

**TC**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI**

**ANKARA'DA GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜ ALTINDA YAŞAYAN 18-72 AY**  
**ARASI SURİYELİ ÇOCUKLARIN GELİŞİM DÜZEYİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Meltem TUĞÇE AYAS**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA-2019**

**TC  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI**

**ANKARA'DA GEÇİCİ KORUMA STATÜSÜ ALTINDA YAŞAYAN 18-72 AY  
ARASI SURİYELİ ÇOCUKLARIN GELİŞİM DÜZEYİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Meltem TUĞÇE AYAS**

**UZMANLIK TEZİ**

**Olarak Hazırlanmıştır**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Elif N. ÖZMERT**

**ANKARA-2019**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında değerli bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve destek olan, gerek iş disiplini gerekse kişilik özellikleri nedeniyle kendime örnek aldığım, danışman hocam olmasından gurur duyduğum ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum için şanslı hissettiğim, çok değerli Prof. Dr. Elif Nursel Özmert'e ve uzmanlık sürecimi tamamlayabilmem için bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Mustafa Cankurtaran'a, tezin yazım aşamasında her türlü desteğiyle yanımda olduğunu hep hissettiğim, çok sevgili Uzm. Dr. Duygu Ayhan Başer'e tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

Tezimin biyoistatistik çalışmalarında yoğun iş temposuna rağmen nezaketini esirgmeden yardımcı olan çok değerli Prof. Dr. Erdem Karabulut'a, tezin veri toplama aşamasında desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen Yenimahalle 2 Nolu Göçmen Sağlığı Merkezi ve İsmail Ulucan Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan sevgili meslektaşlarım ve hemşire arkadaşlarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Desteğini her zaman hissettiğim, bana yol gösteren, öncesinde hocam sonrasında da ailesinin bir parçası olmaktan gurur duyduğum, kendime örnek aldığım çok sevgili Prof. Dr. Serdal Güngör'e çok teşekkür ederim.

Maddi, manevi hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili annem Birsen Direk, babam Nihat Direk, ablam Melike Direk ve bu stresli dönemde fedakarlığını, yardımlarını ve sevgisini esirgemeyen eşim Çağdaş Emre Ayas'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Meltem Tuğçe Ayas**

## ÖZET

**Meltem TUĞÇE AYAS, Ankara’da Geçici Koruma Statüsü Altında Yaşayan 18-72 Ay Arası Suriyeli Çocukların Gelişim Düzeyinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2019.** Mart 2011’de başlayan rejim karşıtı gösterilerin ardından Suriye’de yaşanan gelişmeler dünyanın en büyük insani krizlerinden birisini yaratmıştır. Birleşmiş Milletler Yüksek Kurulu, mülteci ve yeniden yerleştirme deneyimlerinin bilişsel, sosyal, duygusal ve fiziksel olarak çocuk gelişiminin kritik aşamalarını etkileyebileceğini bildirmektedir. Sığınmacı çocuklarda gelişimsel gecikmenin prevalansı veya bu grupta tespit veya taramaya optimal yaklaşım hakkında yeterli literatür bilgisi yoktur. Sığınmacı çocuklardaki gelişimsel gecikmeler aileler tarafından değerlendirilemeyebilir ve tanı aldığı zaman da kültürel engeller nedeniyle müdahaleler gecikebilir ve bunun sonucunda da hayatın ilerleyen dönemlerini de etkileyecek akademik ve psikososyal açıdan olumsuz sonuçlar doğabilir. Bu araştırmada Suriye krizinin, en savunmasız ve hassas grup olan çocukları yeniden yerleştirilme sonrası gelişimsel açıdan ne düzeyde etkilendiğini, gelişimsel sorunlara yol açacak sorunların tanımlanması, gelişimsel gecikmelerin daha çok hangi alanlarda olduğunu tanımlamayı, böylece daha fazla prognostik bilgi sağlamayı, önlenebilir risk faktörlerinin erken tanısı ile sağlıklı bireylerin toplumdaki oranının artırılması, yapılacak daha sonraki çalışmalara literatür düzeyinde katkı sağlanması ve gerekli olan özel ve en uygun erken çocukluk müdahalelerinin hemen başlatılmasını sağlamak amaçlanmıştır. Bu araştırmaya 1 Kasım 2018 – 1 Mart 2019 tarihleri arasında Yenimahalle Toplum Sağlık Merkezi 2 Nolu Göçmen Sağlığı Birimi’ne birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvuran 18-72 ay arası 60 Suriyeli sığınmacı çocuk dahil edildi. Kontrol grubuna ise aynı binada bulunan, İsmail Ulucan Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran 18-72 ay arası 60 Türk çocuk dahil edildi. Gelişimsel değerlendirmeler, araştırmacı tarafından Denver II Gelişimsel Tarama Testi ile yapıldı. Suriyeli çocuklarda gelişimsel gecikmelerin sık olduğu, Türk çocuklara göre de daha fazla olduğu tespit edildi. Türk çocukların yaşına göre %82,1’inin normal, %10,7’sinin şüpheli, %7,1’inin anormal olduğu; çalışma grubunda ise yaşına göre %22,2 olgunun normal, %33,3 olgunun şüpheli, %44,4 olgunun anormal olduğu gözlemlendi. Aradaki

fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0.05$ ). Çoklu lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde sığınmacı olmanın tek başına gelişimsel gecikme için önemli bir risk faktörü olduğu, DGTT II alt alanlarına bakıldığında ise aylık gelir durumunun yüksek olmasının *kişisel-sosyal* alanda uyarı-gecikme olma riskini azalttığı, sığınmacı olma durumunun ve düşük doğum ağırlığına sahip olmanın *ince-motor* ve *kaba-motor* alanda uyarı-gecikme olma riskini arttırdığı, sığınmacı olma durumunun ve akraba evliliğinin *dil* alanında uyarı-gecikme olma riskini arttırdığı bulundu. Sonuç olarak bu araştırmada, sığınmacı olmanın gelişimsel gecikme için önemli bir risk faktörü olduğu görüldü ve bu yüksek riskli çocuklarda gelişimsel tarama ve izlem çalışmalarının yanı sıra erken müdahale programlarının önemi vurgulandı.

**Anahtar Kelimeler:** Sığınmacı, mülteci, savaş, çocuk gelişimi, gelişimsel gecikme.

## ABSTRACT

**Meltem TUĞÇE AYAS, Evaluation of the Level of Development of Syrian Children Between 18-72 Months Living Under Temporary Protection Status in Ankara, Hacettepe University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, Thesis, Ankara, 2019.** The developments in Syria following the anti-regime demonstrations that started in March 2011 created one of the world's greatest humanitarian crises. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) reports that refugee and resettlement experiences can influence the critical stages of intellectual, social, emotional and physical child development. There is lack of sufficient information about the prevalence of developmental delay in asylum-seeker children as well as the optimal approach to detection or screening in this group. Developmental delays in asylum-seekers may not be recognized by families, and when diagnosed, interventions may be delayed due to cultural barriers, resulting in negative academic and psychosocial consequences that may also affect later life. In this study, it was aimed to describe the impact of the Syrian crisis on the developmental aspects of the most vulnerable group children after resettlement, problems that will lead to developmental problems, areas in which developmental delays are more likely. So providing more prognostic information, increasing the proportion of healthy individuals in the society with early diagnosis of preventable risk factors, contributing to further studies at the literature level and to ensure the immediate and appropriate early childhood interventions required. Syrian refugee children (n=60) between the ages of 18-72 months who admitted to Yenimahalle Community Health Center Immigrant Health Unit to receive primary health care services between 1 November 2018- 1 March 2019 were included in this study. The control group included 60 Turkish children between 18-72 months who admitted to İsmail Ulucan Family Health Center which is in the same building. Developmental assessments were made by the researcher using the Denver II Developmental Screening Test. Developmental delays were frequent in Syrian children compared to Turkish children. The DDST-II were normal in 82.1%, suspicious in 10.7% and abnormal in 7.1% of Turkish children; in the study group, 22.2% of the patients were found to be normal, 33.3% were suspicious and 44.4% were abnormal. The differences were statistically significant ( $p<0.05$ ).

When analyzed by multiple logistic regression analysis, being an asylum seeker was found to be an important risk factor for developmental delay alone, and when the DGTT II subfields are examined, it was seen that high monthly income reduces the risk of caution-delay in personal-social area. It was found that increased risk of caution-delay in fine-motor and gross-motor area, asylum-seeker status and consanguinity increased the risk of caution -delay in the language area. In conclusion, this study showed that being an asylum seeker was the most important risk factor for developmental delay. We emphasized the importance of surveillance and screening development in these high risk children as well as early intervention service.

**Keywords:** Refugee, war, child, child development, developmental delay.

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
KISALTMALAR .....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xv
TABLolar .....	xvi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 GÖÇ TERMINOLOJİSİ .....	6
2.2 TÜRKİYE’DEKİ SİĞİNMACILARIN GENEL DURUMU .....	10
2.2.1Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Türkiye’deki Dağılımı .....	11
2.2.2Geçici Barınma Merkezlerinde Yaşayan Suriyelilerin Sayısı:.....	12
2.2.3Suriyelilerin Türk Nüfusa Oranı: .....	12
2.2.4Türk Vatandaşlığı Verilen Suriyeli Sayısı .....	13
2.2.5Türkiye’deki Suriyelilerin Suriye’den Ayrılma Koşulları: .....	13
2.3 Türkiye’deki Suriyelilerin Demografik Özellikleri: .....	14
2.3.1Cinsiyet ve Yaş.....	14
2.3.2Eğitim Durumu ve Meslek Profili: .....	15
2.3.3Suriye’de ve Türkiye’de Hane Halkı Geliri ve Çalışma Durumu ...	17
2.3.4Suriye’deki İç Savaşta Ölen veya Yaralanan Aile Üyeleri .....	17
2.3.5Türkiye’deki Konut Koşulları: .....	18
2.3.6Hanede Su ve Temizlik Maddelerine Erişim .....	18
2.3.7Beslenme: .....	19



2.3.8	Eğitim Durumu: .....	20
2.4	Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları.....	22
2.4.1	Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmalarının Önündeki Engeller .....	24
2.4.2	Türkiye'deki Suriyelilerin Aşılama Durumları: .....	25
2.5	Sığınmacılarda Görülen Yaygın Sağlık Sorunları .....	28
2.6	Çocuklarda Görülen Sağlık Sorunları: .....	30
2.6.1	Beslenme Sorunları .....	32
2.6.2	Enfeksiyon Hastalıkları .....	33
2.6.3	Gelişimsel Sorunlar .....	35
2.6.4	Akıl Sağlığı Sorunları.....	37
2.6.5	Kültüre Uyum .....	43
2.6.6	Türkiye'deki Suriyelilerin Psikososyal Destek Gereksinimi .....	45
2.7	Çocuk Gelişimi.....	46
2.7.1	Gelişimsel Risk Faktörleri .....	55
2.7.1.1	Biyolojik Risk Faktörleri: .....	55
2.7.1.1.1	Beslenme: .....	55
2.7.1.1.2	İyot eksikliği .....	57
2.7.1.1.3	Demir Eksikliği.....	58
2.7.1.1.4	Diğer beslenme faktörleri.....	59
2.7.1.2	Bulaşıcı hastalıklar: .....	61
2.7.1.3	Çevresel Maruziyet.....	61
2.7.1.4	Sosyo-kültürel Risk Faktörleri: .....	63
2.7.1.5	Psikososyal Risk Faktörleri .....	65
2.7.1.5.1	Ebeveynlere Ait Risk Faktörleri: .....	65
2.7.1.5.2	Şiddete Maruz Kalma .....	66

2.7.2 Gelişimin Değerlendirilmesi:.....	67
2.7.3 Doğum Sonrası Gelişim Basamakları: .....	70
2.7.4 Türkiye’de Yaygın Olarak Kullanılan Gelişim Testleri .....	74
2.7.4.1 Denver Gelişimsel Tarama Testi II (DGTT II):.....	74
2.7.4.2 Bayley Bebek ve Küçük Çocuklar İçin Gelişim Ölçeği .....	75
2.7.4.3 Vineland Uyum Davranış Ölçeği .....	76
2.7.4.4 Ankara Gelişim Tarama Envanteri .....	77
2.7.4.5 Erken Gelişim Evreleri (EGE).....	77
2.7.4.6 Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı (GEÇDA).....	78
2.7.5 Aile Hekimliği Sisteminde Çocuk Gelişimi Takibinin Önemi: .....	79
<b>3. GEREÇ-YÖNTEM .....</b>	<b>83</b>
3.1 Çalışmanın Dizaynı: .....	83
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	83
3.3 Yöntem:.....	84
3.3.1 Denver II Gelişimsel Tarama Testi (DGTT II): .....	85
3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi:.....	87
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>88</b>
4.1 Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	88
4.2 Çalışma Grubunun Savaş ve Göç ile İlişkili Tanımlayıcı Özellikleri: .....	90
4.3 Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Özellikleri.....	91
4.4 Çalışma ve Kontrol Grubunun Natal Özellikleri.....	94
4.5 Çalışma ve Kontrol Grubunun Erken Çocukluk Dönemi Özellikleri .....	96
4.6 Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Vücut Ağırlığı, Boy ve Baş Çevresi Persentil Değerleri.....	98
4.7 Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Öykü ile Öğrenilen Gelişim Basamakları.....	99

4.8 Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların Denver II Gelişimsel Tarama Test Sonuçları .....	99
4.9 Çalışma ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi.....	102
4.10 Çalışma Grubunun Savaş ve Göç ile İlişkili Özelliklerin Denver II Gelişimsel Tarama Sonuçlarıyla İlişkisi .....	104
4.11 Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Değişkenlerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi .....	105
4.12 Çalışma ve Kontrol Grubunun Natal Özelliklerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi .....	107
4.13 Çalışma ve Kontrol Grubunun Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi .....	108
4.14 Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Vücut Ağırlığı, Boy ve Baş Çevresi Persentil Değerlerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi.....	110
4.15 Lojistik Regresyon Analizi ile DGTT II Sonuçlarını Etkileyen Risk ve Koruyucu Faktörlerin Değerlendirilmesi .....	110
5. TARTIŞMA .....	112
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	132
6.1 Grupların Sosyodemografik, Prenatal, Natal ve Erken Çocukluk Dönemi Değişkenleri ile İlgili Sonuçlar ve Öneriler .....	132
6.2 Grupların Denver II Gelişimsel Tarama Testi ve Değişkenlerin DGTT II Sonuçlarına Etki Analizi ve Regresyon Analizi Sonuçları ve Öneriler..	135
7. KAYNAKLAR .....	137
8. EKLER164	
EK 1. ETİK KURUL KARARI .....	
EK 2. ARAŞTIRMA İZİNİ .....	
EK 3. ARAŞTIRMA İZİNİ .....	

<b>EK 4. Anket Formu (Vaka grubu) .....</b>	
<b>EK 5. Anket Formu (Kontrol Grubu).....</b>	
<b>EK 6. DENVER II GELİŞİMSEL TARAMA TESTİ.....</b>	

**KISALTMALAR**

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ABÖ</b>	: Afrika Birliği Örgütü
<b>ADST</b>	: Australian Developmental Screening Test
<b>AFAD</b>	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
<b>AGTE</b>	: Ankara Gelişim Tarama Envanteri
<b>AIDS</b>	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>APA</b>	: Amerikan Pediatri Akademisi
<b>ASQ</b>	: Ages And Stages Questionnaire
<b>BMMYK</b>	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Kurulu
<b>BOMYT</b>	: Bruininks-Oseretsky Motor Yeterlik Testi
<b>CBCL</b>	: Child Behavior Checklist
<b>CL</b>	: Cutaneous Leishmaniasis
<b>C/S</b>	: Sezaryen
<b>ÇİHDB</b>	: Çocuklar İçin Hareket Değerlendirme Bataryası
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DGTT II</b>	: Denver Gelişimsel Tarama Testi II
<b>DHA</b>	: Dokosaheksaenoik Asit
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EEG</b>	: Elektroensefalografi
<b>GEÇDA</b>	: Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı
<b>GGSM</b>	: Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi

<b>GİDR</b>	: Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi
<b>GİGM</b>	: Göç İdaresi Genel Müdürlüğü
<b>HAV</b>	: Hepatit A Virüsü
<b>HBV</b>	: Hepatit B Virüsü
<b>HCV</b>	: Hepatit C Virüsü
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>IQ</b>	: Intelligence Quotient
<b>KSE</b>	: Kısa Semptom Envanteri
<b>MDB</b>	: Major Depresif Bozukluk
<b>MEB</b>	: Milli Eğitim Müdürlüğü
<b>MPI</b>	: Migration Policy İnstitut
<b>OSB</b>	: Otizm Spektrum Bozukluğu
<b>PEDS</b>	: Parents Evaluation Of Developmental Status
<b>PUFA</b>	: Polyunsaturated Fatty Acids
<b>SD</b>	: Standard Deviation
<b>TBC</b>	: Tüberküloz
<b>T.C.</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TL</b>	: Türk Lirası
<b>TMPD</b>	: Türk Milli Pediatri Derneği
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>UNESCO</b>	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
<b>UNICEF</b>	: United Nations International Children's Emergency Fund

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 Türkiye’deki Sığınmacıların Nüfus Dağılımı .....	10
Şekil 2.2 Bronfenbrenner’in Ekolojik Sistemler Kuramı.....	51
Şekil 2.3 Çocukların gelişim potansiyellerine ulaşmaları için gerekli olan nurturing care faktörleri .....	52
Şekil 2.4 Yoksulluk, bodurluk, çocuk gelişimi ve okul başarısı arasındaki ilişki hipotezi.....	64
Şekil 3.1 Çalışmanın Akış Şeması .....	85
Şekil 4.1 Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların İlk DGTT II Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	100
Şekil 4.2 Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların İkinci DGTT II Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	101

## TABLOLAR

<b>Tablo 2.1</b> Türkiye’deki Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı .....	<b>11</b>
<b>Tablo 2.2</b> Geçici Barınma Merkezlerinde Yaşayan Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı .....	<b>12</b>
<b>Tablo 2.3</b> Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyet Dağılımı.....	<b>15</b>
<b>Tablo 2.4</b> Zorla Yerinden Edilen Çocuklarda Akıl Sağlığı Sorunları İçin Risk Faktörleri .....	<b>39</b>
<b>Tablo 2.5</b> Gelişen beyni etkileyen bazı çevresel faktörler .....	<b>49</b>
<b>Tablo 2.6</b> Gelişimsel Gecikmelerin Değerlendirilmesi .....	<b>80</b>
<b>Tablo 4.1</b> Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	<b>89</b>
<b>Tablo 4.2</b> Çalışma Grubunun Savaş ve Göç ile İlişkili Tanımlayıcı Özellikleri.....	<b>91</b>
<b>Tablo 4.3</b> Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Özelliklerin Karşılaştırılması ....	<b>93</b>
<b>Tablo 4.4</b> Çalışma ve Kontrol Grubunun Natal Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	<b>95</b>
<b>Tablo 4.5</b> Çalışma ve Kontrol Grubunun Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	<b>97</b>
<b>Tablo 4.6</b> Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Vücut Ağırlığı, Boy ve Baş Çevresi Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması.....	<b>98</b>
<b>Tablo 4.7</b> Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Öykü ile Öğrenilen Gelişim Basamaklarının Karşılaştırılması .....	<b>99</b>
<b>Tablo 4.8</b> Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların DGTT II* Gelişimsel Alanlarına Göre Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	<b>102</b>
<b>Tablo 4.9</b> Çalışma ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin DGTT II Sonuçlarıyla İlişkisi.....	<b>103</b>



<b>Tablo 4.10</b> Çalışma Grubuna Ait Savaş ve Göç ile İlişkili Özelliklerin DGTT II Sonuçlarıyla İlişkisi.....	<b>104</b>
<b>Tablo 4.11</b> Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Özelliklerinin DGTT II Sonuçlarıyla İlişkisi.....	<b>105</b>
<b>Tablo 4.12</b> Çalışma ve Kontrol Grubuna Ait Natal Değişkenlerin DGTT II Sonuçlarıyla İlişkisi.....	<b>107</b>
<b>Tablo 4.13</b> Çalışma ve Kontrol Grubuna Ait Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin DGTT II Sonuçlarıyla İlişkisi .....	<b>109</b>
<b>Tablo 4.14</b> Çalışma ve Kontrol Grubuna Ait Vücut Ağırlığı, Boy ve Baş Çevresi Persentil Değerlerinin DGTT II Sonuçlarıyla İlişkisi .....	<b>110</b>
<b>Tablo 4.15</b> Lojistik Regresyon Analizi İle Saptanan Gelişimsel Risk ve Koruyucu Faktörler .....	<b>111</b>

## 1. GİRİŞ

Tarih boyunca insanlar farklı nedenlerle göç etmişler ya da göç etmek zorunda kalmışlardır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) tarafından yayımlanan bir rapora göre; savaş, şiddet ve zulüm, dünya çapında şimdiye dek görülmediği kadar fazla sayıda insanın zorla yerinden edilmesine neden olmuş durumdadır (1). Mart 2011’de başlayan rejim karşıtı gösterilerin ardından Suriye’de yaşanan gelişmeler dünyanın en büyük insani krizlerinden birisini yaratmıştır. Nüfus bazında Suriye hala ülkede zorla yerinden edilmiş ya da mülteci olarak başka ülkelere kaçmış 12,6 milyon kişiyle (nüfusunun neredeyse üçte ikisi) dünya genelinde en yüksek nüfusa sahiptir. Türkiye coğrafi ve stratejik konumu sebebiyle tarih boyunca kitlesel sığınma hareketleri de dahil olmak üzere geniş anlamda göç hareketlerinin nihai durağı olmuş ve milyonlarca göçmene ev sahipliği yapmıştır. Türkiye 2017 yıl sonu itibariyle, sığınmacı nüfusunda %21’lik bir artışla, dünyanın en yüksek sayısını barındıran ülke olmaya devam etmektedir. Bu rakam, 2017 yılının başlarında 2,9 milyon iken, 2018 yılı itibariyle 3,5 milyona ulaşmıştır. Türkiye uluslararası hukuki sınırlar içinde Suriyeli sığınmacılara geçici koruma statüsü vererek, maruz kaldığı göç dalgası karşısında açık kapı politikası uygulayarak, koşulsuz kabul etmiştir (2).

Yaşanılan bu büyük insani krizin sonucunda mülteciler, güç yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, şiddet vb. pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır. Çocuklar zorla yerinden edilme ve insani acil durumlarda son derece savunmasızdır. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)'a göre, dünya genelinde 28 milyon çocuk şiddet ve çatışma nedeniyle zorla yerinden edilmiştir (3). Suriye çatışması bu sayıları görülmemiş bir düzeye çıkarmıştır. Bugüne kadar, tahminen 8,5 milyon Suriyeli çocuk zorla yerinden edilmiş, %71’i ülke içinde yer değiştirmiştir (4).

En iyi koşullarda bile beslenme korunma ve barınmanın en düşük düzeye indiği kamplarda enfeksiyonlar gelişir, bağışıklama, eğitim ve sosyal uyum sekteye uğrar. Bu göç hareketi sırasında; yenidoğan ve kronik hastalıkları olan çocukların bakımları aksamakta, salgın hastalıklara maruziyet artmakta, bağışıklama aksamakta, ilerleyen süreçte suça yönlenme artmakta ve istismara hedef olmaktadır. Mülteci çocukların

aşılma, bulaşıcı hastalık taraması, beslenme yetersizliği, zihinsel sağlık ve travma desteği gibi benzersiz sağlık ihtiyaçları vardır (5). Aynı zamanda kendine özgü gelişim ve öğrenme ihtiyaçları vardır (6). Enfeksiyonlar (başta serebral sıtma, bağırsak solucanları), beslenme yetersizlikleri (örneğin demir eksikliği) ve yaşamın erken dönemlerindeki travmatik yaşantılar çocuğun gelişimini de önemli ölçüde etkiler (7). Şiddet, istismar veya ihmal de dahil olmak üzere travmatik olayların yaşanması, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişikliklere neden olarak öğrenmeyi ve akademik performansı etkiler (8-10). Şiddete maruz kalma, bir dizi zihinsel sağlık sorunu için bir risk faktörüdür ve doz ilişkisi vardır, yani etki, daha aşırı ve tekrarlanan maruz kalmalar ile daha büyük olur (11).

Zorla yerinden edilmiş çocukların zihinsel sağlığı, çocuk gelişiminin biçimlendirici bir aşamasında güvensizlik deneyimleri yaşamaları nedeniyle özel bir endişe kaynağıdır. Erken çocukluk dönemi, ilk 6 yaş olarak tanımlanmakla birlikte UNICEF raporları bu dönemi 8 yaşa kadar genişletmektedir (12). Erken çocukluk dönemi, beyin ve santral sinir sisteminin gelişimi üzerinde çevresel etmenlerin önemli etkilerinin olduğu bir dönemdir (13) ve çocukların fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal alanlardaki becerilerini kapsar; gelişimin belirleyicileri olan beslenme, sağlık ve çocuğun içinde büyüdüğü çevreyi de içerir (12). BMMYK, mülteci ve yeniden yerleştirme deneyimlerinin entelektüel, sosyal, duygusal ve fiziksel çocuk gelişiminin kritik aşamalarını etkileyebileceğini bildirmektedir (14). Sosyoekonomik sıkıntı ve menşe ülkelerdeki şiddete maruz kalmanın ağırlığı, ardından göç ve nihai olarak yeni bir ortama yeniden yerleşim, onları fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimlerine karşı kümülatif bir takım risklere maruz bırakmaktadır (15). Aile yapısının bozulması ve eğitimin kesintiye uğraması ve travmatik olaylara tanıklık, gelişimsel kaygıların oluşmasına neden olur. Küresel olarak, pediatrik gelişimsel yetersizlik oranları %5 ile %20 arasında değişmektedir (16). Sığınmacı çocuklarda gelişimsel gecikmenin prevalansı veya bu grupta tespit veya taramaya optimal yaklaşım hakkında yeterli literatür bilgisi yoktur.

Sığınmacı çocuklardaki gelişimsel gecikmeler aileler tarafından değerlendirilemeyebilir ve tanı aldığı zaman da kültürel engeller nedeniyle müdahaleler gecikebilir ve bunun sonucunda da hayatın ilerleyen dönemlerini de etkileyecek akademik ve psikososyal açıdan olumsuz sonuçlar doğabilir (17, 18).

Erken müdahalenin olumlu etkilerine dair kanıtlar göz önüne alındığında, mülteci çocukları etkin biçimde taramak için en uygun yaklaşımı belirlemek önemlidir.

Bu çalışmanın amaçları;

1. Ankara’da geçici koruma statüsü altında yaşayan 18-72 aylık Suriyeli çocukların gelişim düzeylerinin değerlendirmek;
2. Sosyodemografik özelliklerini ve çocuk gelişimini etkileyebilecek risk faktörlerini anket görüşmeleriyle tespit etmek;
3. Ankara’da geçici koruma statüsü altında yaşayan 18-72 ay arası çocuklarla kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilen 18-72 ay arası Türk çocukların gelişim düzeylerini karşılaştırmak;
4. Gelişimsel gecikmeleri erken aşamada tespit etmek,
5. Birinci basamakta uygulanacak gelişimsel tarama testlerinin önemini vurgulamak, bu bağlamda devlet harcamalarının azaltılmasına katkı sağlamak ve yapılacak daha sonraki çalışmalara literatür düzeyinde katkı sağlamaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Tarih boyunca insanlar farklı nedenlerle göç etmişler ya da göç etmek zorunda kalmışlardır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK), tarafından yayımlanan bir rapora göre; savaş, şiddet ve zulüm, dünya çapında şimdiye dek görülmediği kadar fazla sayıda insanın zorla yerinden edilmesine neden olmuş durumdadır. BMMYK'nin zorla yerinden edilmeye ilişkin, yıllık olarak gerçekleştirdiği önemli bir çalışma olan 2017 de yayımlanan [Küresel Eğilimler Raporu](#)'na göre zorla yerinden edilen insanların küresel nüfusu, 2016 yılında 65,6 milyon iken 68,5 milyona yükselmiştir. Özellikle de Suriye'de hala devam etmekte olan krize ek olarak Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nden (DRC) ve Myanmar'dan da milyonlarca insanı etkileyen önemli gelişmeler de bu artışa sebep olmuştur. Zorla yerinden edilen nüfus, 2017 yılında 42,7 milyon olarak tespit edilmiş ve son 10 yılda bu rakam %50'nin üzerinde artmıştır. Son 10 yılda dünya genelinde zorla yerinden edilen insan sayısı 157 de 1 iken bu sayı bugünlerde 110 da 1 olarak tespit edilmiş ve bu artış özellikle son 5 yıl içerisinde olmuştur (19).

Birleşmiş Milletler Yürütme Komitesi'nin 2004 tarihli 100 No'lu kararına göre *kitlesel sığınmanın* varlığından söz edebilmek için uluslararası bir sınıra doğru dikkate değer sayıda insan hareketliliğinin olması, bu hareketliliğin hızlı bir varışla devam etmesi, ev sahibi (karşılaman) devletin yakın dönemde mevcut bireysel sığınma işlemleri uygulayamayacak hale gelmesi gerekmektedir. Bu unsurları içeren kitlesel akının süregelir hale gelmesi durumunda geçici koruma sağlanmaktadır. Geçici koruma, kitlesel akın olaylarında acil çözümler bulmak üzere geliştirilen bir koruma biçimidir. Devletlerin geri göndermeme yükümlülükleri çerçevesinde kitleler halinde ülke sınırlarına ulaşan kişilere, bireysel statü belirleme işlemleri ile vakit kaybetmeden, uygulanan pratik ve tamamlayıcı bir çözüm yoludur (20).

Türkiye '1951 Tarihli Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Cenevre Sözleşmesi''ni, (1951 Cenevre Sözleşmesi) 29 Ağustos 1961 tarihinde 359 sayılı Kanunla Türkiye Büyük Millet Meclisinde onaylayarak kabul etmiş ve içerisinde bulunduğu bölgeyi göz önünde bulundurarak, mülteciliğin belirlenmesi yönünden öngörülen seçme hakkını kullanarak yalnızca Avrupa'dan Türkiye'ye gelerek

uluslararası koruma talep eden yabancıları sözleşme kapsamında mülteci olarak kabul edeceğini 359 sayılı Kanunla belirtmiştir. Türkiye, ‘1967 tarihli Mültecilerin Hukuki Statüsüne Dair Ek Protokol’ü de (New York Protokolü) aynı şartla 1 Temmuz 1968 tarihinde onaylamıştır. Öte yandan Türkiye bölgesinde mevcut olan sıcak gelişmeleri ve bunun sonucunda oluşan insan hakları ihlallerini göz önünde bulundurarak 11 Nisan 2013 tarihinde 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanununu yasalaştırmıştır, bu tarihten sonra İçişleri Bakanlığı bünyesinde ‘Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’ kurulmuş, ulusal mevzuatta yer alan yasa ve yönetmeliklerde gerekli değişiklikler yapılmış, 6458 sayılı Kanun gereği ‘Geçici Koruma Yönetmeliği’ yayınlanmıştır. Türkiye geçici korumanın üç temel unsurunu yerine getirmekte ve Suriyelilere geçici koruma statüsü sağlamaktadır; (1) açık sınır politikası ile ülke topraklarına kabul, (2) geri göndermeme ilkesi, (3) gelen kişilerin temel ve acil ihtiyaçlarının karşılanması. Bu yeni kurumsal ve yasal düzenlemeler çerçevesinde ilgili kamu kurumları, sivil toplum örgütleri ve bireylere kadar geniş bir yelpazede yer alan aktörlerin koordineli bir biçimde çalışarak özellikle düzensiz göçmenlerin temel sorunlarına yönelik hizmetlerin sunulması öngörülmektedir.(21)

Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı’nın 2017 yılında yayınlamış olduğu ‘Türkiye Kalkınma Yardımları Raporu’ na göre 3 milyondan fazla Suriyeliye “Geçici Koruma” statüsü (Geçici Koruma kimlik kartı- biyometrik kayıt) ile ülkemizde yaşama hakkı verilmiştir. Türkiye, din, dil, ırk ayrımı yapmadan uyguladığı açık kapı politikası ile şu an dünyada, topraklarında en çok sığınmacı barındıran ülke durumundadır. Ülkemizdeki Suriyeliler, sağlık, eğitim, adalet ve güvenlik, belediye hizmetleri, nüfus işlemleri, bazı bankacılık hizmetleri gibi temel hizmetlerden yararlanabilmektedir. Kentlerde (geçici barınma merkezleri dışında) yaşayan Suriyeliler seyahat etmekte ve barınma yerini seçme konusunda özgür olup, geçici koruma kaydının yapıldığı il içinde olmak suretiyle yukarıda sayılan genel hizmetlere erişebilmektedir. Ayrıca, özellikle gençler ve kadınlar Türk vatandaşlarının faydalandığı birçok sosyal hizmete de (kamu kurumları tarafından işletilen gençlik kampları, spor ve el sanatları merkezleri, dil kursları, çocuk ve kadın koruma hizmetleri, yoksul ailelere ayni ve nakdi yardım) ücretsiz olarak erişebilmektedir. Türkiye 7,28 milyar dolarlık tutar ile 2017 yılında dünyada en fazla insani yardım yapan ülke olma özelliğini taşımaktadır. Türkiye’deki insani yardımlarının milli

gelirine oranı 0,85 olarak gerçekleştirilmiştir ve insani yardımlarının milli gelire oranı bakımından Türkiye dünya lideridir. Türkiye'nin 2017 yılında gerçekleşen toplam insani yardım tutarı 7.277,77 milyon ABD doları olmuştur. Ayrıca, toplam resmi kalkınma yardım tutarının 7.188,45 milyon ABD dolarını, en fazla Suriyeli sığınmacı barındıran ev sahibi ülke olarak Türkiye'nin Suriyelilere yönelik yardımları oluşturmaktadır. Bu veriler ışığında Türkiye, son üç yılda dünyanın en cömert ülkesi olarak değerlendirilebilir.(22)

## 2.1 Göç Terminolojisi

Göç konusunu Devletler artık sadece ikili düzeyde değil, bölgesel ve son dönemlerde olduğu gibi de küresel ortamlarda tartışılmaktadırlar. Bu tür uluslararası eşgüdüm ve iş birliğinin başarılı olabilmesi için herkesin ortak bir şekilde anladığı bir dil oluşturulması gerekliliği yadsınamayan bir gerçektir. Bu nedenle Uluslararası Göç Örgütü, uluslararası toplumu göç konularını ele alırken ortak bir dil kullanmaya doğru yönlendireceğini ümit ederek Göç Terimleri Sözlüğünü yayınlamıştır.

Göç terimlerinin kullanım şekilleri ülkeden ülkeye fark göstermektedir. Dahası bu terimler, aynı ülke içerisinde dahi, anlam ve imaları açısından çeşitlilik gösterebilmektedir. Tanımlar belli bir bakış açısı ya da yaklaşıma göre değişiklik gösterebilir (bu sadece göç konusunda değil, tüm terminolojiler açısından geçerlidir). Göç konusu, gönderen ve alan konumundaki ülkeler, polis ve sınır yetkilileri, hükümet ve hükümet-dışı örgütler ve göçmenlerin kendileri için de olmak üzere, pek çok kurumun ilgi alanına giren bir konudur.

**Göç:** Bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek veya bir Devlet içinde yer değiştirmesi. Süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir. Buna, mültecilerin, yerinden edilmiş kişilerin, ekonomik göçmenlerin, aile birleşimi gibi farklı amaçlarla hareket eden kişilerin göçü de dâhildir.

**Göçmen (Migrant):** Uluslararası ölçekte, evrensel olarak kabul edilmiş bir 'göçmen' tanımı bulunmamaktadır. Göçmen terimi genellikle, bireyin göç etme

kararını, zorlayıcı dış faktörlerin müdahalesi olmaksızın kendi özgür iradesiyle ve ‘kişisel uygunluk’ sebepleriyle aldığı tüm durumları kapsar şekilde anlaşılmıştır. Dolayısıyla bu ifade, maddi ve sosyal koşullarını iyileştirmek ve kendileri ve ailelerine ilişkin beklentilerini geliştirmek amacıyla başka bir ülkeye veya bölgeye hareket eden kişiler ve aile fertleri için geçerli kabul edilmiştir. Birleşmiş Milletler göçmeni, sebepleri, gönüllü olup olmaması, göç yolları, düzenli veya düzensiz olması fark etmeksizin yabancı bir ülkede bir yıldan fazla ikamet eden bir birey olarak tanımlar. Bu tanım kapsamında, turist veya iş adamı statüsüyle daha kısa sürelerde seyahat eden kişiler göçmen olarak değerlendirilmemektedir. Ancak yaygın kullanım, tarım ürünlerinin ekimi veya hasadı için kısa sürelerde seyahat eden mevsimsel tarım işçileri gibi kısa dönemli göçmenlerin bazı türlerini de kapsar.

**Mülteci (refugee):** “İrki, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden haklı bir zulüm korkusu nedeniyle vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve söz konusu korku yüzünden, ilgili ülkenin korumasından yararlanmak istemeyen kişi” (1967 Protokolü ile değişik Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1951 Sözleşmesi, 1A(2) Maddesi).1951 Mülteci Sözleşmesi, Madde 1(2)’deki mülteci tanımına ilaveten, 1969 Afrika Birliği Örgütü (OAU) Sözleşmesi bir mülteciyi ‘kendi menşe ülkesi ya da vatandaşı olduğu ülkenin bir bölümünde ya da tümünde dış saldırı, işgal, yabancı egemenliği ya da kamu düzenini ciddi biçimde bozan olaylar nedeniyle ülkesini terk etmeye zorlanan kişiler’ olarak tanımlar. 1984 Cartagena Bildirisi de benzer şekilde, mültecilerin “yaygın şiddet, dış saldırı, iç çatışmalar, yaygın insan hakkı ihlalleri ya da kamu düzenini ciddi olarak bozan diğer durumlardan dolayı hayatları, güvenlikleri veya özgürlükleri tehdit altında olduğu için” ülkesinden kaçan kişileri de kapsadığını belirtir.

**Geçici koruma (temporary protection):** Çatışma veya yaygın şiddet ortamlarından kitlesel olarak kaçıp gelen kişilere öncesinde bireysel statü belirleme işlemine tabi tutulmaksızın Devlet tarafından geçici koruma sağlama konusunda geliştirilen düzenleme.

**Geçici göçmen işçiler (temporary migrant workers):** Münferit bir işçi ile yapılan iş sözleşmesi, ya da bir şirket ile yapılan hizmet sözleşmesi dahilinde belirli



süreler boyunca kabul eden ülkede kalan nitelikli, yarı nitelikli olan ya da nitelikli olmayan işçiler. Sözleşmeli göçmen işçiler olarak da geçer.

**Göçmen statüsü (immigration status):** Ev sahibi ülkenin göç kanunlarına göre bir göçmene verilen statü.

**Düzensiz göçmen (irregular migrant):** Yasadışı giriş veya vizenin geçerlilik tarihinin sona ermesi yüzünden transit veya ev sahibi ülkede hukuki statüden yoksun kişi. Bu terim, bir ülkeye giriş kurallarını ihlal eden mülteciler ve ev sahibi ülkede kalma izni bulunmayan diğer kişiler için geçerlidir (ayrıca gizli/yasadışı/kayıtdışı göçmen veya düzensiz durumdaki göçmen olarak anılmaktadır).

**Düzensiz göç (irregular migration):** Gönderen, transit ve alıcı ülkelerin düzenleme normlarının dışında gerçekleşen hareketler. Düzensiz göç konusunda açık veya genel kabul gören bir tanım yoktur. Hedef ülkeleri açısından, bir ülkeye yasadışı giriş yapmak veya bir ülkede yasadışı şekilde kalmak veya çalışmak anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle, göçmen, belirli bir ülkeye girmek, orada ikamet etmek veya çalışmak için göç düzenlemeleri uyarınca gerekli olan izin veya belgelere sahip değildir. Gönderen ülke açısından ise, bir kişinin geçerli bir pasaportu veya seyahat belgesi olmadan uluslararası bir sınırı geçmesi veya ülkeden ayrılmak için idari koşulları yerine getirmemesi gibi durumlarda düzensizlik söz konusudur. Ancak, “yasadışı göç” terimini göçmen kaçakçılığı ve insan ticaretiyle kısıtlamak gibi bir eğilim söz konusudur.

**Düzenli göç (orderly migration):** Menşei ülkeden çıkışı ve ev sahibi ülkeye seyahati, transit geçişi ve girişi düzenleyen kanun ve yönetmeliklere uygun olarak insanların olağan ikamet yerinden yeni bir ikamet yerine gitmeleri.

**Kayıt dışı/belgesiz yabancı (undocumented alien):** Uygun belgelere sahip olmadan bir ülkeye giriş yapan veya ülkede kalan yabancılar. Buna: (a) ülkeye giriş yapmak için yasal belgelere sahip olmamasına rağmen gizlice giriş yapmayı başaran kişiler; (b) sahte belgeler kullanarak ülkeye giriş yapan kişiler; (c) yasal belgelerle giriş yaptıktan sonra, izin verilen süreyi aşarak veya giriş şartlarını ihlal ederek izin almadan ülkede kalan kişiler.

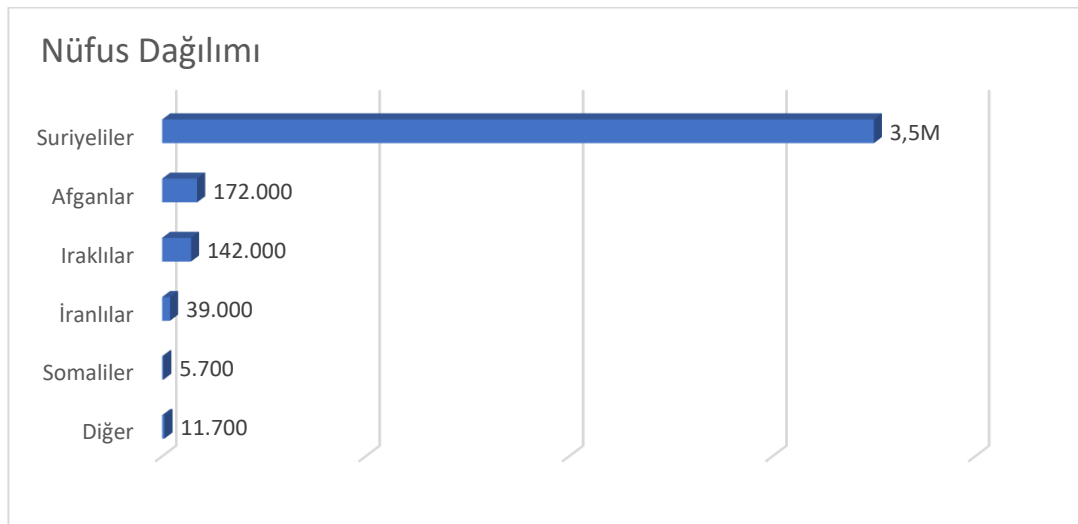
**Kayıtlı/belgeli göçmen (documented migrant):** İlgili devlet hukuku ve o devletin taraf olduğu uluslararası anlaşmalar uyarınca çalıştığı ülkeye girme, orada kalma ve ücretli aktivitelerde bulunma izni olan göçmen işçi ya da aile üyeleri.

**Sığınmacılar (asylum seekers):** İlgili ulusal ya da uluslararası belgeler çerçevesinde bir ülkeye mülteci olarak kabul edilmek isteyen ve mültecilik statüsüne ilişkin yaptıkları başvurunun sonucunu bekleyen kişiler. Olumsuz bir karar çıkması sonucunda bu kişiler ülkeyi terk etmek zorundadırlar ve eğer kendilerine insani ya da diğer gerekçeler nedeniyle ülkede kalma izni verilmemişse bu kişiler ülkede düzensiz bir durumda bulunan herhangi bir yabancı gibi sınırdaşı edilebilirler (23).

## 2.2 Türkiye'deki Sığınmacıların Genel Durumu

Mart 2011'de başlayan rejim karşıtı gösterilerin ardından Suriye'de yaşanan gelişmeler dünyanın en büyük insani krizlerinden birisini yaratmıştır. Nüfus bazında Suriye hala ülke zorla yerinden edilmiş veya mülteci ya da sığınmacı olarak başka ülkelere kaçmış 12,6 milyon kişiyle (nüfusunun neredeyse üçte ikisi) dünya genelinde en yüksek nüfusa sahiptir (24).

Türkiye coğrafi ve stratejik konumu sebebiyle tarih boyunca kitlesel sığınma hareketleri de dahil olmak üzere geniş anlamda göç hareketlerinin nihai durağı olmuş ve milyonlarca göçmene ev sahipliği yapmaktadır. Türkiye 2017 yıl sonu itibariyle, sığınmacı nüfusunda %21'lik bir artışla, dünyanın en büyük sığınmacı sayısını barındıran ülke olmaya devam etmiştir. Bu rakam, 2017 yılının başlarında 2,9 milyon iken, 2018 yılı itibariyle 4 milyona ulaşmıştır. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün 07.02.2019 tarihli verisine göre geçici koruma altında yaşayan Suriyeli sayısı 3.644.342 olarak bildirilmiştir. (25) BMMYK'nin Eylül 2018 Türkiye Bilgi raporuna göre Türkiye 172.000 Afgan, 142.000 Iraklı, 39.000 İranlı, 5.700 Somalili mülteciye ev sahipliği yapmaktadır (Şekil 2.1) (26).



**Şekil 2.1** Türkiye'deki Sığınmacıların Nüfus Dağılımı

### 2.2.1 Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Türkiye'deki Dağılımı

Göç İdaresinin 7 Şubat 2019 tarihli verilerine göre Suriyelilerin en çok yaşadığı 20 şehir ve bu şehirlerdeki Suriyeli yoğunluğu aşağıdaki tabloda yer almaktadır. En çok Suriyeli barındıran şehir 558 bin 437 kişi ile İstanbul olurken, Suriyelilerin en az olduğu şehir ise 30 kişi ile Bayburt. Bayburt'u 39 kişi ile Artvin, 57 kişi ile Tunceli takip ediyor (Tablo 2.1) (27).

**Tablo 2.1** Türkiye'deki Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı

ŞEHİR	SAYI
İstanbul	558 bin 437
Şanlıurfa	452 bin 534
Hatay	447 bin 884
Gaziantep	425 bin 383
Adana	235 bin 434
Mersin	206 bin 241
Bursa	167 bin 615
İzmir	142 bin 819
Kilis	114 bin 788
Konya	106 bin 641
Mardin	89 bin 806
Ankara	89 bin 490
Kahramanmaraş	88 bin 602
Kayseri	78 bin 178
Kocaeli	54 bin 976
Osmaniye	49 bin 35
Diyarbakır	33 bin 892
Malatya	29 bin 581
Adıyaman	27 bin 88

### 2.2.2 Geçici Barınma Merkezlerinde Yaşayan Suriyelilerin Sayısı

Göç İdaresi tarafından geçici barınma merkezlerinde (GBM) kalan Suriyelilerin sayısı **18 Mart 2019** tarihi itibarıyla **140.078 kişi** olarak açıklanmıştır. Bu sayı Ocak 2019'da 143 bin 382 kişi, 2017 Aralık ayı sonunda ise 228 bin 251 kişiydi. Buna göre kamplarda yaşayan Suriyeli sayısı 2018'in başından bu yana **85.575 kişi** azalmıştır (Tablo2.2) (27).

**Tablo 2.2** Geçici Barınma Merkezlerinde Yaşayan Suriyelilerin İllere Göre dağılımı

	<b>GBM Sayısı</b>	<b>Sayı</b>
<b>Şanlıurfa</b>	3	41.565
<b>Adana</b>	1	20.067
<b>Kilis</b>	2	14.703
<b>Kahramanmaraş</b>	1	13.629
<b>Hatay</b>	3	16.621
<b>Osmaniye</b>	1	14.097
<b>Malatya</b>	1	8.740
<b>Gaziantep</b>	1	3.656
<b>Toplam</b>	20	140.078
<b>Geçici Barınma Merkezleri Dışında Yaşayan Suriyeliler</b>		<b>3.501.266</b>

### 2.2.3 Suriyelilerin Türk Nüfusa Oranı

Geçici koruma altına alınan kayıtlı Suriyelilerin Türk nüfusuna oranı ise ülke genelinde %4,44. Yani her 100 kişiden 4,4'ü Suriyeli. TÜİK tarafından Türkiye'nin nüfusu son olarak 82 milyon 3 bin 882 olarak açıklanmıştır (28).

#### 2.2.4 Türk Vatandaşlığı Verilen Suriyeli Sayısı

İçişleri Bakanlığı tarafından yapılan açıklamada **25 Ocak 2019** tarihi itibarıyla Türk vatandaşlığı verilen Suriyeli sayısı **79.820 kişi** olarak açıklanmıştır (27).

#### 2.2.5 Türkiye'deki Suriyelilerin Suriye'den Ayrılma Koşulları

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)'nın 2017 yılında yaptığı saha çalışmasına göre toplamda olduğu gibi erkeklerde ve kadınlarda Suriye'den ayrılmanın en önemli nedeni güvenlik/hayati tehlike nedenleridir. Bu noktada hem erkekler ile kadınlar arasında hem de kamplarda ve kamp dışında yaşayanlar arasında Suriye'yi terk etme nedenlerinin önem sıralamalarında benzerlikler vardır. Bu saha çalışmasına göre kamplarda yaşayan erkeklerin yaklaşık %90,9'u Suriye'den güvenlik/hayati tehlike nedenleri ile ayrılmışken, bu oran kamplarda yaşayan kadınlarda %92,10'dur. Benzer biçimde kamp dışında yaşayan erkeklerin yaklaşık %76,70'i kadınların ise %87,80'i Suriye'den güvenlik/hayati tehlike nedenleri ile ayrılmıştır. İkinci önemli Suriye'den ayrılış nedeni olarak kamp içinde yaşayan erkekler %5,60 ve kamp dışında yaşayan erkekler %13,70 ile siyasi nedenlerin etkin olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde erkeklerin Suriye'den ayrılmalarında diğer değişkenlerde de kamp içi ve kamp dışında farklılık olmadığı ve sırasıyla ekonomik nedenlerin (%6-2,10), sağlık nedenlerinin (%2,20-1,40) ve diğer nedenlerin (%1,40-0) rol oynadığı tespit edilmiştir.

Suriye'den ayrılmada etken olan değişken sıralamaları kadınlarda kamp içi ve kamp dışında yaşamlarına göre farklılık göstermektedir. Kamp dışında yaşayan kadınların Suriye'den ayrılma nedenleri sırasıyla %4,80'le ekonomik nedenler, %4,20 ile siyasi nedenler, %2,30'la sağlık nedenleri ve %0,80'le diğer nedenlerdir. Kamp içinde yaşayan kadınların ise Suriye'den ayrılma nedenleri sırasıyla %3,90'la siyasi nedenler, %1,30'la ekonomik ve sağlık nedenleridir (29).

## 2.3 Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Özellikleri

### 2.3.1 Cinsiyet ve Yaş

AFAD'ın 2017'de yayınladığı saha araştırmasına göre kamplarda ve kamp dışında yaşayan Suriyeli erkek sığınmacıların toplam içindeki yüzdeleri birbirine çok yakındır. Benzer biçimde, kamplarda ve kamp dışında yaşayan Suriyeli kadın sığınmacıların da toplam içindeki yüzdeleri benzerdir. Kamp içi ve kamp dışı göz önüne alınmadığı zamanda ise genel toplama bakıldığında toplamdaki Suriyeli erkek ve kadın sığınmacıların yüzdeleri arasında çok az bir fark vardır. Mart 2019'da Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM)'nün yayınladığı rapora göre Suriyeli erkeklerin sayısı Suriyeli kadınların sayısından **307.596 kişi fazla**, erkek-kadın sayısı arasındaki en büyük fark 90.421 kişi ile **19-24 yaş** aralığında olduğu görülüyor. Yaş artıkça bu farkın azaldığı görülmüş. Kadınların sayısının 55 üzeri yaş aralığında erkeklerden fazla olduğu belirtilmiş (Tablo 2.3).

Geçici koruma altında yaşayan Suriyelilerin 0-18 yaş aralığında 1.658.482 olduğu tespit edilmiştir. Yani Türkiye'deki geçici koruma altındaki kayıtlı Suriyelilerin %45,5'i 0-18 yaş aralığındadır. Yaş tablosuna göre kayıtlı Suriyelilerin ortalama yaşı 22,7, Türkiye nüfusunun 2018 verilerine göre ise ortalama yaşı ise 31,7 olarak tespit edilmiştir (27).

**Tablo 2.3** Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

<b>Yaş</b>	<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>	<b>Toplam</b>
<b>Toplam</b>	1.974.470	1.666.874	3.641.344
<b>0-4</b>	259.056	242.020	501.076
<b>5-9</b>	259.164	243.974	503.138
<b>10-14</b>	201.968	187.113	389.081
<b>15-18</b>	149.317	123.466	272.783
<b>19-24</b>	320.685	230.264	550.949
<b>25-29</b>	208.429	147.598	356.027
<b>30-34</b>	172.406	125.910	298.316
<b>35-39</b>	122.123	95.843	217.966
<b>40-44</b>	80.708	70.939	151.647
<b>45-49</b>	59.788	56.840	116.628
<b>50-54</b>	48.497	46.183	94.680
<b>55-59</b>	33.800	33.966	67.766
<b>60-64</b>	23.711	24.304	48.015
<b>65-69</b>	15.722	16.220	31.942
<b>70-74</b>	8.925	9.516	18.441
<b>75-79</b>	5.019	6.193	11.212
<b>80-84</b>	2.775	3.468	6.243
<b>85-89</b>	1.547	2.007	3.554
<b>90+</b>	830	1.050	1.880

### 2.3.2 Eğitim Durumu ve Meslek Profili

AFAD'ın raporuna göre (2017) kamplarda yaşayan Suriyeli sığınmacıların eğitim durumlarına ait oranlar büyükten küçüğe doğru sıralandığında, %31,4 ile ilkokul mezunu, %22,7 ile ortaokul mezunu, %15,4 ile lise mezunu, %10,9 ile okuryazarlar, %10,3 ile üniversite mezunu ve %9,3 ile okuryazar olmadığı görülmektedir.



Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacıların eğitim durumlarına ait oranlar büyükten küçüğe doğru sıralandığında, %25,3 ile ilkokul mezunu, %24,7 ile okuryazar olmayanlar, %14,9 ile okuryazarlar ve ortaokul mezunları, %12,1 ile lise mezunu ve %8,1 ile üniversite mezunları olduğu görülmektedir.

Kamp içinde yaşayan bireylerin %79'nun kamp dışında yaşayan bireylerin ise %49,90'ının herhangi bir mesleği yoktur. Kamp içinde yaşayan Suriyeli sığınmacılar cinsiyet değişkeni dikkate alınmaksızın, yüzdeler oran büyüklükleri bakımından meslek kategorilerine göre sıralandığında, %8,20'si devlet memuru, %4,50'si el işçiliği, %3,80'i zanaatkar, %1,20'si tarım ve hayvancılık, %1,20'si operatör/şoför, %1,10'u ordu mensubu, %0,40 mimar/mühendis/müteahhit, %0,40'ı ofis çalışanı ve %0,20'si sağlık çalışanı olacak biçimde bir dağılıma sahiptir.

Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılar cinsiyet değişkeni dikkate alınmaksızın, yüzdeler oran büyüklükleri bakımından meslek kategorilerine göre sıralandığında, %38'i el işçiliği, %5,80'i zanaatkar, %2,20'si ofis çalışanı, %1,10'u tarım ve hayvancılık, %0,90'ı mimar/mühendis/müteahhit, %0,80'i devlet memuru, %0,60'ı operatör/şoför, %0,60'ı sağlık çalışanı ve %0,20'si ordu mensubu olacak biçimde bir dağılıma sahiptir.(29)

AFAD'ın raporuna göre kamp içinde yaşayan Suriyeli sığınmacıların hem genel toplamında (%60) hem de erkekler ve kadınlar toplamında çoğunluğunu bekârlar oluşturmaktadır. Erkek ile kadınlar arasında %10'luk bir fark vardır. Erkeklerin %64,90'ı bekârken kadınların yaklaşık %54,80'i bekârdır.

Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacıların hem genel toplamında (%52,50) hem de erkekler ve kadınlar toplamında çoğunluğunu bekârlar oluşturmaktadır. Erkek ile kadınlar arasında yaklaşık %5'lik bir fark vardır. Erkeklerin %54,80'i bekârken kadınların %50,10'u bekârdır (29).

### 2.3.3 Suriye’de ve Türkiye’de Hane Halkı Geliri ve Çalışma Durumu

AFAD’ın raporuna göre Suriyeli sığınmacıların yaklaşık %95’inin Suriye de iken aylık ortalama gelirlerinin 156 ABD dolarından düşük olduğu görülmektedir. Ortalama gelir bağlamında değerlendirildiğinde kamp dışındaki Suriyeliler 72 dolar civarı bir gelire sahipken, kamp içindeki Suriyelilerin ortalama gelirleri 51 dolar civarındadır (29).

### 2.3.4 Suriye’deki İç Savaşta Ölen veya Yaralanan Aile Üyeleri

AFAD’ın raporuna göre genel toplam göz önüne alındığında Suriye’deki iç savaşta yakını ölen kadınların oranı %40,10 iken erkeklerin oranı %34,70’tir. Erkeklerin ve kadınların yakınlarının ölme durumları kamp içi ve kamp dışında yaşama durumuna göre farklılık göstermektedir. Kamplarda yaşayan Suriyeli sığınmacılar arasında Suriye’deki iç savaşta aile üyesi ölen kadın sayısı erkeklere göre göreceli olarak daha fazladır. Bu yüzdeler kamplarda yaşayan erkek sığınmacılar arasında %33,80 iken kadınlar arasında %39,10’dur.

Kamp dışında yaşayan sığınmacılarda Suriye’deki iç savaşta aile üyesi ölen kadın sayısı erkeklere göre göreceli olarak daha azdır. Bu yüzdeler kamp dışında yaşayan erkek sığınmacılar arasında %46,90 iken kadınlar arasında %44,70’tir. Genel toplam göz önüne alındığında Suriye’deki iç savaşta yakını yaralanan kadınların (%32,40) yüzdelik oranı erkeklere (%28) göre daha yüksektir bu durum kamp içi ve kamp dışında yaşama durumuna göre de genel toplamla benzerlik göstermektedir.

Kamp içinde ve kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılar arasında Suriye’deki iç savaşta aile üyesi yaralanan kadın sayısı erkeklere göre göreceli olarak daha fazladır. Bu yüzdeler kamplarda yaşayan erkek sığınmacılar arasında %27,80 iken kadınlar arasında %31,70, kamp dışında yaşayan erkek sığınmacılar arasında %31,20 iken kadınlar arasında %35,50’dir (29).

### 2.3.5 Türkiye'deki Konut Koşulları

AFAD'ın raporuna göre erkek sığınmacıların yaklaşık %62'si ve kadın sığınmacıların yaklaşık %65'i bir ev veya apartman dairesinde yaşamaktadır; fakat erkek sığınmacıların yaklaşık %32'si ve kadın sığınmacıların %31'i harabelerde yaşamaktadır. Bu sonuçlara ek olarak erkek ve kadın sığınmacıların her birinin %1'i derme-çatma geçici düzen veya plastik korumalar altında yaşamaktadır. Elde edilen bu bulgulara göre Suriyeli sığınmacıların büyük çoğunluğu bir ev ya da apartman dairesi ya da harabe binalarda ikamet etmektedir.

Kamplarda yaşayan sığınmacıların yaklaşık %87'si tek ailenin bulunduğu konut biriminde ve yaklaşık %12'si de iki ailenin bulunduğu konutlarda yaşamaktadırlar. Konut birimi başına düşen kişi sayısını ele alındığında, kamplarda yaşayan sığınmacıların yaklaşık %54'ünün 1 konut biriminde 4-6 kişinin yaşadığı söylenebilir. Ayrıca, kamplarda yaşayan sığınmacıların hemen hemen %30'u konut birimi başına 7 veya daha fazla kişinin bulunduğu konut birimlerinde yaşamaktadır (29).

Suriyeli göçmenlerin yaşam koşulları belirlemek amacıyla İstanbul'un yoğun göç alan bir ilçesinde 2014 yılında yapılan bir çalışmada, ziyaret edilen 51 ev "Problem Sınıflama Listesi Çevresel Alanı" ile değerlendirilmiş ve tamamında; gelirin düşük olması, sadece temel gereksinimleri satın alabilme, yaşanılan alanın kirli olması, besinlerin saklanması yetersizlik, kötü kokular, temiz su sağlamada güçlük, kanalizasyon kullanımında güçlük, ısıtma ve soğutmanın yetersiz olması, bina giriş çıkışlarının yetersiz olması, yaşanılan alanın dağınık ve kalabalık olması sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Evlerin %63,7'sinde böcek, kemiriciler, %95,6'sında ise küf olduğu ve çocukların %16,1'inin bir enfeksiyon hastalığı olduğu belirlenmiştir (30).

### 2.3.6 Hanede Su ve Temizlik Maddelerine Erişim

AFAD'ın raporuna göre genel olarak kamp içindeki sığınmacılar su ve temizlik %66 ve üzeri oranlarda kolayca ulaşabilmektedirler. Kamp dışında ise çocuk bezi ve kadınlara yönelik ihtiyaçlar haricinde bu oran yaklaşık %50 ve üzeri orandadır. Bu sonuçlar ışığında Suriyeli sığınmacıların genel olarak su ve temizlik malzemeleri gibi

ihtiyaçlarını karşılamada çok zorlanmadıkları ve rahatlıkla temin ettikleri düşünülmüştür.

Suriyelilerin %50,80'i 3 ve %45,20'si 2 öğün yemek yerken, 1 öğün (%2,30) ve 4 öğün (%1,70) yemek yiyenlerin yüzdeliği çok düşüktür. Kamp dışında da genel toplama benzer bir durum söz konusudur.

Suriyeli çocukların %64,30'u 3 öğün, %25,10'u 2 öğün, %6,60'ı 4 öğün ve %2,60'ı 5 öğün yemek yerken 1 öğün (%0,90) ve 6 öğün (%0,50) yemek yiyenlerin yüzdeliği çok düşüktür. Kamp dışında da genel toplama benzer bir durum söz konusudur. Suriyeli çocukların %63,70'i 3 öğün, %26,10'u 2 öğün, %6,40'ı 4 öğün ve %2,30'u 5 öğün yemek yerken 1 öğün (%1) ve 6 öğün (%0,40) yemek yiyenlerin yüzdeliği çok düşüktür. Kamp içinde ise kamp dışı ve genel toplama benzer bir durum söz konusu olup, Suriyeli çocukların %69,90'ı 3 öğün, %15,30'u 2 öğün, %8,10'u 4 öğün ve %4,80'i 5 öğün yemek yerken 1 öğün (%0,50) ve 6 öğün (%1,40) yemek yiyenlerin yüzdeliği çok düşüktür (29).

### 2.3.7 Beslenme Durumu

AFAD'ın raporuna göre Türkiye'deki Suriyelilerin %51'i bireysel kaynaklarını kullanarak hanenin temel besin ihtiyacını karşıladığını belirtmektedir. Kamp içi ve kamp dışındaki ayırmadan bahsedilecek olursa, göze çarpan en büyük farklılığın bireysel kaynaklar yoluyla gıda temin edenler arasında olduğu görülmektedir. Kamp içinde bu oran sadece %7 iken kamp dışında %61'i geçmektedir. Kamp içindeki Suriyeliler arasında önceki gün yenilen öğün ortalaması 2,57 öğün ve kamp dışındaki Suriyeliler için ise 2,64 öğündür. Bu ortalamalar birbirleri içinde kıyaslandığında yetişkin Suriyelilerin çocuklara oranla öğün sayısı bakımından %13 oranında daha az yedikleri görülmüştür. Kamp dışında ise kamp içine göre %3'lük bir fark bulunmuştur. Kamp içindeki yetişkinlerin, kamp dışındaki yetişkinlere göre ortalama öğün sayısı daha azdır. Kamp içindeki yetişkinlerde bu ortalama 2,37 öğün iken kamp dışında 2,50 öğün olarak hesaplanmıştır. Suriyeli çocuklar arasında ise kamp içi ve kamp dışında öğün sayısı ortalaması bakımından fark yoktur. Her iki grup da 2,79 öğün ortalamasına sahiptir. Sağlıklı bir insanın günde ortalama olarak en az üç öğün yemek yemesi gerektiği bilinmektedir. Türkiye'deki Suriyeli yetişkinlerin iki

günde bir öğün ve Suriyeli çocukların ise beş günde bir öğünden biraz fazlasını kaçırdıkları görülmektedir (31).

### 2.3.8 Eğitim Durumu

BMMYK'nin yayınladığı rapora göre dünyada mültecilerin okula erişememe olasılığı küresel ortalamaya oranla beş kat daha fazladır. Sığınmacı çocukların, %92 küresel ortalamaya kıyasla, yalnızca %61'inin ilköğretime erişimi bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe bu açık giderek artmaktadır; %84'lük küresel ortalamaya kıyasla, ergenlik çağındaki sığınmacıların yalnızca %23'ü ortaöğretime devam etmektedir. Yükseköğretimde ise, küresel ortalama %34 iken, sığınmacıların %1'inden azı üniversiteye gitmektedir (32).

Eğitim hakkı, 1989 Çocuk Hakları Sözleşmesi ve 1951 Mülteci Sözleşmesi'nde güvence altına alınmış temel bir insan hakkıdır. Aynı zamanda, BMMYK'deki çalışmaların da hayati bir parçasıdır. Birleşmiş Milletler üyeleri, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nin bir parçası olarak "kapsayıcı ve eşit kalitede bir eğitim" sağlama ve "herkes için hayat boyu öğrenme fırsatlarını" teşvik taahhüdünde bulunmuştur (33).

Bununla birlikte, mülteci çocuklar büyüdükçe, engeller artmaktadır: mülteci ergenlerin yalnızca %23'ü ortaokula kayıtlıdır, dünyadaki oran ise %84 dür. Dünyadaki mültecilerin %28'ini barındıran düşük gelirli ülkelerde, orta öğretime kayıtlı olanların oranı ise sadece %9'dur.(34)

Son zamanlarda yapılan sistematik bir çalışmada, mülteci çocukların eğitim başarısı için çeşitli koruyucu ve risk faktörlerini tanımlamıştır. Risk faktörleri (1) travma öyküsü (göç öncesi veya sonrası); (2) eğitimin kesintiye uğraması; (3) eğitim verenlerin düşük akademik başarı beklentisi ve (4) hane halkının yaşadığı finansal stres. Öğrenme başarısını destekleyen önemli faktörler: (1) yeni ülkelerinin akademik dilinde yeterlilik; (2) eğitim tecrübelerinin okul ekibi tarafından uygun şekilde tanınması; (3) uygun sınıflara yerleştirme ve uygun beklentiler; (4) eğitime katılım için ebeveyn desteği; ve (5) yüksek ebeveyn eğitim düzeyleri olduğu bulunmuştur (6).

BMMYK'in 2018'de yayınladığı raporda örgün eğitime kayıtlı Suriyeli çocuk sayısı %62 olarak belirtilmiştir. Sığınmacıların Türk okullarına anlamlı bir şekilde

katılımını sağlayabilmek için Türkçe iletişim becerisinin kazandırılması hayati bir önem taşımaktadır. Yetişkinler için etkili bir şekilde Türkçe iletişim kurma becerisi kazanmak, işgücü piyasasına erişimi kolaylaştırdığı gibi sığınmacılarla içinde buldukları topluluk arasındaki toplumsal bütünleşmeye de katkı sağlar. BMMYK, 2017 yılında okullarda, geçici eğitim merkezlerinde ve halk eğitim merkezlerinde kullanılmak üzere çocuklar için 1 milyona yakın, yetişkinler içinse 300.000 Türkçe ders kitabı tedarik ederek Milli Eğitim Bakanlığı (MEB)'na destek vermiştir (35).

Devlet okulları, pasaport veya resmi ikamet kartı olan sığınmacı ve mültecileri kabul etmektedir. Bununla birlikte, Suriyeli sığınmacıların çoğu düzensiz göçmendir, bu nedenle çocukları devlet okullarına erişim için gerekli resmî belgelere sahip değildir. Çocuk devlet okullarına kayıt yaptırabilecek aileler bile dil engeli ile karşı karşıya kalmaktadır. Kamplarda yaşayan sığınmacılar aslında eğitim konusunda daha iyi durumda oldukları, Suriyeli topluluk liderleri ve kamplarda yaşayan öğretmenler sığınmacı öğrenciler için eğitimi kolaylaştırdığı gözlemlenmiştir (36).

BMMYK ve United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)'ın 2016'da yayınladığı raporda kamplarda yaşayan sığınmacı çocukların %85'inin örgün eğitime katıldığı; kentlerde bu oranın %30'da kaldığı, örgün eğitime katılan Suriyeli öğrencilerin %7'sinin okul öncesi, %52'sinin ilkokul, %31'inin ortaokul ve %10'u ise lise düzeyinde eğitim almakta olduğu belirtilmiştir.(37) UNICEF'in bildirisinde Türkiye'de yaşayan sığınmacıların 1.74 milyonu çocuk olduğu, Ocak 2019 itibarıyla okula kayıtlı 645 bin çocuğa karşı, yaklaşık 400 bin çocuğun okula kaydının olmadığı belirtilmiştir (38).

Eğitimin aynı zamanda koruyucu bir özelliği de vardır, kızların sömürüye, cinsel ve cinsiyete dayalı şiddete, genç hamileliğine ve çocuk evliliğine karşı savunmasızlığını azaltır. UNESCO 'ya göre, eğer tüm kızlar ilkokulu bitirirse, çocuk evliliği %14 oranında düşer. Hepsi orta okulu bitirmiş olsalardı, %64 oranında düşerdi (39). Sığınmacı kızlar ve zorla yerinden etme ile birlikte artan risklerle karşı karşıya kalan kadınlar için eğitim özellikle önemlidir (40).

## 2.4 Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı tarafından sığınmacılara yönelik verilen sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyen “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslara Ait Yönerge” 2015’te revize edilen 2875 sayılı bu yönergenin 8. Maddesi’nin 1. Fıkrasında; “Geçici korunanlara birinci basamak sağlık hizmetleri Halk Sağlığı Müdürlüğünce verilir” hükmü yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce 25 Ağustos 2016’ya kadar Suriyelilere sağlanan sağlık hizmeti, bu tarihten itibaren Türkiye Halk Sağlığı Kurumu çatısı altında oluşturulan Göç Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı’nca verilmeye başlanmıştır (41).

Geçici Koruma Yönetmeliğinin 27.maddesinin a) bendinde yer alan ‘Sağlık hizmetlerini yürütmek üzere sürekli faaliyet gösterecek sağlık merkezleri kurulabilir. Sağlık merkezinin bulunması halinde, yeterli sayıda ambulans ve sağlık personeli bulundurulur’ hükmü ve Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar’da yer alan Madde 6’ya ek olarak yapılan değişikliğe göre; geçici korunanlar, geçici barınma merkezlerinde ya da geçici barınma merkezleri dışında oluşturulan göçmen sağlığı merkezlerinden faydalanabilirler’ hükmü yer almaktadır.

Üç milyonu aşan Suriyelinin yoğun yaşadıkları yerlerde sağlık hizmeti ve diğer hizmetleri alırken karşılaştıkları sorunları engellemek ve bu hizmetlere daha kolay ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla bu hükümlere dayanarak Halk Sağlığı Müdürlükleri’ne bağlı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu “Göçmen Sağlığı Birimleri” oluşturmuştur. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun Şubat 2017 tarihinde yayınladığı 2016 Faaliyet Raporu’ndan alınan verilere göre ülkemizde 17 ilde, 86 Göçmen Sağlığı Merkezi içerisinde 175 göçmen sağlığı birimi faaliyete geçirilmiştir. Göçmen sağlığı merkezlerinden 7’si göçmen sağlığı eğitim merkezi olarak faaliyet göstermekte olup bu merkezler 70 adet birim ihtiva etmektedir (42).

Hükümet, Suriyeli sağlık çalışanlarını Türk sağlık sistemine entegre etmek için 2016 yılında mevzuat kabul etmiş ve bunları Göçmen Sağlık Merkezlerinde istihdam etmiştir. Yasa, Suriyeli göçmenlerin sağlık hizmetlerini dil veya kültürel engeller olmadan almasını sağlamıştır. Mülteci Sağlığı Eğitim Programı kapsamında Suriyeli sağlık çalışanlarına 5 günlük teorik eğitim ve Mülteci Sağlık Eğitim Merkezlerinde

Türk doktor ve hemşirelerin gözetiminde 6 haftalık pratik eğitimi verilmiş, eğitimi tamamlayanlar, Göçmen Sağlık Merkezlerinde çalışmaya hak kazanmışlardır. Eğitim Merkezinde 2016'da başlayan program sayesinde 1.200'den fazla Suriyeli sağlık çalışanı eğitilmiş ve Suriyeli sığınmacılara sağlık hizmeti vermek için 600'den fazla Suriyeli sağlık personeli görevlendirilmiştir (43).

Suriyeli sığınmacılara doğrudan ikamet ettiği adresin ilindeki Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına rapor veren sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve yalnızca sevk durumunda veya 112 Acil Komuta Kontrol Merkezi aracılığıyla acil durumlarda, ikamet adreslerinin bulunduğu il dışındaki Sağlık Bakanlığına ve bağlı kuruluşlardaki sağlık hizmeti sağlayıcılarına başvurma imkânı sunulmuştur. Suriyeli sığınmacılar, başvuru sırasında danışılırlarsa ikincil sağlık hizmetleri için Sağlık Bakanlığına bağlı üniversite ve özel hastanelere ücretsiz olarak başvurabilme ve reçetesiz ilaçları ücretsiz olarak, Sosyal Güvenlik Kurumu ve AFAD'ın anlaşması bulunan eczanelerden temin edebilme imkânı sunulmuştur. Ancak bütün ilaçlar ücretsiz değildir. İthal ilaçlar ister Türk vatandaşları ister diğer bireyler için olsun, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaz. Birinci basamak sağlık hizmetleri Göçmen Sağlık Merkezleri, Gönüllü Sağlık Bakım Tesisleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinde verilmektedir. Bu hizmetler şunları içerir: birincil muayene, tanı, tedavi ve danışmanlık hizmetleri, bulaşıcı ve salgın hastalık riskine karşı sağlık taraması yapılması, aşılama hizmetleri, kadınlara, gebe, yetişkinlere, bebeklere, çocuklara ve ergenlere sağlanan sağlık hizmetleri, üreme sağlığı hizmetleri, koruyucu akıl sağlığı hizmetleri; uyuşturucu bağımlılığı yaşayanlara veya psikolojik sorunları olduğu tespit edilenlere sunulan sağlık hizmetleridir ve bu hizmetler, hastalık riskine karşı veya hastalık durumunda koruyucu önlemleri kapsar (44).

Türkiye'de bulunan Suriyeli sığınmacılara 2014 tarihli Geçici Koruma Yönetmeliği'ne dayanarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri amacı ile 'Geçici Koruma Kimlik Belgesi' verilmektedir. Suriyeli bir hasta, sağlık kuruluşuna acil hal nedeniyle başvurursa geçici koruma kimlik belgesi olmasa dahi kendisine acil hal kapsamındaki hizmetler sunulmak durumundadır. Eğer geçici koruma kimlik belgesi olmayan hastanın başvurusu acil hal nedeniyle değilse, hasta Göç İdaresi İl Müdürlüğü aracılığı ile kaydının yapılması için yönlendirilmektedir. Geçici koruma kimlik belgeleri olan Suriyeliler ise sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurabildikleri gibi ev,



iş, ankesör ve cep telefonlarından 182 numaralı Sağlık Bakanlığı MHRS Çağrı Merkezi'ni arayarak bakanlığa bağlı sağlık merkezlerinden randevu alabilmektedir (21).

Ayrıca 1 Aralık 2016 itibari ile Türkiye’de Avrupa Birliği tarafından finanse edilen ve Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Birliği’nin ortak yürüttüğü ‘SIHHAT Projesi’ hayata geçirilmiştir. SIHHAT projesinin açılımı “Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi”dir. Bu projenin süresi 36 ay olup ve eylem planının 1 Aralık 2019 tarihinde tamamlanması planlanmıştır. Projenin genel hedefi ise; Türkiye’de geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan 1. ve 2. basamak sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Proje ile Suriyeli nüfusun yoğun olduğu 28 ilde sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi ve 2019 yılı sonuna kadar sağlık hizmetlerine erişimin arttırılması öngörülmüştür. Şu anda AB hibe desteği ile oluşturulan 173 Göçmen Sağlığı Merkezinde 688 birimle hizmet vermektedir.(45)

#### **2.4.1 Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmalarının Önündeki Engeller**

Sağlık hizmetlerine erişim, çatışma bölgelerinden kaçan ve çoğunlukla kötü yaşam koşullarından dolayı travma geçiren sığınmacıların yaşam şansı için çok önemlidir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişim, göçmenlik durumundan bağımsız olarak temel bir insan hakkıdır (46).

Toplumun geneline göre daha fazla sağlık riski taşıyan sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve bunun önündeki engellerin belirlenmesi önem kazanmaktadır. Kara ve arkadaşlarının Suriye’de devam etmekte olan iç çatışmalar nedeniyle Türkiye’ye sığınan sığınmacıların birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin önündeki engellerin tespit edilmesi amacıyla yaptığı, Konya’da 2015 yılında 223 Suriyeli sığınmacının dâhil edildiği bir çalışmanın sonucunda günlük ihtiyaçlarını karşılarken Türkçe dilinin önemli bir engel olduğunu düşünenlerin oranının %46,6, ayrımcılığa uğradığını ifade edenlerin oranı ise %32,7 olduğu,

çalışmaya katılan Suriyeli sığınmacıların hiçbirinin resmi olarak kayıtlı olduğu bir aile hekimi olmadığı ve sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmadığını ve/veya memnun olmadığını ifade edenlerin oranının %36,3 olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşabilmenin önündeki en önemli engeller ise; %42,0 yabancı dil; %38,3 sağlık personelinin ilgisizliği veya ihmali; %19,8 resmi olarak kayıt yaptıramama olarak sıralanmakta iken katılımcıların %38,1'i ilaç fiyatlarının karşılanabilir olmadığını ifade etmekte ve %43,0'ı ihtiyaç duyduğu ilaçları reçetesiz olarak eczaneden satın alabildiğini belirtmiştir (47).

Isparta ilinde sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunların tespit etmek amacıyla 276 sığınmacı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların hastaneye gittiklerinde doktorların yeteri kadar ilgilenmediği ve tedavi süreci ile ilgili gerekli bilgilendirmelerin yapılmadığı, sağlık personelinin olumsuz tutumlarıyla çok fazla olmasa da karşı karşıya kaldığı, sağlık hizmetlerine erişimde özellikle BMMYK'nin anlaşmalı olduğu özel polikliniklerde ücretsiz tedavi olma ve genel koruyucu sağlık hizmetlerinde yararlanmada birçok sorunla karşı karşıya kaldığı, gerek buldukları konum itibarıyla maddi gelir sıkıntısı çekmeleri gerekse devlet yardımlarının yetersizliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı tedavi olamamaları ve ilaç temin edememelerinden dolayı yüksek düzeylerde sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir (48).

#### **2.4.2 Türkiye'deki Suriyelilerin Aşılama Durumları**

Türkiye'deki 0-5 yaş arasındaki çocukların %74'ü çocuk felcine karşı aşılanmış durumdadır. Aşılanmayanların oranı ise %26'nın biraz üzerindedir. Kamp içindeki 0-5 yaş arasındaki çocukların %82'si çocuk felcine karşı aşılanmıştır. Aşılanmayanların kamp içindeki oranı ise %18 civarındadır. Kamp dışında ise kamp içinden farklı bir görünüm söz konusudur. Kamp dışındaki 0-5 yaş arasındaki çocukların %72'si, çocuk felcine karşı aşılanmış durumdayken aşılanmamış olanların oranı yaklaşık %28'dir. Çocuk felcine karşı aşılanmama nedenlerinin başında %30 ile iletişim problemlerinin geldiği görülmektedir. Bu oran kamp içindeki Suriyeli çocuklar için yaklaşık %39 ve kamp dışındaki Suriyeli çocuklar için %29 civarındadır. Kamp içindeki aşılama oranının yüksek olmasına karşın aşılanmamış olanlar arasında iletişim sorunlarının yüksekliği dikkat çekmiştir.

Türkiye'deki 6 ay – 15 yaş arasındaki çocukların %55'i kızamığa karşı aşılanmış durumdadır. Aşılanmayanların oranı ise yaklaşık %45 seviyesindedir. Kamp içindeki 6 ay – 15 yaş arasındaki çocukların %66'sı kızamığa karşı aşılanmıştır. Aşılanmayanların kamp içindeki oranı ise %34 civarındadır. Kamp dışında ise kamp içinden biraz farklı bir görünüm söz konusudur. Kamp dışındaki 6 ay – 15 yaş arasındaki çocukların %53'ü, kızamığa karşı aşılanmış durumdayken aşılanmamış olanların oranı yaklaşık %47'dir.

Türkiye'deki 0 – 24 ay arasındaki çocukların %47'sinin difteri, tetanos ve boğmaca ile pentavalan aşısı yapılmış durumdadır. Aşılanmayanların oranı ise yaklaşık %54 ile yarıdan fazladır. Kamp içindeki 0 – 24 ay arasındaki çocukların %56'sı bu hastalıklara karşı aşılanmıştır. Aşılanmayanların kamp içindeki oranı ise %44 civarındadır. Kamp dışında ise (diğer aşılarla olduğu gibi) kamp içinden biraz farklı bir görünüm söz konusudur. Kamp dışındaki 0 – 24 ay yaş arasındaki çocukların %45'inin, difteri, tetanos ve boğmaca ile pentavalan aşıları yapılmış durumdayken aşılanmamış olanların oranı yaklaşık %56'dır.

Genel itibariyle bakılırsa; doğurganlık çağındaki yetişkin Suriyeli kadınların %70'inin tetanosa karşı hiç aşılanmadığı görülmektedir. Kamp içindeki doğurganlık çağındaki yetişkin kadınların %51'i, diğer bir ifadeyle yarıyından biraz fazlası, tetanosa karşı hiç aşılanmadığını ifade etmiştir. Sadece bir kez aşılandığını bildirenler %22, iki kez aşılananlar %15 ve üç kez aşılananlar ise %12'den biraz fazladır. Kamp dışındaki oranlar, kamp içindeki oranlara göre aşılanma bakımından daha olumsuz bir tabloyu ortaya koymaktadır. Kamp dışındaki doğurganlık çağındaki yetişkin kadınların %73'ü, diğer bir deyişle dörtte üçüne yakını, tetanosa karşı hiç aşılanmamıştır. Sadece bir kez aşılananlar %17, iki kez aşılananlar yaklaşık %6 ve üç kez aşılananlar ise %4 civarındadır.(31)

Suriyeli sığınmacı çocuklarda HAV, HBV, HCV ve HIV seroprevalansını belirlemek amacıyla 2014-2015 arasında İzmir'de yapılan bir çalışmada Suriyeli sığınmacı çocuklarda HAV, HCV ve HIV seroprevalansının Türk çocuklardakine benzer olduğu; bununla birlikte, HBsAg pozitifliği daha sık ve anti HBs pozitifliği daha az olduğu bulunmuştur (49).

Bursa İli Osmangazi İlçesi'ne yerleşen Suriyeli göçmenlerin temel sağlık durumlarının tespiti ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma

durumlarını saptamak ve çözüm önerileri sunmak amacıyla yapılan çalışmada, 321 hane ziyaret edilmiş, 1107 erkek (%53,3), 969 kadın (%46,7) olmak üzere 2076 kişiye ulaşılmış. Bebeklerin %94,7'si emzirilmekte olduğu (emzirilme oranı 0-5 ay bebeklerde %97,0, 6-11 ay bebeklerde %91,7'dir), 23'ünün (%40,4) ise aşılarının yapılmamış olduğu tespit edilmiştir. Aşısı yapılan bebeklerin %85,3'ünün aşıları aile sağlığı merkezlerinde yapılmıştır. Başlıca aşı yaptırmama nedenleri ise; dil sorunları (%30,4), kimlik kayıtlarının olmaması (%13,0) ve ulaşım araçlarının olmaması (%13,0) olarak tespit edilmiştir (50).

## 2.5 Sığınmacılarda Görülen Yaygın Sağlık Sorunları

Yaşanılan bu büyük insani krizin sonucunda sığınmacı ve mülteciler, güç yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, şiddet vb. pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır. Özellikle göç sürecinde aşılama servisleri gibi sağlık bakım sistemlerinin aksaması nedeniyle bulaşıcı hastalıklara yatkınlık, aşırı kalabalık alanlarda yaşama zorunluluğu, güvenli su kaynaklarının yetersizliği, yetersiz temizlik ve atık yönetimi, yetersiz beslenme, ekonomik ve çevresel çöküntü, yoksulluk, psikososyal travma, sağlık hizmetlerine erişimde aksama gibi birçok problemle başa çıkmak zorunda kalmışlardır (3).

Yeni gelen sığınmacıların ve göçmenlerin en sık karşılaşılan sağlık sorunları arasında kaza sonucu yaralanmalar, hipotermi, yanıklar, gastrointestinal hastalıklar, kardiyovasküler olaylar, hamilelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, diyabet ve hipertansiyon bulunmaktadır. Kadın sığınmacılar ve göçmenler sıklıkla, özellikle anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve şiddet konularında özel zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Sığınmacıların ve göçmenlerin, nüfus hareketleriyle ilişkili risklere maruz kalmaları bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı duyarlılıklarını da artırmaktadır. Hassas bireyler, özellikle çocuklar, kötü yaşam koşulları, yetersiz hijyen ve göç sırasındaki yoksunluk nedeniyle solunum yolu enfeksiyonlarına ve gastrointestinal hastalıklara yatkındır ve uygun sağlık hizmetlerine erişim gerektirir (51).

Türkiye’de 2016 da yapılan bir çalışmada, Suriyeli sığınmacılar Türkiye’ye vardıklarında, kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılar gibi beslenme sorunları, çocuklarda büyüme ve gelişme yetersizlikleri, anemi, bulaşıcı hastalıklar (ishal, kızamık, solunum yolu gibi) çeşitli sağlık sorunları, enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar), fiziksel şiddet, cinsel istismar, istenmeyen hamilelikler, riskli hamilelikler, düşükler, doğum komplikasyonları, kronik hastalıklar, zihinsel problemler, özellikle depresyon, anksiyete, uyku ve travma sonrası stres bozuklukları ve diş ve diş eti sorunları gibi birçok sağlık sorununa sahip olduğu bulunmuştur. Geçmiş yıllarda göçler üzerine yapılan araştırmalar göçmenlerin yaşadığı travmalar ve zorluklar genellikle yıllar sonra sağlık üzerinde bir etkisinin olduğunu ve Tip 2 Diyabet

gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların daha yüksek oranlarda tespit edilmiştir. BMMYK'ye kayıtlı en az bir sığınmacıdan oluşan 1.550 hane üzerine yapılan yeni bir çalışmada, Ürdün'deki Suriyeli sığınmacı hanelerin yarısından fazlasında en az 1 bulaşıcı olmayan bir hastalığa sahip bir üye olduğunu bildirmiştir. Toplam 780 hane daha önce tanısı konan bir veya daha fazla üyeyi rapor etmiştir (hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, diyabet, kronik solunum yolu hastalıkları ve artrit). 2015'te Ürdünlülerin %15'inin hipertansiyon ve %8'inin diyabetten müzdarip olduğunu belirtirken, sığınmacılar için karşılık gelen rakamların %29,9 ve %18,3'dür. Sonuç olarak, bulaşıcı olmayan hastalıkların sığınmacılar arasında önemli ölçüde daha yaygın olduğu yönünde bulunmuştur (52).

Suriyeli sığınmacıların doğum özelliklerini, aynı hastanede aynı dönemde doğum yapan Türk vatandaşları ile karşılaştırmak amacıyla Bursa'da üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde Türkiye'de 2015 yılında yapılan bir çalışmada, Türk hastalar arasında sezaryen doğum oranı daha yüksek, Suriyeli sığınmacılar için doğum ağırlığı genellikle daha düşük, gestasyonel diyabet, Türk hastalar arasında daha yaygın ve preeklampsi Türkiyeli kadınlar arasında daha yaygın olduğu bulunmuştur (53).

Suriyeli 15-49 yaşları arasındaki evli sığınmacı kadınlarda demir, vitamin B12 ve folat eksikliği sıklığını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 2015'de 458 kişinin dahil edildiği bir çalışmada, kadınların %50'sinde demir eksikliği, %45,6'sında B12 eksikliği ve %10,5'inde folik asit eksikliği, herhangi birinin eksikliği ise %78,4 olarak tespit edilmiştir (54).

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'nın 2017'de yayınlanan rapora göre kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılar arasında Türkiye'de sağlık hizmetlerini kullananların oranı kamplarda yaşayanlara göre oldukça düşüktür. Kamp dışında yaşayan erkek sığınmacıların yaklaşık %64,70'i ve kadın sığınmacıların %53,50'si toplamda ise %62,90'ı Türkiye'de sağlık hizmeti kullanmıştır. Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılar arasında sağlık hizmeti kullananların oranının düşük olması onların Türkiye'de hastaneleri kullanabilmeleri için gerekli olan kayıt durumuna sahip olmamaları ile ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür (29).

## 2.6 Çocuklarda Görülen Sağlık Sorunları

Çocuklar zorla yerinden etme ve insani acil durumlarda son derece savunmasızdır. UNICEF'e göre, dünya genelinde 28 milyon çocuk şiddet ve çatışma nedeniyle zorla yerinden edilmiştir (55). Suriye çatışması bu sayıları görülmemiş bir düzeye çıkardı. Bugüne kadar, tahminen 8,5 milyon Suriyeli çocuk zorla yerinden edilmiş, %71'i ülke içinde yer değiştirmiştir (4).

En iyi koşullarda bile beslenme korunma ve barınmanın en düşük düzeye indiği kamplarda enfeksiyonlar gelişir, bağışıklama, eğitim ve sosyal uyum sekteye uğrar. Bu göç hareketi sırasında; yeni doğan ve kronik hastalıkları olan çocukların bakımları aksamakta, salgın hastalılara maruziyet artmakta, bağışıklama aksamakta, ilerleyen süreçte suça yönlenme artmakta ve istismara hedef olmaktadır. Mevcut hareket göç alan toplumlardaki çocuklarda da ekonomik temelli riskler yaratmakta ve bu çocukları da yeniden aşı ile önlenemez hastalıkların kapsamına sokmaktadır (5). Yoksulluk ve sağlıksız yaşam koşulları, beslenme sorunları ve finansal zorluklar mülteciler için birçok sağlık sorununa neden olmaktadır. Özellikle bulaşıcı hastalıklar olmak üzere çeşitli hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (56).

Mülteci çocukların aşılama, bulaşıcı hastalık taraması, beslenme yetersizliği, zihinsel sağlık ve travma desteği gibi benzersiz sağlık ihtiyaçları vardır (57). Mülteci çocukların aynı zamanda kendine özgü gelişim ve öğrenme ihtiyaçları vardır (6). Ayrıca, belirli enfeksiyonlar (örneğin, serebral sıtma, bağırsak solucanları), beslenme yetersizlikleri (örneğin demir eksikliği) ve yaşamın erken dönemlerinde travmatik yaşantılar çocuğun gelişimini önemli ölçüde etkiler (7).

Yapılan araştırmalara göre sığınmacıların hastaneye başvuru ve yatışlarının en yaygın nedenleri solunum yolu hastalıkları, cilt hastalıkları, akut gastroenterit, yaralanmalar, zehirlenme ve travmadır (58, 59).

Sığınmacı çocuklarda sık görülen fiziksel hastalıklar; malnutrisyon, mikrobeyin eksiklikleri, anemiler, intestinal parazitik hastalıklar, ishal, tüberküloz, hepatit B, AIDS/HIV, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sıtma, neonatal tetanos, romatizmal kalp hastalıkları ve kurşun zehirlenmesidir (60).

Şiddet, istismar veya ihmal de dahil olmak üzere travmatik olayların yaşanması, bilişsel, duygusal ve davranışsal değişikliklere neden olarak öğrenmeyi ve akademik performansı etkiler (8-10). Şiddete maruz kalma, bir dizi zihinsel sağlık sorunu için bir risk faktörüdür ve doz ilişkisi vardır, yani etki, daha aşırı ve tekrarlanan maruz kalmalar ile daha büyük olur (11).

Zorla yerinden edilmiş çocukların zihinsel sağlığı, çocuk gelişiminin biçimlendirici bir aşamasında güvensizlik deneyimleri nedeniyle özel bir endişe kaynağıdır. Sosyoekonomik sıkıntı ve menşe ülkelerindeki şiddete maruz kalmanın ağırlığı, ardından göç ve nihai olarak yeni bir bağlamda yeniden yerleşim, onları fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimlerine karşı çeşitli riskler ve birikimli risklere maruz bırakmıştır. Çocukların ruh sağlığını etkileyen risk faktörleri, psikolojik ve duygusal gelişimi olumsuz yönde etkileyebilecek kişisel, sosyal ve çevresel faktörler olarak kavramsallaştırılabilir (15).

Yapılan çalışmalardan elde edilen verilerin çoğunun sonuçları, mültecilerdeki psikolojik sorunların, özellikle kaygı, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu açısından, yerel nüfustan daha yüksek prevalansa sahip olduğunu göstermiştir (61, 62).

Mülteci çocuklar arasında bilişsel gecikme sıklığı bilinmemektedir, çünkü halihazırda savunmasız bir popülasyondaki yetersiz tarama nedeniyle veriler sınırlıdır. Bununla birlikte, mülteci deneyiminin birçok yönünün çocukların bilişsel gelişimine olumsuz etki yaptığı düşünülmektedir. Yapısal anlamda, mülteci çocuklar, mülteci kamplarında mevcut olan güvenlik ve kaynaklara bağlı olarak oyun ve okul fırsatlarından farklı derecelerde mahrum bırakılabilirler. Yeniden yerleştirmeden sonra bile, ayrımcılık, kültüre uyum ve kronik yoksulluk ile ilgili stresler çocuğun okula katılımını ve bilişsel performansını sınırlandırabilir. Okul ve oyun fırsatları başarılı bilişsel gelişim için çok önemlidir ve bu faaliyetlerin uzun süreli kesintileri bilişsel gecikmenin gelişimine katkıda bulunabilir (63).



### 2.6.1 Beslenme Sorunları

Daha önce yaşanan acil durumlar, çatışma ve yerinden olmanın, genellikle nüfusların beslenme durumunun kötüleşmesine yol açtığını göstermiştir. Uzun süren çatışmalar sonucunda, etkilenen popülasyonlar çoğu zaman gıdaya yönelik insani yardımlara bağımlı hale geldiği ve bunun sonucu olarak beslenme çeşitliliği ve yemek sıklığında azalmaya maruz kaldığını göstermiştir (64). Çatışma ve yerinden olma nedeniyle çocukların bakıcılardan ayrılması, genellikle bebek ve çocukların beslenmesini de etkilemiştir (65). Su, temizlik ve sağlık altyapısının bozulması ve temel hizmetlere erişimin aksaması, krizin beslenme üzerindeki etkilerini artırabilir (66).

Mülteci kamplarından elde edilen sağlık ve beslenme istatistiklerine göre, akut malnutrisyon (boy için ağırlık z-skoru  $<-2$  ve / veya ödem), bodurluk (yaş-boy z skoru  $<-2$ ) ve 6-59 aylık çocuklardaki anemi (hemogloblin konsantrasyonu  $<11.0$  g / dL), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tanımlanan kabul edilebilir sınırların üzerinde tespit edilmiştir (67).

Akut malnutrisyon, 6-59 aylık çocuklarda, insani acil durumlarda beslenme durumunun temel göstergesidir. Hemogloblin ölçümü, acil durum koşullarında popülasyonun mikro besin durumunu belirlemek açısından anemiyi değerlendirmek en uygun yöntemdir. Ürdün'de Za'atari kampında 2014 yılında, 6-59 aylık mülteci çocukların ve üreme çağındaki gebe olmayan kadınların (15-49 yaş) beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada hem çocuklar hem de kadınlar arasında anemi prevalansının yüksek olduğunu gösterdi (sırasıyla%48,4 ve%44,8). Kampta kalan çocuklarda kronik malnütrisyon prevalansı %17 iken kamp dışındaki çocuklarda %9 olarak bulunmuştur (68).

Lübnan'daki Suriyeli mültecilerin beslenme durumlarını araştıran çalışmada ise çocuklar arasında akut malnutrisyon prevalansı %5'ten az ile kabul edilebilir seviyelerde tespit edilmiş. 15-49 yaş arasındaki kadınlar arasında malnütrisyon oranı da % 5 olarak bulunmuştur (69).

Ayrıca Türkiye'de uygulanan programlar kapsamında, geçici koruma altına alınan Suriyelilere yönelik yenidoğan taramaları gerçekleştirilmektedir. Şimşek ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, bir il merkezinde bulunan Suriyeli kadınların %50'sinde demir eksikliği, %45,6'sında B12 eksikliği ve %10,5'inde folik asit eksikliği saptanmıştır, bunlardan en az birinin eksikliği ise %78,4'dür. Bunun meydana getireceği sağlık problemlerinin önüne geçilebilmesi amacıyla Suriyeli bebek ve çocuklara ücretsiz demir ve D vitamini dağıtılmakta, Suriyeli hamilelere de demir ve vitamin takviyesi ücretsiz verildiği bildirilmiştir (70).

### 2.6.2 Enfeksiyon Hastalıkları

Göç ile bulaşıcı hastalıkların taşınması arasındaki ilişkinin yaygın olduğu algılanmasına rağmen, sistematik bir ilişki yoktur. Bulaşıcı hastalıklar öncelikle yoksulluk ile ilişkilidir. Göçmenler genellikle savaş, çatışma veya ekonomik krizden etkilenen topluluklardan gelir ve bulaşıcı hastalıklar, özellikle kızamık ve gıda ve su kaynaklı hastalıklar içeren hastalıklar için risklerini artıran uzun, yorucu yolculuklar yaparlar. Türkiye'ye sığınmacıların sınırdan geçişlerinde öncelikle bir sağlık değerlendirmesi yapılmıştır, sınır illerinde 0-5 yaş grubu çocukların tamamına çocuk felci aşısı yapılmıştır. Daha sonra 0 ay-14 yaş aralığında olan sığınmacılar için OPV, 9 ay-15 yaş sığınmacılar için KKK, yaşına uygun olarak 5'li ya da 4'lü karma, gebelere difteri-tetanos aşuları yaptırılmıştır. Sonraki süreçte de Türkiye'deki aşı takvimine uygun olarak bu kişilerin aşılama faaliyetlerine devam edilmektedir (71).

Sağlık sorunları ve özellikle bulaşıcı hastalıklar sığınmacılar için önemli bir yük oluşturur. Göç süreci sonrası Türkiye'de yeniden ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar; çocuk felci, kolera, tifo, tüberküloz ve leishmaniasis olarak sıralanabilir. Ev sahibi ülkeyi korkutan en önemli sağlık sorunu sığınmacıların ülkeye bulaşıcı hastalık getirmeleri ihtimalidir. Suriye'de kütanöz layşmaniyazis, tifo, hepatit A hastalıklarının endemik olduğu biliniyor ve son yıllarda polio vakaları da bildirilmiştir (72). Ancak polio hariç bu hastalıkların Türkiye'de de sık görüldüğü bilinmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 20 Mart 2014 de Suriye Arap Cumhuriyeti'nde 37 çocuk felci vakası bildirdi. Bölgesel yayılma, 2000 yılından bu yana Irak'taki ilk çocuk felci vakası olan Irak'tan bir vaka ile teyit edilmiştir (73). Polio Türkiye'de 1998 de eradike edilmiştir. Türkiye'ye giriş yapan Suriyeli çocuklar polioya karşı

aşlanmaktadır. Kızamık, Suriye vatandaşlarında önemli bir sağlık sorunu olarak kendini göstermektedir; 2014 yılında 594 vaka bildirilmiş, 5 Ekim 2015'te ise 41'i doğrulanmış ve 524 şüpheli vaka DSÖ tarafından bildirilmiştir (74). Ancak en az 10.000 kızamık vakası olduğu tahmin ediliyor (75).

Barınma, yemek ve temiz su eksikliğinden kaynaklanan fiziksel ve zihinsel stres ve yoksunluk, sığınmacıların solunum yolu enfeksiyonu riskini arttırmaktadır. Grip bilinen risk gruplarında ağır hastalığa neden olabilir (hamile kadınlar, 5 yaşın altındaki çocuklar, kronik alta yatan hastalıklar ve yaşlılar). DSÖ, yasal statülerinden bağımsız olarak risk gruplarına mevsimsel grip aşısı sağlama politikalarını desteklemektedir (76).

Mülteciler genellikle tüberkülozun yayılması için ideal koşullar olan kalabalık ve sağlıksız koşullarda yaşarlar. Göçmenlerin enfekte olma veya TBC geliştirme riskleri şunlara bağlıdır: Ülkelerinde bulunan TBC insidansı; sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal korunma dahil olmak üzere göç ülkesindeki yaşam ve çalışma koşulları; bulaşıcı bir vaka ile temas halinde olup olmadıkları (bulaşıcılık düzeyi ve aynı havayı ne kadar süreyle soludukları dahil); ve Avrupa'ya seyahat etme şekilleri (kötü havalandırılan alanlarda enfeksiyon riski daha yüksektir) (76). Lübnan'da resmi mülteci kampları yoktur, bunun yerine ülke çapında yüzlerce gayri resmi çadır yerleşimi vardır. Lübnan TBC vakalarında artış olduğunu bildirilmiştir ve bu Suriyeli göçmenlerin sayısındaki artışla ilişkilendirilebileceği düşünülmüştür. (77)

Türkiye'de 2014-2015 döneminde Sağlık Bakanlığı tarafından 10.689 sığınmacı taranmıştır ve yaygınlık 100.000'de 18,7'dir ve bu oran Türkiye ortalamasından yüksek olmadığı için tarama bırakılmıştır. Ancak çoğu sığınmacı kamp dışında büyük şehirlerde yaşarlar ve çoğu evsizdir ve TB görülme insidansı bu grupta daha sık olabileceği düşünülmüştür (78).

HIV enfeksiyonu ve viral hepatit; HIV enfeksiyonu prevalansı genellikle Orta Doğu ve Kuzey Afrika'daki insanlar arasında düşüktür. Bu nedenle, HIV'in bu ülkelerden gelen göçmenler tarafından Avrupa'ya getirilmesi riski düşüktür. HIV ile yaşayan insanlar arasındaki göçmenlerin oranı, Avrupa ülkelerinde, doğu ve orta Avrupa'daki%10'dan %20'ye, kuzey Avrupa ülkelerinde %40'a kadar geniş ölçüde değişmektedir; göçmenler hala Avrupa Birliği ve Avrupa Ekonomik Bölgesi'ndeki

yeni HIV vakalarının %35'ini oluşturuyor; Bununla birlikte, bazı göçmenlerin geldikten sonra HIV aldıklarına dair kanıtlar artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda yüksek viral hepatit yükü bulunduğundan, mültecilerin yüksek endemik ilçelerdeki artan akışı Avrupa'da hastalık yükünü değiştirmektedir. Kutanöz leishmaniasis (CL) Suriye'de oldukça endemiktir ve endemik olmasının ötesinde komşu ülkelere ve mülteci kamplarına yayılmıştır. Türkiye genelinde sığınmacı kamplarına sahip kentlerin taranmasıyla, kutanöz leishmaniasisli vaka sayısının arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca, Lübnan'da 2013'ten başlayarak Suriyeli mültecilere bağlı bir Leishmania salgını bildirilmiştir (79).

Kolera ve tifo olan hastalar Suriyeli sivillere rapor edilmişlerdir, bu da kötü sıhhi alt yapının bu duruma yol açabileceği konusunda alarm sebebi olduğunu göstermektedir. Leishmaniasis, tüberküloz ve bruselloz uzun bir inkübasyon süresine sahip enfeksiyon tehdidi olduklarından mülteciler bu enfeksiyonları komşu ülkelere taşıyabilir. Bakteriyel menenjit ve Hepatit A, enterovirus, giardia gibi gastrointestinal hastalıklar ve uyuz ve bit kaynaklı enfeksiyonlar da beklenen diğer zorluklardır (80).

### 2.6.3 Gelişimsel Sorunlar

BMMYK, mülteci ve yeniden yerleştirme deneyimlerinin entelektüel, sosyal, duygusal ve fiziksel çocuk gelişiminin kritik aşamalarını etkileyebileceğini bildirmektedir.(14) Aile yapısının bozulması ve eğitimin kesintiye uğraması ve travmatik olaylara tanıklık, gelişimsel kaygıların oluşmasına neden olur. Küresel olarak, pediatrik gelişimsel yetersizlik oranları %5 ile %20 arasında değişmektedir (16). Pediatrik mülteci popülasyonunda gelişimsel gecikmeler ve engellilik sıklığı bilinmemektedir.

Olumsuz gelişme sonuçları için risk faktörleri çocuğun (örneğin, intrauterin büyüme geriliği ve yetersiz beslenme), aile (yoksulluk) veya daha geniş toplumun (politik şiddet) düzeyinde ortaya çıkabilir. Bu risk faktörleri kümülatif olarak da etki gösterebilir. Mülteci kökenli çocuklar kültürel ve dilsel olarak çeşitlilik gösterir. Çocuklar ve aileleri, mülteci olarak seyahatleri boyunca, gelişmeyi tehlikeye atabilecek birçok travmatik yaşarlar (81, 82). Çocuklar, birey, aile ve topluluk

düzeyinde olumsuz gelişimsel sonuçlar için çoklu risk faktörlerine maruz kalabilir. Mülteci yolculuğunun her aşamasında sıkıntı ve travma potansiyeli vardır, bunlar: uçuş sırasında; bir mülteci kampında genellikle uzun süren bir süre boyunca; ve yeniden yerleşim sürecinde olmak üzere (83).

Mülteci kökenli küçük çocuklar gelişimsel problemler için maruz kalınan riskler açısından oldukça farklıdır. Birçok mülteci çocuğunun doğrudan travma ile ilgili kişisel ve / veya aile deneyimleri vardır. Aileler ve büyük çocuklar üzerindeki travma çalışmaları kalıcı psikolojik etkilerle güçlü bir ilişki göstermektedir. Bir ailenin travma deneyiminin, çok küçük mülteci çocuklarda olumsuz gelişimsel sonuçlara yol açmasıyla ilgili çalışmalar yetersizdir, ancak aile faktörlerinin ve özellikle de erken bağlanma ilişkisinin kalitesini etkileyen faktörlerin önemli olması muhtemeldir. Bir mülteci kampında geçirilen erken çocukluk dönemindeki benzersiz deneyimin, çocuğun gelişimsel yörüngesini ne ölçüde etkilediği bilinmemektedir (84).

Gelişim süreci, göç öncesi çoklu yer değiştirme, eğitimin ve sağlık hizmetlerinin aksamasına yol açan geçmişi olan mülteci çocuklarda daha da karmaşık bir hal almaktadır. Bu süreç kendilerini veya ailelerini de içine alan travma ve şiddete maruz kalmayı da içerir (85). Bunun sonucunda da çocuklar güvenliklerinin tehlikeye girmesi ve şiddete maruz kalma riskiyle karşı karşıya kalır. Göç sonrası faktörler arasında yeni bir dile, eğitim sistemine ve yeni sosyal-kültürel normlara uyum zorluğu bulunmaktadır (86). Mülteci çocukların başarısı, aile desteğine, ailenin travmatik deneyimlerini motivasyonel anlatılara aktarma kapasitesine, okulun kültüre uygun yaklaşımlarına ve daha geniş sosyal destek ve topluluk tutumlarına bağlıdır. Dahası, aile ve arkadaşlarla olan güvenli ve sağlam ilişkiler ve öğretmenlerin destekleyici tutumları dayanıklılığı arttırmada yardımcı olabilir (87).

Yakın zamanda Pediatrics'de yayınlanan mültecilerin gelişimsel taraması üzerine yayınlanan kalitatif çalışmada, Rochester, New York'da bulunan Afgan, Butan-Nepalli, Birmanya, Çin, Irak, Karen, Karenni ve Somali gruplarına odaklanarak gelişimsel tarama ve buna ilişkin tedavilere ilişkin inançları ortaya çıkarmıştır. Sağlık İnanç Modeli kullanılarak şu sağlık davranışları incelenmiştir: 1) çocuk gelişimi ve gecikmelerle ilgili inançlar, değerler ve algılar; (2) çocuk gelişimi ve gecikmelerle ilgili kültürel ve topluluk alışkanlıklar ve uygulamalar; (3) mülteci topluluğunun

deneyimleri hakkında ek gözlemler; ve (4) birinci basamakta PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status) kullanımını konusunda özel geri bildirim. Çalışma, gelişimsel yetersizliklerin erken teşhisini ve tedaviye yönlendirmeyi engelleyebilecek çeşitli inançları ortaya koymuştur. Dine bağlı herhangi bir tür engellilik üzerine kültürel yaklaşımlar: çok tanrılı dinleri uygulayanlarda, sakatlıkları yanlış yapan bir aileye işaret eden bir lanet olarak damgalarken, İslam'ı veya Hristiyanlığı uygulayanlarda, sakatlıkları Tanrı'nın belirlediği gibi inanışları olduğunu göstermiştir. Bu bakış açılarının her ikisi de gelişimsel gecikmeleri belirleme, teşhis etme, iletişim kurma veya tedavi etme motivasyonlarını en aza indireceği öne sürülmüştür (88).

Mülteci çocuklardaki gelişimsel gecikmeler aileler tarafından değerlendirilemeyebilir ve tanı aldığı zaman da kültürel engeller nedeniyle müdahaleler gecikebilir ve bunun sonucunda olumsuz sonuçlar doğabilir (17, 18). Erken müdahalenin olumlu etkilerine dair kanıtlar göz önüne alındığında, mülteci çocukları etkin biçimde taramak için en uygun yaklaşımı belirlemek önemlidir.

#### **2.6.4 Akıl Sağlığı Sorunları**

Ruh sağlığı bozukluğu; psikolojik, sosyal veya mesleki işlevlerde bozulmaya yol açan psikolojik stresin varlığı; bununla beraber ölüm, acı, sakatlık veya özgürlük hissinde kayıp riskinde artışla ilişkili olan hastalık olarak tanımlanabilir (89).

Dünya çapında her yıl giderek artan sayıda çocuk ve ergen, silahlı çatışma, zulüm, ekonomik baskılar ve doğal afetlere kadar çeşitli nedenlerle göç etmeye zorlanmıştır. Silahlı çatışmanın ve bunun sonucunda ortaya çıkan yerinden edilme, erkeklerin ve kızların ruh sağlığı ve psikososyal refahı üzerinde ciddi etkilere neden olabilir (90).

Zorla yerinden edilen çocukların zihinsel sağlığı, erken çocukluk döneminde yaşanan bu olumsuz deneyimlerin kalıcı etkisi olabileceği açısından özel bir endişe kaynağıdır. Sosyoekonomik sıkıntı ve ülkelerindeki şiddete maruz kalmanın birleşik etkisi, ardından göç ve yeni bir çevreye yeniden yerleşim, onları fiziksel, duygusal ve sosyal gelişimlerine etkileyecek birçok ve kümülatif risklere maruz bırakmaktadır (15).

Uzun süre savaşa, strese ve belirsizliğe maruz kalma, birçok çocuğun “toksik stres” maruz kaldığı anlamına gelir. Bu durum, yatak ıslatma, kendine zarar verme, intihar girişimleri ve saldırgan davranışlardaki artışlar dahil olmak üzere çocuklar üzerinde büyük ölçüde zararlı etkiler yaratır. Eğer tedavi edilmezse çocukların yaşamlarının geri kalanında zihinsel/fiziksel sağlığı üzerine ve çocuk gelişimi üzerine olumsuz, kalıcı ve geri dönüşü olmayan etkilere yol açan uzun vadeli sonuçlara yol açması muhtemeldir (91).

Toksik stres; çocuklar yeterli yetişkin desteği olmadan güçlü, sık veya uzamış olumsuzluk yaşadıklarında ortaya çıkabilecek “en tehlikeli stres yanıt biçimi” olarak tanımlanmaktadır (92). Toksik stres, çocukların gelişimsel gecikmeler yaşama olasılığını veya yaşamlarında daha sonraki sağlık problemleriyle karşılaşma riskini artırır. Beyin ve diğer organların gelişimini bozabilir ve yetişkin dönemde strese bağlı hastalıkları, kalp hastalıkları, diyabet, bağışıklık sistemi problemleri, madde bağımlılığı, depresyon ve diğer zihinsel sağlık bozuklukları riskini arttırabilir (93).

Zorla yerinden edilen ve çatışma altında olan çocukların yaşadığı uzamış uyku yoksunluğu, fiziksel ve zihinsel sağlıkları için son derece tehlikelidir. Psikiyatrik bozukluk riskini artırabilir ve bu durum anksiyete, depresyon, bipolar ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile bağlantılıdır. Bu da uzun vadede obezite, diyabet, kalp-damar hastalıkları ve erken ölüme bile neden olabilir (94). Suriye'deki çocukların savaşa ilgili olaylara maruz kalması, Save the children’ın ‘Invisible Wounds’ raporunda belirtildiği gibi, major depresif bozukluk (MDB), ayrılık anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyetik bozukluk ve çatışma sona erdikten sonra travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi uzun vadeli zihinsel sağlık bozukluklarında bir artışa yol açacağı tahmin edilmektedir (91).

Çocukların ruh sağlığını etkileyen risk faktörleri, psikolojik ve duygusal gelişimi olumsuz yönde etkileyebilecek kişisel, sosyal ve çevresel faktörler olarak tanımlanabilir (15). Bu durum için anne ve babaya ait risk faktörleri; TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu), annede depresyon, anneye işkence, ebeveynin ölümü, ve ayrılık, ebeveynin çaresizliğinin gözlemlenmesi, çocuktaki stresin hafife alınması, işsizlik iken, çocuğa ait riskler; yaşanan olayların sayısı, kendini sözel ifade etme gücü, TSSB, malnutrisyon veya travma sonrası fiziksel sağlık sorunları, çevresel

riskler ise; yer değişikliği sayısı, yoksulluk, göçmen statüsünün belirlenmesi için geçen süredir (Tablo 4) (95). Bu yüzden özellikle mülteci çocuklar ele alınırken onların duygusal, zihinsel ve fiziksel durumlarını dikkate almak ihtiyaçlarını tanımlama ve uygun müdahalelerin sağlanması için özgül bir sistem oluşturmak önemle gerekmektedir (12).

Koruyucu faktörler, bireylerin sosyal ilişki ve çevrelerinin niteliklerini kapsayan olumlu sonuçlarla ilişkilidir (96). Berman bu koruyucu faktörleri üç gruba ayırmıştır: (a) öz saygıları ve yeni durumlara verdikleri tepkiler de dahil olmak üzere çocuğun doğal yapısı; (b) aile desteği ve en az bir ebeveyn ile olumlu bir ilişki; ve (c) öğretmenler, akranlar, akrabalar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından çevresel destek (97).

**Tablo 2.4** Zorla yerinden edilen çocuklarda akıl sağlığı sorunları için risk faktörleri

<b>Anne/babaya Ait Riskler</b>	<b>Çocuğa Ait Riskler</b>	<b>Çevresel Riskler</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TSSB</li> <li>• Annede depresyon</li> <li>• Anneye işkence</li> <li>• Ebeveynin ölümü veya ayrılık</li> <li>• Ebeveynin çaresizliğinin gözlenmesi</li> <li>• Çocuktaki stresin hafife alınması</li> <li>• İşsizlik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yaşanılan olayların sayısı</li> <li>• Kendini sözel ifade etme güçlüğü</li> <li>• TSSB</li> <li>• Malnütrisyon veya travma sonrası fiziksel sağlık sorunları</li> <li>• &gt;12 yaş</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Değişiklik sayısı</li> <li>• Yoksulluk</li> <li>• Göçmen statüsünün belirlenmesi için geçen süre</li> <li>• Kültürel izolasyon</li> <li>• Göçmen kampında geçen süre</li> <li>• Ev sahibi ülkede geçirilen süre</li> </ul>



Rutter'in, bir bireyin yaşamı boyunca risklere maruz kalmanın etkilerine boyun eğmek yerine üstesinden gelme süreci olarak tanımladığı 'dayanıklılık' kavramına büyük ilgi gösterilmiştir. Dayanıklılık, mevcut olan veya olmayan sabit ve değişmez bir özellik değil, olumsuz zorluklar karşısında duyarlı bir şekilde gelişen bir süreçtir (98). Bu nedenle, yüksek riskli durumlarla karşı karşıya kalan çocuklar, zorluklara karşı yeterli koruyucu faktörleri kullandıklarında bu zorlayıcı durumlara karşı dayanıklılık geliştirebilirler. Çocukların sağlıklı gelişimini desteklemek ve daha etkili müdahalelerin temelini oluşturmak adına, kanıtlarla belirlenmiş risk ve koruyucu faktörlerin gözden geçirilmesi gerekmektedir (99).

Zorla yerinden edilen çocuklar, geçmişte olumsuz olaylara uyum sağlama zorunluluğunu yaşarken, yeni bir ortamda duygusal, sosyal ve entelektüel gelişimsel döngü oluşturmaya zorlanıyorlar (100). Çocuklar aynı zamanda daha küçük kardeş veya fiziksel ya da psikolojik olarak yaralanmış aile bireyleri için bakıcı rolü üstlenmek gibi değişen aile dinamiklerine maruz kalmaktadırlar (101). Yeniden yerleştirilen çocuklar, genellikle zorlu ekonomik ve yasal koşullarda yeni bir dil, eğitim sistemi ve kültür öğrenmenin zorluklarıyla da mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar (102).

Save The Children ve Suriye'deki çalışma arkadaşları tarafından yapılan araştırmada yetişkinlerin %84'ü ve neredeyse tüm çocuklar devam etmekte olan bombalama ve bombardımanın çocukların günlük yaşamlarında psikolojik stresin bir numaralı nedeni olduğunu, çocukların %89'unun daha korku dolu ve gergin olduğunu, %71'inin TSSB ve toksik stresin ortak bulguları olan yatak ıslatma ve inkontinansdan müzdarip olduğunu, adölesanların %51'i sorunlarla baş edebilmek için madde kullandığı tespit edilmiştir (91).

Ailelerin yaşadıkları olumsuz deneyimler de çocukların psikolojik işleyişini etkiler. Bazı ebeveyn olumsuz deneyim türleri, özellikle işkence görme veya kayıp olma, çocukların zihinsel sağlık sorunlarıyla daha fazla ilişkilendirilmiştir (103). Yapılan çalışmaların çoğunun sonuçları, özellikle kaygı, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu açısından mültecilerdeki psikolojik sorunların prevalans tahminlerinin yerel nüfustan daha yüksek olduğunu göstermektedir (104).

Orta ila büyük örneklem büyüklüğündeki çalışmaların sonucunda, düşük gelirli ve orta gelirli ülkelere yerleştirilen zorla yerinden edilmiş çocukların yüksek psikiyatrik bozukluk oranlarına sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Çatışma altında kalan ve yerinden edilen yetişkinleri kapsayan 181 çalışmanın sistematik olarak gözden geçirilmesinin sonuçları, hem depresyon hem de travma sonrası stres bozukluğu görülme prevalansı % 30'dan fazla bulunmuştur (105). Bu bulgu, mülteci çocukların yanı sıra yetişkinlerin de refahı için endişe nedenidir, çünkü ebeveyn ruh sağlığı, çocuklarda görülen psikiyatrik bozukluk ve diğer olumsuz sonuçlar için bir risk faktörüdür (106). Bu zihinsel sağlık sorunları toplum için yüksek bir maliyet getirir (107). Akıl sağlığı sorunları olan bireyler okulda ve işe geçiş sürecinde daha fazla zorlanır. Yetişkinlerin işlerini bırakıp işsiz kalma olasılıkları daha yüksektir. Kalıcı akıl sağlığı sorunları bu nedenle mültecilerin eğitilebilirliklerini ve istihdam edilebilirliklerini sınırlayabilir, böylece savaş sona erdiğinde ve bazı mülteciler eve döndüğünde Suriye'nin toparlanmasını engelleyebilir (108).

Yaşadıkları eğitim krizi zihinsel sağlık sorunlarına ve tehlikelere de doğrudan katkıda bulunmaktadır. Eğitim süreçleri aksayan çocukların dışlanmış ve umutsuz hissetme olasılıkları daha yüksektir ve bu da onları radikalleşme için savunmasız hedefler haline getirir (109).

Çocuk mültecilerin ihmal edilmesi de nesiller boyunca süre huzursuzluğa sebep olabilir. Okula kayıtlı olmayan kızlar, hem onlar hem de onların çocukları için depresyon, TSSB ve diğer ruh sağlığı bozukluklarına katkıda bulunabilecek cinsel saldırı, cinsel istismar ve erken evlilik için risk altındadır (110). Bahçeşehir araştırması, Türkiye'deki geçici barınma merkezlerinde yaşayan Suriyeli sığınmacı çocukların yaşadıkları travma seviyelerini belgelemek, zihinsel sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmek ve çizimlerle kendilerini nasıl ifade ettiklerini keşfetmek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışma özelliğindedir. Bu çalışmanın sonucunda ankete katılan Suriyeli sığınmacı çocukların neredeyse yarısı (%45), dünyadaki diğer çocuklarda gözlenen oranın on katından fazla TSSB semptomu yaşamış ve %44 ünde de depresyon semptomları tespit edilmiştir (111). Türkiye'de yapılan daha yakın tarihli bir çalışmada, her yaşta Suriyeli sığınmacının %33'ünün TSSB kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (112).

Gaziantep'te 2016 yılında yapılan bir çalışmada Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalına ilk kez başvuran, 3-17 yaşları arasında 51 Suriyeli sığınmacı çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Tüm çocukların ayrıntılı bir psikiyatrik görüşme ile ortalama 45 dakika değerlendirildiği bu çalışmada erkeklerde en sık konulan tanı DEHB (%38,9) ve bunu takiben zihinsel gerilik (%33,3) davranış bozukluğu (%22,2) ve TSSB (%22,2), kızlarda ise zihinsel gerilik (%46,7) ve ardından ASD (%26,7), DEHB (%20,0) ve davranış bozukluğu (%20,0) olarak belirlenmiş. Çalışmada ASD tanısı alma yaşı ortalama 6,5 olarak bulunmuştur ve 3 yaşından önce tanı alma ve yeterli eğitim programları ile prognozun önemli ölçüde değişebileceği göz önüne alındığında Suriyeli sığınmacı çocuklar için erken tanıya yönelik programların önceliklendirilmesi düşünülebileceği öne sürülmüştür (113). Değerlendirmeye alınan çocukların akıllarını en fazla meşgul eden kaygısı, en az ebeveynleri ve bakıcıları kadar ailelerinin kırılgan ekonomik durumudur. En küçük çocuklar bile babalarının çalışmadığını, ailelerinin kentsel alanlarda kira ödemeleri için yeterli paraya sahip olmadıklarını ya da çadır kamplarında ve resmi olmayan yerleşim yerlerinde aile ihtiyaçlarını karşılayacak kadar kaynakları olmadığını farkındadırlar. Temel ihtiyaçların karşılanması konusundaki sürekli kaygılardan kaynaklanan stres, tüm hane halkını etkilemektedir. Çocukların çoğunun içinde buldukları korkunç ekonomik koşullar, psikososyal sıkıntılarının temel nedeni olarak gösterilmektedir. Ekonomik sıkıntılar, çocukların korunması ve refahı için risk teşkil etmektedir (90). Bölgedeki diğer araştırmalar, çocuk işçiliğinde ve erken evliliklerde, bu ailelerin çoğunun zayıf ekonomik koşullarda olmasına atfedilmiştir (114).

Suriyeli sığınmacılar arasındaki anksiyete ve depresyon durumlarının yaygınlığını incelemek ve bunlara neden olan etkenleri anlamak amacıyla Şanlıurfa'da bulunan Akçakale sığınmacı kampında 450 kişiyle gerçekleştirilen bir çalışmada anksiyete puan ortalaması 19,48 ve depresyon puan ortalaması 23,07 olarak hesaplanmıştır. Sığınmacıların %19'3'ünde şiddetli anksiyete belirtileri ve %8,9'unda şiddetli depresyon belirtileri tespit edilmiştir. Akçakale kampında yapılan bu çalışmanın anksiyete belirtileri sonuçları, Amerika Birleşik Devletleri çalışmasına göre daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmanın sonucunda hem sığınmacıların hem de yerel toplumun sağlık refahı için, multidisipliner ve multisektörel yaklaşımla

sığınmacılara dair profesyonel hizmetler güçlendirilmesi gerektiği kanısına varılmıştır (115).

Türkiye'de sığınma talebinde bulunan geçici koruma merkezlerinde yaşayan Suriyeli ergenlerin psikiyatrik semptomlarını belirlemek amacıyla 2016'da Osmaniye'de yapılan çalışmada, 16-20 yaş arasında adölesanlara 'Kısa Semptom Envanteri (KSE)' uygulanmış ve bunun sonucunda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik kavramı, düşmanlık için puanlarının kesme noktalarının üstünde bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda geçici barınma merkezlerinde yaşayan ergenlerin, gelecek nesilleri etkileyecek birçok akıl sağlığı sorunu için daha yüksek bir risk grubunda olduğu ve bu geçici barınma merkezlerinde yaşayan ergenler için alternatif bakım modelleri geliştirmenin öncelikli olduğu savunulmuştur (116).

Genellikle önceden var olan psikoz, epilepsi ve serebral palsi gibi en sık görülen ciddi ruh sağlığı ve nörolojik bozukluklar, çatışma altında ve yerinden edilme gibi tedavi sürecini aksatan ve uygun destek alamamanın sonucunda daha da kötüleşen rahatsızlıklardır. Ayrıca, çatışma altında yaşayan ve zorla yerinden edilen çocuklarda otizm ve Down Sendromu gibi entelektüel ve gelişimsel sıkıntılar da tespit edilmiştir (90).

Psikiyatrik tanı almak travmatik deneyimler yaşayan çocuklar için önemlidir, çünkü tedavide gecikmeler daha ciddi bir klinik tablo oluşturur; tıbbi tedaviyle erken müdahale, planlı özel eğitim programları ve sosyal destek, ileri yaşta ortaya çıkabilecek problemlerin azaltılmasında esastır (117).

### **2.6.5 Kültüre Uyum**

Tanım olarak mülteciler, ırk, etnik köken, milliyet, dini görüşler, siyasi ilişkiler veya sosyal grup üyeliği gibi faktörlere dayanarak yapılan aşırı zulüm nedeniyle kendi ülkelerinden kaçmış kişilerdir (118). Devam eden tehdit, çatışma ve ayrımcılık nedeniyle, her gün ortalama 44.400 kişi göç etmek zorunda kalıyor (119). Mültecilerin sayısının 2014'ün başında 17 milyonun üzerinde olduğu tahmin ediliyor ve bu sayısının yarısının çocuklardan oluştuğu bilinmektedir (120).

Mülteciler genellikle güvenli bir barınak bulabilme belirsizliği ve hazırlanmak için kısıtlı zamanları olması olumsuzluklarıyla aniden göç etmeye zorlanıyorlar. Bazıları, üçüncü bir ülkede yeniden yerleşimden önce komşu bir ülkede bulunan mülteci kamplarında uzun yıllar geçiriyor (121). Yeniden yerleştirmeden önce, çocuklar ve gençler sık sık çeşitli travmalar ve belirsizlikten kaynaklanan streslerle karşılaşmanın yanı sıra çoğu durumda okullarına ara vermek zorunda kalıyorlar (122).

“Kültür” terimi genellikle çok geniş ve belirsiz şekillerde kullanılır ve çeşitli yorumlara sahiptir. Poppitt ve Frey, kültürü kişinin kendi kendini kavramsallaştırma süreci olarak tanımlamaktadır; buna ahlak, etik, kişisel görüşler, zihin süreçleri, dil bilimi, kişisel davranışlar, kişisel tarih, yaşam koşullarına atfedilen anlamlar ve sosyoekonomik durum dahildir (123). Bu kültür tanımından, kültürel kimliğin kişinin kişisel kimliğini ve belirli bir ortamdaki yerleşimini nasıl etkilediğini ve bu kimliğin kalıcı bir kültürel değişim yoluyla yıkılmasının ne kadar stresli olabileceği anlaşılabilir (121).

Yeni kültürün öğelerini eski ve tanıdık kültürle birleştirme süreci, kültürel uyum olarak adlandırılır (124). Berry'nin iki boyutlu kültürel uyum modeline göre iki temel faktör vardır: (1) miras kültürünün tutulması ve (2) yeni kültürün kazanılması. Bu iki ana faktör, dört kültürleşme stratejisi ile sonuçlanır: entegrasyon (yani, miras kültürünün tutulması ve yeni kültürün elde edilmesi), ayrılma (yani miras kültürünün tutulması, ancak yenisinin elde edilmemesi), asimilasyon (yani, miras kültürünün terk edilmesi ve yeni kültürün benimsenmesi) ve marjinalleşme (yani, miras kültürünün terk edilmesi ve yeni kültüre adapte olmama) (125).

Literatürlerdeki çalışmalar genellikle göç öncesi sıkıntıya odaklanma eğilimindedir ancak göç sonrası kaygı, göç öncesi çatışmaya bağlı rahatsızlıktan daha önemli bir psikolojik sorun ön görücüsü olarak tanımlanmaktadır. Göç sonrası karşılaşılan stres faktörleri, ailenin parçalanması ve göçmen birimlerindeki etkileşimden, iletişimden ve iş birliğinden kaynaklanabilir (126). Kültürel uyum stresi kişilerarası ilişkilerde, bedensel, duygusal ve / veya psikolojik olarak, genellikle çeşitli akıl hastalıkları formlarına dönüşen olumsuzluklar olarak ortaya çıkmaktadır (127). Mülteciler için bu durum düzensiz yemek yeme, fobiler, şiddet içeren eylemler, düzensiz uyku gibi çok sayıda komplikasyonlara yol açabilmektedir (128).

Bu kültürel uyum streslerinin tümü, yetişkin mültecileri etkilemesinin yanında özellikle mülteci çocuklarda önemli olumsuz sonuçlar doğurabilir. Kültürel uyumun neden olduğu stres, psikolojik strese ve bunun mülteci çocuklar üzerindeki günlük etkilerine büyük ölçüde katkıda bulunmaktadır (121). Hem göç öncesi hem de sonrası göç ile ilişkili durumlar göz önüne alındığında, birçok mülteci çocuğu psikolojik sorunların arttığını bildirmiştir. Mülteci çocuklar potansiyel olarak duygusal anlamda daha savunmasızdır, çünkü ülkelerinden kaçma gerekliliğini yetişkin mülteciler kadar bilişsel ve duygusal açıdan değerlendirme konusunda yetenekli değildirler (129).

Göçmen ve mülteci gençlerin yeni bir dil ve yeni bir kültür öğrenmeleri gerekirken aynı zamanda yeni yaşam koşullarına uyum sağlamaları gerekir (130). Sık sık dışlanma ve ayrımcılığa maruz kalma, sosyal yabancılaşma, yetişkin desteğinden mahrum kalma ve eğitime erişimdeki zorluklarla baş etmek zorundadırlar (131-133).

Bölge genelinde yinelenen bir başka temel sorun, ayrımcılık ve bunun psikososyal refah üzerindeki zararlı etkisidir. Mülteciler ve ev sahibi topluluk üyeleri arasındaki gerginlikler, tüm ülke programlarında, hatta Suriyeli sığınmacıların Irak vatandaşlarıyla Kürt etnik kökenini paylaştığı Irak Kürdistan Bölgesi'nde bile endişe verici olduğu belirtilmektedir. Tüm bölgelerdeki çocuklar, ev sahibi topluluklardaki diğer çocuklardan daha değersiz hissettiğini bildirmektedir ve ebeveynleri gibi sürekli sözlü ve fiziksel tacize maruz kalmaktadırlar (91).

### **2.6.6 Türkiye'deki Suriyelilerin Psikososyal Destek Gereksinimi**

AFAD'ın raporuna göre; genel toplam göz önüne alındığında Suriyeli sığınmacılardan kendilerinin veya aile üyelerinin psikososyal desteğe gereksinimleri olduğunu düşünenlerin yüzdesi (%41,90), bulmayanlara göre (%58,10) düşüktür. Genel toplamda psikososyal desteğe gereksinimleri olduğunu düşünen erkeklerin %40,30 iken kadınların %49,50'dir. Kamp içinde yaşayan Suriyeli sığınmacılardan kendilerinin veya aile üyelerinin psikososyal desteğe gereksinimleri olduğunu düşünen kadınların yüzdesi (%33,30) erkeklere (%20,40) göre daha yüksektir. Kamp dışında erkek ve kadınlarda kendilerinin veya aile üyelerinin psikososyal desteğe

gereksinimleri olduğunu düşünenlerin oranı artış göstermiş olup, kadınların yüzdesi (%53), erkeklerin yüzdesine (%41,80) göre daha yüksektir (29).

## 2.7 Çocuk Gelişimi

Erken çocukluk dönemi, ilk 6 yaş olarak tanımlanmakla birlikte UNICEF raporları bu dönemi 8 yaşa kadar genişletmektedir (12). Erken çocukluk gelişimi çocukların hayatın erken dönemlerindeki (0-8 yaş) fiziksel, mental ve sosyal gelişimini kapsamakta ve beslenme, sağlık, zihinsel gelişim ve çocukların sosyal iletişimlerini için gerekli tüm girişimleri içermektedir. Erken çocukluk gelişimi programlarının amacı tüm çocukların fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal potansiyellerini geliştirmelerini sağlayacak şekilde çocuk haklarının korunmasıdır (134).

Çocuk gelişimi ile ilgili bilgilere en büyük katkıları yapan görüşler ‘evre modeli’ ile kavramsallaştırılmıştır. Piaget’in bilişsel gelişim ile ilgili çalışmaları ve Freud’un kesintili yapıdaki psikososyal gelişim evreleri bu duruma örnektir. Gelişimin ‘evre modeli’ ile ilişkilendirilen teorileri çok dikkat çekmekle birlikte gerçek yaşamda günlük insanın günlük yaşam işlevselliğinde niteliksel değişiklikler dramatik değildir. Birbirine karşıt gibi görünen durumların uzlaşması, belirli bir basamaktan farklı bir diğer basamağa dönüşüm anlamına gelen ‘gelişimsel geçiş- developmental transition’ kavramı içinde bulunabilir. Gelişimsel geçişleri anlamının bir yolu da bunları yapısal yeniden düzenlenme dönemleri olarak düşünmektir. Doğal olarak hissettiği otonomi kazanma dürtüsünü annesine duyduğu güçlü bağılıkla bağdaştırmaya çalışan küçük bir çocuğun yoğun karşı gelme eğilimi buna örnektir (135).

Doğumdan sekiz yaşına kadar olan süreç, çocukların tam ve sağlıklı bilişsel, duygusal ve fiziksel gelişimi için kritik öneme sahiptir. Beyin gelişimi prenatal dönemde başlar ve doğumdan sonra da devam eder. Yeni doğan bir bebek yaklaşık 100 milyar beyin hücresine sahiptir ve hücre oluşumu hemen hemen tamamlanmış olsa da, beyin matürasyonu, önemli nöral yollar ve nöral bağlantılar, erken çocukluk döneminde gelişmeye devam eder. Beyin, olgun ağırlığının yarısına yaklaşık altı aylıkken ve son ağırlığının yüzde 90'ına sekiz yaşında ulaşır (13).

Prenatal dönemden okul çağına kadar olan dönemde beyin gelişimi iç içe geçmiş çeşitli basamaklardan oluşur. Bunlar nöronların oluşumu (nörolasyon, nörogenez), nöronların doğru yere gitmeleri (migrasyon), nöronların birbirine bağlanmasını sağlayacak akson ve dendritlerin oluşumu (nöronal diferensiyasyon ve pathfinding), sinapsların oluşumu (sinaptogenez), sinapsların arıtılması, geliştirilmesi (olgunlaşma) ve sonuç olarak nöronların çevresinde destek dokuların ve etkili iletişimi sağlayacak dokuların oluşması (gliogenez ve myelinizasyon). Prenatal dönemde spinal kord ve milyarlarca nöron oluşmaktadır. Diferansiyasyon ve migrasyon ile nöronların fonksiyonel rolleri de başlar. Bunu daha sonra özellikle yaşamın ilk yıllarında hızlı bir sinaptogenez izler. Tüm bu işlemler genetik yapı ve çevrenin etkisi ve etkileşimi ile gerçekleşir (136, 137) .

İnsan beyni genç yetişkinliğe kadar yaşa bağlı önemli değişiklikler göstermektedir (138). Gelişmekte olan çocuklar üzerinde yapılan uzunlamasına çalışmalar, beyaz madde hacminin genellikle çocukluk ve ergenlik boyunca arttığını göstermiştir. Beyaz cevher hacmindeki değişikliklerin altında yatan miyelinasyondaki artışın, nöronal sinyallerin hızını arttırdığı ve dolayısıyla farklı beyin alanları arasındaki bağlantıları geliştirdiği düşünülmektedir. Buna karşılık, gri madde hacmi, yaşamın ilk yirmi yılı boyunca ters bir U yörüngesini izler. Bu örüntü, sinaptik budama, yani uyarılmamış nöronal yapıların ortadan kaldırılmasının yanı sıra, miyelinasyondaki nispi artıştan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu olgunlaşma süreçleri farklı beyin bölgelerinde farklı zamanlarda ortaya çıkmakta ve bilişsel kilometre taşları ile eşleşmektedir (139). Sensorimotor korteks, yaşamın ilk 2-3 yıllık döneminde olgunlaşmaya devam eder ve duyuşsal ve motor becerilerin kazanılmasına yardımcı olur. Parietal ve temporal kortikal bağlantı bölgeleri, yaşamın ilk on yılında olgunlaşmakta ve temel dilin edinilmesine ve mekansal dikkatin korunmasını sağlar. Prefrontal korteks ise ergenlikten sonra olgunlaşmaya devam eder ve yürütme işlevlerinin kazanılmasını destekler (140). Bu onkogenetik olaylar, farklı zamanlarda meydana gelir ve birbirlerinin üzerine kurulur, öyle ki bu işlemlerdeki küçük bozulmalar beynin yapısal ve işlevsel kapasitesi üzerinde uzun vadeli etkilere neden olabilir (141).

Nöronal aksonal hücrelerin etrafını saran miyelin tabakası aksonal iletimi hızlandırmaktadır. Miyelinizasyon için yüksek konsantrasyonda yağ asidi nervonik ve



lignoserik içeren sfingomyelin ve serebrosid depolanması gerekmektedir. Gelişimin erken dönemlerinde sinir sisteminde hücrel büyüme ve bölünme için uzun zincirli poliansatüre yağ asitleri gereklidir (142). Bu hızlı büyümenin desteklenmesi için gerekli besinlerin sağlanması önemlidir. Beslenme bozukluklarının gelişim üzerindeki etkilerini değerlendirirken, bu bozukluk nedeniyle artan enfeksiyonlar, bu duruma zemin hazırlayan yoksulluk ve beraberinde giden psikolojik depresyon ve uyarı eksikliğinin etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır (143). Çalışmalar çoğunlukla mikronütrient eksikliklerinin etkilerini direk nöroanatomi veya nörotransmisyonadaki değişikliklere bağlamaya çalışmaktadır. Oysa ki mikronütrient eksiklikleri sonucu ortaya çıkan davranış değişiklikleri çocuğa verilen bakımın değişmesine de neden olabilir. Örneğin demir eksikliği olan bir bebek çok daha “mız-mız” (wary) ise ve bakıcısı ile faydalı bir ilişkiye giremiyorsa bu ona sunulacak zengin çevreyi daha da kısıtlayacaktır (144). Bu durum fonksiyonel izolasyon olarak tanımlanmaktadır (143).

Beyin gelişimi, çevrenin kalitesine göre değişir. Yapılan hayvan araştırmalarında, beslenme yetersizliği, demir eksikliği, çevresel toksinler, stres ve zayıf uyaranlar ve zayıf sosyal etkileşimin beyin yapısını ve işlevini etkileyebileceğini ve kalıcı bilişsel ve duygusal etkilere yol açabileceğini göstermektedir (145). Bu nedenle erken çocukluk dönemi, beyin ve santral sinir sisteminin gelişimi üzerinde çevresel etmenlerin önemli etkilerinin olduğu bir dönemdir (13) ve çocukların fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal alanlardaki becerilerini kapsar; gelişimin belirleyicileri olan beslenme, sağlık ve çocuğun içinde büyüdüğü çevreyi de içerir (Tablo 2.5) (12).

**Tablo 2.5** Gelişen beyni etkileyen bazı çevresel faktörler

Normal gelişim için gerekli olanlar	Normal gelişim için zararlı olanlar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlıklı gebelik ve doğum</li> <li>• Oksijen</li> <li>• Yeterli protein ve enerji</li> <li>• Mikronutrientler</li> <li>• İyot</li> <li>• Tiroid hormonu</li> <li>• Folik asit</li> <li>• Esansiyel yağ asitleri</li> <li>• Duyusal uyarı</li> <li>• Aktivite</li> <li>• Sosyal ilişki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenatal enfeksiyonlar</li> <li>• Alkol</li> <li>• Sigara</li> <li>• Kurşun</li> <li>• Poliklorinated bifenil (PCB)</li> <li>• İyonizan radyasyon</li> <li>• Kokain</li> <li>• Metabolik bozukluklar</li> <li>• Alüminyum</li> <li>• Metilcıva</li> <li>• Kronik stres</li> </ul>

Çocuk gelişimi psikososyal ve biyolojik faktörlerden ve genetik mirastan etkilenir. Dünyada yoksulluk, kötü sağlık ve beslenme koşulları ve yetersiz bakımdan dolayı 5 yaşın altındaki 200 milyondan fazla çocuğun bilişsel gelişim potansiyeline erişemediğine dair tahminler yürütülmektedir (141).

Erken dönemde kazanılan tecrübeler özellikle önem taşır, çünkü öğrenme, öğrenilmiş sinaptik yollar boyunca daha verimli bir şekilde ilerler. Travmatik deneyimler ayrıca, nörotransmitterlerde ve stres tepkisine aracılık eden endokrin sistemlerde kalıcı değişiklikler yaratır; olumlu ve olumsuz deneyimler toplam sonucu belirlemez, ancak çocuğun gelecekteki uyaranlara uygun cevap verebilme yeteneğini etkileyerek olasılıkları değiştirir. Beynin plastisitesi, karar verme, gelecek planlama ve duygusal kontrolde önemli olan prefrontal korteksin daha da gelişmesiyle ergenlik döneminde devam eder; nörogenez, lateral ventriküllerin subventriküler bölgesi ve hipokampusun bölümleri de dahil olmak üzere beynin belirli bölgelerinde yetişkinlikte de devam eder (146).

Yeni kanıtlar çocukluk gelişimi üzerine bir yaşam boyu bakış açısını desteklemekte ve yoksulluk ve olumsuz çocukluk deneyimlerinin beyin gelişimi ve biliş üzerindeki uzun vadeli fizyolojik ve epigenetik etkileri olduğuna dair sonuçları

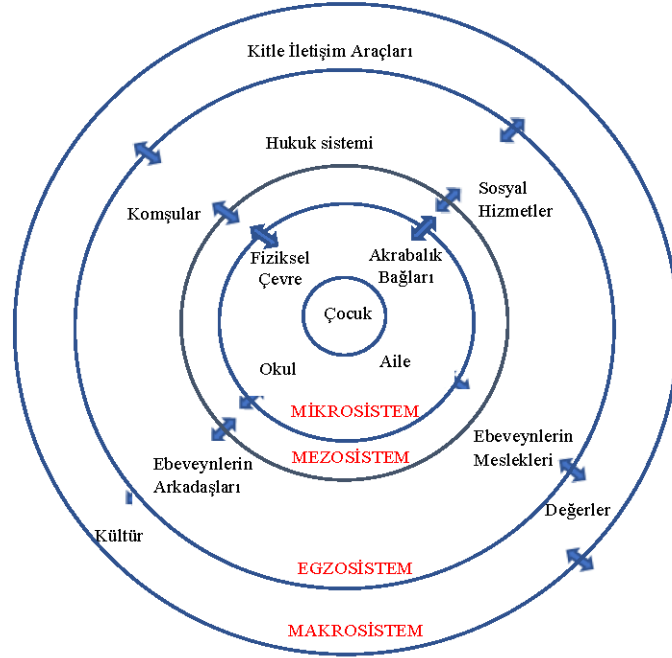
ve önerileri güçlendirmektedir (147). Genetik ve epigenetik çeşitlilikten etkilenen sinirsel süreçler, ilerleyen dönemlerdeki sağlık ve gelişmeyi etkileyen bağlanma ve erken öğrenme sistemlerinin temelini oluşturur (148).

Yoksulluğa ve diğer olumsuz çocukluk çağı deneyimlerine maruz kalan çocuklarla yapılan longitudinal çalışmalar, refah düzeyinin arttırımı, yetkinlik, sağlık biyobelirteçlerine yönelik müdahaleler, şiddet, depresif belirtiler ve sosyal inhibisyonun azaltılmasına yönelik çalışmalar sonraki nesillere olumlu sonuçlar kazandırır (149-151). Bu bulgular erken çocukluk döneminde, özellikle 3 yaşından küçük çocuklarda (3 yaş altı) yapılan yatırımlar için güçlü bir ekonomik gerekçedir (152).

Çocuk gelişimi, algısal, motor, bilişsel, dil, sosyo-duygusal ve öz düzenleme becerilerinin düzenli bir şekilde ilerlemesine yol açan olgunlaşma ve etkileşimli bir süreçtir (153). Gelişim süreci kültürler arasında benzer olsa da, ilerleme hızları çocukların kültüre özgü becerileri edindikçe değişebilir (154). İnsan gelişimini teşvik etmek için, bakım verenin şu evrensel işlevleri yerine getirmesi gerektiğini savunulur: (a) çocuğun sağlığının sürekliliğini sağlamak ve sürdürmek; (b) dikkatli ve bilgi yoluyla çocuğun gelişimini teşvik etmek; (c) çocuğun kendi kendine yetme kapasitesini ve eğilimlerini desteklemek; (d) deneyimlerin miktarını ve paternini yapılandırmak; ve (e) çocuk gelişiminin devamlılığını sürdürmek, desteklemek, teşvik etmek ve yapılandırmak amacıyla çocuğun koşullarını ve aktivitelerini gözetmek (155, 156).

Urie Bronfenbrenner tarafından tanımlanan ekolojik insan gelişimi olgusunda ifade edildiği gibi çocukların gelişimi, doğuştan sahip oldukları biyolojik özelliklerin gücüne rağmen içinde yaşadıkları pek çok farklı çevre ve bu çevreler içindeki bireysel deneyimlerinden büyük ölçüde etkilenmektedir. Bronfenbrenner'in ekolojik gelişim modeline göre, çocuk gelişimini etkileyen 4 sistem ve bunların çocuğun zaman içindeki değişiminin etkisini belirtir. Buna göre çocuk mikrosistem (çocuk ile doğrudan ilişki içinde olan, aile, okul vb. ile) ile etkileşir. Mezosistem içinde ebeveyn, okul vb. birbiri ile etkileşir ve çocuğu etkiler. Bundan sonraki halkada yine birbiri ile ve mezo ve mikrosistem ile etkileşen mahalle, işyeri, hukuk sistemi, sosyal hizmetler vb. vardır. Son halkada ise kitle iletişim araçları, kültür ve değerler bulunur. (157) Bu

çevreler farklı koşullara göre gelişimi destekleyici ya da zarar verici olarak değerlendirilebilir. Aynı çevrenin farklı özellikleri hem korunma hem de risk kaynağı olabilmektedir (Şekil 2.2) (158).

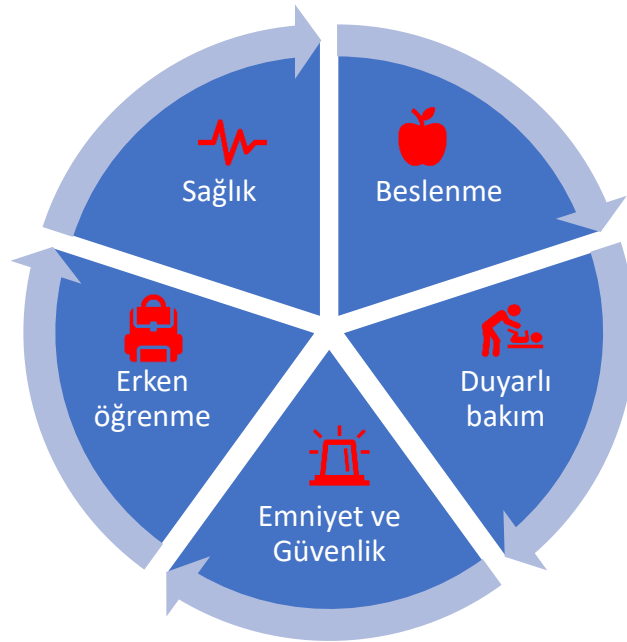


Şekil 2.2 Bronfenbrenner'in Ekolojik Sistemler Kuramı

Çocuklar akademik, davranışsal, sosyo-duygusal ve ekonomik başarılar için gelişimsel yetkinlikler kazandıklarında gelişimsel potansiyellerine ulaşırlar. Yeterliliklerin kazanılmasını etkileyen birçok faktör vardır bunlar; sağlık ve beslenme durumları, güvenli bir ortamda büyümeleri, duyarlı **geliştiren bakım** (*nurturing care*) ve erken öğrenme dahil olmak üzere bu alanlar birbirleriyle etkileşime girerler ve gelişim süreci boyunca karşılıklı olarak pekiştirici olabilirler. Hepsi *nurturing care* için gereklidir ve çocuklar ve bakıcıları arasında başlayan çift yönlü etkileşimin çevreleri tarafından sürdürülmesi yoluyla gerçekleşir (159).

Çocukluk gelişimi, algısal, motor, bilişsel, dil, sosyo-duygusal ve kendini düzenleme becerilerinin düzenli bir şekilde ilerlemesine yol açan olgunlaşma sürecidir. Dolayısıyla, yaşam döngüsü boyunca becerilerin kazanılması, erken çocukluk döneminde kurulan temel kapasiteler üzerine inşa edilmesi ile olur (160).

Sağlık, beslenme, emniyet, güvenlik, duyarlı bakım ve erken öğrenme dahil olmak üzere, yeterliliklerin ve becerilerin kazanılmasını etkileyen birçok faktör vardır.(Şekil 3) *Nurturing care* olumsuz olayların beyin yapısı ve işlevi üzerindeki zararlı etkilerini azaltır; bu da çocukların sağlığını, büyümesini ve gelişmesini iyileştirir (161). *Nurturing care*, çocukların sağlık ve beslenme gereksinimlerine duyarlı, duygusal olarak destekleyici ve gelişimsel olarak teşvik edici, uygun, oyun oynama ve keşif yapma fırsatları sunan ve olumsuzluklardan koruma yapısına sahip bir ev ortamı ile de karakterizedir (162).



**Şekil 2.3** Çocukların gelişim potansiyellerine ulaşmaları için gerekli olan *nurturing care* faktörleri (160)

Romanya'daki yetimhanelere bırakılan 136 çocuğu içeren, hala devam eden randomize kontrollü bir çalışmadan elde edilen bulgular, beyin yapısının ve işleyişinin 8 ve 12 yaşlarındaki yüksek kaliteli koruyucu evlerde kalan çocuklarda güçlendiğini göstermiştir (163). Yetimhanede kalan çocuklarla karşılaştırıldığında, kaliteli koruyucu bakım veren ailelerde kalan çocuklar daha sağlıklı stres tepkileri, daha yüksek IQ seviyeleri, gelişmiş sosyal beceriler ve akran ilişkileri göstermiştir. Birlikte ele alındığında, bu bulgular erken çocukluk döneminde beyin gelişimi ve davranışını korumak ve geliştirmek için *nurturing care* ortamlarını önemini göstermiştir (164).

Jamaika, Pakistan ve Türkiye de dahil olmak üzere tüm dünyadan yapılan araştırmalar, müdahalelere *nurturing care* unsurlarının dahil edilmesinin sonuçları çocuk gelişimini ve hatta yetişkinlik dönemini önemli ölçüde iyileştirdiğini göstermiştir (165-167).

Gelişmekte olan ülkelerdeki pek çok çocuk, yoksulluk, sağlık ve beslenme dahil olmak üzere, gelişim geriliği için birçok riske maruz kalmaktadır (141). Düşük ve orta gelirli ülkelerde, %43'ü 5 yaşından küçük tüm, 250 milyon çocuk, aşırı yoksulluk koşullarında yaşadıklarından ve büyümelerini engellendiklerinden, eğitim ve üretkenlik alanlarında potansiyellerine ulaşmama riski altındadır (159). Richter ve arkadaşları, çocukların silahlı çatışmaya, toplumdaki huzursuzluğa ve aile içi şiddete maruz kaldıklarında bu sayıların çarpıcı biçimde arttığını göstermektedir (168).

Bazı çevresel faktörler, beyin gelişiminde sosyoekonomik temelli farklılıkları açıklamaya yardımcı olmaktadır. Gebelik öncesi ve hamilelik döneminde beslenme yetersizlikleri nöral tüp bozuklukları, düşük doğum ağırlığı ve düşük doğum boyu ve yaşam boyu gelişimsel gecikmeler ve sakatlıklarla sonuçlanabilir (169). Yetersiz çocuk gelişimi, 2 yaşından önce maruz kalınan kronik malnutrisyon ile ilişkilendirilir (170).

Aşırı yoksulluk, çocukların ailevi stres, çocuk istismarı veya ihmali, gıda temininde zorluk ve çoğunlukla sınırlı kaynaklara sahip topluluklarda yaşayarak oluşan şiddete maruz kalma gibi birçok olumsuzluğa maruz kalma olasılığını artırmaktadır. Birikmiş olumsuzluklar, çocukların gelişimine genellikle tekli olumsuzluklardan daha zararlıdır, çünkü birikmiş olumsuz deneyimler çocukların fizyolojik yanıt sistemlerini zedeleyebilir ve baş etme ve stres yönetimini engelleyebilir. Küresel olarak, çok sayıda çocuk birden fazla sıkıntı veya engelle karşı karşıya kalmakta ve mülteciler ve yerlerinden edilmiş ya da göçmen aileler gibi kırılgan ortamlarda yaşamaktadır (159).

“Dayanıklılık” önemli risklere maruz kalmasına rağmen, arzu edilen sosyal sonuçların elde edilmesi ve duygusal uyumun sağlanması, “risk” ise çoğu insan için stres yaratan ve normal işleyişi engelleyebilecek psikososyal bir sıkıntı veya olay tanımlanmıştır (171, 172). Sosyal ekoloji perspektifinden dayanıklılık - yakın aile, akran, okul ve topluluk ortamları ile kültürel ve politik inanç sistemlerini içeren ve ötesine geçen besleyici fiziksel ve duygusal ortam olarak özetlenebilir (173).

Savaş genellikle güvenlik kaybı, tahmin edilemezlik ve günlük yaşamda aksamalar ile karakterizedir (174). Okullar ve hastaneler gibi temel hizmetler ve kurumlar sıklıkla zarar görür veya bilerek imha edilir. Aile ve sosyal ilişkiler paramparça olur. Çocuklar için savaş, kişisel fiziksel tehlikeye maruz kalmanın yanı sıra, çocuğun gelişimini destekleyen sosyal ekoloji ve altyapının temel bir değişimini temsil eder. Zarar görmüş bir sosyal ekolojinin yeniden yapılandırılması, savaştan etkilenen çocuklar için koruyucu ve rehabilitasyon müdahalelerinin geliştirilmesinde önceliklidir (175).

Günümüzde dünyada küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediği, bölgesel çatışmalar, yoksulluk, teknolojik gelişmeler, ulaşım ve iletişim olanaklarının gelişmesi ile birlikte göç eden kişi sayısı artmaya devam etmektedir. Göç sürecinden ve toplumsal sonuçlarından en fazla etkilenen gruplardan biri de çocuklardır. Son yıllarda devam eden göç olgusunda bu nüfusun beşte birini de çocuklar oluşturmakta ve dünyada da göçmen çocuklar siyasi ve sosyal gündemin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (176).

Göç ve mülteci yaşam, “Çocuk Hakları bildirgesi”nin temeli olan yaşama, korunma, gelişme ve katılım haklarında “boşluk” yaratan, çocukların bedensel, ruhsal, sosyal gelişimlerini etkileyen bir durumdur. “Çocuk Hakları Sözleşmesi”nin 2. Maddesi “ayrımcılığa”, 3. Maddesi “Her şartta öncelikle çocuğun yararının düşünülmesine”, 22. Maddesi “mülteci kavramına” yaptığı vurgularla göç eden ve mülteci olmuş çocukların hakkına dikkat çekmektedir (177).

Devam eden bu mülteci krizinin sonucunda çocuklar ciddi oranlarda ihmal edilmektedir. Küçük yaştaki mülteci çocuklar için zorunlu yerinden edilmenin gelişimsel ve psikolojik sonuçları yıkıcı olabilir ve bu durum kuşkusuz küresel toplum sağlığı için olumsuz sonuçlar doğuracaktır. En savunmasız olan ebeveynsiz küçükler de dahil olmak üzere mülteci gençler, psikolojik sorunlar, okulda düşük performans, kültürel ve sosyal bütünleşmeyle ilgili sorunlarla karşı karşıyadır (108). UNICEF’in 2013 de yayınladığı Suriye ile ilgili kayıp nesil raporunda, Suriye de yaşayan 4 milyon insanın savaştan etkilendiğini, bunların 2 milyonun komşu ülkelere göç etmek zorunda kaldığını belirtmiştir. UNICEF’in verilerine göre son on yılda çatışmalarda 2 milyon çocuk ölmüş, 6 milyon çocuk yaralanmış ve sakatlanmış, 12 milyon çocuksa evsiz

kalmış, 10 milyona yakın çocuk çatışmalar sonrasında psikolojik travma geçirmiştir. Ayrıca savaşlarda sağlık personelinin kasten öldürülmesi veya zorunlu göçü de önemli ölçüde çocuk ölümlerine yol açmıştır (178).

### **2.7.1 Gelişimsel Risk Faktörleri**

Gelişmekte olan ülkelerdeki pek çok çocuk, yoksulluk ve zayıf sağlık ve beslenme dahil olmak üzere çocuk gelişimini etkileyen birçok riske maruz kalmaktadır (141). Çocukların gelişimi biyolojik ve / veya sosyo-kültürel risk faktörlerinden olumsuz yönde etkilenebilir. Erkek cinsiyet, 30 yaş üstü anne yaşı, çoğul gebelikler, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği, mikrosefali, beyin malformasyonları, holoprozensefali, şizensefali, lizensefali, yenidoğan komplikasyonları, yenidoğan ensefalopatisi, intrakraniyal kanama, semptomatik hipoglisemi, şiddetli hiperbilirubinemi, konjenital enfeksiyonlar ,edinilmiş merkezi sinir sistemi enfeksiyonları demir ve iyot eksiklikleri, beyin hasarı ve yetersiz beslenme biyolojik risk faktörlerinden bazılarıdır. Sosyokültürel riskler ayrıca gelişim üzerinde derin etkilere sahip olabilir ve genellikle biyolojik risk faktörleriyle etkileşime girebilir (“çifte tehlike” (double jeopardy) olarak adlandırılır). Düşük ebeveyn eğitimi, annede depresyon varlığı, annenin madde bağımlısı olması, düşük sosyoekonomik durum, doğum öncesi bakım eksikliği ve uyaran eksikliği ise sosyo-kültürel risk faktörlerindedir (179).

#### **2.7.1.1 Biyolojik risk faktörleri**

##### **2.7.1.1.1 Beslenme**

Bir annenin çocuklarının sağlığını ve gelişimini destekleyebilmesi, hamilelikten önce, hamilelik sırasında ve sonrasında kendi sağlığına ve iyiliğine kritik derecede bağlıdır. İntrauterin büyüme geriliği, çocuğun gelişiminin birçok yönünü etkiler ve daha zayıf nörogelişimsel sonuçlar, erken doğma riskleri, düşük okul



performansı ve çocuklarda davranışsal problemlerin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (180).

Çocuk doğurma yaşındaki kadınlar ve eksiklik riski taşıyan anne adayları için dengeli bir enerji ve protein diyetinin yanı sıra çoklu mikro besleyicilerin sağlanması, intrauterin büyüme geriliği, gebelik yaşına göre küçük doğum riskini azaltmada potansiyel faydalar göstermektedir (181).

Bebeklik döneminde çocuğun “kendisi” ile ilgili iki önemli alan vardır; mizacı ve uyku/ beslenme ve duygu düzenlemesini gerçekleştirmesi (182) Bebeğin kendi düzenini oluşturması da ilk yıl için önemli bir gelişim basamağıdır. İlk yılda beslenme, uyku düzeni ve duyguların düzenlenmesi için bebeğin ve ailenin desteklenmesi gerekir (182).

İlk altı ayda besleme ilişkileri bebeğin öz düzenlemesi ve bağlanmanın sağlanmasında yardımcı olur. Beslenme zamanları anne/baba-bebek ilişkisinin geliştirilmesi için çok değerli fırsatlardır. Yaşamın ilk yılında önerilen beslenme ilk altı ay için sadece emzirme, altıncı aydan sonra ise emzirmeyle birlikte mutlaka ek besinlerin verilmesidir (183).

Altıncı aydan sonra anne sütü tek başına bebeğin, özellikle demir, çinko, vitamin A ve enerji ihtiyacını karşılayamaz (184). Bebeklerin mide kapasitelerinin de küçük olduğu göz önünde alındığında bebelere verilecek ek besinlerin besleyici değeri de yüksek olmalıdır. Anne sütü ile beslenen bebeklerin nörogelişimsel sonuçları daha iyi olmaktadır. Fakat bu sonucun beslenme, çevre veya genetik faktörlerin mi bir sonucu olduğu ya da bunların etkileşimi ile mi olduğu henüz kesinlik kazanmamıştır. Anne sütü ve mama ile beslenen bebeklerde kontrollü bir çalışma yapmak etik olarak mümkün olmadığı için, gözlemsel çalışmalarda da bazı metodolojik sorunlar aşılammaktadır. Öte yandan beyin ve retina da çok miktarda bulunan başta dokozahekzaenoik asit (DHA) olmak üzere çoklu doymamış yağ asitlerinin (polyunsaturated fatty acids, PUFA) anne sütünde bulunması ve ticari mamalarda bulunmaması da besinsel bir katkıyı işaret etmektedir. Nörogelişimsel sonuçlar beslenme dışında da çeşitli faktörlerden etkilenirler. Bu faktörler bebeğin beslenme şeklinin saptanmasında da etkili olabilmektedir. Bunların başlıcaları anne/ babanın zeka düzeyi, eğitimi, sosyoekonomik düzey, anne yaşı, ev ortamı, anne-bebek

bağlanması, maternal stres ve depresyon, doğum sırası, yenidoğan döneminde yaşanan sorunlar, doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği, gebelik yaşı, anormal nörolojik muayene ve görüntüleme sonuçları, bronkopulmoner displazi, menenjit veya sepsis gibi sıralanabilir (185).

Kötü beslenme, gelişmekte olan ülkelerde küçük çocukların hayatta kalma, büyüme ve gelişmelerini baltalayan ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir (186). Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaşından küçük çocukların üçte birinde, yaşa göre boy referans değerlerinin -2 SD'nin altında lineer büyüme geriliği veya bodurluk vardır. Bodurluk, kronik yetersiz beslenmenin bir ölçüsüdür ve genellikle bulaşıcı hastalıkların neden olduğu kötü beslenmeden kaynaklanır. Bodurluk, çocuklarda bilişsel ve eğitimsel eksikliklerin varlığı, eksikliklerin ciddiyeti çalışmalar arasında değişiklik göstermesine rağmen tutarlı ve sağlam bir bulgudur (187).

Küçük çocuklarda, düşük kilolu ve bodur olma, aynı zamanda, apati, daha az olumlu duygulanım, daha düşük oyun seviyeleri ve daha fazla güvensiz bağlanma ile de ilişkilidir (188-190). Çocukların beslenme durumunu ve gelişimini iyileştirmek için gıda takviyesi sağlayan randomize çalışmalar, motor gelişim, zihinsel gelişim ve bilişsel yetenek için fayda göstermektedir (190).

#### **2.7.1.1.2 İyot eksikliği**

İyot, merkezi sinir sistemi gelişimini etkileyen ve birçok fizyolojik süreci düzenleyen tiroid hormonlarının bir bileşenidir (191). Dünya çapında, insanların %35'i yetersiz iyot alımına sahiptir (192).

İyot eksikliği halen tüm dünyada en önemli genetik olmayan doğumsal nörolojik beslenme, kretinizm ve ağır mental retardasyon nedenidir. 1971'de Papua Yeni Gine'de iyotlu yağ ile kretinizmin önlendiğinin gösterilmesinden sonra iyot eksikliği ve fetal beyin gelişimi arasındaki ilişki gündeme gelmiş ve bunun için üç mekanizma öne sürülmüştür; maternal hipotiroidi, fetal hipotiroidi ve elemental iyot eksikliğinin fetal beyin gelişimi üzerindeki doğrudan etkisi (193).

Anneden bebeğe geçen tiroid hormonlarının önemi ve maternal tiroksinin fetusun henüz tiroid hormonu salgılamadığı erken dönemdeki beyin gelişimi açısından

gerekliliği gün geçtikçe önem kazanmaktadır. İyot eksikliğinin ciddiyeti ve geri dönüşümsüz beyin zedelenmesi oluşturma potansiyeli, sadece iyot eksikliğinin ciddiyeti ile değil, aynı zamanda da kişinin hayatının hangi döneminde karşılaştığı ile de ilgilidir. Çok ciddi iyot eksikliği bölgelerinde görülen ve işitme konuşma sorunları, mental ve motor gerilik ile giden kretinizm annenin iyot eksikliği nedeni ile gebeliği sırasında dolaşımdaki tiroksin düzeylerini artıramamasından kaynaklanmaktadır (194).

İyot eksikliği konjenital hipotiroidizme ve geri dönüşü olmayan zihinsel geriliğe neden olabilir, bu da zihinsel geriliğin en yaygın önlenebilir nedenidir (195).

Çin'de replasman tedavisinin zamanlamasını değerlendiren longitudinal bir çalışmada, gebeliğin birinci ve ikinci trimesterlerinde iyot takviyesinin, orta ve şiddetli nörolojik anormalliklerin prevalansını azalttığını ve doğum sonrası replasmana kıyasla 7 yıl boyunca gelişimsel test skorlarını arttırdığını göstermiştir (196).

### **2.7.1.1.3 Demir eksiliği**

Gelişmekte olan ülkelerde 4 yaşından küçük çocuklarda aneminin tahmini prevalansı % 46-66'dır ve bunun yarısı demir eksikliği anemisi olduğu düşünülmektedir (197). Beyinde demir alımı mikro damarların endotelial yüzeylerindeki transferin reseptörleri ile olmaktadır. Bu alım, hızlı beyin büyümesi ve miyelogenezisin doruğa ulaştığı dönemlerde artmaktadır ve hayat boyu da sürmektedir (198).

Hayvan deneyleri yaşamın erken döneminde demirden yoksun olan sıçanlarda total beyin miktarının %27 azaldığını ve daha sonra verilen demir tedavisine de dirençli olduğunu göstermiştir (199). Devam eden demir eksikliği sıçanlarda kalıcı davranış ve öğrenme bozukluklarına neden olmaktadır. Bu bulgular erken beyin gelişimi sırasında kritik fazlarda normal beyin demir düzeylerinin, normal gelişme, fonksiyon ve davranış için hayati olduğu hipotezini desteklemektedir. Çocuklarda yapılan çalışmalarda da demir eksikliğinden kaynaklanan aneminin dikkat bozukluğu, Bayley test skorlarında düşüklük, IQ düşüklüğü, algı ve duyuşsal davranış bozukluklarına yol açtığı gösterilmiştir (200-202). Hemoglobindeki bir birim azalma

hafif-orta mental retardasyon riskini 1.28 kat artırmaktadır (203). Bu çocuklar tedavi edilseler bile on yıl sonra dahi skorları düşük bulunmaktadır; fakat bu vakaların ev içi çevresi de tam olarak bilinmemektedir. Anemi olmaksızın sadece demir eksikliği olmasının da çocukların okul başarısını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (204). Öte yandan demir eksikliği anemisi olan çocuklar daha “mız-mız” (wary) olarak tanımlanmakta, bu da bakıcı-çocuk ilişkisini bozarak gerekli uyarıların verilmesini engelleyebilmektedir. Davranışlardaki bu değişikliğin de anemi düzeltildikten sonra dahi çocuğun ileriki yaşamında devam ettiği gözlenmiştir (205, 206).

Yapılan 21 çalışmanın 19'unda, demir eksikliği anemisi olan bebeklerde olmayanlara daha zayıf zihinsel, motor, sosyal-duygusal veya nörofizyolojik işleyiş bildirilmiştir (207). Gelişmekte olan 6 ülkede demir eksikliği olan term infantlarda demir tedavisi öncesi ve sonrasında mental ve motor performanslarını ölçmek için standardize testler kullanılmış demir eksikliği anemili bebeklerde altı çalışmada tedavi öncesi düşük mental skorlar, beş çalışmada düşük motor skorlar tespit edilmiş. Bu çalışmaların dördünde, demir eksikliği anemili bebeklerde daha düşük skorlar 3 aylık tedavinin ardından da devam etmiş, iki çalışmada ise belirgin iyileşmeler görülmüştür. Demir eksikliği anemisi olan okul öncesi çağıdaki çocuklarda, demir tedavisi ile birlikte bilişsel sonuçların arttığı bildirilmiştir (207-211).

Sonuç olarak bebek ve çocuklarda çok yaygın olması nedeni ile demir eksikliği anemisinin önlenmesi için uygun beslenme önerileri ile birlikte gerekli suplementasyonların yapılması gereklidir (144).

#### **2.7.1.1.4 Diğer beslenme faktörleri**

A ve B12 vitaminleri gibi diğer mikro besinlerin ancak küçük çocukların gelişimi üzerindeki etkilerinin kanıtı azdır (212). Temel kaynak hayvansal ürünler olduğu için bunları az tüketen annelerin sütlerinde ve az et yiyen bebekler vitamin B12 eksikliği için risk altındadır. Okul çağı çocuklarının üçte ikisinde eksiklik olabileceği tahmin edilmektedir (213). Pernisiöz anemisi olan annelerin bebeklerinde yapılan çalışmalarda ise bu bebeklerin gelişim basamaklarında gerilik saptanmıştır (143). Bunların dışındaki çocuklarda vitamin B12 eksikliğinin bilişsel fonksiyon üzerindeki

etkileri ile ilgili sadece gözlemsel çalışmalar vardır. Bunlardan birinde makrobiyotik annelerin bebeklerinde motor ve dil gelişiminde gerilik saptanmış(214) ve bu çocuklar 12 yaşında iken, günlük vitamin B12 tüketimleri önerilen miktarlarda olmasına karşın çeşitli bilişsel skorları daha düşük bulunmuştur (215).

Çinko eksikliğinin dünya nüfusunun üçte birini etkilediği tahmin edilmektedir ve gelişmekte olan ülkelerde hastalık için önde gelen risk faktörlerinde beşinci sırada yer almaktadır (216). Daha önce 12 bebekle yapılan denemelerde çinko takviyesi ve gelişimi incelenmiştir. Tek başına verilen çinko denemelerin sonucunda tutarsız bulgular elde edilmiştir, çünkü muhtemelen bazı araştırmalarda çocuklar çinko eksikliği, diğer besin eksiklikleri gelişmeyi etkilemiş olabilir veya çinko diğer mikro besin maddeleriyle etkileşime girmiş olabilir. Demirli çinko preparatları, Bangladeş'teki bir çalışmada motor gelişimi ve davranışı iyileştirmiş (217), ancak Hindistan (218) veya Endonezya'daki (219) çalışmalarda bu gösterilememiş. Psikososyal uyaranlar ile birleştirilmiş çinko takviyesi Jamaika'da bilişsel ve motor gelişimine fayda sağlamıştır (220). Bu nedenle, çinko eksikliğinin çocuk gelişimi üzerindeki etkisi belirsizliğini korumaktadır. Çinko desteğinin yararları görülmeden önce demir eksikliği veya çevresel olumsuzlar gibi ek problemlerin eş zamanlı olarak iyileştirilmesi gerekebilir (187).

Emzirme anne sütündeki besinler, özellikle esansiyel yağ asitleri ile çocuk gelişimine olumlu etki yapar aynı zamanda azalan bebek morbiditesi daha yakın anne-çocuk ilişkisi ile de ilgilidir (221). Emzirme ile ilgili 17 çalışmanın incelendiği yeni bir gözlemsel çalışma, optimal emzirmenin çocukluk ve ergenlikte zeka testlerinde performans artışı sağladığına dair kanıtlar sunarken, zeka testinde 3 · 44 puanlık artış tespit edilmiş (222).

### 2.7.1.2 Bulaşıcı hastalıklar

Bulaşıcı hastalıklar, gelişmekte olan ülkelerde 5 yaşın altındaki çocuklar arasında yaygındır ve doğrudan ve dolaylı yollardan gelişmeyi etkileyebilir. Bir santral sinir sistemi enfeksiyonu veya ikincil patofizyolojik olaylar sırasında beyin parankimini istila eden organizmalar, fokal veya global hasara neden olarak nörolojik bozulmaya neden olabilir (223).

Dünya nüfusunun üçte biri, okul çağındaki çocuklarda enfeksiyon prevalansının ve yoğunluğunun büyük bir bölümünü oluşturan en az bir bağırsak helmint türü ile enfekte olmaktadır (224). Helminthlerin 5 yaşın altındaki çocuklarda gelişme üzerine etkisi konusunda az sayıda çalışma bulunmaktadır. Tespit edilen tek korelasyonlu çalışmada, bağırsak parazitlerinin varlığı zayıf dil performansı ile ilişkilendirilmiştir (224).

Milyonlarca insan temiz suya ya da yeterli temizlik koşullarına erişmeden yaşıyor, bu da ishal için yüksek risk teşkil etmektedir (225). İshal, yaşamın ilk 2 yılında özellikle yaygındır (226). İki küçük Brezilya çalışması, yaşamın ilk 2 yılında diyare insidansı ile çocukluğun ilerleyen döneminde zayıflamış bilişsel performans arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (227, 228).

### 2.7.1.3 Çevresel maruziyet

Çevresel maruziyetler genellikle kronik bir süreç ile ilişkilidir. Çocuklarda dünya genelinde artmış kurşun düzeylerinin sıklığı %40 civarında olduğu tahmin edilmektedir, gelişmekte olan ülkelerdeki çocukların çevresel kurşuna maruz kalma riskleri gelişmiş ülkelerde olduğundan daha fazladır (229). Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde kurşun maruziyeti, sosyal karıştırıcılar için düzeltmeden sonra da devam eden IQ'daki (2-5 puan) küçük düşüşlerle ilişkilidir (230).

Güneydoğu Asya'daki en az 30 milyon insan, arsenik standartlarını aşan kuyulardan su kullanıyor (231). Arsenik maruziyetinin içme suyu veya sanayi yoluyla yetişkinlerde bilinen bir bilişsel etkisi vardır. Arsenik ile kirlenmiş su içen okul çağındaki Bangladeşli çocuklarda, sosyodemografik faktörler için ayarlamalar yapıldıktan sonra da devam eden doz yanıtı olarak IQ'da azalma göstermiştir (232).

Gelişmiş ülkelerden edinilen bilgilere göre diğer maruziyetler için daha sınırlı veya çelişkili kanıtlar mevcuttur. Hindistan'da 9-13 yaş arasındaki çocuklarda yapılan ekolojik bir çalışmada, doğum öncesi pestisit maruziyeti düşük analitik ve hafıza becerileri ile ilişkili bulunmuştur (233).

Bangladeş'te, mangan düzeyi yüksek olan içme suyuna maruz kalan okul çağındaki çocuklar, yüksek manganez seviyesine maruz kalmayan çocuklardan daha düşük IQ puanlarına sahip bulunmuştur (234).

Sigara sadece içenlerin değil, dumanı ile karşılaşanların da sağlığını pek çok boyutu ile tehdit etmektedir. Sigara dumanının çocuk sağlığını tehdit ettiği bir boyut da gelişim ve davranış sorunlarıdır (235). Epidemiyolojik çalışmalar, prenatal annenin sigara içmesinin ve postnatal çevresel tütün dumanına maruz kalmanın, genel zihinsel yetenek ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gibi çocukların nörogelişiminde ve davranışında değişikliklere neden olabileceğini göstermektedir (236).

Finlandiya'da 3000'den fazla 14 yaş çocuğunun değerlendirildiği bir çalışmada babanın o andaki sigara içimi ve çocuğun etkileniminin prenatal etkilenim kadar çocuğun okul başarısını etkilediği ve doz-etki ilişkisi olduğu saptanmıştır (237). Ottawa kohort çalışması sonuçlarına göre gerek annenin gebeliğinde gerekse çocuğun daha sonra çevresel sigara dumanı etkilenimi okuma ve matematik skorlarını etkilememekte ama konuşma ve dil yeteneklerine etki ettiği gösterilmiştir (238).

Aşırı televizyon izleme sonucu ortaya çıkabilecek en önemli fiziksel sorun obezite iken, kalıpsal kültürlenme (stereotipik), yeme sorunları, cinsel davranış sorunları, okul başarısında düşme ve öğrenme güçlüğü, antisosyal davranışlar ve saldırganlıkta artış ve davranış bozuklukları en önemli psikososyal sorunlardır (239). Televizyon ile ilgili en önemli sorunlardan biri televizyonda gösterilen dünyanın gerçek dünya ile uyumsuz olmasıdır (240). Çocukların gelişimsel düzeyleri çocukların bu ayırımı yapmasına engel olmakta ve çocuklar televizyonu gerçek olarak algılamaktadırlar (241). Televizyonun psikososyal etkileri arasında en çok üzerinde durulanı şiddettir. Genel olarak çocuk programlarının %61'i şiddet içermektedir. 130 Çocuklara yönelik hazırlanan çizgi filmlerde bazen bu öğeler daha fazla olmaktadır. Yapılan iki meta-analiz çalışmasında televizyonda izlenen şiddet ile çocukların şiddete

yönelik davranışları arasında ilişki bulunmuştur (242, 243). Bu konu ile ilgili olarak Hacettepe Üniversitesi Gelişimsel Pediatri biriminde yapılmış olan bir çalışmada da okul başarısının olumsuz etkilendiği görülmüştür (244). Yüksek sosyoekonomik düzeyden 415, düşük sosyoekonomik düzeyden ise 470 ilköğretim 2-3. sınıf öğrencisinin televizyon izleme süreleri ile anne/baba tarafından doldurulan “Çocuk Davranış Ölçeği” (Child Behavior Checklist-CBCL) skorları karşılaştırılmıştır. Buna göre televizyon izleme süreleri ile sosyalizasyon ve okul başarısı arasında negatif bir ilişki, içedönüklük, sosyal problem, düşünce problemleri, dikkat problemleri, saldırgan davranış ve toplam problem skorları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Daha sonra cinsiyet ve sosyoekonomik düzeyin etkisi sabitlenerek yapılan analizlerde iki saatten uzun süre televizyon izleme ile sosyalizasyon ve dikkat sorunları arasında ilişki bulunmuştur. Yapılmış başka bir çalışmada da iki saatten fazla televizyon izlemenin çocukların normalin altında zekâyâ sahip olma olasılığını sınırda anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır (245). Uzun süreli izlemlerle yapılan çalışmalar hem televizyon izleme alışkanlığının hem de buna bağlı olarak ortaya çıkan sorunların 20’li yaşlara kadar devam ettiğini göstermektedir (246). Bu nedenle ailelerden çocukların televizyon izlemeleri veya izlemeseler bile evde televizyonun açık kalması konusunda öykü almak ve gerekli önerilerde bulunmak hekimlerin bir sorumluluğudur (241).

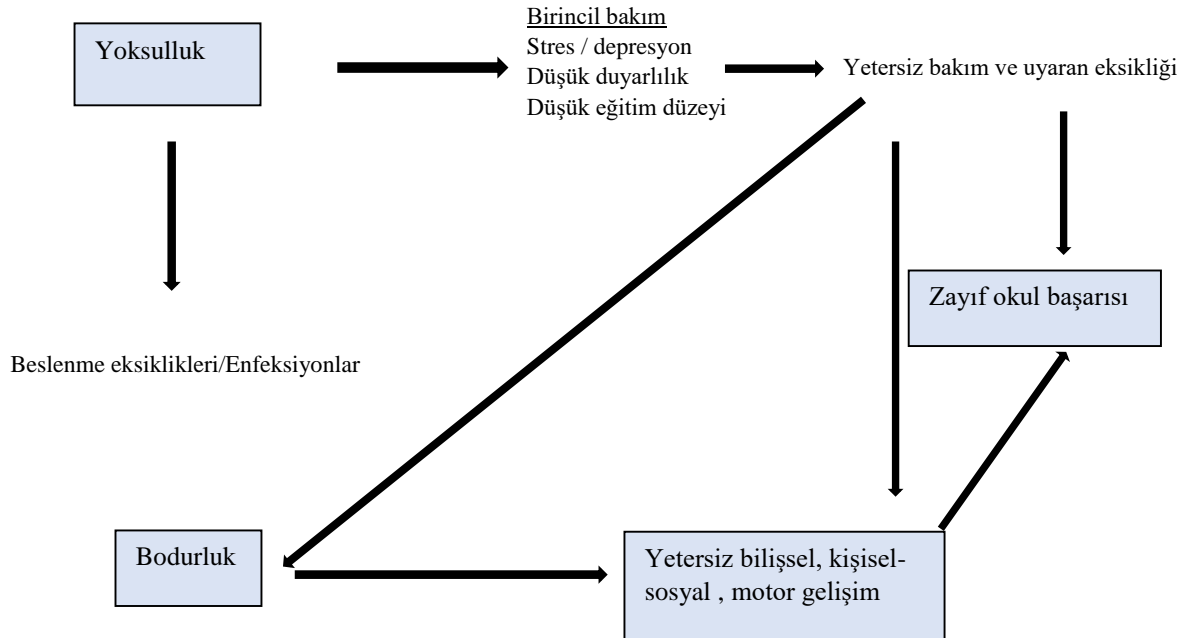
#### **2.7.1.4 Sosyo-kültürel risk faktörleri**

Çocukların gelişimi için az sayıda ulusal veri bulunmaktadır, ancak tahminler, gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı 200 milyondan fazla çocuğun tam potansiyellerine ulaşamadığı yönündedir (141). Yoksulluk ve sosyo-kültürel yapı, küçük çocukların beyin yapısı, fonksiyonu ve davranışlarında değişikliklere yol açabilecek biyolojik ve psikososyal risklere maruz kalmasını artırmaktadır (187). Örneğin prematüre doğan ve ailesinin maddi imkânı olmadığı için demir eksikliği anemisi ve kurşun zehirlenmesi olan çocuk, erken dil gelişiminde gecikme, sonrasında öğrenme güçlükleri ve okul başarısızlığı açısından yüksek risk altındadır. Risk faktörlerinin farkına varılıp tedavi, erken müdahale ve destek sağlanmazsa, böyle bir çocuğun okulda ya da işinde başarılı olma olasılığı düşüktür. Yoksulluk aynı zamanda çocuk gelişiminde psikososyal



sorunlarda ortaya çıkarmaktadır. Bu stres kaynakları yoksulluktan dolayı görülebilmekle birlikte, baş etme stratejileri yoksul aileler ve çocuklarının bu sorunları aşabilmesi için tampon görevi görebilir. Yoksulluğun, ebeveynin davranışları ve çocuğun sağlığında olumsuz pek çok etkisi mevcuttur. Yoksul ailelerin küçük çocuklarına kitap okuma oranları daha düşüktür. Düşük gelir ya da yoksulluk durumu ebeveynlerin bütçe önceliklerinde değişiklik yapmalarına neden olabilir, örneğin parayı, gıdaya ya da evlerini ısıtmaya ayırma kararı verebilirler. Araştırmalar kış aylarında açlık ve malnutrisyonun yazıya kıyasla arttığını göstermiştir. Bu durum 'ısın ya da ye' (heat or eat) olgusu olarak bilinir (247).

Yoksulluk, yetersiz gıda alımı ve çocuklarda enfeksiyon ve bodurluğu artıran sağlık ve hijyen koşullarıyla da ilişkilidir. Yoksulluk aynı zamanda anne eğitim düzeyinin düşüklüğü, artmış anne stresi ve depresyonu ve evde yetersiz stimülasyon ile de ilişkilidir (248-251). Tüm bu faktörler, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Şekil 2.4) ve yetersiz okul başarısı ve yetersiz okul desteği ile daha da kötüleşmektedir (251).



**Şekil 2.4** Yoksulluk, bodurluk, çocuk gelişimi ve okul başarısı arasındaki ilişki hipotezi

Dezavantajlı çocukların, yalnızca daha az eğitilmiş olmaları ve akranlarından daha zayıf bilişsel işlevlere sahip olmaları değil aynı zamanda daha az üretken olmaları

da söz konusudur. Erken çocukluk döneminde yaşanan gelişimsel sorunların topluma toplam maliyeti göz önüne alındığında, gelecek nesillerin etkileneceğini de göz önüne almak gereklidir (141).

### **2.7.1.5 Psikosoyal risk faktörleri**

Gelişmiş ülkelerden yapılan araştırmalar, küçük çocukların bilişsel ve sosyal-duygusal yeterliliği ile tutarlı bir şekilde ilişkili olan ebeveynliğin üç yönünü belirlemiştir: bilişsel uyaran, bakıcı duyarlılığı ve bakıcı etkisi (duygusal sıcaklık veya çocuğun reddedilmesi) (252). Bu faktörlerin etkisi, yoksulluk, kültürel değerler ve uygulamalar gibi faktörlere duyarlıdır.

#### **2.7.1.5.1 Ebeveynlere ait risk faktörleri**

16 deneysel veya müdahale çalışması bilişsel uyaranların, yoksulluk içinde yaşayan çocuklar, yetimler ve biyolojik risk altındaki çocuklar dahil olmak üzere gelişmekte olan ülkelerdeki küçük çocuklar üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Tüm çalışmalardan elde edilen sonuçlar, bilişsel uyaran veya öğrenme fırsatları verilen küçük çocuklarda bilişsel işlevselliklerinin önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir (187).

Şili, Kolombiya, Hindistan ve Güney Afrika'dan yapılan araştırmalarda, maternal duyarlılık daha güvenli bebek bağlanma ile ilişkili bulunmuş ve daha yüksek maternal duyarlılık düzeyleri, daha yüksek bebek bilişsel becerisi ve okul öncesi çocuklarda davranış probleminde azalma ile ilişkili bulunmuş (253-255). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki maternal depresif belirtiler için yaygınlık oranları %3 ile %60 arasında değişmekte olup, bu oran gelişmekte olan ülkelerde önemli ölçüde artmaktadır (256).

Gelişmiş ülkelerden elde edilen bulgularla tutarlı olarak, Güney Afrika Barbados ve Hindistan'dan gelen depresif annelerin küçük çocuklarında düşük bilişsel işlev düzeyleri ve daha yüksek davranış sorunları olduğu bildirilmektedir (257-259).

Sosyal risk faktörlerinin ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal sağlığını da tehdit ettiği bilinmektedir. Stresle ilişkili tıbbi durumların (hipertansiyon ve astım gibi) ve psikososyal sorunların (depresyon, kaygı, sorunlu ilişkiler ve madde kullanımı) yüksek oranda görülmesine neden olur (260). Stres aynı zamanda ihmal ve istismar ile de ilişkilidir. Yoksulluktan çıkabilmek özellikle bababların işsizliği nedeniyle sınırlı olabilir. Bu durum aile içi şiddet ve çocuk örselenmesi ile ilişkilidir (261).

#### **2.7.1.5.2 Şiddete maruz kalma**

Yüksek gelirli, orta gelirli ve düşük gelirli ülkelerdeki çocukların karşılaştıkları risk türleri ve yatıklaştıran faktörlerde paralellikler bulunmasına rağmen, sınırlı kanıtlar düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerdeki çocukların yüksek gelirli ülkelerde yoksul çocuklara kıyasla daha fazla sayıda ve çeşitli risk faktörleri ile karşılaştığını ve gelişim için daha az teşvik edici etken olduğunu göstermektedir. Toksinler, kronik yetersiz beslenme, silahlı çatışmaya doğrudan maruz kalma ve yerinden olma ve mülteci statüsü düşük gelirli ülkelerde ortaya çıkan, ancak yüksek gelirli ülkelerde nadir görülen risk faktörleridir. Kan-beyin bariyer bütünlüğünü azaltan çevresel faktörlere maruz kalmak gelişen beynin korunmasını da azaltır (186).

Depresyon ve anksiyete gibi kadınlarda görülen zihinsel bozukluklar, hamilelikle bir arada en sık karşılaşılan durumları arasındadır ve yetersiz bebek büyümesi, çocukların duygusal ve davranışsal zorlanmaları ve bakıcılarla güvensiz bağlanma gibi çocuklar üzerine çeşitli olumsuz sonuçlar ile ilişkilidir. Postnatal dönemde ve devamında depresyonun devam etmesi, özellikle gelişimsel dönüm noktalarının kazanılması ve dil gelişimi de dahil olmak üzere, çocuklarda zayıf bilişsel gelişim ile görünmektedir (262). Gelişmekte olan ülkelerden gelen çok sayıda çocuk savaşa, topluluk veya siyasi mezhep şiddetine maruz kalmaktadır (263).

Mülteci aileler, çocuk gelişimindeki mezosistemik bağlamın savaşa dramatik bir şekilde değiştiği bir popülasyon örneği sunmaktadır. Mülteci çocuklar ve aileler için mezosistem, aileler içindeki ilişkilere ve bunların daha geniş topluluk sistemiyle ilişkilerine işaret eder. Mülteci aileler çoğu zaman “ekolojik geçişler” ya da ortamdaki ve rollerdeki değişimlere maruz kalırlar. Ebeveynlerin en sevgi dolu ve kararlısı bile,

çocuklarıyla etkileşimlerinin niteliğini ve kalitesini, savaş bölgesinde hayatta kalmak için gereken görevler ve kaymalar nedeniyle büyük ölçüde değiştirebilir (175).

Olumsuz olayların doğrudan tecrübe edilmesi, mülteci çocuklarda artan psikolojik rahatsızlık olasılığı ile ilişkilidir. Travma sonrası stres bozukluğu derecesi özellikle evden uzaktayken tecrübe edinilen kişisel travmatik olaylarla ilişkilidir (264). Göç öncesi olumsuz olaylara doğrudan maruz kalan çocuklarda uyku bozuklukları ve kaygı oranları artmıştır. Dünyada milyonlarca çocuk silahlı çatışma ve toplumun huzursuzluğuna maruz kalmaktadır (265). Çocukların gelişimindeki bu zorlukları gidermek için dünya çapında ülkeler, en savunmasız çocukların ve ailelerin ulaşılmasını sağlamak için erken çocukluk gelişimini teşvik etmek, korumak ve desteklemek için sistemik eylemleri ölçeklendirmelidir (168).

Çocuk gelişimi, prekonsepsiyonel sağlıktan başlayarak ergenlik döneminde sağlıklı olmayı ve genç birer insan olup ebeveynliğe kadar geçen süreyi içeren yaşam süresidir. Çocuk gelişimi, sensori-motor, bilişsel dil ve sosyal-duygusal işleyişin birbirine bağımlı becerilerinin sıralı ortaya çıkmasını yansıtır Erken çocuk gelişimi programları, küçük çocukların yaşamını, büyümesini ve gelişmesini iyileştirmek, risklerin oluşmasını önlemek ve risklerin olumsuz etkilerini hafifletmek için tasarlanmıştır. Yaşam boyu sağlığın ve refahın devamı için, birçok sektör ve programlar aracılığıyla başta sağlık, beslenme, eğitim ve çocuk ve sosyal koruma alanlarında yapılacak müdahaleler destekleyici politika zemini, sektörler arası koordinasyon ve finansman gerektirir. Kapsamlı erken gelişim programlarının çocukların başarı şansını arttırmada etkili olduğuna dair somut kanıtlara rağmen, devlet yatırımları düşüktür. İnsan haklarına göre ve ekonomik nedenler bağlamında çocuk gelişimi programlarına yatırım yapmak için yeterli neden vardır (266). Çocuk Hakları Sözleşmesi, çocukların hayatta kalma ve gelişme hakkına sahip olduğu ilkesini belirlemiştir ve hükümetler ailelerin çocuklarını yetiştirirken desteklemekten sorumludur (267).

### **2.7.2 Gelişimin değerlendirilmesi**

Gelişimsel bozuklukların erken teşhisi, çocukların ve ailelerinin refahı için kritik öneme sahiptir. Birinci basamak sağlık kurumunun tamamlayıcı bir görevi ve

tüm çocuk sağlığı profesyonellerinin sorumluluğudur (268). Bu ifade, sağlık uzmanlarının doğumdan 3 yaşına kadar olan çocuklarda gelişimsel kaygıları ele almak için bir model ve uygulama geliştirmelerine destek olacak bir strateji olarak bir algoritma sunmaktadır (269).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, çocukların büyümesini ve gelişimlerini izlemekte ve sorunları olabildiğince erken tespit etmede kritik bir rol oynamaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) sağlık hizmeti sağlayıcılarına; her ziyarette çocuğun gelişiminin izlenmesi, daha fazla inceleme veya değerlendirme gerektirebilecek endişeli alanları belirlemek için çocukları düzenli aralıklarla doğrulanmış araçlarla taranması, riskler belirlendiğinde daha kapsamlı gelişimsel değerlendirmelerin yapıldığından emin olunması gibi birtakım önerilerde bulunmuştur (270).

Gelişimsel bozukluklar veya gelişim geriliği, spesifik tıbbi durumlardan kaynaklanabilir ve diğer tıbbi komplikasyonların riskinin arttığını işaret edebilir ve aynı zamanda, davranış bozuklukları veya ilişkili gelişimsel bozukluklar riskinde artış olduğunu gösterebilir. Erken teşhis daha ileri değerlendirmeye, tanı ve tedaviye yol açmalıdır. Erken müdahale, çok çeşitli gelişimsel bozukluklar için mevcuttur ve bu bozuklukların hızlı bir şekilde tanımlanması, spesifik ve uygun terapötik müdahaleleri teşvik edilmesi için hayati önem taşır. Takipler sırasında oluşan endişeler derhal ele alınmalıdır. Ayrıca, standartlaştırılmış gelişimsel tarama testleri 9, 18 ve 30 aylık ziyaretlerde düzenli olarak yapılmalıdır. “*Gelişimsel gecikme*”, çocuğun beklenen zaman diliminde becerilerini geliştirmemesi ve / veya becerilerini kazanmaması durumunda kullanılan bir terimdir. “*Gecikmiş gelişim*”, “*düzensiz gelişim*” ve “*gelişimsel anormallik*” terimleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. “*Gelişimsel bozukluk*” ve “*gelişimsel yetersizlik*”, çocukluk çağında zihinsel veya fiziksel bir bozulma veya büyük yaşam aktivitelerinde önemli fonksiyonel kısıtlamalar ile sonuçlanan zihinsel ve fiziksel bozuklukların birleşimini ifade eder (271)

Gelişimsel izlemin ana noktası, gelişimsel ve davranışsal izlemin devamlılığı olan bir süreç olmasıdır. Birinci basamak pediatrik bakım hizmetinin içinde oluşan uzunlamasına ve esnek bir süreçtir. Gelişimsel izlem kendiliğinden sağlıklı gelişimi destekler, ve anne baba eğitimini sağlar ve gelişimsel gecikmesi ve davranış sorunları açısından risk altına olan çocukları belirler. İzlemin ana bileşenleri, doğrudan sorular

sorarak anne babanın kaygılarını ortaya çıkarmak, gelişimsel öykü almak çocuğu gözlemlemek, riskleri ve koruyucu etmenleri belirlemek ve bulguları tıbbi kayıtlara geçmektir (272).

Her alanda gelişimsel izlem (kaba-motor, ince-motor, dil, kişisel-sosyal, bilişsel) her sağlam çocuk ziyaretine dahil edilmelidir. İzlem sırasında gelişimsel öykünün yanı sıra tüm risk faktörlerinin öyküsünün alınması da önemlidir (273). Gelişimsel ve davranışsal izlemde güvenilir en etkili yollarından biri her görüşmede anne babaya doğrudan ‘Çocuğunuzun gelişimiyle ya da davranışıyla ilgili herhangi bir kaygınız var mı?’ diye sormaktır. Anne babanın kaygısı genellikle uzmanı diğer sorulara ya da yapılandırılmış değerlendirme testlerine yönlendirecek başlangıç noktasını belirler (274). Gerek gelişimin değerlendirilmesi gerekse risk faktörlerinin saptanması için öykü tek başına yeterli değildir. Gözlem (anne-baba-çocuk etkileşimi, çocuğun çevre ile etkileşimi) fizik muayene ile değerlendirme devam etmelidir. Gelişimin sürekli izlenmesinin yanı sıra, ek olarak standardize edilmiş gelişimsel tarama testlerinin kullanılmasının gelişimsel gecikmeleri saptamada daha etkili olduğu gösterilmiştir. Öykü ile saptanan risk faktörleri varlığında ve/veya izlem sırasında risklerin saptanması durumunda ilk olarak izlem sıklığı arttırılabilir. İzlemler sırasında aile ve çocuğun gereksinimine uygun danışmanlık hizmetleri sunulabilir. Ailenin uygun sosyal hizmetlere ulaşması sosyodemografik risk faktörlerinin azaltılması açısından da yardımcı olacaktır. Gelişimsel geriliği olan bebek ve çocuklarda gerek gelişimsel tanı gerekse de altta yatan nedenin saptanmasına yönelik tanısal testler ve değerlendirmelerin eş zamanlı olarak uygulanması ve en kısa sürede erken müdahale programlarının başlatılması önemlidir (273).

Gelişimsel tarama, gelişimsel bir hastalık riski altındaki çocukların tanımlanmasına yardımcı olan standardize edilmiş aracın uygulanmasıdır. Gelişim taraması, bir tanı veya tedavi planına yol açmaz, bunun yerine bir çocuğun gelişiminin aynı yaş normlarından farklı olduğu alanları tanımlar. Gelişimsel tarama testleri izlem sırasında ortaya çıkan problemin hangi alanı hedef aldığını tespit eder. Çocuk gelişimi dinamik bir süreç olduğundan izlem ve taramanın belli kısıtlılıkları vardır, bu nedenle geçerliliği onaylanmış tarama araçlarıyla periyodik tarama yapılabilir böylelikle rutin izlem ve tek bir taramada gözlemlenmeyen bir problem bir sonraki taramada tespit edilebilir. Tekrarlanan ve düzenli tarama, özellikle dil gibi gelişen becerilerdeki

sorunları tanımlamak için tek bir taramaya göre daha avantajlıdır. Gelişimsel sürveyans veya tarama bir çocuğun gelişimsel bozukluk riski yüksek olduğunu tespit ettiğinde, tanısal gelişimsel değerlendirme yapılmalıdır (269).

Ebeveyn raporlarını içeren kanıta dayalı tarama araçları, ebeveynlerin ve sağlık uzmanlarının çocuğun gelişimi hakkında sistematik bir şekilde konuşmalarına yardımcı olabilir. Çeşitli ayarlara, yaşlara ve amaçlara göre tasarlanmış bir dizi iyi tarama aracı mevcuttur (örneğin, Yaşlar ve Aşamalar Anketi, Ebeveynlerin Gelişim Durumunun Değerlendirilmesi ve Çocuk Gelişimi Envanteri). Tarama araçları bir bozukluğa (örneğin otizme), bir alana (örneğin bilişsel gelişim, dil veya kaba motor becerilerine) özgü olabilir veya genel olarak gelişim ile ilgili olarak birden fazla endişe alanını ele alabilir (270).

Tüm gelişimsel tarama araçları, potansiyel olarak gecikmiş gelişimi olan çocukları tanımlamak için tasarlanmış olsa da, her biri farklı bir şekilde yaklaşır. Tüm popülasyonlar ve her yaş için evrensel olarak kabul edilmiş bir tarama aracı yoktur. Şu anda mevcut tarama araçları, geniş genel gelişimsel tarama araçlarından, motor veya iletişim becerileri gibi belirli gelişim alanlarına odaklanan tarama araçlarına kadar çeşitlilik göstermektedir (269).

### **2.7.3 Doğum sonrası gelişim basamakları**

İlk aylarda nörolojik muayene esnasında mutlaka ilkel refleksler değerlendirilmelidir. Beyin sapı kaynaklı olan bu refleksler yaklaşık intrauterin 25. Haftada ortaya çıkar. Belirli zaman dilimlerinde izlenen ve her iki vücut yarısında simetrik olarak görülen otomatik hareketlerdir. Normalden şiddetli olmaları, kaybolmamaları ya da ileri yaşta tekrar ortaya çıkmaları önemlidir ve ağırlıklı olarak birinci motor nöron hasarı bulgusudur.

Gözlenmesi gereken gelişimsel basamaklar ise şu şekilde yaş gruplarına göre özetlenebilir;

Yenidoğan dönemi:

- Sırtüstü pozisyonda kollar ve bacaklar fleksiyon postüründedir. Tonus, daha büyük bebek ve çocuklara göre artmıştır. Kolların-bacakların tutularak, pasif şekilde ekstansiyona getirilmesi daha zordur.
- Başını her iki yöne çevirebilir.
- Kol ve bacaklarda spontan hareketler simetrik ve eşit olmalıdır.
- İlkel refleksler alınır.
- Işığa kısa süreli fiksasyonu vardır.

3 ay:

- Eller açıktır, nadiren yumruk yapar.
- Yüzü koyun pozisyonda yerden başını kaldırıp, bu pozisyonda 1-2 dakika tutabilir.
- Nesneye uzanamaz, ancak kavradığı nesneyi her iki elle de bir süre tutabilir.
- Nesneyi baş ve gözleri ile tüm yönlerde izler.
- Yüze bakar.
- Konuşulduğunda gülerel ve sesler çıkararak yanıt verir.
- Ellerine bakar.
- Açık ağızla 'aau' benzeri sesler çıkarır.
- Bazı ilkel refleksler kaybolmuş olup, bazıları devam etmektedir.

6 ay

- Sırtüstü pozisyonda başını yerden kaldırabilir.
- Yüzükoyun pozisyondan sırtüstüne dönebilir.
- Yüzükoyun pozisyondan başını ve göğsünü yerden kaldırabilir.
- Oturma pozisyonunda başında düşme olmaz.
- İnce sesle, neşeli sesler, çığlıklar atabilir.
- Destekle oturur.
- Nesneyi bir elinden diğerine geçirebilir.
- Sesin geldiği yönü belirler.

9 ay



- Desteksiz oturur, kendisi yatarken oturma pozisyonuna geçer.
- Tutunarak ayakta durur.
- ‘Bay-bay’ anlamında el sallar.
- Yardımla bardaktan içebilir.
- Baş ve işaret parmağı ile küçük nesnelere tutabilir.

#### 12 ay

- Yardımla ya da yardımsız yürüyebilir.
- Anlamlı 1-2 kelime kullanır.
- Düzgün olarak emekler.
- Giydirilirken (ör. Kolunu kaldırarak) yardım eder.
- Birkaç basit komuta uyar.

#### 18 ay

- Yardımla merdivene, yardımsız sandalyeye çıkar.
- Topu atabilir.
- 2-4 küpten kule yapar.
- Yemeğini kendisi yiyebilir.
- Giysilerini çıkarabilir.
- 2-3 vücut parçasını gösterebilir.
- Birçok kelimeyi anlamlı kullanır.

## 24 ay

- Koşar, ayak değiştirmeden merdiven inip çıkabilir.
- 2-3 kelime cümle kurabilir.
- Kitap sayfasını tek-tek çevirebilir.
- 4-6 küpten kula yapar.
- Topa tekme atar.
- 'Sen', 'ben' gibi özneleri kullanabilir.

## 3 yaş

- Ayak değiştirerek merdiven çıkar, 3 tekerlekli bisiklet kullanır, tek ayak üzerinde 1-2 saniye durur.
- Kalemle daire çizebilir, kopya edebilir.
- Yaş ve cinsiyetini bilir.
- Diğer çocuklarla basit oyunlar oynar.
- Ellerini yıkayabilir.

## 4 yaş

- Tek ayak üzerinde sıçrar, topu baş seviyesinin üstüne atar.
- Elişi makasıyla resim kesebilir.
- Kare ve artı işaretini kopyalayabilir, 2-4 parçalı adam çizebilir.
- Hikaye anlatabilir, 4'e kadar sayar.
- Diğer çocuklarla sosyal roller içeren grup oyunları oynayabilir, tuvalete kendisi gidebilir.

## 5 yaş

- Sıçrayabilir.
- İki ağırlıktan ağır olanı tanımlar.
- 4 renk bilir, 10'a kadar sayabilir.
- Kendisi giyinip soyulabilir.
- Sözcüklerin anlamını öğrenmek için sorular sorar.
- Karmaşık grup oyunları oynayabilir. (275)

## 2.7.4 Türkiye’de Yaygın Olarak Kullanılan Gelişim Testleri

### 2.7.4.1 Denver gelişimsel tarama testi II (DGTT II)

DGTT, ilk kez 1967 yılında Frankenburg ve Dodds tarafından geliştirilmiştir. DGTT ile yıllar içinde yapılan çalışmalar ve deneyimler daha fazla dil maddesine gerek duyulması, ilk çalışma normlarının geçerliliğinin değerlendirilmesi, bazı maddelerin uygulanması ve yorumlanmasındaki güçlükler bazı yaş grupları için uygun olmayabileceği gibi sonuçlar ortaya çıkarmış ve 1990 yılında revizyon yapılmıştır. Türkiye standardizasyonu ilk kez 1981 yılında Yalaz ve arkadaşları tarafından yapılmış; 1992 (Anlar, Yalaz) ve 2009 yılında (Anlar, Bayoğlu, Yalaz) gözden geçirme çalışmaları yinelenmiş ve Denver II adıyla Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı ve Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği tarafından ülke çapında kullanılan sunulmuştur.

Bu test;

- Güvenilir ve geçerliliği bilinen bir tarama test oluşu,
- Öğrenme ve uygulamanın kolay oluşu,
- 5-15 dakika gibi kısa sürede verilebilmesi nedeniyle pek çok ülkede uygulanmakta ve araştırmalarda kullanılmaktadır.

Denver II, 0-6 yaş arasındaki, sağlıklı görünümde olan çocuklara uygulanmak üzere düzenlenmiştir. Çocuğun yaşına uygun becerilerini değerlendiren bu test, belirti vermemiş olan gelişimsel sorunların taranmasında, kuşkulu durumların nesnel bir ölçütle doğrulanmasında ve gelişimsel açıdan risk altındaki çocukların izleminde değerlidir. Denver II, çocuğun işlevlerdeki becerisini yaşlıları ile karşılaştırır. Zeka testi değildir. Gelecekteki zihinsel veya uyumsal yeteneği tahmin etmek için kullanılamaz. Öğrenme güçlüğü, konuşma bozukluğu, duygusal bozukluk gibi tanılar vermek üzere yapılandırılmamıştır ve fizik muayene veya tanısız değerlendirme yerine kullanılmamalıdır. Denver II, aşağıdaki gelişimsel alanları taramak üzere test formu üzerinde dört bölümde toplanmış 139 maddeden oluşmaktadır:

- Kişisel-Sosyal: İnsanlarla iletişim kurma, bireysel gereksinimlerini karşılayabilme

- İnce motor-uyumsal: El-göz koordinasyonu, cisimleri kullanabilme, sorun çözüme
- Dil: İşitme, anlama, dili kullanma
- Kaba motor: Oturma, yürüme, zıplama ve genel olarak koordinasyon yeteneği

Testin sonunda doldurulan 5 adet ‘Test Davranışı’ maddesi uygulayıcının, çocuğun test süresinde davranışlarını ve yeteneklerini nasıl kullandığının değerlendirilmesine yardım eder.

Toplamda 139 madde içeren test, çocuğun davranışlarının doğrudan gözlemiyle puanlamaktadır. Dil ve öz bakım alanlarında aileden alınan bilgilere göre puanlama yapılır. Her bir beceri ‘Geçer, Kalır, Olanak Dışı ve Ret’ olarak kaydedilir. Test sonucu ‘Normal, Anormal, Şüpheli ve Test Edilemez’ şeklinde yorumlanır. Uygulama süresi 10-20 dakikadır (276).

#### **2.7.4.2 Bayley bebek ve küçük çocuklar için gelişim ölçeği**

Bayley Bebek Gelişim Ölçeği, ilk kez Nancy Bayley tarafından 1969 yılında yayınlanmış, 1993 yılında ikinci versiyonu hazırlanmıştır. Test bireysel olarak 45-60 dakika sürede uygulanmaktadır. Test, özellikleri konusunda eğitim almış deneyimli uzmanlar tarafından kullanılmalıdır. Gelişim riskli bebek ve küçük çocukları tanımaya uygun maddeler içermektedir. 1-42 ay arası çocukları değerlendirir. Bayley II Bilişsel Alan, *Motor Alan ve Davranış Derecelendirme Ölçeğinden* oluşurken (277), Bayley-III ek olarak sosyal-duygusal değerlendirme ölçeğine de sahiptir. Her bir alandaki beceriler doğrudan çocuğun davranışını gözlemeye yöneliktir. Gözlem bulgusu madde bazında davranışın başarılı olduğunda ‘1’, başarısız olduğunda ‘0’ olarak puanlanır. Uygulama sonunda bilişsel, motor ve dil alanındaki toplam puanlar bileşik puana çevrilir. Ayrıca ham puanlara göre yaş eşitliği vermektedir.

Ölçek, her ne kadar bilişsel gelişim düzeyine ilişkin bilgi verse de zeka testi olarak kullanılmaz ve gelecekteki zeka öngörüsünde bulunmaz. Gelişimsel

gecikmeleri ve/veya gerilikleri belirlemek, bebekleri erken dönemde desteklemek amacıyla geliştirilmiştir.

Bayley bebek ve küçük çocuklar için gelişim ölçeğinin üçüncü versiyonunda sosyal-duygusal ölçek ve uyumsal davranışsal ölçek de eklenmiştir. Bir ay ile 42 ay arası çocuklara yönelik olan ölçek, sosyal-duygusal beceriler, iletişim, toplumsal fayda, sağlık ve güvenlik, eğlence, özbakım, özdenetim, ön-akademik beceriler, ev yaşamı alanlarını değerlendirmektedir (278). Türkçe standardizasyonu yapılmamıştır.

### **2.7.4.3 Vineland uyum davranış ölçeği**

Vineland Uyum Davranış Ölçeği, Sparrow ve arkadaşları tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. İletişim, günlük yaşam, sosyalleşme ve motor beceriler olmak üzere dört alandan meydana gelmektedir. Bu dört alanın puanlarının toplamından ‘Uyum Davranış Bileşkesi’ toplam puanları elde edilmektedir. İletişim becerileri; alıcı dil, ifade edici dil ve yazılı anlatım becerileri, günlük yaşam becerileri; kişisel, evle ilgili, toplumsal beceriler, sosyalleşme becerileri; kişilerarası ilişkiler, oyun ve boş zamanları değerlendirme ve başa çıkma becerileri, motor beceriler ince motor ve kaba motor alt testlerinden oluşmaktadır (279).

Vineland Uyum Davranış Ölçeğinin Türkiye standardizasyon çalışmaları Ankara Üniversitesi tarafından yapılmıştır. Doğumdan 47 aya kadar olan yaş diliminde bulunan bebeklerin yer aldığı standardizasyon çalışması bu testin, niteliksel ve niceliksel bir değerlendirme aracı olarak Türk çocukları için kullanılabilir bir ölçme aracı olduğu gösterilmiştir. Aynı araştırmacı grup tarafından Vineland-2 Uyum Davranış Ölçeğinin çalışmaları devam etmektedir (280).

#### **2.7.4.4 Ankara gelişim tarama envanteri**

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), bebek ve çocukların gelişimi ile ilgili derinlemesine ve sistemli bilgi sağlayan kültürümüze özgü bir değerlendirme aracıdır. Envanter, gelişimsel gecikme ve düzensizlik gösterme açısından risk altında olduğu düşünülen bebek ve çocukların erken dönemde tanınması ve gerekli önlemlerin alınabilmesine olanak sağlamaktadır. Uzman psikologların yanı sıra, çocuk psikiyatristleri, pediatri uzmanları ve pediatri hemşireleri tarafından da kısa sürede kolaylıkla uygulanabilmektedir.

0-6 yaş bebek ve çocukların şu andaki gelişiminin taranması amacıyla oluşturulan envanter, anneye veya bakım veren kişiye sorulmak üzere hazırlanmış, çeşitli yaş gruplarına ve gelişim alanlarına göre düzenlenmiş 154 maddeden oluşmaktadır. Sorular gelişimin farklı, ancak birbirleriyle ilişkili alanlarını temsil edecek biçimde düzenlenmiştir. Envanterin 'Dil-Bilişsel', 'İnce motor', 'Kaba motor', 'Sosyal Beceri- Özbakım' olmak üzere 4 alt alanı bulunmaktadır ve toplam puan üzerinden 'Genel Gelişim' düzeyi belirlenmektedir. AGTE'nin 1998, 2005 yıllarında genişletilmiş iki baskısı, 2006 yılında ise düzenlenmiş yeni baskısı yapılmıştır (281).

#### **2.7.4.5 Erken gelişim evreleri (EGE)**

EGE, 3-72 aylık çocukların gelişimini değerlendirmeye yönelik; anne-babalar, çocuğa bakım verenler ve çocuğu tanıyan öğretmenler tarafından doldurulan gelişim tarama envanteridir. İlk kez 1998 yılında Bricker, Squires, Kaminski ve Mounts tarafından The Infant/Child Monitoring Questionnaires adıyla yayınlanan ölçek, izleyen yıllarda yinelenen norm çalışmaları sonrasında Ages and Stages Questionnaire (ASQ) adıyla kullanılmaya başlamıştır. EGE, ASQ'nun Türkçe uyarlanmış formudur. Squires, Bricker ve Trombly tarafından geliştirilen ASQ-SE'nin Türkçe çevirisi EGE: Sosyal-duygusal Gelişim Envanteri olarak yayınlanmıştır. 3-72 aylık çocukların sosyal-duygusal davranışları, kendini düzenleme, söz dinleme, iletişim, uyumsal davranış, özerklik, duygulanım ve diğerleriyle etkileşim alanlarında değerlendirilmektedir.

On dokuz farklı yaş aralığı için soru formlarından oluşmaktadır. Yaş aralıkları sırasıyla 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30, 33, 36, 42, 48, 54 ve 60 aylardır. EGE yaş formları ince-motor, kaba-motor, problem çözme, iletişim ve kişisel-sosyal gelişim alanlarını değerlendirmektedir. Form maddeleri 'Evet', 'Bazen' ve 'Henüz değil' şeklinde işaretlenmektedir. Özgün ASQ çalışmasında tek gelişim alanında kesim puanı altında puan alan çocuklar 'gelişim riskli' olarak değerlendirilmekte ve ileri değerlendirmeye gönderilmesi önerilmektedir. Tüm gelişim alanlarında kesim puanı üzerinde puan alan çocuklar 'gelişim normal' olarak sınıflandırmaktadır. EGE'nin duyarlılığı %99,8 olarak bildirilmektedir. Özgüllük değerinin düşük olduğu v, bu nedenle beş alandan en az iki gelişim alanında kesim puanı kalan çocukların 'gelişimi riskli' olarak kabul edilmesi vurgulanmaktadır (282).

#### **2.7.4.6 Gazi Erken çocukluk değerlendirme aracı (GEÇDA)**

Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı (GEÇDA), 2001 yılında Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü öğretim üyeleri tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geliştirilen değerlendirme araçlarından biri olan Gazi Erken Çocukluk Değerlendirme Aracı (GEÇDA), uygun bir ortamda oluşturulan gelişimsel oyunlar sırasında çocuğun gözlemlenerek testin uygulanması ve gerekli durumlarda aileden bilgi alınması yolu ile uygulanmaktadır. 0-6 yaş arasındaki Türk çocuklarının gelişimlerini değerlendiren GEÇDA, psikomotor, bilişsel, dil ve sosyal-duygusal gelişim alanları olmak üzere dört alt testten oluşmaktadır (283).

### 2.7.5 Aile Hekimliği Sisteminde Çocuk Gelişimi Takibinin Önemi:

Aile hekimleri, küçük çocuklarda gelişimsel ve davranışsal sorunların erken tespitinde merkezi rol oynamak için ideal bir konumdadır. Küçük çocuklarla en sık ve bazen de yalnızca en sık karşılaşan profesyonel olan aile hekimi, olası gelişimsel sorunları saptamak için ideal konumdadır. Ek olarak, ebeveynler endişelerini paylaşmak ve güvenilir bir doktordan tavsiye almak konusunda daha rahat hissedebilir. Ebeveynlere destek ve rehberlik sağlamak için ideal olarak konumlandırılmış ve daha geniş sağlık sektörü içindeki yönlendirmeleri ve müdahaleleri koordine edebilmeleri açısından da önem taşırlar (284).

Gelişimsel gecikmeler ABD'deki çocukların yaklaşık %15'ini başka bir deyişle altı çocuktan birini etkiler (285). Türkiye'de ise beş yaşından küçük çocukların %16'sında gecikme görülür (16). Gözlemsel çalışmalardan elde edilen verilere göre, izole motor gecikmeleri olan çocukların daha genç yaşta, global gelişme geriliği veya konuşma alanında gecikmeleri olan çocuklara göre tanı almak adına değerlendirilmeleri için sevk edildiğini göstermiştir (286-288).

Ayrıca doktorların gelişimsel gecikmesi olan küçük çocuklar yerine -erken tanıma ve müdahalenin yararlarına ve hafif belirtileri veya semptomları olan çocukların tedavisine dair kanıtlara rağmen- daha ciddi gecikmeleri olan daha büyük çocukları sevk ettikleri bilinmektedir (287).

Araştırmalar, yalnızca klinik izlenimin gelişimsel gecikmeleri tespit etmede oldukça zayıf olduğunu göstermektedir (285). Bu, Amerikan Pediatri Akademisi'nin tüm koruyucu bakım ziyaretlerinde rutin izleme (gözetim) ve 9, 18 ve 24 ya da 30 aylıkken standart gelişim tarama testlerinin kullanılmasını önermesini sağlamıştır (268).

Pek çok doktor ileri değerlendirme için uzmanlara (örneğin, gelişimsel pediatristler, nörologlar) sevk etse de, bu uzmanların uzun bekleme listeleri olabilir. Çalışmanın bazı yönleri aile hekimi tarafından kolayca yönetilebilir. Amerikan Nöroloji ve Çocuk Nörolojisi Akademisi'nden küresel gelişimsel gecikme ile çocuğun işleyişi için rehberler aşağıda gösterilmiştir (289, 290).



**Tablo 2.6** Gelişimsel Gecikmelerin Değerlendirilmesi

<b>Endikasyon</b>	<b>Tetkik</b>
İlk basamak tetkik	Geniş anamnez alımı ve fizik muayene
	Görme ve işitme taraması
	Metabolik tetkikler ve tiroksin değerleri
	Nöbet öyküsü varsa EEG
	Dil alanında gecikmesi varsa otizm için tarama
<b>Pozitif Aile Hikayesi</b>	
Genetik, metabolik veya SSS hastalığı	Her hastalık için özel test
Spesifik olmayan gelişimsel gecikme	Microarray ve Fragile X
<b>Semptomların Varlığı</b>	
Spesifik genetik hastalık	Özel genetik testler
Hipotiroidizm	Tiroid fonksiyon testleri
SSS’de anormallik	MR
<b>Diğer</b>	
Olası kurşun maruziyeti	Kurşun değerinin ölçümü
Kazanılan becerilerde gerileme	MR, microarray, fragile X, metabolik testler, EEG, genetik değerlendirme
Özel bir belirti veya semptom yokluğu	MR, microarray, fragile X, metabolik testler, Rett sendromu
Motor alanda gecikme	Düşük kas tonusu varlığında-CK, Tiroid fonksiyonları Yüksek kas tonusu varlığında-MR

Tabloda listelenen kurallar kanıta dayalıdır ve randevu beklerken aile hekimleri tarafından değerlendirmek için kullanılabilir. Çalışmanın sonuçları daha spesifik

yönlendirmeleri kolaylaştırabilir. Global gelişme geriliği olmayan, dil gecikmeleri olan tüm çocukların işitme bozukluklarını dışlamak için bir odyoloji değerlendirmesi yapılmalıdır (291).

Ülkemizde çocuklara yönelik birçok koruyucu ve geliştirici etkinlik yürütülmektedir. Günümüzde sağlam çocuk izlemi birinci basamak sağlık kurumlarında, sağlam çocuk kliniklerinde ve özel muayenehanelerde yapılmaktadır. Bu hizmet, bebeğin/çocuğun genel sağlığı ve gelişimi hakkında ebeveyne sorulan sorular ve bunu izleyen fizik muayeneyi kapsamaktadır. İzlem belirli aralıklarla 18 yaşına kadar sürmelidir. Amerikan Pediatri Akademisi, bebeklerin doğumda, 2 haftalık, 2 aylık, 4, 6, 9, 12, 15, 18 ve 24 aylık iken mutlaka kontrol edilmelerini önermektedir. Ülkemizde ise Halk Sağlığı Müdürlüğünün özellikle 1. basamak sağlık çalışanlarının bebek ve çocuk izlemleri sırasında standart ve bütüncül bir yaklaşım içerisinde hizmet sunumuna yardımcı olmak amacıyla geliştirdiği Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolünde, Amerikan Pediatri Akademisi (APA)'ni destekler şekilde izlemlerin 15. gün, 41. gün, 2. Ay, 3. ya da 4. Ay, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 ay ve 4-6 yaş olarak yapılması ve sonrasında 6 ay ya da 1 yıllık aralıklarla izlemini önerilmektedir (292).

Gelir düzeyi ne olursa olsun ailelerin en kolay ulaştıkları sağlık merkezi olan aile sağlığı merkezlerinde çocuk izlemlerinin düzenli yapılması çok önemlidir. Ailelerin büyük çoğunluğu doğumdan itibaren topuk kanı aldirmek, aşı yaptırmak, sağlık taramalarını yaptırmak için aile sağlığı merkezlerini ziyaret etmektedir. Bu bağlamda bu ziyaretler bebek/çocukların protokol ve rehberlere uygun şekilde büyüme ve gelişmelerinin takibi için uygun fırsatlardır. Her izlemde büyüme ve gelişim basamakları değerlendirilmelidir. Bebeğin gelişimini 2. aydan itibaren 'Gelişimi İzleme ve Değerlendirme Rehberi (GİDR)'ni kullanarak değerlendirilmeli ve rehberi kullanarak desteklenmelidir. Gelişim testlerinin (Denver II gelişimsel tarama testi) doğumdan itibaren belirli aralıklarla uygulanması çok önemlidir (0-6 yaş arasında en az 4 kez). Topuk kanı, aşı uygulamalarının yanı sıra çocukluk çağında büyük önem taşıyan doğumsal kalça displazisi, işitme ve görme taramaları da aile hekimlerinin sorumluluğunda olan uygulamalardır. Bunların yanı sıra hipertansiyon, idrar yolu enfeksiyonları, anemi, hiperlipidemi de çocuklara yapılan sağlık taramaları arasındadır. Bebek/ çocuk izleminde birinci basamakta çok önemli olan diğer bir konu

ailelere bazı konularda danışmanlık verilmesidir. Bu konular arasında en önemlileri; emzirme, uyku, ek gıda, beslenme, diş sağlığı, tuvalet eğitimidir.

Aile hekimleri hastalara kapsayıcı, bütünsel ve biyopsikososyal anlamda tam bir yaklaşım sergileme kapasitesine yetilerine sahip hekimlerdir; bu bağlamda aile hekimlerinin sağlam çocuk izleminde görev almaları çok manidardır. Çok önemli bir izlem olan sağlam çocuk izlemlerinin aile hekimliklerinde yapılması ile bebek/çocuklara bütüncül bir yaklaşımda bulunulmuş ve izlemlerde yapılması gerekli olan tarama ve izlemler yapılırken diğer yandan bu çocukların büyüme ve gelişmeleri de değerlendirilmiş olmakta ve ailelere sağlık ile ilgili her konuda danışmanlık hizmeti sunulmuş olmaktadır; ayrıca çocukların gelişiminde çok önemli bir yer teşkil eden anne ve babaların da hem fiziksel sorunları hem de psikolojik sorunları aynı anda çözümlenmiş olmaktadır. Böylece biyopsikososyal anlamda sağlıklı ebeveynlerin çocuk gelişiminde çok daha etkin ve doğru şekilde rol almaları sağlanabilmektedir.

### 3. GEREÇ-YÖNTEM

#### 3.1 Çalışmanın Dizaynı

Bu araştırma 2011’de Suriye’de yaşanan olaylar sonucunda ülkemize göç eden ve geçici koruma kapsamı altında yaşayan Suriyeli çocukların gelişim düzeyini değerlendirmek, Türk çocuklarla gelişim düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılan vaka-kontrol tipinde bir araştırmadır.

#### 3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 18-72 ay arası olan geçici koruma kapsamı altındaki Suriyeli çocuklar ve 18-72 ay arası Türk çocuklar oluşturmaktadır.

Bu araştırmaya 1 Kasım 2018 – 1 Mart 2019 tarihleri arasında Yenimahalle Toplum Sağlık Merkezi 2 Nolu Göçmen Sağlığı Birimi’ne birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvuran 18-72 ay arası Suriyeli sığınmacı çocuklar dahil edildi. Kontrol grubuna ise aynı binada hizmet veren İsmail Ulucan Aile Sağlığı Merkezi’ne başvuran 18-72 ay arası Türk çocuklar dahil edildi. Dışlama kriteri olarak görsel, işitsel, fiziksel engeli olma ve genel durumunu bozacak sağlık sorunu olma belirlendi. Örneklem büyüklüğü, PASS-11 ile hesaplanmıştır. Her iki gruptan 60’ar hasta çalışmaya dahil edildi.

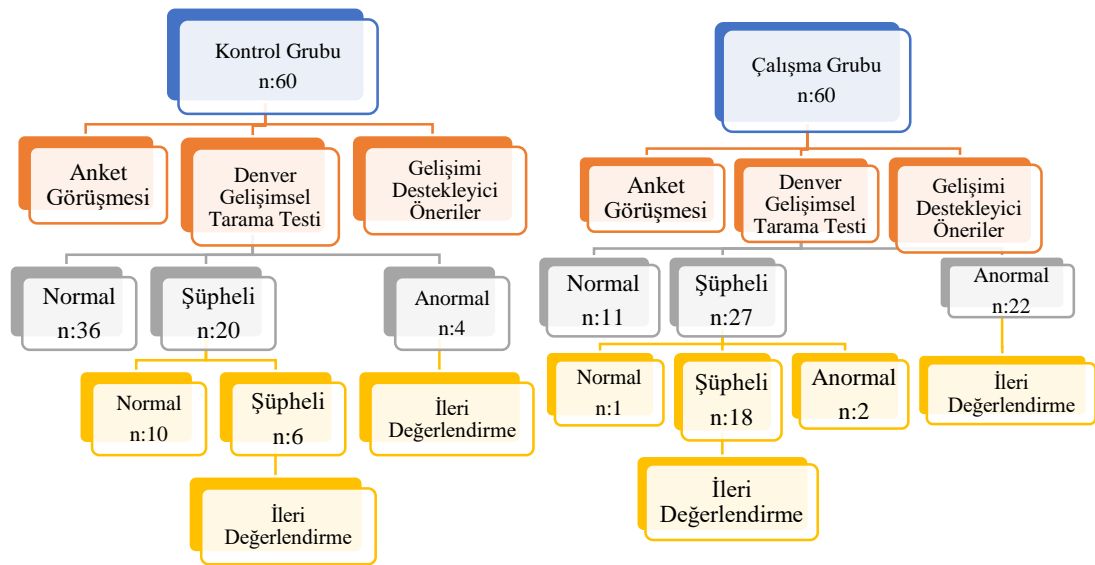
Çalışmanın etik onayı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alındı (Proje numarası: GO18/450) (Ek 1). Ayrıca T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Göç Politika ve Projeleri Dairesi Başkanlığı’ndan 62103649-604.02.02-E.42356 sayılı (Ek 3), ‘Araştırma İzni’ konu başlıklı ve T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’nden 49654233-604.02 sayılı, ‘Araştırma İzin Talebi’ konu başlıklı (Ek-2) izinler alındı.

### 3.3 Yöntem

Çalışmada 18-72 ay arası çocukların gelişim düzeyleri Denver II Gelişimsel Tarama Testi (DGTT) ile değerlendirildi ve boy, vücut ağırlığı, baş çevresi ölçümleri yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden Suriyeli ailelerden yazılı onam alınarak tercüman eşliğinde görüşmeler yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveynlere çocuklara ait risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla görüşme yapılmıştır. Görüşme sırasında araştırmacı tarafından oluşturulan bilgi formuna alınan bilgiler kaydedilmiştir. Bilgi formunun ilk bölümünde çocuğa, aileye ve bakım veren kişilere ait sosyodemografik özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır. Bu sorular arasında çocuğa, ebeveynlere ve bakım veren kişilere yönelik tanımlayıcı ve aile özellikleri ile ilgili bilgiler (anne-baba eğitim durumu, aylık gelir durumları, hanede yaşayan kişi sayısı, hane tipi, ebeveynlerin çalışma durumu) yer alırken ilerleyen kısmında çocuk gelişimini etkileyebileceği düşünülen risk faktörleri sorgulandı. Çalışma grubunda bu sorulara ek olarak Türkiye'ye geliş tarihleri, kampta kalınan süre, yer değişikliği sayısı, savaşa maruz kalınan süre, evde Türkçe bilen kişi sayısı, savaşta yakınlarının kaybına şahit olma, ayrımcılığa maruz kalma gibi savaş ve göç ile ilişkili risk faktörleri de sorgulandı. Sonrasında da gelişimsel durumlarını değerlendirmek amacıyla sessiz bir odada Denver II Gelişimsel Tarama Testi uygulandı. Vücut ağırlığı ölçümleri ayakkabı ve kalın giysileri çıkarılarak baskül ile yapıldı. Boy ölçümleri ayakta ayakkabısız olarak çocuğun durabileceği en dik pozisyonda yapıldı. Baş çevresi ölçümleri, kafanın en geniş çevresini içine alan, arkada oksipital kemiğin en çıkıntılı noktasından itibaren kulakların ve kaşların üzerinden geçecek şekilde yerleştirilmiş esnek olmayan bir mezüra ile ölçüldü. Büyümeleri National Center for Health Statistics persentil eğrileri kullanılarak değerlendirildi.

Denver II Gelişimsel Tarama Testi araştırmacı tarafından tercüman yardımı ile yapıldı. Görüşme sonrası her aileye gelişimi destekleyici önerilerde bulunuldu. DGTT II sonucu; anormal olan Suriyeli çocuklar, ileri değerlendirme yapılması amacıyla Alemdağ'daki Güçlendirilmiş Göçmen Sağlığı Merkezi (GGSM)'ne yönlendirildi, Türk çocuklar ise Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Gelişimsel Pediatri Polikliniğine yönlendirildi. Yapılan ilk değerlendirme sonucunda çocuğun bilgi ve yeteneklerinde gecikme ya da uyarı olan DGTT II alanlarında anne-

babaya önerilerde bulunuldu ve her iki grupta DGTT II sonucu şüpheli olan olguların sonucunun güvenilirliğini arttırmak adına her iki gruptaki çocuklara da 3 ay sonra test tekrarlandı. Çalışma grubunda 27 şüpheli olgunun 21'ine ulaşıldı, kontrol grubunda ise 20 şüpheli olgunun 16'sına ulaşıldı ve test tekrarlandı. Çalışmanın sonucunda ikinci yapılan değerlendirme sonucu esas alınmıştır. Tekrarlanan DGTT II sonucunda şüpheli bulunan Suriyeli ve Türk çocuklar için gerekli yönlendirmeler yapıldı. Çalışmanın akış şeması Şekil 3.1'de gösterildi.



Şekil 3.1 Çalışmanın Akış Şeması

### 3.3.1 Denver II Gelişimsel Tarama Testi (DGTT II):

DGTT II, daha önce Türk toplumuna uyarlanan ve standardize edilen Denver Gelişimsel Tarama Testi (DGTT)'nin ayrıntılı uygulama biçimidir. Bu testin seçilme nedenleri:

- Güvenilir ve geçerliliği bilinen bir tarama testi oluşu,
- Öğrenilme ve uygulanmasının kolaylığı,
- Testin 5-15 dakika gibi kısa sürede verilebilmesidir.

DGTT II 0-6 yaş arasındaki, sağlıklı görünümde olan çocuklara uygulanmak üzere düzenlenmiştir. Çocuğun yaşına uygun becerilerini değerlendiren bu test, belirti vermemiş olan gelişimsel sorunları taramada, kuşkulu durumları nesnel bir ölçütle doğrulamada, ve gelişimsel açıdan risk altındaki çocukları (örneğin perinatal sorunlar geçirmiş bebekleri) izlemede değerlidir.

DGTT II çocuğun işlevlerdeki becerisini yaşlıları ile karşılaştırır. Zeka testi değil, gelişim testidir. Gelecekteki zihinsel veya uyumsal yeteneği tahmin etmede kullanılamaz. Öğrenme güçlüğü, konuşma bozukluğu, duygusal bozukluk gibi tanıları vermek üzere yapılandırılmamıştır ve fizik muayene veya tanısal değerlendirme yerine kullanılmamalıdır.

DGTT II, aşağıdaki gelişimsel alanları taramak üzere test formu üzerinde dört bölümde toplanmış 134 maddeden oluşmaktadır:

1. **Kişisel-Sosyal:** insanlarla iletişim kurma, bireysel gereksinimlerini karşılayabilme
2. **İnce motor-uyumsal:** el-göz koordinasyonu, cisimleri kullanabilme, sorun çözme.
3. **Dil:** işitme, anlama, dili kullanma.
4. **Kaba motor:** oturma, yürüme, zıplama ve genel olarak koordinasyon yeteneği

Ayrıca testin sonunda doldurulan 5 adet “Test Davranışı” maddesi testörün, çocuğun test süresinde davranışlarını ve yeteneklerini nasıl kullandığının değerlendirilmesine yardım eder.(276)

Araştırmada şüpheli olan olgularımıza üç ay sonraya randevu verildi, tekrar şüpheli olması halinde gerekli yönlendirmeleri yapıldı. Bu çalışmada DGTT II’de normal, anormal ve şüpheli gelişim gösteren çocuklar belirlendi, çalışma ve kontrol grubundaki vaka sayısının az olması nedeni ile DGTT II sonucu ile ilişki kurulan analizlerde şüpheli ve anormal sonuçlar tek bir sonuç olarak değerlendirmeye alındı.

### 3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi:

Her iki gruptan 15'er hastanın dahil edildiği pilot çalışmadan elde edilen tanımlayıcı istatistiklerin yardımıyla yapılan hesaplamalar sonucunda, araştırma, %95 güven düzeyinde %90 güç ile hesaplandığında Türk ve Suriyeli çocukların gelişim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir bağ kurulabilmesi için örneklem büyüklüğünün en az 28 olması gerektiği hesaplandı. (Örneklem genişliği PASS11 versiyonu programı kullanılarak hesaplanmıştır). Ancak çalışmaya her iki gruptan 60'ar hasta, toplamda 120 hasta dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların niteliksel veriler arasında ilişkilerin araştırılması için Ki-Kare testi, sürekli değişkenlerin grup değerleri arasındaki farklılıkların belirlenmesi için ikili gruplarda t testi, 2'den fazla olanlarda ise ANOVA testi kullanıldı.  $P < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. DGTT II ile ikili karşılaştırmalarda  $p < 0,05$  olan ve gelişimi doğrudan etkileyeceğini düşündüğümüz değişkenlerle çoklu lojistik regresyon modeli kuruldu. Tüm istatistiksel analizler SPSS version 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ile yapıldı.



## 4. BULGULAR

Bu araştırmaya çalışma grubu olarak 1 Kasım 2018 – 1 Mart 2019 tarihleri arasında Yenimahalle Toplum Sağlık Merkezi 2 Nolu Gçmen Sağlığı Birimi'ne birinci basamak sağlık hizmeti almak için başvuran 18-72 ay arası 60 Suriyeli ocuk ve kontrol grubu olarak da aynı binada bulunan İsmail Ulucan Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-72 ay arası 60 Türk ocuk dahil edildi. Grsel, işitsel, fiziksel engeli olan ve genel durumunu bozacak sağlık sorunu olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

### 4.1 Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik zellikleri

Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1'de görülmektedir.

Çalışma grubuna dahil edilen olguların yaş ortalaması 40,57 ay ( $\pm 15$ ) kontrol grubunun ise yaş ortalaması 43,42 ay ( $\pm 17$ ) idi, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ( $p=0,227$ ).

Çalışma grubunda anne yaşı ortalamasının 25,82 ( $\pm 4$ ), kontrol grubunda ise 31,52 ( $\pm 5$ ) olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p=0,000$ ), baba yaşı ise çalışma grubunda ortalama 33,03 ( $\pm 6$ ), kontrol grubunda ise 35,68 ( $\pm 6$ ) idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p=0,071$ ).

Çalışma ve kontrol grupları arasında kardeş sayısı, anne ve baba eğitim düzeyleri, annenin çalışma durumu, aylık gelir, barınma, oda sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.1).

Çalışma ve kontrol grupları arasında araştırmaya dahil edilen çocukların kaçıncı ocuk olduğu, babanın çalışma durumu, aile yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1** Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		<b>Kontrol Grubu (n:60)</b>	<b>Çalışma Grubu (n :60)</b>	<b>p</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	25 (41,7)	30 (50,0)	0,360
	Kız	35 (58,30)	30 (50,0)	
<b>Yaş (Ay)</b>	18-24	13 (21,7)	11 (18,3)	0,227
	25-36	10 (18,3)	15 (25)	
	37-48	11 (18,3)	17 (28,3)	
	49-72	26 (43,3)	17 (28,3)	
<b>Kardeş Sayısı</b>	1	20 (33,3)	1 (1,7)	<b>0,000</b>
	2	20 (33,3)	13 (21,7)	
	3	15 (25)	14 (23,3)	
	4	4 (6,7)	16 (26,7)	
	≥5	1 (1,7)	16 (26)	
<b>Kaçıncı Çocuk</b>	1	27 (45)	16 (26,7)	0,232
	2	18 (30)	18 (30)	
	3	10 (16,7)	13 (21,7)	
	≥4	5 (8,4)	13 (21,7)	
<b>Anne yaşı</b>	≤18	0 (0)	3 (5)	<b>0,000</b>
	19-25	8 (13,3)	25 (41,7)	
	26-34	39 (65)	31 (51)	
	≥35	13 (21,6)	1 (1,7)	
<b>Baba yaşı</b>	≤18	0 (0)	1 (1,7)	0,071
	19-25	1 (1,7)	6 (10)	
	26-34	32 (53,3)	37 (61,7)	
	≥35	27 (45)	16 (26,6)	
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>	Okur yazar değil	1 (1,7)	5 (8,3)	<b>0,001</b>
	Okur yazar	1 (1,7)	0 (0)	
	İlkokul	19 (31,7)	14 (23,3)	
	Ortaokul	15 (25)	25 (41,7)	
	Lise	9 (15)	14 (23,3)	
Üniversite	15 (25)	2 (3,3)		
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>	Okur yazar değil	0 (0)	7 (11,7)	<b>0,001</b>
	İlkokul	17(28,3)	10 (16,7)	
	Ortaokul	13(21,7)	25 (41,7)	
	Lise	10 (16,7)	9 (15)	
	Üniversite	20 (33,3)	9 (15)	

**Tablo 4.1 (Devam) Çalışma ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

<b>Annenin Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	14 (23,3)	4 (6,7)	<b>0,011</b>
	Çalışmıyor	46 (76,7)	56 (93,3)	
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	60 (100)	55 (91,7)	0,057
	Çalışmıyor	0 (0)	5 (8,3)	
<b>Aylık Gelir Durumu</b>	≤1000 TL	0 (0)	8 (13,3)	<b>0,000</b>
	1001-2000 TL	12 (20)	45 (75)	
	2001-3000 TL	17(28,3)	2 (3,3)	
	3001-4000	8 (13,3)	5 (8,3)	
	>4000 TL	23 (38,4)	0 (0)	
<b>Barınma Koşulları</b>	Apartman	59 (98,3)	32 (53,3)	<b>0,000</b>
	Gecekondu	1 (1,7)	28 (46,7)	
<b>Oda Sayısı</b>	1+1	1 (1,7)	7 (11,7)	<b>0,000</b>
	2+1	8(13,3)	32 (53,3)	
	≥3+1	51 (85)	21 (35)	
<b>Hanede Yaşayan Kişi Sayısı</b>	3	20 (33,3)	1 (1,7)	<b>0,000</b>
	4	17 (28,3)	13 (21,7)	
	5	13 (21,7)	13 (21,7)	
	6	8 (13,3)	17 (28,3)	
	≥7	2 (3,4)	16 (26,7)	
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek Aile	51 (85,0)	52 (86,7)	1
	Geniş Aile	8 (13,3)	8 (13,3)	
	Anne Baba Ayrı	1 (1,7)	0 (0)	

#### 4.2 Çalışma Grubunun Savaş ve Göç ile İlişkili Tanımlayıcı Özellikleri:

Çalışma grubuna ait savaş ve göç ile ilişkili tanımlayıcı özellikleri annelerle yapılan görüşmeler sonucunda belirlendi ve Tablo 4.2’de görülmektedir.

Çalışma grubundaki çocukların %43,3’ünün savaş sırasında Suriye’de olduğu ve savaş seslerini duyduğu; %5’inin-savaş sırasında ölüme tanıklık ettiği belirlendi. Ülkelerinden ayrıldıklarından sonraki süreçte 2 ve/veya daha fazla yer değiştiren çocuk oranının %81,7 olduğu gözlemlendi.

Çalışma grubuna dahil edilen çocukların annelerinin %96,7’si ayrımcılığa maruz kalmadığını belirtti. Suriyeli olguların %56,7’sinin 24 aydan fazla süredir Türkiye’de olduğu; %85’inin ise 12 aydan fazla süredir Ankara’da olduğu, %68,3’ünün ise kampta hiç kalmadığı gözlemlendi.

**Tablo 4.2** Çalışma Grubunun Savaş ve Göç ile İlişkili Tanımlayıcı Özellikleri

	Çalışma Grubu n :60	
		n (%)
<b>Hanede Türkçe Konuşan Kişi</b>	Var	48 (80)
	Yok	12 (20)
<b>Hanede Türkçe Okur-Yazar Varlığı</b>	Var	21 (35)
	Yok	39 (65)
<b>Savaşla Karşılaşma (Çocuk)</b>	Yok	31(51,7)
	Savaş Seslerini Duyma	26 (43,3)
	Ölüme Tanıklık Etme	3 (5)
<b>Ayrımcılığa Maruz Kalma (Anne)</b>	Evet	2 (3,3)
	Hayır	58 (96,7)
<b>Yer Değiştirme Sayısı (Çocuk)</b>	1	11 (18,3)
	2	25 (41,7)
	3	21 (35)
	4	3 (5)
<b>Türkiye’de Kalış Süresi (Çocuk) (Ay)</b>	≤12	6 (10)
	13-24	20 (33,3)
	25-36	9 (15)
	36-48	17 (28,3)
	≥49	8 (13,3)
<b>Kampta Kalış Süresi (Çocuk) (Ay)</b>	Yok	41 (68,3)
	≤12	12 (20)
	13-24	4 (6,7)
	25-36	3 (5)
<b>Ankara’da Kalış Süresi (Çocuk) (Ay)</b>	≤12	9 (15)
	13-24	33 (55)
	25-36	15 (25)
	37-48	3 (5)

### 4.3 Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Özellikleri

Çalışma ve kontrol grubunun prenatal değişkenleri sorgulandı ve Tablo 4.3’da görülmektedir.

Çalışma ve kontrol grupları arasında, annede fiziksel/ruhsal hastalığa sahip olma, anne baba arasında akrabalık, planlı gebelik, takipli gebelik, gebelikte hastalık geçirme öyküsü, gebelikte vitamin dışı ilaç kullanımı, gebelik süresince folik asit desteği, gebelikte iyot desteği alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p<0,05$ ) (Tablo 9).

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin gravida, parite, abortus, ve yaşayan çocuk sayısı sorgulandı. Çalışma grubunda; gravida sayısı 5 ve üzeri olan anne

sayısının 19, gravida ortalamasının ise 3,97 ( $\pm 1,6$ ), parite sayısı 5 ve üzeri olan anne sayısının 15, parite ortalamasının ise 3,5 ( $\pm 1,4$ ), yaşayan çocuk sayısı 4 ve üzeri olan anne sayısı 28, ortalama çocuk sayısının ise 3,5 ( $\pm 1$ ) olduğu, kontrol grubunda ise; gravida sayısı 5 ve üzeri olan anne sayısı 5, gravida ortalamasının ise 2,53 ( $\pm 1,4$ ), paritesi 5 ve üzeri olan anne sayısının 2, parite ortalamasının ise 2,1 ( $\pm 1$ ), yaşayan çocuk sayısı 4 ve üzeri olan anne sayısı 6 ortalama çocuk sayısının ise 2 ( $\pm 1$ ) olduğu görüldü ve tüm bu değerler açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ( $p < 0,05$ ). İki grup arasında ölü doğum ve abortus sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p > 0,05$ ).

Annelerin çalışmaya dahil edilen çocukları doğurduğundaki yaş baz alınarak yapılan analizlerde kontrol grubunda annelerin doğum yaşı ortalamasının 27 ( $\pm 5,5$ ) olduğu, çalışma grubunda ise ortalama doğum yaşının 22 ( $\pm 4,4$ ) olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p = 0,000$ ).

İki grup arasında babada fiziksel/ruhsal hastalık varlığı ve düzenli ilaç kullanımı, annenin düzenli ilaç kullanımı, gebelikte demir ve D vitamini desteği alma, gebelikte sigara kullanımı, gebelikte radyasyon maruziyeti, gebelikte travma öyküsü, anne baba arasında kan uyuşmazlığı açısından istatistiksel anlamlı fark görülmedi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 4.3.** Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Özelliklerin Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (n:60)	Çalışma Grubu (n:60)	p
		n (%)	n (%)	
<b>Annede Fiziksel/Ruhsal Hastalık Varlığı</b>	Evet	17 (28,3)	7 (11,7)	<b>0,022</b>
	Hayır	43 (71,7)	53 (88,3)	
<b>Annenin Düzenli İlaç Kullanımı</b>	Evet	13 (21,7)	9 (15)	0,345
	Hayır	47 (78,3)	51 (85)	
<b>Gravida</b>	1	16 (26,7)	0 (0)	<b>0,000</b>
	2	17 (28,3)	13 (21,7)	
	3	15 (25)	13 (21,7)	
	4	7 (11,7)	15 (25)	
	≥5	5 (8,3)	19 (31,7)	
<b>Parite</b>	1	19(31,7)	0 (0)	<b>0,000</b>
	2	24 (40)	18 (30)	
	3	11 (18,3)	14 (23,3)	
	4	4 (6,7)	13 (21,7)	
	≥5	2 (3,3)	15 (25)	
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>	1	22 (36,7)	2 (3,3)	<b>0,000</b>
	2	22 (36,7)	15 (25)	
	3	10 (16,7)	15 (25)	
	4	5 (8,3)	13 (21,7)	
	≥5	1 (1,7)	15 (25)	
<b>Ölü Doğum</b>	Var	3 (5)	4 (6,7)	1
	Yok	57 (95)	56 (93,3)	
<b>Abortus Sayısı</b>	Yok	48 (80)	46 (76,7)	0,479
	1	4 (6,7)	8 (13,3)	
	2	7 (11,7)	5 (8,3)	
	≥3	1 (1,75)	1 (1,7)	
<b>Gebelik Yaşı</b>	≤18	2 (3,3)	13 (21,7)	<b>0,000</b>
	19-25	19 (31,7)	35 (58,3)	
	26-34	36 (60)	11 (18,3)	
	≥35	3 (5)	1 (1,7)	
<b>Babada Fiziksel/Ruhsal Hastalık Varlığı</b>	Var	11 (18,3)	17 (28,3)	0,195
	Yok	49 (81,7)	43 (71,7)	
<b>Babanın Düzenli İlaç Kullanımı</b>	Var	6 (10)	5 (8,3)	0,752
	Yok	54 (90)	55 (91,7)	
<b>Akraba Evliliği</b>	Yok	49 (81,7)	36 (60)	<b>0,014</b>
	Birinci Derece	4 (6,7)	2 (3,3)	
	İkinci Derece	5 (8,3)	13 (21,7)	
	Üçüncü Derece	2 (3,3)	9 (15)	
<b>Ailede Fiziksel/Ruhsal Hastalık Varlığı</b>	Var	14 (23,3)	12 (20)	0,658
	Yok	46 (76,7)	48 (80)	

**Tablo 4.3.** (Devam) Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Özelliklerin Karşılaştırılması

<b>Planlı Gebelik</b>	Evet Hayır	46 (76,7) 14 (23,3)	31 (51,7) 29 (48,3)	<b>0,004</b>
<b>Takipli Gebelik</b>	Evet Hayır	56 (93,3) 4 (6,7)	35 (58,3) 25 (41,7)	<b>0,000</b>
<b>Gebelikte Hastalık Öyküsü</b>	Evet Hayır	19 (31,7) 41 (68,3)	9 (15) 51 (85)	<b>0,031</b>
<b>Gebelikte Vitamin Dışı İlaç Kullanımı</b>	Evet Hayır	14 (23,3) 46 (76,7)	6 (10) 54 (90)	<b>0,050</b>
<b>Gebelikte Demir Desteği</b>	Evet Hayır	44 (73,3) 16 (26,7)	36 (60) 24 (40)	0,175
<b>Gebelikte D vitamini Desteği</b>	Evet Hayır	44 (73,3) 16 (26,7)	36 (60) 24 (40)	0,121
<b>Gebelikte Folik Asit Desteği</b>	Evet Hayır	38 (63,3) 22 (36,7)	25 (41,7) 35 (58,3)	<b>0,017</b>
<b>Gebelikte İyot Tedavisi</b>	Evet Hayır	44 (73,3) 16 (26,7)	36 (60) 24 (40)	<b>0,000</b>
<b>Gebelikte Sigara Kullanımı</b>	Evet Hayır	12 (20) 48 (80)	5 (8,3) 55 (91,7)	0,067
<b>Gebelikte Radyasyona Maruz Kalma</b>	Evet Hayır	3 (5) 57 (95)	1 (1,7) 59 (98,3)	0,619
<b>Gebelikte Travma Öyküsü</b>	Evet Hayır	2 (3,3) 58 (96,7)	1 (1,7) 59 (98,3)	1,0
<b>Kan Uyuşmazlığı</b>	Evet Hayır	4 (6,7) 56 (93,3)	1 (1,7) 59 (98,3)	0,364

#### 4.4 Çalışma ve Kontrol Grubunun Natal Özellikleri

Çalışma ve kontrol gruplarına ait natal değişkenler Tablo 4.4’da görülmektedir.

Çalışma grubunda preterm doğum yapan %18,3, doğum ağırlığı 2500 gr’ın altında %30 olgu olduğu, kontrol grubunda ise C/S doğum yapan %50 olgu olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlendi ( $p < 0,05$ ).

Doğumun gerçekleştiği yer, doğumda komplikasyon, doğar doğmaz ağlama, yenidoğan döneminde morarma, yenidoğan döneminde sarılık geçirme, fototerapi ihtiyacı, kuvöz ihtiyacı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4.4** Çalışma ve Kontrol Grubunun Natal Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (n:60)	Çalışma Grubu (n:60)	p
		n (%)	n (%)	
<b>Doğum Zamanı</b>	Preterm Term Postterm	2 (3,3) 55 (91,7) 3 (5)	11 (18,3) 48 (80) 1 (1,7)	<b>0,013</b>
<b>Doğumun Gerçekleştiği Yer</b>	Hastahane Hastahane Dışı	59 (98,3) 1 (1,7)	56 (93,3) 4 (6,7)	0,364
<b>Doğum Şekli</b>	Spontan C/S	30 (50) 30 (50)	44 (73,3) 16 (26,7)	<b>0,009</b>
<b>Doğum Sırasında Komplikasyon</b>	Evet Hayır	51 (85) 9 (15)	51 (85) 9 (15)	1
<b>Doğum Ağırlığı</b>	≥2500 gr 1501-2499 gr ≤1500	55 (91,7) 3 (5) 2 (3,3)	42 (70) 10 (16,7) 8 (13,3)	<b>0,011</b>
<b>Doğar Doğmaz Ağlama</b>	Evet Hayır	56 (93,3) 4 (6,7)	56 (93,3) 4 (6,7)	1
<b>Yenidoğan Döneminde Morarma</b>	Evet Hayır	6 (10) 54 (90)	6 (10) 54 (90)	1
<b>Yenidoğan Sarılığı</b>	Evet Hayır	18 (30) 42 (70)	17 (28,3) 43 (71,7)	0,841
<b>Fototerapi İhtiyacı</b>	Evet Hayır	8 (13,3) 52 (86,7)	7 (11,7) 53 (88,3)	0,783
<b>Kuvöz İhtiyacı</b>	Evet Hayır	15 (25) 45 (75)	12 (20) 48 (80)	0,512



#### **4.5 Çalışma ve Kontrol Grubunun Erken Çocukluk Dönemi Özellikleri**

Çalışma ve kontrol grubunun erken çocukluk dönemine ait özellikleri Tablo 4.5'de görülmektedir.

Kontrol grubuna dahil edilen çocukların ortalama anne sütü alma süresinin 18,57 ay ( $\pm 7$ ), çalışma grubuna dahil edilen çocukların ortalama anne sütü alma süresinin ise 14,68 ay ( $\pm 10$ ) olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p=0,018$ ).

Çalışma ve kontrol grupları arasında aşılama durumu, çocuğa kitap okuma sıklığı, bakım veren kişi, ebeveynlerin sigara kullanımı, okul öncesi eğitim alma durumu, arka planda TV açık kalma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p<0,05$ ).

Çalışma ve kontrol grubu arasında hastalık sıklığı, hastanede yatış sayısı, anemi varlığı, kronik hastalık varlığı, çocuğuyla oyun oynama sıklığı, evde uzun süre yalnız bırakma, kaza, yaralanma öyküsü, disiplin amaçlı fiziksel şiddet uygulama, disiplin amaçlı sözel şiddet uygulama, ailede çocuğun gelişimi ile ilgili endişe duyma ve günlük ekran süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.5.** Çalışma ve Kontrol Grubunun Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
		(n:60)	(n:60)	
		n (%)	n (%)	
<b>Hastalık Sıklığı</b>	Yılda 1 ve Daha Az Yılda 2-3 Kez Yılda 4-6 Kez	32 (53,3) 18 (30) 10 (16,7)	29 (48,3) 19 (31,7) 12 (20)	0,837
<b>Hastanede Yatış Sayısı</b>	Yok 1 ≥2	38 (63,3) 17 (28,3) 5 (8,4)	47 (78,3) 10 (16,7) 3 (5)	0,244
<b>Anne Sütü Alma Süresi* (Ay)</b>		18,57 (±7)	14,68(±10)	<b>0,018</b>
<b>Anemi Varlığı</b>	Var Yok	6 (10) 54 (90)	5 (8,3) 55 (91,6)	0,599
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	Var Yok	4 (6,7) 56 (93,3)	4 (6,7) 56 (93,3)	1
<b>Aşılama Durumu</b>	Tam Eksik	60 (100) 0 (0)	52 (86,7) 8 (13,3)	<b>0,006</b>
<b>Çocuğa Kitap Okuma Sıklığı</b>	Yok Nadir Ara Sıra Sık	22(36,7) 5(8,3) 23(38,3) 10 (16,7)	42 (70) 2 (3,3) 10 (16,7) 6 (10)	<b>0,003</b>
<b>Çocuğuyla Oyun Oynama Sıklığı</b>	Her Gün Haftada 4-5 Gün Haftada 2-3 Gün	32 (53,3) 11(18,3) 17 (28,3)	39 (65) 10 (16,7) 11 (18,3)	0,364
<b>Çocuğunu Evde Uzun Süre Yalnız Bırakma</b>	Evet Hayır	1 (1,7) 59 (98,3)	2 (3,3) 58 (96,7)	1
<b>Kaza Öyküsü</b>	Evet Hayır	5 (8,3) 55 (91,7)	3 (5) 57 (95)	0,464
<b>Disiplin Amaçlı Uygulanan Fiziksel Şiddet Sıklığı</b>	Yok Arasıra Sık	27 (45) 32 (53,3) 1 (1,7)	30 (50) 26 (43,3) 4 (6,7)	0,275
<b>Disiplin Amaçlı Uygulanan Sözel Şiddet</b>	Yok Ara Sıra Sık	11 (18,3) 49 (81,7) 0 (0)	13 (21,7) 43 (71,7) 4 (4)	0,125
<b>Bakım Veren Kişi</b>	Anne Büyükanne Bakıcı	50 (83,3) 9 (15) 1 (1,7)	60 (100) 0 (0) 0 (0)	<b>0,001</b>
<b>Ebeveynlerin Sigara Kullanımı</b>	Evet Hayır	27 (45) 33 (55)	42 (70) 18 (30)	<b>0,006</b>
<b>Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu</b>	Evet Hayır	20 (33,3) 40 (66,7)	3 (5) 57 (95)	<b>0,000</b>
<b>Ailede Çocuğun Gelişimi ile İlgili Endişe</b>	Var Yok	7 (11,7) 53 (88,3)	13 (21,7) 47 (78,3)	0,142
<b>Televizyonun Arka Planda Açık Kalma Süresi</b>	Yok 1-2 Saat 3-5 Saat Tüm Gün	10 (16,7) 25 (41,7) 13(21,7) 12 (20)	21 (35) 11 (18,3) 14 (23,3) 14 (23,3)	<b>0,023</b>
<b>Günlük Ekran Süresi*</b>		3,20 (±1)	2,90 (±2)	0,445

\*Ortalama değerler

#### 4.6 Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Vücut Ağırlığı, Boy ve Baş Çevresi Percentil Değerleri

Çalışma ve kontrol grubundaki çocukların vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve baş çevresi percentil değerleri Tablo 4.6'da görülmektedir.

Kontrol grubunda %75 olgunun vücut ağırlığının 50-97 percentil aralığında, %60 olgunun boy uzunluğunun 50-97 percentil aralığında olduğu; çalışma grubunda ise %23,4 olgunun 50-97 percentil arasında vücut ağırlığına sahip olduğu, %28,3 olgunun boy uzunluğunun 50-97 percentil arasında olduğu görüldü ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p<0,05$ ).

İki grup arasında baş çevresi ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.6** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Vücut Ağırlığı, Boy ve Baş Çevresi Percentil Değerlerinin Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
		n (%)	n (%)	
<b>Boy</b>	≤3P	1 (1,7)	3 (3)	<b>0,000</b>
	3-10P	4 (6,7)	4 (6,7)	
	10-25 P	6 (10)	15 (25)	
	25-50P	13 (21,7)	21 (35)	
	50-75P	17 (28,3)	17 (28,3)	
	75-90P	15 (25)	0 (0)	
	90-97P	4 (6,7)	0 (0)	
<b>Vücut Ağırlığı</b>	≤3P	0 (0)	2(3,3)	<b>0,000</b>
	3-10P	0 (0)	4 (6,7)	
	10-25 P	6 (10)	17 (28,3)	
	25-50P	9 (15)	23 (38,3)	
	50-75P	24 (40)	13 (21,7)	
	75-90P	18 (30)	1 (1,7)	
	90-97P	3 (5)	0 (0)	
<b>Baş Çevresi</b>	3-10P	0 (0)	1 (4,2)	0,390
	10-25 P	1 (5)	3 (12,5)	
	25-50P	8 (40)	12 (50)	
	50-75P	7 (35)	7 (29,2)	
	75-90P	4 (20)	1 (4,2)	
	90-97P	0 (0)	1 (4,2)	

#### 4.7 Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Öykü ile Öğrenilen Gelişim Basamakları

Çalışma ve kontrol grubundaki çocukların öykülerinden öğrenilen gelişim basamaklarına ait özellikler Tablo 4.7’de görülmektedir.

Çalışma grubuna dahil edilen çocukların ortalama başını dik tutma zamanının 4,94 ay ( $\pm 1,4$ ), ortalama desteksiz oturma zamanının 7 ay ( $\pm 1,8$ ), ortalama yürüme zamanının 13,31 ay ( $\pm 3,8$ ), ilk anlamlı sözcük kullanma zamanının ise 11,87 ay ( $\pm 4,6$ ) olduğu, kontrol grubunda ise ortalama başını dik tutma zamanının 2,89 ay ( $\pm 1$ ), ortalama desteksiz oturma zamanının 5,71 ay ( $\pm 0,9$ ), ortalama yürüme zamanının 12,43 ay ( $\pm 2,6$ ) ve ilk anlamlı sözcük kullanma zamanının ise 10,41 ay ( $\pm 3,6$ ) olduğu ve iki grup arasında başını dik tutma zamanı, desteksiz oturma zamanı ve ilk anlamlı sözcük kullanma zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p < 0,05$ ).

Yürüme zamanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p > 0,05$ ).

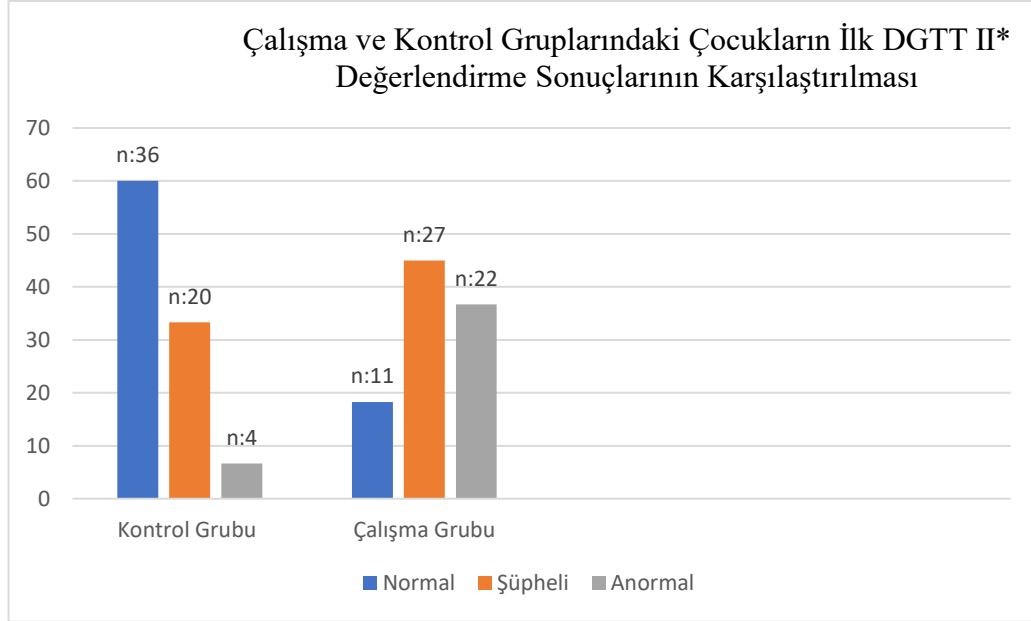
**Tablo 4.7** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Öykü ile Öğrenilen Gelişim Basamaklarının Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	p
		(n :60) n (%)	(n :60) n (%)	
<b>Başını Dik Tutma Zamanı (Ay)</b>	<4	48 (80)	8 (13,3)	<b>0,000</b>
	$\geq 4$	12 (20)	52(86,7)	
<b>İlk Anlamlı Sözcük (Ay)</b>	<15	50 (83,3)	44 (73,3)	<b>0,049</b>
	$\geq 15$	10 (16,7)	16 (26,7)	
<b>Desteksiz Oturma Zamanı (Ay)</b>	<9	60 (100)	51 (85)	<b>0,002</b>
	$\geq 9$	0 (0)	9 (15)	
<b>Yürüme Zamanı (Ay)</b>	<18	56 (93,3)	52 (86,7)	0,224
	$\geq 18$	4 (6,7)	8 (13,3)	

#### 4.8 Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların Denver II Gelişimsel Tarama Test Sonuçları

Çalışma ve kontrol grubunun ilk değerlendirilmelerine ait Denver II Gelişimsel Tarama Testi sonuçları Şekil 4.1’de gösterilmektedir.

İlk değerlendirme sonucunda kontrol grubunun yaşına göre %64,3'ünün normal, %28,6'sının şüpheli, %7,1'inin anormal olduğu; çalışma grubunda ise yaşına göre %20,4'ünün normal, %38,9'unun şüpheli, %40,7'sinin anormal olduğu gözlemlendi ve istatistiksel olarak her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p<0,05$ ).



**Şekil 4.1** Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların İlk DGTT II\* Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

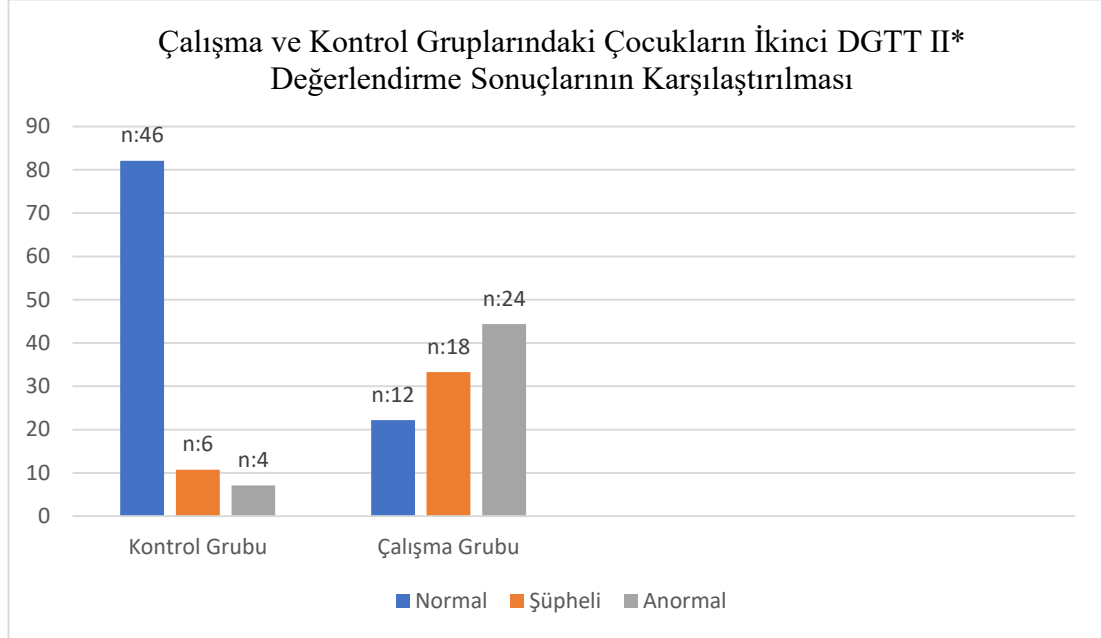
Yapılan ilk değerlendirme sonucunda çocuğun bilgi ve yeteneklerinde gecikme ya da uyarı olan DGTT II alanlarda anne-babaya önerilerde bulunuldu ve şüpheli olan olguların sonucunun güvenilirliğini arttırmak adına 3 ay sonra test tekrarlandı.

Çalışma ve kontrol gruplarının 3 ay sonra yapılan ikinci değerlendirme sonuçları esas alınarak yapılan analiz sonuçları Şekil 4.2'de gösterilmektedir.

Çalışma grubunda 27 şüpheli olgunun 21'ine ulaşıldı ve test tekrarlandı, ikinci değerlendirme sonucunda 21 şüpheli olgunun 1'i yaşına göre normal, 18'i yaşına göre şüpheli 2'si ise yaşına göre anormal, kontrol grubunda ise 20 şüpheli olgunun 16'sına ulaşıldı ve test tekrarlandı, ikinci değerlendirme sonucunda 16 olgunun 10'u yaşına göre normal ve 6'sı ise yaşına göre şüpheli bulundu.

İkinci değerlendirme sonucunda kontrol grubundaki çocukların yaşına göre %82,1'inin (46) normal, %10,7'sinin (6) şüpheli, %7,1'inin (4) anormal olduğu;

çalışma grubunda ise yaşına göre %22,2 (12) olgunun normal, %33,3 (18) olgunun şüpheli, %44,4 (24) olgunun anormal olduğu gözlemlendi ve istatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark olduğu görüldü ( $p=0,000$ ) (Şekil 4.2).



**Şekil 4.2** Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların İkinci DGTT II\* Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

Çalışma ve kontrol gruplarındaki çocukların DGTT II testindeki gelişimsel alanlara göre sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmektedir.

İkinci değerlendirme sonucunda (Tablo 16) DGTT II *ince motor* alanda kontrol grubunda %87,5 olgunun yaşı ile uyumlu, %17,8 olgunun ise yaşına göre gecikmeli; çalışma grubunda ise %51,9 olgunun yaşı ile uyumlu, %48,2 olgunun yaşına göre gecikmeli olduğu, *dil alanında* kontrol grubunda %80,4 olgunun yaşı ile uyumlu, %19,7 olgunun yaşına göre gecikmeli; çalışma grubunda ise %29,6 olgunun yaşı ile uyumlu, %70,3 olgunun yaşına göre gecikmeli olduğu, *kaba motor* alanda kontrol grubunda %75 olgunu yaşı ile uyumlu, %25 olgunun yaşına göre gecikmeli; çalışma grubunda ise %40,7 olgunun yaşa ile uyumlu, %59,2 olgunun yaşına göre gecikmeli olduğu ve istatistiksel olarak her iki grup arasında 3 alanda da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). Çalışma ve kontrol grubunun DGTT II kişisel sosyal alan sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ).

DGTT II sonucunda kontrol grubunda global gelişim geriliği olan %5,4 (3) olgu olduğu, çalışma grubunda ise %42,6 (23) olguda global gelişim geriliği olduğu ve istatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark olduğu görüldü ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.8** Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Çocukların DGTT II\* Gelişimsel Alanlarına Göre Sonuçlarının Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu DGTT II Sonucu (n :56)			Çalışma Grubu DGTT II Sonucu (n :54)			p
	Normal n (%)	Uyarı n (%)	Gecikme n (%)	Normal n (%)	Uyarı n (%)	Gecikme n (%)	
<b>Kişisel Sosyal</b>	47 (83,9)	5 (8,9)	4 (7,1)	39 (72,2)	6 (11,1)	9 (16,7)	0,256
<b>İnce Motor</b>	49 (87,5)	5 (8,9)	2 (3,6)	28 (51,9)	9 (16,7)	17 (31,5)	<b>0,000</b>
<b>Dil</b>	45 (80,4)	8 (14,3)	3 (5,4)	16 (29,6)	14 (25,9)	24 (44,4)	<b>0,000</b>
<b>Kaba Motor</b>	42 (75)	10 (17,9)	4 (7,1)	22 (40,7)	12 (22,2)	20 (37)	<b>0,000</b>

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

#### 4.9 Çalışma ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi

Çalışma ve kontrol gruplarına ait sosyodemografik özelliklerin DGTT II sonuçlarıyla karşılaştırılması sonucunda elde edilen veriler Tablo 4.9'da gösterilmektedir.

Çalışma ve kontrol grubundaki vaka sayısının az olması nedeni ile DGTT II sonucu ile ilişki kurulan analizlerde şüpheli ve anormal sonuçlar tek bir sonuç olarak değerlendirmeye alındı.

Çalışma ve kontrol grubunda aylık geliri asgari ücretin altında olan aileler ile asgari ücretin üzerinde olan ailelerin çocukları DGTT II sonuçları açısından karşılaştırıldığında sosyoekonomik düzeyin DGTT II'nin şüpheli-anormal olma sıklığını anlamlı olarak arttırmadığı görüldü ( $p>0,05$ ). Aynı şekilde çalışma ve kontrol grubunda anne eğitim düzeyleri ile DGTT II sonuçları karşılaştırıldığında DGTT II'nin şüpheli-anormal olması ile anne eğitim düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.9** Çalışma ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin DGTT II\* Sonuçlarıyla İlişkisi

		Kontrol Grubu DGTT II Sonucu (n: 56)			Çalışma Grubu DGTT II Sonucu (n :54)		
		Normal (n:46) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:10) n (%)	p	Normal (n:12) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:42) n (%)	p
<b>Cinsiyet</b>	Erkek Kız	17 (73,9) 29 (87,9)	6 (26,1) 4 (12,1)	0,179	6 (20,7) 6 (24)	23 (79,3) 19 (76)	0,770
<b>Yaş</b>	18-23 ay 24-47 ay 48-72 ay	7 (70) 16 (76,2) 23 (92)	3 (30) 5 (23,8) 2 (8)	0,217	1 (33,3) 3 (9,4) 8 (42,1)	2 (66,7) 29 (90,6) 11 (57,9)	<b>0,019</b>
<b>Kardeş Sayısı</b>	1 2-3 ≥3	13 (72,2) 29 (87,9) 4 (80)	5 (27,8) 4 (12,1) 1 (20)	0,375	0 (0) 4 (16,7) 8 (26,7)	0 (0) 20 (83,3) 22 (73,3)	0,380
<b>Kaçıncı Çocuk</b>	1 >1	19 (76) 27 (87,1)	6 (24) 4 (12,9)	0,281	4 (26,7) 8 (18,2)	11 (73,3) 36 (81,8)	0,626
<b>Anne yaşı</b>	≤25 26-34 ≥35	4 (80) 24 (82,8) 18 (81,8)	1(20) 5 (17,2) 4 (18,2)	0,988	3 (16,7) 9 (26,5) 0 (0)	15 (83,3) 25 (73,5) 2 (100)	0,704
<b>Baba yaşı</b>	≤25 26-34 ≥35	0 (0) 21 (80,8) 25 (83,3)	0 (0) 5 (19,2) 5 (16,7)	0,803	0 (0) 8(23,5) 4 (26,7)	5 (100) 26 (76,5) 11 (73,3)	0,894
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>	Bir Okul Bitirmeyen İlköğretim >Ortaöğretim	1 (50) 27 (84,4) 18 (81,8)	1 (50) 5 (15,6) 4 (18,2)	0,519	0 (0) 8 (20,5) 4 (25)	5 (100) 31 (79,5) 12 (75)	0,692
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>	Bir Okul Bitirmeyen İlköğretim >Ortaöğretim	0 (0) 23 (82,1) 23 (82,1)	0 (0) 5 (17,9) 5 (17,9)	1	1 (14,3) 8 (25,8) 3 (18,8)	6 (85,7) 23 (74,2) 13 (81,3)	0,902
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor Çalışmıyor	11 (84,6) 35 (81,4)	2 (15,4) 8 (18,6)	1	0 (0) 12 (24)	4 (100) 38 (76)	0,564
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor Çalışmıyor	46 (82,1)	10 (17,9)		11 (22,4) 1 (20)	38 (77,6) 4 (80)	1
<b>Aylık Gelir Durumu</b>	0-2000 TL 2000TL Üzeri	9 (81,8) 37 (82,2)	2 (18,2) 8 (17,8)	1	10 (20,8) 2 (33,3)	38 (79,2) 4 (66,7)	0,605
<b>Barınma Koşulları</b>	Apartman Gecekondu	45 (81,8) 1 (100)	10 (18,2) 0 (0)	1	4 (15,4) 8 (28,6)	22(84,6) 20 (71,4)	0,244
<b>Oda Sayısı</b>	≤2+1 >2+1	9 (100) 37 (80,4)	0 (0) 9 (19,6)	0,064	8 (22,9) 4 (21,1)	27 (77,1) 15 (78,9)	0,879
<b>Kişi Sayısı</b>	<4 ≥4	13 (72,2) 33 (86,8)	5 (27,8) 5 (13,2)	0,182	0 (0) 12 (22,2)	0 (0) 42 (77,8)	-
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek Aile Geniş Aile	39 (83) 6 (75)	8 (17) 2 (25)	0,694	11 (23,4) 1 (14,3)	36 (76,6) 6 (85,7)	1

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II



#### 4.10 Çalışma Grubunun Savaş ve Göç ile İlişkili Özelliklerin Denver II Gelişimsel Tarama Sonuçlarıyla İlişkisi

Çalışma grubunun savaş ve göç ile ilişkili tanımlayıcı özelliklerin DGTT II sonuçlarıyla olan istatistiksel ilişki Tablo 4.10'da gösterilmektedir.

Çalışma grubunda savaşa maruz kalan (savaş seslerini duyma, ölüme tanıklık etme) olgular ile savaşa maruz kalmayan olgular DGTT II sonuçları açısından karşılaştırıldığında savaşa maruz kalmanın DGTT II'nin anormal olma sıklığını istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde arttırdığı görüldü ( $p=0,050$ ).

Çalışma grubunda hanede Türkçe konuşan kişi varlığı, hanede Türkçe okur-yazarlığı, annelerin ayrımcılığa maruz kalma durumu, yer değiştirme sayısı, Türkiye'de kalış süreleri ile DGTT II test sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.10** Çalışma Grubunun Savaş ve Göç ile İlişkili Özelliklerin DGTT II\* Sonuçlarıyla İlişkisi

		Çalışma Grubu DGTT II Sonucu (n: 54)		p
		Normal (n:12) n (%)	Şüpheli (n:42) n (%)	
<b>Hanede Türkçe Konuşan Kişi</b>	Var	7 (16,3)	36 (83,7)	0,053
	Yok	5 (45,5)	6 (54,5)	
<b>Hanede Türkçe Okur-Yazar Varlığı</b>	Var	3 (15)	17 (85)	0,417
	Yok	9 (26,5)	25 (73,5)	
<b>Savaşla Karşılaşma</b>	Var	3 (11,1)	24 (88,9)	<b>0,050</b>
	Yok	9 (33,3)	18 (66,7)	
<b>Ayrımcılığa Maruz Kalma</b>	Var	0 (0)	2 (100)	1
	Yok	12 (23,1)	40 (76,9)	
<b>Yer Değiştirme Sayısı</b>	1	0 (0)	11 (100)	0,097
	>1	12 (27,9)	31 (72,1)	
<b>Türkiye'de Kalış Süresi (Ay)</b>	$\leq 24$	5 (20,8)	19 (79,2)	1
	>24	7 (23,3)	23 (76,7)	
<b>Kampta Kalış Süresi (Ay)</b>	Var	5 (27,8)	13 (72,2)	0,493
	Yok	7 (19,4)	29 (80,6)	
<b>Ankara'da Kalış Süresi (Ay)</b>	$\leq 24$	11 (29,7)	26 (70,3)	0,067
	>24	1 (5,9)	16 (94,1)	

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

#### 4.11 Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Değişkenlerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi

Çalışma ve kontrol grubunun prenatal değişkenlerinin DGTT II sonuçlarıyla ilişkisinin istatistiksel analizi Tablo 4.11’de gösterilmektedir.

Kontrol grubunda annenin gebelikte travmaya maruz kalmasının DGTT II sonucunu şüpheli-anormal olmasını istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttırdığı görüldü ( $p < 0,05$ ).

Çalışma ve kontrol grubunda gebelikte travma öyküsü dışındaki prenatal değişkenler ile DGTT II sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4.11** Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Özelliklerinin DGTT II\* Sonuçlarıyla İlişkisi

		Kontrol Grubu DGTT II Sonucu (n: 56)			Çalışma Grubu DGTT II Sonucu (n: 54)		
		Normal (n:46) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:10) n (%)	p	Normal (n:12) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:42) n (%)	p
<b>Annede Fiziksel/Ruhsal Hastalık Varlığı</b>	Evet	13 (81,3)	3 (18,8)	0,912	0 (0)	7 (100)	0,328
	Hayır	33 (82,5)	7 (17,5)		12 (25,5)	35 (74,5)	
<b>Annenin Düzenli İlaç Kullanımı</b>	Evet	10 (83,3)	2 (16,7)	1	0 (0)	8 (100)	0,176
	Hayır	36 (81,8)	8 (18,2)		12 (26,1)	34 (73,9)	
<b>Gravida</b>	$\leq 2$	24 (77,4)	7 (22,6)	0,304	3 (23,1)	10 (76,9)	0,932
	$> 2$	22 (88)	3 (12)		9 (22)	32 (78)	
<b>Parite</b>	$\leq 2$	33 (80,5)	8 (19,5)	0,593	3 (18,8)	13 (81,3)	0,690
	$> 2$	13 (86,7)	2 (13,3)		9 (23,7)	29 (76,3)	
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>	$\leq 2$	34 (81)	8(19)	1	3 (20)	12 (80)	0,808
	$> 2$	12 (85,7)	2 (14,3)		9 (23,1)	30 (76,9)	
<b>Ölü Doğum</b>	Var	2 (66,7)	1 (33,3)	0,556	1 (25)	3 (75)	1
	Yok	44 (77,2)	13 (22,8)		11 (19,6)	45 (80,4)	
<b>Abortus Öyküsü</b>	Var	8 (72,7)	3 (27,3)	0,393	2 (16,7)	10 (85,7)	0,600
	Yok	38 (84,4)	7 (15,6)		10 (23,8)	32 (76,2)	
<b>Gebelik Yaşı</b>	$\leq 25$	15 (93,8)	1 (6,3)	0,142	8 (21,1)	30 (78,9)	0,784
	26-35	25 (73,5)	9 (26,5)		4 (26,7)	11 (73,3)	
	$> 35$	6 (100)	0 (0)		0(0)	1 (100)	

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

**Tablo 4.11** (Devam) Çalışma ve Kontrol Grubunun Prenatal Özelliklerinin DGTT II\* Sonuçlarıyla İlişkisi

<b>Babada Fiziksel/Ruhsal Hastalık Varlığı</b>	Var Yok	8 (80) 38 (82,6)	2 (20) 8 (17,4)	1	4 (23,5) 8 (21,6)	13 (76,5) 29 (78,4)	0,876
<b>Babanın Düzenli İlaç Kullanımı</b>	Var Yok	6 (100) 40 (80)	0 (0) 10 (20)	0,578	1 (20) 11 (22,4)	4 (80) 38 (77,6)	1
<b>Akraba Evliliği</b>	Var Yok	9 (81,8) 37 (82,2)	2 (18,2) 8 (17,8)	1	4 (18,2) 8 (25)	18 (81,8) 24 (75)	0,554
<b>Ailede Fiziksel/Ruhsal Hastalık Varlığı</b>	Var Yok	10 (71,4) 36 (85,7)	4 (28,6) 6 (14,3)	0,247	2 (18,2) 10 (23,3)	9 (81,8) 33 (76,7)	1
<b>Planlı Gebelik</b>	Evet Hayır	35 (81,4) 11 (84,6)	8 (18,6) 2 (15,4)	1	5 (17,9) 7 (26,9)	23 (82,1) 19 (73,1)	0,423
<b>Takipli Gebelik</b>	Evet Hayır	43 (82,7) 3 (75)	9 (17,3) 1 (25)	0,556	6 (18,8) 6 (27,3)	26 (81,3) 16 (72,7)	0,459
<b>Gebelikte Hastalık Öyküsü</b>	Evet Hayır	14 (77,8) 32 (84,2)	4 (22,2) 6 (15,8)	0,557	1 (11,1) 11 (24,4)	8 (88,9) 34 (75,6)	0,665
<b>Gebelikte Vitamin Dışı İlaç Kullanımı</b>	Evet Hayır	11 (78,6) 35 (83,3)	3 (21,4) 7 (16,7)	0,698	1 (16,7) 11 (22,9)	5 (83,3) 37 (77,1)	1
<b>Demir Desteği</b>	Evet Hayır	32 (72,7) 14 (87,5)	8 (20) 2 (12,5)	0,508	8 (19,4) 6 (26,1)	25 (80,6) 17 (73,9)	0,556
<b>D vitamini Desteği</b>	Evet Hayır	32 (80) 14 (87,5)	8 (20) 2 (12,5)	0,508	5 (16,1) 7 (30,4)	26 (83,9) 16 (69,6)	0,211
<b>Folik Asit Desteği</b>	Evet Hayır	28 (80) 18 (85,7)	7 (20) 3 (14,3)	0,589	2 (9,5) 10 (30,3)	19 (90,5) 23 (69,7)	0,073
<b>İyot Tedavisi</b>	Evet Hayır	32 (82,1) 14 (82,4)	7 (17,9) 3 (17,6)	0,978	5 (25) 7 (20,6)	15 (75) 27 (79,4)	0,706
<b>Gebelikte Sigara Kullanımı</b>	Evet Hayır	9 (90) 37 (80,4)	1 (10) 9 (19,6)	0,670	0 (0) 12 (24,5)	5 (100) 37 (75,5)	0,575
<b>Gebelikte Radyasyona Maruz Kalma</b>	Evet Hayır	2 (66,7) 44 (83)	1 (33,3) 9 (17)	0,452	0 (0) 12 (22,6)	1 (100) 41 (77,4)	1
<b>Gebelikte Travma Öyküsü</b>	Evet Hayır	0 (0) 46 (85,2)	2 (100) 8 (14,8)	<b>0,029</b>	0 (1) 12 (22,6)	1 (100) 41 (77,4)	1
<b>Kan Uyuşmazlığı</b>	Evet Hayır	2 (50) 44 (84,6)	2 (50) 8 (15,4)	0,142	1 (100) 11 (20,8)	0 (0) 42 (79,2)	0,222

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

#### 4.12 Çalışma ve Kontrol Grubunun Natal Özelliklerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi

Çalışma ve kontrol grubunun natal değişkenlerinin DGTII sonuçlarıyla ilişkisi Tablo 4.12'de gösterilmektedir.

Çalışma ve kontrol grubunda natal değişkenler ile DGTT II sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.12** Çalışma ve Kontrol Grubuna Ait Natal Değişkenlerin DGTT II\* Sonuçlarıyla İlişkisi

		Kontrol Grubu DGTT II Sonucu (n: 56)			Çalışma Grubu DGTT II Sonucu (n: 54)		
		Normal (n:46) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:10) n (%)	P	Normal (n:12) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:42) n (%)	p
<b>Doğum Zamanı</b>	Preterm Term- Postterm	2 (100) 44 (81,5)	0 (0) 10 (18,5)	1	1 (9,1) 11 (25,6)	10 (90,9) 32 (74,4)	0,435
<b>Doğumun Gerçekleştiği Yer</b>	Hastahane Hastahane Dışı	45 (81,8) 1 (100)	10 (18,2) 0 (0)	1	11 (22) 1 (25)	39 (78) 3 (75)	1
<b>Doğum Şekli</b>	Spontan C/S**	20 (74,1) 26 (89,7)	7 (25,9) 3 (10,3)	0,128	10 (25) 2 (14,3)	30 (75) 12 (85,7)	0,407
<b>Doğum Süreci</b>	Normal Zor Doğum	39 (81,3) 7 (87,5)	9 (18,8) 1 (12,5)	1	12 (26,1) 0 (0)	34 (73,9) 8 (100)	0,176
<b>Doğum Ağırlığı</b>	NDA*** <NDA	42 (82,4) 4 (80)	9 (17,6) 1 (20)	0,896	10 (23,8) 2 (11,1)	26 (72,2) 16 (88,9)	0,165
<b>Doğar Doğmaz Ağlama</b>	Evet Hayır	44 (83) 2 (66,7)	8 (17) 1 (33,3)	0,452	10 (20) 2 (50)	40 (80) 2 (50)	0,210
<b>Yenidoğan Döneminde Morarma</b>	Evet Hayır	3 (60) 43 (84,3)	2 (40) 8 (15,7)	0,214	2 (33,3) 10 (20,8)	4 (66,7) 38 (79,2)	0,605
<b>Yenidoğan Sarılığı</b>	Evet Hayır	12 (75) 34 (85)	4 (25) 8 (15)	0,377	2 (11,8) 10 (27)	15 (88,2) 27 (73)	0,210
<b>Fototerapi İhtiyacı</b>	Evet Hayır	5 (85,7) 40 (81,6)	1 (14,3) 9 (18,4)	1	2 (28,6) 10 (21,3)	5 (71,4) 37 (78,7)	0,645
<b>Kuvöz İhtiyacı</b>	Evet Hayır	10 (71,4) 36 (85,7)	4 (28,6) 6 (14,3)	0,247	2 (16,7) 10 (23,8)	10 (83,3) 32 (76,2)	0,600

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

\*\*C/S: Sezaryen

\*\*NDA: Normal Doğum Ağırlığı

#### 4.13 Çalışma ve Kontrol Grubunun Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi

Çalışma ve kontrol grubuna ait erken çocukluk dönemine ait değişikliklerin DGTT II sonuçlarıyla ilişkisi Tablo 4.13’de gösterilmektedir.

Kontrol grubunda çocuğunun gelişimi ile ilgili endişesi olan annelerin çocuklarının DGTT II sonucunda şüpheli-anormal olma sıklığı %57,1 iken, endişesi olmayan annelerin çocuklarının DGTT II sonucunda şüpheli-anormal olma sıklığının %12,2 olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ( $p<0,05$ ).

Çalışma grubunda çocuklarına kitap okuyan ailelerin çocuklarının DGTT II sonucunda şüpheli-anormal olma sıklığı %64,7 iken, kitap okumayan ailelerin çocuklarının DGTT II sonucunda şüpheli-anormal olma sıklığı %83,8 olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ( $p=0,091$ ).

Kontrol grubuna dahil edilen olgulardan okul öncesi eğitim alan olguların DGTT II sonucunun şüpheli-anormal olma sıklığı %10 iken, okul öncesi eğitim almayan olguların DGTT II sonucunun şüpheli-anormal olma sıklığının %22,2 olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ( $p=0,084$ ).

Çalışma grubuna dahil edilen olguların evlerinde arka planda TV açık kalma süresinin artışının DGTT II sonuçlarının şüpheli-anormal olma sıklığını artırdığı ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ( $p=0,096$ ).

Çalışma ve kontrol grubu arasında hastalık sıklığı, hastanede yatış sayısı, anne sütü alma süresi, anemi varlığı, kronik hastalık varlığı, aşılanma durumu, çocuğunu evde uzun süre yalnız bırakma, kaza öyküsü, disiplin amaçlı uygulanan fiziksel ve sözel şiddet sıklığı, bakım veren kişi, ebeveynlerin sigara kullanımı, günlük ekran süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.13** Çalışma ve Kontrol Grubuna Ait Erken Çocukluk Dönemi Özelliklerinin DGTT II\* Sonuçlarıyla İlişkisi

		Kontrol Grubu DGTT II Sonucu (n: 56)			Çalışma Grubu DGTT II Sonucu (n: 54)		
		Normal (n:46) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:10) n (%)	p	Normal (n:12) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:42) n (%)	p
<b>Hastalık Sıklığı</b>	Yılda 1 Ve Daha Az	23 (79,3)	6 (20,7)	0,731	4 (16)	21 (84)	0,347
	Yılda 2 ve Daha Fazla	23 (85,2)	4 (14,8)		8 (27,6)	21 (72,4)	
<b>Hastanede Yatış</b>	Var Yok	14 (70) 32 (88,9)	6 (30) 4 (11,1)	0,142	1 (7,7) 11 (26,8)	12 (92,3) 30 (73,2)	0,254
<b>Anne Sütü Alma Süresi** (Ay)</b>		18,41 (±7)	19 (±6)	0,891	16,92 (±8)	13,94 (±10)	0,277
<b>Anemi Varlığı</b>	Var Yok	3 (75) 43 (82,7)	1 (25) 9 (17,3)	0,556	0 (0) 12 (24,5)	5 (100) 37 (75,5)	0,575
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	Var Yok	2 (66,7) 44 (83)	1 (33,3) 9 (17)	0,452	1 (33,3) 11 (21,6)	2 (66,7) 40 (78,4)	0,537
<b>Aşılama Durumu</b>	Tam Eksik	46 (82,1) -	10 (17,9) -	-	11 (23,4) 1 (14,3)	36 (76,6) 6 (85,7)	1
<b>Çocuğa Kitap Okuma Sıklığı</b>	Var Yok	29 (82,9) 17 (81)	6 (17,1) 4 (19)	0,857	6 (16,2) 6 (35,3)	11 (64,7) 31 (83,8)	0,091
<b>Çocuğunu Evde Uzun Süre Yalnız Bırakma</b>	Evet Hayır	0 (0) 46 (83,6)	1 (100) 9 (16,4)	0,179	0 (0) 12 (23,1)	2 (100) 40 (76,9)	1
<b>Kaza Öyküsü</b>	Evet Hayır	4 (100) 42 (80,8)	0 (0) 10 (19,2)	1	1 (33,3) 11 (21,6)	2 (66,7) 40 (78,4)	0,537
<b>Disiplin Amaçlı Uygulanan Fiziksel</b>	Var Yok	25 (83,3) 21 (80,8)	5 (16,7) 5 (19,2)	0,803	5 (18,5) 7 (25,9)	22 (81,5) 20 (74,1)	0,513
<b>Disiplin Amaçlı Uygulanan Sözel Şiddet</b>	Var Yok	37 (82,2) 9 (81,8)	9 (17,8) 2 (18,2)	1	9 (21,4) 3 (25)	33 (78,6) 10 (75)	0,793
<b>Bakım Veren Kişi</b>	Anne Büyükanne- Bakıcı	39 (83) 7 (77,8)	8 (17) 2 (22,2)	0,656	12 (22,2)	42 (77,8)	-
<b>Ebeveynlerin Sigara Kullanımı</b>	Hayır Evet	25 (80,6) 21 (84)	6 (19,4) 4 (16)	0,745	4 (26,7) 8 (20,5)	11 (73,3) 31 (79,5)	0,719
<b>Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu</b>	Evet Hayır	18 (90) 28 (77,8)	2 (10) 8 (22,2)	0,084	1 (33,3) 11 (21,6)	2 (66,7) 40 (78,4)	0,495
<b>Ailede Çocuğun Gelişimi ile İlgili Endişe</b>	Var Yok	3 (42,9) 43 (82,1)	4 (57,1) 6 (12,2)	<b>0,015</b>	2 (16,7) 10 (23,8)	10 (83,3) 32 (76,2)	0,714
<b>Televizyonun Arka Planda Açık Kalma Süresi (Saat)</b>	Yok 1-2 3-5 5 Saat Üzeri	10 (100) 21 (87,5) 8 (66,7) 7 (70)	0 (0) 3 (12,5) 4 (33,3) 3 (30)	0,116	3 (15,8) 2 (25) 6 (46,2) 1 (7,1)	16 (84,2) 6 (75) 7 (53,8) 13 (92,9)	0,096
<b>Günlük Ekran Süresi* (Saat)</b>		3,15 (±1,8)	3,36 (±1,5)	0,472	1,83 (± 1,5)	3,17 (±2,5)	0,070

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

\*\*Ortalama Değerler

#### 4.14 Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların Vücut Ağırlığı, Boy ve Baş Çevresi Persentil Değerlerinin Denver II Gelişimsel Tarama Testi Sonuçlarıyla İlişkisi

Çalışma ve kontrol grubuna ait vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi persentil değerleri DGTT II sonuçlarıyla ilişkisi Tablo 4.14’de gösterilmektedir.

Çalışma ve kontrol gruplarının vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi persentil değerleri ile DGTT II sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.14** Çalışma ve Kontrol Grubuna Ait Vücut Ağırlığı, Boy ve Baş Çevresi Persentil Değerlerinin DGTT II\* Sonuçlarıyla İlişkisi

		Kontrol Grubu DGTT II Sonucu			Çalışma Grubu DGTT II Sonucu		
		Normal (n:46) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:10) n (%)	p	Normal (n:12) n (%)	Şüpheli- Anormal (n:42) n (%)	p
<b>Boy</b>	≤10 P	3 (60)	2 (40)	0,177	1 (14,3)	6 (85,7)	1
	10-50 P	13 (76,5)	4 (23,5)		8 (24,2)	25 (75,8)	
	>50 P	30 (88,2)	4 (11,8)		3 (21,4)	11 (78,6)	
<b>Vücut Ağırlığı</b>	≤10 P	0 (0)	0 (0)	0,464	1 (20)	4 (80)	0,253
	10-50 P	13 (76,5)	4 (23,5)		6 (16,7)	30 (83,3)	
	>50 P	33 (84,6)	6 (15,4)		5 (38,5)	8 (61,5)	
<b>Baş Çevresi</b>	≤10 P	0 (0)	0 (0)	1	0 (0)	0 (0)	0,511
	10-50 P	7 (77,8)	2 (22,2)		2 (13,3)	13 (86,7)	
	>50 P	8 (72,7)	3 (27,3)		0 (0)	9 (100)	

\*DGTT II: Denver Gelişimsel Tarama Testi II

#### 4.15 Lojistik Regresyon Analizi ile DGTT II Sonuçlarını Etkileyen Risk ve Koruyucu Faktörlerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında Türk ve Suriyeli olguların çocuk gelişimini etkileyebileceğini düşündüğümüz özellikleri sorgulandı, bu değişkenler içinden gelişimi doğrudan etkileyebileceğini düşündüğümüz ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu tespit ettiğimiz; kardeş sayısı, anne ve baba eğitim düzeyi, annenin çalışmaya alınan çocuğu doğurduğundaki yaşı, aylık gelir durumu, anne-baba arasında akrabalık ilişkisi, doğum zamanı, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi, ebeveynlerin çocuğa kitap okuma durumu, ebeveynlerin sigara kullanımı, okul öncesi eğitim alma durumu, boy, vücut ağırlığı, televizyonun arka planda açık kalma

süresi ve çalışma grubunda olmak da dahil olmak üzere 17 değişken çoklu lojistik regresyon analizine alındı (Tablo 4.15).

Lojistik regresyon analiziyle çalışma grubunda olmanın, DGTT II değerlendirmesine göre yaşına göre gelişimsel gecikme olma riskini 16,1 kat arttırdığı, DGTT II *kişisel-sosyal* alanında uyarı-gecikme olma riskini 2000 TL üzerinde aylık gelire sahip olmanın 0,461 kat azalttığı, DGTT II *ince motor* alanında uyarı-gecikme olma riskini, çalışma grubunda olmanın 5,247 kat arttırdığı, 2500 gramın altında doğum ağırlığına sahip olmanın 2,181 kat artırdığı, DGTT II *dil* alanında uyarı-gecikme olma riskini, çalışma grubunda olmanın 5,023 kat arttırdığı, anne-baba arasında akrabalık ilişkisinin varlığının 4,013 kat arttırdığı, DGTT II *kaba-motor* alanda uyarı-gecikme olma riskini, çalışma grubunda olmanın 5,011 kat arttırdığı, 2500 gramın altında doğum ağırlığına sahip olmanın 5,751 kat arttırdığı ve bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ( $p<0,05$ ).

DGTT II *dil* alanında uyarı-gecikme olma riskini; 2 ve üzerinde kardeş sayısına sahip olmanın 0,124 kat azalttığı ancak bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.15** Lojistik Regresyon Analizi ile Saptanan Gelişimsel Risk ve Koruyucu Faktörler

	Değişkenler	Odd Ratio (OR)	%95 Güven Aralığı		p
			Alt Sınır	Üst Sınır	
<b>Denver II Gelişimsel Tarama Testi Şüpheli-Anormal</b>	Çalışma Grubu	16,100	6,304	41,120	<b>0,000</b>
<b>Kişisel Sosyal Alanda Gecikme Uyarı</b>	2000 TL üzeri Aylık Gelire Sahip Olma	0,461	0,239	0,889	<b>0,021</b>
<b>İnce Motor Alanda Gecikme-Uyarı</b>	Çalışma Grubu	5,247	1,962	14,033	<b>0,001</b>
	2500 gr altı Doğum Ağırlığına Sahip olma	2,182	0,999	7,916	<b>0,050</b>
<b>Dil Alanda Gecikme-Uyarı</b>	Çalışma Grubu	5,023	1,674	15,072	<b>0,004</b>
	Akraba Evliliği	4,013	1,206	13,350	<b>0,023</b>
<b>Kaba Motor Alanda Gecikme-Uyarı</b>	Çalışma Grubu	5,011	1,579	15,903	<b>0,006</b>
	2500 gr altı Doğum Ağırlığına Sahip olma	5,751	1,605	20,605	<b>0,007</b>



## 5. TARTIŞMA

Yapılan çalışmalar sonucunda hayatın erken dönemlerinde yaşanan biyolojik ve psikososyal sıkıntılarının, erken dönem çocukluk gelişimi üzerinde uzun vadeli olumsuz sağlık, eğitim ve psikososyal sonuçlara neden olduğu kanıtlanmıştır (293). BMMYK (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Kurulu) da mülteci ve yeniden yerleştirme deneyimlerinin entelektüel, sosyal, duygusal ve fiziksel çocuk gelişiminin kritik aşamalarını etkileyebileceğini bildirmektedir (14). Aile yapısının bozulması ve eğitimin kesintiye uğraması ve travmatik olaylara tanıklık, gelişimsel kaygıların oluşmasına neden olur. Yapılan araştırmalar dünyada pediatrik gelişimsel yetersizlik sıklığının %5 ile %20 arasında değişmekte olduğunu göstermektedir (16). Çocuk mülteci popülasyonunda gelişimsel gecikmeler ve engellilik sıklığı bilinmemektedir. Bu araştırmada BMMYK'nin günümüzün en büyük insani ve mülteci krizi olarak adlandırdığı Suriye krizinin, en savunmasız ve hassas grup olan çocukların yeniden yerleştirilme sonrası gelişimsel açıdan ne düzeyde etkilendiğini, gelişimsel sorunlara yol açacak sorunların tanımlanması, gelişimsel gecikmelerin daha çok hangi alanlarda olduğunu tanımlamayı, böylece daha fazla prognostik bilgi sağlamayı, önlenebilir risk faktörlerinin erken tanısı ile sağlıklı bireylerin toplumdaki oranını artırılması, yapılacak daha sonraki çalışmalara literatür düzeyinde katkı sağlanması ve gerekli olan özel ve en uygun erken çocukluk müdahalelerinin hemen başlatılmasını sağlamak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Ankara'da geçici koruma statüsü altında yaşayan Suriyeli 18-72 ay arası çocuklarla kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilen 18-72 ay arası Türk çocukların gelişim düzeyleri ve grupların sosyodemografik özellikleri ve çocuk gelişimini etkileyebilecek risk faktörleri değerlendirilip, karşılaştırıldı. Araştırmanın sonucunda geçici koruma statüsü altında yaşayan çocukların gelişim düzeylerinin, çalışmanın hipoteziyle benzer olarak geri olduğunu belirlendi. Türk çocukların gelişim düzeyleri ile karşılaştırması yapıldığında da geçici koruma statüsü altındaki çocukların Türklere göre gelişim düzeylerinin daha geri olduğu belirlendi.

Çalışma grubu ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında olgu yaşı, baba yaşı, çocukların kaçınıcı çocuk olduğu, babanın çalışma durumu, aile yapısı açısından farklılık görülmedi. Çalışma grubunun anne yaş

ortalamasının kontrol grubunda daha genç; kardeş sayısının çalışma grubunda daha fazla, anne ve baba eğitim düzeylerinin çalışma grubunda daha düşük; annelerin çalışma oranlarının kontrol grubunda daha fazla olduğu, kontrol grubu aylık gelir düzeyinin daha yüksek, oda sayısı ve barınma koşulları açısından kontrol grubunda daha iyi, hanede yaşayan kişi sayısı açısından çalışma grubunda daha fazla olduğu görüldü. Çelik ve arkadaşları 2015 yılında savaşa maruz kalan sığınmacı 7-10 yaş arası çocukların duygusal indikatör ve anksiyete seviyelerini değerlendirdikleri çalışmalarında 125 sığınmacı; 168 Türk çocuğu çalışmaya dahil etmişlerdir. Çalışmada sığınmacı çocukların anne ve baba yaş ortalamalarının, ailedeki çocuk sayısının, hanede yaşayan birey sayısının Türk çocuklara göre daha yüksek olduğu; Türk çocukların ise anne ve baba eğitim düzeylerinin, gelir durumlarının daha iyi olduğu ve anne ve baba çalışma oranlarının Türk çocuklarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın bulgularında belirtilen sosyodemografik farklılıklar bu çalışmanın bulgularına benzerdir. Farklı olarak bu çalışmada anne yaşı ortalaması Türk çocuklarda daha fazla olarak bulunmuştur(294).

AFAD'ın 2017'de yayınladığı Suriyelilere yönelik saha araştırmasında bu araştırmayla benzer olarak, kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacıların yaklaşık yarısının aylık gelirinin 250-500 ABD doları olduğu ve barınma koşulları ele alındığında ise yaklaşık yarısının derme-çatma ve harabe binalarda ikamet ettiği tespit edilmiştir. Aynı raporda Türkiye'deki altı yaş ve üzeri Suriyeli sığınmacıların eriştikleri eğitim düzeyleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu tespit edilmiştir (29).

Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer olarak Suriyeli sığınmacıların aylık gelir durumunun Türklere göre düşük olduğu belirtilmiştir (294). Ürdün'de ikamet eden Suriyeli mültecilerin yaşam koşulları ve geçim kaynaklarına odaklanan 2019'da yayınlanan çalışmada, hanede bulunan kişi sayısı, oda sayısı ve konut koşulları bu araştırmaya benzer şekilde bulunmuştur (295). Ürdün ve Lübnan'da kamp dışında yaşayan Suriyelilerin yoksulluk ve refah düzeyini incelemek amacıyla 2014'de yapılan araştırmada, ev sahibi ülkelerdeki nüfusa kıyasla, Suriyeli nüfusun çok daha genç, daha düşük ortalama eğitime sahip olduğu, daha büyük ailelerde yaşadığı, daha az mal varlığına sahip olduğu, daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı ve daha az istihdam fırsatları olduğu gösterilmiştir. Aynı araştırmada; yaşayan kayıtlı on Suriyeli

mültecinin yedisinin BMMYK'nin yardım eşiğine dayanarak fakir olarak değerlendirilebileceği, ev sahibi ülke tarafından kullanılan yoksulluk sınırlarının dikkate alınması durumunda ise, bu sayının on mültecede dokuza yükseldiği belirtilmiştir. Bu raporda aile büyüklüğü ve barınmanın çoğu zaman yoksulluğun en iyi göstergesi olduğu ve çocuk sayısının arttıkça yoksulluk oranının katlanarak arttığı belirtilmiştir. Ev kiralayan veya mülk sahibi olan ve şebeke suyu ve/veya uygun bir tuvaleti olan, betondan yapılmış bir apartman veya evde yaşayan ailelerin ise daha az fakir olduğu tespit edilmiştir (296). BMMYK'nin 2018'de yayınladığı raporda Lübnan'daki Suriyeli sığınmacıların her zamankinden daha savunmasız durumda, yarısından fazlasının aşırı yoksul ve dörtte üçünden fazlasının ise yoksulluk sınırının altında yaşadığı belirtilmiştir (297). Suriyeli sığınmacılara ait çalışmalarda bildirilen özellikler bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Çocukların büyük çoğunluğunun ülkelerinden ayrıldıklarından sonraki süreçte 2 ve/veya daha fazla yer değiştirdiği, yaklaşık yarısının 24 aydan fazla süredir Türkiye'de olduğu belirlendi. Suriyeli sığınmacıların 2011 yılı itibari ile Türkiye'ye geldiği düşünüldüğünde; çocukların yaklaşık yarısının son 2 yıl içerisinde gelmiş olması durumu sığınmacıların halen Türkiye'ye zorunlu göç etmeye devam ettiklerinin bir göstergesi olabilir. T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı istatistiklere göre de her geçen yıl Suriyeli sığınmacı sayısı giderek artmaktadır. Geçici koruma altında yaşayan Suriyeli sayısı 2018 yıl sonu itibariyle 3.623.192 iken, 2019 Şubat ayında 3.644.342 olarak tespit edilmiştir (27).

Çalışma grubuna dahil edilen çocukların annelerinin sadece %3,3'ü ayrımcılığa maruz kaldığını belirtti; ancak çalışma grubundaki ebeveynlerin yanında eşlik eden okul çağı çocuklarına aynı soru yöneltildiğinde bu oranın çok daha yüksek olduğu fark edilmiştir. Migration Policy Institute (MPI)'un 2015'de yayınladığı mülteci çocukların eğitim deneyimlerine odaklanan raporunda, farklı etnik yapıya sahip olan mülteci çocukların okullarda doğrudan ayrımcılığa ve zorbalığa maruz kaldığını, bunun nedeninin ise toplumsal kabulün ve sosyal entegrasyonun yeterince sağlanamamasına bağlı olabileceği düşünülmüştür (298). Suriye'de devam etmekte olan iç çatışmalar nedeniyle Türkiye'ye sığınan sığınmacıların birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmelerinin önündeki engellerin tespit edilmesi amacıyla Konya'da 2015 yılında 223 Suriyeli sığınmacının dâhil edildiği bir çalışmanın

sonucunda ayrımcılığa uğradığını ifade edenlerin oranının %32,7 olduğu bildirilmiş (47). Türkiye’de 2017 yılında yapılan Türk vatandaşların sığınmacılara karşı olan yabancı düşmanlığını (ksenofobi) ele alan anket çalışması sonucunda katılımcıların Suriyelilere yönelik olumsuz tutum ve düşüncelere sahip olduğunu göstermektedir (299). ‘Türkiye’deki Suriyeliler: Toplumsal Kabul ve Uyum’ başlıklı bu 2014 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HUGO) tarafından yapılan çalışmada Türkiye’de Suriyeliler konusunda zaman zaman ırkçılığa, yabancı düşmanlığına, nefrete varacak olumsuz tavırlara rağmen genelde “toplumsal kabul” düzeyinin olağanüstü yüksek olduğunu ortaya koymuştur (300). Türkiye’deki Suriyeli sığınmacılara sağlanan eğitim hizmetlerinin değerlendirildiği 2017’de yayınlanan bir araştırmada da Suriyeli sığınmacı ailelerin çocuklarını okullara göndermek istememesinin nedeninin; sosyal uyum problemleri ve ayrımcılığa maruz kalma korkusu olduğu öne sürülmüştür (301). Belirtilen çalışmalara göre bu çalışma sonucunun farklı bulunmasının nedeni olarak annelerin çalışma oranlarının az olması dolayısıyla hane dışına çok fazla çıkmaması ve sosyal hayata katılımlarının az olması, sığınmacıların toplu yaşadıkları bölgelerde yaşamaları ve yerel halkla çok temas halinde olmamaları söylenebilir.

Çalışmada sığınmacı olgularda anne baba arasındaki akrabalık oranları daha yüksekken; annede fiziksel/ruhsal hastalığa sahip olma, planlı gebelik, takipli gebelik, gebelikte hastalık geçirme öyküsü, gebelikte vitamin dışı ilaç kullanımı, gebelik süresince folik asit desteği, gebelikte iyot desteği alma oranları daha düşük olarak görülmüştür. Suriye’deki akraba evliliğinin prevalansını göstermek amacıyla 2009’da yayınlanan kesitsel çalışmada da bu çalışmayla benzer oranlarda akraba evliliği sıklığına rastlanmıştır.(302) Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacı kadınların üreme davranışını, yetersiz beslenmeyi ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) semptomlarının prevalansını tespit etmek amacıyla 2015’de Şanlıurfa’da yapılan çalışmada da bu çalışmayla benzer oranlarda akraba evliliği sıklığına rastlanmıştır.(303) Bu çalışmada annede fiziksel/ruhsal hastalığa sahip olma, gebelikte hastalık geçirme öyküsü, gebelikte vitamin dışı ilaç kullanımı oranları Türklere daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durumun nedeni Türkiye’de; Acil Obstetrik Bakım Programı dahilinde Türk gebelerin perinatal takiplerinin yapılmasının zorunlu tutulması; sığınmacı gebelerin zorlu yaşam koşulları nedeni ile hayattaki önceliğinin

yaşam koşullarını iyileştirme olması ve bu nedenle gebelik takiplerini aksatabilmesi, ulaşabilecekleri sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları, sığınmacıların kayıtlarındaki eksiklik nedeni ile sağlık sistemi içinde takiplerinin zor olması, sık sık yer değiştirmeleri ve her ne kadar göçmen sağlığı merkezlerinde Suriyeli doktor ve diğer sağlık personellerinin varlığına rağmen dil problemi nedeni ile sağlık hizmetlerine erişim konusunda zorluk yaşamaları olabilir. Bu araştırmada da, sığınmacıların gebelik süresince folik asit ve iyot desteği alma oranları Türklere göre düşük bulunmuştur. İstanbul'da 2016'da Suriyeli gebe sığınmacı ve Türk gebelerin obstetrik ve perinatal sonuçlarını karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada ise gebelik sırasındaki folik asit kullanımı gruplar arasında benzer olarak bulunmuştur ve yeni doğanların doğum ağırlıklarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada gebelikte demir ve D vitamini desteği alma durumu açısından ise gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (304). Heslehurst ve arkadaşlarının sığınmacı veya mülteci statüsüne sahip kadınlar arasında perinatal sağlık hizmetlerini ve sonuçlarını incelemek amacıyla yaptıkları sistematik derlemede, perinatal sağlık sonuçlarının, ruh sağlığı bozuklukları, anne ölümleri, erken doğum ve doğumsal anomaliler dahil olmak üzere ev sahibi ülkedeki kadınlardan daha kötü olduğu belirtilmiştir (305). Bu çalışmaların sonuçları özellikle mülteci ve sığınmacı statüsünde yaşayan kadınların bazı eşitsizlikler yaşadıkları ve bu durumun önüne geçilmesi için geliştirilecek sağlık politikalarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Araştırmada çalışma grubunda preterm doğum yapan anne oranının ve doğum ağırlığı 2500 gr'ın altında olan olguların oranının daha fazla olduğu, kontrol grubunda ise C/S doğum yapan annelerin oranının daha fazla olduğu bulundu. İstanbul'da 2016'da gebe Suriyeli sığınmacı ve Türk katılımcıların obstetrik ve perinatal sonuçlarını karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada, bu çalışmayla benzer olarak sezaryen oranları Türk hastalar için Suriyeli sığınmacılara göre anlamlı derecede yüksek, doğum sırasındaki gebelik yaşı, Suriyeli mültecilere göre Türk kadınları arasında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (304). Bir meta-analizde Avrupa ülkelerinde yaşayan göçmenlerde düşük doğum ağırlığı (<2500 g) sıklığının ev sahibi ülkelerdeki kadınlara kıyasla anlamlı derecede arttığı gösterilmiştir (306). Masterson ve arkadaşlarının Lübnan'da yerinden edilmiş Suriyeliler arasında üreme sağlığı ve kadına yönelik şiddetin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, Suriyeli

kadınların çoğunun doğum sırasında düşük ve kanama gibi komplikasyonlar yaşamakta olduğunu bildirmiştir (307). Benage ve arkadaşlarının 2013'de Lübnan'daki Suriyeli mülteci kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarını değerlendikleri çalışmalarında; BMMYK'ye kayıtlı olmayan Suriyeli mültecilerin yetersiz doğum öncesi bakım aldığını ve bu durumun nedeninin kayıtlı olmayan mültecilerin Suriye sınırına yakın yaşamaları ve sık sık hareket halinde olmaları ile ilişkilendirilmiş (308).

Yeni doğan ve çocukların en uygun şekilde beslenmesi gelişimleri ve sağlıklı olmaları için hayati önem taşır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve UNICEF, anne sütü ile beslenmenin doğumdan hemen sonra başlanmasını, ilk altı ayda sadece anne sütü verilmesini ve emzirmenin altı aydan sonra uygun besin takviyeleriyle iki yaş ve üzerine kadar devam etmesini önermektedir (309). Bu araştırmada Türk annelerin emzirme oranı, Suriyelilere göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Bu fark; sığınmacı annelerin yaşadıkları olumsuz deneyimlerin yarattığı stres sonucunda yeni doğan bebeklerini emzirmelerine engel olmasına ve doğurganlığın yüksek olmasına bağlı olarak emzirme sürelerinin kısalmasına bağlanabilir. Göçmen ve mülteci kadınların yeni bir ülkeye yerleşme sonrası emzirme ile ilgili deneyimlerini ve uygulamalarını araştırmak amacıyla 2012'de yayınlanan, 5 yaşından küçük çocuğu olan yüz yirmi iki kadının katıldığı 11 çalışmadan elde edilen verilerin sunulduğu meta-analizde de, katılımcılar anne sütünün bebek için en iyisi olduğu konusunda fikir birliğinde olmalarına rağmen yeni bir ülkede zorlu hayat koşullarıyla baş etmeye çalışırken, emzirmeye devam etmenin zor olduğunu, yaşamlarını sürdürmek için yeterli kaynağa ulaşamadıklarını ve aile üyelerinin desteklerinden mahrum kalmalarına bağlı olarak emzirmeye bile başlayamadıklarını belirtmişlerdir (310). Aynı şekilde kamplarda yaşayan ve çatışmadan etkilenen Suriyeli mültecilerin sağlığını ve beslenmesini değerlendirmek amacıyla 2013 yılında Lübnan, Ürdün ve Irak'ta yapılan çalışmada 0-23 ay arası 1452 çocuğun emzirilme durumları değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerin sonucunda en sık emzirilme oranlarının 0-5 aylık dönemde olduğu ve 1 yaş sonrasında emzirmede ciddi düşüş olduğu belirlenmiştir (69). Özmert ve arkadaşları tarafından, Türk Milli Pediatri Derneği'nin sığınmacılarla ilgili 2016'da yaptığı bir destek programı çerçevesinde Osmangazi-Cevdetiye kampında yapılan ziyaretler, eğitimler ve tartışmalar sonucunda ailelerin ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi konusunda

bilgilerinin olduğu fakat çeşitli nedenlerle bunun tam uygulanamadığı, özellikle ilk yıllarda kampa gelenlerin bu konuda daha başarısız olduğu fakat yıllar içinde uygulamanın daha iyi olduğu öğrenilmiştir, bunu nedeninin ise annelerin kaygı düzeylerinin ilk yıllarda daha yoğun olabileceği düşünülmüştür (311).

Bu araştırmaya dahil edilen Suriyeli çocukların, Türk çocuklarının aksine, eksik aşıları olduğu saptandı ve bu durumun nedeni sorgulandığında ise yasal birtakım aksaklıklar nedeni ile yaptıramadıkları fark edildi. Bu aksaklıklar arasında en sık görülen nedenin Suriyeli ebeveynlerin kayıtlarının farklı il/ülkede olması nedeni ile buldukları ilde aşılama hizmeti alamayacakları düşüncesine ve bu konuda yetersiz bilgiye sahip oldukları görüldü. Bursa İli Osmangazi İlçesi'ne yerleşen Suriyeli göçmenlerin temel sağlık durumlarının tespiti ile koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarını saptamak ve çözüm önerileri sunmak amacıyla yapılan çalışmada, başlıca aşı yaptırmama nedenlerinin; dil sorunları (%30,4), kimlik kayıtlarının olmaması (%13,0) ve ulaşım araçlarının olmaması (%13,0) olarak tespit edilmiştir (50). Araştırma süresince aşılama durumunda eksiklik tespit edilen çocukların aşılama hizmetleri sağlandı ve ebeveynlere gerekli bilgilendirme yapıldı.

Göçmenler yetersiz beslenme, sağlıksız koşullar, sürekli yer değiştirme ve aşırı kalabalık ortamlara maruz kalmakta ve genellikle ulusal aşı stratejilerini etkileyen savaş ve sosyal felaketlerden kaçmaktadırlar (312). DSÖ-BMMYK-UNICEF 2016 yılında göçmenlerin, sığınmacıların ve mültecilerin “ayrımcı olmayan ve eşit” aşılama hakkına sahip olmaları gerektiğini belirtmiş ve ev sahibi ülkenin bağışıklama programına uygun olarak göçmenleri aşılama, gecikmeleri önleme önlemek amacıyla, göçmenlere uygulanan aşıların dokümantasyonunu sağlamalarını önermiştir (313). Avrupa'ya gelen göçmenler ve mültecilerde aşı ile önlenebilir hastalıkların belirlenmesi ve menşe ülkelerdeki aşılama durumları ve göçmenlerin aşılama yönünde Avrupa stratejileri hakkında genel bir bakış sunmak amacıyla 2016'da yapılan bir sistematik derlemede göçmen ve mülteci statüsünde yaşayan popülasyonun aşılama oranının önünde birtakım engeller olduğu öne sürülmüştür. Bu engeller; göçmen ve mültecilerin sürekli yer değiştirdiği ve bu durumun devam etmekte olan aşı programlarının aksamasına neden olabileceği, aşı ile önlenebilir hastalıkların ve aşılama için oluşturulan hizmetlere erişimlerinin kısıtlı olabileceği (314), göçmen ve mültecilerin aşılama durumu hakkında literatürde yeterli veri olmadığı (315), ev

sahibi ülkelerin de ekonomik krizle karşı karşıya kaldığı ve bu durumun göçmen ve mülteci nüfusun enfeksiyon hastalığa yakalanma riskini arttıracığı (316), göçmen ve mültecilerin genellikle yasal sonuçlardan korktuğu için tıbbi makamlarca aşı yapılmasını ve kayıt edilmesini reddetmesi olarak raporlanmıştır (315, 317, 318). Suriyeli sığınmacı çocuklarda HAV, HBV, HCV ve HIV seroprevalansını belirlemek amacıyla 2014-2015 arasında İzmir’de yapılan bir çalışmada Suriyeli sığınmacı çocuklarda HAV, HCV ve HIV seroprevalansının Türk çocuklardakine benzer olduğu; bununla birlikte, HBsAg pozitifliğinin daha sık ve anti HBs pozitifliğinin ise daha az olduğu bulunmuştur (49).

Eğitim, 1989 Çocuk Hakları Sözleşmesinde ve 1951 Mülteci Sözleşmesinde belirtilen temel bir insan hakkıdır. 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin bir parçası olarak, Birleşmiş Milletler üyeleri “kapsayıcı ve eşit kalitede bir eğitim” sağlama ve “herkes için yaşam boyu öğrenme fırsatlarını” teşvik etme sözü vermiştir (33). BMMYK’nin yayınladığı rapora göre dünyada mültecilerin okula erişememe olasılığı küresel ortalamaya oranla beş kat daha fazladır. Sığınmacı çocukların, %92 küresel ortalamaya kıyasla, yalnızca %61’inin ilköğretime erişimi bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe bu açık giderek artmaktadır; %84’lük küresel ortalamaya kıyasla, ergenlik çağındaki sığınmacıların yalnızca %23’ü ortaöğretime devam etmektedir. Yükseköğretimde ise, küresel ortalama %34 iken, sığınmacıların %1’inden azı üniversiteye gitmektedir (32). Mülteci çocukların okula kayıt oranları, küresel çapta diğer çocukların oranlarının çok altına düşmekte ve yaşadıkları aksaklıklar nedeniyle çoğu yaşına uygun sınıf seviyesinin gerisinde kalmaktadır. Bazı ilk sığınma ülkelerindeki mülteci çocuklar için ortaokul kayıt oranlarının çok düşük olduğu tespit edilmiştir: Kenya ve Pakistan’da yüzde 10, Malezya’da ise yüzde 2’den az. Çatışmaların ortasında yaşamak, ilk sığınmacı ülkelerdeki kayıtlara ilişkin yasal kısıtlamalar, sık yer değiştirme, mülteci olmanın yarattığı zorluklar dahil olmak üzere birçok faktör mültecilerin kayıtlarını engellemektedir (298). Türkiye’deki Suriyeli sığınmacılara sağlanan eğitim hizmetlerinin değerlendirildiği 2017’de yayınlanan bir çalışmada okula kayıt yaptıran Suriyeli öğrencilerin sayısının yıllara göre genel bir artış gösterdiği, bu durumun Türkiye’de yaşayan Suriyeli çocukların eğitim sistemine yıldan yıla daha fazla sayıda dahil olmasının yanında; Suriyeli sığınmacı nüfusunun artıyor oluşunun da etkisi olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmaya göre okullaşmış



olan Suriyeli sığınmacıların çoğu (%76,9) Geçici Eğitim Merkezlerinde (GEM) öğrenim görmekte olduğu, bu durumun sebeplerinden birisinin, ailelerin çocuklarını sosyal uyum problemleri sebebiyle Türk öğrencilerin öğrenim gördüğü okullara göndermek istememesi olarak nitelendirilebileceği öne sürülmüştür (301). İnsan Hakları İzleme Örgütü'nün Türkiye'deki Suriyeli mülteci çocukların eğitime erişiminin önündeki engelleri tanımlamak amacıyla yaptığı bir araştırmada Türk kökenli sığınmacıların dahi çekincelerinin olduğunu, örneğin Suriye'den Türkiye'ye göç eden Türkmen bir annenin; “Okul değişikliği bazı yönlerden zor olacak çünkü Türkiyeli çocukların Suriyeli çocuklarla derdi var, sokaklarda bile onlarla alay ediyor, 'Suriyeli, Suriyeli' diye bağırıyorlar. Kızım Türkçe konuşuyor, çünkü biz Türkmeniz, ama ben yine de endişeleniyorum” diyerek yaşadıkları sosyal uyum problemine değinmiştir (319). Bu verileri destekler biçimde bu çalışmada da Türk çocukların okul öncesi eğitim alma oranının Suriyelilere göre oldukça yüksek olduğu görüldü.

Bunun yanı sıra ailelerin çocuklarının gelişimine verdiği destek açısından gruplar değerlendirildiğinde Türk ebeveynlerin çocuklarına kitap okuma sıklığının daha fazla olduğu, arka planda TV açık kalma süresinin Suriyelilerde daha yüksek olduğu ve ebeveynlerin çocuğuyla oyun oynama sıklığı, çocuğun günlük ekran süresi açısından gruplar arası bir fark olmadığı tespit edildi. Araştırmada çocuğa bakım veren kişinin Suriyelilerde tamamına yakınının anne olduğu bu durumun annelerin çalışma hayatına katılımlarının az olması ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Sigara sadece içenlerin değil, dumanı ile karşılaşanların da sağlığını pek çok boyutu ile tehdit etmektedir. Sigara dumanının çocuk sağlığını tehdit ettiği bir boyut da gelişim ve davranış sorunlarıdır. Özmert ve arkadaşlarının çocukların okul başarısını etkileyen faktörlerin araştırılması amacı ile yaptığı bir çalışmada hem annenin hem babanın sigara içmesinin çocuğun zeka puanının normalin altında olma ihtimalini anlamlı olarak artırdığı, sadece birinin içiyor olmasının ise çocuğun normalin üstünde zekaya sahip olma ihtimalini anlamlı olarak azalttığı saptanmıştır (245). Çatışmadan etkilenen sivil nüfus arasında tütün kullanımına dair kanıtları incelemek amacıyla 2014'de yapılan sistematik derlemede travma sonrası stres bozukluğunun (TTSB) sigara kullanımı prevalansının yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği ön plana çıkmıştır (320). Jawad ve arkadaşlarının Filistinli mülteci ve mülteci olmayan genç nüfusun sigara içme durumu ve sıklığını karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada ergen

Filistinli mültecilerin mülteci olmayan Ürdün, Lübnan ve Batı Şeria'daki ergenlerle sigara içme durumu benzer bir prevalansa sahipken, Filistinli mültecilerin mülteci olmayanlara göre daha sık sigara içtiği bulunmuştur (321). Bu araştırmada da benzer olarak ebeveynlerin sigara kullanım oranlarının Suriyelilerde daha fazla olduğu gözlemlendi ve bu durumun ortaya çıkmasında; sığınmacıların yaşadıkları travmatik deneyimler, yeniden yerleştirilen ülkede yaşanan ekonomik sıkıntılar, yeni bir kültüre uyumun zorluğu gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünüldü.

Araştırmada grupların hastalık sıklığı, hastanede yatış sayısı, anemi varlığı, kronik hastalık varlığı açısından benzer olduğu; Suriyeli olguların boy ve vücut ağırlığının ise Türk olgulara göre daha düşük olduğu görüldü. Bu çalışmada anemi sıklığının gruplar arasında benzer saptanmasının nedeni bu durumun annelere sorularak öğrenilmesi ve bu nedenle de değerlendirilmemiş vakaların bilinmiyor olması olabilir. Şimşek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, bir il merkezinde bulunan Suriyeli kadınların %50'sinde demir eksikliği, %45,6'sında, B12 eksikliği ve %10,5'inde folik asit eksikliği saptanmıştır, bunlardan en az birinin eksikliği ise %78,4'dür (70). Washington eyaletinde 0-10 yaş arası mülteci (Somali-Irak-Birmanya) çocukların yeniden yerleştirilme öncesi tıbbi tarama muayenelerinde aşırı zayıflık, bodurluk, aşırı kilolu olma ve obezite sıklığını, Washington'da yaşayan düşük sosyoekonomik seviyeli çocuklarla karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda mülteci çocukların yaklaşık yarısının en az bir malnutrisyon türüne ve daha fazla bodurluk, aşırı zayıflık prevalansına sahip olduğu tespit edilmiştir (322). Ürdün'de Za'atari kampında 2014 yılında, 6-59 aylık mülteci çocukların ve üreme çağındaki gebe olmayan kadınların (15-49 yaş) beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada hem çocuklar hem de kadınlar arasında anemi prevalansının yüksek olduğunu göstermiştir (sırasıyla%48,4 ve%44,8). Kampta kalan çocuklarda kronik malnutrisyon prevalansı %17 iken kamp dışındaki çocuklarda %9 olarak bulunmuş (68). Lübnan'daki Suriyeli mültecilerin beslenme durumlarını araştıran çalışmada ise çocuklar arasında akut malnutrisyon prevalansı %5'ten az ile kabul edilebilir seviyelerde tespit edilmiş. 15-49 yaş arasındaki kadınlar arasında malnutrisyon oranı da % 5 olarak bulunmuş (69). Akut malnutrisyon, 6-59 aylık çocuklarda, insani acil durumlarda beslenme durumunun temel göstergesidir. Çocuklarda malnutrisyon gelişmesinin önüne geçilememesi bilişsel gelişimi ve

üretkenliği engeller. Mülteci çocukların geleceği üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirmek için kötü beslenme ve mikro besin eksikliklerinin en erken safhada tespit edilip, gerekli müdahalelerin yapılması gerekir. Beslenme politikaları, optimal çocuk ve maternal mikro besin durumu sağlamayı ve özellikle kamplardaki sığınmacılar arasında anemi için altta yatan risk faktörlerini ele almayı amaçlamalıdır. Sığınmacıların takviye edilmiş unlu mamüllere erişimine ve morbidite riskini azaltmaya yönelik kesintisiz sağlık ve hizmet koşullarında iyileştirmeye katkıda bulunabilecek programlar geliştirilebilir.

Mülteciler ve özellikle mülteci çocukların şiddet ve ihmale maruz kalma ihtimalinin savaş ve zorla yerinden edilme sürecinde yaşanan olumsuz deneyimler, yerleşik hayata geçilmesindeki zorluklar, kampta kalma, yaşanan ekonomik sıkıntılar vb durumlar nedeniyle daha fazla olabileceği beklenmektedir ancak araştırmada gruplar arasında evde uzun süre yalnız bırakma, kaza, yaralanma öyküsü, disiplin amaçlı fiziksel şiddet uygulama, disiplin amaçlı sözel şiddet uygulama açısından farklılık olmadığı görüldü.

Yapılan çalışmalar sonucunda hayatın erken dönemlerinde yaşanan biyolojik ve psikososyal sıkıntılarının, erken dönem çocukluk gelişimi üzerinde uzun vadeli olumsuz sağlık, eğitim ve psikososyal sonuçlara neden olduğu kanıtlanmıştır (293). BMMYK de mülteci ve yeniden yerleştirme deneyimlerinin çocuk gelişiminin, bilişsel, sosyal, duygusal ve fiziksel kritik aşamalarını etkileyebileceğini bildirmektedir (14). Aile yapısının bozulması ve eğitimin kesintiye uğraması ve travmatik olaylara tanıklık, gelişimsel kaygıların oluşmasına neden olur. Yapılan araştırmalar dünyada çocukluk çağında gelişimsel yetersizlik oranlarının %5 ile %20 arasında değişmekte olduğunu göstermektedir (16). Çocuk mülteci popülasyonunda gelişimsel gecikmeler ve engellilik sıklığı bilinmemektedir. Bu araştırmada da BMMYK'nin günümüzün en büyük insani ve mülteci krizi olarak adlandırdığı Suriye krizinin, en savunmasız ve hassas grup olan çocukların yeniden yerleştirilme sonrası gelişimsel açıdan ne düzeyde etkilendiği, gelişimsel sorunlara yol açacak sorunlarının neler olabileceği, gelişimsel gecikmelerin daha çok hangi alanlarda olduğu belirlenmiştir.

Suriyeli sığınmacı 18-72 ay arası çocukların gelişimsel düzeylerini değerlendirmek, aynı bölgede yaşayan Türk 18-72 ay arası çocuklarla gelişimsel düzeyini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu araştırmada, Türkiye’de Yalaz ve Anlar tarafından standardizasyonu yapılan(276), 0-72 ay arası çocukların gelişimsel durumlarını değerlendirmede kullanılan en yaygın yöntem olan Denver II Gelişimsel Tarama Testi ile yapılan değerlendirmede Suriyeli çocuklarda gelişimsel gecikmelerin sık olduğu, Türk çocuklara göre de gelişimsel düzeylerinin geri olduğu tespit edildi. Türk çocukların yaşına göre %82,1’inin normal, %10,7’sinin şüpheli, %7,1’inin anormal olduğu; çalışma grubunda ise yaşına göre %22,2 olgunun normal, %33,3 olgunun şüpheli, %44,4 olgunun anormal olduğu gözlemlendi.

Araştırmanın sonucunda DGTT II *ince motor* alanda Türk çocukların %87,5 olgunun yaşı ile uyumlu, %17,8 olgunun ise yaşına göre gecikmeli; çalışma grubunda ise %51,9 olgunun yaşı ile uyumlu, %48,2 olgunun yaşına göre gecikmeli olduğu, *dil alanında* kontrol grubunda %80,4 olgunun yaşı ile uyumlu, %19,7 olgunun yaşına göre gecikmeli; Suriyeli çocukların ise %29,6 olgunun yaşı ile uyumlu, %70,3 olgunun yaşına göre gecikmeli olduğu, *kaba motor* alanda kontrol grubunda %75 olgunun yaşı ile uyumlu, %25 olgunun yaşına göre gecikmeli; çalışma grubunda ise %40,7 olgunun yaşına göre gecikmeli olduğu bulundu. DGTT II kişisel sosyal alan sonucunda ise gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Araştırmada çalışmaya dahil edilen Suriyeli sığınmacı ve Türk olguların çocuk gelişimini etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik, prenatal, natal ve erken çocukluk dönemi özellikleri sorgulandı ve bu bulgular ile DGTT II sonucu arasındaki ilişki her grup için ayrı ayrı değerlendirildi. Ayrıca Suriyeli sığınmacı çocuk ve ebeveynlerin savaş ve göç ile ilişkili özellikleri sorgulandı ve DGTT II sonucuyla ilişkisi de değerlendirildi.

Gebelikte travma öyküsünün Türk çocuklarda DGTT II sonucunun anormal ve şüpheli olma riskini arttırdığı bulundu. Torabi ve arkadaşlarının, 4-60 aylık çocuklarda yüksek riskli gebelik ile gelişimsel gecikme arasındaki korelasyonu inceleyen araştırmasında; kürtaj, fetal ölüm, erken doğum, erken doğum kısıtlaması, doğum sırasında fetal veya yenidoğan hastalıkları, doğumsal bozukluklar, doğum sırasında travma ve asfiksi, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde kalmadan kaynaklanan

komplasyonların zeka geriliğine yol açma riskinin; diğer düşük riskli gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (323).

Yapılan araştırmalara göre erkek cinsiyet, 30 yaş üstü anne yaşı, çoğul gebelikler, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği, yenidoğan komplasyonları, yenidoğan ensefalopatisi, intrakraniyal kanama, semptomatik hipoglisemi, şiddetli hiperbilirubinemi, konjenital enfeksiyonlar, edinilmiş merkezi sinir sistemi enfeksiyonları demir ve iyot eksiklikleri, beyin hasarı ve yetersiz beslenme gelişimsel gecikmeler için biyolojik risk faktörlerinden bazılarıdır. Sosyokültürel riskler ayrıca gelişim üzerinde derin etkilere sahip olabilir ve genellikle biyolojik risk faktörleriyle etkileşime girebilir (“çifte tehlike” (double jeopardy) olarak adlandırılır). Düşük ebeveyn eğitimi, annede depresyon varlığı, annenin madde bağımlısı olması, düşük sosyoekonomik durum, doğum öncesi bakım eksikliği ve uyaran eksikliğinin ise sosyo-kültürel risk faktörlerinden olduğu belirlenmiştir (179).

Bayoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmada da sosyoekonomik düzeyleri farklı 6 yaş grubu toplam 155 çocuğa ilkököl 1. sınıfın başında ve sonunda iki kez DGTT II uygulanmış ve gelişimsel düzeyleri karşılaştırılmıştır. Normal ve şüpheli DGTT II sonucu olan çocukların okul performanslarının da iyi olduğu saptanmış ve sonuç olarak düşük sosyokültürel çevrede büyüyen çocukların erken dönemde okul öncesi eğitimine başlamaları ile gelişimsel düzeylerini artırabilecekleri ortaya konmuştur (324).

Kieviet ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde çok düşük doğum ağırlıklı çocuklarda Bayley Bebek Gelişim Ölçeği II, Çocuklar İçin Hareket Değerlendirme Bataryası (ÇİHDB) ve Bruininks-Oseretsky Motor Yeterlilik Testi (BOMYT) kullanılarak yapılan analiz sonucunda önemli motor yetersizliğine dikkat çekmiştir (325). Diğer bir çalışmada 5-6 yaş arasındaki çok düşük doğum ağırlıklı prematüre çocukları değerlendirilmiş ve çok düşük doğum ağırlığına sahip çocukların %8.7'sinin ciddi motor koordinasyon sorunu belirtileri olduğunu ve %21.7'sinin motor performansından şüpheli olduğu tespit edilmiş (326). Bu araştırmada da benzer olarak düşük doğum ağırlığına sahip olmanın ince ve kaba motor alanda gecikmeler için risk faktörü olduğu bulundu.

Çelikkıran ve arkadaşlarının İstanbul’da küçük çocuklardan oluşan bir toplum örneğinde gelişimsel problemlerin yaygınlığını ve bu problemlerle sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yaptığı araştırmada 1000 çocuk dahil edilmiş. Yedi yüz kırk bir çocukta (%74,1) normal, 140’ında (%14) riskli ve 119’unda (%11,9) anormal DGTT bulguları saptanmış. Anormal DGTT oranları erkeklerde, 2-4 yaş grubunda, birden fazla çocuğu olan ailelerde, akraba evliliği olan ailelerde, eğitim seviyesi düşük olan ailelerde ve anne sütü almayan çocuklarda daha yüksek bulunmuştur (327). Araştırmanın DGTT II sonuçlarıyla bu araştırmaya dahil edilen Türk çocukların gelişim düzeyleri benzer ve akraba evliliğinin gelişime olan olumsuz etkisinin benzer olduğu görüldü.

Özmert ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı bir çalışmada televizyon izlemenin okul başarısını olumsuz etkilediği görülmüştür. Yüksek sosyoekonomik düzeyden 415, düşük sosyoekonomik düzeyden ise 470 ilköğretim 2-3. sınıf öğrencisinin televizyon izleme süreleri ile anne/baba tarafından doldurulan “Çocuk Davranış Ölçeği” (Child Behavior Checklist-CBCL) skorları karşılaştırılmıştır. Buna göre televizyon izleme süreleri ile sosyalizasyon ve okul başarısı arasında negatif bir ilişki, içedönüklük, sosyal problem, düşünce problemleri, dikkat problemleri, saldırgan davranış ve toplam problem skorları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Daha sonra cinsiyet ve sosyoekonomik düzeyin etkisi sabitlenerek yapılan analizlerde iki saatten uzun süre televizyon izleme ile sosyalizasyon ve dikkat sorunları arasında ilişki bulunmuştur (244). Özmert ve arkadaşlarının 2005’de yapmış olduğu başka bir çalışmada ise iki saatten fazla televizyon izlemenin çocukların normalin altında zekaya sahip olma olasılığını sınırdan anlamlı olarak artırdığı saptanmıştır (245). Bu araştırmada DGTT-II anormal veya şüpheli olan çocukların televizyon izleme süreleri daha uzun ( $1,83 \pm 1,5$  ve  $3,17 \pm 2,5$ ,  $p=0.070$ ) olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır

Ebeveynlerin çocuklarının gelişimi ile ilgili endişe duyması, gelişimsel gecikmesi olan çocukların erken teşhisi için yararlı bir tarama yaklaşımıdır. Chung ve arkadaşlarının yaptığı, gelişimsel gecikmeli çocuklarda ebeveyn kaygıları ve kesin tanı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için 2010’da yayınlan çalışmada özellikle dil ve motor gelişimde ebeveyn kaygılarının, çocukların dil veya motor gecikmeleri

öngörmede yüksek hassasiyet ve özgüllük değerlerine sahip olduğunu bulunmuştur (328).

Beklenenin aksine bu araştırmada erken doğum, düşük doğum ağırlığı, anne yaşı, anemi varlığı, düşük ebeveyn eğitimi, akraba evliliği, anne sütü, televizyon izleme süresi, ebeveynlerin çocuklarının gelişimi ile ilgili endişe duyması ile DGTT II sonucu arasındaki ilişki ayrı ayrı değerlendirildiğinde anlamlı ilişki bulunmadı bunun nedeni örneklem büyüklüğünün kısıtlı olmasından kaynaklı olabileceği düşünüldü.

Gelişimi doğrudan etkileyebileceği düşünülen ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilen değişkenler çoklu lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde sığınmacı olmanın gelişimsel gecikme riski için tek önemli risk faktörü olduğu, DGTT II alt alanlarına bakıldığında ise aylık gelir durumunun yüksek olmasının *kişisel-sosyal* alanda uyarı-gecikme olma riskini azalttığı, sığınmacı olma durumunun ve düşük doğum ağırlığına sahip olmanın *ince-motor* ve *kaba-motor* alanda uyarı-gecikme olma riskini arttırdığı, sığınmacı olma durumunun ve akraba evliliğinin *dil* alanında uyarı-gecikme olma riskini arttırdığı bulundu. Sığınmacı olmanın gelişimsel gecikme riskini arttırmasının nedeninin yeniden yerleştirme deneyimleri, aile yapısının bozulması, eğitimin kesintiye uğraması, mülteci olarak seyahatleri boyunca, gelişmeyi tehlikeye atabilecek birçok travmatik olaya maruz kalınması, mülteci kampında yaşama, yeni bir dile, eğitim sistemine ve yeni sosyal-kültürel normlara uyum zorluğu ve tüm bu yaşanan stresin kümülatif etkisi olduğu söylenebilir.

Yaklaşık 200 milyon çocuğun düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde gelişim potansiyellerine ulaşamadığı tahmin edilmektedir (141). Yüksek gelirli ülkelerde bile çocukların %12-16'sı çocukluk döneminde gelişimsel sorunlar yaşadığı bildirilmiştir (269). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan geniş bir araştırmada 0-17 yaş grubundaki çocukların %5'inin ve 6 yaşından küçük çocukların %1,8'inin şu anda tedavi gerektiren gelişimsel, duygusal veya davranışsal bir problemi olduğu bildirilmiş (329). Başka bir Amerika'da yapılan başka bir çalışmada ise 8 yaşından küçük çocukların %17'sinin çocuğun bakımından sorumlu olan kişiler tarafından bildirilen gelişimsel bir problem yaşadığı, %6,5'ünün öğrenme güçlüğü yaşadığı, %6,1'inin duygusal veya davranışsal problemleri olduğu, %4,5'inin konuşma veya iletişim

zorlukları yaşadığı ve %4'ünün ise gecikmeli büyüme veya gelişmeye sahip olduğu bildirilmiş (330).

UNICEF'İN 2005 yılında rapora göre Türkiye'de beş yaşından küçük çocukların %16'sında gelişme geriliği görülmekte olduğu ve düşük kilolu çocuk oranının ise %8 olduğu, bu durumun başlıca nedeninin ise, aynı zamanda bilişsel gelişimi de olumsuz etkileyen kronik beslenme yetersizlikleri ile demir, iyot ve diğer maddelerdeki eksiklikler yaşamaları olduğuna bağlanmış (331).

Mülteci popülasyonun dil ve kültürel yapısındaki farklılıklar genellikle yaygın olarak kullanılan gelişimsel tarama yöntemlerinin önünde engel oluşturmaktadır. Mülteci deneyiminin ve bunlarla ilişkili travma ve stresörlerin çocukları benzersiz şekilde etkilediği bilinmektedir, çünkü çocukluk dönemi boyunca kişilikleri, yetenekleri ve başa çıkma yetenekleri gelişmeye devam eder ve bu süreç mülteci deneyiminin sonucunda çevre yapısının bozulmasına karşı oldukça duyarlıdır. Zorla yerinden edilen, aşırı stresle ve kaynakların kısıtlı olduğu ortamlarda yaşamaya zorlanan veya yeniden yerleştirme sorunlarına maruz kalan mülteci aileleri, çocuğun gelişimini sağlamak için gerekli olan özgüven, kimlik ve güvenlik duygusunu sağlamak için daha az donanıma sahiptir. Çocuk mülteci popülasyonunda gelişimsel gecikmeler ve engellilik sıklığı bilinmemekle birlikte 2007-2008 yılları arasında Avustralya'da mülteci çocukların gelişim düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada ortalama yaşları 31 ay olan toplam 54 (%44 kız) mülteci çocuğa EGE (Erken Gelişim Evreleri Envanteri) ve PEDS (Parents' Evaluation of Developmental Status) uygulanmış. Ayrıca, mülteci çocuklar Griffiths Bilişsel Gelişim Ölçeği ile değerlendirilmiş. Araştırmanın sonucunda EGE ile değerlendirilen çocukların %50'sinin gelişimsel gecikme riski altında olduğu, PEDS uygulanan 33 çocuğun ebeveynlerinin %24'ünün en az bir önemli kaygı bildirdiği, Griffiths Bilişsel Gelişim Ölçeği uygulanan çocukların %32'sinin hafif gelişimsel gecikme, %13'ünün ise belirgin gecikme gösterdiği tespit edilmiş. Çalışmada aynı zamanda cinsiyet, yaş, anne eğitim durumu, kampta kalma durumu, hanede yaşayan kişi sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, demir ve D vitamini eksikliği varlığı ile EGE sonuçları karşılaştırılmış. Erkek cinsiyet ve 2 yaşın üzerinde olma risk olarak belirlenmiş. Diğer özellikler ile EGE sonuçları arasında bu araştırmada olduğu gibi anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeninin ise örneklem büyüklüğünün sınırlı olması olarak düşünülmüştür (84).



Martin ve arkadaşlarının 2009 yılında göçmen ve mülteci çocukların gelişimsel taramasıyla ilgili literatürü gözden geçirmeyi amaçladıkları çalışmalarında aynı zamanda göçmen ve mülteci ailelerle görüşmeler yapılmış ve gelişimsel taramanın önündeki engeller tanımlanmıştır. Bunlar; dil ve iletişim problemleri, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk, gelişimsel gecikmelerin aileler tarafından tanınmaması, ekonomik yetersizliklere bağlı iş dışında çocukla vakit geçirilen zamanlarda izole ortamlarda yaşadıklarından, diğer çocuklarla kendi çocukları arasındaki farkın gözlenememesi, aile yapısının bozulması, kırsal alanda kalma ve kültürel inanışlar, yapılan bilgilendirmelerin anlaşılması ve kabulünün zor olması olarak tanımlanmıştır (332). Bu araştırmada da regresyon analizinin sonucunda aylık gelirin yüksek olması gelişimsel gecikme için koruyucu faktör olduğu bulundu.

Kroening ve arkadaşlarının mülteci ebeveynlerin gelişimsel taramayı kabul etmesini etkileyebilecek faktörlerin yanı sıra sosyo-kültürel faktörler ve çocuk gelişimi ve engellilikle ilgili bireysel inançlar hakkındaki temaları tespit etmek amacıyla 2014 yılında yapılan çalışmada, Rochester, New York'da bulunan Afgan, Butan-Nepalli, Birmanya, Çin, Irak, Karen, Karenni ve Somali gruplarına odaklanarak gelişimsel tarama ve buna ilişkin tedavilere ilişkin inançları ortaya çıkarılmış. Dört alanda yirmi bir tema belirlenmiştir; gelişim / engellilik ile ilgili değerler / inançlar, gelişim / engellilik ile ilgili uygulamalar, mülteci deneyimi ve PEDS değerlendirmesine özgü geri bildirimler. Katılımcıların çoğu, anadillerinde “gelişme” sözcüğünün olmadığını ve gelişimsel basamaklarla ilgili sınırlı bir farkındalık olduğunu bildirmiş. Konuşma veya davranış sorunları olmadıkça kaygılanma olasılığı düşük olduğu, gecikmelerin belirlenmesinde algılanan engellerin; sınırlı eğitim, sağlık hizmeti bilgisi, dil ve geleneksel şifa uygulamalarını içerdiği bildirilmiş. Kolaylaştırıcılar arasında topluluk yönlendiricileri, sağlık hizmeti sağlayıcılarına güven, birebir görüşmeler, görsel destek ve çocuk gelişimi hakkında eğitim yer almış (88). Bu araştırmada da ailelerin çocuğun gelişimi ile endişesi olup olmadığı sorgulanırken, gelişme sözcüğü algılanmasında zorluk olduğu, çocuk gelişimi konusunda ve gelişimi destekleyici uygulamalar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görüldü.

Avustralya'da mülteci çocuklarda 2009-2013 yılları arasında ilk 2-3 yıl boyunca çocuk, aile ve yerleşim faktörlerini tanımlayarak, fiziksel sağlık, gelişim ve sosyal-duygusal refahı incelemeyi amaçlayan kohort çalışmasında ikinci yılda 15

(%71) katılımcıya ve üçüncü yılında ise 13 katılımcıya çalışmasında Australian Developmental Screening Tool (ADST) uygulanmış. İkinci yıllarında yapılan değerlendirmede 4 (%27) çocuk şüpheli-anormal aralığında, ancak üçüncü yılda tekrar değerlendirildiğinde yaşa göre normal aralıkta bulunmuş. Üçüncü yılda, test edilen başka 3 (%23) çocuk şüpheli-anormal aralıkta değerlendirilmiş (333).

Suriyeli çocuklarda savaşla karşılaşmanın DGTT II sonucunu şüpheli-anormal olma riskinin sıklığını anlamlı derecede arttırdığı görüldü. Suriyeli çocuklarda savaşla karşılaşmanın çocuklar üzerine etkileri ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde çalışmaların daha çok ruhsal sağlık üzerine olduğu görülmüştür; savaşa maruziyetin çocukların gelişimleri üzerine olan etkilerine dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla ilgili yapılan Bahçeşehir araştırmasında da Suriyeli sığınmacı çocukların neredeyse yarısının, dünyadaki diğer çocuklarda gözlenen oranın on katından fazla TSSB semptomu yaşadığı ve %44 ünde de depresyon semptomları tespit edilmiştir (111). Araştırmada saptanan sonuç da psikososyal risk faktörlerinin, şimdiki ve gelecekteki gelişimsel ve zihinsel sağlık problemlerinin güçlü öngörücülerinden olduğu görüşünü (334) desteklemektedir ve erken çocukluk döneminde yaşanan bu olumsuz deneyimlerin kalıcı etkisi olabileceği açısından özel bir endişe kaynağıdır.

Save The Children ve Suriye'deki çalışma arkadaşları tarafından yapılan araştırmada yetişkinlerin %84'ü ve neredeyse tüm çocuklar devam etmekte olan bombalama ve bombardımanın çocukların günlük yaşamlarında psikolojik stresin bir numaralı nedeni olduğu, çocukların %89'unun korku dolu ve gergin olduğunu, %71'inin PTSD ve toksik stresin ortak bulguları olan yatak ıslatma ve inkontinansdan müzdarip olduğu adölesanların %51'inin sorunlarla baş edebilmek için madde kullandığı tespit edilmiş (91). Türkiye'de yapılan daha yakın tarihli bir çalışmada, her yaşta Suriyeli sığınmacının %33'ünün TSSB kriterlerini karşıladığı tespit edilmiş (112). Derman ve arkadaşlarının Osmaniye'deki Türkmen kampında yapılan adölesan çalışmasında 16-20 yaş arasında adölesanlara kısa semptom envanteri uygulanmış ve sonuç olarak psikosomatizasyon ve sığındıkları ülkeye düşmanlığın sık olduğunu ve özgürlüklerinin kısıtlandığını düşündüklerini, fakat topluma entegre olabilmek için uğraştıklarını belirtilmiştir (116).

Çalışmalarda belirtilen bu olumsuz etkilere rağmen, bir dizi çalışmada silahlı çatışma altında yaşayan çocuklarda ve ergenlerde dayanıklılık vurgulanmıştır. Dayanıklılık, mevcut olan veya olmayan sabit ve değişmez bir özellik değil, olumsuz zorluklar karşısında duyarlı bir şekilde gelişen bir süreçtir (98). Bu nedenle, yüksek riskli durumlara karşı karşıya kalan çocuklar, zorluklara karşı yeterli koruyucu faktörleri kullandıklarında bu zorlayıcı durumlara karşı dayanıklılık geliştirebilirler. Çocukların sağlıklı gelişimini desteklemek ve daha etkili müdahalelerin temelini oluşturmak adına, kanıtlarla belirlenmiş risk ve koruyucu faktörlerin gözden geçirilmesi gerekmektedir (99).

Avrupa Birliği (AB) de dayanıklılığı “bir bireyin, bir hane halkının, bir topluluğun veya bir bölgenin uzun vadeli kalkınmadan ödün vermeksizin, stres ve şoklara hazırlıklı olma, başa çıkma, uyum sağlama ve şok ve krizleri en kısa zamanda atlama, ayağa kalkma becerisi” olarak tanımlamıştır (335).

Avrupa Birliği (AB)’ne göre yerinden edilmiş kimselere sağlanan eğitim olanaklarının eksikliği sosyal ve ekonomik refahın azalmasına, insan kaynaklarında nesiller arası bir düşüşe, umutsuzluğa, marjinalleşmeye, cinsel sömürüye, suç, şiddet ve radikalleşme riskine neden olabilmektedir. Bu nedenle, yerinden edilmiş kimselere eğitimin sağlanması AB’nin dayanıklılık planının öncelikli konuları arasında yer almaktadır. AB’ye göre dayanıklılık programının en temel hedefi hem yerlerinden edilmiş nüfusa hem de yerel nüfusa anaokulu, ilkokul, ortaokul ve yüksek öğrenim düzeylerinde “eşit ve kaliteli” eğitim sağlamaktır. Bu anlamda kalkınma iş birliği çerçevesinde ev sahibi topluluklara bütçe yardımı yapılması ve alt yapı oluşturma desteği verilmesi öngörülmüştür. Ayrıca yerinden edilmiş çocuklara dil eğitimi sağlanması da desteklenmektedir (336).

Mülteci çocuklarda bilişsel gecikmelerin kaynağı araştırılırken, bilişsel gelişimi etkileyen mikro besin eksikliklerinden ve toksisitelerden bahsedilmesi gerekir. Kaynakların yetersiz olması ve kamp deneyimleri bilişsel gelişim için önemli olan iyot eksikliği, demir eksikliği ve diğer mikro besin öğelerinin eksikliklerine neden olabilir. Mülteci kamplarında ve menşe ülkelerde kurşuna maruziyet dL başına 10 mikrogramın altındaki kan seviyelerinde bile bilişsel gelişimi etkileyebilir (337).

Bayoğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında 980 çocukta, okul öncesi dönemde yaptığı DGTT II taramasının, okul başarısızlığı riskini ortaya çıkarabileceğini araştırdıkları çalışmada, Denver II test sonuçlarına göre anormal olan çocukların anlamlı olarak düşük sosyoekonomik düzeye sahip oldukları saptanmıştır ve okul yılı sonunda bu düşük sosyoekonomik grupta test başarısızlığı oranında azalma saptanmıştır (338). Bu çalışmada Denver II tarama testinin erken dönemde uygulanmasının çocukların okul gelişimini etkileyebilecek faktörleri elemine etmek açısından faydalı olabileceği önerisinde bulunulmuştur. Çalışmalar, sorunların erken teşhis edilip ve müdahaleler yoluyla erken tedavi edildiği takdirde sonuçların büyük ölçüde iyileştirilebileceğini, erken müdahale için harcanan her 1 dolar için 17 dolara kadar tasarruf edilebileceğini göstermiştir (339-343).

Bu araştırmanın çeşitli kısıtlılıkları da vardır. Her ne kadar yapılan anket görüşmeleri ve DGTT-II değerlendirmesi, uzun zamandır göçmen sağlığı merkezi bünyesinde çalışan tecrübeli tercümanlar eşliğinde yapılmış olsa da araştırmaya bir kısıtlılık getirdiği düşünülebilir. İlerde yapılacak araştırmalarda uygun validasyonu yapılmış tarama araçları ve dil yeterliliği olan sağlık personellerince bu taramaların yapılması ve eğitimlerin verilmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca anket görüşmesi ile sorgulanan çocuk gelişimini etkileyebilecek birtakım özellikler ile DGTT II sonuçlarının analizinde beklenenin aksine anlamlı bir ilişki kurulamadı, bunun nedeninin ise daha önce bahsedildiği gibi örneklem büyüklüğünün kısıtlı olmasına bağlanabilir ve bu durum daha ilerde daha geniş örneklem büyüklüğü ile yapılacak araştırmalara gereksinim olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte örneklem büyüklüğü Suriyeli sığınmacı ve Türk çocuklar arasındaki gelişimsel farkı göstermek için güvenilirdir. Litaratürde sığınmacı çocukların gelişim düzeyine etki edebilecek faktörlerin sorgulandığı veya yeniden yerleştirilen ülkedeki çocukların gelişimi karşılaştırıldığı bir araştırma olmaması bu araştırmanın verilerini karşılaştırma ve tartışmada bir kısıtlılık getirmiştir. Öte yandan bu durum çalışmanın önemini de bir kez daha vurgulamaktadır. Araştırmanın gerekli izinleri alınırken laboratuvar verilerine erişim onayının verilmemesi araştırmaya kısıtlılık getirmiştir. Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı ise araştırmaya dahil edilen Türklerin ve Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmeti almak için göçmen sağlığı merkezine başvuran çocuk ve ailelerden oluşmasıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Grupların Sosyodemografik, Prenatal, Natal ve Erken Çocukluk Dönemi Değişkenleri ile İlgili Sonuçlar ve Öneriler

1. Bu araştırma 18-72 ay arası sığınmacı çocukların gelişiminin ve gelişimine etki edebileceği düşünülen faktörlerin sorgulandığı ve yeniden yerleştirilen ülkede, aynı bölgede yaşayan çocuklarla karşılaştırıldığı, gelişimsel gecikme açısından şüpheli olan vakaların ikinci bir değerlendirmeye alındığı ilk çalışma olma özelliği taşıması nedeniyle benzersiz bir çalışmadır.

2. Suriyeli anne ve babaların eğitim düzeyinin daha düşük olduğu ve aylık gelir durumlarının daha kötü olduğu, Suriyeli annelerin çalışma oranının daha düşük olduğu, Suriyelilerin daha kötü barınma koşullarında yaşadığı görüldü.

3. Düşük sosyoekonomik düzeyin çocuk gelişimi için bir risk faktörü olduğu bilindiğinden; Suriyeli sığınmacıların toplumsal uyumu için eğitim, dil kursları ve geçimlerini sağlayacakları işleri yapabilmeleri için meslek edindirme kurs programlarının oluşturulması, 16 yaşından büyük sığınmacı çocuklar ve ebeveynler için eğitimi yerleştirme ve istihdam olanaklarının artırılması ve ekonomik iyileştirmenin yapılması, barınma koşullarının iyileştirilmesine yönelik destek hizmetlerinin oluşturulması önem taşımaktadır.

4. Araştırmada Suriyeli annelerin daha fazla gravida ve parite oranlarına sahip olduğu, gebelik yaşının Suriyeli annelerde daha küçük olduğu, emzirme oranlarının daha düşük olduğu, akraba evliliği oranlarının Suriyeli grupta daha yüksek olduğu görüldü.

5. Suriyeli sığınmacılara verilen aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sığınmacı gebelerin antenatal bakımlarının daha iyi hale getirebilmesi için destek programlarının geliştirilmesi, anne sütünün önemini vurgulamaya ve emzirme oranlarının artırılmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, akraba evliliğinin sakıncalarına yönelik bilgilendirmenin yapılması ve genetik danışmanlık hizmetinin verilmesi gerekmektedir.

6. Türk annelerin fiziksel/ruhsal hastalık tanısı açısından daha yüksek oranlara sahip oldukları, Suriyelilerin; planlı ve takipli gebelik, gebelikte hastalık

geçirme öyküsü, gebelikte vitamin dışı ilaç kullanımı, gebelik öncesi folik asit kullanımı, gebelikte iyot desteği alma, Suriyeli çocukların aşılama oranları açısından daha düşük oranlara sahip olduğu görüldü.

7. Sığınmacı ailelerin ulaşabilecekleri sağlık hizmetleri açısından gerekli bilgilendirmelerin yapılması ve bu konuda bilgi eksikliğinin giderilmesi için eğitimlerin verilmesi, fiziksel ve psikolojik sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, çocukların ve ailelerin bu hizmetlere uyumunu artırılması, Suriyeli sığınmacı gebelerin antenatal bakımlarının daha iyi hale getirebilmesi için destek programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

8. Sezaryen ile doğum yapma oranının Türk annelerde daha yüksek olduğu görüldü. Sezaryen doğumun gerekli endikasyonlar dışında uygulanmasının önlenmesine yönelik yaklaşımlar geliştirilmesi önerilmektedir.

9. Suriyeli annelerin çocuklarına kitap okuma oranlarının daha düşük olduğu ve Suriyeli ebeveynlerin çocuk gelişimini destekleyici uygulamalar konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları görüldü ve bu konuda yapılacak ebeveyn eğitim programları geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

10. Suriyeli ve Türk ebeveynlere çocukları ile kaliteli vakit geçirmelerinin yollarının gösterileceği kamu spotları bilgilendirme broşürlerinin hazırlanması önerilmektedir.

11. Türk çocukların okul öncesi eğitim alma oranlarının daha yüksek olduğu görüldü. Okulöncesi dönemin olumlu sosyal becerilerin gelişimi açısından kritik bir dönem olması ve bu dönemde sağlıklı bir şekilde bilişsel ve sosyal gelişimi desteklenen çocuğun ileriki yaşamının uyum düzeyi ve başarı düzeyini olumlu etkilemesi nedeniyle hassas ve travmatize olan Suriyeli sığınmacı çocukların okul öncesi eğitime kayıt olma oranlarının artırılmasına yönelik ve bölge halkının da uyumunu arttırmak için sığınmacılar hakkında bilgilendirme, bilinçlendirme, farkındalık ve duyarlılık geliştirme programlarının oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

12. Suriyeli ebeveynlerde sigara kullanım oranlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bu durumun nedeninin yaşadıkları travmalara ve sosyoekonomik sıkıntılara bağlı olabileceği düşünüldü. Bu konuda yapılacak psikososyal desteğe ve sigara bıraktırma destek programlarına dahil edilmeye ihtiyaçları vardır.

13. Türk çocukların günlük televizyon izleme sürelerinin, Suriyeli grupta ise arka planda televizyon açık kalma süresinin daha fazla olduğu görüldü.

14. Televizyon izlemenin çocuk gelişimi üzerinde olumsuz etkileri göz önüne alındığında, bu konuda yapılacak olan bilgilendirmelere ihtiyaç vardır.

15. Ayrıca Suriyeli sığınmacı çocukların büyük çoğunluğunun vücut ağırlığı ve boy ölçüm değerlerinin 50 persentil altında olduğu görüldü.

16. Sığınmacı çocukların geleceği üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirmek için takviye edilmiş unlu mamüllere erişimine ve morbidite riskini azaltmaya yönelik kesintisiz sağlık ve hizmet koşullarında iyileştirmeye katkıda bulunabilecek programlar geliştirilmesi önerilmektedir.

## 6.2 Grupların Denver II Gelişimsel Tarama Testi ve Değişkenlerin DGTT II Sonuçlarına Etki Analizi ve Regresyon Analizi Sonuçları ve Öneriler

1. Araştırmada DGTT II değerlendirmesinde Suriyeli çocuklarda gelişimsel gecikmelerin sık olduğu, Türk çocuklara göre de gelişimsel düzeylerinin geri olduğu, savaşa karşılaşmanın gelişimsel gecikme riskini arttırdığı, DGTT II *ince motor, dil, kaba motor* alanlarında da Suriyeli çocukların yaşına göre gecikme-şüpheli olma oranlarının yüksek olduğu, Türk çocuklara göre de gecikme-şüpheli olma oranının yüksek olduğu görüldü.

2. Çoklu lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde sığınmacı olmanın gelişimsel gecikme riski için tek önemli risk faktörü olduğu, DGTT II alt alanlarına bakıldığında ise aylık gelir durumunun yüksek olmasının *kişisel-sosyal* alanda uyarı-gecikme olma riskini azalttığı, sığınmacı olma durumunun ve düşük doğum ağırlığına sahip olmanın *ince-motor* ve *kaba-motor* alanda uyarı-gecikme olma riskini arttırdığı, sığınmacı olma durumunun ve akraba evliliğinin *dil* alanında uyarı-gecikme olma riskini arttırdığı bulundu.

3. Bu sonuçlar ışığında sığınmacı çocukların dünya genelinin aksine daha sık gelişimsel gecikme gösterdiği ve gelişimsel süreçleri aksamalarına neden olan zorla yerinden edilme sürecinin gelecek nesillere olan olumsuz etkisini en az düzeye indirmek adına; acil ve öncelikli olarak birinci basamakta gelişimsel taramaların yaygınlaşması ve erken aşamada sığınmacı çocuklarda gelişimsel gecikmelerin tespit edilip müdahale programlarının başlatılması, APA'nin önerilerine göre taramaların yapılması,

4. Çocuğun gelişimsel süreci, nasıl olması gerektiği, hangi durumlarda endişelenilmesi gerektiği ve gelişimi desteklemek amacıyla yapılabilecek müdahaleler hakkında sığınmacı ailelerin eğitilmesi, görsel öğelerle bu eğitimlerin desteklenmesi,

5. Bilişsel gecikmelerden şüphelenildiğinde bunun altında yatan sosyo-duygusal ve ruh sağlığı hastalıkları açısından da değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeler yapılırken yaşadıkları travmatik deneyimlerin göz önüne alınması,

6. Taramalar sonucunda gelişimsel açıdan endişe duyulacak sonuçlar ortaya çıktığı takdirde ileri değerlendirmeler için bir üst basamağa yönlendirilmesinin sağlanması,



7. Anketler ve tarama araçlarının validasyonunun eğitimli tercüman yardımı ile yapılması,
8. Çocuk taramalarının iyi yapılması için ailelerin teşvik edilmesi, okul öncesi öğretmenlerine taramaya yardımcı olarak dahil olabilmesi,
9. Yapılan birinci basamak sağlık ve tarama hizmetlerinin kayıtlarının düzenli ve sistematik şekilde yapılması,
10. Sosyoekonomik koşulların iyileştirilmesine yönelik politikalar geliştirilmesi,
11. Antenatal bakımın ve takiplerin düzenli yapılması sağlanarak düşük doğum ağırlığı riskinin azaltılması,
12. Gelişimsel gecikmelerin önlenmesi ve bir çok kalıtsal hastalığa yol açması nedeniyle akraba evliliğinin önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması ve genetik danışmalık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir.
13. Savaşla karşılaşmanın gelişimsel gecikme için bir risk faktörü olduğu düşünüldüğünde, bu durumun olumsuz etkilerini en aza indirmek ve dayanıklılığı arttırmak için aile desteği ve ebeveyn ile olumlu bir ilişki kurulması, öğretmenler, akranlar, akrabalar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarından çevresel destek almalarına yönelik destek programları geliştirilmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. UNHCR, *GLOBAL TRENDS FORCED DISPLACEMENT IN 2016*. 2016.
2. T.C.İçişleri.Bakanlığı.-Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, *Göç Tarihi*. 2018.
3. Pavli, A. and H. Maltezos, *Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe*. J Travel Med, 2017. **24**(4).
4. UNHCR, *Syria conflict at 5 years: the biggest refugee and displacement crisis of our time demands a huge surge in solidarity. Press Release on 15 Mar. .* 2016.
5. Stellinga-Boelen, A.A., et al., *Iron deficiency among children of asylum seekers in the Netherlands*. 2007(1536-4801 (Electronic)).
6. Graham, H.R., R.S. Minhas, and G. Paxton, *Learning Problems in Children of Refugee Background: A Systematic Review*. 2016(1098-4275 (Electronic)).
7. Jegathesan, T., et al., *Supporting the developmental health of refugee children and youth*. Paediatrics & Child Health, 2017. **22**(2): p. 68-71.
8. Spinazzola, J., et al., *Complex Trauma in Children and Adolescents*. Vol. 35. 2005. 390-398.
9. De Bellis, M.D., et al., *Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD*. Journal of the International Neuropsychological Society : JINS, 2009. **15**(6): p. 868-878.
10. Pechtel, P. and D.A. Pizzagalli, *Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature*. 2011(1432-2072 (Electronic)).
11. Drury, J. and R. Williams, *Children and young people who are refugees, internally displaced persons or survivors or perpetrators of war, mass violence and terrorism*. 2012(1473-6578 (Electronic)).
12. Bayoglu, B. and B. Konuşkan, *Gelişimin Değerlendirilmesi ve Gelişimsel Geriliklere Yaklaşım*. Katkı Pediatri Dergisi, 2016.
13. *Early Childhood Development: The key to a full and productive life*.
14. UNHCR, *Investing in the Future::Refugee Children and Young People. In: Refugee Resettlement: An International Handbook to Guide Reception and Integration*. 2015.

15. Masten, A.S., *Ordinary magic: Resilience processes in development*. American Psychologist, 2001. **56**(3): p. 227-238.
16. Boyle, C., et al., *Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008*. 2011(1098-4275 (Electronic)).
17. Javier, J., et al., *Children with special health care needs: how immigrant status is related to health care access, health care utilization, and health status*. 2010(1573-6628 (Electronic)).
18. Raman S, et al., *Matching health needs of refugee children with services: how big is the gap?* 2009(1753-6405 (Electronic)).
19. UNHCR, *Global Trends Forced Displacement in 2016* 2016.
20. TC. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, *Geçici Koruma*. 2017.
21. TC. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü , *Yıllık Göç Raporu*. 2016.
22. TÜRK İŞBİRLİĞİ VE KOORDİNASYON AJANSI and STRATEJİ GELİŞTİRME DAİRESİ BAŞKANLIĞI, *TÜRKİYE KALKINMA YARDIMLARI RAPORU*. 2018.
23. International Organization for Migration (IOM), *Göç Terimleri Sözlüğü (2. basım)*.
24. UNHCR, <http://www.unhcr.org/data.html>.
25. Müdürlüğü, G.İ.G., *Yıllara Göre Geçici Koruma Altındaki Suriyeli Sayısı*. 2019.
26. UNHCR, *Fact Sheet- Turkey - September*. 2018.
27. TC. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, *Göç İstatistikleri*. 2019.
28. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), *Göç İstatistikleri*. 2018.
29. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, *Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması*. 2017.
30. Esin, M.N., et al., *İSTANBUL'UN BİR BÖLGESİNDE YAŞAYAN SURİYE'LI GÖÇMENLERİN YAŞAM KOŞULLARI*. 17.ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI, 2014.
31. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı., *SURİYELİ KADIN VE ÇOCUKLARIN DEMOGRAFİ, SAĞLIK VE BESLENME ARAŞTIRMASI*. 2016.

32. UNHCR, *TURN THE TIDE REFUGEE EDUCATION IN CRISIS*. 2017.
33. UNHCR, *Eğitim*. 2017.
34. UNHCR, *LEFT BEHIND REFUGEE EDUCATION IN CRISIS*. 2017.
35. UNHCR, *Turkey-Education-Fact-Sheet-September*. 2018.
36. CENTER FOR MIDDLE EASTERN STRATEGIC STUDIES, *Effects of the Syrian Refugees on Turkey*. 2015.
37. UNHCR and UNESCO., *Politika Belgesi, Paris*. 2016.
38. UNICEF, *Türkiye'deki Suriyeli Çocuklar*. 2019.
39. UNESCO, *Global education monitoring report, 2019: Migration, displacement and education: building bridges, not walls*. 2019.
40. UNHCR, *HER TURN-It's time to make refugee girls' education a priority*. 2018.
41. *Geçici Koruma Yönetmeliği*.
42. Halk Sağlığı Kurumu, *Halk Sağlığı Kurumu 2016 Faaliyet Raporu.*. 2017.
43. WHO, *Health services for Syrian refugees in Turkey*. 2018.
44. UNHCR, *Access to Health care services for Syrians under International Protection in Turkey*. 2017.
45. Sıhhat Project, *Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi*. 2019.
46. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, *Genel Yorum*. 2000.
47. Kara, F. and N. Akgün, *KONYA'YA YERLEŞEN SURİYELİ MÜLTECİLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANMALARININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER* 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI, 2015.
48. ÖNAL, A. and K. B, *A STUDY ON THE PROBLEMS ENCOUNTERED BY REFUGEES AND ASYLUMSEEKERS IN THEIR ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES IN ISPARTA PROVINCE*. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 2016.
49. Köse, Ş., et al., *Hepatitis A, B, C and HIV seroprevalence among Syrian refugee children admitted to outpatient clinics*. Le Infezioni in Medicina, 2017.

50. Kalkan, O., et al., *BURSA İLİ OSMANGAZİ İLÇESİ'NDE İKAMET EDEN SURİYELİ GÖÇMENLERİN TEMEL SAĞLIK DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ* 2014.
51. WHO. *Refugees and migrants: common health problems*. 2018; Available from:  
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>.
52. Doocy, S., et al., *Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan*. BMC Public Health, 2015. **15**: p. 1097.
53. Demirci, H., et al., *Birth characteristics of Syrian refugees and Turkish citizens in Turkey in 2015*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2017. **137**(1): p. 63-66.
54. Şimşek, Z., et al., *BİR İL MERKEZİNDE ÜREME ÇAĞINDAKİ SURİYELİ MÜLTECİ KADINLARDA DEMİR, B12 VE FOLAT EKSİKLİĞİ*. 18. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRE KİTABI, 2015.
55. UNICEF, *Refugees and internally displaced persons*. 2017.
56. Leblebicioglu, H. and R. Ozaras, *Syrian refugees and infectious disease challenges*. Vol. 13. 2015. 443-444.
57. Sheikh, M., et al., *The epidemiology of health conditions of newly arrived refugee children: a review of patients attending a specialist health clinic in Sydney*. 2009(1440-1754 (Electronic)).
58. Tahirbegolli, B., et al., *Outpatient admissions and hospital costs of Syrian refugees in a Turkish university hospital*. Saudi medical journal, 2016. **37**(7): p. 809-812.
59. Shortall, C.K., et al., *On the ferries: the unmet health care needs of transiting refugees in Greece*. 2017(1876-3405 (Electronic)).
60. Gözübüyük, A., et al., *Child health in case of emergency*. J Clin Exp Invest., 2015.
61. Tousignant, M., et al., *The Quebec Adolescent Refugee Project: psychopathology and family variables in a sample from 35 nations*. 1999(0890-8567 (Print)).

62. Montgomery, E., *Refugee children from the Middle East*. 1998(0301-7311 (Print)).
63. UNHCR, *Refugee Children: Guidelines on Protection and Care*. 1994.
64. Style, S., et al., *Operational guidance on the use of special nutritional products in refugee populations*. 2013.
65. WHO-GENEVA, *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies*. 2004.
66. Humphrey, J.H., *Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing*. 2009(1474-547X (Electronic)).
67. WHO, *The management of nutrition in major emergencies*. . 2000.
68. Bilukha, O.O., et al., *Nutritional status of women and child refugees from Syria-Jordan, April-May 2014*. MMWR. Morbidity and mortality weekly report, 2014. **63**(29): p. 638-639.
69. M. Moazzem, H., S., et al., *Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: cross sectional surveys*. Vol. 10. 2016.
70. Şimşek Z., et al., *Bir İl Merkezinde Üreme Çağındaki Suriyeli Mülteci Kadınlarda Demir,B12 ve Folat Eksikliği*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, 2015.
71. Gültaç, A. and P. Yalçın-Balçık, *Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Sağlık Politikaları (Health Policy For Syrian Asylum Seekers)*. 2018.
72. Sharara, S.L. and S.S. Kanj, *War and Infectious Diseases: Challenges of the Syrian Civil War*. 2014.
73. WHO, *Polio outbreak in the Middle East 2015*.
74. WHO, *Global Measles and Rubella Update*. 2018.
75. Cousins, S., *Syrian crisis: health experts say more can be done*. The Lancet, 2015. **385**(9972): p. 931-934.
76. WHO, *Migration and communicable diseases: no systematic association*.
77. WHO, *Current Health Event-Tuberculosis*. 2014.
78. Ozaras, R., I.I. Balkan, and M. Yemisen, *Prejudice and reality about infection risk among Syrian refugees*. The Lancet Infectious Diseases, 2016. **16**(11): p. 1222-1223.

79. Alawieh, A., et al., *Revisiting leishmaniasis in the time of war: the Syrian conflict and the Lebanese outbreak*. Int J Infect Dis, 2014. **29**: p. 115-9.
80. Petersen, E., et al., *Infectious disease risk from the Syrian conflict*. International Journal of Infectious Diseases, 2013. **17**(9): p. e666-e667.
81. Engle, P.L., P. Castle S Fau - Menon, and P. Menon, *Child development: vulnerability and resilience*. 1996(0277-9536 (Print)).
82. Sameroff, A., et al., *Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors*. 1987(0031-4005 (Print)).
83. Williams, N., *Establishing the boundaries and building bridges: A literature review on ecological theory: implications for research into the refugee parenting experience*. Journal of Child Health Care, 2009. **14**(1): p. 35-51.
84. Geddes, J.S., *Measuring early childhood development in refugee children*. School of Population Health., 2012.
85. Kaplan, I., et al., *Cognitive assessment of refugee children: Effects of trauma and new language acquisition*. 2016(1461-7471 (Electronic)).
86. Paxton, G., et al., *Refugee Status Report . Melbourne, Australia: Department of Education and Early Childhood Development*. Victorian Refugee Health Network, 2011.
87. Gunnestad, A., *Resilience in a cross-cultural perspective: How resilience is generated in different cultures*. J Intercultural Commun, 2006.
88. Kroening, A.L., et al., *Developmental Screening of Refugees: A Qualitative Study*. Pediatrics, 2016. **138**(3).
89. Boyd, M.A., *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. 1998.
90. Robinson, M. and M. Lignell, *CHILDHOOD IN THE SHADOW OF WAR*. 2015.
91. Brophy, M., *INVISIBLE WOUNDS -The impact of six years of war on the mental health of Syria's children*. 2017.
92. Center on the developing child/ Harvard University, *Toxic Stress*.
93. Cohena, J.A., A.P. Mannarinoa, and S. Rogalb, *Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder*. Child Abuse & Neglect, 2000.
94. National Health Service, *Why lack of sleep is bad for your health*. 2015.

95. Fazel, M., et al., *Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors*. The Lancet, 2012. **379**(9812): p. 266-282.
96. M Rose, B., et al., *Mediator and Moderator Effects in Developmental and Behavioral Pediatric Research*. Vol. 25. 2004. 58-67.
97. Helene, B., *Children and War: Current Understandings and Future Directions*. Public Health Nursing, 2001.
98. Rutter, M., *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatric Association, 1987.
99. Reed, R.V., et al., *Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors*. The Lancet, 2012. **379**(9812): p. 250-265.
100. McDermott, B., *Child and Youth Emotional Trauma: An Explanatory Model of Adverse Outcomes*. Psychiatry, Psychology and Law, 2004. **11**(2): p. 269-279.
101. Kohli, R. and R. Mather, *Promoting psychosocial well-being in unaccompanied asylum seeking young people in the United Kingdom*. 2003.
102. Maegusuku-Hewett, T., et al., *Refugee Children in Wales: Coping and Adaptation in the Face of Adversity*. Children & Society, 2007. **21**(4): p. 309-321.
103. Montgomery, E. and A. Foldspang, *Validity of PTSD in a sample of refugee children: can a separate diagnostic entity be justified?* 2006(1049-8931 (Print)).
104. Tousignant, M., et al., *The Quebec Adolescent Refugee Project: Psychopathology and Family Variables in a Sample From 35 Nations*. 1999.
105. Steel, Z., et al., *Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement*. 2009.
106. Panter-Brick, C., et al., *Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based survey*. The Lancet, 2009. **374**(9692): p. 807-816.
107. Brent, D.A. and M. Silverstein, *Shedding Light on the Long Shadow of Childhood Adversity*. 2015.



108. Sirin, S.R. and L. Rogers-Sirin, *The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children*. Migration Policy Institute, 2015.
109. Watkins, K. and S.A. Zyck, *Living on hope, hoping for education-The failed response to the Syrian refugee crisis*. 2014.
110. Bank, T.W., *Education Year In Review*. 2012.
111. Özer, S. and S. Şirin, *Bahçeşehir Study of Syrian Refugee Children in Turkey*. 2016.
112. Alpak, G., et al., *Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study*. Int J Psychiatry Clin Pract, 2015. **19**(1): p. 45-50.
113. Karadag, M., et al., *Our experience with Syrian refugee patients at the child and adolescent psychiatry clinic in Gaziantep, Turkey*. Int J Psychiatry Clin Pract, 2018. **22**(2): p. 157-159.
114. Save the Children and UNICEF., *Small Hands, Heavy Burden: How the Syria Crisis is Driving More Children into the Workforce*. 2015.
115. Önen, C., et al., *Bir Mülteci Kampında Yaşayan Suriyelilerde Depresyon ve Anksiyete Durumu*. . The Journal of Academic Social Science, 2014. **2**(6), **223-230**.
116. Derman, O., et al., *The Rise of a Hostile Adolescent Population: The Syrian Refugee Problem*. Vol. 07. 2017.
117. Bhugra, D., et al., *EPA guidance mental health care of migrants*. Eur Psychiatry, 2014. **29**(2): p. 107-15.
118. UNHCR, *Convention relating to the Status of Refugees (signed 28 July 1951, entered into force 22 April 1954) I*. 1954.
119. UNHCR, *Figures at a Glance. Statistical Yearbooks*. 2019.
120. UNHCR, *Global Trends 2013*. 2014.
121. Bartlett, L., M. Mendenhall, and A. Ghaffar-Kucher, *Culture in acculturation: Refugee youth's schooling experiences in international schools in New York City*. International Journal of Intercultural Relations, 2017. **60**: p. 109-119.
122. McBrien, J., *Educational Needs and Barriers for Refugee Students in the United States: A Review of the Literature*. Vol. 75. 2005. 329-364.

123. Poppitt, G. and R. Frey, *Sudanese Adolescent Refugees: Acculturation and Acculturative Stress*. Vol. 17. 2007. 160-181.
124. Redfield, R., R. Linton, and M. J. Herskovits, *Memorandum on the Study of Acculturation*. Vol. 38. 2009. 149-152.
125. Berry, J., et al., *Acculturation Attitudes in Plural Societies*. Vol. 38. 1989. 185-206.
126. Guerin, B., et al., *Somali conceptions and expectations concerning mental health: Some guidelines for mental health professionals*. New Zealand Journal of Psychology, 2004.
127. W. Berry, J., *Stress perspectives on acculturation*. 2019.
128. Nilsson, J.E., et al., *Somali Women's Reflections on the Adjustment of Their Children in the United States*. Journal of Multicultural Counseling and Development, 2012. **40**(4): p. 240-252.
129. National Child Traumatic Stress Network Refugee Trauma Task Force, *Mental health interventions for refugee children in resettlement: White paper II*. (2005).
130. Lustig, S., et al., *Review of child and adolescent refugee mental health*. 2004(0890-8567 (Print)).
131. Davies, A.Z., *Characteristics of Adolescent Sierra Leonean Refugees in Public Schools in New York City*. Education and Urban Society, 2007. **40**(3): p. 361-376.
132. Mosselson, J., *Masks of Achievement: An Experiential Study of Bosnian Female Refugees in New York City Schools*. Comparative Education Review, 2007. **51**(1): p. 95-115.
133. Sarr, C.U. and J. Mosselson, *Issues in teaching refugees in US schools*. . Yearbook of the National Society for the Study of Education, 2010.
134. UNICEF, *The State of the World's Children 2001*.
135. Shonkoff, J.P., *Fundamental Concepts of Child Development- Rudolph's Pediatrics*. Chapter 80, 2013.
136. Özmert, E.N., *Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi*. Katkı Pediatri Dergisi, 2003.

137. Mustarda, J., *Early child development and the brain- the base for health, learning, and behavior throughout life. In: Young ME (ed). From Early Child Development to Human Development. Investing in Our Children's Future., Washington DC. The World Bank 2002.*
138. Giedd, J.N. and J.L. Rapoport, *Structural MRI of pediatric brain development: what have we learned and where are we going?* 2010(1097-4199 (Electronic)).
139. Casey, B.J., et al., *Changes in cerebral functional organization during cognitive development.* 2005(0959-4388 (Print)).
140. Danese, A. and B.S. McEwen, *Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease.* *Physiol Behav*, 2012. **106**(1): p. 29-39.
141. Grantham-McGregor, S., et al., *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries.* *The Lancet*, 2007. **369**(9555): p. 60-70.
142. Cockburn, F., *Role of infant dietary long-chain polyunsaturated fatty acids, liposoluble vitamins, cholesterol and lecithin on psychomotor development.* 2003(0803-5326 (Print)).
143. Black, M.M., *Micronutrient deficiencies and cognitive functioning.* 2003(0022-3166 (Print)).
144. Özmert, E.N., *Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-I. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2005. **48**: **179-195**.
145. Wilson, M., et al., *Neonatal lead exposure impairs development of rodent barrel field cortex.* 2000.
146. Feigelman, S., *Growth, Development and Behavior-Chapter 6-Overview and Assessment of Variability.* *Nelson-TEXTBOOK of PEDIATRICS-EDITION 20*, 2015.
147. Shonkoff, J.P. and A.S. Garner, *The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress.* *Pediatrics*, 2012. **129**(1): p. e232-46.
148. Weaver, I., *Integrating Early Life Experience, Gene Expression, Brain Development, and Emergent Phenotypes: Unraveling the Thread of Nature via Nurture.* Vol. 86C. 2014. 277-307.
149. Walker, S.P., et al., *Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior.* 2011(1098-4275 (Electronic)).

150. Hoddinott, J., et al., *Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults*. The Lancet, 2008. **371**(9610): p. 411-416.
151. Campbell, F., et al., *Early childhood investments substantially boost adult health*. Science, 2014. **343**(6178): p. 1478-85.
152. Doyle, O., et al., *Investing in early human development: timing and economic efficiency*. Econ Hum Biol, 2009. **7**(1): p. 1-6.
153. McDonald, C.A., *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Edited by Arnold Sameroff. American Psychological Association, Washington, DC, 2009, 290 pp. Infant Mental Health Journal, 2010. **31**(1): p. 115-117.
154. McCoy, D., et al., *Measuring development in children from birth to age 3 at population level*. Early Childhood Matters. 2016.
155. Bradley, R.H. and B.M. Caldwell, *Caregiving and the regulation of child growth and development: Describing proximal aspects of caregiving systems*. Developmental Review. 1995.
156. Bronfenbrenner, U., *The ecology of human behavior*. Cambridge, MA: . Harvard University Press., 1979.
157. Hardcastle, B., et al., *The Ecology of Human Development—Experiments by Nature and Design by Urie Bronfenbrenner*. Cambridge, Ma.: Harvard University Press, 1979. 330 pp. \$16.50. The Educational Forum, 1981. **46**(1): p. 117-123.
158. Rudolph, C.D., et al., *Rudolph's Pediatrics, 22nd Edition*. 2013.
159. Black, M.M., et al., *Early childhood development coming of age: science through the life course*. The Lancet, 2017. **389**(10064): p. 77-90.
160. Black, M.M., et al., *Early childhood development coming of age: science through the life course*. Lancet (London, England), 2017. **389**(10064): p. 77-90.
161. Singla, D.R., E. Kumbakumba, and F.E. Aboud, *Effects of a parenting intervention to address maternal psychological wellbeing and child development and growth in rural Uganda: a community-based, cluster-randomised trial*. The Lancet Global Health, 2015. **3**(8): p. e458-e469.

162. Black, M. and F. Aboud *Theoretical basis of responsive feeding among infants and young children in high and low income countries*. J Nutr, 2011.
163. Zeanah, C.H., et al., *Alternatives for abandoned children: insights from the Bucharest Early Intervention Project*. Curr Opin Psychol, 2017. **15**: p. 182-188.
164. Richter, L.M., S.J. Lye, and K. Proulx, *Nurturing Care for Young Children under Conditions of Fragility and Conflict*. New Dir Child Adolesc Dev, 2018. **2018**(159): p. 13-26.
165. Gertler, P., et al., *Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica*. Science, 2014. **344**(6187): p. 998.
166. K Yousafzai, A., et al., *Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: A cluster-randomised factorial effectiveness trial*. Vol. 384. 2014.
167. Kagitcibasi, C., D. Sunar, and S. Bekman, *Long-term effects of early intervention: Turkish low-income mothers and children*. Journal of Applied Developmental Psychology, 2001. **22**(4): p. 333-361.
168. Richter, L.M., et al., *Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development*. The Lancet, 2017. **389**(10064): p. 103-118.
169. Bhutta, Z.A., et al., *Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost?* 2014(1474-547X (Electronic)).
170. Sudfeld, C.R., et al., *Linear growth and child development in low- and middle-income countries: a meta-analysis*. 2015(1098-4275 (Electronic)).
171. Luthar, S.S., *Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience*. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 1993. **34**(4): p. 441-453.
172. Rutter, M., *Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder*. British Journal of Psychiatry, 1985. **147**(6): p. 598-611.

173. Chase, R., *A World Turned Upside Down: Social Ecological Approaches to Children in War Zones*. Vol. 18. 2008. 148-150.
174. Stichick, T. and C. Bruderlein, *Children facing insecurity: New strategies for survival in a global era*. 2001.
175. Betancourt, T.S. and K.T. Khan, *The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience*. *Int Rev Psychiatry*, 2008. **20**(3): p. 317-28.
176. IOM and UNICEF., *IOM and UNICEF Data Brief: Migration of Children to Europe* 2015.
177. UNICEF, *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*. 2004.
178. UNICEF, *THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2013*. 2013.
179. Simms, M., *Intellectual and Developmental Disability*, in *Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis*. 2018. p. 367-392.e2.
180. Wang, Y., W. Fu, and J. Liu, *Neurodevelopment in children with intrauterine growth restriction: adverse effects and interventions*. 2016(1476-4954 (Electronic)).
181. Imdad, A. and Z.A. Bhutta, *Maternal nutrition and birth outcomes: effect of balanced protein-energy supplementation*. 2012(1365-3016 (Electronic)).
182. Jellinek, M., B. Pote, and M. Froehle, *Bright Futures in Practice: Mental Health Volume I Practice Guide*. Arlington, VA. National Center for Education in Maternal and Child Health, 2002.
183. Pan American Health Organization/WHO., *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. 2003.
184. WHO, *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. Geneva: World Health Organization. WHO. 2000.
185. Reynolds, A., *Breastfeeding and brain development*. 2001(0031-3955 (Print)).
186. Britto, P., et al., *Nurturing care: promoting early childhood development*. *The Lancet*, 2017. **389**(10064): p. 91-102.
187. Walker, S., et al., *Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries*. *The Lancet*, 2007. **369**(9556): p. 145-157.
188. Gardner, J.M., et al., *Behaviour and development of stunted and nonstunted Jamaican children*. 1999(0021-9630 (Print)).

189. Graves, P., *Nutrition and infant behavior: a replication study in the Katmandu Valley, Nepal*. Vol. 31. 1978. 541-51.
190. Pollitt, E., et al., *Early supplementary feeding and cognition: effects over two decades*. 1993(0037-976X (Print)).
191. Pharoah, P.O. and K.J. Connolly, *Iodine and brain development*. 1995(0012-1622 (Print)).
192. WHO, *WHO Global Database on Iodine Deficiency. Iodine status worldwide*. 2004.
193. Pharoah P, Buttfeld IH, and H. BS., *Neurological damage to the fetus resulting from severe iodine deficiency during pregnancy*. 2012(1464-3685 (Electronic)).
194. Lavado-Autric, R., et al., *Early maternal hypothyroxinemia alters histogenesis and cerebral cortex cytoarchitecture of the progeny*. The Journal of clinical investigation, 2003. **111**(7): p. 1073-1082.
195. Grantham-McGregor, S.M., L.C. Fernald, and K. Sethuraman, *Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioural Development in Children in the First Three Years of Life: Part 2: Infections and Micronutrient Deficiencies: Iodine, Iron, and Zinc*. Food and Nutrition Bulletin, 1999. **20**(1): p. 76-99.
196. O'Donnell, K., et al., *Effects of iodine supplementation during pregnancy on child growth and development at school age*. 2002(0012-1622 (Print)).
197. Ezzati, M., *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Vol. 31. 2004. 775-776.
198. Taylor, E.M. and E.H. Morgan, *Developmental changes in transferrin and iron uptake by the brain in the rat*. Developmental Brain Research, 1990. **55**(1): p. 35-42.
199. Dallman, P.R. and R.A. Spirito, *Brain Iron in the Rat: Extremely Slow Turnover in Normal Rats May Explain Long-Lasting Effects of Early Iron Deficiency*. The Journal of Nutrition, 1977. **107**(6): p. 1075-1081.
200. Pollitt, E., *Iron Deficiency and Cognitive Function*. Annual Review of Nutrition, 1993. **13**(1): p. 521-537.

201. Beard, J.L., J.R. Connor, and B.C. Jones, *Iron in the Brain*. Nutrition Reviews, 1993. **51**(6): p. 157-170.
202. Hurtado, E., A. Claussen, and K. Scott, *Early childhood anemia and mild or moderate mental retardation*. The American Journal of Clinical Nutrition, 1999. **69**(1): p. 115-119.
203. Halterman, J., et al., *Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States*. 2001(1098-4275 (Electronic)).
204. Lozoff, B., A.W. Jimenez E Fau - Wolf, and A.W. Wolf, *Long-term developmental outcome of infants with iron deficiency*. 1991(0028-4793 (Print)).
205. Moffatt, M.E.K., et al., *Prevention of iron deficiency and psychomotor decline in high-risk infants through use of iron-fortified infant formula: A randomized clinical trial*. The Journal of Pediatrics, 1994. **125**(4): p. 527-534.
206. Lozoff, B., et al., *Behavior of Infants with Iron-Deficiency Anemia*. Child Development, 1998. **69**(1): p. 24-36.
207. Lozoff B, Wolf AW, and J. E., *Iron-deficiency anemia and infant development: effects of extended oral iron therapy*. 1996(0022-3476 (Print)).
208. Akman, M., et al., *The effects of iron deficiency on infants' developmental test performance*. 2004(0803-5253 (Print)).
209. Shafir, T., et al., *Effects of iron deficiency in infancy on patterns of motor development over time*. Human movement science, 2006. **25**(6): p. 821-838.
210. Idjradinata, P. and E. Pollitt, *Reversal of developmental delays in iron-deficient anaemic infants treated with iron*. 1993(0140-6736 (Print)).
211. Lozoff, B., et al., *Iron deficiency anemia and iron therapy effects on infant developmental test performance*. 1988(0031-4005 (Print)).
212. Bryan, J., et al., *Nutrients for cognitive development in school-aged children*. 2004(0029-6643 (Print)).
213. Siekmann, J., et al., *Micronutrient status of Kenyan school children: response to meat, milk, or energy supplementation*. . J Nutr, 2003.



214. Schneede J, et al., *Methylmalonic acid and homocysteine in plasma as indicators of functional cobalamin deficiency in infants on macrobiotic diets*. 1994(0031-3998 (Print)).
215. Louwman, M., et al., *Signs of impaired cognitive function in adolescents with marginal cobalamin status*. The American Journal of Clinical Nutrition, 2000. **72**(3): p. 762-769.
216. Brown, K., et al., *International Zinc Nutrition Consultative Group (IZiNCG) technical document #1. Assessment of the risk of zinc deficiency in populations and options for its control*. 2004(0379-5721 (Print)).
217. Baqui, A.H., et al., *Iron and zinc supplementation promote motor development and exploratory behavior among Bangladeshi infants*. The American Journal of Clinical Nutrition, 2004. **80**(4): p. 903-910.
218. Black, M.M., et al., *Cognitive and motor development among small-for-gestational-age infants: impact of zinc supplementation, birth weight, and caregiving practices*. Pediatrics, 2004. **113**(5): p. 1297-1305.
219. Lind, T., et al., *A community-based randomized controlled trial of iron and zinc supplementation in Indonesian infants: interactions between iron and zinc*. The American Journal of Clinical Nutrition, 2003. **77**(4): p. 883-890.
220. Gardner, R.J., et al., *Zinc supplementation and psychosocial stimulation: effects on the development of undernourished Jamaican children*. 2005(0002-9165 (Print)).
221. Grantham-McGregor, S.M., L.C. Fernald, and K. Sethuraman, *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): p. 53-75.
222. Horta, B.L., C. Loret de Mola, and C.G. Victora, *Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis*. 2015(1651-2227 (Electronic)).
223. Carter, J.A., N.B. G, and C.R. Newton, *Neuro-cognitive impairment following acquired central nervous system infections in childhood: a systematic review*. 2003.

224. Watkins, W.E. and E. Pollitt, "*Stupidity or worms*": do intestinal worms impair mental performance? 1997(0033-2909 (Print)).
225. Mara, D.D., *Water, sanitation and hygiene for the health of developing nations*. 2003(0033-3506 (Print)).
226. Lima, A.A. and R.L. Guerrant, *Strategies to reduce the devastating costs of early childhood diarrhea and its potential long-term impact: imperatives that we can no longer afford to ignore*. 2004(1537-6591 (Electronic)).
227. Guerrant, D., et al., *Association of early childhood diarrhea and cryptosporidiosis with impaired physical fitness and cognitive function four-seven years later in a poor urban community in northeast Brazil*. 1999(0002-9637 (Print)).
228. Niehaus, M.D., et al., *Early childhood diarrhea is associated with diminished cognitive function 4 to 7 years later in children in a northeast Brazilian shantytown*. 2002(0002-9637 (Print)).
229. WHO, *World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization. 2002.
230. Factor-Litvak, P., et al., *The Yugoslavia Prospective Study of environmental lead exposure*. Environmental health perspectives, 1999. **107**(1): p. 9-15.
231. Tareq, S., et al., *Arsenic Pollution in Groundwater of Southeast Asia: an Overview on Mobilization Process and Health Effects*. Vol. 8. 2010. 47-67.
232. Wasserman, G.A., et al., *Water arsenic exposure and children's intellectual function in Araihasar, Bangladesh*. Environmental health perspectives, 2004. **112**(13): p. 1329-1333.
233. Kuruganti, K., *Effects of Pesticide Exposure on Developmental Task Performance in Indian Children I*. Vol. 15. 2004.
234. Wasserman, G., et al., *Water manganese exposure and children's intellectual function in Araihasar, Bangladesh*. Environmental health perspectives, 2006. **114**(1): p. 124-129.
235. DiFranza, J., C. Aligne, and M. Weitzman, *Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health*. 2004(1098-4275 (Electronic)).

236. Hofhuis, W., J.C. de Jongste, and P.J.F.M. Merkus, *Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children*. Archives of disease in childhood, 2003. **88**(12): p. 1086-1090.
237. Rantakallio, P., *A follow-up study up to the age of 14 of children whose mothers smoked during pregnancy*. 1983(0001-656X (Print)).
238. Makin, J., P.A. Fried, and B. Watkinson, *A comparison of active and passive smoking during pregnancy: Long-term effects*. Neurotoxicology and Teratology, 1991. **13**(1): p. 5-12.
239. American Academy of Pediatrics, *Children, adolescents, and television*. Pediatrics, 2001(1098-4275 (Electronic)).
240. Bar-on, M.E., *The effects of television on child health: implications and recommendations*. Archives of disease in childhood, 2000. **83**(4): p. 289-292.
241. Özmert, E.N., *Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-II: çevre*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005.
242. Paik, H. and G. Comstock, *The Effects of Television Violence on Antisocial Behavior: A Meta-Analysis I*. Communication Research, 1994. **21**(4): p. 516-546.
243. Wood, W. and J.G. Chachere, *Effects of media violence on viewers' aggression in unconstrained social interaction*. 1991(0033-2909 (Print)).
244. Özmert, E.N., M. Toyran, and K. Yurdakök, *Behavioral Correlates of Television Viewing in Primary School Children Evaluated by the Child Behavior Checklist*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 2002. **156**(9): p. 910-914.
245. Özmert, E.N., et al., *Relationship Between Physical, Environmental and Sociodemographic Factors and School Performance in Primary Schoolchildren*. Journal of Tropical Pediatrics, 2005. **51**(1): p. 25-32.
246. Hancox, R.J., B.J. Milne, and R. Poulton, *Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study*. The Lancet, 2004. **364**(9430): p. 257-262.
247. Zuckerman, B.S. and M. Sandel, *Poverty, Homelessness, and Social Disorganization*. Rudolph's Pediatrics, 22e, 2013.

248. Hamadani, J.D., et al., *Use of family care indicators and their relationship with child development in Bangladesh*. Journal of health, population, and nutrition, 2010. **28**(1): p. 23-33.
249. Bradley, R.H. and R.F. Corwyn, *Socioeconomic status and child development*. 2002(0066-4308 (Print)).
250. Baker-Henningham, H., et al., *Mothers of undernourished Jamaican children have poorer psychosocial functioning and this is associated with stimulation provided in the home*. 2003(0954-3007 (Print)).
251. Paxson, C. and N. Schady, *Cognitive Development among Young Children in Ecuador: The Roles of Wealth, Health, and Parenting*. The Journal of Human Resources, 2007. **42**(1): p. 49-84.
252. Shonkoff, J. and D. Phillips, *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington (DC): National Academies Press (US);, 2000.
253. Posada, G., et al., *Maternal care and attachment security in ordinary and emergency contexts*. 1999(0012-1649 (Print)).
254. Tomlinson, M., P. Cooper, and L. Murray, *The mother-infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement*. 2005(0009-3920 (Print)).
255. Valenzuela, M., *Maternal sensitivity in a developing society: the context of urban poverty and infant chronic undernutrition*. 1997(0012-1649 (Print)).
256. Affonso, D., et al., *An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology*. 2000(0022-3999 (Print)).
257. Richter, L., R. Dev Griesel, and O. Barbarin, *10 Behavioral Problems Among Preschool Children in South Africa: A Six-Year Longitudinal Perspective From Birth to Age Five*, in *International Perspectives on Child and Adolescent Mental Health*, N.N. Singh, J.P. Leung, and A.N. Singh, Editors. 2000, Elsevier. p. 159-182.
258. Galler, J.R., et al., *Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados*. 2000(0021-9630 (Print)).

259. Patel, V., N. DeSouza, and M. Rodrigues, *Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India*. 2003(1468-2044 (Electronic)).
260. McEwen, B.S., *Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain*. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2006. **8**(4): p. 367-381.
261. Kenyon, C., et al., *Revisiting the social history for child health*. 2007(1098-4275 (Electronic)).
262. Stein, A., et al., *Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child*. 2014(1474-547X (Electronic)).
263. UNICEF, *The State of the World's Children 2005: childhood under threat*. New York: UNICEF. 2004.
264. Geltman, P., et al., *The "lost boys of Sudan": functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors re-settled in the United States*. 2005(1072-4710 (Print)).
265. Zeid, S., et al., *Women's, children's, and adolescents' health in humanitarian and other crises*. *BMJ : British Medical Journal*, 2015. **351**: p. h4346.
266. Engle\*, P.L., et al., *Child development in developing countries 3 -Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world*. *Lancet*, 2007.
267. Knowles, J.C. and J.R. Behrman, *The Economic Returns to Investing in Youth in Developing Countries : A Review of the Literature*. *Health, Nutrition and Population (HNP) discussion paper*;. World Bank, Washington, DC. World Bank, 2005.
268. Home, T.M., *American Academy of Pediatrics, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee*. *Pediatrics.*, 2002.
269. Council on Children With Disabilities Section on Developmental Behavioral, Pediatrics Bright Futures Steering, Committee Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory, Committee, *Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening*. *Pediatrics*, 2006. **118**(1): p. 405-20.

270. Centers for Disease Control and Prevention, *Developmental Monitoring and Screening for Health Professionals*. 2018.
271. Accardo, P., et al., *Dictionary of Developmental Disabilities Terminology*. MD: Paul H. Brookes Publishing Co, 2003.
272. Dworkin, P.H., *British and American recommendations for developmental monitoring: the role of surveillance*. 1989(0031-4005 (Print)).
273. Yoldaş, T.Ç. and E.N. Özmert, *Gelişim Açısından Riskli Bebek İzlemi*. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2016. **37 (3): 241-262**.
274. Glascoe, F., *Collaborating with Parents: Using PEDS to Detect and Address Developmental and Behavioral Problems*. Nashville. TN: Ellsworth & Vandermeer Press; , 1998.
275. Konuşkan, B. and K. Yalaz, *Çocuğun Gelişim Açısından İzlemi ve Yaş Gruplarına Göre Gelişim Basamakları*. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2016. **37 (3); 221-228**.
276. Yalaz, K., B. Anlar, and B. Bayoğlu, *Denver II Gelişimsel Tarama Testi "Türkiye Standardizasyonu"*. Ankara: Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği. (2011)
277. Bayley, N., *Bayley Scales of Infant Development: Second Edition*. . The Psychological Corporation., 1993.
278. Bayley, N., *Bayley Scales of Infant Development: Third Edition*. San Antonio The Psychological Corporation., 2006.
279. Sparrow, S.S., D.A. Balla, and D.V. Cicchetti, *Vineland Adaptive Behavior Scales (Survey Form)*. Circle Pines, Minn. American Guidance Services, 1984.
280. Alpas, B. and M. Akçakın, *Vineland Uyum Davranış Ölçeği- Araştırma formu'nun doğumdan 47 aylığa kadar olan Türk bebekleri için uyarlama, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003.
281. Savaşır I., Sezgin N, and E. N., *Ankara Gelişim Tarama Envanteri. Düzeltilmiş 4. Basım*. Ankara: Rekmay, 2006.
282. Küçüker, S., E.G. Kapçı, and R.İ. Uslu, *Erken Gelişim Evreleri El Kitabı*. Ankara Eğitimci Kitap, 2015.

283. Baykan, S., et al., *Gazi Erken Çocukluk Gelişimi Değerlendirme Aracı'nın (GEÇDA) geliştirilme süreci. Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitim Sempozyumu. Ankara. Kök Yayıncılık, 2002.*
284. Sices, L., et al., *How Do Primary Care Physicians Manage Children With Possible Developmental Delays? A National Survey With an Experimental Design. PEDIATRICS 2004. Vol. 113*
285. Glascoe, F.P., *Early detection of developmental and behavioral problems. 2000(0191-9601 (Print)).*
286. Lock, T., et al., *Age of presentation in developmental disability. 1986(0196-206X (Print)).*
287. Shevell, M.I., et al., *Profile of referrals for early childhood developmental delay to ambulatory subspecialty clinics. 2001(0883-0738 (Print)).*
288. Shonkoff, J.P., et al., *Primary care approaches to developmental disabilities. 1979(0031-4005 (Print)).*
289. Michelson, D., et al., *Evidence report: Genetic and metabolic testing on children with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. 2011(1526-632X (Electronic)).*
290. Shevell, M., et al., *Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay. Neurology, 2003. 60(3): p. 367.*
291. Scott, E.M. and L.N. Kelli, *Textbook of Family Medicine, 9th Edition, Developmental Screening In Young Children. 2016.*
292. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, *Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri. T.C Sağlık Bakanlığı - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018.*
293. Halfon, N., S. Russ, and M. Regalado, *The Life Course Health Development Model: A Guide to Children's Health Care Policy and Practice. Vol. 25. 2005.*
294. Celik, R., et al., *Emotional indicators and anxiety levels of immigrant children who have been exposed to warfare. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2019. 0(0).*
295. Tiltnes, A.A., H. Zhang, and J. Pedersen, *The living conditions of Syrian refugees in Jordan*

*Results from the 2017-2018 survey of Syrian refugees inside and outside camps. 2019.*

296. Verme, P., *How Poor Are Refugees? A Welfare assessment of Syrians Living in Jordan and Lebanon*. World Bank, 2014.
297. UNHCR, *Survey finds Syrian refugees in Lebanon became poorer, more vulnerable in 2017*. 2018.
298. Dryden-Peterson, S., *The Educational Experiences of Refugee Children in Countries of First Asylum*. 2015.
299. Getmansky, A., T. Sınmazdemir, and T. Zeitzoff, *Refugees, xenophobia, and domestic conflict: evidence from a survey experiment in Turkey*. . Journal of Peace Research, 2018.
300. Erdogan, M.M., *SYRIANS IN TURKEY: SOCIAL ACCEPTENCE AND INTEGRATION*. Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HUGO), 2014.
301. Kızıl, Ö. and C. Dönmez, *Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılara Sağlanan Eğitim Hizmetleri ve Sosyal Bilgiler Eğitimi Bağlamında Bazı Sorunların Değerlendirilmesi / EDUCATION SERVICES PROVIDED BY TURKEY TO SYRIAN ASYLUM SEEKERS and EVALUATION OF SOME PROBLEMS IN THE CONTEXT OF SOCIAL STUDIES EDUCATION*. 2017.
302. Othman, H. and M. Saadat, *Prevalence of consanguineous marriages in Syria*. 2009(1469-7599 (Electronic)).
303. Simsek, Z., et al., *A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Sanliurfa, Turkey*. 2017(1541-0331 (Electronic)).
304. Güngör, E.S., et al., *Do Syrian refugees have increased risk for worser pregnancy outcomes? Results of a tertiary center in İstanbul*. Turkish journal of obstetrics and gynecology, 2018. **15**(1): p. 23-27.
305. Heslehurst, N., et al., *Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews*. BMC Med, 2018. **16**(1): p. 89.
306. Bollini, P., et al., *Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature*. 2009(0277-9536 (Print)).
307. Masterson, A.R., et al., *Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon*. 2014.



308. Benage, M., et al., *An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon*. Conflict and health, 2015. **9**: p. 8-8.
309. WHO and UNICEF., *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part I Definitions*. Geneva, Switzerland. 2007.
310. Schmied, V., et al., *Contradictions and conflict: a meta-ethnographic study of migrant women's experiences of breastfeeding in a new country*. BMC pregnancy and childbirth, 2012. **12**: p. 163-163.
311. Türkiye Milli Pediatri Derneği, *ÇOCUK VE ERGEN PERSPEKTİFİ İLE MÜLTECİ AKIL VE RUH SAĞLIĞI ÇALIŞTAYI RAPORU*. 2017.
312. Lam, E., A. McCarthy, and M. Brennan, *Vaccine-preventable diseases in humanitarian emergencies among refugee and internally-displaced populations*. Human vaccines & immunotherapeutics, 2015. **11**(11): p. 2627-2636.
313. WHO, UNHCR, and UNICEF., *General Principles of Vaccination of Refugees, Asylum-seekers and Migrants in the WHO European Region*. 2016
314. Hatzakis, A., et al., *The state of hepatitis B and C in Europe: report from the hepatitis B and C summit conference\**. 2011(1365-2893 (Electronic)).
315. Williams, G.A., et al., *Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area*. Scandinavian journal of public health, 2016. **44**(1): p. 6-13.
316. Kentikelenis, A., et al., *How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review*. European journal of public health, 2015. **25**(6): p. 937-944.
317. Mipatrini, D., et al., *Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence*. Pathogens and global health, 2017. **111**(2): p. 59-68.
318. Zeitlmann, N., M. George, and G. Falkenhorst, *(Polio vaccination and stool screening in German reception centers for asylum seekers, November 2013-January 2014 : What was implemented?)*. 2016(1437-1588 (Electronic)).
319. Örgütü, İ.H.İ., *“Geleceğimi Hayal Etmeye Çalıştığımında Hiçbir Şey Göremiyorum” Türkiye'deki Suriyeli Mülteci Çocukların Eğitime Erişiminin Önündeki Engeller – Kayıp Nesil Olmalarını Önlemek*. 2015.

320. Lo, J., P. Patel, and B. Roberts, *A systematic review on tobacco use among civilian populations affected by armed conflict*. 2016(1468-3318 (Electronic)).
321. Jawad, M., A. Khader, and C. Millett, *Differences in tobacco smoking prevalence and frequency between adolescent Palestine refugee and non-refugee populations in Jordan, Lebanon, Syria, and the West Bank: cross-sectional analysis of the Global Youth Tobacco Survey*. *Conflict and health*, 2016. **10**: p. 20-20.
322. Dawson-Hahn, E.E., et al., *Comparison of the Nutritional Status of Overseas Refugee Children with Low Income Children in Washington State*. *PloS one*, 2016. **11**(1): p. e0147854-e0147854.
323. Torabi, F., et al., *Correlation between high-risk pregnancy and developmental delay in children aged 4-60 months*. *The Libyan journal of medicine*, 2012. **7**: p. 10.3402/ljm.v7i0.18811.
324. Bayoglu, B., et al., *6 yaş çocuklarında Denver II Testi Performansı: Sosyo-Ekonomik Farklılıklar*. 43. Milli Pediatri Kongresi, 1999.
325. de Kieviet, J.F., et al., *Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: a meta-analysis*. *Jama*, 2009. **302**(20): p. 2235-42.
326. E Oliveira, G., L. Magalhães, and L. F T Salmela, *Relationship between very low birth weight, environmental factors, and motor and cognitive development of children of 5 and 6 years old*. Vol. 15. 2011. 138-45.
327. Çelikkiran, S., H. Bozkurt, and M. Coşkun, *Denver Developmental Test Findings and their Relationship with Sociodemographic Variables in a Large Community Sample of 0-4-Year-Old Children*. *Noro psikiyatri arsivi*, 2015. **52**(2): p. 180-184.
328. Chung, C.-Y., et al., *The Relationship Between Parental Concerns and Final Diagnosis in Children With Developmental Delay*. *Journal of Child Neurology*, 2010. **26**(4): p. 413-419.
329. Blanchard, L.T., M.J. Gurka, and J.A. Blackman, *Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health*. *Pediatrics*, 2006. **117**(6): p. e1202-12.

330. Boyle, C.A., P. Decoufle, and M. Yeargin-Allsopp, *Prevalence and health impact of developmental disabilities in US children*. Pediatrics, 1994. **93**(3): p. 399-403.
331. (UNICEF), U.N.I.C.s.E.F., *Erken Çocukluk Bakımı ve Gelişimi (EÇG) 2001–2005*. 2005.
332. Martin-Herz, S., et al., *Developmental Screening with Recent Immigrant and Refugee Children: A Preliminary Report (November 2012)*. . 2015.
333. Zwi, K., et al., *Refugee children and their health, development and well-being over the first year of settlement: A longitudinal study*. J Paediatr Child Health, 2017. **53**(9): p. 841-849.
334. Simon, A.E., et al., *Socioeconomic disadvantage and developmental delay among US children aged 18 months to 5 years*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2013. **67**(8): p. 689.
335. European Commission, *Communication from the Commission to the European Parliament and the Council: The EU Approach to Resilience: Learning From Food Security*. 2012.
336. European Commission, *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Lives in Dignity: From Aid Dependence to Self Reliance: Forced Displacement and Development*. 2016.
337. Warniment, C., K. Tsang, and S.S. Galazka, *Lead poisoning in children*. Am Fam Physician, 2010. **81**(6): p. 751-7.
338. Bayoglu, B., et al., *Can preschool developmental screening identify children at risk for school problems?* Early Human Development, 2007. **83**(9): p. 613-617.
339. Anderson, L.M., et al., *The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review*. American Journal of Preventive Medicine, 2003. **24**(3, Supplement): p. 32-46.
340. Campbell, F.A., et al., *Early Childhood Education: Young Adult Outcomes From the Abecedarian Project*. Applied Developmental Science, 2002. **6**(1): p. 42-57.

341. Farran, D.C., *Developing and implementing preventive intervention programs for children at risk: Poverty as a case in point*. In M. Guralnik (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* Brookes Publishing Co., 2005.
342. Reynolds, A., et al., *Age 26 Cost–Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program*. *Child Development*, 2011. **82**(1): p. 379-404.
343. Reynolds, A.J., et al., *School-Based Early Childhood Education and Age-28 Well-Being: Effects by Timing, Dosage, and Subgroups*. *Science*, 2011. **333**(6040): p. 360.