T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

# İZMİR'DE YAPILAN ADLİ OTOPSİLERDE KADIN ÖLÜMLERİNİN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ VE KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN ARAŞTIRILMASI

**Dr. HÜSEYİN MEHMET ŞENGÜL**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR- 2016**

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

# İZMİR'DE YAPILAN ADLİ OTOPSİLERDE KADIN ÖLÜMLERİNİN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ VE KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN ARAŞTIRILMASI

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. HÜSEYİN MEHMET ŞENGÜL**

**TEZ DANIŞMANI:**
**Prof. Dr. AKÇA TOPRAK ERGÖNEN**

**İZMİR- 2016**

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa No.**


Tablo Listesi .....iii-iv

Grafik Listesi .....v

Kısaltmalar .....vi

Teşekkür .....vii

Özet .....1-2

Summary .....3-4

1. GİRİŞ ve AMAÇ .....5-7

2. GENEL BİLGİLER .....8

2.1. Ölüm ve Adli Otopsi .....8

2.1.1. Ölüm Tanımı .....8

2.1.2. Ölüm Nedeni, Mekanizması, Orijini .....8-9

2.1.3. Adli Otopsiler .....9-10

2.2. Adli Ölüm Nedenleri .....10

2.2.1. Adli Otopsilerde Doğal Ölüm Nedenleri .....10

2.2.1.1. Doğal Ölümlerin En Sık Nedenleri .....11

a) Kardiovasküler Sistem Hastalıkları .....11

b) Solunum Sistemi Hastalıkları .....11-12

c) Sinir Sistemi Hastalıkları ..... 12

d) Gastrointestinal Sistem Hastalıkları .....12-13

e) Tümörler .....13

2.2.2. Doğal Olmayan Ölüm Nedenleri .....13-14

2.2.2.1. Künt Travmaya Bağlı Ölümler .....14-15

2.2.2.2. Ateşli Silah Yaralanması Sonucu Ölümler .....15-16

2.2.2.3. Kesici Delici Alet Yaralanması Sonucu Ölümler .....16-17

2.2.2.4. Asfiksili Ölümler .....17-18

2.2.2.5. Kimyasal Etkenlere Bağlı Oluşan Ölümler.....18-19
2.2.2.6. Fiziksel Etkenlerle Oluşan Ölümler.....19
a) Yanıklara Bağlı Ölümler.....19-20
b) Hipotermiye Bağlı Ölümler.....20-21
c) Elektrik Akımına Bağlı Ölümler.....21-22
2.2.2.7. Gebelikte Doğal Olmayan Kadın Ölümleri.....22-23
2.3. Kadına Yönelik Şiddet Sonucu Meydana Gelen Ölümler.....23
2.3.1. Şiddet.....23-24
2.3.2. Kadına Yönelik Şiddet.....24-29
2.3.3. Dünyada Şiddet Sonucu Kadın Ölümleri.....29-30
2.3.4. Türkiye'de Şiddet Sonucu Kadın Ölümleri.....30-31
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER.....32-33
4. BULGULAR.....34-65
5. TARTIŞMA.....66-76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....77-78
7. KAYNAKLAR.....79-94
8. EKLER
Ek 1. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nın 15.12.2015 tarihli kararı.....95
Ek 2. Çalışmamıza Ait Veri Kayıt Formu.....96-105
Ek 3. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar
Etik Kurulu'nun 28.03.2016 tarihli kararı..... 106-108

## TABLO LİSTESİ

**Sayfa No.**


**Tablo 1.** Olguların sosyodemografik özellikleri ..... 35-36

**Tablo 2.** Olguların fiziksel özellikleri. ..... 37

**Tablo 3.** Olguların fiziksel ve zihinsel engellilik durumları. ..... 38

**Tablo 4.** Olguların psikiyatrik hastalık durumları ..... 38

**Tablo 5.** Olguların gebelik durumları. ..... 39

**Tablo 6.** Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması. ..... 44

**Tablo 7.** Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması ..... 45

**Tablo 8.** CO zehirlenmesi sonucu ölenler ve diğer kaza nedenli ölümlerin yaş dağılımları açısından karşılaştırılması. ..... 46

**Tablo 9.** Yanıklar sonucu ölenler ve diğer kaza nedenli ölümlerin yaş dağılımları açısından karşılaştırılması. ..... 46

**Tablo 10.** Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması. ..... 47

**Tablo 11.** Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması ..... 48

**Tablo 12.** İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması. ..... 50

**Tablo 13.** İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması. ..... 50

**Tablo 14.** Cinayet orijinli ölenler ve ölmeyenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon türü dağılımı. ..... 54

**Tablo 15.** Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin olayla ilgisiz yeni travmatik lezyonların vücut bölgelerindeki dağılımları. ..... 54

**Tablo 16.** Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması. ..... 55

**Tablo 17.** Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerdeki eski travmatik lezyonların dağılımı. ..... 56

**Tablo 18.** Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerdeki eski travmatik lezyonların vücut bölgelerindeki dağılımları ..... 57

**Tablo 19.** Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması. .....57
**Tablo 20.** Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin vücut yapısı dağılımının karşılaştırılması .....58
**Tablo 21.** Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin medeni durumlarının karşılaştırılması .....58
**Tablo 22.** İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin medeni durumlarının karşılaştırılması. .....59
**Tablo 23.** Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin medeni durumlarının karşılaştırılması .....59
**Tablo 24.** Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin çalışma durumlarının karşılaştırılması .....60
**Tablo 25.** Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin çalışma durumlarının karşılaştırılması .....60
**Tablo 26.** Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin fiziksel engellilik durumlarının karşılaştırılması.....61
**Tablo 27.** Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin zihinsel engellilik durumlarının karşılaştırılması.....61
**Tablo 28.** Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması.....62
**Tablo 29.** Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması.....62
**Tablo 30.** İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması.....63
**Tablo 31.** Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması. .....63
**Tablo 32.** Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması. .....64
**Tablo 33.** İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması. .....64
**Tablo 34.** Cinsel saldırı iddiası ve bulgusunun karşılaştırılması .....65

# GRAFİK LİSTESİ

**Sayfa No.**

**Grafik 1.** Olguların yaş dağılımları ..... 34

**Grafik 2.** Ölümlerin gerçekleştiği ayların dağılımı ..... 39

**Grafik 3.** Ölümlerin gerçekleştiği günlerin dağılımı ..... 40

**Grafik 4.** Olguların ölüm yerlerinin dağılımı ..... 41

**Grafik 5.** Olguların ölüm orijinlerinin dağılımı ..... 41

**Grafik 6.** Doğal orijinli ölümlerde yaş dağılımı ..... 43

**Grafik 7.** Doğal nedenlerle ölümlerin sistemlere göre dağılımları ..... 44

**Grafik 8.** Kaza orijinli ölümlerde yaş dağılımı ..... 45

**Grafik 9.** Kaza sonucu ölenlerde ölüm nedenlerinin dağılımı ..... 47

**Grafik 10.** İntihar orijinli ölümlerde yaş dağılımı ..... 48

**Grafik 11.** İntihar sonucu ölenlerde ölüm nedenlerinin dağılımı ..... 49

**Grafik 12.** Cinayet orijinli ölümlerde yaş dağılımı ..... 51

**Grafik 13.** Cinayet Orijinli Ölümlerde Ölüm Nedenlerinin Dağılımı ..... 52

**Grafik 14.** Cinayet orijinli ölenlerde daha önce şiddet uygulayanların yakınlık dereceleri ..... 53

## KISALTMALAR

**DSÖ :** Dünya Sağlık Örgütü

**HIV :** İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

**AIDS :** Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

**ABD :** Amerika Birleşik Devletleri

**AB :** Avrupa Birliği

**İHD :** İnsan Hakları Derneği

**TÜİK :** Türkiye İstatistik Kurumu

**CMK :** Ceza Muhakemeleri Kanunu

**KAH :** Koroner arter hastalığı

**GİS :** Gastrointestinal Sistem

**CO :** Karbonmonoksit

**TCK :** Türk Ceza Kanunu

**BM :** Birleşmiş Milletler

**TÜBİTAK:** Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu

**TBMM:** Türkiye Büyük Millet Meclisi

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, gerek teorik gerekse uygulamalı eğitim sırasında, yol gösterici ve destekleyici tutumu ile bilgi ve ilgisini esirgemeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. Akça Toprak Ergönen'e teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde emekleri olan, bilgi ve deneyimlerinden her zaman yararlandığım hocalarım Prof. Dr. Erdem Özkara'ya, Prof. Dr. Yücel Arısoy'a, Prof. Dr. M. Hakan Özdemir'e, Doç. Dr. İ. Özgür Can'a ve Yard. Doç. Dr. Zehra Demiroğlu Uyanıker'e teşekkür ederim.

Bu çalışmanın yapılmasına verdikleri izin nedeniyle Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na, arşiv ve materyallerinde çalışma olanağı sağlayan Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'na, çalışmam süresince Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda yardımlarını esirgemeyen tüm Morg İhtisas Dairesi çalışanlarına teşekkür ederim.

Tez çalışmam için istaistiksel analiz ve elde edilen verilerin değerlendirme aşamasında katkılarından dolayı Dr. Yasin Sağlam'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitim sürecimi birlikte paylaştığım değerli asistan arkadaşlarıma ve aileme içtenlikle teşekkür ederim.

# ÖZET

## İZMİR'DE YAPILAN ADLİ OTOPSİLERDE KADIN ÖLÜMLERİNİN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ VE KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN ARAŞTIRILMASI

**Giriş ve Amaç:** Kadına yönelik şiddet, kronik sağlık sorunlarına ve ölüme neden olabilen öncelikli bir sağlık sorunudur. Aile içinde şiddete uğrayan kadınların çok ciddi sağlık sorunları olmadıkça sağlık kuruluşlarına başvurmadıkları bilinmektedir. Yine bu şiddetin kadının tüm yaşamını etkilediği ve sağlıklı yaşayabileceği yıllarını azalttığı belirtilmektedir. Ciddi sağlık sonuçları olmasına karşın dillendirilmeyen bu şiddetin önlenebilmesi için sorunun boyutunun ortaya konabilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı; adli otopsisi yapılan kadınların sosyodemografik verilerini, ölüm nedenlerini ve orijinlerini inceleyerek kadına yönelik şiddetin boyutlarını araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda 01.01.2011-31.12.2015 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda otopsisi yapılan ve karara bağlanan 18 yaş ve üstü kadın olguların ölü muayene tutanağı ve adli otopsi raporlarındaki bilgiler incelendi. Elde edilen veriler hazırlamış olduğumuz veri kayıt formlarına işlendi, SPSS 22.0 programına yüklendi ve bu programda istatistiksel yönden değerlendirildi. İstatistiksel analiz için gruplar arasında karşılaştırmada Pearson Chi-Square testi ve Fisher's Exact test kullanıldı ve $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** 2011-2015 yılları arasında Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda adli otopsileri yapılan 18 yaş ve üzeri 1358 kadın ölümü olduğu gözlendi. Olguların yaş ortalamasının 53,9 ± 20,7 olduğu görüldü. Ölüm orijinleri incelendiğinde en sık doğal, sonra sırasıyla kaza, intihar ve cinayet olduğu gözlendi. Doğal orijinli ölümlerde en sık dolaşım sistemi hastalıkları, kaza orijinli ölümlerde trafik kazaları, intihar orijinli ölümlerde ası olduğu, cinayet orijinli ölümlerde ateşli silah yaralanmaları ve kesici-delici alet yaralanmalarının eşit oranda ve ilk sırada yer aldıkları tespit edildi. Olguların evli olmalarının intihar ve cinayet orijinli ölümlerin, psikiyatrik hastalıklarının bulunmasının intihar orijinli ölümlerin, çalışıyor olmalarının cinayet orijinli ölümlerin, fiziksel veya zihinsel engelli olmalarının ise kaza orijinli ölümlerin sıklığını arttırdığı belirlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızda incelenen ölü muayene tutanağı ve adli otopsi raporlarında kadınların şiddete maruz kalma öyküleri ile ilgili yeterli bilgi bulunmadığı gözlendi. Özellikle kadın intihar ve cinayetlerinde kullanılmak üzere savcılıklarca

kullanılmak üzere standart soruşturma sorularının ve otopsilerde kullanılması amacıyla standart formların oluşturulmasının sorunun gerçek boyutlarının ortaya konulmasına katkı saylayacağı ve çözüme yönelik çalışmalarda yol gösterici olabileceği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Adli otopsi, kadına yönelik şiddet, ölü muayene tutanağı, adli otopsi raporu.

## SUMMARY

### THE INVESTIGATION OF THE CHARACTERISTICS OF WOMEN DEATHS AND SEARCHING FOR VIOLENCE AGAINST WOMEN IN FORENSIC AUTOPSIES PERFORMED IN İZMİR

**Introduction and Purpose of Study:** Violence against women is a priority health problem that can lead to chronic health problems and death. It is known that women who are exposed to violence in the family do not apply to the health care centers if they don't have very serious health problems. It is also stated that this violence affects the whole life of woman and diminishes the healthy years of woman to live. Although it has serious consequences about health, the extent of the problem needs to be revealed in order to prevent this unexpressed violence. The purpose of this study is to analyse violence against women by investigating the sociodemographic data, causes and origins of women deaths whose forensic autopsies were performed.

**Materials and Methods:** In our study, the information was obtained from death examination forms and forensic autopsy reports of 18-year-old and older women whose autopsies were performed and concluded between 01.01.2011 and 31.12.2015 in Institute of Forensic Medicine, İzmir Group Presidency were examined. The obtained data were processed into data registration forms that we prepared. The obtained data were loaded into the SPSS 22.0 program and evaluated statistically. Pearson Chi-Square test and Fisher's Exact test were used in comparison between the groups for statistical analysis and $p < 0.05$ was accepted as significant.

**Results:** It was observed that there were 1358 female deaths who were 18 years old or older and whose autopsies were performed in Institute of Forensic Medicine, İzmir Group Presidency between 2011-2015. The mean age of the cases was found to be 53,9 ± 20,7. When the origins of the deaths were examined, it was observed that origin of deaths was mostly natural followed by accident, suicide and homicide respectively. It was observed that circulatory system diseases were most common in natural deaths, traffic accidents were most common in accidents, hanging was most common in suicides, gunshot injuries and stab wounds were equally most common in homicides. It was observed that being married increased the frequency of deaths originating from suicide and murder, the presence of psychiatric diseases increased the frequency of deaths originating from suicide, working

increased the frequency of deaths originating from homicide and having physical or mental disabilities increased the frequency of accidental deaths.

**Discussion and Conclusion:** It was observed that the information about women's story of exposure to violence is insufficient and there are deficiencies in many data in the death examination forms and forensic autopsy reports examined in our study. It is thought that the establishment of standardized investigation and autopsy forms to use especially in women suicides and homicides by prosecutors, may contribute to reveal the true extent of the problem and may be a guide in resolution aimed studies

**Key words:** Forensic autopsy, violence against woman, death examination form, forensic autopsy report.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada her yıl ortalama olarak 56 milyon kişi ölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2012 verilerine göre ilk sıralardaki ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalıkları, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, alt solunum yolu hastalıkları, akciğer kanserleri, HIV/AIDS, ishalle seyreden hastalıklar, diabetes mellitus, trafik kazaları ve hipertansif kalp hastalıkları yer almaktadır (1). Yine DSÖ'nün 2011 verilerine göre kadınlardaki ölüm nedenlerinin ilk sıralarında; iskemik kalp hastalıkları, inme, alt solunum yolu hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, ishalle seyreden hastalıklar, Diabetes Mellitus, HIV/AIDS, hipertansif kalp hastalıkları, erken doğum komplikasyonları ve akciğer kanserlerinin yer aldığı belirtilmektedir (2).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre 2014 yılında ülkemizde ölen kişi sayısının 390.121 olduğu, ölenlerin % 54,7'sinin erkek, % 45,3'ünün ise kadın olduğu belirtilmektedir (3). Yine TÜİK'in 2014 verilerine göre en sık görülen ölüm nedenleri dolaşım sistemi hastalıkları, tümörler, solunum sistemi hastalıkları, dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler, endokrin ve metabolizma ile ilgili hastalıklardır. Kadınlarda ise en sık görülen ölüm nedenleri; dolaşım sistemi hastalıkları, tümörler, solunum sistemi hastalıkları, endokrin sistem hastalıkları, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları, genitoüriner sistem hastalıkları, dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmelerdir. Bu verilerde kadınlardaki dışsal yaralanma sonucu oluşan ölüm nedenleri; taşıma kazaları, kaza sonucu düşmeler, intihar ve kasıtlı kendine zarar verme, cinayet-saldırı ve kaza sonucu zehirlenmeler olarak belirtilmiştir (4).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa Birliği (AB) ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde doğal olmayan ölüm nedenleri arasında trafik kazaları, intiharlar, zehirlenmeler, yüksekten düşmeler, kişiler arası şiddet sonucu ölümler, suda boğulmalar ve yangınlar ilk sıraları alırken; Güney Afrika Cumhuriyeti gibi az gelişmiş bazı ülkelerde cinayetlerin en yüksek doğal olmayan ölüm nedeni olduğu, bunu trafik kazalarının, diğer kazalara bağlı nedenlerin (yangın, suda boğulmalar, yüksekten düşmeler, cerrahi ve medikal komplikasyonlar, zehirlenmeler) ve intiharların izlediği, bu ölümlerde cinayet yöntemleri arasında önde gelenlerin kesici-delici alet yaralanmaları, künt travmatik ölümler, ateşli silahlar ile yaralanmalar ve bağla boğmalar olduğu belirtilmektedir (5–7).

Ülkemizde yapılan adli otopsi çalışmalarında en çok karşılaşılan doğal olmayan ölüm nedenleri trafik kazaları, asfiksi, ateşli silah yaralanmaları, yüksekten düşme,

intoksikasyonlar, kesici delici alet yaralanmaları, kişiler arası şiddet ile künt travmatik ölümler ve yanıklardır. Yine bu çalışmalarda kadınlarda ise trafik kazaları, asfiksi, intoksikasyonlar, ateşli silah yaralanmaları, yüksekten düşme, kesici delici alet yaralanmaları, kişiler arası şiddet ile künt travmatik ölümler ve yanıklar otopside en sık karşılaşılan nedenler arasındadır (8–10).

DSÖ'nün 2014 verilerinde tüm ölümlerin % 2,5'unun şiddete bağlı meydana geldiği, dünya genelinde 15-44 yaş grubundaki bireylerdeki ölüm nedenleri arasında şiddetin dördüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (11). Bireyler arası şiddet sıklıkla erkekler arasında görülmekle birlikte aile içi şiddetin çoğunlukla kadına yönelik olduğu belirtilmektedir. DSÖ'nün 2013 yılında yayınladığı Kadına Yönelik Şiddetin Küresel ve Bölgesel Tahminleri Raporu'nda kadınların % 35'inin ya fiziksel ve/veya eşleri tarafından ya da eş-dışında cinsel şiddet yaşadığı ve tüm kadın cinayetlerinin % 38'inin yakın eşleri tarafından işlendiği belirtilmektedir. Psikolojik şiddet ve finansal baskılar da göz önüne alındığında kadına yönelik şiddet oranının arttığı gözlenmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise kadınların en az 1/3'ünün aile içi şiddete uğradığı belirtilmekte ve kadına yönelik cinayetlerin hızla arttığı bilinmektedir (12–14).

Kadına yönelik şiddet ölümlerin yanında kronik sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Çünkü kadına yönelik şiddet; yetersiz beslenmeye, kronik hastalıkların artmasına, madde bağımlılığına, beyin travmalarına, organ travmalarına, geçici ve kalıcı çeşitli hastalıklara, kronik ağrılara, korunmadan cinsel ilişkiye girmeye, pelvik inflamatuar hastalıklara, jinekolojik problemlere, düşüklere, düşük ağırlıklı çocuk doğumlarına, anne ölümlerine, intiharlara neden olmaktadır (15).

İnsan Hakları Derneği'nin (İHD) 2011 yılında yayınladığı kadına yönelik şiddet raporunda; 2005 ve 2011 yılları arasında toplam 4190 kadının, erkekler tarafından öldürüldüğü, cinayetlerin en çok 2009 yılında meydana geldiği, verilere göre 2007 yılında 1011 ve 2009 yılında 1126 kadının öldürüldüğü belirtilmektedir (16). Adalet Bakanlığı'nın verilerine göre, Türkiye'de kadınlara yönelik cinayet oranı 2002 ile 2009 yılları arasında % 1400 artış göstermiştir (17). Bu veriler kayıtlara yansıyan ve tanısı konulan olgulara ilişkin verilerdir. Şiddete maruz kalmış kadınların hemen hemen yarısı yaşadığı şiddeti kimseye anlatmamaktadır (18). Bu da kayıtlara geçen şiddet verilerinden daha yüksek oranda şiddete maruz kalan kadın olduğunu göstermekte olup, bu şiddetin bir kısmının intihar ile sonuçlandığı da yapılan çalışmalardan bilinmektedir (19–21).

Yapılan yasal düzenlemeler, akademik çalışmalar ve sivil toplum örgütlerinin faaliyetlerine karşın şiddete uğrayan ve hatta şiddet sonucu ölen kadın sayısındaki hızlı artışın devam etmesi, bu konuda çalışan tüm kesimlerin çalışmalarını genişletmeleri, uygulanan tedbirlerde ve yöntemlerde yeniliklere gidilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Ülkemizde adli otopsilerde kadın ölümlerinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada; adli otopsisi yapılan kadınların sosyodemografik verilerini, ölüm nedenlerini ve orijinlerini araştırarak kadın ölümlerinin özelliklerini ve şiddete uğrama durumlarını incelemeyi amaçlandı.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Ölüm ve Adli Otopsi

### 2.1.1. Ölüm Tanımı

Varoluşun ayrılmaz bir parçası olan ölüm, insanoğlunun her zaman ilgi duyduğu bir konu olmuştur. Çağlar boyu insanoğlu ölüm üzerine düşünmüş ve onu tanımaya çalışmıştır. Çünkü ölüme ilişkin sorgulama, yaşamın anlamlandırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ölüm ile ilgili pek çok tıbbi tanımlama yapılmıştır. Tüm bu tanımlarda ortak olan nokta ise canlı organizmanın kendini yenileme özelliğini kaybetmesi veya yaşamsal organlardan birinin veya birkaç tanesinin tamamen fonksiyonlarını kaybetmesiyle yaşamın sona ermesidir (22,23).

19. yüzyıla gelinceye kadar ölümle alakalı bilimsel olarak yeterli bir tanımlama yapılmamıştır. Fransız bilim insanı Emanuelle Fodere 1798 yılında yayınlanan "Traité de médecine légale et d'hygiène publique" adlı eserinde ilk kez ölümle ilgili daha bilimsel bir tanım olan"**somatik ölüm**" (vücut ölümü) kavramını ortaya atmıştır (24,25).

Somatik ölüm temel vücut fonksiyonları olarak kabul edilen merkezi sinir sistemi, solunum ve dolaşım işlev ve koordinasyonlarının geri dönüşümsüz kaybıdır. Bu işlevlerden birinin kaybı, diğer organ işlevlerinde de ayrışma ve kayıplara neden olacaktır. Kişinin hukuki varlığı canlı ve tam doğmasıyla başlarken, sona ermesi somatik ölümle olmaktadır (24–26).

### 2.1.2. Ölüm Nedeni, Mekanizması, Orijini

Ölüm nedeni vücutta patolojik değişiklikler oluşturarak kişinin ölümüne neden olan yaralanma veya hastalıklar anlamına gelmektedir. Örnek olarak özefagus kanseri, miyokard infarktüsü, başa uygulanan künt bir travma veya ateşli silah ile meydana gelen toraks yaralanması verilebilir. Ölüm mekanizması ise ölüm nedeninin sonucunda vücutta oluşan kanama, infeksiyon veya ölümcül aritmiler gibi patolojik değişiklikleri ifade etmek için kullanılır. Bir ölüm nedenine birden çok mekanizma neden olabilirken; bir ölüm mekanizması da birden çok ölüm nedeni ile meydana gelebilir. Örneğin, bir akciğer kanamasına künt travma, kesici delici alet yaralanması ya da akciğer kanseri neden olabilirken; bir ateşli silah

yaralanmasında ölüm mekanizması kanama ya da kişi ilk anda ölmemişse bir enfeksiyon odağı da olabilir (27).

Ölüm orijini, ölüm nedenlerinin nasıl meydana geldiğini açıklamak için kullanılan ve daha çok hukuki açıdan önemi bulunan bir terimdir. Tüm ölümlerde ölüm orijini doğal, cinayet, intihar veya kaza şeklinde olup; bazı vakalarda yapılan tüm incelemelere rağmen belli bir ölüm nedeni veya orijini saptanamayabilir. Doğal olmayan ölümlerin orijini ise cinayet, intihar ve kaza şeklindedir. Ölüm orijini ile ilişkili değişik tanımlar da bulunmaktadır. Bunlar kaza görünümlü cinayetler, intihar görünümlü cinayetler, yardımlı intiharlar, kaza-intihar ayrımı yapılamayan ölümler, gizli intiharlar ve kastı aşan ölümler (cinayet gibi kazalar, kaza gibi cinayetler) olarak belirtilebilir (28,29).

Bir ölüm olayının orijininin belirlenmesi olay yerinde adli soruşturma ile başlayan; cesedin dış muayenesi, otopsisi ve otopsi sonrası incelenmeleri ile devam eden; hukuki karar ile sonuçlanan bir süreç neticesinde gerçekleşir. Birçok batı ülkesinde ölümün orijininin belirtilmesi hukuki makamların kararına bırakılmış ve doktorun otopsi raporunda olayın orijinini yazmasının sakıncalar yaratabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte, ölüm olaylarında orijin belirlenmesine yönelik olarak yapılacak tıbbi inceleme ve yorumların çoğu kez olayın çözümlenmesinde anahtar rolü bulunmaktadır (24).

### 2.1.3. Adli Otopsiler

Otopsinin literatürdeki anlamı insan vücudu üzerinde adli tıbbi amaçlar için olduğu kadar klinik amaçlar için de yapılan çalışmalardır. Adli otopsiler cesedin tıbbi kimlik özellikleri, ölüm nedeni, ölüm koşulları gibi sorulara cevaplar vererek adli makamlara olayların çözülmesi için yardım etmek amacıyla yapılır (30).

Adli otopsi; kaza, intihar, cinayet sonucunda oluşan ya da yalnızken veya beklenmedik bir şekilde meydana gelen ölüm olayları gibi şüpheli durumlarda adaletin sağlanması ve toplumun korunması amacıyla ölüm nedenini, tarzını ve zamanını belirlemek ve delil özelliği taşıyan materyali bularak saklamak ve ölenin kimliğini tespit etmek amacıyla cesette yapılan bilimsel işlemdir (31).

Doğal olmayan tüm ölümlerin yanı sıra, ölüm sonrasında ölüm nedeni açıklanamayan kuşkulu ölümlerin adli açıdan soruşturulması ve bu olguların çoğunda otopsi yapılması gerekmektedir. Tıptaki ve teknolojideki ilerlemelere rağmen; otopsi, halen en önemli post-

mortem tanı ve doğrulama yöntemidir. Otopsi, otopsi dışı tüm diğer post-mortem yöntemler ile kıyas kabul etmez derecede işlevseldir ve altın standart değerindedir (32).

Ülkemizde ölünün kimliğini belirleme ve adli muayene Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)'nun 86. maddesine, adli otopsiler ise 87-89'uncu maddelerine göre yapılmaktadır (33).

Türkiye'de her yıl 350 bin civarında ölüm olayı gerçekleşmekte, bunların yaklaşık 25-30 bin kadarında adli otopsi yapılmaktadır. Ancak, gerçekte adli nitelikteki ve otopsi yapılması gereken ölüm olgularının sayısının çok daha fazla olduğu bilinmektedir (32).

### 2.2. Adli Ölüm Nedenleri

Adli tıp uygulamasında ölümler doğal ve doğal olmayan ölümler olmak üzere ikiye ayrılır. Ölüm nedenlerinden kaza, cinayet ve intiharlar doğal olmayan, hastalıklar ise doğal nedenler olarak kabul edilmektedir. Doğal ölümler, çoğunlukla ani beklenmedik ölümler olarak karşımıza çıkar. Doğal olmayan ölümlerin temelinde ise travmatik olaylar bulunur (34,35).

#### 2.2.1. Adli Otopsilerde Doğal Ölüm Nedenleri

Doğal ölümlerin bir grubu; ani veya beklenmedik bir şekilde olmalarından, bireyin bir mekanda tek başına ölü bulunmasından, ölümü açıklayacak belirgin bir hastalık veya tıbbi hikayenin bulunmamasından, ölüm anında bir hekimin bulunmaması ya da olsa bile ölüm nedenini belirleyememesi veya ölümde şüpheli bir durumun veya dış bir etkenin var olduğunun iddia edilmesi nedeniyle adli otopsiler içerisinde yer alır. Böyle bir olgunun "doğal ölüm" olarak kabul edilmesi ancak; iyi bir olay yeri incelemesi ve ölü muayenesinden sonra sistematik klasik otopsi yapılarak, histopatolojik, toksikolojik ve diğer postmortem incelemelerin tamamlanmasından sonra mümkün olabilir. Böylece, doğal ölümlerin önemli bir kısmı adli kovuşturmayı gerektiren ölümler olarak karşımıza çıkmaktadır (36,37).

#### 2.2.1.1. Doğal Ölümlerin En Sık Nedenleri

**a) Kardiovasküler Sistem Hastalıkları**

Kardiyovasküler hastalıklar en sık ölüme neden olan hastalık grubunu oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 yılı verilerine göre iskemik kalp hastalıkları kadın ölüm nedenleri arasında ilk sırada bulunmaktadır (2). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 yılı verilerine göre ise kadın ölümlerinin % 44.3'ünü kardiyovasküler sistem hastalıkları oluşturmaktadır (38). Bu ölümlerin yaklaşık üçte birini ani kardiyak ölümler oluşturur (39).

Ani kardiyak ölüm, semptomların başlamasından itibaren bir saat içerisinde veya kişi uyurken meydana gelen, daha önce kliniği bulunmayan kardiyak nedenli ölümler için kullanılan bir tanımdır (40,41). Tahminen dünya genelinde her yıl 7 milyondan fazla kişi ani kardiyak nedenlerle ölmektedir (42).

Ani kardiyak ölüm nedenlerinin % 90'ını koroner arter hastalıkları oluşturur (43). Koroner arter hastalığı (KAH), tüm dünyada her iki cinsiyet için birinci sırada yer alan ölüm sebebidir. Her yaş grubunda KAH insidansı erkeklerde daha yüksektir ancak her iki cinsiyette yaş ile sıklığı artar. 70'li yaşlarda kadınlarda KAH tanısı alıp taburcu olan hasta sayısı erkeklerden fazladır. İlk koroner olay yaşı ise kadınlarda 10 yaş daha büyüktür. KAH kadın ölümlerinin % 23'ünden sorumludur (44).

**b) Solunum Sistemi Hastalıkları**

Akciğerlerin ve solunum yollarının iç mekanik nedenlerle tıkanması sonucu asfiksi mekanizmasıyla ani ölümler meydana gelebilir (45).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 verilerine göre kadınlarda en sık ölüm nedenleri arasında alt solunum yolu infeksiyonları üçüncü, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları ise dördüncü sırada yer almaktadır (2). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 yılı verilerine göre ise kadın ölümlerinin % 10.1'ini solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır (38).

Ani ölüme sebep olan solunum sistemi hastalıkları; pnömoni, pulmoner tromboemboli, spontan pnömotoraks, bronşial astım, bronşiektazi, akut epiglotid, tüberküloz, akciğer abseleri ve tümörlerdir (28). Ülkemizde ve yurtdışında yapılan araştırmalarda yetişkin doğal ölüm olaylarında kardiyovasküler hastalıklardan sonra solunum sistemi hastalıkları ve bunların içinde pnömoniler ikinci sırada bildirilmektedir. Pnömoniler her yaş grubunda ani

beklenmedik ölüm sebebi olarak karşımıza çıkabilmekte ve şüpheli ölüm olarak adli tıp açısından önem kazanmaktadır (46).

**c) Sinir Sistemi Hastalıkları**

Adli otopsilerde merkezi sinir sistemini patolojileri nedeniyle beklenmedik ölüme neden olan ve en sık karşılaşılan durumlar inme, enfektif hastalıklar, malformasyonlar, dejeneratif kaynaklar, epilepsiler ve tümörlerdir. İnme beyin enfarktları, spontan beyin içi kanamalar, serebral anevrizma rüptürü ve vaskuler malformasyonlar gibi durumları içerip, daha çok yetişkinlerde görülür, fakat aynı zamanda çocuklarda ve adli vakalarda da karşımıza çıkabilir (47).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inmeyi "damarsal köken dışında bir sebebi olmayan, bulguların 24 saat veya daha uzun sürdüğü veya ölüme sebep olan, hızlı gelişen bölgesel ya da yaygın beyin işlev bozukluğu" olarak tanımlamıştır. Beyin damar hastalıkları, gelişmiş ülkelerde kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sıradaki ölüm sebebidir. Aynı zamanda yetişkinlerde, nörolojik hastalıklar içinde ölüm ve sakatlığa neden olma açısından birinci sırada yer almaktadır. İnmelerin % 75-% 85 oranındaki kısmını iskemik inme oluşturur, ancak geriye kalan yüzdeyi oluşturan intraserebral hematom ve subaraknoid kanamaların morbidite ve ölüm oranları oldukça dikkat çekicidir (48,49). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 yılı verilerine göre kadın ölümlerinin % 11,8'ini serebrovasküler hastalıklar oluşturmaktadır (38).

Arteriyel veya venöz kanın, travma olmaksızın ani olarak beyin dokusu içine geçişi ile ortaya çıkan klinik tabloya "spontan intraserebral kanama" adı verilir. Spontan intraserebral hemoraji, serebrovasküler hastalıkların sık görülen nedenlerindendir. Genellikle tansiyon yüksekliğinde oluşur. İnsidansı 100.000' de 15-19 olup, 30 günlük mortalite oranı % 40- % 50 civarındadır. İntraserebral hematomlarda mortalite oranı diğer inme tiplerine göre çok daha yüksektir (49–51).

**d) Gastrointestinal Sistem Hastalıkları**

Gastrointestinal sistem kaynaklı ani ölümlerin başlıca nedenleri; damarsal patolojilerdir. Ani ölüme neden olan başlıca gastrointestinal sistem hastalıkları; üst gastrointestinal sistemde kanamaya neden olan özefagus varis kanamaları, peptik ve duedonal ülser erezyonlarıdır. Strangule herniler (umblikal veya inguinal) barsak enfeksiyonları, peritonit ve sepsise neden olarak ölüme neden olabilir. Pankreatitler ise yüksek miktarda sıvı

ve elektrolit anomalisine neden olarak ölüme neden olabilir. Bazen Diabetes Mellitus akut başlangıçlı ve ilk semptom olarak ölümle sonuçlanan diabetik koma ile ortaya çıkabilir (28,52,53).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 yılı verilerine göre kadın ölümlerinin % 2,7'sini sindirim sistemi hastalıkları oluşturmaktadır (38). Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarının ABD'de insidansı 350/100.000 olup üst GİS kanama nedenli hastaneye yatış oranı yılda yaklaşık 1.000.000 dolayındadır. Üst GİS kanamalarının mortalitesi gençlerde % 4 iken yaşlılarda % 15'e kadar yükselir. Mortalite oranının 60 yaş altında olanlarda malignensi ve organ yetmezliği yoksa % 1 den az iken, 60 yaşın üstünde bu oranın % 13'lere çıktığı görülmüştür (54).

**e) Tümörler**

Kanser, çoğunlukla doğal orijinli bir ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte kanser olguları; ani beklenmedik ölüm, ihmal veya tıbbi uygulama hatası iddialarında adli nitelik kazanmakta veya adli otopsilerde rastlantısal bir şekilde karşımıza çıkabilmektedir (55). Bu nedenlerle kanserlerin gerçek sıklığının tespit edilmesi bakımından da adli otopsiler önemli bir kaynak oluşturmaktadır (56).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 yılı verilerine göre dünya genelinde yıllık 14 milyon kişiye yeni kanser tanısı konulup, 8.2 milyon kişi kanser nedeniyle ölmektedir. Yine aynı raporda kadınlarda en sık tanısı konulan kanserler meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide olarak belirtilmiştir (57).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 yılı verilerine göre toplam 78.661 kişi kanser nedeniyle ölmüş olup bunların 27.731'i kadın olgulardır. Bu verilerde meme kanserine bağlı ölümler ilk sırada yer alırken gırtlak ve soluk borusu / bronş / akciğer kanserleri ikinci sırada yer almaktadır (38).

### 2.2.2. Doğal Olmayan Ölüm Nedenleri

Dünyada her yıl ortalama olarak 56 milyon kişi ölmektedir, bu ölümlerin yaklaşık 5,8 milyonu doğal olmayan nedenlerle meydana gelmektedir. Doğal olmayan ölümlerin % 23'ünü trafik kazaları, % 15'ini intiharlar, % 11'ini cinayetler, % 8'ini düşmeler, % 7'sini suda boğulmalar, % 6'sını yanmalar, % 6'sını zehirlenmeler, % 3'ünü savaşlar ve % 21'ini ise

diğer nedenler oluşturmaktadır. Dünyada doğal olmayan nedenlerle erkek ölümlerinin kadın ölümlerine oranı 2/1'dir. Bu ölümlerde erkeklerde trafik kazaları, intiharlar ve cinayetler ilk sıralarda bulunurken; kadınlarda trafik kazaları, intiharlar ve yanıklara bağlı ölümler ilk sıraları almaktadır. Yangın kaynaklı ölümler hariç tüm doğal olmayan ölüm nedenleri erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir. Bununla birlikte bazı özel konularda kadınlar erkeklere göre daha fazla şiddet nedenli ölüme maruz kalmaktadır. Örneğin eş şiddeti ve cinsel şiddet kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. 65 yaş üstü kadınlarda düşmeler de erkeklere göre daha sık (muhtemelen osteoporoz ve altta yatan diğer kronik hastalıklar nedeniyle) görülmektedir (1,58).

TÜİK'in 2015 verilerine göre Türkiye genelinde 213.069 erkek, 179.297 kadın ölümü meydana gelmiştir. Bu verilerde kadın ölümlerinin 4.489'unun kaza, 1.003'ünün intihar, 347'sinin ise cinayet orijiniyle meydana geldiği belirtilmektedir (38).

Doğal olmayan nedenlere bağlı ölümler önlenebilir ölüm olarak kabul edilmektedir. Bu nedenlerle ölüm riskinin arttığı coğrafi bölgelerde, durumun kontrol edilebilmesi ve ölüm oranlarını azaltmak amacıyla çeşitli önlemlerin alınması halk sağlığı hizmetlerinin hedefleri arasında yer almaktadır. Yüksek risk altındaki grupların belirlenmesi ve yaygınlığının tespit edilmesinde ölüm oranı verilerinin elde edilmesi faydalı olmaktadır (35).

#### 2.2.2.1. Künt Travmaya Bağlı Ölümler

Künt travmatik yaralar en sık karşılaşılan yara çeşididir ve bu yaralar künt bir cismin vücuda ya da vücudun sert bir yüzeye çarpması sonucu mekanik kuvvet ile vücutta meydana gelen yaralar şeklinde tanımlanabilir. Her iki mekanizmada da vücutta hasar oluşturabilecek kadar yüksek kinetik enerji vardır (45,59). Künt bir cismin darbesi ile cilt ve damarlarda bazı bölümlerde gerilme, bazı bölümlerde ise ezilme oluşur ve esneme sınırının aşılması durumunda cilt ve dokular tek yönde veya çeşitli yönlerde yırtılır. Böylece cilt bütünlüğünün bozulduğu abrazyon, kontüzyon, laserasyon ve kemik kırıkları şeklinde yaralar karşımıza çıkar (60,61).

Künt travmalar künt bir cisimle, yumrukla veya tekmeyle başka bir kişiye vurmak gibi kişiler arası şiddet, çocuğun fiziksel istismarı, trafik ve iş kazaları, yüksek bir yerden atlamak ya da kazayla yüksekten düşmek gibi nedenlerle meydana gelebilir. Künt travmatik ölümlerde orijin cinayet, intihar veya kaza olabilir (59,61,62)

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2015 verilerine göre kadınlarda doğal olmayan ölüm nedenleri arasında ilk sırayı 1918 olgu ile kaza sonucu düşmeler alırken ikinci sırada 1558 olgu ile taşıma kazaları bulunmaktadır. Erkeklerde ise ilk sırayı 4779 olgu ile taşıma kazaları alırken ikinci sırada 2112 olgu ile kaza sonucu düşmeler bulunmaktadır (38). Bu veriler de ülkemizde doğal olmayan ölüm nedenleri arasında künt travmatik ölümlerin ilk sıralarda olduğunu göstermektedir.

Trafik kazaları dünyada ölüm nedenleri arasında 8. sırada olup, 15-29 yaş arası kişilerde ölümün bir numaralı nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılında yayınladığı Küresel Yol Güvenliği Raporu'na göre dünyada her yıl 1.24 milyondan fazla insan trafik kazaları sonucu ölmektedir (63).

Trafik kazalarında ilk sırada gelen ölüm nedeni, kafa kemiklerindeki kırıklarla birlikte ya da kırık olmaksızın gelişen kafa içi değişimlerdir. Daha az sıklıkla, hemopnömotoraks, iç organ yaralanması, multipl kemik kırıkları ve çeşitli komplikasyonlar sayılabilir (64). Ölümle sonuçlanan trafik kazalarında ölüm nedeninin saptanması ve ölüm üzerinde etkili olabilecek faktörlerin araştırılması ancak ayrıntılı ve dikkatli bir otopsi ve gerekli laboratuar incelemeleri sonucunda mümkün olabilir (65).

Yüksekten düşme sonucu görülen travmalar morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir toplum sağlığı sorunudur (66). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre düşmeler kaza orijinli ölümler arasında en sık gözlenen ikinci nedendir. Dünya genelinde yılda yaklaşık olarak 424.000 kişi düşme sonucunda ölmektedir. Yaşlı kadınların ve çocukların daha çok düşme eğiliminde olduğu ve buna bağlı yaralandığı belirtilmektedir (67).

#### 2.2.2.2. Ateşli Silah Yaralanması Sonucu Ölümler

Taşıma ve bulundurma ruhsatlı silahların sayısı her geçen gün artmakta, bu silahlar ile meydana gelen yaralanma ve ölüm olaylarında da artış meydana gelmektedir (25). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre, 2000 yılındaki her 100.000 kişide ateşli silahlar ile suç işleme oranı 256 iken, bu oran 2008 yılında 337'ye yükselmiştir (68). Bu nedenlerle ateşli silahlarla gerçekleşen yaralanma ve ölümlerin adli tıp açısından önemi her geçen gün artmaktadır (45).

Ateşli silahlar yapılarına göre; yivli-setli ateşli silahlar (toplu tabanca, otomatik tabanca, harp silahları) ve yivsiz-setsiz silahlar (av tüfekleri) şeklinde iki ana grupta sınıflandırılabilir (69).

Ateşli silah yaralanmaları mermi çekirdeğinin veya saçma tanelerinin silah namlusundan çıkarak vücutta hasar oluşturması sonucunda meydana gelen yaralanmalardır. Bir yaranın ateşli silah giriş deliği olduğunun belirlenmesi ve bu yaranın çevresindeki bulguların doğru değerlendirilmesi olayın aydınlatılması açısından çok önemlidir. Ateşli silah yaralanmalarında giriş yarası sıklıkla yuvarlaktır ve çevresinde vurma halkası görülebilir. Ancak giriş yarasının özellikleri atışın mesafesi, yönü, merminin bir ara hedefe çarparak vücuda girmesi gibi çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir (70,71).

Ateşli silah yaralanmalarında atışın yapıldığı mesafenin belirlenmesi de önemlidir. Atış mesafesi giriş deliği üzerindeki ciltte ve yara içinde veya yaralı bölgeyi örten giysi üzerinde yanmış ya da yanmamış barut taneleri gibi materyaller, is, kıllarda veya ciltte yanık gibi özellikler değerlendirilerek belirlenir (70,71).

Ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümlerde otopsi yapılırken dış muayenede her yaraya numara verilmeli, iç muayenede bu numara belirtilerek traje ve bu yol üzerinde oluşan yaralanmalar belirtilmeli, giriş ve çıkış yaraları ilişkilendirilmeli, vücutta kalan mermi çekirdekleri veya saçma taneleri çıkartılarak hangi numaraya ait olduğu anlaşılacak şekilde ayrı zarflara konulmalıdır. Raporun sonuç bölümünde ölüm nedeni, toplam giriş sayısı ve bunların hangilerinin öldürücü olduğu, atış mesafeleri, giysili bölge ise giysilerin incelenmesinin önerilmesi, çıkan mermi çekirdeğinin ilgili savcılığa teslim edildiği, alınan toksikolojik ve histopatolojik örnekler belirtilmelidir (72).

#### 2.2.2.3. Kesici Delici Alet Yaralanması Sonucu Ölümler

Kesici delici aletler günümüzde çeşitli amaçlarla ev ve işyerlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu aletler yasa ile belirtilen bazı özel şekilleri dışında her zaman el altında bulundurulabilen ve amaç dışı kullanılmadıkça cezai bir müeyyide gerektirmeyen, ancak saldırı, müdafaa ve hatta öldürme amacı ile oldukça sık kullanıldığı görülen aletlerdir. Kesici delici alet ile meydana gelen yaralanma ve ölümler adli tıp pratiğinde önemli bir yer tutmaktadır (73).

Kesici-delici aletler keskin yüzleri ile dokuyu kesip, sivri uçları ile deri ve deri altı dokuları delen bıçak, çakı, kama, hançer, kasatura, kılıç, makas gibi aletlerdir. Kesici delici alet yaralanmalarında yaşamsal organların zarar görmesi ve buna bağlı ölüm olasılığı oldukça yüksektir (72). Kesici-alet yaralanmaları ile meydana gelen ölümlerde yaralar genellikle birden çoktur ve vücudun değişik yerlerine dağılmış olarak bulunur. Vücuttaki yaraların çoğu hayatı tehdit edici özellikte değildir. Bu olgularda hayatı tehdit eden yaraların çoğu göğüs kafesi ve batında bulunur. Ölüm genellikle oldukça hızlı ve kan kaybı nedeniyle gelişir (74).

Kesici-alet yaralanmaları ile meydana gelen ölümler ile karşılaşıldığında olayın orijininin cinayet veya intihar olduğunun ayrımını yapmak konusunda çok dikkatli olunmalıdırlar. Çünkü olağan dışı gerçekleşmiş intihar vakaları da raporlanmışlardır (75). Bu tip yaralanmalarda yarayı oluşturan aletin özellikleri, aletin kullanım şekli (hızı, yönü…) ve yaralanan kişinin saldırı sırasında durumu/hareketi oluşan yaralanmayı etkileyen temel faktörlerdir. Tüm bu faktörler yaralanmanın değerlendirilmesinde ortaya çıkan dinamik sürecin her zaman göz önünde bulundurulmasını gerekli kılmaktadır (61).

#### 2.2.2.4. Asfiksili Ölümler

Asfiksi kanda oksijen oranının düşmesi ve karbondioksit oranının yükselmesi sonucu bilincin kaybedilmesidir. Adli tıpta asfiksi terimi genel olarak oksijenin alınmasında ve/veya kullanılmasında bir defekt olması durumları için kullanılır. Diğer ölüm tiplerinde olduğu gibi asfiksili ölümlerde de ölüm nedeninin (ve orijininin) belirlenmesinde fiziksel bulgular, laboratuar testlerinin sonuçları, olay yeri incelemesinden elde edilen bilgiler ve çevreden alınan öykü birlikte değerlendirilir. Asfiksiler genel olarak mekanik ve kimyasal asfiksiler olarak iki ana gruba ayrılır (76).

Mekanik asfiksi, solunum yollarının engellenmesi veya torakoabdominal hareketlerin kısıtlanması sonucunda oluşur. Mekanik asfiksilere neden olan ajanlar ve obstrüksiyonun yerine göre veya solunum yollarına hava girişinin kısıtlanması temelinde şu şekilde sınıflandırılabilirler:

- Boyun yapılarına dıştan bası yapan nedenler: ası, boğulma
- Dış hava yollarının tıkanması: ağız-buruna basısı ve tıkanması
- İç hava yollarının yabancı cisim ile tıkanması
- Toraks hareketlerinin kısıtlanması: travmatik ve postural asfiksiler

— Suda boğulma sonucu ölümler (77).

Kimyasal asfiksilerde vücuda giren gazlar ile oluşan reaksiyonlar sonucunda oksijen alımı, tüketimi ve kullanılmasında aksamalar meydana gelir. En sık karşılaşılan 3 kimyasal asfiksi etkeni karbon monoksit, hidrojen siyanür ve hidrojen sülfürdür. Karbonmonoksit gazı ile intihar sayıları azımsanmayacak derecede olmasına rağmen bu ölümlerde orijin genellikle kazadır. Hidrojen siyanür zehirlenmelerinde orijin genellikle intihar iken hidrojen sülfür zehirlenmelerinde hemen hemen tüm vakalar kaza orijinlidir (28,76).

#### 2.2.2.5. Kimyasal Etkenlere Bağlı Oluşan Ölümler

Çok sayıda farklı türleri olan toksik maddelerden birinin herhangi bir yolla vücuda girmesiyle meydana gelen zehirlenme sonucu ölüm olguları adli tıpta önemli bir yer işgal ettiği gibi, sosyal boyutu da olan bir konudur. İntiharlar tüm zehirlenme vakalarının yaklaşık % 95'ini oluşturur ve kadınlarda daha fazla görülmektedir. Bölgesel farklılıklar görülmekle birlikte otopsilerde; insektisid, Karbonmonoksit (CO), ilaç zehirlenmeleri ve alkol entoksikasyonu olgularıyla sık karşılaşılır (78,79).

İnsektisitler daha çok tarımsal üretimi yükseltmek için kullanılan maddeler olarak bilindikleri için birçok yerde tarım ilacı olarak da adlandırılmaktadırlar. Bununla birlikte evlerde ve diğer pek çok alanda da kullanılmaktadırlar. Yaygın kullanım alanları ile birlikte, kullanım sırasında koruyucu giysi ve maske kullanmamak gibi dikkatsizlikler, ambalajlama ve saklama yanlışlıkları ve bilinçsiz tüketim gibi sebepler ve intihar amaçlı kullanılmasına bağlı olarak insektisit zehirlenmeleri ile karşılaşılmaktadır (80).

CO, vücuda akciğer yoluyla girer ve kanda oksijen taşıyıcısı olan hemoglobine reverzibl olarak bağlanır. Hemoglobindeki demir atomuna, oksijene göre 200-250 kat daha yüksek oranda bağlanarak kanın oksijen taşıma kapasitesini düşürmektedir. Bu sebeple CO toksisitesi, temel olarak oksijen transportunun ve kullanımının bozulmasıyla karakterize bir durumdur (81).

CO, benzin, propan, gaz yağı, kömür gibi karbon içeren maddelerin yanması ile açığa çıkan küçük ve polar olmayan molekül yapısına sahip toksik bir gazdır. Kapalı alan boyunca küçük dansiteli yapılar halinde kendi kendine dağılmakta ve ortamda ateş veya duman olmasa bile bulunabilmektedir. Renksiz, kokusuz, tatsız ve irritan olmayan yapısı nedeniyle "sessiz öldürücü" bir gaz olarak da tanımlanmıştır (82).

Hastanelere başvuran zehirlenme olgularının önemli bir kısmını ise ilaç zehirlenmeleri oluşturmaktadır. Ülkemizde analjezik, antidepresan, antibiyotik ve antihipertansifler gibi birçok ilaca hekim önerisi olmaksızın reçetesiz olarak ulaşılabilmesi, günümüzde gittikçe büyüyen bir sorun haline gelen ilaç zehirlenmelerinde önemli bir etkendir. İlaç zehirlenmeleri nedenine bakılmaksızın birer adli olgudur. Kaydedilmesi, bildirimi ve ölüm halinde yapılması gerekenler adli tıbbın ilgi alanına girmektedir (83).

Alkolizm; tüm dünyada sosyal, medikal ve ekonomik bir sorun olarak en sık rastlanan bağımlılık tipi olarak adli ve klinik toksikoloji açısından önem arz etmektedir. Alkol entoksikasyonu kaynaklı ölümlerin ya doğrudan beyin sapı üzerine depresif etkiler sonucu ya da aspirasyon gibi sekonder faktörler sonucu oluştuğu bildirilmektedir. Öldürücü düzey ile ilgili olarak da farklı yayınlarda farklı düzeyler belirtilmekte ve bireysel özelliklerin önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Özellikle son zamanlarda birçok kişinin ölümüne neden olan metil alkol entoksikasyonu olguları da dikkatleri yeniden bu entoksikasyon üzerine yoğunlaştırmıştır. Yapılan çalışmalarda metil alkol entoksikasyonu olgularının tüm zehirlenmelere bağlı ölüm olguları içinde % 4,6-8,25 gibi bir oranı oluşturduğu belirtilmektedir (84).

#### 2.2.2.6. Fiziksel Etkenlerle Oluşan Ölümler

##### a) Yanıklara Bağlı Ölümler

Yanıklar, motorlu taşıt kazası, düşmeler ve şiddetten sonra en önemli dördüncü yaralanma sebebidir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda yanıkların tüm kazalar içindeki görülme oranı % 2,7 ile % 43,9 arasında değişmektedir. Ülkemizin sosyo-ekonomik özelliklerine bağlı olarak her yıl on binlerce kişi çeşitli biçimlerde yanarak tedavi amacıyla sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (85).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 verilerine göre dünya genelinde her yıl tahminen 265.000 kişi yanık nedenli ölmekte olup bu ölümlerin çoğunluğu düşük ve orta gelir seviyesine sahip ülkelerde gerçekleşmektedir. Yanıklara bağlı yaralanmaların çoğunluğu ev ve iş yerlerinde gerçekleşmekte olup, geneli önlenebilir niteliktedir. Kadın ve erkeklerin yanıklara bağlı yaralanma oranları genel olarak benzerdir. Kadınlar için en önemli risk yemek yaparken bol giysilerin ocak ateşi ile tutuşmasıdır. Alevler aynı zamanda ısınma ve aydınlatmada kullanılırken de yaralanma riski oluşturur. Yanık nedeniyle meydana gelen

ölümlerin çoğu kaza orijinlidir. Kendine zarar verme ve kişiler arası şiddet de diğer yaralanma nedenleridir (86,87).

En sık karşılaşılan yanık tipi alev ile olan yaralanmalardır. Bu yaralanmalarda hasar derecesi uygulanan ısının derecesine, uygulama süresine ve vücut yüzeyinin ısıyı uzaklaştırma kabiliyetine göre değişir (88,89).

Ölümle sonuçlansın veya sonuçlanmasın yanık olguları adli tıbbın önemli konularından birisi olup, yanık sonucu meydana gelen ölümlerde otopsi sonucunda ölüm nedeni, olayla ölüm arasındaki ilişki ve ölüme katkıda bulunan başka etkenler bulunup bulunmadığı araştırılır (90). Bu yaralanmalarda yaranın antemortem/postmortem oluşumunun ayrımı özellikle suç unsuru iddiası bulunması durumlarında ciddi sorun oluşturabilir (89). Ölüm nedeni ve orijininin belirlenmesi için olay yeri incelemesi ve diğer bilgiler temin edilmeli, postmortem muayene bulguları, toksikolojik ve kimyasal test sonuçları ile birlikte değerlendirilmelidir (88).

**b) Hipotermiye Bağlı Ölümler**

Hipotermi vücut ısısının 35°C'nin altına düşmesi olarak tanımlanır. Hipotermi etyolojisine göre; primer ve sekonder hipotermi olarak sınıflandırılmaktadır. Primer hipotermi sağlıklı bireyin soğuğa maruz kalması sonucu gelişen hipotermi olarak tanımlanmakta ve doğal olmayan ölüm olarak kabul edilmektedir. Sekonder hipotermi ise kronik hastalıklar, zehirlenmeler, ileri yaş vb. altta yatan klinik bir durum nedeniyle ısı regülasyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Nedenleri arasında ısı kaybının artışı, ısı üretiminin azalması ve altta yatan hastalıklar görülmektedir (91).

Hipoterminin çoğunlukla kaza orijinli olduğu, fiziksel yorgunluk, yetersiz beslenme, alkol ve ilaç kullanımının da hipoterminin olumsuz etkilerini arttırdığı belirtilmektedir. İntihar orijinli ölümler nadir olarak görülmektedir (92). Özellikle termoreseptör mekanizmasının bozulması nedeniyle sıcak hissedilip giysilerini çıkarmış olgularda olay yerinin bazı özellikleri yanlış yorumlanabildiğinden dikkat edilmelidir (92).

Bazı hipotermi olgularında görülen özel bir durum da saklan ve öl sendromu ve paradoksal soyunmadır. Hipotermiye bağlı ölümlerin % 20'sinde görüldüğü belirtilmektedir. Olay yerinde kurbanın saklanmış ve giysilerinin kısmen ya da tamamen çıkmış olduğu gözlenir. Nedeni açıklanamamış olmakla birlikte vazomotor merkez paralizisi ve damar

duvarındaki sinirlerin soğuğa bağlı felcine bağlı çevre ısısının olduğundan fazla algılandığına dair teoriler bulunmaktadır. Özellikle termoreseptör mekanizmasının bozulması nedeniyle sıcak hissedilip giysilerini çıkarmış olgularda olay yerinin bazı özellikleri yanlış yorumlanabildiğinden dikkat edilmelidir. Olay yerinin özellikleri nedeniyle cinayet, hırsızlık, cinsel saldırı gibi durumlardan kuşkulanılabilir. Olay yeri incelemesini yapan hekimin konu hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olması gerekir. Paradoksal soyunma ve saklan ve öl sendromu olgularının yaklaşık % 50'sinin ölüm nedenlerinin hipotermiye ölüm bağlı olduğu belirtilmektedir (89,92–98)

Hipotermi olgularının otopsilerinde patagonomonik bir bulgu olmadığı belirtilmekte olup diğer nedenler ekarte edildikten sonra hipotermiye bağlı ölüm tanısı konabildiği söylenmektedir (99,100).

Araştırılan kaynaklarda ülkemizde hipotermi ile ilgili ölüm insidansını veren bir çalışmaya rastlanmamıştır. ABD'nin Wisconsin eyaletinde yapılan ve 2003-2013 yılları arasındaki hipotermiye bağlı ölümleri inceleyen bir çalışmaya göre bu ölümlerin % 67'si erkeklerde, % 33'ü kadınlarda görülmektedir (101).

**c) Elektrik Akımına Bağlı Ölümler**

Elektrik çarpması, elektrik akımının vücuttan geçecek şekilde kişinin bir elektrik kaynağı ile teması sonucu yaralanmasını veya ölümünü tanımlamaktadır. Adli tıpta elektrik akımı ile ölüm genellikle 110-380 volt arasında görülür çünkü bu, evlerde ve endüstride kullanılan voltaj aralığıdır. Birçok faktör elektrik akımı lezyonlarının oluşumunu ve şiddetini etkileyebilmektedir; bunlar elektrik devresinin tamamlanıp tamamlanmaması, akımın gerilimi, elektrik akımının cinsi, akımın şiddeti, akımın vücutta izlediği yol, vücuttan geçtiği süre ve vücut dokularının direncidir. İnsan vücudundan geçen elektrik akımı en sık ventriküler fibrilasyona neden olarak ölüme yol açar. Diğer ölüm mekanizmaları; solunum kaslarının spazmı, baş bölgesinden geçen akımlarda beyin sapında solunum ve dolaşım merkezlerinin felci, termal yanığın neden olduğu hipovolemik şok, septik şok, geç dönemde böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar ve elektrik akımına kapılarak yüksekten düşme ya da savrulma sonucu meydana gelen travmadır (102,103).

Elektriğe bağlı yanıklar gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerde hala kayda değer bir öneme sahiptir (104). Bu ölümlerin büyük bir bölümü kaza sonucu meydana gelmekte olup,

geri kalanı intihar ve küçük bir bölümü ise cinayet orijinlidir. Elektrik yaralanmaları insan hakları ihlalleri ile ilişkili de olabilir, bu gibi işkence iddialarında patologlara danışılabilir (26).

Yapılan çalışmalarda bu yaralanmalara bağlı ölümlerin daha çok erkeklerde görüldüğü belirtilmektedir. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların % 90,8'inin erkek, % 9,2'sinin kadın olduğu belirtilmektedir (105). Bulgaristan'da yapılan bir çalışmada elektrik yaralanması sonucu ölümlerde kadın/erkek oranının 1:21,38 olduğu belirtilmektedir. (104).

#### 2.2.2.7. Gebelikte Doğal Olmayan Kadın Ölümleri

Kadınların çoğu yakın partner şiddetine maruz kalmakta olup, bu şiddet çoğunlukla üreme çağında meydana gelmektedir. Araştırmalar gebe ve postpartum dönemdeki kadınların bile yakın partner şiddetine maruz kaldıklarını göstermektedir (106).

Partnerinin kadına uyguladığı şiddet yaş, sosyoekonomik durum, din, etnik kökenden etkilenmemektedir. Ancak gebelik, bekarlık ve boşanmış olmak veya eşinden ayrı yaşamak kadının şiddet görme riskini artırmaktadır (107).

Gebelik kadına yönelik şiddet açısından yüksek riskli bir dönemdir. Yapılan çalışmalara göre obstetri hastalarının % 20-37'si şiddete maruz kalmaktadır (108). Türkiye genelinde en az bir kez gebe kalmış her on kadından birinin gebeliği sırasında eşi veya birlikte olduğu kişi(ler) tarafından fiziksel şiddete uğradığı belirtilmektedir (109).

Gebelikte uygulanan şiddet, kadında erken doğum, düşük, plasentanın erken ayrılması, doğum öncesi kanama ve erken membran rüptürü gibi pek çok soruna yol açarken bebekte de düşük doğum ağırlığı, kemik kırıkları ve yumuşak doku hasarları, akciğer ya da dalak rüptürü ve fetal asfiksi gibi yaşama şansını azaltabilecek sorunlara neden olmaktadır (110).

Kişinin gebe olduğu bilindiği halde gerçekleştirilen cinayetler, kadına yönelik şiddetin en ağır formlarından biridir. Kişilerin gebe iken intihar etmeleri de, özel ve incelenmesi gereken bir konudur (111).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 82. maddesinde kasten öldürme suçunun gebe olduğu bilinen kadına karşı işlenmesi durumunun nitelikli hallerden biri olduğu ve bu fiili işleyen kişinin ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmektedir (112).

Son zamanlarda yapılan araştırmalarda gebelikle ilişkili kadın ölümlerinde kadın cinayetlerinin önde gelen nedenlerden biri olduğu, gebelikte kadın intiharlarının ise cinayetlere göre daha az gözlenmesine rağmen gebelik ilişkili ölümlerin önemli nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir (106).

ABD'de çeşitli eyalet ve şehirlerde yapılan çalışmalarda kadın cinayetlerinin gebelik ve gebelik sonrası dönem ölümlerinde önde gelen bir ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir (113). ABD'de 3 eyalette yapılan incelemelerde gebelikle ilişkili kadın ölümlerinin Virginia'da % 14'ünün, Massachusetts ve Kuzey Carolinada ise % 13'ünün kadın cinayetlerine bağlı meydana geldiği belirtilmektedir. Bu oran Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada % 3 olarak bulunmuştur. Postpartum dönemde meydana gelen yaralanmalara bağlı kadın ölümlerinin incelendiği çalışmalarda Georgia'da % 50'sinin, New York'ta ise % 63'ünün kadın cinayetlerine bağlı meydana geldiği belirtilmektedir (106).

## 2.3. Kadına Yönelik Şiddet Sonucu Meydana Gelen Ölümler

### 2.3.1. Şiddet

Şiddet muhtemelen her zaman insanoğlunun yaşamının bir parçası olmuştur. Dünyanın her yerinde çeşitli biçimlerde etkisi görülebilir. Kişinin kendisine zarar vermesi, kişiler arası şiddet ve toplu şiddet sonucunda dünya genelinde her yıl bir milyondan fazla kişi hayatını kaybetmekte olup, bundan çok daha fazlası ölümcül olamayan yaralanmalara maruz kalmaktadır (114).

Şiddetin çeşitli tanımlarında karşılaşılan ortak öğeler şunlardır: Kişinin canını acıtmak, yaralamak, öldürmek, mala zarar vermek amacıyla güç kullanmak; yasaya aykırı fiziki güç kullanmak; yasaya aykırı bir hedefe varmak için şiddet kullanmak ya da şiddet kullanma tehdidinde bulunmak; genelde kabul gören yasa ve ahlak ilkelerine aykırı biçimde fiziksel yok etme, gereksiz yere kırma, yok etme eylemleri; toplumsal ilişkilerde kabul edilebilirlik sınırlarını aşan zorlama eylemidir (115).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre şiddet; insanların kendilerine, başka kişilere, gruplara veya topluluklara karşı kasıtlı olarak fiziksel güç uygulamaları ya da fiziksel güç uygulanması ile tehdit etmeleridir. Bu durum büyük olasılıkla fiziksel yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu ya da yoksunluğa neden olur (116).

6284 sayılı "Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun"da şiddet "kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfî engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranış" olarak tanımlanmaktadır (117).

Saldırganlık, şiddet eylemleri, kargaşa ve terör toplumun bütününü derinden etkiler. Ancak şiddet açısından en fazla risk altında olanlar 30 yaş altı çocuklu kadınlar, kız çocukları, adölesan kızlar ile HIV (+) kadınlar olmak üzere her yaştaki kadınlar, bütün çocuklar, yaşlılar, engelliler, evsizler, mülteciler, göçmenler, etnik azınlık mensuplarıdır (107).

### 2.3.2 Kadına Yönelik Şiddet

Birleşmiş Milletler (BM) Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi'nde (1993), kadına yönelik şiddet "ister kamu, ister özel hayatta olsun tehdit, zorlama ya da keyfi olarak özgürlükten alıkoymak da dahil olmak üzere kadına fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar veya acı veren ya da bu tür eylemlerle tehdit eden, cinsiyete dayalı her türlü şiddet eylemi" olarak tanımlanmaktadır (118). Bu bildirgede kadına yönelik şiddet "erkekler ve kadınlar arasındaki eşit olmayan güç ilişkilerinin tarihsel bir göstergesi" ve "erkeklerle karşılaştırıldığında kadınları zorla bağımlı bir konuma sokmanın çok önemli toplumsal mekanizmalarından biri" olarak belirtilmiştir (119).

Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi'nde de kadına yönelik şiddet "ister kamusal ister özel alanda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik acı veya ıstırap veren veya verebilecek olan cinsiyete dayalı her türlü eylem veya bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma" olarak tanımlanmakta, bir insan hakları ihlali ve kadınlara yönelik ayrımcılığın bir biçimi olduğu belirtilmektedir. Bu sözleşmede "kadınlar" sözcüğünün 18 yaş altı kız çocuklarını da kapsadığı belirtilmektedir (120).

6284 sayılı "Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun"da kadına yönelik şiddet "kadınlara, yalnızca kadın oldukları için uygulanan veya kadınları etkileyen cinsiyete dayalı bir ayrımcılık ile kadının insan hakları ihlaline yol açan ve

bu Kanunda şiddet olarak tanımlanan her türlü tutum ve davranış" olarak tanımlanmıştır (117).

4. Dünya Kadın Konferansı Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu'nda kadınlara yönelik şiddetin, aşağıdakileri kapsamakla birlikte, bunlarla sınırlı olmadığı belirtilmektedir:

(a) Dayak dahil aile içinde meydana gelen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet, evdeki kız çocuklarının cinsel istismarı, çeyizle bağlantılı şiddet, evlilikte tecavüz, kadınlara zararlı olan, kadının cinsel organına zarar verme ve diğer geleneksel uygulamalar, nikah dışı şiddet ve istismarla bağlantılı şiddet;

(b) Tecavüz, cinsel taciz, işyerinde, eğitim kurumlarında ve başka yerlerde sarkıntılık ve cinsel zorlama dahil toplum içinde meydana gelen fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet, kadınların alınıp satılması ve fahişeliğe zorlanması;

(c) Nerede olursa olsun, devletin yürüttüğü veya göz yumduğu fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet.

(d) Silahlı çatışma durumlarında kadınların insan haklarının ihlal edilmesi, özellikle cinayet, sistematik tecavüz, cinsel kölelik ve gebeliğe zorlama;

(e) Zorla kısırlaştırma ve düşüğe zorlama, kontraseptiflerin zorla/baskıyla uygulanması, kız bebeklerin öldürülmesi ve doğum öncesi cinsiyet seçimi (121).

Tarihteki bulgular kadınlara yönelik şiddet içerikli davranışların her bir ırk, kültür, din, ulus ve ideolojideki erkekler tarafından yapıldığını ve kadınların insan olarak değil sadece bir nesne, bir ödül ve savaşın bir hatırası olarak her türlü şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir. Özellikle erkeğin kadından üstün görüldüğü, kadın ve erkek rollerinin katı çizgilerle birbirinden ayrıldığı toplumlarda kadınların daha çok istismara maruz kaldıklarına tanık olunmaktadır. Fiziksel olarak güçlü olan erkeğin kontrol etmek, cezalandırmak, korkutmak, güç gösterisinde bulunmak ve baskı kurmak amaçlarıyla fiziksel anlamda güçsüz olan kadına karşı şiddete başvurduğu görülmektedir (21).

Kadına yönelik şiddet kadın yaşamının her evresinde farklı türler olarak kadınların yaşamlarını, sağlıklarını etkilemektedir. Savaş ve doğal afetler dışında dünyanın her yerinde ve ülkesinde kadınların en çok tanıdıkları, yaşamlarında bulunan erkeklerin şiddetine

uğradığı, geniş ölçekli çalışma bulgularında ortaya konmuştur. Bu niteliği, şiddetin neden olduğu bedensel, ruhsal ve sosyal zararları daha yıkıcı ve zararlı kılmaktadır. Şiddeti uygulayanın yakın, güvenilmesi gereken biri ya da kadının özel yaşamındaki özel biri olması etkilenmeyi arttırmaktadır. Diğer taraftan uygulayıcının bu özelliği kadının sorunla başa çıkmasını ve uzun süreli sağlıklı kalmasını da zorlaştırmaktadır (12).

Kadına yönelik şiddet öncelikli bir sağlık sorunudur (12). Kadına yönelik şiddetin yol açtığı toplumsal sonuçlar incelendiğinde; artan intiharlar, intihar girişimleri, tecavüzler, sağlık kuruluşlarına başvurularda artış, aileye-topluma-insanlara güvensizlik, yaşam kalitesinde düşme, verimlilik ve üretkenlikte azalma, gelecek kuşaklar için şiddet riski, toplumda kadın-erkek eşitsizliğinin devam etmesi gözlenmektedir (119).

Ne yazık ki erkek tarafından kadına yönelik şiddet sadece fiziksel şiddetle kalmayıp, diğer şiddet türleriyle de beraber uygulandığından, bu durum birbirini besleyen ve üreten mekanizmalardan oluşan bir şiddet çemberi oluşturmaktadır. Eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kalan kadınların bu mağduriyeti çoğunlukla bir seferden fazla yaşadıkları ve genelde birden çok şiddet biçimine maruz kaldıkları görülmektedir (21).

Düşük gelirli, azınlık gruplarına mensup, işsiz, toplumsal konumu olmayan, alkolizm sorunu olan çiftlerde eşe yönelik şiddetin daha sık görüldüğünü belirten yayınların yanında, bu tip şiddetin çeşitli ırk ve sınıf kategorileri boyunca sınıf tanımadan dağılım gösterdiğini bildiren yayınlar da bulunmaktadır (108).

İnsan hakları açısından, toplumsal cinsiyet temelinde bir insan hakkı ve özgürlük ihlali olan kadına yönelik şiddet, kadınların toplumsal ve ekonomik yaşamda yerlerini alma haklarından çeşitli biçimlerde yoksun kalmalarına, bunun da ötesinde fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşamalarına, sakat kalmalarına ve yaşamlarını yitirmelerine neden olmaktadır. Ayrıca kadına yönelen şiddetin fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal etkileri sadece kadınlar üzerinde değil, çocuklar, aileler ve toplumda da kendini göstermektedir (122). Kadına yönelik şiddetin üreme çağındaki kadınların, ölüm nedenleri ve sakatlıkları arasında kansere eşdeğer önemde olduğu bilinmektedir (14).

Kayıtlara yeterince geçmemekle birlikte, kadınlara yönelik şiddet olaylarına pek çok ülkede sıklıkla rastlanmaktadır. Kız bebeklerin öldürülmesi, ev içi şiddet, dulların kurban edilmesi ya da sürgün edilmesi, gebe kadına yönelik şiddet, ırza geçme, zinaya verilen cezalar

bunlara örnektir (123). Adli makamlara bildirimde bulunulan olayların bir bölümünde, polis ve savcı gibi adli makamların olayın aile içinde çözümlenmesinin istendiği, bir bölümünde ise şikayetlerin geri alındığı belirtilmektedir (14).

Yapılan çalışmalar, dünya genelinde her üç kadından birisinin fiziksel şiddete uğradığını ortaya koymaktadır. Öte yandan kadınların, istekleri dışında cinsel ilişkiye zorlandıkları, ekonomik, sosyal ve psikolojik istismara uğratıldıkları yönündeki veriler, hemen hemen bütün ülkelerde bulunmaktadır (124).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yayınlanan Dünyada Sağlık ve Şiddet Raporu'na göre, dünya genelinde yapılan ve 48 ülkeyi kapsayan araştırmada kadınların % 10-69'unun eşleri veya partnerleri tarafından yaşamlarında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (114).

BM'de (UN Women 2011 çalışması) 86 ülkeyi kapsayan veri bulunmaktadır. Bu verilere göre kadınların % 70'i fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır. 15 ila 44 yaş arası kadınlara yönelik şiddet; kanser, trafik kazaları, sıtma ve savaşların tamamının neden olduğu ölüm ve sakatlıklardan daha fazla ölüm ve sakatlığa neden olmaktadır. Aile içi şiddetin maliyeti Kanada'da 1,16 milyar dolar, ABD'de 5,8 milyar dolar, Avustralya'da ise yılda 11,38 milyar dolardır. İngiltere'de her yıl 3 milyona yakın kadın çeşitli şiddet olaylarına maruz kalmaktadır. Okuldaki her üç kızdan biri basit cinsel istismara maruz kalmaktadır. 13-17 yaşları arasındaki kızların % 33'ü cinsel şiddete maruz kalmaktadır. Aile içi şiddetin ABD'ye maliyetinin 2003 yılında 8 milyar dolar olduğu hesaplanmıştır. 2005 yılında ise beş yıllık bir dönem için 4 milyar dolar kaynak aktarılmıştır (125).

ABD'de her iki evlilikten birinde fiziksel şiddet söz konusudur ve her yedi saniyede bir, bir kadın bir erkek tarafından dövülmektedir. Dayak, tek başına kadınlardaki yaralanmalarda en sık karşılaşılan travma nedenidir (123).

Adli Tıp alanı; kadına yönelik şiddetin her türünü ve en ağır formlarını günlük meslek pratiğinde sıkça görür. Şiddet kurbanının tanısını koymak, olayın gerçekleşip gerçekleşmediğini ortaya koymaya çalışmak, gerçekleşme biçimi ve zamanını ortaya koymaya çalışmak, olayın mağdurunun zararlanma boyutunu ortaya koymaya çalışmak, olayın zanlı ya da zanlılarının kim olduğu yönünde yapılacak araştırmalara katkıda bulunmak vb. basamaklar Adli Tıp uzmanlarınca yürütülmektedir (12). Kadına yönelik şiddetin bir uç

tipi olan kadın cinayetleri de önemli bir adli-tıbbi konu olup, erken yaşta meydana gelen kadın ölümlerinin önde gelen nedenlerinde biridir (126).

Yapılan çalışmalar kadına yönelik şiddete bağlı ölümlerin bir kısmının fiziksel şiddetin direkt etkisine bağlı ölümler olduğunu, bir kısmının da şiddetin ruhsal etkilerine bağlı ve kadının çaresizliğinin getirdiği bir sonuç olarak intiharların olduğunu göstermektedir. Bu etkiler; asıya bağlı intihar, ateşli silah yaralanması, kesici delici alet yaralanması, darp, yüksekten atlama, kimyasal madde alımı, yanık ve boğma olarak belirtilmektedir (127).

Cinsiyet temelli rol farklılaşmasına kaynaklık eden erkek egemen aile ve dolayısı ile toplum yapılanması, şiddetin bazı şekillerinin meşrulaştırılması ve devam ettirilmesine zemin hazırlamaktadır. Töre ve namus cinayetlerini, kan davalarını, vb. toplumda meşrulaştırılan şiddet eylemlerine örnek olarak gösterebiliriz (124).

Toplumun genel olarak sahiplenip, benimsediği değerlerin ve törelerin ihlal edilmesi veya çiğnenmesi durumunda çoğu zaman acımasız yaptırımları da içerebilen ceza sistemi devreye girmektedir. Kınama, ayıplama ve dışlama bu cezalandırma işlemlerinden sadece birkaçını oluşturmaktadır. Bazı durumlarda ise öldürme olayı da uygulanan cezalar arasında yer alabilmektedir (128).

Dil Derneği'nin sözlüğünde namus terimi "bir toplum içinde ahlak kurallarına karşı beslenen bağlılık, dürüstlük, doğruluk, iffet" olarak tanımlanmıştır (129). Namus çok değer verilen ve geniş kapsamlı bir olgu olarak toplumsal sorunlar arasında yer almaktadır. Nitekim toplumumuzda 'namus için yaşanır, namus için ölünür' ve 'gelinliğinle çıktın kefeninle dönersin' düşüncesi bunun önemini kanıtlar nitelikteki düşüncelerdir. Özellikle son zamanlarda namus için öldürme düşüncesi yaygınlık kazanmaktadır (128).

Namus cinayetinin kökeni çok eskilere dayanmaktadır. Pek çok ataerkil yapıda namusa yöneltilen her türlü davranış ölümle cezalandırılmaktadır. Kişi dinlenmeden cezası kesilmektedir. Çünkü nedenden çok sonuca odaklanılmaktadır (128).

Özellikle kırsal kökenli, aşiret ve akrabalık ilişkileri güçlü, kente göç etmiş olsalar bile çevreleri fazla değişmemiş, ait oldukları aile ve topluluğun yaşamlarında öncelikli bir yere sahip olduğu gözlenen kişilerde namusun, insanların uğruna öldürebileceği çok büyük bir şey, yaşamın anlamı ve amacı olduğu görülmektedir (128).

Ailenin namusu bir kez kirlendikten sonra bunu tamamıyla düzeltmek imkansızdır. Kirlenen namusun temizlenmesinin bir yolu kadının namusunu kirleten erkekle evlendirilmesi veya kadının intihara sürüklenmesidir. Aile erkeklerinin sorumluluğu ailenin namusunu korumak ve temizlemektir (130).

Kadın cinayetlerine ilişkin kullanılan diğer bir kavram da "ihtiras cinayetleri"dir. İhtiras cinayetleri özellikle aldatma olayı veya şüphesi gibi nedenler sonucunda maruz kalınan çok şiddetli duygusal buhran neticesinde hınç, kıskançlık, intikam, çılgınlık gibi emellerle işlenen cinayetler için kullanılır. Bu tarz cinayetlerde katil cinayeti önceden tasarlamak yerine ani ve fevri duygularla birini (eş, sevgili veya bunlarla cinsel münasebeti olan üçüncü bir şahsı) öldürür. Kıskançlığın intikam ve şuursuz eylemlere sebep olması nedeniyle, failin genel olarak ceza indiriminden faydalanma şansı bulunmaktadır (130).

Başkaldırı cinayeti kavramı temelde kadının süregelen düzene başkaldırması, erkeğe itirazı ve irade beyanında bulunması neticesinde öldürülmesini ifade eder. Özelde boşanmak/ayrılmak isteyen bir kadının kocası veya sevgilisi tarafından öldürülmesi durumuna denk düşen başkaldırı cinayetleri, namus ve töre cinayetlerinin aksine, belirli bir sınıfa, etnik-dini gruba veya sosyal gruplara özgü değildir. Başkaldırı cinayetlerini diğer cinayet tiplerinden ayıran başlıca faktörün; kadının erkekle olan bağını koparmaya yönelik hamlesi, mevcut duruma itirazı neticesinde öldürülmesi olduğu belirtilmektedir.(130).

### 2.3.3. Dünyada Şiddet Sonucu Kadın Ölümleri

2010 yılında dünya genelinde yaklaşık olarak 468.000 kişinin cinayet sonucunda öldüğü tahmin edilmektedir. Cinayet sonucunda ölenlerin % 80'ini erkekler, % 20'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Yakın partner ya da aile bireyleri tarafından meydana gelen ölümlerin ise büyük çoğunluğu kadın cinayetleridir (131). Ayrıca dünyada her yıl 5000 civarında namus cinayeti meydana geldiği tahmin edilmekte olup, bu sayının gerçekte daha yüksek olduğuna inanılmaktadır (132).

Araştırmalarda kadın cinayetlerinde faillerin çoğunun eş veya eski eş oldukları belirtilmektedir. 2008 yılında ABD'de cinayet nedenli ölümler incelendiğinde; kadınların % 45'inin, erkeklerin ise % 5'inin yakın partnerleri tarafından öldürüldükleri belirtilmektedir (133). Benzer şekilde 2009 yılında Birleşik Krallık'ta cinayet nedenli ölümler incelendiğinde;

kadınların % 45'inin, erkeklerin ise % 5'inin yakın partnerleri tarafından öldürüldükleri belirtilmektedir (134).

Yetişkin cinayetlerinin görülme sıklıkları ve paternleri ülkeler arasında farklılık göstermektedir. 2011 yılında ABD'de her 100.000 kişiden 4,7'si cinayet orijiniyle ölmüş olup, bu cinayetlerin % 22,4'ü kadınların ölümleridir. 2010 yılında Tayvan'da meydana gelen tüm cinayetlerin % 29,1'i kadın ölümüdür. Kadına yönelik şiddet sonucu ölümler sık olmasına rağmen, verilerdeki boşluk, önleme çabalarını baltalamaktadır. Birçok ülkede kadın cinayetlerinin özellikleri ve mekanizmaları ile ilgili verilerde eksiklikler bulunmaktadır, kadın cinayetlerini önleme çabaları için bu verilerin yeniden düzenlenmeleri ve izlenmeleri gerekmektedir. Adli otopsilerden elde edilen bilgiler kadın cinayetlerinin karakteristik özelliklerini ortaya koymak için önemli bir kaynaktır (126).

### 2.3.4. Türkiye'de Şiddet Sonucu Kadın Ölümleri

Dünyanın dört bir tarafında olduğu gibi Türkiye'de de kadınların insan haklarının ihlali yoğundur. Farklı kaynaklarda, kadına yönelik aile içi şiddetin Türkiye'deki sıklığının %25-%30 arasında değiştiği belirtilmektedir. Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından 2007'de yaptırılan Türkiye'yi temsil eden bir çalışmada, hayatı boyunca eşinden en az bir kez fiziksel şiddete maruz kalan kadınların payı Türkiye genelinde % 35, doğu örnekleminde % 40 olarak saptanmıştır (119).

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı'nın Aralık 1993 ve Aralık 1994 süresini kapsayan araştırması Türkiye'de aile içi şiddetle ilgili çok önemli noktalara dikkat çekmektedir. Şiddete maruz kalan kadınların çoğunun (% 80) şiddet karşısında yapılacak bir şey olmadığına inanarak pasif bir tutum sergilemiş olmaları da bulunan en önemli sonuçlardan biridir (21).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların en az 1/3'ünün aile içi şiddete uğradığı belirtilmekte ve kadına yönelik cinayetlerin hızla arttığı bilinmektedir (14). Kadın cinayetlerine ilişkin başlıca sebeplere bakıldığında ise bunların sırasıyla, ayrılık/boşanma, kadının kendi hayatına dair karar alması, kıskançlık, işsizlik ve reddetme olduğu görülmektedir (130).

Türkiye'de işlenen kadın cinayetleri son yıllarda o denli artış göstermiştir ki, neredeyse her gün gazetelerin üçüncü sayfasında bu türden en az bir habere

rastlanabilmektedir. Öyle ki bazı günler aynı anda birden fazla öldürülen kadın haberi yer alabilmektedir (130).

Yapılan bilimsel çalışmalar, ülkemizin kimi yörelerinde genç kızların intihar etmelerine yol açan temel nedenin intihar eden kızların kişisel ve ruhsal bozukluklarının olmadığını, kızları intihara sürükleyen töreler olduğunu göstermektedir. Başka bir deyişle duygusal ilişkileri ve yaşadıkları aşk nedeniyle baskı altında kalan kimi genç kızlar ailelerin zoruyla intihar etmeye zorlanmaktadır. Pek çok intihar vakası aslında üstü örtük birer töre cinayeti olarak gelişmektedir (128).

Şiddetle mücadele eden kadın örgütlerinin saptamalarına göre, örneğin sadece 2010 yılında, eşleri ve/ya aile fertleri tarafından öldürülen kadın sayısı 1500'e ulaşmıştır (125). Kadın Cinayetlerini Durduracağız Platformu tarafından tutulan istatistiğe göre ise 2011 yılında 125, 2012 yılında 141, 2013 yılında 228, 2014 yılında 287, 2015 yılında ise 292 kadın cinayet sonucunda ölmüştür (135).

Türkiye'de işlenen kadın cinayetlerine ilişkin tam manasıyla bir kafa karışıklığının olduğundan bahsedilebilir. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'ne verilen bir soru önergesi üzerine dönemin Adalet Bakanının verdiği yanıt neticesinde resmi kayıtlara göre 2002-2009 yılları arasında kadın cinayetlerinin yüzde 1400 artış gösterdiği anlaşılmıştır. 2002 yılında öldürülen kadın sayısı 66 iken, 2003'te 83, 2004'te 128, 2005'te 317, 2006'da 663, 2007'de 1011, 2008'de 806 ve 2009'un ilk yedi ayında 953'e çıkmıştır. Buna karşın, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'ne göre ise 2009-2013 yılları arasındaki beş yılda öldürülen kadın sayısı 802'dir. Bunlar sadece resmi kayıtlara geçen rakamlardır. Geçmeyenler de hesaba katılırsa, tablonun çok daha vahim olduğu açıkça görülebilir (125,130).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma retrospektif tipte bir araştırmadır.

## 3.2. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evreni 01.01.2011-31.12.2015 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda otopsisi yapılan ve karara bağlanan 18 yaş ve üstü kadın olgulardır.

## 3.3. Araştırmanın örneklemi

Araştırmada örnek seçilmemiş olup, tüm evrene ulaşılmak amaçlanmıştır.

## 3.4. Araştırma önerisinin sunumu

Araştırma önerisi "Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Yönergesi" çerçevesinde Adli Tıp Anabilim Dalı Akademik Kurulu'na sunuldu. DEÜTF Adli Tıp Anabilim Dalı'nın 14.08.2014 tarihli Akademik Kurul kararıyla çalışmanın uzmanlık tezi olarak belirlenmesine karar verildi.

## 3.5. Arşiv tarama izni

Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı Grup Başkanı ve Morg İhtisas Dairesi Başkanı'nın görüşü alınarak Adli Tıp Kurumu Bilimsel Araştırma Önerisi Formu doldurularak 22.10.2015 tarihinde Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na gönderildi. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nın 15.12.2015 tarih ve 21589509/985 sayılı yazısı ile çalışma önerimizin kabul edildiği bildirildi (Ek.1).

## 3.6. Etik kurul görüşü

Çalışma önerisi ve hazırlanan Veri Kayıt Formu Örneği (Ek.2) 29.02.2016 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na sunuldu ve 28.03.2016 tarihinde etik sakınca bulunmadığı konusunda onay verildi (Ek.3).

### 3.7. Verilerin elde edilmesi

Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nin bilgisayar arşivi tarandı. 01.01.2011-31.12.2015 tarihleri arasında adli otopsisi yapılan ve karara bağlanan 18 yaş ve üstü 1358 kadın olgunun ölü muayene tutanağı ve adli otopsi raporları incelendi.

### 3.8. Verilerin değerlendirilmesi

1358 olgunun ölü muayene tutanağı ve adli otopsi raporlarındaki bilgiler veri kayıt formlarına işlendi.

Elde edilen veriler SPSS 22.0 programına yüklendi ve bu programda istatistiksel yönden değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilkis testleri ile incelendi. İstatistiksel analiz için gruplar arasında karşılaştırmada Pearson Chi-Square testi ve Fisher's Exact test kullanıldı.

### 3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

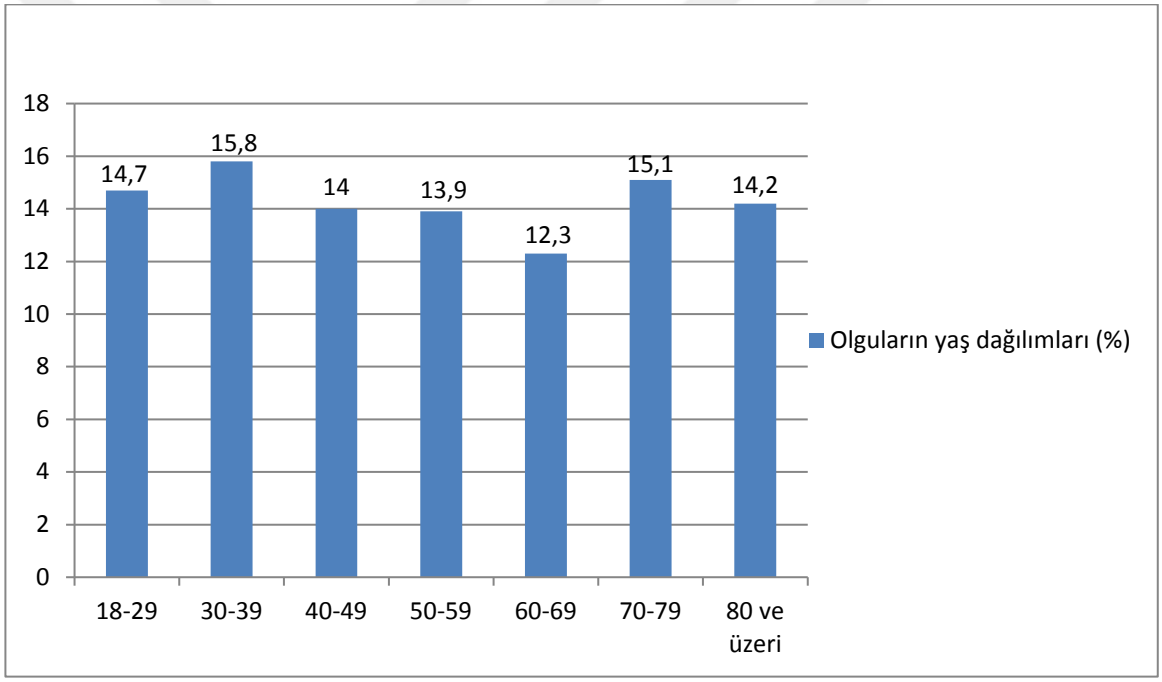
Araştırmamızda ölü muayene tutanakları ve otopsi raporları retrospektif olarak incelenmiş, bu belgelerde bulunan bilgilere ulaşılabilmiştir. Bu belgelerde kayıtlı olmayan veriler analizleri yapılırken belirtilmemiş olarak kaydedilmişlerdir.

# 4. BULGULAR

Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda 2011-2015 yılları arasında adli otopsileri yapılan 18 yaş ve üzeri 1358 kadın ölümü olduğu gözlenmiştir.

Ölümlerin yıllara göre dağılımı incelendiğinde; 305'inin (% 22,5) 2012 yılında, 286'sının (% 21,1) 2013 yılında, 277'sinin (%20,4) 2011 yılında, 249'unun (%18,3) 2014 yılında ve 241'inin (%17,7) 2015 yılında meydana geldiği anlaşılmıştır.

Olguların yaşları 18 ile 103 arasında dağılmış olup, yaş ortalaması 53,9 ± 20,7'dir. Olguların yaşlarının dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir.




Grafik 1. Olguların yaş dağılımları.

Olguların uyrukları incelendiğinde; 1289'unun Türkiye Cumhuriyeti, 13'ünün İngiltere, 10'unun Almanya, 9'unun Irak ve 7'sinin Suriye Uyruklu oldukları, geri kalan olguların ise çeşitli ülke vatandaşları oldukları gözlenmiştir.

Olguların doğum yerlerine bakıldığında; 374'ünün (% 27,5) İzmir, 245'inin (% 18,0) Manisa, 95'inin (% 7,0) Aydın, 65'inin (% 4,8) Uşak, 58'inin (% 4,3) Muğla, 20'sinin (% 1,5) Denizli, 19'unun (% 1,4) Balıkesir, 19'unun (% 1,4) Kütahya, 17'sinin (% 1,3) ise

Afyonkarahisar doğumlu oldukları, 446'sının (% 32,8 ) ise diğer kentlerde doğduğu gözlenmiştir.

Olguların kimlik tanıklarının yakınlık dereceleri incelendiğinde; 284'ünün (% 20,9) çocukları, 197'sinin (% 14,5) eşi, 160'ının (% 11,8) kardeşi, 54'ünün (% 4,0) anne-babası, 389'unun (% 28,6) diğer akrabaları, 17'sinin (% 1,3) sevgilisi, 10'unun (% 0,7) eski eşi, 4'ünün (% 0,3) nişanlısı ve 156'sının (% 11,5) diğer akrabalık bağı olmayan kişiler olduğu gözlenmiştir. 8 (% 0,6) olguda kimlik tanığının yakınlık derecesi belirtilmemiştir. 79 (% 5,8) olguda kimlik tanığı bulunmamaktadır.

Olguların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 477'sinin (% 35,1) evli olduğu, 420'sinin (% 30,9) evli olmadığı tanık ifadelerinde belirtilmiş, 461 (% 33,9) olgunun medeni durumu belirtilmemiştir.

Olguların çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; 83'ünün (% 6,1) bir işte çalıştığı, 365'inin (% 26,9) herhangi bir işte çalışmadığı tanık ifadelerinde belirtilmiş, 910 (% 67,0) olgunun çalışma durumu belirtilmemiştir. Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

| | Sayı (%)<br>Ortalama±SS |
|---|---|
| Yaş | 53,9±20,7 |
| Uyruk | |
| Türkiye Cumhuriyeti | 1289 (94,9) |
| İngiltere | 13 (1,0) |
| Almanya | 10 (0,7) |
| Irak | 9 (0,7) |
| Suriye | 7 (0,5) |
| Diğer | 30 (2,2) |
| Doğum Yeri | |
| İzmir | 374 (27,5) |
| Manisa | 245 (18,0) |
| Aydın | 95 (7,0) |
| Uşak | 65 (4,8) |
| Muğla | 58 (4,3) |
| Denizli | 20 (1,5) |

| | |
|---|---|
| Balıkesir | 19 (1,4) |
| Kütahya | 19 (1,4) |
| Afyonkarahisar | 17 (1,3) |
| Diğer | 446 (32,8) |
| Medeni Durum | |
| Evli | 477 (35,1) |
| Bekar | 420 (30,9) |
| Belirtilmemiş | 461 (33,9) |
| Çalışma Durumu | |
| Çalışıyor | 83 (6,1) |
| Çalışmıyor | 365 (26,9) |
| Belirtilmemiş | 910 (67,0) |

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri.

Olguların boy uzunlukları incelendiğinde; en kısası 90 cm, en uzunu 183 cm uzunluğunda olup boy ortalamaları 159,6±8,2 cm'dir.

Olguların vücut yapılarına göre dağılımları incelendiğinde; 850'sinin (% 62,6) normal, 359'unun (% 26,4) obez, 108'inin (% 8,0) ise zayıf yapıda oldukları gözlenmiş olup 41'inin (% 3,0) vücut yapısı belirtilmemiştir.

Olguların saç renklerine göre dağılımları incelendiğinde; 484'ünün (% 35,6) kır, 389'unun (% 28,6) siyah, 179'unun (% 13,2) kahve, 91'inin (% 6,7) sarı, 90'ının (% 6,6) kumral, 40'ının (% 2,9) kızıl, 14'ünün (% 1,0) ise diğer renklerde olduğu belirtilmiştir. 71'inin (% 5,2) saç rengi belirtilmemiştir.

Olguların ten renklerine göre dağılımları incelendiğinde; 575'inin (% 42,3) beyaz, 225'inin (% 16,6) buğday, 25'inin (% 1,8) esmer ve 1'inin (% 0,1) siyah ten rengine sahip oldukları belirtilmiştir. 532'sinin (% 39,2) ten rengi belirtilmemiştir.

Olguların göz renklerine göre dağılımları incelendiğinde; 484'ünün (% 35,6) kahve, 59'unun (% 4,3) ela, 30'unun (% 2,2) mavi ve 25'inin (% 1,8) yeşil göz rengine sahip oldukları belirtilmiştir. 760'ının (% 56,0) göz rengi belirtilmemiştir. Olguların fiziksel özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

| | Sayı (%)<br>Ortalama±SS |
|---|---|
| Boy | 159,6±8,2 |
| Vücut Yapısı | |
| Zayıf | 108 (8,0) |
| Normal | 850 (62,6) |
| Obez | 359 (26,4) |
| Belirtilmemiş | 41 (3,0) |
| Saç Rengi | |
| Kır | 484 (35,6) |
| Siyah | 389 (28,6) |
| Kahve | 179 (13,2) |
| Sarı | 91 (6,7) |
| Kumral | 90 (6,6) |
| Kızıl | 40 (2,9) |
| Diğer | 14 (1,0) |
| Belirtilmemiş | 71 (5,2) |
| Ten Rengi | |
| Beyaz | 575 (42,3) |
| Buğday | 225 (16,6) |
| Esmer | 25 (1,8) |
| Belirtilmemiş | 533 (39,2) |
| Göz Rengi | |
| Kahve | 484 (35,6) |
| Ela | 59 (4,3) |
| Mavi | 30 (2,2) |
| Yeşil | 25 (1,8) |
| Belirtilmemiş | 760 (56,0) |

Tablo 2. Olguların fiziksel özellikleri.

Olguların 38'inin (% 2,8) fiziksel engelliliğinin olduğu, 190'ının (% 14,0) fiziksel engelliliğinin olmadığı tanık ifadelerinde belirtilmiş, 1130 (% 83,2) olguda bu konuda bilgiye rastlanmamıştır.

Olguların 21'inin (% 1,5) zihinsel engelliliğinin olduğu, 222'sinin (% 16,3) zihinsel engelliliğinin olmadığı tanık ifadelerinde belirtilmiş, 1115 (% 82,1) olguda bu konuda bilgiye rastlanmamıştır. Olguların fiziksel ve zihinsel engellilik durumları Tablo 3'te gösterilmiştir.

| | Sayı (%)<br>Ortalama±SS |
|---|---|
| Fiziksel Engellilik | |
| Var | 38 (2,8) |
| Yok | 190 (14,0) |
| Belirtilmemiş | 1130 (83,2) |
| Zihinsel Engellilik | |
| Var | 21 (1,5) |
| Yok | 222 (16,3) |
| Belirtilmemiş | 1115 (82,1) |

Tablo 3. Olguların fiziksel ve zihinsel engellilik durumları.

Olguların 160'ının (% 11,8) psikiyatrik hastalığının olduğu, 207'sinin (% 15,2) psikiyatrik hastalığının olmadığı tanık ifadelerinde belirtilmiş, 991 (% 73,0) olguda bu konuda bilgiye rastlanmamıştır. Olguların psikiyatrik hastalık durumları Tablo 4'te gösterilmiştir.

| | Sayı (%)<br>Ortalama±SS |
|---|---|
| Psikiyatrik Hastalık | |
| Var | 160 (11,8) |
| Yok | 207 (15,2) |
| Belirtilmemiş | 991 (73,0) |

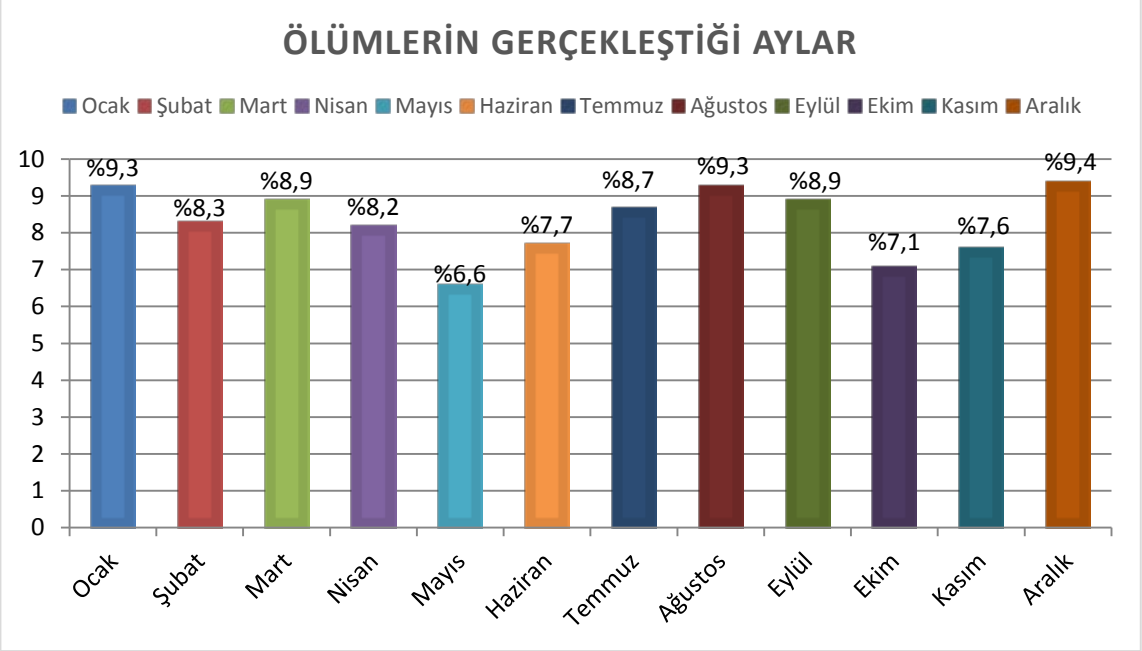
Tablo 4. Olguların psikiyatrik hastalık durumları.

Olguların gebelik durumları incelendiğinde; 18'inin (% 1,3) gebe olduğu, 1340'ının (% 98,7) gebe olmadığı gözlendi. Olguların gebelik durumları Tablo 5'te gösterilmiştir.

| | Sayı (%)<br>Ortalama±SS |
|---|---|
| Gebelik | |
| Var | 18 (1,3) |
| Yok | 1340 (98,7) |

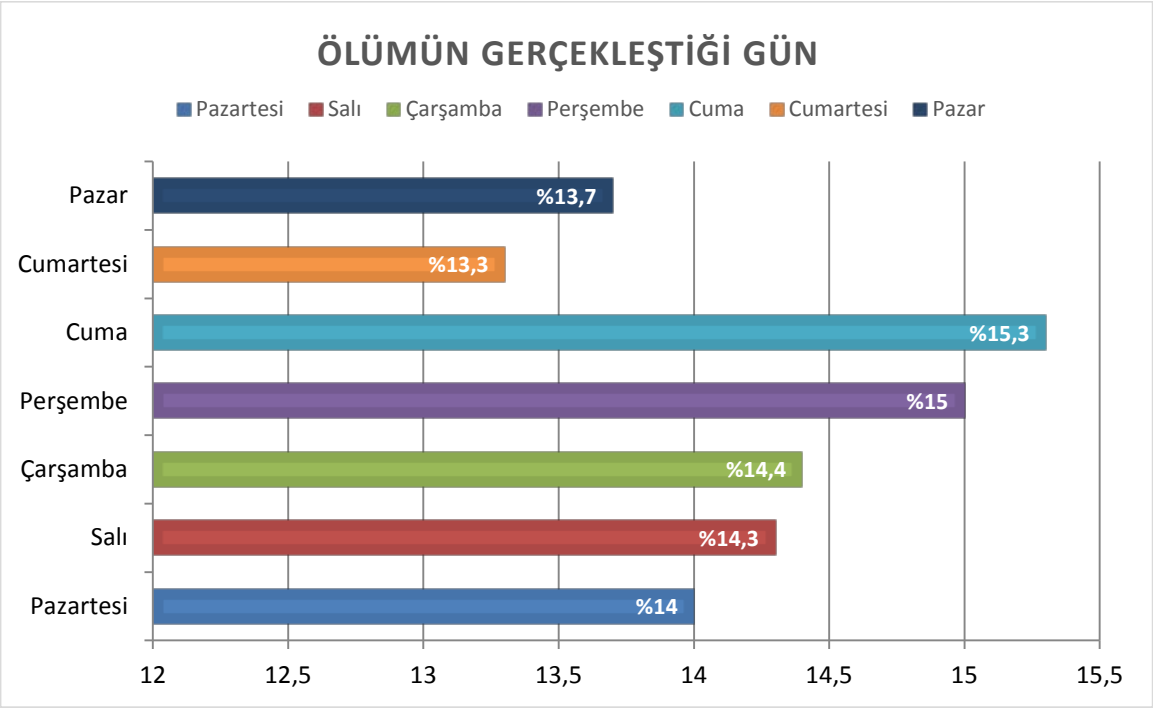
Tablo 5. Olguların gebelik durumları.

Ölümlerin gerçekleştiği ayların dağılımı incelendiğinde; en sık Aralık ayında, sonra sırasıyla Ocak, Ağustos, Mart, Eylül, Temmuz, Şubat, Nisan, Haziran, Kasım, Ekim ve Mayıs aylarında meydana geldiği anlaşılmaktadır. Ölümlerin gerçekleştiği ayların dağılımı Grafik 2'de gösterilmiştir.




Grafik 2. Ölümlerin gerçekleştiği ayların dağılımı.

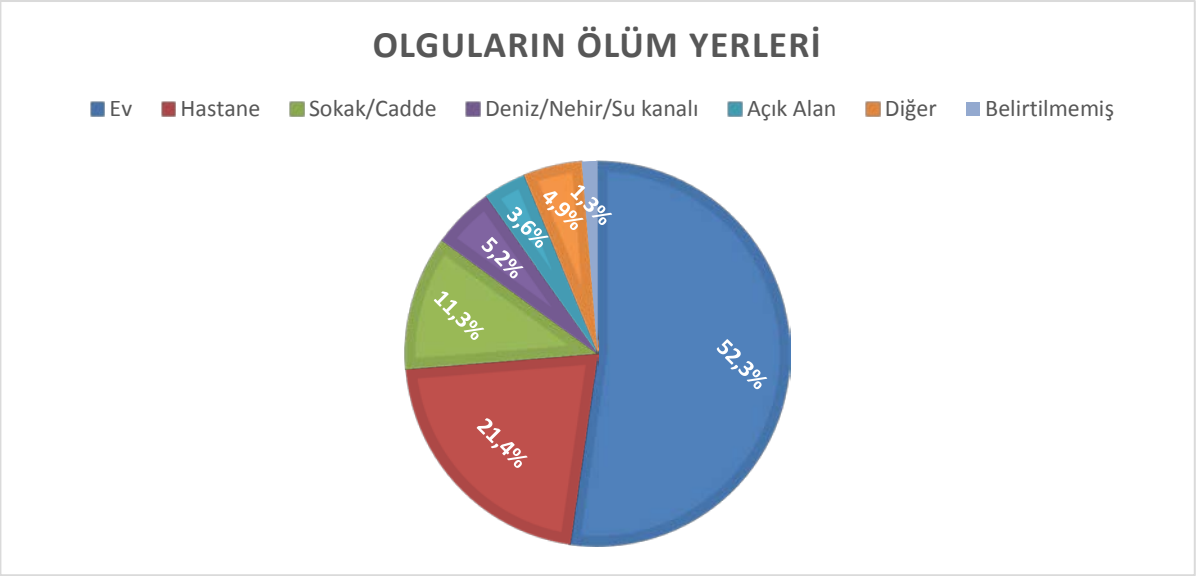
Ölümlerin meydana geldikleri günlere göre dağılımları incelendiğinde; en sık Cuma, sonra sırasıyla Perşembe, Çarşamba, Salı, Pazartesi, Pazar ve Cumartesi günlerinde meydana geldiği gözlenmiştir. Ölümlerin gerçekleştiği günlerin dağılımı Grafik 3'te gösterilmiştir.




Grafik 3. Ölümlerin gerçekleştiği günlerin dağılımı.

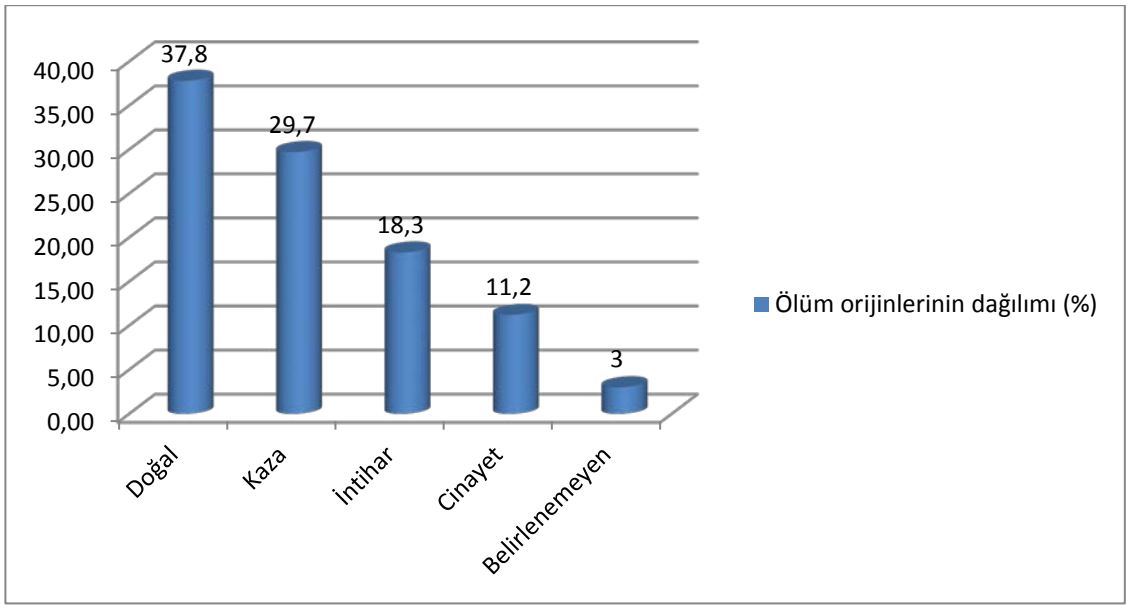
Olguların bulundukları iller incelendiğinde; 822'sinin İzmir'de (% 60,5), 231'inin (% 17,0) Manisa'da, 133'ünün (% 9,8) Aydın'da, 99'unun (% 7,3) Muğla'da, 61'inin (% 4,5) Uşak'ta, 10'unun (% 0,7) Denizli'de ve 2'sinin (% 0,1) ise Balıkesir'de bulunduğu gözlenmiştir.

Olguların ölüm yerleri incelendiğinde; ilk sırada 710 (% 52,3) olgu ile ev, ikinci sırada ise 290 olgu (% 21,4) ile hastane ve üçüncü sırada ise 154 (% 11,3) olgu ile sokak /cadde olduğu görülmekteydi. Sırasıyla deniz/nehir/su kanalı, açık alan, evin bahçesi, otel, iş yeri ve demir yolu daha az sıklıkta cesedin bulunduğu yerlerdi. 25 olgu diğer yerlerde bulunmuş olup, 18 olguda cesedin bulunduğu yer belirtilmemişti. Olguların ölüm yerlerinin dağılımı Grafik 4'te gösterilmiştir.




Grafik 4. Olguların ölüm yerlerinin dağılımı.

Olguların 513'ünün (% 37,8) doğal, 404'ünün (% 29,7) kaza, 248'inin (18,3) intihar, 152'sinin (%11,2) cinayet orijinli öldüğü belirtilmiştir. 41 ölümde (% 3) orijin ölü muayene tutanakları ve otopsi raporları sonucunda tespit edilememiştir. Olguların ölüm orijinlerinin dağılımı Grafik 5'te gösterilmiştir.




Grafik 5. Olguların ölüm orijinlerinin dağılımı.

Doğal nedenli ölümlerin dağılımı incelendiğinde; 198'inin (% 38,6) kalp-damar hastalıkları, 59'unun (% 11,5) alt solunum yolu hastalıkları, 41'inin (% 8,0) travmatik olmayan beyin kanamaları, 32'sinin (% 6,2) dissekan aort anevrizması, 6'sının (% 1,2) birden fazla doğal hastalık, 38'inin (% 7,4) diğer doğal nedenler ile öldükleri, 121'inde (% 23,6) ise ölüme neden olan hastalığın belirlenemediği ama ölümde dış bir etkenin etkili olmadığı belirtilmektedir.

Travmatik nedenli ölümlerin dağılımı incelendiğinde; 171'inin (% 20,6) trafik kazaları, 114'ünün (% 13,8) ası, 110'unun (% 13,3) yüksekten düşme, 70'inin (% 8,4) suda boğulma, 63'ünün (% 7,6) kesici delici alet yaralanmaları, 58'inin (% 7,0) ilaç madde intoksikasyonu, 57'sinin (% 6,9) CO zehirlenmesi, 54'ünün (% 6,5) yanıklar, 43'ünün (% 5,2) ateşli silah saçma tanesi yaralanmaları, 36'sının (% 4,3) ateşli silah mermi çekirdeği yaralanmaları, 19'unun (% 2,3) kişiler arası şiddete bağlı künt travma, 12'sinin (% 1,4) elle-bağla boğma, 22'sinin (% 2,7) ise diğer doğal olmayan nedenler ile öldüğü belirtilmektedir.

Olguların 16'sında (% 1,2) tüm incelemelere rağmen herhangi bir ölüm nedeni ve ölümün doğal orijinli olup olmadığı belirlenememiştir.

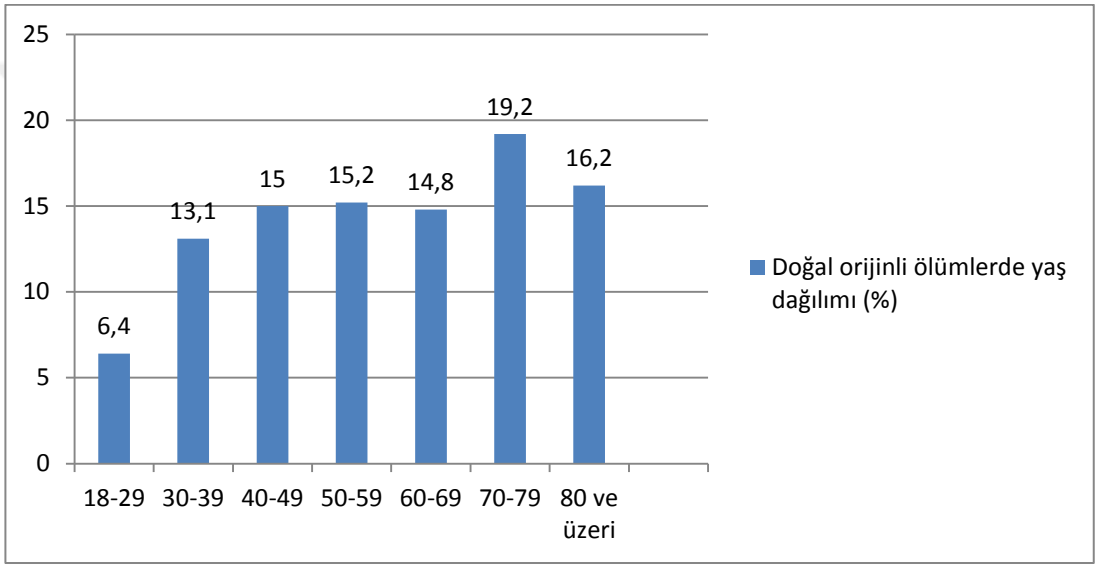
Ateşli silahlar ile olan ölümlerde atış mesafeleri incelendiğinde; 26'sının (% 32,9) bitişik, 18'inin (% 22,8) uzak, 8'inin (% 10,1) yakın, 2'sinin (% 2,5) bitişiğe yakın mesafelerden olduğu, 25 olguda (% 31,6) atış mesafesinin otopsi bulgularına göre belirlenemediği belirtilmektedir.

Ateşli silah yaralanması sonucu ölen olguların 19'unun intihar, 60'ının cinayet orijinli oldukları gözlenmiştir. İntihar orijinli ölümlerde giriş deliği sayısının hepsi 1 iken, cinayet orijinli ölümlerden 27'sinde (% 45,0) 1, 11'inde (% 18,3) 2, 11'inde (% 18,3) 3, 4 'ünde ( % 6,7) 4, 7'sinde (% 11,6) ise 5 ve daha fazla giriş deliği olduğu gözlenmiştir.

Ateşli silah yaralanması sonucu ölümlerde giriş deliği sayıları incelendiğinde; en az 1, en çok 12 giriş deliği olduğu belirtilmekte olup, dağılımları incelendiğinde; giriş deliği sayısı ortalaması 2,1±1,9, ortancası 1'dir. 46 olguda (% 58,2) 1, 11 olguda (% 13,9) 2, 11 olguda (% 13,9) 3, 4 olguda (% 5,1) 4, 7 olguda (% 8,9) ise 5 ve daha fazla giriş deliği olduğu gözlenmiştir.

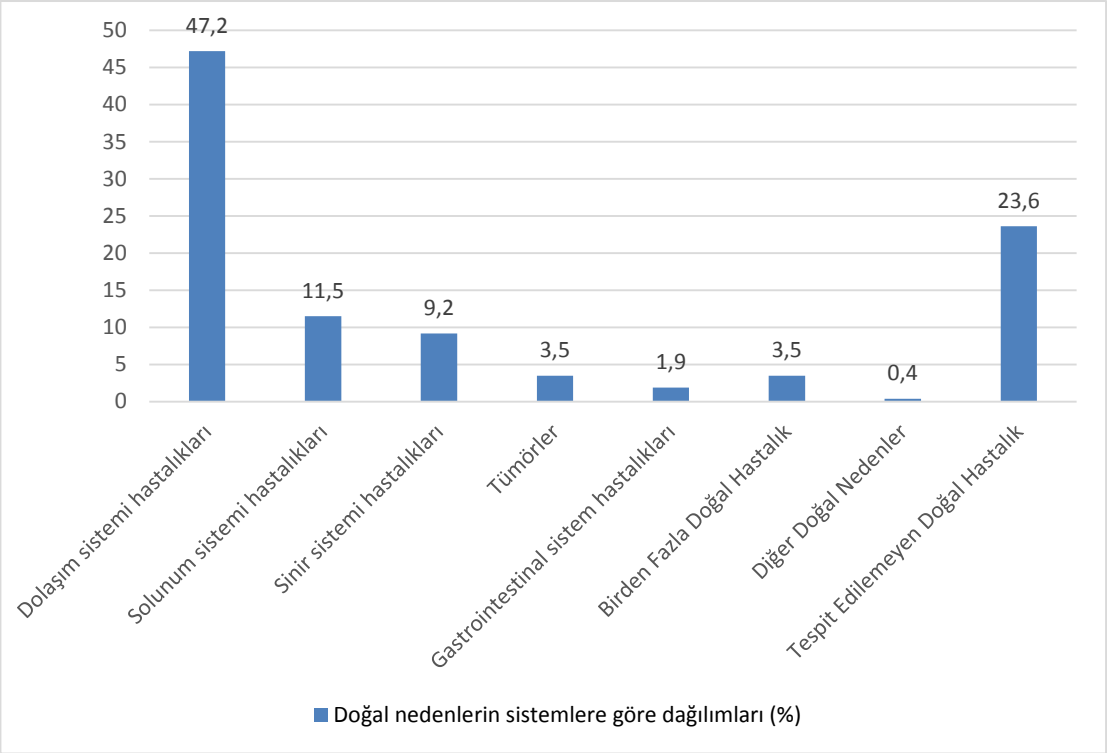
Kesici delici alet yaralanması sonucu ölümlerde yaralanma sayıları incelendiğinde; en az 1, en çok 62 yaralanma olduğu belirtilmekte olup, dağılımları incelendiğinde; yaralanma sayısı ortalaması 12,5±12,3, ortancası 8'dir. Kesici delici alet yaralanmasına bağlı ölümlerin 60'ının (% 95,2) cinayet, 3'ünün (% 4,8) ise intihar orijinli olduğu gözlenmiştir.

Doğal orijinli öldüğü belirtilen olgularda yaş dağılımı incelendiğinde; en sık 70-79 yaş grubunda, ikinci sırada ise 80 yaş ve üzerinde meydana geldiği gözlenmiştir. Doğal orijinli ölümlerde yaş dağılımı Grafik 6'da gösterilmiştir.




Grafik 6. Doğal orijinli ölümlerde yaş dağılımı.

Doğal nedenli ölüm olgularının sistemlere göre dağılımları incelendiğinde; en sık dolaşım, solunum ve sinir sistemi hastalıklarına bağlı meydana geldiği, olguların % 23,6'sında ölüme neden olan hastalığın belirlenemediği ama ölümde dış bir etkenin etkili olmadığı belirtilmiştir. Doğal nedenlerle ölüm nedenlerinin sistemlere göre dağılımı Grafik 7'de gösterilmiştir.




Grafik 7. Doğal nedenlerle ölümlerin sistemlere göre dağılımları.

Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumu açısından karşılaştırıldığında doğal orijinli ölenlerde diğer orijinlerle ölenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda olayla ilgisiz yeni travmatik görülmektedir ($p<0,05$). Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması Tablo 6'da gösterilmiştir.

| | Doğal Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Yeni Lezyon Var | 121 (54,3) | 102 (45,7) | 223 (100) | 0,01 |
| Yeni Lezyon Yok | 392 (34,5) | 743 (65,5) | 1135 (100) | |

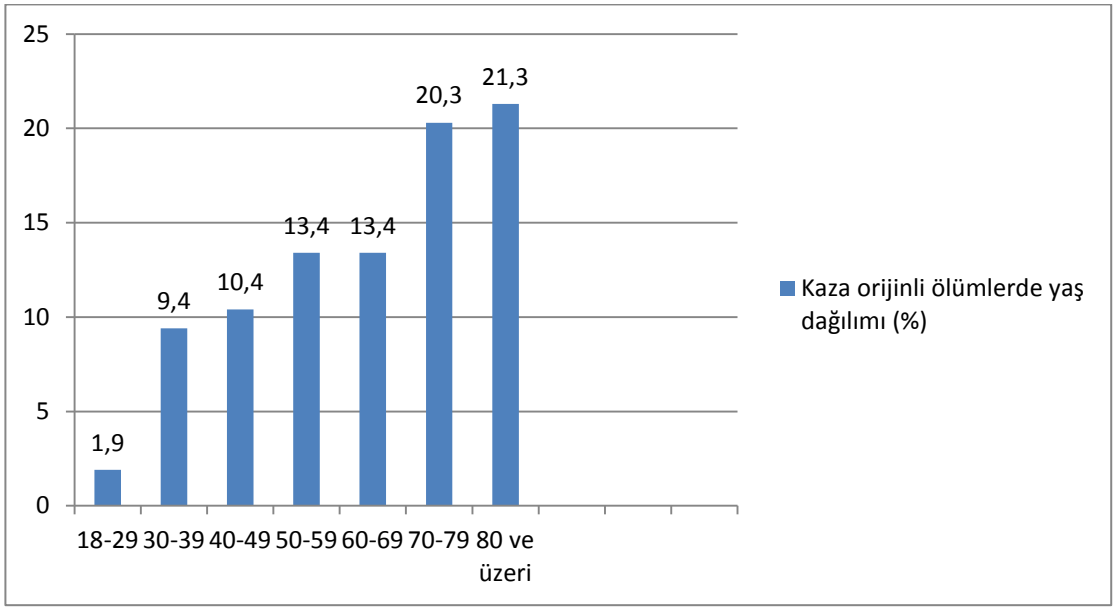
Tablo 6. Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması.

Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumu açısından karşılaştırıldığında doğal orijinli ölenlerde diğer orijinlerle ölenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda eski travmatik görülmektedir ($p<0,05$). Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması Tablo 7'de gösterilmiştir.

| | Doğal Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Eski Lezyon Var | 150 (44,4) | 188 (55,6) | 338 (100) | 0,01 |
| Eski Lezyon Yok | 363 (35,6) | 657 (64,4) | 1020 (100) | |

Tablo 7. Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması.

Kaza orijinli öldüğü belirtilen olgularda yaş dağılımı incelendiğinde; en sık 80 yaş ve üzerindeki yaş grubunda, ikinci sırada ise 70-79 yaş aralığında meydana geldiği gözlenmiştir. Kaza orijinli ölümlerde yaş dağılımı Grafik 8'de gösterilmiştir.




Grafik 8. Kaza orijinli ölümlerde yaş dağılımı.

CO zehirlenmesi sonucu ölenler ve diğer kaza nedenli ölümler yaş dağılımları açısından karşılaştırıldığında 70 ve üzeri yaş olguların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda CO zehirlenmesi nedeniyle öldükleri görülmektedir ($p<0,05$). CO zehirlenmesi sonucu ölenler ve diğer kaza nedenli ölümlerin yaş dağılımları açısından karşılaştırılması Tablo 8'de gösterilmiştir.

| | CO Zehirlenmesi Nedeniyle Ölümler N (%) | Diğer Kaza Nedenli Ölümler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| 70 yaş altı | 26 (11,0) | 210 (89,0) | 236 (100) | 0,04 |
| 70 ve üzeri yaş | 31 (18,5) | 137 (81,5) | 168 (100) | |

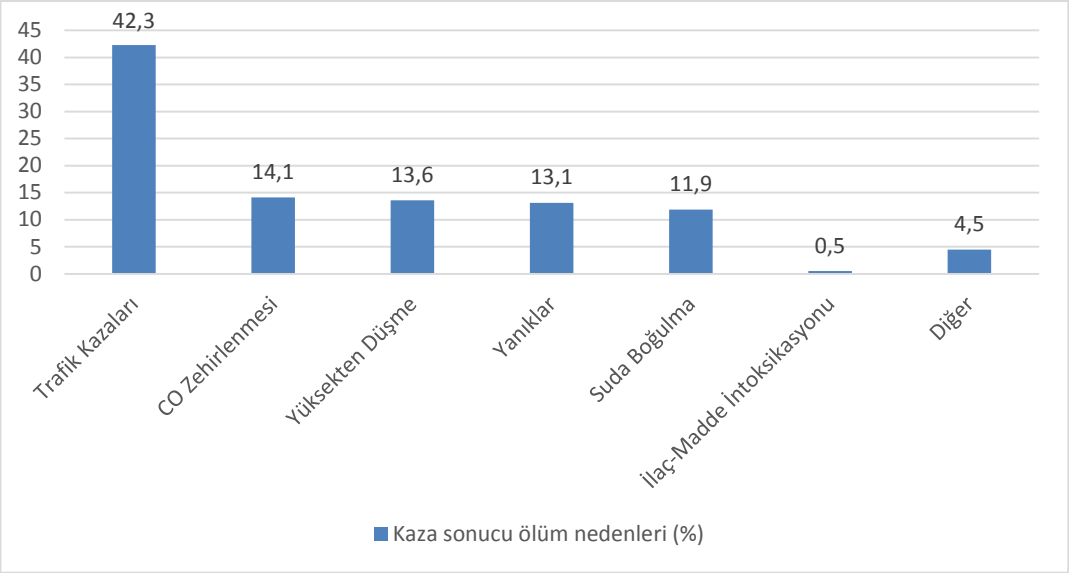
Tablo 8. CO zehirlenmesi sonucu ölenler ve diğer kaza nedenli ölümlerin yaş dağılımları açısından karşılaştırılması.

Yanıklar sonucu ölenler ve diğer kaza nedenli ölümler yaş dağılımları açısından karşılaştırıldığında 70 ve üzeri yaş olguların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda yanık nedeniyle öldükleri görülmektedir ($p<0,05$). Yanık sonucu ölenler ve diğer kaza nedenli ölümlerin yaş dağılımları açısından karşılaştırılması Tablo 9'da gösterilmiştir.

| | Yanıklar Nedeniyle Ölümler N (%) | Diğer Kaza Nedenli Ölümler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| 70 yaş altı | 21 (8,9) | 215 (91,1) | 236 (100) | 0,01 |
| 70 ve üzeri yaş | 32 (19,0) | 136 (81,0) | 168 (100) | |

Tablo 9. Yanıklar sonucu ölenler ve diğer kaza nedenli ölümlerin yaş dağılımları açısından karşılaştırılması.

Kaza orijinli öldüğü belirtilen olgularda ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; en sık trafik kazaları, CO zehirlenmeleri ve yüksekten düşmeye bağlı ölümler meydana geldiği gözlenmiştir. Kaza sonucu ölenlerde ölüm nedenlerinin dağılımı Grafik 9'da gösterilmiştir.




Grafik 9. Kaza sonucu ölenlerde ölüm nedenlerinin dağılımı.

Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumu açısından karşılaştırıldığında kaza orijinli ölenlerde diğer orijinlerle ölenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük oranda olayla ilgisiz yeni travmatik görülmektedir ($p<0,05$). Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması Tablo 10'da gösterilmiştir.

| | Kaza Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Yeni Lezyon Var | 22 (10,9) | 201 (89,1) | 223 (100) | 0,01 |
| Yeni Lezyon Yok | 382 (33,7) | 753 (66,3) | 1135 (100) | |

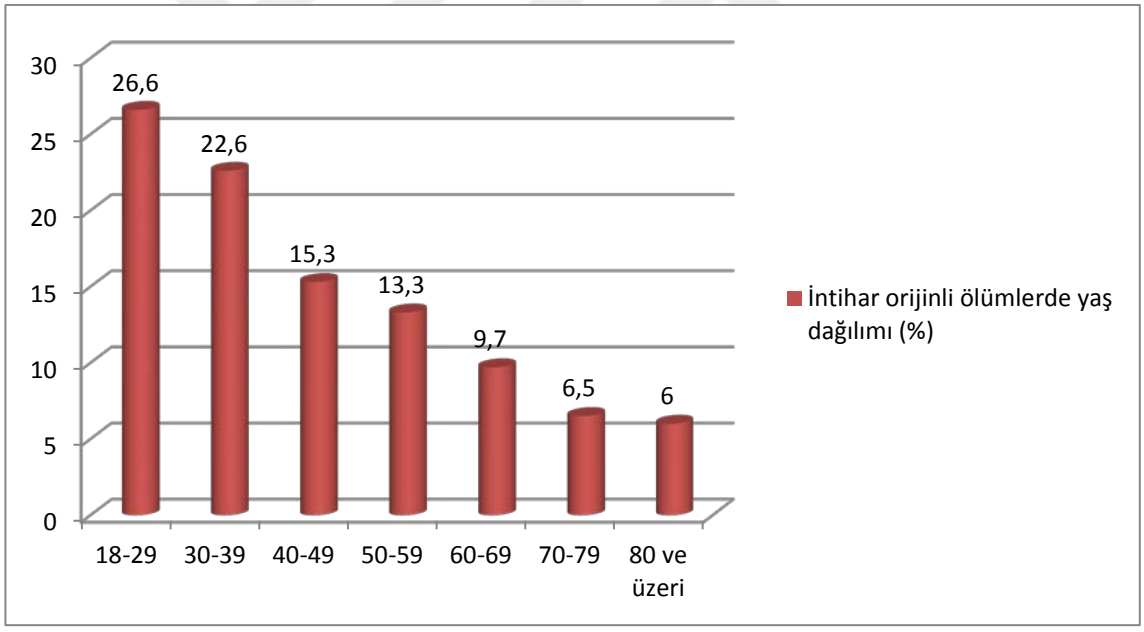
Tablo 10. Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması

Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumu açısından karşılaştırıldığında kaza orijinli ölenlerde diğer orijinlerle ölenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük oranda eski travmatik görülmektedir ($p<0,05$). Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir.

| | Kaza Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Eski Lezyon Var | 80 (23,7) | 258 (76,3) | 338 (100) | 0,01 |
| Eski Lezyon Yok | 324 (31,8) | 696 (68,2) | 1020 (100) | |

Tablo 11. Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması.

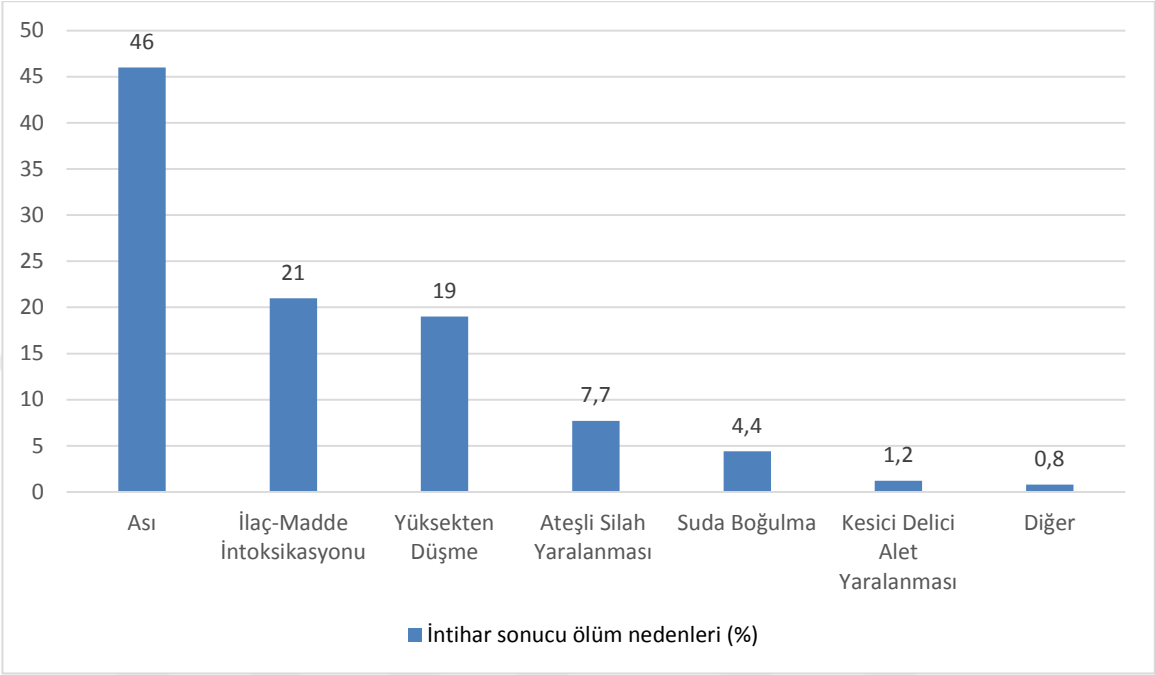
İntihar orijinli öldüğü belirtilen olgularda yaş dağılımı incelendiğinde; en sık 18-29, ikinci sırada ise 30-39 yaş aralığında meydana geldiği gözlenmiştir. İntihar orijinli ölümlerde yaş dağılımı Grafik 10'da gösterilmiştir.




Grafik 10. İntihar orijinli ölümlerde yaş dağılımı.

İntihar orijinli ölümlerde ölümlerin yaklaşık olarak yarısını oluşturan 18-39 yaş grubunda ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; 52'sinin (% 42,6) ası, 23'ünün ( % 18,9) yüksekten düşme, 23'ünün ( % 18,9) ilaç-madde intoksikasyonları, 16'sının (% 13,1) ateşli silah yaralanmaları, 6'sının (% 4,9) suda boğulma, 1'inin (% 0,8) kesici delici alet yaralanmaları, 1'inin (% 0,8) ise diğer doğal olmayan nedenlerle öldüğü gözlenmiştir.

İntihar orijinli öldüğü belirtilen olgularda ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; en sık ası, ilaç madde intoksikasyonları ve yüksekten düşmeye bağlı ölümler meydana geldiği gözlenmiştir. İntihar orijinli ölüm nedenlerinin dağılımı Grafik 11'de gösterilmiştir.




Grafik 11. İntihar sonucu ölenlerde ölüm nedenlerinin dağılımı.

İntihar orijinli öldüğü belirtilen 248 olguda daha önce intihar girişimi öykülerinin olup olmadığı incelendiğinde; 36'sının (% 14,5) intihar girişimi olduğu, 18'inin (% 7,3) olmadığı belirtilmiş olup ve 194 (% 78,2) olguda daha önce intihar girişimi olup olmadığının belirtilmediği görülmüştür.

İntihar orijinli öldüğü belirtilen 248 olguda daha önce şiddete maruz kalma öykülerinin olup olmadığı incelendiğinde; 5'inin şiddete maruz kaldığı, 2'sinin ise şiddete maruz kalmadığı belirtilmiştir. 241 kişide şiddete maruz kalma öyküsü olup olmadığı belirtilmemiştir. Şiddete maruz kalan 5 kişide şiddet uygulayıcısının yakınlık derecesi incelendiğinde; 2'sinin eşi, 1'er olgunun ise sevgilisi, eski eşi ve nişanlısı tarafından uygulandığı belirtilmiştir.

İntihar orijinli öldüğü belirtilen 248 olgunun öldürücü yaralanmaların bulunduğu vücut bölümlerine göre dağılımları incelendiğinde; 116'sının (% 47,0) boyun, 51'inin (% 20,6) gastrointestinal sistem, 17'sinin (% 6,9) baş, 9'unun (% 3,6) göğüs kafesi, 4'ünün (% 1,6) batın, 1'inin (% 0,4) ekstremite, 41'inin (% 16,5) birden çok bölgeden yaralanma, 9'unun (% 3,6) ise suda boğulma sonucunda öldüğü belirtilmektedir.

İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması Tablo 12'de gösterilmiştir.

| | İntihar Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Yeni Lezyon Var | 38 (15,3) | 210 (84,7) | 248 (100) | 0,61 |
| Yeni Lezyon Yok | 185 (16,7) | 925 (83,3) | 1110 (100) | |

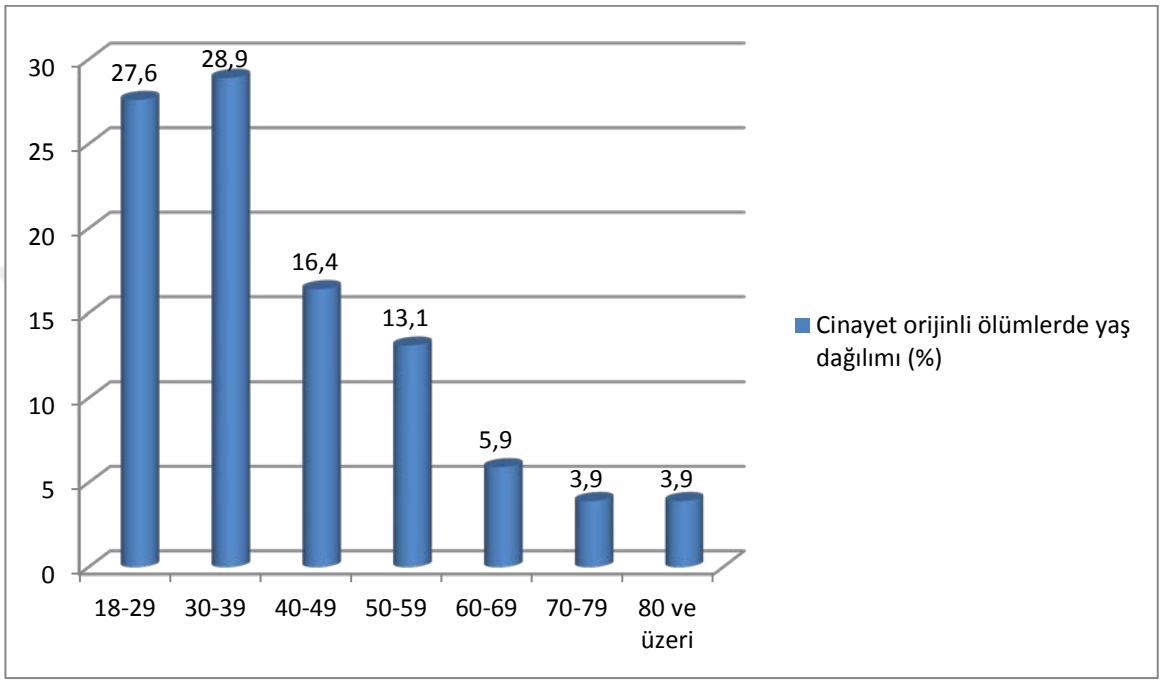
Tablo 12. İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması.

İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması Tablo 13'te gösterilmiştir.

| | İntihar Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Eski Lezyon Var | 64 (25,8) | 184 (75,2) | 248 (100) | 0,71 |
| Eski Lezyon Yok | 274 (24,7) | 836 (75,3) | 1110 (100) | |

Tablo 13. İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması.

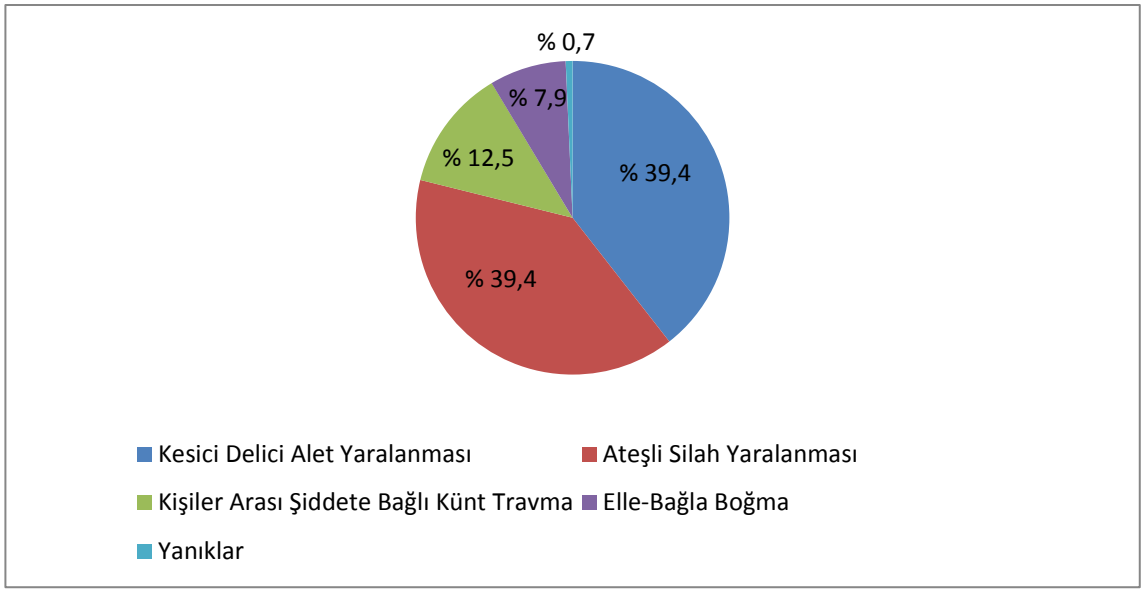
Cinayet orijinli öldüğü belirtilen olgularda yaş dağılımı incelendiğinde; en sık 30-39, ikinci sırada 18-29 yaş, üçüncü sırada ise 40-49 yaş aralığında meydana geldiği gözlenmiştir. Cinayet orijinli ölümlerde yaş dağılımı Grafik 12'de gösterilmiştir.




Grafik 12. Cinayet orijinli ölümlerde yaş dağılımı.

Cinayet orijinli ölümlerin en sık gözlendiği 18-39 yaş grubunda ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; 38'inin (% 44,2) ateşli silah yaralanmaları, 33'ünün (% 38,4) kesici delici alet yaralanmaları, 9'unun (% 10,5) kişiler arası şiddete bağlı künt travma, 5'inin (% 5,8) elle-bağla boğma ve 1'inin (% 1,2) yanıklar nedeniyle öldüğü gözlenmiştir. 18-49 yaş grubundaki cinayet orijinli ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; 47'sinin (% 42,3) kesici delici alet yaralanmaları, 46'sının (% 41,4) ateşli silah yaralanmaları, 11'inin (% 9,9) kişiler arası şiddete bağlı künt travma, 6'sının (% 5,4) elle-bağla boğma ve 1'inin (% 0,9) yanıklar nedeniyle öldüğü gözlenmiştir.

Cinayet orijinli öldüğü belirtilen olgularda ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; kesici delici alet yaralanmaları ve ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümler eşit oranda en sık gözlenen ölüm nedenleridir. Cinayet orijinli ölüm nedenlerinin dağılımı Grafik 13'te gösterilmiştir.

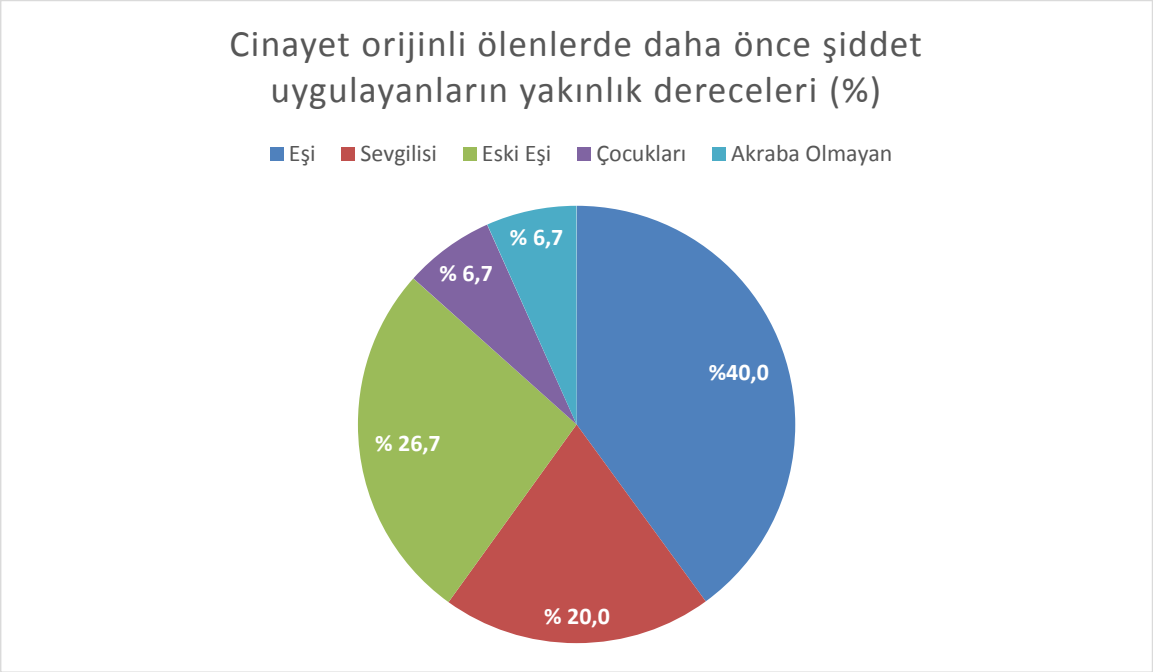



Grafik 13. Cinayet Orijinli Ölümlerde Ölüm Nedenlerinin Dağılımı.

Cinayet orijinli öldüğü belirtilen 152 kişide şüphelinin yakınlık dereceleri incelendiğinde; 36'sının eşi, 4'ünün çocukları, 2'sinin anne- babaları, 2'sinin kardeşleri, 5'inin akrabalık bağı olan kişiler tarafından, 9'unun eski eşi, 6'sının sevgilileri, 1'inin nişanlısı, 8'inin diğer akrabalık bağı olmayan kişiler tarafından öldürüldükleri belirtilmiştir. 78 kişide şüpheli kişinin yakınlık derecesi belirtilmemiştir.

Cinayet orijinli gerçekleşen 152 ölümün öldürücü yaralanmalarının bulunduğu vücut bölümlerine göre dağılımları incelendiğinde; 32'sinin (% 21,2) göğüs kafesi, 26'sının (% 17,2) baş, 21'inin (% 13,9) boyun, 8'inin (% 5,3) batın, 2'sinin (% 1,3) ekstremite, 1'er tanesinin (% 0,7) ise pelvis ve sırt/bel bölgesinden yaralandığı, 60'ının (% 39,7) ise birden çok bölgeden yaralanma sonucunda öldüğü belirtilmektedir.

Cinayet orijinli öldüğü belirtilen 152 kişide daha önce şiddete maruz kalma öykülerinin olup olmadığı incelendiğinde; 15'inin (% 9,9) şiddete maruz kaldığı, 3'ünün (% 2,0) ise şiddete maruz kalmadığı belirtilmiştir. 134 (% 88,1) kişide şiddete maruz kalma öyküsü olup olmadığı belirtilmemiştir. Daha önce şiddete maruz kalan 15 kişide şiddet uygulayıcısının yakınlık derecesi incelendiğinde; 6'sının eşi, 1'inin çocukları, 4'ünün eski eşi, 3'ünün sevgilisi ve 1'inin diğer akrabalık bağı olmayan kişiler tarafından uygulandığı belirtilmiştir. Cinayet orijinli ölenlerde daha önce şiddet uygulayanların yakınlık dereceleri Grafik 14'te gösterilmiştir.




Grafik 14. Cinayet orijinli ölenlerde daha önce şiddet uygulayanların yakınlık dereceleri.

Olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon bulunup bulunmadığı incelendiğinde; 223 (% 16,4) olguda olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon gözlendiği, 1135 (% 83,6) olguda gözlenmediği, dağılımları incelendiğinde 111'inin (% 49,8) abrazyon, 68'inin (%30,5) ekimoz, 6'sının (%2,7) laserasyon, 1'inin (%0,4) kemik kırığı, 1'inin (% 0,4) yanık lezyonları olduğu, 36 (% 16,1) kişide ise bu lezyonlardan birden fazlasının gözlendiği belirtilmiştir.

Olayla ilgisiz yeni travmatik lezyonların cinayet orijinli ölenlerdeki dağılımı ile diğer orijinlerle ölenlerdeki dağılımları incelendiğinde; cinayet orijinli ölen 35 kişinin % 37,1'inde abrazyon, % 25,7'sinde ekimoz, % 5,7'sinde laserasyon, % 2,9'unda kemik kırığı ve % 28,6'sında da birden fazla lezyon bulunurken; diğer orijinlerle ölen 187 kişinin % 52,4'ünde abrazyon, % 31'inde ekimoz, % 2,1'inde laserasyon, 0,5'inde yanık lezyonları ve % 13,9'unda da birden fazla lezyon saptanmıştır. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon türü dağılımı Tablo 14'te gösterilmiştir.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) |
|---|---|---|
| Abrazyon | 13 (37,1) | 98 (52,4) |
| Ekimoz | 9 (25,7) | 58 (31,0) |
| Laserasyon | 2 (5,7) | 4 (2,1) |
| Kemik Kırığı | 1 (2,9) | 0 (0) |
| Yanık Lezyonları | 0 (0) | 1 (0,5) |
| Birden Çok | 10 (28,6) | 26 (13,9) |
| Toplam | 35 (100) | 187 (100) |

Tablo 14. Cinayet orijinli ölenler ve ölmeyenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon türü dağılımı.

Olayla ilgisiz yeni travmatik lezyonların cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin vücut bölgelerindeki dağılımları incelendiğinde; cinayet orijinli ölen 35 kişinin % 25,7'inde lezyonların baş bölgesinde, % 31,4'ünde ekstremitelerde ve % 40'ında da birden fazla bölgede olduğu, diğer orijinlerle ölen 187 kişinin % 27,3'ünde lezyon baş bölgesinde, % 38,5'inde ekstremitelerde ve % 22,5'inde ise birden fazla bölgede olduğu saptanmıştır. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin olayla ilgisiz yeni travmatik lezyonlarının vücut bölgelerindeki dağılımları Tablo 15'te gösterilmiştir.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) |
|---|---|---|
| Baş | 9 (25,7) | 51 (27,3) |
| Boyun | 0 (0) | 1 (0,5) |
| Göğüs Kafesi | 0 (0) | 9 (4,8) |
| Batın | 1 (2,9) | 3 (1,6) |
| Pelvis | 0 (0) | 6 (3,2) |
| Ekstremite | 11 (31,4) | 72 (38,5) |
| Sırt/Bel | 0 (0) | 3 (1,6) |
| Birden fazla bölge | 14 (40,0) | 42 (22,5) |
| Toplam | 35 (100) | 187 (100) |

Tablo 15. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin olayla ilgisiz yeni travmatik lezyonların vücut bölgelerindeki dağılımları.

Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması Tablo 16'da gösterilmiştir.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Yeni Lezyon Var | 35 (23,0) | 117 (77,0) | 152 (100) | 0,39 |
| Yeni Lezyon Yok | 187 (15,7) | 1003 (84,3) | 1190 (100) | |

Tablo 16. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması.

Olguların eski travmatik lezyonlarının bulunup bulunmadığı incelendiğinde; 338'inde (% 24,9) eski travmatik lezyon gözlendiği, 1020 (%75,1) olguda gözlenmediği, dağılımları incelendiğinde 195'inin (%57,7) ameliyat skarı, 76'sının (% 22,5) ekimoz, 40'ının (% 11,8) harici skar dokusu, 15'inin ( % 4,4) abrazyon, 3'ünün (% 0,9) yanık skarı, 1'inin (% 0,3) laserasyon, 1'inin (% 0,3) iyileşmiş kemik kırığı, 1'inin (% 0,3) ekstremite amputasyonu olduğu, 6'sında (% 1,8) birden çok eski travmatik lezyon olduğu belirtilmiştir.

Eski travmatik lezyonların cinayet orijinli ölenlerdeki dağılımı ile diğer orijinlerle ölenlerdeki dağılımları incelendiğinde; cinayet orijinli ölen 34 kişinin % 44,1'inde ekimoz, % 44,1'inde ameliyat skarı % 11,8'inde ameliyat harici skar bulunurken, diğer orijinlerle ölen 299 kişinin % 59,5'inde ameliyat skarı, % 20,4'ünde ekimoz, % 13,4'ünde ameliyat harici skar, % 5'inde abrazyon, % 1,7'sinde birden çok lezyon, % 3'ünde yanık skarı, % 0,3'ünde iyileşmiş kemik kırığı ve % 0,3'ünde laserasyon olduğu belirtilmektedir. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerdeki eski travmatik lezyonların dağılımı Tablo 17'de yer almaktadır.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) |
|---|---|---|
| Abrazyon | 0 (0) | 15 (5,0) |
| Ekimoz | 15 (44,1) | 61 (20,4) |
| Laserasyon | 0 (0) | 1 (0,3) |
| Kemik Kırığı | 0 (0) | 1 (0,3) |
| Isı Lezyonları | 0 (0) | 3 (1,0) |
| Ameliyat Skarı | 15 (44,1) | 178 (59,5) |
| Ameliyat Harici Skar | 4 (11,8) | 34 (11,4) |
| Birden Çok | 0 (0) | 5 (1,7) |
| Toplam | 34 (100) | 299 (100) |

Tablo 17. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerdeki eski travmatik lezyonların dağılımı.

Eski travmatik lezyonların cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin vücut bölgelerindeki dağılımları incelendiğinde; cinayet orijinli ölen 34 kişinin % 44,1'inde lezyonların ekstremitelerde, % 26,5'inde pelvik bölgede, % 14,7'sinde batında, % 11,8'inde birden fazla bölgede ve % 2,9'unda başta olduğu, diğer orijinlerle ölen 299 kişinin % 36,8'inde ekstremitelerde, % 21,4'ünde batında, % 15,7'sinde pelvik bölgede, % 14,7'sinde birden fazla bölgede, % 5'inde göğüs kafesinde, % 3,3'ünde başta, % 2'sinde boyunda ve % 1'inde sırt/bel bölgesinde olduğu saptanmıştır. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerdeki eski travmatik lezyonların vücut bölgelerindeki dağılımları Tablo 18'de yer almaktadır.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer orijinlerle ölenler N (%) |
|---|---|---|
| Baş | 1 (2,9) | 10 (3,3) |
| Boyun | 0 (0) | 6 (2,0) |
| Göğüs Kafesi | 0 (0) | 15 (5,0) |
| Batın | 5 (14,7) | 64 (21,4) |
| Pelvis | 9 (26,5) | 47 (15,7) |
| Ekstremite | 15 (44,1) | 110 (36,8) |
| Sırt/Bel | 0 (0) | 3 (1,0) |
| Birden fazla bölge | 4 (11,8) | 44 (14,7) |
| Toplam | 34 (100) | 299 (100) |

Tablo 18. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerdeki eski travmatik lezyonların vücut bölgelerindeki dağılımları.

Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması Tablo 19'da gösterilmiştir.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Eski Lezyon Var | 35 (23,0) | 117 (77,0) | 152 (100) | 0,73 |
| Eski Lezyon Yok | 298 (25,0) | 892 (75,0) | 1190 (100) | |

Tablo 19. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerde eski travmatik lezyon durumunun karşılaştırılması.

Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin vücut yapısı dağılımları açısından karşılaştırıldığında obez olanlarda zayıf ya da normal kilolulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük oranda cinayet orijinli ölüm görülmektedir ($p<0,05$). Cinayet

orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin vücut yapısı dağılımının karşılaştırılması Tablo 20'de gösterilmiştir.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Zayıf | 12 (11,5) | 92 (88,5) | 104 (100) | 0,01 |
| Normal | 111 (13,2) | 733 (86,8) | 844 (100) | |
| Obez | 25 (7,0) | 330 (93,0) | 355 (100) | |

Tablo 20. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin vücut yapısı dağılımının karşılaştırılması.

Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler medeni durumları açısından karşılaştırıldığında evli olmayanlarda evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda doğal orijinlerle ölüm görülmektedir ($p<0,05$). Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerdeki medeni durumun karşılaştırılması Tablo 21'de gösterilmektedir.

| | Doğal Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Evli | 172 (14,1) | 305 (85,9) | 477 (100) | 0,01 |
| Evli olmayanlar | 203 (7,7) | 217 (92,3) | 420 (100) | |

Tablo 21. Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin medeni durumlarının karşılaştırılması.

İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler medeni durumları açısından karşılaştırıldığında evli olanlarda evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda intihar orijinli ölüm görülmektedir ($p<0,05$). İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin medeni durumlarının karşılaştırılması Tablo 22'de gösterilmektedir.

| | İntihar Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Evli | 110 (23,1) | 367 (76,9) | 477 (100) | 0,04 |
| Evli olmayanlar | 73 (17,4) | 347 (82,6) | 420 (100) | |

Tablo 22. İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin medeni durumlarının karşılaştırılması.

Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler medeni durumları açısından karşılaştırıldığında evli olanlarda evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda cinayet orijinli ölüm görülmektedir ($p<0,05$). Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerdeki medeni durumun karşılaştırılması Tablo 23'te gösterilmektedir.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Evli | 67 (14,1) | 407 (85,9) | 474 (100) | 0,02 |
| Evli olmayanlar | 32 (7,7) | 383 (92,3) | 415 (100) | |

Tablo 23. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin medeni durumlarının karşılaştırılması.

Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında çalışmayanlarda çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha

yüksek oranda doğal orijinli ölüm görülmektedir (p<0,05). Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin çalışma durumlarının karşılaştırılması Tablo 24'te gösterilmiştir.

| | Doğal Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Çalışıyor | 23 (27,7) | 60 (72,3) | 83 (100) | 0,01 |
| Çalışmıyor | 187 (51,2) | 178 (48,8) | 365 (100) | |

Tablo 24. Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin çalışma durumlarının karşılaştırılması.

Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin çalışma durumları açısından karşılaştırıldığında çalışanlarda çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda cinayet orijinli ölüm görülmektedir (p<0,05). Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin çalışma durumlarının karşılaştırılması Tablo 25'te gösterilmiştir.

| | Cinayet Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Çalışıyor | 18 (21,7) | 65 (78,3) | 83 (100) | 0,01 |
| Çalışmıyor | 15 (4,2) | 346 (95,8) | 361 (100) | |

Tablo 25. Cinayet orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin çalışma durumlarının karşılaştırılması.

Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler fiziksel engellilik durumları açısından karşılaştırıldığında fiziksel engelliliği olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde daha yüksek oranda kaza orijinli ölüm görülmektedir (p<0,05). Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin fiziksel engellilik durumlarının karşılaştırılması Tablo 26'da gösterilmiştir.

| | Kaza Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Fiziksel Engellilik Var | 15 (39,5) | 23 (60,5) | 38 (100) | 0,01 |
| Fiziksel Engellilik Yok | 36 (18,9) | 154 (81,1) | 190 (100) | |

Tablo 26. Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin fiziksel engellilik durumlarının karşılaştırılması.

Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler zihinsel engellilik durumları açısından karşılaştırıldığında zihinsel engelliliği olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda kaza orijinli ölüm görülmektedir (p<0,05). Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin zihinsel engellilik durumlarının karşılaştırılması Tablo 27'de gösterilmiştir.

| | Kaza Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Zihinsel Engellilik Var | 8 (38,1) | 13 (61,9) | 21 (100) | 0,045 |
| Zihinsel Engellilik Yok | 41 (18,5) | 181 (81,5) | 222 (100) | |

Tablo 27. Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin zihinsel engellilik durumlarının karşılaştırılması.

Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler psikiyatrik hastalık durumları açısından karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalığı olmayanlarda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda doğal orijinli ölüm görülmektedir ($p<0,05$). Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması Tablo 28'de gösterilmiştir.

| | Doğal Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Psikiyatrik Hastalık Var | 39 (24,3) | 121 (75,7) | 160 (100) | 0,01 |
| Psikiyatrik Hastalık Yok | 102 (49,3) | 105 (50,7) | 207 (100) | |

Tablo 28. Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması.

Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler psikiyatrik hastalık durumları açısından karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalığı olmayanlarda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda kaza orijinli ölüm görülmektedir ($p<0,05$). Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması Tablo 29'da gösterilmiştir.

| | Kaza Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Psikiyatrik Hastalık Var | 10 (6,3) | 150 (93,7) | 160 (100) | 0,01 |
| Psikiyatrik Hastalık Yok | 42 (20,3) | 165 (79,7) | 207 (100) | |

Tablo 29. Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması.

İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler psikiyatrik hastalık durumları açısından karşılaştırıldığında psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda intihar orijinli ölüm görülmektedir ($p<0,05$). İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması Tablo 30'da gösterilmiştir.

| | İntihar Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Psikiyatrik Hastalık Var | 102 (63,8) | 58 (36,2) | 160 (100) | 0,01 |
| Psikiyatrik Hastalık Yok | 52 (25,1) | 155 (74,9) | 207 (100) | |

Tablo 30. İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin psikiyatrik hastalık durumlarının karşılaştırılması.

Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler evde ölme durumları açısından karşılaştırıldığında doğal orijinli ölenlerin diğer orijinlerle ölenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda evde öldükleri görülmektedir ($p<0,05$). Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması Tablo 31'de gösterilmiştir.

| | Doğal Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Evde Ölenler | 344 (48,5) | 366 (51,5) | 710 (100) | 0,01 |
| Diğer Yerlerde Ölenler | 165 (26,2) | 465 (73,8) | 630 (100) | |

Tablo 31. Doğal orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması.

Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler evde ölme durumları açısından karşılaştırıldığında kaza orijinli ölenlerin diğer orijinlerle ölenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda diğer yerlerde öldükleri görülmektedir ($p<0,05$). Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması Tablo 32'de gösterilmiştir.

| | Kaza Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Evde Ölenler | 114 (16,1) | 596 (83,9) | 710 (100) | 0,01 |
| Diğer Yerlerde Ölenler | 289 (45,9) | 341 (54,1) | 630 (100) | |

Tablo 32. Kaza orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması.

İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenler evde ölme durumları açısından karşılaştırıldığında intihar orijinli ölenlerin diğer orijinlerle ölenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda evde öldükleri görülmektedir ($p<0,05$). İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması Tablo 33'te gösterilmiştir.

| | İntihar Orijinli Ölenler N (%) | Diğer Orijinlerle Ölenler N (%) | Toplam N (%) | P Değeri |
|---|---|---|---|---|
| Evde Ölenler | 155 (21,8) | 555 (78,2) | 710 (100) | 0,01 |
| Diğer Yerlerde Ölenler | 91 (14,4) | 539 (85,6) | 630 (100) | |

Tablo 33. İntihar orijinli ölenler ve diğer orijinlerle ölenlerin evde ölme durumlarının karşılaştırılması.

Ölümlerde cinsel saldırı iddiası varlığı incelendiğinde; 16'sında (% 1.2) cinsel saldırı iddiasının bulunduğu, 1342'sinde (% 98.8) bulunmadığı belirtilmektedir. Otopsi raporları değerlendirildiğinde 21 olguda (% 1.4) cinsel saldırı bulgusu olduğu, 1337'sinde (% 98.5) bulunmadığı anlaşılmaktadır. Cinsel saldırı iddiası ve bulgusunun karşılaştırılması Tablo 34'te gösterilmiştir.

| | Cinsel Saldırı Bulgusu Var N (%) | Cinsel Saldırı Bulgusu Yok N (%) | Toplam N (%) |
|---|---|---|---|
| Cinsel Saldırı İddiası Var | 13 (81,3) | 3 (18,8) | 16 (100) |
| Cinsel Saldırı İddiası Yok | 8 (0,6) | 1334 (99,4) | 1342 (100) |
| Toplam | 21 (1,5) | 1337 (98,5) | 1358 (100) |

Tablo 34. Cinsel saldırı iddiası ve bulgusunun karşılaştırılması

Alkol, uyutucu, uyuşturucu maddelere yönelik yapılan laboratuar incelemelerinin sonuçları incelendiğinde; 349 olguda (% 25.7) bu maddelerden birinin vücutta bulunduğu saptanmıştır. Bu maddelerin bulunma sıklıkları incelendiğinde; 201 olguda (% 57.8) uyutucu maddeler, 134 olguda (% 38.5) etil alkol, 12 olguda (%3.4) uyuşturucu maddeler ve 1 olguda metil alkol (% 0.3) tespit edilmiştir.

# 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda adli otopsisi yapılan kadınların yaş ortalaması 53,9 ± 20,7 olup, yaş dağılımlarının 18 ile 103 arasında olduğu görüldü. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da doğal olmayan nedenlerle gerçekleşen kadın ölümlerinin otopsi raporları ile ölü muayene tutanaklarının inceledikleri bir çalışmada yaş ortalamasının 44.42 ± 19.71 olduğu, yaş dağılımının 19-91 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (9). Bilen ve arkadaşlarının Gaziantep'te adli ölümlerin otopsi raporları ile ölü muayene tutanaklarını inceledikleri bir çalışmada kadınların yaş ortalamalarının 35.0±27.3 olduğu, yaş dağılımlarının ise 0-96 arasında olduğu belirtilmektedir (136). Sayın ve arkadaşlarının Malatya'da adli ölümlerin otopsi raporları ile ölü muayene tutanaklarını incelendikleri bir çalışmada kadınların yaş ortalamalarının 28,9 ± 26,7 olduğu, yaş dağılımlarının ise 0-95 arasında olduğu belirtilmektedir (137). Çalışmamızda gözlenen tüm ölümlerin yaş ortalamasının literatüre göre daha yüksek olduğu, yaş dağılımlarının literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda ölümlerin en sık kış, daha sonra ise yaz mevsiminde meydana geldiği gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada olguların en sık yaz, ikinci sırada ilkbahar aylarında meydana geldiği belirtilmektedir (9). Bilen ve arkadaşlarının Gaziantep'te yaptıkları çalışmada olguların en sık yaz, ikinci sırada sonbahar aylarında meydana geldiği gözlenmiştir (136). ABD'nin Kolorado eyaletinde yapılan bir çalışmada her iki cinsiyette ölümlerin en sık yaz, sonra kış aylarında meydana geldiği belirtilmektedir (138). ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan bir çalışmada her iki cinsiyette ölümlerin en sık ilk bahar, sonra kış aylarında meydana geldiği belirtilmektedir (139). Çalışmamızda literatürden farklı olarak İzmir ilinde adli otopsilerdeki kadın ölümlerinin kış aylarında daha fazla gerçekleştiği gözlenmiştir.

Çalışmamızda ölümler hafta içi günlerde hafta sonu günlere göre daha fazla görülmüş olup, ölüm orijinlerine göre karşılaştırıldığında hafta içi ve hafta sonu günler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada ölümlerin en sık Perşembe, ikinci sırada Pazar ve üçüncü sırada Çarşamba günlerinde meydana geldiği belirtilmektedir (9). ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan çalışmada ölümlerin en sık Cumartesi, sonra sırasıyla Cuma, Pazar, Pazartesi, Perşembe, Çarşamba ve Salı günlerinde meydana geldiği belirtilmektedir (139).

Çalışmamızda Aydın'da yapılan çalışma ile benzer olarak hafta içi günlerde daha fazla adli ölüm olgusunun meydana geldiği gözlenmiştir.

Çalışmamızda olguların ölüm yerleri incelendiğinde; yarısından çoğunun evde meydana geldiği, ikinci sırada hastanede ve üçüncü sırada ise sokak/caddede öldükleri gözlenmiştir. Olguların ölüm orijinleri ile ölüm yerleri karşılaştırıldığında; doğal ve intihar orijinli ölümlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda evde meydana geldikleri, kaza orijinli ölümlerin ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda ev dışı yerlerde meydana geldiği gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada olguların en sık hastanede, ikinci sırada evde ve üçüncü sırada ise sokak/caddede öldükleri belirtilmektedir (9). ABD'nin Kolorado eyaletinde yapılan çalışmada her iki cinsiyette ölümlerin en sık evde, ikinci sırada hastanede ve üçüncü sırada huzurevlerinde meydana geldiği belirtilmektedir (138). Çalışmamızda evde meydana gelen ölümlerin yüksek bulunmasında, doğal ölümlerin de araştırma kapsamına alınmasının etkili olduğu düşünüldü.

Çalışmamızdaki olguların medeni durumları incelendiğinde; % 35,1'inin evli olduğu, % 30,9'unun evli olmadığı, % 33,9'unda ise kayıtlarda medeni durum hakkında bilgi olmadığı gözlendi. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada olguların % 36,8'inin evli olduğu, % 27,8'inin evli olmadığı, % 35.4'ünde ise kayıtlarda medeni durum bilgisine rastlanmadığı belirtilmektedir (9). Kökçüoğlu ve arkadaşlarının Eskişehir'de intihar orijinli ölümleri her iki cinsiyette inceledikleri bir çalışmada olguların % 51,9'unun evli olduğu, % 48,1'inin evli olmadığı belirtilmektedir (140). ABD'nin Kolorado eyaletinde yapılan çalışmada kadın intiharlarının % 76.4'ünün evli olmayan kişilerde % 23.6'sının ise evli kişilerde meydana geldiği belirtilmektedir (138).Çalışmamızda ölüm orijinleri ile olguların medeni durumları karşılaştırıldığında; evli olanlarda evli olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda intihar ve cinayet orijinli ölümler meydana geldiği gözlenmiştir. Çalışmamızda yurt içi literatürle uyumlu olarak evli olmanın intihar ve cinayet orijinli ölüm oranlarını arttırdığı gözlenmiştir.

Çalışmamızda olguların ölüm orijinlerine göre dağılımları incelendiğinde; % 37,8'inin doğal, % 29,7'sinin kaza, % 18,3'ünün intihar ve % 11,3'ünün cinayet orijinli öldüğü, % 3'ünde orijinin ölü muayene tutanakları ve otopsi raporları sonucunda tespit edilemediği gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada en sık kaza orijinli ölüm gözlendiği, bunu sırasıyla eşit oranda olmak üzere intiharların ve cinayetlerin izlediği, %

7.6'sında orijinin belirlenemediği belirtilmektedir (9). Bilen ve arkadaşlarının Gaziantep'te yaptıkları çalışmada olguların en sık kaza, ikinci sırada şüpheli ölüm, üçüncü sırada cinayet ve en az intihar orijiniyle bildirimlerinin yapıldığı belirtilmektedir (136). Tokdemir ve arkadaşlarının Elazığ'da yaptıkları çalışmada kadınların en sık intihar, ikinci sırada cinayet, üçüncü sırada kaza orijiniyle öldükleri belirtilmektedir. ABD'nin Kolorado eyaletinde yapılan çalışmada ölümlerin en sık doğal, ikinci sırada kaza ve üçüncü sırada intihar orijinli meydana geldiği belirtilmektedir (138). ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan çalışmada kadın ölümlerinin en sık kaza, sonra sırasıyla doğal, intihar ve cinayet orijinleriyle meydana geldiği belirtilmektedir (139). ABD'nin San Diego şehrinde yapılan bir çalışmada ölümlerin en sık kaza, ikinci sırada doğal ve üçüncü sırada intihar orijinli meydana geldiği belirtilmektedir (141). İngiltere'de yapılan bir çalışmada kadınlarda en sık kaza, ikinci sırada doğal ve üçüncü sırada intihar orijinli ölüm meydana geldiği belirtilmektedir (142). Literatürde otopsi serilerinde kaza orijinli ölümlerin genellikle daha fazla meydana geldiği, bunu sırasıyla doğal, intihar ve cinayet orijinli ölümlerin izlediği belirtilmektedir. Çalışmamızda doğal orijinli ölümlerin daha fazla gözlenmesinin, İzmir ilinde şüpheli ölümlere daha fazla adli otopsi yapılmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda doğal orijinli ölümlerin en sık 60-69, ikinci sırada 70-79 yaş aralığında, üçüncü sırada ise 80 yaş ve üzeri yaş grubunda meydana geldiği gözlenmiştir. ABD'nin Kolorado eyaletinde yapılan çalışmada kadınlarda meydan gelen doğal ölümlerin en sık 80-89, ikinci sırada 90-99 ve üçüncü sırada ise 70-79 yaş aralığında meydana geldiği belirtilmektedir (138). ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan çalışmada kadınlarda meydan gelen doğal ölümlerin en sık 45-54, ikinci sırada 65-74 ve üçüncü sırada ise 55-64 yaş aralığında meydana geldiği belirtilmektedir (139). ABD'nin San Diego şehrinde yapılan çalışmada kadınlarda meydan gelen doğal ölümlerin en sık 55-64, ikinci sırada 45-54 ve üçüncü sırada ise 65-74 yaş aralığında meydana geldiği belirtilmektedir (141). Kaza orijinli ölümlerin ise en sık 82 yaş ve üzeri yaş grubunda, ikinci sırada ise 70-79 yaş aralığında meydana geldiği gözlenmiştir. ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan çalışmada kadınlarda meydan gelen kaza orijinli ölümlerin en sık 35-44, ikinci sırada 75-84 ve üçüncü sırada ise 45-54 yaş aralığında meydana geldiği belirtilmektedir (139). Kanada'nın kuzeybatı bölgesinde yapılan bir çalışmada kaza nedenli kadın ölümlerinin en çok 0-19 yaş, ikinci sırada ise 60 yaş ve üzeri yaş grubunda meydana geldiği belirtilmektedir (143). Çalışmamızda gözlenen doğal orijinli ve kaza orijinli ölümlerin araştırılan kaynaklara göre daha ileri yaşlarda meydana geldikleri dikkati çekmiştir.

Çalışmamızda doğal nedenli ölüm olgularının sistemlere göre dağılımları incelendiğinde; olguların yaklaşık olarak yarısının dolaşım sistemi hastalıklarına, ikinci sırada solunum, üçüncü sırda ise sinir sistemi hatalıklarına bağlı öldükleri, % 23.6'sında ölüme neden olan hastalığın belirlenemediği ama ölümde dış bir etkenin etkili olmadığı belirtilmiştir. Tokdemir ve arkadaşlarının Elazığ'da yaptıkları çalışmada kadınların doğal ölüm nedenleri arasında en sık kardiyovaskuler sistem hastalıkları, ikinci sırada solunum sistemi hastalıkları ve üçüncü sırada nontravmatik beyin kanamalarının görüldüğü belirtilmektedir (144). Fransa'da yapılan bir otopsi çalışmasında kadınların doğal ölüm nedenleri arasında en sık kardiyovaskuler sistem hastalıkları, ikinci sırada solunum sistemi hastalıkları ve üçüncü sırada beyin ile ilgili hastalıklar görüldüğü belirtilmektedir (145). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak dolaşım sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları ve santral sinir sistemi hastalıklarının en sık gözlenen doğal ölüm nedenleri olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda kaza orijinli öldüğü belirtilen olgularda ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; en sık trafik kazaları, ikinci sırada CO zehirlenmeleri, üçüncü sırada ise yüksekten düşme nedeniyle nedenlerle öldükleri gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada kaza nedenleri arasında trafik kazalarının ilk sırada olduğu, bunu sırasıyla asfiksi, yüksekten düşme ve elektrik çarpmalarının izlediği belirtilmektedir (9). Erzurum'da yapılan adli otopsilerin incelendiği bir çalışmada kadınlarda olay türü olarak en fazla araç içi trafik kazası görülürken, ikinci sıklıkla araç dışı trafik kazası görüldüğü belirtilmektedir (10). ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan çalışmada kaza orijinli ölümlerin en sık trafik kazalarına, ikinci sırada uyuşturucu kullanımı ve üçüncü sırada yüksekten düşmelere bağlı meydana geldiği belirtilmektedir (139). Şangay'da yapılan her iki cinsiyetteki ölümlerin incelendiği bir çalışmada kaza orijinli ölümlerin en sık trafik kazalarına, ikinci sırada diğer künt travmatik ve kesici cisimlerle yaralanmalara ve üçüncü sırada suda boğulmalara bağlı meydana geldiği belirtilmektedir (146). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak en sık kaza orijinli ölüm nedeni trafik kazaları olarak saptanmış, bu kazaların önlenmesine yönelik çabaların artırılması gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda intihar orijinli öldüğü belirtilen olgularda ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; en sık ası, ikinci sırada ilaç madde intoksikasyonları, ve üçüncü sıklıkta yüksekten düşme nedeniyle öldükleri gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada intihar orijinli ölümlerde asının en sık görülen yöntem olduğu, bunu

sırasıyla ilaç-madde alımı, ateşli silah yaralanmaları ve yüksekten düşmelerin izlendiği belirtilmektedir (9). Kökçüoğlu ve arkadaşlarının Eskişehir'de intihar orijinli ölümleri inceledikleri çalışmada kadınlarda en sık ası yönteminin kullanıldığı belirtilmektedir (140). Hekimoğlu ve arkadaşlarının Van'da kadın intiharlarını inceledikleri bir çalışmada en sık ası yöntemi ile intihar edildiği, bunu ateşli silah yaralanmalarının takip ettiği belirtilmektedir (147). Karaaslan ve arkadaşlarının Gaziantep'te intihar orijinli ölümlerin ölü muayene ve otopsi tutanaklarını inceledikleri bir çalışmada kadınların en sık ası yöntemi ile intihar ettikleri, bunu sırasıyla ateşli silah yaralanmaları, ilaç ve kimyasallar ile zehirlenme ve yüksekten düşmenin izlediği gözlenmiştir (148). ABD'nin Kolorado eyaletinde yapılan çalışmada kadın intiharlarının en sık ası yöntemiyle, ikinci sırada zehirlenmeler ile meydana geldiği belirtilmektedir (138). Hindistan'da üreme çağındaki kadın ölümlerinin otopsi raporları ve soruşturma evraklarının incelendiği bir çalışmada intiharlarda baskın yöntemin zehirlenme olduğu, bunu sırasıyla ası, yanıklar ve boğulmanın izlediği belirtilmektedir (149). Çalışmamızda intihar orijinli ölümlerde ülkemizdeki çalışmalar ile uyumlu olarak en sık ası yönteminin kullanıldığı gözlenmiştir. Asının kolay ulaşılabilir bir yöntem olmasının en sık görülen yöntem olmasında etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda intihar orijinli ölümlerin en sık 18-29, ikinci sırada 30-39 ve üçüncü sırada 40-49 yaş aralığında meydana geldiği gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada intiharların en sık 19-29 yaş grubunda olduğu, bunu eşit oranda 30-39 ve 50-59 yaş gruplarının takip ettiği belirtilmektedir (9). Hekimoğlu ve arkadaşlarının Van'da kadın intiharlarını inceledikleri çalışmada olguların en sık 16-20 yaş aralığında olduğu, bunu sırasıyla 20-25 ve 26-30 yaş grubunun takip ettiği belirtilmektedir (147). ABD'nin Kolorado eyaletinde yapılan çalışmada kadın intiharlarının büyük çoğunluğunun 18-54 yaş aralığında meydana geldiği belirtilmektedir. (138) ABD'nin San Diego şehrinde yapılan çalışmada kadın intiharlarının büyük çoğunluğunun 34-64 yaş aralığında meydana geldiği belirtilmektedir (141). Kanada'nın kuzeybatı bölgesinde yapılan çalışmada intihar orijinli kadın ölümlerinin en sık ve eşit oranlarda 20-29 ve 30-39 yaş aralıklarında meydana geldiği belirtilmektedir (143). ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan çalışmada kadınlarda meydan gelen intihar orijinli ölümlerin en sık 35-44, ikinci sırada 45-54 ve üçüncü sırada ise 55-64 yaş aralığında meydana geldiği belirtilmektedir (139). Çalışmamızda intihar orijinli ölümlerin çoğunluğunun literatür ile uyumlu olarak 18-49 yaş arasında meydana geldikleri gözlenmiştir. Bu yaş grubunda çevresel stres faktörlerinin daha fazla olmasının intihar oranlarının yüksekliğinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda ölüm orijinleri ile olguların psikiyatrik hastalık durumları karşılaştırıldığında; psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük oranda doğal ve kaza orijinli ölümler ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda intihar orijinli ölüm meydana geldiği gözlenmiştir. İntihar orijinli ölümlerde psikiyatrik hastalık öyküsü incelendiğinde; 102'sinde (% 41,1) bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, 52'sinde (% 21) olmadığı, 94'ünde (% 37,9) ise kayıtlarda psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığının belirtilmediği gözlendi. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada olguların 13,9'unda kesin psikiyatrik hastalık olduğu, % 8,3'ünde ise olası psikiyatrik hastalık olduğu belirtilmektedir (9). Kökçüoğlu ve arkadaşlarının Eskişehir'de yaptıkları çalışmada kadın olguların % 38,6'sında kesin tanısı konulmuş, % 9,6'sında ise olası psikiyatrik hastalık saptandığı belirtilmektedir (140). Hekimoğlu ve arkadaşlarının Van'da yaptıkları çalışmada olguların % 7,6'sının depresyon tedavisi gördüğünün saptandığı belirtilmektedir (147). İntihar girişiminde bulunanların ve intihar kurbanlarının önemli bir bölümünün psikiyatrik bir rahatsızlığının bulunduğu da bilinmektedir (150). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak psikiyatrik hastalığın intihar için risk faktörü olduğu gözlenmiştir.

İntihar orijinli ölümlerin % 14,5'inde intihar girişimi öyküsü olduğu, % 7,3'ünde olmadığı belirtilmiş, % 78,2'sinde ise bu veriler hakkında kayıtlarda bilgi bulunmadığı gözlenmiştir. Kökçüoğlu ve arkadaşlarının Eskişehir'de yaptıkları çalışmada kadın olguların % 10.5'inin daha önce intihar girişimlerinin olduğu belirtilmektedir. Hekimoğlu ve arkadaşlarının Van'da yaptıkları çalışmada olguların % 18,2'sinin daha önce intihar girişimi olduğu belirtilmektedir. Klinisyenler için intihar yatkınlığını değerlendirmede en önemli risk faktörlerinden birinin intihar girişimi öyküsü olduğu belirtilmektedir (150). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak intihar orijinli ölümlerin önemli bir bölümünde intihar girişimi öyküsü olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda intihar orijinli ölümlerin % 15,3'ünde, tüm ölümlerin ise % 16,4'ünde olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon gözlendiği saptanmıştır. Hekimoğlu ve arkadaşlarının Van'da yaptıkları çalışmada olguların % 18,2'sinde çeşitli zaman dilimlerinde oluşmuş olan ekimoz, hematom ve laserasyonlar saptandığı, bu lezyonlardan üçte birinin yeni oluştuğu belirtilmektedir (147). Çalışmamızda olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon sayısının intihar ve tüm ölümler kıyaslandığında benzer oldukları gözlenmiştir. Olay esnasında oluşabilecek

lezyonların oluşum öykülerinin bilinmemesi, bu verilerin çalışmaya dahil edilmemesine neden olmuştur. Bu nedenle çalışmamızda elde edilen verilerden daha yüksek oranlarda olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon bulunabileceği düşünülmüştür.

İntihar orijinli öldüğü belirtilen 248 olguda daha önce şiddete maruz kalma öykülerinin olup olmadığı incelendiğinde; 5'inin şiddete maruz kaldığı, 2'sinin ise şiddete maruz kalmadığı belirtilmiştir. 241 kişide şiddete maruz kalma öyküsü hakkında veri bulunamamıştır. Şiddete maruz kalan 5 kişide şiddet uygulayıcısının yakınlık derecesi incelendiğinde; 2'sinin eşi, 1'er olgunun ise sevgilisi, eski eşi ve nişanlısı tarafından uygulandığı belirtilmiştir. Araştırılan kaynaklarda serimize benzer bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte literatürde şiddete uğrayan kadınlarda intihar girişimi oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (107). Yakın Öztürk'ün kadına yönelik şiddet ile ilgili Türkiye raporunda kayda geçen kadın intiharları arasında gerçekten intihara zorlama ve cinayet olduğunun düşünülmesi için yeterli nedenler olduğu belirtilmektedir (19). Bu nedenlerle kadın intiharları soruşturulurken bu intiharlara zemin oluşturabilecek dış etkenlerin de araştırılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda cinayet orijinli öldüğü belirtilen olgularda ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; en sık kesici delici alet yaralanması ve ateşli silah yaralanmalarının görüldüğü, bunu sırasıyla kişiler arası şiddet ile meydana gelen künt travmalar ve elle-bağla boğmaların izlediği ve bir olgunun eşi tarafından benzin dökülerek yakılma nedeniyle öldüğü gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada cinayet orijinli ölümlerde en sık ateşli silah yaralanmalarının, sonra sırasıyla asfiksili ölümler, kesici delici alet yaralanmaları ve künt travmatik ölümlerin gözlendiği belirtilmektedir (9). ABD'nin San Diego şehrinde yapılan çalışmada cinayet orijinli ölümlerde en sık ateşli silah yaralanmalarının, sonra sırasıyla künt travmatik yaralanmaların, kesici delici alet yaralanmalarının ve asfiksili ölümlerin gözlendiği belirtilmektedir (141). ABD'nin Kaliforniya eyaletinde her iki cinsiyette yapılan bir çalışmada cinayet orijinli ölümlerde en sık ateşli silah yaralanmalarının, sonra künt travmatik yaralanmaların ve kesici delici alet yaralanmalarının eşit oranda gözlendiği belirtilmektedir (151). ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan çalışmada cinayet orijinli ölümlerde en sık ateşli silah yaralanmalarının, sonra sırasıyla kesici delici alet yaralanmalarının ve künt travmatik yaralanmaların gözlendiği belirtilmektedir (139). Çalışmamızda literatürden farklı olarak cinayet orijinli ölümlerde kesici delici alet yaralanmaları ile ateşli silah yaralanmaları sonucu ölümler eşit oranda

gözlenmiştir. Özellikle aile içi şiddette tartışma esnasında silaha ulaşılabilmesinin ölümleri artırıcı etkisi olduğu, silahlara ulaşımın zorlaştırılmasının ölümlü vakaların azaltılmasında önemli bir katkı vereceği belirtilmektedir (152). Çalışmamızda ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümlerin literatüre göre daha düşük oranda gözlenmesi bu silahları kişisel olarak bulundurma oranlarının İzmir'de daha düşük olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda cinayet orijinli ölümlerin en sık 30-39, ikinci sırada 18-29 yaş, üçüncü sırada ise 40-49 yaş aralığında meydana geldiği gözlenmiştir. ABD'nin San Diego şehrinde yapılan çalışmada ise cinayet orijinli kadın ölümlerinin en sık 35-44 ve 55-64 yaş aralıklarında meydan geldiği belirtilmektedir (141). Kanada'nın kuzeybatı bölgesinde yapılan çalışmada cinayet orijinli kadın ölümlerinin en sık 30-39 yaş grubunda meydana geldiği belirtilmektedir (143). ABD'nin Virginia eyaletinde yapılan çalışmada kadınlarda meydan gelen cinayet orijinli ölümlerin en sık 35-44, ikinci sırada 20-24 ve üçüncü sırada ise 25-34 yaş aralığında meydana geldiği belirtilmektedir (139). Çalışmamızda cinayet orijinli ölümlerin çoğunluğunun literatür ile uyumlu olarak 30-39 yaş arasında meydana geldikleri gözlenmiştir.

Çalışmamızda olguların çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; % 6,1'inin bir işte çalıştığı, % 26,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı tanık ifadelerinde belirtilmiş, % 67'sinin çalışma durumu belirtilmemiştir. Ölüm orijinleri ile olguların çalışma durumları karşılaştırıldığında; çalışanlarda çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük oranda doğal orijinli ölüm ve daha yüksek oranda cinayet orijinli ölüm meydana geldiği gözlenmiştir. Literatürde cinayet sonucu ölen kadınlarda çalışma durumunu inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Kökçüoğlu ve arkadaşlarının Eskişehir'de intihar orijinli ölümler hakkında yaptıkları çalışmada kadın olguların % 71,9'unun herhangi bir işte çalışmadığı, % 28,1'inin ise çalıştığı belirtilmektedir (140). Hekimoğlu ve arkadaşlarının Van'da kadın intiharlarını inceledikleri çalışmada olguların % 87,9'unun ev hanımı, % 10,6'sının öğrenci ve % 1,5'inin işçi olduğu belirtilmektedir (147). Literatürde işsizlik ve ekonomik sorunların kadına yönelik şiddeti arttırabildiği, ancak tek başına bu şiddetin nedeni olamayacağı belirtilmektedir (153). Çalışmamızda literatürden farklı olarak çalışan kadınlarda cinayet orijinli ölümlerin daha yüksek oranlarda görülmesi dikkat çekmiştir.

Olguların gebelik durumları incelendiğinde; 18'inin gebe olduğu, orijinlere göre dağılımlarına bakıldığında; 8'inin doğal ölüm (doğal ölümlerin % 1,6'sı), 1'inin kaza orijinli (kaza orijinli ölümlerin % 0.2'si), 4'ünün intihar orijinli (intihar orijinli ölümlerin % 1,6'sı), 3'ünün cinayet orijinli (cinayet orijinli ölümlerin % 2'si) olduğu, 2'sinde ise orijinin belirlenemediği gözlenmiştir. Amerika'da 3 eyalette yapılan incelemelerde gebelikle ilişkili kadın ölümlerinin Virginia'da % 14'ünün, Massachusetts ve Kuzey Carolinada ise % 13'ünün kadın cinayetlerine bağlı meydana geldiği belirtilmektedir. Bu oran Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada % 3 olarak bulunmuştur. Postpartum dönemde meydana gelen yaralanmalara bağlı kadın ölümlerinin incelendiği çalışmalarda Georgia'da % 50'sinin, New York'ta ise % 63'ünün kadın cinayetlerine bağlı meydana geldiği belirtilmektedir (106). Çalışmamızda cinayet orijinli ölenlerde gebelik nispeten daha fazla gözlenmiş, fakat bu oranın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir.

Cinayet orijinli öldüğü belirtilen 152 kişide şüphelinin yakınlık dereceleri incelendiğinde; en sık eşleri, ikinci sırada eski eşleri ve üçüncü sırada sevgilileri tarafından öldürüldükleri belirtilmiştir. 78 kişide şüpheli kişinin yakınlık derecesi belirtilmemiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada cinayet olgularında sanıkların % 5,6'sının 1. derece, % 5,6'sının 2. derece akraba, % 5,6'sının resmi nikahlı eş ve % 5,6'sının nikahsız eş olduğu, % 5.6'sının ölen ile akraba olmadığı, cinayetlerin % 72'sinde sanığın belirlenemediği belirtilmektedir (9). Avustralya'nın Queensland eyaletinde yapılan bir çalışmada cinayet olgularında sanıkların çoğunun eşleri olduğu belirtilmektedir (154). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak kadın cinayetlerinin çoğunlukla eşleri tarafından işlendiği gözlenmiş, genel olarak bakıldığında da şiddetin sıklıkla yakınları tarafından uygulandığı gözlenmiştir.

Cinayet orijinli öldüğü belirtilen kişilerin arasında daha önce şiddete maruz kalma öyküsü olanlarda şiddet uygulayıcılarının en sık eş, eski eş ve sevgililer olduğu gözlendi. Araştırılan kaynaklarda otopsi serilerinde cinayet orijinli ölümlerde daha önce şiddete maruz kalma öyküsü ile ilgili verilere ulaşılamamıştır.

Ateşli silah yaralanması sonucu ölen olguların % 24'ünün intihar, % 76'sının cinayet orijinli oldukları gözlenmiştir. Cingöz ve arkadaşlarının Aydın'da her iki cinsiyette ateşli silah yaralanması sonucu olan ölümleri inceledikleri bir çalışmada olguların yarısından fazlasının cinayet, yaklaşık üçte birinin intihar ve % 2,7'sinin kaza orijinli öldükleri, % 7,5'inde ise orijinin belirlenemediği belirtilmektedir (155). Büyük ve arkadaşlarının Ankara'da her iki

cinsiyette ateşli silah yaralanması sonucu olan ölümleri inceledikleri bir olguların yarısına yakınının cinayet, % 14,6'sının intihar ve % 1,2'sinin kaza orijinli oldukları, % 41,3'ünde orijin hakkında bilgi bulunmadığı belirtilmiştir (156). Çalışmamızda ateşli silah yaralanması nedenli ölümlerde cinayet orijinli ölümlerin literatüre göre daha yüksek oranda gözlenmiş, intihar orijiniyle meydana gelen ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümlerin ise % 84,2'sinin 18-39 yaş aralığında meydana geldiği dikkat çekmiştir.

Ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümlerde atış sayıları incelendiğinde; % 58.2'sinin tek, % 42.8'inde ise birden çok atış olduğu gözlenmiştir. İntihar orijinli ateşli silah yaralanmalarına bağlı ölümlerde giriş deliği sayısının hepsi tek atış iken, cinayet orijinli ölümlerin % 45'inde tekli, % 55'inde ise birden çok atış olduğu gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada cinayet orijinli ateşli silah yaralanması olgularının % 75'inde atış sayısı çoklu iken, % 25'inde tekli olduğu, intihar orijinli olanların ise tamamında tekli olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda cinayet orijinli ölümlerde tek atış oranının Aydın'da yapılan çalışmaya göre daha yüksek oranda gözlenmesinin ölümcül organlara yönelik yaralanmaların daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Kesici delici alet yaralanması sonucu ölümlerde yaralanma sayıları incelendiğinde; en az 1, en çok 62 yara yeri olduğunun belirtildiği gözlendi. Olguların % 17.5'inde tek yaralanma varken, % 82.5'inde birden çok yara olduğu gözlenmiştir. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada kesici delici alet yaralanmasına bağlı ölüm olgularının tamamında birden çok yara tespit edildiği belirtilmektedir (9). Gören ve arkadaşlarının Diyarbakır'da her iki cinsiyette kesici-delici alet yaralanması sonucu olan ölümleri inceledikleri bir çalışmada olguların % 30'unda tek yaralanma olduğu, % 70'inde birden çok yaralanma bulunduğu belirtilmektedir (157). Bilgin ve arkadaşlarının İzmir'de her iki cinsiyette kesici-delici alet yaralanması sonucu olan ölümleri inceledikleri bir çalışmada olguların % 25,2'sinde tek bölgede, % 74,8'inde birden çok bölgede yaralanma bulunduğu belirtilmektedir (158).

Ölümlerde cinsel saldırı iddiası varlığı incelendiğinde; 16'sında (% 1.2) cinsel saldırı iddiasının bulunduğu, 1342'sinde (% 98.8) bulunmadığı belirtilmektedir. Otopsi raporları değerlendirildiğinde 21 olguda (% 1.4) cinsel saldırı bulgusu olduğu, bu olguların 13'ünde cinsel saldırı iddiası bulunduğu, 8'inde bulunmadığı gözlenmiştir. Cinsel saldırı bulgusu olan olguların ölüm orijinleri incelendiğinde; 12'sinin cinayet, 6'sının intihar, 2'sinin kaza ve

1'inin doğal ölüm olduğu gözlenmiştir. Cinayet orijinli ölümlerin % 7.9'unda cinsel saldırı bulgusu olduğu saptanmıştır. Uraz ve arkadaşlarının Aydın'da yaptıkları çalışmada ölüm şekli cinayet olarak belirlenen 36 olgudan 2'sinde cinsel amaçlı şiddet unsuru tespit edildiği bildirilmiştir (9). Tayvan'da erişkin kadın cinayetlerinin incelendiği bir çalışmada olguların % 4.5'inde cinsel saldırı bulgusu tespit edildiği belirtilmektedir (126). Çalışmamızda cinayet orijinli ölümlerde tespit edilen cinsel saldırı bulgusu oranlarının Uraz ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik gösterdiği gözlenmiştir.

Çalışmamızda medeni durum, çalışma durumu, fiziksel ve zihinsel engellilik durumları, psikiyatrik hastalık öyküsü, cinayet orijinli ölümlerde şüpheli yakınlık dereceleri ve kişiler arası şiddete uğrama öyküleri, intihar orijinli ölümlerde intihar girişimi ve kişiler arası şiddete uğrama öyküleri ölü muayene tutanaklarındaki kimlik tanıklarından alınan ifadelerden elde edilmiştir. Bu verilerin çoğu olguda kayıt edilmediği gözlenmiştir. Kadına yönelik şiddet oranlarının gelişmiş ülkelere göre yüksek olduğu ülkemizde, bu verilerin elde edilmesinin ve ulusal bir veri bankası oluşturulmasının, şiddetin nedenlerinin anlaşılması ve etkin mücadele yöntemleri oluşturulması açısından çok önemli olduğu düşüncesindeyiz.

# 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Adli otopsisi yapılan olguların kayıtlara geçen sosyodemografik özellikleri ve adli otopsi raporları retrospektif olarak değerlendirildiğinden, eldeki verilerle kısıtlı kalınmıştır. Bu alanda ileriye dönük planlanacak çalışmalarla daha fazla özelliğin araştırılması ve değerlendirilmesi olanağı olacaktır. Ülkemizde gelecekte bu özellikte çalışmalara gereksinim olduğu düşüncesindeyiz.

2. İntihar oranlarının belirgin şekilde yüksek olduğu gözlenen 18-49 yaş arasında olan kadınların ve daha önce intihar girişimi olan kadınların sorunlarının profesyonel bir yaklaşımla ele alınarak değerlendirilmesinin, ruhsal destek verilmesinin yararlı olacağı ve bu durumun bu yaş grubundaki intihara bağlı ölümlerin sıklığını azaltabileceği düşünüldü.

3. Ölü muayene tutanaklarında kimlik tanıklarından alınan bilgilerde sınırlı ifadeler alındığı, birçok intihar ve cinayet olgusunda yeterli öykü alınmadığı dikkat çekmiştir. Literatürde kadınların çevresel baskılarla intiharlara sürüklenebildiği belirtilmektedir. Savcıların intihar vakalarında çevresel etkilerin de bulunabileceği olasılığını göz önüne almaları ve tanık ifadelerinde bu konuyu da sorgulamaları gerektiği düşüncesindeyiz.

4. Cinayet olgularının çoğunda şüpheli; saldırganın eşi, eski eşi veya sevgilisiydi. Yine cinayet orijinli ölümlerin başlıca nedenlerinden biri ateşli silah yaralanmaları idi. 6284 sayılı "Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun"da şiddet mağdurunun korunması ve desteklenmesi, şiddet uygulayıcısının uzaklaştırılması, varsa silahına el konulması gibi maddeler yer almaktadır. Kadınların öldürülmelerinin önlenmesinde koruma kararlarının verilmesinin, uygulanmasının ve uygulamaların denetimlerinin önemli olduğunu düşünüyoruz.

5. Kadına yönelik şiddet olgularına ait verilerin ülke genelinde ortak bir sistem kurularak toplanması ve sistemden elde edilecek sonuçların ayrıntılı olarak irdelenmesi önemlidir. Kurulacak sistemden elde edilecek veriler kadına yönelik şiddet ile ilgili yapılacak olan araştırmalara kaynak sağlaması, bölgesel bazda şiddetin özelliklerinin anlaşılabilmesi ve ek düzenlemelerin oluşturulması, yasal düzenlemelerin tekrar gözden geçirilmesi ve konu ile ilgili verilecek eğitim çalışmaları için yol gösterici olması nedeniyle önemli olacaktır.

6. Literatürde kadınların önemli bir bölümünün şiddet görmeleri nedeniyle yasal makamlara başvurmaları durumunda yetkili makamlar tarafından korunmayacaklarına ve daha fazla şiddete maruz kalacaklarına inandıkları belirtilmektedir. Bu kadınların bir kısmının farklı sağlık nedenleri ile hastanelere başvurabildikleri bilinmektedir. Sağlık çalışanlarının şiddet sonucu oluşabilecek lezyon veya muayene bulguları tespit ettiklerinde öyküyü derinleştirmeleri, hastaları şiddet öyküsünü ifade etmeleri ve bu konuda yasal makamlara başvurmaları konusunda cesaretlendirmelerinin şiddeti önleme konusunda önemli bir işlevi olacaktır. Bu konuda sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi ve sonrası verilecek eğitimlerin çok önemli olduğunu düşünmekteyiz.

7. Kadına yönelik şiddetin ortaya konulmasında sağlık mesleği mensuplarının önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Kadın intiharları ve cinayetlerinde de otopsiyi yapan hekimlerin varsa olayla ilgisiz travmatik lezyonları da yara yaşları ile birlikte belirtmeleri, olaydan önce şiddete maruz kalma şüphesi durumunda ilgili savcılığı bilgilendirmeleri önemlidir. Bu sayede soruşturmanın derinleştirilmesi ve olayla ilgili olabilecek diğer kişilerin ortaya çıkarılması sağlanabilir. Kadın intihar ve cinayetlerinin otopsilerinde kullanılmak, belli bir standart oluşturmak ve hata payını azaltmak için bu olgularda standart otopsi formları oluşturulmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

# 7. KAYNAKLAR


1. WHO | The top 10 causes of death [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/

2. WHO | Women's health [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/

3. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm İstatistikleri, 2014 [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18623

4. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014 [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855

5. Ten Leading Causes of Death and Injury - PDFs|Injury Center|CDC [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/leadingcauses.html

6. idb_report_2013_en.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://ec.europa.eu/health/data_collection/docs/idb_report_2013_en.pdf

7. Matzopoulos R, Prinsloo M, Pillay-van Wyk V, Gwebushe N, Mathews S, Martin LJ, et al. Injury-related mortality in South Africa: a retrospective descriptive study of postmortem investigations. Bull World Health Organ. 2015 May 1;93(5):303–13.

8. Can M, Tırtıl L, Birincioğlu İ, Çerkezoğlu A, Keskin S. İstanbul Bağcılar'da adli ölüm olgularının değerlendirilmesi. Van Tıp Derg. 2008;15(3):70–74.

9. Uraz Nihal, Katkıcı Ufuk, Erel Özlem. Aydında zorlamalı kadın ölümleri.pdf [Uzmanlık Tezi]. [Aydın]: Adnan Menderes Üniversitesi; 2007.

10. Kır MZ, Ketenci HÇ, Başbulut AZ. Erzurum'da 2008-2009 yılları arasındaki medikolegal ölümlerin değerlendirilmesi. [cited 2016 Oct 12]; Available from: http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdir=adlitip&plng=tur&un=ADLITIP-55265

11. Butchart A, Mikton C. Global status report on violence prevention, 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. 274 p.

12. Salaçin S, Ergönen A, Uyanıker Z. Kadına yönelik şiddet. Ed Prof Dr Sermet KOÇ Yrd Doç Dr Muhammet CAN. 2009;192.

13. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013. 50 p.

14. Özkara E, Can İÖ. Kadına yönelik şiddetle ilgili güncel yasal değişiklikler ve adli tıp. [cited 2016 Oct 12]; Available from: http://portal.ubap.org.tr/App_Themes/Dergi/2012-99-1166.pdf

15. Kartal Gülsüm. Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde sağlık teşkilatının rolü. In Ankara: Başak Matbaacılık; 2008 [cited 2016 Oct 12]. p. 91–2. Available from: http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kadinsaglikikong.pdf

16. İHD İstanbul Şubesi kadına yönelik şiddet raporu [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://bianet.org/files/doc_files/000/000/320/original/kad%C4%B1n_cinayetleri_raporu_pdf.pdf

17. Kadın istatistikleri 2011-2012 [Internet]. Kadın Adayları Destekleme Derneği; 2012 [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://cms2.ka-der.org.tr/images/file/635106274401809552.pdf

18. Karal D, Aydemir E. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet [Internet]. International Strategic Research Organization (USAK); 2012 [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=m4nHAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=%22Alan%C4%B1nda+%C3%A7e%C5%9Fitli+projelerde+yer+alan+Aydemir%22+%22her+%C3%BC%C3%A7+kad%C4%B1ndan+birinin+hayatlar%C4%B1n%C4%B1n+bir+d%C3%B6neminde+fiziksel+ve/veya%22+%22s%C4%B1ra,+ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%C4%B1n+ortaya+koydu%C4%9Fu+oranlarla+da+dikkati+%C3%A7ekti.+Farkl%C4%B1%22+%22maruz+kald%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%C4%B1+ortaya+koydu.+Ge%C3%A7ti%C4%9Fimiz+y&ots=8s-zbMkUV0&sig=02Vj3z2aNgBmEQamVXTcdIdlErA

19. Yakın Öztürk. Kadına Karşı Şiddet, Nedenleri ve Sonuçları Özel Raportörü Yakın Ertürk. Türkiye Raporu [Internet]. İnsan Hakları Ortak Platformu; 2007 [cited 2016 Nov 10]. Available from: http://docplayer.biz.tr/6804569-Kadina-karsi-siddet-nedenleri-ve-sonuclari-ozel-raportoru-yakin-erturk-turkiye-raporu.html

20. Güler N, Tel H, Tuncay FÖ. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. CÜ Tıp Fakültesi Derg. 2005;27(2):51–56.

21. Page AZ, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. Türk Psikol Yazıları. 2008;11(22):81–94.

22. Akyol Asiye. Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2010;26(3):59–72.

23. Tanhan Fuat, Arı Figen. Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri. Üzüncü Il Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 2006 Aralık;3(2):34–43.

24. Koç Sermet, Can Muhammet. Ölüm kavramı ve ölü muayenesi. Klin Gelişim Derg. 2009;(22):11–22.

25. Koç Sermet, Koluyasın Özdemir. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2011. 41-49, 319-342 p.

26. Madea B, editor. Handbook of forensic medicine. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2013. 49-56 p.

27. Schmitt A, Cunha E, Pinheiro J. Forensic anthropology and medicine: complementary sciences from recovery to cause of death [Internet]. Totowa, N.J.: Humana Press; 2006 [cited 2016 Oct 12]. 13-38 p. Available from: http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=371843

28. DiMaio VJ, Dana SE. Handbook of forensic pathology [Internet]. CRC Press; 2006 [cited 2016 Oct 12]. 1-13, 39-71, 155-164 p. Available from: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=4VkXpNe9xLoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=%22and+Samantha%22+%22and+forensic+odontology+have+been+mentioned+but+not%22+%22if+the+doctor+is+well+trained.+It+is+our+hope+that+this+handbook%22+%2

2in+detail.+The+core+principles+in+most+other+areas+of+the+%EF%AC%81eld+are%22+&ots=kTDOswcJWp&sig=NQ2BOyNa7_KFeTXt79vmXNsPFy4

29. Ölüm olgularında hekim sorumluluğu ve postmortem incelenmeler.pdf. In İstanbul: İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; 2006. p. 193–213. (48).

30. Pathak A, Mangal HM. Histo-pathology examination in medico-legal autopsy pros & cons. 2010 [cited 2016 Oct 12]; Available from: http://imsear.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/134579

31. Özdemir B, Celbis O, İris M, Kaya A. Avrupa Birliğine Uyum Sürecinde Yapılan Değişiklikler Işığında Adli Otopsilerin Güncel Hukuki Prosedürü. Turgut Özal Tıp Merk Derg [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 12];18(1). Available from: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/totmd/article/view/5000100247/0

32. Koç Sermet. Otopsiler ile İlgili Dünyada ve Türkiyedeki Güncel Durum.pdf. Turkiye Klinikleri J Foren Med. 2012;9(2):80–6.

33. Ceza Muhakemesi Kanunu [Internet]. Apr 12, 2004. Available from: http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5271.htm

34. Gülmen MK, Meral D. Ani kardiyak ölümler. Klin Gelişim Derg. 2009;(22):56–9.

35. Günay S. Türkiye'de kadınlarda intihar ve cinayet sonucu ölümler: Coğrafi dağılışı ve yıllara göre değişimi (1998-2006). In Sakarya: Sakarya Üniversitesi Basımevi; 2009. p. 342–51.

36. Filiz Ö, Azmak Derya, Şemsi A, Vehbi Ş, Kutlu A. Kemal. Adli otopsilerde doğal ölüm nedenlerinin araştırılması.pdf. Patoloji Bül. 2001;18(1):7–9.

37. Zanjad NP, Nanadkar SD, others. Study of sudden unexpected deaths in medico-legal autopsies. J Indian Acad Forensic Med. 2006;28(1):27–29.

38. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015 [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526

39. Uysal Y, Başhan İ, Mert E. Birinci Basamakta Kardiyovasküler Acil Durumlar. Turk Klin J Fam Med Spec Top. 2016;7(2):7–16.

40. Deyell MW, Krahn AD, Goldberger JJ. Sudden Cardiac Death Risk Stratification. Circ Res. 2015 Jun 5;116(12):1907–18.

41. Zipes DP, Wellens HJ. Sudden cardiac death. Circulation. 1998;98(21):2334–2351.

42. Sudden Cardiac Death: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. 2016 May 13 [cited 2016 Oct 12]; Available from: http://emedicine.medscape.com/article/151907-overview

43. Şahin Y, Fedakar R, Gök E, Şen A, Akdeniz C, Tuzcu V, et al. Ani kardiyak ölümlerde moleküler otopsinin önemi. J For Med. 2016;30(2):162–9.

44. Kardeşoğlu E. Kadınlarda koroner girişimler. In Sakarya: Sakarya Üniversitesi Basımevi; 2009. p. 23–7.

45. Soysal Z, Çakalır C. ADLİ TIP [Internet]. Vol. I. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 1999 [cited 2016 Nov 1]. Available from: http://www.nadirkitap.com/adli-tip-cilt-i-zeki-soysal-kitap7503902.html

46. Fedakar R, Türkmen N, Eren B, Haltaş H. Adli Otopsilerde Saptanan Pnömoniye Bağlı Ölümler. Türkiye Klin Akciğer Arş. 2005;6(4):137–9.

47. Leestma JE. Forensic neuropathology [Internet]. Crc Press; 2014 [cited 2016 Oct 12]. 89-262 p. Available from: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=bhHSBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=%22by+our+case%22+%22of+skin+bruises+based+upon+published+articles+failed+to+correlate+with+what+we%22+%22inconsistent+component+of+skin%22+%22fullest.+Sudden+death+favored+more+enzymatic+autolysis.+Over+time,+many%22+&ots=Tvl6eWeLvn&sig=pEmiYWOZxjKBOwLw1qVesUSj5vk

48. Bakanlığı S, Kırdar L. Spontan intraserebral kanamalarda ölüm oranını belirleyen etkenler [Internet] [Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği; 2006 [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/noroloji/dr_hakan_levent_gul.pdf

49. Tekinarslan İ, Güler S, Utku U. Spontan intraserebral hemoraji: etyoloji ve bir yıllık prognozu etkileyen faktörler. Türk Nöroloji Derg. 2012 Sep 1;18(3):88–95.

50. Eroğlu A. Spontan intraserebral hematomlu 104 olgunun değerlendirilmesi. Türk Nöroşirürji Derg. 2012;22(3):167–70.

51. Sarılar C, Tuna H. İntraserebral Hematomlar. Türk Nöroşirürji Derg [Internet]. 2006 [cited 2016 Oct 12];16(1). Available from: http://norosirurji.dergisi.org/pdf.php3?id=64?ref=www.sexiforumdepo.com

52. James, Jason Payne, McGovern Cliona, Jones Richard, Karch Steven B, Manlove John. Sımpson's Forensic Medicine.pdf [Internet]. CRC Press; 2014. 67-78 p. Available from: https://www.crcpress.com/Simpsons-Forensic-Medicine-13th-Edition-Irish-Version/Payne-James-McGovern-Jones-Karch-Manlove/p/book/9781482226126

53. Dettmeyer RB, Verhoff MA, Schütz HF. Forensic Medicine [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2014 [cited 2016 Oct 12]. 417-438 p. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-38818-7

54. Kaya Ender. Gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda prognozu belirleyen faktörler [Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı; 2011.

55. Çengel Gülden, Uyanıker Zehra Demiroğlu, Ünüvar Ümit, Can İsmail Özgür, Olgu Esra Gürlek. Kanser tanısında adli otopsilerin rolü. Adli Tıp Bül. 2013;18(2):14.

56. Akyıldız Elif Ülker, Özaslan Abdi, Tolgay Elif, Özdeş Taşkın, Koç Sermet, Çelik Safa. Adli otopsilerde malignite sıklığı. Turkiye Klinikleri J Foren Med. 2006;(3):89–93.

57. WHO | Cancer [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/

58. VIP_key_facts.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/key_facts/VIP_key_facts.pdf?ua=1

59. Siegel JA, Saukko PJ, Knupfer GC, editors. Encyclopedia of forensic sciences. San Diego: Academic Press; 2000. 316-325 p.

60. Aşırdizer Mahmut, Yavuz M Sunay, Zeyfeoğlu Yıldıray. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Stajı Ders Notları [Internet]. Manisa; 2005 [cited 2016 Oct 13]. 164-

192 p. Available from: http://tjofmap.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/kitap.pdf

61. Ekizoğlu O, Arıcan N. I. Yara Muayenesi. Klin Gelişim Derg. 2009;(22):33–43.

62. Aksoy E, Çoltu A, Ege B, Günaydın G, İnanıcı MA, Karali H, et al. Adli Travmatoloji [Internet]. [cited 2016 Nov 2]. Available from: https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/4.html

63. WHO | Global status report on road safety 2013 [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/

64. Karbeyaz K, Balci Y, Çolak E, Gündüz T. Eskişehir İlinde 2002-2007 yılları arasında gerçekleşen ölümlü Trafik kazalarının fatal özellikleri. Turk Klin J Forensic Med. 2009;6(2):65–73.

65. Gören S, Subaşi M, Tiraşçi Y, Kaya Z. Trafik Kazalarına Bağlı Ölümler. Türkiye Klin Adli Tıp Derg. 2005;2(1):9–13.

66. Öngel K, Katırcı E, Uludag H, Mergen H, Uzun E, Kişioğlu AN. Yapılmış yayınlara göre yüksekten düşme olgularının incelenmesi. Tıp Araştırmaları Derg [Internet]. 2008 [cited 2016 Oct 13];6(3). Available from: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/etad/article/download/5000143871/5000131387

67. WHO | Falls [Internet]. WHO. [cited 2016 Nov 30]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/

68. Candan H. Türkiye deki Ateşli Silahlar ile İşlenmiş Suçlar ve İlgili İstatistikler. In: ASY GEÇ DÖNEM KOMPLİKASYONLAR [Internet]. Derman Tıbbi Yayıncılık; 2016 [cited 2016 Oct 13]. p. 120–7. Available from: http://www.jcam.com.tr/index.php?pg=archive_detail&article_id=4428

69. Koç S, Şam B, Yılmaz R. Av tüfeği yaralanmalarının adli tıbbi boyutu. Çevrimiçi Temat Türkoloji Derg. 2009;1(1):213–227.

70. Şener MT, Set T. Mekanik travmatik yaraların adli raporlarda tanımlanması: tıbbi ve hukuki önemi. Smyrna Tıp Dergisi [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 13];(56). Available from:

http://smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Travmatik%20yaralar1420121466.pdf

71. Yılmaz A. Ateşli silahlarla oluşan yaralanmalar. TTB Dergisi. 2004;(50):167–78.

72. ÇÜ Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Adli Tıp Anabilim Dalı [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://balcali.cu.edu.tr/tr/detay.aspx?pageid=1480

73. Arslan MM, Akcan R, Hilal A, Kar H, Çekin N. Adana adli tıp şube müdürlüğüne müracaat eden kesici delici alet yaralanmasına bağlı olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Derg. 2005;19:17–22.

74. Dimaio VJ, Dimaio D. Wounds caused by pointed and sharp-edged weapons. In: Forensic Pathology, Second Edition [Internet]. 2. Boca Raton, Florida: CRC Press; 2001 [cited 2016 Oct 13]. p. 177–228. Available from: https://www.crcpress.com/Forensic-Pathology-Second-Edition/DiMaio-DiMaio-MD/p/book/9780849300721

75. Fukube S, Hayashi T, Ishida Y, Kamon H, Kawaguchi M, Kimura A, et al. Retrospective study on suicidal cases by sharp force injuries. J Forensic Leg Med. 2008 Apr;15(3):163–7.

76. Dix J. Asphyxia and drowning: an atlas [Internet]. CRC Press; 2000 [cited 2016 Oct 12]. Available from: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=zDLpBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=%22medicolegal+death+investigation+involves+a+multidisciplinary%22+%22education.+Preliminary+information+and+observations+in+the%22+%22as+a+basic+framework+upon+which+is+built+an+extensive+pictorial%22+%22Better+understanding+will+lead+to+more+ef%EF%AC%81cient+and+effective%22+&ots=7XN9SoUOUa&sig=mY0DiHWRhx8xnU7ui3zx0K1LS6s

77. Shetty BSK, Rastogi P, Kanchan T, Padubidri JR, Babu YR. Atlas of Forensic Pathology. India: JP Medical Ltd; 2014. 164-187 p.

78. Ertürk S, Koçak A, Aktaş EÖ, others. 1990-1994 yılları arasında İzmir'de adli otopsilerde saptanan zehirlenmelere bağlı ölümler. Ege Tıp Derg [Internet]. 2001 [cited 2016 Oct 12];40(2). Available from: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/etd/article/download/5000158840/5000143334

79. Teslime A. İntihar Amaçlı İlaç Zehirlenmelerinin Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Derg. 2015;2015(1):53–6.

80. Ozkaya G, Celiker A, Giray BK. Evaluation of insecticide poisoning and the cases in Turkey. Turk Bull Hyg Exp Biol. 2013;70(2):75–102.

81. Brown SD, Piantadosi CA. In vivo binding of carbon monoxide to cytochrome c oxidase in rat brain. J Appl Physiol. 1990 Feb 1;68(2):604–10.

82. Hampson NB. Emergency department visits for carbon monoxide poisoning in the Pacific Northwest. J Emerg Med. 1998 Sep;16(5):695–8.

83. Akar T, Derinöz O, Demirel B. İlaç zehirlenmeleri ve hastane maliyetleri Orijinal Araştırma. Türk Pediatri Arş [Internet]. 2007 [cited 2016 Oct 13];42(3). Available from: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tpedar/article/view/5000002284

84. Murat E, Büyük Y, Dinç A, Çitici I. Ankara'da otopsisi yapılmış fatal alkol entoksikasyonları (2001–2004). [cited 2016 Oct 13]; Available from: http://www.journalagent.com/adlitip/pdfs/ADLITIP_21_2_25_30.pdf

85. Şayik D, Açikgöz A, Musmul A, Ulukuş A. Yanık ile Acile Başvuran 0-18 Yaş Grubu Olguların Özelliklerinin Geriye Dönük Belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2016;6(1):14–8.

86. WHO | Burns [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/

87. Sharma. Concise Textbook Of Forensic Medicine & Toxicology. 3rd ed. Elsevier India; 2007. 65-68 p.

88. Shkrum MJ, Ramsay DA. Forensic pathology of trauma: common problems for the pathologist [Internet]. Totowa, N.J.: Humana Press; 2007 [cited 2016 Oct 13]. 181-242 p. Available from: http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=371845

89. Knight B, Saukko PJ. Knight's Forensic pathology. 3rd ed. London : New York: Arnold ; Distributed in the United States of America by Oxford University Press; 2004. 312-325 p.

90. Kocatürk BK, Teyin M, Balci Y, Eşiyok B. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne Başvuru Yapmış Yanık Olgularının Değerlendirilmesi. Turk Klin J Med Sci. 2005;25(3):400–6.

91. Doğan KH, Esen H, Demirci Ş, Gündoğmuş ÜN. Hipotermiye bağlı ölümlerin değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg. 2013;23(1):1–5.

92. Tedeschi CG, Tedeschi LG, Eckert WG. Forensic Medicine: Mechanical trauma. Saunders; 1977. 758-69 p.

93. Cala AD, Lawrence CH. Not murder most foul. Med J Aust. 2001;175(11):621–2.

94. Schäfer AT. Human Primitive Behavior. In: MD MT, editor. Forensic Pathology Reviews [Internet]. Humana Press; 2005 [cited 2016 Nov 16]. p. 189–204. (Forensic Pathology Reviews). Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1385/1-59259-872-2%3A189

95. Webster NR. Hypothermia. Clinical, Pathomorphological and Forensic Features. Research in Legal Medicine, Volume 31. M. Oehmichen (editor). Published by Schmidt-Romhild, Lubeck. Pp. 274; indexed; illustrated. Price €56.00. ISBN 3-7950-0328-8. Br J Anaesth. 2005 Jan 1;94(1):140–140.

96. Watson AA. Forensic Medicine: A Handbook for Professionals. 1st ed. Aldershot ; Brookfield, Vt., USA: Dartmouth Publishing Co Ltd; 1989. 209-11 p.

97. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. The wounds, thermal injuries. In: Adli Tıp Ders Kitabı. 1997th ed. İstanbul: Nobel Kitabevi; p. 142–4.

98. Milroy CM. The autopsy in cases of unascertained sudden death. Curr Diagn Pathol. 2007 Oct;13(5):401–9.

99. Karabağ T, Kılıçaslan İ, Arslan AH. Osborn waves in a hypothermic patient with head trauma. Can J Cardiol. 2008 Apr;24(4):318–9.

100. Ogata M, Ago K, Ago M, Kondo T, Kasai K, Ishikawa T, et al. A fatal case of hypothermia associated with hemorrhages of the pectoralis minor, intercostal, and iliopsoas muscles. Am J Forensic Med Pathol. 2007 Dec;28(4):348–52.

101. Hypothermia-Related Deaths — Wisconsin, 2014, and United States, 2003–2013 [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6406a2.htm

102. Aksoy ME. Elektrik akımlarının neden olduğu yaralanmalar. Adli Tıp Bül. 1997;2(1):25–34.

103. Akyildiz EÜ. Elektrik Akımı Lezyonlarında Histopatolojik Bulgular. Turk Klin J Forensic Med. 2007;4(2):68–73.

104. Dokov W. Assessment of risk factors for death in electrical injury. Burns J Int Soc Burn Inj. 2009 Feb;35(1):114–7.

105. Kaya H, Gökdemir MT, Sayhan MB. Erişkinlerde yüksek gerilime bağlı elektrik yaralanmalarında mortaliteye etki eden faktörler. Düzce Tıp Derg [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 2];15(1). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Halil_Kaya2/publication/286342470_Sinameki_Bitkisi_Alimindan_Sonra_Gelisen_Akut_Toksik_Hepatit_Olgu_Sunumu_Demet_SAGLIK_Bilimsel_Tip_Dergisi_200469-11/links/5667f5ac08aea62726eec7f6.pdf

106. Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. Trauma Violence Abuse. 2007 Apr;8(2):135–48.

107. Subaşı N, Akın A. Kadına yönelik şiddet; nedenleri ve sonuçları [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadina_yon_siddet.pdf

108. İnanıcı MA. Şiddet ve kadının sağlık hizmetlerine ulaşımı. In Sakarya: Sakarya Üniversitesi Basımevi; 2009. p. 32–7.

109. Şenol D, editor. Uluslararası Katılımlı Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu bildiri kitabı, Ankara 27-28 Nisan 2012 = The Symposium of violence aganist women and children, Ankara, 27-28 April 2012. Ankara: Mutlu Çocuklar Derneği; 2012. 671-677 p.

110. Şimşek H. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği,. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2011;25(2):119–26.

111. Balci Y, Gündüz T, Karbeyaz K, Tok M. Suicide in illegitimacy pregnancy: case report. Turk Klin J Forensic Med. 2007;4(1):45–9.

112. Türk Ceza Kanunu [Internet]. Sep 26, 2004. Available from: https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html

113. Chang J, Berg CJ, Saltzman LE, Herndon J. Homicide: A Leading Cause of Injury Deaths Among Pregnant and Postpartum Women in the United States, 1991–1999. Am J Public Health. 2005 Mar;95(3):471–7.

114. WHO | World report on violence and health [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

115. Özerkmen N, Gölbaşı H. Toplumsal bir olgu olarak şiddet. Akad Bakış Derg. 2012;28:1–19.

116. WHO | Violence [Internet]. WHO. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://www.who.int/topics/violence/en/

117. Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun [Internet]. Aug 3, 2012. Available from: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120320-16.htm

118. A/RES/48/104. Declaration on the Elimination of Violence against Women [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm

119. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadelede Sağlık Hizmetleri. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele projesi [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://kadininstatusu.aile.gov.tr/data/542a8e0b369dc31550b3ac30/02%20kyais%20mucadelede%20saglikhizmetleri%20el%20kitabi.pdf

120. Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi [Internet]. Avrupa Konseyi Anlaşmalar Serisi 2011. Available from: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120308M1-1.pdf

121. pekin.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf

122. Yıldırım B, Dudu E. Farklı Yayın Politikalarına Sahip Gazetelerde Kadına Yönelik Şiddetin Sunumu / Presentation of the Violence Against Woman in the Newspapers Which Have Different Journal Policies. Atatürk Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 13];18(3). Available from: http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunisosbil/article/view/5000107578

123. Atman ÜC. Kadına yönelik şiddet; cinsel taciz / ırza geçme. STED. 2003;12(9):333–5.

124. Şenol D, Yıldız S. Kadına yönelik şiddet algısı-kadın ve erkek bakış açılarıyla. Ankara: Mutlu Çocuklar Derneği; 2013.

125. Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. Kadın ve aile bireylerine yönelik şiddet inceleme raporu. 24. Dönem 2. Yasama Yılı [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 13]. Available from: https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2012/raporlar/29_05_2012.pdf

126. Fong W-L, Pan C-H, Lee JC-I, Lee T-T, Hwa H-L. Adult femicide victims in forensic autopsy in Taiwan: A 10-year retrospective study. Forensic Sci Int. 2016 Sep;266:80–5.

127. Çolak B. Kadına yönelik şiddet ve adli tıbbi değerlendirme. In Sakarya: Sakarya Üniversitesi Basımevi; 2009. p. 14–22.

128. İnci ÜH. Basında yer alan namus cinayetlerinin sosyolojik analizi. J Hist Cult Art Res. 2013 Sep 30;2(3):282.

129. Türkçe Sözlük Ara-Bul [Internet]. [cited 2016 Dec 5]. Available from: http://www.dildernegi.org.tr/TR,274/turkce-sozluk-ara-bul.html

130. Çetin İ. Gelenek ve modernite arasında Türkiye'de son dönem kadın cinayetleri. Sosyol DergisiJournal Sociol. 2014;(30):41–63.

131. United Nations Office On Drugs And Crime. 2011 global study on homicide [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: https://www.unodc.org/documents/congress/background-information/Crime_Statistics/Global_Study_on_Homicide_2011.pdf

132. WHO. Understanding and addressing violence against women Femicide [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77421/1/WHO_RHR_12.38_eng.pdf

133. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. The Lancet. 2013;382(9895):859–865.

134. Coleman K, Jansson K, Kaiza P, Reed E. Home Office Statistical Bulletin. Lond UK Adverse Health Cond Health Risk Behav Assoc Intim Partn Violence US [Internet]. 2007 [cited 2016 Oct 13]; Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/115767/hosb1212.pdf

135. Veriler [Internet]. [cited 2016 Oct 13]. Available from: https://kadincinayetlerinidurduracagiz.net/kategori/veriler

136. Bilen AG, Dülger HE. Gaziantep ilinde 2005-2008 yılları arasında meydana gelen adli ölümlerin retrospektif incelenmesii - Ulusal Tez ve Araştırma Merkezi - Akademik Tezler ve Araştırmalar [Internet] [Uzmanlık Tezi]. [Gaziantep]: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2009 [cited 2016 Oct 13]. Available from: http://ulusaltezmerkezi.com/gaziantep-ilinde-2005-2008-yillari-arasinda-meydana-gelen-adli-olumlerin-retrospektif-incelenmesii/

137. Sayın S, Aydın NE. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı'na 2008-2010 yılları arasında gelen adli otopsilerin histopatolojik incelemelerinin nihai ölüm nedenine katkısının retrospektif değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. [Malatya]: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı; 2012.

138. Hall ER. 2012 annual report [Internet]. Colorado: Boulder County Coroner's Office; 2012 [cited 2016 Dec 15]. Available from: http://www.bouldercounty.org/doc/coroner/coroner2012annrpt.pdf

139. Fierro MF. Office of the chief medical examiner 2004 annual report [Internet]. Virginia: Virginia Deparment of Health; 2004 [cited 2016 Dec 16]. Available from: http://www.vdh.virginia.gov/content/uploads/sites/18/2016/04/OCMEanRpt04.pdf

140. Kökçüoğlu M, Gündüz T. 2001-2011 yılları arasında ESOGÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp anabilim dalı tarafından otopsisi yapılan intihar vakalarının araştırılması [Internet] [Uzmanlık Tezi]. [Eskişehir]; 2015 [cited 2016 Oct 20]. Available from: http://openaccess.ogu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11684/399

141. 2014 annual report [Internet]. San Diego: County of San Diego Department of the Medical Examiner; 2014. Available from: http://www.sandiegocounty.gov/me/docs/SDME_Annual_Report_2014.pdf

142. Coroners statistics 2014 England and Wales [Internet]. Ministry of Justice Statistics bulletin; 2015. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/427720/coroners-statistics-2014.pdf

143. 2010 annual report including 10-year review 2001-2010. Northwest Territories Coroner's Service; 2010.

144. Tokdemir M, Türkoğlu A, Kafadar H, Düzer S. The Evaluation of Medicolegal Autopsy Events which was Done in Elazığ Between 2001-2006. Bull Leg Med. 2008;13(2):57–62.

145. Naneix A-L, Périer M-C, Beganton F, Jouven X, Lorin de la Grandmaison G. Sudden adult death: An autopsy series of 534 cases with gender and control comparison. J Forensic Leg Med. 2015 May;32:10–5.

146. He M, Fang Y-X, Lin J-Y, Ma K-J, Li B-X. Unnatural deaths in Shanghai from 2000 to 2009: a retrospective study of forensic autopsy cases at the Shanghai Public Security Bureau. PLoS One. 2015;10(6):e0131309.

147. Hekimoglu Y, Esen Melez I, Canturk N, Erkol ZZ, Dizdar MG, Canturk G, et al. A descriptive study of female suicide deaths from 2005 to 2011 in Van city, Turkey. BMC Womens Health. 2016 Apr 23;16:20.

148. Karaarslan B, Bilen AG, Çelikel A, Karanfil R, Eyisoy O, Uysal C, et al. A Retrospective Study On Suicides Deaths That Occurred In Gaziantep Province Between Years. Turk J Forensic Med. 2014;28(3):267–74.

149. Padubidri JR, Menezes RG, Pant S, Shetty SB. Deaths among women of reproductive age: a forensic autopsy study. J Forensic Leg Med. 2013 Aug;20(6):651–4.

150. Atay İ, Gündoğar D. İntihar davranışında risk faktörleri: bir gözden geçirme. Kriz Derg. 12(3):39–52.

151. Moore S. Annual report of the coroner 2012 [Internet]. California; 2012. Available from: https://www.sjgov.org/sheriff/report2012.pdf

152. Cumhuriyet Halk Partisi Grup Başkanlığı. 2016 Yılının Bireysel Silahsızlanma Yılı Olarak İlan Edilmesine İlişkin Kanun Teklifi [Internet]. 405 Dec 14, 2015. Available from: http://www2.tbmm.gov.tr/d26/2/2-0501.pdf

153. Karınca E. Sorularla kadına yönelik aile içi şiddet [Internet]. Ankara: Ankara Barosu; 2011 [cited 2016 Dec 16]. 232 p. Available from: http://www.ankarabarosu.org.tr/siteler/2012yayin/2011sonrasikitap/kadina_yonelik_aile_ici_siddet_ic.pdf

154. Office of the State Coroner Annual report 2012–2013. Queensland: Queensland Courts; 2013.

155. Cingöz G, Erel Ö. Aydın ilinde ateşli silah yaralanmasına bağlı ölümler [Uzmanlık Tezi]. [Aydın]: Adnan Menderes Üniversitesi; 2010.

156. Büyük Y, Eke M, Dinç AH, Kir Z. Ankara'da Otopsisi Yapılmış Ateşli Silah Kaynaklı Ölümler (2 1-2 4). Türkiye Klin Adli Tıp Derg. 2008;5(1):6–12.

157. Gören S, Tıraşçı Y. Göğüs ve batına nafiz kesici-delici alet yaralanmalarında ölümlerin adli tıp açısından değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. [Diyarbakır]: Dicle Üniversitesi; 1997.

158. Bilgin UE, Gökmen FG, Aktaş EÖ, Şenol E, Koçak A, Kaya A, et al. İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığında 2004-2007 yılları arasında kesici-delici alet ile meydana gelen adli otopsi olguları. Ege Tıp Derg [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 13];50(1). Available from: http://dergipark.ulakbim.gov.tr/etd/article/download/5000158394/5000142893

# 8. EKLER

## Ek 1. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nın 15/12/2015 tarihli kararı

**T. C.**
**ADALET BAKANLIĞI**
**Adli Tıp Kurumu Başkanlığı**

Sayı : 21589509/985
Konu: Bilimsel Çalışma

15/12/2015

**Sayın, Dr. Hüseyin Mehmet ŞENGÜL**

"İzmir'de Yapılan Adli Otopsilerde Kadın Ölümlerinin Özelliklerinin İncelenmesi ve Kadına Yönelik Şiddetin Araştırılması" isimli çalışma öneriniz 15/12/2015 tarihli Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu toplantısında görüşülmüş ve kabul edilmiştir.

Bilginize rica ederim.

**Doç. Dr. Yalçın BÜYÜK**
**Başkan**

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Çobançeşme Mh. Kırmız Sk. No:1 B.Evler/İSTANBUL Tel: 0212 45415 00 Faks: 0212 454 15 05

## Ek 2. Çalışmamıza Ait Veri Kayıt Formu

### OLAY YERİ KEŞİF VE ÖLÜ MUAYENE TUTANAĞINDAN ELDE EDİLEN BİLGİLER

**1. Olgunun yaşı:**

**2. Uyruğu:**

a) Türkiye Cumhuriyeti
b) İngiltere
c) Almanya
d) Irak
e) Suriye
f) Diğer

**3. Doğduğu şehir:**

a) İzmir
b) Manisa
c) Aydın
d) Muğla
e) Denizli
f) Balıkesir
g) Afyonkarahisar
h) Kütahya
i) Uşak
j) Diğer

**4. Cesedin bulunduğu yer:**

a) Ev
b) Evin bahçesi
c) İş yeri
d) Hastane
e) Sokak/cadde
f) Park
g) Açık alan
h) Deniz/ nehir/su kanalı
i) Demiryolu
j) Diğer

k) Belirtilmemiş

**5. Ölümün gerçekleştiği il:**

a) İzmir
b) Manisa
c) Aydın
d) Muğla
e) Denizli
f) Balıkesir
g) Afyonkarahisar
h) Kütahya
i) Uşak
j) Diğer

**6. Gerçekleştiği gün**

a) Pazartesi
b) Salı
c) Çarşamba
d) Perşembe
e) Cuma
f) Cumartesi
g) Pazar

**7. Gerçekleştiği ay:**

a) Ocak
b) Şubat
c) Mart
d) Nisan
e) Mayıs
f) Haziran
g) Temmuz
h) Ağustos
i) Eylül
j) Ekim
k) Kasım
l) Aralık

**8. Gerçekleştiği yıl:**

a) 2011
b) 2012
c) 2013
d) 2014
e) 2015

**9. Ölüm orjini:**

a) Doğal ölüm
b) Kaza
c) İntihar
d) Cinayet
**e)** Bilinmiyor

**10. Kimlik Tanığının Yakınlık Derecesi:**

a) Eşi
b) Eski eşi
c) Nişanlısı
d) Sevgilisi
e) Anne-babası
f) Çocukları
g) Kardeşi
h) Akrabalık bağı olan diğer kişiler
i) Akrabalık bağı olmayan kişiler
j) Belirtilmemiş
k) Kimlik tanığı yok

**<u>Kimlik Tanığının İfadesinden Alınan Bilgiler</u>**

**11. Medeni durumu:**

a) Evli
b) Bekar
c) Belirtilmemiş

**12. Çalışma durumu:**

a) Çalışıyor
b) Çalışmıyor

c) Belirtilmemiş

**13. Fiziksel engellilik durumu:**

a) Var
b) Yok
c) Belirtilmemiş

**14. Zihinsel engellilik durumu:**

a) Var
b) Yok
c) Belirtilmemiş

**15. Bilinen bir psikiyatrik hastalığının olup olmadığı:**

a) Var
b) Yok
c) Belirtilmemiş

**16. Cinayet orijinli ölümlerde şüpheli kişinin yakınlık derecesi:**

a) Eşi
b) Eski eşi
c) Nişanlısı
d) Sevgilisi
e) Anne-babası
f) Çocukları
g) Kardeşi
h) Akrabalık bağı olan diğer kişiler
i) Akrabalık bağı olmayan kişiler
j) Belirtilmemiş

**17. Cinayet orijinli ölümlerde daha önce şiddete maruz kalma öyküsü:**

a) Var
b) Yok
c) Belirtilmemiş

**18. Cinayet orijinli ölümlerde daha önce şiddete maruz kalma öyküsü varsa şiddet uygulayıcısının yakınlık derecesi:**

a) Eşi

b) Eski eşi
c) Nişanlısı
d) Sevgilisi
e) Anne-babası
f) Çocukları
g) Kardeşi
h) Akrabalık bağı olan diğer kişiler
i) Akrabalık bağı olmayan kişiler
j) Belirtilmemiş

**20. İntihar orijinli ölümlerde daha önce şiddete maruz kalma öyküsü olup olmadığı:**

a) Var
b) Yok
c) Belirtilmemiş

**21. İntihar orijinli ölümlerde daha önce şiddete maruz kalma öyküsü varsa şiddet uygulayıcısının yakınlık derecesi:**

a) Eşi
b) Eski eşi
c) Nişanlısı
d) Sevgilisi
e) Anne-babası
f) Çocukları
g) Kardeşi
h) Akrabalık bağı olan diğer kişiler
i) Akrabalık bağı olmayan kişiler
j) Belirtilmemiş

**22. İntihar orijinli ölümlerde daha önce intihar girişimi öyküsü olup olmadığı:**

a) Var
b) Yok
c) Belirtilmemiş

## OTOPSİ RAPORUNDAN ELDE EDİLEN BİLGİLER

**23. Protokol No:**

**24. Ölüm ile otopsi arasında geçen gün sayısı:**

**25. Olgunun boyu:**

**26. Vücut yapısı:**

a) Zayıf
b) Normal
c) Obez
d) Belirtilmemiş

**27. Saç rengi:**

a) Siyah
b) Kır
c) Kahve
d) Sarı
e) Kızıl
f) Kumral
g) Diğer
h) Belirtilmemiş

**28. Ten rengi:**

a) Beyaz
b) Esmer
c) Buğday
d) Siyah
e) Belirtilmemiş

**29. Göz rengi:**

a) Siyah
b) Kahve
c) Yeşil
d) Mavi
e) Ela

f) Belirtilmemiş

**30. Gebelik durumu:**

a) Var
b) Yok

**31. Varsa olayla ilgisiz yeni travmatik yaralanmaların türleri:**

a) Abrazyon
b) Ekimoz
c) Laserasyon
d) Kemik kırığı
e) Kesici-delici alet yaraları
f) Ateşli silah mermi çekirdeği yaraları
g) Ateşli silah saçma tanesi yaraları
h) Yanık lezyonları
i) Birden Çok

**32. Olayla ilgisiz yeni travmatik lezyon sayısı:**

**33. Olayla ilgisiz yeni travmatik lezyonların lokalizasyonları:**

a) Baş
b) Boyun
c) Göğüs kafesi
d) Batın
e) Pelvis
f) Ekstremite
g) Multiple

**34. Varsa eski travmatik yaralanmaların türleri:**

a) Abrazyon
b) Ekimoz
c) Laserasyon
d) Kemik kırığı
e) Yanık skarı
f) Ameliyat skarı
g) Ameliyat harici skar dokuları

h) Birden çok

**35. Toplam eski travmatik lezyon sayısı:**

**36. Eski travmatik lezyon lokalizasyonu:**

a) Baş
b) Boyun
c) Göğüs kafesi
d) Batın
e) Pelvis
f) Ekstremite
g) Multiple

**37. İntihar orijinli ölümlerde öldürücü yaralanmaların bulunduğu vücut bölgeleri:**

a) Baş
b) Boyun
c) Göğüs kafesi
d) Batın
e) Pelvis
f) Ekstremite
g) Multiple

**38. Cinayet orijinli ölümlerde öldürücü yaralanmaların bulunduğu vücut bölgeleri:**

a) Baş
b) Boyun
c) Göğüs kafesi
d) Batın
e) Pelvis
f) Ekstremite
g) Multiple

**39. Ateşli silah yaralanmalarında toplam giriş deliği yarası sayısı:**

**40. Ateşli silah yaralanmalarında atış mesafesi:**

a) Bitişik
b) Bitişiğe yakın

c) Yakın
d) Uzak
e) Belirlenemeyen

**41. Kesici-delici alet yaralanmalarında toplam giriş yarası sayısı:**

**42. Cinsel saldırı iddiası bulunup bulunmadığı:**

a) Var
b) Yok

**43. Genital bölge muayenesinde cinsel saldırı bulgusu:**

a) Var
b) Yok

**44. Alkol/uyutucu/uyuşturucu madde:**

a) Var
b) Yok

**45. Alkol/uyutucu/uyuşturucu madde varsa bulunan madde:**

a) Etil alkol
b) Metil alkol
c) Uyutucu
d) Uyuşturucu

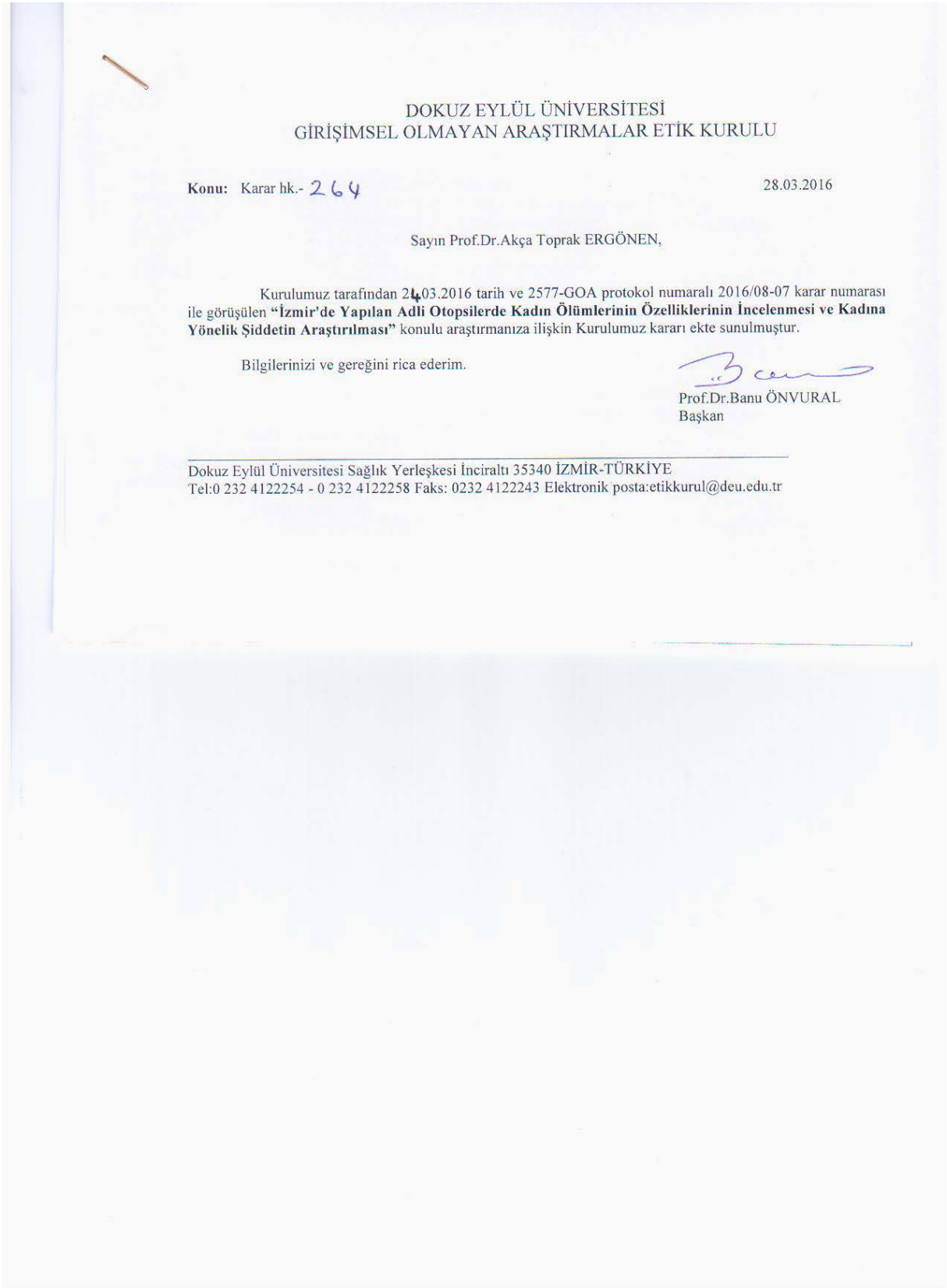
**46. Sistemlere göre ölüm nedenleri:**

a) Dolaşım sistemi hastalıkları
b) Solunum sistemi hastalıkları
c) Sinir sistemi hastalıkları
d) Gastrointestinal sistem hastalıkları
e) Endokrin sistem hastalıkları
f) Tümörler
g) Genitoüriner sistem hastalıkları
h) Doğal olmayan ölüm nedenleri
i) Diğer
j) Tespit edilemeyen

**47. Ölüm nedenleri**

a) Kalp-damar hastalıkları
b) Travmatik olmayan beyin kanamaları
c) Alt solunum yolu hastalıkları
d) Dissekan aort anevrizmaları
e) Gastrointestinal sistem kanamaları
f) Birden fazla doğal hastalık
g) Trafik kazaları
h) Yüksekten düşmeler
i) Kesici-delici alet yaralanmaları
j) Ateşli silah mermi çekirdeği yaralanmaları
k) Ateşli silah saçma tanesi yaralanmaları
l) Kişiler arası şiddete bağlı künt travmalar
m) Ası
n) Elle-bağla boğma
o) Suda boğulma
p) İlaç-madde intoksikastonları
q) CO zehirlenmesi
r) Yanıklar
s) Diğer doğal nedenler
t) Diğer doğal olmayan nedenler
u) Tespit edilemeyen doğal hastalıklar
v) Tespit edilemeyen nedenler

**Ek 3. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.03.2016 tarihli kararı**



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

**Konu:** Karar hk.- 264 28.03.2016

Sayın Prof.Dr.Akça Toprak ERGÖNEN,

Kurulumuz tarafından 24.03.2016 tarih ve 2577-GOA protokol numaralı 2016/08-07 karar numarası ile görüşülen **"İzmir'de Yapılan Adli Otopsilerde Kadın Ölümlerinin Özelliklerinin İncelenmesi ve Kadına Yönelik Şiddetin Araştırılması"** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

| | |
|---|---|
| **ETİK KOMİSYONUN ADI** | **DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU** |
| **AÇIK ADRES** | **Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR** |
| **TELEFON** | **0 232 412 22 54-0 232 412 22 58** |
| **FAKS** | **0 232 412 22 43** |
| **E-POSTA** | **etikkurul@deu.edu.tr** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **BAŞVURU BİLGİLERİ** | DOSYA NO: | 2577-GOA | |
| | ARAŞTIRMA | UZMANLIK TEZİ ☐ | AKADEMİK AMAÇLI ☐ |
| | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | **İzmir'de Yapılan Adli Otopsilerde Kadın Ölümlerinin Özelliklerinin İncelenmesi ve Kadına Yönelik Şiddetin Araştırılması** | |
| | ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU | | |
| | SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI | Prof.Dr.Akça Toprak ERGÖNEN<br>Adli Tıp A.D | |
| | DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ | - | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ | - | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ ☒ | ÇOK MERKEZLİ ☐ |

| | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
|---|---|---|---|---|
| **DEĞERLENDİRİLEN BELGELER** | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | Mevcut | | Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐ |
| | ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR | Mevcut | | Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐ |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | Mevcut | | Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐ |
| | OLGU RAPOR FORMU | Mevcut | | Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| KARAR BİLGİLERİ | **Karar No:2016/08-07** | **Tarih:24.03.2016** |
| | Prof.Dr.Akça Toprak ERGÖNEN'in sorumlusu olduğu **"İzmir'de Yapılan Adli Otopsilerde Kadın Ölümlerinin Özelliklerinin İncelenmesi ve Kadına Yönelik Şiddetin Araştırılması"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. | |
| **ETİK KURUL BİLGİLERİ** | | |
| **ÇALIŞMA ESASI** | Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi<br>İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu | |
| **ETİK KURUL ÜYELERİ** | | |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile İlişkili mi? | | İmza |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan) | Tıbbi Biyokimya | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı) | Halk Sağlığı | DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU | Kalp Damar Cerrahisi | DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Ece BÖBER | Pediatrik Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK | Nöroloji | DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Sevinç ERASLAN | Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN | Tıbbi Farmakoloji | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK | Tıbbi Mikrobiyoloji | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | katılamadı |
| Prof.Dr.Nihal GELECEK | Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon | DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Müge KİRAY | Fizyoloji | DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı | Kadın | E ☐ | H ☒ | |
| Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER | Hemşirelik Yönetimi | DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D | Kadın | E ☐ | H ☒ | katılamadı |
| Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ | Tıbbi Biyoloji ve Genetik | DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D | Erkek | E ☐ | H ☒ | |
| Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER | Anesteziyoloji | DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D. | Kadın | E ☐ | H ☒ | katılamadı |
| Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN | Hukuk | DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D | Erkek | E ☐ | H ☒ | katılamadı |
| Mehmet Erhan ÖZKUL | Sağlık mensubu olmayan üye | D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler | Erkek | E ☐ | H ☒ | |