

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ VE YÖNETİMİ
ANABİLİM DALI

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABI HASTANESİ'NDE
YATARAK TEDAVİ GÖREN MENTAL RETARDASYONLU (MR)
ÇOCUKLARIN MALİYET ANALİZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zehra İNCE

KASIM 2014
TRABZON

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABI HASTANESİN'DE YATARAK
TEDAVİ GÖREN MENTAL RETARDASYONLU (MR) ÇOCUKLARIN
MALİYET ANALİZİ

Zehra İNCE

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde
“YÜKSEK LİSANS”
Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 03/11/2014

Tezin Savunma Tarihi : 11/11/2014

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK

TRABZON 2014

T.C.
AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yönetimi yüksek lisans programı çerçevesinde ve Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Zehra İNCE tarafından hazırlanan "Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nde Yatarak Tedavi Gören Mental Retardasyonlu Çocukların Maliyet Analizi" başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 12/11/2014 gün ve 21 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN
JÜRİ BAŞKANI

Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK
Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mustafa KÖKSAL
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde emeği olan, bana rehberlik eden danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK'a,

Yakın zamanda tanıyıp kısa sürede kaybettiğimiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü değerli Hocamız Prof. Dr. Mutasım SÜNGÜN'ne,

Bize bu eğitim fırsatını veren Avrasya Üniversitesi'ne,

Çalışmanın yürütülmesine izin veren Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Başhekimliği'ne,

Varlıkları ile bana güç veren sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zehra İNCE
Trabzon 2014

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi’nde Yatarak Tedavi Gören Mental Retardasyonlu Çocukların Maliyet Analizi” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri ilgili laboratuarlarda yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma süresinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim. 12/11/2014

Zehra İNCE

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	III
ÖNSÖZ.....	IV
TEZ BEYANNAMESİ.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGE VE KISALTMALAR.....	X
ÖZET	X
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Mental Retardasyon Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Mental Retardasyonun Etiyolojisi	4
2.2.1. Çevresel Nedenler.....	5
2.2.2. Genetik Nedenler	6
2.3. Mental Retardasyonun Sınıflandırılması	6
2.4. Mental Retardasyonu Değerlendirme Yöntemleri.....	8
2.5. Mental Retardasyona Yaklaşım	9
2.6. Mental Retardasyona Eşlik Eden Sorunlar ve Sağlık Kuruluşuna Maliyeti.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	15
3.1. Araştırmanın Tipi.....	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	15
3.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri	15
3.5. Veri Toplama Yöntemi	16
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	16
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	16
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	24
6. SONUÇ	27

7. KAYNAKÇA	29
ÖZGEÇMİŞ.....	32
EKLER	33

TABLÖLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	18
Tablo 2. Mental Retardasyonlu Hastaların Mevcut Tanıları	19
Tablo 3. Mental Retardasyona Neden Olabilecek Faktörler	20
Tablo 4. Mental Retardasyonlu Hastaların Genel Durumu	21
Tablo 5. Hastaların Zihinsel Özür Düzeyleri.....	21
Tablo 6. Hastaların Zihinsel Özür Derecelerine Göre Tedavi Maliyeti ve Yatış süreleri ...	22
Tablo 7. Mental Retardasyonlu Hastaların Hastaneye Yatış Nedenleri	22

,

KISALTMALAR DİZİNİ

ASYE	: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
CP	: Serebral Palsy
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GÖR	: Gastroözefagial Reflü
HİE	: Hipoksik İskemik Ensefalopatisi
ID	: Intellectual Disability
İKK	: İntrakranial Kanama
MR	: Mental Retardasyon
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSPE	: Subakut Sklerozan Panensefalit
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ZK=IQ= ZB	: Zeka Düzeyi

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ FARABI HASTANESİ'NDE YATARAK TEDAVİ GÖREN MENTAL RETARDASYONLU ÇOCUKLARIN MALİYET ANALİZİ

Zehra İNCE

**Avrasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yönetimi
Danışman: Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK
2014, 31 Sayfa 4 Sayfa Ek**

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Mental Retardasyonlu Çocukların Hastaneye Maliyetini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma 01.01.2014 -30.05.2014 tarihleri arasında KTÜ Farabi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 4-18 yaş arası 40 hasta (10 kız 30 erkek) ile yapıldı. Veriler bu hastaların dosyalarından ve 01.06.2013 - 30.05.2014 tarihleri arasında kurumun bir yıllık fatura bilgilerinden elde edildi.

Hastaların %25'i kız, %75'i erkektir. Hastaların %47.5'i köyde yaşamakta, %65'inin sosyal güvencesi SSK, %57.5'inin geliri 900 TL'nin altındadır. Annelerin %45'inin hamilelik yaşı 29'dan küçüktür. Aile'lerin %35'inde 1.derece akraba evliliği bulunduğu görülmektedir. Hastaların %55'i hipoksik doğum yaşamış, %70'i ise epilepsi-konvülsiyon geçirdiği görülmüştür. Hastaların %45'inin ağır MR hastası olduğu ve en sık %35 oranında alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) ile hastaneye başvurduğu ortaya konmuştur. Çok ağır MR grubunda olan hastalar hastanede bir yılda ortalama 121.5 gün tedavi görmüş ve hastalara uygulanan tedavinin toplam maliyeti ortalama 67259,60 TL olduğu anlaşılmıştır.

Bu çalışma sonucunda MR'li çocukların ve bu hastalığa ek enfeksiyon (ASYE, bronşit-astım, epilepsi-konvülsiyon, malnütrisyon, üriner sistem enfeksiyonu vb.) gibi nedenlerle hastanede yattıklarını, bunların da tedavi ve bakım maliyetlerini önemli oranda artırdığı ortaya konmuştur.

Anahtar Sözcükler: Mental Retardasyon, Toplum, Maliyet Analizi

Master Thesis

ABSTRACT

**THE COST ANALYSIS OF CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION IN
KARADENİZ TECHNICAL UNIVERSITY FARABI HOSPITAL**

Zehra İNCE

**Avrasya University
Institute of Medical Sciences
Health Facilities Management and Teacher Department
Supervisor: Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK
2014, 31 Pages, 4 Appendix Pages**

This research in this direction, patients with mental retardation children's costanalysis was performed to determine in the Karadeniz Technical University (KTU) Farabi Hospital.

The research was done with 40 MR inpatient (10 female and 30 male) who get treatment at the age of 4-18 at KTU Farabi Hospital between 01/01/2014 and 31/05/2014. Data were collected from files of patients and from the Cost Analysis Assessment Survey of Children with Mental Retardation between 01.06.2013-30.05.2014.

25 percent of patients are female and 75 percent are male. 47.5 percent of them are living in the country and 65 percent have SSK (National Health Insurance Agency) insurance. 57.5 percent of the patients salary are under 900 Turkish Liras. The age of 45 percent pregnant are under 29. 35 percent of families have first-degree intermarriage. 55 percent had hypoxic birth, and 70 percent are epilepsy patients. 45.0 of the patients came to the hospital for lower respiratory tract infection-the most common reason with the 35.0 percent. In our group of patients with very severe MR got 5 months treatment and stayed on average 121.50 days in the hospital and the total cost of treatment that carried out for the patients is 67259,60 Turkish Liras.

As a result of this study we learn that mentally handicapped children are treated in hospitals for MR and in addition to infections to these illnesses (ASYE, bronchitis- asthma, epilepsy, malnutrition, convulsions) and these factors significantly increase the cost of treatment and nursing.

Key Words: Mental Retardation, Community, Cost Analys

1. GİRİŞ

Zeka, insanın zihinsel birçok yeteneğinin uyumlu çalışması sonucu oluşan yetenekler bütünüdür. Düşünme, mantık yürütme, algılama, öğrenme, bellek, yargılama, sonuç çıkarma gibi yeteneklerdir. Bu yeteneklerin birbiriyle uyumlu çalışması sonucunda zihinsel faaliyetler yürütülmektedir [1]. Mental Retardasyon (MR), çevreye uyum yeteneği ve zihinsel fonksiyonların anlamlı derecede kısıtlı olması ile karakterize; 18 yaşın altındaki kişilerde zeka bölümü ile ölçülen entelektüel fonksiyon düzeyinin 70 veya daha düşük olması ve bunun yanı sıra adaptasyonla ilgili fonksiyonların; iletişim, kişisel bakım, sosyal/kişilerarası beceriler, iş/meslek ve akademik beceriler vb. en az ikisinde kişinin yaşına ve kültürel düzeyine göre beklenen standardın altında bulunması olarak tanımlanmaktadır [2, 3]. Günümüzde sağlık ve eğitim alanlarında mental retardasyon anlamında; ‘zeka geriliği’, ‘zeka yetersizliği’, ‘zihinsel engellilik’, ‘normal altı zeka’, ‘oligofreni’, ‘gelişimsel engellilik’ ve ‘gelişimsel gecikme’, ‘ID’ intellectual disability’ gibi terimlerde kullanılmaktadır [4].

2010 yılında TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından yapılan ‘Özürlülerin Sorun ve Beklentilerini Araştırması’ sonuçlarına göre Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan özürlülerin %29.2’si zihinsel özürlü olduğu görülmektedir. Ayrıca bu zihinsel özürlü bireyler 0-6 yaş grubunda %7.4, 7-14 yaş grubunda %36.1, 15-24 yaş grubunda ise %27.5 oranındadır [5]. Mental Retardasyonu olan birey sayısının 700.000; hafif ve orta derecedeki olgularla birlikte bu sayının 1.450.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Bunun yanı sıra DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) zihinsel engelli bireylerin genel toplum içinde %2-3 oranında görüldüğünü belirtmiştir. Bu sayısal veriler engelliliğin ülkemiz için önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir.

Dünya nüfusunun yaklaşık %2-3’ünün MR den etkilendiği bilinmektedir. Erkeklerde kızlara göre yaklaşık %30 oranında daha fazla görülmektedir. Erkeklerde sıklıkla görülmesinin nedenleri arasında genel sosyal yaklaşımların ev dışı faaliyetlere, eğitim olanaklarına ve medikal olanaklara erkeklerin daha fazla ulaşabilir olması ya da teknolojik olanakların etkili olabileceği düşünülse de, X’e bağlı kalıtımın mental retardasyonda etkin olduğu öngörülmektedir [6].

Mental retardasyon etiyojisinde çevresel ve genetik sebeplerin birlikteliği söz konusudur. Bilinen en sık nedenleri arasında kromozom anomalileri yer alır. Kromozomal anomaliler, sayısal ya da yapısal olabilirler, tüm kromozomu ya da belirli bir bölümü ilgilendirebilir [7, 8]. Ayrıca tek gen hastalıkları, yapısal santral sinir sistemi anomalileri, hipoksik-iskemik ensefalopati, intrauterin enfeksiyonlar, toksinler, teratojenler ve prematürite komplikasyonları, prenatal/perinatal/postnatal etkenler, çevresel/teratojenik ve ailesel/kültürel nedenler, genetik sendromlar, metabolik/endokrin nedenler MR etiyojisinde etkilidir [9].

MR'nin neden olduğu ciddi ve yaşam boyu süren özür, etkilenmiş çocukların yanı sıra aileleri ve toplum üzerinde ağır bir yük oluşturmaktadır. Mental Retardasyonlu çocuğa sahip olan anne ve babaların, eş olarak birbirlerinden, hayattan, hayattaki beklentilerinden, mesleklerinden, yakın çevreden ve toplumdan beklentileri farklılaşır. Bu durumun aile üzerinde bir takım olumsuzluklara ve değişikliklere yol açtığı belirtilmektedir. Yaşanan bu olumsuzlukların nedenleri; engelli çocuğun ailede yarattığı stres, karşılaşılan fiziksel, maddi ve psikolojik sorunları, ailede engelli kardeşin olması, engelli çocuğun anne ve babasının üstlendiği roller, ailelerin kendilerini anlamayan personele veya uzmana rastlamaları ve aile üyelerinin, arkadaşlarının ve yakın çevredekilerin gösterdikleri tepkiler olarak belirtilmektedir [10, 11].

Mental Retardasyon tıbbi, sosyal, eğitsel ve ekonomik olmak üzere çok yönlü bir problemdir. Etiyojisi aydınlatılmadığı durumlarda, hastaların çeşitli MR nedenleri için tekrar tekrar tetkik edilmesi, genetik danışmanlık, özel eğitim, fiziksel rehabilitasyon ve ruh sağlığı yaklaşımları gerektiren tedaviler ile emek ve zaman harcanmakla birlikte toplumuna ve sağlık kuruluşlarına maliyeti ciddi düzeyde artırmaktadır. Bu sonuçlardan yola çıkılarak bu çalışma KTÜ Farabi Hastanesinde yatarak tedavi gören Mental Retardasyonlu çocukların maliyet analizini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mental Retardasyon Tanımı ve Epidemiyolojisi

Mental Retardasyon gelişim dönemlerinde ortaya çıkan, çevreye uyum ve davranışlardaki bozulma ile birlikte olan, genel zihinsel fonksiyonların ortalamasının anlamlı derecede altında olması şeklinde tanımlanmaktadır. Mental retardasyon zihinsel yeteneklerin yetersiz gelişimini ifade eden kronik bir durumdur. Kronik hastalık ise yavaş ilerleyen, 3 ay ve daha uzun süreli, birden fazla risk faktörünün neden olduğu, genellikle komplike bir seyir gösteren ve kişinin yaşam kalitesini etkileyen hastalıklardır [3].

Amerikan Psikiyatri Birliği psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerinde (DSM IV) bireyin zihinsel özürlülük durumunun tespit edilmesinde üç önemli ölçüt belirlemiştir:

1.Genel zeka fonksiyonlarında ortalamasının altında olunması; Standart olarak uygulanan zeka testlerinde alınan puanın 70 ya da altında olması.

2.Uyumsal davranışlarda yetersizlik olması; Uyumsal davranışlar, bireyin bulunduğu yaş ve yetiştiği kültür gruplarından beklenen bağımsızlık ve sosyal sorumlulukları yerine getirmesidir. Amerikan Zihinsel Özürlülük Birliği'nin belirlediği uyumsal davranış alanları; iletişim, öz bakım, ev yaşamı, toplumsal ve kişisel beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma, kendini yönetme, okulla ilgili işlevsel beceriler, iş hayatı, boş zamanlarını değerlendirme, sağlık ve güvenlidir. Bu uyumsal davranışlardan iki ya da daha fazlasında yetersizlik belirlenmesi teşhis için yeterli sayılmaktadır.

3.Başlangıç yaşının 18'den önce olması; 18 yaşından önceki dönem zihinsel gelişimin olduğu dönemdir. Bu sınırlamanın nedeni ise zihinsel engellik durumunu, zihinsel fonksiyonlarda gerilik ve uyumsal davranışlarda yetersizlik gösteren diğer engel durumlarından ayırmaktır [12, 13].

Günümüzde dünya nüfusunun önemli bir oranını zihinsel, fiziksel ya da duygusal özürler oluşturmaktadır. Mental retardasyonun prevalansı, toplumun sosyo-ekonomik, genetik yapısına ve mental retardasyonu belirlemek için kullanılan yöntemlere göre toplumdan topluma değişmektedir. Zihinsel, fiziksel ya da duygusal özürleri sonucu özürli birey sayısı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre gelişmiş ülkelerde nüfuslarının %10'unu, gelişmekte olan ülkelerde ise %13'ünü oluşturduğu tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu oran %2-3, Finlandiya ve İsveç'te ise %0.5 tir [8].

Ülkemizde, değişik özür gruplarından 10 milyona yakın birey yaşamaktadır. Benzer şekilde 2010 yılı TÜİK Raporuna göre kayıtlı olan özürülülerin %29.2'si zihinsel özürülü olduğu görülmektedir [5, 14].

Ülkemizde zihinsel özürülülüğü olan bireylerin sıklığını bildiren yeterli veri bulunmamaktadır. Ancak genel hesaplamalara göre yetmiş milyon nüfus için Mental Retardasyonu olan birey sayısının 700 000; hafif ve orta derecedeki olgularla birlikte bu sayının 1.450.000 civarında olduğu tahmin edilmektedir [14]. Ayrıca Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Haziran 2014 verilerine göre; Engelli Bireylere İlişkin İstatistiki Bilgiler Türkiye'de yaşayan tüm engelli bireyleri kapsamamakla birlikte Ulusal Engelliler Veritabanı'nda kayıtlı, adresi, engel grubu ve engelli sağlık kurulu rapor bilgileri bilinen, yaşayan toplam 1.802.863 engelli birey olduğu, bunlar; süreğen hastalıklar 976.752, zihinsel engelli 548.896, ortopedik engelli 403.006, görme engelli 269.665, ruhsal ve duygusal engelli 213.083, işitme engelli 200.549, dil ve konuşma engelli 49.925 kişi şeklinde bildirilmiştir [15].

2.2. Mental Retardasyonun Etiyolojisi

Mental retardasyon birçok nedenden kaynaklanabilmektedir. Mental Retardasyona neden olan faktörlerin belirlenmesi tedavinin ve bakımın düzenlenmesinde, toplumu aydınlatacak koruyucu önlemlerin belirlenmesinde ve prognozun olumlu yönde ilerlemesinde oldukça önemlidir [3].

Ailede genetik hastalık hikayesi, nöro kognitif disfonksiyon, serebral palsy, hipotoni, konvülsiyon, doğum defektleri (kardiyak defekt, yarı damak), büyüme anomalileri, ailesel olmayan dismorfik özellikler, ailede tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olması mental retardasyon açısından risk oluşturmaktadır [8, 16].

Mental retardasyonun etmenleri heterojen olmakla birlikte, çevresel faktörler ve genetik ayrı ayrı ya da bir arada etkin olmaktadır. Bu nedenle kaynağını tanımlamak çok güçtür. Günümüzde, ağır MR' nin, %60-75 inin etiyojisi belirlenebilirken, hafif MR de bu oran %38-55'e düşmektedir. Ağır MR'nin %25-50'sinden genetik faktörlerin sorumlu olduğu bildirilmektedir [6].

2.2.1. Çevresel Nedenler

Mental retardasyon etkilenim zamanına göre; prenatal, perinatal ve postnatal olmak üzere 3 dönemde incelenebilir [6, 8, 16].

- Prenatal Nedenler
 - Genetik
 - Kromozom hastalıkları: Trizomiler, Frajil X
 - Nörokütan hastalıklar: Nörofibromatozis, tuberoskleroz
 - Metabolizma hastalıkları: Fenilketonüri, organik asidemiler, lizozom/peroksizom/mitokondri hastalıkları, mukopolisakkaridozlar
 - Anne/fetüs enfeksiyonları: TORCH, enfeksiyöz hepatit, kabakulak
 - Gelişimsel serebral anomaliler: Ailevi mikrosefali, kraniosinostoz, konjenital hidrosefali
 - Radyasyon (7-15. hafta)
 - Hipotiroidi Anneye ait nedenler: Maternal FKU (fenilketonüri), iyot eksikliği, vitamin eksiklikleri (riboflavin=B2 vitamin), diyabet, alkol kullanımı, ilaçlar
- Perinatal Nedenler
 - Doğum travması: Hipoksi/asfiksi
 - Edinsel metabolik bozukluklar: Hipoglisemi, hiperbilirubinemi
 - Enfeksiyon: Bakteriyel menenjit, sepsis
 - İntraventriküler kanama
 - Multiple konjenital deformiteler
 - Neonatal konvülsiyonlar
- Postnatal Nedenler
 - Enfeksiyon: Menenjit, ensefalit
 - Travma
 - İntoksikasyon: Kurşun, uzun süreli antikonvülzan kullanımı
 - Çevresel nedenler
 - Doğumsal metabolizma hastalıkları
 - Organel hastalıkları: Lizozom, peroksizom, mitokondri
 - Diğer: Reye sendromu, beyin tümörleri, böbrek/karaciğer yetmezliğidir.

2.2.2. Genetik Nedenler

Mental retardasyonun kalıtsal pek çok nedenleri olup, bunlar X'e bağı resesif olarak kalıtılan izole mental retardasyon, bunun mikrosefali/hidrocefali ile olan hali X kromozomuna bağı resesif metabolik ve dejeneratif hastalıklarla birlikte olan Hunter mukopolisakkaridozu, Menkes "kinkyhair" sendromu, ornitin transkarbamilaz eksikliği, Lesch-Nyhan sendromu, Pelizaeus-Merzbacher hastalığı sıralanabilir. Ayrıca otozomal dominant kalıtılan Aicardi sendromu, Rett sendromu, incontinenca pigmenti bu grupta yer alan mental retardasyon nedenleridir [17, 18, 19, 20].

2.3. Mental Retardasyonun Sınıflandırılması

MR'nin derecesi zekâ katsayısı ($ZK=IQ=ZB$) ile belirlenmektedir. Zeka katsayısı için gerekli değerlendirmeler, çocuğun yaşlarıyla karşılaştırıldığı ve içinde yaşadığı toplum için standartlaştırılmış testlerle yapılmaktadır.

$$\text{Zeka Katsayısı}=(\text{ölçülebilen zeka yaşı} / \text{gerçek yaşı}) \times 100$$

formülüyle ifade edilmektedir [3, 6].

Normal zeka ortalama 90-110 olarak kabul edilmektedir. Hiçbir çocuk en az üç ay arayla yapılan iki ayrı IQ testinden 70'in altında puan almadıkça mental retardasyon olarak isimlendirilmemelidir. Genellikle iki yaş öncesi çocuğun zeka katsayısından bahsetmemek gerekmektedir. Çünkü yaşamın ilk iki yılı içinde bu testlerde kötü performans gösteren bir çocuk, uygun şartlarda dört yaşına kadar bu geriliği kapatabilmektedir [3, 6].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre zeka seviyesinin sınıflandırılması [21].

Çok üstün zeka	:130 ve üzeri
Üstün zeka	:120- 129
Parlak zeka	:110 - 119
Normal zeka	:90-109
Donuk normal zeka	:80- 89
Sınır mental retardasyon	:70- 79
Mental Retardasyon	:69 ve altı
Hafif mental retardasyon	:52- 69
Orta derecede mental retardasyon	:36- 51
Ağır mental retardasyon	:20-35
Derin zeka geriliği	:20'den düşük

MR, IQ skorlamasına göre 4 farklı düzey altında sınıflandırılmaktadır [6, 22, 23].

1. Hafif MR (IQ=52-69): MR'nin yaklaşık %80-85'ini oluşturmaktadır. Bu düzeydeki çocuklarda duyuşal ve motor bozukluklar azdır. Konuşma becerilerini okul öncesi dönemde kazanırlar. Erişkin yaşta bağımsız yaşayabilme becerilerini elde edebilirler. Sosyal becerileri, iletişimleri ve fonksiyonel akademik yetileri geridir. Uygun bir eğitim ile toplumda normal bir yaşantı sürdürebilirler.
2. Orta MR (IQ=36-51): MR'nin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Çoğu konuşma becerisini erken yaşta kazansa da gecikme söz konusudur. Bu çocuklar basit işlerde çalışabilir ve öz bakımlarını yerine getirebilirler. Tanıdıkları alanlarda tek başlarına kaybolmadan dolaşabilirler. Ergenlik dönemlerinde, toplumsal adetleri, gelenek ve görenekleri öğrenmedeki zorlukları nedeniyle yaşlılarıyla ilişkileri bozulabilir. Basit düzeyde iletişim becerisi kazanabilirler.
3. Ağır MR (IQ=20-35): MR'lerin yaklaşık %3-4 ünü oluşturmaktadır. Erken çocukluk döneminde konuşma becerilerini kazanamazlar ya da çok az kazanırlar. Konuşmayı okul döneminde öğrenebilirler, yürümeleeri gecikebilir. Temel bakım konusunda eğitilebilirler. Erişkinlikte emir ve gözlem ile çok basit temel ihtiyaçlarını yerine getirebilirler.
4. Çok Ağır MR (IQ=0-20): Bu grup %1-2 civarındadır. Tüm alanlarda gerilik vardır. Konjenital anomaliler ve MR'ye neden olan nörolojik problemler sık gözlenir. Gözetim altında, her türlü bakımlarının ve öz ihtiyaçlarının başkaları

tarafından gerçekleştirilmesi gerekir. Yoğun eğitimle motor gelişim, öz bakım ve iletişim yetileri çok az da olsa arttırılabilir.

2.4. Mental Retardasyonu Değerlendirme Yöntemler

Mental retardasyonun değerlendirilmesinde bir çok zeka testi kullanılmaktadır. Sık kullanılan zeka testleri;

1. Bayley Bebek Gelişim Ölçeği (BSID-2) (1 ay-3.5 yaş arası çocuklara): Hafif mental retarde vakaları saptamakta çok yeterli olmasa da ağır mental retarde vakalarda kullanılabilen bir ölçektir. Bir ay ile üç buçuk yaş arası kullanılır. Mental Gelişim İndeksi ve Psikomotor Gelişim İndeksi mevcuttur. Bireyin konuşma, davranış, kaba motor beceriler, görsel problemleri çözebilme yeteneği ölçülür [23, 24, 25].
2. Stanford-Binet Zeka Ölçeği (2-16 yaş arası çocuklara): Okul çağı çocuklar için geçerli bir ölçektir. Toplam on beş alt testten oluşur. Zeka sözel yetenekler, sayısal çözümlenme, kısa süreli hafıza, soyut veya görsel düşünme olmak üzere dört ana alanda değerlendirilir [23, 24, 25].
3. Wechsler Zeka Ölçeği (WISC-R) (3-16 yaş arası çocuklara): Sözel ve performans zekayı on iki alt ölçek altında inceler. Dikkat eksikliği, öğrenme bozukluğu, akademik başarıyı belirlemede sıkça kullanılmaktadır. Üç yaş üstü en sık kullanılan testtir. 3-7 yaş arası Wechsler Okul Öncesi ve Primer Zeka Ölçeği, 6 yaşından büyük çocuklarda Wechsler Çocuk Zeka Ölçeği kullanılmaktadır. Wechsler Zeka Ölçeği, Prof. Dr. Işık Savaşır tarafından Türk çocuklarına göre uyarlanmıştır [23, 24, 25].
4. Denver II Gelişim Tarama testi (0-6 yaş arası çocuklar için): Denver testi belirti vermeden önce olası problemler açısından tarama yapabilmesi, şüphe uyandıran çocukları daha nesnel bir ölçümle saptama olanağı vermesi, yüksek riskli bebeklerin gelişimlerinin yakından izleme olanağı sağlaması açısından oldukça değerli bir testtir [23].

Test kişisel-sosyal, ince motor dil ve kaba motor alanlarında çocuğun geriliğinin hangi yüzdelerle dilimde olduğunu gösterebilir [23].

Denver II Gelişim Tarama Testi, Ülkemizde de Türk çocuklarına göre uyarlanmış ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Özel eğitim almış uzmanlar tarafından sıfır ile altı yaş arası çocuklara uygulanır. Çocukların gelişim basamaklarının kısa sürede normal olup, olmadığını anlamaya olanak sağlar. İlk uygulamanın 1 yaşından önce yapılması tavsiye edilmektedir. Gelişim basamaklarının Türk çocuklarına standardizasyonu ile yapılan Denver Gelişimsel Tarama Testi II uzman kişiler tarafından dört defa uygulanmalıdır [23].

2.5. Mental Retardasyona Yaklaşım

Mental Retardasyonda en önemli nokta durumu erken fark etmektir. MR'yi erken tanıyabilmek için gelişimi çok yönlü değerlendirmek gerekir. Ayrıntılı anamnez alınmalıdır, özgeçmişinde prenatal, natal, postnatal öykü, soyağacında mental retarde bireylerin ayrıntılı sorgulanması yapılmalıdır. Anemnezde ailenin gözlemleri ve çocuğun gelişimi ile ilgili verdikleri bilgiler çok değerlidir. Genetik ve çevresel risk faktörlerine dikkat edilmelidir [26].

Mental retardasyonun kesin tanısı bireysel zeka testlerinin ve adaptif testlerin uygulanmasını gerektirir. Mental retardasyon tanısı koyarken bilişsel yetenekleri ve uyumsal davranışları etkileyen diğer hastalıklarda ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Örneğin; serebral palsi ve otizmi bulunan çocukların yarısından fazlasında mental retardasyon bulunur. MR'ye eşlik eden durumlar ve benzer durumlar ayırt edilmelidir. İzole serebral palsi mental retardasyondan motor fonksiyonların, bilişsel yetilerden daha fazla etkilenmiş olması, patolojik reflekslerin ve kas tonusu değişikliklerinin olması ile ayrılır. Otizmde ise farklı olarak dil becerisi ve sosyal uyumsal davranışlar sözel olmayan muhakeme yeteneklerine göre daha fazla etkilenir. Mental retardasyonda ise sosyal, motor, uyumsal ve bilişsel yetenekler eşit oranda etkilenir. Duygusal bozukluklar (ciddi işitme ve görme sorunları), iletişim sorunları, tedaviye dirençli nöbetler mental retardasyona benzer klinik bulgular sergileyebilirler [26, 27].

Mental retardasyonlu birey minör ve major konjenital anomaliler yönünden değerlendirilmeli ve nörolojik muayene ayrıntılı yapılmalı, gerekli laboratuvar tetkikleri (metabolik testler, kromozom analizi ve diğer moleküler testler), gerekliyse göz, KBB

değerlendirilmesi, eşlik eden anomalilere yönelik abdominal USG, EKO, VEP-BAEP, EMG yapılmalıdır [26, 27].

Mental retardasyonlu çocuğun tedavisinde başarı, çocuğun mental kapasitesine göre çeşitli açılardan desteklenmesidir. Bu eğitim, sosyal aktiviteler, davranış problemleri ile birlikte bulunan problemlerin çözümü ve desteklenmesi şeklindedir. Ayrıca genetik danışma ve destekleyici psikoterapi de bunlara eklenmelidir [28].

Mental retardasyonlu çocukta genel pediatrik bakım, diş bakımı, aşılama programının uygulanması büyüme ve gelişme parametrelerinin izlenmesi ve erken kognitif, dil ve motor gelişimi destekleyecek tedavi programına başlanmalıdır. Ağır mental retardasyonlu çocuklarda serebral palsinin de olması gastroözefagial reflü (GÖR) ve aspirasyon pnömonileri için risk oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra düzenli sportif faaliyetlerle ağırlık kontrolü, fizik koordinasyonun geliştirilmesi, kardiovasküler sağlığın sürdürülmesi ve vücut görüntüsünün düzeltilmesi sağlanmış olur [3, 28].

Zihinsel engelli bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek için çocuklarla en fazla yakın ilişkide bulunan sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Olumlu benlik saygısı, ve benlik kavramı, mutlu ve güvenli olma ve başkaları tarafından kabul görme çocuk sağlığının en önemli olgularındandır. Zihinsel engelli çocukların uzun süreli tedavi ve hemşirelik bakım hizmetlerine gereksinimleri vardır. Hemşire zihinsel engelli çocuk ve ailenin günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmakla birlikte sosyal ve psikolojik yönden de destek olmaktadır. Zihinsel engelli çocuğa doğru ve etkili bakım sunulduğunda bireysel ihtiyaçlarını kendi karşılayacak yeterliliğe ulaşarak ailesine ve topluma olan maddi yükü azalarak uyumlu ve mutlu birey olacaktır [29].

2.6. Mental Retardasyona Eşlik Eden Sorunlar ve Maliyeti

Maliyet: Mal veya hizmet üretmek ya da bir faaliyeti tamamlamak için kullanılması zorunlu kaynakların bir ölçümüdür. Sağlık sisteminde maliyet kavramı ise her hastanenin kendi faaliyet konusunu oluşturan sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin toplam değeri şeklinde ele alınmaktadır [30].

Martin S. Feldstein (1971), hastane maliyetlerinin artışında, teknolojik değişimin, tıp bilimindeki gelişmelerin de etkisi olduğunu belirlemiştir.

Dowling, yataklı tedavi kurumlarında toplam maliyetleri; tedavi edilen hasta sayısı, ortalama yatış süresi, hizmet çeşitliliği, hizmetin yoğunluğu (intensity of services) hizmetlerin kapsamı, kalite, girdi fiyatları, eğitim programlarının varlığı, insan kaynaklarına yatırım, verimlilik faktörlerinden etkilendiğini dile getirmiştir [30].

Mental Retardasyonlu bireyde görme, işitme, yürüme, konuşma gibi ikinci bir engelin yanında diyabet, obezite, kalp rahatsızlığı, üriner sistem rahatsızlığı gibi kronik ve metabolik hastalıklar da mevcut olabilir [31, 32, 33]. Mental Retardasyonu olan çocuklara Epilepsi, SSPE (Subakut Sklerozan Panensefalit), CP (Serebral Palsy), Mikrosefali, Hidrosefali, HİE (Hipoksik İskemik Ensefalopatisi), Gullian Barre sendromu gibi nörolojik hastalıklar da eşlik edebilir. MR tanısı almış bu hastalara uygun tedavi yaklaşımı yapılması gerekir. Bu sorunlar ilaç kullanımını da beraberinde getirmektedir. Ailelerin bu konuda eğitim gereksinimleri ise kaçınılmazdır [26].

Epilepsi: Epilepsi nöbet halinde kendini belirten bir hastalıktır. Nöbetler, beyindeki elektriksel dengenin aniden geçici olarak bozulmasıyla meydana gelir. Nöbetlerin şekli kişiden kişiye değişir [28].

SSPE (Subakut Sklerozan Panensefalit): Santral sinir sisteminin yavaş ilerleyen, hemen hemen tüm olgularda ölümle sonuçlanan seyrek rastlanılan bir hastalıktır. İlk kez 1933 yılında bildirilmiştir. Günümüzde birçok ölümle sonuçlanan HIV ensefalopatisi gibi, ilerleyici nörolojik hastalıklarda da, tıpkı SSPE’de olduğu gibi, beyin beyaz cevherinde immun zedelenme söz konusu olmaktadır [28, 35].

CP (Serebral Palsy): Değişik etiyolojik nedeni olabilen, buna göre de klinik bulgularında da farklılıklar görülebilen statik bir ensefalopatidir [3].

Serebral palsi motor bir anormallik olmasına karşın; sıklıkla mental gerilik, epilepsi, görme, işitme, konuşma ve beslenme bozuklukları da tabloya eşlik edebilir. Bu nedenle CP’li hastaların izlemine multidisipliner bir yaklaşımla yapılması gerekmektedir [36, 37].

Mikrosefali; Baş çevresinin yaş ve cinsiyete göre ortalamanın altındaki iki standard sapmadan daha küçük olduğu nörogelişimsel bir bozukluktur [36, 37].

Mikrosefali konjenital olabileceği gibi, yaşamın ilk birkaç yılında da gelişebilir. Mikrocefali nedenleri iki ana nedene ayrılabilir. Birincil mikrocefali, gebeliğin ilk yedi ayında olan anormal gelişimin sonucunda ortaya çıkarken; ikincil mikrocefali, gebeliğin son iki ayında ya da perinatal dönemde olan bir hasar sonucunda ortaya çıkar. Birincil mikrocefali daha çok genetik ve çevresel etkenler sonucu oluşur. Bunlara kromozomal

bozukluklar, metabolik nedenler örnek verilebileceği gibi doğumsal enfeksiyonlar ve iyonize radyasyon ile gebelikte karşılaşmak da mikrosefali’de önemli bir etkidir. İkincil mikrosefali ise daha çok enfeksiyonlar (menenjit ve ensefalit), beslenme yetersizliği gibi çevresel nedenler sonucunda olur [3].

Hidrocefali: Beyin ventriküllerinde ve boşluklarında normalin üzerinde BOS (Beyin Omurilik Sıvısı, Serebrospinal Sıvı) birikmesi durumudur. Bu durum kafatasının içindeki kafa boşluğunda basıncın artmasına ve kafanın artan ölçüde büyümesine, kasılmalara ve mental retardasyon olma sonuçlarına yol açabilir. Bu terim hidro (su) ve sefali (kafa) terimlerinden türemiştir [28, 36].

HİE (Hipoksik İskemik Ensefalopatisi): HİE çeşitli nedenlere bağlı olarak bebeğin beynine yeterli kan ve oksijen gitmemesi sonucu bebekte kalıcı beyin hasarı oluşmasıdır [28].

MR’ de duyuşsal ve zihinsel fonksiyon bozukluğu, ev ortamındaki tehlikeler (ör: banyo, merdiven, kaygan zemin) nedeniyle “travma riski (aspirasyon, boğulma, düşme, yaralanma, zehirlenme)” sorunu yaşıanabilmektedir [35]. Mental Retardasyonlu bireylerin çoğunlukla hastaneye; boşaltım, beslenme, yatak yarası, kronik ağrı, yaralanma ve enfeksiyonlar nedeniyle başvurdukları bildirilmektedir. Bu sorunlar mevcut duruma sekonder ortaya çıkar. Bu durum tedavi ve bakımda maliyeti iki kat artırmaktadır. Ayrıca algılama bozukluğu, iletişim yeteneğindeki bozukluk, ekonomik yetersizlik, zararlı alışkanlıkların varlığı (ör: sigara), ailenin enerji, zaman ve bilgi yetersizliği nedeniyle “sağlığın sürdürülmesinde yetersizlik/değişiklik” sorunu da sıklıkla görülebilmektedir [35].

Mental Retardasyonlu bireyler genellikle ilişkilerinde daima bir başkasına bağımlıdırlar, uyum sağlamakta güçlük yaşarlar ve duygu-düşüncelerini rahat ifade edemezler [33]. Ayrıca, zihinsel özürlü bireye bakım verenlerde fiziksel, duyuşsal, sosyal özellikle ekonomik yönden zorlanması nedeniyle “tükenmişlik, kronik yorgunluk, ankisiyete, depresyon gibi sorunlara bağlı iletişim ve bakımda yetersizlik sorunları yaşanabilir [35]. Literatürde bu yaşam aktivitesi ile ilgili olarak engelli birey ve yakınlarının psikolojik danışmanlık gereksinimleri olduğu belirtilmektedir [31-32, 38].

Mental Retardasyonda malnutrisyon, obezite, çiğneme ve yutma güçlüğu, diş problemleri, gastroözefagial reflü (GÖR), aşırı yemek yeme isteği, yemeği döküp dağıtmak gibi yeme bozuklukları olduğu belirtilmektedir [31, 38]. Merriman ve arkadaşlarının

(2005) çalışmasında ise, MR hastalarının %71.7'sinin obez olduğu ve bu oranın kadınlarda erkeklerden fazla görüldüğü belirtilmektedir.

Mental Retardasyonda termoregülatör sistemi etkileyen travma ve hastalıklar yanında, ekonomik yetersizlik sonucu yakacak ve giysi sorunlarının yaşanması, hava koşullarına göre giyinmemeye bağlı “vücut sıcaklığını düzenlemede yetersizlik (hipotermi/hipertermi)” sorunu görülebilmektedir [35]. Bu sorunların varlığı hastalığın getirdiği maddi külfeti de artırmaktadır.

Hastalarda nöromusküler hastalıklar, bedensel gelişimin yavaş olması, yaşlılarından daha zayıf ve vücut dirençlerinin daha az olmasına bağlı “aktivite intolerans” sorunu yaşanabilmektedir [35]. Diğer yandan MR’de hareketsizliğin aksine hiperaktivite gibi davranış sorunları da görülebilmektedir. Bu durum bakım verenler için aşırı gerilim, yorgunluk, bakım alanlar için ev kazalarına yatkınlığı artırmaktadır. Bir çalışmada, engelli çocuğa sahip annelerin %41'inin çocuğunun günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi için uygun cihazlara ihtiyaç duyduğu ve %54'ünün engelli çocuğuna yardımcı olabilecek fizyoterapist, diş hekimi, ortopedist bulmakta zorlandığı belirtilmektedir [38].

Mental Retardasyon sadece bireyi değil, ailesini de ekonomik, sosyal ve psikolojik yönden etkileyen önemli bir sorundur. Mental Retardasyona eşlik eden sorunlar, bireyin tedavisi ve bakımı yüksek maliyetlere sebep olmaktadır.

MR’ ye sağlanacak etkili bakım ve tedavi ile bireyin ve ailesinin doğru ve yeterli bakım alması sağlanacağı gibi aile üzerindeki maddi külfetide azaltacaktır.

Ülkemizde MR’li bireylerin tedavi ve bakımlarına yönelik bazı yardımlar sağlanmaktadır. Özürlü bireyler ve ailelerine sağlanan maddi destek ve yardımlar;

1. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Giderleri: MR’li bireylere Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uygulamaları için Sağlık Kurulu Raporu çıkarılır ve istedikleri kurumda tedavi görebilirler. Bireylerin fizik tedavi ve rehabilitasyon ücretleri haftalık veya aylık seanslara göre değişir.
2. Bakıma Muhtaç Özürlü Bakım Aylığı: Özürlü bireylere tam teşekküllü hastanelerden Sağlık Kurulu Raporu çıkarılır. Özur oranı %90 ve üzerinde olan bireyler için Aile Dayanışma Merkezi Müdürlüğü'ne başvurulur. Devlet tarafından özürlü çocukların bakımını üstlenen kişilere kişi başına aylık 769 TL

98 krş. ödeme yapılır (Trabzon Valiliği Rehabilitasyon ve Aile Dayanışma Merkezi Müdürlüğü).

3. Engelli Yakını Aylığı: Özürlü bireylere hastanelerden Özürlü Sağlık Kurulu Raporu çıkartılarak Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Müdürlüğü'ne başvurulur. Özürlü çocuğa sahip, sağlık güvenceleri olmayan anne ve babadan birine özürlü yakını aylığı bağlanır. Özur oranı %40-69 arasında olan bireyler için kişi başına aylık 283TL 13 krş. özur oranı %70 ve üzerinde olan bireyler için 424 TL 69 krş. ödeme yapılır (Trabzon İli Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Müdürlüğü).
4. Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Giderleri: Özur durumları raporla belirlenmiş MR'li çocukların özel eğitim ve rehabilitasyon giderleri devlet tarafından karşılanır. 8 seanslık bireysel eğitim tutarı kişi başına aylık 441 TL 72 krş. 8 seans bireysel ve 4 seans grup eğitimi tutarı kişi başına aylık 565 TL 92 krş. olarak karşılanmaktadır (Trabzon İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Rehberlik Merkezi).
5. Aylık Hasta Bez Tutarı: Sağlık kuruluşlarından özürlü bireyler için bez raporu çıkarılır. Raporla birlikte aylık alınan bez faturası SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu)'ya teslim edilir. Aileye 120 adet bez miktarına karşılık kişi başına aylık 85 TL geri ödeme yapılır.
6. Mama Tutarı: Beslenme sorunu ve gelişme geriliği olan MR'li çocuklara sağlık kuruluşlarından mama raporu çıkartılır. Aylık olarak alınan mamalar SGK tarafından karşılanır. Aylık fatura tutarlar mama çeşitlerine ve miktarına göre farklılık gösterir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma KTÜ Farabi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören Mental Retardasyon'lu çocukların maliyet analizini belirlemek amacıyla geriye dönük olarak tanımlayıcı nitelikte kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01.01.2014 -30.05.2014 tarihleri arasında KTÜ Farabi Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 4-18 yaş arası 40 hasta (10 kız 30 erkek) ile yapıldı. Veriler bu hastaların dosyalarından ve 01.06.2013 - 30.05.2014 tarihleri arasında kurumun fatura bilgilerinden yıllık olarak elde edildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni ve örnekleme 01.01.2014 - 30.05.2014 tarihleri arasında KTÜ Farabi Hastanesinde yatarak tedavi gören, 4-18 yaş aralığında olan MR'li hastalar oluşturmaktadır. Örnekleme çocuk servislerinde yatarak tedavi gören toplam 50 hastadan 40 hasta (10 kız 30 erkek) ile devam edildi. Kurumda tedavi gören 10 hastadan 4 hasta yakını araştırmayı sürdürmek istemediği, 4 hastanın nörolojik hastalıkları dışında kronik hastalığı olduğu ve 2 hasta ise adres / telefon değişikliği yaptığı için çalışmaya dahil edilemedi. Çalışma zihinsel özür düzeylerine göre hafif MR (n=12), orta MR (n=6), ağır MR (n=18) ve çok ağır MR (n=4) olan hastaların 01.06.2013 – 30.05.2014 tarihleri arasındaki bir yıllık maliyet analizleri yapıldı.

3.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan bireyler seçilirken belirli kriterler kullanıldığı için rastgele bir seçim yapılmadı. Hastalar seçilirken; MR'li hastalardan 4-18 yaş aralığında olan, psikometrik zeka testleriyle (Stanford-Binet zeka testi, WECHSLER=WISC-R zeka

ölçeği, Denver II) zeka düzeyleri belirlenen, nörolojik hastalıkları (Subakut Sklerozan Panensefalit=SSPE, Serebral Palsi =CP, Mikrosefali, Hidrosefali, Epilepsi, Otizm) dışında kronik hastalıkları bulunmayan (Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyabet vb.), KTÜ Farabi hastanesinde yatarak tedavi görmesi kriterleri göz önünde bulunduruldu.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Mental Retardasyonlu Bireylerin Maliyet Analizini belirlemek amacıyla hasta dosyaları geriye dönük incelenerek; ailenin sosyo-ekonomik ve kültürel yapısı, hastaların mevcut tanıları, mental retardasyona neden olabilecek faktörler, hastaların genel durumu, zihinsel özür düzeyleri ve bu düzeylere göre hastanede yatış sayısı ve yattığı sürelerin fatura tutarlarını içeren bilgiler toplanmıştır. Hastaların önlenebilir hastalıklardan hastaneye yatış tanıları, trakeostomisi, gastrostomisi ve ventilatöre (solunum destek cihazına) bağlı olup olmadığı, bakıma muhtaçlığı ve uzamış yatış durumları değerlendirilerek maliyet analizi yapıldı.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılacak bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları hakkında bilgi verilip, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alındı. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirildi. Ayrıca araştırmada “insan onuruna saygı” ilkesi de göz önünde bulunduruldu. Araştırmaya katılacak bireylere kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıldı ve “gizlilik ilkesine” bağlı kalındı. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul izni alındı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 18.0

programı kullanıldı. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, testi kullanıldı.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 40 hastaya ait yaş, cinsiyet, ailenin sosyo-demografik özellikleri, MR hastaların mevcut tanıları, MR'ye neden olabilecek faktörler, hastaların genel durumu, zihinsel özür düzeyleri, zihinsel özür düzeylerine göre hastaneye yatış sayısı ve yattığı günlere göre tedavi maliyetleri ve hastaneye yatış nedenlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	N	%
Yaş		
4-8	18	45,0
9-12	8	20,0
13-18	14	35,0
Cinsiyet		
Kız	10	25,0
Erkek	30	75,0
Total		
Annenin Hamilelik Yaşı		
<29	18	45,0
29-36	15	37,5
37 ve üzeri	7	17,5
Annenin Eğitim Düzeyi		
Okur yazar değil	3	7,5
Okur yazar	2	5,0
İlkokul	29	72,5
Ortaokul ve üzeri	6	15,0
Babanın Eğitim Düzeyi		
Okur yazar değil	1	2,5
Okur yazar	3	7,5
İlkokul	23	57,5
Ortaokul	5	12,5
Lise	7	17,5
Üniversite	1	2,5
Ailenin Gelir Düzeyi		
≤900 TL	23	57,5
901-1700 TL	14	35,0
1701 TL ve üzeri	3	7,5
Yaşanılan Yer		
Köy	19	47,5
İlçe	11	27,5
İl	10	25,0
Sosyal Güvence		
Yeşil Kart	6	15,0
İsteğe Bağlı Sigorta	2	5,0
SSK	26	65,0
Bağ-Kur	6	15,0
TOPLAM	40	100

Tablo 1’de hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Çalışma kapsamındaki 40 hasta sosyo-demografik özellikleri bakımından incelendiğinde %45’inin 4-8 yaşa aralığında olduğu, %25’inin kız %75’inin erkek olduğu görülmektedir. Annelerin %45’inin hamilelik yaşı 29 dan küçüktür. Anne ve babaların eğitim durumuna bakıldığında annelerin %72.5’inin ilkokul mezunu, babaların ise %57.5’inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %57.5’inin gelir durumu 900 TL ve altındadır. Hastaların %47.5’i köyde yaşadığı ve %65’inin sosyal güvencesi SSK olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Mental Retardasyonlu Hastaların Mevcut Tanıları

Mevcut Tanı	N	%
Epilepsi	20	50,0
Serebral Palsi (CP)	5	12,5
Otizm	1	2,5
Metabolik Hastalık	1	2,5
Mikrosefali	5	12,5
Hidrocefali	5	12,5
Mental Bozukluk	1	2,5
Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE)	2	5,0
TOPLAM	40	100

Tablo 2’de Hastaların mevcut tanıları yer almaktadır. Hastaların %50’sinin Epilepsi, %12.5’inin Serebral Palsi, Mikrosefali, Hidrocefali, %5’inin Subakut Sklerozan Panensefalit, %2.5’inin, Metabolik Hastalık, Mental Bozukluk, Otizm olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Mental Retardasyona Neden Olabilecek Faktörler

Hastalık Nedenleri	N	%
Akraba evliliği;		
Akraba evliliği yok	22	55,0
1.Derece akraba evliliği	14	35,0
2.Derece akraba evliliği	0	0
3.Derece ve uzaktan akrabalık	4	10,0
Prenatal Nedenler		
Sorun yok	36	90,0
Asfiksi	1	2,5
İKK(İntrakranial Kanama)	2	5,0
Anne Trafik Kazası	1	2,5
Natal Nedenler		
Sorun yok	14	35,0
Hipoksik doğum	22	55,0
Prematüre	2	5,0
Evde doğum	1	2,5
Bebeğin düşmesi, doğum travması	1	2,5
Postnatal Nedenler		
Sorun yok	6	15,0
Epilepsi-Konvülsiyonlar	28	70,0
İKK (İntrakranial Kanama)	2	5,0
Menenjit	1	2,5
Gullian Barre Sendromu	1	2,5
Kızamık (SSPE)	2	5,0
TOPLAM	40	100

Tablo 3'te hastaların hastalık nedenleri incelenmektedir. Akraba evliliği durumuna bakıldığında hastaların %55'inin akraba evliliğinin olmadığı %35'inin ise 1.derece akraba evliliği, %10'nun ise 3.derece ve uzaktan akraba evliliği bulunduğu görülmektedir. Prenatal olarak incelendiğinde hastalarımızın %90'ında sorun olmadığı, %5'inde ise prenatal dönemde intrakranial kanama görülmüştür. Natal nedenler arasında en sık görülen %55 oranında hastaların hipoksik doğum yaşamasıdır. Postnatal nedenler arasında ise hastaların %70'inin epilepsi geçirdiği görülmektedir.

Tablo 4. Mental Retardasyonlu Hastaların Genel Durumu

Hastaların Genel Durumu											
Zihinsel Özür Düzeyi	Mobilizasyon Durumu			Gastrostomi		Trakeostomi		Şant		Mekanik ventilator	
	Mobil %	Destekli mobil %	Yatağa bağımlı %	Var %	Yok %	Var %	Yok %	Var %	Yok %	Var %	Yok %
Hafif MR n=12	100	0	0	0	100	0	100	8,3	91,7	0	100
Orta MR n=6	100	0	0	0	100	0	100	16,7	83,3	0	100
Ağır MR n=18	16,7	16,7	66,7	11,1	88,9	5,6	94,4	11,1	88,9	0	100
Çok ağır MR n=4	0	0	100	50,0	50,0	50,0	50,0	0	100	75,0	25,0
TOPLAM											
N	21	3	16	4	36	3	37	4	36	3	37
%	52,5	7,5	40,0	10,0	90,0	7,5	92,5	10,0	90,0	7,5	92,5

Tablo 4'te hastaların genel durumu görülmektedir. Hafif MR hastaların %8.3'ünde, orta MR hastaların %16.7'sinde şant bulunmaktadır. Ağır MR hastaların %66.7'si yatağa bağımlı, %11.1'inin gastrostomisi, %5.6'sının trakeostomisi, %11.1'inin de şantı bulunmaktadır. Çok ağır MR grubunun ise %100'ü yatağa bağımlı, %50'sinin gastrostomisi, %50'sinin trakeostomisi bulunmakla birlikte %75'i mekanik ventilatöre bağımlıdır.

Tablo 5. Hastaların Zihinsel Özür Düzeyleri

Zihinsel Özür Düzeyi	N	%
Hafif MR	12	30,0
Orta MR	6	15,0
Ağır MR	18	45,0
Çok Ağır MR	4	10,0
TOPLAM	40	100

Tablo 5'te hastaların zihinsel özür düzeyleri incelenmiştir. Hastaların %45'inin ağır MR, %30'unun hafif MR, %15'inin orta MR ve %10'unun çok ağır MR olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Hastaların Zihinsel Özür Derecelerine Göre Bir Yıllık Tedavi Maliyeti ve Yatış Süreleri

Zihinsel Özür Derecesi	N	Hastaneye Yatma Sayısı		Hastanede Yattığı Gün Sayısı		Toplam Maliyet (TL)	
		Min-Max	Ortalama	Min-Max	Ortalama	Min-Max	Ortalama
Hafif MR	12	1-3	1,58	3-36	12,17	168,40-20138,30	3659,2183
Orta MR	6	1-3	1,83	3-32	15,0	146,59-5926,19	3058,8967
Ağır MR	18	1-6	2,06	7-39	14,39	423,96-6148,98	2744,3533
Çok Ağır MR	4	1-9	4,00	9-214	121,50	2301,97-136164,98	67259,60

Tablo 6’de hastaların zihinsel özür derecelerine göre toplam tedavi maliyeti ve yatış süreleri gösterilmektedir. Çok ağır MR grubunda olan hastalarımız hastanede bir yılda ortalama 121.50 gün tedavi görmekte ve hastalara uygulanan tedavinin ortalama maliyeti 67259,60 Türk Lira’sına denk gelmektedir. Ağır MR hastalar bir yılda ortalama 14.39 gün yatmakta ve tedavi maliyetleri ortalama 2744,3533 TL iken orta MR’de bu oran ortalama 15 gün ve tedavi maliyetleri ortalama 3058,8967 TL’ye denk gelmektedir. Hafif MR grubundaki hastalarımız ise bir yılda ortalama 12.17 gün yatmakta ve ortalama 3659,2183 TL tedavi masrafları olmaktadır.

Tablo 7. Mental Retardasyonlu Hastaların Hastaneye Yatış Nedenleri

Hastaneye Yatış Nedenleri	N	%
Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE)	14	35,0
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (ÜSYE)	2	5,0
Üriner Sistem Enfeksiyonu	4	10,0
Konvülsiyon	5	12,5
Konuşma Bozukluğu	1	2,5
Diğer Enfeksiyonlar	3	7,5
Yürüme Bozukluğu	2	5,0
Gis Kanama	2	5,0
Gelişme Geriliği, Malnütrisyon	3	7,5
Akut Gastroenterit	2	5,0
Aspirasyon Pnömonisi	2	5,0
TOPLAM	40	100

Tablo 7’de hastaların hastaneye yatış nedenleri yer almaktadır. Hastalarımız en sık %35 oranında Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) ile hastaneye başvurmaktadır. Hastaneye başvurunun diğer nedenleri ise sırasıyla %12.5 Konvülsiyon, %10 Üriner Sistem Enfeksiyonları, %7.5 diğer Enfeksiyonlar, %7.5 Gelişim Geriliği, Malnütrisyon, %5 Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, %5 Yürüme Bozukluğu, %5 Akut Gastroenterit, %5 GİS kanama, %5 Aspirasyon Pnömonisi ve %2.5 Konuşma Bozukluğudur.

5. TARTIŞMA

Hastalarımızın %25'i kız, %75'i erkektir. %45'i 4-8 yaş aralığında ve annelerin %45'inin hamilelik yaşı 29 dan küçüktür. Hastaların %57.5'inin gelir durumu 900 TL ve altındadır. Anne ve babaların eğitim durumuna bakıldığında, annelerin %72.5'i ilkokul mezunu, babaların ise %57.5'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %47.5'i köyde yaşamakta ve % 65'inin sosyal güvencesi SSK'dır. Çalışma bulgularımızla paralel Lafçı'da (2014) zihinsel engelli çocuklarla yaptığı çalışmada hastaların %61.8'inin erkek, annelerin %38.2'sinin ilkokul mezunu, babaların %49.1'inin lise mezunu ve ailenin ekonomik gelir durumları incelendiğinde %43.6'sının düşük, %56.4'nün orta, ayrıca sağlık güvencesi bakımından %54.5'nin SSK'lı olduğunu saptamıştır [11]. Yapılan çalışmalar zihinsel özürlü çocuğa sahip annelerin büyük çoğunluğunun genç yetişkin, annelerin büyük bir çoğunluğunun ilköğretim mezunu, dolayısıyla annelerin eğitim düzeylerinin çok düşük ve büyük çoğunluğunun ev hanımı, büyük bir oranda eşler arasında akrabalık olmadığını ve aynı zamanda ailenin düşük-orta gelirli, ailelerin çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğunu göstermiştir [39, 41, 42]. Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Hastalarımızın Mental Retardasyon olma nedenleri incelendiğinde ebeveynlerin %35'inde 1.derece akraba evliliği bulunduğu, prenatal olarak incelendiğinde hastalarımızın %90'ında sorun olmadığı, %5'inde ise prenatal dönemde intrakranial kanama yaşadığı görülmüştür. Natal nedenler arasında en sık görülen %55 oranında hastaların hipoksik doğum yaşamasıdır. Postnatal nedenler arasında ise hastaların %70'inin epilepsi hastalığı geçirdiği görülmektedir. Literatürde gebelikte karşılaşılan sorunların MR'ye yol açabileceği bilindiği gibi doğum esnasında da bebeğin beklenmedik bir hipoksi, anoksi durumuyla karşılaşması, kafa travmaları ve intrakranial kanamalarında hastalık oluşumunda önemli rol olduğunu göstermektedir. Ayrıca doğum sonrası karşılaşılan menenjit, ensefalit gibi infeksiyonlar, kafa travmaları ve epilepsi gibi durumlar bu hastalığın oluşması açısından önemli risk faktörüdür. Mental retardasyon nonsendromik olabilir, yani öğrenme ve algılama bozukluğu tek bulgu olabilir. Ya da sendromik olabilir, yani başka Epilepsi, Menenjit, Ensefalit klinik bulgular eşlik edebilir. Mental retardasyon ne tek bir hastalık, ne de tek bir sendromdan ibarettir. Dolayısıyla MR altta yatan nedene göre incelenerek bir bütün olarak düşünülmelidir [8]. Başka bir çalışmada da MR Çocukların; %40'ının genetik ve kalıtsal bozukluğa, %26.7'sinin çocuğun geçirdiği

hastalığa, %23.3'ünün doğum travmasına, %6.7'sinin doğumda oksijensiz kalmaya, %3.3'ünün diğer sebeplere bağlı olarak engelli oldukları saptanmıştır [43]. Altuğ Özsoy, Özkahraman ve Çallı'nın (2006) zihinsel engelli çocuklarla yapmış olduğu çalışmalarında, çocukların engelinin %63.6'sının doğuştan, %15.5'inin hastalık, %20.9'unun ise nedeninin bilinmediği belirlenmiştir [38].

Hastaların genel durumu incelendiğinde Hafif MR hastalarının %8.3'ünde orta MR hastalarının %16.7'sinde şant bulunmaktadır. Ağır MR hastaların ise %66.7'si yatağa bağımlı, %11.1'inin gastrostomisi, %5.6'sının trakeostomisi, %11.1'inin de şanti bulunmaktadır. Çok ağır MR grubunun ise %100'ü yatağa bağımlı, %50'sinin gastrostomisi, %50'sinin trakeostomisi bulunmakla birlikte %75'i mekanik ventilatöre bağımlıdır. Bu sonuçlar bize zihinsel özür derecesinin artması ile paralel hastaların genel durumunun yatağa bağımlılık, gastrostomi, trakeostomi ve mekanik ventilatöre bağlanma oranlarının da arttığını göstermektedir.

Hastalarımızın zihinsel özür düzeyleri incelendiğinde %45'inin ağır MR, %30'unun hafif MR, %15'inin orta MR ve %10'unun çok ağır MR olduğu görülmektedir. Bilsin'de (2012) bulgularımızla paralel Zihinsel engelli çocuklarla yaptığı çalışmasında (N=25), çocukların %20'sinin hafif, %12'sinin orta, %68'inin ağır zeka özürlüğüne sahip olduğunu saptamıştır [43]. Ayrıca hastaların %50'sinin Epilepsi, %12.5'inin Serebral Palsi, Mikrocefali, Hidrosefali, %5'inin Subakut Sklerozan Panensefalit, %2.5'inin Metabolik Hastalık, Mental Bozukluk, Otizm olduğu görülmektedir.

Hastalarımız sıklıkla %35 oranında Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) ile hastaneye başvurmaktadır. Hastaneye başvurunun diğer nedenleri ise sırasıyla %12.5 Konvülsiyon, %10 Üriner Sistem Enfeksiyonları, %7.5 diğer Enfeksiyonlar, %7,5 Gelişme Geriliği, Malnütrisyon, %5 Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, %5 Yürüme Bozukluğu, %5 Akut Gastroenterit, %5 GİS (Gastrointestinal Sistem) Kanama, %5 Aspirasyon Pnömonisi ve %2.5 Konuşma Bozukluğudur. Bu nedenlerle sağlık kurumlarına başvurarak tedavi gören hastalarımızın bir yılda ortalama tedavi maliyetleri oldukça fazladır. Çok ağır MR grubunda olan hastalarımız hastanede bir yılda ortalama 121.5 gün tedavi görmekte ve hastalara uygulanan tedavinin ortalama maliyeti 67259,60 Türk Lira'sına denk gelmektedir. Ağır MR hastalar bir yılda ortalama 14.39 gün yatmakta ve tedavi maliyetleri ortalama 2744,3533 TL iken, orta MR'de bu oran ortalama 15 gün ve tedavi maliyetleri ortalama 3058,8967 TL'ye denk gelmektedir. Hafif MR grubundaki hastalarımız ise bir

yılda ortalama 12.17 gün yatmakta ve ortalama 3659,2183 TL tedavi masrafları olmaktadır. Durduran (2009) yaptığı çalışmada, engelli çocukların %27.5'inin kronik bir rahatsızlığı olduğunu, son bir yılda %5'inin astım, bronşit geçirdiğini, %7.4'ünün epilepsi gibi sağlık problemlerinin olduğunu belirlemiştir [44]. Başka bir çalışmada Zihinsel Özürlü çocuklarla yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan çocukların engeli dışındaki sağlık sorunları incelendiğinde; %33.3'ünün bronşit-astım, %20'sinin epilepsi gibi sağlık problemlerine sahip olduğu ve sık sık sağlık kurumlarına başvurdukları ayrıca çocukların %70'inin rehabilitasyon merkezine devam ettiği ve rehabilitasyon merkezine gittikleri yıl ortalaması ise 4.57 ± 2.97 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar bizim bulgularımızla paralel olarak zihinsel özürlü olan çocukların MR ve bu hastalığa ek enfeksiyon (ASYE, bronşit-astım, epilepsi, malnütrisyon, konvülsiyon vb.) gibi nedenlerle hastanede yattıkları ve bu da tedavi ve bakımın maliyetini önemli oranda artırdığını göstermektedir [45, 46, 47]. Yapılan başka bir çalışmada ise özürlü çocukların %78.1'inin fizik tedavi aldığı belirlenmiştir [34]. Bunun nedeni devletin ücretsiz fizik tedavi rehabilitasyon ihtiyaçlarının haftanın sadece iki gününü karşılamasıdır [48, 49]. Barry (2007) zihinsel özürlü çocukların aile yükünü incelediği çalışmalarında, özürlü çocuğa sahip ailelerin, sağlıklı çocuğa sahip ailelere göre en fazla tıbbi gereksinim hizmetleri ile ilgili ekonomik gereksinime ihtiyaç duydukları ve ebeveynlerin çocuğun bakımı için işlerini bırakmak ya da iş saatini azaltmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir [45].

6. SONUÇ

- Çalışma kapsamındaki 40 hasta sosyo-demografik özellikleri bakımından incelendiğinde % 25'inin kız %75'inin erkek olduğu, %45'inin 4-8 yaşa aralığında olduğu görülmektedir. Annelerin %45'inin hamilelik yaşı 29 dan küçüktür. Anne ve babaların eğitim durumuna bakıldığında annenin %72.5'i ilkokul mezunu, babaların ise %57.5 'inin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %47.5'i köyde yaşamakta ve %65'inin sosyal güvencesi SSK'dır (Tablo 1).
- Hastaların %50'sinin Epilepsi, %12.5'inin Serebral Palsi, Mikrosefali, Hidrosefali, %5'inin Subakut Sklerozan Panensefalit, %2.5'inin, Metabolik Hastalık, Mental Bozukluk, Otizm olduğu görülmektedir (Tablo 2).
- Hasta ailelerinin akraba evliliği durumuna bakıldığında hastaların %55'inin akraba evliliğinin olmadığı %35'inin ise 1.derece akraba evliliği bulunduğu görülmektedir. Prenatal olarak incelendiğinde hastalarımızın %90'ında sorun olmadığı, %5'inde ise prenatal dönemde intrakranial kanama geçirdiği görülmüştür. Natal nedenler arasında en sık görülen %55 oranında hastaların hipoksik doğum yaşamasıdır. Postnatal nedenler arasında ise hastaların %70'inin Epilepsi geçirdiği görülmektedir (Tablo 3).
- Hastalarımızın %45' i ağır MR, %30'u hafif MR, %15'i orta MR ve %10'u çok ağır MR'dir (Tablo 5).
- Hastaların zihinsel özür derecelerine göre bir yıllık toplam tedavi maliyeti ve yatış süreleri incelendiğinde Çok Ağır MR grubunda olan hastalarımız hastanede bir yılda ortalama 121.5 gün tedavi görmekte ve hastalara uygulanan tedavinin ortalama maliyeti 67259,60 Türk Lira'sına denk gelmektedir. Ağır MR hastalar bir yılda ortalama 14.39 gün yatmakta ve tedavi maliyetleri ortalama 2744,3533 TL iken Orta MR'de bu oran ortalama 15 gün ve tedavi maliyetleri ortalama 3058,8967 TL'ye denk gelmektedir. Hafif MR grubundaki hastalarımız ise bir yılda ortalama 12.17 gün yatmakta ve ortalama 3659,2183 TL tedavi masrafları olmaktadır (Tablo 6).

- Hastalarımız en sıklıkla %35 oranında Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) ile hastaneye başvurmaktadır. Hastaneye başvurunun diğer nedenleri ise sırasıyla %12.5 Konvülsiyon, %10 Üriner Sistem Enfeksiyonları, %7.5 Enfeksiyon, %7.5 Gelişim geriliği, Malnütrisyon, %5 Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (ÜSYE), %5 Yürüme Bozukluğu, %5 Akut Gastroenterit, % 5 GİS Kanama, %5 Aspirasyon Pnömonisi ve %2.5 Konuşma Bozukluğudur (Tablo 7).
- MR tanısı alan çocukların hastane ortamına uyum sağlamaları için ayrıcalıklı bir destek sağlanması,
- Mental Retardasyonu olan çocuğa sahip ailelerin tedavi ve bakım konusunda eğitim düzeyinin yükseltilmesi,
- MR çocuk kadar ailelerinin de profesyonel desteğe ihtiyaçları olduğunun sağlık ekibi üyeleri tarafından göz önünde bulundurulması ve aile merkezli bakıma ağırlık verilmesi,
- MR hakkında açıklayıcı, bilgilendirici çalışmaların yapılması. Bu amaçla konferans, seminer verilmesi için çalışmaların sürdürülmesi.
- MR çocuğun olabildiğince bağımsız olması için kendi kendine yeterli duruma gelmesi olduğu, ailelerin tüm beklentilerinin bu mantıkla karşılanmasına önem verilmeli, bu amaca uygun olarak aile psikolojik ve sosyolojik olarak hazırlanması önerilebilir.
- Mental Retardasyon sadece bireyi değil, ailesini de ekonomik, sosyal ve psikolojik yönden etkileyen önemli bir sorundur. MR ve beraberindeki diğer sağlık sorunlarına sağlanacak etkili sağlık hizmeti hastanın ve ailesinin doğru ve yeterli bakım almasını sağlayacağı gibi aile üzerindeki yüklenmeleri de azaltacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Yıldırım F, Conk Z (2005). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 9:2-8
2. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV, text revision). Washington.
3. Okan ve ark (2005). Çocuklarda Mental Retardasyon. Güncel Pediatri; 3: 62-65.
4. Söhmen T, Türkbay T (2003). Engelli Çocuklar. Ankara, GATA Basımevi, ss:12-15.
5. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Genel Nüfus Sayımı, 2000www.sosyalhizmetuzmani.org/ozelrehabilitasyon.htm-65k-,2007,4. www.geocities.com/hablemitoğlu/yoksulluk, 2007.
6. Ropers H (2006). X linked mental retardation: Many genes for a complex disorder. Curr Opin Genet Dev; 16: 260-269.
7. De Vries BB, Winter R, Schinzel A, van Ravenswaaij-Arts C. Telomeres: a diagnosis at the end of the chromosomes. J Med Genet. 2003;40(6):385-98
8. Çoğulu Ö, Karaca E, Özkınay F 2006. Mental Retardasyon ve Kromozomlarda Subtelomerik Bölge, Bakırköy Tıp Dergisi;2:73-81.
9. Shapiro BK, Batshaw ML (2003). Mental Retardation. In: Behrman RE, Kliegman RM,
10. Duygun T, 2001. Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
11. Lafçı D, Öztunç G, Nazan Z, (2014). Zihinsel Engelli Çocukların Anne ve Babalarının Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri 3 (2).
12. Yıldırım D, Yılmaz İ (2004). Mental Retardasyon ve Fiziksel Uygunluk. Özveri Dergisi 1:86
13. Gönener D, Güler Y, Altay B, Açıl A 2010. Zihinsel engelli çocukları evde bakımı ve hemşirelik yaklaşımı, Gaziantep tıp dergisi.
14. <http://www.psikolog.org.tr/docs/istatistik.html>, 2007.Erişim Tarihi:01.10.2014
15. http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8110/files/istatistik_Haziran__2014.pdf Engelli Bireylere İlişkin İstatiki Bilgiler. Erişim Tarihi: 14.10.2014
16. John B. Moeschler M, (2006). Shewell and the committee on genetics. Clinical genetic evaluation of the child with mental retardation or develop mental delays. American academy of pediartics. 10.1542/peds. 1006
17. Stevenson RE, Procopio-Allen AM, Schroer RJ, Collins JS (2003). Genetic Syndrome among individuals with mental retardation. Am J Med Genet; 123A: 29-32.
18. Battaglia A, Carey JC (2003). Diagnostic evaluation of developmental delay/mentalretardation: An overview. Am J Med Genet;

19. Flint J, Knight S, (2003). The use of telomere probes to investigate submicroscopic rearrangements associated with mental retardation. *Curr Opin Genet Dev* 13: 310-316.
20. Chelly J, Khelifaoui M, Francis F, Chérif B, Bienvenu T, 2006. Genetics and pathophysiology of mental retardation. *Eur J Hum Genet* 14: 701-713.
21. Sünnetçi D (2010). Zeka Geriliğine Neden Olan Delesyon Ve Duplikasyonların Tam Genom Mikroarray Metoduyla Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
22. Daily DK, Ardinger HH, Holmes GE. Identification and evaluation of mental retardation. *University of Kansas Medical Center, Kansas City Am Fam Physician*. 2000; 61(4): 1059-67.
23. Taşdemir HA (2006). Motor-Mental Gerilik. İçinde Aysun S, editor. *Çocuk Nörolojisi*. Ankara: Alp Ofset Matbaacılık; pp. 159-177.
24. Anlar B, Uysal S (2006). Motor-mental gelişme. *Çocuk nörolojisi, Türkiye Çocuk Nörolojisi Derneği*. Ankara: 151-8.
25. Anlar B, Uysal S (2003). Motor-mental gelişme ve Denver Testi. *Katkı Pediatri Dergisi*. Ankara; 25(1): 63-9
26. Sever B (2010). Mental Retardasyonu Olan Dismorfik Çocuklarda, Subtelomerik Kromozomal Düzensizliklerin Saptanması Uzmanlı tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
27. Cora T, Demirel S, Acar A (2000). Department of Medical Genetics, Faculty of Medicine, Selcuk University, Konya, Turkey; 11 (1): 53-5.
28. Shonkoff JP (2004). Mental Retardation. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jen-son HB eds. *Nelson Text book of Pediatrics*. Philadelphia: WB Saunders, 125-29
29. Çavuşoğlu H 2002. Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği, Sistem Ofset Ankara:48-49. Kevin R. Gary S. Stetz, Lynne M. Brooks (2007). *Project management accounting : budgeting, tracking, and reporting costs and profitability*, New Jersey: John Wiley&Sons, Inc.,
30. Dowling, W.L. (1974). Prospective Reimbursement of Hospitals Inquiry. (11): 163-179.
31. Putnam M, Geenen S, Powers L (2003). Health and wellness: People with disability discuss barriers and facilitators to wellbeing, *Journal of Rehabilitation*, 69(1): 37-45
32. Hakverdioğlu İ (2006). İleri derecede mental retardasyonlu bireylerde malnütrisyon ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara*.
33. Yıldırım Sarı H (2010). Zihinsel yetersiz bireylerin sağlık sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(2): 145-150
34. Kılıç, S. (2009). Fiziksel Engelli Çocuğun Evde Bakım Gereksiniminin Aileye Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,
35. Birol, L (2007). Hemşirelik süreci, Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. *Etki matbaacılık, İzmir*
36. Kabakuş N, Açık Y, Kurt A (2005). Serebral palsili hastalarımızın demografik, etiyolojik ve klinik özellikleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48: 125-129
37. Altuğ Özsoy S, Özkahraman Ş, Çallı F (2006). Zihinsel engelli çocuk sahibi ailelerin yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 3(9): 69-77

38. Marshall D, Mc Conkey R, Moore G (2003). Obesity in people with intellectual disability: The impact of nurse-led health screening and health promotion activities. *Journal of Advanced Nursing*, 41(2): 147-153
39. Işıkhhan V, Ünay B ve ark (2003). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*; 45(2):156-164.
40. Dai Aİ (2004). Önlenebilir bir hastalık: Subakut Sklerozan Panensefalit; *Sted* 13;5;193)
41. Okanlı A, Ekinci M ve ark (2004). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1-8.
42. Şen E (2004). Engelli Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadığı Güçlükler. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
43. Bilsin E (2012). Engelli Çocukların Ailesine Verilen Hemşirelik Bakımının Aile Gereksinimini Karşılama Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği programı. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
44. Durduran, Y. (2009). Engelli Çocukların Engellilikleri Dışındaki Sağlık Sorunları ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumları: Kontrollü Saha Çalışması, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Konya.
45. Barry C. L. (2007). Mental Health Disorders In Childhood: Assessing The Burden On Families, *Health Affairs* 26(4): 1088-1095.
46. Jenson HB (2007). *Nelson Textbook of Pediatrics 18th Ed.* Saunders, Philadelphia, 191-197.
47. Yıldırım Sarı H (2007). Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2): 1-7
48. Yıldırım Sarı. H Altıparmak S (2008). Ebe ve hemşirelerin zihinsel engelli çocuklarla ilgili bilgileri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 7(2): 127-132
49. Merriman, S., Haw, C., Kirk, J., Stubbs, J., 2005, Risk factors for coronary heart disease among in patients who have mild intellectual disability and mental illness, *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 5, 309-316 p.

ÖZGEÇMİŞ

Zehra İNCE 25.07.1972 tarihinde Akçaabat'ta doğdu. 1995 yılında KTÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünü bitirdi. 2012 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Lisansını tamamladı. 1998-2007 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çocuk servisinde hemşire olarak görev yaptı. 2007 yılından itibaren KTÜ Farabi Hastanesinde Çocuk Adölesan servisinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

EKLER

Ek 1. ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 503
Konu:

Tarih:25/07/2014

Sayın; Y.Doç.Dr.İsmail H. OCAK
Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

"Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Mental Retardasyonlu Çocukların Maliyet Analizi" başlıklı etik kurul 2014/79 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Mental Retardasyonlu Çocukların Maliyet Analizi”			
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2014/79			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Y.Doç.Dr. İsmail Hakkı OCAK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yönetimi			
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Zehra İNCE			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:05	Tarih: 21/07/2014
	Y.Doç.Dr.İsmail Hakkı OCAK'ın sorumluluğunda yürütülen Yük.Lis.Öğr.Zehra İNCE'ye ait "Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Mental Retardasyonlu Çocukların Maliyet Analizi" başlıklı 2014/79 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Hafız AYDIN Üye:	Ortopedi ve Travmatoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Prof.Dr.Yüksel ALİYAZICIOĞLU Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gülay KARAGÜZEL Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Y.Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Fatih Mehmet GÖKÇE Üye:	Fizyoloji	RTE Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Doç.Dr.Bahanur ÇEKİÇ Üye:	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Dilek MALKOÇ Üye:	Aile Hekimi	Sürmene Aile Sağlığı Merkezi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Miraç ÇELİK Üye:	Hukuk	KTÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLI
Tufan SAĞLAM Üye:	Tekstil	Serbest (Tekstil Mühendisi)	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki / ** :Toplantıda Bulunma

Ek 2.

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu araştırmanın amacı, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesinde yatarak tedavi gören mental retardasyonlu çocukların maliyet analizini belirlemektir. Araştırma, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Zehra İnce'nin bilim uzmanlığı tezi olarak planlandı.

Mental Retardasyonlu çocukların maliyet analizini belirlemek amacıyla dosyalarınız geriye dönük incelenip; sosyo-ekonomik ve kültürel yapı, mevcut tanılar, mental retardasyona neden olabilecek faktörler, hastaların genel durumu, zihinsel özür düzeyleri ve bu düzeylere göre hastanede yatış sayısı ve yattığı sürelerin fatura tutarlarını içeren bilgiler toplanarak hastanların hastanede yatış durumları değerlendirilerek maliyet analizi yapılacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamada tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı-Soyadı