

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI – UNICEF İŞBİRLİĞİ
“BEBEKLİK ve ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE
GELİŞİMİN İZLENMESİ ve DESTEKLENMESİ
PROGRAMI”NIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emine Bahar BİNGÖLER

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
GELİŞİMSEL PEDIATRİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Doç. Dr. İlgi ERTEM

2006-ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI – UNICEF İŞBİRLİĞİ
“BEBEKLİK ve ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE
GELİŞİMİN İZLENMESİ ve DESTEKLENMESİ
PROGRAMI”NIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Emine Bahar BİNGÖLER

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
GELİŞİMSEL PEDIATRİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Doç. Dr. İlgi ERTEM

**Bu tez, National Institute of Health (NIH) “Promoting Child Development:
Yale-Ankara Collaboration” Projesi (Proje no: R 21 TW- 01) tarafından
desteklenmiştir.**

2006-ANKARA

KABUL ONAY

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Tablolar	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim	1
1.2. Sağlık Sistemi İçinde Çocuk Gelişimini Destekleyen Programlara Gelişmiş Ülkelerden Örnekler	7
1.2.1. Hemşire Aile İşbirliği Programı (Nurse-Family Partnership Program)	7
1.2.2. Avrupa Erken Destek Projesi (European Early Promotion Project-EEPP).....	12
1.2.3. Sağlıklı Adımlar Programı (Healthy Steps Programı)	15
1.2.4. Ulaş ve Oku Programı (Reach Out and Read-ROR)	19
1.3. Sağlık Sistemi İçinde Çocuk Gelişiminin Destekleyen Programlara Gelişmekte Olan Ülkelerden Örnekler	21
1.3.1. Hindistan Bütüncül Çocuk Gelişimi Programı (India Integrated Child Development Scheme).....	22
1.3.2. Kadın ve Çocuk Gelişim Projesi.....	23
1.3.3. Filipinler Erken Çocukluk Dönemi Gelişim Projesi	24
1.3.4. Dünya Sağlık Örgütü Gelişim İçin Bakım Programı (World Health Organization Care For Development Intervention-CDI).....	26
1.4. Ülkemizde erken çocukluk dönemi programları	29
1.4.1. Birinci ve İkinci Temel Eğitim Projesi	30
1.4.2. Anne- Çocuk Eğitimi Programı (AÇEP).....	30
1.4.3. Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı (ÇPGD)	33
1.4.4. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü – UNICEF İşbirliği: Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı (GİDP)	37
1.5. Erken Çocukluk Dönemi Programlarının Değerlendirmenin Önemi	44
1.6. Araştırmanın Sorusu ve Amacı	54

1.7. Hipotezler	54
1.8. Araştırmanın Önemi	56
1.9. Araştırmanın Orijinalliğinin Belirtilmesi	56
2. GEREÇLER ve YÖNTEM	57
2.1. Araştırmanın Deseni	57
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	57
2.2.1. Örneklem Girme ve Dışlanma Kriterleri	58
2.3. Uygulamalar	58
2.3.1. GİDP Kursu Öncesi ve Sonrası Değerlendirme	58
2.3.2. GİDP' nin Uzun Dönemde (6- 24 ay) Alanda Değerlendirilmesi	59
2.4. Araçlar	60
2.4.1. GİDP Kurs Değerlendirme Paketi (Ek:1).....	62
2.4.1.1. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği (KDÖ)	63
2.4.1.2. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği (GBDÖ)	65
2.4.2. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi İzleme ve Destekleme Programını Uzun Dönemde Alanda Değerlendirme Paketi	66
2.4.2.1. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Değerlendirme Anketi (PDA)” (Ek- 2)	67
2.4.2.2. Odak Grup Çalışması	69
2.4.3. Onam	70
2.4.4. Analiz Planı ve İstatistik Değerlendirme	70
3. BULGULAR.....	72
3.1. Sağlık Çalışanlarının Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi ile İlgili Yeterliliklerinin “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” Kursu Öncesi Değerlendirilmesi	72
3.1.1. GİDP Kursu Katılımcılarının Sosyodemografik Özellikleri	72

3.1.2. Kurs Öncesinde “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği”nin Bulguları	74
3.1.3. Kurs Öncesi “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği”nin Bulguları	79
3.2. Sağlık Çalışanlarının Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi ile İlgili Yeterliliklerinin GİDP Kursu Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması.....	80
3.2.1. Kurs Sonrasında “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği”nin Bulguları	80
3.2.2. Kurs Sonrasında “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği”nin Bulguları	83
3.3. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın Uzun Dönemde (6- 24 ay) Alanda Değerlendirilmesi	85
3.3.1. Alanda Değerlendirmeye Katılan Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri	85
3.3.2. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Değerlendirme Anketi” Bulguları	87
3.3.2.1. Kurs Araçlarının Uygulamalarda Kullanımının Değerlendirmesi.....	89
3.3.2.2. Gelişimsel Risklerin Sorgulanması.....	91
3.3.2.3. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi Destekleme Programı”nın Alanda Uygulanmasındaki Zorluklar	92
3.3.3 Odak Grup Çalışmalarının Bulguları	93
4. TARTIŞMA.....	99
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	113
ÖZET	115
SUMMARY.....	116
KAYNAKLAR.....	117
EKLER.....	124
ÖZGEÇMİŞ.....	130

ÖNSÖZ

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocukların hastalanıp ölmeden bu dünyada bizimle kalmalarını sağlamaya çalışan “erken çocukluk dönemi programları”, amaçlarını son yıllarda genişleterek bizimle birlikte olan çocukların daha iyi koşullarda yaşamaları ve mümkün olan en iyi düzeye ulaşmaları için “*çocuklar öğrenmeye hazır olarak doğarlar (Dale Carnegie)*” ilkesini benimsemişlerdir. Araştırmacılar “erken çocukluk dönemi programlarında” çocukların aşılarını, hastalandıklarında ilaçlarını, besinlerini birebir karşılasalar, kalacakları yeri, yaşadıkları yörede su gereksinimlerini, ailelerine maddi desteği bile birebir önlerine sunsalar da şefkatli bakım ve uygun uyaran olmadan çocukların bizimle kalamadıkları gerçeğini görmüşlerdir. Çok çarpıcı olan bu gerçeğe, araştırmaya gücü olan herkes çalışmaya başlamış ve erken çocukluk dönemi programlarını, çocukların bedensel sağlığını korurken, şefkatli ve uygun uyaran alabilmelerini sağlayan şekillere getirmek için yeni fikirler üretmişlerdir. Bunun için yeni çalışanlar eğitmişler, çalışanları yeniden eğitmişler, projeleri hayata geçirebilmek için sağlık merkezlerini, ev ziyaretlerini, aile grupları vb pek çok yöntemi kullanmışlardır. Araştırmacılar, bu yolda ilerlerken yaptıklarının çocuklara, ailelerine, sağlık çalışanlarına, topluma nasıl yansıdığını, olumlu ya da olumsuz etkilerini görmek için programlarını değerlendirmişlerdir. Ailelere erken çocukluk gelişimi ile ilgili bildiklerini öğretmiş olan araştırmacılar, ailelerden de programların nasıl etki ettiğini öğrenmişlerdir. Böylece çocukların iyiliğini en çok sağlayan programlar ayakta kalmış, devletlerinden, toplumlarından, uluslar arası kuruluşlardan aldıkları destekle devam etmişlerdir. Ülkemizde de T.C. Hükümeti - UNICEF işbirliği ile erken çocukluk dönemi programları içinde T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen ve üniversitelerle işbirliği ile oluşturulan “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” çocukların gelişimlerinin erken dönemde değerlendirilmesi ve desteklenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırmanın amacı ülkemizde sağlık hizmeti içinde bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi, desteklenmesi, gelişimsel sorunların erken saptanması, doğru ve etkili yönlendirmelerini sağlayacak olan ve ülkemizde eğitimi birinci basamak sağlık çalışanlarına verilen “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın (GİDP) kısa ve uzun dönemde programın uygulayıcıları olan sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesidir.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın bu güne kadar 5 ilde gerçekleştirilmesini sağlayan ve araştırmama desteklerini esirgemeyen T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürü Sayın Dr. Rıfat Köse, AÇSAP eski Genel Müdürü Ecz. Münip Üstündağ, Uz. Dr. Dilek Haznedaroğlu, Dr. Sema Özbaş ve Dr. Yurdum Karabacak’a ve araştırmanın değerlendirme bölümünün yapılmasını sağlayan ve bu değerlendirmelerde desteklerini sürdüren T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü Yöneticileri ve İzmir, İstanbul, Mersin, Adana ve Samsun İl Sağlık Müdürlükleri’ne, programı alanda özveri ile yürüten tüm sağlık çalışanlarına teşekkür ederim.

Programın hazırlanmasında büyük katkıları bulunan Sayın Prof. Dr. Ufuk Beyazova ve Sayın Prof. Dr. Hilal Özcebe' ye teşekkürlerimi sunarım.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' nde Gelişimsel Pediatri alanında yetişmemiz için Yüksek Lisans eğitimimizin her aşamasında bizden güler yüzünü, desteğini ve bilgisini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Rıfat Vural'a teşekkürlerimi sunarım.

"Gelişimsel Pediatri" alanını en iyiye götürmek, bizi yetiştirmek için her zaman bizden çok çalışan, gece gündüz yanımızda olan, desteğini her an yanımda ve hoşgörüsünü her zaman hissettiğim tez danışmanım Sayın Doç. Dr. İlgi Ertem' e teşekkürlerimi sunuyorum.

Gelişimsel Pediatri Yüksek Lisansı'nın ilk öğrencisi olan ve geçmişte pediatri asistanlığında benimle paylaştığı deneyimlerini olduğu gibi bugün de yüksek lisans programında yaşadığı deneyimlerini benimle paylaşan Sayın Uz. Dr. Gülsüm Atay'a, Eylül 2004 yılında birlikte yüksek lisans eğitimine başladığımız ve hep birlikte olduğum arkadaşlarım Uz. Dr. Derya Gümüş Doğan ve Uz. Dr. Özlem Ünal'a sonsuz teşekkürler. İstatistiksel analizlerde önerilerini aldığım Ankara Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı' ndan Sayın Derya Öztuna' ya teşekkür ederim.

Bu projenin hazırlığında, eğitimlerde ve değerlendirmede benimle birlikte olan Gelişimsel Pediatri Ekibi' nden Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Uzmanı Canan Gül Gök ve Tuğba Karaaslan' a, Psk. Asuman Bayhan'a ve Nermin Sezer' e, eğitimimin her aşamasında bana destek olan aileme sonsuz teşekkürler.

SİMGELER ve KISALTMALAR

AÇEP	Anne- Çocuk Eğitimi Programı
AÇEV	Anne Çocuk Eğitim Vakfı
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
CDI	World Health Organization Care For Development Intervention
ÇPGD	Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEPP	European Early Promotion Project
GBDÖ	Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği
GİBP	Gelişim için Bakım Programı
GİDP	Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı
GİDR	Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi
IMCI	Integrated Management of Childhood Illnesses
KDÖ	Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği
NFPP	Nurse-Family Partnership Program
PDA	Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Alanda Değerlendirme Anketi
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

TABLOLAR

Tablo- 1: Kurs öncesi değerlendirmede yer alan birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri.....	73
Tablo- 2: Kurs öncesinde “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği” maddelerinin puan dağılımı	76
Tablo- 3: Kurs öncesinde KDÖ’ den alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistiksel değerleri.....	78
Tablo- 4: Kurs öncesinde GBDÖ’ den alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistiksel değerleri.....	79
Tablo- 5: Kurs sonrasında KDÖ’ den alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistiksel değerleri.....	80
Tablo- 6: Katılımcıların kurs öncesi ve sonrasında KDÖ maddelerinde kendilerini yeterli değerlendirme oranları	82
Tablo- 7: Kurs sonrasında GBDÖ’ den alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistiksel değerleri.....	84
Tablo- 8: Alanda değerlendirmede yer alan birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri.....	86
Tablo- 9: Alanda değerlendirmede kurs öncesindeki döneme göre uygulamalardaki değişim oranları.....	88
Tablo- 10: Alanda değerlendirmede GİDR’ nin uygulamada kullanımı	90
Tablo- 11: Alanda değerlendirmede gelişimsel risklerin sorgulanma oranları	91
Tablo- 12: Alanda değerlendirmede “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın uygulanmasını zorlayan etmenler	92

1. GİRİŞ

1.1. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim

Çocukların hayatta kalabilmesi ve gelişimlerinin mümkün olabilecek en iyi düzeye getirilmesi için dünyada ve ülkemizde pek çok girişim yapılmaktadır. Bu girişimler çocukların iyiliğini sağlamak üzere oluşturulan pek çok programı ve programlar için gerekli olan bilgi, iş gücü ve para desteğini karşılayan kişiler, kurumlar ve devletler tarafından uygulanmaktadır. Dünya ülkelerinin birleştiği “Birleşmiş Milletler” in Çocuk Hakları sözleşmesinin 27. maddesi ile taraf devletler “her çocuğun bedensel, zihinsel, ruhsal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir yaşam düzeyi hakkı” olduğunu kabul etmektedirler (Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1989). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Dünya Bankası (World Bank) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) gibi uluslararası örgütler de sağlık sisteminin çocukların hayatta kalmalarının yanı sıra gelişimlerinin de mümkün olabilecek en iyi düzeye getirilmesi için çaba gösterilmesi gerektiğini belirtmektedirler (A Critical Link-WHO, 1999; Black ve ark., 2000; Hill ve ark., 2004; Hertzman ve Power, 2003).

Çocukların hakları doğrultusunda yola çıkılarak dünyada ve ülkemizde çocukların yararı için pek çok program geliştirilmiştir. Bu programlar öncelikle çocukların hayatta kalabilmesini sağlamaya yönelik programlardır. Bunlara örnek olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, desteklenen ve yaygınlaştırılan “Integrated Management of Childhood Illnesses” (IMCI) verilebilir. Program, birinci basamak sağlık çalışanının çocukluk çağında en sık mortalite ve morbidite nedeni olan ishal, pnömoni, kızamık, sıtma ve malnütrisyona uygun yaklaşımını, doğru tedavi ve yönlendirme yapabilmesini sağlamayı amaçlamaktadır (www.who.org). Gelişmekte olan Asya ülkelerinden Hindistan’da çocuklar için maddi destek sağlanması, çocuk bakımı, çocuk ve gebelere sağlık hizmeti sağlanması ile ilgili programlar 1939–1940 yılında başlatılmıştır. Bunları beslenmenin önemi, uygun

besin hazırlama ve dağıtımına yönelik “Uygulamalı Beslenme Programı (1963)” ve “Özel Beslenme Programı–1970” izlemiştir. Bu programlar pek çok farklı kuruluş tarafından farklı isimlerle (Balawadi, Mahila Mandal, Panchayats) yürütülmüştür (Gove, 1997; Seema, 2001; Nair ve Radhakrishnan, 2004). Ülkemizde de T. C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından bebek ve çocuk ölümlerini azaltmayı hedefleyen ishal önleme ve tedavisi, alt solunum yolları enfeksiyonlarında tedavi, aşılama, anne sütü ve emzirme, yenidoğan canlandırma programları sürdürülmektedir (www.saglik.gov.tr).

Bu programlar çocukları hayatta tutmayı başarmayı hedeflerken dünyada yaklaşık 35 yıl önce Haggerty ve ark. (1975a; 1975b) gelişimsel ve psikosoyal sorunların çocukluk çağındaki yeni morbidite olduğu bilgisini vurgulamışlardır. Bu bilgiye göre çocukların yaşamda tutulmasının yanında gelişim, davranış ve psikososyal durumları da göz önünde bulundurulmalı, sorunlar erken dönemde tanınmalı ve tedavi edilmeli ya da tedavi için diğer bilimlere yönlendirilmelidir. Bu hedeflere ulaşılabilmesi için sağlıklı gelişimin evreleri, anababaların sağlıklı gelişim için yapmaları gerekenler, gelişimi etkileyen bedensel ve psikososyal risk faktörleri, davranış ya da gelişimsel sorunların neler olduğu bilinmeli, önlenmeli ve tedavi edilmelidir. Gelişimsel sorunların ortaya konmasında sağlık çalışanı ile aile arasındaki iyi iletişim becerileri de büyük rol oynamaktadır (Committee on psychosocial aspects of child and family health, 1993). Çocukların yalnızca yaşamda kalmalarının sağlanması mümkün olabilecek en iyi düzeye gelmelerine yeterli olmayacaktır. Ayrıca çocukların mümkün olabilecek en iyi düzeye gelmelerini sağlamak için yapılacak çalışmaların bebeklik ve erken çocukluk döneminde başlaması gerektiği bilgileri de hızla artmıştır (Boocock, 1995). Bu iki ana bilgiyle araştırmacılar, kurumlar ve politika belirleyiciler çocukların bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ve toplumsal gelişmesini sağlayacak yeterli bir yaşam düzeyine erişebilmeleri için, bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi için dünyanın pek çok ülkesinde programları hazırlayarak uygulamışlardır (Karoly ve ark., 1998; Young, 2002). Bu programların yürütülmesi için değişik sistemler kullanılmaktadır. Dünyada erken çocukluk dönemi programlarının yöntemleri çok çeşitli olup devletin sağlık (Kamerman ve Kahn, 1993; Puura ve ark., 2002; Roberts

ve ark., 2002), eğitim (Barnett, 1995; Boocock, 1995) ya da sosyal hizmetler sistemleri içinde uygulan ya da tümüyle sivil toplum örgütleri tarafından geliştirilip yürütülmekte olan programlar bulunmaktadır (Young, 2002). İngiltere’ de uygulanmakta olan “Sure Start” gibi programlar ise “tüm hükümet (“all of government”) yaklaşımı içinde maliye, eğitim, çevre, sağlık, sosyal hizmetler ve devletin bünyesindeki tüm diğer sistemlerin ve serbest toplum örgütlerinin erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi için ortak çalışması ile yürütülmektedir (Hall, 2000).

Programların hedef kitlelerine ulaşmaları da pek çok farklı yoldan olmaktadır. Bazı programlarda, sosyal hizmet kurumları, ailelerin yaşadıkları çevredeki okullar ya da sivil toplum örgütleri ailelerin programlara girmelerini sağlamaktadır. Bazılarında ise sağlık kurumlarına yerleştirilen program görevlileri ya da kurum hemşire ve hekimleri aileleri programlara yönlendirmektedirler (Parush ve Markowitz, 1997; Simeonsson, 2000; Minkovitz ve ark., 2001; Dworkin, 2004; Hill ve ark., 2004).

Gelişmiş ülkelerde okul öncesi eğitim hizmetleri çok yaygındır ve çocukların okul öncesinde eğitimden faydalanma oranları % 80–100 olarak bildirilmektedir (Boocock, 1995). Bu ülkelerde okul öncesi eğitim sisteminin yaygınlığı ve ulusal destekli geniş erken eğitim programların geliştirilmiş olması nedeniyle anne-çocuk etkileşimi genellikle eğitim sistemi içinde desteklenmektedir (Károly ve ark., 1998). Gelişmekte olan ülkelerde ise eğitim sisteminin küçük çocuklara ulaşabilme ve onların gelişimini destekleyebilme oranı çok düşüktür. Türkiye Cumhuriyeti Milli Eğitim Bakanlığı 2000 yılında ülkemiz için bu oranı % 10 olarak bildirmektedir (Koçak, 2001).

Programlarda anne-çocuk ilişkisi desteklenerek çocuğun hem hayatta kalmasına hem de gelişimine olumlu yönde katkı sağlanmaktadır. Anne çocuk ilişkisi, annenin çocuğu ile etkileşimindeki olumlu özellikleri bulunarak kutlanması ve pekiştirilmesi, annenin erken çocukluk gelişimi konusunda bilgilendirilmesi,

ailelerin parasal ve besin kaynaklarının arttırılarak yaşam kaygıları, gerginlik ve streslerinin azaltılması, komşuları ya da yakınları ile toplanarak deneyimlerini paylaşımları ile desteklenebilir (Grantham-MacGregor ve ark., 1991; Benasich ve Brooks-Gunn, 1996; Glascoe ve ark., 1998; Brazelton, 1999). Erken çocukluk döneminde gelişiminin desteklenmesi için geliştirilen programlarının ulaştığı temel birim çocuk ve ailesidir. Tüm programlar “aile-çocuk” ve özellikle “anne-çocuk” ilişkisini güçlendirmek, annenin çocuğuna şefkatli bakım verme ve onu geliştirici uyaranlar sunma özelliklerini desteklemek için çalışırlar.

Gebelik öncesinden çocuğun okula başlamasına kadar olan dönemde çocuk ve ailesi ile yakın ilişkide olması nedeni ile erken çocukluk döneminde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde aileye en kolay ulaşabilen sistem sağlık sistemidir (Sturner, 1998; Akukwe, 2000; Young, 2002). Gebelik izlemi, doğum sonrası bakım, sağlam çocuk izlemi ve aşı uygulamaları gibi sağlık hizmetleri, anne-çocuk etkileşiminin desteklenmesi için uygun olanakları sağlamaktadır. Sağlık sisteminin aileye eğitim sisteminden çok daha erken dönemde ulaşabilmesi nedeniyle, gelişmiş ülkelerde de anne- çocuk etkileşiminin sağlık sistemi içindeki programlarla desteklenmesi konusu önem taşımaktadır (ACPH raporu 1999; VanLandeghem ve ark., 2002). Gelişmiş ülkelerde sağlıklı çocuk izlemi sırasında uygulanan, anne-çocuk etkileşimini destekleyen programlar bulunmaktadır. Bu programlara örnek olarak, European Early Promotion Project (Puura ve ark., 2002; Roberts ve ark., 2002), Bright Futures (Green, 1994; Knight ve ark., 2001), Healthy Steps (Zuckerman ve ark., 1997, 2004; McLearn ve ark., 1998; Minkovitz ve ark., 2001), Reach Out and Read (Needleman ve ark., 1991), ve Touchpoints (Brazelton, 1999; Hornstein ve ark., 1997) verilebilir.

Programların etkinliğini değerlendiren araştırmalar, bu programlarda, çocuğun gelişimi, çocuğun gereksinimlerine duyarlı ve şefkatli bakımın gelişime etkisi konularında bilgilendirilen annelerin bebekleriyle etkileşimlerinin daha olumlu olduğunu göstermektedir. Çocuk hekimlerinden, çocuklarının gelişimi, mizaçları ve davranışları konusunda danışmanlık alan anneler, çocuklarının gelişimini olumlu yönde etkileyecek tutumlar kazanmaktadırlar (Regalado ve Halfon, 2001).

Erken çocukluk döneminde gelişiminin desteklenmesi programlarının etkinliklerinin değerlendirilmesiyle ilgili yapılan çalışmaların sonuçları aşağıda özetlenmiştir (Young, 1997; Karoly ve ark., 1998; Anderson ve ark., 2003).

Program içindeki çocukların, program dışındaki kontrol grubu çocuklarına göre:

- 1) Beslenme ve sağlık durumları daha iyidir. Örneğin Dünya Bankası'nın desteklediği programlardan olan "Kolombiya Çocuk Bakımı ve Beslenmesi Projesi"nde yer alan çocukların programa katıldıktan sonra 6 ay içinde aşılama programlarını tamamladıkları gösterilmektedir (Young, 2003). Kolombiya Projesinde olduğu gibi pek çok proje ailelerin çocuklarının sağlık ve beslenme kaynaklarına ulaşmalarını sağlamalarına yönelik davranışlarını değiştirmeleri için destek vermektedir.
- 2) Bilişsel gelişim başarı puanları ve okul başarıları daha yüksektir. Örneğin Jamaika Ev Ziyareti Programı, Kolombiya Cali Projesi, Peru Pronoei Programı ve Türkiye Erken Destek Projesi değerlendirmelerinde bilişsel gelişimin ve okul başarısının katılmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu programların desenleri kurumsal ağırlıklı olup çocukların okul öncesinde kurumlarda ya da yöredeki evlerde toplanarak eğitilmiş gönüllüler tarafından eğitim verilmesidir. Bu programlar gelişmekte olan ülkelerde daha çok 4- 6 yaş grubuna yönelik tasarlanmıştır (web.worldbank.org). Daha erken dönemde bebek ve çocuklara aileleri ile birlikte destek veren diğer projelerin de bilişsel gelişim ve okul başarısına etkileri kanıtlanmıştır (Olds ve ark., 1997; Needleman ve ark., 2002; Young, 1997).
- 3) Zamanında ilkokula başlama oranları daha yüksektir.
- 4) Sınıf tekrarı ve okulu bırakma oranları daha düşüktür.
- 5) Sosyal ve duygusal gelişimleri daha iyidir.
- 6) Ebeveyn-çocuk ilişkileri daha olumludur.
- 7) Erişkin olduklarında iyi ekonomik kazanç sağlayabilecekleri işlerde çalışma ve ekonomik olarak kendi kendilerine yetebilme oranları daha yüksektir.

- 8) Suç oranları daha düşüktür.
- 9) Kız çocuklarının erişkin yaşlarında çalışma hayatında yer alabilme oranları daha yüksektir. Örneğin Hindistan ve Guatelama’ da yürütülen erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi programları ile kültürel olarak daha olumsuz koşullara sahip olan kız çocuklarının durumlarında düzelme olmuştur (Myers,1995).

Program içindeki annelerin kontrol grubu annelerine göre:

- 1) Program sonrasındaki gebelik oranları daha düşüktür.
- 2) Gebelikleri sırasında sağlıklarıyla ilgili olumlu tutumları gösterme oranları daha yüksektir (örneğin sigara, alkol ve diğer zararlı maddeleri kullanma oranları daha düşüktür, düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranları daha yüksektir).
- 3) Çocuklarıyla daha uygun iletişim ve etkileşim göstermektedirler.
- 4) Çocuklarını ihmal ve istismar etme oranları daha azdır.
- 5) Kendi eğitimlerine devam etme oranları daha yüksektir ve aldıkları eğitimin süresi daha uzundur.
- 6) İş bulabilme oranları daha yüksek ve sosyal yardımlardan faydalanma oranları daha düşüktür.
- 7) Suç oranları daha düşüktür.
- 8) Alkol/ madde bağımlısı olma oranları daha azdır ve annelerde bu maddelere bağlı davranış bozukluklarının görülme oranı daha düşüktür.

1.2. Sağlık Sistemi İçinde Çocuk Gelişimini Destekleyen Programlara Gelişmiş Ülkelerden Örnekler

1.2.1. Hemşire Aile İşbirliği Programı (Nurse-Family Partnership Program)

Hemşire-aile işbirliği programı, sağlık sistemi içinde çocuk gelişimini destekleyen programların en uzun süreli olanıdır ve bu nedenle dünyada ünlü ve önemlidir. Ülkemiz açısından da aslında sağlık sistemimize kolaylıkla uyarlanabilecek bir model olması nedeniyle önem taşımaktadır. Program, ergenlik döneminde anne, gelir düzeyi düşük ya da tek ebeveyn olması nedeniyle çocuk gelişimini olumsuz etkileyebilecek riskleri taşıyan ve ilk çocuklarına gebe annelere yönelik bir programdır.

Programın amaçları:

- a) annelerin gebeliklerinin daha sağlıklı devam edebilmesi için gerekli tutum ve davranışları kazanmalarını destekleyerek bebeklerin zamanında ve sağlıklı doğmalarını sağlamak,
- b) ailelerin çocuklarını yetiştirmeleri sırasında daha olumlu tutum ve davranışlar göstermelerini sağlayarak çocukların genel sağlığını ve gelişimlerini desteklemek,
- c) annelere eğitimlerine devam edebilmeleri, iş bulmaları ve sonraki gebeliklerini planlamaları konularında ederek onların ekonomik olarak kendi kendilerine yeterli hale gelmelerini sağlamaktır.

Program ilk olarak, 1977 yılında Rochester Üniversitesi'nde David Olds, Charles Henderson, Harriett Kitzman ve arkadaşları tarafından planlanan bir proje (Prenatal/Early Infancy Project-PEIP) olarak başlamıştır. Bu projenin amacı, ekonomik olarak olumsuz koşullarda yaşamakta olan ve ilk doğumlarını yapan anneler ve çocuklarını desteklemek için eğitilmiş hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretlerinin etkilerini araştırmaktır. Projenin etkinliği ile ilgili yapılan ilk çalışma,

1978–1982 yılları arasında, çoğunluğunu beyazların oluşturduğu 400 aile ile Elmira, New York’ ta (Elmira-PEIP) yürütülmüştür. Daha sonra projenin Afrika-Amerikalı aileler için etkinliğinin araştırılması amacıyla 1139 aile ile Memphis Tennessee’de, programın uygulanmasında hemşireler ile sağlık eğitimi almamış lise mezunu çalışanların etkinliklerini karşılaştırmak amacıyla 735 aile ile Denver, Colorado’da seçkisiz kontrollü çalışmalar yürütülmüştür. Her üç araştırmanın da çocuklar ve aileler üzerine olumlu etkilerinin belirlenmesiyle proje, Denver Colorado Üniversitesi Sağlık Bilimleri Merkezi tarafından geliştirilerek “Hemşire Ev Ziyareti Programı (Nurse Home Visitation Program-NHVP)” adı ile yaygınlaştırılmıştır. Programın adı daha sonra “Hemşire-Aile İşbirliği Programı (Nurse-Family Partnership Program-NFPP)” olarak değiştirilmiştir. Program Amerika Birleşik Devletlerinin üç eyaletinde yürütülmektedir. Bu eyaletlerin dışında 20 eyalette toplam 137 merkezde program uygulanmaktadır. Programlar halk kaynakları ve özel kuruluşlar tarafından desteklenmektedir ve maliyeti her aile için yaklaşık yılda 3000 dolardır.

Programın içeriği, Bronfenbrenner’ in “gelişimin ekolojik kuramı”, Bandura’ nın “kişisel etkinlik kuramı (self-efficacy theory)” ve Bowlby’ nin “bağlanma kuramı (attachment theory)” üzerine kurulmuştur (Olds ve ark., 1997). “Ekolojik kuram”a göre çocuğun gelişimi, aile bireylerinin, ailenin içinde yaşadığı yakın ve uzak sosyal çevrelerin, toplumun ve toplumun kültürel yapılarının özellikleri ve tüm bunların birbirleriyle olan ilişkileri ve etkileşimleri sonucunda olmaktadır. Anne ve babaların çocuklarına karşı tutum ve davranışları, onların çevreleriyle olan diğer ilişkilerinden etkilenmektedir. Buna dayanılarak, çocuğun anne ve babası programın temel hedefleri olarak kabul edilmektedir. Programda anne ve babaların kendi sağlıklarına dikkat eden, ekonomik olarak kendi kendine yetebilen ve ebeveyn olmanın getirdiği sorumlulukları taşıyan kişiler olma yolunda değişimleri amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için ev ziyareti yapan hemşireler babayı, ailenin diğer üyelerini ve yakın çevrelerini de ev ziyaretlerine katmaya, birbirleriyle olan ilişkilerini geliştirmeye ve bu ilişkiler aracılığıyla annelerin yakın çevrelerindeki desteklerini arttırmaya çalışmaktadırlar. Hemşireler ailelerin sağlık ve sosyal sorunlarını ve bunların çözümü için gereksinimlerini belirlemektedirler. Toplum içindeki diğer sağlık ve

sosyal hizmetlerle ilişkiler kurarak ailelerin sorunlarını çözmeye, sağlıklarını desteklemeye, sosyal çevrelerini genişletmeye ve kaynaklarını arttırmaya çalışmaktadırlar. Ev ziyaretleri sırasında ailelere sağlık kontrollerini hatırlatmakta, verilen ilaçlar ve diğer tedavilerin düzenli kullanılması için uyarmaktadırlar. Bununla birlikte programın uygulandığı bölgelerde hemşireler toplumun diğer sağlık, eğitim ve sosyal hizmetlerinin ailelerin ihtiyaçlarına uygun şekilde düzenlenmesi ile ilgili girişimlerde de bulunmaktadır. Örneğin, Memphis'te gebelik nedeniyle okula devam etmelerine izin verilmeyen ergen annelerin okula devam edebilmeleri sağlanmıştır (Olds ve ark., 1997).

Bandura'nın "kişisel etkinlik kuramı"na göre bireylerin daha önceki deneyimlerinden elde ettikleri sonuçlar, onların kişisel etkinliklerini algılama şekillerini, yaptıkları seçimleri ve önlerine çıkan engelleri aşmak için ne kadar çaba göstereceklerini belirlemektedir. Bireyin deneyimleri sonucunda elde ettiği başarılar, çevrelerinden aldıkları övgüler, çevrelerinde benzer sorunlar karşısında başarılı olan örnek kişileri gözlemlemeleri ve sorunları soğukkanlılıkla karşılayabilme becerileri, onların kendilerine güvenlerini, sorunlarla baş edebilmelerini artırmaktadır. Bu kuram, annelerin gebelikleri sırasında sağlıklı ilgili davranışlarının ve çocuklarına bakımlarının düzeltilmesi ve kendi kişisel gelişimlerinin desteklenmesi için yapılan uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Bu kurama dayanarak öncelikle annelerin davranışlarının kendi sağlıklarına ve bebeklerinin sağlıklarına etkilerini anlamaları sağlanmaktadır. Daha sonra hemşireler annelerin gerçekçi, küçük ve uygulanabilir hedefler belirlemelerine ve bunlara ulaşmalarına yardımcı olmaktadır. Başarıyla sonuçlanan deneyimlerinin birikmesi ile annelerin kendilerine güvenlerini arttırmaya ve daha büyük zorluklarla baş edebilir hale gelebilmelerine çalışılmaktadır. Annelerin olumlu davranışları övülerek desteklenmektedir. Sorunların çözülmesi için yapılan yardımlar aracılığıyla annelerin ruhsal gerginlikleri azaltılarak olumlu yönde değişebilmeleri için zemin hazırlanmaktadır. Annelere sorunlar karşısında soğukkanlı kalabilmeleri için gevşeme teknikleri ve sorun çözebilme teknikleri öğretilmektedir. Ayrıca annelerin çocuk bakımı ve onlarla olan ilişkilerinin geliştirilmesi için hemşireler annelere ziyaretler sırasında örnek olmaktadır (Olds ve ark., 1997).

Bowlby' nin "bağlanma kuramı" na göre bireyler stres, hastalık gibi kendilerini zorlayan durumlar karşısında hayatta kalabilmek için biyolojik olarak özel bir bakıcıya (genellikle bu anneleridir) sığınma gereksinimi içindedirler. Bu amaçla annelerine karşı geliştirdikleri davranış örüntüleri "bağlanma" olarak adlandırılmaktadır. Bağlanma üzerine yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, annelerin kendi çocukluklarında yaşadıkları bağlanma deneyimleri, çocuklarının bu gereksinimlerine uygun karşılık verebilmelerini etkilemektedir. Bu sonuçlara dayanarak, hemşireler sıkıntılı bir dönem olan gebelik ve doğum sırasında anneler ve diğer aile bireyleriyle güven verici bir ilişki kurmaya çalışmaktadırlar. Ev ziyaretleri sırasında anne babaların kendi çocuklukları ile ilgili anılarını anlatmaları desteklenmekte ve nasıl bakılmayı arzu etmiş oldukları hatırlatılmaktadır. Hemşireler ailelerin kendi bağlanmaları ile ilgili olumsuz deneyimlerini öğrenmekte, daha sonra şefkatli ve destekleyici yaklaşımlar göstererek aileleri kendilerine bağlamaya çalışmaktadır. Böylece anne ve babaların kendilerini desteklenmeyi ve özen görmeyi hak eden kişiler olarak hissetmeleri ve bu duygular içinde çocuklarını da aynı şeyleri hak eden kişiler olarak algılayabilmeleri amaçlanmaktadır. Ziyaretler sırasında bebeklerin kendilerini ifade etme becerileri ve bunlara nasıl uygun karşılık verilebileceği ile ilgili özgün eğitimler de annelere verilmektedir (Olds ve ark., 1997).

Programda verilen hizmetler, anneler ve çocuklarına birincil sağlık hizmeti sunan sağlık birimlerinde çalışan yüksek okul mezunu, halk sağlığı hemşireleri tarafından yapılan ev ziyaretleriyle yürütülmektedir. Aileler gebeliğin 28. haftasından önce, tercihen gebeliğin 12–20. haftaları arasında, programa alınmakta ve çocuklar 2 yaşını bitirene kadar program içinde kalmaktadırlar. Ev ziyaretleri aileler programa alındıktan sonra ilk ay haftada bir, daha sonra doğuma kadar geçen süre içinde iki haftada bir, çocuklar doğduktan sonra ilk 6 hafta haftada bir, 6 hafta-20 ay arasında 2 haftada bir, 21–24 ay arasında ayda bir yapılmaktadır. Ev ziyaretlerinin sıklığı ailenin gereksinimlerine göre artabilmektedir. Bir ev ziyareti 75-90 dakika sürmektedir.

Program yürütücülerine hizmetlerine başlamadan önce 2 haftalık bir eğitim verilmektedir. Başlangıç eğitiminden sonra 1 yılda toplam 46 saat hizmet içi eğitim ile hemşirelerin anne-bebek ilişkisini değerlendirme ve destekleme becerileri geliştirilmektedir. Uygulamaları sırasında hemşireler, daha deneyimli ve eğitilmiş hemşireler tarafından denetlenmektedirler. Program yürütücüsü olan her hemşirenin sorumlu olduğu 20–25 aile vardır. Program içinde ev ziyaretçilerinin karşılaşılabilecekleri sorunlarla nasıl baş edilecekleriyle ilgili ayrıntılı protokoller de bulunmaktadır. Zaman zaman aile, çocuk ve ailenin işlevleri ile ilgili değerlendirmeler yapılarak bunların sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler ve girişimler yapılmaktadır.

Programın etkinliği ile ilgili yapılan seçkisiz kontrollü çalışmaların sonuçları aşağıda özetlenmektedir. Çalışma grubunda kontrol grubundakine göre:

- 1) anneler gebelikleri sırasında daha az sigara kullanmakta, daha iyi beslenmekte, doğumla ilgili eğitimlere sınıflarına daha düzenli devam etmekte ve çevrelerinin, yakınlarının kendilerini desteklemesini daha fazla sağlayabilmektedirler
- 2) bebeklerin doğum ağırlıkları daha fazladır
- 3) çocuk istismarı ve ihmali oranı daha azdır
- 4) ev ortamında çocuğun güvenliğini tehdit edici nesneler daha az, gelişimi destekleyici araçlar daha fazla bulunmaktadır
- 5) acil servise başvuru oranları daha düşüktür
- 6) ailelerin sosyal yardımlar ve yiyecek yardımlarından yararlanma süreleri daha kısadır
- 7) çalışan anne oranı daha yüksektir
- 8) ailelerde suç oranı daha düşüktür
- 9) annelerde gebelik sayısı daha az, gebelikler arası süre daha uzundur
- 10) çocuklar 6 yaşındayken yapılan değerlendirmede bilişsel ve dil gelişimi ile ilgili puanları daha yüksektir
- 11) çocuklarda davranış sorunları daha azdır
- 12) ergenlik döneminde çocuklar daha az oranda suç işlemektedirler (Olds ve ark.,1994; 2002a; 2002b; 2004a; 2004b).

Olds tarafından geliştirilen ilk program 20 yıl sonra değerlendirilmiş, gerek yararlılığı gerek yarar-maliyet oranı da çok yüksek bulunan bu programın Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yaygınlaşabilmesi için çalışmalara ağırlık verilmiştir. Burada önemle altı çizilmesi gereken bir nokta ABD’de ev ziyaretlerinin rutin olarak sağlık hizmeti içinde yapılmaması, hemşire ziyaretleri için devlet tarafından karşılanan bir bütçenin olmamasıdır. Ülkemizde zaten temel sağlık hizmetinin ev ziyaretleri ile yürütülmesi beklenen koşullarda bu program çok daha kolay uygulanabilir ve yarar-maliyet oranı çok daha yüksek olması beklenmelidir.

Bu programla ilgili olarak yapılan son değerlendirmelerden birini Izzo ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada ortaya koymuşlardır. Araştırmacılar “Hemşire-Aile İşbirliği Programı” ile ev ziyaretleri yapılarak desteklenen annelerin beklenmedik stresli olaylar karşısında (örneğin bir yakının ölümü) nasıl davrandıklarını, bu olaylarla nasıl başa çıktıklarını ve 15 yıl önce almış oldukları desteğin bu başa çıkma yolları üzerinde etkili olup olmadığını öğrenmeyi hedeflemişlerdir. Programı 15 yıl önce almış olan 324 anneye ulaşarak yaşamlarında beklenmedik stresli olaylarla nasıl başa çıktıklarını sorgulamışlardır. Seçkisiz kontrollü desende yapılan çalışmada 15 yıl önce ev ziyareti yapılarak desteklenmiş olan annelerin hiç ev ziyareti yapılmamış annelere göre bir yakının ölümü gibi kontrol edilemeyen yaşam olayları karşısında daha az kırılgan olduklarını ve baş edebilmelerinin daha çok olduğunu saptamışlardır.

1.2.2. Avrupa Erken Destek Projesi (European Early Promotion Project-EEPP)

European Early Promotion Project, sağlık sistemi içinde 0- 2 yaş arasındaki çocukların ruh sağlıklarının iyi olmasını sağlamak ve psikososyal problemlerin gelişimini engellemek amacıyla planlanmış bir projedir. Projenin hedefi sağlık sistemi içinde, sağlık personeli ve ailenin işbirliği ile çalıştığı, tüm aileler için kullanılabilecek, evrensel olarak uygulanabilecek, bedensel ve psikososyal gelişimin iyileştirilmesine bütüncül olarak yaklaşan koruyucu bir hizmet modeli oluşturmaktır

(Hilton ve Tsiantis, 2005). Proje hizmetlerine Yunanistan, İngiltere, Finlandiya, Yugoslavya ve Kıbrıs'ta başlanmıştır. Yunanistan ve İngiltere'de paraprofesyonel sağlık çalışanları (profesyonel olmadan halk arasından eğitilen kişiler), Finlandiya'da halk sağlığı hemşireleri, Yugoslavya ve Kıbrıs'ta toplum hemşireleri tarafından yürütülmektedir. Projeyi yürütecek olan personel hizmet öncesinde çok ayrıntılı eğitimden geçirilmişlerdir. Hizmetler Londra, Atina ve Belgrad'da farklı kültürlerden ailelere, Lefkoşa ve Tampere'de göçmenlerin az sayıda olduğu bölgelerde verilmeye başlanmıştır. (Puura ve ark., 2005a).

Aile ile görüşmeler doğumdan 4- 6 hafta önce başlamaktadır. Böylece ailelerle yakınlık kurulması onların güvenlerinin kazanılması amaçlanmaktadır. Annelerin gebelikleri, aileleri, eşleri ilgili duygularını, beklentilerini kaygılarını dile getirmeleri yarı yapılandırılmış görüşmeler ile teşvik edilmektedir. Ailelerin destek kaynakları, güçleri, problemleri, problemlere yaklaşımları değerlendirilmekte, gereksinimleri belirlenerek sorunlarının çözülmesinde destek sağlanmaktadır. Doğumdan 4 hafta sonra aynı sağlık çalışanı tarafından ev tekrar ziyaret edilerek, ailenin uyumu, sorunları, duyguları ve kaygılarını dile getirmeleri teşvik edilmektedir. Belirlenen yeni gereksinimlere göre destek sağlanmaktadır. Haftalık ziyaretlerle ailenin durumunun belirlenmesi ve gereksinimlerinin sağlanması, sorunların çözümüne destek verilmesi devam etmektedir. Ailede psikotik bozukluğu olan bireylerin varlığı, ağır bedensel sorunların varlığı, çocuk örselenmesi gibi çok yüksek riskleri ve özel gereksinim olan aileler için uzman servislere danışılmaktadır. Projenin başlatılması ile birlikte etkinliğinin değerlendirilebilmesi amacıyla 2 yıl sürecek bir çalışma da planlanmıştır (Hilton ve Tsiantis, 2005; Puura, ve ark, 2005a).

Her ülkede, projenin verdiği eğitimi alan ve almayan sağlık çalışanlarından doğum öncesinde ailelerle ilişki kurmaya başlamaları ve onlara destek olmaları istenmiştir. Eğitimli sağlık çalışanları ve birlikte çalıştıkları aileler çalışma grubunu; eğitim almayan çalışanlar ve birlikte çalıştıkları aileler ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Her ülkede çalışma ve kontrol gruplarında 100'er aile bulunmaktadır. Projenin amacının birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek olması nedeniyle yüksek riskleri ve çok özel gereksinimleri olan aileler çalışma ve kontrol

gruplarına alınmamışlardır. Doğum öncesi yapılan değerlendirme ile çalışma ve kontrol gruplarında bulunan 100 aile, destek gereksinimleri olan ve olmayan aileler olarak tekrar 50'şer ailelik gruplara ayrılmışlardır. Böylece 4 grup aile oluşturulmuştur. Çalışma grubundaki personele eğitim sonrası bilgilerini ve kendilerini ailelere yardımcı olacak kişiler olarak nasıl değerlendirdikleriyle ilgili 2 anket uygulanmıştır. Anne, baba, çocuk, ev ortamı, ebeveyn-çocuk ilişkileri ve anne baba arası ilişkilerin doğumdan sonra 6- 8. haftada ve çocuklar 18- 24 aylık olduklarında değerlendirilmeleri planlanmıştır. (Puura ve ark., 2002). Bu değerlendirme ailelerin hangi gruptan olduklarını, özelliklerini ve gereksinimlerini bilmeyen psikologlar ya da psikiyatristler tarafından yapılacaktır. Doğum sonrası 6- 8. haftada yapılan değerlendirmelerin 2002 yılında bildirilen erken dönem sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

- 1) İngiltere'deki çalışmada eğitimin sağlık personelinin ailenin gereksinimlerine duyarlı olmalarını ve yeterliliklerini arttırmıştır. Eğitimli personel gereksinimleri belirlemede 2 kat daha başarılıdır.
- 2) Doğum sonrası 8. haftada ailelerin personeller hakkındaki düşünceleri değerlendirildiğinde, eğitimli personellerin hizmet verdiği aileler diğer ailelere göre personeli çok daha fazla oranda yardımsever bulmuşlar ve memnun kalmışlardır. Finlandiya ve Yugoslavya'daki çalışmalarda gruplar arasında fark yoktur.

Çalışmanın çocuklar 2 yaşına geldiklerinde yapılan ve 2005 yılında bildirilen sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

Çalışma grubunda kontrol grubuna göre:

- 1) Annelerde depresyon oranı daha azdır.
- 2) Anneler kendilerine daha fazla güvenmektedirler.
- 3) Eşler arasındaki ilişki daha iyidir.
- 4) Anneler çocuklarıyla daha uygun iletişim ve etkileşim göstermektedirler.
- 5) Anneler, ev ziyaretlerinde HOME ölçeğiyle yapılan değerlendirmede 'annenin çocuğa sözel ve duygusal duyarlılığı', 'annenin çocuğu kısıtlama ve cezadan kaçınması', 'uygun oyun araçlarının sağlanması', 'annenin çocukla

birlikteliği' ve 'günlük yaşamda uyaranların çeşitliliği' alt ölçeklerinde daha yüksek puan almıştır.

- 6) Çocukların bilişsel, hareket ve davranış alanlarında yapılan değerlendirmede aldıkları puanlar daha yüksektir (Papadopoulou ve ark., 2005a, 2005b; Puura ve ark., 2005a, 2005b).

1.2.3. Sağlıklı Adımlar Programı (Healthy Steps Program)

“Sağlıklı Adımlar Programı” sağlık sistemi içinde çocuk gelişiminin desteklenebilmesi için farklı hizmetleri bir arada sunması nedeniyle önemli bir programdır (Lawrence ve ark., 2001). Programın en önemli özelliği, çocuk hekimi ve program için özel olarak eğitilen bir uzmanın (Healthy Steps uzmanı) işbirliği içinde çalışmalarıyla yürütülen bir sağlık hizmeti modeli olmasıdır. Program uzmanı olarak görev yapan kişiler, çocuk sağlığı hemşireleri, çocuk gelişimi uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, erken çocukluk çağı gelişimi ile ilgili eğitim almış diğer uzman ve eğitimcilerdir. Program uzmanları programın uygulandığı merkezlerde program içinde verilen hizmetlerin uygulanmasından ve eşgüdümünden sorumludurlar. Programı 0–3 yaş arasındaki çocuklar ve ailelerine yöneliktir.

Programının amaçları, ailelerin çocuk gelişimi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmek, çocuk ve ailesi arasındaki iletişim ve etkileşimi attırmak ve aile bireyleri arasındaki ilişkiyi güçlendirmektir. Böylece çocuk sağlığı ve gelişimini desteklemektir (Minkovitz ve ark, 2001; Zuckerman ve ark, 2004).

Commonwealth Fonu ve Boston Üniversitesi Tıp Fakültesi' nin işbirliğiyle 1994 yılında planlanan program, 1995–1998 yılları arasında 24 sağlık merkezinde uygulanmaya başlanmıştır. Uygulamalarla birlikte programın etkinliğinin değerlendirilmesi çalışmaları da başlatılmıştır. Bu çalışma programın uygulandığı 15 merkezde yürütülmektedir (Lawrence ve ark, 2001).

Programın uygulanmasının planlandığı merkezlerde çocuk hekimleri ve onlarla birlikte program uzmanı olarak görev yapacak kişiler Boston Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından verilen 5 günlük yoğun bir eğitimden geçmektedirler. Bu eğitimin amacı program uygulayıcılarının sağlık hizmetinin verilmesi sırasında çocukların davranışlarını, gelişimsel becerilerini, anne ve babalarıyla ilişkilerini gözlemleyebilme, ailesiyle birlikte çocuğa odaklanabilme, önerilerini ailelerin ve çocuğun gereksinimlerine göre bireyselleştirebilme ve aileyi destekleyici tutumları gösterme becerilerini arttırmaktır (Zuckerman ve ark, 2004). Healthy Steps programı içinde verilen hizmetler şunlardır:

Geliştirilmiş Sağlıklı Çocuk İzlemi: Bu hizmette, program uzmanları sağlıklı çocuk izlemi hizmetinin verilmesi sırasında çocuk hekimleriyle birlikte ya da muayene sonrasında aile ve çocuğu görmektedirler. Bu hizmet içindeki görevleri hekimlerle birlikte ailelerin çocuk gelişimi konusundaki sorularını yanıtlamak, kaygılarını tartışmak, sağlıkla ilgili risklerini belirlemek, onları çocuk gelişimi konusunda bilgilendirmek ve çocuklarıyla aralarındaki ilişkiyi güçlendirmeye çalışmaktır. Tüm bunları aileyle yapılan görüşme sırasında ailenin ve çocuğun yaptıklarını ve aralarındaki ilişkiyi gözlemleyerek, bu arada gelişen olaylar ile ilgili konuşarak ve onlara örnek olarak yürütmektedirler. Bu hizmetin verilmesi sırasında ailelerin çocuklarıyla birlikte kitap okumalarını arttırmak ve onların dil gelişimini desteklemek amacıyla “Ulaş ve Oku” programı da uygulanmaktadır (Lawrence ve ark., 2001; Minkovitz ve ark., 2001; Zuckerman ve ark., 2004).

Ev Ziyareti: Program uzmanları programa alınan ailelere 3 yıl içinde 6 kez düzenli ev ziyaretleri yapmaktadırlar. Sağlıklı çocuk izlemi sırasında ailelere birlikte tartışmaya başladıkları konular üzerinde daha fazla durabilmek amacıyla gerekirse ek ev ziyaretleri önerebilmektedirler. Bu ziyaretlerde uzmanlar ailelere çocukların yaşına uygun bakım, beslenme, güvenlik ve çocuk gelişimi ile ilgili bilgiler vermekte ve aile çocuk ilişkisini desteklemektedirler (Lawrence ve ark., 2001).

Telefonla Bilgilendirme Hattı: Bu hizmet, ailelerin çocuklarının davranışları ya da gelişimleri ile ilgili kaygıları ve soruları olduğunda hemen danışmanlık hizmeti alabilmelerini sağlamaktadır. Telefonlar program uzmanları tarafından yanıtlanmaktadır. Genel çocuk sağlığı ile ilgili danışmanlık hizmeti almak amacıyla arayan aileler tıbbi danışma hattına yönlendirilmektedir (Lawrence ve ark., 2001, Minkovitz ve ark., 2001).

Çocuğun Gelişiminin ve Diğer Aile Bireylerinin Sağlığının Desteklenmesi: Bu hizmet içinde çocukların gelişimsel ve davranışla ilgili sorunlarının erken dönemde belirlenebilmesi için değerlendirmeler uygulanmaktadır. Madde bağımlılığı, psikiyatrik sorunlar, aile içi şiddet gibi çocuğun gelişimini olumsuz etkileyebilecek ailesel risklerinin belirlenebilmesi ve uygun yönlendirmenin yapılabilmesi ile ilgili çalışmalar da yapılmaktadır (Lawrence ve ark., 2001, Minkovitz ve ark., 2001; Zuckerman ve ark., 2004).

Aile Grupları: Program uzmanlarının yönlendirmeleriyle oluşturulan aile gruplarıyla ailelerin birbirleriyle etkileşim içine girerek sorunlarını tartışabilmeleri, çözüm üretebilmeleri ve kendilerine sosyal destek sağlayabilmeleri amaçlanmaktadır (Lawrence ve ark., 2001, Minkovitz ve ark., 2001).

Yazılı Bilgi Kaynaklarının Sağlanması: Ailelere sağlıklı çocuk izlemi için program merkezlerindeki randevularına gelmelerinden 2 hafta önce çocuklarının yaşına uygun şekilde hazırlanmış mektuplar gönderilmektedir. Bu mektuplarla randevuları sırasında çocuk sağlığı, gelişimi ve davranışı, gelişimin desteklenmesi ile ilgili konuşulması planlanan konuların neler olduğu bildirilmektedir. Böylece ailelerin 2 hafta süre içinde bu konular üzerinde düşünmelerinin sağlanması, ziyaretler sırasında çocuk hekimleri ve program uzmanlarıyla iletişim ve etkileşimlerinin artırılması amaçlanmaktadır. Klinikteki ziyaretleri sırasında verilen broşürlerle de ailelerin çocuk sağlığı, gelişimi ve gelişimin desteklenmesi konularındaki eğitimleri desteklenmektedir.

Destek Sağlayabilecek Kaynaklarla Bağlantıların Kurulması: Program uzmanları program içindeki ailelerin birbirlerinin birikim ve kaynaklarından yararlanabilmeleri için ilişkide olmalarını sağlar. Örneğin oluşturulan aileler arası haberleşme sistemi ile aileler birbirlerinden çocuk eşyaları alabilmekte, çocuk bakımı veren kurumlar hakkında birbirlerine danışmanlık yapabilmektedirler. Her program merkezinde ailelerin yararlanabilecekleri erişkinler için mesleki eğitim programlarından, çocuklar için eğitim programlarına kadar değişik konularda bilgi veren kaynak kitap ve rehberler bulundurulmaktadır. Uzmanlar ailelere ve çocuklara yardımcı olabilecek diğer toplumsal kurum ve kuruluşlarla ilgili danışmanlık ve yönlendirme hizmetleri de sağlamaktadırlar.

Programın Etkinliğinin Değerlendirilmesi ile İlgili Çalışmalar: Yenidoğan döneminde programa alınan 5565 çocuk ve ailesinin çocuklar 2- 4 aylık olduklarında ve 3 yaşlarını bitirdiklerinde değerlendirmeleri yapılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarında, programa alınan ailelerin kontrol grubu ailelerine göre:

- 1) Çocuklarının yaşına uygun gelişim ve bakımlarıyla ilgili konularda hekimleriyle 10 kat daha sık konuşmaktadırlar.
- 2) Destek sağlayan diğer toplumsal kaynakları 4 kat daha sık kullanmaktadırlar.
- 3) Çocuklarına okumak amacıyla 29 kat daha fazla kitap almaktadırlar.
- 4) Sağlık personeli tarafından verilen ev ziyaretlerinden 16 kat daha fazla yararlanmaktadırlar.
- 5) Dayak ve bağırma, tehdit etme gibi diğer sert disiplin yöntemlerini daha az kullanmaktadırlar.
- 6) Dört aydan küçük bebekler için hekimler tarafından verilen bebekleri yüz üstü yatırmamak, emzirme döneminde su vermemek gibi önerilere % 24 oranında daha fazla uymaktadırlar.
- 7) İlk 2 yaşta çocuklarına uygun zamanda gerekli aşıları yaptırdıkları konusunda kendilerinden emin olabilme oranları % 60 daha fazladır.
- 8) İlk 3 yaş içinde çocuklarını % 70 oranında daha uygun zamanda aşıya götürmektedirler.

- 9) Çocuklarıyla oyun oynarken onların gösterdikleri iletişim çabalarına daha duyarlıdırlar.
- 10) Çocuklarının gelişim düzeyine, ilgilerine ve becerilerine daha uygun etkileşimlerde bulunabilmektedirler.
- 11) İlk 3 yaş içinde çocuklarını sağlıklı çocuk izlemine getirmeleri çocuğun yaşına göre değişmekle birlikte % 50– 200 oranında daha fazladır.

Program içindeki çocukların kontrol grubundakilere göre:

- 1) Annelerine güvenli bağlanma göstermeleri oranı daha yüksektir
- 2) Gelişimsel değerlendirmeleri 8 kat daha sık yapılmıştır (Zuckerman ve ark., 2004).

Program içindeki aileler ile kontrol grubundaki aileler arasında anne sütüne başlanması oranı ve devam süresi, çocuklarının güvenliği için önlem alma tutumları, çocuk gelişimi konusundaki bilgi düzeyleri, yeterince iyi anne-baba oldukları konusunda kendilerine duydukları güven, çocuklarına şefkat davranışı gösterme becerileri, çocuklarından beklentileri ve 2 yaştaki çocuklarının dil gelişim düzeyleri konusundaki ailelerin arasında fark olmadığı bildirilmektedir (Minkovitz ve ark., 2003).

1.2.4. Ulaş ve Oku Programı (Reach Out and Read-ROR)

“Ulaş ve Oku” programı, aileler ile çocuklarına sağlık hizmeti veren kişiler arasındaki ilişkinin ve kitabın araç olarak kullanıldığı, kolaylıkla ve kısa süre içinde uygulanabilen bir program olması nedeniyle önemlidir. Program 6 ay– 5 yaş arasındaki çocuklar ve ailelerine yöneliktir. Çocuklar birinci basamak sağlık kurumlarına sağlıklı çocuk izlemi için getirildiklerinde uygulanmaktadır (Needleman ve ark, 2002; Atkinson ve ark., 2002; Klas, 2002; Weitzman ve ark., 2004).

Programın amacı ailelerin:

- a) çocuklarının okumaları ve dil gelişimleri üzerinde önemli rol oynadıklarını fark etmelerini sağlamak,
- b) çocuklarına erken yaştan başlayarak, daha fazla okumalarını sağlamak,
- c) kitap okumaları aracılığıyla çocukların dil ve bilişsel alanlardaki gelişimlerini desteklemek ve çocuklara kitapları sevdirecek okul başarılarını arttırabilmektir (Needleman ve ark, 2002; Atkinson ve ark., 2002; Klass, 2002).

Programın uygulanmasına Amerika Birleşik Devletleri'nde 1989 yılında başlanmıştır ve yaygın olarak 2070 merkezde yürütülmektedir. Nisan 2004 itibariyle 24, 000 hekim ve hemşire program konusunda eğitilmişlerdir. Her yıl 2 milyon yeni çocuk programdan yararlanmaya başlamaktadır (<http://www.reachoutandread.org>). Program birbiriyle ilişkili 3 girişimden oluşmaktadır. İlk olarak çocuk ve ailesi muayene için bekleme odasında programın toplum gönüllüleri onların yanlarına gelerek yüksek sesle çocuklara kitap okumaya başlamakta ve ailelere çocuklarla birlikte kitap okumanın çocuk ve erişkinler için eğlenceli olduğunu ve çocuklarının gelişim düzeyine uygun okuma tekniklerini örnek olarak göstermektedirler. İkinci olarak muayene odasında, hemşire ya da hekim çocuğa yaşına uygun bir kitap vermekte, birlikte kitaba bakmak konusunda aileye örnek olmakta, daha sonra çocuğun kitaba tepkileri ile ilgili konuşarak çocuğun yaşına uygun birlikte kitap okuma yöntemleri ve bunun çocuklarının gelişimine etkileri konusunda aileyi aydınlatmaktadır. Ayrıca hekim aile- çocuk aralarındaki ilişkiyi ve çocuğun kitapla yaptıklarını gözlemlemektedir. Böylece hekim hem aile çocuk ilişkisi hem de çocuğun gelişim düzeyi konusunda bilgi de edinmektedir. Çocuklar sağlık merkezinden ayrılırken bu kitap kendisine hediye edilmektedir.

Programın etkilerinin değerlendirildiği değişik çalışmalarda program içindeki aileler kontrol grubu ailelerine göre:

- 1) Çocuklarına daha sık kitap okumaktadırlar (High ve ark., 1998; Golova ve ark., 1999).
- 2) Daha yüksek oranda çocuklarıyla birlikte kitap okumayı onlarla birlikte yapmaktan en çok hoşlandıkları 3 etkinlikten biri olarak değerlendirmektedirler (High ve ark., 1998; Golova ve ark., 1999).

Program içindeki çocukların kontrol grubu çocuklarına göre okul öncesi dönemde alıcı ve ifade edici dil gelişimleri daha iyidir ve bu alandaki gelişimleri sağlıklı çocuk izlemleri sırasında ailelerine verilen “Ulaş ve Oku” girişimlerinin ve kitapların sayısı ile doğru orantılı olarak ilişkilidir (High ve ark., 2000; Mendelsohn ve ark., 2001).

1.3. Sağlık Sistemi İçinde Çocuk Gelişiminin Destekleyen Programlara Gelişmekte Olan Ülkelerden Örnekler

Gelişmekte olan pek çok ülkede erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi ile ilgili programlar yürütülmektedir. Dünya Bankası 2003 yılı itibariyle bu programlara 1, 4 milyar dolar destek sağladığını bildirmektedir. Bu programlar Bolivya, Kolombiya, Eritre, Hindistan, Endonezya, Kenya, Nijerya, Filipinler, Uganda ve Yemen’ de sadece erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi ile ilgili programlar olarak yürütülmekte, 42 diğer gelişmekte olan ülkede ise eğitim ve sosyal hizmetlerle ilgili programların bir bileşeni olarak yürütülmektedir (Young, 2003).

1.3.1. Hindistan Bütüncül Çocuk Gelişimi Programı (India Integrated Child Development Scheme)

Hindistan’da 1974 yılında çocuklar için ulusal bir politika benimsenerek, “Bütüncül Çocuk Gelişimi Programı- (The Integrated Child Development Scheme)” oluşturulmuştur. Böylece daha çok çocuğa ulaşılması ve sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri ve sosyal yardım etkinlikleriyle ilişkilendirilmesi öngörülmüştür. Bu program tüm dünyada çocuk ve annelere yönelik en büyük erken çocukluk dönemi destek programıdır. Programa 1975 yılında başlanmıştır (Gove, 1997; Seema, 2001; Nair ve Radhakrishnan, 2004).

Programın temel amacı, yoksul ve gelişimsel açıdan risk altında olan bebekler, okul öncesi dönemdeki çocuklar ve doğurganlık yaşındaki kadınların sağlık, beslenme ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Programın hedefleri, 0–6 yaş arasındaki çocukların beslenme ve sağlık durumlarını iyileştirerek ruhsal, bedensel ve sosyal gelişimlerini desteklemek, bebek ölümlerini, hastalıklara bağlı gelişen engelli olmayı, beslenme bozukluklarını önlemek, eğitimin bırakılmasını azaltmak, çocuk gelişimini desteklemek için kuruluşlar arası ilişkiyi sağlamak ve annelere sağlık ve beslenme eğitimi vererek sağlıklı çocuk yetiştirebilmelerini sağlamaktır (Young, 1997; Seema, 2001; Nair ve Radhakrishnan, 2004).

Programda hedeflere ulaşmak için, 6 yaş altı çocuklar, gebeler ve emziren annelere besin desteği, beslenme ve sağlık eğitimi, aşılama, sürekli sağlık izlemi, hastalık durumlarında tedavi ve okul öncesi eğitim hizmetleri verilmektedir (Young, 1997; Seema, 2001).

Programın maddi ihtiyaçları Dünya Bankası, UNICEF, Avrupa Birliği ve Dünya Besin Programının desteğiyle Hindistan hükümeti tarafından karşılanmaktadır (Young, 1997). Hizmetlerin planlanması ile ilgili projelerin geliştirilmesi, sunulması

ve denetlenmesi ile ilgili düzenlemeler bölgesel yönetimlerin sorumluluğu altındaki proje merkezleri tarafından yürütülmektedir. Hizmetler, proje merkezlerine bağlı “anganwadi” adı verilen bölgesel merkezler tarafından yürütülmektedir. Her “anganwadi” merkezi 1000 kişiye hizmet sunmaktadır. “Anganwadi” merkezlerinde bir “anganwadi” çalışanı (anganwadi öğretmeni) hizmetlerden ve her ay verilen hizmetlerin raporunu hükümete göndermekten sorumludur. Anganwadi çalışanı göreve başlamadan önce proje merkezlerinde programın öngördüğü şekilde eğitilmektedir. Anganwadi çalışanının yanında yiyeceklerin hazırlanması ve çocuk bakımına yardımcı olan bir kişi daha bulunmaktadır. Gönderilen raporlarla merkezlerin izlemi ve değerlendirilmesi yürütülebilmektedir. Ülkede halen 2000 proje çalışanı ile 3000’den fazla merkezde yılda 16 milyon çocuğa hizmet sunulmaktadır (Young, 1997; Seema, 2001).

Programın yürütüldüğü bölgelerde program içindeki çocuklarda bebek ölüm hızının azaldığı, aşılama oranının arttığı, hareket ve bilişsel gelişimin daha iyi olduğu, beslenme bozukluklarının daha az olduğu, özellikle kız çocuklar olmak üzere çocukların ilkokula başlama ve okula devam oranlarının daha yüksek, okul başarılarının daha iyi ve okulu bırakma oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Young, 1997; Nair ve Radhakrishnan, 2004).

1.3.2. Kadın ve Çocuk Gelişim Projesi

Hindistan Bütüncül Çocuk Gelişimi Programını desteklemek ve ülkenin her bölgesinde yaygın hale getirmeye yardımcı olmak için hazırlanmış bir projedir. Bu proje, okul öncesi çocukların, annelerin ve genç kız çocuklarının beslenme, sağlık durumlarını iyileştirmek ve ana program olan Bütüncül Çocuk Gelişimi Programı için sosyal çalışanlar eğiterek programın kalitesini arttırmayı hedeflemektedir. Dünya Bankası tarafından 1998 yılında desteklenmeye başlanmıştır. Uygulamada beslenme sorunu olan çocuklara besin ve vitamin- mineral desteği verilmesi, beslenme bozukluğu ortaya çıkmadan çocukların düzenli olarak izlenmesinin sağlanması, ailelere uygun uyaran ve şefkatli bakım vermeleri konusunda eğitim verilmesi, ana

projede çalışanlar ve yerel program yürütücüleri arasında iletişimin güçlendirilmesi, eğitim materyali geliştirilmesi ve ana program için yeni çalışanların eğitimlerini yapılması planlanmaktadır (Young, 2003).

Hindistan Bütüncül Çocuk Gelişimi Programı yaklaşık 30 yıldır başarıyla sürmekte olsa da ana projeye destek vermek ve kapasite geliştirmek amacıyla araştırmacılar tarafından yeni projeler üretilmeye devam edilmektedir.

1.3.3. Filipinler Erken Çocukluk Dönemi Gelişim Projesi

“Erken Çocukluk Dönemi Gelişim Projesi” daha önce Filipinler’de başlatılmış olan erken çocukluk dönemi gelişim programını desteklemek ve geliştirmek üzere ülkedeki araştırmacılar tarafından planlanmıştır. Proje, 1998 yılında Dünya Bankasından destek almıştır. Ülkenin en yoksul 3 bölgesinde yaşayan 0- 6 yaş çocukların sağlık, beslenme ve erken eğitim hizmetlerinde iyileştirmeyi hedef alan bir projedir. Program, ülkenin Sağlık ve Eğitim Bakanlıkları tarafından üstlenilmektedir. Programın amaçları bebeklik ve erken çocukluk döneminde temel sağlık hizmetlerini karşılamak, vitamin ve mineral desteği sağlamak, beslenme bozukluğu olan 6- 18 aylık çocukların büyüme ve beslenme durumlarını iyileştirmek, 3 yaştan küçük çocukları olan aileleri, bebeklerine psikososyal ve şefkatli uygun uyaran verebilmeleri için ev ortamında eğitmek, 3- 5 yaş grubuna okul öncesi eğitim hizmetleri vermek, çalışan annelerin çocuklarına kaliteli kurumsal bakım vermek ve anaokulu sınıflarındaki çocuklara birinci sınıfa daha kolay başlayabilmelerini sağlayacak bir ders programı hazırlamaktır. Amaçlanan temel sağlık hizmetine kırsal bölgede sağlık hizmeti vermekte olan ebeler kısa süreli bir eğitimden sonra devam etmişlerdir. Bu projeyle “çocuk büyüme ve gelişimi çalışanları” eğitilmiş olup bunlar beslenme sorunlarını saptayarak, gerekli beslenme önerileriyle birlikte besin ve vitamin- mineral desteği sağlamış, 0- 6 yaş çocuğu olan ailelere ev ziyaretlerinde bulunmuş ve ailelere çocuklarının bilişsel gelişimlerini sağlayacak uygun uyaranları nasıl vereceklerini anlatmışlardır. Bu çalışanlar, ailelere 0- 6 yaş çocukların büyüme ve gelişmesini not edebilecekleri bir anne çocuk kitabı hazırlamış, “erken çocukluk

döneminde gelişim- anababa el kitabı”nı güncelleştirerek dağıtımını sağlamışlardır (Young, 2003).

Proje ile okul öncesi eğitimde halen görev yapmakta olan okul öncesi öğretmenleri ve yeni katılacak olan öğretmenler eğitim teknikleri açısından eğitileceklerdir. Çalışan annelerin çocuklarına gündüz bakım verecek ve uygun psikososyal uyarıları sağlayacak olan yeni deneysel bir model oluşturulacaktır. Anaokuluna gidememiş ancak 1. sınıfa başlayacak olan çocuklara 8 haftalık bir eğitimle okula geçişi kolaylaştıracak bir ders programı sunmak için hazırlık yapılacaktır. Bu projenin amaçları içinde yerel yönetimlere programın uygulanmasında, planlamada, yürütmede, değerlendirmede ve yerel çalışanların eğitiminde destek vermek de yer almaktadır. Araştırmacıların projeden beklentileri şunlardır:

- a) sosyo ekonomik durumu iyi olmayan ailelerin çocuklarının bilişsel, bedensel ve duygusal sağlıklarını geliştirerek onları erişkin yaşama daha verimli ve sağlıklı olarak hazırlamak,
- b) çocukların birinci sınıfa hazır olmalarını sağlayarak okul başarılarını arttırmak,
- c) okul başarısını arttırarak eğitim düzeyini ve daha ileride ekonomik gücü arttırmak,
- d) ev ziyareti modeliyle aileler ve proje çalışanları arasında etkili etkileşim sağlamak,
- e) ev ziyareti modeliyle daha az maliyetli bir program oluşturmaktır (Young, 2003).

Bu programın uzunlamasına yapılan bir değerlendirme çalışmasında Glewwe ve ark. (2001) daha iyi beslenen çocukların okul başarılarının belirgin düzeyde arttığını belirtmektedirler.

1.3.4. Dünya Sağlık Örgütü Gelişim İçin Bakım Programı (World Health Organization Care For Development Intervention-CDI)

Gelişmekte olan ülkelerde çocukların sağlık sistemi ile karşılaşması sıklıkla hastalık sırasında olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık sistemi içindeki bu karşılaşma anını, anne-çocuk etkileşiminin desteklenebilmesi için kullanılabilecek bir fırsat olarak görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, bu fırsatı kullanmak ve anne-çocuk etkileşiminin artması yoluyla erken çocukluk döneminde gelişimi desteklemek amacıyla “Gelişim için Bakım Programı” nı (GİBP) geliştirmiştir. “Gelişim İçin Bakım Programı” sağlık çalışanı tarafından, hastalık anında kullanılabilecek, kolay öğrenilebilen, kolay ve hızlı uygulanabilen bir yöntem olarak hazırlanmıştır. Program, birinci basamak sağlık çalışanının çocukluk çağında en sık mortalite ve morbidite nedeni olan ishal, pnömoni, kızamık, sıtma ve malnütrisyonu uygun yaklaşımını, doğru tedavi ve yönlendirme yapabilmesini sağlamak amacıyla DSÖ tarafından geliştirilmiş olan IMCI (Integrated Management of Childhood Illnesses) programına uyumlu olacak şekilde geliştirilmiştir. “Gelişim için Bakım Programı”nın tüm dünyada IMCI programına bütünleştirilerek yaygınlaştırılması düşünülmektedir. “Gelişim için Bakım Programı” nda hastalık nedeniyle çocuk sağlık sistemine girdiğinde, çocuğun annesi ya da bakım veren kişinin bebek gelişimine odaklanması, gelişim konusunda bilgilendirilmesi, çocuklarıyla etkin iletişim kurabilme ve gelişimlerini destekleyecek oyunları sağlayabilme becerilerinin artırılması yoluyla gelişimin desteklenmesi amaçlanmıştır.

“Gelişim için Bakım Programı” uygulanması, sağlık çalışanının hastalık nedeniyle çocuğun değerlendirildiği sırada anne ve bebeğin etkileşiminin gözlenmesi ve değerlendirilmesi ile başlamaktadır. Hastalıkla ilgili muayene ve tedavi önerileri sonrasında sağlık çalışanı anneye “*Çocuğunuzla nasıl oynuyorsunuz?*” sorusunu sorarak çocuğa ev ortamında verilen bakımın yaşa uygun ve gelişimi destekleyici nitelikte olup olmadığı değerlendirir. Sağlık çalışanı, anneyi etkin olarak dinleyerek olumlu tutum ve davranışları belirler, anneyi bunlar için kutlar, böylece anneyi yüreklendirir, yapılanları pekiştirir. Sağlık çalışanı bu tutumla annenin anneliğine güvenini de arttırmaya çalışmaktadır. İkinci soru, “*Çocuğunuzla nasıl iletişim*

kuruyorsunuz?” sorusudur. Sağlık çalışanı gene annenin anlattıkları dinler, annenin tüm yaptıklarını kutlar. Daha sonra program için hazırlanmış olan karta bakar. Bu kart yaş gruplarına uygun olarak hazırlanmış dil gelişimini destekleyici tutumlar ve anne çocuk etkileşimini arttıracak basit oyunlarla ilgili önerileri içermektedir. Kartta çocuğun yaşıyla ilgili bölümü bulur. Bu bölümdeki çocuğun yaşına uygun oyun ve iletişim önerilerine bakar. Muayene ortamında bulunan basit oyuncaklardan bu önerilere uygun olanları çocuğa verir. Çocuk bu basit oyuncaklarla oynarken sağlık çalışanı annenin dikkatini çocuğun yapabildiklerine çeker. Annenin de çocuğun oyununa katılmasını ve iletişim kurması teşvik eder, annenin yaptıklarını olumlar. Daha sonra yaşa uygun oyun ve iletişim önerilerini verir. Annenin önerileri anlayıp anlamadığı denetler, gelişimin desteklenmesinin önemini anlatır. Bu önerilerin uygulanması sırasında annenin karşılaşılabileceği sorunları öğrenmek için “evde çocuğunuzla böyle oyunlar oynarken karşılaşılabileceğiniz sorunlar nelerdir?” diye sorar, anneyi dinler ve annenin bu sorunlara çözümler üretmesini destekler.

“Gelişim için Bakım Programı” yla ilgili ilk çalışmalar, Dos Santos ve arkadaşları (1999) tarafından Brezilya’ da ve Chopra (2001) tarafından Güney Afrika’ da yapılmıştır. Dos Santos ve arkadaşları çalışmalarında, GİBP eğitiminin, hekimlerin iletişim becerilerini arttırdığını, eğitim sonrasında hekimlerin çocukların gelişimleri konusunda ailelerle daha sık görüştüklerini, ailelerin hekimler tarafından verilen önerileri hatırlama oranlarının yüksek olduğunu ancak, hekimlerin çocukların yaşına uygun oyun ve etkileşimlerle ilgili önerileri vermekte yetersiz kaldıklarını göstermişlerdir. Chopra (2001), çalışmasında GİBP eğitimi alan sağlık çalışanlarının (halk sağlığı hemşireleri) çocuğun gelişimi için aile tarafından verilen desteği değerlendirebilme, ailenin olumlu tutumlarını fark ederek onları yüreklendirebilme, gelişimin desteklenmesi için uygun öneriler verebilme, annenin önerileri anlamadığını denetleyebilme ve karşılaşılabilecek engellerin çözümünde onlara yardımcı olabilme becerilerinin arttırdığını göstermiştir. GİBP eğitimi sağlık çalışanının genel iletişim becerilerinin artmasında etkili olmuştur. “Gelişim için Bakım” önerilerinin aileler tarafından anlaşılması ve hatırlanması oranı da yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalar GİBP’ nın eğitimi için hazırlanmış olan eğitim materyallerinin kullanıma uygun olduğunu, eğitimin sağlık çalışanlarının ailelere

çocuk gelişimi ile ilgili önerileri verebilmeleri için gerekli olan bilgi ve tutumlarının kazandırılmasında etkili olduğunu göstermektedir. Bu önemli programla ilgili yapılan öncü çalışmaların olumlu sonuçlarına rağmen, tüm dünyada IMCI (Integrated Management of Childhood Illnesses) programına entegre edilerek yaygınlaştırılması düşünülen GİBP' nin annelerin bebek gelişimi konusundaki bilgi düzeyine ve gelişimin desteklenmesi ile ilgili tutumlarına etkisinin ortaya çıkarılması için Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırma projesini kazanmış olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gelişimsel Pediatri Ünitesi, bu proje desteği ile GİBP' nin etkinlik araştırmasını planlamış ve yürütmüştür. Araştırmanın amacı, DSÖ önerilerindeki gibi çocuğun akut hafif bir hastalıkla başvurusunda verilen GİBP önerilerinin çocuğun ev ortamına etkisini saptamaktır. Araştırma deseni seçkisiz kontrollü prospektif çift kör klinik çalışmadır. Örneklem 2 yaş ve altında, akut hafif hastalıkla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri polikliniğine başvuran 113'ü kontrol, 120'si girişim grubunda 233 çocuktan oluşmuştur. Hipotezleri bilmeyen iki çocuk hekimine rutin poliklinik yöntemlerini uygulayarak gelen çocuk hastalara bakmaları söylenmiş, kontrol grubu tamamlandığında hekimler GİBP' da eğitilmiş, girişim grubuna rutin yöntemlere ek olarak GİBP önerilerini vermişlerdir. Poliklinik başvurularından bir ay sonra çocukların evlerinde hipotez ve grupları bilmeyen araştırmacılar tarafından Caldwell HOME ölçeğinden uyarlanan Gelişim için Bakım Programı Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın sonuçlarında her iki grubun da sosyodemografik özellikleri benzerdir. Çalışma grubunda kontrol grubuna göre:

- 1) Annelerin çocuklarını akut hastalıkları sırasında muayene eden, gelişim için bakım önerileri veren, bu sırada anneyi öven, olumlu yönlerini ortaya çıkaran ve sorular sormasına izin veren hekimlerinden memnuniyetleri daha fazladır.
- 2) Annelerin, çocuklarının gelişimlerine daha fazla uygun oyuncak sağladığı ve günlük yaşamda uyaran çeşitliliğini arttırdığı gözlenmiştir.
- 3) Aileler, evde çocukların gelişimlerini destekleyecek daha fazla oyuncak yapmışlardır.
- 4) Çocuklarına daha fazla kitap okumaya başlamışlardır.

- 5) Hekimlerin çocukların akut hastalıkları için verdikleri tedavi ve önerilere daha fazla uymuşlardır.
- 6) Daha fazla anne ve diğer aile bireyi son ayda çocukları ile yaptıkları etkinliklere yenilerini eklemiştir.

Akut hastalığın tedavi iyileşme ya da tedavi edilebilme sıklığı, çalışma grubu ile kontrol grubunda benzerdir. Çalışma grubundaki annelerin büyük çoğunluğu muayene sırasında hekimlerin verdiği çocukların bilişsel, duygusal, dil, hareket gelişiminin, öğrenmesinin geliştirilmesi konusundaki önerilerin, çocukları ile birlikte oynadıkları oyunların artmasına ya da değişmesine neden olduğunu bildirmektedirler (Ertem ve ark., 2006).

Bu araştırma, tüm dünyada sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kolaylıkla uygulanabilecek bir yöntem ile ailelerin çocuklarının ev ortamındaki uyaranları artırmasına destek olunabileceğini göstermekte olması nedeniyle önemlidir. Bu araştırmanın ülkemizde yapılmış olması, pek çok poliklinik koşulunda Gelişim için Bakım gibi yöntemlerin kullanılabileceğini, bu etkinliklerin hemen ülkemizdeki hizmetlere katılabileceğini düşündürmektedir.

1.4. Ülkemizde Erken Çocukluk Dönemi Programları

Ülkemizde bebeklik ve erken çocukluk döneminde sağlık ve gelişimi içeren projeler T.C. Hükümeti ve uluslararası kuruluşların işbirliği ile yürütülen projeler, devletin sağlık politikaları doğrultusunda belirlediği hedeflere ulaşmak için ilgili bakanlık birimlerince geliştirilen projeler, üniversitelerin işbirliği ile yapılan projeler ve sivil toplum kuruluşlarının geliştirdikleri projeler olarak sınıflandırılabilir. Aşağıda bu projelere örnekler verilmiştir:

1.4.1. Birinci ve İkinci Temel Eğitim Projesi

Bu projeler uluslar arası kuruluşlardan destek alan erken çocukluk dönemi projelerine örnek olarak verilmektedir. Projeler erken çocukluk dönemi başlığı altında yer almakta ve Dünya Bankasından desteği bu kategoride almaktadırlar. Projeler 5- 6 yaş okul öncesi çocukları ve ilköğretimde yer alan çocukları kapsamaktadır. İlk proje 1997 yılında ülkemizde ilköğretimin 8 yıllık olmasından sonra planlanmış ve desteklenmeye başlamıştır. Projenin ana amacı sosyoekonomik durumu iyi olmayan çocukların ve özel gereksinimi olan çocukların temel eğitimini 8 yıl boyunca sağlamaktır. Bu eğitim sisteminde görev yapacak olan eğitimcileri yetiştirmek, gerekli materyal, okul binalarının ve dersliklerin yeterli sayılarına ulaşabilmek diğer hedeflerdir. İkinci Temel Eğitim Projesinin amaçları içinde okul öncesi dönemde eğitim programları geliştirmek ve çocukların ilköğretime daha hazırlıklı olarak başlamasını sağlamak yer almaktadır. Bu projeler okul ve okulöncesi çocukların eğitim gereksinimlerini kurumsal düzeyde karşılamak üzere planlanmıştır. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimi ve aileleri hedeflememektedir (Young, 2003).

1.4.2. Anne- Çocuk Eğitimi Programı (AÇEP)

Bu program uluslar arası destek kuruluşları, hükümet ve üniversite işbirliği ile başlayan ve sivil toplum kuruluşu haline dönüşerek hizmetlerini sürdüren projelere örnek olarak verilmektedir. Ülkemizde zorunlu eğitim öncesinde, 3- 5 yaşta erken çocukluk eğitimine ulaşan çocuk oranlarına bakıldığında %15 kadar olduğu görülmektedir. Ekonomik açıdan çok benzetildiğimiz Meksika’da % 70, Fas’ ta %34, Ürdün’de % 27, Doğu Avrupa ülkelerinde en az % 50 ve Avrupa Birliği ülkelerinde % 100’e yakındır (UNESCO, 2003). Program, üç aşamalı bilimsel bir araştırmadan yola çıkılarak oluşturulmuştur. İlk araştırma “Erken Destek Projesi” adıyla başlamış, 1982 yılında İstanbul’da eğitim ve gelir düzeyi düşük ailelerde 3- 5 yaşındaki çocukları olan annelere çocuklarının psikososyal gelişimini destekleyecek eğitimler verilmiştir. Dört yıl süren bu araştırmada annelerin bir bölümüne anne eğitimi

verilirken diğer bölümüne eğitim verilmemiştir. Ayrıca, okulöncesi eğitimi veren bir yuvaya giden çocuklarla sadece bakım veren gündüz bakımevinde olan ve evde büyüyen çocuklar karşılaştırılmıştır. Dördüncü yılın sonunda hem anne eğitimi, hem de kurumsal okulöncesi eğitim modeliyle erken çocukluk eğitimi alan çocukların, bilişsel gelişimi ve okul başarısının herhangi bir eğitim almayanlarla karşılaştırıldığında çok ileri olduğu saptanmıştır (Kağıtçıbaşı, 1996). Bu çocukların takip araştırması 6 yıl sonra 1992’de yapılmıştır. Ergen dönemde olan bu çocuklara ve annelerine ulaşılarak durumları incelenmiştir. Hem anne eğitimi, hem de kurumsal okulöncesi eğitim modeliyle erken çocukluk eğitimi alan çocukların, halen okula devam ettikleri, okulu bırakmadıkları, okul başarılarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Anne eğitiminin başlı başına çok önemli olduğunu vurgulayan sonuçları da olmuştur: Anneleri proje kapsamında eğitim almış olan çocukların % 86’sı okula devam ederken, anneleri eğitim almamış olan çocukların % 67’sinin okula devamı olduğu saptanmıştır. Bu anlamlı farkın okulöncesi eğitimi veren bir yuvaya gitmek, sadece bakım veren gündüz bakımevinde olmak ya da yalnızca evde bakım almaktan anlamlı olarak etkilenmediği, annelerin çocuk gelişimi ve öğrenmelerine yardımcı olacak bilgi ve tutumlarla donatılmalarının okul devamında önemli rol oynadığı görülmektedir. Artık yetişkin olan çocukların ikinci takip araştırması 2004 yılında yapılmıştır. Girişim verildiğinde 3- 5 yaşında olan çocukların 25- 27 yaşına geldiklerinde yapılan araştırmada, ilk çalışmaya katılan 217 katılımcıdan 133’üne ulaşılarak okul başarısı, eğitim durumu, iş başarısı ile ilgili sorular sorulmuştur. Bu çocukların annelerine de ulaşılarak hazırlanan araştırma soruları yöneltilmiştir. Girişim grubundaki çocukların daha uzun süre eğitimlerine devam ettiği, daha çoğunun üniversiteye gittiği, daha yüksek kademede iş buldukları, sosyal ve ekonomik yaşama katılımlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı ile 1991 yılında işbirliğine gidilmiş, programın ülke çapında yaygınlaşmasının sağlanması için 1993 yılında Anne Çocuk Eğitim Vakfı (AÇEV) kurulmuştur. Günümüzde 71 ilde anne ve çocuklara erken çocukluk destek eğitimi sunan bir sivil toplum kuruluşudur. AÇEV farklı hedef kitlelere yönelik çeşitli eğitim programları da geliştirmekte olup bunlardan biri de 0- 3 yaş çocuğu olan annelerin eğitimidir (Bekman, 1998; Kaytaz, 2005; Kağıtçıbaşı, 2005; www.acev.org).

Yukarıda verilen program örneklerinden görüldüğü gibi eğitim sistemi ancak zorunlu eğitimin verildiği ya da okul öncesi 5- 6 yaş çocuk grubuna ulaşabilmektedir. Eğitim sistemi bu çocukların hepsine ulaşamamaktadır. Ulaşılan çocuklara da kurumsal düzeyde okul eğitimi verilmektedir. Bu çocukların gelişimini ve eğitimini etkileyecek olan aile ortamları ve sosyokültürel çevreleri yeterince incelenememektedir. AÇEV programında olduğu gibi daha küçük çocuklara ulaşmak için programın özelliklerine göre eğitim almış ve ev ziyaretleri yapması gereken kişilere gerek duyulmaktadır. Böylece programların maliyetleri çok artmakta, öncelikle alanda görev alacak kişilerin eğitimlerinin verilmesi, çocuklara ve annelerine verilecek olan girişimin gecikmesine yol açmakta, girişimler çok sınırlı bir bölgede, sınırlı sayıda kişiye uygulanabilmektedir. Bu durumda ülkemizde bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki çocuklara ulaşabilmek için kullanılabilecek olan sistem sağlık sistemi olmalıdır. Ülkenin her yerindeki bebek ve çocuklara ulaşabilecek, onların sağlık ve gelişimlerini değerlendirerek izleyebilecek ve tedavi edebilecek sistemdir. Sağlık sistemi bebek ve çocukları anneleri ile birlikte gerek sağlık merkezinde gerekse de ev ziyaretlerinde görebilmekte ve böylece çocuğun ailesi ile bir bütün olduğu, çocuğun yaşadığı ortamdan gelişiminin etkileneceği felsefesini göz önünde bulundurarak hizmet vermektedir. Bebek ve erken çocukluk dönemindeki yaş grubuyla deneyimi olan birinci basamak sağlık çalışanları, verilecek olan kısa süreli eğitimler ve daha sonra bu eğitimlerin pekiştirilmesiyle erken dönemdeki çocukluk programlarını yürütebilecek kişilerdir. Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık hizmetini kullanarak erken çocukluk döneminde gelişimi desteklemek için yürütmekte olduğu iki proje bulunmaktadır. Bunlar:

1. Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme (ÇPGD) Programı
2. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı (GİDP)

1.4.3. Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı (ÇPGD)

Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimini izleme ve destekleme boyutlarını iç içe koyarak, gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0- 6 yaş döneminde çocuğun gelişimini destekleyerek birinci basamakta biyopsikososyal bakış açısı ile izlenmesini amaçlamaktadır. Programın 81 ildeki tüm sağlık ocaklarında uygulanması planlanmaktadır. İller kademeli olarak programa gireceklerdir. Programın sorumlusu T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'dür. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Neşe Erol'un 1995- 1998 yılları arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Ruh Sağlığı Şubesi ile birlikte yürüttüğü "Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme" projesinin devamı olarak Bursa İli'nde yürütülen bir programdır. ÇPGD Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevlendirmesi ile Bursa Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesi tarafından pilot düzeyde uygulanarak geliştirilmiştir. Programın Türkiye'de yaygınlaştırmasında Bursa Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılacak çalışmalar ve eğitimlerde görevlendirilmiştir. ÇPGD Programı Bursa'da 600 bin nüfusu kapsayan 26 sağlık ocağında uygulanmaktadır. Belirli aralarla yeni sağlık ocağı bölgeleri program kapsamına alınmaktadır. Haziran 2006'da tüm Bursa İli'nin program kapsamına alınmasının tamamlanması hedeflenmektedir. Program çocukların gebelikten başlayarak, 6 yaşına gelene kadar sağlık ocakları tarafından yapılan izlemleri sırasında, sağlıklarının ruhsal ve sosyal boyutlarının da ele alınmasını, anne ve babaların bu konularda eğitilmesini, çocukların gelişimlerini etkileyebilecek risk etmenlerinin erken belirlenip, toplumun koruyucu güçleri ile işbirliği halinde erken müdahale edilmesini sağlamayı hedeflemektedir.

ÇPGD Programının kapsamına alınan sağlık ocağı çalışanları 4 gün süren program temel eğitime katılmaktadır. Ebe/hemşireler ve hekimler için ayrı eğitim programları vardır. Eğitimin içeriğinde görüşme teknikleri, görüşme araçlarının kullanımı, çocuğun psikososyal gelişimi, gelişimde risk etmenleri ve koruyucu etmenler, gebenin ruh sağlığı, gebe ve çocuğun beslenmesi, büyümenin ve gelişimin

izlenmesi, beslenme yetersizliklerinde müdahale, kadın ve çocuğun kötüye kullanımı konuları yer almaktadır.

Temel eğitimden sonra sağlık ocaklarında ebe ve hemşireler tarafından tespit edilen her gebe ve 0- 6 yaş çocuğunun program kapsamında izlenmesine başlanmaktadır. İzlemleri temel olarak ebe ve hemşireler yapar ve gerekli durumlarda hekim ile görüşme sağlanır. Bu izlemler gebeliğin ilk üç ayında bir kez, gebeliğin kalan bölümünde bir kez, çocuk 2 yaşına kadar 4 kez ve 6 yaşa kadar 2 kez daha yapılmaktadır. Yalnızca bedensel sağlığı içeren izlemler Bakanlıkça belirlenmiş olan sıklıktadır.

Eğitimin devamı olarak program kapsamında ebe ve hemşirelerin annelerle yaptıkları görüşmelere, zaman zaman eğitimciler de katılarak denetimi sağlamaktadırlar. Ocak sorumlu hekimleri ile iki ayda bir, diğer personelle dört ayda bir, birer günlük izleme toplantıları yapılmaktadır. Bu toplantılarda hem eğitime devam edilir, hem de sahadaki sorunlar, çözüm yolları tartışılmaktadır.

Riskli olgulara toplumun koruyucu güçleri ile birlikte müdahale edebilmek amacıyla, ilgili devlet kuruluşları ve sivil toplum kuruluşları ile proje ortaklıkları ve işbirliği yapılabilecek platformlar oluşturulmuştur. Düzenli besin desteği sağlanması, kötüye kullanıma uğrayan olguların desteklenmesi, gelişimsel gecikmeler saptanan çocukların desteklenmesi bu kuruluşların katkıları ile mümkün olabilmektedir.

Programın gereçleri şunlardır: a) Sağlık ocağı ebe ve hemşirelerinin, gebelik ve 0- 6 yaş döneminde çocuğun gelişimini ve sağlığını, bedensel-ruhsal-sosyal boyutları ile bir bütün olarak izleyebilmelerini ve destekleyebilmelerini sağlayacak görüşmeleri yapılandırmak amacıyla bir görüşme formu hazırlanmıştır. b) Görüşme formunun sağlık personeli tarafından kolayca kullanılabilmesi için geliştirilen bir kullanım rehberi vardır. c) Gebe ve çocuk izlemi yapan ebe ve hemşirelerin ve hekimlerin eğitime yönelik olarak iki ayrı sunum paketi hazırlanmış ve il eğitimcilerinin kullanımına uygun hale getirilmiştir. Eğitimler 5 gün sürmektedir. d)

Sağlık personelinin izlemleri sırasında karşılaşılabilecekleri ekonomik sorunlarda yönlendirme yapabilecekleri kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi vermek amacıyla hazırlanmış bir “sosyal destek kurumları ve hizmetleri kitapçığı” vardır. e) Gebelik döneminde ve 0- 2 yaş döneminde ebeveynlerin eğitiminde kullanılması amacıyla iki ayrı “resimli döner kart” hazırlanmıştır. f) Anne ve babalara çocuğun gelişimini desteklenmesi, beslenme, kitap okuma, oyun ve oyuncaklar, kardeş kıskançlığı, televizyon ile ilgili bilgi notları hazırlanmıştır.

Program, eğitici eğitimleri, sağlık ocağı personeli eğitimi, gebe ve çocuğun sağlık ocakları tarafından psikososyal açıdan izlenmesi ve desteklenmesi olmak üzere 3 ana başlık altında yürütülmektedir. Programın eğitimini almış olan ebe ve hemşireler, herhangi bir risk etmeni ya da sorun göz önünde bulundurmadan, tespit ettikleri bütün gebe ve çocuklar izlemekte, anneler ve babalarla belirli aralıklarla görüşmeler yapmaktadırlar. Bu görüşmelerde:

- 1) Ailenin sosyoekonomik durumu değerlendirilmekte,
- 2) Anne babalara çocuklarının beyin gelişimini destekleyecek davranışlar konusunda bilgi verilmekte,
- 3) Anne babaların kendi gereksinimleri olan toplumsal destekleri sağlama yolları konusunda farkındalıkları geliştirilmekte,
- 4) Çocuğun çevresinde sigara, alkol ve diğer madde kullanımı araştırılmakta, gerekliyse bu maddelerin kullanımının çocuğa getireceği zararlar konusunda bilgi verilmekte,
- 5) Aile planlaması konusunda bilgi verilmekte,
- 6) Anne babada çocuğun gelişimini olumsuz etkileyebilecek depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni gibi bir ruhsal bozukluğun, bilişsel gelişim geriliğinin (mental retardasyonun) olup olmadığı değerlendirilmekte,
- 7) Çocuğun sağlıklı büyümesi ve gelişmesi izlenmektedir.

Programda eğitim almış olan ebe ve hemşireler, çocuğun gelişimini olumsuz etkileyebilecek risk etmenlerine erken müdahale edilmesi amacıyla;

- Gebe ve çocukların beslenme durumlarını değerlendirmekte ve beslenme yetersizliği durumlarında beslenme eğitimi vermekte,

düzenli besin desteği sağlanması ve gerekliyse tıbbi tedavilerinin yapılması için hekim desteği alınmasını sağlamaktadırlar.

- Gelişimsel gecikme saptanan ya da gelişimleri önemli risk altında bulunan çocukların, gerekli tıbbi tedavilerinin yapılması ve gelişimlerinin desteklenmesi amacıyla özel destekler sağlanmakta, gelişimsel gecikmesi olduğu düşünülen çocukların bir çocuk hekimi ve/ya da bir çocuk gelişimi ve eğitimi uzmanı tarafından değerlendirilmektedir.
- Anne, gebe ve çocukların kötüye kullanımdan korunması ve tespit edilen istismar olgularına müdahale edilmesini sağlarlar. Kötüye kullanıma uğradığı saptanan ya da kötüye kullanım riski yüksek olan anne, gebe ve çocuklara, gerekli bilgi desteği, psikososyal destek, psikiyatrik tedavi ve diğer tıbbi destekler, gerekliyse istismarı uygulayan kişinin psikiyatrik tedavisi gibi destekler verilmektedir. Yasal bildirim zorunlu olan vakalarda Emniyet Müdürlüğü ve SHÇEK'e gerekli bildirimler yapılmaktadır.

Programın etkinlik araştırması, Ocak 2005'te yapılmıştır. Bu araştırmada ÇPGD Programı kapsamında çocuğu izlenen annelerle yapılan görüşmelerin etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırmaya ÇPGD Programı kapsamında hizmet veren on sağlık ocağı ve kontrol grubu olarak da benzer sosyoekonomik ve kültürel bölgelere hizmet veren beş sağlık ocağı alınmıştır. Çocuklarının izlenmesi amacıyla ebe ve hemşirelerle en az üç görüşme yapmış ve 12- 24 aylık çocuğu olan anneler çalışmaya dahil edilmiştir. Çocuğun gelişimine yönelik herhangi bir risk etmeni göz önünde bulundurulmamıştır.

Sağlık ocaklarında çocuklarının izlemi sırasında yapılan görüşmeler sonucu annelerde oluşabilecek bazı davranış değişikliklerini ölçmek amacıyla bir ölçek geliştirilmiştir. Program kapsamında 109 anneye ve kontrol grubu sağlık ocaklarından 67 anneye, tarafsız uygulayıcılar tarafından güvenilir bir ölçek uygulanmıştır. Ölçeğin uygulandığı program ve kontrol grupları, yaş ve öğrenim durumları bakımından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Sonuç olarak, ÇPGD

Programı kapsamında izlenen çocukların annelerinde, çocuğun gelişimini destekleyici, çocuğa uyaran sağlayan davranışlar olan, çocukla oyun oynama, konuşma, çocuğa kitap okuma, şarkı söyleme, masal anlatma davranışlarının kontrol grubu annelerden, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmektedir. Benzer şekilde annenin ev işleri, çocuklarının bakımı konularında eşinden ve çevresinden destek alması, sıkıntılarını eşiyle paylaşması davranışlarının da program kapsamındaki annelerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, program kapsamında çalışan ebe hemşirelerin, çocuklara zengin uyaran sağlama, çevrelerinden destek isteme, sıkıntılarını eşle paylaşma gibi konularda annelere bilgi vermelerinin etkili olduğunu düşündürmektedir. Güvenilir bir aile planlaması yöntemi kullanma, çocuk beslenmesi, gebe ve çocuğun yanında sigara içilmemesi konularında ise iki grubun davranışları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuç, aile planlaması ve beslenme konularının kitlesel iletişim araçlarında yaygın olarak işleniyor olmasından ve/ya da her iki grup sağlık ocağında da bu konularda anneye benzer düzeyde bilgi veriliyor olmasından kaynaklanmış olabilir. Bu sonuçlar ÇPGD Programı'nın çocuklara erken gelişim döneminde daha zengin uyaran içeren ortamlar sağlama, annenin sosyal destek sistemini güçlendirme ve buna bağlı olarak daha olumlu anne çocuk ilişkisi ve huzurlu ortamlar sağlama konularında etkili olduğunu düşündürmektedir. Program yürütücüleri, alandaki çalışmalarını, ölçme ve değerlendirme çalışmalarını sürdürmektedirler (Berkem ve ark., 2005; www.saglik.gov.tr/CPGD).

1.4.4. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü – UNICEF İşbirliği: Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı (GİDP)

i) T.C. Hükümeti – UNICEF İşbirliği

UNICEF, özellikle gelişmekte olan ülkelerde “Çocuklara Öncelik İlkesi” gerekleri doğrultusunda çalışmaktadır. UNICEF, gelişmekte olan ülkelerin çocuklarına öncelik verebilmelerini sağlamayı amaçlayan uygun politika

oluşturmaları için kapasitelerini geliştirmelerine, çocuk ve ailelerine hizmet sunmaya destek olacağını bildirmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve UNICEF 2001-2005 beş yıllık uygulama planında çocuklar için yürütülmekte olan programların değerlendirmesini yaparken yeni programların da geliştirilmesi için bütçe ayırmıştır. T.C. Hükümeti – UNICEF İşbirliği Programı çerçevesinde çocukların daha iyi yaşamasını, büyümesini, psikososyal ve bilişsel gelişimi ile korunmasını sağlamak için, ailelerin erken çocukluk döneminde bakım ve gelişimine ilişkin bilgi ve kapasitesini arttırmak amacıyla hizmet programlarının geliştirilmesine yardımcı olmak da yer almaktadır. Bu plan çerçevesinde geliştirilen programlardan biri “Erken Çocukluk Döneminde Bakım Programı” dır. Erken çocukluk döneminde bakımın ana amacı, çocukların yaşamasını, büyümesini, psikososyal ve bilişsel gelişimini ve korunmasını özendiren aile ve bakım veren uygulamaların gelişimine destek olmak olarak belirlenmiştir. Bu hedefe ulaşmak için, strateji olarak, özellikle aileye odaklı hizmetlerin bütünleştirilmiş bir yaklaşımla uygulanması planlanmıştır. Bu programın 2 ana projesi bulunmaktadır. Birinci proje “Anne Çocuk Sağlığı ve Beslenmesi” ve ikinci proje “Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitimi” dir. (T.C. Hükümeti- UNICEF İşbirliği Programı, 2001). T.C. Hükümeti ve UNICEF arasında yapılan işbirliği anlaşmasında “Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitimi Projesi”nin başlıca amacı çocukların psikososyal ve bilişsel gelişim hakkını güvence altına almaktır. Bu genel amaç içinde projenin hedefleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Çocukların gelişimsel gecikmelerini azaltmak
2. Erken çocukluk gelişimi alanında anne- babaların bilgisini arttırmak
3. Öğrenme başarısını arttırmak
4. Etkili anne- babalık programlarının ulusal düzeyde yaygınlaştırılmasını sağlamak

Bu amaç ve hedefler doğrultusunda “Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitimi Projesi” için Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu bir proje çalışmasına başlamıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen “T.C. Sağlık Bakanlığı - UNICEF Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Eğitim Programı” bu proje kapsamında yürütülmektedir. “T.C. Sağlık Bakanlığı - UNICEF Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Eğitim Programı” UNICEF’ in desteklediği ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen pilot illerin ilçelerindeki sağlık ocakları ve AÇSAP merkezlerinde çalışan, 0- 6 yaş arasında çocuk hasta izlemi yapan pratisyen hekim ve ebe- hemşirelere yönelik bir hizmet içi eğitim programıdır. Bu program T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gelişimsel Pediatri Ünitesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı işbirliği ile gerçekleştirilmiştir.

Eğitim programı Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen illerde bulunan AÇSAP Merkezleri ve Sağlık Ocaklarında çalışan ve 0- 6 yaş arasında çocuk hasta izlemi yapan pratisyen hekim, ebe ve hemşireler için geliştirilmiştir. Ancak bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim ve özellikle de gelişimsel sorunlar saptandığında nelerin yapılması gerektiği konusunda ikinci ve üçüncü basamak sağlık çalışanlarının da bilgi ve deneyim eksikliği olması nedeniyle, AÇSAP Genel Müdürlüğü eğitimlere, her ilde üniversiteler ve/ya da büyük çocuk hastanelerinden seçilmiş çocuk hekimlerinin de katılımını sağlamaktadır.

Eğiticiler, Ankara’da “eğitici eğitimi” ni alan Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü’ nün belirlediği hekimler ve kurs programını geliştiren ve sürekli gelişimi ve yaygınlaşmasında halen çalışmakta olan Ankara ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları öğretim üyeleridir.

İlk eğitici eğitimi programı Ankara’ da Haziran 2003’te yapılmıştır. Mersin, İstanbul, İzmir, Adana ve Samsun illerinde birinci basamak sağlık çalışanlarına

2003- 2006 döneminde eğitimler verilmiştir. Programı geliştiren uzmanlar alanda çalışmalara katılmış, programın sağlık sistemi içinde yürüyebilecek özellikte olabilmesi için yoğun çaba gösterilmiştir. Programın temel geliştiricisi olan Doç. Dr. İlgi Ertem, Samsun dışında tüm il eğitimlerinde bulunmuş, programın geliştiricilerinden Çocuk Gelişimi Uzmanı Canan Gül Gök tüm eğitimlere, Prof. Dr. Ufuk Beyazova ve Prof. Dr. Hilal Özcebe İzmir, İstanbul ve Mersin eğitimlerine katılmışlardır. 2005- 2010 yıllarında programın daha da geliştirilmesi ve farklı illerde de başlatılması planlanmaktadır.

ii) Eğitim Programının İçeriği

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Eğitim Programı” 5 günlük bir eğitim paketini içermektedir. Eğitimin yapıldığı ilde haftanın ilk günü yaklaşık 30 kişiden oluşan katılımcı ve eğitici grubu özel olarak düzenlenmiş toplantı salonunda buluşmakta ve tanışmaktadır. Temel olarak sağlıklı gelişim ve gelişim dönemleri, gelişimin sağlık hizmeti içinde izlenmesinin önemi, erken çocukluk döneminde gelişim için risk yaratan durumlar, bunları önleme yöntemleri, gelişimsel sorunları izleme ve değerlendirme yöntemleri ve gelişimsel sorunları olan çocuklara yaklaşım yöntemleri içeriği oluşturmaktadır.

iii) Eğitim programının araçları

Eğitimde erişkin eğitim yöntemleri temel alınmıştır. Etkileşimli yöntemler, rol oynama, beyin fırtınası, grup çalışması gibi yöntemler kullanılmaktadır. Eğitim araçları tamamen bu eğitim programı için ülkemizde ve özgü olarak hazırlanmıştır. Bu araçlar şunlardır:

- Eğitimin kapsamını genişletmek amacı ile “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Programı Uygulayıcı Eğitim Kitabı” adı altında 120 sayfalık renkli resimli, konu anlatımlı, tabloların ve erişilecek kaynakların yer aldığı kaynak kitap hazırlanmıştır.

- Kitapta eğitimciler için “eğitimi sunum planları” yer almaktadır.
- Eğitimin standart olarak yapılabilmesini sağlamak için yaklaşık 400 adet çoğu resimlendirilmiş yansı seti bulunmaktadır. Bu yansıların önemli bir özelliği eğitimcilerin gruba yöneltecekleri tartışma sorularını ve vurgulamaları yansıtması ile eğitimciler için kolaylaştırılmış olmasıdır.
- Bebek ve çocukların gelişimsel özelliklerini yansıtan videolar katılımcıların doğrudan gözlem yapabilmeleri için hazırlanmıştır.
- Probleme dayalı eğitim için gerçek olgu senaryoları bulunmaktadır.
- Programın öğrenim hedefleri içinde yer alan erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesini sağlamak amacı ile bu kitapta da yer alan resimlerle zenginleştirilmiş “Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi” (GİDR) katılımcılara verilmektedir. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi, ülkemizde bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin değerlendirmesinde aileyi de içine alan, sağlık çalışanı tarafından uygulanması kolay olan, kısa süren ve aileler tarafından kolay anlaşılabilen bir aracın eksikliği nedeniyle 1996 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gelişimsel Pediatri Ünitesi tarafından geliştirilmiştir (Ertem ve Gök, 2005). GİDR’nin 0-2 yaş için norm çalışması 2006 yılında başlamıştır (Gümüş Doğan, 2006). Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi iki bölümden oluşmaktadır: 1) Gelişimi İzleme Bölümü: İfade edici ve alıcı dil, ince ve kaba hareket, duygusal, bilişsel ve toplumsal gelişim, öz bakım becerilerinin gelişimi ve tüm gelişim alanlarını sorgulayan sorular ailelere sorulmaktadır. Gelişimi izleme bölümünde yer alan sorular: “Ayşe şimdi istediklerini size nasıl anlatır?”, “Ayşe sizin söylediklerinizden neleri anlayabiliyor?”, “Ayşe elleri, parmakları ile neler yapıyor? Kollarını, bacaklarını, bedenini nasıl hareket ettiriyor?”, “Ayşe’nin sizinle, aile bireyleri ve yabancılar ile ilişkilerini anlatır mısınız?”, “Ayşe’nin oyunlarını bana anlatır mısınız?” ve “Ayşe şimdi kendisi için neler yapabiliyor?” dur. Ölçeğin yöntemi çocuğun gelişiminin aile tarafından açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar ile anlatılması ve uygulayıcının verilen yanıtlardan çocuğun hangi gelişimsel yetilerinin yaşına uygun olduğunu belirlemesidir. 2) Gelişimi Destekleme Bölümü: Rehberin bu bölümünde yaşlar Gelişimi

İzleme Rehberine uygun olarak belirlenmiştir. Gelişimi destekleyen yaşa uygun öneriler Dünya Sağlık Örgütü Gelişim için Bakım Önerileri, Portage Erken Eğitim Programı, Küçük Adımlar Erken Eğitim Programı, çocuk gelişimi ile ilgili dergiler, kitaplar ve deneyimlerden derlenmiştir. Ailelerle pilot çalışmalar yapılmış ve toplam 2 yıllık bir çalışma sonrasında geliştirilmiştir. Bu bölümde ailelerin çocuklarının bütün alanlarda ve özellikle de dil alanında gelişimi nasıl desteklediği değerlendirilir. Aile-çocuk-oyun ilişkisi gözlenerek ortaya çıkarılır ve pekiştirilir. Ailenin verilen önerileri anlaması, uygulamada zorlukları ve çözümleri öğrenilir ve desteklenir. Tekrarlayan izlemlerle çocuğun gelişimi desteklenir.

- ‘Eğitim programını değerlendirme paketi’ program ile birlikte geliştirilmiştir.

Bu programın ilk 3 gününde toplantı salonunda yukarıda belirtilen yöntem ve araç- gereçlerle konular işlenmektedir. Programın 4. günü her katılımcı en az bir eğitmeni ile birlikte kendi çalıştıkları sağlık kuruluşlarına giderek uygulamalar yapmaktadırlar. Bu etkinliğin amacı katılımcıların programda geliştirdikleri bilgi, beceri ve tutumları sahada eğitimcilerin desteği ve denetimi ile uygulayabilme, uygulamalarından geri bildirim alma olanağının verilmesidir. Her katılımcı, eğitici varlığında yaklaşık 4- 5 hastasının gelişimini değerlendirmekte, desteklemekte ve ailelere gereken yönlendirmeleri yapmaktadır. Eğitimciler, katılımcıları uygulamaları sırasında izlemekte, daha sonra da hastalar ve uygulamalar ile ilgili konuşulup tartışılmakta ve her kurum için programı uygulamada yararlı olabilecek yaklaşımlar görüşülmektedir. Katılımcılar alan çalışmasının çok yararlı olduğunu, kendilerine olan güvenlerinin arttığını ve programı uygulamanın gerek kendi mesleki doyumlarına gerekse hizmet verdikleri ailelere önemli katkılarının olacağını bildirmektedirler. Programın son gününde tüm katılımcılar görüşlerini paylaşmakta, alanda yapılan çalışmalar ışığında programın uygulamalara nasıl yansıtılabileceği konusunda yöntemler geliştirmektedirler (Ertem, 2005).

iv) Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Eğitim Programı: 2003- 2006 Yılları Uygulamaları

T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından program çerçevesinde 2003- 2006 yılları arasında Mersin, İstanbul, İzmir, Adana ve Samsun illerine gidilerek “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Eğitim Programı” başlatılmıştır.

Mersin’e Aralık 2003 tarihinde yürütücü ve eğitici ekiple gidilerek, “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Eğitim Programı” içinde yer alan kurs eğitimi verilmiştir. Her kursun başlangıcından 1 gün önce eğiticiler toplantı salonuna giderek kurs boyunca kullanılacak olan “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Eğitim Programı Uygulayıcı Kitabı”, “Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi”, kurs katılımcılarını değerlendirme paketlerinin çoğaltılmış formlarını ve sunum materyallerini denetlemişlerdir. Kursun ilk gününde İl Sağlık Müdürlüğü’nden yöneticilerin de katılımı ile eğiticiler ve katılımcılar GİDP kursu için özel olarak düzenlenmiş toplantı salonunda buluşmuşlardır. Öncelikle katılımcıların sosyodemografik verilerini elde etmek ve programının etkinliğinin değerlendirmesi için kullanılmak üzere hazırlanmış olan değerlendirme paketinin formları (Ek: 1) katılımcıların sözlü onamları alındıktan sonra dağıtılmış ve katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Katılımcılarla eğiticiler tanışma toplantısını yaptıktan sonra içeriği yukarıda belirtilen 5 günlük kursun teorik dersleri verilmiştir. Teorik ders anlatımlarının ardından erken çocukluk döneminde gelişimin değerlendirilmesi, izlenmesi ve desteklenmesi için önerilen yöntem ve araçların kullanımının pratik uygulamalarına yer verilmiş kursun son gününde katılımcıların çalıştıkları sağlık ocakları ya da AÇSAP merkezlerine gidilerek bu uygulamalara birebir eşlik edilmiş, danışmanlık verilmiştir. Kursun son gününde tüm katılımcılar pratik uygulamalardan toplantı salonuna döndüğünde kursun değerlendirmesi için planlanmış olan değerlendirme paketi formlarının aynısı tekrar verilmiştir. Katılımcılara dağıtılan formlar eğiticiler tarafından geri toplanmıştır. Uygulayıcı kitabı ve GİDR kartları katılımcılarda kalmıştır. Kursun sonunda değerlendirme paketi içinde yer alan bilgilerini ölçme

sorularının yanıtları açıklanmış, tartışılmış ve katılımcıların aldığı sonuçlar belirlenmiştir.

Katılımcıların çalıştıkları sağlık kurumlarında 0- 6 yaş arasında gelişimlerini izledikleri, destekledikleri çocuk sayısını, saptadıkları ve özel merkezlere sevk ettikleri çocuk sayısını ve gelişim için bakım önerileri verdikleri ailelerin sayılarını her ay İl Sağlık Müdürlükleri' ne yazılı olarak bildirmeleri gerektiği Sağlık Bakanlığı proje yürütücüleri tarafından belirtilmiştir. Bu verilerin daha sonra Ankara' da AÇSAP Genel Müdürlüğü'nde toplanacağı bildirilmiştir. Kursun sonunda uygulayıcı sertifikaları törenle dağıtılmıştır.

v) Eğitim Programının Değerlendirilmesi

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Eğitim Programı”nın kurs boyunca değerlendirilmesi katılımcılardan konuların işlenimi süresince, gün sonunda ve daha sonra eğitim programının sonunda alınan geri bildirimlerle yapılmıştır. Programın niceliksel ve niteliksel olarak kısa ve uzun dönemde değerlendirilmesi bu tezin konusu olup değerlendirme yöntemleri ayrıntılı olarak anlatılmakta ve sonuçları sunulmaktadır.

1.5. Erken Çocukluk Dönemi Programlarını Değerlendirmenin Önemi

Programların kanıta dayalı olarak yürütülebilmesi için sonuçlarının değerlendirilmesi gereklidir. Program değerlendirme ile belirlenen hedeflere ne kadar ulaşıldığı, programın yararları ve hizmetleri daha etkili yapmak için gereken adım ve kararlar gösterilebilmektedir (Stewart ve ark., 2004). Uzmanlar yöntem seçiminde değerlendirmenin amacının, elde edilmek istenen bilgilerin, verilerin elde edileceği kaynakların biçimi ve beklenen sonuçların rol oynadığını düşünmektedirler (Eccles ve ark., 2003). Programların değerlendirmesiyle elde edilen sonuçlardan kalite

kontrolleri ve programların ileri tarihlerdeki gelişim planları ortaya çıkarılmakta konu hakkındaki politikalar belirlenmektedir (Evans ve ark., 2001).

Programların değerlendirilmesi ile uygulamadaki kolaylık ve zorluklar saptanabilmekte, hizmetin kalitesine yönelik geribildirimler alınmakta, gerektiğinde hedef kitle değişebilmekte ya da politika uygulayıcılara yol gösterebilmektedir (Bethell ve ark., 2001). Programların değerlendirmesinde zamanın önemi büyüktür. Bazı araştırmacılar programların kısa vadeli etkilerini araştırırken bazıları da uzun dönemdeki etkilerini değerlendirmektedir (Olds ve ark., 1997).

Gelişmiş ülkelerde sağlıklı çocuk izlemi sırasında uygulanan, anne-çocuk etkileşimini destekleyen programlara örnek olarak verilebilecek Hemşire Aile İşbirliği Programı (Olds, 1997) , European Early Promotion Project (Puura, 2002), Bright Futures (Green, 1994; Knight, 2001), Healthy Steps (Zuckerman, 1997; Minkovitz, 2001), Reach Out and Read (Needleman, 1991) ve Touchpoints (Brazelton, 1999; Hornstein, 1997) programlarının değerlendirme çalışmaları programların alanda uygulanmasıyla birlikte başlamakta ve sürdürülmektedir. Erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi ile ilgili programların değerlendirilmeleri maliyeti yüksek, planlanması güç bir çalışmadır (Schonkoff, 2000).

Erken destek programlarının amaç ve belirlenen hedeflerine ulaşmaları, etkinlik, yararlılık çalışmaları ve alanda uygulanabilirliğinin değerlendirmesi çeşitli yöntemlerle yapılabilmektedir. Bu yöntemlere örnek olarak şunlar verilebilir:

1. Programın uygulayıcılarının kendilerini değerlendirmeleri: Örnek olarak; Sağlıklı Adımlar projesinin değerlendirme aşamasında hekimlere bu programın verdikleri hizmeti ve nasıl etkilediği sorulmuştur. Hekimler, Sağlıklı Adımlar' da önerilen yöntemleri kullandıklarında kendilerini daha iyi hissettiklerini,

yaptıkları işi daha verimli bulduklarını ve verdikleri hizmetin daha etkili olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Hekimler bu programı kullanarak ailelerin gereksinimlerini daha iyi anladıklarını ve ailelerin dikkatlerini çocuğun gelişimi ve bakımına toplayabildiklerini söylemektedirler (Minkovitz ve ark., 2001; www.healthy steps.org).

2. Programı uygulayanların gözlemciler tarafından bilgi, beceri ve tutum açısından değerlendirilmesi: Örnek olarak IMCI programının Gouws ve arkadaşları (2005) tarafından planlanan ve çok merkezli birinci basamak etkinlik çalışması verilebilir. Yaptıkları araştırmada birinci basamakta yer alan ve IMCI programını uygulayan merkezlerde çalışan sağlık görevlileri hasta çocukları muayene ederken ve öneri verirken bir profesyonel eğitimci tarafından gözlemlenmişlerdir. Gözlemci bu değerlendirme için geliştirilen beceri ve tutum formuna notlar almıştır. Sağlık evinde IMCI programının kurallara uygun olarak yürütülebilmesi için gerekli ilaç vb malzemelerin bulundurulup bulundurulmadığı da bir listeden kontrol edilmiştir. Profesyoneller, gözlemledikleri sağlık görevlilerine, beceri ve tutumla ilgili yeterli bilgi edinemedikleri durumlarda senaryo örnekleriyle hasta çocuklara nasıl yaklaştıklarını sorgulamışlardır. Bu çalışmaya Tanzanya'dan 75, Uganda'dan 2000 yılında 65, 2002 yılında 175, Brezilya'dan 127 toplam 442 kişinin verileri elde edilmiş ve değerlendirilmiştir. Güney Afrika' dan Chopra ve arkadaşları, 2005 yılında yayınlanan araştırmalarında Gouws ve arkadaşları'nın gözlem yöntemleri ve gözlem kılavuzlarından yararlanarak IMCI programının uygulandığı sağlık merkezlerinde farklı bir desen kurarak değerlendirmiştir. Programın öncesi ve sonrasında sağlık çalışanlarının beceri ve tutumlarını karşılaştıran bir desen kurmuştur. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının program sonrasında çocukların sağlıkları ile ilgili tehlike işaretlerini daha çok belirleyerek tedavi başladıklarını saptamıştır.

3. Programı alan ailelerin görüşleri ve ailelerde yaşanan davranış değişikliklerinin değerlendirmesi: Örnek olarak "Ulaş ve Oku" programının değerlendirmesini yapan araştırmalar verilebilir. Araştırmacılar programın etkinliğini

değerlendirirken ailelerin görüşlerini almışlar ve aileler, çocuklarıyla kitap okumanın çok hoşlandıkları bir etkinlik olduğunu belirtmişlerdir. Aynı zamanda ailelerin programdan sonra davranışları değişmiş ve çocuklarına daha sık kitap okumaya başlamışlardır (High ve ark., 1998; Golova ve ark., 1999).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir kalite değerlendirme araştırmasında da ailelerin görüşleri sorulmaktadır. Araştırmanın yapıldığı ülkede klinisyenlere hizmet verdikleri çocuklara izlem sırasında öykü alma, muayene etme ve reçete vermenin dışında bakım, uygun uyaran verme ve ev ortamı risklerinin sorgulanması gibi konularda da öneriler verilmeleri istenmektedir. Bu önerilerin ne derecede yerine getirildiğini sorgulayan araştırmacı, ailelerin görüşlerini soran bir araç kullanarak (Sağlıklı Gelişimi Destekleme Anketi) klinisyenlerin verilmesi önerilen hizmetleri ne derecede yerine getirdiğini saptamaktadır. Bu araştırma için 580 çocuğun ailesi bu ankette yer alan sorulara yanıt vermiştir. Sonuç olarak önerilen ve verilen sağlık hizmetleri arasında olumsuz yönde belirgin bir farklılık bulunmaktadır (Bethell ve ark.,2001).

Ülkemizden bu başlık altında verebileceğimiz bir örnek de ÇPGD Programı kapsamında yapılan değerlendirme çalışmasıdır. Berkem ve arkadaşları (2005) yapılan etkinlik çalışmasında programda izlenen çocukların annelerinde, çocuğun gelişimini destekleyici, çocuğa uyaran sağlayan davranışlar olan, çocukla oyun oynama, konuşma, çocuğa kitap okuma, şarkı söyleme, masal anlatma davranışlarının kontrol grubu annelerden, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğunu saptamışlardır (www.saglik.gov.tr/CPDG).

4. Programın uygulandığı merkezlerde erken destek verilen çocukların son durumlarının araştırılması ile değerlendirme yapılması: Örneğin Olds ve arkadaşları'nın (1997) Hemşire- Aile İşbirliği programının değerlendirmesinde 20 yıl sonra girişim grubundaki çocukların okul başarılarının daha yüksek olduğu, suç oranlarının düşük olduğu, madde ve alkol bağımlılığının daha az olduğu saptanmıştır. Hindistan Bütüncül Bakım Programı da alanda yıllar sonra

değerlendirilmiş ve özellikle okula devam oranında girişim grubunda daha çok olduğu görülmüştür (Young, 2003). Ülkemizde İstanbul’da “Erken Destek Projesi”nden 6 ve 15 yıl sonra yapılan araştırmalar da çocukların ve annelerin son durumlarını araştırmış, çocukların okul devamlılığının daha fazla olduğu, daha çok eğitim aldıkları, üniversite bitirdikleri ve iş yaşamlarında daha iyi konumlarda oldukları saptanmıştır (Kağıtçıbaşı, 1994; Kağıtçıbaşı ve ark., 2004).

5. Program uygulayıcılarının ya da hedef kitlenin programla ilgili görüşlerinin odak grup çalışması yapılarak belirlenmesi: Odak grup çalışması yöntemi, küçük gruplardan odaklı bilgiler ve görüşler almak, kişiler arasında etkileşim sağlayarak daha çok bilgiye ulaşabilmek için seçilen niteliksel veri toplama yöntemidir. Hakkında çok bilgi sahibi olunmayan konularda bilgi edinmek için kullanılan ve son zamanlarda güncel ve gündemde olan bir yöntemdir (Ruff ve ark., 2005). Sağlık alanındaki sorunların hızlıca ortaya çıkarılmasında kullanılabilmektedir (Brown ve ark., 2006). Odak grup toplantıları sosyal ve tıbbi alanlar gibi pek çok alanda değerlendirmede kullanılmaktadır. Odak grup yöntemi bilgi edinmek, bilgi vermek ve değişik meslek gruplarını bir araya getirmek için de kullanılmaktadır (Clements- Nolle ve ark., 2005, Brown ve ark., 2006). Lester ve arkadaşları (2005) birinci basamak sağlık çalışanları ve hastaları bir araya getirerek bilgi alış verişini gerçekleştirmek için odak grup görüşmeleri tekniği kullanmıştır. Chamlin ve arkadaşları (2005) atopik dermatit hastalığının çocuklar ve aileleri üzerindeki etkilerini öğrenmek, George ve arkadaşları (2003) erişkinlerde astım hastalığının yaşam kalitesine olan etkilerini incelemek için odak gruplar toplamışlardır. Bu yıl içinde yayınlanmış olan Sege ve arkadaşlarının (2006) makalesinde odak grup toplantıları ile aile içi ve çocuğa yönelik şiddeti önlemeye yönelik verilen önerilerin etkinliği değerlendirilmektedir.

Ülkemizde odak grup çalışması yöntemini kullanarak değerlendirme yapan çalışmalar vardır. Eser ve arkadaşları (2005) geriatrik yaş grubunda yaşam kalitesini odak grup yöntemi ile değerlendirmiştir. Belek ve arkadaşları (2001) Antalya’dan

annelerin çocuklarının sağlık durumları ile ilgili algılarını anneleri odak grup görüşmelerine alarak belirlemiştir. Odak gruplarda sorulacak olan soruların geliştirilmesi basamağı çok önemlidir. Sorular en doğru bilgiyi elde etmek ve herkesin katılımını sağlayabilecek şekilde hazırlanmalıdır. Soruların sırası odak grup değerlendirmelerinde önemlidir ve açılış sorusu, giriş soruları, geçiş soruları, anahtar sorular ve son sorular olarak sıralanmaktadır. Odak grup toplantıları ile katılımcılar deneyimlerini sözel olarak paylaşabilirler, görüşlerini dile getirebilirler, diğer kişilerin görüşleri paylaşılabilir. Sözel paylaşımların yanı sıra sözel olmayan iletişim de önemlidir. Ses kayıt cihazlarından ya da tutulan notlardan bu bilgiler elde edilebilir. Odak grup toplantılarından elde edilen veriler çok değerli ancak analizi bir o kadar zordur. Grup toplantısında söylenen her kelime, kimin tarafından söylendiğı, nasıl bir ses tonuyla söylendiğı not edildikten sonra bunlar tekrar gözden geçirilmekte ve kategorize edilmektedir (Kitzinger, 1995; Morgan, 1998; Krueger, 1998; Heneghan ve ark., 2004).

Program değerlendirmede elde edilen literatür bilgileri ışığında GİDP'nin değerlendirme çalışmasında nasıl bir yol izleneceğı üzerinde program geliştiricileri, yürütücüleri ve destekleyenler arasında tartışılmıştır. Program değerlendirmede önerilen bir model olan "akılcı model", yapılan etkinlikler ve bunların ortaya çıkardığı sonuçlar üzerinde odaklanmakta, etkinlikler ve sonuçlar arasındaki ilişki aranmaktadır (Logic model development guide, 2004). GİDP'nin değerlendirmesinde plan aşamasında bir "akılcı model" şeması oluşturulmuştur. Burada programa işğücü girişleri, kısa dönemde sonuçlar, orta dönemde sonuçlar, uzun dönemde sonuçlar ve programın son etkisi yer almaktadır. Buna göre programa işğücü girişleri; T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, UNICEF ve üniversitelerden sağlanmaktadır. Yöneticiler, öğretim üyeleri, programda eğitici olarak görev alan sağlık çalışanları ve programın uygulanmasında görev alan Sağlık Bakanlığına bağılı sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekim ve ebe-hemşireler işğücünü oluşturmaktadır.

Yapılan araştırmalarda günümüzde sağlık sektöründe çalışanların karşılaştıkları bedensel ve zihinsel iş yükü karşısında istenilen performansa ulaşamadıklarını ve çökme dönemine yakın oldukları saptanmıştır (Light, 2003). Bu durumda sağlıklı nesillere ulaşmak için en iyi hizmeti vermeleri beklenen sağlık çalışanlarının da en etkili ve iyi programları kullanarak etkili zaman yönetimi yapmaları sağlanmalıdır. En etkili programları bulmak için de niteliksel ve niceliksel yönden değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Erken çocukluk dönemi ile ilgili dünyada yürütölmekte olan programların yöntemleri, etkilerini ortaya çıkaran çalışmalar incelenmiştir. Kanıta dayalı olan program değerlendirmelerinin çoğunun alanda yapılan seçkisiz kontrollü çalışmalar olduğu görölmektedir (Olds ve ark., 1997; Neddleman ve ark., 2002; Chopra ve ark., 2005; MacMillan ve ark., 2005; Penny ve ark., 2005). Bu değerlendirme çalışmalarının programla birlikte planlandığı ve programın başlamasıyla birlikte yürütöldüğü görölmektedir.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Eğitim Programı”nın değerlendirmesi için ilk olarak seçkisiz kontrollü çalışma deseninin kullanılması planlanmıştır. Bu desende GİDP kursunu alan ve almayan olmak üzere iki grup bulunacaktır. Hedef kitle olarak da birinci basamak sağlık çalışanları ve/ ya da çocuklarla aileleri seçilecektir. Bu desende girişim ve kontrol grubunun birebir eşlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle birbirine nüfus, coğrafik özellikler gibi pek çok yönüyle benzer iller, aynı sosyoekonomik duruma sahip olan ilçelerde hizmet veren sağlık ocakları, deneyim yılları eş olan birinci basamak sağlık çalışanları bulunmalı, seçilen bölgelerde gerek sağlık çalışanları gerekse de ailelerde sık sık yer değiştirmesi (göç) olmamalıdır. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ile bu değerlendirme planı tartışılmış ve bu desende illerin eşlenmesinin zorlukları gündeme gelmiştir. Aynı zamanda hedef kitle olarak ailelerin ve çocukların seçilmesinin sağlık merkezlerine karşı güvensizlik yaratabileceği nedeniyle uygun olmadığı, birinci basamak sağlık çalışanlarının uygulamalarının denetlenmesinin ise onlarda güvensizlik ve huzursuzluk doğurabileceği Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü yetkilileri tarafından belirtilmiştir.

Yukarda belirtilen nedenlerle seçkisiz kontrollü çalışma yapılmamış, “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Eğitim Programı”nın değerlendirmesi için farklı bir desen planlanmıştır. Bu desen tek grubun program öncesi ve sonrasında kendi kontrolü olarak değerlendirilmesidir. Değerlendirmede yöntem olarak kursun birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve tutumlarında ne gibi değişikliklere yol açtığı ve uygulamasının nasıl yapıldığının saptanması planlanmıştır. Bu desen Sağlık Bakanlığı program yürütücüleri ile tartışılmıştır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının programı uygularken beceri ve tutumlarının değerlendirmesinde kendi görüşlerinin alınması yanında objektif gözlemlerin yapılması, ayrıca hedef kitle olan ailelere sağlık çalışanlarının verdiği hizmetle ilgili sorular sorulması önerilmiştir. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından belirtilen kaygılar olan sağlık çalışanlarının kendilerine karşı güvensizlik yaşayabilmeleri, hizmet verdikleri toplumun yaşayabileceği rahatsızlıklar göz önünde bulundurularak sağlık çalışanlarının kendi görüşleri alınarak programın değerlendirilmesi kararlaştırılmıştır.

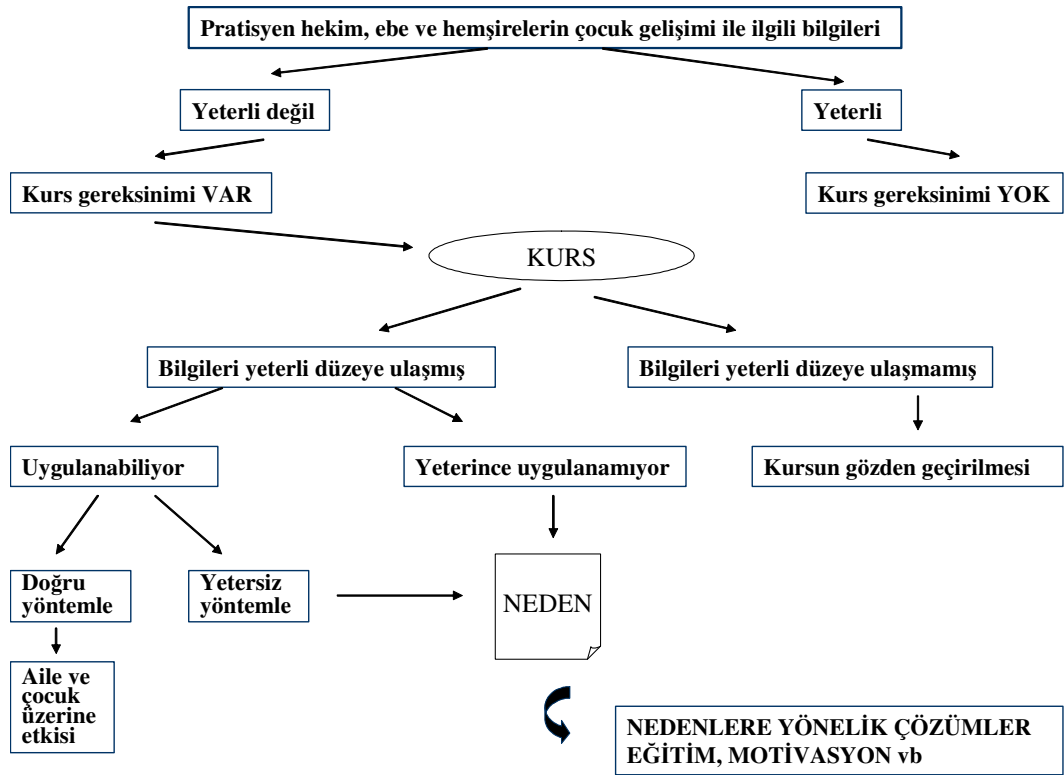
Desen belirlendikten sonra birinci basamak sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk dönemi ve bu dönemde karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bilgi düzeyleri ile ilgili bilimsel yazın araştırılmıştır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının erken çocukluk dönemi ile ilgili bilgilerine yönelik yapılmış çalışmalar çok az sayıdadır. Bu çalışmalardan biri, Lian ve arkadaşları’nın (2003) Singapur’da yaptığı, pratisyen hekimlerin sağlıklı gelişim ve gelişimsel sorunlar (yaygın gelişimsel bozukluk, öğrenme bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) hakkındaki bilgilerini değerlendirmektedir. Bu araştırma, pratisyen hekimlerin sağlıklı çocuk gelişimi konusunda hemen hemen yeterli bilgiye sahip olduğu ancak özel gereksinimi olan çocuk ve ailelerine yeterli hizmet verecek kadar bilgili olmadıklarını ortaya koymaktadır. Ülkemizde birinci basamakta erken çocukluk dönemi ve gelişimsel sorunların saptanması ve tedavisi ile ilgili bilginin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çocuk hekimlerinin gelişimin izlenmesi ile ilgili bilgisine yönelik yapılmış iki çalışma vardır. Bunlardan biri Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nın 1999 yılında düzenlediği

“35. Türk Pediatri Kongresi” sırasında, tıp öğrencisi, pediatri uzmanlık öğrencisi ve hizmet içi eğitiminin tartışıldığı “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Günü” nde yapılan araştırmadır. Bu eğitim günü hazırlığında Anabilim Dalımız, ülkemizde pediatri eğitiminin yeterliliğini anlamayı amaçlayan bir araştırma yapmıştır. Araştırmanın çocukların gelişimleri ile ilgili çocuk hekimi eğitimini ilgilendiren bölümü, bu alanda ülkemizde eğitim yetersizliğini çarpıcı olarak vurgulamaktadır. “Sağlam çocuğun biyopsikososyal gelişim özelliklerini bilme, çocuğu sürekli izleyebilme ve aileye danışmanlık verebilme” gibi konularda eğiticilerin %60’ı, uzmanlık öğrencilerinin %79’u eğitim programlarını yetersiz olarak değerlendirmişlerdir. Ayrıca eğiticilerin %70’i ve asistanların %94’ü “özel eğitim merkezleri, sosyal hizmetler, fizik tedavi ve rehabilitasyon, kimsesiz çocuk yuvaları, kreşler gibi kurumları tanıma ve çocuklar yararına kullanabilme” becerisinin eğitiminin yeterli olmadığını belirtmişlerdir (Ertem ve ark., 1999). Ankara Üniversitesi’ nde yapılan bir başka araştırma çocuk hekimlerinin otizm gibi ağır gelişimsel gecikmeler ile seyreden bir hastalığı tanıma oranı ile ilgilidir. Bu araştırmada otizm tanısı alan ve sürekli bir çocuk hekimi bulunan çocukların yalnızca %12’sinde belirtileri fark eden ve tanıyı koyan kişinin çocuk hekimi olduğu belirlenmiştir (Erden ve ark., 2003). Bu araştırmalar ülkemizde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi içinde dahi gelişimsel pediatri eğitiminin yetersizliğini ve bu eğitime olan gereksinimini olduğunu ortaya koymaktadır.

Birinci basamakta pratisyen hekim ve ebe- hemşirelerin bebeklik ve erken çocukluk döneminde sağlıklı gelişim ve gelişimden sapmaları bilmeleri konusunda yeterli literatür bilgisi yoktur. Bu nedenle araştırmada kursun öncesinde katılımcıların ilk bilgi düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmiştir (Şekil- 1).

Programın kısa dönemde ilk sonucu eğitim programının ilk hedeflerine ulaşması, sağlık çalışanlarının gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi konusunda kendini daha yeterli bulmalarını sağlaması ve bu konuda bilgi düzeyini artırmasıdır. Programın bu hedefe ulaştığı bilinmeden sürdürülmesi daha sonraki hedeflerine hiçbir zaman ulaşmayabilecek bir programa gereksiz maddi ve işgücü yatırımı yapılması anlamını taşır. Uzun dönemde ilk incelenmesi gereken sonucu ise

programın sağlık çalışanları tarafından uygulanıyor olmasıdır (Şekil- 1). Uygulanmayan bir programın, son hedefi olan çocuklar ve ailelerde değişim yaratması beklenemez. Sağlık çalışanlarının programı uyguladıklarını varsayarak ulaştıkları aileler ve çocuklardaki değişimi değerlendirmeyi amaçlayan bir araştırma, ara basamaktaki var sayımı yanlış ise (program uygulanamamaktaysa) gene gereksiz maddi kaynak, iş gücü ve zaman harcamış olacaktır. Programın yeterince ve uygun yöntemle uygulanamıyor olmasının saptanması halinde nedenlere yönelik çözümler bulunarak uygulamaya konmalıdır. Programın kısa ve uzun dönemde değerlendirilmesi için oluşturulan akış şeması Şekil- 1’de görülmektedir.



Şekil 1. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimi izleme ve destekleme programının önerilen değerlendirilmesi

Ülkemizde ve benzeri ülkelerde bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi ile ilgili programların değerlendirme çalışmalarının çok az sayıda olması, son on yıldır üzerinde yoğun olarak çalışılmakta olan GİDP programının değerlendirmesi yapılmaksızın sürmesinin önemli maddi kaybın yanına ülkemizin sağlık sistemi ile hedef kitle olan çocuklar ve aileleri için yıpratıcı ve zaman kaybettirici de olabilir. Araştırma bu nedenle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gelişimsel Pediatri Ünitesi'nde tez sorumlusu araştırmacı ve tez danışmanı tarafından 2004- 2006 yılında planlanarak gerçekleştirilmiştir.

1.6. Araştırmanın Sorusu ve Amacı

Bu araştırmanın amacı ülkemizde sağlık hizmeti içinde bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi, desteklenmesi, gelişimsel sorunların erken saptanması, doğru ve etkili yönlendirmelerini sağlayacak olan ve ülkemizde eğitimi birinci basamak sağlık çalışanlarına verilen “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın (GİDP) kısa ve uzun dönemde programın uygulayıcıları olan sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesidir.

1.7. Hipotezler

Bu araştırmanın üç ana hedefi üç hipotez kurularak irdelenmiştir. Hipotezler amaçlara yönelik ölçme yöntemlerinin ve analiz planının geliştirilmesinde yardımcı olmuştur.

1. **Hipotez:** GİDP programı için Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan ve örnekleme oluşturan birinci basamak sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%50'den fazlası) eğitim öncesinde:
 - a. gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarını yeterli bulmayacaklar;
 - b. konu ile ilgili bilgi düzeylerini nesnel olarak ölçen bir bilgi sınavında yeterince başarılı (soruların %60'ından fazlasının doğru olarak yanıtlanması) olmayacaklardır.

2. **Hipotez:** GİDP eğitim programı sonrasında örneklemin gelişimi izleme ve destekleme konusunda a) kendini yeterli bulma; b) bilgi sınavında başarılı olma yüzdeleri artacaktır.

3. **Hipotez:** GİDP eğitim programından uzun süre (6- 24 ay) sonra alanda yapılan değerlendirmelerde eğitime katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının:
 - a. çoğunluğu (en az %50'si) programda önerilen yöntemler ile sağlık hizmeti içinde gelişimi izlemiş ve desteklemiş olacak;
 - b. programda almış olduğu eğitimi ve eğitim araçlarını yeterli bulacak
 - c. programı uygulamada eğitim programı dışında sağlık sistemi ile ilgili engeller bildirecektir.

1.8. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma birinci basamakta hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik T.C. Sağlık Bakanlığı – UNICEF ve üniversitelerin işbirliği içinde gerçekleşen bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi konusunda güncel “altın standart” felsefe ve yöntemleri içeren büyük bir projeyi ülke çapında yaygınlaştırılmadan önce değerlendiren bir çalışma olması nedeniyle önemli ve orijinaldir.

1.9. Araştırmanın Orijinalliğinin Belirtilmesi

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı’ nın bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi konusunda geliştirdiği ilk programın ilk değerlendirmesi olması nedeniyle ülkemiz için, gelişmekte olan ülkelerde benzer programların değerlendirmelerinin son derecede kısıtlı olması nedeniyle de dünya bilimsel araştırmaları açısından orijinaldir.

2. GEREÇLER ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırmanın deseni tek gruba verilen girişim öncesi ve sonrasını değerlendiren uzunlamasına bir izleme çalışmasıdır. Bu izleme araştırmasında iki değerlendirme noktası alınmıştır. Birincisi programın kursunun hemen öncesi ve hemen sonrasında kurs ortamında yapılan değerlendirme, ikincisi ise GİDP kursunun uzun dönemde (6- 24 ay) alanda değerlendirilmesidir.

2.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni ülkemizde birinci basamakta hizmet veren sağlık çalışanları, örnekleme ise GİDP eğitim programına katılan T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün belirlediği pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerdir. Bu eğitim programını alacak olan sağlık çalışanlarının seçimi tümüyle bu araştırmadan bağımsız olarak T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından yapılmıştır. Seçkisiz yöntemle olmayan ve araştırmanın amaçlarını, genellenebilirliğini gözetmeksizin yapılan bu belirlemede öncelikle T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü-UNICEF 2000- 2005 İşbirliği programında İstanbul, İzmir, Mersin, Adana ve Samsun illerinde programı yürütecek olan sağlık ocağı ya da AÇSAP merkezleri belirlenmiştir. Bir merkezin bu programa alınma nedeni sıklıkla AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün diğer programlarını başarı ile yürütmüş olan sağlık merkezi olması ve/ya da programa gereksinim gösteren bir bölge halkına hizmet vermekte olmasıdır. Bu merkezlerde çalışan pratisyen hekim, ebe ve hemşireler arasından GİDP' ye katılmak üzere sıklıkla kurs haftasında programa katılabilecek olan, kursun içeriğini bilmeden gelen sağlık çalışanları

seçilmiştir. Kimi zaman ise kursun adı sağlık çalışanlarına bildirilmiş, gönüllü olanlar katılımcı olarak alınmıştır.

2.2.1. Örnekleme Girme ve Dışlanma Kriterleri

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” kursunu alacak olan birinci basamak sağlık çalışanı olmaktır. Eğitim programına pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerin yanı sıra kimi zaman katılan il sağlık yöneticileri, uzmanlar hekimler ve 0- 6 yaş arasındaki çocuklara sağlık hizmeti vermeyen diğer sağlık çalışanları örneklemin dışında bırakılmıştır.

2.3. Uygulamalar

2.3.1. GİDP Kursu Öncesi ve Sonrası Değerlendirme

GİDP kurs eğitimleri 25 Aralık 2003’te Mersin, 31 Mayıs 2004’te İstanbul, 8 Kasım 2004’te İzmir, 21 Ekim 2005’te Adana ve 29 Mayıs 2006’da Samsun’da yapılmıştır. Tüm il eğitimlerinin planlanması T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından yapılmıştır. Kurslar T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü program sorumluları, eğitimcileri ve program geliştirici ekipten eğitimcilerin illere gitmesi ile gerçekleşmiştir. Sosyodemografik bilgileri içeren sorular, “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği” (KDÖ) ve “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği” (GBDÖ) (Ek- 1) kursların ilk günü tanışmadan sonra ve sunumların başlamasından önce ayrılan 60 dakikada kurs katılımcılarına dağıtılmış, bireysel ve yazılı olarak yanıtlamaları istenmiştir. KDÖ ve

GBDÖ kursun son günü tüm sunum ve uygulamaların bitiminde yeniden aynı yöntemle uygulanmıştır. Araştırma için katılımcıların sözlü onamları alınmış (Ek- 3), kimlik bilgileri alınmamıştır. Tez çalışmasını yürüten araştırmacı İzmir ve Adana illerinde yapılan uygulayıcı eğitimlerine katılmış ve verilerini toplamıştır. Diğer illerde yapılan uygulayıcı eğitimlerinde veriler eğitici ekibi tarafından toplanmış ve değerlendirme için araştırmacıya teslim edilmiştir.

2.3.2. GİDP' nin Uzun Dönemde (6- 24 ay) Alanda Değerlendirilmesi

GİDP'nin alanda değerlendirmesi için kursun verilmesinden 6- 24 ay sonra illere gidilmesi planlanmış, GİDP kursundan 10 ay sonra 23 Eylül 2005'te İzmir, 15 ay sonra 26 Eylül 2005'de İstanbul, 23 ay sonra 22 Kasım 2005'te Mersin'e araştırmacı ve tez danışmanı birlikte giderek uzun dönem değerlendirmesini yapmışlardır. Bu değerlendirme T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve İl Sağlık Müdürlükleri tarafından düzenlenen toplantılar ile gerçekleşmiş, illerde kursu alan sağlık çalışanlarının tümünün bu toplantılarda bulunması amaçlanmıştır. Alanda değerlendirme için iki farklı yöntem kullanılmıştır. Birinci yöntem kursu alan ve programı yürütmekle görevli olan sağlık çalışanlarının uzun bir zaman dilimi sonrasında programla ilgili bireysel görüşlerinin öğrenilmesini amaçlar. Bu amaçla geliştirilen “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Alanda Değerlendirme Anketi” (PDA) (Ek- 2) toplantının başlangıcında katılımcılara dağıtılmış, bireysel ve yazılı olarak yanıtlamaları istenmiştir. İkinci yöntem ise odak grup çalışması olup amacı sağlık çalışanlarının programın işleyişi ile ilgili grup olarak görüşlerini almaktır. Katılımcılar araştırmacıların yönlendirdiği bir çalışma ortamında önceden belirlenen açık uçlu sorularla ilgili düşüncelerini sözel olarak aktarmışlar, programla ilgili durumu ve önerilerini tartışmışlardır. Odak grup çalışmasında söylenen her söz tez sahibi araştırmacı tarafından bire bir yazılı olarak kayıt edilmiştir. Araştırmanın bu bölümü için katılımcıların sözlü onamları alınmış, hiçbir kimlik bilgisi alınmamıştır.

2.4. Araçlar

Bu araştırmanın araçları amaçlar ve hipotezler gözetilerek geliştirilmiştir. Araç geliştirme süreci alanda ilgili iç ve dış yazının taranması, bulunan araçların bu araştırmanın amaçlarına uyarlanabilirliğinin değerlendirilmesi, uygun araç bulunamadığında yeni araç geliştirilmesini kapsar ve yaklaşık 2 yıl sürmüştür. Tez araştırmacısı araç geliştirme sürecinin son 1 yılına katılmış, alanda değerlendirme araçlarının tümünü geliştirmiştir.

Kullanılacak olan araçların GİDP' nin sınırlı eğitim süresi içinde kurs öncesinde ve sonrasında uygulanabilecek kadar kısa olmasının yanında uygulayıcıların gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi ile ilgili kuramsal bilgilerini, bu konuda kendi yeterliliklerini nasıl değerlendirdiklerini ortaya çıkaracak ve kurs öncesinde ve sonrasındaki farkı ölçecek kadar hassas ve ayrıntılı olması gerekmektedir. Alanda yapılacak olan bireysel değerlendirmede kullanılacak olan araç ve çalışmasında yöneltilecek soruların programın zaman içinde uygulayıcılar tarafından nasıl kullanıldığını, karşılaşılan kolaylıkları ve zorlukları içermesi gerekmektedir. Ülkemizde tıp eğitimi ve sonrasındaki hizmet içi eğitim, birinci basamak sağlık hizmetleri ve yapılanması, sosyal güvenlik sistemleri, sevk zincirleri, hizmet verilen çocukların ve ailelerinin özellikleri diğer ülkelerden farklı olup geliştirilecek olan araçların bu özelliklerin bilinci ile gelişmesi gerekmektedir.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın değerlendirmesinde kullanılacak olan araçların geliştirilmesi aşamasında PubMed, PsychINFO, Academic Search Premier, Cochrane Database of Systematic Reviews, MEDLINE, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, Nursing/Academic Edition, Psychology and Behavioral Sciences Collection ve Türkçe Medline bilimsel veri tabanlarında ve “google” internet arama motorunda her araç için ayrı ayrı taramalar yapılmıştır. Taramalar yapılırken literatürün yazı dilinin İngilizce ya Türkçe olması dışında herhangi bir sınırlama

kullanılmamıştır. Taranan anahtar kelimeler: “infant/ child development” “psychosocial and infant/ child” “developmental surveillance/ monitoring/ screening/ evaluation,” “early intervention/ identification” “developmental delay/ problem/ disorder” “physician/ general practitioner/ nurse and knowledge/ attitude/ practice,” “program evaluation/ assessment,” “focus groups,” “self assessment and questionnaire/ instrument/ inventory” “developing country and program/ child development/ services,” gibi anahtar sözcükler kullanılmıştır. Bulunan kaynakların belirttiği ilgili kaynaklara da ulaşılmaya çalışılmış, gerekirse yazarlar ile doğrudan yazılmıştır.

Yazında bulunan ve bu araştırma için geliştirilecek ölçeklere uyarlanabilecek ya da kaynak oluşturabilecek araçların seçiminde 2 temel özellik aranmıştır. Bunlar aracın araştırmanın hipotezlerini değerlendirmeye uygun olması ve aracın ülkemiz koşullarında ve benzer ülkelerde yapılabilecek araştırmalarda kullanıma uygun olmasıdır. Örneğin tutumların değerlendirilmesinde doğrudan gözlemlere ya da video çekimlerine dayanan araçlar seçilmemiştir.

Yabancı ve yerli yazında GİDP’ ye benzer amaçlar ile (birinci basamak sağlık hizmeti içinde bebeklik ve erken çocukluk döneminde tüm çocukların gelişiminin izlenmesi ve desteklenmesi, gelişimsel riskleri ya da sorunları olan çocukların erken tanısı ve tedavisi) ile ilgili dünyada geliştirilmiş olan programlara örnek olarak şunlar verilebilir: European Early Promotion Project (Puura ve ark., 2002; Roberts ve ark., 2002), Bright Futures (Green, 1994; Knight ve ark., 2001), Healthy Steps (Zuckerman ve ark, 1997, 2004; McLearn ve ark., 1998; Minkovitz ve ark., 2001), Hindistan Bütüncül Çocuk Gelişimi Programı (Gove, 1997; Seema, 2001; Nair ve Radhakrishnan, 2004). Bu programların değerlendirilme yöntemlerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Avrupa Erken Destek Projesi (EEPP) programının değerlendirme paketine ulaşılabilmiş, bu paket incelenmiş ve temel değerlendirmenin programın uygulayıcıların kendi yeterliliklerini ve uygulamalarını nasıl değerlendirdikleri ile ilgili olduğu belirlenmiştir (Hilton ve Tsiantis, 2005; Puura ve ark, 2005a). Sonuçta

dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda bu araştırmanın amacına tümüyle uygun ve hipotezlerini değerlendirmede yardımcı olabilecek olan araçlar olmaması nedeniyle European Early Promotion Project (Puura ve ark., 2002; Roberts ve ark., 2002), Bright Futures (Green, 1994; Knight ve ark., 2001) ve Healthy Steps (Zuckerman ve ark., 1997, 2004; McLearn ve ark., 1998; Minkovitz ve ark., 2001) programlarının değerlendirme yöntemleri de göz önüne alınarak GİDP için tümüyle özgün yeni iki değerlendirme paketi geliştirilmiştir. İlk paket kursun öncesini ve hemen sonrasında katılımcıların durumunu, ikinci paket ise kurstan uzun dönem sonra programın uygulayıcılarının alandaki durumunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

2.4.1. GİDP Kurs Değerlendirme Paketi (Ek- 1)

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri değerlendirme paketinin ilk bölümünü oluşturur. Bu bilgi formunda kursa katılmakta olan sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, mezuniyet yılı, bir günde gördükleri ortalama çocuk hasta sayısı, hastalara ayırdıkları ortalama süreler sorulmaktadır ve uygulama süresi 3 dakikadır. Değerlendirme paketi, GİDP eğitim programına katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitim öncesi ve sonrasında çocukların gelişiminin izlenmesi ve desteklenmesi, gelişimsel riskleri ya da sorunları olan çocukların erken tanısı ve tedavisi konusunda bilgi ve deneyimlerini değerlendirmek amacıyla kullanılan iki aracı içermektedir.

2.4.1.1. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği (KDÖ)

Bu ölçek araştırmanın birinci hipotezinin ilk bölümü (GİDP programı için Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan ve örnekleme oluşturan birinci basamak sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%50'den fazlası) eğitim öncesinde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarını yeterli bulmayacaklardır) ve 2. hipotezinin ilk bölümünü (GİDP eğitim programı sonrasında örnekleme gelişimi izleme ve destekleme konusunda kendini yeterli bulma oranı artacaktır) değerlendirmek hedefi ile araştırmacılar tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir (Ertem, 2005). Amacı sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuk gelişimi hakkında kuramsal bilgisi, gelişimin değerlendirilmesi, desteklenmesi, gelişimsel sorunların erken saptanması, gelişimsel sorunlara yaklaşım ve ülkemizde gelişimsel sorunu olan çocuklara yönelik hizmetler ile ilgili kendilerini ne denli yeterli bulduklarını ölçmektir. Bu konu ile ilgili ülkemizde daha önce sağlık çalışanları için gerek hizmet öncesi gerekse hizmet içi herhangi bir program olmadığından programın içeriği ve KDÖ birlikte yürütülmüştür.

İlk adım olarak yapılan yazın taramasında tıp fakültesi öğrencilerinin ve birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgilerini ve kendini değerlendirmelerini (Figueiras ve ark., 2003), sağlık çalışanlarının gelişimsel sorunları erken tanıyabilmesini (Camp ve ark., 1991; Goodhart, 1991; Wendland-Carro ve ark., 1999; Lian ve ark., 2003; Pinto Martin ve ark., 2005), çocuk gelişimi ile ilgili eğitimin içeriğini, eğitimin yöntemlerini ve yeterliliğini (Emans ve ark., 1998; Frazer ve ark., 1999), gelişimsel sorunların tanı ve tedavisinde sağlık çalışanlarının kendilerini ne denli yeterli hissettiklerini (Hilton ve Tsiantis, 2005) içeren araçlar incelenmiştir. Bu araçlardan hiçbirisi bu araştırmanın hipotezlerini ölçebilecek kadar ülkemiz koşullarına uygun olmadığından yeni ve özgün bir araç geliştirilmiştir.

İkinci adım olarak konu ile ilgili eğitim programlarının öğrenim hedefleri incelenmiştir. Bright Futures (Green, 1994), Early European Promotion Project (Puura ve ark, 2002), Amerikan Pediatri Akademisinin Pediatri Board Sınavı soruları, gelişimsel sorunlarla ilgili hazırlanan öğretim izlencesi (müfredat), (aap.org, Bennett ve ark., 1984), yurt dışında tıp ve pediatri eğitimi vermekte olan üniversitelerin tanıtım ve eğitim sayfaları (örn: www.hawaii.edu/medicine/pediatrics/pedtext), incelenerek öğrenim hedeflerine, değerlendirme yöntemlerine ve sorularına ulaşılmıştır. Ayrıca birinci basamakta gelişimsel pediatri ile ilgili temel kitaplardan ilgili ana konu başlıkları ve bu konuların öğrenim hedefleri belirlenmiştir.

Bu süreçte üçüncü adım olarak bir yıl boyunca Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5'ten yaklaşık 300 öğrenci, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yaklaşık 30 uzmanlık öğrencisi, Ankara Üniversitesi Hemşirelik Meslek Okulu'ndan yaklaşık 150 son sınıf öğrencisi, pratisyen hekimler ve T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü yetkilileri ile odak grup çalışmaları yapılmış ve konu ile ilgili neler bilinmesi gerektiğini düşündükleri öğrenilmiştir.

Bu çalışmalar sonucunda KDÖ için 30 madde belirlenmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve program danışmanı Prof. Dr. Ufuk Beyazova ve Prof. Dr. Hilal Özcebe ile elde edilen sorular ölçeğin anlaşılabilirliği ve uygunluğu açısından değerlendirmelerine sunulmuştur (Feinstein, 1987). Bu danışmalar ile ayrıca ölçeğin puan sistemi geliştirilmiş, ülkemizde eğitim sistemine benzer olarak 10 puan üzerinden Likert tipi (Edwards ve Kilpatrick, 1948) değerlendirmeyi içeren puan sisteminin kullanılması kararlaştırılmıştır. Ölçeğin başlangıcında açıklayıcı yönerge olarak “aşağıdaki yönergelerde gelişimin izlenmesi ile ilgili yetilerinizi eğitim sistemimizde olduğu gibi en düşük puan 1 en yüksek puan 10 olmak üzere puan vererek işaretleyiniz” yer almıştır.

KDÖ ile yapılan pilot çalışmanın örneklemini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. sınıf öğrencilerinden 156 ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı uzmanlık öğrencilerinden 22 kişi oluşturmuştur. Pilot uygulamanın sonucunda anlaşılmayan 5 yönerge çıkartılmış, ölçekte yer alan diğer yönergelerin kolay ve doğru anlaşıldığı, puanlandırmanın uygun olduğu, ölçeğin uygulamasının yaklaşık 10 dakika sürdüğü belirlenmiştir. İkinci pilot çalışma GİDP Birinci Eğitici Eğitimi Kursu'nda yapılmış, katılımcılara her bir madde ile ilgili düşünceleri sorulmuştur. Son şekli verilen KDÖ 25 yönergeden oluşmaktadır, en düşük puan 25, en yüksek puan 250 olmaktadır. “Kendini yeterli olarak değerlendirme” 8 ya da daha yüksek puan verme olarak belirlenmiştir. Pilot araştırma sonucunda Tıp Fakültesi öğrencilerinin % 90'ından fazlasının, asistanlardan ise % 75'inden fazlasının KDÖ' nin yönergelerinde kendilerini yeterli olarak değerlendirmedikleri belirlenmiştir. Bu bulgular birinci basamak sağlık çalışanlarının da benzer değerlendirme sonuçları olacağını, kurs öncesi ve sonrasındaki farkı KDÖ' nin belirleyebileceğini düşündürmüştür. KDÖ'nin son şekli Ek 1A'da görülmektedir.

2.4.1.2. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği (GBDÖ)

Birinci basamak sağlık çalışanlarının GİDP kursunun içeriğinde yer alan konularla ilgili kuramsal bilgisini çoktan seçmeli sorularla ölçmek ve araştırmanın birinci ve ikinci hipotezlerinin ikinci bölümlerini savunabilmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Bu aracın geliştirilmesi GİDP kursu sonrasında yapılmıştır. Öncelikle tüm “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Programı Uygulayıcı Eğitimi Kitabı”nda yer alan tüm derslerin öğrenim hedefleri sıralanmış, konu ağırlıkları belirlenmiş ve bu dersleri hazırlayan program geliştiricilerinden konuyu içeren 5 seçenekli çoktan seçmeli ve doğru-yanlış seçenekli sorular hazırlamaları istenmiştir. Ayrıca yazın taramasında saptanan araçlar tekrar gözden geçirilmiş, uygun olan ek sorular uyarlanmıştır. Oluşturulan 50 soruluk soru bankası T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü yetkilileri ve program

danışmanlarına sunulmuş, gerekli değişimler yapıldıktan sonra pilot uygulama GİDP Birinci Eğitici Eğitimi Kursu'nda yapılmış, her soru ile ilgili katılımcıların geri bildirimi alınmış, fazlasıyla zaman alan, yeterince anlaşılmayan sorular ve ön- son testlerde hiçbir değişim göstermeyen sorulardan bazıları elenmiştir. GBDÖ'nin bu araştırmada kullanılan son şekli 5 çeldirici yanıt içeren 23 çoktan seçmeli ve 7 doğru-yanlış tipi soru olmak üzere 30 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlanması yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Bu araçta her bir sorunun doğru yanıtı 1 puan olup alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. GBDÖ' nün son şekli Ek 1B' de görülmektedir.

2.4.2 Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi İzleme ve Destekleme Programını Uzun Dönemde Alanda Değerlendirme Paketi

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” eğitiminden bir süre sonra programda amaçlanan hedeflere alanda ulaşıp ulaşamadığını sorgulayan, uygulayıcıların karşılaştıkları engel ve sorunları, programı sahada nasıl uyguladıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir program değerlendirme paketidir. Bu değerlendirme araştırmanın üçüncü hipotezi olan “GİDP eğitim programından uzun süre (6- 24 ay) sonra alanda yapılan değerlendirmelerde eğitime katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının: a) çoğunluğu (en az %50'si) programda önerilen yöntemler ile sağlık hizmeti içinde gelişimi izlemiş ve desteklemiş olacak; b) programda almış olduğu eğitimi ve eğitim araçlarını yeterli bulacak; c) programı uygulamada eğitim programı dışında sağlık sistemi ile ilgili engeller bildirecektir” hipotezinin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir. GİDP'nin alanda değerlendirmesinde kursa katılan sağlık çalışanlarının uzun dönemde programla ilgili uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu değerlendirmede kullanılacak yöntemleri belirleyebilmek için tez sorumlusu araştırmacı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı'nda Prof. Dr. Ferda Özyurda tarafından verilen Tıp Eğitiminde Program Geliştirme, Doç. Dr. İlgi Ertem tarafından verilen Gelişimsel Pediatri'de

Program Geliştirme derslerini almış, ayrıca Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi'nden Ölçme ve Değerlendirme, özellikle de program değerlendirme için ölçme değerlendirme konusunda uzman Yrd. Doç. Dr. Ömer Kutlu'nun danışımını almıştır. Bu eğitimler sırasında yapılan görüşmeler, GİDP programının değerlendirilmesinde kullanılacak araçların geliştirmesi sürecindeki yazın taraması ve T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü yetkilileri ile görüşmeler sonucunda GİDP programının uzun dönemde alanda değerlendirilmesi için iki yöntem belirlenmiştir. İlk yöntem GİDP kurs katılımcılarının bireysel görüşlerinin alınması, ikinci yöntem ise odak grup çalışması ile grup görüşlerinin öğrenilmesidir. Bireysel görüşlerin alınması için “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Değerlendirme Anketi (PDA)” geliştirilmiştir.

2.4.2.1. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Değerlendirme Anketi (PDA)” (Ek- 2)

Bu anket GİDP eğitimini en az 6 ay önce almış ve alanda sağlık merkezlerinde uygulayıcı olarak görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının programdan sonra alanda çalışırken programda verilen bilgilerden ne derecede yararlandıklarını, edindikleri bilgileri uygulamalarında kullanırken kendilerini nasıl hissettiklerini, programın eğitim araçlarını kullanmaları ve uygulanabilir bulup bulmadıkları, programda hedeflenen gelişimsel değerlendirme, izleme ve sorun saptamada karşılaştıkları zorluklar, programın yaygınlaştırılmasından önce gerek yerel gerek ülke çapında programın ilerlemesine yönelik verecekleri öneriler hakkında bireysel değerlendirmelerini almak amacıyla geliştirilmiş bir araçtır.

Araç geliştirilirken öncelikle eğitimin amacı ve GİDP eğitimini alan kişilerden beklentisi gözetilmiştir. GİDP' nin hedefleri ve beklentileri, eğitimi alan birinci basamak sağlık çalışanlarının kurumlarında sağlık hizmeti verdikleri 0- 6 yaş

grubu her çocuğun gelişimini izlemeleri ve desteklemeleridir. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Değerlendirme Anketi” toplam 5 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra yapılan ev ziyaretlerini, günde ortalama kaç çocuk hastaya hizmet verildiğini ve bu hastalara ortalama kaç dakika süre ayrılabilirdiğini sorgulayan sorular yer almaktadır. İkinci bölümde kurs öncesindeki döneme göre uygulamalardaki değişim sorgulanmaktadır. İkinci bölümde katılımcıların kurstan sonra sağlıklı çocuk gelişimi, sağlıklı gelişimden sapmaları tanıma, yönlendirme ve hizmete ulaştırma konularındaki değişim sorulmaktadır. Katılımcılar verilen önermelere “kurs öncesinde ve sonrasında yapmamaktayım, azaldı, aynı ve arttı” şeklinde yanıt vermişlerdir. Katılımcı örneğin “araç kullanarak gelişimi değerlendirmek” önermesini kursta aldığı eğitimden sonra yapmaya başladıysa “arttı” bölümünü işaretlemesi beklenmektedir. Üçüncü bölümde çocukların gelişimini değerlendirirken kursta önerilen gelişimi değerlendirme ve destekleme rehberi ve diğer kurs materyalinin (kitap, GİDR kartları, oyuncaklar, görüşme örnekleri, hizmetlerin illere göre dağılım tabloları) ne derecede kullanılabildiği sorulmaktadır. Bu soruların bir bölümü kapalı uçlu ve çoktan seçmeli bir bölümü de açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Dördüncü bölümde sağlık çalışanlarının 0- 6 yaş grubunda gördükleri çocukların gelişimini etkileyen riskleri sorgulama oranlarını bir tabloya işaretleme yaparak belirtmeleri istenmektedir. Oranlar yüzde olarak belirlenmiş ve “hiç sormuyorum” ile “% 100’üne soruyorum” arasında onar onar bölünerek tabloya yerleştirilmiştir. Beşinci bölümde programın uygulanması sırasında alanda karşılaşılan zorluklar kapalı uçlu önermelerle ve çözüm önerileri açık uçlu sorular şeklinde sorulmuştur. Soru formunda 36 soru yer almakta ve yanıtlanması 30 dakika almaktadır. Bu araç T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü’ne sunulmuş bazı değişiklikler yapılmış ve son şekli verilmiştir.

2.4.2.2. Odak Grup Çalışması

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” nda uzun dönemde programda amaçlanan hedeflere alanda ulaşım ulaşılamadığını sorgulayan, uygulayıcıların karşılaştıkları engel ve sorunları ve programı sahada uygularken neler yaptıklarını değerlendirmek amacıyla kullanılmış bir yöntemdir. Bu yöntemin geliştirilmesinde odak grup çalışmasının ilkeleri ve bu yöntemi kullanan diğer programların belirlenmesi için yerli ve yabancı literatür taranmış, uygun toplantı düzeni ve soruları belirlenmiştir (Kitzinger, 1995; Morgan, 1998; Krueger, 1998; Heneghan ve ark., 2004; Ruff ve ark., 2005; Brown ve ark., 2006). Odak grubun yönetilmesi, katılacak kişilerin davet edilmesi ve sorulacak sorular için hazırlık yapılmıştır. Sorular hazırlanırken kursun hedefleri, amaçları göz önünde bulundurulmuştur. Sözel soruların açık uçlu olması, katılımcıları yanıt vermeye yöneltmesi ve önerilere götürmesi amaçlanmıştır. Sorular hazırlanırken T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü ve programın eğitici ekibinden öneriler alınmıştır. Odak gruplarda sorulan sorular aşağıda belirtilmektedir:

“Bize öncelikle GİDP ile ilgili neler aktarmak istersiniz?”

“Programı uygulamaya geçtiğinizde ne gibi yararlarını gördünüz, neler yaptınız, neler düşündünüz, kendinizi nasıl hissettiniz?”

“Programın işleyişi sağlık kurumunuzda sizce ne durumdadır?”

“Programı uygulamadaki zorluklar nelerdir?”

“Gelişimi izleme konusunda deneyimleriniz neler oldu?”

“GİDP eğitimi sonrasında gelişimsel sorunu olan çocuk hastalar ile ilgili deneyimleriniz neler oldu?”

“GİDP’ nin alanda belirlenen en önemli zorlukları nelerdir?”

“GİDP eğitim programının kurumlarında daha verimli olarak uygulanabilmesi için önerileriniz nelerdir?”

“Bu program ile ilgili aileler sizce ne düşünmekte?”

Odak gruplardan elde edilen veriler araştırmacı tarafından her bir sözcük ve anlatım biçimi yazılarak kaydedilmiştir. Daha sonra araştırmacı tüm kayıtları okuyarak ana başlıklar altında toplamış ve analiz etmiştir.

2.4.3. Onam

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nda gerek kurs öncesi ve sonrası değerlendirmede gerekse alanda yapılan değerlendirme toplantılarında bu araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını belirten sözlü onam alınmıştır (Ek- 3). Değerlendirmeler sırasında örnekleme yer alan sağlık çalışanlarının kimlik bilgileri alınmamıştır.

2.4.4. Analiz Planı ve İstatistik Değerlendirme

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği” (KDÖ) iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile belirlenmiştir. Ölçek ve anketlerin her bir maddesinin hipotezler ışığında tanımlayıcı istatistik incelemesi (frekans, ortalama/ortanca ve dağılımları) yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği normallik testlerinden Shapiro- Wilk testi ile belirlenmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerin tanımlayıcıları ortanca, en düşük (minimum) ve en yüksek (maksimum) değerler ve %25- 75 aralığı (Inter-Quartile Range, çeyrekler arası genişlik) ile belirtilmiştir. Pratisyen hekim, ebe ve hemşireler arasında toplam puan ortalamalarının farkı Mann Whitney U istatistiksel testi ile değerlendirilmiştir. İkinci hipotez, katılımcıların bilgilerinin kurs sonrasında öncesine göre anlamlı olarak artacağını savunmakta olup bunun değerlendirilmesinde pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerin değerlendirme paketinde yer alan her iki araçtan aldıkları toplam puanlarının karşılaştırması,

Wilcoxon testi, KDÖ’de her bir maddenin kurs öncesi ve sonrası karşılaştırması McNemar testi ile yapılmıştır. Üçüncü hipotezin savunulmasında bireysel değerlendirmede yer alan sorular tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiş, odak grup çalışmalarından elde edilen sözel yanıtların notları tek tek okunarak incelenmiş, kodlanmış ve konu başlıkları şeklinde toplanmıştır. Veri tabanı ve istatistiksel analizler için “Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Version–11,0” paket programı kullanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Sağlık Çalışanlarının Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi ile İlgili Yeterliliklerinin “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” Kursu Öncesi Değerlendirilmesi

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” kursunun değerlendirilmesinde planlanan veri toplama yönteminde tez araştırmacısının tüm kurslara katılamamış olması nedeniyle aksamalar olmuş, İstanbul ilinde ön değerlendirme paketi bütünüyle dağıtılmamış ya da katılımcıların eksik bıraktığı veriler yerinde tamamlanamamıştır. Bu nedenle eksik olan veriler kimi zaman bütün bir ili ilgilendirdiği için herhangi bir istatistiksel yöntemle düzeltilmemiş ve genelleme yapılmamış, eksik veri olarak bildirilerek verilmiştir.

3.1.1. GİDP Kursu Katılımcılarının Sosyodemografik Özellikleri

“T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü UNICEF İşbirliği: Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi Destekleme Programı” (GİDP) il eğitimlerine T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından belirlenen Mersin’de 39 (% 22,2), İstanbul’da 39 (% 22,2), İzmir’de 34 (%19,3), Adana’da 31 (% 17,6) ve Samsun’da 33 (% 18,8) olmak üzere toplam 176 sağlık çalışanı katılmıştır. Kurs katılımcılarından 10’u İl Sağlık Müdürlüğü’nde yönetici, 9’u uzman hekim olması, 9’u sayman mutemeti, döner sermaye memuru, dış polikliniği hemşiresi, laborant, sosyal hizmet uzmanı gibi görevlerde çalışması nedeniyle toplam 28 kişi bu araştırmanın örneklemini dışında bırakılmıştır. Örneklemini oluşturan 148 sağlık çalışanının sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo- 1: Kurs öncesi değerlendirmede yer alan birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (n=148)

Sosyodemografik Özellikler	n (%)
Katılımcıların cinsiyeti	
Kadın	132 (89,2)
Erkek	16 (10,8)
Katılımcıların yaş grupları (yıl)	
24- 30 yaş	37 (25,0)
31- 40 yaş	88 (59,5)
41- 50 yaş	21 (14,2)
50 yaş üstü	2 (1,4)
Katılımcıların meslekleri	
Pratisyen Hekim	61 (41,2)
Ebe ve Hemşire	87 (58,8)
Katılımcıların çalıştıkları sağlık merkezi	
Sağlık Ocağı	129 (87,2)
AÇSAP	19 (12,8)
Katılımcıların deneyim yılları	
5 yıl ve altında	15 (10,1)
6- 10 yıl	49 (33,1)
11- 15 yıl	38 (25,7)
16- 20 yıl	31 (20,9)
20 yıl ve üstü	15 (10,1)

Beş ilde GİDP kurs programına katılan toplam 148 kişinin 132'si (%89,2) kadın, 16'sı (%10,8) erkek olup erkek katılımcıların tümü pratisyen hekim, kadın katılımcıların % 58,8'i ebe- hemşiredir. Katılımcıların yaş ortalaması $34,7 \pm 5,9$ yaş (en düşük 24- en yüksek 56) olup çoğunluğu (%73,7) 31- 50 yaş aralığındadır. Kurs katılımcılarından 19'u (%12,8) AÇSAP merkezlerinde, 129'u (%87,2) sağlık ocağında çalışmaktadır. Katılımcıların mezuniyet yılları değerlendirilerek saptanan deneyim yılları ortancası 11 (en düşük 2- en yüksek 33; %25-75 aralığı: 8- 17) ve 133 (%89,9) katılımcı için 5 yılın üstündedir.

Katılımcılardan 110'u (örneklemin %74,3'ü) sağlık hizmeti verdikleri çocukların sayısını bildirmiş olup, çoğunluğu (%65,5) günde yaklaşık 10- 40 arasında çocuk hastaya sağlık hizmeti vermektedir. Örnekleimde 100 sağlık çalışanı (örneklemin %67,6'sı) hastaya ayırdığı zamanı belirtmiş, bunların %76,0'nın hastalarına 10 dakika ya da altında zaman ayırabildiği saptanmıştır.

Katılımcıların bebeklik ve erken çocukluk dönemi ile ilgili deneyimlerini yansıtabilecek verilerden sosyodemografik özelliklerden 148 katılımcıdan 124'ünün (%83,8) çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan 129'u (örneklemin %87,5'i) "çocuk gelişimi ile ilgili bir eğitim aldınız mı?" sorusuna yanıt vermiş, bunlardan 6'sının (%4,7) daha önce çocuk gelişimi ile ilgili bir eğitim aldığı, 144 (örneklemin %97,3'ü) katılımcının yanıtladığı "çocuk gelişimi ile ilgili yayınları ya da programları izliyor musunuz?" sorusundan 48'inin (%33,3) izlediği belirlenmiştir.

3.1.2. Kurs Öncesinde "Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği"nin Bulguları (Birinci Hipotez)

"Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği" (KDÖ) iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile belirlenmiş ve $\alpha=0,97$ bulunmuştur. Ölçek madde toplam korelasyonları en düşük 0,33 ile en yüksek 0,95 arasında değişmektedir.

"Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği" İstanbul İli'nde kurs öncesinde il eğitim ekibinin yaşadığı teknik aksamalar nedeniyle dağıtılmamış, İzmir'de ise gene benzer aksamalar nedeniyle KDÖ'nin soruları arkalı önlü basılmış ve bazı katılımcılar arka sayfayı yanıtlamadan önce toplanmıştır. Kurs öncesi KDÖ Mersin'de 34, Adana'da 31, Samsun'da 28 olmak üzere örnekleme giren sağlık

alışanının tümüne, İzmir’de 23 kişinin 12’sine (%52,2) uygulanmıştır. Bu 105 kişilik örneklemin %32,4’n Mersin, %29,5’ini Adana, %26,7’sini Samsun ve %11,4’n İzmir illerinden sağlık çalışanları oluşturmaktadır. GİDP eğitim programı öncesinde “Bebeklik ve Erken ocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme leği”nde bilgi ve becerilerine verdikleri puanların dağılımı Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo- 2: Kurs öncesinde “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği” maddelerinin puan dağılımı (n=105)

	Soru Maddeleri	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	7 n (%)	8 n (%)	9 n (%)	10 n (%)
1	Gelişimi sağlayan ve destekleyen temel kuramı biliyorum	-	6 (5,7)	7 (6,7)	4 (3,8)	24 (22,9)	18 (17,1)	19 (18,1)	19(18,1)	6 (5,7)	2 (1,9)
2	Gelişimi sağlayan ve destekleyen temel kuramı sağlık hizmeti verirken uygulayabilirim	-	9 (8,6)	5 (4,8)	2 (1,9)	24 (22,9)	11 (10,5)	19 (18,1)	24(22,9)	10 (9,5)	1 (1,0)
3	Gelişim ve bedensel sağlık arasındaki ilişkiyi dikkate alarak bebek ve çocuklara sağlık hizmeti sunabilirim	1 (1,0)	6 (5,7)	4 (3,8)	5 (4,8)	10 (9,5)	11 (10,5)	17 (16,2)	29(27,6)	16(15,2)	6 (5,7)
4	Aileler ile iletişimimde dinleme ve anlama tekniklerini bilerek uygulayım	1 (1,0)	4 (3,8)	4 (3,8)	5 (4,8)	10 (9,5)	12 (11,4)	25 (23,8)	12(11,4)	21(20,0)	11 (10,5)
5	Sağlık izlemeleri sırasında bebek ve çocuklarla onların gelişimlerini değerlendirecek ve destekleyecek şekilde iletişim kurmayı başarıyorum	-	4 (3,8)	4 (3,8)	8 (7,6)	9 (8,6)	10 (9,5)	22 (21,0)	19(18,1)	21(20,0)	8 (7,6)
6	Gebelik döneminde aile ve bebeğin gelişimini değerlendirebilme ve destekleyebilme becerilerine sahibim	1 (1,0)	5 (4,8)	6 (5,7)	5 (4,8)	9 (8,6)	16 (15,2)	14 (13,3)	31(29,5)	12(11,4)	6 (5,7)
7	Sağlıklı bebek ve çocukları izlerken gelişimlerini bütünüyle değerlendirebilme ve destekleyebilme becerilerine sahibim	1 (1,0)	4 (3,8)	4 (3,8)	6 (5,7)	11 (10,5)	11 (10,5)	25 (23,8)	23(21,9)	11(10,5)	9 (8,6)
8	Yenidoğan bir bebeğin gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	-	8 (7,6)	7 (6,7)	3 (2,9)	16 (15,2)	11 (10,5)	23 (21,9)	19(18,1)	11(10,5)	7 (6,7)
9	2 aylık bir bebeğin gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	1 (1,0)	8 (7,6)	2 (1,9)	3 (2,9)	16 (15,2)	13 (12,4)	21 (20,0)	21(20,0)	13(12,4)	7 (6,7)
10	6 aylık bir bebeğin gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	1 (1,0)	7 (6,7)	3 (2,9)	4 (3,8)	13 (12,4)	14 (13,3)	18 (17,1)	26(24,8)	14(13,3)	5 (4,8)
11	1 yaşında bir çocuğun gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	1 (1,0)	6 (5,7)	5 (4,8)	5 (4,8)	12 (11,4)	12 (11,4)	16(15,2)	31(29,5)	12(11,4)	5 (4,8)
12	3 yaşında bir çocuğun gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	1 (1,0)	7 (6,7)	4 (3,8)	7 (6,7)	9 (8,6)	15 (14,3)	27 (25,7)	20(19,0)	10 (9,5)	5 (4,8)
13	5 yaşında bir çocuğun gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	1 (1,0)	6 (5,7)	4 (3,8)	8 (7,6)	17 (16,2)	14 (13,3)	18 (17,1)	22(21,0)	10 (9,5)	5 (4,8)
14	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde uyku sorunlarına yaklaşım konusunda danışmanlık verebilirim	3 (2,9)	9 (8,6)	12 (11,4)	12 (11,4)	19 (18,1)	16 (15,2)	12 (11,4)	14(13,3)	4 (3,8)	4 (3,8)

Tablo- 2 (devamı): Kurs öncesinde “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği” maddelerinin puan dağılımı (n=105)

	Soru Maddeleri	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	7 n (%)	8 n (%)	9 n (%)	10 n (%)
15	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde yeme sorunlarına yaklaşım konusunda danışmanlık verebilirim	1 (1,0)	7 (6,7)	7 (6,7)	6 (5,7)	15 (14,3)	15 (14,3)	17 (16,2)	19(18,1)	13(12,4)	5 (4,8)
16	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde sağlıklı gelişimden sapmaları erken tanımak için gereken araçlar ve yöntemleri biliyorum	8 (7,6)	11 (10,5)	10 (9,5)	7 (6,7)	19 (18,1)	18 (17,1)	19 (18,1)	10 (9,5)	2 (1,9)	1 (1,0)
17	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde sağlıklı gelişimden sapmaları erken, doğru ve etkili yönlendirebilirim	2 (1,9)	12 (11,4)	7 (6,7)	6 (5,7)	21 (20,0)	16 (15,2)	13 (12,4)	21(20,0)	5 (4,8)	2 (1,9)
18	Gelişimsel sorunu olan (prematüre, Down Sendromu, Serebral Palsi gibi) ve ikinci/üçüncü basamakta değerlendirilen çocukların gelişimsel izlemelerini ve desteklenmelerini kendi çalıştığım sağlık kurumunda yapabilirim	26(24,8)	17 (16,2)	12 (11,4)	9 (8,6)	14 (13,3)	9 (8,6)	4 (3,8)	10 (9,5)	3 (2,9)	1 (1,0)
19	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde ev ortamında çocukların gelişimini destekleyecek yaklaşımlar konusunda ailelere danışmanlık yapabilirim	4 (3,8)	6 (5,7)	9 (8,6)	6 (5,7)	24 (22,9)	12 (11,4)	16 (15,2)	17(16,2)	7 (6,7)	4 (3,8)
20	Fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olan bebek ve çocukları bu hizmeti almaları için gitmeleri gereken kurumlara yönlendirebilirim	2 (1,9)	8 (7,6)	3 (2,9)	1 (1,0)	20 (19,0)	11 (10,5)	17 (16,2)	19(18,1)	15(14,3)	9 (8,6)
21	Özel eğitim gereksinimi olan bebek ve çocukları bu hizmeti almaları için gitmeleri gereken kurumlara yönlendirebilirim	2 (1,9)	8 (7,6)	4 (3,8)	3 (2,9)	22 (21,0)	12 (11,4)	12 (11,4)	20(19,0)	14(13,3)	8 (7,6)
22	Erken destek programının ne anlama geldiğini bilerek danışmanlık yapabilmekteyim	11(10,5)	13 (12,4)	12 (11,4)	8 (7,6)	14 (13,3)	14 (13,3)	9 (8,6)	15(14,3)	7 (6,7)	2 (1,9)
23	Engelli çocuklar için ilgili devlet uygulamalarını bilerek ailelere danışmanlık yapabilmekteyim	19(18,1)	13 (12,4)	12 (11,4)	6 (5,7)	18 (17,1)	9 (8,6)	12 (11,4)	10 (9,5)	5 (4,8)	1 (1,0)
24	Toplumda gelişime destek veren kurumlara ulaşabilirim	15 14,3)	13 (12,4)	9 (8,6)	8 (7,6)	16 (15,2)	10 (9,5)	14 (13,3)	8 (7,6)	7 (6,7)	5 (4,8)
25	Sağlık kurumu ortamında çocuk ve ailenin sağlık kurumu ve çalışanları ile iletişimini örseleyen uygulamalardan kaçınabilirim	1 (1,0)	3 (2,9)	9 (8,6)	7 (6,7)	17 (16,2)	12 (11,4)	10 (9,5)	18(17,1)	16(15,2)	12(11,4)

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği”nden alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan 250 olup örneklemin toplam puan ortancası 159’dur (en düşük 42- en yüksek 245; %25- 75 aralığı: 127,5- 185). Kırk bir pratisyen hekimin (%39,0) ölçekten aldıkları toplam puanlarının ortancası 166,0 (en düşük 48- en yüksek 245; %25- 75 aralığı: 128,5- 181,5), 64 (%61,0) ebe ve hemşirenin ölçekten aldıkları toplam puanlarının ortancası 151,5 (en düşük 42- en yüksek 232 puan; %25- 75 aralığı: 125,8- 190,5) dır. Tablo 3’te belirtilmektedir. Pratisyen hekim ve ebe-hemşirelerin bu ölçekten aldıkları toplam puanlar Mann- Whitney U istatistik testi ile karşılaştırılmış ve kurs öncesinde erken çocukluk gelişimi ile ilgili belirlenen konularda “kendini yeterli bulmada” bu meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,574$).

Tablo- 3: Kurs öncesinde KDÖ’ den alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistiksel değerleri

Katılımcılar	n	Ortanca	En düşük puan	En yüksek puan	% 25-75 aralığı
Pratisyen hekim ve ebe-hemşireler	105	159	42	245	127,5- 185
Pratisyen hekim	41	166	48	245	128,5- 181,5*
Ebe- hemşire	64	151,5	42	232	125,8- 190,5*

* $p=0,574$

3.1.3. Kurs Öncesi “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği”nin Bulguları (Birinci Hipotez)

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği” kurs öncesinde toplam 148 (örneklemin %100’ü) katılımcı olmak üzere Mersin’de 36 (%24,3), Adana’da 31 (%20,9), İstanbul’da 30 (%20,3), Samsun’da 28 (%18,9) ve İzmir’de 23 (%15,5) kişiye uygulanmıştır. Testin doğru her bir sorusu 1 puan olup alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30’dur. Katılımcıların GBDÖ’den aldıkları toplam puan ortancası 13 (en düşük 2- en yüksek 26; %25- 75 aralığı: 10,3- 16), 61 pratisyen hekimin puan ortancası 14 (en düşük 6- en yüksek 26; %25- 75 aralığı: 13- 17), 87 ebe-hemşirenin puan ortancası 12 (en düşük 2- en yüksek 19; %25- 75 aralığı: 10- 14) olup Tablo 4’te belirtilmektedir. Pratisyen hekim ve ebe-hemşirelerin bu ölçekten aldıkları toplam puanlar Mann- Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve kurs öncesinde erken çocukluk gelişimi ile ilgili bilgiyi değerlendirmek için sorulan sorulara verilen doğru yanıtlarda bu meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.00$).

Tablo- 4: Kurs öncesinde GBDÖ’ den alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistiksel değerleri

Katılımcılar	n	ortanca	en düşük puan	en yüksek puan	%25-75 aralığı
Pratisyen hekim ve ebe-hemşireler	148	13	2	26	10,3- 16
Pratisyen hekim	61	14	6	26	13- 17*
Ebe- hemşire	87	12	2	19	10- 14*

* $p=0.00$

3.2. Sağlık Çalışanlarının Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi ile İlgili Yeterliliklerinin GİDP Kursu Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması (İkinci Hipotez)

3.2.1. Kurs Sonrasında “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği”nin Bulguları

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği”, kurs sonrasında aynı kişiler olmak üzere toplam 105 katılımcı tarafından yanıtlanmıştır. Kurs sonrasında örneklemin toplam puan ortancası 222’dir (en düşük 120 – en yüksek 250; %25- 75 aralığı: 208- 235,5). KDÖ’ de 41 pratisyen hekimin (%39,0) ölçekten aldıkları toplam puanlarının ortancası 223 (en düşük 145- en yüksek 250; %25- 75 aralığı: 213- 236), 64 (%61,0) ebe ve hemşirenin ölçekten aldıkları toplam puanlarının ortancası 221,5 (en düşük 120- en yüksek 250; %25- 75 aralığı: 206- 235,8) olup Tablo 5’te belirtilmektedir. Pratisyen hekim ve ebe-hemşirelerin bu ölçekten aldıkları toplam puanlar Mann-Whitney U istatistik testi ile karşılaştırılmış ve kurs sonrasında erken çocukluk gelişimi ile ilgili belirlenen konularda “kendini yeterli bulmada” bu meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,430$).

Tablo- 5: Kurs sonrasında KDÖ’den alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistiksel değerleri

Katılımcılar	n	ortanca	en düşük puan	en yüksek puan	%25-75 aralığı
Pratisyen hekim ve ebe-hemşireler	105	222	120	250	208- 235,5
Pratisyen hekim	41	223	145	250	213- 236*
Ebe- hemşire	64	221,5	120	250	206- 235,8*

* $p=0,430$

Katılımcıların kurs öncesi ve sonrasında KDÖ maddelerinde kendilerini yeterli olarak değerlendirenlerin (Likert skalasında 8, 9 ve 10 puan vererek kendini değerlendirenler) oranı Tablo 6’da verilmiştir. Bu tabloda da görüldüğü gibi 25 maddenin her birinde kurs öncesi ve sonrası değerler McNemar istatistik testi ile değerlendirilmiş ve maddelerin tümünde katılımcıların kendilerini yeterli bulmaları kurs sonrasında istatistiksel olarak anlamlı oranda artmıştır.

Tablo- 6: Katılımcıların kurs öncesi ve sonrasında KDÖ maddelerinde kendilerini yeterli değerlendiren oranları (n= 105)

	Soru Maddeleri	Kendini yeterli olarak değerlendiren (8,9,10 puan veren) sağlık çalışanları	
		Kurs öncesinde n (%)	Kurs sonrasında n (%)
1	Gelişimi sağlayan ve destekleyen temel kuramı biliyorum	27 (25,7)	98 (93,3)*
2	Gelişimi sağlayan ve destekleyen temel kuramı sağlık hizmeti verirken uygulayabilirim	35 (33,3)	96 (91,4)*
3	Gelişim ve bedensel sağlık arasındaki ilişkiyi dikkate alarak bebek ve çocuklara sağlık hizmeti sunabilirim	51 (48,6)	94 (89,5)*
4	Aileler ile iletişimimde dinleme ve anlama tekniklerini bilerek uygulayırım	44 (41,9)	94 (89,5)*
5	Sağlık izlemleri sırasında bebek ve çocuklarla onların gelişimlerini değerlendirecek ve destekleyecek şekilde iletişim kurmayı başarıyorum	48 (45,7)	96 (91,4)*
6	Gebelik döneminde aile ve bebeğin gelişimini değerlendirebilme ve destekleyebilme becerilerine sahibim	49 (46,7)	91 (86,7)*
7	Sağlıklı bebek ve çocukları izlerken gelişimlerini bütünüyle değerlendirebilme ve destekleyebilme becerilerine sahibim	43 (41,0)	97 (92,4)*
8	Yenidoğan bir bebeğin gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	37 (35,2)	93 (88,6)*
9	2 aylık bir bebeğin gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	41 (39,0)	97 (92,4)*
10	6 aylık bir bebeğin gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	45 (42,9)	95 (90,5)*
11	1 yaşında bir çocuğun gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	48 (45,7)	95 (90,5)*
12	3 yaşında bir çocuğun gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	35 (33,3)	94 (89,5)*
13	5 yaşında bir çocuğun gelişim alanlarını bütünüyle bilerek değerlendirebilirim	37 (35,2)	91 (86,7)*
14	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde uyku sorunlarına yaklaşım konusunda danışmanlık verebilirim	22 (21,0)	87 (82,9)*
15	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde yeme sorunlarına yaklaşım konusunda danışmanlık verebilirim	37 (35,2)	89 (84,8)*
16	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde sağlıklı gelişimden sapmaları erken tanımak için gereken araçlar ve yöntemleri biliyorum	13 (12,4)	82 (78,1)*
17	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde sağlıklı gelişimden sapmaları erken, doğru ve etkili yönlendirebilirim	28 (26,7)	89 (84,8)*
18	Gelişimsel sorunu olan (prematüre, Down Sendromu, Serebral Palsi gibi) ve ikinci/üçüncü basamakta değerlendirilen çocukların gelişimsel izlemlerini ve desteklenmelerini kendi çalıştığım sağlık kurumunda yapabilirim	14 (13,3)	70 (66,7)*
19	Bebeklik ve erken çocukluk döneminde ev ortamında çocukların gelişimini destekleyecek yaklaşımlar konusunda ailelere danışmanlık yapabilirim	28 (26,7)	90 (85,7)*
20	Fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olan bebek ve çocukları bu hizmeti almaları için gitmeleri gereken kurumlara yönlendirebilirim	43 (41,0)	94 (89,5)*
21	Özel eğitim gereksinimi olan bebek ve çocukları bu hizmeti almaları için gitmeleri gereken kurumlara yönlendirebilirim	42 (40,0)	94 (89,5)*
22	Erken destek programının ne anlama geldiğini bilerek danışmanlık yapabilmekteyim	24 (22,9)	97 (92,4)*
23	Engelli çocuklar için ilgili devlet uygulamalarını bilerek ailelere danışmanlık yapabilmekteyim	16 (15,2)	89 (84,8)*
24	Toplumda gelişime destek veren kurumlara ulaşabilirim	20 (19,0)	78 (74,3)*
25	Sağlık kurumu ortamında çocuk ve ailenin sağlık kurumu ve çalışanları ile iletişimini örseleyen uygulamalardan kaçınabilirim	46 (43,8)	97 (92,4)*

*Kurs öncesi ve sonrası “kendini yeterli olarak bulma” yanıtları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.00).

İkinci hipotezin değerlendirilmesinde, kursa katılan pratisyen hekim ve ebe-hemşirelerin erken çocukluk gelişimi ile ilgili konularda “kendini yeterli bulmalarının” kurs öncesi ve sonrasında karşılaştırması ölçekten aldıkları toplam puanlarla yapılmıştır. Kursa katılan pratisyen hekim ve ebe-hemşirelerin KDÖ’ den kurs öncesi aldıkları toplam puan ortancası 159 (en düşük 42- en yüksek 245; %25- 75 aralığı: 127,5- 185), kurs sonrasında örneklemin toplam puan ortancası 222’dir (en düşük 120- en yüksek 250; %25- 75 aralığı: 208- 235,5). Wilcoxon testi ile yapılan karşılaştırmada kurs öncesi ve sonrasında toplam puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.00$).

3.2.2. Kurs Sonrasında “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği”nin Bulguları

Kurs sonrasında “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği”nde katılımcıların toplam puan ortancası 22 (en düşük 13- en yüksek 29; %25- 75 aralığı: 20- 23,8) 61 pratisyen hekimin toplam puan ortancası 23 (en düşük 15- en yüksek 29; %25- 75 aralığı: 21- 24), 87 ebe-hemşirenin toplam puan ortancası 21 (en düşük 13- en yüksek: 27; %25- 75 aralığı: 19- 23) olup Tablo 7’de belirtilmektedir. Pratisyen hekim ve ebe-hemşirelerin bu ölçekten aldıkları toplam puanlar Mann- Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve kurs sonrasında erken çocukluk gelişimi ile ilgili bilgiyi değerlendirmek için sorulan sorulara verilen doğru yanıtlarda bu meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p= 0.00$).

Tablo- 7: Kurs sonrasında GBDÖ’ den alınan toplam puanların tanımlayıcı istatistiksel değerleri

Katılımcılar	n	ortanca	en düşük puan	en yüksek puan	%25-75 aralığı
Pratisyen hekim ve ebe-hemşire	148	22	13	29	20- 23,8
Pratisyen hekim	61	23	15	29	21- 24*
Ebe- hemşire	87	21	13	27	19- 23*

*p=0.00

İkinci hipotezin değerlendirilmesinde, kursa katılan pratisyen hekim ve ebe-hemşirelerin erken çocukluk gelişimi ile ilgili konularda bilgilerini değerlendiren sorulara verdikleri doğru yanıtların kurs öncesi ve sonrasında karşılaştırması ölçekten aldıkları toplam puanlarla yapılmıştır. Katılımcıların kurs öncesi “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği”nde toplam puan ortancası 13 (minimum 2- maksimum 26, %25- 75 aralığı: 10,3- 16), kurs sonrası ise 22’dir (minimum 13 – maksimum 29; %25- 75 aralığı: 20- 23,8). Wilcoxon testi ile yapılan karşılaştırmada kurs öncesi ve sonrasında toplam puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0.00).

3.3. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın Uzun Dönemde (6- 24 ay) Alanda Değerlendirilmesi

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın alanda değerlendirmesi için kursun verilmesinden 10 ay sonra 23.9.2005 tarihinde İzmir, 15 ay sonra 26.9.2005 tarihinde İstanbul, 23 ay sonra 22.11.2005 tarihinde Mersin olmak üzere üç ilde yapılmıştır. GİDP’ nin alanda değerlendirmesinde kurs eğitime katılmış olan tüm sağlık çalışanlarına ulaşılması planlanmıştır. Ancak tayin olmaları ya da toplantıya katılmalarına engel mazeret bildirmeleri nedeniyle tüm katılımcılara ulaşılammıştır. Mersin’de kursa katılan 36 sağlık çalışanından 25’i (%69,4), İzmir’de 23 kişiden 17’si (%74,0), İstanbul’da 30 kişiden 19’u (%63,3) olmak üzere toplam 61 kişi (üç ilde kursu alanların %68,5’u) alanda değerlendirmeye katılmıştır.

3.3.1. Alanda Değerlendirmeye Katılan Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri

Alanda değerlendirmeye Mersin’de 25 (%41,0), İstanbul’da 19 (%31,1) ve İzmir’de 17 (%27,9) olmak üzere toplam 61 sağlık çalışanı katılmıştır. Alanda değerlendirmeye katılan pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri toplantı sırasında yanıtladıkları “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Değerlendirme Anketi” nden elde edilmiştir. Buna göre alanda değerlendirmeye katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri Tablo 8’de belirtilmiştir.

Tablo- 8: Alanda değerlendirmede yer alan birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (n=61)

Sosyodemografik zellikler	n (%)
Katılımcıların cinsiyeti	
Kadın	52 (85,2)
Erkek	9 (14,8)
Katılımcıların yaş grupları (yıl)	
24- 30 yaş	10 (16,4)
31- 40 yaş	41 (67,2)
41- 50 yaş	8 (13,1)
50 yaş st	2 (3,3)
Katılımcıların meslekleri	
Pratisyen Hekim	25 (41,0)
Ebe ve Hemşire	36 (59,0)
Katılımcıların çalıştıkları sağlık merkezi	
Sağlık Ocağı	55 (90,2)
AÇSAP	6 (9,8)
Katılımcıların bulundukları sağlık merkezinde hizmet verme süreleri (yıl)	
1 yıldan daha az	2 (3,3)
2- 3 yıl	12 (19,7)
3 yıldan fazla	47 (77,0)

Alanda değerlendirmeye katılan toplam 61 kişinin yaş ortalaması $36,2 \pm 6,4$ tür (en düşük 27- en yüksek 57). Tüm katılımcılar GİDP eğitim programını aldıkları sırada çalışmakta oldukları merkezde şu anda hizmet vermeye devam ettiklerini, tayinle yer değişiklikleri olmadığını bildirmişlerdir. Alanda değerlendirme toplantısında yer alan katılımcıların 55'i (%90,2) Sağlık Ocağında, 6'sı (%9,8) AÇSAP merkezlerinde çalışmaktadır. Katılımcıların bulundukları sağlık merkezinde hizmet verme süreleri 47 (%77,0) sağlık çalışanı için 3 yıldan fazladır. Katılımcıların ocuk gelişimi ile ilgili başka bir kurs ya da hizmet içi eğitim alanları 2 (%3,3) kişidir.

Sağlık çalışanlarından 50'si (%82,0) 0- 6 yaş grubunda günde en az 5 çocuk hastaya, 27'si (%44,3) ise en az 20 çocuk hastaya hizmet verdiğini belirtmiştir. Gelişimsel değerlendirmenin en iyi gözlenebileceği ortam olarak kabul edilmekte olan ev ortamının, ev ziyaretleri ile ne kadar değerlendirilebildiğini araştıran soruya 42 kişi (%68,9) hiç ev ziyareti yapamadığı yanıtını verirken, ev ziyareti yapan 19 kişinin tümünün ebe ve hemşireler olduğu görülmektedir.

On yedi ebe- hemşire haftada en az 10 ev ziyareti yapmaktadır. Kurumlarına bağlı bulunan bölgelerde yaşayan çocuk hastaların çoğunun ya da hepsinin evlerine ziyaret yapılabildiğini belirten katılımcılar 29 (%47,5) kişi olup bunların 18'i (%29,5) Mersin ilindedir.

3.3.2. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programını Değerlendirme Anketi” Bulguları

Kurs öncesindeki döneme göre uygulamalardaki değişimi sorgulayan sorulara pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerin verdikleri yanıtlar Tablo 9'da görülmektedir. Katılımcıların en az yarısı sorgulanan toplam 16 uygulamadan 11'inin arttığını belirtmişlerdir. Buna karşılık uygulayıcıların yarısından azı “muayene ortamında oyuncak kullanarak gelişimi desteklemek,” “ev ziyaretlerinde gelişimi izlemek, desteklemek ve gelişimsel sorun saptamak,” “ihmal ve örselenmeye çözüm getirmek” ve “sivil toplum kuruluşları ile ilişkiye geçmek” alanlarında uygulamaların arttığını bildirmiştir.

Tablo- 9: Alanda değerlendirmede kurs öncesindeki döneme göre uygulamalardaki değişim oranları (n=61)

“GİDP kursunu almadan öncesine göre aşağıdaki bilgi ve beceriler konusunda kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?”	Kurs öncesinde ve sonrasında uygulamadığını bildiren katılımcı sayısı (%)	Uyguladığını bildiren katılımcı sayısı (%)		
		Uygulamada azalma	Fark yok	Uygulamada artma
Çocukların yaşlarına uygun gelişimi destekleyecek öneriler vermek	5 (8,2)	4 (6,6)	6 (9,8)	46 (75,4)
Gelişim ile ilgili riskleri sorgulamak	7 (11,5)	4 (6,6)	5 (8,2)	45 (73,8)
Ailelerin çocuklarının gelişimlerini desteklemek için yapabildiklerini öğrenmek ve buldukları çözümleri kutlamak	7 (11,5)	2 (3,3)	8 (13,1)	44 (72,1)
Gelişimsel sorunları erken saptamak	7 (11,5)	2 (3,3)	8 (13,1)	44 (72,1)
Gelişimi riskli olguları daha sık izlemek	6 (9,8)	5 (8,2)	8 (13,1)	42 (68,9)
Yeme sorununa çözüm getirmek	5 (8,2)	4 (6,6)	12 (19,7)	40 (65,6)
Çocuk gelişimiyle ilgili yayınları izlemek	8 (13,1)	3 (4,9)	10 (16,4)	40 (65,6)
Uyku sorununa çözüm getirmek	6 (9,8)	4 (6,6)	15 (24,6)	36 (59,0)
Özürlü sağlık kurulu raporu için hastalarımı sevk etmek	11 (18,0)	1 (1,6)	13 (21,3)	36 (59,0)
Özel eğitim ve FTR merkezlerinden hastaların yararlanmasını sağlamak	10 (16,4)	3 (4,9)	13 (21,3)	35 (57,4)
Araç kullanarak gelişimi değerlendirmek	13 (21,3)	7 (11,5)	8 (13,1)	33 (54,1)
İhmal ve örselenmeye çözüm getirmek	12 (19,2)	4 (6,6)	17 (27,9)	28 (45,9)
Muayene ortamında oyuncak kullanarak gelişimi desteklemek	18 (29,5)	2 (3,3)	15 (24,6)	26 (42,6)
Sivil toplum kuruluşları ile ilişkiye geçmek	17 (27,9)	3 (4,9)	18 (29,5)	23 (37,7)
Ev ziyaretlerinde gelişimsel sorun saptamak	28 (45,9)	3 (4,9)	9 (14,8)	21 (34,4)
Ev ziyaretlerinde gelişimi izleme ve desteklemek	30 (49,2)	2 (3,3)	10 (16,4)	19 (31,1)

3.3.2.1. Kurs Araçlarının Uygulamalarda Kullanımının Değerlendirmesi

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Programı Uygulayıcı Eğitim Kitabı (Ertem ve ark.,2003)”nın Uygulamada Kullanımı: Katılımcıların 60’ı (%98,4) “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Programı Uygulayıcı Eğitim Kitabı”na halen sahip olduğunu, 52’si (%85,2) kitabın en az yarısını okuduğunu, 46’sı (%75,4) en az bir hastası için kitabı başvuru kitabı olarak kullandığını, 45’i (%73,8) kitapta yer alan görüşme örneklerini en az bir hastası için kullandığını, 46’sı (%75,4) en az bir hastasını bilgilendirmek için kitapta yer alan tablolara baktığını belirtmiştir.

GİDR’ nin Uygulamada Kullanımı: Gelişimsel değerlendirme yaparken kursta uygulamasını öğrendikleri yöntem olan GİDR’yi hatırlamaları ve kullanımları ile ilgili bulgular Tablo 6’da görülmektedir. GİDR’ nin “gelişimi izleme” ve “gelişimi destekleme” olmak üzere iki farklı bölümü ve uygulaması olması nedeniyle tabloda bu iki bölüm ayrı olarak görülmektedir. Tablo 10’da görüldüğü gibi katılımcılardan 28’i (%45,9) hem izleme hem destekleme kartını çoğaltarak ya da tek bir karta bakarak kursta önerilen yöntem ile gelişimi izlediklerini belirtmiştir. Hatırlanmama, uygulama olanağı bulamama ya da gelişimin izlenmesi için yalnızca gözlem yönteminin uygulanması nedeniyle GİDR’ nin kullanılmama oranı 18/61 (%29,5)’dir. GİDR’ nin her iki bölümünü de kursta önerilen yöntemi (kartlara bakarak gelişimi değerlendirmek, izlemek ve destek kartını aileye vermek) uygulayabilen yalnızca 1 kişi vardır. GİDR kartlarını çoğaltmadan ancak kartlara bakarak gelişimi değerlendiren ve destekleyen 26 (%42,6) katılımcı vardır.

Tablo- 10: Alanda değerlendirmede GİDR’ nin uygulamada kullanımı (n= 61)

Uygulama yöntemleri		GİDR Destekleme Bölümünü uyguladığını bildiren katılımcı sayısı			
		Hatırlayan ancak uygulayamayanlar	Karta bakmadan aklıdan gelişimi destekleyen öneriler verenler	Kartı çoğaltmadan kullanan ve karta bakarak gelişimi destekleyen öneriler verenler	Kartı hem çoğaltan hem de görüşmelerde ailelere verenler
GİDR Değerlendirme Bölümünü uyguladığını bildiren katılımcı sayısı	Hatırlayan ancak uygulayamayanlar	4	1	2	
	Gelişimi değerlendirmek için yalnızca çocuğun davranışlarını gözlemleyenler	1	3	2	1
	Karta bakmadan aklıdan gelişimle ilgili soruları soranlar	1	8	2	
	Kartı çoğaltmadan kullanan ve karta bakarak gelişimi değerlendirenler	1	2	26	
	Kartı hem çoğaltan hem de işaretleme yaparak kullananlar	4	1	1	1

Son altı ayda gördükleri her 100 hastadan kaç tanesinin gelişimini kursta önerilen yöntemle izleyebildikleri sorulduğunda katılımcıların %12,0’si çocukların hepsinin, %37,7 ’si çocukların yarısı ya da daha fazlasının, %62,3’ü ise çocukların yarısından azının gelişimini kursta önerilen yöntemler ile izlenebildiğini belirtmişlerdir. Gelişimi izlerken GİDR kartına bakmaksızın soru soran katılımcıların en sık sordukları soru “Çocuğunuzun gelişimi ile ilgili bir kaygınız var mı?” olmaktadır. Katılımcıların tümü kursta önerilen gelişimi değerlendirme yöntemleri dışında Denver Tarama Testi, Ankara Gelişimi Tarama Envanteri ya da diğer bir gelişimsel tarama/izleme aracını kullanmadığını bildirmiştir.

Katılımcıların %27,9’u gelişimin desteklenmesi ile ilgili önerilerden en sıklıkla ailenin çocukla birlikte zaman geçirmesi, oyunlar oynaması, konuşması, göz göze ilişki, yalnızca temel gereksinimleri karşılamanın dışında çocukla ilişki kurması, evde yapılabilecek oyuncaklarla uyaran vermenin çok önemli olduğunu sağlık hizmeti içinde vurguladıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılardan %48’i kursta

önerildiği şekilde, gelişimi destekleme sırasında aileye örnek olarak gösterilebilecek evde yapılmış oyuncaklardan sağlık hizmeti verdikleri ortamda bulundurduklarını bildirmişlerdir.

3.3.2.2. Gelişimsel Risklerin Sorgulanması

Uygulamalarda GİDP eğitimi sırasında önerilen şekilde gelişimsel risklerin sorgulanma oranları Tablo 11’de yer almaktadır. Son altı ayda gördükleri 0- 6 yaş aralığındaki her 100 hastadan kaç tanesinin gelişimsel risklerini sorgulayabildikleri sorulduğunda, katılımcıların çoğunluğunun (%50’den fazlasının) 17 riskin hiçbirini hastaların çoğunluğuna (%50’den fazlasına) sorgulamadığı belirlenmiştir.

Tablo- 11: Alanda değerlendirmede gelişimsel risklerin sorgulanma oranları (n=61)

Sorgulanan Riskler	Sorguladığını bildiren katılımcı yüzdesi (%)		
	Hastaların hiçbirine	Hastaların yarısından azına	Hastaların yarısı ve yarısından çoğuna
Yeme yedirme ilişkisinde sorun	6,6	31,2	62,3
Uyku düzeninde sorun	6,6	50,8	42,6
Çocuk için uyaran eksikliği	19,7	41,0	39,3
Anne çocuk ilişkisinde gerginlikler	13,1	50,9	36,0
Gelişimsel sorun ya da engel	18,0	47,5	34,4
Ailenin akraba ve dostlarından destek almaması	14,8	50,8	34,4
Annede depresyon	18,0	52,5	29,6
Uygun olmayan disiplin yöntemleri	19,7	52,5	27,8
Aile içi şiddet	31,1	44,2	24,7
Prematürel ya da düşük doğum ağırlığı	27,9	47,6	24,6
İşitme sorunu	29,5	49,2	21,4
Görme sorunu	31,1	47,5	21,4
Çocuğun ihmali ya da örselenmesi	31,1	49,2	19,6
Ailede boşanma-ayrı yaşama	27,9	52,4	19,6
Ailede madde ve alkol bağımlılığı	45,9	39,3	14,8
Annede babada bedensel hastalık	29,5	57,4	13,0
Perinatal asfiksi	67,2	26,2	6,5

3.3.2.3. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi Destekleme Programı” nın Alanda Uygulanmasındaki Zorluklar

Katılımcıların “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi Destekleme Programı”nın yürütülmesinde tanımladıkları zorluklar Tablo 12’de yer almaktadır. Katılımcıların yarısından fazlası poliklinikte görülen hasta sayısının çok fazla olması, zamanın yeterli olmaması, üçüncü basamakta konunun tam bilinmemesi nedeniyle hastaların çözümsüz kalması, kurstan sonra herhangi bir pekiştirme çalışmasının yapılmamış olması, performans sisteminin gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi uygulamalarını içermemesi gibi sağlık sistemi ile ilgili sorunların programın uygulamasını zorlaştırdığını belirtmiştir.

Tablo- 12: Alanda değerlendirmede “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın uygulanmasını zorlayan etmenler (n=61)

Zorluklar	Zorluk bildiren katılımcı sayısı (%)
Poliklinikte görülen hasta sayısının çok fazla olması	54 (88,5)
Hastaya ayrılan zamanın yeterli olmaması	52 (85,2)
Üçüncü basamakta konunun tam bilinmemesi nedeniyle hastaların çözümsüz kalması	39 (63,9)
Kurstan sonra herhangi bir pekiştirme çalışmasının yapılmamış olması	36 (59,0)
Performans sisteminin gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi uygulamalarını içermemesi	35 (57,4)
Özel gereksinimi olan çocuklar için hizmetlerin bölgemizde yaygın olmaması	25 (41,0)
Ailelerin gelişim konusu ile ilgilenmemesi	21 (34,4)
Gelişim konusunun önceliklerim arasında yer almaması	21 (34,4)
Kursta verilen araçların yeterli ve kullanıma uygun olmaması	8 (13,1)
Kursta verilen bilgilerin yeterli olmaması	2 (3,3)

3.3.3 Odak Grup Çalışmalarının Bulguları

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi Destekleme Programı”nın alan değerlendirmesinde kullanılan ikinci yöntem olan odak grup çalışmalarına PDA’ ni yanıtlayan kişiler katılmıştır. Bunlar Mersin’ de 25 (% 41,0), İstanbul’ da 19 (%31,1) ve İzmir’ de 17 (%27,9) olmak üzere toplam 61 sağlık çalışanıdır. Her ildeki odak grup çalışması yaklaşık 1,5-2 saat sürmüştür. Odak grup çalışmasında uygulayıcıların hemen hepsinin görüşlerini yüksek sesle grupla paylaştığı, programla ilgili konuşmaya hevesli olduğu, sorunları ve zorlukları dile getirirken beraberinde buldukları çözümleri de paylaştıkları, tartışmaların tümüyle programla ilgili yapıcı öneriler şeklinde yürüdüğü görülmüştür. Katılımcılar pek çok kez sağlık hizmeti verilen her çocuk hastanın gelişimi izlenemediğinde ve değerlendirilemediğinde kendilerini kötü hissettiklerini belirtmişler, programın etkili olabilmesi için pek çok öneride bulunmuşlardır. Katılımcıların programla ilgili anlatımları ve beliren temalar iller arasında farklı olmamıştır. İstanbul ilinde farklı olarak pek çok hekim ve ebe-hemşire İstanbul ilinde birinci basamakta çok fazla hasta görülmesi nedeniyle programın yürüyemediği, İzmir ilinde ise farklı olarak “aile hekimliği pilot uygulamasının” getireceği belirsizlikler nedeniyle yaşanan kaygılar dile gelmiştir. Odak grup çalışmalarının kayıtlarının niteliksel analizi sonucunda 5 ana tema belirlenmiştir:

1. Uygulayıcıların programdan kazanımları: Uygulayıcılar program öncesindeki durumları ile kıyasladıklarında verilen eğitimden ve uygulamalarından önemli kazanımları olduğunu;

- Gelişimle ilgili pek çok konuda kendilerini yeterli bularak hastaya yaklaştıklarını,
- Gelişimsel riskleri ve sorunları daha sıklıkla ve daha erken tanıyabildiklerini,
- Zaman elverdiğinde sağlam çocukların aşı ve beslenme önerileri dışında gelişimlerini de izleyebildiklerini,

- Gelişimi izlerken kullanabilecekleri somut bir aracın olmasının yaptıkları izlemeye güvenlerini artırdığını,
- Gelişimsel sorunları saptamada gözlem becerilerinin ve tutumlarının geliştiğini,
- Çocukların sistem muayenelerinin yanında değişik bir bakış açısıyla onlara bakmaya başladıklarını (oyuncaklarla nasıl oynuyor, hangi sesleri çıkartıyor, göz temasını nasıl kuruyor, anne- bebek arasındaki ilişki nasıl gibi) belirtmişlerdir.

2. Programın sağlık kurumlarında yürütülmesi: Katılımcılar kurs eğitiminden 10- 24 ay sonra kurumlarda her çocuğun düzenli olarak ve GİDR gibi bir araç kullanarak gelişiminin izlenemediğini belirtmişlerdir. Gelişimsel izleme konusunda kurs nedeni ile bilgili olduklarını, bu bilgi ve deneyimi kullanmak istediklerini, aşı ve poliklinik uygulamaları sırasında ya da sağlık hizmeti için bekleyen çocukları genellikle gözlem yaparak gelişimsel olarak değerlendirdiklerini, sorunları olabilecek çocuklara GİDR'yi zaman bulurlarsa uygulamakta olduklarını aktarmışlardır. Katılımcılar programda önemini öğrendikleri “ailenin çocukla ilgili kaygılarını sorgulama” yöntemini sıklıkla kullandıklarını, gelişimi destekleme önerilerini gördükleri pek çok çocuğa verdiklerini ifade etmişlerdir.

- Çok az sayıda sağlık ocağında program için özel bir dosya ve formlar oluşturulduğu, görüşmeler için uygun oda ayarlandığı, hizmet içi eğitim vererek eğitimi almamış olan tüm çalışanlarının program ve kullanılan araçlar konusunda bilgilendirildiği, aşı günlerinde aileler ile grup toplantıları yapıldığı belirtilmiştir.
- Programın eğitiminden sonra gelişimsel sorun saptanan çocuklar ile ilgili çok az sağlık ocağında kayıt tutulmuştur. Gelişimsel sorun saptandığında “sağlık merkezinde destek vermeye çalıştık,” “Down Sendromu’lu çocuğu olan aileleri bir araya getirdik,” “gelişimsel sorunu olduğunu düşündüğümüz hastaları 3. basamağa sevk ettik” gibi ifadeler ile yaklaşımlarını belirtmişlerdir. Program eğitiminden sonra saptanan olgu örnekleri olarak

konuşmada gecikmesi olan 3- 4 yaş grubunda 4- 5 çocuk, bir hipotiroidi olgusu saptadıklarını belirtmişlerdir.

3. Programın uygulamaları ile ilgili hedef kitlenin (çocuk ve aileler) düşünceleri: Katılımcıların tümü kendilerinin bu programda kazandıkları bilgi, beceri ve tutumları aileye yansıttıklarında ailelerin sağlık hizmetinden memnuniyetlerinin arttığını:

“Kendileri ile gerçekten ilgilenildiğini hissediyorlar”, “tekrar tekrar teşekkür ediyorlar”, “sağlık ocağına daha da bağlanıyorlar”, “daha uzun konuşabilmek istiyorlar”, “önerilerimizi yerine getiriyorlar” ifadeleri ile anlatmışlardır.

4. Programın uygulanmasını engelleyen etmenler: Uygulayıcıların büyük çoğunluğu kurumlarında programın yeterince yürütülemediğini belirtmiştir. Programın işleyişini aksatan ve zorlaştıran nedenler içinde birincil sorun hastaya yeterince zaman ayırlamaması olarak belirmektedir.

- Hekim ve ebe-hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olduğu, reçete tekrarı için çok fazla hasta görüldüğü, hasta olduğu için başvuran kişi sayısında artma olduğu ve tüm koruyucu sağlık hizmetlerinin aksadığı belirtilmiştir.
- Katılımcılar, Devlet hastaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı hastanelerin Şubat 2005 tarihinde birleştirilmesinden sonra sağlık ocaklarına başvurabilen hasta sayısında büyük artış olması nedeniyle her çocuk hastaya düşen zamanın azaldığını, eğitimi almış olan ebe-hemşirelerden bazılarının kasiyer, mutemet, fiş kesen kişi olarak görevlendirildiği, başlangıçta yapabildikleri gelişimsel izlemleri bu dönemden sonra yapamadıklarını;
- Eğitimden sonraki ilk aylarda eğitimden aldıkları isteklilik (motivasyon) ile pek çok çocuğun gelişimsel izlemini yaptıklarını daha sonra özellikle araya giren zaman, iş yükü, yaz dönemindeki geçici görevlendirmeler, yeni

başlayan programlar ve bu program ile ilgili herhangi bir pekiştirme olmaması nedeniyle programın zamanla aksadığını,

- Çalıştıkları sağlık merkezindeki tüm sağlık çalışanlarının programın eğitimini almamış olması, programı bilmemesi nedeniyle kurumda kendileri bu hizmeti verseler bile her hastanın gelişiminin izlenemediğini,
- Programı uygulayan sağlık çalışanlarının eğitimi almadığından uygulamayan sağlık çalışanlarına göre hastaya daha fazla zaman ayırması gerektiğini, bu nedenle görülen hasta sayısının azaldığını belirtmişlerdir. Programı uygulamalarının eğitimi almayan diğer sağlık çalışanları tarafından işi yavaşlattıkları, iş yüküne katılmadıkları şeklinde algılanabildiği gibi aynı zamanda performans sistemi nedeniyle bireysel maddi kayıplarının olduğunu da ifade etmişlerdir.
- Sağlam çocuk poliklinikleri için yer ve zaman ayırlamaması
- Gelişimi destekleme önerileri vermek için uygun yer olmaması, poliklinik odalarının her zaman dolu ve kalabalık olması, sakin ayrı bir oda bulunamaması
- Gelişimsel sorunları olan çocukları ve ailelerini yönlendirdikleri çocuk hastaneleri, klinikleri ya da çocuk hekimlerinin konuyu yeterince bilmemesi nedeniyle çocuğun sorunu olmadığını ya da başka hizmet alamayacağını belirtmeleri, bu ailelerin birinci basamağa çözümsüz dönmeleri programın uygulamasını aksatan çok önemli bir neden olarak gündeme gelmiş, bu durumla ilgili pek çok olgu örneği verilmiştir. Bu alandaki sorunları yansıtan anlatımlara örnekler:

“Bu çocukları yetkili hastanelere sevk ettik, daha sonra hizmet alamadılar.”

“Erken tanı diyoruz, otizm tanısının doğrulanması için aile 3 ay randevu bekleniyor.”

“Çocuklar hastanede kayboluyor.”

“Kişisel çabalarım ile tanıdığım bir hekime gönderiyorum.”

5. Programın yürüyebilmesi için denenen çözüm yöntemleri: Katılımcılar programı yürütebilmek için pek çok soruna çözüm getirmeyi denemişlerdir.

- Birincil sorun olan zamanda kısıtlılığı çözmek için poliklinik ortamında çocuğu ve aileyi gözlemlemek ve sorun varsa aileyi kontrole gelmesi için öneride bulunmak ve kontrolde ayrıntılı konuşma ve değerlendirme yapmak yolunu izleyen katılımcılar olmuştur.
- Ev ziyaretleri yapan ebe-hemşireler bu sırada çocukları ve aileleri gözlemlediğini ve gelişimi destekleyici öneriler verdiklerini,
- Gebe ya da çocuklu bir anne gördüklerinde nerede olursa olsun çocuğuyla iletişim kurmasını ve uyaranlarını arttırmasını söylediklerini,
- Sağlam çocuk polikliniğinde aşı yapılmadan önce kimi zaman annelerle gelişimi destekleme konusunda görüşme yaptıklarını,
- Zaman bulamadıklarında ailelere yalnızca çocuğun gelişimi ile ilgili kaygıları olup olmadığını sorduklarını belirtmişlerdir.

6. GİDP eğitim programının kurumlarda daha verimli olarak uygulanabilmesi için odak grubunda belirlenen öneriler: Katılımcılar odak gruplarında sağlık çalışanı sayısının artırılması, koruyucu sağlık hizmetine yeterli önem verilmesi, zaman ve yer ayrılması, ev ziyareti için ebe- hemşirelere olanaklar tanınması, sağlık ve sosyal hizmetlerin eşgüdüm içinde çalışması gibi sistemle ilgili temel önerilerini dile getirmişlerdir. Program ile ilgili özgül öneriler ise:

- 1) Bir sağlık ocağı programa alınacaksa bu kurumun sağlık çalışanlarının tümünün eğitime alınması,
- 2) Eğitimi alan sağlık çalışanlarının geçici görevler nedeniyle hareketliliğinin önlenmesi,
- 3) İkinci ve üçüncü basamakta çalışan çocuk hekimlerinin konu ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin artırılması ve programla ilgili bilgilendirilmeleri,
- 4) Her kurumda sağlam çocuk polikliniklerinin açılması, bunun için ayrı bir oda ve personel ayrılması,

- 5) Gelişimi izleme ve desteklemenin performans puanlama sisteminde yer almasının sağlanması,
- 6) Toplumı bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim ile ilgili hızla bilgilendirebilecek poster, broşür gibi araçların oluşturulması,
- 7) Kurs eğitimini almamış sağlık çalışanlarının eğitimi alan kişilerce hizmet içi eğitiminin sağlanabilmesi için araçların olması (barkovizyon, bilgisayar, eğitim yansılarları gibi),
- 8) Motivasyonun arttırılması için belirli aralıklarla illerde programla ilgili toplantılar yapılması, geri bildirim alınması,
- 9) Kullanışlı ve gerçek veriyi bildirebilecek geri bildirim formlarının oluşturulmasıdır.

Ayrıca 2006'da yapılan odak toplantılarında otizm ile ilgili Tohum Vakfı'nın geliştirdiği tarama programının sağlık ocaklarında uygulamaya girdiği oysa bu gibi programların kolaylıkla GİDP içeriğine yerleştirilebileceğini belirtmişlerdir.

4. TARTIŞMA

Bu araştırma ülkemizde sağlık hizmeti içinde bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi, desteklenmesi, gelişimsel sorunların erken saptanması, doğru ve etkili yönlendirmenin yapılmasını amaçlayan “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın kısa ve uzun dönemde programın uygulayıcıları olan sağlık çalışanları üzerindeki etkilerini değerlendiren bir çalışmadır.

Bu çalışmada GİDP kursunun kısa ve uzun dönem değerlendirmesi için kurulan hipotezleri destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. GİDP’nin kısa dönemde değerlendirmesinde, birinci basamak sağlık çalışanlarının kurs öncesinde, bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları yeterli bulunmamıştır. GİDP kursunun sonrasında sağlık çalışanlarının bu konularla ilgili bilgileri ve kendilerini yeterli bulma oranları artmıştır. Programın uzun dönemde yapılan alanda değerlendirmesinde, GİDP eğitimini almış olan sağlık çalışanlarının çoğunluğu bebeklik ve erken çocukluk döneminde sağlık hizmeti verirken değerlendirdikleri çocukların gelişimlerini çoğunlukla kursta önerilen yöntemlerle izleyip desteklediklerini, ancak uygulamada özellikle poliklinikte görülen hasta sayısının çok fazla olması ve süre kısıtlılığı gibi engellerle karşılaştıklarını bildirmişlerdir.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” kursu öncesinde birinci basamak sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları yeterli bulunmamıştır. Bu hipotezin değerlendirmesi için Gelişimsel Pediatri Ünitesi’nde geliştirilmiş olan “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği (KDÖ)” ve “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği (GBDÖ)” kullanılmıştır. Katılımcılar her iki ölçekte

bulunan gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi konularında kendilerini yeterli bulmamış, uygulamalara ait bilgi sorularının çoğuna doğru yanıt verememişlerdir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk gelişimi bilgilerinin değerlendirilmesi ile ilgili yazın araştırıldığında yeterli çalışmaya rastlanmamıştır. Singapur’ dan Lian ve arkadaşları’nın (2003) yaptığı çalışmada 48 pratisyen hekime anket yoluyla, sağlık hizmeti verdikleri çocuklarda yaygın gelişimsel bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi gelişimsel sorunları nasıl tanıdıklarına yönelik sorular sorulmuş ve araştırmanın sonucunda hekimlerin bilgilerinin bu sorunları saptamak için yeterli olmadığı belirlenmiştir. Goodhart (1991) Londra’ da birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerin çocuk sağlığı ile ilgili neler bilmek istediklerini belirlemek için yaptığı araştırmada 112 pratisyen hekime soru formu göndermiştir. Hekimler prematüre bebek izlemi, bilişsel sorunlar, konuşma ve işitme sorunları, sosyal ve davranışsal problemlerle ilgili eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Ülkemizde, çocukluk çağında gelişim bilgisi ile ilgili, özel gereksinimi olan çocukların erken tanı ve tedavisine yönelik pediatristlerin bilgilerini sorgulayan iki araştırma dışında birinci basamak sağlık çalışanlarının gelişimi izleme ve destekleme konularında bilgilerini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır (Ertem ve ark., 1999; Erden ve ark., 2003). Bu nedenle araştırmamız ülkemizdeki birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk gelişiminin değerlendirmesi, izlenmesi ve desteklenmesi ile ilgili yazına katkıda bulunacak olan bir çalışmadır. Aynı zamanda bu ölçeklerden elde edilen bilgiler kursun ders programının birinci basamak sağlık çalışanlarının gereksinimlerine göre hazırlanmasına ve içeriğinin zenginleştirilmesine katkıda bulunmuştur.

Kursa katılan sağlık çalışanlarının pratisyen hekim ya da ebe- hemşire olmaları erken çocukluk dönemi gelişimi konusunda kendilerini yeterli bulmaları açısından fark yaratmamıştır. Bunun nedeninin bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim bilgisinin her iki meslek grubunun da eğitiminde yeterli derecede yer almamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” kursu katılımcılarının bilgileri ve kendilerini yeterli

bulmaları kurs sonrasında, kurs öncesine göre anlamlı olarak artmıştır. Bu artış kurs öncesinde ve sonrasında verilen KDÖ ve GBDÖ araçlarının toplam puanları karşılaştırıldığında saptanmaktadır. Aynı zamanda KDÖ’ nün tüm soruları öncesinde ve sonrasında olmak üzere tek tek karşılaştırılmış ve her birinde kendini yeterli bulma oranlarının anlamlı olarak arttığı bulunmuştur. Bilgi vermeyi amaçlayan bir girişimin öncesi ve sonrasında katılımcıların bilgilerini çeşitli yöntemlerle ölçen araştırmalar yazında taranmıştır. Özellikle verilen bir dersin, seminerin, müfredat programının, görsel eğitimlerin sonrasında bu araştırmaların yapıldığı görülmüştür. Örneğin Morrison ve arkadaşları (2004) aile hekimliği eğitimi almakta olan altmış katılımcıya 13 saatlik eğitim becerileri seminerleri vererek eğitimin öncesi ve sonrasında değerlendirme yapmış ve hekimlerin eğitim becerilerinin arttığını saptamışlardır. Bennett ve arkadaşları (1984) Amerika Birleşik Devletleri’ nde üniversitelerde uygulanan Gelişimsel Pediatri Eğitim Programı’nın pediatri asistanlarının bilgi, beceri ve tutumlarına nasıl yansıdığını değerlendirmiş ve araştırmamızda geliştirilen “kendini değerlendirme ölçeğine” benzer bir yöntemle 7’li Likert skalası kullanarak gelişimsel sorunların tanı ve izleminde kendilerini ne derecede yeterli bulduklarını sorgulamışlardır. Asistanlar 1 aylık gelişimsel pediatri rotasyonlarından sonra, gelişimsel sorunlarla ilgili belirtilen yönergelerde kendilerini öncesine göre daha yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Yazında araştırmamızın deseninde olduğu gibi birinci basamak sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim bilgisini sorguladıktan sonra bununla ilgili bir eğitim vererek, eğitim sonrasında bilginin artıp artmadığını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Erken çocukluk dönemi programlarından olan “Avrupa Erken Destek Projesi” hedeflerine ulaşmak için birinci basamakta çalışan hemşirelere gelişim, gelişimi etkileyen riskler ve gelişimsel sorunlarla ilgili bilgiler içeren bir eğitim vermesi bakımından araştırmamızdaki kursa benzemektedir. Bu programın değerlendirmesinde de ilk aşamada eğitimin hemşirelerin bilgilerinde ne derecede değişiklik yaptığı araştırılmaktadır. Ancak bu bilgi değerlendirmesi girişim öncesi ve sonrası bir yöntemle yapılmamakta, eğitimi alan hemşirelere program için geliştirilmiş olan “kendini değerlendirme anketi” ve “kendini ailelere yardım edebilir olarak görme anketi” eğitimden sonra verilmektedir. Bu anketlerin sonuçlarında araştırmacılar hemşirelerin kurstan çok yararlandığını, kursu yeterli ve yararlı

bulduklarını bildirmektedirler. Eğitimi alan hemşireler, kendilerinden eğitim sonrasında beklenen, ailelerin sorunlarıyla başa çıkma, gereksinimlerini saptayabilme için gerekli olan bilgilerinin ve becerilerinin arttığını belirtmişlerdir. (Puura ve ark., 2002).

Beş günlük yoğun bir eğitimden sonra GİDP kursunun, katılımcıların gelişimi izleme ve destekleme ile ilgili bilgilerinde yapmış olduğu anlamlı değişiklik çok değerli bir bulgudur. Bu bulgu, kurs içeriğinin, kursun öncesinde saptanan bilgi açığını karşılayarak kapattığını düşündürmektedir. Kursun bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin değerlendirilmesi, izlenmesi ve desteklenmesi konularını teorik ve pratik derslerle işliyor olması, erişkin eğitim teknikleri, görsel ve yazılı materyal, uygulayıcı kitabını kullanması, katılımcılarda kısa sürede fark yaratacak kadar yeterli içeriğe sahip olduğunu göstermektedir. Araştırmamızda, kurs sonrasında katılımcıların bilgilerinde herhangi bir değişiklik saptanmamış olsaydı öncelikle kursun yeniden gözden geçirilmesinin gerekli olacağını düşünebilirdik. Ayrıca katılımcıların bilgilerinin kursun ardından artmış olması alanda değerlendirme çalışmasının yapılabileceğini de bize göstermiştir. Kursun, katılımcıların bilgilerini arttırdığına ait veriler olmadan alana gidilerek yapılacak olan bir değerlendirme çalışması, katılımcıların uygulamaları öğrenmemiş olmaları koşulunda zaman ve para kaybına yol açabilirdi.

Bu araştırma GİDP eğitim programından uzun süre (6- 24 ay) sonra alanda yapılan değerlendirmelerde eğitime katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının ne oranda programda önerilen yöntemler ile gelişimi izlemiş ve desteklemiş olduğunu, programda almış oldukları eğitimi ve eğitim araçlarını yeterli bulup bulmadıklarını ve uygulamada ne gibi zorluklar olabildiğini belirlemiştir.

Kursun alanda değerlendirmesi planlanırken, erken çocukluk dönemi programlarının ve gelişimsel destek verme konusunda yapılan çalışmaların alanda nasıl değerlendirilebildikleri incelenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlıklı çocuk izlemi sırasında verilmesi gereken sağlık ve gelişimle ilgili önerilerin ailelere

ne oranda verildiğini araştıran bir çalışma 2068 aileye telefonla ulaşarak sorulmuştur (Bethell ve ark., 2004). Aynı araştırmacı grubu, sağlıklı çocuk izlemi sırasında ailelerin hekimlerinden ne gibi bilgiler aldıklarını ve hangi bilgileri almak istediklerini ailelere verilen anketlerle sorgulamıştır (Bethell ve ark., 2001). Birinci basamakta hekimlerin gelişimsel sorunlara nasıl yaklaştıklarını araştıran bir başka araştırmada ise 5’li Likert skalası ile hazırlanan anket soruları posta yoluyla Amerika Birleşik Devletleri’nde çalışmakta olan 800 aile hekimi ve 800 çocuk hekimine gönderilmiştir. Anket sorularının toplam geridönüş oranı % 49 olup, konuşmada gecikme gibi gelişimsel sorunu olan kız çocuklarının erkek çocuklarına göre % 60 oranında daha fazla işitme testi için yönlendirildiği saptanmıştır (Sices ve ark., 2004). Dünyada yaklaşık 100 ülkede çocukların 5 yaş altında ölümlerine neden olan hastalıkların önlenmesine yönelik uygulamalar başlatan IMCI programı, Dünya Sağlık Örgütü’ nün Cenevre’den koordine ettiği çok merkezli bir değerlendirme merkezi tarafından “alanda” değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmelerde programın eğitimini alan sağlık çalışanları, daha deneyimli kişiler tarafından gözlenmekte ve geliştirilen formlara notlar alınarak o ülkenin IMCI değerlendirme merkezine gönderilmektedir (Bryce ve ark., 2004). Olds ve arkadaşları (1997), Hemşire Aile İşbirliği Programının değerlendirmesinde, Puura ve arkadaşları (2002), “Avrupa Erken Destek Projesi”nin değerlendirmesinde ve Armstrong- Schellenberg ve arkadaşları (2004) IMCI programının değerlendirmesinde uzunlamasına seçkisiz kontrollü çalışmalar planlayarak programın çocuk ve aile üzerindeki etkisini inceleyen yöntemler kullanmışlardır. Araştırmamız için en uygun olan alanda değerlendirme yöntemi seçilmek istenmiştir. Telefonla bilgi toplayan araştırmacıların seçmiş oldukları örneklemin %60’ına, anket göndererek bilgi isteyen araştırmacıların ise geri dönüş olmaması nedeniyle örneklemelerinin ancak yarısına ulaşabildikleri görülmüştür (Bethell ve ark.,2004; Sices ve ark., 2004). Gözlem yönteminin kullanılmasının ya da ailelere hekimlerinin gelişimsel değerlendirme konusundaki tutumlarını sorgulayan sorular sorulmasının Sağlık Bakanlığı tarafından daha önce vurgulanan, sağlık sistemi içinde araştırma yapılmasını zorlaştıran nedenlerle olanaksız olduğu görülmüştür. Seçkisiz kontrollü bir çalışma planlanması da gerekli eşleştirmelerin yapılamayacak olmasından dolayı yöntem olarak benimsenmemiştir. Araştırmamızda alan değerlendirmesinde dünyada ve ülkemizde kullanılmakta olan

odak grup yöntemi seçilmiştir. İllere gidilerek, kursta birlikte olunan sağlık çalışanları ile toplantılar yapılmış ve bilgiler edinilmiştir. Sayıca kalabalık olan odak gruplarımızda her katılımcının görüş bildirememe riskine karşı, bireysel değerlendirmelerini belirtebilecekleri bir soru anketi geliştirilmiş ve toplantılarda öncelikle yanıtlanması istenmiştir.

Alanda değerlendirmede kullanmış olduğumuz odak grup çalışması değerli bir yöntemdir. Odak grup yöntemi bilgi edinmek, bilgi vermek ve değişik meslek gruplarını bir araya getirmek için de kullanılmaktadır (Ruff ve ark., 2005). Lester, (2005) İngiltere’de birinci basamak sağlık çalışanlarını ve hastaları bir araya getirerek bilgi alış verişini gerçekleştirmek için odak grup kullanmıştır. Chamlin ve ark. (2005) atopik dermatit hastalığının çocuklar ve aileleri üzerindeki etkilerinin bilgisini almak, George ve ark. (2003) erişkinlerde astım hastalığının yaşam kalitesine olan etkilerini incelemek için odak gruplar toplamışlardır. Sege ve arkadaşları (2006) odak grup toplantıları ile aile içi ve çocuğa yönelik şiddeti önlemeye yönelik verilen önerilerin etkinliğini değerlendirmiştir. Araştırmamızda GİDP’ nin uygulanmakta olduğu 3 ile gidilerek odak grup çalışmaları yapılmıştır. Bu toplantılarda katılımcılar programın uygulanması ile ilgili yaşadıkları zorlukları paylaşmışlar, birbirlerinin deneyim ve çözüm önerilerinden yararlanmışlar, kursun değerlendirmesi ve engellerin ortaya çıkarılarak çözüm önerilerinin getirilmesi için toplanılmış olmakla birlikte, kursun bir anlamda pekiştirmesinin yapıldığını belirtmişlerdir. Alanda değerlendirme GİDP’ nin uygulandığı Mersin, İzmir ve İstanbul illerinde yapılmış, henüz Adana ve Samsun illerinin alanda değerlendirmesi yapılmamıştır. Bu program süreci içinde bu illere de giderek değerlendirme çalışmalarını devam ettirebilmeyi umut etmekteyiz.

Alanda değerlendirmede “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı Değerlendirme Anketi (PDA)” sorularından elde edilen yanıtlara göre; programın başlıca amaçlarından gelişimi izleme ve destekleme ile ilgili uygulamalarda “araç kullanarak gelişimi değerlendirme” maddesinde, katılımcıların yaklaşık yarısı uygulamalarının arttığını belirtmiştir. Uygulamalarında artış olduğunu belirten katılımcıların %50 oranında olması başarı

ya da başarısızlık olarak yorumlanabilir. Biz, aynı katılımcıların sağlık sistemi içinde belirttikleri zorluklara rağmen bu uygulamada %50 oranında artma bildirmelerini olumlu ve ümit verici bir sonuç olarak değerlendirmekteyiz. Sağlık çalışanlarının gelişimi araç kullanarak izlemeleri halinde daha hızlı, erken ve güvenilir tanıları gidebildikleri bildirilmektedir (Meisels, 1989). Araştırmalar çocukların gelişimleri bir değerlendirme aracı kullanılmadan sadece klinik izlenimler ile yapıldığında bu değerlendirmenin doğruluğunun düşük olduğunu göstermektedir (Dworkin, 1993). Bu alanda Palfrey ve arkadaşlarının (1987) yaptığı bir çalışmada özel eğitim okullarına devam eden 1726 çocuğun ailelerinden alınan bilgilerle, çocuklarına bilişsel gecikme, konuşma bozukluğu, öğrenme güçlüğü, duygusal sorunlar, hiperaktivite ve bedensel engel gibi tanılarının çocuk hekimleri tarafından en erken ne zaman konulduğu araştırılmıştır. Sorunları olan çocuklardan % 5'i doğumda tanı alırken, sadece % 29'u 5 yaşından önce tanı almıştır. Hekimler az görülen ve önemli sorunlara daha sık tanı koyarken, öğrenme güçlükleri, konuşma bozukluğu, duygusal sorunlar, hiperaktivite ve diğer gelişimsel sorunların %10-25'ine tanı koymuşlardır. Bu çalışmada hekimlerin ortalama olarak bilişsel gecikme tanısını 34. ayda, konuşma bozukluğu tanısını 38. ayda, işitme sorunlarını da ortalama 39. ayda saptadıkları belirlenmiştir. Gelişimi araç kullanarak değerlendirmenin önemi kursta vurgulanmakta olmasına karşın katılımcılar sağlık hizmeti verdikleri hasta sayısının çok olması nedeniyle araç kullanmaya zaman bulamadıklarını, GİDR' yi kullanmak istediklerini ama kullanamadıklarını ancak gerekli gördükleri hastalarda GİDR' nin bir ya da iki sorusunu sorabildiklerini belirtmektedirler. Gelişimi izlerken GİDR kartına bakmaksızın soru soran katılımcıların en sık sordukları soru “ Çocuğunuzun gelişimi ile ilgili bir kaygınız var mı?” olmaktadır. Katılımcıların en sık sordukları soru olarak belirlenen ve yoğun hasta ortamında bazen yapabildikleri tek girişim olarak niteledikleri “çocuğunuzun gelişimi ile ilgili kaygınız var mı?” sorusu günümüzde üzerinde çalışmaların yapıldığı, tek başına geçerliliği ve yeterliliği kanıtlanmış olan “*Parents Evaluation of Developmental Status (PEDS)*” ölçeğinin bir sorusudur (Glascoe, 1997). Glascoe, ilk olarak 1997 yılında gelişimi değerlendirmek için ailelere sorulabilecek 10 sorudan oluşan bu ölçeği birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerde kullanmış ve başarılı olmuştur. Yalnızca bu soru ile % 80 gelişimsel gecikme saptanabildiği bildirilmektedir (Glascoe, 1997).

Aileler eğitim düzeyleri ne olursa olsun çocukları ile ilgili kaygı bildirdiklerinde, yapılan değerlendirmede çoğunlukla gelişimsel bir sorunla karşılaşılmaktadır (Glascoe, 2000). Bu yöntemin programdan aylar sonra hatırlanıp kullanıldığının belirtilmesi umut verici olumlu bir gelişme olarak belirlenmiştir.

Alanda değerlendirmede katılımcılara kurs öncesindeki döneme göre gelişimi değerlendirme ve destekleme uygulamalarındaki değişimi sorgulayan sorular yöneltilmiştir. Bu sorulardan “ev ziyaretlerinde gelişimi izlemek, desteklemek ve gelişimsel sorun saptamak,” “muayene ortamında oyuncak kullanarak gelişimi desteklemek,” “ihmal ve örselenmeye çözüm getirmek” ve “sivil toplum kuruluşları ile ilişkiye geçmek” alanlarında uygulamaların arttığını bildiren katılımcılar daha az sayıdadır.

Ev ziyaretleri ile ilgili olarak, odak grup çalışmalarında katılımcılar ev ziyareti yaptıkları oranda, bu sırada gelişimi izlediklerini ve desteklediklerini bildirmektedirler. Ancak sağlık sistemi içinde ev ziyaretlerinin yeri azalmaktadır. Sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı bireysel bildirimlerinde ev ziyaretlerinin yapılamadığını belirtmektedirler. Ebe ve hemşireler, sağlık merkezinde yaşanan hasta yoğunluğu nedeniyle ev ziyaretlerine gidemediklerini, bazılarının görev tanımlarının değişerek kasa başında olmak ya da defter tutmak gibi görevler yapmaya başladığını bildirmektedirler. Oysa ev ziyareti erken çocukluk dönemi girişimlerinin işe yaramasını sağlayan çok değerli bir yöntemdir. Dünyada erken çocukluk dönemi destek programlarının çoğu ev ziyareti yapılması esasına dayanmaktadır. Bunun için varsa sağlık çalışanları eğitilmekte yoksa sağlık alanında çalışmamış kişiler yeni baştan eğitim almakta, hem eğitime hem de ev ziyaretlerinin yapılabilmesine çok fazla para harcanmaktadır. Dünyada ev ziyaretlerinin çocukların gelişimini değerlendirmek ve desteklemek, gelişimsel riskleri saptamak için en uygun yöntem olduğu belirtilmektedir (Olds ve ark. 1997; Puura ve ark.,2002). Olds ve arkadaşlarının (1997) “Hemşire Aile İşbirliği Programı” nda ev ziyaretleri yaparak destekledikleri riskli anne ve çocukların yaşamlarında olumlu değişiklikler saptanmış ve 20 yıllık uzunlamasına değerlendirmelerinde çalışmanın önemi ortaya çıkmıştır. Ülkemizde 1960’larda geliştirilen ve sağlık sistemi içinde en değerli

uygulamalardan biri olan ev ziyaretlerine gereken önem yeniden verildiğinde GİDP bu ziyaretlerin etkili bir parçası olmak üzere önerilecektir.

Katılımcıların yarısı, kursta önerildiği şekilde, gelişimi destekleme sırasında aileye örnek olarak gösterilebilecek evde yapılmış oyuncaklardan sağlık hizmeti verdikleri ortamda bulundurduklarını bildirmişlerdir. “Muayene ortamında oyuncak kullanarak gelişimi desteklemek” Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmektedir (Counsel the Mother, 2001). Ertem ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada akut hafif hastalık sırasında sağlık merkezine başvuran ve sağlık hizmetinin yanı sıra “gelişim için bakım önerileri” adı altında DSÖ önerilerine uygun uyaran ve yaşına göre oyuncak önerileri alan hastaların ev ortamlarında daha çok yeni oyuncaklar yaptıkları saptanmıştır. Sağlık sistemi içinde bulundurulacak örnek oyuncaklar ile gelişimle ilgili öneriler vermek ailelerin ev ortamlarında bu gibi oyuncakları yapmalarını sağlamaktadır. Katılımcıların yerine getirmelerinin zor olmayacağını düşündüğümüz evde yapılabilecek basit oyuncakların sağlık ocağında bulundurularak gelişimi destekleme sırasında kullanılması önerisinin değeri kurs sırasında yeterince vurgulanmamış olabilir. Oyuncakların gelişimi desteklemedeki yeri ve öneminin vurgusundaki eksiklik nedeniyle yeterince uygulamaya girmemiş olduğunu düşünmekteyiz. Bu yöntemin sağlık ocaklarında uygulanabilir şekle gelebilmesi için sağlık ocağına gönderilecek oyuncak setleri, oyuncak posterleri ve broşürlerinin geliştirilmesi çalışmalarının program içinde geliştirilmesi planlanmıştır.

Katılımcıların çoğunluğu “ihmal ve örselenmeye çözüm getirme” konusundaki uygulamalarında artış olmadığını belirtmektedirler. Geliştirilmesi ayrı zaman ve ayrıntılı çalışma gerektiren çocuk ihmali ve örselenmesine yaklaşım konusunda bu kursta yalnız bir yarım gün ayrılabilir. Bu nedenle “Çocuk İhmal ve Örselenmesinin Önlenmesi” Bakanlık tarafından yürütülecek ayrı bir proje olarak GİDP’ den ayrılmıştır. Konuların eğitim programlarının kısa tutulması sorunu beraberinde birbirlerinden farklı çok fazla sayıda eğitim programı olmasını ve konuların uygulamalar içinde bütünleşememesini doğurabilir. Sağlık Bakanlığı’nın çocukla ilgili eğitim programlarının bir bütünlük içinde gerçekleşmesinin, uygulamalarda da çocuk sağlığı ve gelişiminin bir bütün olarak ele alınması

konusunda ilerlemeler getireceğini düşünmekteyiz. Ayrıca 2006’da yapılan odak grup toplantılarında katılımcılar, otizm ile ilgili Tohum Vakfı’ nın geliştirdiği tarama programının sağlık ocaklarında uygulamaya girdiğini oysa bu gibi programların kolaylıkla GİDP içeriğine yerleştirilebileceğini belirtmişlerdir.

Katılımcılar, alanda değerlendirmede uygulamalarında en az artan önermelerden biri olarak “sivil toplum kuruluşları ile ilişkiye geçme”yi göstermektedirler. Ülkemizde sivil toplum kuruluşu olarak erken çocukluk dönemi gelişimine destek veren “Anne Çocuk Eğitim Vakfı (AÇEV)” bulunmaktadır (www.acev.org). Sivil toplum kuruluşları ile ilişkiye geçerek çocukların gerekli hizmeti almalarını Bursa ilinde yürütülmekte olan ÇPDG programı başarıyla sürdürmektedir. Sağlık ekibi ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcileriyle yapılan olgu toplantıları ile gereksinim duyulan hizmete ulaşmak kolaylaşmaktadır (Berkem ve ark., 2005). Araştırmamızda sivil toplum kuruluşları ile ilişkiye geçme konusunun kursun güçlendirilmesi gereken bir noktası olduğunu düşünmekteyiz. Bu konu güçlendirilirken her ilin özellikleri, gereksinimleri, kaynakları ve var olan sivil toplum kuruluşları göz önüne alınarak üzerinde çalışılması gerekecektir.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi İzleme ve Destekleme Programı”nda verilen kursu, konular, eğitim yöntemleri ve içerik olarak katılımcıların büyük çoğunluğu yeterli bulmuşlardır. “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi İzleme ve Destekleme Uygulayıcı Kitabının” bu alandaki eksiği kapatmaya yönelik ilk adım olduğu düşünülmektedir. Katılımcılar, bu kitaba verdikleri değeri alanda yapılan değerlendirmede belirtmişlerdir. Katılımcıların hemen hepsi uygulayıcı kitabına sahip olduğunu, %85’i kitabın en az yarısını okuduğunu ve başvuru kaynağı olarak kullandığını belirtmiştir. Literatürde, program için geliştirilmiş bir kitap ve onun kullanımının değerlendirilmesine ait bir bilgiye rastlanmamıştır.

Katılımcıların yarısından fazlası 6- 24 ay sonra yapılan değerlendirmede poliklinikte görülen hasta sayısının çok fazla olması, zamanın yeterli olmaması,

üçüncü basamakta konunun tam bilinmemesi nedeniyle hastaların çözümsüz kalması, kurstan sonra herhangi bir pekiştirme çalışmasının yapılmamış olması, performans sisteminin gelişimin izlenmesi ve desteklenmesi uygulamalarını içermemesi gibi sağlık sistemi ile ilgili sorunların programın uygulamasını zorlaştırdığını belirtmiştir. GİDP eğitimleri başladıktan sonra Şubat 2005'te sosyal güvence sistemlerinin birleştirilmesi yasası kapsamında Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait sağlık güvencesi bulunan hastaların sağlık ocaklarına başvurabilmelerini sağlayan bir kurumlar arası birleşme yaşanmıştır. Böylece sağlık ocaklarının hasta yoğunluğu odak gruplarda katılımcıların belirttikleri gibi yaklaşık 2 katına çıkmıştır. Katılımcılar, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan çocuk hekimlerinin konu ile ilgili bilgi ve deneyimlerinin artırılması ve programla ilgili bilgilendirilmeleri, toplumu bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim ile ilgili hızla bilgilendirebilecek poster, broşür gibi araçların oluşturulması, motivasyonun artırılması için belirli aralıklarla illerde programla ilgili toplantılar yapılması, geri bildirim alınması, kullanışlı ve gerçek veriyi bildirebilecek geri bildirim formlarının oluşturulması önerilerinde bulunmuşlardır. Katılımcıların bu önerilerinin ardından GİDP eğitimlerini verebilecek ve böylece sağlık ocaklarında daha fazla kişinin eğitimini sağlayacak olan eğiticiler yetiştirmek amacıyla Mayıs 2006'da ikinci eğitici eğitimi yapılmıştır. Katılımcılar, aileleri ve birlikte çalıştıkları iş arkadaşlarını erken çocukluk döneminde gelişim bilgisinden haberdar etmek için poster, broşür, yansı gibi eğitim materyalinin geliştirilmesini istemektedirler. Poster ve broşürler hazırlık aşamasında olup bunlar sağlık merkezlerine ulaştığında ailelerin sağlık çalışanlarından gelişimle ilgili daha fazla beklentileri olacağını düşünmekteyiz. İkinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimlerin konuyla ve programla ilgili bilgilerini arttırmak için kursların verildiği illerde üniversitelerden öğretim üyelerinin katılımı sağlanmakta, uygulayıcı ve daha sonra da istek halinde eğitici olarak görev almaktadırlar. Ülkemizde pediatristlerin gelişimin izlemesi konusunda eğitimi için 41. Türk Pediatri Kongresi'nde "Gelişimsel Pediatri Kursu" verilmiştir ve devamlılığının sağlanması için çalışmalar sürdürülmektedir. GİDP kursu katılımcıları, kursu aldıktan en fazla 4 ay sonra GİDP ile ilgili motivasyonlarını kaybettiklerini bildirmektedirler. Bu bulgu alanda değerlendirmesi yapılan her ilde saptanmıştır. Katılımcıların bu paylaşımları göz önünde bulundurularak pekiştirme

alışmalarının yaklaşık 4 ayda bir yapılmasının planlanması gerekeceğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızın deseni tek gruba verilen girişim öncesi ve sonrasını değerlendiren uzunlamasına bir izleme çalışmasıdır. Bu izleme araştırmasında iki değerlendirme noktası alınarak, birincisinde kursun hemen öncesi ve hemen sonrasında, ikincisinde uzun dönemde (6- 24 ay) alanda programın değerlendirmesi yapılmıştır. GİDP kursunun uygulayıcıları olan birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgi açığını ortaya çıkararak, onların gereksinimlerine göre bir kurs programı veriliyor olması, desenin güçlü yanlarından biridir. Aynı zamanda kurs öncesi ve sonrasını değerlendiren bu desende uygulayıcıların verilmek istenen gelişimi izleme bilgi ve yöntemlerini öğrendikleri saptanabilmektedir.

Alanda yapılan değerlendirmede programın yararlılığının saptanabilmesi için hedef kitle olarak öncelikle birinci basamak sağlık çalışanı uygulayıcılar seçilmiştir. Programın alanda henüz yeterince uygulanmadığı bilgisinin belirlenmiş olması büyük önem taşımaktadır. Bu bulguya göre, öncelikle alanda uygulayıcıların koşullarının düzeltilerek programın aile ve çocuğa ulaşmasını sağlayacak yöntemlerin geliştirilmesi üzerinde çalışılmalı, daha sonra da programın etkinlik çalışmaları için aile ve çocukları içeren desende bir araştırma planının yapılması gerekliliğini düşünmekteyiz.

Dünyada erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesine yönelik programlardan biri olan “Avrupa Erken Destek Projesi” nin değerlendirme çalışmalarının ilk hipotezleri de uygulayıcılara yöneliktir. Projeyi değerlendirmeye başlarken birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgilerinin artmış olmasını ve ailelere verecekleri destek hizmetlerinde kendilerini yeterli olarak değerlendirmelerini beklemektedirler. Puura ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bu değerlendirme çalışmasında verilen eğitimlerin sağlık çalışanlarının bilgilerini arttırma yönünde olduğu saptanmıştır. Avrupa’ da yürütölen bu değerlendirme çalışması ilk hedef olarak uygulayıcılarına giderek uygulamaları nasıl yaptıklarını anket yoluyla soran bir araştırma olması nedeniyle araştırmamıza benzemektedir.

Alanda çocuk gelişimini destekleyen az sayıdaki programın değerlendirme çalışmalarını incelediğimizde, programın çocuk ve aileleri üzerinde ne gibi etkileri olduğunu saptamaya çalıştıklarını görmekteyiz. Olds ve arkadaşlarının (1997) “Hemşire Aile İşbirliği Projesi” nde çocukların ve annelerinin eğitilmiş hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretlerinden yararlandığı, Puura ve arkadaşlarının (2005a) “Avrupa Erken Destek Projesi”nde yer alan çocukların bilişsel, hareket ve davranış alanlarında daha iyi durumda oldukları, annelerinde depresyon oranlarının daha az olduğu, “Sağlıklı Adımlar Projesi” nin değerlendirmesinde ailelerin ve çocukların verilen önerilerden yararlandığı, “Hindistan Bütüncül Çocuk Gelişimi Programı”nda bebek ölüm hızının azaldığı, çocukların bilişsel gelişimlerinin daha iyi olduğu, çocukların okula başlama ve devam oranlarının daha yüksek olduğu saptanmaktadır (Nair ve Radhakrishnan, 2004; Minkovitz ve ark, 2003). Tüm bu değerlendirme çalışmaları programların etkinliğini değerlendiren önemli çalışmalardır.

Bu araştırmanın kontrol grubunun eş zamanında olmaması başlıca sınırlılığdır. Eş zamanlı kontrol grubu, araştırmanın öncesi ve sonrası arasındaki zaman diliminde olmaması demektir. Bu, araştırmanın hipotezlerini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilecek diğer etmenlerin kontrol edilememesi anlamına gelmektedir. Araştırmamızda bir kontrol grubu olsaydı sağlık sistemi ile ilgili araya giren etkenler kontrol grubunda da geçerli olacaktı. Böylece örneğin hasta sayısı hem kontrol hem de uygulama grubunda artmış olacaktı. Değerlendirme çalışmasında yalnızca eğitim alan uygulama grubunun gelişimi izleme ve destekleme ile ilgili bilgileri artacak ve iki grup arasında daha belirgin farklılık bulunacaktı.

Programın değerlendirmesinde uygulayıcıların yalnızca öznel (subjektif) yöntemlerle değerlendirilmiş olması bir diğer kısıtlılıktır. Ancak katılımcılar beklenenden daha fazla uygulama yapabildiklerini, olumsuz koşullara rağmen çok iyi durumda olduklarını belirtmemektedirler. Bu nedenle subjektif yöntemlerle doğru bilgilere ulaşılabildiğini düşünmekteyiz.

Bu araştırmada katılımcıların iyi ilişki kurma yöntemleri, riskleri daha iyi gözlemleyebilme yetenekleri ve bir- iki kelimeyle de olsa gelişimsel destek veriyorlarsa; bunlar saptanamamıştır. Katılımcılar bu yaptıklarını gelişimi değerlendirme yöntemleri içinde değerlendirmemiş ve söylememiş olabilirler. Alanda değerlendirmede gözlem yöntemi kullanılsa ve kontrol grubu olsaydı eşlenmiş parametreler uygulamadaki tutumlardaki farklılıkları ortaya çıkarabilecekti.

Bu araştırmada veri toplanması ile ilgili kısıtlılıklar da olmuştur. Araştırmacı tüm verileri bizzat toplayamamıştır. Ancak bu kısıtlılık herhangi bir yanlılık olmadan verilerin toplanması nedeniyle araştırmadaki tüm verilerin örneklemini yansıttığı düşünülmektedir.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimi İzleme ve Destekleme Programı” alanda yapılan değerlendirmeye göre halen hatırlanmakta, bazı sağlık çalışanları tarafından kurstan bir süre sonra da uygulanmakta, riskli olduğu düşünülen bazı çocuklarda önerilen gelişimsel değerlendirme yöntemleri kullanılmaktadır. Katılımcılar, programı uygulamada zaman ayıramamanın çok büyük bir kısıtlayıcı olduğunu belirtmektedirler. GİDP’ nin daha çok sağlam çocuk gören merkezlerde uygulanmasının daha umut veren sonuçların elde edilmesine neden olabileceğini düşünmekteyiz.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızın bulguları “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın birinci basamak sağlık çalışanının gelişimi izlemesi ile ilgili kendini yeterli bulma ve nesnel (objektif) olarak bilgilerinin arttığını göstermekle birlikte, sağlık çalışanları programı uygulamada sağlık sistemi ile ilgili pek çok engelle karşılaşmaktadır.

Eğitim programı öncesinde birinci basamak sağlık çalışanlarının bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki gelişimi değerlendirme, izleme ve destekleme bilgileri değerlendirilerek yeterli düzeyde bulunmamıştır. Bu sonuç GİDP’ nin içeriğini tamamlayarak, gereksinime göre eğitim verilmesini sağlamıştır. Ayrıca birinci basamaktaki bilgi eksikliğini ortaya çıkarmakta olup birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanacak olan diğer hizmet içi eğitimlere ve mezuniyet öncesi eğitim programlarının içeriğinin hazırlanmasına ışık tutabilir.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın ardından katılımcıların hem bilgileri hem de kendilerini konu ile ilgili yeterli bulma düzeyleri artmıştır. Üç günlük yoğun bir eğitimle GİDP kursunun birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgisine yönelik etkisi çok olumlu bulunmuştur. Bu nedenle kursun içerdiği eğitim teknikleri ve eğitim materyalleri ile gerektiğinde güncelleştirilerek ve alanda uygulayıcılardan gelen geribildirimlerle geliştirilerek ülke çapında yaygınlaşabileceğini önermekteyiz.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”ndan uzun süre sonra alanda yapılan değerlendirmede birinci basamak sağlık çalışanları programda önerilen yöntemler ile sağlık hizmeti içinde gelişimi izlemiş ve desteklemiş, programda almış olduğu eğitimi ve eğitim araçlarını yeterli bulmuşlardır. Ancak programı uygulamada daha çok eğitim programına ait olmayan, sağlık sistemi ile ilgili engeller bildirmişlerdir. Programın

alanda değerlendirmesinde öncelikle kursu almış olan birinci basamak sağlık çalışanlarına gidilerek programın önerilen şekliyle uygulanamadığının öğrenilmesi çok değerli bir sonuçtur. Böylece programın aileler ve çocuklar üzerindeki etkilerini değerlendirmeden önce alanda uygulanabilirliğinin sağlanması için öncelikle belirlenen engellerin açılması gerekmektedir. Belirlenen engeller program yürütücülerine ve geliştiricilerine bildirilmiş, çözümler için çalışmalar başlatılmıştır.

Bu programın değerlendirmesinden çok yararlı bilgiler elde edilmiştir. Ülke çapında yaygınlaştırılması planlanan bu programın uygulayıcı eğitimleri sürerken kısa süreli ve uzun vadeli değerlendirme çalışmalarının da sürmesini önermekteyiz.

ÖZET

T.C. Sağlık Bakanlığı – UNICEF İşbirliği “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı”nın Değerlendirilmesi

T.C. Sağlık Bakanlığı – UNICEF İşbirliği “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı (GİDP)” birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik 3 günlük bir hizmet içi programdır. Türkiye’de henüz 5 ilde pilot uygulaması yapılmıştır ve yaygınlaştırılması planlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı ülkemizde sağlık hizmeti içinde bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin izlenmesi, desteklenmesi, gelişimsel sorunların erken saptanması, doğru ve etkili yönlendirmelerini sağlayacak olan ve ülkemizde eğitimi birinci basamak sağlık çalışanlarına verilen GİDP’ nin kısa ve uzun dönemde programın uygulayıcıları olan sağlık çalışanları üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesidir.

“Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Konusunda Kendini Değerlendirme Ölçeği” (KDÖ) subjektif ve “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişim Bilgisini Değerlendirme Ölçeği (GBDÖ)” objektif olarak birinci basamak sağlık çalışanlarının gelişimin izlenmesi ile ilgili bilgilerini ölçmek için geliştirilmiştir. Bu araçlar eğitimin verildiği 5 ilde kursun öncesinde ve sonrasında toplam 148 (61 pratisyen hekim, 87 ebe hemşire) birinci basamak sağlık çalışanına uygulanmıştır. KDÖ’ de katılımcıların aldıkları toplam puan ortancası kurs öncesinde 159, GBDÖ’ de 13; kurs sonrasında KDÖ’ de 222, GBDÖ’ de 22’dir. Kurs öncesinde ve sonrasında birinci basamak sağlık çalışanlarının gelişim bilgilerinde kendilerini yeterli bulma ve bilgi düzeylerinde anlamlı olarak artış saptanmıştır ($p<0.05$). Kurstan 6- 24 ay sonra kursu almış 61 birinci basamak sağlık çalışanı ile bireysel değerlendirme ve odak grup çalışmalarını içeren toplantılarla kursun alanda değerlendirmesi yapılmıştır. Katılımcılar, kursu yeterli olarak değerlendirmiş, sağlık sistemi içindeki hasta sayısının çok fazla olması, zamanın yeterli olmaması gibi yapısal engellerden, üçüncü basamakta gelişimin izlenmesi konusunun tam bilinmemesi nedeniyle hastaların çözümsüz kalması, programın kendisi ile ilgili olarak kurstan sonra herhangi bir pekiştirme çalışmasının yapılmamış olması ve kısa sürede motivasyonun kaybolmasından dolayı programı yürütmekte zorlandıklarını bildirmişlerdir.

Gelişmekte olan ülkelerde okul öncesi dönem çocuklarının gelişimlerinin izlenmesini ve desteklenmesini sağlayabilecek tek sistem sağlık sistemidir. Bu araştırmanın bulguları, hizmet içi eğitim programının birinci basamak sağlık çalışanının gelişimi izlemesi ile ilgili kendini yeterli bulma ve objektif olarak bilgilerinin arttığını göstermekle birlikte, programın uygulamada sağlık sistemi içinde pek çok engelle karşı karşıya olduğudur.

Anahtar kelimeler: çocuk gelişimi, gelişimin izlenmesi, çocuk gelişiminin desteklenmesi, sağlık sistemi, program değerlendirme

SUMMARY

Evaluation of the “Turkish Ministry of Health- UNICEF – Early Childhood Development Program”

The Turkish Ministry of Health-UNICEF Early Childhood Development Training Program is a 3 day inservice training program for health care professionals that is being piloted in 5 cities in Turkey and that aims to go to scale. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of the Turkish Ministry of Health-UNICEF Early Childhood Development Training Program at the level of primary health care professionals (PHCP) in improving their knowledge and perceived competence; and their long term application of the program within the health care system.

The “Perceived Knowledge of Child Development Questionnaire (PKCD)” and the “Knowledge of Child Development Test (KCDT)” are subjective and objective measures respectively, developed to assess PHCPs knowledge related to developmental surveillance. These instruments were administered in 5 cities immediately before and after the training program to 148 PHCPs (61 general practitioners and 87 nurses). The median PKCD questionnaire and KCDT scores were 159 and 13 before, and 222 and 22 after the training program ($p<0.05$). Six to 24 months after the initiation of the program, individual information from the PHCPs and focus groups revealed that the training program was still perceived as satisfactory but that barriers within the structure of the health care system such as patient load, insufficient time allocated to all primary care services, deficiencies in the knowledge of second and third level health care providers in developmental assessment and services, the lack of a feed-back mechanism within the program itself and the long term loss motivation were barriers to the implementation of the program.

In developing countries, the health system is the only system that can provide developmental surveillance and support for children before school age. The findings of this study imply that inservice training program can increase perceived and objectively assessed knowledge of PHCP related to developmental surveillance but that program implementation may face barriers that are common to most programs within the health care system.

Key words: Child development, developmental surveillance, promotion of child development, health care system, program evaluation

KAYNAKLAR

- A CRITICAL LINK: Interventions for physical growth and psychological development: a review. Department of Child and Adolescent Health and Development, 1999, World Health Organization, Geneva, (WHO/CHS/CAH/99-3).
- ACPH (Advisory Committee on Population Health) raporu (1999) Investing in early child development: The Health Sector Contribution. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health (ACPH) Working Group on Healthy Child Development-Conference of Federal/Provincial/Territorial Ministers of Health. Charlottetown, Prince Edward Island, Canada. September 16-17, 1999
- AKUKWE, C. (2000) Maternal and child health services in the twenty-first century: critical issues, challenges, and opportunities. *Health Care Women Int.* **21(7)**:641-53.
- ANDERSON, L.M., SHINN, C., FULLILOVE, M.T., SCRIMSHAW, S.C., FIELDING, J.E., NORMAND, J., CARANDE-KULIS, V.G. (2003) The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review. *Am J Prev Med.* **24(3 Suppl)**:32-46.
- ARMSTRONG SCHELLENBERG, J.R., ADAM, T., MSHINDA, H., MASANJA, H., KABADI, G., MUKASA, O., JOHN, T., CHARLES, S., NATHAN, R., WILCZYNSKA, K., MGALULA, L., MBUYA, C., MSWIA, R., MANZI, F., DE SAVIGNY, D., SCHELLENBERG, D., VICTORA, C. (2004) Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet.* **364(9445)**:1583-94.
- ATKINSON, P.M., PARKS, D.K., COOLEY, S.M., SARKIS, S.L. (2002) Reach Out and Read: a pediatric clinic-based approach to early literacy promotion. *J Pediatr Health Care* **16(1)**:10-5.
- BARNETT, S. (1995) Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *The Future of Children.* **5(3)**: 25- 50.
- BEKMAN, S. (1998). A Fair Start: An evaluation of the mother – child education program. İstanbul: Mother- Child Education Foundation. Publication number 13.
- BELEK, H., DEDEOĞLU, N., BELEK, İ. (2001) Antalya Ahatlı'daki annelerin çocuklarının sağlıkları hakkındaki düşünce, algı ve inançları. *Sağlık ve Toplum.* **11(2)**:30-43.
- BENASICH, A.A., BROOKS-GUNN, J. (1996) Maternal attitudes and knowledge of child-rearing: associations with family and child outcomes. *Child Dev.* **67(3)**:1186-205.
- BENNETT, F.C., GURALNICK, M.J., RICHARDSON, H.B., HEISER, K.E. (1984) Teaching developmental pediatrics to pediatric residents: effectiveness of a structured curriculum. *Pediatrics.* **74**:514- 522.
- BERKEM, N. (2005) Temel sağlık hizmetleri yoluyla çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı. *Gelişimsel Pediatri Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi* Editör: Ertem İÖ. s: 565- 575. Ankara Tıp Çocuk Hastalıkları Vakfı, Ankara.
- BETHELL, C, PECK- REULAND, C., HALFON, N., SCHOR, E. (2004). Measuring the quality of preventive and developmental services for young children: National estimates and patterns of clinicians' performance. *Pediatrics.* **113**:1973- 1983.
- BETHELL, C., PECK, C., SCHOR, E. (2001). Assessing health system provision of well- child care: the promoting healthy development survey. *Pediatrics.* **107**:1084-1094.
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ, (1989) U.N. General Assembly Document A/RES/44/25 (12 December 1989)
- BLACK, M.M., EISER, C., KRISHNAKUMAR, A. (2000) International research and practice in pediatric psychology: challenges and new directions. *J Pediatr Psychol.* **25(6)**: 363-66.
- BOOCOOCK, S.S. (1995) Early childhood programs in other nations: Goals and outcomes. *The Future of Children.* **5(3)**: 94-113

- BOWER, P., GARRALDA, E., KRAMER, HARRINGTON, R., SIBBALD. (2001) The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Family Practice*. **18**:373- 382.
- BRAZELTON, T.B. (1999) How to help parents of young children: The Touchpoints model. *J Perinatol*. **19(6 Pt 2)**:S6-7.
- BROWN, C.A., BAILEY, J.H., LEE, GARRETT, P.K., RUDMAN, W.J. (2006) The pharmacist- physician relationship in the detection of ambulatory medication errors. *Am J Med Sci*. **331(1)**: 22-4.
- BRYCE, J., VICTORA, C.G., HABICHT, J.P., VAUGHAN, J.P., BLACK, R.E. (2004) The multi-country evaluation of the integrated management of childhood illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. *Am J Public Health*. **94(3)**:406-15.
- CAMP, B.W., LEFF, M., BERMAN, S., GITTERMAN, B. (1991) Evaluation of developmental /behavioral training in primary care. *J Dev Behav Pediatr*. **12(4)**:243-7.
- CHAMLIN, S.L., FRIEDEN, I.J., WILLIAMS, M.L., CHREN, M.M. (2004) Effects of atopic dermatitis on young American children and their families. *Pediatrics*. **114(3)**:607-11.
- CHOPRA, M. (2001) Assessment of participants on the Care for Development IMCI training course. University of the Western Cape, South Africa
- CHOPRA, M., PATEL, S., CLOETE, K., SANDERS, D., PETERSON, S. (2005) Effect of an IMCI intervention on quality of care across four districts in Cape Town, South Africa. *Arch Dis Child*. **90**: 397- 401.
- CLEMENTS-NOLLE, K., BALLARD-REISCH, D.S., TODD, R.L., JENKINS, T. (2005) Nevada's academic-practice collaboration: public health preparedness possibilities outside an academic center. *Public Health Rep*. **(120) Suppl 1**:100-8.
- COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. (1993). The pediatrician and the "new morbidity". *Pediatrics* **92(5)**:731-733.
- DOS SANTOS, I., GONCALVES, H., HALPERN, R., VICTORA, C. (1999) Pilot test of the child development of the IMCI "Counsel the mother" module. Study results and recommendations. Pelotas, Brazil July
- DWORKIN, P.H. (2004) 2003 C. Anderson Aldrich award lecture: enhancing developmental services in child health supervision--an idea whose time has truly arrived. *Pediatrics*. **114(3)**:827-31.
- DWORKIN, P.H. (1993) Detection of behavioral, developmental, and psychosocial problems in pediatric primary care practice. *Curr Opin Pediatr*. **5(5)**:531-536.
- ECCLES, M., GRIMSHAW, J., CAMPBELL, M., RAMSAY, C., (2003) Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. *Quality and safety in health care*. **(12)**: 47-52.
- EDWARDS, A. L, KILPATRICK, F.P. (1948) Scale Analysis and the Measurement of Social Attitudes. *Psychometrika*. **13**: 99- 114.
- EMANS, S.J., BRAVENDER, T., KNIGHT, J., FRAZER, C., LUONI, M., BERKOWITZ, C., ARMSTRONG, E., GOODMAN, E. (1998) Adolescent medicine training in pediatric residency programs: are we doing a good job? *Pediatrics*. **102(3 Pt 1)**:588-95.
- ERDEN, G., ERTEM, İ.Ö., AKÇAKIN, M. (2003).Çocuk hekimlerinin otizmi tanımadaki zorlukları. Ulusal Çocuk Psikiyatrisi Kongresi, Ankara.
- ERTEM İÖ, GÜL GÖK C, BEYAZOVA U. (2003) Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Programı Uygulayıcı Eğitim Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı-UNICEF, Ankara.
- ERTEM, I., GÖK, C (2005). Gelişimin Değerlendirilmesi, İzlenmesi, Desteklenmesi. Gelişimsel Pediatri Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Kitabı, Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, sayfa: 111-130.

- ERTEM OZTURK I, ATAY G, DOGAN GUMUS D, BINGOLER BE, BAYHAN A, SARICA D. (2006) Promoting Child development at sick child visits: a controlled trial. *Pediatrics*. **118(1)**:E1-8.
- ERTEM, İ. (2005). Birinci basamakta bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi programı. Gelişimsel Pediatri Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Kitabı, Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, sayfa: 555-562.
- ERTEM, İ., ULUKOL, B., KEMAHLI, S., CİN, Ş. Türk Pediatri Kurumu XXXV. Ulusal Pediatri Kongresi Türkiye’de Pediatri Eğitimi Anket Sonuçları, 1999.
- ESER, E., ESER, S., ÖZYURT, B.C., FİDANER, C.(2005) Türk yaşlıları örneğinde yaşam kalitesi algısı: WHOQOL- OLD Projesi Türkiye Odak Grup Sonuçları. *Türk Geriatri Dergisi*. **8(4)**:169-183.
- EVANS, P.J., ZINKIN, P., HARPHAM. T., CHAUDURY, G. (2001). Evaluation of medical rehabilitation in community based rehabilitation. *Social Sci and Med*. **(53)**: 333-348.
- FEINSTEIN, A.R. (1985). Statistical communication of cross-sectional evidence Ed: Feinstein, A.R. WB. Saunders Company, Philedelphia, U.S.A.. pp: 434-485.
- FIGUEIRAS, A.C., PUCCINI, R.F., DA SILVA, E.M., PEDROMONICO, M.R. (2003) Evaluation of practices and knowledge among primary health care professionals in relation to child development surveillance *Cad Saude Publica*. **19(6)**:1691-9. Epub 2004 Mar 3.
- FRAZER, C., EMANS, J.S., GOODMAN, E., LUONI, M., BRAVENDER, T., KNIGHT, J. (1999) Teaching residents about development and behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med*. **153**:1190-1194.
- GEORGE, M., FREEDMAN, T.G., NORFLEET, A.L., FELDMAN, H.I., APTER, A.J. (2003) Qualitative research-enhanced understanding of patients' beliefs: results of focus groups with low-income, urban, African American adults with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. **11(5)**:967-73.
- GLASCOE, F.P. (1998) Collaborating with parents: Using parents’ evaluation of developmental status to detect and address developmental and behavioral problems. Nashville, TN:Ellsworth&Vandermeer Press; 1998.
- GLASCOE, F.P. (2000) Detecting and Addressing Developmental and Behavioral Problems in Primary Care. *Pediatric Nursing*. **26(3)**:251-257.
- GLASCOE, F.P., FOSTER, E.M., WOLRAICH, M.L. (1997). An economic analysis of developmental detection methods. *Pediatrics*. **99(6)**:830-7.
- GLEWWE, P., JACOBY, H.G., KING, E.M., (2001). “Early childhood nutrition and academicachievement:a longitudinal analysis” in: *Journal of Public Economics*. **81(3)**: 345-368.
- GOLOVA, N., ALARIO, A.J., VIVIER, P.M., RODRIGUEZ, M., HIGH, P.C. (1999) Literacy promotion for Hispanic families in a primary care setting: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* **103(5 Pt 1)**: 993–997.
- GOODHART, LC. (1991) General practitioner training needs for child health surveillance.*Arch Dis Child*. **66(6)**:728-30.
- GOUWS, E., BRYCE, J., PARIYO, G., ARMSTRONG-SHELLENBERG, J., AMARAL, J., HABICHT, JP. (2005) Measuring the quality of child care at first-level facilities. *Social Sci and Med*. **61**: 613-625.
- GOVE, S. (1997) Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. The WHO Working Group on Guidelines for Integrated Management of the Sick Child. *Bull World Health Organ*. **75(Suppl 1)**:7–24.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S.M., POWELL, C.A., WALKER, S.P., HIMES, J.H. (1991) Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the Jamaican Study. *Lancet*. **338(8758)**:1–5.
- GREEN, M. (1994) Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. Arlington VA: National Center for Education in Maternal and Child Health.

- GÜMÜŞ DOĞAN, D. (2006) Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi 0-2 yaş standardizasyon çalışması, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Gelişimsel Pediatri Yüksek Lisans Tezi
- HAGGERTY, R., ROUGHMAN, K., PLESS, I. (1975a). Child health and the community. New York: John Wiley and Sons.
- HAGGERTY, R.J. (1975b) Expenditures for child health care. *Pediatrics*. **55(2)**:160-1.
- HALL, D.M.B. (2000) What is Sure Start? *Arch Dis Child*. **82**: 435-7
- HENEGHAN, A.M., MERCER, M., DELEONE, N.L. (2004) Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician? *Pediatrics*. **113(3 Pt 1)**:460-7.
- HERTZMAN, C., POWER, C. (2003) Health and human development: understandings from life-course research. *Dev Neuropsychol*. **24(2-3)**:719-44.
- HIGH, P., HOPMANN, M., LAGASSE, L., LINN, H. (1998). Evaluation of a clinic-based program to promote book sharing and bedtime routines among low-income urban families with young children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. **152(5)**:459-65
- HILL, Z., KIRKWOOD, B., EDMOND, K. (2004) Family and community practices that promote child survival, growth and development. A review of the evidence. World Health Organization, Geneva.
- HILTON, D., TSIANTIS, J. (2005) Promoting Children's Mental Health: The European Early Promotion Project (EPP) *Int. J. Mental Health Promotion* **7(1)**: 4-17.
- HORNSTEIN, J., O'BRIEN, M.A., STADTLER, A.C. (1997) Touchpoints practice: lessons learned from training and implementation. *Zero to Three* **17 (6)**: 26-31.
- IZZO, C.V., ECKENRODE, J.J., SMITH, E.G., HENDERSON C.R., COLE R., KITZMAN, H., OLDS, D.L. (2005). Reducing the impact of uncontrollable stressful life events through a program of nurse home visitation for new parents. *Prev Sci*. **6(4)**:269-74.
- KAĞITÇIBAŞI, Ç. (1996) Family and Human Development Across Cultures: A view from other side. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- KAĞITÇIBAŞI, Ç., SUNAR, D., BEKMAN, S., CEMALCILAR, Z. (2005). Erken müdahalenin erişkinlikte süren etkileri. Erken destek projesi'nin ikinci takip araştırmasının ön bulguları. Anne- Çocuk Eğitim Vakfı. web.acev.org.
- KAMERMAN, S.B., KAHN, A.J. (1993) Home health visiting in Europe. *The Future of Children*. **3(3)**: 39-52
- KAROLY, L.A., GREENWOOD, P.W., EVERINGHAM, S.S.(1998). Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions. RAND org. Publications
- KAYTAZ, M. (2005). Türkiye'de okulöncesi eğitimin fayda- maliyet analizi. Anne- Çocuk Eğitim Vakfı. web.acev.org.
- KITZINGER, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*. **311**:299-306.
- KLASS, P. (2002) Pediatrics by the book: pediatricians and literacy promotion. *Pediatrics* **110(5)**:989-95.
- KNIGHT, J.R., FRAZER, C.H., GOODMAN E., BLASCHKE, G.S, BRAVENDER, T.D., EMANS, S. (2001) Development of a Bright Futures curriculum for pediatric residents. *Ambul Pediatr*. 136-40.
- KOÇAK, N. (2001) Erken çocukluk döneminde eğitim ve Türkiye' de erken çocukluk eğitiminin durumu. *Milli Eğitim Dergisi* **151**
- KRUEGER, R.A. (1998) Developing questions for focus groups, focus group kit (Vol 3). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- LAWRENCE, P.R., MAGEE, T., BERNARD, A. (2001) Reshaping primary care: the Healthy Steps Initiative. *J Pediatr Health Care* **15(2)**:58-62.
- LESTER, H., TRITTER, J.Q., SOROHAN, H. (2005) Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ*. **330(7500)**:1122.

- LIAN, W.B., HO, S.K.Y., YEO, C.L., HO, L.Y. (2003) General practitioners' knowledge on childhood developmental and behavioral disorders. *Singapore Med J.* **44(8)**:397- 403.
- LIGHT, P. (2003) The health of the human services workforce. Washington, DC: Center for Public Service, The Brookings Institution and the Wagner School of Public Service, New York University.
- LOGIC MODEL DEVELOPMENT GUIDE (2004) The W.K. Kellogg Foundation. Battle Creek, MI.:Author Available at .www.wkkf.org/pubs/tools/evaluation/
- MACMILLAN, H.L., THOMAS, B.H., JAMIESON, E., WALSH, C.A., BOYLE, M.H., SHANNON, H.S., GAFNI, A. (2005) Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *Lancet.* **365(9473)**:1786-93.
- MCLEARN, K.T., ZUCKERMAN, B.S., PARKER, S., YELLOWITZ, M., KAPLAN-SANOFF, M. (1998) Child development and pediatrics for the 21st century: the healthy steps approach. *J Urban Health.* **75(4)**:704–23.
- MEISELS, S.J.(1989). Can developmental screening tests identify children who are developmentally at risk? *Pediatrics.***83(4)**:578-585.
- MENDELSON, A.L., MOGILNER, L.N., DREYER, B.P., FORMAN, J.A., WEINSTEIN, S.C., BRODERICK, M., CHENG, K.J., MAGLOIRE, T., MOORE, T., NAPIER, C. (2001) The impact of a clinic-based literacy intervention on language development in inner-city preschool children. *Pediatrics* **107(1)**:130–4.
- MINKOVITZ, C., STROBINO, D., HUGHART, N., SCHARFSTEIN, D., GUYER, B. (2001) Healthy Steps Evaluation Team. Early effects of the healthy steps for young children program. *Arc Pediatr Adolesc Med* **155(4)**:470–9.
- MORGAN, D.L. (1998) Planning focus groups, focus group kit (vol 2). Thousand Oaks, CA:Sage Publications.
- MORRISON, E.H., RUCKER, L., BOKER, J.R., GABBERT, C.C., HUBBELL, F.A., HITCHCOCK, M.A., PRISLIN, M.D. (2004) The effect of a 13-hour curriculum to improve residents' teaching skills: a randomized trial. *Ann Intern Med.* **141(4)**:257-63.
- MYERS, R. (1995) The twelve who survive: Strengthening programs of early childhood development in the third world.2 nd edition Ypsilanti, Mich:High/Scope Pres.
- NAIR, M.K., RADHAKRISHNAN, S.R. (2004) Early childhood development in deprived urban settlements. *Indian Pediatr.* **41(3)**:227–37.
- NEEDLEMAN, R., FRIED, L.E., MORALLY, D.S., TAYLOR, S., ZUCKERMAN, B. (1991) Clinic based intervention to promote literacy. *Am J Dis Child* **145(8)**: 881-884.
- NEEDLMAN, R., KLASS, P., ZUCKERMAN, B. (2002) Reach out and get your patients to read, *Contemp. Ped.* **19(1)**: 51
- OLDS, D.L., ECKENRODE, J., HENDERSON C.R., KITZMAN, H., POWERS, J., COLE R., SIDORA K., MORRIS, P., PETTITT, L.M., LUCKEY, D. (1997) Long term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen years follow-up of a randomized trial. *JAMA* **278(8)**: 637–643.
- OLDS, D.L., HENDERSON C.R., KITZMAN, H. (1994) Does prenatal and infancy home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life. *Pediatrics* **93(1)**:89–98.
- OLDS, D.L., ROBINSON, J., O'BRIAN, R., LUCKEY, D.W., PETTITT, L.M., HENDERSON, C.R., NG, R.K., SHEFF, K.L., KORFMACHER, J., HIATT, S., TALMI, A. (2002a) Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized controlled trial. *Pediatrics* **110(3)**: 486–496.
- OLDS, D.L., (2002b) Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prev Sci.* **3(3)**: 153–172.

- OLDS, D.L., KITZMAN, H., COLE, R., ROBINSON, J., SIDORA, K., LUCKEY, D.W., HENDERSON, C.R., HANKS, C., BONDY, J., HOLMBERG, J. (2004a) Effects of nurse-home visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* **114**(6): 1550–1559.
- OLDS, D.L., ROBINSON, J., PETTITT, L.M., LUCKEY, D.W., HOLMBERG, J., NG, R.K., ISACS, K., SHEFF, K., HENDERSON, C.R. (2004b) Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* **114**(6): 1560–1568.
- PALFREY, J., SINGER, J.D., WALKER D.K., BUTLER, J.A.(1987). Early identification of children's special needs: a study in five metropolitan communities. *Pediatrics*.**111**(5): 651-659.
- PAPADOPOULOU K., DIMITRAKAKI , C., DAVIS, H., TSIANTIS, J., DUSOIR, T., PARADISIOTOU ,A., VIZACOU, S., ROBERTS, R., CHISHOLM, B., PUURA, K., MÄNTYMAA, M., TAMMINEN, T., RUDIC, N. RADOSAVLJEV, J, MILADINOVI, C. (2005b) Child and Family Outcomes of the European Early Promotion Project *Int. J.Mental Health Promotion* **7**(1): 63- 82.
- PAPADOPOULOU, K., DIMITRAKAKI, C., DAVIS, H., TSIANTIS, J., DUSOIR, T., PARADISIOTOU, A., VIZACOU, ROBERTS, R., CHISHOLM, B., PUURA, K., MÄNTYMAA, M., TAMMINEN, T., RUDIC, N., RADOSAVLJEV, J., MILADI NOVIC, T. (2005a) The Effects of the European Early Promotion Project: Training on Primary Health Care Professionals *Int. J.Mental Health Promotion* **7**(1): 54–63.
- PARUSH, S., HAHN-MARKOWITZ, J. (1997) The efficacy of an early prevention program facilitated by occupational therapists: a follow-up study. *Am J Occup Ther.* **51**(4):247–51.
- PENNY, M.E., CREED-KANASHIRO, H.M., ROBERT, R.C., NARRO, M.R., CAULFIELD, L.E., BLACK, R.E. (2005) Effectiveness of an educational intervention delivered through the health services to improve nutrition in young children: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* **365**(9474):1863-72.
- PINTO – MARTIN, J.A., SOUDERS, M.C., GIARELLI, E., LEVY, S.E. (2005) The role of nurses in screening for autistic spectrum disorder in pediatric primary care. *J Pediatr Nursing.* **20**(3): 163- 169.
- PUURA, K., DAVIS, H., COX, A., TSIANTIS, J., TAMMINEN, T., ISPANOVIC-RADOJKOVIC, P., PARADISIOTOU, A., MÄNTYMAA, M., ROBERTS, R., DRAGONAS, T., LAYIOU-LIGNOS, E., DUSOIR, T., RUDIC, N., TENJOVIC, L., VIZACOU, S. (2005a) The European Early Promotion Project: Description of the Service and Evaluation Study *Int. J.Mental Health Promotion* **7**(1): 17–32.
- PUURA, K., DAVIS, H., MÄNTYMAA, M., TAMMINEN, T., ROBERTS, R., DRAGONAS, T., PAPADOPOULOU, K., DIMITRAKAKI, C., PARADISIOTOU, A., VIZACOU, S., LEONTIOU, F., RUDIC, N., MILADINIVIC, T., RADOJKOVIC, A. (2005b) The Outcome of the European Early Promotion Project: Mother–Child Interaction *Int. J.Mental Health Promotion* **7**(1): 82–95.
- PUURA, K., DAVIS, H., PAPADOPOULOU, K., TSIANTIS, J., ISPANOVIC-RADOJKOVIC, V., RUDIC, N., TAMMINEN, T., TURUNEN, M.M., DRAGONAS, T., PARADISIOTOU, A., VIZAKOU, S., ROBERTS, R., COX, A., DAY, C. (2002) The European Early Intervention Promotion Project: A new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal* **23**(6): 606–24.
- REGALADO, M., HALFON, N. (2001) Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **155**(12):1311–22.
- ROBERTS, R., LOXTON, R., CAMPBELL, J., FRAME, M., KIRKUM, M., LAKE, M., WOOD, M., ROSS, T., DAVIS, H. (2002) European Early Promotion Project: Transition to Parenting. *Community Practitioner* **75**: 464–468.

- RUFF, C.C., ALEXANDER, I.M., McKIE, C. (2005) The use of focus group methodology in health disparities research. *Nurs Outlook*. **53**:134-40.
- SEEMA, N.T., (2001) Performance of Anganwadi Centres in Kerala: An evaluation and experiment to develop a model centre with community participation. Discussion paper No. 28. Kerala Research Programme on Local Level Development Centre for Development Studies, Thiruvananthapuram.
- SEGE, R.D., HATMAKER-FLANIGAN, E., DE VOS, E., LEVIN-GOODMAN, R., SPIVAK, H.(2006) Anticipatory guidance and violence prevention: results from family and pediatrician focus groups. *Pediatrics*. **117**(2):455-63
- SHONKOFF, J.P., PHILLIPS, D. A. (Eds.) (2000). *From neurons to neighbourhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press.
- SICES, L., FEUDTNER, C., McLAUGHLIN, J., DROTAR, D., WILLIAMS, M. (2004) How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? A national survey with an experimental design. *Pediatrics*. **113**(2):274-282.
- SIMEONSSON, R.J. (2000) Early childhood intervention: toward a universal manifesto. *Infants & Young Children* **12**(3):4-9.
- STEWART, D., LAW, M., RUSSELL, D., HANNA, S. (2004) Evaluating children's rehabilitation services: an application of a programme logic model. *Child: Care, Health & Development* **30**(5): 453- 462.
- STURNER, R.A. (1998) The child health supervision visit as an opportunity to address parenting issues during infancy. *Pediatr Ann*. **27**(1):44-50
- T.C. HÜKÜMETİ- UNICEF İŞBİRLİĞİ PROGRAMI (2001) *Ana uygulama planı 2001-2005*, Ankara
- VanLANDEGHEM, K., CURTIS, D., ABRAMS, M. (2002) Reasons and strategies for strengthening childhood development services in healthcare system. USA, National Academy for State Health Policy report. October.
- WEITZMAN, C.C., ROY, L., WALLS, T., TOMLIN, R. (2004) More evidence for reach out and read: a home-based study. *Pediatrics*. **113**(5):1248-53.
- WENDLAND-CARRO, J., PICCININI, C.A., MILLAR, W.S. (1999) The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Dev*. **70**(3):713-21.
- www.aap.org,
www.acev.org
www.hawaii.edu/medicine/pediatrics/pedtext/
www.healthysteps.org
www.reachoutandread.org
www.saglik.gov.tr
www.saglik.gov.tr/cpgd
www.unesco.org
www.who.org
www.worldbank.org
- YOUNG, M.E., ed. (1997) Early childhood development: investing in our children's future. Amsterdam, Elsevier.
- YOUNG, M.E., ed. (2002) From early child development to human development. Investing in our children's future. Office of the Publishers, World Bank, Washington D.C. USA
- YOUNG, M.E., ed. (2003) A global directory of early child development projects world bank. Office of the Publishers, World Bank, Washington D.C. USA
- ZUCKERMAN, B., KAPLAN-SANOFF, M., PARKER, S., TAAFFE-YOUNG, K. (1997) The Healthy Steps for young children program. *Zero to Three*. **17**(6): 20-25.
- ZUCKERMAN, B., PARKER, S., KAPLAN-SANOFF, M., AUGUSTYN, M., BARTH, M.C. (2004) Healthy Steps: a case study of innovation in pediatric practice. *Pediatrics*.; **114**(3):820-26.

EK- 1: GİDP DEĞERLENDİRME PAKETİ**BEBEKLİK VE ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GELİŞİMİN İZLENMESİ ve DESTEKLENMESİ PROGRAMI BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARI DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

1. Yaşınızı yazınız: _____
2. Cinsiyetinizi işaretleyiniz: a. Erkek b. Kadın
3. Çocuğunuz var mı? (tek bir seçenek işaretleyiniz):
 - a. Hayır, çocuğum yok.
 - b. Evet, 1 çocuğum var. _____ yaşında.
 - c. Evet, 2 çocuğum var. _____ ve _____ yaşlarında.
 - d. Evet, 3 çocuğum var. _____, _____, _____ yaşlarında.
 - e. Evet, ____ çocuğum var. _____ yaşlarında (4 ve üzerinde çocuğunuz varsa bu seçeneği işaretleyiniz ve yaşlarını yazınız)
4. Son mezun olduğunuz öğrenim kurumunu (açık öğrenim dışında) işaretleyiniz ve adını ve mezun olduğunuz yılı yazınız.

Mezun olduğunuz kurum (işaretleyiniz)	Mezun olduğunuz kurumun adını yazınız	Mezun olduğunuz yılı yazınız
a. Tıp fakültesi		
b. Sağlık meslek yüksek okulu		
c. Sağlık meslek lisesi		
d. Diğer		

5. Mezun olduktan sonra idari görevleriniz ya da göreve ara vermeleriniz dışında toplam kaç yıldır hasta hizmeti vererek çalışmaktasınız? _____ yıl (**yalnızca idari görev yaptıysanız 0 yazınız**).

6. Şimdiki görev yerinizi işaretleyiniz ve adını yazınız:
 - a. AÇSAP, adı: _____
 - b. Sağlık Ocağı, adı: _____
 - c. Devlet Hastanesi, adı: _____
 - d. Üniversite Hastanesi, adı: _____
 - e. Diğer, adı: _____

7. Aşağıdakilerden hangisi şimdiki görevinizi tanımlar? İşaretleyiniz. (**Yalnızca laboratuvarda görevli ya da kayıt işlemleri ile ilgileniyorsanız “g” seçeneğine yazınız**).

- a. Pratisyen Hekim
- b. Ebe
- c. Hemşire
- d. Ebe- Hemşire
- e. Aile Hekimi
- f. Uzman Hekim (uzmanlık alanınızı yazınız: _____)
- g. Diğer (açıklayınız: _____)

8. Bugüne dek hangi hizmet içi programlarında eğitim aldınız? Lütfen yazınız.

- a. _____
- b. _____
- c. _____

9. Erken çocukluk döneminde bilişsel ve psikososyal gelişim ile ilgili hangi etkinlikleri yapmakta iseniz hepsini işaretleyiniz.

- a. Kursa/kurslara katıldım. Adı/adları: _____
- b. Kitap/lar okurum. Adı/adları: _____
- c. Dergi/ler takip ederim. Adı/adları: _____
- d. TV programı/ları izlerim. Adı/adları: _____
- e. İnternet sayfası/ları kullanırım. Adresi/adresleri: _____
- f. Gazete köşesi/leri izlerim. Adı/adları: _____
- g. Bu etkinliklerden hiçbirini yapmadım/ yapmamaktayım.

10. Hangi illerde çalıştınız? Yazınız: 1)_____ 2)_____ 3)_____ 4)_____ 5)_____
11. Şu anda çalışmakta olduğunuz görev yerinizde günde ortalama kaç çocuğa hizmet sunmaktasınız? _____ çocuk (**idari görev yapıyor ya da çocuk yaş grubunda hasta görmüyorsanız “0” yazınız.**)
12. Şu anda çalışmakta olduğunuz görev yerinizde **her bir çocuk hastanıza** ortalama kaç dakika ayırmaktasınız? _____dk. (**idari görev yapıyor ya da çocuk yaş grubunda hasta görmüyorsanız “0” yazınız.**)
13. Bebek ve erken çocukluk dönemindeki hastalarınızı ortalama hangi sıklıkta izlersiniz?
a. Haftada bir b. Ayda bir c. İki ayda bir d. Yılda bir e. Diğer _____
f. Çocuk hasta görmemekteyim.
14. Aşağıdaki uzmanlardan herhangi biri ile ekip çalışması yaptınız mı? (**Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.**)
a. Özel Eğitim Uzmanı b. Fizyoterapist
c. Çocuk Gelişim Uzmanı d. Psikolog
e. Sosyal Hizmet Uzmanı f. Çocuk Psikiyatristi
g. Diğer, yazınız: _____ h. Hiçbiri ile ekip çalışması yapmadım.
15. Şu anda çalıştığınız sağlık kurumunda kaç engelli çocuk (bilişsel, hareket, dil gelişimi, konuşma, görme, işitme, duygusal alanda) izlendiğini biliyor musunuz?
a. Hiç izlenmiyor. b. İzlenip izlenmediğini bilmiyorum.
c. İzlendiğini biliyorum. Yaklaşık sayısı: _____ çocuk
16. Şu anda çalıştığınız sağlık kurumu içinde **son iki ayda 0-6 yaş** arasındaki herhangi bir çocukta bilişsel, hareket, dil gelişimi, konuşma, görme, işitme, duygusal alanda gecikme ya da engel saptadınız mı?
a. Hayır, saptamadım.
b. Evet, saptadım.
17. Son 2 ayda yukarıdaki sorunları olan çocuk/ çocuklar saptadıysanız yaklaşık sayısını belirtiniz. _____ ve aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Engelli çocuğun yaklaşık yaşını yazınız	Çocuğun engelini yazınız	Kurumunuzca çocuğa engeli için yapılanları yazınız.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

18. Haftada ortalama kaç ev ziyareti yapmaktasınız ? (ev ziyareti yapmıyorsanız “0” kodlayınız) ____
19. Çalıştığınız sağlık merkezinde izlenen 0-6 yaş grubundaki çocuk hastaların ne kadarının evine düzenli ziyaret yapılabilmektedir?
a. Hepsinin b. Çoğunun c. Yarısının d. Çok azının e. Hiçbirinin

**EK- 1A: BEBEKLİK ve ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GELİŞİMİN
İZLENMESİ ve DESTEKLENMESİ KONUSUNDA KENDİNİ DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ (ilk 5 soru verilmiştir.)**

Aşağıdaki sorularda gelişim ile ilgili bilgi beceri ve tutumlarınıza en yüksek 10 üzerinden kaç puan vereceğinizi lütfen işaretleyiniz.

Gelişim=Çocukların ince ve kaba hareketlerinin, kişiler arası ilişkilerinin, duygusal, zihinsel yetilerinin gelişimi anlamındadır. Çocukların büyümeleri (kilo, boy, baş çevresi) ve organlarındaki değişim (tüm sistemler ve cinsel puberte gelişimi) bu tanımın dışında tutulmuştur.

Değerlendirilen alan		1=Çok zayıf, 10=Mükemmel
1	Gelişimi sağlayan ve destekleyen temel kuramı biliyorum	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2	Gelişimi sağlayan ve destekleyen temel kuramı sağlık hizmeti verirken uygulayabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3	Gelişim ve bedensel sağlık arasındaki ilişkiyi dikkate alarak bebek ve çocuklara sağlık hizmeti sunabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4	Aileler ile iletişimde dinleme ve anlama tekniklerini bilerek uygulayabilirim	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5	Sağlık izlemeleri sırasında bebek ve çocuklarla onların gelişimlerini değerlendirecek ve destekleyecek şekilde iletişim kurmayı başarıyorum	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK- 1B: BEBEKLİK VE ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GELİŞİM BİLGİSİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (İlk 3 soru verilmiştir.)

1. Gelişimsel gecikmeleri ya da engelleri olan çocukların özel eğitim olanaklarından yararlanması konusunda hangisi **doğrudur**?
 - a) Devletin verdiği maddi olanaklardan yararlanmak için sağlık sistemi içinde tanı almak yetmez, aynı zamanda rehberlik merkezlerinde gelişimsel değerlendirmelerin yapılması gerekir.
 - b) İlk üç yaşındaki (0-3 yaş) çocukların IQ puanları hesaplanamadığından bu çocuklara özel eğitim için sağlık kurulu raporu çıkarılamaz.
 - c) Devletin özel eğitimin özel kurumlar tarafından verilmesini sağlayan maddi desteği emekli sandığı ve sosyal sigortalar kurumunun sağlık güvencesi olan kişiler için geçerlidir.
 - d) Özel eğitim hizmetinin alınması aslında denetimi yetersiz olan özel kurumları kalkındırdığı için hastalarımıza önerilmemelidir.
 - e) Hepsi doğrudur.
2. İki yaşında bir çocuğun gelişimini sağlık hizmeti içinde değerlendirmede kullanılan en etkin yöntem nedir?
 - a) Çocukla arkadaşça konuşmaya çalışmak ve dil gelişimi düzeyini anlamak.
 - b) Çocukla oyun oynamak, çocuğun önüne oyuncaklar koyarak oyununu gözlemek.
 - c) Çocuğa standart gelişimsel tarama testleri uygulamak.
 - d) Ailenin çocuğun gelişimi konusunda düşüncelerini araştırmak.
 - e) Çocuğun eline kâğıt ve kalem vererek yaptığı resmi değerlendirmek.
3. Aşağıdakilerden hangisi **doğrudur**?
 - a) Testlerde çocukların genel gelişim puanları tüm gelişim alanlarının ortalaması alınarak hesaplanmalıdır.
 - b) Küçük bir çocuğun tek bir gelişim alanında gecikmesi kaygı vericidir.
 - c) Çocuğun gelişim alanlarındaki gecikmeler için yalnız o alana yönelik tedavi planlanmalıdır.
 - d) İlk bir yaştaki gecikmeler aileyi boşuna telaşlandırabilir, bu nedenle aile ile paylaşılmadan izlenmelidir.
 - e) Bir çocukta konuşma başlamadan dil gelişim düzeyinin değerlendirilmesi hatalı sonuç verir.

**EK- 2: “BEBEKLİK ve ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GELİŞİMİN
İZLENMESİ ve DESTEKLENMESİ PROGRAMI” DEĞERLENDİRME ANKETİ**

(İlk 10 soru verilmiştir)

Tarih: / / 2005

Açıklama: TC Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerimizin işbirliği ile birinci basamakta hizmet vermekte olan sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanan “AÇSAP Genel Müdürlüğü Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Programı Kursu” İstanbul’ da Mayıs- 2004, İzmir’de Kasım- 2004 tarihlerinde düzenlenmiştir. Bu kursa katılmış olduğunuz için bu anketi yanıtlamanızı rica edeceğiz. Bu anketin amacı kursu alan, siz sağlık çalışanlarının programın uygulanabilirliğini değerlendirmesidir. Lütfen anketteki soruları programı uygulayabilme düzeyinizi düşünerek yanıtlayınız. Bu kursu almadıysanız anketi doldurmayınız ve geri veriniz. Anketin toplu verileri değerlendirilecektir, bu nedenle adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyetiniz: (a) Kadın (b) Erkek
3. Göreviniz: (a) Ebe (b) Hemşire (c) Ebe- Hemşire (d) Pratisyen Hekim
(e) Çocuk Hekimi (f) Diğer: _____
4. Kursu aldığınız sırada çalışmakta olduğunuz sağlık merkezinin adı: _____
5. Şu anda çalışmakta olduğunuz sağlık merkezinin adı: a) Aynı b) Diğer: _____
6. Şu anda çalışmakta olduğunuz sağlık merkezinin İli: _____ İlçesi: _____
7. Şu anda bulunduğunuz sağlık merkezinde kaç **yıldır** çalışmaktasınız? (Ay ise lütfen belirtiniz.) _____
8. Tıp Fakültesi ya da meslek okulunuzdan hangi yıl mezun oldunuz? _____
9. Mezuniyetinizden bu güne toplam kaç yıldır **çocuk yaş grubunda hasta** bakmaktasınız? (Ay ise lütfen belirtiniz, çocuk hasta bakmıyorsanız “0” kodlayınız) _____
10. Şu anda çalışmakta olduğunuz sağlık merkezinde **günde** ortalama kaç **çocuk** hasta bakmaktasınız? _____

EK – 3:**“BEBEKLİK ve ERKEN ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE GELİŞİMİN İZLENMESİ ve DESTEKLENMESİ EĞİTİM PROGRAMI” KATILIMCILARINI BİLGİLENDİREREK ONAM ALMA FORMU**

T. C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü-UNICEF “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi Programı” (AÇSAP-GİDP) birinci basamak sağlık hizmeti içinde 0- 6 yaş grubundaki çocukların gelişimlerinin değerlendirilmesini, izlenmesini, desteklenmesini, gelişimsel sorunların önlenmesi, erken tanınmasını ve gelişimsel sorunu olan çocukların etkili hizmete erken ve doğru yönlendirilmesini sağlamayı amaçlamaktadır.

- Bu araştırmanın amacı; AÇSAP-GİDP eğitimini alacak olan birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk gelişimi konusundaki bilgi ve beceri düzeylerinin saptanması; eğitimin birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk gelişimi konusundaki bilgi ve beceri düzeylerine etkisinin belirlenmesi; eğitimi alan birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti verdikleri 0- 6 yaş grubundaki çocukların gelişimlerini ne ölçüde değerlendirebildikleri, destekleyebildiklerini, gelişimsel sorunlarını ne denli saptayabildiklerini ve sorun saptadıkları çocukları gerekli hizmetlere ne denli yönlendirebildiklerini saptamak; program uygulanırken sahada karşılaşılan zorluk ve engellerin ve bunları aşabilmek için gereken program değişikliklerinin belirlenmesidir.
- Bu çalışmada pratisyen hekim, ebe ve hemşirelerden alınan bilgiler, konu ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesi için kullanılacaktır. Bu nedenle sizin vereceğiniz bilgiler çok önemlidir.
- Bu araştırmada veri toplanması şu şekilde sağlanacaktır.
 - AÇSAP- GİDP eğitimini almak üzere toplanmış olan katılımcılara toplantı salonunda kurs başlamadan önce yaklaşık 60 dakika süren ve her katılımcının tek başına, yazılı olarak doldurduğu anket, soru formu ve ölçeklerden oluşan bir değerlendirme paketi verilecektir.
 - AÇSAP- GİDP eğitimi verildikten sonra kursu alan katılımcılara toplantı salonunda aynı değerlendirme paketi tekrar verilecektir. Her katılımcının tek başına, yazılı olarak dolduracağı formlar da yaklaşık 60 dakika alacaktır.
 - AÇSAP- GİDP eğitiminden en az 6 ay sonra, eğiticilerden biri eğitimin verildiği ile gelerek eğitimi alan birinci basamak sağlık çalışanları ile İl Sağlık Müdürlüğü'nün belirleyeceği bir toplantı salonunda odak grup değerlendirmesi yapacaktır. Bu toplantıda öncelikle 30 dakika süren bir soru formu her katılımcı tarafından tek başına doldurulacak, daha sonra da eğitimi verilen programın ardından uygulamaya yönelik zorluklar, kolaylıklar, engeller ve çözüm önerilerini içeren bir görüşme toplantısı yapılacaktır. Bu görüşmeler soru- yanıt biçiminde olacak ve eğitici tarafından yönetilecektir. Odak grup toplantısının yaklaşık 1,5 saat sürmesi planlanmaktadır.
- Bu çalışmanın size hiç bir zararı yoktur. Adınız ve diğer kimlik bilgileriniz soru formları üzerinde olmayacaktır, sizden yazılı onam da alınmayacaktır. Sağladığınız tüm bilgiler diğer tüm veriler ile birlikte değerlendirilerek açıklanacaktır.
- Size bu araştırmaya katıldığınız için herhangi bir maddi katkı verilmeyecektir.
- Araştırmaya katılmamak ya da araştırmadan her hangi bir noktada çıkmak sizin hakkınız ve seçiminizdir. Bu sizin çalışma ve eğitim koşullarınızı ve haklarınızı herhangi bir şekilde etkilemeyecektir.
- Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmak istediğiniz takdirde soru formlarının doldurulması kısmına geçebilirsiniz.

'Yukarıdaki bilgiler bana sesli olarak okundu. Araştırma ile ilgili sorular sorma fırsatım oldu ve sorduğum sorular beni tatmin edecek şekilde yanıtladı. Bu çalışmaya katılmadığım takdirde hiçbir zarar görmeyeceğimi biliyorum. Çalışmaya katılmayı kendi gönüllülüğüm ile kabul ediyorum.'

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Emine Bahar
Soyadı : BİNGÖLER PEKÇİCİ
Doğum Yeri, Tarihi : Ankara, 26.2.1974
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Evli
Ev Adresi : Şehit İsmail Erez Sokak No: 3/5 06570
Maltepe / ANKARA
Telefon : + 90 312 231 17 06
E-mail : baharbingoler@yahoo.com
İş Adresi : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Gelişimsel Pediatri Ünitesi
Dikimevi / ANKARA
Telefon : + 90 312 595 74 03

II- Eğitim Bilgileri

Uzmanlık Eğitimi :1999 – 2004 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Yüksek Öğretim :1991 – 1997 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortaöğretim :1985 – 1991 T.E.D. Ankara Koleji Vakfı Özel Lisesi
İlköğretim :1980 – 1985 T.E.D. Ankara Koleji Vakfı Özel Lisesi
Yabancı dil : İngilizce

III- Ünvanlar

Uzman doktor : 2004
Tıp doktoru : 1997

IV- Mesleki Deneyimi

- 1997-1999 :S.S.K. Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Asistan Doktor
- 1999 :S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Asistan Doktor
- 1999-2004 :Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Asistan Doktor
- 2004 :Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gelişimsel Pediatri Ünitesi “Dünya Sağlık Örgütü Gelişim İçin Bakım Programı” uygulayıcı hekimliği
- 2004-2006 :Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Gelişimsel Pediatri Yüksek Lisans Programı, “NIH – Yale Ankara İşbirliği Projesi”, Uzman Doktor
- 2005 :Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gelişimsel Pediatri Ünitesi, Uzman Doktor

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanı

Yayınlar

Yurtdışı Yayınlar:

1. Ertem İ, **Bingöler BE**, Ertem M, Uysal Z, Gözdaşoğlu S. Medical neglect of a child: challenges for pediatricians in developing countries. *Child Abuse and Neglect* 26(2002):751-761
2. Çiftçi E, İnce E, **Bingöler BE**, Bingöl- Koloğlu M, Yağmurlu A, Dindar H, Doğru Ü. Invasive group A streptococcal infections in children: an emerging infectious disease in Turkey. *Annals of Tropical Pediatrics* (2004) 24,365-366. *letter to the editor*
3. Ekim M, Fitöz S, Yağmurlu A, Ensari A, Yüksel S, Acar B, Özçakar BZ, Kendirli T, **Bingöler BE**, Yalçınkaya F. Encapsulating peritoneal sclerosis in paediatric peritoneal dialysis patients. *Nephrology* 2005;10:341-43. *Case report*

Yurtdışı Kongre Bildirileri:

1. Taçyıldız N, Aysev D, Gencgönül H, Yavuz G, Ünal E, Güriz H, Kolkıran A, **Bingöler B**, Gözdaşoğlu S. Six years experience of fungemia in a pediatric oncology center: Medical and Pediatric Oncology abstract book- 2002, 39 (4):217-472. SIOP 34. Meeting, September, 2002, Portugal
2. Atasay B, **Bingöler BE**, Günay T, Günlemez A, Arsan S. Neonatal Transport: Results from a tertiary care center 1. Congress Of Union of Mediterranean Neonatal Societies (UMENS) and 12. National Congress of Neonatology. September 3-6, İstanbul
3. Simsek F, Ulukol B, **Bingöler BE**, Gulnar S. Attitudes toward childhood disciplinary practices in Turkish parents, pediatric residents and medical students. Europaediatrics 19- 22 Oct 2003, Prague, Czech Republic
4. Ertem Ozturk I, Atay G, Dogan Gumus D, **Bingöler BE**, Bayhan A, Sarica D, Ozdemir H, Ozturk G, Gul Gok C, Erdogan G, Sezer N, Dilsiz H. The efficacy of the World Health Organisation (WHO) Care for Development Intervention on improving the home environment of young children. Pediatric Academic Societies May 14- 17, 2005, Washington, USA

Yurtiçi Yayınlar:

1. Çiftçi E, Özdemir H, **Bingöler BE**, İnce E, Doğru Ü. Kızıl ile ilişkili hepatit. AÜTF Mecmuası 2002; 55(4): 307- 310.
2. Çiftçi E, **Bingöler BE**, İnce E, Doğru Ü. Çocuklarda plevral ampiyem: 35 hastanın değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi 2004; 39:31-35.
3. Şimşek F, Ulukol B, **Bingöler B**. Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış (Child abuse and disciplinary practises). Adli Bilimler Dergisi/ Turkish Journal of Forensic Sciences 2004; 3(1): 47-52.
4. Dalgıç N, İnce E, Çiftçi E, Öncel S, **Bingöler BE**, Doğru Ü. *Candida albicans* Menenjit: Olgu Sunumu. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005;25:125-128.

Yurtiçi Kongre Bildirileri:

1. Taçyıldız N, Yavuz G, Aysev D, Ünal E, Kolkıran A, **Bingöler BE**, Gözdaşoğlu S, Ertem M, Cin Ş. Son beş yılda mantar sepsisli olgularımız: 4. Febril Nötropeni Simpozyumu 22-25 Şubat 2001, Antalya
2. **Bingöler BE**, Çiftçi E, İnce E, Doğru Ü. Çocuklarda invaziv streptokok enfeksiyonları. 44. Milli Pediatri Kongresi 4-8 Eylül 2000, Bursa
3. **Bingöler BE**, Çiftçi E, İnce E, Doğru Ü. Çocuklarda invaziv streptokok enfeksiyonları: 7 olgunun sunumu. 2. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi 26-29 Ekim 2001, Adana
4. Doğu F, **Bingöler BE**, Gümüş D, İkincioğulları A, Ekim M, İnce E, Babacan E. Omenn Sendromu :Bir olgu sunumu. 38. Türk Pediatri Kongresi 10-14 Haziran ,İstanbul
5. Kendirli T, **Bingöler BE**, Çiftçi E, İnce E, Tutar E, Berberoğlu M, Atalay S, Ünal Ö, Deda G: Down Sendromlu bir olguda bazal ganglion kalsifikasyonu. 38. Türk Pediatri Kongresi 10-14 Haziran, İstanbul
6. Çiftçi E, **Bingöler BE**, Sayılı A, İnce E, Tekin M, Akar N, Doğru Ü. Tip 1 plazminojen eksikliğine bağlı lignöz konjunktivit, hidrosefali ve trakeal tutulum. 38. Türk Pediatri Kongresi 10-14 Haziran, İstanbul
7. Çiftçi E, Özdemir H, **Bingöler BE**, İnce E, Doğru Ü. Kızıl ile ilişkili hepatit. 38. Türk Pediatri Kongresi 10-14 Haziran ,İstanbul
8. Şimşek F, Ulukol B, **Bingöler BE**, Gülnar SB. Disiplin mi, İstismar mı ? 46. Milli Pediatri Kongresi 15- 19 Ekim 2002 Mersin
9. **Bingöler BE**, Çiftçi E, İnce E, Doğru Ü. Çocuklarda Ampiyem: 35 Olgunun Değerlendirilmesi 46. Milli Pediatri Kongresi 15- 19 Ekim 2002 Mersin
10. **Bingöler BE**, İnce E, Güriz H, Aysev AD. Çocukluk çağı akut gastroenteritlerinde Shigella sıklığı, klinik özellikler, serotiplendirme ve antibiyotik direnci. 3. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi 7-10 Mayıs 2003, İzmir
11. **Bingöler BE**, Ulukol B. Aileler Neleri Bilmek İstiyor ? 2. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi 4-6 Haziran 2003, İstanbul

12. Ekim M, Fitöz S, Yağmurlu A, Ensari A, Yüksel S, Acar B, Özçakar B, Kendirli T, **Bingöler BE**, Yalçinkaya F Kronik Periton Diyalizinde Geç Yan Etki Sclerosing Encapsulating Peritonitis (SEP); 20. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 2(ek) 2003,SS-09 Özet Kitabı
13. Öztürk B, **Bingöler BE**, Kuloğlu Z, Demirçeken F, Kansu A, Dalgıç N, Öncel S, Girgin N Çocukluk Çağında Crohn Hastalığı 47. Milli Pediatri Kongresi 21-23 Ekim 2003, İstanbul
14. Tekin D, İnce E, Tutar E, Naçar N, Sayılı A, **Bingöler BE**, Koloğlu M. Fallot Tetralojili Bir olguda nekrotizan trakeobronşit 47. Milli Pediatri Kongresi 21-23 Ekim 2003, İstanbul
15. Dalgıç N, İnce E, Çiftçi E, Öncel S, **Bingöler BE**, Doğru Ü. Candida albicans menenjit: Olgu sunumu. 40. Türk Pediatri Kongresi 21-25 Haziran 2004, İstanbul
16. **Bingöler BE**, Ünal Ö, Gümüş Doğan D, Ertem İ. Çocuk Hastanelerinde aile merkezli sağlık hizmeti uygulamaları. 41. Türk Pediatri Kongresi 22-25 Haziran 2005, Ankara.
17. Öztürk Ertem İ, Atay G, Gümüş Doğan D, **Bingöler BE**, Bayhan A, Sarıca D, Özdemir H, Öztürk G, Gül Gök C, Erdoğan G, Sezer N, Dilsiz H. Dünya Sağlık Örgütü Gelişim için Bakım Programının Çocukların Ev Ortamına Etkisi. 41. Türk Pediatri Kongresi 22-25 Haziran 2005, Ankara.
18. Gül Gök C, **Bingöler BE**, Ertem İ. Terk edilen bebek ve terki önleyen yaklaşımlar: Bir olgu örneği. Koruma Altındaki Çocuklar Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına XVII. Sempozyum Sunumları 23-25 Şubat 2004

Kitap Bölümü Yazarlığı:

1. Gümüş Doğan D, **Bingöler BE**, Ünal Ö. Annelik Donanımı, Gelişimsel Pediatri, Ertem İ. Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, 2005; sayfa 57-63.
2. Gümüş Doğan D, Ünal Ö, **Bingöler BE**. Gelişim Kuramlarının Çocuk Hekimliğinde Kullanımı, Gelişimsel Pediatri, Ertem İ. Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, 2005; sayfa 103-111.

3. **Bingöler BE**, Öztürk Ertem İ. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Uyku Sorunları, Gelişimsel Pediatri, Ertem İ. Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, 2005; sayfa 253-73.
4. Ünal Ö, Gümüş Doğan D, **Bingöler BE**, Tekin M. Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimsel Sorunlara Neden Olan Başlıca Genetik Hastalıklar, Gelişimsel Pediatri, Ertem İ. Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı, 2005; sayfa 415-33.

VII- Bilimsel Etkinlikler:

Ödül:

Bingöler BE, İnce E, Güriz H, Aysev AD. Çocukluk çağı akut gastroenteritlerinde *Shigella* sıklığı, klinik özellikler, serotiplendirme ve antibiyotik direnci. 3. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi 7- 10 Mayıs 2003, İzmir - Poster sunumu, Birincilik Ödülü

Proje:

1. Çocukluk Çağı Akut Gastroenteritlerinde *Salmonella* ve *Shigella* Sıklığı, Antibiyotik Direnci ve Serotiplendirme (araştırmacı olarak) Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Komisyonu; proje no: 2003/08/09/092.

VIII- Diğer Bilgiler

Kurs Katılımı:

1. Pediatrik Temel ve İleri Yaşam Desteği Kursu, 4. Pediatrik Acil Tıp ve Yoğun Bakım Toplantısı 20- 21 Mart 2003 İzmir
2. Pediatrik Mekanik Ventilasyon Kursu, 4. Pediatrik Acil Tıp ve Yoğun Bakım Toplantısı 20- 21 Mart 2003 İzmir
3. Neonatal Resusitasyon Programı Uygulayıcı Kursu, 2003, Ankara
4. Dünya Sağlık Örgütü “Gelişim İçin Bakım Programı Kursu”, 2004, Ankara
5. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin Desteklenmesi Projesi Eğitimi, 2004, İzmir
6. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi “Prematüre Bebek İzlemi” Kursu, 2005, Ankara
7. “Müjdat Başaran Gelişimsel Pediatri Kursu”, 2005, Ankara

Diğer Üyelikler

Türk Tabipleri Birliği

Ankara Tabip Odası

T.E.D. Ankara Koleji Vakfı Özel Lisesi Mezunları Derneği

Halen Yürütmekte Olduğu Görevler:**A. Uzmanlık ve Uygulama Alanları**

1. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı “Gelişimsel Pediatri Tezli Yüksek Lisans Programı” öğrencisi
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü - UNICEF “Bebeklik ve Erken Çocukluk Döneminde Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesi” Eğitim Programı eğitici ve uygulayıcı eğitimi