

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNE ENGELLİ ÇOCUK SAĞLIK KURULU İÇİN BAŞVURAN OLGULARIN KLİNİK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ: BİR ÖN ÇALIŞMA

Yusuf ÖZTÜRK*, Nuran DEMİR**, Zehra TOPAL***, Uğur SAVCI****
M. Akif CANSIZ*****, A. Evren TUFAN*****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada engelli sağlık kuruluna başvuran çocuk ve ergen olgularda başvuru nedenleri, olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımlarının saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu çalışmada 2013 Haziran – 2013 Ekim tarihleri arasında hastanemiz sağlık kuruluna başvuran 0-18 yaş arası 395 çocuk ve ergenin dosya verileri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. **Sonuçlar:** Çalışmaya yaşları ortalaması 95.0 ay olan (Ranj 4.0 – 301.0 ay, S.D.= 46.1 ay) 395 hasta dahil edilmiştir (% 68.1 erkek). Anne ve babaların ortalama yaşları, sırasıyla 34.5 (S.D.= 7.2) ve 38.4 (S.D.= 8.1) yıldır. Anne (% 66.1) ve babaların (% 60.2) çoğunun ilkökul mezunu olduğu, annelerin çoğunun (% 87.5) ev hanımı iken, babaların çoğunun (% 61.9) işçi olarak çalıştığı saptanmıştır. En sık başvuruyu % 84.1 (n= 332) oranla özel eğitim için yapılan başvurular oluşturmaktadır. Doğum sonrası sorun (sarılık/ morarma/ nefes almama/ kuvöz bakımı) olguların % 27.6'sında tariflenmiştir. 0-6 yaş grubuna en sık "bilişsel gerilik" tanısı saptanmışken; 6-18 yaş grubu arasında en sık zeka geriliği tanısı saptanmıştır. **Tartışma:** Engelli sağlık kuruluna başvuran çocuk ve ergenlerle ilgili verilerin belirlenmesi hem çocuk psikiyatri pratiğinde bu olgulara yaklaşıma yol gösterecek, hem de engellilerle ilgili planlama yapılmasına katkı sağlayacaktır. Bulgularımızın diğer merkezlerdeki örneklemelerin de değerlendirildiği ileri araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, psikopatoloji, sağlık kurulu

SUMMARY: CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF CASES PRESENTING TO A UNIVERSITY HOSPITAL FOR DISABLED CHILD HEALTH REPORTS: A PRELIMINARY STUDY

Objective: In this study, it was aimed to identify sociodemographic features, reasons for application and distribution of psychiatric diagnoses within a sample of children and adolescents who had applied to the health committee of the center the research was conducted in. **Method:** Data from the charts of 395 children and adolescents aged between 0-18 years who had applied to the health committee of our hospital between the dates June 2013 and October 2013, were analyzed retrospectively. **Results:** A total of 395 patients (68.1% male) were included in the study, with a mean age of 95.0 months (Range 4.0 to 301.0 months, SD = 46.1 months). The mean ages of the mothers and fathers were 34.5 (SD = 7.2) and 38.4 (SD = 8.1) years, respectively. Most of the mothers (66.1%) and fathers (60.2%) were primary school graduates and the majority of mothers (87.5%) were housewives while fathers (61.9%), were workers. The most common reason for application was a demand to be evaluated in order to collect special education reports (84.1 %). Postnatal (jaundice/ cyanosis/ non-breathing/ incubator care) problems were described in 27.6% of the cases. Most common diagnoses were developmental delay for cases between 0- 6 years of age, and mental retardation, for those between 6-18 years of age. **Conclusion:** Determination of data about children and adolescents applying to the disabled child health committee will help establish better clinical approach to these cases in child psychiatry practice, as well as contribute to set novel and improved care plan for disabled children and adolescents. Our findings need to be supported by further research, where samples from other centers are also evaluated.

Key Words: Child, psychopathology, health committee.

Gelis Tarih Received: 11.08.2017 **Kabul Tarihi Accepted:** 27.03.2018

* Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Bolu; yusu-f26es@hotmail.com

** İzzet Baysal Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Polikliniği, Bolu; nurandemirdr@yahoo.com

*** Hakkari Devlet Hastanesi, Çocuk Psikiyatri Polikliniği, Hakkari; zehratopal86@gmail.com

**** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Bolu; savciugur172@hotmail.com

***** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Bolu; makifcansiz@gmail.com

***** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, tevenus@yahoo.com

GİRİŞ

“Özürlülük” doğuştan ya da sonradan herhangi bir hastalık ya da kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetme ve normal yaşamın gereklerine uyamama olarak tanımlanmaktadır (Devlet İstatistik Enstitüsü-DİE 2004). Bedensel, zihinsel ya da duyuşsal özürlü bireyin akademik ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkilemekte, yaşamlarında güçlükler neden olmaktadır. (Ku-

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 25 (2) 2018

laksızoğlu 2003).

Özürlülüğün dünya üzerindeki oranlarına yönelik çalışmalar ilk kez Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1974 yılında yapılmış ve 1976 yılında yayınlanmıştır. Buna göre, dünya nüfusunun yaklaşık % 10.0'unun özürlü olduğu tahmin edilmektedir (Helander 1999). Devlet İstatistik Enstitüsü'nden (DİE) alınan verilere göre Türkiye'de, 2002 Aralık ayında özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29'dur. Bu oranın %7.09'unu erkekler, %5.02'sini de kadınlar oluşturmaktadır. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerin oranı %2.58; aynı özürlülerin 0-19 yaş grubundaki oranı %3.50'dir. Dahili ve psikiyatrik diğer hastalıkları da içeren süregelen hastalıklar da dahil edilince bu oran çocuk ve genç yaş grubunda % 8.78'e çıkmaktadır. Sıfır ve dokuz yaşları arasında en sık ortopedik sorunlar, ikinci sırada dil ve konuşma bozuklukları ve üçüncü olarak zihinsel özürlüler saptanmaktadır. 10-19 yaş grubunda ise yine ilk sırada ortopedik özürlüler yer alırken, ardından zihinsel özürlü ve konuşma ve dil bozuklukları gelmektedir (DİE 2004). Özürlülük oranı bölgelere göre incelendiğinde, ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlü olanların oranı %3.22 ile en yüksek Karadeniz Bölgesinde, %2.23 ile en düşük Marmara Bölgesinde gözlenmektedir (DİE 2004).

Özel eğitim, çoğunluktan farklı ve özel gereksinimli çocuklara sunulan, üstün özellikleri olanları yetenekleri doğrultusunda kapasitelerinin en üst düzeye çıkmasını sağlayan, yetersizliği engelle dönüştürmeyi önleyen, engelli bireyi kendine yeterli hale getirerek topluma kaynaşmasını ve bağımsız, üretici bireyler olmasını destekleyecek becerilerle donatan eğitimidir (Ataman 2003). Özel eğitim her şeyden önce yetersizliği olan bireylere yapılan amaçlı bir müdahaledir. Özel eğitimi, genel eğitimden farklı kılan ve onu özel yapan, kimi kapsar, neyi öğretir, nasıl öğretir ve nerede uygulanır sorularının yanıtında yatmaktadır. Dolayısıyla özel eğitimin, yetersizliği olan bireylerin, bireysel farklılıkları dikkate alınarak

yapılması gerekir (Ataman 2003).

Çocuk psikiyatrisinin çalışma alanlarından biri de zihinsel ve bedensel engelli çocuklardır. Psikiyatrik sağaltımlarının düzenlenmesinin yanı sıra engellilere tanınan sosyal ve eğitsel hakların ve uygulamaların da bilinmesi, hastaların doğru şekilde yönlendirilebilmeleri açısından gereklidir (Özbaran ve Köse 2011).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan hekimlerin, hastaların izlem ve tedavisini düzenlemenin yanı sıra, gereken hastaları özel eğitime yönlendirmek, özürlülük oranını belirlemek, hastaların sosyal ve eğitim haklarından yararlanması için yönlendirmek gibi görevleri de bulunmakta, hatta bazı illerimizde bu sıralanan görevlerin yoğunluğu hasta tedavisinin de önüne geçebilmektedir (Özbaran ve Köse 2011).

30 Mart 2013'te, yenilenerek Resmi Gazete'de yayınlanan "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" ülkemizde şu an için geçerli olan yönetmeliktir. Yeni yönetmeliğin, daha önce geçerli olan yönetmelikle birçok benzerliği bulunmakla birlikte, raporun 20 gün içinde hazırlanma gerekliliğinin bulunması, sadece bir organ ya da sistemi ilgilendiren özürlü bulunanlar için, o özürlü ilgilendiren branştan üç uzman ile, buldukları hastanede özürlü sağlık kurulu heyeti olmadan da, kendi branşlarıyla ilgili özürlü sağlık kurulu raporu düzenleyebilmeleri ve başkanlığını ilgili şef ya da ana bilim dalı başkanının yürütebildiği, özürlü oranı % 50 ve üzerinde olanlar için günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceğine hekim tarafından kanaat getirilen kişi için "ağır özürlü" ifadesinin kullanılabilmesi gibi uygulama değişiklikleri bulunmaktadır. Ayrıca çocuk ve genç ruh sağlığı ile ilgili olarak, çocuk ve gençlere uygulanacak zeka ve gelişim testlerinin isimlerinin yönetmelikte geçiyor olması, zeka testi uygulanamayacak yaşta çocukların "bilişsel gelişimde gecikme" tanısı ile özel eğitime yönlendirilebilme olanağının

bulunması, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) tedavi edilebilir ve tedavi edilemez olarak, özel öğrenme bozukluklarının ise hafif ve ağır olarak belirtiliyor olması ve ağır formu için "bu bozukluk nedeniyle ilköğretime devam ettiği ikinci eğitim yılının sonunda halen okuma yazma öğrenmemiş olması" gibi bazı değişiklikler bulunmaktadır. Örneğin DEHB tanısı tedavi edilebilir olarak belirtilen bir hasta % 0 özür oranı almakta iken, tedavi edilemez olarak belirtildiği durumlarda ise özür oranı % 20 olmaktadır (Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik 2013). Bir diğer değişiklik ise, raporun arka yüzünde, raporu alacak kişinin özür grubunun (ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma, zihinsel, ruhsal ve duygusal, süregen (kronik) ve sınıflanamayan olarak) raporu düzenleyen hekim tarafından belirlenmesidir. Çocuk psikiyatrisi pratiğinde şu an için bu yönetmelikte bulunan tanımlar ve özür oranlarıyla sağlık kurulu raporları düzenlenmeye başlanmıştır. Özür oranı, sağlık kurulunca Ek-2 sayılı Çalışma Gücü Kaybı Oranları Cetvelinde yer alan özür durumuna göre yüzde (%) olarak belirlenmektedir. Bu cetvelde adı geçmeyen hastalık ve özürlü, işlev kayıplarına göre değerlendirilmekte; birden fazla hastalık ya da özrü bulunanların çalışma gücü kayıplarından en fazla kayba neden olan hastalık esas alınmakta ve diğerleri Balthazard Formülü ile belirlenmektedir. (Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik 2013, 28603 mükerrer).

Ülkemizde çeşitli merkezlere özel eğitim için sağlık kurulu raporu almak üzere başvuran hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi bu alandaki bilgilerimizi arttırabilir ve bölgeler arası olası farkları ortaya koyabilir. Bu araştırmada bir üniversite hastanesinin çocuk ve ergen psikiyatrisi ana bilim dalı polikliniğine dört aylık süre içerisinde özel eğitim için sağlık kurulu raporu almak üzere başvuran hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Haziran 2013- Ekim 2013 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'na sağlık kurulu raporu almak üzere başvuran çocuk ve ergen yaş grubundaki (0-18 yaş) 395 olgunun verileri çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların engelli oranlarının değerlendirmesi, "16.12.2010 tarihli ve 27787 sayılı Mükerrer Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" esas alınarak yapılmıştır. Hastanemizde engelli heyetine başvuran bütün olgular; dahiliye, göz, kulak burun-boğaz, genel cerrahi veya ortopedi, nöroloji, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından değerlendirilmekte ve çocuk yaş grubunda çocuk ve ergen psikiyatrisi tarafından psikiyatrik muayenesi yapıldıktan sonra olguların zeka düzeyinin belirlenmesi için zeka testleri uygulanmaktadır. Altı yaşından büyük çocukların zeka düzeylerini belirlemek amacıyla Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği (WÇZÖ-R) uygulanırken 6 yaşından küçük çocukların gelişim düzeyleri Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) ile değerlendirilmektedir. Değerlendirme sonrasında olguların özür oranları Balthazard formülüne göre hesaplanır. Çalışmaya engelli sağlık kuruluna başvurmuş ve rapor almış 395 olgunun verileri dahil edilmiştir. Zeka düzeyi açısından 6 yaş öncesinde "bilişsel gelişimde gecikme" ve 6 yaş sonrası "zeka geriliği" gibi farklı tanımlar almaları nedeniyle olgular 0-6 yaş arası ve 6-18 yaş arası şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Olguların yaşları, cinsiyetleri, sosyodemografik özellikleri, başvuru nedenleri, psikiyatrik tanıları ve psikiyatri dışındaki diğer bölümlerde saptanan ek tanıları kaydedilmiştir.

Psikometrik Testler

WÇZÖ-R: Test 1949 yılında Wechsler tarafından geliştirilmiştir. 1974 yılında tekrar düzenlenmiş, WISC-R adı altında yayımlanmıştır. Testin Türkçe standardizasyonu ve geçerlilik çalışmaları 1988 yılında İskender Savaşır ve Nesrin Şahin

(Savaşır ve Şahin 1995) tarafından yapılmıştır. 6–16 yaş arasındaki bireylere uygulanan testin uygulama süresi 90–100 dakikadır. Değişik zihinsel işlevleri ölçen, sözel ve performans becerilerini içeren 12 alt testten oluşmaktadır.

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE): Bebeklerin ve okul öncesi dönemdeki çocukların gelişimini ve becerilerini bakım veren kişiden alınan bilgiler doğrultusunda sistemli biçimde değerlendiren bir envanterdir. Çeşitli yaş gruplarına ve kültüre özgü olarak düzenlenmiştir.

"Evet/ hayır/ bilmiyorum" şeklinde yanıtlanan 154 maddeden oluşur. Uygulama sonucu Toplam Gelişim Puanı ve gelişimin farklı ancak birbiriyle ilişkili alanlarını temsil eden Dil-Bilişsel, İnce-Motor, Kaba-Motor ve Sosyal Beceri-Öz Bakım puanları olmak üzere 5 ayrı puan elde edilmektedir. Üç farklı yaş grubunda (0-12 ay, 13-44 ay, 45-72 aylar) hesaplanan test tekrar test güvenilirlikleri 0.99 ve 0.88 arasında bulunmuştur. Envanterin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı üç yaş grubunda Cronbach alfa katsayıları hesaplanarak incelenmiş ve ilk iki yaş grubunda katsayıların çok yüksek olduğu görülmüştür (0.99 ve 0.80 arası) (Erol ve ark. 1993).

İstatistiksel Analiz

2013 yılı Haziran ve Ekim ayları arasında Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı'na sağlık kurulu raporu almak üzere başvuran hastaların verileri SPSS

16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) aracılığı ile hazırlanan bir veritabanına girilmiş ve tanımlayıcı istatistikler ile değerlendirilmiştir. Nominal veriler arası karşılaştırmalarda Ki Kare testi uygulanmış ve gerektiğinde Yates ve Fisher düzeltmeleri kullanılmıştır. Sayısal verilerin gruplar arası karşılaştırılabilmesi için bağımsız gruplar için Student t testi kullanılmıştır. Anlamlılık için p değeri 0.05 olarak alınmış ve tüm karşılaştırmalar çift yönlü olarak yapılmıştır. Anlamlı verilerin etki büyüklükleri ve Odds oranları da belirtilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya yaşları ortalaması 95.0 ay olan (Ranj 4.0–216.0 ay, S.D.= 46.1 ay) 395 hasta dahil edilmiştir (%68.1 Erkek). Anne ve babaların ortalama yaşları, sırasıyla 34.5 (S.D.=7.2) ve 38.4 (S.D.=8.1) yıldır. Anne (%66.1) ve babaların (%60.2) çoğunun ilköğretim mezunu olduğu, annelerin çoğunun (%87.5) ev hanımı iken, babaların çoğunun (%61.9) işçi olarak çalıştığı saptanmıştır. Ailelerin çoğu (%61.5) çekirdek aile biçimindedir. Ailelerin %30.1'i birinci veya ikinci derece akrabalarında tedavi almalarını gerektirecek psikopatoloji bulunduğunu belirtmiştir. Erkek ve kız çocuklar arasında ailede psikopatoloji varlığı bakımından fark saptanamamıştır (Ki Kare Testi).

Olguların sağlık kuruluna başvuru biçimleri değerlendirildiğinde 332 olgunun (%84.1) özel eğitim almak için başvurduğu ardından sırasıyla ÖTV (Özel Tüketim Vergisi) indirimi, bakım

Tablo 1. Engelli sağlık kuruluna başvuru sebepleri

	n (%)
Özel eğitim	332 (84.1)
Fizik tedavi	13 (3.3)
Bakım maaşı bağlanması	14 (3.5)
ÖTV indirimi	18 (4.5)
Özel eğitim+fizik tedavi	8 (2.0)
Özel eğitim+bakım maaşı	10 (2.5)

maası bağlanması, fizik tedavi ve rehabilitasyon, hem bakım maaşı hem de özel eğitim alabilmek ve özel eğitim ile birlikte fizik tedavi ve rehabilitasyonun alabilme nedenli başvuruların geldiği bulunmuştur (Tablo 1). Örneklem %54.2'si daha önce özel eğitim almamıştır. Başvuru nedenleri ve geçmişte özel eğitim öyküsü bulunması bakımından cinsiyet farkı saptanmamıştır.

Başvuran çocuklar çoğunlukla ebeveynlerinin ilk (%37.0) veya ikinci (%30.8) çocuklarıdır ve %55.6'sında fiziksel hastalıklar da bulunmaktadır (çoğunlukla epilepsi/ nörolojik bozukluklar; %29.8). Başvuran çocukların çoğu (%66.2) zamanında ve normal, spontan, vajinal doğum ile (%63.3) doğmuştur. Doğum sonrası (sarılık/ morarma/ nefes almama/ kuvöz bakımı) sorun olguların %27.6'sında tariflenmiştir. Anneler doğum öncesi sorunu %13.4 oranında belirtmektedir. Erkek ve kız çocuklar prenatal, doğum ve postnatal patoloji açısından karşılaştırıldıklarında prenatal patoloji ve doğum biçimi açısından fark saptanmamıştır. Buna karşılık erkek çocuklarda postnatal sorunların anlamlı ölçüde daha sık görüldüğü saptanmıştır (%51.4'e %22.6, Ki

Kare Testi, $p=0.05$). Ancak bu farkın etki boyutu küçüktür ($\Phi=0.12$). Kız çocuk olma ile postnatal sorun yaşanmaması Odds Oranı 1.2'dir (%95 Güven Aralığı= 1.0-1.4).

Örneklem gelişim basamakları değerlendirildiğinde, erkek çocukların kız çocuklardan anlamlı olarak daha erken yürüdükleri, cümle kurmanın da daha erken gerçekleşmesine rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür. (Tablo 2).

Sağlık Kurul Raporu almak amacıyla başvuran çocuklar AGTE ve WÇZÖ-R testleri ile değerlendirilmiştir. Test puanları Tablo 3'te özetlenmiştir. Erkek ve kız çocukların test puanları ve gelişim düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Sağlık kurul raporu için başvuran çocuklar tanı aralığı açısından 0-6 yaş ve 6-18 yaş olmak üzere 2 grupta incelenmiştir. 0-6 yaş grubuna en sık "hafif düzeyde bilişsel gerilik" tanısı (%35.9) bulunmuşken 6-18 yaş grubu arasında en sık "hafif zeka geriliği" tanısı bulunmuştur (%28.2). Olgu-

Tablo 2: Sağlık Kurul Raporu almak için getirilen çocuk ve ergenlerin cinsiyetlerine göre gelişimsel özellikleri

	Erkek (Ort ± S.D.)	Kız(Ort ± S.D.)	Tüm Örneklem (Ort ± S.D.)	<i>p</i> *
Başvuru yaşı (ay)	95.6 (47.4)	93.5 (43.3)	95.0 (46.1)	0.7
Doğum ağırlığı (gr)	2913.0 (822.0)	2758.0 (681.0)	2867.0 (785.0)	0.2
Anne sütü alma süresi (ay)	15.2 (13.4)	12.3 (12.2)	14.3 (13.1)	0.1
Yürüme (ay)	19.0 (14.2)	22.6 (15.2)	20.1 (14.6)	0.05
Kelime çıkışı (ay)	22.8 (20.2)	22.8 (16.3)	22.8 (19.1)	1.0
Cümle kurma (ay)	26.3 (26.1)	31.6 (23.5)	27.9 (25.4)	0.07

* Student T testi

Tablo 3: Sağlık Kurul Raporu almak amacıyla başvuran çocukların cinsiyetlerine göre AGTE ve WÇZÖ-R test sonuçları

	Erkek (Ort ± S.D.)	Kız (Ort ± S.D.)	Tüm örneklem (Ort ± S.D.)	p*
AGTE Dil Biliş (ay)	25.3 (18.0)	27.2 (17.8)	26.0 (17.9)	0.5
AGTE İnce Motor (ay)	25.5 (19.6)	28.4 (19.8)	26.5 (19.7)	0.3
AGTE Kaba Motor (ay)	29.7 (21.1)	32.1 (22.2)	30.5 (21.5)	0.5
AGTE Sosyal Beceri (ay)	28.1 (21.9)	31.6 (22.3)	29.3 (22.1)	0.3
AGTE Genel Gelişim (ay)	25.4 (18.2)	26.9 (16.1)	25.9 (17.5)	0.6
WÇZÖ-R Sözel Z.B.	68.0 (20.4)	67.0 (19.1)	67.7 (20.0)	0.8
WÇZÖ-R Performans Z.B.	76.4 (22.8)	71.6 (15.6)	75.0 (20.9)	0.1
WÇZÖ-R Toplam Z.B.	70.4 (20.6)	66.5 (16.1)	69.2 (19.4)	0.2

*:Student T testi, AGTE: Ankara Gelişimsel Tarama Envanteri, WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu, Z.B.: Zeka Bölümü

ların 0-6 yaş ve 6-18 yaş arası aldıkları tanılara göre sayı ve yüzdelik oranları Tablo 4'te verilmiştir. Tüm yaş grubunda bilişsel gelişimde gecikme tanısı alanlarla birlikte değerlendirildiğinde % 52.7 (n= 208) oranında zeka geriliği tespit edilmiştir. Bu grup içerisinde zeka geriliklerinin % 2.9'u sınır zeka, % 65.4'ü hafif zeka geriliği, % 23.6 orta düzeyde zeka geriliği, % 8.2'si ise ağır düzeyde zeka geriliği tanısı almıştır. Erkek ve kız çocuklar arasında psikopatoloji varlığı, türleri (otistik spektrum bozukluğu, öğrenme bozukluğu, DEHB, mental retardasyon, enkoprezis ve enürezis) bakımından anlamlı fark saptanmıştır (Ki Kare Testi).

TARTIŞMA

Çalışmamızda Haziran 2013-Ekim 2013 tarihleri arasında Engelli Çocuk Sağlık Kurulu'na başvuru nedenleri, psikiyatrik tanı dağılımı ve sosyo-

demografik özellikler incelenmiştir. Araştırma merkezinde "Engelli Çocuk Sağlık Kurulu"larına en sık başvurunun özel eğitim almak için olduğu bulunmuştur. Olguların aldıkları tanı dağılımına bakıldığında 0-6 yaş grubunda en sık hafif düzeyde bilişsel gelişimde gecikme, 6-18 yaş grubunda ise en sık hafif düzeyde zeka geriliği saptanmıştır. Ayrıca çocukların %55.6'sında fiziksel sorunlar olduğu (en çok nörolojik) ve doğum sonrası sorunlarının da %27.6 oranında olduğu gösterilmiştir. Başvuran olguların %10.1'inde herhangi bir tanı saptanmamıştır.

Çocuk ve ergenlerde engelli sağlık kuruluna başvuran hastaların psikiyatrik tanılarının incelendiği çalışma sayısı son derecede kısıtlıdır. Yapılan çalışmalar daha çok toplumdaki özürllülük yaygınlığı üzerine odaklanmıştır. İstanbul'da yapılmış bir çalışmada özürllülük prevalansı %9.7 bulunurken, özürllülerin %31'inin 6 yaş ve

Tablo 4: Sağlık kurul raporu almak amacıyla başvuran olguların 0-6 yaş ve 6-18 yaş grubunda aldıkları tanılara göre sınıflandırılması

		0-6 yaş	6-18 yaş	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)
Zeka gerilikleri	Sınır	-	6 (2.0)	6 (1.5)
	Hafif	-	89 (28.2)	89 (22.5)
	Orta	-	34 (11.1)	34 (8.6)
	Ağır	-	7 (2.3)	7 (1.8)
Bilişsel gelişimde gecikme	Hafif	32 (35.9)	15 (4.9)	47 (11.9)
	Orta	14 (15.7)	1 (0.3)	15 (3.8)
	Ağır	9 (10.1)	1 (0.3)	10 (2.5)
Otizm spektrum bozukluğu	Atipik	11 (12.4)	6 (2.0)	17 (4.3)
	Çocukluk otizmi	7 (7.9)	9 (3.0)	16 (4.1)
Öğrenme Bozuklukları		1(1.1)	83 (27.2)	84 (21.3)
Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu		0	22 (7.2)	22 (5.6)
Diğer		0	5 (1.6)	5 (1.3)
Tanısı yok		15 (16.9)	28 (9.2)	43 (10.9)

altında, %12'sinin ise 65 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve ark. 1998). Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2011 yılında yayınladığı araştırmada ise Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan özürlülerin %4.9'unun 0-6 yaş grubu, %16.2'sinin 7-14 yaş grubu, %1.2'sinin 15-24 yaş grubunda olduğu belirtilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK 2011).

Çocuklar için engelli sağlık kurullarına rapor almak için yapılan başvuruların gerekçeleri genel-

likle sosyal eğitsel haklardan yararlanmak için olmaktadır. Ege Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, özürlü sağlık kuruluna en sık başvuru nedenleri özel eğitim raporu almak, vergi indiriminden yararlanmak, evde bakım ücreti almak, eğitim haklarından yararlanmak, tayin ve benzeri durumlar için durumu bildiren resmi belge almak olarak bildirilmiştir (Özbaran ve Köse 2011). Çalışmamızda da benzer şekilde özel eğitimden yararlanmak, bakım maaşı almak, vergi indiriminden yararlanabilmek nedenleri ile en-

gelli sağlık raporu istekleri olmuştur. Ayrıca en sık başvuru %84.1 oran ile özel eğitim için başvuru yapan grup olarak bulunmuştur. Özürlü sağlık kurullarına başvuru nedenleri ile ilgili yazın incelendiğinde çalışmamıza benzer şekilde 0-18 yaş arası özürlü sağlık kurullarına başvuran 1112 hastanın değerlendirdiği bir çalışmada, % 81.8 oranında özel eğitim için başvuru yapıldığı gösterilmiştir (Şahin ve ark. 2014). Çalışmamızda ve yazında elde edilen veriler incelendiğinde engelli sağlık kurullarına en sık özel eğitim almak için başvuru yapıldığı söylenebilir.

Çalışmamızda engelli sağlık kuruluna başvuran çocukların %52.4'ünde zeka geriliği tespit edilmiştir. Başgül ve Saltık'ın çalışmasında (2012) özürlü sağlık kurulu raporlarına göre % 64 oranında zeka geriliği tanısının olduğu bildirilmiştir. Yine başka bir çalışmada da benzer şekilde zeka geriliği tanısı alanların %61.6 gibi yüksek bir oranda olduğu bulunmuştur (Şahin ve ark. 2014). Bu sonuç çocuklarda sağlık kurulu raporlarının talebinde zihinsel geriliğin önemli bir yer tuttuğuna işaret etmektedir. Çocuklarda zeka geriliği olgularının %75'i hafif, %10'u orta, %5'i ise ağır gruba girmekte ve bu dağılım yaşa, sosyo-ekonomik faktörlere ve kültürel yapıya göre değişkenlik göstermektedir (Aicardi 1998). Çalışmamızda da yazındaki oranlara benzer şekilde zeka geriliği olan çocukların %65.4'ü hafif zeka geriliği, %23.6'sı orta düzeyde zeka geriliği, %8.2'si ise ağır düzeyde zeka geriliği tanılarını almışlardır. Yine çalışmamızda engelli sağlık kurulu için başvuran olguların %5.6'sına "tedaviyle yanıt alınamayan DEHB" tanısıyla rapor düzenlenmiştir. Yapılan bir çalışmada engelli sağlık kuruluna başvuran olguların değerlendirildiği bir çalışmada, sağlık kuruluna başvuranlarda DEHB tanısıyla rapor alanlar 0-6 yaş arasında %0.9 iken 6-18 yaş arasında %2.4 olarak bulunmuştur (Şahin ve ark. 2014).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bir diğer bulgu sağlık kuruluna başvuran olguların %55.6'sına fiziksel hastalıkların eşlik etmesidir (çoğunlukla epilepsi/ nörolojik bozukluklar; %29.8). Yapılan

çalışmalarda psikiyatri dışında diğer bölümlerden tanı alma sıklığına bakıldığında çalışmamızdaki bulgumuza benzer şekilde olguların en fazla nörolojik sorunlarla ilgili tanı aldıkları, bunların içerisinde ise serebral palsi ve epilepsinin en sık saptanan nörolojik hastalıklar olduğu belirlenmiştir (Başgül ve Saltık 2012, Şahin ve ark. 2014). Yine doğum sonrası sorunlar (sarılık/ morarma/ nefes almama/ kuvöz bakımı) olguların %27.6'sında tariflenmiştir. Çalışmamızda engelli sağlık kuruluna başvuran olguların çoğunda zeka geriliği tanısı saptandığı göz önünde bulundurulduğunda, zeka geriliği tanısı alan çocukların etiyojisinde de doğum sonrası sarılık, morarma, nefes alamama ve kuvöz bakımı gibi komplikasyonların sık olduğu görülmektedir. (Luckasson ve ark. 2002).

Çalışmamızdaki örneklemin %10.1'i herhangi bir tanı almamıştır yani rapor isteğine yönelik herhangi bir oran verilmemiştir. Şahin ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada da özürlü sağlık kuruluna başvuruların %27.7'sinin normal zeka düzeyinde oldukları gösterilmiştir. Bu oranlar, klinik pratikte bazı durumlarda çocuk ve gençlerin, çocuk psikiyatrisi polikliniğine sadece sağlık kurulu raporu isteğiyle başvuru yaptığı göz önünde bulundurulursa, dikkatli olunması gereken bir durum olduğunu düşündürmektedir. Bu gibi durumlarda Ege Üniversitesi'nin 6 yıllık sağlık kurulu deneyimindeki çalışmasında da bahsedildiği üzere "hastanın resmi olmayan kurumlarda yapılan zeka ya da gelişim testlerinin hastanın kliniği ile uygun olup olmadığının belirlenmesi, eğer uygunsa heyet raporu için yönlendirilmesi, eğer hekimin tanısı net değilse hastanın bir süre poliklinikte izlendikten sonra rapor alımı için yönlendirilmesi" önerilebilir. Yine aynı çalışmada "bazı kurumların devletin maddi ödenek imkanlarından yararlanmak için hastaları rapor alımı için teşvik ettiği ve aynı kişilerin birçok farklı çocuğun velisi gibi görünmeye çalıştığı belirlenmiştir" şeklinde tespit yapılmış ve "bu durumlarda çocukların tanısı ve rapor gerekliliği kesinleşmeden düzenleme yapılmaması" vurgulanmıştır (Özbaran ve Köse 2011).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bir diğer bulgu, ebeveynlerin bildirdiği engelli sağlık kuruluna başvuran erkek çocukların kız çocuklardan daha erken yürüdükleri ve cümle kurmasının da daha erken gerçekleşmesidir. Yapılan bir çalışmada; çalışmamıza benzer bir şekilde cinsiyete göre sınıf öğrencilerinin dil gelişim puanları arasında erkek öğrenciler lehine anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Ancak bu çalışmada çalışmaya alınan örneklem çalışmamızdan farklı olarak normal gelişim gösteren çocuklardan oluşmaktadır (Taner ve Başal 2005). Çalışmamızdaki bulgumuzdan farklı olarak okul öncesi çocukların gelişimini inceleyen bir çalışmada, kız ve erkek çocukların gelişim alanlarındaki puan ortalamaları birbirine çok yakın bulunmuş ve gelişim özellikleri cinsiyete göre farklılık göstermemiştir (Karoğlu ve Ünüvar 2017). Çalışmamızdaki bulgumuz sadece ebeveyn beyanına dayalı olduğundan ve sağlık kuruluna başvuran örnekleme içerdiğinden bulgularımızı bu açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Birincisi, otizm spektrum bozukluğu (otizm ve atipik otizm) ve özgül öğrenme bozukluğu tanıları konularken sadece klinik olarak tanı konulmasıdır. Bu bozuklara özgü tanı görüşmeleri daha nesnel yöntemlerle yapılabilirdi. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı, çalışmanın geriye dönük verilerin incelenmesi şeklinde yapılmasından kaynaklanan sonuçlara yansiyabilecek verilerdeki eksikliklerdir. Çalışmamız, sadece bir merkezde sağlık kuruluna başvuran olgulardan oluşmaktadır. Bu durum, diğer merkezlerdeki veya toplumdaki diğer popülasyonları yansıtmayabilir. Sıralanan tüm sınırlılıklara rağmen engelli sağlık kuruluna başvuran olgularla ilgili yaptığımız çalışma, çocuk psikiyatri pratiğinde bu olgulara yaklaşıma yol gösterecek, hem de engellilerle ilgili planlama yapılmasına katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı olarak çalışan hekimlerin, gereken olguları özel eğitim alabilmelerini sağ-

lamaları, ayrıca sosyal ve eğitim haklarından yararlanabilmeleri için yönlendirmeleri gerekmektedir. Bu alanda çalışan hekimlerin günlük pratiğinde engelli sağlık kurulları önemli bir yer tutmaktadır. Engelli sağlık kurullarına yönelik yapılacak çalışmalar alanımızdaki patolojilerle ilgili sağlıklı bir demografik veri oluşturulmasında ve bu olgulara klinik yaklaşım konusunda yardımcı olacaktır. Çalışmamızın sonuçlarının, bu alanda ülkemizde yapılan diğer çalışma verilerine katkısı olacağı düşünülmüştür. Bulgularımızın diğer merkezlerdeki örneklemelerin de değerlendirildiği ileri araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Aicardi J (1998) *Mental retardation. Diseases of the Nervous System in Childhood içinde*, Aicardi J (ed), Cambridge, s:822-825.

Ataman A. (2003) *Özel Gereksinimli Çocuklar ve Özel Eğitim Giriş. Gündüz Eğitim ve Yayınılık, Ankara.*

Başgül S, Saltık S (2012) Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi-özürlü çocuk heyeti'nin 2010 yılı verileri. *Göztepe Tıp Dergisi* 27(2):45-49.

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) (2004) *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.*

Erol N, Sezgin N, Savaşır I (1993) *Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile ilgili geçerlik çalışmaları. Türk Psikoloji Dergisi* 29(8):16-22.

Helander E (1999) *Prejudice and Dignity, an Introduction to Community-Based Rehabilitation. United Nations Development Program, New York , ABD.*

Karoğlu H, Ünüvar P (2017) *Okul öncesi dönem çocuklarının gelişim özellikleri ve sosyal beceri düzeyleri. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 43:231-254

Kulaksızoğlu A (2003) *Farklı Gelişen Çocuklar. Epsilon Yayınılık, İstanbul.*

Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntinx WHE (2002)

ÖZTÜRK VE ARK.

Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. 10th ed., American Association on Mental Retardation, Washington, D.C.

Özbaran B, Köse S (2011) Sağlık kurulu raporları; 6 yıllık Ege Üniversitesi deneyimi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 18(1):67-72.

Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik 2013, 28603 mükerrer.

Savaşır I, Şahin N (1995) Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R). *Türk Psikologlar Derneği*, Ankara.

Şahin N, Altun H, Kara B (2014) Özürlü çocuk sağlık ku-

rulu raporlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 15(1):48-53.

Taner M, Başal HA (2005) Farklı sosyoekonomik düzeylerde okulöncesi eğitimi alan ve almayan ilköğretim birinci sınıf öğrencilerinin dil gelişimlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması. *Uludağ Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi* 18(2):395-420.

Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2011) Özürlülerin sorun ve beklentileri araştırması, 2010. *Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası*, Ankara

Yılmaz H, Kesiktaş N, Eren B, Köse R (1998) İstanbul ilinde özürlülük oranı ve özürlülerin durumu. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1(2):51-53