



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ADLİ VAKA OLARAK DEĞERLENDİRİLEN
OLGULARA DÜZENLENEN ADLİ RAPORLARIN USUL VE İÇERİĞİNİN
RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

Dr. Nezahat DURUK KAHRİMAN

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2017



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ADLİ VAKA OLARAK DEĞERLENDİRİLEN
OLGULARA DÜZENLENEN ADLİ RAPORLARIN USUL VE İÇERİĞİNİN
RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

Dr. Nezahat DURUK KAHRİMAN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Erol ARMAĞAN

BURSA-2017

İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş.....	1
Adli olgulara yaklaşım ve muayene	2
Adli raporların içerikleri	3
Adli raporların sınıflandırılması ve düzenlenmesi	7
Adli rapor hazırlanması sürecinde karşılaşılan sorunlar	12
Gereç ve Yöntem.....	18
Bulgular.....	19
Tartışma ve Sonuç.....	24
Kaynaklar.....	28
Teşekkür.....	31
Özgeçmiş.....	32

ÖZET

Adli vaka, bir kişinin fiziksel ya da ruhsal olarak hasta diyebileceğimiz bir duruma gelmesinde başka kişi veya kişilerin kasıt, ihmal, tedbirsizlik veya dikkatsizliğinin etken olmasıdır ve acil servislerde en sık karşılaşılan olgular arasında yer almaktadır.

Bu çalışmada, adli olgularda üniversitemiz acil servisinde tutulan tıbbi belge ve kayıtlardaki eksikliklerin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Araştırma; retrospektif olarak yapılmış; adli olgu olarak başvuran olguların demografik özellikleri ve kayıt esnasında yaşanan eksikliklerin ortaya çıkarılması hedeflenmiştir. Her hasta için; ad, soyad, protokol numarası, yaş aralığı, cinsiyet, başvuru saati ve tarihi, geliş şekli, olay türü, lezyon tanımı, kalıcı iz veya sakatlık varlığı, alkol durumu, hayati tehlike ve prognoz kayıt edilmiştir.

Adli olay türlerine göre yaş değişkeni bakımından anlamlı farklılıklar görülmektedir. İş kazaları olgularında yaş medyan değeri diğer olay türlerindeki yaş medyan değerinden anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Alkollü olan olguların ve hayati tehlikesi olan olguların saat aralıklarına göre dağılımlarında anlamlı farklılıklar görülmektedir.

Adli olgularla sık karşılaşan ve mesleki hata riskleri yüksek olan hekimlere özellikle acil hekimlerine düzenli eğitim verilmesi önemlidir. Bu açıdan adli olguların özellikle raporlama aşamasının daha özenli yapılması için mezuniyet sonrası anabilim dalları ile ortak yürütülecek adli tıp eğitim programları ve adli tıp uzmanları ile koordine çalışma gereklidir.

Anahtar kelimeler: Acil servis, Adli olgu, Rapor.

SUMMARY

Retrospective Investigation of Method and Content of Forensic Cases which Applied to Emergency Department and Evaluated as a Forensic Case

A forensic case is the fact that one person is physically or mentally ill and is caused by intention, neglect, imprudence or carelessness of another person or persons and is one of the most common cases in emergency services. In this study, it is aimed to reveal the deficiencies in medical records and records held in the emergency room of our university during forensic cases. The research was carried out retrospectively; it was aimed to reveal the demographic characteristics of the cases referred to as forensic cases and the deficiencies experienced during the registration. For each patient; name, surname, protocol number, age range, gender, time and date of admission, arrival mode, type of event, definition of lesion, presence of permanent trauma or disability, alcohol status, life threatening and prognosis were recorded.

There are significant differences in terms of age variable according to the types of forensic cases. In the case of work accidents, the age median value was found to be significantly higher than the median value of age in the other incident types. There are significant differences in the distribution of alcoholic cases and life-threatening cases according to time intervals.

It is important to give regular training to physicians especially emergency physicians who are frequently encountered in forensic cases and who have a high risk of professional errors. In this respect, coordination with forensic medicine specialists and forensic medicine training programs are necessary after graduation in order to make forensic cases, especially the reporting phase, more attentive.

Key words: Emergency Service, Forensic case, Report.



GİRİŞ

Adli vakalar, acil serviste en sık karşılaşılan olgular arasında yer almaktadır. Adli vaka, bir kişinin fiziksel ya da ruhsal olarak hasta diyebileceğimiz bir duruma gelmesinde başka kişi veya kişilerin kasıt, ihmal, tedbirsizlik veya dikkatsizliğinin etken olmasıdır (1).

Bu tanım eşliğinde karşılaşılan adli vakalar şunlardır:

- 1-Bir başkasının kasıtlı, tedbirsiz, dikkatsiz davranışı sonucu meydana gelen tüm yaralanmalar
- 2-Kişinin bir başkası tarafından darp edilmesi
- 3-Kesici, kesici-delici, ezici alet yaralanmaları
- 4-Patlayıcı madde ve ateşli silah yaralanmaları
- 5-Trafik kazaları
- 6-Düşmeler
- 7-İş kazaları
- 8-Zehirlenmeler
- 9-İntoksikasyon şüphesi olan vakalar (kullanılan ilaçların doz aşımaları dahil)
- 10-Yasa dışı madde kullanımı
- 11-Öz kıyım
- 12-Yanıklar
- 13-Elektrik ve yıldırım çarpmaları
- 14-Vücuda herhangi bir yolla yabancı madde girmesi
- 15-Her türlü şüpheli ölümler
- 16-İnsan hakları ihlali, işkence iddiaları
- 17-Gözaltı ve cezaevinde meydana gelen yaralanmalar
- 18-Hayvan ısırıkları, tırmalamaları, sokmaları (kedi, köpek, arı, ayı, yılan, akrep vb)
- 19-Mekanik asfiksi olguları (Suda boğulma, ası, elle veya iple boğma)
- 20-Alt ve üst soyun ihmal ve suistimali

I. Adli Olgulara Yaklaşım Ve Muayene

Adli olgulara yaklaşım multidisipliner olmalıdır ve normal hasta gruplarından farklılık göstermektedir (2). Bu farklılığın ilk basamağında gelen kişinin yaşadığı olayı çıkarına uygun bir şekilde yansıtması sıklıkla karşılaşılabilen bir durumdur. Bu olgularda anlatılan hikâyeye hekim daima şüpheli bir şekilde yaklaşmalı fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve gerekirse görgü tanıkları ile doğrulanmaya çalışılmalıdır (3).

Adli olguların muayeneye hazırlanması ve muayenesi de normal hastaların muayenesinden oldukça farklılık göstermektedir. Bu olgular çoğu kez şüpheli sanık durumunda oldukları için her fırsatı kendi lehlerine çevirme çabası içerisinde olacaklardır. Hekimler karşılaştığı adli olgunun böyle bir mentalite ile davranacağını düşünerek bu olgulara dikkatle yaklaşmalıdır. Bu amaçla muayene öncesinde, olay hakkında; kişilerden ve muayeneye getiren güvenlik görevlilerinden, olayın niteliği hakkında bilgi almalıdır. Böyle bir durumda, anamnez aldıktan sonra kişinin tamamen soyunması sağlanarak, tepeden tırnağa muayenesinin yapılması gerekir. Gerekliğinde laboratuvar incelemeleri için uygun materyalleri de delil niteliğinde olacak şekilde alarak, bunu ilgili makamlara bildirmelidir (2).

Hekimler genellikle adli olguyu, muayeneye getiren güvenlik görevlilerinin (jandarma veya polis) yanında muayene etmektedirler. Bu durum, öncelikle hekimlik mesleğinin gereği olan sır saklama yükümlülüğünün ihlalidir. Ayrıca bu konudaki kanun, yönetmelik ve tüzüklerin de ihlali olduğu için şüpheli sanık bu durumdan sıklıkla faydalanma çabası içerisine girebilir. Bu türden olumsuzlukları engellemek için, hekim adli olguyu muayene ederken hiçbir zaman güvenlik görevlilerini muayene odasına almamalıdır. Güvenlik görevlilerinin muayene odasına girmesi durumunda hekim bu kişilerin odanın muayene noktasına en uzak yerinde durmalarını istemelidir. Adli olgunun anamnezini duymayacakları bir şekilde almalı ve mümkünse bir paravanın arkasında fizik muayenesini tamamlamalıdır.

Güvenlik görevlilerinin muayene odasında bulunduğunu, raporunda belirtmelidir (4).

Hekimler kendi güvenliğini sağlama anlamında, adli olguların muayenesinde bazı hususlara dikkat etmelidir. İlk olarak muayene odasındaki saldırı dürtüsünü uyandıracak cisimler (makas, kül tablası, fazla iskemle vs.) ortadan kaldırılmalıdır. İkinci olarak, adli olguları hekim hiçbir zaman oturarak, elleri ceplerinde ya da boynunda stetoskopuyla karşılamamalıdır. Böyle durumlarda muayeneye gelen kişi, hekime kolaylıkla hükmedebileceği izlenimine vararak kendi düşünceleri doğrultusunda hekimi yönlendirmeye ve ona istediklerini yaptırmaya çalışabilir. Üçüncüsü ise, adli olguların muayenesi sırasında muayene odasında bu olguların yakınlarının asla bulundurulmamasıdır. Bu kişiler anamnezden itibaren hekimi yönlendirmeye ve hekim üzerinde bir baskı oluşturmaya yönelik davranışlar sergilerler. Bütün bu olumsuzlukları önlemek amacıyla hekim gerekli önlemleri almalı ve mantıklı bir yaklaşım içerisinde sorunu çözmelidir. Hekim, adli olguların saldırı dürtüsünü ortadan kaldırmak amacı ile yanına ikinci bir hekimi çağırabilir ya da bir sağlık personelini (hemşire, ebe veya sağlık memurunu) muayene odasında bulundurabilir. Bu durum hekimin daha iyi ve ayrıntılı bir muayene olanağı sağlamasının yanında gözden kaçabilecek noktaların da diğer sağlık personeli ya da hekim tarafından görülerek atlanmasını önleyecek bir yaklaşımdır (4).

Hekim, adli olguların istenmeyen tutum ve davranışlarından korunmak için bu tür olguların anamnezi sırasında onlarla çok yakın iletişime girmemeye özen göstermelidir. Muayene bittiğinde adli olguyu güvenlik görevlilerine teslim ettikten sonra masasına dönüp raporunu yazmalıdır. Kadın hastaların muayenesi, istemi halinde ve olanaklar elverdiğinde bir kadın tabip tarafından yapılmalıdır. Muayene edilecek kadının talebine rağmen bir kadın tabibin bulunmasına olanakların elvermediği durumlarda, muayene sırasında tabip ile birlikte bir başka kadın sağlık mesleği personelinin bulundurulmasına özen gösterilmelidir.

II. Adli Raporların İçerikleri

Muayene sürecinin ardından düzenlenecek olan adli raporda bulunması gereken hususlar da aşağıda verildiği gibi ifade edilmektedir;

A) Kurum Bilgileri

Raporu düzenleyen kurumun adını, raporun kayıt sayısını, düzenlendiği tarih ve saati ifade etmektedir (5).

B) Muayene Edene ve Edilene İlişkin Bilgiler

Ad - soyad, ana - baba adı, doğum tarihi ve yeri, cinsiyet ve meslek gibi hususları ifade etmektedir. Eğer kişinin kimlik bilgilerine erişme olanağı bulunmuyorsa; tahmini yaş, boy, kilo, saç rengi, göz rengi, ben, skar, ampütasyon, dövme vb. gibi bulgular ışığında hastanın tıbbi kimliği kaydedilmelidir (3). Bu durumda da eşlik eden güvenlik görevlisinin adı – soyadı ve sicil numarası da kaydedilmelidir (4).

C) Kişinin Yakınması ve Olayla İlgili Bilgiler

Raporda; olayın oluşu ile ilgili hastanın kendi ifadeleri doğrultusunda olayın zamanı, oluş şekli ve muayeneye esas teşkil edecek olan bilgiler not edilmeli ve hastanın tıbbi özgeçmişine yönelik sorgulama da dikkatlice yapılmalıdır (3).

D) Muayene Bulguları

Rapor düzenlenirken mümkün olduğunca tıbbi terimleri kullanmaktan kaçınılmalı ve sade, anlaşılır, açık ve net ifadeler kullanılmasına özen gösterilmelidir (5).

Hastanın genel durumu, yaraların anatomik lokalizasyonu, derinlik, büyüklük, renk, şekil vb. gibi özellikleri tarif edilerek vücut diyagramında gösterilmelidir.

Tüm bu işlemlerin yapılması sürecinde hastanın sadece yara olan bölgesinin değerlendirilmesi ile yetinilmemeli ve genel sistem muayenesi yapılmalıdır.

E) Tetkik Sonuçları

Tetkik sonuçları; muayene neticesinde ve gerekli görülen hallerde her türlü radyolojik görüntüleme yönteminin, histopatolojik, mikrobiyolojik, biyokimyasal ve genetik incelemenin yapılmasının sağlanmasını ifade etmektedir (6).

F) Konsültasyonlar

Konsültasyon değerlendirmelerinde de; tarih, saat ve konsültasyonu yapan hekim bilgilerine raporda yer verilmesine özen gösterilmelidir (4).

G) Raporun Sonucu

Yapılan klinik değerlendirmeler neticesinde olguya tanı konulamaması ve gözlem, tetkik ve konsültasyonlara ihtiyaç duyulması durumlarında geçici rapor düzenlenmesi adına hareket edilmelidir.

Kesin rapor ise, ancak hastaya klinik teşhis konulmasının ardından düzenlenmelidir (7).

Bu belirlemeler neticesinde raporun sonuç bölümü, TCK kapsamında "Vücut Dokunulmazlığına Karşı" suçlar başlığı altında belirtilen hukuki maddelere karşılık gelen ifadeler doğrultusunda ve yaraların hangi grup içerisinde ele alınması gerektiğine yönelik olarak hazırlanmış rehber gözetilerek aşağıda verilen hususlar bağlamında düzenlenmelidir (5);

1) Basit Bir Tıbbi Müdahale ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Yaralanma:

TCK'nın 86. maddesinin 2. fıkrasında yer verilen bu terim ceza itibarı ile en hafif yaralanma grubunu ifade etmek için kullanılmıştır ve 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.

2) Başkasının Vücuduna Acı Veren/Sağlığının ya da Algılama Yeteneğinin Bozulmasına Neden Olan Yaralanma:

TCK'nın 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.

3) Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Yol Açan Yaralanma:

TCK'nın 87. maddesinin 1. fıkrasında yer alan bu tanım, bir yaralanma sonrası, kişinin yaşamının mutlak suretle tehlikeye maruz kalması, ancak

gerek kendi vücut direnci gerekse tıbbi yardımla kurtulması durumunda kullanılır. Ölüm olması gerekmez ve kişinin sonradan iyileşmesi de bu durumu değiştirmez.

Bu grupta yer alan yaralanmalar;

- Kafatası kırıkları (Lefort 3 ve orbita tavan kırığı gibi kafatasını oluşturan kemikleri de içerir)
- İlk üç servikal vertebra kırığı
- Kafa içi kanama, kontüzyon, laserasyon
- Klinik bulgu veren beyin ödemi ve başlangıç Glasgow Koma Skoru'nun 8 ve altında olduğu bilinç kapallığı
- 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, hematom ve laserasyonlar
- Medulla spinalis lezyonu
- 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
- Asfiktik bir durumdan kurtulanlar
- Travma sonrası gelişen, klinik bulgu ve tetkiklerle tanısı konan emboliler (trombüs, yağ vb.)
- Travma sonrası 12 saat içinde ortaya çıkan stres faktörlerinin tetiklediği miyokard enfarktüsleri
- Zehirlenme olgularında yaşamsal tehlike kriterleri:
- Toksik doz biliniyor ve güvenilir verilere dayanıyorsa, maddenin kan düzeyinin toksik dozda olması

- Glasgow Koma Skalası (GKS); 8 ve altındaki değerler yaşamsal tehlikenin varlığı açısından gösterge olmakla birlikte, 9 ve üzerindeki değerler negatif bir gösterge olarak kabul edilmemelidir
- Entübasyon endikasyonu olması
- Hekim tarafından kardiyopulmoner resusitasyon uygulanması
- Diyaliz, hemoperfüzyon, hemofiltrasyon, plazmaferez uygulanmış olması
- Karbonmonoksit (CO) zehirlenmelerinde;
 - Olgunun ilk bulunduğu anda bilinç bozukluğu olması,
 - HbCO düzeyinin % 20'nin üzerinde olması,
 - Hiperbarik oksijen tedavisine ihtiyaç duyulması,
 - 4 saatten uzun süren oksijen tedavisi gereksinimi,
- Mantar zehirlenmelerinde; serum transaminazların yükselmesi, iktter, karaciğer matitesinin küçülmesi ve hepatik ensefalopati gelişmesi durumunda hayati tehlike söz konusudur.
- Etil alkol zehirlenmelerinde; klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, kan alkol düzeyinin 200 mg/dl ve üzerinde olması durumunda hayati tehlikeden söz edilir.
- Metil alkol zehirlenmelerinde; klinik bulguların da desteklemesi şartıyla, kan düzeyinin 30 mg/dl (% 80 mg letal doz) ve üzerinde olması, görme fonksiyonuna ait problemlerin olması durumunda hayati tehlikeden söz edilir.
- Tarım ilaçları ile zehirlenmelerde; antikolinesteraz enzim düzeyi ve diğer spesifik enzim düzeyleri ile ilgili bilgi ve kayıt mevcutsa ve bu düzeyler literatürde belirlenen kritik düzeyler ise yaşamsal tehlikenin varlığından bahsedilebilir.

III. Adli raporların sınıflandırılması ve düzenlenmesi

Türkçe'ye Fransızca'dan geçmiş olan rapor sözcüğü, "Bir inceleme ya da soruşturma sonucunun yazılı olarak bildirilmesi" anlamına gelmektedir. Fransız cerrah olan Ambroise Paré'da (1510 - 1590) "Hekimlik rapor yazma sanatıdır" ifadesiyle, rapor yazmanın hekimlikte ne denli önemli olduğunu

vurgulamıştır. Buna dayanarak “adli raporlar”; adli makamlar tarafından hekimden istenen ve kişinin tıbbi durumunun tespit edilmesine yönelik soruların yanıtlarını içeren, hekim görüş ve kanaatini bildiren belgeler olarak tanımlanmaktadır (8).

Adli raporlar kullanım amaçlarına ve sonuçlarına göre ikiye ayrılır(9).

A) Kullanım Amaçlarına Göre;

1- Yaralama Raporları

2- Alkol Raporları

3- Cinsel Suç Raporları

4- Çocuğun, Küçüğün Cezai Sorumluluğu (Eski TCK'daki Farik ve Mümeyyizlik Raporları)

5-Fiil Ehliyeti Raporları

6-Yaş Tayini Raporları

7-Cezai Sorumluluk Raporları (Eski TCK'daki Ceza Ehliyeti Raporları)

8- Diğer Adli Raporlar

B) Sonuçlarına Göre;

1- Geçici Raporlar: Yasal anlamda böyle bir rapor yoktur. Ancak biz hekimler gelen adli olguları daha iyi ve doğru değerlendirebilmek için geçici rapor düzenleriz. Bu rapor aynı zamanda olgunun özelliğinin ortaya çıkmasını sağlayarak yasal anlamda değerlendirme yapacak kişilere de bir fikir sağlamış olması açısından önemlidir. Her şeye rağmen hekimin geçici rapor verebilmesi için belli koşulların oluşması ve bu koşullara dayanarak geçici rapor hazırladığını raporunda belirtmesi gerekir. Sıklıkla karşılaşılan geçici rapor nedenleri;

a- Adli olgunun anlattığı hikaye ile hekimin muayene bulguları arasında fark var ise,

b- Adli olgunun değerlendirilmesi için hekimin eğitimi, bilgisi, becerisi ve deneyimi yeterli olmuyor, bir uzman görüşüne ya da değerlendirmesine ihtiyaç duyulur ise,

- c- Hekimin çalıştığı kurumun olanakları adli olgunun değerlendirilmesi için yeterli değil ise,
- d- Adli olgunun değerlendirilmesi için süreç isteyen tetkiklere ihtiyaç duyuluyor ise,
- e- Hekim kendisini tarafsız ve güven altında hissetmiyor ise, hekimin geçici rapor düzenlemesi uygun olacaktır.

2- Kati Raporlar: Geçici rapor vermek için yukarıda sıralanan nedenler yoksa ve muayene sonucunda hekimde kesin kanaat oluşmuşsa bu durumda hekim muayene ettiği adli olguya kati rapor düzenler.

3- Ek Raporlar: Genel olarak üç nedenden dolayı ek rapor düzenlenir.

- a- Hekimin raporunda belirttiği bazı hususlar ilgili savcı, hâkim veya mahkeme tarafından anlaşılammış ya da yeterince açık olmadığı düşünülür ise,
- b- Dava sürecinde olayın boyutunu veya mahkemenin gidişatını değiştirecek nitelikte yeni tıbbi veriler ortaya çıkmış ise,
- c- İlgili hâkim, savcı veya mahkemenin sorularını hekim eksik yanıtlamış ise, ilgili hakim , savcı veya mahkeme hekimden ek rapor talebinde bulunabilir.

Diğer Tıbbi - Bilimsel Raporlar ise aşağıda verildiği şekilde incelenebilmektedir (9);

A. Sağlık Raporları

Sağlık Raporları; kişinin sağlık durumunu belirleyen ve tek bir hekim ya da bir hekim kurulu tarafından verilen raporlar olarak ifade edilebilmektedir. Örneğin; sürücü belgesi ya da silah ruhsatı alma sürecinde, işe girme ya da askere alınma sürecinde talep edilen raporlar bu türden raporlardır.

B. Hastalık Raporları

Hastalık Raporları; hastanın işini yapamayacak durumda olduğu zamanlarda, tedavisinin istirahat ederek devam ettirilmesini sağlamak amacıyla düzenlenen raporları ifade etmektedir.

11.10.1920 Tarih ve 30 Sayılı Tababeti Adliye Kanunu kapsamında da hükme bağlandığı çerçevede, hekimlerin adli rapor düzenleme yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır (10).

26.09.2004 Tarih ve 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) Madde - 280 kapsamında da, sağlık personelinin adli olguyu bildirim zorunluluğu bulunduğu hükme bağlanmıştır (11).

Yeni TCK'da kullanılan terimlerin büyük çoğunluğu eski TCK'daki terimlerle benzer veya karşılaştırılabilir nitelikte olmasına rağmen bazı farklılıklar vardır. Basit bir tıbbî müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanma veya vücutta kemik kırılmasına neden olan yaralama varsa kırığın hayati fonksiyonlara etkisi belirtilmeli; birden fazla kırık varsa skorlama yapılarak ağırlığı hesaplanmalıdır. Bu terimler ceza hukukuna ve adli raporlara yeni girmiştir. Eski TCK'da yer alan mutad iştigal terimi ise çıkartılmıştır. Ayrıca yeni TCK'da kullanılan dil daha anlaşılabilir hale getirilmiştir. Örneğin hayati tehlike - yaşamı tehlikeye sokan durum; çehrede sabit eser - yüzde sabit iz; uzuv zaafı - organlardan veya duyulardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması şeklinde değiştirilmiştir.

Adli raporlar, resmi belge niteliğinde olduğu için bu raporlar ancak resmi bir yazı ile talep edilmesi durumunda düzenlenmeleri uygun olur. Aksi takdirde bu raporlar nereye verileceği ve ne amaç güttüğü belli olmayan anlamsız bir belge niteliğinde kalır.

Adli raporlar mümkün olduğu ölçüde sağlık bakanlığının genelgesi doğrultusunda rapor formlarına yazılmalıdır. Bu formlar temin edilemediği durumda A4 türü dosya kağıtlarına yazılmalıdır. Adli raporlar asla karakol ya da savcılıklar tarafından gönderilen istem kağıtlarının arkasına yazılmamalıdır (5).

Adli raporlar üç nüsha olarak düzenlenecektir. Her bir nüshanın verileceği merci, vakanın Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik

İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik veya Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği kapsamında olmasına göre farklılık arz etmekte olup; muayene için getirilen kişinin hangi kapsamda olduğu sevk evrakında belirtilmemişse getiren kolluk kuvvetinden sorularak öğrenilecek ve raporun dağıtımı şu şekilde yapılacaktır (5);

A) Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi: Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik kapsamında bir suça ilişkin olarak şüpheli veya sanık ile mağdur ve diğer kişilerin beden muayenesi, bu kişilerin vücudundan örnek alınması ve muayene sonucunda rapor tanzimi isteniyorsa, raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda kalacak, muayene sonrasında hemen rapor tanzim edilmesi mümkün ise iki nüshası kapalı ve mühürlü zarf içerisinde ilgili hâkimliğe, mahkemeye veya Cumhuriyet Başsavcılığına iletilmek üzere getiren kolluk görevlisine teslim edilecek, ileri tetkik ve benzeri nedenlerle hemen rapor tanzimi mümkün değilse raporun iki nüshası kapalı ve mühürlü bir zarf içinde sağlık kuruluşunca ilgili adli makama en kısa sürede iletilecektir.

B) Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği kapsamında muayeneler: Kolluk kuvvetlerince zor kullanılarak yakalanan veya yakalanıp gözaltına alınan kişilerin sağlık kontrolü amacıyla muayene ve rapor tanzimi istenmesi durumunda,

-Yakalama veya nezarethaneye giriş durumu söz konusu ise, raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda alıkonacak, ikinci nüshası gözaltına alınan kişiye, üçüncü nüshası ise soruşturma dosyasına eklenmek üzere ilgili kolluk görevlisine verilecektir.

-Gözaltı süresinin uzatılması veya yer değişikliği ya da nezarethaneden çıkışı söz konusu ise, raporun bir nüshası sağlık kuruluşunda saklanacak, iki nüshası ise raporu düzenleyen sağlık kuruluşunca kapalı ve mühürlü zarf içerisinde ilgili Cumhuriyet başsavcılığına en seri şekilde gönderilecektir. Bu raporların gönderilme şekli ve sıklıkla sağlık kuruluşunun iş yükü, yerleşim biriminin büyüklüğü ve ulaşım imkânları dikkate alınarak şu vasıtalarla yapılabilir:

Sağlık kuruluşunca görevlendirilecek bir personel, taahhütlü posta veya Acele Posta Servisi, imkânlar varsa Elektronik İmza Kanunu uygulaması esaslarına göre elektronik ortamda yapılabilir.

Raporların düzenlenmesinde ve adli makamlara gönderilmesinde gizlilik kurallarına uyulacak ve bu amaçla gerekli tedbirler alınacaktır. Sağlık kuruluşunda saklanması gereken rapor nüshalarının korunması için ilgili mevzuata göre gerekli tedbirler alınacaktır.

IV. Adli Rapor Hazırlanması Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar

Adli rapor hazırlanması sürecinde sıklıkla karşılaşılan sorunlar aşağıda verildiği gibi ifade edilebilmektedir (5);

- Sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerin hukuki prosedürü ve adli tıbbi kavramları yeteri ve gereği düzeyde bilmemeleri ve daha öncesinde adli olgu bildiriminde bulunmamış olmaları dolayısıyla, adli raporların gereği gibi düzenlenmemesi ve zamanında hazırlanmaması söz konusu olabilmektedir.
- Adli rapor düzenlenmesi amacıyla gönderilmiş olunan olgunun yerine bir başkasının kasıtlı olarak muayene olmasını önlemek amacıyla, sol el bileği iç yüzünde muayene isteminde bulunan resmi makamın mührünün ya da kişinin kimlik belgesi bulunup bulunmadığının veya görevli bir memurun kişiye refakat edip etmediğine dikkat edilmemesi söz konusu olabilmektedir.
- Adli raporlarda olgunun adı - soyadı, baba adı ve doğum tarihi vb. gibi kimlik bilgilerinin ve muayene tarihi ve saati, olay türü ve tarihi, saati ile raporun kayıt sayısının belirtilmemesi söz konusu olabilmektedir.
- Kişinin alkollü olup olmadığının ya da uyuşturucunun etkisinde bulunup bulunmadığının belirtilmemesi söz konusu olabilmektedir.
- Yapılacak olan muayenenin kişiye anlaşılır bir dille anlatılmaması ve aydınlatılarak onamının alınmaması söz konusu olabilmektedir.
- Kişinin vücudundaki lezyonların saptanması ve lokalizasyonlarının ve özelliklerinin ayrıntılı olarak sunulmaması ile vücut diyagramlarında gösterilmemesi söz konusu olabilmektedir.

- Kişinin genel durumunun, bilincinin ve zaman ve mekân oryantasyonunun belirtilmemesi söz konusu olabilmektedir.
- Gerekli tetkik ve konsültasyonlarının yapılmaması ya da yapılan incelemelerin raporda belirtilmemesi söz konusu olabilmektedir.
- Raporların okunaklı ve anlaşılabilir bir dille hazırlanmaması ve sonuç bölümünde TCK'da belirtilen hususları içermesi adına hareket edilmemesi söz konusu olabilmektedir.
- Düzenlenen raporların hekim tarafından imzalanması ve sorumlu hekim ya da başhekim tarafından onaylanarak görevli memura imza karşılığında teslim edilmesine özen gösterilmemesi söz konusu olabilmektedir.
- Raporların tek nüsha olarak düzenlenmesi ve arşivlenmesi hususunda özen gösterilmemesi söz konusu olabilmektedir.

Tüm bu bilgilerin ışığında, adli olgulara ilişkin hekim raporları hastanelerin acil servislerinde sıkça oluşturulmakta ve bu düzenlenen raporlar, adli makamlarca kullanılmaktadır.

Bu nedenle de konu ile ilgili olarak hekimlerin desteklenebilmeleri amacıyla ve konu kapsamında objektif değerlendirmelerde bulunabilmeleri açısından 2005 yılı itibariyle Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Derneği ortak çalışması ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın katkıları ile "TCK'da Tanımlanan Yaralanma Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi ve Adli Rapor Tanzimi İçin Rehber" yayımlanmıştır. Bu rehberde adli rapor oluşturulması sürecinde hekimlerin bilmeleri gereken konular üzerinde belirlemelerde bulunularak, adli olgu bildirim ve adli rapor tanzimi konularında önemli noktalara vurgu yapılmıştır. Haziran-2013 tarihinde ise güncellenerek hekimlere sunulmuştur (12).

Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz'da, hangi yaralanmaların basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ya da hangi yaralanmaların basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte olduğu ile ilgili belirlemeler liste şeklide verilmektedir

Kılavuz'da yer alan "Kafa Yaralanmaları Bölümünde, bilinç durumunun değerlendirilmesi ile ilgili belirlemelere de yer verilmektedir ki; bu husus, adli

rapor düzenlenmesi ile ilgili belirlenmiş olan eski listelere göre oldukça yeni bir yaklaşım olarak ifade edilmektedir. Örneğin; göğüs bölgesindeki yaralanmalara bakıldığında, kadınlardaki meme avülsiyonunun ve organ lezyonu olmadan lokal cilt amfizemi BTM ile giderilemeyecek nitelikte iken; geniş cilt amfizemi, hemotoraks ve pnömotoraks gibi yaralanmalar yaşamsal nitelik içermektedir.

Kılavuz'da, kişinin yaşamını tehlikeye sokan yaralanmalar da ayrıca belirtilmiştir.

5237 Sayılı TCK Madde – 86 1. fıkrasında yer alan ve suçun temel halini ifade eden; "Kişinin sağlığını ya da algılama yeteneğini bozacak derecedeki yaralanma" tanımı da, travma sonrası gelişen ruhsal bozuklukların ve travma ağırlığının belirlenmesi açısından değerlendirilmesi hususunda önem arz etmektedir. Bu doğrultuda Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz'da da, travma sonrası oluşan ruhsal zararın tespit edilmesine yönelik kriterlere yer verilmektedir.

Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz kapsamında söz konusu edilen bu kriterler aşağıda verildiği gibi ifade edilmektedir (12);

- Uluslararası sınıflandırma ve tanımlama kriterlerine göre; belirgin bir psikiyatrik bozukluk tablosu kriterlerini doldurmayacak nitelikte geçici nöropsikiyatrik bulgular varsa, kişinin sağlığı ve algılama yeteneğinin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek derecede bozulduğu;
- Psikotik durumlar, demanslar gibi kalıcı ve ağır tablolar hariç, psikiyatrik bir tanı ölçütü kriterlerini dolduran geçici bozukluklar varsa, kişinin sağlığı ve algılama yeteneğinin basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek derecede bozulduğu;
- Kalıcı postkonküzyonel sendrom, genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği gibi merkezi sinir sisteminin işlevlerinin kalıcı olarak zayıflama bulguları varsa, duyu ya da organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması niteliğinde olduğu;
- Travmatik olaya bağlı olarak ortaya çıkan psikozlar, demans, diğer nörolojik ve bilişsel işlev kaybı ile seyreden ağır ve kalıcı psikiyatrik

bozukluk ve sendromlar varsa, duyu ya da organlardan birinin işlevinin yitirilmesi niteliğinde ya da iyileşme olanağı bulunmayan hastalık kapsamında olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte söz konusu edilen bu durumların adli raporlara yansıtılabilmesi için, mutlaka psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Zira ilk değerlendirmede ruhsal bozukluktan şüphelenilmesi ve bu doğrultuda konsültasyon istenmesi önem arz etmektedir.

Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz'da ayrıca, dış kayıpları anlamında da işlevde sürekli zayıflama ve işlev kaybı açısından belirlemeler yer almaktadır. Zira işlev zayıflığı/yitimi ile ilgili değerlendirmede bulunulması hususunda en fazla sıkıntı yaşanmasına neden olan durumlardan birisi dış kayıpları konusunda yaşanmaktadır.

Yeni Türk Ceza Kanunu Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz'da söz konusu edilen tüm bu belirlemelere ek olarak ayrıca, tüm sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin adli olguları değerlendirmeleri sürecinde kullanabilecekleri "Standart Adli Rapor Formlarına yer verilmekte ve vücut diyagramları paylaşılmaktadır. Kılavuz'da bu formların nasıl doldurulması gerektiği anlatılmış ve önemi vurgulanmıştır (12). Zira formların eksiksiz ve düzgün bir şekilde doldurulması neticesinde, adli rapor düzenleme aşamasında sıklıkla karşılaşılan hatalar en aza indirilebilecek ya da tamamıyla bertaraf edilebilecektir.

Düzenlenen adli raporlarla ilgili uygulamada karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi, ilk değerlendirme aşamasında kesin rapor düzenlenip düzenlenemeyeceğine bakılmaksızın tüm olgulara ilişkin olarak "geçici rapor" olarak adlandırılan ön raporların düzenlenmesi hususunda yaşanmaktadır. Zira böylesi bir durum, hem adli tıbbi sürecin hem de yargı sürecinin işleyişini yavaşlatmaktadır. Bununla birlikte ön rapor düzenlenen olguların büyük bir çoğunluğunda kesin rapor amacıyla bir adli tıp uzmanına ulaşılmaya çalışılması, hem zaman hem de işgücü kaybına neden olmaktadır (13).

Aynı şekilde konu kapsamında yapılan araştırmalar doğrultusunda, Adli Tıp Kurumu'ndan rapor istenilen olgularda da, en fazla ilk muayenedeki eksiklikler ve tüm verilerin Adli Tıp Kurumu'na ulaştırılmasındaki

yetersizliklerden kaynaklanan durumların rapor sürecini olumsuz etkilediği görülmektedir (14-17).

Adli rapor düzenlenmesi sürecinde uygulamada karşılaşılan bir başka yanlış yaklaşım da, farklı tıp disiplinlerini ilgilendiren travma olgularında, olgunun tanı ve tedavi sürecine katılan her bir birimin ayrı rapor düzenlemek adına hareket etmesidir. Zira böylesi bir durumda aynı olgu için birden fazla, genellikle de birbirleriyle çelişkili raporlar düzenlenebilmekte ve çelişkinin ortadan kaldırılabilmesi ise, yine zaman ve işgücü kaybına neden olabilmektedir (18).

Söz konusu edilen bu eksikliklerin ve/veya yanlışlıkların yaşanmaması adına, yaralanma öyküsü ile sağlık kuruluşuna gelen adli olgularda rapor düzenlenmesi sürecinde dikkat edilmesi gereken hususlar aşağıda verildiği gibi ifade edilmektedir (2, 8);

1) Yaraların ne tür bir travma ya da aletle meydana gelmiş olduğu doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.

2) Kaç adet yara olduğu ve her bir yaranın niteliği doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.

3) Yaralanma neticesinde kişide meydana gelen hasar ve yaralanma ağırlığının ne olduğu doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.

4) Kaç yara bulunduğu ve hangi yaraların kişinin yaşamını tehlikeye soktuğu ya da ölümüne neden olduğu doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.

5) Yaralanma ile meydana gelen hasar ya da ölüm arasında neden – sonuç ilişkisi olup olmadığı doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.

6) Yaraların ne zaman meydana geldiği ve yaralanma neticesinde ortaya çıkabilecek durumlar doğru ve eksiksiz bir şekilde tespit edilmeli ve kaydedilmelidir.

Belirtildiği üzere, adli rapora konu olayın ne şekilde meydana geldiği ve orijinin aydınlatılması açısından, adli raporların söz konusu edilen bu ve benzeri sorulara yanıt verebilecek şekilde düzenlenmesi önem arz

etmektedir. Örneğin; bir kavga esnasında meydana gelen bir yaralanmada sanık, elindeki bıçağı mağdura saplamak istemediğini ve boğuşma esnasında mağdurun bıçağı doğru düştüğünü ya da elindeki silahın kazara ateş aldığını ve karşısındakinin bu şekilde öldüğünü iddia edebilir. Bazen de bir kavgada farklı aletlerle birden fazla kişi olaya karışmış olabilir (18).

Bu ve benzeri durumlarda mağdurun vücudundaki yaraların lokalizasyonu, sayısı, her birinin niteliği ve vücutta oluşturduğu hasarın, sanık tarafından anlatılanların doğruluk derecesinin tespit edilmesinde belirleyici olması söz konusu olabilmektedir. Bu temelde adli rapor düzenleyen hekimlerin dikkat etmesi gereken; çıplak vücut üzerindeki yaraların tespit edilmesi genellikle kolay olabilmekteyken, saçlı deri, kulak arkası, dudak mukozaları, meme altları, perine ayak tabanlarında bulunan lezyonların gözden kaçırılmaması hususunda olmalıdır (18).

Bu çalışmada, adli olgularda üniversitemiz acil servisinde tutulan tıbbi belge ve kayıtlardaki eksikliklerin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Araştırma; Acil Kliniği'ne başvuran adli olguların özelliklerini araştırmak amacıyla retrospektif olarak yapılmış; adli olgu olarak başvuran olguların demografik özellikleri ve kayıt esnasında yaşanan eksikliklerin ortaya çıkarılması hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Uludağ Üniversitesi SUAM Acil Servis'ine, 15.01.2016-15.05.2016 tarihleri arasında başvuran ve adli vaka olarak değerlendirilen 1035 hasta kapsamında gerçekleştirilmiştir. Çalışmadaki veriler retrospektif olarak ve dosya tarama yöntemi ile elde edilmiştir. Çalışmada değerlendirilen dosyalar; 5237 sayılı Yeni Türk Ceza Kanununa (TCK) göre adli olarak değerlendirilen lezyonlar ve durumlar çalışmaya dahil edilmiştir. Dosyalar "Yeni TCK Çerçevesinde Düzenlenecek Adli Raporlar İçin Kılavuz" göz önünde bulundurularak incelenmiştir. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.02.2017 tarihli 2017-2/14 sayılı onayı ile çalışmaya başlanmıştır.

Çalışmaya alkol muayenesi için başvuran ve dış merkezde değerlendirilip adli rapor tanzim edilen adli olgular dahil edilmemiştir.

Her hasta için; ad, soyad, protokol numarası, yaş aralığı, cinsiyet, başvuru saati ve tarihi, geliş şekli, olay türü, lezyon tanımı, kalıcı iz veya sakatlık varlığı, alkol durumu, hayati tehlike ve prognoz kayıt edilmiştir. Veriler toplandıktan sonra SPSS 22.0 Programı'na girilerek istatistiksel analizleri yapılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile test edilmiştir. Normal dağılmayan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırması Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. Normal dağılım görülmemesinden dolayı betimleyici değerleri medyan(min-max) olarak verilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırmasında ki-kare testi, Fisher'in kesin ki-kare testi ve Fisher Freeman Halton testi kullanılmıştır. Kategorik veriler frekans ve yüzde olarak verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p=0,05$ alınmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde frekans ve oran değerleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya Uludağ Üniversitesi SUAM Acil Servis'e 15.01.2016-15.05.2016 tarihleri arasında başvuran ve adli vaka olarak değerlendirilen 1035 hasta alındı. Bu hastaların %77'i (n=797) erkek ve %23'ü (n=238) kadındı. Hastaların medyan yaş değeri 32 yıl (1-88) olarak bulundu. İncelenen 1035 adli dosyada olayın tarih ve saati sadece %81,6 (n=845) vakada belirtilmiş olup geri kalan %18,4'ünde (n=190) belirtilmemiştir. Uludağ Üniversitesi SUAM Acil Servis'e, 15.01.2016-15.05.2016 tarihleri arasında başvuran ve adli vaka olarak değerlendirilen 1035 hastanın %9,4'ünde(n=97) lezyon saptanmazken, geri kalan 90,6'ında (n=938) lezyon saptanmış ve adli raporda belirtilmiştir. Değerlendirilen 1035 vakanın %11,9'unda (n=123) hayatı tehdit edici durumdan söz edilmiş, geri kalan %88,1 vakada (n=912) hayati tehlike verilmemiştir. Çalışma kapsamında değerlendirilen 1035 vakanın sadece %2,7'sinde (n=28) kalıcı iz veya sakatlık durumundan söz edilmiştir. Geri kalan % 97,3 (n=1007) ise bu durumdan söz edilmemiştir.

Çalışma kapsamındaki 1035 vaka prognoz açısından değerlendirildiğinde; %77,6'sinin (n=803) taburcu edildiği, %12'sinin (n=124) hastaneye yatış yapıldığı, %2,3'ünün (n=24) hastaneden tedavi red ile ayrıldığı, %6,1'inin (n=63) hastane genelinde yer bulunmadığından dolayı diğer sağlık kurumlarına sevk edildiği ve %1,2'inin (n=12) acil serviste exitus olduğu gözlenmiştir.

Hastaneye başvurma saat aralığı olarak 00:00-08:00 saatleri arasında başvurma oranı %19,9 (n=168), 08:00-16:00 saatleri arasında %29,2 (n=302), 16:00-00:00 arasında ise %39,2 (n=375) olarak saptandı.

Olay türlerine bakıldığında trafik kazası oranı %38,2 (n=395), iş kazası %37,3 (n=386), darp cebir %6,6 (n=68) ve diğer adli olaylar %18 (n=186) olarak değerlendirildi. Bu demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo-1: Başvuran hastaların demografik bilgileri:

		Hasta sayısı	%
Cinsiyet	Erkek	797	77
	Kadın	238	23
Başvuru şekli	İlk başvuru	773	74,7
	Sevk	262	25,3
Olay türü	Trafik kazası	395	38,2
	İş kazası	386	37,3
	Darp	68	6,6
	Diğer	186	18
Başvuru saati	00:00-08:00	168	19,9
	08:00-16:00	302	29,2
	16:00-00:00	375	39,2
Alkol	Var	66	6,4
	Yok	969	93,6
Lezyon	Var	938	90,6
	Yok	97	9,4
Kalıcı iz ya da sakatlık	Var	28	2,7
	Yok	1007	97,3
Hayati tehlike	Var	123	11,9
	Yok	912	88,1
Prognoz	Taburcu	803	77,6
	Yatış	124	12
	Tedavi red	24	2,3
	Sevk	63	6,1
	Eksitus	12	1,2
	İzinsiz terk	9	0,9

İş kazası medyan yaşı 36(1-86), trafik kazası olgularında medyan yaş 30(1-86),darp cebir olgularında 30(6-86) ve diğerlerinde 28(1-87) olarak hesaplanmıştır.

Olay türlerine göre yaş değişkeni bakımından anlamlı farklılıklar görülmektedir($p<0,001$). İş kazaları olgularında yaş medyan değeri diğer olay türlerindeki yaş medyan değerinden anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Darp cebir olay türü ile trafik kazası ve diğer olay türleri, trafik kazası olay türü ile de diğer olay türü arasında medyan yaş değerleri bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu değerler Tablo-2'de verilmiştir.

Tablo- 2: Olay türlerine göre yaş değerlerinin betimleyici değerleri

Olay türü	Hasta sayısı	Median yaş
Trafik kazası	395	30 (1-86)
İş kazası	386	36 (18-88)
Darp	68	30 (6-86)
Diğer	186	28 (1-87)

Hayati tehlikesi bulunan ($n=123$) hastanın %13,8'inde ($n=17$) yasal sınırın üstünde alkol saptandı(yasal alkol düzeyi 0,5 mg/dl),hayati tehlikesi bulunmayan ($n=912$) hastaların % 5,4'ünde ($n=49$) ise yasal sınırın üstünde alkol saptandı. Buna göre hayati tehlikesi bulunan hastaların olmayan hastalara göre kan alkol düzeyi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu bilgiler Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo- 3: Alkol kullanma durumuna göre hayati tehlike dağılımı

		Hayati Tehlikesi		p
		Var	Yok	
Alkol>0,5 promil	n	17	49	0,001
	%	13,8	5,4	
Toplam		123	912	

Olay türlerine göre alkollü olguların dağılımına bakıldığında trafik kazası ile başvuran 395 vakanın %6,3'ünde alkol saptanmış olup,%93,7'inde

alkol saptanmamıştır. İş kazası nedeniyle başvuran 386 hastanın %0,05'inde alkol saptanırken,%99,5'inde alkol saptanmamıştır. Darp cebir nedeni ile başvuran 68 hastanın %11,8'inde alkol saptanırken,%88,2'inde alkol saptanmamıştır. Diğer nedenler ile başvuran 186 vakanın %16,7'inde alkol mevcut iken %83,3'ünde alkol saptanmamıştır. Bu gruplar arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda alkollü olgu görülme oranları bakımından Trafik kazası (%6,3) olay türü, İş kazası (%0,05) ve Diğer (%16,7) olay türlerinden anlamlı farklılık göstermektedir.

En düşük alkollü olgu görülme oranına sahip olan İş kazaları (%0,05) olay türü ise Darp cebir(%11,8) ve Diğer (%16,7) olay türlerinden alkollü olgu görülme oranı bakımından anlamlı farklılık göstermektedir. Bu değerler Tablo 4 ve ikili karşılaştırmaları Tablo 5'de verilmiştir.

			Olay Türü				p
			Trafik Kazası	İş Kazası	Darp Cebir	Diğer	
Alkol Durumu	Var	Hasta sayısı	25	2	8	31	<0,001
		%	6,3	0,5	11,8	16,7	
	Yok	Hasta sayısı	370	384	60	155	
		%	93,7	99,5	88,2	83,3	

Tablo- 4: Olay türlerine göre alkollü olguların dağılımı

Tablo-5: Olay türlerine göre alkollü olguların dağılımının ikili karşılaştırmaları

Olay türü	p
Trafik kazası - İş kazası	<0,001
Trafik kazası - Darp cebir	0,124
Trafik kazası - Diğer	<0,001
İş kazası - Darp cebir	<0,001
İş kazası - Diğer	<0,001
Darp cebir - Diğer	0,445

Alkollü olan olguların saat aralıklarına göre dağılımlarında anlamlı farklılıklar görülmektedir. Tüm saat aralıkları alkollü olguların oranları bakımından birbirlerinden anlamlı farklılıklar göstermektedir. En fazla alkollü olgu oranı 00:00-08:00 saat diliminde (%15,5) iken, sonraki yüksek olan saat dilimi ise 16:00-00:00 saat dilimidir (%6,4). En az alkollü olgu oranı 08-16 saat diliminde bulunmaktadır(%1,3). Veriler Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo- 6: Alkollü olguların saat aralıklarına göre dağılımı

			Alkol Durumu		p
			Var	Yok	
Saat Aralığı	00:00-08:00	Hasta sayısı	26	142	<0,001
		%	48,1	18	
	08:00-16:00	Hasta sayısı	4	298	
		%	7,4	37,7	
	16:00-00:00	Hasta sayısı	24	351	
		%	44,4	44,4	

Hayati tehlike olan olguların saat aralıklarına göre dağılımlarında anlamlı farklılıklar görülmektedir. 08:00 -16:00 saat aralığındaki olgularda hayati tehlike görülme oranı (%7,3), 00:00-08:00 ve 16:00-00:00 saat aralıklarındaki olgularda hayati tehlike görülme oranlarından (%15,5 ve %14,4) anlamlı düzeyde daha düşüktür. 00:00-08:00 ve 16:00-00:00 saat aralıklarında hayati tehlike görülen olguların oranı bakımından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bu değerler Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo- 7: Hayati tehlikeye sahip olguların saat aralıklarına göre dağılımının ikili karşılaştırması

Saat Aralığı	p
00:00-08:00 / 08:00-16:00	0,008
00:00-08:00 / 16:00-00:00	0,744
08:00-16:00 / 16:00-00:00	0,005

TARTIŞMA VE SONUÇ

Adli tıp; tıbbi bilgilerin hukuka uygulanmasını konu edinen ve bu doğrultuda hekimlerin yasal yükümlülüklerini inceleyen bir alan olarak, adli tıp uzmanlarının konu ile ilgili belge ve bulgular ışığında adli makamlara yazılı ya da sözlü olarak rapor düzenlemelerini inceleyerek adli sürece katkıda bulunmaktadır (19).

Adli makamlar da bilirkişiler tarafından düzenlenen raporlar kapsamında hukuki kararlar vermek adına hareket etmektedirler.

Adli olgular; acil olguların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (20).

Bu bakımdan dış etkenler neticesinde meydana gelen ve kişilerin beden ve ruh sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine ya da bozulmasına neden olabilen veya ölüme dahi sebebiyet verebilen her olay adli olgu olarak değerlendirilmektedir (21).

Acil servis hekimleri adli olgularda saptanan travmatik lezyonları bir rapor halinde düzenlemek ve olayı adli makamlara bildirmek gibi önemli yükümlülüklerle de sahiptirler (22).

Bu süreçte hekimler, konu kapsamında geçici rapor ya da kesin rapor düzenleyebilmektedirler. Ancak gerek geçici raporların ve gerekse de kesin raporların düzenlenmesi sırasında yapılacak hatalar, daha sonraki dönemlerde telafisi zor birtakım sorunların yaşanmasına neden olabilmekte ve bu durum hekimlerin birtakım yasal yaptırımlarla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir (23).

Çalışmamıza dahil edilen 1035 hastanın; %77'i (n=797) erkek ve %23'ü (n=238) kadındı. Bu oran, konu ile ilgili benzer çalışmalarla uyumludur (24-33). Hastaların medyan yaş değeri 32 yıl (1-88) olarak bulundu. Bu yaş grubunun aktif yaşamda daha fazla yer alması nedeni ile adli olayların fazla görülmesi konusu da benzer şekilde literatür ile uyum göstermektedir (26-28).

Çalışmamızda olay türlerine bakıldığında trafik kazası oranı %38,2 (n=395), iş kazası %37,3 (n=386), darp cebir %6,6 (n=68) ve diğer adli olaylar %18 (n=186) olarak saptandı. Adli olay türleri içinde trafik kazalarının ilk sırada yer alması, trafik kazalarının ülkemizde çok yoğun olarak yaşandığı ve buna bağlı yaralanmaların çokluğu gerçeğini gözler önüne sermektedir. Bu sonuç; beklenen bir sonuç olup, benzer çalışmalar ile de uyumludur (24,27,34-37) .

İş kazaları olgularında yaş medyan değeri diğer olay türlerindeki yaş medyan değerinden anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Darp cebir olay türü ile trafik kazası ve diğer olay türleri, trafik kazası olay türü ile de diğer olay türü arasında medyan yaş değerleri bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu konuda literatürde yeterli çalışma bulunmadığı için katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Acil servislere başvuran adli olgular hekimlik uygulamaları içinde önemli bir yer tutar. Adli olguların mevsimsel, haftanın günlerine ve gün içerisinde saat dilimlerine dağılımı göz önünde tutularak acil servislerde insan gücü planlaması yapılmalıdır. Özellikle tatil dönemlerinde, hafta sonlarında ve akşam saatlerinde acil servislerde hasta yoğunluğunun artacağı, adli olguların oranının da yüksek olduğu düşünüldüğünde gerekli tedbirler alınmalıdır.

Çalışmamızda hastaneye başvurma saat aralığı olarak 00-08 saatleri arasında başvurma oranı %19,9 (n=168), 08-16 saatleri arasında %29,2 (n=302) ve 16-00 arasında ise %39,2 (n=375) olarak saptandı.

Ural ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada trafik kazalarına bağlı acil başvurularının akşam saatlerinde arttığını bildirmiştir (38).

Alkol kullanımının en tehlikeli sonuçlarından birisi, trafik kazalarına neden olmasıdır (9,11,12). Bilindiği gibi, trafik kazalarının nedenlerinin başında alkollü araç kullanımı gelmektedir. Olay türlerine göre alkollü olguların dağılımına bakıldığında trafik kazası ile başvuran 395 vakanın %6,3'ünde alkol saptanmış olup, %93,7'inde alkol saptanmamıştır.

Yaptığımız çalışmada; incelenen 1035 adli dosyada olayın tarih ve saati sadece %81,6 (n=845) vakada belirtilmiş olup geri kalan %18,4'ünde

(n=190) belirtilmemiştir. Serinken ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen araştırma doğrultusunda; hayatı tehlikenin mevcut olup olmadığı ve olay tarihine ilişkin bilgilerin, hekimler tarafından çok yüksek oranda yazıldığı belirtilmiştir. Olayın tarihi % 0,1 oranında raporlarda yer almazken, olayın saati ise % 52,1 oranında yer olmadığı gözlenmiştir (39). Adli olgularda tarih ve saatin eksik yazılmasının olayın seyrini ve sonuçlarını değiştirebileceği göz önünde bulundurulmalı ve bunu önlemek adına genç hekimlere bu konuda gerekli uyarı ve hatırlatmalar yapılmalıdır.

Muayene edilen hastalarda bulunan lezyonların doğru tanımlanması, adli tıp uygulamaları kadar hekimlik mesleğinde son derece önemlidir. Ancak hekimler, çoğu zaman kendilerine başvuran hastalardaki lezyon ve bulguları tanımlama ve bunları kayıt altına alma konusunda gereken önemi göstermemekte, lezyonları eksik olarak tanımlamakta, bu da özellikle adli olgu niteliği taşıyan travmatik olayların yorumlanmasında ve yargılama aşamasında doğru kararların oluşmasına engel teşkil etmektedir (40).

Çalışmamızda 1035 hastanın %9,4'ünde (n=97) lezyon saptanmazken, geri kalan 90,6'ında (n=938) lezyon saptanmış ve adli raporda belirtilmiştir. Değerlendirilen 1035 vakanın %11,9'ünde (n=123) hayatı tehdit edici durumdan söz edilmiş, geri kalan %88,1 vakada (n=912) hayati tehlike verilmemiştir. Serinken ve arkadaşları tarafından yapılan araştırma doğrultusunda; adli raporlarda hayati tehlike geçirdiği belirtilen olgu sayısı 495 (% 15,4) olarak saptanmıştır. Bu olguların büyük bölümü, trafik kazası sonrası oluşan multitravma hastaları olarak kaydedilmiştir (n=314) % 63,4 (39).

Çalışma kapsamında değerlendirilen 1035 vakanın sadece %2,7'sinde (n=28) kalıcı iz veya sakatlık durumundan söz edilmiştir. Geri kalan %97,3 (n=1007) ise bu durumdan söz edilmemiştir.

Acil servislerde yazılan adli raporlarda kalıcı iz ve sakatlık durumundan çok az bir oranda bahsedilmesinin sebebi acil serviste çalışan hekimlerin kalıcı iz ve sakatlık durumunun adli tabip tarafından belirtilmesinin daha uygun olacağını düşünmeleri olabilir.

Çalışma kapsamındaki 1035 vaka prognoz açısından değerlendirildiğinde; %77,6'sının (n=803) taburcu edildiği, %12'sinin (n=124) hastaneye yatış yapıldığı, %2,3'ünün (n=24) hastaneden tedavi red ile ayrıldığı, %6,1'inin (n=63) hastane genelinde yer bulunmadığından dolayı diğer sağlık kurumlarına sevk edildiği ve %1,2'sinin (n=12) acil serviste exitus olduğu gözlenmiştir.

Duman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen araştırma doğrultusunda da; bir yıllık dönem içerisinde hastaneye başvuran ve bilgi işlem merkezi programına kaydedilen 115185 hastanın verileri değerlendirilmiş ve darp olgusu ile hastaneye başvuran hastaların %95,8 ile taburcu edildikleri, %3,7 ile yatışlarının gerçekleştirildiği ve %0,7 ile sevk edildikleri belirlenmiştir (41).

Varol ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen araştırma doğrultusunda da; hastaların %54,2'sinin ile Acil Servisteki tedavilerinin ardından taburcu edildikleri, %8,5'inin sevk edildikleri ve %8,2'sinin de beyin cerrahisi servisine yatırıldıkları bulunmuştur (42).

Hastanelerin Acil Servislerinde görev yapan hekimlerin adli rapor düzenleyerek ilgili makamlara bildirimde bulunma zorunlulukları söz konusu olmakla birlikte, ülkemizdeki hekimlerin gerek bu konular hakkında yeteri ve gereği kadar bilgi sahibi olmamaları ve gerekse de konuya ilgi duymamalarından dolayı, genel olarak kesin rapor yazmaktan kaçındıkları ve bu konuda rapor hazırlamaktan dolayı endişe duydukları görülmektedir (40).

Adli olguların profilinin ortaya konmasının amaçlandığı bu çalışmada elde ettiğimiz veriler, benzer çalışmalardaki sonuçlarla genel anlamda uyum göstermektedir. Her tıbbi olgu gibi adli olgularda da kayıtların eksiksiz ve düzenli olması, sonrasında oluşabilecek hukuksal süreçte hekim güvenliği ve hasta mağduriyetinin önlenmesi ve istatistik verilerin güvenilirliği açısından önemlidir. Adli olgularla sık karşılaşan ve mesleki hata riskleri yüksek olan hekimlere özellikle acil hekimlerine düzenli eğitim verilmesi, hasta haklarının korunması yanı sıra hekim hakları yönünden de önemlidir. Bu açıdan adli olguların özellikle raporlama aşamasının daha özenli yapılması için

mezuniyet sonrası anabilim dalları ile ortak yürütülecek adli tıp eğitim programları ve adli tıp uzmanları ile koordine çalışma gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı. Adli Tıp Uzmanları Derneği - TTB. Ankara: Polat Matbaası, 1999.
2. Koç S, Çetin G, Kolusayın Ö. Acil olgularda hekimin sorumluluğu ve adli tıp sorunları. Sendrom 1994; 6:54 -9.
3. İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muamele veya cezaların etkili biçimde soruşturulması ve belgelendirilmesi için el kılavuzu (İstanbul Protokolü). İstanbul: Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları, 2001.
4. Koç S. Adli Tıpta Rapor Hazırlama Tekniği ve Rapor Örnekleri. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ders Notları, 1995.
5. Bird S. How to write a medicolegal report. Australian Family Physician 2004; 33:66 -7.
6. Beyaztaş FY. Adli rapor konusunda hekim sorumluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1:231 -4.
7. Yavuz MS, Aydın S. Birinci basamakta adli olgu ve adli rapor düzenleme. Aile Hekimliği Dergisi 2004; 8:30 -3.
8. Koç S. Adli tıpta rapor hazırlama tekniği ve rapor örnekleri. Soysal Z, Çakalır C (editörler). Adli tıp. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 1999; 1573 -633.
9. Tümer A R, Keten A, Karacaoğlu E. Adli olgu bildirimi ve adli raporlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2010; 41:128 -34.
10. 11.10.1920 Tarih ve 30 Sayılı Tababeti Adliye Kanunu.
11. 26.09.2004 Tarih ve 5237 Sayılı TCK.
12. Balcı Y, Güzel S, Çetin G. Yeni Türk Ceza Kanunu çerçevesinde düzenlenecek adli raporlar için kılavuz. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Başkanlığı - Adli Tıp Uzmanları Derneği - Adli Tıp Derneği Ortak Yayını, 2013.
13. Ketenci HÇ. Bir devlet hastanesinde adli tıp uzmanı istihdamına yönelik matematiksel bir model çalışma. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2007.
14. Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş ÜN ve ark. Kocaeli İlinde adli görev ve pratisyen hekimler, Adli Tıp Dergisi 2001; 15: 36 -45.
15. Günaydın G, Demireli O, Şahin TK. Selçuk Üniversitesi Acil Servisi'nde verilen adli raporlar ve bunların hayati tehlike kavramı yönünden değerlendirilmesi. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı, İstanbul: Dilek Ofset, 1995.

16. Yavuz MF, Yavuz MS. Adli rapor standardizasyonu ve adli raporlarda görülen eksiklikler, Türkiye Klinikleri 2006; 2(50): 28 -33.
17. Eşiyok B, Balcı YG. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi'nde TCK 456. Maddesi kapsamında düzenlenen adli raporların adli tıp uygulamaları ile karşılaştırılması, Sendrom Dergisi 2002; 14(9):102 -10.
18. Balcı M, Eryürük M. Adli raporların hazırlanmasında temel kurallar, kavramlar; hukuki ve tıbbi açıdan hekim sorumluluğu. Klinik Gelişim Dergisi 2009; 22(7):48 -55.
19. Kafadar H, Kafadar S. Darp nedeniyle adli rapor düzenlenen 3172 olgunun değerlendirilmesi, Adli Bilimler Dergisi, 2014;3172:1 - 7.
20. Konakçı M, Bodur S. Bir sağlık ocağında verilen 3638 adli raporun irdelenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2001;11(3):115 -8.
21. Uluçay T, Ziver A, Zeyfeoğlu Y ve ark. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği'ne başvuran olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 2006; 20(2):22 -9.
22. Tokdemir M, Kafadar H, Türkoğlu A. "Ateşli silah yaralanmalarının 304 olguda değerlendirilmesi. E - Journal of New World Sciences Academy, 2009;4(1):1 -7.
23. Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005;31(1):25 -9.
24. Kök AN. Oztürk S, Tunalı İ. Yatarak tedavi gören 959 adli vakanın retrospektif değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 1992;8(1-4):93-8.
25. Altun G, Azmak D, Yılmaz A, Yılmaz G. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuran adli olguların özellikleri. Adli Tıp Bülteni 1997;2(2):62-6.
26. Katkıcı U, Örsal M, Özkök MS. CÜTF Hastanesi'ne başvuran adli olguların özelliklerinin araştırılması. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 1993;133-42.
27. Günaydın G, Demireli O, Şahin TK, Demirci Ş. Selçuk Üniversitesi Acil Servisi'nde verilen adli raporlar ve bunların hayati tehlike kavramı yönünden değerlendirilmesi. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı, Antalya,1995;271-5.
28. Yavuz MS, Özgüner İ. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne müracaat eden adli olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 2003;17(1):47-53.
29. Boz B, Demirkan O, Beyaztaş FY. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2000 yılında verilen adli raporların retrospektif olarak incelenmesi. 9. Ulusal Adli Tıp Günleri Paneller ve Poster Sunuları Kitabı, Antalya,18-21 Ekim 2001:110-3.
30. Çınar T, Elçioğlu Ö, Ünlüoğlu B. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 1994-1995 yıllarında başvuran adli vakaların İstatistiksel değerlendirilmesi. 2. Adli Bilimler Kongresi Sözel ve Poster Bildirileri Özet Kitabı, Bursa, 13-16 Mayıs 1996:77.
31. Küçük H. Acil servise gelen ölümlü sonuçlanmayan travmatik adli olguların ve raporlarının değerlendirilmesi. Acil Tıp Dergisi 2003;3(4):19-23.

32. Yavuz MF, Baştürk P, Yavuz MS, Yorulmaz C. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Adli Bilimler Dergisi 2002;1(2):21-6.
33. Savran B, Hilal A, Eren T, Çekin N. Adana Adli Tıp Şube Müdürlüğü'nün 2000 yılı olgularının retrospektif değerlendirilmesi. Yıllık Adli Tıp Toplantıları Bildiri Kitabı, İstanbul, 25-27 Nisan 2001:224-7.
34. Tunalı İ. Hekimin mesleki sorumluluğu. Ankara Tıp Mecmuası 1992; 45:25-34.
35. Koç S, Öztekin İ, Albek E, Lokman S. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran adli nitelikteki 510 olgunun analizi. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı, Antalya, 1993;147-56.
36. Dülger EH, Bostancı M. Yaralanma ile sonuçlanan adli olgular. 1. Ulusal Adli Tıp Kongresi Poster Sunulan Kitabı, İstanbul, 1994;61-6.
37. Tıraşçı Y, Gören S. Trafik kazalarına bağlı ölümler. IV. Adli Bilimler Kongresi Özet Kitapçığı, İstanbul, 10-13 Mayıs 2000:38.
38. Ural G, Gün İ. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi ve Özel Bayındır Hastanesi acil servisine kaza nedeniyle başvuranların epidemiyolojik yönden incelenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;17: 31-9.
39. Serinken M, Türkçüer İ, Acar K ve ark. Acil Servis Hekimleri Tarafından Düzenlenen Adli Raporların Eksiklikler ve Yanlışlıklar Yönünden Değerlendirilmesi, Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, 2011;17(1):23 –8
40. Zeyfeoğlu Y, Uluçay T, Yavuz M ve ark. Adli Tıbbi Uygulamalarda Hatalı Tanımlama, Yanlış Karar: Olgu Sunumu, Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, 2010;16(2):185 –1.
41. Duman A, Kapçı M, Bacakoğlu G ve ark. Acil servise başvuran travma olgularının değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2014;21(2):45 -8.
42. Varol O, Eren Ş H, Oğuztürk H ve ark. Acil Servise Darp Olgusu Sonucu Başvuran Hastaların İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006;28(2):55 - 60.

TEŞEKKÜR

Acil Tıp Uzmanlık eğitimim süresince değerli katkıları ve çalıőmamın gerçekleşmesinde, asistanlık eğitimim süresince yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübesinden yararlanma olanağı sağlayan, tez danıőmanım sayın Prof. Dr. Erol Armağan'a, değerli hocalarım; Prof. Dr. őule Akköse Aydın'a, Prof. Dr. şahin Aslan'a, Doç. Dr. Özlem Köksal'a, Yrd Doç. Dr. Halil İbrahim ıkırıklar'a ve Uzm. Dr. Fatma Özdemir'e sonsuz saygı ve őükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimi süresi boyunca her zaman saygı ve sevgiyle acil serviste birlikte çalıőtıđımız değerli asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma, her konuda sabırla yardımcı olan, destekleyen, benimle birlikte bu süreci yaőayan eşim Salih Kahrıman'a desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Köstence/Romanya'da doğdum. Köstence Uluslararası Bilgisayar Lisesi'nden 2003 yılında mezun oldum. 2004 yılında kazandığım Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2010 yılında mezun oldum. Eylül 2011' de Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile kazandığım Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. 2007 yılında Eşim Salih Kahrıman ile evlendim, 2014 yılında Mehmet Kayra Kahrıman adında oğlum dünyaya gelmiştir.