara barınak sağlamış, yasal reformlar için çalışmalar yapmış ve kadınlara karşı şiddeti destekleyen pek çok tutum ve inançla mücadele etmişlerdir.

Bu çabalardan gittikçe daha fazla sonuç alınmaktadır. Bugün, uluslararası kurumlar cinsiyete dayalı şiddete karşı seslerini yükseltmişlerdir. Araştırmalar istismarın niteliği ve boyutları hakkında daha çok bilgi ortaya koymaktadır. Daha çok sayıda kurum, hizmet sağlayıcısı ve politikacı kadına karşı şiddetin kadının sağlığı ve toplum açısından ciddi sonuçları olduğunu kabul etmektedir.

17. İNSAN HAKLARI VE ADLİ TIP

Hekimler, işkenceye uğradığı iddia edilen canlı veya ölmüş kimseleri muayene etmek ve tespit ettikleri bulgulara göre rapor düzenlemekle yükümlüdürler.

İnsan hakları ihlalleri içerisinde bulunan işkence; 1975 yılında yayınlanan Tokyo Deklarasyonu'nda; yalnız başına veya bir yetkilinin emri altında davranan, bir yada birden çok sayıda kişinin; bilgi edinmek, itiraf almak yada bir başka nedenle, kasıtlı, sistemli yada kayıtsızca bir başka kişiye zor kullanması, ona fiziksel yada ruhsal yönden acı çektirmesi şeklinde tanımlanmaktadır.

1948 yılında yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 5. Maddesinde “ Hiçbir kimseye işkence yapılamaz, gaddarca, insanlık dışı yada aşağılayıcı şekilde muamelede bulunulamaz veya ceza verilemez” şeklinde bir hüküm bulunmaktadır.

1984 yılında Birleşmiş Milletler işkence ve diğer gaddarca, insanlık dışı yada aşağılayıcı muameleler veya cezalar konusunda bir toplantı yapmıştır. Bu toplantıda işkencenin, bir kişinin veya üçüncü bir şahsın işlediği yada işleme kuşkusu bulunan bir suç nedeni ile bilgi vermesi ve itirafta bulunması için ona kasten uygulanan ve onun gerek fiziksel gerekse psişik olarak aşırı derecede acı çekmesine yol açan bir işlem olduğu kabul edilmiştir. Bu amaçlarla şahsı korkutmak, zorlamak veya resmi bir görevi yapan bir kimsenin bilgisi dahilinde bu çeşit eza ve cefa çektirmekte işkence kapsamına girer. Yasal dayanağı bulunan ceza yaptırımlarının uygulanması sırasında tesadüfen ve bu cezalarla bağlantılı olmayarak ortaya çıkan ve acı veren durumlar ise işkence kapsamına girmez.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. Maddesinde “Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz, kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz”, Türk Ceza Kanunu'nun 243. Maddesinde “Mahkemeler ve meclisler reis ve azalarından ve sair hükümet memurlarından biri maznun bulunan kimselerin cürümlerini söyletmek için işkence eder yahut zalimane veya gayri insani veya haysiyet kırıcı muamelelere başvurursa 5 seneye kadar ağır hapis ve müebbeden veya muvakkaten memuriyetten mahrumiyet cezası ile mahkum olur. Fiil neticesinde ölüm vukua gelirse 452., sair hallerde 456. Maddeye göre tertip olunacak ceza üçte birden yarıya kadar arttırılır”denilmiştir.

En Sık Rastlanılan İşkence Yöntemleri

En sık uygulanan işkence şekilleri arasında; dayak, falaka, asfiksiye maruz bırakma, pozisyonla ilgili işkence, dental işkence, elektrik verme, ısı travması, cinsel istismar ve farmakolojik maddelerin uygulanması yer alır. Psikolojik istismar,bedensel istismarın bir unsurudur ancak özellikle ayrı bir işkence şeklinde de uygulanabilir.

Dayak: Dayak işkencenin en sık uygulanan şekillerinden birisidir. Şiddetli ve tekrarlanan bir şekilde olmadıktan sonra çoğu kez ölüm nedenini oluşturmaz. Bununla birlikte ölüm; kanama, sepsis ve iç organların yırtılması sonucunda meydana gelebilir. Darbeler yumruk veya ayakla yapılabilir. Ancak bir silahla uygulanması daha sıktır. Bir kamçı veya değnek gibi aletler sık olarak kullanılır ancak metal veya tahta çubuklar, çomak, tüfek dipçikleri veya bel kayışları da kullanılabilir. Bunların bir çoğu karakteristik deri lezyonu meydana getirir. Tek veya çift kenarlı lineer şekilde ekimoz oluşur. Tren yolu hattı şeklindeki ekimozlarda kanamalı olmayan soluk bir alanla birlikte çift sıralı paralel izler mevcuttur. Silahın şekli bazen intradermal ekimoz şeklinde kendini belli eder. Örgü şeklindeki bir kamçı ile deriye vurulduğunda deri üstünde şekilli ekimoz ortaya çıkabilir. Kemerler üzerindeki tokalar ve diğer cisimlerle oluşan şekilli ekimozlar bazen silahı tanımda faydalı olabilir. Sırt, gerek kamçılama gerekse vurmanın en sık uygulandığı vücut kısmıdır. Ancak bu çeşit hareketler kalçalara, uyluklara, göğüsün ön kısmına, memelere, karına, bacağın alt kısımlarına, ayak tabanlarına hatta perine ve genital bölgelere de uygulanabilir.

Ayak tabanlarına çubuklar veya kamışla vurma şeklindeki işkenceye falaka denir. Son derece ağrılı ve bitkin düşürücü olmasına rağmen, bu işlem sonucunda nispeten az şey görülebilir.

Ayağın gergin dokuları ve kalın fasyaları, ekimozun kolayca ortaya çıkmasını engeller. Ölmüş olan kimselerde derin diseksiyon ile ekimoz ortaya çıkartılabilir.

Asfiksiye Maruz Bırakma: Kişinin asfiksiye maruz bırakılması sonucunda ölüm aşamasına getirme ve bazen ölüm meydana gelir. Başın çoğu kez içinde dışkı, idrar veya artıklar bulunan bir suyun içine sokulması suda boğulmaya veya aspirasyon pnömonisine neden olabilir. Ağıza bir şey tıkalması, kan ve kusmuğun aspirasyonu, asfiksi ile ilgili ölümlerin diğer nedenleridir. Solunum yollarında yabancı madde bulunmazsa, vücutta havasızlıktan boğulmaya işaret edecek sadece minimal derecede deliller bulunabilir.

Pozisyonla İlgili İşkence: İşkence yapılan kimseler ızdırap verecek pozisyonlarda kalacak şekilde bağlanabilirler. Bu şekildeki işkenceler sonunda eklemlerde, kas ve tendonlar da ağır hasarlar meydana gelir. Uzun bir süre belirli bir pozisyonda tutularak işkence yapılan kimselerde pozisyona bağlı asfiksi hali meydana gelebilir.

Askı: Askı genellikle 15-20 dakika sürer. Askı işkencesi uygulanan kişilerde, omuz hareketlerinde zorlanma, ağrı, kısıtlılık, kol ve el hareketlerinin sınırlanması, elde genel veya lokal uyuşukluk, yanma, his ve hareket kayıpları ortak yakınmalar olarak gözlenebilir. Erken dönemde omzun ultrasonografik incelemesinde ödem görülebilir. Brakial pleksus traksiyon veya kompresyonla leze olduğunda; ellerde proksimal-distal kuvvet kaybı ve duyu kusuru olur. Derin tendon refleksleri alınamaz. El distalinde atrofi gelişir. Genellikle reversibl bir hasar söz konusudur.

Elektrikle İşkence: Son yıllarda işkence görmüş olan olgular arasında elektrikle işkenceye maruz kalmış olanların sayısında anlamlı bir artış bulunduğu bildirilmiştir. Bu çeşit bir işkencede elektrik akımı elektrotlar aracılığıyla vücudun çeşitli kısımlarından geçirilir. Sivri uçlu elektrotlar dudaklar, meme başları, genital organlar ve anüs gibi vücudun hassas olan bölgelerine bağlanarak elektrik akımı uygulanabilir. Akım ile oluşan kas kontraksiyonları kişide ağırlı bir duruma yol açar. Elektrikle işkencenin tespiti güçtür. Çünkü deri üzerinde ya hiçbir iz kalmaz yada önemsiz derecede nedbe dokusu oluşur. Deri üzerinde elektrik yanığı bulgusunun meydana gelmesini önlemek için elektrotların etrafına gaz bezinden yapılmış pedler sarılabilir. Konvülzyonlar, dilde şiddetli ısırık izleri, kas, iskelet sistemi ve beyinde hasar ve kalp durması elektrikle işkencenin komplikasyonlarını oluşturur.

Elektrikle işkenceye maruz kaldığı düşünülen vakalarda hekim dermatoloji konsültasyonu istemeli ve şüpheli yerlerden alınan materyallerin histopatolojik incelemesi yapılarak kesin tanıya gidilmelidir. Doğru ve alternatif akıma maruz kalmadan sonra epidermiste elektrik akımına olukça özel olan morfolojik değişiklikler tespit edilmiştir. Dermiste ise doğru akım etkisinden sonra değişiklikler ortaya çıkmıştır. Elektrikle hasara uğramış olan epidermiste; damar duvarlarında ve ter bezlerinde veziküler çekirdekler, kollajen liflerde kalsiyum tuzları birikimi tespit edilmiştir. Ayrıca alternatif akımın geçirilmesinden sonra katot bölgesinde kollajen liflerde kalsifikasyon saptanmıştır. Daha az karakteristik bulguda boş hücrelerin görülüşüdür. Epidermisteki değişiklikler maruz kalmadan sonraki birkaç günde görülebilmektedir. Halbuki dermisteki değişiklikler maruz kalmadan sonraki ikinci günde ortaya çıkmaktadır ve iki ay sonra dahi tespit edilebilmektedir.

Dental İşkence: Diş kırma, çekme, elektrik verme biçiminde olabilir. Kırılmış diş, dişetinde şişme, kanama, ağrı, gingivitis, stomatit, mandibuler fraktürler, dolguların düşmesi ile sonuçlanabilir.

Isı Travması: İşkence yapılan kişinin vücudunda sigaralar, kibritler veya ısıtılmış metal çubuklar ile ısıya bağlı yaralar meydana getirilebilir. İşkenceye maruz bırakılan kimseler, sıcak yağ, asit veya alkalide yakılmış olabilirler. Bazı olgularda kostik maddeler, penis yoluyla üretraya uygulanmıştır. Yanıklar sıktır ve gerçek bir ölüm nedeni olabilirler. Bunlar ya yakın zamanda geçirilmiş yada önceki işkencenin nedbeleşmiş delilleri olabilirler. Her çeşit yanığa maruz kalmış olabilir. Eritilmiş kauçuk damlatılması, deriye kızgın demir uygulanması, ekstremitelerin etrafına

bağlanmış ve kerozen emdirilmiş paçavraların tutuşturulması, deriye sigara bastırılması ile çeşitli yanıklar oluşturulabilir.

Haya Burma: Skrotal bölgenin ezilmesi, burulması, çekilmesi veya bu bölgeye direkt travma şeklindeki işkence yöntemi uygulanmış kişilerde genital muayenede skrotal bölgede hassasiyet, hiperemi, ödem ve ekimozlar görülebilir.

Cinsel İstismar: İşkence gören kadınlarda cinsel istismar erkeklere göre daha yaygındır. Ancak kuşkusuz yüz kızartıcı olarak kabul edilen olayları tartışmaya karşı doğal isteksizlik nedeniyle seyrek olarak bildirilebilir.

Psikolojik İstismar: Gözlerin bağlanması ve elbiselerin tamamen çıkarılması işkence gören kişi üzerinde ani ve korkutucu bir etki yapabilir. Sıcak ve soğuk ortamlarda tutma, tecrit etme, uykusuz bırakma sürekli şekilde parlak ışığa maruz bırakma ve uzun süre karanlıkta tutma psikolojik istismar çeşitleridir. İşkence yapılan diğer kimselerin çığlıkları dinlettirilebilir. Şahsın ailesine yöneltilen tehditler seyrettirilebilir. Kişiler anne babalarına, çocuklarına veya karı kocalarına yapılan işkencelerin seyretmeye zorlanabilirler.

İzolasyon: Bir kimsenin sosyal temasının kasdi olarak ortadan kaldırılması, düşünme faaliyetinde ve normal uyku ritminde bozukluklara yol açabilir. Duyguların kontrolü bozulur. Gerçekle fantazi arasındaki ilişki bozularak halüsinasyonlar, paranoid düşünceler ortaya çıkabilir. Anksiyete ve gece kabusları sıktır. Apati, kontrol kaybı hatta intihar teşebbüsleri olabilir. Sürekli olarak işkenceye maruz kalma riski ile birlikte tehdit atmosferi izolasyonun etkilerini artırır. Ayrıca kısıtlamalar, zorunlu olan ilaçlardan mahrum edilme, yetersiz yaşama alanı, kirli, bozuk ve tek tip gıda ile beslenme durumları da söz konusu olabilir.

İşkencede İlaçların Kullanılması: İlaçların genellikle enjeksiyon yoluyla olmak üzere zorla uygulanması bedensel işkenceye eşlik edebilir. En sık kullanılan ilaçlar arasında; klorpromazin, trifluoperazin, haloperidol, perphenazin, pentotal, sulfazin vb. yer almaktadır. Hangi ilaçların kullanılmış olduğu hakkında özel bir bilgi bulunmadığında laboratuvarında en azından barbitüratlar, benzodiazepinler, fenotiazinler açısından tarama yapılmalıdır.

İşkence görmüş veya insan hakları ihlaline uğramış olan kişilerin otopsilerinde ölüm nedeni aşikar olsa dahi ilaçlar ve zehirler açısından toksikolojik inceleme yapılmalıdır. Cesette enjeksiyon yerleri bulunup bulunmadığı belirtilmelidir.

Türk Ceza Kanunu'nda İşkence ve Eziyet ile İlgili Maddeler:

İşkence

MADDE 94. - (1) Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanması yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Suçun;

a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,

b) Avukata veya diğer kamu görevlisine karşı görevi dolayısıyla, işlenmesi hâlinde, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Fiilin cinsel yönden taciz şeklinde gerçekleşmesi hâlinde, on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) Bu suçun işlenişine iştirak eden diğer kişiler de kamu görevlisi gibi cezalandırılır.

(5) Bu suçun ihmalî davranışla işlenmesi hâlinde, verilecek cezada bu nedenle indirim yapılmaz.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence

MADDE 95. - (1) İşkence fiilleri, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
 - b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
 - c) Yüzünde sabit ize,
 - d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
 - e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,
- Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, yarı oranında artırılır.

(2) İşkence fiilleri, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
 - b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
 - c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
 - d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
 - e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,
- Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(3) İşkence fiillerinin vücutta kemik kırılmasına neden olması hâlinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(4) İşkence sonucunda ölüm meydana gelmişse, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur.

Eziyet

MADDE 96. - (1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;

- a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,
- b) Üstsoy veya altsoy, babalık veya analığa ya da eşe karşı, işlenmesi hâlinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

18. ADLİ PSİKİYATRİ

Bir hukuki işlem sırasında ya da suç işleme anında veya sonrasında kişilerin irade, şuur ve hareket serbestisi içinde olayları tüm yönleriyle değerlendirip sağlıklı sonuçlara varabilme yeteneklerinin bulunup bulunmadığının belirlenmesi, ceza ve hukuk davalarında büyük öneme sahiptir. Bu konular, Adli Tıp ve Psikiyatri bilgilerinin birlikte kullanıldığı Adli Psikiyatri'nin temel uğraş alanını oluşturur.

Adli Psikiyatri incelemelerinde öncelikle değerlendirilmesi ve öğrenilmesi gereken hususlar;

Kişinin:

1. Biyo-psiko-sosyal gelişimi,
2. Ruhsal sağlık ve durumu (olay sırasındaki ruhsal durumu, eylemi değerlendirme şekli, olay öncesi, sonrası tutum ve davranışları),
3. Tıbbi ve kriminal geçmişi,
4. Karıştığı olayın mahiyeti ve koşullarıdır.

Akıl ve ruh sağlığının değerlendirilmesi bir uzmanlık gerektirmekle birlikte, bazen olayın tanık bilirkişi olarak, bazen de zorunluluklar karşısında pratisyen hekim bu konularda bilirkişi olarak görevlendirilebilir. Bununla birlikte dikkatli ve eksiksiz bir psikiyatrik muayene yapan hekim kesin bir hükme varmak yerine bulgularını kayda geçirip uzman görüşü alınmasını istediğinde adli görevini yapmış ve adaletin sağlıklı işlemesine yardımcı olmuş olacaktır.

Psikiyatrik muayenede; bilinç, duygu, düşünce, motor fonksiyonlar, algı, bellek, zeka, konuşma, içgörü ve gerçeği değerlendirme gibi temel komponentler mutlaka değerlendirilmelidir.

Yapılacak psikiyatrik muayene mutlaka; kişinin olay öncesi, sırası ve sonrasındaki ruhsal durumu ve yapmış olduğu eylemler, olayı ne amaçla ve nasıl işlediği şeklindeki bilgilerle bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Olaya ait bilgiler olmadan bir karara varmak hatalı olacaktır.

Ceza Sorumluluğu: İşlenen bir suça karşı verilen ceza ile amaçlanan kişinin rehabilitasyonu ve potansiyel suçluların caydırılmasıdır. Ancak bu amaca ulaşılabilmesi için yani suç işleyen kişinin cezalandırılmasından toplumsal bir kazanç elde edilebilmesi için; şahıs:

- a.Yaş ve ruhsal-zihinsel-bedensel olgunluk bakımından belli bir düzeye ulaşmış olmalı,
- b.Yaptığı eylemin anlamını, doğuracağı sonuçları ve bunların toplum değer yargılarından farkını bilmelidir.
- c.Eylemi gerçekleştirdiği anda şuur-irade ve hareket serbestisine sahip olmalıdır.
- d.Kendisine uygulanacak ceza ve infazından olumlu dersler çıkarabilmelidir.

Bu şartların varlığı kişinin ceza sorumluluğunun tam olduğunu gösterir. Yasalarımıza göre ceza sorumluluğu; yaş küçüklüğü (biyo-psiko-sosyal gelişimin tamamlanmadığı dönem) ve akıl ve ruh sağlığı bozukluklarında kısmen ya da tamamen yok kabul edilmektedir.

Yaş küçüklüğü

TCK MADDE 31.

(1) Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

(2) Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmuş olup da onbeş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiili algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı hâlinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan oniki yıla; müebbet hapis

cezasını gerektirdiği takdirde yedi yıldan dokuz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte ikisi indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası altı yıldan fazla olamaz.

(3) Fiili işlediği sırada onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde ondört yıldan yirmi yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası sekiz yıldan fazla olamaz.

Madde Gereğesi: Kişinin, fiziksel gelişimine paralel olarak, toplumun değer yargılarını, bunların anlam ve içeriğini algılama yeteneği gelişmektedir. Yine bu gelişim sürecinde algılama yeteneğinin yanı sıra, ayrıca toplumdaki ölçü davranış kurallarının gerekleri doğrultusunda hareketlerini yönlendirebilme (irade) yeteneği de gelişmektedir.

Suç oluşturan fiili işlediği sırada henüz oniki yaşını bitirmemiş olan çocukların ceza sorumluluğu bulunmamaktadır. Fiili işlediği sırada henüz oniki yaşını bitirmemiş olması, çocuk açısından kusurluluğu mutlak surette ortadan kaldıran bir neden olarak kabul edilmiştir.

İzlenen suç ve ceza politikasının gereği olarak, bu gruba giren yaş küçüklerinin ceza sorumluluğunun olmadığı normatif olarak kabul edilmiştir. Çünkü, bu çocuklar hakkında ceza yaptırımının uygulanması, cezanın özel önleme ve yeniden topluma kazandırma işlevi bakımından tamamen ters etki gösterecektir. Hatta, bu çocuklarla ilgili olarak ceza kovuşturmasına ilişkin işlemlerin yapılması, psikolojik gelişimleri üzerinde olumsuz etkiler meydana getirebilmektedir. Bu nedenle, suç yoluna sürüklenmiş olan bu çocuklarla ilgili olarak, sadece koruyucu ve eğitici nitelikte olan güvenlik tedbirlerine başvurulabilir.

Çocukluktan gençliğe geçiş sürecinde bulunan oniki yaşını doldurmuş ve fakat henüz onbeş yaşını tamamlamamış kişiler, genellikle işlediği fiilin bir haksızlık oluşturduğunun bilincinde olmakla beraber, bazı durumlarda fiili işlemekten kendini alıkoyamamakta ve bazı davranışlar açısından iradesine yeterince hâkim olamamaktadır. Bu nedenle, suç oluşturan bir fiili işlediği sırada oniki yaşını bitirmiş olup da henüz onbeş yaşını bitirmemiş olan kişilerin, işlediği suç açısından davranışlarını yönlendirebilme yeteneğine sahip olduğunun belirlenmesi hâlinde, ceza sorumluluğunun olduğu kabul edilmiştir.

Bu grup yaş küçüklerinin ceza sorumluluğunun olup olmadığı, çocuk hâkimi tarafından tespit edilir. Ancak, bu belirlemeden önce, yaş küçüğünün içinde bulunduğu aile koşulları, sosyal ve ekonomik koşullar ile psikolojik ve eğitim durumu hakkında uzman kişilerce rapor hazırlanması istenir. Çocuk hâkimi, hazırlanan bu raporları, ceza sorumluluğunun belirlenmesiyle ilgili olarak yapacağı değerlendirmede dikkate alır.

Kusur yeteneği bulunmayan yaş küçüğü hakkında ceza tertibine yer olmadığına karar verilir. Ancak, bu kişiler hakkında koruyucu, eğitici ve yeniden topluma kazandırıcı nitelikte güvenlik tedbirlerine hükmedilir.

Çocuk hâkimi, işlediği suç açısından ceza sorumluluğunun olduğunu kabul ettiği yaş küçüğü hakkında ise kural olarak indirilmiş cezaya hükmedecektir.

Fiili işlediği sırada onbeş yaşını doldurmuş ve fakat henüz onsekiz yaşını tamamlamamış gençler, normal koşullarda, gerçekleştirdikleri davranışların hukukî anlam ve sonuçlarını kavrama yeteneğine sahip olmakla birlikte; bu kişilerin, davranışlarını yönlendirme yetenekleri yeterince gelişmemiş olabilmektedir. Bu nedenle, suç yoluna girmiş olan gençlerin, işledikleri suçlar bağlamında irade yeteneğinin zayıf olduğu normatif olarak kabul edilmiştir. Azalmış kusur yeteneğine sahip bulunan gençler hakkında kural olarak indirilmiş cezaya hükmedilir.

Sağır ve dilsizlik

TCK. MADDE 33.

Bu Kanunun, fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocuklara ilişkin hükümleri, onbeş yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; oniki yaşını doldurmuş olup da onbeş yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, onsekiz yaşını doldurmuş olup da yirmibir yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında da uygulanır.

Madde Gerekçesi: İşitme yeteneğine doğuştan sahip olmayan veya küçük yaşta bu yeteneği tamamen yitiren insanın algılama yeteneği yeterince gelişmez.

Sağır ve dilsizin ceza sorumluluğunun belirlenmesinde, suç oluşturan fiili işlediği sıradaki yaşı, ölçü alınmıştır. Böylece, sağır ve dilsizlerle ilgili olarak, yaş küçüklerinin sorumluluk rejimine paralel bir düzenleme yapılmıştır. Ancak, sağır ve dilsizlerin algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneği daha geç gelişebileceği düşüncesiyle, ayrı bir yaş grubu sınıflandırması yapılmıştır.

Fiili işlediği sırada yirmibir yaşını doldurmuş olan sağır ve dilsizler açısından yaşı ceza sorumluluğu üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı kabul edilmiştir. Ancak, bu kişilerin işledikleri fiil açısından algılama veya irade yeteneğinin olup olmadığı yönünde ortaya çıkabilecek sorunla ilgili olarak, akıl hastalarına ilişkin sorumluluk rejiminin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Akıl Hastalığı ve Zayıflıklarında Ceza Sorumluluğu

Yasalarımız; kişinin suç işlediği sırada herhangi bir akıl hastalığı ya da akıl zayıflığı bulunması durumunda hastalığın şuur ve hareket serbestisine etkisi oranında ceza sorumluluğunu azaltmakta veya ortadan kaldırmaktadır.

Akıl Hastalığı

TCK. MADDE 32.

(1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hâllerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

Madde Gerekçesi: Kusur yeteneğini etkileyen bir neden olan akıl hastalığının varlığı durumunda, kişi işlemiş bulunduğu fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamamakta veya işlediği fiille ilgili olarak irade yeteneği önemli ölçüde etkilenmektedir. Kişi bu durumda kusurlu olamayacağından, hakkında cezaya hükmedilemeyecektir. Ancak, fiili hukuka aykırı niteliğe sahip olduğundan, kişi hakkında akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerine başvurulacaktır.

Ayrıca işaret etmek gerekir ki, akıl hastalığı kişinin işlediği her fiil açısından algılama veya irade yeteneği üzerinde etkili olmayabilir. Örneğin, kleptomani akıl hastası olan kişinin hafif değerdeki şeylere yönelik olarak işlediği hırsızlık suçu açısından irade yeteneğinin olmadığı

söylenebilir. Ancak, bu kişinin kasten adam öldürme suçunu işlemesi durumunda, malûl olduğu akıl hastalığı bu fiille ilgili olarak algılama ya da irade yeteneğini etkilemez.

Kişinin akıl hastası olup olmadığının tespiti ile hastalığının algılama ve irade yeteneği üzerinde ne gibi etkilerinin olabileceğini, davranışlarını ne surette etkilediğini genel olarak belirleme, tıbbî bir konudur. Uzman bilirkişi bu hususu ortaya koyduktan sonra, akıl hastası olan kişinin somut olay açısından algılama veya irade yeteneğinin olup olmadığını, akıl hastalığının somut olay açısından kişinin bu yeteneklerini ne ölçüde etkilediğini normatif olarak belirleme görevi, hâkime aittir.

Psikotik bozukluklar, şizofreni, paranoid bozukluklar, affektif bozukluklar, organik beyin sendromu, demans, ileri derecede zeka gerilikleri, ceza sorumluluğunun kalkmasına yol açan psikiyatrik tablolarıdır. Suç işlediği sırada bu hastalıklara sahip olan daha doğrusu bu hastalıkların suçu işlemesinde etken olan şahısların ceza sorumluluğu yoktur. Toplum güvenliği açısından bir akıl hastalıkları hastanesinde muhafaza ve tedavi altına alınırlar. Bireyin toplum ve kendisi için tehlike oluşturmaksızın kendi başına yaşayabilecek duruma gelebilmesi, sosyal uyumun gerçekleşmesi, sosyal şifa olarak değerlendirilir. Koruma ve tedavi altındaki kişi sağlık kurumunca şifa bulduğuna dair verilecek rapor üzerine serbest bırakılır. Raporda kişinin kontrolünün gerekip gerekmediği ve süreleri belirtilir.

Psikozların daha hafif dereceleri, ağır nörotik bozukluklar, ağır kişilik bozuklukları, alkolizm ve ileri derecede fobiler, ağır stress reaksiyonları, embesilitenin üzerindeki zeka geriliklerinde şahısların ceza sorumluluklarının tam olmadığı kabul edilir. Sorumluluğun ileri derecede yetersiz olması şeklinde yapılan bu nitelemeye göre cezası indirilir. İnfazdan sonra muhafaza ve tedavi altına alınmazlar.

Şuur ve hareket serbestisini (bilinç ve eylem özgürlüğü) ortadan kaldıran ancak akıl hastalığı ve akıl zayıflığı olarak adlandırılmayan psikiyatri dışı çeşitli tıbbi tablolarda, epilepsi krizi, üremi veya diyabet koması, hipertermi, entoksikasyonlar nedeniyle oluşan bilinç bozukluklarında kişilerin cezai sorumlulukları ortadan kalkar veya azalır.

Geçici nedenler, alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma TCK. MADDE 34.

(1) Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.

(2) İradî olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz.

Madde gerekçesi: Kişi, gerçekleştirdiği davranışın hukukî anlam ve sonuçlarını algılama veya davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyen bir nedenin etkisine bilinci olmaksızın veya iradesi dışında girmiş olabilir. Örneğin, kimyasal madde üretiminin yapıldığı bir tesiste çalışan kişiler, kimyasal maddelerden yayılan kokunun etkisinde kalarak, geçici bir süre algılama ve irade yeteneğini tümüyle yitirmiş olabilir. Bu gibi durumda, kusur yeteneğinin olduğundan söz edilemez.

Yine yatağında bebeğini emzirdiği sırada uykuya dalan anne, uykudayken bebeğin havasızlıktan dolayı ölümüne neden olabilir. Bu durumda ölüm olayının gerçekleştiği anda anneye izafe edilecek bir fiil bulunmamaktadır. Yani, uyku hâlinde iken kişi hareket yeteneğini yitirmektedir. Ancak, annenin bu ölüm neticesinden dolayı sorumluluğunu belirlerken, uyku hâlindeki davranışlarını değil, uykuya geçmeden önceki dönemde gerçekleştirdiği davranışları göz önünde bulundurmak gerekir. Anne, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı olarak, emzirmek üzere bebeğini yatağına almış ve bu esnada uyuya kalmıştır. Aynı şekilde, hipnotik telkin altına girmiş olan kişinin de bu hâldeyken hareket yeteneğinin varlığından söz edilemez.

Kişi, alkol veya uyuşturucu madde almak kastıyla hareket etmemesine rağmen, yanılarak bu maddeleri almış olabileceği gibi, alkol veya uyuşturucu madde almaya zorlanmış da olabilir. Gerek bilmeyerek gerek zorla alınan alkol veya uyuşturucu maddenin etkisindeyken işlenen suç açısından kişinin kusur yeteneği bulunmamaktadır. Ancak, belirtmek gerekir ki, geçici bir neden olarak istemeyerek alkol veya uyuşturucu madde alınması dolayısıyla failin taksirinin dahi olmaması gerekir.

Kişinin algılama yeteneğini etkileyen sistemik hastalıkları da geçici neden olarak kabul etmek gerekir. Örneğin diyabet, gebelik sonrası ortaya çıkan psikozlar ve üremi gibi hastalıklar, kişinin algılama yeteneğini ortadan kaldıracılabilmektedir.

Kişi, önceden kararlaştırdığı suçu işlemeye başlamadan önce, isteyerek alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde alabilir. Keza, kişi herhangi bir suç işlemeyi kastetmediği hâlde, isteyerek alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde almış ve bu maddelerin etkisinde iken bir suç işlemiş olabilir. Bu durumlarda, işlediği suç açısından kişinin kusur yeteneğinin var olduğu kabul edilir.

Kişinin istemli olarak alkol veya uyuşturucu alması ceza sorumluluğunu hiçbir şekilde etkilemez. Bu maddelerin alınmasında şahsın hiçbir etkisi yoksa arızı sebep kabul edilebilir. Alkol ve madde bağımlısı olanların alkol ve madde etkisiyle şuur ve hareket serbestileri bozulmuşsa ceza sorumluluğu azalmış veya ortadan kalkmış olabilir.

Her ne kadar ceza sorumluluğunun saptanması uzmanlık gerektirse de, remisyona alevlenmelerle seyreden hastalıklarda ve bazen de olay sonrası ilk bulguların değerlendirilmesinde pratisyen hekimce yapılacak psikiyatrik muayene bulguları çok kıymetlidir.

Medeni Hukukla İlgili Adli Psikiyatrik Kavramlar

TMK'na göre bir çocuk sağ doğmak kaydıyla, anne karnına düştüğü andan itibaren medeni haklardan yararlanır.

Medeni haklardan yararlanma, pasif ve statik bir hak olup herkes eşit olarak bundan yararlanır (miras hakkı gibi). Medeni hakları kullanma hakkı ise aktif bir hak olup bu hakkın kullanılması özel yasa ve koşullara bağlıdır. TMK'na göre akli başında ve reşit olan herkes medeni haklarını kullanmaya yetkilidir (medeni hakları kullanmaya örnek olarak 'evlenme, alım satım işleri, vasiyet düzenleme, bağış yapma, taahhüde girme' gösterilebilir. Akli başında olmayanlar, küçükler ve başkasının idaresinde bulunanlar medeni haklarını kullanmaktan yoksundur. Bu durumda, kişilerin medeni haklarını kullanma sorumlulukları mahkemelerce ellerinden alınarak bir kişiye bırakılır (vesayet). Medeni haklarını kullanmalarını engelleyen ancak bu hakkın kaldırılmasını gerektirmeyen çeşitli durumlarda kişinin talebi üzerine, işlerin görülmesi için mahkemece bir kişi görevlendirilebilir (kayyum).

TMK'na göre 18 yaşını bitirenler reşit kabul edilir. 18 yaşının bitiminden önce ise çocuklar anne, baba, yakın akraba ya da yakın birisinin idaresinde olmalıdır (velayet). Bazı özel durumlarda ise (evlenme gibi) kişi 18 yaşından önce de reşit sayılabilir (erken rüşt). Sonradan boşansa bile evlenme kişiyi reşit kılar. Ayrıca; 15 yaşını bitiren küçüğün kendi isteği, veli ya da vasisinin onayı ile mahkeme tarafından bir işi yapmaya yetkili sayılabilir (kazai rüşt). 18 yaşının bitiminde çocuk üzerinde velisinin ya da vasisinin denetimi kaldırılır.

Medeni haklardan yararlanma ve kullanma ehliyeti ölüm ile otomatik olarak ortadan kalkar.

Hukuki Sorumluluk (Ehliyet): Bireyin bilinç ve eylem özgürlüğü içinde olayları kavrayıp onlardan sağlıklı sonuçlara varabilme ve bilinçli, özgür seçimine dayalı, çıkarları doğrultusunda tek başına karar alıp, kararlarını özgür iradesi ile eyleme dönüştürebilme yeteneği, hukuki sorumluluk olarak adlandırılmaktadır.

Hukuki sorumluluk, kişilerin belli bir tarihte herhangi bir toplumsal sözleşmeyi gerçekleştirebilecek sorumluluklarının/ehliyetlerinin varlığının değerlendirilmesine dayanır. Herhangi bir akıl hastalığı, akıl zayıflığı içinde olmayan erişkin kişilerin hukuki sorumluluklarının tam olduğu kabul edilir. Adli psikiyatrik yönden ceza sorumluluğunda olduğu gibi hukuki

sorumluluğun ortadan kalktığı veya azaldığı durumlar benzerlik gösterir. Hukuki sorumluluğun bulunmadığı durumlarda vesayet, azaldığı durumlarda ise müşaveret'ten söz edilir. Bu durum tıbbi bir raporla saptanmalı ve kişinin hukuki sorumluluğunu ne ölçüde etkilediği belirtilmelidir.

Vesayet (Hacir): Medeni haklarını kullanma ehliyetinin mahkeme tarafından kişinin elinden alınmasıdır. Vesayet kararının verildiği durumlar:

- * Velayet altında bulunmayan küçükler (TMK 404)
- * Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı bulunanlar (TMK 405)
- * Savurganlık, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşam tarzı, kötü yönetim (TMK 406)
- * 1 yıl veya daha fazla hürriyeti bağlayıcı ceza alan kişiler (TMK 407).
- * Yaşlılığı, sakatlığı, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat edenlere istek üzerine (TMK 408) vesayet kararı verilir. Bu kişilerin yapmış olduğu toplumsal sözleşmeler geçersizdir.

Müşaveret (Müşavirlik): Bir kimsenin medeni haklarını kullanma ehliyetinin kısmen elinden alınmasıdır. Hacir altına alınmasına yeterli sebepler bulunmamakla birlikte, medeni haklarını kullanma ehliyetinden kısmen yoksun edilmesi yararına olacağı anlaşılan bir ergin kişiye kendi düşüncesi de sorulmak suretiyle bir müşavir atanır. Bu kişiler mallarının gelirini istedikleri gibi tasarruf ederler, ancak mallarını idare ve satışını yapamazlar.

Daha önce saptanan akıl hastalığı ve zayıflığından dolayı hakkında vesayet veya müşaveret kararı verilen kişilerde hastalığın şifa ile sonlandığı tıbbi bir raporla saptanırsa bu kişiler mahkeme kararı ile yeniden hukuki sorumluluklarını kazanırlar.

Evlenme ve Boşanma: Evlenme medeni haklardan biri olup yalnızca akli başında olan kişiler evlenebilir. Akıl hastaları evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporu ile anlaşılmadıkça evlenemezler(TMK 133).

Erkek veya kadın 17 yaşını doldurmadan evlenemez.Ancak hakim, olağanüstü durumlarda 16 yaşını bitiren erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Bu durumda hakim, bilirkişi sıfatıyla hekime başvurarak gençlerin evlilik birliğini yürütecek cinsel gelişime ulaşmış olduğunu sorabilir.

Evlenme özgür iradesiyle iki insanın yapmış olduğu toplumsal bir sözleşme olduğundan evlilik sırasında karı veya kocadan birinin akıl hastası olduğu ve mümeyyiz olmadığı akitten sonra anlaşılırsa evlenme hükümsüz sayılır (TMK 145).

Eşlerden biri akıl hastası olup da bu yüzden ortak hayat diğer eş için çekilmez hale gelirse hastalığın geçmesine olanak bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporu ile tespit edilmek koşuluyla bu eş boşanma davası açabilir (TMK 165).

19. ADLİ TOKSİKOLOJİ

A.Zehir Ve Zehirlenmelere Ait Genel Bilgiler

Zehirlenme, herhangi bir kimyasal ajan tarafından oluşturulan doku harabiyeti şeklinde tanımlanabilir. Bu tanıma göre belirli miktarda verilen her madde zehir olabilir. Pek çok tedavi edici madde (ilaç) önerilen doz aşımında ciddi zararlı etkiler gösterebilir. Çok küçük miktarları dahi zararlı olan bazı kimyasalları zehir olarak tanımlamak mümkündür. 5 mg veya 5 ml'den daha azı toksik olan maddelere ağır zehir denir.

Adli Toksikoloji çok geniş ve uzmanlık gerektiren bir konudur. Ancak, I.Basamak sağlık birimlerinin büyük çoğunluğu zehirlenme tanı ve tedavisiyle karşı karşıyadır. Genel hastane başvurularının yaklaşık % 5 ila 10 u zehirlenme olgusudur. Bunların pek azı ölümcül olsa da, zehirlenme tanısı ve adli tıp açısından değerlendirilmesinde genel prensiplerin bilinmesi gerekir. Ayrıca alkol ve madde kullanımının yaygınlaşması ve özellikle adli olaylarda kimi zaman sebep kimi zaman eşlik eden unsur olması I. Basamak sağlık birimlerinde görevli hekimlerce daha iyi bilinmesini gerekli kılmaktadır.

Zehirlerin Sınıflaması

Orijinine göre: Organik; Bitkisel, hayvansal ve organik sentetik maddeler, İnorganik; Metaller, metalloidler, doğal ve sentetik kimyasallar.

Fiziksel özelliğine göre: Katı, sıvı ve gaz halindeki zehirler,

Etkilerine göre: Lokal; Yakıcı, aşındırıcı, iritan toksik maddeler. Lokal ve sistemik etkililer; Civa, fenol, oksalik asit, kantaridin. İç organlara geçtikten sonra organ ve sistem tutulumu gösteren. (organotrop).

Kullanıldığı yere göre: Terapötik, Endüstriyel, Tarım ve koruma ilaçları, Besin katkıları (prezervatif), Dezenfektanlar, deterjanlar, cilalar.

Adli Tıp Açısından Zehirlenmelerde Saptanması Gerekenler

- 1.Zehirlenme kaza, intihar, cinayet midir?
- 2.Zehirin cinsi ve miktarı,
- 3.Alerji-idiosenkrazi olup olmadığı,
- 4.Entoksikasyon tanı ve tedavisinde hata-ihmal var mıdır?
- 5.Entoksikan yasa dışı mıdır?

Zehirlenmeler sıklıkla kazaidir, fakat önemli bir kısım intihar maksatlıdır. Zehirlenme yoluyla cinayet, gelişmiş ülkelerde saptanmasının kolaylığı sebebiyle oldukça azalmıştır; ancak gelişmekte olan ülkelerde toplumun duyarsızlığı ve tanı yöntemlerine ulaşılamaması sebebiyle halen oldukça sıktır.

Kazai zehirlenmeler çocukların ilaçları şeker zannederek yemesinden, Hindistan'da Bhopal, İtalya'da dioxin gazı sızması ya da İspanya'da kontamine yemeklik yağ, Kuzey Irak'ta HCB'li tohumluk buğday yenilmesi gibi endüstriyel felaketlere kadar değişebilir. Tarım koruma ilaçları (Paraquat, DDT, Organofasfatlı insektisitler) pek çok kazai zehirlenme ve ölüme yol açar. Toksikoloji tarihi, zehirli tohumluk buğdayların yenilmesi, meşrubat şişelerine konmuş petrol türevi, ethylene glycol'ün içilmesi veya kömür sobası-mangal-şofbenden sızan karbonmonoksit'in solunmasıyla tüm ailenin ölümü gibi trajedilerle doludur. İş ortamındaki entoksikasyonlar, zehirli hayvan ısırıkları da bu kategoride incelenebilir.

İntihar amaçlı zehirlenmeler gelişmiş ülkelerde en kolay ve en sık kullanılan kendine zarar verme yöntemidir. Ülkemizde barbitüratlar, aspirin ve kardiyotoksik ilaçlar şehirlerde, tarım koruma ilaçları ise kırsal kesimde revaç görmektedir. Bunun nedeni sağlama kolaylığıdır. Koroziv maddelerin intihar amaçlı alınımı daha az ağrı veren ürünlerin bulunabilmesi sebebiyle son 30 yıldır büyük düşüş göstermiştir. Fakat hala kuvvetli asidler, alkaliler ve fenollerin alındığı vakalar vardır.

Cina-i zehirlenmeler geçen yüzyıla göre oldukça azalmıştır. Ancak özellikle kırsal kesimde bitkisel ve inorganik zehirler hala insanlar ve hayvanlar üzerinde kullanılmaktadır.

Zehir olarak kullanılan geleneksel ürünler arsenik ve antimon gibi ağır metaller ve striknin siyanid gibi ürünlerdir. Bunların modern laboratuvar imkanlarıyla kolayca tespit edilebilmesi nedeniyle cinayet amaçlı kullanımı azalsa da hala bazı örnekleri görülmektedir.

Toksik Ve Fatal Doz

Genelde, halk arasında, hukukçularda ve bazı doktorlarda her ilaç veya zehirin belirli bir dozunun semptom ve fizik bulgu oluşturduğu ve daha yüksek dozların ölüme sebebiyet verdiği zannedilmektedir. Olay bu kadar basit değildir, verilen maddeye karşı her insanın farklı duyarlılığı veya rezistansı vardır; hatta bu duyarlılık ve rezistans aynı kişide farklı zamanlarda farklı farklı olabilir.

Örneğin 100 aspirin tb. alan bir şahısta belirgin bir etki olmayabilirken bir başkası kişisel idiosenkrazi veya hypersensitiviteye bağlı olarak 2 tb. ile ölebilir. Tersine eroin gibi bağımlılık yapıcı ilaçlar bazılarında ilk enjeksiyonda ölüme yol açabilir.

Bireysel farklılıklar yüzünden minimum lethal dozdan söz etmek mümkün değildir. Organizmada alınan miktarı saptarken venöz ve arteriyel örneklerde farklı sonuçlar olabileceği, postmortem örneğin kan veya doku oluşu önemli farklılıklara ve ölümü entoksikasyona bağlamada hatalara yol açabilir. Belirli toksikanlar dışında bilinen kan konsantrasyonu ne zaman ve miktarda alındığını hesaplamak pek mümkün değildir.

Bunu hesaplayabilmek için:

- 1.İlacın alımından ölüme kadar geçen süre,
- 2.İlacın absorpsiyon hızı,
- 3.Detoksifikasyon hızı,
- 4.Detoksifikasyon hızının konsantrasyon düştükçe sabit kalıp kalmadığı,
- 5.İlacın GIS'ten tamamen emilip emilmediği,
- 6.İlacın tüm vücut dokularında diffüz dağılıp dağılmadığı veya lipoid aqöz dokularda toplanıp toplanmadığının bilinmesi gereklidir.

Bu değişiklikler göz önünde tutularak; total dozun ne olduğu, kazai ve bariz bir overdoz olup olmadığı hakkında kanaate ulaşılabilir. Ancak bu kanaate ulaşılabilmesi için mutlaka doğru zamanda doğru örneklerin usulüne uygun olara alınması gerekir.

Zehirlenme Olgularında Hekimin Saptaması Gerekenler

- Zehirlenme nasıl olmuştur, nasıl haber alınmıştır, hangi yolla alınmıştır?
- Zehirlenme belirtileri nasıl başlamıştır, belirtilerin artması azalması,
- Ortamda şüpheli besin, ilaç, içki olup varsa örneklenmesi,
- Adalet ve güvenlik makamlarına bildirim,
- Ölüm halinde, otopsi ve postmortem incelemeler yapmak,
- Rapor tanzimi.

İlk Anda Zehirlenme Şüphesi Olan Durumlar

- Ani kusma ve diare,
- Özellikle çocuklarda açıklanamayan koma,
- Depressiv hastalığı olan erişkinde koma,
- Ani gelişen periferik nöropati, düşük ayak,
- Mesleki maruziyet olanlarda ani gelişen gastrointestinal ve nörolojik hastalıklar.

Sık Görülen Zehirlenmeler

Tıbbi Zehirler:

Yeterli dozda ve sürede alındığında zehir etkisi yapacak binlerce farmasötik madde vardır. Toksik ve ölümcül durumlar büyük oranda kaza veya intihar kaynaklıdır, cinayet nadirdir.

Nonsteroid antienflamatuar analjezikler, antideprasan ve sedatifler, barbituratlar, antihipertansif ve kardiyak ilaçlar zehirlenmelerde ensık karşılaşılan gruptur. Pek çok tıbbi madde zehirlenmesinde veya bulara bağılı ölümlerde genellikle klinik ve otopsi bulguları yardımcı olamaz. Bu maddeler nadiren koroziv ya da iritatifirler ve hiçbir lokal bulgu saptanamayabilir. Tanı; öykü ve koşulların değerlendirilmesi, vücut sıvıları ve dokuların analiz bulgularıyla konabilir.

İnsülin:

Cinayet ve intihar amacıyla özellikle sağık çalışanları arasında yaygın kullanımı vardır. Dozaşımı biçiminde kazai durumlarda da ölüm gözlenebilir.

Şüphelenilmediğı taktirde halen etkili bir öldürme yöntemidir. Ölüm doğıal sebeplere benzer. İnsülin potent hypoglisemi, beyin harabiyeti ve ölüme yol açar. Massiv dozlarda 1-2 saatte ölüm ortaya çıkar. Veriliş yeri tespit edilip infikse olarak RIA incelemesine gönderilirse tanı konabilir.

Modern yöntemlerle Zn gibi adjuanları, insülinin human, bovin, porcin kaynaklı olup olmadığı tespit edilebilir.

Aşındırıcı (Korozif) Maddelerle Oluşan Zehirlenmeler:

Asitler (Sülfürik, Nitrik, Hidroklorik, Okzalik Asit vb.); Alkaliler (Sodyum Hidroksit, Potasyum Hidroksit vb.); güçlü deterjanlar, çamaşır suyu (Sodyum Hipoklorid) gibi maddelerin ağızdan alımı şiddetli acı hissine, yutma ve solunum güçlüğüne, şoka yol açabilir. Hızlı ve zayıf nabız, hipotansiyon ve ölüm oluşabilir. Otopside, aşındırıcı maddenin temas ettiğı ağız çevresi, boyun, özefagus gibi yerlerde renk değışikliği, haşlanmış görünüm, yüzey bozukluğu, kanamalar görülebilir.

Arsenik Zehirlenmesi:

Bir ağır metal olan arseniğın oluşturduğu tuzlar toksiktir. Etkilerini hücrelerin mitokondriyal enzimlerini bozarak gösterir. Bu etkiye damar endoteli hücreleri çok hassastır, geçirgenlik artışı ve kanamalar oluşur. Otopside midede kırmızı kadife görünümü saptanır. 200-300 mg kadar arsenik alımı akut arsenik zehirlenmesi oluşturmak için yeterlidir. Ağızda yanma hissini izleyen kısa bir şiddetli gastroenterit, kanlı-sulu ishal, bulantı, kusma görülür. Kronik arsenik zehirlenmesinde, iştahsızlık, hafif bulantı, saç dökülmesi, el ve ayak tabanlarında hiperkeratoz, tırnakların kırılğanlaşması, kaşıntılar, ağırlı şişlikler görülebilir. Arsenik, alımı izleyen ilk saatlerden itibaren saç ve tırnakların keratin lamelleri arasında birikir. Arsenik zehirlenmesinden kuşulanılan ölüm olgularında kökleri ile birlikte alınmış bir tutam saç ve birkaç tırnak incelenmeye gönderilmelidir.

Siyanür Zehirlenmesi:

150-300 mg. Alımı 15-20 dakika içinde ölüme yol açar. Etkisini dokularda oksijenasyon işlemini sağılayan sitokrom oksidaz enzimini inhibe ederek gösterir. Otopside acıbadem kokusu alınır. Cilt tuğıla renginde olabilir. Mide ve barsaklarda kanamalar görülebilir.

Organik Fosfor Zehirlenmesi:

Organik fosfor; Paration, Malation, Demetan gibi tarım ilaçlarının bileşiminde bulunur. Etkisini Asetil Kolin Esteraz enzimini inhibe ederek gösterir. Otopside sarımsak kokusu alınır.

İlaç Bağımlılığı Ve Kötüye Kullanımı

Madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı dünya çapında bir problemdir. Adli Tıp açısından, hekim belli başlı madde bağımlılığı yapan ajanların etkilerini, canlıda ya da cesette fizik muayene ile madde bağımlısını tespit edebilmeyi öğrenmelidir.

Madde enjeksiyon (IV, SC, nadiren I.M.), burada çekilmek suretiyle, rektum veya vajina yoluyla, inhalasyon yoluyla, smoking veya oral yolla alınabilir. Bu farklı yollar farklı fizik lezyonlar oluşturur. Genelde, çoğu madde bağımlısı normal görünür, toplumda beklenildiği gibi septik koşullarda yaşayan, zayıf, pis insanlar bu grubun küçük bir kısmını oluşturur.

Bazı anormallikler gösterenlerdeki etkiler ilaçların direkt etkilerinden ziyade ortaya çıkan komplikasyonlara bağlıdır. Genel sağlıksız görünüm, belirgin kilo kaybı, iştahsızlık, maddi kayıplar (madde sağlayabilmek için). Sonuçta avitaminozlar, infeksiyonlar, (spesifik infeksiyonlar değil direkt olarak madde kullanımına bağlıdır).

Tolerans, Bağımlılık ve Semptomlar:

Eroin, kokain, methadon ve barbituratlar gibi yaygın bağımlılık yapan maddelere tolerans gelişir ve aynı etkiyi sağlamak için sürekli dozu arttırmak gerekir. Bu da toksik yan etkilerin artması, ilaç alım süresinin kısalması ve harcanan paranın artması, ekonomik durumun bozulması demektir.

Bağımlılık, kişinin alışkanlıktan kurtulamaması, toleransla birlikte kısın döngünün beter olmasıdır. Bazı maddelere karşı bağımlılık çok çabuk gelişir. Kokain için 1-2 haftada gelişir, yeni formu "crack" ta daha da çabuk gelişir. İnjektion yoluyla alınan potent ilaçlar tek dozda bile bağımlılık oluşturur.

İlaçlar bırakıldığında, tedavi amaçlı ya da madde alınamadığında ciddi semptomlar ortaya çıkar. Kısmen psikolojiktir ve placebolar semptomları rahatlatabilir. Korku ve anksiyete, kas seyrilmeleri, esneme, terleme, göz yaşarması, tremorlar, kaz derisi görünümü, kramplar, diare ve inkontinans ortaya çıkar. Yorgunluk, uykusuzluk, kötü rüyalar, taşıkardi, hipertansiyon ve hypotansiyon oluşabilir.

Madde Bağımlılığı Tehlikeleri:

İnjektion Komplikasyonları: Kollarda periferel venlerde harabiyet, (bazen, el, bacak, abdomen, boyun). Bazı venlerde tromboz ve flebit (özellikle madde irritatif ve unsteril ise). Venler deriden koyu renkte görülür, sert ve kordon gibidir. Tromboz ve fibroza bağlı olarak ülsere bile olabilir. İyileşmiş ise beyaz veya gümüş rengi skarlar oluşur. deride abseler, yağ atrofileri kol içlerini harab eder. Yağ mekrozu ve derin infeksiyon sonucu kronik myozit diğer komplikasyonlardır.

Katı Maddeler: Bunlar unsteril koşullarda kaşıkta eritmek suretiyle hazırlanır, fragmanlar akciğer ve karaciğerde mikroabseler, granulomlar hatta abseler oluşturabilir.

Paylaşılmış Şiringalar: Bağımlı gruplarında paylaşılmış şiringa ve iğnelerin kullanımı Hepatit B ve HIV, hatta malarya geçirir fakat en sık pyojenik bakteriler geçer. Septisemi ve sonuçta hedef organ komplikasyonları (infektif endokardit) ortaya çıkabilir.

Diğer komplikasyonlar pulmoner tbc.ve pnömoni (azalmış direnç ve kötü beslenmeye bağlı) gelişir. Bağımlılar trafik kazaları, yüksekten düşme ve yangın gibi dikkat bozuklukları sonucu ortaya çıkan durumlarla daha sık karşılaşırlar. *Yetersiz beslenme, tüberküloz başta olmak üzere pnömoni ve diğer ağır enfeksiyonlara zemin yaratır.

- Bağımlı kişiler, madde alacak para bulmak için soygun, hırsızlık, zimmete para geçirme, fahişelik vb. yasadışı işlere girebilirler. Her türlü kazaya ve yangına maruz kalma riskleri fazladır.
- Maddelerin kombine edilerek kullanımı, saf olmayan maddelerdeki katkı bileşimleri, etki arttırmak için katılan striknin bazen ani ölümlere yol açar.

Morfin, Eroin ve diğer Opioidler: Afyon (Opium) bitkisinin reçinesinden (afyon sakızı) elde edilirler. Temel madde morfindir. Eroin (diasetil morfin), kodein, petidin, pentazosin, difenoksilat gibi maddeler morfin türevleridir. Bu maddeler, kullanıcılar tarafından "yoğun" etkileri

nedeniyle aranılır. Etkileri, alkolde olduğu gibi merkezi sinir sistemine depresyon-inhibisyon şeklindedir. Etkilerine karşı tolerans çabuk gelişir.

Henüz tam anlaşılamayan bir mekanizma ile, kronik kullanıcılarda bile alımdan hemen sonra ani gelişen ventriküler fibrilasyon ve pulmoner ödem sonucu ölüme yol açabilmektedirler. Bu tür ölümlerde kişi çoğu kez enjektör damarında olduğu halde bulunur.

Morfin ve türevleri ile zehirlenmede, cildin ılık ve nemli olduğu, tansiyonun düştüğü, solunumun yüzeyselleştiği, pupillaların toplu iğne başı büyüklüğünde olduğu görülür. Alınan doz çok yüksekse, ölüm, solunum merkezi depresyonu sonucu olur.

Bir opioid olmasına karşın, Petidin eksitasyona yol açar. Toksikasyonu halinde atropin etkisine benzer ağız kuruluğu, taşikardi, pupilla dilatasyonu oluşur.

Esrar: Hintkeneviri (Cannabis Sativa) bitkisinin öğütülmesiyle elde edilir. Dünya genelinde yaygın olarak kullanılır. En yaygın kullanım yöntemi sigara içine konup dumanının inhale edilmesidir. Yoksunluk sendromuna ve doğrudan ölüme yol açmaz. Zayıf bir bağımlılık oluşturur. Uzun süre esrar kullananlarda çeşitli psikiyatrik sorunlar görülür.

Kokain: Koka bitkisinin yapraklarından elde edilir. Sıklıkla diğer bağımlılık yapan maddelerle birlikte kullanılır. Tolerans ve bağımlılık kolay gelişirse de yoksunluk sendromu yaratmaz. Kronik kullanıcılarda mental disfonksiyonlar görülür. Genellikle buruna çekilerek kullanıldığından şüpheli olguların burun boşluklarından nemli pamuklu çubukla sürtme yoluyla materyal alınması yararlı olabilir. Aşırı dozda alımında, beyin kanaması oluşturabilecek hipertansiyon, yüksek ateş, aritmiler, puyillalarda dilatasyon ve solunum merkezi depresyonu görülür. "Crack" adı verilen madde, kokainin karbonat benzeri bir alkali ile karıştırılmasıyla elde edilir. Bu maddeye karşı bağımlılığın ilk kullanımında bile gelişebildiği belirtilmektedir.

LSD: Alımı, şiddetli eksitasyona halüsinasyonlara neden olur. Renkli tabletler veya emici kağıt şeklinde, su gibi renksiz sıvı ve ince jelatin kareleri şeklinde satılır.

Yapıştırıcı Koklama: Son yıllarda, 10-20 yaş gurubunda yaygınlaşan bir bağımlılık türüdür. Toluen içeren yapıştırıcılar naylon torba içine konarak bağımlılık türüdür. Toluen içeren yapıştırıcılar naylon torba içine konarak havası solunur. Aynı etkiyi yaratmak için ağıza, çakmak doldurma gazı sıkılması, inhibisyonla ölüme yol açabilir. Yapıştırıcı koklamaya bağlı olduğu düşünülen ölümlerde, bir akciğer naylon torbaya konup ağız sıkıca bağlanarak kimyasal tetkik için gönderilir.

Barbituratlar ve Diğer Hipnotikler: Bu maddelere karşı tolerans çabuk gelişir. Yoksunluk belirtileri şiddetlidir. Alkolle ya da emfetaminle birlikte alınırsa düşük dozları bile öldürücü olabilir.

Amfetaminler: Yorgunluk ve uykusuzluk gidermek amacıyla yapay olarak geliştirilmiş bir madde gurubudur. Kronik kullanımı, hipereksitasyon, hallüsinasyon ve psikoza yol açar. Toksikasyonunda ise yüksek ateş, hipertansiyon, aritmiler, subaraknoidal ve intraserebral kanamalar görülebilir.

Toksikolojik İnceleme İçin Gerekli Dokular

Zehirlenmeye yol açan maddenin ne olduğu bilinmiyorsa kan ve idrar örnekleri alınarak incelenmek üzere gönderilir. Ağır metallerle (arsenik vb.) zehirlenme kuşkusu varsa dışkı, safra, tırnak ve kökü ile birlikte alınacak bir miktar saç da incelenmeye gönderilir. Alınan örneklerin gönderilmesi sırasında tüp, püset veya kavanozlar etiketlenmeli, ne içerdiği ve kime ait olduğu belirtilmeli, mümkünse savcının kendisine teslim edilmeli, bu sağlanamıyorsa teslim edilen resmi görevlinin kimliği kaydedilmeli ve imza karşılığı teslimat yapılmalıdır.

- **KAN:** 10-20 ml. düz kan; 10-15 ml. içine EDTA veya Sodyum Sitrat konarak pıhtılaşması engellenmiş kan, ve eğer kanın alınması ile inceleme yapılacak yere varması arasında uzun

süre geçecekse bakterilerin alkol oluşturmasını engellemek için Sodyum Florid eklenmiş kan gönderilir.

- **İDRAR:** Eğer var ise 25-30 m.idrar.
- **MİDE:** (İçeriği ile birlikte), ortamda varsa kusmuk  rneği,
- **KARACİğER:** 200 gr.kadar.
- **AKCİğER:** Yapıştırıcı koklandığından şüphe ediliyorsa bir naylon torbaya konup ağzı sıkıca bağlanır.

Alkol Ve Adli Tıp Açısından  nemi:

Alkoller, hidroksil grubu içeren hidrokarbon bileşikleridir. Adli tıp açısından önem taşıyan metil alkol ve etil alkol monohidroksi alkoller grubundadır.

Etil Alkol: Renksiz, yanıcı özellikte, kaynama noktası 78 santigrad derece, özgül ağırlığı 0.79 g/ml olan bir bileşiktir. Bira mayalarının şeker içeren maddelere enzimatik etkisi sonucu fermentasyon sonucu veya distilasyon yöntemi ile elde edilir. Etil alkolün içki amaçlı kullanımı önemli adli tıp sorunları oluşturur. Fermentasyon yolu ile elde edilen bira hacim olarak %4-8, şarap %9-14, distilasyon yöntemi ile elde edilen rakı, votka, cin, rom, brandy, viski gibi içecekler ise %35-45 oranında etil alkol içerirler.

Emilim ve metabolizması: İkilerle alınan alkolün %20'si mide, geri kalan bölümü ise ince barsaklardan emilerek kana karışır. Midedeki emilim hızı ince barsaklara oranla daha yavaşdır. Bu nedenle midenin boşalım süresini etkiliyen faktörler (kişinin emosyonel durumu, kullanılan ilaçlar, mide ameliyatları, midenin boş veya dolu olması), alkolün emilim hızını da etkiler. %10-20 alkol konsantrasyonu, emilimin en hızlı olduğu yoğunluktur. Kan alkol seviyesi, kişisel faktörlere (cinsiyet, fiziksel yapı, tolerans), alınan alkolün miktar ve için hızına, alkolün emilim ve karaciğerdeki yıkım hızına bağlı olarak farklılıklar gösterir. Emilim süresince arteriyel kan alkol düzeyi, periferik venöz kandan %40-60 daha yüksek bir değer göstermesine rağmen eğilim tamamlandıktan sonra yaklaşık yakın bir değere ulaşırlar. Kana geçen alkol doku ve organlara, içerdikleri su ve kan oranında dağılır. Bu nedenle az su içeren kemik ve yağ dokusunda alkol konsantrasyonu çok düşüktür . Kandaki alkol konsantrasyonu 1 birim olarak kabul edilirse, bu yaklaşık bir değer olarak serumda ve spinal sıvıda 1.15, idrar ve tükürük salgısında 1.30, beyinde 0.90, alveol havasında 0.0005 birimdir . Alkolün inhalasyon yolu ile alınması söz konusu ise, solunum ısısı, nefes alıp verme sıklığı ve derinliği, havadaki alkol konsantrasyonu gibi faktörler önem kazanır. Normal vücut ısısında ve 1 mg/100 ml kan alkol seviyesinde, alveol havasında yaklaşık olarak 0.43 mikro g/100 ml alkol bulunur. Etil alkolün %90'nı karaciğerde, alkol dehidrogenaz enzimi aracılığı ile, önce asetaldehit ve asetik asit'e daha sonra da karbondioksit ve su aşamasına kadar yıkılır. Geri kalan alkolün %5-8 kadarı solunum ve idrar yolu ile değişime uğramadan, ihmal edilebilecek bir miktar ise ter ve feçes ile atılır. Salya ile atılan alkol tekrar yutulduğu için dikkate alınmayabilir. Alkolün karaciğerdeki yıkılımı, emilimine oranla daha stabildir. Kan alkol düzeyindeki 1 saatlik düşüş, ortalama bir değer olarak erkeklerde 18 mg/100 ml, kadınlarda 15 mg/100 ml olmak üzere her iki cinsten 10-25 mg/100 ml arasında değişmektedir .

Alkol tayininde dikkat edilecek hususlar: Yaşayan kişilerde alkol tayininde kullanılan en pratik araç alkolmetredir. Özellikle trafik kontrollerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ekspirasyon havasındaki alkol  kalorimetrik özelliklerinden yararlanarak belirleyen ve kan alkol düzeyi olarak sonuç veren bu yöntemin, fazla hassas olmadığı ve hata payının olduğu yönünde itirazlar olmasına karşın, yasal sınırın çok üstünde alkol alan sürücülerin belirlenmesinde yeterli bir yöntemdir. Kuşkusuz yasal sınıra yakın bir düzeyde alkol alınımı belirlenmiş ise, bu olgularda ayrıca kan analizinin de yapılması gerekir. Alkol tayininde en doğru yöntem venöz kan analizidir. Kanın alınmasında ve tetkikin yapılacağı laboratuvara gönderilmesinde dikkat edilmesi gereken bazı hususlar vardır:

- Venöz kan alınacak deri bölgesi, alkol ihtiva etmeyen bir solüsyon ile dezenfekte edilmeli.

- Kan steril enjektörle, iki ayrı steril tüpe alınmalı (ikinci tüp, kontrol amaçlı kullanılabilir).
- Kan analizi gecikecekse, fermentasyonu ve koagülasyonu engellemek için tüplere yeterli miktarda sırayla %1'lik sodium florid ve potassium oxalate ilave edilmeli, buzdolabı koşullarında saklanmalı.
- Kan örnekleri uzak bir merkeze gönderilecekse, dökülmeyecek tarzda uygun kaplara konmalı, kapların üstü etiketlenerek, kanı alınan kişinin ismi, kanın alınış tarih ve saati, ilave edilen katkı maddelerinin isim ve miktarları yazılmalıdır.

Otopsi işlemi sırasında da alışılmış bir yöntem olarak kan örneği, kalp boşluklarından veya perikard açılıp temizlendikten sonra kalbe gelen büyük damarların kesilmesi ile perikard boşluğunu dolduran kandan alınmaktadır. Otopsi işlemi geciken olgularda, gastrointestinal sistemden göğüs ve perikard boşluğuna pasif diffüzyonla alkol veya benzeri maddelerin geçebileceği, bu nedenle kan örneklerinin perifer venlerden alınmasının daha uygun olacağı belirtilmektedir. Çürümüş cesetlerde doğru sonuç elde edebilmek için, kan ile birlikte bakteri kontaminasyonunun nispeten daha düşük olduğu idrar ve BOS örneklerinin de alınması uygun bir yaklaşımdır.

Klinik muayene metodları ve bulguların değerlendirilmesi: Pratisyen hekim, en iyi alkol intoksikasyon teşhisini, klinik gözlemlerinden çıkarır. Muayene, anamnez alınması ile başlar. Daha önceden geçirilmiş bir hastalığı olup olmadığı, insülin, oral antidiyabetik, sedatif, antihistaminik, hipnotik, trankilizan ve antiepileptik ilaçları kullanıp kullanmadığı sorulur. Sinir ve kas sisteminin bütünlüğünü gösteren koordinasyon (denge, yürüyüş, konuşma, yazı yazma) testleri ile ince ve kaba hareketlerdeki beceriler ve görme kabiliyetinde bozukluk gelişip gelişmediği değerlendirilir. Bu amaçla, düz çizgide yürüme, bir nokta etrafında 360 derece dönme, parmak testleri (parmak-burun, parmak-parmak testi), yerden küçük bir cismi alma, ceket düğmesini ilikleyip açma, benzeri testler uygulanabilir. Bu tür testlerdeki yetersizlik ve patolojik sonuçların, alkol intoksikasyonu dışında başka bir nedene bağlı olup olmadığının araştırılması gerekir. Bu nedenle, en az 15-20 dakika süren, sistemik bir muayenenin yapılması önemlidir. Ayırıcı tanıda, yüksek kan basıncı ve buna bağlı intraserebral kanamalar, komaya yol açan (uyuşturucu veya toksik madde alımı, akut CO intoksikasyonu, diabetes mellitus, üremi, kafa travmaları, kardiovasküler yaralanmalar vb.) sebepler, şok ve hipoglisemi, KİBAS'a yol açan (tümör, anevrizma, kanama ve beyin ödemi vb.) nedenler dikkate alınması gereken durumlardır.

Nistagmus, pupilla reaksiyonları, cildin ısı, nem ve kızarıklık olup olmadığı gibi bulgulara, muayene sırasında dikkate alınmakla birlikte fazla güvenilir olmadıkları, başka nedenlere bağlı olarak da gelişebilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Beyine ulaşan alkol, santral sinir sistemi depresanı gibi etki eder. Başlangıçta muhakeme gibi yüksek fonksiyonlar etkilenir. Bunu kas koordinasyonunu içeren daha otonomik fonksiyonların etkilenmesi izler (7). Kan alkol konsantrasyonu ile, gelişen bulgu ve septomlar arasında, genellikle bir korelasyon vardır. Ancak bu tüm olgular için geçerli olmayabilir. Aynı kan alkol konsantrasyonuna rağmen, farklı etkileşim söz konusu olabilir. Özellikle kronik alkolikler, gelişen tolerans nedeniyle çok yüksek kan alkol seviyelerinde dahi ciddi bulgu vermeyebilirler. Alışkanlığı olmayan kişilerde ise, beklenenden daha fazla bir reaksiyon gelişebilir. Aşağıdaki şema, 100 ml kanda mg cinsinden belirli alkol konsantrasyonlarında beklenen semptom ve bulguları göstermektedir.

10-30 Hafif fizyolojik bozukluk.

30-50 Araba kullanma gibi kompleks hünelerde bozukluk

50-70 Öfori, kendine güvende artış, reaksiyon cevabında ve dikkatte bozulma, gülme, fazla konuşma ve duygusallaşma.

70-100 Reaksiyon cevabı, dikkat, görüş keskinliği, duyumsal motor koordinasyon ve muhakeme gücünde artan bozulma.

100-150 Heceleri karıştırarak konuşma, kararsızlık, huzursuzluk.

150-200 Ataksi, belirgin sarhoşluk, mide bulantısı, sendeleyerek yürüme, koordinasyon kaybı, uyuklamaya eğilim.

200-300 letarji, kusma, uyuklama, koma riski.

300-350 Stupor veya koma, kusmuğun aspire edilme tehlikesi.

350 ve üstü Solunum paralizisi sonucu artan ölüm tehlikesi.

Ölüm, 350 mg/100mg'ın üstünde solunum paralizisi sonucu oluşabilirken, daha düşük dozlarda, şuur bulanıklığı veya uyuklama esnasında mide içeriğinin aspire edilmesi sonucu da gelişebilir. Alkollü kişiler, düşme veya bir kaza sonucu öldürücü bir travmaya maruz kalabilirler yada akarsu veya denize düşerek ölebilirler. Yanan sigara ile yatağa giren ve bir süre sonra uykuya dalan alkollü kişiler, çıkan yangın sonucu yanarak veya CO zehirlenmesi sonucu ölebilirler. Yangın, sendeleyerek yürüyen kişinin yanmakta olan ısıtıcılara çarpması sonucunda çıkmış olabilir. Alkollü sürücüler, hem kendi hemde başkalarının yaşamını tehlikeye sokan trafik kazalarına yol açabilirler. Saldırgan davranışlarda bulunarak, ciddi yaralanma veya ölümlere neden olabilirler.

Otopsi bulguları: Akut alkol entoksikasyonu, solunum merkezi paralizisi sonucu ölüme yol açmış ise, spesifik olmayan asfiksi bulguları dışında önemli bir bulgu bulunamaz. Yüksek bir kan alkol seviyesi olmadığı durumlarda, sekonder bronşlara kadar dolduran mide içeriğinin tespit edilmesi, ölümün muhtemel bir sebebi olarak kabul edilebilir.

Kronik alkoliklerde organ patolojisi daha belirgin ve yaygındır. Başlıca bulgular, karaciğer, kalp, beyin ve pankreas dokusunda bulunur. Karaciğer erken dönemde, yağlanma ve büyümüş gösterir, yüzeyi soluk ve kaygandır, kesitlerinde ise yer yer sarımsı lekeler görülür. Alkol alımı devam ederse, yağlı değişim ilerler ve fibrozis gelişir. Böylece karaciğer yüzeyi pürüzlü bir görünüş alır. İleri aşamada siroz veya hepatik karsinoma gelişebilir. Bu dönemde karaciğer küçülür, sert kıvam alır ve yüzeyinde nodüler yapı gösterir. Portal hipertansiyon gelişmesi sonucu dalak büyük ve sertleşmiş, özofagus varisleri gelişmiş olabilir. Alkolik kardiomiyopati diğer önemli bir bulgudur. Bu durumda kalp büyümüş olup, karışık hücre infiltrasyonu, dağınık fibrozis ve nekroz, hyalinizasyon, ödem ve vaskulizasyon gösterir. Nadir olarak da yağlı karaciğere bağlı sistemik yağ embolizmi, myokard ve beyinde mikroinfarktlar, akut ödematöz pankreatit ve pankreatik nekroz görülebilir.

Alkol kullanımıyla ilgili yasal uygulamalar :

16.06.1985 tarih, 2918 sayılı Karayolları Trafik Yönetmeliğinin 110.maddesine göre; ticari taksi, dolmuş, minibüs, otobüs gibi yolcu taşıyan ve kamyon, çekici, tır gibi yük taşıyan araç sürücülerini alkollü araç kullanamaz. Özel taksi sürücülerini ise en fazla 0.50 promil (50 mg/100 ml) alkol alabilirler.

Kronik alkolizm (alkol iptilası) gösteren olgularda ceza ehliyeti derecesi, hastalardaki klinik tablonun ağırlığı, işlenen suçun türü ve işlenen suç ile alkolizm arasındaki ilgi gözönünde tutularak azaltılmış ceza ehliyeti veya tam cezai ehliyetsizlik kararı uygulanır. Alkol psikozlarının (delirium tremens, wernicke hallüsinosu, alkol paranoyası, alkol demansı, Korsakoff psikozu gibi) seyirleri esnasında, hastaların ceza ehliyetine sahip olmadıkları kabul edilir.

İptila derecesinde alkol bağımlılığı olan kişilerin, ailelerini yoksulluğa sürükleyebilecekleri, sorumsuzca mal ve mülk satışında bulunabilecekleri dikkate alınarak, Türk Medeni Kanununun 406. maddesine göre kişiye vasi, 429.maddeye göre müşavir tayin olunur.

Metil Alkol: Metil alkol (metanol) odun talaşının distile edilmesi ile elde edilir. Endüstride boya inceltici, teksir makine sıvısı, antifriz, cam temizleyici ve bir çok organik maddenin yapımında kullanılır. Renksiz, çok uçucu, kaynama noktası 65 oC olan bir maddedir. Akut zehirlenmeler daha çok yanlışlıkla içki amaçlı olarak kullanılması sonucu oluşurken, kronik zehirlenmeler endüstriyel olarak buharının inhale edilmesi sonucu oluşur. Giysilere bol miktarda bulaşmış olan metil alkolün deri yolu ile alınması da mümkündür. Kan yoluyla karaciğere gelen metil alkol önce, alkol dehidrogenaz enzim aracılığı ile yavaş olarak formaldehite ve takiben aldehit dehidrogenaz enzimi ile formik aside dönüştürülür. Bu dönüşüm etil alkole oranla 5-10 kere daha yavaş oluşur. Yavaş yıkılım, metil alkolün organizmada birikimine neden olur. İdrarla formik asid şeklinde atılır. Atılım, emilimi takiben 3-4 gün devam eder. Ayrıca akciğerlerde de emilim olur . Metil alkolün, değişikliğe uğramadan zararsız ve sadece sarhoş edici bir etkisi var iken, in vivo dönüştüğü formik asid

(format) yüksek toksiteye sahiptir. 20 mg/dl.'nin üstündeki dozlar toksik kabul edilir, 40 mg/dl. üstü çok ciddi bozukluklara yol açarken, 80-100 mg/dl.'lik düzey genellikle sınır letal düzeyi olarak kabul edilir. İlk 5 saatte sarhoşluk ve gastrit ön plandadır. 30 saatten sonra ciddi metabolik asidozis gelişir ve plazmanın bikarbonat miktarı düşerken, osmalitesi yükselir. Metil alkol entoksikasyonunda rastlanan başlıca semptomlar, baş ağrısı, letarji, vertigo, kusma, bulanık görme veya ileri aşamada görmede tam kayıptır. Hiperpne, delirium, konvulsion gelişebilir ve tedavi edilmeyen olgularda konvulsiv felç, koma ve takiben ölüm görülür . Ölümün ilk 24 saat içinde görülmesi seyrek değildir. Fakat entoksikasyon septomları birkaç gün gecikmiş de olabilir, bu durumda daha sonraki seyir çok hızlı olur.

Ölümlle sonuçlanan olguların çoğunda, kan metil alkol düzeyi 150-300 mg/dl.gibi yüksek düzeylerde bulunmaktadır. Bu miktar letal doz sınırı olarak kabul edilen 80-100 mg./dl.düzeyini oldukça geçmektedir. Toksik bulguların geç ortaya çıkması, özellikle içki amaçlı kullanımlarda metil alkol'ün aşırı dozda alınımına yol açmaktadır. Postmortem tetkiklerde akut entoksikasyonda asfiksi bulguları ön planda iken kronik entoksikasyonda merkezi sinir sistemi ve görme siniriyle ilgili bulgular ağırlıktadır. Beyinde ödem, hiperemi ve korteks hücrelerinde dejenerasyon görülür. Retinada ödem, nervus optikusda dejenerasyon, demiyelinizasyon ve saptanır. Karaciğer, böbreklerde ve pankreasın asiner hücrelerinde dejenerasyon görülür.

20. TRAFİK TIBBİ

Ülkemizde çok yüksek oranda trafik kazası meydana gelmekte olup, her yıl on binlerce kişi bu kazalarda yaralanmakta ve binlerce kişi ölmektedir. Yaralanmaların önemli bir kısmında ortaya çıkan sakatlık halleri de göz önüne alındığında; trafik kazalarının en önemli sosyal problemlerimizden biri olduğu açıktır.

Trafik kazası sonucu meydana gelen yaralanmaları yayalarda, sürücüde, önde ve arkada oturan yolcularda ayrı ayrı inceleyeceğiz.

Yayalarda meydana gelen yaralanmalarda sonucu etkileyecek faktörler arasında, yayanın kişisel özellikleri, çarpan araca göre konumu, kendisine çarpan aracın türü ve çarpma hızını sayabiliriz.

Araç içindeki kişilerde sonucu etkileyecek faktörler arasında ise; kişisel özellikler yanında araç içerisindeki konumu, kazanın oluş şekli, çarpma hızı, emniyet kemeri veya boyun desteği bulunup bulunmaması, aracın türü ve teknik özellikleri gibi faktörler rol oynayacaktır.

Yayalarda Meydana Gelen Lezyonlar

Yayanın kişisel özelliklerini bir yana bırakacak olursak; çarpma esnasında oluşacak lezyonların özelliği ve ağırlık derecesi iki faktöre bağlı olacaktır. Bunlardan biri aracın türü, diğeri de aracın çarpma esnasındaki hızıdır.

Yayada meydana gelecek lezyonlar, oluşum nedeni açısından da ikiye ayrılabilir. Bunlardan ilki direkt olarak aracın çarpmasına bağlı olarak oluşan “primer lezyonlar”dır. Diğeri ise çarpma etkisi ile düşen, fırlayan veya buna benzer yerlere çarpması ile oluşan “sekonder lezyonlar”dır.

İlk olarak yayaya otomobil veya benzeri küçük ve alçak bir aracın çarptığını düşünelim. Eğer araç ani ve sert frenleme nedeniyle şahsı üzerinden fırlatmayacak kadar düşük bir hızla çarparsa; tamponu diz seviyesinin biraz altında bacak veya bacaklara temas eder ve şahsı aracın önüne düşer.

Oluşan künt travma sonucu ekimoz, hematoma, künt travmatik yara veya kırık şeklinde her türlü travmatik lezyon oluşabilir. Bunlardan en önemli özellik; lezyonların diz altı veya diz seviyesinde bulunmasıdır. Ekimozun yeri ve şekli, kırığın tek veya her iki bacakta bulunması, kırığın niteliği ve açılma yönü gibi özelliklerden çarpma esnasında yayanın pozisyonu, yönü, yürüyüp yürümediği konusunda bazen fikir edinilebilir.

Maketler üzerinde yapılan deneysel çalışmalar göstermiştir ki; eğer araç yayaya 20 km/saat civarında bir süratle köşe kısmı ile çarparsa, yaya yana doğru savrulur ve fırlar. Bu esnada aracın çarpması esnasında primer lezyonlar, fırlayan şahsın düşmesi veya bir yere çarpması sonucu ise sekonder lezyonlar oluşur.

Aynı şiddetteki bir çarpma aracın orta kısmında gerçekleşirse; yayanın ayakları yerden kesilir ve hızla kalçası ile kaputa, kafası ile ön cama çarpar. Araca adeta yapışan kişi, bir müddet için aracın hızına erişmiş olur. Ancak aracın hızı azalınca öne düşer ve bu kez de bir müddet aracın önünde sürüklenir veya aracın altında kalabilir. Bazen ön cama çarpma esnasında camın kırılması sonucu şahsı aracın içine girebilir.

Eğer aracın sürati çarpma esnasında 60 km/saat üzerinde ise; şahsı kaput ve ön cama çarptıktan sonra aracın üzerinden arkaya fırlar. Oldukça yükselen ve büyük bir süratle yere düştüğünde çok ciddi sekonder lezyonlar oluşur.

İkinci olarak da şahsa kamyon, otobüs, minibüs veya benzeri daha yüksek bir aracın çarptığını düşünelim. Böyle bir durumda ilk temas bağlı primer lezyonlar daha yukarılarda, kalça, gövde ve baş seviyesinde görülür. Örneğin tamponun oluşturduğu primer lezyon kalça seviyesine çıkar. Aracın daha yüksek kısımları ise gövde ve kafaya çarpar. Ancak burada farklı olarak aracın çarpma esnasındaki hızı çok fazla olsa bile kişi aracın üzerinden fırlamayacağı için eğer yana doğru savrulmuşsa aracın önüne düşer ve altında kalır.

Tüm bu travmatik etki şekillerinin oluşumu esnasında yayada özelliği olan birtakım lezyonlar meydana gelmektedir. Bunlardan ilki tamponun çarpmasına bağlı olarak oluşan “tampon kırıkları”dır. Genellikle otomobil gibi alçak araçlarda tampon ilk temas noktası olup, dizin hemen altında veya sürücünün sert olarak frene basması durumunda bacakların orta kısmında tibia-fibula

kırığı oluşur. Bu kırık açık ve kapalı kırık şeklinde olabilir. Ya kama şeklinde veya spiral şeklindedir. Kama şeklinde olduğunda, kamanın uç kısmı çarpmanın yönünü gösterir.

Yayada oluşan diğer bir tipik lezyon yine otomobil çarpmalarında kalça bölgesinde meydana gelen hematomdur. Aracın tamponu hızla bacaklara çarptığında, şahıs yukarıda kalan ağırlık merkezi etrafında döner ve kaputun ön tarafına kalça kısmı ile çarpar. Bu esnada tanjansiyel gelen kuvvetlerin etkisi ile çarpma bölgesinde cilt ve cilt altı, alttaki adalelerden ayrılarak bir cep oluşur. Buraya fazla miktarda kan birikebilir. Oluşan bu hematom palpe edilebilir. Bu çarpmadan sonra şahıs geriye doğru kayıp kafasını ön cama çarpınca; saçlı deride künt travmatik yara ve cam kesileri, kafatasında ise çeşitli nitelikte kırıklar oluşabilir.

Yayalarda görülebilecek özel lezyonlardan biri de, aracın çarptığı kısmının şekilli bir ekimoz oluşturmasıdır. Tampon, radyatör, far gibi kısımlar çarpma bölgesinde şekilli bir ekimoz oluşturabilmektedir.

Aracın şahsın üzerinden geçtiği durumlarda lastik izleri cildin üzerinde şekilli ekimoz oluşturabilir. Üzerinden geçen aracın tespiti açısından bu lezyonun fotoğraflarının çekilmesi gereklidir. Yine hızla dönen tekerleklerin ekstremiteletin üzerinden geçmesi durumundan; cilt ve cilt altı tamamen sıyrılarak adaleler açığa çıkabilir. Lastik izlerinin bulunduğu tarafın ters tarafında zemine basma ve sıyrılma ile oluşan geniş ve içerisinde çizgisel hatlar bulunan sıyrıklar oluşur.

Yayalarda en sık olarak görülen ve ölüme yol açan lezyonlar; kafatası kırıkları ile beraber kafa içi kanamalar, boyun omuru ile beraber medulla hasarları ve ekstremitte amputasyonlarıdır. Göğüs ve batin yaralanmaları nispeten daha azdır.

Bazı durumlarda aracın kişiye ayakta iken mi çarptığı yoksa yerde iken üzerinden mi geçtiğinin tespiti istenebilir. Tek araç söz konusu ise böyle bir ayırımı yapılması mümkün olabilir. Özellikle pelvis, göğüs, kafa gibi vücut bölümlerinde ezilme tarzındaki kemik ve iç organ hasarlarını saptanması, aracın şahsın üzerinden geçtiğini gösterir. Cildin üzerine tekerlek lastik izlerinin çıkması şeklindeki şekilli ekimozların varlığı, önemli bir ayırım kriteridir. Hızla dönen tekerleğin oluşturduğu cildin yüzülmesi şeklindeki lezyonlar da bu açıdan önem taşır.

Ancak aracın şahsa çarptıktan sonra üzerinden geçmesi veya bir araç çarptıktan sonra diğerlerinin üzerinden geçmesi gibi durumlarda, çok fazla sayıda ve komplike lezyonların bir arada bulunacağı ve ayırımı güçleşeceği açıktır.

Bazen yayaya kaç aracın çarptığının tespiti istenebilir. Burada elbette ki mevcut travmatik lezyonların konumu, niteliği ve sayısı önemlidir. Ancak bunların bir bölümünün sekonder yaralar olabileceği ve bazen sekonder yaraların primer yaralardan daha ağır olabileceği hiç unutulmamalıdır. Böyle bir durumda cesedin üzerindeki materyallerden de yararlanılabilir.

Aracın içindeki şahıslarda meydana gelen lezyonları da ayrı ayrı inceleyeceğiz.

Sürücüde Meydana Gelen Lezyonlar

Önden bir çarpışma durumunda sürücü eylemsizlik kuralı gereği ileri doğru fırlayacaktır. Bu esnada emniyet kemerinin takılı olup olmaması önemli bir rol oynar. Eğer emniyet kemeri takılı değilse, şoförün öne doğru olan ani hareketi sınırlanmadığı için başını ön cama veya ön canım yukarı kısımlarına çarpar. Bu çarpmanın etkisi ile alında sıyrık, ekimoz, hatta derinin yukarı doğru sıyrılması şeklindeki tipik lezyon oluşur. Bu çarpma esnasında kafa kaidesinde petroz kemiklerinin uzun eksenini boyunca uzanarak sellaya ulaşan kırıklar oluşur. Yine beyin omurlarında hasar meydana gelir. En sık rastlanılanı; atlanto-oksipital eklemden lüksasyonla beraber medulla yaralanmasıdır.

Bu esnada bacaklar ön panele, direksiyon ise göğüs ve batına çarpacaktır. Çarpışmanın şiddetine bağlı olarak şoför ön camdan dışarıya da fırlayabilir.

Çarpma esnasında ayağın tabana yaptığı ani basınç sonucu; bacak kemiklerinde kırıklar, kalça ekleminde çıkık ve kırık oluşabilir. Yine dizlerin ön panele çarpması sonucu femur kırığı, direksiyonun göğüse ve batına çarpması ile kot kırıkları ve iç organ lezyonları oluşabilir. Bu lezyonların en sık karşılaşılanları; akciğer kontüzyon ve rüptürü ile kalp ve büyük damarların kontüzyon ve rüptürüdür. Karaciğer ve dalaktaki kontüzyonlar ile subkapsüler ve transkapsüler

yırtıklar ile de sıklıkla karşılaşılabilir. Bazen direksiyon simidine uygun biçimde göğüste şekilli bir ekimoz ve sıyrık oluşabilir.

Çarpma esnasında araçta ileri derecede deformasyon oluşursa; bunun sonucunda aracın çeşitli kısımlarının şoförü sıkıştırması ile de yaralanmalar oluşabilir. Çoğu kez tanık olduğumuz gibi direksiyon ile koltuk arasına sıkışan şoför, güçlükle çıkarılabilmektedir.

Şoförde meydana gelebilecek önemli lezyonlardan biri de çarpma esnasında kafanın ani olarak ileri-geri gidişine bağlı olarak boyun omurlarında meydana gelen hasarlardır. Boyun yaralanmalarında da bahsettiğimiz gibi “kamçı hareketi” denen bu etki sonucu ölümcül beyin sapı ve medulla lezyonları ortaya çıkmaktadır.

Şoförde rastlanabilecek ilginç lezyonlardan biri; ayak tabanındaki fren pedalı izidir. Çarpmadan hemen önce kuvvetle frene basarken, aynı anda çarpmanın etkisi ile ayak tabanına doğru ters bir kuvvet oluşunca; fren pedalının izi ayakkabının tabanına çıkabilmektedir.

Eğer şoför emniyet kemerini takmışsa; kemerin oluşturduğu lezyonlar ortaya çıkar. Çeşitli tipte emniyet kemerleri olmakla beraber en yaygın olarak kullanılanı üç noktadan sabitlenen kemerlerdir. Bu kemerler çarpma esnasında kot kırığı, klavikula kırığı, göğüs ve batin organlarında yaralanmaya neden olabilir. Ancak emniyet kemerinin bu tür lezyonlara yol açacağı kadar şiddetli bir çarpmada, kemerin takılı olmaması durumunda, yukarıda sözünü ettiğimiz çok daha ağır lezyonlar ortaya çıkmaktadır. Bazen göğüs ön kısmında yukarıdan aşağı çapraz olarak ve batında yatay biçimde ekimoz ve sıyrık şeklinde kemere uyan lezyon görülebilir.

Araca başka bir aracın sol taraftan çarptığı durumlarda; buna uygun olarak sürücüde sol taraf ağırlıklı lezyonlar görülecektir.

Arkadan çarpmalarda en sık rastlanan lezyon kamçı hareketine bağlı olarak boyun omurları ve medulladaki hasardır. Arka tarafta boyunluk olmayan hallerde bu etki artar.

Elbette ki aracın takla attığı veya taban-tavan yönünde deforme olduğu hallerde çok daha değişik ve her türde lezyonlar meydana gelebilmektedir.

Sürücü ve diğer yolcularda ortaya çıkabilecek lezyon da küçük cam kesileridir. Aracın ön camlarının ortasında ince bir plastik vardır. Bu plastik kırıldığında camın parçalara ayrılmasını engeller. O yüzden ön cama çarpmalarda “cam kesiği” şeklinde bir lezyon ortaya çıkmamakta, sadece künt travma oluşmaktadır. Ancak birçok motorlu araçta yan ve arka camların özelliği farklıdır. Bu camlar darbenin etkisi ile patlar ve küçük parçalara ayrılır. Bu nedenle ciddi bir kesik oluşturmazlar. Fakat bu parçalar uygun tarafta olmak üzere şoför ve yolcuların yüzünde, kollarında veya ellerinde çok sayıda, küçük, yüzeysel kesilere neden olur. Bunların çoğu yüzeysel sıyrık şeklindedir. Bu alanlar özellikle cesetlerde su kaybı oluştuktan sonra ilginç bir görüntü oluşturur.

Ön Koltukta Oturan Yolcudaki Lezyonlar

Önde oturan yolcudaki lezyonlar, sürücünün önünde bulunan araç kısımlarının oluşturduğu lezyonlar dışında, sürücüde oluşan lezyonlar ile aynıdır. Ancak öndeki yolcudaki lezyonlar genellikle daha ağırdır. Bunun iki nedeni vardır. İlki şoförün direksiyona tutunuyor olması nedeniyle camdan dışarı fırlama veya ön kısımlara çarpma riskinin daha az oluşudur. İkincisi ise, bütün dikkati yolda olan şoförün refleks bazı koruma hareketlerini yapabilmesi, yolcunun ise genellikle hazırlıksız yakalanmasıdır.

Arka Koltukta Oturan Yolcudaki Lezyonlar

Genellikle kazalarda arka koltuklarda oturan yolcuların çok daha fazla güvencede oldukları zannedilir. Ancak bu düşünce doğru değildir. Eğer arkadaki yolcular emniyet kemeri takmamış ise öndekilerden daha ağır biçimde yaralanabilir.

Arkadaki bir yolcu, ani bir fren veya çarpma sonucunda öndeki koltuğa çarpabilir. Ön koltuktan fırlayarak ön cama çarpabilir hatta camdan dışarıya fırlayabilir. Emniyet kemerinin takılı olması, öndeki yolcular kadar arkadaki yolcular için de önemlidir. Arabanın takla attığı durumlarda sürücü ve önde oturan yolcudaki lezyonlar gibi arkadaki yolcularda da aracın çeşitli kısımlarına çarpma sonucu çok karmaşık ve her türde lezyon oluşabilir.

Motosiklet Ve Bisiklet Sürücülerinde Görülen Lezyonlar

Motosiklet sürücüsü, kaza anında aracın özelliğinden ötürü genellikle fırlamakta ve sekonder lezyonlar ön plana geçmektedir. Kafada kask olup olmaması, kafada meydana gelecek olan lezyonlar açısından önem taşır. Ancak omurlarında meydana gelen lezyonları engellemez.

Nitekim bu tür kazalarda boyun lezyonları ile çok sık olarak karşılaşmaktadır.

Motosiklet sürücülerinde rastlanabilecek tipik bir lezyon; sürücünün hızla kamyon, tır gibi yüksek bir aracın kasasının altına girdiği durumlarda görülen kafa amputasyonlarıdır. Yine tipik lezyonlardan biri; düşme esnasında yerde sürünmeye bağlı sıyrıklardır. Hele özel koruyucu elbise giyilmemiş olan durumlarda bu sıyrıklar daha belirgindir. Bu sıyrıkların en büyük özelliği; çok yüzeysel olup sadece cildi ilgilendirmeleridir. Nitekim otopside kesi yapıldığında altlarında kanama görülmez.

Bisiklet sürücülerindeki lezyonlar nispeten daha hafif olmaktadır. Ancak yaralanma mekanizması motosiklet sürücülerine benzer.

Trafik Kazalarında Görülebilecek Genel Lezyonlar

Buraya kadar olan bölümde yaralanmanın konumuna göre meydana gelebilecek özel lezyonları anlatmaya çalıştık. Ancak bunların dışında her konumdaki kişide her türlü lezyonun meydana gelebileceği unutulmamalıdır.

Trafik kazaları, yaralanmayı etkileyecek değişkenlerin çok fazla olduğu travmatik olaylardır. Araçların ağır, süratli ve metal oluşu, çarpma, akselerasyon-deselerasyon, ezilme ve sıkışma tarzındaki her türlü travmatik etkinin oluşmasını sağlar. Bu esnada vücudun her bölümünde, tanıdığımız her türlü travmatik lezyon oluşabilir. Bazen vücut paramparça olurken, bazen dıştan hiçbir lezyon görülmeyebilir. Bazen dışta hiçbir lezyon olmadığı halde çok yaygın ve ağır iç organ lezyonları ile karşılaşılabilir.

Bölgesel yaralanmalar bahsinde anlattığımız ve indirekt mekanizma ile meydana gelen kafatası kaidesi halka kırıkları ve ters halka kırıkları ile dahi karşılaşmaktayız. Yine göğüs ve bel omurlarında meydana gelen kompresyon kırıklarını trafik kazalarında çok sık olarak görmekteyiz.

Çocuklarda Meydana Gelebilecek Lezyonlar

Bir trafik kazasında, erişkinde meydana gelebilen lezyonların hepsi çocuklarda da meydana gelebilir. Ancak kazaya uğrayan çocuk yaya konumunda ise, boyunun kısalığı nedeniyle oluşacak olan primer lezyonların yeri değişecektir. Ayrıca vücudun merkezi alçakta olacağı için; otomobil gibi alçak araçların çok süratli biçimde çarpması halinde bile çocuk aracın üzerinden fırlamayacak, önüne doğru fırlayacak veya altında kalacaktır.

Eğer çocuk önde oturuyorsa; emniyet kemerinin fonksiyonu olmayacaktır. Çünkü emniyet kemeri normal bir yetişkine göre dizayn edilmiştir. Küçük çocukta koruyucu olmadığı gibi ciddi boyun yaralanmasına neden olabilirler. Ayakların yere basma desteğinden de yoksun olduğu için çocuklar öne doğru çok daha kolay fırlar ve panele, cama çarpar hatta dışarı fırlarlar. Önde ve yetişkin birinin, genellikle de ebeveynin kucağında oturan çocuklar, çarpma esnasında ön paneller kucağında oturduğu kişi arasında sıkışır ve ciddi biçimde yaralanabilirler.

Emniyet kemeri gibi bir güvenlik parçası olan hava yastıkları da yetişkine göre dizayn edildikleri için önde oturan çocuklar için tehlikeli olup, çok ciddi kafa-boyun travmalarına neden olabilmektedir.

Trafik Kazalarında Ortaya Çıkan Adli Tıp Sorunları

Travmatoloji bahsinde ele alarak incelediğimiz yaralarla ilgili sorunların hepsi şüphesiz ki trafik kazaları için de geçerlidir. Ancak trafik kazalarında olayın özelliğinden kaynaklanan bazı sorunlara tekrar değinmekte fayda görüyoruz.

1) Olay Gerçekten Kaza Mıdır?

Gerek görevli savcı, gerekse bilirkişi olarak görev yapan hekimlerde; “trafik kazası” olarak bildirilen bir olayı hemen olduğu gibi kabullenme eğilimi vardır. Bu, son derece yanlış bir tutumdur. Özellikle görgü şahidinin olmadığı veya ifadelerin şüpheli olduğu durumlarda olayın ilk anda gözüken şekinden farklı boyutlar taşıyabileceği unutulmamalıdır. Bu konudaki en küçük bir ihmal, cinayete kaza süsü verilmeye çalışılan bir durumda rahatlıkla yanılgıya yol açabilir. Bunu engellemenin yolu ise; olaya makul şüphecilikle yaklaşım gösterip, ayrıntılı bir soruşturma, ayrıntılı bir olay yeri incelemesi ve ayrıntılı bir otopsi yapmaktır.

2) Olay Yerinin İncelenmesinin Önemi

Yaralanma veya ölümün meydana geldiği diğer tüm olaylarında olduğu gibi trafik kazalarında da ayrıntılı bir olay yeri incelemesinin yapılması şarttır. Şüphesiz ki bunun için tıbbi bilirkişilerin dışında teknik bilirkişilere de ihtiyaç vardır.

Olay yeri incelemesi ile, kazanın meydana geliş zamanı, aracın veya araçların kaza öncesindeki seyir durumları, kaza sonrasındaki durumları, hasarın derecesi, hava ve yol koşulları, fren izleri, yaralı ve / veya ölenlerin araç içindeki veya dışındaki konumları, araçlarda bulunması muhtemel teknik arızalar araştırılır. Bunlar, orijin açısından ilk fikirlerin oluşmasına yardımcı olacaktır.

Adli-tıbbi açıdan ise; genel bir incelemeden sonra biyolojik örneklerin toplanmasına geçilir. Araçların gerek içindeki gerekse dışındaki ve altındaki kan, doku kıl örnekleri usulüne uygun olarak toplanır. Bu örnekler ayrı ayrı tüp veya torbalara konur ve üzerlerine nereden alındıkları yazılır. Bu esnada toplanması gereken diğer örnekler için bu konuda eğitimli teknik bilirkişilerden yardım istenmelidir. Örneğin olay yerinden kaçmış olan aracın belirlenmesine yardım edecek olan; kırılmış far, stop ve sinyal lambasına ait cam parçaları, yağ döküntüleri ve silintileri, dökülen ve sürtünen boya kalıntılarının toplanması gerekebilir.

Cesetlerin dış muayenesinin olay yerinde değil, uygun bir sağlık kuruluşunda yapılması çok daha sağlıklı olacaktır. Ancak olay yerinde ceset varsa, elbise muayenesinin burada yapılması ve bulunması muhtemel mekanik parçaların toplanması gerekir. Olay yerindeki şartlar uygun değilse, cesedin soyulmadan uygun bir naylon torbaya konduktan sonra nakledilmesinde fayda vardır. Böylelikle mekanik parçacıkların kaybolması engellenmiş olacaktır.

3) Otopsi Gerekir mi?

Kural olarak; doğal olmayan her türlü ölüm şeklinde otopsi gereklidir. Aksi halde adli- tıbbi açıdan birçok sorunla karşılaşılması mümkündür. Bu sorunların en ciddişi şüphesiz orijinin yanlış saptanmasıdır. Çünkü otopsi orijin tayininde kullanılabilecek en önemli göstergelerden biridir.

Trafik kazalarında meydana gelen ölümlerde ya hiç otopsi yapılmaması veya sadece bir vücut boşluğunun açılması şeklinde otopsi yapılması eğilimi vardır. Bu, son derece yanlış, bazı olaylarda ise çok tehlikeli bir tutumdur. Genellikle otopsi yapılmamasına; dıştan ölüm nedeninin belli olması gerekçe gösterilir. Oysa otopsinin amacı sadece nelerin olduğunu tespit etmek değil, çoğu kez nelerin olmadığını da tespit etmektir. Trafik kazası sonucu öldüğü bildirilen bir olgumuzda otopsi öncesinde yapılan radyolojik tetkikte vücutta mermi çekirdeği saptanmıştı. Vücut ileri derecede parçalandığı için giriş deliğini dış muayene ile tespit etmek mümkün olmamıştı.

Bazen trafik kazalarında meydana gelen ölümlerde, ölüme kazanın değil, kişinin kendisinde mevcut bir hastalığın yol açtığı, kişinin öldükten sonra kazanın oluştuğu gibi iddialar olabilir. Bazen de özellikle miras dağıtımı açısından kimin daha önce öldüğünün tespiti istenebilir. Şüphesiz bu tür olgularda da otopsi yapılmış olması gerekecektir.

Önemli sorunlardan biri de; kazadan sonra uzunca bir müddet tedavi gören, yaşayan ve daha sonra ölenlerde ölüm ile kaza arasında illiyet bağının kurulmasıdır. Bu tür olgularda otopsi yapılarak ölüm nedeni saptanacak, daha sonra aradan geçen süre de göz önüne alınarak kazada oluşan lezyonların ölüme katkısı tartışılacaktır.

Trafik kazalarında özellikle araç sürücüleri ve yayalarda alkol, uyuşturucu veya benzeri dikkat ve reflekslerini bozacak bir maddenin araştırılması çok önemli olup, otopside muhakkak surette buna yönelik örneklerin alınması gereklidir.

4) Yaralıların Muayenesi

Genellikle tedavi amacıyla bir sağlık kuruluşuna götürüldükleri için olay yerinde çoğu kez yaralıları görmek mümkün değildir. Bu nedenle yaralıların üzerinde adli tıp açısından yapılması gereken işlemler genellikle tedaviyi üstlenen hekimlerce yapılacaktır. Yukarıda bahsettiğimiz elbiseler üzerinde bulunması muhtemel örneklerin toplanması ve travmatoloji bahsinde anlattığımız genel bilgilerin dışında; trafik kazası sonucu meydana gelen yaralanmalarda sürücü ve yayalarda alkol, uyuşturucu madde gibi dikkati ve reflekslerini bozan maddelerin varlığının araştırılması önem taşır. Bu araştırma olayın oluş şekli ve kusur oranının belirlenmesi yanında sürücüler için yasaların izin verdiği alkol oranlarının aşıp aşılmadığının tespiti açısından da çok önemlidir. Aradan geçen sürede bu maddeler metabolize edilip vücuttan atılacağından örneklerin mümkün olan en kısa zamanda alınması gereklidir.

5) Kaza Esnasında Sürücü Kimdi?

Bazen hekimden kaza esnasında aracı kimin kullandığının tıbbi olarak tespiti istenir. Bu durumda genellikle otomobilde iki kişinin olduğu ve yolcunun öldüğü hallerde karşılaşmaktayız. Kaza esnasında aracı kullanan kişi, cezai sorumluluktan kurtulmak için aracı ölen kişinin kullandığını iddia etmektedir.

Sürücünün kim olduğunun tıbbi açıdan tespiti; bazı özel lezyonların meydana geldiği hallerde olabilir. Örneğin direksiyonun çarpması ile göğüste şekilli bir ekimoz oluşması, ayak tabanına fren pedalının izinin çıkması veya emniyet kemerinin şekilli ekimoz oluşturması gibi durumlarda lezyonlara bakılarak sürücünün kim olduğu saptanabilir. Yine özellikle kafanın ön cama veya camın üst kısmına çarpıldığı durumlarda buralardan alınacak kan örneklerinin yardımıyla da sürücünün tespit edilmesi mümkündür. Belli ölçüde direksiyon ve vites kolundaki parmak izlerinden de faydalanılabilir. Bunların dışında sürücü için spesifik olmayan lezyonların varlığı ile fikir edinmek olanaksızdır. Yine aracın takla attığı durumlarda kural olarak herkes her yerde bulunabilir ve her türlü lezyonu taşıyabilir.

21. KİTLESEL FELAKETLERDE HEKİM TUTUMU

Aynı anda; insan eliyle yahut doğal olaylar sonucu bir bölgedeki imkanların idaresinde yeterli olamadığı çok sayıda insanı etkileyen mal ve can güvenliğini bozan her türlü olay kitlesel afet sayılır. 12'den fazla insanın öldüğü etkilendiği olaylar olarak da tanımlanabilir.

Savaşlar her türlü terörist yanısıra toplu zehirlenme ve intiharlar, çevre çevre kirliliğinin lokal ani etkileri kitlesel ölüm nedeni olabilir. Orman yangınları, su baskınları, deprem gibi doğal sebepli olaylara ek olarak, insan faktörünün etken olduğu taşımacılık kazaları, otel- yatakhane-stadyum-gazino yangınları- patlamalar, binaların çökmesi gibi olaylar kitlesel felaket ve ölüm tanımlamasına girebilir.

Toplumların kitlesel felaketlerle karşılaşma riskindeki artış kurtarma, yönetim- idare, postmortem muayene ve kimliklendirme çalışmaları için özel timler, örgütler oluşmasına, yönergeler geliştirilmesine yol açmıştır.

1)Hekim böyle bir olay karşısında mülki idare ve güvenlik güçleriyle çalışacağından böyle bir durumda temel hedefler konusunda bilgiye sahip olmalıdır.Arama kurtarma, ambulans, itfaiye, sivil savunma, polis gibi tüm acil durum ekiplerinin ilk önceliği yaşam kurtarmaktır. Kazazedelerin güvenli yere alınması ve hastanelere nakli gereklidir.

2)Olay yerindeki kargaşayı sonlandırıp, ekipler arasında koordinasyonun sağlanarak en kısa zamanda en iyi sonucu almak, normale dönüşü sağlamak gereklidir.

3)Kitlesel felaketin türü ne olursa olsun, sebepleri ortaya koyarak bir araştırmayı yapmak ve sonucunda olası cezai ve hukuki yargılama için olası faktörleri belirlemek gereklidir.

Bu bakış açısıyla adli makamlar ve güvenlik güçleri için kitlesel felaket bölgesi aynı zamanda bir olay yeri gibi değerlendirme zorunluluğundadır. Bu yüzden ortamın ve etkilenenlerin mümkün olduğunca az değiştirilmesi için ortama en az insanın girmesi sağlanmalıdır. Arama- kurtarma ve araştırma için zorunlu olanlar dışında kimsenin bölgeye girmemesi amaçlanır. Polis- Adli makamlar ve bilirkişi ekipleri bir yandan olası delilleri toplayıp fotoğraflarken öte yandan olay yerinin güvenliğini sağlamaya çalışırlar.

4)Olayların türüne göre ulusal uluslar arası askeri, istihbarat ve özel kaa araştırma birimleri'nin araştırma yapmaları doğaldır; ancak koordinasyon ve paylaşım esastır.

5)Olaydaki yaralı veya sağlam kurtulanların kimliklerinin isimleri kaydedilmesi, kimlerin hangi hastanelere nakledildiğinin kaydedilmesi, canlı olanların ilk ifadelerinin alınması, etkilenenlerin yakınlarının ve toplumun bilgilendirilmesi, kitle iletişim araçlarına güvenli, yeterli, amaca uygun bilgi verilmesi gereklidir.

6)Ölümlerin , ölüm zamanı, nedeni, kimliklendirilmesi, ileri araştırma ve otopsi işlemlerinin yapılması için belirli yerlere, morga kaldırılması ve bu işlemlerin yetkin biçimde sağlanması gerekir.

Kitlesel felaketlerde hekim özel araştırma, arama kurtarma timlerinde değilse, bölgenin birinci basamak hekimiye ya ambulans- ilkyardım ekibindedir veya hükümet tabibi(Doğal olarak Adli Tıp görevlisidir). Kitlesel felaketlerdeki yaralanma olgularında:

- a) Yaşam kurtarmak,
- b) Ambulans, sedye, ilkyardım araç ve gereçlerini doğru yönlendirmek ve çalışanları iyi yönetmek,
- c) Triaaj ve yaralıların ağırlık ve gereksinimlerine göre doğru merkezlere sevkini sağlamak,
- d) Hastaneler ve diğer ilk yardım ekiplerini vaktinde alarma geçirmek,
- e) İtfaiye, arama- kurtarma ve sivil savunma birimleriyle iyi iletişim ve yardımlaşma sergilemek zorundadır.

Ölüm Olgularında:

- a.Ölen insanların sayısının belirlenmesine yardım,
- b.Ölüm ve yaraların sebeplerini belirlemek,
- c.Suç olaylarını dışlayarak araştırmayı yapmak,
- d.Ölenlerin doğru kimliklendirilmesine yardım,

e.Ne her durumda bu tür olaylarda olası ölüm ve yaralanmaları azaltmak için gerekli saptama ve önerilerini ortaya koyup raporlamak durumundadır.

Genel Olarak Toplu Ölüm Olgularının İncelenmesi:

Şu fazları içermelidir.

- a)Ölen her insanın yerini ve pozisyonunu belirleyip, kaydetmek; cesetlerin ve parçaların numaralandırılması ve yeterli fotoğraflanması,
- b)Kişisel eşyaların, giysilerin ve aksesuarların ölü bedeninden ayrılmadan önce kayıt ve fotoğraflanması, korunması,
- c)Cesetlerin uygun biçimde bacak üst kısmına ve ölü torbasına etiketlenerek saklama yerlerine nakli,
- d)Parmak izi,
- e)Diş ve ağız muayenesi, radyolojik incelemeler ve diagramlar çıkarılması,
- f)Gereğinde ölü bedeninin tümünün Radyolojik incelemesi,
- g)Ölü muayenesi ve Gereğinde Otopsi,
- h)Toksikolojik, serolojik ve DNA incelemeleri için örnek alımı,
- i)Pozitif kimliklendirme
- j)Ölüm nedeninin belirlenmesi,
- k)Kaza oluşumunun kurgulanması ve olası önlem önerileri.

Pozitif Kimliklendirme Aşamaları:

Kimliklendirme kitlesel felaketlerde kimi zaman eliminasyon ve dışlama temeline dayanır. Olası kayıpların mevcut ölü bedenlerinden birine uyup uymadığının ortaya konması yoluyla yürütülmesi gerekebilir. Esasen adli makamların yükümlülüğünde olmakla beraber doğal bilirkişi hekimdir. Temel kriterler şunlardır:

●**Kimlik Tanığı:** Toplu ölümlerde nadiren başvurulmalıdır. Yoğun duygu durumundaki akrabalar ve tanıdıklar yanlış, parçalanmış cesetler arasında hatalı sonuç bildirebilirler. Hiçbirini tanımamaları hatalı bir teşhisten daha kabul edilebilir.

●**Fotoğraflar:** Evvelce alınmış resmi belgelerdeki veya aile albümlerindeki fotoğraflarla ölü bedenlerini karşılaştırmak dikkatli inceleme gerektirir. Ancak genel tarama ve ön kimliklendirme için faydalı olabilir.

●**Kişisel Detaylar:**

a) Genel Veriler: Yaklaşık yaşı, ırk ve etnik özellikleri, ağırlık, boy,vücut yapısı, saç ve sakal rengi yapısı, uzunluğu, yüz özellikleri, kulak küpe delikleri, kılınma durumu- yayılımı sekonder cinsiyet karakterleri.

b) Özel Veriler: Yara izleri, doğumsal- sekonder anomali- sakatlıklar, döğmeler, doğum izleri, amputasyon ve sünnet durumu.

c) Mesleki İzler: Madencilerdeki yüzde pigmentasyon, bedeni işlerde çalışanlarda nasır ve deformiteler.

d) Hastalık İzleri: Psoriasis, egzema, vitiligo, hemantiomlar, verrüler vs.

●**Giysiler:** Beden üzerindeyken fotoğraflanıp, etiketlenerek saklanmalıdır. Eski tamir izleri, markası, işli isimler önmelidir.

●**Aksesuar ve Mücevherler:** Künye, küpe, yüzük gibi vücut parçalarına sıkıca tutunuk unsurlar önemlidir. Kimi zaman isim bile kayıtlı olabilir. Yakınlarına gösterilmeden önce temizlenmelidir.

●**Ceplerin İçeriği:** Tümü boşaltılıp tanımlanıp kayıt edilmelidir. Fatura, kartvizit, telefon no gibi unsurlar dikkatli biçimde kimliklendirmede kullanılabilir.

●**Dişler:** Dişler çürüme, nem, ateş gibi yumuşak dokuların tamamen harap olduğu durumlarda bile bütünlüğünü, varlığını sürdürür. Çene kemikleri ve sadece dişlerin incelenmesi ile genel ve kişiye özel pek çok özellik tespit edilerek, olası kayıpların diş kayıtları, fotoğrafları vs. ile karşılaştırılarak kimliklendirme yapılması olanaklıdır. Özellikle ölenlerin genel olarak isim listesinin mevcut olduğu durumlarda karşılaştırmalar daha kolay olacaktır.

●Radyoloji: Kemiklerin oluşumu, epifiz hatlarının ve sütürlerin kapanması belirli yaş diliminde gerçekleşir. Servikal Kosta gibi, metal protezler gibi yapıların yanısıra, frontal sinüslerin üç boyutlu konfigürasyonu kişiye özel bilgilerdir ve Radyolojik olarak görüntülenebilir.

●Serolojik Testler: Ölüm öncesine ait bilinen bir kan örneği yoksa ABO ve Rh gruplamasının dışında bir şans yoktur. Kan örneği varsa diğer kan grupları ve polimorfik proteinler karşılaştırılabilir.

●DNA Analizleri: Cesetten alınacak karaciğer veya kas dokusundan elde edilecek DNA – 20 °C de saklanır. Karşılaştırma için ölümden önce alınan kan, semen, kemik iliği, patolojik preparattan elde edilecek veya kardeş, çocuk, ana- babanın kan veya bukkal smear örneklerinden elde edilecek DNA gereklidir.

●Fasial Rekonstrüksiyon (Yeniden Yüzlendirme): Sadece iskelet halini almış kafatasının bulunduğu durumlarda olası kayıpların fotoğrafları ile kafatasının bilgisayarlı ortamda üstüste bindirilmesi tekniğinden yararlanılabilir. Ayrıca kemik yapının özelliklerinden yola çıkarak olası cilt altı- kas yapıları yüklenerek tahmini bir yüz görünümü elde edilebilir.

Özel Durumlar:Bazı kitlesel felaketlerde olayın tekrarlanması riski olabilir. Kimi durumlarda da çevreye zararlı kimyasallar, aşındırıcılar, zehirli gazlar veya radyoaktivite yayılmış olabilir. Bu gibi olasılıklarda çevre ve çalışan güvenliğinin sağlanmış olduğu yetkililerce belirlenmeden olay yerine girilmemesi gerekir.

Olayın Ve Müdahalenin Değerlendirilmesi: Her kitlesel felaket kendine özel koşullar taşır ve farklı deneyimler kazandırır. Bu deneyimlerin meslektaşlara ve topluma yararlı olabilmesi için yerel sağlık otoritelerine ve meslek örgütüne uygun biçimde sunulması gerekir.

22. SİGORTA TIBBİ

İnsan haklarının kapsam ve öneminin artmasına paralel olarak yaşam ve sağlığın devam ettirilmesi için alınan önlemler de çoğalmış ve yaygınlaşmıştır. Tüm önlemlere rağmen yaşam kaybedilmesi, insanların hastalanması ve sakat kalması hayatın gerçekleri arasındadır. Çalışma hayatındaki gelişmeler ve sağlık açısından taşıdığı riskler mesleki maruziyete bağlı hastalık ve ölümleri çoğaltmaktadır.

Aile bireylerinden birinin kaybı ya da ağır derecede hastalanması, sakat kalması ağır sosyoekonomik sonuçlara yol açar. Doğal sebepler yanı sıra, hertürlü kaza ve işyeri maruziyetleri de hastalık ve sakatlıklara hatta ölüme neden olabilir. İnsanları aileyi ve toplumu bu ağır sonuçlardan korumak için sigorta ihtiyaç olarak doğmuştur. Günümüzde çalışanların bir özel ya da resmi sosyal güvenlik şemsiyesi altında olmaları yasal bir zorunluluktur. SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı resmi sigorta kurumlarıdır. Ayrıca özel sağlık, emeklilik ve yaşam sigortaları hızla yaygınlaşmaktadır. Öte yandan insanların üçüncü şahıslara verebilecekleri olası zararlara karşı, zararın tazmini (giderilmesi) riskini paylaşmak üzere kasko sigortası, zorunlu trafik sigortası, özel seyahat sigortaları, profesyonel mesleki mali mesuliyet sigortası gibi nispeten yeni sigorta branşları geliştirilmektedir.

Sigortalı olmak en basit mantıkla ilerde ortaya çıkabilecek ancak karşılanması güç mali riskleri, önceden ve belki de hiç oluşmayacağını bilerek bir finansör kuruluşa devretmek ancak karşılığında düzenli anacak görel olarak küçük miktarlarda ödeme yapmayı kabul etmektir.

Sigortacı kuruluş ise evvelce aldığı prim denilen bedel karşılığı, ilerde ortaya çıkabilecek risklerin mali karşılığını yüklenir.

Sigorta edilen şey yaşam, sağlık, hastalık, sakatlık olabilir. İnsan ve yaşamının söz konusu olduğu her türden sigorta da; başlangıçta, belirli dönemlerde ve risk gerçekleştiğinde sigortalanmış kişinin hekimce muayenesi ve tanımlanması gerekir.

Sigorta Tıbbi Açısından Hekimden İstenebilecek Hekimce Ortaya Konulacak Bilgiler, Hekimden Yanıtlaması Beklenen Sorular

- Başlangıçta sigortalanmış şahsın sağlık durumu, olası soğuk riskleri (Dm, Ca, Kalp-Akciğer-Damar Problemleri, Sigara-Alkol-Madde-İlaç kullanımına bağlı riskler, Kronik enfeksiyonlar (HBV, HCV, HIV). Mental durumu kalıcı sakatlıklar (özellikle göz, KBB, Cilt, Ortopedik, Urolojik ve olasılık oranı).
 - Belirli periyotlarda; iş yeri maruziyetine bağlı veya diğer sebeplerle ilerde artması söz konusu olabilecek hastalık veya sakatlık gelişip gelişmediği.
 - Risk gerçekleştiğinde;
 - o Mevcut arıza-sakatlık veya hastalığın
 - 1. Tanısı
 - 2. Ağırlığı
 - 3. Tedavisinin şekli, olanaklı olup olmadığı
 - 4. Sebebi, oluşmasına etki edebilecek başka faktörler olup olmadığı
- Bu nedenle çalışma gücünün ne kadarını, ne kadar süreyle kaybettiği, çalışıp çalışmayacağı, ne tür işlerde çalışabileceği
5. Ölüm gerçekleşmişse ölüm zamanı, şekli, kaza- cinayet- intihar olasılığı, ölüme etkisi olabilecek hekim müdahalesi dahil başka faktörlerin varlığı.

Sigorta Tıbbi alanında hizmet veren hekimler kimi zaman sigorta şirketleri adına çalışırlar. Bir başka deyişle tıbbi bilgileri çalıştığı kurumun lehine kullanmak zorundadırlar. Kimi zaman hastalar kendi sağlık bilgileri sigortacı şirkete iletmek üzere hekimden tespit etmesini isterler. Her iki durumda da hekim; hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturan güven ve zarar vermeme, sır saklama, her koşulda hastanın çıkarına davranma gibi en eski etik ilkelerle karşı karşıya ve içiçedir. Vicdani açıdan ve olası idari-adli problemlerden korunmak için hekimin öncelikle sigorta ile ilgili işlemlerde söz konusu bilgi ve belgelerin yetkili kişilerce istenebileceği uyarısını yaptıktan sonra hastasını aydınlatıp onamını almaya özen göstermesi gerekir. Yapılan incelemeler sonrası ulaşılan

kanaatin kanıta dayalı olması, bilgi ve becerilerin usulüne uygun saklanması ve çıkar amacı olmasa bile acıma duygularıyla gerçeklikten sapılmaması hekimden beklenen özenli davranıştır.

Kimi zaman birden fazla uzmanlık alanından hekim ve diğer personelin katılımıyla hizmet yürütülmesi gerekebilir. Özellikle risk analizi-olasılığı finans hesapları için matematik istatistik bilgisi gerekir. Tıptaki güncel gelişmeler sigorta tıbbı açısından büyük önem taşır.

Ülkemizde, risk analizleri için kullanılan tablolar batı toplumları için kullanılanların modifiye edilmiş şeklidir. Mesleki maruziyetler sonucu ortaya çıkan hastalık ve sakatlıklar ile iş kazaları sonrası arıza ve sakatlıkların değerlendirilmesi SSK Sağlık İşlemleri Tüzüğüne göre yapılmaktadır. Bu tüzükte meslek hastalıkları tanımlanmış, hangi durumlarda kişinin çalışamayacağı saptanmıştır. Kasko ve trafik sigortalarında daha genel ve kişiye özel hesaplamalar gerektirmeyen basit tablolar kullanılmaktadır. İş görememe hali, istirahat süresi, zorunlu olarak işten uzak kalınması gereken süre sigorta tıbbı açısından önem taşır.

Sigortalı, sigortacı ve 3.şahıslar arasındaki anlaşmazlıklarda hukuka başvurulduğunda, anlaşmazlığın konusu insan yaşam ve sağlığı ile ilgili ise doğal olarak bilirkişilik, Adli Tıp devreye girmektedir.

Kötü Hekimlik uygulamaları sonucu ortaya çıkan zararlı sonuçlarda şahıs sigortalı ise sigorta şirketi zarar gören sigortalısına ödeyeceği bedeli sebep olan hekim veya sağlık kuruluşundan isteyebilir. Hekimin Mesleki Mali Mesuliyet Sigortası varsa iki sigorta şirketi karşı karşıya gelmektedir.