

*Sarı suratlı ölüm mü,  
Kurşun, ip, kanser, baldıran,  
Herkes korkuyor ondan,  
Ben de çok korkuyorum ondan,  
Bir rüzgar giriyor tenime,  
Bir rüzgar,  
Nasıl olsa herkes bilir, anlatmam.  
İşkence mi?  
Belki ölümden de çok korkuyorum ondan,  
Ama ölüme varım,  
Zaten varım ister istemez,  
Belki işkenceye de, bilemem,  
Deneyisizim çünkü, belki dayanırım  
Ama aşk ihanetinde,  
Kahraman filan değilim,  
Çılgınım.  
Turgut Uyar  
(Ya ihanet eden hekimse...)*

## ADLİ TIP, İŞKENCE TANISI VE KORUYUCU HEKİMLİK

Şebnem Korur Fincancı\*

### Giriş

Dünya Tabipler Birliği'nin (World Medical Association-WMA) 1975 tarihli Tokyo Bildirgesi ile işkenceye ilişkin yol gösterici bir metin hazırlayarak başlattığı çalışmaları, bu alanda yayınlamış olduğu pek çok metin izlemiş, Tıp Etiği Uluslararası Komisyonu'nun 1985 yılında Uruguay'da yapılan bir toplantıda yayınladığı "Hekimler, Etik ve İşkence" adlı metinde hekimlerin tutuklu ve hükümlülere yönelik tutumu ve işkence karşısında görevleri yer almıştır<sup>1,2,3</sup>.

Hekimlik mesleğinin uygulamasında insan bedeni ve zihninde ortaya çıkan aksaklıklara yol açan dış ve iç etkenleri belirlemek, bu etkenleri insandan ve toplumdaki uzaklaştırarak bir yandan ortaya çıkan aksaklığı onarmak, diğer yandan toplumu bu aksaklıklardan korumak tıbbi uygulamanın temelini oluşturmaktadır.

İşkence insanın bedenine, zihnine ve bir bütün olarak varoluşuna yönelik, ciddi aksaklıklara yol açan bir dış etkidir. Bu özelliği ile hekimlik uygulamasında tanı, tedavi ve toplum sağlığı boyutları ile üç boyutlu ele alınması gereken bir sorun

\* Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

olmanın yanı sıra, toplumsal işbölümünün birçok alanının bir araya gelerek birlikte göstereceği çabalarla toplumdan uzaklaştırılabilecek bir zarardır. Bu toplumsal iş bölümünde hekimlerin işkence tanısını koyması ile başlayan süreç, bir yandan tıbbi tedavi ile bireye yönelik sürdürülürken, diğer yandan bu tanının yol göstericiliğinde etkenin kaynağına ulaşacak diğer toplumsal alanlar ile toplum sağlığının korunması gerçekleştirilebilir.

### **Epidemiyolojinin Önemi**

Koruyucu hekimlik çalışılan alanın niteliği ve büyüklüğünün doğru olarak tanımlanması ile bu tanıma uygun stratejiler geliştirilmesini gerekli kılar. Toplumun epidemiyolojik değerlendirmesi zarar veren etkenin görülme sıklığını ve rastlanma olasılığını, değişik topluluklardaki dağılımını ve zaman içindeki değişimini algılamamızı sağlar. Bu temel bilgiler ise o alanda oluşturulacak koruyucu hekimlik programının etkinliğini ortaya koyar.

İşkencenin bir dış etken olarak yol açtığı zararı epidemiyolojik bakış açısı ile ölçmeye çalıştığımızda ise, karşımıza birçok güçlük çıkmaktadır. Bunlar arasında çalışılacak evrenin ve örneklemelerin tanımlanması ve niceliksel belirlemelerin zorluğu sayılabilir. Tüm bu sayılanların yanısıra işkence sonucu zarar oluşma riski bulunan topluluğu belirleyebilmek de kolay değildir<sup>4</sup>.

İşkencenin insanın biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüğü üzerindeki etkisinin değişkenliği ile birlikte, muayene edilen hastaların yasal süreç içinde başvurduğu kurumların özelliği ve hastaların bu özellikten kaynaklanan çekinceleri hekimlik uygulamalarında karşılaştığımız sorunları artırırken, işkence tanısı koymanın epidemiyolojik değerlendirme ve alınacak önlemlerin boyutlarının belirlenmesi için gerekliliği de, bu sorunlara çözüm bulunmasını zorunlu kılmaktadır.

### **İşkence ve Hekim Sorumluluğu**

İşkencenin önlenmesi toplumsal iş bölümünde yer alan tüm alanların ortak çalışma ve değerlendirmesini, ortak toplumsal sorumluluğu gerektirmektedir. Bu dış etkenin insanda oluşturduğu zararı bilimsel yöntemlerle ortaya koyacak ve kanıtlayacak olan hekimlerin rolü ortak toplumsal sorumluluk alanında önemli bir yer tutmaktadır. Hipokrat Andından başlayarak geliştirilen tüm etik ilkeler hekimin nesnel bilimsel değerler ışığında görev yapmasının gerekliliğini öngörürken, bir yandan da hekimin bu etik ilkelere karşı uygulamaların içinde yer aldığı durumlar da az değildir<sup>5,6</sup>.

Bilinçli veya bilinçsiz bir konumlanış ile hekimin işkenceye katılımından söz etmek yanlış olmayacaktır.

Hekimlik uygulamaları sırasında ve tıp bilgisini kullanarak;

- İşkence yöntemleri geliştirmek



- İşkence yöntemlerini uygulamak
- İşkence uygulaması için dayanıklılığı ölçmek ve değerlendirmek
- İşkence uygulaması sonucu ortaya çıkan zararı işkencenin gizlenmesi amacıyla tedavi etmek
- Eksik ve yanlış rapor düzenleyerek işkencenin ortaya çıkmasını engellemek gibi bilinçli bir konumlanış ile hekimin bu uygulamaya katılması söz konusu olabilir<sup>7,8,9</sup>.

Eksik ve yanlış rapor düzenlemenin yalnız bilinçli bir sürecin ürünü olmadığı; ülkemizde adli tıp uzmanı sayısının yetersizliği; tüm hekimlere adli olguları değerlendirme yükümlülüğü getiren yasaların varlığı ve bu yetersizliğin çözümü için kullanılan yöntemlerin yanlışlığı, adli tıp eğitimi almamış hekimlerin adli rapor düzenleme ile ilgili yeterli deneyim ve bilgi birikimine sahip olmamasına rağmen adli hekimlik yapmak zorunda bırakılmaları, adli tıp uzmanlarının hizmet içi eğitim programları ile bilgi güncelleştirmelerinden yararlanmaması ve hekimlere yönelik baskıların varlığı ile de eksik ve yanlış rapor düzenlenmesinin söz konusu olabileceği bilinmektedir.

Hekimin kendisini tanımlama biçimi ve toplumda üstlendiği rol sonucunda ortaya çıkan bir katılımda, Tabip Odalarına denetim ve hekimliğin kötüye kullanımının engellenmesinin yanı sıra, hekimlerin baskı altında bırakılmalarının önlenmesinde de önemli görevler düşmektedir<sup>10</sup>.

Adli tıp uygulamalarında ortaya çıkan aksaklıklarda ve özellikle işkence olgularının değerlendirilmesinde karşılaştığımız en önemli sorunlardan biri hekimlere yönelik baskılar olmaktadır. İşkence tanısı koymak bir yana, travmatik bulguları yazan hekimlerin dahi değişik biçimlerde baskılarla karşı karşıya kaldığı bilinmektedir. Yazdıkları raporlar nedeniyle soruşturmaya uğrayan, görev yerleri değiştirilen hekimlerin sayısı az değildir. Adli raporun değiştirilmesi ve istendiği şekilde düzenletirilmesi mümkün olmadığında, istenen şekilde rapor verebilecek hekimlerden rapor alınması veya bu tür olaylarda bilerek bu hekimlere gidilmesi söz konusu olabilmektedir. Adli hekimlik uygulamasının kurallarının oluşturulmamış olması ve mevcut düzenlemelerin yetersizliği de bu tür kötüye kullanımlara olanak tanımaktadır.

Adli raporların yeterliliği için adli hekimlik standartlarının geliştirilmesi bir zorunluluktur.

- Devlet Hastanelerinin bünyesinde çalışacak adli tıp poliklinikleri,
- Adli tıp polikliniklerinde çalışacak birinci basamak adli hekimlik alanında eğitilmiş hekimler ve birlikte çalışacakları, gerektiğinde danışacakları poliklinik sorumlusu adli tıp uzmanları,
- Muayene olacak adli olguların talebi olduğunda muayenede tıbbi denetim amacı ve gözlemci sıfatı ile yer alabilecek bağımsız hekimlik sistemi,

- Muayene bulgularının hastanın aydınlatılmış onamı alınmak koşulu ile görsel araçlarla belgelenmesi (fotoğraf, video),
- Adli olguların uygun ve güvenli (hastanın onurlu, özel yaşam gizliliğine özenli muayenesi ile hekim güvenliğini de gözetecek ortam) koşullarda muayene edilebileceği birimler,
- Adli raporların hekim ile tarafların karşı karşıya gelmesini ve rapor yazımına müdahaleleri önleyecek biçimde güvenli ve gizliliğe özen gösterilen koşullarda yargı sürecine katılması,
- Yargı sürecinde bağımsız hekimlik sistemi ile gerçekleştirilen denetimin ve muayeneye ilişkin gözlemlerin resmi adli rapor ile karşılaştırmalı değerlendirilmesi standart bir modelin ilk basamaklarını oluşturacaktır.

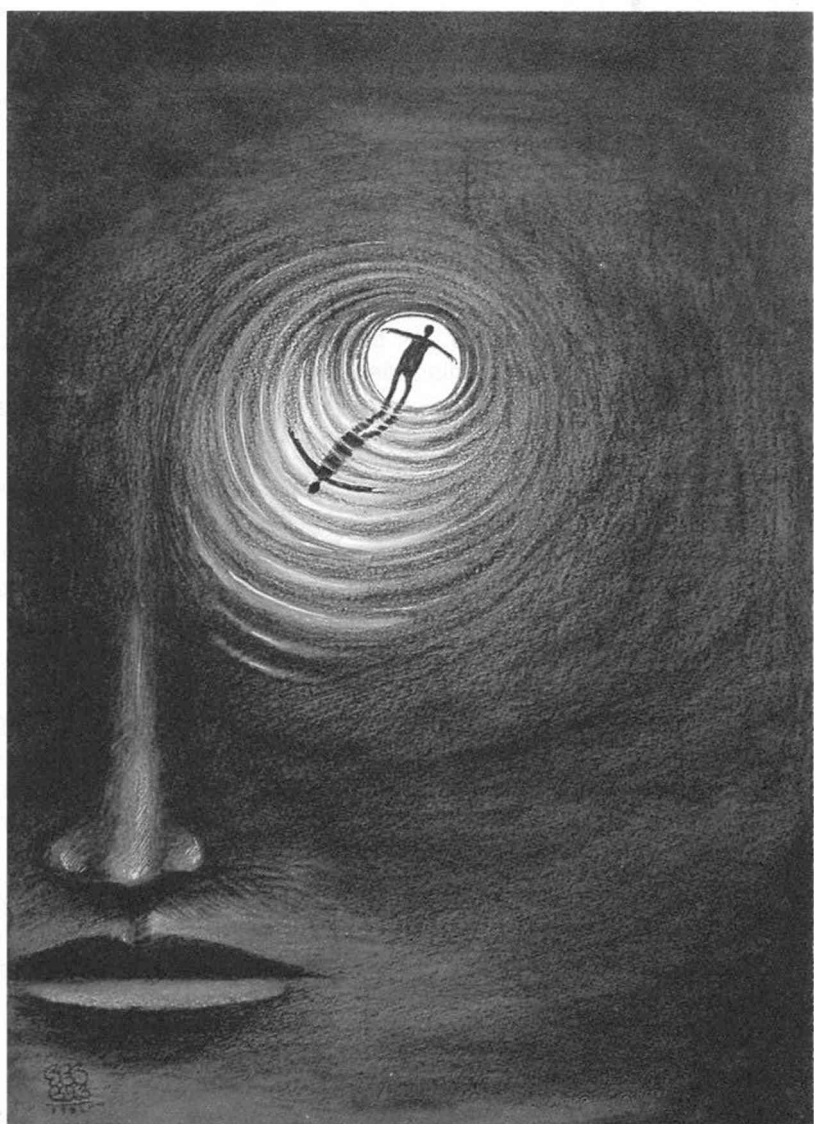
Oluşturulacak bu standartlar hekimler üzerindeki baskıları da ortadan kaldıracak ve hekimin de doğru bir değerlendirme yapabilmesini sağlayacaktır. Bununla birlikte uygulamaya ilişkin standartlar tek başına yeterli değildir. Adli raporlarda eksiklik ve yanlışlıkların önemli nedenlerinden bir diğeri de eğitim eksikliğidir. Bilgi ve deneyim yetersizliği adli olguların uygun koşullarda değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır<sup>11</sup>.

1920 (1336) yılında çıkarılan Tababet-i Adliye Kanunu'nda tüm hekimlerin adli olaylarda bilirkişi olarak görevlendirilebileceği belirtilmiştir ve bu yasa halen geçerlidir. Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nun ilgili maddeleri de bilirkişilik hizmetlerini belirler. Türkiye'de bugün için adli olguların ilk başvurusunun adli tıp uzmanı tarafından karşılanması maddi olanağı yoktur. Ayrıca adli olgular tedavi amacıyla da hastanelere başvuru yaptığından çok değişik uzmanlık alanlarından hekimlerle karşılaşma olasılıkları yüksektir ve tüm dünyada bu nedenle benzer sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye, ilgili yasalar uyarınca tüm hekimlerin adli olgularla karşılaşabildiği ve tıbbi bilirkişi olarak adli rapor sürecinde yer almasının zorunlu olduğu bir ülke olmasına karşın, bu ülkedeki Tıp Fakültelerinin de yaklaşık yarısında Adli Tıp Anabilim Dalları bulunmamakta ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri açısından yeterli bir adli hekimlik eğitimi verilmemektedir<sup>12</sup>.

Adli tıp uzmanları ise uzman olarak çalışmaya başladıktan sonra bilgilerini güncelleştirebilecekleri programlara katılım için desteklenmemekte ve hizmet içi eğitim programları ile donatılmamakta, benzer sorunlar birçok ülkenin adli hekimlik uygulamalarında yaşanan eksiklikler arasında dile getirilmektedir<sup>13</sup>.

### **İşkencenin Adli Rapora Yansıma Süreci**

İşkence sonucu ortaya çıkabilecek zararlar, adli tıp uzmanı veya adli hekimlik alanında çalışan bir hekimin tek başına tanı koyabileceği bir klinik tablo değildir. Değişik uzmanlık alanlarının birlikte değerlendirmesi ve yorumlaması gereken bulgular ve uygulanması gereken birçok laboratuvar yöntemi ile bazı veriler elde edilerek tanı konabileceği gibi, işkence yöntemleri nedeniyle hiçbir bulgu saptana-



maması da mümkün olabilmektedir. İşkence tanısı için gerekli olan ekip çalışması, ekipte yer alacak tüm hekimlerin, dolayısıyla tüm uzmanlık alanlarından hekimlerin işkence tanısı için gerekli araştırma yöntemlerini bilmesini zorunlu kılmaktadır.

Yetkin bir adli rapor:

a. Anamnez (Tıbbi öykü)

- Özgeçmiş
- Olay ile ilgili anlatım (gözaltında uygulanan travmaların niteliği)
- Travmaların o sırada ne tür fiziksel ve psikolojik yakınmalara yol açtığı
- Muayene daha geç ise muayene sırasındaki yakınmaları

b. Fizik muayene:

- Yakınmalara uygun muayene + tüm sistem muayeneleri + hastanın psikolojik durumu

c. Gerekli konsültasyonlar:

- Örneğin psikiyatri konsültasyonu işkence olgularının olmazsa olmaz koşuludur

d. Gerekli laboratuvar incelemeleri:

- Örneğin elektrik işkencesinde lezyondan biyopsi, falaka işkencesinde kemik sintigrafisi vb.

e. Gereğesi ile sonucu içermelidir<sup>14,15,16</sup>

İşkence tanısında yararlanılan bilimsel yöntemlerin ve ortaya çıkan zararın tedavisine yönelik gelişmeler özellikle son on yıllık dönemde hız kazanmış, tanı ve tedavinin multidisipliner niteliği öne çıkmıştır. Multidisipliner çalışmanın önemli bir parçası olan psikiyatrik değerlendirme ve tedavi süreci adli rapora yansımaları gereken bir uygulama olmakla birlikte, yeterince özenle vurgulanmamakta ve ülkemizde adli rapor için bu değerlendirmeden yayıgın olarak yararlanılmamaktadır.

İşkence ve kötü muamelenin insanın "güvenlik", "aidiyet", "adalet", "kimlik" ve "varoluşun anlamı" olarak tanımlanan beş uyum mekanizmasına yönelik bir tehdit oluşturması nedeniyle bu uyum mekanizmalarının değerlendirilmesi, işkence-nin kişilerde neden olduğu zararın gösterdiği öznel farklılıkların algılanması ve tanı ile tedavide çizilecek yolun bu bilgiler ışığında gözden geçirilmesinin öngörüldüğü çalışmalar ve yapılan kurumsal açıklamalar yeterince yankı bulmamaktadır<sup>17,18,19,20</sup>.

Adli tıp uzmanları ve birinci basamak adli hekimlik hizmetini yürüten hekimler psikiyatri konsültasyonu isteme ve daha sonra bu konsültasyon sonucunu değerlendirme alışkanlığına sahip olmadıkları gibi, psikiyatri uzmanlarının da önemli bir kısmı işkence ve benzeri olguların değerlendirmesinde izlenecek yol konusunda yeterli birikime sahip değildirler. Bu yüzden istenen az sayıda konsültasyonda da saptanan psikolojik durumun işkence ile uyumlu olup olmadığını belirtecek bir yorum yapılmamaktadır.

### Sonuç

İşkence, değişken belirtiler ve kapsamlı bir muayene ve araştırma ile saptanabilecek değişken bulgular şeklinde karşımıza çıkabilecek, insanın bedenine ve kimliğine yönelik zararların oluşturduğu tanısı zor bir klinik tablonun etkenidir. İşkence etkenini belirlemek ve adını koymak işkencenin önlenmesinde önemli bir yer tutmaktadır.

Hekimlerin sorumluluklarını gereği gibi yerine getirebilmesi için, tüm hekimlerin işkencenin klinik tanısı için gerekli temel eğitimi alması ve bağımsız bir çalışma ortamının sağlanması zorunluluk olmakla birlikte, toplumsal işbölümünün diğer alanlarının da üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmesi gerekmektedir.

Varlığı kabul edilerek toplumun tüm birimlerince üzerine gidilmesi gereken bir gerçeklik olan işkenceye yaklaşım, Türkiye'de sağlık çalışanları da dahil olmak üzere tüm bireylerin AIDS'e yaklaşımından çok büyük bir farklılık göstermemektedir. İşkenceyi şehir efsaneleri düzeyinde bir algılayışla ve yabancılaştırarak kendimizden uzak tutabileceğimiz bir kavram olmaktan çıkararak, bu alanda çalışan birkaç hekimin ve bireyin sorumluluğunu paylaşmadıkça, toplumun bu zararı önleyebilmesi mümkün olmayacaktır.



**KAYNAKLAR**

1. Fidaner C, Fidaner H. Dünya Hekimler Birliği Bildirgeleri. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları No.13, 1987.
2. Sayek F. Sağlıkla ilgili uluslararası belgeler (derleme). Ankara: TTB Yayınları, 1998.
3. Soyer A. Cezaevi, ezaevi, sayrıevi, ölümevi, Cezaevi ve Sağlık. Ankara: TTB Yayınları, 1999.
4. Madariaga C. Torture prevention as a public health problem. Torture 1996; 6: 86-9.
5. Petersen HD, Rasmussen OV. Medical appraisal of allegations of torture and the involvement of doctors in torture. Forensic Sci Int 1992; 53: 97-116.
6. Jandoo R. Human rights abuses and the medical profession. Forensic Sci Int 1987; 35 :249-52.
7. Biçer Ü, Çolak B, Özkalıpcı Ö, Gündoğmuş UN. Attitudes and experiences of physicians regarding human rights violation a study on human rights education. Torture 1999; 9: 68-72.
8. British Medical Association. Medical involvement in torture. BMA, editor. Medicine betrayed: the participation of doctors in human rights abuses. London: Zed books, 1992: 32-5.
9. Gürpınar S, Korur Fincancı Ş, İzmir Tabip Odası. İnsan hakları ihlalleri ve hekim sorumluluğu. TTB-ATUD, editörler. Birinci basamak için adli tıp el kitabı. Ankara: TTB-ATUD, 1999: 24-35.
10. Nathanson V. Doctors and torture: Acting collectively doctors can support each other in protecting victims. BMJ 1999; 319: 397-398.
11. Fincancı ŞK, Özkalıpcı Ö, Arıcan N, Baykal T. Human rights violation by inadequate postmortem examination. IALM 97, 20-23 August 1997, Dublin, Ireland.
12. Fincancı ŞK. Türkiye'de ve Dünyada Adli Tıp Eğitimi. I. Adli Bilimler Kongresi: 12-15 Nisan 1994; Çukurova Üniversitesi Mithat Özsan Amfisi, Kongre Kitabı, 52-54.
13. Gee DJ. Training the medical witness. Leadbeatter S, editor. Limitations of Expert Witness. London: Royal College of Physicians of London 1996; 69-75.

- 14.Forrest D. Guide to writing medical reports on survivors of torture. In Guidelines for the examination of survivors of torture. Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, 1995, s. 13-21.
- 15.Knight B. Forensic Pathology. 2. baskı. Arnold London, 1997; 294-303.
- 16.Pounder DJ. Documenting and interpreting injuries. Torture 1999; 9: 15-6.
- 17.Jablensky A. Concepts and classification of anxiety. Torture 1993; 3 (Suppl 1): 36-40.
- 18.Turner S. The limitations of the anxiety concept in work with survivors of repressive violence. Torture 1993; 3 (Suppl 1): 19-21.
- 19.Human D, Genefke I. Joint statement on how to diagnose torture victims. WMA and WPA. 1999; May.
- 20.World Psychiatric Association. Current opinion in psychiatry. Abstract book of the XI World Congress of Psychiatry, vol I. 1999 Aug. 6-11; Hamburg. London, Lippincott Williams&Wilkins, 1999; 12 (Suppl 1): 164.