

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**HASTANEYE YATIRILARAK TEDAVİ ALAN
0-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN GELİŞİMSEL
DURUMLARININ GENİŞLETİLMİŞ-GELİŞİMİ İZLEME
VE DESTEKLEME REHBERİ (G-GİDR) İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Yunus Emre KUM
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Derya Gümüş DOĞAN**

MALATYA – 2012

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**HASTANEYE YATIRILARAK TEDAVİ ALAN
0-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN GELİŞİMSEL
DURUMLARININ GENİŞLETİLMİŞ-GELİŞİMİ İZLEME
VE DESTEKLEME REHBERİ (G-GİDR) İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Yunus Emre KUM
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Derya Gümüş DOĞAN**

MALATYA – 2012

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLolar DİZİNİ.....	III
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	IV
ÖNSÖZ.....	V
1. GENEL BİLGİLER.....	1
1.1. Gelişimsel Sorunlar.....	1
1.2. Gelişimsel Sorunların Nedenleri.....	2
1.3. Dünyada ve Türkiye’de Gelişimsel Sorunların Sıklığı.....	7
1.3.1. Dünyada Gelişimsel Sorunlar.....	8
1.3.2. Türkiye’de Gelişimsel Sorunlar.....	11
1.3.3. Hastaneye Yatan Çocuklarda Gelişimsel Sorunlar.....	17
1.3.4. Erken Çocukluk Döneminde Gelişimsel İzlemin Önemi.....	19
1.4.Hastalık Sınıflandırma Sistemleri	21
1.4.1. ICD-10 ve ICF-CY.....	21
1.4.2. Genişletilmiş Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (G-GİDR).....	22
1.4.2.1 GİDR.....	22
1.5.Araştırmanın Amacı	24
1.6.Araştırmanın Hipotezleri.....	24
2.YÖNTEM ve GEREÇLER.....	25
2.1.Araştırmanın Deseni.....	25
2.2.Araştırmanın Evreni.....	25
2.3.Araştırmanın Örneklemi.....	25
2.3.1. Örneklem Giriş Koşulları	25
2.3.2.Örneklemden Dışlanma Koşulları.....	26
2.3.3.Örneklem Sayısı.....	26
2.4.Uygulamalar ve Verilerin Toplanması	26
2.4.1. Araştırmacının Eğitilmesi.....	26
2.4.2. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Yapılan Uygulamalar.....	26
2.5. Veri Toplama Araçları.....	27
2.5.1. G-GİDR.....	27
2.5.2. GİDR Uygulanması	30

2.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	31
3. BULGULAR.....	32
3.1. Örneklemi oluşturan Çocukların ve Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri.	32
3.2. Örneklemi Oluşturan Çocukların Ebeveynlerinin Gelişimleri İle İlgili Kaygı Durumu.....	35
3.3. Örneklemi Oluşturan Çocukların GİDR ile Değerlendirilmesi.....	36
3.3.1. Anlatım Dili.....	36
3.3.2. Alıcı Dil.....	36
3.3.3. Kaba ve İnce Hareket.....	36
3.3.4. Çevre İle İlişki.....	36
3.3.5. Oyun.....	36
3.3.6. Özbakım.....	36
3.4. Örneklemi Oluşturan Çocuklarda Gelişimsel Sorun Sıklığı.....	37
3.4.1. İzlendikleri Bölümlere Göre Gelişimsel Sorun Sıklığı Saptaması.....	37
3.5. Örneklemi Oluşturan Çocukların Gelişimsel İşlevleri, Etkinlikleri ve Yaşama Katılımı İle İlgili Diğer Sorunları.....	38
3.6. Örneklemi Oluşturan Çocukları Etkileyebilecek Çevresel Etmenler.....	40
3.7. Örneklemi Oluşturan Çocukların Gelişimi İle İlgili Hizmetler.....	41
3.8. Örneklemi Oluşturan Çocukların Sağlığı İle İlgili Hizmetler.....	42
3.9. Örneklemi Oluşturan Çocukların Doğum Öncesi, Doğum ve Yenidoğan Bilgileri.....	43
3.10. Örneklemi Oluşturan Çocukların Soygeçmişi.....	45
4. TARTIŞMA.....	46
5. SONUÇLAR.....	54
ÖZET.....	56
SUMMARY.....	58
KAYNAKLAR.....	60
EKLER.....	70
Ek-1	70

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Gelişimsel risk faktörlerine yaşa göre yaklaşım.....	6
Tablo 2. Çocuklarda Gelişimsel-Davranışsal bozukluklar ve diğer kronik tıbbi durumların sıklığı.....	7
Tablo 3. Gelişimsel Zorluk Epidemiyolojisi.....	10
Tablo 4. Çocuklarda görülen sağlık sorunlarının cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2010.....	13
Tablo 5. Kayıtlı olan özürlü bireylerin cinsiyet, yerleşim yeri, özür oranı, yaş grubu ve özür türleri, 2010.....	14
Tablo 6. Kayıtlı olan özürlü bireylerin özür türlerine göre özür nedenleri ve özürün ortaya çıkış zamanı, 2010.....	15
Tablo 7. Kayıtlı olan özürlü bireylerin özür türüne göre ebeveynlerinin akrabalık durumu,2010.....	16
Tablo 8. Roche Çocuklarda Kronik Hastalık Araştırması (1996) verilerine göre gelişimsel gecikme/sorunla ilgili hastalıklar.....	16
Tablo 9. Örneklemi oluşturan çocuk ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri.33	
Tablo 10. Örneklemi oluşturan ebeveynin çocuğun gelişimi ile ilgili kaygı durumu.....	35
Tablo 11. Örneklemi oluşturan çocukların gelişimsel durumunun GİDR ile Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 12. GİDR ile değerlendirilen çocukların gelişimsel gecikme durumu.....	37
Tablo 13. Örneklemi oluşturan çocukların gelişimsel durumunun takip edilen bölümlere göre değerlendirilmesi.....	38
Tablo 14. Örneklemi oluşturan çocukların etkinlik ve mizaç durumlarının değerlendirilmesi.....	38
Tablo 15. Örneklemi oluşturan çocukların ebeveynleri tarafından yeme, uyku ve dikkatlerinin değerlendirilmesi.....	40
Tablo 16. Örneklemi oluşturan çocuklarda çevresel etmenler.....	40
Tablo 17. Örneklemi oluşturan çocukların sağlık hizmeti alma durumları.....	42
Tablo 18. Örneklemi oluşturan ebeveyne göre hastalığın çocuk ve aile üzerine etkisi.....	43
Tablo 19. Örneklemi Oluşturan Çocukların Doğum Öncesi, Doğum ve Yenidoğan Bilgileri.	44
Tablo 20. Örneklemi Oluşturan Çocukların Soygeçmişi.....	45

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
APA	:	Amerikan Pediyatri Akademisi
ASQ	:	Ages and Stages Questionnaire
DDA	:	Düşük Doğum Ağırlıklı
DİE	:	Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
GİDR	:	Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi
G-GİDR	:	Genişletilmiş Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi
ICD	:	International Classification Of Diseases
ICF	:	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	:	International Classification of Functioning, Disability and Health-Child and Youth Version
IQ	:	Intelligence Quotient
PEDS	:	Parents' Evaluation of Developmental Status
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	:	United Nations International Children's Emergency Fund
VUDÖ	:	Vineland Uyum ve Davranış Ölçeği

ÖNSÖZ

Klinik uygulamalarım sırasında çocuk gelişimine daha önce olmadığı kadar dikkat etmemi sağlayan, Gelişimsel Pediatri alanında bana eğitim veren ve bu araştırma boyunca bilimsel ve manevi desteğini hep yanımda hissettiğim tez danışmanım Doç. Dr. Derya Doğan'a teşekkür ederim.

Araştırmama katkılarından dolayı Prof. Dr. Hamza Karabiber'e, verilerinin analizinde yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Gülşen Kum'a ve uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde emeği olan İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı hocalarına teşekkürü borç bilirim.

Çalışmaya gönüllü katılan tüm anneler ve çocuklarına çok teşekkür ederim.

Araştırma süresi boyunca her zaman yanımda olan manevi desteğini hep hissettiğim, sevgili eşim Aslı Kum'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Yunus Emre KUM

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Gelişimsel Sorunlar:

Gelişim insanın döllemeden ölüme kadar geçen sürede hareket, bilişsel, toplumsal, duygusal alanlarda ilerlemesidir. Bir çocuğun sesler çıkarması, konuşması öğrenmesi, duyması, dinlemesi, annesi ve çevresindekilerle iletişim kurması, isteklerini anlatması, ellerini, parmaklarını, kollarını, bacaklarını kullanması, oyun oynaması, duygularını ve davranışları göstermesi gelişimle ilgilidir [1, 2].

Gelişimsel gecikme sıklıkla bir veya daha fazla alanda (ifade edici dil, alıcı dil, hareket, ilişki, oyun gelişimi, duygusal, toplumsal gelişim ve öz bakım becerileri alanlarında) çocuğun yaşına uygun olarak göstermesi beklenen gelişimsel yetilerdeki gecikme olarak tanımlanır [3].

Özellikle gelişmekte olan ülkeler için, gelişimsel sorunların yüksek oranda olması ve bu durumu engellemek için sorunların erken saptanması, korunma yolları ve erken müdahale şansı, hastalık ve mortalite eksenli biyomedikal model olarak adlandırılan eski sağlık sisteminde pek başarılı olamamıştır. Biyopsikososyal modeli esas alan güncel sağlık sistemi ile hastalık ve gelişim iç içe değerlendirilmektedir. Örneğin bu sistemde beslenme bozukluğu olan çocuklarda, çevresel faktörlerin ve gelişimsel geriliğin birbirine bağlı olduğu kabul edilir. Çocuğun fiziksel sağlığı ve gelişimi bir bütün olarak ele alınır. Benzer şekilde gelişme geriliği de çocuğun beslenme, genel sağlık durumu gibi etkenlerin olumsuz olduğuna işaret edebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu durumu kritik bağlantı “critical link” olarak tanımlamıştır [4]. Yapılan çalışmalarda aileleri, sağlık çalışanlarını ve toplumu güven içinde bir arada tutan sistemin sağlık sistemi olduğu görülmektedir [5, 6]. Bununla birlikte yapılan araştırmalar gelişimsel sorunu olan çocukların ancak % 30 kadarının okul öncesi dönemde tanı aldığını bildirmektedir [7]. Bu gerçekten yola çıkıldığında gelişmekte

olan ülkelerde ebeveynlerin aşılama, kronik ya da akut bir hastalık için sağlık kurumlarına başvurmaları, çocuğun gelişimini değerlendirip, aileye ve çocuğa gelişimsel destek vermek için mükemmel bir fırsat olabilir.

Ülkemizde erken çocukluk gelişimine ilişkin yapılan çalışmaların derlemesinde araştırmaların daha çok 6 yaş grubu (% 37,7) çocuklarla yapıldığı, sıfır yaş grubunun ise % 7,9 olduğu göze çarpmaktadır [8]. Oysa anne karnından itibaren birçok etmen çocuk gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve erken saptanan gelişimsel sorunların tedavisi daha kolay olabilmektedir. Yoksulluğun ve eğitimsizliğin çocukların erken dönemdeki gelişmelerine olan olumsuz etkileri göz önüne alındığında gelişimsel geriliği olan çocukların erken dönemde saptanabilmesi için gelişimsel durum saptama çalışmalarının ülkemiz genelinde yaygınlaştırılması önem göstermektedir. Ekonomik yönden ele alındığında gelişimsel gecikmelerin erken saptanması için harcanacak 1 dolar topluma 13 dolarlık kazanım olarak yansımaktadır. Özellikle gelişimsel açıdan pek çok riski barındıran gelişmekte olan ülkelerde gelişimsel sorunların erken yaşlarda saptanması ve tedavi hizmetlerinin erkenden başlatılmasının bu ülkelerin hem sağlık sistemine hem de ekonomisine büyük kazanç sağlayacağı açıktır. Tüm bunlar için çok büyük maliyetlere de gerek olmayıp sağlık çalışanlarının bu alanda eğitilmesi erken destek ve girişimler için uygun olacaktır. [9, 10].

1.2. Gelişimsel Sorunların Nedenleri

Gelişimsel sorun saptanan çocuklarda konuşma, anlama, hareket, ilişki, oyun gelişimi, duygusal, toplumsal gelişim ve öz bakım becerileri gibi yetilerin gecikmesinin pek çok nedeni bulunmaktadır. Gelişimsel risk faktörlerinin yaşa göre sınıflanması Tablo 1' de gösterilmiştir. Çocuk gelişimini sıklıkla etkileyen biyolojik risk faktörleri şunlardır;

Beslenme: Anne karnında büyüme geriliği olan bebekler beyin gelişimi için çok önemli olan bu zaman diliminde besin eksikliğine maruz kaldıklarında gelişimleri ciddi bir şekilde etkilenir. Gelişmekte olan ülkelerde bu durum sıklıkla annenin yetersiz beslenmesi ve enfeksiyonundan kaynaklanmaktadır. Brezilya'da düşük doğum ağırlığı ile doğmuş bebeklerin, 3000-3500 gr doğmuş bebeklere göre, 12 aylık olduklarında Bayley Bebekler İçin Gelişimi Değerlendirme Ölçeği ile yapılan değerlendirmelerinde gelişimsel seviyelerinin daha geri olduğu bildirilmiştir [11].

Guatemala’da yapılan bir araştırmada term dūřuk doğum ağırlıklı çocuklar 2-3 yaşına geldiklerinde bilişsel puanlarının term normal doğum ağırlıklı çocuklara gōre daha dūřuk olduğu saptanmıştır [12-14].

Jamaika’da yapılan çalışmalarda ise dūřuk doğum ağırlığı ile doğmuş 7 aylık bebeklerin problem çözme kabiliyetlerinin zayıf olduğu, 15 ve 24. aylarda ise 2500 gr üzerinde doğmuş çocuklara gōre daha az aktif oldukları, daha az ses çıkardıkları, mutluluk ve ortak katılımlarının daha dūřuk seviyelerde olduğu bildirilmiştir [11, 13].

Geliřmiř ũlke araştırmalarında intrauterin bũyũme geriliğinin adolesan ve erişkin dōneme kadar etki ettiği de bildirilmiştir.[15] Çin’de yapılan bir çalışma, gestasyonel yaşlarına gōre dūřuk doğum ağırlıklı çocukların adolesan hayatta normal doğum ağırlıklı çocuklara gōre daha fazla gelişimsel risk altında olduklarını gōstermiřtir [16].

Tayvan’ da yapılan başka bir çalışmada annelere gebeliklerinde besin desteği verilmiş ve çocukların postnatal 8. ayda hareket alanında fayda gōrdükleri fakat 5 yaşında yapılan Intelligence Quotient (IQ) testinden veya mental gelişim açısından fayda gōrmedikleri ortaya çıkmıştır [17]. Kolombiya’ da yapılan bir çalışmada 433 aile 6 gruba ayrılmış ve gruplar A, A1,B, B1, C, D olarak adlandırılmışlardır. A grubu kontrol grubu olarak seçilmiştir. A1 grubuna ise hem besin desteği hem de anne eğitimi verilmiştir. B grubuna 6 aydan 3 yaşına kadar besin desteği verilirken B1 gurubuna anne eğitimi ve besin desteği beraber verilmiştir. C grubuna ise gebeliğin 3. trimesterinden postnatal 6 aylık oluncaya dek besin desteği verilmiştir. D grubuna ise çalışma boyunca yani 18 ay boyunca hem anne eğitimi hem de besin desteği verilmiştir. Sonuç olarak besin desteği ve anne eğitimi alan çocukların kontrol gurubuna gōre gelişimleri daha iyi olmakla beraber, 6 aya kadar, besin desteği verilen çocuklarda motor aktivitelerinde iyi skorlar saptanırken, anne eğitimi verilen grupta ise dil alanında daha iyi skorlar elde edilmiştir. Bunlara ek olarak postnatal hayatın ilk 3 yılında verilen besin desteği çocukların gelişimlerine katkı sağlamıştır [18].

Dūřuk doğum ağırlıklı çocuklarla ilgili çeşitli boyutlarda derlenmiş kohort çalışmaları mevcuttur ve sıklıkla ilk 3 yaştaki gelişimsel gecikmelerin üzerinde durulmaktadır [19].

İyot eskilliği: İyot tiroid hormonlarının bir parçasıdır. Tiroid hormonları ise santral sinir sistemi gelişimini etkileyip, birçok fizyolojik işlemi dũzenler [20]. Dũnyada insanların % 35’inde iyotun yetersiz alımı mevcuttur.[21] Tuzların iyotlanması ile dũnya

genelinde iyot eksikliğini azaltacak çalışmalar yapılsa da birçok çocuğun gelişimini tehdit eden durum halen devam etmektedir [22]. Engellenebilir zeka geriliğinin en sık rastlanılan sebebi olan iyot eksikliği konjenital hipotiroidizme neden olup geri dönüşümsüz mental geriliğe yol açar [20, 23, 24].

Demir eksikliği: Gelişmekte olan ülkelerde 4 yaş altında olan çocuklarda tahmini anemi sıklığı % 46-66 oranındadır [25]. Bu anemilerin yarısının demir eksikliği anemisi olduğu düşünülmektedir.

Hayvan modellerinde yapılan çalışmalarda erken demir eksikliği anemisinin demir replasmanı öncesinde ve sonrasında-beyin metabolizmasını, nörotransmisyonu, myelinizasyonu, gen ve protein profilini değiştirdiği görülmektedir [26]. İnsan dışı memelilerde prenatal demir eksikliği aktivite, dürtüsellik ve sakinme davranışını değiştirmekte, postnatal demir eksikliği duygusal ve kognitif gelişimi bozmaktadır [27].

Diğer: Anne sütü ve çinkonun da gelişim üzerine olumlu etkileri bilinmektedir [28, 29].

Enfeksiyonlar: Özellikle gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı çocuklarda sık görülüp doğrudan ya da dolaylı olarak gelişimi etkiler. Santral sinir sistemi enfeksiyonu sırasında beyin parankimine organizmalar doğrudan invaze olabilirler. Buna ek olarak sekonder patofizyolojik yollarla da fokal ya da global beyin hasarına neden olup nörolojik kusurlara neden olabilirler. Menenjit ve orta kulak iltihabının gelişimsel geriliğe neden olduğunu ortaya koyan çoğu gelişmiş ülkede yapılmış çalışmalar mevcuttur[30].

Enfeksiyonlar dolaylı yoldan çocuğun beslenme, fiziksel aktivite ve oyun oynama isteği üzerine olumsuz etkilerde bulunabilir [30].

Okul çağındaki çocukların çoğunluğu barsak helmintleri tarafından enfekte edildiği bilinmektedir. Helmintlerin 5 yaş altında çocukların gelişimine olumsuz etkilerini gösteren az çalışma vardır. Ancak bunlardan sadece düşük dil performansı ile barsak paraziti arasında ilişki olduğunu gösteren bir çalışma tanımlanmıştır [31]. Triküris triküra paraziti olan 4 yaş üstü çocuklarda, parazitin tedavisi ile hareket ve bilişsel alanda iyileşme gösterilmiştir [32].

Uyaran Eksikliği: Gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanılan gelişimsel gecikme nedeni olarak bilinir. Farklı kaynaklarda uyaran eksikliği, “sevgi yoksunluğu”, “uyaran yoksunluğu”, “aile eğitimsizliği” yerine de kullanılmaktadır. Uyaranları eksik olan bir çocuğun ailesi sıklıkla onu herhangi bir ailenin çocuğunu sevdiği kadar sevmektedir. Uyaran eksikliğine neden olan faktörler genellikle ailenin eğitim düzeyi, yoksulluk, işsizlik, çocuk sayısının çokluğu, yeterli beslenememe, hastalıklar, hastaneye yatışlar ve ailenin bu kaygılarla çocuğa yeterli zaman ayıramaması ile ilgilidir. Özellikle anne eğitim düzeyinin düşük olmasına çocuğun gelişimi açısından yeterli bilgiye ulaşamaması nedeniyle uyaran eksikliğine neden olabilir [33].

Akraba evliliği: Batı toplumlarında akraba evliliği oranı % 1’ in altındadır. Ancak dünyanın birçok bölgesinde yakın akraba evliliği tercih edilebilmekte ve bu oran % 50’lere çıkabilmektedir [34].

Akraba evliliğinin çocukların bilişsel gelişimi ile ilgili araştırmalar 1970’lere dayanmaktadır [35]. Akraba evliliğinden olan çocuklarda nörodejeneratif bozukluklar [36], doğumsal metabolizma bozuklukları [37, 38], konjenital hipotroidizm [39], ciddi mental retardasyon, körlük [40] ve işitme bozuklukları [41] daha sık görülmektedir.

Prematürite: Neonataloji biliminin gelişmesi sonucunda özellikle yüksek gelirli ülkelerde preterm doğan bebekler yaşatılabilmektedir. Gelişimsel alanda yapılan çalışmalar prematüre doğan bebeklerinin gelişimsel olarak risk altında olduklarını göstermektedir [42]. Bunlar serebral palsi gibi majör sekeller [43, 44], prematüriteye bağlı retinopati sonucu görme sorunları [45], işitme bozuklukları [46], öğrenme, davranış sorunları ve bilişsel disfonksiyonlardır [47].

Gelişimsel sorunların çocuklarda erken saptanması koruyucu ve tedavi edici yaklaşımları etkin kılar ve bu sorunlara yaklaşımdaki en önemli basamaktır. Gelişmiş ülkelerde gelişimsel sorunların erken saptanması sağlık hizmetine entegre edilen gelişimsel değerlendirme ve izleme ile mümkün olmuştur [48-51].

Malnutrisyon (bodurluk nedenidir.), iyot eksikliği, demir eksikliği ve uyaran eksikliği nedeni ile en az 200 milyon, 5 yaş altındaki çocuk bilişsel ve sosyoemosyonel gelişimlerdeki potansiyellerinin altında kalmaktadırlar [52-55].

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 6 milyon önlenebilir çocuk ölümü gerçekleşmektedir. Beş yaş altındaki çocukların önlenebilir gelişimsel geriliği düşünülürse çocuk ölümleri buzdağının sadece görünen kısmıdır [56].

Beyin gelişimi çevre kalitesi ile şekillenir. Bazı hayvan çalışmalarında erken malnütrisyon, demir eksikliği, çevresel toksinler, stres, sosyal iletişim ve uyaran eksikliğinin beyin yapısına ve fonksiyonuna etki ettiği gösterilmiştir. Beyin gelişimi için soruna ne kadar erken dönemde müdahale edilirse o kadar fazla sonuç alınmaktadır [57, 58].

Tablo 1. Gelişimsel risk faktörlerine yaşa göre yaklaşım

Anne sağlığı ve beslenmesinde problemler/ eksiklikler	Maternal mortalite	Yetersiz anne bebek ilişkisi ve etkileşim	Uygun çocuk bakımı eksikliği
Yetersiz doğum aralığı	Perinatal asfiksi	Neonatal infeksiyonlar /komplikasyonlar	Çocuğun sağlık sorunları/ Kronik hastalıklar
Plansız gebelik	Düşük doğum ağırlığı	Gelişimsel/ Duyusal bozukluklar	Beslenme ve çevresel uyaran kalitesinde yetersizlik
Akraba evliliği	Prematurite		Demir eksikliği
	Perinatal komplikasyonlar,		İyot eksikliği
	Enfeksiyonlar		Malnütrisyon mikrobesein eksikliği
	Konjenital, Kromozomal Anormallikler		
ÇEVRESEL TOKSİNLERE MARUZİYET.....			
ANNENİN FİZİKSEL VE MENTAL SAĞLIK PROBLEMLERİ.....			
SOSYAL VE EKONOMİK ÇEVRE KUSURLARI: Besin, güvenli barınma, çevresel hijyen, iş, toplumsal cinsiyet eşitliği, ebeveyn eğitimi, çocuk bakımı, okul öncesi imkanlar ve okullar, kamu ve özel mal ve hizmetlere erişim, sağlık ve eğitimli sağlık personeline erişim, şiddet ve savaşa maruz kalma.			
Prekonsepsiyonel	Prenatal/Perinatal	Yenidoğan	Hayatın ilk yılı

1. 3. Dünyada ve Türkiye’de Gelişimsel Sorunların Sıklığı:

Bilimsel yazında gelişimsel sorunların ya da engellerin sıklığı araştırmalarının metodolojisi, engelin tanımı, ülkenin ya da ülke içindeki yörelerin ve toplumların özellikleri değiştikçe farklılıklar göstermektedir.

Kronik hastalıklarla birlikte ele alındığında öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, gelişimsel gecikme, otizm ve mental retardasyon sıklığının toplamının toplumda çok sık görülen astımdan yaklaşık 1,5 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Tablo 2’ de çocuklardaki gelişimsel ve davranışsal sorunların ve diğer kronik hastalıkların görülme sıklığı verilmiştir [59].

Tablo 2. Çocuklarda Gelişimsel-Davranışsal bozukluklar ve diğer kronik tıbbi durumların sıklığı

Tıbbi Durum	1000 kişide karşılaşılan vaka sıklığı
Astım	135
Öğrenme güçlüğü	90
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	78
Anksiyete	64
Depresyon	60
Gelişimsel gecikme	32
Mental retardasyon	12
Konjenital kalp hastalığı	9
Otizm	6.6
Epilepsi	6.5
Serebral palsi	3.1
Diyabet	2.2
Juvenil romatoid hastalıklar	1.5
Spina bifida	0.4
Kistik fibrozis	0.3
Kanser	0.2
İnflamatuvar barsak hastalığı	0.07
Kronik böbrek hastalığı	0.07

1.3.1. Dünyada Gelişimsel Sorunlar:

Dünyada, kronik ya da ölümcül hastalıkların tedavilerinde ilerlemeler olmasıyla birlikte, bu hastalıkların azalan mortaliteleri çocukların gelişimlerini etkileyen sorunlara daha sık rastlanmasına neden olmuştur [60].

Özellikle batı ülkelerinde anne yaşının ilerlemesi, öte yandan infertilite tedavisindeki gelişimlerle beraber çoklu gebelik, preeklampsi, polihidramnios gibi gebeliği ve bebeği olumsuz etkileyen etkenlerin sayıca artması bazı olumsuzlukları beraberinde getirmiştir. Erken doğum sıklığında ve doğum sırası komplikasyonlarda artma bu olumsuzluklara birkaç örnek olarak gösterilebilir.

Günümüzde yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin gelişmesi ile 1000 gr altında doğan çocukların yaşatılması olasıdır. Bu ilerlemelerin neticesinde yenidoğan morbiditesinde ciddi bir artış olmuştur [61]. Prematürelilik özellikle nörogelişimsel gecikme için bir risk faktörüdür [3, 60, 62]. Otuz iki-36 haftalık gestasyonel yaş ile doğan bebeklerin term doğanlara göre yaşamlarının ileriki dönemlerinde, sosyal ve okul hayatları boyunca özellikle dikkat eksikliği, davranış problemleri, hafif düşük IQ sorunlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir [63, 64].

Gelişmiş ülkelerde gelişimsel sorunların sıklığı ve nedenleri ile ilgili daha çok kesitsel epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde yapılan sınırlı çalışmalar vardır ancak çalışmaların gelişimsel gecikme, engel tanımları, yaş grupları, izleme ve tanı yöntemleri birbirinden farklı olduğundan genelleme ve karşılaştırma yapmak çok zordur.

Ülkeler genelinde çocukluk çağı gelişim sorunları %10-30 arasındaki bir sıklıkta görülmekte olup yine en sık kronik morbidite grubunu oluşturmaktadır.[65].

Gelişimsel sorunlar ve davranışsal bozukluklar Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' nde çocuklarda en sık görülen sağlık sorunlarından. 17 yaş altındaki çocuklarda %17 oranında gelişimsel sorun olduğu tahmin edilmektedir [66]. Onsekiz yaşından küçük 5 milyon çocuğun özel gereksinimi olduğu ve gelişimsel sorunların sıklığı 1999-2000 verilerinde % 13 olarak bildirilmiştir [67, 68]. Bu oranın çok yüksek olmasının yanında kronik hastalıklarda bu gruba katıldığında gelişimsel sorunların % 30 gibi çok daha yüksek sıklıkta görüldüğü belirtilmektedir [65]. Ciddi gelişimsel bozuklukların en sık karşılaşılanı 1/83 oranı ile zihinsel engelliliktir. Otistik spektrum bozuklukları 1/110 sıklığında görülmektedir. Ciddi hareket bozukluklarından en sık nedeni oluşturan serebral palsi görülme oranı ise 1/278' dir. Daha az ciddi ama daha sık görülen sorunlardan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu veya konuşma

bozukluklarının her biri için ise 1/10 oranında çocuğun etkilendiği bildirilmektedir [69]. Rushton ve arkadaşlarının 2002 yılında Amerika, Kanada ve Porto Riko' dan toplanan verilerle Pittsburgh Üniversitesi' nde yaptıkları çalışmada daha önceden ya da yeni tanı almış hastaların % 36 oranında gelişimsel, % 22 oranında davranışsal ve iletişim sorunlarının olduğunu saptamışlardır. [70].

Diğer bazı ülkelerde gelişimsel sorun sıklıkları; Hindistan'da % 17,2 ve % 7,6 [71, 72], Bangladeş'te % 7,0 [73], Güney Afrika'da % 6 oranında bildirilmektedir [74].

Bilişsel alandaki gelişimsel sorunların sıklığı ile ilgili gelişmekte olan ülkelere yeterli veri yoktur. Ağır mental retardasyon prevalansı incelendiğinde, gelişmiş ülkelerde (İngiltere, Kanada, İspanya, İskoçya, Hollanda, ABD, İsveç, Japonya ve Çin) 3-5/1000, gelişmekte olan ülkelere ise (Jamaika, Bangladeş, Hindistan ve Pakistan) bu oran 22/1000' e kadar yükselmektedir [75].

İsrail'de, Bendel ve ark. tarafından 1989 yılında ülke geneli prevalans çalışmasında 2 ile 3 yaş arası ortalama 10.000 kişilik örneklem grubunda, kronik durumların ve hastalıkların neden olduğu gelişimsel durum saptaması yapılmış ve % 8,9 oranında gelişimsel sorun saptanmıştır [76].

Suudi Arabistan' da Milaat ve arkadaşları tarafından 2001 yılında çocukluk çağı sorunları surveyans çalışmasında % 3,7 oranında sorunlu çocuk olduğu tespit edilmiştir [77]. Suudi Arabistan'da 2004 yılında yapılan surveyans çalışmasında 16 yaşından küçük 60,630 çocukta % 6,3 oranında sorun saptanmıştır [78].

Çin' de 2003 yılında Sun ve arkadaşları tarafından görme, zeka, işitme, dil, psikiyatrik ve hareket sorunlarının prevalansını saptamak için 0-7 yaş arası ortalama 78,000 kişilik örneklem grubu olan bir çalışma yapılmıştır. Tüm alanlarda saptanan sorun oranı toplam binde 5,6 iken en yüksek oran her iki grupta da binde 1,88 oranı ile dil ve zeka alanında saptanmıştır.

Pakistan'da 2004 yılında Yaqoop ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada % 6,2 oranında hafif entellektüel sorun oranı saptanmıştır [79].

Birleşik Arap Emirlikleri' nde 2004 yılında Eapen, Zoubeidi ve Yunis tarafından yapılan 2-3 yaş arasındaki çocuklara Çocuk Davranış Formu ile tarama yapılmış % 10 oranında sorun saptanmıştır [80].

Hindistan' da 2005 yılında Srinath ve arkadaşları tarafından yapılan epidemiyolojik surveyans çalışmasında ise 0-16 yaş arasındaki çocuklarda mental ve psikiyatrik bozukluk oranı % 12,5 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ayrıca 0-3 yaş

arası çocuklarda katılma nöbetleri, pika, davranış sorunları, anlatıcı dil bozukluğu ve mental retardasyon tanısı alma oranı % 12' dir [81].

Hindistan' da 2009 yılında yapılan Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu-*United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) destekli başka bir çalışmada kırsal bir alanda 0-5 yaş arası çocuklarda gelişimsel gecikme, deformite ve engelli oranı % 2,5 ve iki yaşına kadar olan çocuklarda gelişimsel sorun oranı % 2,3 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada ilginç olarak konuşma ve dille ilişkili sorun oranı % 29,8 olarak belirlenmiştir [82].

Sauvey ve arkadaşları tarafından toplum sorun prevalansı olarak 2005 yılında Nepal' de yapılan çalışmada ise sorun sıklığı % 0,95 olarak saptanmıştır [83].

Tablo 3' de yukarıda belirtilen ülkelerdeki gelişimsel sorunların sıklığı, örneklem grubu ve sorunun tanımıyla birlikte verilmiştir.

Tablo 3. Gelişimsel Zorluk Epidemiyolojisi [84]

	n	Yaş (yıl)	Sıklık %	Çalışmada kullanılan gelişimsel sorunun tanımı
Brazilya (Anselmi ve ark. , 2004)	624	2-3	24	Davranış sorunu
Senegal (Diop ve ark. , 1982)	545	5-15	17	Duygusal/Mental Sağlık Sorunu
Nijerya (Abidoun, 1993)	500	5-15	15	Psikiyatrik Morbidite
Hindistan (Srinath ve ark. , 2005)	2,064	0-16	12.5	Mental ve Psikiyatrik sorunun ICD-10 tanıları
Birleşik Arap Emirlikleri (Eapen, Zoubeidi ve Yunis, 2004)	694	2-3	10	Dil alanında gecikme
İsrail (Bende ve ark. , 1989)	9,854	2-3	8.9	Gelişimsel gecikme/sorun
Suudi Arabistan (Al-Hazmy, Al Sweiden ve Al-Moussa, 2004)	60,630	0-16	6.3	Sorun
Pakistan (Yaqoob ve ark. , 2004)	1,476	12	6.2	Hafif mental gerilik
Etiyopya (Ashenafi ve ark. , 2001)	1,477	0-15	3.5	Mental / davranışsal sorun

1.3.2. Türkiye’ de Gelişimsel Sorunlar:

Ülkemizde de çocukluk çağı mortalitesindeki azalmaya karşılık çocukluk dönemi gelişimsel sorunları, en sık rastlanan morbidite grubu olmuştur [75].

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuk sağlığı alanında 20. yüzyılın son yarısında çok önemli yol alınmıştır. Koruyucu hizmetlerin yaygınlaşması ile 1978’de binde 134 olan bebek ölüm hızı 2003’te binde 29’a, 2007 yılında binde 21’e, 2008 yılında ise binde 17’ye gerilemiştir [85, 86].

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında ülkemizde yan dal branşlarının artması ve bu alanlardaki hızlı gelişim, hastaların daha etkin tedavi almalarına olanak sağlamıştır. Buna bağlı olarak bu hastaların hastaneye yatış süreleri, ilaç yan etkileri, sekel kalma oranları gibi morbidite etkenlerinde de artma gözlenmiştir [64, 87].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 yılı, Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırmasına göre, Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan özürlülerin, % 58,6’sı erkek, % 41,4’ü kadındır. Yerleşim yerine göre, % 62,4’ü kentte, % 37,6’sı kırdan yaşamaktadır. %20-39 arası özür oranına sahip olanlar % 15,2’dir. % 40- 69 arası ile % 70 ve üstü özür oranına sahip olanlar % 42,4’tür. Çocuklarda görülen sağlık sorunlarının cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı tablo 4’ te gösterilmiştir.[88].

Kayıtlı özürlüler yaşlarına göre değerlendirildiğinde % 4,9’ u 0-6 yaş, % 16,2’ si 7-14 yaş, % 17,2’ si 15-24 yaş, % 27,7’ si 25-44 yaş, % 18,9’u 45-64 yaş, % 15,2’si 65 yaş ve üzeri grubundadır. Kayıtlı olan özürlü bireylerin cinsiyet, yerleşim yeri, özür oranı, yaş grubu ve özür türleri tablo 5’ te gösterilmiştir.

Özür nedenlerine göre sınıflandığında ise % 29,2’si zihinsel özürlüler, % 25,6’sı süregelen hastalığı olan özürlüler, % 8,8’i ortopedik özürlüler, % 8,4’ü görme özürlüler, % 5,9’u işitme özürlüler, % 3,9’u ruhsal ve duygusal özürlüler, % 0,2’si dil ve konuşma özürlüler ve % 18’i birden fazla özre sahip olanlardır.

Özrünün ortaya çıkış zamanı incelendiğinde; % 14,7 sinin doğum öncesinde, % 10,6’sının doğum sırasında, % 18’nin 1 yaşına varmadan, % 54,5’nin 1 yaş ve üstü dönemde özrünün ortaya çıktığı gözlenmiştir. Yani yaklaşık % 42 özür yaşamın ilk bir yılında ortaya çıkmaktadır, % 3,1’ inin özrünün ortaya çıktığı zaman ise bilinmemektedir.

Özürlerin % 15,9’u genetik veya kalıtsal bozukluk, % 9,6’ sı kaza ve % 3’ü gebelikte veya doğum sırasında yaşanan problemlere bağlı gelişirken, % 56,8 özür bir hastalık sonucu ortaya çıkmıştır. Kayıtlı olan özürlü bireylerin özür türlerine göre özür nedenleri ve özrün ortaya çıkış zamanı, tablo 6’ te gösterilmiştir.

Akrabalık durumuna bakıldığında ise özürlülerin, % 23,8'i ebeveynlerinin akraba olduğunu, % 76,2'si ebeveynlerinin akrabalık bağı bulunmadığını belirtmiştir. Özür türüne göre akrabalık ilişkisi incelendiğinde; % 39,5 ile işitme özürlülerde ebeveynleri akraba olanların oranı, diğer özür türlerine göre daha fazladır [88]. Kayıtlı olan özürlü bireylerin özür türüne göre ebeveynlerinin akrabalık durumu tablo 7' da gösterilmiştir.

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 1996 ve DSÖ verileri konuşma engelli, eğitilebilir engelli, süreğen hastalık, uyum sorunu işitme engelli, öğretilebilir engelli ve görme engelli bireylerin oranının % 10-12 arasında olduğunu bildirmekteyken, 2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması Raporu'na göre ise sorunlu olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 12.29 olarak saptanmıştır. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel sorunluların oranı % 2.58 iken (yaklaşık 1,8 milyon) süreğen hastalığı olanların oranı ise % 9,7'dir (yaklaşık 6,6 milyon).

Sıfır-dokuz yaş grubunda ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel sorunlu olanların oranı % 1.54 iken 0-9 yaş grubunda kronik hastalığa sahip olanların oranı % 2.60'tır.

2002 Türkiye Özürlüler Araştırması Raporuna göre özür türlerinin toplam nüfus içindeki yaygınlığının incelenbilmesi amacıyla her özür türü için sorunlu nüfus oranı hesaplanmıştır. En yüksek sorun oranı ortopedik sorunlularda gözlenirken en düşük sorun oranı işitme sorununda gözlenmektedir. Yaşa göre sorun oranları incelendiğinde, ortopedik, görme ve işitmede sorunlar yaşla birlikte artmaktadır [89].

Yine bu araştırmanın sonuçlarına göre özür nedenleri arasında doğuştan sorunu olanlar yaklaşık % 34 olarak bildirilmiştir. Sorunun ortaya çıkış zamanı doğuştan ve sonradan olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. Sorunun ortaya çıkış zamanı, özür türüne göre incelendiğinde, ortopedik (% 73.30), görme (% 76.32) ve işitme işlevlerinde sorun olanlarda (% 67.10) sonradan sorun çıkanların oranı daha yüksektir. Ancak, dil ve konuşma, zihinsel işlevlerinde sorun olanlarda doğuştan veya sonradan sorun çıkma oranları arasında önemli bir farklılık gözlenmemektedir. Sorunun ortaya çıkış zamanı kent-kır ayrımında incelendiğinde, tüm sorun türlerinde doğuştan sorunlu olanların oranının kırdan daha yüksek olduğu, sonradan sorun çıkanların oranının ise kentte daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sorunun ortaya çıkış zamanı, cinsiyet ayrımında incelendiğinde görme ve işitme alanında sorunu olanlarda cinsiyet ayrımında önemli bir farklılık gözlenmemektedir.

Ortopedik, dil ve konuşma ile zihinsel alanlarda sorunu olanlarda, doğuştan sorunu olanların oranı erkeklerde kadınlardan daha yüksektir.

Ülkemizde çocukların kronik hastalık sıklığını araştıran bildiğimiz tek araştırma olan Ro-Codec araştırması (1996) ise % 25 oranında gelişimsel sorun sıklığı bildirmektedir [90]. Bu sıklık, dünyadaki diğer veriler ile benzer olup gelişimsel sorunlar ülkemizde de en sık rastlanan çocukluk dönemi kronik sorun grubunu oluşturmaktadır. Roche Çocuklarda Kronik Hastalık Araştırması (1996) verilerine göre gelişimsel gecikme/sorunla ilgili hastalıklar tablo 8’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. Çocuklarda görülen sağlık sorunlarının cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2010

Çocuklarda görülen sağlık sorunlarının cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı									
Rahatsızlıklar	Türkiye			Kent			Kır		
	Toplan	Erkek	Kadın	Toplan	Erkek	Kadın	Toplan	Erkek	Kadın
İşitme kaybı	4,8	4,7	5,0	5,2	5,3	5,0	4,2	3,3	4,9
Görme kaybı	1,3	1,5	1,2	1,7	1,6	1,7	0,6	1,1	0,2
Konuşma gecikmesi, konuşma bozukluğu	4,4	6,0	2,7	4,4	5,9	2,9	4,3	6,4	2,4
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	1,4	1,7	1,1	1,5	1,8	1,2	1,2	1,6	0,9
Davranış uyum problemi	1,5	1,1	2,0	1,4	1,2	1,6	1,8	1,0	2,5
Diğer	2,0	2,3	1,8	1,6	1,6	1,6	2,9	3,7	2,2
(1) Zihinsel gecikme/ zeka geriliği, öğrenme güçlüğü, serebral palsi, otizm ve doğuştan kalça çıkıklığı diğer içerisinde kapsamıştır									

Tablo 5. Kayıtlı olan özürlü bireylerin cinsiyet, yerleşim yeri, özür oranı, yaş grubu ve özür türleri, 2010

%											
	Toplam	Görme Özürlü	İşitme özürlü	İzlenim özürlü	konuşma özürlü	Ortopedik Özürlü	Zihinsel Özürlü	Yürme özürlü	Duygusal Özürlü	Süregelen hastalık	Çoklu özürlü
Toplam	100,0	8,4	5,9	0,2	0,2	8,8	29,2	3,9	25,6	18,0	
Cinsiyet											
Erkek	58,6	67,0	57,5	0,2	67,0	56,2	61,1	67,9	56,2	53,5	
Kadın	41,4	33,0	42,5	0,2	33,0	43,8	38,9	32,1	43,8	46,5	
Yerleşim yeri											
Kent	62,4	59,2	67,1	0,2	70,6	59,8	61,1	61,0	64,6	62,8	
Kır	37,6	40,8	32,9	0,2	29,4	40,2	38,9	39,0	35,4	37,2	
Özür Oranı											
% 20-39	15,2	28,3	16,6	0,2	52,3	33,8	6,7	12,3	17,1	10,8	
% 40-69	42,4	28,1	78,8	0,2	37,1	49,4	43,3	25,8	40,0	39,5	
% 70 +	42,4	43,6	4,6	0,2	10,5	16,9	50,0	61,9	43,0	49,7	
Yaş Grubu											
0-6	4,9	1,4	9,6	0,2	25,1	3,7	7,4	2,0	3,6	3,7	
7-14	16,2	5,1	17,4	0,2	37,1	5,1	36,1	10,5	4,6	11,5	
15-24	17,2	16,1	20,9	0,2	14,9	13,1	27,5	9,3	9,2	14,9	
25-44	27,7	36,2	32,4	0,2	11,7	39,2	23,3	49,5	23,6	25,0	
45-64	18,9	25,5	12,0	0,2	7,5	22,1	4,9	22,1	33,1	18,4	
65 +	15,2	15,8	7,7	0,2	3,7	16,7	0,8	6,6	25,9	26,4	
Not: Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir											

Tablo 6. Kayıtlı olan özürlü bireylerin özür türlerine göre özür nedenleri ve özrün ortaya çıkış zamanı, 2010

%									
	Toplam	Görme Özürlü	İşitme özürlü	Dil ve Konuşma Özürlü	Ortopedik Özürlü	Zihinsel Özürlü	Ruhsal ve Duygusal Özürlü	Süreğen Hastalık	Çoklu Özürlü
Toplam	100,0	8,4	5,9	0,2	8,8	29,2	3,9	25,6	18,0
Özrün Ortaya Çıkış Zamanı									
Gebelikte	14,7	19,5	26,9	17,6	14,4	21,2	5,0	5,6	13,3
Doğum sırasında	10,6	7,5	13,9	8,9	12,3	16,3	2,7	3,6	12,3
1 yaş altında	18,0	12,7	22,0	19,2	14,1	27,1	10,6	9,9	19,4
1 yaş ve üzerinde	54,5	58,7	34,9	51,7	57,5	32,8	78,9	78,4	53,5
Bilinmiyor	3,1	2,6	4,4	3,2	2,3	3,7	3,2	2,9	2,6
Özrün Nedeni									
Kaza	9,6	21,7	4,6	2,3	30,8	3,4	6,4	6,9	9,9
Hastalık	56,8	41,7	46,2	32,4	40,8	46,4	55,3	77,5	63,1
Gebelikte/doğum sırasında yaşanan problemler	3,0	1,0	(0)	2,9	3,3	4,8	(0)	1,5	3,7
Genetik/Kalıtsal bozukluk	15,9	22,3	27,5	22,2	11,3	20,7	10,9	9,5	13,5
Bilinmiyor	13,9	13,1	18,5	33,7	11,4	23,2	19,6	5,2	9,9
Diğer	2,7	2,0	2,9	7,5	4,2	2,7	9,0	1,7	2,0
Not: Bir kişi birden fazla seçenek işaretleyebildiği için sütun toplamı 100' ü vermemektedir.									

Tablo 7. Kayıtlı olan özürlü bireylerin özür türüne göre ebeveynlerinin akrabalık durumu, 2010

%									
	Toplam	Görme Özürü	İşitme özürü	konuşma özürü	Ortopedik Özürü	Zihinsel Özürü	Duygusal Özürü	Sürekli hastalık	Çoklu özürü
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Akraba Olmayan	76,2	72,6	60,5	71,6	82,1	71,2	83,0	81,3	79,5
Akraba Olan	23,8	27,4	39,5	28,4	17,9	28,8	17,0	18,7	20,5
Kardeş çocukları	70,1	70,7	77,5	69,1	66,4	69,2	66,8	68,2	71,4
Kardeş torunları	25,1	22,0	18,9	28,8	27,2	26,8	23,6	26,1	25,4
Diğer	4,8	7,3	(0)	(0)	6,4	4,0	9,6	5,7	3,2
Not: Not: Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.									

Tablo 8. Roche Çocuklarda Kronik Hastalık Araştırması (1996) verilerine göre gelişimsel gecikme/sorunla ilgili hastalıklar

SORUN	%
Malnutrisyon	5.2
Dikkat eksikliği-hiperaktivite	8.6
Davranış bozukluğu	6.0
İşitme azlığı	2.1
Mental retardasyon	2.0
Görme azlığı, göz bozukluğu	0.9
İlerleyici kas hastalığı	0.7
Ortopedik sorun	0.4
Serebral palsi	0.2
Otizm	0.2
Nöral tüp defekti	0.01
Fenilketonüri	0.00017
TOPLAM	25.34

1.3.3. Hastaneye Yatan Çocuklarda Gelişimsel Sorunlar:

Toplum ortalamasına göre gelişimsel sorunu olan bireylerin hastaneye yatış sıklığı daha fazladır[91]. 1997 yılında Walsh ve arkadaşlarının ABD’ de yaptığı çalışmada gelişimsel sorunu olan hastaların normal topluma göre hastaneye daha sık yattıkları saptanmıştır [92].

Bu konuyla ilgili ilk olarak 1993’te Fieldman ve arkadaşları hastanede en az otuz gün yatış gerektiren çocuk hastaların, demografik ve tıbbi özelliklerini Pensilvanya’da tanımlamıştır. Çalışmada, çocuk hastanesinde yatan, 3 yaşından küçük, üçüncü basamak hastane hizmeti alan hastaların gelişimsel durumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Gelişimsel açıdan erken destek alması gereken hastaların biyolojik engelleri, gelişimsel gecikme ve gelişimsel bozukluklar için taşıdıkları risk faktörlerinin oranları belirlenmiştir.1990-1991 yılları arasında hastanede en az 30 gün yatmış 3 yaşından küçük çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir. Hastaların %54’ünde gelişimsel gecikme saptanırken % 36’ sında medikal ve sosyal risk faktörleri belirlenmiş, sonuç olarak ise 30 günden fazla hastane yatışı olan çocukların düzenli olarak gelişimsel değerlendirme ve izlem yapılması gerektiği belirtilmiştir [93].

Petersen ve arkadaşları 2009 yılında ABD ‘nin Oregon eyaletinde hastaneye başvuran çocuklar arasında % 34,4 oranında şüpheli ya da kesin gelişimsel ve davranışsal sorun saptamış, hastaneye yatanların % 10’unda yatışlarında ilk kez gelişimsel sorun olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışma “ hastanede yatan çocukların genel popülasyona göre daha yüksek oranda gelişimsel ve davranışsal gecikmesi olmalıdır ” hipotezi ile bir prospektif prevelans çalışması olarak yapılmıştır. Çalışmada tarama amacı ile Çocuk Gelişim Envanteri-*Child Development Inventory* (3 aylıktan 6 yaşa kadar olanlarda kullanıldı.), Ebeveynin Gelişimsel Durum Değerlendirmesi-*Parents’ Evaluation of Developmental Status* (PEDS) (0-8 yaş), Pediyatrik Semptom Kontrol Listesi-*Pediatric Symptom Checklist* (4-18 yaş için) ve Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ebeveyn Puanlama Skalası-*Vanderbilt Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Parent Rating Scale* (6-18 yaş için) araçları kullanılmıştır. Bu amaçla hastanede yatan 6 ay-17 yaş arası 325 çocuk çalışmaya alınmıştır. Çocuklar bilinen gelişimsel ve davranışsal sorunları olanlar, şüpheli gelişimsel ve davranışsal sorunları olanlar ve herhangi bir gelişimsel ve davranışsal sorunu olmayanlar olarak gruplara ayrılmışlardır. Sonuçlarda yatan hastaların % 21,1’ inde bilinen gelişimsel ve davranışsal problemi olduğu,% 11,4’ünde ise şüpheli gelişimsel ve davranışsal probleme rastlandığı görülmüş olup bu iki grubun toplamı %

33,5 olarak belirlenmiştir. Ayrıca 0-4 yaş arası bilinen gelişimsel ve davranışsal sorunu olan çocuk oranı % 15,6 iken daha önceden bilinen gelişimsel ve davranışsal sorunu olmayan ancak değerlendirme sonucunda şüpheli görülen çocuk oranı ise % 10,2'dir [91].

Ülkemizde hastanede yatan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığını belirlemek amacıyla iki çalışma yapılmıştır. İlk araştırma Dr. N. Galip'in 2010 yılında Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı'nda yaptığı uzmanlık tezidir. Bu çalışmada 0-5 yaş arası 102 kronik hastalık tanısı olan çocukta anlatım dili, alıcı dil, kaba hareket ve ince hareket gibi alanlarda % 30'un üzerinde sorun olduğu saptanmıştır. Buna karşın hastaların yaklaşık % 30' unda gelişimsel sorunları için gereken yönlendirmeler yapılmamıştır. Gelişimsel hizmetler alanında hastaların yaklaşık yarısında (% 49) gelişimsel bir sorun olmasına rağmen bunun farkedilmediği ve/ ya da hastalara hiçbir gelişimsel destek verilmediği görülmüştür [94].

İkinci araştırma ise Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi' inde 2010 yılında Pekcici ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Araştırmanın amacı 0-3 yaşta akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklarda gelişimsel sorun sıklığının ve gereksinimlerinin belirlenmesidir. Araştırmaya alınan 250 hastadan % 55'i erkek ve ortalama yaş 11 aydır. Annelerin yaklaşık yarısının (% 44) 25 yaşından küçük ve % 41'inin eğitiminin en fazla 5 yıllık ilköğretim eğitimi olduğu saptanmıştır. Çocuklarının çoğunun solunum yolu hastalıklarının (% 37) akut ishal (% 8) ya da idrar yolu enfeksiyonu (% 10) nedeniyle hastaneye yatırıldığı belirlenmiştir. Annelerin çoğunun (% 81) çocuklarının gelişimi ile ilgili kaygısının bulunmadığı ancak çocukların çoğunda (% 68) uyaran eksikliği varlığını düşündüren ev ortamında gelişimi destekleyecek önerilerin verilmesini gerektiren gelişimsel zorlukların olduğu saptanmıştır. Çocukların yalnızca 20'sinde (% 8) özel eğitim ve rehabilitasyon gerektiren engellerin daha önceden bilindiği saptanmıştır. Gelişimsel zorluğu olan 176 çocuğun (% 70) hiç birinin araştırma öncesinde tanı, yönlendirme, bilgilendirme ve öneri almadığı belirlenmiştir. Bu araştırmaların sonucu gelişimsel izlem ve destek yöntemleri ayaktan sağlık izleminde yerleşene dek çocukların hastaneye yatışının gelişimsel sorunları saptamak, erken tanı ve tedaviye yönlendirmek için kaçırılmaması gereken bir fırsat olduğuna işaret etmektedir.

1.3.4. Erken Çocukluk Döneminde Gelişimsel İzlemin Önemi

Palfrey ve arkadaşlarının 1987 yılında ABD’ de 1726 çocuğun ailesi ile yaptıkları görüşmelerle elde ettikleri çalışmanın sonuçlarına göre doğumdan itibaren gelişimsel sorun görülme sıklığı % 4,5, 5 yaş altında ise % 28,5 ‘tir [7].

Çocuklarda % 10-30 oranında gelişimsel ve/veya davranışsal sorunlar bulunmasına rağmen bunların sadece % 30’ unun okul öncesi tanı aldığı tahmin edilmektedir [7, 67, 68].

ABD’ de 1993 yılında Vanderbilt Üniversitesi’nde yapılan sürveyans çalışmasında gelişimsel gecikmesi olan çocukların ancak yarısının okul öncesinde fark edildiği saptanmıştır [95]. Yine ABD’ den bildirilen verilerde okul çağındaki çocukların (6-17 yaş) ortalama % 11’ inin akademik ya da davranışsal sorunlar için okul sistemlerinde özel eğitim desteği almaktadır. Fakat okul öncesi çocukların yalnız (3-5 yaş) % 5’i, süt çocuklarının (0-2 yaş) % 1,8’ i erken destek servislerinden faydalanmaktadır [96, 97].

Bayley ve arkadaşlarının 2004 yılında gerçekleştirdiği çalışmaya göre gelişimsel sorun saptanan Down sendromu veya prematürelilik gibi yüksek risk grubundaki çocuklara göre, bu grubun dışındaki diğer gelişimsel sorunu olan çocukların ilk tanı alma yaşları daha geçtir [98].

Serebral palsi ya da zihinsel sorunu olan çocuklar 1 yaşına kadar tanı alabilirler. Ancak hafif, silik bulgularla ilerleyen, öğrenme güçlüğü ya da dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu gibi hastalığı olan çocukların, gelişimsel ve davranışsal sorunu olan çocukların % 18 gibi daha yüksek oranını oluşturmalarına rağmen okul çağına kadar güvenilir tanı alamadıkları bilinmektedir [96].

Amerikan Pediatri Akademisi (APA) gelişimsel ve davranışsal sorunları olan çocukların erken tanınmasını güçlendirmek amacıyla, birinci basamak çocuk sağlığı çalışanlarının ebeveynlerden gelen her türlü gelişimsel şikayeti dikkate alarak, sağlam çocuk muayenesine gelen tüm çocuklara resmi olarak standardize edilmiş, özel yaşlara göre (9 ay,18 ay,24 ay ve 30 ay) kullanılabilen araçlarla, gelişimsel değerlendirme yapılmasını tavsiye etmektedir. Bu durum en tecrübeli çocuk hekimlerinin bile gözden kaçırabileceği hafif gelişimsel sorunu olan çocukları erken yaşta saptamak için geliştirilip standardize edilmiş bir tarama aracına duyulan ihtiyacın önemini artırmaktadır.

Erken tanının etkinliğini ortaya çıkaran birçok çalışma mevcuttur [99, 100] Gelişimsel gecikme için risk altında olan düşük doğum ağırlıklı doğmuş çocuklarda yapılan çalışmada zihinsel ve multidisipliner erken tanı servislerinden faydalanmış çocukların 3 yaşına geldiklerinde sadece sağlık servisinden yararlanan çocuklara nazaran daha yüksek oranda bilişsel skorlarının olduğu ortaya çıkmıştır [101]. Aynı grup çocuklar ve aileleri çocuklar 8 yaşına geldiğinde daha iyi okul başarısı ve aile gelişimi göstermişlerdir [102].

Çocuk odaklı eğitim aktiviteleri ile desteklenmiş ebeveyn çocuk ilişkisini birleştirebilen erken müdahale servisleri, en başarılı olanlardır [103]. Sorunu olan çocukların aileleri de önemli problemlerle karşı karşıyadır. Aile desteği erken müdahalenin önemli bir parçası olup ailelerin çocuklarının ihtiyaçlarına cevap verirken davranışlarını düzenler. Aileler için destek sağlar ve ailelere çocuklarını nasıl destekleyeceklerini öğretip ebeveyn çocuk ilişkisini düzeltir [98].

Erken çocukluk döneminin erken evresi olan 0-2 yaşları arasında beyin gelişiminin gerçekleşmesi bu evrenin önemini arttırmaktadır [3, 104]. Son birkaç on yılda yeni görüntüleme tekniklerinin gelişmesi insan beyninin gelişimi hakkında daha detaylı bilgi edinmemizi sağlamıştır. Dinamik beyin görüntüleme tekniği kullanılarak elde edilen bilgilere göre gebeliğin üçüncü trimesterinden önce tüm nöron parçalarının olduğu anlaşılmıştır. Fakat nöronlar arasındaki bağlantılar veya sinapslar büyük oranda doğumdan sonra oluşmaktadır. Çocuğun gelişen beyinde oluşan sinaptogenez ve sonrasındaki budama işlemi, büyük oranda çocuğun hayatının erken dönemlerinde bakım aldığı çevreyle ilişkili olarak meydana gelmektedir. Sarılma, gülümseme, şarkı söyleme ve bebeğe cevap verme gibi ebeveynin bebeği ile olan iletişiminin kalitesine bağlı olarak beyinde karmaşık devreler ve şekillenmeler tamamlanmaktadır [105].

Sinirbilimindeki yeni araştırmalar erken çocukluk çağındaki stres etkenlerinin beyin mimarisini etkilediğini göstermektedir. Schonkoff, erişkin desteğinin tamponlama sisteminin eksikliğinde, vücudun stres yönetim sistemlerinin uzamış güçlü ve sık bir şekilde aktivasyonunu “toksik stres” olarak tanımlamıştır. Aşırı yoksulluk, tekrarlayan fiziksel ve/veya duygusal istismar, kronik ihmal, ciddi anne depresyonu, ebeveyn madde kullanımı ve aile içi şiddet toksik stresin parçalarını oluşturmaktadır. Beyin mimarisinin bozulması toksik stresin önemli bir sonucudur. Bu bozulma hayat boyu kalıcı olan, çocukluk çağı ve erişkin dönemde strese bağlı fiziksel ve mental hastalıkların artmasıyla sonuçlanan ve görece daha düşük eşiklere cevap veren stres kontrol sistemine neden olur [106].

Gelişimsel sinirbilimini kapsayan birçok araştırma, dünya genelinde halen sağlık bakım sistemlerinin çocuklarının gelişimini olumlu alanlara itmekten sorumlu olduğu görüşünü savunmaktadır [107].

Özellikle hayatın ilk 3 yılında hatta okul öncesi döneme kadar olan sürede bebeğin gelişiminde olası aksamalar ve gecikmeler sıklıkla gözden kaçabilir, geç fark edilebilir. Doğumdan okula kadar geçen okul öncesi dönemde bebek ve oyun çocuğu okul eğitiminin gereklerini yerine getirebilecek gelişimi edinmek zorundadır; dinleyebilmeli, anlatılanları anlayabilmeli, dile getirebilmeli, kendini denetleyebilmeli, ilişki kurabilmeli, sözel etkileşim ve işbirliği yapabilmelidir. Erken çocukluk döneminin sonunda çocuğun yaşam için temel becerilerini kazanmış olması beklenilir [33]. Çocuğun gelişiminin izlenmesi, onun hareket, bilişsel, duygusal ve toplumsal (sosyal) alanlarda gelişimini en uygun biçimde destekleyecek bireysel yetilerinin, ona bakım veren ve gelişimini sağlayan ortamların anlaşılmasını ve desteklenmesini amaçlayan bir süreçtir. Çocukların kreşe, anasınıfı ya da ilköğretime başlamadan önce karşılaştıkları ilk devlet kurumu sağlık sistemidir. Her çocuğun gelişiminin en uygun şekilde ilerlemesini sağlamak, sağlık çalışanlarının bedensel hastalık ve bozuklukları önleme ve sağaltmadaki rolü kadar önem taşımaktadır [3, 108].

1.4. Hastalık Sınıflandırma Sistemleri

1.4.1. International Classification of Disease-10 (ICD-10) ve International Classification of Functioning, Disabilities and Health of Child and Youth (ICF-CY)

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bilimi diğer tıp dallarından farklı olarak yalnızca bedensel hastalıkların iyileştirilmesini değil, aynı zamanda çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimlerini amaçlar. Özellikle bebeklik ve erken çocukluk dönemi çocuk gelişiminde hayati öneme sahiptir. Bu dönemde yaşanan çeşitli hastalıklar çocukların sağlıklı gelişimini etkileyebilmekte, ayrıca aynı etiyolojiye dayalı hastalık her çocukta farklı seyredebilmekte, farklı gelişimsel sonuçlar doğurmaktadır.

Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimleri hastalıklar dışında, çocuğun sosyodemografik özellikleri, aile yapısı, ebeveyn eğitim düzeyi, ailenin sosyoekonomik ve kültürel durumu, ailenin yaşadığı yer, aile yapısı, kardeş sayısı gibi çevresel etmenler, gelişimsel destek hizmetlerine ulaşabilirliği, genel sağlık hizmetlerini düzenli

alabilmesi, doğum öncesi, doğum sonrası ve doğum sırasında yaşanan sorunlar, soygeçmiş özellikleri gibi birçok etmeden etkilenebilmektedir.

Dünyada ve ülkemizde yaygın olarak kullanılan hastalık sınıflandırma sistemi ICD-10'dur. Bu sistem hastalık etiyojisine dayalıdır. DSÖ, ICD-10' un hastalık etiyojisine dayalı sınıflamasının yanında sağlık durumunun belirlenmesinde bireylerin işlevlerinin, etkinliklerinin veyaşama katılım alanlarının değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu amaçla hizmet gereksinimi olan hastaların belirlenmesi ve hizmetlere ulaşmalarının sağlanması için ICF 'in ortak bir dil olarak kullanılması gerektiği vurgulanmış ve 2001 yılında DSÖ tarafından yayınlanmıştır. Çocuk ve Gençlerin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere ise ICF-CY geliştirilmiştir. ICF-CY, ICF' in vücut fonksiyonu, yapısı, özel gereksinimi ve hayatlarının ilk iki dekatında olan çocukların sağlık durumunu kapsayacak şekilde genişletilmiştir. ICF-CY disiplinler, sektörler ve ülkeler arasında hizmet, politika, çocuk ve gençlere yönelik araştırmalarda kullanılabilir genel bir dökümantasyon dili oluşturmuştur [109-112].

ICF-CY'nin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bilimi içine dahil edilmesi ile,

- Çocuk hekimlerinin uygulama alanına girmesi
- Çocukların işlevsel gelişimlerinin, etkinliklerinin veyaşama katılımlarının ve bunları iyileştirici girişimlerin tanımlanabilmesi,
- Kronik hastalıkların sağaltımında ilerlemeler sağlanabilmesi,
- Erken tanı ve tedavi ile yaşam boyu kalıcı olabilen morbiditelerin önlenmesi amaçlanmıştır [94].

1.4.2. Genişletilmiş Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (G-GİDR)

G-GİDR, Ertem ve ark. tarafından geliştirilen Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR)' nin ICF-CY' yi kapsayacak şekilde genişletilmiş şeklidir [94].

1.4.2.1. GİDR

GİDR, bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin değerlendirilmesinde ailenin katılımını sağlayan, sağlık çalışanı tarafından öğrenilmesi ve uygulaması kolay olan, kısa süren, aileler tarafından kolay anlaşılabilen ve kabul gören bir aracın eksikliği

nedeniyle Ertem ve ark. tarafından Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde 1996-2008 yılları arasında 12 yıl süren çalışmalar neticesinde geliştirilmiş olan bir araçtır [113].

Rehberin geliştirilmesinde üç model: “New Visions for Developmental Assessment of Young Children”, “Bright Future Guidelines”, ve “WHO International Classification of Functioning” temel alınmıştır. Ayrıca yaygın olarak kullanılmakta olan iki araç, PEDS ve Vineland Uyumsal Davranış Ölçeği-*Vineland Scales of Adaptive Behavior (VUDÖ)*” dan yararlanılmıştır. Sağlık bilimi içinde “öykü alma” tekniğinin yüksek oranlarda tanı koydurucu olması nedeni ile GİDR' nin uygulama tekniğinde “öykü alma” ağırlıklı olarak kullanılmıştır. Öykü alma tekniği ise açık uçlu soruların sorulmasına dayandırılmıştır [114]

GİDR' nin güvenilirlik ve geçerlilik araştırması yapılmış olup duyarlılık % 88 (%95 CI: 0.69-0.96), özgüllük % 93 (%95 CI: 0.83-0.97) olarak saptanmıştır [115].

GİDR' nin 0-2 yaş arası standardizasyon çalışması 2006 yılında Ankara ve Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın sağlam çocuk polikliniklerinde yapılmıştır. Araştırmada GİDR ile yapılan ön çalışmalara benzer olarak, GİDR' nin uygulanması kolay, kısa zaman alan, aileler tarafından kolay anlaşılabilir, onların katılımını sağlayan ve olumlu karşılanan bir araç olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada bilimsel yazınla uyumlu olarak erkek ve kız bebeklerin gelişimsel yetileri benzer zamanlarda kazandıkları saptanmıştır. Denver-II ile GİDR' de bulunan ortak gelişimsel yetilerin kazanıldığı aylar incelendiğinde tanımı tam olarak ortak olan tüm yetilerin kazanıldığı aylar iki araçta birbirine benzer bulunmuştur [115].

ICF-CY'nin vücut işlevleri, etkinlikler, yaşama katılım ve çevresel etmenler bölümlerinin 2010 yılında, 0-5 yaş arasındaki çocukların işlev, etkinlik, yaşama katılım ve çevresel etmenler alanlarında kodlanmasını sağlayan alanlar belirlenmiştir ve GİDR' ye bu alanları kapsayacak şekilde sorular eklenerek genişletme yapılmıştır [94].

G-GİDR' nin İçeriği:

G-GİDR' nin ilk bölümünde sosyodemografik bilgiler yer almaktadır. İlk bölümün sonunda ailenin çocuğun gelişimi ile ilgili herhangi bir kaygısının olup olmadığı sorulmaktadır. İkinci bölümde ise GİDR yer almaktadır. Burada çocuğun anlatım dili, alıcı dili, ince ve kaba hareketleri, çevresiyle ilişkisi, oyun ve özbakım özellikleri değerlendirilmektedir. Üçüncü bölümde çocuğun gelişimsel işlevleri, etkinlikleri veya yaşama katılımı ile ilgili sorular yer almaktadır. Dördüncü bölümde çocuğu etkileyebilecek çevresel etmenler sorgulanmaktadır. Beşinci bölümde çocuğun

gelişimi ile ilgili hizmetler yer almaktadır. Altıncı bölümde çocuğun sağlığı ile ilgili hizmetler yer almaktadır. Yedinci bölümde doğum öncesi, doğum ve yenidoğan bilgileri ve soygeçmişi değerlendirilir. Sekizinci bölümde fizik muayene ve laboratuvar ve diğer tetkikleri sorgulanır.(Ek-1)

1.5. Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı hastaneye yatırılarak izlenen 0-60 ay arası çocuklar arasında gelişimsel sorunların sıklığının saptanması, yatarak tedavi alan çocukların ICF-CY' nin 4 temel alanındaki işlevler, etkinlikler, yaşama katılım, çevresel etmenler açısından G-GİDR ile değerlendirilmesidir.

1.6. Araştırmanın Hipotezleri:

1. Hipotez: Gelişimsel sorunlar hastaneye yatırılan çocuklar arasında toplum genelinde bilinen sıklıktan daha fazladır.

2. Hipotez: Kronik hastalığı olan çocukların yarısından çoğunun gelişimsel sorunları bulunmaktadır.

2. YÖNTEM ve GEREÇLER

2.1. Araştırmanın Deseni:

Bu araştırma kesitsel ve gözlemsel olan durum saptama çalışmasıdır.

2.2. Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı servislerinde yatarak tedavi alan 0-60 ay arası hastalar oluşturmaktadır.

2.3. Araştırmanın Örneklemi:

Araştırmanın örneklemine 1 Mart – 30 Eylül 2011 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatri Servisi'nde yatarak tedavi alan 0-60 ay arası hastalar oluşturmaktadır.

2.3.1. Örneklemeye Giriş Koşulları:

Örneklemi oluşturan çocukların çalışmaya alınması için aşağıdaki belirleyiciler kullanılmıştır:

1. Gelişimsel değerlendirmesi yapılabilecek genel durumu orta-iyi hastalar.
2. Yatış süresi 48 saatten uzun olan hastalar
3. Refakatçisinden bilgi alınabilecek (Çocuğun devamlı bakımını yapan, gelişimini takip eden ve neler yapabildiğini anlatabilecek kadar çocukla vakit geçirmiş refakatçisi olan) hastalar örneklemeye dahil edilmiştir.

Örneklemeye giriş koşulları çocuğa ait sağlık bilgilerini değerlendiren sorularla ve araştırmacı tarafından yapılan fizik muayene ile belirlenmiştir. Refakatçisinden ve hastane dosyalarından çocuğun yaşı, tanısı, hastanedeki yatış süresi öğrenilmiştir.

2.3.2. Örneklemeden dışlanma Koşulları:

1. Yaşı 60 ayın üstünde,
2. Yoğun bakım gereksinimi olan veya akut ağır bir sağlık sorunu olan, (örn. ateş, solunum sıkıntısı)
3. Yatış süresi 48 saatten kısa süren,
4. Yuva çocukları veya refakatçisinden çocuk hakkında bilgi edinilemeyen hastalar,
5. Refakatçisi araştırma için onam vermeyen hastalar örneklem dışında bırakılmıştır.

2.3.3. Örneklem Sayısı:

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatri Servisleri'nde, araştırmanın başlangıç tarihi olan 01 Mart 2011 'den bitiş tarihi olan 30 Eylül 2011'e kadar, 48 saatten uzun süredir yatarak tedavi almış olan hastalardan ardışık olarak gelen örnekleme giriş kriterlerine uyan hastalar araştırmaya davet edilmiştir. Refakatçileri onam veren ve dışlanma kriterleri bulunmayan her çocuk araştırmaya alınmıştır.

2.4. Uygulamalar ve Verilerin Toplanması

2.4.1. Araştırmacının Eğitilmesi:

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi olan tez araştırmacısına, Gelişimsel Pediatri Uzmanı Doç. Dr. Derya Doğan tarafından toplam 6 saat G-GİDR uygulama eğitimi verilmiştir. Sonrasında araştırmacı tarafından Gelişimsel Pediatri Ünitesi'nde G-GİDR uygulaması yapılan iki hastanın değerlendirmesi izlenmiş ve iki hastaya araştırmacı tarafından G-GİDR uygulanıp süpervizyon alınmıştır.

2.4.2. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Yapılan Uygulamalar:

Örnekleme giriş koşullarını karşılayan hastaların refakatçilerine çalışmanın amacı, içeriği, süresi ve nasıl yürütüleceği açıklanmış, onam formu sesli olarak okunmuş ya da ailelere okutulmuştur ve katılmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmayı kabul eden refakatçilere İnönü Üniversitesi Tıp

Fakültesi örnekleminde serviste yatak başında araştırmacı tarafından bir görüşme yapılmıştır. Önce GİDR uygulanmış, bundan sonra çocuğa ait sağlık bilgileri ve ailenin sosyodemografik özellikleri sorgulanmış ve sağlık izlemi ile ilgili bilgiler çocuğu o gün gören hekimle görüşülerek ve hastane dosyasından bakılarak G-GİDR formuna kayıt edilmiştir.

Veriler İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Gelişimsel Pediatri Ünitesi'nde toplanmış, araştırmacı tarafından kontrol edilmiş ve veri tabanına geçirilmiştir.

2.5. Veri Toplama Araçları

2.5.1 G-GİDR:

1.Çocuğun yaşının aile ile birlikte hesaplanması: Aileye çocuğun doğum tarihi sorularak yaş hesaplanması yapılmıştır.

2.Amacın açıklanması: Aileye çalışmanın amacı açıklanmıştır. “Bu çalışmanın amacı hastanede yatarak tedavi alan çocukların gelişimsel durumlarının saptanmasıdır.”

3.Gelişimsel değerlendirme formunun aileye verilmesi: Çalışmayı kabul eden ailelere gelişimsel değerlendirme formu verilmiştir. Bu formda ailenin doldurması gereken yerler daha öncesinden araştırmacı tarafından işaretlenmiştir. Formun başlangıç kısmında ailelerin formu doldururken daha bilinçli olmalarını sağlamak için kısa bir açıklama kısmı bulunmaktadır.

“Bu form hastanemizde pediatri servisinde yatmakta olan hastalarımızın gelişimsel değerlendirmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çocuğunuzun hastalığının izlemi ve tedavisi takip eden bölüm doktorları tarafından yapılmaktadır. Oysa çocukların gelişimlerinin de izlenmesi ve gerekli görüldüğü zaman desteklenmesi en az mevcut hastalıklarının tedavisi kadar gerekmektedir. Bu formu doldurmanızın ardından edineceğimiz bilgilerle çocuğunuzun gelişimsel durumunu saptayıp gerekli görülen noktalarda sizlere yardımcı olmayı planlıyoruz. Lütfen formu eksiksiz doldurunuz.

Sorularımızda geçen “GELİşİM” sözcüğü çocuğun öğrenmesi, ilişki ve iletişim kurması, konuşması, hareketleri, davranışları, duyguları, işitme ve görme alanlarını içermektedir. “Gelişim” ifadesinden çocuğun büyümesi anlaşılmamalıdır. ”

4. Ailelerin formun ilgili yerlerini doldurmaları: Araştırmacı ailelere formda doldurmaları gereken yerleri işaretleyip göstererek ve başlangıç kısmındaki kısa açıklama kısmını tekrar sözel olarak hatırlatarak değerlendirmeden bir gün önce teslim etmiştir. Ertesi gün doldurulması gereken kısımlar yine araştırmacı tarafından kontrol

edilerek eksikler sözel olarak aileye sorulmuş ve ilgili boş kısımlar doldurularak tamamlanmıştır. Yine okuma yazma bilmeyen ailelerin formları araştırmacı tarafından ailelere sözel olarak sorulup doldurulmuştur.

Ailelerin doldurması istenilen bölümler;

- Çocuğun genel bilgileri (adı, doğum tarihi, ay olarak yaşı (bu kısım araştırmacı tarafından hesaplanmıştır), cinsiyeti, doğduğu şehir, ev adresi, ev telefonu, ebeveyn cep telefonu, hastane dosya numarası, sağlık güvencesi türü, varsa hastalığı ya da sağlık sorunu tanısı, varsa sürekli izleyen hekim ya da bölümler, hastaneye yatış tarihi)

- Aile bilgileri (anne, baba, kardeşlerin isimleri, yaşları, meslekleri, eğitim durumları, aynı evde yaşayan diğer kişilerin olup olmadığı)

- Ailenin kaygı durumu (Ailenin çocuğun gelişimi, öğrenmesi, anlaması, iletişim kurması, başkaları ile ilişkileri, davranışları, hareketleri, vücudunu kullanması, duyuları (işitme ve görme) ile ilgili herhangi bir kaygısının olup olmadığı)

- Çocuğun gelişimsel işlevleri, etkinlikleri ve yaşama katılımı ile ilgili sorular:
Çocuğunuzun belirtilen gelişim basamaklarını yaklaşık olarak kaç aylıkken yaptığını belirtiniz.

Çocuğunuzun mizacı, huyu, genel ruh hali nasıldır?

Çocuğunuzun öğrenme becerileri, dikkati, ilgisi konusunda ne düşünüyorsunuz?

Çocuğunuzun uykuları, yemesi, merakı nasıl, neler ile ilgilenir?

Çocuğunuz hastalanmadan önce ne tür etkinliklerde bulunurdu?

Çocuğunuz hastanede yattığı sürede gelişimini desteklemek için neler yapılırsa yararlı olur?

- Çocuğu etkileyebilecek çevresel etmenler ile ilgili sorular:

Çocuğunuzun öğrenmesini, duygusal gelişimini, konuşmasını, hareketlerini desteklemek için annesi ve babası olarak sizler neler yapıyorsunuz?

Çocuğunuzun “gelişimini” desteklemek için kardeşleri, yakınlarınız neler yapıyor?

Size maddi, manevi yardım, destek veren kimseler var mı?

Doğumdan sonra ne kadar süre bebeğinize baktınız? Sonra kimler baktı? Şimdi kim bakıyor?

Bebeğinize bakan kişilerin onun gelişimini nasıl desteklediğini yazınız, gelişimini zorlayan durumlar, çevrenizdekilerin önyargılı tutumları, zorluklar ile nasıl baş ettiniz?

- Çocuğun gelişimi ile ilgili aldığı hizmetler ile ilgili sorular:

Çocuğunuz, gelişiminin, öğrenmesinin desteklenmesi için hangi hizmetleri aldı? Gelişimini destekleyen araç, gereç, atel ya da ürünler var mı?

- Çocuğun sağlık hizmetleri ile ilgili sorular:

Çocuğunuzun aşuları, büyümesi ve beslenmesi vb. konularda sağlık izlemi nerede, kim tarafından yapılmaktadır? İzleyen hekimin ya da kurumun adını yazınız.

Çocuğunuzun hastalığı ne zaman başladı? Tarih olarak yazınız.

Çocuğunuzun hastalığının tanısı, hastalığının adı nedir.

Çocuğunuzun hastalığına tanı konduğunda çocuğunuz kaç yaşındaydı? (Ay olarak yazınız)

Çocuğunuzun bugüne kadar kaç kez hastanede yatışı oldu?

Hastalığı ve tedavisi onun gelişimini nasıl etkiliyor?

Çocuğunuzun hastalığı ailenizi nasıl etkiliyor bu durumdan diğer kardeşleri nasıl etkileniyor?

Anne baba nerede kalıyor?

- Doğum Öncesi Bilgiler:

Kaçıncı gebeliğiniz?

Çoğul gebelik mi?

Düşük, kürtaj, ölü doğum oldu mu?

Doğum sonrası kaybettiğiniz çocuğunuz oldu mu?

Gebeliğiniz planlı mıydı? Gebeliğiniz hangi yolla gerçekleşti?

Gebeliğinizde sağlık izlemlerinize kaçınıcı ayda başladınız? İzlemlerinizi nerede ve ne sıklıkla yapıldı?

Gebelik döneminde anne ya da bebek bir hastalık ya da sıkıntı yaşadı mı?

- Doğum ve Yenidoğan Bilgileri.

Bebek kaç haftalık ya da aylık doğdu?

Doğumunuz nasıl gerçekleşti?

Yenidoğan döneminde (ilk bir ayda) bebeğinizle ilgili herhangi bir sorun oldu mu? Doğum sonrasında annenin bedensel/ruhsal sağlığı ile ilgili herhangi bir sorun oldu mu?

- Soygeçmiş: Eşinizle aranızda akrabalık var mı? Ailelerinizde görülen kalıtsal bir hastalık, engel, sorun var mı?
- Oturmakta olduğu ev ile ilgili bilgi (Kira, lojman, gecekondü, apartman dairesi, müstakil ev)

2.5.2. GİDR Uygulanması

GİDR' nin ilk kısmında ailenin kaygılarının öğrenildiği soru dahil, 0-18 ay için 6, 2-6 yaş için ise 7 soru düzenlenmiştir. Soruların değerlendirdiği gelişimsel alanlar şunlardır:

- 1.Soru: Ailenin kaygıları (Tüm gelişim alanları)
- 2.Soru: İfade edici dil (dil-bilişsel, işitme duygusu)
- 3.Soru: Alıcı dil (dil-bilişsel, işitme duygusu)
- 4.Soru: Hareket (ince el-parmak hareketleri ve kaba beden bacak hareketleri)
- 5-6.Sorular: İlişkinin ve oyunun gelişimi (Tüm gelişim alanları, duygusal, bilişsel ve toplumsal gelişim)
- 7.Soru: Öz bakım becerilerinin gelişimi ve tüm gelişim alanları

Sorular açık uçlu olarak sorulmuştur. Annenin anlayacağı örnekler vererek ve uygun açıklamalar yaparak sormaya özen gösterilmiştir. “ Sizinle nasıl ilişki kuruyor?” sorusu anlaşılıyorsa, yaş yetilerinden örnekler verilerek, örneğin “Bebeğiniz size gülümsüyor mu? Oynasanız ilgilenir mi? ” şeklinde soru açılmıştır. Aynı zamanda çocuğun yaşına göre çeşitli oyuncak araçlar önüne konularak gözlemlerle bu sorular desteklenmiştir. Örneğin, ebeveynle sözel değerlendirme yapılırken bir taraftan çocuğun önüne ilgisini çekecek küçük bir oyuncak konulup, onu alırken parmaklarını kıskaç gibi kullanması izlenerek ince hareket durumu değerlendirilmiştir.

Her bir sorunun yanıtı olarak çocuğun hangi yaş grubuna uygun becerileri olduğu tablolardan yaklaşık olarak saptanmıştır: Ailenin verdiği yanıtlara ve gelişimsel durum saptaması sırasındaki araştırmacının gözlemine göre çocuğun her bir soru için gelişiminin o anda bulunduğu nokta (ay/yıl) saptanmıştır. Tablolardaki genel yanıtlar “geçer”, “kalır” şeklinde işaretlenmiştir.

2.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi:

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi ‘‘Statistical Package For Social Sciences (SPSS 11,5)’’ paket programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklemi oluşturan çocukların yaşı SPSS programında ay olarak hesaplanmıştır. Örneklemi oluşturan çocukların tanımlayıcı istatistik incelenmesi (frekans, ortalama/ortanca ve dağılımları) yapılmıştır. Gruplar arasındaki fark Chi Kare istatistiksel testi ile değerlendirilmiştir. Uygulanan testlerde p değeri 0,05’ in altında olduğu durumlarda gruplar arasında farklılık olduğu kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Örnekleme Oluşturan Çocukların ve Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri:

Örnekleme oluşturan 116 çocuğun 58'i (% 50) erkek, 58'i (% 50) kızdır.

Çocukların en küçüğü 1 aylık en büyüğü ise 51 aylıktır. Örnekleme alınan çocukların ay olarak yaş ortalaması 12,3, ortancası 9,00' dir. Altı aylık gruplar halinde incelendiğinde; 0-6 ay yaş grubu 43 çocuk (% 37,1), 7-12 ay yaş grubu 31 çocuk (% 28,7), 13-18 ay yaş grubu 14 çocuk (% 12,1), 19-24 ay yaş grubu 12 çocuk (% 10,3), 25-30 ay yaş grubu 8 çocuk (% 6,9), 31-54 ay yaş grubu 8 çocuk (% 6,9) çalışmada yer almaktadır.

Örnekleme oluşturan çocukların annelerinin yaşları en küçük 19 yaşında 3 kişi (% 2,6), en büyük 48 yaşında 1 kişi (% 0,9) bulunmaktadır anne yaş ortalaması $29,09 \pm 5,92$ 'dir. Anne yaş grupları 19-25 arası 35 (% 30,2), 26-35 yaş arası 64 anne (% 55,2), 36-48 arası 17 (% 14,7) kişi olarak belirlenmiştir.

Babaların yaşları en az 29 (% 0,9) , en fazla 64 (% 0,9) olup ortalama $33,4 \pm 6,3$ 'tür. Baba yaş grupları 19-25 yaş arası 4 (% 3,4) , 26-35 yaş arası 81 (% 69,8), 36-48 arası 29 (% 25,0) 48 yaş ve üzeri 2 (% 1,7) kişidir.

Anne eğitimi değerlendirildiğinde, okuma yazma bilmeyenler 16 kişi (% 13,8), ilkokul mezunu 51 kişi (% 44,0), ortaokul mezunu 13 kişi (% 11,2), lise mezunu 28 kişi (% 24,1), üniversite mezunu ise 8 kişi (% 6,9)'dir.

Babaların 5'i (% 4,3) okuma yazma bilmemektedir., ilkokul mezunu 40 (% 34,5), ortaokul mezunu 19 (% 16,4), lise mezunu 37 (% 31,9) ve üniversite mezunu 15 (% 12,9)'kişidir.

Annelerin çalışma durumuna bakılacak olursa 105 (% 90,5) anne bir işte çalışmamakta, 11 (% 9,5) anne çalışmaktadır. Babaların 3'ü (% 2,6) işsiz iken, 113 (% 97,4) baba çalışmaktadır.

Hiç kardeşi olmayan çocuk sayısı 30 (%25,9), 1 kardeşi olan 40 (% 34,5), 2 kardeşi olan 25 (% 21,6), 3 ve üzeri kardeşi olan 21(% 18,1) çocuktur.

Çekirdek ailelerin sayısı 95 (% 81,9) iken, 21 çocuğun (% 18,1) ailesi geniş aile yapısındadır.

Örnekleme oluşturan çocukların ikamet ettikleri iller gruplandırılırken Malatya, yakın iller ve uzak iller olarak sınıflandırılmıştır. Uzaklık ölçütü karayolu ile 4 saatlik mesafe olarak belirlenmiştir. Buna göre ailelerin 63'ü (% 54,3) Malatya'da ikamet ederken, 39'u yakın illerde (%33,6), 14'ü (% 12,1) ise uzak illerde ikamet etmektedir. Örnekleme oluşturan çocuk ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 9' da sunulmuştur.

Tablo 9. Örnekleme oluşturan çocuk ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	n=116 (%)
Çocuğun cinsiyeti	
Kız	58 (50,0)
Erkek	58 (50,0)
Çocuğun yaşı (ay)	
0-6	43 (37,1)
7-12	31 (26,7)
13-18	14 (12,1)
19-24	12 (10,3)
25-30	8 (6,9)
31-54	8 (6,9)
Anne yaşı (yıl)	
19-25	35 (30,2)
26-35	64 (55,2)
36-48	17 (14,7)
Baba yaşı	
19-25	4 (3,4)
26-35	81 (69,8)
36-48	29 (25,0)
>48	2 (1,7)

Anne eğitim durumu	
Okuma yazma bilmiyor	16 (13,8)
İlkokul mezunu	51 (44,0)
Ortaokul mezunu	13 (11,2)
Lise mezunu	28 (24,1)
Üniversite mezunu	8 (6,9)
Baba eğitim durumu	
Okuma yazma bilmiyor	5 (4,3)
İlkokul mezunu	40 (34,5)
Ortaokul mezunu	19 (16,4)
Lise mezunu	37 (31,9)
Üniversite mezunu	15 (12,9)
Anne çalışma durumu	
Çalışıyor	11 (9,5)
Çalışmıyor	105 (90,5)
Baba çalışma durumu	
Çalışıyor	113 (97,4)
Çalışmıyor	3 (2,6)
Kardeş sayısı	
Hiç kardeşi olmayan	30 (25,9)
Bir kardeşi olan	40 (34,5)
İki kardeşi olan	25 (21,6)
Üç ve üzeri kardeşi olan	21 (18,1)
Aile yapısı	
Çekirdek aile	95 (81,9)
Geniş aile	21 (18,1)
Ailelerin ikamet ettiği yer	
Malatya	63 (54,3)
Komşu şehirler	39 (33,6)
Uzak şehirler	14 (12,1)

3.2. Örneklemi Oluşturan Çocukların Ebeveynlerinin Gelişimleri İle İlgili Kaygı Durumu:

Örneklemi oluşturan ebeveynlere “Çocuğunuzun öğrenmesi, anlaması, iletişim kurması, başkaları ile ilişkileri, davranışları, hareketleri, vücudunu kullanması, duyuları (işitme ve görme) ile ilgili herhangi bir kaygınız var mı?” diye sorulduğunda ailelerin 84’ü kaygısının olmadığını (% 72,4), 32’si ise (% 27,6) kaygılarının olduğunu belirtmiştir.

Ebeveynlerin kaygıları değerlendirildiğinde hareket alanında 19 (% 59,3) , bilişsel alanda 13 (% 40), yeme ve kilo alamama alanında 5 (% 15,6), duyu (işitme ve görme) alanında 4 (% 0,125) kaygı bildirilmiştir. Birden fazla alanda kaygıları olan ebeveyn sayılarına bakıldığında; hareket ve bilişsel alanda kaygısı olan ebeveyn sayısı 6 (% 18,7), hareket, yeme ve kilo alamama kaygısı olan ebeveyn sayısı 2 (% 6,2), bilişsel ve yeme kaygısı olan ebeveyn sayısı 2 (% 6,2), hareket ve duyu-görme alanında kaygısı olan ebeveyn sayısı ise 1 (% 3,1)’dir.

Cinsiyete göre kaygı durumu incelendiğinde, 58 kız örneklem grubunun 14’ünün (% 24,1), 58 erkek örneklem grubunun 18’inin (% 31,0) gelişiminden kaygı duyulmaktadır. Erkek çocuklarla ilgili kaygı oranı daha fazla gözükse de bu durum istatistiksel olarak anlam taşımamaktadır ($p=0,40$). Tablo 10’da ebeveynlerin çocuklarının gelişimi ile ilgili kaygı durumu gösterilmiştir.

Tablo 10. Örneklemi oluşturan ebeveynin çocuğun gelişimi ile ilgili kaygı durumu

Ebeveynin çocuğun gelişimi ile ilgili kaygısı	n=116 (%)
Kaygı var	32 (27,6)
Erkek	18 (31,0)
Kız	14 (24,1)
Kaygı yok	84 (72,4)
Erkek	40 (69)
Kız	44 (75,9)

3.3. Örneklemi Oluşturan Çocukların GİDR ile Değerlendirilmesi:

3.3.1. Anlatım Dili: Anlatım dilleri değerlendirildiğinde 81 çocukta (% 69,8) sorun saptanmazken, 35 çocukta (% 30,2) bu alanda gelişimsel sorun saptanmıştır.

3.3.2. Alıcı Dil: Alıcı dil açısından gelişimsel durumları değerlendirildiğinde çocukların 86'sında (% 74,1) sorun saptanmazken, 30 çocukta (% 25,9) bu alanda gelişimsel sorun saptanmıştır.

3.3.3. Kaba ve İnce Hareket: Örneklemi oluşturan çocukların kaba hareket gelişimi açısından 78'inde (% 67,2) sorun saptanmazken, 38 çocukta (% 32,8) bu alanda gelişimsel sorun saptanmıştır.

3.3.4. Çevre ile İlişki: Çalışmaya alınan 116 çocuğun gelişimlerini çevre ile ilişkileri açısından bakıldığında 84'ünde (% 72,4) sorun saptanmazken, 32 çocukta (% 27,6) bu alanda gelişimsel sorun saptanmıştır.

3.3.5. Oyun: Oyun alanında 76 (% 65,5) çocukta sorun saptanmazken, 40 çocukta (% 34,5) bu alanda gelişimsel sorun saptanmıştır.

Örneklemi oluşturan çocukların gelişimsel durumunun GİDR ile değerlendirilmesinin sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Örneklemi oluşturan çocukların gelişimsel durumunun GİDR ile değerlendirilmesi

	Anlatım dili n=116 (%)	Alıcı dil n=116 (%)	Kaba ve İnce hareket n=116 (%)	İlişki n=116 (%)	Oyun n=116 (%)
Sorun var	35 (30,2)	30 (25,9)	38 (32,8)	32 (27,6)	40 (34,5)
Sorun yok	81 (69,8)	86 (74,1)	78 (67,2)	84 (72,4)	76 (65,5)

3.3.6. Özbakım: Örneklemi oluşturan çocuklardan yaşları 10 ayın üzerinde olan 48 çocuğun GİDR ile özbakım durumları değerlendirilmiş, 14 (% 29,2) çocukta gelişimsel sorun saptanırken, 34 (% 70,8) çocukta bu alanda gelişimsel sorun saptanmamıştır.

3.4. Örneklemi Oluşturan Çocuklarda Gelişimsel Sorun Sıklığı:

Örneklemi oluşturan çocukların GİDR ile anlatım dili, alıcı dil, kaba hareket, ince hareket, çevre ile ilişki, oyun ve özbakım alanındaki gelişimsel durumları değerlendirilmiş bu alanlardan yalnızca bir alanda sorun olan 7 (% 6), birden fazla alanda sorun olan 42 (% 36,2) çocuk saptanmıştır. Herhangi bir alanda sorun olmayan çocuk sayısı 68 (% 58,6)'dir. Gelişimsel gecikme saptanan toplam çocuk sayısı 49'dur (% 42,2) ve 49 gelişimsel geriliği olan çocuktan 17'sine (% 34,6) yatışı sırasında tanı konulmuştur. Gelişimsel sorun saptanan 49 çocuğun, 12'si (% 24,5) akut hastalık, 37'si (% 75,5) ise kronik hastalık nedeni ile hastanede yatmaktadır. Ayrıca akut hastalığı olan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığı % 25, kronik hastalığı olan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığı ise % 54,4 olarak belirlenmiştir. GİDR ile değerlendirilen çocukların gelişimsel gecikme durumu Tablo 12' de gösterilmiştir.

Tablo 12. GİDR ile değerlendirilen çocukların gelişimsel gecikme durumu

GİDR ile yapılan gelişimsel durum değerlendirmesi	n=116 (%)
Gecikme yok	67 (57,86)
Bir alanda gecikme mevcut	7 (6,0)
Birden fazla alanda gecikme mevcut	42 (36,2)

3.4.1. İzlendikleri Bölümlere Göre Gelişimsel Sorun Sıklığı Saptaması:

Hastalar izlendikleri bilim dallarına göre sınıflandırılmışlardır. Nöroloji, alerji-göğüs hastalıkları, gastroenteroloji, kardiyoloji, hematoloji-onkoloji, endokrinoloji ve metabolizma ve nefroloji-romatoloji bölümlerinden oluşan örneklem grubu arasında en yüksek gelişimsel sorun oranı nöroloji ve gastroenteroloji bölümlerinde saptanmıştır. Nöroloji bölümünde yatan toplam 35 hastanın 25'inde (% 71,4) gelişimsel sorun saptanırken, gastroenterolojide 17 hastanın 11' inde (% 64,7) gelişimsel sorun saptanmıştır. Endokrinoloji ve metabolizma bölümünde toplam 10 hastanın 4'ünde (%)

40), hematoloji-onkoloji hastalarından toplam 12 hastanın 2'sinde (% 33,3) alerji ve göğüs hastalıklarından toplam 20 hastanın 4'ünde (% 20) kardiyoloji hastalarından toplam 14 hastanın 2'sinde (% 14) gelişimsel sorun saptanmıştır. En az gelişimsel sorun oranına sahip nefroloji ve romatoloji hastalarında ise toplam 8 hastanın 1'inde (% 12,5) gelişimsel sorun vardır (p <0,05). Örnekleme oluşturan çocukların gelişimsel durumunun takip edilen bölümlere göre değerlendirilmesi Tablo 13' de gösterilmiştir.

Tablo 13. Örnekleme oluşturan çocukların gelişimsel durumunun takip edilen bölümlere göre değerlendirilmesi

	Toplam hasta sayısı n=116 (%)	Gelişimsel sorun var n=49 (%)	Gelişimsel sorun yok n=67 (%)
Nöroloji	35 (100)	25 (71,4)	11 (28,6)
Gastroenteroloji	17 (100)	11 (64,7)	6 (35,3)
Endokrinoloji - Metabolizma	10 (100)	4 (40)	6 (60)
Hematoloji -Onkoloji	12 (100)	2 (33,3)	10 (66,7)
Alerji-Göğüs hastalıkları:	20 (100)	4 (20)	16 (80)
Kardiyoloji	14 (100)	2 (14)	4 (86)
Nefroloji -Romatoloji	8 (100)	1 (12,5)	7 (87,5)

3.5. Örnekleme Oluşturan Çocukların Gelişimsel İşlevleri, Etkinlikleri ve Yaşama Katılımı ile İlgili Diğer Sorunları:

Örnekleme oluşturan çocukların ebeveynlerine ‘‘Çocuğunuzun mizacı, huyu, genel ruh hali nasıl? ’’ sorusunda utangaç, uyumsuz, üzgün, ürkek, huzursuz, durgun, sakin seçenekleri olumsuz olarak değerlendirilmiş mutlu, cesur, işbirlikçi, meraklı, cana yakın seçenekleri ise olumlu mizaç olarak değerlendirildiğinde anneler çocuklardan 69'unda (% 59,5) olumsuz mizaç, 47'inde (% 40,5) olumlu mizaç bildirmiştir.

Örnekleme oluşturan çocukların ebeveynine, çocuğunuz hastalanmadan önce herhangi bir etkinlik (çocuklarla oyun oynama, oyun alanı parklara gitme, doğa içinde ve hayvanlarla oyun oynama, anaokuluna, kreşe gitme vb.) yapıp yapmadığı, yapıyorsa ne kadar sıklıkla yaptığı sorulmuş, çocukların 47'sinin (% 40,5) hastalanmadan önce yeterli etkinliğe katıldığı, 69'unun (% 59,5) ise katılmadığı belirtilmiştir. Örnekleme

oluşturan çocukların etkinlik ve mizaç durumlarının değerlendirilmesi Tablo 14’ te gösterilmiştir.

Tablo 14. Örneklemi oluşturan çocukların etkinlik ve mizaç durumlarının değerlendirilmesi

Gelişimsel işlev, etkinlik, mizaç	n=116 (%)
Mizaç	
Olumlu (Mutlu, cesur, işbirlikçi, meraklı, cana yakın)	47 (40,5)
Olumsuz (Üzgün, durgun, huzursuz, uyumsuz)	69 (59,5)
Etkinlik	
Yeterli	47 (40,5)
Yeterli değil	69 (59,5)

Örneklemi oluşturan çocukların ebeveynine **“Çocuğunuzun öğrenme becerileri, dikkati, ilgisi konusunda ne düşünüyorsunuz? Yalnızca birini işaretleyiniz.”** şeklinde yöneltilen soruya öğrenirken sorun yaşamıyor, kolay öğreniyor, öğrenirken biraz sorun yaşıyor, öğrenirken oldukça sorun yaşıyor seçenekleri sunulmuş ve çocukların 75’ inde (% 64,7) herhangi bir sorun olmadığı, 19’ unda (% 16,4) az sorun yaşadığı, 22’ sinde (% 19,0) ise çok sorun yaşandığı belirtilmiştir.

“Çocuğunuzun uykusu nasıl?” sorusuna ebeveynlerin çoktan seçmeli verdikleri cevaplara göre uyurken çocukların 70’ inde (% 60,3) herhangi bir sorun olmadığı, 33’ ünün (% 28,4) az sorun yaşadığı, 13’ ünün (% 11,2) ise oldukça sorun yaşadığı belirtilmiştir.

Ebeveynlerin **‘Çocuğunuzun yemesi nasıl?’** şeklinde yöneltilen soruya verdikleri çoktan seçmeli cevaplara göre çocukların 61’ inin(% 52,6) yemesinde herhangi bir sorun olmadığı, 34’ ünde (% 29,3) az sorun yaşandığı, 21’ inde (% 18,1) ise çok sorun yaşandığı belirtilmiştir. Ebeveynlerinin çocuklarının yeme, uyku ve dikkatlerinin değerlendirilmesi Tablo 15’ te gösterilmiştir.

Tablo 15. Örnekleme oluşturan çocukların ebeveynleri tarafından yeme, uyku ve dikkatlerinin değerlendirilmesi

	Çevresel Etmenler		
	Yeme n=116 (%)	Uyku n=116 (%)	Dikkat, öğrenme n=116 (%)
Sorun yok	61 (52,6)	70 (60,3)	75 (64,7)
Biraz sorun var	34 (29,3)	33 (28,4)	19 (16,4)
Ciddi sorun var	21 (18,1)	13 (11,2)	22 (19)

3.6. Örnekleme Oluşturan Çocukları Etkileyebilecek Çevresel Etmenler:

Örnekleme oluşturan çocukların ebeveynlerinin, “**Çocuğunuzun öğrenmesini, duygusal gelişimini, konuşmasını, hareketlerini desteklemek için annesi ve babası olarak sizler neler yapıyorsunuz?**” sorusuna verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde çocukların 102’sinde (% 87,9) herhangi bir sorun saptanmamışken, 14’ünde (% 12,1) sorun saptanmıştır.

“**Çocuğunuzun gelişimini desteklemek için kardeşleri, yakınlarınız neler yapıyor, yazınız? Size maddi, manevi yardım, destek veren kimseler var mı?**” sorusu ile ebeveynlerin 50’si (% 43,2) herhangi bir sorun olmadığını, 63’ü (% 56,8) ise sorun olduğunu bildirmiştir.

“**Doğumdan sonra ne kadar süre bebeğinize baktınız, sonra kimler baktı, şimdi kim bakıyor? Bebeğinize bakan kişilerin onun gelişimini nasıl desteklediğini yazınız?**” sorusuna verilen cevaplara göre, annelerin 105’inin (% 90,5) doğumdan itibaren bebeğine kendisinin bakmış, 11 (% 9,5) annenin ise bebeğinden bir süreliğine ayrı kaldığı saptanmıştır.

“**Ailelerin yaşantısında çocukların gelişimini zorlayan durumlar olabilir. Bunlar çocuğunuzun gelişimi ve tüm aile bireyleri için önemlidir. Çocuğunuzun kendi hastalığı, işsizlik, parasal sorunlar, iş değişikliği, şehir değişikliği, kardeşlerin sorunları, annede yorgunluk, sıkıntı, depresyon, babada yorgunluk, sıkıntı,**

depresyon, aile içi geçimsizlik, boşanma, aile içi şiddet, ailede hasta bireylerin varlığı ve diğer aile bireylerinden yardım alamama gibi zorluklardan var olanları işaretlemeleri istenmiş 80 çocuğun ebeveyni (% 69,0) bir veya daha fazla sorun belirtirken, 36'sı (% 31,0) sorun olmadığını belirtmişlerdir.

Örnekleme oluşturan çocukların ebeveyninden, **“Çocuğunuzun durumu ile ilgili, çevrenizdekilerin önyargılı tutumları olabilir. Bu olumsuz tutumlar çocuğun durumunu, tedavisini etkileyebilir, aileyi incitebilir, ailenin yaşantılarını kısıtlayabilir, zorlaştırabilir. Böyle bir durum varsa yazarak açıklayınız.”** şeklinde yöneltilen soru kronik hastalığı olan 68 hasta arasında değerlendirilmiştir ve “evet var” şeklinde cevap veren 24 ebeveyn (% 35,3) varken, “hayır yok” şeklinde cevap veren ise 44 (% 64,7) ebeveyn vardır. Örnekleme oluşturan çocukların değerlendirilmesi ve çevresel etmenler tablo 16’ da gösterilmiştir.

Tablo 16. Örnekleme oluşturan çocuklarda çevresel etmenler

Çevresel Etmenler	n=116 (%)
Yakın çevre desteği	
Destek var	62 (53,4)
Destek yok	50 (43,1)
Yeterince destek yok	4 (3,4)
Yeterli ebeveyn desteği	
Destek yeterli	102 (87,9)
Destek yetersiz	14 (12,1)
Doğum sonrası anne-bebek ayrılığı	
Var	11 (9,5)
Yok	105 (90,5)
Çocuğun gelişimini zorlayan etmen varlığı	
Evet	80 (69,0)
Hayır	36 (31,0)

3.7. Örnekleme Oluşturan Çocukların Gelişimi İle İlgili Hizmetler:

“Çocuğunuz gelişiminin, öğrenmesinin desteklenmesi için hangi hizmetleri aldı?” şeklinde yöneltilen soruya daha önceden bilinen gelişimsel sorunu olan 26 çocuğun dokuzunun hizmet aldığı belirtilmiştir. Yani bilinen gelişimsel sorunu olan hastaların gelişimsel hizmet alma oranı % 34,6’dır.

“Çocuğunuzun gelişimini destekleyen araç, gereç, atel ya da ürünler var mı? “ şeklinde yöneltilen soruya gelişimi destekleyen araç, gereç, atel ya da ürünler kullanıldığını belirten 3 ebeveynden birisi yürüteç, birisi gastrostomi kateteri bir diğeri ise özel ayakkabı kullanıldığını bildirmiştir.

3.8. Örneklemi Oluşturan Çocukların Sağlık İle İlgili Hizmetler:

“Çocuğunuzun aşıları, büyümesi ve beslenmesi vb. konularda sağlık izlemi nerede, kim tarafından yapılmaktadır? İzleyen hekimin ya da kurumun adını yazınız.” şeklinde yöneltilen soruya hastanın takip edildiği sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane ya da hekim ismi detaylı olarak sorularak hastanın herhangi bir sağlık hizmeti alıp almadığı, alıyorsa düzenli bir hizmet mi aldığı sorgulanmış ve sonuçta 95 çocuğun (% 81,9) düzenli sağlık hizmeti aldığı, 20 çocuğun (% 17,2) ise sağlık hizmetlerini düzenli alamadığı sonucuna varılmıştır. Çalışmaya alınan 1 çocuğun(% 0,9) ise herhangi bir sağlık hizmeti almadığı belirtilmiştir. Örneklemi oluşturan çocukların sağlık hizmeti alma durumları tablo 17’ de gösterilmiştir.

Tablo 17. Örneklemi oluşturan çocukların sağlık hizmeti alma durumları

Sağlık hizmeti alma oranı	n (%)
Düzenli sağlık hizmeti alıyor	95 (81,9)
Düzensiz sağlık hizmeti alıyor	20 (17,2)
Herhangi bir sağlık hizmeti almıyor	1 (0,9)

Örnekleme alınan çocukların ebeveynlerine çocuklarının hastalığının olumsuz etkileri sorulduğunda 7 ebeveynin (% 6,0) sadece çocuğun kendi gelişimine olumsuz etkisi olduğunu, 55 ebeveyn ise (% 47,4) sadece anne baba ve diğer kardeşlerin hastalık sürecinden olumsuz etkilendiklerini belirtmiş, 54 ebeveyn (% 46,6) ise hastalığın olumsuz etkisinin hem çocuğun gelişimini hem de tüm aileyi etkilediğini belirtmişlerdir. Hastalıktan olumsuz etkilendiğini belirtenlerin % 24,5 ’i akut hastalık, % 75,5 ’i kronik hastalık nedeniyle izlenen hastalardır. Örneklemi oluşturan ebeveyne göre hastalığın çocuk ve aile üzerine etkisi tablo 18’ de gösterilmiştir.

Tablo 18. Örneklemi oluşturan ebeveyne göre hastalığın çocuk ve aile üzerine etkisi

Hastalığın olumsuz etkisi	n (%)
Çocuğun kendi gelişimini olumsuz etkilemekte	7 (6,0)
Çocuğun gelişiminden ziyade diğer aile bireylerini olumsuz etkilemekte	55 (47,4)
Hem aileyi hem çocuğun kendi gelişimini olumsuz etkilemekte	54 (46,6)

3.9. Örneklemi Oluşturan Çocukların Doğum Öncesi, Doğum ve Yenidoğan Bilgileri:

Örneklemi oluşturan çocukların doğum öncesi, doğum ve yenidoğan bilgileri incelendiğinde, örneklemi oluşturan 35 (% 30,2) çocuğun annelerinin ilk gebeliklerinden, 28 (% 24,1) çocuğun ikinci gebeliklerinden, 53 (% 45,7) çocuğun ise üçüncü ve daha fazla sayıdaki gebeliklerinden olduğu saptanmıştır.

Annelerin gebelikleri öncesinde düşük, kürtaj, ölü doğum, doğum sonrası çocuk kaybı olup olmadıkları sorgulandığında 92 kişi (% 79,3) daha önce düşük sorunu yaşamadığını, 24 kişi ise (% 20,7) daha önce düşüklüğünün olduğunu belirtmiştir. Annelerin 105'i (% 90,5) herhangi bir nedenle kürtaj yaptırmamış ancak 11'i (% 9,5) kürtaj yaptırmıştır. Annelerin 106 (% 91,4)' sı daha önce ölü doğum yaşamadıklarını belirtirken, 10 annede (% 8,6) ölü doğum hikayesi mevcut olup, 105 annede (% 90,5) ise yenidoğan ölümü hikayesi mevcut değildir.

Gebeliklerden 41'inin (% 35,3) planlı olmadığı, 75'inin (% 64,7) ise planlı olduğu belirtilmiştir. Onbir (% 9,5) gebeliğin tedavi ile olduğu 105'inin (% 90,5) ise tedaviye gerek duyulmadan gebe kaldıkları anlaşılmıştır. Takipli 86 gebeliğin, 6'sının (% 74,1) düzenli, 30' unun (% 25,9) ise düzensiz olduğu belirtilmiştir. Yine annelerin 44'ünde (% 37, 9) sorunlu gebelik dönemi varken, 72'sinde (% 62,1) gebelik döneminde herhangi bir sorun olmamıştır.

Örneklemi oluşturan çocukların 106'sı (% 91,4) zamanında doğarken, 10 çocuk prematüre doğmuştur. Çocukların 87'si (% 75) 2500 gram ile 3999 gram arasında doğmuştur. 25 çocuk (% 21,6) ise 2500 gramın altında, 4 çocuk (% 3,4) ise 4000 gramın üzerinde doğmuştur.

Çocukların 91'i (% 78,4) term ve normal doğum ağırlığında, 15'i (% 12,9) term ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek, 5'i (% 4,3) preterm, 5'i (%4,3) ise preterm ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek olarak doğmuştur.

Çocukların 63'ünde (% 54,3) yenidoğan döneminde herhangi bir sorun yaşanmazken, 53 çocukta (% 45,7) ise yenidoğan döneminde herhangi bir nedenden dolayı sorun yaşanmıştır. Çocukların 52'sinde (% 44,8) yenidoğan döneminde hastane yatışı mevcutken, 64 çocukta yenidoğan döneminde hastanede yatış olmamıştır.

Çalışmaya alınan çocukların annelerinden 93'ünde (% 80, 2) doğum sonrası herhangi bir sorun olmazken, 23 (%19,8) annede postnatal sorun yaşanmıştır.

Örnekleme oluşturan çocukların doğum öncesi, doğum ve yenidoğan bilgileri Tablo 19' da gösterilmiştir.

Tablo 19. Örnekleme Oluşturan Çocukların Doğum Öncesi, Doğum ve Yenidoğan Bilgileri

Doğum öncesi, doğum ve yenidoğan bilgileri	n = 116 (%)
Annenin gebelik sayısı	
İlk gebelik	35 (30,2)
İkinci gebelik	28 (24,1)
Üçüncü ve daha fazla gebelik	53 (45,7)
Annenin önceki gebelik hikayesi	
Düşükle sonlanan gebelik	24 (20,7)
Kürtajla sonlanan gebelik	11 (9,5)
Ölü doğumla sonlanan gebelik	10 (8,6)
Yenidoğan döneminde ölen çocuk	11 (9,5)
Annelerinin gebelik dönemi özellikleri	
Planlı gebelik	75 (64,7)
Tedavi ile gebelik	11 (9,5)
Düzenli gebelik takibi yaptıran	86 (74,1)
Sorunlu gebelik dönemi olan	44 (37,9)
Çocukların doğum ve gebelik dönemi özellikleri	
Term doğum	106 (91,4)
Preterm doğum	10 (8,6)
2500 gram 4000 gram arası doğum ağırlıklı	87 (75)
2500 gramdan düşük doğum ağırlıklı	25 (21,6)
4000 gram ve üzeri doğum ağırlıklı	4 (3,4)
Çocukların doğum ağırlıklarına göre sınıflandırılması	
Term	91(78,4)
Term SGA	15(12,9)
Preterm	5(4,3)
Preterm SGA	5(4,3)
Çocukların yenidoğan dönemi özellikleri	
Sorunlu yenidoğan dönemi	53 (45,7)
Yenidoğan zamanında hastaneye yatış öyküsü	52 (44,8)
Annelerinin doğum sonrası durumu	
Doğum sonrası sorunu olan anne	23 (19,8)
Doğum sonrası sorunu olmayan anne	93 (80,2)

3.10. Örnekleme Oluşturan Çocukların Soygeçmişi:

Örnekleme oluşturan çocukların ebeveynlerine ayrı ayrı sular halinde “Eşinizle aranızda akrabalık var mı?, Ailelerinizde görülen kalıtsal bir hastalık, engel, sorun var mı?, Ailede zihinsel, hareket, ruhsal alanlarda sorun var mı? ” sorular yöneltilmiştir. Kırkbeş ebeveynde (% 38,8) akraba evliliği bulunurken, 71 (% 61,2) ebeveynde akraba evliliği yoktur. Ondokuz (% 16,4) çocuğun ailesinde kalıtsal hastalık varken, 97 (% 83,6) çocuğun ailesinde kalıtsal hastalık hikayesi bulunmamaktadır. Doksandokuz ebeveynin (% 85,3) ailelerinde zihinsel, hareket, ruhsal alanlarda sorunu olan kimse yokken 17 ebeveynin (% 14,7) ailesinde bulunmaktadır. Tablo 20’de örneklemin soygeçmiş özellikleri verilmiştir.

Tablo 20. Örnekleme Oluşturan Çocukların Soygeçmişi

Soygeçmiş	n (%)
Akraba evliliği	
Var	45 (38,8)
Yok	71 (61,2)
Kalıtsal hastalık	
Var	19 (16,4)
Yok	97 (83,6)
Zihinsel, hareket, ruhsal sorun	
Var	17 (14,7)
Yok	99 (85,7)

4. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma örnekleminin sosyodemografik özellikleri ile genellenebilirliği, araştırma bulgularının literatür eşliğinde değerlendirilmesi, araştırmanın kısıtlılıkları ve güçlü yanları tartışılmaktadır.

Ailenin eğitim düzeyi, yoksulluk, işsizlik, çocuk sayısının çokluğu, yeterli beslenememe, hastalıklar, hastaneye yatışlar ve ailenin bu kaygılarla çocuğa yeterli zaman ayıramaması gelişimsel gecikme nedenleri arasında sık rastlanılan uyaran eksikliği ile ilgilidir. Özellikle anne eğitim düzeyinin düşük olması çocuğun gelişimi açısından yeterli bilgiye ulaşamaması nedeniyle uyaran eksikliğine neden olabilir.

Drachler ve arkadaşlarının Brezilya'da 6-59 aylık 3025 çocukla yaptıkları bir çalışmada, eğitim seviyesi düşük ya da az gelirli ailelerden olan annelerin çocuklarının gelişimlerini değerlendirmede duyarlılıkları % 40'ın altında bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeyi ve gelir durumu arttıkça verdikleri bilgilerin özgünlüğü % 94,4 ve gelişimi normal olan çocukların normal olarak bildirilme olasılığı % 95,5' e ulaşmıştır [116].

Anne eğitim durumları incelendiğinde okuma yazma bilmeyenlerin oranı % 13,8, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlar % 79,3 ve üniversite mezunu olanların oranı ise % 6,9 oranındadır. Babalar arasında okuma yazma bilmeyenlerin oranı % 4,3, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanlar % 82,8 ve üniversite mezunu olanların oranı ise % 12,9' dur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 raporu sonuçlarına göre ise, eğitim durumu kadın ve erkekler arasında farklılıklar göstermektedir. Türkiye genelinde ilkokulu bitirmemiş veya hiç eğitim almamış erkeklerin oranı % 19,8 iken kadınlarda bu oran % 33,4' tür. Lise ve üzeri eğitim almış erkeklerin oranı % 25,9 iken kadınlarda bu oran % 18,2'dir. Bizim çalışmamızda ebeveyn eğitim durumu TNSA

2008 verilerine göre daha yüksek seviyededir ve ailelerin çocuklarının gelişimiyle ilgili verdikleri bilgilerin özgünlüğünü arttırdığını düşünmekteyiz.

Erken yaşta gelişmeyi önleyen elverişsiz ortamlar toplumsal eşitsizlikleri güçlendirmektedir. Elverişsiz ortamda büyüyen çocuklar çevrenin olumsuz şartlarından hızlı etkilenir ve kendilerinden daha iyi konumdaki çocukların gerisinde kalırlar [117]. Çalışmamızdaki çocukların çoğu (% 81,9) çekirdek aileye sahiptir ve hiç kardeşi olmayan çocuk sayısı örneklemin dörtte birini oluşturmaktadır. TNSA verilerindenine göre toplumun %70 kadarı çekirdek aile olup örnekleminimize benzemektedir [118].

Akraba evliliği genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve dünya toplumunun % 20' si tarafından yeğlenmektedir. Akraba evliliği yapan toplumlarda gelişimsel sorunlu çocuk doğma riski diğer toplumlara göre iki kat artarak % 8-9 olmaktadır [119]. TÜİK' in 2006 yılında yaptığı Aile Yapısı Araştırması'nda Türkiye'de 18 ve üzeri yaşta evli bireyler içinde akraba evliliği yapanların oranı % 20,9'dur [120]. Bizim örnekleminizde ise bu oranın iki katında ebeveynin yaklaşık % 40'ı akraba evliliği yaptığı saptanmış ve bu ailelerin yarısından fazlasının (% 57,7) çocuklarında gelişimsel gecikme saptanmıştır. Akraba evliliği olan çocuklar tedavi aldıkları bölümlere göre sınıflandığında en yüksek oran nöroloji (% 33,3) daha sonra gastroenteroloji (% 24,4) hastalarına aittir.

Türkiye genelinde düşük ve ölü doğum oranları incelendiğinde, spontan düşük oranı % 20,4, isteyerek düşük % 22,1 iken ölü doğum oranı ise % 4,0'dır. Doğum öncesi bakım alan kadın oranı % 92,0, yeterli bakım alan kadın oranı ise % 73,7'dir [121]. Çalışmamızda annelerin % 20,7'si daha önce düşüklerinin olduğunu bildirmiştir, spontan düşük sıklığı TNSA verilerine benzer olmakla birlikte, isteyerek düşük oranı ülke genelinin yaklaşık yarısıdır. Ancak ölü doğum oranı örnekleminizde Türkiye geneline göre iki kat fazla olup bu sonuçlar Malatya ilinin bulunduğu bölgenin kültürel ve ekonomik durumunu yansıtmaktadır. Doğum öncesi annelerin tamamının bakım hizmetlerini almış olması bu bölgede bu alandaki hizmetlerin hedefe ulaştığını göstermektedir.

DSÖ tarafından 2012 yılında yayınlanan rapora göre Türkiye'de preterm doğum oranı % 10'dur [122]. ABD' de 2007 yılında prematüre doğum oranı %12,7, düşük doğum oranı % 8,2 olarak bildirilmiştir [123]. Yüksek gelirli ülkelerde düşük doğum ağırlığı oranı % 7,0, orta gelirli ülkelerde %16,5, düşük gelirli ülkelerde ise %18,6 olarak bildirilmektedir [124]. TNSA sonuçlarına göre, Türkiye'de DDA bebeklerin

oranı ise %11'dir [86].Çalışmamızda çocukların % 8,6'sı prematüre doğmuştur. Bu oranın % 50'si ya da toplam örneklem sayısının % 4,3'ü prematüre ve gestasyonel yaşa göre düşük doğum ağırlıklı doğan çocuklardan oluşmaktadır. Term doğan çocuk sayısı 106 (% 91,3) olup bunların içinden 15' i (% 12,9) gestasyonel yaşa göre düşük doğum ağırlıklıdır. Bu verilere bakıldığında çalışmamızda ki düşük doğum ağırlıklı bebek oranı ülke ortalamasının üzerinde görünmektedir. Prematüre doğum oranı ise ülke ortalamamızın altındadır.

TNSA 2008 verilerine göre ise Türkiye geneli sezaryen ile doğum oranı % 36,7'dir.Dünya sağlık örgütünün 2010 yılında yayınladığı raporunda olması gereken sezaryen oranı % 5-20 arasındadır. Yine aynı raporda Türkiye' de 2008 yılı için tahmini gereksiz sezaryen yapıma oranı % 20 olarak saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda örnekleme oluşturan çocukların yarısının doğum şekli sezaryen ile olup, bu oran sorunlu gebelik dönemi geçirenlerde % 56,8, sorunsuz gebelik dönemi geçirenlerde ise % 47,2' dir. Anne yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında en sık sezaryen görülen anne yaş aralığı 26-35 yaş arası olup görülme sıklığı % 59,3' tür. Özellikle doğurganlığın uygun olduğu anne yaş gurubunda ve sorunsuz gebeliklerdeki ortalamaların çok üstündeki sezaryen oranları dikkat çekicidir.

Düşük doğum ağırlıklı çocuklarla ilgili çeşitli boyutlarda derlenmiş kohort çalışmaları mevcuttur ve sıklıkla ilk 3 yaştaki gelişimsel gecikmelere vurgu yapmaktadırlar. Örnekleme oluşturan preterm doğan çocukların yarısında gelişimsel gecikme saptanmış, gestasyonel yaşa göre düşük doğum ağırlıklı çocukların gelişimsel gecikme oranı ise % 60 bulunmuştur. Çalışmamızdaki term doğan çocukların gelişimsel gecikme oranı ise % 41,5'tir. Ayrıca gelişimsel gecikme saptanan çocukların % 10,2' si preterm iken % 24,5'i ise düşük doğum ağırlıklı doğmuştur. Çalışmalar prematüre doğan bebeklerinin gelişimsel olarak risk altında olduklarını göstermektedir [42, 125-127]. Düşük doğum ağırlıklı doğan çocuklarda gelişimsel gerilik saptandığı da birçok çalışmada gösterilmiştir. [11-18].

Günümüzde gelişimsel sorunlar % 10-30 arasındaki bir sıklıkta görülmekte ve en sık rastlanan morbidite grubunu oluşturmaktadır [65]. Doğum öncesi dönemle birlikte hayatın ilk yıllarında bir çok etmen çocukların gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle prematürelilik, DDA, enfeksiyon, kronik hastalıklar gibi

bedensel sorunların yanında, yetersiz anne bebek iletişimi, anne bebek ayrılığı, uyaran eksikliği gibi çevresel etmenler çocuk gelişimine olumsuz etki yapmaktadır [65]. Çocukların uyaranlarla dolu ev ortamından ayrılıp, birçok karmaşık işlemlerle, değişik insanlarla karşılaştığı hastanelerde ise bu olumsuzluğun daha belirgin olduğu görülmektedir [128]. Bununla birlikte kronik hastalığı nedeniyle sık sık hastane yatışı gerektiren çocuklarda gelişimsel gecikme sıklığı daha fazladır [91, 92, 129].

Dünyada ve ülkemizde hastanede yatan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığı ile ilgili az sayıda araştırma bulunmaktadır.

Ülkemizde hastanede yatan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığını saptayan iki çalışma vardır. Bu araştırmalarda ve bizim çalışmamızda yöntem aynıdır. Üçünde de değerlendirme aracı aynı olup GİDR kullanılmıştır. Bingöler ve arkadaşları Ankara'da Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği'ne akut hastalık nedeniyle yatan 0-3 yaş arası hastalarda gelişimsel sorun sıklığını % 67 oranında saptarken, Dr. Galip Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları'nda izlenen 102 kronik hasta arasında sorun sıklığını % 30 üzerinde bulmuştur [130].

Yurtdışı yayınlar incelendiğinde de hastanede yatan çocuklar arasında gelişimsel gecikme/sorun sıklığını saptayan yalnızca iki araştırma bulunmaktadır. Fieldman ve arkadaşları 1993'te Pensilvanya'da çocuk hastanesinde yatan, 3 yaşından küçük, üçüncü basamak hastane hizmeti alan ve 30 günden fazla hastane yatışı olan çocukların %54'ünde gelişimsel gecikme saptamıştır [93]. Petersen ve arkadaşları 2009'da Oregon'da yaptığı çalışmada, hastanede yatan çocukların genel popülasyona göre daha yüksek oranda gelişimsel ve davranışsal gecikmesi olmalıdır hipotezi ile prospektif prevelans çalışması yapmışlar, sonuç olarak yatan hastaların % 21,1'inde bilinen gelişimsel ve davranışsal problemi olduğu, % 11,4'ünde ise şüpheli gelişimsel ve davranışsal probleme rastlandığı görülmüş olup bu iki grubun toplamı % 33,5 olarak belirlenmiştir. Ayrıca 0-4 yaş arası bilinen gelişimsel ve davranışsal sorunu olan çocuk oranı % 15,6 iken daha önceden bilinen gelişimsel ve davranışsal sorunu olmayan ancak değerlendirme sonucunda şüpheli görülen çocuk oranı ise % 10,2 olarak saptanmıştır [91].

Bizim araştırmamızda hem akut hem kronik hastalar değerlendirilmiştir. Hastanede yatıp gelişimsel sorunu olan hastaların % 24,5'ini akut bir hastalık nedeniyle, % 75,5'ini ise kronik hastalık nedeniyle hastaneye yatmıştır. Ayrıca akut hastalığı olan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığı % 25, kronik hastalığı olan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığı ise % 54,4 olarak belirlenmiştir.

Kronik hastalar arasındaki sıklık akut hastalardan iki kat daha fazladır ve bu gelişimsel sorunların kronik hasta çocuklar arasında daha sık olduğunu göstermektedir. Genel olarak hastaların 7'sinde (% 6,0) bir alanda, 42' sinde (% 36,2) ise birden fazla alanda gelişimsel gecikme saptanıp toplam gelişimsel gecikme oranı % 42,2' dir. Bu sonuçlar “gelişimsel sorunlar hastaneye yatırılan çocuklar arasında toplum genelinde bilinen sıklıktan daha fazladır” ve “kronik hastalığı olan çocukların yarısından çoğunun gelişimsel sorunları bulunmaktadır” hipotezimizle uyumludur. Gelişimsel gecikmesi olan çocukların yaklaşık üçte birine (% 34,6) yatışı sırasında tanı konulmuştur. Böylece bu çocukların gelişimsel sorunları başka bir nedenle hastaneye yatışları sırasında erkenden tespit edilmiş olup, erken destek ve tedavi alabilmeleri için Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı'na yönlendirilmişlerdir.

Bingöler'in araştırmasında sorun sayısının daha yüksek çıkmasının sebebi bir çocukta birden fazla alanda saptanan sorunların toplam sorun sıklığına eklenmesinden kaynaklanmaktadır. Kronik hastalar arasındaki gelişim sıklığı hem Galip'in hem de Petersen'in sonuçlarına benzerdir.

Çalışmamızda nöroloji, alerji-göğüs hastalıkları, gastroenteroloji, kardiyoloji, hematoloji-onkoloji, endokrinoloji ve metabolizma ve nefroloji-romatoloji bölümlerinden oluşan örneklem grubunda en yüksek oranda gelişimsel sorun nöroloji ve gastroenterolojide saptanmıştır. Nöroloji tarafından tedavi verilen hastaların % 71,4' ünde gelişimsel sorun saptanırken, gastroenteroloji hastalarının % 64,7'sinde gelişimsel sorun saptanmıştır. Gastroenteroloji tarafından tedavi verilen gelişimsel gerilik saptanan hastalar; karaciğer enzim yüksekliği, biliyer atrezi, hepatosteatoz, inflamatuvar barsak hastalığı, ishal ve dehidratasyon hastalıklarından oluşmakta iken, nöroloji hastaları ise doğumsal anomali, nöromotor gerilik, mikrosefali, epilepsi, Tay-Sachs, ataksi ve yürüme bozuklukları hastalıklarından oluşmaktadır. Çalışmamızda serebral palsi görülme sıklığı ise % 4,5 olarak bulunmuş olup bu oran toplum ortalaması olan % 0,3'ün üzerindedir [131].

Endokrinoloji ve metabolizma bölümü tarafından tedavisi verilen hastaların % 40'ında hematoloji-onkoloji hastalarının % 33,3'ünde, alerji ve göğüs hastalıklarının % 20'sinde kardiyoloji tarafından tedavisi verilen hastaların % 14' ünde gelişimsel sorun saptanmıştır. En az gelişimsel sorun oranına sahip nefroloji ve romatoloji hastalarında ise % 12,5 oranında gelişimsel sorun vardır. Sonuç olarak bazı bölümlerde gelişimsel sorun oranının diğer bölümlere nazaran belirgin oranda yüksek olduğunu görmekteyiz ($p < 0,05$). Bölümler arası bu anlamlı farklılığın birçok nedeni olabilir. Gelişimsel sorun

görülme sıklığında ilk sırada yer alan nöroloji hastalarının sinir ve kas sistemi gibi gelişimsel yetilerin merkezini oluşturan organlarının tutulması ve hasta gruplarını daha çok kronik hastaların oluşturması bu durumu açıklayabilir. Diğer yandan çalışmamıza alıp gelişimsel gecikme saptadığımız gastroenteroloji ve nöroloji hastalarının tanılarına bakıldığında, karaciğer ve safra yolu hastalıkları, inflamatuvar barsak hastalığı, doğumsal anomali, nöromotor gerilik, mikrosefali, epilepsi, Tay-Sachs gibi hayatın erken dönemlerinde başlayıp, ağır klinikli ve çocuğu yatağa ve hastaneye bağlayan hastalıkların olması etken olabilir.

Günümüzde gelişimsel yetilerin değerlendirilmesinde kullanılacak araç seçilirken sadece çocuğun gözlenmesi ile değil çocuğun değerlendirilmesine aileleri de katan araçlar tercih edilmektedir. Bu araçlar hakkındaki bilimsel kanıtlar yeterli olup 2001 yılında APA gelişimi izleme araçlarından ailelerin bilgisi ve kaygısına dayanan PEDS ve Yaş ve Basamak Anketi-*Ages and Stages Questionnaire (ASQ)*' nin çocuk hekimlerince tercih edilmesini önermektedir. Çocukların gelişimsel yetilerini yapıp yapmadığını sadece gözlemleyerek değerlendirmek mevcut sağlık sistemi için gerçekçi değildir. Nitekim ülkemizde sıklıkla gelişimsel değerlendirme aracı olarak kullanılan Denver II 'de 116 maddeden %75'i gözlem, %25'i anlatımla geçilir. Eğer gelişimi değerlendiren araçlar çocuğun yetilerini sadece gözleme dayalı yaparsa sıklıkla zaman kısıtlılığı, uygunsuz ortam, inatlaşma, klinikteki hasta yoğunluğu gibi olumsuz etkenlerden etkilenir [132].

Bizim araştırmamızda gelişimsel değerlendirme aracı olarak GİDR kullanılmıştır. GİDR' nin ülkemizde sıklıkla gelişimsel durum saptama aracı olarak kullanılan Denver II' den önemli iki farkı vardır. Birincisi GİDR değerlendirmeye aileyi de katan salt gözleme dayalı olmayan bir araçtır. Böylelikle çocuk GİDR ile klinikteki ortamdaki bağımsız olarak değerlendirilebilir. Önceki çalışmalarda da annelerin sözel bildirimini içeren bir gelişimsel tarama aracı kullanılması tavsiye edilmektedir [132].

GİDR' nin Denver II' den diğer bir farkı ise soruları açık uçlu sormasıdır. Yapılan çalışmalarda kapalı uçlu soruların önemli bir kısmına ailelerin 'evet' dediği görülmektedir. Dale 1989'da yaptığı çalışmasında kapalı uçlu sorulardan açık uçlu soruların daha güvenilir sonuçlar verdiğini göstermiştir [133]. GİDR' de açık uçlu sorular nedeniyle ailelerin hatalı cevap vermesi ve değerlendirmenin doğruluğunun azalması önlenmiştir. Bununla birlikte Denver II' nin standardizasyon çalışması

üzerinden geçen zaman ve gelişimsel yetilerin ilerleme olasılığı düşünüldüğünde bir dezavantaj olarak görülmektedir.

GİDR'nin çocuk gelişimi değerlendirilmesine en önemli katkılarından birisi de aile kaygısını sormasıdır. Yapılan araştırmalar ailelerin belirttiği kaygıların gelişim alanları ile ilgisi ve konulan tanı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Dr. Doğan'ın 2006 yılında Ankara Üniversitesi Gelişimsel Pedyatri Yüksek Lisans Tezi olarak yaptığı, *Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi 0-2 Yaş Standardizasyon Çalışması*' nda tümüyle sağlıklı çocuklarda bile ailelerin gelişimle ilgili kaygıları değerlendirilmiş annelerin 12' si (% 3,8) çocuklarının gelişimi ile ilgili hareket ve ifade edici dil alanında kaygı bildirmişlerdir. GİDR yetilerinin yaş gruplarına yerleştirilmesinden sonra bu çocuklarda alıcı dil, ifade edici dil ve ilişki alanında % 66,6 oranında gelişimsel yetilerinde yaşitlarına göre gecikme saptanmıştır [115].

Glascoe' nun 1991 yılında yaptığı bir çalışmasında sağlam çocuk muayenesinde sıra bekleyen yaşları 6-77 ay arasında olan çocuklardan % 28' inde dil ve konuşma alanında gecikmeler saptanmış bu gecikme saptanan grubun %72' sinde aileler dil ve konuşma ile ilgili kaygı bildirmişlerdir [134]. Glascoe' nun 1989 yılında yaptığı bir çalışmada ise herhangi bir nedenle çocuk kliniklerine gelen 100 aileye çocuklarının gelişimleriyle ilgili kaygıları sorulmuştur. Ailelerden alınan bilgiyle eş zamanlı olarak çocukların gelişimsel değerlendirilmesi altın standart olarak kabul edilen bir yöntem ile yapılmıştır. Bu yöntem ile dil, ince hareket ya da tüm gelişim alanlarında gelişimsel gecikmesi olan çocukların ailelerinin % 80'inin bu alanlarda kaygıları olduğu belirtilmiştir [135]. Glascoe 'nun 1994 yılında, kreşe devam eden çocuklarda yaptığı diğer bir araştırmada ise bilişsel gecikmeleri olan çocukların % 83'üne ailelerinin davranış ve / ya da dil alanında kaygı bildirmesi ile tanı konulmuştur [132].

Çalışmamızda ailelerin % 72,4'ü herhangi bir gelişimsel kaygılarının olmadığını, % 27,6'sı ise kaygılarının olduğunu belirtmişlerdir.

Ebeveynlerin kaygıları değerlendirildiğinde en çok hareket alanında % 59,3, sonra sıklık sırası ile bilişsel alanda % 40, yeme ve kilo alamama alanında % 15,6 ve en az duyu alanında % 0,1 kaygı bildirilmiştir. Birden fazla alanda kaygıları olanlara bakıldığında; hem hareket hem de bilişsel alanda % 18,7, hem hareket hem de beslenme kaygısı olan % 6,2, hem bilişsel hem beslenme kaygısı olan % 6,2, hem hareket hem de duyu-görme alanında kaygısı olan ise % 3,1' dir.

Çalışmamızda ebeveynlerinin kaygı bildirdiği hastaların GİDR ile yapılan gelişimsel değerlendirilmesinde ise % 81,3 oranında gelişimsel sorun saptanmıştır. Bu oran ailelerin kaygılarına dayanan yöntem olan PEDS' in % 80 duyarlılığına benzer olup, Glascoe'nun çalışmalarındaki oranlarla da örtüşmektedir. Dr.Doğan'ın 2006 yılında yaptığı çalışmaya göre ise daha düşük orandadır. Bu farkın sebebi Dr. Doğan'ın çalışmasının sağlıklı çocuklarla yapılması olabilir.

Araştırmamızda dikkati çeken bir diğer bulgu çocukların % 82'sinin uyku, yemek, toplumsal etkinlikler (örn. arkadaş ve akraba ziyaretleri, başka çocuklarla oynamak, parklara ya da oyun bahçelerine gitmek) gibi alanların en az birinde sorunlarının olmasıdır.

Ailelerin hemen hepsi çocuklarının kronik hastalığının kendilerini olumsuz etkilediğini, kardeşi olan 86 hastanın 64'ünün (% 74,4) kardeşlerinin bu süreçten etkilendikleri saptanmıştır.

Ülkemizde çocukların gelişimsel durumlarını saptama amacı ile daha önce yapılan çalışmalar büyük şehirlerde yapılmıştır. Türkiye'de şehirler ve bölgeler arasında örneklemin sosyodemografik özelliklerinin farklılık göstermesi gerçeği, farklı bölgelerde böyle bir çalışmaya ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur (114,117). Eğitim, sağlık gibi sosyal hizmetlerin diğer bölgelere göre daha düşük seviyede olduğu Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğimizde yapılan çalışmamız ile bu ihtiyaca karşılık verilmeye çalışılmış, büyük şehirlerden elde edilen sonuçlarla karşılaştırma fırsatı sunulmuştur. Araştırmamızla Doğu Anadolu Bölgesinde değişik illerden çok sayıda hasta kabul eden Turgut Özal Araştırma Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yatan çocuk hastaların gelişimsel durumları ilk kez değerlendirilmiştir. Geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir araç olan GİDR'nin kullanılması, çocukların gelişimsel işlevleri, etkinlikleri ve yaşama katılımı, çocukları etkileyebilecek çevresel etmenler, gelişimleri ve sağlıkları ile ilgili hizmetlerin ICF-CY ile uyumlu G-GİDR ile de ayrıntılı saptanması araştırmamızın güçlü yanıdır. Bu araştırma tek bir uygulayıcı (tez sahibi uzmanlık öğrencisi) tarafından yapılan G-GİDR sonuçlarını içermektedir ve araştırmamızın kısıtlılığıdır.

5. SONUÇLAR

Araştırmada hastanede yatarak tedavi alan çocukların gelişimsel durumlarının G-GİDR ile tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada 1 Mart – 30 Eylül 2011 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatri Servisi' nde yatarak tedavi alan 0-60 ay arası toplam 116 hastaya gelişimsel durum tespiti yapılmış, çocukların sosyodemografik özellikleri, ailelerin kaygı durumu, sağlık hizmeti alıp almadıkları incelenmiştir.

Örnekleme oluşturan 116 çocuğun 58'i (%50) erkek, 58'i (% 50) kızdır. Çocukların en küçüğü 1 aylık en büyüğü ise 51 aylıktır. Örnekleme oluşturan çocukların annelerinin yaş ortalaması $29.09 \pm 5,92$ ' dir. Anne yaş grupları 19-25 arası 35 (% 30,2), 26-35 yaş arası 64 anne (% 55,2), 36-48 arası 17(% 14,7) kişi olarak belirlenmiştir. Babaların yaş ortalaması $33,4 \pm 6,3$ 'tür. Annelerden okuma yazma bilmeyenler 16 kişi (% 13,8), üniversite mezunu ise 8 kişi (% 6,9)' dir. Babaların 5'i okuma yazma bilmezken (% 4,3), üniversite mezunu 15 (% 12,9) kişidir. Annelerin % 9,5' i çalışmakta iken, babaların % 97,4' ü çalışmaktadır. Çocukların ailelerinin % 81,9' u çekirdek aile iken, % 18,1' i geniş aile yapısındadır.

Ebeveynlerin kaygıları değerlendirildiğinde hareket alanında % 59,3, bilişsel alanda % 40, yeme ve kilo alamama alanında % 15,6, duyu (işitme ve görme) alanında % 0,125 kaygı bildirilmiştir. Kaygı durumu cinsiyete göre incelendiğinde, kızların % 24,1' inden ve erkeklerin % 31' inden gelişimsel kaygı duyulmaktadır.

Örnekleme oluşturan çocukların GİDR ile anlatım dili, alıcı dil, kaba hareket, ince hareket, çevre ile ilişki, oyun ve özbakım alanındaki gelişimsel durumları değerlendirilmiş, bu alanlardan yalnızca bir alanda sorun olanların sıklığı % 6, birden fazla alanda sorun olanların sıklığı % 36,2 olarak saptanmıştır. Tüm örneklem grubunda

gelişimsel gecikme saptanan çocuk sıklığı % 42,2' dir. Gelişimsel geriliği olan çocukların % 34,6'sına hastaneye yatışları sırasında ilk kez tanı konulmuştur. Gelişimsel gerilik saptanan çocukların % 24,5' i akut hastalık nedeniyle, % 75,5'i ise kronik hastalık nedeni ile hastanede yatmaktadır. Ayrıca akut hastalığı olan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığı % 25, kronik hastalığı olan çocuklar arasında gelişimsel sorun sıklığı ise % 54,4 olarak belirlenmiştir.

Hastalar izlendikleri bilim dallarına göre sınıflandırılmışlardır. En yüksek gelişimsel sorun oranı nöroloji ve gastroenteroloji bölümlerinde saptanmıştır. Nöroloji bölümünde % 71,4, gastroenteroloji bölümünde ise % 64,7 oranında gelişimsel sorun saptanmıştır.

Hastaların % 47,4'ünde yeme, % 39,6' sında uyku, % 35,4' ünde dikkat alanında ebeveynleri sorun bildirmişlerdir.

Araştırmamızdaki tüm hastalar genelinde düzenli sağlık hizmeti alan % 81,9, düzensiz sağlık hizmeti alan % 17,2 çocuk olup hiç sağlık hizmeti alamayan % 0,9 sıklığındadır.

Doğum özellikleri incelendiğinde % 8,6'sı prematüre doğarken, % 21,6'sı ise 2500 gramın altında, % 3,4 ise 4000 gramın üzerinde doğmuştur. Çocukların % 12,9' u term ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek, % 4,3' ü preterm, %4,3 ise preterm ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek olarak doğmuştur.

Çalışmamızda saptanan akraba evliliği sıklığı % 38,8'dir. Çocukların % 16,4' ünün ailesinde kalıtsal hastalık varken % 14,72 sinin ailesinde zihinsel, hareket, ruhsal alanlarda sorunu olan akrabaları bulunmaktadır.

Bu araştırmanın sonucunda hastanede yatarak tedavi alan çocuklarda toplum geneline göre gelişimsel sorun sıklığının daha yüksek olduğu, ayrıca kronik hastalığa sahip olan çocuklarda gelişimsel sorun sıklığının daha yüksek oranda saptandığı gösterilmiştir. Bunun yanı sıra hastaneye yatan çocuklarda gelişimsel durum değerlendirmesi yapılması, hekimler arasında gelişimsel değerlendirme ve destekleme uygulamaları yaygınlaşana kadar ve sağlık sistemimizde bunlarla ilgili programlar yerleşene dek kaçırılmaması gereken bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

ÖZET

HASTANEYE YATIRILARAK TEDAVİ ALAN 0-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARIN GELİŞİMSEL DURUMLARININ GENİŞLETİLMİŞ-GELİŞİMİ İZLEME VE DEĞERLENDİRME REHBERİ (G-GİDR) İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu araştırmanın amacı hastaneye yatırılarak izlenen 0-5 yaş arası çocuklar arasında gelişimsel sorunların sıklığının saptanması, yatarak tedavi alan çocukların Çocuk ve Gençler İçin İşlevsellik Yetiyitimi ve sağlığın Uluslararası Sınıflandırması- *International Classification of Functioning, Disability and Health-Child and Youth Version (ICF-CY)*' nin 4 temel alanındaki işlevler, etkinlikler, yaşama katılım, çevresel etmenler açısından G-GİDR ile değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem: Bu araştırma kesitsel ve gözlemsel olan durum saptama çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini 1 Mart – 30 Eylül 2011 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Pediatri Servisi'nde yatarak tedavi alan 0-60 ay arası 58'i (%50) erkek, 58'i (% 50) kız olan toplam 116 çocuk oluşturmuştur.

Bulgular: Örnekleme oluşturan çocukların G-GİDR ile anlatım dili, alıcı dil, kaba hareket, ince hareket, sosyal ve duygusal ilişki, oyun ve özbakım alanındaki gelişimsel durumları değerlendirilmiş, bu alanlardan yalnızca bir alanda sorun olan 7 (% 6), birden fazla alanda sorun olan 42 (% 36,2) çocuk saptanmıştır. Gelişimsel gecikme saptanan toplam çocuk sayısı 49' dur (% 42,2). Bu çocukların 17'sine (% 34,6) yatışı sırasında tanı konulmuştur. On ikisi (% 24,5) akut hastalık nedeni ile, 37' si (% 75,5) ise kronik

hastalık nedeni ile hastanede yatmaktadır. Çocukların % 82'sinin uyku, yemek, toplumsal etkinliklerin en az birinde sorunları vardır.

Sonuçlar: Sağlık izleminde gelişimsel izlem ve destek yöntemleri yerleşene dek, çocukların hastaneye yatışı gelişimsel sorunları saptamak, erken tanı ve tedaviye yönlendirmek için kaçırılmaması gereken bir fırsattır.

Anahtar Kelimeler: Genişletilmiş Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi, erken çocukluk dönemi, gelişimsel gecikme

SUMMARY

EVALUATION OF DEVELOPMENTAL STATUS OF 0-5 YEARS OLD HOSPITALIZED CHILDREN BY EXPANDED GUIDE FOR MONITORING CHILD DEVELOPMENT (E-GMCD)

Aim: The aim of this study is to evaluate developmental status of 0-5 years old hospitalized children by expanded guide for monitoring child development (E-GMCD) according to 4 fundamental areas of International Classification of Functioning, Disability and Health-Child and Youth Version (ICF-CY) body functions and structures, activities, participation, environmental factors.

Materials and Methods: This is a cross sectional case detection study. The sample consisted 116 children aged 0-5 years, who had chronic diseases and were hospitalized in the pediatrics department of Inonu University Medical School hospital between 1 March - 30 September 2011. Male and female ratio of study sample is equal.

Results: Developmental status of study sample about receptive language, expressive language, gross and fine motor, relationships (social and emotional), playing and self help skills are evaluated by E-GMCD. Seven (6%) cases have developmental problem in only one domain, whereas 42 (36,2%) cases have more than one. Totally 49 (42,2 %) children have developmental delay in this study. Seventeen (34,6%) of children who have developmental problem are newly diagnosed during this study. Among the developmentally delayed 49 children, 12 (24,5 %) have acute and 37 (75,5%) have chronic illness. More than half of children have (82 %) at least one problem of sleeping, feeding, and social activities.

Conclusion: Until developmental follow-up and support methods develops in our health care system, hospitalisation is a good opportunity to detect developmental problems for early diagnosis and treatment.

Key Words: Expanded Guide For Monitoring Child Development, Early childhood, developmental problem,

KAYNAKLAR

1. Ertem İÖ. Gelişimin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi. Ankara: Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı 2005.
2. Oberklaid F, Efron D. Developmental delay--identification and management. Aust Fam Physician 2005; 34: 739-742.
3. William Carey AC, William Coleman, Ellen Elias, Heidi Feldman. Developmental-Behavioral Pediatrics. In Carey W (ed) Life stages, Edition 4. Philadelphia: Saunders Elsevier 2009.
4. WHO. A critical link: Interventions for physical growth and psychological development. In Edition World Health Organization Department Of Child and Adolescent Health and Development 1999.
5. Durkin MS, Schneider H, Pathania VS et al. Learning and Developmental Disabilities. 2006.
6. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C et al. "Late-preterm" infants: a population at risk. Pediatrics 2007; 120: 1390-1401.
7. Palfrey JS, Singer JD, Walker DK, Butler JA. Early identification of children's special needs: a study in five metropolitan communities. J Pediatr 1987; 111: 651-659.
8. Münevver Bertan, Dilek Haznedaroğlu, Pelin Koln et al. Ülkemizde Erken Çocukluk Gelişimine İlişkin Yapılan Çalışmaların Derlenmesi (2000-2007). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 1-8.
9. Shonkoff JP. From neurons to neighborhoods: old and new challenges for developmental and behavioral pediatrics. J Dev Behav Pediatr 2003; 24: 70-76.
10. Marcou R. Developmental Screening in The General Paediatric Clinic. In Edition National University of Singapore Department of Paediatrics 2005.
11. Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A et al. The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. J Pediatr 1998; 132: 661-666.
12. Villar J, Smeriglio V, Martorell R et al. Heterogeneous growth and mental development of intrauterine growth-retarded infants during the first 3 years of life. Pediatrics 1984; 74: 783-791.
13. Gardner JM, Walker SP, Powell CA, Grantham-McGregor S. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention on cognition and behavior in term low birth weight infants. J Pediatr 2003; 143: 634-639.

14. Walker SP, Chang SM, Powell CA, Grantham-McGregor SM. Psychosocial intervention improves the development of term low-birth-weight infants. *J Nutr* 2004; 134: 1417-1423.
15. Strauss RS. Adult functional outcome of those born small for gestational age: twenty-six-year follow-up of the 1970 British Birth Cohort. *JAMA* 2000; 283: 625-632.
16. Liu X, Sun Z, Neiderhiser JM et al. Low birth weight, developmental milestones, and behavioral problems in Chinese children and adolescents. *Psychiatry Res* 2001; 101: 115-129.
17. Adair LS, Pollitt E. Outcome of maternal nutritional supplementation: a comprehensive review of the Bacon Chow study. *Am J Clin Nutr* 1985; 41: 948-978.
18. Waber DP, Vuori-Christiansen L, Ortiz N et al. Nutritional supplementation, maternal education, and cognitive development of infants at risk of malnutrition. *Am J Clin Nutr* 1981; 34: 807-813.
19. Kerstjens JM, AF DEW, Bocca-Tjeertes IF et al. Risk of developmental delay increases exponentially as gestational age of preterm infants decreases: a cohort study at age 4 years. *Dev Med Child Neurol*.
20. Pharoah PO, Connolly KJ. Iodine and brain development. *Dev Med Child Neurol* 1995; 37: 744-748.
21. WHO. Global Database on Iodine Deficiency. Iodine status worldwide. In Organization WH (ed) Edition Geneva: 2004.
22. UNICEF. The State of the World's Children 2005. In Edition New York: UNICEF 2004.
23. Black MM. Micronutrient deficiencies and cognitive functioning. *J Nutr* 2003; 133: 3927S-3931S.
24. Choudhury N, Gorman KS. Subclinical prenatal iodine deficiency negatively affects infant development in Northern China. *J Nutr* 2003; 133: 3162-3165.
25. Stoltzfus RJ, Mullany L, RE. B. Iron deficiency anaemia. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. In Edition 2005; 163-209.
26. Lozoff B, Beard J, Connor J et al. Long-lasting neural and behavioral effects of iron deficiency in infancy. *Nutr Rev* 2006; 64: S34-43; discussion S72-91.
27. Golub MS, Hogrefe CE, Germann SL et al. Behavioral consequences of developmental iron deficiency in infant rhesus monkeys. *Neurotoxicol Teratol* 2006; 28: 3-17.

28. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 70: 525-535.
29. International Zinc Nutrition Consultative G, Brown KH, Rivera JA et al. International Zinc Nutrition Consultative Group (IZINCG) technical document #1. Assessment of the risk of zinc deficiency in populations and options for its control. *Food Nutr Bull* 2004; 25: S99-203.
30. Carter JA, Neville BG, Newton CR. Neuro-cognitive impairment following acquired central nervous system infections in childhood: a systematic review. *Brain Res Brain Res Rev* 2003; 43: 57-69.
31. Oberhelman RA, Guerrero ES, Fernandez ML et al. Correlations between intestinal parasitosis, physical growth, and psychomotor development among infants and children from rural Nicaragua. *Am J Trop Med Hyg* 1998; 58: 470-475.
32. Callender JE, Walker SP, Grantham-McGregor SM, ES. C. Growth and development four years after treatment for the Trichuris dysentery syndrome. *Acta Paediatr* 1998; 87: 1247-1249.
33. Ertem İÖ. *Bebeklik Ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim*. Ankara: Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı 2005.
34. Global Prevalence of consanguinity. In Bittles AH (ed) Edition 2009. http://www.consang.net/index.php/Global_prevalence.
35. Bashi J. Effects of inbreeding on cognitive performance. *Nature* 1977; 266: 440-442.
36. Ozand PT, Devol EB, Gascon GG. Neurometabolic diseases at a national referral center: five years experience at the King Faisal Specialist Hospital and Research Centre. *J Child Neurol* 1992; 7 Suppl: S4-11.
37. Farhud DD, Kabiri M. Incidence of phenylketonuria (PKU) in Iran. *Indian J Pediatr* 1982; 49: 685-688.
38. Ozguc M, Ozalp I, Coskun T et al. Mutation analysis in Turkish phenylketonuria patients. *J Med Genet* 1993; 30: 129-130.
39. Hashemipour M, Amini M, Talaie M et al. Parental consanguinity among parents of neonates with congenital hypothyroidism in Isfahan. *East Mediterr Health J* 2007; 13: 567-574.
40. Elder MJ, De Cock R. Childhood blindness in the West Bank and Gaza Strip: prevalence, aetiology and hereditary factors. *Eye (Lond)* 1993; 7 (Pt 4): 580-583.

41. Ben Arab S, Bonaiti-Pellie C, Belkahia A. An epidemiological and genetic study of congenital profound deafness in Tunisia (governorate of Nabeul). *J Med Genet* 1990; 27: 29-33.
42. Marlow N. Neurocognitive outcome after very preterm birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89: F224-228.
43. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH et al. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA* 2002; 288: 728-737.
44. Platt MJ, Cans C, Johnson A et al. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a database study. *Lancet* 2007; 369: 43-50.
45. Quiram PA, Capone A, Jr. Current understanding and management of retinopathy of prematurity. *Curr Opin Ophthalmol* 2007; 18: 228-234.
46. Ari-Even Roth D, Hildesheimer M, Maayan-Metzger A et al. Low prevalence of hearing impairment among very low birthweight infants as detected by universal neonatal hearing screening. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2006; 91: F257-262.
47. Msall ME, Tremont MR. Measuring functional outcomes after prematurity: developmental impact of very low birth weight and extremely low birth weight status on childhood disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002; 8: 258-272.
48. Baird G, Hall DM. Developmental paediatrics in primary care: what should we teach? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 291: 583-586.
49. Earls MF, Hay SS. Setting the stage for success: implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice--the North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics* 2006; 118: e183-188.
50. McKay SM, Angulo-Barroso RM. Longitudinal assessment of leg motor activity and sleep patterns in infants with and without Down syndrome. *Infant Behav Dev* 2006; 29: 153-168.
51. Regalado M, Halfon N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 1311-1322.
52. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 2007; 369: 145-157.

53. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet* 2007; 369: 60-70.
54. Schroeder DG, Martorell R, Rivera JA et al. Age differences in the impact of nutritional supplementation on growth. *J Nutr* 1995; 125: 1051S-1059S.
55. Pollitt E, Gorman KS, Engle PL et al. Early supplementary feeding and cognition: effects over two decades. *Monogr Soc Res Child Dev* 1993; 58: 1-99; discussion 111-118.
56. Jones G, Steketee RW, Black RE et al. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362: 65-71.
57. Wilson MA, Johnston MV, Goldstein GW, Blue ME. Neonatal lead exposure impairs development of rodent barrel field cortex. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2000; 97: 5540-5545.
58. Rutter M, O'Connor TG, English, Romanian Adoptees Study T. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Dev Psychol* 2004; 40: 81-94.
59. Voigt R, Macias M, Myers S. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. In Edition American Academy of Pediatrics 2011; 2.
60. *Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders: Meeting the Challenge in the Developing World* (2001) In Medicine IO (ed) Committee on Nervous system disorders in developing countries Edition Washington D.C.: National Academies Press 2001; 118-139.
61. Orfeo L, Casani A, Cocca F et al. First year follow-up of extremely low birth weight premature sextuplets: case report. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24 Suppl 1: 132-134.
62. Woythaler MA, McCormick MC, Smith VC. Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics* 2011; 127: e622-629.
63. van Baar AL, Vermaas J, Knots E et al. Functioning at school age of moderately preterm children born at 32 to 36 weeks' gestational age. *Pediatrics* 2009; 124: 251-257.
64. Elgen SK, Leversen KT, Grundt JH et al. Mental health at 5 years among children born extremely preterm: a national population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
65. Ertem İÖ. *Gelişimsel Sorunların Sıklıkları, Nedenleri Ve Önleyici Yaklaşımlar*. Ankara: Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı 2005.

66. Sices L, Feudtner C, McLaughlin J et al. How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? A national survey with an experimental design. *Pediatrics* 2004; 113: 274-282.
67. Newacheck PW, Halfon N. Prevalence and impact of disabling chronic conditions in childhood. *Am J Public Health* 1998; 88: 610-617.
68. Boyle CA, Decoufle P, Yeargin-Allsopp M. Prevalence and health impact of developmental disabilities in US children. *Pediatrics* 1994; 93: 399-403.
69. Robert G. Voigt M, FAAP, Michelle M. Macias M, FAAP, Scott M. Mayers M, FAAP. Introduction-Child Development: The Basic Science Of Pediatrics. American Academy Of Pediatrics 2010.
70. Rushton J, Bruckman D, Kelleher K. Primary care referral of children with psychosocial problems. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 592-598.
71. Mathur GP, Mathur S, Singh YD et al. Detection and prevention of childhood disability with the help of Anganwadi workers. *Indian Pediatr* 1995; 32: 773-777.
72. Natale JE, Joseph JG, Bergen R et al. Prevalence of childhood disability in a southern Indian city: independent effect of small differences in social status. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 367-372.
73. Zaman SS, Khan NZ, Islam S et al. Validity of the 'Ten Questions' for screening serious childhood disability: results from urban Bangladesh. *Int J Epidemiol* 1990; 19: 613-620.
74. Couper J. Prevalence of childhood disability in rural KwaZulu-Natal. *S Afr Med J* 2002; 92: 549-552.
75. Ertem İÖ. Dünyada ve Ülkemizde Gelişimsel Pediatri. Ankara: Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı 2005.
76. Bendel J, Palti H, Winter S, Ornoy A. Prevalence of disabilities in a national sample of 3-year-old Israeli children. *Isr J Med Sci* 1989; 25: 264-270.
77. Milaat WA, Ghabrah TM, Al-Bar HM et al. Population-based survey of childhood disability in eastern Jeddah using the ten questions tool. *Disabil Rehabil* 2001; 23: 199-203.
78. Al-Hazmy MB, Al Sweilan B, Al-Moussa NB. [Handicap among children in Saudi Arabia: prevalence, distribution, type, determinants and related factors]. *East Mediterr Health J* 2004; 10: 502-521.
79. Yaqoob M, Bashir A, Zaman S et al. Mild intellectual disability in children in Lahore, Pakistan: aetiology and risk factors. *J Intellect Disabil Res* 2004; 48: 663-671.

80. Eapen V, Zoubeidi T, Yunis F. Screening for language delay in the United Arab Emirates. *Child Care Health Dev* 2004; 30: 541-549.
81. Srinath S, Girimaji SC, Gururaj G et al. Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. *Indian J Med Res* 2005; 122: 67-79.
82. Nair M, George B, Padmamohan J et al. Developmental Delay and Disability among Under - 5 Children in a Rural ICDS Block *Indian Pediatrics* 2009; 46: 75=77.
83. Sauvey S, Osrin D, Manandhar DS et al. Prevalence of childhood and adolescent disabilities in rural Nepal. *Indian Pediatr* 2005; 42: 697-702.
84. Ertem İ. Developmental difficulties in early childhood. In WHO, Edition World Health Organisation.
85. İ Yüksel İK. Türkiye' de bebek ölüm hızı halen bir bilmece mi? *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2010; 53: 87-97.
86. Hacettepe Ü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. In Enstitüsü NE (ed) Edition NEE-HÜ.09.01. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi 2009
87. Steinberg S, Hartmann R, Wisniewski S et al. [Late sequelae of CNS recurrence of acute lymphoblastic leukemia in childhood]. *Klin Padiatr* 1998; 210: 200-206.
88. TÜİK. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması. In Kurumu Tİ (ed) Edition Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu 2010.
89. DİE. Türkiye Özürlüler Araştırması. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası 2002.
90. Köroğlu E KY, Yöneymen F, Gürvit G, Yusuf M. Ro-CODEC Çocuklarda kronik hastalıkların sıklığı tarama çalışması. 1996; 97-100.
91. Petersen MC, Kube DA, Whitaker TM et al. Prevalence of developmental and behavioral disorders in a pediatric hospital. *Pediatrics* 2009; 123: e490-495.
92. Walsh KK, Kastner T, Criscione T. Characteristics of hospitalizations for people with developmental disabilities: utilization, costs, and impact of care coordination. *Am J Ment Retard* 1997; 101: 505-520.
93. Feldman HM, Ploof DL, Hofkosh D, Goehring EL, Jr. Developmental needs of infants and toddlers who require lengthy hospitalization. *Am J Dis Child* 1993; 147: 211-215.
94. Nilüfer G Eİ. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi'nin "Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF-CY)" na Uyarlanması ve 0-5 Yaş Arası Kronik Hastalığı Olan Çocukların Değerlendirilmesinde

Geçerliliği. In Edition Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010.

95. Glascoe FP, Dworkin PH. Obstacles to effective developmental surveillance: errors in clinical reasoning. *J Dev Behav Pediatr* 1993; 14: 344-349.

96. Ramey CT, Bryant DM, Wasik BH et al. Infant Health and Development Program for low birth weight, premature infants: program elements, family participation, and child intelligence. *Pediatrics* 1992; 89: 454-465.

97. Bailey DB, Jr., Hebbeler K, Scarborough A et al. First experiences with early intervention: a national perspective. *Pediatrics* 2004; 113: 887-896.

98. Bailey DB, Jr., Hebbeler K, Spiker D et al. Thirty-six-month outcomes for families of children who have disabilities and participated in early intervention. *Pediatrics* 2005; 116: 1346-1352.

99. Wynder EL. Introduction to the report on the conference on the "critical" period of brain development. *Prev Med* 1998; 27: 166-167.

100. Black JE. How a child builds its brain: some lessons from animal studies of neural plasticity. *Prev Med* 1998; 27: 168-171.

101. Enhancing the outcomes of low-birth-weight, premature infants. A multisite, randomized trial. The Infant Health and Development Program. *JAMA* 1990; 263: 3035-3042.

102. McCarton CM, Brooks-Gunn J, Wallace IF et al. Results at age 8 years of early intervention for low-birth-weight premature infants. The Infant Health and Development Program. *JAMA* 1997; 277: 126-132.

103. Hollomon HA, Scott KG. Influence of birth weight on educational outcomes at age 9: the Miami site of the Infant Health and Development Program. *J Dev Behav Pediatr* 1998; 19: 404-410.

104. Bertan M, Haznedaroğlu D, Koln P et al. Ülkemizde erken Çocukluk Gelişimine ilişkin Yapılan Çalışmaların Derlenmesi(2000-2007) *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009; 52: 1-8.

105. Hannon L. Secondary health care for people with learning disabilities. *Nurs Stand* 2003; 17: 39-42.

106. Shonkoff JP. A promising opportunity for developmental and behavioral pediatrics at the interface of neuroscience, psychology, and social policy: remarks on receiving the 2005 C. Anderson Aldrich Award. *Pediatrics* 2006; 118: 2187-2191.

107. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009; 301: 2252-2259.
108. Ertem İÖ. Sağlık Hizmetinde Çocukların Gelişimlerinin İzlenmesi Ve Desteklenmesi, *Sted* 2006; 15: 67-74.
109. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. In Organisation WH (ed) Edition Geneva: 2001.
110. Simeonsson RJ, Scarborough AA, Hebbeler KM. ICF and ICD codes provide a standard language of disability in young children. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 365-373.
111. Takahashi T OJ, Kostanjek N. WHO-Family Of International Classifications Network Meeting 2005. In Development Of ICF Illustration library, Edition Tokyo, Japan: 2005.
112. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. In World Health Organization, Edition Geneva: 2001.
113. Ertem IO, Dogan DG, Gok CG et al. A guide for monitoring child development in low- and middle-income countries. *Pediatrics* 2008; 121: e581-589.
114. Fisher RP, ML. MC. Information retrieval: interviewing witnesses. In Brewer Nail, Carlane W (eds): *Psychology and Policing*, Edition Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum 1995; 81-99.
115. Gümüş DD. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi 0-2 yaş Standardizasyon Çalışması. In Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Gelişimsel Pediatri Yüksek Lisans Tezi, Edition Ankara: 2006.
116. de Lourdes Drachler M, de Castro Aerts DG, de Souza RM et al. Social inequalities in maternal opinion of child development in southern Brazil. *Acta Paediatr* 2005; 94: 1137-1139.
117. Kağıtçıbaşı Ç, Sunar D, S B. Başarı Ailede Başlar Çok Amaçlı Eğitim Modeli. In Edition İstanbul: Ya-Pa Yayınları / Rehber Kitaplar Dizisi 1993; 113.
118. Yavuz S, Yucesahin MM. Türkiye’de Hanehalkı Kompozisyonlarında Degisimler ve Bolgesel Farklılıasmalar. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2012; 15.
119. Uskun E. Akriba Evlilikleri. In Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Edition Ankata: Matus 2001.
120. TÜİK. Aile yapısı araştırması. In Edition Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu 2006.
121. Hacettepe Ü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları In Edition Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile

Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara: 2003

122.WHO. The Global Action Report on Preterm Birth. In Born Too Soon, Edition New York: 2012.

123.Heron M, Sutton PD, Xu J et al. Annual summary of vital statistics: 2007. Pediatrics 125: 4-15.

124.UNICEF. United Nations Children's Fund. Progress for children: A world fit for children statistical review. . In Edition 2007.

125.Khan MR, Maheshwari PK, Shamim H et al. Neurodevelopmental outcomes of premature infants at a tertiary care center in Pakistan. Pediatr Neurol 47: 109-113.

126.Gladstone M, White S, Kafulafula G et al. Post-neonatal mortality, morbidity, and developmental outcome after ultrasound-dated preterm birth in rural Malawi: a community-based cohort study. PLoS Med 8: e1001121.

127.Simard MN, Lambert J, Lachance C et al. Prediction of developmental performance in preterm infants at two years of corrected age: contribution of the neurological assessment at term age. Early Hum Dev 87: 799-804.

128.Emiroğlu Nİ, Akay AP. Kronik Hastalıklar, Hastaneye Yatış ve Çocuk. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 22: 99 - 105.

129.Petersen MC, Kube DA, Palmer FB. Classification of developmental delays. Semin Pediatr Neurol 1998; 5: 2-14.

130.Pekcici Bingöler B, Ekici G, Koçak E et al. Hastane Yatışı:Gelişimsel Değerlendirme ve Destek İçin Kaçırılmaması Gereken Fırsat. In Edition Ankara: Uluslararası Katılımlı 1.Ulusal Gelişimsel Pediatri Kongresi 2011.

131.Rosen MG, Dickinson JC. The incidence of cerebral palsy. Am J Obstet Gynecol 1992; 167: 417-423.

132.Glascoe FP. It's not what it seems. The relationship between parents' concerns and children with global delays. Clin Pediatr (Phila) 1994; 33: 292-296.

133.Dworkin PH. British and American recommendations for developmental monitoring: the role of surveillance. Pediatrics 1989; 84: 1000-1010.

134.Glascoe FP. Can clinical judgment detect children with speech-language problems? Pediatrics 1991; 87: 317-322.

135.Glascoe FP, Altemeier WA, MacLean WE. The importance of parents' concerns about their child's development. Am J Dis Child 1989; 143: 955-958.

EKLER

Ek-1 Geniştirilmiş Gelişimi İzleme Ve Destekleme Rehberi (G-GİDR) :

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME FORMU

Bu form hastanemizde sütçocuğu servisinde yatmakta olan hastalarımızın gelişimsel değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Çocuğunuzun hastalığını izleme ve tedavisi takip eden bölüm doktorları tarafından yapılmaktadır. Oysa çocukların gelişimlerinin de izlenmesi ve gerekli görüldüğü zaman desteklenmesi en az mevcut hastalıklarının tedavisi kadar gerekmektedir. Bu formu doldurmanızın ardından edineceğimiz bilgilerle çocuğunuzun gelişimsel durumunu saptayıp gerekli görülen noktalarda sizlere yardımcı olmayı planlıyoruz. Lütfen formu eksiksiz doldurunuz.

Sorularınızda geçen "GELİŞİM" sözcüğü çocuğün öğrenmesi, ilişki ve iletişim kurması, konuşması, hareketleri, davranışları, duyguları, işitme ve görme alanlarını içermektedir. "Gelişim" ifadesinden çocuğün büyümesi anlaşılmalıdır.

Çocuğunuzun adı soyadı:	Tarih: / /	
Doğum tarihi: / /	Kaç yaşında (ay olarak yazınız):	
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> Kız <input type="checkbox"/> Erkek	Doğduğı şehir:	
Ev adresi:		
Ev telefonu:	Anne cep tel:	Baba cep tel:
Ulaşılabilecek diğer bir telefon:		
İNönü Üniversitesi dosya numarası:	Sağlık güvencesi: <input type="checkbox"/> SGK <input type="checkbox"/> Ücretli	
Varsa, hastalığı ya da sağlık sorununun tanısı:		
Varsa, sürüldü izleyen hekim ya da bölümler:		
Hastaneye yatış tarihi:		

Aile Bilgileri				
Çocuğa yakınlığı	Adı	Yaşı	Eğitimi	Mesleği
Anne				
Baba				
Kardeş 1				
Kardeş 2				
Kardeş 3				
Kardeş 4				
Kardeş 5				
Kardeş 6				
Kardeş 7				
Kardeş 8				
Kardeş 9				
Kardeş 10				
Kardeş 11				
Kardeş 12				
Kardeş 13				

Aynı evde yaşayan diğer kişileri sıralayınız:

1. Çocuğunuzun gelişimi, öğrenmesi, anlaması, iletişim kurması, başkaları ile ilişkileri, davranışları, hareketleri, vücudunu kullanması, duyları (işitm e ve görm e) ile ilgili herhangi bir kaygınız varmı?
 Yok Var Varsa kaygılarınız nelerdir? Ne zaman, nasıl başladığını yazınız.

GELİŞİMİZLEME VE DESTEKLEME REHBERİ

2. "Çocuğumuz istediklerini size nasıl anlatıyor? Ne gibi sesler çıkarıyor, nasıl konuşuyor?"	<input type="checkbox"/> Kucaklandığında rahatlar <input type="checkbox"/> Muduluk, huzursuzluk, açlık durumunda farklı sesler çıkarır <input type="checkbox"/> Sese tepki verir, dinler, bakar	<input type="checkbox"/> Gülmeye ek olarak muduluk, heyecan, istek gibi duygularını yüz ifadesi ile gösterir <input type="checkbox"/> "Aa, uu" sesleri çıkarır <input type="checkbox"/> Kahkaha atar <input type="checkbox"/> Konuşulduğunda dinler, ağza bakar <input type="checkbox"/> Konuşulduğunda seslerle karşılık verir	<input type="checkbox"/> "Aa" lar, sesli harfler ile sessizleri birleştirir (ga, da, bı gibi)	<input type="checkbox"/> "Da-da" gibi heceleri birleştirir <input type="checkbox"/> Bir şeyi istediğini heyecanlanarak, gülerек; istemediğini kendini geriye atarak, başını sallayarak anlatır	<input type="checkbox"/> Bir anlamı sözcük söyler <input type="checkbox"/> İstediklerini eliyle işaret ederek gösterir
3. "Çocuğumuz sizin söylediklerinizden neleri anlıyor?"				<input type="checkbox"/> "Mama" "hayır" gibi sık tekrarlanan basit sözcükleri anladığını gösterir	<input type="checkbox"/> Tanıdığı kişi ve nesnelerin adını, "gini", "ver", "ge", "a" gibi sözcükleri anlar
4.a. "Çocuğumuz başım, gövdesini ve bacaklarını nasıl hareket ettiriyor?" 4b. "Çocuğumuz ellerini, parmaklarını nasıl kullanıyor?"	<input type="checkbox"/> Yüzüstü başını kaldırır <input type="checkbox"/> Yüzüstü başını çevirir <input type="checkbox"/> Sağ, sol kol ve bacaklarını eşit oynatır <input type="checkbox"/> Ellerini çoğunlukla açık tutar	<input type="checkbox"/> Başını dik tutar <input type="checkbox"/> Yüzünü başını 90° kaldırır <input type="checkbox"/> Ellerini açık tutar <input type="checkbox"/> Kollarını istediği nesneye doğru hareket ettirerek uzandır <input type="checkbox"/> Ellerini birleştirir	<input type="checkbox"/> Destekle oturur <input type="checkbox"/> Bacaklarına ağırlık verir, basar <input type="checkbox"/> Elleriyle uzandır <input type="checkbox"/> Oyuncakları ya da nesnelere tutar	<input type="checkbox"/> Yüzüstünden sırtüstüne, sırtüstünden yüzüstüne döner <input type="checkbox"/> Desteksiz oturur <input type="checkbox"/> Nesnelere elden ele geçirir <input type="checkbox"/> Üzüm gibi küçük taneleri yemeye alır	<input type="checkbox"/> Elleriyle bir yere tutunup ayağa kalkar <input type="checkbox"/> Tutunmadan anlık ayakta durur <input type="checkbox"/> Oyuncaklara/nesnelere tutunarak adımlar (saralar) <input type="checkbox"/> Küçük cisimleri tutarken işaret parmağını "kıskaç" gibi kullanır
5. "Çocuğumuz nasıl ilişki kuruyor? Örn: göz teması nasıl? Yakınlarını tanıdığını, sevdiğini nasıl gösteriyor? Annesinden ayrılınca, kavuşunca neler yapıyor? Yakınlarına, ya bacalarına nasıl davranıyor?"	<input type="checkbox"/> Karşısındakinin yüzüne bakar ve hareketlerini izler <input type="checkbox"/> Karşılıklı gülümser	<input type="checkbox"/> Uzun süreli, anlamlı göz teması kurar <input type="checkbox"/> Heyecanını, huzursuzluğunu yüz ifadesi ile belirtebilir <input type="checkbox"/> Karşılıklı ilişki kurmak istediğini bakarak, gülerек, uzanarak gösterir	<input type="checkbox"/> Annesini ve yakın bakım veren kişileri tanıdığını yüzlerine bakarak, gülerек, kendi isteğiyle uzanarak belli eder	<input type="checkbox"/> Anne-sinden ayrıldığında tepki verebilir, kavuşunca rahatlar <input type="checkbox"/> Yabancıları endişe, sakınma, çekimne ya da korku ile yadrgayabilir (yadrgama olmasa da yabancıyı fark ettiğini gösterir)	<input type="checkbox"/> Yakınlık, mutluluk, merak, isteme, karşı gelme, öfke, korku, çekimne gibi pek çok duygusunu gösterebilir (örn: anneye sarılır, öper, oyuncuğa birlikte bakar, yabancı ortamda ona tutunabilir, arkasına saklanabilir)
6. "Çocuğumuz un yüz-yüz hareketleri, karşılık verir mi?"	<input type="checkbox"/> Oyunlara hareketlenir, karşılık verir	<input type="checkbox"/> Oyunağında sesler çıkarır <input type="checkbox"/> Oyuncaklara uzanır ve yakalar <input type="checkbox"/> Oyuncakları ağzına götürür	<input type="checkbox"/> Ellerine bakar <input type="checkbox"/> Nesnelere sallır <input type="checkbox"/> "Ce" oyununa şaşkınlıkla tepki verir	<input type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere merakla araştırır <input type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere atar, vurur <input type="checkbox"/> Oyuncakları/nesnelere arar <input type="checkbox"/> Kendisi saklanır, "Ce" oynar <input type="checkbox"/> Taklit eder (örn: el sallar)	<input type="checkbox"/> Kap-kacığı vurur, doldurur, boşaltır <input type="checkbox"/> Oyuncakların/nesnelere nasıl işlediğini araştırır
7. "Çocuğumuz kendisi için neler yapabiliyor? Örn: yemek yeme, giyinme gibi?"					<input type="checkbox"/> Parmaklarını kullanarak kendini besler

3

GELİŞİMİZLEME VE DESTEKLEME REHBERİ

<input type="checkbox"/> "Anne, baba, mama" dan başka bir anlamı sözcük söyler <input type="checkbox"/> İstediklerini parmağıyla işaret ederek gösterir <input type="checkbox"/> "Ayaakkablarını getir" gibi basit komutları anladığını gösterir <input type="checkbox"/> "Anne nerede?" gibi basit soruları anlar, Veda eder, el sallar <input type="checkbox"/> Yardımsız yürür <input type="checkbox"/> Parmaklarını kullanarak nesnelere araştırır	<input type="checkbox"/> En az 3 anlamlı sözcük kullanır <input type="checkbox"/> Anlatıklarının çoğunu ailesi anlayabilir <input type="checkbox"/> Tek basamaklı pek çok komutu anlar (örn: "ayakkabını getir", "topunu al", "suyunu iç" gibi) <input type="checkbox"/> Anlatılan kısa bir olayı/öyküyü dinler <input type="checkbox"/> Topa tekme vurur <input type="checkbox"/> Kalem, çubukla, kağıt ya da toprak üstünde çizgi çizer <input type="checkbox"/> Küçük iki cisim (küpleri) üstüne koyar	<input type="checkbox"/> Altı anlamlı sözcüğü vardır <input type="checkbox"/> "Su ver" gibi iki sözcüklü cümle kurar <input type="checkbox"/> Söz ve işaret kullanarak isteklerinin çoğunu ailesine anlatır <input type="checkbox"/> Yabancılar söylediklerinin bir kısmını anlar <input type="checkbox"/> "Anne evde mi?" gibi basit sorulara yanıt verir <input type="checkbox"/> Merdivenlerden tutunarak çıkar <input type="checkbox"/> Kalemli uçundan tutar	<input type="checkbox"/> Çoğulu, özneli, üç, dört sözcüklü cümle kurar <input type="checkbox"/> Söylediklerinin çoğu anlaşılar <input type="checkbox"/> Birçok istek, duygu, düşüncesini sözle ifade eder <input type="checkbox"/> Çoğu nesnenin ismini, üstünde, altında, yanında gibi kavramları anlar <input type="checkbox"/> İki basamaklı komutları anlar (örn: ayakkabını getir, ceketini giy; topu dolaptan al, sepete koy gibi) <input type="checkbox"/> Yarıdan aşar, atlar <input type="checkbox"/> Kalemli uçundan parmak uçları ile tutar <input type="checkbox"/> Üstüne dizerek yüksek kule yapar
<input type="checkbox"/> Duygularını gösterir (örn: anneye sarılır, öper, oyuncuğa birlikte bakar, yabancı ortamda eteğine tutunabilir, arkasına saklanabilir) <input type="checkbox"/> Yakınlarından davranışlarını taklit eder	<input type="checkbox"/> Kişilere özgül ilişki kurar (örn: dedesi ile gezmek, annesi ile uyumak, babası ile boğuşmak ister)		<input type="checkbox"/> İlişki istediğinde ve istemediğinde sözle ifade eder, çağırır (anne gel, cici, git, yapma) <input type="checkbox"/> Yeni kişilere, çocuklara ilgi gösterir, ilişki kurmak ister
<input type="checkbox"/> Kap-kacığı vurur, doldurur, boşaltır <input type="checkbox"/> Oyuncakların/nesnelere nasıl işlediğini araştırır	<input type="checkbox"/> Bebek/başkasını besleme, araba sürme, ata binme gibi en az bir duygu düşünce, konuyu aktaran hayal oyunları kurar <input type="checkbox"/> Sevdiklerini oyunlara katar		<input type="checkbox"/> Hayal oyunları birkaç ardışık konuyu içerir (örn: araba sürme, yarışma; bebek besleme, uyutma) <input type="checkbox"/> Başarısız olmayı, başarmayı ister
<input type="checkbox"/> Parmaklarını kullanarak kendini besler		<input type="checkbox"/> Tabak, çatal, kaşık, bardak kullanır <input type="checkbox"/> Yelek/hırka/ceketini yardımsız çözebilir	<input type="checkbox"/> Yardımsız yelek/hırka/ceketini giyinebilir <input type="checkbox"/> Tuvalet eğitimi ilerlemekte-dir

4

ÇOCUĞUNUZUN GELİŞİMSEL İŞLEVLERİ, ETKİNLİKLERİ VE YAŞAMA KATILIMI İLE İLGİLİ DİĞER SORULAR:	+/-	UZMAN VE AİLENİN GÖZLEMLERİ VE PLANLARI
<p>8a. Çocuğunuzun aşağıdaki gelişim basamaklarını yaklaşık olarak kaç aylıkken yapabildiğini yazınız: Karşılıklı gülümseme:ay Yürüme:ay Başını tutma:ay İlk anlamlı cümleay ay Desteksiz oturma:ay İlk anlamlı sözcük:ay</p>		
<p>8b. Çocuğunuzun mizacı, huyu, genel ruh hali nasıl? <input type="checkbox"/> Utangaç <input type="checkbox"/> Uyumsuz <input type="checkbox"/> Huzursuz <input type="checkbox"/> Durgun <input type="checkbox"/> Üzgün <input type="checkbox"/> Ürkek <input type="checkbox"/> Sakin <input type="checkbox"/> Meraklı <input type="checkbox"/> Mutlu <input type="checkbox"/> Cesur <input type="checkbox"/> İşbirlikçi <input type="checkbox"/> Cana yakın</p> <p>8c. Çocuğunuzun öğrenme becerileri, dikkati, ilgisi konusunda ne düşünüyorsunuz?Aşağıdakilerden yalnızca birini işaretleyiniz. <input type="checkbox"/> Öğrenirken sorun yaşamıyor, kolay öğreniyor. <input type="checkbox"/> Öğrenirken biraz sorun yaşıyor. <input type="checkbox"/> Öğrenirken oldukça sorun yaşıyor. Sorun varsa yazarak açıklayınız.</p>		
<p>9a. Çocuğunuzun uykuları nasıl? Aşağıdakilerden yalnızca birini işaretleyiniz. <input type="checkbox"/> Uyurken sorun yaşanmıyor, kolay uyuyor. <input type="checkbox"/> Uyurken biraz sorun yaşıyor. <input type="checkbox"/> Uyurken oldukça sorun yaşamıyor. Sorun varsa yazarak açıklayınız.</p> <p>9b. Çocuğunuzun yemesi nasıl? Aşağıdakilerden yalnızca birini işaretleyiniz. <input type="checkbox"/> Yerken sorun yaşanmıyor, kolay besleniyor. <input type="checkbox"/> Yerken biraz sorun yaşıyor. <input type="checkbox"/> Yerken oldukça sorun yaşıyor. Sorun varsa yazarak açıklayınız.</p>		
<p>9c. Çocuğunuz şu anda nelere meraklı, neler ile ilgileniyor, neler öğreniyor? Yazarak açıklayınız.</p> <p>10a. Çocuğunuz hastalanmadan önce ne tür etkinliklerde bulunurdu?Hangi etkinlikleri yapıyorsa işaretleyiniz, haftada kaç kez yapardı yazınız. <input type="checkbox"/> Çocuklarla oyun oynar. Haftada ____kez <input type="checkbox"/> Oyun alanlarına, parklara gider. Haftada ____kez <input type="checkbox"/> Doğa içinde ya da hayvanlarla oyunlar oynar. Haftada ____kez <input type="checkbox"/> Anaokuluna, kreşe gider. Haftada ____kez <input type="checkbox"/> Diğer etkinlikler, belirtiniz: _____</p>		
<p>10b.Çocuğunuz hastanede yattığı sürede gelişimini desteklemek için neler yapılsa yararlı olur, yazınız.</p>		

ÇOCUĞUNUZU ETKİLEYEBİLECEK ÇEVRESEL ETMENLER İLE İLGİLİ SORULAR:	+/-	UZMAN VE AİLENİN GÖZLEMLERİ VE PLANLARI
<p>11a. Çocuğunuzun öğrenmesini, duygusal gelişimini, konuşmasını, hareketlerini desteklemek için annesi ve babası olarak sizler neler yapıyorsunuz?</p> <p>11b. Çocuğunuzun “gelişimini” desteklemek için kardeşleri, yakınlarımız neler yapıyor, yazınız?</p> <p>Size maddi, manevi yardım, destek veren kimseler var mı?</p>		
<p>11c. Doğumdan sonra ne kadar süre bebeğimize baktınız, sonra kimler baktı, şimdi kim bakıyor? Bebeğinize bakan kişilerin onun gelişimini nasıl desteklediğini yazınız?</p>		
<p>12a. Ailelerin yaşantısında çocukların gelişimini zorlayan durumlar olabilir. Bunlar çocuğunuzun gelişimi ve tüm aile bireyleri için önemlidir. Ailenizde aşağıdaki zorluklardan hangileri varsa işaretleyiniz, yanlarına açıklayınız.</p> <p><input type="checkbox"/> Çocuğunuzun kendi hastalığı:</p> <p><input type="checkbox"/> İşsizlik</p> <p><input type="checkbox"/> Parasal sorunlar:</p> <p><input type="checkbox"/> İş değişikliği:</p> <p><input type="checkbox"/> Şehir değişikliği:</p> <p><input type="checkbox"/> Kardeşlerin sorunları:</p> <p><input type="checkbox"/> Annede yılgınlık, sıkıntı, depresyon:</p> <p><input type="checkbox"/> Babada yılgınlık, sıkıntı, depresyon:</p> <p><input type="checkbox"/> Aile içi geçimsizlik:</p> <p><input type="checkbox"/> Boşanma:</p> <p><input type="checkbox"/> Aile içi şiddet:</p> <p><input type="checkbox"/> Ailede hasta bireylerin varlığı:</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer aile bireylerinden yardım alamama:</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer zorluklar:</p>		
<p>12b. Çocuğunuzun durumu ile ilgili, çevrenizdekilerin önyargılı tutumları olabilir. Bu olumsuz tutumlar çocuğunuzun durumunu, tedavisini etkileyebilir, aileyi incitebilir, ailenin yaşantılarını kısıtlayabilir, zorlaştırabilir. Böyle bir durum varsa yazarak açıklayınız:</p>		
<p>12c. Yukarıdaki 12a ve 12b sorularında zorluk belirttiyseniz, şimdiye kadar bu zorluklar ile nasıl baş ettiniz? Bundan sonra neler yapmayı planlıyorsunuz?</p>		

ÇOCUĞUNUZUN GELİŞİMİ İLE İLGİLİ HİZMETLER :**13. Çocuğunuz, gelişiminin, öğrenmesinin desteklenmesi için hangi hizmetleri aldı?**

- Hiçbir hizmet almadı Fizik tedavi- rehabilitasyon
 Erken eğitim, erken destek, özel eğitim Kreş
 Diğer, açıklayınız:

Hizmet aldı ise tabloyu doldurunuz.

Hizmet alınan her kurumun adını yazınız.	Başlama yaşı (ay)	Haftada kaç saat hizmet aldı	Halen gidiyorsa memnun musunuz? Gitmiyorsa bırakma nedeninizi yazınız.
1.			
2.			

14. Çocuğunuzun gelişimini destekleyen araç, gereç, atel ya da ürünler var mı? Yok Var

Varsa işaretleyiniz:

- Atel, mold İşitme cihazı Tekerlekli sandalye ya da yerine geçen çocuk arabası
 Gözlük Yürüme cihazı Protez
 Diğer, açıklayınız:

ÇOCUĞUNUZUN SAĞLIĞI İLE İLGİLİ HİZMETLER:**15a. Çocuğunuzun aşıları, büyümesi ve beslenmesi vb. konularda sağlık izlemi nerede, kim tarafından yapılmaktadır? İzleyen hekimin ya da kurumun adını yazınız.**

- Sağlık Ocağı, adı:
 Devlet Hastanesi, adı:
 Üniversite Hastanesi, adı:
 Özel Hastane ya da hekim, adı:

15b. Çocuğunuzun hastalığı ne zaman başladı?Tarih olarak yazınız.**15c. Çocuğunuzun hastalığının tanısı, hastalığının adı nedir?****15d. Çocuğunuzun hastalığına tanı konduğunda çocuğunuz kaç yaşındaydı(Ay olarak yazınız)?****15e. Çocuğunuzun bugüne kadar kaç kez hastanede yatışı oldu? Aşağıdaki tabloyu doldurunuz.**

Hangi hastanede yattı?	Kaç aylıktı?	Neden yattı?	Kaç gün yattı?	Çocuğunuza kim refakat etti? Yalnız yattı ise belirtiniz.

15f. Çocuğunuzun hastalığı ve tedavisi onun gelişimini nasıl etkiliyor,yazınız.**15g. Çocuğunuzun hastalığı ailenizi nasıl etkiliyor, yazınız.****15h. Çocuğunuzun hastalığından diğer kardeşler nasıl etkileniyor,yazınız.****15i. Anne nerde kalıyor:-----****Baba nerde kalıyor:-----****GELİŞİM VE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ UZMAN VE AİLENİN GÖZLEMLERİ VE PLANLARI:**

Doğum Öncesi Bilgiler

Bu çocuğunuz kaçınca gebeliğinizi? ____ Bu gebelik: Tek İkiz Üçüz Diğer
Bu gebeliğinizden önce düşük yaptınız mı? Hayır Evet Evet ise sayısı ____
Kürtaj oldunuz mu? Hayır Evet Evet ise sayısı ____
Doğum öncesinde ya da sırasında (ölü doğum) kaybettiğiniz bebeğiniz oldu mu? Hayır Evet, sayısı ____
Doğum sonrası kaybettiğiniz çocuğunuz oldu mu? Hayır Evet Evet ise sayısı ____ Yaşları ____
Bu gebeliğiniz planlı mıydı? Evet Hayır
Bu gebeliğiniz hangi yolla gerçekleşti? Tedavi olmadan, kendiliğinden Tedavi ile
Gebeliğinizde sağlık izlemlerinize kaçınca ayda başladınız? ____
İzlemlerinizi nerede ve ne sıklıkta yaptınız? ____
Gebelik döneminde anne ya da bebek bir hastalık ya da sıkıntı yaşadınız mı? Hayır Evet, açıklayınız:

Doğum ve Yenidoğan Bilgileri

Bebek kaç haftalık ya da aylık doğdu: ____ Doğum ağırlığı: ____ Doğduğu hastane: ____
Doğumunuz nasıl gerçekleşti? Normal yolla doğum Sezaryen, nedeni ____
Yenidoğan döneminde (ilk bir ayda) bebeğinizle ilgili herhangi bir sorun oldu mu?
 Hayır sorun olmadı Evet sorun oldu, açıklayınız:
Hastanede yattı ise hastane adı: ____ yattığı gün sayısı ____ yatış nedeni: ____
Doğum sonrasında annenin bedensel / ruhsal sağlığı ile ilgili herhangi bir sorun oldu mu?
 Hayır Evet sorun oldu. Açıklayınız:

Soygeçmiş

Eşinizle aranızda akrabalık var mı? Hayır Evet, yakınlık dereceniz: ____
Ailelerinizde görülen kalıtsal bir hastalık, engel, sorun var mı? Hayır Evet
Yanıtınız evet ise;
 Zihinsel, hareket, ruhsal alanlarda sorun var. Kim? Açıklayınız:
 Diğer sağlık sorunları var (örneğin tansiyon, kalp, şeker, sara/epilepsi): Kim? Açıklayınız:

Oturmakta olduğunuz ev ile ilgili aşağıdakilerden hangisi geçerli?

Kirada oturuyorum Yakınımın evinde kira vermeden oturuyorum
 Lojmanda oturuyorum Ev bana/eşime ait
Oturduğunuz evin yapısı nedir? Gecekondu Apartman dairesi Müstakil ev

Bize iletmek istediğiniz başka bilgi, düşünce ya da duygularımız varsa yazınız.

PAYLAŞTIĞINIZ BİLGİLER İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

FİZİK MUAYENE :

VİTAL BULGULAR: BOY-KİLO-PERSENTİL: GENEL DURUM:	
AĞRI:	
BAŞ-BOYUN:	
SOLUNUM SİSTEMİ:	
KARDİYOVASKÜLER SİSTEM: KARIN:	
ÜROGENİTAL SİSTEM: EKSTREMİTE-HAREKET:	
DERİ VE EKLERİ NÖROLOJİK MUAYENE:	

LABORATUAR: Hb : Kranial USG: Kranial MRI: EEG: VEP: BAEP: Genetik: Metabolik testler: Diğer:	
--	--

GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME ÖZETİ:

TIBBİ TANI:	SORUN	ÖNERİLER VE İZLEM PLANI:
GELİŞİMSEL TANI:	VAR + YOK -	
İŞLEVLER, ETKİNLİKLER, KATILIM		
Anlatım dili		
Alıcı dil		
Kaba Hareket		
İnce Hareket		
İlişki		
Oyun		
Mizaç, duygudurum		
Dikkat, öğrenme becerisi, ilgisi		
Diğer etkinlikler (Uyku, yeme, merak, toplumsal vs.)		
ÇEVRESEL ETKENLER		
Anne-baba desteğinin yeterliliği		
Yakın çevre desteğinin yeterliliği		
Gelişimi zorlayan etmenler		
Tutumlar, Önyargılar		
Zorluklarla başa çıkma yeterliliği		
Yönlendirmeler		
Sağlık Hizmeti		
Gelişimsel Hizmetler		
HASTALIĞIN ETKİLERİ		
Çocuğun gelişimine etkisi		
Aileye etkisi		
Diğer kardeşlere etkisi		