

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



HEMŞİRELERİN ADLİ VAKALARA YÖNELİK BİLGİ
VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATMA DİLEK YURT

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İtir ERKAN

İSTANBUL, 2026

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



HEMŞİRELERİN ADLİ VAKALARA YÖNELİK BİLGİ
VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FATMA DİLEK YURT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İtir ERKAN
Jüri Üyesi: Prof. Dr. Emel Hülya YÜKSELOĞLU
Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Şeyda SAYDAMLI

İSTANBUL, 2026

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ ONAY BELGESİ

Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı 23111103002 numaralı öğrencisi Fatma Dilek YURT 'un **“Hemşirelerin Adli Vakalara Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”** adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunu 09.03.2026 tarih ve 2026/10 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliğiyle Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03.04.2026

Doç. Dr. İtir ERKAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Şeyda SAYDAMLI

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Emel Hülya YÜKSELOĞLU

Jüri Üyesi

ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tezde;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

03/04/2026

Fatma Dilek YURT

ÖNSÖZ

Tez sürecimin her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren, akademik rehberliğiyle çalışmamın şekillenmesine büyük katkı sağlayan, sabrı ve destekleyici yaklaşımıyla her zaman yanımda olan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. İtir ERKAN' a, araştırmama zaman ayırarak katılan, soruları içtenlikle yanıtlayan tüm hemşirelere, veri toplama sürecinde anketlerin dağıtımına katkı sağlayan herkese gönülden teşekkür ederim.

Bu süreç benim için yalnızca akademik bir çalışma dönemi değil, aynı zamanda anneliği öğrenmeye çalıştığım ve sorumluluklar arasında denge kurmaya çabaladığım bir dönemdi. Tezle ilgilendiğim zamanlarda bana destek olan, oğlumla sevgiyle ilgilenen annem Nazife ÜNAL' a ve kayınvalidem Kezban YURT' a emekleri için minnettarım.

Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen Rabia YURT' a ve Rümeysa YURT' a, her koşulda yanımda olan, sabrını ve anlayışını esirgemeyen eşim Kadir YURT' a yürekten teşekkür ederim.

Biricik oğlum Metehan Uraz, varlığın bana sabrı ve sevgiyi öğretti. Yorulduğum her an sana bakıp yeniden güç buldum.

Bu tezi, hayatıma anlam katan ve bana anneliği öğreten biricik oğlum Metehan Uraz YURT' a ve eşim Kadir YURT' a armağan ediyorum.

İSTANBUL, 2026

Fatma Dilek YURT

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Adli Vaka Kavramı.....	4
2.2. Delil ve Bulgu	4
2.2.1. Delillerin çeşitleri.....	5
2.2.2. Maddi deliller	5
2.3. Adli Vaka Türleri.....	7
2.3.1. Ateşli silah yaralanmaları	8
2.3.2. Kesici-delici-ezici alet yaralanmaları.....	9
2.3.3. Kazalar	10
2.3.4. Yanık.....	12
2.3.5. Elektrik/yıldırım çarpması.....	13
2.3.6. Cinsel saldırılar	14
2.3.7. Çocuk istismarı.....	15
2.3.8. Zehirlenmeler	17
2.3.9. İntihar.....	17
2.3.10. Asfiksiler	18
2.4. Adli Vakaya Yaklaşımında Hemşirelik	19

2.4.1. Tanılama süreci	19
2.4.2. Planlama süreci	20
2.4.3. Uygulama süreci	20
2.4.4. Değerlendirme süreci	20
2.5. Adli Vaka Değerlendirme Öğeleri	21
2.5.1. Öykü alma ve fiziksel muayene.....	21
2.5.2. Delillerin tanımlanması.....	22
2.5.3. Delillerin toplanması	22
2.5.4. Delillerin saklanması	25
2.5.5. Delillerin kaydedilmesi.....	26
2.5.6. Delil teslim zinciri.....	26
2.5.7. Nedensellik/illiyet bağı	27
2.6. Adli Hemşirelik Kavramı.....	27
2.6.1. Adli hemşireliğin tarihçesi	28
2.6.2. Adli hemşireliğin dünyadaki yeri.....	30
2.6.3. Adli hemşireliğin ülkemizdeki yeri	30
2.6.4. Adli hemşireliğin çalışma alanları	32
2.6.5. Hemşirelerin adli vakalardaki yasal sorumlulukları	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. Araştırmanın Türü	45
3.2. Araştırmanın Yeri, Evren ve Örneklemi.....	45
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemleri	45
3.3.1. Kişisel bilgi formu	46
3.3.2. Hemşirelerin adli vakaya yönelik uygulamaları anketi	46
3.3.3. Hemşirelerin adli vakaya yönelik tutumları ölçeği (HAVYTÖ).....	46
3.3.4. Adli vaka bilgi formu (AVBF)	48
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	49
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	49
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	52

4. BULGULAR.....	53
5. TARTIşMA VE SONUÇ.....	72
6. KAYNAKLAR.....	87
EKLER.....	97



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4. 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	53
Tablo 4. 2: Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Uygulamaları Anketi Ortalamaları.	54
Tablo 4. 3: Ölçeklerin ve Boyutlarının Ortalamaları.....	57
Tablo 4. 4: Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği İfadelerinin Ortalamaları.....	58
Tablo 4. 5: Adli Vaka Bilgi Formu İfadelerinin Ortalamaları	60
Tablo 4. 6: Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeğine İlişkin T-testi ve One-Way ANOVA Sonuçları.....	63
Tablo 4. 7: Adli Vaka Bilgi Formuna İlişkin T-testi ve One-Way ANOVA Sonuçları	65
Tablo 4. 8: Ölçeklerin Korelasyon Sonuçları.....	68
Tablo 4. 9: Adli Vaka Bilgi Düzeyinin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli.....	69

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2. 1: Lynch ve Duval'ın Adli Hemşirelik Bilimi İçin Entegre Uygulama Modeli	28
Şekil 2. 2: Adli Hemşirelerin Çalışma Alanları	33



KISALTMALAR LİSTESİ

AAFS: American Academy of Forensic Science (Amerikan Adli Bilimler Akademisi)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

AVBF: Adli Vaka Bilgi Formu

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

CTF: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FNDI: Forensic Nurse Death Investigator (Ölüm Araştırma Hemşiresi)

HAVYTÖ: Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği

IAFN: The International Association of Forensic Nurses (Uluslararası Adli Hemşireler Birliği)

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

İSG: İş Sağlığı ve Güvenliği

İÜ: İstanbul Üniversitesi

RG: Resmî Gazete

SANE: Sexual Assault Nurse Examiner (Cinsel Saldırı Muayenesinde Adli Hemşirelik)

TCK: Türk Ceza Kanunu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

vd: ve diğerleri (yazar)

ÖZET

HEMŞİRELERİN ADLİ VAKALARA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma, hemşirelerin adli vakalara yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmada İstanbul ilinde bulunan bir şehir hastanesinde görev yapan 360 hemşireye adli vakaya yönelik uygulamaları anketi ile hemşirelerin adli vakalara yönelik tutumları ölçeği uygulanmıştır.

Verilerin analizi SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel yöntemlerden bağımsız örneklem t-testi, üç ve üzeri kategorili değişkenlerde tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda varyans homojenliğinin sağlandığı durumlarda Tukey, sağlanmadığı durumlarda Games–Howell post-hoc testleri uygulanmıştır.

Elde edilen bulgulara göre, cinsiyete göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,864$; $p=,004$). Kadın hemşirelerin adli vaka bilgi puanlarının erkek hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hemşirelikte çalışma süresi Post-hoc karşılaştırmalara göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($F=10,151$; $p=0,000$). Özellikle 5–10 yıl deneyime sahip hemşirelerin tutum puanlarının, daha düşük deneyim gruplarına kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yaş grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,211$; $p=,041$). Buna göre 21–25 yaş grubunun farkındalığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Elde edilen verilere göre, hemşirelerin %83'ü adli hemşirelik terimi hakkında bilgi sahibi olduğunu, %77'si adli olguların muayene yapıp delil toplaması gerektiğini, %33'ünün adli vakalara yönelik eğitim aldığını, %72'sinin adli hemşirelikle ilgili

hizmet içi eğitimi gerekli gördüğünü, %74'ü kanıt koruma zincirindeki herhangi bir kişinin mahkemeye şahit olarak çağırılabilceğini bildiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bilgi düzeyi orta düzeyde tespit edilmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin adli vakalara yönelik bilgi ve uygulama yeterliliklerinin geliştirilmesi için lisans eğitimleri sırasında adli hemşirelik dersinin planlaması, hizmet içi eğitimlerin periyodik olarak gerçekleştirilmesi ve adli olgu değerlendirme uygulamalarına yönelik standart uygulama süreçleri oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adli vaka, Adli hemşirelik, Bilgi düzeyi, Tutum

Fatma Dilek Yurt, 2026

ABSTRACT

EVALUATION OF NURSES' KNOWLEDGE AND ATTITUDES TOWARD FORENSIC CASES

This study has been conducted to evaluate nurses' knowledge and attitudes towards forensic cases.

This study was conducted with 360 nurses working at a city hospital in Istanbul, using a questionnaire on forensic case practices and a scale measuring nurses' attitudes toward forensic cases.

Data analysis was performed using the SPSS 25.0 program. The independent samples t-test, independent of statistical methods, and one-way analysis of variance (One-Way ANOVA) were applied to variables with three or more categories. In cases where variance homogeneity was maintained in multiple comparisons, Tukey post-hoc tests were applied; in cases where it was not maintained, Games–Howell post-hoc tests were applied.

According to the data obtained, the difference between the groups based on gender was found to be statistically significant ($t=2.864$; $p=.004$). It is shown that female nurses have higher forensic case knowledge levels than male nurses. Length of service in nursing shows a significant difference according to post-hoc comparisons ($F=10,151$; $p=0,000$). It indicates that the attitude scores of nurses with 5–10 years of experience are significantly higher than those of groups with less experience. The statistical difference between age groups is significant ($F=3.211$; $p=.041$). In this regard, it has been determined that the awareness level is higher among the 21–25 age group.

According to the data obtained, 83% of nurses stated they were familiar with the term forensic nursing, 77% knew that forensic cases require examination and evidence collection, 33% had received training on forensic cases, 72% consider in-service

training on forensic nursing necessary, and 74% know that anyone in the chain of evidence preservation can be called to testify in court.

The knowledge level of the nurses participating in the study was found to be intermediate. Consequently, it is recommended that forensic nursing courses be planned during undergraduate education, in-service training be conducted periodically, and standard operating procedures be established for forensic case evaluation practices in order to enhance nurses' knowledge and practical skills regarding forensic cases.

Keywords: Forensic case, Forensic nursing, Level of knowledge, Attitude

Fatma Dilek YURT, 2026

1. GİRİŞ

Kişinin kendisinin veya bir başkasının bilinçli ya da bilinçsiz hareketlerinden dolayı meydana gelebilen, ruh ve beden sağlığını olumsuz yönde etkileyebilen hatta ölüme sebebiyet verebilen tüm durumlar adli vaka olarak adlandırılmaktadır. Trafik kazaları, zehirlenme, istismar ve ihmal vakaları, intihar ve yaralanmalar bu duruma örnek olarak gösterilebilir (Yetimoğlu vd., 2024; Yazar vd., 2024).

Son dönemlerde suç ve şiddet olaylarının artması sonucu sağlık çalışanlarının adli vakalarla karşılaşma oranları artış göstermektedir. Bu durum sağlık hizmet sunumunda adli boyutu ön plana çıkartarak sağlık ve adalet sistemlerinin beraber çalışmasını gerektirmektedir. Sağlık kurumlarında çalışan tüm sağlık çalışanları adli vakalar ile karşılaşmaktadır. Fakat mağdur, fail ve yakınları ile ilk iletişime giren, muayene, tedavi ve izlemi esnasında kişinin eşyalarıyla ve laboratuvar örnekleri ile ilk temas eden ekip üyeleri hemşirelerdir (Arslan & Erkan, 2016; Fırat vd., 2016; Küçüköğlu vd., 2017; Çelik, 2019; Çelik, 2021).

Suç ve şiddet olaylarının önlenmesi ve mağdurlara sağlık hizmeti verilmesi sürecinde görev alan hemşireler, sağlık kurumlarında yoğun bakım ünitelerinde, acil servislerde, servislerde, polikliniklerde veya olay yerinde mağdur veya fail ile karşılaşabilmektedir. Hemşirelerin öncelikli hedefi hastanın bakım, tedavi ve izlemi olmakla birlikte gerekli hemşirelik uygulamaları esnasında adli delil niteliği taşıyan materyallere dikkat edilmesi gerekmektedir. Hasta için gerekli bakım ve tedavi uygulanırken deliller fark edilemeyebilir, bozulabilir veya yok edilebilir. Bu durum adli vakanın sonuçlanmasını zorlaştırabilir, yanlış karar verilmesine veya vakanın sonuçsuz kalmasına neden olabilir. Ancak hemşirelerin adli tıp konuları ile ilgili yeteri kadar bilgi ve tecrübelerinin olmaması sebebiyle adli vakalara yönelik uygun ve gerekli yaklaşımları sergileyemeyebilirler (Akköz Çevik & Başer, 2012; Topçu, 2015; Çelik, 2019).

Adli vaka ile karşılaşan hemşireler hastanın bakımı, tedavisi ve izlem sürecini gerçekleştirmenin yanı sıra adli delil niteliği taşıyabilecek materyallere zarar

vermemeye özen göstermeleri gerekmektedir (Özden & Yıldırım, 2009). Hayatını kaybeden veya yaralanan kişilere müdahalede bulunmadan önce vakanın adli vaka olma durumu değerlendirilmelidir (Gülekçi vd., 2024).

Hemşirelerin hastanın öyküsünü alma (anamnez), fiziksel muayene, delil niteliği taşıyan materyalleri tanıma, hastanın beraberinde getirdiği delillerin toplaması, uygun şekilde saklanması, delillerin eksiksiz ve doğru şekilde kaydedilmesi ile delil teslim zincirini yerine getirme gibi görevleri bulunmaktadır. Bu esnada hemşire soruşturmayı yürütmekten sorumlu değildir. Ancak delilleri özenle toplamak, kaybolmasını engellemek, koruyarak yetkili makamlara ulaşımını sağlamak hemşirenin görevleri arasında bulunmaktadır (Arslan & Erkan, 2016; Çelik, 2019).

Hemşireler, adli olgularla karşılaşan sağlık ekibi üyesi olmalarından dolayı adli vakaların çözümüne yardımcı olmaları beklenmektedir. Hemşirelik ile adli bilimlerin birleşiminden oluşan adli hemşirelik, suç ve şiddet içeren olgularda fail ve mağdurun muayenesi ile olayın araştırılmasında hemşirelik biliminin uygulanması olarak tanımlanmaktadır (Çilingir & Hintistan, 2012).

İngiltere, Almanya, Amerika gibi birçok ülkede adli konularda uzmanlaşmış hemşireler, adli vakaların çözümlenmesinde görev almaktadır. Ülkemizde ise adli hemşirelerin hukuken görev tanımı bulunmamaktadır. Bu nedenle hemşireler Türk Ceza Kanunu (TCK), Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK), Hemşirelik Kanunu gibi kanunlar kapsamında adli olgu değerlendirmesi yapmaktadır. Ancak adli konularda uzmanlaşan hemşirelerin bulunmaması sebebiyle adli vakalarda delillerin tanımlanması, toplanması ve saklanmasında hatalar olabilmektedir. Bu durum delil niteliği taşıyan materyallerin kullanılamaz duruma gelmesine sebebiyet vermektedir (Çilingir & Hintistan, 2012; Fırat vd., 2016; Yıldırım & Berk Özcan, 2017).

Adli vakalarda elde edilen delillerin doğru yönetilmesi, hukuki sürecin desteklenmesi, adaletin sağlanması ve mağdurun hakkını koruyarak uğrayabileceği hak kayıplarının önüne geçme konularında önem taşımaktadır. Aynı zamanda hemşirelerin adli tıp uygulamaları konusundaki hukuki bilgileri, kendilerini yasaların karşısında suçlu

duruma düşmekten korumak amacıyla da gerekmektedir (Karabakır & Çetin, 2016; Sakallı, 2018; Akçin & Yılmaz Güven, 2024).

Adli vakalara yönelik literatür incelendiğinde, acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının adli vakalara yönelik eğitim ve bilgi düzeyinin istenilen seviyede olmadığı görülmektedir. Bu durum adli hemşireliğe yönelik görev ve sorumluluklar ile adli vaka işleyişine yönelik uygulamalar konusunda da bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Özellikle adli delillerin toplanması, saklanması ve korunması uygulamalarında farklılıklar bulunarak kanıtlara gösterilmesi gereken özenin yeterli seviyede olmadığı bildirilmiştir (Sara, 2009; İlçe vd., 2010; Doğan, 2012; Karabulutlu vd., 2023; Akçin & Yılmaz Güven, 2024).

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin adli vakalara yönelik bilgi düzeylerini ve tutumlarını belirlemektir. Hemşirelerin adli vakalarla çoğunlukla acil servis veya yoğun bakım ünitelerinde karşılaştıkları bilinse de çalışma yalnızca belirli bir birime odaklanmayıp hemşirelerin hastanelerin farklı birimlerde de adli olgularla karşılaşabilmeleri nedeniyle bir hastanede çalışan tüm hemşireleri kapsamaktadır. Bu doğrultuda hemşirelerin adli vakalarla ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarının belirlenmesiyle beraber eğitim ihtiyacının belirlenmesi, adli vakalara yönelik uygulamaların geliştirilerek adli sürecin doğru ve etkin biçimde yürütülmesi konularına katkı sağlaması ve literatürü zenginleştirmek açısından önem taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adli Vaka Kavramı

Adli vaka, kişi ya da kişilerin sağlığını bozucu, yaralayıcı hatta ölümüne sebebiyet verebilecek veya bu durumları iddia eden ve şüphede bulunulan davranışları içeren kasıt, ihmal, dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu oluşabilecek her türlü fiziksel ve psikolojik zararı ifade eder (Asci vd., 2015; Aslaner, 2019).

Kişinin kendisine ya da bir başkasına yönelik kasıtlı ya da kasıt içermeyen faaliyetleri sonucu meydana gelen ruhsal ya da fiziksel sağlıkta yaşanan kayıplar adli vaka olarak değerlendirilir (Özkan vd., 2018).

2.2. Delil ve Bulgu

Meydana gelen olayın adli vaka olduğu belirlendikten sonra çalışmalara başlanılan yere olay yeri denir. Yaşanan olayın aydınlatılabilmesi için olay yerinin iyi bir şekilde çözümlenebilmesi önemlidir. Olay yeri, mağdur ve fail arasındaki ilişkileri ortaya çıkartabilecek maddi deliller, araştırmanın sonuçlarını büyük ölçüde etkiler. Buradaki en önemli nokta delili tanıyabilmektir. Bulgu, suçun çözümlenebilmesi için işe yarayacak her türlü materyaldir. Delil ise mahkeme tarafından kabul edilip dava dosyasına girerek faillerin tespit edilmesine olanak sağlayan, hukuka uygun olarak toplanan her türlü bulgudur. Bulgu ile delil arasında hukuki olarak ayırım vardır ve her delil bulgu olarak kabul edilse de her bulgu delil olarak kabul edilmemektedir (Akkan & Öğdür, 2024).

Polisin Adli Görevlerinin Yerine Getirilmesinde Delillerin Toplanması, Muhafazası ve İlgili Yerlere Gönderilmesi Hakkında Yönetmelik'e göre delil, “meydana gelen bir suçun aydınlatılması ve suç sanıklarının tespitine yarayan her türlü ispat vasıtalarını” ifade eder. (Resmî Gazete [RG], 1983). Delili belirli kurallara göre açıklayan tek düzenlemedir (Bayraktar, 2011).

Adli vakanın aydınlatılması ve faillerin tespit edilmesini sağlayan tüm ispat araçları delil (fiziksel, kimyasal, biyolojik, iz) olarak adlandırılır. Hastane ortamında ise hastanın yanında getirdiği, üzerinde bulunan ya da çıkan her türlü madde delil olarak saklanmalıdır (İlçe vd., 2010).

2.2.1. Delillerin çeşitleri

Doğrudan deliller, sorunun çözülmesi için olayı ispatlarken dolaylı deliller ispatlayamasa da çözüme yardımcı olan delillerdir. Bu ayrım ispat gücü bakımından yapılmaktadır. Şahsi (insan) delil kişi beyanlarından oluşurken maddi (nesne) deliller kişi beyanları dışında kalan fiziksel nesneler ve her türlü belgedir. Bu ayrım delilin kaynağı bakımından yapılmaktadır (Dinler, 2009; Avşar, 2021).

Bazı kaynaklarda ise deliller üç farklı kategoriye ayrılmıştır. Bunlar: belge deliller, beyan deliller ve belirtiler-izler şeklindedir. Belge deliller ile belirtiler-izler maddi delil, beyan deliller ise şahsi delil kapsamına girmektedir (Eyüp, 2019; Avşar, 2021).

- **Belge deliller:** Olayı yansıtan özel veya resmi evrak niteliği taşıyan evrak, yazı, ses, görüntü kayıtlarıdır. Hâkim, savcı, kolluk tutanakları, mektup, kroki, fotoğraf belge delillere örnektir (Dinler, 2009).
- **Beyan deliller:** Yaşanan olay hakkında bilgisine başvurulmuş kişilerin yaptığı açıklamalardır. Tanık, sanık, mağdur açıklamaları buna örnektir (Durmuş, 2003; Avşar, 2021).
- **Belirtiler-izler:** Beyan ve belge delilleri dışında kalan olayı aydınlatmayı sağlayacak her türlü izdir (Avşar, 2021).

2.2.2. Maddi deliller

Yaşanan olayın aydınlatılabilmesi için mağdur- fail ve olay yeri arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek, laboratuvarında test edilebilecek ve mahkemede delil olarak sunulabilecek herhangi bir fiziksel madde ve izlerdir. Tabanca, kovan, parmak izi, kan lekesi, sigara izmariti örnek olarak gösterilebilir (Durmuş, 2003). Türlerine göre

biyolojik deliller, fiziksel deliller, kimyasal deliller ve iz delilleri olmak üzere dört grupta incelenir (Çakır & Elgün, 2023).

2.2.2.1. Biyolojik deliller

Canlıların vücudundan ayrılarak akan, kopan, düşen parçalardır. Biyolojik inceleme yapılabilen her parça biyolojik delildir. Tükürük, gözyaşı, burun akıntısı, salya, kan, ter, cinsel akıntı, idrar gibi vücut sıvıları ve kıl, deri, kemik, tırnak gibi vücut dokuları biyolojik delillere örnek olarak gösterilebilir. Gözle görülebileceği gibi özel yöntemlerle ortaya çıkartılabilirler. Her türlü yüzeyde bulunabilirler. Kesin bilgi verebilen delil çeşididir. Biyolojik deliller kolay bozulabildikleri için hassastırlar. Toplayan kişi delillerin birbirine temasını engellemeli ve enfeksiyonlardan kendini korumalıdır (Durmuş, 2003; Dinler, 2009; Sökmen, 2022).

2.2.2.2. Fiziksel deliller

Olay yeri, şüpheli ve mağdur üzerinde bulunabilen, fiziki yapısı nedeniyle incelenen, kimyasal ve biyolojik özellik taşımayan nesnelerdir. Cam ve tekstil parçaları, toprak, ateşli-ateşsiz silahlar ve onlara ait parçalar, tekerlek izi, mermi, kovan, çekirdek, belgeler, alet izleri gibi suçla ilgili olabilecek tüm eşyalar fiziksel delil kapsamına girmektedir. Olayın meydana gelişi, nasıl geliştiği ve ilerlediği gibi süreçler hakkında bilgi verir (Durmuş, 2003; Dinler, 2009; Sökmen, 2022).

2.2.2.3. Kimyasal deliller

Olay yeri, şüpheli ve mağdur üzerinde bulunabilen kimyasal özellik taşıyarak kimyasal testlere tabi tutulan tüm delillerdir. Boya, narkotik madde ve ilaçlar, uyuşturucular, toksik madde ve ilaçlar, yanıcı- yakıcı ve patlayıcı maddeler, atış artıkları, barut artıkları, zehirli gazlar kimyasal delillere örnek olarak gösterilebilir (Durmuş, 2003; Dinler, 2009; Eyüp, 2019; Sökmen, 2022).

2.2.2.4. İz deliller

“Her temas iz bırakır” Locard tarafından oluşturularak adli bilimin temel ilkesi haline gelmiştir (Menek, & Taşdöven, 2021). Olay yerinde meydana gelen baskı, zorlama gibi temaslar sonucu insan vücudundaki dokuların ya da kişilere ait eşyaların izleri ile karşılaşılır. Parmak izi, ayak izi, avuç izi gibi kimlik tespitine yarayan izler ve ayakkabı izi, alet izi örnek olarak gösterilebilir (Çakır & Elgün, 2023). Çıplak gözle görülebildiği gibi görünürlüğü zor olduğu için özel ışık ve aletlerle inceleme gerektiren şekilleri de bulunabilir. Tüm olay yerlerinde bulunabilirler ve dikkatli bir şekilde korunmaları gerekmektedir (Sökmen, 2022).

2.3. Adli Vaka Türleri

Kişinin kendisi ya da bir başkası tarafından kasıtlı ya da kasıt olmadan yapılan ihmalkâr davranışı sonucu fiziksel veya psikolojik bir zarara maruz bırakılmasına adli olgu denir. Adli makamlara bildirilmesi gerekir (Demir, 2016).

- Ateşli silah/ patlayıcı madde yaralanmaları
- Kesici-ezici-delici alet yaralanmaları
- Trafik ve iş kazaları, darp, düşme olayları
- Zehirlenmeler (ilaç, böcek ilacı, boğucu gaz)
- Yanıklar
- Elektrik ve yıldırım çarpması
- Cinsel saldırılar
- Çocuk istismarı
- İntihar girişimi
- Asfiksi olayları
- İşkence ve kötü muamele
- Kaza, cinayet, intihar şüphesinden kaynaklanan tüm ölümler (Topçu, 2015; Eyüp, 2019)

2.3.1. Ateşli silah yaralanmaları

Çeşitli ateşli silahların (tabanca, tüfek gibi) kurşun veya saçmasının vücuda girmesi ile oluşan yaralardır. Ateşli silah yaralanmalarından kaynaklı oluşan yaralarda kurşunun girdiği delik, merminin vücutta izlediği yol (traje) ve kurşunun vücuttan çıktığı delik bulunmaktadır. Kurşunun hızı yaranın türünü belirler. Kaynağın belirlenmesi ve atış mesafesi hesabı yargı organları için önem taşır. Bu sebeple hedefte görülen bulgular ve atış artıkları iyi değerlendirilmelidir (Topçu, 2015; Eyüp, 2019).

- **Giriş deliği:** Vücuda giren kurşun ya da saçma sebebiyle oluşan deliktir. Daire ya da oval yara şekli görülür. Yıldız ya da çizgi şeklinde olan yara izleri de görülmektedir.
 - **Sıyrık:** Vurma halkası ya da kontüzyon halkası olarak da adlandırılır. Kurşun vücuda girerken cildin epidermis tabakası zarar görür. Epiderminin zarar görmesi sonucu olarak sıyrık oluşur. Sıyrık giriş deliğinin etrafında bulunur ve kaybolmaz. Bu sebeple ateş edilen yönün belirlenmesine yardımcı olur (Sakallı, 2018).
 - **Silinti şeridi:** Üzerinde yağ, is ve toz bulunan kurşun, deriden geçerken üzerindeki materyalleri elbise üzerindeki delik ya da derideki vurma halkasına bulaştırır. Buna silinti şeridi/halkası denir. Silme ve yıkamayla çıkabilir. Yaraya müdahale sırasında silinti şeridinin kaybolmaması için elbiseler zarar vermeden çıkartılmalıdır (Sakallı, 2018; Eyüp, 2019).

Atış yapılan mesafeye göre giriş deliğinin farklı özellikleri vardır.

- **Bitişik atış:** Deri-namlu arası mesafe 0-3 cm arasındır. Giriş deliği ile trajenin ayırt edilmesi zordur. Bitişik atışta vurma halkasının haricinde stampa izi (namlu izi) de görülür. Stampa izi giriş deliğinin göstergesidir (Sakallı, 2018; Eyüp, 2019).

- **Yakın atış:** Deri-namlu arası mesafe kısa namlulu silahlarda 3-35 cm, uzun namlulu silahlarda 3-100 cm arasındır. Giriş deliğinin büyüklüğü yakın mesafeli atışlarda kurşunun hızı ile orantılıdır.
- **Uzak atış:** Kısa namlulu silahlarda 35-40 cm, uzun namlulu silahlarda 75 cm- 1 metre ve üzeri mesafedeki atışlardır. İntihar olma olasılığı düşüktür ve genelde cinayet amaçlıdır (Beyaztaş vd., 2011; Sakallı, 2018).
- **Traje:** Merminin vücuda girdiğinde izlediği yola denir. Mermi vücutta kalırsa bir ucu kapalı traje, mermi vücuttan çıkarsa iki ucu açık traje denir (Sakallı, 2018).
- **Çıkış deliği:** Bitişik atışlarda çapı giriş deliğinden küçük, uzak mesafeden yapılan atışlarda ise çapı giriş deliğinden büyüktür. Etrafında vurma halkası bulunmaz (Topçu, 2015).

2.3.2. Kesici-delici-ezici alet yaralanmaları

Dışarıdan gelen bir etki sonucu vücut bütünlüğünün zarar görmesiyle oluşan her türlü lezyona yara denir. Oluşan yaraların şekli, bulundukları bölge ve büyüklüklerinin doğru tanımlanıp raporlanması yargı süreçlerine önemli katkı sağlar (Topçu, 2015; Eyüp, 2019).

- **Kesici alet yaraları:** Kesici özelliğe sahip aletlerle oluşturulan yaralardır. Aletin keskin olan tarafının deriye sürtülmesi sonucu oluşur, düzgün sınırlıdır. Cam, jilet, ustura, bıçak örnek olarak gösterilebilir (Ekizoğlu & Arıcan, 2011).
- **Kesici ve delici alet yaraları:** Hem kesici hem delici özelliğe sahip bir veya iki ucu da keskin aletlerle oluşturulan yaralardır. Aletlerin şekli, kesici yüzeyi ve ucu yara oluşumunda önemlidir. Makas, kılıç, bıçak örnek olarak gösterilebilir. Yara düzgün sınırlıdır, oluşan kesikler birbirinden farklıdır. Bu farklılık kullanılan aletin özelliğine göre değişir böylece kullanılan alet hakkında yorum yapılabilir. Bu yaralanmalara sıklıkla cinayetlerde rastlanır (Ekizoğlu & Arıcan, 2011).

- **Kesici ve ezici alet yaralanmaları:** Kesici ve ağırlığı olan aletlerin sebep olduğu yara çeşididir. Balta, keser, satır bu aletlere örnek olarak gösterilebilir. Aletin ağırlığı sebebiyle çürük ve kemik hasarı görülebilir (Ekizoğlu & Arıcan, 2011).
- **Delici alet yaraları:** Cildin ve kasların delici bir aletle zarar gördüğü yara çeşididir. Yara derinliği yaralanan alandan daha fazladır ve standart özellikler göstermez. Aletin uç özelliği yara şeklini belirler. Çivi, iğne, demir çubuk, tıg, şiş örnek olarak gösterilebilir (Ekizoğlu & Arıcan, 2011; Çelik, 2021).
- **Ezici alet yaraları:** Sahip oldukları ağırlıkları sebebiyle yırtılma, çökme, ezilme şeklinde görülebilen yaralar meydana getirirler. Vücutta oluşan yaralar yarık şeklindedir. Çeşitli aletlerle meydana gelebileceği gibi vurma-çarpma sonucu da oluşabilirler. Keskin sınırları yoktur, yaralar düzenli değildir. Taş, sopa, çekiç, cop, tekme, yumruk ezici alet yaralarını oluşturan sebeplere örnek olarak gösterilebilir (Topçu, 2015; Eyüp, 2019).
- **Savunma yaraları:** Vücuda zarar verebilecek her türlü saldırıda görülebilir. Kişiler baş, boyun, göğüs ve karın gibi daha zayıf bölgelerini koruma altına almak amacıyla vücutlarının diğer kısımlarını kullanabilirler. Örneğin, kesici/delici alet yaralanmalarında kişilerin kendisini savunma amacıyla karşı taraftan buna sebep olabilecek aleti almaya çalışması ya da aleti kendinden uzaklaştırmaya çalışması şeklinde ortaya çıkabilir. Bu esnada el içinde yaralanmalar görülebilmektedir. (Ekizoğlu & Arıcan, 2011).

2.3.3. Kazalar

Kazalar, tecrübe ve bilgi eksikliği, dikkatsizlik, ihmalkâr davranış gibi nedenlerden kaynaklanan beklenmedik durumlardır (Topçu, 2015). Kasıt olup olmaması önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre kaza “İnsan iradesi dışında ani ortaya çıkan bedensel, ruhsal hasara yol açan beklenmeyen bir olay” olarak tanımlanır (Baysal, vd., 2005).

2.3.3.1. Trafik kazaları

Trafik, insanların, hayvanların ve araçların yoldaki davranışlarıyla ilgilidir. Trafik kazası ise yolda bir veya daha fazla hareket halindeki aracın olayın içinde bulunduğu maddi zararlı, yaralamalı hatta ölümlü durumları ifade eder (Atik vd., 2020). Dikkat eksikliği, eğitimsizlik, hız vb. insana ait faktörler; görüş mesafesi, yol genişliği vb. yola ait faktörler ve araç güvenliği, bakımı gibi diğer faktörler adli soruşturma kapsamında önemlidir (Sakallı, 2018). Trafik kazalarında yaralanma ve ölüm durumlarında yara niteliği, yaranın ölümcül oluşu ve buna bağlı kusurlar adli tıp açısından önem taşımaktadır (Topçu, 2015).

2.3.3.2. İş kazası

İnsanın doğuştan gelen, sadece insan olduğu için elde ettiği en önemli hak yaşama hakkıdır. Bu hak insanın hem bedensel hem de psikolojik olarak iyi olabilmesi, bunu devam ettirebilmesi ve iyi halini dış etkilerden koruyabilmesi olarak tanımlanır (Arıtan & Ataman, 2017). DSÖ'ye göre iş kazası “önceden planlanmamış, çoğu zaman kişisel yaralanmalara, makinelerin, araç ve gereçlerin zarara uğramasına, üretimin bir süre durmasına yol açan bir olay” şeklinde tanımlarken Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ise “planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucunda sakatlanmaya ve zarara neden olan durum” olarak tanımlamaktadır (Karakurt vd., 2012). İş yeri güvenliğine gereken önemin gösterilmemesi, gerekli önlemlerin eksik alınması veya hiç alınmaması, çalışanlardan kısa zamanda çok iş beklemek gibi olumsuz durumlar sebebiyle yaralanma ya da ölüme neden olan kaza türüdür (Asıladağ, 2015). İş hayatıyla ilgili tüm süreçler kişilerin iyilik halini koruyabilmesi amacıyla İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) kanunları ile düzenlenmiştir (Sözen vd., 2011).

2.3.3.3. Ev kazaları

Ev içinde ya da çevresinde oluşan kazalardır. Ev kazaları; düşme, boğulma, yanık, zehirlenme olarak sınıflandırılabilir. Sık rastlanabilir, sakatlığa ya da ölüme neden olabilir fakat önlenabilir kazalardır. Bu nedenle önemli halk sağlığı sorunları arasında

gösterilirler. Özellikle yaşlılar, engelliler ve çocuklar risk grubundadır (Karatepe & Ekerbiçer, 2017).

2.3.3.4. Düşme

Kaza türleri arasında en sık rastlananlardan biridir. Kişilerin ağırlık merkezinin kaybolması ve dengeyi kuramamaları sonucunda bulundukları yerden daha aşağı inme durumlarını ifade eder. Kaburga kırıkları ve kafa travmaları düşme sonucu meydana gelen en ciddi yaralanmalardır (Eyüp, 2019; Çelik, 2021).

2.3.3.5. Yabancı cisim aspirasyonu

Yabancı cismin solunum yoluna kaçması olarak tanımlanabilir. Yabancı cisim aspirasyonu aniden gelişen solunum yolu tıkanıklarının en sık karşılaşılan nedenidir. Ölümcül kazalardır ve tüm yaş gruplarında görülebilir (Kafadar & Kafadar, 2019).

2.3.3.6. Boğulma

Sıvı madde kaçması sonucu solunum yolunun tıkanması durumudur. Deniz, yüzme havuzu, göl gibi su birikintisinin olduğu alanlarda meydana gelebilirler. Kişiler bilinçlendirilerek bu kazalar önlenabilir. Tüm yaş gruplarında görülebilmektedir (Başol vd., 2012).

2.3.4. Yanık

Deri vücutta ısı ve sıvı kaybını önler, vücudu enfeksiyonlara karşı korur. Zarar gördüğünde ise ısı-sıvı dengesi bozulur, vücut enfeksiyonlara karşı açık hale gelir. Soğuk, ısı, radyasyon, kimyasal ve elektrik etkisi ile deri bütünlüğünün zarar görmesi yanık olarak adlandırılır (Koyuncuer, 2004; Özkaya vd., 2014). En sık termal yanıklar görülür (Ovayolu vd., 2006). Yanık sonucu basit yaralanma oluşabileceği gibi hayati tehlike içeren durumlar da meydana gelebilmektedir (Zor vd., 2009). Doku bozukluğunun genişliği, derinliği, hasta yaşı, ısının temas süresi yanık durumunda oluşan hasarı etkiler (Çelikel vd., 2012). Sıvı kaybı, enfeksiyon, artan metabolik

ihtiyaçlar, ağrı ve travma sonrası stres bozukluğu yanan hastalarda görülen temel sorunlardır (Diler vd., 2012). Yanığın nasıl meydana geldiği, yaralanma ya da ölüm durumunda doku bozukluğunun saptanması, sebebinin ve kaynağının araştırılması adli tıp açısından önem taşır. Kaynağı en sık kaza ve cinayettir, nadiren intihar amaçlı meydana gelir (elikel vd., 2012).

- **Birinci derece yanıklar:** Epidermis tabakasının sadece st kısmı yanmıştır. İyileşme süresi genelde 3-7 gündür, ağrılıdır, iz bırakmaz.
- **İkinci derece yanıklar:** Epidermis ve dermiste yanıklar görülür, iyileşme süresi genelde 15-20 gündür, ağrı şiddeti fazladır, büllerin oluşumu gerçekleşir.
- **nc derece yanıklar:** Epidermis ve dermis tabakaları ile beraber cilt altı dokular da etkilenir. Deri esneme fonksiyonunu yitirir, deride beyaz, kahverengi veya siyah renk değişimi gözlenir. Duyu kaybı nedeniyle acı hissedilmez.
- **Dördüncü derece yanıklar:** Kas ve kemik yanıkları beraber gözlenir, genellikle cerrahi işlem ile yanan doku kesilerek vücuttan ayrılır (amputasyon) (Ovayolu vd., 2006).

2.3.5. Elektrik/yıldırım arpması

Elektrik akımına bağlı yaralanmaların önemli bir kısmı ev veya iş yerinde meydana gelmektedir. Çoğunlukla kaza sonucu daha az sayıda ise intihar ve cinayet sebebiyle meydana gelirler (Türkoğlu, 2018). Bu tür yaralanmalarda elektrik devresinin tamamlanıp tamamlanmamasına, akımın cinsi (alternatif veya doğru akım), gerilimi, şiddeti (amper), geçtiği yola, sreye ve vücut dokularının direnci gibi birçok faktöre göre bölgesel cilt yanığından lme kadar değişkenlik gösterebilen sorunlara sebep olabilmektedir.

Elektrik akımına bağlı yaralanmalar basit güvenlik önlemleri alınarak nlenebilirler fakat iş yerlerindeki bilgisizlik, dikkatsizlik, ihmal, cihazların yeterli bakımının yapılmaması, uygun olmayan aletlerin kullanımı gibi nedenler bu yaralanmaların oluşmasına sebep olmaktadır (Ekizoğlu & Arıcan, 2011; Türkoğlu, 2018).

Yıldırım, yüksek gerilimli elektriksel boşalımdır. Yıldırım çarpması sonrası yaşayanlarda bilişsel işlev bozukluğu, perifer sistem bozukluğu gibi sorunlar görülebilmekte iken yaklaşık %20-30'u ise ölmektedir. Yıldırım çarpmasına bağlı ölümlerde kişi bedeninde ya da kıyafetlerinde iz görülemeyeceği gibi kıyafetlerde parçalanma ve yanık, vücutta ise çarpılmaya bağlı giriş-çıkış lezyonu, eğrelti otu görüntüsü olabilmektedir (Bütün vd., 2012). Yıldırım çarpmasına bağlı ölümler genelde kalp ritim bozukluğu ve kalp durması sonucu oluşmaktadır (Karanfil, 2012).

2.3.6. Cinsel saldırılar

Cinsel saldırılar, kişinin rıza göstermediği veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, yaş küçüklüğü, sarhoşluk, madde kullanımı gibi sebeplerden dolayı ayırt etme gücüne sahip olmayan, akla uygun davranamayan bir kişiye karşı zor kullanma, fiziksel güç uygulama, tehdit, hile, korku, kandırma gibi uygulamalarla cinsellik amaçlayan davranışlara maruz bırakılmasıdır (Cingil, 2007; Nal, t.y.). Bu davranışlar, cinsellik amaçlayan ama temas içermeyen (sözle taciz) davranışlardan tecavüze kadar geniş bir alanı kapsar. Cinsel şiddet, temas içermeyen (sözel, tehdit veya teşhircilik içeren), temas içeren (istenmeyen dokunma), cinsel ilişki içeren olmak üzere üç grupta toplanır (Duman, 2019). Mağdur olan kişilerin büyük bir kısmı tıbbi ve hukuki uygulamaların yetersiz kalacağı korkusu, toplum ve aile tarafından dışlanma ve damgalanma korkusu, bu saldırının diğer kişileri cezbetmesinden veya ileride aile kuramamaktan korkma gibi nedenlerden dolayı yaşadıklarını gizlemektedir. (Gökdoğan, 2008). Cinsel saldırı sonucu hastaneye başvuran kişilerde adli muayenenin üç temel amacı bulunmaktadır:

- Yaşanan olayda fiziksel şiddetin bulunup bulunmaması,
- Cinsel ilişkinin yaşanıp yaşanmaması, derecesi ve sonuçları,
- Saldırganın kimliğinin bulunması.

Cinsel saldırı muayenesinde üç önemli adım bulunmaktadır:

- Anamnez alırken mağdura ve saldırıya ait bilgiler araştırılır,
- Fiziki muayenede tüm vücut ve genital organlar incelenir,

- Örnek alınıyorsa mağdur üstündeki saldırıya dair izler (kıl, kan, meni örnekleri) incelenir (Cingil, 2007).

2.3.7. Çocuk istismarı

Çocuk istismarı, çocuğun ailesi, bakımını üstlenen kişiler veya bir yabancı tarafından uygulanan fiziksel veya duygusal zarardan ölüme kadar gidebilecek davranışlar ya da bu davranışlarda bulunma girişimi, çocuğun terk edilmesi, fiziksel-duygusal ihmal, cinsel istismar şeklinde tanımlanabilir (Ayvaz & Aksoy, 2004).

1989 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi ile 18 yaşının altındaki her birey çocuktur ve özel korunmaya ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle şiddet, ihmal, istismar gibi zarar verici durumlardan korunmalıdır (Bozbuğa, 2025).

DSÖ Çocuk İstismarı Önleme Konseyi'nde (1999) tanımlandığı şekli ile çocuk istismarı: “Çocuğun gelişimine, sağlığına, hayatta kalmasına ve onuruna zarar veren, çocuğa karşı yapılan her türlü fiziksel, duygusal ve cinsel davranışlar ile ticari olarak sömürülmesi ve ihmal davranışları” şeklindedir (Kurt vd., 2017).

Çocuk istismarı dört grupta incelenebilir:

- **Fiziksel istismar:** Kasıtlı bir şekilde çocuğa fiziksel güç uygulayarak çocuğun yaşamı, sağlığı, gelişmesi ve onurunu zedeleyici davranışlarda bulunmak ya da bulunma ihtimalinin olmasıdır. Vurma, sarsma, tekmeleme, boğma, yaralama vb. şekilde görülebilir. Çocukların en fazla maruz bırakıldığı istismar şeklidir. Aile içinde cezalandırma/disiplin etme amacıyla uygulanabilmektedir (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu [UNICEF], 2006/2016; Aktay, 2020).
- **Cinsel istismar:** Yetişkin tarafından psikososyal gelişimini tamamlamamış çocuğun zorla veya ikna yolu ile cinsel doyum amacıyla kullanılmasıdır (Aşırdizer, 2006). İstismarcılar, çocuk üstünde otorite kaynağı birisi

olabileceği gibi başka çocuklar da olabilir (UNICEF, 2006/2016). Çocukların savunmasızlığından yararlanan kişiler çocukta ağır travmalara sebep olurlar. Yaş, cinsiyet, ekonomik düzey fark etmeden her toplumda görülebilir (Aktay, 2020).

- **Duygusal istismar:** Anne, baba ya da çocuğun bakımını üstlenen kişi gibi etrafındaki yetişkinler tarafından çocuğun gelişimi için uygun ve destekleyici bir ortam oluşturulamaması, çocuktan yeteneklerinin üstünde performans bekleyerek bu beklentileri karşılanmadığı zaman olumsuz davranışlar sergileme durumudur. Bağırma, aşağılama, yıldırma, küfretme, istenmeyen lakaplar takma, yalnız bırakma, görmezden gelme, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, kardeşler arasında kıyas ve ayırım yapma vb. olumsuz davranış şekillerine maruz kalabilirler. Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, saldırganlık ve uyumsuzluk, gerginlik, değersizlik duyguları görülebilmektedir. Bu durum çocuğun fiziksel, zihinsel ve toplumsal gelişimini olumsuz yönde etkiler. Duygusal istismarın fark edilmesi zordur fakat toplumda sıkça karşılaşılabilmektedir (Tıraşçı & Gören, 2007; UNICEF, 2006/2016).
- **İhmal:** Aile bireylerinin ya da bakmakla yükümlü kişinin imkânı varken çocuğun beslenme, barınma, eğitim, sağlık gibi temel ihtiyaçlarını gidermemesi, çocuğu fiziksel veya duygusal yönden ihmal etmesidir. Çocuğun fiziksel ve psikososyal gelişimine büyük ölçüde zarar verir. Fiziksel ve cinsel istismara göre daha zor tespit edilir. İhmal ve istismar arasındaki temel farklılık ihmalin pasif istismarın ise aktif bir şekilde gerçekleşmesidir (Tıraşçı & Gören, 2007; Aktay, 2020).

Aşağıdaki durumlardan biri veya birkaçı varsa sağlık personeli çocuk istismarına karşı dikkatli olmalıdır:

- Hastaneye nedeni açıklanamayan geç başvurular,
- Fiziksel bulgularla uyuşmayan ve çelişkili anemnez,
- Çocuğun hastane hastane gezdirilmesi,
- Ailenin kendilerini aklamak için suçu başkalarına yüklemesi,

- Şüpheli travma öyküsünün birden fazla olması.
- Çocuğun ailesini suçlaması,
- Anne ya da babanın çocukken istismara uğramış olması,
- Ailenin çocuğu aşan gerçekçi olmayan beklentileri (Aşirdizer, 2006).

Çocuğa yönelik olarak uygulanan şiddet vakaları, çocuğa çok büyük zarar vermenin yanında ortaya çıkması en güç vakalardır. Çocuğun gelişimini engellediğinden dolayı çocuk istismarı olarak adlandırılırlar. İstismar vakasının tespit edilmesi sayesinde mağdur çocuğun tedavi edilerek istismara bağlı travmalardan korunması da amaçlanmaktadır (Polat, 2016; Kılınç, 2024).

2.3.8. Zehirlenmeler

Zehirlenme, toksik madde maruziyetine bağlı olarak vücutta meydana gelen yan etki durumudur. Sürekli kullanılan ilaçların yan etkileri, mesleki maruziyet, intihar ya da kaza sonucu oluşabilmektedir fakat çoğunlukla tedavi edilebilir bir durumdur. 6 yaş altı çocuklarda kaza sebebiyle zehirlenme görülürken ergenlik dönemlerinde ise intihar sebebiyle oluşan zehirlenmeler daha fazla görülmektedir (Ayan vd., 2012; Araz vd., 2016; Büyükçavuşoğlu & Birdane, 2023). Zehirlenmeler mevsimlere, gelenek göreneklere, eğitim durumuna, bölgelere ve ülkelere göre değişiklik gösterebilmektedir (Araz vd., 2016). Zehirlenmelerde şuur bozuklukları, nöbet, koma gibi nörolojik semptomlar, karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal gibi gastrointestinal sistem semptomları veya ritim bozukluğu, göğüs ağrısı, kalp krizi gibi kardiyak semptomlar görülebilmektedir. Semptomlar vücuda alınan toksik maddenin yapısı, vücuttaki etkinliği ve müdahaleye başlama süresine göre değişiklik göstermektedir (Büyükçavuşoğlu & Birdane, 2023).

2.3.9. İntihar

Kişinin öleceğini bilerek kendisine yönelik uyguladığı olumsuz faaliyetin sonucunda yaşamına son vermesidir. Bulunduğu eylem tamamlanırsa intihar (özkıyım), tamamlanmaz yarım kalırsa intihar girişimi olarak adlandırılır. Sağlıklı kişilerden ağır

psikolojik problemleri olan kişilere kadar geniş bir yelpazesi bulunur. Kişi gerçekten ölmek isteyebileceği gibi bulunduğu olumsuz bir duruma dikkat çekmek için de bu davranışa başvurmuş olabilir. Bireylerde ölümü kurtuluş aracı olarak görme, kendinden nefret etme, umutsuzluk vb. ortak olumsuz duygular görülebilmektedir (Şevik vd., 2012; Sakallı, 2018).

İntihar, ekonomik, psikolojik, toplumsal ve kültürel sebeplerden kaynaklanabileceği için çok yönlü bir yaklaşım gerektirmektedir. Kişinin duygu durumu, yaşı, cinsiyeti gibi faktörler intihar yönteminin seçimini etkilemektedir. Yüksekten atlama, ası, ateşli silah kullanma, yüksek dozda ilaç kullanma, pestisit zehirlenmesi dünyada yaygın olarak başvurulmuş intihar yöntemleridir (Demir vd., 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 verilerine göre ülkemizde en yaygın kullanılan intihar yöntemleri %45,6'lık oran ile ası ve %24,5 oranında ateşli silah kullanımıdır. Ülkemizde intihar oranları diğer ülkelere göre daha düşük seyrederse de ciddi bir psikososyal sorun yaratmaktadır (Özden & İpek, 2024).

2.3.10. Asfiksiler

Asfiksi, oksijen yetersizliğinden meydana gelir. Yunanca kökenli olan kelime nabız alınamaması veya nabız yokluğu anlamlarına gelmektedir. Oksijen transferinin çeşitli nedenlerle kesilerek dokuların ani ve derin oksijen yetersizliğine girdiği durumlarda görülür. Asfiksiye özgü olmayan, diğer ölüm olaylarında da gözlelenebilen peteşi, siyanoz, sıvı birikimi ve ödem, hiperemi, biyokimyasal ve yapısal bozukluklar ile asfiksini kendine has fiziksel görüntüleri asfiksi belirtileri arasındadır. Asfiksiler, ası, boğma (el ile, bağ ile veya boyun tıkaçı), tıkama-tıkanma (ağız ve burnun elle ya da yabancı madde ile kapanması, diri gömülme, boğucu gaz, havasız ortamda bulunma vb.), kimyasal asfiksiler (karbonmonoksit, siyanür, hidrojen sülfür zehirlenmeleri) ve suda boğulma şeklinde görülebilmektedir (Demirci & Doğan, 2011; Akpınar, 2021; Çelik, 2021).

2.4. Adli Vakaya Yaklaşımında Hemşirelik

Adli süreçlerde hastalarla en çok etkileşim içerisinde bulunan sağlık meslek mensupları hemşirelerdir (Karaboğa, 2022). Hemşireler, adli vaka ile karşılaştıklarında gerekli hemşirelik uygulamalarında bulunurken, yasal süreçlerde zorluk yaşamamak amacıyla üstlerine düşen görev ve sorumluluklara özen göstermeleri gerekmektedir (Özkan vd., 2018). Hastanın adli vaka olduğunu belirleyebilme, hekime bildirme, hastanın mahremiyetini sağlama, hastayı sağlığına kavuşturma amacıyla hemşirelik uygulamalarında bulunma ve adli vaka kanıtlarını tanıma, toplama, saklama, kayıtları eksiksiz bir şekilde tutma gibi hemşirelerin görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (Özden & Yıldırım, 2009; Bozbuğa, 2025). Hemşirelerin amacı adli süreci yönetmek değildir, adli delilleri eksiksiz bir şekilde toplamak, zarar görmemesi ya da kaybolmaması amacıyla saklamak ve gerekli yerlere ulaşmasını sağlamaktır (Özden & Yıldırım, 2009).

Hemşirelerin adli vaka değerlendirme sürecindeyken aynı zamanda hemşirelik sürecini de uygulamaları gerekmektedir. Hemşireliğin bilimsel temellerinden biri olan hemşirelik süreci, hemşirelerin verdikleri bakımın planlı ve sistemli olmasını sağlar. Periyodik ve dinamiklidir. Böylece hastanın ihtiyaçları gözlemlenir ve buna göre bakım yeniden şekillenerek devamlılığı sağlanır (Kuldal, 2020; Basit, 2020).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) tarafından hemşirelik süreci esas alınarak adli hemşirelik süreci oluşturulmuştur. Tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere dört adımı bulunmaktadır (Çilingir & Hintistan, 2012).

2.4.1. Tanılama süreci

Tanılama sürecinde adli vaka ve mağdurlar belirlenir. Hastanın anemnezi (hastalık öyküsü) ve fiziksel muayenesi yapılarak genel bir değerlendirme yapılır. Hemşirelerin adli vaka ile ilk karşılaşmaları olduğu için bu adımda oldukça dikkatli olunması gerekmektedir. Hastanın anemnezi alınırken hasta yönlendirilmemeli, olaylar eksiksiz

ve yoruma dayalı olmadan kayıt altına alınmalıdır. Olayın ne zaman, nerede ve nasıl olduğu sorgulanmalıdır. Hastanın kendisinin ve ailesinin tıbbi öyküsü ve şikayetleri sorgulanır, kayıtları inceleyerek hastanın baştan ayağa muayenesi yapılır. Bu aşamada hemşire hastaya yönelik bakım planını belirlemeli ve hemşirelik tanıları konulmalıdır (Çilingir & Hintistan, 2012; Kuldal, 2020; Çelik, 2021; Mete, 2023).

2.4.2. Planlama süreci

Planlama sürecinde adli olay araştırılır. Elde edilen delillerin nasıl toplanacağı ve saklanacağı planlanır. Mağdur kişi kendi bedeninde ya da kıyafetlerinde yaşanan olayı aydınlatabilecek delilleri bulundurabilir. Hastanın bedenindeki anomalilikleri belirlemek, fiziksel ve biyolojik delilleri tespit ederek kanıtların ortaya çıkartılmasını sağlamak adli vakanın aydınlatılabilmesi için oldukça önemlidir. Ayrıca bu aşamada hasta için konulan hemşirelik tanılarına yönelik girişimler planlanır (Çilingir & Hintistan, 2012; Kuldal, 2020; Çelik, 2021; Mete, 2023).

2.4.3. Uygulama süreci

Uygulama süreci delillerin hukuka uygun olarak toplandığı, saklandığı, raporlandığı ve fotoğraflandığı aşamadır. Delillerin adli makamlara teslimine kadar olan süreci kapsar. Ayrıca hasta için gerekli tıbbi müdahalede bulunulur (Çilingir & Hintistan, 2012; Kuldal, 2020; Çelik, 2021; Mete, 2023).

2.4.4. Değerlendirme süreci

Değerlendirme sürecinde, adli vakanın boyutu tespit edilir. Deliller gözden geçirilerek eksik delil olup olmadığı belirlenmeye çalışılır. Eğer eksiklik varsa süreç geriye dönük olarak tekrar edilir. Ayrıca kendi bilgi, tecrübe ve yeteneklerinin adli vakanın çözümlenmesinde ne derece fayda sağladığına yönelik öz değerlendirme yapılır (Çilingir & Hintistan, 2012; Çelik, 2021; Mete, 2023).

2.5. Adli Vaka Değerlendirme Öğeleri

Adli vaka ile karşılaşan hemşirelerin adli değerlendirme yapmaları gerekmektedir. Adli vakayı fark etme, öykü alma, fiziksel ve adli muayene yapma, delilleri tanılama, toplama, saklama, kanıt koruma zincirini sağlama ve kaydetme, mağdur kişiye ve yakınlarına destek, rehabilitasyon programlarında yer alma, adli rapor yazma, eğitim ve danışmanlık, şiddeti önleme alanlarında görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (Özden & Yıldırım, 2009; Yıldırım & Berk Özcan, 2017).

2.5.1. Öykü alma ve fiziksel muayene

Sağlık personellerinin karşılaştıkları adli vakalarda olayı fark edebilmeleri ve hastanın öyküsünü almaları çok önemlidir. Öykü alma, veri toplamanın ilk adımıdır. Hastanın öyküsünü alan hemşire soruları açık, hastanın anlayabileceği ve cevaplayabileceği şekilde sormalıdır. Hemşirelik öyküsü alınırken öncelikle hastanın şikayetleri dinlenmeli, sonrasında yaşanan adli vakanın ne zaman, nerede ve nasıl olduğu sorgulanmalıdır. Öyküyü alan hemşire deneyimli olmalı, yorum yapmadan ve hastanın sözel ifadeleri değiştirmeden kayıt altına almalıdır (Özden & Yıldırım, 2009; Yıldırım & Berk Özcan, 2017).

Hastaya fiziksel muayene yapılırken öncelikle anlayabileceği şekilde bilgi verilerek sözel onamı alınmalıdır. Fiziksel muayene güvenli bir ortamda, üçüncü kişilerin göremeyeceği ve duyamayacağı şekilde yapılmalıdır, istenirse başka hemşire de katılabilir. Fiziksel muayenenin yapıldığı odada gerekli tıbbi araç gereç bulunmalı, yeterli ışıklandırma yapılmış olmalıdır. Hemşire sakin, yumuşak ve güven verici bir şekilde hastaya yaklaşmalı, hastanın kıyafetlerini çıkarması, idrar ya da banyo yapması engellenmelidir. Fiziksel muayene sistemli bir şekilde yapılarak deliller toplanmalı, kontamine olmaması için her delilden sonra eldiven değiştirilmeli ve deliller ayrı ayrı paketlenmelidir (Özden & Yıldırım, 2009; Yıldırım & Berk Özcan, 2017; Aydın, 2020).

2.5.2. Delillerin tanımlanması

Adli delilin tanımlanması, delilin toplanması ve saklanması aşamalarının ilk adımıdır. Adli delilin tanımlanması için öncelikle hemşirenin adli delili tanınması, buna duyulan ihtiyacı anlayabilmesi gerekmektedir. Bu sayede adli vaka tanınabilir (Özden & Yıldırım, 2009; Çelik, 2019). Hemşirelerin adli vakayı ve adli delilleri tanımlayabilmeleri, adli değerlendirmeye ilişkin sorumlulukları ve adli değerlendirme süreci hakkında bilgi sahibi olmaları yasal olarak gereklidir (Eyüp, 2019).

Hemşirelerin adli uygulamaları, Ceza Kanunu'na göre suç olan durumlarda ya da davalarda önemli role sahiptir. Hemşirelerin raporladığı ya da kayıt aldığı belge mahkemede delil olarak kullanılabilir. Fark edilen ufak detaylar kayıt altına alınarak olayın çözümlenmesi sağlanabilir. Hemşirenin kendisi de mahkemede tanıklık edebilir. Mağdura tıbbi tedavi uygulanırken yanlışlıkla önemli deliller zarar görebilir veya yok olabilir. Bu durum vakanın sonuçlanmasını zorlaştırabilir. Bu nedenle hemşireler her olaya şüphe ile yaklaşmalıdır (Çilingir & Hintistan, 2012; Topçu, 2015).

Adli vakalar tanımlanırken mağdur kişinin vücut dili, ses tonu, mimikleri, hasta öyküsü ile fizik bulgularının tutarsızlığı dikkatle değerlendirilerek bulgular ve uygulanan tıbbi tedaviler detaylı ve eksiksiz şekilde kayıt altına alınmalıdır. Tutulan kayıtlar kısaltma olmadan, okunaklı ve açık bir şekilde yazılmalıdır (Yıldırım & Berk Özcan, 2017; Sakallı, 2018).

2.5.3. Delillerin toplanması

Suç unsuru bulunan olaylarda, olayla ilişkilendirilebilen tüm fiziksel, kimyasal ve biyolojik izler delil olarak değerlendirilmektedir (Kılınç, 2024). Mağdur ya da sanığın olay esnasında kullandığı, bıraktığı, değiştirdiği, uzaklaştırdığı veya kontaminasyona maruz kalan her şey delil olarak adlandırılmaktadır (Yıldırım & Berk Özcan, 2017).

Hastalara gerekli tıbbi tedavi uygulanırken aynı zamanda delillerin de toplanması gerekmektedir. Adli vakalarda mağdur, şüpheli veya sanıktan biyolojik delil toplanmadan önce savcı veya mahkemeden karar alınmalı ve kişilerden onam alınmalıdır (Topçu, 2015; Eyüp, 2019).

Adli olgularda kıyafetlerin değerlendirilmesi biyolojik ve fiziksel delil bulundurabileceği nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Bu sayede suçun işlendiği yer ve saldırgan ile ilgili bilgilere ulaşılabilir. Adli vakalar arasında yaygın olarak ateşli silah yaralanmaları, kesici-delici-ezici alet yaralanmaları ve cinsel saldırılarda, kıyafetler delil olarak kullanılabilir. Kıyafetlerin üzerinde bulunan delik, kesik ve yırtıklar kullanılan aletin türü veya olayın meydana geliş şekli hakkında bilgi verebilir. İnceleme öncesi mağdur ve sanığın kıyafetleri ile fotoğrafları çekilmeli, kıyafetlerin özellikleri değerlendirilmeli, kıyafet üzerindeki materyaller çıkartılmamalı ve olduğu gibi fotoğraflanmalıdır. Kıyafetlerdeki hasarlar ile travma izleri karşılaştırılarak uyumu değerlendirilmelidir (Topçu, 2015).

Kıyafetler çıkarılırken hastanın üzerinden düşebilecek kıl, saç vb. materyallerin kaybolmaması amacıyla hastanın beyaz/kahverengi kâğıt örtü üzerinde ayakta durarak kıyafetlerini çıkarması gerekmektedir. Delillerin kaybolmaması için hemşire hastanın yanında bulunmalıdır. Kıyafetler çıkarılamayacak durumda ise yırtılmamalı, yara yerinden uzak kıyafet dikişlerine yakın bir yerden kesilerek çıkarılmalıdır. Kıyafetler kesildi ise bu durum kartın üzerine yazılarak delil paketinin içine konulmalı ya da hasta dosyasına işlenmelidir. Kıyafetler silkelmemeli ve katlanmamalıdır. Eğer katlanması gerekiyorsa arasında kâğıt konulmalıdır. Ayakkabılar dahil tüm kıyafetler ayrı ayrı kâğıt paketlere konulmalıdır. Kıyafetler ıslak ise kurutmak amacıyla alet kullanmadan oda ısısı ile kuruması sağlanmalıdır. Sedyeye gelen hastalarda kullanılan çarşaf da delil olarak alınmalıdır. Hasta fiziksel şiddete maruz kalmış ise kişinin fotoğrafları çekilmeli ve beden diyagramında gösterilmelidir. Hasta ölmüş ise kıyafetleriyle beraber röntgen görüntüsü alınmalı, sonrasında kıyafetler morgda çıkartılmalıdır. Delil paketleri mühürlenmeli, kimden alındığı, içerisinde ne olduğu ve tarihin yazılması gerekmektedir. Elde edilen deliller gerekli yerlere ulaştırılmalı,

hastanın yakınlarına verilmemelidir (Özden & Yıldırım, 2009; Sakallı, 2018; Eyüp, 2019; Çelik, 2019; Karaboğa, 2022).

Yaralar da önemli deliller içermektedir. Yaranın görüntüsü, yeri, şekli, alanı ve ölçüleri detaylı olarak incelenmeli ve kaydedilmelidir. (Sakallı, 2018). Ateşli silah yaralanmalarında yapışkan bant yardımı ile is ve barut örnekleri alınmalıdır. Mermi ve saçma gibi küçük parçalar kauçuk uçlu forseps yardımı ile çıkartılarak fotoğraf veya kâğıt üzerinde zarflara konulmalıdır. Hastaya pansuman yapıldı ise malzemeler saklanmalıdır. Barut izleri, tırnak altı ve kıyafetlerde bulunabileceği için uzman görene kadar eller ve vücut temizlenmemelidir (Topçu, 2015; Sakallı, 2018; Çelik, 2019).

Cinsel saldırılarda birbirlerinin üzerinde biyolojik delil bırakabilecekleri için hem sanık hem de mağdura adli inceleme yapılmalıdır. Mağdurun tıbbi bilgisi, son 72 saat içerisinde rıza dışı cinsel ilişki varlığı, olayın öyküsü, saati, tarihi, hangi yolla gerçekleştiği, kıyafet değiştirme durumu, yeme-içme durumu, boşaltım ve banyo durumları ile son adet tarihi detaylıca sorgulanmalıdır. Sperm incelemesi yapmak için vücut ve kıyafetteki sıvılar Wood's lamp ile incelenir. Cinsel saldırı mağduru kişiler muayene edilirken vajina ışık altında incelenerek sürüntü alınmalıdır. Pubis kılları incelenmeli ve taranarak muhafaza edilmelidir. Mağdurdan yazılı onam alınarak fotoğraflanmalı ve sonrasında kıyafetler steril eldiven ve pens yardımıyla alınmalıdır. Gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek için mağdura gerekli test ve tedaviler uygulanmalıdır. Oral şiddet ya da ısırık izlerinde mağdurun dil ve yanaklarından sürüntü almak için steril su ile ıslatılan steril swap kullanılmalıdır. Swaplar oda ısısında kurutulmalıdır (Topçu, 2015; Sakallı, 2018; Altın, 2021).

Alkol araştırması için kan örneği NaF veya EDTA içeren gri kapaklı tüpe üç tüp kan alınmalıdır. Tüplerden bir tanesi kan alınan kurumda kalmalı, diğer ikisi soğuk zincir gözetilerek laboratuvara gönderilmelidir. Zehirlenme durumuna yönelik yapılan incelemelerde mide yıkama sıvısından örnek alınmalıdır. Uyuşturucu madde tespiti çalışmalarında ise 24 saat içerisinde kan ve idrar örneği alınmalıdır (Sakallı, 2018).

DNA analizi için alınan kan örnekleri EDTA içeren mor kapaklı tüplere alınmalıdır. Saç analizi için ise en az 10-20 adet saç teli (sakal, bıyık, kafa ve koltuk altı) kökleri ile beraber alınarak zarflara yerleştirilmeli ve kapatılmalıdır (Kılınç, 2024).

Kanıtlar toplanırken kontaminasyon engellenmelidir. Bu nedenle her zaman eldiven kullanılmalıdır ve her kanıtta eldiven değiştirilmelidir. Maske ve bone takılmalıdır. Tek kullanımlık aletlerin kullanılması mümkün değilse kullanılan malzemeler işlem bittikten sonra %5 H₂O₂ ile temizlenmelidir. Kanıt toplama esnasında yeme içme olmamalı, ağza ve burna dokunulmamalı, sigara içilmemeli, konuşulmamalı ve öksürülmemelidir (Sakallı, 2018; Kılınç, 2024).

2.5.4. Delillerin saklanması

Adli vakalarda delilleri tanımlama ve toplama aşamaları gibi saklama aşaması da oldukça önemlidir. Elde edilen her delil uygun koşullarda muhafaza edilmelidir (Eyüp, 2019; Aydın, 2020).

Adli vakalarda kıyafetler ve kişisel eşyalar rastgele bir şekilde bırakılmadan usulüne uygun bir şekilde korunmalıdır. Deliller özelliklerine göre kilitli dolap ya da soğutucu dolaplarda saklanmalıdır ve giriş-çıkışlar kontrollü bir şekilde yapılmalıdır. Kıyafetler ve eşyalar aile ve yakınlarla da teslim edilmemeli, temizlenmesi engellenmelidir. Aile içi şiddet, taciz, tehdit veya başka bir durum varsa delillerin yok edilmesine neden olabilir. Biyolojik delil içeren materyaller eğer ıslak ise herhangi bir kurutucu kullanılmadan oda ısısında kurutulmalıdır. Güneş ışığına maruz bırakılmamalıdır. Paketleme esnasında plastik torbalar delillerde bozulmaya yol açabileceği için kâğıt paketler kullanılmalıdır (Özden & Yıldırım, 2009; Eyüp, 2019; Aydın, 2020).

Delil olarak kabul edilen örnekler laboratuvara gönderilmeli ya da hastane polisi veya kolluk kuvvetlerine teslim edilmelidir. Teslim edilemeyen durumlarda biyolojik örnekler +4 derecede muhafaza edilmeli ve en kısa sürede kolluk kuvvetlerine ulaştırılmalıdır. Tüm deliller ayrı ayrı paketlenmeli, örnek alınan kişinin bilgileri, tarih,

saat, örnek alınan maddenin cinsi, miktarı, kurum ve örnek alan kişinin bilgileri paket üzerine yazılmalıdır. Paketlerin ağzı kapalı olmalıdır (Kılınç, 2024).

2.5.5. Delillerin kaydedilmesi

Adli vakaların çözüme ulaştırılmasında hemşirelerin verileri detaylı bir şekilde toplayarak bu verileri en kısa sürede ve eksiksiz bir şekilde kaydetmesi gerekmektedir. Hastanın durumu, ne zaman ve nasıl geldiği, uygulanan tıbbi tedaviler kayıt altına alınmalıdır. Yazı okunaklı olmalı, hastanın kendi ifadelerini içermeli ve kısaltma kullanılmamalıdır. Hastanın sağlık durumu uygun ise tedavi öncesi görsel kayıtlar (fotoğraf, çizim, şema, vücut haritaları) tutulabilir fakat bunlar bakım ve tedavinin uygulanmasını engellememelidir. Görsel kayıtlar tutulmadan önce hastandan onam alınmalıdır. Hastanın bilinci yerinde değilse ya da onay verecek durumda değilse sanık konumunda olmadığından emin olunan hasta yakınından onay alınmalıdır. Hekim ve hemşirelerin iş birliği içinde çalışması ve yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmaları önem taşımaktadır. Adli vakalarda sağlık personelinin bilgi ve tutumları delillerin zarar görmesini ya da kaybolmasını engelleyecektir. (Özden & Yıldırım, 2009; Yıldırım & Berk Özcan, 2017).

2.5.6. Delil teslim zinciri

Delil teslim zinciri, delillerin elde edilmesinden mahkemeye sunulmasına kadar geçen süreçte her şeyin kaydedilerek korunmasıdır. Delillerin kaydedilmesi mağdur ve sağlık çalışanlarını korumanın en iyi yoludur. Delil teslim zincirinin doğru oluşturulması için hemşireler gözlem yapar, delilleri toplar ve uygun koşullarda delillerin paketlemesini yaparlar. Deliller kâğıt paket veya zarfa ayrı ayrı yerleştirilmelidir. Kanıtların yerleştirildiği kâğıt paket veya zarf kapatılarak mühürlenmelidir. Üzerine delil toplanan kişinin protokol numarası, adı, doğum tarihi, örneğin içeriği, ne zaman ve nereden alındığı yazılmalıdır. Delilleri toplayan personelin adı, unvanı, klinik ve hastane adı yazılmalıdır. Deliller ayrı ayrı kaydedilmelidir. Personel her paket veya zarfın üstüne tarih yazarak imza atmalıdır. Zamanı açıklanamayan deliller geçersiz

sayılabilir. Delil teslim edilen kişi de adını ve pozisyonunu deftere yazmalıdır. Delil teslim zinciri kısa tutulmalıdır (Özden & Yıldırım, 2009; Sakallı, 2018; Çelik, 2019).

2.5.7. Nedensellik/illiyet bağı

Nedensellik/illiyet bağı sebep-sonuç ilişkisi bulunan alanlarda ortak olarak kullanılabilir. Meydana gelen olay ile oluşan sonuç arasındaki ilişkiyi tanımlar. Bir olayın meydana gelmesi başka bir olaya bağlı ise aralarında illiyet bağı kurulduğunu göstermektedir. Adli vakalarda zarar veren eylem ile zarar arasında illiyet bağının araştırılması gerekmektedir. İlliyet bağının tespit edilmesi, adli vakanın tanınması ve bildirimi açısından önem taşımaktadır (Tümer vd., 2022; Aktaş vd., 2022; Mete, 2023).

İlliyet bağı, sağlık alanında çalışan kişilerin özen yükümlülüğünü yerine getirdiğini belirlemede oldukça önemlidir. Bu yükümlülüğün yerine getirilmemesi hastanın zarar görmesine neden olabilir. Görev esnasında kusurlu davranışlarda bulunulması ya da kasıtlı olarak görevin yerine getirilmemesi sonucu bir zarar oluşmuş ise, oluşan zarar ve eylemi gerçekleştiren kişi arasında illiyet bağı bulunmalıdır (Topçu, 2015; Yeşilyurt, 2015).

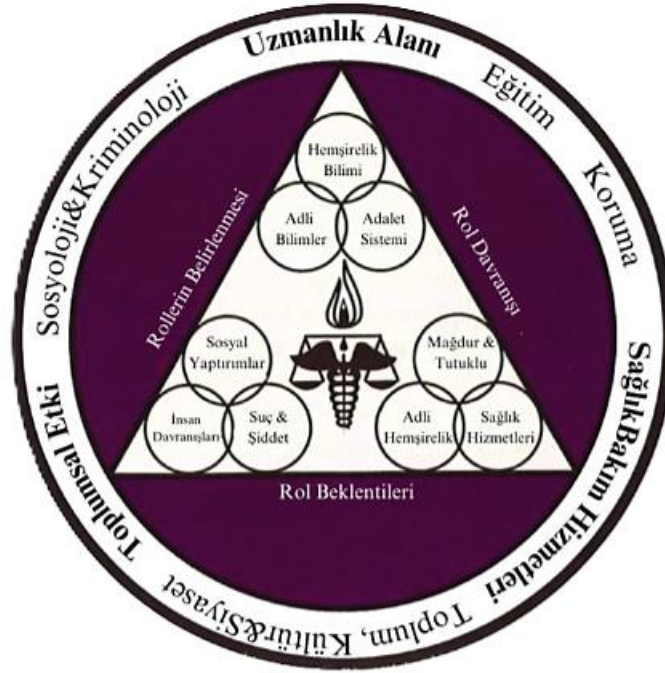
2.6. Adli Hemşirelik Kavramı

Geçmişten bugüne birey ve toplumun sağlığı ile ilgilenen hemşirelik, çağa ayak uydurarak kendini bilimsel ve teorik olarak yenileyebilen uygulamalı sağlık disiplini (Bölüktaş vd. 2018). Hemşireliğin gelişmesi, yeni çalışma alanları oluşmasını sağlamıştır. Bunlardan biri de tıp ile hukukun kesişiminden doğan adli bilimlerin içerisinde yer alan disiplinlerden birisi olan adli hemşireliktir (Koç & Biçer, 2009; Altın, 2021).

Uluslararası Adli Hemşireler Birliği (IAFN-The International Association of Forensic Nurses)'ne göre adli hemşirelik: "Hemşirelerin almış oldukları temel eğitimlerini, şiddet, travma ve diğer suç olgularının failleri ile travma ve/ veya ölüm olgularındaki

kurbanların muayenesi ve bilimsel olarak araştırılmasında adli alanda kullanmaları” şeklinde tanımlamıştır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA- American Nurses Association) tarafından adli hemşirelik, 1995 yılında uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir (Akköz Çevik & Başer, 2012).

Günümüzde şiddet ve suç olaylarının artması sonucu mağdur ve faille ilk karşılaşan sağlık meslek grubu hemşirelerdir. Adli tıp konusunda uzmanlaşan adli hemşireler, adli vakaların çözüme kavuşturulmasına katkı sağlayacaklardır (Çilingir & Hintistan, 2012).



Şekil 2. 1: Lynch ve Duval'ın Adli Hemşirelik Bilimi İçin Entegre Uygulama Modeli
(Arabacı & Küçükmehtmet, 2024)

2.6.1. Adli hemşireliğin tarihçesi

Adli hemşireliğin tarihçesine bakıldığında hemşirelerin 18. yüzyıldan beri adli vakalarla karşılaştıkları bildirilmektedir. Cinsel saldırıya maruz kalan kişilerin tanınamaması nedeniyle “cinsel saldırı hemşireliği” oluşturulmuş ve konu ile ilgili

eğitimler verilmeye başlanmıştır. 1970’li yılların başında Cinsel Saldırı Alanında Çalışan Hemşireler (SANE- The Sexual Assault Nurse Examiner) delillerin toplanması, bulguların yorumlanması ve teknik beceri için bir araya gelmişlerdir (Akköz Çevik & Başer, 2012; Fırat vd., 2016).

1987’ de Dr. Harry McNamara, sağlık personelinin adli tıp bilgisinin yetersiz olması sonucu kanıt toplama ve bilimsel araştırmalarda hatalı sonuç alınmasına neden olduğunu belirterek hemşirelik alanında adli hemşireliğin yeni bir alan olması gerektiğini ifade etmiştir (Çilingir & Hintistan, 2012).

ABD (Amerika Birleşik Devletleri)’de 1990’lı yıllarda adli hemşirelik yeni bir alan olarak kabul edilerek ilkeleri ve standartları belirlenmiştir. 1991’de Amerikan Adli Tıp Bilimleri Akademisi (AAFS- American Academy of Forensic Science) bilimsel disiplin olarak adli hemşireliği kabul etmiştir. 1992’de hemşireler tarafından adli hemşireliğin gelişmesi ve tanınması amacıyla IAFN kurulmuştur. Aynı sene Minneapolis’teki kongrede adli hemşirelik terimi terminolojiye girmiştir. Adli hemşirelik, 1995 yılında ANA tarafından uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir ve 1997 yılında adli hemşireliğin kapsam ve standartları belirlenmiştir. ABD başta olmak üzere 1990’lı yılların ortalarına doğru adli hemşirelik derslerine lisans ve yüksek lisans seviyelerinde yer vermeye başlanmıştır (Eşiyok vd., 2004; Akköz Çevik & Başer, 2012; Fırat vd., 2016; Yıldırım & Berk Özcan, 2017).

ABD’de adli hemşirelik alanında ilk uzman Virginia Lynch’tir. Adli hemşirelik alanında 1990’da yayımlanmış olduğu “Klinik Adli Hemşirelik Rol Gelişimine Dair Tanımlayıcı Bir Çalışma” adlı makalesi bulunmaktadır. Ann Burgess ile beraber lisans ve lisansüstü seviyelerdeki programlarda adli hemşireliği destekleyerek çeşitli üniversitelerde dersler vermişlerdir (Sakallı, 2018).

2.6.2. Adli hemşireliğin dünyadaki yeri

Hemşireliğe ait bilgi ve tecrübelerin adli süreçlere yardımcı olması amacıyla ortaya çıkan adli hemşirelik kavramı, gelişmekte olan bir uzmanlık alanıdır. Adli hemşirelik IAFN tarafından tam olarak tanımlanmamasına rağmen bazı ülkelerde adli hemşirelik açıkça tanımlanmıştır. Buna göre adli delilleri tanımlama, toplama, saklama ve kaydetme adli hemşirelerin görevleri arasındadır (Akköz Çevik & Başer, 2012; Çelik, 2019).

Adli hemşireler, ABD, İngiltere, Kanada, Almanya, Avustralya, Güney Afrika, Suudi Arabistan, Japonya gibi birçok ülkede adli süreçlere yardım etmek amacıyla çalışmaktadır. Adli tıp, seroloji, narkotik, toksikoloji gibi alanlarda suçlu tespiti, suçun aydınlatılması sayesinde adli hataları önleme ve kriminoloji, ceza muhakemesi hukuku ve ceza hukuku ile adli tıp uygulamalarının kesiştiği alanlarda özel eğitim alan hemşirelerdir. Tıp ve hukuk alanlarındaki değerlere bağlı olarak görev yapmaktadırlar (Akköz Çevik & Başer, 2012).

Adli vakalarda hemşirelerin delil toplaması hususundaki rolü dünya genelinde daha iyi anlaşılmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin adli tıp konusundaki bilgi seviyelerinin artırılması amacıyla eğitim ve sertifika programları uygulanmaktadır (Kırmızıgül vd., 2023).

ABD’de yasalar ve alınan eğitim sayesinde adli hemşireler birçok alanda çalışabilmektedir. Tek başına muayene etmek, rapor yazmak, delil toplamak, dosyayı yargı birimlerine iletmek gibi kanunla düzenlenen görevleri vardır. Ülkemizde bu tür görevlerin uygulanması kanunen mümkün değildir (Akköz Çevik & Başer, 2012).

2.6.3. Adli hemşireliğin ülkemizdeki yeri

Ülkemizde adli hemşirelik ile ilgili en büyük sorunlardan biri görev tanımının net bir şekilde ve yasal olarak yapılmamış olmasıdır (Akköz Çevik & Başer, 2012; Fırat vd., 2016). Ayrıca hemşireler adli tıp alanında yeterli eğitim alamamaktadır. Adli tıp

alanında uzmanlaşamayan hemşireler, karşılaştıkları adli olaylarda kanıtları fark etmede, tanımlamada, toplamada, saklamada ve kaydetmede sorunlar yaşamaktadır. Adli incelemedeki hatalardan dolayı olayın aydınlatılması zorlaşmaktadır (Akköz Çevik & Başer, 2012; Yıldırım & Berk Özcan, 2017).

Adli vakanın tespit edilmesi, mağdurun korunarak suçlunun açığa çıkarılması ve hasta haklarının korunması, sağlık personelinin bu alanda eğitim alması ve aldığı eğitimi sahaya yansıtması ile mümkün olmaktadır (Kırmızıgül vd., 2023). Karşılaşılan durumun adli vaka olduğu fark edildikten sonra hemşirelerin görevlerinden biri de mağdurun kendini güvende hissetmesini sağlamaktır. Hemşireler adli vakalarla ilgili eğitim aldıklarında bu durum daha profesyonelce yönetilebilecektir (Akköz Çevik & Başer, 2012).

Ülkemizde adli hemşirelik ile ilgili yapılan ilk çalışma İstanbul üniversitesi (İÜ) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (CTF) Adli Tıp Enstitüsü bünyesinde 1997 yılında yürütülen Mira Rana Gökdoğan'a ait olan "Adli Tıp ve Hemşirelik Eğitimi" adlı yüksek lisans tezidir (Gökdoğan, 1997). İlk adli hemşiremiz olan Mira Rana Gökdoğan'ın hazırlamış olduğu bu tez, hemşirelere verilecek olan adli bilimler eğitiminin öneminden bahsetmektedir. Sonrasında 1998 yılında düzenlenen SANE programına katılmıştır. Aynı zamanda kendisinin "Fotoğraf Karşılaştırmaları ile İnsan Yüz Morfolojisi" adlı 2005 yılında yazdığı doktora tezi bulunmaktadır (Çilingir & Hintistan, 2012).

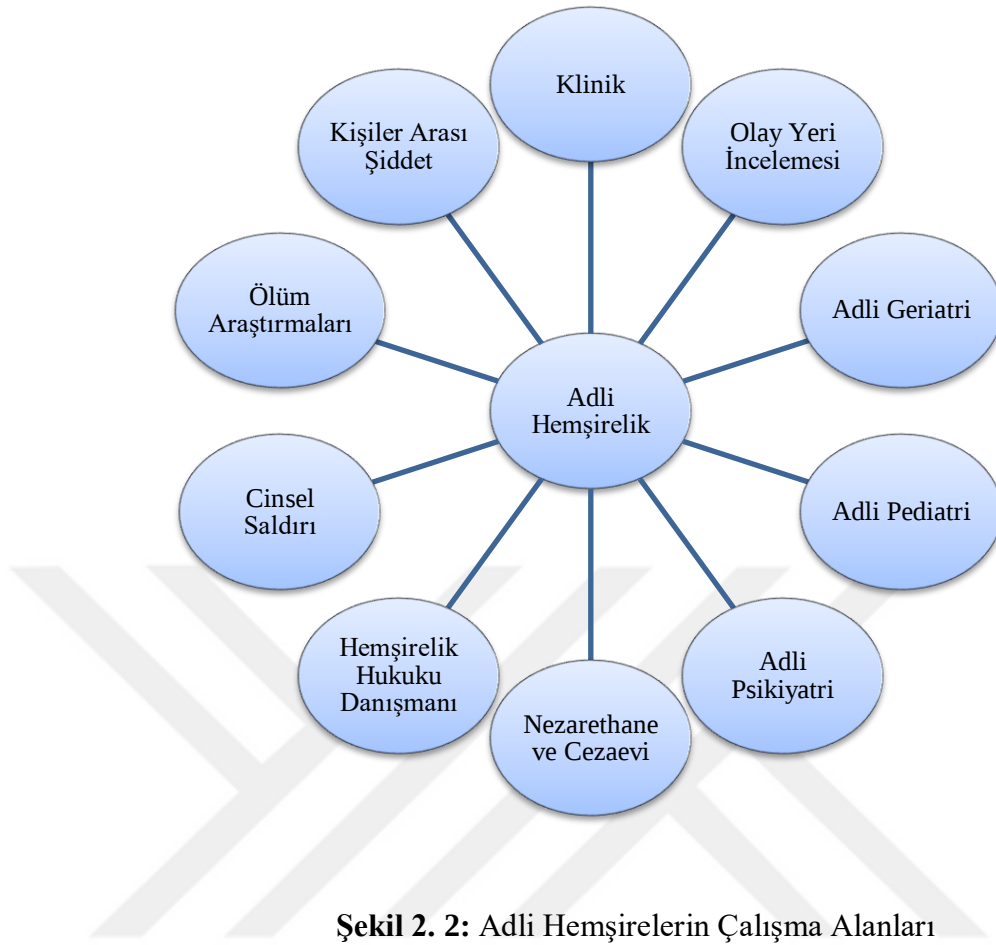
Adli hemşireliği geliştirmek amacıyla Türkiye'de ilk defa 2004 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı bünyesine bağlı olarak "Adli Hemşirelik Birimi" kurulmuştur. Adli Hemşirelik Birimi'nde çocuk gelişimi uzmanı, hukukçu ve iletişim eğitimi almış hemşire bulunmaktadır. Bu birimde mağdurların sağlıklı şekilde muayenelerinin yapılması ve laboratuvar tetkikleri için alınan örneklerin doğru şekilde alınmasını sağlamak amacıyla eğitim programları oluşturulmuştur. Adli hemşirelik alanındaki bilgi ve yeteneklerin aktarılması sayesinde bu alanda temel prensiplerin oluşturması amaçlanmıştır (Yelken vd., 2004; Çilingir & Hintistan, 2012).

Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu ve Adli Bilimciler Derneği beraberliğinde sertifikalı kurslar düzenlenmiştir. 24-26 Ocak 2004'te 1. Adli hemşirelik kursu düzenlenmiş olup 25-28 Mart 2004'te 2. Adli hemşirelik kursu ve 13-18 Eylül 2004'te 3. Adli hemşirelik kursu düzenlenerek devam etmiştir. 2006 yılında Adli Hemşirelik Birimi tarafından "Adli Hemşirelik Komisyonu" kurulmuştur. Sonraki yıllarda çeşitli üniversitelerin lisans ve yüksek lisans seviyelerindeki programlarının müfredatına adli tıp dersleri seçmeli ders olarak eklenmiştir (Yelken vd., 2004; Taşdelen Bahar, 2008; Fırat vd., 2016; Yıldırım & Berk Özcan, 2017).

Multidisipliner çalışmayı gerektiren cinsel suçlarda, delil tespiti ve değerlendirilmesi amacıyla İÜ Adli Tıp Enstitüsü'nce "Cinsel Suçlar Birimi" kurulmuştur. Aynı zamanda İÜ bünyesinde yüksek lisans ve doktora seviyelerinde eğitim verilmektedir. Adli tıp dersleri Bakırköy Sağlık Yüksek Okulu lisans öğrencilerinin ders programlarına eklenmiştir. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu ilk kez 2005 yılında adli hemşirelik yüksek lisans programını açmıştır (Taşdelen Bahar, 2008).

2.6.4. Adli hemşireliğin çalışma alanları

Adli hemşirelik, hemşirelik bilgi ve deneyimlerinin yargının hizmetine sunulması ile ortaya çıkan ve giderek gelişen bir uzmanlık alanıdır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, Almanya, Avustralya, Kanada, Güney Afrika, Japonya, Singapur, Suudi Arabistan gibi pek çok ülkede adli hemşireler, yargıya destek personeli olarak görev almaktadır. Adli vakalara yönelik dünya genelinde on farklı görev alanı belirlenmiştir. Belirlenen bu alanlarda, özel eğitim alan adli hemşireler görev almaktadır. Adli hemşirelik çalışma alanları Şekil 2.2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. 2: Adli Hemşirelerin Çalışma Alanları
(Yıldırım & Berk Özcan, 2017)

2.6.4.1. Klinik adli hemşirelik

Klinik adli hemşirelik; adli tıp ile hemşireliğin adaleti güçlendirmek amacıyla birleşmesiyle meydana gelerek yaşamları şiddetten etkilenen insanlar ile ilgilenirler (Kıvrak, 2018; Sakallı, 2018). Adli olgu sonrası acil servisler başta olmak üzere sağlık kuruluşlarındaki tüm kliniklere getirilen ya da gelen mağdur ya da faile müdahalede bulunan hemşireler, tecrübeleriyle adli olayları tanımlayarak tıbbi kayıtların eksiksiz ve doğru yapılması, fiziksel ve biyolojik delillerin uygun şekilde toplaması, dokümantasyonunun yapılması, saklanması ve adli makamlara teslimi sürecinde görev alırlar. Ayrıca mağdur ya da faile eğitim desteği sunma ve psikososyal destek de görevleri arasında yer alır. İş yükü ve hasta sirkülasyonunun yoğun olduğu yoğun bakım ve acil servis gibi birimler başta olmak üzere hemşireler de hekimler kadar kayıt ve rapor eksikliği durumlarında birer tanıktır. Hemşirelerin yeterli adli bilgilerinin

bulunması adli sürece yardımcı olacaktır (Eşiyok vd., 2004; Yeşilyurt, 2015; Kıvrak, 2018).

2.6.4.2. Cinsel saldırı muayenesinde adli hemşirelik (Sexual assault nurse examiner- SANE)

Cinsel saldırı mağdurlarını tanımakta zorluk yaşayan hemşireler, mağdurların aldıkları sağlık hizmetinin sağlıklı ve yeterli olmamasından dolayı “Cinsel Saldırı Muayenesi Hemşireliği” ni kurmuşlardır. Cinsel saldırılara yönelik eğitim programı ilk kez 1976 yılında Memphis, Tennessee’de verilmiştir (Eşiyok vd., 2004; Kuldal, 2020).

Cinsel saldırı vakalarında mağdurun en kısa sürede sağlık kuruluşuna başvurması sağlanmalıdır. Mağdurun üzerinde taşıdığı saldırganı ait biyolojik ya da fiziksel delillerin uzun zaman geçmeden toplanması, uygun bir şekilde saklanması, raporlanması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik test ve tedavilerin yapılması, istenmeyen gebeliğe yönelik önlemlerin alınması, mağdura rehabilitasyon hizmeti sunulması ve gerekli durumlarda mahkemede tanıklık yapılması cinsel saldırı muayenesi hemşirelerinin görevleri arasındadır (Yeşilyurt, 2015; Eyüp, 2019).

Mağdur kişide gebelik meydana gelmiş ise gebelik haftasının tespiti önem taşımaktadır. Ülkemizde annenin rızası doğrultusunda kürtaj işlemi gebeliğin ilk on haftası içinde yapılabilmektedir. Fakat mağdur saldırı nedeniyle oluşan gebeliği yirmi hafta içerisinde sonlandırma hakkına sahiptir (Kılınç, 2024).

Mağdur kişinin ihtiyaçlarına yönelik hemşirelik uygulamaları:

- Mağdurun dostluğunu ve güvenini sağlama,
- Mağduru yapılacak işlemler hakkında bilgilendirme ve tıbbi işlemlere hazırlama,
- Fiziksel güven kaygısını giderme,
- Yaşanan saldırıyı anlatmaya yönelik cesaretlendirme,

- Mağdurun normal hayatına geri dönebilmesi ve yakınları için danışmanlık yapma,
- Mağdurun kontrollerini planlama,
- Mağduru her kontrolde değerlendirme (Akköz Çevik & Başer, 2012).

Cinsel saldırı sonucu mağdur hayatını kaybetmiş ise otopsi esnasında kullanılacak aletlerin sterilizasyonu ve devamlılığının sağlanması, cinsel saldırı hemşiresinin sorumluluğu altındadır. Hemşirelerin tuttukları kayıt ve raporlar olayın aydınlatılmasında büyük öneme sahiptir (Yeşilyurt, 2015).

Ülkemizde yürürlükte bulunan Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik kapsamında beden muayenesi yalnızca hekim tarafından yapılmaktadır. Vücuttan numune alma işlemleri ise hekim veya hekim nezaretinde diğer sağlık personelleri tarafından yapılabilir (Kılınç, 2024).

Türkiye’de faaliyetlerini sürdüren Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM), cinsel istismar mağduru çocukların hak ve yararını korumayı amaçlayan, tekrar travmatize olmasını engellemek amacıyla kurulan bir devlet kuruluşudur. Fakat eğitim almış personel sıkıntısı çekilmektedir (Topdemir, 2016). Hemşirelerin bu alanda eğitim almaları adli sürece yardımcı olacaktır (Kılınç, 2024).

2.6.4.3. Nezarethane ve cezaevi adli hemşireliği

İslahevi, nezarethane ve cezaevlerinde çalışan hemşireler çeşitli ülkelerde adli doğrulama hemşiresi olarak adlandırılır. Bu alanda çalışan hemşirelerin görevi çeşitli suçlar nedeniyle suçlanan ya da hüküm giyen mahkumlara bakım ve tedavi hizmeti sağlamaktır (Kuldal, 2020; Altın, 2021). Nezarethane ve cezaevlerinde çalışan adli hemşireler, mahkumların sağlık durumlarıyla ilgili başvurabilecekleri ilk sağlık personelidir. Kişilerin öncesinde mevcut olan kronik hastalıklarını belirleyerek ilaç, muayene ve tedavilerini düzenlerler. Alkol ve madde bağımlılığı kaynaklı sağlık sorunları yaşanabilmektedir. Akut gelişebilecek olaylarda hastalara bakım ve tedavide

bulunurlar. Ayrıca hapishane içerisinde meydana gelebilecek yaralanmalı olaylarda mağdurların tedavilerinde görev alırlar. Ani ölüm, şiddet ve işkence durumlarında muayene yaparak delil toplarlar ve raporlama yaparlar (Akköz Çevik & Başer, 2012; Kıvrak, 2018; Kuldal, 2020; Mete, 2023). İslahevi, nezarethane ve cezaevlerinde meydana gelebilecek kötü muamele ve insan hakları ihlallerinin önlenmesine yönelik çalışırlar. Bilirkişi olarak mahkemelerde görev alabilirler. Bu alanda çalışan hemşirelerin en temel görevi mahkumların sağlık bakımından güvenli bir ortamda bulunmalarını sağlamaktır (Pınar & Taşdelen Bahar, 2011; Akköz Çevik & Başer, 2012). Nezarethane ve cezaevi hemşireliği ülkemizde 2011 yılında çıkan yönetmelik ile halk sağlığı hemşireliğinin bir alt dalı olarak belirlenmiştir (Aktaş, 2019).

2.6.4.4. Adli pediatri hemşireliği

Çocuğa yönelik uygulanan kötü davranışlar olarak adlandırılan ihmal ve istismar, çocuğa en yakınları, bakım verenler veya yabancılar tarafından uygulanabilmektedir. Bu davranışlar fiziksel veya duygusal zarar oluşturabileceği gibi ölümle de sonuçlanabilmektedir (Ayvaz & Aksoy, 2004; Kıvrak, 2018).

Çocuk istismarı, çocukluk döneminde tanı ve tedavisi en zor travmalar içerisinde yer alarak çoğunlukla gizli kalmaktadır (Küçük vd., 2017). Adli pediatri hemşireleri ihmal ve istismar mağduru çocuklar ile ilgilenirler. İhmal ve istismar çocuğun sağlığına, gelişimine ve haysiyetine zarar verir. Bu alanda çalışan hemşireler çocuğa gerekli tedavi ve bakımı verirken aynı zamanda ihmal, istismar ve insan hakları konularını da incelerler (Fırat vd., 2016; Kıvrak, 2018; Altın, 2021).

İhmal ve istismar mağduru çocuğun tanınması, gerekli tedavi ve bakımın verilerek koruyucu sağlık hizmetlerine yönlendirilmesinin yanında durumu araştırma, delilleri toplama, uygun şekilde saklanması sağlama, raporlama, tanıklık yapma gibi görevleri vardır (Çilingir & Hintistan, 2012; Yeşilyurt, 2015; Kılınç, 2024). İstismar vakalarının erken tespiti önemlidir ve disiplinler arası yaklaşımla çocuğun gündelik hayatına geri dönmesi amaçlanmaktadır (Altın, 2021).

2.6.4.5. Adli geriatri hemşireliği

Doğum oranlarının düşmesi ve ortalama yaşam süresinin uzaması gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranını arttırmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Nüfusun yaşlanması, yaşlı bakımı ile ilgili sorunları beraberinde getirmektedir. Yaşlı hastalar da çocuk hastalar gibi bakıma ihtiyaç duyarlar ve kötü davranış karşısında kendilerini koruyamazlar. Cezalandırılma ya da huzurevine gönderilme korkusu yüzünden istismar durumlarını saklayarak fark edilmesini güçleştirebilirler. Adli geriatri hemşireleri, bedensel, ruhsal ya da ekonomik yönden istismar ve ihmale uğrayan yaşlıların bakımlarını yaparak haklarını korumakla görevlidirler (Yeşilyurt, 2015; Sakallı, 2018; Kıvrak, 2018; Altın, 2021).

Genellikle bakım evleri ile sığınma evlerinde istihdam edilirler. Bilgi ve tecrübelerini yaşlıların istismar ve ihmale maruz kaldıkları durumlarda kullanırlar (Akköz Çevik & Başer, 2012). Adli geriatri hemşireleri yaşlı bireylerin maruz kaldıkları istismar, ihmal ve şiddet olaylarında fiziksel muayene yaparak rapor yazılması ile görevlidirler (Çilingir & Hintistan, 2012).

2.6.4.6. Adli psikiyatri hemşireliği

Akıl sağlığı yerinde olmayan ve suç işleyen kişilerin bakım ve tedavileri hem kendi sağlığı hem de toplum sağlığı açısından güvenli bir yerde yapılmalıdır. Ayrıca akıl sağlığının yerinde olmadığını iddia ederek ceza sorumluluğu olmadığını ileri süren kişilerin gözlem ve değerlendirmeleri için de gerekli ortam sağlanmalıdır (Eşiyok vd., 2004; Pınar & Taşdelen Bahar, 2011; Akköz & Çevik, 2012).

Adli psikiyatri, psikiyatri ve hukukun kesişiminden meydana gelmektedir. Akıl sağlığı yerinde olmayan ve dikkat gerektiren suçlularla ilgilenen adli psikiyatri hemşireleri, olayın aydınlatılabilmesi için gerekli delilleri toplarlar. Suçun tekrarlanmasına yönelik eğilim olup olmadığını saptamak amacıyla delil toplama, tanı, önleme faaliyetleri ve değerlendirmeleri yaparlar. Adli psikiyatri hemşireleri kendilerine başvurulduğu

takdirde yargı organlarının incelediği davalarda bilirkişilik görevini yerine getirmektedirler. Kişi iradesinin sorumlu ve bağımsız olup olmadığının tespitinde bulunarak hukuka yardımcı olurlar. (Akköz & Çevik, 2012; Kıvrak, 2018).

Adli psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik bilirkişilik haricinde akıl sağlığı yerinde olmayan kişilerin tedavi ve rehabilitasyonu ile medeni haklarının korunması ve topluma yeniden kazandırılması alanlarında da görev alırlar. Günlük hayata uyum sağlamada zorlanan adli psikiyatri hastaları hemşireler tarafından verilen bilgi, eğitim ve sosyal destek ile tekrar topluma kazandırılabilirler. Bu alanda çalışan hemşireler, iletişimi iyi olan, çelişki çözebilen, empati kurabilen ve klinik psikiyatri değerlendirmesi yapabilecek niteliklere sahip olmalıdırlar. Aynı zamanda hasta haklarını ve hastayı etkileyen hukuki süreçleri bilmek durumundadırlar (Akköz & Çevik, 2012; Topçu, 2015; Dikeç vd., 2017).

2.6.4.7. Olay yeri incelemesinde adli hemşirelik

Aniden meydana gelen ya da şüpheli ölüm durumlarında adli hemşireler olay yerine gelerek adli inceleme sürecinde yer alırlar. Farklı disiplinlerin bir araya gelerek koordineli bir şekilde çalışmasını gerektiren olay yerinde hemşireler; olay yeri incelemesi yapma, kanıtları toplama ve kayıtlarını tutma, olay yerini fotoğraflama, maktul ve mağdurun hemşirelik bakımını yapma, adli raporlama, maktulün yakınları ile iletişime geçerek bilgi ve destek verme ile hukuki olaylarda tanıklık yapma gibi görevlere sahiptirler (Yeşilyurt, 2015; Fırat vd., 2016; Kıvrak, 2018).

Dinamik bir süreci anlatan olay yeri hemşireliği, olay yeri, hastane ve mahkeme arasındaki süreçte yer alarak davanın devamlılığını sağlayabilir. Böylece olayın aydınlatılmasına ve adaletin yerine getirilmesine yardımcı olurlar. Olay yerine ilk gelen ekibin içinde yer alması gereken olay yeri inceleme hemşireleri, hayatta kalan mağdura tıbbi yardım yapabilirler ya da hayatını kaybeden mağdura ait delillerin zarar görmesini engelleyerek olayın çözümlenmesine yardımcı olabilirler. (Kıvrak, 2018).

2.6.4.8. Ölüm araştırmalarında adli hemşirelik (Forensic nurse death investigator-FNDI)

Adli hemşireler 1970'ten bu yana ölüm araştırmalarına dahil olmaktadır. Ölüm araştırmalarına katılan adli hemşireler “ölüm araştırma hemşiresi, koroner” unvanlarını alırlar. Ölen kişinin muayenesini yaparak ölümü resmi olarak bildirirler, ölen kişinin tıbbi geçmişini yorumlayabilir, ölümün tıbbi sebebini belirleyebilirler. Elde edilen kanıtları eksiksiz ve uygun şekilde toplayarak kayıtların doğru tutulmasını sağlarlar. Adli ekip içerisinde bilgi akışını sağlama, işlem esnasında hazır bulunma, gerekli durumlarda yazılı veya sözlü tanıklık yapma görevlerinin yanı sıra ölen kişinin akrabalarına haber verme, mağdur ya da yakınlarına destek sağlama gibi görevleri de bulunmaktadır. Otopsi ve diğer işlemlerin yapıldığı yer ve aletlerin sterilizasyonu, özel saklama koşulu gerektiren ekipmanların kontrolü, kayıtların tutulması ve sürekliliğin sağlanması FNDI'ler tarafından yapılır (Eşiyok vd., 2004; Pınar & Taşdelen Bahar, 2011; Topçu, 2015; Sakallı, 2018; Kıvrak, 2018).

2.6.4.9. Hemşirelik hukuku danışmanı

Hemşirelerin adli vakalara yönelik klinik bilgi ve tecrübelerini kullanarak bilirkişilik ve danışmanlık hizmeti vermesidir. Bilgilerini genellikle sigorta kurumlarının yasal işlemlerinde kullanırlar. Malpraktis davaları başta olmak üzere istismar ve ihmal olaylarında bilirkişilik yapma, kayıtları hazırlama, analiz etme, kurbanlara yardım etme ve yasal yardım sağlama bulunmaktadır. Türkiye’de işlevsel bir alan değildir (Akköz Çevik & Başer, 2012; Kuldal, 2020).

2.6.4.10. Kişiler arası şiddette adli hemşirelik

Yaşamın tüm alanlarında görülebilen şiddet, hedef alınan kişiye yönelik fiziksel acı verme ya da yaralama amacı taşıyan zarar verici davranışlardır (Akköz Çevik & Başer, 2012). şiddete en fazla maruz kalan kişiler kadınlar, çocuklar ve yaşlılardır. Bu kişilere yönelik şiddet, aynı ailede yaşadıkları için aile içi şiddet terimi ile ifade edilir (Polat, 2016).

Şiddete maruz kalan kişilerin sıklıkla başvurduğu yer olan acil serviste çalışan sağlık personellerinin mağdurlardaki her travmayı aksi doğrulanana kadar kişiler arası şiddet olarak ele alması gerekmektedir. Şiddet olguları soru sorularak tahmin edilemez. Bu nedenle mağdur kişi iyi gözlenmeli, kanıtlar eksiksiz ve doğru şekilde toplanmalıdır. Sağlık personelinin mağdurların şiddete maruz kaldığını belirleyememesi sonucu tıbbi kayıtlar hatalı veya eksik olabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin şiddet göstergelerini tanıyabilmeleri ve bu konuda eğitim almaları gerekmektedir. Disiplinler arası bir yaklaşım ve toplumun beraber çalışması ile beraber şiddeti önleyici önlemler alınmalıdır. Bu sayede şiddet olmayan bir kültür oluşturulabilir (Akköz Çevik & Başer, 2012; Topçu, 2015; Sakallı, 2018).

Hemşirelerin adli olgu ile karşılaştıklarında tanı ve teşhisleri çok büyük önem taşımaktadır. Bunun için de öncelikle risk faktörleri bilinmelidir. Hemşirelerin adli vakalar ile ilgili eğitim almaları sayesinde adli olguların daha kolay aydınlatılması mümkün olacaktır.

- Hemşirelerin adli vakalar konusundaki bilgi düzeyleri çok büyük önem taşımaktadır. Mağdur kişinin sağlık kurumuna müracaatından itibaren asıl delil kendisi olduğu için delil koruma zinciri başlatılmalıdır. Bu da hemşirelerin öncelikle mağdura doğru tanı ve teşhis koymaları ile mümkündür.
- Anamnez alma basamağında ise hastanın anlayacağı şekilde sorular sorarak hastanın öyküsü dikkatlice ve ayrıntılı şekilde alınmalıdır.
- Mağdur kişinin fiziksel muayenesi esnasında vücut hareketleri, jest ve mimikleri izlenmelidir.
- Delil koruma zincirinin bozulmaması için bilgi birikimine ihtiyaç vardır. Bu nedenle delillerin tanınması, toplanması, toplanma esnasında kullanılan yöntem ve malzemeler, korunması, raporlanması konularında bilgi sahibi olmak, delillerin doğru ve eksiksiz elde edilebilmesi için önem taşımaktadır.
- Adli olayda cinsel bir eylem dahil olmuş ise mutlaka bulaşıcı hastalıklara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.
- Hemşirelerin mağdur ve yakınlarına ihtiyacı olan her konuda yardımcı olmaları gerekmektedir.

- Psikolojik yardım almaları için mağdur ve yakınları desteklenmelidir.
- Gerekli durumlarda tanık ve bilirkişilik görevleri bulunmaktadır (Kuldal, 2020).

2.6.5. Hemşirelerin adli vakalardaki yasal sorumlulukları

Adalet sistemi için sorumluluk vazgeçilmez bir unsurdur ve toplum düzenini sağlayabilmek amacıyla sorumlulukların bazı kurallarla düzenlenmesi gerekmektedir. Kurallara uyulmaması durumu cezai yaptırımlar ile sonuçlanabilmektedir. Cezai yaptırımlar suçluları ıslah etme, cezalandırma ya da toplumu koruma amacı taşımanın yanı sıra hataların tekrar edilmesinin önüne geçme amacı da taşımaktadır (Cingil, 2007)

Tıbbi müdahaleler, mesleki standart ve sorumluluklara göre gerçekleştirilir ve kişilerin kişilik ve yaşam hakkını temel alır. Yapılacak tüm müdahaleler, yasal düzenlemeler ile güvence altına alınırken sağlık personellerine çeşitli sorumluluklar yüklemektedir (Çelik, 2021).

Ülkemizde adli hemşirelik alanında yaşanan en temel sorunlardan biri görev ve sorumluluklarının net bir şekilde tanımlanmamış olmasıdır. Adli hemşirelik ile ilgili doğrudan bir yasal düzenleme olmamasına rağmen özellikle acil servislere çalışan hemşireler adli vakalar ile karşılaşabilmektedirler. Adli vakalar ile karşılaşan hemşireler, Türk Ceza Kanunu (TCK), Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK), Hemşirelik Kanunu ve Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik vb. yasal düzenlemelere bağlı olarak görevlerini yerine getirmektedirler (Çilingir & Hintistan, 2012; Mete, 2023).

Adli vakalar ile karşılaşan hemşirelerin yetkileri, hak ve sorumlulukları ile bunların nasıl korunup kullanacağı hakkında bilgi sahibi olmaları büyük önem taşımaktadır. Böylece adli vakalarda gerekli hemşirelik girişimlerinde bulunurken suçlu duruma düşmekten kurtulabilirler (Karabakır & Çetin, 2016). Türk Ceza Kanunu'na göre ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmamaktadır (TCK, 2004, m.4).

Türk Ceza Kanunu'nda kişisel verilerin kaydedilmesi, kişisel verilerin hukuka aykırı olarak ele geçirilmesi ve mensubu olduğu mesleğin özelliklerinden faydalanarak görevini kötüye kullanma 135., 136. ve 137. maddelerde düzenlenerek suç sayılmaktadır (Eyüp, 2019). Hukuka aykırı olarak kişisel verileri kaydeden kimseye bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir (TCK, 2004, m.135/1). Kişisel verileri, hukuka aykırı olarak bir başkasına veren, yayan veya ele geçiren kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (TCK, 2004, m.136). Kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak suretiyle, belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle, işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır (TCK, 2004, m.137).

Türk Ceza Kanunu'nda sağlık meslek mensuplarının gerçeğe aykırı belge düzenlemeleri suç sayılarak cezalandırılmaktadır (Eyüp, 2019). Gerçeğe aykırı belge düzenleyen tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire veya diğer sağlık mesleği mensubu, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması halinde, resmî belgede sahtecilik hükümlerine göre cezaya hükmolunur (TCK, 2004, 210/2).

Türk Ceza Kanunu'na göre sağlık meslek mensuplarının meslekleri ile ilgili edindikleri bilgileri yaymaları veya yayılmasına sebep olmaları suç sayılarak cezalandırılmaktadır (Çelik, 2021). Görevi nedeniyle kendisine verilen veya aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri, kararları ve emirleri ve diğer tebligatı açıklayan veya yayınlayan veya ne suretle olursa olsun başkalarının bilgi edinmesini kolaylaştıran kamu görevlisine, bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir (TCK, 2004, m.258).

Türk Ceza Kanunu'na göre sağlık meslek mensuplarının karşılaştığı suçu bildirmemeleri 280. madde gereğince suç sayılmaktadır. Gerçeğin açığa çıkartılması ve vakanın çözülmesini engellemek amacıyla delillerin karartılması, yok edilmesi de aynı kanunun 281. maddesinde düzenlenerek suç olarak kabul edilmektedir (Eyüp, 2019; Çelik, 2021). Bu maddeler değerlendirildiğinde adli delil olarak kabul edilen

örneklerin tanımlanması, toplanması, muhafaza edilmesi ve kaydedilmesi hususlarında hemşirelerin önemli yükümlülükleri ve sorumlulukları bulunmaktadır (Çilingir & Hintistan, 2012). Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (TCK, 2004, m.280). Gerçeğin meydana çıkmasını engellemek amacıyla, bir suçun delillerini yok eden, silen, gizleyen, değiştiren veya bozan kişi, altı aydan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendi işlediği veya işlenişine iştirak ettiği suçla ilgili olarak kişiye bu fıkra hükmüne göre ceza verilmez (TCK, 2004, m.281).

Ceza muhakemesinde delilden sanığa ulaşma anlayışının hâkim olması sonucu mevzuatta düzenlenen tedbir ile beden üzerindeki tıbbi ve biyolojik incelemeler ifade edilir. Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 75. madde ve devam maddelerine konu edildiği üzere delil elde etme amacıyla bilirkişi incelemesi gereklidir. CMK'nın 82. maddesi gereğince hazırlanan Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre 4. ve 5. maddelerde beden muayenesi hekimin görevidir. Ancak aynı yönetmelikte 6. ve 8. maddelerde ise bahis konusu olan vücuttan örnek alma işlemlerini hekim veya hekim gözetiminde sağlık meslek mensubu kişilerin yapılabileceğinden bahseder. Bu hükümler gereğince hekim harici sağlık meslek mensubu kişiler de bu sorumluluk kapsamına girmektedir (Çelik, 2021; Aydın & Çelik, 2024). İç beden muayenesi veya vücuttan kan veya benzeri biyolojik örnekler alınması, ancak tabip veya sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir. Cinsel organlar veya anüs bölgesinde yapılan muayene de iç beden muayenesi sayılır (CMK, 2004, m.75). Şüpheli veya sanığın iç beden muayenesi ancak tabip tarafından yapılır (Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik, 2005, m.4). Şüpheli veya sanığın dış beden muayenesi ancak tabip tarafından yapılır (Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik, 2005, m.5). Bu müdahaleler ancak tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir (Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti

Hakkında Yönetmelik, 2005, m.6). Bu müdahaleler ancak tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir (Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik, 2005, m.8).

Ceza Muhakemesi Kanunu'na göre mensubu olduğu meslek ile ilgili bir suçun işlendiğine şahit olan kamu görevlisinin 158. maddeye göre ihbar yükümlülüğü bulunmaktadır (Çelik, 2021). Bir kamu görevinin yürütülmesiyle bağlantılı olarak işlendiği iddia edilen bir suç nedeniyle, ilgili kurum ve kuruluş idaresine yapılan ihbar veya şikâyet, gecikmeksizin ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir (CMK, 2004, m.158/4).

Hemşirelik Yönetmeliği'nde görev tanımında belirtilen görev ve sorumlulukları dahilinde adli vakalarda bilirkişilik görevini üstlenebilecekleri belirtilmiştir (Çilingir & Hintistan, 2012). Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve bilirkişilik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir. (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010, m.7).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hemşirelerin adli vakalara yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış tanımlayıcı-kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Evren ve Örneklemi

Araştırma tanımlayıcı tipte olup ekte yer alan anket soruları İstanbul Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde görev yapan ve araştırmaya gönüllü katılım sağlayan hemşirelere 25.04.2025- 17.07.2025 tarihleri arasında uygulanmıştır. Hastanede görevli olarak yaklaşık 2950 aktif hemşire çalıştığı bilinmektedir. Çalışmada basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmış olup; örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde 2021 yılında Karagöz tarafından geliştirilmiş formülden yararlanılmıştır (Karagöz, 2021). Yapılan hesaplama göre örneklemin en az 340 kişiden oluşması halinde evreni temsil edeceği tespit edildiğinden bu çalışmada 360 kişiye anket uygulanmıştır.

$$n = \frac{N * p * q * Z\alpha^2}{[(N - 1) * d^2] + (p * q * Z\alpha^2)}$$

$$n = \frac{2950 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(2950 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$

$$n = \frac{2.833,18}{8,3329} = 339,99 \cong 340$$

3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmada hemşirelerden veri toplamak amacıyla; Demografik Sorular, Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Uygulamaları Anketi, Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği ve Adli Vakalara ve Kanıtlara Yaklaşım Soru Formu kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel bilgi formu

Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerini belirlemek üzere 7 sorudan oluşan formda; cinsiyet, medeni durum, yaş grubu, eğitim durumu, hemşirelikte çalışma süresi, çalışılan alan ve mevcut alanda çalışma süresi sorgulanmaktadır.

Bu form, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış olup Eyüp (2019), Altın (2021) ve Çelik'in (2021) çalışmalarından yararlanılmıştır.

3.3.2. Hemşirelerin adli vakaya yönelik uygulamaları anketi

Hemşirelerin adli vakaya ilişkin eğitim alma durumu, mevzuat/kavram bilgisi ve kurumsal uygulama-farkındalık durumunu belirlemeye yönelik 17 maddeden oluşmakta ve maddeler “Evet/Hayır” biçiminde yanıtlanmaktadır. Maddeler: adli hemşirelik terimini duyma, öğrenim/hizmet içi eğitim/kurs-sertifika alma, TCK 280. madde ve adli bildirim süreci bilgisi, ilgili yönetmelik bilgisi, illiyet (nedensellik) bağı kavramı, kurumda adli hemşire varlığı ve delil toplama/teslim zinciri gibi uygulama başlıklarını kapsamaktadır.

Bu anket soruları literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuş; Topçu (2015), Eyüp (2019) ve Altın'ın (2021) kaynaklarından yararlanılmıştır.

3.3.3. Hemşirelerin adli vakaya yönelik tutumları ölçeği (HAVYTÖ)

Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği, Altın tarafından (2021) oluşturulmuş ve hemşirelerin adli olgulara ilişkin bildirim sorumluluğu, adli süreç farkındalığı, kanıt/delil yönetimi ve kayıt–raporlama gibi kritik alanlarda tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek, “Kesinlikle Katılmıyorum” ile “Kesinlikle Katılıyorum” arası seçeneklerle yanıtlanan 5’li Likert tipinde bir ölçektir ve toplam 25 maddeden oluşmaktadır.

Ölçekte her bir madde 1–5 arasında puanlanmaktadır. Bu çalışmada puanlama; Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4),

Kesinlikle Katılıyorum (5) şeklinde düzenlenmiştir. Buna göre ölçekten alınabilecek toplam puan 25–125 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması, hemşirenin adli vakaya yaklaşımında daha olumlu/uygun tutuma sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçekte olumlu (pozitif) ve olumsuz (negatif) içerikli ifadeler birlikte yer almaktadır. Toplam puan hesaplanmadan önce, olumsuz tutumu yansıtan maddeler ters kodlanarak değerlendirilir. Ters kodlama işleminde ilgili maddelerin puanları Yeni Puan = 6 – Eski Puan formülüyle dönüştürülür (ör. 5↔1, 4↔2, 3↔3). Bu işlem, tüm maddelerin aynı yönde (yüksek puan = daha olumlu tutum) yorumlanmasını sağlar.

Bu ölçek için ters kodlanması gereken maddeler; 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 14, 15, 17, 20, 21 ve 25. maddelerdir.

Ölçeğin içeriği, maddelerin tematik dağılımı dikkate alındığında; hemşirelerin adli vakalarda bildirim davranışı ve çekinceleri, adli olguyu tanıma ve değerlendirme, kanıt/delil toplama ve kanıt zincirini koruma, kayıtların doğruluğu ve standardı gibi alanlardaki tutumsal eğilimlerini kapsamaktadır. Bu kapsam sayesinde, adli vakaya yönelik tutum düzeyi hem toplam puan üzerinden hem de maddeler bazında yorumlanabilmektedir.

HAVYTÖ (Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği) için Cronbach's alfa katsayısı 0,835 olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin araştırma örnekleminde iyi düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Başka bir ifadeyle, HAVYTÖ' de yer alan maddelerin hemşirelerin adli vakaya yönelik tutumunu ölçme amacına uygun biçimde birbiriyle uyumlu olduğu ve ölçek puanlarının güvenilir kabul edilebileceği değerlendirilmektedir. Bu sonuç, HAVYTÖ puanlarının gruplar arası karşılaştırmalarda (t-testi/ANOVA) ve ilişki-yordama analizlerinde (korelasyon/regresyon) kullanılabilirliğini desteklemektedir.

3.3.4. Adli vaka bilgi formu (AVBF)

Adli Vakalara ve Kanıtlara Yaklaşım Soru Formu, Sakallı (2018) tarafından oluşturulmuş ve hemşirelerin adli vakalara yaklaşım sürecinde; adli olguyu tanıma, öykü alma, fizik muayene, kanıt toplama–saklama–koruma, kayıt süreçleri ve ilgili yasal sorumluluklara ilişkin bilgi ve uygulama farkındalığını belirlemek amacıyla kullanılan yapılandırılmış bir ölçme aracıdır.

Formdaki maddeler “Evet / Hayır” biçiminde yanıtlanır. Puanlama yaklaşımı bilgi düzeyine dayalıdır: doğru yanıtlar olumlu (2 puan), yanlış yanıtlar olumsuz (1 puan) olarak değerlendirilir. Bu bölümde yer alan Adli Vaka Bilgi Formu toplam 40 sorudan oluşmaktadır ve maddeler adli vaka yönetimindeki süreç basamaklarına göre 8 alanda sınıflandırılmıştır.

Sınıflamaya göre 40 madde şu alt alanlarda toplanmaktadır:

- Öykü alma: 4, 8, 9, 10, 11
- Fizik muayene: 5, 7
- Kanıt toplama: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 30
- Kanıt saklama: 21, 25, 26, 27, 28, 29
- Kanıt koruma: 12, 31, 32, 33, 34, 35
- Kayıt edilme: 36, 37
- Adli vaka tanımlama: 1, 3, 38, 39, 40
- Adli vakalar konusundaki yasalar: 2, 6, 19

Bu yapı sayesinde form hem toplam bilgi düzeyini hem de adli vaka sürecinin belirli aşamalarına ilişkin bilgi/uygulama farkındalığını ayrı ayrı değerlendirmeye olanak sağlar.

Puanlama ise 40 soruluk bölüm için toplam puan 40–80 arasında değişir. Puanın yüksek olması, adli vakaya ve kanıta yaklaşımda bilgi düzeyinin ve uygun yaklaşım farkındalığının yüksek olduğunu gösterir.

Ters kodlanması gereken maddeler: 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 21, 23, 27, 29, 32, 33, 34.

AVBF (Adli Vaka Bilgi Formu) için Cronbach' s alfa katsayısı 0,737 olarak saptanmıştır. Bu değer, formun örnekleme kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. AVBF' nin “Evet/Hayır” yanıtlanan, ters maddeler içeren ve adli vakaya yaklaşım sürecinin farklı boyutlarına (ör. bildirim, delil, kayıt, mevzuat) dokunan bir yapı taşıdığı dikkate alındığında, alfa değerinin 0,70'in üzerinde bulunması formun bilgi/farkındalık düzeyini ölçmede yeterli güvenirlik sunduğunu düşündürmektedir. Bu doğrultuda AVBF puanlarının çalışmanın nicel analizlerinde kullanılmasının uygun olduğu kabul edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece İstanbul ilinde yer alan Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde görevli hemşirelerin verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma ($\text{Ort} \pm \text{SS}$) olarak raporlanmıştır. Ölçek toplam puanlarının dağılımı histogram ve Q-Q grafikleri ile incelenmiş; normallik varsayımı Shapiro–Wilk testi (uygun olduğunda Kolmogorov–Smirnov testi) ile desteklenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği (HAVYTÖ) 25 maddeden oluşan 5'li Likert tipinde olup “Kesinlikle Katılmıyorum (1)” ile “Kesinlikle Katılıyorum (5)” arasında puanlanmıştır. Olumsuz içerikli maddeler analiz öncesinde ters kodlanmış ($\text{Yeni Puan} = 6 - \text{Eski Puan}$) ve toplam ölçek puanı 25–125 aralığında hesaplanmıştır;

yüksek puan daha olumlu/uygun tutumu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Adli Vaka Bilgi Formu (AVBF) 40 maddeden oluşmakta ve “Evet/Hayır” biçiminde yanıtlanmaktadır. Bilgi düzeyi puanlaması, doğru yanıtların 2 puan ve yanlış yanıtların 1 puan olarak değerlendirilmesiyle yapılmış; ters önerme niteliğindeki maddelerde puanlama yönü ters çevrilerek toplam AVBF puanı 40–80 aralığında hesaplanmıştır. Form maddeleri ayrıca öykü alma, fizik muayene, kanıt toplama, kanıt saklama, kanıt koruma, kayıt edilme, adli vaka tanımlama ve adli vakalara ilişkin yasalar olmak üzere sekiz süreç alanına göre sınıflandırılmış; gerekli görülen analizlerde alan puanları ilgili maddelerin toplamı alınarak oluşturulmuştur.

Parametrik varsayımların sağlanması durumunda; iki kategorili bağımsız değişkenlere göre ölçek toplam puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi, üç ve üzeri kategorili değişkenlerde tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA sonrası çoklu karşılaştırmalarda varyans homojenliğinin sağlandığı durumlarda Tukey, sağlanmadığı durumlarda Games–Howell post-hoc testleri uygulanmıştır.

HAVYTÖ toplam puanı ile AVBF toplam puanı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca HAVYTÖ toplam puanını etkileyen değişkeni incelemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon modelinde bağımlı değişken HAVYTÖ toplam puanı, bağımsız değişken AVBF toplam puanı olarak alınmıştır. Modelin uygunluğu; artıkların normalliği (P-P plot), doğrusal ilişki ve sabit varyans (artıklar–tahmin grafikleri) ile değerlendirilmiş; uç değerler ve etkili gözlemler standartlaştırılmış artıklar ve Cook’s distance değerleri üzerinden kontrol edilmiştir. Regresyon sonuçları B, standart hata, standartlaştırılmış β , t, p ve açıklanan varyans (R^2) değerleri ile raporlanmıştır.

Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiş ve raporlanmıştır.

Hipotezler

- H1. HAVYTÖ ile AVBF arasında pozitif yönlü doğrusal ilişki vardır.
- H2. AVBF, HAVYTÖ' yü pozitif yönde etkiler ($AVBF \rightarrow HAVYTÖ$).
- H3. Cinsiyete göre HAVYTÖ açısından anlamlı fark vardır.
- H4. Cinsiyete göre AVBF açısından anlamlı fark vardır.
- H5. Medeni duruma göre HAVYTÖ açısından anlamlı fark vardır.
- H6. Medeni duruma göre AVBF açısından anlamlı fark vardır.
- H7. Yaş grubuna göre HAVYTÖ açısından anlamlı fark vardır.
- H8. Yaş grubuna göre AVBF açısından anlamlı fark vardır.
- H9. Eğitim durumuna göre HAVYTÖ açısından anlamlı fark vardır.
- H10. Eğitim durumuna göre AVBF açısından anlamlı fark vardır.
- H11. Hemşirelikte çalışma süresine göre HAVYTÖ açısından anlamlı fark vardır.
- H12. Hemşirelikte çalışma süresine göre AVBF açısından anlamlı fark vardır.
- H13. Çalışılan alana göre HAVYTÖ açısından anlamlı fark vardır.
- H14. Çalışılan alana göre AVBF açısından anlamlı fark vardır.
- H15. Mevcut alanda çalışma süresine göre HAVYTÖ açısından anlamlı fark vardır.
- H16. Mevcut alanda çalışma süresine göre AVBF açısından anlamlı fark vardır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Enstitüsü Etik Kurulu'ndan 04.02.2025 tarihli ve 2025/02-1475 sayılı yazılı izin, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun 18.04.2025 tarih ve 2025/05 sayılı yazılı izni alınmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmanın yürütüldüğü İstanbul Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri yüzde dağılımlarıyla sunulmuştur. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=360)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	240	66,7
	Erkek	120	33,3
Medeni durum	Evli	134	37,2
	Bekar	226	62,8
Yaşınız	21-25	124	34,4
	26-30	183	50,8
	31 ve üzeri	53	14,7
Eğitim durumunuz	Ön lisans	51	14,2
	Lisans	262	72,8
	Lisansüstü	47	13,1
Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?	0-1 yıl	39	10,8
	1-5 yıl	159	44,2
	5-10 yıl	107	29,7
	10 yıl ve üzeri	55	15,3
Bulunduğunuz alanda kaç yıldır çalışıyorsunuz?	0-1 yıl	47	13,1
	1-5 yıl	227	63,1
	5-10 yıl	56	15,6
	10 yıl ve üzeri	30	8,3
Çalıştığınız alan?	Ameliyathane	90	25,0
	Kadın Doğum	37	10,3
	Acil Servis	43	11,9
	Yoğun Bakım	36	10,0
	Poliklinik	59	16,4
	Kardiyoloji	50	13,9
	Kulak Burun Boğaz	45	12,5

Tablo 4. 2: Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Uygulamaları Anketi Ortalamaları

	Min.	Max.	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart Sapma (S.S.)
Adli hemşirelik terimini hiç duydunuz mu?	1	2	1,83	,378
Öğreniminiz sırasında adli hemşirelik eğitimi aldınız mı?	1	2	1,33	,472
Kurumunuzda adli olguya yaklaşımla ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim aldınız mı?	1	2	1,28	,447
Adli hemşirelikle ilgili kurs/ sertifika programına katıldınız mı?	1	2	1,08	,268
Adli hemşirelikle ilgili hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	1	2	1,72	,449
Türk Ceza Kanunu'nun 280. Maddesi ve içeriği hakkında bilginiz var mı?	1	2	1,44	,498
Adli olguların bildirimi konusunda ne yapılması gerektiğini biliyor musunuz?	1	2	1,37	,484
Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi Genetik İncelemeler- Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik'in içeriği hakkında bilginiz var mı?	1	2	1,36	,479
İllyet bağı/ nedensellik bağı teriminin ne anlama geldiğini biliyor musunuz?	1	2	1,44	,497
Çalıştığınız kurumda adli hemşire var mı?	1	2	1,41	,493
Hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünüyor musunuz?	1	2	1,83	,376
Hemşireler adli olguların muayenesini yapıp delil toplamalı mıdır?	1	2	1,77	,422
Kurumunuzda acil servise gelen vakaları hemşire olarak adli olgu açısından değerlendiriyor musunuz?	1	2	1,44	,498
Adli vakalarda delil topluyor musunuz?	1	2	1,38	,486
Adli olgudan elde edilen bulguların adli makamlara teslim edilene kadar geçen sürede uygulanan delil teslim zinciri uygulaması hakkında bilginiz var mı?	1	2	1,54	,499
Kanıt koruma zincirindeki herhangi bir kişinin mahkemeye şahit olarak çağırılabilceğini biliyor musunuz?	1	2	1,74	,437
Adli vaka dosyaları günlük düzenli olarak teslim ediliyor mu?	1	2	1,54	,499

Tablo 4.2, araştırmaya katılan hemşirelerin adli vakaya yönelik uygulamalarını ve bu alandaki temel bilgi-farkındalık düzeylerini betimlemek amacıyla oluşturulan “Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Uygulamaları Anketi” ne verilen yanıtların özetini sunmaktadır. Bu bölümde yer alan maddeler iki kategorili (Evet/Hayır) olarak düzenlenmiş olup, çalışmada Hayır=1, Evet=2 biçiminde kodlanmıştır. Bu nedenle tablodaki ortalama değerlerin 2’ye yaklaşması “Evet” yanıtlarının arttığını, 1’e yaklaşması ise “Hayır” yanıtlarının arttığını göstermektedir.

1) Farkındalık ve gereklilik algısı

Katılımcıların adli hemşireliğe ilişkin farkındalıklarının ve kurumsal gereklilik algılarının yüksek olduğu görülmektedir. “Adli hemşirelik terimini hiç duydunuz mu?” maddesinde ortalama $\bar{X}=1,83$ olup bu değer yaklaşık %83 “Evet” yanıtına işaret etmektedir. Benzer şekilde “Hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünüyor musunuz?” maddesinde de $\bar{X}=1,83$ (yaklaşık %83 Evet) olarak tespit edilmiştir. “Hemşireler adli olguların muayenesini yapıp delil toplamalı mıdır?” maddesinde ortalama $\bar{X}=1,77$ olup yaklaşık %77 Evet düzeyine karşılık gelmektedir.

2) Eğitim alma durumu (düşük), eğitimi gerekli görme

Eğitimle ilgili maddelerde ortalamaların 1’e yakın seyretmesi, eğitim alma oranlarının sınırlı olduğuna işaret etmektedir. “Öğreniminiz sırasında adli hemşirelik eğitimi aldınız mı?” maddesinde $\bar{X}=1,33$ olup yaklaşık %33 Evet; “Kurumunuzda adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?” maddesinde $\bar{X}=1,28$ (yaklaşık %28 Evet) ve “Kurs/sertifika programına katıldınız mı?” maddesinde $\bar{X}=1,08$ (yaklaşık %8 Evet) bulunmuştur. Buna karşın “Adli hemşirelikle ilgili hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?” maddesinde ortalama $\bar{X}=1,72$ olup yaklaşık %72 Evet düzeyindedir.

3) Mevzuat ve kavram bilgisi

Mevzuat ve kavram bilgisine ilişkin maddelerde ortalamalar 1,36–1,44 aralığındadır. “TCK 280. madde bilgisi” için $\bar{X}=1,44$ (yaklaşık %44 Evet), “adli olguların bildirimi konusunda ne yapılması gerektiğini bilme” için $\bar{X}=1,37$ (yaklaşık %37 Evet), “ilgili yönetmelik içeriği hakkında bilgi” için $\bar{X}=1,36$ (yaklaşık %36 Evet) ve “illiyet/nedensellik bağı kavramını bilme” için $\bar{X}=1,44$ (yaklaşık %44 Evet) bulunmuştur.

4) Kurumsal yapı ve uygulama göstergeleri

“Çalıştığınız kurumda adli hemşire var mı?” maddesinde ortalama $\bar{X}=1,41$ olup yaklaşık %41 Evet düzeyindedir. Uygulama boyutunda “acil servise gelen vakaları adli olgu açısından değerlendirme” maddesinde $\bar{X}=1,44$ (yaklaşık %44 Evet) ve “adli vakalarda delil toplama” maddesinde $\bar{X}=1,38$ (yaklaşık %38 Evet) bulunmuştur. Buna karşılık “delil teslim zinciri uygulaması hakkında bilgi sahibi olma” maddesinde $\bar{X}=1,54$ (yaklaşık %54 Evet) ve “adli vaka dosyalarının günlük düzenli teslimi” maddesinde yine $\bar{X}=1,54$ (yaklaşık %54 Evet) görülmektedir. Son olarak “kanıt koruma zincirindeki herhangi bir kişinin mahkemeye şahit olarak çağırılabilceğini bilme” maddesinde ortalama $\bar{X}=1,74$ olup yaklaşık %74 Evet düzeyindedir.

Tablo 4. 3: Ölçeklerin ve Boyutlarının Ortalamaları

	Min.	Max.	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart Sapma (S.S.)
Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği (HAVYTÖ)	56,00	115,00	83,2556	12,77385
Adli Vaka Bilgi Formu (AVBF)	40,00	80,00	68,1361	5,06018
Öykü Alma	5,00	10,00	8,2528	1,06606
Fizik Muayene	2,00	4,00	3,2306	,62862
Kanıt Toplama	11,00	22,00	19,4500	1,84730
Kanıt Saklama	6,00	12,00	10,4028	1,28479
Kanıt Koruma	6,00	12,00	9,7083	1,50983
Kayıt Edilme	2,00	4,00	3,4917	,59706
Adli Vaka Tanımlama	5,00	10,00	8,6694	,94657
Adli Vakalar Konusundaki Yasalar	3,00	6,00	4,9306	,73372

Tablo 4.3'e göre HAVYTÖ puanları örneklemede 56,00 ile 115,00 arasında değişmekte, ortalama puan $\bar{X}$ =83,2556 ve standart sapma S.S.=12,77385 olarak raporlanmaktadır. AVBF puanları 40,00 ile 80,00 arasında değişmekte olup ortalama $\bar{X}$ =68,1361 ve standart sapma S.S.=5,06018'dir.

Tablo 4.3'te AVBF'nin toplam puanına ek olarak, adli vaka yönetim sürecinin aşamalarını temsil eden alt alanların (boyutların) ortalamaları da verilmiştir.

- Öykü Alma: Min–Maks 5,00–10,00, $\bar{X}$ =8,2528, S.S.=1,06606.
- Fizik Muayene: Min–Maks 2,00–4,00, $\bar{X}$ =3,2306, S.S.=0,62862.
- Kanıt Toplama: Min–Maks 11,00–22,00, $\bar{X}$ =19,4500, S.S.=1,84730.
- Kanıt Saklama: Min–Maks 6,00–12,00, $\bar{X}$ =10,4028, S.S.=1,28479.
- Kanıt Koruma: Min–Maks 6,00–12,00, $\bar{X}$ =9,7083, S.S.=1,50983.
- Kayıt Edilme: Min–Maks 2,00–4,00, $\bar{X}$ =3,4917, S.S.=0,59706.
- Adli Vaka Tanımlama: Min–Maks 5,00–10,00, $\bar{X}$ =8,6694, S.S.=0,94657.
- Adli Vakalar Konusundaki Yasalar: Min–Maks 3,00–6,00, $\bar{X}$ =4,9306, S.S.=0,73372.

Tablo 4. 4: Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği İfadelerinin Ortalamaları

İfadeler	$\bar{X}$	S.S.
Adli vaka ve kanıtlara yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahibim.	2,85	1,195
Adli vakaları prosedürle uğraşmamak için bildirim yapmam.	3,21	1,197
Adli vakalarda diğer sosyal kurumların konu ile ilgileneneğini düşünmüyorum.	3,02	1,182
Adli olguların bildiriminde yasal süreçte zorluklar ile karşılaşabilirim.	2,39	,973
Adli vaka bildirimlerinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi sahibi değilim.	2,53	1,122
Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik adli vaka ile karşılaştığımda çocuğun ailesi tarafında tehdit almamak için bildirimde bulunmam.	3,51	1,354
Çocuk istismarı ve ihmali olgularında çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünerek bildirimde bulunmam.	3,49	1,380
Adli vaka olgularında aile içi sıkıntılar beni ilgilendirmediği için bildirimde bulunmam.	3,48	1,378
3 aylık bir bebeğin koltuktan yuvarlanarak düşmesi adli vakayı düşündürür.	3,85	,938
Çocuk istismarı ve ihmali olgularında soruşturma başlatılması için ailenin şikayetçi olması gerekir.	3,07	1,302
Çocuk istismarı ve ihmali olgularında öykü alırken olayın ne zaman, nerede ve nasıl olduğunu sorgularım	3,97	,860
Öykü alırken olayın tam olarak anlaşılması için hastayı/yakınını olayı açıklamaya yönlendiririm.	3,87	,949
Öykü alırken tutarsızlığı açığa çıkarmak için çeldirici sorular sorarım	3,66	1,044
Öykü alma sırasında hasta ve yakınlarının ifadelerindeki çelişkilerle ilgilenip vakit kaybetmem	2,88	1,241
Çocuk yaralanması vakalarında ayrı ayrı alınan ebeveyn öykülerinin aynı olması adli vakayı düşündürmez.	3,07	1,369
Çocuklarda en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler avuç içleri ve el sırtı olduğundan gözlemlerimde dikkatli olurum.	4,03	,876
Adli vaka ya da şüphesi olan durumlarda hastanın giysilerini değiştirmesinde bir sakınca yoktur.	2,95	1,273
Mağdurun/şüphelinin giysilerini kanıtların dökülüp kaybolmaması açısından oturarak çıkarması istenmelidir.	3,77	,969
Mağdurun/şüphelinin giysilerini çıkarırken odadan çıkılmamalıdır.	3,76	1,003
Mağdurun/şüphelinin çıkardığı giysiler kanıtların tamamının ortaya çıkması için silkelmelidir	2,72	1,242
Mağdurun/şüphelinin giysileri çıkarılamayacak durumda ise üzerindeki deliklerden tutup yırtılarak çıkartılmalıdır.	2,86	1,312
Adli kayıttaki, bireye ilişkin notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir.	4,07	,940
Bir suça ilişkin kanıt elde etmek amaçlı sanık veya mağdurun vücudundan örnek alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir.	3,89	,855
Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirtiyle karşılaşmasına rağmen durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.	3,81	1,067
Kayıttaki yazı başka kişiler tarafından anlaşılması için sağlık personeli kısaltmasıyla yazılmalıdır.	2,52	1,102

Tablo 4.4'te Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği (HAVYTÖ) ifadelerinin, katılımcıların verdikleri yanıtlar doğrultusunda ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (S.S.) değerleri sunulmuştur. Katılımcıların en yüksek ortalamaya sahip ifadesi “Adli kayıta elde edilen bilgilerin hemşire tarafından not edilmesi gerekiyorsa bu notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir.” olup ($\bar{X}=4,07\pm S.S.=0,940$) ölçeğin kayıt–raporlama sürecine yönelik tutumlarda güçlü bir kabul düzeyine işaret etmektedir. En yüksek ortalamaya yakın diğer ifadelerden “Çocuklarda en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler avuç içleri ve el sırtı olduğundan gözlemlerimde dikkatli olurum ($\bar{X}=4,03\pm S.S.=0,876$) ve “Çocuk istismarı ve ihmali olgularında öykü alınırken olayın ne zaman, nerede ve nasıl olduğunu sorgularım ($\bar{X}=3,97\pm S.S.=0,860$) maddeleri, olduğu tespit edilmiştir.

Öte yandan tabloda en düşük ortalamaya sahip ifade “Adli olguların bildiriminde yasal süreçte zorluklarla karşılaşabilirim.” olarak belirlenmiş ($\bar{X}=2,39\pm S.S.=0,973$) ve bu bulgu, katılımcıların bu ifadeye katılım düzeyinin görece düşük olduğunu göstermiştir. Benzer biçimde “Adli vaka bildirimlerinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi sahibi değilim.” maddesinde de ortalamanın görece düşük olduğu ($\bar{X}=2,53\pm S.S.=1,122$) görülmektedir.

Tablo 4. 5: Adli Vaka Bilgi Formu İfadelerinin Ortalamaları

İfadeler	̄X	S.S.
Acil servise gelen trafik kazası, darp, zehirlenme, düşme gibi olguların adli vaka olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir.	1,85	,360
Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirtin ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.	1,71	,454
2 aylık bir bebeğin yataktan yuvarlanarak düşmesi adli vaka olarak düşünülmez.	1,29	,455
Çocuk yaralanması vakalarında tek tek verilen ebeveyn öyküleri aynıysa adli vaka düşünülmesine gerek yoktur.	1,37	,483
Adli vaka olduğu için fiziksel muayene ile ilgili hastadan onam almaya gerek yoktur.	1,43	,496
Çocuk istismarında soruşturma başlatılması için ailenin şikayetçi olması gerekmektedir.	1,37	,484
İç beden muayenesi ancak tabip veya sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir.	1,80	,403
Hemşire öykü alırken genel hemşirelik öyküsüne ek olarak olayın ne zaman, nerede, nasıl olduğu sorgulanmalıdır.	1,83	,373
Hemşire öykü alırken olayın tam olarak anlaşılması için hastayı olayı açıklamaya yönlendirmelidir.	1,83	,373
Öykü alırken sorular tutarsızlığı açığa çıkarmak için çeldirici olmalıdır.	1,70	,458
Hemşire öykü alma sırasında hasta ve yakınlarının ifadelerindeki çelişkilerle ilgilenip vakit kaybetmemelidir.	1,51	,501
Adli vaka ya da şüphesi olan durumlarda hastanın giysilerini değiştirmesinde bir sakınca yoktur.	1,45	,498
Mağdurun/şüphelinin giysilerini kanıtların dökülüp kaybolmaması açısından oturarak çıkarması istenmelidir.	1,81	,392
Mağdurun/şüphelinin giysilerini çıkarırken odadan çıkılmamalıdır.	1,77	,422
Mağdurun/şüphelinin çıkardığı giysiler kanıtların tamamının ortaya çıkması için silkenmelidir.	1,56	,497
Mağdurun/şüphelinin giysileri çıkarılamayacak durumda ise üzerindeki deliklerden tutup yırtılarak çıkartılmalıdır.	1,49	,501
Hemşire mağdurun/şüphelinin dili ve yanaklarından sürüntü alacaksa, steril su ile nemlendirilmiş steril swap kullanmalıdır.	1,86	,349
Cinsel suç vakasında mağdurun ağzının su ile çalkalattırılıp bu çalkantı suyunun alınması önemlidir.	1,83	,378
Bir suça ilişkin kanıt elde etmek amaçlı sanık veya mağdurun vücudundan örnek alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir.	1,85	,360
Olay anının üzerinden eğer 24 saat geçmiş ise kişilerden uyutucu-uyuşturucu madde analizi için 1-5 güne kadar idrar alınması gerekmektedir.	1,81	,394
Biyolojik materyalleri saklamada ılık ortam şartları en iyisidir.	1,59	,492
Giysilerin katlanması gerekiyorsa kıyafetin birbirinin üstüne gelecek kısımlarına kâğıt yerleştirilmelidir.	1,79	,407
Mağdurdan/şüpheliden çıkarılan giysiler hemen poşetlere yerleştirilmelidir.	1,85	,360
Mağdura/şüpheliye müdahale sırasında pansuman yapılmışsa materyaller de kanıt olarak saklanmalıdır.	1,84	,366
Kanıtların teslim edilene kadar kilidi bulunan camlı ve raflı bir dolapta saklanması gerekmektedir.	1,79	,407
Islak veya nemli olan tüm kanıtlar paketlenmeden önce kurumasına izin verilmelidir.	1,61	,488

Paketlemek için cam, kâğıttan çok daha iyidir.	1,82	,383
Giysileri kurutmak için vantilatör ya da diğer araçlar kullanılmamalıdır.	1,83	,378
Acil serviste mağdurun veya şüphelinin üzerindeki giysilerden delil niteliği taşıyabilecek materyaller alındıktan sonra giysiler mağdur veya şüpheliye tutanak karşılığında teslim edilmelidir.	1,76	,430
Mide lavajı yapılan olgularda mide içerik sıvısından örnek alınmalıdır.	1,85	,360
Her bir kanıt ayrı ayrı kâğıt paket/zarf içine yerleştirilmelidir.	1,84	,368
Kanıtın yer aldığı paket/zarf kapatılmamalıdır.	1,41	,492
Kanıt zinciri mümkün olduğunca uzun tutulmalıdır.	1,54	,499
Paket/zarfa gizlilik açısından bireyin adı yazılmamalıdır.	1,68	,468
Paket/zarf üzerine kanıtları toplayanın adı, unvanı, hastanenin adı ve kliniği yazılmalıdır.	1,79	,405
Adli kayıтта, bireye ilişkin notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir.	1,86	,352
Kayıttaki yazı başka kişiler tarafından anlaşılmasın için sağlık personeli kısaltmasıyla yazılmalıdır.	1,64	,482
Çocuğun kardeşin suçlandığı yaralanmalarda çocuk istismarı düşünülmelidir.	1,86	,349
Çocuklarda avuç içleri ve el sırtı en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler olduğundan dikkatli olmak gerekir.	1,90	,297
Çocuğun hastane hastane gezdirilmesinde olayın adli vaka olabileceği düşünülmelidir.	1,77	,422

Tablo 4.5'te Adli Vaka Bilgi Formu (AVBF) ifadelerinin, katılımcıların verdikleri yanıtlar doğrultusunda ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (S.S.) değerleri gösterilmiştir.

Tablo 4.5'e göre, maddeler ikili yanıt yapısında (Evet/Hayır) değerlendirildiğinden, ortalamaların 2'ye yaklaşması ilgili ifadede aynı yönde yanıtların daha fazla olduğunu; 1'e yaklaşması ise karşı yönde yanıtların arttığını göstermektedir. Bu kapsamda katılımcıların en yüksek ortalama sahip ifadesi "Çocuklarda avuç içleri ve el sırtı en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler olduğundan dikkatli olmak gerekir." olup ($\bar{X}=1,90\pm S.S.=0,297$) bu alanda yanıtların büyük ölçüde aynı yönde toplandığını ve çocuk olgularında fiziksel bulgulara yönelik farkındalığın yüksek seyrettiğini göstermektedir.

En yüksek ortalama yakın diğer ifadelerden "Hemşire mağdurun/şüphelinin dili ve yanaklarından sürüntü alacaksa... steril swap kullanmalıdır." ($\bar{X}=1,86\pm S.S.=0,349$), "Adli kayıтта... notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir." ($\bar{X}=1,86\pm S.S.=0,352$) ve "Acil servise gelen... olguların adli vaka olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir." ($\bar{X}=1,85\pm S.S.=0,360$) maddeleri hem kanıt toplama

hem de kayıt–raporlama basamaklarında doğru uygulama ilkelerine katılımın görece yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Buna karşın tablodaki en düşük ortalama sahip ifade “2 aylık bir bebeğin yataktan yuvarlanarak düşmesi adli vaka olarak düşünülmez.” olup ($\bar{X}=1,29\pm S.S.=0,455$) katılımcı yanıtlarının bu ifadede daha düşük bir ortalama yayıldığı göstermektedir.

En düşük ortalamalar arasında ayrıca “Çocuk yaralanması vakalarında... öyküler aynıysa adli vaka düşünülmesine gerek yoktur.” ($\bar{X}=1,37\pm S.S.=0,483$) ve “Çocuk istismarında soruşturma başlatılması için ailenin şikayetçi olması gerekmektedir.” ($\bar{X}=1,37\pm S.S.=0,484$) ifadeleri yer almaktadır.

Tablo 4. 6: Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeğine İlişkin T-testi ve One-Way ANOVA Sonuçları

Değişkenler		$\bar{X}$	S.S.	T/F	p	Post Hoc.
Cinsiyet	Kadın	82,7792	12,67213	-1,001	,318	
	Erkek	84,2083	12,97567			
Medeni durum	Evli	85,2388	13,86356	2,282	,023	
	Bekar	82,0796	11,95855			
Yaşınız	21-25 ¹	80,7581	10,78570	3,726	,025	Fark: 1-2
	26-30 ²	84,7158	13,21862			
	31 ve üzeri ³	84,0566	14,72232			
Eğitim durumunuz?	Ön lisans	80,4510	11,08028	1,447	,237	
	Lisans	83,6718	12,78615			
	Lisansüstü	83,9787	14,21801			
Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?	0-1 yıl ¹	80,8718	10,71197	10,151	,000	Fark: 1-3, 2-3
	1-5 yıl ²	80,0629	10,84043			
	5-10 yıl ³	88,2804	13,86852			
	10 yıl ve üzeri ⁴	84,4000	14,04174			
Bulunduğunuz alanda kaç yıldır çalışıyorsunuz?	0-1 yıl	79,3191	11,70304	2,106	,099	
	1-5 yıl	84,0661	12,58986			
	5-10 yıl	84,2143	13,61912			
	10 yıl ve üzeri	81,5000	13,43375			
Çalıştığınız alan?	Ameliyathane	85,6111	13,73971	1,232	,289	
	Kadın Doğum	83,6757	12,89284			
	Acil Servis	82,4651	12,39691			
	Yoğun Bakım	80,3611	12,07631			
	Poliklinik	82,8644	11,81241			
	Kardiyoloji	80,8400	12,87358			
	Kulak Burun Boğaz	84,4667	12,44917			

Tablo 4.6’da hemşirelerin, Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği (HAVYTÖ) puanlarının sosyo-demografik ve mesleki değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. İki kategorili değişkenlerde (cinsiyet, medeni durum) bağımsız örneklem t-testi, üç ve daha fazla kategori içeren değişkenlerde (yaş, eğitim, hemşirelikte çalışma süresi, mevcut alanda çalışma süresi, çalışılan alan) tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Kadınların HAVYTÖ ortalaması $\bar{X}=82,7792\pm12,67213$, erkeklerin ortalaması $\bar{X}=84,2083\pm12,97567$ 'dir. Cinsiyete göre HAVYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-1,001$; $p=0,318$).

Evli hemşirelerin HAVYTÖ ortalaması $\bar{X}=85,2388\pm13,86356$, bekar hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=82,0796\pm11,95855$ olarak bulunmuştur. Medeni duruma göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,282$; $p=0,023$). Buna göre evli hemşirelerin HAVYTÖ puanları bekar hemşirelere göre daha yüksek saptanmıştır.

Yaş gruplarına göre HAVYTÖ ortalamaları; 21–25 yaş: $\bar{X}=80,7581\pm10,78570$, 26–30 yaş: $\bar{X}=84,7158\pm13,21862$, 31 ve üzeri: $\bar{X}=84,0566\pm14,72232$ şeklindedir. Yaş grupları arasında HAVYTÖ puanları açısından anlamlı fark vardır ($F=3,726$; $p=0,025$). Post-hoc sonuçlarına göre farkın 21–25 yaş grubu ile 26–30 yaş grubu arasında olduğu görülmektedir (Fark: 1–2). Bu bulgu, 26–30 yaş grubunda tutum puanlarının 21–25 yaş grubuna kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Eğitim durumuna göre ortalamalar; ön lisans: $\bar{X}=80,4510\pm11,08028$, lisans: $\bar{X}=83,6718\pm12,78615$, lisansüstü: $\bar{X}=83,9787\pm14,21801$ 'dir. Gruplar arasında HAVYTÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=1,447$; $p=0,237$).

Hemşirelikte çalışma süresine göre HAVYTÖ ortalamaları; 0–1 yıl: $\bar{X}=80,8718\pm10,71197$, 1–5 yıl: $\bar{X}=80,0629\pm10,84043$, 5–10 yıl: $\bar{X}=88,2804\pm13,86852$, 10 yıl ve üzeri: $\bar{X}=84,4000\pm14,04174$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($F=10,151$; $p=0,000$). Post-hoc karşılaştırmalara göre anlamlı farklılık 0–1 yıl ile 5–10 yıl (1–3) ve 1–5 yıl ile 5–10 yıl (2–3) grupları arasındadır.

Mevcut alanda çalışma süresine göre ortalamalar; 0–1 yıl: $\bar{X}=79,3191\pm11,70304$, 1–5 yıl: $\bar{X}=84,0661\pm12,58986$, 5–10 yıl: $\bar{X}=84,2143\pm13,61912$, 10 yıl ve üzeri: $\bar{X}=81,5000\pm13,43375$ 'tir. Gruplar arasında HAVYTÖ puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($F=2,106$; $p=0,099$).

Çalışılan alana göre HAVYTÖ ortalamaları; ameliyathane: 85,6111±13,73971, kadın doğum: 83,6757±12,89284, acil servis: 82,4651±12,39691, yoğun bakım: 80,3611±12,07631, poliklinik: 82,8644±11,81241, kardiyoloji: 80,8400±12,87358, kulak burun boğaz: 84,4667±12,44917 şeklindedir. Alanlar arasında HAVYTÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (F=1,232; p=0,289).

Tablo 4. 7: Adli Vaka Bilgi Formuna İlişkin T-testi ve One-Way ANOVA Sonuçları

Değişkenler		$\bar{X}$	S.S.	T/F	p	Post Hoc.
Cinsiyet	Kadın	68,6708	4,47634	2,864	,004	
	Erkek	67,0667	5,93909			
Medeni Durum	Evli	68,0746	4,95487	-,177	,859	
	Bekar	68,1726	5,13215			
Yaşınız	21-25 ¹	69,0565	4,38827	3,211	,041	Fark: 1-3
	26-30 ²	67,7049	5,08395			
	31 ve üzeri ³	67,4717	6,13503			
Eğitim durumunuz	Ön lisans	67,9020	6,78603	,070	,932	
	Lisans	68,1603	4,78154			
	Lisansüstü	68,2553	4,46955			
Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?	0-1 yıl ¹	68,1538	6,57162	4,417	,005	Fark: 1-3, 3-4
	1-5 yıl ²	68,8302	4,33591			
	5-10 yıl ³	66,7009	5,20017			
	10 yıl ve üzeri ⁴	68,9091	5,06357			
Bulunduğunuz alanda kaç yıldır çalışıyorsunuz?	0-1 yıl ¹	69,1064	4,43422	5,038	,002	Fark: 1-3, 2-3, 3-4
	1-5 yıl ²	68,3084	3,93105			
	5-10 yıl ³	65,9286	7,88752			
	10 yıl ve üzeri ⁴	69,4333	5,87034			
Çalıştığınız alan?	Ameliyathane	68,7778	4,18069	1,046	,395	
	Kadın Doğum	69,3243	4,81926			
	Acil Servis	67,9302	5,07278			
	Yoğun Bakım	67,5000	3,98210			
	Poliklinik	67,3390	6,41821			
	Kardiyoloji	67,5600	5,91836			

Tablo 4.7’de hemşirelerin Adli Vaka Bilgi Formu (AVBF) puanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. İki kategorili değişkenlerde (cinsiyet, medeni durum) bağımsız örneklem t-testi, üç ve daha fazla kategorili değişkenlerde (yaş grubu, eğitim durumu, hemşirelikte çalışma süresi, mevcut alanda çalışma süresi, çalışılan alan) tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Kadın hemşirelerin AVBF puan ortalaması $\bar{X}=68,6708\pm4,47634$, erkek hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=67,0667\pm5,93909$ ’dur. Cinsiyete göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2,864$; $p=,004$). Bu bulgu, örnekleme kadın hemşirelerin adli vaka bilgi puanlarının erkek hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Evli hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=68,0746\pm4,95487$, bekar hemşirelerin ortalaması $\bar{X}=68,1726\pm5,13215$ olup, medeni duruma göre AVBF puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır ($t=-0,177$; $p=,859$).

Yaş gruplarına göre AVBF ortalamaları 21–25 yaş: $69,0565\pm4,38827$, 26–30 yaş: $67,7049\pm5,08395$, 31 ve üzeri: $67,4717\pm6,13503$ olarak bulunmuştur. Yaş grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=3,211$; $p=,041$). Post-hoc karşılaştırmaya göre fark 21–25 yaş grubu ile 31 ve üzeri grup arasındadır (Fark: 1–3). Buna göre 21–25 yaş grubunun AVBF puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim durumuna göre AVBF ortalamaları ön lisans: $67,9020\pm6,78603$, lisans: $68,1603\pm4,78154$, lisansüstü: $68,2553\pm4,46955$ şeklindedir. Eğitim düzeyine göre AVBF puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0,070$; $p=,932$).

Hemşirelikte çalışma süresine göre AVBF ortalamaları 0–1 yıl: $68,1538\pm6,57162$, 1–5 yıl: $68,8302\pm4,33591$, 5–10 yıl: $66,7009\pm5,20017$, 10 yıl ve üzeri: $68,9091\pm5,06357$ ’dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4,417$; $p=,005$). Post-hoc sonuçlarına göre fark 0–1 yıl ile 5–10 yıl (1–3) ve 5–10

yıl ile 10 yıl ve üzeri (3–4) grupları arasındadır. Bu bulgu, 5–10 yıl deneyim grubunun AVBF puanlarının hem 0–1 yıl hem de 10 yıl ve üzeri gruplarına göre daha düşük seyrettiğini göstermektedir.

Bulunduğu alanda çalışma süresine göre AVBF ortalamaları 0–1 yıl: $69,1064 \pm 4,43422$, 1–5 yıl: $68,3084 \pm 3,93105$, 5–10 yıl: $65,9286 \pm 7,88752$, 10 yıl ve üzeri: $69,4333 \pm 5,87034$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=5,038$; $p=,002$). Post-hoc karşılaştırmalara göre anlamlı farklılık 0–1 yıl ile 5–10 yıl (1–3), 1–5 yıl ile 5–10 yıl (2–3) ve 5–10 yıl ile 10 yıl ve üzeri (3–4) grupları arasındadır. Bu sonuç, mevcut alanda 5–10 yıldır çalışan hemşirelerin AVBF puanlarının diğer gruplara kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir (ortalama: 65,93).

Çalışılan birimlere göre AVBF ortalamaları 67,34–69,32 aralığında değişmektedir (örn. kadın doğum: 69,3243; poliklinik: 67,3390). Ancak çalışılan alana göre AVBF puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($F=1,046$; $p=,395$).

Tablo 4. 8: Ölçeklerin Korelasyon Sonuçları

Değişkenler		HAVYTÖ	AVBF
Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği (HAVYTÖ)	r	1	,211**
	p		,000
Adli Vaka Bilgi Formu (AVBF)	r	,211**	1
	p	,000	
Öykü Alma	r	,221**	,584**
	p	,000	,000
Fizik Muayene	r	,108*	,333**
	p	,041	,000
Kanıt Toplama	r	,109*	,729**
	p	,038	,000
Kanıt Saklama	r	,179**	,648**
	p	,001	,000
Kanıt Koruma	r	,339**	,647**
	p	,000	,000
Kayıt Edilme	r	,231**	,330**
	p	,000	,000
Adli Vaka Tanımlama	r	,011	,548**
	p	,832	,000
Adli Vakalar Konusundaki Yasalar	r	,105*	,486**
	p	,046	,000

** Koralasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır

* Koralasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır

Tablo 4.8’de Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği (HAVYTÖ) ile Adli Vaka Bilgi Formu (AVBF) ve AVBF alt alan puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda HAVYTÖ ile AVBF arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,211$; $p<0,001$).

AVBF alt alanları ile HAVYTÖ arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde, alt alanların çoğunun HAVYTÖ ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler verdiği görülmüştür. HAVYTÖ ile Öykü Alma arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($r=0,221$; $p<0,001$). Fizik Muayene ($r=0,108$; $p=0,041$), Kanıt Toplama ($r=0,109$; $p=0,038$) ve Adli Vakalar Konusundaki Yasalar ($r=0,105$; $p=0,046$) alt alanları HAVYTÖ ile pozitif yönlü ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki göstermiştir. Ayrıca Kanıt

Saklama ($r=0,179$; $p=0,001$), Kanıt Koruma ($r=0,339$; $p<0,001$) ve Kayıt Edilme ($r=0,231$; $p<0,001$) alt alanlarında HAVYTÖ ile ilişkilerin anlamlı olduğu; özellikle Kanıt Koruma alt alanının HAVYTÖ ile ilişkide en yüksek korelasyon katsayısına sahip olduğu görülmüştür ($r=0,339$). Buna karşın Adli Vaka Tanımlama alt alanı ile HAVYTÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0,011$; $p=0,832$).

Tabloda ayrıca AVBF toplam puanı ile alt alan puanları arasındaki ilişkiler de verilmiş olup, AVBF toplam puanının tüm alt alanlarla pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir (ör. Öykü Alma $r=0,584$; Kanıt Toplama $r=0,729$; Kanıt Saklama $r=0,648$; Kanıt Koruma $r=0,647$; tümü $p<0,001$).

Tablo 4. 9: Adli Vaka Bilgi Düzeyinin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Modeli

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standardize Değerler	t	p
		B	S.H	β		
Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları Ölçeği (HAVYTÖ)	(Sabit)	119,594	8,910		13,423	,000
	Adli Vaka Bilgi Formu (AVBF)	,533	,130	,211	4,090	,000
R=0,211		R²=0,045		F=16,726		p=0,000

Tablo 9’da hemşirelerin Adli Vaka Bilgi düzeyinin (AVBF), Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumları (HAVYTÖ) üzerindeki etkileyici etkisi basit doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda kurulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=16,726$; $p<0,001$). Bu bulgu, AVBF değişkeninin HAVYTÖ’ yü etkilemede rastlantısal olmayan bir katkı sunduğunu ve modelin genel olarak geçerli olduğunu göstermektedir. Modelin korelasyon katsayısı $R=0,211$ olup, modelin açıkladığı toplam varyans $R^2=0,045$ ’tir.

Regresyon katsayıları incelendiğinde AVBF' nin HAVYTÖ üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır ($B=0,533$; $S.H.=0,130$; $\beta=0,211$; $t=4,090$; $p<0,001$). Standardize katsayı ($\beta=0,211$), bilgi düzeyi arttıkça tutum puanının da arttığını ve etkinin büyüklüğünün zayıf düzeyde olduğunu göstermektedir. Standardize katsayının tek değişkeni bulunan modellerde korelasyon katsayısı ile aynı işareti taşıması beklenir; bu modelde de β 'nin pozitif olması, AVBF ile HAVYTÖ arasındaki ilişkinin pozitif yönlü olduğunu desteklemektedir.

Modelin yorumlanması açısından, standardize edilmemiş katsayı ($B=0,533$) pratik bir anlam taşımaktadır: AVBF puanındaki 1 birimlik artış, HAVYTÖ puanında yaklaşık 0,533 puanlık artış ile ilişkilidir. Sabit terim (constant) 119,594 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=13,423$; $p<0,001$). Sabit terim, AVBF' nin sıfır olduğu varsayımsal bir durumda HAVYTÖ' nün beklenen değerini temsil eder; ancak AVBF' nin gözlenen aralığı sıfırı içermediğinden sabit terim daha çok modelin matematiksel bileşeni olarak değerlendirilmelidir.

Bu bulgular doğrultusunda regresyon denklemi şu şekilde ifade edilebilir:

$$HAVYTÖ = 119,594 + 0,533 \times AVBF$$

Sonuç olarak, hemşirelerin adli vakaya ilişkin bilgi düzeyi (AVBF) arttıkça adli vakaya yönelik tutum puanlarının (HAVYTÖ) da artma eğiliminde olduğu; ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olsa da açıklama gücünün sınırlı olduğu saptanmıştır.

Çalışmada HAVYTÖ ile AVBF arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiş ve HAVYTÖ ile AVBF arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,211$; $p<0,001$). Bu bulgu doğrultusunda H1 kabul edilmiştir. AVBF'nin HAVYTÖ'yü etkileme gücü basit doğrusal regresyon analizi ile incelenmiş; modelin anlamlı olduğu ($F=16,726$; $p<0,001$) ve AVBF'nin HAVYTÖ üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcı etkisi bulunduğu saptanmıştır ($B=0,533$; $\beta=0,211$; $t=4,090$; $p<0,001$). Açıklanan varyansın $R^2=0,045$ olması, AVBF'nin HAVYTÖ'deki değişimin yaklaşık %4,5'ini açıkladığını göstermektedir. Bu sonuçlara göre H2 kabul edilmiştir.

Sosyo-demografik değişkenlere göre grup karşılaştırmalarında, cinsiyete göre HAVYTÖ puanlarının anlamlı farklılık göstermediği ($p=0,318$) ve H3'ün reddedildiği; buna karşın cinsiyete göre AVBF puanlarının anlamlı biçimde farklılaştığı ($t=2,864$; $p=0,004$) ve H4'ün kabul edildiği belirlenmiştir. Medeni duruma göre HAVYTÖ puanları açısından anlamlı fark saptanmış ($t=2,282$; $p=0,023$) ve H5 kabul edilmiştir; ancak medeni duruma göre AVBF puanları anlamlı farklılık göstermemiş ($p=0,859$) ve H6 reddedilmiştir.

Yaş gruplarına göre HAVYTÖ puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği ($F=3,726$; $p=0,025$) ve H7'nin kabul edildiği; AVBF puanlarının da yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($F=3,211$; $p=0,041$) ve post-hoc karşılaştırmada farkın 1–3 grupları arasında olduğu; dolayısıyla H8'in kabul edildiği belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre hem HAVYTÖ ($p=0,237$) hem de AVBF ($p=0,932$) puanlarında anlamlı fark bulunmaması nedeniyle H9 ve H10 reddedilmiştir.

Hemşirelikte çalışma süresine göre HAVYTÖ puanlarının anlamlı biçimde farklılaştığı ($F=10,151$; $p<0,001$) ve post-hoc sonuçlarda farkın 1–3 ve 2–3 grupları arasında olduğu görülmüş; bu doğrultuda H11 kabul edilmiştir. Hemşirelikte çalışma süresine göre AVBF puanlarında da anlamlı farklılık saptanmış ($F=4,417$; $p=0,005$) ve post-hoc analizde farkın 1–3 ve 3–4 grupları arasında olduğu belirlenmiş; dolayısıyla H12 kabul edilmiştir. Çalışılan alana göre HAVYTÖ puanları ($p=0,289$) ve AVBF puanları ($p=0,395$) anlamlı biçimde farklılaşmadığından H13 ve H14 reddedilmiştir.

Son olarak, mevcut alanda çalışma süresine göre HAVYTÖ puanlarının anlamlı farklılık göstermediği ($p=0,099$) ve H15'in reddedildiği; buna karşın AVBF puanlarının mevcut alanda çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı ($F=5,038$; $p=0,002$) ve post-hoc karşılaştırmalarda 0–1 yıl ile 5–10 yıl, 1–5 yıl ile 5–10 yıl ve 5–10 yıl ile 10 yıl ve üzeri grupları arasında farklılık bulunduğu; dolayısıyla H16'nın kabul edildiği belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Adli vakalar, yapısı gereği tıbbi ve hukuki süreçlerin eş zamanlı yürütülmesini gerektirmektedir. Hemşireler, adli olaya karışan kişi ile sağlık kurumunun herhangi bir biriminde karşılaşabilmektedir ve mesleki sorumluluklarını yerine getirirken karşılaştıkları vakaların suç mahallinin devamı niteliğinde olabileceğini unutmadan hastalara gerekli tıbbi bakım ve tedaviyi uygulaması gerekmektedir. Çünkü adli vakalarla karşılaşan hemşirelerin hastaların bakım ve tedavisinin yanı sıra hukuki haklarını da korumaları gerekmektedir. Bu sebeple adli olayın çözülmesini sağlayacak delilleri tanımlama, toplama, saklama, koruma ve adli makamlara ulaşmasını sağlamakla yükümlüdürler. Adli muayenenin eksiksiz ve usulüne uygun yapılması, adli vakanın çözülmesine katkıda bulunmakla beraber adaletin hızlı ve zamanında uygulanması mağdur kişinin haklarının korunmasını sağlamaktadır (Pınar & Taşdelen Bahar, 2011; Akküz Çevik & Başer, 2012; Sakallı, 2018; Çelik, 2021).

Adli hemşirelik, hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerini adli süreçlere dahil edilmesiyle oluşan bir uzmanlık alanıdır ve pek çok ülkede adli vakalarda görev almaktadırlar. Fakat ülkemizde yasal olarak görev tanımı yapılan adli hemşire bulunmamaktadır. Bu nedenle adli olguların değerlendirmesi uzmanlığı bulunmayan hemşireler tarafından yapılmaktadır. Bu durum delil niteliği taşıyabilecek materyallerin tanımlanması, toplanması, saklanması, korunması ve gerekli makamlara teslimine kadar geçen süreçlerde hatalı ve eksik uygulamaların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Hatalı ve eksik uygulamalar, adli vakanın çözülmesini olumsuz etkileyerek mağdurun hak kaybına uğramasına, adli süreçte görev alan hemşirenin ise yargı önünde suçlu duruma düşmesine sebep olabilmektedir (Pınar & Taşdelen Bahar, 2011; Akküz Çevik & Başer, 2012; Fırat vd., 2016; Akçin & Yılmaz Güven, 2024).

Arslan ve Erkan'ın çalışmasında katılımcıların "Adli hemşirelik hakkında bilginiz var mı?" sorusuna %80 oranında bilgilerinin olmadığını (Arslan & Erkan, 2016), Eyüp'ün çalışmasında katılımcıların %29,8'inin adli hemşireliğin tanımını yapabildiği (Eyüp, 2019), Mete'nin çalışmasında katılımcıların %36,7 sinin adli hemşirelik terimini hiç duymadığı (Mete, 2023), Taşdelen Bahar'ın çalışmasında %77,2'sinin adli hemşirelik

kavramını duymadığı (Taşdelen Bahar, 2008), Akçin ve Yılmaz Güven'in çalışmasında katılımcıların %63,4'ünün adli vakalar hakkında bilgisinin bulunmadığı (Akçin & Yılmaz Güven, 2024), Küçüköğlu ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %74'ünün adli hemşirelik kavramını duymadığı görülmüştür (Küçüköğlu vd., 2017). Yaptığımız çalışmada ise "Adli hemşirelik terimini hiç duydunuz mu?" sorusuna %83 evet yanıtı verildi (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile örtüşmemektedir. Tablo 4.2'den elde edilen bulgulara göre çalışmaya katılan hemşirelerin adli hemşirelik konusundaki farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu, adli hemşirelik kavramına aşinalığın ve adli olgularda hemşirenin rolüne ilişkin kabulün yüksek olduğu düşünülmektedir.

Sakallı'nın yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hemşirelerin tamamı adli hemşirelik konusunda eğitim almadığını (Sakallı, 2018), Çelik'in çalışmasında (2021) araştırmaya katılanların %78,8'i adli vaka yönetimi konusunda eğitim almadığını, eğitim alanların ise %64,3'ü hizmet içi eğitim aldığını (Çelik, 2021), Çelik'in (2019) çalışmasında katılımcıların %79'u öğrenim sırasında veya sonrasında eğitim almadığını, %80,9' u adli vakalarla ilgili çalıştıkları kurumda eğitim almadığını (Çelik, 2019), Mete'nin çalışmasında katılımcıların %53'ü adli olguya yaklaşım konusunda eğitim almadığını fakat %29,7'si eğitim esnasında, %9,7'si meslek içi eğitim kurslarından, %3,9'u ise kitap, dergi ve makalelerden eğitim aldığını ifade etmiştir (Mete, 2023). Eyüp'ün çalışmasında %73,1'i mezuniyet öncesi, %80,8'i mezuniyet sonrası konu ile ilgili eğitim almadığını (Eyüp, 2019), Akgüden' in çalışmasında katılımcıların %77,1'i öğrencilerin %89,7'si adli vakaya yaklaşımla ilgili eğitim almadığını (Akgüden, 2024), Altın'ın çalışmasında katılımcıların %89,3'ü adli olguya yaklaşım ile ilgili okullarda eğitim almanın gerekli olduğunu düşündüğünü, %76'sının kurumlarında adli olguya yaklaşımla ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim almadığını (Altın, 2021), Karabulutlu ve arkadaşlarının çalışmasında %73'ü okulda ders almadığını (Karabulutlu vd., 2023), Arslan ve Erkan'ın çalışmasında katılımcıların %95'i adli hemşirelik konusunda eğitim almadığını belirtmiştir (Arslan & Erkan, 2016). Bu çalışmada ise katılımcıların %33'ünün öğrenim esnasında adli hemşirelik eğitimi aldığı, %28'inin adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim aldığı, %8'inin adli hemşirelik ile ilgili kurs/sertifika programına katılarak adli hemşireliğe yönelik

eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile örtüşmektedir. Tablo 4.2’den elde edilen bulgulara göre, formal eğitim ve özellikle kurs/sertifika programlarına katılımının oldukça düşük olduğu, eğitimin yeterli düzeyde olmadığını görülmektedir. Bunun sebebinin adli hemşireliğin yeterince tanınmayan bir alan olması, bu alanla ilgili farkındalığın yeterli düzeye ulaşmaması ve ülkemizde görev tanımı yasal olarak yapılmış adli hemşirelerin bulunmamasından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Eyüp’ün çalışmasında katılımcıların %92,3’ü hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu (Eyüp, 2019), Çelik’in çalışmasında katılımcıların %82,2’si adli vakalara yönelik eğitimin gerektiğini (Çelik, 2019), Altın’ın çalışmasında %93,3’ ü adli olguya yaklaşım ile ilgili hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu ifade etmişlerdir (Altın, 2021). Bu araştırmada ise %72’si adli hemşirelik ile ilgili eğitim almanın gerekli olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile örtüşmektedir. Tablo 4.2’ye göre adli hemşireliğin ülkemizde yeterince tanınmayan bir alan olması, eğitim faaliyetlerinin istenilen seviyede olmaması fakat katılımcıların adli hemşirelik alanına yönelik eğitim ihtiyacının farkında olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Elde edilen bulgular, katılımcıların büyük çoğunluğunun hizmet içi eğitimi gerekli gördüğünü; ancak mevcut eğitim alma düzeyinin düşük olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Sakallı’nın çalışmasında katılımcıların %82,9’u acil servislerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini (Sakallı, 2018), Eyüp’ün çalışmasında katılımcıların %81,7’si hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini (Eyüp, 2019), Çelik’in araştırmasında katılımcıların %52,9’u acil serviste adli hemşirelerin gerekli olduğunu (Çelik, 2019), Akgüden’in araştırmasında katılan çalışanların %85,6’sı öğrencilerin ise %97,9’u adli vakada ebe/hemşirelerin görev alması gerektiğini (Akgüden, 2024), Karabulutlu ve arkadaşlarının çalışmasında %77’sinin acil servislerde adli hekim/hemşire/ebe’nin görev alması gerektiğini (Karabulutlu vd., 2023), Altın’ın çalışmasında katılımcıların %8’i çalıştıkları kurumda adli hemşire olduğunu, %82’sinin ise hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini (Altın, 2021), Arslan ve Erkan’ın çalışmasında katılımcıların %3,33’ü çalıştıkları kurumda adli

hemşire bulunduğunu , %93,33'ü de acil servislerde adli vaka ile ilgilenen ayrı bir hemşire olması gerektiğini belirtmişlerdir (Arslan & Erkan, 2016). Bu araştırmada ise katılımcıların %41'i çalıştıkları kurumda adli hemşire bulunduğunu, %83'ü de hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini ifade etmektedir (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile örtüşmektedir. Tablo 4.2'den elde edilen bulgulara göre bunun sebebinin kurumların önemli bir kısmında adli hemşirenin olmaması, adli hemşireliğe yönelik mesleki görev ve sorumlulukların belirlenmemiş olması ve adli hemşirelik alanında kurumsal bir yapılanmanın bulunmamasına rağmen kurumda çalışan hemşireler tarafından adli hemşireliğin gerekli olduğuna dair ihtiyacın hissedilmesi, aşinalığın olması ve adli olguda hemşirenin rolüne ilişkin kabulün yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sakallı'nın çalışmasında katılımcıların %57,5'i adli vakada kanıt toplama görevinin hastane polisine ait olduğunu (Sakallı, 2018), Eyüp'ün çalışmasında katılımcıların %66,3'ü hemşirelerin adli olguların muayenesini yapıp delil toplaması gerektiğini (Eyüp, 2019), Çelik'in çalışmasında katılımcıların %61,8'i delil toplamadığını (Çelik, 2019), Taşdelen Bahar'ın çalışmasında katılımcıların %71,4'ü adli olgu değerlendirmesinin hemşirelerin sorumluluğunda olmaması gerektiğini, %42,9' u adli olgu değerlendirmesi yaptığını, %31,4'ü delil topladığını ve %8,6'sı muayene yaptığını (Taşdelen Bahar, 2008), Küçüköğlu ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %59,6'sının adli vaka değerlendirmesinin hemşirelerin sorumluluğunda olmaması gerektiğini (Küçüköğlu vd., 2017), Topçu'nun çalışmasında katılımcıların %52,1'i acil servise gelen vakaları adli olgu açısından değerlendirmedeğini (Topçu, 2019), Altın'ın çalışmasında ise katılımcıların %76'sı adli değerlendirme görevinin hemşirelere ait olmaması gerektiğini, %56'sı acile gelen vakaları hemşire olarak adli olgu açısından değerlendirdiklerini, %75,3'ü adli vakalarda delil toplamadıklarını ifade etmişlerdir (Altın, 2021). Bu araştırmada ise katılımcıların %77'sinin hemşirelerin adli olguların muayenesini yapıp delil toplaması gerektiğini, %44'ünün çalıştıkları kurumda gelen vakaları hemşire olarak adli olgu açısından değerlendirdiğini, %38'inin adli vakalarda delil topladıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Araştırma sonuçlarımıza göre “Hemşireler adli olguların muayenesini yapıp delil toplamalı mıdır?” maddesi literatürle örtüşmemektedir. Bununla birlikte Eyüp (2019)

tarafından yapılan çalışmada benzer sonucun elde edildiği görülmektedir. Tablo 4.2'ye göre elde edilen bulguların literatürden farklılık göstermesi katılımcıların adli hemşirelik kavramına aşina olduğunu, adli hemşirenin görev ve sorumluluklarına ilişkin bilincinin yüksek olduğunu düşündürmektedir. “Kurumunuzda acil servise gelen vakaları hemşire olarak adli olgu açısından değerlendiriyor musunuz?” ve “Adli vakalarda delil topluyor musunuz?” maddeleri literatürle örtüşmektedir. Bunun nedeninin araştırmanın hastane genelinde yürütülmüş olması ve katılımcıların adli vaka ile karşılaşma durumlarının sınırlı olması nedeniyle meydana gelmiş olabileceği düşünülmektedir. Elde edilen bulgular hem adli olgu hem de delil toplama uygulamalarının her katılımcıda standart düzeyde olmadığını, önemli bir bölümünün bu uygulamaları gerçekleştirmediğini göstermektedir. Ayrıca katılımcıların adli vakalara yönelik eğitim alma oranlarının düşük olması sonucu bilgi, tutum ve uygulamalarının istenilen seviyede olmadığı düşünülmektedir.

Eyüp'ün çalışmasında katılımcıların %37,5'i delil teslim zincirini bildiklerini (Eyüp, 2019), Mete'nin çalışmasında ise katılımcıların %80,9'u delillerin adli makamlara tesliminin hemşirelerin görevleri arasında olduğunu bildirmiştir (Mete, 2023). Bu çalışmada ise katılımcıların %54'ünün delil teslim zinciri hakkında bilgilerinin olduğu ve %54'ünün adli vaka dosyalarını günlük düzenli olarak teslim ettikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile örtüşmektedir. Tablo 4.2'den elde edilen bulgulara göre süreç bilgisi ve kurumsal işleyişin bazı boyutlarında farkındalık/uygulama düzeyinin orta seviyede olduğu görülmektedir. Bu durumun katılımcıların sahada elde ettikleri deneyim sonucu edindikleri farkındalık düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Eyüp'ün çalışmasında katılımcıların %58,7'si mahkemeye şahit olarak çağırılabilceğini (Eyüp, 2019), Köroğlu'nun çalışmasında katılımcıların %85,5' i mahkemeye şahit olarak çağırılabilceğini bildiğini ifade etmiştir (Köroğlu, 2013). Karabakır ve Çetin'in çalışmasında ise katılımcıların %24,4'ü öğrendiği bilgiler sebebiyle hemşirenin tanıklıktan çekilme hakkı bulunduğunu, katılımcıların %14,5'i hemşirelerin hasta/ hasta yakınının açık rızası halinde tanıklık yapma zorunluluğu bulunduğunu ifade etmişlerdir (Karabakır & Çetin, 2016). Bu çalışmada katılımcıların

%74'ü kanıt koruma zincirindeki herhangi bir kişinin mahkemeye şahit olarak çağırılabilceğini bildikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile örtüşmektedir yalnızca Karabakır ve Çetin'in (2016) yaptıkları çalışma sonuçları ile örtüşmemektedir. Tablo 4.2'ye göre elde edilen bulgular, adli süreçte tanıklık olasılığına ilişkin farkındalığın görece yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca katılımcılarda sağlık çalışanlarının tanıklık yapma sorumluluğunu bilmelerine rağmen hukuki sürecin ayrıntılarına yönelik bilgilerinin istenilen seviyede olmadığı düşünülmektedir.

Mete'nin çalışmasında katılımcıların %84,5'i adli olguyla karşılaştığında adli makamlara bildirimde bulunduğunu (Mete, 2023), Akgüden'in çalışmasında katılımcıların %61,9'u adli vaka bildirimini yapmayı bilmediğini /adli vakalarda ne yapması gerektiğini bilmediğini (Akgüden, 2023), Topçu'nun çalışmasında katılımcıların %56,3'ü adli olgu bildiriminde yapılması gerekenleri bilmediğini (Topçu, 2019), Altın'ın çalışmasında katılımcıların %48'i adli vaka bildirimlerini nasıl yapacağını bilmediğini (Altın, 2021), Saral'ın çalışmasında katılan hemşirelerin adli olguları yetkililere nadiren bildirdiği fakat hekimler tarafından bütün adli olguların bildiriminin düzenli yapıldığı ifade edildi (Saral, 2009). Kırmızıgül ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim öncesi ve sonrası katılımcıların adli olgu bildirimini kimin yapması gerektiği sorusuna verdikleri cevaplar büyük oranda hekimin yapması gerektiği yönündedir. Ayrıca katılımcılar eğitim öncesi %18,1 hemşirenin yapması gerektiğini belirtirken bu oran eğitim sonrası %52'ye yükselmiştir (Kırmızıgül vd., 2023). Bu çalışmada da katılımcıların %37'sinin adli olgu bildiriminde ne yapılması gerektiğini bildikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile örtüşmektedir yalnızca Mete'nin (2019) yaptığı çalışma ile örtüşmemektedir. Tablo 4.2'den elde edilen verilere göre hemşireler, adli olgu bildiriminde ne yapılması gerektiğini orta düzeyde bilmektedir. Bunun sebebinin adli vakalara yönelik eğitim eksikliği, yasal sorumlulukların tam olarak bilinmemesi, kurumda adli süreçlere yönelik standart prosedürün bulunmaması ve adli vaka bildirimini hekimlerin yapması gerektiği yönündeki algı nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Karabakır ve Çetin'in çalışmasında katılımcıların %78,7'si karşılaştıkları suçu tanıklık etmelerine rağmen bildirmemenin suç olduğunu bildiklerini (Karabakır & Çetin, 2016), Kolusayın ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %50'si biyolojik delil niteliği taşıyabilen örneklerin hekim ve hekim gözetiminde sağlık personelinin sorumluluğunda olduğunu (Kolusayın vd., 2015), Mete'nin çalışmasında katılımcıların %22,4'ü TCK'nın 280. maddesinin içeriğini bildiklerini, katılımcıların %19,1'i Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik'e yönelik bilgilerinin olduğu (Mete, 2023), Gülekçi ve arkadaşlarının çalışmasına katılan öğrencilerin %42,1'i çalışan personelin %59'u adli olgularda kanuni yetki ve sorumluluklarını bildiklerini (Gülekçi vd., 2024), Topçu'nun çalışmasında katılımcıların %7,7'si nin TCK' nın 280. maddesini bildiği, katılımcıların %11,1'inin Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik hakkında bilgisinin olduğu (Topçu, 2019), Altın'ın çalışmasında katılımcıların %63,3'ü vücuttan örnek alınması işlemlerini tabip veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişinin yapabileceğini bildiğini, katılımcıların %30'u tanık oldukları suçu bildirmemenin bir yıla kadar hapis cezasının bulunduğunu bildiği (Altın, 2021), Akçin ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %75,6' sı adli vaka ile karşılaşan personelin bildirim yapmaması durumunda bir yıla kadar hapis cezası alabileceğini, katılımcıların %2,4'ü iç beden muayenesini sadece adli tabibin yapabileceğini bildiklerini ifade etmiştir (Akçin & Yılmaz Güven, 2024). Bu araştırmada ise katılımcıların %44'ünün TCK'nın 280. maddesi hakkında bilgi sahibi olduğu ve %36'sının Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi Genetik İncelemeler- Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik'in içeriği hakkında bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile genel olarak örtüşmektedir fakat Karabakır ve Çetin'in (2016) çalışması ile örtüşmemekte ve Altın'ın (2021) çalışması ile kısmi olarak örtüşmemektedir. Tablo 4.2'ye göre yasal sorumluluk ve süreç bilgisi alanındaki bilginin katılımcıların tümünde yüksek düzeyde olmadığı, daha çok orta düzeyde seyrettiğini göstermektedir. Bunun sebebinin adli vakalara yönelik eğitim eksikliği ve hukuki süreçlere yönelik bilgi eksikliği olduğu düşünülmektedir.

Mete'nin çalışmasında katılımcıların %23,9'u illiyet bağı teriminin anlamını bildiğini (Mete, 2023), Topçu'nun çalışmasında ise katılımcıların %9,9'unun illiyet bağı terimini bildiğini (Topçu, 2019) ifade etmiştir. Bu çalışmada ise katılımcıların %44'ü illiyet bağı/ nedensellik bağı teriminin ne anlama geldiğini bildikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Literatürdeki bulgular araştırmamızın sonuçları ile örtüşmektedir. Tablo 4.2'den elde edilen bulgular, illiyet bağı/nedensellik bağı terim bilgisinin hemşirelerde yüksek düzeyde olmadığını daha çok orta düzeyde seyrettiğini göstermektedir. Bu nedenle olay ile meydana gelen zarar arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik hukuki farkındalığın düşük seviyede olduğu, durumun iyi analiz edilemeyerek delillerin doğru değerlendirilememesine yol açabileceği düşünülmektedir.

Tablo 4.2 bulguları, hemşirelerin adli hemşirelik kavramına yönelik farkındalıklarının ve adli hemşireliğin hastanelerde gerekliliğine ilişkin görüşlerinin yüksek olduğunu; buna karşın öğrenim döneminde ve kurum içinde adli hemşirelik/adli olgu yaklaşımı eğitimi alma ile kurs/sertifika katılımının belirgin biçimde düşük kaldığını ortaya koymaktadır. Mevzuat ve temel kavram bilgisi orta düzeyde seyretmekte; kurumsal yapı (adli hemşire varlığı) ile adli olguyu değerlendirme ve delil toplama gibi uygulamaya dönük süreçlerde ise standardizasyonun sınırlı olduğu ve katılımcılar arasında farklılık bulunduğu değerlendirilmektedir.

Çelik'in çalışmasında katılımcıların %80,3'ü adli vaka özellikleri ve kişinin şikayetine yönelik öykü aldığını, %27,4'ü fiziksel muayene yaptığını, %56,1'i adli delilleri tanıdığını, %38,2' si delilleri topladığını, %72'si delilleri koruduğunu, %54,1'i ilgili makamlara ya da laboratuvara ulaştırdığını, %58,6'sı delilleri kaydettiğini ifade etmiştir (Çelik, 2019). Akgüden'in çalışmasında katılımcıların %87,3'ü öykü almayı, %61,9'u muayene yapmayı, %47,5'i delil toplamayı, %69,5'i delilleri korumayı, %70,3'ü delilleri laboratuvara ulaşmasını sağlanmasını, %69,5'i, delilleri kayıt altına almanın ebe/hemşire sorumluluğunda olması gerektiğini ifade etmiştir. (Akgüden, 2024), Topçu'nun çalışmasında katılımcıların %53,1'i vaka özellikleri ve kişi şikayetine yönelik öykü almayı, %26,6'sı muayene yapmayı, %26,3'ü delilleri tanımlamayı, %24,6'sı delilleri toplamayı, %61,4'ü delilleri korumayı, %58,6'sı delillerin laboratuvar veya ilgili yerlere teslimini, %60,6'sı delilleri kaydetmenin

hemşirenin görevleri arasında olduğunu (Topçu, 2015), Saral'ın çalışmasında hemşirelerin adli vaka ile gelen hastalardan sözlü ve yazılı onam, öykü alma ve kaydetme işlemlerini arada sırada yaptıklarını, görsel kayıt ve adli olguların bildirim işlemlerini nadiren, kişisel eşyaları alma ve saklama ile lezyon kaydetme işlemlerini arada sırada, işlemleri adli protokol defterine kaydetmeyi ise sıklıkla yaptığını, biyolojik örnek alma işlemini hiçbir zaman, kıyafetlerin çarşaf üstüne çıkartılması, saklanması, vücut sıvı ve kalıntılarının saklanması işlemlerini nadiren, kıyafetlerin makasla kesilmesi ve lezyon tanımlanması girişimlerini arada sırada yaptıkları ifade edildi (Saral, 2009), Altın'ın çalışmasında öykü alma, tanımlama ve yasal süreç bilgisi olarak ayrı ayrı incelenen çalışmanın her aşamasında zorlandıkları ve yeterli seviyede bilgi sahibi olmadıkları ifade edilmiştir (Altın, 2021), Çelik'in çalışmasında ise minimum: 20 – maksimum: 77,5 arasında olmak üzere katılımcıların ortalama 49,31'i öykü alma, 54,62'si muayene, 53,3'ü kanıt tanımlama, 39,77'si kanıt toplama, 28,1'i kanıt saklama, 47,19'u kanıt koruma zinciri, 47,34'ü kaydedilme bilgi puan ortalamalarına sahip oldukları tespit edilmiştir (Çelik, 2021). Bu çalışmada ise ölçeklerin ve boyutların ortalamaları incelendiğinde hemşirelerin adli vakaya yönelik tutumları ölçeği'nin (HAVYTÖ) ortalaması 83,2556 olup (min: 56,00, maks: 115,00) standart sapması 12,77385 ve adli vaka bilgi formu'nun (AVBF) ortalaması 68,1361 olup (min:40,00, maks:80,00) standart sapması 5,06018 olarak tespit edilmiştir. Tablo 4.3'e göre, HAVYTÖ bulgularında katılımcıların cevapları belirli bir çizgide toplanmayarak çeşitlilik göstermiş olup cevaplar bireyler arası farklılığı ortaya koymaktadır ve her zaman olumlu tutumla eşleşmemektedir. Bu durum bilgi ve tutum arasında her zaman paralellik olmadığını göstermektedir. AVBF bulguları, hemşirelerin adli vakalara yönelik bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğunu ayrıca standart sapmanın HAVYTÖ' ye kıyasla daha düşük (5,06) olması nedeniyle hemşirelerin bilgi puanlarının tutum puanlarına göre daha benzer (homojen) dağıldığı görülmektedir. Minimum puanın 40 olması, en düşük bilgi puanının dahi ölçeğin alt sınırına denk geldiğini; maksimum puanın 80 olması ise bazı katılımcıların bilgi formunda en yüksek düzeye ulaştığını göstermektedir.

Boyutlar birlikte değerlendirildiğinde, ortalamaların genel olarak üst sınıra yakın seyrettiği görülmektedir; bu da katılımcıların birçok boyutta görece güçlü bir

bilgi/farkındalık düzeyine sahip olabileceğini düşündürür. Ancak boyut ortalamaları arasındaki görece farklar, hangi alanlarda daha fazla güçlenmeye ihtiyaç olabileceğini işaret etmektedir.

- Tablo 4.3'e göre, öykü alma boyutunun ortalaması 8,2528 olup (min: 5,00, maks: 10,00) standart sapması 1,06606 olarak tespit edilmiştir. Ortalama değer üst sınıra yakın olması, hemşirelerin adli olguda öykü alma sürecine ilişkin bilgi/uygulama farkındalığının görece yüksek olduğunu; standart sapmanın 1,06 olması ise bu boyutta katılımcılar arasında orta düzeyde bir farklılık bulunduğunu düşündürmektedir.
- Tablo 4.3'e göre, fizik muayene boyutunun ortalaması 3,2306 olup (min: 2,00, maks: 4,00) standart sapması 0,62862 olarak tespit edilmiştir. Bu boyutun ortalaması üst sınıra yakındır ancak ölçeğin küçük puan aralığı (2–4) nedeniyle küçük değişimler bile ortalama yansıyabilir. Standart sapmanın 0,63 olması, fizik muayene bilgi/uygulama farkındalığında katılımcılar arasında belirli bir çeşitlilik olduğunu göstermektedir.
- Tablo 4.3'e göre, kanıt toplama boyutunun ortalaması 19,4500 olup (min: 11,00, maks: 22,00) standart sapması 1,84730 olarak tespit edilmiştir. Ortalama oldukça yüksek olup kanıt toplama basamağına ilişkin bilgi düzeyinin güçlü olduğuna işaret eder. Standart sapmanın 1,85 olması, kanıt toplama konusunda çoğunluk güçlü görünse de bazı katılımcıların puanlarının görece daha düşük kalabildiğini düşündürmektedir.
- Tablo 4.3'e göre, kanıt saklama boyutunun ortalaması 10,4028 olup (min: 6,00, maks: 12,00) standart sapması 1,28479 olarak tespit edilmiştir. Ortalama üst sınıra yakın olmakla birlikte kanıt saklamada standart sapma 1,28'dir. Bu durum saklama süreçlerine ilişkin bilgi/uygulama farkındalığının katılımcılar arasında tam eşit dağılmadığını, bir kısmında daha düşük olabileceğini düşündürmektedir.
- Tablo 4.3'e göre, kanıt koruma boyutunun ortalaması 9,7083 olup (min: 6,00, maks: 12,00) standart sapması 1,50983 olarak tespit edilmiştir. Boyut ortalaması yüksek olmakla birlikte kanıt saklamaya göre biraz daha düşüktür ve standart sapması 1,51'dir. Bu görünüm, kanıt koruma zinciri ve "kanıtın

bütünlüğünü sürdürme” gibi uygulama kritiklerinin bazı katılımcılarda daha az biliniyor/uygulanıyor olabileceğini düşündürebilmektedir.

- Tablo 4.3’e göre, kayıt edilme alt boyutunun ortalaması 3,4917 olup (min: 2,00, maks: 4,00) standart sapması 0,59706 olarak tespit edilmiştir. Kayıt süreçlerinin ortalaması oldukça yüksektir. Bu bulgu, adli olguda kayıt tutma/raporlama farkındalığının genel olarak güçlü olduğunu düşündürmektedir. Standart sapmanın 0,60 olması, bu boyutta da katılımcılar arasında bir miktar farklılık olduğunu göstermektedir.
- Tablo 4.3’e göre, adli vaka tanımlama boyutunun ortalaması 8,6694 olup (min: 5,00, maks: 10,00) standart sapması 0,94657 olarak tespit edilmiştir. Ortalama değer, adli vaka tanımlama göstergelerinde yüksek farkındalığa işaret etmektedir. Standart sapma 0,95 olup katılımcıların çoğunluğunun benzer düzeyde yanıt verdiği, ancak yine de belirli bir grubun daha düşük puanlara sahip olabildiği anlaşılmaktadır.
- Tablo 4.3’e göre, adli vakalar konusundaki yasalar boyutunun ortalaması 4,9306 olup (min: 3,00, maks: 6,00) standart sapması 0,73372 olarak tespit edilmiştir. Yasal mevzuata ilişkin boyutta ortalama yüksek görünmekle birlikte, alt alanlar arasında kıyaslandığında “yasal bilgi” boyutunun puan aralığı küçük olduğundan (3–6) pratikte küçük bilgi farkları bile ortalamaya yansiyabilir. Bu durum adli vakalar konusunda yasalar boyutunun da katılımcılar arasında tamamen eşit dağılmadığını göstermektedir.

Literatür incelendiğinde ölçek alt boyutları literatür ile kısmen örtüşmektedir ve bazı boyutlarda farklılıklar bulunduğu tespit edilmiştir. Örneğin adli vakanın durumuna ve hastanın şikayetlerine yönelik öykü alma ile delillerin kaydedilmesi alt boyutlarından yüksek puanlar elde edilmiştir ve literatürle örtüşmektedir (Topçu, 2015; Çelik, 2019; Çelik, 2021; Akgüden, 2024). Bunun nedeninin öykü alma ve bulguları kaydetme aşamalarının hemşirelik süreci aşamaları ile örtüşmesi ve pratikte daha sık uygulanması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Buna karşın delil toplama alt boyutundan elde edilen puan literatürle örtüşmemektedir. Özellikle Altın’ın (2021) çalışmasında tüm boyutlara ilişkin katılımcıların bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada ise alt boyutlarda genellikle yüksek puan aldıkları tespit

edilmiştir. (Topçu, 2015; Çelik, 2019; Altın, 2021; Çelik, 2021; Akgüden, 2024). Bu durumun araştırmanın yapıldığı kurumun özelliklerinden kaynaklandığı veya katılımcıların bilgilerinin orta düzeye, farkındalıklarının ise yüksek düzeye sahip olmasından dolayı meydana geldiği düşünülmektedir.

Alt boyutların hem klinik uygulamaları (öykü alma, fiziksel muayene) kapsamı hem de hukuki süreçleri kapsamı adli vakalara ilişkin bilgi ve tutumların bir bütün olarak ele alınmasını sağlamaktadır. Hemşirelerin genel bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir ve alt boyutlar literatürle kısmen örtüşmektedir ancak tutumlarda bireysel farklılaşmalar da mevcuttur. Farklılaşmaların eğitim düzeyi, mesleki deneyim ve adli vakalara yönelik farkındalık sonucu meydana geldiği düşünülmektedir. Bilgi ve tutum arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi amacıyla adli vakalara yönelik eğitim ve uygulamaların önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre hemşirelerin adli vakalara yönelik bilgi düzeyleri orta düzeydedir ve farkındalıkları yüksektir. Uygulamada farklılıkların olması adli vaka sürecinin doğru ve eksiksiz yerine getirilerek hukuki sürecin güvenliği için risk faktörü barındırabilir.

Tablo 4.3 bir bütün olarak değerlendirildiğinde; HAVYTÖ puanlarının daha geniş bir aralıkta ve daha yüksek standart sapma ile dağıldığı; buna karşın AVBF puanlarının daha dar bir dağılım gösterdiği görülmektedir. Bu görünüm, örnekleme tutum düzeyinin bilgi düzeyine göre daha değişken olabileceğini; yani hemşirelerin adli vakalara ilişkin bilgi/farkındalık düzeyi belirli bir bantta toplanırken, tutumların daha heterojen bir yapı sergileyebileceğini düşündürür. AVBF boyutları incelendiğinde ise ortalamaların genel olarak üst sınıra yakın seyrettiği; bununla birlikte kanıt koruma ve fizik muayene gibi uygulama açısından kritik alanlarda standart sapmanın görece yüksek olması nedeniyle katılımcılar arasında bilgi/uygulama farklılıklarının varlığının göz ardı edilmemesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Tablo 4.4'e göre en yüksek ortalamaya sahip ifadeler arasında "Çocuklarda en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler avuç içleri ve el sırtı olduğundan gözlemlerimde dikkatli olurum." ($\bar{X}=4,03\pm S.S.=0,876$) ve "Çocuk istismarı ve ihmali olgularında

öykü alınırken olayın ne zaman, nerede ve nasıl olduğunu sorgularım.” ($\bar{X}=3,97\pm S.S.=0,860$) ifadeleri yer almaktadır. Bu maddelerin özellikle çocuk istismarı/ihmal olgularında değerlendirme ve öykü alma süreçlerine ilişkin farkındalığın yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 4.4’e göre bazı ifadelerde standart sapma değerlerinin görece yüksek olması, özellikle bildirim davranışını etkileyebilecek tehdit alma, aile bütünlüğü ve sosyal sonuçlara ilişkin çekincelerde katılımcılar arasında görüşlerin daha değişken olabildiğine işaret etmektedir.

Tablo 4.4’ten elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde; hemşirelerin kayıt–raporlama, çocuk olgularında öykü alma ve gözleme ilişkin tutumlarının daha güçlü seyrettiği, buna karşın adli bildirim sürecine ilişkin bazı algı ve çekince alanlarında ise yanıtların daha heterojen bir dağılım gösterebildiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Tablo 4.5’e göre en düşük ortalamaya sahip ifadeler arasında, “Çocuk yaralanması vakalarında tek tek verilen ebeveyn öyküleri aynıysa adli vaka düşünülmesine gerek yoktur.” ($\bar{X}=1,37\pm S.S.=0,483$) ve “Çocuk istismarında soruşturma başlatılması için ailenin şikayetçi olması gerekmektedir.” ($\bar{X}=1,37\pm S.S.=0,484$) ifadeleri yer almaktadır. Bu maddelerinin standart sapmalarının görece yüksek olması ($\approx 0,48$) katılımcılar arasında daha belirgin bir görüş farklılığı olabileceğine işaret etmektedir.

Tablo 4.6’ya göre:

- Kadınların HAVYTÖ ortalaması $\bar{X}=82,7792\pm 12,67213$, erkeklerin ortalaması $\bar{X}=84,2083\pm 12,97567$ ’dir. Cinsiyete göre HAVYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-1,001$; $p=0,318$). Bu bulgu, hemşirelerin adli vakaya yönelik tutumlarının cinsiyete göre değişmediğini göstermektedir.
- Eğitim durumuna göre ortalamalar; ön lisans: $\bar{X}=80,4510\pm 11,08028$, lisans: $\bar{X}=83,6718\pm 12,78615$, lisansüstü: $\bar{X}=83,9787\pm 14,21801$ ’dir. Gruplar arasında

HAVYTÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=1,447$; $p=0,237$). Bu sonuç, eğitim düzeyi arttıkça ortalama puanlarda kısmi artış görülse de bu farklılığın istatistiksel olarak desteklenmediğini göstermektedir.

- Hemşirelikte çalışma süresine göre HAVYTÖ ortalamaları; 0–1 yıl: $\bar{X}=80,8718\pm10,71197$, 1–5 yıl: $\bar{X}=80,0629\pm10,84043$, 5–10 yıl: $\bar{X}=88,2804\pm13,86852$, 10 yıl ve üzeri: $\bar{X}=84,4000\pm14,04174$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($F=10,151$; $p=0,000$). Post-hoc karşılaştırmalara göre anlamlı farklılık 0–1 yıl ile 5–10 yıl (1–3) ve 1–5 yıl ile 5–10 yıl (2–3) grupları arasındadır. Bu bulgu, özellikle 5–10 yıl deneyime sahip hemşirelerin tutum puanlarının, daha düşük deneyim gruplarına kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir.
- Mevcut alanda çalışma süresine göre ortalamalar; 0–1 yıl: $\bar{X}=79,3191\pm11,70304$, 1–5 yıl: $\bar{X}=84,0661\pm12,58986$, 5–10 yıl: $\bar{X}=84,2143\pm13,61912$, 10 yıl ve üzeri: $\bar{X}=81,5000\pm13,43375$ 'tir. Gruplar arasında HAVYTÖ puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($F=2,106$; $p=0,099$). Bu sonuç, aynı alanda çalışma süresinin tek başına tutum puanlarını anlamlı düzeyde ayırt etmediğini göstermektedir.
- Çalışılan alana göre HAVYTÖ ortalamaları; ameliyathane: $85,6111\pm13,73971$, kadın doğum: $83,6757\pm12,89284$, acil servis: $82,4651\pm12,39691$, yoğun bakım: $80,3611\pm12,07631$, poliklinik: $82,8644\pm11,81241$, kardiyoloji: $80,8400\pm12,87358$, kulak burun boğaz: $84,4667\pm12,44917$ şeklindedir. Alanlar arasında HAVYTÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=1,232$; $p=0,289$). Bu bulgu, farklı klinik birimlerde çalışmanın adli vakaya yönelik tutum düzeyinde anlamlı bir farklılaşma oluşturmadığını göstermektedir.

Tablo 4.6 bütün olarak incelendiğinde, HAVYTÖ puanlarının medeni durum, yaş grubu ve özellikle hemşirelikte çalışma süresi değişkenlerine göre anlamlı biçimde farklılaştığını; buna karşın cinsiyet, eğitim durumu, mevcut alanda çalışma süresi ve çalışılan alan değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Tablo 4.7'ye göre, AVBF puanları cinsiyet, yaş grubu, hemşirelikte çalışma süresi ve mevcut alanda çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşırken; medeni durum, eğitim durumu ve çalışılan alan değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.8'e göre, HAVYTÖ ile AVBF ve AVBF alt alan puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucuna göre HAVYTÖ ile AVBF arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,211$; $p<0,001$). Bu bulgu, hemşirelerin adli vakaya ilişkin bilgi düzeyleri arttıkça adli vakaya yönelik tutum puanlarının da artma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.8'e göre, AVBF toplam puanı ile alt alan puanları arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. AVBF toplam puanının tüm alt alanlarla pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir. Bunun sonucunda AVBF' nin alt alanlarının toplam bilgi puanına beklenen yönde katkı sunduğunu ve formun yapısal bütünlüğünü destekleyen bir örüntü sergilediğini göstermektedir.

Tablo 4.9'a göre, AVBF, HAVYTÖ puanlarındaki değişimin yaklaşık %4,5'ini açıklamaktadır. Bu oran, ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte düşük düzeyde bir açıklama gücüne sahip olduğunu; dolayısıyla HAVYTÖ' yü etkileyebilecek başka değişkenlerin de (ör. deneyim, eğitim, kurumsal süreçler, hizmet içi eğitim, olayla karşılaşma sıklığı vb.) önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin adli vakalara yönelik bilgi ve uygulama yeterliliklerinin geliştirilmesi amacıyla lisans eğitimleri sırasında adli hemşirelik dersinin planlanması, hizmet içi eğitimlerin periyodik olarak gerçekleştirilmesi, hemşirelerin adli vakalara yönelik görev ve sorumluluklarının belirlenerek adli vakalara yaklaşımla ilgili standart uygulama süreçlerinin oluşturulması, adli vakalar ile karşılaşma sıklığı ve deneyimin hemşirelerin bilgi ve tutumlarını etkileyebileceği göz önünde bulundurularak farklı kurum ve birimlerde çalışan hemşireleri kapsayan daha geniş örneklemli çalışmalar yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Akçin, A. & Yılmaz Güven, D. (2024). Acil Serviste Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Adli Vakalar İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *MAUNSağ.Bil.Derg.* 4(1), 38-48.

Akgüden, E. (2024). *Adli vakaya yaklaşımda ebe ve hemşirelerin adil dünya inancı ile empatik eğilim düzeylerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Biruni Üniversitesi.

Akkan, Ö., & Ögdür, Murat. (2024). Olay yerlerinden biyolojik delillerin toplanması ve saklanması. G. Filoğlu ve Ö. Bülbül, (Edt.). *Adli biyoloji: Doğanın izleriyle adaletin peşinde 2* (s. 12-21). IUC University Press.

Akköz Çevik, S., & Başer, M. (2012). Adli hemşirelik ve çalışma alanları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 143-152.

Akpınar, G. (2021). *Öğrencilerinin yasal sorumluluklara ilişkin adli bilgi düzeylerinin ölçülmesi* [Yüksek lisans tezi]. İnönü Üniversitesi.

Aktaş, B. (2019). Ceza ve tutuk evi hemşireliği ve sağlığı geliştirme. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 22(2), 130-135.

Aktaş, E. Ö., Yılmaz, K., & Kaya, A. (2022). Medikolegal değerlendirmelerde illiyet bağı kavramı: geleneksel derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine & Forensic Sciences/Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*, 19(3), 210-217.

Aktay, M. (2020). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi (GPD)*, 1(2), 169-184.

Altın, B. (2021). *Acil serviste çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve adli olgulara yaklaşımlarının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi.

Arabacı, L. B., & Küçükmehtem, B. Cezaevinde adli psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 396-410.

Araz, C., Toklukçu M.Ö., Güven Ş., Pala, E., & Okur, T. (2016). Ümraniye çocukluk çağı zehirlenmelerinin retrospektif değerlendirilmesi. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 56 (3), 147-160.

Arıtan, A. E., & Ataman, M. (2017). Kaza oranları hesaplamalarıyla iş kazası analizi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen ve Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 17(1), 239-246.

Arslan, Z. K., & Erkan, I. (2016). Adli vaka yönetiminde acil servis çalışanlarının bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Adli Bilimler Dergisi*, 15(2), 7-12.

Asci, O., Hazar, G., & Sercan, I. (2015). The approach of prehospital health care personnel working at emergency stations towards forensic cases. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 131-135.

Asıladağ, M. K. (2015). *İş kazası nedeniyle acil servise başvuran olguların adli tıp açısından değerlendirilmesi* [Uzmanlık Tezi]. Gaziantep Üniversitesi.

Aslaner, M.A. (2019). Revisits of forensic cases to the emergency department. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 65, 81-85.

Aşırdizer, M. (2006). Acil servislere başvuran çocuk ve kadın istismarı olgularına hekimlerin yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2(50), 39-48.

Atik, D., Cander, B., Dikmetaş, C., Bulut, B., Sert, E., Kaya, H., Güven, R., & Bayramoğlu, A. (2020). Trafik kazası ile gelen pediatrik hastalarda, kaza oluş şekilleri ile travma skorlarının değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 46(1), 47-52.

Avşar, E. (2021). Ceza muhakemesinde tanık beyanının tartışılması ve değerlendirilmesi. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, (154), 47-95.

Ayan, M., Başol, N., Karaman, T., Taş, U., & Esen, M. (2012). Retrospective evaluation of emergency service patients with poisoning: A 20 month study. *JAEM*, 11, 146-50.

Aydın, A. C. (2020). *Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık ekiplerinin adli vakalara yaklaşım algoritması* [Yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.

Aydın, K., & Çelik, S. (2024). Ceza Muhakemesi Hukukunda Beden Muayenesi ve Vücuttan Örnek Alınması. *Balıkesir Üniversitesi Hukuk Dergisi*, 1(1), 26-54.

Ayvaz, M., & Aksoy, M. C. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: ortopedik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(1), 27-33.

Basit, G. (2020). Bakımın rehberi: hemşirelik süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.

Başol, N., Baydın, A., & Yardan, T. (2012). Acil servise boğulma nedeniyle başvuran hastaların geriye dönük incelenmesi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(2), 121-125.

Bayraktar, B. (2011). Muhakemelerde delillerin önemi. *Manas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(25), 33-43.

Baysal, S. U., Yıldırım, F., & Bulut, A. (2005). Çocuk güvenliği. Yaralanmalardan ve zehirlenmelerden korunma güvenlik kontrol listesi. İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, 1(6).

Beyaztaş, F. Y., Can, M., & Bütün, C. (2011). Ateşli silah yaralanmalarında hekim sorumluluğu. S. Koç ve M. Can (Edt.), *Birinci basamakta adli tıp* (2. Baskı, s.74-80). İstanbul Tabip Odası Yayınları.

Bozbuğa, Ö. (2025). Çocuk acile başvuran adli vakaların değerlendirilmesi: retrospektif çalışma. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 12(1), 21-28.

Bölüktaş, R. P., Özer, Z., & Yıldırım, D. (2018). Uluslararası hemşirelik and'ının mesleki değerler açısından incelenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 83-98.

Bütün, C., Beyaztaş, F. Y., & Yılmaz, R. (2012). Yıldırım çarpmasına bağlı ölüm. *Türk Pediatri Arşivi*, 47(1), 60-63.

Büyükçavuşoğlu, S., & Birdane, Y. O. (2023). Evaluation of poisoning cases in the emergency department. *Kocatepe Veterinary Journal*. 16(4), 563-573.

Ceza Muhakemesi Kanunu. (2004). Kanun No: 5271. Resmî Gazete: 17.12.2004/ 25673. Erişim Tarihi: 06.12.2025. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.pdf>

Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmelik. (2005). Resmî Gazete: 01.06.2005/ 25832. Erişim Tarihi: 06.12.2025. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8202&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

Cingil, A. (2007). *Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının adli olgulara yaklaşımları* [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.

Çakır, E., & Elgün, T. (2023). Olay yeri inceleme. İ. H. Hancı ve F. Özen, (Edt.), *1st international congress on forensic agriculture and exhibition congress book* (s. 145-153). Ege Üniversitesi.

Çelik, G. (2021). *Acil servis hemşirelerinin adli vakalara olan yaklaşımı: vaka senaryosu üzerinden bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.

Çelik, Y. (2019). *Acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının adli vakaya yönelik tutum ve uygulamalarının incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Okan Üniversitesi.

Çelikel, A., Karbeyaz, K., Akkaya, H., & Aslıyüksek, H. (2012). Adli tıp şube müdürlüğü'ne yansıyan yanık olgular; Eskişehir deneyimi. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 3(12), 9-18.

Çilingir, D., & Hintistan, S. (2012). Adli hemşireliğin kapsamı ve yasal boyutu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 10-15.

Demir, S., Yazar, M. E., Dereli, A. K., & Acar, K. (2018). Denizli'deki intihar ölümlerinin analizi 10 yıllık retrospektif otopsi çalışması. *Adli Tıp Bülteni*, 23(2), 93-99.

Demir, V. (2016). *Tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencileri ve uzmanlık eğitimi alan doktorların adli raporlar konusundaki bilgi, tutum ve düşüncelerinin değerlendirilmesi* [Tıpta uzmanlık tezi]. Dicle Üniversitesi.

Demirci, Ş., & Doğan, K. H. (2011). Asfiksi türleri ve asfiksi olgularında ölü muayenesi. S. Koç ve M. Can (Edt.), *Birinci basamakta adli tıp* (2. Baskı, s. 38-56). İstanbul Tabip Odası Yayınları.

Dikeç, G., Baysan Arabacı, L., & Taş, G. (2017). Adli psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumlulukları: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi- Journal of Psychiatric Nursing*, 8(3), 157-164.

Diler, B., Dalgıç, N., Karadag, Ç. A., & Dokucu, A. İ. (2012). Bir pediatrik yanık ünitesinde epidemiyoloji ve enfeksiyonlar: Üç yıllık deneyimimiz/ Epidemiology and infections in a pediatric burn unit: Experience of three years. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 6(2), 40-45.

Dinler, V. (2009). *Ceza muhakemesinde delillerin toplanması* [Yüksek lisans tezi]. Polis Akademisi.

Doğan, M. B. (2012). *Adli vakalarda olay yerine müdahaleye giden sağlık ekiplerinin olay yerine ve delillere yaklaşımı* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi.

Duman, İ. B. (2019). *2016-2018 yılları arasında genital muayene yapılarak rapor düzenlenmek üzere adli tıp anabilim dalımıza başvuran kadın olguların retrospektif değerlendirilmesi* [Uzmanlık tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.

Durmuş, K. (2003). *Olay yeri incelemesinde ve örnek alımında delilin devamlılığının sağlanması* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi.

Ekizoğlu, O., & Arıcan, N. (2011). Yaralar. S. Koç ve M. Can (Edt.), *Birinci basamakta adli tıp* (2. Baskı, s. 57-73). İstanbul Tabip Odası Yayınları.

Eşiyok, B., Hancı, İ. H., Özdemir, Ç., Yelken, N., & Zeyfeoglu, Y. (2004). Adli hemşirelik. *Sted*, 13(5), 169-171.

Eyüp, M. (2019). *Acil servis ve yoğun bakım hemşirelerinde adli vakaya yaklaşımın eğitim düzeyleriyle karşılaştırılması* [Yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.

Fırat, S., Ünal, S., & Geleş, Ç. Y. (2016). Hemşirelikte yeni bir alan adli hemşirelik. *Adli Tıp Bülteni*, 21(1), 39-42.

Gökdoğan, M. R. (1997). *Adli tıp ve hemşirelik eğitimi* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi.

Gökdoğan, M. R. (2008). Cinsel saldırı konusunda çalışan adli hemşireye duyulan gereksinim. *Adli Tıp Bülteni*. 13(2), 69-77.

Gülekçi, Y., Ay, E. N., Şener, H., & Yüksek, F. E. (2024). Acil sağlık hizmetleri personelinin adli vakalara yaklaşım tarzının değerlendirilmesi: Kesitsel araştırma. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*. 21(3), 139-149.

Hemşirelik Yönetmeliği. (2010). *Resmî Gazete*: 08.03.2010/ 27515 Erişim Tarihi: 30.12.2025
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

İlçe, A., Yıldız, D., Baysal, G., Özdoğan, F., & Taş, F. (2010). Acil servislerde çalışan sağlık bakım personelinin adli olgularda delillerin korunması ve saklanmasıyla yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 16(6), 546-551.

Kafadar, H., & Kafadar, S. (2019). 18 yaş altı yabancı cisim aspirasyonu olgularının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(3), 479-484.

Karabakır, B., & Çetin, G. (2016). Hemşirelerin tabi oldukları mevzuat ve hukuki sorumlulukları konusundaki farkındalıkları. *Adli Tıp Bülteni*, 21(2), 78-85.

Karaboğa, A. B. (2022). *Hemşirelerin adli hemşirelik görevlerini yerine getirme düzeylerinin ölçülmesi: yeni bir ölçek geliştirme çalışması* [Yüksek lisans tezi]. Hitit Üniversitesi.

Karabulutlu, Ö., Aydın, C. M., & Temel, M. Ö. (2023). Acil servis çalışanlarının adli vaka yönelimine yönelik bilgi düzeyleri: Kars örneği. *Caucasian Journal of Science*, 10 (1), 12-24.

Karagöz, Y. (2021). SPSS ve AMOS uygulamalı nicel-nitel-karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği. Nobel Akademik Yayıncılık, 21-25.

Karakurt, Ü., Satar, S., Bilen, A., Açıkalın, A., & Gülen, M. (2012). Acil tıp ve iş kazaları/ Occupational accidents and emergency medicine. *Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi/ Journal of Academic Emergency Medicine*. 11(4), 227- 237.

Karanfil, R., Keten, A., Akçan, R., & Zeren, C. (2012). Cep telefonu ve yıldırım çarpması: İki olgu sunumu. *The Medical Journal of Mustafa Kemal Üniversitesi*, 3(10), 29-32.

Karatepe, T. U., & Ekerbiçer, H. Ç. (2017). Çocuklarda ev kazaları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 7(1), 69-73.

Kılınç, O. (2024). Adli hemşirelik ve hemşirelikte adli vakaya yaklaşım. H. Uyar Hazar (Edt.) *Sağlık & Bilim 2024 Hemşirelik -1* (s. 49-66). Efeakademi Yayınları. <https://doi.org/10.59617/efepub2024109>

Kırmızıgül, H., Taştekin, B., Özensoy, H. S., & Hekimoğlu, Y. (2023). Acil serviste çalışan hemşirelere verilen adli vakalarda bilgi ve uygulamalarına yönelik eğitimin etkisinin belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 273-280.

Kıvrak, N. (2018). *Adli hemşireliğin bir çalışma alanı olarak olay yeri araştırma hemşireliği kavramına savcı olay yeri personeli ve hemşirelerin bakış açılarının değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.

Koç, S., & Biçer, Ü. (2009). Adli tıbbın tarihsel gelişimi, Türkiye'deki yapılanması ve sorunları. *Klinik Gelişim*, 22, 1-5.

Kolusayın, M., Ö., Karadayı, B., Kaya, A., Doğan, M.B., Karadayı, Ş., Daştan, K., Zorlu, T., İşlek, D. S., Özar, E., Erkan, I., & Yükseloğlu, E. H. (2015). Evaluation of Awareness for Emergency Unit Workers in Collecting, Keeping and Transferring

of Biological Evidences from Forensic Cases/ Adli Olgularda Biyolojik Delil Alınması, Saklanması ve Gönderilmesinde Acil Servis Çalışanlarının Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. *Medicine Science*, 4(1), 1912-1926.

Koyuncuer, A. (2004). Yanıklı Hastalarda Hastaneye Sevk ya da Hastaneye Yatırma Kriterleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(7), 249-251.

Köroğlu, H. (2013). *Acil hemşirelerinin adli vakalarda delil koruma yaklaşımları* [Yüksek lisans tezi]. Acıbadem Üniversitesi.

Kuldal, C. V. (2020). *Adli hemşirelik ve yasal boyutu* [Yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.

Kurt, G., Dönmez, S., Eren, Ö., Balcı, E., & Günay, O. (2017). Üç farklı disiplinde okuyan üniversite son sınıf öğrencilerinin istismar, ihmal ve aile içi şiddet algıları. *Journal of International Social Research*, 10(50), 405- 414.

Küçük, S., Korkmaz, Z., Kayademir, N., & Otuzoğlu, M. (2017). Çocuk cinsel istismarının tanılama adli ve sosyal sürecinde pediatri hemşireleri. *Journal of Forensic Medicine*, 31 (2), 68-77.

Küçükoğlu, S., Bükecik, T., Aytekin, A., & Çelebi, A. (2017). Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Adli Vakayla İlgili Yaklaşımları ve Kanıta Dayalı Uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med*. 14(1):1-8.

Menek, N., & Taşdöven, U. (2021). Adli bilimlerde kriminalistik ve luminol. *Adli Bilimler ve Suç Araştırmaları*, 3(1-2), 3-17.

Mete, H. M. (2023). *Sağlık profesyonellerinin adli vakalardaki bilgi düzeylerinin ölçümü: Ankara’da özel bir hastane örnekleme* [Yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.

Nal, S. (t.y.). *Hukukun temel kavramları*. (s. 1-373). İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi. <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/huktemkavau211.pdf>

Ovayolu, N., Türk, N., & Uçan, Ö. (2006). Yanık nedeniyle acile gelen hastaların değerlendirilmesi ve hemşirelik yaklaşımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 91-98.

Özden, D., & Yıldırım, N. (2009). Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 73-81.

Özden, N. & İpek, Z. (2024). İntiharla mücadelede sosyal hizmetin önemi ve Türkiye’de intiharların önlenmesine yönelik kurumsal bir model önerisi. *Sosyal politika çalışmaları dergisi*, 24(65), 631-661.

Özkan, Z. K., Ünver, S., Pelin, M., & Fındık, Ü. Y. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin acil serviste adli vakaları gözlemleme durumu. *Sağlık ve Toplum*, 28(2), 47.

Özkaya, N. K., Alğan, S., & Akkaya, H. (2014). Yanıklı hastanın değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi. *Ankara Medical Journal*, 14(4), 170-175.

Pınar, R., & Taşdelen Bahar, M. (2011). Acil servis hizmetleri ve adli hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 3(1), 45-54.

Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.

Polisin Adli Görevlerinin Yerine Getirilmesinde Delillerin Toplanması, Muhafazası ve ilgili Yerlere Gönderilmesi Hakkında Yönetmelik. (1983). *Resmî Gazete*: 17 Şubat 1982/17962 Erişim Tarihi: 28 Şubat 2025 <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17962.pdf>

Sakallı, D. (2018). *Acil servis hemşirelerinin adli vaka ve kanıtlara yaklaşım konusunda bilgi düzeyleri* [Yüksek lisans tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Saral, S. (2009). *TSK hastaneleri acil servis hemşirelerinin adli olgulara ilişkin yaklaşımları* [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi.

Sökmen, E. Ç. (2022). *İHA ile olay yeri inceleme ve dokümantasyon* [Yüksek lisans tezi]. Polis Akademisi

Sözen, Ş., İnce, H., Dikici, F., Dıraçoğlu, D., & İnce, N. (2011). Maluliyet (meslekte çalışma gücü kayıplarının) hesaplanması. S. Koç ve M. Can (Edt.), *Birinci basamakta adli tıp* (2. Baskı, s.235-241). İstanbul Tabip Odası Yayınları.

Şevik, A. E., Özcan, H., & Uysal, E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*, 15(4), 218-225.

T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2020). *Yaşlı Nüfus İstatistik Bülteni*. https://www.aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf

Taşdelen Bahar, M. (2008). *Acil servislerde çalışan hemşireler tarafından adli vakaların tanınması* [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.

Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihlali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.

Topçu, E. T. (2015). *Acil servislerde çalışan sağlık bakım personelinin sık karşılaşılan adli olgulara yaklaşımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.

Topdemir, C. (2016). İstismar mağduru çocuğun korunmasında bir uygulama: Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM). *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, (43).

Tümer, A. R., Yıldırım, M. Ş., Eskicioğlu, E., & Akçan, R. (2022). Tıbbi uygulama hatası iddialarında illiyetin değerlendirilmesine sistematik bir yaklaşım olarak illiyet testlerinin kullanılması. *Adli Tıp Bülteni*, 27(3), 295-299.

Türk Ceza Kanunu. (2004). Kanun No: 5237. Resmî Gazete: 12.10.2004/25611. Erişim Tarihi: 06.12.2025. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

Türkoğlu, A., Batbaş, M., & Tokdemir, M. (2018). Elektrik akımına bağlı ölümlerin değerlendirilmesi. *FÜ Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 32, 77-80.

UNICEF. (2016). *Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi: Bu konuda harekete geçilmesine ve kanıt toplanmasına yönelik bir kılavuz* (Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği, Çev.). UNICEF. (Orijinal eser 2006'da yayımlanmıştır.) https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_tur.pdf?sequence=21&isAllowed=y#page=12.10

Yazar, M., Bayer, Y.B., & Özkan, B. (2024). Gelişen dünyada hemşirenin rol değişimleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(3), 418-421.

Yelken, N., Tunalı, G., & Gültekin, G. (2004). Adli hemşireliğin Türkiye'deki durumu. *Sted*, 13(5), 171-172.

Yeşilyurt, A. (2015). *Adli olgu yönetiminde erkek hemşirenin rolü* [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi.

Yetimoğlu, M., Bulut, H. K., & Of, N. E. (2024). Hastane öncesi acil sağlık hizmeti birimine başvuran pediatrik adli olguların incelenmesi: Retrospektif değerlendirme. *Adli Tıp Dergisi*, 38(2), 107-113.

Yıldırım, A., & Berk Özcan, Ç. (2017). Şiddet ve adli hemşirelik yaklaşımları. *Adli Bilimler Dergisi*, 16(1), 27-34.

Zor, F., Ersöz, N., K lah ı, Y., Kapı, E., & Bozkurt, M. (2009). Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 219-225.



EKLER

EK-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu ankette, elde edilecek bilgiler, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programında Doç. Dr. İtir ERKAN Danışmanlığında, Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma Dilek YURT'un "Hemşirelerin Adli vakalara Yönelik Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar araştırmanın güvenilirliği için büyük bir önem taşımaktadır. Ankette vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak olup, vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

ANKET SORULARI

A. DEMOGRAFİK SORULAR

1. Cinsiyetiniz
 - a) Kadın
 - b) Erkek
2. Medeni Durumunuz
 - a) Evli
 - b) Bekar
3. Yaşınız
 - a) 18-20
 - b) 21-25
 - c) 26-30
 - d) 31 ve üzeri
4. Eğitim durumunuz
 - a) Sağlık meslek lisesi
 - b) Ön lisans
 - c) Lisans
 - d) Lisansüstü

5. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?
- a) 0-1 yıl
 - b) 1-5 yıl
 - c) 5-10 yıl
 - d) 10 yıl ve üzeri
6. Çalıştığınız alanı yazınız (Acil servis, yoğun bakım...vs.):
.....
7. Bulunduğunuz alanda kaç yıldır çalışıyorsunuz?
- a) 0-1 yıl
 - b) 1-5 yıl
 - c) 5-10 yıl
 - d) 10 yıl ve üzeri

B. BİLGİ SORULARI

1. Adli hemşirelik terimini hiç duydunuz mu?
- a) Evet
 - b) Hayır
2. Öğreniminiz sırasında adli hemşirelik eğitimi aldınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
3. Kurumunuzda adli olguya yaklaşımla ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim aldınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
4. Adli hemşirelikle ilgili kurs/ sertifika programına katıldınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
5. Adli hemşirelikle ilgili hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
6. Türk Ceza Kanunu'nun 280. Maddesi ve içeriği hakkında bilginiz var mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
7. Adli olguların bildirimi konusunda ne yapılması gerektiğini biliyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
8. Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi Genetik İncelemeler- Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik'in içeriği hakkında bilginiz var mı?
- a) Evet
 - b) Hayır

9. İlliyet bağı/ nedensellik bağı teriminin ne anlama geldiğini biliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır

C. HEMŞİRELERİN ADLİ VAKAYA YÖNELİK UYGULAMALARI

	EVET	HAYIR
Çalıştığınız kurumda adli hemşire var mı?		
Hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünüyor musunuz?		
Hemşireler adli olguların muayenesini yapıp delil toplamalı mıdır?		
Kurumunuzda acil servise gelen vakaları hemşire olarak adli olgu açısından değerlendiriyor musunuz?		
Adli vakalarda delil topluyor musunuz?		
Adli olgudan elde edilen bulguların adli makamlara teslim edilene kadar geçen sürede uygulanan delil teslim zinciri uygulaması hakkında bilginiz var mı?		
Kanıt koruma zincirindeki herhangi bir kişinin mahkemeye şahit olarak çağırılabilceğini biliyor musunuz?		
Adli vaka dosyaları günlük düzenli olarak teslim ediliyor mu?		

D. HEMŞİRELERİN ADLİ VAKAYA YÖNELİK TUTUMLARI

	İFADELER	KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1	Adli vaka ve kanıtlara yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahibim.					
2	Adli vakaları prosedürle uğraşmamak için bildirim yapmam.					
3	Adli vakalarda diğer sosyal kurumların konu ile ilgileneyeceğini düşünmüyorum.					
4	Adli olguların bildiriminde yasal süreçte zorluklar ile karşılaşabilirim.					
5	Adli vaka bildirimlerinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi sahibi değilim.					
6	Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik adli vaka ile karşılaştığımda çocuğun ailesi tarafında tehdit almamak için bildirimde bulunmam.					
7	Çocuk istismarı ve ihmali olgularında çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünerek bildirimde bulunmam.					
8	Adli vaka olgularında aile içi sıkıntılar beni ilgilendirmediği için bildirimde bulunmam.					
9	3 aylık bir bebeğin koltuktan yuvarlanarak düşmesi adli vakayı düşündürür.					
10	Çocuk istismarı ve ihmali olgularında soruşturma başlatılması için ailenin şikayetçi olması gerekir.					
11	Çocuk istismarı ve ihmali olgularında öykü alırken olayın ne zaman, nerede ve nasıl olduğunu sorgularım					
12	Öykü alırken olayın tam olarak anlaşılması için hastayı/yakınını olayı açıklamaya yönlendiririm.					
13	Öykü alırken tutarsızlığı açığa çıkarmak için çeldirici sorular sorarım					
14	Öykü alma sırasında hasta ve yakınlarının ifadelerindeki çelişkilerle ilgilenip vakit kaybetmem					
15	Çocuk yaralanması vakalarında ayrı ayrı alınan ebeveyn öykülerinin aynı olması adli vakayı düşündürmez.					
16	Çocuklarda en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler avuç içleri ve el sırtı olduğundan gözlemlerimde dikkatli olurum.					

17	Adli vaka ya da şüphesi olan durumlarda hastanın giysilerini değiştirmesinde bir sakınca yoktur.					
18	Mağdurun/şüphelinin giysilerini kanıtların dökülüp kaybolmaması açısından oturarak çıkarması istenmelidir.					
19	Mağdurun/şüphelinin giysilerini çıkarırken odadan çıkılmamalıdır.					
20	Mağdurun/şüphelinin çıkardığı giysiler kanıtların tamamının ortaya çıkması için silkenmelidir					
21	Mağdurun/şüphelinin giysileri çıkarılamayacak durumda ise üzerindeki deliklerden tutup yırtılarak çıkartılmalıdır.					
22	Adli kayıta, bireye ilişkin notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir.					
23	Bir suçla ilişkin kanıt elde etmek amaçlı sanık veya mağdurun vücudundan örnek alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir.					
24	Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.					
25	Kayıttaki yazı başka kişiler tarafından anlaşılmaması için sağlık personeli kısaltmasıyla yazılmalıdır.					

E. ADLİ VAKALARA VE KANITLARA YAKLAŞIM SORULARI

Soru No	SORULAR	EVET	HAYIR
1	Acil servise gelen trafik kazası, darp, zehirlenme, düşme gibi olguların adli vaka olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir.		
2	Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirtin ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.		
3	2 aylık bir bebeğin yataktan yuvarlanarak düşmesi adli vaka olarak düşünülmez.		
4	Çocuk yaralanması vakalarında tek tek verilen ebeveyn öyküleri aynıysa adli vaka düşünülmesine gerek yoktur.		
5	Adli vaka olduğu için fiziksel muayene ile ilgili hastadan onam almaya gerek yoktur.		
6	Çocuk istismarında soruşturma başlatılması için ailenin şikayetçi olması gerekmektedir.		
7	İç beden muayenesi ancak tabip veya sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir.		
8	Hemşire öykü alırken genel hemşirelik öyküsüne ek olarak olayın ne zaman, nerede, nasıl olduğu sorgulanmalıdır.		
9	Hemşire öykü alırken olayın tam olarak anlaşılması için hastayı olayı açıklamaya yönlendirmelidir.		
10	Öykü alırken sorular tutarsızlığı açığa çıkarmak için çeldirici olmalıdır.		
11	Hemşire öykü alma sırasında hasta ve yakınlarının ifadelerindeki çelişkilerle ilgilenip vakit kaybetmemelidir.		
12	Adli vaka ya da şüphesi olan durumlarda hastanın giysilerini değiştirmesinde bir sakınca yoktur.		
13	Mağdurun/şüphelinin giysilerini kanıtların dökülüp kaybolmaması açısından oturarak çıkarması istenmelidir.		
14	Mağdurun/şüphelinin giysilerini çıkarırken odadan çıkılmamalıdır.		

15	Mağdurun/şüphelinin çıkardığı giysiler kanıtların tamamının ortaya çıkması için silkelenmelidir.		
16	Mağdurun/şüphelinin giysileri çıkarılamayacak durumda ise üzerindeki deliklerden tutup yırtılarak çıkartılmalıdır.		
17	Hemşire mağdurun/şüphelinin dili ve yanaklarından sürüntü alacaksa, steril su ile nemlendirilmiş steril swap kullanmalıdır.		
18	Cinsel suç vakasında mağdurun ağzının su ile çalkalattırılıp bu çalkantı suyunun alınması önemlidir.		
19	Bir suça ilişkin kanıt elde etmek amaçlı sanık veya mağdurun vücudundan örnek alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir.		
20	Olay anının üzerinden eğer 24 saat geçmiş ise kişilerden uyutucu-uyuşturucu madde analizi için 1-5 güne kadar idrar alınması gerekmektedir.		
21	Biyolojik materyalleri saklamada ılık ortam şartları en iyisidir.		
22	Giysilerin katlanması gerekiyorsa kıyafetin birbirinin üstüne gelecek kısımlarına kâğıt yerleştirilmelidir.		
23	Mağdurdan/şüpheliden çıkarılan giysiler hemen poşetlere yerleştirilmelidir.		
24	Mağdura/şüpheliye müdahale sırasında pansuman yapılmışsa materyaller de kanıt olarak saklanmalıdır.		
25	Kanıtların teslim edilene kadar kilidi bulunan camlı ve raflı bir dolapta saklanması gerekmektedir.		
26	Islak veya nemli olan tüm kanıtlar paketlere yerleştirilmeden önce kurumasına izin verilmelidir.		
27	Paketlemek için cam, kâğıttan çok daha iyidir.		
28	Giysileri kurutmak için vantilatör ya da diğer araçlar kullanılmamalıdır.		
29	Acil serviste mağdurun veya şüphelinin üzerindeki giysilerden delil niteliği taşıyabilecek materyaller alındıktan sonra giysiler mağdur veya şüpheliye tutanak karşılığında teslim edilmelidir.		
30	Mide lavajı yapılan olgularda mide içerik sıvısından örnek alınmalıdır.		
31	Her bir kanıt ayrı ayrı kâğıt paket/zarf içine yerleştirilmelidir.		
32	Kanıtın yer aldığı paket/zarf kapatılmamalıdır.		
33	Kanıt zinciri mümkün olduğunca uzun tutulmalıdır.		

34	Paket/zarfa gizlilik açısından bireyin adı yazılmamalıdır.		
35	Paket/zarf üzerine kanıtları toplayanın adı, unvanı, hastanenin adı ve kliniği yazılmalıdır.		
36	Adli kayıтта, bireye ilişkin notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir.		
37	Kayıttaki yazı başka kişiler tarafından anlaşılmması için sağlık personeli kısaltmasıyla yazılmalıdır.		
38	Çocuğun kardeşin suçlandığı yaralanmalarda çocuk istismarı düşünülmelidir.		
39	Çocuklarda avuç içleri ve el sırtı en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler olduğundan dikkatli olmak gerekir.		
40	Çocuğun hastane hastane gezdirilmesinde olayın adli vaka olabileceği düşünülmelidir.		