



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARIN SAĞLIK KURUL
RAPORU (ÇÖZGER) ALIM SÜRECİNİN İNCELENMESİ

Orhan AYDIN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Turgay ALTUNALAN

İSTANBUL-2023

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARIN SAĞLIK KURUL
RAPORU (ÇÖZGER) ALIM SÜRECİNİN İNCELENMESİ

Orhan AYDIN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Turgay ALTUNALAN

İSTANBUL-2023

ÖZET

ÖZEL GEREKSİNİMLİ ÇOCUKLARIN SAĞLIK KURUL RAPORU (ÇÖZGER) ALIM SÜRECİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmanın amacı Serebral Palsi (SP), konuşma bozukluğu ve otizm tanılarına sahip çocukların tanı alma, ÇÖZGER edinme ve Özel Eğitim ve Rehabilitasyon (OER)'a başlama süreçlerinin karşılaştırılmasıdır.

Çalışmaya çocuklar için “Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” sonrasında ilk defa sağlık kurulu raporu almak üzere başvuran 0-18 yaş aralığındaki çocuk, ergen bireyler ve aileleri dahil edildi. Çocuğun tanısına ait bilgiler hastane raporlarından, demografik bilgiler, tanı, ÇÖZGER ve ÖER süreçleri ebeveynlerin raporlarıyla kaydedildi.

Gelişimsel problemlerin SP tanısında otizm ve konuşma bozukluğuna göre daha erken tespit edildiği bulundu. Çocukların gelişimsel izlemlerinin tanı grupları arasında farklılaşmadığı ($p>0,0125$) ancak boy ve kilo takibine göre düşük olduğu tespit edildi. Gelişimsel izlemler sırasında GİDR kullanım oranları %50-70 arasında değişmekteydi. Gelişimsel problemin fark edilmesi ile OER desteğine başlanması arasında geçen süre tanı gruplarında farklı değildir SP 11,11 ay, konuşma bozukluğu 10,65 ay, otizm 7,32 ay ($p>0,0125$).

Farklı tanı gruplarının ilk tanı alma yaşı farklı olsa da gelişimsel problemlerin ilk tespiti ile desteğe başlanması arasında yaklaşık 12 ay geçmektedir. Yaşamın erken döneminde beyin gelişiminin ve beceri öğrenim kapasitesinin yüksek olması dikkate alındığında çocukların olabildiğince erken dönemde rehabilitasyona başlamaları önemlidir. Gelişimsel problemin ilk fark edilmesi ile gelişimsel desteğe başlama arasındaki süreyi kısaltmaya yönelik düzenlemeler önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gelişimsel Problem, Erken Tanı, Erken Müdahale, GİDR, ÇÖZGER

ABSTRACT

EXAMINATION OF TAKING PROCESS OF THE HEALTH BOARD REPORT (ÇÖZGER) FOR SPECIAL NEEDS CHILDREN

The aim of this study is to compare the diagnostic, ÇÖZGER and initiation processes of Special Education and Rehabilitation (OER) in children with Cerebral Palsy (CP), speech disorder, and autism diagnoses.

Participants included children aged 0-18 and their families who applied for the first health board report after the "Regulation on Special Needs Assessment" for children. Information about the child's diagnosis was recorded through hospital reports and parent reports, including demographic information, diagnosis, ÇÖZGER, and OER processes.

Developmental problems were found to be diagnosed earlier in SP compared to autism and speech disorder. Developmental monitoring did not differ among diagnosis groups ($p>0.0125$), but was low compared to height and weight tracking. The usage rate of the Development Monitoring Support Guide (GIDR) during developmental monitoring was % 50-70. The time between the detection of developmental problems and the start of OER support did not differ among diagnosis groups CP 11,11 months, speech disorder 10,65 months, autism 7,32 months ($p>0.0125$).

Although the age of first diagnosis may differ among different diagnosis groups, approximately 12 months elapse between the detection of developmental problems and the start of support. Given the high brain development and skill learning capacity in the early stages of life, it is important for children to start rehabilitation as early as possible. Regulations to shorten the time between the detection of developmental problems and the start of developmental support are important.

Keywords: Developmental Problem, Early Diagnosis, Early Intervention, GIDR, ÇÖZGER

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca akademik bilgi ve birikimleriyle bana daima hoşgörüyüyle yol gösteren ve bu süreçte her zaman beni destekleyen çok değerli sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Turgay ALTUNALAN'a,

Yüksek lisans süreci içerisinde yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli arkadaşım Uzm. Fzt. Burak Şevket VURAN'a

Hayatımın her anında olduğu gibi bu süreçte de desteği ve sevgisini esirgemeyen biricik eşim Hatice AYDIN'a

Beni her anlamda destekleyen ve bugünlere getiren değerli anneme ve babama, sevgilerini her zaman hissettiğim ablam ve abime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Orhan AYDIN

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

27.02.2023

Orhan AYDIN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	2
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İzlem	6
2.1.1. Gebeliğin izlenmesi	6
2.1.2. Bebek ve çocuklarda gelişimin izlenmesi	7
2.1.2.1 Çocuklarda ölçme ve değerlendirme yöntemleri	8
2.1.3. Çocuklarda atipik gelişim	11
2.1.3.1. Zihinsel yetersizlik	11
2.1.3.2. Fiziksel yetersizlik	12
2.1.3.3. Görme yetersizliği	13
2.1.3.4. İşitme yetersizliği	13
2.1.3.5. Otizm spektrum bozukluğu (OSB)	14
2.1.3.6. Dil- konuşma yetersizliği	14
2.1.4. Motor gelişim	15
2.1.5. Dil gelişimi	15
2.1.6. Bilişsel gelişim	15
2.1.7. Sosyal gelişim	15

2.2. Özel Gereksinimli Çocuklarda Hizmet Gereksinimleri.....	15
2.2.1. Sağlık hizmetleri	16
2.2.2.Eğitim hizmetleri	16
2.2.3.Rehabilitasyon hizmetleri	17
2.2.4. Diğer hizmetler	17
2.3. Erken Tanı ve Önemi.....	18
2.3.1 Erken tanıda Dünya Sağlık Örgütü' nün (2016) tavsiyeleri	19
2.3.2. Erken tanıda iyi uygulama örneği.....	20
2.3.3. Erken tanıda Türkiye'deki uygulamalar	22
2.4. Raporlama Süreci.....	27
2.4.1 Tıbbi raporlama (ÇÖZGER).....	28
2.4.2 Eğitsel raporlama (RAM)	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Çalışmanın Şekli	33
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı	33
3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.4. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri	34
3.4.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri.....	34
3.4.2. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri.....	34
3.5. Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Formları	34
3.5.1. Demografik değişkenler formu	34
3.5.2. Gelişimsel problemin tespit edilmesi ve desteğe başlama sürecinin değerlendirilmesi	34
3.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.8. Etik Boyut	35

4. BULGULAR.....	36
4.1. Çocukların ve Ailelerinin Demografik Bilgi Özellikleri	36
4.2. Gebelik ve Doğuma Yönelik Bilgiler	39
4.3. Takip-İzlem-Kontrollere Yönelik Bilgiler.....	41
4.4. Rapor Alma Sürecine Yönelik Bilgiler.....	45
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR	60
EKLER	67
Ek 1. Etik Kurul Onayı	67
Ek 2. Özgeçmiş	68
Ek 3. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Rapor Örneği	69
Ek 4. ÇÖZGER Mevzuatla Uyum Arandığında Kullanılacak Tablo	71
Ek 5. Demografik Değişkenler Formu.....	72
Ek 6. Kongre Bildirisi	86

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Zihinsel yetersizlik grupları (Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği, 2006)	12
Tablo 2. Fiziksel yetersizlik grupları (Ataman A., 2003).....	13
Tablo 3. DSÖ gebelik izlem önerileri	19
Tablo 4. Demografik bilgiler	37
Tablo 5. Aile bilgileri.....	37
Tablo 6. Sosyoekonomik düzey	38
Tablo 7. Özel gereksinim harcaması.....	39
Tablo 8. Gebelik bilgileri.....	39
Tablo 9. Gebelik izlemi ve gebelik dönemi	40
Tablo 10. Doğum ve sonrası bilgiler	41
Tablo 11. ASM takipleri	42
Tablo 12. Takipler.....	43
Tablo 13. Muayene ve öneriler	44
Tablo 14. İzlemler ve GİDR (Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi).....	45
Tablo 15. Yaşanılan problemler ve hizmete ulaşım süreleri	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Destek eğitime başlama süreci 32



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAID: Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği

ACOG: Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists)

AGTE: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

ASM : Aile Sağlık Merkezi

ÇERESH: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları

ÇÖZGER: Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu

DGTT: DENVER Gelişimsel Tarama Testi

ĐİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

DK: Dakika

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EEG: Elektroensefalogram

EGE: Erken Gelişim Evreleri Envanter

GEÇDA: Gazi Erken Çocukluk Gelişimi Değerlendirme Aracı

GİDR : Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi

GKD: Gelişimsel Kalça Displazisi

İDEA: Engelli Bireyler Eğitim Yasası

KBB: Kulak Burun Boğaz

MEBBİS: Milli Eğitim Bakanlığı Bilişim Sistemleri

MS: Multiple Skleroz

OER: Özel Eğitim ve Rehabilitasyon

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

ÖGV: Özel Gereksinimi Vardır

ÖKGV: Özel Koşul Gereksinimi Vardır

RAM: Rehberlik Araştırma Merkezi

SKR: Sağlık Kurul Raporu

SP: Serebral Palsi

SS: Standart Sapma

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu

WHO : World Health Organization

1. GİRİŞ

İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasında engellilik; sağlık durumu, kişisel faktörler ve çevresel faktörler arasındaki “biyo-psiko-sosyal” etkileşim şeklinde tanımlanmaktadır (WHO,2001). Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelikte ise engellilik; sağlık durumu, doğuştan veya sonrasında fiziksel, duyuşal, zihinsel, ruşsal, ve sosyal yeteneklerde çeşitli kayıp sonucu uyumsal becerilerde ve günlük ihtiyaçlarla baş etmede güçlük, korunma, bakım veya rehabilitasyon ihtiyacı, danışmanlık ve destek hizmetine ihtiyaç olarak tanımlanmıştır (SKR Yönetmelik., 2012)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 2004 yılı verilerine göre 0-14 yaş arası çocukların % 0,7 ila 5,1'inin engelli olduğu düşünölmektedir (WHO,2011). Ülkemizde yapılan araştırma sonuçlarına göre, 0 ila 9 yaş arası çocukların %4,1'i, 10 ila 19 yaş arasında ise %4,6'sı özel gereksinimlidir (DİE, 2002). Türkiye’de çocuklarla yapılan bir araştırmada %38,1 hafif zihinsel yetersizlik, %15,6 orta zihinsel yetersizlik, %9,8 ağır zihinsel yetersizlik, %0,3 çok ağır zihinsel yetersizlik olarak bulunmuştur (Başgöl ve Saltık, 2012).

Sağlıklı bir yaşam için erken çocukluk gibi potansiyellerin maksimum derece geliştirildiği başka bir gelişim aşaması yoktur (Blackman, 2002). Bu nedenle çocukluğun ilk yılları, risk altındaki çocukların ihtiyaçlarını karşılamak için çok önemli ve can alıcı bir dönemdir. Erken müdahale çalışmaları bu risk durumunun saptanması ve minimum dereceye indirilmesi için çok önemli bir çalışma sağlamaktadır.

Erken müdahale profesyonel ve politik düzeyde çocuk ve ailelerinin ihtiyacı olan desteğe erişme haklarıyla alakalı değerli bir alan oluşturmaktadır (Soriano , 2005). Erken müdahale, yaşına göre gelişimi beklenenden farklı olan veya gelişimsel farklılıklar nedeniyle risk altında olan çocuklar ve aileleri için uygun bir programdır. Yeterli kaynaklar sağlandığında ailelere ve toplumlara fayda sağladığı bulunmuştur (Brown ve Guralnick, 2012; Keilty (Ed.), 2010).

Gelişimsel geriliği olan çocuklar için gelişimin ilk yılları birçok nedenden dolayı önemlidir:

(1) Gelişimsel gecikme veya yetersizlik olan bir çocuk ne kadar erken dönemde belirlenirse çocuğun gereksinimini gidermek için erken müdahale stratejilerinden o kadar fazla yararlanır;

(2) Aileler erken müdahale sürecinde aldıkları destekten yararlanabilecektir;

(3) Çocuklar okul dönemine geldiklerinde öğrenmeye hazır oldukları için okullar ve toplumlar daha az maliyetlerle karşılaşacaktır (Bruder, 2010). Bu nedenle daha sonraki dönemlerde ortaya çıkan sorunların azaltılması için çocuklarda gecikme riskinin bir an önce tespit edilmesi ve gerekli erken müdahale çalışmalarının başlatılması çok önemlidir (Lakhan ve ark., 2013).

Türkiye’de engelli sağlık kurul raporlarının düzenlenmesi için kullanılan “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” 2006 yılında yürürlüğe girmiş olup 2010, 2012 ve 2013 yıllarında revize edilmiştir. Son olarak, 20 Şubat 2019 tarihinde yürürlüğe giren Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik’in (ÇÖZGER) kabul edilmesinin ardından 30/3/2013 tarihli ve 28603 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanmış olan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik yürürlükten kalkmıştır (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130330>).

20 Şubat 2019 tarihinde Resmi Gazete’ de yayınlanan “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ülkemizde yürürlükte olan yönetmeliktir. Yeni yönetmelikle beraber birçok değişiklik yapılmıştır. Yönetmelik uyarınca raporların engelli sağlık kurul raporu değil Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER) şeklinde düzenlenmesi yapılan en köklü değişikliktir (Gazete R., 2019).

Bazı araştırmacılar eski yönetmelikteki bazı tanı ve özür oranlarının yeni yönetmelikle kıyaslandığında bazı tanı gruplarında özür oranının arttığını tespit etmişler. Yapılan bir araştırmada ÇÖZGER’ e en sık başvuru nedenlerinin (%52,4) ile başta özel eğitim olmak üzere bakım ücret yardımı, sosyal haklar ve vergi indirimleri şeklinde yapılan başvurular olduğu saptanmıştır (Kayhan ve Öztürk, 2020). Başka bir araştırmada ise, sağlık kuruluna en sık olan başvurunun % 84,1 oranıyla özel eğitim için başvuran gruba ait olduğu bulunmuştur (Öztürk ve ark., 2018).

Ülkemizde bu alan ile alakalı yapılan araştırmalar az olmakla beraber yapılan çalışmalar genellikle ÇÖZGER için başvuranların eski yönetmeliğe göre engel oranlarındaki değişiklikler ve ÇÖZGER için başvuranların genel klinik durumuna odaklanmaktadır.

Özel gereksinimi olan çocukların mümkün olan en kısa sürede ihtiyaç duyduğu desteklere kavuşmaları için servis sağlayıcıları düzenlemeler yapmaktadırlar. Buna rağmen özel gereksinimli çocukların erken tespiti ve rehabilitasyona başlamaları gecikebilmektedir. Mevcut çalışmamızda özel gereksinimli çocuklarda farklı tanı tiplerinin çocukların tanı alma yaşlarını, ÇÖZGER edinme süreçlerini ve ÖER' a başlama süreçlerini etkileyip etkilemediğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

H0: Özel gereksinimli çocukların tıbbi tanı tipleri ilk tanı alma yaşlarını etkilemez.

H1: Özel gereksinimli çocukların tıbbi tanı tipleri ilk tanı alma yaşlarını etkiler

H2: Özel gereksinimli çocukların tıbbi tanı tipleri ÇÖZGER raporu düzenlenme süresini etkilemez.

H3: Özel gereksinimli çocukların tıbbi tanı tipleri ÇÖZGER raporu düzenlenme süresini etkiler.

H4: Özel gereksinimli çocukların tıbbi tanı tipleri özel eğitime başlama süresini etkilemez.

H5: Özel gereksinimli çocukların tıbbi tanı tipleri özel eğitime başlama süresini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

Çocukları yetişkinlerden ayıran en önemli özellik çocukların sürekli gelişip büyümeleridir. Fetusun yaşamında ve doğumdan sonraki ilk aylarda merkezi sinir sisteminin büyüme ve gelişme süreci çok hızlıdır. Biyolojik faktörler gelişimin erken evrelerinde önemli bir rol oynarken, çevresel faktörler daha sonraki evrelerde daha önemli hale gelir. Dil gelişimi gibi evrensel olmayan davranışlar, çevresel faktörlerden evrensel davranışlardan (örneğin yürüme) daha fazla etkilenir (Özmert, 2005).

Bronfenbrenner ve Morris (2006), birbirine bağlı sistemlerin bağlamını evrimsel bir bakış açısıyla inceleyen insan gelişimi için en etkili açıklamayı sağlar. İnsani gelişme, bağlam içinde birbirine örülmüş bir dizi yapıdan oluşur. Bronfenbrenner'e (1979) göre, çocuk gelişimini anlamının en iyi yolu, içinde büyüdükları değişen çevre ile etkileşime odaklanmaktır. Bu ilişkiler zamanla değişir ve kişilik oluşumunda önemli rol oynar (Small ve ark., 2013). Mikrosistem, çocuğun düzenli olarak katıldığı ve anında meydana gelen durumların meydana geldiği yakın çevreyi içerir ve bu ani değişiklikler çocuğu daha fazla etkiler. Bu sistem çocuğun ev ve okul gibi en yakın sosyal ve fiziksel çevresini içerir (Yıldırım Hacıbrahimoglu, 2017) ve tüm ilişkiler karşılıklı ve etkili düzeydedir (Tissington, 2008). Çocuğun daha iyi gelişmesi için diğer çevrelerin desteğine ihtiyacı vardır. Bronfenbrenner'in teorisindeki ikinci seviye, mezosistemdir. Bronfenbrenner, mikrosistemler arasında meydana gelen etkileri mezosistem olarak adlandırdı. Ortalama bir sistem iki veya daha fazla mikro sistemden oluşur (örneğin, bir ev ve bir anaokulu, bir anaokulu ve bir okul veya bir aile ve bir akran grubu). Bu sistem sayesinde bir mikrosistem bilgi, yaklaşım ve deneyimlerini paylaşarak başka bir mikrosistemin davranışına ve gelişimine katkıda bulunur (Gardiner ve ark., 1998).

Çocuk ekzosistemde aktif bir rol oynamazken bu sistemdeki gelişmeler çocuğun gelişimini etkiler. Örneğin, okul yönetimi veya Milli Eğitim Bakanlığı tarafından konulan kurallar öğretmen-öğrenci ilişkisini etkileyebilir (Sakellariou ve Sivropoulou, 2010). Ekzosistem arkadaşlar, aile, komşular, sosyal hizmetler, medya ve yasal hizmetleri içerir. Bir makrosistem, diğer sistemleri etkileyen daha geniş sosyal, kültürel ve politik etkileri olan bir sistemdir. Kültürel tutumlar ve ideolojiler makro sistemde mevcuttur. Modelin diğer ucunda yer alan bu unsurlar, çocuğun diğerleri gibi gelişimini etkileyen önemli

unsurlardır (Can, 2011). Toplumun çocuk yetiştirme konusundaki kültürel inançları, eğitimde okulun ve ailenin rolü, aile ilişkilerini güçlendirmenin önemi, yaşam biçimlerine hoşgörü, ahlaki ve etik anlayış çocuğu doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir (Erdiller, 2010). Bronfenbrenner son revizyonuyla kronosistemi teorisine ekledi. Kronosistem, zaman içinde sistemler arasında meydana gelen değişiklikleri ifade eder (Odom ve ark., 2004). Başka bir deyişle, kronosistem zaman içerisindeki geçişi ve sosyotarihsel durumları temsil eder. Örneğin boşanma bir geçiş dönemidir. Genel olarak, boşanmanın çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri ilk yılda zirveye ulaşırken, iki yıllık ayrılıktan sonra aile ilişkileri daha az karmaşık ve durağan hale gelmektedir (Santrock, 2011).

2.1. İzlem

Araştırmalar anne karnında ve doğum sonrası ilk üç yılda beyin gelişiminin yaşamın diğer dönemlerine göre çok daha hızlı olduğunu göstermektedir (Shore, 1997). Doğum öncesi bakım, doğum sonrası bakım, sağlıklı çocuk izlemi ve aşılama uygulamaları gibi sağlık hizmetleri, çocuk takibi için uygun fırsatlar sunar. Bu anlamda annenin doğum öncesi bakıma dahil edilmesi ve doğumdan sonra bebeğin ve/veya çocuğun gerekli aralıklarla izlenmesi ve muayene edilmesi önemlidir.

2.1.1. Gebeliğin izlenmesi

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'na (UNICEF) (2019) göre, dünya çapında 15 ila 49 yaş arası hamile kadınların %86'sı en az bir defa doğum öncesi bakım alırken, yalnızca %61'i en az dört defa bakım alıyor. 2006-2012 yılları arasında 15- 49 yaş arası kadınların gebelikleri boyunca en az dört kez doğum öncesi bakıma gitme oranı %50 iken, 2013-2018 yılları arasında bu oran %65'dir (UNICEF, 2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre, 2013 yılında %89 olan en az dört doğum öncesi bakım alım oranı, 2018 yılında %90' ı bulmuştur. (TNSA, 2018).

DSÖ, dünya çapındaki kadınların yalnızca %64'ünün hamilelik sırasında dört veya beş doğum öncesi bakım aldığını tespit etmiş ve önceki kılavuzlarında önerilen dört ziyaretin perinatal mortalitede önemli bir azalma ile sonuçlanmadığını bildirmiştir (WHO, 2016). Ülkelerden bağımsız olarak antenatal ziyaret sayısının artmasının artan

anne memnuniyeti ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar göz önüne alındığında, DSÖ 2016 Doğum Öncesi Bakım Modelinde (WHO, 2016) en az sekiz antenatal ziyaret önermektedir. (WHO, 2016)

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) perinatal bakım yönergesinde, komplike olmayan ilk gebelik için tavsiye edilen gebelik izlemi sıklığı: 28. gebelik haftasına kadar her dört haftada bir defa 29 ila 35. haftalar arasında her iki ile üç haftada bir, 36. haftanın sonrasında haftalık izlem ve toplamda 12 ila 14 izlem tavsiye edilmektedir. Daha önce sorun yaşanmadan gebelik hikayesi olan, medikal ya da obstetrik komplikasyonu olmayan çoğul gebelerde ise takip sıklığının azalabileceği belirtilmiştir (ACOG, 2013).

2.1.2. Bebek ve çocuklarda gelişimin izlenmesi

Yaş grupları arasında büyük farklılıkların olduğu özellikle erken çocukluk döneminde gelişimsel gecikmeyi belirlemek zordur. Erken çocukluk döneminde dil, bilişsel, sosyal, kaba ve ince motor gelişimindeki gecikmeler daha az belirlenebilmektedir. Gecikmelerin erken tespiti, erken tedavi anlamına gelir ve fonksiyon kaybını ve ikincil davranış problemlerini azaltmaya yardımcı olur. Ancak çocuğun gelişim geriliğini tanımlamak erken dönemde mümkün değildir (Sices ve ark., 2003).

Yaşamın ilk yıllarında optimal gelişim için gerekli sinirsel yollar oluşturulur ve daha sonraki öğrenme, davranış ve sağlık için temeller atılır. Bu süre zarfında beyin, daha yüksek bilişsel görevler için basit bir süreçten karmaşık bir sürece dönüşür. Pek çok önemli gelişimsel dönüm noktası 6 yaşına kadar tamamlanır ve gelişimin ilk yıllarında problemler fark edilmezse tedavi fırsatları kaçırılabilir. Gelişimsel gecikmelerin erken tespiti ve önleme ve rehabilitasyon programlarına erişim, bilişsel, davranışsal, eğitimsel ve uyarlanabilir işlevlerde gelişmelere yol açar (Limbos ve ark., 2011). Gelişimsel süreç dinamiktir. Gelişimsel izleme, çocuğun gelişim aşamalarının ilerlemesini takip eder. Gelişimsel tarama, standartlaştırılmış araçlar kullanılarak gelişimsel gecikme riski taşıyan bireylerin belirlenmesini içerir (Thomas ve Cotton, 2012).

Çalışmalar, rahimde ve yaşamın ilk üç yılında beyin gelişiminin yaşamın diğer dönemlerine göre çok daha hızlı olduğunu göstermiştir (Shore, 1997). Bu dönem, sağlık profesyonellerinin çocukları en düzenli ve sık izledikleri dönemdir. Doğum öncesi izlem,

doğum sonrası bakım, sağlıklı çocuk takibi ve aşılama uygulamaları gibi sağlık hizmetleri, uygun çocuk takibi için fırsatlar sunmaktadır. Okul çağındaki çocukların aileleri çeşitli uzmanlara (çocuk psikiyatrları, psikologlar, danışmanlar, çocuk gelişimi ve eğitimi uzmanları, eğitimciler vb.) yönlenebilmekte ancak bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuk hekimleri ve temel sağlık profesyonellerine başvurumaktadırlar. Aileler çocukları ile ilgili çeşitli kaygılarını paylaşmak, onların öğrenmelerinin, duygularının, davranışlarının ve hareketlerinin yaşla birlikte gelişip gelişmediğini öğrenmek ve bu gelişimi desteklemek istemektedirler.

2.1.2.1. Çocuklarda ölçme ve değerlendirme yöntemleri

Ülkemizde gelişimin değerlendirilmesi için kullanılan ve standardizasyonları yapılmış olan araçlardan bazıları şunlardır: Denver-II, Gazi Erken Çocukluk Gelişimi Değerlendirme Aracı (GEÇDA), Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), Erken Gelişim Evreleri Envanteri (EGE), Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR)

2.1.2.1.A. Denver II gelişimsel tarama testi-DENVER II

0 ila 6 yaş arası çocukların gelişimini değerlendirmek için dünya çapında yaygın olarak kullanılan bir gelişimsel tarama testidir. Eğitimli ve kalifiye kişiler tarafından kullanılabilir. Kişisel-sosyal, ince motor-uyum, dil ve genel motor olmak üzere dört bölüme ayrılmış 134 maddeden oluşur. 6 yıla kadar tarama amaçlı tekrar tekrar kullanılabilir. Testin uygulaması çocuğun yaşına denk gelen noktadan başlar ve “geçti”, “kaldı”, “olanak dışı ve “ret” olarak sınıflandırılır. Elde edilen puana göre “normal”, “anormal”, “şüpheli” ve “test edilemez” olarak yorumlanmaktadır.

DENVER Gelişimsel Tarama Testi (DGTT) ilk olarak 1967'de yayınlanmıştır ve 1990'da Frankenburg ve Dodds tarafından Denver II olarak revize edilmiştir. Türkiye'de DGTT 1980 yılında ve Denver II 1992 ve 2007 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Anabilim Dalı tarafından revize edilmiştir. Güvenilirlik çalışmaları, değerlendiriciler arası uyuma %90 ve test-tekrar test uyuma oranının ise %86'nın altında olmadığı bildirilmiştir (Anlar ve ark., 2009).

2.1.2.1.B. Gazi erken çocukluk gelişimi değerlendirme aracı-GEÇDA

GEÇDA;249 maddeden oluşmakta ve 0-72 ay-21 yaş arası çocukların gelişimini psikomotor, bilişsel, dil ve sosyal-duygusal gelişim alanlarını yaş dilimlerinde değerlendirmektedir. Maddeler 1 veya 0 olarak puanlanır. Toplam puan yerine, çocuğun dört gelişimsel alanın her birindeki toplam puanı grafiğe dökülür ve norm grubuyla karşılaştırılır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik puanlarının yaş gruplarına göre %88 ile %99 arasında farklılık gösterdiği gösterilmiştir (Kapci ve ark., 2007).

2.1.2.1.C. Ankara gelişim tarama envanteri-AGTE

0-72 ay arası çocukların gelişimini ebeveynlerle yapılan görüşmelerle değerlendiren bir gelişimsel tarama aracıdır. Dil-bilişsel, kaba motor, ince motor ve sosyal-özbakım becerileri gibi dört alt ölçekte gruplandırılmış 154 maddeden oluşur. Alt ölçeklerin puanına ek olarak toplam puan belirlenmektedir. Üç yaş aralığı için (0-12 ay, 13-44 ay ve 45-72 ay) test-tekrar test güvenilirliği sırayla %99, %98 ve %88 ve iç tutarlılığı ise %98, %97 ve %88 şeklinde bildirilmiştir (Kapci ve ark., 2007).

2.1.2.1.Ç. Erken gelişim evreleri envanteri

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki birçok erken çocukluk eğitimi programında, geniş ölçekli tarama programında ve araştırmada yaygın olarak kullanılan bir çizelgedir. 3 ila 72 aylık çocukların gelişimi; İletişim, ince motor becerileri, kaba motor becerileri, problem çözme ve kişisel-sosyal gelişimi değerlendiren bir tarama aracıdır. ASQ' nun ilk versiyonunu Bricker, Squires, Kaminski ve Mounts (1988) yayınlamıştır (Bricker ve ark., 1988). Çalışmadan elde edilen sonuçlar ASQ' nun geçerli ve güvenilir bir gelişimsel tarama aracı olduğunu göstermiştir.

Birçok dile çevrilen ve Türkçe versiyonu bulunan EGE' nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında duyarlılığı %94 ve özgüllüğü %85,5 bulunmuştur. On dokuz farklı yaş grubu için anketler içermektedir. EGE, 3-72 aylık çocukların gelişimini değerlendirmek için ebeveynler, diğer bakıcılar ve çocuğu bilen öğretmenler tarafından doldurulan bir gelişimsel tarama envanteridir (Kapci ve ark., 2007).

2.1.2.1.D. Uluslararası gelişimi izleme ve destekleme rehberi (GİDR)

GİDR, 20 yıllık araştırmalar sonucu ülkemizde geliştirilmiş olup, Aile Merkezli Bakıma (Family-Centered Care) (Brewer Jr ve ark., 1989) ve Biyoekolojik kurama

(Bronfenbrenner ve Ceci, 1994) dayanan bir araçtır (Ertem, 2017; Ertem ve ark., 2006, 2008, 2009). GİDR Çocukların yaşa uygun gelişimden ciddi gelişimsel gecikmeye kadar çeşitli şekillerde gelişebileceğini benimsemektedir Aile, çevre ve toplum aracılığıyla çocuğun gelişimine katkı sağlayan, çocuğun güçlü ve zayıf yönlerini tespit eden, tespit edilen gelişim geriliklerine yönelik damgalayıcı yaklaşımları önleyen ve çocuğu destekleyecek girişimlerin kesintisiz bir süreç içinde olmasını amaç edinen bir araçtır. Gelişimsel değerlendirme, çocukların test edildiği ve skorlamalara dayanan fikirlerden çok çocukları çevreleri ve işlevsellikleriyle değerlendirmeye alan daha geniş bir anlayışa doğru geçmiştir (Shonkoff ve Meisels, 2000).

GİDR 0 ila 42 ay arası çocukların gelişimini yedi işlevsel alanda değerlendirmek ve izlemek için tasarlanmış olup bu alanlar alıcı ve ifade edici dil, kaba ve ince motor beceriler, ilişkiler, oyun ve öz bakımı alanlarıdır. GİDR çocukların gelişimini değerlendirilmek için açık uçlu sorular kullanan ve bakım veren ile yapılan bir görüşme olup GİDR' nin "izleme" bileşeni her gelişim alanıyla ilgili yapılandırılmış açık uçlu sorular barındıran 10 dakika süren bir bölümdür. Gelişimsel gecikmeler belirlenirse, çocuğa ve ebeveyne ait biyopsikososyal riskler belirlenir, özellikle gecikme alanları olmak üzere genel gelişimi desteklenir. Daha sonra gelişim takibi tekrarlanır ve ihtiyaç varsa evinde ebeveyninin yapabilecekleri konusunda desteklenir ve gerek duyulursa çocuk ve ebeveyne toplum temelli olan erken destek ve rehabilitasyon programları için yönlendirme yapılır. İkinci bölümü ise aile ve çocuk risklerinin belirlendiği ve bu risklerin nasıl desteklenmesi gerektiğine yönelik planların aile ile beraber yapıldığı "Destekleme" bileşenini bulundurmaktadır. Üçüncü bölüm, aile merkezli ve toplum temelli erken müdahale programlarının özel gereksinimi olan çocuklara uygulanmasını içeren, DSÖ İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (WHO International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) sisteminin basitleştirilmiş versiyonunu içeren "Erken Müdahale/Girişim" bileşenidir (Gülümser, 2019).

GİDR'nin geliştirilmesi ve uluslararası standardize edilmesi ve geçerliliği ise dört değişik ülkede (Türkiye, Hindistan, Güney Afrika, Arjantin) 12.000 çocuk civarı üzerinde yapılmıştır (Ertem ve ark., 2008; Ertem ve ark., 2018). GİDR uygun yeterlilikte psikometrik ve uygulama kriterini sağlayan araç olarak belirlenmiştir ve birçok ülkede uygulanmaktadır (Fischer ve ark., 2014; Boggs ve ark., 2019).

2.1.3. Çocuklarda atipik gelişim

Diğer çocuklar gibi özel gereksinimli çocuklarda da önemli bireysel farklılıklar bulunmaktadır. Özel ihtiyaçları olan çocuklara yönelik genelleme yapması genel popülasyondaki çocuklara göre daha zordur (Eripek, 2005).

Özel gereksinimli çocukların sınıflandırılması, çocuğun yeteneklerinin daha iyi anlaşılması, erken teşhisin kolaylaştırılması, eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bireyin gereksinimlerine uygun eğitimin düzenlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Özel gereksinimli çocuklara yönelik sınıflamalar, çocuğun ihtiyaç duyduğu alana göre değişiklikler gösterebilmektedir (Dikici Sığırtmaç ve Deretarla Gül, 2010).

2.1.3.1. Zihinsel yetersizlik

Literatüre bakıldığında çeşitli kurum kuruluş ve araştırmalarda zihinsel yetersizlik ifadesi için engellilik, zihinsel gerilik ve mental retardasyon gibi ifadelerin kullanıldığı görülmektedir. Zihinsel yetersizliği DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı kavramsal, sosyal ve uygulama alanlarında zihinsel ve uyumsal bir eksiklik olarak tanımlamaktadır (APA, 2013).

Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği (AAID) göre, zihinsel yetersizlik kavramı, zihinsel aktivite ve uyumsal davranışta önemli sınırlamalar ile karakterize olan; ağırlıklı olarak günlük kavramsal, sosyal ve pratik uyum becerilerinde kendini gösteren bir yetersizlik türüdür. AAID' in zihinsel yetersizlik ifadesi geçmişten bugüne farklı birçok şekilde ifade edilmiş olsa da tanım 3 bölümden oluşmaktadır (Ataman, 2003).

- Zihinsel işlevde anlamlı sınırlılık
- Uyumsal davranışta anlamlı sınırlılık
- Gelişim sırasında meydana çıkması

Zihinsel yetersizlik, Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğinde (2006), zihinsel aktivite açısından ortalamanın iki standart sapma altında farklılık gösteren, kavramsal, sosyal ve uyumsal becerilerinde eksiklik veya sınırlılık olan, bu eksiklik ve sınırlılıklar bireyin gelişim aşamasında ortaya çıkan ve bunlara bağlı olarak özel eğitim ve destek eğitim hizmetine ihtiyaç duyan bireyler olarak tanımlanmaktadır.

Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'nde (2006) zihinsel yetersizlik dört bölüme ayrılmış olup Tablo 1' gösterilmiştir.

Tablo 1: Zihinsel yetersizlik grupları (Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği, 2006)

Hafif Düzeyde Zihinsel Yetersizlik	Orta Düzeyde Zihinsel Yetersizlik	Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizlik	Çok Ağır Düzeyde Zihinsel Yetersizlik
Zihinsel fonksiyonlar ile kavramsal, sosyal ve öz bakım beceri eksikliği sebebiyle hayat boyu devam edecek olan, özel eğitim hizmetine sınırlı düzeyde ihtiyacı olan birey	Zihinsel fonksiyonlar ile kavramsal, sosyal becerilerinde sınırlılık sebebiyle temel akademik, günlük yaşam, iş ve uyumsal becerilerin öğretilmesinde destek eğitime yoğun ihtiyacı olan birey	Zihinsel becerilerde sınırlılık sebebiyle hayat boyu süren, yoğun özel eğitim ve destek eğitim hizmetine gereksinim duyan birey	Ömür boyu bakıma ihtiyaç duyan ve öz bakım becerilerini kazanamayan birey

2.1.3.2. Fiziksel yetersizlik

Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'nde fiziksel/bedensel/ortopedik engelli bireyler; "kas-iskelet ve sinir sisteminin eksiklikleri veya kısıtlılıkları nedeniyle özel eğitim ve destekleyici eğitim gereken kişiler" olarak tanımlanmaktadır.

Fiziksel (ortopedik) ihtiyacı olan kişiler, insan iskelet sisteminin kemik, kas ve eklemlerindeki yaralanma veya hasar nedeniyle vücudun belirli bölgelerini hareket ettiremeyen, hissedemeyen, kullanamayan veya kontrol edemeyen kişilerdir. (Hanson ve Hanline, 1994; Kumcağız ve Avcı Çayır, 2018).

Doğumdan veya sonradan olabileceği gibi hastalık veya kaza sonucu da olabilir. Bunun sonucu olarak da insanlar normal hayat ve fiziksel aktivitelerini sürdüremeyerek toplumdan git gide uzak kalmakta ve yalnızlaşmaktadır.

Fiziksel yetersizlikler üç sınıfa ayrılır: merkezi sinir sistemi, kas-iskelet yetersizliği ve kaza ya da travma sebebiyle meydana gelen yetersizlik olup Tablo 2' de gösterilmiştir.

Tablo 2: Fiziksel yetersizlik grupları (Ataman A., 2003)

Merkezi sinir sistemi ile alakalı yetersizlikler	Kas ve iskelet sistemine bağlı yetersizlikler	Kaza ya da travma sebebiyle fiziksel yetersizlikler
Çocuk felci (poliomyelit) Spina bifida Multiple skleroz (MS) SP	Kol veya bacak eksikliği Kas hastalığı (musküler distrofi) Gelişimsel kalça çıkıklığı	Doğal olaylar Kazalar İstismar İhmal Travmatik beyin yaralanmaları Kaslarda güçsüzlük Ağır derecede yanıklar Kemik iltihapları (osteomyelit) Kol-bacak ve omurilik yaralanması

2.1.3.3. Görme yetersizliği

Özel Eğitim Yönetmeliğine (2018) göre görme yetersizliğine sahip kişi, kısmen veya tamamen görme kaybı nedeniyle özel eğitim ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi olarak tanımlanmaktadır.

Eksiklik doğuştan veya sonradan olabilir. Literatür incelendiğinde beş yaş öncesi oluşan doğuştan ve bu yaşından sonra ortaya çıkanlar ise sonradan veya avantajlı görme yetersizliği olarak ifade olunmaktadır. Görme yetersizliği olan bir kişinin bu kritik yaşa kadar edindiği kavram ve beceriler, bu yaştan sonra oluşmuş görme yetersizliği olan bireylere ciddi ölçüde daha azdır.

2.1.3.4. İşitme yetersizliği

Araştırmalar incelendiğinde en genel olan tanım ile, bir veya iki kulağında tam veya kısmi işitme olan kişilere işitme yetersizliği olan kişiler denmektedir. İşitme kaybı, öğrenme, iletişim ve diğer becerilerin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (Belgin, 2003). İşitme duyusu sayesinde konuşma becerisini geliştirmek, çevredeki olayları daha

iyi anlamak ve kelime dağarcığını genişletmek mümkündür. (Belgin, 2003). Bu duyunun işlevini yitirmesi algılama ve anlamada zorluklara yol açar (Çiftçi, 2009).

2.1.3.5. Otizm spektrum bozukluğu (OSB)

Nörogelişimsel bozukluklardan biri olarak kabul edilen otizm, sosyal etkileşim ve iletişimde önemli bozukluklar, duygu ve düşünceleri ifade edememe ve tekrarlayan davranış, ilgi ve eylem kalıpları ile karakterize edilir (APA, 2013).

OSB en yaygın tanımıyla, çocuk doğduktan sonra yaşamın ilk 3 yılında ortaya çıkan ve yaşamı boyunca devam eden gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2008). OSB olan çocuklarda ağlama, inat etme, bağırma, zararlı olabilecek öfkeli davranış, öfke nöbeti geçirme, tabak çevirme, saç çekme, ellerini çırpma, yineleyen hareketler, parmak uçlarında koşuşturma vb. belirli olan hareketlerini uygun olmayan durumlarda yapma gibi davranışlar en sık görülen davranış problemleridir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı., 2016-2019).

2.1.3.6. Dil- konuşma yetersizliği

Konuşma bozukluğu; konuşmanın ritmi, akıcılığı, vurgularında ve zihinsel organizasyonunda problemlerin olmasıdır (Acarlar, 1995). Konuşma bozuklukları, konuşmayı mümkün kılan etkenlerden bir veya birkaçındaki sorunlardan kaynaklanabilmektedir. Üç ana konuşma ve dil bozukluğu grubu vardır: artikülasyon, akıcılık ve ses. Artikülasyon, konuşmadaki seslerin üretimini sağlayamama; akıcılık, dilin ritim ve akıcılık öğelerini ifade ederken; ses, perdeyi ve rezonansı barındıran konuşma niteliği ile alakalıdır (Diken, 2010).

Birçok farklı araştırma, özel eğitime ve iyileştirici eğitim hizmetlerine ihtiyaç duyan; dili kullanma, konuşmayı öğrenme ve iletişim kurma güçlükleri olan bireyleri dil güçlüğü yaşayan bireyler olarak belirtmektedir. Gelişimsel gerilik tek bir alanda olabileceği gibi, iki veya daha fazla alanda da ortaya çıkabilir. Gelişimsel alanlar dört ana gruba ayrılır: motor gelişim, dil gelişimi, bilişsel gelişim ve sosyal gelişim (Rydz ve ark., 2005).

2.1.4. Motor gelişim

Yürürken, otururken veya pozisyon değiştirirken büyük kas gruplarının ve ince motor becerilerin (yemek yeme, resim yapmak, oynamak için ellerin kullanımı) kullanılması. Çocuklar bu gelişim evrelerinden birbiri ardına geçerler. Motor gecikme, diğer alanlarda gecikme olmaksızın yalnızca motor becerilerde önemli bir gecikme olarak tanımlanır (Rydz ve ark., 2005).

2.1.5. Dil gelişimi

Yalnızca dil veya konuşma gecikmesi, dil gelişim bozukluğu, gelişimsel disfazi veya spesifik dil bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Rydz ve ark., 2005).

2.1.6. Bilişsel gelişim

Sezgiler, bakış açısı, sözel olan ve sözel olmayan sebeplerle problem çözme olarak tanımlanır. Sadece öğrenmeyi ve anlamayı değil, gerektiğinde bu bilgiyi kullanmayı da içerir (Rydz ve ark., 2005).

2.1.7. Sosyal gelişim

Psikososyal gelişimdeki gecikmeler, yaşamın ilerleyen dönemlerinde davranış sorunları olarak kendini gösterebilir. Kişisel gelişim, yemek yeme, giyinme ve tuvalet yapma gibi günlük yaşamın çeşitli aktivitelerinde öz bakım becerilerini içerir (Rydz ve ark., 2005).

2.2. Özel Gereksinimli Çocuklarda Hizmet Gereksinimleri

Özel gereksinimli çocuklara yönelik hizmetler, Birleşmiş Milletler (BM) Çocuk Hakları Sözleşmesinde (1989) tanımlandığı şekliyle, bir çocuğun/ergenin toplumsal bütünleşme, kültürel ve ruhsal gelişim de dahil olmak üzere bireysel gelişimini en üst düzeyde gerçekleştirebilmesi için ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri kapsar (Halfon ve ark., 2012).

Özel gereksinimli çocukların hizmet ihtiyaçları sağlık hizmetleri, rehabilitasyon, eğitim hizmetleri ve diğer hizmetler olmak üzere dört ana başlık altında değerlendirilmiştir.

2.2.1. Sağlık hizmetleri

Sağlık hizmeti, özel gereksinimli çocukların sağlık sorunlarına yönelik tüm önleyici ve tedavi edici yaklaşımları içerir.

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak iki alt grupta ele alınmıştır. Koruyucu hizmetler; sağlığın teşvikini, koruyucu bakımı, akut ve kronik hastalıkların tedavisini ve ihtiyaç halinde uzmana aktarma gibi hizmetleri barındırır. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise özel gereksinimli bir çocuğun hastalığı/durumu ve diğer sağlık ihtiyaçları gibi takip ve/veya tedavi gerektiren tüm sağlık ihtiyaçlarının ele alınmasını içerir (WHO, 2011).

2.2.2. Eğitim hizmetleri

Eğitim sisteminin bir parçası olan eğitim hizmetleri, özel ihtiyaçları olan tüm çocukların eğitime eşit erişimini ve tüm bireysel eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasını içerir (BM Engelli Hakları Deklarasyonu, 1975). Herkes için Eğitim Dünya Bildirgesi, eğitim hizmetlerini “çocukların/ergenlerin hayatta kalabilmeleri, mevcut yeteneklerini geliştirebilmeleri, onurlu bir şekilde yaşayabilmeleri, gelişime katılabilmeleri, yaşam kalitelerini yükseltebilmeleri, kararlarını verebilmeleri ve öğrenme sürecine devam edebilmeleri için temel öğrenme ihtiyaçlarının karşılanması” olarak tanımlamaktadır. (UNESCO, 1990).

Milli Eğitim Bakanlığı'nın özel eğitime ilişkin Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği (2006) başta olmak üzere ilgili mevzuat ve literatürde mevcut olan eğitim hizmetleri ile alakalı okulda eğitim (örgün eğitim), okul öncesi eğitim, özel eğitim, kaynaştırma eğitimi, işitme eğitimi, görme eğitimi, özel eğitim sınıfı, , zihinsel engelli bireyler, dil ve konuşma terapisi destek eğitim programı, otizm/yaygın gelişimsel bozukluk programı, bedensel engelli bireyler destek eğitim programı, , özgül öğrenme güçlüğü programı ve evde eğitim tanımlarını içermektedir.

2.2.3. Rehabilitasyon hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, engelli kişilerin yüksek düzeyde bağımsızlık, fiziksel, bilişsel, sosyal ve mesleki beceriler ve yaşamın tüm alanlarına tam katılım elde etmelerini ve sürdürmelerini sağlamak için akran desteği de dahil olmak üzere etkili ve uygun önlemleri içerir (BM Engellilerin Hakları Sözleşmesi, 1975). Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık ve yaralanma gibi çeşitli sağlık sorunlarının etkilerini azaltmak ve engellilerin veya engelli olma ihtimali olanların en kısa sürede çevre ile en iyi şekilde çalışmasını sağlamak için alınan önlemlerdir. (WHO, 2011; WHO, 2014). BM Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 26. Maddesi, devletlerin rehabilitasyon hizmetlerini ve programlarını organize etmek ve güçlendirmek ve bunların sağlık, istihdam, eğitim ve sosyal hizmetler alanlarında yaygınlaştırılması için gerekli önlemleri alması gerektiğini belirtmektedir (2006).

Rehabilitasyon hizmetlerinin amacı, işlev kaybını azaltmak, işlev kaybı hızını yavaşlatmak, işlevi iyileştirmek, işlev kaybının kompanse edilmesi ve mevcut işlevi sürdürmektir. Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon, ortez ve tedavi, protez ve tekerlekli sandalye gibi yardımcı teknolojilerin kullanımını içerir (WHO, 2011).

2.2.4. Diğer hizmetler

Özel gereksinimli çocukların, eğitim, sağlık ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında tanımlanmayan ancak uluslararası sözleşmelerde belirtilen “diğer” haklarından yararlanmalarını sağlayacak hizmetlere ihtiyaçları vardır. (WHO, 2011).

DSÖ Engelli Raporunda bu hizmetler “Yardım ve Destek Hizmetleri” ve “olanak sağlayan çevreler” (2011) başlıkları altında değerlendirilmiştir. Yardım ve hizmetler, özel gereksinimli çocuklar için toplum desteği ve bağımsız yaşamalarını sağlayan evde bakım, toplum yaşamına katılım, eğitim yaşamına destek, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, görme engelliler için rehber hayvanlar, işaret dili tercümanları, kısa süreli bakım gibi hizmetleri kapsar. Ulaşım hizmetlerine erişim, çevresel düzenlemeler ve teknolojik gelişmelerin kullanımı ' Olanak sağlayan çevreler başlığı altında değerlendirilmiştir (WHO, 2011).

Söz konusu yasa ve yönetmelikler ile özel gereksinimli çocukların faydalanabilecekleri başlıca sosyal yardımlar; Engelli Kartı, Engelli Aylığı, Vergi İndirimi, Evde Bakım Aylığı, Özel Tüketim İndirimi; Sosyal hizmetler, evde bakım hizmetleri, geçici bakım, hizmetlerin koordinasyonunun sağlanması, kültürel yaşama, eğlence, dinlenme ve spora erişim ve katılma hakkının uygulanması, çevresel düzenleme yapımı ve teknolojik gelişmelerin kullanılması olarak sıralanabilir.

2.3. Erken Tanı ve Önemi

Risk altındaki bebeklere erken müdahale önemlidir. Beynin plastisitesinden kaynaklanan hızlı öğrenme yeteneğini erken bir aşamada kullanarak, normal duyuşal girdinin verilmesi ve normal fonksiyonel hareket kazanımı çocuğun fizyolojik ve anatomik eksiklikler ve çevresinin sınırlılıkları çerçevesinde çocuğun fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal yönden en üst düzeyde bağımsızlığa ulaşmasını sağlar. Bu nedenle risk altındaki bebek grubunda SP veya diğere gelişimsel bozuklukların erken saptanması, uygun müdahale, rehabilitasyon ve tedavinin belirlenmesi ve bu desteğin erken dönemde başlatılması çok önemlidir (Yılmaz, 2019).

Bebeklerde gelişim geriliğinin erken teşhisi, uygun önlemlerin zamanında başlatılması için çok önemlidir. Erken evrelerde fark etmek her zaman kolay olmasa da bu çocukların tespit edilmesi ve gerektiğinde yönlendirilmesinde doktorlar önemli bir rol oynamaktadır. Aile ile uygun iletişim, ayrıntılı fizik muayene ve gelişim testleri bu çocukların zamanında teşhis edilmesi için gereklidir. Net bir sorun tespit edilemese bile bu çocukların belirli aralıklarla takibine devam edilmelidir (Akman ve Hafızoglu, 2018). Şüphelenilen bebeklerde beyin plastisitesinden faydalanmak amacıyla kesin tanının konulmadığı ancak motor gelişiminin takip edildiği bir süreçte erken rehabilitasyona sevk edilmesi çok önemlidir (Yılmaz, 2019).

Gelişimsel tanı, tarama ve değerlendirme araçlarıyla her ülkenin nüfusuna göre uyarlanabilir. Gelişim alanlarında yapılan değerlendirme sonrasında gelişimsel eksiklikler ve destek alınması gerekli görülen beceriler belirlenir ve çocuğun gelişimsel başarısı ortaya çıkarılır. Çocuk gelişimciler bu konuda çocuk gelişiminin tüm alanlarında

gelişimsel tanılama yapabilir. Bu konuda DSÖ' de, IDEA' da ve ülkemizde de benzer programlar vardır.

2.3.1. Erken tanıda Dünya Sağlık Örgütü' nün (2016) tavsiyeleri

Hamilelik sırasında sekiz takip önermektedir. Doğum olmazsa 41. Hafta ilave izlem yapılması önerilir.

Tablo 3: DSÖ gebelik izlem önerileri

	2012	2016
1. trimester	1. izlem: ilk 12 hafta içinde	1. izlem: ilk 12 hafta içinde
2. trimester	2. izlem: 24-26. Hafta	2. izlem: 20. Hafta 3. izlem: 26. Hafta
3. trimester	3. izlem: 32. Hafta 4. izlem: 36-38. Hafta	4. izlem: 30. Hafta 5. izlem: 34. Hafta 6. izlem: 36. Hafta 7. izlem: 38. Hafta 8. izlem:40. hafta

- Her takipte kan basıncının ve olası proteinürinin ölçülmesi önerilir.
- Anemi kontrolü; Takip 1, 3 ve 6 için tam kan sayımı veya hemoglobin ölçümü önerilir.

- Asemptomatik bakteriüri; takip 1,3 ve 5 için orta idrar kolonisi veya Gram boyama önerilir.
- Yüksek riskli popülasyon ve gruplarda ilk takip sırasında HIV, tüberküloz(TB) ve sifiliz taraması önerilmeli.
- Symphysis fundus'un ölçülmesi ve fetal hareketin hesaplanması önerilir, ancak zorunlu değildir.
- Gebelik yaşını belirlemek ve fetal anormallikleri teşhis etmek için gebeliğin 20. haftasından önce bir kez fetal ultrason önerilir.
- Gebelere diyet, sigarayı bırakma ve alkol tüketimini bırakma konusunda eğitim verilmesi önerilir.
- Aile içi şiddet uygulamalarının değerlendirilmesi önerilir.
- Gebelerde demir ve folik asit replasmanı, risk grubundaki gebelerde A vitamini ve kalsiyum takviyesi önerilir.
- Tetanoz aşısı önerilir

2.3.2. Erken tanıda iyi uygulama örneği

Ülke genelinde gelişimsel risk taşıyan çocukları tespit etmek, erken müdahale merkezlerine zamanında yönlendirmek, hizmetlerden etkin bir şekilde yararlanmak ve ailelerini sürece tam olarak dahil etmek için sistematik adımlarla erken müdahale çalışmaları uygulamak gerekmektedir.

Amerika Engelli Bireyler Eğitim Yasası (IDEA)'na göre çocukların ve ailelerin erken müdahale için başvurabilecekleri iki yol vardır (Basic of the Early Intervention Process Under Part C of IDEA, n.d.).

1. İlk müracaat kaynağı; bu kaynaklar genellikle doktorları, hastaneleri ve diğer programlarını içerir. Örneğin, rutin bir sağlık kontrolü veya hastane ziyareti sırasında çocuğun gelişimi hakkında sağlık profesyoneli tarafından şüphe varsa, çocuk ve ailesine erken müdahale için yönlendirme yapılır.

2. Ebeveynlerin şüphelenmesi; Çocuğunun gelişiminden endişe duyan ebeveynler, erken müdahale talebinde bulunarak çocuklarının değerlendirilmesini talep edebilirler.

Herhangi bir şekilde başvuran aile ve çocuğun sağlık sisteminde gerekli işlemlerden sonra değerlendirmek üzere yönlendirme yapılır. Değerlendirme süreci için sevk edilen bir çocuk tıbbi ve gelişimsel olarak değerlendirilmelidir. Değerlendirme süreci içerisinde öncelikle ebeveyn onayı alınması gerekmektedir. Ebeveyn onayı sonrası; Çocuğun yasal olarak gecikme veya yetersizlik teşhisi için yönlendirmenin gerekip gerekmediğini ve çocuğun erken müdahale kapsamına alınmasının uygun olma durumunu görmek için çocuk 5 temel gelişim alanında değerlendirilir. Bu gelişim alanları; (1) fiziksel gelişimsel alan (duyma ve görme de dahil edilir), (2) bilişsel gelişimsel alan, (3) sosyal-duygusal gelişimsel alan, (4) dil-İletişimsel gelişimsel alan, (5) uyumsal gelişimsel alan olarak sıralanabilir (Basic of the Early Intervention Process Under Part C of IDEA, n.d.).

Tüm değerlendirme sürecinden sonra, değerlendirme sonuçlarına göre değerlendirme yapan eğitimli personel, çocuğun veya bebeğin erken müdahale için uygun olup olmadığına karar verir (Basic of the Early Intervention Process Under Part C of IDEA, n.d.).

Hizmetlerin zamanında başlayabilmesi için teşhis aşamasının bir an önce tamamlanması çok önemlidir. Ek olarak erken müdahale hizmeti için teşhisin önemli bir koşul olduğu unutulmamalı ve gelişimdeki fark edilebilir gecikmeler veya tehlikeli durumlar belirlenir belirlenmez, önce kapsamlı bir tıbbi muayene yapılmalıdır. Tıbbi muayenede; Gelişimi geciktiren biyolojik, çevresel ve varoluşsal risk faktörleri dikkate alınmalıdır. Göz taraması ve objektif işitme değerlendirmesi, yenidoğan tarama sonuçları ve büyüme eğrisi incelemesi; ek risk faktörleri için çevresel, tıbbi, aile ve sosyal geçmişin güncel olması tıbbi değerlendirme için tamamlayıcı unsurlardır. Tıbbi değerlendirmenin düzeyi risk faktörlerine göre değişir; beyin görüntüleme, elektroensefalogram (EEG), genetik test ve/veya metabolik test gibi değerlendirmeleri içerebilir. Gelişimdeki problemlerin teşhisi, tedavi planını çeşitlendirmeye izin verir; Örneğin, tanıya dayalı olarak hastalığın seyri hakkında belirli bilgilerin verilmesi, tekrarlama riski ve aile planlama kapsamında genetik danışmanlık sağlama, Çocuğun sağlığını ve işlevselliğini iyileştirmek için tıbbi tedaviler ve terapötik müdahale programı gibi süreçler tedavi planına dahil edilebilir. Tıbbi tanı değerlendirmeleri, deneyimli ve kalifiye çocuk doktorları veya pediatrik gelişim nörologları, çocuk nörologları ve çocuk doktorlarıyla

çalışan sağlık profesyonelleri (örneğin, pediatrik genetikçiler veya psikiyatristler) tarafından yapılabilir (Council on Children With Disabilities, 2006).

2.3.3. Erken tanıda Türkiye'deki uygulamalar

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi: 2014'te Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı kılavuzun yönergeleri hâlen geçerlidir. Bu kılavuz 2012 DSÖ kılavuzuna benzer.

1. takip >>> 0 ila 14. hafta

2. takip >>> 18 ila 24. hafta

3. takip >>> 28 ila 32. hafta

4. takip >>> 36 ila 38. hafta

Bu takip kılavuzu, sıklıktan çok niteliği vurgulamaktadır. İlk takip süresinin en az 30 dakika ve ikinci takip süresinin en az 20 dakika olması önerilir (Sağlık Bakanlığı, 2014)

Türk sağlık sisteminde yenidoğanların rutin sağlık kontrolleri şu şekildedir:

Yenidoğan bebek değerlendirmesi:

Yenidoğan canlandırma programı doğum sırasında ve doğumdan hemen sonra kullanılmaktadır. Apgar skoru 1. ve 5. dakikada yapılır. Bebek stabilize olduktan sonra bebeğin göz ve karın bakımı yapılır. Baş çevresi, kilosu ve boyu ölçülür. Bebeğin doğum kusuru olup olmadığını kontrol edilir. Solunum değerlendirmesi, cilt değerlendirmesi, hareket ve tonus değerlendirmesi, bebeğin refleks değerlendirmesi yapılır. Çocuk hipoglisemi, sepsis ve sarılık açısından değerlendirilir ve önlemler alınır. Anne sütünün en kısa sürede elde edilebilmesi için anne ile ten tene temas ve emzirme planlanır. Doğum şekline göre anne ve çocuk çıkmadan önce; Normal vajinal doğumdan sonra 24 saat sezaryen doğumdan sonra 48 saat hastaneye yatış olmalıdır. Anne taburcu edilmeden önce emzirme, göbek bağı bakımı, acil tedavi (ateş, ishal vb.), kaza önleme ve aile planlaması konularında tavsiyeler alır. Çocuk ve anne tesisten ayrılmadan önce sonuçlar çocuğun dosyasına işlenir ve aileye aşı sertifikası verilir. Bebeğin doğumdan sonraki ilk hafta muayene için aile hekimine gitmesi gerektiği söylenir. (Sağlık Bakanlığı.2014)

Doğum sonrası ilk hafta yenidoğanın değerlendirilmesi

Çocuğun kimlik bilgileri alındıktan sonra annenin gebelik geçmişi ve çocuğun doğumu ile ilgili bilgiler kayıt sistemine girilir. Doğumdan hemen sonra hepatit B aşısı yapılma durumu, yenidoğan taraması için topuktan kan alınıp alınmadığı, yenidoğan işitme taraması yapılıp yapılmadığı ve emzirme durumu sorgulanır. Bebek yeni doğan değerlendirmesi akış çizelgesine göre derecelendirilir ve bebeğin eksiksiz bir sistematik muayenesi gerçekleştirilir. Muayene sırasında büyüme eğrileri (kafa büyüklüğü, kilo vb.) not edilir. Çocuğun görünümü değerlendirilir (hareket, yüksek sesle ağlama vb.). Herhangi bir sorun varsa nörolojik ve metabolik olarak incelenir. Doğum anomalisi varlığı, cilt, baş ve boyun, solunum ve kalp, işitme ve görme değerlendirilir. Refleks kontrol ve üreme organları incelenir. Anneye emzirme, göbek bağı bakımı, bebek bakımı, bebekle sağlıklı iletişim, uyku, el yıkama, kazalardan korunma, aşılardan önemi, hastalıklardan korunma ve acil tıbbi müdahale gerektiren durumlar (ateş, halsizlik, kusma, ishal, uykuya meyil vb.) konusunda danışmanlık yapılır. Çocuk gelişimi, Gelişimsel İzleme ve Değerlendirme Rehberi kullanılarak değerlendirilir. Anneye lohusa takibi yapılır. Çocuğa ücretsiz D vitamini ve bilgi verilir ve sonradan çocuk 15. Gün kontrolü için çağrılır. (Sağlık Bakanlığı.2014)

15. ila 41 gün ve 2. ay izlemi

Eksik bilgiler kayıt sistemine eklenir. Bebek aşırı ağlama açısından kontrol edilir. Çocuğun aşıları sorgulanır ve çocuk aşılarını yaptırmamış veya eksik kalmışsa aşısı yapılır. Yenidoğan taraması ve D vitamini alımı sorgulanır. Bebeğe tam bir muayene yapılır. Ölçümler yapılır ve büyüme eğrileri işaretlenir. Bebeğin genel durumu (hareket, sesli ağlama vs) değerlendirilir. Herhangi bir sorun varsa nörolojik ve metabolik olarak incelenir. Doğumsal anomali varlığı, cilt, baş ve boyun, solunum ve kalp, işitme ve görme değerlendirilir. Refleksi kontrol edilir ve üreme organları incelenir.

İdrar yolundaki enfeksiyon değerlendirilir. 41.gün takibinde Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) taraması yapılır. Fizik muayene sonuçları değerlendirilir ve istismar ve/veya ihmal olasılığı gözden kaçırılmamalıdır. Bir önceki takipte bir sorun tespit edilirse, tekrar gözden geçirilir. Bebek gelişimi "GİDR" ile değerlendirilip desteklenir. Bebek prematüre veya düşük doğum ağırlıklı doğmuşsa ve başlanmamışsa uygun kılavuzlara göre profilaktik demir tedavisine başlanmalıdır.

Anneye emzirme, çocuk bakımı, çocukla sağlıklı iletişim, uyku, el yıkama, kazadan korunma ve aile planlaması konularında danışmanlık hizmeti verilir. Bir sonraki kontrol için tarih belirlenir. (15 günlük bebek 41. gün, 41 günlük bebek 2. ay. 2 aylık bebek 3. ay takibi için çağrılır.) (Sağlık Bakanlığı.2014)

3. ila 4.ay izlemleri

Bebek kayıt sisteminde eksik olan bilgiler tamamlanır. Emzirmenin nasıl olduğu sorulur. Aşırı ağlama açısından değerlendirilir ve çocuğun aşıları sorgulanır. Varsa eksik aşısı tamamlanır. D vitamini kullanma durumu sorgulanır ve GKD taraması sorgulanır. Bebeğe tam sistematik inceleme yapılır. Anemnez, özgeçmiş, aile-çocuk ilişkisinde çocuğun istismar ya da ihmal edilmiş olma ihtimalini düşündürecek tavrılara ve davranışlara dikkat edilir. Fizik muayene sonuçları değerlendirilirken istismar ve/veya ihmal olasılığı göz ardı edilemez. Önceki ziyaretlerde bir sorun tespit edilmişse, gözden geçirilir ve çocuk anemi açısından değerlendirilir. Anemi varsa, uygun yönergeler kullanılarak tedavi miktarınca demir başlanır. Eğer anemi yoksa 4. Ay itibariyle uygun yönergeler kullanılarak yeterli miktarda ücretsiz demir damlası verilir. Anneye emzirme, çocuk bakımı, çocukla sağlıklı iletişim, uyku, el yıkama, kazadan korunma, diş sağlığı ve aile planlaması konularında danışmanlık hizmeti verilir. Bir sonraki kontrol için randevu tarihi ayarlanır (3 aylık bebek 4 aylık olduğunda, 4 aylık olan bebek 6 aylık olduğunda kontrole çağrılır). (Sağlık Bakanlığı.2014)

6.,9. ve 12. ay izlemleri

Bebek kayıt sisteminde eksik olan bilgiler tamamlanır. Emzirmenin nasıl olduğu sorulur. Bebeğin aşıları sorgulanır. Varsa eksik aşısı tamamlanır. D vitamini kullanma durumu ve demir kullanım durumu sorgulanır ve bebeğe sistematik inceleme yapılır. 9. Ay takibinde bebeğin anemisini değerlendirme amacıyla Hb ve/veya Htc ölçümleri yapılır. Anemnez, özgeçmiş, aile-çocuk ilişkisinde çocuğun istismar ya da ihmal edilmiş olma ihtimalini düşündürecek tavrılara ve davranışlara dikkat edilir. Fizik muayene sonuçları değerlendirilirken istismar ve/veya ihmal olasılığı göz ardı edilemez. Önceki ziyaretlerde bir sorun tespit edilmişse gözden geçirilir. Bebek gelişimi "GİDR" ile değerlendirilip desteklenir. Anneye emzirme, ek besinler ve beslenme alışkanlıkları, çocuk bakımı, çocukla sağlıklı iletişim, uyku, el yıkama, kazadan korunma, diş sağlığı ve

aile planlaması konularında danışmanlık hizmeti verilir. Kontrol amacıyla 3 ay sonra randevu verilir. (Sağlık Bakanlığı.2014)

13-36 ay arası

Çocuğun kayıt sisteminde eksik olan bilgiler tamamlanır. Emzirmenin nasıl olduğu sorulur. Çocuğun aşıları sorgulanır. Çocuk anemi açısından değerlendirilir. Tam sistematik muayene çocuğa yapıp muayenede çocuğun yürümesi de GKD yönünden değerlendirilir. Anemnez, özgeçmiş, aile-çocuk ilişkisinde çocuğun istismar ya da ihmal edilmiş olma ihtimalini düşündürecek tavrılara ve davranışlara dikkat edilir. Fizik muayene sonuçları değerlendirilirken istismar ve/veya ihmal olasılığı göz ardı edilemez. Çocuk gelişimi " GİDR " ile değerlendirilip desteklenir. Çocuk OSB açısından incelenir. Anneye emzirme, yaşa uygun beslenme, çocuk ile sağlıklı iletişim, tuvalet eğitimi, ciddi hastalıklar bulguları, fiziksel aktivite, kazadan korunma ve diş sağlığı konularında danışmanlık hizmeti verilir. Bulgular kaydedilir ve çocuğun muayenesinde bir sorun ortaya çıkarsa, diğer takip izlemleri gibi uygun yönerge kullanılarak çocuk bir uzmana sevk edilir. Ailenin soruları cevaplanır ve ilgili önerileri içeren bir broşür verilip 6 ay sonrasına kontrol amacıyla randevu verilir. (Sağlık Bakanlığı.2014)

4-6 yaş arası çocuk izlemleri

Bu süreçte yılda bir defa kontrol yapılır. Çocuğun kayıt sistemindeki eksik olan bilgiler tamamlanır. Çocuğun aşıları sorgulanıp eksik aşı varsa tamamlanır. Tam sistematik muayene çocuğa yapılır. Muayenede çocuğun boyu, kilosu ölçülüp beden kitle indeksi hesaplanır. Sonuçlar büyüme eğrisine işaretlenir. Çocuğun genel görünümü incelenir ve cilt muayenesi yapılır. Baş boyun muayenesi yapılır. Solunum ve kalbi analiz edilir ve nabız palpe edilir. Çocuğun kan basıncı ölçülür. Hiperlipidemi riski bakımından değerlendirilir. Çocuğun işitmesi değerlendirilir ve ilkökul 1. sınıfta işitme testi yapıp yapılmadığı sorulur. Çocuğun görme durumu değerlendirilir ve eğer ilkökul 1. sınıftaysa göz testi yapılır. İdrar yolunda enfeksiyon durumu sorgulanır. 5. yaş kontrolünde çocuğun anemisinin değerlendirilmesi için Hb ve/veya Htc ölçümü yapılır ve sonuçlar sisteme kaydedilir. Anemnez, özgeçmiş, aile-çocuk ilişkisinde çocuğun istismar ya da ihmal edilmiş olma ihtimalini düşündürecek tavrılara ve davranışlara dikkat edilir.

Fizik muayene sonuçları değerlendirilirken istismar ve/veya ihmal olasılığı göz ardı edilemez. Önceki ziyaretlerde bir sorun tespit edilmişse gözden geçirilir.

Anne ve/veya çocuğa yaşa uygun beslenme, çocukla sağlıklı iletişimi, çocuğa ailenin ad soyad ve adresini öğretmesi, evdeki işlerde sorumluluk yüklemesi, kendini kazalardan koruma, diş sağlığı, fiziksel aktiviteler, okul öncesi eğitim ve üreme sağlığı gibi konularda danışmanlık hizmeti verilir. Değerlendirmeler sırasında bir problem saptanması halinde ilgili profesyonellere yönlendirme yapılır. Çocuk ve ailenin soruları varsa yanıtlanır ve broşür verilip tekrar kontrol amacıyla 1 yıl sonrasına randevu verilir. (Sağlık Bakanlığı.2014)

7-9 yaş arası

Bu süreçte yılda bir defa kontrol yapılır. Çocuğun kayıt sistemindeki eksik olan bilgiler tamamlanır. Çocuğun aşıları sorgulanıp eksik aşı varsa tamamlanır. Çocuk anemi açısından değerlendirilir. Tam sistematik muayene çocuğa yapılır. Muayene esnasında çocuğun boy ve kilosu ölçülüp sonuçlar büyüme eğrisine işaretlenir. Çocuğun genel görünümünü incelenir ve cilt muayenesi yapılır. Baş boyun muayenesi yapılır. Solunum ve kalbi analiz edilir ve nabız palpe edilir. Çocuğun kan basıncı ölçülür. Hiperlipidemi riski açısından değerlendirilir. Çocuğun kan basıncı ölçülür. Hiperlipidemi riski bakımından değerlendirilir. Çocuğun işitmesi değerlendirilir ve ilkökul 1. sınıfta işitme testi yapıp yapılmadığı sorulur. Çocuğun görme durumu değerlendirilir ve eğer ilkökul 1. sınıftaysa göz testi yapılır. İdrar yolunda enfeksiyon durumu sorgulanır. 4 ila 6 yaş arası kontrole ek olarak kas-iskelet sisteminin muayenesi yapılır. Anemnez, özgeçmiş, aile-çocuk ilişkisinde çocuğun istismar ya da ihmal edilmiş olma ihtimalini düşündürecek tavırlara ve davranışlara dikkat edilir. Fizik muayene sonuçları değerlendirilirken istismar ve/veya ihmal olasılığı göz ardı edilemez. Daha önceki takiplerde tespit edilen problemler var ise tekrar değerlendirilir. Anne ve/veya çocuğa yaşa uygun beslenme, çocukla sağlıklı iletişimi, kendini kazalardan koruma, diş sağlığı, fiziksel aktivite ve üreme sağlığı hususunda danışmanlık hizmeti verilir. Tekrar kontrol amacıyla 1 yıl sonraya randevu verilir. (Sağlık Bakanlığı.2014)

10 ila 21 yaş arası ergen/genç izlemleri

10-14 yaş erken ergenlik, 15-18 yaş orta ergenlik, 19-21 yaş geç ergenlik olarak kabul edilmektedir. 10-21 yaş grubunda yıllık takip gerekli olmakla birlikte, belirtilen yaş gruplarında (10-14, 15-18, 19-21 yaş) bir kez Hb/Htc ölçümü yapılması yeterlidir. Risk durumu olunca sevk edilmesini gerektiren bir durumda izlemin sıklığı ve niteliği

artırılmalıdır. Anamnez sırasında gence herhangi bir şikayeti olup olmadığı sorulur. HEEADSSS formu psikososyal durumu belirlemek için kullanılmaktadır. Başka şikayet olup olmadığını kontrol edilir. Aşıları sorgulanıp eksik aşı varsa tamamlanır. Tam sistematik muayene yapılırken gençten izin istenir. Her dönemde gence yapılacak işlem ve bulgular hakkında bilgi verilir. Gencin kilosu ve boy uzunluğu ölçülüp vücut kitle indeksi ve ideal ağırlık yüzdesi hesaplanıp daha önceki bilgilerle karşılaştırılır, kilo ve boy problemleri belirlenir. Solunum ve kalbi analiz edilir ve nabız palpe edilir. Gencin kan basıncı ölçülür. Hiperlipidemi riski açısından değerlendirilir. Üreme sistemi muayenesinde, gencin fiziksel gelişim düzeyini saptamak için Tanner evrelemesi kullanılır. (Tanner evreleme kartı gence verilerek kendisini gördüğü evre sorulur) Gerekirse erken veya geç puberte muayenesi yapılır ve değerlendirilir. Kas-iskelet sistemi muayenesi yapılır ve sonuçlar kaydedilir (Sağlık Bakanlığı.2014)

Tam kan sayımı değerlendirmesi 3 ana takip döneminde en az bir kez yapılır ve gerekirse başka testler de istenir. Fiziksel-cinsel büyüme ve gelişme, psikolojik gelişim, sosyal gelişim, kişisel hijyen, beslenme, fiziksel aktivite, üreme sağlığı, alkol kullanımı, kaza sonucu yaralanmalar ve şiddet içeren davranışlar konularında danışmanlık verilir. Ulusal aşılama programına göre aşılar test edilir ve eksik aşılar tamamlanır, ayrıca aşının yan etkileri hakkında bilgi verilir (Sağlık Bakanlığı.2014).

Değerlendirme sırasında tespit edilen sağlık sorunları "Birinci Basamak Sağlık Çalışmanı İçin: Ergen Sağlığı ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı" nda bulunan yönergeler kullanılır ve gerekirse bir profesyonele yönlendirilir. Önce yapılan izlemler sırasında tespit edilmiş bir problem varsa o tekrar değerlendirilir. Bulgu ve tavsiyeler gence özetlenir. Aile ve gence hangi alanlarda bilgilendirileceği üzerine anlaştıktan sonra aile içeri alınarak onlara da bulgular ile alakalı bilgilendirme yapılır ve öneriler sıralanır. Bir sonraki kontrol için tekrar randevu tarihi belirlenir (Sağlık Bakanlığı.2014).

2.4. Raporlama Süreci

Özel gereksinimli çocuğun ailesi veya çocuğun bakımından sorumlu kişinin ÇÖZGER uygulaması için yetkili bir sağlık merkezine başvurması gerekir. Öncelikle aile başvurusu ÇÖZGER doktoru veya çocuğu izleyen doktor tarafından incelenir ve çocuğun detaylı fizik muayenesinden sonra çocuğun tanı, tedavi, sağlık ihtiyaçları ve diğer ihtiyaçlarına göre gerekli tüm tetkik ve konsültasyonlar planlanır. Çocuk, başvuru

öncesinde sağlık kurumunda izlenmekte ise tanı ve özel ihtiyaçlar için çocuğu takip eden uzmanların görüşleri istenir. Özel destek alanı, ihtiyaç düzeyi, sonuçları, raporun uzunluğuna ilişkin yorumlar ve çocuğun ihtiyaç duyduğu hizmetler hakkında sonuçlar yazılır. Eğitsel raporlama için ilk olarak sağlık kurulundan alınmış rapor istenmektedir. Velinin/vasinin bizzat randevu olarak gerekli evraklar hazırlanıp başvuruda bulunur. RAM’larda RAMDEVU sistemi aracılığıyla atanır. Özel Eğitim Değerlendirme Kurulu tarafından bireyin eğitsel değerlendirme ve tanınması RAM’larda yapılan nesnel, standart testler ve bireyin özelliğine uygun olan ölçme araçlarıyla yapılır. RAM yöneticisi hazırlanan raporları Millî Eğitim Bakanlığı Bilişim Sistemleri (MEBBİS) sisteminde onaylar ve imzalar. Rapor sistemde onaylanınca, raporla ilgili bilgiler otomatik olarak velinin iletişim bilgilerine SMS ve e-posta yoluyla gönderilir.

2.4.1 Tıbbi raporlama (ÇÖZGER)

ÇÖZGER Yönetmeliği 20 Şubat 2019 tarih ve 30692 sayılı Resmi Gazete’de yayımlandı ve bu tarihten itibaren geçerlidir. 20 Şubat 2019 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” ülkemizde yürürlükte olan düzenlemedir. Yeni yönetmelikle beraber birçok değişiklik yapılmıştır. Yönetmeliğe en temel değişiklik, raporların Engelli Sağlık Kurul Raporu yerine ÇÖZGER olarak düzenlenmesi olacaktır. Birçok uzmanlık alanını ilgilendiren ÇÖZGER, gereksinimin tespitinde; çocuk sağlığı ve hastalıkları veya uzmanlıkları, göz hastalıkları, kulak burun boğaz (KBB) hekimliği, çocuk cerrahisi, çocuk nörolojisi, psikiyatri ve çocuk ve ergen hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji alanlarından en az dört uzman, kurul başkanı ve ÇÖZGER’ de yetkili hekim dahil en az 6 asil üyeden oluşur (Gazete R., 2019).

ÇÖZGER yönetmeliğindeki Êk-1’de örnek raporun bir kopyası verilmiş, Ek-2’de ilgili alanlarla ilgili hastalıklar ve hastalıkların özel ihtiyaç düzeyleri açıklanmıştır. Ek-3 ise olguların özel gereksinim düzeyi oranlarını belirtmektedir (Gazete R., 2019). ÇÖZGER yönetmeliğine ait Ek-1 ve Ek-3, EK-3 ve EK-4 olarak verilmiştir. Buna göre özel gereksinimi var (ÖGV)’ engel oranı %20-39, hafif seviye ÖGV için %40-49, orta seviye ÖGV için %50-59, ileri seviye ÖGV için %60-69, çok ileri seviye ÖGV için %70-79, belirgin ÖGV için %80-89, özel koşul gereksinimi var (ÖKGV) için ise %90-99 aralığında tanımlanmıştır (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler>., 2009).

2.4.2 Eğitsel raporlama (RAM)

RAM'ın açılımı Rehberlik ve Araştırma Merkezi olmakla beraber Rehberlik Araştırma Merkezleri, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı ailelere rehberlik, psikolojik danışmanlık ve özel eğitim hususunda ücretsiz destek hizmeti veren merkezlerdir. İl ya da ilçelerde psikolojik danışma ve rehberlik hizmeti ile özel eğitim alanında verilen hizmetlerin planlanmasını, sağlanmasını, koordineli yürütülmesini, sağlanan hizmetlerin izlenmesini ve değerlendirilmesini amaç edinerek faaliyet gösteren kurumlardır. Rehberlik ve araştırma merkezi; rehberlik ve psikolojik danışma hizmeti kısmı ve özel eğitim hizmetleri kısmı olarak iki bölümden oluşmaktadır (RAM Yönergesi, 2020).

Ram Raporu, Rehberlik ve Araştırma Merkezleri'ndeki Özel Eğitim Değerlendirme Kurulu tarafından yapılan eğitim değerlendirmesi sonucunda destek eğitime ihtiyacı olduğu saptanan özel gereksinimli bireylere yönelik hazırlanan bir rapordur. ÖER hizmetleriyle destek hizmete ihtiyacı olan bireylerin rehabilitasyon merkezlerinden ücretsiz eğitim hizmeti alabilmeleri için RAM raporları alınmaktadır.

Özel eğitim hizmetleri bölümü

Randevu (Ramdevu Sistemi) süreci

RAM'a ilk başvurular, okuldan yazılı talep (Eğitim Değerlendirme İstek Formu) veya veli/velilerden bizzat talebi ile RAMDEVU sistemi üzerinden yapılır. 18 yaşını doldurmuş ve herhangi bir zihinsel engeli olmayan kişi kendisi başvurabilir. (RAM kılavuzu., 2018)

Randevu süreci tamamlandıktan sonra sistem, gerekli belgeleri hazırlamak için kişinin kayıtlı olduğu okula randevuyla ilgili bilgileri mail yoluyla gönderir. (Ram kılavuzu., 2018)

Başvuru süreci

Eğitimsel inceleme ve tanı için gerekli evraklar ile başvuru yapılır. Kendisinin/velisinin ya da okuldan yazılı başvuru, okula/kuruma kayıtlı öğrenciler için ilk incelemede “Eğitsel Değerlendirme İsteği Formu”, tekrar incelemelerde ise “Bireysel Gelişim Raporu”, Destek eğitimi ile alakalı müracaatta Engelli Sağlık Kurulu Raporu,

Birey ve vasinin nüfus cüzdan fotokopisi (İlk başvuru ve kimlikte değişikliğin olması dahilinde) ÖER merkezine gitmekte olan kişilere ait; Dönem sonu bireysel performans değerlendirme formu ile Aylık performans kayıt tablosu ihtiyaç duyulan belgelerdir. (Ram kılavuzu., 2018)

2.4.3. Raporlama süreçlerinde ailenin rolü

Aileler çocuklarını en iyi tanıyan ve onların gelişimi üzerinde en fazla etkiye sahip olan kişilerdir. Erken çocukluk müdahalesinin kapsamı, çocuklarının gelişimini daha da desteklemek için ailelerle bilgi, deneyim ve becerilerin paylaşılmasıdır. Gelişimsel nörolojide yapılan son gelişmeler erken müdahale programlarında ebeveynlerin rolünü ve ebeveyn ile uzmanların iş birliğinin güçlendirmiştir (Espe-Sherwindt, 2008).

Ebeveynlerin çocukları ile iletişim içerisinde bulunma ve çocuklarının gelişimini etkileme fırsatları, profesyonellerin veya başka yetişkinlerinkinden çok daha fazladır. Erken müdahale içerisinde aile ile iş birliği kurarken en çok şu noktalara dikkat edilir (Espe-Sherwindt, 2008).

- Eksikliklerin aksine güçlü ve kuvvetli yönler vurgulanır.
- İstenilen kaynaklar için aile tercih ve kontrolü teşvik edilir.
- Ebeveyn ve uzman arasında iş birliğinin gelişmesine

Anne babaların çocuklarına karşı tutumlarının anne babanın yaşı, eğitim düzeyi, ailedeki çocukların sayısı, çocuğun istenip beklenen bir çocuk olup olmaması gibi birçok faktörle ilişkisi olduğu bilinmektedir (Balat, 2010). Ebeveyn-çocuk ilişkisini temel alan teorilerin çoğu, çocuğun ilk yıllarında anne babaların çocuk üzerindeki etkilerine atıf yapmaktadır. Araştırmalar erken aile deneyimlerinin, çocukluk ve ebeveyn özelliklerinin temelini oluşturduğunu göstermektedir. Gelişimle alakalı teoriler, çocuklarının erken dönem fiziksel ve sosyal çevrelerini şekillendirmede anne babaların tutumlarının önemini göz önüne alarak, ebeveynlerin rolünü vurgulamaktadır (Maccoby, 2002).

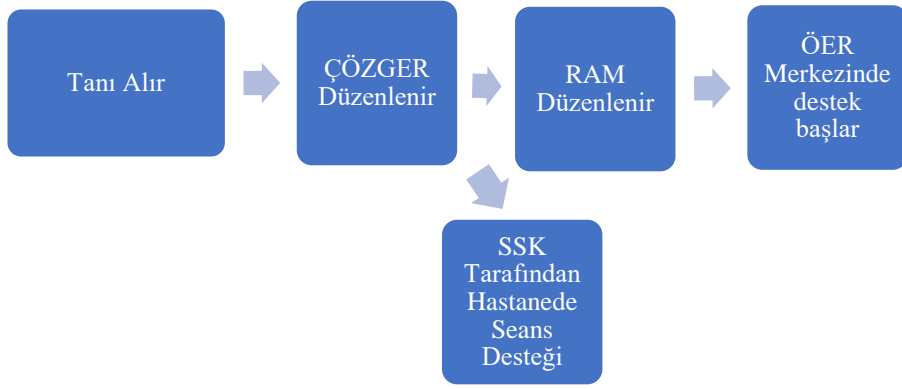
Çocuk yetiştirmeye yönelik ebeveyn tutumları, toplumdan topluma ve ebeveynlerin farklı demografik özelliklerine bağlı olarak değişmektedir. Anne babanın çocuğu yetiştirme tutumlarının çocuk üzerindeki olumsuz etkisini en aza indirmek çocukta sağlıklı bir gelişim açısından önemlidir. Ebeveyn-çocuk ilişki doğumda başlar ve

özellikle yaşamın erken evrelerinde çocuğun gelişimini etkileyebilmektedir (Gülay ve Önder, 2011; Parke ve ark., 2004).

2.5. Erken Müdahale Desteğine Erişim

Özel gereksinimli çocuk için ÇÖZGER' de yetkili bir sağlık merkezine başvurulur. Öncelikle başvuru ÇÖZGER doktoru veya çocuğu izleyen doktor tarafından incelenir ve çocuğun detaylı fizik muayenesinden sonra çocuğun tanı, tedavi, sağlık ihtiyaçları ve diğer ihtiyaçlarına göre gerekli tüm tetkik ve konsültasyonlar planlanır. ÇÖZGER' in en geç 30 gün içerisinde ilgiliye verilmesi yönetmelikçe gerekmektedir. Eğitsel raporlama için ise ilk olarak sağlık kurulundan alınmış rapor istenmektedir. Gerekli evraklar hazırlanıp başvuruda bulunulur. Özel Eğitim Değerlendirme Kurulu tarafından bireyin eğitsel değerlendirme ve tanılanması RAM'lerde yapılan nesnel, standart testler ve bireyin özelliğine uygun olan ölçme araçlarıyla yapılır. RAM yöneticisi hazırlanan raporları MEBBİS sisteminde onaylar ve imzalar. Raporun çıkması gereken azami süre kılavuzda belirtilmemekle beraber tahmini olarak 1 hafta ila 10 gün içerisinde çıkmaktadır. Alınan RAM raporu ile aile özel eğitim merkezlerine raporun içeriğine göre destek eğitim için başvuruda bulunabilir. Karar verilen merkezde çocuğun hakları doğrultusunda destek eğitime başlanır. Aynı zamanda ÇÖZGER raporları ile de SSK' dan faydalanıp hastanelerden seans alma hakları olabilmektedir.

Bu süreçte aileler özel eğitim merkezlerini arayış içerisinde olacaktır. Her özel eğitim merkezinin benzer şartlarda olmaması veya yeterli eğitim materyal ve kalitesinin olmamasında dolayı ailelerin rehabilitasyon merkezlerine karşı karar vermeleri zor olabilmektedir. Yıllık olarak da destek alınan merkezlerin değiştirilmesine yönelik haklarının kısıtlı olmasından dolayı ailelerin hızlıca bir merkeze başlaması zor olabilmektedir. Ayrıca tanı grup ve kodlarına göre de ÇÖZGER raporları ile SSK tarafından desteklenip yıllık belli bir seans da hastanelerden seans alma haklarını kullanabilmektedirler.



Şekil 1: Destek eğitime başlama süreci

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Şekli

Bu çalışma kesitsel, gözlemsel bir çalışmadır.

Çocuğun ailesine yüz yüze sorulmak üzere hazırlanan demografik değişkenler formu aracılığıyla;

1-Rapor düzenlenmiş olan her olgunun yaşı, cinsiyeti, başvuru şekli, psikiyatrik tanısı ve psikiyatri dışındaki diğer bölümlerde saptanan ek tanısı, özel gereksinim düzeyi, özel gereksinim alanı ve önerilen özel eğitim alanları kaydedilmiştir.

2- Çocuğun almış olduğu sağlık hizmetleri ve diğer hizmetler kayıt altına alınmıştır.

3-Çocuğun ve ailenin sosyoekonomik düzeyleri ve çevresel şartları kayıt altına alınmıştır.

4- Çözger rapor alım süreci ile ilgili spesifik sorularla rapora ulaşım sırasındaki yaşanan zorluk veya kolaylıklar, yapıldıysa yönlendirmeler ve destek başlama süreci tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan çocukların hastane raporlarından alınan tanılarına göre SP, otizm ve konuşma bozukluğu olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır.

Çalışmamız gözlemsel bir araştırma olup bütün veriler incelendikten sonra grupların istatistiksel olarak anlamlılıkları değerlendirilmiştir.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Mevcut çalışma ÜSFİZYOTEM' de planlandı. İstanbul ili, Üsküdar ilçesinde bulunan Özel Çamlıca ÖER Merkezi ve Çekmeköy ilçesinde bulunan Özel Öncü – Hilal Karadeniz ÖER merkezlerinden veri toplandı.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Resmi Gazete' de 20 Şubat 2019 tarihinde yayınlanan “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” sonrasında ilk defa sağlık kurulu

raporu almak üzere başvuran çocuk ve ergen yaş grubundaki (0-18 yaş) 34 olgunun verileri çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dahil Edilmeme Kriterleri

3.4.1. Çalışmaya dahil edilme kriterleri

20 Şubat 2019 tarihinde yayınlanan yönetmelik sonrası sağlık kurulu raporu (ÇÖZGER) almış veya başvurmuş olan 0-18 yaş grubu bütün olgular dahil edilmiştir.

3.4.2. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

18 yaşından büyük olmak ve daha önce ÇÖZGER almış olmak dışlanma kriterleridir.

3.5. Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Formları

Çalışmaya ait veriler demografik değişkenler formu aracılığıyla toplandı.

3.5.1. Demografik değişkenler formu

18 yaş altı çocuğunun çalışmaya katılmasını kabul eden ailelere bizzat sorulmak üzere hazırlanmış olduğumuz ayrıntılı bilgi formu aracılığıyla (EK-5);

1-Rapor düzenlenen her olgunun yaşı, cinsiyeti, başvuru şekli, psikiyatrik tanısı ve psikiyatri dışındaki diğer bölümlerde saptanan ek tanıları, özel gereksinim düzeyi, özel gereksinim alanı ve önerilen özel eğitim alanları

2- Çocuğun almış olduğu sağlık hizmetleri ve diğer hizmetler

3-Çocuğun ve ailenin çevresel şartları

4- Çözger rapor alım süreci ile ilgili spesifik sorularla rapora ulaşım sırasındaki yaşanan zorluk veya kolaylıklar, yapıldıysa yönlendirmeler ve destek başlama süreci tespit edilmiştir.

3.5.2. Gelişimsel problemin tespit edilmesi ve desteğe başlama sürecinin değerlendirilmesi

Çocuklardaki gelişimsel problemin ilk ne zaman tespit edildiği, kimin tarafından tespit edildiği, ilk hafta kontrolleri ve sağlıklı çocuk izlemelerine gidilme durumu, izlemler sırasında GİDR uygulanma durumu ve izlemlerin ne kadar sürdüğü, tanı konulmuşsa ne

kadar süre sonra ÇÖZGER alındığı, raporlama sürecinin ne kadar sürdüğü, RAM raporu çıkarmanın ne kadar sürdüğü ve rehabilitasyon desteğine başlama süresi gibi konularda ailelerden bilgiler alındı.

3.6. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Çalışmanın demografik bilgi formu çalışmaya katılan çocukların ailelerine verildi. Ailelerden verilen formların doldurup getirmesi istendi. Elde edilen bilgiler tanı grupları arasında anlamlılıkları incelemek üzere kayıt altına alındı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Science) kullanılarak değerlendirildi. Demografik veriler ortalama \pm standart sapma ($\bar{x} \pm ss$) veya frekans ve yüzde üzerinden verildi. Verilerin homojen dağılıp dağılmadığı Shapiro Wilks Testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan kategorik veriler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılıma uymayan iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Sp, Otizm ve konuşma bozukluğu tanılarına ait sürekli değişken verileri Kruskal Vallis testiyle karşılaştırıldı. Üçlü grup karşılaştırmalarında bonferonni düzeltmesi yapılarak p anlamlılık değeri 0,0125 olarak kabul edildi. İkili karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8. Etik Boyut

Çalışma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 13.05.2022 tarihinde onay alındı. ÜSFİZYOTEM' den ve çocukların ebeveynlerinden yazılı olarak izin alındı. Çalışma için bütün izinler alındıktan sonra Helsinki Bildirgesi'ne uygun olacak şekilde yapıldı.

4. BULGULAR

4.1. Çocukların ve Ailelerinin Demografik Bilgi Özellikleri

Özel gereksinimli çocukların sağlık kurul raporu (ÇÖZGER) alım sürecinin incelenmesini planladığımız çalışmamızda, Sp tanılı çocuklar ortalama 3,17 ($\pm 5,879$) ayda, otizm tanılı çocuklar ortalama 42,44 ($\pm 18,460$) ayda, konuşma bozukluğu tanılı çocuklar ise ortalama 51,85 ($\pm 26,460$) ayda ilk tanılarını aldığı görüldü. SP tanılı çocukların 3 (%37,5)'inin erkek; 5 (%62,5)'inin kız olduğu, Otizm tanılı çocukların 7 (%63,6)'sının erkek; 4 (%36,4)'ünün kız olduğu, konuşma bozukluğu tanılı çocukların 9 (%60)'ünün erkek ; 6 (%40)'ünün kız olduğu görüldü. Sp tanılı çocukların 7 (%87,5)'i, otizm tanılı çocukların 4 (%36,4) 'ü; Konuşma bozukluğu olan çocukların ise 4 (%26,7)'si okula gitmiyordu.

Çalışmaya katılan çocukların ortalama doğum ağırlığı Sp tanılı çocuklarda 2797,50 ($\pm 470,433$) gr, otizm tanılı çocuklarda 2942,55 ($\pm 880,129$) gr ve konuşma bozukluğu tanısı almış çocuklarda ise 3253,67 ($\pm 644,367$) gr idi. Ortalama doğum haftaları ise sırasıyla 38,43 (3, ± 780), 38,29 ($\pm 2,498$), 37,78 ($\pm 1,641$) idi. Çocukların tanılara göre cinsiyet, ilk tanı alma süresi, eğitim, sağlık güvencesi, doğum ağırlığı ve doğum haftası gibi veriler Tablo 4' de gösterildi.

Tablo 4: Demografik bilgiler

Demografik Bilgiler N=34 (%),(±SS)		SP	OTİZM	KONUŞMA	P
Doğum ağırlığı		2797,50 (±470,433)	2942,55 (±880,129)	3253,67 (±644,367)	,569 ^b
Doğum haftası		38,43 (3,±780)	38,29 (±2,498)	37,78 (±1,641)	,072 ^b
İlk Tanı (ay)		3,17 (±5,879)	42,44 (±18,460)	51,85 (±26,460)	,046 ^b
Annenin yaşı (yıl)		34,75 (±5,922)	38,00 (±11,883)	32,36 (±6,834)	,876 ^b
Babanın yaşı (yıl)		37,13 (±6,49)	39,9 (±11,752)	37 (±5,831)	,982 ^b
Cinsiyet	Erkek	3 (%37,5)	7 (%63,6)	9 (%60)	,480 ^a
	Kız	5 (%62,5)	4 (%36,4)	6 (%40)	
Eğitim	Gitmiyor	7 (%87,5)	4 (%36,4)	4 (%26,7)	,029 ^a
	Anaokulu	1 (%12,5)	3 (%27,3)	4 (%26,7)	
	İlkokul		2 (%18,2)	7 (%46,7)	
	Ortaokul		2 (%18,2)		
Sağlık güvencesi	18 Y.A	4 (%57,1)	6 (%60)	12 (%92,3)	,255 ^a
	Emekli Sandığı	2 (%28,6)	1 (%10)	--	
	SSK	1 (%14,3)	3 (%30)	1 (%7,7)	

a: Ki Kare Testi, b: Tek Yönlü Varyans Analizi, Y.A: Yaş altı

Çocukların aile bilgileri incelendiğinde anne baba akraba olmama durumu SP li çocuklarda 8(%100), Otizm tanılı çocuklarda 9(%81,8), konuşma bozukluğu tanılı çocuklarda ise 11(%78,6) idi. Ailede görülen kalıtsal hastalık olmama oranları ise SP' de 6(%75), otizm de 9(%81,8), konuşma bozukluğu olan çocuklarda ise 11(%78,6) idi. S pli çocukların 3(%37,5) ünün kardeşi yoktu. 2(%25) sinin 1 kardeşi, 2(%25) sinin 2 kardeşi ve 1(%12,5) inin ise 3 kardeşi vardı. Otizm tanılı çocuklarda ise bu oranlar sırasıyla; 2(%18,2), 7(%63,6), 2(%18,2) idi. Konuşma bozukluğu tanısı almış çocuklarda ise sırasıyla ; kardeş yok 7(%46,7), tek kardeş 7(%46,7), iki kardeş 1(%6,7) şeklinde idi. Çocukların aile bilgilerine ait veriler Tablo 5' te özetlendi.

Tablo 5: Aile bilgileri

Aile Bilgileri N=34 (%)		SP	OTİZM	KONUŞMA	p
Anne eğitim düzeyi	İlk-orta	4 (%66,7)	2 (%20)	5 (%35,7)	,319 ^a
	Lise		4 (%40)	5 (%35,7)	
	Üniversite	2(%33,3)	1 (%10)	2 (%21,4)	
	Ön lisans		2 (%20)	1 (%7,1)	
	Yüksek lisans		1 (%10)		
Annenin işi	Ev hanımı	5 (%83,3)	7 (%70)	13 (%100)	,115 ^a
	Diğer	1 (%16,7)	3 (%30)		

Baba eğitim düzeyi	İlk-orta	4 (%66,7)	2 (%22,2)	5 (%35,7)	,257 ^a
	Lise		5 (%55,6)	5 (%35,7)	
	Üniversite	2 (%33,3)	2 (%22,2)	4 (%28,6)	
	Ön lisans	-	-	-	
	Yüksek lisans	-	-	-	
Baba iş durumu	Çalışmıyor	1 (%16,7)			,126 ^a
	Çalışıyor	5 (%83,3)	10 (%100)	14 (%100)	
Anne baba arasındaki akrabalık durumu	Yok	8 (%100)	9 (%81,8)	11 (%78,6)	,380 ^a
	Var		2 (%18,2)	3 (%21,4)	
Ailelerinizde görülen kalıtsal bir hastalık, engel, sorun var mı?	Yok	6 (%75)	9 (%81,8)	11 (%78,6)	,937 ^a
	Var	2 (%25)	1 (%18,2)	3 (%21,4)	
Toplam kardeş sayısı (bu çocuğunuz hariç)	0	3 (%37,5)	2 (%18,2)	7 (%46,7)	,275 ^a
	1	2 (%25)	7 (%63,6)	7 (%46,7)	
	2	2 (%25)	2 (%18,2)	1 (%6,7)	
	3	1 (%12,5)			

a: Ki Kare Testi

Ailelerin sosyoekonomik düzeyleri incelendiğinde Sp tanıılı çocukların ailelerinin 5(%62,5) i, otizm tanısında 4(%36,2) ü ve konuşma bozukluğunda ise ailelerin 4(%28,6) ü asgari ücretin altında bir kazanç sağlıyordu. Ailelerin sosyoekonomik düzeylerine ait veriler Tablo 6' da gösterildi.

Tablo 6: Sosyoekonomik düzey

Sosyoekonomik Düzey N=34 (%)		SP	OTİZM	KONUŞMA	p
Oturmakta olduğunuz ev kime ait?	Kira	6 (%75)	8 (%72,7)	2 (%14,3)	,015 ^a
	Bana ait	1 (%12,5)	3 (%27,3)	8 (%57,1)	
	Tanıdığımın evi	1 (%12,5)		4 (%28,6)	
Bilgisayarınız var mı?	Yok	4 (%50)	4 (%36,4)	5 (%35,7)	,779 ^a
	Var	4 (%50)	7 (%63,6)	9 (%64,3)	
Özel otomobiliniz var mı?	Yok	4 (%50)	6 (%54,5)	4 (%28,6)	,377 ^a
	Var	4 (%50)	5 (%45,5)	10 (%71,4)	
Ailenizin gelir düzeyi nedir?	Asgari Ücret Altı	5 (%62,5)	4 (%36,4)	4 (%28,6)	,297 ^a
	1-1,5 Asgari Ücret	1 (%12,5)	2 (%18,2)	8 (%57,1)	
	1,5-2,5 Asgari Ücret	1 (%12,5)	3 (%27,3)	1 (%7,1)	
	2,5-3,5 Asgari Ücret		1 (%9,1)		
	3,5 ve üzeri Asgari Ücret	1 (%12,5)	1 (%9,1)	1 (%7,1)	

a: Ki Kare Testi

Sp ve Otizm tanılı çocuklar için aileleri devletin sağlamış olduğu hizmet ve yardımlar haricinde çeşitli miktarlarda harcamalar yaparken konuşma bozukluğu tanısı alan çocukların aileleri 7(%63,6) sinin herhangi bir ek harcama yapmadığını belirtti. İlgili veriler ise Tablo 7’ de gösterildi.

Tablo 7: Özel gereksinim harcaması

Özel Gereksinim Harcaması N=34(%)		SP	OTİZM	KONUŞMA
8- Son bir yıldır çocuğunuzun özel gereksinimleri nedeni ile ihtiyacı olan sağlık, eğitim, rehabilitasyon hizmetleri için devletin sağlamış olduğu hizmet ve yardımlar dışında aile gelirinizden ayda ortalama kaç TL harcadınız?	0	1 (%20)		7 (%63,6)
	300-1000	1 (%20)	2 (%28,6)	1 (%9,1)
	1000-2000	1 (%20)	1 (%14,3)	1 (%9,1)
	2000-5000	1 (%20)	2 (%28,6)	
	5000+		2 (%28,6)	1 (%9,1)

a: Ki Kare Testi

4.2. Gebelik ve Doğuma Yönelik Bilgiler

SP, otizm ve konuşma bozukluğu tanılarındaki çocukların çoğul gebelik öyküsü yoktu. Ailelere düşük öyküsü sorulduğunda sp tanısı almış çocukların 2(%25)’si, otizm tanılı çocukların 3(%27,3)’ü ve konuşma bozukluğu tanısı almış çocukların annelerinin 2(%13,3) sinde daha önce düşük hikayesi saptandı. Sp tanılı olgularda 6(%75)’sının, otizm tanılı olgularda 8(%72,7)’inin ve konuşma bozukluğu tanılı olguların ise 14(%93,3) ‘ünün gebeliği planlıydı. Gebelik ile alakalı bilgiler Tablo 8’ de verildi.

Tablo 8: Gebelik bilgileri

Gebelik Bilgileri N=34(%)		SP	OTİZM	KONUŞMA	P
Bu çocuğunuz kaçınıcı gebeliğinizdi?	1.	3 (%37,5)	4 (%36,4)	8 (%53,3)	,114 ^a
	2.	1 (%12,5)	6 (%54,5)	6 (%40)	
	3.	1 (%12,5)		1 (%6,7)	
	4.	3 (%37,5)	1 (%9,1)		
Çoğul Gebelik	Hayır	8 (%100)	11 (%100)	15 (%100)	--
Bu gebeliğinizden önce düşük yaptınız mı?	Hayır	6 (%75)	8 (%72,7)	13 (%86,7)	,644 ^a
	Evet	2 (%25)	3 (%27,3)	2 (%13,3)	
Bu gebeliğiniz planlı mıydı?	Hayır	2 (%25)	3 (%27,3)	1 (%6,7)	,326 ^a
	Evet	6 (%75)	8 (%72,7)	14 (%93,3)	

a: Ki Kare Testi

Sp tanılı çocukların ailelerinden 6(%75)’ sı , otizm tanılıların 6(%54,5)’ sı ve konuşma bozukluğunda ise 12(%80) si gebelik öncesinde muayenelere düzenli gittiğini belirtti. Gebelik sırasındaki izlemlere ise sp tanısının hepsi, otizm tanısındaki olguların

10(%90,9) ‘u konuşma bozukluğu tanılı olguların ise 14(%93,3) ‘ü düzenli olarak gittiğini belirtti. Gebelik izlemi ve gebelik dönemi ile alakalı olarak ilgili veriler Tablo 9’ da verildi.

Tablo 9: Gebelik izlemi ve gebelik dönemi

Gebelik İzlemi ve Gebelik Dönemi N=34(%)		SP	OTİZM	KONUŞMA	p
Gebelik öncesi kadın doğum ya da aile hekimi muayenesine düzenli gittiniz mi?	Hayır	2 (%25)	5 (%45,5)	3 (%20)	,354 ^a
	Evet	6 (%75)	6 (%54,5)	12 (%80)	
Gebeliğinizde sağlık izlemlerinize kaçınıcı ayda başladınız?	1.	6 (%75)	7 (%70)	10 (%66,7)	,598 ^a
	2.	2 (%25)	2 (%20)	5 (%33,3)	
	4.		1 (%10)		
İzlemleriniz ne sıklıkla yapıldı?	Düzensiz		1 (%9,1)	1 (%6,7)	,697 ^a
	Düzenli	8 (%100)	10 (%90,9)	14 (%93,3)	
Gebelik döneminde anne ya da bebek bir hastalık ya da riskli gebelik yaşadı mı?	Hayır	5 (%62,5)	9 (%81,8)	12 (%80)	,564 ^a
	Evet	3 (%37,5)	1 (%18,2)	3 (%20)	

a: Ki Kare Testi

Çalışmaya katılan olguların doğum bilgileri incelendiğinde Sp tanılı çocukların 4(%50) ‘ si otizm tanılı çocukların 8(%72,7) i ve konuşma bozukluğu tanılı çocukların ise 10(%66,7) si sezaryen doğum olduğu tespit edildi. Ailelerin yeni doğan döneminde (ilk iki ayda) bebeğiyle ilgili herhangi bir sorun yaşama durumunu incelediğimizde Sp tanılı çocukların 6(%75)’inin , otizm grubunun 4(%36,4) ‘inin ve konuşma grubunun 9(%60) ‘ının bir sorun yaşadığı tespit edildi. Sağlık izlemleri sırasında neler önerildiğini sorguladığımızda ise SP grubunun 2(%25) i destek önerildiğini 6(%75) i ise izlem önerildiğini belirtti. Otizm grubunda ise 2(%18,2) si destek önerildiğini 6(%54,5) i izlem önerildiğini ve 3(%27,3) ü ise herhangi bir öneride bulunulmadığını belirtti. Konuşma grubunda ise 1(%6,7) si destek önerildiğini ve 14(%93,3) ü ise herhangi bir öneride bulunulmadığını belirtti. Doğum ve sonrası ile alakalı bilgiler Tablo 10’ da verildi.

Tablo 10: Doğum ve sonrası bilgiler

Doğum ve Sonrası N=34(%),(±SS)		SP	OTİZM	KONUŞMA	P
Doğum şekli normal miydi sezaryen mi?	Normal	4 (%50)	3 (%27,3)	5 (%33,3)	,579 ^a
	Sezaryen	4 (%50)	8 (%72,7)	10 (%66,7)	
Yeni doğan döneminde (ilk iki ayda) bebeğinizle ilgili herhangi bir sorun oldu mu?	Hayır	2 (%25)	7 (%63,6)	6 (%40)	,224 ^a
	Evet	6 (%75)	4 (%36,4)	9 (%60)	
Çocuğunuzun bugüne kadar herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle hastane yatışı oldu mu?	Hayır		5 (%45,5)	8 (%53,3)	,036 ^a
	Evet	8 (%100)	6 (%54,5)	7 (%46,7)	
Neler önerildi? Ne sıklıkla izleniyor?	Destek	2 (%25)	2 (%18,2)	1 (%6,7)	,000 ^a
	İzlem	6 (%75)	6 (%54,5)		
	Öneri yok		3 (%27,3)	14 (%93,3)	
Sağlık Sorunu İçin İlk Ziyaret		3,50 (±5,88)	14 (±12,728)	11,86 (±11,992)	,795 ^b
Kaç Gün Yattı		17,88 (±14,476)	7,67 (±4,633)	5,83 (±6,113)	,001 ^b

a: Ki Kare Testi b: Tek Yönlü Varyans Analizi

4.3. Takip-İzlem-Kontrollere Yönelik Bilgiler

Olguların genel olarak aşı, büyüme ve beslenmesinin nerede takip edildiğini incelediğimizde yüksek oranda aile sağlığı merkezinde olduğu tespit edildi. SP li çocukların 8(%100)' ü aşıların tam yapıldığını, beslenmesi hakkında yeterince bilgi verildiğini, büyümesi yeterince izlendiğini, yenidoğan döneminde işitme taraması yapıldığını, yenidoğan döneminde topuk kan alındığını, kalça çıkığı açısından kalça filmi çekildiğini, görme kontrolleri yapıldığını ve gelişime yönelik destek verildiğini ifade ettiler. Otizm grubunda ise 11(%100) 'ü aşıların tam yapıldığını, yenidoğan döneminde topuk kan alındığını, görme kontrolleri yapıldığını ve idrarına en az bir kez bakıldığını ifade etti. Konuşma grubunda ise 15(%100) 'ü beslenmesi hakkında yeterince bilgi verildiğini, yenidoğan döneminde işitme taraması yapıldığını ve yenidoğan döneminde topuk kan alındığını ifade ettiler. Takipler ile alakalı bilgiler geniş olarak Tablo 11' de verildi.

Tablo 11: ASM takipleri

ASM Takipleri N=34(%)		SP	OTİZM	KONUŞMA	P
Aşıları, büyümesi ve beslenmesi nerede takip edildi?	ASM	7 (%87,5)	10 (%90,9)	14 (%93,3)	,895 ^a
	Hastane	1 (%12,5)	1 (%9,1)	1 (%6,7)	
Aşıları tam yapıldı mı?	Hayır			1 (%6,7)	,521 ^a
	Evet	8 (%100)	11 (%100)	14 (%93,3)	
Beslenmesi hakkında yeterince bilgi verildi mi?	Hayır		3 (%27,3)		,032 ^a
	Evet	8 (%100)	8 (%72,7)	15 (%100)	
Büyümesi yeterince izlendi mi?	Hayır		2 (%18,2)	1 (%6,7)	,357 ^a
	Evet	8 (%100)	9 (%81,8)	14 (%93,3)	
Gelişmesi yani öğrenmesi, anlaması, konuşması izlendi mi?	Hayır	3 (%37,5)	4 (%36,4)	2 (%13,3)	,304 ^a
	Evet	5 (%62,5)	7 (%63,6)	13 (%86,7)	
Sağlık sorunlarını iyi bilen tek bir hekim tarafından izlendi mi?	Hayır	3 (%37,5)	6 (%54,5)	3 (%20)	,188 ^a
	Evet	5 (%62,5)	5 (%45,5)	12 (%80)	
Sağlık izlemine düzenli olarak aile hekimi yaptı mı?	Hayır	2 (%25)	3 (%27,3)	3 (%20)	,905 ^a
	Evet	6 (%75)	8 (%72,7)	12 (%80)	
İki yaşına kadar düzenli D vitamini kullandı mı?	Hayır	4 (%57,1)	6 (%54,5)	4 (%26,7)	,246 ^a
	Evet	3 (%42,9)	5 (%45,5)	11 (%73,3)	
İki yaşına kadar düzenli demir kullandı mı?	Hayır	5 (%71,4)	7 (%63,6)	5 (%33,3)	,154 ^a
	Evet	2 (%28,6)	4 (%36,4)	10 (%66,7)	
Yenidoğan döneminde işitme taraması yapıldı mı?	Hayır		1 (%9,1)		,341 ^a
	Evet	8 (%100)	10 (%90,9)	15 (%100)	
Yenidoğan döneminde topuk kan alındı mı?	Hayır				--
	Evet	8 (%100)	11 (%100)	15 (%100)	
Kalça çıkığı açısından kalça filmi çekildi mi?	Hayır		1 (%9,1)	1 (%6,7)	,697 ^a
	Evet	8 (%100)	10 (%90,9)	14 (%93,3)	
Görme kontrolleri yapıldı değerlendirildi mi?	Hayır			1 (%6,7)	,521 ^a
	Evet	8 (%100)	11 (%100)	14 (%93,3)	
İdrarına en az bir kez bakıldı mı?	Hayır	1 (%12,5)		3 (%20)	,294 ^a
	Evet	7 (%87,5)	11 (%100)	12 (%80)	
Üç yaşından sonra yılda bir kez diş hekimi kontrol etti mi?	Hayır	3 (%60)	4 (%50)	13 (%86,7)	,148 ^a
	Evet	2 (%40)	4 (%50)	2 (%13,3)	
Gelişime yönelik destek verildi mi?	Hayır		3 (%33,3)	8 (%53,3)	,070 ^a
	Evet	6 (%100)	6 (%66,7)	7 (%46,7)	

a: Ki Kare Testi

Olguların boy, kilo, görme, işitme gibi takipleri incelendiğinde çoğu takibin olgularda büyük oranda yapıldığını yalnız sosyal gelişim ve bilişsel beceri takibinin otizm grubunda 6(%54,5)'inin yapılmadığı tespit edildi (Tablo 12).

Tablo 12: Takipler

Takipler N=34(%)		SP	OTİZM	KONUŞMA	P
Boy takibi yapıldı mı?	Hayır	-	-	-	--
	Evet	8 (%100)	11 (%100)	15 (%100)	
Kilo takibi yapıldı mı?	Hayır				--
	Evet	8 (%100)	11 (%100)	15 (%100)	
Baş çevresi takibi yapıldı mı?	Hayır				--
	Evet	8 (%100)	11 (%100)	15 (%100)	
Kalça çıkığı muayenesi yapıldı mı?	Hayır	1 (%12,5)	2 (%18,2)	2 (%13,3)	,923 ^a
	Evet	7 (%87,5)	9 (%81,8)	13 (%86,7)	
İşitme takibi yapıldı mı?	Hayır	1 (%12,5)	1 (%9,1)	1 (%6,7)	,895 ^a
	Evet	7 (%87,5)	10 (%90,9)	14 (%93,3)	
Görme takibi yapıldı mı?	Hayır	1 (%12,5)	2 (%18,2)	2 (%13,3)	,923 ^a
	Evet	7 (%87,5)	9 (%81,8)	13 (%86,7)	
Oturma veya ayakta durma gibi hareket becerisi takibi yapıldı mı?	Hayır	1 (%12,5)	4 (%36,4)	2 (%13,3)	,293 ^a
	Evet	7 (%87,5)	7 (%63,6)	13 (%86,7)	
Konuşma becerilerinin takibi yapıldı mı?	Hayır	2 (%25)	4 (%36,4)	5 (%33,3)	,867 ^a
	Evet	6 (%75)	7 (%63,6)	10 (%66,7)	
Sosyal gelişim becerilerinin takibi yapıldı mı?	Hayır	1 (%12,5)	6 (%54,5)	6 (%40)	,174 ^a
	Evet	7 (%87,5)	5 (%45,5)	9 (%60)	
Bilişsel becerileri takibi yapıldı mı?	Hayır	1 (%12,5)	6 (%54,5)	7 (%46,7)	,156 ^a
	Evet	7 (%87,5)	5 (%45,5)	8 (%53,3)	

a: Ki Kare Testi

Sağlıklı çocuk muayenelerinde gelişim tarama ölçeği kullanımını incelediğimizde Sp' li çocukların 3(%37,5) inin, otizm grubunun 3(%27,3) inin ve konuşma grubunun ise 4(%26,7) sinin olumlu cevap verdiğini tespit ettik. Gelişimi nasıl destekleyecekleri konusunda ise SP, otizm ve konuşma gruplarına sırasıyla 7(%87,5), 5(%50), 10(%66,7) oranında önerilerde bulunduğu belirtildi. Danışmanlık ile alakalı olarak emzirme, göbek bakımı, bebek bakımı, el yıkama, Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs) ve kazalardan korunma hakkında 3 grupta da yüksek oranda danışmanlık verildiği görüldü yalnız bunun aksine aile planlaması hakkında bütün gruplarda danışmanlık verilmeyenlerin oranı daha yüksek çıktı. Gerekli veriler ise Tablo 13' de verildi.

Tablo 13: Muayene ve öneriler

Muayene ve Öneriler N=34(%)		SP	OTİZM	KONUŞMA	P
Sağlıklı çocuk muayenelerinde gelişim tarama ölçeği kullanıldı mı?	Hayır	5 (%62,5)	8 (%72,7)	11 (%73,3)	,848 ^a
	Evet	3 (%37,5)	3 (%27,3)	4 (%26,7)	
Doktorunuz, hemşireniz veya ebeniz çocuğunuzun gelişimini nasıl destekleyeceğiniz konusunda size önerilerde bulundu mu?	Hayır	1 (%12,5)	5 (%50)	5 (%33,3)	,245 ^a
	Evet	7 (%87,5)	5 (%50)	10 (%66,7)	
Emzirme hakkında danışmanlık verildi mi?	Hayır	2 (%25)	2 (%18,2)		,151 ^a
	Evet	6 (%75)	9 (%81,8)	15 (%100)	
Göbek bakımı, bebek bakımı, el yıkama hakkında danışmanlık verildi mi?	Hayır	3 (%37,5)	3 (%27,3)	1 (%6,7)	,176 ^a
	Evet	5 (%62,5)	8 (%72,7)	14 (%93,3)	
Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs) hakkında danışmanlık verildi mi?	Hayır	1 (%12,5)	3 (%27,3)	1 (%6,7)	,335 ^a
	Evet	7 (%87,5)	8 (%72,7)	14 (%93,3)	
Kazalardan korunma hakkında danışmanlık verildi mi?	Hayır	3 (%37,5)	5 (%45,5)	6 (%40)	,934 ^a
	Evet	5 (%62,5)	6 (%54,5)	9 (%60)	
Aile planlaması hakkında danışmanlık verildi mi?	Hayır	6 (%75)	6 (%54,5)	8 (%53,3)	,567 ^a
	Evet	2 (%25)	5 (%45,5)	7 (%46,7)	

a: Ki Kare Testi

Çocukların izlemleri incelendiğinde SP' li çocukların izlemlerinin ortalama 17(±8,367) dk, otizm grubundaki çocukların ortalama 12,22(±6,180) dk konuşma grubundaki çocukların ise ortalama 15,23(±6,547) dk sürdüğü görüldü. GİDR kullanımını incelediğimizde en yüksek oranla 13-36 ay arası izlemde konuşma grubunda 9 (%60) 'ına kullanılıp desteklendiği; en düşük oranın ise 15,41 gün-2 aylık izlemde sp grubundaki çocukların 2 (%28,6)' sında kullanıldığı görüldü. Ayrıntılı olarak izlemlerde kullanılma oranı ise Tablo 14' te gösterildi.

Tablo 14: İzlemler ve GİDR (Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi)

İzlemler ve GİDR(Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi) N=34(%)		SP	OTİZM	KONUŞMA	p
8 İzlemden (15 günlük 41 günlük 2 aylık 3 aylık 4 aylık 6 aylık 9 aylık 12 aylık) kaçına gidebildiniz?		6,25 (±2,276)	5,6 (±3,273)	7,67 (±1,047)	,067 ^a
Gidebildiğiniz izlemlerin uygulanması ortalama kaç dk sürdü?	Dk	17 (±8,367)	12,22 (±6,180)	15,23 (±6,547)	,776 ^a
15 Günlük 41. Gün ve 2 Aylık izlemlerden hangilerinde bebeğinizin gelişimi 'Gelişimi İzleme Destekleme Rehberi' kullanılarak değerlendirilip desteklendi mi?	Hayır	5 (%71,4)	6 (%60)	8 (%53,3)	,772 ^a
	Evet	2 (%28,6)	4 (%40)	7 (%46,7)	
6,9 ve 12. Ay izlemlerinde bebeğinizin gelişimi 'Gelişimi İzleme Destekleme Rehberi' kullanılarak değerlendirilip desteklendi mi?	Hayır	3 (%42,9)	6 (%60)	7 (%46,7)	,737 ^a
	Evet	4 (%57,1)	4 (%40)	8 (%53,3)	
13-36 ay arası izlemlerinizde Çocuğunuzun gelişimi 'Gelişimi İzleme Destekleme Rehberi' kullanılarak değerlendirilip desteklendi mi?	Hayır	4 (%57,1)	7 (%70)	6 (%40)	,328 ^a
	Evet	3 (%42,9)	3 (%30)	9 (%60)	

a: Ki Kare Testi

4.4. Rapor Alma Sürecine Yönelik Bilgiler

Çalışmaya katılan olgularda sp grubunda 5(%62,5)' inin annesi, otizm grubunda 10(%90,9) unun annesi ve konuşma grubunda ise 12(%80) inin annesinin gelişimsel problemi ilk fark eden kişi olduğu tespit edildi. Diğer oranlar ise hekimler tarafında tespit edilen olgulardı. Çocukların gelişimsel problemin ilk fark edildiğinde Sp' li grup ortalama 2,29(±3,302) aylık, otizm grubunun 26,27(±19,085) ve konuşma grubunun ise ortalama 33,57(±19,437) aylık idi. Ailelerin çocuklarındaki gelişimsel problemi öğrendikten sonra ÇÖZGER' i öğrenmesi Sp grubunun ortalama 240(±251,595) gün, otizm grubunun ortalama 80(±123,288) gün ve konuşma grubunun ise ortalama 172,47(±367,232) gün olarak tespit edildi.

Çözger' i öğrendikten sonra ne kadar sürede raporu aldığı incelendiğinde ise SP grubunun ortalama 2,29(±1,799) ay, otizm grubunun ortalama 3,36(±3,355) ay ve konuşma grubunun ise ortalama 4,07(±4,847) ay idi.

Çözger' den sonra ram raporu alma süreleri incelendiğinde ise SP' li grubun ortalama 11(±13,552) gün, otizm grubunda ortalama 20,1(±15,481) gün konuşma grubunda ise ortalama 7,67(±6,966) gün idi.

Özel Eğitim Merkezinden destek alıyorsanız RAM'a başvurduktan ne kadar süre sonra eğitiminiz başladı? Diye Aileler RAM'a başvurmaları ile Özel Eğitim Merkezinden destek almaları arasındaki geçen süreyi SP'li grup için ortalama 13,63(±19,471) gün, otizimli grup için ortalama 18,73(±53,696) gün ve konuşma grubu için ise ortalama 17,27(±28,494) gün olarak belirtti. Gelişimsel problemin ilk tespiti ile ÖER' a başlama arasındaki süre SP grubu için ortalama 333,33 gün, otizm grubu için ortalama 219,63 gün ve konuşma bozukluğu grubu için ise 319,51 gün idi. Hizmetlere ulaşım süreleri ve gelişimsel problemin fark edilmesine dair bilgiler Tablo 15' te verildi.

Tablo 15: Yaşanılan problemler ve hizmete ulaşım süreleri

Yaşanılan Problemler ve Hizmet Ulaşım Süreleri N=34 (%),(±SS)		SP	OTİZM	KONUŞMA	p
Çocuğunuzdaki gelişimsel problemi ilk kim fark etti?	Anne	5 (%62,5)	10 (%90,9)	12 (%80)	,233 ^a
	Hekim	3 (%37,5)	1 (%9,1)	2 (%13,3)	
Çocuğunuzdaki gelişimsel problemi ilk fark edildiğinde çocuk kaç aylıktı?	ay	2,29 (±3,302)	26,27 (±19,085)	33,57 (±19,437)	,001* ^b
Çocuğunuzdaki gelişimsel sorunu öğrendikten ne kadar süre sonra ÇÖZGER'i öğrendiniz?	gün	240 (±251,595)	80 (±123,288)	172,47 (±367,232)	,163 ^b
ÇÖZGER'i öğrendikten ne kadar süre sonra rapor alabildiniz? (ay)	ay	2,29 (±1,799)	3,36 (±3,355)	4,07 (±4,847)	,390 ^b
Çözger için ilk hekimin görmesiyle raporu alma arasında ne kadar gün geçti?	gün	25,17 (±9,218)	86,20 (±111,04)	89,4 (±88,652)	,117 ^b
Çözger' i kaç yıl olarak alabildiniz?	yıl	1,625 (±0,51755)	1,4545 (±0,52223)	0,97 (±0,38163)	,491 ^b
ÇÖZGER raporu aldıktan ne kadar sonra RAM raporu alabildiniz?	gün	11 (±13,552)	20,1 (±15,481)	7,67 (±6,966)	,220 ^b
Özel Eğitim Merkezinden destek alıyorsanız Rehberlik Araştırma Merkezi (RAM)' ne başvurduktan ne kadar süre sonra eğitiminiz başladı?	gün	13,63 (±19,471)	18,73 (±53,696)	17,27 (±28,494)	,776 ^b
Gelişimsel problemin ilk tespiti ile Özel Eğitim ve Rehabilitasyona başlama arasındaki süre kaç gündü?	gün	333,33	219,63	319,51	

a: Ki Kare Testi b: Tek Yönlü Varyans Analizi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma özel gereksinimli çocukların tanı alma, ÇÖZGER raporu düzenlenmesi ve özel eğitime başlama süreçlerinin incelenmesi ve tanı tiplerine göre farklılaşım farklılaşmadığının tespit amacıyla planlandı.

Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Tartışılması

Mevcut çalışmada ÇÖZGER' i olan çocukların cinsiyetlerinin erkek/kız oranı 1,26; erkek çocuk oranı %55,8 idi. Bu alanda yapılan başka bir çalışmada erkek/kız oranı 1,4 olarak saptanmıştır (Yektaş ve Kaplan, 2017).

Sağlık kurulu başvurularının değerlendirildiği başka bir çalışmada da erkek çocuk oranının % 67,8 olduğu görülmüştür (Şahin ve ark., 2014). Benzer bir çalışmada erkek çocuk sayısının kızlardan 1,6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Başgül ve Saltık, 2012). ÇÖZGER' e geçişle birlikte sağlık kurulu raporlarının değerlendirildiği Kayhan ve Öztürk (2020) tarafından yapılan çalışmada erkek çocuk oranı %62.2; Yıldız ve Tarakçıoğlu (2020) tarafından yapılan çalışmada ise erkek çocuk oranı ise %67.3 saptanmıştır (Kayhan ve Öztürk, 2020; Yıldız ve Tarakçıoğlu, 2020). TÜİK (2010) ve DİE (2004) verisine göre ise engelli nüfus içerisinde erkek cinsiyetin oranı daha yüksektir (TÜİK, 2010; DİE, 2004). Çalışmamızdan elde edilen veriler alan yazınla uyumludur.

Mevcut çalışmada, çocukların ailelerinin hizmetlere ulaşımı ile alakalı olan kısmını içeren sorularımız aracılığıyla çocuklardaki gelişimsel problemin ilk anne tarafından mı yoksa hekim tarafından mı fark edildiğini incelediğimizde SP grubunda 5 (%62,5)' ini otizm grubunda 10 (%90,9)' unu ve konuşma bozukluğu grubunda ise 12 (%80)' sini annesi fark etmiş olup gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Mevcut çalışmada, ÇÖZGER raporu alan çocukların ilk tanıyı alma yaşı (ay) incelendiğinde SP, otizm ve konuşma bozukluğu tanı grubundaki çocukların ilk tanıyı alma yaşları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi.. Çocukların ilk tanı alma yaşı(ay), Sp tanılı çocuklar için ortalama 3,17(±5,879) ay, otizm tanılı çocuklar için ortalama 42,44(±18,460) ay, konuşma bozukluğu tanılı çocuklar içinse ortalama 51,85(±26,460) ay olup mevcut çalışmada SP grubundaki çocukların ilk tanıyı alma yaşı otizm ve konuşma bozukluğu grubundaki çocuklara göre erkendir.

Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada OSB'nin ilk semptomları fark edilmesi ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları (ÇERSH) polikliniğine başvuruları değerlendirildiğinde OSB tanı alma yaş ortalaması $4,01 \pm 1,52$ yıl olarak bulunmuştur (González ve ark., 2009). Diğer bir çalışmada ise ebeveynlerin ilk belirtilerden şüphelendikleri yaş ortalaması $1,72 \pm 1,07$ yıl, tanıyı ilk aldıkları yaş ortalamasını ise $3,23 \pm 1,37$ yıl olarak belirtmişlerdir (Martinez ve ark., 2018). Mevcut çalışmada, OSB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin gelişimsel problemi ilk fark ettiklerinde ortalama yaş $26,27 (\pm 19,085)$ aydı. Tanıyı ilk aldıkları yaş ortalaması ise $42,44 (\pm 18,460)$ aydı. Literatür ile karşılaştırıldığında elde ettiğimiz veriler literatür ile paralellik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada OSB tanısı olan çocukların 0 ila 1 yaş arasındaki özelliklerini video kayıtları ve geçmişe yönelik değerlendirmeler aracılığıyla incelediklerinde 1. aydan itibaren gelişimsel farklılıkları tespit etmişlerdir (Fein ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada genel olarak çocukların 2 ila 3 yaş arasındayken konuşma gecikmesi sebebiyle ebeveynler tarafından hekime başvuru yapılmaktadır ve okul öncesi dönemi belirtilerin fazlaca görüldüğü aralık olarak belirtmişlerdir (Volkmar ve ark., 2005). Yine erken tanı alıp davranışçı tedavi uygulanan otizmlili çocuklar 6-7 yaşlarındayken %47'sinin entellektüel kapasitesinin normal olarak belirlendiği ve normal okullara gidebildikleri bildirilmiştir (Lovaas, 1987). Bu bilgiler ışığında OSB tanısına dair belirtilerin yaşamın ilk dönemlerinde görülmesiyle beraber özellikle de 2-3 yaş arasında belirtilerin daha belirgin hale gelmesine rağmen, çalışmamızdaki OSB tanılı çocukların 4 yaş civarında tanı almaları dikkat çekicidir. Bu durum çalışmalardaki OSB tanılı çocukların etkilenme şiddeti ile ilgili olabilir.

SP grubu için de literatür incelendiğinde Boyle ve ark. inceledikleri SP grubunda 2 yaşına kadar tanı alma oranını % 35 ve 5 yaşından daha önce tanı alma oranını ise % 87 bulmuşlardır (Boyle ve ark., 1996). Hüner ve ark.'larının çalışmalarında da hastalarına tanı konma yaşı ortalama 2,63 yıl olarak hesaplanmıştır (Hüner ve ark., 2011). Yine yapılan bir çalışmada hastalarına tanı koyulma ayı ortalama $24,01 \pm 12,12$ olarak hesaplanmıştır (Yılmaz ve Yapalı, 2019) Mevcut çalışmada hastalarımızın ilk tanıyı alma yaşları (ay) ise ortalama $3,17 (\pm 5,879)$ (ay) olup bize SP grubunda tanı alma yaşının son yıllarda düşmüş olabileceğini ve erken dönem müdahale imkanını artırabileceğini düşündürmektedir.

Aile Bilgilerinin Tartışılması

Çalışmamızdaki çocukların ailelerinin akraba evliliği oranlarının, anne eğitim düzeylerinin ve baba eğitim düzeylerinin gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Ailelerin eğitim düzeyleri de o derece yüksek çıktı. Yapılan çalışmalarda Akraba evlilik oranları tüm gruplar için düşük çıkmakla beraber aynı zamanda eğitim düzeyi arttıkça akraba evliliği oranının düştüğünü belirten çalışmalar mevcut olmakla beraber Tavukçu ve ark.'nın (2008) yaptığı araştırmada da kadın öğrenim seviyesi arttıkça akraba evliliklerinin azaldığı sonucuna varılmıştır (Tavukçu ve İrgil, 2008). Hatay ve Şanlıurfa' da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Nar, 2015). Mevcut çalışmada da literatüre benzer şekilde anne ve babaların eğitim düzeyleri iyi olup akraba evlilik oranları ise düşük çıktı. Bu anlamda literatür ile benzer şekilde sonuçlar çıkmıştır.

Literatür incelendiğinde akraba evliliklerinin sağlıkla alakalı sonuçlarına bakıldığında akraba evliliği yapan toplumlarda engelli çocuğu olma riski diğerlerine göre iki kat fazla olarak belirtilmiş olup akraba evliliklerinde resesif kalıtım gösteren hastalıklarda, fiziksel ve zihinsel engelli çocuk sayısında, doğumdan önceki ve sonraki ölümler vb. artırdığı görülmüştür (Tavukçu ve İrgil, 2008; Akın, 2000; Tunçbilek ve Ulusoy, 1989). Akraba evlilik oranları tüm gruplar için düşük çıkmakla beraber bu gebelik öncesi düşük hikayesini sorguladığımızda 3 grup için de %70-80 arasında düşük hikayesi olmadığı görülmüş olup gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. Akraba evliliği oranları ile daha önce düşük hikayesi olmaması 3 grup için de literatürle uyumaktadır.

Doğum ve Sonrasına Ait Bilgilerin Tartışılması

Literatür incelendiğinde doğum eylemine müdahale yapılması maternal, neonatal morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır. (Dhai ve ark., 2011; Çapık ve ark., 2016; Pallasmaa, 2014). Sezaryene bağlı olarak preterm doğumlarda yenidoğanda karaciğer fonksiyonu bozuklukları, sindirim bozukluğu dehidratasyon, sarılık, enfeksiyon, beslenme, immatür beyin ve vücut sıcaklığı düzeni ile alakalı problemler meydana gelebilmektedir (Pallasmaa, 2014; Çağlayan ve ark., 2011). Sezaryen sonrası 28 gün ölüm, alerjik hastalıklar, çocukluk döneminde atopik egzama ve astım oranlarında artış olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda bu çocukların okul çağı döneminde de davranışsal problemler ve öğrenme açısından

risk grubunda olduğu belirtilmektedir (Demirgöz, 2017; Ercan ve ark., 2013). Mevcut çalışmada da doğum şeklinde gruplar arasında anlamlı farklılıklar olmamakla beraber SP’de 4(%50), otizmde 8(%72,7), konuşma bozukluğunda ise 10(%66,7) oranında sezaryen doğum olduğu tespit edildi. Ailelerin %55,88’i yeni doğan döneminde (ilk iki ayda) bebeğiyle ilgili herhangi bir sorun yaşadığını ve yine ailelerin %61,7 si çocuğunun bugüne kadar herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle hastane yatışı olduğunu belirttiler. Mevcut çalışmada, sezaryen doğumun yüksek oranda olmasına paralel olarak yenidoğan döneminde sağlık problemlerinin de oranının yüksek olması literatürle paralellik göstermektedir.

Sağlam Çocuk İzlemlerinin Tartışılması

Aşılı, büyümesi ve beslenmesi nerede takipli olduğunu incelediğimizde sp grubunda 7(%87,5), otizm grubunda 10(%90,9), konuşma bozukluğu grubunda ise 14(%93,3) gibi büyük oranda aile sağlık merkezinde olarak bulundu. Çalışmamızda aile sağlık merkezleri takibinde sp, otizm ve konuşma bozukluğu grubundaki çocuklarda yüksek oranda izlem ve bilgilendirmelerin yapıldığı tespit edildi.

Çocuğa yönelik yapılan takipleri incelediğimizde gruplar arasında anlamlı farklılıklar olmamasıyla beraber boy, kilo ve baş çevresi takibinin bütün çocuklara uygulandığı yalnız beceriye yönelik takiplerin yapılma oranlarının daha düşük olduğu tespit edildi. Otizm ve konuşma bozukluklarının tanılmasında fiziksel özelliklerden ziyade davranış ve sosyal gelişimsel farklılıkların daha belirleyici olmasına rağmen otizm grubunda 6(%54,5)’sının ve konuşma grubunda ise 7(%46,7)’sinin bilişsel beceri takibinin yapılmamış olması, sosyal beceri takibinde de otizm grubunda 6(%54,5) ‘sının, konuşma grubunda ise 6(%40)’sının takibinin yapılmamış olması yine benzer şekilde konuşma beceri takibinin de yapılmamış olması bu alanlarda erken teşhisin önüne geçmiş olabilir. Otizm ve konuşma bozukluğu tanılı çocuklarda erken müdahalenin etkinliğinin önem arz ettiği bu alanda çalışan profesyonellerce vurgulandığından dolayı bu alandaki takiplere yönelik çalışmaların yapılması, incelenmesi ve düzenli aralıklarla devam edilmesi erken teşhis açısından önem arz etmektedir.

Yapılan takiplerin sayısal veriler içeren kısımlarının yüksek oranda yapılmasına rağmen sosyal, bilişsel ve konuşma gibi alanlardaki gelişimsel değerlendirmelerde bu oranın düşmesi takip yapılan merkezlerde, ilgili alanlarda değerlendirme yapma yetkisi

olan sağlık uzmanlarının yetersiz kalması, gerekli sağlık uzmanının olmaması veya yoğunluktan dolayı bu alanda takiplerin yapılamadığını düşündürmektedir.

Literatüre bakıldığında da Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP)'nin yürüttüğü bir araştırmada, standardize edilmiş tarama yöntemlerinin birinci sırada genel olarak uygulamada kullanılmamasının muhtemel engelleri tanımlanmıştır. Klinisyenlerin belirttiği en sık engeller, yeteri kadar zaman ve maliyetin olmamasıdır. Diğer nedenlerse; tarama testinin bilinmiyor olması ve testi uygulayacak elemanın yokluğu, vs.dir (Sices ve ark., 2003)

Muayene ve Önerilerin Tartışılması

Gelişimsel gerilik ile ilgili kanıtlar baz alınıp uzun dönemde ortaya çıkan sonuçların tersine çevrilmesi için ilk olarak okul öncesi çocuklarının gelişimsel taranmasının önemine değinilmiştir. Bu yaklaşım, Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP)'nin çocukların standardize edilen tarama araçları aracılığıyla 9, 18 ve 30. aylarda aralıklı bir şekilde gelişim değerlendirmelerini içeren yeni kılavuzunda yansıtılmıştır. Maalesef kılavuzda bulunanlar ile günlük pratikte uygulamalar arasında tutarsızlık mevcuttur (Limboş ve Joyce, 2011). Mevcut çalışmada da çocuk muayene ve önerilerine yönelik verilerimizde gruplar arasında farklılıklar olmamasıyla beraber literatüre paralel olarak sağlıklı çocuk muayenelerinde gelişim tarama ölçeği kullanımını incelediğimizde Sp'li olguların 3(%37,5)' ine , otizm grubunun 3(%27,3) ine ve konuşma grubunun ise 4(%26,7) sine gelişim tarama ölçeği kullanıldığı tespit edildi. Bu verilere dair çalışmalar gelişme geriliğinin erken dönemde belirlenmesi, önüne geçilmesi ve rehabilitasyon programlarına ulaşma sonucu davranışsal, bilişsel, akademik ve uyum fonksiyonlarında gelişim kaydedilmesini sağlayabileceği için önem arz etmektedir.

Sağlıklı çocuk muayenelerini incelediğimizde doktor, hemşire veya ebe çocuğun gelişimini nasıl destekleyecekleri konusunda genel anlamda ebeveynlere önerilerde bulunduğu tespit edildi. Emzirme hakkında danışmanlık genel anlamda; göbük bakımı, bebek bakımı, el yıkama hakkında danışmanlık genel olarak verildiği tespit edildi. Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil vs.) hakkında danışmanlık da genel anlamda verildiği tespit edildi. Yalnız aile planlaması hakkında danışmanlık verilme durumunu incelediğimizde SP grubundaki çocukların 6(%75)' sına, Otizm grubundakilerin 6(%54,5)' sına ve konuşma bozukluğu grubundakilerin ise 8(%53,3)' ine danışmanlık verilmediği tespit edildi.

İzlemler ve GİDR' nin Tartışılması

Çalışmamızda ailelerin çocuk izlemlerine (15 günlük, 41 günlük, 2 aylık, 3 aylık, 4 aylık, 6 aylık, 9 aylık, 12 aylık) gitme durumunu incelediğimizde verilerin gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmamasıyla beraber SP grubundaki vakaların gittikleri izlemlerin ortalaması 6,25 ($\pm 2,276$) iken otizm vakalarında 5,6 ($\pm 3,273$) ve konuşma bozukluğu vaka grubunda ise ortalama 7,67 ($\pm 1,047$) idi. Literatürle benzer bir şekilde mevcut çalışmada OSB tanısı olan çocukların ebeveynlerinin gelişimsel problemi ilk fark ettiklerinde ortalama ayı 26,27 ($\pm 19,085$) (ay) idi. Tanıyı ilk aldıkları ay ortalaması ise 42,44 ($\pm 18,460$) (ay) olarak bulundu. Bu veriler otizm gibi fiziksel belirteçlerden ziyade davranış ve sosyal etkenlerin ön planda olduğu için ve bu becerilerin ileriki dönemlerde gelişmesi beklendiği için aileler gelişim geriliğinden şüphelenmemiş olabilir. Bu sebeple de rutin kontrol ve izlemlere dahi gitme ihtiyacı görmemiş olabileceğini düşündürmektedir. Bu anlamda ailelere izlemlere gitmeleri gerektiği ile alakalı ASM' leri tarafından teşvikler yapılabilir ve takip ve izlemlerin yapılmasına yönelik farkındalıklar oluşturulmasına ihtiyaç olabilir.

Mevcut çalışmada, izlemlerin ne kadar sürdüğüne dair topladığımız verilerde SP, Otizm ve Konuşma Bozukluğu tanılı çocukların ailelerinin vermiş olduğu bilgiler arasında anlamlı bir farklılık yoktu. İzlemlerin SP grubunda ortalama 17 ($\pm 8,367$) dk., Otizm grubunda 12,22 ($\pm 6,180$) dk. ve konuşma bozukluğu grubunda 15,23 ($\pm 6,547$) dk. sürdüğü tespit edildi. Bu süre izlemlerde GİDR' nin de uygulanması gerektiğini düşünecek olursak yeterli bir süre değildir. GİDR' nin "izleme" bileşeni her gelişim alanıyla ilgili yapılandırılmış açık uçlu sorular barındıran 10 dakika süren bir bölümdür (Gülümser, 2019). GİDR' nin diğer bölümlerini ve izlem sırasındaki genel kontrolleri düşünecek olursak izlemler için ayrılan sürenin az olduğunu düşünmekteyiz. Bu durum bize ilgili merkezlerde yoğunluk olabileceğini veya izlemlerle yönelik hekimlerin bir hasta için ayrılan vaktinin uzatılması faydalı olabilir.

Mevcut çalışmada, 15 günlük, 41. Gün ve 2 aylık izlemlerindeki GİDR kullanımını incelediğimizde kullanılma oranları SP grubunda 2 (%28,6), otizm grubunda 4 (%40) ve konuşma bozukluğu grubunda ise 7 (%46,7) idi ve gruplar arasında anlamlı farklılıklar yoktu. Mevcut çalışmada, tespit ettiğimiz üzere kontroller sırasında boy, kilo ve baş çevresi takiplerinin çocukların tamamına yapılmasına rağmen GİDR' nin düşük oranlarda yapılmış olması bizleri GİDR' nin açık uçlu sorularla aile ile yapılan bir değerlendirme aracı olmasından dolayı merkezlerin takipte kolay yolu seçmiş olabileceğini veya GİDR'

nin kullanımını hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmayabileceklerini düşündürmektedir. Bir diğer sebep ise GİDR gibi gelişimsel araçları kullanabilecek yetkinliğe sahip ilgili uzmanların merkezlerde az olması da olabilir. Konu ile alakalı literatür incelendiğinde odak merkezi çocukların gelişimleri olan çocuk gelişimciler 0 ila 18 yaş arası çocuk ve ebeveynleri ile çalışmalar yürütmektedirler. Ülkemizde 2019'da doğan bebeklerin, sağlık kurumlarındaki mevcut çocuk gelişimciler tarafından gelişim taramasının yapılacağını ve çocuk gelişimi uzmanlarının hepsinin birinci basamak sağlık kurumlarında çalıştığı düşünülecek olursa, her bir çocuk gelişim için yaklaşık 1.866 bebek düşmektedir. (Keskin, 2021) Dolayısı ile hali hazırda sağlık profesyonellerinin yetersiz sayıda oluşu ve dağılımın dengeli olmayışı bu hizmetin de kalitesini ve uygulanabilirliğini etkilemektedir.

GİDR, 3 ana bölümden oluşmakta ve birincisi olan izlem bölümünde Gelişimsel gecikmeler belirlenirse, çocuğa ve ebeveyne ait biyopsikososyal riskler belirlenmesi, özellikle gecikme alanları olmak üzere genel gelişiminin desteklenmesini içermektedir. İkinci bölümü ise aile ve çocuk risklerinin belirlendiği ve bu risklerin nasıl desteklenmesi gerektiğine yönelik planların aile ile beraber yapıldığı “Destekleme” bileşenini bulundurmaktadır. Üçüncü bölüm, aile merkezli ve toplum temelli erken müdahale programlarının özel gereksinimi olan çocuklara uygulanmasını içeren, DSÖ İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (WHO International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) sisteminin basitleştirilmiş versiyonunu içeren “Erken Müdahale/Girişim” bileşenidir. (Gülümser, 2019) GİDR uygun yeterlilikte psikometrik ve uygulama kriterini sağlayan araç olarak belirlenmiştir ve birçok ülkede uygulanmaktadır (Fischer ve ark., 2014; Boggs ve ark., 2019). Tüm bu literatür bilgileri ışığında erken risklerin belirlenmesi, buna yönelik planlamaların yapılması ve ailenin iş birliği içerisinde desteklenip erken müdahale programlarına yönlendirilmesi açısından önemli olan GİDR' nin yapılma oranlarının oldukça düşük olması tanının erken tespitini ve ailelerin destek sürecine başlamasını zorlaştıracaklarını düşünmekteyiz. Ayrıca gelişimin daha hızlı olduğu erken dönemlerde alınamayan desteklerden ötürü ileriki dönemlerde tedavi etkinliği daha az olabilecektir.

Yaşanılan Problemler ve Hizmete Ulaşım Sürelerinin Tartışılması

Çocukların gelişimsel problemlerinin fark edildiğindeki yaşını (ay) incelediğimizde Sp grubunun ortalaması 2,29 ($\pm 3,302$) ay, otizm grubunun ortalaması 26,27 ($\pm 19,085$) ve

konuşma bozukluğu grubunun ortalaması ise 33,57 ($\pm 19,437$) ay olup gruplar arasında anlamlı farklılıklar mevcuttu. Daha önce de belirttiğimiz üzere hekimlerden ziyade ailenin ilk fark eden kişi olduğunu da göz önünde bulundurursak ailelerin SP grubunda daha erken fark etmiş olması fiziksel ve gözle görünebilecek durumların fark edilmesinden kaynaklı olabilir. Otizm ve konuşma bozukluğu grubunda daha sosyal ve bilişsel beceriler ön planda ve ileriki dönemlerde kendini gösterdiği için aileler daha geç dönemlerde fark etmiş olabilirler. Yine de 36 aya kadar izlemleri de incelediğimiz bu çalışmada GİDR' nin de izlemler sırasında az uygulandığını göz önünde bulundurursak gelişimsel problemin fark edilmesi hususunda ilgili profesyonellerin de olumsuz etkisi olmuş olabilir. Gelişimsel problemin en erken sürede fark edilmesi erken tanı ve müdahale uygulamaları açısından önem arz ettiğinden bu hususta gerekli çalışmaların yapılması ve izlemlerin daha kontrollü hale gelmesi gerekmektedir.

Ebeveynlerin çocuklarındaki gelişimsel sorunu öğrendikten ne kadar süre (gün) sonra ÇÖZGER' i öğrendiği araştırıldığında SP grubunda 240 ($\pm 251,595$) gün olarak, otizm grubunda 80 ($\pm 123,288$) gün ve konuşma bozukluğu grubunda ise 172,47 ($\pm 367,232$) gün olarak tespit edilmiş olup gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Problemin öğrenilmesi ile ÇÖZGER' i öğrenmeleri arasındaki sürenin bu kadar fazla olmasının nedenleri arasında ailelerin kabullenmede zorluk yaşayıp sürecin devamında ne yapılması gerektiğini araştırmamaları veya yakınları tarafından bir şey olmaz yakında geçer gibi söylemlere maruz kalmaları veya öyle düşünmeleri gibi sebeplerden ötürü olabilir. Konu ile alakalı literatür incelendiğinde aileler bekledikleri mükemmel çocuğa sahip olamama karşısında yaşadıkları şok, kabullenememe, depresyona girme gibi tepkiler verebilmektedir (Özgür, 2004). ÇÖZGER'i geç öğrenmelerinin diğer bir sebebi gittikleri sağlık merkezlerince gerekli ve yeterli yönlendirmelerin yapılamamış olması olabilir. Bu yönlendirmelerin yapılamama sebebi ise konu ile alakalı uzmanların sahada az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Mevcut çalışmada, ÇÖZGER'i öğrendikten ne kadar süre (ay) sonra rapor alabildiklerini incelediğimizde SP grubunda 2,29 ($\pm 1,799$) ay, otizm grubunda 3,36 ($\pm 3,355$) ay ve konuşma bozukluğu grubunda ise 4,07 ($\pm 4,847$) ay olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Ardından, "Çözger için ilk hekimin görmesiyle raporu alma arasında ne kadar gün geçtiğini incelediğimizde SP grubunda 25,17 ($\pm 9,218$) gün, otizm grubunda 86,20 ($\pm 111,04$) gün ve konuşma bozukluğu grubunda ise 89,4 ($\pm 88,652$) gün olup gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. SP grubunda ilk hekimin görmesi ile

ÇÖZGER' in alınması arasındaki geçen süre kılavuzda belirtilen 30 günlük süreye yakın olup beklenildiği gibidir. Yalnız diğer tanı gruplarında süreci maalesef biraz daha uzun sürdüğü söylenebilir. İki soruya ait verilerimizi de incelediğimizde 1. verimiz ile 2. verimiz arasındaki gün farkı ortalama 1 ay olup bizlere ÇÖZGER' in öğrenilmesi ile ilk defa ÇÖZGER hekiminin görmesi arasındaki süreyi vermektedir. Bu sürenin bu kadar uzun olması bizlere rapor alma sürecindeki aksaklıkların olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin hastaneye ulaşımında zorluk, çocuğu ile hastaneye gitme imkanı olmaması veya randevularda yoğunluk olması gibi etkenler olabilir. Aile ilk başlarda raporsuz olarak kendi imkanlarıyla destek almayı veya çocuğuna bir tanı konmasının ilerde karşısına çıkabileceği düşüncesiyle çocuğuna rapor almak istememiş olabilir.

Mevcut çalışmada, ÇÖZGER' in kaç yıllık süre için verildiğini araştırdığımızda SP grubundakilerin ortalama 1,625 ($\pm 0,51755$) yıl süreliğine, otizm grubundakilerin ortalama 1,4545 ($\pm 0,52223$) yıl süreliğine ve konuşma bozuklukları grubundakilerin ise ortalama 0,97 ($\pm 0,38163$) yıl süreliğine raporlarını aldıklarını tespit etmiş olup grupların verileri arasında anlamlı farklılık yoktu.

Mevcut çalışmada ailelerin ÇÖZGER ile RAM raporu almaları arasındaki geçen süreyi incelediğimizde SP grubunda ortalama 11 ($\pm 13,552$) gün, Otizm grubunda ortalama 20,1 ($\pm 15,481$) gün ve konuşma bozukluğu grubunda ise ortalama 7,67 ($\pm 6,966$) gün olarak bulundu. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Ram raporlarının ÇÖZGER' e kıyasla daha erken çıkması nispeten sevindirici olmakla beraber ortalama 15-20 günlük vaktin geçmesini ise erken müdahalenin sekteye uğraması açısından olumsuz bir durum olabilir. Buradaki süreyi ÇÖZGER' den hemen sonra RAM raporuna başvurmaması, RAM'dan hızlıca randevu alamamış olması veya süreçle alakalı yeteri kadar bilgisinin olmaması gibi etkenler etkilemiş olabilir.

Mevcut çalışmada, Özel Eğitim Merkezi' inden destek alanların RAM' a başvurduktan ne kadar süre (gün) sonra eğitimlere başladıklarını sorduğumuzda SP grubu ortalama 13,63 ($\pm 19,471$) gün, otizm grubu ortalama 18,73 ($\pm 53,696$) gün ve konuşma bozukluğu grubu ise ortalama 17,27 ($\pm 28,494$) gün olarak belirtmiş olup gruplar arası anlamlı farklılıklar yoktu. Gelişimsel problemin ilk tespiti ile ÖER' a başlama arasında geçen süre SP grubu için ortalama 333,33 gün, otizm grubu için ortalama 219,63 gün ve konuşma bozukluğu grubu için ise 319,51 gün olarak tespit edilmiş olup süreç içerisindeki süre kayıpları aile, çevre veya hizmet sağlayıcıları sebebiyle olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Özel gereksinimli çocukların sağlık kurul raporu (ÇÖZGER) alım sürecini incelediğimiz bu çalışmada elde edilen veriler ve ortaya çıkan sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Ebeveynler çocuklarındaki gelişimsel problemi ilk fark ettiklerinde SP grubundaki çocuklar ortalama 2,29 ($\pm 3,302$) aylık, otizm grubundaki çocuklar ortalama 26,27 ($\pm 19,085$) aylık ve konuşma bozukluğu grubundaki çocuklar ise ortalama 33,57 ($\pm 19,437$) aylık gruplar arasında anlamlı fark olup SP grubundaki özel gereksinimli çocukların gelişimsel problemi daha erken fark edilmektedir.
- Özel gereksinimli çocukların gelişimsel problemlerini ilk fark edenlerin yüksek oranda anneler olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda OSB tanısı olan çocuklar ebeveynlerinin gelişimsel problemi ilk fark ettiklerinde ortalama ayı 26,27 ($\pm 19,085$) (ay) idi. Tanıyı ilk aldıkları ay ortalaması ise 42,44 ($\pm 18,460$) aydır. Gelişimsel problemin ilk fark edilmesi ile tanı alma arasında geçen süre 16 aydır.
- Konuşma bozukluğu tanı grubunda yer alan özel gereksinimli çocukların problemin ilk fark edildiğindeki ortalama ayı 33,57 ($\pm 19,437$) aylık ve tanıyı ilk aldıkları yaş (ay) ise 51,85 ($\pm 26,460$) aydır. Gelişimsel problemin fark edilmesi ile ilk tanının koyulması arasındaki geçen süre 18 aydır.
- SP tanı grubunda yer alan özel gereksinimli çocukların problemin ilk fark edildiğindeki ortalama ayı 2,29 ($\pm 3,302$) aylık ve tanıyı ilk aldıkları yaş (ay) ise 3,17 ($\pm 5,879$) aydır. Gelişimsel problemin fark edilmesi ile ilk tanının koyulması arasındaki geçen süre yaklaşık 1 aydır.
- Çalışmamıza katılan çocukların çoğunun sezaryen doğum ile dünyaya gelmesiyle paralel olarak ailelerin %55,88'i yeni doğan döneminde (ilk iki ayda) bebeğiyle ilgili herhangi bir sorun yaşadığı ve yine ailelerin %61,7 sinin çocuğunun bugüne kadar herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle hastane yatışı vardı.
- Çocukların aşıları, büyümesi ve beslenmesinin takibi büyük oranda aile sağlık merkezinde yapılmaktadır.
- Boy, kilo ve baş çevresi gibi takiplerinin bütün çocuklara uygulandığı görüldü. Bunun yanı sıra beceriye yönelik takiplerin yapılma oranı ise şu şekildedir:

Sosyal gelişim beceri takibinde, SP tanıli çocuklarda 7(%87,5), Otizm tanıli çocuklarda 5(%45,5) ve konuşma bozukluğu tanıli çocuklarda 9(%60) oranında yapılmaktadır.

Bilişsel becerilerin takibinde: SP tanıli çocuklarda 7(%87,5), Otizm tanıli çocuklarda 5(%45,5) ve konuşma bozukluğu tanıli çocuklarda 8(%53,3) oranında yapılmaktadır.

Konuşma becerilerinin takibinde: SP tanıli çocuklarda 6(%75), Otizm tanıli çocuklarda 7(%63,6) ve konuşma bozukluğu tanıli çocuklarda 10(%66,7) oranında yapılmaktadır.

- Otizm ve konuşma bozuklukları gruplarında bilişsel ve sosyal beceri takipleri SP tanıli çocuklara göre düşüktür.
- Sağlıklı çocuk muayenelerinde gelişim tarama ölçeği kullanım oranı SP' de 3(%37,5), otizmde 3(%27,3) ve konuşma bozukluğunda 4(%26,7) olarak bulunmuş olup oranları düşüktür.
- Ailelerin izlemlere (15 günlük 41 günlük 2 aylık 3 aylık 4 aylık 6 aylık 9 aylık 12 aylık) gitme durumuna bakıldığında SP grubunun ortalama 6,25(\pm 2,276)'sına gitmişken ,otizm grubunun 5,6(\pm 3,273)' ine ve konuşma bozukluğu grubunun ise 7,67(\pm 1,047)'sine gidildiği bulunmuştur.
- Ailelerin gidebildikleri izlemlerin süreleri SP grubunda ortalama 17(\pm 8,367) dk. Otizm grubunda ortalama 12,22(\pm 6,180) dk. Konuşma bozukluğu grubunda ortalama 15,23(\pm 6,547) dk. olarak bulunmuştur.
- Gidilen 15 günlük,41. Gün ve 2 aylık izlemlerde GİDR kullanılarak değerlendirme yapılma oranları SP grubunda 2(%28,6), otizm grubunda 4(%40) ve konuşma bozukluğu grubunda ise 7(%46,7) olup düşük oranlarda kullanılmaktadır.
- Gidilen 6,9 ve 12. Ay izlemlerde GİDR kullanılarak değerlendirme yapılma oranları SP grubunda 4(%57,1), otizm grubunda 4(%40) ve konuşma bozukluğu grubunda ise 8(%53,3) olup SP grubundaki çocuklara kullanılma oranı diğerlerine göre nispeten yüksektir.
- Gidilen 13-36 ay arası GİDR kullanılarak değerlendirme yapılma oranları SP grubunda 3(%42,9), otizm grubunda 3(%30) ve konuşma bozukluğu grubunda ise 9(%60) olup konuşma bozukluğu grubundaki çocuklara kullanılma oranı diğerlerine göre yüksektir.

- Ebeveynlerin çocuklarındaki gelişimsel sorunu öğrenmesi ile ÇÖZGER' i öğrenmesi arası geçen süre (gün) Sp grubunda 240(±251,595) gün, otizm grubunda 80(±123,288) gün ve konuşma bozukluğu grubunda ise 172,47(±367,232) gündür.
- Ebeveynlerin ÇÖZGER'i öğrenmesi ile rapor alabilmeleri arasında geçen süre(ay) SP grubunda 2,29(±1,799) ay, otizm grubunda 3,36(±3,355) ay ve konuşma bozukluğu grubunda ise 4,07(±4,847) aydır.
- ÇÖZGER için ilk hekimin görmesiyle raporu alma arasında geçen süre(gün) SP grubunda 25,17(±9,218) gün, otizm grubunda 86,20(±111,04) gün ve konuşma bozukluğu grubunda ise 89,4(±88,652) gündür.
- ÇÖZGER ile RAM raporu almaları arası geçen süre(gün) SP grubunda ortalama 11(±13,552) gün, Otizm grubunda ortalama 20,1(±15,481) gün ve konuşma bozukluğu grubunda ise ortalama 7,67(±6,966) gündür.
- RAM' a başvuru ile Özel Eğitim Merkezi' inden destek alınmaya başlanması arası geçen süre(gün) SP grubunda ortalama 13,63(±19,471) gün, otizm grubunda ortalama 18,73(±53,696) gün ve konuşma bozukluğu grubu ise ortalama 17,27(±28,494) gündür.
- Gelişimsel problemin ilk tespiti ile ÖER' a başlama arasında geçen süre SP grubu için ortalama 333,33 gün, otizm grubu için ortalama 219,63 gün ve konuşma bozukluğu grubu için ise 319,51 gündür.

Özel gereksinimli çocukların sağlık kurul raporu (Çözger) alım sürecini incelediğimiz bu çalışmada elde edilen veriler doğrultusundaki öneriler ise aşağıdaki gibidir.

- İlk tanı için önemli olan gelişimsel problemin erken fark edilebilmesi için ebeveynlere yönelik sağlıklı çocuk gelişimine dair bilgilendirme ve bilinçlendirmeler merkezlerce yapılabilir.
- Rutin kontroller sırasında boy ve kilo gibi takipler gibi sosyal ve bilişsel takipleri de sıkça yapılabilir.
- Sağlıklı çocuk muayene süresini artırmak için hekimlerin her hasta için ayırabileceği vaktin uzatılabilmesine yönelik düzenlemeler yapılabilir.

- İlgili merkezlerce yapılan izlemler sırasında GİDR kullanımını artırabilmek için bu alanda yetkili sağlık profesyonellerinin (Çocuk Gelişim Uzmanı gibi) sahada sayılarının artması sağlanabilir.
- İzlem yapılan merkezlerde GİDR kullanımını teşvik etmek için kurum içi eğitim ve seminerler verilebilir ve GİDR kullanımının erken tanı ve müdahale için önemine değinilebilir.
- Ebeveynlere çocuklarındaki gelişimsel problemi fark ettikten sonraki süreçlerde (İlk hekimin görmesi, ilk defa tanının konması, ÇÖZGER' den haberdar olması, ÇÖZGER alıp RAM'a başvurması, RAM sonrası Özel Eğitim Merkezlerine başlaması) vakit kayıplarının önlenmesi için bilgi ve yönlendirmeler ilgili merkezlerce yapılabilir.
- Her bir süreç için vakit kayıplarının sebepleri tespit edilmelidir. Aile kaynaklı ise (örn: gelişimsel problemi geçer diye beklemesi, çocuğuna tanı konulmasını istememesi vb) buna yönelik danışmanlıklar verilebilir. Eğer ilgili merkezlerin işleyiş ve süreleri ile alakalı ise (örn: Randevu yoğunluğu, rapor çıkarma işleminin uzunluğu, ilgili merkezlerin az olması vb.) buna yönelik gerekli tedbir ve uygulamalar devreye alınabilir.

KAYNAKLAR

- Acarlar, F. (1995). Türkçe Kazanımında Kullanılan Fonolojik Süreçlerin İncelenmesi Ve Fonolojik Bozukluğu Olan Çocuklardaki Süreçlerle Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://Tez.Yok.Gov.Tr/Ulusaltezmerkezi/SayfasındanErişilmiştir>. (Tez Numarası 40198).
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Ulusal Eylem Planı (2016-2019). Ankara; 2016.
- Akın G. Denizli Kırsal Kesiminde Akraba Evliliği Ve Bunu Etkileyen Faktörler. Ankara Üniversitesi Dil Ve Tarih- Coğrafya Fakültesi Dergisi 2000;40(3- 4):67-80.
- Akman, I., & Hafızoglu, N. E. (2018). Early diagnosis and follow-up principles in high-risk infants in terms of neurodevelopmental problems.
- American Collage Of Obstetricians And Gynecology. (2013). Hipertension İn Pregnancy. Report Of The American College Of Obstetricians And Gyneologists' Task Force On Hypertension İn Pregnancy.Acog.
- Anlar B., Bayoğlu B. Yalaz K. Denver Iı Gelişimsel Tarama Testi “Türk Çocuklarına Uyarlanması Ve Standardizasyonu”. Ankara, 2009.5-6
- Apa, (2013). Dsm 5. American Psychiatric Association.
- Ataman A. Özel Gereksinimli Çocuklar Ve Özel Eğitime Giriş. Ankara: Gündüz Eğitim Ve Yayıncılık, 2003.
- Aydın, A. (2008). Otizmde İlk Adım (2. Baskı). İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Balat, G. U. (2010). İlköğretime Başlayan Çocukların Anne Babalarının Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Okul Öncesi Eğitimden Yararlanma Düzeylerine Göre İncelenmesi. Eğitim Ve Bilim, 32(143).
- Basic Of The Early Intervention Process Under Part C Of Idea (N.D.). Erişim: 15.07.2013, [Http://Nichey.Org/Wp-Content/Uploads/Docs/Legacy/Partc/Handout1.Pdf](http://Nichey.Org/Wp-Content/Uploads/Docs/Legacy/Partc/Handout1.Pdf)
- Başgül Şs, Saltık S. Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi-Özürlü Çocuk Heyeti'nin 2010 Yılı Verileri. Göztepe Tıp Derg 2012;27:45-49.
- Belgin E. (2003). İşitme Kayıpları. Akyol U. (Ed.), Pediatrik Kulak Burun Boğaz Hastalıkları İçinde (1. Baskı, Ss. 31-34). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Blackman, J. A. (2002). Early İntervention: A Global Perspective. Infants&Young Children, 15(2), 11-19.
- Boggs D, Milner Km, Chandna J, Black M, Cavallera V, Dua T, Fink G, Kc A, Grantham-Mcgregor S, Hamadanı J, Hughes R, Manji K, Mccoy Dc, Tann C, Lawn Je (2019). Rating Early Childhood Development Outcome Measurement Tools For Routine Health Programme Use. Arch Dis Child. 2019 Apr;104 (Suppl 1): S22-S33.
- Boyle, C. A., Yeargin-Allsopp, M., Doernberg, N. S., Holmgreen, P., Murphy, C. C., & Schendel, D. E. (1996). Prevalence Of Selected Developmental Disabilities İn Children 3-10 Years Of Age: The

- Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Surveillance Program, 1991. MMWR CDC Surveill Summ, 45(2), 1-14.
- Brewer Ej Jr, Mcpherson M, Magrab Pr, Hutchins Vl (1989). Family- Centered, Community-Based, Coordinated Care For Children With Special Health Care Needs. Pediatrics; 83(6):1055-60.
- Bricker D., Squires J., Kaminski R., Mounts L. The Validity, Reliability, And Cost Of A Parent-Completed Questionnaire System To Evaluate At-Risk Infants. J Pediatr Psychol 1988 Mar;13(1):55-68
- Bright Futures Steering Committee (2006). Identifying Infants And Young Children With
- Bronfenbrenner U, Ceci Sj (1994). Nature-Nurture Reconceptualized In Developmental Perspective: A Bioecological Model. Psychol Rev. 101(4):568-86.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006 Bas.).The Bioecological Model Of Human Development Handbook Of Child Psychology (Pdf) Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Brown, S. E. Ve Guralnick, M. J. (2012). International Human Rights To Early Intervention For Infants And Young Children With Disabilities: Tools For Global Advocacy. Infants&Young Children, 25(4), 270-285.
- Bruder, M. B. (2010). Early Childhood Intervention: Promise To Children And Families For Their Future. Exceptional Children, 76(3), 339-355.
- Can, G. (2011). Çocuk Gelişimi Kuramları II. E. Ceyhan (Ed.), Erken Çocukluk Döneminde Gelişim-1 İçinde (S. 69-90). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, & Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. Pediatrics, 118(1), 405-420.
- Çapık A, Sakar T, Yıldırım N, Karabacak K, Korkut M. Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 19(2): 92-99.
- Çiftçi, E. (2009). İşitme Engelli Öğrenciler İçin Hazırlanan Bilgisayar Destekli Yazılı Anlatım Becerisi Geliştirme Materyalinin Tasarımı, Uygulanması Ve Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi'nden Edinilmiştir. (Tez No. 238459).
- Demirgöz Bal M. Doğum Eylemine Yönelik Girişimler. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S, Editörler. Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2017; S.277-308.
- Devlet İstatistik Enstitüsü/Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 (İkinci Baskı). Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 2009.
- Dhai A, Gardner J, Guidozi Y, Howarth G, Vorster M. Vaginal Deliveries: Is There A Need For Documented Consent?. South African Medical Journal 2011; 101(1): 20-22.
- Diken, Ö. (2010). İletişim Becerilerinin Desteklenmesi. İlköğretimde Kaynaştırmanın İçinde. Ed: Diken, H. İ. Ankara: Pegem Akademi.
- Dikici Sığırtmaç, A., & Deretarla Gül, E. (2010). Okul Öncesinde Özel Eğitim. Ankara: Vize

- Ercan Ö, Alay İ, Dede Fs. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde 2006-2010 Yılları Arasındaki Sezaryen Endikasyonu Ve Oranlarının Değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2013; 5(2): 57-60.
- Erdiller, Z. B. (2010). Erken Çocukluk Eğitiminde Temel Kuram Ve Yaklaşımlar. İ.H. Diken (Ed.), Erken Çocukluk Eğitimi İçinde (S. 56-92). Ankara: Pegem Akademi.
- Eripek, S. (2005). Özel Gereksinimi Olan Çocuklar Ve Özel Eğitim. Özel Eğitim İçinde (S. 1-6). Ed: Eripek, S. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Ertem Io (2017). The International Guide For Monitoring Child Development: Enabling Individualised Interventions. <https://Bernardvanleer.Org/Ecm-Article/International-Guidemonitoring-Child-Development-Enabling-Individualisedinterventions/> (Accessed Dec 20, 2017).
- Ertem Io, Atay G, Bingoler Be, Dogan Dg, Bayhan A, Sarıca D (2006). Promoting Child Development At Sick-Child Visits: A Controlled Trial. *Pediatrics*; 118: E124–31.
- Ertem Io, Dogan Dg, Gok Cg Et Al (2008). A Guide; For Monitoring Child Development In Low- And Middle-Income Countries. *Pediatrics* 121: E581–589.
- Ertem Io, Krishnamurthy V, Mulaudzi Mc, Sguassero Y, Balta H, Gulumser O, Bılık B, Srinivasan R, Johnson B, Gan G, Calvocoressi L, Shabanova V, Forsyth Bwc (2018). Similarities And Differences In Child Development From Birth To Age 3 Years By Sex And Across Four Countries: A Cross-Sectional, Observational Study. *Lancet Glob Health*; 6(3):E279-E291
- Ertem Io, Pekcici Eb, Gok Cg, Ozbas S, Ozcebe H, Beyazova U (2009). Addressing Early Childhood Development In Primary Health Care: Experience From A Middle-Income Country. *J Dev Behav Pediatr*; 30: 319–26.
- Espe-Sherwindt M. Family-Centred Practice: Collaboration, Competency And Evidence. Support For Learning. 2008;23(3):136-143.
- European Commission (1992) Recommendation 1185 On Rehabilitation Policies For The Disabled. Erişim Tarihi: 15 Ağustos 2015 Erişim Adresi: <http://Eyh.Aile.Gov.Tr/Data/5425600f369dc314a097ec23/1992/Recommendation1185rehpoliciesdisabled.Doc>
- Fein D, Helt M, Brennan L, Barton M. The Activity Kit For Babies And Toddlers At Risk: How To Use Everyday Routines To Build Social And Communication Skills. The Activity Kit For Babies And Toddlers At Risk: How To Use Everyday Routines To Build Social And Communication Skills. 2016.
- Fischer Vj, Morris J, Martines J (2014). Developmental Screening Tools: Feasibility Of Use At Primary Healthcare Level In Low- And Middle-Income Settings. *J Health Popul Nutr*. 2014 Jun;32(2):314-26.
- Gardiner, H. W., Mutter, J. D., And Kosmitzki, C. (1998). *Lives Across Cultures*. Massachusetts: Allyn And Bacon.
- Gazete, R. (2019). Çocuklar için özel gereksinim değerlendirmesi hakkında yönetmelik. Tarih, 20, 2019.
- González Mc, Vásquez M, Hernández-Chávez M. Autism Spectrum Disorder: Clinical Diagnosis And Ados Test. *Revista Chilena De Pediatría* 2009; 90(5): 485-91.
- Gülây, H., & Önder, A. (2011). Annelerin Tutumlarına Göre 5-6 Yaş Çocuklarının Sosyaldüygusal Uyum Düzeyleri. *Celal Bayar Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 89-105.

- Gülümser, Ö. (2019). Çocukları 0-42 Aylık Olan Annelerde Depresyon Sıklığı Ve Anne Depresyonunun Çocukların Gelişimleri Üzerine Etkisi (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Halfon N, Houtrow A, Larson K, Newacheck Pw (2012). The Changing Landscape Of Disability İn Childhood. *The Future Of Children*, 22(1), 13-42.
- Hanson M.J., & Hanline M.F. (1994). Parenting A Child With A Disabilities: A Longitudinal Sruy Of Parental Stress And Adaptation. *Journal Of Early Intervent*, 14, 234-248
- [Https://Orgm.Meb.Gov.Tr/Meb_İys_Dosyalar/2018_01/17234231_Ram_Kilavuzu_2018.Pdf](https://Orgm.Meb.Gov.Tr/Meb_İys_Dosyalar/2018_01/17234231_Ram_Kilavuzu_2018.Pdf)
- [Https://Orgm.Meb.Gov.Tr/Meb_İys_Dosyalar/2020_08/31230315_Ram_Yonergesy.Pdf](https://Orgm.Meb.Gov.Tr/Meb_İys_Dosyalar/2020_08/31230315_Ram_Yonergesy.Pdf)
- [Https://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2013/03/20130330-4.Htm](https://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2013/03/20130330-4.Htm) 10.02.2022 Tarihinde Erişilmiştir.
- [Https://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2019/02/20190220-1-1.Pdf](https://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2019/02/20190220-1-1.Pdf) 02.07.2020 Tarihinde Erişilmiştir.
- Hüner, B., Özgüzel, H., Aydoğan, A. R., & Telli, H. (2011). Serebral Palsi: Risk Faktörleri Ve Fonksiyonel Kapasite İlişkisi. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 27(2), 79- 83.
- Kapci Eg., Uslu R., Kücükler S. 0-6 Yaş Türk Çocuklarında “Erken Gelişim Evreleri Ölçeği” Ve “Erken Gelişim Evreleri: Sosyal- Duygusal Gelişim Ölçeği”Nin Uyarlanması. (2007)
- Kayhan M. Ve Öztürk Y. (2020). Bir Üniversite Hastanesine Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporuna Başvuran Olguların Klinik Ve Sosyodemografik Özellikleri. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(2), 240-248.
- Keilty, B. (Ed.). (2010). *The Early İntervention Guidebook For Families And Professionals: Partnering For Success*. Teachers College Press
- Keskin, A. D. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Gelişimsel Tarama: Geleceğe Yapılan Bir Yatırım Mı?. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 126-135.
- Kıyak Çağlayan E, Kara M, Cihan Gürel Y. Kliniğimizdeki Sezaryen Operasyonlarında Görülen Komplikasyonlar Ve Olası Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Medical Journal Of Bakırköy* 2011; 7: 65-68. Doi:10.5350/Btdmjb201107205.
- Kumcağız, H., & Avcı Çayır, G. (2018). Sporun, Fiziksel Engelli Bireylerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisine İlişkin Görüşler. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(3), 654-669.
- Lakhan, R., Mario, A., Qureshi, F. N. And Hall, M. L. (2013). Early İntervention Services To Children With Developmental Delay İn Resource Poor Settings İn India. *Nepal Journal Of Medical Sciences*, 2(2), 149-155.
- Limbos Mm., Joyce Dp. Comparison Of The Asq And Peds İn Screening For Developmental Delay İn Children Presenting For Primary Care. *J Dev Behav Pediatr*2011 Sep;3(7):499-511.
- Lovaas OI. Behavioral Treatment And Normal Educational And İntellectual Functioning İn Young Autistic Children. *J Consult Clin Psychol*. 1987.
- Maccoby, E. E. (2002). Gender And Group Process: A Developmental Perspective. *Current Directions İn Psychological Science*, 11(2), 54-58.
- Martinez M, Thomas Kc, Williams Cs Et Al. Family Experiences With The Diagnosis Of Autism Spectrum Disorder: System Barriers And Facilitators Of Efficient Diagnosis. *Journal Of Autism And Developmental Disorders* 2018; 48(7): 2368-78.

- Nar Mş. Tıbbi Antropoloji: Akra Evliliklerinin Patolojik Etkileri. http://Dergiler.Ankara.Edu.Tr/Dergiler/2_6/1668/17804.Pdf Erişim Tarihi Mart 2015
- Odom, S. L., Vitztum, J., Wolery, R., Lieber, J., Sandall, S., Hanson, M. J., Beckman, P., Schwartz, I., And Horn, E. (2004). Preschool İnclosure İn The United States: A Review Of Research From An Ecological Systems Perspective. *Journal Of Research İn Special Education Needs*, 4(1), 17-49.
- Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği, 2006
- Özgür İ (2004). Özürlü çocuk ve ailesi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Dergisi. <http://www.google.com>. (Erişim: 6 Temmuz 2004).
- Özmert, En. Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-Iı: Çevre. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi2005;48:337-354.
- Öztürk Y, Demir N, Topal Z, Savcı U, Cansız Ma, Tufan Ae, Et Al. Bir Üniversite Hastanesine Engelli Çocuk Sağlık Kurulu İçin Başvuran Olguların Klinik Ve Sosyodemografik Özellikleri: Bir Ön Çalışma. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2018; 25, 101-10.
- Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması Ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. 28173 Sayılı, 14 Ocak 2012 Tarihli Resmî Gazete, 2012, Ankara.
- Pallasmaa N. Cesarean Section-Short Term Maternal Complications Related To The Mode Of Delivery. [Doktora Tezi]. Finland, University Of Turku Faculty Of Medicine, 2014; P.39
- Parke, R. D., Coltrane, S., Duffy, S., Buriel, R., Dennis, J., Powers, J., ... & Widaman, K. F. (2004). Economic Stress, Parenting, And Child Adjustment İn Mexican American And European American Families. *Child Development*, 75(6), 1632- 1656.
- Rehberlik Ve Araştırma Merkezi Kılavuzu 2018.
- Rehberlik Ve Araştırma Merkezi Yönergesi 31 Ağustos 2020
- Rydz D., Shevell Mı., Majnemer A., Oskoui M. Developmental Screening. *J Child Neurol*2005 Jan;2(1):4-21.
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın Ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2014(924):1-32.
- Sakellariou, M. And Sivropoulou, I. (2010). Family And Kindergarten Cooperation Within The Framework Of Children's Transition From Kindergarten To Primary School. *The International Journal Of Interdisciplinary Social Sciences*, 5(4), 345-359.
- Santrock, J. W. (2011). *Child Development*. New York: Mcgraw-Hill Companies, Inc.
- Shonkoff J, Meisels S (2000). *Handbook Of Early Childhood Intervention (2nd Edn)*. New York: Cambridge University Press.
- Shore, Rima. (1997). *Rethinking The Brain: New Insights Into Early Development*. New York: Families And Work Institute
- Sices L., Feudtner C., Mclaughlin J., Drotar D., Williams M. How Do Primary Care Physicians İdentify Young Children With Developmental Delays? A National Survey. *J Dev Behav Pediatr*2003 Dec;2(6):409-417

- Small, N., Raghavan, R., And Pawson, N. (2013). An Ecological Approach To Seeking And Utilising The Views Of Young People With Intellectual Disabilities In Transition Planning. *Journal Of Intellectual Disabilities*, 1-18.
- Soriano, V. (2005). *Early Childhood Intervention: Analysis Of Situations In Europe–Key Aspects And Recommendations*. Brussels: European Agency For Development In Special Needs Education.
- Surveillance And Screening . *Pediatrics*, 118(1), 405-420.
- Şahin N, Altun H, Kara B. Özürlü Çocuk Sağlık Kurulu Raporlarının Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2014;15(1):48-53.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (2006). Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete, Sayı:26184, 31 Mayıs 2006
- Tavukçu N, İrgil E. Bursa Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Bölgesi'nde Yaşayan Kadınlarda Akraba Evlilikleri. *Taf Prev Med Bull* 2008; 7(2):107-112.
- Thomas Sa., Cotton W., Pan X., Ratliff-Schaubk. Comparison Of Systematic Developmental Surveillance With Standardized Developmental Screening In Primary Care. *Clin Pediatr (Phila)*.2012 Feb;5(2):154-159.
- Tissington, L. D. (2008). A Bronfenbrenner Ecological Perspective On The Transition To Teaching For Alternative Certification. *Journal Of Instructional Psychology*, 34(4), 106-110.
- Tunçbilek E, Ulusoy M. Consanguinity In Turkey In 1988. *Nufusbilim Dergisi/Turkish Journal Of Population Studies* 1989;11:35-46.
- Türkiye İstatistik Kurumu (Tüik). Özürlülerin Sorun Ve Beklentileri Araştırması, 2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011. Available At: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/Hbprint.Do?Id=6370>. Accessed April 14, 2021
- Unesco (1990). *World Declaration On Education For All And Framework For Action To Meet Basic Learning Needs*, Erişim Tarihi: 08 Haziran 2016, Erişim Adresi: http://www.unesco.org/education/nfunesco/pdf/jomtie_e.pdf
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2019, May). *Antenatal Care*. Unicef.
- Volkmar F, Chawarska K, Klin A. Autism In Infancy And Early Childhood. *Annu Rev Psychol*. 2005.
- Who (2014). *Who Global Disability Action Plan 2014-2021: Better Health For All People With Disability*. World Health Organization.
- World Health Organization (Who). *International Classification Of Functioning And Disability And Health (Icf)*. Switzerland, Who, Geneva, 2001.
- World Health Organization (Who). *World Report On Disability*. Geneva. 2011
- World Health Organization. (2016). *Who Recommendations On Antenatal Care For A Positive Pregnancy Experience*.
- Yektaş Ç, Kaplan Se. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Birimi'ne Başvuran Hastaların Sağlık Kurulu Raporlarının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2017;9:52-56. <https://doi.org/10.18521/Ktd.346073>

Yıldırım Hacıbrahimoğlu, B. (2017). Erken Çocukluk Döneminde Geçiş Ve Geçiş Süreci. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Araştırmaları Dergisi, 3(1), 14-35.

Yıldız D, Tarakçioğlu Mc. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (Çözger) Almak İçin Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri, Eş Tanılarının İncelenmesi, Yeni Değişen Çözger Yönetmeliğine Göre Aldıkları Tanı Ve Özür Oranlarının Eski Tanı Ve Özür Oranları İle Karşılaştırılması. İksstd 2020;12(2):144-50.

Yılmaz, N. A., & Yapalı, G. Serebral Palsili Çocuklarda Düzenli Fizyoterapi Yaklaşımına Başlama Yaşının Araştırılması. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 31-37.




Ek 3. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Rapor Örneği

EK-1(Önyüz)

..... HASTANESİ
ÇOCUKLAR İÇİN ÖZEL GEREKSİNİM RAPORU (ÇÖZGER)

I. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı :	T.C. Kimlik No:	
Baba Adı :	Doğum Yeri/Yılı : /	
Anne Adı :	Yaşı : ay/yıl	
Müracaat Tarihi :	Rapor Tarihi :	
Rapor Numarası :	Başvuru Nedeni:	

II. MÜRACAT ŞEKLİ

Kurumsal Müracaat		Kişisel Müracaat	
<input type="radio"/> İlk Rapor	<input type="radio"/> İtiraz	<input type="radio"/> İlk Rapor	<input type="radio"/> İtiraz
<input type="radio"/> Kontrol Muayenesi		<input type="radio"/> Yenileme	

III. ÖZEL GEREKSİNİM ALANLARI(bedensel yapı, sistem, işlev, etkinlik, yaşama katılım kusurlukları ve hastalıklar)

Özel gereksinim alanları	Bulgular, tetkikler, işlevler, etkinlikler ve yaşama katılımındaki kusurluklar	Özel gereksinim Düzeyi*	ICD kodu ve tam**
..... Sistem/Alan			
..... Sistem/Alan			
..... Sistem/Alan			
..... Sistem/Alan			
..... Sistem/Alan			
..... Sistem/Alan			
..... Sistem/Alan			
..... Sistem/Alan			
..... Sistem/Alan			

*Ek 2 de yer alan 23 alan/sistemden çocuk özel gereksinim değerlendirmesi yapılan alanlar seçilerek Ek 3 de yer alan Özel Gereksinim Düzeylerinden birisi yazılır.
**ICD kodu yoksa ya da raporda yer alması uygun değilse ÇÖZGER'e uygun terminoloji ile tamımı açık adı yazılır.

IV. ÖZEL GEREKSİNİM DÜZEYİ :

A-alanındadüzeyinde özel gereksinimi vardır. <input type="radio"/>	B- Özel Gereksinimi Yoktur <input type="radio"/>
(En üst düzey özel gereksinim belirlenen alanı ve düzeyini yazılı olarak belirtiniz)	
C- RAPORUN SÜRESİ: _____ (Yazı ile yıl olarak yazınız. Sürekli ise "sürekli" yazarak belirtiniz.)	
D- Çalıştırılmayacağı işlerin niteliği	

V. ÇOCUĞUN İŞLEVLERİ, ETKİNLİKLERİ VE YAŞAMA KATILIMLARI İÇİN ÖNERİLEN ÖZEL GEREKSİNİMLER

Önerilen Özel Gereksinimler	VAR
1.Bilişsel işlevlerin desteklenmesi için rehabilitasyon/erken destek (müdahale) gereksinimi	
2.Fizyoterapi, ergoterapi, rehabilitasyon gereksinimi	
3.Cihaz, ortez, protez, tekerlekli sandalye ve diğer gereçlere gereksinimi	
4.Dil ve konuşma terapisi/rehabilitasyon gereksinimi	
5.İşitme işlev kısıtlılığı/kaybı için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
6.Görme işlev kısıtlılığı/kaybı için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
7.Otizm spektrum bozukluğu için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
8.Özgül öğrenme güçlüğü için terapi/rehabilitasyon gereksinimi	
9.Evde ya da hastanede rehabilitasyon gereksinimi	
10.Diğer (belirtiniz):	

* Kişinin elde edeceği sosyal haklar, hizmetler veya kazanımlar rapor dikkate alınarak ilgili kurumlarca ayrıca belirlenir. Rapor, tek başına bu hakların verilmesi için dayanak teşkil etmez. İlgili mevzuata göre diğer şartlarında ayrıca sağlanması zorunludur.

VI. AÇIKLAMA:

--

VII. ONAY

Üye	Üye	Üye
Üye	Üye	Üye
Kurul Başkanı		
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Mühür </div>		

ACIKLAMALAR:

- 1- Bölüm V'de bir organ ya da sistemi ilgilendiren özel gereksinim alanı için kurul, o gereksinim alanını ilgilendiren üç uzman hekim ile oluşturulabilir.
- 2- "Sürekli olarak tekerlekli sandalye veya sedye kullanması gerekir." vb. kişinin özel durumunu belirten açıklamalar belirtilmelidir.
- 3- Bu rapordan önceki raporlar stanesine bakılmaksızın yapılacak yeni başvurular bakımından geçersizdir.

Ek 4. ÇÖZGER Mevzuatla Uyum Arandığında Kullanılacak Tablo

EK-3

ÇOCUKLAR İÇİN ÖZEL GEREKSİNİM RAPORU (ÇÖZGER) MEVZUATLA UYUM ARANDIĞINDA KULLANILACAK TABLO

ÇÖZGER'de çocuk özel gereksinimi olması, toplumsal yaşama eşit katılabilmesi için bedensel ya da gelişimsel işlev kısıtlılığı olmayan bireylerden farklı nitelik ya da nicelikte sağlık, eğitim, rehabilitasyon, cihaz, ortez, protez ve diğer sosyal ve ekonomik haklara, hizmetlere ya da yaşama katılımı için çevresel düzenlemelere gereksiniminin olmasıdır. ÇÖZGER sisteminin yüzde (%) engel oranı içeren diğer mevzuatlara uyumu arandığında aşağıdaki ek-3 tablosu kullanılır.

MEVZUATLA UYUM ARANDIĞINDA KULLANILACAK TABLO		
Özel Gereksinim Kodu	Özel Gereksinim Düzeyi	Engel Oranı (%)
1	Özel gereksinimi vardır (ÖGV)	20-39
2	Hafif düzeyde ÖGV	40-49
3	Orta düzeyde ÖGV	50-59
4	İleri düzeyde ÖGV	60-69
5	Çok ileri düzeyde ÖGV	70-79
6	Belirgin özel gereksinimi vardır (BÖGV)	80-89
7	Özel koşul gereksinimi vardır (ÖKGV)	90-99

Ek 5. Demografik Değişkenler Formu

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Çocuğunuzun adı soyadı:

Doğum tarihi:

Baba cep tel:

Cinsiyeti:

Anne cep tel:

Doğum ağırlığı:

Doğum haftası:

Formu dolduran kişi:

Görüşme tarihi:

Okul ya da kreşe gidiyorsa okulun adı:

Okula gidiyorsa sınıfı:

Ev telefonu:

Sağlık güvencesi:

18 Yaş Altı

Bağkur

Emekli Sandığı

Yeşilkart

Çocuğunuza ilk tanı ne zaman konuldu:

Çocuğunuzun tanısı nedir?

Başvurduğunuz bu raporu saymayınız, daha önce raporu yoksa 0 yazınız.....

ÇÖZGER çıkartırken sizi zorlayan şeyler nelerdi?

ÇÖZGER çıkartırken beğendiğiniz uygulamalar nelerdir?

Daha önce rehberlik araştırma merkezi (RAM) raporu çıkardınız mı ?....

RAM çıkartırken sizi zorlayan şeyler nelerdi?

RAM çıkartırken beğendiğiniz uygulamalar nelerdir?

Çözger raporuna başvuru amacınız neydi?

Çözger kapsamında hangi hizmetlerden faydalanıyorsunuz?

Özel eğitim, bireysel, fizyoterapi gibi açılacak.

Evde bakım...

Araç (ÖTV) indirimi

Diğer...

AİLE BİLGİLERİ

	Adı-Soyadı	Yaş (yıl yada ay olarak yazınız)	Eğitim düzeyi (en son mezun olduğunuz okul, örneğin ilkokul mezunu, lise mezunu yazınız. Okul bitirmemişse okuryazar olma durumunu belirtiniz.	Yaptığı işi yazınız (ev hanımı ise belirtiniz)	Hastalığı varsa belirtiniz yoksa yok yazınız.
Anne	yaş			
Baba	yaş			
Kardeş 1	ay/yıl			
Kardeş 2	ay/yıl			
Kardeş 3	ay/yıl			

AİLENİZ İLE İLGİLİ SORULAR

1- Anne baba arasında akrabalık var mı ? Hayır Evet , Yakınlık dereceniz.....

2- Ailelerinizde görülen kalıtsal bir hastalık , engel, sorun var mı? Hayır Evet , evet ise

Zihinsel ,hareket, ruhsal alanlarda sorun var. Kim? Açıklayınız.....

Diğer sağlık sorunları var (örneğin tansiyon, kalp , şeker, sara/epilepsi) : Kim?

Açıklayınız.....

3- Oturmakta olduğunuz ev ile ilgili aşağıdakilerden hangisi geçerli?

Kirada otuyorum Yakınımın evinde kira vermeden otuyorum

Lojmanda otuyorum Ev bana / eşime ait

4- Oturduğunuz evin yapısı nedir? Gecekondu Apartman dairesi Müstakil ev

5- Evinizde hangileri bulunmaktadır? Televizyon Bilgisayar İnternet Buzdolabı Şebeke Suyu Elektrik

6- Özel otomobiliniz var mı ? Evet Hayır

7- Ailenizin gelir düzeyi nedir?

- Asgari ücret civarı (4000 TL altı)
- (4001-6000)
- (6001-10000)
- (10001-14000)
- 14001 ve üzeri

- Düzenli geliri yok

8- Son bir yıldır çocuğunuzun özel gereksinimleri nedeni ile ihtiyacı olan sağlık, eğitim, rehabilitasyon hizmetleri için devletin sağlamış olduğu hizmet ve yardımlar dışında aile gelirinizden ayda ortalama kaç TL harcadınız.

B. DOĞUM ÖNCESİ,DOĞUM VE YENİDOĞAN BİLGİLERİ

- 1- Bu çocuğunuz kaçınıcı gebeliğinizdigebelik
- 2- Bu gebeliktekiz...lkiz...üçüz...diğer
- 3- Bu gebeliğinizden önce düşük yaptınız mı? Hayır...Evetse sayısı...
- 4- Bu gebeliğiniz planlı mıydı? Hayır...evet...
- 5- Gebelik öncesi kadın doğum ya da aile hekimi muayenesine düzenli gittiniz mi?
- 6- Gebeliğinizde sağlık izlemlerinize kaçınıcı ayda başladınız?ayda
- 7- İzlemlerini nerede yapıldı
- 8- İzlemleriniz ne sıklıkla yapıldı? Düzenli takip-4 kez muayeneDüzensiz takip yada takipsiz
- 9- Gebelik döneminde anne yada bebek bir hastalık yada riskli gebelik yaşadı mı? Hayır...evetse açıklayınız.
- 10- Doğumunuz nasıl gerçekleşti? Normal doğum... Sezaryen...
- 11- Yeni doğan döneminde (ilk iki ayda) bebeğinizle ilgili her hangi bir sorun oldu mu? Hayır... Evetse açıklayınız

C.ÇOCUĞUNUZUN SAĞLIĞI İLE İLGİLİ HİZMETLER

1- Çocuğunuzun bugüne kadar herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle hastane yatışı oldu mu?

Hayır Evet ise tablodaki soruları yanıtlayınız

Hangi hastanede yattı	Hangi sağlık sorunu nedeniyle yattı	Kaç yaşındaydı?(ay yada yıl olarak belirtiniz)	Kaç gün yattı ?

2- Çocuğunuzun sağlık sorunu/sorunları için hangi kurumlara ya da hekimlere başvurduunuz?

Kurum - Hekim	İlk kez kaç aylıkken gidildi?	Neler önerildi? Ne sıklıkla izleniyor?

3- Çocuğunuzun şuan da düzenli olarak kullandığı ilaçlar varsa adlarını yazınız.

Kullandığı ilaç yok.....Kullandığı ilaçlar var . Tabloya adlarını yazınız...

İlaç Adı
1.
2.
3.
4.

4- Çocuğunuzun aşıları, büyümesi ve beslenmesi vb. konularda sağlık izlemi nerede, kim tarafından yapılmaktadır? İzleyen hekimin yada kurumun adını yazınız.

Sağlık ocağı adıÜniversite hastanesi adı ...Devlet hastanesi adı ...Özel hastane yada hekim adı..

5- Çocuğunuzun aldığı koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili olarak aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Çocuğunuzun sağlık izlenimi sırasında	Evet yapıldı Hayır yapılmadı	Bu Sütunu uzmana bırakınız
5.1. Aşıları tam yapıldı	Evet.....Hayır (gerekçe)	
5.1.1Doğar Doğmaz Hepatit – B aşısı yapıldı	Evet.....Hayır (gerekçe)	
5.2. Beslenmesi hakkında yeterince bilgi verildi	Evet.....Hayır	VA
5.3. Büyümesi yeterince izlendi	Evet.....Hayır	BOY:
5.4. Gelişmesi yani öğrenmesi, anlaması, konuşması izlendi	Evet.....Hayır	
5.5. Sağlık sorunlarını iyi bilen tek bir hekim tarafından izlendi	Evet.....Hayır	
5.6. Sağlık izlemini düzenli olarak aile hekimi yaptı	Evet.....Hayır	
5.7. İki yaşına kadar düzenli D vitamini kullandı	Evet.....Hayır	25D3
5.8. İki yaşına kadar düzenli demir kullandı	Evet.....Hayır	Hgb: Ferritin:
5.9 Yenidoğan döneminde işitme taraması yapıldı	Evet.....Hayır	
5.10 Yenidoğan döneminde topuk kan alındı	Evet.....Hayır	
5.11 Kalça çıkığı açısından kalça filmi çekildi	Evet.....Hayır	
5.11 Görme kontrolleri yapıldı değerlendirildi	Evet.....Hayır	
5.12 İdranına en az bir kez bakıldı	Evet.....Hayır	
5. 13. Üç yaşından sonra	Evet.....Hayır	TA:

tansiyonuna en az bir kez bakıldı		
5.14 Üç yaşından sonra yılda bir kez diş hekimi kontrol etti	Evet.....Hayır	
Gelişime yönelik destek verildi mi?	Evet.....Hayır	

6- Çocuk hekimi ya da aile sağlığı hekimine gittiğinizde çocuğunuza aşağıdaki takiplerin hangisi yapıldı?

Boy takibi:
Kilo takibi:
Baş çevresi takibi:
Kalça çıkığı muayenesi:
İşitme takibi:
Görme takibi:
Oturma veya ayakta durma gibi hareket becerisi takibi:
Konuşma becerilerinin takibi:
Sosyal gelişim becerilerinin takibi:
Bilişsel becerileri takibi:

7-Sağlıklı çocuk muayenelerinde gelişim tarama ölçeği kullanıldı mı?

8-Doktorunuz, hemşireniz veya ebeniz çocuğunuzun gelişimini nasıl destekleyeceğiniz konusunda size önerilerde bulundu mu? GİDR hangi aylarda yer verdiyse onu bi ölçek vs sorukdu mu diye incele

9- Çocuğunuzun doğumundan itibaren kontrol ve izlemelerine yönelik aşağıdaki soruları cevaplayınız..

Bebeğinizi taburcu etmeden önce aşağıdaki maddelerden hangisi veya hangileriyle alakalı size danışmanlık verildi?

- Emzirme
- Göbek bakımı, bebek bakımı, el yıkama
- Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs)
- Kazalardan korunma
- Aile planlaması

Doğum sonrası ilk hafta aile hekimine kontrol için yönlendirildiniz mi? Kontrole gittiniz mi?

İlk hafta kontrolünde aşağıdakilerden hangisi veya hangileri yapıldı?

Baş çevresi ölçümü, kilo ve boy ölçümü

Cilt kontrolü

Refleks kontrolü

Bebeğin işitmesi, görmesinin değerlendirilmesi

Üreme organlarının muayenesi

İlk hafta kontrolünde aşağıdakilerden hangisi veya hangileri hakkında danışmanlık verildi?

Emzirme

- Göbek bakımı, bebek bakımı, el yıkama, uyku
- Bebekle sağlıklı iletişim
- Doktora hemen başvurmayı gerektiren durumlar (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya meyil, vs)
- Kazalardan korunma
- Aşıların önemi ve hastalıklardan korunma

Ücretsiz D Vitamini ve kullanımı hakkında bilgilendirme bu kontrolde yapıldı mı?

Bebeğin gelişimi bu kontrolde Gelişim İzleme ve Değerlendirme Rehberi kullanılarak değerlendirildi mi? (Değerlendirme sırasında bir formdan yararlanıldı mı?)

Aşağıdaki izlemlerden hangisi veya hangilerine gidebildiniz?

15 günlük 41 günlük 2 aylık 3 aylık 4 aylık 6 aylık 9 aylık 12 aylık

13- 36 ay arası 6 ayda bir izlem

4-6 yaş arası çocuk izlemi yılda 1 defa

7-9 yaş arası yılda 1 defa

10-21 yaş arası yılda 1 defa

Gidebildiğiniz izlemlerin uygulanması ortalama kaç dakika sürdü?

15 günlük ve sonrasındaki izlemler sırasında D vitamini kullanma durumu soruldu mu ?

41. Gün izleminde Doğumsal Kalça Çıkığı taraması yapıldı mı?

15 Günlük 41. Gün ve 2 Aylık izlemlerden hangilerinde bebeğinizin gelişimi 'Gelişim İzleme Değerlendirme Rehberi ' kullanılarak değerlendirilip desteklendi mi?

3. ve 4. Ay izlemlerinde bebeğinizin gelişimi 'Gelişim İzleme Değerlendirme Rehberi ' kullanılarak değerlendirilip desteklendi mi?

3. ve 4. Ay izlemlerinde bebeğiniz anemi yönünden değerlendirildi mi ?

1. Anemisi varsa tedavi dozunda demir başlandı mı?
2. Anemisi yoksa 4. Aydan itibaren ücretsiz demir damlası verildi mi ?

6,9 ve 12. Ay izlemlerinde Demir kullanma durumu sorgulandı mı?

6,9 ve 12. Ay izlemlerinde bebeğinizin gelişimi 'Gelişim İzleme Değerlendirme Rehberi ' kullanılarak değerlendirilip desteklendi mi?

13-36 ay arası izlemlerinizde Çocuğunuzun gelişimi 'Gelişim İzleme Değerlendirme Rehberi ' kullanılarak değerlendirilip desteklendi mi?

13-36 ay arası izlemlerinizde çocuğunuz otizm spektrum bozukluğu açısından aşağıdaki faktörler değerlendirildi mi ?

- İsmi Söylendiğinde bakıyor mu ?
- Göz teması kuruyor mu?
- Parmağınızla işaret ettiğiniz bir nesneye bakıyor mu ?
- Tekrarlayıcı davranışları var mı ? (Zıplama, kanat çırpma vs.)
- Konuşmasında gecikme var mı ?

13-36 ay arası izlemlerinizde aşağıdakilerden hangisi veya hangileri hakkında danışmanlık verildi?

Emzirme(en az 2 yaşa dek)

Yaşına uygun olarak beslenme

Çocukla sağlıklı iletişim

Tuvalet eğitimi

Önemli hastalık bulguları

Fiziksel aktivite

Kazalardan korunma

Diş sağlığı

Üreme sağlığı

7-9 yaş arası izlemine gittiyseniz çocuğunuzun kas- iskelet sistemi muayenesi yapıldı mı?

7-9 yaş arası izlemlere gittiyseniz aşağıdakilerden hangisi veya hangileri hakkında danışmanlık verildi?

Yaşına uygun olarak beslenme

Çocukla sağlıklı iletişim

Kazalardan korunma

Diş sağlığı

Fiziksel aktivite

Üreme sağlığı

10-21 yaş arası izlemlere gittiyseniz aşağıdakilerden hangisi veya hangileri hakkında danışmanlık verildi?

Fiziksel-cinsel büyüme ve gelişme

Psikolojik gelişme

Sosyal gelişim

Kişisel hijyen

Beslenme

Fiziksel aktivite

Üreme sağlığı

Sigara alkol madde kullanımı

Kaza ve yaralanma

Şiddet davranışları

10- Yukarıdaki izlemlere ek olarak ÇÖZGER öncesi dönemde çocuğunuzun yaşlarına göre günlük yaşamda yaşadığı hangi zorluklar çocuğunuzda gelişimsel bir problem olabileceğini düşünmenize neden oldu? Yaşadığı zorlukları açıklayınız.

- 1- Öğrenme bozukluğu : yok ...varsa açıklayınız
- 2- Ders başarısızlığı : var ise hangi derste başarısız olduğunu yazınız. yok ...varsa açıklayınız
- 3- Konuşulanı anlamada zorluk : yok ...varsa açıklayınız
- 4- Konuşma ve konuştuğunun anlaşılmasında zorluk: yok ...varsa açıklayınız
- 5- Diğer çocuklarla /insanlarla iletişim kurma zorluğu : yok ...varsa açıklayınız
- 6- Görmede zorluk: Yok ...Varsa açıklayınız
- 7- İşitmede zorluk : Yok ...Varsa açıklayınız
- 8- Çocuğunuz başını tutmada zorluk : Yok ...Varsa açıklayınız
- 9- Desteksiz oturmada zorluk: Yok ...Varsa açıklayınız
- 10- Çocuğunuz yürümede zorluk: Yok ...Varsa açıklayınız
- 11- Çocuğunuz uzanma, tutma, yakalama gibi el becerilerinde zorluk: Yok ...Varsa açıklayınız
- 12- Çocuğunuz 5 yaşın üstünde ise merdiven çıkmada zorluk: Yok ...Varsa açıklayınız
- 13- Çocuğunuz 5 yaşın üstünde ise kalem tutmada zorluk: Yok ...Varsa açıklayınız
- 14- Kendi kendine yemek yemede zorluk: Yok ...Varsa açıklayınız
- 15- Kendi kendine giyinmede zorluk: Yok ...Varsa açıklayınız
- 16- Dikkatini yöneltme zorluğu : Yok ...Varsa açıklayınız
- 17- Nöbet geçirme: Yok ...Varsa ne sıklıkla
- 18- İstemsiz hareketler , kasılmalar: Yok ...Varsa ne sıklıkla
- 19- Tekrarlayan yada süregelen şiddetli ağrı : Yok ...Varsa ne sıklıkla
- 20- Çocuğunuz gelişiminde yolunda gitmediğini farketmediğiniz ilk 3 beceri neydi...

D. RAPOR ALMA ve DESTEK BAŞLAMA SÜRECİNE İLİŞKİN SORULAR

- 1- Çocuğunuzdaki gelişimsel problemi ilk kim fark etti? Çocuk kaç aylıktı?
- 2- ÇÖZGER hakkında bilgilendirmeyi kim yaptı?
- 3- Çocuğunuzdaki gelişimsel sorunu öğrendikten ne kadar süre sonra ÇÖZGER i öğrendiniz?
- 4- Rapor almak için hastane kontrollerine giderken zorluk yaşadığınız şeyler nelerdir?
 - Çocuğunuzla beraber hastaneye ulaşımında yaşanan zorluklar...
 - Hastane randevularında yaşanan zorluklar
 - Hastanede işlemlerin uzun sürmesi ve bir kaç kez gitmek zorunda kalınması vb.
 - İşten izin almak
 - Diğer zorluklar varsa belirtiniz...
- 5- ÇÖZGER'i öğrendikten ne kadar süre sonra rapor alabildiniz?
- 6- Çözger için ilk hekimin görmesiyle raporu alma arasında ne kadar gün geçti?
- 7- Raporunuz kaç aylık veya yıllık olarak alabildiniz?
- 8- Raporu aldıktan ne kadar süre sonra destek ve hizmetlerden haberiniz oldu ? Rapora başvurmadan önce bilginiz varsa belirtiniz.
- 9- Raporu aldıktan sonra öncelikle hangi desteklere başvurduunuz
Eğitim- Sağlık – Araç (ÖTV) indirimi Kırtasiye yardımı gibi sırasıyla yazınız..

10-Özel Eğitim Merkezinden destek alıyorsanız Rehberlik Araştırma Merkezi (RAM)' ne başvurduktan ne kadar süre sonra eğitiminiz başladı?

11-Özel Eğitim Merkezi arayıyorsunuz ne kadar sürdü ?

12-ÇÖZGER raporu aldıktan ne kadar sonra RAM raporu alabildiniz?

Çocuğunuzun gelişiminde yolunda olmayan bir şeyler olduğun fark etmeniz ile desteğe başlamanız arasındaki geçen sürenin uzamasına neden olan faktörleri yazınız...

13-RAM raporu aldıktan ne kadar süre sonra destek eğitiminize başlayabildiniz?

14-Özel Eğitim Merkezinde aldığınız bireysel eğitimler nelerdir ve bu eğitimler sizce yeterli oluyor mu?

15- Şuanda sosyal destek alıyor musunuz?

16- Sosyal destek alıyorsanız nereden ?

17-Psikolojik destek alıyor musunuz? İhtiyaç duyuyor musunuz?

18- Yerel yönetimden destek alıyor musunuz?

19- Aldığınız destekler yeterli oluyor mu? (Maddi – manevi – psikolojik –eğitim- sağlık vb hangi alanlarda destek alıyorsanız açıklayınız)

E. ÇOCUĞUNUZUN ALDIĞI HİZMETLER

1.Çocuğunuzun doğumundan bugüne kadar aldığı hizmetlerle ilgili aşağıdaki tabloyu doldurunuz. Hizmete ihtiyacı olmadığını düşünüyorsanız Yok olarak işaretleyiniz. Hizmete ihtiyacı varsa ve bu ihtiyacın gecikmeden yeterince karşılandığını düşünüyorsanız evet, karşılanmadığını düşünüyorsanız hayır olarak işaretleyiniz

Hizmet Gereksinimi
1.1 Sağlık hizmeti, ilaç ve diğer tedavilere ihtiyacı: Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.2. Okul Öncesi eğitim ihtiyacı (2-5 yaş) Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.3.Okulda eğitim ihtiyacı (5-18 yaş) Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.4 Özel eğitim ihtiyacı Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.5. Okulda eğitim kaynaştırma (5-18 yaş) Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.6. Okulda özel alt sınıfta eğitim Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.7. Oturma, yürüme gibi kaba hareketler için fizik tedavi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.8. El becerileri, ince hareketler için fizik tedavi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.9. Dil ve konuşma eğitimi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.10. Otizm/Yaygın gelişimsel bozukluk için eğitim Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.11. Özel öğrenme güçlüğü için eğitim Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.12 İşitme eğitimi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.13. Görme eğitimi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.14. Küçük Adımlar, Portage gibi bir erken destek programı Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.15 Ortez, protez, tekerlekli sandalye ve diğer gereçler Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.16 İşitme cihazı ya da görme cihazı Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.17. Evde eğitim Yok Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.18 Evde rehabilitasyon Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.20. Evde bakım aylığı Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.21.Kimlik kartı Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.22 Vergi indirimi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
20.23. Engelli aylığı Yok Var

Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.24 .Özel taşıt vergisi (ÖTV) indirimi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.25. Evin engelli bireyler için mimari açıdan uygun şekle getirilmesi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
23.26 .Kreş ya da okulun mimari düzenlenmesi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.27. Çevrenin sokak, mahalle, park diğer) engelli bireyler için mimari açıdan uygun şekle getirilmesi Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.28 Ulaşım hizmetleri Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1. 29. Oyun, eğlence , hobi ve diğer etkinliklere katılım Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır
1.30. Televizyon, bilgisayar gibi teknoloji ürünlerinin kullanım: Yok Var Var ise bu ihtiyaç şuan karşılanıyor mu? Evet Hayır

2- Çocuğunuzun aldığı özel eğitim, rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Hizmet alınan her bir kurumun adını yazınız	Başlama yaşı (ay/yıl olarak yazınız)	Haftada kaç saat hizmet aldı	Halen gidiyorsa memnun musunuz? Gitmiyorsa bırakma nedeninizi yazınız	Kuruma devletin karşıladığı seanslar dışında ek ödeme yaptınız mı ? Yaptıysanız nedenini yazınız.

3- ÖEM dışında özel olarak eğitim desteği aldınız mı ? Aldıysanız ne zaman gittiniz ? Hangi eğitim veya destek için gidildi?

4- ÖEM dışında eğitim desteği alındıysa ÖEM ile beraber mi alındı ? Evet... Hayır sadece dışarıdan destek alındı..

5- Dördüncü soruya cevabınız hayır ise sadece özelden alma sebebiniz nedir açıklayınız?

Özel Eğitim Merkezlerindeki şartlar ile ilgili

Çocuğumuza rapor çıkartmak istemediğimiz için..

Diğer.....

5- Aşağıda yer alan çevresel zorluklardan hangisine yönelik hizmet desteğine ihtiyacınız olduğunu düşünüyorsunuz?

- 1- İşsizlik , parasal sorunlar : **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 2- İş , şehir değişikliği : **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 3- Annede yılgınlık , sıkıntı,depresyon : **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 4- Babada yılgınlık,sıkıntı,depresyon: **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 5- Ailenin gıda ve kıyafet ihtiyaçlarının karşılanmasında zorluk: **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 6- Yakıt , elektrik,su,barınma gibi evle ilgili temel ihtiyaçların karşılanmasında zorluk: **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 7- Çocuğunuz için oyuncak almada zorluk: **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 8- Çocuğunuzun kitap , defter gibi ihtiyaçlarını karşılanmasında zorluk : **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 9- Aile içi geçimsizlik ,boşanma : **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 10- Aile içi şiddet: **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 11- Kardeşlerin sorunları: **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 12- Çevrenin önyargılı tutumları: **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 13- Ailede hasta bireylerin varlığı: **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**
- 14- Diğer (açıklayınız): **Yok ...Desteğe ihtiyacınız varsa açıklayınız**

6-Bir önceki soruda çevresel zorluk/zorluklar belirttiyseniz , şimdiye kadar bu zorluklar ile nasıl baş ettiniz? Bundan sonra neler yapmayı planlıyorsunuz?

F:ÇOCUĞUNUZU ETKİLEYEBİLECEK ÇEVRESEL ETMENLER İLE İLGİLİ SORULAR

1. Size maddi-manevi yardım, destek veren kimse veya kurum varsa açıklayınız.
2. Çocuğunuzun günlük yaşamında yaşatlarından farklı ya da daha fazla bakım gerekiyorsa, çoğu zaman çocuğunuza kim bakıyor? Anne Diğer ise açıklayınız
3. Sizin evde olamayacağınız durumlarda (is hastalık gibi) çocuğunuza bakacak kimse var mı? Hayır Evet ise kimdir açıklayınız
4. Çocuğunuzun sağlığı ve gelişimi ile ilgili hizmetlerin planlanması için size yardım eden kişi ya da kurum oldu mu? Hayır Evet ise kimdir açıklayınız

5. Çocuğunuzun bakımı ve yetiştirilmesinde hangileri yaşantısını kolaylaştırır, zorlaştırır ya da etkilemez?

5.1 Aileniz,akrabalarınız: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.2 Arkadaşlarınız—komşular: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.3 Salık çalışanları, doktorlar, hemşireler: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.4 Benzer sorunu olan çocukların aileleri: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.5 Kreş yada okul ortamı: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.6 Öğretmenler: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.7 Diğer öğrenci velileri: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.8 Özel eğitim kurumu çalışanları: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.9 Demekler, vakıflar diğer sivil toplum örgütleri. Varsa, ismini yazınız..... Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.10 Medya-televizyon, gazete: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.11. İnternet: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.12 Devlet yetkilileri: Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

5.13 Diğer, açıklayınız.....

Kolaylaştırır Zorlaştırır Hiç etkisi yok

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

Bebeğimin doğumundan bu zamana kadarki eklemek istediğim olumlu olan gelişmeler ve memnuniyetlerim:

- 1.
- 2.
- 3.

Bebeğimin doğumundan bu zamana kadarki eklemek istediğim olumsuz olan gelişmeler ve karşılaştığım rahatsız edici durumlar:

- 1.
- 2.
- 3.