

## Birinci Basamaktaki Hekimlerin Adli Rapor Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları

### Knowledge, Attitudes and Behaviors of Primary Stage Physicians about Forensic Report

✉ Celal Kuş<sup>1</sup>, ✉ Abdullah Avşar<sup>2</sup>, ✉ Büşra Karabekiroğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Kahramanmaraş

<sup>2</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp ABD, Kahramanmaraş

<sup>3</sup> Onikişubat İlçe Sağlık Müdürlüğü, Kahramanmaraş

#### ÖZ

**Amaç:** Aile hekimleri mesleki uygulamalarında çok sık adli olaylarla karşılaşmaktadırlar. Bu çalışmada adli raporlarla sık karşılaşan birinci basamak hekimlerinin adli raporlara olan yaklaşımını incelemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olup Ocak-Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızın evrenini Kahramanmaraş il sınırları içinde yer alan 346 Aile Sağlığı Birimi oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile 183 çıkmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacının geliştirdiği 15 soruluk anket formu ile 10 maddelik likert ölçeği yüz yüze uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza dahil olan 184 hekimin 127'si erkek (%69), 57'si (%31) kadındı. Çalışmada katılımcılara çalıştığı kurumda adli rapor tutup tutmadığı sorulduğunda 158'i (%85,9) rapor tutmaktaydı. Hekimler en yüksek oranda trafik kazasıyla ilgili adli rapor tuttuğunu belirtti ( $n=61$ , %33,2). İl merkezinde çalışan 111 kişinin sadece %5,4'ü adli rapor düzenlediğini, ilçede çalışan 51 kişinin %21,6'sı adli rapor düzenlemekte olup köy-kasabada çalışan 22 hekimin ise %40,9 gibi büyük bir oranı çalıştığı kurumda adli rapor tutmaktadır ( $p < 0,001$ ). Katılımcıların toplam farkındalık düzeyine bakıldığında %47,3'ünün "iyi", %39,1'inin "orta" ve %13,6'sının "kötü" farkındalık düzeyine sahip olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Çalışmamızda birinci basamakta görev yapan hekimlerin adli rapor düzenleme konusunda eksik yaklaşım sergilediği belirlenmiştir. Hekimlerin adli olgularla karşılaştığında neler yapması gerektiği mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerde anlatılmalı ve bilgilerinin güncellenmesi için bu eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Adli rapor, trafik kazaları, türk ceza kanunu, aile hekimliği

#### ABSTRACT

**Aim:** Family physicians are frequently faced with forensic events in their professional practice. In this study, we aimed to examine the approach of primary care physicians, who frequently encounter forensic reports, to forensic reports.

**Material and Methods:** Our study is a descriptive and cross-sectional study and was carried out between January and February 2019. The universe of our study consists of 346 Family Health Units located within the borders of Kahramanmaraş province. The sample size was 183, with 5% margin of error and 95% confidence interval. As a data collection tool, a 15-question questionnaire developed by the researcher and a 10-item Likert scale were applied face-to-face. Statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** Of the 184 physicians included in our study, 127 (69%) were male and 57 (31%) were female. In the study, when the participants were asked whether they kept a forensic report in the institution they worked at, 158 (85.9%) of them did. Physicians stated that they kept forensic reports related to traffic accidents at the highest rate ( $n=61$ , 33.2%). Only 5.4% of 111 people working in the city center prepare forensic reports, 21.6% of 51 people working in the district prepare forensic reports, and 40.9% of 22 physicians working in villages-towns keep forensic reports. ( $p < 0.001$ ). Considering the total awareness level of the participants, it was determined that 47.3% had "good", 39.1% "moderate" and 13.6% "bad" awareness.

**Conclusion:** In our study, it was determined that the physicians working in the primary care showed an incomplete approach to the preparation of forensic reports. What physicians should do when faced with forensic cases should be explained in pre- and post-graduate trainings, and these trainings should be repeated at regular intervals in order to update their knowledge.

**Key words:** Forensic report, traffic accidents, turkish criminal law, family medicine

\*Çalışmamız 18. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:** Celal Kuş  
Kurum: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği ABD, Kahramanmaraş

**e.mail:** drcelalkus@gmail.com

**Tel:** 0543 229 07 99

**Geliş tarihi/Received:** 18.01.2023  
**Kabul tarihi/Accepted:** 21.03.2023



## GİRİŞ

Aile hekimleri bireylerin ilk tıbbi temas noktasını oluşturan, yaş, cinsiyet veya hastalık ayrımı yapmadan, sağlık hizmeti arayan herkese kapsamlı ve sürekli hizmet sunan hekimlerdir. Bireylerin sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel boyutlarının dışında nedensellik yönünden de ele almaktadırlar (1). Aile hekimliğinin kendine has bir hasta-hekim ilişkisi vardır. Bu ilişki, zaman içinde gelişen karşılıklı güven duygusuna dayalı bir iletişim olarak ilerler. Ülkemizdeki aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminde; belli bir popülasyona hitap eden hekimlerin bireylerin birçok iletişim ağını (aile içi, çocuk bakımı, yaşlı bakımı vs.) gözlemleme şansı vardır. Tüm bu nedenlerle aile hekimleri, toplumdaki adli vakaları tespit etme imkanı bulunan en önemli sağlık personeli grubudur (2).

Ülkemizde adli olgu, dış etkenler sonucu oluşan, kişinin beden ve ruh sağlığının zarar görmesine veya ölümüne sebep olan her türlü olay olarak değerlendirilmektedir (3,4). Trafik kazası, darp cebir, silahlı yaralanma, delici-kesici alet yaralanmaları, iş kazası gibi olaylar adli olgu niteliği taşımaktadır (5). Adli ve tıbbi raporlar, yargıya yansıyan veya bireylerin sağlık durumlarını ilgilendiren olaylarda adli mercilere yol göstermek üzere hekimlerden talep edilen, yönetmeliğe uygun olarak hazırlanması gereken raporlardır. Ülkemizdeki hekimlere, Tababeti Adliye Kanunu ile adli olaylarda görev alma zorunluluğu, Türk Ceza Kanunu (TCK) 280. Maddesi ile de adli olguyu bildirme zorunluluğu getirilmiştir (6,7).

Adli raporlar, adli makamlarca hekimden istenen, kişinin tıbbi durumunu tespit eden ve maruz kalınan travmaya ilişkin adli makamlarca sorulan soruları yanıtlayan, hekim görüşü ve kanaatini bildiren belgeleri kapsamaktadır (8). Adli raporlar çoğunlukla adli olguya ilk müdahale eden hekimler tarafından düzenlenmekte olup, söz konusu olayla ilgili adli süreçte düzenlenen bu ilk rapor, temel adli tıbbi kanıt olmaktadır (9). Adli olguların görüldüğü en yaygın yerlerden biri aile sağlığı merkezleri olduğu için ve ülkemizde adli tıp yapılanması ve adli tıp uzmanı sayısının yetersiz olması nedeniyle adli raporlar sıklıkla birinci basamak hekimleri tarafından hazırlanır (10). Yargı olaylarında adli durumlar, doktorlar tarafından hazırlanan raporlara göre farklılık gösterdiği için adli raporların eksiksiz ve usulüne uygun olarak yazılması çok önemlidir.

Biz de bu çalışmada adli raporlarla sık karşılaşan birinci basamak hekimlerinin adli raporlara olan yaklaşımını incelemeyi amaçladık.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamız, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olup Ocak-Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalı-

şmamızın evrenini Kahramanmaraş il sınırları içinde yer alan 346 Aile Sağlığı Birimi oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile 183 olarak hesaplanmış olup çalışmaya 184 kişi dahil edilmiştir. Çalışmanın gücü %95,2'dir. Veri toplama aracı olarak araştırmacının geliştirdiği 15 soruluk anket formu ile 10 maddelik likert ölçeği yüz yüze uygulanmıştır. Anket ön çalışma olarak 36 kişiye uygulanmıştır. Bu ön çalışmanın bulguları doğrultusunda sorular revize edilerek puanlama kriterleri belirlenmiştir. Cronbach alfa değeri 0,61'dir. Çalışmaya katılmadan önce katılımcılar bilgilendirilmiş ve onam ve renler çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmada katılımcılar arasındaki farkındalık düzeyini tahmin etmek için kullanılan 10 maddelik likert ölçeğine verilen cevaplar "katılıyorum, katılmıyorum ve fikrim yok" şeklindeydi. Önergeleri değerlendirmek için doğru cevaba 1 puan, yanlış ve fikrim yok cevaplarına 0 puan verildi. Toplam farkındalık puanı 0 ile 10 arasında değişmekte ve her biri için beklenen toplam puan üzerinden yüzde kesme noktasına göre kategorize edilmiştir. Toplam farkındalık düzeyi, >%75 puan alan aile hekimleri için "iyi", <%50 puan alanlar için "kötü" ve %74 ile %51 arasında puan alanlar için "orta" olarak kategorize edilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort), standart sapma (ss), ortanca (medyan) olarak belirtilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile yapılmıştır. Parametrik test koşullarının sağlanmadığı durumlarda sürekli değişkenlerin analizinde iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman Rank Korelasyon testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare ve Fisher Exact testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın etik kurul onayı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2019/02 sayılı oturumda 15 karar numarası ile alınmıştır.

## BULGULAR

Çalışmamıza dahil olan 184 hekimin 127'si erkek (%69), 57'si (%31) kadındı. Hekimlerin 25'i (%13,6) bekar, 159'u (%86,4) evliydi. Çalışmaya katılan hekimlerin 111 (%60,3)'ü il merkezinde çalışırken, ilçe ve köy-kasabada çalışan hekim sayısı sırasıyla 51 (%27,7) ve 22 (%12) idi. Ayrıca hekimlerin yaş ortalaması 39,64±7,7 olarak belirlendi. Hekimler üç farklı yaş aralığında değerlendirildi: 25-40

yaş aralığında 98 (%53,3) hekim bulunmaktaydı ve bunların %67,3'ü erkekti. 40-50 yaş aralığında olan 72 (%39,1) hekimin %66,7'si erkekti. 50 yaş üstü olan 14 kişinin de %92,9'u erkekti. (Tablo 1).

Katılımcıların hizmet süresi ortalama  $14,26 \pm 7,9$  yıl olarak tespit edildi. Bununla beraber çalışmamızdaki en kısa ve en uzun hizmet süreleri sırasıyla 2 yıl ve 34 yıldır. Tablo 1'de hizmet süresini üç ayrı dekat olarak değerlendirdiğimizde ve çalışmamıza katılan tüm hekimlere "Adli tıp konusunda

sorunla karşılaştığınızda kime danışsınız?" sorusu sorulduğunda 101'i (%54,9) deneyimli hekimlere, 57'si (%31,0) adli tıp uzmanına, 26'sı (%14,1) ise yazılı kaynaklara danıştığını belirtmiştir.

Hizmet süresi ile başvuru kaynağı ilişkisini ki-kare analiziyle incelediğimizde hekimlerin mesleğin başlangıç sürecinde deneyimli hekim ve adli tıp uzmanı gibi meslektaşlarına danıştığı, hizmet süresi arttıkça daha çok yazılı kaynaklara başvurdukları belirlendi ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 1:** Hekimlerin hizmet süresi ile adli tıp konusunda sorunla karşılaştığında başvurduğu kaynaklar arasındaki ilişki

Hizmet Süresi*	Adli tıp konusunda sorunla karşılaştığınızda kime danışsınız?			
	Deneyimli Hekimler n (%)	Adli Tıp Uzmanı n (%)	Yazılı Kaynaklar n (%)	Total n (%)
0-10 yıl	46 (%63)	23 (%31,5)	4 (%5,5)	73 (%39,7)
10-20 yıl	38 (%53,5)	25 (%35,2)	8 (%11,3)	71 (%38,6)
>20 yıl	17 (%42,5)	9 (%22,5)	14 (%35)	40 (%21,7)
<b>Total</b>	101 (%54,9)	57 (%31,0)	26 (%14,1)	184 (%100)

n=sayı; %=yüzde; Ki-kare:10,064; \*p=0,002

Katılımcılara mezuniyet öncesi hangi adli tıp eğitimi aldıkları sorulduğunda sadece teorik ders alanlar 138 kişi (%75), sadece adli poliklinik hizmeti eğitimi alanlar 2 kişi (%1,1), sadece otopsi eğitimi alanlar 4 kişi (%2,2) ve birden fazla adli tıp eğitimi alan kişi sayısı da 40'tı (%21,7). Bu eğitimlerin yeterliliği sorgulandığında ise çalışmaya katılan hekimlerin 35'i (%19) aldığı adli tıp eğitimi yeterli görürken; 149'u (%81) eğitimi yetersiz olarak değerlendirmiştir. Bununla beraber mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi alan kişi sayısı 16 (%8,7) iken, 168 kişi (%91,3) mezuniyet sonrası adli tıp eğitimi almadığını belirtti.

Çalışmada katılımcılara çalıştığı kurumda adli rapor tutup tutmadığı sorulduğunda 26'sı (%14,1) adli rapor tutmazken, 158'i (%85,9) rapor tutmaktaydı.

Birden çok cevap seçeneğinin işaretlenebileceği "Meslek hayatınızda hangi durumlarda rapor tutmanız gerektiği?" sorusunda katılımcılar en yüksek oranda trafik kazasıyla ilgili adli rapor tuttuğunu belirtti ( $n=61$ , %33,2). İkinci sırada 35 (%19) kişi ile anketimizdeki tüm adli raporları tutanlar yer aldı. Bunları 33 (%17,9) kişi ile trafik kazası, silahlı yaralanma ve delici-kesici alet yaralanmasıyla ilgili üç farklı adli raporu tutan hekimler takip etti. Katılımcıların 19'u (%10,3) hiç adli rapor tutmadığını belirtirken, 11'i (%6) sadece silahlı yaralanmayla ilgili adli rapor tutmuştu.

Bulgularda %5'in altındakilere yer verilmedi (Tablo 2).

Çalışmamıza katılan doktorları mezuniyet öncesi eğitim açısından değerlendirdiğimizde birden fazla eğitim hizmeti alanlarla ( $n=15$ , %8,1), tek tip eğitim hizmeti alanlar ( $n=20$ , %10,8) arasında alınan adli tıp eğitiminin meslek hayatlarına yeterliliği bakımından anlamlı bir farklılık tespit ettik ( $p < 0,001$ ). İstatistiksel fark tek tip eğitim hizmeti alanların kendini daha yeterli görmesinden kaynaklanıyordu. İl merkezinde çalışan 111 kişinin sadece %5,4'ü adli rapor düzenlediğini, ilçede çalışan 51 kişinin %21,6'sı adli rapor düzenlemekte olup köy-kasabada çalışan 22 hekimin ise %40,9 gibi büyük bir oranı çalıştığı kurumda adli rapor tutmaktadır ( $p < 0,001$ ).

Çalışmamızda kullandığımız 10 maddelik likert ölçeğinin cevaplanma durumu Tablo 2'de verilmiştir. Likert tipteki 10 soru içerisinde hekimler tarafından en çok doğru olarak yorumlanan önerme "Hekim adli vaka olduğundan şüphe ettiği vakayı bildirir" iken ( $n=178$ , %96,7), en çok yanlış yorumlanan "Adli olgu muayenesi sırasında adli kolluk görevlileri ya da sağlık personeli olmalıdır." önermesi ( $n=141$ , %76,6) olmuştur. Adli olgu muayenesinde hasta ve doktorun yalnız olması gerektiği bilgisi (10) çalışmamıza katılan hekimlerin %76,6'sı tarafından bilinmemektedir.

**Tablo 2:** Likert ölçeğinin cevaplanma durumu

	İfadeler	Katılıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Fikrim Yok n (%)
1	Hekim adli vaka olduğundan şüphe ettiği vakayı bildirir.	178 (%96,7) (D*)	4 (%2,2)	2 (%1,1)
2	Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, hapis cezası ile cezalandırılır.	110 (%59,8) (D*)	27 (%14,7)	47 (%25,5)
3	Adli rapor kişinin dava açmak istemesi nedeniyle düzenlenip mağdur ya da yakınlarına verilebilir.	30 (%16,3)	136 (%73,9) (D*)	18 (%9,8)
4	Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında hapis cezasına hükmolunur.	111 (%60,3) (D*)	26 (%14,1)	47 (%25,6)
5	Adli olgu muayenesi sırasında adli kolluk görevlileri ya da sağlık personeli olmalıdır.	141 (%76,6)	32 (%17,4) (D*)	11 (%6)
6	TCK kapsamında adli raporda mutlaka yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilmeyeceği belirtilmelidir.	169 (%91,8) (D*)	9 (%4,9)	6 (%3,3)
7	TCK kapsamında adli raporda yaralanmanın yüzde sabit ize neden olup olmadığı mutlaka belirtilmelidir.	152 (%82,6) (D*)	22 (%12)	10 (%5,4)
8	TCK kapsamında adli raporda yaralanmanın duyu veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflamasına ya da yitirilmesine neden olup olmadığı mutlaka belirtilmelidir.	152 (%82,6) (D*)	21 (%11,4)	11 (%6)
9	TCK kapsamında adli raporda yaralanmanın kişinin yaşamını tehlikeye sokup sokmadığı mutlaka belirtilmelidir.	172 (%93,5) (D*)	8 (%4,3)	4 (%2,2)
10	Gözaltı giriş-çıkış muayenesi raporu kişiyi getiren kolluk görevlilerine verilebilir.	114 (%61,9) (D*)	33 (%18)	37 (%20,1)

\*D: Doğru cevap; n=sayı; %=yüzde

Likert ölçeğindeki önermeleri gereç ve yöntemde belirtildiği üzere puanladığımız zaman ortalama puan  $7,21 \pm 1,63$  olarak hesaplandı.

Katılımcıların toplam farkındalık düzeyine bakıldığında 87'sinin (%47,3) "iyi", 72'sinin (%39,1) "orta" ve 25'inin (%13,6) "kötü" farkındalık düzeyine sahip olduğu belirlendi (Tablo 3).

Hesaplanan farkındalık puanı ile yaş arasındaki ilişki Spearman Rank Korelasyon testi ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı ve düşük düzeyde bir ilişki bulundu ( $r=0,157$ ;  $p=0,033$ ). Aynı yöntemle farkındalık puanı ile hekimlerin hizmet süresi arasındaki ilişki karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ve düşük düzeyde ilişki ortaya çıktı ( $r=168$ ;  $p=0,022$ ).

Çalışmamızdaki erkeklerin likert puan ortalaması  $7,42 \pm 1,55$  iken; kadınların likert puan ortalaması  $6,75 \pm 1,72$  idi. Likert ölçeğinden alınan puan ile cinsiyet arasında anlamlı bir

farklılık tespit ettik ( $p=0,012$ ). Bu karşılaştırmayı medeni durum ile de yaptığımızda evlilerin likert ölçeğinden aldığı puan, bekarlara göre anlamlı derecede yüksekti ( $p=0,039$ ) (Tablo 3). Likert ölçeğinden alınan puanlar ile anket sorularının karşılaştırılması Tablo 3'tedir.

Hekimlerin farkındalık düzeyleri ile anket sorularının karşılaştırılması Tablo 4'te yer almaktadır. Bu sonuçları incelediğimizde erkek katılımcıların 65'inin (%51,2), kadın katılımcıların ise 22'sinin (%38,6) farkındalık düzeyi "iyi" olarak belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ( $p=0,039$ ).

Medeni durumla karşılaştırdığımızda ise evli katılımcıların 80'inin (%49,7) ve bekar katılımcıların da 7'sinin (%30,4) farkındalık düzeyinin "iyi" olduğu ancak istatistiksel açıdan farkın anlamlı olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3:** Katılımcıların likert ölçeğinden aldıkları puanlar ile anket sorularına verilen cevapların karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Farkındalık puanları (Ort±SD)	p
Cinsiyet	Erkek	7,42±1,55	0,012*
	Kadın	6,75±1,72	
Medeni Durum	Bekar	6,47±1,85	0,039*
	Evli	7,32±1,57	
Çalışma Yeri	İl	7,18±1,60	0,422**
	İlçe	7,07±1,80	
	Köy-kasaba	7,72±1,24	
Soru	<b>Cevap</b>		
Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi aldınız mı?	Evet	7,26±1,66	0,093*
	Hayır	6,91±1,41	
Aldığınız adli tıp eğitimi meslek hayatınıza yeterli geldi mi?	Evet	7,28±2,02	0,249*
	Hayır	7,20±1,53	
Mezuniyet sonrası adli eğitimi aldınız mı?	Evet	7,32±1,69	0,316*
	Hayır	7,14±1,60	
Çalıştığınız kurumda adli rapor tutuyor musunuz?	Evet	7,46±1,63	0,413*
	Hayır	7,17±1,63	

Ort= Ortalama; SD=standart deviasyon; \*=Mann-Whitney U; \*\*=Kruskal-Wallis

**Tablo 4:** Katılımcıların adli vakalara karşı farkındalık düzeyi ile bazı sosyodemografik özellikler ve anket sorularına verilen cevapların karşılaştırması

Sosyodemografik Özellik		Farkındalık düzeyi n (%)			Total n (%)	p
		Kötü n (%)	Orta n (%)	İyi n (%)		
Cinsiyet	Erkek	12 (%9,4)	50 (%39,4)	65 (%51,2)	127 (%69,0)	0,039*
	Kadın	13 (%22,8)	22 (%38,6)	22 (%38,6)	57 (%31,0)	
Medeni Durum	Bekar	6 (%26,1)	10 (%43,5)	7 (%30,4)	23 (%12,5)	0,094 *
	Evli	19 (%11,8)	62 (%38,5)	80 (%49,7)	161 (%87,5)	
Çalışma Yeri	İl	15 (%13,5)	43 (%38,8)	53 (%47,7)	111 (%60,3)	0,281 *
	İlçe	10 (%19,6)	19 (%37,3)	22 (%43,1)	51 (%27,7)	
	Köy-kasaba	0	10 (%45,5)	12 (%54,5)	22 (%12,0)	
Soru	<b>Cevap</b>					
Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi aldınız mı?	Evet	23 (%12,5)	57 (%31,0)	81 (%44,0)	161 (%87,5)	0,023 *
	Hayır	2 (%1,1)	15 (%8,2)	6 (%3,3)	23 (%12,5)	
Aldığınız adli tıp eğitimi meslek hayatınıza yeterli geldi mi?	Evet	5 (%14,3)	9 (%25,7)	21 (%60)	35 (%19,0)	0,175 *
	Hayır	20 (%13,4)	63 (%42,3)	66 (%44,3)	149(%81,0)	
Mezuniyet sonrası adli eğitimi aldınız mı?	Evet	2 (%12,5)	6 (%37,5)	8 (%50)	16 (%8,7)	0,973 *
	Hayır	23 (%13,7)	66 (%39,3)	79 (%47)	168 (%91,3)	
Çalıştığınız kurumda adli rapor tutuyor musunuz?	Evet	3 (%11,5)	9 (%34,7)	14 (%53,8)	26 (%14,1)	0,768 *
	Hayır	22 (%13,9)	63 (%39,9)	73 (%46,2)	158 (%85,9)	

n=sayı; %=yüzde; \*=Ki-kare

## TARTIŞMA

Adli olgu ile karşılaşıldığında adli rapor düzenleme ve adli olguyu gerekli mercilere bildirmek mesleki ve hukuki bir zorunluluktur. Aile hekimleri sağlık sisteminin ilk tıbbi temas noktasını oluşturması sebebiyle adli olgularla sıklıkla karşılaşabilmektedir. Tam ve eksiksiz bir adli rapor düzenlenmesi hem hekimlerin hem de hastaların hukuki sorunlar yaşamaması için hayati öneme sahiptir (11).

TCK'nın ikinci bölümünde yer alan "adliye karşı suçlar" başlığında "sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi" alt bölümünde yer alan 280. maddede yer alan ifadelerle göre, mesleğini yaparken bir suçun gerçekleştiğine yönelik bir bulgu ile karşılaşmasına rağmen yetkili kişilere bildirimini yapmayan veya geciktiren sağlık mensubu 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. TCK Madde 4'te yer alan "Ceza kanunlarını bilmemek mazaret sayılmaz." maddesini de göz önüne aldığımızda aile hekimlerinin üzerine bu konuda çok önemli görevler düşmektedir (6). Ancak yapılan araştırmalarda adli tıp eğitimi veren öğretim elemanlarının sayıca az olması, ders müfredatında yer alan sürenin kısa olması ve çoğu yerde otopsi, adli rapor yazma vb. gibi pratik yapma imkanının olmaması adli tıp eğitiminde kısıtlamalara yol açmakta ve verilen eğitim yetersiz kalmaktadır (12,13). Aile hekimleri yeteri kadar bilgi sahibi ve tecrübeli olmadıkları adli tıbbi muayenede zorluklar yaşayabilmekte ve çeşitli yanlışlıklar yapabilmektedir. Biz de bu çalışmada adli durumlarla sık karşılaşan birinci basamak hekimlerinin adli raporlara olan yaklaşımlarını belirlemeyi amaçladık.

Yaptığımız çalışmada meslek öncesi alınan adli tıp eğitiminin yeterliliğini değerlendirdiğimizde katılımcıların %80,9'unun aldığı eğitimi meslek hayatı için yeterli bulmadığı görüldü. Ayrıca birden fazla eğitim hizmeti alınan adli tıp eğitiminin yeterliliği üzerinde çok etkili olmadığı belirlendi. Demir ve ark.'nın asistan ve intörn doktorlarla yaptığı çalışmada asistan hekimlerin %65,7'si, intörn hekimlerin ise %88,3'ü adli tıp konusunda kendilerini yeterli görmediklerini belirtmişlerdir (14). Özdemir ve ark. tıp fakültesi son sınıf öğrencileri arasında bir çalışma yapmış ve adli konularda öğrencilerin bilgilerinin az olduğunu göstermiştir (13). Günaydın ve ark.'nın yaptığı çalışmada da hekimlerin %80'i tıp fakültesinde aldığı adli tıp eğitimi yetersiz olarak değerlendirmiştir (15). Diğer birçok çalışmada da doktorlar adli tıp eğitiminin yetersiz olduğunu belirtmiştir (16-19). Bu açıdan baktığımızda çalışmamızda literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bu bağlamda adli tıp eğitiminin bütüncül bir açıdan (öğretim üyeleri, eğitim şartları vs.) gözden geçirilmesi gerektiğini çalışmamız göstermiştir.

Çalışmamızdaki erkek (%69) katılımcıların oranı kadın (%31) katılımcılardan yüksekti. Bu sonuçlar literatürdeki

benzer çalışmalarla uyumluydu (20-23). Katılımcıların yaş ortalaması  $39,6 \pm 7,70$  idi. Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması açısından literatürü incelediğimizde çoğu araştırma, çalışmamızla uyumluydu (12,13). Demir ve ark.'nın 2019 yılında yaptığı çalışmada yaş ortalaması bizim çalışmamıza göre daha düşük çıkmış olup, bunun muhtemel sebebi yapılan çalışmaya katılan hekimlerin asistan ve intörn hekim olmasıydı (14).

Çalışmamızda köy-kasabada (%40,9) hizmet veren hekimlerin, il merkezinde (%5,4) hizmet verenlere göre daha fazla adli rapor tuttuğu ve bu bölgede çalışan hekimlere daha fazla sorumluluk düştüğü görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan adli tıp uzman sayısının 106 olduğu ve bunun mevcut ihtiyaç düşünüldüğünde oldukça yetersiz olduğu görülmektedir (24). Ayrıca ulaşım problemleri, hasta talepleri ve ekonomik nedenlerle köy-kasabada hizmet veren hekimler daha sık adli rapor düzenlemek durumunda kalmış olabilir. Hekimlerin adli raporlar konusunda danıştıkları kaynaklara baktığımızda mesleğin başlangıç sürecinde, deneyimli hekim ve adli tıp uzmanı gibi meslektaşlarına danıştığı, hizmet süresi arttıkça daha çok yazılı kaynaklara başvurmayı tercih ettikleri belirlendi ( $p < 0,05$ ). İstatistiksel açıdan anlamlı olan bu bulgu bize hekimlerin hizmet süresi arttıkça adli raporlar konusunda daha çok bilgi sahibi olduklarını ve pratik hayattaki bilginin, teorik bilgiye üstünlüğünü gösteriyor olabilir. Çalışmamızda hekimlerin %87,5'i mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi almasına rağmen sadece %19,0'ı aldığı eğitimin yeterli olduğunu düşünmekteydi. Mezuniyet öncesi adli tıp eğitiminin yetersizliği, hekimlerin adli rapor düzenlemekten kaçınmasına ve adli vakalarla karşılaştıklarında kaygı duymalarına sebep olabilir.

Çalışmamızda adli rapor düzenleme sıklığının azlığı göze çarpmaktadır. Aile hekimliği poliklinik hizmeti sırasında hekimlerin %85,9'u adli rapor düzenlemediğini bildirmişti. Bunun sebebi aile hekimlerinin adli olgular karşısında kendilerini yetersiz hissetmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamıza katılan hekimlerin %6,0'sının adli raporlar konusunda hukuki problem yaşadığı belirlendi. Ayrıca hekimlerin %85,9'unun gerekli tıbbi kayıtları tutmadığı saptandı. Tıbbi kayıtlara ve adli olgulara karşı gerekli özeni göstermeyen hekimler hukuki problemler yaşamaya adaydır.

Çalışmamızda hekimlerin en çok trafik kazalarıyla ilgili adli rapor tuttuğu belirlendi Güven ve ark.'nın retrospektif olarak incelediği adli raporlarda olay türü açısından olguların %30,8'inin trafik kazası olduğu ortaya konmuştur (25). Aynı şekilde Tuğcu ve ark. da adli raporları retrospektif olarak değerlendirdiklerinde; trafik kazaları %43,3 oranla ilk sırada yer almıştır (26). Yine benzer şekilde Karasu ve ark.'nın çalışmasında trafik kazası sebebiyle başvuru ilk sırada

yer almıştır (27). Sonuçlarımızın literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu görüldü. Bunun sebebi trafik kazalarının göz ardı edilemeyecek adli olayların arasında yer alması olabilir. Darp, cebir, istismar gibi suçların ancak sorgulandığında ve adli tıbbi muayene yapıldığında ortaya çıkması ve tecrübe gerektirmesi bu tür adli raporların aile hekimleri tarafından daha az yazılmasının sebebi olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin adli raporlar konusundaki farkındalık düzeyi 'iyi' olarak saptandı. Ibrahim Awad ve ark. (19) tarafından 2016 yılında Albaha Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde doksan sekiz tıp öğrencisi ile yapılan çalışmada tıp öğrencilerinin adli tıbbıya yönelik genel farkındalığı düşük saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin yaklaşık üçte ikisinin farkındalık düzeyinin zayıf olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde literatürde Madadin ve ark. (28) tarafından Suudi Arabistan'ın Dammam kentindeki tıp öğrencileri arasında yapılan ve adli tıp dersinin önemi konusunda yetersiz bilgi ve yetersiz farkındalık gösteren bir çalışma da mevcuttur. Ama Hamdi A ve Zaki M (29) tarafından Suudi Arabistan'ın Cidde kentindeki farklı üniversitelerdeki tıp öğrencileri arasında yapılan bir başka çalışmada ise farkındalığın iyi olduğu ortaya konmuştur. Bunun sebebi ülkemizdeki adli tıp eğitiminin, Suudi Arabistan'a göre daha yeterli olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızdaki katılımcılara bakıldığında ise adli tıp eğitimi yeterli görenler ile görmeyenler arasında farkındalık düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktu. Bu sebeple elde edilen verilerle net bir sonuca ulaşmak çok zor olmaktadır. Bu yüzden ülkemiz açısından, hem diğer ülkeler arasındaki adli tıp eğitimimizin yeterliliğini görmek hem de ülkemizdeki adli tıp eğitiminin nasıl olması gerektiği konusunda fikir vermesi açısından daha net sonuçlara ulaşmak için birden fazla kapsamlı uluslararası çalışmaya ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

Adli raporlar konusundaki farkındalık düzeylerine ayrıntılı baktığımızda erkeklerin, kadınlara göre ve evlilerin de bekarlara göre farkındalık düzeyi anlamlı derecede daha iyiydi. Çalışmamızda hizmet süresi ile farkındalık düzeyi arasında pozitif anlamlı bir ilişki mevcuttu. Cinsiyet ve medeni durumla ortaya çıkan farkındalık düzeyleri arasındaki fark evli erkeklerin daha uzun mesleki deneyime sahip olmasından kaynaklanabilir. Literatürde farkındalık ve bilgi düzeylerine yönelik daha fazla çalışma yapılmasının yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

Hesapladığımız farkındalık düzeyi ile yaş ve hizmet süresi arasındaki ilişkiye baktığımızda hem yaşın hem de hizmet süresinin yüksek olmasının, alınan likert puanını önemli ölçüde arttırmış olduğunu görüyoruz. Hizmet süresi ve yaşta ortak noktayı "tababet biliminin içinde geçirilen süre" olarak tanımlarsak farkındalık düzeyi deneyimli hekimlerde daha yüksek olabilir çıkarımını elde edebiliriz.

Ödevleri layıkıyla yerine getirmediği takdirde hekimin maruz kalacağı cezai yaptırımlar göz önüne alındığında, aile hekimlerinin adli olgulara karşı bilgi, tutum ve davranış konusunda eğitim düzeyi artırılmalı, tıp ve uzmanlık eğitimleri boyunca adli tıp rotasyonları veya belirli aralıklarla adli tıp eğitimleri düzenlenmelidir. Bununla birlikte adli tıp eğitimi veren kurumların öğretim üyesi kadroları güçlendirilmeli, adli tıp eğitimi ver(e)meyen kurumların da uygun şartlar sağlanarak eğitim verebilmesi amaçlanmalıdır. Aynı zamanda, tıp öğrencilerinin teorik eğitimi, otopsi, cinsel muayene ve adli poliklinik hizmeti ile desteklenmelidir. Bunlarla ilgili adli vakaları raporları görerek ve yazarak pratik kazanmaları sağlanmalıdır. Böylece, mezuniyet öncesi öğrencilerin adli tıp bilimi farkındalığı artırılabilir. Mezuniyet sonrasında da Adli Tıp Kurumu ve Sağlık Bakanlığının ortak çalışması ile düzenlenebilecek hizmet içi eğitim programları aracılığıyla bilgiler güncellenmeli ve hekimlerin karşılaştıkları vakaları tartışarak tecrübe kazanmaları sağlanmalıdır.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri adli tıp bilgi düzeylerini yüksek geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olan bir anket ile değerlendirememizdir. Beş seçeneikli likert tipi ölçek kullanılmaması diğer bir kısıtlılıktır. Ayrıca hekimlerin görev yerlerinin değişebileceği göz önünde bulundurularak sonuçlar değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak; çalışmamızda birinci basamakta görev yapan hekimlerin adli rapor düzenleme konusunda eksik yaklaşım sergilediği belirlenmiştir. Hekimlerin adli olgularla karşılaştığında neler yapması gerektiği mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerde anlatılmalı ve bilgilerinin güncellenmesi için bu eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar tarafından çıkar çatışması olmadığı bildirilmiştir.

**Finansal destek:** Çalışmamız için herhangi bir kurum ve kuruluştan finansal destek alınmamıştır.

**Etik Kurul Onayı:** Çalışmanın etik kurul onayı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2019/02 sayılı oturumda 15 karar numarası ile alınmıştır.

**Bilgilendirilmiş Onam:** Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar Katkıları:** Çalışma Konsepti/Tasarım- C.K., A.A.; Veri Toplama- C.K., A.A., B.K.; Veri Analizi/Yorumlama- C.K., B.K., A.A.; Yazı Taslağı- C.K., A.A., B.K.; İçeriğin Eleştirel İncelemesi- C.K., A.A.; Son Onay ve Sorumluluk- C.K., A.A., B.K.; Malzeme ve Teknik Destek- C.K., A.A.; Süpervizyon- C.K., A.A.

**KAYNAKLAR**

1. WONCA. www.tahud.org.tr. [Online]. [cited 2022 08 15. Available from: [https://www.tahud.org.tr/file/96f3df-c7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/ah\\_avrupa\\_tanimi-2.pdf](https://www.tahud.org.tr/file/96f3df-c7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/ah_avrupa_tanimi-2.pdf).
2. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014; 18(2): 70-8.
3. Beyaztaş FY. Adli rapor konusunda hekim sorumluluğu. Anadolu Psikiyatri Derg. 2000; 1(4): 231-4.
4. Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 31(1): 25-9.
5. Tuğcu H, Yorulmaz C. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. In Koç S, Can M, editors. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2nd ed.: İstanbul Tabip Odası; 2011. p. 9-18.
6. Türk Ceza Kanunu. Madde 4. [Online].; 2004 [cited 2022 09 10. Available from: <https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>.
7. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair 1219 sayılı Kanun. [Online]. [cited 2022 08 15. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>.
8. Koç S. Adli Tıpta Rapor Hazırlama Tekniği ve Rapor Örnekleri. In Soysal Z, Çakalır C, editors. Adli Tıp. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. p. 1573-633.
9. Demirci Ş, Günaydın G, Doğan H, Aynacı Y, Deniz İ. Adli rapor düzenlemede uygulamalı eğitimin önemi. Adli Tıp Dergisi. 2007; 21(1): 10-4.
10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. [Online].: Resmi Gazete; 2010 [cited 2022 07 14. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm>.
11. Balcı Y, Eryürük M. Adli Raporların Hazırlanmasında Temel Kurallar, Kavramlar; Hukuki ve Tıbbi Açından Hekim Sorumluluğu. In Koç S, Can M, editors. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2nd ed.: İstanbul Tabip Odası; 2011. p. 93-107.
12. Yavuz MS, Aydın S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde adli olgu ve raporlar. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2004; 8(1): 30-3.
13. Özdemir Ç, Mıstık S. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi intörn hekimleri adli tıp hizmetlerine bakışı. Tıp Eğitimi Dünyası. 2004; 15(15): 3-8.
14. Demir V, Korkmaz M, Uysal C, Bucaktepe PGE, Bucaktepe A, Çelepkolu T. Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri ve tıpta uzmanlık öğrencisi doktorların adli raporlar konusundaki bilgi ve tutumları. Konuralp Medical Journal. 2019; 11(2): 190-4.
15. Günaydın İG, Demirci Ş, Doğan KH, Aynacı Y. Konya ilinde çalışan acil servis hekimlerinin adli raporlara yaklaşımı: bir anket çalışması. Adli Tıp Dergisi. 2005; 19(2): 26-32.
16. Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S. Acil servis hizmetine katılan hekimlerin, acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi. 2003; 45(2): 175-9.
17. Turla A, Dündar C. Samsun il merkezinde adli rapor düzenleyen pratisyen hekimlerin adli tıp eğitimi ve adli raporlara yansımaları. OMÜ Tıp Dergisi. 2003; 20(3): 119-24.
18. Tümer AR, Keten A, Karacaoğlu E. Adli olgu bildirim ve adli raporlar. Hacettepe Tıp Dergisi. 2010; 41(1): 128-34.
19. Ibrahim IA, Soliman SS, Alzahrani HS. Awareness of medical students toward forensic medicine at Albaha University medical college, Saudi Arabia. J Pak Med Assoc. 2019; 69(12): 1896-9.
20. Kumral B, Özdeş T. Tekirdağ ilindeki hekimlerin adli tıp uygulamalarına yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi. 2014; 28(2): 141-53.
21. Can İÖ, Direk N, Özdemir MH. Adli olgu bildirimle ilgili ikilemlerde hekimlerin tutumları. Adli Tıp Bülteni. 2018; 23(1): 1-5.
22. Tıraşçı Y, Durmaz U, Altınal A, Bulut K, Özdemir Y, Cengiz D, et al. Dicle Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalında 2012-2015 yılları arasında düzenlenen adli raporların retrospektif olarak değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2016; 43(3): 424-30.
23. Ketenci HÇ, Kır MZ, Başbulut AZ, Beyhun NE. Erzurum Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne müracaat eden olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi. 2013; 27(2): 88-91.
24. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Personel Dağılım Cetveli. [Online]. [cited 2022 07 14. Available from: <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-42988/personel-dagilim-cetveli-pdc.html>.
25. Güven FMK, Bütün C, Beyaztaş FY, Eren ŞH, Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2009; 10(1): 23-8.
26. Tuğcu H, Özdemir Ç, Dalgıç M, Ulukan MÖ, Celasun B. 1995-2002 Yılları arasında GATA Adli Tıp Anabilim Dalında düzenlenen adli raporların incelenmesi. In 3. Anadolu Adli Bilimler Kongresi; 7-10 Ekim 2004; Eskişehir. p. 19.
27. Karasu M, Isır AB, Aydın N, Gülger E. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi adli tıp anabilim dalında düzenlenen 1998-2005 yılları arasında düzenlenen adli raporların değerlendirilmesi. Gaziantep Tıp Dergisi. 2009; 15(1): 10-5.
28. Madadin MS. Assessment of knowledge about, attitudes toward, and awareness of a forensic medicine course among medical students at the University of Dammam. J Forensic Leg Med. 2013; 20(8): 1108-11.
29. Hamdi A, Zaki M. Adli Otopsi: Suudi Tıp Öğrencisinin Farkındalığı ve Kabulü. In Uluslararası Adli Tıp Akademisi (ILAM) 22. Kongresi Tutanakları; 5-8 Temmuz 2012; İstanbul.