

HASTANEDE ÇOCUK GELİŞİMİ BİRİMİ'NE YÖNLENDİRİLEN ÇOCUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayten DOĞAN⁽¹⁾, Necate BAYKOÇ⁽²⁾

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği, Merkezefendi Devlet Hastanesi, Çocuk Gelişimi Birimi,² NB Çocuk ve Genç Gelişim Enstitüsü ve Merkezi Kurucusu

ÖZET

Amaç: Çocuk Gelişimi Birimi'ne yönlendirilen çocuklar hakkında tanımlayıcı ve istatistikî bilgi elde etme amaçlanmıştır. **Gereç-Yöntem:** Bu çalışma retrospektif (geriye dönük) olarak planlanmıştır. Çalışmada 2012-2015 yılları arasında hastanede Çocuk Gelişimi Birimi'ne yönlendirilen çocukların değerlendirme sonuçları incelenerek veriler toplanmıştır. **Bulgular:** Çocuk Gelişimi Birimi'ne 2012-2015 yılları arasında toplam 2466 çocuk yönlendirilmiştir. Çalışmada, birime başvuru nedenleri sırasıyla; % 28.5'i (703) gelişimsel değerlendirme, % 18'i (444) okula hazır bulunuşluğun değerlendirilmesi, % 14.9'u (367) dil-konuşma problemi, % 13.6'sı (335) diğer problemlerle (uyku bozuklukları, davranış sorunları, kardeş kıskançlığı, anne-baba tutumları, aşırı televizyon izleme, aşırı bilgisayar kullanma, parmak emme, mastürbasyon, döneme özgül gelişimsel zorluklar, vd.), % 11.8'i (292) beslenme problemi, % 7.2'si (178) alt ıslatma, % 3.9'u (96) dikkat problemi, % 1.2'si (29) tırnak yeme ve % 0.9'u (22) kaka kaçırmadır. Birime başvuran 2466 çocuğun % 57.4'ü (1417) erkek, % 42.6'sı (1049) kızdır ve % 27.2'si (672) beş yaşındadır. Birime başvuran 0-6 yaş grubu çocukların % 35.9'unun (394) gelişim tarama testi sonucu normal, % 31.1'inin (341) anormaldir. Birimde okula hazır bulunuşluğun değerlendirilmesi için başvuran 444 çocuğun % 56.3'ü (250) testten ortanın altı (D) sonucunu almıştır. **Sonuç:** Bu çalışma Çocuk Gelişimi Birimi'ne başvuran çocukların özelliklerini anlama ve Çocuk Gelişimi Birimleri ile ilgili ileriye dönük yapılacak çalışmalar açısından önemli ve anlamlı olabilir.

Anahtar kelimeler: Poliklinikler, hastane, çocuk gelişimi, hastaneye başvuru testleri.

GİRİŞ

Çocuk Gelişimciler 0-18 yaş arasındaki normal gelişim gösteren, özel gereksinimi olan ve hastanede yatan çocukların bütün gelişim alanlarını değerlendirme, destekleme, gelişimsel sapmayı önleme ve gelişimsel sapma gösteren çocuklar için gelişimi destekleyici programlar hazırlama hizmeti sunar. Çocuk Gelişimci, sağlık, eğitim, sosyal hizmet alanlarında ve diğer sektörlerde görev yapmaktadır. Sağlık alanında çalışan Çocuk Gelişimci hastanelerde gelişimsel destek çalışmalarını: Çocuk Gelişimi Birimi, Gelişimsel Pediatri, Yatan Hasta Servisleri, Oyun Odaları, Çocuk Gelişimcinin bulunması gereken diğer birimlerde gerçekleştirmektedir. Çocuk Gelişimi Birimi'nde poliklinik hizmeti verilmektedir. Birimin çalışma sistemi; aile görüşmesi, gelişimsel değerlendirme ve gelişim takibi basamaklarından oluşmaktadır. Aile görüşmesinde, çocuk ve aile hakkında genel bilgiler edinilmekte ve başvuruya ilişkin gerekçeler alınmaktadır. Gelişimsel değerlendirmede, çocuğun kronolojik takvim yaşı ve tanısı dikkate alınarak gereksinimlerine dayalı standart ve informal değerlendirme araçları kullanılarak çocuğun gelişim profili çıkarılmakta, aileye bilgi verilmekte, gelişimine yönelik öneriler sunulmaktadır. Gelişim takibinde, aileyle yapılan görüşme ve çocuk değerlendirmesi sonucunda, sunulan öneri ve ödevler ayrıntılı olarak görülmektedir.

Beyin gelişimiyle ilgili son yıllarda yapılmakta olan çalışmalarda ilk 3 yaştaki beyin gelişiminin diğer dönemlerden daha hızlı olduğu vurgulanmaktadır (Shonkoff, 2003). 0-3 yaş dönemi bebeğe ve ailesine verilecek olan erken destek hizmetlerinin en verimli olabileceği ve ilerideki yaşlar için temel oluşturacağı bir dönemdir (Ertem, 2005). Erken tanı için özellikle çocukların gelişimsel izlemleri büyük önem taşır. Yapılan çalışmalarda, erken müdahale ile gelişme geriliği olan çocukların özel eğitim

ihtiyaçlarında ortalama % 14 ve sınıf geçememe durumunda % 13 azalma ve zeka testinde yaklaşık 6,5 puan artış sağlanmıştır (Sices, 2007, akt. Demirci ve Kartal, 2012). Sağlam çocuk izleminin ilkeleri arasında “gelişimin izlenmesi” ve “çocuğun sağlıklı yetiştirilmesi konusunda aileye danışmanlık” maddeleri de yer almaktadır (Gür, 2003; Evliyaoglu, 2007). Ülkemizdeki hastanelerde gelişimsel tarama, izlem ve danışmanlık için başvuran çocuklar Çocuk Gelişimciler tarafından değerlendirilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP)’nin, çocukların standardize edilmiş tarama araçları ile 9., 18. ve 30. aylarda aralıklı olarak gelişimlerinin değerlendirilmesi önerisi yeni kılavuzunda yer almaktadır (Limbo ve Joyce, 2011, akt. Demirci ve Kartal, 2012). Ülkemizdeki hastanelerde Çocuk Gelişimi Birimi ve Çocuk Gelişimcinin bulunması ile hastaneye başvuran çocuklara gelişimsel destek sağlanacak ve normal gelişimden sapma gösteren ve/ya farklı gelişim gösterdiği tespit edilen çocuklar, erken müdahale ile gelişimlerinde erken dönemde daha fazla ilerleme imkanı bulabilecektir. Ayrıca gelişimsel gerilik riski olanlarda müdahale ne kadar erken olursa, içinde bulunduğu durumun risklerinden en az etkilenme ya da kurtulma şansı da o kadar yüksek olmaktadır (Xu ve Filler, 2005).

Çalışmada 2012-2015 yılları arasında hastanede Çocuk Gelişimi Birimi’ne başvuran çocukların değerlendirme sonuçları incelenerek, çocuklar hakkında tanımlayıcı ve istatistikî bilgi elde etme amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma retrospektif (geriye dönük) olarak planlanmıştır. Çalışmanın evrenini, hastanede Çocuk Gelişimi Birimi’ne yönlendirilen çocuklar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise 2012-2015 yılları arasında Çocuk Gelişimi Birimi’ne yönlendirilen 0-18 yaş grubu kız ve erkek çocuklar oluşturmaktadır. Araştırma izni Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği’nden ve Merkezefendi Devlet Hastanesi’nden alınmıştır (İzin No: K.H .B.21.10.2014/2014.1216849.472). Veriler, birime yönlendirilen çocukların dosyalarından demografik bilgileri, başvuru nedeni, değerlendirme aracı ve değerlendirmede kullanılan test aracının sonuçları taranarak elde edilmiştir. Elde edilen verilerin, tek örneklem kay-kare ve iki yönlü kay-kare testleri ile analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinden elde edilen sonuçlar yüzde (%) ve frekans (f) cinsinden ifade edilmiştir.

BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın verilerinin analizinden elde edilen sonuçlar yüzde (%) ve frekans (f) cinsinden ifade edilerek tablolaştırılmıştır.

Tablo.1. Yıllara göre Çocuk Gelişimi Birimi’ne başvuru sayısı

Yıllar	f	%	χ^2	p
2012	812	% 32.9	1.255	.53
2013	848	% 34.4		
2014	806	% 32.7		
Toplam	2466	% 100		

2012-2015 yılları arasında birime yönlendirilen çocuk sayısı toplam 2466’dır. Her yıl ortalama 822 çocuk birimde değerlendirilmekte, takibi yapılmakta ve gerekli ise yönlendirilmektedir. Başvuru yılları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek

için yapılan tek örneklem kay kare testi sonucuna göre, başvuru yılları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo.2. Yıllara göre birime başvuru nedeni

Başvuru nedeni	2012 f (%)	2013 f (%)	2014 f (%)	Toplam f (%)	χ^2	p
Gelişimsel Değerlendirme	234 (%9.5)	242 (%9.8)	227 (%9.2)	703 (%28.5)	88.613	.00
Dil- Konuşma Problemi	149 (%6)	93 (%3.8)	125 (%5.1)	367 (%14.9)		
Alt İslatma	64 (%2.6)	76 (%3.1)	38 (%1.5)	178 (%7.2)		
Kaka Kaçırma	8 (%0.3)	7 (%0.3)	7 (% 0.3)	22(%0.9)		
Beslenme Problemi	98(%4)	120 (%4.9)	74 (%3)	292 (%11.8)		
Okula Hazır Bulunuşluk	98 (%4)	189 (%7.7)	157 (%6.4)	444 (%18)		
Dikkat Problemi	23 (%0.9)	36 (%1.5)	37 (%1.5)	96 (%3.9)		
Tırnak Yeme	7 (%0.3)	7 (%0.3)	15 (%0.6)	29 (%1.2)		
Diğer	131 (%5.3)	78 (%3.3)	128 (%5.1)	335 (%13.6)		
Toplam	812 (%32.9)	848 (%34.4)	806 (%32.7)	2466 (%100)		

Birime başvuru nedenleri sırasıyla; % 28.5'i (703) gelişimsel değerlendirme, % 18'i (444) okula hazır bulunuşluğun değerlendirilmesi, % 14.9'ü (367) dil-konuşma problemi (konuşma gecikmesi, kekemelik, artikülasyon bozuklukları, fonolojik bozukluk, vd.), % 13.6'sı (335) diğer problemlerle (davranış sorunları, anne-baba tutumları, aşırı televizyon izleme, aşırı bilgisayar kullanma, parmak emme, mastürbasyon, döneme özgül gelişimsel zorluklar, vd.), % 11.8'i (292) beslenme problemi, % 7.2'si (178) alt ıslatma, % 3.9'u (96) dikkat problemi, % 1.2'si (29) tırnak yeme ve % 0.9'u (22) kaka kaçırmadır. Birime başvuru nedeni ile başvuru yılları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan iki yönlü kay kare testi sonucuna göre, başvuru nedeni ile başvuru yılları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < .05$).

Tablo.3.Cinsiyete ve yaşa göre birime başvurular

Yaş	Kız f (%)	Erkek f (%)	Toplam f (%)	x ²	p
Sıfır	58 (%2.4)	80 (%3.2)	138 (%5.6)	67.042	.00
Bir	115 (%4.7)	131 (%5.3)	246 (%10)		
İki	108 (%4.4)	212 (%8.6)	320 (%13)		
Üç	98 (%4)	195 (%7.9)	293 (%11.9)		
Dört	66 (%2.7)	119 (%4.8)	185 (%7.5)		
Beş	308 (%12.5)	364 (%14.8)	672 (%27.3)		
Altı	73 (%3)	99 (%4)	172 (%7)		
Yedi	61 (%2.5)	69 (%2.8)	130 (%5.3)		
Sekiz	29 (%1.2)	38 (%1.5)	67 (%2.7)		
Dokuz	31 (%1.3)	23 (%0.9)	54 (%2.2)		
On	30 (%1.2)	27 (%1.1)	56 (%2.3)		
On bir	10 (%0.4)	21 (%0.9)	31 (%1.3)		
On iki	9 (%0.4)	11 (%0.4)	20 (%0.8)		
On üç	12 (%0.5)	13 (%0.5)	25 (%1)		
On dört	23 (%0.9)	2 (%0.1)	25 (%1)		
On beş	9 (%0.4)	6 (%0.2)	15 (%0.6)		
On altı	6 (%0.2)	4 (%0.2)	10 (%0.4)		
On yedi	3 (%0.1)	3 (%0.1)	6 (%0.2)		
Toplam	1049(%42.6)	1417 (%57.4)	2466 (%100)		

Birime 2012-2015 yılları arasında yönlendirilen 2466 çocuğun % 57.4'ü (1417) erkek, % 42.6'sı (1049) kızdır. Birime başvuranların % 27.2'si (672) beş yaşında, % 13'ü (320) iki yaşında ve % 11.9'u (293) üç yaşındadır. Çocuk Gelişimi Birimi'ne başvuranların cinsiyet ile yaşları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan iki yönlü kay-kare testi sonucuna göre, cinsiyet ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < .05$).

Tablo. 4. Cinsiyete göre başvuru nedeni

Başvuru nedeni	Kız f (%)	Erkek f (%)	Toplam f (%)	x ²	p
Gelişimsel Değerlendirme	269 (%10.9)	434 (%17.6)	703 (%28.5)	76,574	.00
Dil- Konuşma Problemi	100 (%4.1)	267 (%10.8)	367 (%14.9)		
Alt İslatma	98 (%4)	80 (%3.2)	178 (%7.2)		
Kaka Kaçırma	6 (%0.2)	16 (%0.6)	22(%0.9)		
Beslenme Problemi	144 (%5.8)	148 (%6)	292 (%11.8)		
Okula Hazır Bulunuşluk	215 (%8.7)	229 (%9.3)	444 (%18)		
Dikkat Problemi	34 (%1.4)	62 (%2.5)	96 (%3.9)		
Tırmak Yeme	15 (%0.6)	14 (%0.6)	29 (%1.2)		
Diğer	168 (%6.9)	167 (%6.8)	335 (%13.6)		
Toplam	1049(%42.6)	1417(%57.4)	2466 (%100)		

Birime başvuran erkeklerin (1417) sayısı kızlardan (1049) fazladır. Erkeklerin % 17.6'sı (434) gelişimsel değerlendirme, % 10.8'i (267) dil-konuşma problemleri, % 9.3'ü (229) okula hazır bulunmuşluğun değerlendirilmesi için başvurmuştur. Kızların ise % 10.9'u (269) gelişimsel değerlendirme, % 8.7'si (215) okula hazır bulunmuşluğun değerlendirilmesi, % 6.9'u (168) ise diğer problemlerle başvurmuştur. Kızlar, erkeklere göre, alt ıslatma (98) şikayetiyle daha fazla başvuru yapmıştır. Diğer problemler ve tırnak yeme başvuru sayıları, kızlarda (168-15) ve erkeklerde (167-14) birbirine yakındır. Ayrıca alt ıslatma dışında, diğer tüm başvuru nedenlerinde erkeklerin başvuru sayısı kızlardan daha fazladır. Birime başvuran çocukların cinsiyetleri ile başvuru nedenleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan iki yönlü kay kare testi sonucuna göre, çocukların cinsiyetleri ile başvuru nedenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<.05$).

Tablo. 5. Birimde kullanılan değerlendirme araçları

Değerlendirme aracı	F	%	χ^2	p
Denver	1096	% 44.4	1850,618	.00
Gessel	86	% 3.5		
Metropolitan	444	% 18		
Projektif testler	91	% 3.7		
İşeme BSS	175	% 7.1		
Diğer	574	% 23.3		
Toplam	2466	% 100		

Birime yönlendirilen çocukların değerlendirilmesinde, Denver-II Gelişimsel Tarama Testi (DGTT) (% 44.4) en fazla kullanılan test olmuştur. Birimde DGTT dışında, Gessel Gelişim Figürleri Testi, Metropolitan Okul Olgunluğu Testi, Bir İnsan Çiz- Bir Aile Çiz projektif testleri, İşeme Bozuklukları Semptom Skoru kullanılmaktadır. Diğer olarak adlandırılan değerlendirme; aile görüşmesi ve Peabody Resim Kelime Testi, Good Enough-Harris İnsan Resmi Çizme Testi, Porteus Labirentler Testi, Kent E.G.Y. Testi, BerderGestalt Testi, v.d. testleri kapsamaktadır. Değerlendirme araçları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek örneklem kay kare testi sonucuna göre, değerlendirme araçları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p <.05$). Bu fark anlamlılık sınırları dahilinde ve etki büyüklüğü 0.15'tir.

Tablo.6. Birime başvuran çocukların gelişim tarama testi sonuçları

Sonuç	f	%	χ^2	p
Anormal	341	% 31.1	168.007	.00
Şüpheli	250	% 22.8		
Normal	394	% 35.9		
Test edilemez	111	% 10.1		
Toplam	1096	% 100		

Birimde gelişimsel tarama için DGTT kullanılmaktadır. DGTT'inde sonuçlar "anormal", "şüpheli" ve "normal" olarak tespit edilmektedir. Birime başvuran 0-6 yaş grubu çocukların % 35.9'unun (394) gelişim tarama testi sonucu "normal", % 31.1'inin

(341) “anormal”dir. Çocuk testi kabul etmediğinde “test edilemez” yorumu yapılmaktadır ve bu yorum bir test sonucu değildir (Yalaz, Anlar ve Bayoğlu; 2009). “Test edilemez” bir test sonucu olmamakla birlikte testi kabul etmeyenlerin sonucunu göstermektedir. Gelişim tarama testi sonuçları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek örneklem kay kare testi sonucuna göre, gelişim tarama testi sonuçları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < .05$).

Tablo. 7. Birime başvuran çocukların cinsiyete göre gelişim tarama testi sonuçları

Cinsiyet	Anormal f (%)	Şüpheli f (%)	Normal f (%)	Test edile- mez f (%)	Toplam f (%)	χ^2	p
Kız	91 (%8.3)	89 (%8.1)	168 (%15.3)	34 (%3.1)	382 (%34.9)	21.470	.00
Erkek	250 (%22.8)	161 (%14.7)	226 (%20.6)	77 (%7)	714 (%65.1)		
Toplam	341 (%31.1)	250 (%22.8)	394 (%35.9)	111 (%10.1)	1096 (%100)		

Birime başvuran 0-6 yaş grubu çocukların cinsiyete göre gelişim tarama testi sonuçlarına bakıldığında gelişimsel olarak erkeklerin (714) kızlardan (382) daha fazla değerlendirildiği görülmektedir. Erkeklerin % 22.8’inin (250) test sonucu “anormal” olarak tespit edilmiştir. Ayrıca test sonucu “normal” ve “şüpheli” olarak tespit edilenlerde de erkeklerin sayısı kızlardan fazladır. Birime başvuran çocukların gelişim tarama testi sonuçları ile cinsiyetleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan iki yönlü kay kare testi sonucuna göre, çocukların gelişim tarama testi sonuçları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < .05$).

Tablo. 8. Birime başvuran çocukların yaşa göre gelişim tarama testi sonuçları

Yaş	Anormal f (%)	Şüpheli f (%)	Normal f (%)	Test edile- mez f (%)	Toplam	χ^2	p
Sıfır	21 (%1.9)	19 (%1.7)	65 (%5.9)	1 (%0.1)	106 (%9.7)	104.705	.00
Bir	55 (%5)	38 (%3.5)	94 (%8.6)	11 (%1)	198 (%18.1)		
İki	69 (%6.3)	56 (%5.1)	94 (%8.6)	39 (%3.6)	258 (%23.5)		
Üç	77 (%7)	54 (%4.9)	56 (%5.1)	40 (%3.6)	227 (%20.7)		
Dört	49 (%4.5)	37 (%3.4)	26 (%2.4)	11 (%1)	123 (%11.2)		
Beş	48 (%4.4)	39 (%3.6)	48 (%4.4)	8 (%0.7)	143 (%13)		
Altı	22 (%2)	7 (%0.6)	11 (%1)	1 (%0.1)	41 (%3.7)		
Toplam	341 (%31.1)	250 (%22.8)	394 (%35.9)	111 (%10.1)	1096 (%100)		

Birimde kullanılan gelişim tarama testi en fazla iki yaş grubu çocuklara (258) yapılmıştır. Bunu üç yaş (227) ve bir yaş (198) grubu çocuklar izlemiştir. Gelişim tarama testi sonucu en fazla üç yaşta (77) “anormal” olarak tespit edilmiştir. Birime başvuran çocukların gelişim tarama testi sonuçları ile yaşları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan iki yönlü kay kare testi sonucuna göre, çocukların gelişim tarama testi sonuçları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p < .05$).

Tablo. 9. Birime başvuran çocukların okul olgunluğu testi sonuçları

Sonuç	f	(%)	χ^2	p
A	2	% 0.5	700.135	.00
B	8	% 1.8		
C	32	% 7.2		
D	250	% 56.3		
E	145	% 32.7		
Red	7	% 1.6		
Toplam	444	% 100		

Birimde okula hazır bulunmuşluğu değerlendirilmede, okula hazırlık, verilen yönergeyi anlama ve uygulama gibi nitelikleri ölçen, 100 madde ve 6 alt testten oluşan Metropolitan Okul Olgunluğu Testi uygulanmaktadır. Test sonuçlarına göre olgunluk seviyesi üstün (A), ortanın üstü (B), orta (C), ortanın altı (D), zayıf tehlike (E) olarak belirlenmektedir. “Red” bir test sonucu olmamakla birlikte testi kabul etmeyenlerin sonucunu göstermektedir. Okul olgunluğu testi sonucuna göre test uygulanan çocukların % 56.3’ünün (250) okul olgunluğu düzeyi ortanın altı (D), % 32.7’sinin (145) okul olgunluğu düzeyi zayıf tehlike (E) olarak tespit edilmiştir. Okul olgunluğu testi sonuçları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek örneklem kay kare testi sonucuna göre, okul olgunluğu testi sonuçları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < .05$).

Tablo. 10. Birime başvuran çocukların okul olgunluğu testinin yaşa göre sonuçları

Sonuç	Beş yaş f (%)	Altı yaş f (%)	Toplam f (%)	χ^2	p
A	2(%0.5)	0	2(%0.5)	6.080	.29
B	7(%1.6)	1(%0.2)	8(%1.8)		
C	30(%6.8)	2(%0.5)	32(%7.2)		
D	244(%55)	6(%1.4)	250(%56.3)		
E	138(%31.1)	7(%1.6)	145(%32.7)		
Red	6(%1.4)	1(%0.2)	7(%1.6)		
Toplam	427(%96.2)	17(%3.8)	444(%100)		

Birime okula hazır bulunmuşluğun değerlendirilmesi için başvuran çocukların % 96.2’si (427) beş yaş, % 3.8’i (17) altı yaştır. Birime başvuran çocukların okul olgunluğu testi sonuçları ile yaşları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan iki yönlü kay kare testi sonucuna göre, çocukların okul olgunluğu testi sonuçları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > .05$).

Tablo. 11. Birime başvuran çocukların okul olgunluğu testinin cinsiyete göre sonuçları

Sonuç	Kız f (%)	Erkek f (%)	Toplam f (%)	χ^2	p
A	1 (%0.2)	1 (%0.2)	2 (%0.5)	7,171	.2
B	4(%0.9)	4 (%0.9)	8(%1.8)		
C	11 (%2.5)	21(%4.7)	32(%7.2)		
D	134(%30.2)	116(%26.1)	250(%56.3)		
E	62 (%14)	83(%18.7)	145(%32.7)		
Red	3 (%0.7)	4 (%0.9)	7(%1.6)		
Toplam	215 (%48.4)	229 (%51.6)	444(%100)		

Birime okula hazır bulunmuşluğun değerlendirilmesi için başvuran çocukların % 51.6'sı (229) erkek, % 48.4'ü (215) kızdır. Birime başvuran çocukların okul olgunluğu testi sonuçları ile cinsiyetleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan iki yönlü kay kare testi sonucuna göre, çocukların okul olgunluğu testi sonuçları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>.05$).

TARTIŞMA

Çocuk gelişimi çalışmaları sadece bilimsel olarak değerli değil, tüm toplumu ve geleceği ilgilendirdiği için aynı zamanda faydalı, değerli ve anlamlıdır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada 6 ay süresince Çocuk Gelişimi Birimi’ne yönlendirilen çocuk sayısı 232 olarak belirlenmiştir (Sivas Numune Hastanesi, 2008). Bu çalışmada ise birime yönlendirilen çocuk sayısı yılda ortalama 822’dir. Türkiye’de uzman meslek elemanı yetiştiren Çocuk Gelişimi bölümlerinin sayısı her geçen gün artmakta dolayısıyla Çocuk Gelişimcilerin sayısı da artmaktadır. Çocuk Gelişimcilerin sayısının artmasıyla da Çocuk Gelişimi Birimlerinde daha fazla sayıda çocuk değerlendirilecek, izlemi yapılacak ve gerekli ise yönlendirilecektir. Ayrıca çocukların Çocuk Gelişimi Birimi’ne gelmeleri/ getirilmeleri için hasta olmalarına veya bir problemlerinin olmasına gerek yoktur. Çocuk Gelişimi Birimi’ne başvurmak için çocuk olmak yeterlidir ve özellikle 0-3 yaş grubu çocukların gelişimsel olarak değerlendirilmeleri için birime başvuru yapmaları büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada Çocuk Gelişimi Birimi’ne başvuru nedenleri sırasıyla; gelişimsel değerlendirme, okula hazır bulunmuşluğu değerlendirme ve dil-konuşma problemleridir. Çocuğun tüm gelişim alanlarının desteklenmesi, okul öncesi dönem eğitiminin en temel amacıdır (Zembat, 2005). Bu dönemde çocuğa verilecek olan eğitim fırsatları ve yetişkin desteği, çocuğun yaşama en iyi şekilde hazırlanmasını sağlar (Oktay ve Grupları, 2007). Türkiye’de 5 yaş altı çocukların %16’sında gelişimsel sorun bulunmaktadır (Kapıcı, Küçükler ve Uslu, 2010; Akt. Demirci ve Kartal, 2012). Resmi Gazete’de, “Yeni doğan, erken çocukluk ve çocukluğun her dönemi fiziksel, işitsel, duyuşal, sosyal, ruşsal ve zihinsel gelişimlerinin izlenmesi, genetik geçişli ve engelliliğe neden olabilecek hastalıkların erken teşhis edilmesinin sağlanması, engelliliğin önlenmesi, var olan engelliliğin şiddetinin olabilecek en düşük seviyeye çekilmesi ve ilerlemesinin durdurulmasına ilişkin çalışmalar Sağlık Bakanlığınca planlanır ve yürütülür.” ibaresi yer almaktadır (Engelliler Hakkında Kanun, 2005). AAP ise çocukların standardize edilmiş tarama araçları ile 9., 18. ve 30. aylarda aralıklı olarak gelişimlerinin değerlendirilmesini yeni kılavuzunda belirtmiş olmasına rağmen, kılavuzda yer alanlar ile uygulamalar

arasında uyumsuzluklar bulunmaktadır (Limbo ve Joyce, 2011, akt. Demirci ve Kartal, 2012). AAP'ın yaptığı çalışmaya göre uyumsuzluktaki engeller; yeterli zaman ve maliyetin olmaması, tarama testinin bilinmemesi ve tarama testini uygulayacak personelin bulunmamasıdır (Sices, Feudtner, Mclaughlin, Drotar ve Williams, 2003, akt. Demirci ve Kartal, 2012). Türkiye'de 100.000 kişiye düşen aktif çalışan uzman hekim sayısı 96'dır. Bu sayı ile Türkiye, Avrupa Bölgesi ülkeleri ve AB üyesi ülkeler ortalamasının oldukça gerisinde kalmıştır (Solak, 2014). Bu sebeple Türkiye'de uzman hekimler standardize edilmiş araçlar ile gelişimsel taramayı yapmak için yeterli zamanı bulamayabilir. Eğer tüm sağlık kuruluşlarında Çocuk Gelişimciler bulunursa, standardize edilmiş araçlar ile çocukların gelişimlerinin taranması mümkün olabilir. Bu çalışmada da birime en fazla gelişimsel değerlendirme ile başvuru yapılmış olması bu alandaki ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Okul olgunluğu çocuğun bedensel, duygusal, zihinsel ve sosyal anlamda okula hazır olmasıdır (Yavuzer, 2010). 2012 yılında Türkiye'de okula başlama yaşıyla ilgili değişiklik yapılmış ve bu değişiklik "İlkokulların birinci sınıfına, kayıtların yapıldığı yılın eylül ayı sonu itibarıyla 66 ayını dolduran çocukların kaydı yapılır. Gelişim yönünden ilkokula hazır olduğu anlaşılan 60-66 ay arası çocuklardan, velisinin yazılı isteği bulunanlar da ilkokul birinci sınıfa kaydedilir. Okul müdürlükleri, yaşça kayıt hakkını elde eden çocuklardan 66-67 ve 68 aylık olanları velisinin vereceği dilekçe; 69-70 ve 71 aylık olanları ise ilkokula başlamaya hazır olmadıklarını belgeleyen sağlık raporu ile okul öncesi eğitime yönlendirebilir veya kayıtlarını bir yıl erteleyebilir." (İlköğretim Kurumları Yönetmeliği, 2014) ibaresi ile belirtilmiştir. Bu değişiklikten sonra aileler çocuklarının okula hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesi talebiyle sağlık kuruluşlarına başvurmuşlardır. Bu sebeple birime başvuru nedenleri arasında okula hazır bulunuşluğu değerlendirme ikinci sırada yer almıştır.

Bu çalışmada dil- konuşma problemleri, birime en çok başvuru yapılma nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada Çocuk Psikiyatri Polikliniği'nden Sağlık Kurulu'na başvuran grupta en çok zeka gerilikleri, gelişimsel gerilikler, Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Özel Öğrenme Güçlüğü ve Kekemelik tanıları bulunmaktadır (Özbaran ve Köse, 2011). Ayrıca alan yazında da gelişim tarama testi kullanılarak yapılan bir çalışmada örneklemin en çok dil gelişiminde gerilik olduğu tespit edilmiştir (Çicek ve diğ., 2005). Gelişim alanlarından biri olan dil gelişimi alanı, zeka geriliği, Yaygın Gelişimsel Bozukluk gibi birçok tanıda gecikmenin olabileceği bir gelişim alanıdır. Dil gelişiminde gelişim basamakları tüm çocuklarda aynı iken dil gelişimi hızı çocuktan çocuğa farklılık gösterebilmektedir. Dil gelişim hızı, fizyolojik ve genetik özellikler, cinsiyet, algısal, bilişsel ve nörolojik gelişim, sosyal çevre ve etkileşim, aile-çocuk arasındaki sözel iletişim düzeyi, sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikler gibi etmenlerden etkilenmektedir (Lewis 1982, Paul 1996; akt. Karacan, 2000). Bu sebeple dil gelişimi problemleri ile yapılan başvurularda bu etmenlerde göz ardı edilmemelidir.

Cinsiyetin etkilerini araştıran çalışmalar sınırlı olmakla birlikte erkek bebeklerin kızlara göre gelişimsel risklerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Casey, Kraemer, Bernbaum, Yogman ve Sells, 1991; Morris, Smith, Swank, Denson ve Landry, 2002; Kerimoğlu ve diğ., 2004). Yapılan bir çalışmada da Çocuk Psikiyatri Polikliniklerine erkek çocukları daha fazla oranda getirilmektedir (Tanrıöver, 1996). Bu çalışmada da

Çocuk Gelişimi Birimi’ne erkeklerin (%57.4) kızlardan (%42.6) daha fazla başvuru yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca alt islatma dışındaki diğer tüm başvuru nedenlerinde erkeklerin başvuru sayısı kızların başvuru sayısından daha fazladır. Çalışmada yapılan gelişim tarama testine göre, test sonucu “anormal” olarak tespit edilen çocuklardan erkeklerin sayısı (250) kızlardan (91) fazladır ve çocukların gelişim tarama testi sonuçları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Okul olgunluğu testi yapılan çocuklardan kızlar (215) ve erkekler (229) arasındaki oran birbirine yakındır ve cinsiyet ile hazır bulunuşluk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu alan yazında yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Gullo ve Burton, 1992; Erkan ve Kırca 2010).Ulusal ve uluslararası düzeyde yapılan araştırmalar, erken çocukluk eğitiminin çocuklar, aileler ve toplum üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymuştur. 17 yaşına kadar olan zihinsel gelişimin % 50’si 4 yaşına, % 30’u 4 yaşından 8 yaşına, % 20’si ise 8 yaşından 17 yaşına kadar oluşmaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2013). Bu bulgu, okul öncesi eğitiminin önemini vurgulamaktadır. Okul öncesi eğitimin okul olgunluğu üzerinde etkili olduğu, okul öncesi eğitim alan çocukların okul olgunluğu puanlarının okul öncesi eğitim almayan çocuklara nazaran daha yüksek olduğu (Yazıcı, 2002); hazır bulunuşluğun ve okul olgunluğunun okuma-yazma başarılarında çok önemli bir değişken olduğu ortaya konmuştur (Yangın, 2009).Yapılan bir çalışmada, 60-66 ay yaş grubundaki çocukların okul olgunluğu “ortanın altı” düzeyde, 66-72 ve 72-84 ay yaş grubundaki çocukların okul olgunluğu “orta” düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Gündüz ve Çalışkan, 2013). Bu çalışmada da 5-6 yaş grubundaki örneklemin %56.3’ünün okul olgunluğu düzeyi “ortanın altı” olarak belirlenmiştir.

Birime yönlendirilen çocukların değerlendirilmesinde en fazla DGTT kullanılmıştır. DGTT riskli grupların izlenmesinde elverişli bir testtir (Karasalihoğlu, Kırımı, Biner, Boz ve Bozdereli, 1997). Türkiye’de gelişimi değerlendirmede kullanılan araçlar: Denver-II Gelişimsel Tarama Testi (DGTT), Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) (Kurul, 2007), Gazi Erken Çocukluk Gelişimi Değerlendirme Aracı (GEÇDA), Erken Gelişim Evreleri Envanteri (EGE), Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) (Demirci ve Kartal, 2012), Bayley Bebek Gelişim Envanteri, Küçük Adımlar Erken Eğitim Programı Gelişim Becerileri Envanteridir (Pınar, 2006). Yapılan çalışmalar sonucunda herhangi bir araç kullanmadan, klinik yargılama ile gelişme geriliği olan çocukların saptanma oranının yalnızca %30 (Palfrey, Singer, Walker ve Butler, 1987; Sand, vd., 2005; Thomas, Cotton, Pan ve Ratliff, 2012) araç kullanılarak ise %70-80 olduğu (Squires, Nickel, Eisert, 1996; Sand, vd., 2005) bulunmuştur (Akt.Demirci ve Kartal, 2012). Bu sebeple gelişimsel taramada standardizasyonu yapılmış araçların kullanılması önem taşımaktadır.

Çalışmanın geriye dönük olması, bu nedenle verilerin yalnızca dosya bilgilerinden oluşması bu çalışmanın en büyük kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Çocuk Gelişimi Birimi’ne 2012-2015 yılları arasında yönlendirilen çocuk sayısı toplam 2466’dır. Birimde her yıl ortalama 822 çocuk değerlendirilmektedir. Birime başvuru nedenleri sırasıyla; gelişimsel değerlendirme, okula hazır bulunuşluğun değerlendirilmesi, dil-konuşma problemi, diğer problemler, beslenme problemi, alt

ıslatma, dikkat problemi, tırnak yeme ve kaka kaçırmadır. Birime yönlendirilen 0-18 yaş arasındaki 2466 çocuğun % 57.4'ü (1417) erkek, % 42.6'sı (1049) kızdır. Ayrıca birime yönlendirilenlerin % 27.2'si (672) beş yaşındadır. Birime yönlendirilen erkeklerin % 17.6'sı (434) gelişimsel değerlendirme, % 10.8'i (267) dil-konuşma problemleri, % 9.3'ü (229) okula hazır bulunuşluğun değerlendirilmesi için başvurmuştur. Kızların ise % 10.9'u (269) gelişimsel değerlendirme, % 8.7'si (215) okula hazır bulunuşluğun değerlendirilmesi, % 6.9'u (168) ise diğer problemler için başvurmuştur. Birime yönlendirilen çocukların değerlendirilmesinde DGTT (%44.4) en fazla kullanılan test olmuştur. Birime yönlendirilen 0-6 yaş grubu çocukların % 35.9'unun (394) gelişim tarama testi sonucu "normal", % 31.1'inin (341) "anormal"dir. Okul olgunluğu testi uygulanan çocukların % 56.3'ünün (250) okul olgunluğu düzeyi ortanın altı (D) olarak tespit edilmiştir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Aralık 2013 verilerine göre Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nda 287, üniversite hastanelerinde 34, özel hastanelerde 3 olmak üzere toplam 324 (Solak, 2014); 2014 yılı ara atamalarıyla birlikte Türkiye'de aktif çalışan toplam 338 Çocuk Gelişimci bulunmaktadır (Doğan, 2014). Bu çalışmanın, aktif çalışan Çocuk Gelişimcilerin faydalanabileceği bir çalışma olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışma, Çocuk Gelişimi Birimi bulunmayan hastanelerde, birimin kurulma aşamasında ve sonrasında birimin işleyişine yönelik yol gösterici olabilir.

Çocukla çalışma, transdisipliner ekip çalışması gerektirmektedir. Çocukla çalışacak sağlık personellerinin gelişimsel taramada kullanabilecekleri standardizasyonu yapılmış araçların eğitimlerini, mesleğe başlamadan önce almaları veya bu araçların eğitimlerini almaları konusunda yönlendirilmeleri önerilmelidir.

Sağlık çalışanlarının "çocuk gelişimi, gelişimsel gecikmenin erken tanısı, özel gereksinimleri olan çocukların tedavisi" konusunda eğitimi ve donanımı oldukça kısıtlı (Ertem, 2005) olduğu için çocuğun gelişimi, değerlendirilmesi, gereksinimlerinin belirlenmesi ve çocuğa yaklaşım konularında kapsamlı eğitimler almış Çocuk Gelişimcilerin hastanelerde görev alması sağlık alanındaki bu açığı kapatmak için bir adım olabilir. Bu çalışmanın sonuçları Türkiye'de sağlık kuruluşundaki Çocuk Gelişimi Birimi'ne başvuran çocukların özelliklerini anlamamız ve Çocuk Gelişimi Birimleri ile ilgili ileriye dönük yapılabilecek olan çalışmalar açısından önemli ve anlamlı olabilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makale ile ilgili çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Casey, P. H., Kraemer, H. C., Bernbaum, J., Yogman, M. W., & Sells, J. C. (1991). Growth status and growth rates of a varied sample of low birth weight, preterm infants: a longitudinal cohort from birth to three years of age. *The Journal of Pediatrics*, 119(4), 599-605. doi:10.1016/S0022-3476(05)82414-X adresinden elde edildi.
- Çiçek, N., Vitrinel, A., Cömert, S., Erdağ, G., Aksoy, F., & Akın, Y. (2005). Prematüre bebeklerin izlem sonuçları. *Türk Pediatri Arşivi*, 40, 33-38. <http://www.turkpediatriarsivi.com/sayilar/238/buyuk/51.pdf> adresinden elde edildi.

- Demirci, A., & Kartal, M. (2012). Çocukluk dönemine ait önemli bir sorun: Gelişme geriliği ve erken tanının önemi. *Turkish Family Physician*, 3 (4), 1-6. <http://www.turkishfamilyphysician.com/upload/2012-4/1-6.pdf> adresinden elde edildi.
- Doğan, A. (2014, Mayıs). Türkiye’de çocuk gelişimci olmak. Sözel bildiri, I. Ulusal çocuk gelişimi öğrenci kongresi, Ankara.
- Engelliler Hakkında Kanun. (2005). T.C. Resmi Gazete, 25868, 07 Temmuz 2005.
- Erkan, S. & Kırca, A. (2010). Okul öncesi eğitimin ilköğretim birinci sınıf öğrencilerinin okula hazır bulunuşluklarına etkisinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 38, 94-106.
- Ertem, İ. Ö. (2005). İlk üç yaşta gelişimsel sorunları olan çocuklar: Üç sorun ve üç çözüm. *Özel Eğitim Dergisi*, 6(2), 13-25. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/39/55/511.pdf> adresinden elde edildi.
- Evliyaoğlu, N. (2007). Sağlam çocuk izlemi. *Türk Pediatri Arşivi*, 42(11). <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/tpedar/article/view/5000002302/5000003186> adresinden elde edildi.
- Gullo, D. F., & Burton, C. B. (1992). Age of entry, preschool experience, and sex as antecedents of academic readiness in kindergarten. *Early Childhood Research Quarterly*, 7(2), 175-186. doi:10.1016/0885-2006(92)90003-H
- Gündüz, F., & Çalışkan, M. (2013). 60-66, 66-72, 72-84 aylık çocukların okul olgunluk ve okuma yazma becerilerini kazanma düzeylerinin incelenmesi. *Electronic Turkish Studies*, 8(8). http://www.turkishstudies.net/Makaleler/1290258826_024%C3%87a%C4%B1%C5%9FkanMuhittin-vd-379-398.pdf adresinden elde edildi.
- Gür, E. (2003). Sağlam çocuk izlemi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi, (35), 9-16.
- İlköğretim Kurumları Yönetmeliği. (2014). T.C. Resmi Gazete, 29072, 26 Temmuz 2014.
- Karacan, E. (2000). Çocuklarda dil gelişimini etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 9(7). <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0700/6.html> adresinden elde edildi.
- Karasalihoğlu, S., Kırımı, E., Biner, B., Boz, A., & Bozdereli, H. (1997). Süt Çocuklarında Denver ve Gelişimsel Tarama Testi (DGTT) Sonuçları ve Gelişimsel Gecikmelerin Değerlendirilmesinde Önemi. *Van Tıp Dergisi*, 4(3), 147-150. <http://vantipdergisi.yyu.edu.tr/97-3/1.%20Klinik.pdf> adresinden elde edildi.
- Kerimoğlu, G., Kavuncuoğlu, S., Arslan, G., Kocaman, C., Yıldız, H., Aksüyek, E., & Kaya, A. (2004). Prematüre bebeklerin uzun dönemdeki nöromotor gelişimleri. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14(1), 33-39.
- Kurul, S. H. (2007). Nörolojik gelişme geriliği riski olan süt çocuklarının erken belirlenmesinin önemi ve klinisyenin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(3), 195-205.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2013). Okul öncesi eğitim programı ile bütünleştirilmiş aile destek eğitim rehberi. <http://www.meb.gov.tr/orn.pdf> adresinden elde edildi.
- Morris, B. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Denson, S. E., & Landry, S. H. (2002). Patterns of physical and neurologic development in preterm children. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 22(1), 31-36. DOI:10.1038/sj.jp.7210590.
- Oktaç, A., & Grupları, A. (2007). Okul öncesi eğitimden ilköğretime geçiş projesi. Türkiye Özel Okullar Birliği Derneği, Okul Öncesi Eğitimi, Öğretmen Eğitimi, 1.

- Özbaran, B., & Köse, S. (2011). Health committee reports for disabled children in child psychiatry practice: the last six-year experience of ege university. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 18(1), 67-72. <http://www.scopemed.org/?mno=31990> adresinden elde edildi.
- Pınar, E. S. (2006). Dünyada ve Türkiye’de erken çocukluk özel eğitiminin gelişimi ve erken çocukluk özel eğitim uygulamaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 7(2), 71-83.
- Shonkoff, J. P. (2003). From neurons to neighborhoods: old and new challenges for developmental and behavioral pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24 (1), 70-76.
- Sivas Numune Hastanesi (2008). Hastane tanıtım filmi. <http://212.156.99.78/sunum2008/2008nmn.swf> adresinden elde edildi.
- Solak, M. (Ed.) (2014). Türkiye’de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu. (1.Baskı).<http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-32644/turkiyede-saglik-egitimi-ve-saglik-insangucu-durum-rapo-.html> adresinden elde edildi.
- Tanrıöver, S. (1996). Demographics and application complaints of children applied to child psychiatry department of faculty of medicine of Karadeniz technical university during two years. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 3(2), 69-72. <http://www.scopemed.org/?mno=35582> adresinden elde edildi.
- Xu, Y., & Filler, J. W. (2005). Linking assessment and intervention for developmental/ functional outcomes of premature, low-birth-weight children. *Early Childhood Education Journal*, 32(6), 383-389. DOI: 10.1007/s10643-005-0008-4.
- Yalaz, K., Anlar, B., & Bayoğlu, B. (2009). Denver II Gelişimsel Tarama Testi “Türk Çocukları Standardizasyonu”. Ankara: Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği.
- Yangın, B. (2009). The relationship between readiness and reading and writing performances. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 36(36), 316-326.
- Yavuzer, H. (2010). *Çocuğun ilk 6 yılı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yazıcı, Z. (2002). Okul öncesi eğitimin okul olgunluğu üzerine etkisinin incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, 155-156. http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/155-156/yazici.htm adresinden elde edildi.
- Zembat, R. (2005). *Okul öncesi eğitimde nitelik. Okul Öncesi Eğitimde Güncel Konular*. İstanbul: Morpa Yayınları.