

**T.C.**  
**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN 0-5 YAŞ  
ARASI ÇOCUKLARA YAPILAN EV ZİYARETLERİNİN  
BÜYÜME GELİŞMEYE VE TEKRAR HASTANEYE  
BAŞVURMAYA ETKİSİ**

**Seher GÜZELAKÇAKAYA**

**YÜKSEKLİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Selma KAHRAMAN**

**ŞANLIURFA**

**2023**

**T.C.**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN 0-5 YAŞ**  
**ARASI ÇOCUKLARA YAPILAN EV ZİYARETLERİNİN**  
**BÜYÜME GELİŞMEYE VE TEKRAR HASTANEYE**  
**BAŞVURMAYA ETKİSİ**

**Seher GÜZELAKÇAKAYA**

**YÜKSEKLİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Selma KAHRAMAN**

Bu tez Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinatörlü tarafında  
22071 proje numarası ile desteklenmiştir.

**ŞANLIURFA**

**2023**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecimin her aşamasında her daim yanımda olan, kıymetli bilgisi ve engin tecrübesi ile desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'a sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmalarım süresince birçok fedakârlıklar gösterip her an yanımda olan, destek ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli aileme her dönemde bana duydukları güven için en derin duygularla sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tez savunma sınavıma zaman ayırarak katılan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Ayşegül ÖZCAN ve Doç. Dr. Suzan HAVLİOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

**Seher GÜZELAKÇAKAYA**

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	v
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	vi
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER</b>	vii
<b>ÖZET</b>	viii
<b>ABSTRACT</b>	x
<b>1. GİRİŞ</b>	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Ateş	3
2.1.1. Tanımı	3
2.1.2. Ateşin Yararları	3
2.1.3. Ateşin Zararları	3
2.1.4. Ateşin Kademeleri	4
2.1.5. Ateşli Çocuğa Hemşirelik Yaklaşımı	4
2.2. Büyüme ve Gelişme	5
2.2.1. Tanımı	5
2.2.2. Motor Gelişim	5
2.2.3. Bilişsel Gelişim	6
2.2.4. Dil Gelişimi	6
2.2.5. Sosyal-Duygusal Gelişim	7
2.2.6. Öz Bakım Gelişimi	7
2.2.7. Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler	7
2.3. Ev Ziyaretleri	9
2.3.1. Tanımı	9
2.3.2. Evde Bakımın Sınıflandırması	10
2.3.3. Ev Ziyareti Çeşitleri	10
2.3.4. Ev Ziyaretlerinde Hemşirenin Sorumlulukları	11
2.3.5. Ev Ziyareti Basamakları	12

2.4. Randomize Olmayan Çalışmalar İçin Trend Yöntemi	12
2.4.1. Tanım	12
2.4.2. Trend Kontrol Listesi	13
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	14
3.1. Araştırmanın Tipi	14
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	14
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	14
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.5. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri	17
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	18
3.8. Araştırmanın Uygulama Basamakları	22
3.8.1. Deney Grubu	22
3.8.2. Kontrol Grubu	23
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	23
3.10. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi	23
3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları	24
<b>4. BULGULAR</b>	25
<b>5. TARTIŞMA</b>	34
5.1. Çocukların AGTE Puan Ortalamaları ve Normallik Durumlarının Tartışılması	34
5.2. Çocukların Ateş Şikâyeti ile Acil Servise Başvurma Oranları ve Ebeveynlerin Ateşli Çocuğa Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Tartışılması	35
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	37
6.1. Sonuçlar	37
6.2. Öneriler	38
<b>7. KAYNAKLAR</b>	39
<b>8. EKLER</b>	49
Ek-1. Trend Kılavuzu	
Ek-2. Anket Formu	

Ek-3. 3 Yaşındaki Çocuklara Ait Evde İzlem Ve Bakım Formu

Ek-4. Ankara Gelişim Tarama Envanteri

Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-6. Etik Kurul Onayı

Ek-7. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

Ek-8. Kurum Onayı

Ek-9. Orijinallik Raporu ve Beyan Formu

Ek-10. Tez Veri Giriş Formu

Ek-11. İntihal Raporu



## TABLolar DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Çocuk ve Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	25
<b>Tablo 4.2.</b> Çocuklarda Ateş Durumunun Gruplara Göre Dağılımı	26
<b>Tablo 4.3.</b> Deney Grubu Çocukların 3 Aylık İzlem Bulguları	27
<b>Tablo 4.4.</b> Çocukların 3 Aylık AGTE Puanları ve Hastaneye Başvurma Sayılarının Gruplara Göre Dağılımı	28
<b>Tablo 4.5.</b> Çocukların AGTE Alt Ölçeklerinin Gruplara Göre Normallik Durumu	30
<b>Tablo 4.6.</b> Çocukların Ve Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre 3 Ayda Alınan AGTE Genel Gelişim Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı	32

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 3.1.</b> G* Power 3.1.9.2 Program ile Araştırma Öncesi Örneklem Hesaplaması	16
<b>Şekil 3.2.</b> G* Power 3.1.9.2 Program ile Araştırma Sonrası Araştırma Gücü	17
<b>Şekil 3.3.</b> Araştırmanın Akış Şeması	21



## KISALTMALAR VE SİMGELER

**°C:** Santigrat Derece

**UNICEF:** Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (United Nations Children's Fund)

**ÜSYE:** Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

**GİS:** Gastro İntestinal Sistem

**İV:** İntra Venöz

**AGTE:** Ankara Gelişim Tarama Envanteri

**DB:** Dil Bilişsel

**İM:** İnce Motor

**KM:** Kaba Motor

**SB-ÖB:** Sosyal Bilişsel ve Öz bakım

## ÖZET

### ACIL SERVİSE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN 0-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARA YAPILAN EV ZİYARETLERİNİN BÜYÜME GELİŞMEYE, TEKRAR HASTANEYE BAŞVURMAYA ETKİSİ

**Seher GÜZELAKÇAKAYA**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**

Bu araştırmanın amacı, acil servise ateş şikâyeti ile başvuran 0-5 yaşındaki çocuklara yapılan ev ziyaretlerinin büyüme gelişmeye ve tekrar hastaneye başvurmaya etkisini saptamaktır. Randomize olmayan kontrollü çalışma olan bu araştırmanın örneklemini; 31 deney 31 kontrol olmak üzere 3 yaşındaki 62 çocuk oluşturmaktadır. Araştırma verilerinin toplanmasında anket formu, 3 yaşındaki çocuklara ait evde izlem ve bakım formu ve Ankara gelişim tarama envanteri (AGTE) kullanılmıştır. Deney grubundaki çocuklara 3 ay boyunca ayda bir defa ev ziyaretleri ile bakım ve izlemler yapılmıştır. Kontrol grubuna ise hastanede ve evde olmak üzere iki görüşme yapılmıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics v.22.0 paket programında tanımlayıcı istatistik, independent samples t-testi, ki-kare testi ve fisher's exact testi kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm analizler için 0,05'in altındaki p değeri anlamlı kabul edilmiştir. Bu çalışmanın bulgularına bakıldığında; AGTE genel gelişim puan ortalaması 1. ayda deney (122,42±4,5) ve kontrol grubunda (123,45±4,0) hemen hemen aynı iken ( $p>0.05$ ), 3. ayda deney grubu (131.74±4.1) kontrol grubuna (124,19±3,8) göre daha fazla artış göstermiştir ( $p<0,05$ ). AGTE T tablosuna göre normal olan çocukların oranı 1. ayda deney ve kontrol grubunda aynı iken (%61,3,  $p>0.05$ ), 3. ayda ise bu oranların deney grubunda (%96,8) artış gösterirken, kontrol grubunda (%41,9) azaldığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Toplamda çocukların %30,6'sının AGTE T tablosuna göre normal olmadığı görülmüştür. Çocukların ateş şikayeti ile hastaneye tekrar başvurma ortalamasının 3. ayda deney grubunda 0.26±0.4, kontrol grubunda 0,65±0,5 olarak hesaplanmıştır ( $p<0.05$ ). Sonuç olarak bu araştırma, hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretlerinin hem çocukların büyüme ve gelişimi üzerinde etkili olduğunu hem de ateş şikayetiyle hastaneye tekrar başvuru sayısını azalttığını saptamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ateş, Çocuk, Ev Ziyareti, Hemşirelik, Büyüme Ve Gelişme, Acile Başvuru



## ABSTRACT

### THE EFFECT OF HOME VISITS TO CHILDREN AGED 0-5 YEARS ADMITTED TO THE EMERGENCY SERVICE WITH THE COMPLAINT OF FEVER ON GROWTH AND DEVELOPMENT AND READMISSION TO HOSPITAL

Seher GÜZELAKÇAKAYA

The aim of this research was to determine the effect of home visits to 0-5 year old children admitted to the emergency service with the symptom of fever on growth and development and readmission to the hospital. The sample of this non-randomized controlled research consisted of 62 3 year old children, 31 intervention and 31 control. A survey form, at home follow-up and care form for 3 year old children and Ankara developmental screening inventory were used to collect the data. Children in the intervention group were cared for and monitored with home visits once a month for 3 months. In the control group, 2 interviews were conducted in the hospital and at home. The data obtained were analyzed using descriptive statistics, independent samples t-test, chi-square test and fisher's exact test in IBM SPSS Statistics v.22.0 package program. For all analyses, p values below 0.05 were considered significant. In the results of this study, while the mean score of AGTE general development was almost the same in the intervention group (122.42±4.5) and the control group (123.45±4.0) in the 1st month ( $p>0.05$ ), the intervention group (131.74±4.1) showed a higher increase than the control group (124.19±3.8) in the 3rd month. ( $p<0.05$ ). While the rate of children who were normal according to the AGTE T table was the same in the intervention and control groups in the 1st month (61.3%,  $p>0.05$ ), it was found that these rates increased in the intervention group (96.8%) and decreased in the control group (41.9%) in the 3rd month ( $p<0.05$ ). In total, 30.6% of the children were found to be not normal according to the AGTE T table. The mean number of readmission to the hospital with children's fever symptom was 0.26±0.4 in the intervention group and 0.65±0.5 in the control group at 3 months ( $p<0.05$ ). In conclusion, this research has shown that home visits by nurses have both an effect on children's growth and development and reduce the number of readmissions to hospital with fever symptom.

**Keywords:** Fever, Child, Home Visit, Nursing, Growth and Development, Emergency Admission

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocuklarda en sık görülen şikâyetlerden biri ateştir (1-6). Ateş çocukluk hastalıklarının çoğunluğunda görülen ve ilk fark edilen bir bulgu olduğu için ebeveynlerde paniğe yol açmaktadır (1,2,7-10). Bu sebeple çocukluk döneminde olan ateş şikâyeti, acil servise olan başvuruların çoğunluğunu kapsamakta ve bu yüzden hastanelerde önemli bir iş yükü oluşturmaktadır (2-4,11). Yurt dışında yapılan çalışmalarda; 12 yaşından küçük çocukların %31,1'inin ateş şikâyeti ile sağlık kuruluşuna başvurduğunu (4), acile başvuran çocukluk çağı ateş konsültasyonlarının %92'sinden fazlasının, ikinci basamağa sevk edilmesine gerek duyulmadığı saptanmıştır (5). Sekiz farklı Avrupa ülkesi dahil çok merkezli çalışmada ise acil servise başvuran ateşli çocukların %84,4'ü, eşlik eden bir hastalık olmadığı belirtilmiştir (6). Ülkemizde yapılan ve 4 yıllık verileri içeren bir çalışmada ise, ebeveynlerin %22,3'ünün çocuklarını ateş şikâyeti ile acil servise götürdüklerini göstermiştir (2).

Çocukluk evresi ateşin erken safhada anlaşılması, doğru müdahalenin, uygun zamanda ve doğru yöntemle gerçekleştirilmesi çocuğun ateşe yönelik komplikasyonlardan korunmasında etkili olmaktadır (1,2,9,10). Ancak yapılan araştırmalarda ebeveynlerin evde ateşin kontrol altına alınması, ateşli çocuğun bakımı gibi konularda bilgi eksiklikleri olduğunu ve yanlış uygulamalara başvurduklarını göstermiştir (7-10). Eksik veya yanlış bilgi ve uygulamalardan dolayı çocuğun ateşi düşmemekte hatta daha fazla yükselmekte olup ebeveynlerin ateş şikâyeti ile tekrar hastaneye başvurmalarına ve çocuğun büyüme gelişmesinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır (1,12-14). Taburcu olduktan sonra kısa bir süre içinde, acil servise tekrar başvurular birkaç nedenden dolayı önemlidir. Bu nedenler ise; aynı şikâyetle tekrar başvuru yapmak, bir hastalığın teşhisinde veya hastalığın ilerlemesinde önceden bir hata olasılığı artırmakta, bu yüzden daha fazla tahlil ve muayene yapılmakta, hastanın hastanede kalma süresi uzamakta ve hastanede kalabalığın artmasına neden olmaktadır (11). Bu yüzden çocukluk çağı ateşine yönelik müdahaleler oldukça önemlidir.

Çocukluk çağı ateşinin sağlık hizmetine olan iş yükünü düşürmek, tekrarlı başvuruları azaltmak, çocukların ve ailelerinin sağlığını korumak ve geliştirmek için hangi yönetim stratejilerinin (telefon tavsiyesi, ilaç tedavisi, ev ziyaretleri) olduğu büyük ölçüde bilinmemekte veya bu kanıtlar yok denecek kadar azdır (1,3,14). Bu sebeplerden

dolayı çocuk sağlığının temel göstergesi olan büyüme ve gelişmenin izlenmesi, çocukların hastalık durumunun erken tanılanmasında ve yapılacak ev ziyaretlerinin etkili bir strateji olup olmadığına yönelik araştırmalara ihtiyaç vardır.

Ev ziyaretleri ile yapılan hizmet; sağlıklı toplumların yaratılmasına, birey, aile ve toplum gruplarına birçok alanda bütüncül bir sağlık bakımının sunulmasına imkn vermektedir (15). Ev ziyaretleri halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin önemli ve vazgeçilmez bir parçasıdır. Çünkü halk sağlığı hemşirelerinin temel sorumluluğu; bireylerin, özellikle risklerin fazla olduğu 0-6 yaş grubu çocukların evde sağlık izlemlerini yapmak ve bakımlarını üstlenmektir. Böylece ev ziyaretleri ile ocuk sağlığı için risklerin zamanında tespit edilebilmesi, önlenmesi ve böylece çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişmenin sağlanması mümkün olmaktadır. Ev ziyaretleri ile yapılan hizmetler özellikle sosyal ve ekonomik olarak dezavantajlı olan, ocuk ve kadın nüfusu yoğun olan ve gelişmekte olan ülkelerde çok daha önemli ve vazgeçilmez olmaktadır (1,15-17).

Ülkemizde ocuk nüfusunun en fazla olduğu şanlıurfa ili 2021 yılında 3,81 ile toplam doğurganlık hızının en yüksek olduğu ildir (18). Aynı zamanda şanlıurfa bebek ölümlerinin (bebek ölüm hızı binde 15.3) en yüksek olduğu ikinci ildir (19). şanlıurfa merkeze en yakın olan Suruç ilçesinde bulunan tek devlet hastanesi acil servisine, günde 1000'nin üzerinde hasta başvurusu yapılmaktadır. Bu başvuruların %34'n (Ağustos 2022) ateş şikâyeti oluşturmakta ve ateş şikâyeti ile gelen çocukların %.56,0'ını 3 yaşında olan çocuklar oluşturmaktadır. Bir çalışmada ise bu sonuçları destekleyecek şekilde hem acile başvurmada hem de tekrarlı başvurularda en büyük oranın 3 yaş ve altındaki çocuklar olduğu saptanmıştır (11).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı; bu araştırmanın amacı, acil serviste ateş şikâyeti ile başvuran 0-5 yaşında çocuklara yapılan ev ziyaretlerinin büyüme gelişmeye ve tekrar hastaneye başvurmaya etkisini saptamaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ateş

#### 2.1.1. Tanımı

Ateş, vücudun enfeksiyona karşı tepki vermesinin sonucudur ve ateşin ölçüldüğü bölgeye göre normal sıcaklığın 1°C veya daha üzerinde olmasıdır (20-22). Normal vücut sıcaklığı 37°C civarında kabul edilmektedir (23) ve vücut bu sıcaklığı çoğu zaman dengede tutar (24). Ancak ateşli hastalıklar, çevresel ısı değişimleri, yaş, hormonal değişiklikler, aktivite vb. birçok faktör vücut sıcaklığında dengesizliklere yol açabilmektedir (25). Sıcaklık ölçümünün; oral 37.8 °C, aksiller 37.2 °C, rektal ve timpanik 38 °C'nin üzerinde olması ateş olarak tanımlanmaktadır (26-28).

#### 2.1.2. Ateşin Yararları

- Makrofajların invazyon yapan bakterileri öldürme kabiliyeti artar.
- Serum demiri düşer, ferritin artar, serbest demir azalır. Yüksek ısıda demir ihtiyacı artan patojen bakteriler çoğalamaz.
- Bakterilerin büyümesi için gerekli olan glikoz oluşumu azalır, proteoliz ve lipoliz artar.
- İştahsızlık nedeniyle kana glikoz geçişi azalır.
- Halsizlik ve dinlenme eğilimi kasların enerji ihtiyacını azaltır.
- Karaciğerde akut faz reaktanlarının yapımı artar. Bu proteinlerden bazıları birçok mikroorganizma için gerekli olan iki değerli katyonları bağlar (29,30).

#### 2.1.3. Ateşin Zararları

- Vücut ısısındaki her 1°C artış vücudun oksijen gereksinimini yaklaşık %10 arttırmaktadır (31).
- Ateş ile metabolik hızın, oksijen tüketiminin, karbondioksit üretiminin artmasından dolayı kardiyovasküler sistem ve serebral kanlanma üzerindeki stres artmaktadır (26).
- Çocuklarda kas kütlesi kaybı ve kilo kaybı artar.
- Çocukta; halsizlik, baş dönmesi, ışığa duyarlılık, nabızda artış, solunumun hızlanması ve vücutta ter oluşumu gibi tepkiler ortaya çıkabilir (32-34).

- Yüksek ateş febril konvülziyonlara neden olabilir. Yaklaşık tüm ateşli çocukların %4'ünde görülür. Febril konvülziyon genellikle ateş yükselmeye başladığı ilk dönemde veya 40 °C üzerinde olur. Febril konvülziyonlar kalıcı nörolojik hasar bırakmaz ve kendiliğinden düzelir (35-38).
- Isı şoku: Ateş genellikle 42 °C üzerindeyken hipotalamustaki ısı regülasyon merkezindeki hasar sonucu deliryum, koma ve anhidrozla karakterize bir durumdur. Tedavi edilmezse mortalitesi yüksektir. Sağ kalanlarda nörolojik hasar kalabilir (27).

#### **2.1.4. Ateşin Kademeleri (aksiller ölçüme göre)**

Normal vücut ısısı: 36,5-37,2 °C

Subfebril ateş: 37,2- 38,4 °C

Hafif ateş: 38- 38,5 °C

Orta ateş: 38,5- 39 °C

Yüksek ateş: 39- 40 °C

Hiper ateş: 40-43 °C şeklinde değerlendirilmektedir (27).

#### **2.1.5. Ateşli Çocuğa Hemşirelik Yaklaşımı**

Çocuklarda, ateşin birçok şekilde ortaya çıkması nedeniyle, ateşin kaynağını bulmak ve ateşi tanımlamak zor olabilmektedir (39). Bu nedenle ateşli çocukta, öykü ve fizik muayene çok önemlidir.

Çocuğun; yaş grubu, bağışıklama durumu, ikincil bir hastalığının olması, ateşin hangi değerde olduğu ve ne kadar sürdüğü, beraberinde başka belirtilerin olması, besin alımı, ilaç kullanımı, konvülziyon durumu, çocuğun hareketleri, uyku düzeni, çevreye karşı ilgisinde değişiklik, burun akıntısı, öksürme, soluk almada zorluk, hırıltılı solunum, enterit, kalıtsal, metabolik ve kronik bir hastalığın varlığı sorgulanmalıdır (40).

Ateşi olan çocukta, hayati değerler (solunum sayısı, kalp atım hızı) ve kapiller dolun süresi kesinlikle dikkatlice değerlendirilip çocuğun bulguları kayıt altına alınmalıdır. Çocuğun dolaşım problemi bulgusu varsa, anormal kalp atım hızı, kapiller dolun zamanının uzaması ve kan basıncının değerlendirilmesi gerekmektedir(41,42).

## **2.2. Büyüme ve Gelişme**

### **2.2.1. Tanımı**

Sağlıklı çocuk, hastalık bulguları göstermeyen, kronolojik yaşına uygun fiziksel ve zihinsel büyüme ve gelişmesi olan çocuktur (43,44). Döllenmeden başlayarak fiziksel, dil, zihinsel, sosyal ve duygusal yönden insan yaşamı boyunca düzenli, uyumlu ve sürekli ilerleme kaydeden, büyüme ve olgunlaşmayı da içeren değişme ve hareket örüntüsüne gelişim denmektedir (45-48).

Vücut gelişiminin hızlı olduğu 3-6 yaş döneminde çocukların sağlık gelişimi sosyoekonomik durumu, beslenme tarzı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, çevresel faktörler, ev ortamı ve hijyen şartları gibi birçok olumsuz nedenlerden etkilenmektedir (49). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun (UNICEF) 2018'de yayınlanan 2017 yılı verilerine göre tüm dünyada yaklaşık olarak beş yaşından küçük her dört çocuktan birinin bodur olduğu ve bunun nedeninin de büyümenin en kritik evrelerinde maruz kalınan yetersiz beslenme olduğu açıklanmıştır (51).

Bireyin hayatının temelini oluşturan 0-6 yaş dönem özellikleri; motor, bilişsel, dil, öz bakım ve sosyal-duygusal gelişim alanlarında meydana gelen, bu gelişim alanlarının birbirlerini tamamladığı ve desteklediği süreçlerden oluşmaktadır (47,52).

Çocuklarda gelişim birçok alanda sınıflandırılır. Bu gelişim türleri aşağıdaki gibidir:

### **2.2.2. Motor Gelişim**

Motor beceri, fiziksel büyüme ve merkezi sinir sisteminin gelişmesiyle organizmanın isteğe bağlı olarak hareket kazanması şeklinde tanımlanmaktadır. "Motor" kelime anlamı olarak "hareket" anlamına gelmektedir. Motor gelişim, doğum öncesi dönemden başlayarak hayat boyu devam eden hareketlere ilişkin davranışlarda meydana gelen değişimleri ele almakta ve incelemektedir. Gallahue, çocuklardaki motor gelişimi hem hareket becerilerinin gelişimi hem de fiziksel yeterliklerinin gelişimi olarak tanımlamıştır (53,54). Motor gelişimi ikiye ayırılır. Bunlar;

Kaba Motor Gelişimi; baş, gövde, kol ve bacakların hareketlerini içerir. Bu hareketler aynı zamanda vücudun genel hareketleri ile dengesini de kapsamaktadır. Gelişimsel süreç içerisinde kaba motor gelişimi, baştan ayağa doğru bir gelişim süreci

içermektedir. Çocukların yaşlarının büyümesine bağlı olarak bu gelişim süreci baştan gövdeye yönelmektedir (55,56).

Bulunulan konumu bir noktadan başka bir noktaya doğru değiştirmeyi içeren ve lokomotor hareketler olarak adlandırılan yürüme, koşma, atlama, zıplama, sıçrama vb. gibi davranışların (57) yanı sıra, yer değiştirmeksizin yapılan yani lokomotor olmayan hareketler olarak adlandırılan eğilme, sallanma, dönme, itme, çekme gibi hareketler de yer almaktadır (55).

İnce Motor Gelişimi, el ve ayağın kullanılmasını içerir. Bilişsel gelişimin ilerlemesiyle bağlantılı olarak gelişen küçük kas motor beceriler, öz bakım becerilerinden giyinme, çıkarma, yemek yeme, el yıkama, diş fırçalama, düğme ilikleme gibi beceriler ile erken çocukluk döneminde yapılan karalamalar, resim çizme, oyun hamurlarına şekil verme, kesme, katlama, yırtma, yapıştırma, ipe boncuk dizme gibi etkinlikler çocukların el-göz koordinasyonlarını geliştirmelerinin yanı sıra sinir kas uyumuna da katkı sağlamaktadır (58).

### **2.2.3. Bilişsel Gelişim**

Biliş; anlama, düşünme, bilgi edinme, bellek, akıl yürütme, sorun çözme ve algılama gibi zihinsel süreçleri içermektedir (60,61). Bilişsel gelişim ise; kişinin öğrenmesini, bilgiyi işlemesini, dili anlamasını ve iletişim becerilerini, dikkatini yoğunlaştırmasını, hafızasını etkili bir şekilde kullanabilmesini, hayal gücünü ve yaratıcılığını ifade etmektedir (46, 62-64). Bilişsel gelişim çocuk doğduktan itibaren duyularıyla çevresindeki nesnelere hakkında düşünmesini ve ilerleyen zamanlarda daha da karmaşık düşünerek dünyayı anlamasına yardımcı olmayı sağlamaktadır (64,65).

### **2.2.4. Dil Gelişimi**

Owens (1984)'e göre dil gelişimi, bir bireyin düşündüğü şeyleri (olayları, durumları veya fikirlerini) semboller yoluyla motor kaslarını kullanarak sözel ifade ile anlatabilme becerisindeki gelişmedir (47).

Bir kişinin dil gelişiminin sağlıklı olabilmesi için beyin hücrelerinin belli bir olgunluğa erişmesi, kişinin sağlıklı ve dili konuşabilmek için donanımlı bir yapısının olması (konuşmayı oluşturan organlar ve anlamayı sağlayan bir biliş), model alarak öğreneceği ve kendini ifade edebileceği bir çevreye sahip olması gerekmektedir (66,67).

### **2.2.5. Sosyal-Duygusal Gelişim**

Çocuğun içinde yaşadığı topluma uyum sağlama, topluluk kurallarına uyma ve bu kurallara duyarlılık geliştirme, çevresiyle geçinebilme, toplumun beklentilerine uygun hareket etme, toplumdaki bireyler gibi davranabilme, iletişim ve empati kurabilme becerisi ve yeteneğini kullanarak kendini gerçekleştirme sürecidir (63,68). Gander ve Gardiner (1998)'e göre sosyal-duygusal gelişim sürecinde kişiler hayatları boyunca bir toplumun üyeleri olmalarını sağlayan bilgileri, inançları, davranışları ve değerleri öğrenmektedirler. Doğumdan sonraki ilk yıllarda bebeğin sosyal-duygusal gelişimi ile bilişsel gelişimi eşgüdümlü ilerlemektedir. Bilişsel gelişimi iyi bir şekilde desteklenen çocuğun daha etkin, keşfetmeye ve iletişime daha açık bir birey olmasını sağlamaktadır (69).

### **2.2.6. Öz Bakım Gelişimi**

Öz bakım gelişimi; bireyin yaşamını sürdürmek ve sağlıklı bir gelişim göstermek için kendi ihtiyaçlarını gidermesi ile ilgili becerileri kazanma sürecidir (66). Öz bakım becerileri, çocuğun kendi temizliğinin, bakımının ve gerekli ihtiyaçlarının görülmesini sağlayan becerileri içermektedir. Çocuğun ellerini yıkayabilmesi, giysilerini giymesi-çıkarması, kaşık tutabilmesi ve tuvalet eğitimini tamamlayarak bu alışkanlığı kazanması öz bakım becerilerine örneklerdir. Öz bakım becerilerinin kazanılmasında çocuğun ailesi ve yakın çevresindekilerin davranışları, tutumları, rol model olmaları ve iletişimleri büyük öneme sahiptir (70).

### **2.2.7. Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler**

Gelişim, hem genetik/biyolojik hem ailesel hem de çevresel faktörlerden etkilenebilmektedir. Gelişimi etkileyen doğum öncesi etmenler; annenin beslenmesi, ilaçlar, alkol kullanımı, enfeksiyonlar, gebelik toksemisi, kan uyuşmazlığı, duygusal durum, annenin yaşı, radyasyon, kromozoma ve gene bağlı özürler ve ırk gibi etmenlerdir. Doğum sırasında doğum travmaları yaşanabilmektedir. Doğum sonrasında ise bağımlılık, uyarıcı zenginliği veya yoksunluğu, çocuk yetiştirme yöntemleri gibi etmenler gelişimi etkileyen faktörlerdir (71,72). Tüm bu etmenler çocuğun yaşam boyu gelişimini olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Çünkü çocuklar, başta anne-baba veya bakım verenleri olmak üzere çevreleriyle sürekli bir etkileşim içindedirler. Bu etkileşimde bulunan bireyler, topluluklar ve okullar çocuğun gelişimini desteklemekte veya tam tersine gelişimine zarar verebilmektedir (70).

Büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörleri; doğum öncesi ve doğum sonrası faktörler, çevresel faktörler olmak üzere iki ana grupta toplayabiliriz.

Doğum öncesi faktörler;

- Genetik faktörler: Çocuğun döllenme anında edindiği genetik yapı ve taşıdığı genlerin birbirlerine karşılıklı etkisi büyüme gelişme potansiyelini belirler. Bu farklar kalıtımla ve genlerle ilgilidir. Genlere bağlı özellikler, yalnız normal kişiler arasındaki farklılıkları değil, çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını da etkiler (73,74).

- Hormonlar ve büyüme faktörleri: İnsülin benzeri büyüme faktörleri (IGF'ler) fetal büyüme üzerine en önemli etkiyi gösterir. Seks hormonları da fetal dönemde büyüme-gelişme potansiyelini belirler (74).

- Uterus içi ortam faktörleri: Fetüsün büyüme-gelişme potansiyelini belirler. Bu dönemde beslenme eksikliği kadar, fetal oksijen yetersizliği, annenin alkol kullanımı, iyot eksikliği, annenin sigara içmesi, annenin gebelikte geçirdiği enfeksiyonlar, maternal malnütrisyona bağlı uterus hipoplazisi, annede idrar yolu enfeksiyonu, gebelikte bilinçsiz ilaç kullanımı (kortikosteroid, thalidomid, radyoaktif maddeler, sitostatik ilaçlar vb), Rh uyuşmazlığı gibi birçok çeşitli neden fetal gelişimi olumsuz etkiler (74-76).

- Cinsiyet: Büyüme-gelişme süreci kız ve erkek çocuklarda farklıdır. Doğumda kızların vücut tartısı daha düşüktür. Aynı doğum kilosuna sahip kız ve erkek çocuklar kıyaslandığında, kızlar daha ileri bir gelişme düzeyi gösterirler. 10-11 yaşlarına kadar erkek çocuklar daha iri olurlar. 11-14 yaşlarında kızlarda ergenliğin erken başlaması ile kızlar erkeklerden daha iri duruma geçerler (76).

Doğum sonrası faktörler;

- Genetik faktörler: Genetik faktörler hem prenatal, hem de postnatal büyüme üzerine etkilidirler (75).

- Beslenme ve metabolik faktörler: Beslenme, büyümeyi etkileyen temel öğelerden biridir. Postnatal yaşamda uzun süreli protein ve enerji açığı kötü beslenmeye (malnütrisyon) yol açarak büyüme geriliğine neden olur. Bu durum özellikle hızlı büyümenin olduğu süt çocukluğu dönemi için önem taşır. Bu şekilde oluşan büyüme geriliği erken, uzun süreli ve yoğun olursa o oranda ağır büyüme geriliğine yol açar. Normal büyüme ancak yeterli bir beslenme ile gerçekleşebilir. Yapı ve enerji maddelerini besinlerle yeteri kadar sağlayamayan çocuk organizması ilk önce büyüme ve gelişmesini durdurarak yaşamını sürdürmeye çalışır (73-75).

- Hormonal faktörler: Büyümede, endokrin sistemin önemi büyüktür. Endokrin sistem, genetik programa uygun olarak beslenme ve diğer faktörlerin büyüme üzerine olan etkisini hedef dokulara ileten kompleks etkileşimli, önemli ve karmaşık bir sistemdir. Büyüme üzerine etkili endokrin sistemi; büyüme hormonu, tiroid hormonları, insülün, cins steroidleri, paratiroid hormonlar olarak sıralayabiliriz. Glukokortikoidlerin fazla olması büyümeyi engeller. Puberte döneminde seks hormonlarının artışı ile IGF-1 de artar (74,75).

- Kronik hastalıklar: Doğumdan sonra büyüme-gelişmenin devamı için önemli koşullardan biri sağlık durumunun iyi olmasıdır. Uzun ve süregelen hastalıklar çocukta, iştah azalması, büyüme faktörlerinin baskılanması, yetersiz besin alımı veya yetersiz sindirim, kronik hipoksi, kronik asidoz gibi vücut metabolizmasının olumsuz etkilenmesi sonucu büyüme üzerine baskılayıcı etki gösterirler. Doğumsal (kalp bozukluğu, böbrek tubuli bozukluğu vb.) veya edinsel (ensefalit, kronik nefrit vb.) hastalıklar, kronik gidişleri veya bıraktıkları kalıcı bozukluklarla büyüme ve gelişmeyi durdurur ve bozar (74,75).

Çevresel Faktörler; çocuğun gelişimi ve eğitimi ilk önce ailede başlamakta ve zamanla çevrenin etkisiyle çocuğun gelişimi ve davranışları şekillenebilmektedir (77-79). Çevresel faktörler arasında en başta beslenme gelmektedir. İklim ve coğrafi bölgenin etkileri şüpheli denecek kadar azdır. Sosyoekonomik düzey düştükçe beslenme imkânı azalıp bilgisizlik arttığından, genel beslenme yetersizliğine bağlı olarak, büyüme yavaşlar (73).

## **2.3. Ev Ziyaretleri**

### **2.3.1. Tanımı**

Ev ziyareti; Amerikan Aile Hekimliği Akademisi tarafından “bir ya da daha fazla sağlık ekibi üyesince hastanın evine yapılan programlanmış gözlem ziyareti” olarak tanımlanır (76). Ev ziyaretleri aile hekimliği uygulamalarının önemli bileşenlerindedir (80). Yapılan bir çalışmada ev ziyareti değerlendirmeleriyle ortalama dört yeni sağlık problemi tespit edilmiş. Bu sorunlar arasında cinsel işlev bozuklukları, yürüme ve denge bozuklukları, aşılanma yetersizlikleri ve hipertansiyon sayılmıştır ve bu sorunların poliklinik ortamında alınan bilgiler ile saptanamayacağı belirtilmiştir (81).

### 2.3.2. Evde Bakımın Sınıflandırması

Evde bakım; verilen bakımın özelliğine göre üç açıdan sınıflandırılmaktadır.

- Evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır.
- Evde bakım kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamı çoğu kez birbirinden farklılık gösterebilmektedir.
- Farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım ile aile bireylerin verdikleri evde bakımdır (82).

### 2.3.3. Ev Ziyareti Çeşitleri

Değerlendirme ev ziyareti; hastanın sağlık durumuna ev ortamının etkisinin değerlendirildiği bir araştırma ziyaretidir. Uzun süreli bakım gerektiren hastalara da faydalı olabilir. Eve bağlı hastaların işlevselliğinin korunması ve hastane yatışının önlenmesi veya geciktirilmesi amaçlanır. Ev içinde ve dışında güvenlik kusuru oluşturacak durumlar değerlendirilir. Aynı zamanda hastanın bakıcısının işlevinin değerlendirilerek bakım kalitesinin saptanması da önemlidir (83).

Hastalık ev ziyareti; yeni görülen akut acil durumda veya var olan kronik hastalıkların ani alevlenmesinde, evde karşılaşılan kaza durumunda hastanın talebi üzerine yapılır. Acil durumlarda eve gidilerek yapılan ziyaretler nadirdir. Bu uygulama genelde kırsal ve uzak yerleşim yerlerinde ön tanıyı koymak ve sonrası için atılacak adımları belirlemek için yapılır. Kronik rahatsızlığı olup engeli ve ulaşım zorluğu olan hastanın düzenli izlenmesi önemlidir. Sağlık problemine karşı davranışı, başa çıkabilme durumu değerlendirilir (76,84).

Taburculuk sonrası izlem ev ziyareti; yaşamda önemli bir değişim olduğu durumlarda yatış sonrası ev ziyareti önemlidir (83).

Ölümcül hastalığı olan hastaya ev ziyareti; eve bağımlı hale gelmiş terminal dönemde olan hastalara yapılan ziyaretlerdir. Genelde evde bakım ekibi ile koordineli gerçekleştirilir. Hasta yakınlarına tıbbi moral destek sağlanır. Bu destek bakım ve tedavi ile yaşamın son iki haftası acil servis başvuruları ve hastane yatışları azalmış, evinde yaşamı sonlanan hastaların sayısı artmıştır (85).

#### **2.3.4. Ev Ziyaretlerinde Hemşirenin Sorumlulukları**

Hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları “ilaç uygulama, gözlem ve kayıt, hastalık hakkında birey ve ailesini bilgilendirme ve sağlık eğitimi, alet ve malzemelerin hazır bulundurulması, sorumlu hekimin verdiği diğer görevleri yapma” şeklinde belirlenmiştir. Hemşirelik Yönetmeliğinde (2011) evde bakım hemşiresinin sorumlulukları: ev ortamını değerlendirme, bakım destek elemanlarının denetimini yapma, sağlık eğitimi, bireylerin istek ve şikâyetlerini dinleme, değerlendirme ve ilgili birimlere yönlendirme şeklinde belirtilmiştir (86,87).

Evde bakım hemşiresi çocuğa ve bakım vericilere hemşirelik rolleri ile sorumluluklarını yerinin getirir. Bu rolleri aşağıdakiler gibidir.

Bakım verici rolü; evde bakım hemşiresi, çocuğun ve bakım vericinin ihtiyaçlarını belirleyerek, bu ihtiyacı karşılamak için gerekli uygulamaları planlar ve yapar (88). Evde bakım hemşiresinin amacı çocuk ve ailesinin sağlıklarının sürdürülmesi, ev ortamında hastalık sürecine özel aile merkezli bakım becerilerinin geliştirilmesidir. Bakımın çok boyutlu ve karmaşık yapısı nedeniyle bakımda evde 12 bakım hemşirelerinin bireyselleştirilmiş evde bakım planı kullanmaları önerilmektedir (89).

Eğitici ve Danışman rolü; ailelerin ve bakım vericilerin çoğunlukla çocukların evde bakımı konusunda bilgi gereksinimine ihtiyacı vardır. Sağlık, tedavi ve yaşam biçimindeki değişimler hakkında çocuk ve bakım vericisine evde bakım hemşiresi bilgi sağlamalıdır. Evde bakım hemşiresi eğitici rolüyle bakım vericinin verilen bilgi ve beceriyi anlayıp anlamadığını ev ortamında objektif olarak kontrol edebilmektedir. Evde bakım hemşiresi etkili baş etme yöntemleri ve sosyal destek sistemleri konusunda aileye danışmanlık vermelidir (88,90).

Araştırmacı rolü; hemşire daha iyi bakım sunmak için yeni bilgileri araştırır, öğrenir ve uygular. Yeni bilgilerin uygulamaya aktarılmasını ve uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesini sağlar. Evde bakım hemşiresinin bakım vericilerin yaşam kalitesinin artırılması için çocuklarının hastalıkları, tedavisi ve evde bakımına yönelik bakım vericilerin ihtiyaç duyduğu yeni ve güncel bilgi sağlaması önemlidir (91).

Yönetici rolü; evde bakım hemşiresi hasta bakımının koordine edilmesinden ve yönetilmesinden sorumludur. Bu rolüyle bakım vericinin hemşirelik hizmetlerini ve eğitimlerini yönetmektedir (88).

Karar verici rolü; evde bakım hemşiresi hemşirelik süreci ile birlikte kritik düşünme ve karar verme becerisini kullanmalıdır. Hemşirelik bakımı sunulmadan önce, her bir hasta için en iyi bakım sunma yöntemini planlaması gerekmektedir (88).

Savunucu rolü; evde bakım hemşiresi hastayı bilgilendirme, karar vermesine yardım etme, gerektiğinde sözcülük yapma, tanı ve tedavilerin yan etki ve komplikasyonlarından korunma gibi işlevleri yerine getirmelidir (88). Hemşire bakım sırasında çocuğun haklarını korumalı ve bakımın profesyonel 13 standartlarda ve etik ilkelere uygun olarak yapılmasını sağlamalıdır (92).

### **2.3.5. Ev Ziyareti Basamakları**

Ev ziyareti, sağlık hizmetlerinin amaçlarını gerçekleştirmede önemlidir ve bir plan dahilinde yapılmalıdır. Ev ziyaretinin aşamaları şöyledir;

- Problemin (ihtiyacın) saptanması
- Hedefin belirlenmesi
- Ziyaretin planlanması
- Uygulanması
- Değerlendirilmesi (93).

## **2.4. Randomize Olmayan Çalışmalar İçin Trend Yöntemi**

### **2.4.1. Tanım**

Kanıtı dayalı sonuçlar çıkarmak, kanıt temelinin geliştirmek için rastgele ve rastgele olmayan tasarımlarla elde edilen verilerin kullanılmasını özellikle halk sağlığı uygulamaları için çok önemlidir. Çünkü halk sağlığında kararlar vermek için mevcut en iyi bilimsel bilgiyi kullanmayı gerektirmektedir. Araştırmanın zayıf ve eksik raporlanması, kanıt sentezini olumsuz etkilemekle beraber, kıt kaynakların da israfını neden olur. Bu durumları gidermeye yönelik bir strateji, raporlama kılavuzlarının geliştirilmesi, yayınlanması ve teşvik edilmesi olmuştur. Raporlama yönergeleri, açık ve şeffaf yöntemler kullanılarak geliştirilen belirli araştırma türlerinin raporlanmasında yazarlara yol gösteren kontrol listeleri, akış şemaları veya ayrıntılı metinlerdir. Bu yöntemlerden biri TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized

Designs) yöntemidir. TREND yöntemi, halk sağlığıyla ilgili alanlarda rastgele olmayan müdahale araştırması değerlendirmeleri için standartlaştırılmış ve şeffaf raporlama geliştirmeye yönelik ilk adım olarak önerilmektedir. Bu yönergeler, kullanılan teorilerin raporlanmasını ve müdahale ve karşılaştırma koşullarının açıklamalarını, araştırma tasarımını ve rastgele olmayan tasarımları kullanan değerlendirme çalışmalarında olası yanlışlıkları düzeltme yöntemlerini vurgulamaktadır. Ayrıca TREND yöntemi, randomize kontrollü deneyler için geliştirilmiş, geniş çapta benimsenen KONSolide Çalışma Raporlama Standartları (CONSORT) beyanını tamamlar. TREND bildirimini amacı, rastgele olmayan tasarımlarla değerlendirmelerin eksiksizliğini ve raporlanmasını iyileştirmektir. TREND bildirimi, müdahalelerin teorik temellerinin rapor edilmesini vurgular. Müdahalelerin altında yatan teorilerin açık bir şekilde ifade edilmesi, araya giren süreçlerin ölçülmesiyle birlikte, gerçekten randomize bir denemenin yokluğunda bile müdahalenin sonuca "neden" olma olasılığını değerlendirmek için kavramsal bir temel sağlamaya hizmet etmektedir (94-97).

#### **2.4.2. Trend Kontrol Listesi**

TREND kontrol listesinin, randomize kontrollü çalışmaların raporlanması için CONSORT kontrol listesiyle tutarlı olması amaçlanmıştır. Tabloda kalın yazı tipiyle sunulan öğeler, rastgele tasarımlar kullanılsın ya da kullanılsın özellikle davranışsal ve halk sağlığı müdahale çalışmaları ile ilgilidir. TREND kontrol listesi, rastgele olmayan tasarımlar kullanan tüm araştırmalar için değil, rastgele olmayan tasarımlar kullanan müdahale değerlendirme çalışmaları için önerilir. Müdahale değerlendirme çalışmaları zorunlu olarak incelenmekte olan tanımlanmış bir müdahaleyi ve müdahalenin etkinliğinin veya etkinliğinin değerlendirilmesini sağlayan bir araştırma tasarımını içerecektir. Bu nedenle, önerilen kontrol listemiz, teorik temel de dahil olmak üzere müdahalenin tanımını vurgular; karşılaştırma koşulunun açıklaması; sonuçların tam olarak raporlanması; ve sonuç verilerindeki olası önyargıları değerlendirmek için gereken tasarımla ilgili bilgilerin dahil edilmesini sağlar (94-97).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma; acil servise ateş şikâyeti ile başvuran 3 yaşındaki çocuklara hemşire tarafından ev ziyaretleri ile yapılan 3 aylık izlemlerin çocukların büyüme gelişmeye ve tekrar hastaneye başvurmaya etkisi saptamak amacıyla randomize olmayan kontrollü çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma randomize olmayan kontrollü çalışmaların standartlaştırılmış raporlamasına rehberlik etmek için özel olarak geliştirilmiş randomize olmayan tasarımlarda değerlendirmelerin şeffaf raporlanması TREND kılavuzuna uygun tasarlandı ve yürütüldü.

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

H1 Hipotezi; hemşire tarafından ev ziyareti ile 3 ay boyunca izlenen deney grubundaki çocukların AGTE toplam ve alt boyut puanları, ev ziyareti yapılmayan kontrol grubundaki çocukların puanlarına göre daha fazla olacaktır.

H2 Hipotezi: hemşire tarafından ev ziyareti ile 3 ay boyunca izlenen deney grubundaki çocukların tekrar hastaneye başvurma sayısı, ev ziyareti yapılmayan kontrol grubundaki çocuklara göre daha az olacaktır.

H0 Hipotezi: hemşire tarafından ev ziyareti ile 3 ay boyunca izlenen deney grubundaki çocukların AGTE toplam ve alt boyut puanları ve tekrar hastaneye başvurma sayısı, ev ziyareti yapılmayan kontrol grubundaki çocuklara göre bir farklılık olmayacaktır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Şanlıurfa ili Suroç ilçesinde, 6 Eylül-10 Aralık 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı yerler, Suroç Devlet Hastanesi acil servisi ve deney grubundaki bireylerin evleridir. Acil serviste günlük; altı pratisyen hekim, bir acil uzman hekimi, on hemşire ve diğer sağlık personeli çalışmaktadır. Hemşireler 24 saat kesintisiz nöbet şeklinde çalışmaktadır.

Son 1 ayda(Ağustos 2022) acile başvuran hastaların; %34'ü ateş, % 29'u ÜSYE (üst solunum yolu enfeksiyonları), %11'ü GİS (gastro intestinal sistem), %5'i hipertansiyon, %21'i diğer nedenlerle (hipotansiyon, hiperglisemi, hipoglisemi vb)

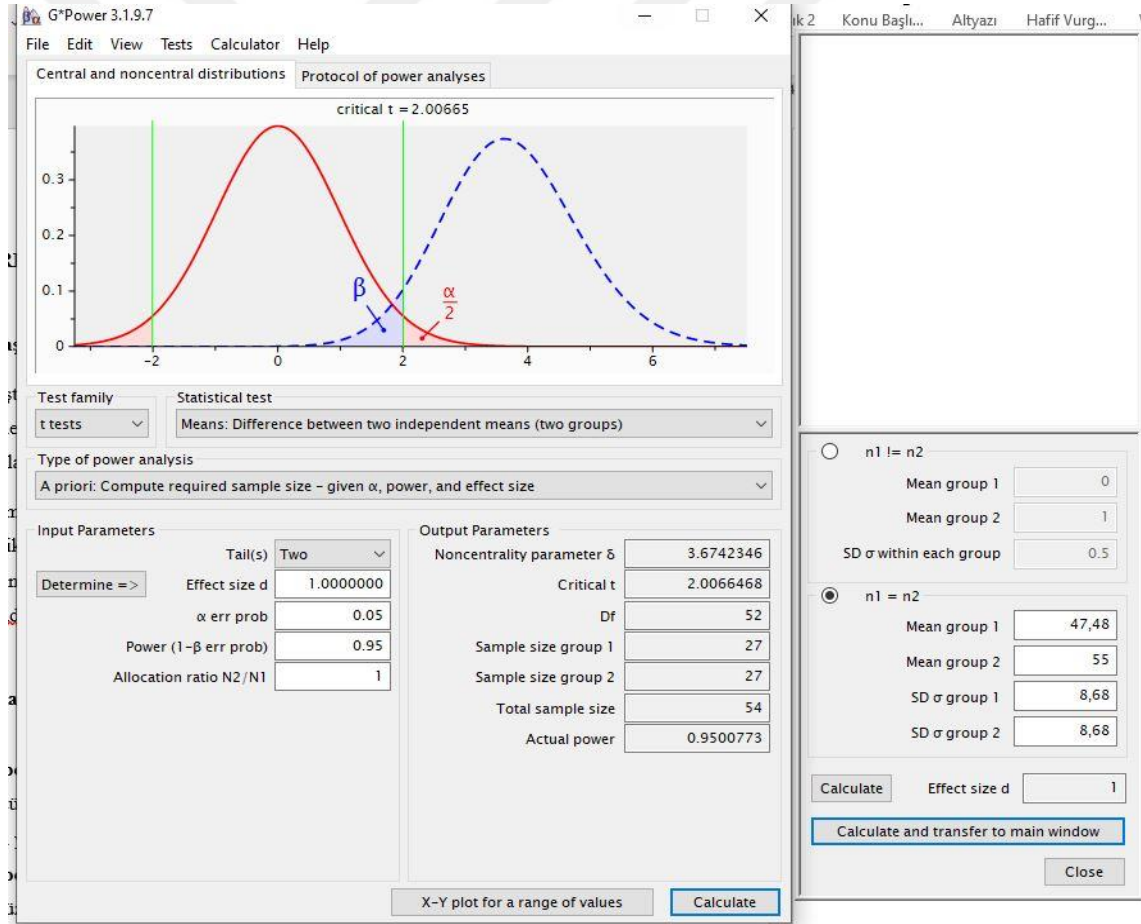
başvurmuştur. 6 Eylül-1 Ekim 2022 tarihleri arasında 143 çocuk (0-6 yaş) ateş şikâyeti ile acil servise başvurmuştur. Bu sayı acile başvuran hastaların %36'sı kadardır. Ateş şikâyeti ile gelen çocukların %56'sını 3 yaşındaki çocuklar oluşturmaktadır.

Ateşli çocukların acil serviste tedavi süreci ortalama 30-90 dakika arasındadır. Bu tedavi süreci aşağıdaki gibidir:

- Vital bulgular alınır.
- Ateş yüksek ise; antipiretik ilaçlar (ibuprofen, parasetamol şurup oral yolla) ve soğuk uygulama yapılır.
- Yarım saat sonra ateş kontrolü yapılır.
- Ateş normal seviyeye düşmüş ise taburcu edilir, düşmemiş ise IV (İntra venöz) yolla antipiretik yapılır.
- Yarım saat sonra tekrar ateş kontrolü yapılır.
- Ateş normal seviyeye düşmüş ise taburcu edilir, düşmemiş ise kan ve idrar tahlilleri yapıp hekim tarafından çocuk uzmanına danışılır.

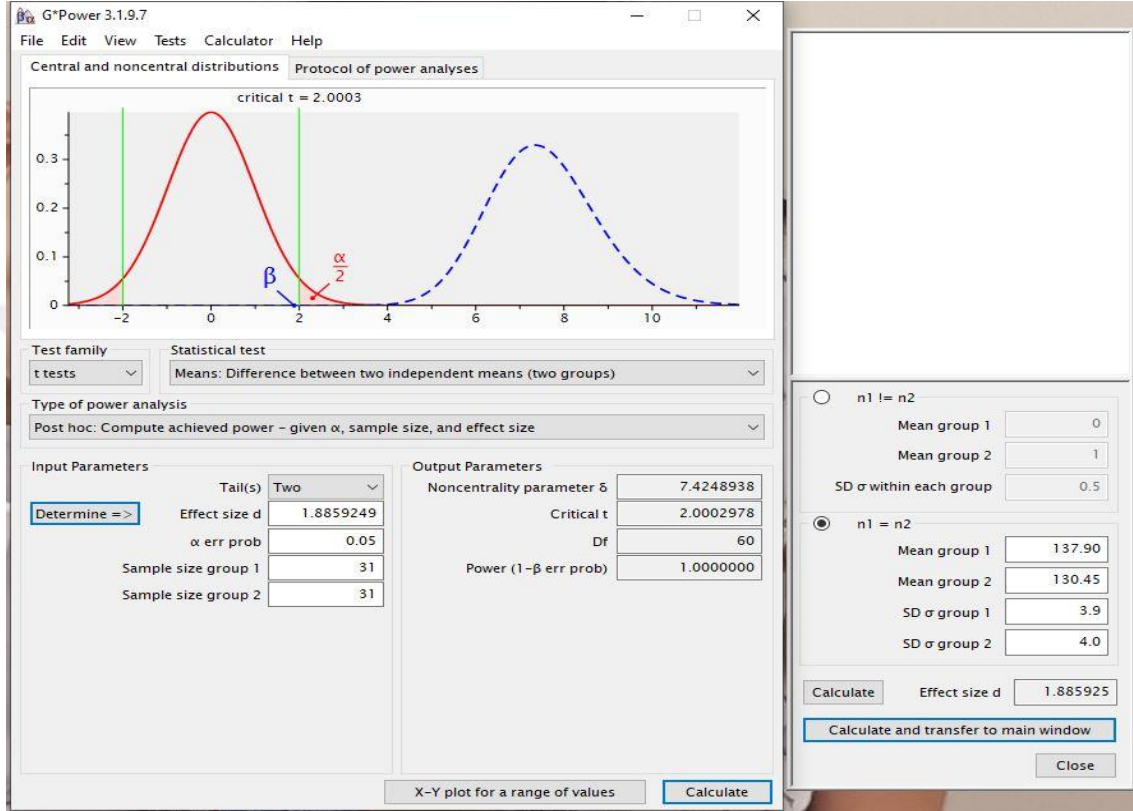
### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, 6 Eylül-1 Ekim 2022 tarihleri arasında, Şanlıurfa Suruç Devlet Hastanesine ateş şikâyeti ile başvuru yapan 3 yaşındaki 80 çocuktan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklem sayısını belirlemek için “G. Power-3.1.9.2” programında güç analizi yapılmıştır. Literatürde bu çalışmaya benzer bir çalışma olan Güneş’in (98) tez çalışmasında çocukların AGTE genel gelişim T puan ortalamasının  $47,48 \pm 8,68$ ’den 7 puanlık artışla  $55 \pm 8,68$  anlamlı kabul edilerek, iki bağımsız gruplarda çift yönlü hipotez kurulduğunda, %95 güç ve 0.05, tip-1 hata ile minimum örneklem büyüklüğü 54 kişi olarak hesaplanmıştır (Şekil 3.4.1). Çalışmanın gücünü artırmak ve araştırmadan ayrılma durumları göz önüne alınarak güç analizinde belirlenen örneklem sayısından daha fazla olan %15 oranında artırarak 31 deney, 31 kontrol grubu olmak üzere toplam 62 çocuk çalışmanın örnekleme olmuştur.



Şekil 3.1. G\* Power 3.1.9.2 Program ile Araştırma Öncesi Örneklem Hesaplaması

Araştırma sonrasında araştırma gücüne bakmak için yapılan Post-hoc güç analizde power (1- $\beta$ ) 1.00 çıkmış ve örneklem sayısı yeterli bulunmuştur. Ateş şikayeti ile gelen çocukların ebeveynlerine araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Sonrasında 1 deney 1 kontrol olacak şekilde rastgele olarak deney ve kontrol grubuna atamaları yapılmıştır.



Şekil 3.2. G\* Power 3.1.9.2 Program ile Araştırma Sonrası Araştırma Gücü

### 3.5. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Çocuğun 3 yaşında olması
- Acil servise ateş şikâyeti ile başvurması
- Çocuğun herhangi bir kronik hastalığının olmaması
- Ebeveynlerin Türkçe bilmesi
- Ebeveynlerin gönüllü olması
- 3 ay boyunca çocuğun takip edilmesi

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 3 yaşında olmayan çocuklar
- Ateş dışında başka bir şikayetle başvuran çocuklar
- 3 ay boyunca izlenmeyen çocuklar

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

Bağımsız değişkenler: Çocuk ve annenin sosyo-demografik özellikleri (Yaş, cinsiyet, aile geliri, eğitim durumu vb.).

Bağımlı değişkenler: Çocukların AGTE ölçeğinden aldıkları puanlar, hastaneye tekrar başvurma sayıları ve çocukların evde izlem ve bakım formunda bulunan çocuğa ait izlem bulguları.

### **3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Anket Formu (Ek 2); ilgili literatürün taranması (98) ve uzman görüşü ile hazırlanan anket formu 19 sorudan oluşmaktadır. Ankette 14 tane çoktan seçmeli, 5 açık uçlu soru bulunmaktadır. 6 soru ailenin sosyo-demografik özellikleri, 5 soru hastaneye başvuru sırasındaki değerlendirme hakkındadır.

3 Yaşındaki Çocuklara Ait Evde İzlem ve Bakım Formu (Ek 3); ilgili literatürden (99) yararlanarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form; çocuğun büyüme gelişmesini değerlendiren ölçüm bulguları, aşı durumu, muayene bulguları, gelişme durumu, beslenme durumu, ilaç durumu ve gözlem sonuçları şeklinde 7 bölümden oluşmaktadır.

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) (Ek-4); 0–6 yaş çocuklarının gelişimini ve becerilerini annelerden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir. Envanter, annelerin dışında çocuğun gelişimini yakından izleyen ve çocuğu iyi tanıyan, babalar ya da bakıcılar tarafından yanıtlanarak da kullanılabilir.

Savaşır, Sezgin ve Erol tarafından kültürümüze özgü olarak geliştirilen 154 maddelik Ankara Gelişim Tarama Envanteri her biri tek başına ayrı bir çalışma olarak beş aşamalı ön çalışma sonucunda geliştirilmiştir. AGTE’de 154 madde üzerinden alınan toplam puan, Genel Gelişimi yansıtmaktadır. Bu maddelerden 15’i 3 yaşındaki çocukları kapsamaktadır. Envanterin; Dil Bilişsel (DB), İnce Motor (İM), Kaba Motor (KM), Sosyal Beceri-Öz bakım (SB-ÖB) olmak üzere toplam 4 alt testi vardır. Alt testlerin

çeşitli gelişim testlerinde ve gelişim araştırmalarında belirtilen birbirleriyle ilişkili ancak birbirinden farklı, özel gelişim alanlarını değerlendirmeyi amaçladığı belirtilmektedir. AGTE'nin iç tutarlılığı üç farklı yaş aralığındaki (0-12 ay, 13-44 ay, 45-72 aylar) çocukların genel gelişim puanları üzerinden Cronbach's Alpha katsayıları ile hesaplanmış ve üç farklı yaş aralığında iç tutarlılığın (Cronbach's Alpha katsayısı: 0.80-0.99) oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Test-tekrar test güvenilirlik sonuçlarına bakıldığında, her bir yaş aralığı için iç tutarlılığın; 0.99, 0.98 ve 0.88 olduğu, Cronbach's Alpha katsayılarının ise 0.98, 0.97 ve 0.88 olduğu görülmektedir (100). Bu çalışmada genel toplam Cronbach's Alpha katsayısı 0.85 çıkmıştır. Envanter Alt Testleri;

Dil Bilişsel Gelişim; Toplam 65 maddeden oluşur, 5'i 3 yaşındaki çocukları kapsar. Basit ses ve sözel davranışlar ile karmaşık dil ifadeleri, dili anlama ve açık olarak ifade edebilme, basit problemleri çözme, sayı-zaman kavramı gibi becerileri kapsar.

İnce Motor Gelişim; Toplam 26 maddeden oluşur, 4'ü 3 yaşındaki çocukları kapsar. Basit el-göz koordinasyonundan, karmaşık ince motor davranışlara kadar uzanan görsel-motor becerileri kapsar.

Kaba Motor Gelişim; Toplam 24 maddeden oluşur, 1'i 3 yaşındaki çocukları kapsar. Hareket ve hareketle ilişkili kuvvet, denge ve koordinasyonu içerir.

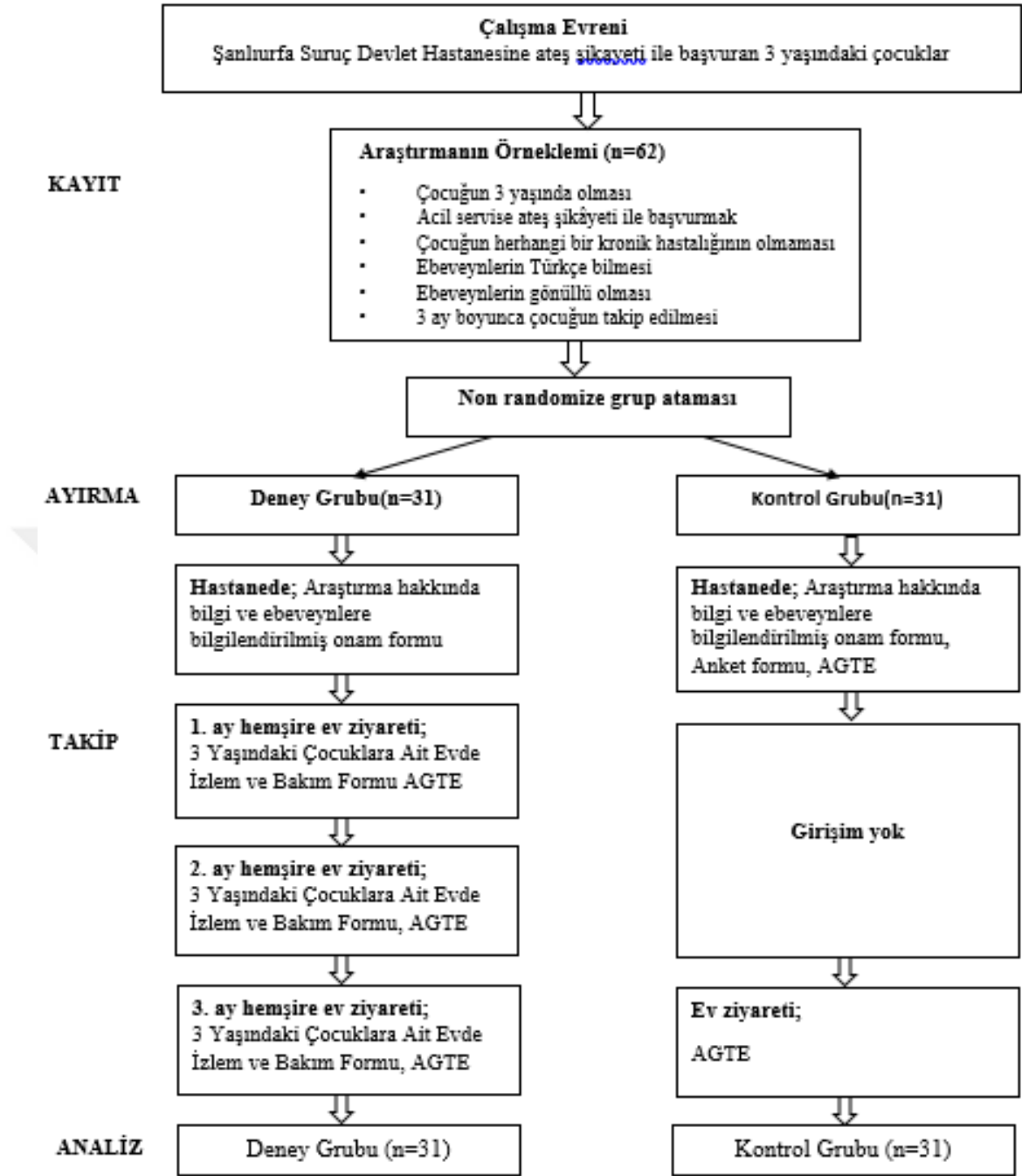
Sosyal Beceri-Öz Bakım Gelişimi; Toplam 39 maddeden oluşur, 5'i 3 yaşındaki çocukları kapsar. Yeme-içme, tuvalet temizliği ve giyinme gibi öz bakım alışkanlıkları ile özerklik, sosyal etkileşim ve karar verme gibi özelliklerin genel bir ölçümünü verir.

AGTE Uygulama;

- Çocuğun yaşına uygun dilimden başlanarak anneye ya da çocuğa temel bakım veren ebeveyne sorular tek tek sırayla sorularak başlanır.
- Anne ve babadan birlikte de bilgi alınabilir.
- Yanıt "evet" ise kayıt formunda o soru için ayrılan kutuya 1, yanıt "hayır" ise 0 yazılır.
- Bilgi veren kişi çocuğun belli bir davranışı yapıp yapmadığını bilmiyor ise ya da emin değilse, kutuya "B" yazılır.
- Eğer çocuğu gözleme olanağı varsa ve uygulayıcı o davranışı çocuğun yapabildiğini gözlemlemişse anne bilmese de "evet" şeklinde işaretlenir.
- Anne üst üste 8 soruyu olumsuz cevapladığı zaman görüşme bitirilir.

- Annenin verdiği cevaplar doğrultusunda genel gelişim ve alt ölçek puanları hesaplanır.

Gelişim puanlarını yorumlamak amacıyla iki çeşit profil bulunmaktadır; genel gelişim puanı ve T puanı. Genel gelişim puanı tüm alt puanlarının toplamından oluşur ve cetvel üzerinde denk geldiği kısma göre gelişim düzeyi yorumlanır. T Puanı ise çocuğun genel gelişiminin normal dağılımın neresine düştüğünü göstermek amacıyla kullanılır. Çocuğun genel gelişim puanı hesaplandıktan sonra, T puan tablosunda çocuğun yaşının sütununun altına, hesaplanan puan yazılır. Tablodan çocuğun elde ettiği ham puana karşılık gelen T puanı bulunur. Ortalama T puanı 50 olarak kabul edilmektedir. 50 T puanı karşılığında ham puanlar ortalamayı, 60 ve 40 T puanı karşılığı ham puanlar ortalamadan bir standart sapma uzaklığı, 70 ve 30 T puanı karşılığında ham puanlar ise ortalamadan iki standart sapma uzaklığı göstermektedir. Çocuğun ham puanına denk gelen T puanı, 40'ın üstünde ise çocuğun gelişiminin yaşına uygun olduğu, T puanı 35 ve altında ise gelişiminin yaş düzeyinden geri olabileceği ifade edilmektedir. T puanı yükseldikçe mental-motor gelişiminin daha iyi olduğundan söz edilebilir.



Şekil 3.3. Araştırmanın Akış Şeması

### 3.8. Araştırmanın Uygulama Basamakları

#### 3.8.1. Deney Grubu

1. ziyaret; araştırmacı deney grubunda olan çocuklara hastaneden taburcu olduktan ilk 15 gün içerisinde ev ziyareti yapacağı bilgisini vererek ev ziyareti için randevu alınmıştır. İlk ziyaretler 04 Ekim 2022 tarihinde başlanmış 15 Ekim 2022 tarihinde tamamlanmıştır. Araştırmacı evlerinin yakınlık durumuna göre bir günde en fazla 3 ziyaret yapmıştır. Birinci ev ziyaretleri en az 40 dakika en fazla 60 dakika sürmüştür. Ev ziyaretlerinde 3 yaşındaki çocuklara yönelik hazırlanan evde izlem ve bakım formuna göre çocukların büyüme gelişmeye yönelik muayene, izlem ve bakımları yapılmıştır. Acilden sonra ateş şikayetinin devam edip etmediği sorgulanmış, buna yönelik bakım ve anneye de eğitimler verilmiştir. Eğitimler daha çok ateş çıkmaması için yapılacaklar, ateş çıktıktan sonra yapılacaklar ve acilde reçete edilen ilaçların kullanımına yöneliktir. Ev ziyareti sırasında yaşanan ortamın düzeni ve hijyen durumu, annenin çocuğa olan davranış ve bakımı gözlemlenmiştir. Anneye; çocuğun yaşına uygun beslenme, hijyen ve öz bakım, tuvalet eğitimi konularında eğitim verilmiştir (101). Bir sonraki ev ziyareti için planlama ve randevu kaydı oluşturulmuştur.

2. ziyaret; bu ziyaret birinci ziyaretten bir ay sonra yapılmıştır. Ziyaretler 5 Kasım 2022 tarihinde başlanmış 16 Kasım 2022 tarihinde tamamlanmıştır. 3 yaşındaki çocukların evde izlem ve bakım formuna göre izlem, muayene ve bakımları yapılmıştır. İkinci ev ziyareti en az 50 dakika en fazla 90 dakika sürmüştür. Anneye; çocukla sağlıklı iletişim, fiziksel aktivite ve zihinsel gelişimine yardımcı olacak oyunlar ile ilgili eğitimler verilmiştir (101). Bir önceki ziyarette verilen eğitimlerin uygulanma durumu sorgulanıp, unuttuğu kısımlarda özet geçilmiştir. Bir sonraki ev ziyareti için planlama ve randevu kaydı oluşturulmuştur.

3. ziyaret; bu ziyaret ikinci ziyaretten bir ay sonra yapılmıştır. Ziyaretler 5 Aralık 2022 tarihinde başlanmış 15 Aralık 2022 tarihinde tamamlanmıştır. 3 yaşındaki çocukların evde izlem ve bakım formuna göre izlem, muayene ve bakımları yapılmıştır. Üçüncü ev ziyareti en az 50 dakika en fazla 90 dakika sürmüştür. Bu ziyaret araştırmanın son ziyareti olduğuna dair gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra 3 aylık yapılanlar gözden geçirilmiş, eksik olan eğitimler ve bakımlar tekrarlanmıştır.

### **3.8.2. Kontrol grubu**

İlk görüşme; kontrol grubuna ilk görüşme hastane ortamında gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmeler 6 Eylül 2022 tarihinde başlanmış, 1 Ekim 2022 tarihinde tamamlanmıştır. Görüşme çocuğun ateşi stabil olduktan sonra ve taburcu olmadan 1 saat önce hemşire odasında yapılmıştır. Araştırma hakkında bilgilendirme yapıp; ebeveynlere bilgilendirilmiş onam formu, anket formu, AGTE doldurulmuştur. İlk görüşme en az 15 dakika en fazla 25 dakika sürmüştür.

Son görüşme; kontrol grubunun bireyleri telefon ile aranıp gerekli açıklamalar yapıp randevu oluşturulduktan sonra, ikinci izlemleri 4 Aralık 2022 tarihinde başlanmış 12 Aralık 2022 tarihinde tamamlanmıştır. Ziyaret sırasında AGTE uygulanıp görüşme sonlandırılmıştır. İkinci izlemler en az 25 dakika en fazla 40 dakika sürmüştür.

### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Bilgilendirilmiş Onam Formu; çalışma Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yürütülmüş ve tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-5).

Etik Kurul Onayı; çalışma için Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (15.11.2021 tarih 20 no'lu oturum ve 21 sayılı karar) onay alınmıştır (Ek-6).

İl Sağlık Müdürlüğü Onayı; etik kurul izinin çıkmasından hemen sonra Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu'ndan onay alınmıştır (Ek-7).

Kurum İzni; örneklemin belirleneceği kurum olan Şanlıurfa Suruç Devlet Hastanesi'nden onay alınmıştır (EK-8).

### **3.10. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi**

Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics v.22.0 paket programına kaydedilerek değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma değerler; nominal değişkenler için sayı ve yüzde kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları kolmogorov-smirnov, normal dağılım grafikleri, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayı değerleri birlikte incelenerek belirlenmiştir. Sürekli değişkenler yönünden farkın önemliliği independent samples t-

testi, ki-kare testi ve fisher's exact testi ile araştırılmıştır. Tüm analizler için 0,05'in altındaki p değeri anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları**

Bu çalışmada, örneklem sayısının fazla olması ve araştırma gücünün yüksek çıkması araştırmanın güçlü yanlarından birisidir. Araştırmanın tek bir ilçedeki çocuklardan seçilmiş olması, çocukların sosyoekonomik ve sosyokültürel durumu ülkemizdeki çocukları temsil etmiyor olması ayrıca çocukların belli bir yaş grubunda ve ateş şikayetine sahip olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.



#### 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Çocuk ve Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

Değişken	Alt Düzey	Deney		Kontrol		Toplam		İstatistiksel anlamlılık $\chi^2$ p
		n	%	n	%	n	%	
Çocuk Cinsiyet	Kadın	16	51,6	16	51,6	32	51,6	$\chi^2=0,000$ p=1,000
	Erkek	15	48,4	15	48,4	30	48,4	
Anne Eğitim	Okur-yazar değil	4	12,9	4	12,9	8	12,9	$\chi^2*=$ p=0,967
	Okur-yazar veya ilkokul	8	25,8	9	29,0	17	27,4	
	Ortaokul	10	32,3	8	25,8	18	29,0	
	Lise ve Üzeri	9	29,0	10	32,3	19	30,6	
Baba Eğitim	Okur-yazar veya ilkokul	6	19,4	4	12,9	10	16,1	$\chi^2=3,154$ p=0,207
	Ortaokul	5	16,1	11	35,5	16	25,8	
	Lise ve üzeri	20	64,5	16	51,6	36	58,1	
Kaçıncı Çocuk	1.çocuk	3	9,7	7	22,6	10	16,1	$\chi^2=3,439$ p=0,329
	2.çocuk	8	25,8	9	29,0	17	27,4	
	3.çocuk	14	45,2	8	25,8	22	35,5	
	4.çocuk ve üstü	6	19,4	7	22,6	13	21,0	
Çocuğa Bakan kişi	Anne	28	90,3	29	93,5	57	91,9	$\chi^2*=$ p=1,000
	Diğer	3	9,7	2	6,5	5	8,1	
Babanın Mesleği	Çalışmıyor	1	3,2	1	3,2	2	3,2	$\chi^2*=$ p=0,941
	Memur	4	12,9	6	19,4	10	16,1	
	Tarım İşçisi	14	45,2	13	41,9	27	43,5	
	Serbest Meslek	12	38,7	11	35,5	23	37,1	
Aile Geliri	Asgari ücretin altı	6	19,4	13	41,9	19	30,6	$\chi^2=3,794$ p=0,150
	Asgari ücret	17	54,8	12	38,7	29	46,8	
	Asgari ücretin üstü	8	25,8	6	19,4	14	22,6	

\*Fisher Exact Ki- Kare Testi n= Sayı %= Yüzde oranı  $\chi^2=$  Ki-Kare Testi p= Anlamlılık Değeri

Tablo 4.1’de ateş şikâyeti ile acile başvuran çocuk ve ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı verilmiştir. Buna göre çocukların %51,6’sı kadındır. Çocukların %30,6’sının annelerinin, %58,1’inin babalarının eğitim durumu lise ve üzeri olduğu saptanmıştır. Çocukların %35,5’i üçüncü çocuktur. Çocukların %91,9’u anneleri tarafından bakılmaktadır. Annelerin %82,3’ü ev hanımı, babaların %43,5’i tarım işçisidir. Ailelerin gelir düzeyinin %46,8’inin asgari ücretli olduğu saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, grupların sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların benzer sosyo-demografik özellikler taşıdığı belirlenmiştir (p>0.05).

**Tablo 4.2.** Çocuklarda Ateş Durumunun Gruplara Göre Dağılımı

Değişken	Alt Düzey	Deney		Kontrol		Toplam		İstatistiksel anlamlılık $\chi^2$ *p
		n	%	n	%	n	%	
Acile Başvurduğunda Çocukta Ateş Durumu	Yok (37 °C ve altı)	14	45,2	16	51,6	30	48,4	$\chi^2=0,065$ p=0,799
	Var ( 37°C üstü)	17	54,8	15	48,4	32	51,6	
Ateş Süresi	1 Gün	12	38,7	8	25,8	20	32,3	$\chi^2=1,447$ p=0,485
	2 Gün	6	19,4	9	29	15	24,2	
	3 gün ve üzeri	13	41,9	14	45,2	27	45,5	
Ebeveynlerin Yüksek Ateş Değerlendirme Durumu	37 °C ve üzeri	8	25,8	6	19,4	14	22,6	$\chi^2*=$ p=0,426
	38 °C ve üzeri	12	38,7	8	25,8	20	32,3	
	39 °C ve üzeri	7	22,6	13	41,9	20	32,3	
	40 °C ve üzeri	4	12,9	4	12,9	8	12,9	

\*Fisher Exact Ki- Kare Testi n= Sayı %= Yüzde oranı  $\chi^2$ = Ki-Kare Testi p= Anlamlılık Değeri

Çocukların ateş durumunun gruplara göre dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Ateş şikâyeti ile acile gelen çocukların yapılan ilk ölçümde %51,6’sının ateşi vardır. Ebeveynlerin %45,5’inin çocuklarının ateşinin üç günden fazla sürdüğünü ifade etmiştir. Ebeveynlerin %32,3’ü 38°C ve 39°C ve üzerini yüksek ateş olarak değerlendirdiğini belirtmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, deney ve kontrol grubunun ateş durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların benzer ateş özelliklerini taşıdığı belirlenmiştir (p>0.05).

**Tablo 4.3.** Deney Grubu Çocuklarının 3 Aylık İzlem Bulguları

	<b>1. ay</b>	<b>2. ay</b>	<b>3. ay</b>	<b>İstatistiksel anlamlılık †F *p</b>
<b>Değişken</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	
<b>Kilo</b>	14,80±1,1	15,03±1,2	15,22±1,2	F=84,272 p=0,000
<b>Boy</b>	98,26±3,0	98,58±2,9	99,26±3,0	F=82,831 p=0,000
<b>Nabız</b>	96,48±2,3	96,35±2,5	95,90±1,9	F=0,764 p=0,470
<b>Sistolik Kan Basıncı</b>	96,97±2,5	97,00±2,0	97,10±2,5	F=0,065 p=0,904
<b>Diastolik Kan Basıncı</b>	56,81±2,5	56,48±2,8	56,77±2,6	F=0,459 p=0,634
<b>Solunum</b>	24,90±2,0	25,61±1,8	24,65±1,4	F=5,243 p=0,008
<b>Ateş</b>	36,76±0,2	36,66±0,2	36,69±0,2	F=1,268 p=0,289

X= Ortalama SS= Standart Sapma F= Repeated Measures Testi p= Anlamlılık Değeri

Tablo 4.3'te deney grubundaki çocukların 3 aylık izlem bulguları verilmiştir.

Çocukların 1. aydaki kilo ortalamaları 14.8±1.1, 2. ayda 15.03±1.2, 3. ayda 15.22±1.2 hesaplanmıştır. Kilo ile aylık izlemler arasındaki istatistiksel fark anlamlı çıkmıştır (p< 0.05).

Çocukların boy ortalamaları 1. ayda 98.26±3.0, 2. ayda 98.58±2.9, 3. ayda 99.26±3.0 ölçülmüştür. Boy ile aylık izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p<0.05).

Çocukların solunum sayısının 3 ay boyunca aylık izlemlerinde 1. ayda 24.90±2.0, 2. ayda 25.61±1.8, 3. ayda 24.65±1.4 olarak hesaplanmıştır. Solunum ile aylık izlemler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Çocukların üç ay boyunca aylık izlemleri sırasında nabız, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve ateş değerleri arasında herhangi bir istatistiksel fark saptanmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4.4.** Çocukların 3 Aylık AGTE Alt Puanları ve Hastaneye Başvurma Sayılarının Gruplara Göre Dağılımı

		<b>Deney</b>	<b>Kontrol</b>	<b>Toplam</b>	<b>İstatistiksel anlamlılık</b> <b>†t *p</b>
<b>Değişken</b>	<b>Alt Düzey</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	
<b>Dil-Bilişsel</b>	1.ay	46,58±2,7	46,81±2,0	46,69±2,3	t=-0,368 p=0,714
	3.ay	51,26±2,0	47,23±2,0	49,24±2,8	t=7,665 <b>p=0,000</b>
<b>İnce Motor</b>	1.ay	19,48±1,0	19,71±0,6	19,60±0,8	t=-1,014 p=0,315
	3.ay	20,94±0,9	19,77±0,6	20,35±1,0	t=5,383 <b>p=0,000</b>
<b>Kaba Motor</b>	1.ay	22,97±0,4	23,16±0,5	23,06±0,4	t=-1,627 p=0,109
	3.ay	23,61±0,4	23,19±0,5	23,40±0,5	t=3,178 <b>p=0,002</b>
<b>Sosyal Beceri-Öz Bakım</b>	1.ay	33,39±1,0	33,77±1,4	33,58±1,2	t=-1,200 p=0,235
	3.ay	35,94±1,0	34,00±1,2	34,97±1,5	t=6,523 <b>p=0,000</b>
<b>Genel Gelişim</b>	1.ay	122,42±4,5	123,45±4,0	122,94±4,2	t=-0,949 p=0,346
	3.ay	131,74±4,1	124,19±3,8	127,97±5,5	t=7,381 <b>p=0,000</b>
<b>T Puanı</b>	1.ay	39,65±3,3	40,13±4,7	39,89±4,0	t=-0,465 p=0,644
	3.ay	49,87±4,2	37,29±4,0	43,58±7,5	t=11,920 <b>p=0,000</b>
<b>Hastaneye başvurma durumu</b>	1.ay	0,77±0,6	0,55±0,6	0,66±0,6	t=1,375 p=0,174
	3.ay	0,26±0,4	0,65±0,5	0,45±0,5	t=-3,045 <b>p=0,003</b>

X= Ortalama SS= Standart Sapma t= İndependence Sample T Testi p= Anlamlılık Değeri

Tablo 4.4.'te çocukların 1. ve 3. aylardaki AGTE puanları ve hastaneye başvurma sayılarının gruplara göre dağılımı verilmiştir. Çocukların AGTE'nin alt ölçeği olan:

Dil-bilişsel puan ortalamaları 3. ayda deney grubunda 51.26±2.0, kontrol grubunda 47.23±2.0 hesaplanmıştır. Grupların 3 ayda aldıkları dil-bilişsel gelişim puan ortalamaları arasındaki istatistiksel fark anlamlı çıkmıştır (p< 0.05).

İnce motor puan ortalamaları 3. ayda deney grubunda 20.94±0.9, kontrol grubunda 19.77±0.6 ölçülmüştür. Deney ve kontrol grubunun 3. ayda aldıkları ince motor puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (p<0.05).

Kaba motor puan ortalamaları 3. ayda deney grubunda  $23.61 \pm 0.4$ , kontrol grubunda  $23.19 \pm 0.5$  ölçülmüştür. Bu iki değişken arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

Sosyal beceri-öz bakım puan ortalamaları 3. ayda deney grubunda  $35.94 \pm 1.0$ , kontrol grunda  $34,00 \pm 1,2$  hesaplanmıştır. Grupların grubunun 3 ayda aldıkları sosyal-bilişsel puan ortalamaları arasındaki istatistiksel fark anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

Genel gelişim puan ortalamaları 3. ayda deney grubunda  $131.74 \pm 4.1$ , kontrol grubunda  $124,19 \pm 3,8$  ölçülmüştür. Grupların 3 ayda aldıkları genel gelişim puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

T puan ortalamaları 3. Ayda deney grubunda  $49.87 \pm 4.2$ , kontrol grubunda  $37.29 \pm 4.0$  olarak ölçülmüştür. Grupların 3 ayda aldıkları T puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

Hastaneye başvurma ortalamaları ise 3. Ayda deney grubunda  $0.26 \pm 0.4$ , kontrol grubunda  $0,65 \pm 0,5$  olarak hesaplanmıştır. Grupların 3 ayda hastaneye başvurma sayılarını arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 4.5.** Çocukların AGTE Alt Boyutlarının Gruplara Göre Normallik Durumu

Değişken	Alt Düzey	Deney		Kontrol		Toplam		İstatistiksel anlamlılık † $\chi^2$ *p	
		n	%	n	%	n	%		
Dil-Bilişsel	1.	Normal	23	74,2	25	80,6	48	77,4	$\chi^2=0,092$ $p=0,761$
	Ay	Normal değil	8	25,8	6	19,4	14	22,6	
	3.	Normal	31	100	23	74,2	54	87,1	$\chi^2*=$ <b>p=0,005</b>
	Ay	Normal değil	0	0	8	25,8	8	12,9	
İnce Motor	1.	Normal	20	64,5	24	77,4	44	71	$\chi^2=0,705$ $p=0,401$
	Ay	Normal değil	11	35,5	7	22,6	18	29	
	3.	Normal	29	93,5	18	58,1	47	75,8	$\chi^2=8,794$ <b>p=0,003</b>
	Ay	Normal değil	2	6,5	13	41,9	15	24,2	
Kaba Motor	1.	Normal	28	90,3	27	87,1	55	88,7	$\chi^2*=$ $p=1,000$
	Ay	Normal değil	3	9,7	4	12,9	7	11,3	
	3.	Normal	31	100	27	87,1	58	93,5	$\chi^2*=$ $p=0,113$
	Ay	Normal değil	0	0	4	12,9	4	6,5	
Sosyal Beceri- Öz Bakım	1.	Normal	23	74,2	24	77,4	47	75,8	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
	Ay	Normal değil	8	25,8	7	22,6	15	24,2	
	3.	Normal	31	100	26	83,9	57	91,9	$\chi^2*=$ $p=0,053$
	Ay	Normal değil	0	0	5	16,1	5	8,1	
Genel Gelişim	1.	Normal	19	61,3	19	61,3	38	61,3	$\chi^2=0,000$ $p=1,000$
	Ay	Normal değil	12	38,7	12	38,7	24	38,7	
	3.	Normal	30	96,8	13	41,9	43	69,4	$\chi^2=19,427$ <b>p=0,000</b>
	Ay	Normal değil	1	3,2	18	58,1	19	30,6	

\*Fisher Exact Ki- Kare Testi n= Sayı %= Yüzde oranı  $\chi^2$ = Ki-Kare Testi p= Anlamlılık Değeri

Tablo 4.5'te çocukların AGTE alt boyutlarının gruplara göre normallik durumları verilmiştir. Çocukların AGTE'nin dil-bilişsel puanlarının 1. ayda normal olan çocukların oranı deney grubunda %74,2, kontrol grubunda %80,6 hesaplanmıştır ( $p>0,05$ ). 3. Ayda oranlarına bakıldığında deney grubunun hepsinin, kontrol grubunun % 74,2'sinin normal olduğu görülmüştür. Grupların 3. ayda aldıkları puanların normallik durumları aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

İnce motor gelişimi normal olan çocukların oranına bakıldığında; ilk ayda deney ve kontrol grubu oranları %64,5, %77,4 olduğu ( $p>0,05$ ), 3. ayda ise bu oranların deney

grubunda %93,5, kontrol grubunda % 58,1 olduğu hesaplanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Deney ve kontrol grubunun, genel gelişimi normal olan çocukların oranı hem deney hemde kontrol grubunda aynı orana sahip olduğu (%61,3,  $p>0.05$ ). 3 aydaki izlem sonunda ise bu oranların deney grubunda % 96,8, kontrol grubunda % 41,9 olduğu belirtilmiştir. Grupların 3 ayda aldıkları puanların normallik durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).



**Tablo 4.6.** Çocukların Ve Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre 3 Ayda Alınan AGTE Genel Gelişim Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı

		<b>Deney (GG Puanı)</b>	<b>Kontrol (GG Puanı)</b>	<b>İstatistiksel anlamlılık</b>
<b>Değişken</b>	<b>Alt Düzey</b>	<b>X±SS</b>	<b>X±SS</b>	<b>t *p</b>
<b>Çocuk Cinsiyet</b>	Kadın	131,50±4,4	124,38±4,5	t=4,485 <b>p=0,000</b>
	Erkek	132,00±4,0	124,93±3,1	t=6,076 <b>p=0,000</b>
<b>Kaçıncı Çocuk</b>	1. çocuk	134,00±2,0	125,14±1,9	t=6,535 <b>p=0,000</b>
	2. çocuk	131,25±4,9	124,67±3,5	t=3,185 <b>p=0,006</b>
	3. çocuk	132,14±4,1	124,13±3,5	t=4,606 <b>p=0,000</b>
	4. çocuk ve üstü	130,33±4,3	122,71±5,9	t=2,593 <b>p=0,025</b>
<b>Anne Eğitim</b>	Okur-yazar değil	132,50±5,1	121,50±8,0	t=2,302 p=0,061
	Okur-yazar veya ilkokul	128,25±3,0	123,67±3,3	t=2,911 <b>p=0,011</b>
	Ortaokul	132,70±4,3	125,25±2,8	t=4,164 <b>p=0,001</b>
	Lise ve üstü	133,44±3,0	124,90±2,6	t=6,645 <b>p=0,000</b>
<b>Aile Geliri</b>	Asgari ücretin altı	129,33±5,2	124,38±3,4	t=2,478 <b>p=0,024</b>
	Asgari ücret	131,59±3,9	123,42±4,9	t=4,943 <b>p=0,000</b>
	Asgari ücretin üstü	133,88±3,1	125,33±1,9	t=5,834 <b>p=0,000</b>
<b>Çocuğun Ateş Durumu(Acil servise başvuru sırasında)</b>	Var	129,57±4,4	124,94±2,6	t=3,020 <b>p=0,005</b>
	Yok	133,53±3,0	123,40±4,7	t=8,135 <b>p=0,000</b>

X= Ortalama SS= Standart Sapma t= İndependence Sample T Testi p= Anlamlılık Değeri

Tablo 4.5'te çocukların ve ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre 3 ayda alınan AGTE genel gelişim puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı verilmiştir. Çocukların 3. ayda alınan AGTE genel gelişim puan ortalamaları:

Kadın çocuklarda; deney grubunda 131.50±4.4, kontrol grubunda 124.38±4.5 çıkmıştır. Erkek çocuklarda ise; deney grubunda 132.00±4.0, kontrol grubunda 124.93±3.1 olarak hesaplanmıştır. Her iki cinsiyette de deney ve kontrol grupları arasındaki istatistiksel farkın anlamlı çıktığı görülmüştür (p<0.05).

1. çocuklarda; deney grubunda  $134.00 \pm 2.0$ , kontrol grubunda  $125.14 \pm 1.9$ 'dur. 2. çocuklarda; deney grubunda  $131.25 \pm 4.9$ , kontrol grubunda  $124.67 \pm 3.5$ 'tir. 3. çocuklarda; deney grubunda  $132.14 \pm 4.1$ , kontrol grubunda  $124.13 \pm 3.5$ 'tir. 4. çocuk ve üstü olanlarda ise deney grubunda  $130.33 \pm 4.3$ , kontrol grubunda  $122.71 \pm 5.9$  olarak ölçülmüştür. 1., 2., 3., 4. ve üstü olan çocukların deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

Okur-yazar veya ilkokul düzeyindeki annelerin çocuklarında; deney grubunda  $128,25 \pm 3,0$ , kontrol grubunda  $121,50 \pm 8,0$ 'dir. Ortaokul düzeyindeki annelerin çocuklarında; deney grubunda  $132,70 \pm 4,3$ , kontrol grubunda  $125,25 \pm 2,8$ 'dir. Lise ve üstündeki düzeyde olan annelerin çocuklarında ise; deney grubunda  $133,44 \pm 3,0$ , kontrol grubunda  $124,90 \pm 2,6$  olduğu görülmüştür. Okur-yazar veya ilkokul, ortaokul, lise ve üstü düzeyinde olan annelerin deney ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

Aile geliri asgari ücretin altı olanlarda; deney grubunda  $129,33 \pm 5,2$ , kontrol grubunda  $124,38 \pm 3,4$ 'tür. Asgari ücret olanlarda; deney grubunda  $131,59 \pm 3,9$ , kontrol grubunda  $123,42 \pm 4,9$ 'dur. Asgari ücretin üstünde olanlarda ise; deney grubunda  $133.88 \pm 3.1$ , kontrol grubunda  $125.33 \pm 1.9$  çıkmıştır. Tüm gelir düzeyindeki çocukların gruplar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ( $p < 0.05$ ).

Acil servise başvuru sırasında ateşi olan çocuklarda; deney grubunda  $129,57 \pm 4,4$ , kontrol grubunda  $124,94 \pm 2,6$ 'dır. Acil servise başvuru sırasında ateşi olmayan çocuklarda ise; deney grubunda  $133.53 \pm 3.0$ , kontrol grubunda  $123.40 \pm 4.7$  olarak ölçülmüştür. Çocukların ateş durumlarının gruplar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Acile birden fazla ateş şikâyeti ile başvuru yapan ve çoğunluğu 3 yaşında çocuklar bu araştırmanın yapıldığı yerde çok görülmekte ve büyük bir sorun oluşturmaktadır. Bu yüzden bu çalışma yaşanan bu probleme öneri getirmek ve bu çocukların sağlığını korumak, büyüme ve gelişmesini sağlamak için hemşire tarafından yapılan ev ziyaretleri etkili bir yöntem midir? Sorusuna cevap aramaktadır. Bu çalışmada çocukların büyüme ve gelişmesini ölçmek için AGTE kullanılmıştır.

### 5.1. Çocukların AGTE Puan Ortalamaları ve Normallik Durumlarının Tartışılması

İlk izlemde deney grubunda (122,42±4,5) ve kontrol grubunda (123,45±4,0) yer alan çocukların AGTE genel gelişim puan ortalamalarının hemen hemen aynı olduğu görülmüştür (Tablo 4.4,  $p>0.05$ ). Üçüncü izlemde ise deney grubunun GG puan ortalaması 9 puan artarken (131,74±4,1), kontrol grubunun GG puan ortalaması 1 puan artmıştır (124,19±3,8) (Tablo 4.4,  $p<0.05$ ). Aynı sonucu AGTE GG normallik durumlarında da görmekteyiz. Buna göre ilk izlemde normal olmayan çocukların oranı deney grubunda ve kontrol grubunda aynıdır (%38,7) (Tablo 4.5,  $p>0.05$ ). Üçüncü izlemde ise normal olmayan çocukların oranı deney grubunda %3,2 iken, kontrol grubunda %58,1'dir (Tablo 4.5,  $p<0.05$ ). Bu çalışmanın sonuçlarını kıyaslayacak bir çalışma bildiğimiz kadarıyla olmadığı için bu çalışma literatüre önemli katkılar vermektedir ve hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin çocukların büyüme gelişmesinde etkili olduğunu göstermektedir.

Çocukların AGTE ölçeği kullanılarak büyüme gelişmelerini değerlendiren araştırmalara bakıldığında; 2022'de teknolojik alet ve internet kullanımının 0-3 yaş aralığındaki tipik gelişim gösteren çocukların dil becerileri üzerindeki etkisini karşılaştırmak için yapılan araştırmada, tablet kullanan çocukların AGTE puanları ile tablet kullanmayan çocukların AGTE puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını saptamıştır (102). 2017 yılında yapılan bir araştırmada ise 0-6 yaş arası çocukların gelişim düzeylerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada AGTE sonuçlarına göre çocukların %19,4'ünün normal olmadığını göstermiştir (98). 2007 yılında 1-6 Yaş Arası Yiyecek Reddi Olan Çocukların Gelişimsel Özelliklerini incelemek için yapılan bir çalışmada gelişim geriliği olan çocukların yüzdesi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (103). 2004 yılında yoksulluk ve çocuklarda büyüme-gelişmenin

incelenmesi için yapılan başka bir çalışmada ise %11,9'unun normal olmadığı saptanmıştır (104). Bu çalışmada ise çocukların toplam %30,6'sının normal olmadığı görülmüştür (Tablo 4.5). Bu sonuç önemli ve çocuklarının sağlıkları için koruyucu sağlık hizmetlerinin bu noktaya eğilmesi gerektiğini gösteren bir durum olduğunu düşündürebilir. Çünkü sağlığın temelleri çocukluk yıllarında atılmaktadır. Çocuk organizmasını erişkinden ayıran en önemli özellik, sürekli büyüme, gelişme ve değişme süreci içinde olmasıdır. Çocukta sağlık durumunu bozan durumlar büyüme ve gelişme sürecini yavaşlatır veya normalden saptırır. Bu nedenle çocukluk yıllarında oluşabilecek pek çok sağlık sorunu zamanında önlem alınmazsa ileriki yaşlarda daha ağır seyretmektedir. Bu yüzden bu dönemlerde çocukların büyümelerinin düzenli aralıklarla izlenmesi ve değerlendirilmesi, çocukluk yıllarında birçok hastalığın ilk belirtisi olan büyüme hızında azalmayı, büyüme ve gelişmede duraklamayı erken dönemde belirleyerek, gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktadır (56,105-107).

## **5.2. Çocukların Ateş Şikâyeti ile Acil Servise Tekrar Başvurma Oranlarının Tartışılması**

Ateş şikâyeti ile tekrar hastaneye başvuru oranlarına bakıldığında, üçüncü izlem sonunda deney grubunda yer alan çocukların (0,26±0,4) kontrol grubu çocuklarına (0,65±0,5) oranla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.4, p<0.05). Ateş şikâyeti ile çocuk acil servisine başvuruları değerlendiren ulusal ve uluslararası çalışmalara bakıldığında; 3 yaş ve daha küçük çocuklarda ateş başvurusunun daha çok yapıldığını ve ateş şikâyeti ile acil servise başvurunun diğer şikayetler ile yapılan başvurulara göre daha fazla olduğunu ve bu durumun acillerde büyük yükler oluşturduğunu belirtmektedirler (108-113). Başka bir araştırmada ise çocuk acil servisine yeniden başvuran vakaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada; acil servise gelen çocukların tanılarına bakıldığında, %12,4 ile ilk sırada ateş tanısının yer aldığı görülmüş ve ilk 24 ve 72 saatte tekrar acil servise gelen çocukların tanılarının başında yine ateş semptomunun yer aldığı görülmüştür (114). 2023'te yapılan bir çalışmada, ebeveynlere ateşli çocuğa yaklaşım konusunda video ile verilen eğitimlerin, ebeveynlerin bilgi, tutum ve davranışlarında olumlu yönde bir değişiklik sağladığı tespit edilmiştir (115). 2019'da 0-5 yaş grubu çocuğu olan 100 ebeveyn ile yürütülen bir çalışmada ise, ateşe yönelik bilgilerin yer aldığı broşür ile eğitim verilen grubun 2 hafta sonraki son test sonuçlarında kontrol grubuna göre ateşe yönelik

tutum ve davranışlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (116). 2017'de 40 ebeveyn ile yürütülen bir çalışmada, ateşe yönelik sağlık eğitimi verilen müdahale grubunun tutum ve davranışlarının son testte kontrol grubuna göre olumlu yönde gelişme gösterdiği belirlenmiştir (117). 2016'da 3 ay-5 yaş grubu çocuğu olan 160 ebeveyn ile yapılan bir çalışmada, çocuklarda ateş yönetimine yönelik simülasyon ve broşür ile eğitim verilen müdahale grubunun ateşe yönelik tutum ve davranışlarında sadece broşür ile eğitim verilen kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir (118). Tüm bu araştırmalara bakıldığında hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerin ebeveynlerin tutumu, çocukların sağlığı ve hastane yükleri açısından olumlu etkiler yaptığını söyleyebiliriz.

Konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında; astımlı çocuklara yönelik hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin oldukça etkili olduğunu, çocuklarda anlamlı olarak astım semptomların azaldığını saptamışlardır (119-123). Diğer hasta bebek ve çocuklar (Tüberküloz, Diyabet, KBY) üzerine yapılan araştırmalarda da; iyileşmenin daha hızlı, tedavinin etkili olduğu, komplikasyonların görülme oranının yapılan ev ziyaretleri ile azaldığını bulmuşlardır (124-127). Ateş ile ilgili iki çalışma bulunmuştur. Bunlar; Malawi'de yapılan araştırmada (128), ev ziyaretleri yoluyla gönüllü danışmanlığın bildirilen bebek ateşinde önemli bir azalmaya yol açtığını, diğer bir çalışma ise hemşireler tarafından ev ziyaretlerinin 6 ve 12 aylık takip ile 14 günlük ateş prevalansı üzerinde hiçbir etkisi olmadığını ancak 6 ayda ev ziyaretlerinin hem süresi hem de sıklığı açısından daha yoğun ev ziyareti müdahalesine maruz kalan toplulukların, kontrol köylerine göre önemli ölçüde daha düşük ateş oranlarına sahip olduğunu bulmuşlardır (129). Bu çalışmada ise 3 aylık izlemlerin etkili olduğu görülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırmanın ana sonuçları;

- Araştırma kapsamına alınan çocukların birinci izlem sonunda AGTE genel gelişim ve diğer gelişim alt boyutları deney ve kontrol grubunda hemen hemen aynı puan ortalamasına sahiplerdir ( $p>0.05$ ). AGTE genel gelişim puan ortalamaları 3. ayda deney grubunda  $131.74\pm 4.1$ , kontrol grubunda  $124,19\pm 3,8$  olarak ölçülmüştür ( $p<0.05$ ). AGTE'nin diğer tüm alt boyutlarında üçüncü izlem sonunda deney grubu puan ortalamasının kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).
- Deney ve kontrol grubunun genel gelişimi normal olan çocukların oranı hem deney hem de kontrol grubunda aynı orana sahipken ( $p>0.05$ ), 3 aydaki izlem sonunda ise bu oranların deney grubunda % 96,8, kontrol grubunda % 41,9 olduğu belirtilmiştir( $p<0,05$ ).
- Çocukların ateş şikayeti ile hastaneye başvurma ortalamaları ise 3. Ayda deney grubunda  $0.26\pm 0.4$ , kontrol grubunda  $0,65\pm 0,5$  olarak hesaplanmıştır. Grupların 3 ayda hastaneye başvurma sayıları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Çalışmanın diğer sonuçları;

- Hem deney grubunun hem de kontrol grubunun sosyo-demografik özellikleri benzer olduğu saptanmıştır.
- Ateş şikâyeti ile acile gelen çocukların yapılan ilk ölçümde %51,6'sının ateşi vardır. Ebeveynlerin %45,5'inin çocuklarının ateşinin üç günden fazla sürdüğünü ifade etmiştir.
- Deney grubunda olan çocukların 1. aydaki kilo ortalamaları  $14.8\pm 1.1$ , 2. ayda  $15.03\pm 1.2$ , 3. ayda  $15.22\pm 1.2$  hesaplanmıştır ( $p<0.05$ ).
- Çocukların 3 ayda AGTE genel gelişim puan ortalamaları ile sosyo-demografik özelliklerinde yer alan tüm değişkenlere bakıldığında; tüm değişkenlerde deney grubunda yer alan çocukların puan ortalaması, kontrol grubunda yer alan çocuklara göre daha yüksek çıkmıştır ( $p<0.05$ ).

## 6.2. Öneriler

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamlı bir şekilde sürdürülebilmesi için ev ziyaretlerinin yapılması teşvik edilmelidir.
- Ev ziyaretlerinin yeniden önem kazanması, hemşirelerin bilgilendirilmesi ve farkındalığının artırılması için yeni çalışmaların planlanması önemlidir.
- Çocukların büyüme ve gelişmelerini etkileyen etmenlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların artırılması önerilir.
- Ülkemizde sosyo-ekonomik şartların bölgesel olarak farklılık göstermesinden dolayı her bölgeye özel büyüme ve gelişme dilimlerinin belirlenmesini gerektirmektedir. Buna yönelik belirli aralıklarla ve daha geniş bir çerçevede ev ziyareti ile yürütülen çalışmalar yapılmalıdır.



## 7. KAYNAKLAR

1. Abdinia B, Khalilzadeh H. Assessment of Knowledge and Performance of the Parents at the Management of Fever in Children. *International Journal of Pediatrics* 2017; 5(12), 6485-6493.
2. Karakaş NM, Özdemir B, Kılıç S & Akbulut Ö. Ebeveynleri Çocuk Acile Getiren Nedenler: 4 Yıllık İzlem, *Osmangazi Tıp Dergisi* 2020; 42(1):67-74. doi: 10.20515/otd. 472672
3. Ma Y, Sudfeld CR, Kim H, Lee J, Cho Y, Awoonor-Williams JK, et al. Evaluating the impact of community health volunteer home visits on child diarrhea and fever in the Volta Region, Ghana: A cluster-randomized controlled trial. *PLoS Med* 2019; 16(6): e1002830. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002830>
4. Bont EGPM, Lepot JMM, Hendrix DAS, et al. Workload and management of childhood fever at general practice out-of-hours care: an observational cohort study. *BMJ Open* 2015;5:e007365. doi:10.1136/bmjopen-2014-007365
5. Borensztajn DM, Hagedoorn NN, Carrol ED, von Both U, Emonts M, van der Flier M & Moll HA. Febrile children with comorbidities at the emergency departmenta multicentre observational study. *European journal of pediatrics* 2022; 181(9), 3491-3500.
6. Iroh Tam PY, Obaro SK& Storch G. Challenges in the etiology and diagnosis of acute febrile illness in children in low-and middle-income countries. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society* 2016; 5(2), 190-205.
7. Thota S, Ladiwala N, Sharma PK & Ganguly E. Fever awareness, management practices and their correlates among parents of under five children in urban India. *International journal of contemporary pediatrics* 2018;5(4), 1368
8. Wijaya S, Wibowo WDA, Rokhman A, Putra FN, Yulandari HA & Anisya ER Mother's Smart Card Effect on Mother's Knowledge and Awareness of Children's Fever in The Pre-Hospital Phase. *Babali Nursing Research* 2022; 3(2), 127-134
9. Gülcan MK. Çocuk acil servise ateş şikayeti ile başvuran 1-5 yaş arası çocuğa sahip annelerin ateş ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Yüksek lisans tezi,2020.*
10. Bayraktar ŞE & Ergin D. Yüksek Ateş Şikayeti İle Çocuklarını Acil Servise Getiren Ebeveynlerin Bilgi Tutum Ve Uygulamaları. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi, 2023.*

11. Burokienė S, Kairienė I, Strička M, Labanauskas L, Čerkauskienė R, Raistenskis J & Usonis V. Unscheduled return visits to a pediatric emergency department. *Medicina*, 2017; 53(1).
12. Öztürk Ö, Topan A & Ayyıldız T. Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015; 2(3), 285-296.
13. İnce OT, Kondolot M & Yalçın SS. Büyümenin izlenmesi ve büyüme duraklaması. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2011; 5(3), 181-192.
14. Toksöz F & Açıkgöz A. Güncel bilgiler doğrultusunda 0-5 yaş grubu ateşli çocuğa yaklaşım: Geleneksel derleme. *Anatolian Journal of Health Research*, 2022; 3(2) 100-103. doi:10.29228/anatoljhr.61982.
15. Kahraman S & Havlioğlu S. The effect of home nurse visits on infant weight and breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 2023; e13150.
16. Tripathi A, Kabra SK, Sachdev HPS & Lodha R. Home visits by community health workers to improve identification of serious illness and care seeking in newborns and young infants from low- and middle-income countries. *Journal of Perinatology*, 2016; 73–81. doi:10.1038/jp.2016.34
17. Sweet MA& Appelbaum MI. Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 2004;75(5), 1435-1456
18. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). Doğum İstatistikleri; 2021.
19. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). Sağlık istatistikleri; 2019.
20. Asgar Pour H, Yavuz M. Vücut sıcaklığındaki yükselmenin (ateşin) hemodinamik parametrelere etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010; 3(3), 73-79.
21. Rupe A., Ahlers-Schmidt CR ve Wittler RA. Comparison of perceptions of fever and fever phobia by ethnicity. *Clinical pediatrics*, 2010;49(2), 172- 176.
22. Smith J. Methods and devices of temperature measurement in the neonate: a narrative review and practice recommendations. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14(2), 2014;64-71.
23. Mackowiak PA, Wasserman SS, Levine MM. A Critical Appraisal of 98.6°F, the Upper Limit of the Normal Body Temperature, and Other Legacies of Carl Reinhold

- August Wunderlich. The Journal of the American Medical Association, 1992; 268(12):1578–80.
24. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 2022; 416-418
25. Craven R, Hirnle C & Jensen S. Hemşirelik esasları insan sağlığı ve fonksiyonları. Palme Yayınevi, Ankara 2015.
26. Ward MA. Fever in infants and children: Pathophysiology and management. 2020.<https://www.uptodate.com/contents/fever-in-infants-and-children-pathophysiology-and-management>
27. Kara B. Çocuklukta Ateşle İlgili Bilgilerin Gözden Geçirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2003;12(1):10–4.
28. Bakır M. Çocuk Hastalarda Ateşe Yaklaşım: Tanı ve Tedavi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu, Kasım 2006, İstanbul, Türkiye, 2006. s.37–56.
29. Edwards HE, Courtney MD, Wilson JE, Monaghan SJ, Walsh AM. Fever management audit: Australian nurses' antipyretic usage. Pediatric Nursing 2003; 29(1):31-8.
30. Baker MD. Evaluation and management of infants with fever. Pediatric Clinics 1999; 46(6):1061-72.
31. Orhan Kılıç B, Arslan Z. Ateşin Fیزیopatolojisi ve Yönetimi. Türkiye Klinikleri 2019; 1:1-7.
32. Yalınzoğlu SÇ, Çınar N ve Altınkaynak S, Ateşli çocuğa yaklaşım. Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Journal of Human Rhythm 2015; 1(4), 133-8.
33. Walsh A, Edwards H. Management of childhood fever by parents: literature review. Journal of advanced nursing 2006; 54(2), 217-227.
34. Powell KR. Fever without a Focus. In: Kliegman RM, Jenson HB, Behrman RE, Stanton BF eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: WB Saunders 2008; p.1087-1093.
35. Robertson J. Management of the child with fever. Collegian 2002; 9(2):40-2.
36. Linder N, Sirota L, Snapir A, Eisen I, Davidovitch N, Kaplan G, Barzilai A. Parental knowledge of the treatment of fever in children. Isr Med Assoc J 1999; 1(3): 158-60.
37. Purssell E. Physical treatment of fever. Arch Dis Child 2000; 82(3): 238-9.

38. Poirier MP, Davis PH, Gonzalez-del Rey JA, Monroe KW. Pediatric emergency department nurses' perspectives on fever in children. *Pediatr Emerg Care* 2000; 16(1): 9-12.
39. Celasin NŞ, Ergin D, Atman Ü. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008; 22(6), 315-322.
40. Karlı A. Ateşli çocuğa yaklaşım. *Derman Tıbbi Yayıncılık* 2015; 1-10, Ankara.
41. Yavuz H. Pediatrie sık görülen semptomlara yaklaşımlar. *Ateş. Erciyes Üniversitesi, Pediatri Hemşireliği Kongresi* 2016; 2, 3-5.
42. Anonim. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fever in under 5s: assessment and initial management 2019.
43. Gözen D. Çocuk Sağlığının Göstergesi: Büyümenin İzlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)* 2010; 7(1), 5-13.
44. Köksal E. Büyüme gelişmenin önemi ve izlenmesi. *Klinik Çocuk Forumu* 2004; 4(1):25- 31.
45. Yavuzer H. *Çocuğunuzun ilk 6 yılı*. 34. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi 2016.
46. Senemoğlu N. *Gelişim, öğrenme ve öğretim*. Ankara: Gönül Yayıncılık 2007.
47. Doğan Ö, Acar-Şengül E. *Büyüme ve gelişme*. Metin N, editör. *Doğum öncesinden ergenliğe çocuk gelişimi*. Ankara: Pegem Akademi 2016.
48. Santrock JN. *Yaşam boyu gelişim*. Yüksel G, çev. editörü. 13. basımdan çeviri. Ankara: Nobel Yayınları 2016.
49. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371(9608): 243–60. 50.
51. UNICEF (2018). <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/#>
52. Antepli S, Yıldız Y. Okulöncesinde gelişimsel ölçeklerin yansımaları. *Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi, Erken Müdahale Kongresi*; 11-13 Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; Ankara, Mayıs 2015; s.48-62.
53. Tepeli K. Motor (hareket) gelişim. M.E. Deniz (Ed.), *Erken çocukluk döneminde gelişim*. Maya Akademi2012; 91-124.
54. Boz M. Motor gelişim. G. Duman (Ed.), *Okul öncesi dönemde beden eğitimi*. Hedef Yayıncılık 2015;18-37.
55. Mağden D, Şahin S, Karaaslan BT. Ankara il merkezinde otuz altı yetmiş iki aylık çocukların özbakım beceri düzeylerinin incelenmesi, *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi* 2003; 1, 1-13.

56. Yiğit R. Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Sistem Ofset 2009.
57. Ersöz Y. Çoklu beceri spor eğitim programının 7-10 yaş grubu erkek çocuklarda motor gelişime etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek lisans tezi 2012.
58. Kanak M. Motor gelişim. E. Arslan (Ed.), Erken çocukluk döneminde gelişim. Eğiten Kitap 2015;67-83
59. Bjorklund DF. Children's Thinking Cognitive Development and Individual Differences. 5th ed. United States of America:Wadsworth; 2012.
60. Bjorklund DF. Children's Thinking Cognitive Development and Individual Differences. 5th ed. United States of America:Wadsworth; 2012.
61. Arı R. Eğitim psikolojisi gelişim ve öğrenme. 6. basım. Ankara: Nobel Yayınları; 2016
62. Yazgan-İnanç B, Bilgin M, Kılıç-Atıcı M. Gelişim psikolojisi. 4. basım. Ankara: Pegem Yayınları 2008.
63. Berk LE. Bebekler ve çocuklar doğum öncesinden orta çocukluğa. Işıkoğlu Erdoğan N, çev. editörü. 7. basımdan çeviri. Ankara: Nobel Yayınları 2015.
64. Şahin S. Bilişsel gelişim. Metin N, editör. Doğum öncesinden ergenliğe çocuk gelişimi. Ankara: Pegem Akademi; 2016.
65. Taylor LM. Introducing Cognitive Development. New York: Psychology Press; 2005.
66. Yörükoğlu A. Çocuk ruh sağlığı. 37. basım. İstanbul: Özgür Yayınları; 2016.
67. Turan F, Topcu G. İletişim ve dil gelişimi. Metin N, editör. Doğum öncesinden ergenliğe çocuk gelişimi. Ankara: Pegem Akademi; 2016.
68. Davaslıgil Ü. Bebeklik dönemi. Yavuzer H, editör. Ana-baba okulu. 20. basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2016.
69. Demircioğlu H. Sosyal duygusal gelişim. Metin N, editör. Doğum öncesinden ergenliğe çocuk gelişimi. Ankara: Pegem Akademi; 2016.
70. Uyaroğlu, B. Öz bakım becerilerinin gelişimi. Metin N, editör. Doğum öncesinden ergenliğe çocuk gelişimi. Ankara: Pegem Akademi; 2016.
71. San-Bayhan P, Artan İ. Çocuk gelişimi ve eğitimi. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları; 2009.
72. Sevimay-Özer D, Özer K. Çocuklarda motor gelişim. 6. basım. Ankara: Nobel Yayınları; 2009.
73. Ahunbay G. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Onat T (Editörler). Büyüme ve Gelişme. İstanbul: Eksen Yayınları 1996; 40-49.

74. Neyzi O, Bundak R. Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler. Neyzi O, Ertuğrul T (yazarlar). Pediatri 1. cilt. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2002; 82-84.
75. Cantez T, Eker Ömeroğlu R, Baysal B, Oğuz F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri 2003; 73-83.
76. Çaylan A. Birinci basamakta ev ziyaretinin önemi. Actual Medicine 2014;22:45-8.
76. Şamşul N. 1-3 Yaş Grubu Eskişehir İli Sivrihisar İlçesi Çocuklarının Büyüme-Gelişme Beslenme Durumları ve Bu Durumu Etkileyen Faktörlerin Saptanması (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü; 1989.
77. Trawick-Smith J. Erken çocukluk döneminde gelişim. Akman B, çev. editörü. 5. basım. Ankara: Nobel Yayınları; 2014.
78. Sezer T, Yoleri S. Okul öncesi çocuğunun temel özellikleri ve gereksinimleri. Uyanık Balat G, editör. Okul öncesi eğitime giriş. 5. basım. Ankara: Nobel Yayınları; 2015.
79. Ekinci-Vural D. okulöncesi eğitim programındaki duyuşsal ve sosyal becerilere yönelik hedeflere uygun olarak hazırlanan aile katılımlı sosyal beceri eğitimi programının çocuklarda sosyal becerilerin gelişimine etkisi İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi 2006.
80. Suvak Ö, Akbıyık Dİ. Aile hekimliğinde ev ziyaretleri ve evde sağlık hizmetlerinin psikososyal müdahale açısından değeri. Türkiye Klinikleri 2019;1:16-40.
81. Pereles L. Home visits. An Access to care issue fort he 21st century. Can Fam Physician 2000;46(10):2044-48.
82. Ergun AD. Evde bakımın kapsamı, Ş. Konak (Editör). Sosyal, ruhsal ve medikal yönleriyle evde bakım. Birinci baskı. Ankara. Kongre Kitabevi2016;3-10.
83. Unwin BK, Tatum PE. House Calls. Am Fam Phycsian 2011;83(8):925-31.
84. Freeman TR (Çeviri: AD. Güldal). McWhinney'in Aile Hekimliği. Adana: Nobel Tıp Kitabevi 2016; 393-404.
85. Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, Wodchis WP, Hsu AT, Seow H, et al. Associations between physician home visits for the dying and place of death: A population-based retrospective cohort study. Plos One 2018;13(2):0191322.
86. Sağlık Bakanlığı. Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010.
87. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011.
88. Ay FA. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar.(Birinci baskı), İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007; 50-51.

89. Ball JW, Bindler RC and Cowen KC. Child health nursing: partnering with children and families, Pearson Education 2013; 512-515.
90. Rowen James S, Nelson KA and Weiler Ashwill J. Nursing care of children: principles and practice, Fourt Edition. Missouri: Elsevier Saunders 2013; 234.
91. Callery P, Kyle RG, Banks M, Ewing C and Kirk S. Enhancing parents' confidence to care in acute childhood illness: Triangulation of findings from a mixed methods study of Community Children's Nursing. Journal of Advanced Nursing 2013; 69(11), 2538-2548.
92. Bridgman D and Rice R. The role of the home health care nurse and orientation strategies. Ed: Rice, R. Home Care Nursing Practice: Concepts and Applications. Forth Edition. St Lois: Mosby 2006; 25-37.
93. Erci B. Toplum Sağlığı Hemşireliği. Göktuğ Yayınclık 2009.
94. Vlahov D. Transparent reporting of evaluations with nonrandomized designs (TREND). Journal of Urban Health 2004; 81(2), 163-164.
95. Sharma M. Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs (TREND): A framework for evidence-based public health evaluations. Journal of Alcohol and Drug Education, 2005; 49(1), 3-6.
96. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N; TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. Am J Public Health. 2004 Mar; 94(3):361-6. doi: 10.2105/ajph.94.3.361. PMID: 14998794; PMCID: PMC1448256.
97. Fuller T, Peters J, Pearson M, Anderson R. Impact of the transparent reporting of evaluations with nonrandomized designs reporting guideline: ten years on. Am J Public Health. 2014 Nov; 104(11):e110-7. doi: 10.2105/AJPH.2014.302195. Epub 2014 Sep 11.
98. Güneş N. 0-6 Yaş Arası Çocukların Gelişim Düzeyleri İle Annelerinin Aile İşlevleri Ve Yaşam Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi 2017.
99. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 1112, Anlara 2018.
100. Savaşır I, Sezgin N, Erol N Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı, Genişletilmiş 2. Basım. Rekmay, Ankara 1998.
101. Çocuk Ve Ergen Sağlığı Modülleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 722. Ankara 2008.

102. Aslan MS, Erkaya E, Oğuz Ö. Teknolojik alet-internet kullanımının 0-3 yaş aralığındaki çocukların dil gelişimlerine etkisi. Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2022; 2(2), 434-454. <https://doi.org/10.56061/fbujohs.1098866>
103. Ünlü at al. Development of Children With Food Refusal. Public Health Nursing, Vol. 25 No. 1, pp. 2-9, 0737-1209/2007, The Authors Journal Compilation 2007, Blackwell Publishing, Inc. doi: 10.1111/j.1525-1446.2008.00674.x
104. Şimşek Z, Kurçer MA, Kayahan M, Ersin F, Gözükara F. Yoksulluk ve çocuklarda büyüme-gelişme. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2004; 15 (2): 73-82.
105. Saritekin S. Edirne merkez kreş ve anaokullarına kayıtlı 2-6 yaş grubu çocukların büyüme gelişme durumları ve etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2010.
106. Neyzi O. Büyüme ve Gelişimin Değerlendirilmesi. Pediatri. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2002:79-200.
107. Ercan O. Büyümenin İzlenmesi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi No:35 s.21-26, İstanbul, 2003
108. Öztürk Ö, Topan A & Ayyıldız T. Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2015; 2(3), 285-296.
109. Hamilton JL, John SP. Evaluation of fever in infants and young children. Am Fam Physician 2013; 87(4):254-260.
110. Agrawal RP, Bhatia SS, Kaushik A, Sharma CM. Perception of fever and management practices by parents of pediatric patients. Int J Res Med Sci 2013; 1(4):397-400
111. Piller S & Herzog D. The burden of visits for fever at a paediatric emergency room: A retrospective study on patients presenting at the cantons hospital of Fribourg, A peripheral public hospital of Switzerland. Pediatric health, medicine and therapeutics, 2019; 147-152.
112. Bereznicki BJ, Tucker MG, Beggs SA, Zosky GR, Bereznicki LR. Emergency department presentations of febrile children to an Australian public hospital. J Paediatr Child Health. 2018; 54(12):1308–1313. doi:10.1111/jpc.2018.54.issue-1229874409
113. Poropat F, Heinz P, Barbi E, Ventura A. Comparison of two European paediatric emergency departments: does primary care organisation influence emergency.


114. Akçay G. & Gül Ö. Çocuk acil servisine yeniden başvuran vakaların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2022, 9(3), 280-285 <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1153674>
115. Toksöz F & Açıkgöz A. Randomize Kontrollü Çalışma: Ateşli Çocuğa Yaklaşımaya Yönelik Hazırlanan Video İle Verilen Uzaktan Eğitimin Ebeveynlerin Bilgi, Tutum Ve Davranışlarına Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Yüksek lisans tezi 2023.
116. Kelly M, Sahm L, McCarthy S, O’Sullivan R, Mc Gillicuddy A. & Shiely F. Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever. BMC pediatrics 2019; 19(1), 1-10.
117. Herman H. & Nurshal D. The effect of health education to parent’s behaviours on managing fever in children. International journal of research in medical sciences 2017; 5(11), 4701-7.
118. Chang LC, Lee PI, Guo NW. & Huang MC. Effectiveness of simulation-based education on childhood fever management by Taiwanese parents. Pediatrics & Neonatology 2016; 57(6), 467-473.
119. Butz AM, Bollinger ME, Ogborn J, Morphey T et al. Children with poorly controlled asthma: Randomized controlled trial of a home-based environmental control intervention. Pediatr Pulmonol, March, 2019; 54(3): 245–256. doi:10.1002/ppul.24239.
120. Butz AM, Halterman JS, Bellin M, Kub J et al. Factors Associated with Completion of a Behavioral Intervention for Caregivers of Urban Children with Asthma. J Asthma, November, 2012; 49(9), 977–988. doi:10.3109/02770903.2012.721435.
121. Breysse J, Wendt J, Dixon S, Murphy A et al. Nurse case management and housing interventions reduce allergen exposures: the milwaukee randomized controlled trial. Public Health Reports, 2011; 1 (126), 89-100.
122. Naar S, Ellis D, Cunningham P, Pennar AL et al. (). Comprehensive Community-Based Intervention and Asthma Outcomes in African American Adolescents. Pediatrics, 2018; 142(4),e20173737
123. Mankikar D, Campbell C & Greenberg R. Evaluation of a home-based environmental and educational intervention to improve health in vulnerable households: southeastern pennsylvania lead and healthy homes program. Int. J. Environ. Res. Public Health, 2016, 13, 900. doi:10.3390/ijerph13090900

124. Chang AH, Polesky A & Bhatia G. House calls by community health workers and public health nurses to improve adherence to isoniazid monotherapy for latent tuberculosis infection: a retrospective study. *BMC Public Health*, 2013, 13, 894-901;
125. Cihangir N & Kublay G. Effects of home visits to frequency of peritonitis in children with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Hacettepe University School of Nursing*, 2006, 1-11
126. Rotheram-Borusa MJ, Christodoulou J, Rezvana PH, Comuladaa WS et al. Maternal HIV does not affect resiliency among uninfected/HIV exposed South African children from birth to 5 years of age. *AIDS*, June 01, 33(Suppl 1), 2019, 5–16. doi:10.1097/QAD.0000000000002176.
127. Gregory JW, Townson J, Channon S, Cohen D et al. Effectiveness of home or hospital initiation of treatment at diagnosis for children with type 1 diabetes (DECIDE trial): a multicentre individually randomised controlled trial. *BMJ Open*, 2019, 9, e032317. doi:10.1136/bmjopen-2019-032317.
128. Lewycka S, Mwansambo C, Rosato M, Kazembe P, Phiri T, Mganga A, et al. Effect of women's groups and volunteer peer counselling on rates of mortality, morbidity, and health behaviours in mothers and children in rural Malawi (MaiMwana): a factorial, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2013; 381:1271–35.
129. Ma Y, Sudfeld CR, Kim H, Lee J, Cho Y, Awoonor-Williams JK, Degley JK, Cha S. Evaluating the impact of community health volunteer home visits on child diarrhea and fever in the Volta Region, Ghana: A cluster-randomized controlled trial. *PLoS Med*. 2019 Jun 14;16(6):e1002830. doi: 10.1371/journal.pmed.1002830. PMID: 31199792; PMCID: PMC6568387.

## 8. EKLER

### Ek-1: Trend Statement Checklist

#### TREND Statement Checklist

Paper Section/ Topic	Item No	Descriptor	Reported?	
				Pg #
<b>Title and Abstract</b>				
Title and Abstract	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information on how unit were allocated to interventions</li> <li>• Structured abstract recommended</li> <li>• Information on target population or study sample</li> </ul>		
<b>Introduction</b>				
Background	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scientific background and explanation of rationale</li> <li>• Theories used in designing behavioral interventions</li> </ul>		
<b>Methods</b>				
Participants	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eligibility criteria for participants, including criteria at different levels in recruitment/sampling plan (e.g., cities, clinics, subjects)</li> <li>• Method of recruitment (e.g., referral, self-selection), including the sampling method if a systematic sampling plan was implemented</li> <li>• Recruitment setting</li> <li>• Settings and locations where the data were collected</li> </ul>		
Interventions	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Details of the interventions intended for each study condition and how and when they were actually administered, specifically including:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Content: what was given?</li> <li>○ Delivery method: how was the content given?</li> <li>○ Unit of delivery: how were the subjects grouped during delivery?</li> <li>○ Deliverer: who delivered the intervention?</li> <li>○ Setting: where was the intervention delivered?</li> <li>○ Exposure quantity and duration: how many sessions or episodes or events were intended to be delivered? How long were they intended to last?</li> <li>○ Time span: how long was it intended to take to deliver the intervention to each unit?</li> <li>○ Activities to increase compliance or adherence (e.g., incentives)</li> </ul> </li> </ul>		
Objectives	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specific objectives and hypotheses</li> </ul>		
Outcomes	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clearly defined primary and secondary outcome measures</li> <li>• Methods used to collect data and any methods used to enhance the quality of measurements</li> <li>• Information on validated instruments such as psychometric and biometric properties</li> </ul>		
Sample Size	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules</li> </ul>		
Assignment Method	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unit of assignment (the unit being assigned to study condition, e.g., individual, group, community)</li> <li>• Method used to assign units to study conditions, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification, minimization)</li> <li>• Inclusion of aspects employed to help minimize potential bias induced due to non-randomization (e.g., matching)</li> </ul>		

### TREND Statement Checklist

Blinding (masking)	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to study condition assignment; if so, statement regarding how the blinding was accomplished and how it was assessed.</li> </ul>		
Unit of Analysis	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Description of the smallest unit that is being analyzed to assess intervention effects (e.g., individual, group, or community)</li> <li>If the unit of analysis differs from the unit of assignment, the analytical method used to account for this (e.g., adjusting the standard error estimates by the design effect or using multilevel analysis)</li> </ul>		
Statistical Methods	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistical methods used to compare study groups for primary methods outcome(s), including complex methods of correlated data</li> <li>Statistical methods used for additional analyses, such as a subgroup analyses and adjusted analysis</li> <li>Methods for imputing missing data, if used</li> <li>Statistical software or programs used</li> </ul>		
<b>Results</b>				
Participant flow	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flow of participants through each stage of the study: enrollment, assignment, allocation, and intervention exposure, follow-up, analysis (a diagram is strongly recommended)               <ul style="list-style-type: none"> <li>Enrollment: the numbers of participants screened for eligibility, found to be eligible or not eligible, declined to be enrolled, and enrolled in the study</li> <li>Assignment: the numbers of participants assigned to a study condition</li> <li>Allocation and intervention exposure: the number of participants assigned to each study condition and the number of participants who received each intervention</li> <li>Follow-up: the number of participants who completed the follow-up or did not complete the follow-up (i.e., lost to follow-up), by study condition</li> <li>Analysis: the number of participants included in or excluded from the main analysis, by study condition</li> </ul> </li> <li>Description of protocol deviations from study as planned, along with reasons</li> </ul>		
Recruitment	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dates defining the periods of recruitment and follow-up</li> </ul>		
Baseline Data	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baseline demographic and clinical characteristics of participants in each study condition</li> <li>Baseline characteristics for each study condition relevant to specific disease prevention research</li> <li>Baseline comparisons of those lost to follow-up and those retained, overall and by study condition</li> <li>Comparison between study population at baseline and target population of interest</li> </ul>		
Baseline equivalence	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Data on study group equivalence at baseline and statistical methods used to control for baseline differences</li> </ul>		

### TREND Statement Checklist

Numbers analyzed	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>Number of participants (denominator) included in each analysis for each study condition, particularly when the denominators change for different outcomes; statement of the results in absolute numbers when feasible</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Indication of whether the analysis strategy was "intention to treat" or, if not, description of how non-compliers were treated in the analyses</li> </ul>		
Outcomes and estimation	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>For each primary and secondary outcome, a summary of results for each estimation study condition, and the estimated effect size and a confidence interval to indicate the precision</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusion of null and negative findings</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusion of results from testing pre-specified causal pathways through which the intervention was intended to operate, if any</li> </ul>		
Ancillary analyses	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>Summary of other analyses performed, including subgroup or restricted analyses, indicating which are pre-specified or exploratory</li> </ul>		
Adverse events	19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Summary of all important adverse events or unintended effects in each study condition (including summary measures, effect size estimates, and confidence intervals)</li> </ul>		
<b>DISCUSSION</b>				
Interpretation	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias, imprecision of measures, multiplicative analyses, and other limitations or weaknesses of the study</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussion of results taking into account the mechanism by which the intervention was intended to work (causal pathways) or alternative mechanisms or explanations</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussion of the success of and barriers to implementing the intervention, fidelity of implementation</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussion of research, programmatic, or policy implications</li> </ul>		
Generalizability	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generalizability (external validity) of the trial findings, taking into account the study population, the characteristics of the intervention, length of follow-up, incentives, compliance rates, specific sites/settings involved in the study, and other contextual issues</li> </ul>		
Overall Evidence	22	<ul style="list-style-type: none"> <li>General interpretation of the results in the context of current evidence and current theory</li> </ul>		

From: Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the Trend Group (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-366. For more information, visit: <http://www.cdc.gov/trendstatement/>

Ek-2: Anket Formu

**ACİL SERVİSE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN 0-5 YAŞ ARASI ÇOCUKLARA  
YAPILAN EV ZİYARETLERİNİN BÜYÜME GELİŞMEYE VE TEKRAR  
HASTANEYE BAŞVURMAYA ETKİSİ  
ANKET FORMU**

**Genel Özellikler:**

1. Çocuğunuzun cinsiyeti: 1- Kız 2- Erkek
2. Çocuğunuzun doğum tarihi? ..../..../.....
3. Çocuğunuzun kilosu: .....
4. Çocuğunuzun boyu: .....
5. Çocuğunuzun herhangi bir hastalığı var mı? 1- Hayır 2- Evet (Evet ise nelerdir yazınız).....
6. Annenin eğitim durumu nedir? 1- Okur Yazar Değil 2- Okur Yazar 3- İlkokul  
4- Ortaokul 5- Lise 6- Üniversite
7. Babanın eğitim durumu nedir? 1- Okur Yazar Değil 2- Okur Yazar 3- İlkokul  
4- Ortaokul 5- Lise 6- Üniversite
8. Kaçınca çocuk? .....
9. Çocuğunuza kim bakıyor? 1- Anne 2- Bakıcı 3- Büyükanne  
4- Kşeş 5- Diğere.....
10. Annenin mesleği: 1- Ev Hanımı 2- Memur 3- İşçi-Tarım İşçisi  
4- Serbest Meslek 5- Diğere.....
11. Babanın Mesleği: 1- Çalışmıyor 2- Memur 3- İşçi-Tarım İşçisi  
4- Serbest Meslek 5- Diğere.....
12. Ailenizin gelir durumu: 1- Asgari ücretin altında 2- Asgari ücret 3- Asgari ücretin üzerinde
13. Aile Tipi: 1- Çekirdek Aile 2- Geniş Aile 3- Parçalanmış aile (Anne veya baba ayrı, ölmüş)
14. Yaşanılan Yer: 1- Kent 2- Kır
- Hastaneye Başvuru Sırasındaki Değerlendirme:**
15. Başvuruda ateş varlığı: 1- Var 2- Yok
16. Ateş kaç gündür var? .....
17. Evde ateş ölçeriniz var mı? 1- Var 2- Yok
18. Kaç derecenin üzerini yüksek ateş olarak değerlendiriyorsunuz?  
1- 36.5 2- 37 3- 38 4- 39 5- 40
19. Başvuru öncesi ateş düşürmek için ne yaptınız? 1- Aile Hekimine gittim  
2- Uzman Hekime gittim 3- Evde tedavi uyguladım 4- Hiçbir şey

Ek-3: 3 Yaşındaki Çocuklara Ait Evde İzlem Ve Bakım Formu

**3 YAŞINDAKİ ÇOCUKLARA AİT EVDE İZLEM VE BAKIM FORMU**

**a. Ölçüm Bulguları**

	1. İzlem	2. İzlem	3. İzlem
Yaş (Ay)			
Ağırlık(kg)			
Boy(cm)			
Kan Basıncı(mmHg)			
Nabız(atım/dk)			
Solunum sayısı/dk			
Ateş(°C)			
Hemoglobin(g/dl)			

**b. Aşı Durumu**

1- Tam 2- Eksik ise hangisi/hangileri.....

**c. Muayene Bulguları**

	1. İzlem	2. İzlem	3. İzlem
Deri			
İdrar (rengi-sıklığı)			
Kaka (rengi-sıklığı)			
Uyku Süresi			
Üreme Organı			

**d. Gelişme Durumu**

	İzlem	İzlem	3. İzlem
Kaba Motor			
İnce Motor			
Konuşma ve Dil			
Görme			
Duyuma			

**e. Beslenme Durumu(Günlük alım miktarı)**

	<b>1.İzlem</b>	<b>2. İzlem</b>	<b>3. İzlem</b>
Süt-Yoğurt			
Peynir-Çökelek			
Kırmızı et			
Tavuk eti			
Balık			
Yumurta			
Kuru baklagiller			
Sebze			
Meyve			
Ekmek			
Pirinç-Bulgur			

**f. İlaç Durumu**

**g. Gözlem sonuçları**

Ek-4: Ankara Gelişim Tarama Envanteri

# ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ

*Işık Savaşır, Nilhan Sezgin, Neşe Erol*

## KAYIT FORMU

ÇOCUKLA İLGİLİ BİLGİLER	GÖRÜŞÜLEN KİŞİ İLE İLGİLİ BİLGİLER
İsim Soyadı :	İsim Soyadı :
Cinsiyeti : K <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Çocuğa Yakınlık Derecesi : Anne <input type="checkbox"/> Vasi <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Vasi <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Açıklayınız:
Kreş / Ana okulumu devam ediyor mu? E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Adresi:
Kardeşleri : Yaş Cinsiyet Yaş Cinsiyet	Tel:
Değerlendirme notları (Açıklayınız):	Fatihim: (bu son bitimlere okulu)
Fiziksel Özet (Belirtiniz): Var Yok <input type="checkbox"/> Göme <input type="checkbox"/> Ortopedik <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> İşitme <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	Okur yazar değil <input type="checkbox"/> Ortakul <input type="checkbox"/> Okur yazar <input type="checkbox"/> İse <input type="checkbox"/> İlkel <input type="checkbox"/> Yüsek <input type="checkbox"/>
Doğum Tarihi : Değerlendirme Tarihi : Yaşı :	İşi/Aktiviteleri yazınız: Görüşmeçinin Adı:

• Uygulamaya başlamadan önce el kitabını dikkatle okuyunuz •

**Başlama noktası :** Ölçekteki başlama noktası çocuğun takvimi yaşına göre ayarlanır. Testte çocuğun gerçek yaş diliminden önceki yaş diliminden başlanır. Örneğin bebek 7 aylıkta "4 Ayları 5 Ay Sonuna Kadar" başlıklı yaş diliminden başlanır. Eğer burada geçemediği maddeler varsa bir önceki yaş dilimine dönülür (Yukarıdaki örnekte 0-3 ay dilimine). Bu şekilde anneler çocuklarının başarıyla yaptığı şeylerden söz ederek görüşmeye başlamış olurlar. Bu onları rahatlatır ve daha sonra çocukların yapamadığı şeyleri söylerken daha az rahatsızlık çözerler.

**Bitirme noktası :** Anne üst üste (birbirini izleyen) 8 soruyu olumsuz cevapladığı zaman görüşme bitirilir.

**Başlama ve Bitirme kurallarına tam olarak uyulmalıdır.**

## ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ

PUANLAMA	Evett	1
	Hayır	2
	Bilinmiyor	0

### DOĞUMDAN 3 AY SONUNA KADAR (1, 2, 3 Aylar)

1. Anı ses ya da gürültüden ürküp sıçrar mı?
2. Konuşulunca sesler (ağlama dışında) çıkarır mı? (Cevap evetse:) Nasıl sesler çıkarır diye sorun ve kaydedin.
3. Tanıdık bir sese başını çevirir mi?
4. Kucağa alındığında susar sakinleşir mi?
5. Kaşık, meme yaklaşınca daha ağızına dokundurmada n ağızını açar mı?
6. Kucağınızda aldığınızda kafasını dik tutar mı?
7. Bebek sırt üstü yatarken ellerini seyredir mi?
8. Bebek yüzüstü yatarken başını kaldırır mı?
9. Ellerini bazen açık tutar mı?
10. Bebeğinizle konuşup gülümserseniz bebeğiniz de size gülümser mi?
11. Gözleri ile hareket eder şekilleri izler mi?
12. Kucağınızda otururken kafasını çevirip etrafa bakar mı?
13. Bebek biberonunu, anne memesini gördünce hareketlenir, elini kolunu sallar mı?

### 4 AYDAN 5 AY SONUNA KADAR (4, 5 Aylar)

14. Bebek sırt üstü yatarken ellerini seyredir mi?
15. Kendi kendine ya da beslenirken ağlama dışında ses çıkarır mı? Cevap evetse "ne sesler çıkarır?" (En az iki farklı ses olması: mmm, sss, ah, uf, da, ma, ga, ka gibi)
16. Siz gıdıklamadan, dokunmadan yüksek sesle güler mi?
17. Azarlandığı zaman yüzünün şekli değişir mi?
18. Püre ya da lapa gibi besinler yer mi?
19. Elindeki oyuncacı, ekmeği ağızına götürür mü?
20. Biraz uzaktaki oyuncaklara eşyalara uzanır mı?
21. Eşyaları eline alıp bakar mı?
22. Bebek çingırağı bir elinden öbür eline geçirir mi?
23. Elinin uzanabileceği yere oyuncak koysanız onu tutar mı?
24. Önüne konan kibrit kutusu büyüklüğünde bir kutuyu eline alır mı?
25. Bisküvi ve kabuk ekmeğ ile diş etlerini kaşır, onları emer mi?
26. Küçük parçalar halindeki yiyecekleri alıp ağızına götürür mü?
27. Annesine, babasına sarılarak sevgisini gösterir mi?

### DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

---

---

---

---

---

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ  
ÖZ BAKIM

DİL-BİLİŞSEL  
İN  
İNCE MOTOR  
KABA MOTOR  
KİM  
SOSYAL BECERİ  
ÖZ BAKIM  
SOSYAL BECERİ

PUANLAMA	Evet	1
	Hayır	2
	Bilinmiyor	3

### 6 AYDAN 7 AY SONUNA KADAR (6, 7 Aylar)

28. Oyuncakları yere atıp düşüşünü seyreder mi?
29. Önüne konan bir kesme şekeri eline almağa çalışır mı?
30. Bardağı iki eliyle tutar mı?
31. Yatarken yastıklara ya da ellerinize tutunup kendini yukarı çekerek oturur mu?
32. Küçük bir parça ekmeğe ya da bisküviyi bir elinden öbür eline geçirir mi? (kaşık, çingirak gibi uzun sapı olmayan bir şey olmalı)
33. Eğilerek, düşen eşyaları arar mı?
34. Kollarının altından tutunca yürümeye hareketleri yapar mı?
35. Başlığını çekip çıkarır mı?
36. Sırtüstü yatarken yana döner mi?
37. Sırtüstü yatarken karnının üzerine döner mi?
38. Elindeki kaşığı ses çıkarmak için yere vurur mu?
39. Küçük üzüm tanelerini avuçlayarak eline alır mı?
40. Yemeğini çiğner mi?
41. "Da-da, ba-ba, ma-ma, de-de" gibi sesler çıkarır mı?
42. İki elini kullanarak bardağı kaldırır mı?
43. Elindeki oyuncakları yere atarak sizin almanızdan hoşlanır mı?

### 8 AYDAN 5 AY SONUNA KADAR (4, 5 Aylar)

44. "Atta" dendiğinde kapiya bakar ya da hareketlenir mi?
45. Elindeki iki kutuyu, oyuncakçı birbirine vurur mu?
46. Üstüne mendil koyduğunuz oyuncakçı mendili çekerek bulur mu?
47. Yastıkla dektekemezsenez veya duvara dayanmadan bir süre düşmeden kendi kendine oturur mu?
48. "El çırpar" oyunu oynar mı? (Göstererek sorun)
49. Emekler mi?

### 10 AYDAN 11 AY SONUNA KADAR (10, 11 Aylar)

50. Müzik çalınca sallanır mı?
51. İşaret parmağını kullanarak masa üzerindeki şeyleri yoklar, iter, yuvarlar mı? (İşaret parmağınızla gösteriniz)
52. Eşyaya tutunarak sıralar mı?
53. Tek eli tutulduğunda adım atar mı?

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ  
ÖZ BAKIM

DİL-BİLİŞSEL  
İNCE MOTOR  
KABA MOTOR  
SOSYAL BECERİ  
ÖZ BAKIM



PUANLAMA	Evete	1
	Hayır	2
	Bilinmiyor	3

79. Kaşıkla yemek yer mi?
80. Sarkı söyler ya da mizahlar mı?
81. 2 ya da 3 kelimeyi açıkça söyler mi? Evetse hangi kelimeler, yazınız.
82. Televizyonda gördüğü bazı şeyleri tanır mı? Kedi, araba gibi.
83. "Topunu (bebeğini) kaldır, bardağı içeri götür" dendiğinde söyleneni yapar mı?
84. Şekerin kağıdını çıkarır mı?

**18 AYDAN 23 AY SONUNA KADAR**  
(18,19, 20, 21, 22, 23 Aylar)

85. İki kibrit kutusunu üst üste koyup kule yapar mı?
86. Altı ısladığında size haber verir mi?
87. Kavanozların, şişelerin kapaklarını açıp kapar mı?
88. Kapıyı açar mı?
89. Ufak ev işlerini yapar mı? Örnek verilebilir: "Bardağı mutfağa koyar mı? Hırkasını kaldırır mı?"
90. Müziğe uygun olarak ellerini çırpar mı? (Tempo tutar mı?)
91. Bir elini öbür eline tercih eder mi?
92. İki kelimelik cümleler kurar mı? "Baba gitti", "elma ver" gibi, örnekler veriniz.
93. Kendi kendine kaşık çatal kullanarak yemek yer mi?
94. Tehlikelerden kendini korur mu? Sıcak soba, kırık cam, bıçak, ateş gibi.
95. Arkadaşının ismini bilir mi? (İsmi yazınız).
96. İsteklerini basit cümlelerle ifade eder mi?
97. Bir kutuyu alıp sanki arabaymış gibi yürütür mü, ya da bir soba parçasını at yenne koyar mı?
98. Ellerini yıkamayı bilir mi?
99. "İlk önce mutfağa git, tabağı al, bana getir" gibi üç isteği birden yerine getirir mi?
100. Diğer çocuklarla (evcilik) oynar mı?
101. Kendi başına merdivenden inip çıkar mı? (Büyüklerin inip çıktığı gibi) göstererek sorun.

**DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER**

---



---



---



---



---

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ  
ÖZ BAKIM

OKUL BECERİ

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ

ÖZ BAKIM

PUANLAMA Evet  1  
Hayır  2  
Bilinmiyor  3

**24 AYDAN 29 AY SONUNA KADAR**  
(24, 25, 26, 27, 28, 29 Aylar)

102. Elini, ağzını, gözünü, ayağını, bumnunu gösterip "bu ne" dersanız isimlerini doğru olarak söyler mi? (Göstererek sorun)
103. Resimlere ya da TV'ye bakarken tanıdığı şeylerin adını söyler mi?
104. Bardağa şişeden su doldurur mu?
105. Basit sorulara "evet, hayır" diye cevap verir mi?
106. Soru sorar mı? "baba nerede", "bu kim", "bu ne?" gibi.
107. Konuşması kolaylıkla anlaşılır mı?
108. Çişini tutup, söyleyebilir mi?
109. Topu başının üzerinden ileri doğru atar mı? (gösteriniz)

**30 AYDAN 35 AY SONUNA KADAR**  
(30, 31, 32, 33, 34, 35. Aylar)

110. Düğmesini açar mı, açabilir mi?
111. Diğer çocukların kız ya da oğlan olduklarını bilir mi?
112. Kakasını (tutup, söyleyebilir mi?)
113. "Hangisi büyük" deyince daha büyük olanı gösterir mi? (Göstererek sorun)
114. Sevdiği, tercih ettiği arkadaşı var mı?
115. 2, 3 gün önceki olayları hatırlayıp anlatır mı? "hani çarşıya gitmiştik ya" gibi
116. İsmi ne diye sorulunca ismini söyler mi?
117. "Bayram geliyor" "bir yere gideceğiz" diye heyecanlanır mı?
118. "Ekmeğin yarısını ver", deyince yarısını verebilir mi? "yarım"ın ne demek olduğunu bilir mi?
119. Sız konuşurken anlamadığı bir kelime olursa sorar mı? "ne demek" der mi?
120. Kutu, makara gibi eşyaları kullanarak oyuncak yapar mı?

**36 AYDAN 47 AY SONUNA KADAR**  
(36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47. Aylar)

121. Düz bir çizgi çizer mi?
122. Bir iki düğmeyi ilikler mi?
123. "Hangisi uzun" diye sorulunca, uzun olanı gösterir mi? (Göstererek sorun)

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DİĞER BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ  
ÖZ BAKIM

DİĞER BİLİŞSEL  
İNCE MOTOR  
KABA MOTOR  
SOSYAL BECERİ  
ÖZ BAKIM

PUANLAMA	Evet	1
	Hayır	2
	Bilinmiyor	3

**36 AYDAN 47 AY SONUNA KADAR**  
(36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47. Aylar)

124. Helaya (tuvalete) yardımsız gider mi?
125. Ayakkabılarını yardımsız giyer mi?
126. Ezbere televizyon reklamı, şiir, tekerleme söyler mi?
127. "Nasıl" kelimesini kullanarak soru sorar mı?  
(Örnek isteyiniz)
128. Başka çocuklarla körebe, sek sek, saklambaç oynar mı?
129. Sek sek oynar mı? Tek ayağı üzerinde zıplar mı?  
(Göstererek sorun)
130. Mahallede (köyde) tek başına dolaşır mı?
131. Yaşını bilir mi?
132. Yardımsız pantolonunu, kazağını giyer mi?  
Kızlara: Yardımsız etekliğini, kazağını giyer mi?
133. Tek başına komşuya gidip istenileni alır mı?
134. Parmaklarını şaklatır mı? (gösteriniz)
135. "Eğer uslu durursam bana şeker verir misin?" gibi  
eğerle başlayan cümleler kurar mı?

**48 AYDAN 72 AY SONUNA KADAR**  
(48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65,  
66, 67, 68, 69, 70, 71, 72. Aylar)

136. Birden ona kadar sayar mı?
137. Terliklerini doğru giyer mi? Sağ terliğini sağa, sol  
terliğini sol ayağına giyer mi?
138. Rüyalarını anlatır mı?
139. Renkleri bilir mi? Renk adı verilerek sorulabilir.
140. Paraları tanıır mı? Hangilerini? (Yuvarlak içine alınız)  
100, 500, 1.000, 5.000, 10.000 TL, iki tanesini biliyorsa  
1 yazınız.

**DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DİL BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

İNCE MOTOR  
KABA MOTOR  
SOSYAL BE-  
Dİ

