



Askerlik Hizmeti ve Nöroloji Military Service and Neurology

① Semai Bek¹, ② Güray Koç², ③ Serkan Demir³, ④ Zeki Gökçil⁴

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

²Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji ve Psikiyatri Uyku Araştırma Merkezi, Ankara, Türkiye

³İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

Öz

Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı mensubu olan personel, öğrenciler ve bunların adaylarının sağlık yeteneklerini tespit etmek, Sağlık Bakanlığı hastanelerine devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 162 hastane, bu kapsamda rapor vermeye yetkilendirilmiştir. Öngörülemez bu hasta hacminin büyüklüğü ve en önemlisi de mevzuatın bilinmemesi nedeniyle nöroloji uzmanları belirgin zorluk çekmektedirler. Yaklaşık bir asıra dayanan süredir askeri sistem içerisinde yürütülen askeri sağlık hizmetleri ve sağlık kurulu işlemlerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinden sonra meslektaşlarımızın karşılaşılabileceği sıkıntıları en aza indirmek amacıyla; nörolojik hastalıklar ile ilişkili özelliklerinden en sık görülenleri, rapor örnekleriyle sunularak bu derleme kaleme alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Askerlik hizmeti, sağlık yeteneği, sağlık kurulu raporu

Abstract

Determination of the health qualifications of personnel, students, and their candidates, who are members of the Turkish Armed Forces, the General Command of Gendarmerie and the Coast Guard Command has been transferred to Ministry of Health hospitals. One hundred sixty-two hospitals affiliated to the Ministry of Health were authorized to report in this context. The magnitude of this uncertain patient volume, and most importantly, the lack of awareness of the legislation has made the job particularly challenging for neurology specialists. In order to minimize the problems faced by our colleagues after the transfer of military health services and health board processes to the Ministry of Health, which has been performed for about a century in the military system, the most common features of neurologic diseases are presented with report samples.

Keywords: Military service, health qualification, health board report

Giriş

Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK), Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı mensubu olan personel, öğrenciler ve bunların adaylarının TSK, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı'ndaki görevlere uyarlık bakımından sağlık yeteneklerini tespit etmek, barışta ve savaşta yapılacak sağlık işlemleri "TSK, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yeteneği Yönetmeliği" (SYY) tarafından düzenlenmektedir (1). TSK, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı personeli ve aileleri, öğrenci,

askeri ve sivil personel adayları, askerlik görevi ile yükümlü vatandaşlara yapılacak sağlık işlemleri ve bahsi geçen bu personel, aile ve adaylarının yurt içi ve dışında kamu ve özel sağlık hizmet sunucularında uygulanacak her türlü sağlık işlemlerine ilişkin usul ve esaslar Sağlık Muayene Yönergesi tarafından belirlenmiştir (2).

Bu yönetmelik ve yönerge kapsamında yapılan işlemler, uzun yıllardır askeri sağlık hizmetlerinin farklı basamakları tarafından uygulanmakta iken; "Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması ve Milli Savunma Üniversitesi Kurulması ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair 669 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin (KHK)" 107. maddesine göre

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Semai Bek, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye

Tel.: +90 532 326 15 64 E-posta: semaibek@mu.edu.tr ORCID ID: orcid.org/0000-0003-4913-976X

Geliş Tarihi/Received: 06.04.2018 **Kabul Tarihi/Accepted:** 18.04.2018

©Telif Hakkı 2018 Türk Nöroloji Derneği

Türk Nöroloji Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

17.08.2016 gün ve 29804 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 2016/9109 sayılı “Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Asker Hastanelerinin Devrine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Karar” ile TSK Sağlık Komutanlığı bünyesinde bulunan Gülhane Askeri Tıp Akademisine bağlı eğitim hastaneleri, dispanser ve benzeri sağlık birimleri ile Jandarma Genel Komutanlığı’na ait sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’na devri sonrasında sorumluluk Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelere bırakılmıştır (3).

Yıllar içerisinde, özellikle de “epilepsi” ana başlığı altında, askeri sağlık sisteminin çalışma esasları ve beklentileri toplantı, seminer, kongre ve yazılar ile sivil nöroloji uzmanları ile paylaşılmaya çalışılmıştır (4,5,6). TSK Sağlık sisteminin Sağlık Bakanlığı’na devri sonucunda erken dönemde yine sivil nöroloji uzmanlarının taleplerini karşılayacak şekilde bu faaliyetlere devam edilmiştir (7). Sistemin devri ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı 162 hastane, bu kapsamda rapor vermeye yetkilendirilmiştir (8). Öngörülemeyen bu hasta hacminin büyüklüğü ve en önemlisi de mevzuatın bilinmemesi nedeniyle nöroloji uzmanları belirgin zorluk çekmektedirler.

Çekilen zorluğun ana sebeplerinden birisi ise askeri sağlık hizmetleri işlemlerinin yalnızca zorunlu askerlik hizmeti döneminde olan yükümlülerin “askerlik yapar veya yapamaz” kararının verildiğinin sanılmasından kaynaklanmaktadır. Halbuki askeri sağlık sistemi içerisinde, örnekleme yapılırsa, piyade yüzbaşının birlik komutanlığı yapıp yapamayacağı, muharip jet pilotu bir üsteğmenin hastalığı sonrası hangi uçak sınıfında görevine devam edeceği, denizaltında görevli elektronik sınıfı astsubay üstçavuşun sağlık niteliklerinin görevine devam edip edemeyeceği veya jandarma uzman çavuşun komando eğitimi alıp alamayacağıın belirlenmesinde de bu mevzuat kullanılmakta olup, yetkilendirilmiş hastanelerin sağlık kurulları bu kararları da vermek durumundadır.

Verilecek olan sağlık kurulu raporunun personelin hayatını, görev yapacağı sınıfının belirlenmesi veya değişimi ve hatta emekliliğine neden olacağı bilinerek bu konuya titizlik ile yaklaşılmalıdır. Ayrıca bilinmesi gereken en önemli husus her hekim yazdığı sağlık kurulu raporu için bizzat kanun koyucu karşısında sorumludur ve aynı zamanda sağlık kurulu üyesi olarak kendisi ile ilgili olmayan branş tarafından yazılan sağlık kurulu raporunda belirtilen tanı-rapor içeriğinin tanıya uyması ve verilen kararın mevzuata uygunluğu açısından da yine bizzat bir birey olarak kanunlar karşısında sorumludur.

Yaklaşık bir asıra dayanan süredir askeri sistem içerisinde yürütülen askeri sağlık hizmetleri ve sağlık kurulu işlemlerinin kısa süre içerisinde Sağlık Bakanlığı’na devrinden sonra sivil kaynaklı nöroloji uzmanı meslektaşlarımızın karşılaşabileceği sıkıntıları en aza indirmek amacıyla, uzun yıllardır edinilen tecrübe ve bilgi ışığında yapılan sağlık kurulu işlemlerine esas teşkil eden raporların nörolojik hastalıklar ile ilişkili özelliklerinden en sık görülenleri, örnekleriyle sunulurken bu derleme kaleme alınmıştır.

Genel Bilgiler

SY’ye genel olarak baktığımızda birinci bölümde, ana amaç ve kapsam tanımlanmıştır. İkinci bölüm yükümlülerin sağlık muayenesinin özellikleri belirlenmiş, “askerliğe elverişli değildir”, “sevki geciktirmesi”, “ertesi yıla bırakma” kararlarının nasıl ve hangi sağlık kuruluşunda alınacağı belirtilmiş ve gruplandırılmalar

gösterilmiştir. Buna göre askerliğe elverişli olanlar; sağlık yetenekleri bakımından hiçbir hastalık ve arızası bulunmayanlar ile hastalık ve arızaları, hastalık ve arızalar listesinin “A” dilimine girenlerdir. Askerliğe elverişli olmayanlar ise hastalık ve arızaları, hastalık ve arızalar listesinin “B ve D” dilimlerine girenlerdir. “C” bendinde ise bu maddenin “A”, “B” ve “D” dilimlerinde yer alan hastalık ve arızaların tedavi ve nekahet halleri yer alıp istirahat ve tedavi durumları ele alınır kesin karar verilmeye kadar geçici süre ile askerlik hizmetini yapmayacak olanları kapsar. Yükümlülerin sağlık niteliklerine göre sınıflandırılması, örneğin tankçı veya torpidocu gibi, yurt dışında görev yapıp yapamayacakları da yine bu bölüm içindedir. Zorunlu hizmet kapsamı dışında profesyonel olarak TSK, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı’nda istihdam edilen ve edilecek olan aday uzman erbaş, sözleşmeli erbaş ve erlerin sağlık nitelikleri üçüncü bölümde, uzman jandarmaların sağlık nitelikleri dördüncü bölümde, askeri öğrencilerin sağlık nitelikleri beşinci bölümde, subay ve astsubayların sağlık yetenekleri ise altıncı bölümde ele alınmıştır. Yedinci bölümde Deniz Kuvvetleri ve Sahil Güvenlik, sekizinci bölümde Hava Kuvvetleri ve uçucu personelin özel şartları değerlendirilmiştir. Dokuzuncu bölümde dış kaynaktan alınan yetişmiş personelin özellikleri, onuncu bölümde silah taşınmayacak özel durumlar, on birinci bölümde sivil personel sağlık nitelikleri ve on ikinci bölümde ise rapor işlemleri ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Görüleceği üzere SYY yalnızca zorunlu yükümlülerin değil ancak TSK, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı çatısı altında bulunan tüm personel ve adayları ile ilgili sıhhi işlemleri kapsar.

Yönetmeliğin ikinci ana bölümü ise sonunda bulunan sınıflama veya branş belirleme çizelgelerinin kullanımına ilişkin açıklamaları içerir. Hangi rütbede ve hangi sınıfta (+), (-) ve (x) işaretlerinin ne anlama geldiği ve çizelgenin nasıl kullanılacağı açıklanmıştır. Ana hatlarıyla (+) işaretleri, general/amiral, subay ve astsubayların o sınıfta veya branşta görev yapacaklarını gösterir. (-) işaretleri, general/amirallerin fiili kıta komutanlığı görevini yapamayacaklarını, ancak yönetim, idari ve diğer geri hizmetlerle ilgili kadro görevlerini yapabileceklerini, subay ve astsubayların ise sınıflarında veya branşlarında görev yapamayacaklarını gösterir. (x) işaretleri, general/amiral, subay ve astsubayların kendi sınıflarının veya branşlarının kıta komutanlığı olmayan uygun kadro görev yerlerinde görev yapacaklarını gösterir. Uygun kadro görev yerleri Kuvvet Komutanlıkları, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı’na göre hazırlanan yönergelerde belirtilir. Bu konu ile ilgili örnekler yönetmeliğin ilgili sayfalarında verildiği için burada değinilmemiştir.

Üçüncü ana bölümde hastalıklar listesi yer almaktadır ki nörolojik hastalıklar ile ilgili olan maddeler:

Madde 10: Santral sinir sistemi (SSS) ya da örtüleri ve vasküler yapıları,

Madde 11: Periferik sinir sistemi veya sinir sistemi ile ilgili kas hastalıkları,

Madde 12: Epilepsi, elektroensefalografik (EEG) anormallikler ve epilepsi dışı paroksizmal bozuklukları,

Madde 13: Otonomik sinir sistemi,

Madde 18: Uyku bozuklukları (yalnızca uyku bozuklukları ile ilişkili fıkraları: A/F-3 ve D/F-3),

Madde 47: Uyku tıbbi açısından değerlendirildiğinde uyku apnesi (uyku tıbbi hekimliği merkezlerine göre nöroloji, psikiyatri,

göğüs hastalıkları veya kulak burun boğaz uzmanları tarafından yapılmaktadır) ile ilişkili durumları tanımlamaktadır (yalnızca uyu apnesi ile ilişkili fıkraları: A/F-1, B/F-1 ve D/F-2).

Dördüncü ana bölümde Kara Kuvvetleri, Deniz Kuvvetleri, Hava Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı personelinin hastalıklara göre görevlendirilebilecekleri sınıfları ve branşları gösteren çizelgeler mevcuttur. Son olarak ise aday muayene çizelgesi bulunmaktadır.

Hastalıklara Göre Rapor ve Karar Örnekleri

Madde 10:

A) 1. SSS'nin ya da örtülerinin (dura, araknoid ve benzeri) ve vasküler yapılarının (vasküler patolojiler ve tümörler hariç) hafif derecedeki fonksiyon bozuklukları ya da sekelleri (nörolojik veya psikiyatrik bulgu vermeyen Arnold-Chiari malformasyonu, hidrosefali ve tüm intrakraniyal araknoid kistler) bu madde kapsamında değerlendirilecektir.

B) 1. SSS'nin, örtülerinin ve vasküler yapılarının orta derecede fonksiyon bozukluğu yapan hastalıkları ya da sekelleri, SSS'nin tedavi edilmiş veya edilmemiş arteriovenöz malformasyon, kavernoöz hemangiom, anevrizma ve iyi huylu tümörleri [Nörolojik ve psikiyatrik bulgu veren tüm intrakraniyal araknoid kistler, Evan's oranı (frontal hornlar arasındaki mesafenin maksimum biparietal çapa oranı) %30'dan fazla olan hidrosefali, nörolojik veya psikiyatrik bulgu veren hidrosefali, şant ameliyatı ile düzeltilmiş hidrosefali, radyolojik olarak gösterilen nörolojik defisit yapmış veya yapmamış siringomiyeli, kafatası kemiklerinin SSS'ye bası yapan iyi huylu tümörleri] bu madde kapsamında değerlendirilecektir.

C) Bu maddenin (A), (B) ve (D) dilimlerinde yer alan hastalıkların tedavi ve nekahet halleri.

D) 1. SSS'nin, örtülerinin ve vasküler yapılarının hastalıklarının ileri derecedeki fonksiyon bozuklukları ya da sekelleri, SSS'nin cerrahi ve diğer tedavi yöntemleriyle tedavi edilmiş, orta veya ileri derecedeki sekel bırakmış veya ameliyat veya diğer tedavi yöntemleriyle tedavi edilemeyen arteriovenöz malformasyon, anevrizma ve tümörleri (sekel yapmış ya da yapmamış kötü huylu patolojiler, kalıcı nörolojik defisit yapmış, radyolojik olarak gösterilen, elektrofizyolojik testler ile desteklenen hidrosefali, siringomiyeli ve araknoid kistler) bu madde kapsamında değerlendirilecektir.

Bu maddeyi kullanarak işlem yaparken vurgu yapılması gereken önemli durumlardan birisi beyin tümörleri, hidrosefali ve araknoid kist gibi beyin cerrahi uzmanları tarafından karar verilmesi gereken durumlar ile kulak burun boğaz uzmanları da bu maddeler kapsamında olduğudur.

Askerlik çağına gelmiş genç erişkin bireylerde 10. madde kapsamında en çok karşılaşılan SSS hastalıkları serebral palsi (SP) sekelleri, multipl skleroz (MS), esansiyel tremor ve de bu hastalıklara nazaran daha nadir olarak beyin damar hastalıkları (iskemik inme, vaskülit, hemorajiler) gösterilebilir. Parkinson hastalığı (PH) ve demans gibi diğer SSS hastalıkları bu yaş grubunda görece daha az görülse de bu madde kapsamında karar verilen diğer hastalıklar arasında sayılabilirler.

MS özellikle 20-40 yaş aralığında genç erişkinlerde görülen SSS hastalığı olup prevalansı her geçen gün artmaktadır. Travmalardan sonra genç erişkinde en sık engellilik yaratan hastalıktır (9,10). Ülkemizde yapılan bölgesel prevalans çalışmaları göz önüne alındığında yurt genelinde yaklaşık 50.000 MS hastası bulunduğu tahmin edilmektedir (11,12,13).

Kadınlarda erkeklere nazaran 2 kat daha fazla görülse de askerlik çağında MS hastaları sıklıkla askerlik kararları amacı ile nöroloji hekimine başvurumaktadırlar. Nörolojik hastalıkların birçoğu uzun süreli takip edilen hastalıklar olduğu için asker adaylarının hastalıkları ile ilgili tıbbi geçmişlerini belirten ilaç raporları, epikriz, tetkikler ve takip eden hekimleri tarafından hazırlanmış durum bildirir raporlar karar aşamasında büyük önem taşımaktadır. SYY 10. madde A fıkrası kapsamında karar vermek diğer maddelere nazaran sabır gerektirebilir. Demiyelinizan hastalık tanısı ile takip edilen bir hastanın A kararı alması sürecine örneklerle değinelim. Ardışık yıllarda 2 (Şekil 1) kez C kararı almış bir demiyelinizan hastalık örneği ile başlayıp aynı hastanın A, B veya D kararı alabileceği senaryoları aşağıda belirtilmiştir.

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)

..... ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİ İLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI/SOYADI) YOKLAMA ERİ OLUP BİLİLEN İLK İŞLEMİDİR.

YAKINMA: BAŞ AĞRISI

ANAMNEZ VE MUAYENE: 20 YAŞINDA ERKEK HASTANIN HAFTANIN 2 GÜNÜ YORGUNLUK VE STRESLE ARTAN 4-5 SAAT SÜREBİLEN ENSEDE ALNA DOĞRU YAYILAN BAŞ AĞRISI SEBEBİ İLE ÇEKİLEN BEYİN MRG'DE DEMİYELİNİZAN OLARAK RAPORLANMIŞ LEZYONLAR TESPİT EDİLMİŞ. GÖRÜNTÜLEME TAKİBİ ÖNERİLMİŞ. ÖYKÜ DERİNLEŞTİRİLDİĞİNDE ATAK OLARAK DEĞERLENDİRİLEBİLECEK GEÇMİŞ OLMAYAN HASTANIN NÖROLOJİK MUAYENESİ NORMAL SINIRLARDADIR. HASTANIN NÖROLOJİ TAKİBİNE GİRMESİ ÖNERİLDİ. RADYOLOJİK İZOLE SENDROM TANISI İLE HASTALIĞININ GİDİŞATININ İZLENMESİ AMACI İLE ASKERLİĞİNİN 1 SENE ERTELENMESİNE KARAR VERİLDİ.

LABORATUVAR BULGULARI

KRANİYAL MRG (TARİH/SAYI): DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU

TANI: RADYOLOJİK İZOLE SENDROM

KARAR: DURUMU C/10'E UYAR. ERTESİ YILA BIRAKMA

Şekil 1. C/10 rapor örneği

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme

Bu örnek olgunun 2 kez verilen C kararı sonrası yakınma, klinik ve radyolojik bulgularında değişiklik gözlenmemesi sonucunda aynı tanı ile A (Şekil 2) veya bir kez atak geçirdikten sonra MS tanısı aldığını varsayarak B (Şekil 3) fıkrasının kullanımına örnek verelim. Dikkat edilecek husus C kararının tanıda emin olunamayan ve/veya tanının netleşmesi için bilimsel olarak zamansal yayılımın da değerlendirilmesine gerek duyulan

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)

..... ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİ İLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI/SOYADI) YOKLAMA ERİ OLUP BİLİLEN ÜÇÜNCÜ İŞLEMİDİR. 1. İŞLEM: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SULTAN ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (TARİH/SAYI) C/10 ERTESİ YILA BIRAKMA. 2. İŞLEM: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NÜMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (TARİH/SAYI) C/10 ERTESİ YILA BIRAKMA

YAKINMA: AKTİF YAKINMASI YOK

ANAMNEZ VE MUAYENE: 22 YAŞINDA ERKEK HASTANIN 2 SENE ÖNCE BAŞ AĞRISI NEDENİYLE ÇEKİLEN BEYİN MRG'SİNİN DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU OLMASI ÜZERİNE NÖROLOJİ TAKİBİNE GİRİŞİ, PERİYODİK OLARAK YAPILAN TETKİKLERİNDE EK LEZYON-BULGU İZLENMEMİŞ. MEVCUT NÖROLOJİK MUAYENESİ NORMAL OLAN HASTA HALEN RADYOLOJİK İZOLE SENDROM OLARAK DEĞERLENDİRİLMİŞTİR.

LABORATUVAR BULGULARI

KRANİYAL MRG (TARİH/SAYI): DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU

KRANİYAL MRG (TARİH/SAYI): BİR SENE ÖNCEKİ GÖRÜNTÜLEME İLE BENZER BULGULAR. DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU.

KRANİYAL MRG (TARİH/SAYI): ÖNCEKİ GÖRÜNTÜLEMELERİ İLE BENZER BULGULAR. DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU.

TANI: RADYOLOJİK İZOLE SENDROM

KARAR: DURUMU A/10 F-1'E UYAR. ASKERLİĞE ELVERİŞLİDİR.

Şekil 2. A/10 F-1 rapor örneği

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme

<p>NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI) ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİ İLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI/SOYADI) YOKLAMA ERİ OLUP BİLİLEN ÜÇÜNCÜ İŞLEMİDİR. 1. İŞLEM: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SULTAN ABDULHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (TARİH/SAYI) C/10 ERTESİ YILA BIRAKMA. 2. İŞLEM: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NÜMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (TARİH/SAYI) C/10 ERTESİ YILA BIRAKMA YAKINMA: PUSLU GÖRME, SAĞ TARAFTA UYUŞMA-KUVVETSİZLİK ANAMNEZ VE MUAYENE: 22 YAŞINDA ERKEK HASTANIN 2 SENE ÖNCE BAŞ AĞRISI NEDENİYLE ÇEKİLEN BEYİN MRG'SİNİN DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU OLMASI ÜZERİNE NÖROLOJİ TAKİBİNE GİRİŞİ. 4 AY ÖNCE PUSLU GÖRME ŞİKAYETİ İLE YAPILAN MUAYENESİNDE OPTİK NÖRİT ATAĞI GEÇİRDİĞİ BELİRTİLEREK STERİDİ VERİLMİŞ. 1 AY ÖNCE DE VÜCUDUNUN SAĞ TARAFINDA UYUŞMA VE KUVVETSİZLİK NEDENİYLE BİR KEZ DAHA KORTİZON TEDAVİSİ ALAN HASTAYA İNTERFERON TEDAVİSİ BAŞLANARAK MULTİPL SKLEROZ TANISI KONULMUŞ. HASTANIN NÖROLOJİK MUAYENESİNDE SAĞDA DTR'LERİ SOLA GÖRE CANLI, SAĞ TCR LAKAYT. DİĞER MUAYENESİ TABİL. LABORATUVAR BULGULARI KRANIYAL MRG (TARİH/SAYI): DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU KRANIYAL MRG (TARİH/SAYI): BİR SENE ÖNCEKİ GÖRÜNTÜLEME İLE BENZER BULGULAR. DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU. KRANIYAL MRG (TARİH/SAYI): ÖNCEKİ GÖRÜNTÜLEMELERİ İLE KARŞILAŞTIRILDIĞINDA LEZYON SAYISININ ARTTIĞI SAPTANDI VE BİRKAÇ ADET AKTİF LEZYON GÖRÜLDÜ. TANI: DEMİYELİNİZAN HASTALIK KARAR: DURUMU B/10 F-1'E UYAR. ASKERLİĞE ELVERİŞLİ DEĞİLDİR.</p>

Şekil 3. B/10 F-1 rapor örneği

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, DTR: Derin tendon refleksi

durumlarda öncelikle tercih edilmesidir. Ve yine hastanın ilk muayenesinden sonra kısa süre içerisinde seyir değiştirebileceği düşünülüyor ise (örnek olguda olduğu gibi bu hasta A, B veya D dilimine girecek şekilde değişken bir seyre sahiptir) ilmen belirli bir süre gözlemek ve kesin kararı ertelemek için C kararı verilebilir. Önemli olarak belirtilmelidir ki sekel halini almış lezyonlarda veya süreç içerisinde kararı değiştirmeyecek derecede küçük değişiklik olacak olgularda C kararından ziyade B veya D kararı verilmelidir.

Aynı hastanın yine 2 kez C kararı verilmiş ve mevcut tedavilere rağmen hastalığının agresif bir seyir izlediği, progresif faza geçtiğini varsayarak, geri dönüşsüz sekelleri olan hastanın D kararına bir örnek verelim (Şekil 4).

<p>NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI) ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİ İLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI/SOYADI) YOKLAMA ERİ OLUP BİLİLEN ÜÇÜNCÜ İŞLEMİDİR. 1. İŞLEM: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (TARİH/SAYI) C/10 ERTESİ YILA BIRAKMA. 2. İŞLEM: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NÜMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (TARİH/SAYI) C/10 ERTESİ YILA BIRAKMA YAKINMA: YÜRÜME BOZUKLUĞU, ELLERDE BECERİKSİZLİK ANAMNEZ VE MUAYENE: 22 YAŞINDA ERKEK HASTANIN 2 SENE ÖNCE BAŞ AĞRISI NEDENİYLE ÇEKİLEN BEYİN MRG'SİNİN DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU OLMASI ÜZERİNE NÖROLOJİ TAKİBİNE GİRİŞİ. 1 AY ÖNCE PUSLU GÖRME ŞİKAYETİ İLE YAPILAN MUAYENESİNDE OPTİK NÖRİT ATAĞI GEÇİRDİĞİ BELİRTİLEREK STERİDİ VERİLMİŞ. 8 AY ÖNCE DE VÜCUDUNUN SAĞ TARAFINDA UYUŞMA VE KUVVETSİZLİK NEDENİYLE BİR KEZ DAHA KORTİZON TEDAVİSİ ALAN HASTAYA İNTERFERON TEDAVİSİ BAŞLANARAK MULTİPL SKLEROZ TANISI KONULMUŞ. FAKAT HASTANIN ÖZÜRLÜLÜĞÜ GİDEREK ARTMIŞ. 2. BASAMAK TEDAVİLERE GEÇİLMİŞ. BUNA RAĞMEN YÜRÜME BOZUKLUĞU GİDEREK ARTMAYA DEVAM ETMİŞ. HASTANIN NÖROLOJİK MUAYENESİNDE PARAPAREZİK, MOBİLİZASYONUNU WALKER İLE SAĞLIYOR. DTR'LERİ GLOBAL CANLI, BİLATERAL TCR EKSTANSÖR. MESANE SONDALI. LABORATUVAR BULGULARI KRANIYAL MRG (TARİH/SAYI): DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU KRANIYAL MRG (TARİH/SAYI): BİR SENE ÖNCEKİ GÖRÜNTÜLEME İLE BENZER BULGULAR. DEMİYELİNİZAN HASTALIK İLE UYUMLU. KRANIYAL MRG (TARİH/SAYI): ÖNCEKİ GÖRÜNTÜLEMELERİ İLE KARŞILAŞTIRILDIĞINDA LEZYON SAYISININ ARTTIĞI SAPTANDI VE ÇOK SAYIDA AKTİF LEZYON GÖRÜLDÜ. ATROFİ GELİŞTİĞİ GÖZLENDİ. TANI: DEMİYELİNİZAN HASTALIK KARAR: DURUMU D/10 F-1'E UYAR. ASKERLİĞE ELVERİŞLİ DEĞİLDİR.</p>

Şekil 4. D/10 F-1 rapor örneği

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, DTR: Derin tendon refleksi

SP insidansında hala belirgin bir azalma görülmemekte ve insidansının 2.5:1000 canlı doğum olduğu bildirilmektedir (14). Bu hastaların birçoğu askerlik kararı için nöroloji polikliniklerine sevk edilmektedirler. SP'li hastalarda C kararı verilmemelidir çünkü mevcut durum bir sekeldir, nekahet dönemi yoktur ve verilecek bir C kararı askerlik kararını değiştirmeyecektir. Çok hafif bir sekeli olan SP hastası A, orta düzey sekeli olan SP hastası

B, kognitif ve/veya belirgin motor bulguların olduğu hasta D kararı alır.

Genç yaşta juvenil PH tanısı almış bir olguya da hastalık doğası gereği ya B ya da D kararı vermek doğru olacaktır. Her iki kararda da askerliğe elverişli değildir sonucuna varılsa da, B kararı almış olanlar seferberlik durumunda tekrar değerlendirilerek geri hizmet de olsa silah altına alınırken, D kararı alanlar göreve çağırılmazlar.

Diğer SSS hastalıklarında olduğu gibi genç inme olguları da mevcut nörolojik duruma göre A, B, C ve D kararı alabilirler.

Tremor da 10. madde kapsamında değerlendirilir. Yeni tanı almış daha önce herhangi bir tedavi almamış bir esansiyel tremor hastası ilaca yanıt gözlenmesi amacı ile C kararı verilip daha sonraki yoklamalarında karar verilebilir. İşlevselliği bozmayan bir tremor için ilk muayenede de A kararı verilebilir. İlaç kullanımına rağmen kontrol altına alınamamış tremor hastaları için B, cerrahi veya "Derin Beyin Stimülasyonu" uygulanmış bir aday için D kararı verilebilir.

Özetle 10. madde için verilecek kararda, nöroloji pratiğinin her alanında olduğu gibi, nörolojik muayene büyük önem taşımaktadır. Nörolojik muayene bulguları esas olarak hastanın askerlik kararını verdirmektedir. Yeni tanı konmuş bir olguda hastalığının doğasının tespiti açısından en çok üç kez erteleme kararı verilebilirken, nörolojik muayene bulgusu olan ve işlevsellikte bozulma tespit edilmiş olgular ilk muayeneden itibaren askerlikten muaf edilebilirler. Erteleme kararı verilen hastaların ilk müracaatından en fazla üçüncü yıl sonunda kesin karar verilmelidir. Dikkat edilmesi gereken konu en fazla üç sağlık kurulu işlemi değil ancak en fazla üç yılın sonunda karar verilmesi gerekliliğidir. Ertesi yıla bırakma kararı verilmesine rağmen muayene için iki yıl süre ile müracaat etmeyen hastanın kararı iki yıl ara ile de olsa toplamda üçüncü yılın sonunda verilecek ve ertesi yıla bırakma kararı uzatılmayacaktır. Tekrarlayan işlemler sonrası hazırlanan sağlık kurulu raporunda önceki sağlık kurulu tarih, karar ve maddelerinin mutlaka belirtilmesi de gerekmektedir. Muayene ile karar verilebildiği içindir ki nöroloji uzmanı tarafından tanzim edilen sağlık kurulu raporunda, karara ilişkin muayene bulguları detaylı olarak aktarılmalıdır.

11. madde kapsamına yine bu yaş grubunda doğumsal brakial pleksopatiler, herediter veya edinsel polinöropatiler özellikle tuzak nöropatiler gibi mononöropatiler 1. fıkrada, miyopatiler, distrofiler veya polimiyozit-dermatomiyozit gibi enflamatuvar kas hastalıkları 2. fıkrada sıklıkla nöroloji uzmanınca karar verilmesi için sevk edilen grubu oluşturmaktadır.

Madde 11:

A) 1. Periferik sinir sisteminin hafif derecedeki fonksiyon bozuklukları ya da sekelleri (spinal kord ya da kök basısına neden olan veya foramende daralma yapan lezyonlar bu kapsamda değerlendirilmeyip, bu listenin 63. maddesine göre karar verilecektir).

2. Sinir sistemi ile ilgili kas hastalıklarının hafif derecedeki fonksiyon bozuklukları ya da sekelleri.

B) 1. Periferik sinir sisteminin fonksiyon bozukluğu yapmış parsiyel lezyonları (spinal kord ya da kök basısına neden olan veya foramende daralma yapan lezyonlar bu kapsamda değerlendirilmeyip, bu listenin 63. maddesine göre karar verilecektir).

2. Sinir sistemi ile ilgili kas hastalıklarının fonksiyon bozukluğu yapmış parsiyel lezyonları.

C) Bu maddenin (A), (B) ve (D) dilimlerinde yer alan hastalık ve arızaların tedavisi ve nekahet halleri.

D) 1. Periferik sinir sisteminin tedavisi imkansız total lezyonları (spinal kord ya da kök basısına neden olan veya foramende daralma yapan lezyonlar bu kapsamda değerlendirilmeyip, bu listenin 63. maddesine göre karar verilecektir).

2. Sinir sistemi ile ilgili kas hastalıklarının tedavisi imkansız lezyonları.

Polinöropati, fizyopatolojiye bağlı olarak periferik sinirlerin yaygın bir şekilde etkilenmesi ile ortaya çıkan klinik bir tablodur (15). Herediter polinöropati olan hasta grubu, Guillain-Barré sendromu (GBS) öyküsü olan ve kemoterapi ajanları gibi ilaçlara bağlı gelişmiş polinöropati tanısı almış olan hastalar askerlik kararı için nöroloji polikliniklerine sevk edilirler. Herediter nöropatiler genç erişkin yaş grubunda polinöropatiler içinde en sık rastlanan gruplardan birini oluşturur ve yavaş seyretmeleri sebebi ile bu hastaların tanısının konulması zaman almaktadır (16,17). Karar aşamasında tanı almamış asker adayları dahi gelebilir. Herediter polinöropatiler içerisinde en sık rastlanan grup Charcot-Marie-Tooth hastalığıdır ve prevalansı 40/100.000'tir. Basıya duyarlı polinöropatiler de otozomal dominant geçişli herediter grupta değerlendirilir (18). Bu yaş grubunda daha nadir de olsa diyabetik gibi diğer polinöropati çeşitleri de karar için karşımıza gelebilir. Polinöropatiler için klinik pratikte A kararı çok sık verilmemektedir. Nörolojik muayenenin ve de elektromiyografi bulgularının şiddetine göre hastalar genellikle B ve D kararları verilerek askerlikten muaf tutulurlar. Yakın dönemde geçirilmiş bir GBS'nin sekel haline gelişi C kararı ile beklenebilir ve sonrasında sekelin ağırlığına göre karar verilebilir. Tuzak ve travmaya sekonder olarak gelişmiş nöropatiler hakkında karar sıklıkla beyin cerrahi veya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) kliniklerince verilirken nöroloji tarafından verilmesinde de tıbben ve yönetmelikçe sakınca olmamasına rağmen (eğer bulunduğu hastanede ilgili tek hekim nöroloji uzmanı ise), travmatik sinir hasarı ile ilişkili durumların öncelikle beyin cerrahisi tarafından değerlendirilmesi uygundur. Kök basıları ise atıf yapıldığı üzere 63. madde kapsamında FTR ve/veya beyin cerrahisi tarafından değerlendirilir.

A kararı verilen asker adaylarının bu kararları bir "muayene tedavi sonuç" kağıdı ile verilebilir ve sağlık kuruluna çıkarılma zorunluluğu yoktur. Olguların tartışmalı olduğu ve diğer branş hekimlerini de ilgilendiren bir durumda hastayı sağlık kuruluna çıkararak da karar alabilir.

Miyopati kas liflerinin çeşitli nedenlerden dolayı işlevini yerine getiremediği, kaslarda güçsüzlüğe yol açan bir kas hastalığıdır (18). Kalıtsal ve edinsel olabilir. Metabolik miyopatiler, genetik bozukluklara bağlı enzimatik defektlerin neden olduğu kalıtsal metabolik kas hastalıkları grubudur. Edinsel miyopatiler ise ilaçlara, enfeksiyonlara veya otoimmün hadiselerle ilgili meydana gelebilir. Polimiyozit ve dermatomyozitin pik yaptığı yaşlar 40-50 arasındadır. Kadınlarda daha sık görülse de karar aşamasında bu öyküye sahip asker adayları başvurabilir (19,20). Duchenne, Becker ve miyotonic distrofi hastalar nadir de olsa bu grupta yer almaktadır. Kas hastalıkları 11. maddenin A, B ve D dilimlerinde 2. fıkrada değerlendirilirler (Şekil 5, 6, 7).

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)

..... ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİ İLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI/SOYADI) YOKLAMA ERI OLUP BİLİLEN BİRİNCİ İŞLEMİDİR.

YAKINMA: SAĞ EL ÜÇ PARMAKTA UYUŞMA

ANAMNEZ VE MUAYENE: 22 YAŞINDA ERKEK HASTA SON İKİ SENEDİR OLAN VE GİDEREK ARTAN, ÖZELLİKLE GECELERİ SAĞ ELİNDE İLK 3 PARMAKTA UYUŞMADAN YAKINIYOR VE ELİNİ SALLAMADAN BU YAKINMASI GERİLEMEYİTİMİŞ. BU YAKINMASI İLE NÖROLOJİ UZMANINA BAŞVURDUĞUNU, KARPAL TÜNEL SENDROMU TANISI KONULDUĞUNU VE OPERASYON ÖNERİLDİĞİNİ, BEYİN CERRAHİ SERVİSİNCE OPERE OLDUKTAN SONRA YAKINMALARININ GERİLEDİĞİ BELİRTİYOR. HASTANIN MUAYENESİNDE SAĞ EL BİLEĞİ SEVİYESİNDE OPERASYON İNSİZYON SKARI GÖZLENMEKTE OLUP NÖROLOJİK MUAYENESİ TABİİDİR.

LABORATUVAR BULGULARI

EMG (TARİH/SAYI): OPERASYON ÖNCESİ SAĞDA DUYU VE MOTOR LİFLERİN AĞIR DÜZEY ETKİLENDİĞİ KARPAL TÜNEL SENDROMU

TANI: KARPAL TÜNEL SENDROMU (MEDYAN SINIR TUZAK NÖROPATİSİ)

KARAR: DURUMU A/11 F-1'E UYAR. ASKERLİĞE ELVERİŞLİDİR

Şekil 5. A/11 F-1 rapor örneği

MRG: Manyetik rezonans görüntüleme, EMG: Elektromiyografi

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)

..... ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİ İLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI/SOYADI) YOKLAMA ERI OLUP BİLİLEN BİRİNCİ İŞLEMİDİR.

YAKINMA: AYAKLARDA VE BACAKLARDA KUVVETSİZLİK

ANAMNEZ VE MUAYENE: 22 YAŞINDA ERKEK HASTA, ERGENLİĞİNE KADAR BELİRGİN BİR ŞİKAYETİ OLMADIĞINI DAHA SONRA AYAKLARINDA GİDEREK ARTAN BİR KUVVETSİZLİK VE ÇUKURLAŞMANIN GELİŞTİĞİNİ VE BUNA EK OLARAK ELERİNDE AYAKLARINDA EL DİVEN-ÇORAP TARZI UYUŞMA OLDUĞUNU, BU SEBEPLERLE NÖROLOJİ DOKTORUNA GİTTİĞİNİ YAPILAN MUAYENE, EMG VE GENETİK İNCELEMELER SONUCU KENDİSİNE CHARCOT-MARIE-TOOTH HASTALIĞI TANISI KONULDUĞUNU, ZAMANLA ELERİNDE DE KUVVETSİZLİĞİN YAKINMALARINA EKLENDİĞİNİ BELİRTİYOR. HASTANIN NÖROLOJİK MUAYENESİNDE BİLATERAL ALT EKSTREMİTE DİSTALDE BELİRGİN ATROFİ, EL DİVEN-ÇORAP TARZI HIPOESTEZİ, DTR GLOBAL HIPOAKTİF, BİLATERAL PES CAVUS MEVCUT.

LABORATUVAR BULGULARI

EMG (TARİH/SAYI): AKSONAL TİP SENSORİMOTOR POLİNÖROPATİ

TANI: POLİNÖROPATİ

KARAR: DURUMU B/11 F-1'E UYAR. ASKERLİĞE ELVERİŞLİ DEĞİLDİR

Şekil 6. B/11 F-1 rapor içerik örneği

DTR: Derin tendon refleksi, EMG: Elektromiyografi

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)

..... ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİ İLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI/SOYADI) YOKLAMA ERI OLUP BİLİLEN BİRİNCİ İŞLEMİDİR.

YAKINMA: HALSİZLİK, EL AYAKLARDA AĞRI, HAREKET KISITLILIĞI.

ANAMNEZ VE MUAYENE: DAHA ÖNCEDEN ÖNEMLİ BİR ŞİKAYETİ OLMAYAN 22 YAŞINDA ERKEK HASTANIN YAKLAŞIK İKİ AY ÖNCE MERDİVEN ÇIKARKEN, DAHA SONRALARI GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİ YAPARKEN EL VE AYAKLARINDA HAREKET KISITLILIĞI, AĞRI ŞİKAYETLERİ BAŞLAMIS. 1 AYDIR YUTMA GÜÇLÜĞÜ DE OLAN HASTA İLERİ TETKİK İÇİN DIŞ MERKEZ NÖROLOJİ SERVİSİNE YATIRILMIŞ. YAPILAN MUAYENE, TAHLİL VE TETKİKLERİ SONUCU POLİMİYÖZİT TANISI ALDİĞINI VE TEDAVİSİNİN HALEN DEVAM ETTİĞİNİ BELİRTMEKTEDİR. NÖROLOJİK MUAYENESİNDE ALT VE ÜST EKSTREMİTE ÖZELLİKLE PROKSİMAL KASLARDA ATROFİ MEVCUT.

LABORATUVAR BULGULARI

AST: 252, ALT: 123, LDH: 1268, CK: 2315 U/L

EMG (TARİH/SAYI): İNCELENEN KASLARDA YAYGIN OLARAK POLİFAZİK, SIKLIKLA KISA SÜRELİ VE KÜÇÜK VOLTAJLI MÜP, POZİTİF KESKİN DALGA, FİBRİLASYON POTANSİYELLERİ VE YER YER İĞNE HAREKETİ İLE YÜKSEK FREKANSLI POTANSİYEL BOŞALIMLAR ŞEKLİNDE SPONTAN AKTİVİTELER ELDE EDİLDİ. BU BULGULAR PRİMER KAS HASTALIĞI İLE UYUMLU OLUP, ÖNCELİKLI OLARAK ENFLAMATUVAR KAS HASTALIĞINI DÜŞÜNDÜRMEKTEDİR.

HASTANIN ELİNDE (TARİH/SAYI) DR İMZALI BAŞHEKİMLİK MÜHÜRLÜ DURUM BİLDİRİR RAPOR BULUNMAKTADIR.

TANI: POLİMİYÖZİT

KARAR: DURUMU C/11'E UYAR. 1 YIL SEVK GECİKTİRMESİ

Şekil 7. C/11 rapor içerik örneği

EMG: Elektromiyografi, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, LDH: Laktat dehidrojenaz, CK: Kreatin kinaz, MÜP: Motor ünite potansiyelleri

Asker adayları yoklama eri ve sevk eri olarak muayene için nöroloji polikliniklerine başvurabilirler. Yoklamaya tabi hükümlüler hakkında "Ertesi Yıla Bırakma", sevk tabi olanlar hakkında "Sevk Geciktirme" kararı verilir. Bu olgunun tedavisinin devam etmesi ve de hastalığın prognozu hakkında ek süreye ihtiyaç duyulması sebebi ile C kararı uygun olacaktır.

Aynı şekilde motor nöron hastalıkları, Duchenne, Becker ve miyotonic distrofik olgular da genellikle D kararı almaktadırlar (Şekil 8).

<p>NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI) ASKERLİK SÜBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİ İLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI/SOYADI) YOKLAMA ERI OLUP BİLİLEN ÜÇÜNCÜ İŞLEMİDİR.</p> <p>1. İŞLEM: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ SULTAN ABDÜLHAMİD HAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (TARİH/SAYI) C/11 ERTESİ YILA BIRAKMA</p> <p>2. İŞLEM: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (TARİH/SAYI) C/11 ERTESİ YILA BIRAKMA</p> <p>YAKINMA: HALSİZLİK, EL AYAKLANINDA AĞRI, HAREKET KISITLILIĞI.</p> <p>ANAMNEZ VE MUAYENE: 24 YAŞINDA ERKEK HASTA YAKLAŞIK 2 SENE ÖNCE BAŞLAYAN MERDİVEN ÇIKAN ÇIKARKEN, DAHA SONRALARI GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİ YAPARKEN EL VE AYAKLARINDA HAREKET KISITLILIĞI, AĞRI, YUTMA GÜÇLÜĞÜ ŞİKAYETLERİ İLE HASTANEYE YATIRILDIĞINI, YAPILAN MUAYENE, TAHLİL VE TETKİKLERİ SONUCU POLİMİYÖZİT TANISI ALDIĞINI BU SEBEPLE BİRCOK TEDAVİ KULLANDIĞINI AMA YAKINMALARININ TEDAVİLERE RAĞMEN İLERLEDİĞİNİ VE SON 6-7 AYDIR MOBİLİZASYONUNU TEKERLEKLİ SANDALYE İLE SAĞLADIĞINI BELİRTİYOR. NÖROLOJİK MUAYENESİNDE ALT VE ÜST EKSTREMITTE ÖZELLİKLE PROKSİMAL KASLARDA ATROFİ VE BELİRGİN PAREZİ MEVCUT (1-2/5).</p> <p>LABORATUVAR BULGULARI AST: 92, ALT: 78, LDH: 488, CK: 600 U/L EMG (TARİH/SAYI): İNCELENEN KASLARDA YAYGIN OLARAK POLİFAZİK, SIKLIKLA KISA SÜRELİ MÜP'LER İZLENMİŞ BULGULAR PRİMER KAS HASTALIĞI İLE UYUMLU OLUP, ÖNCELİKLI OLARAK İNFLAMATUAR KAS HASTALIĞI SEKELİNİ DÜŞÜNDÜRMEKTEDİR. HASTANIN ELİNDE (TARİH/SAYI) DR İMZALI BAŞHEKİMLİK MÜHÜRLÜ DURUM BİLDİRİR RAPOR BULUNMAKTA DİR. TANI: POLİMİYÖZİT SEKELİ KARAR: DURUMU D/11 F-2'E UYAR. ASKERLİĞE ELVERİŞLİ DEĞİLDİR.</p>
--

Şekil 8. D/11 F-2 rapor içerik örneği

EMG: Elektromiyografi, AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, LDH: Laktat dehidrojenaz, CK: Kreatin kinaz, MÜP: Motor ünite potansiyelleri

Madde 12:

A) 1. Epilepsiler dışında kalan sinir sisteminin hafif derecedeki paroksizmal hastalıkları (Komplikasyon yapmamış baş ağrıları sağlam kabul edilir).

2. Klinik ve laboratuvar bulgular normal olup da EEG'de belirgin bulgular (fokal veya jeneralize diken, keskin dalga, kompleksler, fokal veya jeneralize yavaş aktivite) gösterenler (bayılma öyküsü olmayan ancak non-spesifik EEG anormallik bulunanlar sağlam kabul edilir).

3. Anamnez ve klinik bulgularla kesin epilepsi tanısı konulamayan, spesifik EEG bulgusu olmayan paroksizmal bayılmalar.

4. Spesifik EEG veya görüntüleme bulgusu olmayan, ancak anamnezinden veya tıbbi belgelerinden nöbetlerinin seyrek olduğu anlaşılan epileptik hastalar.

B) 1. Nöroloji uzmanı tarafından nöbeti gözlenen veya klinikte yattığı dönemde yapılan video kayıtlarına göre nöroloji uzmanınca epileptik olduğu anlaşılan tüm epileptik nöbetler.

2. (Değişik: 22/9/2017 - 2017/10844 K.) Anamnezi epilepsi ile uyumlu olan ve bu tanıyla takip ve tedavi edildiğini belirten, nöroloji uzmanına kesin fikir veren resmi sağlık kuruluşlarından alınan onaylı rapor ile epilepsi tanısı konulmuş, takip ve tedavi edilmekte olan hastalar. AÇIKLAMA: Rapor içeriği ve raporun verildiği sağlık kuruluşu, sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir.

3. Anamnezi epilepsi ile uyumlu olup EEG'sinde spesifik bulgu (multipl diken dalga, sık ortaya çıkan lateralize veya jeneralize diken, keskin-yavaş dalga kompleksi) olan hastalar.

C) Bu maddenin (A), (B) ve (D) dilimlerinde yer alan hastalıkların tedavi ve nekahet halleri.

D) 1. İlaça dirençli epileptik nöbetleri olan hastalar (kardiyazol aktivasyonu ile epilepsi nöbeti uyarılanlar epileptik kabul edilmez).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun Aralık 2017 tarihinde adrese dayalı nüfus verilerine göre 80,8 milyon Türkiye Cumhuriyeti vatandaşının 40,5 milyonu erkektir. Erkek nüfusunun 20-40 yaş aralığındaki toplam sayısı 12,9 milyon kişidir (21). Yapılan çalışmalarda Türkiye'de epilepsi prevalansını ortalama 10/1000

olarak kabul ettiğimizde 2017 yılı nüfus verileri esas alındığında, askerlik çağında bulunan erkeklerin yaklaşık 129,000'i epilepsi hastasıdır (22,23,24,25). Diğer yandan psikojenik non-epileptik nöbetlerin (PNEN) prevalansı ise yaklaşık 1/3.000-1/50.000 olarak değerlendirilmektedir (26). Bu verilere göre yoklama dönemi sırasında her yıl askerlik hizmetini yapmak üzere başvuran yaklaşık 6.500 epilepsi hastası ile 650-1.300 arasında PNEN hastası vardır. Askerlik döneminde olası ikincil kazanç artışı da düşünüldüğünde PNEN hastalarının sayısı daha da yukarı çekilebilir.

Epilepsiler ve EEG anormallikleri 12. maddede değerlendirilir. Epilepsi hastası olarak A bendinde sınıflandırılan ve askerlik hizmetini yapacak olan yükümlüler askerlik hizmetleri süresince hastalıkları ile ilgili ilaçları kullanabilirler. Epilepsi hastası olmak askerlik görevini yapmaya engel teşkil etmez. Her hasta hakkında ayrı ayrı değerlendirme yapılarak öykü, muayene, EEG ve görüntüleme bulguları ile ilaca yanıt durumuna göre karar verilir. Nöroloji uzmanları kanunun kendisine verdiği görev gereği, bayılma yakınması olan yükümlünün öncelikle epilepsi hastası olup olmadığına ve eğer epilepsi hastası ise mevcut durumunun barışta veya savaşta askerlik görevini yapıp yapamayacağına karar vermek durumundadır. Bu kararı verirken tıbbi kanaatini belirtmeye ek olarak yasal ve vicdani sorumluluk da yüklenilmektedir.

Bayılma yakınması ile sevk edilen her yükümlüye rutin EEG çekimi yapılır. Tanı gücünün artırılması için rutin EEG çekimi sırasında standart olarak göz açma-kapama, hiperventilasyon ve intermitten fotik stimülasyon ve bazı olgularda uyku deprivasyonu uygulanır. Aktivasyon yöntemleri EEG kayıtlarının %11'inde spesifik bulgu verebilmektedir (27). Epileptik nöbet ile PNEN ayırımında rutin EEG altın standart değildir ve öykü de güvenilir bilgi vermeyebilir (28). Hastaların takip edildikleri merkezler tarafından düzenlenmiş ve düzenli takiplerini gösteren reçete, dosya, rapor ile günümüzde kameralı cep telefonları ile kaydedilebilecek nöbet görüntüleri vb. belgeler yetkili hastanelerde görev yapan nöroloji uzmanlarına yol gösterici olmaktadır. Dikkat edilirse uzman tabibe kesin tanı veren tıbbi belgeler SYY'ye göre işlem sırasında kullanılabilir. Belgelerin kanuni olarak geçerliliğinin artabilmesi için hasta kimliğinin (mümkünse resimli), hekim kimliğinin (kaşe ve imza) ve tanıların açık ve net olması gerekmektedir. Hastalar tarafından belge olarak sunulan evraklar arasında doktor ismi bulunmayan takip formları, hekim kaşe ve imzası bulunmayan reçete nüshaları, yalnızca epilepsi tanısı ve ilaç ismi yer alan ancak hastanın takibi, varsa nöbet gözlemi, seyri ve süresi hakkında bilgi içermeyen tek satırlık ilaç raporları kanunen yeterli belge olarak kabul görmeyebilmektedir. Belgeye dayalı işlemlerde tanıyı koyan veya ilaç raporu tanzim eden nöroloji uzmanları tanıyı koymuş olma sorumluluğunu yasal olarak taşımaktadırlar. Bu nedenle nöroloji uzmanları gelecekte kanuni belge olarak kullanılabilir olan, askerlik ve öncesi çağda erkek hastalarına belge tanzimlerinde bu hususları göz önünde bulundurulmalıdır (7). Gerekli durumlarda hastaların nöbet gözlemi amacıyla klinik yatışları yapılmalıdır. Bu hastaların ortalama yatış süresi 10-30 gün arasında değişmektedir. Yapılan çalışmada hastaların %75,5'inin ilk 10 gün içinde nöbet geçirdiği saptanmıştır (29). Seçilmiş olgular video-EEG monitörizasyon ile değerlendirilebilir ancak SYY maddelerine göre işlem yapabilmek için zorunlu olmadığı da akılda bulundurulmalıdır. Mevcut öykü, muayene ve laboratuvar desteği ve hatta hastanın elindeki tıbbi belgelerden kesin kanaat oluşuyor ve SYY'deki tanımlamalar ile

belirli bir karar verilebiliyorsa bu hastaları video-EEG yapılan bir üst merkeze yönlendirmek doğru olmayacaktır. “İlgili Uzman” tanımlaması ile SYY’de karar vermeye yetkili olan basamak eşit olarak tanımlanmış, akademik kariyeri olsun olmasın her nöroloji uzmanı bu yönetmelik kapsamında karar verirken eşit olarak değerlendirilmiştir. Karar vermemek ve kararı vermek üzere hastayı başka merkeze yönlendirmek idari sorumluluk getirmektedir.

Farklı kararlar alan örnek raporlar konunun daha anlaşılır olmasını sağlayacaktır (Şekil 9).

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)
..... ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİYLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI SOYADI) YOKLAMA ERİ OLUP BİLİNEBİLİR İŞLEMİDİR.
YAKINMASI: BAYILMA
ANAMNEZ VE MUAYENE: İLK BAYILMASI 1,5 YIL ÖNCE OLMUŞ, BAYILMA ÖNCESİ VÜCUDUNDA BİR AĞIRLIK OLUYORMUŞ, SONRASINI HATIRLAMİYORMUŞ, ETRAFTAKİLERDEN DUYDUĞUNA GÖRE GÖZLERİNİ KAPATYORMUŞ, ELLERİNİ YUMRUK YAPIP, BAŞINI BİR SAĞA BİR SOLA DOĞRU SALLIYORMUŞ, BAYILMALARI 3-5 DAKİKA SÜRÜYÖRMÜŞ, ORTALAMA AYDA BİR KEZ BAYILIYORMUŞ, BİR YIL ÖNCE 2 AY KARBAMAZEPİN 400 MG/GÜN KULLANMIŞ, FAYDA GÖRMEYİ İÇİN KESMİŞ, EN SON BAYILMASI BİR AY ÖNCE OLMUŞ. HASTANIN KLİNİKTE YATTIĞI SÜRE İÇERİSİNDE EPİLEPTİK OLMAYAN BAYILMASI GÖZLENDİ.
LABORATUVAR BULGULARI
EEG (TARİH/SAYI): NORMAL SINIRLARDA EEG
TANI: PAROKSİSMAL BAYILMA
KARAR: DURUMU A/12 F-3'E UYAR. ASKERLİK YAPMAYA ELVERİŞLİDİR.

Şekil 9. A/12 F-3 rapor içerik örneği

EMG: Elektromiyografi

Hastanın anamnezi, EEG bulguları ve en önemlisi ise klinikte yattığı süre içerisinde gözlenen nöbet özellikleri epilepsi ile uyumlu değildir (Şekil 10).

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)
..... KOMUTANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİYLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI SOYADI) AYLIK ER OLUP BİLİNEBİLİR İŞLEMİDİR.
YAKINMASI: BAYILMA
ANAMNEZ VE MUAYENE: KÜÇÜK YAŞTAN BERİ BAYILMASI OLUYORMUŞ, BAYILDIĞI ANI HATIRLAMİYORMUŞ, ETRAFTAKİLERDEN DUYDUĞUNA GÖRE TÜM VÜCUDUNDA KASILMA VE TITREMELE, AĞIZDAN KÖPÜK GELMESİ, YÜZDE MORARMA, HIRILTILI SOLUNUMU OLUYORMUŞ, NÖBETİ 2-3 DAKİKA SÜRÜYÖRMÜŞ, 10-15 DAKİKADA KENDİSİNE GELİYÖRMÜŞ VE KENDİNİ YORGUN HİSSEDİYÖRMÜŞ, UYUYORMUŞ, NÖBETİ HER GÜN OLAN HASTA DOKTORA BAŞVURMUŞ VE ÇEŞİTLİ ANTİEPİLEPTİK İLAÇLAR KULLANMIŞ, EN SON KARBAMAZEPİN 400 MG/GÜN KULLANMIYORMUŞ, NÖBETLERİ HAFTADA BİR OLMAYA BAŞLAMIS. İDRAR İNKONTİNANSI VE UYKUDA BAYILMASI OLUYORMUŞ, EN SON BAYILMASI BİR HAFTA ÖNCE OLAN HASTA SON İLACINI 4 GÜN ÖNCE ALMIŞ. HASTANIN TARİHİNDE SAAT DE VIDEO EEG KAYDI SIRASINDA EPİLEPTİK NÖBETİ DR TARAFINDAN GÖZLENDİ.
LABORATUVAR BULGULARI:
VIDEO EEG (TARİH/ SAYI): VIDEO EEG MONİTORİZASYON SIRASINDA EPİLEPTİK NÖBETİ GÖZLENMİŞ OLUP EEG BULGULARI İKTAL EEG AKTİVİTESİ İLE UYUMLUDUR.
TANI: EPİLEPSİ
KARAR: B/12 F-1 ASKERLİĞE ELVERİŞLİ DEĞİLDİR.

Şekil 10. B/12 F-1 rapor içerik örneği

EMG: Elektromiyografi

Hastanın anamnezi ve en önemlisi ise klinikte yattığı süre içerisinde gözlenen nöbet özellikleri epilepsi ile uyumludur. Hastanın bu tanı ile takip edildiğini gösteren belge ve/veya epileptiform anomali gösteren rutin EEG kaydına gerek olmaksızın klinik gözlem ile işlem yapılmıştır (Şekil 11).

Hastanın anamnezi epilepsi ile uyumludur. Rutin EEG kaydında epileptiform anomali zorunluluğu ve/veya klinikte yatırılarak nöbet gözlem zorunluluğu olmaksızın hastanın elindeki belgelerden bu tanı ile takip edildiği kanaatinin oluşması esastır. NOT: (a) Belge üzerinden işlem yapıldığında belgenin aslının rapora eklenmesi önerilir. Belge mutlaka resmi bir sağlık kuruluşundan, ıslak imzalı, mesul müdür veya baştabip onaylı olmalıdır. (b) Hastaya ait bu kanaati oluşturan belge kararın esasını oluşturduğu için olası bir ihbar sonucunda

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)
..... ASKERLİK ŞUBESİNİN GÜN VE SAYILI SEVKİYLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI SOYADI) SON YOKLAMA ERİ OLUP BİLİNEBİLİR İŞLEMİDİR.
YAKINMASI: BAYILMA
ANAMNEZ VE MUAYENE: İLK BAYILMA YAKINMASI 6 YIL ÖNCE OLMUŞ, NÖBETİN GELECEĞİNİ BAZEN ANLIYORMUŞ AMA SONRASINI HATIRLAMİYORMUŞ. ETRAFTAKİLERDEN DUYDUĞUNA GÖRE VÜCUDU KASILIYORMUŞ, TUHAF HAREKETLERİ VE KONUŞMALARİ OLUYORMUŞ. NÖBET SONRASINDA 10-15 DAKİKA Kafa KARIŞIKLIĞI SÜRÜYÖRMÜŞ. ORTALAMA AYDA 1-2 KEZ BAYILIYORMUŞ, EN SON TARİHİNDE BAYILMIŞ, KARBAMAZEPİN 400 MG/GÜN KULLANMIYORMUŞ, HASTANIN ELİNDE HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ ONAYLI TARİH VE SAYILI DR İMZALI EPİLEPSİ TANILI İLAÇ KULLANIM/DURUM BİLDİRİR BELGESİ VE/VEYA VE TARİHLERİ ARASINDA DÜZENLİ OLARAK YAPTIRILMIŞ İLAÇ KAN DÜZEYİ SONUÇLARI MEVCUT OLUP ELİNDEKİ BU BELGELERDEN HASTANIN EPİLEPSİ TANISI İLE TAKİP VE TEDAVİ EDİLDİĞİ KANAATI OLUŞMUŞTUR.
LABORATUVAR BULGULARI:
EEG (TARİH/SAYI): NORMAL SINIRLARDA EEG BULGULARI
TANI: EPİLEPSİ
KARAR: B/12 F-2 ASKERLİĞE ELVERİŞLİ DEĞİLDİR.

Şekil 11. B/12 F-2 rapor içerik örneği

EEG: Elektroensefalografi

bu belgede belirtilen tanı veya laboratuvar sonuçlarının doğru olmadığı tespiti halinde belgeyi düzenleyenler sorumludur (Şekil 12).

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)
..... ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİYLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI SOYADI) SON YOKLAMA ERİ OLUP BİLİNEBİLİR İŞLEMİDİR.
YAKINMASI: BAYILMA
ANAMNEZ VE MUAYENE: KÜÇÜK YAŞTAN BERİ DALMALARI OLUYORMUŞ, DALMALARI 5-10 SANİYE SÜRÜYÖRMÜŞ, SONRASINDA KALDIĞI YERDEN DEVAM EDİYÖRMÜŞ, ETRAFTAKİLERDEN DUYDUĞUNA GÖRE SORULARA YANIT VERMİYÖRMÜŞ, VALPROİK ASİT BAŞLANDIKTAN SONRA DALMALARI KAYBOLMUŞ. EN SON DALMASI 5 YIL ÖNCE OLMUŞ, EN SON İLACINI 6 AY ÖNCE ALMIŞ. HASTANESİNDE GÖREVLİ DR TARAFINDAN İMZALI RAPORA GÖRE İLAÇ KESİM AŞAMASINDA OLMASI NEDENİ İLE ASKERLİK HİZMETİ İLE İŞLEMLERİNİN BİR YIL SÜRE İLE ERTELENMESİ UYGUN OLARAK DEĞERLENDİRİLMİŞTİR.
LABORATUVAR BULGULARI:
EEG (TARİH/ SAYI): NORMAL SINIRLARDA EEG BULGULARI
TANI: EPİLEPSİ
KARAR: C/12 ERTESİ YILA BIRAKMA VEYA SEVK TEHİRİ

Şekil 12. C/12 rapor içerik örneği

EMG: Elektromiyografi

Hastanın anamnezi ilaç kesim aşamasında epilepsi ile uyumludur. Rutin EEG kaydında epileptiform anomali zorunluluğu ve/veya klinikte yatırılarak nöbet gözlem zorunluluğu olmaksızın hastanın elindeki belgelerden ilacının kesilme döneminde olduğu anlaşılmaktadır. İlaç kesimi sonrası remisyon olursa A veya relaps olduğu taktirde B kararı verilebileceğinden, ilmen bir süre beklemek yanlış bir karar değildir. NOT: Hasta sevk eri ise idari olarak “sevk tehiri”, yoklama eri ise “ertesi yıla bırakma” kararı verilecektir. Statüsü askerlik şube evraklarında bulunmaktadır.

Madde 13:

- Otonom sinir sisteminin hafif ve orta derecedeki hastalık ya da fonksiyon bozuklukları.
- Refleks Sempatik Distrofi (hastalığın yerine ve şekline göre bu listenin 43., 58. ve 64. maddelerine göre işlem yapılır).
- Bu maddenin (A), (B) ve (D) dilimlerinde yer alan hastalıkların tedavi ve nekahet halleri.
- Otonom sinir sisteminin ileri derecedeki hastalık ya da fonksiyon bozuklukları.

Otonomik sinir sistemi ile ilgili kararlar klinik pratikte çok nadir olarak verilmektedir. Eşlik eden SSS hastalığı olması halinde 10. maddeden işlem yapılmaktadır. Konjenital Horner sendromu olan bir olgu ile ilgili karar örneği Şekil 13’ de gösterilmiştir.

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)
 ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİYLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ)
 DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI SOYADI) SEVKE TABİ ERİ OLUP BİLİLEN İLK İŞLEMİDİR.
YAKINMASI: SOL YÜZ YARISINDA TERLEME YOKLUĞU, SOL GÖZDE GECE BULANIK GÖRME
ANAMNEZ VE MUAYENE: SOL YÜZ YARISINDA TERLEME AZLIĞI VE SOL GÖZDE BULANIK GÖRME ŞİKAYETİNİN ÇOCUKLUĞUNDAN BERİ OLDUĞUNU HORNER SENDROMU TANISI KONULDUĞUNU BELİRTİYOR. HASTANIN NÖROLOJİK MUAYENESİNDE SOL GÖZ KAPAĞINDA PİTOZ MEVCUT, SOL GÖZDE MİYÖZİS, SOL İRİS YEŞİL SAĞ İRİS KAHVERENGİ OLARAK TESPİT EDİLDİ.
TANI: HORNER SENDROMU
KARAR: DURUMU A/ 13 F-1'E UYAR. ASKERLİK YAPMAYA ELVERİŞLİDİR.

Şekil 13. A/13 F-1 rapor içerik örneği

Madde 18: (Uyku bozuklukları ile ilişkili olmayan fıkralar açıklanmamıştır).

A) 3. Hafif düzeydeki uyku bozuklukları. **AÇIKLAMA:** Bu maddenin (D) diliminde tanımlananlar dışında kalan ve işlevselliği belirgin düzeyde etkilemeyeceği kanaatine varılan uyku bozuklukları.

C) Bu maddenin (A), (B) ve (D) dilimlerinde yer alan hastalıkların tedavi, izlem ve nekahet halleri.

D) 3. Kronik uyku bozuklukları (narkolepsi, Klein-Levin sendromu, idiyopatik SSS hipersomnisi, kronik hipersomnia, kronik insomnia veya parasomnia). **AÇIKLAMA:** Polisomnografik (PSG) kayıtlar, klinik gözlemler ile değerlendirildiğinde işlevsellik açısından yeterli olmayacağı kanaatine varılan ve tedaviden faydalanmayan olgular.

Uyku bozuklukları psikiyatrik hastalıklar ruh sağlığı ve hastalıkları başlığı altında 18. maddede incelenmektedir. Bu madde uyku bozuklukları ile birlikte tik bozuklukları gibi diğer psikiyatrik hastalıkları da içine alan bir maddedir ve uyku bozuklukları sadece 3. fıkralarda incelenmiştir. Bu yüzden maddenin bütün fıkraları değil sadece uyku ile ilgili olan kısmı ele alınmıştır. Bir diğer özelliği de "B" bendinde uyku bozuklukları ile ilgili madde yoktur. Dolayısı ile hastalar hakkında ya "A" kararı ya da "D" kararı verilmesi gerekmektedir.

Uyku bozuklukları ile ilgili ülkemizde geniş çaplı çok merkezli yapılan prevalans çalışmasında 18-24 yaş grubu erkek hastalarda insomnia %10,9, uykuda solunum bozukluğu olma riski %2,3 olarak bulunmuştur. Gene aynı şekilde gün içi aşırı uykululuk oranı ise %3,8'dir (30). Bu bulgular uyku bozukluklarının genç yaş erkek hastalarda da sıklıkla görüldüğünü ve askerlik ile ilgili karar verirken uyku bozuklukları ile ilgili karar verme durumuyla da sıklıkla karşılaşılabileceğini göstermektedir.

Narkolepsi hastaları hakkında kesin tanı konulduğu zaman "D" kararı alırlar. Bu tanı konulurken tanı kriterlerinden olan PSG ve çoklu uyku latans testi çalışması yapılmalı ve tanıyı destekleyen veriler rapor içeriğine yazılmalıdır (Şekil 14). Parasomni tanısını koymak, atağı kayıt edebilmek zor bir süreçtir. Kişinin gerçekten parasomni olduğunun video kaydının olduğu PSG gibi yöntemlerle objektif olarak tespit edilmesi, kıta anket formları gibi belgelerle kişinin işlevselliğinin bozulduğunun belgelendirildiği ve tedaviden de faydalanmadığının belirtilmesi gerekmektedir (Şekil 15). Daha önce hiçbir tedavi öyküsü olmayan, parasomni tanısı ile takip ve tedavi edildiğini belgelendiremeyen hastalarda hemen karar verilmemeli, yeterli takip sonucunda karar verilmelidir. İşlevselliğin belirgin düzeyde bozulmadığı uyku hastalıklarında "A" kararı verilmesi uygundur olacaktır.

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)
 ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİYLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ)
 DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI SOYADI) SEVK ERI OLUP BİLİLEN İLK İŞLEMİDİR.
YAKINMASI: GÜN İÇİNDE ENGEL OLAMADIĞI UYKU ATAKLARI, HEYECANLANDIĞINDA VEYA GÜLDÜĞÜNDE KISA SÜRELİ KAS GÜCÜ KAYBI
ANAMNEZ VE MUAYENE: ÖNCESİNDE UYKU-UYANIKLIK BOZUKLUĞU YAKINMASI TANIMLAMAYAN HASTANIN YAKINMALARININ 14 YAŞINDA BAŞLADIĞI, OKUL DERSLERİNDE VEYA MONOTON KOŞULLARDA ENGEL OLAMADIĞI UYKU ATAKLARININ OLDUĞU, TOPLU TAŞIMA ARAÇLARINDA KISA YOLCULUKLARDA UYUMA NEDENİ İLE DURAKLARI KAÇIRDIĞI, ÇOĞU ZAMAN BU UYKU ATAKLARINDA RÜYA GÖRDÜĞÜ, KISA UYKU DÖNEMLERİNDE SONRA UYANDIĞINDA DİNLENMİŞ VE DİNÇ OLARAK UYANDIĞI, UYKU SAATLERİ DÜZENLİ OLMASINA RAĞMEN GECE UYKULARININ SIK BÖLÜNDÜĞÜ, ANCAK SABAH DİNLENMİŞ UYANDIĞI ANLAŞILMAKTADIR. UYKU YAKINMALARINDAN YAKLAŞIK BİR YIL SONRA ÖZELLİKLE GÜLDÜĞÜNDE VEYA HEYECANLANDIĞINDA BACAKLARINDA ANİ GÜÇSÜZLÜKLE YERE DÜŞMELERİNİN (KATAPLEKSİ) BAŞLANDIĞINI BELİRTTİ. ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE BERİ VAR OLAN NADİREN OLUŞAN UYKU PARALİZİSİ DE TANIMLAMAKTADIR. NÖROLOJİK MUAYENE NORMAL SINIRLARDADIR.
LABORATUVAR BULGULARI:
 YAKINMALARI NEDENİ İLE ÖNCESİNDE YAPILAN POLİSOMNOGRAFI RAPORUNDA: B..... EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (16.05.2006/435): TOPLAM KAYIT SÜRESİ: 480 DK, TOPLAM UYKU SÜRESİ: 376 DK, UYKU LATENSİ: 2 DK, REM LATENSİ: 6 DK, UYKU SONRASI UYANIKLIK SÜRESİ: 67 DK, DÖNEM 1 UYKU YÜZDESİ: 23, DÖNEM 2 YÜZDESİ: 35, DÖNEM 3 YÜZDESİ: 14, REM UYKU YÜZDESİ: 17 OLUP, APNE HİPOPNE İNDEKSİ: 0,9/SAAT, TOPLAM BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 7/SAAT, PERİYODİK BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 2/SAAT, OKSİJEN DESATÜRASYON İNDEKSİ: 0,6, ORTALAMA OKSİJEN SATÜRASYONU: %94, EN DÜŞÜK OKSİJEN SATÜRASYONU: %86'DIR. ÇOKLU UYKU LATENSİ ÇALIŞMASINDA (17.05.2006/436): 2 SAAT ARA İLE YAPILAN 5 ÇALIŞMADA: ORTALAMA UYKU LATENSİ: 5,2 DK OLUP 5 ÇALIŞMADAN ÜÇÜNDE SÖREM GÖZLENMİŞTİR.
TANI: NARKOLEPSİ (KATAPLEKSİLİ)
KARAR: DURUMU D/18 F-3'E UYAR. ASKERLİK YAPMAYA ELVERİŞLİ DEĞİLDİR.

Şekil 14. D/18 F-3 rapor içerik örneği

NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI)
 ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİYLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ)
 DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI SOYADI) SEVK ERI OLUP BİLİLEN İLK İŞLEMİDİR.
YAKINMASI: GECE UYKUDAN UYANMA, KENDİSİNE VE ETRAFINA ZARAR VERME
ANAMNEZ VE MUAYENE: HASTA YAKINMALARININ 15 YAŞINDA BAŞLADIĞINI, GECE UYKUDAN ANİ BİR ŞEKİLDE UYANDIĞINI, KENDİSİNE VE ETRAFINA ZARAR VERDİĞİNİ, YAKINLARININ KENDİSİNİ SAKINLEŞTİRMEYE ÇALIŞTIRDIKLARINI, KENDİSİNİN BUNLARI HATIRLAMADIĞINI İFADE ETMEKTEDİR. HASTAYA PARASOMNİ TANISI İLE İLAÇ TEDAVİSİ BAŞLANMIŞ, HASTA İLAÇLARINI DÜZENLİ OLARAK KULLANMASINA RAĞMEN TEDAVİDEN FAYDA GÖRMEMİŞTİR. KITA ANKET FORMUNDA GECE UYKUDAN KALKTIĞI KENDİSİNE VE KOĞUŞ ARKADAŞLARINA ZARAR VERDİĞİ, KENDİSİNE ZARAR GELMEMESİ İÇİN BAŞINDA BİR ERİN DAHA GÖREVLİNDİRİLDİĞİ, İŞLEVSELLİĞİNİN BOZULDUĞU YAZMAKTADIR.
LABORATUVAR BULGULARI:
 YAKINMALARI NEDENİ İLE ÖNCESİNDE YAPILAN POLİSOMNOGRAFI RAPORUNDA: B..... EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (16.05.2006/435): TOPLAM KAYIT SÜRESİ: 480 DK, TOPLAM UYKU SÜRESİ: 376 DK, UYKU LATENSİ: 2 DK, REM LATENSİ: 6 DK, UYKU SONRASI UYANIKLIK SÜRESİ: 67 DK, DÖNEM 1 UYKU YÜZDESİ: 23, DÖNEM 2 YÜZDESİ: 35, DÖNEM 3 YÜZDESİ: 14, REM UYKU YÜZDESİ: 17 OLUP, APNE HİPOPNE İNDEKSİ: 0,9/SAAT, TOPLAM BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 7/SAAT, PERİYODİK BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 2/SAAT, OKSİJEN DESATÜRASYON İNDEKSİ: 0,6, ORTALAMA OKSİJEN SATÜRASYONU: %94, EN DÜŞÜK OKSİJEN SATÜRASYONU: %86'DIR. HASTANIN KAYDI SIRASINDA N3 EVRE UYKUSUNDA İKEN HAREKET ARTEFAKTLARI GÖRÜLMÜŞ, EŞ ZAMANLI YAPILAN VIDEO KAYDINDA HASTANIN YATAKTAN KALKTIĞI PENCEREYİ AÇMAYA ÇALIŞTIĞI VE REFAKATÇİSİ VE UYKU TEKNİSYENİ TARAFINDAN ENGELLENDİĞİ İZLENMİŞTİR.
TANI: PARASOMNİ
KARAR: DURUMU D/18 F-3'E UYAR. ASKERLİK YAPMAYA ELVERİŞLİ DEĞİLDİR.

Şekil 15. D/18 F-3 rapor içerik örneği

Uykuda solunum bozuklukları göğüs hastalıkları başlığı altında 47. maddede ele alınmıştır. "A" kararı 1. fıkrada iken "B" ve "D" kararları 2. fıkrada belirtilmiştir.

Madde 47: (Uyku apne hastaları ile ilişkili olmayan fıkralar açıklanmamıştır).

A) 1. Uyku apne hastalarından pozitif hava yolu basıncı (PAP) titrasyonu sonrası apne-hipopne indeksi 15'ten (15 hariç) düşük olanlar.

B) 2. Uyku apne hastalarından PAP titrasyonu sonrası apne-hipopne indeksi 15 ila 30 (30 hariç) olanlar.

C) Bu maddenin (A), (B) ve (D) dilimlerinde yer alan hastalıkların tedavi ve nekahet halleri.

D) 2. Uyku apne hastalarından PAP titrasyonu sonrası apne-hipopne indeksi 30 ve yukarısında olanlar.

Uykuda solunum bozukluklarında dikkat edilmesi gereken durum hastanın standart PSG'de ortaya çıkan apne-hipopne indeksi değil PAP titrasyon çalışması sonrası elde edilen apne-

hipopne indeksinin karar için kullanıldığıdır. Sayısal veriler üzerinden karar verildiği için bu hastalıkta karar vermek nispeten daha kolaydır (Şekil 16). Ancak PAP titrasyon çalışmasının doğru yapılması büyük önem arz etmektedir.

<p>NÖROLOJİ RAPORU (TARİH/SAYI) ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞININ GÜN VE SAYILI SEVKİYLE GELEN (YIL/DOĞUM YERİ) DOĞUMLU (BABA ADI) OĞLU T.C. KİMLİK NUMARALI (HASTA ADI SOYADI) SEVK ERİ OLUP BİLİLEN İLK İŞLEMİDİR.</p> <p>YAKINMASI: GÜN İÇİNDE UYKULULUK YAKINMASI, KONSANTRASYON EKSİKLİĞİ</p> <p>ANAMNEZ VE MUAYENE: HASTANIN GECE UYKUSUNDA NEFESİNİN KESİLDİĞİ YAKINLARI TARAFINDAN İFADE EDİLMEKTEDİR. KENDİSİ SABAH DİNÇ OLARAK UYANAMADIĞINI, SABAH KALKTIĞINDA BAŞ AĞRISI OLDUĞUNU, AĞZININ KURUDUĞUNU, GÜN İÇERİSİNDE YORGUNLUK ÇEKTİĞİNİ İFADE ETMekte. NÖROLOJİK MUAYENE NORMAL SINIRLARDADIR.</p> <p>LABORATUVAR BULGULARI:</p> <p>YAKINMALARI NEDENİ İLE ÖNCESİNDE YAPILAN POLİSOMNOGRAFI RAPORUNDA: B..... EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (16.05.2006/435): TOPLAM KAYIT SÜRESİ: 480 DK, TOPLAM UYKU SÜRESİ: 376 DK, UYKU LATENSİ: 2 DK, REM LATENSİ: 6 DK, UYKU SONRASI UYANIKLIK SÜRESİ: 67 DK, DÖNEM 1 UYKU YÜZDESİ: 23, DÖNEM 2 YÜZDESİ: 35, DÖNEM 3 YÜZDESİ: 14, REM UYKU YÜZDESİ: 17 OLUP, APNE HİPOPNE İNDEKSİ: 35/SAAT, TOPLAM BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 7/SAAT, PERİYODİK BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 2/SAAT, OKSİJEN DESATÜRASYON İNDEKSİ: 14,8, ORTALAMA OKSİJEN SATÜRASYONU: %92, EN DÜŞÜK OKSİJEN SATÜRASYONU: %86'DIR.</p> <p>KLINİĞİMİZ UYKU LABORATUVARI POLİSOMNOGRAFI ÇALIŞMASINDA (17.10.2017/214): TOPLAM KAYIT SÜRESİ: 488 DK, TOPLAM UYKU SÜRESİ: 415 DK, UYKU LATENSİ: 1 DK, REM LATENSİ: 1 DK, UYKU SONRASI UYANIKLIK SÜRESİ: 65 DK, DÖNEM 1 UYKU YÜZDESİ: 21, DÖNEM 2 YÜZDESİ: 38, DÖNEM 3 YÜZDESİ: 19, REM UYKU YÜZDESİ: 17 OLUP, APNE HİPOPNE İNDEKSİ: 34,6/SAAT, TOPLAM BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 7/SAAT, PERİYODİK BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 2/SAAT, OKSİJEN DESATÜRASYON İNDEKSİ: 14,6, ORTALAMA OKSİJEN SATÜRASYONU: %94, EN DÜŞÜK OKSİJEN SATÜRASYONU: %86'DIR.</p> <p>KLINİĞİMİZ UYKU LABORATUVARI PAP TİTRASYONU ÇALIŞMASINDA (18.10.2017/214): TOPLAM KAYIT SÜRESİ: 488 DK, TOPLAM UYKU SÜRESİ: 415 DK, UYKU LATENSİ: 1 DK, REM LATENSİ: 1 DK, UYKU SONRASI UYANIKLIK SÜRESİ: 65 DK, DÖNEM 1 UYKU YÜZDESİ: 21, DÖNEM 2 YÜZDESİ: 38, DÖNEM 3 YÜZDESİ: 19, REM UYKU YÜZDESİ: 17 OLUP, APNE HİPOPNE İNDEKSİ: 17/SAAT, TOPLAM BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 7/SAAT, PERİYODİK BACAK HAREKETİ İNDEKSİ: 2/SAAT, OKSİJEN DESATÜRASYON İNDEKSİ: 14,6, ORTALAMA OKSİJEN SATÜRASYONU: %94, EN DÜŞÜK OKSİJEN SATÜRASYONU: %86'DIR.</p> <p>TANI: OBSTRÜKTİF UYKU APNE SENDROMU</p> <p>KARAR: DURUMU B/47 F-2'YE UYAR. ASKERLİK YAPMAYA ELVERİŞLİ DEĞİLDİR.</p>
--

Şekil 16. B/47 F-2 rapor içerik örneği

Dikkat Edilmesi Gereken İdari Konular

Tanısı ve kararı ne olursa olsun, hakkında işlem yapılacak personelin evrakları ve işlem esaslarında bazı konulara azami özen ve dikkat gösterilmelidir:

1. Sağlık kuruluna başvuracak tüm personel ilgili makamlarca düzenlenen sevk yazısı ile hastaneye müracaat eder. Sevk yazısını hazırlayan makam tarafından personelin ne maksatla muayene edildiği sevk yazısında belirtilir. Erbaş/er ile yükümlülerin sevkleri Türkiye Cumhuriyeti kimlik numarası belirtilmiş, imzalı ve fotoğraflı (mühürlü/soğuk damgalı ve yapışkan asetatlı) sevk yazısı ile yapılır. Fotokopi ile çoğaltılmış fotoğraflar sağlık kurulu işlemlerinde kullanılmaz. Hasta kabulünde sevk kağıdının kontrol edilerek işleme başlanması gerekmektedir ve verilen karar da sevk nedenine yanıt niteliğinde olmalıdır.

2. Adayın kimliği titizlik ile değerlendirilmelidir. Sevk edilen şahıs ile muayene edilen, tetkik edilen (EEG vb.) ve heyet işlemi yapılan hastanın hep aynı şahıs olup olmadığının değerlendirilmesinin önemi defalarca vurgulanmaktadır. Zamanında, sağlıklı bireylerin yerine kimlik kontrolü yapılmaksızın, epilepsi hastalarının EEG kayıtları kullanılarak, hasta olmayan kişiler için askerliğe elverişli değildir kararının alındığı bilinmektedir. Sorumluluk her zaman heyet raporunu yazan hekime ait olduğu için bu konuda titiz davranılması gerekmektedir.

3. Sağlık kurulu rapor formatı ve gerekli bilgilerin rapora yazılması kurallara bağlanmıştır. İlgili yazılar incelenmelidir (2,7).

4. Adayın heyet işlemi görmesine neden olan hastalığa dair yakınması, hastalık ve aile öyküsü ile muayene bulguları açıklanır. Son olarak hastalığın tanısını destekleyecek laboratuvar sonuçları, varsa tanyıl belirleyen ameliyat bilgileri ve klinik karar yazılarak

rapor sonuçlandırılıp yazan doktor tarafından imzalanır. Hastalık ile ilgili tetkiklere yönelik laboratuvar raporları, klinik raporunun hemen altına, hangi laboratuvar yapıldığı belirtilerek, protokol numarası ile yazılır. Dış merkezden alınan raporlar (ilaç raporu, tetkik sonuç raporu vb.) başta baplık veya mesul müdürlük onaylı olmalıdır. Raporun tanısı ve kararı SYY ekinde yer alan hastalıklar listesindeki madde, dilim ve fıkralara uygun bir şekilde yazılır.

Sonuç

Bu yazı ile Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş merkezlerde, TSK, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı mensubu olan personel, öğrenciler ve bunların adaylarının sağlık kurulu işlemlerinde dikkat edilmesi gereken genel hususlar, nöroloji uzmanı tarafından kullanılan maddelerin açıklamalı örnekleri ile tanıtılması amaçlanmıştır. Nörolojik hastalığı bulunanlar hakkında daha doğru, hızlı ve güvenilir karar verebilmeleri için nöroloji uzmanlarına karar mekanizmaları ve hangi işlemlerin nasıl yapıldığı açıklanmış ve rehberlik yapmak hedeflenmiştir. 669 sayılı KHK ile tüm bu görevler Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere devredilmiş olup, meslektaşlarımız her zaman bildikleri ancak uygulama eksiklikleri nedeniyle hata yapmaya daha müsait oldukları bir idari yükün altına girmişlerdir. Bu yazının hazırlanmasındaki amaç nöroloji uzmanlarını bilgilendirerek, yıllar içerisinde çıkabilecek idari sıkıntılar ile karşılaşmamaları için hangi konulara özen göstermeleri gerekliliği konusunda destek olmak, tecrübemizi paylaşmak ve yol göstermektedir. Elbette ki her hasta ve durum birbiri ile aynı olmamaktadır ancak genel çerçevesi ile hayali hastalar üzerinden yazılan rapor örnekleri ile konunun daha anlaşılır olması amaçlanmıştır.

Deneyim, bilgi düzeyi ve laboratuvar olanaklarımız ne olursa olsun askerlik hizmeti gibi idari amaçlı raporların hazırlanmasında kötü niyetli insanların sistemi amaç dışı kullanılabilecekleri varsayımı her zaman akılda tutulmalı ve gereken tedbir alınmalıdır.

Etik

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Z.G., S.B., Dizayn: Z.G., S.B., Veri Toplama veya İşleme: S.B., G.K., S.D., Analiz veya Yorumlama: S.B., G.K., S.D., Z.G., Literatür Arama: S.B., G.K., S.D., Yazan: S.B., G.K., S.D., Z.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı ve Sahil Güvenlik Komutanlığı Sağlık Yeteneği Yönetmeliği; 2016. Erişim tarihi: 06 Nisan 2018. Erişim adresi: http://www.msb.gov.tr/Content/Upload/Docs/basin/saglik_2017.pdf
2. Türkiye Cumhuriyeti Milli Savunma Bakanlığı Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı Personelinin Sağlık Muayene Yönergesi; MSY 33 - 3, 2016. Erişim tarihi: 06 Nisan 2018. Erişim adresi: <http://www.msb.gov.tr/Content/Upload/Docs/basin/MSY%2033-3%20Y%C3%96NERGE.pdf>

3. Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Asker Hastanelerinin Devrine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Karar. Resmi Gazete 2016;29804:2016/9109. Erişim tarihi: 06 Nisan 2018. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>
4. Doğulu S. Orduda Sara Problemleri Radikal Şekilde Ne Suretle Halledilebilir? Ankara: Genelkurmay 1. No Basımevi; 1952.
5. Bek S, Gökçil Z. Epilepsi ve askerlik. *Epilepsi* 2007;13:12-16.
6. Bek S, Gökçil Z. Epilepsi, Askerlik, Ehliyet ve Hukuk. *J Neurol-Special Topics* 2012;5:133-137.
7. Koç G, Bek S, Gökçil S. Epilepsi ve Askerlik. *Epilepsi* 2017;23:91-96.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü arşivi. Erişim tarihi: 06 Nisan 2018. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27409,yetkili-saglik-kuruluslar-listesipdf.pdf?0>
9. Ramagopalan SV, Sadovnick AD. Epidemiology of multiple sclerosis. *Neurol Clin* 2011;29:207-217.
10. Noseworthy JH, Lucchinetti C, Rodriguez M, Weinshenker BG. Multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2000;343:938-952.
11. Türk Börü Ü, Alp R, Sur H, Gül L. Prevalence of Multiple Sclerosis Door-to-Door Survey in Maltepe, Istanbul, Turkey. *Neuroepidemiology* 2006;27:17-21.
12. Çelik Y, Birgili O, Kıyat A. Edirne şehir merkezinde multiple skleroz prevalansı çalışması. 39. Ulusal Nöroloji Kongresi, 22-26 Ekim 2003 Antalya, Türkiye.
13. Alp R, Alp Sİ, Plancı Y, Yapıcı Z, Türk Börü Ü. The Prevalence of Multiple Sclerosis in the North Caucasus Region of Turkey: Door-to-Door Epidemiological Field Study. *Noro Psikiyatr Ars* 2012;49:272-275.
14. Kabakuş N, Açık Y, Kurt A, Özdiller DŞ, Kurt N, Aygün AD. Serebral palsili hastalarımızın demografik, etiyolojik ve klinik özellikleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005;48:125-129.
15. Hughes R. Investigation of peripheral neuropathy. *BMJ* 2010;341:c6100.
16. Fridman V, Murphy SM. The spectrum of axonopathies: from CMT2 to HSP. *Neurology* 2014;83:580-581.
17. Salazar GJ. Tomaculous neuropathy in an airline pilot. *Aviat Space Environ Med* 2007;78:720-723.
18. North KN. Clinical approach to the diagnosis of congenital myopathies. *Semin Pediatr Neurol* 2011;18:216-220.
19. Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR, Graham NM. Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. *Clin Immunol Immunopathol* 1997;84:223-243.
20. Bohan A, Peter JB, Bowman RL, Pearson CM. Computer-assisted analysis of 153 patients with polymyositis and dermatomyositis. *Medicine (Baltimore)* 1977;56:255-286.
21. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus İstatistikleri. Erişim tarihi: 06 Nisan 2018. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr>
22. Karaagaç N, Yeni SN, Senocak M, et al. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia* 1999;40:637-642.
23. Aziz H, Güvener A, Akhtar SW, Hasan KZ. Comparative epidemiology of epilepsy in Pakistan and Turkey: population-based studies using identical protocols. *Epilepsia* 1997;38:716-722.
24. Çalışır N, Bora I, Irgil E, Boz M. Prevalence of epilepsy in Bursa city center, an urban area of Turkey. *Epilepsia* 2006;47:1691-1699.
25. Balal M, Demir T, Aslan K, Bozdemir H. The Determination of Epilepsy Prevalance in Adana City Center and Relationship with Sociodemographical Factors. *TJFMPC* 2017;11:20-28.
26. Uluc K, Albakir M, Saygi S. The tendency to have psychogenic non-epileptic attacks out of camera view during long-term video-EEG monitoring. *Seizure* 2002;11:384-385.
27. Angus-Leppan H. Seizures and adverse events during routine scalp electroencephalography: a clinical and EEG analysis of 1000 records. *Clin Neurophysiol* 2007;118:22-30.
28. Müller T, Merschhemke M, Dehnicke C, Sanders M, Meencke HJ. Improving diagnostic procedure and treatment in patients with non-epileptic seizures (NES). *Seizure* 2002;11:85-89.
29. Gökçil Z, Odabaşı Z, Özdağ F, Tanrıdağ O, Vural O, Yardım M: 204 Epileptik Hastada Anamnez, Nöbet Tipleri ve EEG Bulgularının İncelenmesi. XXIX. Ulusal Nöroloji Kongresi, 1993, İstanbul, Türkiye.
30. Demir AU, Ardic S, Firat H, et al; TAPES Investigation Committee. Prevalance of sleep disorders in the Turkish adult population epidemiology of sleep study. *Sleep and Biological Rhythms* 2015;13:298-308.