



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**GELİŞİMSEL RİSKLERİ OLAN VE OLMAYAN 6-36 AY ARASI
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN GELİŞİM BİLGİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Nizami AVCI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Derya DOĞAN**

Malatya-2021



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**GELİŞİMSEL RİSKLERİ OLAN VE OLMAYAN 6-36 AY ARASI
ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN GELİŞİM BİLGİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Dr. Nizami AVCI
ORCID ID: 0000-0002-4659-3951**

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Derya DOĞAN**

Malatya-2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gelişim, Gelişim Basamakları ve Gelişimsel Zorluk ve Gecikmenin Tanımı.....	3
2.2. Erken Çocukluk Döneminde Gelişim ve Gelişimin Önemi	4
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Gelişimsel Sorunların Sıklığı	5
2.3.1. Dünyada Gelişimsel Sorunların Sıklığı	5
2.3.2. Türkiye’de Gelişimsel Sorunların Sıklığı.....	7
2.4. Gelişimi Etkileyen Risk Etmenleri.....	7
2.4.1. Çocuk Gelişimini Sıklıkla Etkileyen Tıbbi Risk Etmenleri	8
2.4.2. Çocuk Gelişimini Sıklıkla Etkileyen Psikososyal Risk Faktörleri	11
2.4.3. Yaşa Göre Gelişimsel Risk Etmenleri.....	16
2.5. Çocuk Gelişiminde Ailenin ve Annenin Önemi	17
2.6. Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesinde Gelişim Bilgisinin Önemi	19
2.6.1. "Gelişim Bilgisi"nin Tanımı.....	19
2.6.2. "Gelişim Bilgisi" ile İlgili Yapılan Çalışmalar.....	20
2.6.3 "Gelişim Bilgisi"nin Çocuk Gelişimindeki Önemi	23
2.6.4. Ailelerin Gelişim Bilgisini Edinme Yolları.....	24
2.6.5. Anneleri Gelişim Bilgisini Arttırmaya Yönelik Çalışmalar	25
2.6. Gelişmiş Ülkelerde ve Ülkemizde Ailelerin Gelişim Bilgisini Ölçmede	
Kullanılan Araçlar	26
2.6.1. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği (<i>Caregiver Knowledge of Child Development Inventory</i>)	26
2.6.2. Bebek Gelişim Bilgisi Formu (<i>Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)</i>).....	27

2.6.3. Etkili Anne-Babalık Bilgisi Ölçeği (<i>The Knowledge of Effective Parenting Scale (KEPS)</i>).....	28
2.6.4. Anne-Babalık Tarzları ve Boyutları Anketi (<i>The Parenting Styles and Dimensions (PSDQ)</i>)	28
2.7. Araştırmanın Amaçları:.....	28
2.8. Araştırmanın Hipotezleri:.....	29
2.9. Araştırmanın Önemi ve Orijinallliği:	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Türü	31
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	31
3.3. Örnekleme Giriş Koşulları	31
3.4. Örneklemden Dışlanma Koşulları.....	32
3.5. Örneklem Sayısı	32
3.6. Uygulamalar, Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	32
3.6.1. Araştırmacının Eğitimi	32
3.6.2. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Yapılan Uygulamalar.....	32
3.7. Veri Toplama Araçları	33
3.7.1. Aile Bilgisi Formu.....	33
3.7.2. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği	33
3.7.3. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi	34
3.7.4. Ailelerin Bilgi Öğrenme Yolları (Çocuk Gelişim Bilgisi Formu–KIDI alt ölçeği)	35
3.8. Verilerin Analizi.....	36
3.9. Etik Kurul Onayı	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Örneklemi Oluşturan Çocukların ve Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	37
4.2. Örneklemi Oluşturan Çocukların Hastaneye Başvuru Özellikleri ve Hastalık Durumları	39
4.3. Örneklemi Oluşturan Çocukların Ekran Maruziyeti Açısından Değerlendirilmesi	41
4.4. Örneklemi Oluşturan Çocukların Annelerinin Gelişimle İlgili Bilgi Edinme Yollarının ve Gelişim Konusunda Eğitim Destek Alma İsteklerinin Değerlendirilmesi	42

4.5. Örneklemi Oluşturan Çocukların Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) ile Değerlendirilmesi	46
4.6. Örneklemi Oluşturan Çocukların Annelerinin "Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği" İle Değerlendirilmesi	49
4.7. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği (AGBÖ) Puanlarının Araştırmaya Alınan Değişkenlerle Karşılaştırılması	51
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	73
KAYNAKLAR	74
EKLER.....	91
Ek-1. Özgeçmiş Formu	91
Ek-2. Anket Formu.....	92
Ek-3. Etik Kurul Onayı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimimde ve çalışmamda emeği geçen İnönü Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Cengiz YAKINCI** başta olmak üzere tüm hocalarıma,

Tezimin planlanması, yürütülmesi ve hazırlanması sürecinde deneyim ve birikimleri ile benden yardımlarını esirgemeyen ve ihtiyaç duyduğum her anda mutlaka bana zaman ayıran değerli hocam **Doç. Dr. Derya DOĞAN**'a,

Tüm çalışmam boyunca bana destek veren başta **Uzm. Dr. Şenay Güven BAYSAL** olmak üzere Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı'nın değerli üyeleri **Uzm. Dr. Halise Metin BAZ**, **Uzm. Dr. Umut DURAK**, **Uzm. Dr. Tuğba Karaca AHAT**, **Uzm. Dr. Tuğba Yılmaz GENÇER** ve **Çocuk gelişim uzmanı Sinem KORTAY**'a,

Çalışmamın her aşamasında deneyimleriyle yanımda olan sevgili dostum **Dr. Emrullah ARIKANOĞLU**'na,

Birlikte çalıştığımız süre boyunca desteklerini minnetle anacağım başta asistan arkadaşlarım olmak üzere ön hekim arkadaşlarımız, uzmanlarım ve Çocuk Kliniği'nin diğer tüm çalışanlarına,

Eğitim ve öğrenimimde yadsınamaz emekleri olan ne zaman ihtiyaç duysam hep yanımda olan ve haklarını hiçbir şekilde ödeyemeyeceğim sevgili **anneme, babama ve kardeşlerime**,

Varlığıyla hayatıma anlam katan, her zor anımda yanımda olan **Ayşe Mervem**'e,
Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nizami AVCI

ÖZET

Gelişimsel Riskleri Olan ve Olmayan 6-36 Ay Arası Çocukların Annelerinin Gelişim Bilgisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu tez araştırmasının amacı, hastaneye başvuran 6-36 ay arası çocukların annelerinin gelişim bilgisi düzeyini değerlendirmek ve annelerin bilgi düzeylerini, çocuklarında süregelen sağlık sorunu, gelişimsel gecikme ve ekran maruziyeti gibi gelişimsel risklere sahip olma durumuna göre belirlemektir. Ayrıca hastaneye başvuran çocukların annelerinin bilgi edinme yollarının öğrenilmesi de amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmaya süregelen bir sağlık sorunu olan veya akut gelişen bir sağlık sorunu nedeniyle İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine başvuran, yaşları 6-36 ay arasında değişen, 178 çocuk ve bu çocukların annesi katılmıştır. Annelere “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği” (AGBÖ) uygulanmış, çocukların gelişimi Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) ile değerlendirilmiştir. Ailelerin bilgi öğrenme yolları ve çocukların ekran maruziyeti, sosyodemografik bilgilerle birlikte sorulmuştur.

Bulgular: Örneklemi oluşturan çocuklar arasında süregelen sağlık sorunları olanların sayısı 84'tür (%47,2). Çocukların 62'sinde (%34,8) 1 veya daha fazla alanda destek gerektiren gelişimsel gecikmeler saptanmıştır. Ekran maruziyeti olan çocuk sayısı 90'dır (%50,6). Annelerin gelişim bilgisi toplam puan ortalaması $18,4 \pm 6,5$ (en yüksek 40 üzerinden) bulunmuştur. Eğitim düzeyinin gelişim bilgisinin en önemli belirleyicisi olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$) ayrıca annelerin çalışma durumu ve ailenin gelir durumu ile ölçek puanı arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p < 0,001$, $p < 0,001$). Çocuğun cinsiyeti, yaşı, süregelen bir sağlık sorununa sahip olup olmaması, gelişimsel gecikme ve anne yaşı değişkenleri ile AGBÖ puanı arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). Ekran maruz kalanların AGBÖ puanının ekrana maruz kalmayanlardan anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür ($p < 0,001$). Annelerin en çok doktor ve hemşirelerden bilgi almayı tercih ettiği tespit edilmiştir.

Sonuç: Altı-36 ay arasındaki tüm çocukların annelerinin gelişim bilgisi düzeyi düşüktür. Gelişim bilgisinin en önemli belirleyicisi annenin eğitim düzeyidir. Hastane başvuruları, annelerin gelişim bilgisini artırma yoluyla çocuk gelişimine katkı sağlamada önemli bir fırsat olabilir.

Anahtar Sözcükler: Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği, süregelen sağlık sorunu, gelişimsel gecikme, ekrana maruz kalma

ABSTRACT

Developmental Knowledge Levels of Mothers of Children Between 0-36 Months Admitted to the Hospital

Aim: The purpose of this thesis research is to evaluate the developmental knowledge level of the mothers of children aged 6-36 months admitted to the hospital and to determine the knowledge level of the mothers according to their children's developmental risks such as chronic health problems, developmental delay and screen exposure. In addition, it was aimed to learn the ways of obtaining information for the mothers of the children who applied to the hospital.

Material and Methods: This study is a cross-sectional study involving 178 children aged 6-36 months and their mothers who applied to İnönü University Turgut Özal Medical Center Child Health and Diseases clinic due to a congenital or acquired chronic health problem or an acute health problem. “Caregiver Knowledge of Child Development Inventory” (CKCDI) was applied to mothers and the “International Guide for Monitoring Child Development” (GMCD) was administered to the children participating in the study.

Results: The number of the children with chronic health problems among the children in the sample is 84 (47.2%). Developmental delays requiring support in 1 or more areas were found in 62 (34.8%) of the children. The number of children with screen exposure is 90 (50.6%). The total score average of the mothers' development knowledge was found to be 18.4 ± 6.5 (the highest score is 40). Education level was found to be the most important determinant of developmental knowledge ($p < 0.001$). In addition, a significant difference was observed between the employment status of the mothers and the income status of the family and the scale score ($p < 0.001$, $p < 0.001$). There was no significant difference between the child's gender, age, having a chronic health problem, developmental delay and maternal age variables and CKCDI score ($p > 0.05$). It was observed that the CKCDI score of those who were exposed to the screen was significantly lower than those who were not exposed to the screen ($p < 0.001$). It was determined that mothers mostly prefer to get information from doctors and nurses.

Conclusion: The developmental knowledge level of the mothers of all children between the ages of 6 and 36 months is low. The most important determinant of developmental knowledge is found as the education level of the mother. Hospital applications can be an important opportunity to contribute to child development by increasing mothers' developmental knowledge.

Keywords: Caregiver Knowledge of Child Development Inventory, Chronic health problem, Developmental delay, Screen exposure

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGBÖ	: Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği
CDI	: <i>Care for Development Intervention</i>
CKCDI	: <i>Caregiver Knowledge of Child Development Inventory</i>
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
COVID-19	: <i>Coronavirus Disease 2019</i>
ECDI	: <i>Early Childhood Development Index</i>
ECDMs	: <i>Early Childhood Developmental Milestones</i>
GİDR	: Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi
ICF	: <i>International Classification of Functioning</i>
KEPS	: <i>The Knowledge of Effective Parenting Scale</i>
KIDI	: <i>Knowledge of Infant Development Inventory,</i>
MICS	: <i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>
NLSY	: <i>National Longitudinal Survey of Youth</i>
PSDQ	: <i>The Parenting Styles and Dimensions</i>
SPSS	: <i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UNICEF	: <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Çocukları etkileyebilecek gelişimsel risk etmenleri.....	17
Şekil 2.2. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi ve ebeveynlik bilgisi, uygulamaları, tutumları ve arasındaki ilişki	18



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Örnekleme oluşturan çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri	38
Tablo 4.2. Çocukların hastalık durumu ve başvuru özellikleri	39
Tablo 4.3. Süreğen bir sağlık sorunu olmayan çocukların tanılarının dağılımı	40
Tablo 4.4. Süreğen bir sağlık sorunu olan çocukların tanılarının dağılımı	41
Tablo 4.5. Çocukların ekran maruziyeti	42
Tablo 4.6. Annelerin bilgi edinme yolları	43
Tablo 4.7. Ailelerin bilgi edinme yolları ile süreğen bir sağlık sorununa sahip olma durumları arasındaki ilişki	44
Tablo 4.8. Annelerin eğitim ve danışmanlık alma istekleri	45
Tablo 4.9. En çok eğitim ve danışmanlık almak istenilen konu ve süreğen bir sağlık sorununa sahip olma durumu arasındaki ilişki	46
Tablo 4.10. Çocukların GİDR ile değerlendirilmesi	47
Tablo 4.11. Çocukların gelişimlerinin yaşla uyumlu olma durumu ve annelerin kaygı durumlarının hastalık durumuna göre karşılaştırılması	48
Tablo 4.12. GİDR değerlendirmesine göre annelerin gelişimsel kaygı durumu ile çocukların süreğen hastalığa sahip olma ilişkisi	48
Tablo 4.13. Çocukların GİDR ile değerlendirilmesinin hastalık durumuna göre karşılaştırılması	49
Tablo 4.14. Annelerin gelişim bilgisi ölçeği toplam puanları	50
Tablo 4.15. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği, Gelişim Basamakları Bileşenini doğru cevaplama durumları	50
Tablo 4.16. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği, Gelişimi Destekleme Bileşenini doğru cevaplama durumları	51
Tablo 4.17. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği puanlarının araştırmaya alınan değişkenlerle karşılaştırılması	53
Tablo 4.18. Çocukların gelişimsel durum ve hastalık durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	55
Tablo 4.19. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği puanlarının araştırmaya alınan değişkenlerle korelasyonu	56

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Düşük ve orta gelirli ülkelerde 2010 yılı verilerine göre ortalama 250 milyon 5 yaş altı çocuk, gelişimsel gecikme riski ile karşı karşıyadır (1). Ülkemizde ise 2018 yılında yayımlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre yaşları 36-48 ay arası çocukların yaklaşık dörtte birinde gelişimsel gecikme olduğu tespit edilmiştir (2). Erken doğum, beslenme yetersizliği, demir eksikliği, çevresel toksinler, süregelen bir sağlık sorununa sahip olmak ve bakım verenlerin yeterli bilişsel ve sosyal desteği sağlayamaması gibi çeşitli nedenler erken çocukluk döneminde gelişimi olumsuz etkileyen önemli risk etmenleri arasında sayılmaktadır. (1, 3-8).

Hayatın ilk yıllarında bakım veren tarafından sağlanan bilişsel ve sosyal destek ile çocuk gelişimi arasında güçlü bir bağlantı vardır (9). Anne babaların çocuk gelişimi ve bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları, çocuk gelişimini destekleme konusunda daha çok çaba göstermelerini sağlar (10). Çocukların dil, hareket, bilişsel ve duygusal davranış gibi gelişim alanlarındaki gelişimsel gecikmelerin belirlenmesinde anne babaların gözlemleri önemlidir (11).

Çoğunluğu gelişmiş ülkelerde yapılmış olmakla birlikte, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede anne babaların gelişim bilgileri ve bu bilgilerin çocuk gelişimi üzerine etkilerini inceleyen çeşitli çalışmalar yapılmıştır (12-14). Bu araştırmalarda çoğunlukla anne yaşı, annenin etnik kökeni, eğitim düzeyi, gelir durumu, mesleği, kültürel durumu, babanın mesleği, aile yapısı, ailedeki çocuk sayısı gibi anne, baba veya aileyle ilgili değişkenler araştırılmıştır. Çocuklara ait özellikler ise çocuğun yaşı ve cinsiyeti dışında çok az araştırmanın konusu olmuştur (12, 13, 15, 16). Örneğin prematüre doğum öyküsü olan ve gelişimsel gecikmeleri olan çocukların bakım verenlerinin gelişim bilgisi ile ilgili alanyazında sadece üç araştırma bulunmaktadır (17-19). Buna karşılık süregelen bir hastalık gibi gelişimsel riski olan çocukların annelerinin gelişim bilgisi ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır (20, 21). Yapılan bu çalışmada amacımız;

Süregelen hastalığı olan ve olmayan 6-36 ay arası çocukların annelerinin gelişim ve gelişimin desteklenmesi bilgilerini değerlendirmek ve aralarında fark olup olmadığını araştırmaktır. Bunun yanında değerlendirmeye alınan çocukların gelişimsel durumlarını değerlendirmek ve gelişimsel gecikmeleri olan çocuklar ile gelişimi yaşına

uygun olan çocukların annelerinin gelişim bilgisini ve gelişimin desteklenmesi bilgisini değerlendirip, aralarında fark olup olmadığını tespit etmektir.

Ayrıca gelişimsel bir risk olarak ekran maruziyeti olan çocukların annelerinin gelişim bilgisi ile ekran maruziyeti olmayan çocukların annelerinin gelişim bilgisi arasında fark olup olmadığını araştırmak, hastaneye başvuran çocukların annelerinin bilgi edinme yollarını araştırmak ve bilgi edinmek istedikleri konular arasında gelişim bilgisinin yerini değerlendirmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gelişim, Gelişim Basamakları ve Gelişimsel Zorluk ve Gecikmenin Tanımı

Çocuk gelişimi terimi, çocuğun, günlük hayattaki sosyal, duygusal, bilişsel, iletişim ve hareket gibi insanın bütün işlev alanlarında ilerlemesini ifade eder (22).

Güncel teorik yaklaşımda çocuk gelişimi bilimi, sağlığın biyopsikososyal modeliyle benzer bir şekilde hem genetik yapının hem de sağlanan bakımın önemini birlikte değerlendirir. Günümüzde bu kuram, Bronfenbrenner'in biyoekolojik kuramı olarak bilinmektedir (23). Bu kuram, çocuğun gelişiminin, yakın ve uzak çevredeki kişiler, nesneler, semboller ve sistemler arasındaki etkileşimler yoluyla gerçekleştiğini savunur. Çocuk, annesi ve babası, onların ilişkilerinden oluşan üçgen ve onları saran çevre kuramın en küçük birimini oluşturur.

Gelişimsel ilerleme kesintisiz olarak sürerken çocuk, bu süreç içerisinde gelişim basamaklarında yükselmeye devam eder. Bu gelişimsel süreç ve basamaklar, çocuğun nörolojik sistemindeki gelişmelerini yansıtır. Gelişimin dört inceleme alanı vardır. Bu alanlar; bilişsel, iletişim (konuşma ve dil), kaba ve ince hareket ve sosyal-duygusal alanlar olarak tanımlanabilir. Bu gelişimsel ilerleme sürecinde çocuğun gelişimini devamlı ve düzenli olarak izlemek, sağlıklı gelişim ve olası gecikmeleri belirlemek için önemli bir uygulamadır (24).

Gelişimsel zorluk ifadesi çocukların gelişim potansiyellerine ulaşmaları konusunda risk oluşturabilecek durumları, gelişimin beklenenden farklı olmasını, gecikmeleri ya da engelleri kapsar. Bu ifade işlevlerini yerine getirme ve potansiyellerini tam olarak gerçekleştirme konusunda sınırlılıkları olan tüm çocukları kapsamayı amaçlar. Gelişimsel zorluğu olan çocuklara sosyal desteği yetersiz olanlar, düşük doğum ağırlıklı doğanlar, serebral palsi, otizm, gibi bilişsel bozuklukları, görme, işitme kaybı gibi duyuşsal sorunları veya spina bifida gibi diğer fiziksel sorunları olanlar dahil edilebilir (22).

Gelişimsel gecikme ifadesi; ifade edici dil, alıcı dil, hareket, ilişki, oyun gelişimi, duygusal, toplumsal gelişim ve öz bakım becerileri alanlarından bir veya daha fazlasında çocuğun yaşına uygun olarak göstermesi beklenen gelişimsel yetilerdeki gecikme olarak tanımlanır (22).

2.2. Erken Çocukluk Döneminde Gelişim ve Gelişimin Önemi

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında geliştirilen görüntüleme teknikleri, insan beyninin gelişimi hakkında daha fazla bilgi edinmemizi sağlamıştır. Dinamik beyin görüntüleme teknolojisi, nöronların tamamının gebeliğin üçüncü trimesterinden önce oluştuğunu, ancak bu nöronlar arasındaki bağlantıların büyük ölçüde doğumdan sonra geliştiğini göstermiştir (25). Yaşamın ilk birkaç yılında, her saniye 1 milyondan fazla yeni sinirsel bağlantı oluşur. İlk olarak görme ve işitme gibi duyuşsal yollar gelişir, bunu dil becerilerindeki gelişim ve daha yüksek bilişsel işlevler izler. Sinirsel bağlantılar, önceden belirlenmiş bir sırayla çoğalır, daha karmaşık beyin devreleri daha önce oluşmuş olan daha basit devreler üzerine inşa edilir (25). Bu hızlı değişiklik döneminden sonra, beyin devrelerinin daha verimli hale gelmesi için budama adı verilen bir süreçle bağlantılar azalır.

Bir bebeğin beyni ve becerileri insan etkileşiminin “ver-al (*serve and return*)” ilkesi ile şekillenir. Bu ilke voleybol ya da tenis oyununa benzetilmektedir. Bir bebek sesler çıkardığında, mırıldandığında, aguladığında veya ağladığında ve bir yetişkin uygun şekilde göz teması kurarak, konuşarak veya kucaklayarak ona karşılık verdiği zaman, çocuğun beyninde sinirsel bağlantılar kurulur ve güçlenir. Bu karşılıklı ses oyunu etkileşimin kalitesi ve sıklığına bağlı olarak bebeğe ana dilindeki sesleri ayırt edebilme ve ardından işaret etme, nitelendirme yeteneği kazandırır. Bebek böylece sesleri nesnelerle ilişkilendirilebileceğini öğrenir (26).

Beynin değişim kapasitesi yaşla birlikte azalır. Beyin, yaşamın erken dönemlerinde çok çeşitli etkileşimlerde bulunabilmeye uygun bir şekilde en esnek haldedir, bu esneklik plastisite olarak tanımlanmaktadır. Ancak beyin olgunlaştıkça, daha karmaşık işlevleri yerine getirebilmek için gelişimini sürdürmekle birlikte, beklenmedik durumlara uyum sağlama ve yeniden düzenlenme yetenekleri azalır. Örneğin, yaşamın birinci yılından itibaren, beyin sesi anlamlandıran bölümleri, bebeğin maruz kaldığı dile özel hale gelir. Erken yaşlarda beyindeki bu esneklik sayesinde, bir bebeğin gelişen beyninin yapısında etki oluşturmak, yetişkinlik yıllarında beyin yapısını yeniden düzenlemekten daha kolay ve etkilidir (25).

Bilişsel, duygusal ve sosyal yetenekler, yaşam boyunca ayrılmaz bir şekilde iç içe geçmiştir. Beyin, kendi içerisinde oldukça karmaşık çoklu işlevleri, zengin bir şekilde koordine ederek çalışır (25). Bir insanın duygusal olarak kendini iyi hissetmesi,

sosyal alanlarda yeterli olması, bilişsel yeteneklerinin ortaya çıkması için güçlü bir temel sağlar. Bilişsel yetenekler bir araya gelerek gelişimin temelini oluştururlar. Yaşamın ilk yıllarındaki ruhsal ve fiziksel sağlık, sosyal beceriler ve bilişsel yetenekler, öncelikle eğitim hayatı ve daha sonra erişkinlik dönemi için önemlidir. Bu yeteneklerin bireyin erişkin yaşamındaki sosyal başarı, öğrenme, düşünme, muhakeme, hatırlama, problem çözme, karar verme ve dikkat gibi bilişsel becerileri ile motivasyon, özgüven gibi duygusal becerileri de belirlediği bilinmektedir (27, 28).

Yaşamın ilk yıllarında strese neden olan etmenlerin beyin yapısını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Toksik stres “yetişkin desteğinin önleyici korumasının yokluğunda vücudun stres yönetimi sistemlerinin güçlü, sık ve/veya uzun süreli aktivasyonu” olarak tanımlanır. Toksik stresin nedenleri arasında aşırı yoksulluk, tekrarlayan fiziksel veya duygusal istismar, sürekli ihmal, şiddetli anne depresyonu, ebeveyn madde bağımlılığı ve aile içi şiddet yer alır. Toksik stresin önemli bir sonucu, beyin yapısının bozulmasıdır ve bu da daha düşük eşik değerlerinde yanıt veren stres yönetimi sistemlerine neden olur. Bu düşük eşikler yaşam boyunca devam eder ile çocukluk ve yetişkinlik yıllarında strese bağlı fiziksel ve zihinsel hastalık riskini de artırır (29).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşamın ilk yıllarında beyin gelişiminin önemini göz önünde bulundurarak, erken çocukluk gelişimini sağlık gündeminin üst sıralarına yerleştirmiştir (22). Lancet’te yayımlanan “Gelişmekte Olan Ülkelerde Çocuk Gelişimi” serileri erken çocukluk gelişimi çalışmalarını bildirmektedir. Bu çalışmalar bilimin ışığında çocukların hayata iyi bir başlangıç yapmaları gerekliliğini savunarak bu konuda eylem çağrısı görevi görmüştür. Bu çağrı “Bugünün çocukları, yarının yetişkinleri ve gelecek nesilleridir” ifadesi ile çocuklar için sağlık ve esenlik açısından fayda sağlamayı amaçlamaktadır (30, 31).

2.3. Dünyada ve Türkiye’de Gelişimsel Sorunların Sıklığı

2.3.1. Dünyada Gelişimsel Sorunların Sıklığı

Dünyada, tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte, kronik ya da ölümcül hastalıkların ölüm oranlarında önemli bir azalma görülmüştür. Bu durum çocukların gelişimlerini etkileyen sorunların daha sık görülmesine neden olmaktadır (32).

Dünyadaki çocukların çoğunluğunun yaşadığı orta ve düşük gelirli ülkelerde gelişimsel risklerin çok azı ele alınmakta olup beş yaş altı çocukların gelişimsel zorluklar ile daha sık mücadele ettiği bilinmektedir (1). Bununla birlikte öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, gelişimsel gecikme, otizm ve bilişsel gecikme sıklıklarının toplumda sık görülen bir çok kronik hastalıktan daha fazla olduğu bilinmektedir (33).

Lancet yayınlarında, 2007 yılından bu yana, düşük ve orta gelirli ülkelerde, gelişim potansiyellerine ulaşamama riski altındaki 5 yaş altı çocuk sayısı mevcut verilerle birlikte güncellenmektedir. Bu yayınlarda, 2004 yılında 219 milyon olarak saptanan düşük ve orta gelirli ülkelerdeki gelişimsel potansiyellerine ulaşamama riski taşıyan tahmini çocuk sayısının, 2007 yılında 279 milyona ulaştığı bildirilmiştir (34, 35). Bu ülkelerde 2010 yılında 5 yaşından küçük çocukların %43'ünü oluşturan tahmini 250 milyon çocuğun gelişimsel gecikme riski altında olduğunu gösterilmiştir (1, 35).

Çin'de 2001 yılında Sun ve arkadaşları tarafından yaşları 0-7 yaş aralığında olan, 78.000 kişilik örneklem grubunun dahil olduğu bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada görme, zeka, işitme, dil, psikiyatrik ve hareket sorunlarının prevalansını saptamayı amaçlanmıştır. Tüm alanlarda saptanan sorun oranı toplam binde 5,6 iken, en yüksek oran her iki grupta da binde 1,88 oranı ile dil ve zeka alanında saptanmıştır (36). Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonunun (*United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF)) desteğiyle 2009 yılında desteğiyle Hindistan'da yapılan bir çalışmada kırsal bir alanda iki yaşına kadar olan çocuklarda gelişimsel sorun oranı %2,3 olarak saptanmıştır (37).

Amerika Birleşik Devletleri'nde gelişimsel sorunlar ve davranışsal bozukluklar çocuklarda en sık görülen sağlık sorunlarından biridir. Kronik hastalıklarla birlikte değerlendirildiğinde gelişimsel sorunların sıklığının %30 gibi çok yüksek rakamlara çıktığı belirtilmektedir (38). Amerika Birleşik Devletleri'nde 3-17 yaş arasındaki çocuklarda 2009 ve 2017 yılları arasında gelişimsel zorlukların sıklığı %17 olarak bildirilmiştir. Yani yaklaşık altı çocuktan birinde bir ya da daha fazla gelişimsel zorluk bulunmaktadır (39).

Gelişmiş ülkelerde otizm spektrum bozuklukları 1/54 sıklığında görülmektedir. Ciddi hareket bozukluklarının en sık nedeni olan serebral palsinin görülme oranı ise 1/278'dir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu veya konuşma bozukluklarının her biri için çocukların etkilenme oranı ise 1/10 gibi çok yüksek bir değerdir (33).

Risk altındaki çocukların oranı, kaynakların kısıtlı olduğu ülkelerde en yüksek seviyede, dünyanın her yerindeki çocuklar, optimal gelişimlerini engelleyen olumsuzluklara maruz kalmaktadır. Dolayısıyla gelişimsel gecikme ve zorluklar küresel bir sorun olarak değerlendirilmelidir.

2.3.2. Türkiye’de Gelişimsel Sorunların Sıklığı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocuk sağlığı alanında 20. yüzyılın son yarısında çok önemli düzeyde yol alınmıştır ve ülkemizde de gelişmekte olan ülkelere benzer şekilde çocukluk çağı ölüm oranındaki azalmaya karşılık çocukluk dönemi gelişimsel sorunları, en sık rastlanan morbidite grubu olmuştur (37).

Türkiye Nüfus Araştırmaları Verisi 2018 araştırmasında, fiziksel gelişim, okur-yazarlık ve sayısal beceriler, duygusal-sosyal ve öğrenme alanını içeren “Erken Çocukluk Gelişim İndeksi” ile 3 ila 4 yaşlarında toplam 1073 çocuk değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre çocukların %2’sinin fiziksel gelişim alanında, %27’sinin duygusal-sosyal, %4’ünün öğrenme alanında ve %26’sının bu alanların en az birinde gelişimsel gecikmeye sahip olduğu tespit edilmiştir (2).

Ülkemizde çocukluk çağındaki gelişimsel riskler alanında yapılmış olan araştırmaların çoğunlukla az sayıda çocuğun katılımı ile yapıldığı görülmüştür. Özkan ve arkadaşlarının 2012 yılında, Ankara’da, Sami Ulus Çocuk Hastanesinde yaptığı, yaşları 3 ay-5 yıl arasında olan 692 çocuğa ait sosyoekonomik ve biyolojik etmenler ile gelişim arasındaki ilişkiyi irdeleyen araştırmada bu çocukların %27,9 unun gelişimsel gecikmesinin olduğu tespit edilmiştir (3).

Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Gelişimsel Pediatri Kliniğinde Mustafayev tarafından 2019 yılında yapılan “Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi Uluslararası Standardizasyon Çalışması’nın Türkiye Örneğinde Gelişimsel Risklerin Belirlenmesi” konulu tez araştırmasında Ankara ilinde yaşları 6-42 ay arası 2.345 çocuktan oluşan örnekleme en az bir gelişim alanında gelişimsel gecikme oranı %28,7 olarak bulunmuştur (40).

2.4. Gelişimi Etkileyen Risk Etmenleri

"Gelişmekte Olan Ülkelerde Çocuk Gelişimi" konulu Lancet serilerinde çocuk gelişimini etkileyen risk etmenleri tıbbi ve psikososyal riskler olarak ikiye ayrılmaktadır (41). Erken çocukluk dönemi, çocuğun çevresinden en çok etkilendiği dönemdir. Hayvan

araştırmaları, erken dönemde beslenme, demir eksikliği, çevresel toksinler, stres, uyaran azlığı ve sosyal etkileşimin beyin gelişimini ve işlevini etkileyebileceğini ve kalıcı bilişsel ve duygusal etkilere neden olabileceğini göstermiştir (42, 43). Sağlıklı bir sinir sistemi gelişimi için bu sürecin erken dönemlerinde hücrel büyüme ve bölünme için gerekli besinlerin sağlanması ve bu gelişimi olumsuz etkileyebilecek enfeksiyonların önlenmesi, nörotoksik maddelerin (kurşun, civa gibi ağır metaller veya gebelikte annenin sigara, alkol ve bazı nörotoksik ilaçları kullanması gibi) ortamdaki uzaklaştırılması gereklidir. Yoksulluk ve uyaran eksiklikleri de bu gelişimi olumsuz etkileyen faktörlerdir. Bütün bunlara ek olarak demir, iyot ve annedeki folik asit gibi mikronütrient eksiklikleri de sinir sistemi gelişimini ciddi şekilde etkileyebilmektedir (4).

2.4.1. Çocuk Gelişimini Sıklıkla Etkileyen Tıbbi Risk Etmenleri

Beslenme Yetersizliği

Erken çocukluk dönemindeki beslenme yetersizliklerinin gelişim üzerindeki olumsuz etkisini ortaya koyan çok sayıda araştırma bulunmaktadır (1, 5, 44, 45). Sudfeld ve arkadaşları düşük ve orta gelirli ülkelerden lineer büyüme (yaş göre boy) ile ilgili 68 çalışmanın sonuçlarını derlemişler ve erken çocukluk döneminde lineer uzama ile bilişsel ve hareket gelişimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir (5). Kang ve arkadaşları yaptıkları MICS (*Multiple Indicator Cluster Survey*) çalışmalarında Bangladeş, Bhutan, Nepal ve Pakistan'dan 3 ila 4 yaşlarında toplam 31.037 çocuğa ait antropometrik ölçüm ve ECDI (*Early Childhood Development Index*) ölçeğindeki gelişim verilerini kullanarak yaş göre vücut ağırlığı ve yaş göre boy z-skorunun <-2 standart sapma altında olması durumunda gelişim için risk teşkil ettiğini belirlemişlerdir (46).

Demir Eksikliği

Gelişmekte olan ülkelerde 4 yaş altında olan çocuklarda tahmini anemi sıklığı %46-66 oranındadır. Bu anemilerin yaklaşık yarısının demir eksikliği anemisi olduğu düşünülmektedir (6, 47).

Araştırmalar sonucunda demir eksikliği anemisinin beyin gelişimi üzerine olumsuz etkileri olduğu, tedavi ile demir eksikliği anemisi düzeltilemeyen çocukların 19 yaşına geldiklerindeki bilişsel performanslarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur

(48). Demir eksikliğinin anemi gelişmese dahi bilişsel gelişim üzerinde olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir (49, 50). Walker ve arkadaşlarının 2011 yılında Lancet'te yayımlanan ve çocuk gelişimi için önlenabilir riskleri ele alan çalışmasında, toplumda demir eksikliği ve demir eksikliği anemisinin sık görülmesi ve prenatal dönemden başlayarak beyin gelişimi üzerine olumsuz etkilerinin olması nedeni ile demir eksikliğinin önlenmesi yüksek öncelikli olarak tanımlanmıştır (34).

Yetersiz İyot Alımı

İyot eksikliği engellenebilir bilişsel gecikmenin en sık rastlanılan nedenidir ve geri dönüşümsüz sorunlara yol açmaktadır (51, 52). Dünya çapında insanların %35'inde yetersiz iyot alımı olduğu bilinmektedir (53).

Yetersiz Anne Sütü Alımı

Anne sütünün gelişim üzerine olumlu etkileri iyi bilinmektedir (54). Emzirme; anne sütündeki besinler, özellikle esansiyel yağ asitleri, azalan bebek morbiditesi ve daha yakın anne-çocuk ilişkileri yoluyla gelişime fayda sağlamaktadır (55). Emzirmeye ilişkin 17 gözlemsel çalışmanın değerlendirildiği bir çalışmada, uygun sürede ve yeterli emzirmenin çocukluk ve ergenlik döneminde bilişsel testlerde daha iyi performansı desteklediğini ve zeka katsayısı (*intelligence quotient veya IQ*) açısından 3,44 puan artış sağladığına dair kanıtlar sunmaktadır (56).

Prematürite

Prematürelilik özellikle nörogelişimsel gecikme için önemli bir risk etmenidir (57-59). Prematüre doğan bebekler term bebeklere göre beyin yapılarındaki farklılıkları, beyin hasarına olan yatkınlıkları, yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki yatışları boyunca bulundukları yoğun bakım ortamı ve karşılaştıkları tıbbi komplikasyonlar nedeniyle gelişimsel açıdan risk altındadırlar (7, 60, 61). Bu riskler bilişsel gecikmeler, serebral palsi, görme sorunları, işitme sorunları, öğrenme, davranış sorunları olarak ortaya çıkabilmektedir (62, 63).

Gestasyonel hafta ne kadar erken ise gelişimsel sorunlar da o kadar yüksek oranda görülmektedir. Çok merkezli *EPICure* çalışması sonuçlarına göre İngiltere'de 1995-2006 yıllarında 23, 24, 25 ve 26. haftalarda doğan çocuklarda düzeltilmiş 2. yaşlarındaki bilişsel zorlukların sıklığı sırasıyla %31, %17, %19 ve %12 olarak

belirlenmiştir. Doğum haftası 28-31 ve doğum ağırlığı 1500 gramın altında olan bebeklerde en sık görülen gelişimsel sorun bilişsel gecikmelerdir (64).

Bu zorlu süreçte anne ve babanın ruhsal ve maddi olarak olumsuz etkilenmesi, sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda güçlüklerin yaşanması, taburculuk sonrası gelişimlerinin desteklenmesi için anne ve babanın bilgisinin yetersiz olması gibi birçok neden prematüre bebekleri gelişimsel zorluklar açısından riskli hale getirmektedir (65, 66).

Düşük Doğum Ağırlığı

Düşük doğum ağırlığının gelişim üzerindeki etkisi birçok çalışmada irdelenmiştir ve doğum ağırlığının düşük olmasının bilişsel gelişim için risk etmeni olduğunu ortaya koymuştur (67).

Jamaika’da düşük doğum ağırlığı ile doğmuş 7 aylık bebeklerle yapılan bir çalışmada ise bu bebeklerin problem çözme kabiliyetlerinin zayıf olduğu, 15 ve 24. aylarda ise 2500 gramın üzerinde doğmuş çocuklara göre daha az aktif oldukları, daha az ses çıkardıkları, mutluluklarını ifade etme çabalarının daha düşük seviyelerde olduğu bildirilmiştir (68).

Enfeksiyonlar

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı çocuklarda enfeksiyonlar sık görülüp doğrudan ya da dolaylı olarak gelişimi etkilemektedir. Santral sinir sistemi enfeksiyonu sırasında beyin parankimine organizmalar doğrudan invaze olabilirler veya sekonder patofizyolojik yollarla fokal ya da global nörolojik kusura neden olabilirler. Genelde gelişmiş ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda menenjit ve otitin gelişimsel gecikmeye neden olduğu ortaya konmuştur (69).

Süreğen Sağlık Sorunları (Kronik Hastalıklar)

Süreğen sağlık sorunu; 0 ila 18 yaş arası çocuklarda 3 aydan daha uzun süren veya son bir yıl içinde 3 ve daha fazla sayıda tekrar eden fiziksel, gelişimsel, davranışsal veya duygusal durum olarak tanımlanır (70). Epilepsi, serebral palsy, Down sendromu gibi süreğen sağlık sorunlarının çocuk gelişimi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Avustralya’da, bu konuda 2016 yılında yapılan araştırmalardan birinde, 22.890 okul çağındaki çocuğa ait okul öncesi hazırlık değerlendirmesi ve Acil Servis ve Hastane

Morbidite Veritabanı kayıtları eşleştirilmiştir. Bu araştırmada kronik hastalık sayısı fark etmeksizin çocukların birden çok alanda gelişimsel zorluk yaşadıkları, ayrıca kronik otitis media gibi göreceli olarak hafif veya kronik solunum yolu hastalığı gibi sık görülen hastalıkların da gelişimsel zorluklara neden olduğu belirlenmiştir (8).

Ülkemizde 2019 yılında Mustafayev'in yaptığı çocuk gelişimi için bağımsız risk oluşturan etmenlerini araştıran bir tez çalışmasında, kronik hastalığa sahip olmanın bağımsız risk etmenleri içerisinde en yüksek risk oranına sahip etmen olduğu tespit edilmiştir (40).

Birçok metabolik, genetik ve konjenital hastalığın seyrinde hastalığın kendine özgü bulgularının yanı sıra gelişimsel gecikme bulgularının da eşlik ettiği bilinmektedir (71, 72).

Toksinler

İntrauterin dönemde sigara, alkol, kokain kullanımına bağlı olarak nikotin, karbon monoksit ve aromatik hidrokarbonlara maruz kalınması ve postnatal dönemde arsenik, civa, kurşun, mangan gibi ağır metallerle maruz kalınmasının çocuklarda gelişimi olumsuz etkileyebileceği birçok araştırmada gösterilmiştir (73, 74).

2.4.2. Çocuk Gelişimini Sıklıkla Etkileyen Psikososyal Risk Faktörleri

Uyaran Eksikliği

Gelişmekte olan ülkelerde en sık rastlanılan gelişimsel gecikme nedenidir. Uyaran eksikliği farklı kaynaklarda “sevgi yoksunluğu”, “uyaran yoksunluğu”, “aile eğitimsizliği” yerine de kullanılmaktadır. Uyaran eksikliğine neden olan faktörler genellikle ailenin eğitim düzeyi, yoksulluk, işsizlik, yeterli beslenememe, hastalıklar, hastaneye yatışlar ve ailenin bu kaygılarla çocuğa yeterli zaman ayıramaması ile ilgilidir (22, 75).

Annede Depresyon

2018 yılında toplam 296.284 annenin çalışmalara dahil edildiği 291 çalışmanın verileri bir derlemede incelenmiş ve postpartum depresyonun küresel prevalansı %17,7 olarak saptanmıştır. Bu derlemede, en az Singapur'da (%3) ve en fazla Şili'de (%38) olmak üzere ülkeler arasında önemli prevalans farklılıkları gösterilmiştir (76). Ülkemizde 2017 yılında yapılan ve 1999-2015 yılları arası yapılmış 52 çalışmanın

değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında postpartum depresyon prevalansı %23,8 olarak bulunmuştur (77).

Annedeki depresyon sadece annenin sağlığı üzerinde değil anne-çocuk etkileşimlerini olumsuz etkilemesi sonucu çocuğun sağlık, bakım ve gelişimi üzerinde olumsuz etki yapabilmektedir (78, 79). Erken çocukluk döneminde depresif olan anneler uygun olmayan ebeveyn davranışları ve bebek bakımı ile ilgili kaygılara sahiptir. Annedeki depresyonun çocuk gelişimi üzerindeki olumsuz etkisine depresyonun zamanlaması, süresi, ve diğer etmenler (fetal ve maternal programlama, eşler arasında çatışma, ebeveynlik) aracılık etmektedir (79).

Yapılan araştırmalar, depresyonu olan annelerin bebeklerine sevgiyi ve şefkat içeren bakımı daha az oranda sağlayabildiklerini göstermiştir. Depresyonu olan annelerin çocuklarının yüz ifadelerinin daha donuk olabildiği, huzursuz, gergin, çekingen olabildikleri gözlenmiştir. Araştırmalar ayrıca, depresyonu olan annelerin çocuklarında davranış ve bilişsel sorunların daha sık olabildiğini de göstermiştir (66, 80, 81).

Stein ve arkadaşlarının 2014 yılında Lancet'te yayımlanan “Perinatal Anne Ruh Sağlığı”serisinde perinatal ruhsal bozuklukların, çocuklarda psikolojik ve gelişimsel bozuklukların riski ile ilişkili olduğunu, bu etkilerin ise erken müdahaleler ile önlenbilmesinin mümkün olduğunu belirtmiştir (66).

Annenin Ergen Çağda Olması

Bir kadının uygun ebeveynlik ve ev ortamını uygun şekilde düzenleme becerileri kazanmadan, maddi bağımsızlığını elde etmeden ergen veya çok genç yaşta çocuk sahibi olması ve büyütmesinin çocuk gelişimini olumsuz etkilediği uzun zamandır yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (82, 83). Bunun yanında 2003 yılında Turley tarafından yapılan “*National Longitudinal Survey of Youth (NLSY)*” araştırmasında ergen gebelik sonucu doğan çocuklar ile ergen gebelik sonucu doğmayan kuzenlerin (aynı ailedeki kız kardeşlerin çocuklarının) gelişimleri incelenmiş ve ergen hamileliğinin olumsuz çocuk gelişimine neden olmadığı, aslında kadının ergen çağda gebe kalıyor olmasının kendi ailesinde olumsuz şartların varlığını gösterdiği ve bu olumsuz şartların varlığı nedeni ile çocuk gelişiminin olumsuz etkilendiğini belirtilmiştir (84).

Annenin Okuryazar Olmaması veya Eğitim Düzeyinin Düşük Olması

Anne eğitim düzeyinin düşük olmasının çocuğun gelişimini olumsuz etkilediğini bildiren çok sayıda araştırma bulunmaktadır (85-87). Bu olumsuz etkinin nedeni olarak, annenin çocuğun gelişimiyle ilgili yeterli ve doğru bilgiye ulaşamaması nedeniyle ortaya çıkabilecek uyaran eksikliği olabileceği gösterilmiştir (75). Bunun karşın eğitim düzeyi yüksek annelerin, çocuklarına daha fazla uyaran verme fırsatı yarattıklarını gösteren çalışmalar vardır (88, 89). Eğitim seviyesi daha yüksek annelerin özellikle dil kullanımı becerilerinin yüksek olması nedeniyle çocukları ile başarılı bir etkileşim tarzına sahip oldukları, üniversite eğitimine sahip annelerin, lise eğitimine sahip annelere göre, çocuklarıyla daha çok konuştukları ve daha zengin kelime dağarcığına sahip oldukları gösterilmiştir (90, 91). Aynı zamanda anne ve babaların eğitim seviyesi çocukların okula devamı ve genel bilişsel gelişimiyle de ilişkilendirilmiştir (92, 93).

Green ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada 369 anne-bebek çiftinden oluşan örnekleme annenin okuryazarlık düzeyi ve eğitim düzeyi ile bebekleri altı aylık olduklarında gelişimsel değerlendirilmeleri karşılaştırılmıştır. Araştırmacılar okuryazarlık düzeyinin çocuk gelişimi için daha iyi bir yordayıcı olduğu sonucuna varmışlardır (94).

Anneye Olan Sosyal Desteğin Yetersiz Olması

Shin ve arkadaşlarının 2019 yılında ABD’de yaptığı çalışmada annenin çevresindeki sosyal destek ağının zayıf olması durumunda çocuğun gelişiminin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir. Bu sosyal destek ağı annenin eşiyile beraber yaşayıp yaşamadığı, kalabalık evde yaşıyor olması, zor bir durumda kaldığında destek olabilecek güvenilir kişi sayısının az olması gibi etkenlerle belirlenebilir (95).

Annenin ve Babanın Çalışma Durumu

Annenin, çocuğu bebeklik döneminde iken, çalışmaya başlamasının çocuğun gelişimini olumsuz etkileyeceğine dair yaygın bir inanç vardır. Bu alandaki çalışmalar kapsamlı olarak değerlendirildiğinde, çocukların yaşamlarının ilk yılında, anne istihdamının, çocukların bilişsel gelişimi üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (96-98). Bernal ve arkadaşlarının yaptığı çalışma çocuğun yaşamının ilk beş yılında annenin çalışmasının çocuk bakımına etkilerinin oldukça büyük olduğunu göstermektedir. İlk beş yılda, her bir yıllık tam zamanlı çalışmanın, çocuk gelişimini

değerlendiren test puanlarında yaklaşık %1'lik bir azalma ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (96). Bu araştırmalarda vurgulanan önemli bir bulgu, anne istihdamının annelerin çocuklarına ayırdıkları zamanı azaltmasıdır. Azalan zamanı telafi edebilmek için çalışan anneler, uyku, ev işleri, dinlenme zamanı gibi zamanlardan fedakarlık yaparak çocuklarına ayırdıkları vakti artırmaya yönelebilirler (99). Bu durum çocuğa ayrılan vaktin kalitesini etkileyebilir.

Norveç verisi kullanılarak 2011 yılında yapılan bir çalışmada babanın çalışmamasının çocukların okul başarısı üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Buna karşılık, annenin çalışmaması, okul başarısında önemli olmayan bir artışla ilişkilendirilmiştir (100).

Maddi Olanakların Kısıtlı Olması

Dünyada yaşanan gelişmelere karşın yoksulluk çağımızın önemli bir sorunu olmaya devam etmektedir. Bu durumdan etkilenen en duyarlı grup ise çocuklardır. Yoksulluk içinde yaşamak çocukların beslenme, barınma, eğitim, istikrarlı çevre, temiz su, sağlık, hijyen, hastalık ve kazalardan korunma, sağlıklı yaşama, büyüme ve gelişme açısından gerekli olanaklardan yoksun kalmalarına neden olmaktadır. Bu ihtiyaçlardan mahrum kalma çocuğun sağlığını ve gelişimini doğrudan etkilediği için maddi olanakların kısıtlı olması çocuk gelişimini olumsuz etkilemektedir (101-103).

Barınma Olanakları ile İlgili Sorunlar

Yapılan çalışmalar sık taşınma, kendi evi olmadığından başkasının evinde geçici olarak barınma ve evsiz kalmanın çocuk gelişimini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Bu gibi durumlar çocukların gelişimini yeni yaşam koşullarına uyumsuzluk, yetersiz hijyen ve beslenme, korunma eksikliği, güvensiz ev ortamı, ihmal gibi olumsuz nedenler sonucu etkileyebilmektedir (104, 105).

Görsel Medya Araçlarına Maruz Kalma

Günümüzde çocukların büyüdüğü ortamlar, televizyon ve diğer görsel mobil medya araçları ile çevrelenmiş durumdadır. Santral sinir sisteminin olgunlaşma ve gelişiminin en hızlı olduğu küçük yaşlardan itibaren çocuklar medya araçlarına maruz kalmaktadır (106). Medya araçları özellikle görsel algıya yönelik uyarılar vermektedirler. Görüntüler ile çok fazla uyarılan beyin sesli uyarılara ilgisini sağlayamamakta ve beynin sol lobundaki dil bölgesinin gelişimi yavaşlamaktadır (107).

Devamlı ve plansız şekilde ekrana maruz kalmanın organizasyondan sorumlu ön beyin korteksinin tembelleşmesine neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (108).

Medya araçlarının kullanımının çocuklarda ortaya çıkabilecek saldırgan davranışlar, kilo fazlalığı, uyku düzenindeki bozukluklar, dikkat eksikliği gibi gelişim üzerine zararlı etkileri uzun bir süredir tartışılmaktadır. Örneğin Hinkley ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erken dönemlerde günde iki saatten fazla medya araçların kullanımının davranış, konuşma becerisi ve sosyal ilişkiler ile ilgili sorunlara neden olduğu gösterilmiştir (109).

Medya merkezli aile; aile bireylerinin günün yaklaşık yarısını ekran karşısında geçirdiği, çocuk odasında televizyonun bulunduğu, çocuğun uyanık olduğu zamanlarda televizyonun açık kaldığı, çocuğun aile bireyleri ile vakit geçirme süresinin az olduğu aileleri tanımlamak için ortaya konulmuş bir kavramdır. Bu kavram Wartella ve arkadaşlarının gelir düzeyi düşük olan ailelerin medya araçları ile daha çok ilişkili olduklarını gösterdikleri çalışmaları ile çıkmıştır (110). Bu tarz ailelerde bu durum nedeniyle çocuk ile bakım veren kişi arasındaki oyun veya benzeri aktivite süreleri azalmaktadır. Medya araçlarına maruz kalma yaşının doğru planlanması, izlenen içeriğin uygun ve doğru seçilmesi, kullanım süresinin düzenlenmesi, kullanım sırasında çocuğa eşlik edilmesi olumlu etkileşimi geliştirebilmek ve medyanın doğru kullanımını sağlayabilmek adına önemlidir.

Kabali ve arkadaşları tarafından ABD’de 2015 yılında, yaşları 6 ay ila 4 yaş arasında olan 350 çocuğun değerlendirildiği çalışmada neredeyse tüm çocukların (%96,6) medya araçlarını kullandıkları buna ek olarak bu çocukların büyük oranda 1 yaşından önce bu cihazları kullanmaya başladıkları ve 2 yaşına gelene kadar her gün kullandıkları bildirilmiştir (111). Rideout ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada, 0 ila 2 yaş arası çocukların %31’inin, 2 ila 4 yaş arasındaki çocukların %67’sinin gün içerisinde 1 saate yakın süreyi televizyon izleyerek geçirdiği belirlenmiştir (112). 2017 yılında İtalya’da yapılmış olan bir çalışma çocukların %20’sinin yaşamlarının ilk yılında akıllı telefon ile karşılaştıklarını göstermiştir. 3 ila 5 yaş aralığına gelindiğinde ise çocukların %80’inin ebeveynlerinin akıllı telefonlarını kullandıkları gösterilmiştir (113).

Türkiye’de 2018 yılında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Fakültesi Gelişimsel Pediatri Ana Bilim Dalı’nda Dr. Hakan Özcan tarafından, 308 aile ile yapılan bir tez çalışmasında ailelerin 307’sinin (%99,7) evinde görsel medya araçları (TV, tablet, akıllı

telefon, bilgisayar) bulundurduğu saptanmıştır. Bu çalışmada aileler çocuk evde iken televizyonun toplam açık kalma süresini en az 1 saat, en fazla 16 saat arasında olmak üzere ortalama $6,38 \pm 4,08$ saat olarak belirtmişlerdir. Çocuğun ilk defa televizyon ile karşılaşma zamanı ortalama 12 ay olarak saptanmıştır. Çocukların son 1 hafta içerisinde medya araçlarına maruz kalma süreleri televizyon izleme süresi için ortalama 2,5 saat, tablet için ortalama 1,5 saat, akıllı cep telefonu için ortalama 1 saat, bilgisayar kullanımı için de ortalama 50 dakika olarak saptanmıştır (114).

Son bir yılda COVID-19 pandemisi nedeniyle alınan önlemler sonucu yüz yüze etkileşim kısıtlılığı ile çocukların ekran maruziyeti oranlarında yükselme olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Pandemi öncesi çocuklar günlerinin yaklaşık 3 saatini ekran karşısında geçirirken pandemi sonrası bu oran yaklaşık olarak ikiye katlanmıştır (115). Bu veriler görsel medya araçlarının yıldan yıla çocukluk yaş grubunda artan kullanım oranlarını göstermektedir.

2.4.3. Yaşa Göre Gelişimsel Risk Etmenleri

Gelişimsel risk etmenlerinin sınıflandırılmasına yönelik olarak 2012 yılında Prof. Dr. İlgi Ertem tarafından hazırlanan ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı “Erken Çocuklukta Gelişim Zorlukları” başlıklı kitapta, yeni bir yaklaşım sunulmuştur. Yaşam döngüsü yaklaşımıyla sunulan bu sınıflandırmada, gebelik öncesinden yetişkinliğe, ebeveynliğe ve sonraki nesle kadar risk etmenleri kronolojik sırayla sunulmuştur. Şekil 1’de, 3 yaşına kadar çocukların gelişimini etkileyebilecek riskleri gösterilmiştir (22).

Döllenme öncesi dönem	• Anne sağlığı ve beslenmesindeki sorunlar/eksiklikler • İki doğum arası yetersiz süre • İstenmeyen gebelik
Prenatal/perinatal dönem	• Anne baba akrabalığı • Anne ölümü oranı • Perinatal asfiksi • Düşük doğum ağırlığı • Prematürite • Perinatal komplikasyonlar, enfeksiyonlar • Konjenital kromozomal anomaliler
Yenidoğan dönemi	• Yetersiz bakım veren-yenidoğan ilişkisi ve etkileşimleri • Yenidoğan enfeksiyonları, komplikasyonları • Gelişimsel / duyuşal bozukluklar
Hayatın ilk yılları	• Uygun çocuk bakımının olmaması • Çocuk sağlığı sorunları / kronik hastalıklar • Çevrenin uyarı verici niteliklerinde yetersizlikler • Demir eksikliği • İyot eksikliği • Yetersiz beslenme • Mikrobesein eksiklikleri
	• Çevresel toksinlere maruz kalma • Bakım verenin fiziksel ve ruhsal sağlığındaki sorunlar • Sosyal ve ekonomik çevredeki eksiklikler: Beslenme, barınma, çevresel hijyen, geçinmeye yetecek ücretle çalışılan işler, cinsiyet eşitliği, bakıcı eğitimi, çocuk bakımı, okul öncesi fırsatlar, okullar, kamu ve özel mal ve hizmetlere erişim, sağlık hizmetleri, şiddete maruz kalma / savaş.

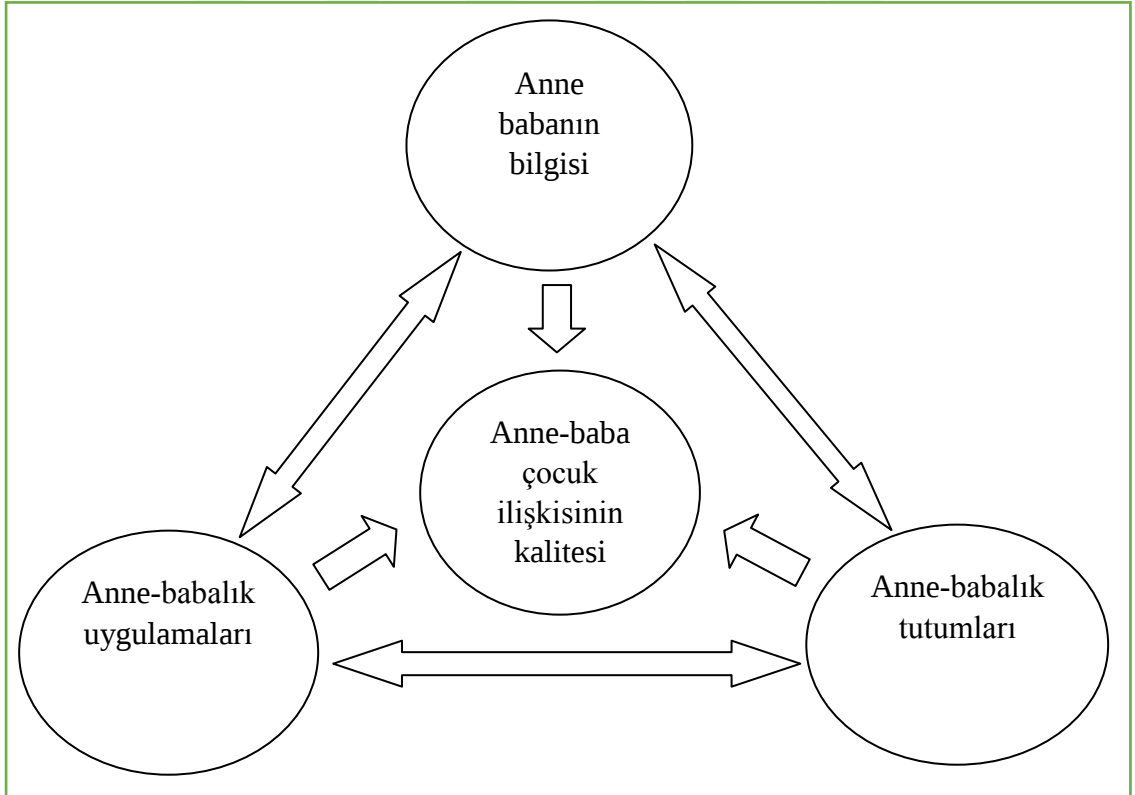
Şekil 2.1. Çocukları etkileyebilecek gelişimsel risk etmenleri

2.5. Çocuk Gelişiminde Ailenin ve Annenin Önemi

Çoğu çocuk için, ailesi ve evi onun deneyimlediği ilk ortamıdır. Ev ve aile ortamlarının çocukların gelişimini etkileyen önemli bir etmen olduğu gösterilmiştir (116). Yaşamın erken döneminde sürekli uygun uyaranlar ve etkileşimler, optimal gelişimi teşvik etmek için gereklidir (117). Amerikan Ulusal Bilim, Mühendislik ve Tıp Akademisi (*The National Academies of Science, Engineering, and Medicine* (NASEM))

ailelerin doğumdan 8 yaşına kadar olan çocuklar için uygun etkileşim alıp verme (*serve-and-return*), şefkatli bakım, uygun ve güvenli ev ortamı sağlama, yeterli beslenme, çok sert olmayan disiplin gibi uygulamaların önemini vurgulamıştır (118). Ailelerin çocuklarına sağladıkları bu uygulama ve destekler ile tutumları, çocuklarının bilişsel ve hareket gelişiminde kilit rol oynar.

Ebeveynlik tutumları, anne babaların çocukların gelişimindeki rolleri ve önemi ile ilgili olarak “anne babaların bakış açılarını, beklentilerini veya tepkilerini” ifade eder. Ebeveynlik uygulamaları ise, “bir çocuğun gelişimine etki edebilen çocuk yetiştirme davranışları veya yaklaşımlarıdır” (118). Bu iki kavram ve anne babaların gelişim bilgisi birbiriyle ilişkilidir. Bir annenin bakım verme konusundaki tutumu, annenin bilgiyi davranışa nasıl dönüştürdüğünü etkileyebilir. Bir anne, çocuğuna bakım verme yoluyla gelişim bilgisi edinebilir ve bu da ebeveynlik konusundaki tutumunu ve bakım veren rolüne olan güvenini etkiler. Anne babanın çocuk ile kaliteli ve destekleyici bir ilişki kurabilmesinde, anne babanın gelişim ve gelişimi destekleme bilgisi, tutumları ve uygulamaları rol oynar (Şekil 2) (119).



Şekil 2.2. Ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi ve ebeveynlik bilgisi, uygulamaları, tutumları ve arasındaki ilişki

Stright, Gallagher ve Kelley tarafından 2008 yılında ABD’de yürütülen bir çalışmada, bebeklik ve erken çocukluk döneminde anne babaları tarafından daha yoğun şekilde desteklenen çocukların, daha az destek gören çocuklara oranla daha yüksek akademik başarıya, daha iyi sosyal becerilere ve akranlarıyla daha iyi ilişkilere sahip olduğu gösterilmiştir (120). Benzer şekilde, Jackson ve Schemes’in 2005 yılında ABD’de yaptığı çalışmada okul öncesi dönemde sıcak ve destekleyici ortamda büyüyen çocukların bilişsel gelişimlerinin daha iyi olduğu gösterilmiştir (121).

2.6. Gelişimin İzlenmesi ve Desteklenmesinde Gelişim Bilgisinin Önemi

2.6.1. "Gelişim Bilgisi"nin Tanımı

Gelişim bilgisi, ailelerin gelişimsel basamakları ve bakım verme becerileri konularındaki bilgi düzeyi olarak tanımlanabilir (122). Bornstein gelişim bilgisini, anne ve babaların çocuk gelişimi hakkındaki bilgilerini, gelişmekte olan çocuğun biyolojik, fiziksel, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağına dair bilgileri olarak tanımlar (123).

Yirminci yüzyılın ilk yarısından itibaren anne baba bilgisinin gelişim üzerindeki etkisi bilinmekle beraber, yüzyılın son çeyreğinde gelişmiş ülkelerde çalışmalar yoğunlaşmıştır (19, 124-126). Örneğin Epstein ve arkadaşlarının 1979 yılında ABD’de yaptığı çalışmada adolesan dönemde gebe kalan 14-19 yaş arası 98 katılımcının gebelik sürecinde çocuk gelişimi hakkındaki bilgileri araştırılmıştır (127). MacPhee tarafından 1981 ve 1984 yıllarında anne gelişim bilgisi ile ilgili yayınlar yapılmıştır. Bu yayınlarda ebeveynlerin bebek gelişimi hakkındaki bilgilerinin önemi, bu bilginin anne babaların algı ve tutumları üzerindeki etkisi ve anne babaların bilgi edinme yöntemleri incelenmiştir. Bu alandaki önemli ölçeklerden Bebek Gelişimi Bilgisi Envanteri (*Knowledge of Infant Development Inventory*, KIDI) ilk olarak ABD’de MacPhee tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir (124, 128). Schilmoeller ve Baranowski 1985 yılında ABD’de yayımladıkları çalışmada annelerin yaşına göre çocuk bakımı konusundaki bilgilerini araştırmıştır (125). Miller tarafından 1988 yılında yayımlanan “Ebeveynlerin çocukların bilişsel gelişimine ilişkin inançları” ve 1989 yılında Patterson, DeBaryshe ve Ramsey tarafından yayımlanan “Antisosyal davranış üzerine gelişimsel bir bakış açısı” konulu yayınlarda gelişim bilgisinin önemi vurgulanmıştır (129, 130). Dichtelmiller ve arkadaşları tarafından 1992 yılında ABD’de yapılan çalışmada ebeveyn deneyimi, ebeveyn bilgisi ile aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerin gelişimi arasındaki

ilişki incelenmiştir (19). Tamis-LeMonda, Chen ve Bornstein 1998 yılında, ABD’de yaptıkları çalışmada yaşları 6-58 ay arasında değişen 64 çocuğun annesinin, oyun ve dil gelişimi konusundaki bilgilerini araştırmıştır (126).

Al-Maadadi ve arkadaşları 2015 yılında Katar’da, Shrestha ve arkadaşları 2017 yılında Nepal’de, Alkhazrajy ve arkadaşları 2017 yılında Irak’ta ve Hafız ve arkadaşları 2018 yılında Suudi Arabistan’da annelerin gelişim bilgisini araştıran çalışmalar yapmıştır (13, 131-133).

Ülkemizde annelerin çocuk gelişimi hakkındaki bilgileri, ilk olarak 2007 yılında, Ertem ve arkadaşları tarafından ülkemizin iki ilinde yapılan çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmada yeni geliştirilen “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği” kullanılmıştır (12).

2.6.2. "Gelişim Bilgisi" ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Şahinöz ve arkadaşlarının 2020 yılında sağlam çocuk polikliniğine başvuran yaşları 0-24 ay arasında olan toplam 102 çocuğun annesi ile gerçekleştirdiği çalışmada annelerin gelişim bilgileri “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği” ile değerlendirilmiştir. Çalışmada annelerin yarıya yakınının çocuk gelişimi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır (134).

Ertem ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada Türkiye’nin iki ilinde 1055 annenin dahil edildiği temsili bir anne grubunda bebek ve küçük çocuk gelişimi ile ilgili annelerin bilgileri “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği” ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı iki şehirde yaşayan çok sayıda annenin, bebeklerin ve küçük çocukların temel gelişim becerilerinin ne zaman ortaya çıktığı ve çocuk gelişimini destekleyen basit uygulamalara ne zaman başlaması gerektiğini bilmedikleri tespit edilmiştir. Annelerin çoğunun gelişimsel beceri ve aktivitenin beklenen yaşlardan daha sonra meydana geldiğine inandıkları saptanmıştır (12).

Young ve arkadaşlarının ABD’de 2017 yılında yaptığı 397’si Afrikalı-Amerikalı, 419’u İspanyolca konuşan kişiler olmak üzere toplam 816 annenin katıldığı araştırmada bebeklerinin veya küçük çocuklarının gelişimlerini teşvik etmek için pek çok annenin fırsatının az olduğunu göstermişlerdir. Örneğin, ebeveynlerin sadece %39’u günlük olarak çocuklarıyla birlikte resimli kitap okuduğunu veya baktığını bildirmiştir. Ayrıca, çocuğa günde bir kez veya daha fazla çocuk kitabı okumak, eğitim ve gelir düzeyi ile ilişkilendirilmiştir. Bulgular ayrıca, doktorları veya hemşireleri ile çocuklarını öğrenmeye teşvik etmeleri konusunda konuşan ebeveynlerin, doktoruyla gelişim

konusunu konuşmayan ebeveynlerle karşılaştırıldığında günlük olarak çocuklarına gelişimi destekleyici davranışlarda (kitap okuma gibi) bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (14).

Zand ve arkadaşları 2015 yılında, ABD’de, özel gereksinimi olan 77 çocuğun annelerinin gelişim bilgisini değerlendirmiş ve bu annelerin gelişim bilgisi düzeyini MacPhee, Bornstein ve Huang’ın yaptığı çalışmalardaki yaşına uygun gelişim gösteren çocukların annelerinin gelişim bilgisi ile karşılaştırmıştır (123, 128, 135). Bu karşılaştırma sonucu erken destek hizmetlerine kayıtlı çocukların annelerinin önemli ölçüde daha az gelişim bilgisi bildirdiği ve gelişim basamaklarının zamanlamasını bilmeme olasılıklarının diğer annelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (136).

ABD’nin Tennessee eyaletinde, Reich tarafından 2005 yılında yapılan kesitsel çalışmada bir üniversite hastanesinin çocuk sağlığı kliniğinden 106 ve gebe kliniğinden 97 katılımcı olmak üzere toplam 203 annenin çocuk gelişimi hakkındaki bilgi seviyeleri araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan ölçek ile değerlendirilmiştir. Oluşturulan ölçek bilişsel ve fiziksel gelişim, disiplin, beslenme, kazalardan korunma, doğumdan sonra anne sağlığı ve bebeklerin uyku alışkanlıkları gibi konularda annelerin bilgi düzeyini sorgulayan 39 madde içermektedir. Çalışmanın sonucunda katılımcı anneler genel olarak soruların %65’ini doğru olarak cevaplamıştır. Bununla birlikte, bebek uyku düzenleri ve 6 aylık bebeklerin gelişim becerileri hakkındaki çoğu bilgiden yoksun oldukları da tespit edilmiştir. Annenin eğitim düzeyi, ırkı, çocuk sayısı ve çocuk bakımı konularında yardım alması anne bilgi düzeyi ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (15).

Benasich ve Brooks-Gunn, 1996 yılında ABD’de yaptıkları çalışmada annelerin gelişimsel basamaklar hakkındaki bilgi eksiklikleri ile çocuklarının gelişimine destek olma yetenekleri arasındaki ilişkiyi göstermiştir. Çünkü çocuk gelişimi hakkında yeterli bilgiye sahip anneler ebeveynlik davranışlarını çocuğa destek olmaya ve çocuğun sosyal-duygusal gelişimini şekillendirmeye yardımcı olma yönünde değiştirme eğilimine sahiplerdir (122).

Dichtelmiller ve arkadaşları tarafından 1992 yılında ABD’de yapılan çalışmada ebeveyn deneyimi ve ebeveyn bilgisi ile aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerin gelişimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Ortalama 1000 gram doğum ağırlığı ve 28,1 gebelik haftası olan 40 bebek ve annesi çalışmaya katılmıştır. Çalışma, preterm bebeklerin annelerinin, term bebeklerin anneleriyle benzer deneyimleri ve bilgi kaynakları olduğunu tespit etmiştir. Annelerin bilgileri KIDI ile değerlendirilmiştir.

Annelerin bilgi düzeyi ile yaşı ve sahip oldukları çocuk sayısı arasında ilişki bulunmuştur. Yaşı daha büyük olan ve daha çok çocuğu olan annelerin bilgi düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır. Gelişim bilgisi ortalamanın üzerinde olan annelerin bebekleri, gelişim bilgisi ortalamanın altında olan annelerin bebeklerine göre Bayley Bebek Gelişim Ölçeği'nin bileşenleri olan Zihinsel (*Mental Development Index*) ve Psikomotor Gelişim Ölçeklerinden (*Psychomotor Development Index*) yaklaşık bir standart sapma daha yüksek puan almışlardır (19).

Yue ve arkadaşlarının 2017 yılında Çin'in kırsal bölgelerinde yaptıkları kesitsel çalışmalarında, bakım verenlerin gelişim bilgileri ile erken çocukluk dönemindeki çocukların gelişimsel sonuçları arasındaki ilişkiyi incelenmişlerdir. Çalışmada 6 ay ile 24 ay arasındaki 648 bebeğin verilerini değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, annelerin bebek gelişimi hakkındaki bilgilerinin bebeklerinin sosyal-duygusal ve dil gelişimi ile olumlu ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (137).

Shrestha ve arkadaşlarının 2017 yılında Nepal'deki iki hastanede, en küçüğü beş yaşının altında olan ve sağlam çocuk polikliniğine veya aşı amacıyla hastaneye başvuran toplam 1272 annenin katıldığı çalışmada, annelerin gelişim bilgisini “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği” ile değerlendirmiştir. Çalışmada annelerin çocuk gelişimi ve gelişimsel destek konusunda bilgi düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Birden fazla çocuğu olan annelerin gelişim bilgisinin daha iyi olduğu saptanmıştır, anne gelişim bilgisi ile eğitim, meslek, çocuğun cinsiyeti veya aile yapısı arasında bir ilişki bulunamamıştır (131).

Rehman ve arkadaşlarının 2016 yılında Pakistan'ın iki şehrinde yaptığı araştırmada 392 annenin gelişim bilgisi Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada annelerin eğitim seviyesi ve meslekleri ile gelişim bilgileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Annelerin çocuk gelişimi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır. Annelerin çoğunluğunun bilgilerinin deneyimlere dayandığı tespit edilmiştir. Annelerin sadece %3,57'si çocuk gelişimi hakkındaki bilgi kaynağının örgün eğitim olduğunu ve %9,44'ü çocuk gelişimi hakkındaki bilgi kaynağının televizyon, radyo, dergi ve bir doktora danışmak olduğunu ifade etmiştir.

Ürdün'de Safadi ve arkadaşları tarafından 2016'da yapılan çalışmada, Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Merkezleri'ne başvuran anneler arasından seçilen 400 katılımcı “Çocuk Gelişim Bilgisi Formu-KIDI” ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada bir bebeğin gelişim basamaklarına ulaşma zamanının daha geç olması beklentisinin ciddi

bir sorun olduğu tespit edilmiştir. Annelerin bebeklerin bilişsel gelişim basamakları hakkındaki bilgisi ile planlı gebelik arasında ilişki tespit edilmiştir. Hamileliklerini planlayan annelerin çocuk gelişimi hakkında daha fazla bilgi sahibi olabileceği vurgulanmıştır. Araştırmacılar, çalışmanın sonunda çocuğunun gelişimi konusunda beklentisi zayıf olan annenin çocuğundaki olası gelişimsel gecikmeyi kaçırabileceği ve bu nedenle gecikmeyi önlemek için çok önemli olabilecek tıbbi yardımı almayı ve erken müdahaleyi geciktirebileceğini vurgulamışlardır (138).

Al-Maadadi ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı araştırmada, Katar'da yaşayan 263 annenin çocuk gelişimi konusundaki bilgi düzeyi araştırılmıştır. Çalışmada aynı zamanda maternal demografik özellikler ile annelerin gelişimle ilgili bilgilerini edindikleri yöntem ile bilgi seviyeleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonuçları çocuk gelişimi ile ilgili anne bilgisinin genel olarak düşük olduğunu ortaya koymuştur. Genel olarak, anneler “Çocuk Gelişim Bilgisi Formu–KIDI” envanterini oluşturan 75 sorudan yalnızca %51,85'ini doğru bir şekilde yanıtlamışlardır. Buna ek olarak annelerin eğitim seviyesinin, annelerin bilgi düzeyinin önemli bir belirleyicisi olduğu gösterilmiştir (13).

2.6.3 "Gelişim Bilgisi"nin Çocuk Gelişimindeki Önemi

Birçok çalışmada, ailelerin çocuk gelişimi bilgisi ve erken çocukluk gelişimi arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (21, 139). Bilgi düzeyi daha iyi olan anne babaların, kendileri ve çocukları hakkında daha gerçekçi beklentilere sahip olduğu ve çocuklarına gelişimsel olarak uygun şekillerde davranmalarının daha olası olduğu gösterilmiştir (90). Anne çocuk gelişimi hakkında bilgi sahibi olduğunda, çocuğuyla daha destekleyici şekilde etkileşimde bulunur ve bu durum çocuğun sosyal ve bilişsel gelişiminin daha iyi olmasına yol açar.

Smith ve arkadaşlarının 2002 yılında ABD’de 96 anne ile yaptığı çalışma, çocuk gelişimi hakkında daha fazla bilgiye sahip annelerin çocuklarına daha fazla şefkatli bakım sağladığını göstermiştir. Çocuk gelişimi konusunda gerçekçi olmayan beklentileri olan annelerin, daha bilgili annelere kıyasla daha şiddetli disiplin anlayışına sahip olma olasılığı yüksektir (140). Bu disiplin anlayışı çocuk gelişiminde zarar verici durumlara yol açabilir.

Çocuklarının yeteneklerini doğru bir şekilde değerlendirebilen anneler, uygun öğrenme ortamları oluşturur ve çocuklarıyla daha duyarlı bir şekilde etkileşime girer.

Erken çocuk gelişim basamaklarını daha iyi anlayan anne babalar, çocukların ihtiyaçlarına nasıl cevap verecekleri konusunda daha iyi olabilirler. Ayrıca, çocuk gelişimi hakkında daha az bilgiye sahip bir anne veya babanın aksine, gelişimsel gecikmeleri belirleme konusunda daha başarılıdırlar (135).

Çocukta gelişimsel gecikme olması durumunda gecikme belirtilerini genellikle ilk olarak ebeveynlerin fark ettikleri bilinmektedir. Bu yüzden anne babaların çocuklarının dil, bilişsel, hareket ve duygusal davranışlarına ilişkin gözlemleri, gelişimsel gecikmeyi belirlemek için önemlidir. Anne babaların çocuklarının gelişimi ile ilgili endişeleri her zaman ciddiye alınmalıdır (141).

Düşük anne eğitim düzeyinin; annenin çocuğun gelişimi açısından yeterli bilgiye ulaşamaması nedeniyle ortaya çıkabilecek uyaran eksikliği veya annenin çocuğunda ortaya çıkan gelişimsel gecikmeyi fark edememesi ve erken girişim şansının kaçırılması gibi nedenlerle çocuk gelişimini olumsuz etkilediğini bildiren çok sayıda araştırma bulunmaktadır (75, 85-87).

Nepal'de 2014 yılında Shrestha tarafından Otizm Bakım Merkezinde toplam 50 çocuk ve anneleri ile yapılan çalışmada otizmlili çocukların annelerinin çocuklarındaki gelişimsel sorunları tanıyamadığı ve dil gecikmesi olan çocukları için yardım isteme konusunda üç yıl geciktikleri tespit edilmiştir. Bu nedenle çocuklar erken girişim için kritik dönemi kaçırmışlardır. Annelerin çoğunun, çocuklarıyla konuşmak, oynamak veya birlikte resimli çocuk kitaplarına bakmak gibi evde sağlayabilecekleri basit bilişsel uyaranlardan habersiz oldukları çalışmada belirtilmiştir (131).

2.6.4. Ailelerin Gelişim Bilgisini Edinme Yolları

Annelerin çocuklarının 0-3 yaş döneminde, normal büyüme ve gelişme hakkında bilgi ve danışmanlık almaya daha çok ihtiyaç duydukları ve bilgi almak için sağlık alanında uzman kişilere sık başvurduğu görülmektedir (142). Annelerin bu bilgiyi edinebileceği, problemlerini çözmelerine yardımcı olabilecek ve çocuklarının gelişimlerini destekleyici öneriler alabileceği uzmanların varlığı oldukça önemlidir. Yıldız'ın 2003 yılında ülkemizde sağlam çocuk polikliniğine başvuran annelerle yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre; kontrollü ve devamlı olarak danışmanlık hizmeti verilen primipar annelerin bebek bakımı ile ilgili bilgi düzeyinde önemli ölçüde artış, kaygı düzeylerinde azalma, annelik rolünden memnuniyette artış sağlandığı görülmüştür (143). Çocuk bakımı konusundaki bu bilgi eksikliği ve çevreden öğrenilen yanlış

uygulamaların, çoğu zaman çocuğun sağlığını olumsuz etkileyerek büyüme ve gelişmede gecikmeye, çoğu önlenebilir hastalıkların sık görülmesine, morbidite ve hatta mortaliteye neden olabildiği bildirilmiştir. Genel gelişim basamakları hakkında bilgilendirilen annelerin çocuklarının yeteneklerini keşfetmesini sağlayacak bilişsel ve sosyal açıdan fırsat ortamları yaratma olasılığı artmaktadır (123, 130, 131).

Annelerin gelişim ile ilgili bilgileri edinme yolları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Rikhy ve arkadaşlarının çalışmasında anne babaların çoğunluğunun bilgi kaynağı olarak doktorları ve hemşireleri tercih ettiğini saptamıştır (144). Moseley ve arkadaşları, ABD’de 2011’de yaptıkları çalışmada anne ve babaların %94’ünün çocuk doktorlarından bilgi alırken, internet, televizyon veya gazetelerden bilgi alanların %10 olduğunu göstermiştir (145). Alkhazrajy ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada annelerin çocuklarının gelişimine ilişkin bilgi kaynağı olarak, %71,5’nin önceki çocukları ve mevcut çocuğu ile olan deneyimleri ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada annelerin yalnızca %16,5’nin bilgi kaynağı olarak doktorları %5,5’i birinci basamak sağlık merkezlerindeki sağlık çalışanlarını tercih ettiğini belirtmiştir (132). Hafız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin temel bilgi kaynakları sırasıyla aileleri (%55,3) arkadaşları (%53,8), internet ve sosyal medya (%43,1) olarak tespit edilmişlerdir. Çalışmaya katılan annelerin sadece %4,6’sı birinci basamak sağlık çalışanlarından bilgi aldığını ifade etmiştir (133).

2.6.5. Anneleri Gelişim Bilgisini Arttırmaya Yönelik Çalışmalar

Erken çocukluk döneminde aileler tarafından çocuklarına verilen uyaran ve desteğin önemi ile ilgili bilimsel verilerin artması, araştırmacıların bakım verenlerin çocuk gelişimi ile bilgi düzeyleri ve bilginin çocuk gelişimi üzerindeki etkilerinin araştırılması konusunda yoğunlaşmasına neden olmuştur (146). Yeterli gelişim bilgisi düzeyi annelerin bebek bakımı ve ebeveynlik hakkında kendilerini yeterli hissetmesini sağlayan faktörlerden biridir (147).

Chen ve arkadaşlarının 2020 yılında Çin’de yaptıkları çalışmada 0-3 yaş arası çocuğu olan toplam 310 bakım verenin “Yenilikçi Ebeveynlik Programı”na katıldıktan sonra daha iyi ebeveynlik bilgisi düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir (146).

Ülkemizde Şahinöz ve arkadaşlarının 2020 yılında sağlam çocuk polikliniğine başvuran yaşları 0-24 ay arasında olan toplam 102 çocuğun annesi ile gerçekleştirdiği çalışmada annelerin çocuk gelişim uzmanı ile görüşme yapma durumlarının çocuk

gelişimi ile ilgili bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattığı saptanmıştır. Çocuk gelişim uzmanı ile görüşen annelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği puan ortalamaları, görüşmeyen annelerin puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (134).

2.6. Gelişmiş Ülkelerde ve Ülkemizde Ailelerin Gelişim Bilgisini Ölçmede Kullanılan Araçlar

2.6.1. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği (*Caregiver Knowledge of Child Development Inventory*)

Ailelerin Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Gelişimi ve Gelişimin Desteklenmesi Bilgisi Ölçeği; Ertem ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (12). Ölçeğin geliştirilmesi sırasında araştırmacılar tarafından 1960 ile 2005 yılları arasında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kullanılan bakım verenlerin çocuk gelişimi bilgilerinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmış değerlendirme araçlar incelenmiştir. Çocuk gelişiminde uzman beş araştırmacının incelediği ölçeklerin tamamı veya bazı kısımları; 1) bebeklerin ve küçük çocukların ulaştığı gelişimsel beceri basamaklarını, 2) DSÖ Gelişim için Bakım (*Care for Development Intervention (CDI)*) tarafından önerilen destek uygulamalarına benzer şekilde, bakım verenlerin çocuklarının gelişimlerini desteklemeleri için sağlayabilecekleri temel uygulamaları içeriyorsa, uyarlama için uygun kabul edilmiştir. Uygun kabul edilen ölçekler olan Bebek Gelişimi Bilgi Envanteri (*Questions from the Knowledge of Infant Development Inventory*), Bilgi Tutumları ve Uygulamaları Anketi (*Knowledge Attitudes and Practices Questionnaire*), Çocuk Sağlığı ve Gelişimi Anketi (*Child Health and Development Questionnaire*) ve Etkin Öğrenme Envanteri (*High Scopes Inventory*)'nden sorular seçilmiş ve kullanım için uyarlanmıştır (12). Uyarlananlar dışında, annelerin DSÖ'nün CDI'da önerdiği uygulamalara ne zaman başlayacaklarını bilip bilmediklerini öğrenebilmek amacıyla yeni maddeler geliştirilmiştir. Bu çalışmalar sonrasında 10 tanesi gelişimsel becerileri, 10 tanesi de gelişimsel becerileri desteklemeye yönelik uyarlanları öğrenmeyi amaçlayan, 20 sorudan oluşan “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği” son halini almıştır. Sorulardan yedisi bebeklerde zihinsel, sosyal-duygusal gelişimi, altısı yürümeye yeni başlayan çocuklarda zihinsel, sosyal – duygusal gelişimi, altısı hareket becerileri ve biri de ebeveynlerin ev kazalarına karşı güvenlik önlemleri ile ilgili bilgi düzeylerini sorgulamaktadır. Ölçek maddelerinin hangi yaş aralığında yapılması gerektiğiyle ilgili

cevapları, Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) referans alınarak ve uzmanların ortak görüşleri sonucunda belirlenmiştir. Ölçeğin saha çalışması Türkiye'de T.C. Sağlık Bakanlığı, Erken Çocuk Gelişimi Eğitim Programı'nın pilot olarak seçilen iki ilinde yapılmıştır. Araştırmanın temsili örneklemini, 36 aydan küçük çocuğu olan ve rastgele seçilen, toplam 1200 anne oluşturmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach α ile hesaplanmış ve faktör analizi ile yapı geçerliği incelenmiştir. Toplam 20 maddelik ölçeğin iç tutarlılığı $\alpha = 0.61$ bulunmuştur.

2.6.2. Bebek Gelişim Bilgisi Formu (*Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)*)

Bebek Gelişimi Bilgisi Envanteri (*Knowledge of Infant Development Inventory, KIDI*) ilk olarak ABD'de MacPhee tarafından 1981 yılında geliştirilmiş ve 2002 yılında revize edilmiştir. KIDI, 58 maddeden oluşan bir öz bildirim aracıdır. KIDI, erken gelişim hakkında geniş kapsamlı bilgi sağlamakla birlikte bakım veren kişinin ebeveynlik bilgilerini, çocuk gelişim süreçlerini ve 2 ila 6 yaş arasındaki çocuk davranış bilgilerini değerlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. KIDI, çocuk gelişimi ve ebeveynlik bilgisi konularını inceleyen uluslararası literatürde yaygın olarak kullanılmaktadır (13, 148).

KIDI aracının iç tutarlılığı için yapılan güvenirlik analizi sonucunda Cronbach α değeri 0,82'dir. Test-tekrar test güvenirlik sonuçlarına bakıldığında, iç tutarlılığı 0,92 olarak bulunmuştur.

KIDI öğelerine verilen yanıtlar iki farklı şekilde işaretlenir. Normal çocuk davranışı hakkında bilgi içeren ilk 39 madde, katılımcılardan ifadelere, katılıp katılmadıklarını veya emin olup olmadıklarını belirtmelerini istemektedir. İkinci bölümde bakım verenlere bebeklerin belirli bir yaşta belirli bir gelişim basamağına ulaşip ulaşamayacağına dair sorular sorulur. Bakıcılar bir çocuğun belirli bir yaşta gelişim basamağına ulaşacağını düşünmezse, çocuğun daha mı erken yoksa daha mı geç bu basamağa ulaşacağı sorulur. KIDI bir bilgi testi olduğu için kesin cevapları vardır ve bu nedenle bakım verenin cevapları doğru (1 puan alır) veya yanlış (1 puan kaybeder) olarak işaretlenir. Eğer bakım veren bir sorudan emin olmadığını söylerse, o madde için puan alamaz. KIDI skorları doğru cevaplanmış soruların yüzdesi olarak rapor edilir, burada daha yüksek bir yüzde çocuk gelişimi hakkında daha iyi bilgiyi gösterir.

2.6.3. Etkili Anne-Babalık Bilgisi Ölçeği (*The Knowledge of Effective Parenting Scale (KEPS)*)

Morawska ve arkadaşları tarafından 2007 yılında ABD’de geliştirilen KEPS, anne babaların, anne-babalık yetkinliğini geliştirmek, çocuğa kötü muameleyi azaltmak ve sorunlu çocuk davranışının yönetimi ve önlenmesi için çok sayıda randomize kontrollü çalışmada deneysel olarak gösterilen ebeveynlik ilkeleri ve davranışları hakkındaki bilgilerini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir (149).

Yaş aralığı 2-10 yaş olan çocukların anne-babaları için uygun olan KEPS, anne babaların bilgilerini dört alanda değerlendirir. Bu alanlar; gelişimin desteklenmesi (olumlu ilişkiler geliştirme, arzu edilen davranışları teşvik etme ve yeni beceriler ve davranışları öğretme), etkili anne babalık ilkeleri (güvenli ve uyaran verici bir ortam sağlamak, olumlu bir öğrenme ortamı yaratmak, gerçekçi beklentilere sahip olmak ve anne baba olarak kendine dikkat etmek), disiplin kullanımı ve davranış problemlerinin nedenleri şeklindedir. Katılımcılar, çoktan seçmeli 28 soruya dört şık arasından birini seçerek cevap verirler. Doğru cevaplanan her soru için bir puan alınır. KEPS'in tatmin edici test-tekrar test güvenilirliğine ($r = 0,70$) ve iç tutarlılığa ($\alpha = 0,73$) sahip olduğu gösterilmiştir (150).

2.6.4. Anne-Babalık Tarzları ve Boyutları Anketi (*The Parenting Styles and Dimensions (PSDQ)*)

Ebeveynlik Tarzları ve Boyutları anketi 32 maddeden oluşur, Robinson ve arkadaşları tarafından, 2001 yılında, ABD’de çeşitli kültürlerde 4 ila 12 yaş arasındaki çocukların ebeveynleri için kullanılmak üzere 1995 yılında geliştirilen orijinal 62 maddelik PSDQ'nun değiştirilmiş bir versiyonudur (151-154). Ebeveynin kendi kendine davranışı ve eşin çocuklarla olan davranışını bildirmek için iki alt ölçekten oluşmaktadır. PSDQ, Baumrind’in iyi bilinen sınıflandırmaları olan buyurucu, otoriter ve izin veren ebeveynlik tarzlarını ölçmek için tasarlanmıştır (152, 153).

2.7. Araştırmanın Amaçları:

1. Hastaneye çeşitli nedenlerle başvuran 6-36 ay arası çocukların annelerinin gelişim bilgisini ve gelişimin desteklenmesi bilgisini değerlendirmek,
2. Gelişimsel bir risk olarak süregelen hastalığı olan 6- 36 ay arası çocukların anneleri ile süregelen hastalığı olmayan çocukların anneleri arasında gelişim ve

gelişimin desteklenmesi bilgisi konularında farklılıklar olup olmadığını araştırmak,

3. Gelişimsel gecikmeleri olan 6- 36 ay arası çocukların anneleri ile gelişimleri yaşına uygun olan çocukların annelerinin, gelişim ve gelişimin desteklenmesi bilgisi konularında farklılıkları olup olmadığını araştırmak,
4. Gelişimsel bir risk etmeni olarak ekran maruziyeti olan çocukların annelerinin gelişim bilgisi ile ekran maruziyeti olmayan çocukların annelerinin gelişim bilgisi arasında fark olup olmadığını araştırmak,
5. Hastaneye başvuran çocukların annelerinin bilgi edinme yollarını araştırmak,
6. Hastaneye başvuran çocukların annelerinin bilgi edinmek istediği konular arasında gelişim bilgisinin yer alıp almadığını değerlendirmektir.

2.8. Araştırmanın Hipotezleri:

Süreğen hastalığı olan ya da olmayan 6-36 ay arası çocukların anneleri değerlendirildiğinde;

1. Araştırmaya katılan tüm annelerin gelişim bilgi düzeyi düşük olacaktır, ancak çocuklarında süreğen hastalık veya gelişimsel gecikme olan annelerin gelişim bilgisi daha düşük olacaktır.
2. Gelişimsel bir risk olarak ekran maruziyeti olan çocukların annelerin gelişim bilgisi, ekran maruziyeti olmayan çocukların anneleriyle kıyaslandığında anlamlı olarak daha düşük olacaktır.
3. Hastaneye başvuran çocukların anneleri daha çok hekimler ve hemşirelerden daha fazla bilgi almak isteyecektir.

2.9. Araştırmanın Önemi ve Orijinalliği:

Erken çocukluk döneminde nöroenezin yoğun olması ve beynin sahip olduğu plastisite nedeniyle, bu dönem bilişsel gelişim için çok önemlidir. Gelişimsel gecikmeleri olan çocuklar için erken zamanda yapılan girişimlerin, çocukların gelişimlerini; dil, iletişim, bilişsel ve sosyal/duygusal gelişim alanlarını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. Bunun yanında gelişimi yaşıyla uyumlu olan çocuklarda erken dönemde verilen desteklerin, çocukların gelişim alanlarında ortaya çıkabilecek olası gecikmeleri önlemek için olumlu etkilerinin olabileceği kabul edilebilir.

Erken çocukluk döneminde uygun uyaranların ve desteklerin sağlanması konusunda annenin gelişim bilgisinin yeterli düzeyde olması son derece önemlidir.

Anne babaların gelişim bilgileri ve bu bilgilerin çocuk gelişimi üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar çeşitli ülkelerde yapılmıştır. Bu çalışmalarda daha çok annenin yaşı, eğitim durumu, etnik kökeni, mesleği, ailenin gelir düzeyi, ailedeki çocuk sayısı gibi etkenler araştırılmıştır. Ancak gelişimsel riskleri (süreğen bir sağlık sorunu, ekran maruziyeti gibi) ve bunun ötesinde gelişimsel gecikmeleri olan çocukların annelerinin gelişim bilgisi ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Gelişimsel riskleri ve/veya gecikmesi olan çocukların mümkün olan en erken zamanda tanı alması ve uygun desteğin sağlanması için bu çocukların annelerinin gelişim bilgisinin düzeyini anlamak son derece önemlidir. Araştırmamız alan yazındaki bu eksikliği gidermek amacına yönelik sağlayacağı katkı nedeniyle önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, doğuştan sahip olunan veya sonradan edinilen süreğen sağlık sorunu olan ve olmayan 6-36 ay arası çocukların annelerinin gelişim ve gelişimin desteklenmesi bilgisini değerlendirmek amacı ile hastane ortamında yapılmış tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine ayaktan başvuran veya servislerinde yatarak tedavi olan, çocuklar ve bu çocukların anneleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, doğuştan sahip olunan veya sonradan edinilen süreğen bir sağlık sorunu olan ve akut gelişen bir sağlık sorunu nedeniyle İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine ayaktan başvuran veya servislerinde yatarak tedavi olan, yaşları 6-36 ay arasında değişen çocuklar ve anneleri oluşturmaktadır. Bu örneklemin 07.01.2020-01.06.2020 tarihleri arasında hastaneye başvuran hastalar arasından seçilmesi planlanmıştır. Ancak 10.03.2020 tarihinde ülkemizde COVID-19 pandemisinin ilk olgusunun görülmesi nedeniyle, pandemi tedbirleri çerçevesinde araştırmanın veri toplama sürecine ara verilmiştir. Araştırmanın veri toplama sürecine 01.06.2020 tarihinde pandemi tedbirlerinin kademeli olarak kaldırılması sonrasında tekrar başlanmıştır. Araştırmanın veri toplama çalışmaları 15.10.2020 tarihinde tamamlanmıştır.

3.3. Örneklem Giriş Koşulları

Örneklemi oluşturan çocukların çalışmaya alınması için aşağıdaki belirleyiciler kullanılmıştır.

1. Takvim yaşı 6-36 ay aralığında olan,
2. Ayaktan poliklinik başvurusu veya serviste yatışı olan,
3. Genel durumu orta-iyi olup gelişimsel değerlendirmesi yapılabilecek durumda olan,

4. Refakatçi olarak yanında annesi bulunan çocuklar ve anneleri örnekleme dahil edilmiştir.

3.4. Örneklemden Dışlanma Koşulları

1. Annesi Türkçe bilmeyenler çocuklar,
2. Annesi araştırma için onam vermeyen çocuklar,
3. Daha önce İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Gelişimsel Pediatri polikliniğine başvuran çocuklar ve anneleri (bu poliklinikte gelişim bilgisi ve desteği konusunda annelere bilgi verildiği için) örneklem dışında bırakılmıştır.

3.5. Örneklem Sayısı

Araştırmanın power (güç) analizinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servislerinde yatarak tedavi alan ve polikliniklere ayaktan başvuran 6-36 aylık çocuklar ile annelerinden oluşan; araştırma grubu ve kontrol grubu olarak ayrılan iki grubu $\alpha=0,05$ $1-\beta$ (güç)=0,80 ile karşılaştırmak için etki büyüklüğü 1,5 olarak ön görüldüğünde her bir gruptan en az 63'er katılımcı alınması gerektiği hesaplanmıştır.

3.6. Uygulamalar, Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

3.6.1. Araştırmacının Eğitimi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık öğrencisi olan tez araştırmacısına, Gelişimsel Pediatri Uzmanı Doç. Dr. Derya Doğan tarafından GİDR uygulama eğitimi verilmiştir.

3.6.2. Araştırmanın Yürütülmesi Sırasında Yapılan Uygulamalar

Örneklem koşullarını sağlayan çocukların annelerine; çalışmanın amacı, içeriği, süresi ve nasıl yürütüleceği açıklanmış, onam formu sesli olarak okunmuş ya da ailelere okutulmuş ve katılmak isteyip istemedikleri sorularak yazılı onamları alınmıştır. Ayaktan polikliniğe başvuran çocuk hasta poliklinikte, yatarak tedavi alan çocuk hasta ise serviste yatak başında değerlendirilmiş ve araştırmayı kabul eden annelerle araştırmacı tarafından yüz yüze bir görüşme yapılmıştır. Öncelikle çocuğun gelişimini değerlendiren Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) uygulanmış ve sağlık izlemi ile ilgili bilgiler hastane dosyasından bakılarak kaydedilmiştir.

Ardından annelerin sosyodemografik bilgileri öğrenilmiş, “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği”, “Ailelerin Bilgi Öğrenme Yolları” ekran maruziyeti ve hastanede gelişim bilgisi ve gelişimin desteklenmesi ile ilgili eğitim alma konusundaki düşüncelerini öğrenmeyi amaçlayan 3 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından kontrol edilmiş ve veri tabanına geçirilmiştir

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Aile Bilgisi Formu

Bu bölümde araştırmaya katılan çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuş 23 sorudan oluşan soru formu kullanılmıştır. Ailelerden ve hastane kayıtlarından çocuğun yaşı, doğum ağırlığı, gestasyon haftası, hastanede bulunma sebebi ve varsa hastanede yatış süresi öğrenilmiştir. Çocuğun gelişim durumunu etkileyebilecek süregelen bir durumunun varlığı ve örnekleme tanımlayabilecek sosyodemografik özelliklerden anne-babanın yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, sahip olunan çocuk sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, çocuğa bakım veren diğer kişiler, gelir durumu ve çocuğun ekran maruziyeti bilgileri sorularak öğrenilmiştir. Ekran maruziyetinin başlangıç yaşı ve bir gün içindeki maruziyet süresi TV, telefon ve tablet araçları için ayrı ayrı sorgulanmıştır. Ailenin gelir durumu değerlendirilirken, T.C Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından açıklanan ve 01.01.2020 tarihinden itibaren geçerli olan 2.324,70 TL net asgari ücret baz alınmıştır. Ayrıca ailelere hastanede bulundukları sırada gelişim bilgisi ve gelişimin desteklenmesi ile ilgili eğitim, danışmanlık alma konusundaki düşüncelerini öğrenmeyi amaçlayan 3 soru yöneltilmiştir.

3.7.2. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği

İngilizce alanyazında adı “*Caregiver Knowledge of Child Development Inventory (CKCDI)*” olan “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği” Ertem ve arkadaşlarının tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir (12). Ölçek 10 tanesi gelişimsel beceriler, 10 tanesi de gelişimsel becerileri desteklemeye yönelik uyaranlar ile ilgili olmak üzere 20 sorudan oluşmaktadır. Sorulardan yedisi bebeklerde zihinsel ve sosyal-duygusal gelişimi altısı yürümeye yeni başlayan çocuklarda zihinsel ve sosyal-duygusal gelişimi, altısı hareket becerilerini ve biri de ebeveynlerin ev kazalarına karşı güvenlik önlemleri ile ilgili bilgi düzeylerini sorgulamaktadır. Ölçekteki her bir maddenin hangi yaş

aralığında yapılması gerektiği Uluslararası GİDR referans alınarak ve uzmanların ortak görüşleri sonucunda belirlenmiştir. Toplam 20 maddelik ölçeğin iç tutarlılığı $\alpha = 0,61$ olarak bulunmuştur (12).

Ölçeğin puanlamasında, bakım verenin verdiği cevap doğru yaş aralığında ise iki puan, doğru yaş aralığından bir ay yukarıda ya da aşağı olursa bir puan, bunların dışında bir yaş aralığında ise sıfır puan sistemi uygulanmaktadır. Ölçekte ulaşılabilen en yüksek puan 40 puandır. Ölçekten alınan yüksek puan ile annelerin çocuk gelişimi ve gelişimin desteklenmesi ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğu, düşük puan ile de annelerin çocuk gelişimi ve gelişimin desteklenmesi ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu ön görülmektedir.

Ölçek aileler için anlaşılır olmasının yanı sıra, basit ve uygulanması kolaydır. Ölçeğin tamamlanması yaklaşık 5-10 dakika sürmektedir. Ölçek, ailelerin kendileri veya saha çalışanları tarafından doldurulabilir.

Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği, 2007 yılından bu yana Google Akademik verilerine göre toplam 118 araştırmada referans olarak gösterilmiştir.

3.7.3. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi

“Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi” (GİDR), gelişimsel sorunların önlenmesi, erken tanısı ve sağaltımı için geliştirilmiş, kurama dayalı, aileler ile ilişkiyi güçlendirmek için en uygun tekniği kullanan, özgün, kapsamlı, uluslararası standardizasyonu olan bir araçtır (155). GİDR günümüzde çocuk gelişimi biliminde geçerliliği kanıtlanmış bir kuram olan “Biyoeolojik Kuram” ve dünyada çağdaş çocuk sağlığı ve gelişimi biliminde kabul gören “Aile Merkezli Bakım”, “Güçlülük Temelli Yaklaşım” ve “İşlevsellik, Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)” felsefelerine dayanmaktadır (22, 155-158).

Ertem ve arkadaşları tarafından Türkiye’de 1996 yılında geliştirilmiştir. Özellikle düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde, erken çocukluk dönemindeki gelişimsel sorunlara yaklaşım konusundaki yöntemlerde yetersizlikleri belirlemek ve desteklemek amacıyla geliştirilmiştir (155). Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi’nin farklı yaş gruplarında gelişimsel zorlukları belirlemedeki duyarlılık ve özgüllüğünün 0.71-0.94 ve 0.69-0.82 aralığında olduğu belirlenmiştir (159). Boggs ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan değerlendirmede 14 gelişim değerlendirme aracı; geçerlik, güvenilirlik,

uyarlanabilirlik, erişilebilirlik, eğitilebilirlik, uygulanabilirlik, coğrafi yaygınlık ve kullanılabilirlik kıstaslarına göre karşılaştırıldığında Uluslararası GİDR toplam 24 puan üzerinden 20 puan alarak en yüksek puana ulaşan araç olarak belirlenmiştir (160). Standardizasyon ve geçerlik aşamaları tamamlandıktan sonra son halini alan Uluslararası GİDR ile ilgili bilimsel yayınlar *Lancet Global Health* ve *Acta Paediatrica* dergilerinde alanyazına katılmıştır (158, 159).

GİDR; çocuklarda doğumdan 42 aya kadar uygulanabilmektedir. Başlıca “gelişimi izleme”, “gelişimi destekleme” ve “erken girişim” bölümleri bulunmaktadır. Ailenin kaygılarının öğrenildiği bir soru ile başlamakta, sonrasında toplamda yedi işlevsel gelişim alanını değerlendirmektedir. Gelişim alanları; sırasıyla ifade edici dil, alıcı dil, ince ve kaba hareket, ilişki ve oyun gelişimi ve öz bakım becerilerinin gelişimi başlıkları altında sorgulanmaktadır (161).

GİDR’nin klinik uygulama yönteminde çocuğun ebeveynine açık uçlu sorular sorulmakta ve aktif dinleme teknikleri uygulanmaktadır (162). Bu sayede ebeveyn ile iş birliği ve güvene dayalı ilişki geliştirilmesi ve sonucunda gelişimsel değerlendirme sonucunun ebeveyn ile paylaşılması, gelişimin desteklenmesi amacı ile önerilerde bulunulması ve gerekiyorsa, erken müdahale aşamalarının aile ile birlikte planlanması kolaylaşmaktadır. Uygulaması yaklaşık 10-12 dakika sürmektedir.

3.7.4. Ailelerin Bilgi Öğrenme Yolları (Çocuk Gelişim Bilgisi Formu–KIDI alt ölçeği)

Çocuk Gelişimi Envanteri Bilgisi (*Knowledge of Infant Development Inventory-KIDI*) ilk olarak MacPhee tarafından 1981 yılında geliştirilmiş ve 2002 yılında revize edilmiştir. KIDI, 58 maddeden oluşmaktadır. KIDI, erken gelişim hakkında geniş kapsamlı bilgi sağlamakla birlikte bakım veren kişinin ebeveynlik bilgileri, çocuk gelişim süreçleri ve 2 ila 6 yaş arasındaki çocuk davranışları hakkındaki bilgilerini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Çocuk gelişimi ve ebeveynlik bilgisi hakkındaki uluslararası literatürde yaygın olarak kullanılmaktadır (13, 148).

KIDI’nin ilk 39 maddesi katılımcıların yaşına uygun çocuk davranışları hakkındaki ifadelere katılıp katılmadığını sorgular. İkinci bölümde katılımcıların gelişim basamakları hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek için sorular sorulur. KIDI sonuçları doğru cevaplanmış soruların yüzdesi olarak rapor edilir, daha yüksek bir yüzde çocuk gelişimi hakkında daha iyi bilgiyi gösterir.

Araştırmamızda örnekleme oluşturan annelere Çocuk Gelişim Bilgisi Formu–KIDI’nin 7 sorudan oluşan alt ölçeği; “Ailelerin Bilgi Öğrenme Yolları” soruları yöneltilmiştir. Bu sorular ile annelerin çocukların gelişimi ile ilgili bilgiye nasıl ulaştıkları sorgulanmıştır. Bu sorulardan birincisi olan annelerin bilgi edinme yolu olarak kitle iletişim araçlarını (radyo, filmler, televizyon veya gazetelerden) ne kadar kullandığını sorgulayan soruya, günümüzde yoğun kullanımı göz önünde bulundurularak internet kullanımı da eklenmiştir. Katılımcılardan bilgi edinme yollarından her birini ne kadar tercih ettiklerini “çok az, az, fazla, çok fazla” seçeneklerinden birini seçerek ifade etmeleri istenmiştir.

3.8. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi “*Statistical Package For Social Sciences* (SPSS 22)” paket programı kullanılarak yapılmıştır. Örnekleme oluşturan çocukların yaşı SPSS programında ay olarak hesaplanmıştır. Örnekleme oluşturan çocukların tanımlayıcı istatistik incelenmesi (frekans, ortalama/ortanca ve dağılımları) yapılmıştır. Ölçümsel verilerin normalliği Kolmogorov Smirnov testi ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde, ölçümsel değişkenlerde, ikili grupta Student T testi ve ikiden fazla grupta One Way ANOVA, normal dağılım göstermeyenlerde Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Normal dağılan iki ölçümsel verinin karşılaştırılmasında Pearson korelasyon analizi, normal dağılmayan iki ölçümsel verinin analizinde Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Gruplar arasındaki fark kategorik değişkenlerde Chi Kare ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin Aile Gelişim Bilgisi Ölçeği üzerindeki etkisi lineer regresyon analizi ile test edilmiştir. Uygulanan testlerde p değeri 0,05’in altında olduğu durumlarda gruplar arasında farklılık olduğu kabul edilmiştir.

3.9. Etik Kurul Onayı

Çalışma için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan 05.11.2019/405 tarih ve karar numarası ile gerekli etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen ailelere detaylı olarak çalışma hakkında bilgi verilmiş olup, çalışmanın sadece bilimsel amaçlı olarak yürütüldüğü ifade edilmiştir. Çalışmadan herhangi bir bilgi vermeden ve kendi rızaları ile ayrılacakları bilgisi de verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak örneklemdaki çocuklar ve aileleri ile ilgili sosyodemografik verilere, daha sonra hipoteze yönelik bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Örnekleme Oluşturan Çocukların ve Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmanın örneklemini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı polikliniklerine ayaktan başvuran veya servislerinde yatarak tedavi olan, yaşları 6-36 ay arasındaki 178 çocuk ve bu çocukların anneleri oluşturmuştur.

Örneklemdaki çocuklardan 71'i (%39,9) kız, 107'si (%60,1) erkektir, yaş ortalaması $16,5 \pm 8,8$ aydır (min=6, maks=36). Çocukların 117'sinin (%65,7) en az bir kardeşi mevcuttur.

Çocukların annelerinin yaş ortalaması $29,7 \pm 5,2$ yıl (min=20, maks=43), babalarının yaş ortalaması ise $34,1 \pm 5,9$ yıldır (min=22, maks=60). Ailelerin %23'ünde (41) anne baba akrabalığı saptanmıştır. Annelerin eğitim aldığı süre ortalaması $9,8 \pm 4,5$ yıl iken babaların eğitim aldığı süre ortalaması $10,7 \pm 4,1$ yıldır. Annelerin 26'sının (%14,6), babalarının ise 170'inin (%95,5) aktif bir işte çalışmakta olduğu belirlenmiştir.

Ailelerin 13'ü (%7,3) gelir düzeyinin asgari ücretten düşük, 65'i (%36,5) asgari ücret, 78'i (%43,8) asgari ücretten 2 kat fazla ve 22'si (%12,4) ise asgari ücretten 3 kat ve daha fazla olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Örnekleme oluşturan çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kız	71	39,9
	Erkek	107	60,1
Yaş	6-12 ay	75	42,1
	13-24 ay	68	38,2
	25-36 ay	35	19,7
Doğum haftası	<37 hafta	34	19,1
	37 hafta ve üzeri	144	80,9
Doğum kilosu	<2500 gr	37	20,8
	2500 gr ve üzeri	141	79,2
Ailedeki çocuk sayısı	Bir	61	34,3
	İki	58	32,6
	>Üç	59	33,1
Anne yaşı	19-25	37	20,8
	26-35	115	64,6
	36-43	26	14,6
Baba yaşı	19-25	7	3,9
	26-35	111	62,4
	36-43	50	28,1
	>44	10	5,6
Anne eğitim durumu	İlkokul	54	30,3
	Ortaokul	33	18,5
	Lise	49	27,5
	Üniversite ve üstü	42	23,6
Baba eğitim durumu	İlkokul	38	21,3
	Ortaokul	35	19,7
	Lise	56	31,5
	Üniversite ve üstü	49	27,5

Tablo 4.1. Örnekleme oluşturan çocukların ve ailelerinin sosyodemografik özellikleri (devamı)

		n	%
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	26	14,6
	Çalışmıyor	152	85,4
Ailenin gelir düzeyi	Asgari ücretten düşük	13	7,3
	Asgari ücret	65	36,5
	Asgari ücretten 2 kat fazla	78	43,8
	Asgari ücretten 3 kat ve daha fazlası	22	12,4
Anne baba arasında akrabalık	Var	41	23,0
	Yok	137	77,0

4.2. Örnekleme Oluşturan Çocukların Hastaneye Başvuru Özellikleri ve Hastalık Durumları

Örnekleme oluşturan çocukların 94'ü (%52,8) akut gelişen bir durum nedeniyle hastaneye başvurmuştur, süregelen bir sağlık sorunları yoktur. Çocukların 84'ü (%47,2) ise süregelen bir sağlık sorununa sahiptir. Çocukların 118'i (%66,3) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerinde, 60'ı (%33,7) ise yatan hasta servislerinde değerlendirmeye alınmıştır. (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Çocukların hastalık durumu ve başvuru özellikleri

		n	%
Hastalık durumu	Süregelen bir sağlık sorunu olmayanlar	94	52,8
	Süregelen bir sağlık sorunu olanlar	84	47,2
Başvuru türü	Polikliniğe başvuranlar	118	66,3
	Yatan hasta servisinde takip edilenler	60	33,7

Örnekleme oluşturan çocuklardan süregelen bir sağlık sorunu olmayanlar en fazla üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) (%26,6), ve akut bronşiolit (%21,3) tanıları

(Tablo 4.3), süreğen bir sağlık sorunu olan çocuklar ise en fazla epilepsi (%21,4) ve doğumsal kalp hastalığı (%13) tanıları almışlardır (Tablo 4.4).

Tablo 4.3. Süreğen bir sağlık sorunu olmayan çocukların tanılarının dağılımı

	Süreğen bir sağlık sorunu olmayan çocuklar	
	n	%
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	26	27,6
Akut Bronşiolit	20	21,7
Döküntü	14	14,8
Febril Konvülziyon	12	12,8
İdrar Yolu Enfeksiyonu	10	10,6
İshal	4	4,3
İntoksikasyon	3	3,2
Nötropeni	2	2,1
Lenfadenopati (Enfeksiyona bağlı)	2	2,1
Kabızlık	1	1,1
Toplam	94	100

Tablo 4.4. Süreğen bir sağlık sorunu olan çocukların tanılarının dağılımı

	Süreğen bir sağlık sorunu olan çocuklar	
	n	%
Epilepsi	18	21,4
Doğumsal Kalp Hastalığı	11	13
Hidronefroz	10	11,9
Besin İntoleransı	8	9,5
Spina Bifida	7	8,3
Serebral Palsi	6	7,1
Nefrolityazis	4	4,7
Genetik Sendromlar (Noonan Sendromu, Charge Sendromu Williams Sendromu)	3	3,5
Kraniyosinostoz	3	3,5
Hipotiroidi	2	2,3
İşitme Kaybı	2	2,3
Kronik Karaciğer Yetmezliği	2	2,3
Diğer (Konjenital Adrenal Hiperplazi, Kistik Fibrozis, Diyabetes Mellitus, Hiperinsulinemik Hipoglisemi, İmmün Yetmezlik, Tekrarlayan Hışılta, Faktör Eksikliği, İntrakranial Kitle)	8	9,5
Toplam	84	100

4.3. Örneklemi Oluşturan Çocukların Ekran Maruziyeti Açısından Değerlendirilmesi

Örneklemi oluşturan çocukların 90'ında (%50,6) ekran maruziyeti olduğu saptanmıştır. Ekran maruziyeti olan 90 çocuğun TV için ekran maruziyetinin başlama yaşı ortalaması $10,4 \pm 5,0$ ay, telefon için $11,9 \pm 4,2$ ay, tablet için $10,7 \pm 1,2$ ay olarak bulunmuştur. Çocukların TV izleme süresi ortalaması $212,3 \pm 188,3$ dk/gün, telefon için ekran izleme süresi ortalama $52,0 \pm 77,9$ dk/gün ve tablet için ekran izleme süresi ortalama $3,4 \pm 18,8$ dk/gün olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Çocukların ekran maruziyeti

	Ortalama±SS
TV ekranına maruz kalan çocukların maruziyet başlangıç yaşı (ay)	10,4±5,0
Telefon ekranına maruz kalan çocukların maruziyet başlangıç yaşı (ay)	11,9±4,2
Tablet ekranına maruz kalan çocukların maruziyet başlangıç yaşı (ay)	10,7±1,2
TV ekranına maruz kalan çocukların maruziyet süresi (dk/gün)	212,3±188,3
Telefon ekranına maruz kalan çocukların maruziyet süresi (dk/gün)	52,0±77,9
Tablet ekranına maruz kalan çocukların maruziyet süresi (dk/gün)	3,4±18,8

4.4. Örneklemi Oluşturan Çocukların Annelerinin Gelişimle İlgili Bilgi Edinme Yollarının ve Gelişim Konusunda Eğitim Destek Alma İsteklerinin Değerlendirilmesi

Örneklemi oluşturan annelere gelişimle ilgili bilgi edinme yolu olarak en çok hangi yolu tercih ettikleri sorulduğunda, annelerin %64,1'i doktor ve/veya hemşirelerle konuşmayı, %39,9'u aileleriyle (anne, baba, kardeş, anneanne, vb) konuşmayı, %39,3'ü kitle iletişim araçlarını (radyo, filmler, televizyon, internet veya gazeteler) kullanmayı, %21,9'u çocuğunu gördüğü veya tanıdığı diğer akranlarıyla karşılaştırmayı, %21,3'ü çocuk gelişimiyle ilgili dergi, kitap, vb okumayı, %17,4'ü çocukları olan arkadaş veya tanıdıklarıyla konuşmayı, %11,2'sinin diğer çocuklar ve ailelerini gözlemlemeyi “fazla” veya “çok fazla” tercih ettiğini ifade etmiştir. Ailelerin bilgi edinme yolları Tablo 4.6'da özetlenmiştir.

Tablo 4.6. Annelerin bilgi edinme yolları

		n	%
Kitle iletişim araçları; radyo, filmler, televizyon, internet veya gazetelerden öğrendim	Çok az	75	42,1
	Az	33	18,5
	Fazla	31	17,4
	Çok fazla	39	21,9
Çocuklar hakkındaki dergi veya kitapları okuyarak öğrendim	Çok az	136	76,4
	Az	26	14,6
	Fazla	12	6,7
	Çok fazla	4	2,2
Diğer çocuklar ve ailelerini gözlemleyerek öğrendim	Çok az	124	69,7
	Az	34	19,1
	Fazla	20	11,2
	Çok fazla	0	,0
Ailemle konuşarak (anne, baba, kardeş, anneanne, vb) öğrendim	Çok az	72	40,4
	Az	35	19,7
	Fazla	61	34,3
	Çok fazla	10	5,6
Çocukları olan arkadaşlarımla veya başka tanıdıklarımla konuştuklarımdan öğrendim	Çok az	114	64,0
	Az	33	18,5
	Fazla	29	16,3
	Çok fazla	2	1,1
Çocuğumu gördüğüm veya tanıdığım diğer akranlarıyla karşılaştırarak öğrendim	Çok az	115	64,6
	Az	24	13,5
	Fazla	24	13,5
	Çok fazla	15	8,4
Çocuğumun doğumundan önce veya sonra doktor veya hemşirelerle konuşarak öğrendim	Çok az	30	16,9
	Az	34	19,1
	Fazla	64	36,0
	Çok fazla	50	28,1

Süreğen bir sağlık sorunu olmayan çocukların annelerinin bilgi edinme yolu olarak aileleri ile konuşarak bilgi edinmeyi tercih etme oranı süreğen bir sağlık sorunu olan çocuklarının annelerinin oranından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,046) (Tablo 4.7). Bunun dışındaki bilgi edinme yolları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.7. Ailelerin bilgi edinme yolları ile süreğen bir sağlık sorununa sahip olma durumları arasındaki ilişki

		Süreğen bir sağlık sorunu yok		Süreğen bir sağlık sorunu var		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Kitle iletişim araçları; radyo, filmler, televizyon, internet veya gazetelerden öğrendim	Çok az veya az	53	56,4	55	65,5	0,215
	Fazla veya çok fazla	41	43,6	29	34,5	
Çocuklar hakkındaki dergi veya kitapları okuyarak öğrendim	Çok az veya az	86	91,5	76	90,5	0,813
	Fazla veya çok fazla	8	8,5	8	9,5	
Diğer çocuklar ve ailelerini gözlemleyerek öğrendim	Çok az veya az	85	90,4	73	86,9	0,458
	Fazla veya çok fazla	9	9,6	11	13,1	
Ailemle konuşarak (anne, baba, kardeş, anneanne, vb) öğrendim	Çok az veya az	63	67,0	44	52,4	0,046
	Fazla veya çok fazla	31	33,0	40	47,6	
Çocukları olan arkadaşlarımla veya başka tanıdıklarımla konuştuklarımdan öğrendim	Çok az veya az	80	85,1	67	79,8	0,348
	Fazla veya çok fazla	14	14,9	17	20,2	
Çocuğumu gördüğüm veya tanıdığım diğer akranlarıyla karşılaştırarak öğrendim	Çok az veya az	75	79,8	64	76,2	0,562
	Fazla veya çok fazla	19	20,2	20	23,8	
Çocuğumun doğumundan önce veya sonra doktor veya hemşirelerle konuşarak öğrendim	Çok az veya az	34	36,2	30	35,7	0,950
	Fazla veya çok fazla	60	63,8	54	64,3	

Annelere aşılar, beslenme, çocuk bakımı ve kazalar ile ilgili eğitim ve danışmanlık almak isteyip istemedikleri sorulduğunda, en çok aşılar konusunda (%55,1) danışmanlık almayı istedikleri tespit edilmiştir. Çocuk gelişimi konusunda ise 14 (%7,9)

anne eğitim ve danışmanlık almak istediğini belirtmiştir. Annelerin 174'ü (%97,8) “Gelişim bilgisi konusunda eğitim ve danışmanlık almak ister misiniz?” sorusuna “Evet”, 17'si (%98,9) “Gelişimi destekleme konusunda eğitim ve danışmanlık almak ister misiniz?” sorusuna “Evet” yanıtını vermişlerdir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Annelerin eğitim ve danışmanlık alma istekleri

		n	%
“En çok hangi konuda eğitim ve danışmanlık almak istersiniz?” sorusuna verilen yanıt	Aşılar	98	55,1
	Beslenme	39	21,9
	Çocuk bakımı	21	11,8
	Çocuk gelişimi	14	7,9
	Kazalar	4	2,2
	Hiçbiri	2	1,1
“Gelişim bilgisi konusunda eğitim ve danışmanlık almak ister misiniz?” sorusuna verilen yanıt	Evet	174	97,8
	Hayır	4	2,2
“Çocuğunuzun gelişimini destekleme konusunda eğitim ve danışmanlık almak ister misiniz?” sorusuna verilen yanıt	Evet	176	98,9
	Hayır	2	1,1

Çocuğu süregelen bir sağlık sorununa sahip olan annelerin en çok eğitim ve danışmanlık almak istediği konu ile çocuğu süregelen bir sağlık sorununa sahip olmayan annelerin istediği konu arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,785$) (Tablo 4.9). Çocuk gelişimi konusunda eğitim ve danışmanlık almak isteyen 14 annenin 9'unun çocuğu süregelen sağlık sorununa sahip değilken, 5'inin çocuğunda süregelen sağlık sorunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.9. En çok eğitim ve danışmanlık almak istenilen konu ve süregelen bir sağlık sorununa sahip olma durumu arasındaki ilişki

		Süregelen bir sağlık sorunu yok		Süregelen bir sağlık sorunu var		p
		Sayı	%	Sayı	%	
“En çok hangi konuda eğitim ve danışmanlık almak istersiniz?” sorusuna verilen yanıt	Aşılar	51	54,3	47	56,0	0,785
	Beslenme	22	23,4	17	20,2	
	Çocuk bakımı	10	10,6	11	13,1	
	Çocuk gelişimi	9	9,6	5	6,0	
	Kazalar	1	1,1	3	3,6	
	Hiçbiri	1	1,1	1	1,2	

4.5. Örneklemi Oluşturan Çocukların Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) ile Değerlendirilmesi

GİDR ile yapılan gelişimsel değerlendirmede çocukların 116'sının (%65,2) gelişimi yaşına uygun bulunmuştur. Çocukların 62'sinde (%34,8) 1 veya daha fazla alanda destek gerektiren gelişimsel gecikmeler saptanmıştır. Çocukların annelerinin 61'i (%34,3) çocuklarının gelişimi ile ilgili kaygı duyduğunu ifade etmiştir. Çocuklardan sadece bir alanda gecikmesi olanların sayısı 32 (%18), birden fazla alanda gecikmesi olanların sayısı ise 30 (%16,9) olarak bulunmuştur.

Gelişimin ifade edici dil alanında 23 (%12,9), alıcı dil alanında 20 (%11,2), hareket alanında 36 (%20,2), ilişki alanında 18 (%10,1), oyun alanında 27 (%15,2), öz bakım alanında 11 (%6,2) çocukta gelişimsel gecikme saptanmıştır. Çocuklardan toplam 8'inde (%4,5) ise tüm alanlarda gelişimsel gecikme saptanmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Çocukların GİDR ile değerlendirilmesi

Gelişim Alanları	Gelişimsel Gecikme	n	%
İfade edici dil	Var	23	12,9
	Yok	155	87,1
Alıcı dil	Var	20	11,2
	Yok	158	88,8
Kaba hareket	Var	26	14,6
	Yok	152	85,4
İnce hareket	Var	10	5,6
	Yok	168	94,4
İlişki	Var	18	10,1
	Yok	160	89,9
Oyun	Var	27	15,2
	Yok	151	84,8
Öz bakım	Var	11	6,2
	Yok	167	93,8

Süreğen bir sağlık sorunu olmayan çocukların gelişimlerinin yaşıyla uyumlu olma oranı süreğen bir sağlık sorunu olan çocuklardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Süreğen bir sağlık sorunu olan çocukların annelerinin çocuklarının gelişim durumuyla ilgili kaygılarının olma oranı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,049$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Çocukların gelişimlerinin yaşla uyumlu olma durumu ve annelerin kaygı durumlarının hastalık durumuna göre karşılaştırılması

		Süreğen bir sağlık sorunu yok		Süreğen bir sağlık sorunu var		P
		n	%	n	%	
GİDR değerlendirilmesi	Yaşıyla uyumlu	72	76,6	44	52,4	0,001
	Gecikmesi var	22	23,4	40	47,6	
GİDR’de kaygı durumu	Kaygı var	26	27,7	35	41,7	0,049
	Kaygı yok	68	72,3	49	58,3	

GİDR’de kaygısı olan annelerin çocuklarının süreğen sağlık sorununa sahip olma ve GİDR değerlendirmesinin yaşıyla uyumlu olup olamaması arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,046$). Aynı şekilde GİDR’de kaygısı olmayan annelerin çocuklarının süreğen sağlık sorununa sahip olup olmaması ile gelişiminin yaşıyla uyumlu olup olmaması arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,013$). Tüm katılımcılar için hastalık durumu ile gelişim durumu arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. GİDR değerlendirmesine göre annelerin gelişimsel kaygı durumu ile çocukların süreğen hastalığa sahip olma ilişkisi

				GİDR değerlendirmesi			
				Yaşıyla uyumlu		Gecikme var	
				n	%	n	%
GİDR’de kaygı durumu	Kaygı var	Süreğen bir sağlık sorunu	Yok	14	53,8	12	46,2
			Var	11	31,4	24	68,6
	Kaygı yok	Süreğen bir sağlık sorunu	Yok	58	85,3	10	14,7
			Var	33	67,3	16	32,7

Süreğen sağlık sorunu olan çocukların GİDR'ye göre gelişimsel gecikme saptanması oranı süreğen bir sağlık sorunu olmayanlara göre anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Çocukların GİDR ile değerlendirilmesinin hastalık durumuna göre karşılaştırılması

Gelişimsel Alanlar	Süreğen bir sağlık sorunu yok		Süreğen bir sağlık sorunu var		P	
	Gecikme durumu	n	%	n		%
İfade edici dil	Var	7	7,4	16	19,0	0,021
	Yok	87	92,6	68	81,0	
Alıcı dil	Var	3	3,2	17	20,2	<0,001
	Yok	91	96,8	67	79,8	
Kaba hareket	Var	10	10,6	26	31,0	0,001
	Yok	84	89,4	58	69,0	
İnce hareket	Var	2	2,1	8	9,5	0,048
	Yok	92	97,9	76	90,5	
İlişki	Var	3	3,2	15	17,9	0,001
	Yok	91	96,8	69	82,1	
Oyun	Var	7	7,4	20	23,8	0,002
	Yok	87	92,6	64	76,2	
Öz bakım	Var	2	2,1	9	10,7	0,018
	Yok	92	97,9	75	89,3	

4.6. Örnekleme Oluşturan Çocukların Annelerinin "Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği" İle Değerlendirilmesi

Çocukların annelerinin Gelişim Basamakları Bileşeni puanı ortalaması $10,1\pm 4,1$ (en yüksek 20 üzerinden), Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ortalaması $8,4\pm 3,9$ (en yüksek 20 üzerinden) ve gelişim bilgisi toplam puan ortalaması ise $18,4\pm 6,5$ (en yüksek 40 üzerinden) bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Annelerin gelişim bilgisi ölçeği toplam puanları

	Ort±SS
Gelişim Basamakları Bileşeni Puanı	10,1±4,1
Gelişimi Destekleme Bileşeni Puanı	8,4±3,9
Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği Gelişim Bilgisi Toplam Puanı	18,4±6,5

Annelerin gelişim bilgisi ölçeğine verdikleri cevaplar Tablo 4.15 ve Tablo 4.16’da özetlenmiştir.

Tablo 4.15. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği, Gelişim Basamakları Bileşenini doğru cevaplama durumları

	Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği doğru cevapları	Verilen doğru cevapların oranı (%)	Verilen cevapların ortalaması (Ay)
1.Çocukların beyni ne zaman gelişmeye ve öğrenmeye başlar?	Anne karnında ya da doğumda	48,3	3,9±5,4
2.Çocuklar ne zaman görmeye başlar?	Anne karnında ya da doğumda	33,1	1,8±2,0
3.Çocuklar ne zaman hareket eden bir kişiyi ya da oyuncacı gözleriyle takip etmeye başlar?	Doğumdan 2 aya kadar	42,1	3,3±2,5
4.Çocuklar ne zaman kendileriyle konuşulduğunda cevap verir gibi sesler çıkarmaya başlar?	Doğumdan 2 aya kadar	23,0	4,6±3,2
5.Çocuklar ne zaman kendilerine gülen ya da kendileriyle konuşan kişiye bakarak gülümsemeye başlar?	Doğumdan 2 aya kadar	27,0	4,8±3,6
6.Çocuklar ne zaman tek tek anlamlı sözcükler söylemeye başlar?	9-14	49,4	11,0±5,2
7.Çocuklar ne zaman bebeklerini besleme, uyutma, araba sürme gibi hayali oyunlar oynamaya başlar?	12-24	73,0	16,9±8,1
8.Çocuklar ne zaman önlerindeki bir oyuncaca uzanmaya başlar?	4-5	12,9	9,0±4,9
9.Çocuklar ne zaman üzüm, iplik gibi küçük nesneleri parmak uçlarıyla tutmaya başlar?	7-9	28,7	11,3±4,3
10.Çocuklar ne zaman yürümeye başlar?	10-15	73,0	12,6±2,8

Tablo 4.16. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği, Gelişimi Destekleme Bileşenini doğru cevaplama durumları

	Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği doğru cevapları	Verilen doğru cevapların oranı (%)	Verilen cevapların ortalaması (Ay)
11.Çocuklarla konuşmaya en erken ne zaman başlanır?	Anne karnında ya da doğumda	44,9	4,4±5,6
12.Çocukların uzanması için onlara renkli nesneler göstermeye en erken ne zaman başlanır?	0-4	24,7	10,5±9,8
13.Çocuklara sayı saymayı öğretmeye en erken ne zaman başlanır?	12-24	68,0	22,3±10,8
14.Çocuklara renkleri öğretmeye en erken ne zaman başlanır?	12-24	66,9	23,5±11,1
15.Çocukların kendi kendilerine yemeleri için ellerine kaşık, çatal vermeye en erken ne zaman başlanır?	9-12	48,9	18,2±10,2
16.Çocuklara çizip boyamaları için kalem, kağıt vermeye en erken ne zaman başlanır?	12-24	62,9	23,3±11,1
17.Çocukların sırtlarını destekleyip oturtmaya en erken ne zaman başlanır?	3-4	11,8	6,9±4,3
18.Çocuklara ağızlarına götürmeleri için temiz ve güvenli oyuncaklar, nesneler vermeye en erken ne zaman başlanır?	4-6	24,2	12,5±8,6
19.Çocuklarla kitap bakmaya en erken ne zaman başlanır?	0-6	12,9	17,7±12,2
20.Çocuklara oynamaları için evdeki kap kaçakları vermeye en erken ne zaman başlanır?	4-6	11,2	17,4±11,0

4.7. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği (AGBÖ) Puanlarının Araştırmaya Alınan Değişkenlerle Karşılaştırılması

Çocuğun cinsiyeti, süreğen bir sağlık sorununa sahip olup olmaması, yaşı, anne yaşı ve gelişimsel durumuna göre AGBÖ puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Süreğen sağlık sorunu olan çocukların annelerin AGBÖ toplam

puan ortalaması (ortalama 17,8), süreğen sağlık sorunu olmayan çocukların annelerine göre (ortalama 19) daha düşük bulunmuştur ancak bu istatistiksek olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,213$).

Örnekleme oluşturan çocukların annelerinin AGBÖ puanları ailedeki çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde bir çocuğu olan annelerin Gelişimi Destekleme Bileşeni ve AGBÖ toplam puanları çocuk sayısı iki ve üzeri olan annelerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,008$). Ailedeki çocuk sayısına göre Gelişim Basamakları Bileşeni puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,192$).

Anne ve baba eğitim süresi ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Eğitim süresi az olan annelerin AGBÖ puanları daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

AGBÖ puanları annelerin çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde çalışan annelerin Gelişim Basamakları Bileşeni puanı, Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ve toplam puanı çalışmayan annelerin puanlarından anlamlı şekilde fazla bulunmuştur (her üçü için $p<0,001$).

Ailenin gelir durumuna göre değerlendirildiğinde, ailesinin gelir düzeyleri yüksek olan annelerin Gelişim Basamakları Bileşeni puanı, Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ve AGBÖ toplam puanı gelir düzeyi düşük olan annelerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (her üçü için $p<0,001$).

Ekran maruziyeti durumuna göre değerlendirildiğinde ekran maruziyeti olanların Gelişim Basamakları Bileşeni puanı, Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ve AGBÖ toplam puanları ekran maruziyeti olmayanlardan anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,001$, $p<0,001$).

Tablo 4.17. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği puanlarının araştırmaya alınan değişkenlerle karşılaştırılması

		Gelişim Basamakları Bileşeni puanı		Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı		Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği toplam puanı	
		Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p
Cinsiyet	Kız	10,4±4,0	0,328	8,4±4,0	0,868	18,9±6,4	0,480
	Erkek	9,8±4,1		8,3±3,9		18,1±6,6	
Yaş	6-12 ay	10,4±3,9	0,594	8,4±4,1	0,410	18,8±6,5	0,479
	13-24 ay	9,9±4,2		8,8±4,0		18,7±6,9	
	25-36 ay	9,6±4,2		7,7±3,5		17,2±5,9	
Ailedeki çocuk sayısı	Bir	10,6±3,9	0,192	9,6±3,5	0,002	20,2±6,3	0,008
	İki ve üstü	9,8±4,1		7,7±4,0		17,5±6,5	
Anne yaşı	19-25	9,8±4,5	0,472	7,2±3,5	0,131	17,0±6,6	0,205
	26-35	10,3±4,0		8,7±4,0		19,1±6,4	
	36-43	9,3±3,9		8,4±4,1		17,7±6,8	
Anne eğitim durumu	8 yıl ve altı	8,0±3,7	<0,001	6,4±3,5	<0,001	14,5±5,4	<0,001
	>8 yıl	12,0±3,4		10,2±3,4		22,2±5,2	
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	13,0±3,2	<0,001	12,2±3,4	<0,001	25,2±5,4	<0,001
	Çalışmıyor	9,5±4,0		7,7±3,6		17,3±6,0	

Tablo 4.17. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği puanlarının araştırmaya alınan değişkenlerle karşılaştırılması (devamı)

		Gelişim Basamakları Bileşeni puanı		Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı		Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği toplam puanı	
		Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	10,1±4,0	0,401	8,5±3,9	0,034	18,6±6,5	0,072
	Çalışmıyor	8,9±5,2		5,5±3,8		14,4±5,8	
Gelir düzeyi	Asgari ücret ve altı	8,5±4,2	<0,01	6,7±3,5	<0,01	14,4±5,8	<0,01
	Asgari ücret üstü	11,2±3,5		9,7±3,7		15,2±5,8	
Hastalık durumu	Süreğen bir sağlık sorunu yok	10,2±4,2	0,562	8,8±3,9	0,140	21,0±6,0	0,213
	Süreğen bir sağlık sorunu var	9,9±3,9		7,9±3,9		19,0±6,8	
Ekran maruziyeti	Var	9,1±3,9	0,002	7,4±3,8	0,001	17,8±6,2	<0,01
	Yok	11,0±4,0		9,4±3,8		16,6±6,1	
Gelişimi yaşıyla uyumlu	Evet	10,1±4,2	0,773	8,6±3,9	0,292	20,3±6,4	0,417
	Hayır	9,9±3,9		8,0±3,9		18,7±6,4	

Çocukların gelişimlerinin yaşlarıyla uyumlu olma durumu ve süreğen bir sağlık sorununa sahip olmaları veya olmamaları durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4.18.)

Tablo 4.18. Çocukların gelişimsel durum ve hastalık durumlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		Gelişim Basamakları Bileşeni puanı		Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı		Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği toplam puanı	
		Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p
GİDR değerlendirilmesi	Yaşıyla uyumlu	Süreğen bir sağlık sorunu yok	10,1±4,3	8,8±3,8		18,9±6,8	
		Süreğen bir sağlık sorunu var	10,2±3,9	8,3±4,0		18,4±5,8	
			0,778	0,402		0,470	
	Gecikmesi var	Süreğen bir sağlık sorunu yok	10,6±4,0	8,7±4,3		19,4±7,0	
		Süreğen bir sağlık sorunu var	9,6±3,9	7,5±3,7		17,1±6,6	

Pearson korelasyon analizi ile yapılan analizde;

Gelişim Basamakları Bileşeni puanı ile kaçınıcı çocuk olduğu, kardeş sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Gelişim Basamakları Bileşeni puanı ile anne ve baba eğitim süreleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür.

Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ile kaçınıcı çocuk olduğu, kardeş sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ile anne ve baba eğitim süreleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür.

AGBÖ toplam puanı ile kaçınıcı çocuk olduğu, kardeş sayısı ve evde yaşayan kişi sayısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. AGBÖ toplam puanı ile anne ve baba eğitim süreleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği puanlarının araştırmaya alınan değişkenlerle korelasyonu

		Gelişim Basamakları Bileşeni puanı	Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı	Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği toplam puanı
Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı	r	0,340		
	p	0,000		
AGBÖ toplam puanı	r	0,825	0,812	
	p	0,000	0,000	
Yaş	r	-0,053	-0,036	-0,054
	p	0,485	0,636	0,473
Kaçınıcı çocuk	r	-0,160	-0,279	-0,267
	p	0,033	0,000	0,000
Kardeş sayısı	r	-0,148	-0,275	-0,257
	p	0,049	0,000	0,001
Anne eğitim süresi	r	0,465	0,610	0,655
	p	0,000	0,000	0,000
Baba eğitim süresi	r	0,466	0,521	0,602
	p	0,000	0,000	0,000
Anne yaşı	r	0,061	0,048	0,066
	p	0,420	0,526	0,378

Yapılan lineer regresyon analizinde modele anne eğitim süresi, anne yaşı, ailedeki çocuk sayısı, ailedeki kişi sayısı, anne çalışma durumu, çocuğun yaşı, anne baba arasındaki akrabalık durumu, süregelen bir sağlık sorununa sahip olma durumu, GİDR ile değerlendirilen gelişim durumu ve ekran maruziyeti alınmıştır. Sadece anne eğitim süresi ile ölçek toplam puanı arasında ilişki bulunmuştur ($B=0,811$; $p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Bu tez araştırmasında gelişimsel risk olarak süregelen bir sağlık sorununa sahip olan çocukların anneleri ile süregelen bir sağlık sorununa sahip olmayan çocukların annelerinin gelişim ve gelişimi destekleme bilgisi değerlendirilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan çocuklar gelişimsel açıdan değerlendirilmiş ve gelişimi yaşına uygun olan ve gelişimsel gecikmesi olan çocuklar tespit edilerek bu çocukların annelerinin gelişim ve gelişimi destekleme bilgileri değerlendirilmiştir. Günümüzde önemli bir gelişimsel risk etmeni olan görsel medya araçlarına maruz kalma ile annelerin gelişim bilgisi ilişkisi araştırmaya dahil edilmiştir. Bunun yanında araştırmaya katılan annelerin gelişim bilgisinin; çocuğun cinsiyeti, yaşı, ailedeki çocuk sayısı, anne ve baba yaşı, anne ve baba eğitim durumu, anne ve baba çalışma durumu ve ailenin gelir düzeyi ile ilişkileri değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelerin ardından annelerin gelişim bilgisini edinme yolları ile gelişim ve gelişimi destekleme konularında bilgi edinme istekleri sorgulanmıştır.

Araştırmamızda hipotezimize benzer şekilde annelerin çoğunluğunun gelişim bilgisinin düşük olduğu saptanmıştır. Hipotezimizden farklı şekilde çocuklarında gelişimsel risk olarak süregelen sağlık sorunu olan anneler ile olmayan annelerin gelişim ve gelişimi destekleme bilgisi arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Süregelen sağlık sorunundan öte gelişimsel gecikmesi olan çocukların annelerinin gelişim ve gelişimi destekleme bilgisi ile gelişimi yaşıyla uyumlu olan çocukların annelerinin bilgileri arasında da anlamlı fark saptanmamıştır. Gelişimsel bir risk olarak ekrana maruz kalma durumu olan çocukların annelerinin gelişim ve gelişimi destekleme bilgisi hipotezimizde olduğu gibi, maruz kalma durumu olmayan çocuklardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Annelerin gelişim ve gelişimi destekleme bilgileri ile annenin eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi ve düşük sayıda çocuk sahibi olunması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hipotezimize benzer şekilde hastaneye başvuran çocukların anneleri gelişim ve gelişimi destekleme konularında bilgi edinmek için en çok doktor ve hemşirelere başvurmayı tercih ettiklerini bildirmiştir.

Annelerin Gelişim Bilgisi Düzeyi

Araştırmamızda çocukların annelerinin gelişim bilgisi toplam puan ortalaması en yüksek puanın yaklaşık yarısı kadar ($18,4 \pm 6,5$ (en yüksek puan 40) bulunmuştur.

AGBÖ ile Yapılan Araştırmalar

Çalışmamıza benzer şekilde 2007 yılında Ertem ve arkadaşları tarafından ülkemizin İzmir ve Mersin illerinde yapılan ve 1055 annenin dahil edildiği araştırmada da ailelerin gelişim bilgisi ölçek puanı ortalaması en yüksek puanın yarısı kadar (19,2 (± 5,6), tespit edilmiştir (12).

Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği kullanılarak yapılan diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Pakistan'da 2016 yılında Rehman ve arkadaşları tarafından yapılan 392 annenin katıldığı araştırmada anneler soruların yarısından azına doğru cevap verebilmiştir (163). Suudi Arabistan'da 2018 yılında Hafız ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlam çocuk kliniğine başvuran 197 çocuğun annesi çalışmaya katılmıştır. Bu çalışmada annelerin yaklaşık yarısının gelişim bilgilerinin düşük olduğu saptanmıştır (133). Nepal'de 2019 yılında Shrestha ve arkadaşlarının yaptığı 1272 annenin katıldığı çalışmada da ailelerin gelişim bilgisi ölçeğinden annelerin aldığı ortalama puan 20 olarak saptanmıştır (131). Ülkemizde 2020 yılında şahinöz ve arkadaşlarının sağlam çocuk polikliniğine başvuran yaşları 0-24 ay arasında olan toplam 102 çocuğun annesi ile gerçekteştirdiği çalışmada annelerin yarıya yakınının çocuk gelişimi ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır (134). Ülkemiz dahil gelişmekte olan ülkelerdeki bu çalışmalar incelendiğinde her ne kadar kültürel öğeler farklı olsa da anneler benzer şekilde, gelişim bilgisi ölçeğinin bileşenlerinin yaklaşık yarısını yanlış yanıtlamıştır. Bu çalışmalarda ve çalışmamızda annelerin yaklaşık yarısının eğitim seviyesinin düşük olması ve büyük çoğunluğunun çalışmıyor olmasının bu benzerlikte etkili olabileceği düşünölmüştür.

Gelişmekte Olan Ülkelerde Anne Gelişim Bilgisi Düzeyleri

Suudi Arabistan'da 2010 yılında Al-Ayed tarafından yapılan çalışmada pediatri polikliniklerine başvuran 373 çocuğun annesinin gelişim bilgisi, araştırmacı tarafından geliştirilen ölçek ile değerlendirilmiştir. Ölçekte beslenme, aşılar, çocuk gelişim basamakları, kazaların önlenmesi ve bazı yaygın çocukluk çağı hastalıkları dahil olmak üzere çocuk sağlığı sorunlarının farklı yönleri hakkında 40 soru ile annelerin bilgisi değerlendirilmiştir. Annelerin ölçekten aldığı ortalama puan, ölçeğin tam puanının yarısından biraz fazla olarak saptanmıştır (164). Al-Maadadi ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı araştırmada, Katar'da yaşayan 263 annenin çocuk gelişimi konusunda bilgi düzeyi KIDI kullanılarak araştırılmıştır. Çalışma sonuçları çocuk gelişimi ile ilgili

anne bilgisinin genel olarak düşük olduğunu ortaya koymuştur. Annelerin ancak yarısı soruları doğru bir şekilde yanıtlamıştır (13). Ürdün’de Safadi ve arkadaşları tarafından 2016’da yapılan çalışmada, Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Merkezleri’ne başvuran anneler arasından seçilen 400 katılımcı KIDI ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada bir bebeğin gelişim basamaklarına ulaşma zamanının daha geç olması ile ilgili yanlış düşüncenin ciddi bir sorun olduğu tespit edilmiştir (138). Irak’ta Alkhazraji ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada pediatri kliniklerine başvuran 2 yaş altı 400 çocuğun annesi, ülkeye uygun şekilde uyarlanmış, hareket, bilişsel, dil, görme, işitme, sosyal ve duygusal alanlarda gelişimi sorgulayan bir ölçekle değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin yaklaşık yarısının gelişim bilgisinin düşük olduğu ortaya konulmuştur (132). Hindistan’ın kırsal bölgelerinde 2020 yılında Johnson ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada aşılama amacıyla hastaneye başvuran 3 yaşından küçük 156 çocuğun annesi Erken Çocukluk Gelişim Bilgisi (*Early Childhood Developmental Milestones* (ECDMs)) ile değerlendirilmiştir. Annelerin ölçekten aldığı ortalama puan, en yüksek puanın yarısından az olarak saptanmıştır (165). Cuartas ve arkadaşları 2020 yılında Kolombiya’da beş yaşın altında çocuğu olan 1277 anneden oluşan örneklem ile anne bilgisi, uyarımı ve çocuk gelişimi arasındaki ilişkileri değerlendirmiştir. Çalışmada annelerin bilgi düzeyi KIDI’den uyarlanan ölçek ile değerlendirilmiştir. Annelerin yaklaşık yarısının ölçekte sorulan sorulara yanlış cevap verdiği saptanmıştır (166).

Gelişmiş Ülkelerde Anne Gelişim Bilgisi Düzeyleri

Bornstein ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Arjantin, Belçika, Güney Kore, İtalya ve ABD’den 20 aylık çocukları olan 1077 annenin gelişim bilgisi KIDI ile değerlendirilmiştir. Kültürler arası anne gelişim bilgisi farklılığının araştırıldığı bu çalışmada dört kıta, beş ülkeden annelerin ebeveynlik bilgi düzeyleri beş toplumda çeşitlilik göstermiştir ve farklı sosyodemografik faktörlerle ve kişisel ve kişisel olmayan desteklerle ilişkilendirilmiştir. ABD’deki anneler, diğer dört sanayileşmiş ülkedeki annelerden daha yüksek ebeveynlik bilgisi puanlarına sahipken, Arjantin ve Güney Kore’deki annelerin en düşük ebeveynlik bilgisine sahip olduğu görülmüştür (167). ABD’de 2010 yılında Bornstein ve arkadaşları, KIDI’yi kullanarak yaptıkları çalışmada Avrupalı Amerikalardan olan annelerin çoğunun, iki yaşındaki çocuklarının gelişimsel basamakları hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğunu tespit etmiştir (123). Kanada’da 2010 yılında Rikhy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 685 ebeveyn ve 758 ebeveyn olmayan örneklem ile yapılan araştırmada katılımcıların çoğu 6 yaşından küçük

çocukların gelişimiyle ilgili soruları doğru yanıtlayamamıştır (144). ABD’de 2010 yılında Smith ve arkadaşları, %9’u düşük doğum ağırlığı, %1’i çok düşük doğum ağırlığı ve %9’u prematürite öyküsü olan geri kalanı sağlıklı çocuklar ve annelerinden oluşan 451 kişilik bir örnekleme yaptığı çalışmada yüksek oranda bilişsel, dil, sosyal-duygusal ve uyumlu davranışlarda gelişimsel gecikmeler saptamıştır ve bu gecikmelerin anneler veya tarafından çoğunlukla tespit edilmediğini göstermişlerdir. Örnekleme annelerin gelişim bilgileri KIDI’nin kısaltılmış bir versiyonu ile değerlendirilmiş ve annelerin ortalama olarak soruların yaklaşık yarısını doğru cevapladığı tespit edilmiştir (168). ABD’de 2005 yılında Huang ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada beyaz, Afrikalı-Amerikalı ve Latin Amerika kökenli Amerikalılar olmak üzere 3 farklı ırktan toplam 378 annenin oluşturduğu örneklem ile annelerin gelişim bilgisi KIDI ile değerlendirilmiştir. Etnik gruplar arasında farklılık olmakla beraber, çalışmaya katılan anneler, gelişim basamaklarını ile ilgili soruların yaklaşık yarısını yanlış cevaplamışlardır (135).

Annelerin gelişim bilgisi farklı ülkelerde farklı ölçeklerle değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelerin sonuçları incelendiğinde annelerin gelişim bilgisi düzeylerinin, kültürel etkenlerden etkilenmekle birlikte hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmamıza katılan annelerin yarısından fazlası, Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeğinin gelişim bilgisi bileşenindeki 10 gelişim basamağından “Çocuklar ne zaman bebeklerini besleme, uyutma, araba sürme gibi hayali oyunlar oynamaya başlar?” ve “Çocuklar ne zaman yürümeye başlar?” soruları dışındaki 8 gelişim basamağının olması gereken zamandan daha geç ortaya çıktığını düşünmektedir. Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında, benzer şekilde, annelerin yarısından fazlası, iki gelişim becerisi “Çocuklar ne zaman üzüm, iplik gibi küçük nesneleri parmak uçlarıyla tutmaya başlar?” ve “Çocuklar ne zaman yürümeye başlar?” soruları hariç tüm gelişim basamaklarının olması gereken yaşlardan daha sonra geliştiğini düşünmüşlerdir (12). Shrestha ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin en az yaklaşık yarısı 10 gelişim basamağından 9’unun gereken zamandan daha geç ortaya çıktığını düşünmektedirler (131). Hafız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin yarısından fazlası araştırmamıza benzer şekilde “Çocuklar ne zaman bebeklerini besleme, uyutma, araba sürme gibi hayali oyunlar oynamaya başlar?” ve “Çocuklar ne zaman yürümeye başlar?” soruları hariç tüm alanlarda gelişimin olması gerekenden geç ortaya çıktığını düşünmektedir (133).

Annenin çocuğunun gelişim basamaklarına ulaşması ile ilgili gelişim bilgisinin olması gerekenden daha geç olduğuna inanması, annelerin bu becerileri çocuklarının zamanında yapma beklentileri daha düşük olacak ve ayrıca bu durum gelişimsel gecikmeleri olan çocukların erkenden tanılarının konulmasını da zorlaştıracaktır.

Araştırmamıza katılan annelerin gelişim bilgisi bileşeninde en çok doğru cevapladığı sorular “Çocuklar ne zaman yürümeye başlar?” (%73,0 doğru cevap) ve “Çocuklar ne zaman bebeklerini besleme, uyutma, araba sürme gibi hayali oyunlar oynamaya başlar?” (%73,0 doğru cevap) sorusudur. Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında, araştırmamıza benzer şekilde bu sorular yüksek oranda doğru cevaplanmıştır (12). Şahinöz ve arkadaşlarının araştırmasında “Çocuklar ne zaman yürümeye başlar?” sorusunu annelerin çok büyük bir bölümü (%83.3) doğru cevaplamıştır (134). Shrestha ve arkadaşları, Hafız ve arkadaşları ile Rehman ve arkadaşlarının araştırmalarında da “Çocuklar ne zaman yürümeye başlar?” sorusu annelerin en çok doğru cevapladığı soru olmuştur (131, 133, 163). Bu durum, küçük çocukların hareket becerilerine verilen güçlü toplumsal önem ve bu alanlardaki becerilerin bir çocuğun "normal" olarak gelişip gelişmediğinin kritik bir göstergesi olduğuna toplum tarafından inanılması şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca annelerin hareket gelişim ile ilgili temel gelişim basamaklarını özellikle takip edip uzun süre akıllarında tuttuklarına bağlı olabileceğini de düşündürmektedir.

Bu veriler, çocukların yürümeye ve hayali oyun oynamaya başlamalarının ebeveynler tarafından en belirgin olarak algılanan ve gözlemlenmesi kolay olan gelişim basamakları oldukları ve bu nedenlerle bu gelişim basamaklarının ne zaman ortaya çıktıklarını bilme oranlarının yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamıza katılan annelerin gelişim bilgisi bileşeninde en az doğru cevapladıkları sorular ise “Çocuklar ne zaman önlerindeki bir oyuncığa uzanmaya başlar?” (%12,9 doğru cevap) ve “Çocuklar ne zaman kendileriyle konuşulduğunda cevap verir gibi sesler çıkarmaya başlar?” (%23 doğru cevap) olmuştur. Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında “Çocuklar ne zaman önlerindeki bir oyuncığa uzanmaya başlar?” sorusu araştırmamızdan farklı şekilde annelerin büyük çoğunluğu tarafından doğru tahmin edilmiştir. “Çocuklar ne zaman kendileriyle konuşulduğunda cevap verir gibi sesler çıkarmaya başlar?” sorusu ise araştırmamıza benzer şekilde, Ertem ve arkadaşlarının araştırmasında annelerin yalnızca beşte biri tarafından doğru cevaplanarak en az doğru cevaplanan soru olmuştur (12). Shrestha, Hafız ve Rehman’ın

araştırmalarında ise bu sorular, araştırmamıza çok benzer şekilde en az doğru cevaplanan sorular arasındadır (131, 133, 163). Bu soruların en az oranda doğru yanıtlanması nederleri olarak; çocukların neredeyse ilk aylardan başlayarak uzun vadeye yayılan bir zaman diliminde kendileriyle konuşulduğunda sesler kullanarak karşılık verdikleri ve yine önlerindeki nesneye uzanma basamağının, oyunların özellikle bu amaca yönelik oynanmadığı takdirde gözlemlenmesinin ve bu davranışın tam olarak ne zaman başladığının belirlenmesinin zor olabileceğine bağlı olduğu düşünölebilir.

Araştırmamıza katılan annelerin gelişimi destekleme bilgisi bileşeninde en çok doğru cevapladığı sorular “ocuklara sayı saymayı öğretmeye en erken ne zaman başlanır?” (%68) ve “ocuklara renkleri öğretmeye en erken ne zaman başlanır?” (%66,9) olarak saptanmıştır. Ertem, Shrestha ile Hafız ve arkadaşlarının araştırmalarında da benzer şekilde bu sorular en yüksek oranda doğru cevaplanan sorular arasındadır (131, 133). Rehman ve arkadaşlarının araştırmasında ise bu sorular annelerin yarısından fazlası tarafından doğru cevaplanmıştır (163).

Araştırmamıza katılan annelerin gelişimi destekleme bilgisi bileşeninde en çok yanlış cevaplanan sorular “ocuklara oynamaları için evdeki kap kaçakları vermeye en erken ne zaman başlanır?” (%11,2 doğru cevap), “ocukların sırtlarını destekleyip oturtmaya en erken ne zaman başlanır?” (%11,8 doğru cevap) ve “ocuklarla kitap bakmaya en erken ne zaman başlanır?” (%12,9 doğru cevap) olmuştur. Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında bu sorular, araştırmamıza benzer şekilde en az oranda doğru cevaplanan sorulardır (12). şahinöz ve arkadaşlarının araştırmasında “ocukların sırtlarını destekleyip oturtmaya en erken ne zaman başlanır?” ve “ocuklarla kitap bakmaya en erken ne zaman başlanır?” soruları çok benzer oranlarla çok az sayıda anne tarafından doğru cevaplanmıştır (134). Shrestha ve arkadaşları ile Hafız ve arkadaşlarının araştırmalarında, araştırmamıza benzer şekilde bu sorular en düşük oranda doğru cevaplanan sorular arasındadır (131, 133). Ancak Rehman ve arkadaşlarının araştırmasında “ocukların sırtlarını destekleyip oturtmaya en erken ne zaman başlanır?” sorusu annelerin yarıdan fazlası tarafından doğru cevaplanmıştır (163).

Araştırmamıza katılan annelerin yarısından fazlası ölçeğin gelişimi destekleme bileşenindeki “ocuklara sayı saymayı öğretmeye en erken ne zaman başlanır?”, “ocuklara renkleri öğretmeye en erken ne zaman başlanır?” ve “ocuklara çizip boyamaları için kalem, kağıt vermeye en erken ne zaman başlanır?” soruları dışındaki

bütün sorularda uygun gelişimsel destek sağlama zamanını olması gerekenden geç ve yanlış tahmin etmişlerdir. Ertem ve arkadaşlarının çalışmasında, annelerin yarısından fazlası araştırmamızdan farklı olarak tüm gelişimi destekleme bileşeninin olması gereken yaşlardan daha geç olarak ve yanlış cevaplamıştır (12). Sheresta ve arkadaşlarının çalışmasında, araştırmamıza benzer şekilde annelerin yarısından fazlası gelişimi destekleme bileşeninin 10 maddesinden 7'sinde yanlış cevaplar vermişlerdir (131). Hafız ve arkadaşlarının araştırmasında annelerin yarısından fazlası dört soruya, Rehman ve arkadaşlarının araştırmasında ise annelerin yarısından fazlası yöneltilen altı soruya yanlış cevap vermiştir (133, 163).

Şahinöz ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin çocuklarına uyarı verme durumlarını sorgulayan “Çocuklarla konuşmaya en erken ne zaman başlanır?” sorusuna annelerin dörtte birinden fazlası doğru cevap vermiştir. Araştırmamızda bu oran annelerin yarısından daha azdır. Ertem ve arkadaşlarının araştırmasında “Çocuklara ağızlarına götürmeleri için temiz ve güvenli oyuncaklar, nesneler vermeye en erken ne zaman başlanır?” sorusu annelerin üçte ikisinden fazlası tarafından doğru cevaplanırken bu oran araştırmamızda dörtte bir olarak saptanmıştır (12).

Annelerin gelişim basamakları bilgisi ve gelişimi destekleme bilgisi özellikle gelişmekte olan ülkelerde düşük olmakla beraber, bilgilerin daha düşük olduğu ve görece daha yüksek olduğu alanlar dünyanın değişik bölgelerinde yapılan çalışmalarda benzerlik göstermektedir.

Çocuğun Cinsiyeti ve Yaşı ile Annelerin Gelişim Bilgisi İlişkisi

Araştırmamızda çocuğun cinsiyeti ve yaşı ile AGBÖ puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Şu ana kadar ülkemizden ve dünyadan bildirilen Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği ile yapılan araştırmalarda cinsiyet ve annelerin gelişim bilgisi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (12, 131, 133, 134, 163).

Ailedeki Çocuk Sayısı ile Annelerin Gelişim Bilgisi İlişkisi

AGBÖ’ndeki soruların birçoğunun cevabı anne deneyimlerine bağlı olarak gözlemsel olarak edinilebilmesine rağmen araştırmamızın örneklemini oluşturan çocukların annelerinin AGBÖ puanları ailedeki çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde bir çocuğu olan annelerin Gelişimi Destekleme Bileşeni ve AGBÖ toplam puanları çocuk sayısı iki ve üzeri olan annelerin puanından anlamlı şekilde

yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,008$). Ailedeki çocuk sayısına göre Gelişim Basamakları Bileşeni puanı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p=0,192$). Ertem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer şekilde daha az çocuğu olan annelerin gelişim bilgisi ölçeği puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar tarafından geleneksel olarak çok çocuklu ailelerin olduğu ülkemizde böyle bir sonuç elde edilmesi, anne eğitiminden bağımsız olarak, daha az çocuğa sahip olmanın, modern aile yapısına sahip olma, artan sosyoekonomik düzey ve annenin çocuklarına daha fazla zaman ayırma ve gelişimlerine destek olma arzusuyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (12). Şahinöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmamızdan farklı olarak annelerin sahip oldukları çocuk sayısı ile Gelişim Bilgisi Ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (134).

Nepal’de yapılan çalışmada mevcut araştırmanın tersine birden fazla çocuğu olan annelerin gelişim bilgisi ölçeği puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (131). Hafız ve arkadaşlarının çalışmasında ailedeki çocuk sayısı ile anne bilgisi arasında ilişki saptanmamıştır (133).

Johnson ve arkadaşları tarafından Güney Hindistan’da yapılan annelerin Erken Çocukluk Gelişim Bilgisi (ECDMs)) açısından değerlendirildiği çalışmada, çocuk sayısı ile annenin gelişim bilgisi arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak bu durum bu çalışmada annelerin bir ya da iki çocuğu olmasına bağlanmıştır (165). Safadi’nin Ürdün’de ve Al-Ayed ve arkadaşlarının Suudi Arabistan’da yaptığı çalışmada annelerin çocuk sayıları ile gelişim bilgileri arasında ilişki saptanmamıştır (138, 164). Bornstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelere birinci çocukları 20 aylıkken “Çocuk Gelişim Bilgisi Formu- KIDI uygulanmıştır. Daha sonra anneler takip edilmeye devam edilmiş ve annelerin ikinci çocukları 20 aylık olduğunda tekrar KIDI uygulanmıştır. İkinci kez ölçek uygulanmasında annelerin puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (123). Bu durum annelerin çocuk sayısı arttıkça edinilen deneyimle gelişim bilgisinin arttığı şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırmamızda annenin sahip olduğu çocuk sayısı gelişim bilgisi ile anlamlı farklılık göstermesine rağmen, alanyazındaki sınırlı sayıdaki çalışmada anlamlı sonuç çıkmamış veya tersi yönde anlamlı sonuç çıkmıştır. Bunun sonucu olarak çocuk sayısının dışında eğitim düzeyi sosyoekonomik düzey ve sosyokültürel etkenlerin bu farkın oluşmasında etkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Annenin Yaşı ile Gelişim Bilgisi İlişkisi

Araştırmamızda anne yaşı ile AGBÖ puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ertem ve Şahinöz'ün çalışmalarında benzer şekilde annelerin yaşları ile gelişim bilgisi ölçek puanında anlamlı farklılık saptanmamıştır (12, 134). Araştırmamızdan farklı olarak Hafız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada daha genç annelerin gelişim bilgilerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (133).

Alkhazrajy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annenin yaşı ile annelerin hareket, bilişsel, dil, sosyal ve duygusal alanlara ilişkin gelişim bilgisi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (132). Aldayel ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da 2020 yılına yaptığı çalışmada yaşı daha büyük olan annelerin gelişim bilgisi daha genç olanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (169). Bornstein ve Putnick'in yaptığı çalışma daha yaşı daha büyük olan annelerin genç annelere göre KIDI puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır (170).

Araştırmamızda anlamlı farklılık saptanmamış olmakla beraber araştırmalar, yaşı daha büyük olan annelerin daha genç annelere göre daha fazla ebeveynlik bilgisine sahip olduğunu göstermiştir. Bu durum annelerin gelişim bilgisini edinmesinde deneyimin önemli yer tutmasıyla açıklanabilir.

Anne Eğitim Düzeyi ve Gelişim Bilgisi ilişkisi

Araştırmamızda annenin eğitim seviyesi ile gelişim bilgisi ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Ertem, Hafız ve Alkhazrajy'nin yaptığı farklı çalışmalarda araştırmamızın sonuçlarına benzer şekilde annenin eğitim düzeyi ile gelişim bilgisi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (12,155,158). Al-Maadadi'nin yaptığı araştırmada eğitim düzeyi daha yüksek olan anneler KIDI'nin gelişim bilgisi bileşeninden anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır (13). Öte yandan Shrestha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ve Rehman'ın yaptığı ayrı çalışmalarda eğitim ile Gelişim Bilgisi Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmacılar bu ilişkinin olmamasını ülkelerinin eğitim müfredatında gelişim bilgisi konusunun olmamasına bağlamıştır (131, 163). Al-Ayed ve arkadaşlarının çalışmada annelerin eğitim düzeyi ve bilgi düzeyleri arasında ve Jan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada anne babaların eğitim düzeyi ile koruyucu ebeveynlik bilgi düzeyleri arasında bir ilişki olmadığını saptanmıştır (164, 171). Araştırmacılar bu durumu araştırmalarının yöntemine bağlamışlardır.

Güney Afrika’da 2017 yılında yayınlanan bir derlemede eğitim düzeyi daha yüksek olan annelerin, daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlara göre çocuklarının gelişimine daha duyarlı olduklarını ortaya koymuştur (165). Bornstein ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, annelerin KIDI puanları ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (123). Bornstein’in Arjantin, Belçika, Güney Kore, İtalya ve ABD’nin dahil olduğu beş ülkede yaptığı çalışmada anne eğitim düzeyi ile gelişim bilgisi düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (167).

Alanyazındaki yayınların büyük bölümünde araştırmamızda olduğu gibi annelerin eğitim seviyesi ve gelişim bilgisi arasından pozitif yönde anlamlı ilişki gösterilmiştir. Eğitim genellikle anne babaların yaşamlarına ilişkin bakış açılarını genişletmesi, bilişsel becerilerini ve yeni bilgilere ulaşma becerilerini geliştirmesi ile anne babaların gelişim bilgisine katkıda bulunmaktadır (15).

Annelerin Çalışma Durumu ve Gelişim Bilgisi İlişkisi

Araştırmamızda AGBÖ puanları annelerin çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde çalışan annelerin Gelişim Basamakları Bileşeni puanı, Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ve toplam puanı çalışmayan annelerin puanlarından anlamlı şekilde fazla bulunmuştur (her üçü için $p < 0,001$). Ertem’in çalışmasında, araştırmamızın sonuçlarından farklı olarak annenin çalışma durumu ile gelişim bilgisi puanları arasında ilişki saptanmamıştır. Araştırmamızda örnekleme oluşturan annelerin eğitim seviyesi ve çalışma durumu, Ertem’in örneklemini oluşturan anneler ile yakın değerlerdedir. Buna rağmen bu farkın ortaya çıkması örneklem büyüklükleri arasındaki farklarla ilgili olabilir.

Hafız ve arkadaşlarının çalışmasında, araştırmamıza benzer şekilde, çalışmayan annelerin yeni yürümeye başlayan çocuklarının bilişsel ve sosyal-duygusal gelişimleri konusunda çalışan annelere göre anlamlı düzeyde düşük bilgi düzeyine sahibi olduklarını göstermiştir (133). Farklı ülkelere bildirilen çalışmalarda da annenin çalışma durumu ile bilgi düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır (123, 131, 132, 161, 163 165).

Araştırmamızda anne çalışma durumu ile gelişim bilgisi arasında anlamlı ilişki bulunmakla beraber alanyazındaki birçok çalışmada anlamlı ilişki saptanmamıştır. Araştırmamızda saptadığımız sonuçta çalışan annelerin eğitim düzeyinin yüksek olması etkili olabileceği düşünülmektedir.

Ailenin Gelir Durumu ile Annelerin Gelişim Bilgisi İlişkisi

Araştırmamızda ailesinin gelir düzeyleri yüksek olan annelerin Gelişim Basamakları Bileşeni puanı, Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ve AGBÖ toplam puanı gelir düzeyi düşük olan annelerden anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (her üçü için $p<0,001$). Şahinöz ve arkadaşlarının çalışmasında bu durumdan farklı olarak gelir durumu ile gelişim bilgisi puanları arasında ilişki saptanmamıştır (134). Ertem, Hafız, Shrestha ve Rehman'ın yaptığı ayrı çalışmalarda annelerin gelişim bilgisi ile ailenin gelir durumu ilişkisi değerlendirilmemiştir (12, 131, 133, 163).

September ve arkadaşları tarafından yayımlanan 2017 yılında derlemede daha yüksek gelir düzeyi olan annelerin, daha düşük gelir düzeyi olanlara göre çocuklarının gelişimine daha duyarlı olduklarını ortaya koymuştur (172). Yine aynı araştırmacılar tarafından 2015 yılında yapılan bir çalışmada, daha yüksek gelir düzeyine sahip annelerin çocuk gelişimi hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu bildirilmiştir (173). Huang'ın farklı etnik gruplarla yaptığı çalışmada geliri daha düşük olan annelerin gelişim bilgisi anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (135). Bornstein'in çalışmasında yüksek sosyoekonomik düzeye sahip annelerin gelişim bilgisi genelde daha yüksek olmakla birlikte anlamlı fark saptanmamıştır (123).

Alanyazında kısıtlı sayıda araştırmada anne gelişim bilgisi ile gelir durumu ilişkisi incelenmiş ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Gelir durumu daha iyi olan annelerin eğitim alma, bilgiye ulaşma, çocuğuna yeterli vakit ayırma ve destek sağlama olanaklarının daha fazla olacağı fikrinden yola çıkarak gelir durumu ve anne gelişim bilgisi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu düşünüldü.

Çocuğun Ekran Maruziyeti Durumu ile Annenin Gelişim Bilgisi İlişkisi

Araştırmamızdaki çocukların yarısının ekran maruziyeti olduğu saptanmıştır. Süreğen hastalığı olan çocukların ekrana maruz kalma oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Dr. Hakan Özcan tarafından İnönü Üniversitesi Gelişimsel Pediyatri Bilim Dalı'nda 2018 yılında yapılan tez çalışmasında hastaneye başvuran 298 çocuk medya aracına maruz kalma açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada araştırmamızdan farklı olarak çocukların yaklaşık dörtte üçünün (%76,6) medya araçlarına maruz kaldığı bildirilmiştir. Özcan'ın örneklemini oluşturan çocuklardan yaşları 6-12 ay arasında olan

çocukların medya aracı kullanma/maruz kalma oranı %44,9; yaşları 13-24 ay arasında olan çocukların medya aracı kullanma/maruz kalma oranı %66,1; 25-36 ay arasında %90,6 olduğu saptanmıştır (114). Annelerin gelişim bilgileri çocukların ekrana maruz kalma durumuna göre değerlendirildiğinde ekran maruziyeti olan çocukların annelerinin Gelişim Basamakları Bileşeni puanı, Gelişimi Destekleme Bileşeni puanı ve AGBÖ toplam puanları ekran maruziyeti olmayanlardan anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,001$, $p<0,001$).

Araştırmamızın sonucu gelişim bilgisi daha düşük olan annelerin çocuklarına daha az vakit ayırdığı, çocuklarını oyalamak için medya araçlarını daha fazla kullandığı şeklinde yorumlanmıştır. Ekran maruziyetinin çocukların gelişimi konusunda önemli bir risk etmeni olduğu ve çocukların ekran maruziyeti yaygınlığı göz önünde bulundurularak bu konuda uygun desteğin sağlanması ve gerekli bilinç düzeyinin oluşması için annelerin gelişim bilgisine sahip olmasının önemi vurgulanabilir.

Çocuğun Süreğen Bir Sağlık Sorununa Sahip Olup Olmaması ve Çocuğun Gelişiminin Yaşıyla Uyumlu Olup Olmaması ile Annelerin Gelişim Bilgisi

Araştırmamızın örneklemini oluşturan çocukların yaklaşık üçte birinde 1 veya daha fazla alanda destek gerektiren gelişimsel gecikmeler saptanmıştır. Çocukların annelerinin yaklaşık üçte biri çocuklarının gelişimi ile ilgili kaygı duyduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmamızda süreğen sağlık sorunu olan çocukların GİDR'ye göre gelişimsel gecikme saptanması oranı süreğen bir sağlık sorunu olmayanlara göre anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Süreğen sağlık sorununa sahip olma durumunun, çocuk gelişimi için oluşturduğu risk göz önünde bulundurulduğunda, bu durum beklenen bir sonuçtur.

Dr. Yunus Emre Kum tarafında 2012 yılında İnönü Üniversitesi Gelişimsel Pediatri kliniğinde yapılan tez çalışmasında benzer şekilde, çalışmanın örneklemini oluşturan çocukların %42,2'sinin en az bir alanda gelişimsel gecikmesi ve çocukların annelerinin üçte biri çocuklarının gelişimi ile ilgili kaygıları olduğu saptanmıştır. Gelişimsel sorun saptanan çocukların dörtte üçünün süreğen bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurduğu saptanmıştır (174, 175).

Araştırmamızda çocukların gelişimlerinin yaşlarıyla uyumlu olma durumu ve süreğen bir sağlık sorununa sahip olmaları veya olmamaları durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir ($>0,05$).

Gelişim bilgisi ile ilgili yapılan araştırmaların çoğu sağlıklı çocuk ve anneleri ile yapılmıştır. Süreğen hastalığı olan ya da gelişimsel gecikmeleri/sorunları olan çocuklarla yapılan araştırmalar çok azdır. Dichtelmiller ve arkadaşlarının 1992 yılında yaptığı çalışmada ebeveyn deneyimi, ebeveyn bilgisi ile önemli bir risk etmeni olan aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerin gelişimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya ortalama 1000 gram doğum ağırlığı ve 28.1 gebelik haftası olan 40 bebek ve annesi katılmıştır. Çalışma, preterm bebeklerin annelerinin, term bebeklerin anneleriyle benzer bilgi düzeyleri, deneyimleri ve bilgi kaynakları olduğunu saptamıştır (19)

Smith ve arkadaşlarının, 2010 yılında ABD’de gelişimsel riski olan çocuklardan oluşan geniş bir örneklemle (n=451) yaptığı çalışmada, araştırmamıza benzer şekilde, yüksek oranda gelişimsel gecikmeler saptamış ve bu gecikmelerin anneler veya tıp uzmanları tarafından çoğunlukla zamanında tespit edilmediğini göstermiştir. Örneklemdeki annelerin gelişim bilgileri KIDI’nin kısaltılmış bir versiyonu ile değerlendirilmiş ve annelerin ortalama olarak soruların yaklaşık yarısını doğru cevapladığı tespit edilmiştir (168).

Shrestha ve arkadaşlarının Nepal’de Otizm Bakım Merkezi’nde toplam 50 çocuğun katılımı ile yaptıkları çalışmada otizm tanısı alan çocukların annelerinin, çocuklarındaki gelişimsel sorunları fark edemedikleri ve çocuklarındaki konuşma gecikmesini fark etmeleri sonucunda sağlık kuruluşuna başvurma sürelerinin geciktiği, bu başvuruların çocuk ortalama 3 yaşına geldiğinde yapıldığı saptanmıştır. Bu nedenle çocukların erken müdahale için kritik dönemi kaçırdıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada annelerin çoğunun çocuğuyla konuşmak, ona oyuncaklar göstermek veya kitap okumak gibi basit bilişsel uyarılardan habersiz olduğu saptanmıştır (20).

Zand ve arkadaşlarının özel gereksinimi olan 77 çocuğun anneleri ile yaptığı çalışmada; gelişimi yaşına uygun ilerleyen çocukların anneleri ile karşılaştırıldığında, erken destek hizmetlerine kayıtlı çocukların annelerinin önemli ölçüde daha az gelişim bilgisi bildirdiğini ve gelişim basamaklarının zamanlamasını bilmeme olasılıklarının diğer annelerden daha yüksek olduğunu saptamıştır (136).

Mustafayev’in yaptığı tez çalışmasında kronik hastalığa sahip olmanın, gelişim için, bağımsız risk etmenleri içerisinde en yüksek risk oranına sahip etmen olduğu tespit edilmiştir (40).

Bu bulgular, gelişimsel riski olan çocukların annelerinin çocuklarının gelişimiyle ilgili kaygılarının fazla olduğunu ancak risklere rağmen gelişimle ilgili bilgilerinin az olduğunu göstermektedir. Özellikle gelişimsel riski olan çocukların annelerinin olmak üzere tüm annelerin normal büyüme ve gelişme hakkında bilgi ve danışmanlık alabileceği, problemlerini çözmelerine yardımcı olabilecek ve çocuklarının gelişimlerini destekleyici öneriler alabileceği uzmanların desteğine ihtiyacı vardır. Annelerin gelişimsel kaygılarını dile getirme konusunda daha rahat hissetmeleri gerekmektedir. Bunun yanında annelerin gelişimsel sorunları nasıl fark edecekleri konusunda eğitim almaları gerekmektedir. Bu eğitimde çocuk hekimlerinin ve çocuk ve aile ile çalışan uzmanların anne babalara daha fazla eğitim ve danışmanlık vermesi önemli yer tutabilir.

Anneler Gelişim Bilgisi Edinmek İçin Tercih Ettikleri Bilgi Kaynakları

Örneklemi oluşturan annelere gelişimle ilgili bilgi edinme yolu olarak en çok hangi yolu tercih ettikleri sorulduğunda, annelerin yarısından çoğu (%64,1) doktor ve/veya hemşirelerle konuşmayı, %39,9'u aileleriyle (anne, baba, kardeş, anneanne, vb) konuşmayı, %39,3'ü kitle iletişim araçlarını (radyo, filmler, televizyon, internet veya gazeteler) kullanmayı, yaklaşık beşte biri (%21,9) çocuğunu çevresinde gördüğü veya tanıdığı diğer akranlarıyla karşılaştırmayı, yine yaklaşık beşte biri (%21,3) çocuk gelişimiyle ilgili dergi, kitap, vb okumayı, %17,4'ü çocukları olan arkadaş veya tanıdıklarıyla konuşmayı, %11,2'sinin diğer çocuklar ve ailelerini gözlemlemeyi “fazla” veya “çok fazla” tercih ettiklerini ifade etmiştir. Araştırmamıza benzer şekilde Rikhy ve arkadaşlarının çalışmasında anne babaların çoğunluğunun bilgi kaynağı olarak doktorları ve hemşireleri tercih ettiğini saptamıştır (144). Moseley ve arkadaşları, ABD’de 2011’de yaptıkları çalışmada anne ve babaların %94’ünün çocuk doktorlarından bilgi alırken, internet, televizyon veya gazetelerden bilgi alanların %10 olduğunu göstermiştir (145).

Süreğen bir sağlık sorunu olmayan çocukların annelerinin bilgi edinme yolu olarak aileleri ile konuşarak bilgi edinmeyi tercih etme oranı süreğen bir sağlık sorunu olan çocuklarının annelerinin oranından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,046$). Bunun dışındaki bilgi edinme yolları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Süreğen sağlık sorunu olan çocukların hastanede geçirdiği zaman daha fazladır. Bu nedenlerle anneler kendi ailelerinden uzak kaldıkları için onlara soracak fırsatı bulamıyor

olabilirler ve/veya doktor ve sađlık uzmanına eriřimleri daha kolay ve sık olduđu için bilgiyi onlardan aliyor olabileceđi dűřünülműřtir.

Araştırmamızdan farklı olarak řahinűz ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin çoğunluğunun (%62,7) ocuk gelişimi ile ilgili yazılı materyal okuduğu belirlenmiştir. Annelerin yalnızca %24,3'ű bu bilgiyi bir uzmandan edindiklerini belirtmiştir. Annelerin yalnızca %12,7'si çocukları ile ilgili merak ettikleri şeyleri hekim ya da sağlık çalışanına danıştıklarını ifade etmiştir (134).

Alkhazrajy ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada annelerin çocuklarının gelişimine ilişkin bilgi kaynağı olarak, %71,5'nin űnceki çocukları ve mevcut çocuğu ile olan deneyimleri űn plana çıkmaktadır. Bu çalışmada annelerin yalnızca %16,5'nin bilgi kaynağı olarak doktorları %5,5'i birinci basamak sağlık merkezlerindeki sağlık çalışanlarını tercih ettiğini belirtmiştir (132). Hafız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin temel bilgi kaynakları sırasıyla aileleri (%55,3) arkadaşları (%53,8), internet ve sosyal medya (%43,1) olarak tespit edilmişlerdir. Çalışmaya katılan annelerin sadece %4,6'sı birinci basamak sağlık çalışanlarından bilgi aldığını ifade etmiştir (133). Benzer şekilde Safadi ve arkadaşlarının Ürdűn'de yaptığı çalışmada annelerin çoğunun aile üyelerini ana bilgi kaynağı olarak gördűđünü, sağlık çalışanlarından bilgi almayı ise tercih etmediklerini saptamıştır (138).

Bu sonuçlara göre űlkemizde ve gelişmiş űlkelerde aileler bilgi edinme yolu olarak sağlık çalışanlarını daha çok tercih etmekte, gelişmekte olan űlkelerde ise aile üyeleri ve annenin deneyimleri űn plana çıkmaktadır. Bu farkın oluşmasında araştırmamızın süreğen sağlık sorunu olan çocukları da kapsaması ve süreğen sağlık sorunu nedeniyle anne babaların sağlık çalışanları daha çok tercih etmesi dűřünülmektedir. Geliřmiř űlkeler için ise sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı etkili bir etmen olabilir. Bunun yanında araştırmamızda süreğen sağlık sorunu olanlar ve süreğen sağlık sorunun olmayanlar arasında doktordan ve/veya hemşireden bilgi edinme ile ilgili anlamlı bir sonuç saptanmamıştır. Örneklemin hastaneye başvuran çocukların annelerinden oluşmasının sağlık çalışanlarının bilgi kaynağı olarak tercih edilmesine neden olabileceği dűřünüldű.

Ailelerin En ok Eğitim ve Danışmalık Almak İstediği Konular

Annelere aşılar, beslenme, ocuk bakımı ve kazalar ile ilgili hastane ortamında eğitim ve danışmanlık almayı isteyip istemedikleri ve en fazla hangi konu hakkında

bilgi sahibi olmak istedikleri sorulduğunda en çok aşılar konusunda (%55,1) danışmanlık almayı istedikleri tespit edilmiştir. Çocuk gelişimi konusunda ise 14 (%7,9) anne eğitim ve danışmanlık almak istediğini belirtmiştir. Anneleri en çok aşılar konusunda bilgi almak istemelerinin nedeni bu konunun daha güncel ve anneler tarafından bilimsel bir konu olarak algılanmasının olabileceği düşünüldü.

Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırmamızın kısıtlılıkları; ilk olarak, çalışma yalnızca Malatya şehrinde gerçekleştirildi. Tek merkezli olması, örnekleme oluşturan hasta sayısının az olması dolayısıyla, örneklem tüm ülkeyi temsil etmemektedir ve tüm Türkiye için genelleme yapılamaz. Örnekleme üç yaş ve altındaki bebekler ve çocukları içermesi ve değerlendirmeye alınan yaş grubunun tüm çocuk popülasyonuna genellenememesi, verilerin tek bir araştırmacı tarafından toplanması ve araştırmanın babaların dahil edilmeyip sadece annelerle yapılması da araştırmanın diğer kısıtlılıklarıdır. Ülkemizde ve dünyada özellikle gelişimsel riskleri olan çocukların anne babalarının olmak üzere, bütün anne ve babaların gelişim bilgisi ve gelişimi destekleme bilgileri konularında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmamızın güçlü yönleri; bugüne dek yapılan araştırmalarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde geniş örnekleme çocuk sağlığı ve gelişimi açısından çalışmalar olmasına rağmen süregelen sağlık sorunu olan çocuklarla yapılan nadir çalışmalardan birisidir. Gelişmekte olan bir ülkede süregelen bir hastalığı olan çocukların annelerinin gelişim bilgisinin değerlendirilmesini gösteren ilk çalışma olması nedeniyle özgül ve önemli bir çalışmadır. Ayrıca, gelişimin bütüncül olarak değerlendirilmesinde uluslararası standardizasyonu ve geçerliği kanıtlanmış bir gelişim değerlendirme aracı olan GİDR'nin kullanılmış olması araştırmanın güçlü yönleri olarak öne çıkmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Erken çocukluk dönemindeki her çocuğun gelişiminin düzenli aralıklarla değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme sırasında çocuk hekimleri tarafından ailelere çocuklarının gelişimi ile ilgili kaygıları mutlaka sorulmalıdır. Süreğen bir sağlık sorununa sahip olma veya ekrana maruz kalma gibi gelişimsel risklerin varlığında çocuklarda gelişimsel alanlarda gecikme olması olası bir durumdur. Bu durum çocuk hekimlerinin gelişimsel olarak risk altında olan çocukların gelişimsel izlemlerini düzenli yapmalarını ve ebeveynlerin de çocuk gelişimi konusunda yeterli bilgiye sahibi olup, çocuklarının gelişimi ile ilgili kaygılarını hekimle paylaşmalarını gerektirmektedir. Böylece sağlık çalışanları, yaşamın en kritik dönemi olan erken çocukluk döneminde ailelerle iş birliği yaparak gereksinimi olan çocukların, uygun tanı ve desteğe erişimini sağlayarak, erken girişim fırsatlarını yakalamalarını sağlayacaktır.

Araştırmamızda, alanyazınla benzer şekilde, örneklemimizdeki annelerin gelişim bilgisi ve gelişim destekleme bilgisi düzeylerinin düşük olduğu ve eğitim düzeyinin gelişim bilgisinin en önemli belirleyicisi olduğu saptanmıştır. Hastane başvuruları sırasında ailelere, çocuk hekimleri ve diğer sağlık çalışanları tarafından çocuk gelişimi ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesinin son derece faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu eğitim ve danışmanlık hizmeti için sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılmasına yönelik programların hazırlanması önerilir. Gelişimin nasıl destekleneceğine ilişkin bilgilerle birlikte gelişimsel dönüm noktalarına ilişkin farkındalığı artırma çabaları, çocukların daha iyi gelişmelerini sağlayacaktır.

Gelişim ile ilgili sorunların ve gereksinimlerin giderek artan sıklığı, gelişimin desteklenmesinin çocukların temel hakları içinde yer alması Gelişimsel Pediatri'nin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Annelerin gelişim bilgisi düzeylerinin düşük olması, toplumun gelişim ile ilgili yeterli bilinç seviyesine ulaşamaması, hekimlerin gelişimsel gecikmeleri ve sorunları erken fark edebilmeleri için gelişim bilimi ile ilgili donanımlarının artırılmasını gerektirmektedir. Bu da ancak “gelişim bilimi” öğretisinin tıp eğitimi içindeki yoğunluğunun artırılması ile olabilir.

KAYNAKLAR

1. Black MM, Walker SP, Fernald LC, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*. 2017;389(10064):77-90.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Enstitüsü HÜNE. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2019.
3. Ozkan M, Senel S, Arslan EA, Karacan CD. The socioeconomic and biological risk factors for developmental delay in early childhood. *European Journal of Pediatrics*. 2012;171(12):1815-21.
4. Mustard JF. Early child development and the brain—the base for health, learning, and behavior throughout life. *From Early Child Development to Human Development*. 2002;3(10):23-62.
5. Sudfeld CR, McCoy DC, Danaei G, Fink G, Ezzati M, Andrews KG, et al. Linear growth and child development in low-and middle-income countries: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1266-e75.
6. Stoltzfus RJ, Mullany L, Black RE. Iron deficiency anaemia. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. 2004;1:163-209.
7. Beauregard JL, Drews-Botsch C, Sales JM, Flanders WD, Kramer MR. Preterm birth, poverty, and cognitive development. *Pediatrics*. 2018;141(1).
8. Bell MF, Bayliss DM, Glauert R, Harrison A, Ohan JL. Chronic illness and developmental vulnerability at school entry. *Pediatrics*. 2016;137(5).
9. Attanasio OP, Fernández C, Fitzsimons EO, Grantham-McGregor SM, Meghir C, Rubio-Codina M. Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: Cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2014;349:g5785.
10. Bornstein MH. Children's parents. *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*. 2015:1-78.

11. Glascoe FP, Dworkin PH. The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*. 1995;95(6):829-36.
12. Ertem IO, Atay G, Dogan DG, Bayhan A, Bingoler BE, Gok CG, et al. Mothers' knowledge of young child development in a developing country. *Child: Care, Health and Development*. 2007;33(6):728-37.
13. Al-Maadadi F, Ikhlef A. What mothers know about child development and parenting in Qatar: Parenting cognitions and practices. *The Family Journal*. 2015;23(1):65-73.
14. Young KT, Davis K, Schoen C, Parker S. Listening to parents: a national survey of parents with young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1998;152(3):255-62.
15. Reich S. What do mothers know? Maternal knowledge of child development. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*. 2005;26(2):143-56.
16. Karraker KH, Evans SL. Adolescent mothers' knowledge of child development and expectations for their own infants. *Journal of Youth and Adolescence*. 1996;25(5):651-66.
17. Khalesi N, Anjom F, Rezaeizadeh G, Farahani Z. Evaluation of Parents' Awareness and Knowledge about Problems and Issues Related to Their Premature Infants in an Iranian Hospital. *Open Journal of Nursing*. 2015;5:465-9.
18. Ling Z, Lian W, Ho S, Yeo C. Parental knowledge of prematurity and related issues. *Singapore Medical Journal*. 2009;50(3):270.
19. Dichtelmiller M, Meisels SJ, Plunkett JW, BOZYTNSKI MEA, Claflin C, Mangelsdorf SC. The relationship of parental knowledge to the development of extremely low birth weight infants. *Journal of Early Intervention*. 1992;16(3):210-20.
20. Shrestha M, Shrestha R. Symptom recognition to diagnosis of autism in Nepal. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014;44(6):1483-5.

21. Zand D, Pierce K, Thomson N, Baig MW, Teodorescu C, Nibras S, et al. Social competence in infants and toddlers with special health care needs: the roles of parental knowledge, expectations, attunement, and attitudes toward child independence. *Children*. 2014;1(1):5-20.
22. Ertem IO, Organization WH. Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low-and middle-income countries: A Review. 2012.
23. Bronfenbrenner U, Husen T, Postlethwaite T. International Encyclopedia of Education. Ecological Models of Human Development. 1994;3:37-43.
24. Dosman CF, Andrews D, Goulden KJ. Evidence-based milestone ages as a framework for developmental surveillance. *Paediatrics & Child Health*. 2012;17(10):561-8.
25. Child NSCotD. The science of early childhood development: Closing the gap between what we know and what we do. Center on the Developing Child at Harvard University Cambridge, MA; 2007.
26. Cohen SD. Three Principles to Improve Outcomes for Children and Families. Science to Policy and Practice. Center on the Developing Child at Harvard University. 2017.
27. McCormick MC, Brooks-Gunn J, Buka SL, Goldman J, Yu J, Salganik M, et al. Early intervention in low birth weight premature infants: results at 18 years of age for the Infant Health and Development Program. *Pediatrics*. 2006;117(3):771-80.
28. Olds DL. The nurse–family partnership: An evidence- based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*. 2006;27(1):5-25.
29. Shonkoff JP. A promising opportunity for developmental and behavioral pediatrics at the interface of neuroscience, psychology, and social policy: Remarks on receiving the 2005 C. Anderson Aldrich Award. *Pediatrics*. 2006;118(5):2187-91.
30. Murphy KM, Rodrigues K, Costigan J, Annan J. Raising children in conflict: An integrative model of parenting in war. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2017;23(1):46.

31. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, Heymann J, Boo FL, Behrman JR, et al. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 3 Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet*. 2017;389(10064):103-18.
32. Jablensky A, Johnson R, Bunney W, Cruz M, Durkin M, Familusi J, et al. Neurological, psychiatric, and developmental disorders; meeting the challenge in the developing world. 2001.
33. Voigt RG, Macias MM, Myers SM, Tapia CD. Child development: The basic science of Pediatrics. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2011;2011:1-4.
34. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*. 2011;378(9799):1325-38.
35. Lu C, Black MM, Richter LM. Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. *The Lancet Global Health*. 2016;4(12):e916-e22.
36. Liu X, Sun Z, Neiderhiser JM, Uchiyama M, Okawa M. Low birth weight, developmental milestones, and behavioral problems in Chinese children and adolescents. *Psychiatry Research*. 2001;101(2):115-29.
37. Nair M, George B, Padmamohan J, Sunitha R, Resmi V, Prasanna G, et al. Developmental delay and disability among under-5 children in a rural ICDS block. *Indian Pediatr*. 2009;46(Suppl 1):s75-8.
38. Newacheck PW, Halfon N. Prevalence and impact of disabling chronic conditions in childhood. *American Journal of Public Health*. 1998;88(4):610-7.
39. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson ML, Bitsko RH, et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20190811.
40. Mustafayev R. Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi Uluslararası Standardizasyon Çalışması'nın Türkiye örnekleminde gelişimsel risklerin belirlenmesi.: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gelişimsel Pediatri Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. İlgi Ertem); 2019.

41. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*. 2007;369(9556):145-57.
42. Black JE, Jones TA, Nelson CA, Greenough WT. Neuronal plasticity and the developing brain. *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;6:31-53.
43. Wilson MA, Johnston MV, Goldstein GW, Blue ME. Neonatal lead exposure impairs development of rodent barrel field cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2000;97(10):5540-5.
44. Crookston BT, Dearden KA, Alder SC, Porucznik CA, Stanford JB, Merrill RM, et al. Impact of early and concurrent stunting on cognition. *Maternal & Child Nutrition*. 2011;7(4):397-409.
45. Kuklina EV, Ramakrishnan U, Stein AD, Barnhart HH, Martorell R. Early childhood growth and development in rural Guatemala. *Early Human Development*. 2006;82(7):425-33.
46. Kang Y, Aguayo VM, Campbell RK, West Jr KP. Association between stunting and early childhood development among children aged 36–59 months in South Asia. *Maternal & Child Nutrition*. 2018;14:e12684.
47. Örnek Z. Okul Çağındaki Çocuklarda Demir, Çinko ve A Vitamini Eksikliği Prevalansının Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2019;1-6.
48. Lozoff B, Jimenez E, Smith JB. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2006;160(11):1108-13.
49. Geng F, Mai X, Zhan J, Xu L, Zhao Z, Georgieff M, et al. Impact of fetal-neonatal iron deficiency on recognition memory at 2 months of age. *The Journal of Pediatrics*. 2015;167(6):1226-32.
50. Santos DC, Angulo-Barroso RM, Li M, Bian Y, Sturza J, Richards B, et al. Timing, duration, and severity of iron deficiency in early development and motor outcomes at 9 months. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2018;72(3):332-41.
51. Black MM. Micronutrient deficiencies and cognitive functioning. *The Journal of Nutrition*. 2003;133(11):3927S-31S.

52. Choudhury N, Gorman KS. Subclinical prenatal iodine deficiency negatively affects infant development in Northern China. *The Journal of Nutrition*. 2003;133(10):3162-5.
53. WHO ISW. WHO Global Database on Iodine Deficiency. World Health Organization Department of Nutrition for Health and Development, Geneva, Switzerland. 2004.
54. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1999;70(4):525-35.
55. Grantham-McGregor SM, Fernald LC, Sethuraman K. Effects of health and nutrition on cognitive and behavioural development in children in the first three years of life: Part 1: Low birthweight, breastfeeding, and protein-energy malnutrition. *Food and Nutrition Bulletin*. 1999;20(1):53-75.
56. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta- analysis. *Acta Paediatrica*. 2015;104:14-9.
57. Carey WB, Crocker AC, Elias ER, Coleman WL, Feldman HM. *Developmental-Behavioral Pediatrics E-Book*: Elsevier Health Sciences; 2009.
58. Jablensky A, Johnson R, Bunney W, Cruz M, Durkin M, Familusi J, et al. *Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders; Meeting the Challenge in the Developing World*: National Academy Press; 2001.
59. Woythaler MA, McCormick MC, Smith VC. Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics*. 2011;127(3):e622-e9.
60. Marlow N. Neurocognitive outcome after very preterm birth. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 2004;89(3):F224-F8.
61. Ball G, Pazderova L, Chew A, Tusor N, Merchant N, Arichi T, et al. Thalamocortical connectivity predicts cognition in children born preterm. *Cerebral Cortex*. 2015;25(11):4310-8.
62. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: A Meta-analysis. *JAMA*. 2002;288(6):728-37.

63. Quiram PA, Capone A. Current understanding and management of retinopathy of prematurity. *Current Opinion in Ophthalmology*. 2007;18(3):228-34.
64. Moore T, Hennessy EM, Myles J, Johnson SJ, Draper ES, Costeloe KL, et al. Neurological and developmental outcome in extremely preterm children born in England in 1995 and 2006: the EPICure Studies. *Bmj*. 2012;345:e7961.
65. Cheng ER, Kotelchuck M, Gerstein ED, Taveras EM, Poehlmann-Tynan J. Postnatal depressive symptoms among mothers and fathers of infants born preterm: Prevalence and impacts on children's early cognitive function. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*. 2016;37(1):33.
66. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014;384(9956):1800-19.
67. Linsell L, Malouf R, Morris J, Kurinczuk JJ, Marlow N. Prognostic factors for poor cognitive development in children born very preterm or with very low birth weight: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*. 2015;169(12):1162-72.
68. Gardner JM, Walker SP, Powell CA, Grantham-McGregor S. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention on cognition and behavior in term low birth weight infants. *The Journal of Pediatrics*. 2003;143(5):634-9.
69. Carter JA, Neville BG, Newton CR. Neuro-cognitive impairment following acquired central nervous system infections in childhood: A Systematic Review. *Brain Research Reviews*. 2003;43(1):57-69.
70. Oeseburg B, Dijkstra G, Groothoff J, Reijneveld SA, Jansen D. Prevalence of Chronic Health Conditions in Children With Intellectual Disability: A Systematic Literature Review. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2011;49:59-85.
71. Chinsky JM, Steiner RD. Inborn errors of metabolism. *Developmental-Behavioral Pediatrics: Elsevier Inc.*; 2009. p. 287-313.
72. Proud VK, Elias ER. GENETIC SYNDROMES AND DYSMORPHOLOGY. *Developmental-Behavioral Pediatrics: Elsevier*; 2009. p. 246-57.
73. Henretig FM. Toxins. *Developmental-behavioral pediatrics: Elsevier*; 2009. p. 314-24.

74. Lanphear BP, Hornung R, Khoury J, Yolton K, Baghurst P, Bellinger DC, et al. Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: An International Pooled Analysis. *Environmental Health Perspectives*. 2005;113(7):894-9.
75. Ertem İ, Doğan D. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim. *Gelişimsel pediatri* (Editör, İlgi Öztürk Ertem) Ankara: Çocuk Hastalıkları Araştırma Vakfı. 2005.
76. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;8:248.
77. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017;31(4):420-8.
78. Fiese BH, Rhodes HG, Beardslee WR. Rapid changes in American family life: Consequences for child health and pediatric practice. *Pediatrics*. 2013;132(3):552-9.
79. Stein A, Pearson R, Goodman S, Rapa E, Rahman A, McCallum M. Pariente CM (2014, November 15). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child *The Lancet*.384:1800-19.
80. Wu V, East P, Delker E, Blanco E, Caballero G, Delva J, et al. Associations Among Mothers' Depression, Emotional and Learning- Material Support to Their Child, and Children's Cognitive Functioning: A 16- Year Longitudinal Study. *Child Development*. 2019;90(6):1952-68.
81. Yan N, Dix T. Mothers' depressive symptoms and children's cognitive and social agency: Predicting first-grade cognitive functioning. *Developmental Psychology*. 2016;52(8):1291.
82. Chittleborough CR, Lawlor DA, Lynch JW. Young maternal age and poor child development: predictive validity from a birth cohort. *Pediatrics*. 2011;127(6):e1436-e44.

83. Morinis J, Carson C, Quigley MA. Effect of teenage motherhood on cognitive outcomes in children: a population-based cohort study. *Archives of Disease in Childhood*. 2013;98(12):959-64.
84. López Turley RN. Are children of young mothers disadvantaged because of their mother's age or family background? *Child Development*. 2003;74(2):465-74.
85. Manley BJ, Roberts RS, Doyle LW, Schmidt B, Anderson PJ, Barrington KJ, et al. Social variables predict gains in cognitive scores across the preschool years in children with birth weights 500 to 1250 grams. *The Journal of Pediatrics*. 2015;166(4):870-6. e2.
86. Schoon I, Parsons S, Rush R, Law J. Childhood language skills and adult literacy: a 29-year follow-up study. *Pediatrics*. 2010;125(3):e459-e66.
87. Schady N. Parents' education, mothers' vocabulary, and cognitive development in early childhood: Longitudinal evidence from Ecuador. *American Journal of Public Health*. 2011;101(12):2299-307.
88. Hoff E. The specificity of environmental influence: Socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech. *Child Development*. 2003;74(5):1368-78.
89. Hoff E. Causes and consequences of SES-related differences in parent-to-child speech. 2003.
90. Hoff E, Laursen B, Tardif T, Bornstein M. Socioeconomic Status and Parenting. *Handbook of Parenting Volume 2: Biology and Ecology of Parenting*. 2002;8(2):231-52.
91. Hoff- Ginsberg E. Mother- child conversation in different social classes and communicative settings. *Child Development*. 1991;62(4):782-96.
92. Ganzach Y. Parents' education, cognitive ability, educational expectations and educational attainment: Interactive effects. *British Journal of Educational Psychology*. 2000;70(3):419-41.
93. Ardila A, Rosselli M, Matute E, Guajardo S. The influence of the parents' educational level on the development of executive functions. *Developmental Neuropsychology*. 2005;28(1):539-60.

94. Green CM, Berkule SB, Dreyer BP, Fierman AH, Huberman HS, Klass PE, et al. Maternal literacy and associations between education and the cognitive home environment in low-income families. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2009;163(9):832-7.
95. Shin EK, LeWinn K, Bush N, Tylavsky FA, Davis RL, Shaban-Nejad A. Association of maternal social relationships with cognitive development in early childhood. *JAMA Network Open*. 2019;2(1):e186963-e.
96. Bernal R. The effect of maternal employment and child care on children's cognitive development. *International Economic Review*. 2008;49(4):1173-209.
97. Hill JL, Waldfogel J, Brooks-Gunn J, Han W-J. Maternal employment and child development: A fresh look using newer methods. *Developmental Psychology*. 2005;41(6):833.
98. James-Burdumy S. The effect of maternal labor force participation on child development. *Journal of Labor Economics*. 2005;23(1):177-211.
99. Sayer LC, Bianchi SM, Robinson JP. Are parents investing less in children? Trends in mothers' and fathers' time with children. *American Journal of Sociology*. 2004;110(1):1-43.
100. Rege M, Telle K, Votruba M. Parental job loss and children's school performance. *The Review of Economic Studies*. 2011;78(4):1462-89.
101. Fernald LC, Weber A, Galasso E, Ratsifandrihamanana L. Socioeconomic gradients and child development in a very low income population: Evidence from Madagascar. *Developmental Science*. 2011;14(4):832-47.
102. Rubio-Codina M, Attanasio O, Meghir C, Varela N, Grantham-McGregor S. The socioeconomic gradient of child development: Cross-sectional evidence from children 6–42 months in Bogota. *Journal of Human Resources*. 2015;50(2):464-83.
103. Schady N, Behrman J, Araujo MC, Azuero R, Bernal R, Bravo D, et al. Wealth gradients in early childhood cognitive development in five Latin American countries: The World Bank; 2014.
104. Mollborn S, Lawrence E, Root ED. Residential mobility across early childhood and children's kindergarten readiness. *Demography*. 2018;55(2):485-510.

105. Park JM, Fertig AR, Allison PD. Physical and mental health, cognitive development, and health care use by housing status of low-income young children in 20 American cities: A prospective cohort study. *American Journal of Public Health*. 2011;101(S1):S255-S61.
106. Radesky JS, Christakis DA. Increased Screen Time: Implications for Early Childhood Development and Behavior. *Pediatric clinics of North America*. 2016;63(5):827-39.
107. Wilke M, Sohn J-H, Byars AW, Holland SK. Bright spots: correlations of gray matter volume with IQ in a normal pediatric population. *Neuroimage*. 2003;20(1):202-15.
108. Wake M, Hesketh K, Waters E. Television, computer use and body mass index in Australian primary school children. *Journal of Pediatrics and Child Health*. 2003;39(2):130-4.
109. Hinkley T, Verbestel V, Ahrens W, Lissner L, Molnar D, Moreno LA, et al. Early childhood electronic media use as a predictor of poorer well-being: A prospective cohort study. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(5):485-92.
110. Villar J, Smeriglio V, Martorell R, Brown C, Klein R. Heterogeneous growth and mental development of intrauterine growth-retarded infants during the first 3 years of life. *Pediatrics*. 1984;74(5):783-91.
111. Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R, Budacki JG, Mohanty SH, Leister KP, et al. Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children. *Pediatrics*. 2015;136(6):1044-50.
112. Rideout V. Zero to eight: children's media use in America 2013: a Common Sense Media research study. *Common Sense Media*. 2013.
113. Bambini DE. già a un anno con il cellulare. *Repubblica*; 2017.
114. Özcan H. 6-60 ay arası çocuklarda medya araçlarını kullanma alışkanlıklarının incelenmesi: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Malatya, (Danışman: Doç. Dr. Derya DOĞAN); 2018.
115. Wiederhold BK. Children's Screen Time During the COVID-19 Pandemic: Boundaries and Etiquette. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2020.

116. Evans GW. Child Development and The Physical Environment. *Annu Rev Psychol.* 2006;57:423-51.
117. Fox SE, Levitt P, Nelson III CA. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development.* 2010;81(1):28-40.
118. National Academies of Sciences E, Medicine. Parenting matters: Supporting parents of children ages 0-8: National Academies Press; 2016.
119. Bartlett JD. First-time Parents' Knowledge of Infant and Toddler Development: A Review of the Literature: *Child Trends*; 2017.
120. Stright AD, Gallagher KC, Kelley K. Infant temperament moderates relations between maternal parenting in early childhood and children's adjustment in first grade. *Child Development.* 2008;79(1):186-200.
121. Jackson AP, Scheines R. Single mothers' self-efficacy, parenting in the home environment, and children's development in a two-wave study. *Social Work Research.* 2005;29(1):7-20.
122. Benasich AA, Brooks- Gunn J. Maternal attitudes and knowledge of child- rearing: Associations with family and child outcomes. *Child Development.* 1996;67(3):1186-205.
123. Bornstein MH, Cote LR, Haynes OM, Hahn C-S, Park Y. Parenting knowledge: Experiential and sociodemographic factors in European American mothers of young children. *Developmental Psychology.* 2010;46(6):1677.
124. MacPhee D. Mothers' acquisition and reconstruction of knowledge about infancy: University of North Carolina at Chapel Hill; 1984.
125. Schilmoeller GL, Baranowski MD. Childrearing of firstborns by adolescent and older mothers. *Adolescence.* 1985;20(80):805.
126. Tamis-LeMonda CS, Chen LA, Bornstein MH. Mothers' knowledge about children's play and language development: Short-term stability and interrelations. *Developmental Psychology.* 1998;34(1):115.
127. Epstein AS. Pregnant Teenagers' Knowledge of Infant Development. 1979.

128. MacPhee D. Manual: Knowledge of infant development inventory. Unpublished manuscript, University of North Carolina. 1981.
129. Patterson GR, DeBaryshe BD, Ramsey E. A developmental perspective on antisocial behavior: American Psychological Association; 1989.
130. Miller SA. Parents' beliefs about children's cognitive development. *Child Development*. 1988;259-85.
131. Shrestha M, Ulak M, Strand TA, Kvestad I, Hysing M. How much do Nepalese mothers know about child development? *Early Child Development and Care*. 2019;189(1):135-42.
132. Alkhazrajy L, Aldeen E. Assessment of Mothers Knowledge Regarding the Developmental Milestone among Children Under Two Years in Iraq. *American Journal of Applied Sciences*. 2017;14:869-77.
133. Hafiz RK, Ali RKH. The Level of Knowledge and Determinants of Children's Developmental Milestones from Birth to 36 Months among Mothers Attending Well-Baby Clinic at Al-Eskan Primary Health Care Center in Makkah Al-Mukarramah, 2018. *Jour Curr Med Scie Dent Res*. 2019;1(4):06-21.
134. ŞAHİNÖZ A. Annelerin Bebeklik Döneminde Gelişime İlişkin Bilgi ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2020;14(3):249-57.
135. Huang K-Y, Caughy MOB, Genevro JL, Miller TL. Maternal knowledge of child development and quality of parenting among White, African-American and Hispanic mothers. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2005;26(2):149-70.
136. Zand DH, Pierce KJ, Bultas MW, McMillin SE, Gott RM, Wilmott J. Accuracy of knowledge of child development in mothers of children receiving early intervention services. *Journal of Early Intervention*. 2015;37(3):226-40.
137. Yue A, Wu M, Shi Y, Luo R, Wang B, Kenny K, et al. The relationship between maternal parenting knowledge and infant development outcomes: Evidence from rural China. *Chinese Journal of Sociology*. 2017;3(2):193-207.

138. Safadi R, Ahmad M, Nassar O, Alashhab S, AbdelKader R, Amre H. J ordanian mothers' knowledge of infants' childrearing and developmental milestones. *International Nursing Review*. 2016;63(1):50-9.
139. Barlow J, Parsons J. Group- based parent- training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in 0–3 year old children. *Campbell Systematic Reviews*. 2005;1(1):1-59.
140. Smith TK. The relationship between knowledge, attributions and behavior in adolescent mothers: Implications for Child Outcomes. 2002.
141. Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Dockter S, Blaschikowitz H, Heggen I, et al. Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work- up. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2008;50(3):223-9.
142. Marks M. The normal newborn. Broadribb's Introductory Pediatric Nursing. Philadelphia: Lippincott Company; 1998.
143. Yıldız D. Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği sağlam bebek ünitesinde hemşirenin planlı hemşirelik eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelik ABD*. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD Doktora Tezi, Ankara,(Danışman: Doç Dr Nalan Akbayrak). 2003.
144. Rikhy S, Tough S, Trute B, Benzies K, Kehler H, Johnston DW. Gauging knowledge of developmental milestones among Albertan adults: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2010;10(1):183.
145. Moseley KL, Freed GL, Goold SD. Which sources of child health advice do parents follow? *Clinical Pediatrics*. 2011;50(1):50-6.
146. Chen Y, Tu B, Chien- Chung H, Huang C. Improving Parenting Knowledge Through Caregiver Education in China. *Child: Care, Health and Development*. 2020.
147. Moran CF, Holt VL, Martin DP. What do women want to know after childbirth? *Birth*. 1997;24(1):27-34.

148. Cherlin A, Cross- Barnett C, Burton LM, Garrett- Peters R. Promises they can keep: Low- income women's attitudes toward motherhood, marriage, and divorce. *Journal of Marriage and Family*. 2008;70(4):919-33.
149. Sanders MR, Bor W, Morawska A. Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2007;35(6):983.
150. Winter L, Morawska A, Sanders M. The Knowledge of Effective Parenting Scale (KEPS): A tool for public health approaches to universal parenting programs. *The Journal of Primary Prevention*. 2012;33(2-3):85-97.
151. Robinson CC. Psychometric Support for a New Measure of Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Practices: Cross-Cultural Connections. 1996.
152. Kern RM, Jonyniene J. Psychometric properties of the Lithuanian version of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ): Pilot study. *The Family Journal*. 2012;20(2):205-14.
153. Wu P, Robinson CC, Yang C, Hart CH, Olsen SF, Porter CL, et al. Similarities and differences in mothers' parenting of preschoolers in China and the United States. *International Journal of Behavioral Development*. 2002;26(6):481-91.
154. Robinson CC, Mandlco B, Olsen SF, Hart CH. The parenting styles and dimensions questionnaire (PSDQ). *Handbook of Family Measurement Techniques*. 2001;3:319-21.
155. Ertem IO, Dogan DG, Gok CG, Kizilates SU, Caliskan A, Atay G, et al. A guide for monitoring child development in low-and middle-income countries. *Pediatrics*. 2008;121(3):e581-e9.
156. Eichner J, Betts J, Chitkara M, Jewell J, Lye P, Mirkinson L. Committee on Hospital Care and Institute for Patient-and Family-Centered Care. Patient-and family-centered care and the pediatrician's role *Pediatrics*. 2012;129(2):394-404.
157. Ertem İ. Sağlık hizmetinde çocukların gelişimlerinin izlenmesi ve desteklenmesi. *Gelişimsel Pediatri*. 2006;15(4):67-74.
158. Ertem IO, Krishnamurthy V, Mulaudzi MC, Sguassero Y, Balta H, Gulumser O, et al. Similarities and differences in child development from birth to age 3 years by

- sex and across four countries: a cross-sectional, observational study. *The Lancet Global Health*. 2018;6(3):e279-e91.
159. Ozturk Ertem I, Krishnamurthy V, Mulaudzi MC, Sguassero Y, Bilik B, Srinivasan R, et al. Validation of the International Guide for Monitoring Child Development demonstrates good sensitivity and specificity in four diverse countries. *Acta Paediatrica*. 2019;108(6):1074-86.
 160. Boggs D, Milner KM, Chandna J, Black M, Cavallera V, Dua T, et al. Rating early child development outcome measurement tools for routine health programme use. *Archives of Disease in Childhood*. 2019;104(Suppl 1):S22-S33.
 161. Ertem I. The international guide for monitoring child development: enabling individualised interventions. *Early Childhood Matters*. 2017;126:83-8.
 162. Fisher RP, McCauley MR. Information retrieval: Interviewing Witnesses. 1995.
 163. Rehman A, Kazmi S, Munir F. Mothers' Knowledge about Child Development. *Pakistan Pediatric Journal*. 2016;40:176-81.
 164. Al-Ayed IH. Mothers' knowledge of child health matters: Are we doing enough? *Journal of Family and Community Medicine*. 2010;17(1):22.
 165. Johnson AR, Varghese SS. How aware are mothers about early childhood developmental milestones? A cross-sectional study at a maternity hospital in rural South India. *Indian Journal of Child Health*. 2020;7(11).
 166. Cuartas J, Rey- Guerra C, McCoy DC, Hanno E. Maternal knowledge, stimulation, and early childhood development in low- income families in Colombia. *Infancy*. 2020.
 167. Bornstein MH, Yu J, Putnick DL. Mothers' parenting knowledge and its sources in five societies: Specificity in and across Argentina, Belgium, Italy, South Korea, and the United States. *International Journal of Behavioral Development*. 2020;44(2):135-45.
 168. Smith LE, Akai CE, Klerman LV, Keltner BR, Neglect CftPoC. What mothers don't know and doctors don't say: Detecting early developmental delays. *Infant Mental Health Journal*. 2010;31(4):455-66.

169. Aldayel AS, Aldayel AA, Almutairi AM, Alhussain HA, Alwehaibi SA, Almutairi TA. Parental Knowledge of Children's Developmental Milestones in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Pediatrics*. 2020;2020:8889912.
170. Bornstein MH, Putnick DL. Chronological age, cognitions, and practices in European American mothers: A multivariate study of parenting. *Developmental Psychology*. 2007;43(4):850.
171. Jan MM, Hasanain FH, Al-Dabbagh AA. Infant and child safety practices of parents. *Saudi Medical Journal*. 2000;21(12):1142-6.
172. September SJ, Rich E, Roman N. Association between knowledge of child development and parenting: A Systematic Review. *The Open Family Studies Journal*. 2017;9(1).
173. September S, Edna R, Roman N. The role of parenting styles and socio-economic status in parents' knowledge of child development. *Early Child Development and Care*. 2015.
174. Kum YE, Dogan DG, Canaloglu SK, Kivilcim M. Hospitalisation: A good opportunity to detect developmental difficulty in children. *Hong Kong Journal of Paediatrics*. 2018;23:3-7.
175. Kum Y. Hastaneye yatırılarak tedavi alan 0-5 yaş arası çocukların gelişimsel durumlarının Genişletilmiş-Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (G-GİDR) ile değerlendirilmesi: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Malatya, (Danışman: Doç. Dr. Derya Doğan); 2012.

EKLER

Ek-1. Özgeçmiş Formu



Ek-2. Anket Formu

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD GELİŞİMSEL PEDIATRİ BİLİM DALI

Araştırmanın Adı: “Gelişimsel Riskleri Olan ve Olmayan 6-36 Ay Arası Çocukların Annelerinin Gelişim Bilgisinin Değerlendirilmesi”

Sevgili Anne ve Babalar;

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı olarak yaptığımız bu araştırma, anne ve babaların gelişim bilgisini araştırmak için hazırlanmıştır. Araştırmamız toplam 3 bölümden oluşmaktadır. 1. bölüm sosyodemografik bilgiler içermektedir, bu bölümde 20 soru vardır, 2. Bölüm “Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği”, “Çocuk Gelişim Bilgisi Formu-KIDI”nin 7 soruluk kısmı ve ailelerin hastanede gelişim bilgisi ve desteklenmesi ile ilgili eğitim alma konusundaki düşüncelerini sorgulayan 3 soru içermektedir, bu bölümde toplam 30 soru vardır. Son bölümde ise Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi uygulanacaktır.

Sosyodemografik Bilgiler:

Hastanın adı-soyadı		Dosya no:	
Yatan hasta ☐ Tanı:		Poliklinik hastası ☐ Gelişimsel Pediatri ☐ Diğer ☐ Geliş şikayeti varsa tanı:	
Hastanede yatış sayısı		Toplam yatış günü	
Cinsiyeti		Çocuğun doğum tarihi	Yaşı
Çocuğun doğum haftası		Doğum kilosu	
Çocuğun şu anki	VA:	Boy:	Baş çevresi:
Çocuğun kaçınıcı çocuk olduğu		Kardeş sayısı	
Temel bakım veren kişi	a) Anne b) Büyük anne c) Bakıcı d) Diğer		
Anne eğitim durumu	 yıl	Baba eğitim durumu	 yıl
Annenin çalışma durumu		Babanın çalışma durumu	
Anne yaşı		Baba yaşı	
Evde yaşayan kişi sayısı		Ailenin gelir düzeyi	Asgari ücretin yarısından az ☐ Asgari ücretten düşük ☐ Asgari ücret ☐ Asgari ücretten fazla (x2, x3, x4) ☐

Gelişimsel Riskler

Biyolojik riskler	Psikolojik riskler
☐ Malnutrisyon	☐ Annede depresyon riski
☐ Anemi (Hb<10,5 g/dl) Hb:	☐ Maddi zorluk
☐ Düşük doğum ağırlığı	☐ Ailede hastalık
☐ Kronik hastalık	☐ Ayrılık/boşanma
☐ Diğer:	☐ Diğer:
☐ Çocuğun televizyon/bilgisayar/tablet/akıllı telefonla vakit geçirme durumu ☐ Vakit geçiriyor ☐ Vakit geçirmiyor	
Vakit geçiriyorsa Izlemeye başlama yaşı: TV: Telefon: Tablet: Izleme süresi: TV:....saat....dk Telefon:....saat....dk Tablet:....saat....dk	

Ailelerin Gelişim Bilgisi Ölçeği

“Şimdi size çocukların yaptıkları ile ilgili bazı sorular soracağım. Bu soruların doğru ya da yanlış yanıtı yoktur. Siz cevap verirken, okuduklarımı çocukların HAYATLARINDA İLK OLARAK kaç aylık ya da kaç yaşında olduklarında yapmaya başladıklarını söyleyiniz.” (Bakım veren “Doğumdan itibaren derse” AY bölümüne “0”kodlanır,)

		Ay	Yıl
1	Çocukların beyni ne zaman gelişmeye ve öğrenmeye başlar?		
2	Çocuklar ne zaman görmeye başlarlar?		
3	Çocuklar ne zaman hareket eden bir kişiyi ya da oyuncacı gözleriyle takip etmeye başlarlar?		
4	Çocuklar ne zaman kendileriyle konuşulduğunda cevap verir gibi sesler çıkarmaya başlarlar?		
5	Çocuklar ne zaman kendilerine gülen ya da konuşan kişiye bakarak gülümsemeye başlar?		
6	Çocuklar ne zaman tek tek anlamlı sözcükler söylemeye başlarlar?		
7	Çocuklar ne zaman bebeklerini besleme, uyutma, araba sürme gibi hayal oyunları oynamaya başlarlar?		
8	Çocuklar ne zaman önlerindeki bir oyuncaca uzanmaya başlarlar?		
9	Çocuklar ne zaman üzüm, iplik gibi küçük nesneleri parmak uçlarıyla tutmaya başlar?		
10	Çocuklar ne zaman yürümeye başlarlar?		

“Şimdi size çocuklara bakım verenlerin yapabilecekleri ile ilgili sorular okuyacağım. Okuyacaklarımı sizce aileler ya da çocuğa bakım verenler çocuklar en erken kaç aylık ya da yaşında olduklarında yapmaya başlamalıdır? Okuduklarımın hiç yapılmaması gerektiğini düşünüyorsanız soruları “HİÇBİR ZAMAN” diye cevaplayınız.” (Bakım veren “Doğumdan itibaren derse” AY bölümüne “0”, “Hiçbir zaman” derse “HB” olarak kodlanır).

		Ay	Yıl
11	Çocuklarla konuşmaya en erken ne zaman başlanır?		
12	Çocukların uzanması için onlara renkli nesneler göstermeye en erken ne zaman başlanır?		
13	Çocuklara sayı saymayı öğretmeye en erken ne zaman başlanır?		
14	Çocuklara renkleri öğretmeye en erken ne zaman başlanır?		
15	Çocukların kendi kendilerine yemeleri için ellerine kaşık, çatal vermeye en erken ne zaman başlanır?		
16	Çocuklara çizip boyamaları için kalem, kağıt vermeye en erken ne zaman başlanır?		
17	Çocukların sırtlarını destekleyip oturtmaya en erken ne zaman başlanır?		
18	Çocuklara ağızlarına götürmeleri için temiz ve güvenli oyuncaklar, nesneler vermeye en erken ne zaman başlanır?		
19	Çocuklarla kitap bakmaya en erken ne zaman başlanır?		
20	Çocuklara oynamaları için evdeki kap kaçakları vermeye en erken ne zaman başlanır?		

Çocuk Gelişim Bilgisi Formu–KIDI

(Araştırmamızın bu bölümü “Çocuk Gelişim Bilgisi Formu–KIDI”nin 7 soruluk kısmını içermektedir. Bu bölüm ailelerin bilgi edinme yollarını öğrenmeyi amaçlamaktadır.)

Aşağıdaki maddelerden; çocuklarla ilgili bilgileri ne kadar öğrendiğinizi her madde için bir kutucuğu işaretleyiniz (√).

		Çok az	Az	Fazla	Çok fazla
1	Kitle iletişim araçları; internet radyo, filmler, televizyon veya gazetelerden öğrendim				
2	Çocuklar hakkındaki dergi veya kitapları okuyarak öğrendim				
3	Çocuklar ve ailelerini gözlemleyerek öğrendim				
4	Ailemle konuşarak (anne,baba, kardeş,anneanne..) öğrendim				
5	Çocukları olan arkadaşlarımla veya başka tanıdıklarımla konuştuklarımdan öğrendim				
6	Çocuğunuzu gördüğünüz veya tanıdığınız diğer akranlarıyla karşılaştırarak öğrendim				
7	Çocuğunuzun doğumundan önce veya sonra doktor veya hemşirelerle konuşarak öğrendim				

1) Hastaneye yatışınız sırasında hangi konularda **eğitim, danışmanlık** almak istersiniz ?

- ☐ Aşılar
- ☐ Besleme
- ☐ Çocuk bakımı
- ☐ Çocuk gelişimi
- ☐ Kazalar

2) Hastanede yatışlarınız sırasında **gelişim bilgisi ile ilgili eğitim, danışmanlık** almak ister misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

3) Hastanede yatışlarınız sırasında **gelişimin desteklenmesi ile ilgili eğitim, danışmanlık** almak ister misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Araştırmamıza katıldığınız için çok teşekkür ederiz.