

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2017-2022 YILLARI ARASINDA MERAM TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM
DALI TARAFINDAN “ZİHİNSEL, RUHSAL VE DAVRANIŞSAL BOZUKLUKLAR”
BAŞLIĞI YÖNÜNDEN MALULİYET RAPORU DÜZENLENEN OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. ALPEREN KARA

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2024

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2017-2022 YILLARI ARASINDA MERAM TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM
DALI TARAFINDAN “ZİHİNSEL, RUHSAL VE DAVRANIŞSAL BOZUKLUKLAR”
BAŞLIĞI YÖNÜNDEN MALULİYET RAPORU DÜZENLENEN OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. ALPEREN KARA

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ

Bu çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı
Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır.

KONYA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince değerli katkıları ve yardımlarıyla beni yönlendiren, bilgi ve tecrübelerini paylaşmaktan mutluluk duyan, titiz ve disiplinli yaklaşımıyla bana yol gösteren ve birçok konuda ufkumu açan saygıdeğer Hocam Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ'ye,

Tez çalışmamın istatistiksel olarak analizinde bilgisine başvurduğum Dr. Ayşe DEMİRTAŞ'a,

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman benden esirgemeyen değerli aileme ve tez yazım süreci boyunca sonsuz desteği için kıymetli Eşime teşekkürlerimi sunarım.

Konya, 2024.

Dr. Alperen KARA

ÖZET

2017-2022 Yılları Arasında Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarafından “Zihinsel, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar” Başlığı Yönünden Maluliyet Raporu Düzenlenen Olguların Değerlendirilmesi

Alperen KARA

Uzmanlık Tezi

Konya-2024

Amaç: Adli Tıp, travmatik bir olay neticesinde mağdur olan kişilerde ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal kayıpların tıbbi sonuçlarını objektif bir bakış açısıyla değerlendirmektedir. Hukuki olarak, mağdurlarda oluşan bu zararın ortaya çıkarılması gerekmektedir. Medikolegal uygulamalarda zaman zaman ön plana alınmayan ruhsal etkilenmelerin de bu değerlendirmede önemi büyüktür. Bu çalışmada, maluliyet oranı tayini için başvuran ve psikiyatri uzman muayenesi için konsültasyona yönlendirilen olguların değerlendirilmesi, bu değerlendirme neticesinde elde edilen bulgularla ruhsal kayıplar yaşayan hastalara adli tıbbi yaklaşımda dikkat edilmesi ve geliştirilmesi gereken hususların tespiti amaçlanmıştır.

Yöntem: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na Ocak 2017 – Aralık 2022 tarihleri arasında maluliyet raporu almak amacıyla başvuran ve psikiyatrik değerlendirmeye alınan olgular geriye dönük olarak düzenlenen maluliyet raporları aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 246 olgu dâhil edilmiştir. Yaş ortalaması $36,69 \pm 14,17$ olarak bulunmuştur. Olguların 129'u erkek (%52,4), 117'si kadın (%47,6) cinsiyettedir. Olgularda travmanın kaynağı olarak en sık trafik kazası (n:230, %93,5) tespit edilmiştir. Trafik kazası türleri arasında en sık araç içi trafik kazası (n:123, %53,5) saptanmıştır. Olguların 147'sinde (%59,8) olaydan sonra maluliyete yol açan fiziksel sekel olduğu tespit edilmiştir. Olguların 150'sinde (%61,0) psikiyatrik açıdan değerlendirme sonrası maluliyet oranı tayini yapıldığı görülmüştür. Tanılar değerlendirildiğinde, 90 olguda (%36,6) TSSB, 36 olguda (%14,6) depresif bozukluk ve 21 olguda (%8,5) anksiyete bozukluğu saptandığı anlaşılmıştır. Komorbidite açısından çoklu tanıların da çalışmamızda olduğu görüldü. Semptom kümelerinin sıklığına bakıldığında, bilişlerde-duygudurumda olumsuz değişiklikler (%60,4), artan uyarılmışlık (%54,2) ve kaçınma davranışları (%51,5) semptom kümelerinin sıklıkla tespit edildiği görüldü. Kadın olgularda psikiyatrik sekel kaynaklı maluliyet oranı varlığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p=0,045$). Kadın olgularda kaçınma ve bilişlerde-

duygudurumda olumsuz değişiklikler semptom kümeleri erkek olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p değerleri sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,003$).

Sonuç: Travma sonucu yaralanmış olgularda ruhsal kayıpların tespiti geciktirilmemeli ve göz ardı edilmemelidir. Ruhsal kayıplar, kişi ve toplum üzerinde önemli sonuçlara ve maliyetlere sebep olmaktadır. Mağdurlara olayın başından itibaren akut stres bozukluğu gelişimi açısından tarama uygulamalı, düzenli bir süreyle takiplerine devam edilmelidir. Yaralanma ağırlığı hafif olan olgularda da önemli oranda ruhsal patoloji gelişimi görülmekte olup, hekimlerin bu noktada ön yargı oluşturmaması gerekmektedir. Ortaya çıkan bulgular neticesinde, dünya üzerindeki örneklerin de incelenmesi ile objektif değerlendirme yapılabilmesi amacıyla tarama ve tanı ölçeklerinin hazırlanmasının hastanın sağlığına ve adli tıbbi süreçlere fayda sağlayacağını düşünmekteyiz. Maluliyet yönetmeliklerinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları başlığı açısından mevcut kısıtlı çerçevenin, oran tayini yaparken sağlıklı bir değerlendirme imkânı vermediği, bu nedenle yönetmeliklerin bu hususlarda gözden geçirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Adli Tıp, TSSB, ruhsal travma, maluliyet.

ABSTRACT

An Evaluation of the Cases for which Disability Reports were issued under the title of "Mental, Mental and Behavioral Disorders" by the Forensic Medicine Department of Meram Faculty of Medicine between 2017 and 2022

Alperen KARA

Specialty Thesis

Konya-2024

Objective: The Forensic Medicine evaluates the medical consequences of physical and psychological losses that occur in victims as a result of a traumatic event from an objective point of view. It is legally necessary to reveal this damage to the victims. Psychological effects which are sometimes not prioritized in medico-legal practices are very important in this evaluation. The aim of the present study was to evaluate the cases who applied for the determination of disability rate and were referred to consultation for psychiatry specialist examination, and to determine the issues that should be considered and developed in the forensic medical approach to patients with mental losses with the findings obtained as a result of this evaluation.

Method: The individuals who have referred to Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine between January 2017 and December 2022 in order to get a disability report and were psychiatrically assessed were evaluated retrospectively through the disability reports. The data obtained as a result of the research were analyzed with SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 package program.

Findings: Two hundred and forty-six patients were included in our study. The mean age was 36.69 ± 14.17 years. One hundred and twenty-nine cases were male (52.4%) and one hundred seventeen were female (47.6%). The most common source of trauma was traffic accident (n:230, 93.5%). The most common type of traffic accident was in-vehicle traffic accident (n:123, 53.5%). It was determined that 147 (59,8%) cases had physical sequelae leading to disability after the incident. Disability rate was determined after psychiatric evaluation in 150 (61.0%) of the cases. The assessment of the diagnoses were assessed revealed that 90 cases (36.6%) had PTSD, 36 cases (14.6%) had depressive disorder and 21 cases (8.5%) had anxiety disorder. Multiple diagnoses in terms of comorbidity were also observed in our study. It was detected when the prevalence of symptom clusters was examined that negative changes in cognitions-mood (60.4%), increased arousal (54.2%) and avoidance behaviors

(51.5%) were common. The presence of disability rate due to psychiatric sequelae was significantly higher in female patients ($p=0,045$). Avoidance and negative changes in cognitions-mood symptom clusters were significantly higher in female patients when compared to male patients (p values were $p<0.001$, $p=0.003$, respectively).

Conclusion: Detection of psychological losses in traumatized patients should not be delayed or ignored. Psychological losses cause significant consequences and costs on the individual and society. The victims should be screened for development of acute stress disorder from the beginning of the incident and their follow-up should be continued on a regular basis. A significant rate of psychological pathology development is also observed in cases with mild injuries, and physicians should not make pre-judgements at this point. As a result of the findings, we consider that the preparation of screening and diagnostic scales in order to make objective evaluations by examining the examples in the world would be useful for the patient health and forensic medical processes. We are of the opinion that the limited framework in the disability regulations in terms of the title of Mental Health and Diseases does not provide a healthy evaluation when determining the rate, and therefore, the regulations should be revised in these matters.

Key Words: Forensic Medicine, PTSD, mental trauma, disability.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tanımlamalar ve Kavramlar.....	3
2.1.1. Bilirkişilik ve Adli Tıp.....	3
2.1.2. Maluliyet (Sürekli İş Göremezlik) Kavramı	4
2.1.3. Sosyal Güvenlik ve Sigortacılık Kavramları.....	5
2.1.4. Geçici İş Göremezlik ve Bakıcı İhtiyacı Kavramları.....	7
2.1.5. Maluliyet Tespit Amacıyla Yapılan Adli Tıbbi Değerlendirmenin Nedenleri....	8
2.1.6. Travmanın Adli Tıbbi Değerlendirmesinde Yaralanma Kılavuzuna Genel Bir Bakış.....	10
2.2. Maluliyet Raporlarında Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar ve Değerlendirilme Şekilleri.....	12
2.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB).....	12
2.2.2. Anksiyete Bozuklukları	19
2.2.3. Depresif Bozukluklar.....	21
2.2.4. Simülasyon (Temaruz).....	24
2.2.5. Travma ile İlişkili Psikiyatrik Arızaların Değerlendirilmesi.....	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	71
7. KAYNAKLAR.....	73
EKLER.....	84

TABLolar DİZİNİ

Tablo-2.1: Dünya’da 2016 yılında her yaşta tespit edilen önde gelen ölüm nedenleri.....	8
Tablo-2.2: Türkiye’de trafik kazaları sebebiyle tespit edilen ölü ve yaralı sayılarının yıllara göre dağılımı.....	9
Tablo-2.3: Yaşamı tehlikeye sokan bir duruma neden olan yaralanma örnekleri.....	11
Tablo-2.4: DSM-5 TSSB Tanı Kriterleri.....	15-17
Tablo-2.5: DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	20
Tablo-2.6: DSM-5 MDB Tanı Kriterleri.....	23
Tablo-4.1: Olgularda Olayın Meydana Geldiği Yıl Dağılımları.....	30
Tablo-4.2: Olguların Cinsiyet, Olayın Meydana Geldiği Tarihteki Yaş Aralıkları ve Olay Tarihi ile Başvuru Tarihi Arasında Geçen Sürenin Dağılımları.....	32
Tablo-4.3: Olayın Meydana Geliş Şekli ve Trafik Kazası Şekli Dağılımı.....	33
Tablo-4.4: Olguların Başvuru Şekillerinin Dağılımı.....	34
Tablo-4.5: Olgunun Yaralanma Bölgesi ve Yaralanan Bölge Sayılarının Dağılımı.....	35
Tablo-4.6: Maluliyet Raporlarında Tespit Edilen Fiziksel Sekel Varlığı.....	36
Tablo-4.7: Maluliyet Raporlarında Tespit Edilen Arızaların Dağılımı.....	36-37
Tablo-4.8: Olgularda Tespit Edilmiş Maluliyet Oranlarının Dağılımı.....	38
Tablo-4.9: TCK’da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Değerlendirilmesi Rehberine Göre Olguların Yaralanma Ağırlıklarının Değerlendirilmesi.....	39
Tablo-4.10: Olguların Psikopatolojik Sekel, Tanı ve Tedavi ile İşlevsellik Durumlarının Dağılımı.....	40-41
Tablo-4.11: Olgularda Tespit Edilen Semptomlar Kümelerinin Dağılımı.....	41
Tablo-4.12: Hastaların Beyan Ettiği Şikayetlerinin Dağılımı.....	42-43
Tablo-4.13: Olay Sonrası Ölüm Meydana Gelişi ve Muayene Sırasında Ölçek Kullanma Durumunun Dağılımı.....	43
Tablo-4.14: Muayenede Ölçek Kullanım Dağılımı.....	44
Tablo-4.15: Cinsiyete göre Yaş, Olayın Meydana Geldiği Yıl, Mevsim ve Ayın Karşılaştırılması.....	45-46
Tablo-4.16: Cinsiyete göre Olayın Meydana Geldiği Yaş Aralığı, Olay Tarihi ve Başvuru Tarihi Arasında Geçen Süre, Olayın Meydana Geliş Şekli, Trafik Kazası Türü, Olgunun Başvuru Şekli, Fiziksel Sekel Varlığı, Yaralanma Bölgesi ve Yaralanan Bölge Sayılarının Karşılaştırılması.....	47-49
Tablo-4.17: Cinsiyete göre Kişide Tespit Edilmiş Maluliyet Oranlarının Karşılaştırılması...	50

Tablo-4.18: Cinsiyete göre Yaralanmanın BTM ile Giderilebilme, Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Durum, Kemik Kırığı Ağırlık Derecesi, Olguların Psikopatolojik Sekel Kaynaklı Maluliyet Varlığı ve Tedavi ile İşlevsellik Durumlarının Karşılaştırılması.....	51-52
Tablo-4.19: Cinsiyete göre Tespit Edilen Semptomlar Kümesinin Karşılaştırılması.....	53
Tablo-4.20: Cinsiyete göre Olay Sonrası Ölüm Meydana Gelişi ve Muayenede Ölçek Kullanma Durumunun Karşılaştırılması.....	54
Tablo-4.21: Fiziksel Sekel Varlığı Durumuna göre Psikopatolojik Sekele Bağlı Maluliyet Durumunun Karşılaştırılması.....	55
Tablo-4.22: Psikiyatrik Sekel Varlığı Durumuna göre Olguların Yaralanma Bölgelerinin, Yaralanan Bölge Sayılarının, Kişide Tespit Edilmiş Maluliyet Oranlarının Karşılaştırılması.....	56-57
Tablo-4.23: Psikiyatrik Sekel Varlığına göre Yaralanmanın BTM ile Giderilebilme, Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Durum Oluşturma, Olay Sonrası Ölüm Meydana Gelme Durumlarının Karşılaştırılması.....	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil-4.1: Olayların Mevsimlere Göre Dağılımı.....	31
Şekil-4.2: Olayların Aylara Göre Dağılımı.....	31

SİMGELER ve KISALTMALAR

ADTK: Araç Dışı Trafik Kazası

AİTK: Araç İçi Trafik Kazası

AMA: Amerikan Hekimler Birliği

ATK: Adli Tıp Kurumu

BTM: Basit Tıbbi Müdahale

CGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği

ÇGMKG: Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Tespit İşlemleri Yönetmeliği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EEDY: Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik

EHA: Eklem Hareket Açıklığı

HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

MDB: Majör Depresif Bozukluk

ÖÖSY: Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik

TCK: Türk Ceza Kanunu

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Modern dünyanın değişen günlük hayat dinamikleriyle beraber sade bir birey hayatın her anında fiziksel ve ruhsal olarak çeşitli etkenler aracılığıyla zarar görebilmektedir. Bu etkenler aracılığıyla ortaya çıkan tablolar arasında ise fiziksel yaralanmalar, sağlık çalışanları arasında yapılan işin doğasına uygun olarak ön plana alınmaktadır. Ancak travmalar bireyde fiziksel olduğu kadar ruhsal yaralanmalara da sebebiyet vermektedir. Trafik kazaları, yaralanmalar, cinsel saldırılar ve terör saldırıları yarattıkları fiziksel etkileriyle birlikte ruh sağlığına ve bütünlüğüne ciddi düzeyde etkiler de yaratmaktadır. Bu psikiyatrik etkiler adli tıbbi muayenede göz önünde tutulmalı, kişinin olay sonrası başvurduğu ilk andan itibaren başlayarak önemle değerlendirilmelidir.

Stresli olayların, depresyon, anksiyete, özgül fobiler, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve diğer psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde önemli olan kayıp, tehdit ve korku gibi öznel anlamları vardır. Trafik kazalarının ardından kişilerde göz ardı edilemeyecek oranda psikolojik bozukluklar meydana gelmektedir (1). Bu bozukluklar arasında TSSB, majör depresif bozukluk (MDB), araç kullanma fobisi ve diğer anksiyete bozuklukları görülmektedir (2). Bireyin geçirdiği travmanın ortaya çıkardığı psikiyatrik etkiler olay anında başlayıp geç dönemlere kadar sürebilmektedir.

Sosyal devlet modeli, sosyal refahı toplum içerisinde maksimize etmek amaçlı müdahalelerde bulunulmasını öngören anlayışı içermesi ile tanımlanabilir (3). Devletin ferdi olan vatandaşların yaşadığı travmatik deneyimlerden sonra sosyal devletin bir aygıtı olan sigorta sistemi aracılığıyla ortaya çıkan çalışma gücünde kayıplarının idamesi amaçlanmaktadır.

Türk Dil Kurumu Sözlüklerinde maluliyet kelimesi “sakatlık” olarak tanımlanmıştır (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), maluliyet kavramının, aktivite sınırlamaları ve katılım kısıtlamalarını içeren bir şemsiye terim olduğunu, psikolojik fonksiyonlar dahil olmak üzere vücut fonksiyonları ve anatomik yapılarda önemli derece bozukluk ve kayıpların uzun süreli olması şeklinde tanımlamaktadır (5). Bu sakatlıklar tazminat davalarına konu olmaktadır. Ülkemizde de maluliyeti değerlendirmede birçok yönetmelik kullanılmaktadır. Farklı tarihlerde yayımlanmış olan bu yönetmelikler, içerik olarak farklar içermekle birlikte adli işleyiş içerisinde aynı vakalara farklı perspektiflerle yaklaşılmasına yol açmaktadırlar. Bu farklılıklar ise hem mağdur taraf için hem de adli süreç içerisinde görev alan personel için birtakım zorluklar meydana getirmekte ve mağduriyetler yaratmaktadır.

Bu çalışmanın amacı 01.01.2017 – 31.12.2022 yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakóltesi Adli Tıp Anabilim Dalına maluliyeti ile ilgili rapor almak için başvuran ve psikiyatrik değerlendirme yapılan olgulardan elde edilen veriler ışığında, ülkemizde kullanılan maluliyet yönetmeliklerini travma sonrası oluşan psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirmek, uluslararası alanda bu rahatsızlıklara maluliyet özelinde yaklaşımları incelemek, ortaya çıkan ruhsal hastalıklar ile kişilerin yakınmaları ve muayene neticesinde tespit edilen bulguların yaşanılan travmatik olay ile ilişkisini incelemek, travma sonrası karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıklar nedeniyle yapılan maluliyet değerlendirmesinin en uygun düzeye çıkarılması amacıyla tespitlerin ve verilerin bu alan özelinde adli tıbbi uygulamalarına fayda sağlanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlamalar ve Kavramlar

2.1.1. Bilirkişilik ve Adli Tıp

Türk Dil Kurumu sözlüğünde belirtildiği üzere bilirkişi; çözümlenmesi özel veya bilimsel bilgiye dayanan konularda oyuna veya düşüncesine başvurulacak kimse, ehlihibre, ehli-vukuf şeklinde tanımlanır (6). Bilirkişilikte kullanılan bir dizi kavramsal çerçevenin belirlenmesinde yasaların şekillendirmesi görülmektedir. Hukuk sisteminin, konuya özgü bilgi ile deneyimden yararlandığı ve bilimsel görüşünü aldığı kişiler olaya ilişkin hukuksal perspektifte hüküm veremezler (7). 03.11.2016 kabul tarihli, 24.11.2016 yayın tarih ve 6754 numaralı Bilirkişilik Kanunu'nda, amacın, bilirkişilerin nitelikleri, eğitimi, seçimi ve denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi ile bilirkişilik için etkin ve verimli bir kurumsal yapı oluşturulması olduğu belirtilmekle, bilirkişinin, raporunda çözümünü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hususlar içerisinde objektif olarak görüşünü belirten kişi olarak belirtilmektedir (8).

Uyuşmazlığın çözümü bakımından önem taşıyan olguların yargıya ve mahkemeye yansması ile olgular hakkında bilgiye dayalı bir kanaat oluşturulmasının tek aracı konumunda olan delillerin, kesin deliller ve takdiri deliller olarak çift başlıkta değerlendirilir. İspat ölçütlerinin nesnel olduğu ve mahkemenin üzerinde herhangi bir takdir yetkisinin olmadığı deliller, kesin delildir. Türk hukuk sisteminde genel itibariyle serbest delil sistemi kabul gördüğü için, kesin delillerin dışında tüm kanıt araçları, takdiri delil olarak nitelendirilir. Takdiri deliller, hâkim kanaati ile değerlendirilebileceği için bu doğrultuda, Resmî Gazetede yayınlanan 12.1.2011 kabul tarihli, 4.2.2011 yayın tarih ve 6100 numaralı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 198. maddesinde "Kanuni istisnalar dışında hâkim delilleri serbestçe değerlendirir." maddesi ile bu husus açıklanmıştır. Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 282. maddesinde yer alan, "hâkim, bilirkişinin oy ve görüşünü diğer delillerle birlikte serbestçe değerlendirir." maddesi göstermektedir ki; bilirkişi raporları takdiri delil olarak tanımlanır (9). Bilirkişilik bu nedenle kesin delil olarak değerlendirilmemekle birlikte bilirkişinin görevi nedeniyle yaptığı inceleme vesilesiyle tespit ettiği bulgular da delil olarak değerlendirilir.

Adli Tıp, canlılarda ve hayatını kaybedenlerde; travmanın delillerini, ortaya çıkardıklarını, sebeplerini, neticelerini değerlendiren ve analiz eden, yargıya intikal eden medikal konularda değerlendirme yaparak sonuçların hukuki bir dile dönüşmesini sağlayan tıp

bilimidir. Hukuk, ölüm, tıbbi kimliklendirme, işkence, cinsel saldırılar, cezai ehliyet, kaza, yaralanma, zehirlenme, hekim sorumluluğu vb. geniş bir çerçevede verilen bilirkişilik hizmeti olarak da adli tıbbı tanımlamaktadır (10).

Ülkemizde Adli Tıp hizmetleri Adli Tıp Kurumu'na bağlı birimler ve üniversite hastanelerinin anabilim dallarınca yapılmaktadır. Adli Tıp Kurumu Kanununun 31. Maddesinde diğer adli ekspertiz kurumları başlığı altında, Yükseköğretim Kurumlarının mevzuat çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmî bilirkişi sayıldığı belirtilmektedir (11).

2.1.2. Maluliyet (Sürekli İş Göremezlik) Kavramı

Bir kişinin evinde, işinde, okulda veya herhangi bir sosyal ortamda üstlendiği rolleri yerine getirmek için gerekli rutin aktivitelerini yapıp yapamayacağı, hastalığın sınıflandırılması kadar önemlidir. Fakat işlevsellik yitiminin ve maluliyetin uygun şekilde ölçülmesi, tutarlı tanım ve araçlar gerektirir. Bir hastalığı veya ölümü tanımlamak kolay olabilir ancak maluliyeti tanımlamak onu ölçmek kadar zordur (12). Maluliyet, sağlık problemi olan bir birey ile o bireyin çevresel ve kişisel faktörleri arasındaki etkileşiminin olumsuz yönlerini gösterir (5).

Travma neticesinde ortaya çıkan, bireyin vücudunda çeşitli yaralanmalar oluşturan veya kişinin mesleği nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar neticesinde gerekli tedavilerin ardından tam anlamıyla iyileşme sağlanamayan durumlarda, söz konusu arızanın sekel olarak kalıcı bir hal alması durumuna maluliyet denilmektedir. Trafik kazaları, darp cebir, yüksekten düşme ve iş kazaları travma ortaya çıkaran örneklerdir. Kişinin mesleğinden ötürü ortaya çıkan durumlar ise çalışma koşulları ve iş yerinde kullanılan maddelerin yarattığı sağlık durumlarını içerir. Malul olan kişinin son durumu, değişkenler üzerinden sistematik olarak hazırlanan çeşitli yönetmelikler ile değerlendirilir ve kalıcı sakatlık oranı belirlenir (13).

Mortalite ve morbidite oranları gibi nüfusun sağlık durumunun geleneksel göstergelerinin yanı sıra maluliyet, hastalık yükünün ölçülmesinde, sağlık müdahalelerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde ve sağlık politikasının planlanmasında önemli hale gelmiştir (14).

Anayasamızın 5.Maddesinde, devletin temel amaç ve görevleri arasında sosyal hukuk devleti olduğu belirtilir (15). Sosyal devlet görevi icabı, hukuki sorumluluğu olan olaylar neticesinde vatandaşın kendisinde oluştuğunu iddia ettiği fiziksel ve/veya ruhsal kayıpların tespitini istemek ve varsa oluşan zararın tazminini yapılmasını amaçlamaktadır. Bu amaçla mahkemeler vesilesiyle veya sigorta şirketleri üzerinden vatandaşın bireysel talepleri

neticesinde kurumlarında bilirkişilik görevlerini yapmakta olan Adli Tıp Uzmanlarından maluliyet tespiti istenmektedir. Ülkemizde yayımlanan yönetmelikler kullanılarak adli tıp uzmanları tarafından maluliyet tespiti yapılmaktadır (16).

2.1.3. Sosyal Güvenlik ve Sigortacılık Kavramları

Bireyler ve toplumlar için gelecek güvencesi önemli bir ihtiyaçtır. Kişilerin geleceği için tehlike oluşturan çeşitli problemler maddi ve manevi kötü sonuçlara sebep olabilir. Bir bireyin tek başına risklere ve risklerin ortaya çıkardığı zararlara karşı tam anlamıyla kendini koruyamayacağı deneyimlenmiştir (17).

Sosyal güvenlik kavramı, doğum, hastalık, yaşlılık, ölüm ve kazalar gibi sebeplerle meydana gelen sosyal ve maddi olumsuzluklara karşı, devletin aldığı çeşitli önlemler aracılığıyla toplumların kendi geleceklerini güvenceye alma davranışlarının karşılığıdır. Modern çağda evrensel prensip olarak kabul gören ve medeni toplulukların önemli bir göstergesi olan sosyal güvenlik kavramı, özünde kişinin güvence arayışının neticesidir. Tarih boyunca bu kavram insanın gelişimiyle beraber şekillenmiş ve güçlenmiştir (18).

10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde, her bireyin iradesi dışında çeşitli sebeplerle temel ihtiyaçları, sağlığı ve refahından mahrum kalması durumunda sosyal güvenlik hakkı olduğu belirtilmiştir (19). Bu beyanname ile sosyal güvenlik kavramı evrensel bir tanıma ulaşmış ve benimsenmiştir.

Tarıma dayalı toplum dönemlerinde topluluklar küçük merkezlerde büyük aileler olarak yaşamakta, dışa açık olmayan sosyal ve ekonomik bir yaşam sürmekte idiler. Bu yaşam biçiminin neticesinde tehlikelere karşı ve güven gerektiren durumlarda lokal dayanışma ve destek biçimleri görülmüştür. Bu durum kurumsal bir anlayış yerine çoğu zaman din kaynaklı bir yaklaşımla yardımlaşma şeklinde bir destek mekanizması ortaya çıkarmıştır (17).

Tarihte, bu lokal yardımlaşma süreci için kırılma noktasının Sanayi Devrimi olduğu görülmektedir. Sanayileşme ile birlikte artan riskler ve gelişen işçi bilinci, sosyal güvenlik kavramlarının modern anlayışta ortaya çıkışını tetiklemiştir. Gelişen ve küreselleşen sosyal ve ekonomik şartlar sosyal güvenlik sistemleri içinde gelişimin ana etmenlerini ortaya çıkarmıştır (18).

Osmanlı toplumunda da tarıma dayalı toplum dönemlerinde olduğu gibi aile yapısı içerisinde destek mekanizması yürümüştür. Verilen bu destek toplumda doğal ve yapılması gereken bir görev gibi görüldüğü için sosyal güvenlik kavramını ve gereksiniminin gelişimini yavaşlatmış olabilir. Dini kurallara dayanan hayır kurumları ve sosyal yardım amaçlı vakıflar da bu destek için zamanla ön plana çıkmışlardır. Cumhuriyetin ilk yıllarında direkt düzenlemeler olmasa da sosyal güvenlik alanında Borçlar Kanunu, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gibi yasalar vesilesiyle düzenlemeler görülmüştür. 1936 tarihli İş Kanunu ile temel adımlar atılmakla birlikte 27 Haziran 1945 tarihli İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu ilk olarak sosyal güvenlik sistemi ile doğrudan ilgili düzenlemeler yapılmıştır (18).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından düzenlenen 28 Haziran 1952 kabul tarihli 102 no’lu “Sosyal Güvenlik (Asgari Standartlar) Sözleşmesi” uluslararası olarak sosyal güvenlik kavramının başlıca değerlendirmelerinden olup, ortak normlar saptanmak amaçlanmıştır. Hastalık nedenli sağlıkla ilgili bakım giderleri, hastalık nedenli gelir kaybına neden olan risklerin karşılanması, yaşlılık, iş kazasıyla meslek hastalıkları, işsizlik, analık, ölüm, malullük ve aile yardımları temellerinde sosyal güvenliğe küresel taban oluşturulmuştur (20).

Sigorta, kuruluşlara ödeme yapılmasıyla birlikte evvelden mevcudiyeti tespit edilemeyen, risk yaratabilecek durumlara karşı bireyleri ve maddi varlıkları güvence altına alan bir sistemdir. Sigorta ihtiyacı sosyal güvenlik kavramının gelişiminde olduğu gibi bireylerin maddi ve fiziksel yükümlülüklerini koruma ihtiyaçları neticesinde ortaya çıkmıştır (21).

13.01.2011 kabul tarihli ve 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu’nun 1401.maddesinde sigorta sözleşmesinin tanımında; “Sigorta sözleşmesi, sigortacının bir prim karşılığında, kişinin para ile ölçülebilir bir menfaatini zarara uğratan tehlikenin, rizikonun, meydana gelmesi hâlinde bunu tazmin etmeyi ya da bir veya birkaç kişinin hayat süreleri sebebiyle ya da hayatlarında gerçekleşen bazı olaylar dolayısıyla bir para ödemeyi veya diğer edimlerde bulunmayı yükümlendiği sözleşmedir.” şeklinde belirtilmiştir (22).

Ülkemize sigortacılık 1860’lı yıllarda yabancı birkaç şirketin öncülüğünde girmiştir. 1666 tarihli Londra yangını ile beraber İngiltere’de önemi ortaya çıkan ve gelişen sigortacılığa benzer şekilde ülkemizde 1870 tarihli Beyoğlu’nda Büyük Pera Yangını ile sigortacılığın önemi kavranmıştır. Bu yangından sonra yabancı sigorta şirketi sayısı önemli bir hızla artmıştır. 1923 yılında İzmir İktisat Kongresi’nde sigortacılıkla ilgili kararlar da mevcuttur. 1929 yılında Türkiye İş Bankası, Milli Sigorta ve Companie Suisse de Reassurance ortaklığı ile “Milli Reasürans T.A.Ş.” kurulmuş olup, sektörün ulusal gücünü arttırarak, sektör içi ekonominin

içeride kalmasını sağlamak, gelirleri arttırmak ve döviz çıkışının azaltılması amaçlanmıştır. 1959 yılında 7397 sayılı “Sigorta Şirketlerinin Murakabesi Hakkında Kanun” ile sigorta şirketlerinin denetimi ve şartları bir düzene bağlanmıştır (23).

2.1.4. Geçici İş Göremezlik ve Bakıcı İhtiyacı Kavramları

Kişinin olay sonrası bir müddet tedavi alması, iyileşme süreci tamamlanıncaya kadar çalışamaması bu sebeple iş ve kazanç kaybına uğraması durumuna geçici iş göremezlik denilmektedir. Bu süre için belirli bir meslek sahibi olmak zorunlu değildir. Ev kadınları, çocuklar, gençler ve yaşlıların gündelik işlerini yapamaması ve iyileşme süresi içerisinde gereken bakım ihtiyaçları da bu tanıma dâhil kabul edilir (24).

Süre, sadece kişinin aldığı tıbbi tedavinin süresi ile kısıtlanamaz. Kişinin tedavi sonrası işe ve gündelik yaşamına geri dönüşünü sağlayacak iyileşme süresini de göz önüne almak gerekmektedir. Bu süre kişinin işine göre değişkenlik gösterebilecektir. Değerlendirmelerde yaralanmanın neticesi ile kişinin işi arasındaki ilişki büyük önem arz etmektedir. Ayak bileğinde kırık oluşan bir kişinin ağır işlerde çalışması ile masa başı iş yapması arasındaki farkın değerlendirmede dikkate alınması şarttır (24).

Yaralanan kişi, tedavi sonrası evde iyileşme sürecine girer. Eğer bu süreç içerisinde biri tarafından bakım gerekiyorsa bakıcı ihtiyacı oluşur. Bakıcı ihtiyacı ise bir gider kalemi yaratır. Bu giderler tedavi giderlerinin içinde değerlendirilir. Kişinin bakımını eşi veya ailesinden biri yapabilir. Bu durum bakıcı gideri talebine engel olmamaktadır. Bakıcı ihtiyacını belirlerken kişinin yaralanmasının ağırlığı önem teşkil etmektedir. Kişinin sosyodemografik özellikleri de bakıcı ihtiyacını belirlemede göz önüne alınması gereken durumlardandır (24).

Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nin 15. Maddesinde başka birinin sürekli bakımına muhtaç olma hâlleri şu şekilde belirtilmiştir: a) Kuadripleji, parapleji, dippleji ve sigortalının yaşamını kendi başına yürütmesine engel hemipleji veya merkezi sinir sisteminin sfinkter bozuklukları ile birlikte olan diğer hastalık ve arızalar, b) Süreli veya sürekli ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde kalmayı gerektiren ve tedavi edilemeyen psikotik hastalıklar, c) İki gözde de yüzde yüz (tam) görme kaybı, ç) İki elin kaybı, d) Bir kolun omuzdan ve bir bacağın kalçadan kaybı, e) Her iki bacağın alttan en az 1/3'ünün kaybı, f) Tedavisi olanaksız bir hastalıktan ileri gelen ağır beslenme bozuklukları ve kaşeksiler (25).

Yukarıda belirtilen hastalıklar dışında, Resmî Gazetede yayımlanan 22.01.2011 tarih ve 27823 sayılı değişiklikte; tedavi edilmesi mümkün olmayan, başka bir kişinin sürekli bakımına

muhtaç olan ağır hastalık ve arızalarında değerlendirme sonrası sürekli bakıcı ihtiyacı açısından değerlendirilmesi bilirkişilerin takdirine bırakılmıştır.

2.1.5. Maluliyet Tespit Amacıyla Yapılan Adli Tıbbi Değerlendirmenin Nedenleri

Travmatik yaralanmalar psikiyatrik sekel oluşumunun önde gelen nedenlerindendir (26). Genel olarak bakıldığında maluliyet nedenleri arasında sıklıkla meslek hastalıkları, trafik kazaları ve iş kazaları öne çıkmaktadır. Bunlar dışında ateşli silah yaralanmaları, kesici-delici alet yaralanmaları, hayvan saldırıları ve tıbbi uygulama hataları da maluliyet nedenleri arasında sayılabilir.

2.1.5.1. Trafik Kazaları

2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 3. Maddesinde trafik kazası: "Karayolu üzerinde hareket halinde olan bir veya birden fazla aracın karıştığı ölüm, yaralanma ve zararlar sonuçlanmış olan olaydır." şeklinde tanımlanmıştır (27).

Trafik kazaları küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Meydana gelen ölümlerin 2000 yılında 1.15 milyon, 2016 yılında 1.35 milyon olduğu, ölüm sayılarının istikrarlı bir şekilde artmaya devam ettiği görülmektedir. Trafik kazaları, tüm yaş gruplarındaki ölüm sebeplerinde, toplam ölümlerin %2.5'ini oluşturarak 8.sırada olduğu görülmektedir. Ayrıca çocuklar ve 5-29 yaş arası genç yetişkinler için ilk sırada ölüm nedenidir (28). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ise dünya genelinde 2019 yılında kara yollarında trafik kazalarına bağlı ölümlerin, tüm yaralanmalı ölümlerin %29'unu oluşturduğu görülmektedir (29).

Tablo-2.1: Dünya'da 2016 yılında her yaşta tespit edilen önde gelen ölüm nedenleri (28).

Sıra	Ölüm Nedeni	Toplam ölümlerin %'si
1	İskemik Kalp Hastalıkları	16.6
2	İnme	10.2
3	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	5.4
4	Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları	5.2
5	Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar	3.5
6	Trakea, Bronş, Akciğer Kanseri	3.0
7	Diabetes Mellitus	2.8
8	Karayolu Trafik Kazası Yaralanmaları	2.5
9	İshalli Hastalıklar	2.4
10	Tüberküloz	2.3

TÜİK tarafından düzenlenen 25.05.2023 yayım tarihli ve 49513 sayılı 2022 yılı Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri verilerine göre; 2022 yılında ülkemizde 1.232.957 adet trafik kazası meydana geldiği, bu kazalarda 5.229 kişinin hayatını kaybettiği ve 288.696 kişinin yaralandığı görülmektedir (30).

Tablo-2.2: Türkiye’de trafik kazaları sebebiyle tespit edilen ölü ve yaralı sayılarının yıllara göre dağılımı (30).

Yıl	Toplam Kaza Sayısı	Toplam Ölü Sayısı	Toplam Yaralı Sayısı
2011	1.228.928	3.835	238.074
2012	1.296.634	3.750	268.079
2013	1.207.354	3.685	274.829
2014	1.199.010	3.524	285.059
2015	1.313.359	7.530	304.421
2016	1.182.491	7.300	303.812
2017	1.202.716	7.427	300.383
2018	1.229.364	6.675	307.071
2019	1.168.144	5.473	283.234
2020	983.808	4.866	226.266
2021	1.186.353	5.362	274.615
2022	1.232.957	5.229	288.696

2.1.5.2. İş Kazaları

İş kazası, iş yerinde veya iş ile ilgili eylemin devam ettirilmesi neticesinde meydana gelen, ruhsal veya bedenen engelli hale getiren ya da ölüme sebep olan olaylardır (31).

Ciddi iş gücü kayıpları, ekonomik zararlar ve ölümlere sebep olabilen iş kazaları hekimler tarafından adli olgu olarak değerlendirilen bildirim yapılması zaruri vakalardır. Etiyolojide; çalışan eğitim ve özeninin eksik kalması, çalışma şartlarının yetersizliği, iş emniyetinin ideal bir şekilde sağlanmaması öne çıkmaktadır (32). Sanayi Devrimi ile birlikte makine kullanımı giderek artan bir şekilde sıklaşmış, toplu üretim ile birlikte iş kazaları önemli bir sorun olarak öne çıkmıştır (33).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; acil servise başvuran olguların %1.6’sını iş kazaları nedeniyle gelişen yaralanmaların oluşturduğu, kazaların en sık metal-makine sektöründe görüldüğü, üst ekstremiteler yaralanmalarının en sık görülen yaralanma bölgesi olduğu, bunu alt ekstremiteler yaralanmalarının takip ettiği belirtilmektedir. Kesici cisimler vasıtasıyla yaralanma, yüksekten düşme ve ağır bir nesnenin altında sıkışmak sık görülen kaza tipleri arasındadır (33–35).

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yayınladığı 2021 yılı iş kazası ve meslek hastalıkları istatistiklerine göre; 32 kadın, 1.350 erkek olmak üzere toplam 1.382 kişinin iş kazası sonucu

hayatını kaybettiği görülmektedir. En çok iş kazasının meydana geldiği alan inşaat sektörüdür (36).

2.1.5.3. Meslek Hastalıkları

Meslek hastalıkları yüksek ölüm oranları ile toplum için ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir (37). Dünya geneline bakıldığında her yıl yaklaşık 2 milyon insan meslek hastalıkları nedeniyle ölmektedir. En sık ölüm nedenleri, meslek ile ilişkili kanser ve inme gibi meslek ile ilişkili dolaşım hastalıklarıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde tarım kaynaklı bulaşıcı hastalıklar ve iş kazaları öne çıkmaktadır (38). Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yayınladığı 2021 yılı iş kazası ve meslek hastalıkları istatistiklerine göre; 4 kadın, 31 erkek olmak üzere toplam 35 kişinin meslek hastalığı sonucu hayatını kaybettiği görülmektedir. Ölümlerin yirmi altısının insan sağlığı hizmetleri alanında olduğu görülmektedir (36). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sağlık kuruluşları faaliyetlerini çok tehlikeli ve tehlikeli olarak tanımlamaktadır. Sağlık sektöründeki hizmetlerin bu sınıflama içerisinde yer alması fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyal tehlikelere eş zamanlı olarak maruz kalabilme riskinin yüksekliğinden kaynaklanmaktadır. Bu tehlikeler mikrobiyolojik bulaş riskleri, radyoaktif madde ve ilaçlardan doğan riskler, uzun çalışma saatleri ve hasta yakınlarıyla ilişkileri içermektedir (39).

2.1.6. Travmanın Adli Tıbbi Değerlendirmesinde Yaralanma Kılavuzuna Genel Bir Bakış

2.1.6.1. Basit Tıbbi Müdahale (BTM) ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Nitelikte Yaralanma Kavramı

Bu kavrama TCK'nın 86.maddesi 2.fikrasında yer verilmiştir. En hafif yaralanmaları tarif etmek amacıyla ortaya çıkan bu kavramın hekimler tarafından kişisel yorum ve değerlendirmelerle raporlanmaması için “Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi” rehberindeki detaylı açıklamalar kullanılmaktadır. Bu değerlendirmede kişi üzerindeki travmatik değişimlerin BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olup olmadığı değerlendirilmektedir.

Travma ile gelişen ruhsal bozukluklar da bu kapsamda değerlendirmeye alınmaktadır. Nedensellik bağı ile klinik durum, etkinin süresi ve sonuçları etmenleri aracılığıyla değerlendirilir (40).

Kılavuzda mevcut BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif yaralanmaların bir kısmı şu şekilde belirtilmiştir;

“ - Saçlı deri ve yüz bölgesinde tek lezyon olarak <5 cm, toplamda <10 cm, vücudun diğer bölgelerinde tek lezyon olarak <10 cm, toplamda < 20 cm cilt-cilt altını ilgilendiren yaralanmalar,

Birinci derece yanık

Dış kulak yolu yaralanması

Eklemlerde kontüzyon ve burkulmalar.”

2.1.6.2. Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Neden Olan Yaralanma Kavramı

TCK'nın 87.maddesi 1.fıkrasında yer alan bu kavrama göre böyle bir duruma neden olan yaralanmalarda suçtan nedenli daha ağır bir cezalandırmayı gerektirir (41). Rehberde göre kişinin yaşamının mutlak bir şekilde tehlikeye maruz kalması ama ölümün gerçekleşmemesi durumlarında kullanılır. Olayın etkisi ve büyüklüğü değil kişi üzerindeki tıbbi etkisi değerlendirilmelidir. Yaşamı tehlikeye sokan bazı yaralanmalar Tablo-3'te belirtilmiştir (40).

Tablo-2.3: Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Duruma Neden Olan Yaralanma Örnekleri (40).

İlk beş servikal vertebra korpus kırığı
Glasgow Koma Skoru'nun 8 ve altında olduğu, bilinç kapanmasına yol açan beyin ödemi
İç organ yaralanmaları
Büyük damar yaralanmaları
Medulla spinalis yaralanması ve epidural hematoma
Kuduz hayvan ısırığı
Asfiktik bir durumdan kurtulanlar
Travma sonrası 24 saat içinde ortaya çıkan stresör faktörlerin tetiklediği myokard enfarktüsleri
Crush sendromu
Yelken göğüs
Perikard tamponadı
Hemotoraks, pnömotoraks
Peniste herhangi bir bölgeden amputasyon

2.1.6.3. Kemik Kırığı veya Çıkığının Hayat Fonksiyonlarına Etkisi

TCK'nın 87. maddesinin 3. fıkrasında yer alan bir kavram olup, rehberin ilgili bölümlerinde bulunan puanlama tablolarına göre meydana gelen kırık veya çıkığın bireyin hayat fonksiyonlarına etkisi ve bu sonuca göre ceza tespiti sağlanmaktadır. Birden çok kırık ve/veya çıkık olduğu durumlarda puanların karelerinin karekökünün alınması ile ortaya bir puan çıkarılması şeklinde bir hesaplama uygulaması rehberde yer almaktadır. 1-6 arasında yer alan puanlamaya bakıldığında, puanlamaların hayati fonksiyonlara etkisi 1 puan hafif, 2-3 puanlar orta ve 4-5-6 puanlar ağır olarak belirtilmiştir (40).

2.2. Maluliyet Raporlarında Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar ve Değerlendirilme Şekilleri

2.2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

2.2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Tarihin eski çağlarından beri insanların geçirdiği savaş, hastalıklar gibi birçok trajedinin ortaya çıkardığı ve çeşitli şekillerde tariflenen günümüzde ise TSSB olarak tanımladığımız kayıtlar bulunmaktadır (42).

Antik Mısır’da M.Ö. 1900 yılına ait ilk medikal kayıtlardan olan “Kahun Papirüsü” kadın bedenindeki spontan rahim hareketindeki histerik bozuklukların nedenini tanımlamaktadır (43).

19. yüzyıldan itibaren travma sonrası oluşan medikal durumlar tıp biliminin ilgisini çekmiştir. Jacob M. Da Costa (1833-1900) isimli hekim, 1871 yılında “On Irritable Heart” adlı makalesini yayınladı. Bu makalede, Amerikan İç Savaşı’nda görev almış kardiyak rahatsızlığı bulunan üç yüzden fazla vakayı gözlemledi. Bu gözlemler neticesinde savaş sonrası sakat kalan askerlerde yaygın şekilde göğüs ağrıları, çarpıntı, nefes darlığı ve sinir bozuklukları semptomları tanımlamıştır. Sinir bozuklukları semptomları olarak baş ağrısı, sersemlik ve uyku bozukluğunun öne çıktığı kaydedilmiştir. Baş ağrısının süreklilik göstermediği ve özellikle çarpıntı nöbetleri sonrası ortaya çıktığı gözlenmiştir. Da Costa bu tespitleri üzerine sendroma kendi adını vermiştir (42,44,45).

Birinci Dünya Savaşı ile beraber kitlesel büyüklükteki orduların yıllar süren büyük kapsamlı çatışmalara girmesi ile birlikte askerler arasında meydana gelen psikiyatrik değişimler çok netleşmiştir. Birçok asker fiziksel olarak yaralanmasa dahi nevroz belirtileri göstermektedir. Bunun neticesinde doktorlar “shell shock” adı verdikleri savaş bunalımı travması şeklinde tarif edilebilecek bir terminolojiyi travmanın ruhsal etkileri açısından kullanmaya başladılar. Bu askerlerde sürekli baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, hafıza kaybı, uyku güçlüğü, depresyon ve umutsuzluk dönemlerini içeren bir ruh hali bozukluğu mevcuttu. İkinci Dünya Savaşı da benzer süreçlerle ilerledi. Temmuz 1939’da toplanan Horder Komitesi, ilk savaştaki gibi kitlesel etkileri önlemek amacıyla savaş nevrozunu resmi olarak kabul edip, terhis ve tazminat yolunu açtı. Fakat örneğin İngiliz Hükümeti psikiyatrik yaralanmaları değerlendirmeye almadı. İnsan ihtiyacı gözetilerek alınan bu kararlar nedeniyle bu şikâyetler bitkinlik penceresinden değerlendirilmeye devam etti. Kısaca denilebilir ki Birinci Dünya

Savaşı'ndan beri süregelen şekilde tıbbi durum tespitleri devam etse de sonuç odaklı çözümler ertelendi (46–48).

Savaşlardan sonra DSM-I içerisinde “Ağır Stres Reaksiyonu” başlığı ile tanıya yer verilmiştir. Burada tepkinin tersine çevrilebilirliği ve geçici karakteri belirtilmiştir. Tanının sadece kişinin savaş veya felaketler (yangın, deprem, patlama vb.) gibi ağır fiziksel travmalara veya aşırı duygusal strese maruz kaldığı durumlarda doğrulanabileceği aktarılmıştır (49). Dünya savaşının etkilerinin sönümlenmeye başladığı, Vietnam Savaşı'nın etkilerinin ise henüz tam olarak ortaya çıkmadığı, konuya olan ilginin azaldığı bir dönemde DSM-II içerisinde “Ağır Stres Reaksiyonu” başlığı bulunmuyordu. Bunun yerine “Geçici Durumsal Rahatsızlık” terimi tanımlanmıştı. Bu terim, stres yaratan maruziyetlere verilen tüm akut tepkileri kapsamaktaydı. Yine mevcut medikal tablo travmatik olaydan dışarıda tutulmaya devam ediliyor, yaşanan durum kişi ve kişilik üzerinden değerlendiriliyordu. Bundan dolayı da eğer hastanın uyum kapasitesi iyiye, stres faktörü azaldıkça semptomların da genellikle azalacağı üzerine bir fikir mevcuttu. Yetişkinler üzerinden travma örneklerinde; istenmeyen gebelik, askeri mücadele ile ilişkili korku, zorunlu emeklilik ve Ganser sendromu belirtilmiştir. Travma, olayın tanımı ve çerçevesi net ve detaylı olarak çizilmemiştir (46,50). DSM-III'te TSSB ilk kez anksiyete bozuklukları ana başlığı altında tanımlanmıştır. Karakteristik semptomlar arasında travmatik olayın yeniden yaşanması; dış dünyaya karşı duyarlılığın azalması veya dış dünya ile ilişkinin azalması ve çeşitli otonomik, disforik veya bilişsel semptomların yer aldığı belirtilmiştir. Tanımlamalarla birlikte artık var olan duruma bakış kişiden olaya doğru yani travmanın net tanımına yönelmiştir. Tanı kriterlerinin A maddesinde; hemen herkeste önemli düzeyde sıkıntı belirtileri ortaya çıkarabilen bir stres faktörünün varlığı tanımlaması yapılmıştır (51). DSM-III'ün yenilenmiş hali ile gelişen travma tanımı DSM-IV'te iki kriterli olarak travmatik olaya genelin tepkisi yerine bireyin tepkisi ön plana alınmıştır. Bireyin tepkileri kriterler arasına girmiştir (48,52). 2013 yılında yayınlanan DSM-5 içerisinde TSSB, “Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar” ana başlığı altına alınmıştır (53).

2.2.1.2. Epidemiyoloji

24 ülkeyi içeren ve 68.894 yetişkin bireyin bulunduğu bir çalışmada, katılımcıların %70,4'ünün en az bir travmatik olay tecrübe ettiği, %30,5'inin ise dört veya daha fazla travmatik olayı deneyimlediği görülmüştür. Dünya genelinde en yaygın travmatik olay sebebinin kazalar/yaralanmalar (%36,3) olduğu tespit edilmiştir (54).

Yaşan ve arkadaşlarının, 2006 yılında trafik kazası nedeniyle yaralanan kişiler üzerinden yaptığı bir çalışmada; %41,1 oranında akut stres bozukluğu (ASB), 12 ay sonunda

ise %17,9 oranında TSSB geliştiğı tespit edilmiştir (55). Trafik kazasını takiben yapılan TSSB prevalans çalışmaları %6 ile %45 aralığında sonuçlar ortaya çıktığı görülmüştür. Çalışmaların yapıldığı ülkeler, değerlendirme yöntemleri ve zamanları, yaralanmaların çeşitlerinin bu yaygın aralığı ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde TSSB yaygınlık aralığının zaman içerisinde (1-12 ay) azaldığını göstermektedir (55–59).

Şili’de 15 yaş ve üzeri kişilere yapılan bir çalışmada, tüm örnekleme yaşam boyu TSSB prevalansı %4,4 (erkekler için %2,5 ve kadınlar için %6,2) olduğu (60), 26 popülasyonu içine alan çok merkezli bir çalışmada ise, yaşam boyu prevalansın toplam örnekleme %3,9 olduğu, travmaya maruz kalanlar arasında %5,6 olduğu görülmüştür (61).

2.2.1.3. DSM-5 ve TSSB

DSM-IV-TR’ye göre DSM-5 ile birlikte TSSB artık "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar" olarak isimlendirilen yeni bir kategoriye alınmış olup, kaçınma, gerekli tanı kümelerinden biri olarak eklenmiş, bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler vurgulanmış ve travmatik olaylar DSM-IV’ün travma kriterlerinde yer aldığı şekliyle aşırı korku, dehşet veya çaresizlik tepkisiyle tanımlanmamıştır (62). Bu değişikliklerle beraber yapılan çalışmalarda DSM-IV ile DSM-5 tanı kriterlerinin klinik açıdan önemli farklılıklar gösterdiği görülmüştür. ABD askerleri arasında yapılan bir çalışmada, DSM-IV semptom kriterlerini karşılayan askerlerin %30’unun DSM-5 kriterlerini karşılayamadığı tespit edilmiştir (63).

Tablo-2.4: DSM-5 TSSB Tanı Kriterleri (53).

A- Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:
1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları).
B- Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istenç- dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:
1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.
2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.
3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.)
4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.
5. Örseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C-Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D- Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).

3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.

4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).

5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma.

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

E- Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).

2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.

3. Her an tetikte olma.

4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

5. Odaklanma güçlükleri.

6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F- Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G- Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H- Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.2.1.4. TSSB ve Komorbidite

Yapılan birçok çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerde yüksek oranda psikiyatrik komorbidite olduğu gösterilmiştir (64–67). TSSB'si olan bireylerin üç veya daha fazla psikiyatrik bozukluğa sahip olma olasılığının TSSB'si olmayan bireylere kıyasla kadınlarda 8 kat, erkeklerde ise 14 kat daha fazla olduğunu gösteren çalışma mevcuttur (67). TSSB kriterlerini karşılayan bireylerde eşlik eden psikiyatrik tanı varlığı %14,5 olduğu, depresif bozukluklar, distimi, sosyal fobi, psikotik semptomlar, obsesif-kompulsif bozukluk, agorafobi/panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı, madde kullanımı ve intihar düşünceleri eşlik eden durumlar arasında görülmektedir (64–66).

2.2.1.5. TSSB’de Klinik

DSM-5 dört semptom kümesi ile TSSB’yi karakterize etmiştir. Bu semptomlar;

- Artan Uyarılmışlık

İnsanoğlunun tehlike ve streslere savunma mekanizması olarak işlev gören uyarılmışlık hali, TSSB’de artmış şekilde karşımıza gelmektedir. Uyku düzensizliği(uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede zorluk), irritabilite ve impulsivite belirtileri görülmektedir. Adrenerjik sistem stimülasyonu ve TSSB kaynaklı ortaya çıkan artmış uyarılmışlık arasında paralellik görülmektedir. Her an tetikte olma, abartılı irkilme tepkileri ve saldırganlık görülebilen belirtilerdendir (53,68).

- İstenç dışı (intruzif) belirtiler

Sıkıntı verici hatıralar, kabuslar ve flashbackler bu grup içerisinde değerlendirilir. TSSB tanısında hatıralardan kaçınmanın en az bir biçimi görülmelidir (69).

- Kaçınma

İnsanlar, mekânlar ve etkinlikler gibi hatırlatıcı özelliklerden kaçınmayı içerebilir. Seyahat korkusu da bu kümenin içerisinde değerlendirilir (69).

- Biliş ve duygudurumda olumsuz değişimler

Bireyde görülen kalıcı olumsuz beklentiler, travmatik olay hakkında kişinin kendisini veya başkalarını çarpık bir biçimde suçlaması, kalıcı negatif duygusal durumlar bu kümenin içerisinde. İnsanlardan yabancılaşıma ve sosyal hayatta gerileme gibi bulgular da görülebilir (69).

2.2.1.6. Akut Gerginlik (Stres) Bozukluğu

TSSB ile benzer tanı ve belirti özelliklerine sahiptir. Tanı ölçütlerinin karşılanması travma sonrası hemen başlayan belirtilerin en az üç gün en çok bir ay sürmesi gerekmektedir. Travmatik olayı takiben başlayan, istenç dışı (intruzif) gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, dissosiyasyon (çözülme) belirtileri, kaçınma belirtileri ve uyarılma belirtileri görülmektedir. Bu beş belirti kümesinden dokuz veya daha çok belirtinin görülmesi gerekmektedir (53).

2.2.2. Anksiyete Bozuklukları

2.2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Kaygı olarak da isimlendirilen anksiyete, bedensel ve otonomik semptomları içeren huzursuzluk hissiyatıdır. Anksiyetenin tehlike ve tehditlere karşı koruyucu yönü bulunmaktadır. Bundan dolayı herkes tarafından deneyimlenmiş bir duygudur. Fakat gündelik yaşamın içinde doğal olarak bulunan olaylara karşı aşırı kaygı ve beklenti patolojik bir durum yaratabilir (53,70).

1890'lı yıllarda Sigmund Freud “anksiyete nevrozu” terimini tanımlamış ve konuyu psikiyatrik olarak değerlendirmiştir. İçgüdüsel bir tehlike algısı anksiyeteyi ortaya çıkarır (71). 1980 yılında yayınlanan DSM-III, anksiyete bozukluklarını farklı bir kategori olarak ele almıştır. Genel nüfusun %2-4'ünün bu kategorideki bozukluklara sahip olabileceği ön görüşü kılavuzda bulunmaktadır (51). DSÖ sınıflama sistemi ICD-8, anksiyete nevrozu olarak sınıflamaya koyarken, DSM seyrini takip eder şekilde ICD-10 ile birlikte anksiyete bozuklukları olarak sınıflandırmıştır (70). DSM-5 aynı başlık içerisinde kaygı bozukluklarını çok geniş bir şekilde almıştır. Bunlar; ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğunu içerir (53).

2.2.2.2. Epidemiyoloji

Yaygın anksiyete bozukluğu oranlarının %2,8 ile %8,5 arasında değiştiği, medyan prevalansın %5,8 olduğu tespit edilmiştir. Hastalığın kliniği, tanı ölçütlerinin seyri gibi değişkenler sonuç aralıkları değişkenlik göstermektedir (72,73).

204 ülke ve bölgeyi içeren yaklaşık 2019 yılına kadar son otuz yılda anksiyete bozukluklarının yükünü inceleyen bir çalışmada; tahmine küresel nüfusun %4,05'inin anksiyete bozukluğuna sahip olduğu, etkilenen kişi sayısının ise yıllar içerisinde artış trendinde olduğu gösterilmiştir. Prevalansın yüksek gelirli bölgelerde daha yüksek olduğu, kadınların erkeklere oranla anksiyete bozukluklarından etkilenme ihtimallerinin 1,66 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (74).

2.2.2.3. DSM-5 ve Anksiyete Bozuklukları

Tarihçede de bahsedildiği üzere anksiyete bozuklukları DSM-5 içerisinde birçok bozukluk içerir. Bu geniş çerçeve farklı klinik yansımalar neticesinde ortaya çıkmaktadır. Örneğin özgül fobide, spesifik olarak bir nesne ya da durumla ilgili olarak bir uyarılma söz konusudur. Spesifik fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi sık görülen tiplerdendir (75,76).

Tablo-2.5: DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanı Kriterleri (53).

A- En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.
B- Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.
C- Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):
1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.
2. Kolay yorulma.
3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.
4. Kolay kızma.
5. Kas gerginliği.
6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).
D- Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
E- Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
F- Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda [sosyal fobi] olumsuz değerlendirilme, takıntı zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

2.2.2.4. Anksiyete Bozuklukları ve Komorbidite

Anksiyete bozukluklarına çoğunlukla başka bozukluklar eşlik eder. Yapılan bir çalışmada, anksiyete bozukluğu şemsiyesinden bir bozukluğu olan bireylerin %60'ında en az bir başka anksiyete bozukluğu ya da depresyon tanısı olduğu, bireylerin %27'sinin ise üç veya daha fazla eşlik eden bozukluk olduğu saptanmıştır. Komorbidite oranlarına bakıldığında, en yüksek oranlar sosyal fobi – majör depresif bozukluk %20,3, majör depresif bozukluk – spesifik fobiler %18,6 ve majör depresif bozukluk – yaygın anksiyete bozukluğu %18,3 tanı ikilileri arasında, en düşük oranlar panik bozukluğu – yaygın anksiyete bozukluğu %5,3 ve panik bozukluğu – travma sonrası stres bozukluğu %4,5 tanı ikilileri arasında görülmektedir (77).

Yapılan diğer çalışmalarda da anksiyete bozukluğu tanısı olanlarda bir veya birden çok ek tanı tespit edildiği, bu ek tanıların çoğunlukla yine anksiyete bozuklukları kümesinden bir tanı ile majör depresif bozukluk olarak tespit edildiği görülmektedir (78,79).

2.2.3. Depresif Bozukluklar

2.2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Duygudurum bozukluğu olan depresyon, duygudurumda çökkünlük, karamsarlık ve anhedoninin olduğu psikiyatrik durumdur (80,81). Tıp tarihi, depresif semptomları uzun bir süredir değerlendirmektedir. Hipokrat dönemlerine kadar giden değerlendirmelerde, melankoli üzerinden tanımlamalar yapılmıştır. Hatta sıradan ve gündelik hüznün ile depresyonu ayıran tanımlar görülmüştür. Hüzün ve üzüntü kayba verilen doğal bir tepki olarak tanımlanmış, depresif belirtiler ise tetikleyicilerin varlığı ve tepkinin ölçüsü üzerinden değerlendirmiştir. Üzüntü veya korkunun uzun süreli olması, orantısız koşullarla olması gibi fikirler hastalığın doğasını anlamaya ve yakalamaya yönelik ilk fikirlerdendir. İlerleyen süreçte depresyonun formları tartışılmakla birlikte, DSM-I, melankoli ile uyumlu şiddetli duygudurum bozuklukları ile karakterize edilen duygusal bozuklukları, psikotik bozuklukların üç ana kategorisinden(diğer ikisi ise şizofrenik ve paranoid reaksiyonlar) biri olarak gruplandırmıştır. DSM-II depresyonu, mani durumlarıyla birlikte gruplandırmıştır. İçerisinde mevcut majör afektif bozukluklar kategorisini şu şekilde tanımlamıştır: "Bu psikoz grubu, aşırı depresyon ya da coşku gibi tek bir duygudurum bozukluğu ile karakterize edilir...". Depresif nevrozu ise anksiyete durumları kategorisinde tutmuştur. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile birlikte majör depresif bozukluk, affektif bozukluklar içerisinde bir kategori olarak yer bulmuş, semptomlar ve süre ölçütleri vasıtasıyla tanı kararı ortaya çıkmıştır. Bu değişiklik ile 2500 yıldır süre gelen değerlendirmelere köklü bir farklılık gelmiştir. DSM-III-R yayınında, affektif

bozukluklar kategorisi açıklayıcılığı arttırmak amacıyla yeniden isimlendirilerek mood (duygudurum) bozuklukları ismini almıştır. DSM-IV bu sistemi devam ettirmekle beraber, DSM-5 ile “Depresyon Bozuklukları” olarak ayrı bir kategori yer almış, depresyon bu kategori altında değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu kategori altında; yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, yeğin (majör) depresyon bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), aybaşı öncesi (premenstrüel) disfori bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı depresyon bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu ve tanımlanmamış depresyon bozukluğu bulunmaktadır (49–53,80,82,83).

2.2.3.2. Epidemiyoloji

Majör depresif bozukluk son derece yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Yaşam boyu yaygınlığı %5-17 arasındadır ve ortalama olarak %12’dir (84). Yine katılımcıların %17’sinden fazlasının yaşamları boyunca depresif atak geçirdiği çalışmalar bulunmaktadır (85). Kadınlar tüm yaşlarda erkeklerden daha yüksek oranda duygudurum bozukluğu görülme oranını sahiptir. Kadınlarda daha yüksek oranda görülme sıklığının nedenlerinin hormonal farklılıklar, doğum ve gebelik etkileri, farklı stres faktörlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (53,84,86). Sosyal ilişkileri zayıf, boşanmış bireylerde ve kırsal bölgelerde MDB’nin daha yaygın olduğu görülmektedir. Irklar ve sosyoekonomik durum ile MDB yaygınlığı arasında bir fark bulunamamıştır (86).

Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda, Eskişehir’de kadınlar üzerine konu hakkında yapılan bir çalışmada, primer depresyonun nokta prevalans hızı %27,71 bulunmuştur (87). Kocaeli’de deprem sonrası yapılan bir çalışmada, yakınlarının kaybıyla ilişkili olarak TSSB’ye komorbid depresyon oranı %18 saptanmıştır (88). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında, genel nüfusta yaygınlık %4 bulunmuş olup, kadınlarda %5.4, erkeklerde ise %2.3 yaygınlık oranları tespit edilmiştir (89).

2.2.3.3. DSM-5 ve MDB

Bireylerde anhedoni, iştah değişimleri, uyku problemleri, psikomotor yavaşlama, bitkinlik, kontrastasyon eksikliği ve intihar düşünceleri görülebilmektedir. Aşağıda tablo 6’da görülen tanı kriterlerinde mevcut belirtiler arasında DSM herhangi bir ayırım veya önem sırası belirtmemiştir. İşlevsellik düzeyinde değişiklik ve çökkün duygudurum veya ilgi yitirme ya da zevk almama belirtilerinden en az birinin olması tanı açısından zorunlu tutulmuştur. Yas veya

hüzün ile depresyon ayrımında belirtilerin detaylı göz önüne alınması ve değerlendirilmesi önemlidir (53,71).

Tablo-2.6: DSM-5 MDB Tanı Kriterleri (53).

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.
1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür).
2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (özel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma.
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, özel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanırsal olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (özel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.
B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.
E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

2.2.3.4. MDB ve Komorbidite

Duygudurum bozuklukları, alkol kullanımı, yaygın anksiyete bozukluğu panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk sıklıkla MDB olan bireylerde görülmektedir (86,90–92).

Mersin’de yapılan bir çalışmada, MDB’ye komorbid olarak OKB, YAB ve panik bozukluğun sırasıyla %5,5, %4,8 ve %2,9 oranlarda eşlik ettiği görülmektedir (91). 190 MDB hastasıyla yapılan bir başka çalışmada, bir veya daha fazla psikiyatrik hastalık komorbiditesi varlığının %35,3 olduğu, bu hastalıklar arasında anksiyete bozukluğu (%21,1), distimi (%19,5) ve travma sonrası stres bozukluğunun (%4,2) bulunduğu görülmektedir. İntihar riski olan hastalarda herhangi bir anksiyete bozukluğu ve psikotik bozuklukların daha fazla eşlik ettiği gösterilmiştir. Ek hastalık varlığının işlevsellik, tedavi süreci ve intihar riski üzerine olumsuz yönleri olduğu bilinmektedir (86,91,93).

2.2.4. Simülasyon (Temaruz)

Temaruz, DSM-5 içerisinde “klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” başlığı altında değerlendirilmiştir. Ruhsal bozukluk olmadığı belirtilmiştir. Askerlik görevinden, işten, kovuşturmadan kaçma gibi hedefler altında istemli ve doğruluğu olmayan bir şekilde belirtilerin ortaya çıkmasıdır. Bireyin yaşadığını iddia ettiği tıbbi durumlar ile muayenenin objektif bulguları ve tespitleri arasında çok net uyumsuzluk vardır (53).

Adli vakaların değerlendirilmesinde simülasyon varlığına çok dikkat edilmesi, kişinin geçirdiği olaydan önce ve sonrasını içeren tıbbi kayıtlarının detaylı incelenmesi önemlidir (94). Yaralanmaları takiben ruhsal belirtileri yanlış gösterme oranları %1-50 arasında değişmekle birlikte, medikolegal olarak bakıldığında %10-20 arası yaygınlık görülmektedir (95).

Çalışmamızda birinci olarak değerlendireceğimiz TSSB üzerinden temaruza baktığımızda, bu iddiada bulunan kişiler yaygın olarak üç patern üzerinden görülmektedirler. Bunlardan ilki, belirtilerin tamamen uydurulduğu tamamen yalan davranış ve beyanlar üzerine olandır. İkincisi, var olan belirtilerin abartılması veya hafifleyen belirtilerin aynı şekilde devam ediyormuş gibi belirtildiği paternidir. Üçüncü patern ise, travma ile illiyet bağı bulunmayan belirtilerin travmaya atfedildiği paternidir. Özellikle ikinci ve üçüncü paternlerin tespiti semptomu deneyimlemiş kişilerden geleceği için tespiti zordur. Var olan belirtilerin abartılarak aktarılması en sık görülen şeklidir. Özellikle adli tıbbi alanda görülen olgularda kişinin motivasyonu, maddi kazanç ve ceza sorumluluğundan kurtulmaktır (96–98).

2.2.5. Travma ile İlişkili Psikiyatrik Arızaların Değerlendirilmesi

11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği'nde; I. Liste – Baş Arızaları (Kafa kemikleri, nöroloji, nöroşirürji, psikiyatri arıza ve hastalıkları) başlığı altında nörolojik ve psikiyatrik sekeller değerlendirilmektedir. Psikiyatrik arızalar detaylı bir şekilde tanımlanmamıştır. Özellikle de travma ile ilişkili olarak öne çıkan PTSD hastalığı yönetmelikte bulunmamaktadır.

I. Liste, Arıza Sıra No: 16 Nevrotik Bozukluklar, kişilik bozuklukları ve başka psikotik olmayan ruhsal bozukluklar

A-- Nevrotik bozukluklar (Anksiyete, histeri, fobik, obsesif, kompulsif, nevrotik depresyon, nevrasteni, hipokondriasis, depersonalizasyon sendromu psikozları) başlığı travma ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde öne çıkmakta ve en uygun girdiyi oluşturmaktadır. Bu maddenin genişletilmiş halinde;

a -- Tedaviyle çalışma olanağı veren - 45

b -- Tedaviyle çalışma olanağı vermeyen - 65

şeklinde işlevsellik düzeyleri de göz önüne alınarak puanlamaları belirtilmiştir (25). Hastaların her birinin farklı klinik değerlendirmelerinin olması, hastalık şiddet düzeylerinin değişmesi ve PTSD gibi bazı tanılarının yönetmelikte yer bulmaması nedeniyle bu madde üzerinde uygulamalarda takdir hakkı kullanıldığı görülmektedir (99,100).

30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre;

Geçici Fonksiyon Kaybına Neden Olan Ruhsal Hastalıklar başlığı altındaki hastalıkların bir yıl sonra yeniden muayene edilmeleri gerektiği belirtilmiştir. Başlığın D maddesinde;

Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar; (yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, fobi, konversiyon bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, hipokondriasis, Ağır stres tepkisi ve uyum bozukluğu, Dissosiyatif bozukluk)

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	25
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	50

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma sonrası stres bozukluğu

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	30
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	70

şeklinde belirtilmiştir. Travma ile ilişkili psikiyatrik hastalıklar, işlevsellik de göz önüne alınarak değerlendirilmiştir (101).

20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre;

Geçici Fonksiyon Kaybına Neden Olan Ruhsal Hastalıklar başlığı altındaki hastalıkların bir yıl sonra yeniden muayene edilmeleri gerektiği belirtilmiştir. Başlığın III-Duygudurum Bozuklukları ve IV-Anksiyete Bozuklukları (panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu maddesinde;

III-Duygudurum Bozuklukları – b) Yineleyen Depresif Bozukluk

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	20
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	40

III-Duygudurum Bozuklukları – c) Yineleyen Depresif Bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtili olan, olmayan, ağır

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	40
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	70

IV-Anksiyete Bozuklukları – a) Anksiyete Bozuklukları ve Somatoform bozukluklar

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	20
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	40

IV-Anksiyete Bozuklukları – c) Travma sonrası stres bozukluğu

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	40
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	60

şeklinde belirtilmiştir. Travma ile ilişkili psikiyatrik hastalıklar, işlevsellik de göz önüne alınarak değerlendirilmiştir (102). Görüldüğü üzere Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ile Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik, diğer sistemlerde büyük benzerlik içermesine rağmen psikiyatrik değerlendirmede farklı puanlama şekillerine gidilmiştir. Örneğin; tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen TSSB bir yönetmelikte %30 maluliyet oranı, diğer yönetmelikte %40 maluliyet oranı ortaya çıkarmaktadır. Takdir haklarının kullanımı, çeşitli yargı kararları neticesinde farklı yönetmeliklerden rapor talepleri ve hekimlerin sabit bir ölçek veya değerlendirme usulü içermeyen değerlendirmeleri göz önüne alındığında psikiyatrik değerlendirmelerde istenilen netliğin yakalanması ve çelişkiden uzaklaşılması zor görünmektedir. Ülkemizde kullanılacak olan maluliyet yönetmeliklerinde bu konuda çözüm ve fikir arayışları için Amerikan Tıp Birliği (AMA) Kalıcı Engellilik Değerlendirme Kılavuzu gibi uluslararası örnekleri incelemek fayda sağlayacaktır.

AMA Kalıcı Engellilik Değerlendirme Kılavuzu, hastalıklar ve travmalar neticesinde fiziksel ve psikolojik sekel kalan kişilerde maluliyet oranını belirlemek için Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve çeşitli ülkelerde kullanılan kaynaktır (103). İlk olarak 1958 yılında AMA tarafından Ekstremitelerde ve Omurgada Kalıcı Engelliliğin Değerlendirilmesi için Kılavuz yayınlandı. Takip eden 12 yıl boyunca on iki kılavuz daha yayınlandı. 1971 yılında yayınlanan bu on üç kılavuz derlendi ve 1.baskı haline geldi. Takip eden yıllarda eksiklikler tamamlanmaya devam etmiş olup, 2008 yılında kılavuzun 6.baskısı yayınlanmıştır (104).

Kılavuzun 14. Bölümünü Zihinsel ve Davranışsal Bozukluklar oluşturmaktadır. Bu alanda yapılan engellilik değerlendirmeleri üç ölçek kullanılmaktadır. Bu ölçekler; Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Global Assessment of Function (GAF) ve Psychiatric Impairment Rating Scale (PIRS) olarak isimlendirilmiştir. Engellilik değerlendirmesinde ilk önemli adım tanının belirlenmesidir. Tanı belirlemek için DSM-IV kriterleri temel alınır. AMA Kılavuzlarında genel ilke olarak psikiyatrik hastalıklarda da gelecek 12 ay içinde önemli ölçüde değişmesi beklenmeyen bir durum “kalıcı” olarak değerlendirilir. Değerlendirme yapılırken sadece kısıtlanan aktivitelerin sayısına önem verilmemesini, kısıtlamaların kombinasyonu ile

genel ortalamasının etkisinin değerlendirilmesi gerektiği tavsiye edilmektedir. Örnek olarak yemek ve temizlik yapabilen bir kişinin alışveriş veya muayeneye için evden dışarı çıkmaktan çok korkması günlük aktivitelerinde belirgin bir kısıtlama olduğu anlamına gelebilmektedir (104).

Bu alanda engellilik değerlendirme adımları,

1.Adım: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), formu ile bulgu yok – çok şiddetli dereceleri arası 1-7 puanlamadan oluşan şiddet ölçeği ile 24 semptomun (anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, intihar düşünceleri, şüphecilik, kendini ihmal etme, aşırı büyüklük hissi, künt duygulanım vb.) değerlendirildiği bir skaladır. Ardından bu puanlar toplanır ve toplanan puanlara göre BPRS engellilik skoru belirlenir.

2.Adım: Global Assesment of Functioning Scale (GAF), bu skala kişinin sosyal, mesleki ve psikolojik fonksiyonlarını değerlendirir. Fiziksel ve çevresel kısıtlamalar sebepli ortaya çıkan kısıtlamalar bu skala değerlendirmesine dahil değildir. Şiddet eğilimleri, kendine zarar verme, kişisel temizlik, iletişim, iş ve aile ilişkileri benzeri durumları değerlendiren sorular neticesinde yapılan puanlama ile GAF engellilik skorunun tespiti sağlanır.

3.Adım: Psychiatric Impairment Rating Scale (PIRS), bu değerlendirmede 6 adet tablo bulunmaktadır. Bu tabloların içeriği sırasıyla; öz bakım, kişisel hijyen ve günlük yaşam aktiviteleri 1.tabloyu, sosyal ve rekreasyonel aktiviteler ile rollerindeki işlevsellikleri 2.tabloyu, seyahat durumlarındaki katılım ve kısıtlamaları 3.tabloyu, bireyler ile ilişkileri 4.tabloyu, konsantrasyon, süreklilik ve tempo değerlendirmeleri 5.tabloyu, istihdam edilebilirliği hakkında değerlendirmeler 6.tabloyu oluşturur. Her tablo 1-5 arası bir puanlama içerir. Her bir tablodan tespit edilen puanlar küçükten büyük değere doğru sıralanır ve ortada bulunan iki değer ortalaması ile PIRS engellilik skorunun tespiti sağlanır.

4.Adım: BPRS, GAF ve PIRS skorları küçükten büyüğe sıralanır ve orta büyüklükte olan skor engellilik değeri olarak kabul edilir (104).

Görüldüğü üzere AMA kılavuzunda psikiyatrik değerlendirmeler ölçeklerle mümkün olduğunca desteklenmiş ve standardizasyon sağlanmaya çalışılmıştır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma için Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 17.03.2023 tarih ve 2023/4247 sayılı kararı ile onay alınmıştır. Adli Tıp Polikliniği bünyesindeki dosya arşivinin taranması için Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliğinin onayı ile çalışmaya başlanmıştır.

01.01.2017 – 31.12.2022 tarihleri içerisinde maluliyet değerlendirmesi için başvurmuş ve psikiyatri uzman değerlendirmesi yapılmış olan 246 olguya ait veriler, hastane otomasyon sistemi ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği arşivinde geriye dönük olarak değerlendirildi.

Olgular ve adli tıbbi kayıtlardan elde edilen veriler; sosyodemografik özellikleri, olay tarihi, olayın meydana geliş şekli, başvuru şekilleri, yaralanma bölgeleri, yaralanma ağırlıkları ve mevcut psikiyatrik muayeneleri hususlarında değerlendirildi. Çalışmamızda değerlendirilmiş olan 19 olguda tanının organik mental bozukluk olduğu görülmüş olup, psikiyatrik değerlendirme ve analizlere bu olgular dahil edilmemiştir.

Araştırma sonucu elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 paket programı ile analiz edildi.

Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı (n) ve yüzde (%) kullanılarak, sayısal veriler ise ortalama±standart sapma (SS) ve ortanca (minimum - maksimum) kullanılarak verildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Bağımsız iki gruptaki normal dağılan sayısal verilerin dağılımı Independent Samples T testi ile, normal dağılmayan sayısal verilerin dağılımı Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

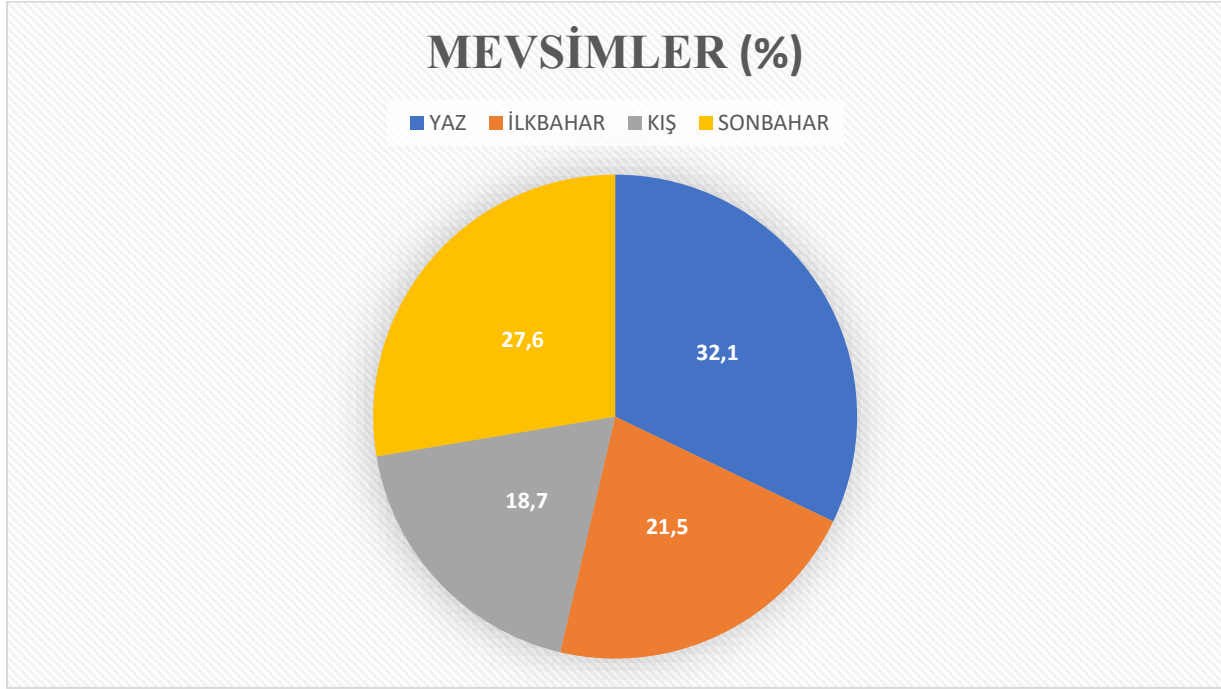
4. BULGULAR

Çalışmamızın kapsadığı tarih aralıklarında polikliniğe başvuran olgularda, olayın meydana geldiği yıl dağılımına bakıldığında; en çok kaydın 2017 yılında (%19,5, n:48) olduğu, devamında 2018 (%16,3, n:40) ve 2016 (%15,4, n:38) yıllarının izlediği saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Olgularda Olayın Meydana Geldiği Yıl Dağılımları

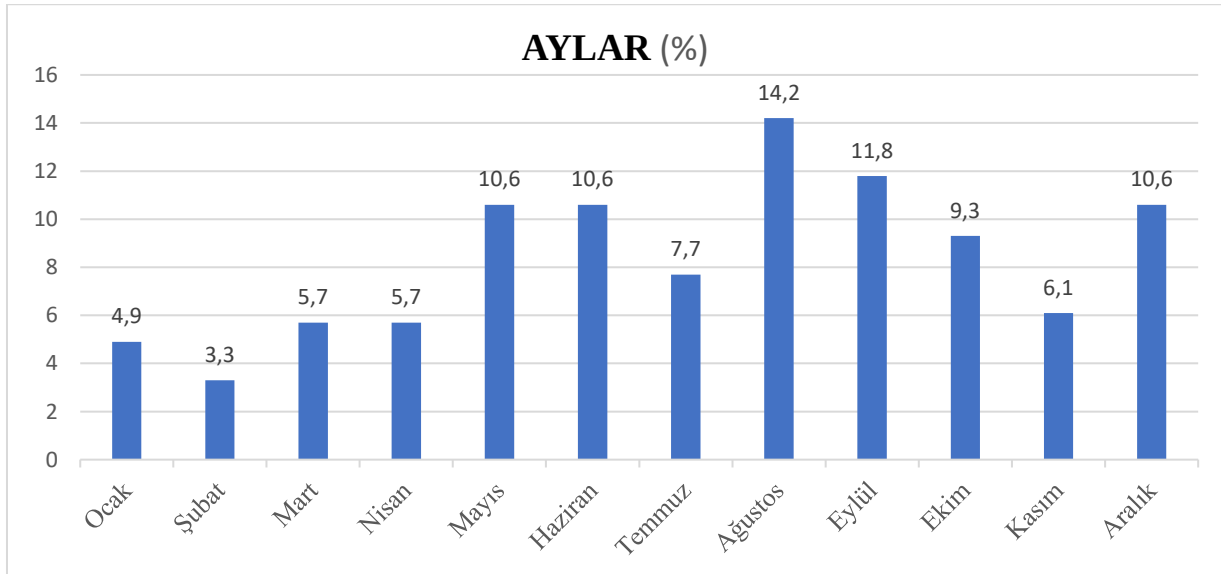
		n (%)
Olayın meydana geldiği yıl	2009	3 (1,2)
	2010	1 (0,4)
	2011	4 (1,6)
	2012	8 (3,3)
	2013	8 (3,3)
	2014	11 (4,5)
	2015	22 (8,9)
	2016	38 (15,4)
	2017	48 (19,5)
	2018	40 (16,3)
	2019	32 (13,0)
	2020	19 (7,7)
	2021	12 (4,9)

Olayların mevsimlere göre dağılımına bakıldığında, olayların en sık yaz mevsiminde (%32,1, n:79) yaşandığı gözlenmiştir. Şekil 4.1’de olayların mevsimlere göre dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 4.1: Olayların Mevsimlere Göre Dağılımı

Olayların dağılımının aylara göre incelenmesinde, en sık Ağustos ayı (%14,2, n:35), devamında Eylül ayının (%11,8, n: 29) olduğu görülmüştür. Olayların aylara göre dağılımı Şekil 4.2’de gösterilmiştir.



Şekil 4.2: Olayların Aylara Göre Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen olguların yaş ortalaması $36,69 \pm 14,17$ olarak saptandı. Olguların %35,0'inin (n:86) olayın meydana geldiği tarihte 18-27 yaş aralığında olduğu, %52,4'ünün (n:129) erkek, %47,6'sının (n:117) kadın cinsiyette, %49,2'sinde (n:121) olay tarihi ve başvuru tarihi arasında geçen sürenin 36 ay ve üzeri olduğu tespit edildi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Olguların Cinsiyet, Olayın Meydana Geldiği Tarihteki Yaş Aralıkları ve Olay Tarihi ile Başvuru Tarihi Arasında Geçen Sürenin Dağılımları

		n (%)
Olayın meydana geldiği tarihteki yaş aralığı	18-27 yaş	86 (35,0)
	28-37 yaş	44 (17,9)
	38-47 yaş	53 (21,5)
	48-57 yaş	39 (15,9)
	58-64 yaş	15 (6,1)
	65 yaş ve üzeri	9 (3,7)
Cinsiyet	Erkek	129 (52,4)
	Kadın	117 (47,6)
Olay tarihi ve başvuru tarihi arasında geçen süre	3-6 ay	1 (0,4)
	6-12 ay	20 (8,1)
	12-18 ay	35 (14,2)
	18-24 ay	31 (12,6)
	24-36 ay	38 (15,4)
	36 ay ve üzeri	121 (49,2)

Çalışmaya dahil edilen olgularda olayın meydana geliş şekli değerlendirildiğinde, %93,5'inin (n:230) trafik kazası olduğu, %2,4'ünün (n:6) yaralama olduğu tespit edildi. Trafik kazası olgularının %53,5'inin (n:123) AİTK, %15,2'sinin (n:35) motosiklet kazası olduğu saptandı. (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Olayın Meydana Geliş Şekli ve Trafik Kazası Şekli Dağılımı

		n (%)
Olayın meydana geliş şekli	Trafik Kazası	230 (93,5)
	Yaralama	6 (2,4)
	İş Kazası	2 (0,8)
	Ateşli Silah Yaralanması	3 (1,2)
	Kesici-Delici Alet Yaralanması	1 (0,4)
	Düşme	1 (0,4)
	Malpraktis	3 (1,2)
Trafik kazası türü (n=230)	ADTK	33 (14,3)
	AİTK	123 (53,5)
	Bisiklet	5 (2,2)
	Motosiklet	35 (15,2)
	Veri yok	34 (14,8)

Olguların %56,5'inin (n:139) tarafımıza başvuru şeklinin özel (bireysel) başvuru aracılığı ile olduğu saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Olguların Başvuru Şekillerinin Dağılımı

		n (%)
Olgunun başvuru şekli*	Mahkeme Aracılığıyla	109 (44,3)
	Özel (Bireysel) Başvuru	139 (56,5)
	Sigorta Tahkim Komisyonu	1 (0,4)

*: Olguların birden fazla başvuru şekli vardır.

Çalışmaya dahil edilen olguların olay sonrası sağlık kuruluşlarında düzenlenen tıbbi evraklarında kayıtlı yaralanma bölgeleri değerlendirildiğinde, %29,3'ünün (n:72) yaralanma bölgesi deri-cilt, %23,6'sının (n:58) alt ekstremité olduğu tespit edildi. En sık bir bölgenin (%32,5, n:80) yaralandığı saptandı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Olgunun Yaralanma Bölgesi ve Yaralanan Bölge Sayılarının Dağılımı

		n (%)
Olgunun yaralanma bölgesi*	Üst Ekstremité	53 (21,5)
	Alt Ekstremité	58 (23,6)
	Toraks	56 (22,8)
	Sinir Sistemi	53 (21,5)
	Baş-Boyun	57 (23,2)
	Batın-Pelvis	39 (15,9)
	Vertebra-Omurga	36 (14,6)
	Görme	4 (1,6)
	İşitme	2 (0,8)
	Deri-Cilt	72 (29,3)
Yaralanan bölge sayısı	0	38 (15,4)
	1	80 (32,5)
	2	72 (29,3)
	3	31 (12,6)
	4 ve üzeri	25 (10,2)

*: Birden fazla yaralanma bölgesi olan olgular mevcuttur.

Çalışmaya dahil edilen olgular hakkında düzenlenen maluliyet raporları incelendiğinde, olguların %59,8'inin (n:147) fiziksel sekel nedenli maluliyet oranı aldığı saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Maluliyet Raporlarında Tespit Edilen Fiziksel Sekel Varlığı

		n (%)
Kişide olay sonrası fiziksel sekel mevcut mu?	Hayır	99 (40,2)
	Evet	147 (59,8)

Fiziksel sekeller nedeniyle oran tayini yapılan olgularda tespit edilen arızaların dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir. Vertebra kırıkları ve sekelleri (%19,0, n:28) en sık arıza nedeni olarak öne çıkmıştır. Genel olarak bakıldığında ekstremitelerinin arızalarının çoğunlukta olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7. Maluliyet Raporlarında Tespit Edilen Arızaların Dağılımı*

	n (%)
Vertebra Kırıkları ve Sekelleri	28 (19,0)
Omuz EHA Kısıtlılığı	22 (15,0)
Sinir Sistemi Sekeli	18 (12,2)
Solunum Fonksiyon Bozukluğu	16 (10,9)
Kalça EHA Kısıtlılığı	16 (10,9)
Diz EHA Kısıtlılığı	11 (7,5)
Yüzde Sabit İz	11 (7,5)
Alt Ekstremitelerde Kısalık	10 (6,8)
Kaynama Kusuru	9 (6,1)
Alt Ekstremitelerde Atrofi	8 (5,4)
Septum Deviasyonu	7 (4,8)

Tablo 4.7. Maluliyet Raporlarında Tespit Edilen Arızaların Dağılımı* (Devam)

	n (%)
Görme Kusuru	7 (4,8)
Ayak Bilek EHA Kısıtlılığı	6 (4,0)
Epilepsi Varlığı ve Geçirme Riski	5 (3,4)
İç Organ Rezeksiyonu	5 (3,4)
Dirsek EHA Kısıtlılığı	5 (3,4)
El Bilek EHA Kısıtlılığı	4 (2,7)
El Parmak EHA Kısıtlılığı	4 (2,7)
Çiğneme Arızası	3 (2,0)
Üst Ekstremitede Atrofi	3 (2,0)
İşitme Kusuru	2 (1,4)
Ampütasyon	2 (1,4)
Klavikula Deformitesi	1 (0,7)
Vücutta Skar Dokusu	1 (0,7)
Yürüyüş Bozukluğu	1 (0,7)
Baş Kemik Açıklığı	1 (0,7)
Protez / Artroplasti	1 (0,7)

*: Birden fazla arızası olan olgular mevcuttur.

Olgularda tespit edilmiş maluliyet oranlarının kullanılan yönetmeliklere göre dağılımı Tablo 4.8’de sunuldu. ÇGMK E cetveli ortalaması $24,31 \pm 22,36$, ÖÖSY cetveli ortalaması $28,77 \pm 21,34$ ve EEDY cetveli ortalaması $33,81 \pm 22,50$ olarak bulundu.

Tablo 4.8. Olgularda Tespit Edilmiş Maluliyet Oranlarının Dağılımı

		Ortalama $\pm$ SS
Kişide tespit edilmiş maluliyet oranı	ÇGMK D cetveli	$24,53 \pm 22,04$
	ÇGMK E cetveli	$24,31 \pm 22,36$
	ÖÖSY cetveli	$28,77 \pm 21,34$
	EEDY cetveli	$33,81 \pm 22,50$

Olguların yaralanma ağırlıklarının tespiti amacıyla; TCK’da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberine göre yaralanmalarının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olup/olmadığı, yaşamı tehlikeye sokan bir durum varlığı ve kemik kırığı varlığı ile ağırlığının dağılımı Tablo 4.9’da gösterildi. Olguların %77,2’sinin (n:190) yaralanmasının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı, %68,3’ünde (n:168) yaşamı tehlikeye sokan bir durum olmadığı, %66,7’sinde (n:164) kemik kırığı olduğu saptandı. Kemik kırığı olan olgularda kemik kırığının hayat fonksiyonlarına olan ağırlık derecesinin ortalaması $4,05 \pm 1,49$ olarak saptandı (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. TCK’da Tanımlanan Yaralama Suçlarının Değerlendirilmesi Rehberine Göre Olguların Yaralanma Ağırlıklarının Değerlendirilmesi

		n (%)
Basit tıbbi müdahale ile	Giderilebilir	56 (22,8)
	Giderilemez	190 (77,2)
Yaşamı tehlikeye sokan bir durum	Oluşturuyor	78 (31,7)
	Oluşturmuyor	168 (68,3)
Kemik kırığı	Yok	82 (33,3)
	Hafif	4 (1,6)
	Orta	60 (24,4)
	Ağır	100 (40,7)
Kemik kırığı ağırlık derecesi (n=164) (Ortalama$\pm$SS)		4,05 $\pm$ 1,49

Çalışmaya dahil olguların %61,0'inde (n:150) travmatik psikopatoloji yönünden psikiyatrik değerlendirme sonrası tespit edilen bulgular ışığında bu başlıkta maluliyet olduğu, %36,6'sının (n:90) tanısının TSSB olduğu, %25,6'sında (n:63) psikopatoloji saptanmadığı, %14,6'sının (n:36) tanısının depresif bozukluk, %8,5'inin (n:21) anksiyete bozukluğu olduğu, %68,7'sinin (n:114) tedavi ile işlevsellik durumu değerlendirmesine kısmen düzelen olarak kanaat getirildiği tespit edildi. 10 olguda (%4,1) TSSB ve depresif bozukluk tanılarının, 4 olguda (%1,6) ise anksiyete ve depresyon tanılarının bir arada bulunduğu saptandı. Herhangi bir tanısı olmayan ve organik mental bozukluk tanısı olan olgular tedavi ile işlevsellik durumu açısından değerlendirilmedi fakat uzman muayenesinde tanı düzeyinde psikopatoloji tanımlanmayıp anksiyete belirtileri gösteren ve yeterli tedavi almamış 2 olgu tedavi ile işlevsellik durumu değerlendirmesinde yeterli tedavi almamış olgular arasına eklendi (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Olguların Psikopatolojik Sekel, Tanı ve Tedavi ile İşlevsellik Durumlarının Dağılımı

		n (%)
Psikopatolojik sekel	Var	150 (61,0)
kaynaklı maluliyet	Yok	96 (39,0)
Kişinin psikiyatrik tanısı	Tanı yok	63 (25,6)
	Uyum bozukluğu	2 (0,8)
	Anksiyete bozukluğu	21 (8,5)
	Organik mental bozukluk	19 (7,7)
	Depresif bozukluk	36 (14,6)
	TSSB	90 (36,6)
	Agorafobi	1 (0,4)
	Anksiyete + Depresyon	4 (1,6)
	TSSB + Depresyon	10 (4,1)

Tablo 4.10. Olguların Psikopatolojik Sekel, Tanı ve Tedavi ile İşlevsellik Durumlarının Dağılımı (Devam)

		n (%)
Tedavi ile işlevsellik durumu (n=166)	Düzelmeyen	3 (1,8)
	Kısmen düzelen	114 (68,7)
	Düzelen	17 (10,2)
	Yeterli tedavi almamış	27 (16,3)
	Veri yok	5 (3,0)

Olgularda tespit edilen semptomlar kümelerinin dağılımı Tablo 4.11’de gösterildi. Organik mental bozukluk tanısı olan olgular dışındaki 227 olgunun %32,2’sinde (n:73) yeniden deneyimleme, %54,2’sinde (n:123) artan uyarılmışlık, %51,5’inde (n:117) kaçınma, %60,4’ünde (n:137) bilişlerde, duygudurumda olumsuz değişiklikler mevcudiyeti tespit edildi.

Tablo 4.11. Olgularda Tespit Edilen Semptomlar Kümelerinin Dağılımı

			n (%)
Tespit edilen semptomlar kümesi	Yeniden deneyimleme	Hayır	154 (67,8)
		Evet	73 (32,2)
	Artan uyarılmışlık	Hayır	104 (45,8)
		Evet	123 (54,2)
	Kaçınma	Hayır	110 (48,5)
		Evet	117 (51,5)
	Bilişlerde, duygudurumda olumsuz değişiklikler	Hayır	90 (39,6)
		Evet	137 (60,4)

Hastaların beyan ettiği şikayetlerin dağılımı Tablo 4.12’de gösterildi. Organik mental bozukluk tanısı olan olgular dışındaki olgularda hastalar tarafından tariflenen şikayetlerin kaçınma davranışları (%50,5, n:112), uyku problemleri (%48,2, n:107), sinirlilik/öfke (%35,6, n:79), moralsiz, keyifsiz ve neşesiz hissetme (%28,0, n:62) şeklinde olduğu görüldü.

Tablo 4.12. Hastaların Beyan Ettiği Şikayetlerinin Dağılımı*

	n (%)
Kaçınma Davranışları	112 (50,5)
Uyku Problemleri	107 (48,2)
Sinirlilik/Öfke	79 (35,6)
Moralsiz, Keyifsiz ve Neşesiz Hissetme	62 (28,0)
Olayla İlgili Rüyalar Görme	56 (25,3)
Olayı Tekrar Tekrar Anımsama	56 (25,3)
Olumsuz İnanış ve Beklentiler	41 (18,5)
İrkilme	36 (16,2)
Huzursuz Hissetme	36 (16,2)
Kaygılı ve Endişeli Hissetme	28 (12,6)
Hayattan Zevk Alamama	22 (9,9)
Toplumdan/Sosyal Hayattan Uzaklaşma	20 (9,0)
Anımsatıcılara Fizyolojik Tepki	20 (9,0)
Unutkanlık	20 (9,0)
İştah Problemleri	17 (7,7)
Ağlama Nöbetleri	15 (6,8)
Aile İlişkilerinde Problemler	10 (4,5)
Dikkat/Odaklanma Problemleri	9 (4,1)
Değersiz Hissetme	6 (2,7)

Tablo 4.12. Hastaların Beyan Ettiği Şikayetlerinin Dağılımı* (Devam)

	n (%)
Suçluluk Duygusu	4 (1,8)
Alınganlık	2 (0,9)
Özbakımda Zorlanma	1 (0,5)
Kendine Zarar Verme Davranışları	1 (0,5)

*: Hastalar birden fazla şikayet beyan etmiştir.

Çalışmaya alınan olguların %89,4'ünde (n:220) olay nedeniyle herhangi bir ölüm meydana gelmediği, %7,3'ünde (n:18) olay nedeniyle aile ve akraba üyelerinden ölüm olduğu saptandı. Olguların %11,8'inde (n=29) muayene sırasında ölçek kullandığı saptandı (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Olay Sonrası Ölüm Meydana Gelişi ve Muayene Sırasında Ölçek Kullanma Durumunun Dağılımı

		n (%)
Olay sonrası ölüm meydana gelmiş mi?	Evet (aile/akraba)	18 (7,3)
	Evet (diğer)	6 (2,4)
	Hayır	220 (89,4)
	Bilinmiyor	2 (0,8)
Muayene sırasında ölçek kullanılmış mı?	Hayır	217 (88,2)
	Evet	29 (11,8)

29 olgunun muayenesi sırasında ölçek uygulandığı saptandı. Hamilton Depresyon Ölçeği'nin (HAM-D) 19 kez, Hamilton Anksiyete Ölçeği'nin (HAM-A) 17 kez ve Klinik Global İzlenim Ölçeği'nin (CGI) 6 kez tatbik edildiği görüldü. Birden fazla ölçek uygulanan olgular nedeniyle olgu sayısından daha fazla sayıda ölçek çeşidi kullanımı görüldü. Ölçek uygulanan olguların %37,9'una (n:11) HAM-A ve HAM-D ölçeklerinin beraber uygulandığı, %24,1'ine (n:7) sadece HAM-D ölçeği uygulandığı görüldü (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Muayenede Ölçek Kullanım Dağılımı

	n (%)
Kullanılan Ölçekler (n=29)	
HAM-A + HAM-D	11 (37,9)
HAM-D	7 (24,1)
HAM-A	5 (17,2)
CGI	4 (13,8)
HAM-D + CGI	1 (3,5)
HAM-A + HAM-D + CGI	1 (3,5)

Cinsiyete göre yaş, olayın meydana geldiği yıl, mevsim ve ay Tablo 4.15'te karşılaştırıldı. Cinsiyete göre yaş ve olayın meydana geldiği mevsim benzer olarak bulundu ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Cinsiyete göre Yaş, Olayın Meydana Geldiği Yıl, Mevsim ve Ayın Karşılaştırılması

		Erkek (n=129)	Kadın (n=117)	p
Yaş, Ortalama$\pm$ SS		35,45 $\pm$ 14,13	38,06 $\pm$ 14,16	0,150
Olayın meydana geldiği yıl, n(%)	2009	2 (1,6)	1 (0,9)	0,174
	2010	1 (0,8)	-	
	2011	2 (1,6)	2 (1,7)	
	2012	6 (4,7)	2 (1,7)	
	2013	4 (3,1)	4 (3,4)	
	2014	9 (7,0)	2 (1,7)	
	2015	14 (10,9)	8 (6,8)	
	2016	12 (9,3)	26 (22,2)	
	2017	28 (21,7)	20 (17,1)	
	2018	17 (13,2)	23 (19,7)	
	2019	20 (15,5)	12 (10,3)	
	2020	9 (7,0)	10 (8,5)	
	2021	5 (3,9)	7 (6,8)	
Olayın meydana geldiği mevsim, n(%)	Kış	30 (23,3)	16 (13,7)	0,174
	İlkbahar	27 (20,9)	26 (22,2)	
	Yaz	42 (32,6)	37 (31,6)	
	Sonbahar	30 (23,3)	38 (32,5)	

Tablo 4.15. Cinsiyete göre Yaş, Olayın Meydana Geldiği Yıl, Mevsim ve Ayın Karşılaştırılması (Devam)

Olayın meydana geldiği ay, n(%)	Ocak	9 (7,0)	3 (2,6)
	Şubat	7 (5,4)	1 (0,9)
	Mart	8 (6,2)	6 (5,1)
	Nisan	5 (3,9)	9 (7,7)
	Mayıs	15 (11,6)	11 (9,4)
	Haziran	13 (10,1)	12 (10,3)
	Temmuz	12 (9,3)	7 (6,0)
	Ağustos	17 (13,2)	18 (15,4)
	Eylül	15 (11,6)	14 (12,0)
	Ekim	7 (5,4)	16 (13,7)
	Kasım	7 (5,4)	8 (6,8)
	Aralık	14 (10,9)	12 (10,3)

Kadın olgularda motosikletle trafik kazası geçirme oranı erkek olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı ($p<0,001$). Erkek olgularda olay sonrası fiziksel sekel varlığı kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0,039$). Erkeklerde alt ekstremit, sinir sistemi ve baş boyun yaralanması kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p değerleri sırasıyla; $p=0,010$, $p<0,001$, $p=0,002$). Kadınlarda olay sonrası yaralanan bölge sayısının sıfır olma oranı erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edildi ($p=0,006$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Cinsiyete göre Olayın Meydana Geldiği Yaş Aralığı, Olay Tarihi ve Başvuru Tarihi Arasında Geçen Süre, Olayın Meydana Geliş Şekli, Trafik Kazası Türü, Olgunun Başvuru Şekli, Fiziksel Sekel Varlığı, Yaralanma Bölgesi ve Yaralanan Bölge Sayılarının Karşılaştırılması

		Erkek (n=129)	Kadın (n=117)	p
		n (%)	n (%)	
Olayın meydana geldiği tarihteki yaş aralığı	18-27 yaş	50 (38,8)	36 (30,8)	
	28-37 yaş	23 (17,8)	21 (17,9)	
	38-47 yaş	28 (21,7)	25 (21,4)	
	48-57 yaş	17 (13,2)	22 (18,8)	
	58-64 yaş	7 (5,4)	8 (6,8)	
	65 yaş ve üzeri	4 (3,1)	5 (4,3)	
Olay tarihi ve başvuru tarihi arasında geçen süre	3-6 ay	1 (0,8)	-	
	6-12 ay	7 (5,4)	13 (11,1)	
	12-18 ay	22 (17,1)	13 (11,1)	
	18-24 ay	14 (10,9)	17 (14,5)	
	24-36 ay	18 (14,0)	20 (17,1)	
	36 ay ve üzeri	67 (51,9)	54 (46,2)	

Tablo 4.16. Cinsiyete göre Olayın Meydana Geldiği Yaş Aralığı, Olay Tarihi ve Başvuru Tarihi Arasında Geçen Süre, Olayın Meydana Geliş Şekli, Trafik Kazası Türü, Olgunun Başvuru Şekli, Fiziksel Sekel Varlığı, Yaralanma Bölgesi ve Yaralanan Bölge Sayılarının Karşılaştırılması (Devam)

Olay Türü	Trafik Kazası	117 (90,7)	113 (96,6)	
	Yaralama	6 (4,7)	-	
	İş Kazası	2 (1,6)	-	
	ASY	3 (2,3)	-	
	KDAY	1 (0,8)	-	
	Düşme	-	1 (0,9)	
	Malpraktis	-	3 (2,6)	
Trafik kazası türü (n=230)	ADTK	17 (14,5)	16 (14,2)	
	AİTK	51 (43,6)	72 (63,7)	
	Bisiklet	4 (3,4)	1 (0,9)	
	Motosiklet	30 (25,6)	5 (4,4)*	<0,001
	Veri yok	15 (12,8)	19 (16,8)	
Olgunun başvuru şekli	Mahkeme	63 (48,8)	46 (39,3)	0,133
	Özel (Bireysel) Başvuru	69 (53,5)	70 (59,8)	0,316
	Sigorta Tahkim Komisyonu	-	1 (0,9)	0,293
Kişide olay sonrası fiziksel sekel mevcut mu?	Hayır	44 (34,1)	55 (47,0)	
	Evet	85 (65,9)*	62 (53,0)	0,039

Tablo 4.16. Cinsiyete göre Olayın Meydana Geldiği Yaş Aralığı, Olay Tarihi ve Başvuru Tarihi Arasında Geçen Süre, Olayın Meydana Geliş Şekli, Trafik Kazası Türü, Olgunun Başvuru Şekli, Fiziksel Sekel Varlığı, Yaralanma Bölgesi ve Yaralanan Bölge Sayılarının Karşılaştırılması (Devam)

Olgunun yaralanma bölgesi*	Üst Ekstremité	30 (23,3)	23 (19,7)	0,493
	Alt Ekstremité	39 (30,2)*	19 (16,2)	0,010
	Toraks	30 (23,3)	26 (22,2)	0,847
	Sinir Sistemi	40 (31,0)*	13 (11,1)	<0,001
	Baş-Boyun	40 (31,0)*	17 (14,5)	0,002
	Batın-Pelvis	19 (14,7)	20 (17,1)	0,612
	Vertebra-Omurğa	18 (14,0)	18 (15,4)	0,751
	Görme	2 (1,6)	2 (1,7)	0,922
	İşitme	1 (0,8)	1 (0,9)	0,945
	Deri-Cilt	40 (31,0)	32 (27,4)	0,529
Yaralanan bölge sayısı	0	10 (7,8)	28 (23,9)*	0,006
	1	41 (31,8)	39 (33,3)	
	2	42 (32,6)	30 (25,6)	
	3	20 (15,5)	11 (9,4)	
	4 ve üzeri	16 (12,4)	9 (7,7)	

*: Farkın kaynaklandığı grubu işaret etmektedir.

Çalışmaya dahil edilen olgularda kişide tespit edilen maluliyet oranları kadın ve erkek cinsiyette benzer olarak saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Cinsiyete göre Kişide Tespit Edilmiş Maluliyet Oranlarının Karşılaştırılması

		Erkek	Kadın	p
		(n=129)	(n=117)	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Kişide Tespit Edilmiş Maluliyet Oranı	ÇGMK D cetveli	25,95±23,52	22,58±19,83	0,335
	ÇGMK E cetveli	25,50±23,94	22,68±20,04	0,428
	ÖÖSY cetveli	24,21±22,59	30,02±12,32	0,113
	EEDY cetveli	29,24±23,19	27,99±16,37	0,803

Çalışmaya dahil edilen kadın olgularda yaralanmanın BTM ile giderilebilme durumu ve yaşamı tehlikeye sokan bir durum oluşturmama oranı, erkek olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p değerleri sırasıyla; p=0,002, p=0,006). Kemik kırığı ağırlık derecesinin TCK rehberine göre puanı erkek olgularda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0,001). Psikopatolojik sekel kaynaklı maluliyet oranı varlığı kadın olgularda istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,045) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Cinsiyete göre Yaralanmanın BTM ile Giderilebilme, Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Durum, Kemik Kırığı Ağırlık Derecesi, Olguların Psikopatolojik Sekel Kaynaklı Maluliyet Varlığı ve Tedavi ile İşlevsellik Durumlarının Karşılaştırılması

			Erkek	Kadın	p
			(n=129)	(n=117)	
			n (%)	n (%)	
BTM ile	Giderilebilir		19 (14,7)	37 (31,6)*	0,002
	Giderilemez		110 (85,3)	80 (68,4)	
Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Durum	Oluşturuyor		51 (39,5)	27 (23,1)	0,006
	Oluşturmuyor		78 (60,5)	90 (76,9)*	
Kemik Kırığı Ağırlık Derecesi (n=164)					
(Ortalama±SS)			3,15±2,20*	2,20±2,24	0,001

Tablo 4.18. Cinsiyete göre Yaralanmanın BTM ile Giderilebilme, Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Durum, Kemik Kırığı Ağırlık Derecesi, Olguların Psikopatolojik Sekel Kaynaklı Maluliyet Varlığı ve Tedavi ile İşlevsellik Durumlarının Karşılaştırılması (Devam)

Psikopatolojik Sekel	Var	71 (55,0)	79 (67,5)*	0,045
Kaynaklı Maluliyet	Yok	58 (45,0)	38 (32,5)	
Kişinin Psikiyatrik Tanısı	Tanı yok	39 (30,2)	24 (20,5)	
	Uyum bozukluğu	1 (0,8)	1 (0,9)	
	Anksiyete bozukluğu	10 (7,8)	11 (9,4)	
	Organik mental bozukluk	15 (11,6)	4 (3,4)	
	Depresif bozukluk	21 (16,3)	15 (12,8)	
	TSSB	35 (27,1)	55 (47,0)	
	Agorafobi	1 (0,8)	-	
	Anksiyete + Depresyon	2 (1,6)	2 (1,7)	
	TSSB + Depresyon	5 (3,9)	5 (4,3)	
Tedavi ile işlevsellik durumu (n=166)	Düzelmeyen	1 (1,3)	2 (2,2)	
	Kısmen düzelen	50 (64,9)	64 (71,9)	
	Düzelen	11 (14,3)	6 (6,7)	
	Yeterli tedavi almamış	12 (15,6)	15 (16,9)	
	Veri yok	3 (3,9)	2 (2,2)	

*: Farkın kaynaklandığı grubu işaret etmektedir.

Kadın olgularda kaçınma ve bilişlerde-duygudurumda olumsuz değişiklikler semptomları erkek olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p değerleri sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,003$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Cinsiyete göre Tespit Edilen Semptomlar Kümesinin Karşılaştırılması

Tespit edilen semptomlar kümesi		Erkek (n=129) n (%)	Kadın (n=117) n (%)	p
Yeniden deneyimleme	Hayır	80 (70,2)	74 (65,5)	0,450
	Evet	34 (29,8)	39 (34,5)	
Artan uyarılmışlık	Hayır	51 (44,7)	53 (46,9)	0,743
	Evet	63 (55,3)	60 (53,1)	
Kaçınma	Hayır	69 (60,5)	41 (36,3)	<0,001
	Evet	45 (39,5)	72 (63,7)*	
Bilişlerde - Duygudurumda olumsuz değişiklikler	Hayır	56 (49,1)	34 (30,1)	0,003
	Evet	58 (50,9)	79 (69,9)*	

*: Farkın kaynaklandığı grubu işaret etmektedir.

Cinsiyete göre olay sonrası ölüm meydana gelişi ve muayene sırasında ölçek kullanma durumunun karşılaştırılması Tablo 4.20’de gösterildi. Muayene sırasında ölçek kullanma durumu erkek ve kadın olgularda benzer olarak saptandı ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Cinsiyete göre Olay Sonrası Ölüm Meydana Gelişi ve Muayenede Ölçek Kullanma Durumunun Karşılaştırılması

				Erkek	Kadın	p
				(n=129)	(n=117)	
				n (%)	n (%)	
Olay sonrası ölüm meydana gelmiş mi?	Evet(aile/akraba)			6 (4,7)	12 (10,3)	
	Evet (diğer)			4 (3,1)	2 (1,7)	
	Hayır			117 (90,7)	103 (88,0)	
	Bilinmiyor			2 (1,6)	-	
Muayene sırasında ölçek kullanılmış mı?	Hayır			118 (91,5)	99 (84,6)	0,096
	Evet			11 (8,5)	18 (15,4)	

Fiziksel sekel varlığı durumuna göre psikopatolojik sekele bağlı maluliyet durumunun benzer olduğu tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Fiziksel Sekel Varlığı Durumuna göre Psikopatolojik Sekele Bağlı Maluliyet Durumunun Karşılaştırılması

		Fiziksel Sekel Varlığı		
		Evet	Hayır	p
		n (%)	n (%)	
Psikopatolojik sekel kaynaklı maluliyet	Var	84 (57,1)	66 (66,7)	0,133
	Yok	63 (42,9)	33 (33,3)	

Psikiyatrik sekel varlığı olan olguların ÇGMK D cetveli, ÇGMK E cetveli, ÖÖSY cetveli ve EEDY cetvelinde maluliyet oranları psikiyatrik sekel varlığı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Psikiyatrik Sekel Varlığı Durumuna göre Olguların Yaralanma Bölgelerinin, Yaralanan Bölge Sayılarının, Kişide Tespit Edilmiş Maluliyet Oranlarının Karşılaştırılması

		Psikiyatrik sekel varlığı		
Olgunun yaralanma bölgesi		Evet	Hayır	p
		n (%)	n (%)	
Üst Ekstremité	Evet	32 (21,3)	21 (21,9)	0,920
	Hayır	118 (78,7)	75 (78,1)	
Alt Ekstremité	Evet	39 (26,0)	19 (19,8)	0,263
	Hayır	111 (74,0)	77 (80,2)	
Toraks	Evet	29 (19,3)	27 (28,1)	0,109
	Hayır	121 (80,7)	69 (71,9)	
Sinir Sistemi	Evet	33 (22,0)	20 (20,8)	0,828
	Hayır	117 (78,0)	76 (79,2)	
Baş-Boyun	Evet	35 (23,3)	22 (22,9)	0,940
	Hayır	115 (76,7)	74 (77,1)	
Batin-Pelvis	Evet	23 (15,3)	16 (16,7)	0,780
	Hayır	127 (84,7)	80 (83,3)	
Vertebra-Omurğa	Evet	19 (12,7)	17 (17,7)	0,275
	Hayır	131 (87,3)	79 (82,3)	

Tablo 4.22. Psikiyatrik Sekel Varlığı Durumuna göre Olguların Yaralanma Bölgelerinin, Yaralanan Bölge Sayılarının, Kişide Tespit Edilmiş Maluliyet Oranlarının Karşılaştırılması (Devam)

Görme	Evet	2 (1,3)	2 (2,1)	0,650
	Hayır	148 (98,7)	94 (97,9)	
İşitme	Evet	1 (0,7)	1 (1,0)	0,749
	Hayır	149 (99,3)	95 (99,0)	
Deri-Cilt	Evet	47 (31,3)	25 (26,0)	0,374
	Hayır	103 (68,7)	71 (74,0)	
		Evet	Hayır	p
		Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yaralanan bölge sayısı, Ortanca (min-max)		2,00 (0,00-4,00)	2,00 (0,00-4,00)	0,718
ÇGMK D cetveli		33,79±21,99	11,46±14,15	<0,001
ÇGMK E cetveli		33,40±22,68	11,49±14,21	<0,001
ÖÖSY cetveli		34,90±13,56	9,52±12,14	<0,001
EEDY cetveli		38,80±16,43	12,43±12,14	<0,001

Psikiyatrik sekel varlığı olan olgularda yaralanmanın BTM ile giderilebilme oranları, psikiyatrik sekel varlığı olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Psikiyatrik Sekel Varlığına göre Yaralanmanın BTM ile Giderilebilme, Yaşamı Tehlikeye Sokan Bir Durum Oluşturma, Olay Sonrası Ölüm Meydana Gelme Durumlarının Karşılaştırılması

		Psikiyatrik sekel varlığı		
		Evet	Hayır	p
		n (%)	n (%)	
Yaralanma BTM ile giderilebilir mi?	Evet	46 (30,7)*	10 (10,4)	<0,001
	Hayır	104 (69,3)	86 (89,6)	
Yaşamı tehlikeye sokan durum oluşturuyor mu?	Evet	45 (30,0)	33 (34,4)	0,472
	Hayır	105 (70,0)	63 (65,6)	
Olay sonrası ölüm meydana gelmiş mi?	Evet(aile/akraba)	10 (6,7)	8 (8,3)	
	Evet (diğer)	5 (3,3)	1 (1,0)	
	Hayır	134 (89,3)	86 (89,6)	
	Bilinmiyor	1 (0,7)	1 (1,0)	

*: Farkın kaynaklandığı grubu işaret etmektedir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda tarafımıza maluliyet oranı tespiti için başvuran ve psikiyatrik değerlendirme yapılan olguların sosyodemografik özellikleri, yaralanma özellikleri ve psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirilmesi ile bu olgulara yaklaşımda öne çıkabilecek kriterlerin tespiti amaçlanmıştır. Ülkemizde maluliyet raporları düzenlenen olguların incelenmesine yönelik çalışmalar mevcut olsa da psikiyatrik açıdan değerlendirme özelinde çalışmaların çok fazla yaygın olmadığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmamızdaki verilerin bazıları genel olarak değerlendirilen maluliyet olguları hakkındaki çalışmalar ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmamız 2017-2022 yılları arasında maluliyet tespiti amacıyla tarafımıza başvuran ve psikiyatri konsültasyonu istenen olguların değerlendirilmesini içermektedir. Değerlendirilen olgularda, olayın meydana geldiği yıllar açısından bakıldığında; 2017 (%19,5), 2018 (%16,3) ve 2019 (%13,0) olay yıllarının en yoğun dönemler olduğu görülmektedir.

Mevsimlere göre değerlendirmede; çalışmamızda en sık yaz mevsiminde (%32,1), en az ise kış mevsiminde (%18,7) olayların meydana geldiği tespit edilmiştir. Literatür değerlendirildiğinde, Hekimoğlu ve arkadaşları tarafından Van ilinde yapılan çalışmada, yaz mevsimi (%33) en sık, kış mevsimi (%16,1) en az olgunun olduğu mevsim olarak görülmekte, Levent ve arkadaşları tarafından yapılan Ankara ilinde acil servise başvuran adli olguların mevsimsel olarak incelenmesi çalışmasında, en sık başvurunun yaz mevsiminde (%28,5) olduğunun saptandığı anlaşılmıştır. Verilerin çalışmamızdaki verilerle uyumlu olduğu görülmüştür (105,106).

Çalışmamızda mevcut olguların olayın meydana geldiği ay üzerinden değerlendirmesinde; Ağustos (%14,2), Eylül (%11,8), Mayıs (%10,6) ve Haziran (%10,6) aylarının yüksek oranda öne çıktığı görülmüştür. Olayın gerçekleştiği aylar açısından literatürdeki çalışmalar değerlendirildiğinde, Bursa'da yapılan bir tez çalışmasında, Ağustos (%12,3), Haziran (%10,6) ve Temmuz (%10,6), Adana'da yapılan bir çalışmada, Eylül (%12,0), Ağustos (%11,1) ve Ekim (%10,8) aylarında, Ankara'da yapılan bir çalışmada, Mayıs (%10,5), Haziran (%10,1) ve Temmuz (%10,1) aylarında ve Van'da yapılan çalışmada Haziran (%13,0) ve Temmuz (%11,1) aylarında yüksek oranlar tespit edildiği görülmüştür. Diğer çalışmalarda mevcut tespitlerin çalışmamız ile uyumlu olduğu görülmüştür (105–108).

Olayın meydana geldiği mevsim ve ayların özellikle tatil başlangıcı, süreci ve bitişi ile uyumlu olduğu, sosyal hayatın daha çok canlandığı ve hava şartlarının müsait olduğu zamanlar olduğu görülmektedir. Bu zaman dilimleri içerisinde trafik yoğunluğunun artması, hava şartlarının trafikte tehlike arz etme potansiyelinin azalmasıyla ortaya çıkan dikkat eksikliği ve insanların bir arada toplu ortamlarda bulunma oranlarının artmasının olay miktarını ve çeşidini arttırdığı düşünüldüğünde bu durumların çalışmalarda tespit edilen ay ve mevsimlerin yüksek oranda çıkmasının kaynağı olduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmamızdaki olguların olay tarihindeki yaş ve yaş gruplarının değerlendirilmesinde; olguların yaş ortalamasının erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla $35,45 \pm 14,13$ ve $38,06 \pm 14,16$ olduğu, tüm olgularda yaş ortalamasının ise $36,69 \pm 14,17$ olarak saptandığı, olguların %35,0'inin olayın meydana geldiği tarihte 18-27 yaş aralığında olduğu, %21,5'inin 38-47 yaş aralığında, %17,9'unun ise 28-37 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Trafik kazası mağdurlarında travma sonrası stres bozukluğu üzerine yurtdışında yapılan bir çalışmada, olguların yaş ortalaması 38 yaş, vakalar arasında en sık yaş ortalaması grubunun ise 18-29 yaş aralığı olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, Sivas'ta yapılan travma olgularının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir tez çalışmasında olguların %36,60'sının 18-30 yaş aralığında olduğu, Kayseri'de yapılan tez çalışmasında ise yaş ortalamasının erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla $33,48 \pm 17,27$ ve $37,83 \pm 19,39$ olduğu, tüm olgularda ise yaş ortalamasının $35,01 \pm 18,15$ olduğu, yaş gruplarında en çok 30-39 (%19,84) yaş grubu devamında 20-29 (%18,54) yaş grubunun izlediği bildirilmiştir (109–111). Yine literatürdeki birçok çalışmada yaş grubu aralığının çalışmamızla uyumlu olarak bildirildiği görülmektedir (112–114).

Tespit edilen veriler değerlendirildiğinde, ruhsal ve fiziksel kaynaklı sekellerin, iş hayatlarının aktif ve üretken dönemlerinde olan insanları daha sık etkilediği görülmektedir. Yaygın görülen ruhsal bozukluklarla ilişkili kısıtlılıklar, kişisel refah, sosyal ilişkiler ve iş üretkenliği üzerinde çok fazla etkiye sahip olabilir. Ruhsal bozuklukların kişilerin iş günü kaybı süresi açısından fiziksel bozukluklara göre daha güçlü bir etkiye sahip olduğunu bildiren bir çalışmada, iş günü kaybı üzerinde en yüksek etkiye sahip hastalıklar arasında; TSSB, majör depresif epizod ve distiminin bildirildiği görülmüştür (115). Bu bilgiler göz önüne alındığında çalışmamız ve benzer çalışmalarda da tespit edilen yaş gruplarında görülebilecek iş gücü kaybının kişisel ve toplumsal sosyoekonomik etkileri olacağı düşünülmüştür. Ayrıca bu kayıpların, kişide ortaya çıkan ruhsal tablonun etkilerini arttırıcı ve uzatıcı bir gücü olacağı açıktır. 14.206 katılımcıyı içeren otuz dört çalışmanın dahil edildiği, travma sonrası stres

bozukluğunda işlevsel kayıplar üzerine yapılan bir çalışmada, TSSB'si olan bireylerin kişisel, sosyal ve toplumsal alanları içeren işlevlerinde anlamlı bozulmalar ortaya çıktığı bildirilmiştir (116).

Çalışmamızda mevcut 246 olgunun cinsiyet dağılımlarına bakıldığında, %52,4 (n:129)'ünün erkek cinsiyette, %47,6 (n:117)'sının kadın cinsiyette olduğu görülmüştür. Ülkemizde travma geçirmiş adli olgular ile yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, cinsiyet dağılımlarının çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmüştür (117–119). Bununla birlikte başta TSSB olmak üzere gelişen ruhsal durumların özellikle kadın cinsiyette daha fazla görüldüğü bilinmektedir (60,84,89,120–122). Çalışmamızda erkek cinsiyet oranının fazla çıkma sebebinin erkek cinsiyetin, ülkemizde günümüzde başta trafikte olmak üzere iş hayatının ve sosyal hayatın daha çok içinde olması, daha fazla rol alması, travma riski içeren davranışları daha fazla yapması bu nedenle de travmaya daha çok maruz kalmaları olarak düşünülmüştür. Ruhsal travmalar özelinde olmayan maluliyet olguları üzerine yapılan çalışmalarda da erkek cinsiyetin belirgin yüksek olması bu düşünceyi destekler niteliktedir (107,108,111–114). Çalışmamızda da erkek cinsiyetteki olgularda olay sonrası fiziksel sekel varlığı kadın cinsiyetteki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,039$). Bununla birlikte çalışmamızda, olay sonrası kişide yaralanan bir bölgenin olmaması açısından kadın cinsiyetin oranı erkek cinsiyete oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek tespit edilmiştir ($p=0,006$). Çalışmamızda fiziksel yaralanma olmadan ruhsal şikayetleri olan ve muayeneye alınan olgularda kadın cinsiyetin yüksekliği tespiti literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Yine bu durumu destekleyici bulgular olarak çalışmamızda, kadın olgularda yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olma durumu ile yaşamı tehlikeye sokan bir durum oluşturmama durumu erkek olgulara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek olarak bulunmuştur (p değerleri sırasıyla; $p=0,002$, $p=0,006$). Kemik kırığı ağırlık derecesi ise erkek cinsiyette anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da psikopatolojik sekel kaynaklı maluliyet oranı varlığı kadın cinsiyet olgularda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0,045$). Cinsiyete göre yaş ve olayın meydana geldiği mevsim çalışmamızda benzer olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, erkek cinsiyetteki olgularda alt ekstremit, sinir sistemi ve baş boyun yaralanmalarının kadın cinsiyetteki olgulara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandığı görülmektedir. Bu durumun, motosiklet gibi daha riskli ulaşım araçlarının tercihi, güvenlik önlemlerine kadın cinsiyet kadar dikkat edilmemesi ve daha riskli koşullarda (mevsim, saat vb.) erkek cinsiyetin daha fazla araç kullanması gibi sebeplerin neden olabileceği düşünülmüştür. Tespit edilen bölge yaralanmaları özellikle

motosiklet kazalarında olmakla birlikte genel olarak güvenlik önlemlerinin yaralanmanın ağırlığını azaltabileceği bölgeler olarak dikkat çektiğini düşünmekteyiz.

Olay tarihi ve başvuru tarihi arasında geçen süre değerlendirildiğinde, olguların en sık (%49,2, n:121) 36 ay ve üzeri süre kapsamında tarafımıza müracaat ettiği saptanmıştır. Vural ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, olay – başvuru süresi değerlendirmesinde, başvuruların ortalama 50,9 ay sonra olduğu görülmüştür (123). Kaya ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, olguların %15,3'ünün 1 yıl içerisinde başvuruda bulunduğu görülmüştür (124). Çalışmamızda da olguların %0,4'ünün 3-6 ay, %8,1'inin 6-12 ay içerisinde başvurduğu görülmüştür. Adli tıbbi uygulamalarda kişide gelişen ruhsal tablonun netleşmesi için en az 12 aylık süre sonunda kanaat getirilmesi doğru bir değerlendirme yöntemidir (102). Literatürde yapılan çalışmalarda, TSSB yaygınlık tahminlerinde zaman içinde genel bir azalma eğilimi olduğunu, TK sonrası 1-12 ay arasında TSSB yaygınlığının azaldığı gösterilmiştir (59,125). Çalışmamızda da olguların büyük bir kısmının 12 aylık süreç sonrası muayene edildiği görülmekle, bu durumun literatürle uyumlu olarak gerek mahkemelere yazılan yazılarda gerekse bireysel başvuru yapan kişilere verilen uygun muayene zamanı bilgilendirmesi, süreç içerisinde gelişen prosedürlerin ortaya çıkardığı yavaşlama ve bireylerin tazminat haklarından önce sağlıklarına kavuşma önceliklerinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda olayların meydana geliş şekilleri değerlendirildiğinde, en büyük grubu %93,5 (n:230) ile trafik kazalarının oluşturduğu görülmektedir. Trafik kazalarını, %2,4 (n:6) ile yaralama olguları takip etmektedir. En büyük grubu oluşturan trafik kazalarının irdelenmesinde, trafik kazası türlerinin dağılımına bakıldığında, %53,5 (n:123)'inin araç içi trafik kazası olduğu, bunu sırasıyla %15,2 (n:35) ve %14,3 (n:33) oranları ile motosiklet ve araç dışı trafik kazalarının izlediği saptanmıştır. Konuyla ilgili literatür değerlendirildiğinde, Kayseri'de yapılan tez çalışmasında olguların travma türü dağılımında, %90,4'ünün trafik kazası olduğu, %3,6'sının kasıtlı yaralanmalar olduğu görülmüştür. Trafik kazalarının içinde en sık grubun ise %57,0 ile araç içi trafik kazaları olduğu görülmektedir (111). Eröz'ün tez çalışmasında, olguların %96,5'ini trafik kazalarının oluşturduğunu, Düzcan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, olay türü olarak en yüksek oranın %87,8 ile trafik kazaları olduğu, trafik kazaları içinde de en yüksek oranın %32,1 ile araç içi trafik kazalarında olduğu görülmüştür (112,126). Literatürde mevcut ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da çalışmamızla benzer bulguların saptandığı görülmüştür (113,118,119). Trafik kazaları ülkemizde ve dünya genelinde ölüm ve yaralanma riski yaratan en önemli sebeplerden biridir (28–30). Trafik kazalarının en ciddi sonuçları sağlık ve refah alanlarında öne çıkmaktadır (127).

Özellikle motorlu kara taşıtları vesilesiyle olmak üzere, trafiğin, insanların gündelik yaşamında önemli bir zaman dilimini kapsadığı görülmektedir. Trafik kazaları neticesinde yaralanmaların genellikle maluliyete neden olabilecek ağırlıkta olması, aile, akraba ve arkadaş gibi birden fazla kişiyi aynı anda etkileme olasılığı gibi nedenlerle fiziksel ve ruhsal sonuçlarının yaygınlığını arttırdığı düşünülmüştür. Motosiklet kazalarının sıklığının diğer benzer çalışmalara oranla ikinci sıklıkta görülmesinin nedeni olarak Konya ilinde kullanım oranının yüksekliği kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda kadın olguların motosikletle trafik kazası geçirme oranı erkek olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Bu durumun nedeni olarak, erkek cinsiyetin motosikletleri iş hayatında daha fazla kullanması, erkek cinsiyetin bir ulaşım aracı olarak motosiklet tercihlerinin daha yüksek olması ve koruyucu ekipman kullanımı ile sürüş güvenliği konusunda yetersizlikler olduğunu düşünmekteyiz.

Bireylerin rapor alma amacıyla merkezlere başvuru şekilleri değerlendirildiğinde, Çukurova Üniversitesi'nde yapılan çalışmada, olguların en yüksek oranda (%82,8, n:531) özel başvuru aracılığıyla, Mersin Üniversitesi'nde yapılan çalışmada ise, olguların en yüksek oranda (%81,0, n:255) bireysel başvuru aracılığıyla rapor talep ettiği görülmektedir (107,128). Çalışmamızda olguların en yüksek oranda %56,5 (n:139) özel başvuru aracılığıyla rapor talep ettiği saptanmıştır. 109 (%44,3) olgunun ise mahkemeler aracılığıyla başvurduğu görülmüştür. Mahkemeler aracılığıyla başvuru oranlarının daha yüksek olduğu çalışmalarında literatürde bulunduğu görülmektedir (124). Yurtdışında yapılan çalışmalarda trafik kazaları sonrası dava/tazminat süreçlerine dahil olmanın TSSB gelişimi açısından güçlü bir etki yarattığı ortaya konulmuştur (57,59). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere hukuki süreçlerin bireylere ruhsal açıdan etkilerinin olumsuz olduğu görülmektedir. Bu nedenlerle mağdurların, özel (bireysel) başvuru aracılığıyla daha hızlı ve daha pratik şekilde haklarını arama yoluna gittiği düşünülmüştür.

Çalışmamıza dahil edilen olguların olay sonrası sağlık kuruluşlarında düzenlenen tıbbi evraklarının tetkiki neticesinde elde edilen verilerden elde edilen yaralanma bölgelerine bakıldığında; en yüksek oranda (%29,3, n:72) deri-cilt yaralanması kaydı olduğu, devamında %23,6 (n:58)'sinin alt ekstremité, %23,2 (n:57)'sinin baş-boyun, %22,8 (n:56)'sinin toraks, %21'5 (n:53)'inin ise üst ekstremité ve sinir sistemi bölgelerinde yaralanma kaydı olduğu görülmüştür. Genel olarak bakıldığında ekstremité yaralanmalarının en büyük grubu oluşturduğu saptanmıştır. Ekstremité yaralanmalarının sıklığının, çalışmamızda trafik kazalarının olay türü olarak en büyük grubu oluşturduğu göz önüne alındığında olay türünden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Düzcan ve arkadaşları tarafından maluliyet olguları üzerine

yapılan bir çalışmada, üst ekstremit ve alt ekstremit yaralanmalarının sırasıyla olguların %25,9 ve %38,7'sini oluşturduğu, ekstremit yaralanmalarının en sık yaralanmaları oluşturduğu, Kaya ve arkadaşları tarafından maluliyet olguları üzerine yapılan çalışmada, en sık pelvis ve alt ekstremit yaralanmalarının (%54,5) saptandığı görülmektedir (124,126). İzmir'de şiddet dışı travma olgularının TSSB ve MDB açısından değerlendirildiği bir tez çalışmasında, en sık yaralanan vücut bölgesinin ekstremiteler (%75,0) olduğunun tespiti, Kayseri'de maluliyet üzerine yapılan tez çalışmasında, psikiyatri tanısı olan olgularda ekstremitelerin travma bölgesi olarak en sık grubu oluşturduğu tespiti yapılmıştır (111,117). Çalışmamızda yaralanan bölge sayısı açısından, olgularda en sık bir bölgenin (%32,5, n:80) yaralandığı saptanmıştır. Literatüre bakıldığında, Eröz'ün tez çalışmasında, olguların %85,5'inde tek bölge yaralanması tespit edildiği, Kadı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 259 olgunun 196'sında bir arıza tespit edildiği görülmüştür (99,112). Çalışmamızın bu hususlarda benzer çalışmalarla uyumluluk gösterdiği anlaşılmaktadır. Çalışmamızda ruhsal arızalar dışında yalnızca fiziksel sekel nedenli maluliyet oranı tayini yapılan olguların değerlendirilmesinde, 246 olgu içerisinde 147 olgunun (%59,8) maliyet oranı aldığı, 99 olguda (%40,2) ise bu hususta maluliyet oranı tespiti yapılmadığı saptanmıştır. Karaalp tarafından maluliyet raporları – TSSB ilişkisi açısından Ankara'da yapılan çalışmada, çalışmamızla benzer olarak olguların %43,6'sında TSSB dışında sekel olmadığı tespit edilmiştir (118).

Fiziksel sekellerin varlığı nedeniyle maluliyet oranı tayini yapılan olgularda tespiti yapılan arızaların dağılımına sırasıyla bakıldığında; vertebra kırıkları ve sekelleri %19,0, omuz EHA kısıtlılığı %15,0, sinir sistemi sekeli %12,2 olarak saptanmıştır. Kozmetik kusurlar içerisinde değerlendirebileceğimiz yüzde sabit iz arızasının %7,5 oranında saptandığı görülmektedir. Yine Karaalp'in çalışmasında, omuz EHA kısıtlılığı (%12,8), kalça EHA kısıtlılığı (%10,2) ve yürüyüş bozukluğu (%10,2) ile tespit edilen sekeller arasında sıklık olarak ekstremit bölgeleri arızalarının baskınlığını göstermektedir (118). Benzer çalışmalarda da ekstremit bölgelerinde arıza yoğunluğunun baskın olduğu, çalışmamızla benzer bulgular saptandığı görülmektedir (111,113,126). Olguların büyük kısmının trafik kazası nedeniyle yaralandığı göz önüne alındığında, trafik kazası nedenli yaralanmaların yüksek enerjili travmalar oluşturması nedeniyle omurga ve ekstremit bölgelerinin daha sık yaralandığı düşünülmüştür. Japonya'da trafik kazaları neticesinde ağır yaralanan olgularda gelişen ASB ve TSSB üzerine yapılan bir çalışmada, TSSB'de tespit edilen yordayıcı üç faktör arasında kalıcı fiziksel engellilik olduğu da saptanmıştır (121). Yine Heron-Delaney ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da kalıcı fiziksel problemlerin TSSB için güçlü bir yordayıcı olduğu

belirtilmiştir (59). Çin merkezli bir çalışmada, ampütasyon ve kırık tanılarının TSSB için önemli yordayıcılar olduğu görülmüştür (129). Çalışmamızda yüksek oranda tespit edilen arıza bölgelerinin, iş hayatında ve sosyal hayatta ortaya çıkardıkları fonksiyon kısıtlılıklarının ve olumsuz sonuçların kişilerin ruhsal durumlarına önemli etkileri olabileceği, bununla birlikte diğer medikal rahatsızlıkları arttırabileceği (109) göz önüne alındığında, psikiyatri konsültasyonu istenen olguları içeren çalışmamızda yaralanma dağılımının uyumlu olduğu düşünülmüştür. Başta mağdur ve yakınları olmakla birlikte sağlık çalışanları da dahil olmak üzere travmatik olay sonrası bireylerin fiziksel sıkıntılarının giderilmesine öncelik verildiği, psikiyatrik travmaların göz önüne erken dönemde alınmadığını düşünmekteyiz. Kaliteli bir fizik tedavi ve rehabilitasyon sürecinin sağlanabilmesi için mağdurların ruhsal durumlarının da olayın en başından itibaren öncelenmesi gerektiği, buna yönelik mağdurlara sosyal ve medikal destek verilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz. Travma sonrası psikiyatrik problemler yaşayan bireyin rehabilitasyon sürecini aksatacağı, bu sürecin uzamasına yol açacağı ve bu durumun birey üzerine olduğu gibi toplum ile sağlık sistemi üzerine de daha fazla bir yük oluşturacağı düşünülebilir.

Japonya’da yapılan bir çalışmada, cilt görünümünde bozukluk yaratan arızaların TSSB açısından bir risk faktörü olarak saptanmadığı fakat risk faktörü olma olasılığını görmezden gelmedikleri belirtilmiş olup (121), yüzde sabit iz veya vücutta büyük bir alanı kapsayan cilt değişimlerinin, kişinin her gün maruziyetini yaşayacağı bir tablo ortaya çıkaracağı, sosyal hayatında bireyi strese sokabileceği bunun da kişinin ruhsal sağlığına olumsuz yönde etki edebileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenden dolayı cilt üzerinde yaralanma ve arızaları bulunan olguların psikiyatrik değerlendirme açısından öncelikli olgular içerisinde olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamıza dahil edilen olguların değerlendirildiği yönetmeliklere göre tespit edilmiş maluliyet oranlarına bakıldığında; ÇGMK E cetveli ortalaması $24,31 \pm 22,36$, ÖÖSY cetveli ortalaması $28,77 \pm 21,34$ ve EEDY cetveli ortalaması $33,81 \pm 22,50$ olarak saptanmıştır. Kadın ve erkek cinsiyette maluliyet oranları benzer olarak bulunmuştur. Ülkemizde maluliyet alanında yapılan çalışmalarda, en yüksek maluliyet oran aralığının %1-10 saptandığı çalışmalar (107,111) olduğu gibi, %10-19,9 aralığının en yüksek grubu oluşturduğu çalışmalarda (112,126,130) bulunmaktadır. Kayseri’de yapılan tez çalışmasında (111), psikiyatri tanısı olan olgularda maluliyet oranının daha yüksek olduğunun saptandığı görülmektedir. Çalışmamızda da psikiyatrik sekel varlığı olan olguların, sekeli olmayan olgulara göre değerlendirilen tüm yönetmeliklerde maluliyet oranının anlamlı yüksek ($p < 0,001$) bulunduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki olgularda ortalama maluliyet oranlarının literatüre oranla daha yüksek

bulunma nedeni ile psikiyatri tanısı içeren olguların yüksek maluliyet oranına sahip olma nedeninin, çalışmamızın psikiyatrik değerlendirme yapılan olguları içermesi ve olgularda mevcut bu tanıların yönetmeliklerde ortaya çıkardığı maluliyet oranlarının ortalamayı yükseltmesi olarak söylenebilir. Bu durumun gösterdiği üzere mağdurların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesinin gözden kaçırılması önemli hak kayıplarına yol açabilecektir. Hekimlerin bu konuda dikkatli olması gerekmektedir.

Olguların yaralanma ağırlıklarına bakıldığında, %77,2'sinin (n:190) yaralanmasının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı, %31,7'sinde (n:78) yaşamı tehlikeye sokan bir durum olduğu saptandı. Çalışmamızla benzer olarak, Sivas'ta yapılan travma olgularının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir tez çalışmasında, yaralanmaların %68,2'sinin BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif olmadığı, %31,80'inin yaşamsal tehlike oluşturacak düzeyde olduğu tespit edilmiştir (110). İzmir'de yapılan benzer bir tez çalışmasında ise, BTM ile giderilemez olgu oranı %84,4, yaşamsal tehlike varlığı olan olgu oranı %26,6 olarak saptanmıştır (117). Çalışmamıza dahil edilen 164 olguda (%66,7) kemik kırığı olduğu, 82 olguda (%33,3) kemik kırığı olmadığı, kemik kırığı olan 164 olgunun, kemik kırığı ağırlık derecesinin ortalaması ise $4,05 \pm 1,49$ olarak saptanmıştır. Sivas'ta yapılan tez çalışmasında, olguların %44,3'ünde kemik kırığı olmadığı, İzmir'de yapılan tez çalışmasında olguların %76,6'sında kemik kırığı olduğu belirtilmiştir (110,117). Düzcan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, kırık/çıkık olan olgularda skor puanının en sık 4 puan olduğunun saptandığı belirtilmiştir (126).

Çalışmamıza dahil edilen olguların %61,0'inde (n:150) psikopatolojik sekel kaynaklı maluliyet olduğu, olguların %36,6'sında (n:90) tanının TSSB olduğu, %68,7'sinde (n:114) tedavi ile işlevselliğin kısmen düzelen olduğu saptandı. Literatüre bakıldığında, ülkemizde maluliyet raporları üzerine birçok çalışma olmakla birlikte, adli tıpta psikiyatrik bozuklukların maluliyeti üzerine yapılan çalışma sayısının kısıtlı olduğu görülmüştür. Kayseri'de yapılan tez çalışmasında, psikiyatri/ç. psikiyatri konsültasyonu istenen 101 olgunun 42'sinin (%41,58) psikiyatrik tanı aldığı, İran'da yapılan bir çalışmada, bir yıl önce travmatik yaralanma öyküsü bildiren 274 olgunun %17,2'sinde TSSB saptandığı, Düzce'de yapılan tez çalışmasında, 118 olgu içerisinde 10 olguda psikiyatrik araz olduğu, bu 10 olgunun 5'inde TSSB, 2'sinde anksiyete bozukluğu tanısı olduğu, Erzurum'da yapılan bir çalışmada, fiziksel travma sonrası değerlendirilen 92 olgudan 59'unda (%64,1) psikopatoloji gelişmediği, %15,2'sinde TSSB, %10,9'unda MDB ve %9,8'inde ise TSSB ve MDB'nin birlikte geliştiği, Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada, trafik kazası geçiren olgularda 12 ay sonunda %17,9 oranında TSSB geliştiği,

Adli Tıp Kurumunda iş kazası dışındaki yaralanma olaylarına yapılan psikiyatrik muayenelerin değerlendirildiği çalışmada, kişilerin %58,2'sine yalnızca TSSB, %22,7'sine ise TSSB ile birlikte diğer psikiyatrik tanılarının konulduğu görülmüştür (55,111,119,122,131,132). Yaralanmalı adli olgularda TSSB gelişimi, vakaların önemli bir kısmı trafik kazasında yaralanmış olgular olan çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak yüksek bulunan bir durumdur. TSSB tanısının takibinde depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu gelişen tanılar arasında görüldü. Literatürde de depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu gelişimi ile TSSB ve komorbiditeleri gösterilmektedir (64–67,131–133). Çalışmamızda tedavi ile işlevsellik durumu değerlendirilen olguların %16,3'ünün psikiyatrik açıdan yeterli tedavi almadığı kanaatine varıldığı saptanmıştır. Çalışmamızla benzer olarak, İzmir'de maluliyet raporları üzerine yapılan çalışmada, olguların %9,4'ünün psikiyatrik şikâyetlerinin kalıcı olup olmadığının belirlenebilmesi için takip ve tedavi önerildiği, Ankara'da yapılan çalışmada, TSSB vakalarının %69,2'sinin tedaviden kısmen fayda gördüğü belirtilmiştir (118,124). Vakaların psikiyatri uzmanı değerlendirmesi öncesinde adli tıp hekimlerince de muayene edildiği, konsültasyon istemi kararları verilmeden önce hastaların irdelendiği ve psikopatolojik arıza varlığı olabileme ihtimali yüksek olduğu düşünülen hastaların uzman muayenesine yönlendirildiği göz önüne alındığında çalışmamızda psikiyatri uzman değerlendirmesi yapılan olguların yarısından fazlasının bu hususta maluliyet oranı almasının nedeni olarak düşünülmüştür. Toplumsal damgalama veya kişinin mevcut durumu içselleştirip kendisini damgalaması da düşünüldüğünde ülkemizde hastaların psikiyatrik şikâyetler ve hastalıkları fazla konuşmama, gündeme getirmeme veya gizleme gibi eğilimleri olduğu, sosyoekonomik ve eğitim düzeylerine göre hastaların ruhsal sıkıntılarını tarif etmede yaşadıkları farklılıklar ve eksiklikler ile yaşadıklarının bir hastalıktan dolayı ortaya çıktığını bilmediği durumlar dahi kliniklerde gözlenmektedir. Bu gibi durumlar hastaların sağlık kuruluşlarına başvuru oranını da azaltmaktadır. Japonya'da yapılan bir çalışmada da Batı kültüründe yaşayan insanlarda bu durumun daha az olabileceği, kendi kültürlerindeki insanların semptomlarını serbestçe söylemekte zorlanabileceği düşüncesi belirtilmiştir (121,132,134). Bu sebeplerden dolayı hastaları uzman muayenesine yönlendirmeden önce ilk başvuruları esnasında detaylı değerlendirilmeleri, kendileri belirtmese dahi ruhsal muayenelerinin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Ruhsal muayenenin öncelikli olarak düşünülmesi ile kimi zaman değerlendirilmeyen ruhsal bozuklukların tespiti sağlanabilir, mağdurlarda hak kaybının ve tedavi gecikmelerinin engellenmesi sağlanabilir. Yine Japonya'da yapılan çalışmada, zorunlu üçüncü şahıs sorumluluk sigortası varlığı sayesinde kalıcı fiziksel sakatlık geçirenlerin sosyoekonomik olarak stresinin azalmış olabileceği, bunun da TSSB yaygınlığını düşürmüş

olabileceği düşünülmüştür. Psikiyatrik sekellerin azalması açısından ülkemizde de sigortacılık sisteminin vatandaşlar yararına gelişiminin sürdürülerek kazanın kalıcı etkilerinin azaltılabileceğini düşünüyoruz (121).

Çalışmamızda fiziksel sekel varlığına göre psikopatolojik sekele bağlı maluliyet durumunun benzer olarak saptandığı görülmektedir ($p>0,05$). Ayrıca yine çalışmamızda, psikiyatrik sekeli olan olgularda yaralanmanın BTM ile giderilebilme oranı, psikiyatrik sekeli olmayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışmamızdaki bu tespitler fiziksel sekel varlığının psikiyatrik neden kaynaklı maluliyetin ortaya çıkmasında etki yaratmadığını göstermektedir. Literatürde yaralanma ağırlığının TSSB öngörülebirliliğine etkisi açısından anlaşmazlık bulunmaktadır. Yaralanma ağırlığının artması ile TSSB gelişiminin paralel olduğunu belirten çalışmaların varlığı ile ikisi arasında bir paralellik olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (59,121,135,136).

Olguların şikayetleri ve semptomları değerlendirildiğinde, bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler (olumsuz inanış, beklenti, olumsuz duygudurum, olumlu duygular yaşayamama...) ile artan uyarılmışlık (irritabilite, uyku bozukluğu, irkilme...) semptom kümelerinin sırasıyla daha yüksek oranlarda (%60,4, %54,2) bulunduğu saptanmıştır. Yeniden deneyimleme (sıkıntı veren anılar, düşler...) semptom kümesinin (%32,2) en az oranda tespit edildiği görülmüştür. Çalışmamızın TSSB olgularına spesifik olmamasını, TSSB tanısında gözlenmesi beklenen yeniden deneyimleme semptom kümesinin daha az oranda tespit edilmesinin nedeni olarak düşünmekteyiz. Hastaların muayenelerinde beyan ettiği şikâyetlere bakıldığında, kaçınma davranışları, uyku problemleri ve sinirlilik/öfke yakınmalarının çalışmamızda öne çıktığı görülmektedir. Etiyopya’da trafik kazası sonrası TSSB üzerine yapılan bir çalışmada, en sık görülen belirtilerin, yaşanan deneyimle ilişkili tekrarlanan, rahatsız edici anılar veya düşünceler olduğu, beraberinde irkilme, duygusal hissizlik ve kaçınma davranışları belirtilerinin olduğu, Ankara’da maluliyet raporlarının TSSB açısından değerlendirilmesi üzerine bir çalışmada, hastaların beyan ettiği semptomlara bakıldığında, en sık uyku sorunları (%46,1), tekrar kaza geçirme korkusu (%35,8), öfke atakları (%20,5), flashback (%17,9) ve kaçınma davranışları (%12,8) olarak belirtildiği, Güneydoğu gazilerinde TSSB gelişimi üzerine yapılan çalışmada belirtiler, çabuk sinirlenme ve öfke, yaşamdan eskisi kadar zevk alamama, anımsatıcılarla ilgili sıkıntı duyma, irkilme ve olayı hatırladıkça ortaya çıkan fiziksel belirtiler olduğu, Haliç Üniversitesinde ev içi şiddet mağduru kadınlarda TSSB ve depresyon belirtileri üzerine yapılan tez çalışmasında; TSSB için belirtilerin, travmatik olayı tekrar tekrar anımsama, yeniden yaşama, kaçınma davranışları, duygulanımda kısıtlılık ve

insanlardan uzaklaşma olarak tespit edildiği, depresyon için belirtilerin, üzüntülü ve kederli hissetme, cinselliğe ilgide azalma, halsizlik/bitkinlik, düşünme ve dikkati toplamada güçlük ve hayattan zevk alamama olarak belirtildiği, ülkemizde meydana gelen 17 Ağustos ve 12 Kasım 1999 depremleri mağdurlarında gelişen TSSB üzerine yapılan çalışmada, yeniden yaşantılama belirtileri arasında en sık, olayla ilgili yer, ortam ve kişiler hakkında mutsuzluk ve olayla ilişkili anı, düşünce yada görüntüleri anımsama şikayetleri olduğu, kaçınma belirtileri arasında en sık, etkinliklere ilgide azalma, hatırlatıcı faktörlere duygusal yanıtlardan kaçınma ve diğer insanlardan uzak kalmaya çalışma şikayetleri olduğu, aşırı uyarılmışlık belirtileri arasında, uyararla ani irkilme ve huzursuz öfkeli olma şikayetlerinin olduğu tespiti gösterilmiştir (118,137–140). Çalışmamızda kadın olgularda kaçınma davranışları ve bilişlerde-duygudurumda olumsuz değişiklikler semptom kümelerinin erkek olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunduğu görülmüştür (p değerleri sırasıyla; $p<0,001$, $p=0,003$). 2010 Haiti depremi ile ilgili çalışmaların irdelendiği, hayatta kalan kişilerde TSSB, depresyon ve anksiyetenin değerlendirildiği Kanada’da yapılan bir çalışmada, kadınların şiddetli TSSB semptomları yaşama olasılığının erkeklere göre %41,38 oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (141). Kadınlarda semptomların daha şiddetli olmasıyla beraber çalışmamızda tespit edilen bu durumun nedenlerinden biri olarak, toplumumuzda da mevcut olan erkek egemen tavır düşünüldüğünde özellikle belirlenen bu semptom kümelerinin içeriğindeki şikayetleri kadın cinsiyetin daha açık olarak belirtmesi olarak düşünmekteyiz. Literatürde mevcut çalışmalar ile çalışmamızda travmatik deneyimler sonrası ortaya çıkan şikâyet ve belirtilerin uyumlu olduğu görülmüştür. Çalışmalar arasında şikâyet ve belirtilerin sıklık farklılığı olduğu görülmektedir. Bunun sebebinin travma tiplerinin farklılığı, bireylerin sosyal ve kültürel farklılıkları nedeniyle belirtilerini beyan ederken çeşitli farklılıklar ortaya çıkması ve çalışma coğrafyalarının çeşitliliği nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz. Beyan edilen şikayetlerin tümü bireyin kendine has söylem tarzı ile kaydedilmektedir. Bu durum, şikayetlerin ana gruplar üzerinden değerlendirilmesi gereğini doğurmaktadır. Çalışmalar içerisinde bu gruplandırma yaklaşımları da sonuçların sıklığında değişkenlik yaratmış olabilir. Genel olarak bakıldığında kaçınma davranışları, uyku ile ilgili problemler, sinirlilik/öfke, duygulanımda kısıtlılık yaşama ve yeniden deneyimleme belirtilerinin travma yaşamış bireylerde sık görüldüğü anlaşılmaktadır. Adli Tıp hekimlerinin, muayene esnasında yukarıda sıklığı belirtilen belirtilere dair beyanlara karşı dikkatli olması hastanın yararına olabilecektir. Kaçınma davranışlarının sıklığının yüksek olma nedeni olarak, çalışmamızda olay türü olarak trafik kazalarının yüksek olması bundan ötürü anımsatıcıların bireylerde çok yoğun bir maruziyet yaratması olduğu değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza dahil edilen 24 olgunun hikayesinde, olay sonrası ölüm meydana geldiğinin saptandığı, bu ölümlerden %7,3'ü (n:18) aile/akraba ölümleri, %2,4'ü (n:6) ise diğer kişilerin ölümleri olarak bulunmuştur. Aile/akraba kaybı mevcut 18 olgudan 10'unda psikiyatrik sekel, diğer kişilerin ölümüne tanıklık etmiş 6 olgudan 5'inde psikiyatrik sekel varlığı saptanmıştır. Ankara'da yapılan çalışmada, TSSB semptomları gösteren hastaların %17,9'unun kazada en az bir yakınıni kaybettiğini ifade ettiği görülmüştür (118). ATK'da yapılan çalışmada, dört olayda eş veya çocuk, iki olayda arkadaş, bir olayda 1.derece yakın ve dört olayda diğer kişilerin ciddi yaralandığı veya öldüğünün görüldüğü belirtilmiştir (119). Etiyopya'da yapılan çalışmada, ölüme tanık olan kişilerde, tanık olmayanlara göre TSSB gelişme riskinin %31,0 daha fazla olduğu, Etiyopya'da yapılan bir başka çalışmada ise ölüme veya ciddi bir yaralanmaya tanık olan kişilerde TSSB gelişme olasılığının, tanık olmayanlara kıyasla 2.25 kat daha fazla olduğu, Çin'de depremzedelerde TSSB üzerine yapılan bir çalışmada, akraba ve arkadaş kaybının TSSB için önemli bir yordayıcı olduğu kaydedilmiştir (109,129,137). İnsanların ömürleri süresince mücadele etmesi gereken birçok problem yaşadığı, bazı problemlerin bireylerin hayatlarını ciddi bir biçimde etkilediği bilinmektedir. Yas, birey için sevilen birinin ölümü sonrası verdiği tepkileri içerir. Cinsiyet, yaş, dini ve kültürel özellikler ve kaybedilen kişi ile arasında ilişki gibi özellikler bireylere has olup bu süreci özgülneştirmektedir (142). Bu durumlar nedeniyle çalışmamız ve diğer çalışmalarda ölümün kişi üzerinde etkisi ve sonuçlarının farklılık yarattığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda değerlendirilen 29 olguya (%11,8) psikiyatrik muayene sırasında HAM-A, HAM-D ve CGI ölçeklerinin uygulandığı saptanmıştır. Ölçek kullanımı erkek ve kadın olgularda benzer olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Ülkemizde tazminat davaları süreçlerinin uzadığı, birçok merkezden konu hakkında rapor alındığı bilinmektedir. Bu gibi durumların raporlar arasında çelişki ve tutarsızlıklar ortaya çıkarmasını engellemek amacıyla kalıcı engellilik değerlendirmesinde, psikiyatrik açıdan muayene eden her hekimin standart olarak kullanabileceği ölçeklerin ortaya çıkması gerekmektedir. AMA rehberinde kullanılan üç ölçekte olduğu gibi ülkemizde de bu ölçeklerinde incelenmesiyle çalışmaların yapılabilceği ve maluliyet açısından psikiyatrik değerlendirmede standart yakalanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki kısıtlılıklar mevcut olup, veriler hastanemizde düzenlenmiş raporlardan elde edilmiş olup, tarafımıza iletilen belgelerde bulunmayan tahkikat bilgilerinden dolayı içeriği oluşturan birtakım parametrelerde kısıtlılıklar ortaya çıkmıştır. Çalışmamız tek merkez ile sınırlı olup, çok merkezli ve olguların periyodik takibinin sağlanabileceği çalışmalar elde edilen veriler aracılığıyla konu hakkında daha geniş bir perspektif sağlayabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkemizde ve dünyada her yıl milyonlarca insan travmatik olaylar yaşamaktadır. Özellikle çalışmamızda ve benzer çalışmalarda da göze çarptığı üzere trafik kazaları adli olaylar arasında büyük bir grubu oluşturmaktadır. Adli olaylar sonrası vücutta meydana gelen fiziksel yaralanmalar bireyler ve sağlık çalışanları tarafından öncelikli olarak değerlendirilmektedir. Bununla beraber travmatik olaylar sonrası önemlenecek düzeyde başta TSSB, anksiyete bozukluğu ve MDB olmak üzere ruhsal bozuklukların da geliştiği görülmektedir.

Çalışmamızda, sıklıkla hayatlarının aktif dönemlerini geçiren yaş gruplarının maluliyet olgularını oluşturduğu görülmektedir. Bu olguların psikiyatrik açıdan şikayetleri olduğu ve ruhsal muayeneleri neticesinde tespiti sağlanan ruhsal bozukluklarının önemli bir kısmının maluliyet oluşturduğu gözlemlenmiştir. Sıklıkla gelişen TSSB gibi örneklerde olduğu gibi gelişen ruhsal bozuklukların bireylerin sosyal hayatlarında olumsuzluklar yaratacağı, yaşam kalitesini azaltacağı, işe devamsızlık ile varsa psikiyatrik diğer rahatsızlıkları ve fiziksel rahatsızlıkları daha da arttırabileceği ve kişilerin rehabilitasyon süreçlerini uzatabileceği göz önüne alındığında travma mağduru bireylerde ruhsal değerlendirmenin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu olumsuz sonuçlar hem birey hem de toplum açısından önemli sonuçlara ve maliyetlere yol açabilmektedir.

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan trafik kazalarını azaltmak amacıyla konu hakkında toplumsal eğitimin geliştirilmesi, ulaşım araçları ve kullanıcıları üzerindeki denetimlerin sıklaşması gerekmektedir. Bununla beraber sigortacılık sistemini gelişimini sürdürmesi, bununla birlikte mağdurların üzerindeki sosyoekonomik yükün azalması mağdurlar üzerinde psikiyatrik sıkıntılar açısından hafifletici etki yaratacaktır.

Benzer çalışmalarda farklı sonuçların ortaya çıktığı da anlaşılmakla beraber çalışmamızda fiziksel sekel mevcudiyeti ve yaralanma ağırlığı ile psikiyatrik açıdan sekel oluşumu arasında anlamlı bir bulgu tespit edilememiştir. Yaralanma ağırlığı hafif olan olgularda da psikiyatrik tanılarının geliştiği görülmüştür. Bu tespit ışığında, hekimlerin yaralanma ağırlığı hafif şiddette olan olguların değerlendirmesinde önyargılı olmamaları, ruhsal muayene değerlendirmelerini göz ardı etmemeleri gerektiği açıktır.

Ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlıkların olumsuz sonuçlarını erken dönemde tespit etmenin birey ve toplum için faydalı olacağı anlaşılmaktadır. Bu nedenle travma mağduru kişilerin akut stres bozukluğu açısından taranmasını öneriyoruz. Objektif olarak değerlendirilmesi zor olan psikiyatrik hastalıkların, hakkaniyete uygun değerlendirilmesi ve

birimler arasında standardizasyonun sağlanması açısından çalışmamızda ve benzer çalışmalarda travma mağduru olgular açısından saptanan risk faktörlerinin de göz önüne alınmasıyla travma mağdurlarına özgü tanı-tarama aracı geliştirmenin, adli tıbbi perspektiften ceza ve hukuk davalarında değerlendirilen olgulara yaklaşıma fayda sağlayacağını düşünüyoruz.

Psikiyatrik değerlendirmenin zorlukları, her bireyde farklı yaklaşımlar gerekmesi ve simülasyonun değerlendirilmesinin önemi dikkate alındığında hastalara uzman muayenesinin gerekli olacağı, psikiyatri konsültasyonlarının göz ardı edilmemesi gerektiğini düşünüyoruz. Adli tıbbi değerlendirme içerisinde de hekimlerin beraber çalışması sağlıklı sonuçlar ortaya çıkaracaktır.

Ülkemizde maluliyet raporu düzenlenirken kullanılan yönetmeliklerin psikiyatrik hastalıklar açısından yetersiz olduğu açıktır. Kısıtlı bir çerçevede oran tayini yapılmaya çalışılmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlıklar kaynaklı oran tayininin daha adil olması, hak kaybına yol açmaması açısından yönetmeliklerdeki eksiklikler gözden geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Mayou R, Bryant B, Ehlers A. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *Am J Psychiatry*. 2001 Aug;158(8):1231-8. doi: 10.1176/appi.ajp.158.8.1231. PMID: 11481156.
2. Mayou R, Bryant B. Outcome 3 years after a road traffic accident. *Psychol Med*. 2002 May;32(4):671-5. doi: 10.1017/s0033291702005470. PMID: 12102381.
3. Yay, S. (2014). Tarihsel Süreçte Türkiye’de Sosyal Devlet. 21. Yüzyılda Eğitim Ve Toplum Eğitim Bilimleri Ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3 (9), 147-162.
4. Türk Dil Kurumu Sözlükleri Güncel Türkçe Sözlük Maluliyet. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 21.05.2023)
5. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001. 311 s.
6. Türk Dil Kurumu Sözlükleri Güncel Türkçe Sözlük Bilirkişi. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 29.05.2023)
7. Dokgöz H. Bilirkişilik. Dokgöz H. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2020: 31-50.
8. Bilirkişilik Kanunu, 24.11.2016 tarihli Resmî Gazete, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/11/20161124-1..htm> (Erişim Tarihi: 29.05.2023)
9. Erdoğan E, Üçüncü SH. Bilirkişilik Kurumu ve Bilirkişi Raporunun Delil Değerine İlişkin Bazı Sorunlar . *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*. 10(1):354-87.
10. Biçer Ü. Türkiye’de Adli Tıp Hizmetleri ve Geline Durum. *Türk Tabipleri Birliği; Tıp Dünyası*; 15 Ekim 2003 Sayı: 112. <https://www.ttb.org.tr/TD/TD112/14.php> (Erişim Tarihi: 30.05.2023)
11. Adli Tıp Kurumu Kanunu, 20.04.1982 tarihli ve 17670 sayılı Resmî Gazete, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17670.pdf> (Erişim Tarihi: 30.05.2023)
12. Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J, World Health Organization. Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). World Health Organization; 2010.
13. Birgen N, Okudan M, Inancı M, Okyay M. İş kazasına bağlı olgularda maluliyet oranı hesaplanması: Adli tıp açısından değerlendirilmesi. *The Bulletin of Legal Medicine*. 1999;4:101-8.
14. Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ*. 2010;88(11):815-23.
15. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. https://www5.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf (Erişim Tarihi: 13.06.2023)

16. Hilal A. Maluliyet Hesaplamalarında Karşılaşılan Sorunlar. The Bulletin of Legal Medicine. 2016;21.
17. İleri H. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi;1(1):163-98.
18. Güvercin CH. Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;57(2).
19. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi: 27.05.1949 tarihli 7217 sayılı Resmî Gazete; Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/7217.pdf> (Erişim Tarihi: 26.07.2023).
20. Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme. ILO (1952, No.102). Onay (15 Ekim 1974). Resmî Gazete.15037. [<https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/15037.pdf>]. (Erişim Tarihi: 26.07.2023).
21. Özudoğru H. The Evaluation of Turkey Insurance Sector. Journal of Banking and Financial Research. 2017;4(1):38-47.
22. Türk Ticaret Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6102.pdf> (Erişim Tarihi: 26.07.2023)
23. Taşkin E, Şener HY. Türkiye Sigorta Pazarının Avrupa ve ABD Sigorta Pazarları ile Karşılaştırılması. Journal of Social Policy Conferences. 2005;(49):0.
24. Çelik ÇA. Trafik kazalarında bedensel zararlar nedeniyle tazminat davaları. Ankara: Seçkin; 2017. 383-384 s.
25. 11.10.2008 tarih ve 27021 sayılı Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği.
26. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychol Med. 2001;31(7):1237-47.
27. 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2918.pdf> (Erişim Tarihi: 28.07.2023)
28. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety; 2018. Geneva. https://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2018/en/ (Erişim Tarihi: 03.08.2023)
29. World Health Organization (2023). World health statistics 2023: World Health Organization.
30. TÜİK, Karayolu Trafik Kaza İstatistikleri, 2022, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Karayolu-Trafik-Kaza-Istatistikleri-2022-49513> (Erişim Tarihi: 03.08.2023)

31. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf> (Erişim Tarihi: 04.08.2023)
32. Kılıç S, Adıyaman S, Sezer F, Cantürk G. İş Kazası Sonucu Maluliyet Tayinine Konu Olan Üst Ekstremitte Yaralanmaları: Üç Olgu Sunumu. Bull Leg Med. 2017;22(1):72-5.
33. Karakurt U, Satar S, Acikalin A, Bilen A, Gulen M, Baz U. Analysis of Occupational Accidents Admitted to the Emergency Medicine Department. JAEM. 2013; 12(1): 19 - 23.
34. Dağlı B, Serinken M. Occupational Injuries Admitted to the Emergency Department. 2012;11:167-170.
35. Asildag K, Akbaba M, Annac M. Forensic medical evaluation of patients admitted to the emergency department due to the occupational accidents: İş kazası nedeniyle acil servise başvuran olguların adli tıp açısından değerlendirilmesi. European Journal of Therapeutics. 2017;23(2):49-54.
36. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu 2021 Yılı İstatistik Bilgisi.
<https://www.sgk.gov.tr/Download/DownloadFile?f=178d69cc-2c87-409d-a7df-06c82a7b4df2.zip&d=b449b3c3-1c9f-4c33-bc21-d317d29e97a4> (Erişim Tarihi: 04.08.2023)
37. Hatman EA. 2019-2021 Yılları Arasında Bir Eğitim Araştırma Hastanesi İş ve Meslek Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Olguların Özellikleri. Osmangazi Tıp Dergisi. 2023;45(3):404-15.
38. Takala J, Hämäläinen P, Saarela KL, Yun LY, Manickam K, Jin TW, vd. Global Estimates of the Burden of Injury and Illness at Work in 2012. J Occup Environ Hyg. 2014;11(5):326-37.
39. Güzel M, Yıldız AN. Sağlık işkolunda kullanılan kimyasallar, tehlikeleri ve riskleri: Bir sağlık kuruluşunda risk değerlendirme uygulaması [Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzmanlığı Tezi]. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi; 2015.
40. Türk Ceza Kanunu'nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi (Haziran 2019).
41. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu.
42. Marilyn Jane Smith. Psychiatric morbidity following road traffic accidents. England: University of London, University College London (United Kingdom); 1998.
43. Veith I. Hysteria: The History of a Disease [Internet]. University of Chicago Press; 1965.
44. Da Costa JM (1951). On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. The American Journal of Medicine;11(5):559-67.
45. Jarcho S (1959). Functional heart disease in the civil war (Da Costa, 1871). The American Journal of Cardiology; 4(6):809-17.

46. Jones E, Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *J Anxiety Disord.* 2007;21(2):164-75.
47. Shively SB, Perl DP. Traumatic brain injury, shell shock, and posttraumatic stress disorder in the military--past, present, and future. *J Head Trauma Rehabil.* 2012;27(3):234-9.
48. Çolak B, Kokurcan A, Hüseyin HÖ. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi*;18(3):19-26.
49. American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-I.* Washington, DC.
50. American Psychiatric Association. (1966). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-II.* Washington, DC.
51. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III.* Washington, DC.
52. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV.* Washington, DC.
53. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
54. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, vd. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med.* 2016 Jan;46(2):327-43.
55. Yaşan A, Guzel A, Tamam Y, Ozkan M. Predictive factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Psychopathology.* 2009;42(4):236-41.
56. Kühn M, Ehler U, Rumpf HJ, Backhaus J, Hohagen F, Broocks A. Onset and maintenance of psychiatric disorders after serious accidents. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256(8):497-503.
57. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol.* 1998;107(3):508-19.
58. Coronas R, Gallardo O, Moreno MJ, Suárez D, García-Parés G, Menchón JM. Heart rate measured in the acute aftermath of trauma can predict post-traumatic stress disorder: a prospective study in motor vehicle accident survivors. *Eur Psychiatry.* 2011;26(8):508-12.
59. Heron-Delaney M, Kenardy J, Charlton E, Matsuoka Y. A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury.* 2013;44(11):1413-22.

60. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med*. 2006;36(11):1523-33.
61. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, vd. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017;47(13):2260-74.
62. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med*. 2017;376(25):2459-69.
63. Hoge CW, Riviere LA, Wilk JE, Herrell RK, Weathers FW. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(4):269-77.
64. Stein DJ, Bandelow B, Hollander E, Nutt DJ, Okasha A, Pollack MH, vd. WCA Recommendations for the long-term treatment of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*. 2003;8(8 Suppl 1):31-9.
65. Qassem T, Aly-ElGabry D, Alzarouni A, Abdel-Aziz K, Arnone D. Psychiatric Co-Morbidities in Post-Traumatic Stress Disorder: Detailed Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey in the English Population. *Psychiatr Q*. 2021;92(1):321-30.
66. Klaric M, Lovric S, Kresic Coric M, Galic K, Coric S, Franciskovic T. Psychiatric comorbidity and PTSD-related health problems in war veterans: Cross-sectional study. *The European Journal of Psychiatry*. 2017;31(4):151-7.
67. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
68. Özgen F, Aydın H. Posttraumatic stress disorder. *Turkish Journal Clinical Psychiatry*. 1999;2(1):34-41.
69. Williamson JB, Jaffee MS, Jorge RE. Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions. *Continuum (Minneap Minn)*. 2021;27(6):1738-63.
70. Tekin M, Tekin A. Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(4):330-9.
71. Kafes AY. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*. 2021;3(1):186-94.
72. Balcioğlu İ, Ünsalver B. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. 2014;37(3):115-20.
73. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary Care Perspectives on Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(suppl 13):15590.

74. Javaid SF, Hashim IJ, Hashim MJ, Stip E, Samad MA, Ahbabi AA. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic associations. *Middle East Current Psychiatry*. 2023;30(1):44.
75. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327-35.
76. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5(3):281-98.
77. Goldstein-Piekarski AN, Williams LM, Humphreys K. A trans-diagnostic review of anxiety disorder comorbidity and the impact of multiple exclusion criteria on studying clinical outcomes in anxiety disorders. *Transl Psychiatry*. 2016;6(6):e847.
78. Davis L, Barlow DH, Smith L. Comorbidity and the treatment of principal anxiety disorders in a naturalistic sample. *Behav Ther*. 2010;41(3):296-305.
79. Davies MR, Glen K, Mundy J, Ter Kuile AR, Adey BN, Armour C, vd. Factors associated with anxiety disorder comorbidity. *J Affect Disord*. 2023;323:280-91.
80. Yumrukçal H, Karamustafalioglu O. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65-74.
81. Küey L. Birinci basamakta depresyon: tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*. 1998;1:5-12.
82. Horwitz AV, Wakefield JC, Lorenzo-Luaces L. History of Depression. In: DeRubeis RJ, Strunk DR, eds. *The Oxford Handbook of Mood Disorders*. Oxford University Press; 2017.
83. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III-R*. Washington, DC.
84. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, vd. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):573-81.
85. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, vd. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
86. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
87. Önen F., R. , Kaptanoğlu, C. & Seber, G. Kadınlarda Depresyonun Yaygınlığı ve Risk Faktörlerle İlişkisi. *Kriz Dergisi*. 1995;3(1):88-103.
88. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disasters*. 2007;31(2):115-29.

89. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili raporu. 1998.
90. Annagür B, Tamam L. Major Depresyon Hastalarında Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2010;4.
91. Buturak ŞV, Başterzi AD, Yazici A, Yazici K, Acar ŞT. Majör depresyon hastalarında psikiyatrik ekhastalık. *Journal of Mood Disorders*. 2011;1(1):7-13.
92. Annagür BB, Savaş HA. Depresyonda ekhastalık, ekhastalık olarak depresyon: Türkiye’de yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi. *Journal of Mood Disorders*. 2011;1(2):87-94.
93. Thaipisuttikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:2097-103.
94. Travma Sonrası Gelişen Ruhsal Bozuklukların Adli-Tıbbi Açıdan Değerlendirilmesi. 27(1):100-2.
95. Singh J, Avasthi A, Grover S. Malingering of Psychiatric Disorders : A Review. 2007.
96. Hall RCW, Hall RCW. Malingering of PTSD: forensic and diagnostic considerations, characteristics of malingerers and clinical presentations. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(6):525-35.
97. Kleinman SB, Stewart L. Psychiatric-legal considerations in providing mental health assistance to disaster survivors. *Psychiatr Clin North Am*. 2004;27(3):559-70.
98. Tümer AR, Gülmez Ö, Akcan R. Denetimli Serbestlik Sürecinde Kronik Hasta Olmak: Bir Olgu Sunumu. *Adli Tıp Bülteni*. 2021;26(2):137-41.
99. Kadı MR, Kadı G, Balcı Y, Göçeoğlu ÜÜ. Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranları ile Takdir Oranlarının Değerlendirilmesi: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Olguları. 2018.
100. Altındağ H, Şenol E. Maluliyet hesaplamasında göz önünde bulundurulmuş cetvellerde yer almayan arızaların değerlendirilmesi. *ETD*. 2022;61(4):636-45.
101. 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik.
102. 20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik.
103. Gamsız Bilgin N. Amerikan Hekimler Birliği (AMA) Kalıcı Engelliliğin Değerlendirmesi Kılavuzu. *The Bulletin of Legal Medicine* 2019;24:236-251.

104. Rondinelli RD, Genovese E, Katz RT, Mayer TG, Mueller KL, Ranavaya MI, vd. AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th Edition (2008). American Medical Association; 2008.
105. Gümüş O, Kartal E, Demir U, Hekimoğlu Y, Aşirdizer M, Etlı Y. Maluliyet Oranlarının Yaş ve Cinsiyet ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi. 2017;24(3):173-81.
106. Pamukçu Günaydin G, Levent S, Kurtoglu Çelik G, Coşkun S, Kavaklı Şahin H. Acil Servise Bir Yıl İçinde Başvuran Adli Olguların Mevsimsel Olarak Geriye Dönük İncelenmesi. Adli Tıp Dergisi. 2015;29(1):22-8.
107. Köken Tok Ö. Trafik Kazası Sonucu Anabilim Dalımıza Başvuran Maluliyet Olgularının İrdelenerek Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana, 2020.
108. Düzcan A.M. 2018-2021 Yılları Arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Tarafından Düzenlenen Maluliyet Raporlarının Retrospektif Olarak İncelenmesi ve Güncel Yönetmelik/Cetvellere Göre Yeniden Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Bursa, 2022.
109. Yimer GM, Adem YF, Haile Y. Determinants of post-traumatic stress disorder among survivors of road traffic accidents in dessie comprehensive specialized hospital North-East Ethiopia. BMC Psychiatry. 2023;23(1):218.
110. Gürsoy M.G. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniğine Yönlendirilen Travma Olgularının Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Sivas, 2023.
111. Köyük H. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Başvuran Maluliyet Olgularının Değerlendirilmesi ve Ölçütlerin Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Kayseri, 2022.
112. Eröz H. Kas İskelet Sistemi Sonucu Oluşan Maluliyet Durumunun “Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) Yaralanma Kılavuzu” ile Ülkemizde Yürürlükte Olan “Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği” Cetveli ile Olgular Üzerinden Karşılaştırılması ve Öneriler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep, 2022.
113. Ata U. EÜTF Adli Tıp Anabilim Dalında Düzenlenen Meslekte Kazanma Gücündeki Azalma Oranı Raporlarının Engelli Sağlık Kurulu Raporları ile Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, 2019.
114. Yaman S. Kas İskelet Sistemi Yaralanmalarında Kalıcı Kayıpların Değerlendirilmesinde Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) Yaralanma Kılavuzunun Kullanımı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, 2020.

115. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, vd. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):38-46.
116. Jellestad L, Vital NA, Malamud J, Taeymans J, Mueller-Pfeiffer C. Functional impairment in Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research.* 2021;136:14-22.
117. Değnek K. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniğine Başvuran Şiddet Dışı Travma Olgularında Posttravmatik Stres Bozukluğu ile Major Depresyon Sıklığı ve Bazı Belirleyicileri . Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, 2018.
118. Karaalp E. Maluliyet Raporlarının Posttravmatik Stres Bozukluğu Açısından Değerlendirilmesi. *Adli Bilimler Dergisi.* 18(4):16-20.
119. Soğukpınar VO, Tabo A, Gürpınar K. İş Kazaları Dışındaki Olaylara Bağlı Olarak Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olgularının Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Açısından Değerlendirilmesi. *ATD.* 18 Aralık 2023;37(3):100-7.
120. Karaoğlan G. Konya İli Selçuklu İlçesinde Genel Toplumda Travmatik Deneyim, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, 2022.
121. Hamanaka S, Asukai N, Kamijo Y, Hatta K, Kishimoto J, Miyaoka H. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms among patients severely injured in motor vehicle accidents in Japan. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(3):234-41.
122. Sehat Z, Fakharian E, Sehat M, Omidi A. Disability and post-trauma stress in the population over 15 years old in Kashan, Iran: A population-based study. *Chin J Traumatol.* 2020;23(6):351-5.
123. Vural T, Şener MT, Kök AN. Trafik Kazası Sonrasında Düzenlenen Maluliyet Raporlarında Yaşanan Sorunlar ve Maluliyet Oranlarının İlgili Yönetmeliklere Göre Karşılaştırılması. *The Bulletin of Legal Medicine* 2022;27:254-261.
124. Kaya A, Meral O, Erdoğan N, Aktaş EÖ. Maluliyet Raporlarının Düzenlenmesi: Anabilim Dalımıza Başvuran Olguların Özellikleri İle. *The Bulletin of Legal Medicine* 2015;20:144-151.
125. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, vd. A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events. *PLoS One.* 2013;8(4):e59236.

126. Düzcan AM, Durak D, Fedakar R, İnanir NT. Adli Tıp Ana Bilim Dalı Tarafından Düzenlenen Maluliyet Raporlarının Retrospektif İncelenmesi. *Uludağ Tıp Derg.* 2023;49(1):9-16.
127. Másilková M. Health and social consequences of road traffic accidents. *Kontakt.* 2017;19(1):e43-7.
128. Aytuğ ŞS. Maluliyet olgularının ulusal; Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ve özürlülük ölçütü, sınıflandırılması, özörlölere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik ile uluslararası; Amerikan Tıp Birliğı kalıcı özörlölük değerlendirme kılavuzuna göre karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakóltesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Mersin, 2021.
129. Fong KNK, Law YM, Luo L, Zhao ZE, Chen H, Ganesan B, vd. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after an earthquake experience: A cross-sectional survey of Wenchuan earthquake victims with physical disabilities 10 years later. *International Journal of Disaster Risk Reduction.* 2022;80:103225.
130. Hilal A, Akgündüz E, Kaya K, Yılmaz K, Çekin N. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Adli Tıp Anabilim Dalına Gelen Maluliyet Raporlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *The Bulletin of Legal Medicine* 2017;22:189-193.
131. Anık F. Maluliyete İlişkin Düzenlenen Raporların Retrospektif Olarak Travma Skorlama Sistemleri ile Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakóltesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Düzce, 2021.
132. Sener MT, Sahingoz S, Yucel A, Gulec M. Psychopathologies due to physical trauma and importance in the forensic evaluation. *J ForMed* 2014;28(2):108-14.
133. Wang CH, Tsay SL, Bond AE. Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and quality of life in patients with traffic-related injuries. *J Adv Nurs.* 2005;52(1):22-30.
134. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *ÜSBİD.* 01 Mayıs 2016;(2):175-202.
135. Kupchik M, Strous RD, Erez R, Gonen N, Weizman A, Spivak B. Demographic and clinical characteristics of motor vehicle accident victims in the community general health outpatient clinic: A comparison of PTSD and non-PTSD subjects. *Depression and Anxiety.* 2007;24(4):244-50.
136. Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S, Yonemoto N, Noguchi H, Otomo Y, vd. Impact of psychiatric morbidity on quality of life after motor vehicle accident at 1-month follow up. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2009;63(2):235-7.
137. Fekadu W, Mekonen T, Belete H, Belete A, Yohannes K. Incidence of Post-Traumatic Stress Disorder After Road Traffic Accident. *Front Psychiatry.* 2019;10:519.

138. Güloğlu B, Karairmak O. Posttraumatic stress disorder among Turkish veterans of the Southeast. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013;14.
139. Urhan S. Ev İçi Şiddet Mağduru Kadınlarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Depresyon Belirtilerinin Sıklığı ve Bu Sorunlarla İlişkili Risk Faktörleri. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul, 2013.
140. Hacıoğlu, M., Aker, T., Kutlar, T., & Yaman, M. (2002). Deprem Tipi Travma Sonrasında Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Alt Tipleri. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 15, 4-15.
141. Cénat JM, McIntee SE, Blais-Rochette C. Symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, anxiety and other mental health problems following the 2010 earthquake in Haiti: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020;273:55-85.
142. Özel Y, Özkan B. Kayıp ve Yasa Psikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12(3):352-67.