

DOI: 10.5281/zenodo.14576583

ORİJİNAL ARAŞTIRMA ORIGINAL RESEARCH

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin 0-36 Ay Çocuk Gelişim Tarama Programlarını Kullanma Durumları

The Use of 0-36 Months Child Development Screening Programs by Health Personnel Working in Primary Health Care Services

 Filiz ÖZKAN¹,  Zekai Alper ALP²,  Feyza Kezban ÇAĞLAR³,  Rabiye Özlem ULUTABANCA⁴

¹ Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D., Kayseri, Türkiye.

² Erciyes Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Zihin Engelliler Eğitimi A.D., Kayseri., Türkiye.

³ Kayseri Şehir Hastanesi, Kayseri, Türkiye.

⁴ Kayseri Kocasinan İlçe Sağlık Müdürü, Kayseri, Türkiye.

ÖZET

Giriş: Birinci basamak sağlık hizmetleri 0-36 ay gelişimsel tarama programlarının uygulanabileceği ve gelişimsel problemi olan çocukların tespit edilebileceği ilk kurumlardır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel tarama sürecine yönelik deneyimleri incelenmesi amacıyla nitel araştırma yönteminin fenomenoloji (olgu bilim) deseni kullanılarak yapılmıştır. Çalışma grubu seçilirken amaçlı örneklem ölçütü örneklem türü kullanılmış, Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan 8 sağlık personeli ile çalışma tamamlanmıştır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından oluşturulan "Birinci Basamakta Gelişimsel Tarama Uygulamaları" adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde MAXQDA Analytics Pro (24.6.0) sürümü kullanılmıştır.

Sonuç: Çalışma sonucunda toplamda altı tema (sürece yönelik görüşler ve yapılar, kullanılan araçlar, zorluklar ve çözüm önerileri, iş birliği, taramanın önemi ve mesleki eğitim) ve bu temalara ait 34 kod belirlenmiştir. Sonuçlar doğrultusunda Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri içerisinde yer alan zorunlu taramalar dışında gelişimsel tarama testi/GİDR'nin zorunlu olarak yapılması için politikaların oluşturulması, eğitim, araç gereç gibi ihtiyaçların giderilmesi, iş birliği ile ilgili politikaların geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Gelişimsel Tarama; Birinci Basamak; Çocuk Sağlığı

ABSTRACT

Introduction: Primary health care services are the first institutions where 0-36 months developmental screening programs can be implemented and children with developmental problems can be identified.

Materials and Methods: The study was conducted using the phenomenology (phenomenology) design of the qualitative research method in order to examine the experiences of health personnel working in primary health care services regarding the developmental screening process. Criterion sampling type of purposive sampling was used to select the study group, and the study was completed with 8 Family Health Center staff. A semi-structured interview form titled "Developmental Screening Practices in Primary Care" created by the researchers was used as a data collection tool. MAXQDA Analytics Pro (24.6.0) version was used to analyze the data.

Conclusion: As a result of the study, a total of six themes (opinions on the process and what was done, tools used, difficulties and solution suggestions, cooperation, importance of screening, and professional training) and 34 codes belonging to these themes were identified. In line with the results, it is recommended to establish policies for the mandatory implementation of developmental screening test/GIDR, to meet the needs such as training, equipment, and to develop policies on cooperation, except for the mandatory screenings included in the Infant, Child, Adolescent Monitoring Protocols.

Keywords: Developmental Screening; Primary Care; Child Health

Correspondence: ²Zekai Alper Alp

² Erciyes Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Zihin Engelliler Eğitimi A.D., Kayseri, Türkiye

E-mail: zekaialp@erciyes.edu.tr

Received: 28/11/2024

Accepted: 13/12/2024

Available online: 31/12/2024

2979-9856/ISSN



GİRİŞ VE AMAÇ

Gelişimsel tarama, tipik gelişim gösteren akranlarından farklı gelişim özellikleri sergileyen çocukların belirlenmesi amacı ile gelişimsel risk faktörlerini belirleyerek ayrıntılı değerlendirmeye gereksinim ihtiyacını ortaya koyan, diğer değerlendirme basamaklarına göre daha az kapsamlı ve hızlı bir şekilde temel gelişim alanlarının değerlendirilmesidir (1). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, Türkiye’de 2022 yılında 1.350.795 bebek dünyaya gelmiştir (2). Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020’de 0-6 yaş grubu çocuklarda engellilik oranını %4.9 olarak belirtmiştir (3). Bu sayı, gelişimsel taramaların dikkatli bir şekilde yapılmaması durumunda karşılaşılabilecek olumsuzluklar için durumun ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de gelişimsel taramalar, Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH)’nde yapılmaktadır (4), BBSH’i genelde tüm topluma özelde ise çocuklara ve ailelerine evrensel destek sağlayan, erken teşhis ve müdahaleler için giriş noktasıdır (5). Birçok çalışmada (6,7); gelişimsel olarak tipik olan akranlarından farklılaşan çocukların eşit şartlarda taranması ve uygun hizmetlere erişimi konusunda BBSH’de çalışan personellerin önemli paydaşlar ve kritik rollere sahip oldukları belirtilmiştir. Gelişimsel tarama ve sürveyans çalışmaları için Amerikan Pediatri Akademisi (8), ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (9) rehberler oluşturmuştur (8,9). Bu rehberler, sağlık hizmeti sunucularına sağlıklı çocuk ziyaretleri sırasında çocukların gelişimlerinin izlenmesini, daha fazla inceleme gerektirebilecek durumlarda ise onaylanmış araçlarla periyodik olarak taranmasını, risk belirlenirse kapsamlı gelişimsel değerlendirmenin yapılmasını önermektedir (10,11). Literatürde gelişimsel taramaların standart bir araç ile yapılması gerektiğinin önemine vurgu yapılmasına rağmen, çeşitli nedenlerle gelişimsel taramalarda standart araçların kullanmadığı dahası tarama sürecinde zorluklar yaşandığı belirtilmektedir (10,12). Bu zorluklar arasında; BBSH hekimlerinin rol karmaşası yaşaması, zaman yetersizliği, gelişim süreci ve standart araç kullanımı konusundaki farkındalık ve bilgi eksiklikleri, tarama protokolüne yönelik farklı uygulamaların olması ve ebeveynlerin gelişimsel taramaya karşı direnci yer almaktadır (13,14). Sağlam çocuk izlemlerinde hekim gözetiminin yanı sıra düzenli ve tekrarlanan aralıklarla standardize edilmiş bir tarama aracı ile gelişimsel taramanın yapılması erken teşhis olanağını sağlayabilir. Bu nedenle gelişimsel tarama, değerlendirme, destek ve izlemede aktif bir şekilde görev alacak klinisyenlerden oluşan, multidisipliner ve transdisipliner ekiplerin oluşturulması (15) ve ekip üyelerinin kanıta dayalı araçları kullanmaları önem taşımaktadır (16). Benzer şekilde Demirci Kartal (2012) çalışmasında; bir çocuğun gelişimi değerlendirilirken hiçbir araç kullanmadan gelişim yetersizliklerinin tespit oranının %30, bir araç kullanarak gelişim yetersizliklerinin belirleme oranının %70-%80 olduğunu belirtmiştir (17). Ülkemizde birinci basamakta taramalar; “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi” ve T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından oluşturulan ‘Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri’ kullanılarak yapılmaktadır (4). Ancak Türkiye’de bu protokolün uygulanma düzeyinin ele alındığı, değerlendirme sürecinde birinci basamak sağlık personellerini deneyimleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri

doğrultusunda gelişimsel taramaya yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorusuna yanıt aranmıştır.

Araştırma sorusu:

- 1- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri doğrultusunda gelişimsel taramaya yönelik deneyimleri nelerdir?
 - 1.1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel tarama hakkında mesleki eğitim yeterliliğine yönelik görüşleri nelerdir?
 - 1.2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel taramanın önemine yönelik algıları nelerdir?
 - 1.3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel tarama sürecinin işleyişine yönelik görüşleri ve bu süreçte yaptıkları nelerdir?
 - 1.4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel taramada kullandıkları araçlar ve araç gereç kullanımına yönelik görüşleri nelerdir?
 - 1.5. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel taramada iş birliği durumu nedir?
 - 1.6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel tarama sürecinde karşılaştıkları zorluklar ve bu zorluklara yönelik çözüm önerileri nelerdir?

YÖNTEM

Araştırma Deseni

Bu çalışmada nitel araştırma yönteminin fenomenoloji (olgu bilim) deseni kullanılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma İç Anadolu bölgesinde yer alan bir ilde merkezde yer alan aile sağlığı merkezlerinde yapılmıştır. Çalışma Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde çalışan 8 aile sağlığı çalışanı ile tamamlanmıştır.

Araştırmacının Rolü

Çalışma öncesi ASM'de sağlık personeli olarak görev yapan bir çalışan ile katılımcılar ve araştırmacı tanıştırılmış ve güven duygusu sağlanmıştır. Bu durum katılımcıların görüşme sorularına samimi yanıtlar vermesini sağlamıştır. Buna ek olarak araştırmanın planlanmasından uygulanmasına kadar tüm yazarların alanlarında saha deneyimi olması görüşme sorularının yapılandırılmasına ve elde edilen bulguların yorumlanmasına olumlu katkılar sunmuştur.

Katılımcılar

Bu çalışmada çalışma grubu seçilirken amaçlı örneklemin ölçüt örnekleme türü kullanılmıştır. Amaçlı örneklemin bir türü olan ölçüt örnekleme araştırmacı tarafından çerçevesi belli olan ölçütleri kapsayan durumlarda kullanılmaktadır (18). Bu araştırmanın amacına uygun katılımcıları dahil etme kriterleri olarak (a) Aile Sağlığı Merkezinde sağlık çalışanı olarak en az bir yıldır çalışıyor olmak ve (b) psikolojik bir rahatsızlığının bulunmaması olarak belirlenmiştir. Araştırma önkoşul özellikleri sağlayan 8 ASM personeliyle yürütülmüş, tematik doygunluğa ulaşıldığı için görüşmeler 8 katılımcıyla sınırlandırılmıştır. Tematik doygunluğa ulaşması yanı sıra ölçüt örnekleme heterojen bir grubun aynı

olayları deneyimlemesi gerekli olduğu ve katılımcı sayısının üç ile on beş kişi arasında değişebileceği kriteri dikkate alınmıştır (19). Tablo 1’de 8 katılımcının yaş cinsiyet ve mesleki ünvanları verilmiştir. Buna göre gönüllü katılımcıların yaşları 30-60 arasında değişmekte ve 3 ebe, 3 hemşire ve 2 doktor olmak üzere farklı meslek ünvanları dahil edilerek katılımcı grubunun heterojenliği sağlanmıştır.

Tablo 1. Katılımcı Özellikleri

Kod İsim	Yaş	Cinsiyeti	Meslek
K1	40	Kadın	Ebe
K2	39	Kadın	Ebe
K3	35	Kadın	Hemşire
K4	30	Kadın	Hemşire
K5	32	Kadın	Hemşire
K6	42	Kadın	Ebe
K7	60	Erkek	Doktor
K8	45	Kadın	Doktor

Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinden faydalanılmıştır. Bu bağlamda araştırmacılar tarafından alanyazın bilgisine dayalı olarak hazırlanan “*Birinci Basamakta Gelişimsel Tarama Uygulamaları*” adlı yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur. Veri toplama aracı hazırlandıktan sonra başta anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından elverişli olup olmadığını test etmek amacıyla 2 ASM’de görev yapan hemşireyle görüşme yapılmış, bu görüşmeden sonra bir sorunun anlaşılabilir ve işlevsel olmadığına karar verilmiş görüşme formundan çıkarılmıştır. Buna ek olarak veri toplama aracı olan görüşme formunun kapsam geçerliliği için daha önce nitel araştırma yürütmüş halk sağlığı ve özel eğitim alanından toplamda dört uzmandan öneriler alınmış gerekli dilsel ve anlamsal düzeltmeler yapılmış sondaj sorular eklenerek son hali verilmiştir.

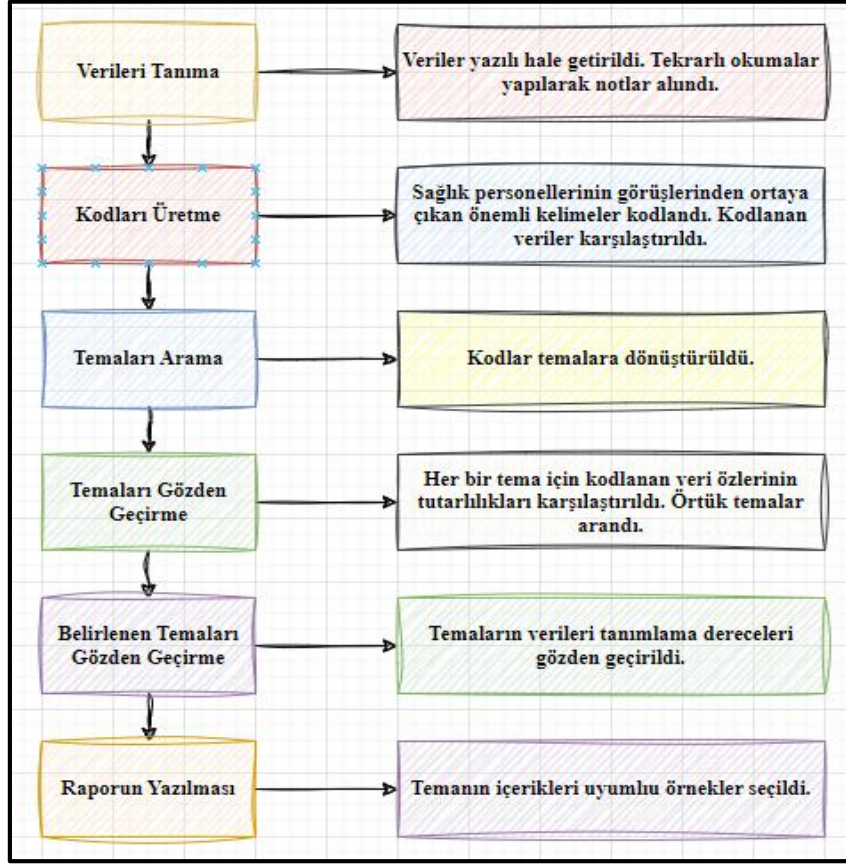
Veri Toplama Süreci

Veriler toplanmaya başlanmadan önce Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi Etik Kurulu’ndan (No:446, tarih: 31.10.2023) izin alınmıştır. Bunun ardından ASM yönetimlerinden kurum izni alındıktan sonra sağlık çalışanları ile yüz yüze görüşülerek çalışmanın amacı ve konusu hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Görüşmeler katılımcıların çalıştıkları Aile Sağlığı Merkezinde, katılımcıların uygun oldukları bir zaman aralığında rahatsız edilmeyecek şekilde planlanarak yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerle yapılan görüşmeler ortalama olarak 10 dakika sürmüştür. Görüşmeler araştırmacı tarafından birebir ve yüzyüze şekilde yapılmış; görüşmeye başlanmadan önce katılımcılardan görüşme esnasında ses kayıt cihazının kullanımı ile ilgili izin alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada ASM personelleriyle yapılan görüşmeler tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Bu çalışmada ASM’lerde çalışan sağlık personellerinin gelişimsel tarama sürecinde yaşadığı olumsuz deneyimlere vurgu yapılması nedeniyle gerçek yaşantıda bu deneyimlerin test edilmesi amaçlandığından başlangıçta hipotezler kurulmuş, bu hipotezlere yönelik görüşme soruları hazırlanmıştır. Bu doğrultuda görüşme sorularının herbiri bir temayı temsil etmesine rağmen verilerde

farklı temaların aranması ve verilerin derinlemesine anlaşılması varsa verilerde farklı bir araştırma sorusu veya örtük bir temanın açığa çıkarılması amacıyla tümevarımsal analiz yaklaşımı benimsenmiştir.



Şekil 1. Tematik Analiz Aşamaları

Tematik analiz sürecinin güvenilir bir biçimde yürütülmesi amacıyla Braun ve Clarke (2019) iyi bir tematik analizin yapılabilmesi için altı basamaktan oluşan bir çerçeve sunmaktadır. Yürütülen bu çalışma da verilerin analiz edilmesinde bu basamaklar takip edilmiştir (20). Verilerin analizinde MAXQDA Analytics Pro (24.6.0) sürümü kullanılmıştır. Araştırma sürecinde takip edilen tematik analiz basamakları Şekil 1’de sunulmaktadır.

Şekil 1’de görüldüğü üzere ilk basamakta ses kayıt cihazıyla kaydedilen görüşmeler bir araştırmacı tarafından Word döküm belgesiyle yazıya dökülmüş anlaşılmayan kelimeler ve cümleler tekrar tekrar dinlenerek düzeltilmiştir, başka bir araştırmacı tarafından eş zamanlı olarak ayrı bir şekilde ses kayıtları dinlenerek satır satır kodlanmıştır. Daha sonra bu iki araştırmacının dökümleri karşılaştırılmış ve ayrı kodlanan yerlerde fikir birliğine varılarak ilk basamak gerçekleştirilmiştir. Son hali verilen Word görüşme dökümleri MAXQDA Analytics Pro (24.6.0) sürümüne yüklenmiştir. Daha sonrasında satır satır okumalar yapılmış tekrarlı ve araştırmacının amacına yönelik cümleler ve kelimelerden kodlar üretilmiştir. Bu kodlar temalara dönüştürülmüş ve temalara dönüştürülen kodlar iki araştırmacı tarafından tekrar ayrı

ayrı taranmış, örtük temalar aranmış ve görüş birliğine varılmıştır. Bu aşamada kodlar arasında görüş birliği %90 iken görüş birliğiyle %100'e çıkarılmış, temalar belirlenmiştir. Temaların kodlarla ve araştırmanın amacıyla uyumunu başka bir araştırmacı (üçüncü araştırmacı) gözden geçirmiş, bir temanın gerekliliğine yönelik tartışılmış ve temalarının içindeki kodlar ile uyumlu olduğuna üç araştırmacı tarafından ortak bir şekilde karar verilmiş daha sonrasında nitel araştırmalar konusunda deneyimli iki uzmandan oluşturulan tema ve kodların uyumu ile ilgili uzman görüşü alınmış ve bulgular raporlanmaya başlanmıştır.

Araştırmada Geçerlilik ve Güvenirlik

Nitel araştırma yöntemiyle yapılan çalışmalarda geçerlilik kapsamında iç ve dış geçerlilik güvenirlilik kapsamında ise; iç güvenirlilik ve dış güvenirliliğin yapılması gerekmektedir (21). Bu çalışmada kapsamında iç geçerliliğin sağlanabilmesi için araştırmacılar tarafından literatür taranmış ve sonucunda görüşme formu oluşturulmuştur. Oluşturulan görüşme formunda yer alan görüşme sorularının geçerliliği 2 ASM personeliyle test edilmiş buna ek olarak alanında uzman kişilerin görüşleri ve fikirleriyle son halini almıştır.

Araştırmalardan elde edilen verilerden yola çıkılarak belirlenen sonuçların genellenebilir olması dış geçerlilik olarak ifade edilmektedir (18). Bu çalışmada dış geçerlilik sağlanabilmesi için öncelikli olarak çalışma grubu seçimi amaçlı örneklem türünün ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Dış geçerlilik kapsamında araştırmanın her aşaması alanyazın ile ilişkisi kurularak yürütülmüş ve raporlanmıştır.

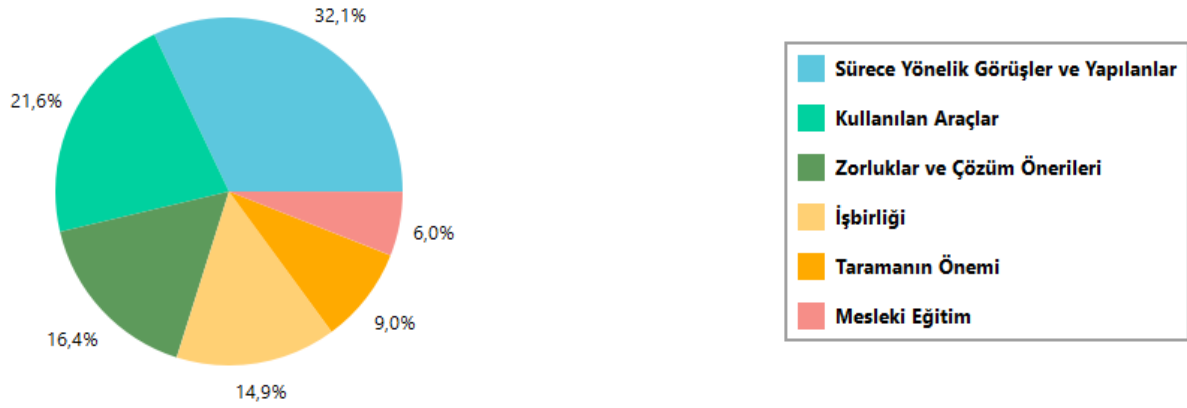
Çalışmadan elde edilen bulgulara müdahale yapılmadan direkt aktarılması ve kodlama işlemi yapılırken tutarlılığın sağlanabilmesi iç güvenirlilik olarak ifade edilmektedir (22). Bu çalışmada iç güvenirliliğin sağlanabilmesi için bulgulara yorum katılmadan bulgular başlığında verilmiş ve bireylere ait doğrudan ifadeler kullanılmıştır. İç güvenirliliğin yapılabilmesi için yapılması gereken ikinci adım olan kodlama tutarlılığı ise oluşturulan kod ve kategoriler için uzmanlardan geri dönütler alınmıştır.

BULGULAR

Bu araştırma kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel tarama sürecine yönelik deneyimleri incelenmesi amaçlanmıştır.

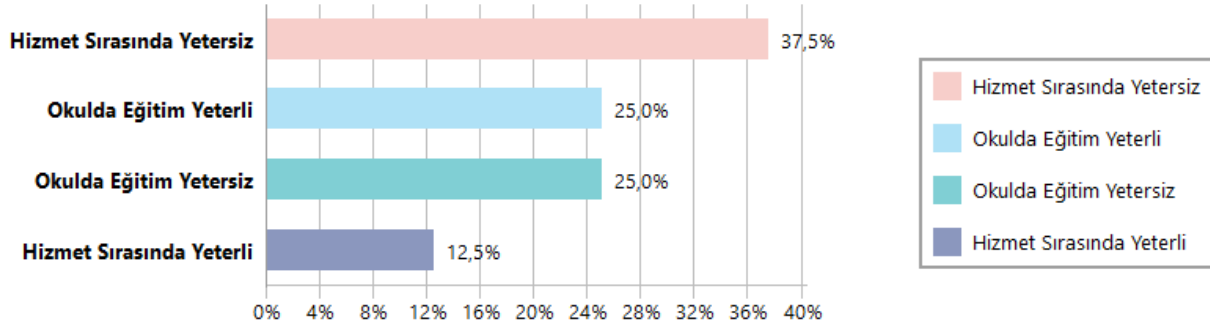
Bu genel amaç doğrultusunda 6 araştırma sorusuna yanıtlar aranmıştır. Bulgular bu altı araştırma sorusunun katılımcıların görüşme esnasında verdikleri yanıtlarla ilişkisi kurularak rapor edilmiş, her bir araştırma sorusuna yönelik görüşmelerden çıkarılan tema ve kodlar alt başlıklar halinde sunulmuştur. Yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonrasında toplamda altı tema ortaya çıkmıştır (Tablo 2). Bu temalara ait 34 kod belirlenmiş bu kodların yüzdelik dağılımlarını bulgularda sunulmuştur.

Tablo 2. Gelişimsel Tarama Sürecine Yönelik Temalar

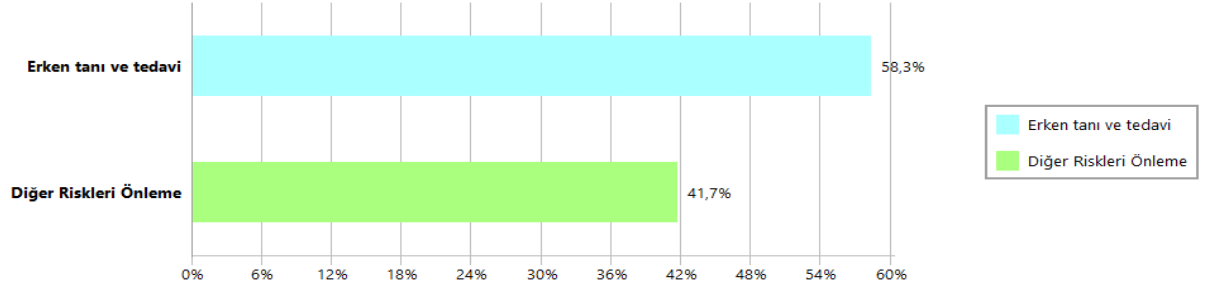


Tablo 3

Tema 1: Mesleki Eğitim



Tema 2: Taramanın Önemi



Katılımcılara çalışma birinci ve ikinci soruları (Daha önce gelişimsel tarama konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı? Eğer eğitim aldıysanız, aldığınız eğitimi yeterli bulup bulmadığınızı açıklar mısınız?, gelişimsel taramanın önemli ya da önemli olmadığı konusundaki düşüncelerinizi paylaşır mısınız?) sorulmuş ve katılımcıların verdiği yanıtlara göre tablo 3’de görülen “Mesleki Eğitim” temasını altında 4 kod, “Taramanın Önemi” teması altında 2 kod açığa çıkmıştır.

Mesleki Eğitim: Buna göre katılımcıların %50’si hizmet sırasında, %50’si okulda olmak üzere tamamının gelişimsel taramaya ilişkin eğitim aldıkları görülmektedir.

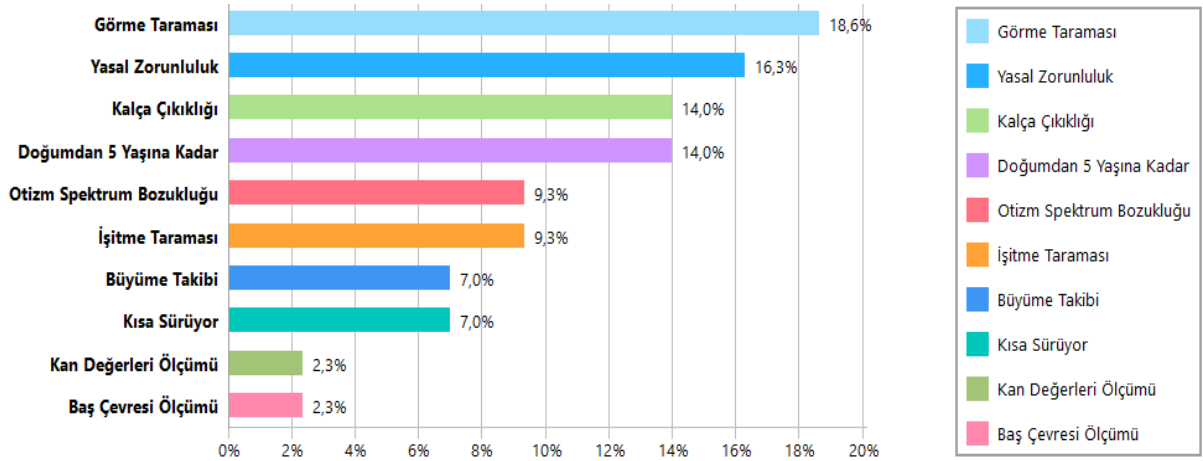
Katılımcıların %37,5’i ($n = 3$) gelişimsel taramaya ilişkin hizmet sırasında eğitim aldıklarını ve özellikle bu eğitimlerin tüm aile sağlığı merkezinde çalışan personele toplu bir şekilde ve yüzeysel olarak verilmesinden dolayı yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Buna örnek olarak;

“Aldık, her yıl alıyoruz ama tabii ki yeterli bulmuyoruz çünkü toplu oluyor. Daha doğrusu çok detaya girilmiyor gibi. Yani üzerinde çok fazla soru sormadığımız için içerik açısından çok yüzeysel kalıyor (K3)”, “Aldım, aldığım eğitim yeterli değildi. Bence birincisi doktorlarla biz aynı anda eğitim aldık, ikincisi de mesela Otizm tarama diyor otizm taramada sadece işte sese bakıyor mu göz teması var mı çağırıldığında bakıyor mu? Sadece bu kadar şeyi var bence otizm sadece bunlarla yakalanmaz...(K1)”, Taramanın Önemi: Katılımcılar gelişimsel taramanın önemini erken tanı ve tedavi, diğer riskleri önlemeye ilişkin cümlelerle ifade etmişlerdir. Gelişimsel taramanın önemine ilişkin bir katılımcı haricinde (K6) tüm katılımcılar erken tanı ve tedavi kelimesini kullanmışlar, üç katılımcı haricinde (K1, K2, K8) erken tanı ve tedaviye ek olarak oluşabilecek maddi ve diğer riskleri önleme işlevinden bahsederek gelişimsel taramanın önemini vurgulamışlardır.

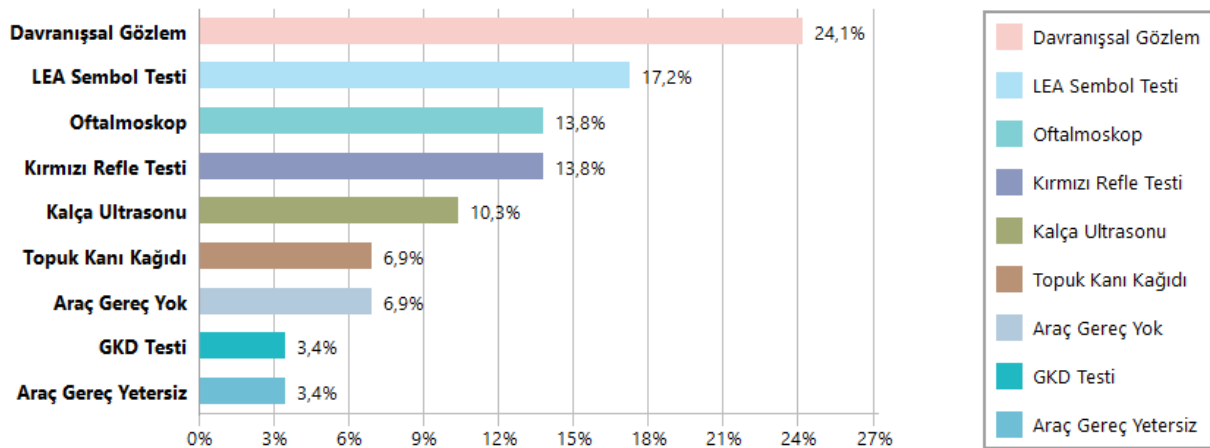
Gelişimsel taramanın önemini erken tanı ve tedavi olarak ifade eden katılımcılara örnek olarak; “... ne kadar erken tanı konulursa o kadar önemli (K8)”, “...ufacık bir yöntemle ufacık bir zaman dilimiyle çocukların hayatını kurtarabiliyoruz...(K4)” şeklinde ifade etmişlerdir.

Tablo 4

Tema 3: Sürece Yönelik Görüşler ve Yapılanlar



Tema 4: Kullanılan Araçlar



Katılımcılara çalışma üçüncü görüşme sorusu (Bir çocuk için gelişimsel taramaya başlama konusunda karar alırken neyi ya da neleri dikkate aldığınızı açıklar mısınız? Sondaj: Gelişimsel taramayı hangi özellikteki çocuklar için yapıyorsunuz? Sondaj: Bu özelliklerinden detaylı bir şekilde bahseder misiniz?) ve dördüncü ve beşinci görüşme sorusu (Gelişimsel tarama uygulama sürecini nasıl yürüttüğünüzü/gerçekleştirdiğinizi anlatır mısınız? Sondaj: Gelişimsel taramayı hangi sıklıkta, ne kadar sürede yaptığınızı ve tarama yaparken hangi araç-gereçleri kullandığınızı söyler misiniz?) sorulmuş, katılımcıların verdikleri yanıtlar tablo 4’de on kod “Sürece Yönelik Görüşler ve Yapılanlar” temasını oluşturmuştur. Çalışmanın dördüncü temasını “Kullanılan Araçlar” temasını 9 kod oluşturmuş, bu tema altında verilen kodlar aşağıda örneklerle rapor edilmiştir.

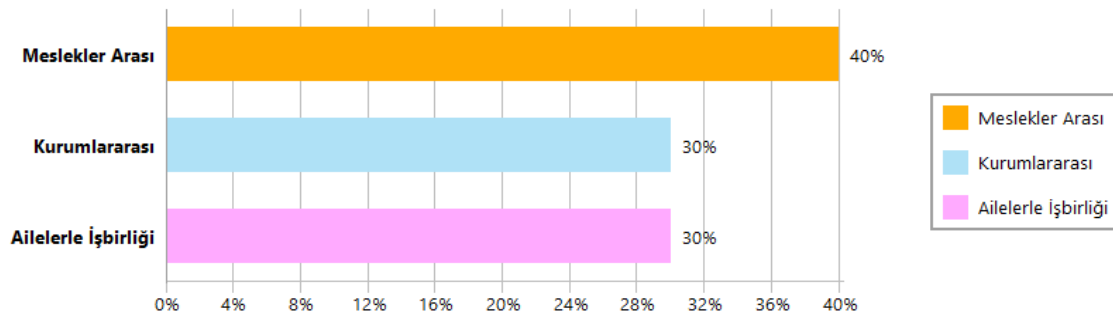
Sürece Yönelik Görüşler ve Yapılanlar: Katılımcılar gelişimsel taramanın doğumdan itibaren 5 yaşa kadar yasal bir zorunluluk olduğunu dolayısıyla bir rutin olduğunu karar vermelerini gerektiren bir durum olmadığını her çocuğa yaptıklarını ve tarama sürecinin 5 dakikaya kadar tamamlanıp kısa sürdüğünü belirtmişlerdir. Gelişimsel taramanın yasal bir zorunluluk olduğunu belirten örnek kodlamalar incelendiğinde; “...bakanlık mutlaka istiyor...(K1)”, “...6 ayda bir rutin de aslında yapılması gerekiyor. Sistemde var...(K3)” söyledikleri görülmektedir.

Tüm katılımcılar ($n = 8$) gelişimsel tarama sürecinde yaptıklarına ilişkin frekans yüzdesi en sık olarak (tüm görüşme boyunca birkaç defa) görme taramasından bahsetmişler örneğin; “...0-3 ay arasında göz taraması yapıyoruz...(K5)”, “...1 aylıkken görme taraması yapıyoruz...(K4)” şeklinde ifade etmişlerdir.

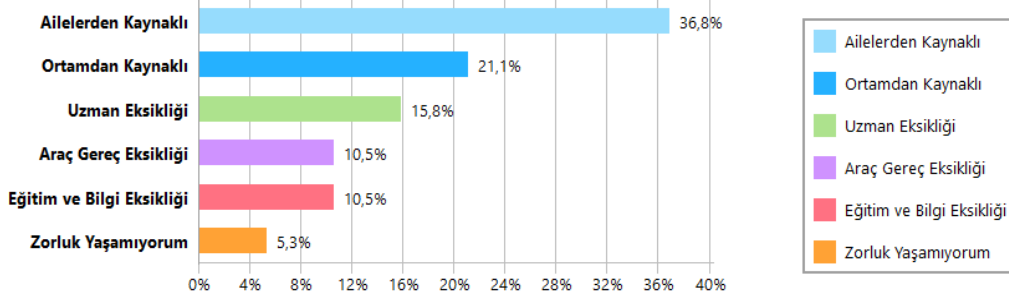
Kullanılan Araçlar: Tüm katılımcılar kullandıkları araç gereçlerden bahsetmişler buna göre katılımcıların tümü ($n = 8$) davranışsal yönerge ve gözleme dayalı gelişimsel tarama sürecini yürüttüklerini bildirmişlerdir. Örneğin; “...gelişim nasıl hareketleri nasıl ondan sonra çocuğu konuşturuyoruz, konuşabiliyor mu? Kendini güzel şekilde ifade edebiliyor mu?...(K2)”, “...6 ayda bir sorular soruyoruz ama sadece soruyla da olmuyor zaten gözlem yapıyorsunuz...(K3)”, “...okuma yazma bilmeyen çocuklar için kartlarımız var gösterdiğimiz kartın aynısını göstermesini istiyoruz...(K4)”, “...bize verilen performans skalasına göre yapıyoruz...(K6)”, “...aile hikayesini alıyoruz...(K7)” şeklinde ifadeler kullanmışlardır.

Tablo 5

Tema 5: İş Birliği



Tema 6: Zorluklar ve Çözüm Önerileri



Katılımcılara çalışma altını (Gelişimsel tarama sürecinde iş birliği yaptığınız kişiler var mı? Eğer varsa, bu kişilerle iş birliğini sürecini nasıl gerçekleştirdiğinizi açıklar mısınız? Sondaj: Gelişimsel tarama sürecinde iş birliği konusunda size kolaylık sağlayan araç-gereçler varsa bunlardan bahsedebilir misiniz?) sorulmuş, katılımcıların verdiği yanıtların frekanslarına göre tema içinde yüzdeleri dağılımı Şekil 5’de görülen 3 kod “İş birliği” temasını oluşturmuştur. Katılımcılara yedinci görüşme sorusu (Kendinizi ve meslektaşlarınızı düşündüğünüzde, gelişimsel tarama sürecinde karşılaştığınız zorluklar var mı? Varsa açıklar mısınız? Sondaj: Bu zorluklara ilişkin çözüm önerilerinizi paylaşır mısınız?) sorulmuş katılımcıların verdikleri yanıtların frekansları tema içindeki yüzdeleri göre tablo 5’de 6 kod “Zorluklar ve Çözüm Önerileri” temasını oluşturmuştur.

İş Birliği: Katılımcılar gelişimsel tarama sürecinde özellikle doktorlarla ve diğer sağlık disiplinlerinden meslek elemanlarıyla iş birliği içerisinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Tüm katılımcılar (aile hekimleri dahil) doktorlarla iş birliği kurduklarını örneğin; “...çocukta bir problem gördüğüm zaman dediğim gibi ben genelde sosyal pediatriye göndermeyi tercih ediyorum...(K8)”, “...bir sıkıntı varsa göğüs hekimine yönlendiriyoruz oradan bize cevap geliyor...(K7)” şeklinde ifade etmişler, diğer sağlık personelleri ilk olarak aile hekimleriyle birlikte çalıştıklarını örneğin; “...doktor var başkada kimse yok bir problem gördüysem doktoruma yönlendiriyorum o da kontrol ediyor...(K2)” olarak ifade etmişlerdir.

Kurumlararası işbirliğinde; “İl Sağlık Müdürlüğü yeni doğanlar için yapılması gereken taramaları kontrol ediyor, İl Sağlık Müdürlüğü, hastaneler ve biz görevimizi biliyoruz ve aramızda iş birliği var...(K1)”, “biz hastaneye yönlendirme yapıyoruz onlarda gerekirse ikinci üçüncü basamağa sevklerini yapıyorlar...(K3)”, “...üst katta müdürlüğe bağlı ama yakın ikinci katta olduğu için biz yönlendirebiliyoruz orda psikoloğumuz var...(K4)” şeklinde ifade etmişlerdir.

Katılımcıların altısı ($n = 6$, %75) gelişimsel tarama sürecinde ailelerle iş birliği içerisinde olduklarını söylemişlerdir. Örneğin; “...aileler herhangi bir sıkıntı çıkarmıyorlar, geliyorlar, söylediklerimizi aynen uyguluyorlar...(K2)”, “...Çok iç içeyiz ebeveynlerle hele ki yeni doğanda 4 aylık süreç içinde gerçekten yakın temastayız, süreçte takipteyiz, haberleşiyoruz hep, özel telefonlarla görüşüyoruz...(K4)”, diyerek yanıtlamışlardır.

TARTIŞMA

Çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel tarama sürecine yönelik deneyimleri incelendiğinde toplamda altı tema(sürece yönelik görüşler ve yapılanlar, kullanılan

araçlar, zorluklar ve çözüm önerileri, işbirliği, taramanın önemi ve mesleki eğitim) ve bu temalara ait 34 kod belirlenmiştir.

Çalışmada ‘Taramanın Önemi’ teması altında erken tanı tedavi ve diğer riskleri önleme olarak kodlar belirlenmiştir. Gelişimsel taramanın önemine ilişkin bir katılımcı haricinde tüm katılımcılar erken tanı ve tedavi kelimesini kullanmışlar, üç katılımcı haricinde erken tanı ve tedaviye ek olarak oluşabilecek maddi ve diğer riskleri önleme işlevinden bahsederek gelişimsel taramanın önemini vurgulamışlardır. Sağlık çalışanlarının konunun önemini farkında olmasının uygulamalar adına önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada ‘sürece yönelik görüşler ve yapılanlar’ teması altında yasal zorunluluk, kısa sürmesi, görme taraması, kalça çıkıklığı, doğumdan 5 yaşına kadar, otizm spektrum bozuklukları, işitme taraması, büyüme takibi, kan değerleri ölçümü, baş çevresi ölçümü olarak kodlar belirlenmiştir. Tüm katılımcılar gelişimsel tarama sürecinde yaptıklarına ilişkin frekans yüzdesi en sık olarak görme taramasından bahsetmiş, diğer taramalarda kodlar içerisinde yer almıştır. Gelişimsel Tarama Sürecinde Kullanılan Araçlara Yönelik olarak ‘Kullanılan Araçlar’ teması altında Davranışsal gözlem, LEA Sembol testi, oftalmoskop, kırmızı refle testi, kalça ultrasonu, topuk kanı kağıdı, Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Testi, araç gereç yok, araç gereç yetersiz olarak kodlar bulunmuştur. Çalışmanın verilerinde özellikle göze çarpan yasal zorunluluk, fiziki değerlendirmeler ve fiziki semptomlara yönelik araç gereçlerin kullanıyor olmasıdır. Oftalmoskop, topuk kanı kağıdı bir ölçüm aracı olmamasına rağmen kodlarda belirtilmiştir. Ayrıca çocukların erken tanısına götüreceği diğer testlerin kodlarda yer almadığı da bulunmuştur. Benzer olarak Türkiye’de Carman vd. (2017)’nin aile hekimi ve aile hekimi uzmanlık eğitimlerine devam edenlerle yapmış oldukları çalışmada; hekimlerin %76,2’sinin çocukların gelişimsel taramasını sadece fiziki muayene yaparak gerçekleştirdiklerini ve sadece %5,9’unun gelişimsel tarama testi yaptığını; hekimlerin %51,4’ünün bilgi eksikliğinden dolayı gelişimsel tarama testi yapmadıklarını ifade ettiklerini belirtmişlerdir (23). Demirci Kartal (2012) ise çalışmasında; bir çocuğun gelişimi değerlendirilirken hiçbir araç kullanmadan gelişim yetersizliklerinin tespit oranının %30, bir araç kullanarak gelişim yetersizliklerinin belirleme oranının %70-%80 olduğunu belirtilmiştir (17). Benzer şekilde Gözün Kahraman vd., (2016), 0-36 ay döneminde BBSH’ni sunan birimlerin standart bir gelişimsel tarama modeli kullanmalarının önemini vurgulamışlardır (24). Keskin (2021)’in birinci basamak sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada gelişimsel taramanın önemine ve ülkelerin geleceğe yatırımı olduğuna değinilmekte ve standart protokollerin etkili bir şekilde kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (25). Demirci ve Kartal (2012), gelişimsel taramanın önemine dikkat çeken çalışmalarında BBSH sunan birimlerde kısa uygulanan ve standardize edilmiş araçlardan Erken Gelişim Evreleri Envanteri (Ages and Stages Questionnaire-ASQ) ve Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR)’nin etkili bir şekilde kullanılması gerektiğini vurgulamışlardır (17). Türkiye’de Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri’nde büyüme takibi, işitme taraması, göz taraması gibi fiziksel taramalar zorunlu olarak yapılması gereklidir (4). Çalışmada da yasal zorunluluk bir kod olarak belirlenmiştir. Ancak protokolde yer almasına rağmen gelişimsel tarama testi/GİDR zorunlu olarak yapılmamakta ve yapılabilmesi içinde özel bir eğitim alınması gerektiği protokolde belirtilmektedir. Çalışma sonucu da

bunu doğrular nitelikte olup yapılan uygulamalar için tarama araçlarının kullanıldığı özellikle zorunlu olan fiziksel tarama testlerinin yapıldığı ancak davranışsal tarama testlerinde gözleme dayalı bir uygulamanın yapıldığı belirlenmiştir. Bu sebeple gelişimsel tarama ve davranışsal değerlendirmelerde bir araç kullanılarak ve zorunlu şekilde yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada ‘İş Birliği’ teması altında meslekler arası, kurumlar arası ve ailelerle işbirliği kodları tespit edilmiştir. Katılımcılar doktor, psikolog, diyetisyen gibi meslekler arası; İl Sağlık Müdürlüğü, hastaneler gibi kurumlar arası; sürekli ailelerle iletişim halinde olmaları sebebi ile de ailelerle işbirliği içerisinde olduklarını belirtmişlerdir. Erken müdahalelerin ekip anlayışı ile yürütülmesine ilişkin çalışmalarda; farklı disiplinler, farklı ortamlar, farklı örneklemelere yönelik farklı müdahalelerin yapılması çocuk ve ebeveynlerinin hizmetlere erişiminde işbirliğine dayalı profesyonel ekiplere olan ihtiyacın olduğu belirtilmiştir (26,27). Erken müdahalede ebeveyn önemine vurgu yapan ebeveyn merkezli müdahalelerin etkililiğine çeşitli yönlerden dikkat çeken araştırmalar olmasına rağmen (28-30), tek başına ebeveyn erken müdahale ihtiyaçlarını belirlemede yetersiz kalacağı (31), ailenin erken müdahale sürecini yürütemeyeceği, işbirliğine dayalı uzman bir ekip tarafından yönlendirilmediğinde müdahalelerden etkili bir sonuç alınamayacağı ve ailelerin hizmetlere erişemeyeceği belirtilmektedir (32,33). Bu doğrultuda birçok araştırmacı erken müdahale hizmetlerinin belirlenmesi ve sunulmasında farklı disiplinlerden meslek elemanlarının sorumluluklarının olduğu, iş birliği içerisinde çalışması gerektiğini, bu şekilde yapılan erken müdahale çalışmalarından çocuk ve ebeveynlerinin daha hızlı ve etkili sonuçlar aldığını vurgulamaktadır (34,35). Ayrıca ailenin erken müdahale sürecinde farklı disiplinlerden oluşan uzmanlar tarafından oluşturulmuş bir ekip tarafından desteklendiğinde erken müdahale sonuçlarının iyileştigiğine yönelik araştırma bulguları rapor eden Carr ve Lord (2016) ek olarak erken müdahale sürecinde kurumlar ve meslekler arası işbirliği, bağlantı ve paydaş olmaya dikkat çekmektedir (36). Erken müdahalede meslekler arası iş birliğinin önemine dikkat çeken araştırmacılara paralel olarak etkili sağlık hizmetlerinin sunulmasında mesleki iş birliğine vurgu yapan WHO, 2010 yılında yayınladığı raporunda eğitim ve sağlık iş birliği çıktılarının öneminden bahsetmektedir (37). Çalışmada işbirliği yapıldığı ancak bunun için oluşturulan bir ekip olmadığı ve Milli Eğitim ve Rehberlik Araştırma merkezleri ile işbirliği olmadığı gözlenmiştir. Literatür baz alındığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ile de işbirliği içerisinde çalışması gerektiği ve bir ekiple taramaların yürütülmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada ‘Mesleki Eğitim’ teması altında hizmet sırasında yetersiz, hizmet sırasında yeterli, okulda eğitim yeterli ve okulda eğitim yetersiz olarak kodlar belirlenmiştir. Katılımcıların %50’si hizmet sırasında, %50’si okulda olmak üzere tamamının gelişimsel taramaya ilişkin eğitim aldıkları, ancak %37,5’inin gelişimsel taramaya ilişkin hizmet sırasında eğitim aldıklarını ve özellikle bu eğitimlerin tüm aile sağlığı merkezinde çalışan personele toplu bir şekilde ve yüzeysel olarak verilmesinden dolayı yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Literatürde BBHS’ de aile hekimleri dışında çalışan sağlık personeli ile yapılan çalışma bulunmamasına rağmen aile hekimleri ile yapılan çalışmalarda, aile hekimlerinin sağlam çocuk izlemleri konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve sağlam çocuk izlemi ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının olduğu ortaya konulmuştur (38,39). Carman ve ark. hekimlerin

%51,4'ü bilgi eksikliğinden dolayı gelişimsel tarama testi yapmadıklarını ifade etmiştir (23). Çalışma verileri ve literatür kapsamında sağlık çalışanların eğitiminin hem okul hem de hizmet içi eğitimlerde nitelikli ve yeterli hale getirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmada 'Zorluklar ve Çözüm Önerileri' teması altında ailelerden kaynaklı, ortamdaki kaynaklı, uzman eksikliği, araç gereç eksikliği, eğitim ve bilgi eksikliği ve zorluk yaşamıyorum kodları olarak tespit edilmiştir. Garg et. al. (2018) tanılama araçları kullanılarak yapılan bir çalışmada doktor ve hemşireler için zaman, araç farkındalığı, bilgi ve sevk yolları ve hizmetleri ile ilgili sorun yaşadığı, gelişimsel tarama araçları konusunda farkındalıklarının olmadığı ve daha fazla eğitim ihtiyacının olduğu sonucuna varılmıştır (13). Carbone vd., (2020) çalışmada aile hekimlerinin daha fazla tarama yapmaya teşvik edilmesi, sağlık sistemi düzeyinde uygulamanın sağlanması için kaynak ihtiyacının karşılanması, tarama araçlarının aslına uygun kullanılması, risk altında olan çocukların derhal sevk edilmesi, tanı koymadaki sağlayıcılara ulaşılabilirliğin artırılması önerilerinde bulunmuşlardır (40). Çalışmada da zorlukların ortadan kaldırılmasının tarama sürecinin daha sağlıklı yürütülmesini sağlayabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin gelişimsel tarama sürecine yönelik deneyimleri incelenmesi amaçlanmış ve çalışma sonucunda toplamda altı tema (sürece yönelik görüşler ve yapılanlar, kullanılan araçlar, zorluklar ve çözüm önerileri, işbirliği, taramanın önemi ve mesleki eğitim) ve bu temalara ait 34 kod belirlenmiştir. Sürece yönelik görüşler, yapılanlar ve kullanılan araçlar temaları altında yasal zorunluluk, fiziki değerlendirmeler ve fiziki semptomlara yönelik araç gereçlerin kullanılıyor olduğu, erken tanıya yönelik davranışsal değerlendirme araçlarının kullanılmadığı bulunmuştur. Çalışmada 'İş Birliği' teması altında işbirliği yapıldığı ancak taramalar için bir ekip bulunmadığı ve MEB ile işbirliği olmadığı bulunmuştur. 'Mesleki Eğitim' ve 'Zorluklar ve Çözüm Önerileri' temaları altında eğitimin yeterli olmadığı ve taramalarla ilgili zorlukların bulunduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar doğrultusunda Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri içerisinde yer alan zorunlu taramalar dışında gelişimsel tarama testi/GİDR'nin zorunlu olarak yapılması için politikaların oluşturulması, eğitim, araç gereç gibi ihtiyaçların giderilmesi, işbirliği ile ilgili politikaların geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca çalışmada tespit edilen sorunlar üzerinden büyük bir örneklem ile nicel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Sınırlılıklar ve Güçlü Yönleri

Çalışmanın nitel bir çalışma olması ve küçük bir grup ile çalışılmış olması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Ancak literatürde konuya ilişkin çalışmaların kısıtlı olması ve sorunların tespitini sağlaması sebebi ile literatüre katkı sağlayacağı ve yapılacak çalışmalar için öngörü oluşturacağı düşünüldüğü çalışmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. Richter LM, Tomlinson M, Watt K, Hunt X, Lindland EH. Early means early: understanding popular understandings of early childhood development in South Africa. *Early Years*. 2019; 39(3): 295-309. <https://doi.org/10.1080/09575146.2019.1613346>

2. TÜİK 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673>. erişim tarihi: 31.08.2023.
3. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. “Aile Temelli Ulusal Erken Müdahale Programı Geliştirme Çalışmayı Sonuç Raporu”. https://www.aile.gov.tr/media/84698/ulusal_erken_mudahale_programi_gelistirme_calistay_raporu.pdf Son erişim tarihi: 10 Şubat 2024
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. “Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri”, 2018. Son erişim tarihi:10 Şubat 2024.
5. Daelmans B, Manji SA, Raina N. Nurturing Care for Early Childhood Development: Global Perspective and Guidance. *Indian Pediatr.* 2011;15(58) 1:11-15.
6. Barger B, Benevides T, Rizk S, Rice C, Heiman H, Salmon A, Sanchez-Alvarez S. Race/Ethnic Inequities In Conjoint Monitoring And Screening For U.S. Children 3 and Under. *Disability and Health Journal.* 2022; 15(1): 101179.
7. Mazurek MO, Kuhlthau K, Parker RA, Chan J, Sohl K. ‘Autism and General Developmental Screening Practices Among Primary Care Providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.* 2021; 42(5): 355-362.
8. American Academy of Pediatric-AAP. “Support for Pediatric Clinicians Conducting Developmental Surveillance, Screening, Referral, and Follow-up”. https://downloads.aap.org/AAP/PDF/LTSAE_Chapter_Resource_Guide.pdf Son erişim tarihi:15 Aralık 2023.
9. Centers for Disease Control and Prevention -CDC.“ AAP Recommends Developmental Surveillance. CDC Has FREE Resources to Help”. https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/hcp_pdfs/CDC-LTSAE-HCP-Primer_Dig-508.pdf Son erişim tarihi: 10 Şubat 2024.
10. Lipkin PH, Macias MM. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children with Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics.* 2020;145(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>
11. Riley BRW, de Sam Lazaro SL. Health policy perspectives—role of occupational therapy in pediatric primary care: promoting childhood development. *American Journal of Occupational Therapy.* 2021;75.
12. Zubler JM, Wiggins LD, Macias MM, Whitaker TM, Shaw JS, Squires JK et al. Evidence-informed milestones for developmental surveillance tools. *Pediatrics.* 2022; 149(3): 1–29. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052138>
13. Garg P, Ha MT, Eastwood J, Harvey S, Woolfenden S, Murphy E, et al. Health Professional Perceptions Regarding Screening Tools for Developmental Surveillance For Children in a Multicultural Part of Sydney, Australia. *BMC Family Practice.* 2018;19(1): 42.
14. Vitrikas K, Savard D, Bucaj M. Developmental Delay: When And How To Screen. *American Family Physician.* 2017; 96(1): 36–43.

15. Derdiyok ZS, Gözün-Kahraman Ö. Erken müdahalede pediatristlerin rolü: Uygulamalar, zorluklar ve öneriler. *Asya Studies*. 2023; 7 (24): 311-328. <https://doi.org/10.31455/asya.1275678>.
16. Guralnick MJ. Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants & Young Children*. 2011; 24(1): 6-28.
17. Demirci A, Kartal M. Çocukluk dönemine ait önemli bir sorun: Gelişme geriliği ve erken tanının önemi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2012; 3(4): 1-6.
18. Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayınları
19. Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2013.
20. Braun V, Clarke V. Psikolojide Tematik Analizin Kullanımı. *ENAD*. 2019 Apr 30;7(2):1-26.
21. Merriam SB. *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. John Wiley & Sons Inc., New York, 2013.
22. Arastaman G, Öztürk Fidan İ, Fidan T. Nitel Araştırmada Geçerlik ve Güvenirlik: Kuramsal Bir İnceleme. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2018; 1;15(1):37-75.
23. Carman KB, Kayhan M, Bilge U, Dinleyici M, Balcıoğlu H, Yarar C ve ark. Aile hekimlerinin gelişimsel tarama testleri hakkındaki bilgi düzeylerinin ve uygulama alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2017; 39(3): 44-48.
24. Gözün Kahraman Ö, Ceylan Ş, Korkmaz E. 0-3 yaş arası çocukların gelişimsel değerlendirmelerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2016;9(2):60-9.
25. Keskin AD. Birinci basamak sağlık kurumlarında gelişimsel tarama: Geleceğe yapılan bir yatırım mı?. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2021; 30(2): 126-135. <https://doi.org/10.17942/sted.873840>
26. Bruder MB, Catalino T, Chiarello LA, Mitchell M, Deppe J, Gundler D, et al. Finding a Common Lens: Competencies Across Professional Disciplines Providing Early Childhood Intervention. *Infants & Young Children*. 2019; 32(4):p 280-293, DOI: 10.1097/IYC.000000000000153
27. Johnson JJ, Rahn NL, Bricker D. *An activity-based approach to early intervention*. Paul H Brookes Publishing, 2015.
28. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*. 2021; 18(5).
29. Muthukaruppan SS, Cameron C, Campbell Z, Krishna D, Moineddin R, Bharathwaj A, et al. Impact of a Family-Centred Early Intervention Programme in South India on Caregivers of Children With Developmental Delays. *Disability and Rehabilitation*. 2022; 44(11): 2410–2419.

30. Orum Çattık E, Yetkin A, Diken İ. Parent-Implemented Interventions in Autism Spectrum Disorder in Early Childhood. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi-Ankara University Faculty Of Educational Sciences Journal Of Special Education. 2020; 21(3).
31. Magnusson D, Palta M, McManus B, Benedict RE, Durkin MS. Capturing Unmet Therapy Need Among Young Children with Developmental Delay Using National Survey Data. *Academic Pediatrics*, 2016; 16(2): 145–153.
32. McCafferty P, McCutcheon J. Parenting a Child with Autism: Considering the Stresses, Supports and Implications for Social Work Practice. *Child Care in Practice*. 2021; 27(4): 389-405.
33. Sapiets SJ, Hastings RP, Stanford C, Totsika V. Families' access to early intervention and supports for children with developmental disabilities. *Journal of Early Intervention*. 2023; 45(2): 103-121.
34. Äikäs A, Pesonen H, Heiskanen N, Aavikko L, Viljamaa E. Approaches to collaboration and support in early childhood education and care in Finland: Professionals' narratives. *European Journal of Special Needs Education*. 2023; 38(4): 528–542. DOI: 10.1080/08856257.2022.2127081.
35. Sheppard ME, Moran K, The Role of Early Care Providers in Early Intervention and Early Childhood Special Education Systems. *Early Childhood Education Journal*. 2022; 50(2) DOI: 10.1007/s10643-021-01225-x
36. Carr TM, Lord C. A pilot study promoting participation of families with limited resources in early autism intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2016; 25: 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.02.003>
37. The World Health Report 2010, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021> 2010, Son erişim tarihi: 10 Şubat 2024.
38. Yılmaz M, Şahin MK. Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlam Çocuk İzlemi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *OTSDB*. Haziran 2021;6(2):216-223. doi:10.26453/otjhs.845731
39. Karabekiroğlu B, Kuş C, Gümüştakım RŞ. Aile Hekimlerinin Sağlam Çocuk İzlemleri Konusundaki Bilgi Düzey ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *J Curr Pediatr*. 2022; 20(2):155-167. doi:10.4274/jcp.2022.42243.
40. Carbone PS, Campbell K, Wilkes J, Stoddard GJ, Huynh K, Young PC, et al. Primary care autism screening and later autism diagnosis. *Pediatrics*. 2020; 146(2).