

MALULİYET VE ENGELLİLİK YÖNETMELİKLERİ BAĞLAMINDA TRAVMA DIŞI NÖROLOJİK HASTALIKLARIN KIYASLANMASI

COMPARISON OF NON-TRAUMATIC NEUROLOGICAL DISEASES IN THE CONTEXT OF DISABILITY GUIDES

Uğur KAYHAN¹, Zafer LİMAN², Zeynep ORHAN³, Abdülkadir KOÇER⁴

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı

²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı

³İstanbul Adli Tıp Kurumu

⁴Özel Göztepe Medical Park Hastanesi, Nöroloji Bölümü

ÖZET

AMAÇ: Türkiye’de kişilerin anatomik ve fonksiyonel kayıpları nedeniyle değerlendirmelerinde birden fazla yönetmelik kullanılmaktadır. Birden fazla yönetmeliğin, uzmanlar tarafından öğrenilmesi ve uygulanmasında sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Standart bir yönetmelik oluşturulması amacıyla yönetmeliklerin benzerlik ve farklılıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamızda 2008 - 2012 arasında Adli Tıp Kurumuna maluliyet için başvuran nörolojik olgular engellilik ve maluliyet oranları açısından değerlendirilmiş, Amerikan Tıp Birliği tarafından yayımlanan American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment rehberi (AMA) ile kıyaslama yapılmıştır.

BULGULAR: En sık başvuru nedeni Serebrovasküler Hastalık (SVH) olarak bulunmuş, SVH’ya bağlı hareket ve konuşma bozuklukları yönetmeliklerin ilgili maddelerine göre kıyaslandığında; hareket bozukluğunda oranlar arasında orta dereceli korelasyon olup, konuşma bozukluğu oranları arasında anlamlı korelasyon izlenmedi.

SONUÇ: İş ve trafik kazası, meslek hastalığı gibi farklı amaçlarla yürürlüğe konulmuş birden fazla yönetmeliğin, uzmanlar tarafından öğrenilmesi ve uygulanmasında sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamız sonucu tek bir yönetmelik uygulanmasının standart değerlendirme, uzman eğitimi ve denetleme gibi konularda fayda sağlayacağı, hastalar açısından hak kaybına engel olacağı kanaatine varılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Maluliyet değerlendirmesi, Amerikan tıp birliği, Nörolojik hastalıklar, Adli tıp.

ABSTRACT

OBJECTIVE: In Turkey, more than one regulation is used in the evaluation of people due to their anatomical and functional losses. Problems arise in the learning and implementation of more than one regulation by experts. It is aimed to determine the similarities and differences of the regulations in order to create a standard regulation.

MATERIAL AND METHODS: In our study, neurological cases applied for disability by the Forensic Medicine Institute between 2008 and 2012 were evaluated in terms of disability and disability rates, a comparison was made with the American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment (AMA) published by the American Medical Association.

RESULTS: The most common reason for admission was found to be Cerebrovascular Disease (SVH). When movement and speech disorders due to SVH were compared according to the relevant articles of the regulations; there was a moderate correlation between the rates of movement disorders, but no significant correlation was observed between the rates of speech disorders.

CONCLUSIONS: Problems arise in experts learning and implementation of multiple regulations put into effect for different purposes, such as work and traffic accidents and occupational diseases. As a result of our study, it was concluded that the implementation of a single regulation would provide benefits in matters such as standard evaluation, expert training and supervision, and would prevent loss of rights for patients.

KEYWORDS: Disability evaluation, American Medical Association, Neurologic Diseases, Forensic Medicine.

Geliş Tarihi / Received: 13.10.2023

Kabul Tarihi / Accepted: 13.02.2024

Yazışma Adresi / Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Uğur KAYHAN

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı

E-mail: ugur.kayhan@afsu.edu.tr

Orcid No (Sırasıyla): 0000-0001-5604-8255, 0000-0002-8689-9808, 0009-0001-1635-778X, 0000-0003-2866-555X

Etik Kurul (Ethical Committee): Karabük Üniversitesi Girişimsel Araştırmalar Etik Kurulu (27.02.2023/2023/178).

GİRİŞ

Engellilik kişinin fiziksel veya zihinsel fonksiyonlarını tam olarak yerine getirememesi olarak (1), özürülük ise 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 duymak olarak tanımlanmaktadır (1, 2).

Maluliyet tanımı ise; fiziksel, kimyasal ve psikolojik faktörlerden etkilenme sonucu organ ve/veya vücut sistemlerinde oluşan arızanın, uygulanan tedaviler sonrası tamamen iyileşmeden devam etmesi durumu ve kişinin bu arıza sonucu yaşına göre mesleki kazanma yeteneğinin azalması olarak kabul edilmektedir (3). Maluliyet tayini, Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (MTY), Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği ve son olarak 28.09.2021 tarihinde yayımlanan Maluliyet ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği ile belirlenmektedir. Yönetmelikler kişide mevcut arızanın yaş ve mesleğine göre maluliyet oranını belirlediği gibi malulen emeklilik kriterlerini belirtmektedir. Tarihe göre farklılık gösterse de aynı cetvelleri kullandığı için çalışmada MTY olarak kısaltılmıştır. Engellilere tanınan haklar, erken emeklilik ve iş gücü kaybı gibi nedenlerle hastalar sağlık kurullarına başvurular yapmaktadır. Kurul tarafından kişiler kendilerinde mevcut hastalıklara göre uzman hekimlerce değerlendirilmekte, hastalığının ağırlığı ölçüsünde ve yönetmelik maddelerince kişiler hakkında oran belirlenmektedir. Ortalama yaşam süresi ve yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte non-travmatik nörolojik hastalıklara bağlı olarak son yıllarda sağlık kurullarına başvuru sayılarının arttığı görülmektedir (4). Nörolojik fonksiyon kayıplarının çok geniş bir spektruma sahip olması bu hastaların değerlendirilmesini ve bu değerlendirme sonucunda sorulan hususlarda karar aşamasını güçleştirmektedir. Yapılan çalışmalarda Sağlık Kurullarında en çok görülen travma dışı nörolojik hastalıkların sebrovasküler hastalıklar ve sekelleri, demans ve epilepsi olarak saptandığı görülmektedir (2).

Sağlık kurulu raporları dışında çalışanlarda gelişen hastalık ve arızalar, meslekte kazanma gücü kaybı (maluliyet) ve beden çalışma gücünde kayıp derecesi belirlenerek erken emeklilik değerlendirmesi yapılmaktadır (5). Kişinin klinik bulguları ve kısıtlılık derecesi yapılan muayeneler sonrasında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ilgili kurulları, Adli Tıp Kurumu (ATK) ve Üniversite Adli Tıp Anabilim Dalları tarafından değerlendirilmekte ve karar verilmektedir. Kurumlar arasında aynı hastaların muayene bulguları aynı olmasına rağmen farklı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Kurumlar arası bu farklı yaklaşım dava sürelerinin uzamasına ve tekrar muayene ve değerlendirmelerle adalet algısında bozulmalara neden olmaktadır (5).

Türkiye’de kişilerin anatomik ve fonksiyonel kayıpları başvuru nedenine bağlı olarak birden fazla yönetmelikle değerlendirilmektedir. ‘Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik’ (EEY) (1) ile MTY, kişilerde fonksiyonel veya anatomik arazların değerlendirilmesinde kullanılan yönetmeliklerdendir (3). MTY’ye bağlı değerlendirmelerde EEY’den farklı olarak kişinin mesleği ve yaşı da dikkate alınmaktadır. Bu husus hem hukuki ve tıbbi karışıklıklara neden olmakta, hem de davaların sonuçlanma süresine olumsuz etki etmektedir. Birden fazla yönetmeliğin mevcut olması aynı zamanda değerlendiren uzmanların da iş yükünü artırmakta, değerlendirmelerde farklı sonuçlara neden olmaktadır. Tüm bu hususlar birlikte değerlendirildiğinde konunun tüm paydaşları tarafından kavram birliği ve standart bir yaklaşım geliştirilmelidir (6).

Amerikan Tıp Birliği Kalıcı Yetersizlik Kılavuzu (American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment: AMA)

Amerika’da birçok eyalette, dünyada da farklı coğrafyalarda kabul gören Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association) tarafından fonksiyonel ve/veya anatomik yetersizlik konularında kanaat belirten hekimlere ve konu ile ilgili hukuk çalışanlarına yol gösterici ve yardımcı olması, ayrıca muayene ve yetersizlik değerlendirmelerinin objektif ve eksiksiz yapılması amacıyla Amerikan Tıp Birliği Kalıcı Yetersizlik Ölçüm Rehberi olan ‘American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment’ (AMA) oluşturulmuştur.

İlk olarak 1971 yılında yayımlanan rehber, 1958-1970 yılları arasında farklı organ ve sistemler için yapılan yetersizlik araştırmalarının derlenmesi ile geliştirilmiştir. En son 2008 yılında yapılan 6. baskısı ile Amerika ve diğer devletlerin maluliyet/yetersizlik değerlendirmelerinde ciddi bir katkı sağlamaktadır (Rondinelli vd., 2008). AMA rehberi fonksiyonel ve anatomik kayıplara bağlı özürülük veya yetersizlik değerlendirmelerinde esas kaynak olarak kabul görmüş olup, değerlendirmeler bu rehber çerçevesinde yapılmaktadır (7). Rehberde değerlendirme yapılırken 4 soruya cevap aranmaktadır;

- Klinik problem (tanı) nedir ?
- Hastanın belirttiği güçlükler (semptomlar, fonksiyonel kısıtlılıklar) nelerdir ?
- Fizik muayenede neler saptanmıştır ?
- Klinik çalışma sonuçları nelerdir ?

Yetersizlik değerlendirmesinde hastalığın ilerleyişi, uygun tedavi uygulanması, tedavisinin tamamlanmasıyla birlikte 12 aylık bir süre geçtikten sonra yeniden değerlendirilmekte, bir yetersizlik durumu saptanırsa bu araz kalıcı olarak raporlanmaktadır (**Tablo 1**).

Tablo 1: AMA kalıcı yetersizlik temel değerlendirmesi

Sınıf	Sınıf 0	Sınıf 1	Sınıf 2	Sınıf 3	Sınıf 4
Yeter-Sizlik Oranı (%)	0	Düşük %	Orta %	Yüksek %	Çok Yüksek %
Derece Ağırlığı (%)		A B C D E	A B C D E	A B C D E	A B C D E
Tıbbi Özgeçmiş	Semptom yok veya tedavi gerektirmeyen aralıklı semptomlar	Tedavi ile kontrol altında semptomlar veya tedaviye rağmen aralıklı hafif düzeyde semptomlar	Tedaviye rağmen sürekli hafif düzeyde semptomlar veya tedaviye rağmen aralıklı orta düzeyde semptomlar	Tedaviye rağmen sürekli orta düzeyde semptomlar veya tedaviye rağmen aralıklı şiddetli düzeyde semptomlar	Tedaviye rağmen sürekli şiddetli düzeyde semptomlar veya tedaviye rağmen aralıklı çok şiddetli düzeyde semptomlar
Fizik Muayene	Muayene bulgusu yok	Tedavi altında muayene bulgusu yok veya aralıklı hafif düzeyde muayene bulguları	Tedaviye rağmen sürekli hafif düzeyde muayene bulguları veya aralıklı orta düzeyde muayene bulguları	Tedaviye rağmen orta düzeyde muayene bulguları veya aralıklı şiddetli düzeyde muayene bulguları	Tedaviye rağmen şiddetli düzeyde muayene bulguları veya aralıklı çok şiddetli düzeyde muayene bulguları
Klinik Çalışmalar	Normal tetkik sonuçları	Tedavi altında normal tetkik sonuçları veya tetkik sonuçlarında aralıklı hafif düzeyde sapmalar	Tedaviye rağmen tetkik sonuçlarında sürekli hafif düzeyde sapmalar veya tetkik sonuçlarında aralıklı orta düzeyde sapmalar	Tedaviye rağmen tetkik sonuçlarında sürekli orta düzeyde sapmalar veya tetkik sonuçlarında aralıklı şiddetli düzeyde sapmalar	Tedaviye rağmen tetkik sonuçlarında sürekli şiddetli düzeyde sapmalar veya tetkik sonuçlarında aralıklı çok şiddetli düzeyde sapmalar

AMA= American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment

AMA Rehberi Nöroloji Değerlendirme İlkeleri

Rehberde Nörolojik hastalıkların tutulumu, yetersizlik oluşturma durumu, hastanın günlük yaşam aktivitelerini (GYA) yerine getirip getiremediği dikkate alınarak yapılmaktadır. GYA temel ve ileri düzey olarak iki ayrı sınıfta belirlenmektedir (**Tablo 2**).

Tablo 2: AMA Günlük Yaşam Aktiviteleri Değerlendirmesi

Temel	İleri Düzey
Tuvalet yapma	Araba kullanmak
Banyo yapma	Cinsel ilişki
Kişisel temizlik	Tıbbi bakım: hazırlama ve doğru ilaçları alma
Merdiven çıkma	Para idaresi
Yemek yeme	İletişimsel aktiviteler: telefon kullanma, çek yazma, mektup yazma
Sandalyeden yatağa geçme	Araba, otobüs veya trende yolcu olarak seyahat etme
Ev içi hareket kabiliyeti	Alışveriş: yiyecek poşetlerini kaldırma veya taşıma
Giyinme	Yemek hazırlama
	Ev işleri
	Hareket sağlayan bir alete ihtiyaç duymadan, yardımcı aletle veya yardımcı alet olmadan dışarı çıkma
	Orta düzeyde aktiviteler: masayı hareket ettirmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK, bowling, golf oynamak
	Ağır aktiviteler: koşmak, ağırlık kaldırmak, spor yapmak

AMA= American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment

AMA ilgili bölümler incelendiğinde; afazi veya disfazi değerlendirmesinde kişinin kognitif durumu da değerlendirilerek, spontane konuşması, sorulara cevap verebilme yeterliliği, tekrarlaması, yüksek veya alçak ses kullanabilmesi, yazması ve heceleyerek okuması incelenmektedir. Santral nedenli üst ekstremitelerde dominant el belirlenmesi önemlidir.

Gündelik yaşamın temel işleri dominant üst ekstremitelerde kullanılmaya dayanmaktadır. Dominant ekstremitenin kullanıma etkisi farklı olduğu gibi yetersizlik oranı da farklı olmaktadır. Omurilik bozukluğu her iki üst ekstremiteyi etkilediğinde derecelendirme baskın ve baskın olmayan üst ekstremitelerde derecelendirmeleriyle birleştirilir. Santral nedenli postür ve yürüme bozuklukları için yetersizlik derecelendirmeleri yürüyüş üzerindeki etkisine dayanarak yapılmaktadır. Diğer gövde sistemlerinden kaynaklanan başka anatomik veya işlevsel değişiklikler sonuç puanına eklenmektedir.

Çalışmamızda Adli Tıp Kurumu'na mahkemeler tarafından maluliyet, özürülük oranları sorulan travma öyküsü olmayan nörolojik hastalığı bulunan olgular değerlendirilerek MTY'e göre maluliyet oranları ile EEY'e göre engellilik oranları belirlenerek yönetmelikler arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Ayrıca elde edilen sonuçların AMA'nın değerlendirme kriterleri ile kıyaslanması amaçlanmıştır. Böylelikle ülkemizde kullanılan rehberlerin birbirleri arasında ve uluslararası rehberlerle benzerlik ve farklılıkları tespit edilerek standart bir yaklaşım geliştirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda mahkemeler tarafından ATK'ya 2008 - 2012 yılları arasında 5 yıllık sürede gönderilen 37.453 olgu incelenmiş, bu olgulardan ilk aşamada beden çalışma gücünün en az 2/3'ünü - %60'ını kaybedip kaybetmediği veya özürlülük oranı sorulan olgular değerlendirilmeye alınmış, daha sonraki aşamada nörolojik hastalık/arıza nedeniyle başvuru olan olgular ayrılmış ve kalan dosyalarda travma öyküsü dışlanarak 199 vaka elde edilmiştir.

Yapılan değerlendirmede hastalık nedeni olarak travma illiyeti bulunduğu konusu tam olarak aydınlatılmamış, hastalık ve derecesi belirtilmemiş veya yeterli muayene verisi içermeyen 16 olgu çalışma dışı bırakılmıştır.

Olgular yaş, cinsiyet, nörolojik hastalıkları, ek hastalık, hastalık türü ve klinik durumları dikkate alınarak engellilik ve maluliyet oranları açısından değerlendirilmiş, AMA rehberi ile oran açısından kıyaslanmıştır. Ayrıca ATK öncesi SGK tarafından değerlendirilmiş olgularda kurumlar arası oran farkı ele alınmıştır.

Etik Kurul

Çalışmamız için Adli Tıp Kurumu Bilimsel Kurulu 12.03.2013 tarih ve 165 sayılı ve Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 27.02.2023 tarih ve 2023/178 sayılı karar ile onay alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

İlk aşamada yazılı olarak toplanan veriler, sonraki aşamada Microsoft Excel 2010 programına aktararak kaydedilerek sonrasında veriler SPSS 16.0 paket programına aktarılmış, yüzde oran kullanılarak tanımlanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiş olup, sürekli değişkenler Spearman Korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. P değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 183 olguya ait cinsiyet, yaş ve dahil edilme gerekçesi **Tablo 3**'te gösterilmektedir. Değerlendirilen olguların klinik bulguları EEY, MTY ve AMA rehberleri ilgili tablolarınca puanlanmıştır. En sık başvuru nedeni olan

hastalık olan Serebrovasküler Hastalık (SVH)'a bağlı hareket bozuklukları olgularının klinik durumlarına göre maluliyet, engellilik ve yetersizlik puanlaması yapıldığında; AMA-MTY arasında (r:0,508 p:0,001) ve EEY-MTY arasında orta dereceli (r:0,584 p:0,0001) korelasyon saptanmıştır. Yine SVH'a bağlı konuşma bozukluğu olan hastaların klinik durumları yönetmeliklere göre puanlandığında ise AMA-EEY arasında düşük dereceli (r:0,473 p:0,017), AMA-MTY arasında orta dereceli (r:0,575 p:0,003) oranlarında anlamlı ilişki görülmemiştir. En sık ikinci başvuru nedeni olan epilepsi hastalarının klinik bulgularına göre rehberlerden puanlamasında benzer şekilde AMA-EEY arasında orta dereceli (r:0,503 p:0,02) korelasyon olup, AMA-MTY oranlarında anlamlı ilişki (r: 0,148 p:0,523) izlenmemiştir (**Tablo 4**). En sık görülen 3 hastalık nedeniyle değerlendirilen 104 olgunun 9 olgu; vaskülit, enfeksiyon veya polio hastalığı, 8 olgu Alzheimer hastalığı veya demans, 8 olgu; Multipl Skleroz, 7 olgu Parkinson hastalığı, 5 olgu; myopati, distrofi veya Myastenia Gravis hastalığı olarak belirlenmiştir. 42 olguda listedeki birden fazla hastalığın beraber görülmesi nedeniyle değerlendirme dışı tutulmuştur.

Tablo 3: Olguların cinsiyet, yaş grubu ve sorulan yönetmelik oranları

		n	%
Cinsiyet	Erkek	153	83,6
	Kadın	30	16,4
	Toplam	183	100,0
Yaş (yıl)	<18	6	3,3
	18-30	6	3,3
	31-40	32	17,6
	41-50	53	29,1
	51-60	55	30,2
	>61	30	16,5
Sorulan husus	Özür oranı	4	2,2
	Maluliyet (Beden Çalışma Gücü kaybı)	179	97,8

Tablo 4: En sık travma dışı nörolojik hastalıklara bağlı EEY, MTY ve AMA arası korelasyon

	n	%	AMA*-EEY** r _s (p)	AMA*-MTY*** r _s (p)	MTY***-EEY** r _s (p)
SVH'a bağlı parezi/pleji ve konuşma bozukluğu	70	%38	0,723;(0,0001)	0,508;(0,01)	0,584 (0,0001)
Epilepsi	21	%12	0,503 (0,02)	0,148 (0,523)	0,478 (0,028)
Beyin tümörü/AVM***	13	%7	0,867 (0,001)	0,482 (0,095)	0,732 (0,004)

AMA- American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment **EEY: Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik ***MTY: Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği ****AVM: Arteriovenöz malformasyon

TARTIŞMA

Çalışmamızda başvuran olgularda en sık serebrovasküler Hastalık (SVH)'a bağlı parezi/pleji ve konuşma bozukluğu tanısı saptanmış olup literatür ile benzer sonuçlar elde edildi (4). İkinci en sık epilepsi hastalığına bağlı başvurular görüldü. Literatürün aksine çalışmamızda epilepsinin ikinci en sık görülmesi farklı yönetmeliklere bağlı başvurulardan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların %84 (n=153) erkek olup, cinsiyet dağılımı literatüre uygun şekilde benzer bulundu (8). Olguların başvuru anındaki yaşları değerlendirildiğinde çalışmamızda en sık 51-60 yaşları arasında (%30,2) olduğu, Orhan'ın çalışmasında ise en fazla olgu 18-30 yaş arası olup diğer çalışmalardan farklı olduğu görüldü (4, 9 – 11). Travmaya bağlı arızaların aktif yaşam dolayısıyla gençlerde daha sık görüleceği, ilerleyen yaşla birlikte travma maruziyetinin azalacağı, primer hastalık oranlarının artacağı dikkate alınır çalışmamızda tespit edilen yaş grubu dağılımı beklenen bir sonuç olarak düşünüldü. Çalışmamızda 18 yaş altındaki olguların %3,3'ünün (n=6) çocukluk çağı nörolojik hastalıklarından olan polio, kas hastalıkları ve serebral palsi tanılı olduğu görüldü. Elde edilen bulgular literatürdeki benzer çalışmalarla uyumluluk sergilemekteydi (2, 12).

Başvuruda en sık görülen hastalıkların maluliyet/engellilik/yetersizlik oranlarının korelasyon açısından değerlendirilmesinde; SVH'ya bağlı parezi/pleji veya hareket bozukluğu arızasının, AMA ve EEY'de hareket bozukluğu, MTY'de hemiparezi/hemipleji olarak tanımlandığı görülmüş olup, AMA-MTY ve EEY-MTY arasında orta dereceli korelasyon saptanmışken, AMA-EEY arasında kuvvetli korelasyon tespit edildi. Yönetmelikler arasındaki farklılık ayrıntılı incelendiğinde; hastalıkların/arızaların AMA ve EEY'de hareket bozukluğu başlığı altında benzer şekilde sınıflandırıldığı ve yakın oranlarla derecelendirildiği, üst ve alt ekstremitelerde olmak üzere ayrı tablolar halinde sınıflandırıldığı, dominant üst ekstremitenin daha yüksek orana sahip olduğu görüldü. Hastalıklar/arızalar MTY'de ise üst ve alt ekstremitelerde ayrımı yapılmaksızın hemiparezi/hemipleji ve paraparezi/parapleji alt başlığı altında tutulum şiddetine göre hafif-orta-ağır

şeklinde değerlendirildiği izlendi. Burada üst ekstremitelerde tutulumu hafif, alt ekstremitelerde tutulumu ağır olan olguların hangi sınıflamaya bağlı derecelendirileceği somut verilere dayalı olmayıp, standart bir sonuç tayini öngörülmedi. Her iki ekstremitenin ayrı ayrı değerlendirilmesini sağlayan AMA ve EEY'nin, MTY'e göre daha tanımlanabilir veriler içerdiği, üst ekstremitelerde için dominant ekstremitelerde yüksek oran verildiği görüldü. MTY'de yine benzer şekilde dominant olmayan üst ekstremitelerde belirlenen oranın 1/5'i verildi. Tüm yönetmeliklerde ve uluslararası rehberde yapılan bu oranlama benzer ve anlamlı bulundu. SVH'ya bağlı konuşma bozukluğu arızasının maluliyet/özürlülük/yetersizlik oranlarının korelasyon açısından değerlendirilmesinde; MTY-AMA ile MTY-EEY arasında orta dereceli korelasyon izlenirken, AMA-EEY arasında hareket bozukluğuna zıt şekilde düşük korelasyon saptanmıştır. Farkın AMA'da afazi-disfazilerin EEY'e göre farklı değerlendirilmesine bağlı olduğu düşünülmüştür. Afazi/disfazi arızası ise MTY ve EEY'de motor ve sensöriyel olarak ikiye ayrılmış olup ve şiddetine göre derecelendirilirken, AMA'de sınıflandırma günlük aktivitelere etkisi açısından yapılmıştır.

AMA rehberleri ile ülkemizde kullanılan yönetmelikler arasında kıyaslanmanın yapıldığı çok sayıda çalışma yer almaktadır. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda sıklıkla travma sonrası kas iskelet sistemi yaralanmalarının incelendiği görülmüş olup, nörolojik hastalıklar açısından oranların kıyaslanmasına yönelik çalışma izlenmemektedir (13). Yalnızca maluliyet ya da engellilik açısından olmamakla birlikte ayrıca ceza kanunumuzda belirtilen "duyularından ya da organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflaması veya yitirilmesi" hükümlerinin de AMA rehberi ile kıyaslandığı çalışmalar bulunmaktadır (14). Farklı hastalık grupları hakkında yapılacak çalışmalar ile ulusal yönetmeliklerimizin güncellenmesine katkı sağlanması gerekmektedir. Yönetmeliklerin birbirlerinden önemli farkları incelendiğinde; MTY'de diğer rehberlerden farklı olarak herhangi bir kranial patoloji olmaksızın trepenasyon ve travmaya bağlı kafatası kemik açıklığı için puan değerlendirmesi mevcuttur. Denge bozuklukları MTY'de vertigoyla birlikte değerlendirilmiş olup, ayrıca AMA ve EEY'den farklı olarak Parkinsonizm farklı bir

başlık altında ele alınmaktadır. MTY'nin diğer rehberlerden farklarından bir diğeri ise meslekte kazanma gücü kaybını hesaplarken, kişinin mesleği ve yaşının gözeterek oran belirlenmesidir. EEE'ye göre yapılan değerlendirmede, 65 yaş üstü başvuranlarda kişide mevcut arızaya ek olarak %10 Balthazard formülü ile eklenmektedir. Mesleklerin oranlara etkisi değerlendirildiğinde mesleğini eli ile icra eden mesleklerin el arızalarının oranı ile diğer meslek gruplarının el arıza oranlarından daha yüksek olmaktadır.

Çalışmamız hem ülkemizde kullanılan yönetmelikler hem de AMA arasında nörolojik sekelerin skorlanması yönünden bir korelasyonu göstermektedir. Özellikle ülkemizde kullanılan iki yönetmelik arasında, meslek ve yaşın etkisinin yönetmeliklerden birisinde hiç esas alınmaması durumunu dışlayarak bir değerlendirme yapacak olursak, korelasyon bulunduğu halde farklı iki yönetmelik kullanılmasının sorunlara yol açtığını söylemek mümkün görünmektedir. Öncelikle yönetmelikleri uygulayan hekimler için iki ayrı yönetmelik olması uyum sorunlarını beraberinde getirmektedir. Hastalar açısından ise, her ne kadar yönetmelikler arasında korelasyon olsa da bazen küçük farklılıkların büyük hak kayıplarına neden olması, hak arayışı kısmında hukuksal işlemlerin bu farklılıklar nedeniyle aksaması muhtemeldir.

Adli tıbbi pratikte kişilerin standart bir protokole bağlı olarak muayenelerinin yapılması ve elde edilen bulguların yine standardize bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmenin sonuçlanmasında rehber ve yönetmelikler, standart sonuç verme açısından önemli bir işlev görmektedir. Ülkemizde hastalıkların değerlendirilmesinde birden fazla yönetmelik ve kurumsal yapı görev yapmaktadır.

Yönetmelikler iş kazası, trafik kazası, meslek hastalığı gibi farklı amaçlarla yürürlüğe konmuş ancak zamanla her birinden farklı farklı kazalarda mütalaa istenmektedir. Birden fazla yönetmeliğin, uzmanlar tarafından öğrenilmesi ve uygulanmasında sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca aynı hastanın farklı sağlık kuruluşlarında değerlendirilmesinde farklı oranlar çıkması da standart bir uzman yaklaşımı gerekliliğini, karar verici pozisyonundaki uzmanların eğitim ihtiyacını göstermektedir.

Çalışmamızda kıyas yaptığımız AMA farklı ülkelerde uygulana gelen, tazminat, emeklilik ve özürülük gibi farklı amaçlara cevap veren tek yönetmelik olarak bilinmektedir. Öte yandan farklı yönetmeliklerin kullanılmasına bağlı gelişecek riskler, teknolojinin ve yapay zekanın hekimlik pratiğine katılımı ile en aza da indirilebilecektir. Hem tanı konmasında, hem yaş ve meslek gibi değişkenlerin uygulanmasında yapay zekanın ya da yeni gelişen teknolojilerin kullanılması için önemli çalışmalar yapılmaktadır (15). Bu durum aynı zamanda hekimler için oto-kontrol sağlayacağı için önemli bir avantaj olarak da görülmektedir.

Sonuç olarak AMA, EEE ve MTY travmayla illiyeti bulunmayan nörolojik hastalıklarda birbiri ile korele sonuçlar vermektedir. Ancak mevcut duruma göre ülkemizde iki ayrı yönetmelik olması hem uygulayıcılar hem de hastalar açısından potansiyel bir sorundur. Standart bir yönetmeliğin tüm paydaşların katılım ve katkısı ile oluşturulması önemli bir gereklilik olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-2.htm>. Erişim tarihi 25.06.2024.
2. Özözen Ayas Z. Sağlık Kurulu'nda Değerlendirilen Hastaların Nörolojik Özürülüklerinin İncelenmesi. *Sakarya Medical Journal*. 2020;10(3):373-80.
3. Maluliyet Ve Çalışma Gücü Kaybı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/09/20210928-4.htm>. Erişim tarihi 25.06.2024.
4. Çabalar M, Tatlıdede AD, Yazar T, Güveli B, Yayla V. Nörolojik hastalıkların özürülük derecelerinin sağlık kurulunda değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 01 Eylül 2011;7(4):142-6.
5. Kaya K, Hilal A, Çekin N. Maluliyet kavramı ve hesaplamada öne çıkan sorunlar. *Adli Tıp Dergisi*. 2017;31(1).
6. Ata U, Şenol E, Çelik C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Başvuran Olguların Meslekte Kazanma Gücünde Kayıp Oranları ile Engellilik Oranlarının Karşılaştırılması. *Adli Tıp Bülteni*. 2021;26(3):180-8.
7. Rondinelli RD, Genovese E, Katz RT, et al. AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. 6th Edition, American Medical Association. 2008: 321-44.
8. Serap Aytuğ Ş, Gamsız Bilgin N. Maluliyet Olgularının Ulusal Yönetmeliklerle Amerikan Tıp Birliği Kalıcı Engellilik Değerlendirme Kılavuzu'na Göre Karşılaştırılması. *Adli Tıp Bülteni*. 2022;27(3):262-71.

9. Senol E, Ata U. EÜTF Adli Tıp Anabilim dalında düzenlenen meslekte kazanma gücündeki azalma oranı raporlarının engelli sağlık kurulu raporları ile karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
10. Ağır H, Tuna M. Evaluation of Locomotor System Disability Rates of Patients Who Apply to the Adult Health Board. Turk Osteoporoz Dergisi. 2022;28(3):193-9.
11. Orhan Z. Yaralama Olgularında Ekstremitte Fonksiyonlarının İşlev Zayıflaması ve Yitilmesi Yönünden Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul. Adli Tıp Kurumu. 2013.
12. Şencan R, Dürmüş PT. Engelli Sağlık Kurulunda Nörolojik Hastalıkların Etkisi ve Kronik Hastalıklarla İlişkisinin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;11(2):395-401.
13. Gamsız NB. Amerikan Hekimler Birliği (AMA) Kalıcı Engelliliğin Değerlendirmesi Kılavuzu. Adli Tıp Bülteni. 2019;24(3):236-51.
14. Çelik C, Ata U. Türk Ceza Kanunu'nda Yer Alan Duyularından veya Organlarından Birinin İşlevinin Sürekli Zayıflaması veya Yitilmesi Kavramları: Sistemantik Derleme. Adli Tıp Bülteni. 2022;27(3):279-87.
15. Hoşgör H, Güngördü H. Sağlıkta Yapay Zekanın Kullanım Alanları Üzerine Nitel Bir Araştırma. European Journal of Science and Technology. 2022;35:395-407.