T.C.

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Adli Tıp Anabilim Dalı

YÜZ BÖLGESİ YARALANMALARINDA YÜZDE SABİT İZ VE BASİT TIBBİ MÜDAHALE KAVRAMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emine Nur YILMAZ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehmet Sunay YAVUZ

Manisa, 2023

T.C.

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Adli Tıp Anabilim Dalı

YÜZ BÖLGESİ YARALANMALARINDA YÜZDE SABİT İZ VE BASİT TIBBİ MÜDAHALE KAVRAMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emine Nur YILMAZ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehmet Sunay YAVUZ

Manisa, 2023

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren çalışma disiplini ile örnek aldığım ve tecrübelerinden faydalandığım, bana karşılaştığım zorluklarla mücadele etmeyi öğreten ve yol gösteren, akademik alanda olduğu kadar hayatımın diğer alanlarında da her anlamda destek olan, tez danışmanım, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Mehmet Sunay YAVUZ'a,

Asistanlığım süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bizlere destek olan değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gökmen KARABAĞ'a,

Uzmanlık eğitim sürecimin tamamında olmasa da büyük bir kısmında birlikte çalışma şansı elde ettiğim değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Volkan ZEYBEK'e,

Rotasyonlarım süresince, uzmanlık eğitimime yaptıkları katkılar için; Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ve Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'ndeki tüm hocalarıma ve Adli Tıp uzmanlarına, fakültemiz Tıbbi Patoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dallarındaki tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'ndaki tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkürler.

Ve son olarak; bugünlere gelmemde bana sonsuz destek olan ve her zaman yol gösteren canım annem, her şey için teşekkür ederim. İyi ki varsın…

Dr. Emine Nur YILMAZ

Manisa, 2023

İÇİNDEKİLER

ŞEKİL, GRAFİK ve TABLO LİSTESİ v

KISALTMALAR vii

I. GİRİŞ 8

II. GENEL BİLGİLER 10

2.1. Adli Olgu 10

2.2. Rapor 10

2.2.1. Tıbbi Raporlar 11

2.2.2. Adli Raporlar 11

2.3. Yaralar 12

2.3.1. Yaraların Oluşum Mekanizması 13

2.3.2. Yaranın Kısımları 14

2.3.3. Yara Muayenesi 14

2.3.4. Yaraların Sınıflandırılması 15

2.3.5. Yara İyileşmesi 20

2.4. Yüz 24

2.5. TCK'da Yüzde Sabit İz 25

2.6. TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi 29

2.6.1. Yüzde Sabit İze – Yüzün Sürekli Değişikliğine Neden Olma 30

2.6.2. Basit Bir Tıbbi Müdahale ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Yaralanma 32

2.7. Yüzde Sabit İzin Değerlendirilmesi 32

III. GEREÇ ve YÖNTEM 34

IV. BULGULAR 36

V. TARTIŞMA 66

VI. SONUÇ ve ÖNERİLER **80**

VII. ÖZET **82**

VIII. İNGİLİZCE ÖZET **84**

IX. KAYNAKLAR **86**

ŞEKİL, GRAFİK ve TABLO LİSTESİ

Şekil 1. Dokuzlar kuralı.

Şekil 2. Lund-Browder şeması.

Grafik 1. Olguların yıllara göre dağılımı.

Grafik 2. Olguların adli rapor düzenlenmesini talep eden kurumlara göre dağılımı.

Grafik 3. Olguların cinsiyete göre dağılımı.

Grafik 4. Olguların yaş aralıklarına göre dağılımı.

Grafik 5. Olguların, yaralanmanın gerçekleştiği mevsimlere göre dağılımı.

Grafik 6. Olguların lezyon sayılarına göre dağılımı.

Grafik 7. Olguların yaralanmalarının basit tıbbi müdahale ve yüzde sabit iz açısından dağılımı.

Grafik 8. Tek lezyonların uzunluklarına göre dağılımı.

Grafik 9. Tek lezyonların yüz bölgesindeki seyirlerine göre dağılımı.

Tablo 1. Olguların eylem türü ve olay türlerine göre dağılımı.

Tablo 2. Olgulara ait tıbbi belge ve raporlarda tanımlanan lezyon türlerinin dağılımı.

Tablo 3. Olguların uygulanan tıbbi girişimlere göre dağılımı.

Tablo 4. Olguların lezyon lokalizasyonlarına göre dağılımı.

Tablo 5. Olguların lezyon seviye ve renklerine göre dağılımı.

Tablo 6. Olay tarihi ile olguların başvuru tarihleri arasında geçen sürelere göre yüzde sabit iz dağılımı.

Tablo 7. Eylem türü ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 8. Olay türleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 9. Lezyon türleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 10. Uygulanan tıbbi girişimler ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 11. Lezyon sayıları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 12. Lezyon lokalizasyonları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 13. Seviye ve renk ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 14. Basit tıbbi müdahale ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 15. Yaş aralıkları, cinsiyet ve olayın gerçekleştiği mevsim ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 16. Yüzde sabit iz sonuçları ile uzunluk ortalamaları arasındaki ilişki.

Tablo 17. Tek lezyonların uzunlukları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 18. Tek lezyonların seyirleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

Tablo 19. Lezyon lokalizasyonları ile uzunluk arasındaki ilişki.

Tablo 20. Lezyon lokalizasyonları ile seyir arasındaki ilişki.

KISALTMALAR

CMK: Ceza Muhakemeleri Kanunu

KVC: Kardiyovasküler Cerrahi

NRŞ: Nöroşirürji

PRC: Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDK: Türk Dil Kurumu

I. GİRİŞ

Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 86/1. maddesinde; kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişinin, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı, TCK'nın 86/2. maddesinde ise kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması halinde, mağdurun şikayeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunacağı belirtilerek "basit tıbbi müdahale" kavramına yer verilmiştir (1).

Kişilerin karşı karşıya gelmeleri sırasında göze ilk çarpan vücut bölümlerinden biri olan yüz bölgesindeki yaralanmalar ile ilgili TCK'nın 87. ve 89. maddelerinde, yaralama fiilinin "yüzde sabit ize" neden olması durumunda verilecek cezanın arttırılacağı belirtilerek, bu durumun suçun ağırlaştırıcı unsuru olarak düzenlendiği görülmektedir (1). Travma sonucu yüzün görünümünde değişiklik meydana gelmesi ve yüzün doğal görünümünün bozulması nedeniyle yüzde sabit ize neden olan bir yaralanmada verilecek ceza arttırılmaktadır (2,3). Basit tıbbi müdahale değerlendirmesinde travmanın tıbbi ağırlığı önemliyken, yüzde sabit iz değerlendirmesinde ise travmanın tıbbi ağırlığından çok yüzdeki yaralanma sonucunda fark edilebilir nitelikte kalıcı bir iz oluşup oluşmadığı önemlidir (3).

Yüz bölgesindeki bir izin kalıcı nitelikte olup olmadığına bazı istisnalar dışında yaralanmadan itibaren en az altı ay sonra karar verilmektedir (4). Travma sonrası yapılan adli tıbbi değerlendirmelerde; yüz bölgesinde yer alan yaralanmaların erken dönemde basit tıbbi müdahale ile giderilebilir olarak raporlanarak kılavuz uyarınca yüzde sabit iz olup olmadığı açısından uygun bir

süre beklenmesi veya yüzde sabit iz oluşturup oluşturmayacağı konusunda beklenmesi gereken lezyonların ilk raporlarda basit tıbbi müdahale açısından değerlendirilmemesi gerektiği şeklinde iki farklı uygulama mevcuttur (5).

Çalışmamızda; 01.01.2012-31.12.2021 tarihleri arasında Anabilim Dalımıza müracaat eden ve yapılan muayenelerinde yüz bölgesinde yaralanma saptanan olgular hakkında düzenlenen adli rapor verileri incelenerek, yüzde sabit iz ve basit tıbbi müdahale değerlendirmelerinde uygulamada yaşanan farklılıklara dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Adli Olgu

Kişinin kendi ihmal ve tedbirsizliğinden kaynaklanan veya başka birinin kasıtlı ya da kusurlu sayılan bir davranışı sonucunda beden ve ruh sağlığı bozulan ya da ölümle sonuçlanan olgular, adli olgu olarak tanımlanmaktadır (6,7). Darp (etkili eylem), ateşli silah, patlayıcı madde, kesici, kesici-delici, delici, kesici-ezici ve ezici alet yaralanmaları, trafik kazaları, iş kazaları, yüksekten düşme, asfiksi, zehirlenmeler, yanıklar, elektrik ve yıldırım çarpmaları, cinsel saldırı-istismar olguları, çocuk-yaşlı istismarı ve ihmali, işkence ve kötü muamele iddiaları, intihar girişimleri ve hekimin şüpheli bulduğu tüm olgular adli olgu niteliği taşımaktadır (6,8).

TCK'ya göre; kamu görevlilerinin ve sağlık çalışanlarının adli olguları bildirme yükümlülüğü bulunmaktadır. Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini, göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisinin, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı, tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerin, görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmemesi veya bu hususta gecikme göstermesi durumunda bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmiştir (1).

2.2. Rapor

Rapor; "bir görevle gönderilen memur veya elçinin görev yerinden gönderdiği yazılı bildiri" olarak tanımlanan Fransızca "rapport" sözcüğünden dilimize geçmiştir (9).

Türk Dil Kurumu (TDK) rapor kavramını; “herhangi bir işte, bir konuda yapılan inceleme, araştırma sonucunu, düşünceleri veya tespit edilenleri bildiren yazı, yazanak” şeklinde tanımlamıştır. Tıp terimi olarak “rapor”; “hastalığın tanısı, hastanın dinlenme durumu vb.ni gösteren, doktor veya doktorlar kurulu tarafından verilen yazı” olarak ifade edilmiştir (10).

Raporlar; hekim raporu, polis raporu, meteoroloji raporu, finans raporu, muhasebe raporu vb. şeklinde uzmanlık alanlarına göre sınıflandırılabilirler. Hekimler tarafından düzenlenen raporlar, tıbbi ve adli raporlar olmak üzere iki başlıkta incelenebilirler (11,12).

2.2.1. Tıbbi Raporlar

Hekimler tarafından düzenlenen tıbbi raporlar; sağlık ve hastalık raporları olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (12,13).

Sağlık raporları; kurumlar tarafından, evlilik, ehliyet alma, silah ruhsatı, işe başlama durumlarında istenen, kişilerin fiziksel ve ruhsal durum muayenesi yapılarak sağlık durumlarının tespit edildiği raporlardır. Hastalık raporları ise; tanı, tedavi, ilaç kullanımı gibi konuları içeren raporlardır (11-13).

2.2.2. Adli Raporlar

Adli makamlar tarafından, beden ve/veya ruh sağlığını bozan bir adli olay sonucu zarar gören kişinin mevcut tıbbi durumunun değerlendirilmesi istenen, hekimin görüş ve kanaatini bildiren raporlar, adli rapor olarak tanımlanmaktadır (6,7,11,12).

Hekimlerin tıbbi tanı, muayene ve tedavi sorumluluğu yanında adli hekimlik sorumlulukları da vardır. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’a göre, Türkiye Cumhuriyeti’nde hekimlik yapma hakkına sahip tüm hekimlerin çağrıldıklarında adli olaylarda görev alma zorunluluğu ve rapor yazma yetkisi vardır (6-8,13,14). Yaralanmanın vücutta oluşturduğu

ağırlık derecesi, sanığa verilecek cezanın dayanağını oluşturmaktadır. Dolayısıyla adli raporlar adaletin sağlanmasında önem taşımaktadırlar (12). Adli raporların; tarafsız, anlaşılır, net ve somut deliller içerecek şekilde, hukuka ve tıp etiğine uygun olarak düzenlenmesi gerekmektedir (6).

Adli raporlar, kullanım amaçlarına göre; yaralama raporları, cinsel suç raporları, cezai sorumluluk ve fiil ehliyeti raporları, yaş tayini raporları, maluliyet raporları, otopsi raporları vb. şeklinde, sonuçlarına göre ise; geçici (ön), kesin (kati) ve ek rapor şeklinde sınıflandırılmaktadır (7,11-13).

Geçici raporlar; genellikle adli olguyu muayene eden ilk hekim tarafından düzenlenen, henüz tanı ve tedavinin kesinlik kazanmadığı durumlarda düzenlenen raporlardır (7,11). Bazı olgularda, travmanın bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkması için zamana ihtiyaç duyulması, tanı ve tedavi sürecinde ileri tetkik veya farklı uzmanların görüşlerinin gerekli olması ve sağlık kurumunun yetersizliği gibi nedenlerden dolayı geçici rapor düzenlenebilmektedir (7,11-13). Kesin rapor ise; muayene, tetkik ve değerlendirmeler sonucunda kesin bir kanaate varılan olgular hakkında düzenlenen adli raporlardır. Kesin rapor düzenlenmiş olgularda; hekim tarafından belirtilen hususların adli makamlar tarafından net olarak anlaşılamaması, adli makamlar tarafından yeni bir değerlendirme istenmesi ve olay üzerinden belirli bir zaman geçtikten sonra değerlendirme yapılması gereken (yüzde sabit iz ya da yüzün sürekli değişikliği, duyulardan veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi gibi) durumlarda, olgular hakkında ek rapor düzenlenebilmektedir (7,11-13).

2.3. Yaralar

Fiziksel veya kimyasal bir etkenin vücutta oluşturduğu her türlü hasara “yara” denmektedir (15,16). Yara; “farklı özellik ve derecedeki kuvvetlerin vücutta oluşturduğu hasar” veya “herhangi bir ajanın fiziksel bir hasar

yaratması ile vücutta normal bütünlüğün bozulması" olarak da tanımlanmaktadır (17,18). Vücutta oluşan hasar cilt gibi görülebilir alanlarda olabileceği gibi kuvvetin uygulanış şekline bağlı olarak cilt bütünlüğünde bozulma olmadan iç organlar ve/veya derin dokularda da yaralanma oluşabilir (15,17).

2.3.1. Yaraların Oluşum Mekanizması

Yaralanma sonucu dokularda oluşacak hasarın ağırlığı ve niteliği; transfer edilen enerji, yaralanan vücut bölgesi ve yarayı meydana getiren cismin özelliklerine bağlı olarak farklılık göstermektedir (15,16).

Transfer edilen enerji; kinetik enerjinin büyüklüğü, transfer süresi ve transfer alanının genişliğinden etkilenmektedir. Hareketli bir cismin sahip olduğu kinetik enerjinin büyüklüğü cismin kütlesi ve hızı ile doğru orantılı olup enerjinin dokuya transfer süresi uzadıkça ve cismin transfer alanı genişledikçe zarar verici etkisi azalmaktadır (15).

Cismin yapısı ve niteliği, oluşacak yaranın özelliklerini belirler. Cismin elastik yapıda olması, enerjinin dokuya transfer süresini uzatacağı için zarar verici etki de sert cisimlere göre daha az olmaktadır. Sivri veya keskin yüzeyli cisimlerin, enerjiyi dar bir alana aktarmaları nedeniyle, dokularda oluşturacağı etki fazla olmaktadır. Cismin vücuda çarpma açısı ve çarpma esnasındaki durumu da yaralanmanın niteliğini etkileyen faktörlerdendir. Vücuda dik olarak isabet eden cisimlerin, belirli bir açı ile isabet eden cisimlere göre dokuda oluşturacağı hasar daha fazla olmaktadır. Cismin kırılması durumunda, enerjinin bir kısmı kırılma esnasında harcanacağı için zarar verici etkisi daha az olmaktadır (16).

Travmanın isabet ettiği vücut bölgesinin anatomik yapısı ve lokalizasyonu oluşacak hasarın ağırlığını ve niteliğini belirleyen bir diğer faktördür. Örneğin

aynı nitelikteki travmanın kafa ve uyluk bölgelerinde oluşturacağı hasarın farklı olması beklenmektedir. İç organların da anatomik yapıları farklılık gösterdiğinden, solid ya da lümenli yapıda olması travmaya verilecek yanıtı etkilemektedir (15,16).

2.3.2. Yaranın Kısımları

Cilt bütünlüğünde bozukluk oluşturan bir yaranın tanımlanmasında görünüm özellikleri kullanılmaktadır. Bunlar;

a. Yaranın boyu: Yaranın iki ucu arasındaki mesafedir.
b. Yaranın dudakları: Sağlam doku ile yara arasındaki sınırı oluşturan kenar yapılarıdır.
c. Yaranın genişliği: Yara dudakları arasındaki mesafedir.
d. Yaranın açıları: Yaranın başlangıç ve bitiş kısımlarında dudakları arasında oluşan açılardır.
e. Yaranın kuyrukları: Cilt üzerinde oluşmuş ince çiziklerdir.
f. Yaranın derinliği: Cilt seviyesi ile yaranın vücuttaki en derin yeri arasındaki mesafedir (16,19).

2.3.3. Yara Muayenesi

Yara tanımlamasında; görünüm özelliklerinin yanı sıra yaralanmanın oluşturduğu hasarın derecesinin tespit edilmesi önemlidir. Yara tanımlaması yapılırken muayenenin aydınlık bir ortamda yapılması, yara ölçümlerinin alınması, fotoğraf veya video ile görüntülenmesi ve diyagram üzerinde gösterilmesi gerekmektedir (17).

Yaralar değerlendirilirken; yaraların lokalizasyonu, yara sayısı, bu yaraların boyutları, kenar-dudak özellikleri, derinlik ve trajesi (vücutta izlediği yol), yönü, açıları, kuyruğu, birbirleri ile ilişkileri, etkilenen vücut dokuları (cilt, cilt altı, fasya, kas, tendon, damar, sinir, eklem, kemik ve organlar gibi) tanımlanmalı,

yara yabancı cisim varlığı açısından incelenmeli, yaradaki ve çevresindeki renk değişiklikleri, yara iyileşmesi ile ilgili özellikler tanımlanmalıdır (19).

2.3.4. Yaraların Sınıflandırılması

Yaralar oluşum mekanizmalarına göre;

a. Mekanik travmalara bağlı yaralar
b. Fiziksel travmalara bağlı yaralar
c. Kimyasal travmalara bağlı yaralar
d. Biyolojik etkilere bağlı yaralar şeklinde sınıflandırılmaktadırlar (17,20).

a. Mekanik Travmaya Bağlı Yaralar

Künt travmatik yaralar, kesici alet yaraları, kesici-ezici alet yaraları, kesici-delici alet yaraları, delici alet yaraları, ateşli silah ile ve patlama sonucu meydana gelen yaralar mekanik travma ile oluşan yaralanma türleridir (17,20).

Künt Travmatik Yaralar

Künt travma sonucu vücutta; ağrı, hassasiyet, hiperemi (kızarıklık), ödem, “abrazyon (sıyrık)”, “laserasyon (yırtılma)”, “ekimoz (kontüzyon/bere)” ve kemik kırıkları şeklinde lezyonlar meydana gelebilmektedir (21).

Abrazyon, cildin yüzeyel epitel tabakasının düzensiz yüzeyli sert bir cisme sürtünmesi sonucu oluşur. Dermal papilla etkilenmediği sürece kanama görülmemektedir. Tanjansiyel abrazyon; Uygulanan kuvvetin tanjansiyel bileşeninin baskın olduğu travmalarda görülen ve epidermal çıkıntıların incelenerek kuvvetin uygulanma yönünün tespit edilebildiği abrazyon türüdür. İmpakt abrazyon; Vücudun kemik çıkıntılar bulunan kısımlarında sıklıkla görülen ve kuvvetin cilde dik açı ile uygulanması sonucu oluşan abrazyondur. Trafik kazalarında araç lastik izi gibi, elle boğma ve çocuk istismarı olgularında tırnak izi gibi şekilli abrazyonlar görülebilmektedir (22).

Laserasyon; cildin tüm katlarının hasar gördüğü yaralanmalardır. Künt travma sonucu meydana gelen laserasyonda; damar, sinir ve diğer yumuşak doku yapıları kesici alet yaralarında olduğu gibi tam olarak ayrışmaz. Yara dudakları arasında uzanan bu yapılara “doku köprüleri” denmektedir (17).

Ekimoz (Kontüzyon/Bere); künt travma nedeniyle ven, venül ve arteriyollerin hasarı sonucunda doku içinde oluşan kanamalardır. Travmanın ilk etkisi ile oluşan renk kırmızıdır. Zamanla hemoglobin içeriğindeki hemosiderin, biliverdin ve bilirubin etkisi ile önce mor daha sonra yeşil-kahverengi ve yeşil-sarı renk değişimleri gösterir. Bu değişimler yara iyileşmesinde etkili kişisel faktörlerden etkilenmektedir. Sopa benzeri cisimlerle oluşan ray şeklinde ekimozlar, ısırık izleri, parmak teması ile uyumlu ekimozlar yarayı oluşturan cisim ve yapıların şekli hakkında bilgi verebilmektedirler (17,22).

Kesici, Kesici-Ezici, Kesici-Delici ve Delici Alet Yaralanmaları

Kesici alet yaralanması; jilet, falçata gibi aletler tarafından oluşturulan, uzunluğu derinliğinden fazla olan ve düzgün kenarlı kesikler şeklinde karşımıza çıkan yaralanmalardır. Bu tür aletler, tüm yumuşak dokuları keserler ancak genellikle kemiği kesmezler, periost üzerinde çizikler oluştururlar (15,23).

Kesici-ezici alet yaraları; satır, balta gibi hem keskin hem de künt kuvvet bileşenlerine sahip cisimlerle oluşan yaralanmalardır. Bıçak gibi keskin aletlerin vücuda penetrasyonu sonucu, derinliği uzunluğundan fazla olan kesici-delici alet yaralanmaları oluşur. İğne, şiş gibi sivri uçları ile vücuda penetre olan delici aletler ile derinliği boyuna göre çok fazla olan yaralanmalar oluşur (23).

Ateşli Silah ve Patlama Yaralanmaları

Yüksek enerjiye sahip travmalardan olan ateşli silah yaralanmalarında meydana gelen hasarın ağırlığı; silahın türüne, atış mesafesine, mermi veya saçma tanesinin giriş açısına, kütlesine ve hızına göre değişiklik gösterir. Ortaya çıkan kinetik enerji, kütle ve hızın karesi ile doğru orantılıdır (24). Ateşli silahlar kısa ve uzun namlulu olmak üzere ikiye ayrılırlar. Farklı ateşli silah tiplerinde farklı yaralanma şekilleri görülebilir (23).

Bir ateşli silah yarasının giriş deliği, traje ve çıkış deliği olmak üzere üç önemli bileşeni vardır. Mermi çekirdeğinin veya saçma tanelerinin vücuda giriş yaptığı yere giriş deliği, vücutta izlediği yola traje, vücudu terk ettiği yere ise çıkış deliği denmektedir. Giriş deliğinin belirlenmesi ve çevresindeki bulguların değerlendirilmesi önemlidir (25).

Patlama kuvvetinin etkisiyle oluşan yaralanmalara patlama yaralanmaları denmektedir. Patlayıcıdan ve patlama dalgasından kaynaklı yaralanmalar birincil, patlamanın etkisiyle savrulan cisimlerin neden olduğu yaralanmalar ikincil, vücudun etraftaki cisimlere çarpmasıyla oluşan yaralanmalar üçüncül, açığa çıkan duman, toksin, yangın sonucu oluşan yaralanmalar dördüncül, enfeksiyon gibi komplikasyonların oluşması beşincil yara olarak sınıflandırılmaktadır (23).

b. Fiziksel Travma ile Oluşan Yaralar

Isı yaraları, ışık yaraları, elektrik yaraları, barotravma yaraları şeklinde sınıflandırılmaktadır (17).

Sıklıkla kaza veya ihmal sonucu oluşan yanık yaralanmalarında, ısı kaynağı; alev, soba, ocak, mangal, kızgın cisimler, elektrik, radyasyon, kimyasal maddeler, sıcak su, çay ve süt olabilmektedir (26).

Birinci derece yanık: Derinin yalnızca epidermis tabakasının zarar gördüğü, ağrı ve kızarıklık ile karakterize yanıklardır. Birinci derece yanıklar 7-10 gün içerisinde genellikle iz bırakmadan iyileşmektedirler.

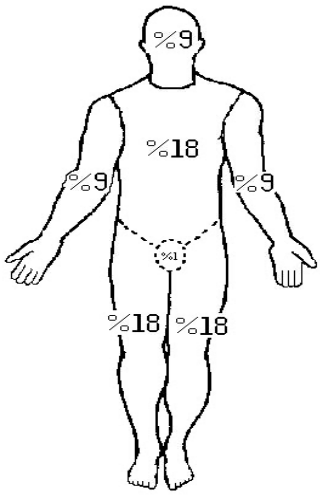
İkinci Derece Yanık: Epidermisin ve dermisin retiküler tabakasının hasar görmesi nedeniyle yanık bölgesinde büller oluşabilmekte, dermisteki retiküler tabakanın zarar görmesine bağlı sinir uçlarının etkilenmesi sonucu ağrı meydana gelmektedir. İkinci derece yanıklar ikiye ayrılır:

Yüzeyel ikinci derece yanık, papiller dermis ile sınırlı olup günlük pansuman ile 1-2 hafta içerisinde düzelirken derin ikinci derece yanıkta dermisin retiküler tabakası etkilendiği için ve iyileşme süresi 2-5 hafta arasında değişebilmektedir. Bu tür yanıklar, dermis kaybı nedeniyle skar bırakarak iyileşmeye yatkındırlar.

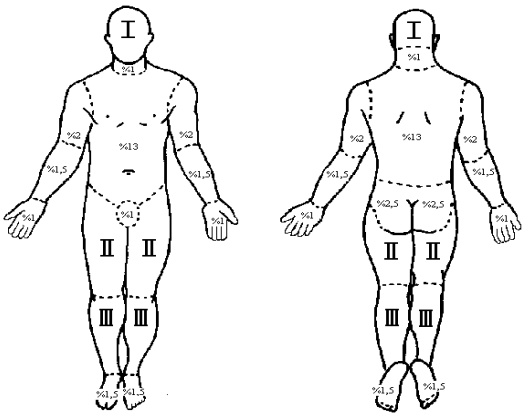
Üçüncü Derece Yanık: Derinin tüm katmanlarının etkilendiği yanıklardır. Yanık etkeni sıcak sıvılar ise yanık alanı beyaz, alev yanığı sonucu oluşmuşsa koyu renkli görüntü vardır. Eskar eksizyonu sonrasında greftleme ile tedavi edilmektedir.

Dördüncü Derece Yanık: Cildin tüm katları, cilt altı yağ dokusu, kas, tendon ve kemik gibi derin yapıların etkilendiği yanıklardır (26,27).

Yanığın genişliği yetişkinlerde “dokuzlar kuralı” kullanılarak hesaplanabilir (Şekil 1). Çocuklarda ise Lund Browder şeması kullanılmaktadır (Şekil 2).



Şekil 1. Dokuzlar kuralı (28).



YAŞ	0	1	5	10	15	Erişkin
Ön veya Arka Yarı	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
I (Baş)	9½	8½	6½	5½	4½	3½
II (Uyluk)	2¾	3¼	4	4¼	4½	4¾
III (Bacak)	2½	2½	2¾	3	3¼	3½

Şekil 2. Lund-Browder şeması (27).

Elektrik kaynağı ile temas sonucunda elektrik akımının vücudu geçerek yaralama veya ölüm meydana gelmesi, elektrik çarpması olarak tanımlanmaktadır (29,30). Elektrik akımına bağlı yaralanmaların çoğunluğunu ev ve iş yerlerinde meydana gelen kazalar oluşturmaktadır. Elektrik akımının dokulardan geçmesi ile meydana gelen lezyonların şiddeti ve oluşumu; elektrik devresinin tamamlanıp tamamlanmadığı, voltaj, elektrik akımının cinsi, akımın şiddeti, geçtiği yol, dokulardan geçtiği süre, vücut dokularının direnci gibi faktörlerden etkilenmektedir (29). Merkezi soluk beyaz, çevresi hiperemik, deride kabarmış yükseltiyle birlikte yuvarlak kraterler şeklinde lezyonlar oluşmaktadır (23).

c. Kimyasal Travma ile Oluşan Yaralar

Zehir olarak tanımlanan maddelerin etkisi ya da asit, baz gibi kimyasalların alımına bağlı lokal, sistemik ya da kombine etkilerin ortaya çıkmasına bağlı yaralanmalardır (20).

d. Biyolojik Etkilere Bağlı Yaralar

Hayvan ısırık yaraları, böcek sokmalarına bağlı yaralar ve toksinlerin oluşturduğu yaralanmalar biyolojik nitelikli yaralanmalardır (17,20).

2.3.5. Yara İyileşmesi

Travma ile başlatılan sistematik, hücresel ve biyokimyasal olayların yeni doku oluşumu ile sonuçlanması “yara iyileşmesi” olarak tanımlanmaktadır. Yara iyileşmesinin amacı, en az doku hasarı ile yeterli doku perfüzyon ve oksijenlenmesini sağlamaktır (31). Yara iyileşme dönemleri birbirlerinden keskin sınırlarla ayrılamayan, sırasıyla birbirleriyle kısmen örtüşen ve iç içe geçen karmaşık patofizyolojik süreçlerden oluşmaktadır (32-34).

a. Yara İyileşmesi Evreleri

Hemostaz ve İnflamasyon Evresi: Yaralanma sırasında vasküler bütünlüğün bozulması sonucu meydana gelen kanama sonrasında sırasıyla; lokal vazokonstrüksiyon, trombosit agregasyonu, trombosit tıkacı, pıhtı ve fibrin oluşur. Vazokonstrüksiyon sırasında meydana gelen hipoksiye ve salgılanan doku mediyatörlerine cevap olarak vazodilatasyon gelişir. Vazodilatasyon ve damar geçirgenliğinde meydana gelen artış, lokal hiperemiye, başta nötrofiller olmak üzere doku tamir hücrelerinin interstisyel alana geçişine yol açar. Doku tromboplastini aktivitesi ile trombosit tıkacından sert pıhtı gelişir. İnflamasyon fazı, 2-4 gün kadar sürer. Granülositlerin fagositozu ve bu dönemin sonlarına doğru dokuda belirginleşen fibroblast aktivitesi proliferasyon fazına geçişi gösterir (33).

Proliferasyon Evresi: 4-6 haftaya kadar devam edebilen proliferasyon evresinde, inflamasyon fazında görülen ödem ve kızarıklık yavaş yavaş kaybolur, ağrı azalır. Lokal hipoksinin uyarıcı etkisi anjiyogenezi sağlar. Pıhtı zemininde gelişen fibrin dokusu yıkılarak, yerini fibroblastlar, taze kollajen doku ve kapillerlerden oluşan granülasyon dokusuna bırakır. 6-7. günlerde kollajen lif sayısı ağırlık kazanır ve böylece iyileşme dokusunun sağlamlığını artırır. Bu dönemin sonlarında fibroblast sayısı azalır ve olgunlaşma-yeniden şekillenme (remodelling) fazının başlangıcı gerçekleşir (33).

Olgunlaşma-Yeniden Şekillenme (Remodelling) Evresi: Kollajen sentezi; yapım-yıkım dengesiyle devam eder ve direnci gittikçe artar. Genellikle 3. haftanın sonunda yaralanma bölgesinde skar dokusu gelişmiş olur ve olgunlaşma-yeniden şekillenme döneminin tamamlanması bazen yıllarca sürebilir (33).

Hasarlı dokular, rejenerasyon ve skar oluşturmak için bağ dokusu birikimi olmak üzere iki tip reaksiyon ile onarılır. Hasarlı bileşenlerin yerine geçebilme

kapasitesine sahip bazı dokuların, normal doku durumuna dönme sürecine rejenerasyon denir. Ancak, hasarlı doku kendini tamamen yenileme yeteneğine sahip değilse ve dokunun destekleyici yapıları ciddi hasar gördüyse, bağ dokusu oluşumu ile hipertrofik, atrofik veya keloid tiplerde skar dokusu oluşabilmektedir (35,36).

Skar Oluşumu

Skar terimi, ciltte yara iyileşmesi ile ilişkili sık olarak kullanılmaktadır. Skar oluşumu ile onarım ardışık adımlardan oluşmaktadır. Yaralanmadan sonraki birkaç dakika içinde, trombositler hemostatik tıkaç oluşum sürecini 6-48 saat süren inflamasyon aşaması takip etmektedir. Makrofajlar, onarım sürecinde merkezi rol oynarlar. Epitelyal, endotelyal ve fibroblastlar gibi çeşitli hücrelerin çoğalarak yara bölgesine göç ettiği ve 10 gün kadar süren bir sonraki aşama hücre proliferasyonudur. Fibroblastlar, hasar bölgesine göç ederek skarı oluşturan kollajen liflerini bırakmalarını takiben 2-3 hafta sonra yeniden biçimlenme başlar ve aylarca veya yıllarca devam edebilmektedir (35).

Fibroblast Aktivasyonu ve Bağ Dokusu Birikimi

Bağ dokusu birikimi, hasar bölgesine fibroblastların göçü ve proliferasyonunu takiben ekstrasellüler matriks proteinlerinin birikimi olmak üzere iki adımda gerçekleşmektedir. Bu aşamalar, lokal üretilen sitokinler ve büyüme faktörleri tarafından yönetilir. Aktive fibroblastlar, skarın majör bileşeni olan kollajen başta olmak üzere bağ dokusu proteinlerini üretmektedir (35).

Bağ Dokusunun Yeniden Biçimlendirilmesi

Skar, oluştuktan sonra güçlenmesi ve küçülmesi için yeniden biçimlendirilmekte, böylece kollajen liflerinin boyutunun artması ve çapraz bağlanması yaranın dayanıklılığını artırmaktadır. Zamanla bağ dokusu yıkılıp skar küçülmektedir (35).

b. Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörler

Ekstrensek ve intrensek faktörler yara iyileşmesini etkileyebilmektedir (35). Genetik yatkınlık, yara yerinin anatomik ve topografik özellikleri, yaş, deri tipi, hormonlar, cerrahi operasyonlar, enfeksiyon, yara gerilimi ve derinliği, uygulanan tamir yöntemleri yara iyileşmesini etkileyen faktörlerdir (36,37). Enfeksiyon, yara iyileşmesini geciktiren en önemli faktörlerden biridir. Diyabet, C vitamini eksikliği gibi beslenme durumları, radyoterapi ve kemoterapi, steroidler, artan lokal basınç gibi mekanik faktörler, çelik, cam, kemik parçacıkları gibi yabancı cisimler yara iyileşmesinin gecikmesine sebep olabilmektedirler (31,35).

Cildin elastik direncinin yönünde bulunan ve cerrahi işlemlerde hızlı iyileşme ve minimal skar gelişimi açısından kullanılan kırışıklıklar Langer çizgilerini oluşturur. Oluşan yaranın ekseni Langer çizgilerine paralel olduğu durumlarda yara açıklığı doğal seyrinde oluşur ve yara skar oluşumu olmadan iyileşme eğilimi gösterir ancak Langer eksenine dik lezyonlarda yara açıklığı elastik kuvvetlerin tersi yönünde oluşan gerilmeden dolayı daha büyük görünür, bu durumda skarın daha kötü olması beklenmektedir (17,18,38).

c. Anormal Yara İyileşmesi ve Skarlaşma

Onarım işlemi bileşenlerinin aşırı oluşumu nedeniyle anormal yara iyileşme cevabı olarak hipertrofik skar ve keloidler meydana gelebilmektedir (35,36,39). Hipertrofik skar; fazla miktarda kollajen birikmesi sonucu oluşan deriden kabarık skar dokusudur. Dermisin derin katmanlarını içerir ve genellikle birkaç ay içerisinde gerileme eğilimi göstermektedirler. Skar dokusu yara sınırlarının ilerisinde büyür ve gerilemezse keloid oluşmaktadır (35). Kollajen ve glukoprotein depolanması çok artmış olup yara, cilt seviyesinin çok üzerindedir. Sternum ve omuz bölgesi keloid oluşumuna vücudun diğer

bölümlerine göre daha yatkındır. Keloidler ve hipertrofik skarlar, yaklaşık üç ay sonra gözle görülebilir hale gelmektedirler (35,36).

2.4. Yüz

TDK'ya göre yüz; "başta, alın, göz, burun, ağız, yanak ve çenenin bulunduğu ön bölüm, sima, çehre, surat" anlamına gelmektedir (10).

Yüz taslağı embriyolojik olarak dördüncü hafta başlarında frontal, maksiller ve mandibular çıkıntı olmak üzere üç farklı çıkıntı şeklinde başlayıp nazal çıkıntıların belirmesi ile yüz gelişimi devam ederek beşinci hafta başlarında bu çıkıntılar birleşmektedir. İlkel dudaklar, burun kanatları ve yanakların belirmesinden sonra yüz mimik kasları farklılaşmaya başlayıp fötal dönemin sonlarına doğru yüzün gelişimi tamamlanmaktadır (40).

İçerisinde kollajen ve elastik lifler, damar, sinir, yağ ve ter bezleri yer alan yüz dokusu; dışta derinin epidermis, dermis ve hipodermis katmanlarından başlayıp periosteum bölümünü de kapsayacak şekilde kemik dokuya kadar uzanmaktadır (40). Yüzde belirgin bir derin fasya olmaması ve gevşek bir subkutanöz doku bulunması nedeniyle bu bölgedeki yaralanmaların daha geniş açıklıklar oluşturma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (38,41).

Yüz, kişilerin karşı karşıya gelmeleri sırasında göze ilk çarpan vücut bölümlerinden biridir (2,3,42). Yüzün sosyal anlamda iletişim kurmada önemli bir yere sahip olması nedeniyle, yüz bölgesindeki yaralanmalar sonucu meydana gelen izler ve şekil değişiklikleri vücudun diğer bölgelerine göre çok daha büyük öneme sahiptir (3). Baş ve boyun bölgesinde meydana gelen yaralanmalar zaman zaman kalıcı izler bırakabilmekte, bu durum kişide hem fiziksel hem de psikolojik etkilere yol açabilmektedir (42,43). Yüzdeki izlerin ve değişimlerin her gün görünür olması ve kişiye travmayı hatırlatması nedeniyle, yaralanmanın psikolojik etkileri, fiziksel etkilerinden daha uzun sürebilmektedir

(3,43). Yüz bölgesi, insanların yüz yüze olan diyaloglarında pozitif veya negatif etkilere yol açar. Travma sonrası ilk bakışta negatif izlenime neden olabilen yüzdeki yara izi ve değişiklikler ceza hukuku açısından önem arz etmektedir (42).

2.5. TCK'da Yüzde Sabit İz

Suçlar, kasten veya taksirle işlenirler. Ancak 5237 sayılı TCK'da kast ve taksirin bir arada bulunmasından oluşan karma suçlara da "netice sebebiyle ağırlaşmış suç" olarak yer verilmiştir. Neticesi sebebiyle ağırlaşmış suçlar; bir suçun oluşması için yeterli neticeden ayrı daha ağır veya başka neticenin gerçeklemesi nedeniyle ceza artırımını gerektiren suçlar olarak tanımlanmıştır. Meydana gelen neticenin, failin gerçekleştirmek istediği neticeden daha ağır veya farklı bir yapıya sahip olması durumunda neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç söz konusu olduğu belirtilmektedir (44).

5237 sayılı TCK'da, her insanın yüz şeklini muhafaza etme hakkı bulunduğu ve travma sonucu yüz bölgesinde oluşan izlerin kişilerin sosyal hayatını önemli derecede etkileyeceği görüşünden hareketle, 87 ve 89. maddelerde suçun ağırlaştırıcı faktörleri arasında "yüzde sabit iz" ve "yüzün sürekli değişikliği" kavramları yer almıştır (1,2,45). Yaralama suçlarında cezaların belirlenmesinde, yaralanmaların ağırlığı, tipi, bölgesi ve sekel bırakıp bırakmayacağı gibi unsurlar dikkate alınmaktadır (5). Yüzde sabit ize neden olan bir yaralanmada cezanın arttırılmasının nedeni; meydana gelen travmanın şiddeti ve yaranın tıbbi açıdan ağır olması değil, yüzün görünümünde meydana gelen değişiklik diğer bir ifadeyle yüzün doğal görünümünün bozulmasıdır. Basit tıbbi müdahale değerlendirmesinde travmanın tıbbi ağırlığı önemliyken, yüzde sabit iz değerlendirmesinde travmanın tıbbi ağırlığından ziyade, yüzdeki yaralanma sonucunda oluşan kalıcı izin fark edilebilir olup olmadığı daha önemlidir (3).

Yüzde sabit iz, 765 sayılı eski TCK'nın 456/2. maddesinde "çehrede sabit eser", yüzün sürekli değişikliği ise 456/3. maddesinde "çehrenin daimi değişikliği" olarak düzenlenmiş olup eski ceza kanununda bulunan "çehrede sabit eser" tabiri İtalyanca "sfregio permanente del viso" ifadesinin karşılığıdır. İtalya'nın bazı bölgelerinde, intikam ve kıskançlık nedeni ile yüzün hedef alınmasını önlemek amacı ile 1889 tarihli İtalyan Ceza Kanunu'nda, çehrede sabit eser meydana getirilmesi durumunda ağır cezalar verildiği belirtilmektedir (38,46). 5237 sayılı TCK'nın 87/1. maddesine göre, kasten yaralama suçunun yüzde sabit ize neden olması, 87/2. maddesine göre, kasten yaralama suçunun yüzde sürekli değişikliğe neden olması, neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç olarak kabul edilmiştir (1).

Madde 87/1. "Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Konuşmasında sürekli zorluğa,

c) *Yüzünde sabit ize,*

d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, ikinci fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz",

Madde 87/2. "Kasten yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) *Yüzünün sürekli değişikliğine,*

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

Kanunun gerekçesinde; "Burada geçen yüz deyimi, çehre karşılığında kullanılmıştır ve kişinin boyun ve kulakları dahil, başın ön kısmını ifade eder" denilerek eski uygulamalar ile karşılaştırıldığında 5237 sayılı TCK'da boyun ön bölümü de yüz sınırları içerisine dahil edilmiştir (44,47).

5237 Sayılı TCK'ya göre, ortaya çıkan ağır netice bakımından failin sorumlu tutulabilmesi için en azından taksirle hareket etmesi gerekmektedir (1,44). Taksir, TCK 22/2. maddesinde; "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık nedeniyle bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesi" olarak tanımlanmıştır (1).

Taksirle yaralama suçu TCK'da "kişilere karşı suçlar" başlığı altında, "vücut dokunulmazlığına karşı suçlar" bölümünde, 89. maddede düzenlenmiştir (1).

Madde 89/1. "Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır",

Madde 89/2. "Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Vücudunda kemik kırılmasına,

c) Konuşmasında sürekli zorluğa,

d) *Yüzünde sabit ize,*

e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır",

Madde 89/3. "Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) *Yüzünün sürekli değişikliğine,*

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır" şeklinde belirtilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletlerinde, yüzdeki yaralanmalar açısından ayrı bir değerlendirme yapılmadığı, vücudun bir bütün olarak değerlendirildiği, Almanya'da, bedensel görünümü bozan, kalıcı ve önemli bir değişikliğe neden olan fiillerin kasten yaralamanın ağır hali olarak kabul edildiği, yüz bölgesine ilişkin özel bir düzenleme yapılmadığı belirtilmektedir. (3,48,49).

Pakistan Ceza Kanunu'na bakıldığında; herhangi bir kişide acı, zarar, hastalık, kötülük ya da yaralanmaya neden olan, herhangi bir kişinin ölümüne yol açmadan onu sakat bırakan, şeklini bozan, yüzünü bozan veya herhangi bir kişinin vücudunun herhangi bir organını veya bir kısmını parçalara ayıran kişinin zarara sebep olduğu, burada bahsedilen şekil bozukluğunun, bir kişinin

simetrisini, görünüşünü bozan, yüzün şeklinin bozulması, herhangi bir organın herhangi bir kısmının şeklinin bozulması veya parçalanması anlamına geldiği bildirilmektedir (50). Nijerya Ceza Kanunu'nda; başın veya yüzün kalıcı şeklinin bozulmasına neden olan herhangi bir yaralanma "ağır yaralanmalar" sınıfında değerlendirilmektedir (51). Rusya Federasyonu Ceza Kanunu'nda; kasten yaralama fiili sonucu mağdurun yüzünde kalıcı bir şekil bozukluğuna neden olunmasının suçun nitelikli hali olarak yaptırım altına alındığı, Avustralya'nın Queensland Eyaleti Ceza Kanunu'nda; yüzün görünüşünün ciddi ve sürekli olacak zarar görmesinin ağır bir yaralanma hali olarak kabul edildiği bildirilmektedir (52,53). Bu ülkelerin kanunlarına bakıldığında, yüzde sabit ize neden olunmasının değil, yüzün daimi değişikliğine neden olunmasının ağır yaralanma olarak kabul edildiği görülmektedir. Yüzde sabit iz tespitinin, bu tespiti yapacak kişinin görme yeteneği ve keskinliği, estetik anlayışı, dikkati, mağdura ne kadar uzaktan baktığı, ortamın aydınlatma durumu gibi subjektif değerlendirmeler içermesi nedeniyle, yüzde sabit iz açısından, ayrı bir düzenleme yapılmamış olabileceğinin düşünüldüğü belirtilmektedir (3).

Bazı ülke kanunlarında, "yüz" bölgesi sınırlarının TCK'daki kadar geniş kabul edilmediği anlaşılmaktadır. Örneğin, Hindistan Ceza Kanunu'nda yüz ile kafa bölgesindeki sürekli değişikliğin, Belarus Ceza Kanunu'nda ise yüz ile boyun bölgesindeki sürekli değişikliğin yaptırım altına alındığı belirtilmektedir (3,54).

2.6. TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi

"TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi" ilk olarak 2005 yılında düzenlenmiştir. Rehber,

2006 yılında yenilenmiş, Haziran 2013 ve son olarak Haziran 2019 tarihlerinde güncellenmiştir.

2.6.1. Yüzde Sabit İze – Yüzün Sürekli Değişikliğine Neden Olma

Haziran 2019'da güncellenen TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi'ne göre yüz sınırları; "kişiye ön ve yanlardan bakıldığında üstte saçlı deri sınırı (kalıcı olarak saçı dökülmüş veya ileri derecede azalmış kişilerde her iki kulağı üstten birleştiren hayali çizginin önünde kalan bölge dahil), yanlarda kulak önyüzleri dahil olmak üzere kulak heliksinden inen hayali düz çizgilerin her iki klavikula ile kesiştiği noktalar ile altta fossa jugularisten başlayıp yanlara doğru klavikulaları takip eden çizgiler arasında kalan bölge" olarak tanımlanmaktadır (4).

Yüz bölgesinde oluşan yaralanmalar az ya da çok bir iz bırakmakla birlikte her iz yüzde sabit iz olarak kabul edilemez. Yüz sınırları içerisinde oluşan yaranın iyileştikten sonra bıraktığı iz, "gün ışığında veya iyi aydınlatılmış bir ortamda, insanlar arası sözel diyalog mesafesinden (1-2 metre) ilk bakışta belirgin bir şekilde fark edilebilir durumda ise yüzde sabit iz niteliğinde olduğu" belirtilmektedir. Kişiyi önceden tanıyanların onu tanımasında duraksamaya yol açacak şekilde yüzün doğal görünümünü bozduğu ağır yanıklar ya da yüze kezzap atılması gibi durumlarda yüzde sürekli değişiklikten bahsedilmektedir (4).

Adli Tıp uygulamalarında, yüz bölgesindeki bir izin kalıcı nitelikte olup olmadığına ilişkin değerlendirme, yaralanmadan en az altı ay sonra yapılmaktadır. Dokuların eski direnç ve yapılarına dönme süreci olarak tanımlanan iyileşme süreci bazen altı aydan daha uzun sürebilmektedir. Bu durumda yara iyileşmesi tamamlanıncaya kadar yüzde sabit iz değerlendirmesi yapılmaması gerektiği belirtilmektedir (3-5).

Yara iyileşmesi sürecinde, yeniden şekillenme fazı (remodelling) uzun sürmekte ve yara izinin son halini alması yıllar sürebilmektedir (5,33). Altı ay sonra yapılacak değerlendirmelerde yüzde sabit iz olarak rapor edilebilecek lezyonlar yeniden şekillenme fazı sürecinde zamanla belirgin durumlarını kaybedebilirler. Bu nedenle özellikle hiperpigmentasyon veya keloid doku gibi yara izlerinde altı ay geçmiş olsa bile değerlendirme için yara iyileşmesi tamamlanıncaya kadar beklenmesi gerektiği belirtilmektedir (5).

Yüzde sabit ize neden olabilecek travmatik lezyonlar; deri bütünlüğünü bozan travmatik lezyonlar, kemiklerde doku bütünlüğü ile ilgili lezyonlar, organlarda olan lezyonlar ve sinir lezyonları şeklinde sınıflandırılabilir (46).

Rehberde; göz, göz kapağı ve kulak kepçesindeki yaralanmaların, yüzde görünüm değişikliğine neden olan sinir yaralanmalarının, göz protezlerinin, yüz bölgesinde kapalı kırık meydana gelmiş olsa dahi, travma nedeniyle zorunlu olarak yapılan cerrahi müdahale sonrası kalan ameliyat skarlarının veya trakeostomi gibi cerrahi işlemlere bağlı izlerin de travma ile neden-sonuç ilişkisi olması dolayısıyla, “yüzde sabit iz” açısından değerlendirilmesi gerektiği, periferik fasial sinir paralizisi sonucu yüzde asimetri, maksillofasial travmalar sonucu yüzde asimetrik deformiteler, gözlerde asimetri ve şaşılıklar ile enoftalmus ve belirgin anizokori (>3mm) oluşturan yaralanmaların yüzde sabit ize neden olduğuna karar verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Haziran 2019’da yapılan güncelleme ile “alt ve üst çenede yer alan ön kesici, kanin ve premolar dişlerdeki kayıplar, implant ve protezle tedavisinin yapılamadığı durumlarda yüzde sabit iz olarak değerlendirmeye alınır. Değerlendirmede kişide önceden var olan diş kırık ve kayıpları, ağız açıklığı, diş ve dudak yapısı gibi kriterler de dikkate alınmalıdır. İmplant ve diş protezleri ise kullanılan materyalin niteliği ve işçiliğe göre kişinin kendi dişi ile ayrılamayacak ölçüde benzerlik gösterebileceklerinden yüzde sabit iz olarak değerlendirilmezler” şeklinde diş

kayıplarının da yüzde sabit iz açısından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (4).

2.6.2. Basit Bir Tıbbi Müdahale ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Yaralanma

Haziran 2019'da güncellenen TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi'nde; yaralanmanın kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu/olmadığı durumumun, hekimlerce kişisel değerlendirme farklılıkları yaratabileceği düşünülerek hangi travmatik değişimlerin kişi üzerindeki etkisinin hafif yaralanmalar içinde yer alması gerektiği gözetilerek listeler oluşturulduğu belirtilmiştir. Bu listelere göre; saçlı deri ve yüz bölgesinde tek lezyon olarak ≥5 cm, toplamda ≥10 cm cilt-cilt altını ilgilendiren yaralanmalar, çapı ≥5 cm travmaya bağlı saç kaybı, yüz bölgesinde sinir, kanal ve kemik dokulara nafiz tüm yaralanmalar, kulak kepçesinde kulak memesi kaybı veya kıkırdak dokuyu ilgilendiren kısmi ya da total doku kayıpları, göz travmalarında enükleasyon–evisserasyon, skleral ve/veya konjonktival perforasyon, glob perforasyonu, travmatik pitozis, gözde trikiyazis, entropiyum, ekstropiyum, travmatik şaşılık (intrakraniyal patolojiye bağlı olmayan) gibi yüzde sabit iz değerlendirmesi açısından önemli olan lezyonlar, basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmayan lezyonlara örnek olarak verilebilir (4).

2.7. Yüzde Sabit İzin Değerlendirilmesi

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış suçların gerçekleşip gerçekleşmediği hususunda doğru bir değerlendirme yapılabilmesi açısından adli-tıbbi raporlar ve uzman bilirkişi görüşleri önem taşımaktadır (44). 5271 sayılı Ceza Muhakemeleri Kanunu'nun (CMK) 63. maddesinde; çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re'sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın,

müdafinin veya kanuni temsilcinin istemi üzerine karar verilebileceği, ancak, genel bilgi veya tecrübeyle ya da hakimlik mesleğinin gerektirdiği hukuki bilgiyle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulamayacağı, hukuk öğrenimi görmüş kişilerin, hukuk alanı dışında ayrı bir uzmanlığa sahip olduğunu belgelendirmedikçe, bilirkişi olarak görevlendirilemeyeceği belirtilmiştir. Ülkemizde yüzde sabit iz değerlendirmesi, savcılıklar ya da mahkemelerin, CMK'nın 64. ve 65. maddeleri kapsamında bilirkişi olarak atadığı tıp doktorlarınca verilmektedir (32,55).

Travma sonrası yüzde meydana gelen yaralanmanın iyileşme sürecinin tamamlanıp tamamlanmadığı ve yaralanma sonucu meydana gelen izin zaman içinde kaybolmasının mümkün olup olmadığı hususu tıbbın konusu olması nedeniyle yüzde sabit izin tespiti için hekimlerin rapor düzenlemesi gerekmektedir (3). Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun 2014/1 esas sayılı ve 2014/256 nolu kararında "Yerel mahkeme hakimi tarafından duruşmada gözlem yapılarak yaralanmanın sabit iz niteliğinde olduğu kabul edilmiş ise de mağdurede meydana gelen yaralanmanın sabit iz niteliğinde olup olmadığı hususu özel veya teknik bilgiyi gerektiren bir konu olup hakimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgi ile çözümlenmesi mümkün olmadığından bilirkişiye başvurulması zorunludur" denilerek yüzde sabit iz muayenesinin hekimlerce yapılması gerektiğine işaret edilmektedir (56).

III. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın yapılabilmesi için, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliğinden ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu ile Fakülte Yönetim Kurulundan gerekli izinler alınmıştır.

01.01.2012-31.12.2021 tarihleri arasındaki on yıllık dönemde, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na gönderilen 4132 adli olgu hakkında düzenlenen raporlar geriye dönük olarak incelenerek, yüzde sabit iz muayenesi yapılan ve yüzde sabit iz açısından sonuç verilen 226 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Olay tarihinden altı ay sonra yüzde sabit iz açısından değerlendirilmek amacıyla muayeneye çağrılan ancak gelmeyen olgular çalışmamıza dahil edilmemiştir.

Olgular; yaş ve cinsiyet, rapor düzenlenmesini isteyen kurumlar, yaralanmanın gerçekleştiği mevsim, eylem türü, olay türleri, lezyon türleri, uygulanan tıbbi girişim, lezyon sayısı, lokalizasyonu, rengi, seviyesi, seyri, uzunluğu, olay tarihi ile muayene arasında geçen süre, yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmadığı ve yüzde sabit iz niteliğinde olup olmadığı açısından değerlendirilmiştir.

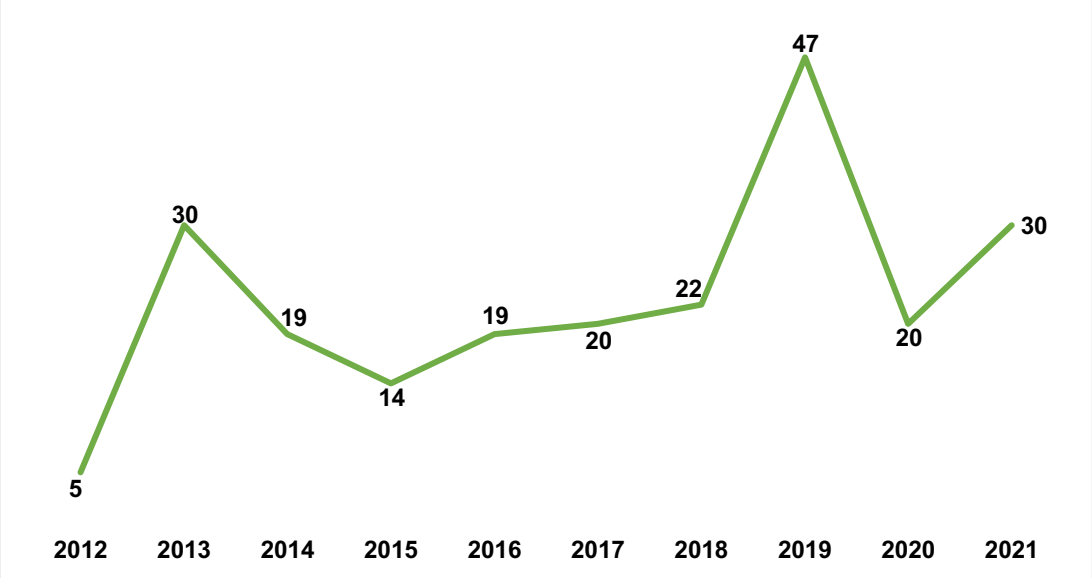
Çalışmada verilerin tanımlayıcı istatistikleri sayı, yüzde ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum olarak verilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlikleri test edilmiştir. İstatistiksel analizin ilk adımı olarak normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normallik varsayımının karşılanmadığı durumda bağımsız iki grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesi için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenleri arasındaki ilişkinin test edilmesinde örneklem boyutu

varsayımı (beklenen değer>5) karşılandığı durumlarda Pearson Ki-Kare testi; sağlanmadığı durumlarda Fisher's Exact testi yapılmıştır. İstatistiksel analiz için veriler SPSS (Statistical Programme for Social Science) programının 25.0 versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir.

IV. BULGULAR

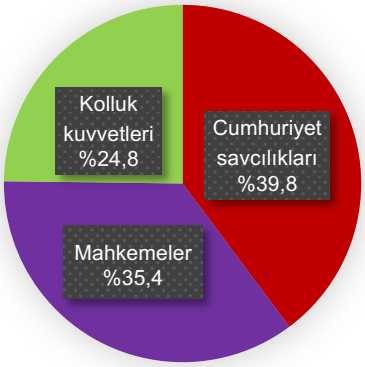
Çalışmamızda; 01.01.2012-31.12.2021 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na gönderilen 4132 adli olgu hakkında düzenlenen raporlar geriye dönük olarak incelenmiştir. Bu olgular içerisinde yer alan ve yüzde sabit iz yönünden sonuç verilen 226 olguya (%5,5) ait adli raporlar; yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmadığı ve yüzde sabit iz niteliğinde olup olmadığı açısından değerlendirilmiştir. Olgular içerisinde; yüzün sürekli değişikliği olarak sonuçlandırılan olgu bulunmamaktadır.

Yüzde sabit iz değerlendirmesi yapılarak rapor düzenlenen olguların yıllara göre dağılımına bakıldığında; en az olgunun 5 olgu (%2,2) ile 2012 yılında, en fazla olgunun 47 olgu (%20,8) ile 2019 yılında müracaat ettiği görülmüştür. Olguların yıllara göre dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir.



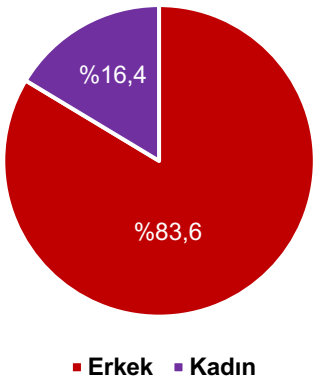
Grafik 1. Olguların yıllara göre dağılımı.

Adli rapor düzenlenmesini talep eden kurumlar açısından bakıldığında; en fazla 90 olgu (%39,8) ile Cumhuriyet savcılıklarının rapor düzenlenmesini istediği, bunu 80 olgu (%35,4) ile mahkemelerin, 56 olgu (%24,8) ile kolluk kuvvetlerinin takip ettiği tespit edilmiştir. Adli rapor düzenlenmesini talep eden kurumların dağılımı Grafik 2'de gösterilmiştir.



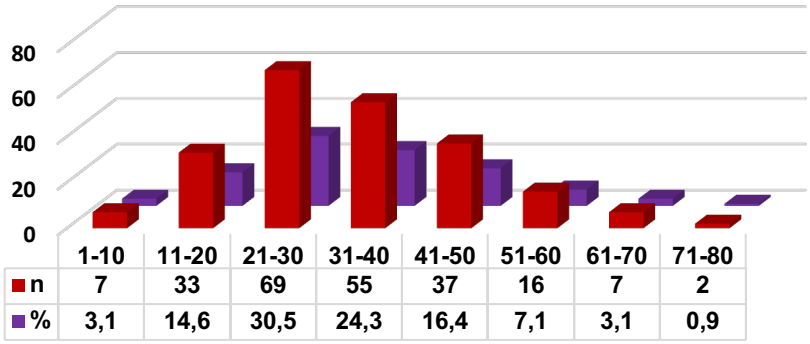
Grafik 2. Olguların adli rapor düzenlenmesini talep eden kurumlara göre dağılımı.

Olguların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; 189 olgunun (%83,6) erkek ve 37 olgunun (%16,4) kadın olduğu görülmüştür. Olguların cinsiyete göre dağılımı Grafik 3'te gösterilmiştir.



Grafik 3. Olguların cinsiyete göre dağılımı.

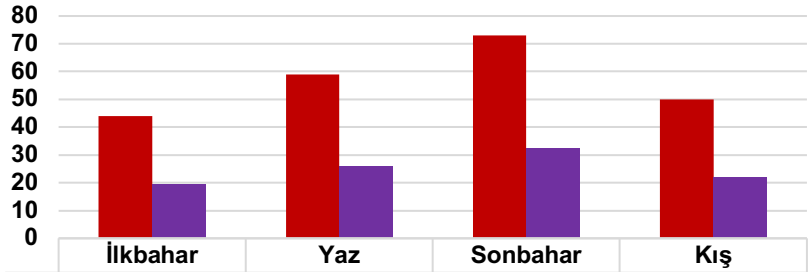
Olguların olay tarihindeki yaşlarına bakıldığında; en küçüğü 2, en büyüğü 78 yaşında olmak üzere ortalama yaşın 33,1±13,96 olduğu belirlenmiştir. En fazla olgunun 69 olgu (%30,5) ile 21-30 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Olguların yaş aralıklarına göre dağılımı Grafik 4'te gösterilmiştir.



	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
n	7	33	69	55	37	16	7	2
%	3,1	14,6	30,5	24,3	16,4	7,1	3,1	0,9

Grafik 4. Olguların yaş aralıklarına göre dağılımı.

Olguların, yaralanmanın gerçekleştiği mevsimlere göre dağılımı incelendiğinde; yaralanmaların en fazla 73 olgu (%32,3) ile sonbahar mevsiminde, en az 44 olgu (%19,5) ile ilkbahar mevsiminde gerçekleştiği görülmüştür. Olguların, yaralanmanın gerçekleştiği mevsimlere göre dağılımı Grafik 5'te gösterilmiştir.



	İlkbahar	Yaz	Sonbahar	Kış
n	44	59	73	50
%	19,5	26,1	32,3	22,1

Grafik 5. Olguların, yaralanmanın gerçekleştiği mevsimlere göre dağılımı.

Olguların yaralandıkları eylem türü açısından dağılımına bakıldığında; 151 olgunun (%66,8) kasten ve 75 olgunun (%33,2) taksirle yaralandığı görülmüştür. Olay türüne göre bakıldığında; en fazla 121 olgu (%53,5) ile darp olduğu, bunu 31 olgu (%13,7) ile araç içi trafik kazalarının takip ettiği saptanmıştır. Olguların eylem türü ve olay türlerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Olguların eylem türü ve olay türlerine göre dağılımı.

		n	%
Eylem türü	Kasten	151	66,8
	Taksirle	75	33,2
Olay türü	Darp	121	53,5
	Kesici-delici alet yaralanması	16	7,1
	Kesici alet yaralanması	2	0,9
	Ateşli silah yaralanması	7	3,1
	Araç içi trafik kazası	31	13,7
	Araç dışı trafik kazası	12	5,3
	Motosiklet kazası	22	9,7
	İş kazası	7	3,1
	Diğer*	8	3,6

*Kimyasal madde maruziyeti, arabadan düşme, göze taş atılması, yabancı cisim batması, üzerine sert cisim düşmesi, cam kapıya çarpma, yanık, yüksekten düşme

Olgulara ait tıbbi belge ve raporlarda tanımlanan lezyon türlerine bakıldığında; en fazla %41,4 (n=97) laserasyon, %31,6 (n=74) kesi tanımlandığı görülmüştür. 16 olguda (%6,8) yaralanma sonucu yüz bölgesinde lezyon meydana gelmediği ancak tedavisi sırasında geçirdiği operasyonlar nedeniyle insizyon ve trakeostomi uygulandığının belirtildiği tespit edilmiştir.

Olgulara ait tıbbi belge ve raporlarda tanımlanan lezyon türlerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Olgulara ait tıbbi belge ve raporlarda tanımlanan lezyon türlerinin dağılımı.

		n	%
Lezyon türü	Laserasyon	97	41,4
	Kesi	74	31,6
	Abrazyon	22	9,4
	İnsizyon	12	5,1
	Yanık	6	2,5
	Trakeostomi	4	1,7
	Diş kaybı	2	0,9
	Diş kırığı	2	0,9
	Nazal kemik kırığı	2	0,9
	Diğer*	11	4,7
	Belirtilmemiş	2	0,9

*Yüz kemiği kırıkları, frontal kemik ve sinüs kırıkları, doku kaybı, glob perforasyonu, korneada epitel defekti, cilt altı hematomu, saç kaybı, travmatik midriyazis

7 olguda birden fazla lezyon türü tanımlanmıştır.

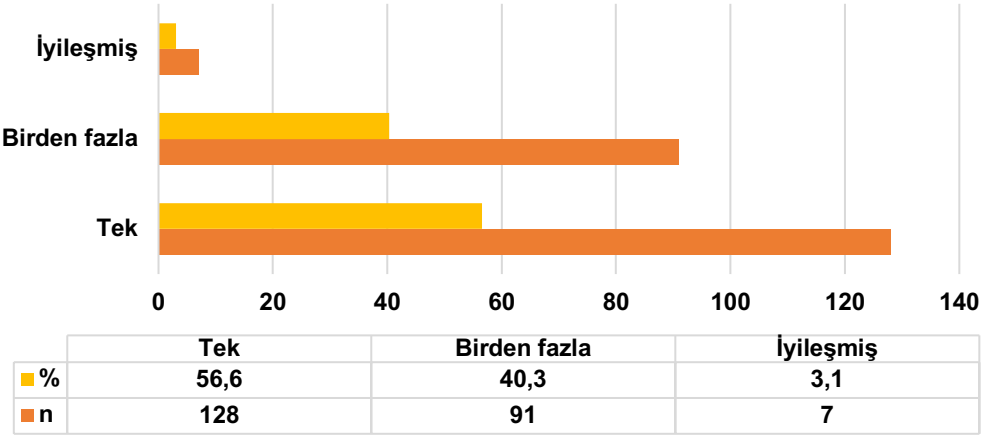
Olguların uygulanan tıbbi girişimlere göre dağılımına bakıldığında; 98 olguya (%43,4) primer sütürasyon uygulandığı, 47 olguya (%20,8) herhangi bir tıbbi girişim uygulanmadığı belirlenmiştir. Olguların, uygulanan tıbbi girişimlere göre dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Olguların uygulanan tıbbi girişimlere göre dağılımı.

		n	%
Uygulanan tıbbi girişimler	Primer sütürasyon	98	43,4
	PRC* sütürasyon	7	3,1
	PRC operasyonu	11	4,9
	NRŞ** operasyonu	4	1,8
	Göz operasyonu	3	1,3
	KVC*** operasyonu	1	0,4
	Pansuman	16	7,1
	Diğer****	3	1,3
	Tıbbi girişim uygulanmayan	47	20,8
	Belirtilmemiş	36	15,9

*Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, **Nöroşirürji, ***Kardiyovasküler Cerrahi, ****Yapıştırma, göz lavajı

Muayenemizde, yüz bölgesinde saptanan lezyon sayılarına bakıldığında; 128 olguda (%56,6) tek lezyon, 91 olguda (%40,3) birden fazla lezyon mevcut olduğu görülmüştür. Olguların lezyon sayılarına göre dağılımı Grafik 6'da gösterilmiştir.



Grafik 6. Olguların lezyon sayılarına göre dağılımı.

Olguların muayenemizde saptanan lezyon lokalizasyonlarına göre dağılımına bakıldığında; en fazla 37 olgu (%16,4) ile alın bölgesinde lezyon yer aldığı, 68 olguda (%30,1) birden fazla bölgede lezyon bulunduğu saptanmıştır. Olguların lezyon lokalizasyonlarına göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Olguların lezyon lokalizasyonlarına göre dağılımı.

		n	%
Lokalizasyon	Alın	37	16,4
	Temporal bölge (Şakak)	2	0,9
	Zigomatik bölge	6	2,7
	Kaş	24	10,6
	Göz ve çevresi	20	8,8
	Yanak	10	4,4
	Burun	17	7,5
	Üst dudak	9	4,0
	Alt dudak	3	1,3
	Çene	11	4,9
	Boyun	5	2,2
	Kulak	5	2,2
	Ağız içi (diş kaybı, diş kırığı)	2	0,9
	Birden fazla bölge	68	30,1
	İyileşmiş	7	3,1

Olguların lezyon seviyelerine göre dağılımına bakıldığında; 64 olguda (%28,3) lezyonların cilt seviyesinde, 52 olgudaki (%23) lezyonların cilde göre farklı seviyede (karma) olduğu tespit edilmiştir. Lezyon renkleri açısından bakıldığında; 50 olgudaki (%22,1) lezyonların cilde göre farklı renkte (karma)

olduğu, 44 olguda (%19,5) lezyonların cilt renginde olduğu görülmüştür. Olguların lezyon seviye ve renklerine göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Olguların lezyon seviye ve renklerine göre dağılımı.

		n	%
Seviye	Cilt seviyesinde	64	28,3
	Ciltten çökük	30	13,3
	Ciltten hafif çökük	42	18,6
	Ciltten kabarık	13	5,8
	Ciltten hafif kabarık	6	2,6
	Karma*	52	23,0
	Belirtilmemiş**	19	8,4
Renk	Cilt renginde	44	19,5
	Ciltten açık	33	14,6
	Ciltten hafif açık	26	11,5
	Ciltten koyu	20	8,8
	Ciltten hafif koyu	32	14,2
	Karma***	50	22,1
	Belirtilmemiş****	21	9,3

*Cilde göre farklı seviyede lezyonları bir arada içeren olgular
**Göz içi, diş kırığı, diş kaybı gibi yaralanmalar sonucu cilde göre seviye farkı içermeyen ya da iz bırakmadan iyileşen lezyonlar
***Cilde göre farklı renkte lezyonları bir arada içeren olgular
****Göz içi, kemik kırığı, diş kırığı, diş kaybı gibi yaralanmalar sonucu cilde göre seviye renk farkı içermeyen ya da iz bırakmadan iyileşen lezyonlar

Olay tarihi ile olguların başvuru tarihleri arasında geçen sürelere bakıldığında; altı aydan önce başvuran ancak ikinci muayeneye gerek duyulmadan karar verilen 50 olgunun 3'ünde (%6); glob perforasyonuna bağlı fitizis bulbi, kulakta doku kaybı ve trakeostomi yapılmış olması sebebiyle yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu, 47 olguda (%94) ise yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı

saptanmıştır. Olay tarihinden altı aydan sonra muayene edilen 176 olgunun 62'sinde (%35,2) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu, 114 olguda (%64,8) ise yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. Olay tarihi ile olguların başvuru tarihleri arasında geçen sürelere göre yüzde sabit iz dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

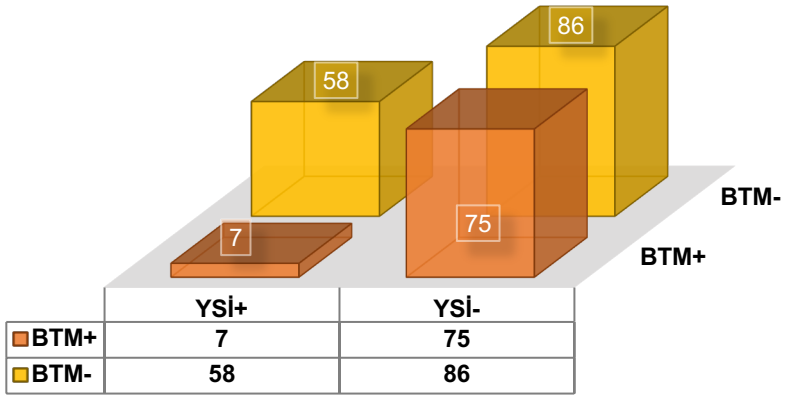
Tablo 6. Olay tarihi ile olguların başvuru tarihleri arasında geçen sürelere göre yüzde sabit iz dağılımı.

	YSİ+*		YSİ-**	
	n	%	n	%
Altı aydan önce başvuran ve karar verilen olgular	3	6,0	47	94,0
Altı aydan sonra karar verilen olgular	62	35,2	114	64,8

*Yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu
**Yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı

144 olguda (%63,7) yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı kararı verilmiştir. Bu olguların 86'sında (%59,7) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı, 58'inde (%40,3) yüzde sabit iz niteliğinde olduğu saptanmıştır.

Yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu sonucu verilen 82 olgunun (%36,3), 75'inde (%91,5) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı, 7 olguda ise (%8,5) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu tespit edilmiştir. Olguların yaralanmalarının basit tıbbi müdahale ve yüzde sabit iz açısından dağılımı Grafik 7'de gösterilmiştir.



	YSİ+	YSİ-
BTM+	7	75
BTM-	58	86

Grafik 7. Olguların yaralanmalarının basit tıbbi müdahale ve yüzde sabit iz açısından dağılımı.

BTM+: Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu
BTM-: Basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı
YSİ+: Yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu
YSİ-: Yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı

Yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı sonucu verilen 144 olgunun 84'ünde (%58,3) yüz bölgesindeki yaralanmaların tek başlarına basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif iken, eşlik eden iç organ yaralanması, kemik kırığı, kafa içi kanama, pnömosefali, pnömotoraks, hemotoraks gibi patolojiler nedeniyle yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı kararı verildiği, bu 84 olgunun 23'ünde (%27,4) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu, 61'inde (%72,6) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı verildiği görülmüştür.

Yüzde sabit iz sonuçları ile cinsiyet, olayın gerçekleştiği yaş, mevsim, eylem türü, olay türü, lezyon türü, uygulanan tıbbi girişimler, muayenemizde saptanan lezyon sayısı, lokalizasyonu, seviye ve rengi, yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmaması arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact testleri uygulanmıştır. Yüzde sabit iz sonuçları ile eylem türü, olay türü, lezyon türü,

uygulanan tıbbi girişimler, muayenemizde saptanan lezyon sayısı, lokalizasyonu, seviye ve rengi, yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$).

Eylem türü ve yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı verilen olguların %52,3'ünün kasten, %47,7'sinin taksirle yaralandığı tespit edilmiştir. Eylem türü ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Eylem türü ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ**			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Eylem türü	Kasten	n	34	117	8,660	0,003*
		%	22,5	77,5		
		%YSİ	52,3	72,7		
	Taksirli	n	31	44		
		%	41,3	58,7		
		%YSİ	47,7	27,3		

*p<0,05
**Yüzde sabit iz

Olay türü ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; kesici-delici alet yaralanmalarının %62,5'inin yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı, darp, araç dışı trafik kazası, motosiklet kazası ve iş kazası olaylarında yaralanmanın çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı, ateşli silah yaralanmaları ve araç içi trafik kazası olgularında yüzde sabit iz pozitiflik ve negatiflik oranlarının yakın olduğu tespit edilmiştir. Olay türleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Olay türleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ**			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Olay türü	Darp	n	19	102	32,203	0,000*
		%	15,7	84,3		
		%YSİ	29,2	63,4		
	Kesici-delici alet yaralanması	n	10	6		
		%	62,5	37,5		
		%YSİ	15,4	3,7		
	Kesici alet yaralanması	n	0	2		
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	1,2		
	Ateşli silah yaralanması	n	4	3		
		%	57,1	42,9		
		%YSİ	6,2	1,9		
	Araç içi trafik kazası	n	17	14		
		%	54,8	45,2		
		%YSİ	26,2	8,7		
	Araç dışı trafik kazası	n	3	9		
		%	25,0	75,0		
		%YSİ	4,6	5,6		
	Motosiklet kazası	n	7	15		
		%	31,8	68,2		
		%YSİ	10,8	9,3		
	İş kazası	n	2	5		
		%	28,6	71,4		
		%YSİ	3,1	3,1		
	Diğer***	n	3	5		
		%	37,5	62,5		
		%YSİ	4,6	3,1		

*p<0,05, **Yüzde sabit iz
***Kimyasal madde maruziyeti, arabadan düşme, göze taş atılması, yabancı cisim batması, üzerine sert cisim düşmesi, cam kapıya çarpma, yanık, yüksekten düşme

Muayenemizde saptanan lezyon türleri ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; trakeostomilerin tamamında (%100) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı, abrazyon olarak tanımlanan lezyonların tamamının (%100), laserasyon olarak tanımlanan lezyonların %81,4'ünün yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. Lezyon türleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Lezyon türleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

		YSİ**			
Lezyon Türü		Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Laserasyon	n	18	79	41,433	0,000*
	%	18,6	81,4		
	%YSİ	26,1	48,5		
Kesi	n	33	41		
	%	44,6	55,4		
	%YSİ	47,8	25,2		
Abrazyon	n	0	22		
	%	0,0	100,0		
	%YSİ	0,0	13,5		
İnsizyon	n	7	5		
	%	58,3	41,7		
	%YSİ	10,1	3,0		
Yanık	n	2	4		
	%	33,3	66,7		
	%YSİ	2,9	2,5		
Trakeostomi	n	4	0		
	%	100,0	0,0		
	%YSİ	5,8	0,0		
Diş Kaybı	n	1	1		
	%	50,0	50,0		
	%YSİ	1,5	0,6		

Diş Kırığı	n	0	2
	%	0,0	100,0
	%YSİ	0,0	1,2
Nazal kemik kırığı	n	0	2
	%	0,0	100,0
	%YSİ	0,0	1,2
Diğer***	n	4	7
	%	36,4	63,6
	%YSİ	5,8	4,3

*p<0,05
**Yüzde sabit iz
***Yüz kemiği kırıkları, frontal kemik ve sinüs kırıkları, doku kaybı, glob perforasyonu, korneada epitel defekti, hematom, saç kaybı, travmatik midriyazis

Uygulanan tıbbi girişimler ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; PRC tarafından sütüre edilen olguların %85,7'sinde, korneaskleral perforasyon, lens dislokasyonu, retina dekolmanı nedeniyle Göz operasyonu yapılan olguların %66,7'sinde, kafa içi kanama, kafa kemikleri kırığı gibi nedenlerle NRŞ ve temporal arter kesisi onarımı amacıyla KVC tarafından opere edilen olguların tamamında (%100) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı, pansuman uygulanan olguların %81,3'ünde, primer sütürasyon uygulanan olguların %71,4'ünde, herhangi bir tıbbi girişim uygulanmayan olguların %93,6'sında yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. Uygulanan tıbbi girişimler ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Uygulanan tıbbi girişimler ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ**			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Uygulanan tıbbi girişimler	Göz operasyonu	n	2	1	42,171	0,000*
		%	66,7	33,3		
		%YSİ	3,6	0,7		
	PRC operasyonu	n	6	5		
		%	54,5	45,5		
		%YSİ	10,9	3,7		
	NRŞ operasyonu	n	4	0		
		%	100,0	0,0		
		%YSİ	7,3	0,0		
	KVC operasyonu	n	1	0		
		%	100,0	0,0		
		%YSİ	1,8	0,0		
	Primer sütürasyon	n	28	70		
		%	28,6	71,4		
		%YSİ	50,9	51,9		
	PRC sütürasyon	n	6	1		
		%	85,7	14,3		
		%YSİ	10,9	0,7		
	Pansuman	n	3	13		
		%	18,8	81,3		
		%YSİ	5,5	9,7		
	Diğer***	n	2	1		
		%	66,6	33,4		
		%YSİ	3,6	0,7		
	Tıbbi girişim uygulanmayan	n	3	44		
		%	6,4	93,6		
		%YSİ	5,5	32,6		

*p<0,05, **Yüzde sabit iz, ***Yapıştırma, göz lavajı

Muayenemizde saptanan lezyon sayıları ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlanan olguların %55,4'ünde birden fazla lezyon, %44,6'sında tek lezyon saptandığı, yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlanan olguların %61,5'inde tek lezyon, %34,2'sinde birden fazla lezyon saptandığı tespit edilmiştir. Lezyon sayıları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Lezyon sayıları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ**			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Lezyon sayısı	Tek lezyon	n	29	99	9,869	0,006*
		%	22,7	77,3		
		%YSİ	44,6	61,5		
	Birden çok	n	36	55		
		%	39,6	60,4		
		%YSİ	55,4	34,2		
	İyileşmiş	n	0	7		
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	4,3		

*p<0,05, **Yüzde sabit iz

Lezyonların lokalizasyonları ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; boyun bölgesinde lezyon saptanan olguların tamamında (%100) yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. Yüzün diğer lokalizasyonlarında ise çoğunlukla yaralanmanın yüzde

sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı saptanmıştır. Lezyon lokalizasyonları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Lezyon lokalizasyonları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ**			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Lokalizasyon	Alın	n	14	23	40,861	0,000*
		%	37,8	62,2		
		%YSİ	21,5	14,9		
	Temporal bölge (Şakak)	n	0	2		
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	1,3		
	Zigomatik bölge	n	0	6		
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	3,9		
	Kaş	n	0	24		
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	15,6		
	Göz ve çevresi	n	6	14		
		%	30,0	70,0		
		%YSİ	9,2	9,1		
	Yanak	n	4	6		
		%	40,0	60,0		
		%YSİ	6,2	3,9		
	Burun	n	3	14		
		%	17,6	82,4		
		%YSİ	4,6	9,1		
	Üst dudak	n	0	9		
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	5,9		

Alt dudak	n	0	3
	%	0,0	100,0
	%YSİ	0,0	1,9
Çene	n	4	7
	%	36,4	63,6
	%YSİ	6,2	4,6
Boyun	n	5	0
	%	100,0	0,0
	%YSİ	7,7	0,0
Kulak	n	2	3
	%	40,0	60,0
	%YSİ	3,1	1,9
Ağız içi (diş kaybı, diş kırığı)	n	1	1
	%	50,0	50,0
	%YSİ	1,5	0,6
Birden fazla bölge	n	26	42
	%	38,2	61,8
	%YSİ	40,0	27,3

*p<0,05, **Yüzde sabit iz

Lezyon seviyesi ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; lezyonların ciltten çökük seviyede olduğu olguların %73,3'ünde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararına varıldığı görülmüştür. Lezyonların cilt seviyesinde, hafif çökük, hafif kabarık ve karma seviye olduğu olgularda ise yaralanmanın çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararının verildiği saptanmıştır. Lezyon rengi ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; lezyonların cilt renginde, ciltten hafif açık ve hafif koyu olduğu olgularda, yaralanmanın çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı belirlenmiştir. Bunların dışında renklerde (açık, koyu, karma) lezyon içeren olgularda ise pozitiflik ve negatiflik oranlarının yakın olduğu görülmüştür. Yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile

sonuçlanan olguların ise %41,7'sinde lezyonların karma renkte olduğu tespit edilmiştir. Lezyon seviye ve renkleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Seviye ve renk ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ**			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Seviye	Cilt seviyesinde	n	3	61	56,769	0,000*
		%	4,7	95,3		
		%YSİ	4,9	41,8		
	Çöküк	n	22	8		
		%	73,3	26,7		
		%YSİ	36,1	5,5		
	Hafif çöküк	n	8	34		
		%	19,0	81,0		
		%YSİ	13,1	23,3		
	Kabarık	n	7	6		
		%	53,8	46,2		
		%YSİ	11,5	4,1		
	Hafif kabarık	n	1	5		
		%	16,7	83,3		
		%YSİ	1,6	3,4		
	Karma***	n	20	32		
		%	38,5	61,5		
		%YSİ	32,8	21,9		
Renk	Cilt renginde	n	4	40	37,428	0,000*
		%	9,1	90,9		
		%YSİ	6,6	27,6		
	Açık	n	15	18		
		%	45,5	54,5		
		%YSİ	25,0	12,4		

Hafif açık	n	3	23
	%	11,5	88,5
	%YSİ	5,0	15,9
Koyu	n	10	10
	%	50,0	50,0
	%YSİ	16,7	6,9
Hafif koyu	n	3	29
	%	9,4	90,6
	%YSİ	5,0	20,0
Karma****	n	25	25
	%	50,0	50,0
	%YSİ	41,7	17,2

*p<0,05, **Yüzde sabit iz, ***Cilde göre farklı seviyede lezyonları bir arada içeren olgular, ****Cilde göre farklı renkteki lezyonları bir arada içeren olgular

Basit tıbbi müdahale ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanması olan olguların, %91,5'inde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı, yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olan olguların ise %89,2'sinde yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı kararı verildiği tespit edilmiştir. Basit tıbbi müdahale ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişki Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14. Basit tıbbi müdahale ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ***			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
BTM**	Giderilebilir	n	7	75	25,692	0,000*
		%	8,5	91,5		
		%YSİ	10,8	46,6		
	Giderilemez	n	58	86		
		%	40,3	59,7		
		%YSİ	89,2	53,4		

*p<0,05, **Basit tıbbi müdahale, ***Yüzde sabit iz

Yaş aralıkları, cinsiyet ve olayın gerçekleştiği mevsim ile yüzde sabit iz sonuçları arasında istatistiksel ilişki elde edilememiştir (p>0,05). Yaş aralıkları, cinsiyet ve olayın gerçekleştiği mevsim ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 15'te gösterilmiştir.

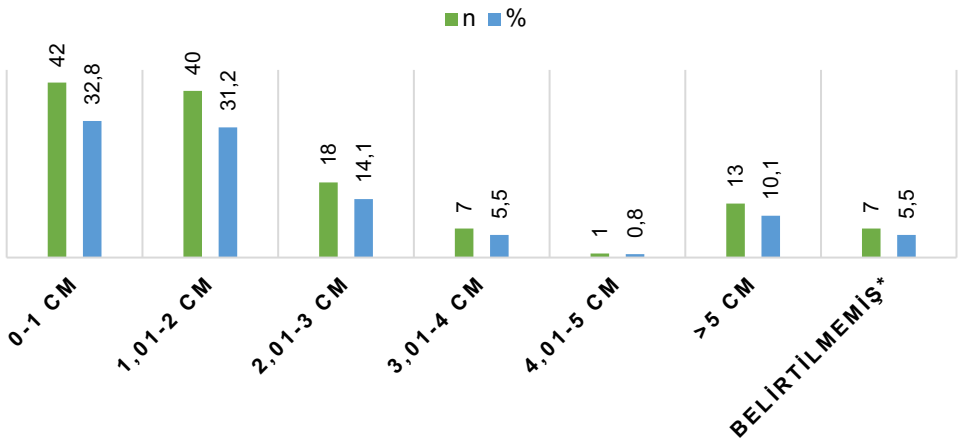
Tablo 15. Yaş aralıkları, cinsiyet ve olayın gerçekleştiği mevsim ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ*			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Yaş	1-10 yaş	n	4	3	10,647	0,127
		%	57,1	42,9		
		%YSİ	6,2	1,9		
	11-20 yaş	n	10	23		
		%	30,3	69,7		
		%YSİ	15,4	14,3		
	21-30 yaş	n	23	46		
		%	33,3	66,7		
		%YSİ	35,4	28,6		

	31-40 yaş	n	12	43		
		%	21,8	78,2		
		%YSİ	18,5	26,7		
	41-50 yaş	n	7	30		
		%	18,9	81,1		
		%YSİ	10,8	18,6		
	51-60 yaş	n	5	11		
		%	31,3	68,8		
		%YSİ	7,7	6,8		
	61-70 yaş	n	2	5		
		%	28,6	71,4		
		%YSİ	3,1	3,1		
	71-80 yaş	n	2	0		
		%	100	0,0		
		%YSİ	3,1	0,0		
Cinsiyet	Erkek	n	51	138	1,779	0,182
		%	27,0	73,0		
		%YSİ	78,5	85,7		
	Kadın	n	14	23		
		%	37,8	62,2		
		%YSİ	21,5	14,3		
Olayın gerçekleştiği mevsim	İlkbahar	n	14	30	2,400	0,494
		%	31,8	68,2		
		%YSİ	21,5	18,6		
	Yaz	n	15	44		
		%	25,4	74,6		
		%YSİ	23,1	27,3		
	Sonbahar	n	18	55		
		%	24,7	75,3		
		%YSİ	27,7	34,2		
	Kış	n	18	32		
		%	36,0	64,0		
		%YSİ	27,7	19,9		

*Yüzde sabit iz

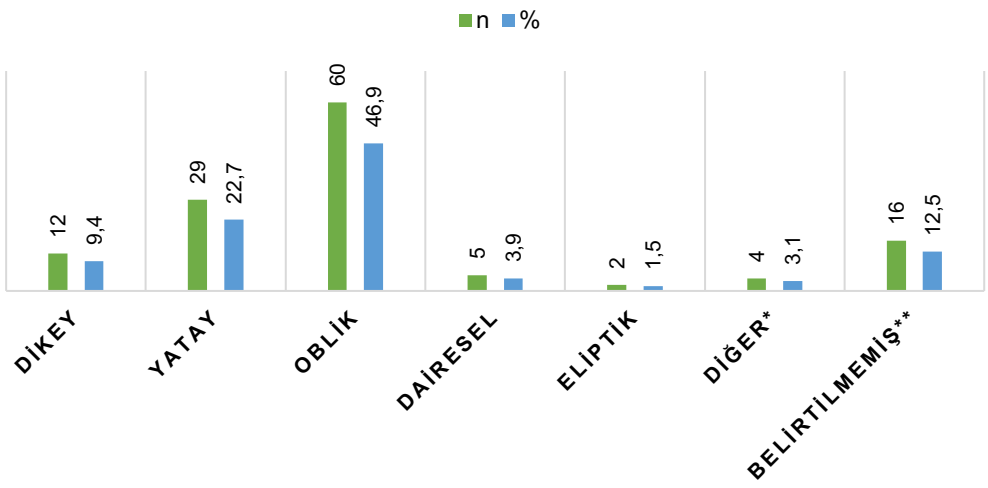
Yüz bölgesinde tek lezyon saptanan 128 olgu kendi arasında lezyon uzunluğu ve seyri açısından değerlendirilmiştir. Tek lezyonların uzunluklarına göre dağılımına bakıldığında; en fazla 42 olgu (%32,8) ile lezyon uzunluğunun 0-1 cm arasında olduğu, bunu 40 olgu (%31,2) ile 1,01-2 cm arasında lezyon uzunluğu olan olguların izlendiği saptanmıştır. Sadece 1 olguda (%0,8) 5 cm uzunluğunda lezyon görüldüğü tespit edilmiştir. Tek lezyonların uzunluklarına göre dağılımı Grafik 8'de gösterilmiştir.



*Göz içi, kemik kırığı, diş kırığı, diş kaybı gibi yaralanmalar sonucu meydana gelen lezyonlar

Grafik 8. Tek lezyonların uzunluklarına göre dağılımı.

Yüz bölgesinde tek lezyon saptanan olgular seyir açısından incelendiğinde; 60 olguda (%46,9) lezyonların oblik seyrettiği görülmüştür. Göz içi, kemik kırığı, diş kırığı, diş kaybı gibi yaralanmalar meydana gelen 16 olguda (%12,5) saptanan lezyonlarda seyir belirtilmediği görülmüştür. Tek lezyonların yüz bölgesindeki seyirlerine göre dağılımı Grafik 9'da gösterilmiştir.



*M, V, Y harfi gibi seyreden lezyonlar
**Göz içi, kemik kırığı, diş kırığı, diş kaybı gibi yaralanmalar sonucu meydana gelen lezyonlar

Grafik 9. Tek lezyonların yüz bölgesindeki seyirlerine göre dağılımı.

Yüzde sabit iz sonuçlarına göre uzunluk ortalamasının karşılaştırılması için Mann Whitney U testleri uygulanmıştır. Yaralanması yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlanan olgularda lezyon uzunluk ortalaması yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlanan olguların lezyon uzunluk ortalamasından yüksek bulunmuştur. Yüzde sabit iz sonuçları ile uzunluk ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Yüzde sabit iz sonuçları ile uzunluk ortalamaları arasındaki ilişki.

	YSİ**	n	Ort.	S.S.	M.	Sıra Ort.	Test İstatistiği	p
Uzunluk	Pozitif	26	5,36	4,05	3,50	98,22	264,0	0,000*
	Negatif	94	1,56	1,09	1,20	50,31		

*p<0,05, **Yüzde sabit iz

Tek lezyonların uzunluk ve seyirleri ile yüzde sabit iz sonuçları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson Ki Kare ve Fisher's Exact testleri uygulanmıştır. Lezyon uzunluğu ile yüzde sabit iz sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Uzunluk açısından bakıldığında; 0-1 cm, 1,01-2 cm ve 2,01-3 cm uzunluğundaki lezyonların çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı, uzunluğun 5 cm ve üzerinde olduğu olgularda ise yaralanmanın çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. Tek lezyonların uzunlukları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Tek lezyonların uzunlukları ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ**			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Uzunluk	0-1 cm	n	0	42	47,317	0,000*
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	44,7		
	1,01-2 cm	n	6	34		
		%	15,0	85,0		
		%YSİ	22,2	36,2		
	2,01-3 cm	n	6	12		
		%	33,3	66,7		
		%YSİ	22,2	12,7		
	3,01-4 cm	n	3	4		
		%	42,9	57,1		
		%YSİ	11,1	4,3		
	4,01-5 cm	n	1	0		
		%	100,0	0,0		
		%YSİ	3,7	0,0		
	>5 cm	n	11	2		
		%	84,6	15,4		
		%YSİ	40,8	2,1		

*p<0,05, **Yüzde sabit iz

Lezyon seyri ile yüzde sabit iz sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Seyir açısından incelendiğinde; M, V, Y harfi gibi seyreden lezyon saptanan olgular dışındaki olguların (dikey, yatay, oblik, dairesel, eliptik seyirli lezyon saptanan olgular) yaralanmasının çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı saptanmıştır. Yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlanan olguların ise %80,8'inde oblik seyirli lezyon saptandığı tespit edilmiştir. Tek lezyonların seyirleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Tek lezyonların seyirleri ile yüzde sabit iz arasındaki ilişki.

			YSİ**			
			Pozitif	Negatif	Test İstatistiği	p
Seyir	Dikey	n	0	12	14,016	0,010*
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	14,0		
	Yatay	n	3	26		
		%	10,3	89,7		
		%YSİ	11,5	30,2		
	Oblik	n	21	39		
		%	35,5	64,5		
		%YSİ	80,8	45,4		
	Dairesel	n	0	5		
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	5,8		
	Eliptik	n	0	2		
		%	0,0	100,0		
		%YSİ	0,0	2,3		
	Diğer***	n	2	2		
		%	50,0	50,0		
		%YSİ	7,7	2,3		

*p<0,05, **Yüzde sabit iz, ***M, V, Y harfi gibi seyreden tek lezyonlar

Lezyon lokalizasyonu ve uzunluğu arasındaki ilişkinin incelenmesinde Fisher's Exact testi yapılmıştır. Lezyon lokalizasyonları ve uzunlukları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Zigomatik bölgedeki ve burundaki lezyonların çoğunlukla 0-1 cm uzunlukta, kulaktaki lezyonların tamamının 1,01-2 cm uzunlukta, yanak bölgesindeki lezyonların çoğunlukla 5 cm'nin üzerinde uzunlukta olduğu tespit edilmiştir. Lezyon lokalizasyonları ile uzunluk arasındaki ilişki Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Lezyon lokalizasyonları ile uzunluk arasındaki ilişki.

			Uzunluk							
			0-1 cm	1,01-2 cm	2,01-3 cm	3,01-4 cm	4,01-5 cm	>5 cm	Test İstatistiği	p
Lokalizasyon	Alın	n	7	9	5	3	0	3	79,656	0,013*
		%	25,9	33,3	18,5	11,1	0,0	11,1		
		%U.	16,7	22,5	27,8	42,9	0,0	23,1		
	Temporal bölge (Şakak)	n	1	1	0	0	0	0		
		%	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
		%U.	2,4	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0		
	Zigomatik bölge	n	4	1	1	0	0	0		
		%	66,7	16,7	16,7	0,0	0,0	0,0		
		%U.	9,5	2,5	5,6	0,0	0,0	0,0		
	Kaş	n	6	8	5	2	0	1		
		%	27,3	36,4	22,7	9,1	0,0	4,5		
		%U.	14,3	20,0	27,8	28,6	0,0	7,7		
	Göz ve çevresi	n	5	5	2	2	0	0		
		%	35,7	35,7	14,3	14,3	0,0	0,0		
		%U.	11,9	12,5	11,1	28,6	0,0	0,0		

Yanak	n	1	2	0	0	0	5
	%	12,5	25,0	0,0	0,0	0,0	62,5
	%U.	2,4	5,0	0,0	0,0	0,0	38,4
Burun	n	10	3	0	0	1	0
	%	71,4	21,4	0,0	0,0	7,1	0,0
	%U.	23,8	7,5	0,0	0,0	100,0	0,0
Üst dudak	n	3	5	0	0	0	0
	%	37,5	62,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	%U.	7,1	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Alt dudak	n	2	1	0	0	0	0
	%	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	%U.	4,8	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Çene	n	3	2	2	0	0	1
	%	37,5	25,0	25,0	0,0	0,0	12,5
	%U.	7,1	5,0	11,1	0,0	0,0	7,7
Boyun	n	0	0	3	0	0	2
	%	0,0	0,0	60,0	0,0	0,0	40,0
	%U.	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	15,4
Kulak	n	0	3	0	0	0	0
	%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	%U.	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Birden fazla bölge	n	0	0	0	0	0	1
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	%U.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7

*p<0,05 ve U.: Uzunluk

Lezyon lokalizasyonu ve seyri arasındaki ilişkinin incelenmesinde Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Lezyon lokalizasyonları ve seyirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir (p>0,05). Lezyon lokalizasyonları ile seyir arasındaki ilişki Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Lezyon lokalizasyonları ile seyir arasındaki ilişki.

			Seyir							
			Dikey	Yatay	Oblik	Dairesel	Eliptik	Diğ. *	Test İstatistiği	p
Lokalizasyon	Alın	n	2	4	18	0	0	1	65,677	0,273
		%	8,0	16,0	72,0	0,0	0,0	4,0		
		%S.	16,7	13,8	30,0	0,0	0,0	25,0		
	Temporal bölge (Şakak)	n	0	0	2	0	0	0		
		%	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0		
		%S.	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0		
	Zigomatik bölge	n	0	2	2	0	1	0		
		%	0,0	40,0	40,0	0,0	20,0	0,0		
		%S.	0,0	6,9	3,3	0,0	50,0	0,0		
	Kaş	n	0	7	11	2	0	1		
		%	0,0	33,3	52,4	9,5	0,0	4,8		
		%S.	0,0	24,1	18,3	40,0	0,0	25,0		
	Göz ve çevresi	n	1	6	5	0	0	0		
		%	8,3	50,0	41,7	0,0	0,0	0,0		
		%S.	8,3	20,7	8,3	0,0	0,0	0,0		
	Yanak	n	1	0	5	1	0	0		
		%	14,3	0,0	71,4	14,3	0,0	0,0		
		%S.	8,3	0,0	8,3	20,0	0,0	0,0		
	Burun	n	3	5	4	1	1	0		
		%	21,5	35,7	28,6	7,1	7,1	0,0		
		%S.	25,0	17,2	6,6	20,0	50,0	0,0		
	Üst dudak	n	3	1	3	0	0	0		
		%	42,9	14,2	42,9	0,0	0,0	0,0		
		%S.	25,0	3,4	5,0	0,0	0,0	0,0		
	Alt dudak	n	0	1	2	0	0	0		
		%	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0		
		%S.	0,0	3,4	3,3	0,0	0,0	0,0		

Çene	n	2	1	3	1	0	1
	%	25,0	12,5	37,5	12,5	0,0	12,5
	%S.	16,7	3,4	5,0	20,0	0,0	25,0
Boyun	n	0	1	3	0	0	1
	%	0,0	20,0	60,0	0,0	0,0	20,0
	%S.	0,0	3,4	5,0	0,0	0,0	25,0
Kulak	n	0	1	1	0	0	0
	%	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0
	%S.	0,0	3,4	1,7	0,0	0,0	0,0
Birden fazla bölge	n	0	0	1	0	0	0
	%	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
	%S.	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0

S.: Seyir
*M, V, Y harfi gibi seyreden tek lezyonlar

V. TARTIŞMA

TCK'nın 87. ve 89. maddelerinde "yüzde sabit iz" ve "yüzün sürekli değişikliği" kavramları suçun ağırlaştırıcı faktörleri arasında yer almaktadır (1). Bu nedenle, yüz bölgesinde yaralanma meydana gelen olguların, bu yaralanmalarının "yüzde sabit iz" veya "yüzün sürekli değişikliği" niteliğinde olup olmadığı hakkında değerlendirme yapılarak adli rapor düzenlenmektedir.

Çalışmamızda; 01.01.2012-31.12.2021 tarihleri arasında Adli Tıp Anabilim Dalımıza gönderilen ve rapor düzenlenen 4132 adli olgunun 226'sına (%5,5) yüzde sabit iz yönünden sonuç verildiği saptanmıştır. Olay tarihinden altı ay sonra yüzde sabit iz açısından değerlendirilmek amacıyla muayeneye çağrılan ancak gelmeyen olgular çalışmamıza dahil edilmemiştir. Uluçay ve ark.nın Anabilim Dalımıza 01.01.2003-31.06.2006 tarihleri arasında müracaat etmiş 723 olguya ait adli raporları inceledikleri bir çalışmada; olguların %11,9'una yüzde sabit iz ya da yüzün sürekli değişikliği açısından sonuç verildiği (57), Bütün ve ark.nın çalışmasında; 01.01.2005-30.06.2009 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp ve Kulak Burun Boğaz Anabilim Dallarınca ortaklaşa düzenlenen 9750 adli raporun %22,8'ini yüzde sabit iz ve yaşamsal tehlike, basit tıbbi müdahale, kemik kırığı açısından inceledikleri (58), Özdemir'in 2019 yılında Diyarbakır'da yaptığı çalışmada; 01.01.2014-31.12.2018 tarihleri arasında değerlendirilen 4215 olgunun %9,7'sine yüzde sabit iz açısından sonuç verildiği (59), Kılınç'ın 2022 yılında Antalya'da yaptığı çalışmada; 01.01.2011-31.12.2020 tarihleri arasında rapor düzenlenen 30899 olgunun %13,1'ine yüzünde sabit iz ve/veya duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi hususunda rapor düzenlendiğinin belirtildiği görülmüştür (60). Yapılan çalışmalarda yüzde sabit

iz açısından değerlendirilen olgu sayıları farklılık gösterse de klinik adli tıp uygulamalarının bir kısmını “yüzde sabit iz” yönünden değerlendirilen olguların oluşturduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki olguların %39,8’i hakkında Cumhuriyet savcılıkları, %35,4’ü hakkında mahkemeler ve %24,8’i hakkında kolluk kuvvetleri tarafından rapor düzenlenmesinin istenildiği görülmüştür (Grafik 2). Meral ve ark.nın çalışmasında; rapor istemlerinin çoğunlukla (%84,4) il ve ilçe emniyet müdürlükleri ile onlara bağlı polis merkezi amirlikleri tarafından yapıldığı (42), Özdemir’in çalışmasında; olguların en fazla (%59,9) kolluk kuvvetleri tarafından gönderildikleri (59), Kılınç’ın çalışmasında; yüzünde sabit iz ve/veya duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi hususunda rapor düzenlenen olguların %47,6’sının kolluk kuvvetleri tarafından gönderildiği (60) bildirilmiştir. Çalışmamız ile benzer çalışmalardaki rapor düzenlenmesini isteyen kurumlar arasındaki farklılığın; çalışmamıza olay tarihinden altı ay sonra muayeneye çağrılan ancak başvurmayan olguların dahil edilmemiş olmasının yanı sıra olguların %77,9’unun olay tarihinden altı ay sonra muayene edilmiş olması ve yaralanmadan hemen sonra kolluk kuvvetlerince yürütülen adli sürecin zaman içerisinde savcılık ve mahkemelerce yürütülmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki olguların %83,6’sını erkeklerin %16,4’ünü kadınların oluşturduğu bulunmuştur (Grafik 3). Cinsiyet ile yüzde sabit iz sonuçları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 15). Kumral ve ark.nın çalışmasında; 1739 olgunun %89,5’inin erkek ve %11,5’inin kadın olduğu, yüzde sabit iz ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmadığının belirtildiği (32), Erdem’in 2021 yılında İzmir ilinde yaptığı çalışmada; olguların %86’sının erkek ve %14’ünün kadın olduğu, erkek olgulardaki lezyonların kadın olgulardakilere göre daha fazla yüzde sabit iz pozitif olmalarının anlamlı bulunduğunun belirtildiği (38), Meral ve ark.nın çalışmasında; olguların

%80,9'unun erkek, %19,1'inin kadın olduğu, cinsiyet açısından yüzde sabit iz pozitifliği ile anlamlı ilişki bulunamadığı (42), Özdemir'in çalışmasında; yüzde sabit iz açısından sonuç verilen olguların %76,8'inin erkek, %23,2'sinin kadın olduğu (59), Kılınç'ın çalışmasında; olguların %76,4'ünün erkek, %23,6'sının kadın olduğu, yüzde sabit izin oluşumunun erkek cinsiyette daha sık görülmesinin anlamlı bulunduğu (60), Doğan ve ark.nın Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Adli Tıp Birimi'nde 2017-2019 yılları arasında yüzde sabit iz niteliğinde olduğu belirtilen 62 olguya düzenlenmiş adli raporları değerlendirdikleri çalışmada; olguların %83,9'unun erkek, %16,1'inin kadın olduğu görülmüştür (61). Çalışmamız; erkek olgu sayısının fazla olması açısından, yapılan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Erkek olgu sayısının kadınlardan fazla olmasının nedeni olarak; erkeklerin kadınlara oranla çalışma ve sosyal hayatta daha çok rol alması ve bunun sonucu olarak travmalara daha fazla maruz kalma riskinin yüksekliğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda cinsiyete göre yüzde sabit iz sonuçları arasında ilişki bulunamamış olup bu açıdan Kumral ve ark.nın çalışması ve Meral ve ark.nın çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki olguların olay tarihindeki yaşlarına bakıldığında; en küçük olgunun 2, en büyük olgunun 78 yaşında olmak üzere ortalama yaşın 33,1±13,96 olduğu ve en fazla olgunun 69 olgu (%30,5) ile 21-30 yaş aralığında yer aldığı tespit edilmiştir (Grafik 4). Yaş ile yüzde sabit iz sonuçları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 15). Meral ve ark.nın çalışmasında; olguların en sık %24,9 oran ile 31-40 yaş grubunda yer aldığı, yaş açısından yüzde sabit iz pozitifliği ile anlamlı ilişki bulunamadığı (42), Özdemir'in çalışmasında; olguların en fazla %27,6 oran ile 21-30 yaş grubunda yer aldığı (59), Kılınç'ın çalışmasında; olguların en çok %26 oran ile 21-30 yaş aralığında yoğunlaştığı, 0-10 yaş grubunda yüzde sabit iz negatifliğinin, 31-40 yaş grubunda ise yüzde sabit iz pozitifliğinin diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğunun belirtildiği görülmüştür (60). Çalışmamız;

olguların 21-30 yaş aralığında yoğunlaşması açısından, Özdemir ve Kılınç'ın çalışması ile benzer bulunmuştur. Genç yaş grubunun aktif yaşamda daha fazla yer alması nedeniyle adli olayların bu yaş grubunda daha fazla görülmesi literatür ile uyum göstermektedir. Çalışmamızda yaş aralıklarına göre yüzde sabit iz sonuçları arasında ilişki bulunamamış olup bu açıdan Meral ve ark.nın çalışması ile uyumlu bulunmuş, Kılınç'ın çalışması ile uyumlu bulunmamıştır.

Çalışmamızdaki olgular maruz kaldıkları eylem türü açısından incelendiğinde; %66,8'inin kasten ve %33,2'sinin taksirli eylem sonucu yaralandığı görülmüştür (Tablo 1). Eylem türü ile yüzde sabit iz sonuçları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiş ve yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olan olguların %52,3'ünün kasten yaralandığı görülmüştür (Tablo 7). Meral ve ark.nın çalışmasında; olguların %80,3'ünün kasten, %19,7'sinin taksirli eylem sonucu yaralandığı, yüzde sabit iz kararı verilen olguların %64,7'sinin kasten yaralandığı belirtilmiştir (42). Çalışmamızda kasten yaralanmaların daha fazla olması ve eylem türü ile yüzde sabit iz ilişkisi açısından bu çalışma ile uyumlu bulunmuştur.

Travmatik yüz yaralanmalarının etiyolojisi ve epidemiyolojisi ülkemizde ve dünyada farklılıklar gösterse de en sık risk faktörünün saldırganlık ve şiddet içeren davranışlara maruz kalma olduğu bildirilmektedir (42,62). Olay türü açısından bakıldığında, yapılan çalışmalarda; yüz bölgesinde yaralanma meydana gelen ve yüzde sabit iz değerlendirmesi yapılan olguların en sık darp sonucu meydana geldiği, ikinci sıklıkta ise trafik kazalarının yer aldığı belirtilmiştir (38,42,59-61). Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak en sık rastlanan olay türünün %53,5 oran ile darp, ikinci sıklıkta ise %13,7 oran ile araç içi trafik kazalarının olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Çalışmamızda; olay türleri ile yüzde sabit iz sonuçları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve kesici-delici alet yaralanması olgularının %62,5'inde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı tespit

edilmiştir (Tablo 8). Kumral ve ark.nın çalışmasında kesici-delici alet yaralanmalarının %78,9'unda yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu belirtilmiştir (32). Çalışmamız kesici-delici alet yaralanmaları olgularında yüzde sabit iz pozitiflik oranının yüksek olması açısından bu çalışma ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda yer alan olgulara ait tıbbi belge ve raporlarda tanımlanan lezyon türlerine bakıldığında; en çok laserasyon (%41,4) ve kesi (%31,6) tanımlandığı görülmüştür (Tablo 2). Erdem'in çalışmasında (38) ve Özdemir'in çalışmasında (59) olguların ilk muayenelerinde tanımlanan lezyonların en sık kesi ve laserasyon olduğu belirtilmiştir. Çalışmamız; en sık tanımlanan lezyon türleri açısından bu iki çalışma ile uyumlu bulunmuştur. Bunun, laserasyon ve kesilerin yüzde sabit iz bırakma ihtimalinin daha fazla olduğu düşünülerek bu olguların muayeneye daha fazla çağırılmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda; lezyon türlerinin %6,8'ini, yaralanma sonucu yüz bölgesinde yüzde sabit iz yönünden değerlendirme yapılmasını gerektirecek lezyon oluşmamasına rağmen, tedavi amacıyla gerçekleştirilen cerrahi girişimler nedeniyle yapılan insizyon ve trakeostominin oluşturduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Özdemir'in çalışmasında; olguların %0,98'inde olay anında yüz sınırları içerisinde yaralanma olmasa bile trakeostomi, ameliyat gibi tıbbi işlemlere bağlı yüzde sabit kararı verildiği (59), Kılınç'ın çalışmasında ise olguların %0,2'sinde tedavi ve ameliyat sırasında meydana gelen lezyonların yüzde sabit iz niteliğinde olduğu belirtilmiştir (60). Travma nedeniyle yapılan insizyon ve trakeostomi gibi cerrahi işlemlerde, yüzde sabit iz açısından değerlendirme yapılması gerektiği unutulmamalıdır (4).

Özdemir ve ark. 2012 yılında; adli tıp uygulamalarında, yüzde sabit iz değerlendirmesinde ön kesici dişlerdeki kırıklar veya eksikliklerin genelde değerlendirme dışı kaldığı, insanların, günlük yaşantılarında yüzünü,

mimiklerini ve dudaklarını kullanmalarının özellikle kesici dişleri görünür hale getirdiği, ön kesici dişlerdeki kırıkların yüzde sabit iz değerlendirme kriterleri arasına alınmasının uygun olacağı görüşünü sunmuşlardır (63). Haziran 2019'da güncellenen TCK'da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi'nde yapılan güncelleme ile "alt ve üst çenede yer alan ön kesici, kanin ve premolar dişlerdeki kayıplar, implant ve protezle tedavisinin yapılamadığı durumlarda yüzde sabit iz olarak değerlendirmeye alınır. Değerlendirmede kişide önceden var olan diş kırık ve kayıpları, ağız açıklığı, diş ve dudak yapısı gibi kriterler de dikkate alınmalıdır. İmplant ve diş protezleri ise kullanılan materyalin niteliği ve işçiliğe göre kişinin kendi dişi ile ayrılamayacak ölçüde benzerlik gösterebileceklerinden yüzde sabit iz olarak değerlendirilmezler" şeklinde diş kayıplarının da yüzde sabit iz açısından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (4). Yapılan çalışmalarda, travma sonrası maksiller dişlerde daha fazla olmak üzere en sık kesici dişlerin yaralandığı bildirilmiştir (64,65). Çalışmamızda iki olguda diş kırığı, iki olguda da diş kaybı saptanmış olup üst ön kesici ve üst sağ yan kesici diş kaybı olan bir olguda yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararına varılmıştır (Tablo 9). Benzer çalışmalarda da diş kırıkları ve kayıplarının değerlendirilerek yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu sonucuna varıldığı belirtilmiştir (59,60).

Çalışmamızda; lezyon türleri ile yüzde sabit iz sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve trakeostomilerin tamamının yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı, abrazyon olarak tanımlanan lezyonların tamamında, laserasyon olarak tanımlanan lezyonların %81,4'ünde, kesi olarak tanımlanan lezyonların %55,4'ünde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı saptanmıştır (Tablo 9). Erdem'in çalışmasında lezyon türü ile yüzde sabit iz pozitifliği arasında anlamlı ilişki bulunamamışken (38), Özdemir'in çalışmasında kesi-laserasyon türündeki lezyonların daha yüksek oranda yüzde sabit iz pozitifliğine sahip olduğu belirtilmiştir (59). Çalışmamız;

lezyon türü ve yüzde sabit iz ilişkisi açısından bu iki çalışma ile de uyumlu bulunmamıştır.

Çalışmamızdaki olguların, uygulanan tıbbi girişimlere göre dağılımına bakıldığında; %43,4'üne primer sütürasyon uygulandığı, %20,8'ine tıbbi girişim uygulanmadığı belirlenmiştir (Tablo 3). Uygulanan tıbbi girişimler ile yüzde sabit iz sonucu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiş ve PRC tarafından sütüre edilen olguların %85,7'sinde, Göz operasyonu uygulanan olguların %66,7'sinde, NRŞ ve KVC tarafından opere edilen olguların ise tamamında yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı, pansuman uygulanan olguların %81,3'ünde, primer sütürasyon uygulanan olguların %71,4'ünde, herhangi bir tıbbi girişim uygulanmayan olguların ise %93,6'sında yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı tespit edilmiştir (Tablo 10). PRC tarafından sütüre edilen olguların %85,7'sinde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlanmasının nedeninin, hafif nitelikteki yaralanmalarda acil servislerde sütürasyon uygulanırken daha ağır nitelikte yaralanmalarda PRC tarafından sütürasyona gerek duyulması olabileceği düşünülmüştür. Literatürde, yüz bölgesinde meydana gelen yaralanmalara uygulanan tıbbi girişimler ile yüzde sabit iz ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Muayenemizde, yüz bölgesinde saptanan lezyon sayılarına bakıldığında olguların %56,6'sında tek lezyon görülmüştür (Grafik 6). Erdem'in çalışmasında da olguların %53,5'inde yüz bölgesinde tek lezyon saptandığı belirtilmiştir (38). Çalışmamız ile bu çalışmadaki oranlar lezyon sayısı açısından benzerlik göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda, bu çalışmadan farklı olarak; yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlanan olguların %55,4'ünde birden fazla lezyon, yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlanan olguların %61,5'inde tek lezyon saptandığı tespit edilmiştir (Tablo 11).

Muayenemizde saptanan lezyonların lokalizasyonlarına göre dağılımlarına bakıldığında; %30,1'inde birden fazla bölgede lezyon bulunduğu, en fazla %16,4 oran ile alın bölgesinde lezyon yer aldığı saptanmıştır (Tablo 4). Kumral ve ark.nın çalışmasında; lezyonların en fazla yüzde orta hatta yer aldığı (32), Erdem'in çalışmasında; lezyonların en sık %42,9 oranla alın ve kaşlar bölgesinde yer aldığı (38), Özdemir'in çalışmasında; lezyonların en fazla alın bölgesinde yer aldığı (%23) ve bunu %10,3 ile çoklu bölgenin takip ettiği belirtildiği görülmüştür (59). Çalışmalar arasında lezyon lokalizasyonu açısından farklılıklar bulunsa da alın bölgesinin yüz bölgesinde sık yaralanan bölgelerden olduğu görülmektedir. Erdem; alın ve burun bölgesindeki lezyonların fazlalığının yüzün anatomik özellikleri ve yüz bölgesindeki cilt altı destek dokularının dağılımının farklılığından kaynaklandığını belirtmiştir (38). Bu görüş çalışmamızı destekler niteliktedir.

Kumral ve ark.nın çalışmasında; göz çevresindeki lezyonların %86,2 oranında yüzde sabit iz niteliğinde olduğu ve bu oranın anlamlı bulunduğu (32), Erdem'in çalışmasında; lezyon lokalizasyonu ile yüzde sabit iz pozitifliği arasında anlamlı ilişki bulunamadığı ifade edilmiştir (38). Bu çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda; boyun bölgesinde lezyon saptanan olguların tamamında yaralanmanın yüzde sabit iz kararı ile sonuçlandığı tespit edilmiştir (Tablo 12).

Çalışmamızda; lezyonların seviye ve renkleri ile yüzde sabit iz sonuçları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiş ve lezyonların ciltten çökük seviyede olduğu olguların %73,3'ünde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı, lezyonların cilt renginde, ciltten hafif açık ve hafif koyu olduğu olgularda, yaralanmanın çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı, bunların dışında renkte (açık, koyu, karma) lezyon içeren olgularda ise pozitiflik ve negatiflik oranlarının yakın olduğu görülmüştür (Tablo 13). Kumral ve ark.nın çalışmasında; cilt seviyesinden çökük lezyonların %67,7 oranında,

ciltten açık renkli lezyonların %81,1 oranında yüzde sabit iz niteliğinde olduğu (32), Erdem'in çalışmasında yüzde sabit iz ile lezyon seviye ve renkleri arasında anlamlı ilişki bulunamadığı (38), Kılınç'ın çalışmasında; cilt seviyesinden çökük lezyonların %98 oranında ve cilt seviyesinden kabarık lezyonların %100 oranında yüzde sabit iz niteliğinde olduğu, hipopigmente lezyonların %94,5 oranında ve hiperpigmente lezyonların %95,6 oranında yüzde sabit iz niteliğinde olduğu (60), Doğan ve ark.nın yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olan olguları değerlendirdikleri çalışmasında; olguların %48,4'ünün cilt seviyesinden çökük, %53,2'sinin ciltten koyu renkte olduğu bildirilmiştir (61). Çalışmamız, lezyon seviyesi ile yüzde sabit iz ilişkisi açısından Kumral ve ark. ve Kılınç'ın çalışmaları ile uyumlu bulunmuştur. Lezyon rengi ve yüzde sabit iz ilişkisi açısından yapılan çalışmalar ile uyumlu bulunmamıştır.

Bazı durumlarda yüzde sabit iz değerlendirmesi için altı aylık süre beklenmeden karar verilebilmektedir. Lezyonların tamamen iyileşmiş olması ya da dikkat çekici olmaması, abrazyon, ekimoz gibi ilerleyen süreçte yüzde iz bırakması beklenmeyen lezyonların varlığı gibi durumlarda altı aydan önce yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı verilebilmektedir. Bunun yanı sıra gözün enükleasyonu, kulak kepçesinin kısmi veya total amputasyonu gibi kayıp durumlarında, yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı da altı aydan önce verilebilmektedir. Çalışmamızda; altı aydan önce başvuran 136 olgunun 50'sinde ikinci muayeneye gerek duyulmadan karar verildiği, bu olguların 3'ünde (%6); glob perforasyonuna bağlı fitizis bulbi, kulakta doku kaybı ve trakeostomi yapılmış olması sebebiyle yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararına varılmıştır (Tablo 6). Kılınç'ın çalışmasında; ilk altı ay içerisinde başvuran olguların %3,4'ünde doku kaybı, şekil bozukluğu gibi geri dönüşü mümkün olmayan bulguların olması nedeniyle yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu şeklinde rapor düzenlendiğini

belirtilmiştir (60). Çalışmamız; altı aydan önce yüzde sabit iz pozitifliği kararı verilen olguların oranı açısından bu çalışma ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda; yüz bölgesinde tek lezyon saptanan 128 olgu kendi içerisinde lezyon seyri ve uzunluğu açısından değerlendirilmiştir. Yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olan olguların lezyon uzunluk ortalaması yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olmayan olgulara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 16). Lezyon uzunluğu ile yüzde sabit iz sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve 0-1 cm, 1,01-2 cm ve 2,01-3 cm uzunluğundaki lezyonların çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı, uzunluğun 5 cm ve üzerinde olduğu olgularda ise yaralanmanın çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlandığı tespit edilmiştir (Grafik 8 ve Tablo 17). Kumral ve ark.nın çalışmasında; yüzde sabit iz tanısı alan yara uzunluklarının yüzde sabit iz tanısı almayan olgulardan yüksek olduğu (32), Kılınç'ın çalışmasında; 5-9,99 cm uzunluktaki lezyonların yüzde sabit iz pozitiflik oranlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir (60). Çalışmamız bu iki çalışma ile uyumlu bulunmuştur. Lezyon uzunluğunun artması, görünürlük ve dikkat çekiciliği de arttıracağından, yüzde sabit iz pozitiflik oranında artış olması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmıştır.

Çalışmamızdaki olguların lezyon seyirleri ile yüzde sabit iz sonuçları arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır. M, V, Y harfi gibi lezyon saptanan olgular dışındaki olguların (dikey, yatay, oblik, dairesel, eliptik seyirli lezyon saptanan olgular) yaralanmasının çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı kararı ile sonuçlandığı saptanmıştır. Yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı ile sonuçlanan olguların ise %80,8'inde oblik seyirli lezyon saptandığı tespit edilmiştir. (Tablo 18). Literatürde; lezyon seyri ve yüzde sabit iz ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızdaki olguların lezyon lokalizasyonları ve uzunlukları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, zigomatik bölge ve burundaki lezyonların çoğunlukla 0-1 cm olduğu, yanak bölgesindeki lezyonların ise çoğunlukla 5 cm'nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 19). Yine bu konuda da literatür incelemesinde bulgularımızın karşılaştırılabileceği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda; yüzde sabit iz pozitiflik oranı %28,8 olarak bulunmuştur (Grafik 7). Yapılan çalışmalara bakıldığında; yüzde sabit iz pozitiflik oranlarının %1,6 ile %61,5 arasında değiştiği görülmüştür (32,38,42,57-60,66,67). Yüzde sabit iz değerlendirmesinde, olguları değerlendiren hekimin bilgi, beceri ve deneyiminden kaynaklanan farklılıklar, ortam özelliklerindeki ve olguların ten rengi, cilt kırışıklıkları gibi fiziksel özelliklerindeki farklılıkların çalışmalarda belirtilen farklı oranların saptanmasında etkili olabileceği düşünülmüştür.

Adli Tıp uygulamalarında, yüz bölgesindeki bir izin kalıcı nitelikte olup olmadığına ilişkin değerlendirme, yaralanmadan itibaren en az altı ay sonra yapılmaktadır. Dokuların eski direnç ve yapılarına dönme süreci olarak tanımlanan iyileşme süreci bazen altı aydan daha uzun sürebilmektedir. Bu nedenle yara iyileşmesi tamamlanıncaya kadar yüzde sabit iz değerlendirmesi yapılmaması gerektiği belirtilmektedir (3,5,68).

Yüzde sabit iz değerlendirmesi için yara iyileşmesinin tamamlanması gereken olgularda, basit tıbbi müdahale değerlendirmesinde farklı görüşler mevcuttur. Bu görüşlerden biri ve uygulamalarda genellikle yapılan; yüz bölgesinde yer alan yaralanmaların basit tıbbi müdahale ile giderilebilir olarak belirtilerek kılavuz uyarınca yüzde sabit iz olup olmadığı açısından uygun bir süre beklenmesi yoluna gidilmesidir.

Diğer bir görüş ise; Yargıtay'ın "yüzde sabit ize neden olan yaralanmaların kişi üzerindeki etkisinin basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olamayacağı" yönündeki kararları (69,70) gerekçe gösterilerek ilk raporda

basit tıbbi müdahale ile giderilebileceği belirtilen lezyonların daha sonra yüzde sabit iz olarak rapor edilmesinin ilk rapora göre yapılan hukuki işlemlerin hatalı olmasına neden olduğu düşünülerek yüzde sabit iz oluşturup oluşturmayacağı konusunda beklenmesi gereken lezyonların ilk raporlarda basit tıbbi müdahale açısından değerlendirilmemesi gerektiği görüşüdür (5).

Kaya ve ark.nın çalışmasında; Yargıtay'ın "ilk raporda basit tıbbi müdahale ile giderilebilir olarak raporlanan lezyonun ek raporda yüzde sabit iz olarak raporlanmasının çelişkili olduğu" yönündeki kararı (71) gerekçe gösterilerek, ilk raporda basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif ve ek raporda yüzde sabit iz niteliğinde olarak belirtilen yaralanmanın, daha hafif ve daha ağır ceza gerektiren nitelikli hallerin aynı raporda yer almasından kaynaklı çelişkiye yol açtığı ve bu nedenle yüzde sabit iz değerlendirilmesi için beklenmesi gereken yaralanmalarda basit tıbbi müdahale konusunda da değerlendirme için beklenmesi gerektiği bildirilmiştir (68). Meral ve ark.nın çalışmasında da; yine Yargıtay kararı (69) gerekçe gösterilerek, yaralanmanın yüzde sabit ize neden olmasının yaralamayı basit olmaktan çıkardığı ve bu durumun kişiye verilecek cezanın artırımına neden olduğu belirtilmiştir (42). Kaymaz ise; TCK'nın 86/2. maddesine göre, basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek bir yaralama sonucu yüzde sabit iz meydana gelmesi halinde TCK'nın 87/1-c. maddesindeki suçun oluşabileceğini ancak Yargıtay tarafından; adli tıp açısından basit tıbbi müdahale ile iyileşmesi mümkün nitelikte yaralanma olmasına rağmen, bu yaralanmanın yüzde sabit ize neden olması durumunda, TCK'nın 86/2. maddesinde düzenlenen basit yaralama kapsamında değil, TCK'nın 86/1. maddesi kapsamında kabul edildiğini (72), Yargıtay'ın bu yöndeki uygulamasının kanunun açık düzenlemesine aykırı olduğunu düşündüğünü, uygulamalarda farklılıklara yol açan sorunun, TCK'nın 86/1-2. maddesinde, tedavi ve iyileşme ölçütlerine göre bir değerlendirme yapıldığı halde, TCK'nın 87/1-c. maddesinde, iyileşme sonucu

yüzde meydana gelen izin niteliğinin esas alınmasından kaynaklandığını belirtmiştir (3).

Çalışmamızda; basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanması olan olguların %91,5'inde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı, yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olan olguların ise %89,2'sinin basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmayan yaralanmaları olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14). Literatürde "basit tıbbi müdahale" ve "yüzde sabit iz" ilişkisi açısından yapılan çalışmalar incelendiğinde, Erdem'in çalışmasında; basit tıbbi müdahale ile yüzde sabit iz sonuçları arasında anlamlı ilişki bulunmadığı (38), Özdemir'in çalışmasında; yaralanmaların basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olması ile yüzde sabit iz niteliğinde olmaması arasındaki ilişkinin anlamlı bulunduğu (59), Kılınç'ın çalışmasında; yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olan olguların %91,2 oranında basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmayan yaralanmaları olduğu ve bu oranın anlamlı bulunduğu (60), Doğan ve ark.nın çalışmasında; yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olan olguların %40,3 oranında basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmayan yaralanmaları olduğunun tespit edildiği görülmüştür (61). Çalışmamız bu açıdan Özdemir ve Kılınç'ın çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki tüm olguların %3,1'inde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde ve basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu kararına varılmıştır (Grafik 7). Erdem'in çalışmasında ise bu oranın %9,3 (38) Özdemir'in çalışmasında ise %0,98 saptandığı görülmüştür (59). Çalışmamızda ve yapılan çalışmalarda "basit tıbbi müdahale" ve "yüzde sabit iz" sonuçları arasındaki ilişkiye bakıldığında; basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanması olan olgularda, yaralanmanın çoğunlukla yüzde sabit iz niteliğinde olmadığı, yüzde sabit iz niteliğinde yaralanması olan olguların ise çoğunlukla basit bir tıbbi müdahale ile

giderilebilecek ölçüde hafif olmayan yaralanmaları olduğu tespit edilmiştir. Adli Tıp uygulamalarında farklı görüşlerin ortaya çıkmasına yol açan ve yaralanmanın hem yüzde sabit iz niteliğinde hem de basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu kararına varılan olguların yüzde sabit iz değerlendirmesi yapılan olgular içerisinde %0,98 ile %9,3 arasında bir kısmı oluşturduğu görülmektedir.

VI. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yüzde sabit iz değerlendirmesinde; yüz sınırlarının belirlenmesi, değerlendirmede objektif kriterlerin olmaması, basit tıbbi müdahale kararının bildirilmesi için yüzde sabit iz kararının beklenip beklenmemesi gibi durumlar açısından tartışma konusu olmakta ve bu konularda farklı görüşler ileri sürülmektedir.

"Basit tıbbi müdahale ve yüzde sabit iz kavramlarının TCK'da yer alan farklı kavramlar olması ve ayrı değerlendirilmesi gerektiği" görüşünden hareketle yapılan uygulamaların yanı sıra "basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif ve yüzde sabit iz niteliğinde olarak belirtilen yaralanmanın, daha hafif ve daha ağır ceza gerektiren nitelikli hallerin aynı raporda yer alması nedeniyle çelişkiye yol açtığı ve bu nedenle yüzde sabit iz değerlendirilmesi için beklenmesi gereken yaralanmalarda basit tıbbi müdahale konusunda da değerlendirme için de beklenmesi gerektiği" görüşüne dayanarak yapılan uygulamalar da bulunmaktadır.

Yapılan çalışmalar ve bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerde; Adli Tıp uygulamalarında farklı görüşlerin ortaya çıkmasına yol açan ve yaralanmanın hem yüzde sabit iz niteliğinde hem de basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu kararına varılan olguların, yüzde sabit iz değerlendirmesi yapılan tüm olgular içerisinde %0,98 ile %9,3 arasında değişen bir oranı kapsadığı görülmektedir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ışığında; basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanması olan her olgu için yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olmadığının söylenemeyeceği gibi yüzde sabit iz niteliğinde

yaralanması olan her olgu için de yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı sonucuna da ulaşılamamaktadır.

Yüz bölgesinde yaralanması olan ve yüzde sabit iz değerlendirmesinin altı ay sonra yapılması gereken tüm olgularda, basit tıbbi müdahale kararının verilebilmesi için yüzde sabit iz kararının sonucunun beklenmesi durumunda yaralanma tarihinde adli rapor düzenlenemeyecek, bu durum hukuki süreçte gecikmeye ve aksaklıklara yol açacaktır.

Sonuç olarak;

TCK'nın 86. maddesinde yer alan, yaralanmanın ağırlığı ve tedavi ölçütüne göre değerlendirildiği "basit tıbbi müdahale" kavramı ile TCK'nın 87. ve 89. maddelerinde yer alan ve yaralanmanın iyileşme sonrası bıraktığı izin yaralanmanın ağırlaştırıcı unsuru olarak değerlendirildiği "yüzde sabit iz" kavramının birbirinden ayrı değerlendirilmesinin uygun olduğu,

Yüz bölgesinde yaralanması olan ve yüzde sabit iz değerlendirmesinin altı ay sonra yapılması gereken tüm olgular için "basit tıbbi müdahale kararı açısından yüzde sabit iz değerlendirmesinin sonucunun beklenmesi" hukuki süreçte gecikmelere yol açacaktır. Bu nedenle, basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilir ölçüde hafif yaralanması olan olguların, yaralanma tarihinde bu şekilde raporlanması ve yüzde sabit iz değerlendirmesi açısından beklenmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

VII. ÖZET

Amaç: Travma sonrası yapılan adli tıbbi değerlendirmelerde; yüz bölgesinde yer alan yaralanmaların basit tıbbi müdahale ve yüzde sabit iz açısından değerlendirilmesi konusunda farklı uygulamalar mevcuttur. Bu çalışmada, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na müracaat eden ve yapılan muayenelerinde yüz bölgesinde yaralanma saptanan olgular hakkında düzenlenen adli rapor verileri incelenerek, yüzde sabit iz ve basit tıbbi müdahale değerlendirmelerinde uygulamada yaşanan farklılıklara dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 01.01.2012-31.12.2021 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda yüzde sabit iz muayenesi yapılarak yüzde sabit iz açısından sonuç verilen 226 olgu geriye dönük olarak, demografik veriler, eylem ve olay türleri, lezyon türleri, sayısı, lokalizasyonu, rengi, seviyesi, seyri, uzunluğu, uygulanan tıbbi girişim, yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmadığı ve yüzde sabit iz niteliğinde olup olmadığı açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Anabilim Dalımızda on yıllık süre içerisinde muayenesi yapılarak yüzde sabit iz açısından sonuç verilen olgular, tüm olguların %5,5'ini oluşturmaktadır. Olguların %83,6'sını kadınlar, %16,4'ünü erkekler oluşturmakta olup ortalama yaş 33,1±13,96 olarak bulunmuştur. Olguların %63,7'sini kapsayan ve yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı kararı verilen olguların %40,3'ünde

yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu, yine olguların %36,3'ünü kapsayan ve yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu kararı verilen olguların %8,5'inde yaralanmanın yüzde sabit iz niteliğinde olduğu tespit edilmiştir. Tüm olgular açısından bakıldığında ise olguların %3,1'inde yaralanmanın basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif ve yüzde sabit iz niteliğinde olduğu kararı verildiği saptanmıştır.

Sonuç: Adli Tıp uygulamalarında farklı görüşlerin ortaya çıkmasına yol açan ve yaralanmanın hem yüzde sabit iz niteliğinde hem de basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif olduğu kararına varılan olgular, çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda, %0,98 ile %9,3 arasında değişen bir oranı kapsamaktadır. Yüz bölgesinde yaralanması olan ve yüzde sabit iz değerlendirmesinin altı ay sonra yapılması gereken tüm olgular için "basit tıbbi müdahale kararı açısından yüzde sabit iz değerlendirmesinin sonucunun beklenmesi" hukuki süreçte gecikmelere yol açacaktır. Bu nedenle, basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilir ölçüde hafif yaralanması olan olguların, yaralanma tarihinde bu şekilde raporlanması ve yüzde sabit iz değerlendirmesi açısından beklenmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Yüzde sabit iz, Basit tıbbi müdahale, Adli tıp.

VIII. SUMMARY

Aim: In medicolegal evaluations performed after trauma, there are different practices regarding the evaluation of facial injuries in terms of simple medical intervention and permanent scar on the face. The aim of this study was to draw attention to the differences in practice in the evaluation of permanent scar on the face and simple medical intervention by examining the forensic report data of the cases who applied to Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine and were found to have facial injuries.

Materials and Methods: 226 cases who were examined in our department between 01.01.2012 and 31.12.2021, given a result in terms of permanent scar on the face were retrospectively evaluated in terms of demographic data, types of actions and events, types of lesions, number, localization, color, level relative to skin, course, length, medical intervention applied, whether the injury was mild enough to be resolved with a simple medical intervention and whether there was a permanent scar on the face.

Results: The cases who were examined in our department within a period of ten years and given results in terms of permanent scar on the face constitute 5.5% of all cases. 83.6% of the cases were females and 16.4% were males and the mean age was 33.1±13.96 years. In 40.3% of the cases whose injuries were not mild enough to be treated with a simple medical intervention (63.7%), it was determined that the injury was permanent scar on the face. In 8.5% of the cases whose injuries were mild enough to be treated with a simple medical

intervention (36.3%), it was determined that the injury was permanent scar on the face. In 3.1% of all cases, it was determined that the injury was mild enough to be treated with a simple medical intervention and had a permanent scar on the face.

Conclusion: In our study and other studies, the rate of cases whose injuries are both permanent scar on the face and mild enough to be treated with a simple medical intervention, which leads to different opinions in forensic medicine practices, varies between 0.98% and 9.3%. “Waiting for the result of permanent scar on the face evaluation for the decision of simple medical intervention” for all cases with facial injuries that need to be evaluated after six months will lead to delays in the legal process. For this reason, we believe that cases with mild injuries that can be resolved with a simple medical intervention should be reported as such on the date of injury and waited for permanent scar on the face evaluation.

Keywords: Permanent scar on the face, Simple medical intervention, Forensic medicine.

IX. KAYNAKLAR

1. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu [Internet]. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5237.pdf. Erişim Tarihi: 23.02.2023.
2. Teyin A, Meral O, Kaya A, ve ark. Facial injury with pressurised water: A Case Report. J For Med 2014;28(2):185-91.
3. Kaymaz S. Kasten yaralama sonucu yüzde sabit ize neden olma. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi 2022;13(49):29-52.
4. Balcı Y, Çolak B, Gürpınar K, ve ark. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi, 2019.
5. Aktaş EÖ, Kaya A. Yaralama suçlarının adli tıbbi değerlendirilmesinde kullanılan kılavuza bakış. Adli Tıp Bülteni 2017;22(1):45-53.
6. Yavuz MS, Serpil A. Birinci basamakta adli olgu ve adli rapor düzenleme. Aile Hekimliği Dergisi 2004;8(1):30-3.
7. Şahin Y. Adli olgularda adli rapor düzenlenme. Saka NE, ed; Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış (içinde). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2019:1-14.
8. Tuğcu H. Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu. Koç S, Can M, ed: Birinci Basamakta Adli Tıp (içinde). İkinci Baskı. İstanbul: İstanbul Tabip Odası, 2011:175-80.
9. Etimoloji Türkçe [Internet]. https://www.etimolojiturkce.com. Erişim tarihi: 23.02.2023.
10. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük [Internet]. https://sozluk.gov.tr. Erişim tarihi: 23.02.2023.

11. Kar H, Dokgöz H. Adli rapor. Dokgöz H, ed; Adli Tıp ve Adli Bilimler (içinde). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2020:359-78.
12. Özaslan A. Rapor türleri ve hazırlama teknikleri. Adli Tıp Ders Kitabı (içinde). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2011:595-613.
13. Tümer AR, Keten A, Karacaoğlu E. Adli olgu bildirimi ve adli raporlar. Hacettepe Tıp Dergisi 2010;41:128-34.
14. Özaslan A, Kolusayın Ö. Hekimin yasal sorumlulukları. Adli Tıp Ders Kitabı (içinde). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2011:13-39.
15. Aşırdizer M, Yavuz MS, Zeyfeoğlu Y. Adli Tıp Stajı Ders Notları [Internet]. http://tjofmap.tripod.com/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/kitap.pdf Erişim tarihi: 09.08.2023.
16. Çetin G. Yaralar. Adli Tıp Ders Kitabı (içinde). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2011:255-81.
17. Ekizoğlu O, Arıcan N. Yaralar. Klinik Gelişim 2009;5:33-43.
18. Parsak CK, Sakman G, Çelik Ü. Yara iyileşmesi, yara bakımı ve komplikasyonları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2007;16(2):145-59.
19. Yaralar. Polat O, ed; Klinik Adli Tıp Adli Tıp Uygulamaları (içinde). Dokuzuncu Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2021:185-91.
20. Arıcan N, Dokgöz H. Yaralar. Dokgöz H, ed: Adli Tıp ve Adli Bilimler (içinde). İkinci Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2020:309–35.
21. Assessment, classification and documentation of injury. In: James JP, Jones R, eds: Simpson's Forensic Medicine. 14th ed. Florida: CRC Press, 2020:105-32.
22. Knight B. The pathology of wounds. In: Saukko P, Knight B, eds: Knight's Forensic Pathology. 4nd ed. Florida: CRC Press, 2016:133-65.
23. Yaralanmalar. Sens MA, Hughes R, ed: Tanısal Patoloji Adli Otopsi (içinde). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2022:138-383.

24. Yaman O, Dağlı AT, Güvercin AR, ve ark. Kafaya ateşli silah yaralanması. Sinir Sistemi Cerrahisi Dergisi 2014;4(2):69-73.
25. Yılmaz A. Ateşli silahlarla oluşan yaralarda giriş-çıkış deliklerinin özellikleri ve atış mesafesinin saptanması. Balistik. II. Adli Bilimler Sempozyumu. İzmir. 1997:20-7.
26. Doğan F. Erişkin yanık yaralanmaları. Tutak FN, ed: Plastik Cerrahi Acilleri Esasları Teknikleri ve Prensipleri (içinde). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2022:117-26.
27. Sağlık Bakanlığı. Yanık yaralanmaları tedavi algoritması, 2012 [Internet]. Erişim Adresi: https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42844/yanik-tedavi-algoritmasi.html Erişim Tarihi: 09.08.2023.
28. Wallece AB. The exposure treathment of burns. Lancet 1951;260:501.
29. Aksoy ME. Elektrik akımlarının neden olduğu yaralanmalar. Adli Tıp Bülteni 1997;2(1):25-34.
30. Aydın F, Yavuz MS, Akın U, ve ark. Elektrik çarpması sonucu meydana gelen yaralanmaların adli-tıbbi değerlendirmesi. Ege Tıp Dergisi 2018;57(2):116-18.
31. Özkorkmaz EG, Özay Y. Yara iyileşmesi ve yara iyileşmesinde kullanılan bazı bitkiler. Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi 2009;2(2):63-7.
32. Kumral B, Gündoğmuş ÜN, İnce CH, ve ark. Travma olgularında yüzde sabit iz kavramının değerlendirilmesi. Nobel Med 2014;10(1):20-4.
33. Bayraktar B, Yücesir İ. Yumuşak doku yaralanmaları, iyileşme süreci ve tedavi yaklaşımları. Klinik Gelişim Dergisi 2009;22(1):60-7.
34. Özdemir S. Yara iyileşmesi. Güler İ, ed: Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi (içinde). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2022;1-7.
35. İnflamasyon ve onarım. Kumar V, Abbas AK, Aster JC, ed: Robbins Temel Patoloji (içinde). Onuncu Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2020;57-96.

36. Hepkarşı S. Skar yönetimi. Güler İ, ed: Yüz Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi (içinde). Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2022;23-31.

37. Kim JH, Sung JY, Kim YH, et al. Risk factors for hypertrophic surgical scar development after thyroidectomy. Wound Rep Reg 2012;20:304-10.

38. Erdem EK. Yüzde sabit iz değerlendirmelerini standardize edebilecek kriterlerin belirlenmesine yönelik ön çalışma. Uzmanlık Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2021.

39. Wolfram D, Tzankov A, Pülzl P, et al. Hypertrophic scars and keloids - A review of their pathophysiology, risk factors, and therapeutic management. Dermatol Surg 2009;35:171-81.

40. Kürkçüoğlu A, Şimşek EK, Üyel Y. Fasiyal doku kalınlığı ölçüm teknikleri ve önemi. Dirim Tıp Gazetesi 2009;4:125-32.

41. Pansky B, Gest TR, Lippingott Açıklamalı İnsan Anatomisi Atlası / Baş-Boyun. Güneş Tıp Kitabevleri, 2015; 2-92.

42. Meral O, Ayaz N. Yüzde sabit iz yönünden değerlendirilen adli olgular. Smyrna Tıp Dergisi 2020;2:39-44.

43. Dizdar MG, Uluçay T, Tuyji Y, et al. The medico-legal aspect of the permanent deformation of the face: Case report and review of literature, Turkish Clinics J Foren Med 2011;8(1):46-53.

44. Yılmaz İ. Neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç kavramı ve bununla ilgili TCK hükümlerinin adli tıp açısından değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı; 2011.

45. Balcı Y, Gürpınar K, Afşin H, ve ark. Diş kayıplarının yüzde sabit iz olarak değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2021;26(2):92-100.

46. Özen C, Akkay E. Yüz yaraları komplikasyonları ve adli tıp sorunları. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 1975;41(1-2):15-23.

47. Gökçen A, Balcı M. Kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış halleri (TCK m. 87). Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2016;21(2):369-412.

48. Aşırdizer M, Gümüş O, Kartal E, ve ark. Bir iş kazasına bağlı yüzde sürekli (daimi) değişiklik olgusu. Adli Tıp Dergisi. 2015;29(3):208-18.

49. Strafgesetbuch-StGB [Internet]. www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html#p2099. Erişim Tarihi: 03.09.2023.

50. Pakistan Penal Code [Internet]. https://www.pakistani.org/pakistan/legislation/1860/actXLVof1860.html . Erişim Tarihi: 03.09.2023.

51. Nigeria Penal Code [Internet]. https://www.law.cornell.edu/women-and-justice/resource/nigeria_penal_code_act. Erişim Tarihi: 03.09.2023.

52. Russian Federation Criminal Code [Internet]. https://www.imolin.org/doc/amlid/Russian_Federation_Criminal_Code.pdf. Erişim Tarihi: 03.09.2023.

53. Queensland Criminal Code [Internet]. https://www.legislation.qld.gov.au/view/whole/pdf/inforce/current/act-1899-009. Erişim Tarihi: 03.09.2023.

54. Indian Penal Code [Internet]. https://www.iitk.ac.in/wc/data/IPC_186045.pdf. Erişim Tarihi: 03.09.2023.

55. Ceza Muhakemesi Kanunu [Internet]. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5271.pdf. Erişim Tarihi: 27.08.2023.

56. T.C. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun E: 2014/1, K: 2014/256 nolu kararı [Internet]. https://karararama.yargitay.gov.tr/#collapseDetayl%C4%B1Arama. Erişim Tarihi: 08.09.2023.

57. Uluçay T, Ziver A, Zeyfeoğlu Y, ve ark. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği'ne başvuran olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi 2006;20(2):22-9.

58. Bütün C, Altuntaş EE, Beyaztaş FY, ve ark. Adli Tıp ile Kulak Burun Boğaz anabilim dallarının düzenlediği adli raporların analizi. Cumhuriyet Tıp Derg. 2010;33:189-94.

59. Özdemir Y. Adli tıp pratiğinde yüzde sabit iz kavramı. Uzmanlık Tezi. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2019.

60. Kılınç O. Akdeniz Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı tarafından 2011-2020 yılları arasında duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması ya da yitirilmesi ve/veya yüzünde sabit iz açısından rapor düzenlenen olguların değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2022.

61. Doğan M, Ayaz N. Yüzde sabit iz ve basit tıbbi müdahale ile giderilebilir çelişkisi: Tıbbi ve hukuki değerlendirme. 1. Uluslararası 17. Ulusal Adli Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı. 2020:139s.

62. Conceição LD, Da Silveira IA, Nascimento GG, et al. Epidemiology and risk factors of maxillofacial injuries in Brazil, a 5-year retrospective study. J Maxillofac Oral Surg 2018;17(2):169-74.

63. Özdemir MH, Özdemir AU. Travma sonrası kesici diş kırıkları yüzde sabit iz kapsamında değerlendirilmeli mi? Adli Tıp Bülteni, 2012;17(1):4.

64. Balandız H. Adli olgularda diş yaralanmalarının değerlendirilmesi. Gülhane Med J. 2017;59:53-6.

65. Zengin AZ, Celenk P, Sumer AP, et al. Evaluation of traumatic dental injuries in a group of Turkish population. Niger J Clin Pract. 2015;18(1):86-9.

66. Bilgin NG, Dokgöz H, Kar H. Eski ve yeni Türk Ceza Yasası'na göre düzenlenen adli raporların karşılaştırılması. Adli Tıp Bülteni, 2006;11(2):64-70.

67. Akbaba M, Isır AB, Karaarslan B, ve ark. Gaziantep Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda düzenlenmiş adli raporların değerlendirilmesi (2005-2011). Adli Tıp Bülteni, 2012;17(2):10-8.

68. Kaya A, Ergüney EB, Çelik C. Yargıtay Kararları Doğrultusunda Yüzde Sabit İz Değerlendirmesi. 1. Uluslararası 17. Ulusal Adli Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı. 2020:538-43s.

69. T.C. Yargıtay 2. Ceza Dairesi'nin E: 2011/1629, K: 2012/42892 nolu kararı [Internet]. https://karararama.yargitay.gov.tr/#collapseDetayl%C4%B1Arama. Erişim Tarihi: 08.09.2023.

70. T.C. Yargıtay 3. Ceza Dairesi'nin E: 2014/36581, K: 2015/13266 nolu kararı [Internet]. https://karararama.yargitay.gov.tr/#collapseDetayl%C4%B1Arama. Erişim Tarihi: 08.09.2023.

71. T.C. Yargıtay 3. Ceza Dairesi'nin E: 2015/3060, K: 2015/5149 nolu kararı [Internet]. https://karararama.yargitay.gov.tr/#collapseDetayl%C4%B1Arama. Erişim Tarihi: 08.09.2023.

72. T.C. Yargıtay 3. Ceza Dairesi'nin E: 2020/17858, K: 2021/2035 nolu kararı [Internet]. https://karararama.yargitay.gov.tr/#collapseDetayl%C4%B1Arama. Erişim Tarihi: 08.09.2023.