



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ENGELLİ SAĞLIK KURULU'NA BAŞVURAN
OLGULARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Berna KARABİNA

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2021



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ENGELLİ SAĞLIK KURULU'NA BAŞVURAN
OLGULARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Berna KARABİNA

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şafak ERAY

BURSA-2021

İÇİNDEKİLER

Özet.....	iii
Abstract.....	v
GİRİŞ.....	1
1.1. Engelli Sağlık Kurulu.....	2
1.1.1. Engelli Sağlık Kurulu Yönetmeliği.....	2
1.1.2. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) Yönetmeliği....	3
1.1.3. Çocukların Eğitim İhtiyaçları.....	6
1.1.3.1. Ülkemizde Özel Eğitim Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	6
1.1.3.2. Ülkemizde Eğitim Hizmetleri Tanımları.....	7
1.2. Engelli Sağlık Kurulunda Değerlendirilen Psikopatolojiler.....	8
1.2.1. Zihinsel Yetersizlik.....	8
1.2.2. Otizm Spektrum Bozuklukları.....	11
1.2.3. Özgül Öğrenme Bozukluğu.....	13
1.2.4. Dil ve Konuşma Bozuklukları.....	14
1.2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	15
YÖNTEM.....	17
2.1. ÇERSH Polikliniğimizde Sağlık Kurulu (SK) Vakalarına Uygulanan	
Testler.....	17
2.1.1. Ankara Gelişim Tarama Envanteri.....	17
2.1.2. Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği.....	18
2.1.3. Otizm Davranış Kontrol Listesi.....	18
2.1.4. Goodenough Harris Bir İnsan Çiz Testi.....	18
2.1.5. Porteus Labirentleri Testi.....	19
2.1.6. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (Wechsler Intelligence Scales	
for Children- Revised, WISC-R).....	19
2.2. İstatistiksel Analiz.....	20
BULGULAR.....	21
3.1. ÇERSH Tanısı Olan Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları.....	22
3.2. Değerlendirilen Psikopatoloji Dağılımı.....	25

3.3. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar.....	29
3.4. Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar.....	30
3.4.1. Epilepsi.....	30
3.4.2. Diğer Sistemik Hastalıklar.....	31
3.4.2.1. ÇERSH tanılarına göre eşlik eden sistemik hastalıklar.....	33
3.5. Dil Konuşma Bozukluğu.....	36
3.6. Sağlık Kurulu Raporların Sonuçları.....	37
3.6.1. ESKR.....	37
3.6.2. ÇÖZGER.....	37
3.6.3. ESKR ve ÇÖZGER.....	38
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	39
KAYNAKLAR.....	49
EKLER.....	58
Ek-1: Engelli Sağlık Kurulu Raporu Örneği.....	58
Ek-2: Engelli Sağlık Kurulu Çocuk ve Ergen Psikiyatri Değerlendirmesi... ..	60
Ek-3: Çocuklar için Özel Gereksinim Raporu Örneği.....	63
Ek-4: Etik Kurul Onayı.....	65
Ek-5: Başhekimlik Onayı.....	66
Ek-6: AGTE Değerlendirme Tablosu.....	67
TEŞEKKÜR.....	68
ÖZGEÇMİŞ.....	69

ÖZET

Çalışmamızda Uludağ Üniversitesi Engelli Sağlık Kurulu'na başvuran hastaların raporlarının tanımlayıcı incelemesini yapmak, ÇÖZGER sistemine geçildikten sonra olan değişiklikleri değerlendirmeyi amaçlamaktayız.

Çalışmamız Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Engelli Sağlık Kurulu'na 20/02/2018 – 20/02/2020 tarihleri arasında başvuran hastaların ESKR ve ÇÖZGER'leri retrospektif olarak taranarak yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Hastaların sadece raporları baz alınmıştır, hasta dosyaları incelenmemiştir. Belirlenen tarihler arasında başvuran tüm hastalar çalışmanın evrenini ve örneklemi oluşturmaktadır. Tüm hastaların raporları çalışmaya dahil edilmiş olup, çalışmada dışlama kriteri bulunmamaktadır.

Toplam 1747 hastanın raporları incelenmiş olup, %44,7'sinin ÇERSH başvurusu bulunmaktadır. Hastaların %58,2'si erkek, %41,8'i kadındır ve yaş ortalaması $8,502 \pm 4,804$ yıl, ortancası 8,000 yıldır. Hastaların %43,3'ü zihinsel yetersizlik, %26'sı gelişimsel gerilik (GG) (birlikte %69,6'sı bilişsel gelişimde gecikme (BGG)), %12,1'i özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), %11,9'u otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanılarını almıştır. BGG tanısı alan hastaların %14,9'unun sınır düzeyde mental kapasiteye sahip olduğu, %61,7'sinin hafif düzeyde, %15,9'unun orta düzeyde, %7,6'sının ağır düzeyde BGG olduğu saptanmıştır. ÇÖZGER'de ESKR'ye göre ÖÖG tanısı alma oranı anlamlı olarak daha yüksek ($p<0,0001$), GG tanısı alma oranı ESKR'den anlamlı olarak daha düşük ($p<0,0001$) saptanmıştır. Hastaların %12,1'inde eşlik eden bir psikiyatrik tanı saptanmıştır. ÇÖZGER'de bu oran ESKR'ye göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0,0001$). En sık eşlik eden tanı %49,5 ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur. Hastaların %42,1'inde eşlik eden sistemik bir hastalık bulunmaktadır. Sistemik hastalıkları olan hastaların %26,5'inde nörolojik, %19,1 genetik %14,6 kulak burun boğaz hastalığı bulunduğu saptanmıştır. Hastaların %24,6'sında epilepsi eşlik etmektedir.

Çalışmamızın sonuçları özel gereksinimli çocukların sağlık kurulu raporları için başvurularını incelemekte ve sistemsel değişikliklerin başvuru oranları, tanı dağılımları üzerine etkilerini vurgulayan bir çalışmadır. Bu

bağlamda özel gereksinimli çocuklara uygun desteklerinin sağlanması amacıyla, yapılan sistemsal değışikliklerin klinik yansımalarının belirlenmesi, hem klinisyenler hem kanun koyucuların ileriye yönelik çalışmaları için alana katkı sağlaması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimler: Çocuk ve ergen psikiyatri, sağlık kurulu, prevalans, özel gereksinimli çocuk.



ABSTRACT

Retrospective Evaluation of Cases Referred to Uludağ University Health Board for the Disabled

In our study, it is aimed to make a descriptive review of the hospital reports of the patients who applied to Uludağ University Disabled Health Board, and to evaluate the changes after their export to the system of Report for Children with Special Healthcare Needs (R-CSHCN).

Our study is a descriptive study conducted by retrospectively scanning of Disabled Health Board Reports (DHBR) and R-CSHCNs of the patients who applied to Uludağ University Medical Faculty Hospital Disabled Health Board for children between 20/02/2018 - 20/02/2020. The study is based on patients' reports, their medical files are not assessed in the study. All patients admitted between the specified dates constitute the population and sample of the study. All of the patients' reports are included in the study, and there were no exclusion criteria.

In total 1747 patients' reports have been assessed, 44,7% of them had a history of application to child and adolescent psychiatry. 58,2% of the patients are male, 41,8% are female, the mean age is $8,500 \pm 4,804$ years and the median is 8,0 years. 43,3% of the patients have an intellectual disability, 26% of them have developmental delay (DD) (69,6% of them together with cognitive developmental delay (CDD)), 12,1% of them have specific learning disorder (SLD), and 11,9% of them have autism spectrum disorder (ASD) diagnosis. 14,9% of the patients who have CDD diagnosis have borderline intellectual functioning, 61,7% of them have mild intellectual disability, 15,9% of them have moderate and 7,6% of them have severe intellectual disability. In R-CSHCNs, the rate of diagnosis of SLD is significantly higher ($p < 0.001$) as compared to DHBRs, and the rate of diagnosis of DD is significantly lower than DHBRs ($p < 0.001$). A comorbid psychiatric diagnosis is found in 12,1% of the

patients. This rate is found to be significantly lower in R-CSHCNs than in DHBRs ($p = 0.001$). The most common comorbidity is attention deficit and hyperactivity disorder (49,5%). It is found that 42,1% of patients have an accompanying systemic disorders, of which 26,5% are neurologic, 19,1% are genetic, 14,6% are ear-throat-nose disease. 24,6% of the patients have a comorbid epilepsy diagnosis.

The results of our study examine the applications of children with special needs for health board reports and it is a study that emphasizes the effects of systemic changes on application rates and diagnosis distributions. In order to provide appropriate support for children with special needs, it is aimed to determine the clinical reflections of the systemic changes and to contribute to the field for the future studies both for the clinicians and the legislators.

Keywords: child and adolescent psychiatry, health board, prevalence, child with special needs.

1. GİRİŞ

UNICEF'in 2013 yılında yayınladığı rapora göre 0-5 yaş bebek-çocuk ölümü her geçen yılla beraber azalmaktadır. 1970 yılında dünya çapında her 1000 canlı doğumda 141 iken 1990'da her 1000 canlı doğumda 87, 2011 yılında ise her 1000 canlı doğumda 51 olarak bildirilmiştir (1). 2009 yılında yayınlanan UNICEF bültenine göre ülkemizde 0-5 yaş çocuk ölümü 1990 yılında 82/1000 canlı doğum iken, 2007 yılında 23/1000 olarak bildirilmiştir (2) ve buna göre geçen 17 yılda 0-5 yaş çocuk ölüm hızı %72 azalmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2018 yılında 0-5 yaş çocuk ölümünü binde 11,4 olarak bildirilmiştir (3). 0-5 yaş çocuk ölüm hızının azalmasının ve beklenen yaşam süresinin uzamasının özel gereksinimi olan çocuk ve yetişkin sayısını arttırdığını düşündürmektedir.

Dünyanın birçok ülkesinde kabul görmüş olan ve engelli/özürlü bireylerin haklarına ilişkin uluslararası belge Birleşmiş Milletler (BM) Engelli Hakları Sözleşmesidir. İşbu sözleşmeye göre engelli bireyler "diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler" dir (4).

"Özel Gereksinimi Olan Çocuk" kavramı, mevcut kavramın daha basit ve anlaşılır ve bilimsel verilere dayalı olması amacıyla ilk kez 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Anne Çocuk Sağlığı Bürosu tarafından kullanılmıştır. "Özel sağlık gereksinimi olan çocuklar kronik fiziksel, gelişimsel, davranışsal veya duygusal açıdan hastalığı olanlar veya yüksek risk grubunda bulunanlar ve genel olarak çocukların ihtiyaç duyduklarının ötesinde bir tür veya miktarda sağlık ve ilgili hizmetlere ihtiyaç duyan çocuklardır." tanımlaması yapılmıştır (5).

Ülkemizde özel gereksinimi olan çocuklar 03/05/2013 tarihine kadar özürlü olarak adlandırılmış, bu tarihte 26837 sayılı Resmî Gazete 'de yayınlanan "Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Yer Alan Engelli Bireylere Yönelik İbarelerin Değiştirilmesi Amacıyla Bazı Kanun Ve Kanun

Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile “özürlü kelimesi çıkarılarak, bunun yerine “engelli” kelimesi kullanılmaya başlanmış ve 20/02/2019 tarihine kadar kullanılmıştır (6).

Engelli bireylerin hak ve gereksinimleri oldukça önemli olan, uluslararası imzalanan sözleşmelerce de korunmuştur. İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nin 21. Maddesi herkesin, kendi ülkesinde kamu hizmetlerinden eşit yararlanma hakkının bulunduğunu belirtir (7). Çocuk Hakları Bildirgesi’nin 5. Maddesinde “Fiziksel, zihinsel ya da sosyal bakımdan engelli çocuğa gerekli tedavi, eğitim ve bakım sağlanmalıdır” (8), Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’nin 23. maddesinde “Engelli çocuğun eğitimi, meslek eğitimi, tıbbi bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, meslek hazırlık programları, ve dinlenme/sosyal olanaklarından etkin olarak yararlanmasını sağlamak üzere düzenlenir ve çocuğun en eksiksiz biçimde toplumla bütünleşmesi yanında, kültürel ve ruhsal yönü dahil bireysel gelişmesini gerçekleştirme amacını güder” (9) ilkeleri esas alınmıştır. 2006 yılında kabul edilen Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme’nin 24 maddesinde “Engelliler engelleri nedeniyle genel eğitim sisteminden dışlanmamalı ve engelli çocuklar engelleri nedeniyle parasız ve zorunlu ilk ve ortaöğretim olanaklarının dışında tutulmamalıdır.” (10) ilkesi yer almıştır.

1.1. Engelli Sağlık Kurulu

1.1.1. Engelli Sağlık Kurulu Yönetmeliği

Ülkemizde özel gereksinimi olan çocukların hakları ve sağlık, eğitim, rehabilitasyon gibi gereksinimlerinin yasal olarak düzenlenmesi ilk kez 1998 yılında “Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Hakkında Yönetmelik” ile yürürlüğe girmiştir (11). Yönetmelik 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu, 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ,181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname dayanaklarında hazırlanmıştır.

Yönetmelik ana yapısı değişmeden, bazı değişiklikler yapılarak 2006 (12), 2010 (13), 2012 (14) ve 2013 (15) yıllarında tekrardan yayınlanmıştır.

2013 yılında yayınlanan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması Ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik’e göre özürlü, doğuştan veya sonradan; bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım veya rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi; ağır özürlü, özür durumuna göre toplam özrü %50’yi geçen ve başkalarının yardımı olmadan günlük hayatını idame edemeyen kişiyi tanımlar. Birden fazla özür olması durumunda her bir özür ayrı ayrı değerlendirilir ve toplam özür Balthazard formülü kullanılarak hesaplanır. Bu formüle göre tüm özür oranları en yüksekten en düşüğe göre sıralanır. (a) en yüksek özür oranı, (b) ikinci en yüksek özür oranı olmak üzere;

$$Balthazard\ formülü = \frac{(100 - a) \times (b)}{100} + a$$

İkiden fazla özür oranı bulunması durumunda ilk hesaplanan Balthazard ile diğerleri tekrar yüksekten düşüğe sıralanır ve her seferinde iki özürün Balthazard’ının hesaplanması sonucunda toplam özür puanı elde edilir.

Engelli Sağlık Kurulu Raporu (ESKR) örneği Ek-1’de gösterilmiştir.

Yönetmeliğe göre sınırdaki mental kapasite %25, hafif mental retardasyon (MR) %50, orta MR %70, ağır MR %90, çok ağır MR %100; yaygın gelişimsel bozukluklar; Asperger sendromu %40, atipik otizm %40, dezintegretilif psikoz %80, Rett sendromu %80, otizm %80; özel öğrenme bozuklukları (ÖÖB) hafif %20, ağır %30, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tedavi edilebilen %0, edilemeyen %20 olarak değerlendirilmektedir (Ek-2).

1.1.2. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) Yönetmeliği

ÇÖZGER yönetmeliği 20 Şubat 2019 tarihli 30692 tarihli Resmî Gazete’de yayınlanmış ve o tarihten itibaren yürürlüktedir (16). Bu yönetmelik, 31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun 31 inci maddesi,

1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanunun 8 inci maddesi ve 1/7/2005 tarihli ve 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanunun 5 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. ÇÖZGER örneği Ek-3'te gösterilmiştir.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hekimlerince değerlendirilen bilişsel gelişim alanı, çocuk ve ergen psikiyatri alanı ve dil konuşma iletişim alanı bölümleri değerlendirilmesi Şekil 1-3'te gösterilmiştir.

BİLİŞSEL GELİŞİM ALANI		
ÇÖZGER ALANI	GEREKSİNİM DEĞERLENDİRMESİ	RAPOR SÜRESİ
A. Bilişsel gelişimde gecikme		
A.1. İşlevsel değerlendirmede bilişsel (dil-bilişsel) gelişim (-1.5SD) ile (-2SD) arasında YA DA bebeklik ve erken çocukluk döneminde bilişsel düzeyi -1.5 SD'nin üzerinde olmasına rağmen bilişsel gelişim açısından gecikme riski taşıyan çocuklar	Özel gereksinimi vardır (ÖGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
A.2. İşlevsel değerlendirmede bilişsel (dil-bilişsel) gelişim (-2SD) ya da (-2SD) ile (-3SD) arasında	Özel gereksinimi vardır (ÖGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
A.3. İşlevsel değerlendirmede bilişsel (dil-bilişsel) gelişim (-3SD) ve altında	Özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.

Şekil-1: Bilişsel Gelişim Alanı (16)

ÇOCUK VE GENÇ PSİKİYATRİSİ		
ÇÖZGER ALANI	GEREKSİNİM DEĞERLENDİRMESİ	RAPOR SÜRESİ
A. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	Tanıdan itibaren özel gereksinimi vardır (ÖGV). Tanı, tedavi ve izleminden 6 ay sonra ÇÖZGER kapsamında tekrar değerlendirilir. Hastalık nedeni ile uygun doz ve uygun sürede, uygun medikal ve destekleyici tedaviye yanıt olmaması veya tedaviye rağmen okula devamının ya da okul başarısının etkilenmesi gibi işlevleri, etkinlikleri, yaşama katılımı etkileyen durumlarda özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV).	Rapor süresi ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
B. Otizm Spektrum Bozukluğu (DSM V tanı kriterleri) ya da Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (F84 - ICD 10 tanı kriterleri)	Tanıdan itibaren özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV).	Rapor süresi ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
C. Organik beyin hasarına bağlı bilişsel, ruhsal işlevler (organik hallusinozis, organik duygudurum bozukluğu, organik sanrılı bozukluk, organik bunaltı bozukluğu, organik kişilik bozukluğu, frontal lob sendromu, postkontüzyonel sendrom)	Tanıdan itibaren özel gereksinimi vardır (ÖGV). Tanı, tedavi ve izleminden 6 ay sonra ÇÖZGER kapsamında tekrar değerlendirilir. Hastalık nedeni ile uygun doz ve uygun sürede, uygun medikal ve destekleyici tedaviye yanıt olmaması veya tedaviye rağmen okula devamının ya da okul başarısının etkilenmesi gibi işlevleri, etkinlikleri, yaşama katılımı etkileyen durumlarda özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV).	Rapor süresi ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
D. Duygudurum bozuklukları	Tanıdan itibaren özel gereksinimi vardır (ÖGV). Tanı, tedavi ve izleminden 6 ay sonra ÇÖZGER kapsamında tekrar değerlendirilir. Hastalık nedeni ile uygun doz ve uygun sürede, uygun medikal ve destekleyici tedaviye yanıt olmaması veya tedaviye rağmen okula devamının ya da okul başarısının etkilenmesi gibi işlevleri, etkinlikleri, yaşama katılımı etkileyen durumlarda belirgin özel gereksinimi vardır (BÖGV).	Rapor süresi ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.

ÇOCUK VE GENÇ PSİKİYATRİSİ		
ÇÖZGER ALANI	GEREKSİNİM DEĞERLENDİRMESİ	RAPOR SÜRESİ
E. Anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu	Tanıdan itibaren özel gereksinimi vardır (ÖGV). Tanı, tedavi ve izleminden 6 ay sonra ÇÖZGER kapsamında tekrar değerlendirilir. Hastalık nedeni ile uygun doz ve uygun sürede, uygun medikal ve destekleyici tedaviye yanıt olmaması veya tedaviye rağmen okula devamının ya da okul başarısının etkilenmesi gibi işlevleri, etkinlikleri, yaşama katılımı etkileyen durumlarda belirgin özel gereksinimi vardır (BÖGV).	Rapor süresi ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
F. Özgül öğrenme güçlüğü	Tanıdan itibaren özel gereksinimi vardır (ÖGV).	Rapor süresi ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.

Şekil-2: Çocuk Genç Psikiyatrisi Alanı (16)

DİL KONUŞMA İLETİŞİM GELİŞİMİ		
ÇÖZGER ALANI	GEREKSİNİM DEĞERLENDİRMESİ	RAPOR SÜRESİ
A.1. İşlevsel değerlendirmede alıcı ya da anlatım dili gelişimi (-1.5 SD) ile (-3 SD) arasında	Özel gereksinimi vardır (ÖGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
A.2. İşlevsel değerlendirmede alıcı ya da anlatım dili gelişimi (-3 SD) ve altında	Belirgin özel gereksinimi belirgin vardır (BÖGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
B. Konuşma sesi bozuklukları (artikülasyon bozukluğu, fonolojik bozukluk, gelişimsel apraksi)	Özel gereksinimi vardır (ÖGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
C. Çocukluk dönemi başlangıçlı konuşmada akıcılık bozukluğu (kekemelik, "childhood-onset fluency disorder")	Özel gereksinimi vardır (ÖGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
D. Sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu	Özel gereksinimi vardır (ÖGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
E. Ses bozuklukları	Özel gereksinimi vardır (ÖGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır.
F. İşaret dili ile iletişim kurması gereken çocuk-gençler	Özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV).	Rapor süresi en az 1 yıldır. Süre ÇÖZGER veren uzmanlar tarafından kararlaştırılır. Sürekli verilebilir.

Şekil-3: Dil Konuşma İletişim Alanı (16)

1.1.3. Çocukların Eğitim İhtiyaçları

1.1.3.1. Ülkemizde Özel Eğitim Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de 12/10/1983 tarih ve 2916 numaralı “Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar” kanunu ile ilk adımlar atılmıştır (17). 20 Aralık 1983 tarih ve 18257 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan "Millî Eğitim Bakanlığı Eğitilebilir Çocuklar İş Okulu Yönetmeliği" ile iş okulları açılmış, özel eğitim ihtiyacı olan çocukların zekâ seviyeleri, ilgi ve yetenekleri ile bağlantılı toplumda yapabilecekleri bir iş ve meslek kazandırılmaları, kendilerine ve topluma yararlı birer birey olarak yetiştirilmeleri amaçlanmıştır (18). 1992 yılında 21262 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan “Millî Eğitim Bakanlığı Zihinsel Özürlü Çocukların Eğitim Uygulamaları Yönetmeliği” ile eğitilebilir zihinsel özürlü çocuk, öğretilebilir zihinsel özürlü çocuk, özel sınıf ve kaynaştırma kavramları gündeme gelmiştir (19). Öğretilebilir çocuklar okulu ve eğitilebilir çocuklar iş okulu görev ve

amaçları tanımlanmıştır. 18/1/2000 tarihli ve 23937 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan “Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği” ile özel eğitim ihtiyacı olacak bireylerin erken tanı ve erken eğitim üzerinde durulmuştur (20). 2006 yılında yürürlüğe giren “Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği” ile bu bireylere sağlanacak hizmetler yasal olarak güvence altına alınmıştır (21). Ayrıca 2006 yılında kabul edilen Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme’nin 24. maddesi (10) de göz önünde bulundurulmuş ve çocukların önce kaynaştırma programlarına alınması, bu durum çocuğun yararına değilse özel alt sınıfa yerleştirilmesi, bu durum da çocuğun yararına değil ise özel eğitim okuluna yerleştirilmesi böylece bireysel eğitsel programların geliştirilmesi kararı alınmıştır. 07 Temmuz 2018 yılında 39471 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan “Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği” halen kullanılmaktadır (22).

1.1.3.2. Ülkemizde Eğitim Hizmetleri Tanımları

Başta T.C. Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği (2018) olmak üzere ilgili mevzuatlara göre eğitim hizmeti tanımları aşağıda açıklanmıştır.

Okul öncesi eğitim; 0-72 ay aralığındaki çocukların okul öncesi eğitim çağı anaokulu, anasınıfı ve uygulama sınıflarını kapsar (23).

Örgün eğitim; öğrencilerin eğitim öğretim yılı boyunca ders ve uygulamalara katılma zorunluluğunun bulunduğu okul ya da okul dışı kuruluşlar olarak tanımlanır (ÖSYM). Örgün eğitim, okul öncesi, ilköğretim, ortaöğretim ve yüksek öğretimi kapsar.

Özel eğitim ihtiyacı olan birey; bireysel ve gelişim özelliklerine göre yaşitlarından anlamlı derecede farklılık gösteren bireyi tanımlar (Resmî Gazete, 2018).

Özel eğitim; özel eğitim ihtiyacı olan bireylerin “eğitim ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirilmiş eğitim programları ve özel olarak yetiştirilmiş personel ile uygun ortamlarda sürdürülen eğitimi” kapsamaktadır (24).

Kaynaştırma/bütünleştirme yoluyla eğitim uygulamaları; özel ihtiyacı olan bulunan bireylerin her tür ve kademede akranlarıyla birebir ve

karşılıklı iletişimini mümkün kılan, bireyin ihtiyaçlarına yönelik uygulamaların da dahil edildiği tam zamanlı ya da özel eğitim sınıflarında yarı zamanlı olarak faydalandığı eğitim biçimidir (24).

Özel eğitim sınıfları; aynı tür engelleri olan özel eğitim ihtiyacı bulunan bireylerin aynı sınıfta okutulmasını amaçlayan sınıflardır (24).

1.2. Engelli Sağlık Kurulunda Değerlendirilen Psikopatolojiler

1.2.1. Zihinsel Yetersizlik

Çocuk ve ergen yaş grubunda sık görülebilen nörogelişimsel bozukluklardan birisi zihinsel yetersizliktir (ZY). Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlik Birliği'nin (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD) tanımına göre ZY 18 yaş öncesinde başlayan, hemen her gün sosyal ve pratik becerileri de kapsayan hem zihinsel işlevlerde (muhakeme, öğrenme, problem çözme yetisi, vb.) hem de uyumsal davranışlarda (kavramsal, bilişsel ve uygulamalı alanlar) belirgin kısıtlılığa neden olan nörogelişimsel bir bozukluktur (25). Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association, APA, 2013) tanı için özel bir yaş grubu belirlememiş ancak bozukluğun gelişimsel dönemde başlaması gerektiğini ve yetersizliğin derecesinin uyumsal yetilere göre belirlenebileceği vurgulanmıştır (26).

ZY'nin dünyadaki prevalansı %1-3 civarındadır (27). 2011 yılında yayınlanan ve toplam 52 adet çalışmanın meta-analitik değerlendirmesinde her 1000 çocuktan 10,37'sinde zihinsel yetersizlik görülebileceği bildirilmiş (28). Tüm zihinsel yetersizliklerin %85'inin hafif düzeyde, %10'unun orta düzeyde, %3-4'ünün ağır düzeyde ve %1-2'sinin çok ağır düzeyde olduğu düşünülmektedir (29). 2002 yılında ülkemizde yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre toplam özürlü nüfusunun (%12,29) %48'nin zihinsel yetersizliği olduğu bulunmuş. Bu durum toplum genelinde değerlendirildiğinde Türkiye'de görülme sıklığı %5,49'dur. Zihinsel yetersizliği olanlar kendi içinde sınıflandırıldığında %20,54'ünün hafif düzeyde, %26,49'unun orta düzeyde, %18,12'sinin ağır ve %19,66'sinin çok ağır düzeyde olduğu saptanmış.

Kişilerin birçoğunun kırsal bölgelerde yaşadığı ve erkeklerde kızlara oranla 1,5 kat fazla görüldüğü bulunmuş (30). Dünya literatürü ile karşılaştırıldığında zaman ülkemizde görülme sıklığı birçok ülkeye nazaran daha yüksektir. Bunun nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber, kırsal kesimde yaşayan kişilerin sağlık kuruluşlarına erişiminin zorluğu, ana-baba eğitim düzeylerinin düşük olması nedeniyle başvurmama, akraba evliliklerinin %23,2 (31) gibi yüksek bir orana sahip olması bu nedenler arasında sayılabilir.

ZY idiopatik olabileceği gibi aynı zamanda heterojen bir etiyolojiye sahip bozukluktur. Vakaların yaklaşık %50'sinin etiyolojisinin belirlenebildiği düşünülmektedir (32). ZY'nin şiddeti arttıkça, etiyolojik faktör bulunma ihtimali artar. Shevell ve ark. (33) yaptıkları çalışmada hafif düzeyde ZY'nin %53,2'si, orta düzey ZY'nin %31,3'ü ve ağır düzeyde ZY'nin %100'ünün etiyolojik faktörü olduğunu bildirmişler.

Bireydeki ZY'nin etiyolojisinin biliniyor olması, primer ve sekonder önlem açısından önemlidir. Genetik bir hastalığa veya sendroma bağlı oluşan ZY, kişinin ebeveynlerinin genetik danışmanlık almasına ve ileride doğabilecek olan bebeklerin önceden belirlenmesine katkı sağlar. Edilgen ZY nedenleri ise önceden tespit edilip kişide gelişebilecek ZY'nin önüne geçilmesine yarar. Ülkemizde fenilketonüri ve konjenital hipotiroidi, ZY'ye neden olduğu bilinen iki hastalık (34), 2006 yılından beri ulusal yeni doğan tarama testleri ile taranmaktadır. Böylece bebeğe erken müdahalede bulunulması ile, örneğin konjenital hipotiroidinin düzeltilmesi, ZY gelişimi engellenebilmektedir.

ZY'si olan bireylerde gerek fiziksel gerek psikiyatrik eş tanının olma ihtimali normal popülasyondan daha yüksektir. Çocukluk çağı epilepsisi (ÇÇE) ZY'ye eşlik edebilen en sık görülen fiziksel hastalıklardan biridir. ÇÇE ve ZY komorbitesi %15-30 aralığında bildirilmiştir (35-37). Kanada'da kesitsel olarak yapılan bir çalışmada epilepsisi olan bireyin ZY olması için rölatif risk 65,08 olarak bulunmuştur (38). Serebral palsi (CP) ZY'ye sıklıkla eşlik eden diğer bir fiziksel hastalıktır. CP'ye ZY eşlik etme oranını %61 (39) ve %63,8 (40) bildiren yayınlar mevcuttur.

ZY'si olan bireylerin genel topluma oranla daha yüksek düzeyde eşlik eden psikopatolojisinin olduğu düşünülmektedir. ZY'de psikiyatrik

komorbiditenin %10-60 aralığında olduğu düşünölmektedir (41). Son dönemlerde yayınlanan 19 makalenin değeriendirdiği bir meta-analizde, ZY'li bireylerde psikopatoloji prevalansı %24-61 aralığında olduğu, ZY ciddiyeti arttıkça psikopatoloji riskinin arttđđı, özellikle DEHB (%30), davranım bozukluğu (%3-21), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (%14), herhangi bir anksiyete bozukluğu (%7-34), depresif bozukluk (%3-5) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%11) eş tanısı olduğu saptanmıştır (42). ZY'li bireylerin uyumsal yetilerinin yaşıtlarından geri olması ve toplumsal alanlarda yetersizlikleri bulunması nedeniyle, %70'lere varan kısmının akran zorbalđđına uđradđđını bildiren çalışmalar mevcuttur (43,44). ZY'li bireylerin riski değeriendirmekte zorluklarının bulunması ve kolay kandırılabilir özellikte olmalarından dolayı normal gelişen bireylere göre daha sık ve daha fazla cinsel istismara maruz kalabilmektedirler (45).

ZY'nin tedavisinin ana bileşeni özel eğitimidir. Tanı alındıktan sonra mümkün olan en kısa sürede başlayan eğitimle, bireyin yaşam kalitesi o kadar iyileşecektir. Etiyolojinin bilindiği durumlarda ve fiziksel eş tanılarının olduğu durumlarda multidisipliner olarak yaklaşım gerektirir. Fiziksel hastalıklara ve psikiyatrik eş tanılar uygun medikal tedaviyi gerektirir. Tanı anından itibaren aileye durumu açık ve net bir dille anlatmak hem ailenin tedaviye iştirakını sağlar hem de çocuğu olası tehlikelere karşı (istismar ve zorbalık gibi) korumayı arttırır

ZY'nin gidişatı bozukluğuğun şiddeti, eşlik eden fiziksel durumlar, kişinin psikolojik işlevselliği ve aile desteği gibi birçok nedene bağlı olarak değerişmektedir. Uygun özel eğitim ile hafif düzeyde ZY'si olan bireyler okur yazar olabiliyor, öz bakımlarını yapabiliyor, dili iyi kullanabiliyor ve iş hayatında görev alabilmektedirler (34). DSM-5'e göre tanı koymak ve şiddet belirlemek için kullanılan uyumsal işlevler olmasından dolayı, yaş ilerledikçe bu olguların tanıları silinebilmektedir. Bu bireyler evlenebilmekte ve ocuk sahibi olabilmektedirler. Richardson ve Koller (46) 9-11 yaşlarında takibe aldıkları ve 22 yaşına kadar takip ettikleri çocukların %75'inin erişkinlikte eğitime ihtiyaı kalmadığını, %25'inin her alanda çalışabilecek yeterlilikte olduğunu saptamışlar.

Orta düzeyde ZY'si olan bireylerin bir kısmı okuma yazma öğrenebilecek yeterlilikteyken, bir kısmı okur-yazar olamamaktadır, özerklikleri kısıtlıdır, kullandıkları dil daha basittir (34). Bu olguların eğitim ihtiyaçları erişkinlik döneminde de devam etmekle beraber, hayatlarını kısmi bağımlı olarak ya da yardımla devam ettirmektedirler (47).

Ağır ve çok ağır düzeyde ZY'si olan vakaların destek ihtiyacı tüm yaşamları boyunca sürmektedir ve kişiler tam bağımlıdırlar.

1.2.2. Otizm Spektrum Bozuklukları

Otizm Spektrum Bozuklukları (OSB) belirtileri erken çocukluk çağında başlayan ve günlük yaşam fonksiyonlarını etkileyen, sosyal ve iletişimsel alanda belirgin yetersizlikler ve sınırlı, tekrarlayıcı davranış, ilgi alanı ve aktivitelerle karakterize olan nörogelişimsel bozukluk spektrumudur. DSM IV-TR'de "Yaygın Gelişimsel Bozukluklar" (YGB) ana başlığı altında beş alt tanı grubu (Çocukluk Çağı Otizmi, Asperger Bozukluğu, Rett Sendromu, Başka türlü adlandırılmayan YGB, Çocukluk Çağı Dezentegratif Bozukluğu) olarak tanımlanmıştır. DSM-V ile alt tanılardan vazgeçilmiş ve hastalığın gerek prezantasyon heterojenitesi ve semptom şiddet farklılığı, gerekse OSB bireylerin beceri ve işlemsel kapasitelerinin farklı olması dolayısı ile spektrum kelimesi kullanılmaya başlanmıştır (26).

Kaliforniya Gelişimsel Hizmetler Departmanı verilerine göre OSB prevalansı 1931 yılında doğanlarda %0,001, 2012 yılında doğanlarında %1,18 olarak bildirilmiş ve aradan geçen yıllar boyunca OSB prevalansının yaklaşık bin kat arttığı belirtilmiştir (48). Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (Center for Diseases, CDC) OSB prevalansını 2006 yılında 1/150, 2008 yılında 1/88, 2012 yılında 1/68, 2018 yılında 1/59 ve 2020 yılında yayınlanan raporunda 1/54 olarak bildirmiştir (49). OSB sıklığındaki bu artış, tanı kriterlerinin değişmiş olması, bozukluk hakkında daha fazla bilgi sahibi olunması, ailelerin bozukluğu ve semptomlarını daha iyi tanıması ve merkezlere ulaşımın daha kolay olması gibi faktörlere bağlı olduğunu düşünülmektedir.

OSB'li bireylerde sistemik veya psikiyatrik eş tanı topluma oranla daha sık görülebilmektedir. Sistemik hastalıklar arasında en sık görülen ve en sık araştırılan epilepsi birlikteliğidir. Genel nüfusa göre OSB'li bireylerde 10-30 daha sık görülmektedir. Tuchman (50) epilepsi sıklığını ZY olan OSB'lilerde %20, normal zekalı OSB'lilerde %8 olarak bildirmiştir. CP OSB'ye eşlik eden diğer bir sistemik hastalıktır. Yapılan bir çalışmada CP olan olguların %8'ine OSB tanısı konmuştur (51).

OSB DEHB eş tanısı yayınlarda %28-83 olarak bildirilmiştir (52-55). DEHB'nin eşlik etmesi sosyal uyumu, davranışları ve öğrenmeyi etkilemektedir. Ergen ve yetişkin OSB'lilerde en sık görülen psikiyatrik eş tanı depresyondur (54,56). OSB'li çocuk ve ergenlerde bipolar duygulanım bozukluğu sıklığı %0,7- %27 olarak bildirilmiştir (54,57,58).

OSB'de temel belirtileri hafifletmek ve işlevselliği arttırmak için en etkin yaklaşım eğitsel yaklaşımlardır. Bu eğitimler sosyal iletişimsel alanda gelişmeyi, istenmeyen davranışları önlemeyi ve yeni beceriler kazanmayı hedeflemelidir. Tanı ne kadar erken konulabilirse, eğitim o kadar erken başlayabileceğinden dolayı bireyin alacağı katkı en üst seviyeye çıkmaktır. Diğer bir tedavi yaklaşımı farmakolojik yaklaşımdır. OSB'li bireylerde istenmeyen davranışlara (işlevselliği bozan stereotipik hareketler, irritabilite, öfke patlamaları, dürtüsellik vb.) daha sık rastlanmaktadır. Bu davranışların eşlik etmesi tedaviden görülen faydayı da azaltmaktadır. Bu nedenle uygun ajanlarda tedavi edilmeleri veya azaltılmaları gerekmektedir. Atipik antipsikotikler bu alanda en sık kullanılan ajanlardır. Eşlik eden diğer patolojilere uygun ve etkin yöntemle müdahalede bulunulması gerekmektedir.

OSB tanılı çocukların büyük bir kısmı ömür boyu bu tanıyı taşımaktadır, fakat son yıllarda yapılan bazı çalışmalar kimi OSB'li bireyin zamanla tanıyı artık almadığını belirtmektedir. Bu grubun özellikle erken yaşta tanı alan ve özel eğitime daha erken başlayan grup olduğu vurgulanmaktadır. Tanıyı kaybeden bireylerde daha sonraları DEHB, tik bozukluğu vb. psikiyatrik rahatsızlıklar geliştirdiği bildirilmiştir (59-61). Mukaddes ve ark (62,63) belli bir grup çocuğun OSB tanısını kaybettiğini, 2-8 yıllık takipte OSB belirtisi

göstermediği ancak %90'ında başka psikiyatrik bozukluklar geliştiğini belirtmiştir.

1.2.3. Özgül Öğrenme Bozukluğu

İlköğretim döneminde en sık karşılaşılan bozukluklardan biri özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), DSM-5'e göre uygun müdahalelere rağmen en az 6 aydır süren öğrenme alanında güçlük ve bu becerilerini okulda kullanmada güçlük ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (64). DSM-5'e göre okuma bozukluğu ile giden, yazılı anlatım bozukluğu ile giden, sayısal (matematik) bozukluk ile giden alt tipleri mevcuttur (26).

Okul çağı çocuklarında ÖÖB bozukluğu ile ilgili çalışmaların büyük bir çoğunluğu okuma bozukluğu ile alakalı olup, sıklığı %5-12 olarak bildirilmektedir (65). Amerika'daki devlet okullarında ÖÖB sıklığı %5 olarak bildirilmiş olup, özel eğitim merkezlerindeki çocukların büyük bir çoğunluğunu (%42) ÖÖB oluşturmaktadır (66). Margolis ve ark. (67) tarafından yürütülen sözel olmayan ÖÖB (SOÖÖB) sıklığını araştıran bir çalışmada, SOÖÖB'nin toplumda %3-4 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Matematik alanında ÖÖB'nin sıklığının araştırıldığı başka bir çalışmada ise, prevalans %5,7 olarak saptanmıştır (68). Ülkemizde 2003 yılında Ankara'da üç okulda ikinci ve dördüncü sınıf okutan 25 öğretmene verilen anketlerin değerlendirildiği çalışmada ise okuma bozukluğu sıklığı ikinci sınıf ve dördüncü sınıflarda sırasıyla %2,1 ve %0,6 olarak bulunmuştur. Yazar diğer ülkelere nazaran daha düşük bir sıklık olmasını, Türk dilinin yazıldığı gibi okunabilmesinden kaynaklanabileceğini bildirmişlerdir (69).

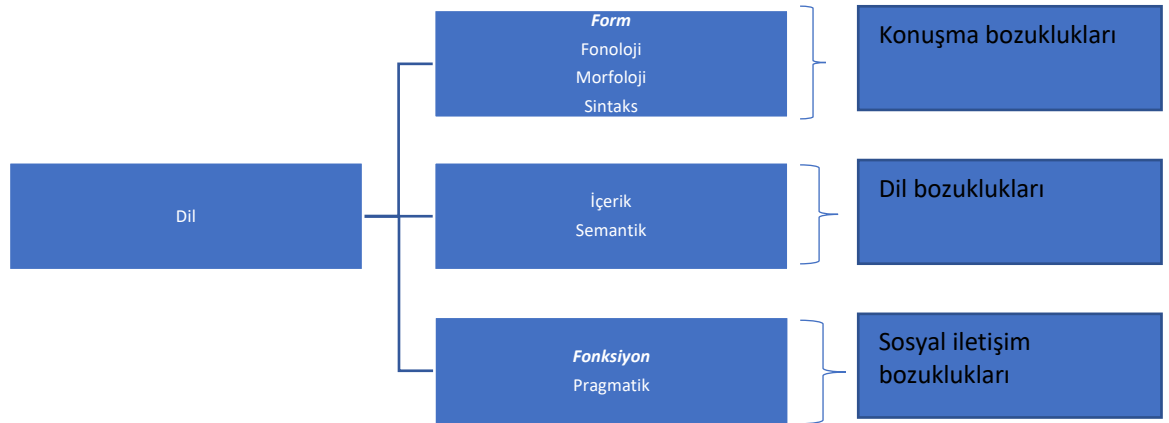
Diğer nörogelişimsel bozukluklarda olduğu gibi, ÖÖB'de de psikiyatrik eş tanı görülme sıklığı artmıştır. ÖÖB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik tanımlar DEHB, anksiyete bozuklukları, depresyon ve davranım bozukluğudur (64). Pastor ve Reuter (70) tarafından ÖÖB tanısı alan çocukların %40'ının DEHB eş tanısı aldığını, ergen yaş grubunda ve erkeklerde sıklığın arttığını belirtmişlerdir. ÖÖB ve anksiyete bozuklukları birlikteliğini inceleyen bir meta analizde, 58 çalışmanın 55'inde sınıf düzeyi ve cinsiyet farkı olmaksızın ÖÖB'si olan bireylerin kontrollere göre daha yüksek düzeyde anksiyeteye

sahip olduklarını bildirilmiştir (71). Uzunlamasına bir çalışmada ÖÖB tanısı olan çocukların birinci ve altıncı sınıfta kontrol grubuna göre daha yüksek oranda (sırasıyla %23'e %9,6 ve %23'e %6) depresif duyguduruma sahip olduğu bildirilmiştir (72). ÖÖB'si olan çocuklar hem akran zorbalığına hem de istismara yaşatlarından daha fazla maruz kalabilmektedirler. Saint Marys Cinsel İstismar Sevk Merkezi'nde yapılan bir çalışmada, cinsel istismara uğramış çocukların %8,2'sinde ÖÖB olduğu saptanmıştır (73). Lung ve ark. (44) ÖÖB'si olan çocukların %25'inin akran zorbalığına uğradığı saptamışlardır.

ÖÖB geniş kapsamlı sonuçları bulunan yaşam boyu süren bir bozukluktur. Onaylanmış bir farmakolojik tedavisi bulunmamakla beraber, faydası olan tek etmen özel eğitimidir.

1.2.4. Dil ve Konuşma Bozuklukları

Türk Dil Kurumuna göre iletişim “duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması”, dil ise “insanların düşündüklerini ve duyduklarını bildirmek için kelimelerle veya işaretlerle yaptıkları anlaşma”dır. Dilin bileşenleri Şekil-4'te gösterilmiştir.



Şekil-4: Dil Bileşenleri (74)

Alıcı dil bebeğin henüz anne karnındayken ilgili fizyolojik gelişimlerin de olması ile kendisine ifade edilen sözel veya sözel olmayan dili anlama

becerisidir. İfade edici dil ise ilk olarak 4-6 haftalarda agulama ile başlayan bebeğin kendisini sözel veya sözel olmayan yollarla (jest ve mimikler) ifade edişidir.

Dil konuşma bozukluğu (DKB) sık görülen çocukluk çağı nörogelişimsel bozukluklarından biridir. Genel prevalansın %3-8 olduğu bildirilmiştir (75-77). Yapılan toplum temelli çalışmalarda bilinen bir nedeni olmayan dil bozuklukları için sıklık %6-15 olarak saptanmıştır (77). Ebeveynlerden alınan bilgilere ve anket çalışmalarına göre prevalans daha yüksek bildirilmiştir. Avustralya'da yapılan anne ve babalardan alınan bilgilere dayanan bir çalışmada alıcı dil bozukluğu için sıklık %10-17, ifade edici dil bozukluğu için sıklık %22-25 olarak bildirilmiştir (75).

Yapılan etiyolojik çalışmalarda, DKB etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörler etkin bulunmuştur. Başta işitme sorunları olmak üzere, oral bölge anatomik sorunları, kromozomal anomaliler, daha önce kazanılan dil becerilenini kaybına sebep olan Landau Kleffner Sendromu, beyin yapısal problemleri bu faktörler arasında sayılabilmektedir (74).

DKB olan çocuklarda çok fazla davranışsal ve psikiyatrik sıkıntı bildirilmiştir. Psikiyatrik eş tanı araştıran çalışmalarda en sık DEHB, anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu ve duygudurum bozuklukları bildirilmiştir. 14 yıllık bir takip çalışmasında konuşma gecikmesi nedeni ile özel eğitim alan çocuklarda psikiyatrik bozukluk sıklığının azaldığı gösterilmiştir (78).

DKB'nin onaylanmış bir farmakolojik tedavisi bulunmamaktadır. Psikiyatrik eş tanı durumlarında faydalanılabilir. Tek tedavisi dil terapisi. Dil terapisinin erken başlanması daha hızlı dil becerileri kazanmaya katkı sağladığı bildirilmektedir (79).

1.2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) erken çocukluk çaığında başlayan, benzer yaş ve gelişim düzeyde olan çocuklara göre daha hareketli, dürtüsel ve dikkatsizlik ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. DSM-5'e göre bu tanının koyulabilmesi için 12 yaşından önce başlamış olması,

en az iki ortamda görülmesi ve işlevselliğini bozması gerekmektedir (26). DEHB yaşam boyu yaygın bir bozukluktur.

DEHB oldukça yaygın olup, dünya çapında yapılan bir metaanalizde prevalansı %5,29 olarak bildirilmiştir (80). Gomez ve ark. (81) tarafından yapılan bir çalışmada 3 farklı yaş grubu değerlendirilmiş, DEHB sıklığı 8 yaş için %14,4, 11 yaş için %5,3 ve 15 yaş için %3 olarak bulunmuştur. Bir başka izlem çalışmasında, aynı örneklem 8 yıl takip edilerek 10-13, 14-16 ve 17-20 yaşlarında değerlendirilmiş ve DEHB prevalansı sırasıyla %2,8, %9 ve %6 olarak tespit edilmiştir (82). Ülkemizde Sivas ilinde yapılmış olan bir çalışmada DEHB sıklığı %8,1 (83); Trabzon ilinde yapılan bir çalışmada sıklık %8,6 (84) olarak saptanmıştır. İstanbul ilinde 7-14 yaş arası çocuklarda aile ve öğretmenlerin doldurdıkları ölçeklerin değerlendirilmesi ile yapılan başka bir çalışmada ise aile tarafından DEHB yaygınlığı %2,7-9,6 aralığında ve öğretmen ölçeklerine göre ise %2-10,1 olarak bulunmuştur (85).

DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin %67-80 sıklığında en az bir psikiyatrik eş tanı görüldüğü, yarıya yakınında ise iki eş tanının eşlik ettiği bildirilmektedir (86). DEHB'yle birlikte sıklıkla görülen psikiyatrik bozukluklar karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB %50-60), davranım bozukluğu (çocuklarda %20-50 ve ergenlerde %40-50), depresyon (%16-26) ve anksiyete bozuklukları (%10-40), bipolar affektif bozukluk (%11-75), tik bozuklukları (%20), obsesif kompulsif bozukluklar (%6-15), otizm spektrum bozukluklarıdır (%65-80) (87,88).

DEHB'nin tedavisi farmakolojik ajanlarla olmaktadır. En sık kullanılan farmakolojik iki ajan stimülanlar (metilfenidat) ve atomoksetindir.

Çalışmamızda Uludağ Üniversitesi Engelli Sağlık Kurulu'na başvuran hastaların raporlarının tanımlayıcı incelemesini yapmayı, ÇÖZGER sistemine geçildikten sonra olan değişiklikleri değerlendirmeyi amaçlamaktayız.

2. YÖNTEM

Çalışmamız Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Engelli Sağlık Kurulu'na 20/02/2018 – 20/02/2020 tarihleri arasında başvuran hastaların ESKR ve ÇÖZGER'leri retrospektif olarak taranarak yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Hastaların sadece raporları baz alınmıştır, hasta dosyaları incelenmemiştir. Belirlenen tarihler arasında başvuran tüm hastalar çalışmanın evrenini ve örneklemini oluşturmaktadır. Tüm hastaların raporları çalışmaya dahil edilmiş olup, çalışmada dışlama kriteri bulunmamaktadır.

Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 02/09/2020 tarihinde, 2020-15/25 kararı karar numarası ile alınmıştır (Ek-4). Engelli Sağlık Kurulu arşivine ulaşabilmek için gerekli onam Bursa Uludağ Üniversitesi Başhekimliği'nden 30/09/2020 tarih ve 73115338-819/E.26687 sayılı kararı ile alınmıştır (Ek- 5).

2.1. ÇERSH Polikliniğimizde Sağlık Kurulu (SK) Vakalarına Uygulanan Testler

2.1.1. Ankara Gelişim Tarama Envanteri

Ankara Gelişim Testi Envanteri (AGTE) Savaşır ve ark'ın (89) 1992 yılında geliştirdikleri (batı ülkelerinde geliştirilen envanter Türkçeye çevrilmiştir.) 0-6 yaştaki bebek ve çocukların gelişimlerini değerlendirmeyi amaçlayan ve sistemli bilgi sağlayan bir değerlendirme aracıdır.

AGTE toplam puan 154 madde üzerinden hesaplanmakta ve genel gelişimi yansıtmaktadır. 65 maddeden oluşan dil bilişsel, 26 maddeden oluşan ince motor, 24 maddeden oluşan kaba motor ve 39 maddeden oluşan sosyal beceri özbakım olmak üzere 4 alt testten oluşmaktadır. Bebek/çocuğun yaşının bir alt yaş diliminden başlanır. Üst üste 8 hayır cevabı alınana kadar sormaya devam edilir. Bu kısımdan alınan her evet için 1 puan verilir. Daha önceki soruların toplam puanı elde edilen puana eklenir. Yaşına göre yapması gereken puanları bulunan kendine ait tablosu (Ek-6) bulunmaktadır. Çocuğun takvim yaşı ve takvim yaşının %30 altındaki yaş işaretlenir. Aldığı puanların işaretlenmesi ile çocuğun takvim yaşının % kaç gerisinde olduğu hesaplanır.

2.1.2. Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği

Değiştirilmiş Erken Çocukluk Dönemi Otizm Tarama Ölçeği (M-CHAT) Robins vd. (90) tarafından geliştirilmiş 16-30 ay arası çocuklara uygulanabilen evet ve hayır olarak yanıtlanabilen 23 maddeden oluşmaktadır. Toplam üç maddeden veya 7 kritik maddenin ikisinden geçerli sonuç alamayan çocukların OSB açısından riskli olduğu kabul edilmektedir. M-CHAT OSB için tanı koymak için değil tarama için kullanılır, yanlış pozitif riski yüksek olarak bulunmuştur. M-CHAT Türkçe geçerlik ve güvenirliği Kara vd. (91) tarafından yapılmıştır.

2.1.3. Otizm Davranış Kontrol Listesi

Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL) Krug ve ark. (92) tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. ODKL Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Yılmaz-Irmak tarafından 2007 yılında yapılmıştır (93).

Ölçek bireydeki OSB belirtilerini ölçmek için, çocuğu iyi tanıyan anne-baba, eğitimci, öğretmen ve/veya klinisyen tarafından doldurulur. 3-15 yaş arasındaki çocuklar için kullanılmaktadır. 9 madde duyusal, 12 madde ilişki kurma, 12 madde beden ve nesne kullanımı, 13 madde dil becerileri ve 11 madde sosyal ve özbakım becerileri olmak üzere toplam 57 madde ve 5 alt maddeden oluşur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 159'dur. Türkçe formu için kesme puanı 39 olarak belirlenmiştir. Bu kesme puanın üzerinde puan alanlarda OSB tanısı şüphesinin yüksek olduğu söylenebilir.

2.1.4. Goodenough Harris Bir İnsan Çiz Testi

Goodenough Harris Bir İnsan Çiz Testi Goodenough ve Harris tarafından geliştirilmiştir (94,95). Testin geçerlik güvenirliği Uçman tarafından yapılmıştır (96).

7,8 ve 9 yaş çocuklarına zekayı ölçmek için kullanılan bir performans testidir. Çocuktan bir adam resmi çizmesi istenir. Yanıt anahtarına göre testin puanlaması yapılır. Resimdeki bir nitelik yanıt anahtarına uyuyorsa "1" puan verilir. Puanların toplanması ile toplam test puanı elde edilir ve 3 ile çarpılır. "3" olarak kabul edilen temel yaş ile toplanır ve toplam 12'ye bölünerek zeka yaşı

elde edilir. Zeka yaşının takvim yaşına bölünüp 100 ile çarpılması zeka bölümü elde edilir.

2.1.5. Porteus Labirentleri Testi

Porteus Labirentleri Testi Porteus tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir (97). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Toğrul tarafından 1074 yılında yapılmıştır (98).

7 yaş 6 ay ile 14 yaş arasındaki çocuklara zeka ve planlama yeteneğini ölçmek için uygulanan performans testidir. Labirentlerin çıkış yolunu bulmayı hedefler. 3-12 yaş labirentleri için 2 deneme, 12 yaşından sonraki labirentler için 4 deneme hakkı verilir. Çocuk deneme hakkını bitirince test sona erer. 12 yaşına kadar olan labirentlerde 1. denemede bulursa “1” puan, 2. denemede bulursa “1/2” puan verilir. 12 yaş sonrası labirentler için doğru 1. denemede bulunursa “2” puan, 2. Denemede “1 ½”, 3. denemede “1”, 4. Denemede “1/2” puan alır.

Goodenough Harris Bir İnsan Çiz Testi ve Porteus Labirentleri Testi birlikte uygulanır. Her ikisinden alınan zeka yaşının ortalaması alınır. Zeka yaşının taksim yaşına bölünerek 100 ile çarpılmasıyla IQ puanı hesaplanır.

2.1.6. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (Wechsler Intelligence Scales for Children- Revised, WISC-R)

Polikliniğimizde Goodenough Harris Bir İnsan Çiz Testi ve Porteus Labirentleri Testi uygulanan ancak klinik muayene ile şüpheye düşülen bazı vakalar ileri tetkik olarak WISC-R ile değerlendirilmektedir.

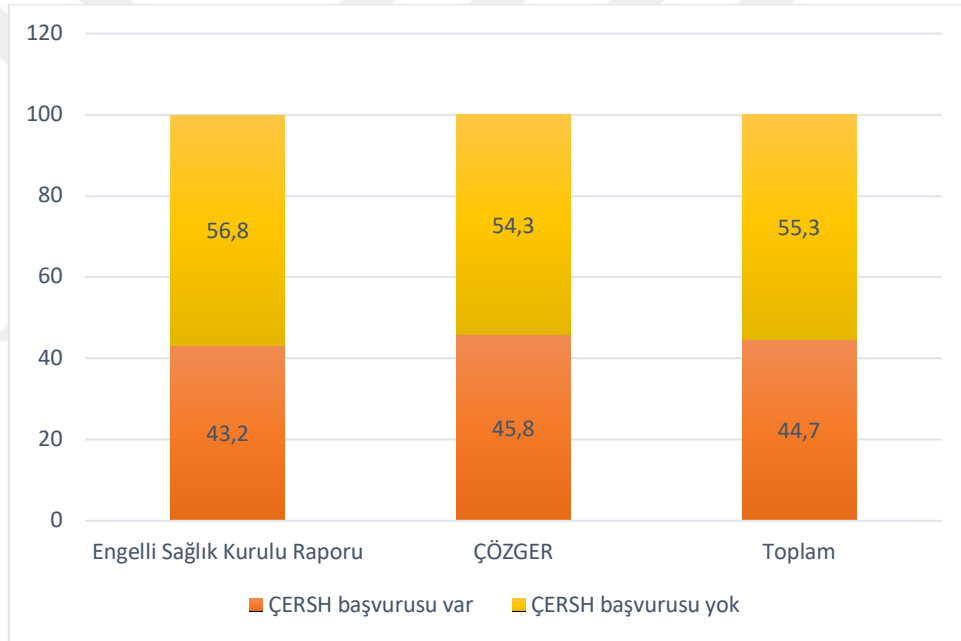
1974 yılında David Wescler tarafından WISC'in yeniden gözden geçirilmesi ile geliştirilmiştir (99). WISC-R genel bilgi, benzerlikler, aritmetik, yargılama, sayı dizisi olmak üzere 5 alt testten oluşan sözel bölümden ve resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desem, parça birleştirme, şifre olmak üzere 5 alt testten oluşan performans bölümünden oluşmaktadır. Test “genel zeka bölümü”, performans zeka bölümü” ve “sözel zeka bölümü olmak üzere standard puan olarak elde edilen 3 ölçü vermektedir. Testin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (100).

2.2. İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler nicel veri için ortalama ve standart sapma, medyan, minimum, maksimum, nitel veri için frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi uygulanmıştır. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir. Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 23.0 (IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programında yapılmıştır.

3. BULGULAR

20/02/2018 – 20/02/2020 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Engelli Sağlık Kurulu'na başvurusu olan toplam 1757 hasta değerlendirilmiş ve raporları düzenlenmiştir. Engelli Sağlık Kurulu Raporu (ESKR), ÇÖZGER ve toplam başvuran hastaların Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'na (ÇERSH) başvurma yüzdeleri sırası ile %43,2, %45,8 ve %44,7'dir (Şekil 5). ESKR ve ÇÖZGER arasında ÇERSH başvurma oranlarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,284$).



Şekil-5: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Başvurusu

Tüm başvuruların 1022'si erkek (%58,2) ve 735'i (%41,8) kadındır. Hastaların cinsiyetlere ve başvurdukları rapor türüne göre yaş ortalamaları, minimum ve maksimum değerleri, medyanı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo-1: Sağlık Kuruluna Başvuran Hastaların Cinsiyet ve Yaş Dağılımı

Cinsiyet		Sayı	Orta- lama	Std. Sap- ma	Med- yan	Min.	Maks.
Erkek	ESKR	422	8,504	5,243	8,000	1,00	26,00
	ÇÖZGER	600	8,335	4,547	8,000	1,00	18,00
	Toplam	1022	8,405	4,844	8,000	1,00	26,00
Kadın	ESKR	309	8,666	5,048	8,000	1,00	24,00
	ÇÖZGER	426	8,615	4,523	8,000	1,00	18,00
	Toplam	735	8,636	4,747	8,000	1,00	24,00
Toplam	ESKR	731	8,573	5,158	8,000	1,00	26,00
	ÇÖZGER	1026	8,451	4,537	8,000	1,00	18,00
	Toplam	1757	8,502	4,804	8,000	1,00	26,00

Std. Sapma: Standard Sapma; Min.: minimum; Maks. : maksimum

3.1. ÇERSH Tanısı Olan Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları

ÇERSH tanısı alan erkeklerin yaş ortalaması $8,06 \pm 4,23$, kadınların yaş ortalaması $8,03 \pm 4,33$ olarak bulunmuştur.

ESKR'ye ve ÇÖZGER'e başvuran hastalar yaş ve cinsiyet açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır (yaş: $p=0,608$, cinsiyet: $p=0,753$).

Tanırlara göre yaş ortalaması erkeklerde ZY için $10,94 \pm 3,40$, ÖÖG için $9,42 \pm 1,83$, OSB için $6,92 \pm 4,12$, GG için ise $3,55 \pm 1,68$ olarak bulunmuştur. Kadınlar için sırası ile $10,85 \pm 3,40$, $9,29 \pm 1,65$, $6,73 \pm 2,78$, $3,40 \pm 1,52$ 'dir (Tablo 2).

Tablo-2: Psikiyatrik tanılara göre yaş ve cinsiyet dağılımı

Cinsiyet			N	Ortalama	Std. Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
Erkek	ESKR	Yok	10	4,4000	2,01108	3,5000	2,00	8,00
		ZY	98	11,0204	3,51134	10,0000	6,00	17,00
		ÖÖG	26	9,3462	1,69570	9,0000	7,00	14,00
		OSB	37	7,2703	4,02526	6,0000	2,00	17,00
		GG	72	3,1806	1,57736	3,0000	1,00	7,00
		Diğer	4	9,7500	1,89297	10,5000	7,00	11,00
	ÇÖZGER	Yok	27	6,8519	3,42731	6,0000	3,00	17,00
		ZY	119	10,8824	3,33491	10,0000	6,00	18,00
		ÖÖG	51	9,4706	1,92201	9,0000	4,00	14,00
		OSB	54	6,6852	4,21956	5,0000	2,00	17,00
		GG	55	4,0364	1,72093	4,0000	1,00	12,00
		Diğer	1	16,0000		16,0000	16,00	16,00
	Toplam	Yok	37	6,1892	3,27310	6,0000	2,00	17,00
		ZY	217	10,9447	3,40842	10,0000	6,00	18,00
		ÖÖG	77	9,4286	1,83840	9,0000	4,00	14,00
		OSB	91	6,9231	4,12911	6,0000	2,00	17,00
		GG	127	3,5512	1,68894	4,0000	1,00	12,00
		Diğer	5	11,0000	3,24037	11,0000	7,00	16,00
Kadın	ESKR	Yok	5	7,0000	4,84768	5,0000	3,00	15,00
		ZY	86	10,5349	3,38056	10,0000	4,00	18,00
		ÖÖG	8	9,6250	1,30247	10,0000	7,00	11,00
		OSB	9	7,0000	3,16228	8,0000	3,00	11,00
		GG	61	3,4590	1,58718	4,0000	1,00	7,00
		Diğer	1	8,0000		8,0000	8,00	8,00
	ÇÖZGER	Yok	11	7,6364	4,00681	8,0000	3,00	15,00
		ZY	82	11,1829	3,42874	11,0000	6,00	17,00
		ÖÖG	23	9,1739	1,77488	9,0000	6,00	12,00
		OSB	6	6,3333	2,33809	6,5000	3,00	9,00
		GG	43	3,3256	1,44290	3,0000	1,00	6,00
		Diğer	1	8,0000		8,0000	8,00	8,00
	Toplam	Yok	16	7,4375	4,13068	7,5000	3,00	15,00
		ZY	168	10,8512	3,40946	10,0000	4,00	18,00
		ÖÖG	31	9,2903	1,65718	9,0000	6,00	12,00
		OSB	15	6,7333	2,78944	8,0000	3,00	11,00
		GG	104	3,4038	1,52340	3,0000	1,00	7,00
		Diğer	1	8,0000		8,0000	8,00	8,00
	Toplam	Yok	335	8,0388	4,33289	8,0000	1,00	18,00

ZY: Zihinsel Yetersizlik; ÖÖG: Özgül Öğrenme Güçlüğü, OSB: Otizm Spektrum Bozuklukları;
GG: Gelişimsel Gerilik

ESKR’de hastaların başvuru şekli belirtilmemiştir. Başvuru şekillerinin değerlendirilmesi ÇÖZGER’de değerlendirilen hastalar için yapılmıştır. ÇÖZGER’de değerlendirilen hastalarda ilk başvuru yaş ortalaması $7,62 \pm 4,63$ iken, yenilemeye başvuran hastalarinki $9,41 \pm 4,20$, almış oldukları raporlara itiraz edenlerinki ise $10,67 \pm 4,42$ ’dir (Tablo 3). Sağlık Kurulu Raporu’na ilk kez başvuran hastalar yenileme için başvuranlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha küçük yaşta başvurmuşlardır ($p < 0,0001$).

ÇERSH tanılarına göre yaş istatistiği Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo-3: Başvuru Şekillerine Göre Yaş İstatistiği

Başvuru Şekli	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Medyan	Min.	Maks.
Bilinmiyor	741	8,5803	5,16046	8,0000	1,00	26,00
İlk Başvuru	557	7,6194	4,62541	7,0000	1,00	18,00
Yenileme	447	9,4139	4,19599	9,0000	1,00	18,00
İtiraz	12	10,6667	4,41760	11,0000	3,00	16,00
Toplam	1757	8,5020	4,80457	8,0000	1,00	26,00

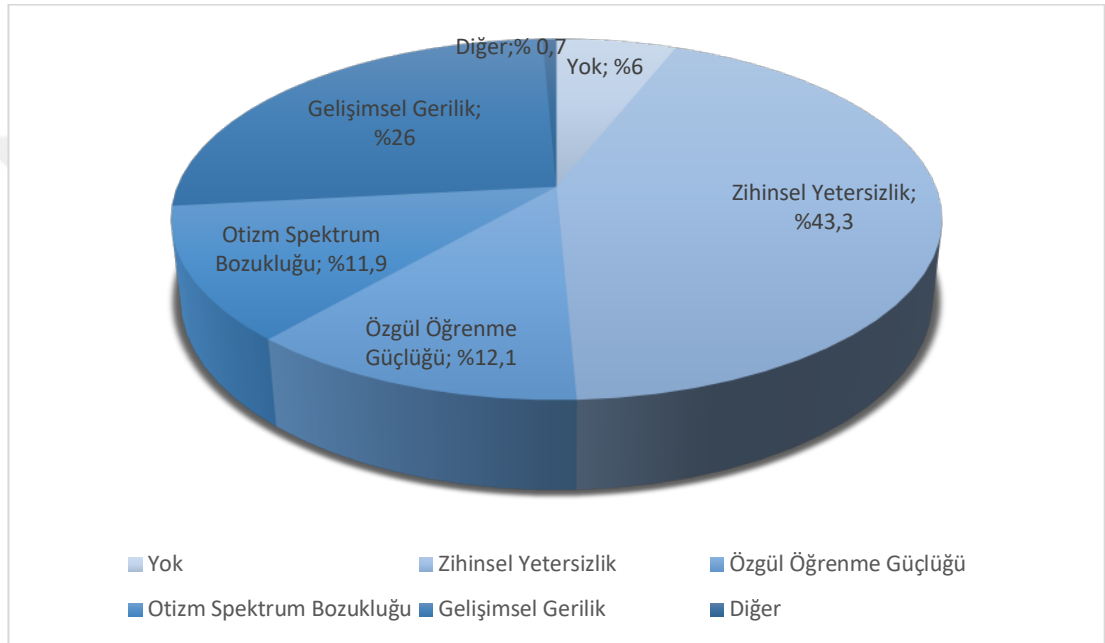
Tablo-4: İlk Kez Sağlık Kurulu'na Başvuran Hastaların Psikiyatrik Tanıları Bazında Yaş İstatistiği

Başvuru Şekli	Psikiyatrik Tanı	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min.	Maks.
İlk Başvuru	Yok	19	6,1579	3,4843	5,0000	3,00	17,00
	ZY	73	10,4795	3,3462	10,0000	6,00	17,00
	ÖÖG	54	8,8889	1,7768	9,0000	4,00	12,00
	OSB	32	4,0000	1,7960	3,0000	2,00	9,00
	GG	59	3,3729	1,3377	4,0000	1,00	6,00
Toplam		237	7,1266	3,8763	7,0000	1,00	17,00

Cinsiyete göre başvuru şekilleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = 0,716$).

3.2. Değerlendirilen Psikopatoloji Dağılımı

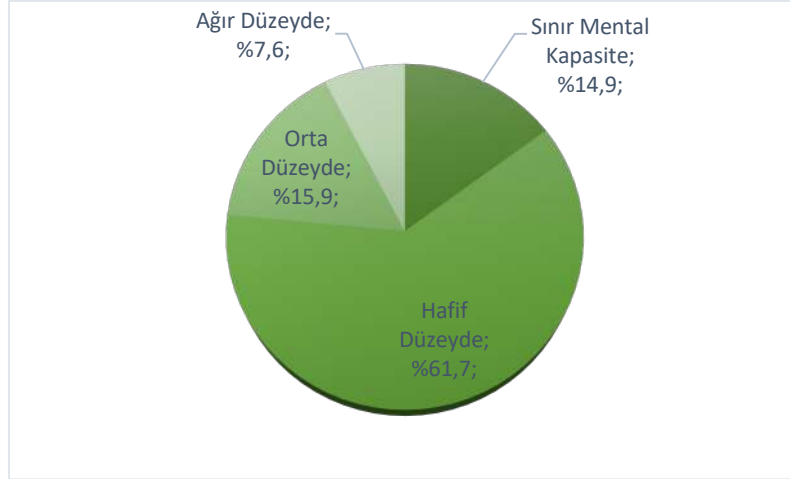
Sağlık Kuruluna başvurmuş ve ÇERSH tarafından değerlendirilmiş ve/veya herhangi bir psikiyatrik tanı alan hastaların %43,3'ünün ZY, %26'sının Gelişimsel Gerilik, %12,1'inin ÖÖG, %11,9'unun OSB ve %0,7'sinin diğer bir psikiyatrik tanıya sahip olduğu, %6'sında herhangi bir psikopatolojinin olmadığı saptanmıştır (Şekil 6).



Şekil-6: Psikopatoloji Dağılımı

GG tanısı 0-6 yaş arasında bilişsel gelişimi yaşıtlarından geri olan çocuklara verilmektedir. ESKR'ye başvuran ve GG tanısı alan çocukların %33,1'inin tanısı ÇERSH'dan verilmiş iken %66,9'unun tanısının çocuk nörolojisinden verildiği bulunmuştur. ÇÖZGER'den sonra ise %98'inin ÇERSH'dan verilirken sadece %2'sinin çocuk nörolojisi tarafından verildiği saptanmıştır.

ZY ve GG birlikte değerlendirildiğinde, bu tanılardan herhangi birisini alan hastaların %14,9'unun sınır düzeyde mental kapasiteye sahip olduğu, %61,7'sinin hafif düzeyde, %15,9'unun orta düzeyde, %7,6'sının ağır düzeyde ZY/GG olduğu saptanmıştır (Şekil 7).



Şekil-7: Zihinsel Yetersizlik ve Gelişimsel Gerilik Şiddeti

ESKR'de değerlendirilen hastaların %3,6'sının tanısının olmadığı, %44,1'inin ZY, %8,2'sinin ÖÖG, %11,0'ının OSB, %31,9'unun GG ve %1,2'sinin diğer bir psikiyatrik tanısının olduğu; ÇÖZGER'e başvuran hastaların, psikiyatrik tanı sıklığı sırası ile %8,1, %42,6, %15,7, %12,7, %20,8 ve %0,2 olarak saptanmıştır. Psikiyatrik tanısı olmayanlarla (%3,6 ve %8,1) ÖÖG tanısı olan hastalar (%8,2 ve %15,7) oranındaki artış ve GG tanısı alanların (%31,9 ve %20,8) oranındaki düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo-5: Psikiyatrik tanıların ESKR ve ÇÖZGER açısından dağılımı

			ESKR	ÇÖZGER	Toplam
Psikiyatrik tanı	Yok	Sayı	15 _a	38 _b	53
		Tanı içindeki %	28,3%	71,7%	100,0%
		Gruplardaki %	3,6%	8,1%	6,0%*
	ZY	Sayı	184 _a	201 _a	385
		Tanı içindeki %	47,8%	52,2%	100,0%
		Gruplardaki %	44,1%	42,6%	43,3%*
	ÖÖB	Sayı	34 _a	74 _b	108
		Tanı içindeki %	31,5%	68,5%	100,0%
		Gruplardaki %	8,2%	15,7%	12,1%*
	OSB	Sayı	46 _a	60 _a	106
		Tanı içindeki %	43,4%	56,6%	100,0%
		Gruplardaki %	11,0%	12,7%	11,9%
	GG	Sayı	133 _a	98 _b	231
		Tanı içindeki %	57,6%	42,4%	100,0%
		Gruplardaki %	31,9%	20,8%	26,0%*
	Diğer	Sayı	5 _a	1 _a	6
		Tanı içindeki %	83,3%	16,7%	100,0%
		Gruplardaki %	1,2%	0,2%	0,7%
Toplam	Sayı		417	472	889
	Tanı içindeki %		46,9%	53,1%	100,0%
	Gruplardaki %		100,0%	100,0%	100,0%

* p<0.001

ZY tanısı olan hastaların ESKR'de %10,7'sinin sınır mental kapasitede, %62,8'inin hafif düzeyde ZY, %21,1'inin orta düzeyde ZY ve %5,4'ünün ağır düzeyde ZY olduğu saptanırken, ÇÖZGER'de psikopatoloji sıralaması ile %19,3, %60,5, %10,3 ve %10,0 olarak saptanmıştır. Sınır mental kapasitede olan hastaların oranındaki artış (%10,7 ve %19,3) ile ağır düzeyde ZY olan hastaların oranındaki artışın (%5,4 ve %10,0) istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunurken, orta düzeyde ZY tanısı alan hastalar

ÇÖZGER'de ESKR'ye göre (%10,3 ve %21,1) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmıştır ($p<0,001$) (Tablo 6).

Tablo-6: Zihinsel Yetersizlik Düzeyi

			ESKR	ÇÖZGER	Toplam
ZY düzeyi	Sınır mental kapasite	Sayı	34 _a	58 _b	92
		ZY düzeyi içindeki %	37,0%	63,0%	100,0%
		Grup içinde %	10,7%	19,3%	14,9%*
Hafif Düzeyde ZY		Sayı	199 _a	182 _a	381
		ZY düzeyi içindeki %	52,2%	47,8%	100,0%
		Grup içinde %	62,8%	60,5%	61,7%
Orta Düzeyde ZY		Sayı	67 _a	31 _b	98
		ZY düzeyi içindeki %	68,4%	31,6%	100,0%
		Grup içinde %	21,1%	10,3%	15,9%*
Ağır Düzeyde ZY		Sayı	17 _a	30 _b	47
		ZY düzeyi içindeki %	36,2%	63,8%	100,0%
		Grup içinde %	5,4%	10,0%	7,6%*
Toplam		Sayı	317	301	618
		ZY düzeyi içindeki %	51,3%	48,7%	100,0%
		Grup içinde %	100,0%	100,0%	100,0%

* $p<0,001$

ÇERSH tanıları başvuru şekli açısından değerlendirildiğinde, ZY tanısı olan hastaların %61,1'i yenileme iken, %36,9'u ilk rapor için başvurmuşlardır ($p<0,001$). ÖÖG tanısı alan hastalarda ise %73'ü ilk rapora başvururken %24,3'ü yenileme için başvurmuşlardır ($p<0,001$). OSB tanısı alan hastaların %53,3'ü ilk rapor için, %45,0'i ise yenileme için başvurmuşlardır ve istatistiksel olarak anlamlı değildir. GG tanısı için başvurmuş olan hastalar daha yüksek oranda ilk kez başvurmuşlardır ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir (ilk başvuru %60,2 ve yenileme %37,8).

3.3. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

ESKR’de değerlendirilen hastaların %16,1’inde eşlik eden bir psikiyatrik tanı mevcuttur. ÇÖZGER’deki hastaların %8,5’inde başka bir psikiyatrik tanı eşlik ederken tüm hastaların %12,1’inde eşlik eden psikopatoloji saptanmıştır. ÇÖZGER ile eşlik eden psikopatoloji sıklığının azalması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Eşlik eden tanıların %49,5’inin DEHB, %21,1’inin OSB, %31,2’sinin ÖÖG, %4,6’sının ise diğer bir psikiyatrik tanı olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda ek bir psikiyatrik tanıya sahip olan hastaların %63,0’ünün ZY olduğu, ÖÖG tanısı almış olanların %30,8’inde ek bir psikiyatrik tanı varlığı saptanmıştır. ÖÖG tanısı alanlardaki yüksek oran ZY, OSB ve GG tanısı olanlara göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,0001$). ZY tanısı olanlarda ek psikiyatrik tanı varlığı OSB ve GG olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 7).

Tablo-7: ÇERSH tanısına göre ek psikiyatrik tanı sıklığı

			ÇERSH tanısı						Toplam
			Yok	ZY	ÖÖG	OSB	GG	Diğer	
Eşlik Eden Psikiyatrik Tanı	Yok	Sayı	53 _a	317 _{b*}	74 _{c*}	105 _a	225 _a	6 _{a, b, c}	780
		Eşlik eden psikiyatrik tanıdaki %	6,8%	40,6%	9,5%	13,5%	28,8%	0,8%	100,0%
		Psikiyatrik tanıdaki %	100,0%	82,3%	69,2%	99,1%	97,4%	100,0%	87,8%
	Var	Sayı	0 _a	68 _b	33 _c	1 _a	6 _a	0 _{a, b, c}	108
		Eşlik eden psikiyatrik tanıdaki %	0,0%	63,0%	30,6%	0,9%	5,6%	0,0%	100,0%
		Psikiyatrik tanıdaki %	0,0%	17,7%	30,8%	0,9%	2,6%	0,0%	12,2%
Toplam		Sayı	53	385	107	106	231	6	888
		Eşlik eden psikiyatrik tanıdaki %	6,0%	43,4%	12,0%	11,9%	26,0%	0,7%	100,0%
		Psikiyatrik tanıdaki %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

* $p<0,001$.

Çalışmamızda ZY tanısı alan olguların %27,6'sının DEHB, %22,4'ünün OSB, %44,7'sinin ÖÖB; GG tanısı alanların tamamının OSB; ve ÖÖB tanısı alanların %49,25'inin DEHB, %50,75'inin ZY olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo-8: Psikiyatrik tanıları ve psikiyatrik eş tanıları

		ZY	ÖÖB	OSB	GG	Toplam
DEHB	Sayı	21	33	0	0	54
	Psikiyatrik tanı içinde %	27,6%	100,0%	0,0%	0,0%	46,6%
OSB	Sayı	17 _a	0 _b	0 _{a, b}	6	23
	Psikiyatrik tanı içinde %	22,4%	0,0%	0,0%	100,0%	19,8%
ÖÖB	Sayı	34	0	0	0	34
	Psikiyatrik tanı içinde %	44,7%	0,0%	0,0%	0,0%	29,3%
Diğer	Sayı	4	0	1	0	5
	Psikiyatrik tanı içinde %	5,3%	0,0%	100,0%	0,0%	4,3%
Toplam	Sayı	76	33	1	6	116
	Psikiyatrik tanı içinde %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.4. Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar

3.4.1. Epilepsi

ÇERSH tanısı alan hastaların %24,6'sında epilepsi eşlik etmektedir. ÇÖZGER'e başvuran hastalarda eşlik eden epilepsi sıklığı (%15,9) ESKR başvuran hastalara (%34,3) göre istatistiksel anlamlı oranda azalmıştır ($p<0,001$).

ÇERSH tanılarına göre epilepsinin eşlik etme oranları ZY, ÖÖB, OSB ve GG için sırasıyla %31,9; %7,5; %11,3 ve %31,6 olarak bulunmuştur. Epilepsi sıklığı GG ve ZY'de anlamlı olarak yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 9).

Tablo-9: ÇERSH tanıları ve Epilepsi

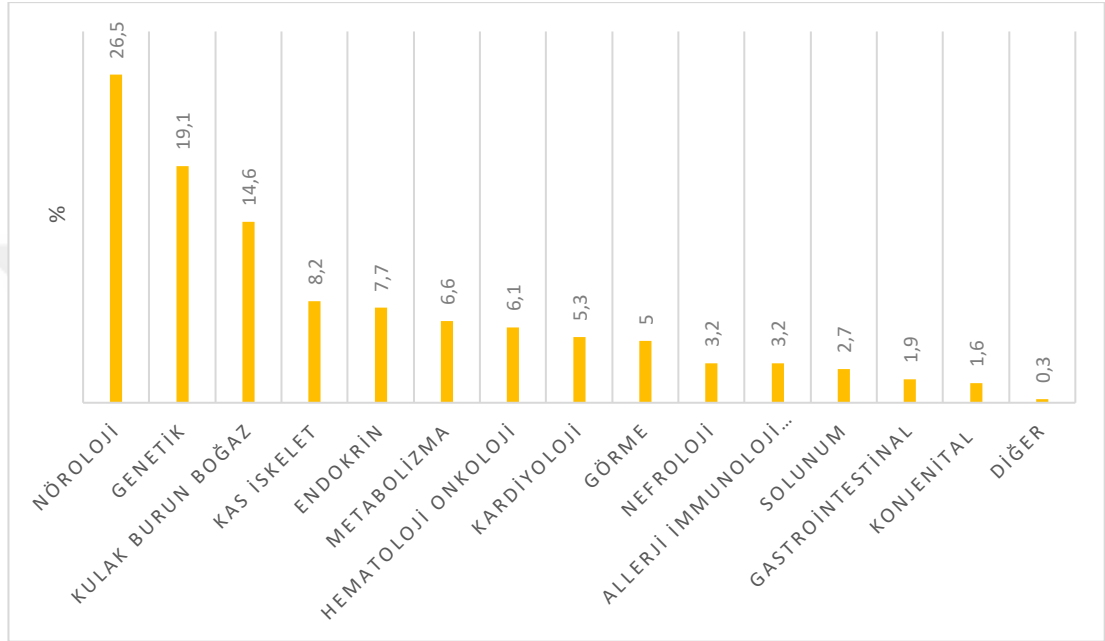
			ÇERSH tanısı						Toplam
			Yok	ZY	ÖÖĞ	OSB	GG	Diğer	
Epilepsi	Yok	Sayı	49 _a	262 _b	99 _a	94 _a	158 _b	6 _{a, b}	668
		Epilepsi içindeki %	7,3%	39,2%	14,8%	14,1%	23,7%	0,9%	100,0%
		Tanı içindeki %	92,5%	68,1%	92,5%	88,7%	68,4%	100,0%	75,2%
	Var	Sayı	4 _a	123 _b	8 _a	12 _a	73 _b	0 _{a, b}	220
		Epilepsi içindeki %	1,8%	55,9%	3,6%	5,5%	33,2%	0,0%	100,0%
		Tanı içindeki %	7,5%	31,9%	7,5%	11,3%	31,6%	0,0%	24,8%
	Toplam	Sayı	53	385	107	106	231	6	888
		Epilepsi içindeki %	6,0%	43,4%	12,0%	11,9%	26,0%	0,7%	100,0%
		Tanı içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.4.2. Diğer Sistemik Hastalıklar

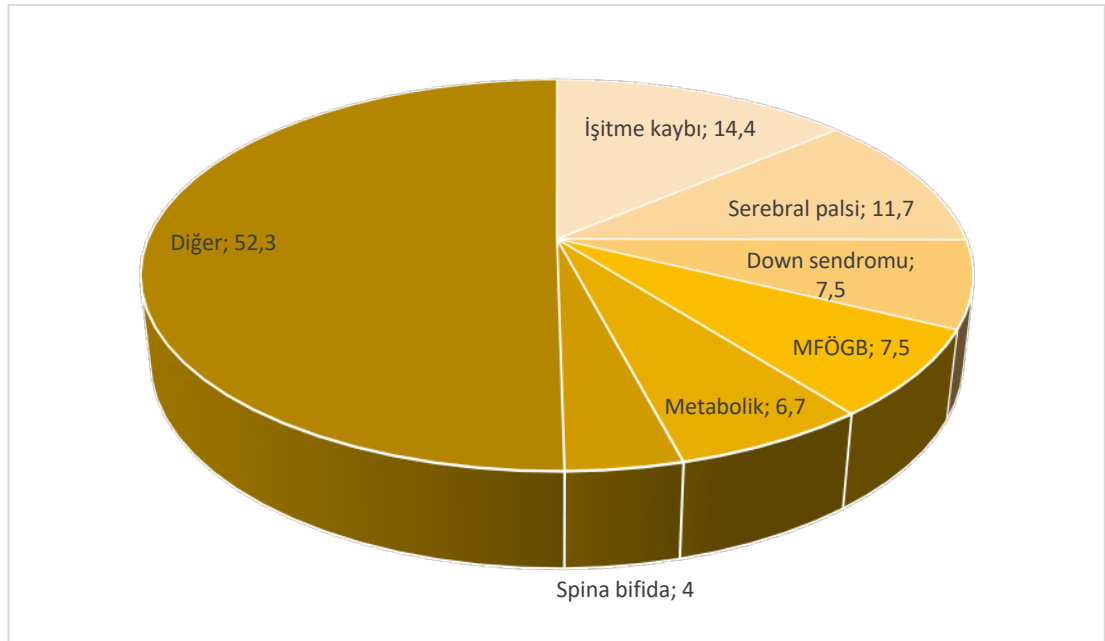
ESKR'de değerlendirilen hastaların %46,5'inde bir veya birden fazla sistemik hastalık görülürken, ÇÖZGER'de değerlendirilenlerin %38,2'sinde eşlik eden başka bir sistemik hastalık saptanmıştır. ÇÖZGER'deki bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$).

Eşlik eden sistemik hastalığı olan hastalar kendi aralarında değerlendirildiğinde, %26,5'inin nörolojik, %19,1'inin genetik, %14,6'sının kulak burun ve boğaz, %8,2'sinin kas iskelet, %7,7'sinin endokrin, %6,6'sının metabolizma, %6,1'inin hematoloji onkoloji, %5,3'ünün kardiyoloji, %5,0'ının görme, %3,2'sinin nefroloji, %3,2'sinin allerji immünoloji ve romatizma, %2,7'sinin solunum, %1,9'unun gastrointestinal, %1,6'sının konjenital alanlardan ve %0,3'ünün diğer alandan rahatsızlığının bulunduğu saptanmıştır (Şekil 8).

Hastalıklar tek tek incelendiğinde, hastaların %14,4'ünde işitme kaybı, %11,7'sinde serebral palsi, %9,6'sında Down Sendromu, %7,5'inde fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümünce verilen motor fonksiyonlarda özel gelişimsel bozukluk (MFÖGB), %6,7'sinin metabolik hastalık, %4'ünün spina bifida olduğu saptanmıştır (Şekil 9).



Şekil-8: Eşlik Eden Hastalıkların Sistemsel Dağılımı



Şekil-9: Psikiyatrik Tanılara En Sık Eşlik Eden Sistemsel Hastalıklar

3.4.2.1. ÇERSH tanılarına göre eşlik eden sistemik hastalıklar

Eşlik eden sistemik hastalıklar, ÇERSH tanılarına göre değerlendirildiğinde, ZY tanısı alanların %44,4'ünün, ÖÖG tanısı alanların %11,2'sinin, OSB tanısı alanların %8,5'inin, GG tanısı alanların %67,5'inin ek bir sistemik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. ZY tanısı olanlardaki ek hastalık oranı ÖÖG ve OSB tanısı olanlarınkine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksektir ($p<0,001$), GG tanısı olanlara göre anlamlı olarak daha azdır ($p<0,001$). GG tanısı olanların ek bir sistemik hastalığı olma oranı ZY, ÖÖG ve OSB olanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$).

ÇERSH tanılarına göre eşlik eden hastalıklar sistem bazında Tablo 10'da, hastalık bazında Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo-10: ÇERSH Tanılarına Göre Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar

			ÇERSH tanısı					Toplam
			ZY	ÖÖG	OSB	GG	Diğer	
Sistemik Hastalık	Nöroloji	Sayı	42	2	3	52	0	99
		Sistemler içindeki %	42,4%	2,0%	3,0%	52,5%	0,0%	
		Tanı içindeki %	24,7%	16,7%	33,3%	33,3%	0,0%	
	Genetik	Sayı	28	0	1	42	0	71
		Sistemler içindeki %	39,4%	0,0%	1,4%	59,2%	0,0%	
		Tanı içindeki %	16,5%	0,0%	11,1%	26,9%	0,0%	
	Hematoloji	Sayı	14	3	0	5	0	22
		Sistemler içindeki %	63,6%	13,6%	0,0%	22,7%	0,0%	
		Tanı içindeki %	8,2%	25,0%	0,0%	3,2%	0,0%	
	Onkoloji	Sayı	20	2	0	7	0	29
		Sistemler içindeki %	69,0%	6,9%	0,0%	24,1%	0,0%	
		Tanı içindeki %	11,8%	16,7%	0,0%	4,5%	0,0%	
	Endokrin	Sayı	9	1	2	7	0	19
		Sistemler içindeki %	47,4%	5,3%	10,5%	36,8%	0,0%	
		Tanı içindeki %	5,3%	8,3%	22,2%	4,5%	0,0%	
	Kardiyoloji	Sayı	12	0	2	14	0	28
		Sistemler içindeki %	42,9%	0,0%	7,1%	50,0%	0,0%	
		Tanı içindeki %	7,1%	0,0%	22,2%	9,0%	0,0%	
	Kas İskelet	Sayı	13	1	0	4	0	18
		Sistemler içindeki %	72,2%	5,6%	0,0%	22,2%	0,0%	
		Tanı içindeki %	7,6%	8,3%	0,0%	2,6%	0,0%	
	Görme	Sayı	2	1	1	7	0	11
		Sistemler içindeki %	18,2%	9,1%	9,1%	63,6%	0,0%	
		Tanı içindeki %	1,2%	8,3%	11,1%	4,5%	0,0%	
	Nefroloji	Sayı	8	1	0	2	0	11
		Sistemler içindeki %						
		Tanı içindeki %						

Allerji İmmunoloji Romatoloji	Sistemler	72,7%	9,1%	0,0%	18,2%	0,0%	
	içindeki %						
	Tanı	4,7%	8,3%	0,0%	1,3%	0,0%	
Gastrointestinal	Sayı	5	0	0	2	0	7
	Sistemler	71,4%	0,0%	0,0%	28,6%	0,0%	
	içindeki %						
	Tanı	2,9%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	
	içindeki %						
Solunum	Sayı	5	1	0	3	0	9
	Sistemler	55,6%	11,1%	0,0%	33,3%	0,0%	
	içindeki %						
	Tanı	2,9%	8,3%	0,0%	1,9%	0,0%	
	içindeki %						
Konjenital Anomaliler	Sayı	2	0	0	4	0	6
	Sistemler	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	
	içindeki %						
	Tanı	1,2%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	
	içindeki %						
Kulak Burun Boğaz	Sayı	17	2	0	15	1	35
	Sistemler	48,6%	5,7%	0,0%	42,9%	2,9%	
	içindeki %						
	Tanı	10,0%	16,7%	0,0%	9,6%	100,0%	
	içindeki %						
Metabolik	Sayı	11	1	0	12	0	24
	Sistemler	45,8%	4,2%	0,0%	50,0%	0,0%	
	içindeki %						
	Tanı	6,5%	8,3%	0,0%	7,7%	0,0%	
	içindeki %						
Diğer	Sayı	1	0	0	0	0	1
	Sistemler	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	içindeki %						
	Tanı	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	içindeki %						
Toplam	Sayı	170	12	9	156	1	348

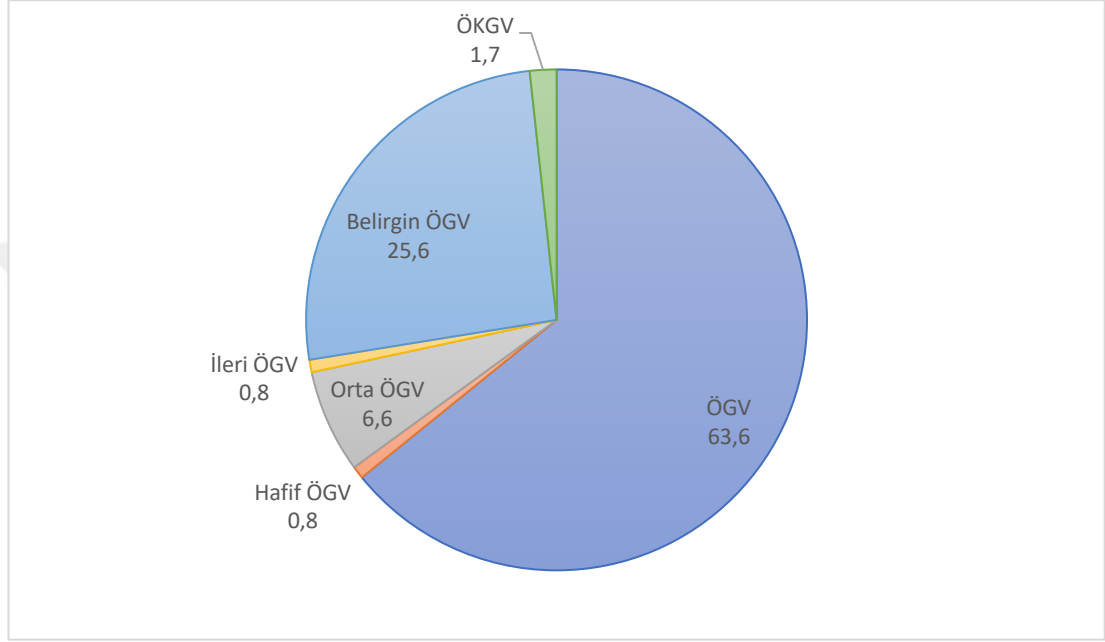
Tablo-11: ÇERSH Tanılarına Göre Eşlik Eden Organik Hastalıklar

		Toplam							
ÇERSH Tanısı	Yok	Sayı	CP	MFÖGB	Down S.	Spina Bifida	İşitme Kaybı	Metabolik H.	Diğer
		Sayı	1	2	1	0	17	1	7
		Psikiyatrik tanı içindeki %	3,4%	6,9%	3,4%	0,0%	58,6%	3,4%	24,1%
		Eş tanı içindeki %	2,3%	7,1%	2,8%	0,0%	34,0%	4,0%	3,2%
	ZY	Sayı	22	12	10	5	16	11	110
		Psikiyatrik tanı içindeki %	11,8%	6,5%	5,4%	2,7%	8,6%	5,9%	59,1%
		Eş tanı içindeki %	50,0%	42,9%	27,8%	33,3%	32,0%	44,0%	50,9%
	ÖÖG	Sayı	1	0	0	0	2	1	10
		Psikiyatrik tanı içindeki %	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	7,1%	71,4%
		Eş tanı içindeki %	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	4,0%	4,6%
	OSB	Sayı	1	2	0	0	0	0	6
		Psikiyatrik tanı içindeki %	11,1%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%
		Eş tanı içindeki %	2,3%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%
	GG	Sayı	19	12	25	10	14	12	83
		Psikiyatrik tanı içindeki %	10,9%	6,9%	14,3%	5,7%	8,0%	6,9%	47,4%
		Eş tanı içindeki %	43,2%	42,9%	69,4%	66,7%	28,0%	48,0%	38,4%
	Diğer	Sayı	0	0	0	0	1	0	0
		Psikiyatrik tanı içindeki %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
		Eş tanı içindeki %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%
Toplam		Sayı	44	28	36	15	50	25	216
		Psikiyatrik tanı içindeki %	10,6%	6,8%	8,7%	3,6%	12,1%	6,0%	52,2%
		Eş tanı içindeki %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

3.5. Dil Konuşma Bozukluğu

ESKR’de değerlendirilen hastaların %21,3’ünde, ÇÖZGER’de değerlendirilen hastaların %26,1’inde, tüm hastaların %23,8’inde dil konuşma bozukluğu saptanmıştır. ESKR ve ÇÖZGER arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,092$). ESKR’deki hastaların, dil konuşma bozuklukları açısından, %81,3’ü kulak burun boğaz tarafından, %18,7’si ise çocuk nöroloji bölümü tarafından değerlendirilmiştir. ÇÖZGER’de ise tüm hastalar ÇERSH tarafından değerlendirilmiştir.

ÇÖZGER’de değerlendirilen hastaların dil konuşma bozuklukları açısından %63,6’sının özel gereksinimi, %0,8’inin hafif düzeyde özel gereksinimi, %6,6’sının orta düzeyde özel gereksinimi, %0,8’inin ileri düzeyde özel gereksinimi, %25,6’sının ise belirgin özel gereksinimi, %1,7’sinin ise özel koşul gereksiniminin olduğu saptanmıştır (Şekil 10).



Şekil-10: Dil Konuşma Bozukluğu Özel Gereksinim Düzeyleri

3.6. Sağlık Kurulu Raporların Sonuçları

3.6.1. ESKR

ESKR’de değerlendirilen hastaların %3,4’ü ÇERSH tanısı olmamasından dolayı %0 engel oranına sahip iken, %68,0’ının %20-50 engel oranına, %18,3’ünün %51-75 engel oranına ve %10,3’ünün %76 ve üzeri engel oranına sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların %29,5’i ağır engelli olarak değerlendirilmiş olup, %70,5’inde ağır engellilik olmadığı saptanmıştır.

3.6.2. ÇÖZGER

ÇÖZGER’de değerlendirilen hastaların %25,9’u özel gereksinime (ÖG), %3,4’ünün hafif düzey ÖG’ye, %41,3’ünün orta düzey ÖG’ye, %6,7’sinin

çok ileri düzey ÖG'ye, %0,7'sinin belirgin ÖG'ye, %21,3'ünün ise özel koşul gereksinimine ihtiyacının olduğu saptanmıştır.

3.6.3. ESKR ve ÇÖZGER

ÇÖZGER'le beraber hastalıklara göre yüzdeler sistemi değişmiş, yerini ÖG sistemi getirilmiştir. ÇÖZGER ÖG'leri ÇERSH hastalıklarına göre yüzdeler sisteme döküldüğünde ESKR ve ÇÖZGER arasındaki durum Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo-12: ESKR ve ÇÖZGER'e Göre Hastalık Yüzde Dağılımı

		ESKR	ÇÖZGER	Toplam
	0-19	14 _a *	3 _b *	17
Yüzde	20-50	283 _a	308 _a	591
%	51-75	76 _a *	29 _b *	105
	76 ve üzeri	43 _a *	96 _b *	139
	Toplam	416	436	852

* p<0,001

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamız bir yılı ESKR, bir yılı ÇÖZGER olmak üzere düzenlenmiş olan, toplam 2 yıl sürecinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Engelli Sağlık Kurulu'na başvuran tüm hastaları yansıtmaktadır. Literatür incelendiğinde ESKR değerlendiren kısıtlı sayıda yayına rastlanmıştır. ESKR ve ÇÖZGER'i hem ayrı ayrı hem de birlikte değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda ESK'ye başvuran tüm hastaların %44,7'sinin ÇERSH tanısının olduğu; ESKR (%43,2) ve ÇÖZGER (%45,8) başvuru oranları olarak değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. ESK'ya başvuran hastaların yaklaşık yarısının ÇERSH başvurusunun olduğu dikkati çekmektedir. Baltacı ve ark. (101) tarafından İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Fakültesi'nde yapılan erişkin ve çocuk ESK'ları inceleyen bir çalışmada, hastaların %61,9'unun bütün branşları içeren kronik bir hastalık sebebiyle, %32,7'sinin ise tek başına zihinsel engel nedeni ile başvurduğu bildirilmiştir. Olguların %43,2'sinin 0-17 yaş aralığında olduğu ve tüm olguların %29,7 ile en sık ÇERSH başvurularının olduğu belirtilmiştir. Bu durum çocuk ve ergen yaş grubundaki hastaların %68,75'inin ÇERSH başvurusu olduğuna tekabül etmektedir. SK'ya başvuran hastaların yaklaşık yarısının ÇERSH başvurusunun olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastanemiz ESK'ye başvuran vakaların %58,2'si erkek, %41,8'i kadın, yaş ortalamaları $8,5 \pm 4,8$, ortancası 8,0 olarak saptanmıştır. Çalışma sonuçları literatürle uyumludur. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1112 olgunun değerlendirildiği bir çalışmada olguların %67,8'inin erkek, %32,2'sinin kadın olduğu, tüm olguların yaş ortalamasının $8,5 \pm 4,1$ olduğu, ortancasının ise 8,0 olarak saptanmıştır (102). 2839 olgunun ESKR'sinin değerlendirildiği başka bir çalışmada olguların %65,6'sının erkek, %34,4'ünün kadın olduğu; yaş ortalamalarının $7,0 \pm 4,6$ olarak bulunmuştur (103).

Çalışmamızda ESK'ye başvurmuş ve ÇERSH tarafından değerlendirilmiş ve/veya herhangi bir psikiyatrik tanı alan hastaların %43,3'ünün ZY, %26'sının GG (%69,3'ünün BGG) %12,1'inin ÖÖG, %11,9'unun OSB ve %0,7'sinin diğer bir psikiyatrik tanıya sahip olduğu, %6'sında herhangi bir psikopatolojinin olmadığı saptanmıştır. Yektaş ve Kaplan (104) tarafından yayınlanmış bir çalışmada %37,9 ZY, %20,2 ÖÖG, %12,8 OSB, %21,9'unda herhangi bir psikopatolojinin olmadığı bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise %66,8 ZY, %17,2'sinin ÖÖG, %6'sının OSB olduğu saptanmıştır (105). Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başgül ve Saltık (106) tarafından yürütülmüş olan bir çalışmada ise olguların %12'sinin normal zeka, %64'ünün ZY, %9'unun OSB ve %15'inin ise Dikkat ve Öğrenme ile ilgili sorunlar (DEHB ± ÖÖG) olduğu bildirilmiştir.

ÇÖZGER'e geçiş sonrasında SK raporlarını inceleyen bir çalışmada olguların %44,7'sinde gecikmiş dönüm noktası (BGG), %30,7'sinde ÖÖB, %21,6'sında dil gelişimsel bozukluğu, %11,6'sında OSB tanısı olduğu saptanmıştır (107). Yıldız ve Tarakçıoğlu (108) tarafından yürütülen bir çalışmada olguların %27'sinin ÖÖB, %18,2'sinin hafif düzeyde BGG, %13,8'inin OSB, %8,5 sınır düzey mental kapasite, %7,2 orta düzeyde BGG, %2,7 ağır düzeyde BGG bildirilmiştir. Çalışmamızda ÇÖZGER'e başvuran hastalar değerlendirildiğinde vakaların %63,4 BGG (%9,45 sınır düzey, 38,36 hafif düzey BGG, 6,53 orta düzey BGG, 6,34 ağır düzey BGG), %15,7 ÖÖB, %12,7 OSB tanısını aldığı saptanmıştır.

OSB semptomlarının bazı çocuklarda yaşamın ilk 1 yılı içerisinde görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (109,110). Ancak erken yaşta görülen bu semptomların uyku ve yeme bozuklukları gibi OSB'ye spesifik olmaması ve ayırıcı tanıda GG'yi de düşündürmesinden dolayı tanı koymak için erken olduğunu bildiren kaynaklar mevcuttur (111). Yapılan çalışmalar sonucunda iki tanı arasında ayırmanın yaşamın 2. Yılında daha güvenilir ve belirgin olduğu bildirilmiştir (112). Aileler sıklıkla 2-3 yaş arasında başvurumaktadırlar (113). González ve ark. (114) tarafından yapılan, annelerin OSB'nin ilk semptomları fark etmeleri ve ÇERSH polikliniğine başvurmalarının değerlendirildiği bir çalışmada OSB tanı alma yaş ortalaması $4,01 \pm 1,52$

olarak saptanmıştır Bir başka çalışmada ise ailelerin ilk semptomdan kuşkulandıkları yaş ortalaması $1,72 \pm 1,07$, tanıyı ilk aldıkları yaş ortalamasını ise $3,23 \pm 1,37$ olarak bildirmişlerdir (115). Çalışmamızda OSB tanısı alan vakaların yaş ortalaması $4,00 \pm 1,79$ olarak bulunmuştur. OSB'nin bilinen bir farmakolojik tedavisinin olmaması ve tek etkin tedavinin özel eğitim olması, erken tanıyı hastanın prognozu için oldukça önemli kılmaktadır. OSB tanısının yaşamın ilk yılından itibaren görülebilmesi, özellikle ikinci yılında semptomların daha belirgin olmasına rağmen, hastaların 4 yaş civarında tanı alıyor olması dikkati çekmektedir.

Tüm zihinsel yetersizliklerin %85'inin hafif düzeyde, %10'unun orta düzeyde, %3-4'ünün ağır düzeyde ve %1-2'sinin çok ağır düzeyde olduğu düşünülmektedir (29). 2002 yılında ülkemizde yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması'na göre ZY olanlar kendi içinde sınıflandırıldığında %20,54'ünün hafif düzeyde, %26,49'unun orta düzeyde, %18,12'sinin ağır ve %19,66'sının çok ağır düzeyde olduğu belirtilmiştir (30). Çocuk heyetlerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ZY olan çocukların %38,1'inin hafif düzeyde, %15,6'sının orta düzeyde, yüzde 9,8'inin ağır düzeyde, %0,3'ünün çok ağır düzeyde ve %8,8'inin OSB olduğu bildirilmiştir (106). Şahin ve ark. (102) tarafından yapılan başka bir çalışmada ZY olgularının %80,7'sinin hafif düzeyde, %14,8'inin orta düzeyde, %4,5'inin ağır düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ZY ve GG birlikte değerlendirildiğinde, bu tanılardan herhangi birisini alan hastaların %14,9'unun sınır düzeyde mental kapasiteye sahip olduğu, %61,7'sinin hafif düzeyde, %15,9'unun orta düzeyde, %7,6'sının ağır düzeyde ZY/GG olduğu saptanmıştır. ZY olanlar tek başına değerlendirildiğinde %72,43'ünün hafif düzeyde, %18,63'ünün orta düzeyde, %8,94'ünün ağır düzeyde olduğu bulunmuştur.

ÇÖZGER ve ESKR ayrı ayrı değerlendirildiklerinde, ÇÖZGER'de verilen GG tanılarının tüm vakalar içindeki oranın ESKR'ye göre anlamlı olarak azaldığı (sırası ile %20,8 ve %31,9) ($p < 0,001$) saptanmıştır. ESKR'de GG tanılarının %66,9'unun çocuk nörolojisi tarafından verildiği, ÇÖZGER'de ise %98'inin ÇERSH tarafından değerlendirildiği bulunmuştur. ESKR zamanında hastanemiz çocuk nöroloji bölümü, kendilerine başvuran 0-6 yaş arası tüm

hastalara DENVER II testi uygulamakta ve test sonucuna göre GG olan tüm hastalara tanı koymakta idi. ÇÖZGER'den sonra ise ilgili tanının Bilişsel Alan başlığı altında değerlendiriliyor olması ile çocuk nöroloji GG tanısı koymamaktadır. ÇERSH polikliniğimizde olgular öncelikle detaylı aile anamnezi ve psikiyatrik muayene ile değerlendirilmekte, sonrasında uygulanan AGTE ile GG tanısı konmaktadır. Örneğin çocuk ihmali ve uyaran eksikliği gibi nedenler AGTE'de bazı alanlarda gerilik çıkmasına sebep olabilmektedir. Anamnez ve muayene sonucunda bu gibi şüpheli olgular tarafımızca düzenli takip edilmekte olup, gerekli önlem ve aile tutumlarına yönelik eğitimlerle, 6 ay sonra tekrar değerlendirmeye alınmaktadırlar. Bu nedenle GG tanısı oranlarının ÇÖZGER'de daha düşük olmasının sebeplerinden birinin bu olabileceği düşünülmektedir. Özellikle epilepsisi bulunan hastalar çocuk nöroloji tarafından ÇÖZGER'e göre ya ÖGY (0) ya da ÖKGV (90-99) olarak değerlendirilmektedir. ESK'ye başvuran ve çocuk nörolojisine giden hastaların ÖKGV alan kısmı yeterli puan aldığını düşünerek yönlendirilme yapılmasına rağmen tarafımıza başvurmuyor olabilir ya da ÖKY alacağını bilmesinden dolayı ESK'ye başvurmayabileceği olabilir olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda ÖÖB tanılarının ESKR'de %8,2 olduğu ÇÖZGER'de ise bu oranın %15,7'ye yükseldiği ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Artmış kamu spotları ve bilgilendirmeler sayesinde hem ebeveynlerin hem de öğretmenlerin; ÖÖB'ye karşı farkındalıklarının artmış olabileceği, buna bağlı olarak Rehberlik ve Araştırma Merkezleri'ne ve/veya ÇERSH polikliniklerine daha sık başvurmalarının bu yükselişe neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda orta düzeyde ZY tanısı alan hastaların oranının ÇÖZGER'de azalmış olduğu (%10,3 ve %21,1), ağır düzeyde ZY tanısı alan vakaların oranında ise artış olduğu (%5,4 ve %10,0) saptanmıştır. Çalışmamızın yönteminde hastaların geriye yönelik olarak ESK raporları incelenmiş olup, hasta dosyaları değerlendirilmeye alınmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olan bu farkın bu sebepten kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda vakaların ÇERSH eş tanısı alma oranı %12,1 olarak saptanmıştır. ÇÖZGER'de bu oran ESKR'ye göre anlamlı olarak daha düşük (sırasıyla %8,5 ve %16,1) olarak bulunmuştur. Bu durumun eş psikiyatrik tanılarının %49,5'inin DEHB olarak saptanmış olması, ESKR'de DEHB'nin tanı olarak yer alması ve belli bir engel oranına sahip olması (%20) ancak DEHB'nin uygun doz ve sürede etkin tedaviyle yönetilebilir olması buna bağlı olarak çocuk/ergende özel gereksiniminin bulunmaması, ESKR'de sınır düzeyde mental kapasite tanısının eğitim almak için yeterli olmamasından dolayı DEHB'si olan çocuklara eş tanı olarak eklenmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Jensen ve Steinhausen (116) yaptıkları çalışmada DEHB tanısı alan çocukların %7,9'unda ZY bildirmişlerdir. İcmeli ve ark (117) tarafından yürütülen başka bir çalışmada ise ZY'si olan çocukların %38'inin DEHB tanısı aldığı, ZY şiddeti arttıkça DEHB şiddetinin anlamlı olarak arttığı ($p=0,047$) saptanmıştır. Çalışmamızda ZY tanısı olan çocukların %27,6'sında DEHB saptanmıştır.

Çalışmamızda ÖÖB tanısı olan hastalarda eş tanı sıklığı %30,8; eştanısı olan hastaların %49,25'inin DEHB olduğu, ÖÖB'ye DEHB eşlik etme sıklığı 15,16 olarak saptanmıştır. Roongpraiwan ve ark. (118) toplum bazlı yaptıkları çalışmada ÖÖB prevalansını %6,3, DEHB eşlik etme oranını %8,7 olarak bildirmişlerdir. ESKR'de DEHB belirlenmiş bir yüzdeyle değerlendirilirken, ÇÖZGER ile, DEHB'nin uygun süre uygun dozda kontrol edilebilir/tedavi edilebilir bir hastalık olması nedeni ile DEHB SK'da değerlendirilen bir hastalık olmaktan çıkmıştır. Bu farklılığın bu nedenden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. ÖÖB'ye DEHB eşlik etme sıklığı %34,4 olarak saptanmıştır (119). ÖÖB, DEHB, Eş tanı(ET) ve kontrol grubunun yapısal ve fonksiyonel beyin görüntülemesinin yapıldığı bir çalışmada çalışmasında sol hemisfer okuma ağında (sol fuziform girus, planum temporale, orta temporal girus, inferior frontal girus (Broca), orta oksipital ve superior frontal girus) kortikal kalınlığının ÖÖB'de kontrol grubuna göre azaldığı, ÖÖB,DEHB ve ET'de anterior singular korteks kalınlığının kontrol grubuna göre azaldığı, orta temporal girusun kalınlığının diğer gruplara daha az olduğu

saptanmıştır. Go/no go testi sonuçlarında sol anterior singulat gyrusta kontrol grubunda ($p=0,012$) anlamlı olarak daha fazla aktivasyon, sadece ÖÖB olan grupta ise DEHB ve ET'ye göre daha fazla aktivasyon ($p=0,036$), fonolojik işleme sonuçlarında kontrol grubunda sol süperior temporal gyrusta daha fazla aktivasyon ($p=0,012$), okuma akıcılığı testinde ise hem kontrol grubunda ($p=0,0019$) hem de DEHB ($p=0,005$) grubunda sol fusiform gyrusta daha fazla aktivasyon saptanmıştır. ÖÖB'de, DEHB'de ve; ET'de ortak alanlarda defisit olmasının, ÖÖB'de DEHB eş tanı sıklığındaki bu yüksekliğe neden olabileceği düşünülmektedir (120).

Çalışmamızda ÇERSH tanısı olan hastaların %24,6'sında epilepsinin eşlik ettiği, ÇÖZGER'de değerlendirilen hastaların epilepsi eşlik etme oranlarının ESKR'ye göre anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur. ESKR'de epilepsi hastaları "nöbeti olmayan ancak nöbet geçirme riski olanlar (%5), günlük aktiviteleri engellemeyen ancak gerçekleştirilmesini güçleştiren nöbetler (%15), bazı günlük aktiviteleri engelleyen nöbetler (seyrek ise %20, sık ise %40), günlük aktivitelerin korunma tedbirleri veya başkasının yardımıyla gerçekleştirilmesine izin veren sıklık ve sayıda nöbetler (%70) ve günlük aktiviteleri tamamen engelleyen şiddet ve sıklıkta kontrol edilemeyen nöbetler (%90)" olarak değerlendirilmekteydi. ÇÖZGER ile hastalar "tanıdan itibaren 3 ay süren izlem ve uygun tedavi sonrası (ÖGY) ve uygun doz, süre ve sayıda aldığı antiepileptik tedaviye rağmen nöbet sayısı ve özellikleri nedeniyle günlük etkinlikleri, yaşama katılımı kısıtlanan çocuk, geç (ÖKGV)" olarak değerlendirilmektedir. Bu durumun epilepsi eşlik etme oranlarındaki azalmadan sorumlu olan nedenlerden biri olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan bazı hayvan modeli çalışmalarda, başta OSB olmak üzere bazı nörogelişimsel bozukluklarda, klor seviyelerinin ve GABA sinyal sistemlerinin etkilendiği bildirilmiştir (121). Klor seviyelerinde ve GABA sinyal sistemlerinin işlevlerinde bozukluk olması, nöronların uyarılabilirliğini artırarak, epilepsi hastalığının da etiyolojisinde yer almaktadır. Otistik çocuklarda genel topluma göre epilepsi hastalığının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (122). Hatta otistik bireylerin EEG değerlendirmesinin %60'ında epileptiform aktivitenin saptanması, azalmış GABA inhibisyonunun bir

göstergesi olarak bildirilmiştir (123). Anukirthiga ve ark. (124) tarafından yürütülen bir çalışmada OSB olan çocukların %45,5'inin epilepsinin, %18,91'inin ise inter-iktal epileptiform aktivitesinin olduğunu bildirilmiştir. Toplum bazlı ve toplum bazlı olmayan 50 çalışmanın değerlendirildiği bir meta analizde OSB'de epilepsi eşlik etme prevalansı %12,1 olarak bulunmuştur (125). Çalışmamızda OSB'ye eşlik eden epilepsi prevalansı %11,3 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda ÖÖB ve eşlik eden epilepsi sıklığı %7,5 olarak saptanmıştır. Epilepsi vakalarının %50'ye varan oranında ÖÖB eşlik edebilmektedir (126).

Robertson ve ark. (127) tarafından yayınlanan 48 çalışmanın değerlendirildiği bir meta analizde ZY ve epilepsi sıklığı %22,2 olarak bulunurken, ZY şiddeti arttıkça epilepsi sıklığının arttığı (hafif %7,3; ağır %41,6) olarak bildirilmiştir. GG ile epilepsi sıklığını 1-24 aylık epilepsi hastalığı olan vakalarda değerlendiren bir çalışmada %28,3'ü ağır olmak üzere vakaların %81,7'sinde GG saptanmıştır (128). GG ve OSB sıklığını %65-80 arasında bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (129-131). Çalışmamızda epilepsi eşlik etme sıklığı ZY için %31,9, GG için %31,6 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda vakaların %42,1'inin eşlik eden bir organik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. ÇÖZGER'de değerlendirilen olgularda eş hastalık oranı (%38,2), ESKR'de değerlendirilenlerin eş tanı oranından (%46,5) anlamlı olarak daha düşüktür. Bu durumun özellikle SK'larda değerlendirilen ZY, ÖÖG, OSB gibi bozuklukların gerek ebeveynler gerekse öğretmenler tarafından kamu spotları gibi bilgilendirici unsurlar tarafından daha tanınır bir hale gelmiş olması, ebeveynlerin ÇERSH'yi daha fazla bilmesi ve ÇERSH polikliniklerine daha kolay erişebilmeleri gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir. Psikiyatrik hastalıklara eşlik eden sistemik hastalıklar değerlendirildiğinde, başta SP (%11,7) ve spina bifida (%4) olmak üzere %26,5'inin nörolojik hastalıklar, başta Down Sendromu (%9,6) olmak üzere %19,1'inin genetik bir sendrom, %7,5' MFÖGB olmak üzere %8,2'sinin kas iskelet sistemi hastalığı ve %6,6'sının metabolik bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Nörolojik hastalıklar

ve genetik sendromların tüm sistemler içinde %45,6'sını oluşturması dikkati çekmektedir. Bir başka çalışmada, psikiyatrik tanısı olan vakaların %27,6'sının ek bir organik hastalığının olduğu, bu vakaların %46,1'inin nöroloji, %31,4'ünün KBB tarafından düzenlenmiştir (102). Yektaş ve Kaplan (104) tarafından yapılan diğer bir çalışmada hastaların en sık eşlik eden tanısı FTR'den aldıkları bildirilmiştir.

Çalışmamızda ZY tanısı alanların %44,4'ünde eş tanı, eş tanısı olanların %24,7'sinde nörolojik bir hastalık, özellikle SP (%11,8) ve spina bifida (%2,7) olduğu saptanmıştır. Bu durumda ZY'si olan hastaların başta SP (%5,68) ve spina bifida (%1,20) olmak üzere %10,97'sinde nörolojik bir hastalığı olduğu bulunmuştur. GG tanısı olanların başta SP (%7,36) ve spina bifida (%3,84) olmak üzere %22,48'inde nörolojik bir hastalığı olduğu bulunmuştur. SP'si olan çocukların yaklaşık %30 ile %40'ında IQ 70'in altında bildirilmiştir (132,133). Ancak DSM-5 ZY kriterlerine göre tek başına IQ tanı koydurucu olmamakla birlikte, çocuğun kişisel bağımsızlık ve sosyal sorumluluk alanlarında geri kalmasına neden olan uyumsal becerilerinde yetersizlik bulunmalıdır. SP'si olan çocukların büyük bir çoğunluğunda motor yetersizlik bulunması nedeni ile IQ'dan bağımsız olarak uyumsal becerilerde yetersizlik görülebilmektedir. Stadskeiv ve ark. (134) tarafından yürütülen bir çalışmada olguların %33'ünün 70'in altında IQ'ya sahip olduğu, %25'i ZY tanısını aldığı bildirilmiştir.

Down Sendromu ZY'ye en sık eşlik eden kalıtsal hastalık olarak bildirilmiştir. Bireylerin zekâ seviyeleri birbirlerinden farklılık göstermekle beraber çoğunlukla orta veya ağır seviyededir (135). Çalışmamızda ZY tanısı olan hastaların %2,40'ında, GG'si olan hastaların 9,65'inde Down Sendromu tanısı olduğu saptanmıştır.

Kılınçaslan ve Motavelli tarafından yürütülen 126 SP hastasının dahil edildiği çalışmada hastaların %15'inde OSB tanısı olduğu bildirilmiştir (136). Yayında OSB SP birlikteliği %3 ile %33 aralığında bildirilmiştir (137). Çalışmamızda bu eş tanı oranı %0,19 olarak bulunmuştur. Down Sendromu ve OSB birlikteliğini değerlendiren toplum bazlı bir çalışmada, 41 Down

Sendromu olgusunun %42'sinde OSB eş tanısının olduğu saptanmıştır (138). Çalışmamızda OSB ve Down Sendromu olan vaka bulunmamaktadır.

Çalışmamızda tüm vakaların %23,8'inde DKB saptanmıştır. ESKR'de dil konuşma bozukluğu KBB ve çocuk nöroloji tarafından verilmekte iken, ÇÖZGER ile tüm hastalar ÇERSH tarafından değerlendirilmiştir. ÇÖZGER Özel Gereksinim Alanları Kılavuzu'na göre DKB işitme kaybına bağlı olarak görülebileceği gibi özgül olarak bu alanda kısıtlılıklar, OSB, ZY gibi psikiyatrik eş tanılar, uyaran eksikliği ya da uygunsuzluğu veya psikojenik olarak görülebilmektedir. ÇÖZGER kapsamında değerlendirilen çocuk veya gencin organik ve kronik bir hastalığa bağlı DKB olması gerekmemektedir. Bu kısıtlılıklar biyolojik ya da psikososyal nedenlerle gelişebilmektedir. Bu nedenle ÇÖZGER'de DKB ÇERSH tarafından değerlendirilmiştir (16). ESKR ve ÇÖZGER'de DKB sıklığı ESKR'ye göre yüksek olmasına rağmen (sırasıyla %26,1 ve 21,3), bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,092$).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Kaya ve ark (103) tarafından yürütülen bir çalışmada SK'ya başvuran hastaların %19,8'inin %40'tan az engel oranına, %6,6'sının %40-49, %40'ının %50-59, %17,5'unun %60-79, %4,2'sinin %80-89 ve %11,6'sının ise %90 ve üzeri engel oranına sahip olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda ESKR'de %68,0'ının %20-50 engel oranına, %18,3'ünün %51-75 engel oranına ve %10,3'ünün %76 ve üzeri engel oranına sahip olduğu saptanmıştır. ÇÖZGER ÖGD'leri ÇERSH tanılarına göre ESKR engel oranlarınca değerlendirildiğinde, ESKR'ye göre ÇÖZGER'de %51-75 engel oranındaki azalmanın ve %76 ve üzeri engel oranındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Son zamanlarda yayınlanmış ve ÇÖZGER'i değerlendiren bir çalışmada rapor yenilemek için başvuran vakalarda ESKR'de %8,3'ünün, ÇÖZGER'de ise %33,4'inin 90-99 engel oranı aralığında olduğu ve farkın anlamlı olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır (107). ÇÖZGER'de değerlendirilen hastaların ağır ZY oranları, ESKR'ye göre daha yüksek ve orta ZY oranlarının daha düşük olmasının bu durumun bir nedeni olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca ESKR'de OSB hastaları DSM-4'e göre değerlendirilmekte olup, atipik otizm (%40) ve çocukluk çağı otizmi (%80) olarak düzenlenmekteydi. ÇÖZGER'de

DSM-5 esas alınmış olup tüm hastalar OSB (ÖKGV, 90-99) olarak değerlendirilmektedir. Anlamlı farkın bir sebebinin de bu olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak ülkemizde 80'li yıllardan bu yana farklı gelişen ve ihtiyaçlarına göre desteklenme ihtiyacı bulunan çocuklar için çalışmalar yapılmıştır. Çalışmamız asıl olarak çocuğun üstün yararının gözetilmesi ilkesi ile planlanmasının uygun olacağı düzenlemelerin son derece hızla gelişen çocuk ruh sağlığı alanındaki etiyoloji, klinik, tedavi yönelik bilgiler ışığında tasarlanmasının önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca multidisipliner yaklaşımın önemini göstermiş bununla birlikte ortak sorun alanlarında sorunun öncelik ve ağırlığına göre bir yaklaşımın belirlenmesinin de önemini ortaya koymuştur. Tüm bu hassasiyetlerin, yöntem gözetmeksizin, çocuk, aile, toplumun adaptif becerilerini geliştirmesi ayrıca da mali yükün yararlanım oranının artırılması için önemlidir. Bu nedenle bu çalışmaların ileride de sürdürülmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Unicef, The State Of World's Children 2013: Children with disabilities. New York, 2013.
2. Unicef. The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health. 2009.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm İstatistikleri, 2018. 2019.
4. UN General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: resolution / adopted by the General Assembly. 2006. Available: <https://www.refworld.org/docid/45f973632.html>
5. McPherson M, Arango P, Fox H et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics. 1998; 102(1Pt1): 137-40.
6. 6462 numaralı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Yer Alan Engelli Bireylere Yönelik İbarelerin Değiştirilmesi Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. T.C. Resmî Gazete. 2013; 28636.
7. United Nations. United Nations Human Rights Declaration. 1948.
8. UN General Assembly. Declaration of the Rights of the Child. 1959. Available: <https://www.refworld.org/docid/3b00f06b32.html>.
9. UN Commission on Human Rights. The Convention on the Rights of the Child. 1990. Available: <https://www.refworld.org/docid/3b00f03d30.html>
10. UN General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities : resolution / adopted by the General Assembly. 2006.
11. Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Hakkında Yönetmelik. T. C. Resmî Gazete. 1998; 23290.
12. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete. 2006; 26230.
13. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete. 2010; 27787 (Mük).
14. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete. 2012; 28173.
15. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete. 2013; 28603.
16. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete. 2019; 30692.
17. Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu. T.C. Resmî Gazete. 1983; 2916.
18. Millî Eğitim Bakanlığı Eğitilebilir Çocuklar İş Okulu Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, 1983; 18257.
19. Millî Eğitim Bakanlığı Zihinsel Özürlü Çocukların Eğitim Uygulamaları Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, 1992; 21262.
20. Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. 2000; 23937.
21. Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. 2006; 26184.
22. Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. 2018; 39471.

23. Millî Eğitim Bakanlığı Okul Öncesi Eğitim ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. 2014; 29072.
24. Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği T.C. Resmî Gazete. 2018; 30471.
25. AIDD. Intellectual Disability: Definition, Classification and System of Supports. 2010. <https://www.aidd.org/intellectual-disability/definition>.
26. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı.5.baskı (DSM-V) (Çev: Köroğlu E.) Hekimler. Yayın Birliği, Ankara, 2014.
27. Harris JC. Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment. Oxford: Oxford University Press; 2006.
28. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil. 2011; 32(2): 419-36.
29. King EM, Toth BH, Hodapp KE, Dykens RM. Intellectual disability, 9th edi. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
30. Devlet İstatistik Enstitüsü Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Türkiye özürlüler araştırması 2002. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası; 2004.
31. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Aile, 2016. 2017.
32. Shevell M. Global developmental delay and mental retardation or intellectual disability: conceptualization, evaluation, and etiology. Pediatr Clin North Am. 2008; 55(5): 1071-84.
33. Shevell MI, Majnemer A, Rosenbaum P, Abrahamowicz M. Etiologic yield of subspecialists' evaluation of young children with global developmental delay. J Pediatr. 2000; 136(5): 593-8.
34. Xiaoyan K, Jing L. "IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. In Cohen D. Manuel de la IACAPAP pour la Santé Mentale de l'Enfant et de l'Adolescent. 2012.
35. Oh A, Thurman DJ, Kim H. Comorbidities and risk factors associated with newly diagnosed epilepsy in the U.S. pediatric population. Epilepsy Behav. 2017; 75: 230-6.
36. Åndell E, Tomson T, Carlsson S et al. The incidence of unprovoked seizures and occurrence of neurodevelopmental comorbidities in children at the time of their first epileptic seizure and during the subsequent six months. Epilepsy Res. 2015; 113: 140-50.
37. Berg AT, Langfitt JT, Testa FM et al. Global cognitive function in children with epilepsy: a community-based study. Epilepsia 2008; 49(4): 608-14.
38. Prasad AN, Burneo JG, Corbett B. Epilepsy, comorbid conditions in Canadian children: analysis of cross-sectional data from cycle 3 of the National Longitudinal Study of Children and Youth. Seizure. 2014; 23(10): 869-73.
39. Gabis LV, Tsubary NM, Leon O, Ashkenasi A, Shefer S. Assessment of abilities and comorbidities in children with cerebral palsy. J Child Neurol. 2015; 30(12): 1640-5.

40. Türkoğlu G, Türkoğlu S, Çelik C, Uçan H. Intelligence, functioning, and related factors in children with cerebral palsy. *Noro Psikiyatr Ars.* 2017; 54(1): 33-7.
41. Munir KM. The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2016; 29(2): 95-102.
42. Buckley N, Glasson EJ, Chen W et al. Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2020; 54(10): 970-84.
43. Mayes SD, Calhoun SL, Baweja R, Mahr F. Maternal ratings of bullying and victimization: differences in frequencies between psychiatric diagnoses in a large sample of children. *Psychol Rep.* 2015; 116(3): 710-22.
44. Lung FW, Shu BC, Chiang TL, Lin SJ, Tusconi M. Prevalence of bullying and perceived happiness in adolescents with learning disability, intellectual disability, ADHD, and autism spectrum disorder: In the Taiwan Birth Cohort Pilot Study. *Medicine (Baltimore).* 2019 Feb;98(6):e14483.
45. Soylu N, Alpaslan AH, Ayaz M, Esenyel S, Oruç M. Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013; 34(12): 4334-42.
46. Richardson S, Koller H. Vulnerability and resilience of adults who were classified as mildly mentally handicapped in childhood. In: Tizard B, Varma V. *Vulnerability and Resilience in Human Development.* London: Jessica Kingsley; 1992. 102-19.
47. Ross TT, Begab MK, Dondis EH, Giampiccolo JS, Meyers CE. *Lives of the Mentally Retarded: A Forty-Year Follow-Up Study.* Stanford, CA: Stanford University Press. 1985.
48. Nevison C, Blaxill M, Zahorodny W. California autism prevalence trends from 1931 to 2014 and comparison to national ASD Data from IDEA and ADDM. *J Autism Dev Disord.* 2018; 48(12): 4103-17.
49. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 Years-Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries* 2020; 69(4): 1–12.
50. Tuchman R. Autism and social cognition in epilepsy: implications for comprehensive epilepsy care. *Curr Opin Neurol.* 2013; 26(2): 214-8.
51. Kılıçaslan A, Mukaddes NM. Pervasive developmental disorders in individuals with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2009; 51(4): 289-94.
52. Frazier JA, Biederman J, Bellordre CA et al. Should the diagnosis of Attention-Deficit/ Hyperactivity disorder be considered in children with Pervasive Developmental Disorder? *Journal of Attention Disorders.* 2001; 4(4): 203-11.
53. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders:

- prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(8): 921-9.
54. Mukaddes NM, Hergüner S, Tanidir C. Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *World J Biol Psychiatry*. 2010; 11(8): 964-71.
 55. Mukaddes NM, Fateh R. High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *World J Biol Psychiatry*. 2010; 11(2 Pt 2): 486-92.
 56. Gaziuddin M. *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome*. London: Jessica Kingley Publisher; 2005.
 57. Munesue T, Ono Y, Mutoh K, Shimoda K, Nakatani H, Kikuchi M. High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients. *J Affect Disord*. 2008; 111(2-3): 170-5.
 58. Hofvander B, Delorme R, Chaste P et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 35.
 59. Fein D, Dixon P, Paul J, Levin H. Brief report: pervasive developmental disorder can evolve into ADHD: case illustrations. *J Autism Dev Disord*. 2005; 35(4): 525-34.
 60. Zappella M. Autistic regression with and without EEG abnormalities followed by favourable outcome. *Brain Dev*. 2010; 32(9): 739-45.
 61. Zappella M. Early-onset Tourette syndrome with reversible autistic behaviour: a dysmaturational disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11(1): 18-23.
 62. Mukaddes NM, Tutkunkardaş MD, Sarı O, Aydın A, Kozanoğlu P. Characteristics of children who lost the diagnosis of autism: a sample from Istanbul, Turkey. *Autism Res Treat*. 2014; 2014: 472120.
 63. Mukaddes NM, Mutluer T, Ayık B, Umut A. What happens to children who move off the autism spectrum? Clinical follow-up study. *Pediatr Int*. 2017; 59(4): 416-21.
 64. Kılınçaslan A. Özgül Öğrenme Bozukluğu. In: Mukaddes NM, Ercan ES. *Nörogelişimsel Bozukluklar*, 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018. 193–258.
 65. Norton ES, Beach SD, Gabrieli JD. Neurobiology of dyslexia. *Curr Opin Neurobiol*. 2015; 30: 73-8.
 66. Cortiella C, Horowitz SH. *The state of learning disabilities: Facts, trends and emerging issues*. New York: National center for learning disabilities, 2014; 25: 2-45.
 67. Margolis AE, Broitman J, Davis JM et al. Estimated Prevalence of Nonverbal Learning Disability Among North American Children and Adolescents. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(4): e202551.
 68. Morsanyi K, van Bers BMCW, McCormack T, McGourty J. The prevalence of specific learning disorder in mathematics and comorbidity with other developmental disorders in primary school-age children. *Br J Psychol*. 2018; 109(4): 917-40.

69. Bingöl A. Ankara'daki ilkököl 2. ve 4. sınıf öğrencilerinde gelişimsel disleksi oranı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası C 2003; 56(2): 67-82.
70. Pastor PN, Reuben CA. Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004-2006. Vital Health Stat 10. 2008; (237):1-14.
71. Nelson JM, Harwood H. Learning disabilities and anxiety: a meta-analysis. J Learn Disabil. 2011; 44(1): 3-17.
72. Maughan B, Rowe R, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Reading problems and depressed mood. J Abnorm Child Psychol. 2003; 31(2): 219-29.
73. Majeed-Ariss R, Rodriguez PM, White C. The disproportionately high prevalence of learning disabilities amongst adults attending Saint Marys Sexual Assault Referral Centre. J Appl Res Intellect Disabil. 2020; 33(3): 595-603.
74. Mutluer T, Mukaddes NM. İletişim Bozuklukları. In: Mukaddes NM, Ercan ES. Nörogelişimsel Bozukluklar. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018. 119-54.
75. McLeod S, Harrison LJ. Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 2009; 52(5): 1213-29.
76. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 1997; 40(6): 1245-60.
77. Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. Int J Lang Commun Disord. 2000; 35(2): 165-88.
78. Beitchman JH, Wilson B, Johnson CJ et al. Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: Psychiatric outcome. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2001; 40(1): 75-82.
79. Conti-Ramsden G, Durkin K. Language development and assessment in the preschool period. Neuropsychol Rev. 2012; 22(4): 384-401.
80. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol. 2014; 43(2): 434-42.
81. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. Acta Psychiatr Scand. 1994; 89(5): 352-7.
82. Cohen P, Cohen J, Kasen S et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. J Child Psychol Psychiatry 1993; 34(6): 851-67.
83. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant

- disorder in school age children in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13(6): 354-61.
84. Gül N, Tiryaki A, Cengel Kültür SE, Topbaş M, Ak I. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2010; 20(1): 50-6.
 85. Güler AS, Scahill L, Jeon S et al. Use of multiple informants to identify children at high risk for ADHD in turkish school-age children. *Journal of Attention Disorders* 2017; 21(9): 764-75.
 86. Pliszka SR. Comorbid Psychiatric Disorders in Children with ADHD. In: Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 4th edition. New York: The Guilford Press; 2015.
 87. Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36(8): 1065-79.
 88. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology," *Journal of Pediatric Psychology* 2007; 32(6): 631-42.
 89. Savaşır I, Nilhan S, Neşe E. *Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı*. 2. basım. Ankara; 1998.
 90. Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics*. 2014; 133(1): 37-45.
 91. Kara B, Mukaddes NM, Altınkaya I, Güntepe D, Gökçay G, Özmen M. Using the modified checklist for autism in toddlers in a well-child clinic in Turkey: adapting the screening method based on culture and setting. *Autism*. 2014; 18(3): 331-8.
 92. Krug DA, Arick J, Almond P. Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 1980; 21(3): 221-9.
 93. Irmak TY, Sütçü ST, Aydın A, Sorias O. Otizm Davranış Kontrol Listesinin (ABC) geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14(1): 13-23.
 94. Harris DB. "Children's Drawings as Measures of Intellectual Maturity. *Journal of Aesthetics and Art Criticism* 1965; 23(4): 516-9.
 95. Goodenough FL, Harris DB. "Studies in the psychology of children's drawings: II 1928-1949. *Psychological Bulletin*, 1950; 47(5): 369-433.
 96. Uçman P. Goodenough-Harris Resim Testi ile bir türk örnekleme üzerinde bir araştırma. *Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü; 1971.
 97. Porteus SD. *Porteus Mazes Test: "fifty years" application*. California: Pacific Books Publishers; 1965.
 98. Toğrul B. R. B. Cattel Zekâ Testinin 2A ve 2B Formları ile Porteus Labirentleri Zekâ Testinin 1300 Türk Çocuğuna Uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Çalışmaları* 1974; 11: 1-32.
 99. Wechsler D. *WISC-R, Wechsler intelligence scale for children, revised*. Psychological Corporation, 1974.

100. Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WISC- R) El Kitabı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1995.
101. Baltacı H, Tetik BK, Selçuk EB, Baltacı M. Analysis of cases referred to the Disability Board of İnönü University Turgut Özal Medical Center in 2015. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2017; 21(3): 91-100.
102. Şahin N, Altun H, Kara B, Tarihi G. Özürlü çocuk sağlık kurulu raporlarının değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2014; 15(1): 48-53.
103. Kaya A, Güler H, Meral O, Aktaş EÖ. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Engelli Sağlık Kurulu'nca düzenlenen çocuklara ait raporların retrospektif incelenmesi. Güncel Pediatri 2014; 12(3): 151-9.
104. Yektaş Ç, Kaplan SE. Evaluation of Health Committee Reports of Patients Admitted to the University of Child and Adolescent Department. Konuralp Tıp Dergisi 2017; 9(3): 52-6.
105. Yürümez E. Özürlü Sağlık Kuruluna başvuran çocuk psikiyatrisi hastalarının değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Dergisi 2014; 6(2): 77-9.
106. Başgül ŞS, Saltık S. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi özürlü çocuk heyetinin 2010 yılı verileri. Göztepe Tıp Dergisi 2012; 27(2): 45-9.
107. Güller B, Yaylacı F. Çocuklar için özel gereksinim raporuna geçiş sonrası bir yıllık sağlık kurulu verilerinin değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2021; 24: 207-16.
108. Yıldız D, Tarakçıoğlu MC. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) Almak İçin Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri, Eş Tanılarının İncelenmesi, Yeni Değişen ÇÖZGER Yönetmeliğine Göre Aldıkları Tanı ve Özür Oranlarının Eski Tanı ve Özür Oranları ile Karşılaştırılması. İKSSTD 2020; 12(2): 144-50.
109. Werner E, Dawson G. Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 889-95.
110. Baranek GT. Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. Journal of Autism and Developmental Disorders 1999; 29(3): 213-24.
111. Werner E, Dawson G, Munson J, Osterling J. Variation in early developmental course in autism and its relation with behavioral outcome at 3-4 years of age. Journal of Autism and Developmental Disorders 2005; 35(3): 337-50.
112. Palomo RN, M. Belinchon M, Ozonoff S. Early identification autism and family home movies: a comprehensive review. Developmental and Behavioral Pediatrics 2006;27(2): 59-68.
113. Mukaddes NM, Dursun OB. Otizm Spektrum Bozukluklarında Tanım, Prevalans ve Klinik Özellikler. In: Mukaddes NM, Ercan ES. Nörogelişimsel Bozukluklar. 1st edition. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2018. 261-84.
114. González MC, Vásquez M, Hernández-Chávez M. Autism spectrum disorder: Clinical diagnosis and ADOS test. Revista Chilena de Pediatría 2009; 90(5): 485-91.
115. Martinez M, Thomas KC, Williams CS et al. Family experiences with the diagnosis of autism spectrum disorder: system barriers and

- facilitators of efficient diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2018; 48(7): 2368-78.
116. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* 2015; 7(1): 27-38.
 117. İçmeli C, Özçetin A, Ataoğlu BB, Ankaralı H. Characteristics of attention deficit and hyperactivity disorder in children and adolescents having mental retardation. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015; 5(2): 12-8.
 118. Roongpraiwan R, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P, Santikul K. Prevalence and clinical characteristics of dyslexia in primary school students. *Journal of The Medical Association of Thailand* 2002; 85(4): 1097-103.
 119. Büber A, Başay Ö, Şenol H. The prevalence and comorbidity rates of specific learning disorder among primary school children in Turkey. *Nordic Journal of Psychiatry* 2020; 74(6): 453-60.
 120. Langer N, Benjamin C, Becker BLC, Gaab N. Comorbidity of reading disabilities and ADHD: Structural and functional brain characteristics. *Hum Brain Mapp.* 2019; 40(9): 2677-98.
 121. He LJ, Liu N, Cheng TL et al. Conditional deletion of *Mecp2* in parvalbumin-expressing GABAergic cells results in the absence of critical period plasticity. *Nature Communications* 2014; 5: 1-15.
 122. Levisohn PM. The autism-epilepsy connection. *Epilepsia* 2007; 48(SUPPL. 9): 33–5.
 123. Spence SJ, Schneider MT. The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autism spectrum disorders. *Pediatric Research* 2009; 65(6): 599-06.
 124. Anukirthiga B, Mishra D, Pandey S, Juneja M, Sharma N. Prevalence of epilepsy and inter-ictal epileptiform discharges in children with autism and attention-deficit hyperactivity disorder. *Indian Journal of Pediatrics* 2019; 86(10): 897-02.
 125. Lukmanji S, Manji SA, Kadhim S et al. The co-occurrence of epilepsy and autism: A systematic review. *Epilepsy and Behavior* 2019; 98: 238–48.
 126. Fine A, Wirrell EC. Seizures in Children. *Pediatrics in Review* 2020; 41(7): 321-47.
 127. Robertson J, Hatton C, Emerson E, Baines S. Prevalence of epilepsy among people with intellectual disabilities: A systematic review. *Seizure* 2015; 29: 46–62.
 128. Sahu PK, Mishra D, Juneja M, Taneja K. Clinico-etiological profile and developmental status of infants aged 1–24 months with epilepsy. *Indian Journal of Pediatrics* 2019; 86(8): 681–5.
 129. Battaglia D, Rando T, Deodato F et al. Epileptic disorders with onset in the first year of life: neurological and cognitive outcome. *European Journal of Paediatric Neurology* 1999; 3: 95-103.
 130. Masri A, Badran E, Hamamy H, Assaf A, Al-Qudah AA. Etiologies, outcomes, and risk factors for epilepsy in infants: A case-control study. *Clinical Neurology and Neurosurgery* 2008; 110(4): 352-6.

131. Altunbaşak Ş, İncecik F, Hergüner Ö, Burgut HR. Prognosis of patients with seizures occurring in the first 2 years. *Journal of Child Neurology* 2007; 22(3): 307-13.
132. Himmelmann K, Beckung E, Hagberg G, Uvebrant P. Gross and fine motor function and accompanying impairments in cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2006; 48(6): 417-23.
133. Andersen GL, Irgens LM, Haagaas I, Skranes JS, Meberg AE, Vik T. Cerebral palsy in Norway: Prevalence, subtypes and severity. *European Journal of Paediatric Neurology* 2008; 12(1): 4–13.
134. Stadskleiv K, Jahnsen R, Andersen GL, von Tetzchner S. Neuropsychological profiles of children with cerebral palsy. *Developmental Neurorehabilitation* 2018; 21(2): 108–20.
135. Einfeld S, Emmerson E. Intellectual Disability. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th ed. New Jersey: Blackwell Publishing; 2009. 820–40.
136. Kılınçaslan A, Mukaddes NM, Pervasive developmental disorders in individuals with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2009; 51(4): 289–94.
137. Craig F, Savino R, Trabacca A. A systematic review of comorbidity between cerebral palsy, autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Paediatric Neurology* 2019; 23(1): 31–42.
138. Oxelgren UW, Myrelid Å, Annerén G et al. Prevalence of autism and attention-deficit-hyperactivity disorder in Down syndrome: a population-based study. *Dev Med Child Neurol*. 2017; 59(3): 276-83

EKLER

EK-1

ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORU FORMU (Ön Yüzü)

HASTANESİ ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORU

I. KİŞİSEL BİLGİLER:

Adı, Soyadı :	T.C. Kimlik No:	FOTOĞRAF
Baba Adı :	Doğum Yeri, Yılı :	
Müracaat Tarihi :	Rapor Tarihi :	
Muayeneye Gönderen: A- Çalıştığı Kurum: ☐ B- Kişisel Müracaat: ☐		
Rapor Numarası :		Mühür

II. ÖZRE İLİŞKİN BİLGİLER:

Sistemler	Özre İlişkin Klinik Bulgular, Radyolojik Tetkikler, Laboratuvar Bulguları ve Teşhis	Özür Oranı %
Kulak Burun Boğaz Sistemi		
Zihinsel, Ruhsal, Dav		
Deri		
Hematopoetik Sistem		
Kardiyovasküler Siste		
Görme Sistemi		
Sindirim Sistemi		
Kadın Hastalıkları ve Doğum		
Urogenital Sistem		
Endokrin Sistem		
Solunum Sistemi		
Yanıklar		
Onkolojik Hastalıklar		
Sinir Sistemi		
Kas İskelet Sistemi		

III. ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORUNUN SONUCU:

Teşhis / Teşhisler:	Kişinin Özür oranı % -Rakamla- (Yazıyla)
Ağır Özürlü: (Evet/Hayır)	Çalıştırılmayacağı işlerin niteliği
Sürekli: ☐ Raporun Geçerlilik Süresi: -Rakamla- (Yazıyla belirtiniz)	

OZURLU SAGLIK KURULU RAPORU FORMU (Arka Yüzü)

IV. KİŞİNİN ÖZÜR GRUBU:

Ortopedik	☐	Zihinsel	☐
Görme	☐	Ruhsal ve Duygusal	☐
İşitme	☐	Süreğen (Kronik)	☐
Dil ve Konuşma	☐	Sınıflanamayan	☐

V. RAPORUN KULLANIM AMACI:

Eğitim		Ortez-protez- işitme cihazı	
İstihdam		Tekerlekli sandalye	
Sosyal yardım		Özürlü kimlik kartı	
Diğer (açıklayınız)			

VI. ONAY:

Üye	Üye	Üye
Üye	Üye	Üye
Üye	Kurul Başkanı:	Mühür

Oybirliği/Oyçokluğu ile karar verilmiştir.

ACIKLAMALAR :

- 1) Değerlendirilecek özürlü, özürlü sağlık kurumlarının teşkili için zorunlu olan uzmanlık dalları dışında kalan bir dalda ise, özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili hastane kadrosunda bulunması halinde ilgili dal uzmanının da kurulda bulunması sağlanır. Örneğin; özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşundan özürlü sağlık kurulu raporu talep eden kanserli hastaların; hastane kadrosunda bulunması halinde öncelikle tıbbi onkolog, bulunmadığı durumda radyasyon onkoloğu tarafından değerlendirilmesi sağlanır.
- 2) Özürlü durumuna göre çalıştırılmayacağı işlerin niteliği bölümüne sadece özürlü durumuna göre iş alanları genel olarak belirtilmelidir. Örneğin; "görmesini gerektiren iş alanlarında çalıştırılmaz", "ayakta sürekli durmasını gerektiren işlerde çalıştırılmaz", "işitmeyi ve/veya konuşmayı gerektiren işlerde çalıştırılmaz" gibi ifadelerle belirtilmelidir.
- 3) Mükerrer özürlü sağlık kurulu raporlarını önlemek amacıyla, raporun kullanım amacı bölümünde birden fazla bölüm işaretlenebilir. Bölümler (X) işaretiyle belirtilir.
- 4) Kişinin özürlü grubu belirtilirken gerektiğinde birden fazla özürlü grubu işaretlenir. Bu kısım boş bırakılmaz

ZİHİNSEL, RUHSAL, DAVRANIŞSAL BOZUKLUKLAR

(Özürlülük oranları belirtilere göre değil, işlevsellik düzeylerine göre verilir.)

A- Zekâ işlev bozuklukları**Özür Oranı**

1-Sınırdaki mental kapasite (IQ: 70-80)	25
2-Hafif (IQ: 50-69)	50
3-Orta (IQ: 35-49)	70
4-Ağır (IQ: 20-34)	90
5-Çok ağır (IQ: 20'nin altında)	100

Erken çocukluk döneminde (0-6 yaş) bilişsel işlevler, IQ puanı ile değil, etkinlik ve katılım zorlukları ve kısıtlılıklarının düzeyleri ilgili uzmanlar tarafından, öncelikle aile ve çocuğun katılımı ile klinik değerlendirme yapılarak değerlendirilir. Uzmanın çocuğu, ailesi ve yaşadığı ortam ile birlikte ele alarak yapacağı "aile merkezli işlevsel değerlendirme" ayrıntılı teşhis ve sınıflandırma için esastır. Klinik değerlendirmenin güvenilirliği ve geçerliliğinin sağlanması için ek olarak standart testlerin bilişsel bölümleri kullanılır. Kullanılabilecek değerlendirme araçları bilimsel yazında yer alan, güvenilirlik, geçerlilik ve norm çalışması yeterli olan ve işlevsel yetileri değerlendiren araçlar olmalıdır¹. Bu testlerin yukarıda belirtilen IQ puanına eşdeğer puan aralıklarında Özür Oranı verilir. Ortalama puanları 100, 1 Standart Sapması 15 olan testlerde -2SD 70 puan altı ya da 3.persantil altı ile eş değerdir.

Bilişsel alanlarda kaybı olan çocuklarda teşhis bölümüne işlev kaybının düzeyini açıklayan klinik değerlendirme bulgularının da yazılması gerekir. Bu yaş grubunda "zeka geriliği" tanısı/terimi kullanılmaz; "BİLİŞSEL GELİŞİMDE GECİKME" tanısı/terimi kullanılır.

B- Şizofreni (Paranoid, hebefrenik, katatonik, ayrışmamış, basit tip şizofreni ile post-şizofrenik depresyon ve kalıntılı şizofreniyi içerir)

1-Tedaviyle çalışabilen	45
2-Tedaviye rağmen çalışma olanağı olmayan	80
C- Şizoaffektif bozukluk (manik, depresif ve karışık tip)	
1-Tedaviyle çalışabilen	45
2-Tedaviye rağmen çalışma olanağı olmayan	80

¹Kullanılabilecek ayrıntılı standart gelişimi değerlendirme araçlarına örnekler: Bayley Bebekler için Gelişimi Değerlendirme Ölçeği, Çocukların Yetiyitimi Değerlendirme Ölçeği (Pediatric Evaluation of Disability Inventory-PEDI), Peabody Resim-Kelime Tanıma Testi, Stanford Binet Zeka Ölçeği, Vineland Uyum Davranış Ölçeği, Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği, Dikkat Değerlendirme Ölçekleri, Özgül Öğrenme Ölçekleri. Klinik değerlendirme eşliğinde kullanılabilecek gelişimsel tarama ya da izleme araçlarına örnekler: Gelişimi izleme ve Destekleme Rehberi (GİDR), Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), Denver II Gelişimsel Tarama Testi, Yaşlar ve Dönemler (Ages and Stages).

D- Sanrısız bozukluklar (paranoya, paranoid psikoz, parafreni tanılarını içerir)	
1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedaviyle çalışma olanağı veren	40
3-Tedaviyle çalışma olanağı vermeyen	70

E- Atipik veya başka türlü adlandırılmayan psikozlar	
1-Tedaviyle işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedaviyle çalışma olanağı veren	45
3-Tedaviyle çalışma olanağı vermeyen	80

F- Yaygın gelişimsel bozukluklar	
1-Asperger Sendromu	40
2-Disintegratif psikoz	80
3-Rett Sendromu	80
4-Atipik otizm (başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk)	40
5-Otizm*	80

*Beraberinde var olan bozukluklar ayrıca değerlendirilir.

GEÇİCİ FONKSİYON KAYBINA NEDEN OLAN RUHSAL HASTALIKLAR

Bu gruptaki hastalıklar 1 yıl sonra kontrol gerektirir. Özürlülük oranları belirtilere göre değil, işlevsellik düzeylerine göre verilir.

A- Beyin Hasarı, Beyin İşlev Bozukluğu ve Bedensel Hastalıklara Bağlı Ruhsal Bozukluklar (organik hallusinozis, organik duygudurum bozukluğu -manik, depresif karışık ve bipolar tiplerini içerir-, organik sanrılı bozukluk, organik bunaltı bozukluğu)	
1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	40
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	60

B- Beyin Hasarı, Beyin İşlev Bozukluğuna Bağlı Davranış Bozuklukları (organik kişilik bozukluğu -frontal lob sendromunu içerir-, beyin sarsılması sonrası-postkontüzyonel sendrom-)	
1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	40
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	70

C- Duygudurum Bozuklukları	
a.Manik nöbet, bipolar duygudurum bozukluğu, yineleyici depresyon, kronik depresyon	
1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	40
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	70
b.İnatçı duygudurum bozukluğu (siklotimi, distimi)	
1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	10

3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	30
--------------------------------------	----

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

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

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Travma sonrası stres bozukluğu

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

E- Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar (duygulanım bozukluğu, bağımlılık sendromu, alkol ve madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk -alkol halusinozisi, alkol paranoyası-)

1-Tedavi ile işlevselliği tam düzelen	0
2-Tedavi ile işlevselliği kısmen düzelen	20
3-Tedavi ile işlevselliği düzelmeyen	35

F- Kişilik bozuklukları

1-Paranoid kişilik bozukluğu	30
2-Şizoid kişilik bozukluğu	30
3-Antisosyal kişilik bozukluğu	30
4-Duygusal yönden dengesiz kişilik bozukluğu (sınır kişilik bozukluğunu da içerir)	30
5-Narsistik kişilik bozukluğu	30
6-Şizotipal kişilik bozukluğu	30
7-Histriyonik kişilik bozukluğu	15
8-Obsesif Kompulsif kişilik bozukluğu	15
9-Çekingen kişilik bozukluğu	15
10-Bağımlı kişilik bozukluğu	15

G- Cinsel Kimlik Bozuklukları, Cinsel Seçim Bozuklukları (transeksüalizm, fetişizm, gösterimcilik, çocuğa cinsel sevi, sadomazoizmi içerir)

1-Tedavi edilebilen	0
2-Tedavi edilemeyen	15

H- Özel Öğrenme Bozuklukları (Bu tanı mental retardasyon varlığında konulamaz)

1-Hafif	20
2-Ağır (Bu bozukluk nedeniyle ilköğretime devam ettiği ikinci eğitim yılının sonunda halen okuma yazma öğrenmemiş olması)	30

I - Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

1-Tedavi edilebilen	0
2-Tedavi edilemeyen	20

..... HASTANESİ
ÇOCUKLAR İÇİN ÖZEL GEREKSİNİM RAPORU (ÇÖZGER)

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı :	T.C. Kimlik No:	
Baba Adı :	Doğum Yeri/Yılı : /	
Anne Adı :	Yaşı : ay/yıl	
Müracaat Tarihi :	Rapor Tarihi :	
Rapor Numarası :	Başvuru Nedeni:	

II. MÜRACAT ŞEKLİ

Kurumsal Müracaat		Kişisel Müracaat	
☐	İlk Rapor	☐	İtiraz
☐	Kontrol Muayenesi	☐	Yenileme

III. ÖZEL GEREKSİNİM ALANLARI (bedensel yapı, sistem, işlev, etkinlik, yaşama katılım kısıtlılıkları ve hastalıkları)

Özel gereksinim alanları	Bulgular, tetkikler, işlevler, etkinlikler ve yaşama katılımındaki kısıtlılıklar	Özel gereksinim Düzeyi*	ICD kodu ve tanı**
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			
.....Sistem/Alan			

*Ek 2 de yer alan 23 alan/sistemden çocuk özel gereksinim değerlendirme/ yazılan alanlar seçilerek Ek 3 de yer alan Özel Gereksinim Düzeylerinden birisi yanılır.

**ICD kodu yoksa ya da raporda yer alması uygun değilse ÇÖZGER'e uygun terminoloji ile taranmış açık adı yanılır.

IV. ÖZEL GEREKSİNİM DÜZEYİ :

A-alanındadüzeyinde özel gereksinimi vardır. ☐	B- Özel Gereksinimi Yoktur ☐
(En üst düzey özel gereksinim belirlenen alan ve düzeyini yazılı olarak belirtiniz)	
C- RAPORUN SÜRESİ: (Yazı ile yıl olarak yazınız. Sürekli ise "sürekli" yazarak belirtiniz.)	
D- Çalıştırılmayacağı işlerin niteliği	

V. ÇOCUĞUN İŞLEVLERİ, ETKİNLİKLERİ VE YAŞAMA KATILIMLARI İÇİN ÖNERİLEN ÖZEL GEREKSİNİMLER

Önerilen Özel Gereksinimler	VAR
1.Bilişsel işlevlerin desteklenmesi için rehabilitasyon/erken destek (müdahale) gereksinimi	
2.Fizyoterapi, ergoterapi, rehabilitasyon gereksinimi	
3.Cihaz, ortez, protez, tekerlekli sandalye ve diğer gereçlere gereksinimi	
4.Dil ve konuşma terapisi/rehabilitasyon gereksinimi	
5.İşitme işlev kısıtlılığı/kaybı için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
6.Görme işlev kısıtlılığı/kaybı için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
7.Otizm spektrum bozukluğu için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
8.Özgül öğrenme güçlüğü için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
9.Evde ya da hastanede rehabilitasyon gereksinimi	
10.Diğer (belirtiniz):	

* Kişinin aldığı edeği sosyal beceri, beceriler veya kazanımlar rapor dışında olmak ilgili kurumlara ayrıca belirtilir. Rapor, tek başına bu becerileri verilmesi için yeterli değildir. İlgili raporunla diğer raporlarda ayrıca sağlanması zorunludur.

VI. AÇIKLAMA:

--

VII. ONAY

Üye	Üye	Üye
Üye	Üye	Üye
Kurul Başkanı		
		

AÇIKLAMALAR:

- 1- Bölüm V'de bir öğen ya da sistemi ilgilendiren özel gereksinim alanı için kurul, o gereksinim alanını ilgilendiren üç uzman hekim ile oluşturulabilir.
- 2- "Sürekli olarak tekerlekli sandalye veya sedye kullanması gerekir" vb. kişinin özel durumuna beliren açıklamalar belirtilmelidir.
- 3- Bu rapordan önceki raporlar sürekli bakiyetasını yapacak yeni raporlar bakımından geçersizdir.



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2011-KAEK-26/518
 Konu : Etik Kurul kararı

08 / 09 / 2020

Sayın Doç.Dr.Pınar VURAL
 Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
 Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacı olduğunuz “*Uludağ Üniversitesi engelli sağlık kuruluna başvuran olguların retrospektif değerlendirilmesi*” başlıklı araştırmamız ile ilgili kurulumuzun 02 Eylül 2020 tarih, 2020-15/25 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr. [Redacted] OĞLU

EK:
 -Karar (1 adet)

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası, Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
 Tel: 0-224-2950020 Fax: 0-224-2950029
 e-posta: uukaek@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.uludag.edu.tr



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı: 73115338-819/E.26687

30.09.2020

Konu: Uzmanlık Tez Çalışması (Berna KARABİNA'
nın Sağlık Kurulu Raporlarının Tarafımıza
İletilmesi)

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

- İlgi : a) 14.09.2020 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.11.18-000/25011 sayılı yazınız.
b) 22.09.2020 tarihli ve 25872 sayılı yazınız.
c) 24.09.2020 tarihli ve B.30.2.ULU.0.H1.11.18-000/26217 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız Araştırma Görevlilerinden Dr.Berna KARABİNA'nın, "Uludağ Üniversitesi Engelli Sağlık Kuruluna Başvuran Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi" adlı çalışması kapsamında, Engelli Sağlık Kurulu Biriminde çalışma yapılması ve ilgili personelin yardımı kaydı ile uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Bedrettin AKOVA
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

BUÜ. SUAM Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA

Bilgi İçin: Özlem M.ÖKSÜZ

Tel : 0224 295 01 41- 43- 44 Faks: 0224 295 00 99

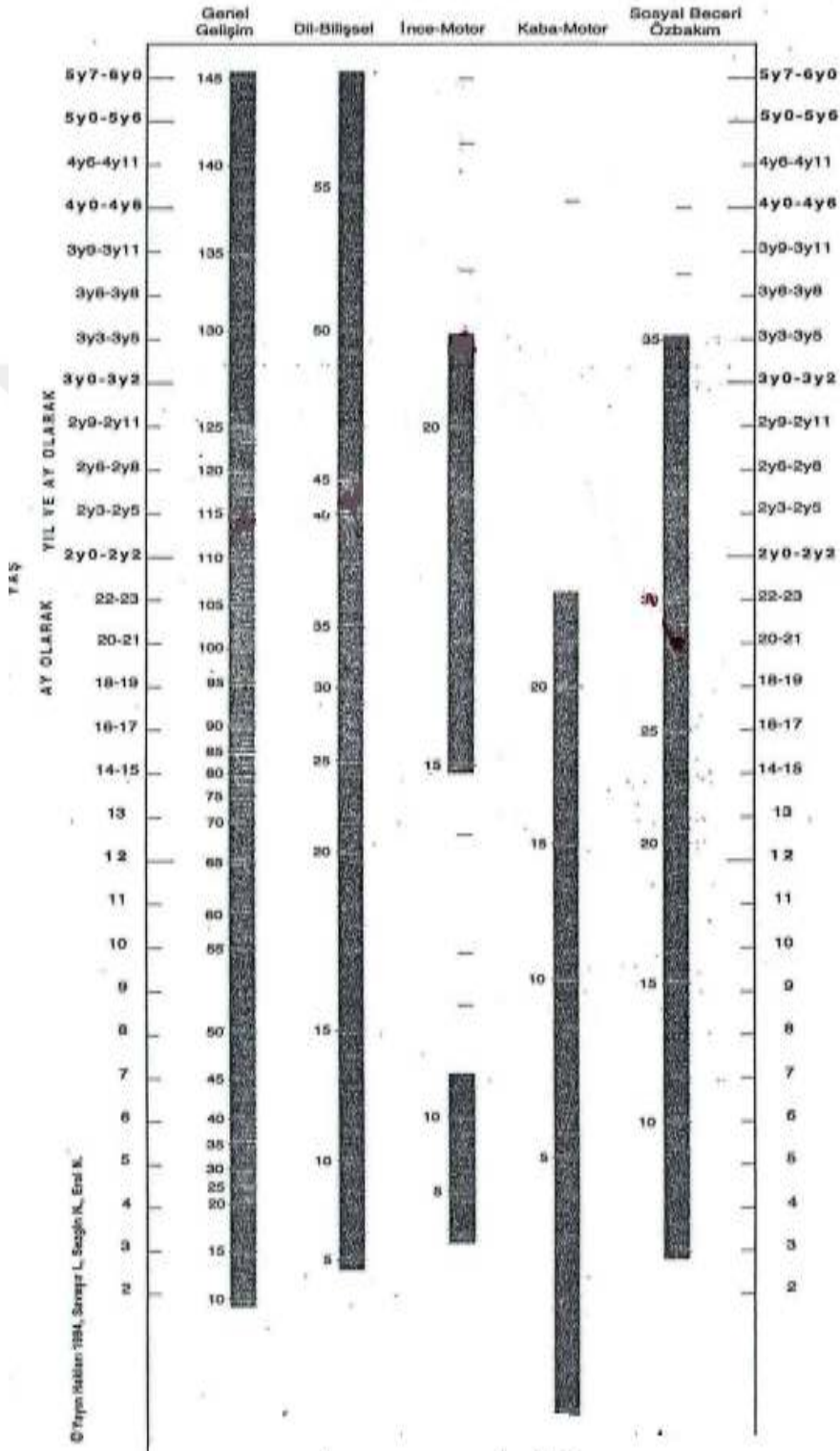
Memur

e-posta : yzisleri@uludag.edu.tr Web: suam.uludag.edu.tr Kep: uludag.suam@hs03.kep.tr Tel: 0224 295 01 42

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır.Teyit için: https://udos.uludag.edu.tr/Teyit/ip6PN_6_k0GjxyvOQGK77Q

ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ
GENEL GELİŞİM VE ALT TESTLER HAM PUAN PROFİLİ

Savaşır L., Sezgin N., Erol N.



TEŞEKKÜR

Mesleğe ilk adım attığım andan itibaren mesleğimi daha da çok sevmeme neden olan gerek mesleki gerekse hayati anlamda desteğini her zaman arkamda hissettiğim, varlığıyla bana güç veren Prof. Dr. Pınar Vural'a,

Özellikle meslek hayatımın son 3 yılında yanımda olmasının yanı sıra, zorlu geçirdiğim tüm süreçler boyunca desteğini esirgemeyen, en çöktüğüm zamanlarda bile bana inanarak kalkmama yardımcı olan Prof. Dr. Aslı Sarandöl'e,

Mesleki anlamda bana katkılarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Şafak Eray'a,

Rotasyonlarım süresinde eğitimime olan katkılarından dolayı başta Prof. Dr. Saygın Eker olmak üzere Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Cengiz Akkaya'ya, Doç Dr. Yusuf Sivrioğlu ve Prof. Dr. Mehmet Sait Okan'a,

Tezimin istatistiğini büyük bir özveri ile yapan, her zaman kolaylıkla ulaşabildiğim Doç. Dr. Güven Özkaya'ya,

Tüm asistanlığım süresince beni hiç yalnız bırakmayan, her el uzattığımda elimi tutan ve beni güçlendiren asistan arkadaşlarım Uzm. Dr. Guyem Kolbaşı, Uzm. Dr. Hande Şirin ve Dr. Ayşe Güllülü'ye

Asistanlık hayatım boyunca yardımlarını ve desteğini esirgemeyen klinik psikoloğumuz Özge Güder Atasoy'a,

Asistanlığımda yanımda olan çocuk psikiyatri ve erişkin psikiyatrideki asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan çok memnun olduğum ve keyif aldığım tüm Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi ÇERSH ailesine,

Hayatımın her anında yanımda olan, beni destekleyen, elini hep omzumda hissettiğim sevgili babam Kadir Karabina'ya teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

■■■■ yılında ■■■■■ da doğdum. İlkokulu Uğur Koleji'nde, ortaokulu FMV. Ayazağa Işık Lisesi'nde tamamladıktan sonra lise eğitimimi Galatasaray Lisesi'ni bitirdim. 2006 yılında Marmara Üniversitesi'nde 6 yıllık tıp eğitimimi tamamladım. Sonrasında 33 ay çeşitli hastanelerde acil serviste görev aldım. 2016 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk ve Ergen Psikiyatri uzmanlık eğitimime başladım.

