

ErISFaVIA

Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional Disabilities

IO2

Literature Review and Needs Assessment Study (in Turkish)



COPYRIGHT



This work is licensed under an [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

"The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein."



Literature Review and Needs Assessment Study (in Turkish)

Intellectual Output 2 (IO2)

ErISFaVIA

Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional
Disabilities



Early
Intervention
Services for
Families with Children with
Vision
Impairment and
Additional Disabilities



UNIVERSITATEA
BABEŞ-BOLYAI



No.	Partner Name	Logo
1	UNIVERSITY OF THESSALY-UTH (Leading Organization)	 UNIVERSITY OF THESSALY
2	UNIVERSITATEA BABES BOLYAI-UBB	 UNIVERSITATEA BABEŞ-BOLYAI
3	ISTANBUL MEDENIYET UNIVERSITY-IMU	 İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
4	SYZOI-Association of Parents, Guardians and Friends of Visually Impaired Children with Additional Disabilities	
5	Liceul Special pentru Deficienti de Vedere Cluj- Napoca	
6	AMIMONI -Panhellenic Association of parents and friends of visually impaired people with additional handicaps	
7	St. Barnabas School for the Blind	
8	ANSGA-Ayse Nurtac Sozbir Gunebakan Association for the Children with Multiple Disabilities with Visual Impairment and Their Families	
9	Blindeninstitut München/Maria-Ludwig-Ferdinand- Schule	
10	Mali dom-Zagreb dnevni centar za rehabilitaciju djece imladezi	



INTELLECTUAL OUTPUT 2: Literature Review and Needs Assessment Study	
Key Action:	KA2-Cooperation for innovation and the exchange of good practices
Action Type:	KA201- Strategic Partnerships for school education
Grant Agreement No.:	2019-1-EL01-KA201-062886
Prepared by:	UNIVERSITATEA BABES BOLYAI
Contributors:	All partners
Intellectual Output:	IO2
Date:	31/05/2020
Email:	andrea.hathazi@ubbcluj.ro
Form:	Final

Acknowledgements

The present project ErISFaVIA-Early Intervention Services for Families with Children with Vision Impairment and Additional Disabilities (No: 2019-1-EL01-KA201-062886) funded by the Erasmus+ programme of the European Union



KAPSAM BELİRLEME, LİTERATÜR TARAMASI, İHTİYAÇ DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

ERASMUS + ERISFAVIA PROJESİ FİKRİ ÇIKTI O2

İÇERİK

- I. 1. Mevzuat ve insan hakları. Erken müdahalenin temelleri.
- I. 2. Mevcut AB politika ve programlarının kapsamı
- I. 3. Evrensel ve hedefe yönelik erken müdahale programları için etkili politika oluşturma
- I. 4. Eğitim müfredatı uygulamaları
- I. 5. Ampirik / bilimsel / teorik destek ile erken müdahale programları. Erken Müdahale Programları örnekleri

II. Literatür taraması. Erken müdahale programlarının çocuk gelişimi üzerindeki etkililiği.

III. Erken çocukluk gelişimi. Görme engelli (GE) ve çok engelli görmeyenlerin (ÇEG) özellikleri, gelişim, değerlendirme ve müdahale uygulamaları

- III. 1. Erken çocuklukta gelişimin özellikleri
- III. 2. Görme engeli, çok engelli görmeyen ve çift duyuusal yetersizliklerin gelişimsel etkileri
- III. 3. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde değerlendirme
- III. 4. Değerlendirme araçları örnekleri
- III. 5. Erken değerlendirme ve teşhis sınırlılıkları
- III. 6. İşitme ve/veya görme kaybı olan çocukların yaklaşımında kullanılan stratejiler
- III. 7. Duyusal yetersizliği olan çocuklar için müdahaleler

IV. ErISFaVIA projesi ortak ülkelerinde erken müdahale alanında en iyi uygulamalar. Erasmus + ErISFaVIA proje ortağı ülkelerinde erken müdahale için politikaları ve yasal destek. Mevcut ve önceki AB programlarının kapsamı ve ülkenizdeki diğer erken müdahale ile ilgili araştırmalar.

IV.1. HIRVATİSTAN

- A. Politikalar ve Mevzuat
- B. Erken Müdahale Programı-MALİ DOM-Zagreb

IV.2. KIBRIS

- A. Politikalar ve Mevzuat
- B. Erken Müdahale Programı – St. Barnabas Görme Engelliler Okulu



C. Tarama ve değerlendirme araçları

IV. 3. ALMANYA

A. Politikalar ve Mevzuat

B. Erken M¼dahale Programı-M¼nih K¼rler Enstit¼s¼ (Blindeninstitut M¼nchen)

IV.4. YUNANİSTAN

A. Politikalar ve Mevzuat

B. AB programları ve diğer araştırmalar

C. Lisans programlarında profesyonellerin eğitimi

D. 1. Erken m¼dahale programı- AMIMONI

D. 2. Eğitim programı-SYZOI

V.5. ROMANYA

A. Politikalar ve Mevzuat

B. Erken M¼dahale Programı-Cluj Napoca G¼rme Engelliler Okulu

IV.6. T¼RKİYE

A. Politikalar ve Mevzuat

B. Profesyonellerin eğitimi (Lisans, lisans¼st¼ ve hizmet içi programlar, m¼fredatın tanımı)

C. Erken m¼dahale programları

V. REFERANSLAR



I. Erken Müdahalenin genel çerçevesi. Erken müdahale programları için politikalar ve yasal destek

I. 1. Mevzuat ve insan hakları. Erken müdahalenin temelleri.

Erken müdahale, risk altındaki çocuklar ve aileleri yararına toplumumuzun çabalarının merkezinde yer alması gerekmektedir. Kanıta dayalı müdahaleler, küçük savunmasız çocukların ihtiyaçlarına yanıt olarak ortaya çıkmalıdır. Erken müdahale alanında yapılan önceki araştırmalar, erken müdahale programları düzgün bir şekilde organize edilirse, bir çocuğun hayatının ilk 5 yılı boyunca tipik olarak herhangi bir müdahale türünün yokluğunda ortaya çıkan bilişsel gelişimdeki sonuçları önleyebileceğini veya en aza indirebileceğini göstermektedir. Dahası, erken müdahale sistemi sadece çocukların gelişimine doğrudan katkıda bulunmakla kalmaz, aynı zamanda risk altındaki aile veya çocuğun engeli ile ilişkili stres faktörlerini de azaltabilir. Erken müdahalenin kısa vadeli faydaları, risk altındaki çocuklar ve engeli olanlar için son 25 yıldır vurgulanmaktadır. Daha uzun vadeli faydalar elde etmek için, ulusal politikalarla düzenlenmesi gereken ve çocukların yaşamlarındaki çeşitli geçiş noktalarına uzanmak için yeterli süreye sahip olan oldukça yoğun müdahaleler gerekmektedir.

Tarihsel bir bakış açısına göre, Çocuk Hakları Sözleşmesi, çocukların benzersiz ihtiyaçlarına ve savunmasızlıklarına odaklanan, dünya çapında tanınan ilk yasal belgedir (<https://www.unicef.org/child-rights-convention>). Çocuk Hakları Sözleşmesi, dört ilkeye dayanmaktadır: ayrımcılık yapmama, çocuğun yüksek yararına bağlılık, yaşam hakkı, yaşama ve gelişme ve çocuğun görüşlerine saygı. Yukarıda belirtilen ilkelere saygı duyarak, bu sözleşme bir çocuğun tam potansiyeline ulaşması için besleyici bir çevrenin gerekli olduğu fikrini onaylar ve bu ortam sosyal, kültürel, politik, ekonomik ve medeni haklarla yaratılır ve desteklenir (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2009). Erken müdahaleye özgü uluslararası mevzuat nadir olmakla birlikte, evrensel insan hakları ilkesi her ülkede mevcut olan politika ve programları yargılamak için kullanılabilir. Örneğin 1948'de İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Madde 25 (2), çocukluğun özel bakım, yardım ve koruma gerektiren bir dönem olduğunu belirtir ((<https://www.humanrights.com/course/lesson/articles-19-25/read-article-25.html>)). Evrensel Bildirge'nin kabulü, insan olarak temel değerlerinden dolayı saygı duyulması gereken tüm ülkelerden, dinlerden, etnik kökenlerden ve sosyoekonomik geçmişlerden tüm insanlar için eşitlik için siyasi desteği göstermektedir.

Esas olarak engeli olan çocuklara atıfta bulunan bir politika, 1975'te kabul edilen “Engelli Kişilerin Hakları Bildirgesi”dir ve engeli olan kişilerin özel ihtiyaçları dikkate alınarak özel müdahale ve hizmetler alma haklarını, uygun tedavileri alma haklarını belirtir. Öte yandan, çocuklarla ilgili eğitim hakkına odaklanan birçok uluslararası politika bulunmaktadır. Bu odaklanmanın temel nedeni, eğitimin ekonomik ve sosyal olarak dışlanmış yetişkinlerin ve çocukların kendilerini yoksulluktan kurtarabilecekleri ve toplumlarına tam olarak katılma araçlarını elde edebilecekleri birincil araç olduğu düşüncesidir (UNICEF, 2007). Benzer yaklaşımlar Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'nün (UNESCO) Eğitimde



Ayrımcılığa Karşı Sözleşmesinde (1960), Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde (1966) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde de görülmektedir (1989) (UNICEF, 2007). Bu politikalar uluslararası topluma eğitimin özel ihtiyaçları olan çocukların dışlanmaması gereken bir insan hakkı olduğunu göstermektedir; aslında, eğitim, savunmasız veya ötekileştirilmiş çocukların daha iyi bir yaşam kalitesi elde edebilmeleri için mevcut tek araç olabilir.

Daha yeni bir uluslararası politika, Engeli Olan Kişilerin Haklarına İlişkin Sözleşme ve İhtiyari Protokolüdür (Sözleşmeyi kabul eden ülkeler tarafından kullanılacak prosedürleri özetleyen ilgili bir belge) ve Aralık 2006'da Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilmiştir. Yirmi birinci yüzyılın ilk kapsamlı insan hakları antlaşmasıdır ve bireyleri, hakları konusunda bilgili, bu hakları talep etme yeteneğine sahip ve aktif üyeler olarak toplumun üyeleri olarak görür.

Burada açıklanan politikaların her biri, ülkelerin uymaya çabalaması ve ulusal düzeydeki yasalar veya eylemlerle çelişmemesi gereken ilkeleri ana hatlarıyla belirtir. Politikaların, uygulama açısından büyük farklılıkları ve destekleyici ülkelerde ulaşılan başarı düzeyi ile geniş kapsamlı hedefleri vardır. Bunlardan bazıları, ülkelere desteği göstermek için gerekli bir araç sağlayan ancak uluslararası standartlarda tanımlanan ideali karşılamayan mevcut kaynaklara tabi olma gibi nitelikleri içerir. Sınırlılıkları olsa bile, bu politikalar avantajlıdır çünkü tüm çocukların eğitim, sağlık, sosyal ve diğer ihtiyaçlarını karşılamak için küresel dikkati çekerler.

I. 2. Mevcut AB politika ve programlarının kapsamı

Avrupa Komisyonu, önümüzdeki yıllar için yoksulluk ve sosyal dışlanmayla mücadele konusunu AB'nin temel önceliklerinden biri olarak belirlemiştir. İstatistikler, AB'de yoksulluk riski taşıyan 80 milyon kişiden 19 milyonunun çocuk olduğunu göstermektedir. Çocuk yoksulluğunun ve dışlanmanın azaltılması belirli bir hedef haline getirilmemesine rağmen, yoksulluğu ve sosyal dışlanmayı azaltma genel hedefinin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Önceliklerini ele almak için, Avrupa 2020 Stratejisini uygulayan Avrupa Dönemi sürecinin önemli bir yönü, Avrupa Konseyi tarafından ülkeye özgü bazı tavsiyelerin benimsenmesidir. 2014 yılında yirmi altı Üye Devlet, çocuklarla ilgili olarak aşağıdakileri kapsayan tavsiyeler almıştır: gelir desteği, Erken Çocukluk Eğitimi ve Bakımının (EÇEB) etkinliği/etkililiği (erişim, karşılanabilirlik, kalite), kapsayıcı eğitim/erken okulu bırakma, uygun fiyatlı konut, finansal caydırıcılar, uzlaşma, gençlik aktivasyonu, sağlık ve Romanlar. EÇEB ile ilgili olarak, **çocuk hizmetlerinin sadece çalışan ebeveynler için çocuk bakımı olarak önceki kavramsallaştırmalarının ötesine geçmenin hayati önemini kabul etmekte ve bakım ve eğitimi bütünleştirmenin ve çocukların ihtiyaçlarını bütünsel olarak ele almanın önemini belirtmektedir.** Çocuğun refahına odaklanmak, ebeveynlerin çalışma durumuna bakılmaksızın çocuğun gelişimini desteklemek için yüksek kaliteli EÇEB'in önemini vurgular.

AB liderleri, yakın zamanda Avrupa vatandaşlarının temel sosyal haklarından biri olarak EÇEB'i kurmuştur. Avrupa Sosyal Haklar Sütununun 20 temel ilkesinden biri, 'çocukların



erişilebilir erken çocukluk eğitimi ve kaliteli bakım hakkına sahip olduğunu' belirtmektedir. Ayrıca, “dezavantajlı geçmişe sahip çocukların fırsat eşitliğini artırmak için belirli önlemlere hakkı olduğunu” vurgulamaktadır. Bununla birlikte, 2025 yılına kadar bir Avrupa Eğitim Alanına geçme çağrısı, EÇE'nin erişimi, kalitesi ve karşılanabilirliği açısından eksiklikler olduğunu kabul etmiştir. Ortalama olarak, 3 yaşın altındaki çocukların %34'ü veya yaklaşık 5 milyon çocuk EÇEB'e katılmaktadır. Yalnızca yedi Avrupa Üye Devleti (Danimarka, Almanya, Estonya, Letonya, Slovenya, Finlandiya ve İsveç) ve ayrıca Norveç, erken yaştan itibaren (6 ila 18 ay) her çocuk için kamu tarafından finanse edilen hizmette bir yer garanti etmektedir. 3 yaşın altındaki çocuklar için kaliteli EÇEB henüz pek çok Avrupa ülkesinde mevcut değildir. Yüksek nitelikli personel tarafından sunulan ve tutarlı politikalarla desteklenen tüm çocuklar için net eğitim içeriği çoğunlukla İskandinav, Baltık ve Balkan bölgelerinde bulunmaktadır. Bu ülkeler, ilkökul çağının altındaki tüm çocuklar için entegre EÇEB hizmetleri sağlamaktadır. Yine de bazıları hala her çocuğun erişimini garanti altına almakta zorlanmaktadır ve katılım oranları düşüktür.

Erken çocukluk eğitimi, erişim, karşılanabilirlik ve kalitenin sınırlı olması, çocukların gelişimi için temel engeller ve olumsuz etkiler olmaya devam etmektedir. Dezavantajlı geçmişe sahip çocukların bu hizmetlere erişimi de zorlayıcı olmaya devam etmektedir. Bu nedenle, EÇEB'in temel hedefleri şunlardır: Yeterince nitelikli profesyoneller tarafından sağlanan kaliteli ve uygun fiyatlı çocuk bakım hizmetlerine erişim ve dezavantajlı geçmişe sahip çocukların katılımını teşvik edecek özel tedbirler de dahil olmak üzere erken aşama ve önleyici yaklaşımların sağlanması. Projenin ortak ülkelerindeki mevcut hizmetlerle ilgili olarak, aşağıda her ülke için bazı özellikler açıklanmaktadır.

1. 3. Evrensel ve hedefe yönelik erken müdahale programları için etkili politika oluşturma

Tüm çocuklar için, en fazla risk altında olan çocuklara ulaşılması da sağlanarak, kaliteli hizmetlerin nasıl sağlanacağı konusu gündeme getirilmiştir. Politika yapıcıları, hizmetlerin sadece en çok ihtiyaç duyanlara odaklanmak yerine herkesin kullanımına açık olması gerektiğine ikna etmek, özellikle ekonomik tasarruf zamanlarında, zor olabilir. Erken çocukluk müdahalesi alanındaki uzmanlar, çocuk gelişimi için müdahale desteğinin üç "düzeyinden" bahsetmiştir: a) 0 ila 5 yaş arasındaki tüm çocuklara hitap eden daha geniş bir şekilde toplum tarafından sunulan evrensel programlar; b) Gelişimsel gecikme riski veya engeli olan çocuklar için 'hedefe yönelik' müdahale programları ve c) özel ek ihtiyaçları olan çocuklar için özel müdahaleler (örn. engeli olan çocukların bakım verenleri için toplum temelli gruplar). Evrensel hizmetlerin daha fazla halk desteğini çekebileceği ve bunun verilen hizmetlerin kalitesinin sağlanmasına yardımcı olduğu açıktır. Ancak, esas yaşam hizmetleri, bu hizmetlere erişme olasılığı daha düşük olan veya ek desteğe ihtiyaç duyan çocukları ve aileleri tanımlamalı ve onlara ulaşmalıdır. Çocuk koruma hizmetleri, risk altındaki çocukların belirlenmesinde kilit rol oynayabilir. Dezavantajlı topluluklara odaklanan alan temelli bir yaklaşım, risk altındaki kişilere ulaşmanın başka bir yolu olabilir.



Politika oluşturma söz konusu olduğunda herkes, erişilebilir, karşılanabilir ve kaliteli hizmetler geliştirmek için mevcut en iyi kanıtları kullanmanın çocukları ve aileleri yoksulluktan kurtarmanın anahtarı olduğunu kabul etmektedir. Ancak, önemli bir konu, neyin iyi kalitede kanıt oluşturduğuna nasıl karar verileceğidir. Araştırma raporlarının kaliteleri açısından titizlikle değerlendirilmesine ihtiyaç vardır ve hakem değerlendirmesi için önemlidir. Programların değerlendirilmesinin titiz olması gerektiği ve açıkça işe yaramayan programların durdurulması gerektiği konusunda genel bir fikir birliği vardır, ancak bunlar bile yararlı bir öğrenme sunabilir. Ancak, farklı programların etkililiğine ilişkin karışık sonuçlara sahip birkaç literatür incelemesi vardır ve bu, bu alanda randomize klinik araştırmalar yürütmedeki zorluklardan kaynaklanmaktadır. Bu, programların izlenmesine ve değerlendirilmesine verilen dikkati artırmıştır. Buradaki zorluk, hangi programların en uygun maliyetli olduğunu bulmaktır. Olası çözümlerden biri, araştırma ve değerlendirme çalışmalarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesine tüm paydaşları dahil etmek ve bunun tersi de araştırmacıları politika oluşturma sürecine dahil etmektir. Farklı ülkelerdeki durum dikkate alındığında, dört konuya özellikle dikkat gösterilmesi gerekmektedir: a) aileler ve profesyoneller, uygulama stratejileri, hedefler, araçlar ve sonuçlar açısından dikkatle koordine edilen politika araçlarına ihtiyaç duyarlar; b) politika araçları, ilgili eğitim, sosyal ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu desteklemeyi ve sağlamayı amaçlamalıdır, c) hizmetler içinde veya arasında örtüşen veya çelişkili araçlardan kaçınılmalıdır; ve d) politika araçları, politika, profesyonel ve kullanıcı (aile) düzeyleri arasında bir bağlantı görevi gören bölgesel ve ulusal Erken Çocukluk Müdahalesi destek merkezlerinin geliştirilmesini içerebilir.

1. 4. Eğitim müfredatı uygulamaları

Küçük çocuklar, evrensel ilkeler ve işlemler dizisi yoluyla yeteneklerini geliştirir ve beceriler öğrenirler. Erken çocukluk müdahalesiyle ilgili araştırmalar, bu ilkeleri işlevsel hale getirmeye çalışır, böylece profesyoneller ve ebeveynler küçük çocukları daha duyarlı bir şekilde anlayabilir ve tedavi programlarını daha etkili bir şekilde planlayabilir. Birçok erken müdahale programı, gecikmeleri ve engelleri olan bebekler ve okul öncesi çocukları için kazanımları teşvik etmek amacıyla iki grup ilke ve yöntemi birleştirmektedir: gelişimsel ve davranışsal. Birleşmiş bir gelişimsel-davranışçı yaklaşım, çocukların yeteneklerinin, nörofizyolojik faktörlerle doğrudan bağlantılı olan değişmez, sıralı bir şekilde ortaya çıktığını kabul etmektedir. Bununla birlikte, özellikle engeli olan çocuklar için gelişimsel yetenekler, bu becerileri yalnızca başkalarıyla etkileşim içinde uygulama, öğrenme ve genelleme için belirli çevresel fırsatlar sağlandığında ortaya çıkar. Bu nedenle, çeşitli erken müdahale programları, gelişimsel ilkelerin programlarının içeriğini (örneğin, gelişimsel müfredat ve oyuncaklar) sağladığını, davranışsal ilkelerin ise karmaşık beceri kalıplarını öğretim yöntemlerini sağladığını savunmaktadır.

Giderek artan sayıda toplulukta bulunan erken müdahale programı bileşenlerinin analizleri, bu sistemin üç ana özelliği içerdiğini göstermektedir: kaynak desteği, sosyal destek ve bilgi sağlama ve hizmetler (Guralnick, 1997). Uygulayıcılar tarafından uygulanması gereken müfredatın içeriği bakımından amaçları, gelişimsel gecikmelerin önlenmesi ve giderilmesi,



çocuğun yakın çevresindeki risk faktörlerinin tanınması ve gecikmelerin sonuçlarının sınırlandırılmasıdır. Alandaki programlar yoğunluk, yapılandırma derecesi ve uygulama şekli bakımından değişiklik gösterebilir. Eğitim müfredatlarından bazıları kendilerini öğrenme deneyimleri (gelişimsel zenginleştirme programları) sağlamakla sınırlarken, diğerleri seçilen becerilerin eğitimini hedeflemektedir (ör. Bilişsel gelişim protokolleri ve davranışsal eğitim programları). Programın ayarları, evde hizmetten düzenli veya özel gündüz bakımına kadar değişebilir. Dahası, çocuğun gelişimin bazı belirli alanlarında iyileşmesine yardımcı olabilecek bireysel terapi görmesi gerekli olabilir.

Bu nedenle, **EÇEB - Erken Çocukluk Eğitimi ve Bakımı**, çok küçük çocuklar ve aileleri için, bir çocuğun yaşamının belirli bir zamanında talepleri üzerine sağlanan, bir çocuğun özel desteğe ihtiyacı olduğunda çocuğun kişisel gelişimini desteklemek, ailenin kendi yeterliliklerini güçlendirmek ve ailenin ve çocuğun sosyal katılımını teşvik etmek de dahil olmak üzere üstlenilen her türlü eylemi kapsayan bir hizmetlerin/hükümlerin birleşimidir. Bu eylemler, çocuğun doğal ortamında, tercihen yerel düzeyde, aile odaklı ve çok boyutlu bir ekip çalışması yaklaşımıyla sağlanmalıdır.

Farklı tanımlarda görülen önemli bir unsur, müdahale çalışmasının bir parçası olarak önleme fikridir. Simeonsson (1994), önleyici eylemin ne zaman yapılması gerektiğini göz önünde bulundurarak üç önleme ve müdahale düzeyini listelemektedir:

Birincil önleme, popülasyonda tanımlanmış bir koşul veya problemin yeni vakalarının sayısını (görülüş sıklığı) azaltmayı amaçlar. Örneğin, bu, risk altındaki çocukları tespit ederek yeni vakaları azaltmayı amaçlamaktadır. Birincil koruma, engelliliğe neden olabilecek bozuklukları veya durumları önleyen önlemleri içerir (WHO, 1980). Birincil önleme, bir bozukluğun ilk başlangıcından önce meydana gelen müdahaleleri ifade etmektedir. Bu eylemler: a) tüm çocuklara ve ailelere yönelik sağlık önlemleri gibi evrensel olabilir, ör. tüm nüfus için aşılama programları; b) seçici, sabit bir popülasyona yönelik, ör. yüksek risk grupları; c) bir popülasyona yönelik, ör. tanımlanmış riske sahip kişiler.

İkincil önleme, sorunun başlangıcından sonra, ancak tam olarak gelişmeden önce (yaygınlık) harekete geçerek, tanımlanan bir sorunun mevcut vakalarının sayısını azaltmayı amaçlamaktadır. *Üçüncül önleme*, tanımlanmış bir sorun veya durumla ilişkili komplikasyonları azaltmayı, bir bozukluk veya engelliliğin etkilerini, bunlar zaten mevcut olduğunda harekete geçerek sınırlamayı veya azaltmayı amaçlamaktadır.

Bu üç düzey, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan 'biyo-psiko-sosyal' işlevsellik ve engellilik modeli dikkate alınarak daha geniş bir bağlamda tanımlanabilir (World Health Organization, ICF, 2001). Bu yaklaşıma göre, erken çocuklukta müdahale alanında önleme sadece bir kişinin sağlık durumunu hesaba katmakla kalmaz; aynı zamanda sosyal çevresini de hesaba katmalıdır: “*bir bireyin belirli bir alanda işleyişi, sağlık koşulları ile bağlamsal faktörler (çevresel ve kişisel faktörler) arasındaki bir etkileşim veya karmaşık bir ilişkidir. Bu birimler*



arasında dinamik bir etkileşim vardır: Bir birimdeki müdahaleler, diğer birimlerden birini veya daha fazlasını değiştirme potansiyeline sahiptir (s. 19)."

EÇEB'in etkisini- etkililiğini - ölçmek için, müdahaleye dahil olan tüm aktörler dikkate alınmalıdır: çocuk: mümkün olan her durumda çocuğun kendisinin kaydettiği ilerleme ve öz-algılama; aile: ailenin memnuniyet düzeyi; profesyoneller: memnuniyet ve yeterlilik düzeyleri; topluluk: memnuniyet düzeyi, faydalar, maliyet / etki yatırımı vb.

Araştırmaya dayalı bir erken çocukluk müfredatı, çocukların nasıl geliştiği ve öğrendiği konusundaki araştırmalarla tutarlıdır. Çocukların öğrenmesini ve gelişimini desteklediği gösterilen zengin içerik ve öğretim uygulamaları sağlar. Alana özgü, gelişimsel olarak uygun içerik ve çocukların bu alandaki daha sonraki gelişimlerine katkıda bulunan becerilere odaklanır. Zengin içeriğe sahiptir, yani çocukların öğrenmesini ve gelişimini destekleyen geniş ve çeşitli deneyimler ve etkinlikler sağlar. Dahası, araştırmaya dayalı bir müfredat, çocukların gelişimsel ilerlemelerine dayalı bir dizi öğrenme deneyimi sunar.

I. 5. Ampirik / bilimsel / teorik destek ile erken müdahale programları. Erken Müdahale Programları örnekleri

Aşağıdakiler için erken müdahale programlarının etkililiğine yönelik bir dizi sağlam argüman oluşturulmuştur: a) Çocuğun fiziksel ve psikomotor gelişiminin uyarılması, b) aile refahının artması, c) toplum için uzun vadeli faydalar ve d) çevresel ve sosyal yoksunluk yüzünden olan engellerin önlenmesi. Erken müdahale programları, ikincil engellerin önlenmesine katkıda bulunur (Beirne-Smith, Ittenbach ve Patton, 2002).

Çocuk merkezli eğitim, çocuğun ihtiyaçlarına ve becerilerine göre düzenlenir ve her çocuğun aile dışındaki müdahalelerden yararlanma hakkını kabul eder. Çocuk merkezli yaklaşım, çok engelli çocukların çeşitliliğinin yüksek olması nedeniyle kişiselleştirilmiştir.

Aile merkezli müdahaleler aileye odaklanır ve profesyonel aileye çocuklarıyla birlikte kullanabilecekleri belirli becerileri öğretir. Genellikle aile merkezli yaklaşım erken müdahale programlarında ve ev tabanlı programlarda kullanılır. Aile dostu yaklaşım, bir bütün olarak ailenin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak öğrencinin ihtiyaçlarını ilk sıraya koymaya çalışan bir yaklaşımdır (Durando, Chen ve Petroff, 2017).

ABD gibi bazı ülkeler, erken müdahale alanında eğitim ve erken müdahale için "kanıta dayalı" karar vermenin önemini vurgulayan ve çocuklar için sonuçları iyileştiren ulusal girişimleri teşvik etmiştir (Smith ve Kelly, 2014).

Görme yetersizliği, çocuklukta düşük sıklıkta bir engellilik olarak kabul edilir; okul çağındaki yaklaşık 1000 çocuktan 1'i görme engelli ve hatta daha az sayıda körlükle tanımlanır. Görme engelli çocuklar arasında ve hatta görme ve duyma engelli ve çok engelli görmeyen çocuklar arasında yüksek çeşitlilik vardır ve birçoğunun ek engelleri vardır (Parker ve Ivy, 2014). Bu engellilik kategorisi içinde hem görme hem de işitme için duyuusal kayıp dereceleri açısından



ve mevcut ek engel türleri açısından büyük bir heterojenlik vardır. Zihinsel engellerin veya çeşitli sendromların tıbbi nedenleri de önemli görme engeli ve görme ve duyma engeli ile ilişkilendirilebilir. Çoğu zaman, yerel hizmet sağlayıcılar duyuusal kayıpları erken yaşta tespit edemeyebilir ve duyu kaybının gelişim üzerindeki etkisini fark edemeyebilirler. Bu çeşitli gruptaki önemli iletişim gecikmeleri ve bozuklukları ortak bir özelliktir.

Gelişimsel bir bakış açısından, müdahale mümkün olduğu kadar erken başlamalıdır. Hizmetler merkez tabanlı okullarda veya özel eğitim ortamlarında sunulabileceği gibi, kapsayıcı veya ev ortamlarında da sunulabilir.

İletişim müdahalesinin etkililiği, çok tercih edilen etkinliklere, konulara sahip olmaktan veya sohbetin bir parçası olarak davranmaktan, eğlenceli bir şekilde müdahale sunmaktan veya kişisel bakım faaliyetlerini içermekten etkilenir. Ebeveyn katılımı son derece önemlidir ve anne ve babaların çocuklarıyla başarılı olabilmeleri için terapi sırasında gördükleri stratejileri benimsemeleri için müdahalede ortak olmaları gerekir (Parker ve Ivy, 2014).

Aile merkezli eğitim, birincil müdahaleyi çocuktan ebeveynlere veya bakıcılara kaydırır. Terapistler, erken müdahale programlarında ve ev temelli eğitimde yaygın olarak kullanılan bir yaklaşım olan, çocuklarıyla birlikte kullandıkları becerileri ailelere öğretir. Çocuğun yüksek yararı, aynı zamanda bir bütün olarak ailenin yüksek yararlıdır. Aile dostu yaklaşım, bir bütün olarak ailenin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak öğrencinin ihtiyaçlarını ilk sıraya koymaya çalışan bir yaklaşımdır. Önemli bir ev tabanlı bileşen içeren erken müdahale programındaki tüm ekip üyelerinin evi ziyaret etmesi önemli olabilir. Bazı aileler evlerinde bir toplantıyı müdahaleci bulabilirken, diğerleri için evlerinde buluşmak çok daha rahat olabilir.

Çocuk merkezli eğitim, bir öğrencinin benzersiz ihtiyaç ve yeteneklerine göre uyarlanır ve çocukların ailelerinden bağımsız olarak bireysel haklara sahip olduğunu kabul eder. Çocuk merkezli bir yaklaşımla tutarlı olan yüksek derecede bir bireyselleştirme gereklidir, çünkü şiddetli ve çok engelli öğrenciler, birbirinden ve diğer öğrencilerden büyük ölçüde farklıdır.

Gelişimsel gecikmeleri ve engelleri olan çocuklara yönelik, yaygın olarak kullanılan, deneysel ve teorik olarak desteklenen erken müdahale programlarının bazı örnekleri şunlardır:

- Zinde Olma: Küçük Çocuklarda Motor Becerileri Geliştirmeye Yönelik Aktiviteler (Karnes, 1992)
- Özel Gereksinimleri Olan Bebekler ve Yeni Yürümeye Başlayan Çocuklar için Carolina Müfredatı (Johnson-Martin, Attermeier ve Hacker, 2004)
- Oyna ve Öğren: Bütün Becerilerden Çocuklar İçin Motor Tabanlı Bir Okul Öncesi Müfredatı (Coleman, Sullivan ve Krueger, 2002).

“Risk altındaki gruplar için erken müdahale programları, savunmasız ailelerde ilişkili ikincil sorunların önlenmesine yardımcı olur. Böyle bir program örnek olarak "Hemşire Aile Ortaklığı" gösterilebilir (Zeanah, Stafford ve Zeanah, 2005). Bu program, çocuk ile bakım veren arasındaki



ilişki, bağlanma, çocuğun iyi oluşunu artıracak aile arabulucularının eğitimi, ebeveynlerin çocuklarına bakmalarına yardımcı olma, çocuğun davranışının iyileştirilmesi, okula hazır olma, okul başarılarının iyileştirilmesi, ayrıca ebeveynlerin iş becerileri ve zihinsel sağlığı üzerine odaklanmaktadır. Aile merkezli programların diğer örnekleri şunlardır:

- 1) "*Keyifli, Etkili Ebeveynliğe Doğru Adımlar*"
- 2) "*İlk İlişkileri Teşvik Etmek*"
- 3) "*Duyarlılık Koçluğu*"
- 4) "*Ev Ziyareti Aile Destek Programı*"
- 5) "*UCLA Aile Geliştirme Projesi*" (Zeanah, Stafford ve Zeanah, 2005).

Yüksek riskli aileler için ebeveyn odaklı erken müdahale programlarının etkinliği, program ebeveyn-çocuk ilişkisinin yanı sıra yoksulluk, işsizlik, barınmanın olmaması veya yetersiz barınma, madde bağımlılığı gibi ebeveyn sorunlarını da ele alırsa daha yüksektir. Bakım veren ile diğer aile üyeleri ve partnerler arasındaki ilişkiyi de ele almak gereklidir. Ebeveynin uzmanla terapötik bir ilişki kurabilmesi için müdahalenin mümkün olduğunca erken başlatılması gerekir. Hizmetler genellikle yoğun ve uzun sürelidir, böylece aile, büyümek ve işleyişini iyileştirmek için sürekli, güçlü ve sağlıklı bir ilişkiden yararlanabilir.

CAPEDP (*Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance: Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience*) Fransa'da geliştirilmiş bir ev ziyareti programıdır ve bağlanma kuramına (Bowlby, 1982), öz-yeterlik kuramına (Bandura, 1977) ve ekolojik sistemler kuramına (Bronfenbrenner, 1979) dayanmaktadır. Programın politikası, ailelerin kapsamlı ve uzun süreli sağlık bakım sistemlerine ücretsiz erişime sahip olmasıdır. Program farklı kategorilerden aileleri içermiştir: düşük gelir, düşük eğitim seviyesi veya tek ebeveynlik

CAPEDP projesi, 2006 ile 2011 yılları arasında Fransa'dan 440 kadın ve ailelerini içermiştir. Dahil edilmeye hak kazanmak için, kadınların en fazla 26 yaşında olması ve üç risk faktöründen en az birini sunması gerekmiştir: düşük gelir, düşük eğitim seviyesi veya çocuğu tek başına büyütecek olmak. Müdahale programı, haftalık olarak gebeliğin üçüncü üç aylık döneminde başlayan ve çocuğun ikinci doğum gününde azalan sıklık ile biten 44 ev ziyaretinden oluşmuştur (Saias ve diğerleri, 2013). Doğum sonrası dönemde (0-3 ay) ev ziyaretçilerine, depresyonun ilk belirtilerini gösteren annelerde özellikle annede depresyon belirtilerine dikkat etmeleri ve aktif dinleme yaklaşımlarını kullanmaları hatırlatılmıştır. Çocuğun doğumundan sonra psikologlar, anne duyarlılığını artırmak ve annenin yıkıcı davranışını azaltmak için evde günlük gidişatı ele alarak video geri bildirimini üzerinde çalışmışlardır. Araştırmadan ayrılma oranı, çocuk üç aylıkken %17 idi ve 24. ayda müdahalenin sonuna kadar sürekli olarak %63'e kadar yükselmiştir. Programın başarılarında ayrılma (ör. Önceki kürtajar, güvensiz bağlanma) ve daha sonraki ayrılma (ör. 11 yaşından önce ebeveyn kaybı) (Foulon ve diğerleri, 2015) ile çeşitli değişkenler ilişkilendirilmiştir.

Dahil edilme sırasında altı farklı zamanda ve doğumdan sonraki 3, 6, 12, 18 ve 24. aylarda farklı konular değerlendirilmiştir. Çocuğun ruh sağlığı, anne depresyonu ve bakım ortamının kalitesi bebek ruh sağlığı için başlıca aracı değişkenler olarak kabul edilmiştir. Ek olarak, ev ziyaretlerinde anne bebek bağlanması değerlendirilmiştir. 120 randomize aileden oluşan bir alt örnekte, bağlanma stili ve yıkıcı annelik davranışı bir laboratuvarında ölçülmüştür (Perkins ve diğerleri, 2002).

Birlikte ele alındığında, CAPEDP doğum sonrası annelik depresyonu üzerinde genel bir etki gösteremiştir. Ancak post-hoc analizler, müdahalenin birincil koruma açısından ve risk faktörü olmayan kadın alt gruplarında etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Dugravier ve diğerleri, 2013). Bununla birlikte, CAPEDP müdahalesinin, 120 aileden oluşan bir alt örnekte bebeğin güvensiz bağlanmasını ve annenin yıkıcı davranışını önemli ölçüde azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır (Terenos ve diğerleri, 2017). Müdahale grubunda, güvensiz bağlanma yüzdesi, kontrol grubundaki % 21.2'ye kıyasla % 7.7 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunda, yıkıcı annelik davranış yüzdesi, kontrol grubundaki %51.9'a kıyasla % 31.7 olarak bulunmuştur.

Benzer bir program olan ve aynı öz-yeterlik, bağlanma ve ekolojik sistemler kuramlarına dayanan Pro Kind adlı program Almanya'da uygulanmıştır. Program, anne ve çocuk sağlığını, çocuk gelişimini, annenin yaşam sürecini iyileştirmeyi ve çocuk istismarı ve ihmali riskini azaltmayı amaçlamıştır. Ziyaretler, ev ziyaretçilerine farklı alanlardaki tartışmaları için öğretim materyalleri ve konular sağlayan yönergelerle yapılandırılmıştır. 2006'dan 2009'a kadar, Pro Kind projesi, ekonomik risk faktörleri (örn. İşsizlik, aşırı borçluluk > 5.000 €) ve en az bir sosyal risk faktörü (örn. Sosyal izolasyon, belli bir yaşın altında olmak) ile batı ve doğu federal eyaletlerinde yaşayan 12. ve 28. gebelik haftaları arasında gebe olan ve ilk kez anne olacak 755 kadını programa dahil etmiştir. Müdahale grubundaki 94 kadın, haftalık ve aylık ev ziyaretleri arasında değişen, hamilelikten başlayarak çocuğun ikinci doğum gününe kadar düzenli ev ziyaretleri almışlardır. Araştırmadan ayrılma oranı doğum sonrası 24. ayda %50'ye kadar yükselmiştir (755 aileden 346'sı araştırmada kalmıştır). Daha genç bir yaş, daha düşük bir gelir ve başlangıçta deneyimli bir koruyucu aileye yerleştirme, doğumdan sonraki 24. aya kadar programdan ayrılmayı önemli ölçüde yordamıştır (Foulon ve diğerleri, 2015). Araştırmanın üçüncü kısmı, programın ekonomik etkinliğinin değerlendirilmesini amaçlayan maliyet-fayda analizidir (Sandner, 2013). Aile ortamı ve anne yetkinlikleri ile ilgili değerlendirmeler, düzenli görüşmelerde yapılan kişisel raporlara dayandırılmıştır. Çocuk gelişimi standart testlerle değerlendirilmiştir ve şu anda çocuğun ilkökul çağında bir takip çalışması yürütülmektedir. Sosyal destek, doğum sonrası stres, ebeveyn öz yeterliği, çocuk yetiştirme bilgisi ve annelik bağlanma duyguları alanlarında müdahale etkileri tespit edilmiştir. Ortaklık tatmini, daha sonraki çocuk sayısı veya eğitim başarısı için müdahale etkileri bulunmamıştır. Çocuk gelişimi alanında, sadece yüksek riskli annelerin çocukları, kontrol grubuna göre daha üstün bir zihinsel gelişim göstermiştir. Çocuk dil gelişimi ve sosyal-duygusal gelişim üzerinde herhangi bir etki bulunmamıştır (Sierau ve diğerleri, 2016; Jungman ve diğerleri, 2015).



Her iki müdahale programının da (CAPDEP ve Pro Kind) bir sınırlaması, ev ziyareti ekibinin müdahalenin uygulanması için özel talimatlar almasına rağmen, CAPDEP'deki ev ziyareti vaka notlarının nitel bir analizinin depresif belirtiler olan ana temanın aslında bir öncelik olarak ele alındığına dair çok az kanıt göstermesiydi (Saias ve diğerleri, 2012). Aynı durum, Pro Kind programında çocuğun yaşamının ilk yılında çocuk gelişimi üzerine müfredata özel bir odaklanma dahil olmak üzere, hamilelik sırasında anne sağlığı ve ebeveyn rolü alanında harcanan zamanın nicel analizleri için de geçerlidir. Her iki programda da uygulama güvenilirliği, anneleri sosyal, mali veya pratik sorunları çözmeleri için desteklemeye ilişkin daha acil sorunlar açısından ikinci sırada yer almış gibi görünmektedir. Ev ziyaretleri, ana olarak şu bölümleri kapsayan, ev ziyaretçilere farklı alanlarda tartışmak için öğretim materyalleri ve konuları sağlayan kılavuzlarla yapılandırılmıştır: çocuk sağlığı ve güvenliği, çocuk gelişimi, ebeveyn-çocuk ilişkisi, aile sağlığı ve gelişim.

Tablo 1. Erken Müdahale Programlarının İçeriği (Jungman ve diğerleri, 2017)

Çocuk Sağlığı ve Güvenliği	Çocuk Gelişimi
Doğum öncesi sağlık ve iyi oluş Doğum için hazırlık Aşılama Emzirme ve beslenme Fiziksel aktivite Temel bakım: uyku, banyo, çocuğu giydirme İşitme / Görme Büyümeyi takip etme Hastalık belirtilerini tanıma Bakım kontrollerini teşvik etmek Diş hijyeni Kötü muamele belirtilerini takip etme Çocuk yaralanmaları, yutma / zehir Ev güvenliği genel bakış	Hamilelikteki gelişimi Fiziksel / motor gelişimi Bilişsel gelişim Dil gelişimi Sosyal-duygusal gelişim Mizaç / duygusal düzenleme Beyin gelişimi Gelişmekte olan okuryazarlık Oyun
Ebeveyn-çocuk ilişkisi	Aile Sağlığı ve Gelişimi
Bağlanma belirtilerini tanıma Çocuk ipuçlarını okuma Çocuğun ebeveyni (gerçekçi / gerçekçi olmayan beklentiler) Olumlu ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin teşvik edilmesi	Bakım veren stres ve ruh sağlığı Bakım veren fiziksel sağlıklı doğum sonrası bakım Aile içi şiddet ve aile şiddeti Bakım veren madde kullanımı Sosyal destek Toplum kaynaklarına bağlantı Ebeveyn yaşam boyu gelişimi

İsviçre'de uygulanan ZEPPELIN 0-3 Öğretmenler Olarak Ebeveynler Programı (Parents as Teachers-PAT) insan gelişiminin biyo-ekolojik modeline, öz-yeterlik kuramına ve ebeveyn duyarlılığı kavramına dayanmaktadır. Müdahale programının amacı, yüksek riskli ailelere



ulaşmak için toplum hizmeti altyapısını kullanmaktadır. Ayrıca, erken müdahale ve eğitim (tıbbi, psikolojik ve profesyoneller) ağı üzerinde durulmuştur. Boylamsal çalışma ZEPPELIN 0-3, ev ziyareti programı olan "Öğretmenler Olarak Ebeveynler" programının Almanca uyarlamasını uygulamaktadır ve psikososyal nedenlerden dolayı gelişimsel gecikmeler için risk altındaki çocuğun disiplinler arası erken teşhisini ve erken ebeveyn desteğini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Araştırma teorik olarak Süreç-Kişi-Ortam-Zaman (Process-Person-Context-Time- PPCT) modeline dayalı bir çerçeve içinde kurulmuştur (Bronfenbrenner, 2006). Bu nedenle, ebeveyn, çocuk, etkileşimsel ve bağlamsal özellikler (örneğin, süreç kalitesi, kaynak ağı) kavramın özünü temsil etmektedir. Eğitimli bir ebeveyn eğitmeni (yani, profesyonel olarak eğitilmiş ve ebeveyn danışmanlığında iyi tecrübeye sahip çoğunlukla bir pediatri hemşiresi) iki veya üç haftada bir aileleri düzenli olarak evlerinde ziyaret eder. Ek olarak, ZEPPELIN 0-3 programı aylık grup toplantıları sunar. ZEPPELIN 0-3'ün hedef nüfusu düşük sosyo-ekonomik statüye sahiptir.

Göçmen ailelere de açık bir şekilde değinilmiş ve risk faktörleri ile ilgili kriterleri karşılamaları durumunda, örneğin sınırlı sosyal destek, mali sıkıntı, işsizlik veya ailevi zorluklar dahil edilmiştir. 248 aile dahil edilmiştir ve müdahale veya kontrol grubuna eşit olarak rastgele atanmıştır. Bunlardan 38 katılımcı, taşınma, zaman eksikliği, hastalık veya bildirilmeyen nedenlerle dördüncü ölçüm zaman noktasında (3 yaşındaki çocuk) ayrılmıştır. ZEPPELIN 0-3, yıllık %5'ten daha düşük bir ayrılma oranıyla, ABD'de veya Almanya'da yürütülen karşılaştırılabilir diğer program değerlendirme çalışmalarına göre katılımcı kaybetmeme konusunda daha başarılıdır (Neuhauser, 2014).

Erken müdahalenin etkinliği, boylamsal deneysel bir tasarımda titizlikle değerlendirilir. Çerçeve ve veri materyali, yakınsak süreçlerin ve bunların maliyet-fayda analizleri dahil orta vadeli ve uzun vadeli etkilerinin geniş bir analizine izin verir. Birincil çıktı alanları, 0-3 yaş arası çocukların bilişsel, dil ve sosyal gelişimi ile ebeveyn bakımının kalitesidir. Ek olarak, programın daha fazla etkileyen faktörleri (yoğunluk gibi), aile ve ortam faktörlerinin (sosyal ağ ve alternatif tedavilerin kullanımı gibi) etkiler üzerindeki ilişkisi dikkate alınır. Veri toplama, çocuklar 3 ila 4 aylıkken temel değerlendirme ile başlamıştır ve 12, 24 ve 36 aylıkken devam etmiştir (Lanfranchi ve Neuhauser, 2013). Ön analizler, çocuk gelişimi ölçümleri üzerindeki en büyük etkiyi göstermektedir. Çocuğun dili, bilişi ve davranışı üzerinde küçük ila orta dereceli program etkileri bulunmuştur. Bununla birlikte, dil ve bilişteki avantajlar programın sonuna doğru azalmıştır. Aksine, programın sonuna doğru davranış farklılıkları artmıştır. 36. ayda, hedef gruptaki çocuklar daha az problemlili davranış ve çabalı kontrolde daha yüksek puanlar göstermiştir. Son olarak PAT programı, ebeveyn-çocuk etkileşimini olumlu yönde etkilemiştir.

Kırılgan Aileler için Kuruma Yerleşmeyi Önleyen Yoğun Bakım Programı (P.I.P.P.I)
kötü ebeveynlik ve çocuk ihmeline bağlı sorunlara yanıt vermenin yeni yollarını önererek olumlu ebeveynlik ve çocuğun bütüncül gelişimini ele alan İtalya'da uygulanan bir programdır (Lacharité, 2010). İnsan gelişiminin biyo-ekolojisine uygun olarak (Bronfenbrenner, 2005) çocukların ihtiyaçlarına toplu bir eylemle cevap vermeyi amaçlamaktadır. Çocuk ihmeline yanıt vermeye



yönelik toplu eylem, (1) evde bakım müdahalesini, (2) ebeveyn gruplarını, (3) aile yardımcılarını ve (4) okullar, aileler ve sosyal hizmetler arasındaki iş birliğini kapsar. Birincisi, ev ziyaretleri sırasında uygulayıcılar, sorunlarını çözmek ve davranışlarını değiştirmeye çalışmak için haftada yaklaşık iki kez minimum dört saat harcarlar. İkinci olarak, ebeveynler, yansıtıcı uygulamayı geliştirmek ve ebeveynler arasındaki alışverişi ve etkileşimi teşvik etmek için haftalık veya iki haftada bir grup faaliyetlerine katılırlar. Üçüncüsü, amacı günlük yaşamın somut yönlerinde destek sunmak ve bakım planlama stratejileriyle belirlenen hedefleri pekiştirmek olan her aileye gönüllü bir destek ailesi veya aile yardımcısı sağlanır. Dördüncüsü, çocuğun eğitim kurumu (anaokulu, kreş veya ilkokul) multidisipliner ekibin tam üyesi olmaya davet edilir. Öğretmenler ve ilgili diğer profesyoneller, çocukların sosyal ve duygusal yeterlilikleri öğrenebilecekleri olumlu bir okul ortamını destekleyecek eylemleri (hem bireyselleştirilmiş hem de sınıf temelli) ana hatlarıyla belirtir. Toplamda, 0-14 yaş arası 233 aileden 320 çocuk programa dahil edilmiştir. "Çocuğun etrafındaki ekip", gelecekte ailenin dışında bir yerleştirmeye yol açabilecek çocuk ihmal sorunlarının varlığını paylaşırsa, çocuklar başka bir yere yerleşmeye uygun görülür. Çalışmada müdahaleden önce ve müdahaleden sonra ailelerin durumunu karşılaştırmak için hem nicel hem de nitel değerlendirmeleri (ölçekler ve dokümantasyon analizi) içeren yarı deneysel bir ön-test tasarımı kullanılmıştır (Serbati, 2013). İtalyanca uyarlaması yeni bir ölçme aracı olan Çocuk Dünya Ölçeği (The Child's World Questionnaire-CWQ) kullanılmıştır. Çocuğun koşullarının ve ihtiyaçlarının kapsamlı bir değerlendirmesini yapmak, daha fazla faaliyet planlamak ve zaman içindeki değişiklikleri belgelemek için kullanılır. Genellikle üç tarafı çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarını, ebeveynlik kapasitesini ve 17'ye kadar aile ve çevresel faktörleri temsil eden bir üçgen şeklinde gösterilir (Milani ve diğerleri, 2011). Nihai sonuçlar, programın hesap verebilirliğini izler ve çocuk işleyişinde ve ebeveynlik uygulamaları gibi onun dünyasında meydana gelen değişiklikleri vurgulamıştır. Ölçek ile elde edilen ön test ve son test arasında cesaret verici, olumlu değişiklikler her üç boyutta da meydana gelmiştir. Aile Yeterlilikleri boyutunda, ebeveynlerin kendini gerçekleştirme, rehberlik ve sınırlarında önemli değişiklikler gözlemlenmektedir. Çocuğun İhtiyaçları boyutu için en önemli değişiklikler sosyal beceriler, kimlik, benlik saygısı ve sosyal gelişimin yanı sıra aile ve akran ilişkilerini içerir. Çevresel Faktörler boyutunda, istihdam ve gelirin yanı sıra, ailelerden, arkadaşlardan ve diğer insanlardan gelen destekler ve topluma ait olma ve katılım sağlamada artış gözlenmiştir. Çalışmanın bir sınırlaması, uygulayıcıların işe alımıyla bağlantılı olduğundan, çocukların ve ailelerin atipik örneklem özellikleridir. Bu nedenle sonuçların normalde Çocuk Koruma Sistemine atıfta bulunulan nüfusa genellenmesi imkansızdır. İkinci sınırlama, yarı deneysel tasarımıdır. İlk uygulamada Çocuk Koruma Hizmetleri tarafından sunulan ana akım faaliyetleri takip eden bir kontrol grubu kullanılmıştır. Sonuçlar yalnızca programa katılanlar için önemli bir gelişme göstermiştir (Serbati ve diğerleri, 2016). Sonraki uygulamalarda, uygulayıcıları araştırma faaliyetlerine dahil etme ihtiyacı nedeniyle seçkisiz bir kontrol grubunu dahil etmek imkânsız olmuştur.



BAKIM programı (CARE program) (Browne ve diğerleri, 2006) İngiltere'de uygulanan evrensel bir ev ziyareti programıdır ve çocuk istismarı ve ihmali önlemek için tasarlanmıştır. Toplum sağlığı çalışanlarının (sağlık ziyaretçileri, ebeler ve toplum hekimleri dahil) bebekli tüm ailelerin duygusal ihtiyaçlarının farkına varması ve daha doğru bir şekilde değerlendirilmesi ihtiyacına yanıt olarak geliştirilmiştir. Ebeveyn ile ortaklaşa tamamlanan, çocuk merkezli bir ihtiyaç ve gelişim değerlendirmesine odaklanır.

Program, ebeveyn raporunu ve ebeveyn ile çocuğun doğrudan gözlemini içerir. Ev ziyaretleri belirli bir zaman çerçevesinde gerçekleşir ve oldukça yapılandırılmıştır. Müfredat, İhtiyaç İndeksi'ni kullanarak ailede çocuğa kötü muamele ve istismar riskinin değerlendirilmesini, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'ni kullanarak anne ruh sağlığının tartışılmasını, bebek bağlanma davranışlarının ve ebeveyn davranışlarının gözlenmesini, ek servislere ihtiyaç durumunu ve çocuk gelişim ve iştme testlerini içermektedir. Toplamda beş ev ziyareti yapılır. Bunlar: a. yenidoğan değerlendirmesi / ev ziyareti (doğumdan sonra 10-15 gün) 2) ev ziyareti (4-6 hafta); b. ev ziyareti (3-5 ay), c. klinik değerlendirme / ev ziyareti (7-9 ay), d. ev ziyareti (12 ay). CARE Program Kitabı değerlendirmesinin ayrıntılarını içermesine rağmen, CARE Programı için yayınlanmış hakemli araştırma çalışmaları bulunmamaktadır.

Sağlıklı Çocuk Programı (Health Child Program) (Department of Health, England, 2009), çocuk gelişimi ve çocuk sağlığı konularını bütünleştiren çocuklara ve ailelere hizmet etmeye yönelik entegre bir yaklaşımın parçası olarak çocukların sağlığını ve iyi oluşunu geliştirmeyi amaçlayan bir e-öğrenme projesi ve müfredatıdır. E-öğrenme projesi, Sağlıklı Çocuk Programı-Gebelik ve Yaşamın İlk Beş Yılı programının uygulanmasını destekler ve uygulama için bir standart tanımlar. Bu model, ilerici evrenselciliğe dayanmaktadır ve tüm çocuklara, özel ihtiyaçları ve riskleri olan çocuklar ve ailelere ise ek servislerle hizmet sunmayı amaçlamaktadır. Program obezite, emzirme ve sosyal ve duygusal gelişim gibi halk sağlığı önceliklerine odaklanmaktadır.

Sağlıklı Çocuk programı, evrensel yönergeler (tüm aileler için) ve risk faktörleri olan kadın ve çocuklar için ek kılavuzlar içerir. Program müfredatının temel bileşenleri şunlardır: ihtiyaç ve riskin erken belirlenmesi, sağlık ve gelişim incelemeleri, tarama, sağlığın ve davranış değişikliğinin teşvik edilmesi, obezitenin önlenmesi, emzirmenin teşvik edilmesi ve aileler için diğer uygun önleme programları. E-öğrenme müfredatı çeşitli modülleri ve konuları içerir: program temelleri, iletişim ve kayıt tutma, aile sağlığı, koruma, pozitif ebeveynlik ve ebeveynlik sorunları, gelişim ve davranış, konuşma, dil ve iletişim ihtiyaçları, büyüme ve beslenme, aşılama, sağlığı teşvik etme , tarama ve sağlık ziyareti uygulama modeli. Ebeveynlerin ve sağlık ziyaretçilerinin ev ziyaretlerinin içeriğini takip etmesine yardımcı olmak için Kişisel Çocuk Sağlığı Kaydını (Personal Child Health Record-PCHR) kullanır.

Etkililiği ile ilgili olarak, Sağlıklı Çocuk Programı El Kitabı, sonuç odaklı (çocuklar için ölçülebilen net bir çıktı seti sağlanmıştır) ve kanıta dayalı (Tüm Çocuklar için Sağlık yayını da dahil olmak üzere kanıtların meta-düzey incelemelerine dayanmaktadır) olduğunu belirtmektedir.



Program, bir Danışma Komitesi tarafından gözden geçirilip güncellenir. Kılavuz ayrıca sonuçların yerel sağlayıcılar tarafından toplandığını ve toplanması gerektiğini, ancak çıktı raporlarının yayınlanmadığını ve çevrimiçi olarak mevcut olmadığını belirtmektedir.

Güvenli Bakım programı (SafeCare Programı) (SafeCare, Lutzker ve Bigelow, 2002), çocuk istismarı ve ihmali için geliştirilmiş bir ev ziyareti modelidir. Çocuklara kötü muamele öyküsü olan veya kötü muamele açısından risk faktörleri olan ebeveynler; genç ebeveynler; birden çok çocuğu olan ebeveynler; geçmişte depresyon veya diğer akıl sağlığı sorunları, madde bağımlılığı veya zihinsel engelleri olan ebeveynler; koruyucu ebeveynler; çocukları ile yeniden bir araya gelen ebeveynler; yakın zamanda hapisten çıkan ebeveynler; aile içi şiddet veya yakın partner şiddeti geçmişi olan ebeveynler; ve gelişimsel veya fiziksel engelli çocukların ebeveynleri için tasarlanmıştır.

Güvenli Bakım Programı, 18-20 haftalık bir dönem boyunca her hafta 1-2 saatlik ev ziyaretlerini içerir. Ev ziyaretçileri, yapılandırılmış protokolleri izler ve üç modülde ebeveyn eğitimi sağlar: 1) bebek ve çocuk sağlığı, 2) ev güvenliği ve 3) ebeveyn-çocuk / ebeveyn-bebek etkileşimleri. Her modül 5-7 seansta uygulanacak şekilde tasarlanmıştır. Kullanılan değerlendirmeler, Revize Ev Kazası Önleme Envanteri (HAPI-R) ve Planlanan Faaliyetler Eğitimi (PAT) Kontrol Listesini içerir. Tüm modüller, değişikliği izlemek için temel değerlendirme, müdahale (eğitim) ve takip değerlendirmelerini içerir. Ev ziyaretçileri, her modülde hedef davranışları ele almak için aileleri yedi adımda yönlendirir. Bu adımlar 1) istenen hedef davranışları tanımlama, 2) her davranışın gerekçesini veya nedenini açıklama, 3) her davranışı modelleme, 4) ebeveynlerden davranışı uygulamalarını isteme, 5) olumlu geri bildirim sağlama, 6) yapıcı geri bildirim sağlama ve 7) ebeveynlerin performansını gözden geçirme. Programın uluslararası bir versiyonu şu anda Belarus'ta Uluslararası Çocuk Fonu kapsamında uygulanmaktadır. Uluslararası model, daha sonra kültürel olarak ilgili bileşenlerin eklendiği müfredatın basitleştirilmiş bir versiyonudur. Randomize denemelerde ve yarı deneysel tasarımlarda, Güvenli Çocuk kötü muamele gösteren ebeveynler için tekrar kötü muamele göstermeyi azalttığı bulunmuştur, ancak çocukların gelişimiyle ilgili sonuçlar sunulmamıştır.

II. Literatür taraması. Erken müdahale programlarının çocuk gelişimi üzerindeki etkililiği.

Erken müdahaleyi tanımlamanın çeşitli yolları vardır, en kapsamlı olanlar arasında Rutter, Shonkoff ve Meisels (2000) tarafından Erken Çocukluk Müdahalesi El Kitabı'nda şu şekilde tanımlanmıştır: “çocuk sağlığını ve refahını geliştirme, ortaya çıkmakta olan yetkinlikleri geliştirme, gelişimsel gecikmeleri en aza indirme, mevcut veya ortaya çıkmakta olan engelleri iyileştirme, işlevsel bozulmayı önleme ve uyarlanabilir ebeveynliği ve genel aile işlevini teşvik etme amacıyla doğumdan 5 yaşına kadar çocuklara sağlanan multidisipliner hizmetler” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımdan yola çıkarak çocukların sonuçlarını iyileştirmek ve uyarlanabilir ebeveynliği ve genel aile işlevini desteklemek için birçok program veya müdahale geliştirilmiştir.



Çeşitli incelemeler (Kohli-Lynch, Tann ve Ellis, 2019, Peacock, Konrad, Watson, Nickel ve Muhajarine, 2013, Jungmann ve diğerleri, 2017, Hanson ve Lynch, 1995; McCollum ve Maude, 1993) farklı erken müdahale programlarının etkililiğini araştırmaya çalışmıştır ve tümü, engelli çocuklar ve risk altındaki çocuklar için erken müdahalenin başlıca faydalarını vurgulamıştır. Ancak, tüm çalışmalar ve incelenen tüm programlar müdahalelerin etkinliği açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermemiştir. Erken müdahale programı (EMP) fikrini destekleyen en yaygın argümanlar arasında, erken çevresel uyarımın daha sonraki gelişimi ve öğrenmeye hazır olmayı olumlu bir şekilde kolaylaştırabileceği inancı bulunmaktadır (Gargiulo ve Kilgo, 2004). Dahası, erken çevresel uyarılma fikri, çocuğun daha sonra daha karmaşık beceriler kazanması için müdahalenin hayati önem taşıdığı erken çocukluk döneminde bazı kritik dönemlerin olduğu bilinmesi gerçeğiyle de desteklenmektedir (Walker ve diğerleri, 2011). Diğer bir önemli varsayım, erken müdahalenin, ciddi bir işitme kaybının konuşma ve dil gelişimi üzerindeki etkisi gibi belirli bir engellilik durumunun etkisini en aza indirebileceği ve muhtemelen komorbiditelerin ortaya çıkmasını önleyebileceği veya hafifletebileceğidir. Hemen hemen her EMP aynı zamanda özel ihtiyaçları olan veya risk altındaki çocukların ailelerini de hedefler çünkü bu çocuklar ebeveynler veya bakım verenler için birçok yeni zorluk ve sorumluluk getirir ve bu da ailenin tüm yapısını etkiler. Bu, EMP'nin uygulanması için başka bir gerekçeyi temsil etmektedir; profesyoneller ebeveynlerle ortaklıklar geliştirebilir ve onlara gerçek bilgiler, sosyal ve duygusal destek ve gerekirse özel eğitim sağlayarak yardımcı olabilirler. Toplumsal bakış açısından, EMP'nin uygun maliyetli olduğu kanıtlanmıştır, bu da ileri yaşlarda özel eğitim hizmetlerine veya diğer müdahale hizmetlerine olan ihtiyacın azalması anlamına gelmektedir.

Sonuç olarak, engeli olan çocuklara ve risk altındaki çocuklara erken müdahalenin öncelikle çocuk ve sonra aile ve toplum için kesin avantajları vardır. EMP, özel ihtiyaçları olan küçük çocuklar için yaşam kalitesinde önemli bir fark yaratabilir. Aslında, daha sonraki sorunları önlemek için bir strateji olarak erken müdahale neredeyse sağduyu haline gelmiştir (Kammerman, 2000). Gomby (2005) çok kapsamlı bir derlemede erken müdahale programları kadar erken ev ziyaretlerine ilişkin on iki meta analizi incelemiştir. Ev ziyaretinin etkinliğini araştıran çalışmalar, tipik olarak standartlaştırılmış testler kullanarak çocukların gelişimini değerlendirmiştir ve bu nedenle sonuçları istatistiksel bir yaklaşım kullanılarak karşılaştırılabilir. Sonuçlar karışıktır ve ana sonuç, merkez tabanlı erken çocukluk eğitimi hizmetlerinin ev ziyareti ile birleştiğinde, bilişsel gelişimde tek başına ev ziyareti hizmetlerinden daha büyük ve daha uzun süreli faydalar sağlaması olarak belirtilebilir. Annelerin sonuçlarına ilişkin olarak, incelenen on iki meta-analizden yalnızca üçü (Geeraert, Van den Noortgate, Grietens ve Onghena, 2004; Layzer, Goodson, Bernstein ve Price, 2001; Sweet ve Appelbaum, 2004) annelik yaşamının en az bir alanında önemli olumlu etkiler bulmuştur.

Peacock ve diğerleri (2013) tarafından geliştirilen sistematik derlemede, 21 çalışmada profesyonel ev ziyareti programlarının etkinliğini analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, paraprofesyonelleri kullanan erken müdahale ev ziyareti programlarının, anne çıktıları söz konusu



olduğunda, sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı aileler üzerinde genellikle önemli etkilere sahip olmadığını, azalan sert ebeveynlikte bazı gelişmeler olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, küçük çocukların dil, bilişsel ve motor alanlarında az düzeyde gelişmeler gösterdiği bulunmuştur. Bununla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bulgular, önemli olanlardan çok daha fazladır.

Sweet ve Appelbaum (2004), meta-analizlerine, 1965'ten beri Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen 60 ev ziyareti programını dahil etmiştir. Dahil edilen tüm çalışmalar deneysel veya yarı deneysel çalışmalardır. Vardıkları sonuç, temel olarak bireysel ev ziyareti programlarının faydasını değerlendirmedeki zorluklardan dolayı, ev ziyareti programlarının bir bütün olarak faydasının açıkça ifade edilemeyeceğidir. Meta-analize dahil edilen çalışmalar, en büyük etki genç yaşta anneler olmak üzere anne eğitimi üzerinde önemli bir etki göstermiştir. Meta-analize dahil edilen 60 çalışmanın 5'i anne eğitimi, yedisi istihdam ve üçü kamu yardımı ile ilgili sonuçları sunmaktadır ve 41 çalışma çocuk bilişsel gelişimini araştırmaktadır ve 37 çalışma ise çocuk yetiştirme üzerindeki etkileri araştırmaktadır.

Araştırmacılar, iyi tasarlanmış EMP'nin amaçlarına göre küçük düzeyde olumlu sonuçlar ürettiğini tutarlı bir şekilde gösterebilmişlerdir (Yousafzai, Lynch ve Gladstone, 2014; Zigler, 2000). Son sistematik incelemeler (Jungmann ve diğerleri, 2017; Kohli-Lynch, Tann ve Ellis, 2019, Peacock ve diğerleri, 2013,) çocukların sonuçları için erken müdahale programlarının önemli ancak küçük olumlu etkilerini göstermektedir. En çok araştırılan yaklaşım, risk altındaki ailelerin ihtiyaçlarını, başka türlü erişemeyecekleri hizmetler ve destek sunarak ele almaya çalışan ev ziyareti programlarıdır. EMP'nin etkililiğini ölçen çalışmaların sonuçları genellikle iki farklı kategoriye ayrılır: anne sonuçları (çıktıları) ve çocuk sonuçları (çıktıları). İncelememizde, çoğunlukla EMP'nin etkinliğini gösteren daha yeni çalışmalara ve çocukların dil, bilişsel, davranışsal ve motor düzeyi gibi sonuçlarına odaklanacağız. Gelişimsel sonuç açısından psikomotor gelişim, bilişsel gelişim, çocuk davranışı ve dil gelişimine atıfta bulunulur. Dezavantajlı aileler, kötü ekonomik koşullarda yaşayan, sosyal yardım alan veya ailenin ihtiyaçlarını karşılamak için yetersiz gelire sahip sosyal açıdan yüksek riskli aileler olarak kabul edilir. IDEA'ya (1997) göre engelli çocuklar şu kategorileri içerir: otizm spektrum bozukluğu olan çocuklar, zihinsel engelli, işitme engelli (sağırılık dahil), görme engelli (körlük dahil), ortopedik engelli, çoklu engelli çocuklar, duygusal bozuklukları olan çocuklar, öğrenme güçlüğü olan çocuklar, konuşma veya dil bozuklukları olan, travmatik beyin hasarı olan ve gelişimsel gecikmeler yaşayan çocuklar.

PubMed, Ebsco, ProQuest ve Google Scholar, yüksek risk altındaki veya gelişimsel engelli olan çocuklara yönelik erken müdahale üzerine yapılan araştırmalar için incelenmiş ve ilgili diğer çalışmaları belirlemek için kartopu referansı kullanılmıştır. Randomize kontrollü çalışmalar veya bir EMP'yi değerlendiren bir kontrol grubu dahil yarı deneysel çalışmalar olan makaleler dahil edilmiştir. Makalelerin araştırılması için kullanılan terminoloji şudur: erken müdahale VE engelli çocuklar, erken müdahale VE risk altındaki çocuklar, ev ziyareti VE engelli çocuklar, ev ziyareti

VE risk altındaki çocuklar. Risk altındaki veya engelli çocuklar için erken müdahalenin etkililiğini test eden ve çocukların sonuçlarının sunulduğu tüm klinik deneyleri araştırdık. Çalışmalar, en az 1 yıl süren, ulusal bir program olan ve ABD veya Avrupa Ülkelerinde uygulanan bir EMP'nin etkinliğini analiz etmek zorunluluğunu içermiştir.

Şu dahil edilme kriterleri dikkate alınmıştır: a. çalışma tasarımı b. problemin amacı c. çalışma grubu detayları d. müdahale türü e. bulgular f. çalışmanın sonuçları. Veri seçme, katılımcıların özelliklerini, müdahaleyi (teorik model, süre ve yapı), sonuçları (dil, psikomotor, çocuk davranışı) ve çalışmaların kalitesini içermektedir.

Birleşmiş Milletler							
Yazar	Örneklem	Evren	Müdahale Programı		Sonuç (Çıktı)	Süre	Bulgular
Caldera vd. (2007)	325	Risk altındaki aileler	Sağlıklı Alaska	Aileler	Dil Psikomotor Çocuk davranışı	2 sene	İçselleştirme ve dışsallaştırma ölçeğinde daha iyi sonuçlar
Kartin (2002)	78	Madde bağımlısı anneler	Seattle	Doğumdan 3 yaşına	Psikomotor Bilişsel Çocuk davranışı	3 sene	Anlamli olmayan farklılıklar
Nair vd. (2003)	161	Madde bağımlısı anneler	Bebek Gelişimi	Sağlıklı ve	Dil Psikomotor Bilişsel	2 sene	Psikomotor gelişimde daha iyi sonuçlar
Love vd. (2005)	3001	Sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı aileler	Erken Head Start		Dil Psikomotor Bilişsel Çocuk davranışı	3 sene	Anlamli farklılıklar
Drotar vd. (2014)	464	Sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı aileler	Öğrenmek için doğmuş (Born to Learn-BTL)		Dil Psikomotor Bilişsel Çocuk davranışı	3 sene	Anlamli olmayan farklılıklar



Avrupa						
Yazar	Örneklem	Evren	Müdahale Programı	Sonuç (Çıktı)	Süre	Bulgular
Cupples vd. (2011)	343	Sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı aileler	Adı yok	Psikomotor Bilişsel	1 sene	Anlamli olmayan farklılıklar
Dugravie r vd. (2013)	440	Çoklu risk faktörlerine sahip kadınlar	CAPEDP	Çocuk davranışı	2 sene	Anlamli olmayan farklılıklar
Jungman vd. (2015)	755	Sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı aileler	Pro Kind	Dil Bilişsel Çocuk davranışı	2 sene	Bilişsel gelişimde anlamli bulgular
Lanfranchi ve Neuhauser (2012)	248	Sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı aileler	ZEPPELIN 0-3 (Ebeveyn Katılımlı Zürih Önleme Projesi)	Dil Psikomotor Bilişsel Çocuk davranışı	2 sene	Dil ve bilişsel gelişimde ve çocuk davranışında anlamli bulgular
Serbati vd. (2016)	322	Sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı aileler	P.I.P.P. (Kuruma Yerleşmeyi Önleme Müdahale Programı)	Çocuk davranışı	1 sene	Çocuk gelişiminde daha iyi sonuçlar
Cote vd. (2019)	233	Sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı anneler	Yaşam için Hazırlanma (Prepare for Life-PFL)	Dil Bilişsel Çocuk davranışı	4 sene	Yüksek düzeyde dil ve bilişsel gelişim
Schaub vd. (2019)	73	Yüksek riskli aileler	Öğretmen olarak Ebeveynler (Parents as Teachers-PAT)	Dil Psikomotor Bilişsel Çocuk davranışı	3 sene	Anlamli bulgular



Seçilen 12 çalışmadan elde edilen verileri analiz ederken, sonuçların hem ABD programlarında hem de Avrupa programlarında karışık olduğunu keşfettik. Seçilen tüm çalışmalar, erken müdahalenin etkinliğinin araştırıldığı büyük klinik çalışmalardır. Programlar en az bir yıldan en fazla 3 yıla kadar uygulanmıştır, ancak olumlu sonuçları çalışmaların süreleri ile ilişkilendiremedik. Bu nedenle incelememizin çelişkili sonuçlar ortaya çıkardığını söyleyebiliriz. Çalışmamızı ve yayınlanan diğer incelemeleri göz önünde bulundurarak (Gombi, 2005; Hanson ve Lynch, 1995; Jungmann ve diğerleri, 2017; Kohli-Lynch, Tann ve Ellis, 2019; McCollum ve Maude, 1993; Peacock ve diğerleri, 2013), bir bütün olarak, makaleler, özellikle istatistiksel anlamlılık ve klinik anlamlılık arasında ayırım yapıldığında, erken müdahaleler için olumlu sonuçlar göstermektedir. Bu, neredeyse tüm durumlarda çocukların yeteneklerinde bazı gelişmeler olduğu anlamına gelmektedir, ancak küçük örneklem, standartlaştırılmamış ölçümler ve yüksek ayrılma oranı nedeniyle bu etki istatistiksel olarak kanıtlanamamıştır.

Erken müdahale programlarının etkililiğini değerlendirirken dikkate alınması gereken bir diğer önemli husus, çocuk gelişimi için üç 'düzey' müdahale desteğinin olmasıdır: a) 0 ila 5 yaş arası tüm çocuklara hitap eden daha geniş bir şekilde toplum tarafından sunulan evrensel programlar (örneğin politika yoluyla); b) Gelişimsel gecikme riski olan veya engeli olan çocuklar için 'hedeflenmiş' müdahale programları (örneğin, genç annelere ev ziyaretleri) ve c) özel ek ihtiyaçları olan çocuklar için özel müdahaleler (örn. engeli olan çocukların bakım verenleri için toplum temelli gruplar). Klinik araştırmaların çoğu birinci düzeyi hedeflemektedir, bu nedenle ikinci ve üçüncü düzey müdahale türü için kanıt bulmak daha zordur. Bir yandan, metodolojik olarak sağlam deneyler yürütmenin önünde birkaç engel vardır. Araştırma literatürünün yorumlanmasındaki olası sorunlar, esas olarak bağımlı ölçümlerin uygunluğuyla ilgilidir; kontrol gruplarının olmaması, küçük örneklem boyutları; uygun olmayan örneklem seçme prosedürleri; uygun olmayan istatistiksel teknikler; uygulamanın yetersiz dokümantasyonu; değerlendirme araçlarının geçerliliği; ve belirli popülasyonlar içindeki çeşitlilik. Diğer yandan ise erken çocuk gelişimini hedefleyen programlarda daha büyük bir sorun var çünkü bu programların bağlamsal adaptasyonu, çocuk gelişiminin belirleyicileri birden çok sektörü kapsadığından çoğu sağlık programından daha karmaşıktır (Cavalerra ve diğerleri, 2019). Buna göre, insan kaynakları başarılı tasarım ve uygulama için kritik olarak görülmektedir; müfredat, uygulama politikaları ve etkilerin değerlendirilmesi her EMP'nin önemli unsurlarıdır. Yukarıda belirtilenlerin tümü, hizmet kalitesini büyük ölçüde etkiler ve çocuklar için sonuçlar ve araştırmacıların tüm pragmatik sorularına cevap vermeyi zorlaştırır. Ancak erken müdahale araştırması durağan değil, devam eden bir süreçtir. Bu tür çalışmalar, araştırmacılara, politika yapıcılara ve eğitimcilere, özel ihtiyaçları olan bebeklere, yeni yürümeye başlayan çocuklara ve okul öncesi yaştaki çocuklara ve ailelerine fayda sağlayan yeni modeller, programlar ve hizmetler geliştirme arayışlarında yol gösterebilir.

Etkililik değerlendirmelerinin yapılmasındaki kronik sorunlara rağmen, erken müdahalenin özel ihtiyaçları olan küçük çocukların hayatlarında fark yarattığı kanısındayız. Erken çocukluk özel eğitimi alanının, erken müdahalenin işe yarayıp yaramadığı (işe yaradığına



inıyoruz) küresel sorunun ötesine geçerek daha kesin araştırma yollarına doğru ilerlediği görülmektedir: kim için, hangi koşullar altında ve hangi sonuçlara doğru. Bu nedenle, önceki araştırmacıların belirttiği gibi, tartışmanın artık erken müdahale sağlayıp sağlamayacağına değil, *“bunun yerine çocukların ve ailelerin ne kadar ve ne tür müdahale hakkına sahip olduğu”* ile ilgili olduğuna inanıyoruz (Bailey, 2000; s. 74). Alanın karşı karşıya olduğu başlıca görev, hangi erken müdahale programlarının en iyi şekilde çalıştığını ve maksimum fayda sağlamak için hangi unsurların açıkça gerekli olduğunu belirlemektir (Zigler, 2000).

III. Erken çocukluk gelişimi. Görme engelli (GE) ve çok engelli görmeyenlerin (ÇEG) özellikleri, gelişim, değerlendirme ve müdahale uygulamaları

III. 1. Erken çocuklukta gelişimin özellikleri

Doğumda, nöron sayısı, insanın yaşamı boyunca sahip olacağı nöron sayısıyla yaklaşık aynıdır. Yaşamın ilk aylarında sinaps sayısı uyarıcı bir ortam bağlamında (Tavris ve Wade, 1997), ve sosyal ve duygusal uyarımın varlığı ve sıkıntı faktörlerinin yokluğunda dramatik bir şekilde artar. Yaşamın ilk iki yılı, çevresel uyarıcıların yüksek düzeyde alınabilmesiyle ve yüksek bir nöroplastisiteyle işaretlendiğinden, bir çocuğun gelişiminde çok önemlidir.

Beyin gelişiminin yanı sıra, tüm vücut yapılarının artan fiziksel gelişimi ilk yılların özelliğidir. Her çocuğun özelliklerine ve gelişimin gerçekleştiği bağlama bağlı olarak kendi gelişim hızı vardır.

Algısal gelişim

Doğumda, beyin gibi gözler de iyi gelişmiştir ve doğumdan yetişkin yaşına kadar kendi boyutlarının 20 katına kadar büyüeyebilen diğer segmentlere kıyasla sadece 3 ila 4 kat büyür (Slater, 2004). Doğumda periferik retina iyi gelişirken, merkezi kısım (maküler bölge) daha az gelişmiştir ve önemli değişikliklerden geçmektedir. Doğumda çeşitli görsel beceriler mevcuttur: kenar algılama ve ayırt etme, boyut ve rengin erken görsel ayrımı, kontrast ayrımı, gölgeler, karmaşık desenler, derinlik algısı (Tavris ve Wade, 1997). Yenidoğanın dünyası tam bir kafa karışıklığından uzaktır, birkaç algılama becerisi doğumda zaten mevcuttur, örneğin: bir sesin algılanması ve sese karşı ürkütücü bir tepki, kaynağa dönme, insan sesini diğer işitsel uyarlardan ayırma, koku alma ayrımcılık, tatların farklılaştırılması (tuzlu ve tatlı), belirli tatlar için tercih. Bu becerilerin gelişimi, insan için yaşam boyu uyarlanabilir bir değer taşır, bu nedenle görme ve / veya işitme bozuklukları söz konusu olduğunda, çocuk gelişimi olumsuz yönde ciddi şekilde etkilenebilir.

Tablo 1. Nesne algılama/algısı gelişiminde kilometretaşları (Kellman, 1996)

Algılama Becerisi	Bilginin Kaynakları	Yaş
Çevre,şekil algılama	-ışık, kromatik süreksizlikler;	Yeni
Çevrit/Bir biçim ya da nesnenin kıyılarını belirleyen çizgi	- dokunsal gelişim /tutma	12 aylık
Çevre sınıflandırması / sınırlandırma	-görsel genişleme;	7 aylık
	- dokunsal gelişim /tutma; -bağlı hareket -derinlikli süreksizlikler	12 aylık

	-parlaklık, kromatik süreksizlikler;	16 aylık
<i>Bütünlük oluşumu</i>	-olağan hareketler	16 aylık
	-ağız kombinasyonu;	36 aylık
<i>Üç boyutlu algılama</i>	-hareket sayesinde yapının	16 aylık
	-biyolojik hareketler	20 aylık
	-bir ya da birden çok statik algılama ;	40 aydan sonra
<i>Boyut algılama</i>	-derinlik;	Yeni
	-uzaklığa bağlı olarak büyüklük ölçme;	doğmuş
<i>Madde algısı</i>	-sabit, sabit olmayan hareket	12 aylık
	-doku	36 aylık

İşitsel algı, insan işitme sistemi anatomik ve fizyolojik olarak doğumdan önce bile tam olarak geliştiğinde doğumdan itibaren gelişir (Fernald, 2004). Anne karnında insan sesine maruz kalma, erken sosyal gelişim ve dil gelişimi için faydalıdır. İşitsel bilgi, dilin anlaşılması için kullanılır ve dille ilgili erken deneyimler, işitsel bilginin erken organizasyonuna katkıda bulunur ve çocuğun zihnini daha sonra dili anlamaya hazırlar.

Tablo 2. Duyma ve dilsel gelişim

Duyma ve anlama		Sözlü Dil	
<i>Yaş</i>	<i>Özellikler</i>	<i>Yaş</i>	<i>Özellikler</i>
<i>0 – 3 ay</i>	Yüksek seslere şaşırır; Konuşulduğunda gülümser; Ebeveyn sesini tanıyor gibi görünüyor ve konuşulduğunda sessiz kalır; Sese yanıt olarak emme artar veya azalır.	<i>0 – 3 ay</i>	Hoş sesler çıkarır; Farklı ihtiyaçları işaret etmek için farklı ağlar; Tanıdık bir kişi gördüğünde gülümser;
<i>4 – 6 ay</i>	Gözleri seslere doğru hareket ettirir; Değiştirilmiş ses tonlarına yanıt; Ses çıkaran oyuncakları gözlemler; Müziğe dikkat eder.	<i>4 – 6 ay</i>	Birçok farklı ses de dahil olmak üzere konuşulan dile benzer babıldama: p, b m; Sevinç ve zevk seslendirir; Yalnız bırakıldığında ve bir kişiyle oyunarken ses çıkarır.
<i>7 ay – 1 yaş</i>	Ceee oyunları sahiptir; Döner ve ses yönünde bakar; Konuşulduğunda dinler;	<i>7 ay – 1 yaş</i>	Babıldama uzun ve kısa ses gruplarını içerir: anne, baba;



	Tanıdık nesnelere ifade eden kelimeleri tanıtır: ayakkabı, bardak, meyve suyu; İsteklere cevap vermeye başlar.		Dikkat çekmek için konuşma ve sesleri kullanır; Farklı sözel sesleri taklit eder; Bir veya iki kelime telaffuz eder: baba, anne, güle güle, bazen net olmasa da.
1 – 2 yaş	Adlandırılmış bir kitaptaki görüntüleri gösterir; Vücut kısımlarını sorulduğunda gösterir.	1 – 2 yaş	Daha fazla kelime söyler; Bir veya iki soru formüle eder (anne nerede?); Anlamlı bir şekilde iki kelime ekler: baba hayır, Amy güle güle; Kelimenin başında birçok ünsüz telaffuz eder;
	Basit talimatları takip eder ve basit soruları anlar (öpücük ver, anne nerede?) Basit hikayeleri, şarkıları ve şiirleri dinler.		
2 – 3 yaş	Anlam farklılıklarını anlar (Yukarı / Aşağı, açık / içinde, küçük / büyük); İki eşzamanlı talimat takip eder (Bir bardak alın, masaya koyun).	2 – 3 yaş	Herhangi bir nesne veya eylem için bir kelime vardır; Bir şeyler hakkında konuşmak ve sormak için 2-3 kelime önermeyi formüle eder; Konuşma çoğu zaman yakın insanlar için anlaşılabilir; Genellikle nesnelere dikkat çeker veya yönlendirir, onları adlandırır.

Dil gelişimi

İnsan dilinin karmaşıklığı yaygın olarak kabul edilmektedir ve sosyal-duygusal bağlamın önemi, dilin edinilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Veneziano (2000), dil gelişimi için çocuk ve çevresindeki önemli kişiler arasındaki sosyal bağlamın ve etkileşimin önemini altını çizmektedir. Dil ediniminde birkaç deneyim önemlidir:

1. *Ortak dikkat*- Bir nesneye ortak odak, anne bakıp işaret ederek çocuğun dikkatini bir nesne hakkında konuşurken ona yönlendirebilir ve çocuğun kelimelerin anlamını çıkarmasına izin verebilir;
2. *Konuşma etkileşimi*-anne ve çocuk arasında kurulan izlerlikli konuşma kalıpları karşılıklı etkileşimlere, anne ve bebek arasında bir diyalog kurulmasına katkıda bulunur ve taklit oyun yoluyla ilk sözcüksel öğelerin gelişimi üzerinde önemli etkiler sağlar;
3. *Çocuk yönlendirmeli dil*- anneler çocuklarına hitap etmek için yüksek sesle, abartılı tonlamayla, sınırlı basit kelime hazinesiyle (daha az üçüncü şahıs zamirleri, kısa sözler, birkaç besteli formlar), şimdiki zamana odaklanmış, daha fazla tekrar, yeniden ifade etme, çocuğun sözlerinin/ifadelerinin uzantılarını içeren eklemeli dil kullanırlar. Anneler, çocuğun yeterliliklerini önceden tahmin ederek kendi dillerini çocuğun anlama düzeyine uyarlar.



Konuşma ve etkileşimsel fenomenler, çocuğu dil ediniminde destekleyen çeşitli özellikler içerir. Annelerin, çocuğun sözlü ifadelerine anlamsal olarak olası tepkileri, dil ediniminde önemli bir role sahip olan ikisi arasındaki etkileşimin temelini oluşturur (Veneziano, 2000).

Algısal beceriler, çocuğun yaşamının başlangıcından itibaren dil gelişimine katkıda bulunur ve algısal işleme mekanizmaları, eğer doğumdan itibaren işlevsel ise, dilin tipik prozodik ve fonolojik özellikleriyle modüle edilen bir sistemde düzenlenir (Bertoncini, de Boysson-Bardies, 2000). Kelime öğrenimi, çocuğun kelimelerin akustik sinyalini yapılandırmasına, bu sinyalleri her dilin işlevsel birliğine göre gruplandırmasına ve kelimeleri bölümlere ayırmasına izin veren doğuştan gelen algılama kapasitelerine dayanır.

İlk vokal seslerin üretimi doğumdan sonraki ilk haftalarda başlar, ancak çocuk sadece yaklaşık 5 aylıkken fonasyonu kontrol etmeyi başarırken, ifade kontrolü yaşamın ilk yılının ikinci yarısında elde edilir. Bertoncini ve de Boysson-Bardies'e (2000) göre, yaşamın ilk yılında sözlü üretimin kilometre taşları Tablo 3'te sunulduğu gibidir, ancak bireylerarası farklılıklar bu aşamaları derinden işaret etmektedir.

Tablo 3. Yaşamın ilk yılında sözlü ifadeler (Bertoncini, de Boysson-Bardies, 2000, s. 116) Ay Özellikleri

Ay	Özellikler
1	Kesintisiz fonasyon, ağlama, vejetatif sesler;
3	Soğutma, gırtlaksı yapımlar, gülme;
4	Çeşitli vokal oyunları, velar yapımları;
5	Fonasyon kontrolü, ses üretimi;
7	Gevezelik, kanonik formlar kopyalanır;
10	Çeşitli hece kombinasyonları;
11	Proto-kelimeler;
12	İlk kelimeler

Babıldama, seslerin algılanmasıyla bağlantılıdır, bu nedenle sağır çocuklarda görünmez. Dil edinimi, önkoşul olarak bilişsel kapasitelere dayanmaktadır, dil ve sosyal-kültürel bağlama, sosyal rutinelere ve diğerlerinden duygusal indekslere bağlıdır. Pragmatik ve söylemsel bağlamlar, ilk kelimelerin edinilmesinde önemli bir role sahiptir (Bassano, 2000). (Bassano, 2000).

Bilişsel gelişim

Bebekler ve küçük çocuklar, anne karnındaki yaşamdan başlayarak hızla gerçekleşen bir süreç olan çevrelerini keşfetmek ve öğrenmek için çok zaman harcarlar. Piaget'e (1929, 1960, 1952, Tavis ve Wade, 1997) göre bebekler ve küçük çocuklar, duyuşsal bilginin vücut hareketleri ile koordinasyonu ve somut eylemler yoluyla öğrenme ile karakterize edilen duyuşsal-motor entelektüel gelişim aşamasındadır: bakma, dokunma, duyma, ağızla keşfetme, emme, kavrama.



Zamanla, çocuk çevreyi aktif olarak keşfettikçe ve belirli hareketler ile sonuçları arasındaki nedensel ilişkileri keşfettikçe hareketler hedefe yönelik hale gelir.

Bu aşamadaki en önemli kazanımlardan biri, 6 aylık civarında başlayan ve 1 yaş civarında tam olarak kazanılan nesne sürekliliğidir. Bu yeteneğin kazanılmasından sonra çocuk, bir nesne/kişi görüş alanından ya da ulaşılabilir alandan çıksa/kaybolsa bile nesnenin veya kişinin varlığını halen sürdürdüğünü kavrar.

İşlem öncesi aşamada (2 ila 7 yıl), yetişkin davranışını taklit ederek, oyunda sembollerin ve dilin artan kullanımı, büyümlü düşünce, benmerkezcilik geliştirilmektedir. Empati ve perspektif alma 3-4 yaşlarında ortaya çıkmaya başlar.

Sosyal ve duygusal gelişim

Yaşamın ilk yıllarında çocuğun gelişimi hızlıdır ve ilk iki yılın sonunda zengin bir duygusal ifade ve duygu repertuarına sahiptir. Duygular uyarlanabilir, içsel ve sosyal süreçleri düzenlerken, çocuk ile yetişkin arasındaki duygusal ilişkiler, duygusal güvenlik, çocuk ile çevresi arasında sağlıklı ilişkilerin kurulmasını belirler.

Duygular ilişkisel ve işlemseldir, çocuk ve çevre arasındaki ilişkiden ve davranışların düzenlendiği mesajların iletilmesinden kaynaklanır. Algısal farklılaşma ve bütünleşme, duygusal gelişimde önemli bir role sahiptir. Yaşamın 4 ila 6 haftası arasında, işitsel uyarıma bir tepki olarak sosyal gülümseme, ardından görsel uyarılma (nesne hatlarının, insan yüzlerinin taranması, ardından alışkanlığın ardından nesnelerin içlerinin taranması) elde edilir. Bu yaştan sonra çocuk daha çok yüz özelliklerini işleyebilir, duygusal ifadelerin yüz gestaltlarının prototiplerini oluşturabilir ve bunları ayırt edebilir (Bargh ve Chartrand, 1999).

Başkalarının duygusal ifadelerine duyarlılık, çocuğun yüz ifadelerini taklit edebildiği yaşamın ilk saatlerinden itibaren kendini gösterir. Çocuk ve yetişkin arasındaki ilişkide taklitin rolü göz önüne alındığında, Gopnik ve Meltzoff (1997, Witherington, Campos ve Hertenstein, 2004) bunu empati, ahlak ve toplum yanlısı davranışların gelişiminin temeli olan “zihinlerin buluşması” olarak değerlendirmiştir.

Başlangıçta, yenidoğan tek bir duygu, yaygın bir uyarılma durumu gösterebilir. Yaklaşık 4 hafta sonra, sıkıntı heyecandan ayırt edilir, 6 hafta sonra sevinç ortaya çıkar insan yüzüne benzer herhangi bir uyarana yönelik sosyal gülümsemeler sayesinde, 4 ayda öfke sıkıntıdan farklı olarak, 6 ayda öfkeden iğrenme ve 8 ayda korku kazanılır. Yenidoğanın ilk farklılaşmamış durumundan, kademeli bir süreçle farklılaşma, duygusal gelişim ortaya çıkar (Witherington, Campos ve Hertenstein, 2004).

Anne-çocuk etkileşimi, gerekli korumayı sağlayarak duygusal gelişimde önemli rol oynar. Anne-çocuk etkileşiminin temel işlevleri şunlardır:

- Öznelerarasılık- başkalarının kendisiyle ilgili davranışları için sosyal ilişkileri, beklentileri ve beklentileri anlama (Trevvarthen, 1993);



- Bağlanma gelişimi- güvenlik duygusu, annenin çocuğun duygusal sinyallerine tepki verme, duygusal ve fizyolojik ihtiyaçlarını karşılama yeteneği (Bowlby, 1969);
- Dil edinimi- duygusal ifadelerin paylaşımı, deneyimlerin paylaşılması, ortak ilgi (Butterworth, 2004);
- Duygusal gelişim- yüz ifadeleri, seslendirme, dokunma, eğlenceli etkileşimler, duygusal düzenleme yoluyla çocuğun duygusal ifadelerine annenin desteği.

Fiziksel temas, çocuğun sosyal ve duygusal gelişimi için olduğu kadar genel gelişimi ve hatta engelli çocukların rehabilitasyon süreci için de gereklidir (Stack, 2004). Ayrıca, çocuk ve bakıcı arasında güvenli bir bağın gelişmesinde fiziksel temas önemlidir. Bağlanma güvenliği duygusu, kişinin kendine ve başkalarına olan güveninin yanı sıra bilişsel gelişim için de bir temel teşkil eder. Güvensiz çocukların paradoksal tepkileri vardır: tutulmak için ağlayabilirler, ancak ihtiyaçları karşılandığında protesto ederler, bakıcılarıyla saldırganlaşabilir, rahatlama çabalarına direnebilirler (Tavris ve Wade, 1997).

III. 2. Görme engeli, çok engelli görmeyen ve ikili duyuşsal engelin (Görme-işitme engeli) gelişimsel etkileri

Küçük bir çocuğun sosyal etkileşimleri ve erken ilişkileri, erken sosyal-duyuşsal gelişim, iletişim / dil gelişimi ve bilişsel gelişim üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Sosyal ilişkiler geliştirmenin ve deneyimlere katılmanın doğal seyri, bir çocuk ek engellerin yanı sıra görme yetersizliği ve/veya işitme kaybı yaşadığında bozulabilir. Bu tür durumlarda, çocuğun sağlıklı sosyal-duyuşsal, iletişim ve kavram gelişimini teşvik eden müdahalelere özel önem verilmelidir.

Görme, her çocuğun gelişim ve öğrenme sürecinde kritik bir rol oynamaktadır. Görmesi etkilenen veya işlevsiz olan bir kişi, uyum sağlamak için strateji ve araçlardan faydalanmak için diğer duylara güvenmelidir. Ortam, görme engelli veya görmeyen çocuğa işitme, dokunma ve hareket kullanarak bilgiye en uygun erişimi sağladığından emin olmak için değerlendirilmelidir. Görme engelli veya görmeyen çok engelli çocuğa, Braille, işitsel açıklama, oryantasyon ve hareketlilik eğitimi ve öğrenme kavramlarının dokunsal temsilleri yöntemleri yoluyla engele sahip olmayan akranlarıyla öğrenmeye aynı erişim sağlanmalıdır (Durando, Chen, ve Petroff, 2017).

Görme yetersizliği sosyal ve duygusal gelişimi, dil gelişimini, bilişsel gelişimi ve hareketliliği ve yönelimi etkiler. Bu nedenle, görme yetersizliği olan bir çocuk büyük olasılıkla adaptasyon, öğrenme ve çevresi ile etkileşimde sorunlara maruz kalır. Çevresel uyum açısından çocuğun ihtiyaçlarına duyarlılık ve aynı zamanda akranları, yetişkinler ve çevresi ile uyarlanmış etkileşimler, çocuğun optimal gelişimi için çok önemlidir (Farrell, 2009).

İşitme yetersizliği veya azalmış işitme yeteneği, çocuğun gelişimi ve öğrenimi üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Konuşma ve dilin gelişimi tutarlı, güvenilir ve doğru işitsel bilgiye bağlıdır; hatta tek taraflı işitme kaybı (sadece bir kulakta) küçük bir çocuğun dil gelişimini olumsuz etkileyebilir. Hiç duymayan çocuklar, uygun okuryazarlık becerilerini geliştirmek için



özel ayarlamalara ihtiyaç duyarlar ve genellikle akranlarının altında okuma /yazma yetenekleri sergilerler. İşitme kaybı, zihinsel ve motor engellilik gibi ek zorlukların varlığıyla birleştiğinde iletişimi, okuryazarlığı ve sosyal başarıyı daha da etkileyecektir (Durando, Chen ve Petroff, 2017).

Birden çok engelin önemli bir yönü, engellerin etkileşimi ve çocuğun gelişimi üzerindeki birleşik etkisidir. Şiddetli görme yetersizliği varsa, karmaşık ihtiyaçları olan çocuklar için iletişim büyük bir zorluktur. İşitme yetersizliği, görme yetersizliği, fiziksel engellilik ve motor güçlükleri doğum hastanesindeki personel veya sağlık evi ziyaretçisi veya ebeveynler tarafından tanımlanmış olabilir. Orta ila şiddetli bilişsel yetersizlik veya iletişim bozuklukları gibi diğer yetersizlikler/bozukluklar ancak daha sonra fark edilebilir.

Birden fazla engelli ve yetersizliği olan çocuklar için müfredat, esnek bir şekilde yorumlanan bir genel müfredatı, gelişimsel bir müfredatı (motor gelişim, iletişim, bilişsel ve kişisel /sosyal gelişimi içerebilen erken gelişim alanlarını ilgilendiren) ve hareket eğitimi, motor gelişim programları ve fizyoterapi gibi ek müfredat hükümlerini içerir.

Çok engelli görmeyen bazı öğrenciler için, iletişim öncelikle konuşma dili veya yazı yoluyla olmayabilir. Manuel işaret sistemi dahil sözlü olmayan beceriler kullanılabilir. İşaret sistemi bir çocuğun konuşma dilini anlamasına yardımcı olmak için görsel / jestsel destek vermek için kullanılabilir. Ses giriş sistemine sahip bir anahtar kullanılabilir. Diğer iletişim araçları, referans nesnelere veya dokunsal semboller olabilir. Konuşma ve manuel işaret sistemleri gibi resmi iletişim sistemlerini anlayamayan ve kullanamayan öğrenciler için, potansiyel iletişim sinyalleri kasıtlı olmayabilir veya alışılmadık olabilir. Bir iletişim partneri, bu tür sinyalleri anlamla ilişkilendirmeye ve daha genel olarak yapılandırılmış ve uygun uyarımın etkileşimli bir bağlamda sağlanmasını sağlamaya yardımcı olabilir (Farrell, 2008).

III. 3. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde değerlendirme

Değerlendirme, müdahale planlarını tasarlamak, seçmek, uygulamak ve değerlendirmek için kullanılan bilgilerin sistematik ve titiz bir şekilde toplanması ve değerlendirilmesi olarak tanımlanır. Değerlendirme çeşitli ortamlarda yürütülebilir ve farklı şekillerde gerçekleştirilebilir (profesyonel derecelendirme ölçekleri, gözlemsel veri toplama, standartlaştırılmış testler, vb.). Oysa sonuçlar çocuğun sonuçlarını takip ederek müdahalede doğru eylem planının belirlenmesinde kullanılabilir.

Erken çocukluktaki değerlendirmenin birkaç amacı belirlenebilir:

- 1) Erken müdahale hizmetleri için uygunluğun belirlenmesi;
- 2) Çocuğun gelişimiyle ilgili öğretim veya diğer hizmetlerin tasarımı veya değerlendirilmesinde uzmanları bilgilendirmek;
- 3) Program planlama ve değerlendirme, politika analizi ve geliştirme, halkla iletişim için grupları tanımlama.

Sıfır-üç yaşları arasındaki çoğu çocuk, genellikle tıp doktorları tarafından değerlendirilir ve zaman eksikliği nedeniyle karmaşık değerlendirme genellikle imkansızdır. Gabovitch ve Wiseman (2005), bu dönemde çocukların sergilediği ve ebeveynlerin gelişim alanlarındaki “kırmızı bayrakları” ve endişe verici sinyalleri belirlemesi için kullanılacak bir dizi davranışı listelemektedir.

- 6 aylık olana kadar ve sonrasında kadar sosyal gülümseme veya sıcaklık, neşe gösteren başka bir ifade eksikliği;
- 9. ayda ve sonrasında seslere, gülümsemelere veya diğer yüz ifadelerine tepki eksikliği;
- 12 aylıkken seslendirme eksikliği;
- 12 aylıkken işaret etme, uzanma, ilgi gösteren diğer hareketler, el çırpınması gibi jestler kullanmama;
- 16. ayda hiçbir kelime söylememe;
- İki cümlelik sözlü yapıları kullanmama, 24 aylıkken taklit etmeme veya tekrarlamama;
- Herhangi bir yaşta sözlü iletişim veya proto-iletişim veya sosyal becerilerin kaybı.

Risk altındaki bebeklerin ve yürümeye başlayan çocukların değerlendirmesi çok disiplinli ekipler tarafından yapılmalıdır ve değerlendirmenin sonuçları her çocuk için kişiselleştirilmiş müdahale planları oluşturmak için kullanılmalıdır.

Risk altındaki çocukların değerlendirilmesinin temel amaçları, uzmanlaşmış erken müdahale hizmetlerine ihtiyaç duyanların belirlenmesi, çocuğun becerilerine, yeterliliklerine, kişilik özelliklerine ilişkin anlayış düzeyinin artmasıdır. Bu yüzden Greenspan ve Meisels (1993, akt. Wyly, 1997) aşağıdaki değerlendirme hedeflerini sıralamaktadır: gelişimsel gecikmeler için risk altındaki çocukların belirlenmesi; gelişimsel sorunların teşhisi ve değerlendirilmesi; çocuğun becerilerinin ve kaynaklarının belirlenmesi; doğru müdahale stratejilerinin belirlenmesi.

Genel değerlendirme ve teşhis amaçları şunlardır:

- Ayırıcı tanı- başka bir bozukluk tarafından daha iyi açıklanma olasılığı dışarıda bırakarak bozukluğun özgüllüğünü belirlemek;
- Alanların ve değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesi;
- Teşhis
- Müdahale.

Kapsamlı değerlendirmenin, çocuğun yaşadığı zorlukların doğası; çocuğun yetenekleri; genel uyum kapasitesi; çocuğun temel gelişim alanlarında (sosyal duygusal, ilişkisel, bilişsel, dil, duyuşal-motor) işleyişi; farklı alanların çocuğun zorluklarına ve yeterliliklerine katkısı ve diğer



yönlere yaklaşmak için önleme / müdahale planı hakkında bilgi sunması gerekmektedir (Zero to Three, 1999).

Bebeklerin ve yeni yürüyen çocukların değerlendirilmesindeki adımlar

Erken çocukluktaki değerlendirmenin *sistemik yaklaşımı*, ebeveynler tarafından yürütülen taramayı içermektedir. Odak noktası çocuğun gelişim düzeyidir ve davranış, değerlendirme sürecinde ana hedeftir. Zihinsel sağlık sorunları olan çocukların yanı sıra gelişimsel gecikmeler ve atipik gelişim gösteren çocukların belirlenmesi değerlendirilmenin merkezinde yer almaktadır. Sürekli değerlendirme sürecinin tüm bileşenleri birbirine bağlıdır (Bricker, Schoen Davis ve Squires, 2004).

Değerlendirmenin ana bileşenleri şunlardır:

- tarama
- uygunluk tespiti
- müdahale
- değerlendirme.

Erken çocukluktaki diğer değerlendirme modelleri (örneğin, Wyly, 1997), ebeveynlere kıyasla uzmanların rolünü daha fazla vurgulamaktadır.

Her uzmanın bir teşhis koyması ve çocuğun işleyişinin tüm ilgili alanlarını dikkate alan bir müdahale planı için hedefler koyması gerekir:

- semptom ve davranışların sunumu;
- gelişimsel geçmiş: geçmiş ve şimdiki etki, işleyiş, dil, bilişsel, motor, duyuşsal gelişim, aile ve etkileşimsel işleyiş, hamilelik ve doğum öyküsü
- aile, toplum işleyişi, tıbbi ve psikososyal aile geçmişi;
- her ebeveynin değerlendirilmesi;
- etkileşimli ebeveyn-çocuk örüntüleri;
- olgunlaşma ve doğuştan gelen özellikler;
- duyuşsal, dil, bilişsel, motor ve duyuşsal modeller;
- mevcut çevresel stres faktörleri (Zero to Three, 1999).

Vaka geçmişi alımı, doğrudan gözlem, standartlaştırılmış test, çocuğun duyuşsal tepkiselliğinin ve işleminin doğrudan değerlendirilmesi, motor planlama ve tonu, dil, bilişsel gelişim, duyuşsal ifade gibi çoklu bilgi kaynakları bebeklerin ve yeni yürümeye başlayan çocukların değerlendirilmesinde altın standartlardır (Zero to Three, 1999).



Nöropsikolojik değerlendirme, beyin gelişimi ile psikolojik gelişim arasındaki ilişkiyi yansıtır ve çocuklarda beyin hasarlarının erken tespitine izin verir. Yeni doğan, doğumda şaşkıncı kapasiteler sergiler ve yaşamın ilk iki yılında yeni doğanın sinir sistemi hızlı bir gelişim halindedir. Bebeğin beyni muazzam bir iyileşme ve telafi potansiyeline sahiptir (Dubowitz ve Dubowitz, 1981).

Zor doğum, beyin hasarının varlığını mutlaka kanıtlamaz, ancak prematüre, hipoksi gibi perinatal problemler yaşayan çocuğun, kırılabilirliği göz önüne alındığında, özel değerlendirme koşullarına ve artan ilgiye ihtiyacı vardır. Çocuğun uyarılma durumu ve ayrıca çocuğun manipülasyon, uyarılma ve yorgunluğa tepkileri dikkatle izlenmelidir. Değerlendirme, yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan beceriler etrafında toplanmıştır: kendiliğinden ve uyarılan motor tepkileri, duyuşsal beceriler, sosyal, iletişimsel ve bilişsel beceriler (Majnemer ve Snider, 2005). Şiddetli engeli olan çocuklar söz konusu olduğunda, standartlaştırılmış değerlendirmeler çok yararlı olmayabilir çünkü puanları çok düşüktür ve engelliliğin şiddetinin tahmini sorunludur. Bu nedenle, puanların nitel olarak yorumlanması daha faydalı bir alternatif olabilir (Johnson ve Marlow, 2006).

Tarama ve karmaşık değerlendirme

Tarama, daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulan vakaların yanı sıra yaşla ilgili beceriler geliştirmeyen çocukların kazanımlarını artırmak için yardım alabilmeleri amacıyla kullanılan kısa, geniş ölçekli bir değerlendirmeyi ifade etmektedir. Tanı/teşhis, özel eğitim uygunluğu veya program kaydı için her bir çocuğun resmi olarak değerlendirilmesini ifade etmektedir (McConnell ve Rahn, 2016). Risk ve engellilik durumunda müdahale sürecinin belirlenmesi ve karmaşık programlanması sürecinde değerlendirme araçları için iki ana kategori faydalı olabilir:

- *gelişimsel tarama araçları*- risk altındaki çocukların ve tipik gelişimden sapmalar gösteren çocukların belirlenmesinde kullanılır. Taramanın temel amacı, motor, bilişsel, yürütücü işlevler, dikkat, dil ve davranış gibi çeşitli gelişim alanlarındaki gecikmelerin belirlenmesidir. Dil ve iletişim değerlendirmesi, çeşitli değerlendirmelerde genellikle yeterince temsil edilmese de, erken çocuklukta gelişimi, biliş, sosyal etkileşim ile bağlantılı olarak, çeşitli engellerin ve gelişimsel sorunların belirlenmesinde kritik öneme sahiptir (Lipkin ve Allen, 2005).
- *standartlaştırılmış değerlendirme testleri* - çocukların ayrıntılı değerlendirmesi için kullanılır (Johnson ve Marlow, 2006). Test seçimi için ana kriterler şunlardır: çocuğun yaşı ve kılavuzda bahsedilen testin psikometrik özellikleri.

Görme yetersizliği olan çocukların erken teşhisi için görsel tarama doğumdan hemen sonra başlar. Yenidoğan taraması, göz yapılarının değerlendirilmesini, görsel uyaranlara tepkileri (örneğin, parlak ışığa gözün kapanması) ve hizalamayı içerir. Sabitleme, nesnelere takip etme ve hizalama yeteneği, ilk birkaç ayda değerlendirme sürecinin merkezinde yer alır. İdeal olarak, bu her göz için bağımsız olarak değerlendirilmelidir. Küçük nesnelere görme ve elde etme yeteneği



(örneğin, halıdaki bir parça tüy) yaşamın ilk altı yaşındaki çocuklar için uygundur (Shapiro, 2011, s. 87).

Ek değerlendirme için sevk kriterleri şunları içerir:

- her yaşta yapısal anormallik,
- herhangi bir yaşta her iki gözde ışığın alımını gösterememe,
- gözlerin yanlış hizalanması,
- 3 yaşındakilerde gözlerde görme keskinliği 20/50 veya daha kötü veya ikiden fazla çizgi farkı,
- 4 yaşındakilerde gözlerde görme keskinliği 20/40 veya daha kötü veya ikiden fazla çizgi farkı (Shapiro, 2011).

Davranışsal yöntemleri kullanan görme keskinliğinin değerlendirilmesi 3 yaşında başlar, ancak görme keskinliği tahminleri daha erken ölçülebilir. Kademeli boyutlarda yeni uyarıların takibini ölçen veya tercihli bakışı ölçen teknikler, güvenilir görme keskinliği ölçümleri sağlar, ancak birinci basamakta yaygın olarak benimsenmemiştir. Bu tür testler Teller kartları, Cardiff kartları ve Lea testleridir.

Şu testler 3 ila 5 yaş arası çocuklar için kullanılabilir: Snellen harfleri, Snellen sayıları, Tumbling E, HOTV ve theevAllen veya LH testi. Tumbling E testi, çocuğun E'nin hangi yönü gösterdiğini göstermesini gerektirir. HOTV testleri, rotasyondan etkilenmedikleri için okul öncesi çocukları tarafından daha kolay ayırt edilebilen harfleri kullanır. Allen ve LH testleri, harfleri bilmeyen çocuklar için bir resim formatında sunulur. Küçük çocuklardan gördükleri uyarıların, tüm uyarıcıları içeren bir test tahtasına eşleştirmelerini istemek, performanslarını artırabilir (Shapiro, 2011).

Keskinlik, alan kısıtlamaları ve diğer objektif kayıp ve eksiklik ölçümlerinin yanı sıra, bir çocuğun günlük aktivitelerde görmeyi, yani işlevsel görmeyi kullanma yeteneğini değerlendirmek de önemlidir. Bir çocuk tanıdık ortamlarda dolaşmak için rahat hissederken, aynı keskinliğe sahip başka bir çocuk korkabilir ve etrafta hareket edemeyebilir. Görme öğretmenleri ve müdahale uygulayıcıları, bir çocuğun mevcut görsel becerilerini nasıl kullanabildiğinin yanı sıra çocuğun ihtiyaç duyduğu düzenlemelerin doğasını da değerlendirmelidir. Tanı konulmamış çocuklar, daha fazla değerlendirme yapılması gerektiğini düşündüren davranışlar (görsel malzemeyi göze yaklaştırma, belirli aktiviteleri gerçekleştirirken başını yana eğme, ışığa bakma, gözü dürtüp basma, ışık hassasiyeti, tutarsız görsel tepkiler vb.) gösterebilirler. Gören çocuklar bilginin yaklaşık %80'ini görme yoluyla alırken, beynin yaklaşık %40'ı görsel işlemeye adanmıştır. Bu nedenle görme, hem öğrenmede hem de gelişimde kritik bir rol oynar, bu nedenle görme kaybının kavram gelişiminin yanında biliş, dil ve iletişim, motor beceriler, sosyal-duygusal gelişim üzerindeki etkisini azaltmak için çeşitli stratejilerin uygulanması gerekir (Durando, Chen ve Petroff, 2017).



İşitmeyi değerlendirmek için kullanılan yöntemler, çocuğun iş birliği yapma becerisine bağlıdır. İşitsel beyin sapı tepkileri veya otoakustik emisyonlar gibi fizyolojik ölçümler çocuğun iş birliğini gerektirmez. Empedans odyometrisi, orta kulağın durumu hakkında yararlı bilgiler sağlar ve çoğunlukla iletim tipi işitme kaybının değerlendirilmesinde kullanılır. Görsel takviyeli odyometri, işitme keskinliğini yaklaşık olarak belirlemek için 6 ila 9 aylık çocuklarda kullanılabilir. Amerikan Konuşma-Duyuma-Dil Derneği (American Speech-Hearing-Language Association-ASHA), görsel pekiştirme odyometrisi (VRA) için şartlandırılabilen çocuklar için, her kulağı 30 dB HL'de 1.000, 2.000 ve 4.000 Hz tonlarla test etmek için kulaklıkla tarama yapılmasını önermektedir. Çocuk kulaklığa şartlandırılmıyorsa, ses alanı koşullarında değerlendirme, çocuğun dil gelişimi için yeterli işitmeye sahip olup olmadığı sorusuna cevap vermek için yeterli bilgi sağlayabilir. Koşullu oyun odyometrisi ve kulaklık kullanımı biraz daha büyük çocuklarda kullanılabilir. Oyun odyometrisi (CPA) için şartlandırılabilen çocuklar için, her kulağın taranması (20 dB HL'de 1.000, 2.000 ve 4.000 Hz tonlarla) önerilir. Her iki kulakta da herhangi bir frekansta VRA için 30 dB veya CPA için 20 dB düzeyinde hiçbir yanıt göstermeyen veya güvenilir yanıt vermeyen çocuklar için yönlendirme yapılmalıdır. Okul öncesi çocuklarda sıklıkla işitme yetersizliği görülür (Shapiro, 2011, s. 89).

Kırılgan/savunmasız çocukların geleneksel ve otantik değerlendirilmesi

Birkaç yazar, engelli çocukların durumunda uyarlanmış değerlendirmenin kullanılmasını savunmaktadır. Neisworth ve Bagnato (2004), özel ihtiyaçları olan çocuklar için sınırlı değere sahip olduğu için, standartlaştırılmış testleri kullanarak geleneksel bir değerlendirmeyi düşünmektedir. Yazarlar, engelli çocukların otantik değerlendirmesinin, birincil bakım verenlerle iş birliği içinde çocuğun gelişim düzeyine uygun değerlendirme prosedürleri, bağlamı ve içeriklerle doğal ortamda çocuğun davranışlarını gözlemlemeye odaklanması gerektiğini öne sürmektedirler. Doğrudan gözlem, kayıtlar, görüşmeler, ölçekler ve oyun bölümlerinin veya günlük rutinlerin gözlemlenmesi değerlendirme sürecinde faydalı olabilir.

Değerlendirmeyi yapan uzmanlar, çocuğun sorunlarına ebeveynin bakış açısını dinlemeli, çocuğun sorunları ile ilgili endişeleri, belirsizlikleri ve çaresizlikleriyle yüzleşmek için aile odaklı bir tutum sergilemelidir. Çocuk gelişim düzeyinin değerlendirilmesi ve daha ayrıntılı değerlendirmeye ihtiyaç duyan çocukların belirlenmesi ebeveynler için anketler/ölçekler kullanılarak yapılabilir. Bunlar, değerlendirme süreci için gereken maliyetlerin ve sürenin azaltılmasına yardımcı olan yararlı araçlardır (Johnson ve Marlow, 2006, Gabovitch ve Wiseman, 2005). Bu ölçme araçlarından bazıları şunlardır:

- Yaşlar ve Çağlar Ölçekleri (ASQ, Bricker ve Squires, 1999);
- Ebeveynlerin Gelişimsel Durum Değerlendirmesi (PEDS);
- Minnesota Çocuk Gelişimi Envanteri (MCDI);
- Kent Gelişim Becerileri Envanteri (KIDS);



- Erken Doğan Bebekler için Revize Edilen Çocuk Yeteneklerinin Ebeveyn Raporu (PARCA-R);
- Ebeveynlerin Gelişimsel Durum Değerlendirmesi (PEDS; Glascoe, 1997)
- Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki ciddi bozuklukların birkaç erken belirtisini tanımlamak için kullanılabilir diğer yararlı araçlar şunlardır:
- Çocuk Gelişimi Envanterleri (GDI'ler; Ireton, 1992);
- Dil ve İletişim için Bebek-Küçük Çocuk Kontrol Listesi (Wetherby ve Prizant, 2002);
- Mizaç ve Davranış Ölçekleri (TABS; Bagnato, Neisworth, Salvia ve Hunt, 1999);
- Revize Denver Ön Tarama Gelişim Ölçeği (R-DPDQ; Frankenburg, 1985).

Bebeklerin ve yeni yürümeye başlayan çocukların değerlendirilmesinde ebeveynlerin katılımına ilişkin çeşitli argümanlar dile getirilmiştir (Bortolus, Parazzini, Trevisanuto, Cipriani, Ferrarese ve Zanardo, 2002): ebeveynler çocuklarını en iyi tanırlar, çocuklarının sağlığını ve gelişimini teşvik etmekle ilgilenirler, gelişimsel riskleri ilk belirleyen onlardır. Ebeveyn raporları kullanılarak yapılan değerlendirme, özellikle bilişsel, dil ve sosyal-duygusal gelişim alanlarında uzmanlar tarafından gerçekleştirilen çocukların ayrıntılı değerlendirmesinin tamamen yerini alamaz.

Çocuğun sorunlarının ve ihtiyaçlarının derinlemesine analizi, gözlem, bilişsel, davranışsal, duygusal işlevsellik ve zihinsel sağlık için değerlendirme araçları gibi çeşitli teknikler kullanılarak gerçekleştirilebilir. Çocuğun değerlendirmesinin yanı sıra, çevresel etkiler hakkında bilgi edinmek de gereklidir.

Doğru bir değerlendirme yapmak için, Wilmshurst (2005), uzmanın görevi çeşitli bilgileri bütünleştirmek iken, birden fazla bilgi kaynağı kullanarak çok modlu değerlendirmeyi önermektedir. Bu değerlendirme modeli, özel erken müdahale hizmetlerine yönlendirmenin yanısıra ekolojik geçerliliğe sahip en uygun müdahale hedeflerinin tasarımı için gerektiği kadar bilgi toplamak amacıyla görüşme, davranışsal gözlem ve klinik testlerin kullanımını içermektedir.

Erken çocukluk özel eğitiminde değerlendirmenin temel özellikleri şunlardır: (1) özel müdahale için yönlendirme ve tanımlama, (2) program planlama, (3) müdahale ve uygulama değerlendirmesi ve (4) ilerlemeyi izleme.

III. 4. Değerlendirme araçları örnekleri

Yenidoğanın nörodavranışsal değerlendirmesi, yenidoğanın birkaç kendiliğinden olan davranışsal kalıplarına ve çevresel uyarıma verilen dikkate değer tepkilere odaklanır. Genellikle standart bir değerlendirme değildir ve tıp doktorları ve farklı terapistler tarafından yürütülebilir. Şunları içerir: (1) pasif ve aktif hareket kalıpları, (2) ilkel refleksler, (3) işitsel ve görsel uyaranlara yönelik yönelim (Majnemer ve Snider, 2005). Yenidoğanın nöropsikolojik değerlendirmesinin amacı,



özellikle risk altındaki çocuklar söz konusu olduğunda, sinir sisteminin bütünlük ve olgunlaşma derecesini saptamaktır. Yararlı bir ölçme aracının bir örneği Erken Doğan Bebeğin Nörodavranışsal Değerlendirmesidir (Korner, Brown, Thom ve Constantinou, 2000). Bu araç, yoğun bakım ünitelerinde özel bakıma ihtiyaç duyan prematüre çocukların motor gelişim ve zindelik, popliteal açığı, aktivizm / yönelim, hassaslık, uyku süresinin yüzdesi ve yenidoğan ağlama kalitesini değerlendirmektedir.

Doğumdan okul öncesi veya okul çağına kadar karmaşık değerlendirme çeşitli araçlar kullanılarak gerçekleştirilebilir (Andreassen ve diğerleri, 2007; Johnson ve Marlow, 2006, Nadelman, 2004,). Tablo 1, bu süreçte yararlı olan bazı ölçme araçlarını göstermektedir.

Tablo 1. Erken çocukluk döneminde değerlendirme için kullanılan standartlaştırılmış değerlendirme testleri örnekleri

Test	Yaş aralığı	Değerlendirme alanları	Puanlar	Gözlemler
<i>Mullen Scales of Learning (MSEL)</i>	doğum – 68 aylık	- ince motor - görsel algı - alıcı dil - ifade dil - kalın motor	- her alan için standart puanlar- standart puan ("Erken Öğrenim Bileşik") yüzdeleri, eşdeğer yaş	- uygulanması kolay - gelişimsel değerlendirme - bilişsel alanlarda güçlü ve zayıf noktaların doğru bir profilini sunar, ancak motor alanda daha az ayrıntılıdır - motor bozukluğu olan çocuklar için düşük fayda - standartlar yeni değil
<i>Battelle Developmental Inventory II (BDI-II)</i>	doğum – 8 yaş	- kişisel/sosyal - uyumsuz - motor - iletişim - biliş	- alt alanlar, alanlar ve global için standart puanlar - z puanları, yüzdeler, eşdeğer yaş	- çok sayıda profesyonel tarafından uygulanabilir, ancak yorumlama uzmanlar tarafından yapılır - nispeten düşük maliyetler, ancak yüksek önyargı riski - müdahale etkinliğini planlamak ve izlemek için yararlıdır - engelli çocukların değerlendirmesi için uyarılma imkanı



<i>Griffiths Mental Development Scales—Baby Scales (Griffiths Scales 0-2)</i>	doğum – 23 aylık	- lokomotor - kişisel/sosyal - işitme ve dil - el-göz koordinasyonu - performans	- her alan için standart puanlar - eşdeğer yaş, yüzdelik dilimler - küresel işleyiş için standart puan	- gelişim profilini ve çocuğun gelişimindeki zayıf ve güçlü noktaların analizini sunar - yalnızca gelişimsel değerlendirme konusunda tecrübeli ve özel eğitime ihtiyaç duyan uzmanlar tarafından uygulanabilir - düşük maliyetler, ancak çok az ayrıntılı psikometrik özellikler
<i>Bayley Scales of Infant Development II (BSID-II)</i>	1 – 42 aylık	- zihinsel; - psikomotor: koordinasyon ve motor beceriler - test sırasındaki davranış: aktiflik seviyesi, yaklaşma/kaçınma eğilimi, enerji, duygusal düzenleme vb.	- standart puanlar, yüzdelikler ve eşdeğer yaş grupları (17 yaş grubu), ancak alt ölçekler standartlaştırılmamıştı - iyi psikometrik nitelikler, ancak sınırlı tahmin değeri	- bireysel olarak uygulanır, değerlendirme için uzun zaman gerektirir - değerlendirici için değerlendirilmede özel eğitim ve deneyim gereklidir - yüksek maliyetler - engelli çocukların değerlendirilmesinde sınırlıdır, ancak gelişimsel gecikmenin belirlenmesi için iyi bir araçtır - bebek, yürümeye başlayan çocuk ve okul öncesi çağındaki çocukların en popüler değerlendirme araçlarından biri

Ebeveyn-çocuk etkileşiminin değerlendirilmesi, Yabancı Ortam (Strange Situation) (Ainsworth, 1969) gibi standartlaştırılmış prosedürler kullanılarak gerçekleştirilebilir.

Engelli ve riskli bebekler ve küçük çocuklar için değerlendirmenin odak noktası, müdahalenin sonuçlarını en üst düzeye çıkarmak için aileyi desteklemek olmalıdır (McConnell ve Rahn, 2016). *Değerlendirme ve Programlama Sistemi Aile Raporu- DPSAP* (Assessment Evaluation and Programming System Family Report) (Bricker, 2002) çocuğun günlük rutinleri ve aktiviteleri (ör. Yemek, banyo ve giyinme) ve müdahale hedeflerine ilişkin aile tercihleri hakkında bilgi toplamak için bir format sağlar. Bu, değerlendirme ekibine, çocuğun günlük aktiviteler sırasında işleyişi için önemli olan istenen sonuçları belirlemede yardımcı olur.

Müdahale stratejileri daha sonra evde bulunan oyuncaklar ve malzemeler kullanılarak otantik faaliyetler ve rutinler içine yerleştirilebilir. DPSAP maddeleri, gelişimsel alanlarda



kümelenir ve erken gelişen becerilerden sonraki becerilere doğru hiyerarşik olarak düzenlenir. Her madde, hedeften daha önce gelişen ve genellikle ondan önce gelen bir hedefler alt kümesini içerir. Bu, ekiplerin bir çocuğun gelişim sırasının neresinde olduğunu ve hangi becerilere odaklanması gerektiğini belirlemelerine olanak tanır. Müdahalede ele alınacak becerilerin önceliklerini belirlemek ve belirlemek için hem öğretmen hem de ebeveyn raporlarından toplanan bilgiler kullanılır. Bu beceriler, öğretilen becerilere ve çocuğun güçlü yönlerine, ihtiyaçlarına ve tercihlerine dayalı olarak seçilen kanıta dayalı öğretim stratejileri kullanılarak öğretilir ve çeşitli etkinliklere yerleştirilmiş talimat ve uygulama vardır. DPSAP, çocuğun doğal ortamında yürütülen, işlevsel stratejilere dayanan anlaşılır bir değerlendirme sistemi olan bir değerlendirme yöntemidir. DPSAP, 0-6 yaş arası, engelli veya gelişimsel gecikmeler için riskli çocuklarda tarama, değerlendirme ve müdahale arasındaki bağlantıyı oluşturur. Sistem altı gelişimsel alana odaklanmıştır: (1) ince motor, (2) kaba motor, (3) bilişsel, (4) uyumsal, (5) sosyal iletişim ve (6) sosyal. DPSAP, her çocuk için müdahalede amaçların belirlenmesini, yeterli hedeflerin oluşturulmasını, ön ve son test değerlendirmelerini desteklerken, aile sürekli olarak hem değerlendirme hem de müdahale süreçlerine dahil olur.

DPSAP'nin amaçları:

- Çeşitli gelişim alanlarındaki çocuğun becerilerinin belirlenmesi;
- Bireyselleştirilmiş müdahale planları için işlevsel amaçların ve hedeflerin belirlenmesi;
- Müdahalenin planlanması ve yönlendirilmesi;
- Çocukların ilerlemesinin izlenmesi.

DPSAP değerlendirmesi, multidisipliner bir ekip olan terapistler, öğretmenler, uzmanlar ve ebeveynler / bakım verenler tarafından yürütülebilir. Geçerlilik ve uygulama güvenilirliği, 1984'ten başlayarak çeşitli çalışmalarda test edilmiş, Bayley Ölçekleri ile ölçüt geçerliliği, değerlendiriciler arası uyum ve test tekrar test güvenilirliği kılavuzda verilmiştir.

Aile ortamının ve uyarılma kalitesinin değerlendirilmesi

Çocuğun doğal ortamda ebeveynlerinden/bakım verenlerinden aldığı ebeveyn desteğinin kalitesi ve miktarı, çocuğun maruz kaldığı psikososyal riskin bir yansımasıdır. Çocuğun ailede sahip olduğu riskleri değerlendiren araçlardan biri, yarı yapılandırılmış görüşme ve gözlem yöntemlerini birleştiren *HOME'dur* (*Çevrenin Değerlendirilmesi için Ev Gözlemi [Home Observation for Measurement of the Environment]*, Caldwell ve Bradley, 1984, Thompson ve diğerleri, 1998). Ölçme aracı, hem çocuğun hem de bakım verenin yanında evde doldurulur. Ölçme aracı, çocuğun nesnelere, olaylarla ve geçişlerle etkileşimde bulunduğu aile ortamındaki deneyimine odaklanmaktadır. Ölçme aracı, hem uygulayıcılara hem de araştırmacılara yöneliktir ve amacı, yürütülen bir müdahale türü ile ilgili olarak çocuğun aile çevresini ve gelişimsel sonuçlar üzerindeki etkisini tanımlamaktır (Totsika ve Sylva, 2004). Bebeklere ve yeni yürümeye başlayan



çocuklara (0 ila 3 yaş) yönelik versiyon, altı alt ölçekte gruplandırılmış, ikili yanıtlara sahip 45 maddeden oluşmaktadır:

- 1) annenin duygusal ve sözel duyarlılığı;
- 2) çocuğu kabul ve cezadan kaçınma;
- 3) çevrenin düzenlenmesi;
- 4) uygun oyun malzemesi;
- 5) çocuk bakımına annenin katılımı;
- 6) çeşitli günlük uyarımlar.

Puanlar, altı alt ölçeğin tümünde hesaplanabilir ve aynı zamanda, çocuğun bilişsel gelişimine katkıda bulunan diğer yakınsak faktörler ve annelik stresinden dolayı sahip olduğu psikososyal riski temsil eden global bir puan da hesaplanabilir. Özellikle risk altındaki çocuklar için (doğum kazası, çok düşük doğum ağırlığı, fetüs sorunu vb.) uyarının kalitesi ve miktarı ile çocuğun aldığı destek çok önemlidir. Puan, çocuğun bilişsel işlevselliği, bağlanma ilişkisi, orta ve uzun vadedeki tipik gelişimi için yordayıcı olabilir (Thompson ve diğerleri, 1998; Totsika ve Sylva, 2004).

Ebeveyn bakımının kalitesini, yüksek riskli çocuklarda ebeveyn uyumunu araştıran bir başka ölçme aracı da Yüksek Riskli Bebeklerin Ebeveynleri için Klinik Görüşmedir, (CLIP-Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants; Meyer, Zeanah, Boukydis ve Lester, 1993). Bu araç, ebeveyn algısını, duygusal tepkileri ve mevcut durumlarına ilişkin anlayışı değerlendirir. Görüşme, ebeveynlerin hamilelik, doğum, çocuk, şu anki durum ve geleceğin beklentisiyle ilgili hikayesini araştırır ve risk altındaki çiftler için bir müdahale planının geliştirilmesine temel oluşturur (Meyer, Zeanah, Boukydis ve Lester, 1993). Görüşme tüm aileye odaklanır ve ebeveynlerin çocuğun bakımı ile ilgili becerileri ve ihtiyaçları araştırılır, böylece müdahale planlanabilir. Görüşmenin bölümleri:

- Çocuğun mevcut durumu;
- Hamilelik;
- Doğum;
- Çocukla ilişki ve ebeveynlikle ilgili duygular;
- Yoğun bakım ünitesine tepkiler ve personel ile ilişkiler;
- Aile ve sosyal destek ile ilişki;
- Hastaneden taburcu ve takip;
- Özet, yoğun bakım ünitesindeki deneyimler üzerine derinlemesine düşünme.



CLIP, psikososyal müdahalenin planlanması ve çocuk ve aile için ihtiyaç duyulan diğer müdahalelerin planlanması için gerekli olan aile becerilerinin, başa çıkmanın, endişelerin belirlenmesi için yararlı bir araçtır.

III. 5. Erken değerlendirme ve teşhis sınırlılıkları

Gelişimsel engeli olan çocukların erken teşhis edilmesinin amacı mükemmellikten uzaktır ve birden fazla değerlendirmeye ihtiyaç duyulması, tüm ilgili yetersizlikleri tespit etmek, ölçme araçlarının çocukları sınıflandırmak için sınırlı yeteneği, çocuklarda yetersiz çabalar gibi çeşitli sınırlamalar tespit edilmiştir. Dahası, erken teşhis her zaman bir çocuğun erken müdahale programlarına dahil edilmesine yol açmaz. Aileleri motive etmek zor olabilir ve bazen erken müdahalenin önemini yeterince değerlendiremeyebilirler ve programların maliyetleri bir ailenin bunları karşılayamayacağı kadar yüksek olabilir. Erken teşhis ve müdahalenin etkinliği hakkındaki araştırmalar, bu hizmetlerin önemli rolünü kanıtlamak için hala yetersizdir.

III. 6. İşitme ve/veya görme kaybı olan çocukların yaklaşımında kullanılan stratejiler

Duyusal kayıp, bir çocuğun sosyal etkileşimlerini ve evde, okulda ve toplumda günlük bilgilere erişimini etkiler ve sosyal, iletişim ve dil becerilerinin birbirine bağlı alanlarının gelişimini potansiyel olarak geciktirir. Belirlenen ve uygulanan stratejiler bilgiye erişim sağlamalı, sosyal etkileşimleri teşvik etmeli ve öğrenme ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Bu stratejilerden bazıları:

- *Öğrenme için Evrensel Bir Tasarım Geliştirme*- öğretime işlevsel ve bilişsel erişim sağlamak ve öğrenciler arasındaki değişkenliği karşılamak için öğretim etkinliklerinin, desteklerin ve materyallerin müfredat tasarımına uygulanır. Bu tasarım, üç ilkedden oluşur: çoklu temsil araçları (duyusal yöntemler ve öğrenme ihtiyaçları), çoklu eylem araçları (yanıtların teşvik edilmesi, anlamamanın gösterilmesi, sözel ifadeler, duygusal iletişim) ve ifade ve birden çok etkileşim aracı (dikkat, merak ve motivasyonu kolaylaştıran vesnek ve çeşitli öğrenme fırsatları);
- *Görsel Bilgiye Erişilebilirliğin Sağlanması*- görsel bilgilerin düzenlenmesi ve izlenmesi (aydınlatma, konum, parlamayı azaltma, yüksek kontrast);
- *İşitsel Bilgiye Erişilebilirliğin Sağlanması*- ortamın akustiği, yetişkinin sesini veya diğer işitsel sesleri işitme kolaylığını artırmak için uygun hale getirilmeli ve takip edilmelidir (ortam seslerinin azaltılması, kilimler ve pencere örtüleri kullanılması, ses kaynağına yakınlık);
- *Öğretimi Rutinlere Yerleştirme*- öğrencinin günlük rutinleri ve aktiviteleri (örneğin yemekler) sırasında belirli öğrenme fırsatlarını hedefleme. Evde, okulda ve toplumda ortamların ekolojik değerlendirmesini içerir. Ekolojik bir değerlendirme, öğrencinin farklı durum ve faaliyetlerdeki etkileşimini, katılımını ve davranışlarını gözlemlemeyi içerir.



Öngörülebilir etkinlik dizisine izin verir, öğrenme için tekrarlanan fırsatlar sağlar ve öğrenci katılımını ve becerilerin günlük ortamlara genelleştirilmesini destekler. Dokunsal semboller, çeşitli rutinler için ipuçları olarak sunulabilir (Durando, Chen ve Petroff, 2017).

III. 7. Duyusal yetersizliği olan çocuklar için müdahaleler

Öğrenim ortamına ve bilginin sunulma şekline yönelik çeşitli düzenlemeler ve ayarlamalar, görme engelli ve ek engelli çocuklara yaklaşımda son derece yararlı olabilir:

- *Düzeltilici Lensler ve/veya Büyütme*: Bunları elde etme konusunda aile desteklenmeli ve çocuk bunları takmaya teşvik edilmelidir. Bir çocuk reçeteli düzeltilici lensler taktığında görsel görüntülerin ayırt edilmesi, tanınması ve anlaşılması daha kolay olmalıdır.

- *Amplifikasyon*: İşitme kaybı olan çoğu çocuk, işitsel bilgileri ayırt etme, tanıma veya anlama becerilerini geliştirmek için işitme cihazı gibi bir amplifikasyon cihazından yararlanabilir. Ailenin cihazı edinmesi desteklenmeli ve öğrencinin cihazı takması teşvik edilmelidir.

- *Koklear İmplantlar*

- *Akustik Vurgulama*

- *El-Üstü Rehberlik*: Çocuğa bir nesneyi göstermek için bir yetişkinin elini öğrencinin eline yerleştirmek veya bir eylem sırasında ellerini yönlendirerek bir şeyi nasıl yapacağını göstermek. Öğrencinin el(ler)ini bir işaret veya bir dizi işaret üretmesi için fiziksel olarak yönlendirmek için kullanılan el-üstü rehberliğine ortak işaret etme denir. Bazı çocuklar, özellikle ciddi bir görme kaybı olan çocuklar, ellerini manipüle etmekten hoşlanmayabilir ve kontrol eksikliği nedeniyle korkabilir. Diğerleri, bir eylemi başlatmak için bir işaret olarak yetişkinin elini kendilerine koymasını bekleyerek pasif veya hızlı bağımlı hale gelebilir. Bu yaklaşım yaygın olarak kullanılmaktadır, ancak bir çocuğun bağımsız becerilerini geliştirmesine engel olabilir.

- *El-Altında Rehberlik*: Bir yetişkinin elini bir çocuğun elinin altına yerleştirerek harekete geçmesini veya materyalleri keşfetmesini teşvik etmeyi içerir. Önemli görme kaybı olan çocuklar, çevrede bağımsız davranışı teşvik edebilecek doğal ipuçlarına erişemezler. Bu nedenle, el-üstünde rehberliğinden daha az müdahaleci olan el-altında stratejisi, öğrencinin gösterilen eyleme erişmek için yetişkinin ellerini takip etmesine olanak tanır. Bu yöntem, bu stratejiyle deneyimi olan çocuklarda kolaylıkla kullanılabilse de küçük çocuklarda veya ellerini yetişkinin ellerinin üzerinde tutamayan çocuklarda kullanmak daha zor olabilir. Bu durumlarda, yetişkin öğrencinin elini yerinde tutmaya yardımcı olmak için parmağını veya başka bir fiziksel yönlendirmeyi kullanabilir. Çocuğun daha ayrıntılı keşfetmesine izin vermek için yetişkinin etkinliği daha yavaş yapması veya etkinlikteki adımlar arasında durması gerekebilir. Çocuk henüz yetişkinle güven geliştirmemişse bazen bu stratejiye karşı direnç ortaya çıkar. Bu durumda, çok tercih edilen nesnelere tutarak çocuğun ilgisini



çekmek ve çocuğu keşfetmeye davet etmek, yetişkinin ellerini takip etmenin ilginç, olumlu deneyimlere yol açacağı kavramını teşvik edebilir. El-altında rehberlik, öğrenciye yalnızca hedeflenen eylemi deneyimlemek veya bilmediği bir materyali keşfetmek için güvenli bir fırsat sağlamakla kalmaz, aynı zamanda bir öğrenme etkinliğine ne kadar katılacağı seçeneği de sunar. Üretilen işaretin hareketlerini hissetmek için öğrencinin ellerini yetişkinin üzerine yerleştirerek el-altı rehberliğin veya dokunsal modellemenin kullanımına etkileşimli işaret etme denir.

- *Karşılıklı Dokunsal Dikkat:* Dikkat odağını paylaşmak için yetişkinin elini çocuğun odağını kesmeden nazikçe çocuğun yanına yerleştirmek. Görme engelli bireylerle karşılıklı dokunsal dikkati kullanmak, otizmli çocuklar için önemli bir gelişimsel hedef olan ortak görsel dikkatin dokunsal analogisidir. Zamanla, çocuk yetişkinin dikkat odağını paylaşmak için yetişkinin ellerini takip edebilir. Karşılıklı dokunsal dikkat, ciddi görme kaybı olan öğrencilerde sosyal etkileşimi, paylaşılan dikkati ve iletişim becerilerini geliştirir.

- *Somut Semboller:* Öğrenci tarafından etkileyici bir iletişim aracı olarak kullanılabilen üç boyutlu (örneğin nesnelere) ve iki boyutlu (örneğin fotoğraflar, resimler) sembollerdir. Bu terim, başlangıçta şu amaçlar için kullanılan somut nesnelere ifade etmektedir 1) öğrencinin günlük rutini, aktivite sıralarını veya seçenekleri anlamasını teşvik etmek veya kişilere, yerlere, olaylara veya şeylere atıfta bulunmak (alıcı iletişim); ve 2) öğrencinin istekler, retler veya seçimler yapabileceği bir yol sağlamak (ifade edici iletişim). Somut sembollerin kullanımının, duyuşal ve ek engelli öğrencilerin iletişimlerini arttırdığı bulunmuştur (Durando, Chen ve Petroff, 2017).

Bakım verenler ve öğretmenler, özel bir selamlama (ör. Görsel, dokunsal, işitsel) veya tanıma işareti (ör. saat, zil sesi) kullanarak çocuğun onları tanımaya ve diğer insanlardan ayırt etmesine yardımcı olacak yollar belirlemelidir. Dahası, günlük aktiviteler için öngörülebilir rutinlerin oluşturulması ve bu aktiviteleri temsil etmek için nesnelere veya resimlerin kullanılması, muhtemelen bu aktivitelere beklenti ve katılım yoluyla çocuğun güvenlik duygularını kolaylaştıracaktır. Erken çocukluk eğitiminde “oyun yoluyla öğrenme” yaygındır. Duyusal ve çoklu engelleri olan küçük çocukların, özellikle tipik olarak gelişmekte olan akranlarıyla çeşitli oyun etkinliklerine katılmak için birçok fırsata sahip olması çok önemlidir. Görme kaybı ve çoklu engeli olan küçük çocuklar sınırlı oyun becerilerine sahip olabilir. Çocuğun ilgi ve tercihlerine göre, ebeveynler, öğretmenler ve diğer hizmet sağlayıcılar, çocuğun oyuna olan ilgisini ve katılımını motive eden etkinlikler oluşturabilir ve bunları yapılandırabilir. Çocukların yaşlarına, yeteneklerine, ilgi alanlarına ve ortama bağlı olarak gösterebilecekleri altı farklı oyun aşaması tanımlanmıştır. Aşağıdaki tablo oyunun her aşamasının bir tanımını, birden çok engelin olası etkisini ve müdahale önerilerini sunmaktadır (Durando, Chen ve Petroff, 2017).



Oyun aşamaları	Çoklu engeli olan çocuklara özgü özellikler	Müdahale için öneriler
Uğraşsız davranış - rastgele eylemler, amaç yok, genellikle bebeklerde	Tekrarlayıcı davranış Kendini uyarma (masaya tıkladma, el sallama vb.)	- Tercih edilen malzemeleri, oyuncakları, eylemleri belirleyin - Yönlendirin, davranışı şekillendirin - Çocuğu uyumsal davranışlarla meşgul edin (örneğin, müzik aletlerinin kullanımı)
Yalnız oyun – yalnız oynar, kendini eğlendirir, 2-3 yaş	Sınırlı repertuar	- Çocuk oyununu taklit edin - Hareketler, öğeler, birleştirici eylemler (ör. Müzik ve eylemlerin kombinasyonu) ekleyerek oyun eylemlerini genişletin
İzleyici oyun – başkalarını oynarken izler, dil gelişirken yaygındır	Başkalarını gözlemleme ve onlarla iletişim kurma becerisinin olmaması veya az olması	- Çocuklara yakın olacağı aktiviteler yaratın, böylece çocuk dokunabilir, görebilir, duyabilir - Diğer çocukların yaptıklarını anlaşılır bir şekilde iletin
Paralel oyun – başkalarının yanında oynar; ileriki aşamalara geçiş	Başkalarını gözlemleme ve onlarla iletişim kurma becerisinin olmaması veya az olması	Çocuk ve akranla paralel oyun fırsatları (ör. Kum havuzunda oynama, suyla oynama) yaratın
Katılımcı oyun – ayrı oynama, ama materyalleri paylaşır, problem çözme, iş birliği	Dil ve sosyal becerilerin olmaması veya az olması	- Akranlarla etkileşim - Materyal paylaşmayı ve istemeyi teşvik edin (ör. Nesnelere isteme, eylemlerde ve birlikte su dökmek gibi oyun etkinliklerinde işbirliği)
İş birlikli oyun – berabe oynama, daha büyük okul öncesi çocukları, fiziksel, yapı-inşa, dramatik/hayali oyunu içerebilir, kurallı oyunlar	Akranlar tarafından öğrenilen becerileri gözlemleme yeteneğinin olmaması veya az olması	- Uygun becerilerin geliştirilmesi (örneğin, üç tekerlekli bisiklet sürme) - Etkinliklerde sırayla birlikte yapın (ör. Birlikte inşa etmek) - Basit dramatik senaryolar - Taklit oyunu



Duyusal ve çoklu engellerin çocuğun dil gelişimi üzerinde önemli bir etkisi vardır ve alıcı (girdi) ve ifade edici (çıktı) iletişim araçlarına müdahale eder. Çocuğun iletişim gelişimini desteklemeye yönelik müdahaleler, tanıdık ve yapılandırılmış faaliyetlerin gözlemleri, aile ve hizmet sağlayıcılar ile yapılan görüşmeler ve çocuğun bireysel özellikleri, güçlü yönleri ve ihtiyaçları dikkate alınarak bilgi toplamaktan türetilmelidir. Bir çocuğun anlayabileceği alıcı iletişim yöntem(ler)ini belirlemek için çoklu sembolik temsil modları düşünülebilir ve tek bir çocuk için en kolay olan ifade edici iletişim araçlarını belirlemek için birden fazla ifade modu tanımlanabilir. Aşağıda, çok engelli küçük bir çocuk için bir iletişim programı tasarlarken düşünülebilecek çeşitli alıcı ve ifade edici iletişim araçları özetlenmektedir (Durando, Chen ve Petroff, 2017).

Alıcı iletişim	İfade edici iletişim
Dokunma ipuçları: dokunsal sinyaller, çocuğu bir sonraki aktiviteye hazırlama	Vücut hareketleri: Duyguları, tercihleri ve hoşlanmadıkları şeyleri göstermek için duygusal tepkilerle ortaya çıkar
Nesne ipuçları: faaliyetlerin temsili olarak nesnelere	Nesne ipuçları: dokunma, kaldırma, işaret etme, bakma/uzağa bakma, nesnelere itme tercihinin göstergesi olarak nesnelere
Somut semboller: kişiler, yerler, aktiviteler için temsiller olarak iki/üç boyutlu nesnelere/görüntüler	Somut semboller: ihtiyaç, tercih, kişilere, yerlere, faaliyetlere atıfta bulunmak için nesnelere, resimlerin, temsillerin kullanılması
Jestler: mesajı iletmek için el, baş, vücut ile yapılan geleneksel eylemler	Jestler: baş, el, vücut hareketleri, geleneksel hareketler veya kendine özgü hareketler
Seslendirmeler: anlamı olan sesler	Seslendirmeler: tanıdık yetişkinler tarafından tanınan ses taklidi/ üretimi
Manuel işaretler: manuel iletişimin sembolik sistemi	Manuel işaretler: iletişim kurun, isteyin, yorum yapın, cevaplayın, sohbet edin
Konuşma: söylenen kelimeler/önergeler	Konuşma: istekte bulunma, yorum yapma, soruları cevaplamak için sözel kelimeler

Seçilen iletişim araçları, daha sonra bir çocuğun iletişim gelişimini desteklemek için günlük etkileşimlerde sistematik ve tutarlı bir şekilde kullanılmalıdır. Literatür, engelli küçük çocuklarda ifade edici iletişimi desteklemek amacıyla alıcı iletişimi ve çıktı stratejilerini desteklemek için kanıta dayalı girdi stratejileri belirlemiştir.



Alıcı iletişim şu yollarla geliştirilebilir:

- çocuklara yönelik konuşmanın kullanılması (tonlama, tekrarlama, yavaş hız, basit ifadeler): öyküdeki öğeler için yüz ifadeleri, jestler ve aksesuarlar içeren çocuk kitaplarını okumak;
- çocuğun odağı ve ilgisi üzerine yorumlar: çocuğun eylemlerini nesnelere yorumlama, oyun etkinlikleri;
- eylemleri tanımlamak için paralel konuşmanın kullanılması: çocuğun oyun davranışlarını sözlü ifade etme;
- kendi eylemlerini tanımlamak için kendi kendine konuşmanın kullanılması: yetişkinlerin eylemlerini gerçekleştirirken sözlü ifade etme;
- anahtar kelimelerin tekrarı ve vurgulanması: dokunsal kitap okumak, basit kelimeler kullanmak, imgeler ve eylemler için ünlemler;
- kelimelerin anlaşılmasını artırmak için çeşitli sözlü ve nesnel ipuçlarının kullanılması: çocuk anlayıp tepki verene kadar kelimeleri eylemlerle iki katına çıkarmak;
- kendi ifadelerinin genişletilmesi: eylem dizisi için basit önermeler;
- sözdizimsel ve anlamsal genişlemelerle çocuğun ifadelerinin genişletilmesi: tanıdık nesnelere ilgili sözcüklerle oynama (kahverengi köpek, iyi köpek).

İfade edici iletişimi teşvik etmek için birkaç strateji şunlardır:

- yorumlama, çocuğun hareketlerine ve seslendirmelerine tepki
- Çocuğun seslendirmelerinin taklidi ve sırayla konuşmayı teşvik edecek eylemler
- ifade için dil ve iletişim modelleri sağlama
- tanıdık ve tercih edilen hareket aktivitelerini veya hareket içeren şarkıları kesmek için kesintiye uğramış rutinlerin kullanımı, duraklatma ve bekleme prosedürü;
- Çocuğun sevdiği bir aktivite talebini başlatmasını motive etmek için bekleme süresi gecikmesini kullanma;
- günlük aktivitelerde seçenekler sunma;
- çocuğun iletişim çabaları için doğal pekiştirmeler sağlama;
- yardım isteme ihtiyacı yaratma;
- çocuk ve ilgi konusu olan nesne ile ortak ilgi oluşturma;
- karşılıklı etkileşimleri ve iki yönlü konuşmaları teşvik etme;
- Çocuğu tekerlemeleri, şarkıları, nakaratları tamamlamaya teşvik etmek için tamamlama komutlarını kullanma;



- planlı hatalar.

İletişim ve dil gelişimini destekleyen stratejiler aynı zamanda erken okuryazarlık gelişimini de teşvik eder; bunlar arasında parmak oyunları veya hareket içeren şarkılar kullanmak, basılı materyallerle etkileşim kurmak, hikayeler anlatmak, harfleri tanımak ve sohbet etmek yer almaktadır (Durando, Chen ve Petroff, 2017). Duyusal engelli ve ek engelli çocuklar, dokunsal ve işitsel bileşenlere sahip kitaplar da dahil olmak üzere ilgi alanlarını geliştiren erişilebilir erken okuryazarlık etkinliklerine katılmak için birçok fırsattan yararlanır.

Küçük çocuklar, günlük etkileşimler yoluyla deneyimleri organize etme ve anlama yolları hakkında kavramlar geliştirirler. Duyusal ve ek engelli küçük çocuklar, anlamlı durumlarda gerçek nesnelere tekrar tekrar etkileşimde bulunma fırsatlarından yararlanır (örneğin, bir muzı soyarak ve atıştırmak için muz yiyerek bir muzun özelliklerini öğrenmek). Öngörülebilir günlük rutinler, 1) faaliyetlerle ilişkili dil veya semboller (ör. Konuşmalar, işaretler, jestler, nesnelere veya resimler yoluyla etiketler ve açıklamalar) dahil olmak üzere birçok kavram hakkında öğrenme fırsatları sağlar; 2) faaliyetlerin sırası (örneğin, birinci, ikinci ve benzeri; önce bunu yapın, sonra bunu yapın; öğle yemeğinden sonra eve gidin); ve 3) bir zaman duyusu (örneğin, oynamak için beş dakika daha, ardından oyuncakları temizleyin). Aşağıdaki tablo, seçilen erken kavramları özetlemekte ve bunları tanıtmak için öneriler sunmaktadır (Durando, Chen ve Petroff, 2017).

Kavram	Müdahaleler
Nesne sürekliliği	"Cee" oyunu Nesneleri arama ve bulma Diğer odalarda müzikal nesnelere bulma Çocuğun adıyla başka bir odadan seslenme
Tanımlamak ve etiketlemek için sembollerin kullanımı	Etkileşimler yoluyla ortak nesnelere, insanları tanımlama ve etiketleme Nesneleri ve insanları tanımlama ve bunlara atıfta bulunmak için temsil modeller kullanma
Nesnelerin ve insanların tanımlanması, farklılıkların fark edilmesi	Çeşitli dokulara sahip nesnelere oynama Nesneleri ayırt eden özellikleri tanımlama İnsanlarla etkileşimi teşvik etme, özelliklerine işaret etme
Mekansal kavramların tanımlanması	Fiziksel aktivitelere katılma fırsatları Nesnelerin manipülasyonu



Erken müdahale, çocuğun gelişiminde ve bir engellilik durumunda ailenin işleyişinde çok önemli bir role sahiptir. Aile sisteminde karmaşık duygular dikkate değerdir: hayal kırıklığı, hüsrana uğrama, umutsuzluk, sosyal izolasyon, büyük stres. Bebeklerin ve küçük çocukların sağlıklı gelişiminin temelini oluşturan temel ilkeler şunlardır:

- Büyüme ve gelişme, uyarıcı ilişkilerle gerçekleşir;
- Bir çocuğun doğumu ve bakımı, aileye gelişim ve değişim için fırsatlar sunar;
- İlk yıllar, gelişimi yaşam süresi boyunca etkiler;
- Erken bağlanmalar, ebeveynlerin travma yaşam öyküleri tarafından bozulabilir;
- Bir terapistin varlığı erken ilişkilerde başarısızlık riskini azaltabilir ve değişim için fırsatlar sunabilir (Weatherstone, 2005, s.6).

Duyarlı bakım verme, çocukların bakım verenlere bağlanmasını, güven duygusunu ve özerkliğin gelişimini teşvik eder ve iletişimi ve diğer gelişim alanlarını daha da etkiler. Engelli çocuklarla yapılan araştırmalar, bir bakım verenin çocuğun sinyallerine tepki vermesinin çocuğun güvenli bağlanma ve erken dönem sosyal, iletişimsel ve bilişsel gelişimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir ve bakım verenin güven duygusunu ve yetkinliğini artırır. Duyusal ve ek engelli küçük çocuklardan gelen zor fark edilen, sözel olmayan ve bazen kendine özgü sinyalleri belirlemek, yorumlamak ve bunlara yanıt vermek için bakım verenler, aile üyeleri ve öğretmenler tarafından her çaba gösterilmelidir. Tanıdık yetişkinler, bu süreç boyunca çocuğun iletişim çabalarını tanır ve çocuk, bakım verenin tepkilerini etkileyebileceğini öğrenir ve bir yeterlilik duygusu geliştirir.

IV. ErISFaVIA projesi ortak ülkelerde erken müdahale alanında en iyi uygulamalar. Erasmus + ErISFaVIA proje ortağı ülkelerinde erken müdahale için politikaları ve yasal destek. Mevcut ve önceki AB programlarının kapsamı ve ülkenizdeki diğer erken müdahale ile ilgili araştırmalar.

IV.1. HIRVATİSTAN

A. politikalar ve mevzuat

2017 yılı itibariyle Hırvatistan'da 32.101 engelli çocuk (Hırvat Halk Sağlığı Enstitüsü, 2017) bulunmaktadır. Hırvatistan'da 'gelişimsel güçlüğü olan çocuk' terimi, çocukların sahip olabileceği her türlü engeli tanımlamak ve zaman içinde engelliliğin Olası değişkenliğini ve gelişimini ifade etmek için kullanılır (Znaor ve ark., 2003). Engelli kayıtlı en fazla çocuk sayısı, %46, 10-14 yaş grubunda olup, yetersiz erken müdahale ve ancak daha sonra engellilerin keşfini göstermektedir (UNICEF, 2015). 2013 yılında Hırvatistan, UNICEF, Mali dom - Zagreb ve Zagreb şehri tarafından yürütülen projenin doğrudan bir sonucu olarak sosyal bakım Yasası aracılığıyla hukuk



sistemine erken çocukluk müdahalesini ekledi. Projenin amacı, ek ihtiyaçları olan çocuklar ve aileleri için yerel düzeyde tüm Hırvatistan ' da tekrarlanabilecek bir ev tabanlı erken çocukluk müdahalesi modeli oluşturmaktır. Mali dom'da erken müdahale için halihazırda kullanılan bir modele dayanıyordu, ancak tüm sektörlerde 135 profesyonel ile işbirliği içinde daha da geliştirildi. Yaptı dahil tüm ilgili paydaşlar ve Kamu temsilcileri tüm sektörler (Sağlık, Sosyal Refah ve Eğitim) ve bunun sonucunda nihayet elde Erken Müdahale Hizmetleri yasa kapsamında içinde Hukukun Toplumsal Refah sağlamıştır hakkı almak için TAVSIYE hizmetleri ev tabanlı ve zamanında ama olsun zamanında, onlar izni verilmesi önce çocukların geçtikleri bir genel tıbbi muayene ve teşhis ve evrakları, ama sadece üzerine havale ile doktora yenidoğan ünitesi, veya daha sonra ECI servis sağlayıcısına sevk protokolünde belirtilen diğer kişiler, böylece çocuk, eci servis sağlayıcısının ihtiyaç değerlendirmesine dayanarak tam bir ECI hizmeti alabilir ve almaya hak kazanır. Bu, 3 yaşın altındaki çocukların, özellikle de 1 yaşın altındaysa, bu nedenle, ECI sağlayıcılarının ihtiyaç değerlendirmesine dayanarak devlet tarafından verilen uygun hizmetleri alma hakkına sahip oldukları ve daha sonra destek ve hizmet almaya başladıklarında, diğer tüm gerekli belgeleri Sosyal Güvenlik Merkezi ve diğer idari ve sağlık kurumları aracılığıyla toplayabilirler.

Tüm ana sektörlerin tüm temsilcileri dahil olmasına rağmen, ortak bir karar ECI'Yİ sosyal refah kapsamında kapsamlı bir hizmet olarak koymaktır. Tabii ki, ayrı terapiler veya okul öncesi dahil etme gibi bazı hizmetler sağlık ve eğitim altındadır, ancak yasal olarak kapsamlı ECI hizmetleri olarak ele alınmamaktadır

Sosyal Güvenlik Yasası (2013)

Erken müdahale-madde 84

(1) erken müdahale, çocuklara yönelik mesleki yardımın yanı sıra, diğer aile üyeleri ve koruyucu ebeveynler de dahil olmak üzere ebeveynlerine yönelik mesleki ve danışmanlık yardımını içeren bir sosyal hizmettir.

(2) Bu hizmet sağlık sektöründe sağlanmadığında, çocukları daha geniş bir sosyal ağa entegre etmek amacıyla, çocuklara ve ebeveynlere veya koruyucu ebeveynlere, aileleriyle birlikte veya bir hizmet sağlayıcısında yaşayan çocuklara erken müdahale sağlanacaktır.

(3) erken müdahale, erken yaşta, genellikle üç yaşına kadar ve en geç yedi yaşına kadar, yerleşik bir gelişimsel zorluk, gelişimsel risk veya gelişimsel zorluk çeken bir çocuğa sağlanacaktır.

(Tıp doktoru -neonatoloji uzmanı veya bir çocuk doktoru önceden bir fikir Üzerine 4), ve başka bir yeterli uzmanlığa sahip bir tıp doktoru istisnai olarak, sosyal refah merkezi Merkezi bu maddenin 1. fıkrasında belirtilen hizmet hüküm, süresi ve frekansı ile ilgili hizmet sağlayıcısının bir değerlendirme talep eder ve bir karar ile bu hizmeti hakkı bahşedecektir.

5) erken müdahale, Bu Kanunun öngördüğü koşullar altında, Bu Kanunun 169.maddesinden bir refah evi, bir toplum hizmetleri merkezi ve diğer hizmet sağlayıcılar tarafından sağlanabilir.

(6) Yararlanıcının ailesine veya koruyucu aileye ve bu Kanunun 5.paragrafındaki servis sağlayıcıya erken müdahale sağlanabilir ve haftada beş saate kadar verilebilir.



(7) erken müdahale alan yararlanıcı aynı anda psikososyal destek hizmeti alamaz

2014-2020 Ulusal Çocuk Hakları stratejisi, engelli çocuklar da dahil olmak üzere savunmasız çocukların haklarını desteklemek için stratejik bir hedef belirlemiştir (UNICEF, 2015). Sağlık personeli, bir çocuğun erken çocukluk müdahalesine ihtiyaç duyup duymadığını belirler ve ebeveynleri sosyal bakım merkezlerine yönlendirir, bu da daha sonra onlara gerekli erken çocukluk müdahalesine erişebilecekleri ve/veya bakım için başvuran kişiye sosyal bakım hakkını tanıyabilecekleri bir tavsiye verir. Ancak ebeveynlerin kendileri, ECI hizmetine olan ihtiyacı ve sıklığını belirlemek için Sosyal Yardım merkezine bir görüş göndermek için servis sağlayıcılarla (ECI) iletişime geçebilirler. Buna dayanarak, Sosyal Güvenlik Merkezi, bu çocuksuz ECI hizmetini veren bir belge yayınlar. Demografi, Aile, Gençlik ve Sosyal Politika Bakanlığı, kullanıcıların kurumları ve adreslerini aramalarını sağlayan sosyal bakım merkezleri de dahil olmak üzere tüm sosyal bakım kurumları için bir dizine sahiptir. sosyal bakım merkezleri, tüm İlçelerde Hırvatistan genelinde mevcuttur demografi, Aile, Gençlik ve Sosyal Politika Bakanlığı, 2019.

Anaokulları ve diğer kurumlar gibi okul öncesi programlar, erken müdahale desteğinin bir parçası olarak özellikle önemlidir. Çocuklar için, 2018 Engelliler İçin Ombudsman (Ofis) engelli yeterli destek sağlamak için büyük mücadele veriyor kreş ve anaokulları yardımcı eleman sorunu ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme olduğunu (UNICEF zorunlu eğitim başlamadan önce, 6 aylıkken çocuklar için kullanılabilir, Ombudsman 2015 Ofis vurgular. Engelli çocuklar anaokullarına kaydolurken her zaman bir önceliğe sahip olsalar da, Hırvatistan'ın bazı bölgelerinde her çocuğu içerecek kadar anaokulu olmadığı ve Ombudsman Ofisi engelliliğe dayalı ayrımcılık vakaları olduğunu söylediği için hizmete erişimde engellerle karşı karşıya kalabilirler.

Ombudsman Ofisine göre, erken müdahale Hizmetleri sistematik değildir ve eğitim ve Rehabilitasyon alanlarındaki uzmanlarla proje desteği üzerinde işlev görürler. Birçok hizmet, kırsal ve daha az gelişmiş bölgelerdeki çocuklar için erişilemez kalır, Hırvatistan'ın erken çocukluk müdahalesinin neredeyse hiç olmadığı yerlerde, bekleme listeleri, gelirlerinden bağımsız olarak herkes için ücretsiz olan kamu ve üçüncü sektör hizmetleri için özellikle uzundur. Bekleme listeleri özel hizmetler için çok daha kısa olsa da, ebeveynlerin bunlara erişmek için ödeme yapmaları gerekir

Hırvatistan'daki erken çocukluk müdahalesinin tarihsel arka planı, sağlık kurumlarında yer alan öncelikle sağlık bakım alanı olarak anlaşılmıştır. Tıpla bu tür bir bağlantı, bu bölümde tartışılacak olan iyi ve kötü sonuçlar doğurmuştur. Son on yılda, hem ebeveyn derneklerinde hem de üniversite çevrelerinde değişiklikler başlatıldı. Değişiklikler, lisansüstü üniversite kursları yoluyla uzmanların eğitimi ve mevzuat ve sosyal içerme ile uygulama (sosyokişnitif yaklaşım ve ebeveyn-çocuk iletişiminin iyileştirilmesi) ile bağlantılıdır

Değişiklikleri son 15 yıl içinde kamu sektöründe hem de sivil toplum kuruluşları tarafından uygulamaya dayanan Hırvat akademik ve daha yeni uluslararası araştırma bilinci yol açtı ve kanıt çağrısında bulunan yabancı meslektaşları arasında yakın ilişkiler sayesinde (yani veli dernekleri) ve üniversite çevrelerin – kendi değil, sadece bilimsel araştırma sonucunda aynı zamanda başlatılmıştır. Ebeveyn hareketi, küçük çocukları için iletişim ve ev ortamına dayalı öğrenme



becerilerinin geliştirilmesine ve bebek kreşlerine ve anaokullarına dahil olma olasılığına odaklanan yeni programlar talep etmeye başladı. Çok sayıda girişimin amacı, ebeveynin 'yardımcı terapist' rolünden vazgeçmesini ve tekrar ebeveyn olmasını sağlayan koşullar yaratmaktır.

Hırvatistan okulu ayarları ve annelerin büyük çoğunluğu hesabına, bu nedenle özel gereksinimli çocukların anneleri, çocukları sosyalleşme imkanları ana akım kreş veya okul öncesi programlar çocukların kendi eklemek aramaya başladı önceden gelişmiş bir sistem-bir şey var. Bunu yapmak için çabalarını, anne Üniversitesi kurumlardan uzman desteği almış. Ebeveynler artık her çocuğun benzersiz bir biyoloji ile doğmasına rağmen, bunun çocuğun geleceğinin önceden belirlenmiş olduğu anlamına gelmediği konusunda daha iyi bir anlayışa sahipler. Ebeveynler, Hırvatistan'daki erken çocukluk müdahale sisteminin iyileştirilmesini kalıcı olarak etkileyen bir güçtür.

Olumlu:

- ECI hizmetleri düzenlenir ve yasaya dahil edilir, bu nedenle temel bir çerçeveye sahiptir.
- Bu içerik geniş tanımlanır; servis sağlayıcılar; çocuğun yaşı; hizmet yeri.
- Hizmet çocuk ve aile için ücretsizdir.
- Çocukların hemen ECI'YE dahil edilebilmesi için hizmet hakkı için onaylanmak üzere uzman organın idari prosedüründen geçmeye gerek yoktur.

Negatif:

- Hukuk eşitsizliği-herkes bunu uygulamıyor.
- Servis sağlayıcıların azaltılmış sayısı
- Hizmet sağlayıcılar ile sektörler (sağlık ve sosyal refah) arasında ve dolayısıyla hizmetlerin kendileri arasında koordinasyon eksikliği.
- Profesyonellerin ve paraprofesyonellerin uygun eğitiminin olmaması - seçerken ebeveynleri tavsiye edememe ve güçlendirememe.

Erken çocukluk müdahalesinin mevcut durumu

Hırvatistan erken çocuklukta müdahale çağdaş durumunu anlatırken, resim çok düzensiz olduğunu vurguladı, bir ailenin de içinde bulunduğu bölge üzerine gelişimsel bozukluk çocuklarının Zagreb bölgeden Aileler başka bir yerde yaşayanlar çok daha iyi bir konumda, programları tabanlı (yani tıbbi) hem de geleneksel tedavi ayarları çoğunluğu olarak vardır ve aile ortam ayarları yeni programları bu alanda toplanmıştır ve bu tür bağlı olmalı. Doğu ya da Güney ne kadar ileri giderse, durum o kadar az elverişli olur. Gelişimsel bozukluğun türü ile ilgili olarak, duyuşsal bozukluğu olan çocukların aileleri diğerlerinden daha iyi bir konumdadır. Bu alandaki ilerlemeler, aynı zamanda tıp doktoru olan uzmanlık eğitimi almış, yılda önleme önemi hakkında bireyler tarafından yapılan tıbbi ve net teşhis bu yalan güzelleştirmek için büyük çaba. En kötü durum, karmaşık sağlık ve gelişimsel zorlukları olan küçük çocuklar tarafından karşı karşıyadır, bunun nedenleri, erken çocukluk müdahalesinin tıbbi temelli felsefesinin hala geçerli olduğu gerçeğine bağlıdır. Daha spesifik olarak, hala ağırlıklı olarak tıbbi bir ortamda yer alan küçük bir çocuğa yaklaşımda, iki



farklı tedavi yaklaşımını tanıyoruz. Doğumda ortaya çıkan yüksek nörolojik riskleri veya sorunları olan çocuklar (örneğin Down sendromu, beyin malformasyonları veya lezyonlar), erken multidisipliner yaklaşım adı altında uzmanlaşmış merkezlerde yapılan birçok farklı kontrol ve tedavi programı ile tıbbi takiplere dahil edilir. Ebeveynler isim olarak ekip üyeleri olarak listelense de, aslında değildirler. Birçok uzman çocuğu düzenli olarak görür, ancak birden fazla profesyonel birlikte çalışmaz ve hizmetler ekip tabanlı değildir. Ebeveynler merkeze geldikçe, çocuk gelişimsel olarak destekleyici ve çocukların aile ortamlarına katılımını teşvik eden prosedürler yerine klinik veya tıbbi temelli programlara girer.

Tedaviler çocuğa ve eksikliklerine odaklanır, bu da bir ebeveyni ortak terapist olarak içeren yoğun, çoğunlukla motor egzersizlerin rutin olarak uygulanmasına neden olur. Doktorlar genellikle terapötik prosedürlerin uygulanmasında yeterince seçicidir. Bu, erken yaşlardan itibaren, tüm çocukların ebeveynler tarafından günlük olarak uygulanan bebek egzersizlerine ve ayrıca duyuşal entegrasyon terapisine dahil edildiği anlamına gelir. Ebeveynler uygun psikolojik desteğe sahip olmadığından ve 'daha fazla egzersiz, daha iyi' gerçeğine ikna olduklarından, genellikle küçük çocuklarıyla egzersiz yapmak için terapistleri işe alma inisiyatifi alırlar. Bununla birlikte, çeşitli terapötik prosedürlere aşırı maruz kalma, günlük rutini ve normal aile yaşamını yok eder ve ebeveynler tarafından ek finansal girdi gerektirir. Aynı zamanda, bu yaklaşımın çocuklar için istenmeyen psikolojik sonuçları vardır, Genellikle olumsuz veya pasif tutumlara ve öğrenilmiş çaresizliğe yol açar. Nörogelişimsel risk altındaki küçük çocukların ebeveynleri kendilerine ' çocuğumu egzersiz yapmaya nasıl motive edebilirim?'Çocukların günlük aktivitelerine katılarak ve aileleri ve bakıcıları ile anlamlı eğlenceli deneyimler yaşayarak öğrenebilecekleri anlayış yavaş yavaş tanıdık bir kavram haline geliyor. Tam etkileri henüz kabul edilmemiştir-bu ne yazık ki tıbbi ortamlarda servis sağlayıcılar için ebeveynlerden daha doğrudur.

Bununla birlikte, bazı bireylerin çabalarıyla, küçük çocuklu ve aileli bazı programların iyi uygulamalar geliştirdiğini ve giderek daha düzenli olarak uygulandığını vurgulamak gerekir. Ebeveynler bu programları son derece iyi kabul ettiler ve yakın gelecekte programların gelişimsel zorlukları olan küçük çocukları olan tüm ailelerin ihtiyaçlarını karşılayabileceğine ve Hırvatistan'daki erken çocukluk müdahale sisteminin bir parçası olacağına inanmak için bir neden var. Kurumsallaşma sürecinde ECİ'NİN yasada yer almasından sonra, birçok sosyal yardım kuruluşu bu hizmeti sağlayıp sağlayamayacaklarını seçebilir. Çoğu Evet'i tıkladı, bu yüzden kağıt üzerinde sağlıyorlar. Bazıları bunu gerçeğe dönüştürüyor, ancak eğitimsiz personel en büyük sorun.

Şu anda 10n ECİ Eğitim ve Rehabilitasyon Fakültesinde Yüksek Lisans eğitimimiz ve ECİ uygulayıcısı için Mali dom'da bir yıllık eğitimimiz var. Ancak bunların hiçbiri ECİ hizmetlerinin sağlanması için bir ön koşul değildir. Bu nedenle, hizmetlerin kalitesi ve yoğunluğu ülke genelinde gerçekten değişmektedir. Ancak durum düzeliyor, ancak çok yavaş. Ayrıca, bazen bildirilen veriler gerçekten hizmetlerin gerçek resminin bir temsili değildir. En iyi hizmetler hala Zagreb, Mali dom ve diğerleri ülkenin kuzey kesiminde şu anda takip ediyor. Bu birkaç program gerçekten ekolojik modele dayanıyor ve rest hala tıbbi modelle mücadele ediyor. Dış tıbbi model şu anda sadece Mali dom, çok genç yaştaki çocuklar için hizmet vermektedir – yani doğumdan 1 yaşına kadar. Bu da gelişiyor, çünkü 10 yıl önce çoğu kuruluş ECİ hizmetleri sağladıklarını iddia etti, ancak



yararlanıcılarının çoğu 3 yaşından büyüktü. Şimdi çok daha iyi, ama yine de 0 – 1 yaş arası çocuklar tıbbi olmayan programlarda bulmak çok nadirdir. Ve bunu değiştirmek zorundayız çünkü bu çocuklar için en büyük fırsat penceresi.

Bununla birlikte, Mali dom gibi Eci ve ECI sağlayıcıları için neonatologların artan bir ilgisi var, bu da farkındalığı arttırmada iyi olan konferanslarında düzenli bir konuk. Ayrıca, işbirliği de onlarla gerçekten iyi.

Hırvatistan'da ECI sağlamanın kalite riskleri

- * Yetersiz kaynaklar-sporadik hizmet sunumu / süreklilik yok.
- * R1 modelinin sadece belirli bileşenlerini sağlamak / kapsamlılık eksikliği.
- * Tıbbi model / multidisipliner yaklaşım.
- * Ağ sağlayıcılarının ve ortaklarının yetersiz eğitimi.
- * Çok sayıda özel sağlayıcı / çevrimdışı sağlayıcı / çevrimdışı / standartları ve kaliteyi Değerlendirme ve kontrol etme yeteneğinin ötesinde.
- * Servis sağlayıcılar için” gri " pazar.
- * Servis sağlayıcılar ile hizmet sayısı arasındaki hizmetlerin çoğaltılması / örtüşmesi ve aralarında koordinasyon olmaması.

Öneriler:

Yasal değişiklikler-kurumsal bakımda üç yaşın altındaki çocuklar mevcut değildir, ancak uygulama yeterli değildir.

Region bölge genelinde yasal çerçevelere dayalı kapsamlı ECI sistemlerinin geliştirilmesi.

Supporting destek için uygun bütçe tahsisi ve hizmetleri.

Eğitim kadın doğum ve Çocuk Hastanesi personeli kurumsallaşma cesaretini ve engelli bebeklerin anne destek için.

Eci'nin dahil edilmesi ve önemi konusunda farkındalık yaratmak

Önyargıların ve stereotiplerin kırılması kurumsallaşmalara katkıda bulunmaya devam etmektedir.

Ecd bilimini, çocuklarla ve ailelerle çalışan uzmanların tüm hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerinde temel bir bileşen olarak entegre edin.

✓ Savunmasız gruplardaki çocukların eşit erişime ihtiyacı vardır: ek fon, personel ve materyal gereklidir.

B. erken müdahale programı-MALİ DOM-Zagreb

Mali dom, 20 yılı aşkın bir süredir ECI hizmetleri sunmaktadır ve ev tabanlı hizmetlere ve disiplinler arası yaklaşıma dayanan kapsamlı bir model geliştirmiştir. Ayrıca, çocuğun 3 yaşına



kadar doğduğu günden itibaren hizmet vermektedir. Çocukların rı programına dahil edilmesi için kriterler tanımlanmıştır: nöro-risk faktörleri, duyuşal bozukluklar, gelişimsel anormallikler, doğum sonrası travma, malformasyon sendromları ve daha fazlası. Erken çocukluk müdahale programına sevk, yukarıda belirtilen kriterlere dayanmaktadır, form sağlık profesyonelleri tarafından sunulmaktadır: bir neonatolog, bir nöro-çocuk doktoru, bir çocuk doktoru, vb. ancak, bazı gelişimsel zorluklar daha sonra tespit edilebileceğinden, çocuk RI programına yönlendirilebilir: psikolog, rehabilitatör, konuşma terapisti, vb.

Disiplinler arası değerlendirme:

- Temel ve ek değerlendirmelerden oluşan kapsamlı, doğada danışmanlık.
- Temel değerlendirmeler, Mali dom'da çocuğun yaşına göre zorunlu olanlardır, böylece bir program oluşturabiliriz ve bunlar:

1. Doğumdan 4 aya kadar genel (spontan) hareketlerin (GM) değerlendirilmesi),
2. Hareket ve hareket kalitesinin analizi yoluyla motor fonksiyonların değerlendirilmesi (GMFM);
3. Eğitim rehabilitasyon değerlendirmesi.
4. Fonksiyonel görme değerlendirmesi.

- Ek değerlendirmelere ihtiyaç duyulursa, aşağıdakilerden bazıları gerçekleştirilir: iletişimin erken gelişiminin değerlendirilmesi, sosyo-duyuşal gelişimin değerlendirilmesi, duyuşal entegrasyonun gelişiminin değerlendirilmesi, mesleki terapi değerlendirmesi. Değerlendirmeler, standartlaştırılmış ve standart olmayan testler kullanılarak ve ebeveynlerle konuşma yoluyla veri toplama kullanılarak gerçekleştirilir.

- Böyle bir değerlendirme, çocuğun tüm alanlardaki mevcut yetenekleri, aile dinamikleri, yetenekleri ve çocuk için beklentileri hakkında bilgi sağlar. Değerlendirmenin amacı sadece potansiyel engelleri tanımlamak değil, aynı zamanda çocuğun güçlü yanlarını ve öğrenme yollarını tanımlamaktır. Başarılı ve eksiksiz bir değerlendirme, bir müdahale programı oluşturmanın ilk adımıdır. Kapsamlı bir değerlendirmeye dayanarak, uzman ekip çocuğun gelişiminin bir sınıflandırmasını oluşturur ve ebeveynler ve velilerle birlikte terapötik hedefleri ve faaliyetleri tanımlar.

Bireysel aile destek planının (IOPP) geliştirilmesi ve bunun içinde Bireysel eğitim planı (IEP)

- IOPP erken müdahale sürecini belgelemekte ve çocuğun sağlayıcısı ve ailesi için bir rehber görevi görmektedir. Bu belgenin oluşturulmasıyla, aile üyeleri ve erken müdahale uzmanları, ailenin özel ihtiyaçlarına, önceliklerine ve kaynaklarına göre uyarlanmış hizmetleri planlamak, uygulamak ve değerlendirmek için bir ekip olarak çalışırlar.

- Bireysel eğitim planı (IEP), uzun vadeli ve kısa vadeli hedefler, yaklaşımlar ve kaynaklar içeren ve belirlenen hedefler tarafından belirlenen faaliyetleri kim ve hangi koşullar altında gerçekleştiren bir belgedir. Kullanıcının ilerlemesini izler ve değerlendirir. GİB ve ICP arasındaki fark, birincisinin bir bütün olarak aileye ve ikincisinin hizmet kullanıcıya (çocuk) yönlendirilmesidir.

Evde Aile desteği ile erken müdahale faaliyetleri –

- Erken müdahale uygulayıcısı aileye atanır ve entegre profesyonel aile desteği uygular ve diğer IOPP hizmetlerini koordine eder. Güvenli ve rahat bir aile ortamı, çocuğun günlük yaşamında eğitim ve Rehabilitasyon prosedürlerinin tam olarak uygulanmasını sağlar. Aile profesyonelleri tarafından yetkinliğinin yerleşik güveni ve güçlendirilmiş ebeveynleri, başarılı ECINİN temel temelidir.

Merkezde destek yoluyla erken müdahale faaliyetleri (Merkez tabanlı)

- Merkez, gerektiğinde, Fizyoterapi modelleri, duyuasal entegrasyon, Vibro-akustik terapi, mesleki terapi, konuşma terapisi, deneyim grupları, terapötik yüzme gibi bireysel veya grup etkinliklerini gerçekleştirir

Değerlendirme yeniden değerlendirme

- Sunulan hizmetlerin ilerlemesini değerlendirmek için 3 ila 6 ay sonra yeniden değerlendirme yapılır. Başlangıç ve yeniden değerlendirme sonuçları karşılaştırılır ve sonuçlar çocuğun yaşı ile karşılaştırılır.

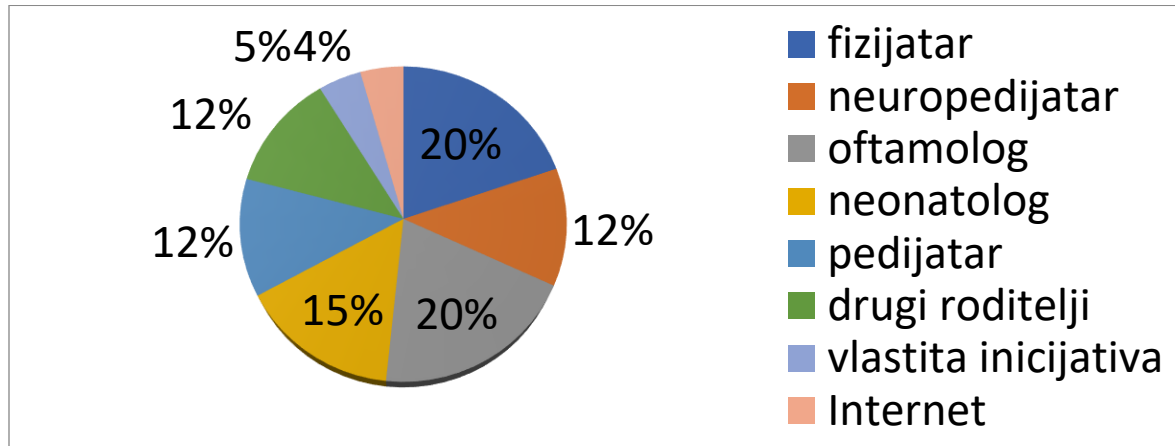
Erken müdahale hizmetlerinin devamı

- Erken müdahale için uzman ekibin değerlendirmesi ve görüşünden sonra, ailenin 3 yıla kadar profesyonel desteği çocuğun ihtiyaçlarına göre devam edecektir.

- Yeniden değerlendirme, tüm gelişim alanlarında çocuğun optimal gelişimini gösteriyorsa, RI programı daha gereklidir, ancak ebeveynlerin, özellikle yüksek riskli çocuklar için gerekirse, her 3-6 ayda bir yeniden değerlendirme yoluyla takip için gelmeleri önerilir.

Tüm etkinlikler disiplinler arası bir yaklaşıma dayanmaktadır ve tüm ECI ekibi haftada bir kez toplanmaktadır.

Malio dom ECI hizmetlerine bakın.





Mali dom'da ECI geliştirme modelinin açıklaması :

Uygulamanın misyonu, ailelerin çocuklarını risk altında yetiştirmelerine veya doğumdan 3 yaşına kadar gelişimsel gecikme veya sakatlık ile destek verecek kapsamlı, erişilebilir ve duyarlı bir ev tabanlı erken çocukluk müdahalesi (ECI) hizmet modeli sağlamaktır.gelişimsel kilometre taşlarına ulaşmak için destek.

Amaç, ailelerle işbirlikçi bir ortaklık kurmak ve onlarla ilgili ve aynı zamanda onlar için anlamlı olan çocuk ve aile düzeyinde sonuçları belirleme ve elde etme konusunda onları güçlendirmektir. Bu şekilde, çocuğun potansiyelini tam olarak geliştirmesi ve daha fazla öğrenme için bir temel oluşturması için koşullar sağlayacağız. Aile üyelerinin yetkinliklerini güçlendirerek ve güçlendirerek, topluma katılımları ve katılımları artacaktır.

Hedefi olan geliştirilmiş ve uygun yaklaşım, metodoloji kurulan roller ve mümkün olan en erken aşamada Disiplinler ekibimiz ile destek veriyoruz, tercihen yenidoğan ünitesi en az risk altında, çocuğun yaşamının ilk yıl içinde çocuğun gelişme ve ailelerine destek istenen sonuçları en elde edilebilir gelişimsel gecikme ile gelen ya da görevden alınması sonrasında ECI sürecinde tüm katılımcılar ve paydaşlar sorumlulukları ile birlikte.

Mali dom modelinin geliştirilmesiyle ele alınan sorunlar

1. Yaşamın ilk yıllarında yerleşik ve tanınmış ev tabanlı EI hizmetleri yoktu.
2. Risk altındaki çocukların erken tanımlanması veya gelişimsel gecikme ve çocukların var olan herhangi bir hizmete erken yönlendirilmesi konusunda hiçbir farkındalık veya düşük farkındalık yoktur.
3. Mevcut uygulama kıt ve profesyonel olarak ortalandı.
4. Mevcut modeller, kıtlığa dayalı, uzmanlığa dayalı ve hizmete dayalı modellerdi.
5. Hizmetleri bir bozukluk, sorun, hastalık ya da onun sonucu madde olarak yürütülmüştür.
6. Profesyoneller ihtiyaçları belirledi ve aile için kararlar aldı.
7. Mevcut hizmetler parçalanmış ve uzmanlaşmıştı ve çocuk ve ailenin ihtiyaç duyduğundan daha sonra başladı.

Mali dom modeli ile geliştirilen çözüm:

1. Geliştirilen metodoloji protokolleri ve doğumdan hemen sonra mümkün olan en erken zamanda sevk ile ev tabanlı EI modeli kuruldu.
2. Model güç ve kaynağa dayanır, yetkinliği ve olumlu işleyişi geliştirir ve kararlar onlar için değil, aile ile birlikte yapılır.
3. Hizmetler, farklı disiplinler ve sektörler arasında iyi koordine edilmiş ve entegre edilmiştir – disiplinler arası bir yaklaşım kullanır ve aynı zamanda sektörler arası.



4. Azami ölçüde doğal ortamında çocuklara hizmet veren etkin vadeli doğal ortamı olan çocuk vardı ya bir sakatlık vardı katılacağını ayarları bakın.
5. Modelimizin bir parçası olarak, doğal öğrenme fırsatlarını ve müdahale stratejilerini günlük aktivitelere dahil ettik.
6. Biz de aile rutinleri içinde müdahale birincil uygulayıcıları olarak veliler üzerinde duruldu. Aileler, çocuklarının gelişimini ve anlamlı katılımını teşvik etmek için değişim ajanları olarak yetkilendirilir.
7. Ebeveynler çocukları ile merkezine gelip destek gruplarıyla anahtar işçi dışında farklı uzmanları bir dizi desteği ile birlikte ve farklı etkinlikler, daha sonra günlük rutin nonintrusive oyun odaklı bir şekilde kısa ve uzun vadeli hedeflere ulaşmak için gömülü olacak oyunlar oynar ve geçmesi karşılamak onlar becerilerini oluşturmak için tasarlanmıştır.
8. Hizmet kalitesini ve özellikle ekip üyeleri arasındaki etkileşimi sağlamak için, belirli bir çocukla çalışmaya dahil olan iletişim, hedefler, raporlar, geliştirilen protokolleri takip etme vb. sağlayan bir yazılım uygulaması geliştirdik.

Bu çözüm neden mevcut diğer çözümlerden daha iyi

Disiplinler arası bir ekip olarak çalışmak, etkileşime girmesi gereken insan ve disiplin sayısını azaltarak aile için karışıklık olasılığını azaltır. Bu model daha az müdahaleci çünkü ebeveynlerin sadece bir anahtar ilişki kurması gerekiyor ve sadece bir servis sağlayıcı evi ziyaret ediyor. Gelişmiş ve akıcı iletişim, aile için önemli bir fayda olarak kabul edilir. Hiçbir disiplin, özellikle 1 yaşından küçük çocuklar için erken müdahale hizmetleri sunmada diğerinden daha etkili olmadığından, bu disiplinler arası çalışma, hepimizin aynı kapsamlı sonuçlar ve stratejiler üzerinde çalışmasını sağlar ve bu nedenle gerçekleştirilme olasılığı daha yüksektir. Hizmet verimliliği açısından, daha fazla çocuk servis edilebilir, çünkü daha az servis sağlayıcı düzenli olarak bir çocuk görür. Her çocuk doğrudan Değerlendirme ve müdahale almak yerine, diğer ekip üyelerini diğer çocukları görmek için serbest bırakmak ve ailelere aile ortamlarında daha fazla zaman vermek yerine, hem ailenin hem de çocuğun genellikle çok yorgun olduğu belirli bir hizmeti almak için koşturmak yerine. bundan faydalanmak için. Aileler, önümüzdeki iki, üç veya dört ay boyunca, bireysel ve özel ihtiyaçlarını karşılamak için uyarlanmış yazılı materyaller elde etmek için kılavuzlar aracılığıyla da destek alırlar. Doğal öğrenme fırsatlarını gün boyunca tanıdık bir ortama gömmek, müdahalenin kabul edilebilir, işlevsel ve aileler için uygun olmasını sağlar ve öğrenme söz konusu olduğunda çocuğun genellemesini teşvik eder.

Mali dom yöntemi, ailenin günlük faaliyetlerinin bağlamını ve çocuk ile önemli yetişkinler arasındaki etkileşimleri sağlayan doğal ortamlar oluşturmaya odaklanmıştır.

Takip ettiğimiz temel ilkelere bazıları şunlardır:

1. Aile merkezli: aileler, küçük çocuklarının temel bakıcıları ve eğitimcileridir.
2. Aile yetkinliğini ve olumlu işleyişini teşvik etmek.



3. Kapasite geliştirme: çocukların ve ailelerin mevcut yetenekleri kullanmalarına ve yeni beceriler geliştirmelerine yardımcı olmak.

4. Güçlü yönlere dayalı içerik.

1. Merkezimize sevk edilen tüm çocuklar disiplinler arası (arena) değerlendirme hakkına sahiptir. Değerlendirme, çocuğun güçlü yanlarını ve ihtiyaçlarını ve erken müdahalenin nasıl yardımcı olabileceğini daha iyi anlamamıza yardımcı olur. Değerlendirmeyi takiben, ekip aileyle önceliklerini ve endişelerini tartışır, bir sonraki adımları özetler ve ailenin sahip olabileceği belirli soruları yanıtlar.

2. Sosyal hizmet uzmanı ve psikolog ile ilk konuşma.

3. Bilgilendirme süreci-ekip, aile ile çalışırken birincil terapisti tanımlamayı ve desteklemeyi amaçlayan bir bilgilendirme sürecine girer.

4. İlk ev ziyareti, ebeveynlerin kaygıyı hafifletmek için bir ev hizmetinden neler bekleyebileceklerini açıklamaktır.

5. Bireyselleştirilmiş Aile hizmet planının geliştirilmesi (IFSP) - altı hafta sonra birincil terapist, değerlendirme bilgilerine ve aile önceliklerine dayanarak ebeveynlerle ortaklaşa bir IFSP geliştirir. Bir çocuk ve aile için sonuçları, kullanılacak öğrenme yöntemlerini ve yaklaşımlarını açıklar. Ne tür hizmetlere sahip olacaklarını, kimin sağlayacağını, nerede, ne zaman ve ne sıklıkta olduğunu açıklar.

6. IFSP uygulaması.

Belirlenen hedeflerin değerlendirilmesi, IFSP ve IEP'Yİ yeniden değerlendirmek için 3 ila 6 aylık gözden geçirmeleri ve toplantıları ifade eder. Bu, yeni sonuçları içerebilir - eskilere ulaşılmış olabilir veya artık alakalı olmayabilir, Yeni sonuçların karşılanmasına yardımcı olmak için öğrenme stratejilerini ve etkinliklerini değiştirebilir ve gerekli hizmet türünü değiştirebilir.

Öğretim materyalleri

Eİ sağlayıcıları, müdahale stratejilerine uygun oyun materyallerini seçerler. Bazıları zaten aile evinde bulunan ve bazıları terapistler tarafından getirilen birçok farklı nesneyi içerir—oyuncaklar, oyunlar, öğretim materyalleri, günlük nesnelere ve inşaat parçaları.

Hizmetin önemli bir bileşenini temsil etmek için oyun materyallerinin seçilmesi ve hazırlanması, bu materyaller planlama, bütçeleme, çocuklarla ve aileleriyle etkileşim kurma ve ebeveynlere ziyaretlerden sonra terapötik oyuna nasıl devam edeceklerini öğretmek de dahil olmak üzere müdahale sürecinin birçok aşamasını etkiler.

Ev ziyaretlerinde, terapistlerin aile evinde, özellikle de günlük nesnelere oyun materyalleri kullanmaları teşvik edilir. Bir terapist oyun materyallerini getirirse, program ailenin benzer materyallere erişmesini gerektirir.

Çocukların ihtiyaçları nasıl değerlendirilir?



Çocukların yapamayacağı şeyleri onlarca yıl değerlendirdikten sonra, çocukların neler yapabileceğine odaklanmaya yönelik bir kayma olmuştur.

Bu güç temelli yaklaşım, tüm gelişim alanlarının işlevsel değerlendirilmesini içerir. Hem klinik gözlemleri hem de çeşitli değerlendirme araçlarını kullanıyoruz. Değerlendirmeye yönelik bu tür olumlu yaklaşımların, çocuğu engelli olmaktan ziyade benzersiz özelliklere ve yeteneklere sahip bir birey olarak görmeye yardımcı olduğu düşünülmektedir. Çocukların ihtiyaçları çoğunlukla Müfredata dayalı kontrol listeleriyle değerlendirilir.

Profesyoneller olarak, böyle bir yaklaşım aynı zamanda çocuk gelişimi ile ilgili konular ve ortamları değiştirmedeki ve/veya müdahale sağlamadaki rolümüz hakkında daha olumlu tutumlar sürdürmemize yardımcı olur.

Aileler bu hizmete nasıl katılıyor?

Metodoloji, erken müdahalede kanıta dayalı uygulama üzerine geliştirilmiştir ve şunları içerir:

- (a) aile rutinlerinde bağlamsallaştırılmış öğrenmeye odaklanmak;
- (b) çocuğun ilgi alanına dayalı faaliyetlere katılımını desteklemek;
- (c) ebeveynin çocuğa karşı duyarlılığını teşvik etmek.

EI programı boyunca, uzmanlardan oluşan bir ekip, çocuğun gelişimini artıracak mevcut ihtiyaçlarını karşılamak için çeşitli yöntemleri birleştirir. Aileler ve öncelikleri, iç ve dış olan birçok faktöre bağlı olarak benzersizdir. Yöntemimizin çok önemli bir kısmı, değerlendirme, ev ziyareti, IFSP oluşturma ve Uygulama, Değerlendirme ve diğer programlara geçişten başlayarak her aşamayı derinlemesine planlamaktır.

Aşağıdaki sorunlar bizim yöntemleri ile çözülür:

1. ebeveynlerde yetkinlik ve yanıt verme eksikliği,
2. ailelerin mevcut duruma daha iyi uyum sağlaması;
3. çocuğun gelişimini artırmak için uygun stimülasyon;
4. EI ekibi ile üst düzey kaliteli iletişim ve
5. aile ve çocuk için bireysel hedefler oluşturmada işbirliği. EI programı boyunca, uzmanlardan oluşan bir ekip, çocuğun gelişimini artıracak mevcut ihtiyaçlarını karşılamak için çeşitli yöntemleri birleştirir. Aileler ve öncelikleri, iç ve dış olan birçok faktöre bağlı olarak benzersizdir. Yöntemimizin çok önemli bir kısmı, değerlendirme, ev ziyareti, IFSP oluşturma ve Uygulama, Değerlendirme ve diğer programlara geçişten başlayarak her aşamayı derinlemesine planlamaktır.

Aşağıdaki sorunlar bizim yöntemleri ile çözülür:

1. ebeveynlerde yetkinlik ve yanıt verme eksikliği,
2. ailelerin mevcut duruma daha iyi uyum sağlaması;



3. Uzmanlardan oluşan bir ekip, çocuğun gelişimini güçlendirmek için disiplinler arası uygun uyarımın ilkelerini kabul eder ve uygular;
4. EI ekibi ile üst düzey kaliteli iletişim ve
5. aile ve çocuk için bireysel hedefler oluşturmada işbirliği.

Ele alınan sorunlar, çocuklar ve aileler için gitmeye hazır olduklarında geçiş planlamasını içeren problemlerdir. Her çocuğun ve ailenin özel ihtiyaçlarına iyi uyarlanmış bir yaklaşım vardır. Çocuğun bir bütün olarak entegre olduğu ve disiplinler arası bir yaklaşımla farklı disiplinlerden oluşan bir ekibin desteği ve konsültasyonu ile birincil terapist tarafından verilen koordineli Hizmetler aracılığıyla en iyi şekilde sunulabileceği kavramına dayanmaktadır. Bu, erken müdahale ekibinin bir üyesi ile aileler arasındaki iyi organize edilmiş iletişim nedeniyle mümkündür.

Program, rutin, ilişki odaklı ve ebeveyn müdahalesi olan ev ziyareti desteği ile temelini oluşturur. Ailenin mevcut etkileşimlerini ve faaliyetlerini müdahale kaynağı olarak tanımak için destekleyici, güçlendirici bir uygulama kullanır.

2. Metodoloji, erken müdahalede kanıta dayalı uygulamaya dayanmaktadır.
3. İlkeler ve uygulamalar doğal ortamlar bağlamında yürütülür.
4. Aile ortaklığı.
5. Sürekli olarak bilgi toplamak için hem resmi hem de gayri resmi araçları kullanan disiplinler arası bir değerlendirme.
6. Hizmet planlama ve değerlendirme, tpproach boyunca sürekli faaliyetlerdir.

YÖNETİM PROTOKOLLERİ

Değerlendirme ve ECI programına kabul talebinden sonra:

GİRİŞ PROTOKOLÜ:

1. Programa kabul Komisyonu, programa kabul kararını karşılar.
2. İlk telefon görüşmesi-bir sosyal hizmet uzmanı tarafından; giriş Protokolü kapsamında görüşmek üzere Komisyon ve anlaşma kararı hakkında bilgi.
3. İlk görüşme-sosyal hizmet uzmanı; ebeveynleri RI programı, içeriği, uygulama şekli ve sıklığı hakkında bilgilendirmek; temel sosyo-tıbbi geçmişi almak; bir stres olayı anketini doldurmak.
4. Bir servis sağlayıcı olarak, resmi kararımızı yönetmesi gereken sosyal hizmet merkezine (sosyal hizmet uzmanı) gönderiyoruz.
5. İlk görüşme-psikolog; aile ihtiyaçları; mevcut durum; ayarlama süreci; Ebeveyn stres ölçeğinin doldurulması.
6. İlk ev ziyareti aile; öneri, bir sosyal hizmet uzmanı/psikologun terapist – anahtar işçiye eşlik etmesidir.



7. Merkezde uzman desteği (plan ve programa göre diğer hizmetlerin atanması).
8. IOPP gelişimi-psikolog ve sosyal hizmet uzmanı.
9. Şimdiye kadar çocuk etrafında Takım üyeleri bilgi alışverişi için bir toplantı düzenlediler.

ECI SAĞLAMA SIRASINDA PROTOKOL

1. İlk toplantı

- * Aileye ilk ziyaretten 3 ay sonra; psikolog ve sosyal hizmet uzmanı birlikte;
- yasal durumunun doğrulanması (Sosyal hizmet için yetkili Merkez karar geldi mi; Dokümantasyon olup gerekli tüm belgeleri toplanmıştır); (profesyonel destek ile aile içinde başlamış olup; hizmetlerin izlenmesi frekans ne; aile, vb terapistin resepsiyon düzenleyerek, herhangi bir sorun olup olmadığını.; hizmetlerin merkezde başlayıp başlamadığı ve hangilerinin);
- * TOD konularına göre izleme (her aile için bireyselleştirme ile); işlerin nasıl gittiğinden memnun musunuz?; ne ek destek için ihtiyacınız var? önümüzdeki 6 ay içinde sizin için önemli olabilecek ne öngörüyorsunuz / düşünüyorsunuz / tahmin ediyorsunuz ve o zaman bir aile olarak ne yapmak istiyorsunuz?;
- * IOPP'Yİ sunmak ve ebeveynlerle belirlenen hedefleri kabul edip etmediklerini kontrol etmek; değiştirmek, eklemek, silmek;
- * destek gruplarına katılmak (ana kuruluşun bir sonraki gruba (Kontrol Noktasından sonraki ilk) gelme yeteneğini kontrol etmek, ek bildirim tarihini ve yolunu düzenlemek;
- * bir psikolog / sosyal hizmet uzmanı ile daha sık randevu alamamaları durumunda - bireysel DANIŞMANLIK ve destek;
- * destek gruplarına / deneyimsel (iopps planlanan) katılımına bağlı olarak bir sonraki görüşme / kontrol noktasının duyurulması.

2. İkinci karşılaşma

- * GPs ve / veya deneyimsel ailelere katılmayan aileler, her 3-6 ayda bir izleme sıklığında devam eder.
- * Merkezde bir çeşit desteğe dahil olan ve GP ve / veya ampirik olarak gördüğümüz aileler için, başka bir toplantı 1.toplantıdan 12 ay sonra olacaktır.

3. Üçüncü karşılaşma

- * Geçiş (çocuğun yaşına bağlı olarak, bu bir yerde başka bir toplantı olacaktır).
- * RI programından ayrılmadan 6 ay önce veya 2.toplantıdan 12 ay sonra.

DIŞLAMA PROTOKOLÜ

1. Son değerlendirme.



2. Bir sosyal hizmet uzmanıyla yapılan son görüşme - işten çıkarılmadan bir ay önce (3 yaş).
3. Son ev ziyareti / merkezdeki son deneyim grubu.
4. Sosyal hizmet merkezine tab

IV.2. KIBRIS

A. politikalar ve mevzuat

Eğitim ve Kültür Bakanlığı olarak Çocukların Eğitim ve öğrenim(99 (İ) (http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/nomothesia_n%20_13_1999/I)1999 113 Özel İhtiyaçları Yasalar ile sağlanan engelli çocukların ihtiyaçlarına hizmet vermektedir.99 pdf) – 2001, ve http://www.moec.gov.cy/eidiki/nomothesia/nomothesia_n%20_13_2001 Özel Düzenlemeler İhtiyacı olan Çocukların Eğitimi içinde(ben).pdf). Bu mevzuat, engelli çocuklara becerilerini en üst düzeyde geliştirmek için eşit eğitim için tüm fırsatları sunmaktadır.

Yukarıdaki Kanunun temel hükümlerine göre, devlet multidisipliner bir değerlendirme ekibi tarafından çocukların ihtiyaçlarının değerlendirilmesini tamamlar ve üç yaşından itibaren çalışmalarının tamamlanmasına kadar özel eğitim ve öğretim sağlar. Özel ihtiyaçları olduğu düşünülen her çocuğun ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, her ilin Özel Eğitim ve Öğretim İlçe Komiteleri tarafından multidisipliner bir ekiple yapılır.

Kıbrıs'ta üç yaşın altındaki engelli çocuklar için geçerli olan tek politika 2001 yılında alınmıştır. Bakanlar Kurulu kararından sonra, 2001 yılında, gelişimsel engelli veya bozukluklarla karşı karşıya kalan okul öncesi çocuklara (6 yaşın altındaki) hitap eden bir kamu hukuku Danışma Komitesi olan mental Retardasyonlu kişilerin haklarının korunması Komitesi'nin gözetimi altında erken çocukluk müdahalesi Koordinasyon hizmeti kurulmuştur. Hizmet, aileleri, konuşma, algı ve öz bakım gibi alanlarda çocuğun gelişimini artıran, kendilerine sunulan hizmetleri nasıl kullanacakları konusunda destekler ve yönlendirir. urcu ve resmi mektuba ilişkin kararın hazırlanması.

Kıbrıs Cumhuriyeti'nin Engelli Hakları Sözleşmesi'nin uygulanmasına ilişkin ilk Raporu, 2013'te BM Engelli Hakları Komitesi'ne sunuldu. 22-23 Mart 2017 tarihinde, Kıbrıs Cumhuriyeti'nin Engelli Hakları Sözleşmesi'nin uygulanmasına ilişkin ilk Raporu BM Engelli Hakları Komitesi tarafından incelenmiş ve Komite ile Kıbrıs Heyeti arasında bir diyalog gerçekleştirilmiştir. 8 Mayıs 2017'de BM Engelli Hakları Komisyonu sonuç açıklamalarını ve önerilerini yayınladı. Komisyonun önerileri arasında engelli çocuklar için erken müdahale hizmetlerinin iyileştirilmesi de vardı.

Buna ve engelli çocuklarla çalışan kuruluşların sayısız müdahalesine rağmen, müzakere döneminde, Aralık 2020'de yürürlüğe girecek olan yeni özel eğitim Yasası, üç yaşın altındaki çocuklar için geçerli değildir.

B. Erken müdahale programı – St. Barnabas Körler Okulu

1929 yılında kuruluşundan bu yana, Kıbrıs'taki türünün tek eğitim kurumu olan St. Barnabas Körler Okulu, Kıbrıs'ın her yerinden her yaştan görme bozukluğu olan kişilere destek ve hizmet



sunmaktadır. Yıllar geçtikçe, okulun programlarının ve hizmetlerinin doğası, öncelikle Kıbrıs'ın eğitim ve sosyal politika sistemine uygun olarak gerçekleşen okul içindeki çeşitli değişikliklere uyum sağlamak ve ikincisi, dünya çapında görme bozukluğu olan kişilerin eğitimindeki eğilimlere ayak uydurmak için oldukça önemli ölçüde değişti. 1980'lerin başında, okul görme bozukluğu olan çocuklar için erken müdahale programı düzenlemek ve yürütmek için ilk girişimlerini yaptı. Erken müdahale programı, sadece bu yıllar boyunca bozulmadan kalan birkaç hizmet arasında yer alıyor, aynı zamanda müdahale erken ve doğru bir şekilde sunulduğunda öğrencilerimize yüksek hedefleyebileceğimize inandığımız için daha fazla önem verildi. Kıbrıs'ın bir milyondan az nüfusa sahip küçük bir ada olması ve küçük bir coğrafi yüzeye sahip olması, görme bozukluğu olan çocukların vakalarının erken tanımlanmasına ve çok kişisel olarak sağlanacak destek ve hizmetlerin bireysel ihtiyaçlar hakkında bir fikir v Program, üç yaşın altındaki çocuklar için programların uygulanması ne mevzuatta ne de eğitimcilerin çalışma planında öngörülmediğinden 'gönüllü' olarak sunulmaktadır. Bir ailenin bir çocuğun hayatında oynadığı önemli rolü kabul ederek, program aile tabanlıdır. Ebeveynler ve bakıcılar sadece hizmetlerin alıcıları değil, aynı zamanda müdahale programının planlanması ve uygulanmasında aktif üyelerdir.

Şu anda, erken müdahale programımız, görme bozukluğu olan çocuklara ve kimlik tespitinden bu yana ek engelli çocuklara sürekli, bireyselleştirilmiş, bireysel rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır. Programımız aşağıdaki gibi etkinlikleri içerir:

- birçok durumda büyükanne ve büyükbaba olan ebeveynlere veya bakıcılara eğitim ve destek, çocuklarının büyümesini ve gerekli hizmet ve kaynaklara erişmelerini sağlamak için,
- bu çocukların ihtiyaçlarını karşılama kapasitelerini artırmak için anaokulları, anaokulları veya terapi merkezleri gibi ana akım ortamlarda görme engelli gençlerle çalışan profesyonelleri eğitmek ; ,
- hayati öğrenme, okuryazarlık ve sosyalleşme deneyimleri sağlamak için doğrudan çocuklarla çalışmak,
- çocukların, ebeveynlerin ve bakıcıların hepsinin etkili bir şekilde fayda sağladığı destekleyici gruplar sunmak, çünkü bu resmi ve gayri resmi gruplar, katılımcıların çocuklarının gelişimi için fikir, deneyim ve benzeri endişeleri paylaşabilecekleri bir ortam yaratmaktadır.

Programın ana kaygısı, çocuğun daha iyi bakımı ve gelişimi için çalışmaktır. Bu nedenle, program, ilgili tüm insanlar arasında verimli bir işbirliği ve her çocuğun çevresine saygı ile karakterizedir.

Program, herhangi bir düzeltici lens veya gözlük kullanırken bile görme keskinliği en iyi gözde 1/10'un altında olan yasal olarak görme engelli olarak kabul edilen herhangi bir çocuğa yöneliktir. Bu çocuklar ve aileleri genellikle:

- çocuk nörologları,
- Çocuk Hastanesi Klinik genetik Bölümü,
- çocuk doktoru,
- programdaki akrabalar ve arkadaşlar veya diğer ebeveynler,



- erken müdahale programları yürüten diğer dernekler,
- internette arama yaparken kendi kendinize sahip olun. ermesine olanak tanır.

Sevk üzerine:

1. Aile ile ilk temas okulun sosyal hizmet uzmanı ile yapılır. Bu iletişim ya telefonla ya da ofisinde, genellikle çocuğun varlığı olmadan yapılır. Bu ilk iletişim sırasında karşılıklı bir bilgi alışverişi var. Aile, çocuğun geçmişinin yanı sıra elde edilen mevcut gelişim kilometre taşları, ailenin aldığı faydalar ve ödenekler ve çocuğun terapi programı ve eğer varsa okul ortamı hakkında bilgi sağlar. Sosyal hizmet uzmanı ayrıca çocuğun sakatlığı ile ilgili mevcut tüm belgeleri toplar. Sosyal hizmet uzmanı daha sonra multidisipliner bir ekiple iletişim kurar ve görme engelli bir öğretmen belirli bir çocuğa atanır.

2. İkinci ziyaret genellikle St. Barnabas Körler Okulu'nda gerçekleşir. Sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve görme engelliler için öğretmen var. Sosyal hizmet uzmanı, ailenin mevcut yardımları ve ödenekleri alabilmesi için gerekli tüm belgeleri tamamlamasına yardımcı olur. Psikolog, çocuğun tarihini tamamlamak için ebeveynlerle röportaj yapar (eğitim ve Kültür Bakanlığı tarafından geliştirilen ve çocuk, tıbbi geçmiş, alışkanlıklar, ilaçlar ve gelişimsel kilometre taşları hakkında bilgi toplamayı amaçlayan bir belge). Görme engelli öğretmen, çocuğun fonksiyonel vizyonu ve gelişim seviyesinin ilk değerlendirmesini yapmak için doğrudan çocukla çalışır. Ekip ayrıca aile ile bir araya gelir ve okulun erken müdahale programı hakkında bazı bilgiler sağlar. Çocuk üç yaşına yaklaşıyorsa, ekip aileye ücretsiz halk eğitimi ile ilgili haklarını bildirir ve Bakanlık tarafından değerlendirme sürecine başlamak için gerekli tüm evrakların tamamlanmasına yardımcı olur.

3. Ekip, çocuğu doğal ortamında gözlemlemek için bir ev ziyareti gerçekleştirir. Bu ziyaretler aynı zamanda çocuğun bakımında bazı kurallar sağlamak için büyükanneler veya dadılar gibi diğer bakıcılarla tanışma fırsatı da sunar. Çocuğun bir anaokuluna veya anaokuluna gitmesi durumunda, ekip ortamı ziyaret edebilir ve çocuğun eğitimi/bakımı ile ilgili olanlara destek sağlayabilir.

4. Bir dizi faktöre dayanarak (diğer ortamlara katılan çocuk, çalışan ebeveynler, engelliliğin şiddeti, çocuğun yaşı) ekip, aileye çocuğun okuluna haftalık, iki haftalık veya aylık ziyaretleri ve bakıcılardan en az birini içerebilecek bir teklif sunar.

5. Değerlendirme-görme engelli öğretmen, mesleki terapist ve fizyoterapist ile yakın işbirliği içinde çocuğun kapsamlı bir değerlendirmesini yapar.

Elde edilen sonuçlara dayanarak, ekip daha sonra aile ile birlikte sunulan ve tartışılan bireyselleştirilmiş bir müdahale planı planlamaktadır. Ekip bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikolog, görme engelli öğretmenleri, mesleki terapist, fizyoterapist, oryantasyon ve hareketlilik uzmanı, müzik terapistinden oluşmaktadır.

C. tarama ve değerlendirme araçları

◆ Wechsler Okul Öncesi ve birincil zeka ölçeği-WPPSI, yazar(lar): David Wechsler, yayın yılı: 2013



WPPSI TM -IV Wechsler Precision & Primary Scale of Intelligence TM / Fourth Edition, modern teori ve araştırmaya dayanan okul öncesi ve küçük çocuklar için bilişsel gelişimin yenilikçi bir ölçüsüdür. Yaş aralığı: 2 yıl 6 ay 7 yıl 7 ay. Testi Yunan dilinde standarised olmuştur.

School okul Hazırlığı için bir ' (alfa) testi (2007). Okul hazırlıklarını kontrol etmek için 5 yaş arası çocuklar için idealdir. Bir çocuğun ilkokula başlamak için gereken becerilere ve olgunluğa sahip olup olmadığını kontrol edin.

Cardiff Cardiff keskinliği testi, (Keeler). Dr. J. Margaret Woodhouse tarafından geliştirilen Cardiff görme keskinliği testi, 1-3 yaş arası küçük çocuklarda ve zihinsel engelli bireylerde görme keskinliğini ölçmek için tasarlanmış tercihli resimlerden oluşan bir derlemedir. Test, tercihli görünüm ve kaybolan optotiplerin ilkelerini birleştirir. İki farklı model ile sunulan bir çocuk, resim yerine düz bir uyarıcı üzerinde takılacak bir irade prensibine dayanmaktadır. Test, aksi takdirde gri bir kartın üstünde veya altında bulunan bir çocuğun (ev, araba, ördek vb.) ilgisini çekecek resimleri kullanır. Her seviyede üç kart ile on bir görme keskinliği seviyesi vardır.

◆ Kay Picture Test vision test sistemi, çok küçük çocukların ve öğrenme güçlüğü çekenlerin görme keskinliğini daha erken ölçmenizi sağlar.

Vizyon » Çarpma Engelli olan Öğrencilerin İşlevsel Görme Değerlendirme Yapmak için adapte olduğu gibi Okulda görme engelliler öğretmenleri tarafından hazırlanan fonksiyonel görme □ gözlem.

Tac Tactual Profil (Royal Visio). Dokunsal profil, ciddi görme bozukluğu olan 0 ila 16 yaş arası çocuklarda dokunsal işleyişin grafiğini çizmek için kullanılan bir gözlem aracıdır. (www.tactualprofile.org bu araç aynı zamanda gözlem ve yapılandırılmış faaliyetlere dayanmaktadır.

Sensory duyuşsal profil değerlendirmesi, bir çocuğun duyuşsal işleme kalıplarının genel bir resmini sağlar. Duyuşsal profilin sonuçları, bu kalıpların bir çocuğun günlük yaşamdaki performansına nasıl katkıda bulunabileceğini veya engel oluşturabileceğini düşünmek için kullanılır. İşitsel, görsel, aktivite seviyesi, tat/koku, vücut pozisyonu, hareket, dokunma ve duyuşsal/sosyal olmak üzere sekiz ana duyuşsal girdi alanı incelenmiştir.

IV. 3. ALMANYA

A. politikalar ve mevzuat

Federal Katılım Yasası Bthg

* Bthg, BM Engelli Hakları Sözleşmesi'nin Alman hukukuna uygulanmasıdır.

* Amacı engelli insanların yaşamlarını iyileştirmektir.

* Refah kavramından engelli kişinin kendisi tarafından belirlenen bir hayata öncülük etmenin bir yolunu tanımlar.

* İlgili kişiye odaklanan entegrasyon yardımının sürekli geliştirilmesini sağlar.

* Her hizmet alıcısına tam olarak bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanmış hizmetler sunar •



* Rehabilitasyon Merkezi ile işbirliğini optimize eder.

Federal Katılım Yasası ve erken müdahale

◆ Doğumdan okulun başlangıcına kadar hizmet talep edin.

İnterdisipliner karmaşık destek hizmetinin tanımı.

Medical tıbbi ve iyileştirici eğitim hizmetlerinin kombinasyonu.

İnterdisiplinerliği sağlamak için hizmetler.

◆ Sağlık sigortacılarının karmaşık destek hizmeti erken müdahalesine daha güçlü bağlayıcı katılımı.

Karmaşık destek hizmetinin bir parçası olarak tıbbi-terapötik hizmetlerin sağlanması erken müdahale, iyileştirici ilaçlar ile ilgili kılavuzların hükümlerine dayanmamaktadır.

Devlet çerçeve sözleşmeleri.

Devlet yasaları, örneğin, çocuklar için gündüz bakım merkezleri gibi benzer bir müdahale ve tedavi yelpazesi sunan diğer kurumların kabulü gibi başka kurallar da sağlayabilir.

Engelli çocukların ve Engellilikle tehdit edilen çocukların erken tespiti ve erken müdahalesine ilişkin Direktif (erken müdahale Direktifi – FrühV).

Yayın tarihi: 24.06.2003,

"23 Aralık 2016 tarihli Kanunun 23. maddesi ile değiştirilen 24 Haziran 2003 tarihli erken müdahale Direktifi (Alman yasaları I S. 998) (Alman yasaları I S. 3234)"

Not: 23.12.2016 I 3234 (No. 66) tarihli 23g maddesi ile değiştirilmiş, metinsel olarak kanıtlanmış, ancak henüz tamamlanmamış, Dokümantasyon açısından işlenmiştir.

Başlangıç

Alman Federal sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sosyal Kanunun dokuzuncu cildinin § 32 No. 1 – engelli kişilerin rehabilitasyonu ve katılımı – (19 Haziran 2001 tarihli Kanunun 1. maddesi, Alman Kanunu I S. 1046, 1047) temelinde aşağıdakileri emreder, en son 3 Nisan 2003 tarihli Kanunun 1. maddesi (Alman Kanunu I S. 462) ile değiştirilir.):

§ 1 uygulama kapsamı

Sınır arasında hizmetleri tarafından gerçekleştirilen disiplinlerarası erken müdahale merkezleri ve sosyal Pediatri merkezleri uyarınca § 46, paragraf 1 ve 2'nin Dokuzuncu Hacmi Sosyal Kodu ile ilgili için erken teşhis ve erken müdahale için engelli çocuklar ve çocukları tehdit ederek sakatlık henüz okula, varsayım ve bölünme giderleri arasındaki rehabilitasyon yetkilileri dahil olarak sözleşme ücreti idare tarafından aşağıdaki yönetmelikler:

§ 2 erken teşhis ve erken müdahale

§ 1'e uygun hizmetler şunları içerir



1. tıbbi rehabilitasyon hizmetleri (§ 5)
2. iyileştirici eğitim hizmetleri (§ 6) ve
3. ek hizmetler (§6a).

Gerekli hizmetlerini profesyonelce uygun disiplinler arası erken müdahale merkezleri tarafından yürütülen benzer bir inter hizmetleri-disiplin müdahale, tedavi ve danışma aralığı çocukların sosyal ortamı göz önünde bulundurarak, sosyal Pediatri merkezleri ve eyalet Yasaları uyarınca yetkili kurum tarafından yapılacaktır.

§ 3 disiplinler arası erken müdahale merkezleri

Inter-benzer inter hizmetleri-disiplin müdahale, tedavi ve danışma aralığı ile Eyalet Yasaları uyarınca bu Direktifin anlamı içinde yetkili disiplin erken müdahale merkezleri veya kurumlar terapötik ve pedagojik uzmanlar sırayla çocukların erken teşhis, tedavi ve destek, inter-nitelikli tıbbi disiplin ile işbirliği-hizmet veren residence aile ve yeri üzerinde duruldu hizmetleri ve kurumlardır , tehdit altındaki veya halihazırda var olan bir sakatlığı mümkün olan en erken zamanda tespit etmek ve hedefli müdahale ve tedavi önlemleri ile engelliliği telafi etmek ve azaltmak. Disiplinler arası erken müdahale merkezleri ve devlet yasalarına uygun olarak yetkilendirilmiş kurumların hizmetleri, benzer bir disiplinler arası müdahale, tedavi ve danışma hizmetleri yelpazesi ile genellikle mobil formda da dahil olmak üzere ayakta sağlanır.

§ 4 Sosyal ve pediatrik Merkez

Sosyal Kanununun beşinci cildinin 119. maddesinin 1. fıkrası uyarınca, bu Direktifin anlamı içindeki sosyal-pediatrik merkezler, çocukların ayakta hasta sosyal-pediatrik tedavisini sağlama hakkına sahip kurumlardır. Sosyal Pediatri merkezleri tarafından erken teşhisi, teşhis ve tedavi eden, doğaya, sakatlık ya da tehdit engeli şiddeti veya süresi nedeniyle, uygun doktor ya da buna benzer bir inter 3 (I) hizmetlerin disiplinli müdahale, tedavi ve danışma aralığı ile Eyalet Yasaları uyarınca yetkili uygun disiplinler arası erken müdahale merkezleri veya kurumlar tarafından tedavi edilemez çocuklara odaklanmıştır. Sosyal-pediatrik merkezlerin hizmetleri genellikle ayakta hasta formunda veya haklı bireysel durumlarda mobil formda veya erken müdahale merkezleri ile işbirliği içinde sağlanır.

§ 5 tıbbi rehabilitasyon hizmetleri

(1) erken teşhis ve erken müdahale için sosyal kodun dokuzuncu cildinin § 46'sına uygun olarak tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin bir parçası olarak verilecek tıbbi hizmetler özellikle şunları içerir:

1. Erken teşhis ve teşhis amacıyla gerekli tıbbi çalışmalarını içeren tıbbi tedavi
2. Tıbbi olmayan sosyal-pediatrik hizmetler, psikolojik, iyileştirici eğitim ve psiko-sosyal hizmetler.
3. Tıbbi-terapötik hizmetler, özellikle fizik tedavi, fizyoterapi, ses, konuşma ve dil terapisinin yanı sıra ergoterapi, § 7 uyarınca müdahale ve tedavi planı temelinde gerekli olduğu sürece.



Karmaşık destek hizmetinin bir parçası olarak tıbbi-terapötik hizmetlerin sağlanması erken müdahale, ortak Federal Komite tarafından yayınlanan iyileştirici önlemler kılavuzlarının hükümlerine temel olarak dayanmamaktadır. Tıbbi-terapötik hizmetler, hükümlere uygun olarak ve müdahale ve tedavi planı temelinde karmaşık destek hizmeti erken müdahalesinin bir parçası olarak sağlanmaktadır.

(2) 1. paragrafa uygun hizmetler, özellikle ebeveynlere veya yasal vasilelere tavsiyelerde bulunmayı da içerir

1. İlk tartışma
2. Ebeveynler ve diğer irtibat kişileri ile Anamnestic tartışmalar
3. Tanı iletişimi
4. Müdahale ve tedavi planı ile ilgili tartışma ve tavsiyeler
5. Davranışsal ve ilişki sorunları da dahil olmak üzere çocuğun gelişimi ve müdahale süreci hakkında görüş alışverişi
6. Rutin günlük yaşamın tasarlanması konusunda rehberlik ve yardım
7. Müdahale ve tedaviye katılım kılavuzu
8. Hastalık veya sakatlık ile başa çıkmak için İrtibat kişilerini destekleme yardımı
9. Ek Yardım ve tavsiye tekliflerinin iletilmesi.

(3) devlet düzeyinde ek anlaşmalar etkilenmez

§ 6 iyileştirici eğitim hizmetleri

Çocuk ve eğitim yöntemleri, anne, baba veya yasal veliler için gerekli sosyal ve özel eğitim, psikolojik ve psiko-sosyal yardım gibi öneriler de dahil olmak üzere, kişilik gelişimi teşvik eden tüm; 2 § 5 paragraf ve 3 uygun olarak uygulanacak tedbirleri Sosyal Kanununun Dokuzuncu Hacmi § 79 aşağıdaki iyileştirici eğitim hizmetleri içerir.

§ 6a ek hizmetler

Karmaşık destek hizmetinin bir parçası olarak ek hizmetler erken müdahale özellikle:

1. Ebeveynlerin ve yasal vasilerin tıbbi-terapötik bir hizmet olarak tavsiye edilmesi, desteklenmesi ve teşvik edilmesi § 5 paragraf 2.
2. Çocuklarının gelişimi için bir risk olduğundan şüphelenilen ebeveynler için bağlayıcı olmayan düşük seviyeli konsültasyon. Tartışma teklifi, ilk değerlendirme yapılmadan önce yapılmalıdır.
3. Disiplinler arası hizmetleri sağlamak için; bunlar özellikle:
 - a) düzenli disiplinler arası ekip ve vaka tartışmaları, ayrıca ilgili çalışanlarla işbirliği yoluyla,
 - B) veri ve bulguların belgelenmesi,



- c) çocuğa katılan diğer kurumlarla koordinasyon ve görüş alışverişi,
- d) ileri eğitim ve denetim

4. Disiplinler arası erken müdahale merkezleri veya devlet yasalarına uygun olarak yetkilendirilmiş kurumlar dışında iyileştirici eğitim ve tıbbi-terapötik hizmetler sunmanın mobil formları, karşılaştırılabilir disiplinler arası müdahale, tedavi ve danışmanlık hizmetleri ve sosyal pediatrik merkezler yelpazesi ile.

Disiplinler arası erken müdahalenin mobil biğimi, hem teknik hem de örgütsel nedenlerle, örneğin kırsal alanda dayanılmaz Seyahat mesafeleri için sağlanabilir. Bu nedenle, tıbbi endikasyon, karmaşık destek hizmetinin erken müdahalesinin mobil olarak sağlanması için gerekli bir koşul değildir.

§ 7 müdahale ve tedavi planı

(1) disiplinler arası erken müdahale merkezleri, benzer disiplinler arası müdahaleye sahip devlet hukuku tarafından yetkilendirilmiş kurumlar, sosyal hizmetler ve ocuk merkezleri tedavi ve danışma Aralık yazılı olarak hazırlamak ya da elektronik hizmetler muhtemelen disiplinli geliştirilen müdahale ve tedavi planı müdahale ve anne ya da kurumlar arası bir yasal Veliler ile işbirliği içerisinde 5. 6. § § ve tedavi için tek gereken aşağdaki gerekli ve ilgili rehabilitasyon makamlara kendi karar için Sosyal Kanununun Dokuzuncu Hacmi § 14 aşağdaki Bu gönderin. Müdahale ve tedavi planı, en geç on iki ay geçtikten sonra müdahale ve tedavinin seyrine bağlı olarak ayarlanır. Bunu yaparken, rehabilitasyon yetkilileri prosedürün ilgili gerekliliklere uygun olmasını sürekli olarak sağlar. Müdahale ve tedavi planı, § 5 paragraf 1 no. 1'i takip eden teşhis hizmetlerini yürütmekten sorumlu doktor ve eğitim uzmanı tarafından imzalanacaktır. Ebeveynler veya yasal Vasiler müdahale ve tedavi planının bir kopyasını alırlar.

(2) gerekli hizmet bileşenleri müdahale ve tedavi planında adlandırılmalı ve bunun neden sadece belirli bir karmaşık destek hizmeti biğiminde disiplinler arası olarak sağlanabileceği konusunda gereklendirilmelidir.

(3) müdahale ve tedavi planı, farklı bir kurumda, bir ocuk doktoru tarafından veya iyileştirici ilaçların sağlanmasıyla müdahale ve tedaviyi de önerebilir.

§ 8 karmaşık destek hizmetinin sağlanması

(1) § § 5 ve 6'dan sonra müdahale ve tedavi için gerekli hizmetler, bütünsel bir kompleks destek hizmeti olarak genel sorumlulukla müdahale ve tedavi planına dayanarak ilgili rehabilitasyon makamları tarafından sağlanacaktır. Gerekli hizmetler için başvuru, ilgili tüm rehabilitasyon yetkililerine sunulabilir. Başvurunun yapıldığı rehabilitasyon otoritesi, kompleks destek hizmetinde yer alan rehabilitasyon yetkililerini derhal bilgilendirir. İlgili rehabilitasyon yetkilileri, müdahale ve tedavi planının sunulmasından sonraki iki hafta içinde kendi aralarında danışır ve hizmete karar verir.

(2) İlgili rehabilitasyon yetkililerin aksine, 6 § kompleksi destek hizmetleri inter tarafından disiplin erken müdahale merkezlerinin yanı sıra devlet yasa ile karşılaştırılabilir bir inter hizmetleri-disiplin müdahale, tedavi ve danışma aralığı ile yetkili kurumların hizmetlerinden sorumlu



rehabilitasyon Kurumu üzerinde ve § 5 karmaşık destek hizmetleri, sosyal Pediatri merkezleri tarafından karar aşağıdaki karar aşağıdaki hizmetleri sorumlu rehabilitasyon kurumu için bir şeye karar Vermedikçe

(3) rehabilitasyon otoritesi, başka bir rehabilitasyon otoritesinin sorumlu olduğu karmaşık destek hizmetinin bir parçası olarak hizmet sunuyorsa, sorumlu rehabilitasyon otoritesi masrafları geri ödemekle yükümlüdür. Sabit oranlı geri ödeme anlaşmalarına izin verilir.

(4) disiplinler arası erken müdahale merkezleri, karşılaştırılabilir disiplinler arası müdahale, tedavi ve danışmanlık hizmetleri ile devlet hukuku tarafından yetkilendirilmiş kurumlar ve sosyal pediatrik merkezler birlikte çalışır. Ayrıca, doktorlar, tedavi edici ilaçlar sağlayan kuruluşlar ve halk sağlığı hizmeti gibi erken teşhis ve erken müdahale ile ilgili diğer merkezlerle birlikte çalışırlar. Diğer kurumlar devlet yasalarına göre karmaşık destek hizmetine dahil edilirse, erken teşhis ve erken müdahale ile ilgili organları içeren çalışma gruplarına da dahil olmalıdırlar.

§ 9 karmaşık destek hizmetinin maliyetlerinin tahsisi

§§ 5, 6 ve 6a uyarınca sağlanacak hizmetlerde yer alan rehabilitasyon makamları arasındaki maliyetlerin ödenmesi veya paylaşılması, sosyal Kanunun dokuzuncu cildinin § 46 paragraf 5'inde belirtilen şekilde ele alınacaktır.

§ 10 geçerlilik tarihi

Bu Yönerge, duyurulmasını takip eden takvim ayının ilk gününde yürürlüğe girecektir.

Son yorum

Parlamentonun üst Meclisi ("Bundesrat") onayını verdi.

Erken teşhis ve erken müdahalenin temel ilkeleri ve çerçeve şartları § 46 SGB IX (31.12.2017 § 30 SGB IX tarihine kadar) ve erken müdahale Direktifi – Frühv'de öngörülmüştür. Bunlar ayrıca Federal Katılım Yasası ("BTHG") ile değiştirildi. Yeni özellikle § 6a FrühV karmaşık destek hizmeti erken müdahale içeriği, hangi, diğer şeylerin yanı sıra, bir danışma tartışma düşük seviyeli teklif yanı sıra, disiplinler arası güvence de aittir.

B. Eğitim Programı-BLINDENINSTITUT Münih, Almanya

Her erken müdahale teklifi genellikle üç bölümden oluşur:

1. Bağlayıcı olmayan danışma (Offenes Beratungsangebot)

Erken müdahale ekibi, sağladığı hizmetler hakkında sizi bilgilendirir ve daha fazla değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirler.

2. İlk değerlendirme (Eingangsdiagnostik)

Çeşitli uzman disiplinler genellikle kendi alanlarında işbirliği yapar.

Çocuğunuz için özel bir destek ihtiyacı ile işbirliği içinde belirlenir



doktor ve sen.

Bu, aşağıdaki önerilere neden olabilir:

- * Daha sonraki bir Urne de Reintroduction.
- * Çocuğun erken müdahale programına kabulü.
- * Başka bir erken müdahale programı veya ikamet için öneri medicaltherapeutic uygulama.
- * Müdahale gerekli değildir.

3. Destek ve tedavi (Förderung und Behandlung)

Gerekli müdahale ve destekleyici önlemler, çocuğun ve ailenin ihtiyaçlarına göre ayrı ayrı koordine edilir. Birlikte çalışılan hedeflerin uygulanması, hem çocuğun desteğini hem de çocuğun değişik derecelerde desteklenmesinde yer alan disiplinler arası erken müdahale ekibinden tüm uzmanların belirli hizmetlerin ve gelişim adımlarının sürekli yansımaları içerir.

Destek ve tedavi planı (Förder - und Behandlungsplan) (FBP)

FBP, sağlık sigortası kuruluşları aracılığıyla tıbbi/terapötik hizmetlerin yanı sıra sosyal güvenlik İdaresi tarafından iyileştirici eğitim ve psikolojik önlemlerin garantisi için bir temeldir. Gerekli önlemler ve kapsamaları, ilgili doktor ve erken müdahale merkezinden ilgili çalışanlar ile ebeveynle istişare halinde işbirliği içinde belirlenir.

FBP, değerlendirmenin ilk aşamasında veya doğrudan sonrasında oluşturulur. Genellikle, FBP en fazla 12 ay sonra yeniden çalışır. Öngörülen hizmetler veya sağlık sigortası kuruluşu ile ilgili değişiklikler ödenek süresi boyunca değiştirilirse, derhal yeni bir FBP düzenlenmelidir. Bu Hizmetler maddi tazminat sağlar.

FBP formu (bireysel veya grup desteği) yanı sıra sıklığını içerir tedavi birimleri.

Karmaşık destek hizmeti (Komplexleistung)

Terapötik eğitim ve psikolojik erken destek hizmetlerine ek olarak, gerekirse çocuklara tıbbi/terapötik hizmetler de reçete edilecek ve disiplinler arası erken müdahale ekibi tarafından sağlanacaktır, böylece aileler tüm hizmetleri tek bir kurumdan alacaktır.

Bölgesel olmayan havza alanları nedeniyle, erken müdahale merkezleri için duyuşsal engelli çocuklar için özel kurallar üzerinde anlaşmaya varılabilir (Çerçeve Sözleşmesi/Ek 9).

Tedavi edici eğitim hizmetlerine ek olarak, çocuğunuzun tıbbi/terapötik bölümünü (fizyoterapi; ergoterapi; logopedics) alması için çeşitli fırsatlar vardır.

karmaşık destek hizmeti:



- * Blindeninstitut gelen terapistler aracılığıyla;
- * yakındaki yerleşik terapistler aracılığıyla;
- * yerel erken müdahale merkezinde terapistler aracılığıyla;
- * sosyal pediatrik merkezlerdeki terapistler aracılığıyla;
- * çocuğunuzun anaokulu desteğinin bir parçası olarak.

“ İzole " küratif ed ucati 0 fl hizmeti (.jsolierte " heilpädagogische Leistung) tıbbi/terapötik tedavi olmadan)“

Bazı durumlarda, çocuğunuzun herhangi bir tıbbi/terapötik tedaviye ihtiyacı yoksa, sizi ve çocuğunuzu yalnızca tedavi edici eğitim hizmetini su samuru yapmak mümkündür.

Tedavi ünitelerinin sayısı (Anzahl der Behandlungseinheiten)

Her yıl genellikle 72 tedavi ünitesi mevcuttur. Tedavi üniteleri 60 dakikadan oluşur, 45 dakikası çocuk ve ebeveynle ilgili gerekli görevlerden oluşur. Diğer 15 dakika, hazırlık ve postprocessing, dış tartışmaların yanı sıra prosedürel ve kapanış teşhislerinin belgelenmesini içerir. Bu aynı zamanda gerekli prosedürel teşhislerin ve değerlendirmelerinin 72 tedavi ünitesinin bir parçası olarak dahil edildiği anlamına gelir. Örneğin, video analizi ve/veya bireysel destek materyalinin oluşturulması gerekiyorsa / gerekli ise, bu, mevcut kalan tedavi birimlerinin bir parçası olarak kaydedilecektir. Telefon danışma için aynı applies.

Tıbbi / terapötik tedavi üniteleri (Medizinisch-therapeutische Behandlun, ıseinhei

(logopedics, ergoterapi, fizyoterapi)

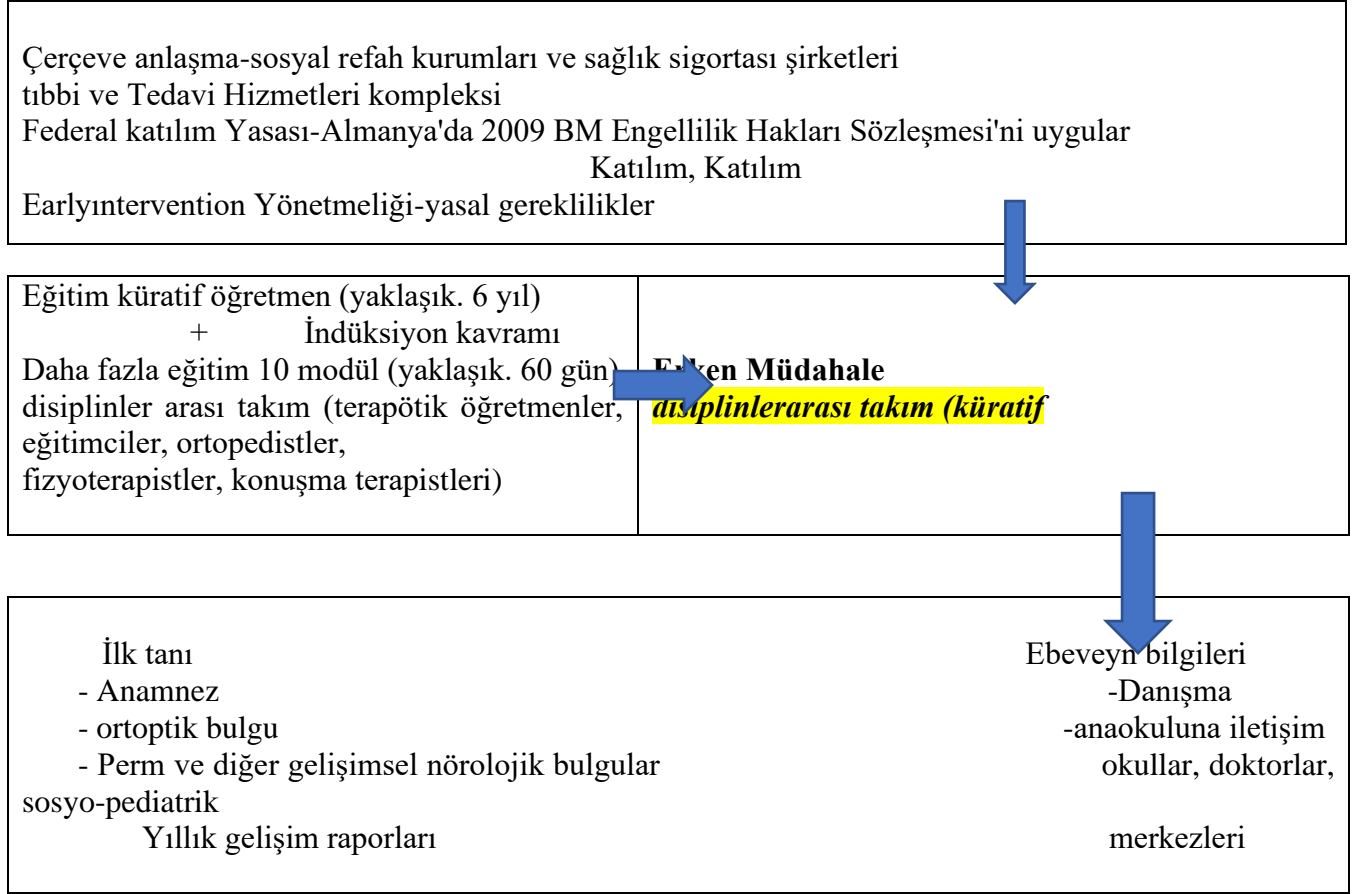
Bu, Blindeninstitut'practice/yerel erken müdahale merkezi/sosyal pediatrik merkezi/anaokulu merkezinde (ayaktan) veya gerekirse evinizde (mobil) gerçekleştirilir ve tedavi, ebeveyn toplantıları, hazırlık ve postprocessing içerir. Sürücü süresi, 60 dakikalık bir fiat süresine sahip mobil kılıflar için de dahildir

Özel ihtiyaçları okul öncesi tesisi ziyaret (Schulvorbereitende Einrichtung, SVE) veya

bir kreş.

Çerçeve Sözleşmesi ayrıca, çocuğunuz görme bozukluğu veya körlüğü olan çocuklar için herhangi bir özel tesisi ziyaret etmiyorsa, bir anaokuluna veya özel ihtiyaçları olan bir okul öncesi tesise kaydolduktan sonra erken müdahale uzmanlarımız tarafından çocuğa hizmet edilmesini sağlar.

Bireysel entegrasyon gibi tamamlayıcı önlemler (Einzelintegration, EI) günlük bakım merkezleri.



IV.4. YUNANİSTAN

A. politikalar ve mevzuat

1. Bakanlık kararı 16065/17-04-2002 (Yunan Cumhuriyeti hükümet Gazetesi 497 / τ.Β / 22-4-2002), 6 aydan 5 yıla kadar olan çocukların anaokuluna katılabileceğinden bahseder. Bununla birlikte, mevcut Bakanlık kararı, programların varlığının zorunlu olmadığına işaret etmektedir.

2. 3699/2008 sayılı Kanun (199-a - 2-10-2008 Yunan Cumhuriyeti hükümet Gazetesi) “engelli bireylerin özel eğitimi ve/veya özel eğitim ihtiyaçları”başlıklı. Bu yasa, Yunanistan'da ilk kez kamu üst düzey anaokulunda erken müdahale programları kavramını ifade eder. Yunanistan'daki anaokulu (Nipiagogeio), 4-6 yaş arası çocuklara hizmet veren ve 2006'dan beri 5-6 yaş arası çocuklar için zorunlu olan ilk resmi okul öncesi eğitim aşamasıdır.. Bu yasaya göre, 4 ila 7 yaş arası öğrenciler bu programlara katılabilir. Ayrıca, bu yasa ayırıcı tanı, tanı ve Destek merkezleri kurmaktadır (KE.D. D. Y) ve erken müdahale programlarının uygulanması için öneriler geliştirmek için yükümlülüklerini tanımlar. Söz konusu yasa, kapsayıcılığın şu şekilde yapılabileceğinin altını çiziyor: a. ilk yıllarda tıbbi teşhisler ve b. sistematik erken müdahale programları.

3. Cumhuriyet Bakanlar kararı 211076/ΓΔ4/13-12-2018 (Hellenic ThRepublic 5614/B / 13-12-2018 hükümet Gazetesi), önceki “ayırıcı tanı, tanı ve Destek merkezlerini “eğitim ve Danışmanlık



destek merkezleri” (KESY) ile değiştirdi. 5614 Yasası, özel eğitim okul öncesi öğretmenlerinin, psikologların ve sosyal hizmet uzmanlarının erken müdahale programlarının uygulanmasından sorumlu olduğunu açıklığa kavuşturmaktadır. İşaret dili öğretmenleri de dahil olmak üzere-özel okul öncesi eğitim, öğretmenler, (KESY) Eğitim ve Danışmanlık Desteği Merkezlerinin çalışanları ile işbirliği içinde, ailelerinin yanı sıra öğrencileri desteklemeye yönelik erken müdahale programları tasarlamak ve uygulamak sorumluluğunda. Psikolog, Eğitim ve Danışmanlık Destek Merkezleri ailelerin (KESY), özel eğitim okul öncesi öğretmenleri ve üyelerin çalışanları ile işbirliği içinde, sürekli Değerlendirme ve öğrencilerin ilerleme ve etkinliği üzerine bir yansıma sorunları dikkate alarak uygulama programları öneriyor. Öte yandan, sosyal hizmet uzmanı, disiplinler arası ekiplerle işbirliği içinde, bireysel kişiselleştirilmiş veya grup psiko-eğitim ve didaktik destek programlarının geliştirilmesine katkıda bulunur veya erken müdahale programlarının geliştirilmesine ve Uygulanmasına katkıda bulunur. Burada, konuşma terapistlerinin, mesleki terapistlerin ve fizyoterapistlerin rolünün erken müdahale programlarında önemli olmasına rağmen, 5614 Yasası, kesy disiplinlerarası ekiplerinin programlarla ilgili vazgeçilmez üyeleri olarak bahsetmemektedir. Son olarak, 5614 Yasası, işaret dili ve braille'in önemini vurgulayarak duyuusal engellere (yani körlük, görme bozukluğu, sağırlık ve işitme güçlüğu) vurgu yapmaktadır.

4. 47305/12 Bakanlık Kararı.12.Devlet dört kategoriye KAD 10 (Ben dayanır sonbahar çok erken müdahale programları çocuk katılımı sübvansé olabilir 12.12.2018 Yunanistan Cumhuriyeti B5571 bu 2018 (Resmî Gazete) ifade eder. e. R 46.R 46 3: Aşırı;.4: Yavaşlık ve kötü yanıt Zararlıdır.Beklenen normal fizyolojik gelişim ve Zararlıdır 8: Diğer eksikliği.2016 beklenen normal fizyolojik gelişimin 9 Eksikliği, tanımlanmamış) (KAD-10 Sürümü. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/R50-R69>). Son olarak, yukarıda belirtilen Bakanlık kararına göre, eğer devlet Yasası bir çocuğu psikiyatristler, çocuk doktorları (gelişimsel Pediatri) ve nörologlar gibi belirli uzmanlara yönlendirirse, o zaman sınırlı sayıda erken müdahale seansı için aileye sübvansiyon sunulur (toplamda dört).

Erken müdahale hizmetlerinin çoğunlukla 0 ay ile 3 veya 4 yaş arasında olmasına rağmen, Yunan mevzuatının yalnızca 3 yaşından itibaren engelli çocuklar için ECI hizmetlerine atıfta bulunmadığı vurgulanabilir. Engelli İnsan Hakları ve Kişilere göre/Alternatif rapor 2019 Yunanistan, Engellilerin Ulusal Konfederasyonu tarafından (NCDP) Yunan eğitim sisteminin temel bir zayıflık engelli çocuklar için erken müdahale ve okul öncesi hizmetleri için çok sınırlı erişim, aslında birkaç sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan hizmetler. 3699/2008 sayılı Kanunla öngörülen kamu erken müdahale yapılarının geliştirilmesi henüz açıklanmamıştır (hükümet Gazetesi 2008b). CRPD raporuna göre, Yunan devleti mevzuatta engelliliğe uyumlaştırılmış bir insan hakları temelli yaklaşımdan ve engellilik değerlendirme mekanizması için mevcut yasal çerçeveden yoksundur ve Devletteki engellilere ilişkin veri toplama hala tıbbi engellilik modeli (sağlık Araştırması 2019) ile ilişkilidir, bu nedenle parçalanmış, gelişigüzel ve eksiktir. CRPD, eşit muamele, ayrımcılığa karşı koruma ve bireyselleştirilmiş destekleri garanti eden kapsamlı bir yasal çerçevenin eksikliğini açıkça vurguladı. Erken müdahale desteği sunan az sayıda Devlet Hastanesi tıbbi modeli takip eder, yani hastane ortamında merkezli fizyoterapi, mesleki terapi veya konuşma terapisi gibi rehabilitasyon hizmetleri sunarlar. Ebeveynler, çocuklarına ne tür hizmetler ve destek sunabileceklerini kendileri aramalıdır. Sonuç olarak, ebeveynler bu hizmetleri geç bir aşamada



bulabilirler, daha önce de belirtildiği gibi, erken müdahale hizmetleri kentsel alanlarda ve çoğunlukla Yunanistan, Atina ve Selanik'in en büyük iki şehrinde bulunabilir. Ne yazık ki, kırsal alanlarda ve özellikle Yunan adalarında, sadece erken müdahale için değil, aynı zamanda özel sektörden rehabilitasyon hizmetleri için de hizmet bulunmamaktadır

Ana zorluklar

Şu anda Yunanistan'da, resmi anketlerden ve özellikle 15 yılı aşkın bir süredir aile merkezli ev ziyareti ECI hizmeti için tasvir edildiği gibi aşağıdaki zorluklarla karşı karşıyayız:

Özel ve kamu kurumlarından (yaş ve hizmet Türüne göre) sağlanan hizmetlerin devlet düzeyinde resmi bir haritalama eksikliği vardır, böylece herhangi bir boşluk vurgulanır, 2.5 yaşın altındaki aileleri ve engelli çocukları hedef alan hizmetler için kurumsal boşluk özellikle belirgindir. Ayrıca, Topluluk sosyal bakım personeline mevcut hizmetler hakkında bilgi eksikliği ve dolayısıyla özellikle ev ziyaret hizmetleri ile ilgili olarak ailelere sınırlı rehberlik vardır

Ayrıca, refah sisteminin yapısal eksiklikleri ile ilgilidir:

- Çoğunlukla özel kurumlar tarafından finanse edilen hizmetlerin sürdürülebilirliği için finansman / belirsizlik yok
- Sağlanan hizmetlerin kalite güvence, kontrol, etki ölçümü ve değerlendirilmesi için objektif/ortak sistem eksikliği. Böyle bir sistemin olmaması, aileyi ve savunmasız çocuğu büyük risklere maruz bırakır.
- Sosyal damgalanmanın ve herhangi bir hizmete erişimin sınırlı veya eksik olduğu ilde durum özellikle külfetli.

Anaokulları veya anaokulları, haftada 5 gün çoğunlukla velayet bakımı ve bazı eğitim hizmetleri sunmaktadır (Doliopoulou & Kontoyianni, 2003). Anaokulları ve anaokulları, ilgili yerel yetkililerle birlikte sağlık ve sosyal Dayanışma Bakanlığı'nın himayesinde bulunmaktadır.

Toplam Yunanistan'da erken müdahale programları, tasarlanmış gibi: bir çeşitli kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. kamu sektörü, b. özel kuruluşlar, c. kar amacı gütmeyen kuruluşlar, d. engelli çocukların aileleri dernekleri ve e. sivil toplum kuruluşları (Tavoulari, Katsoulis, & Argyropoulos, 2014). Yukarıdaki kuruluşların her biri, farklı yaş öfkesi (yani 0-4 veya 2-6 veya 0-6 yaş) için erken müdahale programları sunmaktadır, çünkü ilgili mevzuatta bu konuda bir tür esneklik vardır. Ayrıca, bebekler için özel hizmetler pediatrik kliniklerin yenidoğan ve gelişim bölümleri tarafından sunulmaktadır. Bu bölümler erken teşhis sağlar ve erken müdahale programları sunar, ancak bu sadece kentsel alanlarda gerçekleşir.

Yunanistan'da tarama ve değerlendirme prosedürü, tıbbi modele göre ve sadece genetikçiler, gelişmeciler ve nörologlar gibi tıp doktorları tarafından gerçekleştirilir. Tanı konulduktan sonra, çocuklar genellikle konuşma terapistleri, psikologlar, psikiyatristler vb.gibi özel profesyonellere yönlendirilir. terapötik müdahale için (Tzouriadou, Vouyoukas, Anagnostopoulou ve Michalopoulou, 2015).



4 yaşından küçük çocuklar genellikle değerlendirme prosedürlerine katılmazlar. Değerlendirme esas olarak Yunanistan'da 4 yaş ve üstü çocukları ilgilendiren örgün eğitim sistemi içindeki öğrencilerin performansı ile ilgilidir. Sonuç olarak, ilk çocukların eğitim değerlendirmesinin anaokulu öğretmenleri veya eğitim ve Danışmanlık destek merkezleri (kesy) tarafından ebeveyn onayı ile yapılması gerekiyordu.

Yunanistan'da görme bozukluğu ve çoklu yetersizliği olan çocuklara erken müdahale hizmetleri sağlayan ev merkezli müdahale programı iki kar amacı gütmeyen kuruluşlar: bir gereğidir. Görme Bozukluğu ve Ek Engelli Amymoni” ve b “halkın aileleri Derneği ve Arkadaşlar. Ek Engelliler, Sizoi ile görme engelli çocukların “aile ve Arkadaşlar”. Buna ek olarak, Körler için eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi ve “Elepap - Engelliler İçin Rehabilitasyon” çerçevesinde faaliyet gösteren bir bebek - kreş Eğitimi ve destek bölümü bulunmaktadır.

B. AB programları ve diğer araştırmalar

Avrupa projesi "görme bozukluğu ve çok engelli bireyler için etkili iletişimi teşvik etmek" (PrECİVİM). Proje Teselya Üniversitesi tarafından uygulanmaktadır ve Avrupa Sosyal Fonu (Erasmus + programı, KA2), (proje Anlaşması numarası 2017-1-EL01-KA201-036289) tarafından finanse edilmektedir.

Argyropoulos, V., Nikolarazi, M. ve Papazafiri, M. (basında). Sağır körlüğü olan bireyler için Okuryazarlığa doğru alternatif yollar: yardımcı teknolojinin rolü. S. Easterbrooks & H. Dostal (Eds), Okuryazarlıkta sağır çalışmaları Oxford El Kitabı. Oxford: Oxford University Press.
Argyropoulos, V., Nikolarazi, M., Papazafiri, M. Ve Kanari, C. (2019). Görme bozukluğu ve çoklu engelli bireyler için etkili iletişim: PrECİVİM projesi örneği. 7. ICEVİ Balkan Konferansı bildiri, 20-23.10 2019, Sofya, Bulgaristan
Argyropoulos, V. Ve Papazafiri, M. (2017). Çoklu engelli ve görme bozukluğu olan öğrencilerin doküman keşif prosedürlerinin araştırılması: eğitimde güncel eğilimler. 10. yıllık Uluslararası Eğitim, Araştırma ve inovasyon Konferansı, Seville, İspanya, 16-18 Kasım 2017, 2023-2029. Şu adreste mevcuttur: https://library.iated.org/publications/ICERI2017
yıllık Uluslararası Eğitim, Araştırma ve inovasyon Konferansı, Sevilla, İspanya, 16-18 Kasım 2017, 2023-2029. Şu adreste mevcuttur: https://library.iated.org/publications/ICERI2017
Argyropoulos, V., Papazafiri, M. Ve Kanari, C. (2018). Çoklu engelli ve görme engelli çocukların eğitimine ilişkin iletişimsel beceriler, işbirliği ağları ve öğretmen eğitimi. Pratik alıştırmalar ağı Panhellenic Konferansı. Teselya Üniversitesi. Volos, Yunanistan. [Argyropoulos, B., Papazaphiri, M. Ve Canaris, X. (2018). Çoklu engelli ve ciddi görme bozukluğu veya körlüğü olan çocukların eğitiminde iletişim becerileri, işbirliği ağları ve öğretmen eğitimi. Pratik Alıştırmalar Panhellenic Konferans Ağı. Teselya Üniversitesi, Volos (Yunanca)].
Argyropoulos, V. Ve Thymakis, P. (2014). Çoklu Engellilik ve görme bozukluğu: bir eylem Araştırma Projesi. Görme bozukluğu ve körlük Dergisi, 108(2), 163-167.
Barbas, G., Birbili, M., Stagiopoulos, P. Ve Tziviniou, S. (2006). Yunan anaokullarında entegrasyon sürecini etkileyen faktörlerin pilot çalışması. Avrupa özel ihtiyaç Eğitimi Dergisi, 21(2), 217-226, DOI: 10.1080 / 08856250600600950



Bargiota, S. I., Bozikas, V. P., Garyfallos, G., McGuire, P. (2018). Yunanistan'da erken müdahale hizmetleri: yüksek risk altındaki insanlara odaklanma zamanı. *Psychiatriki*, 29(1), 58-63.

Doliopoulou, E. (2006). Yunanistan'da erken eğitim/bakım ve profesyonelleşme sistemi. Alınan http://www.ifp.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifp/commissioned_report_greece.pdf

Kidoniadou, E., Andriotou, S., & Drosinou, M. (2011). Early Intervention Programs in Preschool Special Education. A case study in Mytilini. *Inspection of Educational Issues*, 17, 182-198
[Κυδωνιάτου, Ε., Ανδριώτου, Σ. & Δροσινού, Μ. (2011) Προγράμματα Πρώιμης Παρέμβασης σε Νηπιαγωγεία Ειδικής Αγωγής. Ένα παράδειγμα από Νηπιαγωγεία της Μυτιλήνης. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 17, 182-198. (in Greek)]

Laloumi-Vidali, E. (1998). Okul öncesi çocuklar için erken çocukluk hizmetlerinin ebeveyn beklentileri: Yunanistan'da politika değişikliği örneği. *Uluslararası erken Eğitim Dergisi*, 6(1), 19-30.

Lambidi, A. ve Polemi-Todoulou, M. (1992a). Okul Öncesi Çocuk: modern Yunan gerçekliğinde devlet kurumları, ayarlar ve uyum prosedürleri. *Psychologica Themata*, 5(4), 325-347
[Lampidus, A. & Polemi-Todulus, M. (1992). Okul Öncesi Çocuk: modern Yunan gerçekliğinde devlet kurumları, Uzay ve sosyal entegrasyon süreçleri. *Psikolojik sorunlar*, 5 (4), 325-347. (Yunanca)].

Neofotistou, K. Foriadou, E., Kontaxakis, E., Giagazoglou, P., Tsimaras, V & Sidiropoulou, M. (2014). Yunanistan'da görme bozukluğu ve çoklu engelli çocuklar için erken müdahale hizmetleri ile ebeveyn memnuniyeti. *Beden Eğitimi ve spor Dergisi*, 14(1), 60-65

Orfanos, P. (2006). Eğitim müdahale programı, sağır kör öğrencilerde iletişimsel yeteneklerin geliştirilmesine odaklanmıştır. Panteion sosyal ve siyasal Bilimler Üniversitesi: Doktora Tezi. (Yunanca)

Panteliadis, C. P., Hagel, C., Karch, D. Ve Heinemann, K. (2015). Serebral palsy: ömür boyu süren bir meydan okuma erken müdahale gerektirir. *Açık Nöroloji Dergisi*, 9, 45-52. DOI: 10.2174/1874205X01509010045

Papazafiri, M. (2018). Görme engelli ve çoklu engelli öğrenciler tarafından kullanılan dokunsal keşif stratejilerinin araştırılması ve tanımlanması. Yayınlanmamış tez, Volos, Teselya Üniversitesi
[Papazaphiri, M. (2018). Görme engelli ve çoklu engelli öğrenciler tarafından kullanılan dokunma stratejilerini keşfetmek ve haritalamak. Doktora Tezi, Volos, Teselya Üniversitesi. (Yunanca)].

Papazafiri, M. Ve Argyropoulos, V. (2018). Yardımcı teknoloji ve özel eğitim öğretmenleri: çoklu engelli ve görme bozukluğu olan öğrencilerin durumu. *Edulearn18 Konferansı bildirileri*, (5485-5492), 2-4 Temmuz 2018, Palma, Mallorca, İspanya.

Petrogiannis, K. (2010). Yunanistan'da erken çocukluk bakımı ve eğitimi: araştırma ve Politika ile ilgili bazı gerçekler. *Uluslararası erken çocukluk Dergisi*, 42, 131-139. doi:10.1007/s13158-010-0016-4

Rentzou, K. (2010). Yunan ortamlarında erken çocuk bakımının kalitesini değerlendirmek için Acei Global Guidelines Assessment'ı kullanma. *Erken Çocukluk Eğitimi Dergisi*, 38, 75-80. doi:10.1007/s10643-010-0382-4

Tavoulari, A., Katsoulis, P., Argyropoulos V. (2014). Yunanistan'da erken müdahale: mevcut durum ve gelecek için öneri. M. Vuković, Te 8.uluslararası bilimsel konferans Özel Eğitim ve Rehabilitasyon bugün. (s. 117-125), Belgrad: Belgrad Üniversitesi-Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Fakültesi

Tzouriadou, M., Vouyoukas, C., Anagnostopoulou, E. Ve Michalopoulou, L. E. (2015). Gelişimsel engelli çocuklar için risk altındaki Anaokulu çocuklarının erken müdahalesi: bir Yunan paradigması. *Mental retardasyon Dergisi - tanı ve tedavi*, 3(4), 238-246.



- Vonikaki, I. Ve Toumazani, E. (2015). Görme engelli bebekler ve ek engelli ve engelli olmayan Okul öncesi çocuklar için erken çocuk müdahalesi için bir Yunan ev ziyaret programı: mevcut Refeksiyonlar ve vizyonlar. Görme bozukluğu olan kişiler için erişim imkanı, 220-227
- Zeza M. Ve Stavrou P. D. (2010). Sağır körlük alanında araştırma programı: sağır-kör öğrencilerin bilişsel ve iletişimsel profilinin çerçevesi ve eğitim müdahale planının uygulanması. 28. Uluslararası Logopedikler ve Phoniatrics Derneği (IALP) Dünya Kongresi: "iletişim bilimlerinin kültür sanatıyla buluştuğu yer, 469-473.
- Zeza M., STAVROU polisi. (2015) sağır-kör öğrenciler için eğitim müdahale programı. In: Tan Y., Shi Y., Buarque F., Gelbukh A., Das S., Engelbrecht A. (eds) sürüsü ve Hesaplamalı zeka gelişmeler. ICSI 2015. Bilgisayar Bilimlerinde Ders Notları, 9142. Springer, Cham.
- Zeza, M. Ve Stavrou, P. (2015). Sağır-kör öğrencilerde müdahale programı. Vücut şeması farkındalığı için bir eğitim planı. İçinde: G. Kouroupetroglou (eds). Görme bozukluğu olan kişiler için erişim sağlanması, Uluslararası Konferans Iceapvi-2015 bildirimleri, Atina, Yunanistan, 12-14 Şubat 2015. Şu adreste mevcuttur: <http://access.uoa.gr/ICEAPVI-2015/proceedings.html>
- Zeza, M. & Stavrou, P. (2016). Dokunsal zaman dizisi kartlarının kullanımı yoluyla zaman kavramını algılamak: sağır öğrenciler için bir eğitim müdahale planı. 8. Uluslararası Eğitim ve Yeni öğrenme teknolojileri Konferansı, Barselona, İspanya, 4-6 Temmuz 2016. Şu adreste mevcuttur: <https://library.iated.org/publications/EDULEARN16>
- Zeza, M. (2007). Sağır kör öğrencilerden zaman kavramının gelişimi. Özel eğitimde 5. Panhellenic bilimsel konferansından Bildiriler. 193-201.

C. Lisans programlarında profesyonellerin Eğitimi

Yukarıda bahsedildiği gibi, Yunanistan'daki erken müdahale programları aşağıdaki gibi kuruluşlar tarafından tasarlanır ve uygulanır: a. kamu sektörü, b. özel kurumlar, c. kar amacı gütmeyen kuruluşlar, d. engelli çocukların ebeveynlerinin dernekleri ve e. sivil toplum kuruluşları (Tavoulari, Katsoulis ve Argyropoulos, 2014). Bu müdahale programları, gündüz bakım merkezlerine, anaokullarına ve anaokullarına (Doliopoulou, & Kondoyianni, 2003; OECD, 2018; Petrogiannis, 2010) atıfta bulunur ve çok sayıda profesyonel, birçok disiplinler arası ekip oluşturmaya dahil olur. Daha spesifik olarak:

Gündüz bakım merkezleri ve kreşlerde üç ana profesyonel kategorisi vardır: a. anaokulu öğretmeni (nipiagogos), b. kreş ve çocuk bakımı öğretmeni (vrefonipiagogos / vrefonipiokomos) ve c. Kreş ve Çocuk Bakımı Öğretim Asistanı (voithos vrefonipiagogou) (Doliopoulou, 2017). Anaokulu ve çocuk bakımı öğretmenleri, ülke çapındaki Yüksek Teknoloji Enstitülerinin ilgili üç bölümünden birinin mezunudur (aşağıya bakınız), oysa anaokulu hemşirelerinin asistanları normalde 2 yıllık bir eğitim kursunun ardından lise sonrası bir üniversite diplomasına sahiptir.

1. Erken Çocukluk Eğitimi Bölümü, teknolojik Eğitim Enstitüsü, Atina. 2019 yılında, bölüm modernize edildi ve Erken Çocukluk Döneminde West Attica Üniversitesi Eğitim ve Bakım Bölümü olarak yeniden adlandırıldı. *



2. Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki, Sağlık ve Tıbbi Bakım Fakültesi, Erken Çocukluk Eğitimi Bölümü.

3. Erken Çocukluk Döneminde Eğitim ve Bakım Bölümü, Ioannina Üniversitesi.

*** Erken Çocukluk Eğitim ve Bakım Bölümü, West Attica Üniversitesi.**

İzlenice, aşağıdaki gibi erken müdahale ile ilgili derslerden oluşur:

1. Erken Etkileşimler

Bu ders sırasında öğrenciler, 0 ila 2 yaş arasındaki çocukların iletişim becerilerini ve yetişkin yakınlığı arasındaki ilişkilerin gelişimini inceler. Ayrıca öğrenciler, ebeveynlerin çocuklarıyla ilgili beklentilerini etkileyebilecek faktörleri izleme fırsatına sahiptir. Son olarak, kültürel faktörler, gelişimsel yetersizliklerin doğası ve erken etkileşimleri şekillendirme yolları gibi birçok konu bu modül aracılığıyla tartışılmaktadır.

2. Bebek Eğitimi I ve II

"Bebek eğitimi", öğrencilere 1-3 yaş arası çocukların ihtiyaçlarını ve bebek eğitiminin içeriğini etkileyebilecek ve şekillendirebilecek faktörleri inceleme fırsatı sunar.

3. Sistemik Bebek ve Küçük Çocuk Gözlemi.

Bu ders sırasında öğrenciler a. farklı gözlem türlerini ve yöntemlerini görürler b. Gözlem becerilerinin çok önemli olduğunun farkına varırlar çünkü bunlar aracılığıyla profesyoneller bir bireyin sağlık koşullarında veya davranış kalıplarında meydana gelen değişiklikleri belirlerler. Sonuç olarak, bir grubun ihtiyaçlarına veya bir bireyin ihtiyaçlarına cevap veren etkili pedagojik çerçeveler düzenleyebilirler.

4. Bebekler ve küçük çocuklar için günlük bakım

"Bebekler ve küçük çocuklar için günlük bakım" dersi sayesinde, öğrenciler günlük bakımın önemini fark eder ve eğitim ve bakım ortamlarında "kalite" kavramını analiz eder.

5. Dil gelişimi ve iletişim

Öğrenciler iletişim ve dil gelişimi ilkelerini ve bu alandaki ilgili kilometre taşlarını inceler. Ek olarak, öğrenciler yetersizlik (duyusal ve gelişimsel) gibi faktörlerin iletişim ve dil gelişimi üzerindeki etkisini incelemeye ve araştırmaya davet edilir.

6. Ailelerle işbirliği

Dersin amacı, bir yandan çocuğun profesyonellerle olan aile ilişkisinin önemini anlamak, diğer yandan da öğrencinin ailelerin yapısı ve işlevi ile ilgili anlayışını geliştirmektir.

7. Erken müdahale ve katılım



Bu ders sırasında öğrenciler erken müdahale programlarını tartışır ve bileşenlerini analiz eder. Buna karşılık, öğrenciler çocukları ve ailelerini eşitlik ve kapsayıcılık açısından desteklemek için gerçekleşen eylemleri ve etkinlikleri tartışırlar.

8. Bebekler ve küçük çocuklar için pedagojik ortam

Bu ders, bebekler ve küçük çocuklar için iyi organize edilmiş bir eğitim ortamının önemi hakkında temel bilgi vermeyi amaçlamaktadır.

9. Okul öncesi dönemde Geçiş Yönetimi

Bu ders, bir okul öncesi çocuğun hayatındaki (yani evden kreşe veya evden anaokuluna) yönetim geçişleri hakkında bilgi ve deneyim sağlamayı amaçlamaktadır.

Daha fazla bilgi için: <https://ecec.uniwa.gr/>

Anaokulu ve Çocuk Bakımı Öğretim Asistanları nitelikli yardımcı personel olarak çalışır. Devlette veya özel bir Mesleki Eğitim Kurumunda veya Meslek Lisesinde kurs yapmak zorundadırlar ve daha sonra 2 aydan 6 yaşına kadar çocuklarla çalışma yetkisine sahiptirler (Doliopoulou, 2017).

Erken müdahale programları, özel anaokulu öğretmenlerinin çalışmalarına ve deneyimlerine göre çalıştığı, inşa ettiği, uyguladığı ve değerlendirdiği Özel Anaokullarının programlarına dahil edilmekte ve uygulanmaktadır (Kydoniatou, vd., 2009). Personel, esas olarak, ülkedeki 12 üniversitenin okul öncesi eğitim bölümünden mezun olmuş tam nitelikli okul öncesi öğretmenleridir.

- 1) Özel Eğitim bölümü, Thessaly Üniversitesi*
- 2) Ulusal ve Kapodistriyan Üniversitesi erken çocukluk Eğitimi Bölümü
- 3) Thessaly Üniversitesi erken çocukluk Eğitimi Bölümü
- 4) Patras Üniversitesi Eğitim Bilimleri ve erken çocukluk Eğitimi Bölümü
- 5) Crete Üniversitesi Okul Öncesi Eğitim bölümü
- 6) Erken çocukluk Eğitimi Bölümü, Western Macedonia Üniversitesi Eğitim Fakültesi**
- 7) Democritus University of Thrace, erken çocukluk Eğitim Bilimleri Bölümü
- 8) Aegean Üniversitesi Okul Öncesi Eğitim ve eğitim tasarımı bölümü
- 9) Aegean Üniversitesi İlköğretim bölümü
- 10) Erken çocukluk Eğitimi Bölümü, Ioannina Üniversitesi
- 11) Macedonia Üniversitesi Eğitim ve Sosyal Politika bölümü
- 12) Erken çocukluk Eğitimi okulu, Aristotle University of Thessaloniki ***

Yukarıdaki üniversite bölümleri derslerini sürekli olarak arttırsalar da erken müdahale programları ile ilgili derslerin sayısı hala azdır.



* Thessaly Üniversitesi Özel Eğitim bölümü

Özel Eğitim Bölümü izlencesi, daha spesifik olarak erken müdahale ile ilgili 2 modül içerir:

1. Erken teşhis ve erken müdahale.

Bu modülde öğrenci, çocukların bilişsel ve motor gelişiminin aşamalarını, nörogelişimsel bozuklukların gelişimiyle ilgili "yüksek riskli" biyolojik ve çevresel faktörleri, müdahale programlarının tasarımı ve uygulanmasını, disiplinler arası ekiplerin türlerini ve işbirlikçi çalışmaları, erken müdahale programları sunan hizmetler ve aile destek türleri çalışma olanağına sahiptir.

2. Sağır ve işitme güçlüğü çeken çocukların dil gelişimi: erken müdahalenin rolü

Mevcut modülün amacı, öğrencilerin sağır veya işitme güçlüğü çeken (DHH) çocukların dil gelişimi ve erken müdahalenin rolü ile ilgili bilgi ve beceriler geliştirmelerini sağlamaktır. Bu modülde aşağıdaki konular ele alınmaktadır: a) DHH çocuklarının dil farklılığı, b) erken aile müdahalesinin anlamı ve özellikleri, c) sağır ve işitme güçlüğü çeken çocuklarla Yunanca veya Yunanca İşaret Dili ile iletişimin temel ilkeleri, d) DHH'li çocuklar arasında işlevsel işitme kullanımı, e) DHH'li çocukların Yunanca veya Yunan İşaret Dilinde dil gelişiminde ortaya çıkan okuryazarlığın rolü.

** Western Macedonia Üniversitesi Eğitim Fakültesi erken çocukluk Eğitimi Bölümü

Erken çocukluk Eğitimi Bölümü izlencesi, erken müdahale ile ilgili 1 modül içermektedir. Özellikle:

Anaokulunda öğrenme güçlüğüne erken tespiti ve önlenmesi

Öğrenciler, öğrenme güçlüğü ve dil bozukluğu olan çocuklar için farklı değerlendirme prosedürleri üzerinde çalışırlar.

Daha fazla bilgi için: <https://uowm.gr/>

*** Aristotle University of Thessaloniki erken çocukluk Eğitimi okulu

Okul Öncesi Eğitim Programı, erken müdahale ile ilgili 1 modül içerir. Özellikle:

Engelli bebekler ve küçük çocuklar için önleme ve psikolojik destek.

Öğrenciler, bireysel farklılıklar ve ailesel çevrenin kültürel unsurları ile birlikte erken müdahale modellerini inceler. Bu modülün bir parçası olarak, öğrenci gelişimsel psikolojinin temellerini ve erken çocukluk ruh sağlığının temellerini öğrenir.

Daha fazla bilgi: <https://www.nured.auth.gr/dp7nured>

Yukarıda belirtilenler dikkate alındığında, Yunanistan'da erken müdahalenin sistematik olarak geliştirilmediği ve bu nedenle erken müdahale programlarının gerçek çağdaş ihtiyaçları



yeterince karşılayamayacağı söylenebilir (Drossinou ve Kaderoglou, 2005). Bu yetersizliğin bazı olası nedenleri şunlardır: uzmanlaşmış merkezlerin ve uzmanların eksikliği, uzmanların eğitimi eksikliği ve farklı hizmetler ve kuruluşlar arasında etkili iletişim ağı/işbirliği eksikliği (Tavoulari, Katsoulis ve Argyropoulos, 2014).

D. 1. Erken müdahale programı (E. I. P.) - AMİMΟΝΙ

” Görme engelli çocuklar için erken çocuk müdahalesi (ECI) ” 2004 yılından bu yana Attika'da 150'den fazla aileye bir ECI programı uygulayan hizmetler sunmaktadır. Bu, doğumdan altı yaşına kadar görme engelli çocukları ve ek engelli veya engelli olmayan ailelerini destekleyen aile odaklı, eğitici bir ev ziyaret programıdır. Program her hafta gerçekleşir. Dahası, bazen program her iki haftada bir, çocuğun ve ailenin ihtiyaçlarına göre gerçekleşir.

2016'dan beri Yunanistan'ın uzak bölgelerindeki aileleri desteklemek için uzak bir hizmet geliştirdik. Bu, Atina'daki organizasyonumuzda ya da İlçedeki evlerinde gerçekleşen çocuğun fonksiyonel vizyonunun ve gelişiminin bir değerlendirmesinden oluşur ve bunu aile ya da çocuğun eğitimcileri/ terapistleri için telekomünikasyon yoluyla destek izler.

Ayrıca, esnek Hizmetler aracılığıyla erken müdahale hizmetleri sunulmaktadır. Özellikle, erken müdahale ekibi, ailelerin istek ve ihtiyaçlarına göre belirli veya sınırlı (sıklık, içerik veya süre açısından) hizmetler sunabilir. Bu hizmetlerden biri, çocuğun fonksiyonel vizyonunun, dokunsal algısının ve çocuğun gelişim durumunun/aşamalarının değerlendirilmesi olabilir. Bu değerlendirme, günlük bakım merkezinde ve/veya ailenin evinde gerçekleşebilir ve bunu yazılı Değerlendirme ve eğitim faaliyetleri önerileri takip eder. Başka bir hizmet, Attika bölgesinde veya Attika dışındaki banliyölerde belirli bir zaman diliminde gerçekleşecek olan ailelere erken müdahale ekibinin belirli sayıda ev ziyareti olabilir. Çocuğun ciddi sağlık sorunları olduğu ve haftalık programı takip edemediği durumlarda esnek hizmetler de verilebilir.

Erken çocukluk müdahale programının amacı, çocuğun gelişim potansiyelini ve becerilerini geliştirmek, kendine güvenini teşvik etmek ve aileyi ve bakıcıları yakından desteklemektir. Müdahalenin temel amacının çocuğun gelişimini ve duygusal refahını desteklemek, bakıcı – çocuk etkileşimini desteklemek, ailenin rolünü güçlendirmek ve sosyal içerilmesini teşvik etmek olduğu ailelere haftalık ev ziyaretleri gerçekleşir. Çocuğun doğal ortamında fonksiyonel artık görme becerilerinin teşvik edilmesi, vücut farkındalığı, dokunsal ve işitsel algı ve oryantasyon ve hareketlilik, kaba ve ince hareketlerin yanı sıra öz bakım günlük aktivitelerinin desteklenmesi ile birlikte müdahalenin Olası hedef alanlarından bazılarıdır.

Oturum, eğitimcinin çocukla (bir saate kadar) gerçekleştirdiği etkinliklerden ve ebeveynle yapılan konuşmadan (DANIŞMANLIK ve destek) oluşur. Çocuğa müdahale sırasında ebeveynin varlığı ve katılımı gereklidir. Ebeveyn veya bakıcı, faaliyetleri, çocuğun onlara nasıl tepki verdiğini gözlemlemek ve çocuğun iletişim ipuçlarını ve yeteneklerini anlamak içindir. Daha sonra ebeveyni aktiviteye katılmaya ve günlük yaşamda “oyunama” yolunu tekrarlamaya çalışmaya davet ediyoruz. Ebeveynle yapılan konuşma sırasında, çocuğun gelişimi, görsel zorlukların anlaşılması, ev

ayarlamaları, sağlık sorunları, ebeveynin zorlukları veya duyguları, ebeveynin öncelikleri, günlük rutinleri, aile hayatı için ihtiyaçları ve özlemleri gibi çeşitli konular ortaya çıkabilir.

Erken müdahalecinin haftalık desteğine paralel olarak, aileler programın psikoloğu, çocuk psikiyatristi veya sosyal hizmet uzmanından ebeveyn danışmanlığı desteği alırlar. Bu oturumların sıklığı ailenin ihtiyaçlarına göre planlanmaktadır. Uygulamaya çalıştığımız şey, programa giren her ailenin, programın ilk yılında beş seansı olmasıdır. Deneyimlerimiz, bunun en zor dönem olduğunu ve çoğu ebeveynin bu destekten yararlandığını göstermiştir. Bu süreden sonra, ebeveyn danışma seansları daha sporadik ve ihtiyaçlarına göre gerçekleşir.

Buna ek olarak, programımızın sosyal hizmet uzmanı, ailelerin engelli Çocuk Hakları yasaları, mevcut mali destek ve ilgili prosedürler hakkında bilgi sahibi olmalarını kolaylaştırmak ve engellilere hizmet sunan diğer sosyal hizmetler veya kurumlarla ağ oluşturmayı ve bağlantıyı kolaylaştırmak için kullanılabilir. Sosyal hizmet uzmanı ayrıca ebeveynleri çocuklarına sunulan diğer hizmetler hakkında bilgilendirebilir, gerekirse aileleri sağlık hizmetlerine iletebilir veya eşlik edebilir ve çocuğun katıldığı diğer eğitim kurumlarıyla (devlet okulları, özel okullar, devlet eğitim değerlendirme hizmetleri) iletişim kurabilir.

Aileler ayrıca, gerekirse, oryantasyon ve hareketlilik uzmanı, fizyoterapist ve Amimoni'nin konuşma terapisti tarafından desteklenmektedir.

Programa girme protokolü (programa katılma şartları ve prosedürleri)

Bir çocuk, görsel bir problem teşhisi konduğunda programımızdan hizmet almaya hak kazanır. Aileler genellikle nörologlar, çocuk doktorları, optometristler, özel okullar ve diğer ebeveynler tarafından Programımıza yönlendirilir. Programa giriş protokolü aşağıdaki adımlara sahiptir:

1. Adım 1 Alım: ekibin sosyal hizmet uzmanından telefonla iletişim yoluyla gerçekleştirilir. E. I. P.'nin bu ilk aşamasında, çocuğun tıbbi geçmişi, gelişimsel kilometre taşları (oturma, yürüme, yemek yeme, konuşma vb.) hakkında temel bilgiler hakkında çocuk ve aile hakkında gerekli bilgileri topluyoruz.), mevcut durum (oyun, uyku, davranış, vb.), terapi veya okul programı ve tabii ki programımızdan ebeveynlerin beklentisi.

2. Adım 2 Giriş oturumu: ailenin evinde gerçekleşir. Bu oturumda, sosyal hizmet uzmanı ve erken müdahaleci, Amimoni, E. I. P.'nin işlevi hakkında bilgi vermek ve çocuğun tam tıbbi geçmişini almak amacıyla aileyi ziyaret eder. Ekip ayrıca çocuğun günlük yaşamı ve rutinleri hakkında bilgi toplar. Bu oturumda, ebeveynler hikayelerini anlatmak ve duygularını ifade etmek için gerekli zamana sahiptir. Ebeveynlere ayrıca, programın yapısını ve işlevini ve her iki tarafın hak ve yükümlülüklerini açıklayan Amimoni'nin erken müdahale programı ile Çerçeve Anlaşması da sunulmaktadır.. Ekibimiz çocukla tanışma ve onu doğal bir durumda gözlemlene fırsatına sahiptir. Ebeveynlerle yapılan görüşmeden ve tıbbi kayıttan ayrıntılı bir tıbbi geçmiş formu doldurulur. Bu Bilgi değerlendirmenin hazırlanması için gereklidir (dördüncü adım). Daha sonra, sosyal hizmet uzmanımız ailenin dosyası için sosyal raporu yazıyor. Bu prosedürden, ekip bir aile planı geliştirmek için ailenin ihtiyaçları hakkında ilk bir fikre sahip olabilir.

3. Adım 3 amimoni'yi ziyaret edin: aile, dernek ve ekip üyeleriyle tanışmak için Amimoni'nin binasını ziyaret eder. Program Yöneticisi ve Amimoni/çocuk Psikiyatristinin bilimsel Direktörü



ile bir tartışma gerçekleşecek ve Yönetim Kurulu Başkanı ile buluşacak. Bu ziyarette, ebeveynler program ile bir Çerçeve Anlaşması imzalarlar ve eğer isterlerse Amimoni üyesi olarak kayıt olurlar

4. Adım 4 değerlendirme: değerlendirme ev ortamında gerçekleşir ve bir veya iki oturumda yapılabilir. İki erken müdahaleci her zaman ilk değerlendirmeyi yapar ve ebeveynler her zaman mevcuttur.

Bu adımları tamamladıktan sonra, aile programa girer. Erken oturumlarda, ebeveynlere çocuklarının işlevsel vizyonunu Değerlendirme ve gelişim ihtiyaçlarını belirleme kavramını tanıtıyoruz. Çocuğun daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesine izin veren bu erken oturumların ardından, ebeveynlerle işbirliği içinde eğitim planında yer alan ilk hedeflerimizi (eğitim planı) belirliyoruz.

Erken müdahale multidisipliner ekibi – EIMT) - rol ve fonksiyonlar

Değerlendirmeden sonra, erken müdahaleciler bulgularını multidisipliner bir ekiple tartışırlar. Erken müdahale multidisipliner ekibi (Eimt) bir Program geliştirme Yöneticisi, iki psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı ve iki mesleki terapist, özel bir eğitimci ve bilimsel direktör-çocuk psikiyatristinden oluşur. Amimoni'nin Koordinasyon Başkanı da bu toplantılara katılabilir. EIMT, ailenin ihtiyaçlarını daha iyi karşılamayı amaçlayan çeşitli kriterlere dayanarak, aileyi üstlenecek olan erken müdahaleci ve danışmana karar verir. Bu karar, eimt'nin gerekli tüm bilgilere sahip olması durumunda giriş oturumundan sonra da gerçekleşmiş olabilir.

EIMT, gerekirse amimoni gündüz bakım merkezinin oryantasyon ve hareketlilik uzmanı, fizyoterapist ve konuşma terapistinden belirli konularda konsültasyon isteyebilir.

Son olarak, EIMT ve özellikle erken müdahaleci, çocukla veya çocuğun okuluyla çalışan diğer terapistlerle sürekli iletişim kurmaktadır. Genellikle diğer terapistlerle ortak oturumlar yapılır. Çocuk okula devam ederse, ekibimiz en yakın işbirliğine sahip olmak ve çocuk için yararlı olacak Ayarlamalar hakkında önerilerde bulunmak için okulu ziyaret eder. Ekip ayrıca, ailenin işbirliği yaptığı doktorlar ve optometrist ile de iletişim kuruyor.

Ekibimiz her hafta iki saat boyunca toplanıyor. Her toplantıda 1) takımı, 5 zorluk krizde 6 ya ve bir aile idari sorunları çözmek ilişkin müdahaleler hakkında karar (eğitim plan ve aile planı))))), 2 girişleri ve değerlendirmeler anlatılır, 3 zorluklar ve duyguları, belirli konular üzerinde, 4 exchange uzmanlık express bir durum ortaya çıkabilir. Her iki haftada bir, ekibimiz bir çocuk psikoterapisti-özel eğitimciden dış denetime sahiptir.

Amimoni E. I. P. tarafından kullanılan değerlendirme araçları.

1. CVI Range-Roman Lantzy, C. A. (2018) kortikal görme bozukluğu: Değerlendirme ve müdahale yaklaşım. New York: Amerikan kör Vakfı.

CVI Serisi, " fonksiyonel görme değerlendirmesini gerçekleştirmek için kullanılan bir araçtır...ve akılda belirli bir amaç ile inşa edilmiştir: etki derecesini veya etki derecesini belirlemek, CVI" (Roman-Lantzy, 2018). Çocuğun serebral görme bozukluğuna sahip olabileceğine dair işaretler (tıbbi öykü, gözlem, ebeveynlerle görüşme) olduğunda uygulanır.



2. Görme engelli ve kör Okul öncesi çocuklar için Oregon Projesi: 0-6 yaş arası beceri Envanteri-Anderson, S., Boigon, S., Davis, K. ve deWaard, C. (Eds.). (2007). Kör veya görme engelli okul öncesi çocuklar için Oregon projesi. Güney Oregon Eğitim Hizmet Bölgesi.

Kör veya görme engelli Okul öncesi çocuklar için Oregon Projesi (OR Projesi), kör veya görme engelli altı yaşından küçük çocuklarla kullanılmak üzere tasarlanmış bir beceri envanteri (kontrol listesi) ve müfredattır. Evde veya sınıfta ebeveynler, öğretmenler, vizyon uzmanları veya danışmanlar tarafından kullanılabilir. (<https://www.pathstoliteracy.org/resources/oregon-project-preschool-children-who-are-blind-or-visually-impaired>) genellikle dört yaşın üzerindeki çocuklarda ve çocuğun genel yeteneklerini ve zorluklarını görmek istediğimizde uygulanır.

3. Lea Testleri

LEA görme Test sistemi, özellikle göz çizelgelerinde kullanılan alfabenin harflerini nasıl okuyacağını bilmeyen çocuklar için tasarlanmış bir dizi pediatrik görme testidir. Yakın görme ve uzak görme, iş sağlığı yanı sıra çok sayıda diğer yönleri, bu tür kontrast hassasiyeti (https://en.wikipedia.org/wiki/Lea_testi) (göz), görme alanı, renk görme, görsel uyum, hareket algılama, göz işlevi ve konaklama gibi görsel yeteneklerini değerlendirmek için kullanılacak LEA testi birçok çeşitleri vardır. Çoğunlukla Lea ızgaraları, Lea sembolleri, Heiding Heidi, Lea sembolleri düşük kontrast testi, Heidi fiksasyon hedefleri, Heidi ifadeleri testi, koni adaptasyon testi, 3D-bulmaca kullanıyoruz.

Bu testler, görme keskinliğini belirlemek amacıyla değil, çocuğun vizyonunu daha iyi anlamak için ihtiyaçlarımıza göre kullanılır.

4. Fonksiyonel vizyonun gözlemlenmesi.

Amimoni'nin E. I. p.'sinin psikolog-erken müdahalecisi I. Vonnikaki tarafından geliştirilen nitel bir gözlem aracıdır. Temel amacı, Değerlendirme ve müdahale sırasında edinilen pratik faktörlere dayanarak çocuğun fonksiyonel vizyonu ile ilgili verileri kaydetmektir. Bu, değerlendirmenin ilk oturumlarında kullandığımız ana formdur.

5. Görme bozukluğu olan çocukların gelişiminin gözlem ölçekleri. (Blindeninstitut stiftung kaynak Merkezi'nde E. I. P.'nin gözlem aracından tercüme edilmiştir).

Çocuğun gözlemine ve belirli materyallerle yapılandırılmış aktivitelere dayanan bir araçtır. Tüm ana gelişim alanlarını içerir (kaba motor becerileri, ince motor becerileri, biliş, Dil ve beslenme, tuvalet ve Giyinme ile ilgili bağımsızlık becerileri). 4 yaşına kadar olan çocuklara yöneliktir ve programa katılan tüm çocuklara uygulanır.

6. 1 yaşına kadar olan bebekler için fonksiyonel görme değerlendirme aracı.

(Wuertzburg'daki Blindeninstitut'un ilgili değerlendirme aracına dayanarak).

Aynı zamanda çocuğun gözlemine ve belirli materyallerle yapılandırılmış aktivitelere dayanan bir araçtır. Temel fonksiyonel görme becerilerine odaklanır. 1 yaşın altındaki çocuklar için değil, aynı zamanda ciddi görme, motor ve zihinsel bozukluğu olan çocuklar için de kullanıyoruz. Bu aracı çocuklarımızın çoğu için kullanıyoruz.



7. Görme bozukluğu olan çocuklar için fonksiyonel görme değerlendirme aracı. (Wuertzburg'daki Blindeninstitut'un ilgili değerlendirme aracına dayanarak.

Bu araç, genellikle iyi fonksiyonel görüşe sahip olan ve diğer ciddi sakatlıkları olmayan 1 yaşından büyük çocuklar için kullanılır. Aynı zamanda çocuğun gözlemine ve belirli materyallerle yapılandırılmış aktivitelere dayanan bir araçtır. Amacı daha karmaşık görsel becerileri keşfetmektir.

8. Dokunsal Profil (Royal Visio).

Dokunsal bir profil, ciddi görme bozukluğu olan 0 ila 16 yaş arasındaki çocuklarda dokunsal işleyişin grafiğini çizmek için kullanılan bir gözlem aracıdır. (www.tactualprofile.org).

Bu araç aynı zamanda gözlem ve yapılandırılmış faaliyetlere dayanmaktadır. Bu ücreti ciddi görme bozukluğu olan ancak başka ciddi bozuklukları olmayan çocuklarla kullanıyoruz. Serebral palsy, otizm, hafif mental retardasyon veya başka bir şey olabilir.

9. Bielefeld gözlem ölçekleri (BOS - kör). Michael Brambring., (2006). Kör olan bebekler ve okul öncesi çocuklarla erken müdahale, Cilt 2, Baskı bentheim.

Bu ampirik çalışma, dört doğuştan kör çocuğun görme engelli çocuklar için yaş normları ile 29 brüt motor beceri kazandığı ortalama yaşları karşılaştırdı. Sonuçlar, motor becerilerin kazanılmasında belirgin gelişimsel gecikmeler ve analiz edilen altı alt alan içinde ve genelinde gelişimsel gecikmelerde yüksek derecede değişkenlik gösterdi.

Bu, çocuğun gözlemine dayanan bir araçtır ve yukarıda açıklanan tüm araçlar değerlendirme ihtiyaçlarımızı karşıladığından nadiren kullanılır.

Aile ile işbirliği.

Müdahaleye aile katılımı ile ilgili olarak, katılımları belirlenen hedeflere ulaşmak için önemli ve temel olduğu için çeşitli yönlerin ana hatlarıyla belirtilmesi gerekir.

İlk olarak, müdahale sırasında, ebeveyn(ler) eğitim faaliyetlerini gözlemleyebilmek için mevcuttur/mevcuttur. Özellikle, görsel beceriler (görsel dikkat, konsantrasyon, vb.) açısından düzenlenen oyunlar.), her etkinlik için kullanılan malzemeler, oyuncaklar ve araçlar ve ayrıca çocuğun her etkinliğe nasıl ve ne zaman tepki verdiği.

Ayrıca, oturumun son kısmı (30-40 dakika) ebeveynlerle tartışmaya ayrılmıştır. Bu, çocukları ve görsel becerileri hakkında sahip olabileceği endişeleri/soruları, düşünceleri onlarla tartışmanın zamanıdır. Bu aktivitelerin günlük yaşamlarına nasıl entegre edilebileceği ve daha sonra çocuğuyla nasıl oynayabileceği ve eğlenebileceği konusunda öneriler yapılır. Yukarıdakilerle ilgili olarak, tüm evlerinde ergonomik Ayarlamalar ile ilgili öneriler vardır-fonksiyonel vizyonu veya/ve çocuğun evin etrafındaki hareketini kolaylaştırmak için - veya çocuğun kişisel alanında (oda, küçük oda köşesi).

Sonuç olarak, eğitim yılının sonunda, çocuğun sonuç değerlendirmelerini yapıyoruz ve her şeyi, onlarla son tartışmaları yaptıktan sonra aileye gönderdiğimiz bir değerlendirme raporunda belgeliyoruz. Özellikle, değerlendirmemizin sonuçları ile birlikte ebeveynlerle kurulan tüm eğitim



hedeflerini tartışıyoruz. Bu, neyin başarıldığı ve çocuğun hangi yönlerde geliştiği hakkında genel bir fikir verir. Bu çerçevede, ebeveynler neler yapıldığını ve katılımlarının çocuklarına nasıl fayda sağladığını açıkça görebilir ve en önemlisi, çocuklarıyla daha fazla bağlantı kurmak ve işlevsel ve mutlu bir günlük yaşama sahip olmak için edindikleri araçları fark edebilirler. Ayrıca, bir sonraki eğitim yılı için gelecekteki hedefleri, ebeveynlerin özlemlerini ve müdahaleye nasıl entegre edilebileceğini tartışıyoruz. Önemli bir not, yıl içinde ebeveynlerin eğitimciye bir istek gönderdikten ve bunun nedenini belirledikten sonra bir değerlendirme isteme hakkına sahip olmalarıdır.

Çocuğa müdahale

Görme bozukluğu ve ek engelli çocuklarla müdahale alanları şunlardır:

- Görsel beceriler : tablet veya pc sunulan (V. E. S.), 2) ışık oyuncak ve belirli görsel eğitim programları ile karanlık bir odada 1) görsel uyarıcı ve ışıklar (149 ek olarak, basit veya karmaşık planda temel ve karmaşık görsel becerileri sınıflandırma için bakınız) temel görsel becerilerini (2cm 30cm) farklı boyutlarda çeşitli oyuncaklar, tablet veya PC'ye sunulan (V. E. S.), 3) belirli bir görsel eğitim programları ile doğal ışık koşullarında görsel stimülasyon, 4 yüze) görsel dikkat, mimik ve taklit kullanarak maskeleri anlayışı, gözlük, bilezik, eldiven, ayna, vb., 5) basit veya karmaşık arka planda çeşitli boyutlarda oyuncaklar, toplar, balonlar veya kartlar kullanarak orta ve uzun mesafelerde görsel keşif, 6) el yapımı oyuncaklar ve eğitici oyuncaklar kullanarak görsel-motor koordinasyonu, 7) renklerin, şekillerin, nesnelere, oyuncakların vb.tanınması, eşleştirilmesi ve ayırt edilmesi. (3D) çeşitli el yapımı oyuncaklar ve eğitici oyuncaklar ile, 8) renklerin, şekillerin, sembollerin, sayıların, harflerin, nesnelere flashcard'larının, hayvanların, etkinliklerin (basit veya karmaşık arka plan) (2D) vb.tanınması, eşleştirilmesi, ayırt edilmesi. ve 9) çeşitli oyunlar aracılığıyla mekansal görselleştirme

* İşitsel oryantasyon ve ayrımcılık: müzik aletleri, doğa sesleri veya şehir hayatı

* Keşif ve ayrımcılığın dokunsal stratejileri: 1) kumaşlar, farklı dokular, nesnelere, oyuncaklar, doğal malzemeler, doku tahtaları, dokunsal dominolar, sıcaklık, ağırlık vb. ve 2) tahtalar, kutular, yastık kılıfları, kek tavaları vb. İçinde keşif için.

* Vücut algı kullanarak 1) titreşim, dokunsal oyuncaklar, fırçalar, vücut losyonu veya yağlar, vb. ve 2) vücut parçalarını ve hareket simülasyonunu adlandırın.

* Vestibüler ve propriyoseptif algı: titreşim, taşıma, vücut basıncı, licra salıncak, vb.

* İletişim becerileri: flashcards, sembolik oyunlar, akran etkileşiminde destek yoluyla sözlü veya alternatif iletişim.

* Evde, okullarda, oyun alanlarında veya diğer alanlarda görsel, işitsel veya dokunsal ipuçları kullanarak Yönlendirme ve hareketlilik.

* Engeller, adımlar, koniler, halkalar vb. kullanarak psikomotor oyunlar.

* Kişisel özerklik becerileri: beslenme desteği, Giyinme desteği, kişisel hijyen.

* Konsept geliştirme.



Görme bozukluğu olan çocuklar için Amimoni'nin E. I. P. ile ilgili anketler/araştırmalar.

E. I. P. şu ana kadar sağlanan hizmetler için ebeveyn memnuniyeti üzerine üç anket gerçekleştirmiştir. Birincisi 2015 yılında, ikincisi 2016'da ve üçüncüsü 2018'de yapıldı. İlk iki anket isimsizdi ve sonuncusu internet üzerinden yapıldı (Google forms) ve cevap veren katılımcılar biliniyordu. Burada, ebeveynlerin son ankette ne ifade ettiklerini kısaca sunacağız.

33 aileden 15 ebeveyn, çoğunluğu anne olan ankete cevap verdi (%64, 3). Ebeveynlerin çoğunluğu (%86, 7) Bir bütün olarak E. I. P.'den çok memnun kaldı. Ebeveynlerin çoğunluğu, fonksiyonel vizyon, çocuğun genel gelişimi, evde ergonomik uyarlamalar ve aktiviteler ile ilgili programdan aldıkları bilgilerden çok memnun kaldılar. Ayrıca, çocuklarını daha iyi anlamak ve iletişim kurmak için aldıkları destekten çok memnun kaldılar. Dokunsal algı, oryantasyon ve hareketlilik ile ilgili bilgilerden oldukça memnun kaldılar. Ebeveynlerin çoğunluğu (%86,7) erken müdahaleci ile işbirliğinden çok memnun kalırken, %6,7'si adil ve daha az memnun kaldı. Ayrıca, ebeveynlerin çoğunluğu (73, 3) erken müdahale uzmanlarından (psikologlar, sosyal hizmet uzmanı ve çocuk psikiyatristi) aldıkları diğer hizmetlerden memnun kaldı. Ebeveynlerin %57,1'i programın ilk beklentilerini karşıladığına inanıyor. Ebeveynlerin %66,7'si bu programın çocuklarının eğitim ihtiyaçlarını daha iyi anlamasına yardımcı olduğuna inanırken, %53,3'ü genellikle erken müdahale oturumuna katıldığını hissetti. Ebeveynlerin %78,6'sı, programın önerilerini takip etmenin ne kadar kolay olduğundan oldukça memnun olduklarına inanıyordu.

Burada, “müdahale hakkında en çok neyi beğendiğiniz ” sorusuna cevap olarak görüş ve duygularınızla ilgili bazı ifadeler sunuyoruz”:

"Çocuk öğreniyor ve aynı zamanda mutlu".

"En çok sevdiğim şey, çocuğumla bana yardım ettiğin etkileşim".

"Çocuğumun mutluluğu".

“Vizyondaki uzmanlık ve yıllarca aklımı işgal eden sorularda sahip olabildiğim cevaplar. Ayrıca, çocuğumun sakatlığıyla nasıl başa çıkacağıma dair bir REHBERİM vardı.”

"Randevulara ve telefon görüşmelerine hizmetin mükemmel yanıtı, insanlar dostça, sıcak bir yaklaşım ve sorunlarımızda acil bir yardım vardı.”

"P.'nin günlük yaşamını ve algısını iyileştirmek için rehberlik ve bilgi verildi. Ailenin desteği.”

Araç gereç:

Burada, Lioni Diamanto'nun “körlük, görme bozukluğu veya diğer teşhis edilmiş görsel algı sakatlığı ve ek engelli bebekler ve okul öncesi çocuklara erken müdahale: ebeveynlerin deneyimi” yüksek lisans tezinin bulgularını sunacağız (Lioni, D. 2019, Tıp Fakültesi, Selanik Aristotelion Üniversitesi).

Araştırma, 6 aydan fazla bir süredir Amimoni E. I. P.'ye katılan çocukların ebeveynleri ile yapıldı. Anketin amacı, Programımıza katılan ebeveynlerin deneyimlerini sunmaktır. Yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla veri toplama aşığıdaki konularla ilgiliydi:



- * Müdahaleden önce: erken deneyimler, günlük yaşam, zorluklar, bilgi, duygular.
- * Müdahale sırasında: deneyim, duygular, değişiklikler.
- * Programın uzmanları ile işbirliği: destek yolları, duygular, zorluklar.
- * Kendini geliştirme ve aile ilişkileri.
- * Müdahaleden sonra: memnuniyet seviyesi, zorluklar, karşılanmamış ihtiyaçlar, gelecekteki hedefler.

Ebeveynlerin evlerinde yedi görüşme yapıldı, bunlardan sadece biri bir baba ile yapıldı. Yedi aileden dördü E. I. P. ile işbirliğinden bahsetti.

Bayan Lioni'nin projemiz için kayda değer ve yararlı olduğu düşünülen araştırma bulguları şunlardır:

- * Müdahale öncesi dönem ile ilgili

Hem pratik hem de duygusal olarak ebeveynler için zor bir dönemdi. Bilgi ve rehberlik eksikliği vardı. Çok yararlı buldukları şey, ebeveynlerin kendileri tarafından oluşturulan, bilgi ve destek buldukları ağıdı. Uzmanlardan gelen bilgi ve rehberlik yavaş yavaş geldi. Ebeveynler, çocuklarının ihtiyaçlarını karşılamak için uzmanlar tarafından daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade ettiler

- * IEP'YE katılımları sırasında

E. I. P. personeli ile ilk temasları sırasında yaşadıkları olumlu duyguların yanı sıra, çeşitli uzmanların çocuklarının ve ailenin ihtiyaçlarını değerlendirmesinin yararlı olduğunu belirttiler (multidisipliner yaklaşım. Ayrıca aldıkları destekten memnuniyetlerini dile getirdiler. Yargılayıcı olmayan yaklaşımı ve “hayat devam ediyor”fikrini sevdiler. Ayrıca, programa katılımlarının gerekli olduğu sonucuna vardılar ve bu çerçevede çocukla ilgili uygun faaliyetleri tanıdılar. Bunların yarısı da bir süre sonra müdahale sırasında bulunmamayı seçtiklerini ve bu zamanı başka bir şey yapmak için kullanmakta özgür hissettiklerini belirtti. Bazı ebeveynler, müdahale sırasında kardeşlerin katılımını sevdiklerini belirtti. Görsel becerilerin geliştirilmesinin yanı sıra, çocuklarının mutlu olmasından memnuniyetlerini dile getirdiler.

- * Müdahaleden sonra

Ebeveynlerin programla ilgili önerileri: daha geniş bir yaş aralığı.

Ebeveynlerin ifadelerine örnekler:

Şimdi, bir anne olarak, baskın hislerim onu mutlu eden şeyleri yapması ve daha sonra onun için yararlı olan şeyleri yapmasıdır.

Birçok şey için bir uzmana ihtiyacımız var, çünkü bazı şeyleri farklı bir bakış açısıyla görmek için biraz yardıma ihtiyacımız var.



Müdahaleyi beğendim, nasıl söyleyebilirim? İlk kez, Amimoni ekibinin beni desteklemek için burada olduğuna dair güçlü bir his vardı.

Amimoni'nin ofisini her ne zaman aradıysam, her zaman orada olacak ve ihtiyacım olan şeyde bana yardım edecek biri vardı.

Çocuğu gözlemler, ihtiyaçlarını anlarlar, birbirleriyle tartışırlar (disiplinler arası gruplarında) ve sonunda çocuğa nasıl yardım edebileceklerine karar verirler.

Amimoni uzmanları, X'in (fonksiyonel) seviyesini belirleyene kadar evde bir araya gelirler. X'in ihtiyaçlarını görmek için X ile ne tür (aktiviteler) oyunlar yapabilirler.

Genel potansiyelin, ailenin, ev ortamının, kullanılabilirliğin bir değerlendirmesi olduğunu düşünüyorum, değil mi? Neler yapabileceğimize.

Amimoni on etkinlik önermiş olabilir (şeyler), ama bir tane yapabiliriz. Ancak, bu kötü eleştirilmedi. Seni suçlu hissettirmediler, diyelim ki, komşu ailenle karşılaştırarak, birçok şey yaptıkları yerde, neden sen de yapmıyorsun? Onların anlayışından şüphe yoktu. Bize dediler ki: Bir mi? Bir. Hala faydalı. Yarısı? Yapabildiğin kadar.

Yani, Amimoni dedi ki: oh Tamam. Özünde, bununla yaşamayı öğreneceğini söylediler. Dünyanın sonu bile değil. Aslında, bunu böyle söylemediler, ama sonuçta sahip olduğum duygu bu. Bu şeyler hayatın bir parçası. Aileler bu sorunlarla karşı karşıya, sadece bu aile kategorisinde olmanız için oldu, bu büyük bir sorun değil. Sonunda benim için bu şekilde hissediyorum, bu umutla yaşamayı öğreneceksin, biliyorsun. Hayat devam ediyor. Doktorlar gibi değillerdi ... bize dediler ki: ah Tamam, bu zavallı çocuk ... Amimoni için fakir bir çocuk yoktu.

Amimoni hakkında en çok sevdiğim şey, hayatta her şeyin siyah olmamasıydı. Siyah ışıklarla, diğer siyah şeylerle karşılaşabiliriz, ancak hayatta her zaman renk vardır. İşte bu.

Amimoni tüm endişelerimizi dinledi; çocukla ilgili birçok konuyu tartıştık, aynı zamanda görsel ve davranışsal konular dışında alakasız şeyler de tartıştık.

Evet, Amimoni bir o programıdır, aktiviteler, el yapımı oyunlar getirirler. Onlarla kendi başımıza çalışmak için bize malzeme ve malzeme veriyorlar. Her zaman. En başından beri, bu ışıkların çocuğuma yardım edebileceğini söylediler.

Ne yapacağımızı anlamak için sorunları analiz ettik ve yapabileceğimiz daha fazla şey bulduk. Dahası, bir şeyler ekleyebiliriz, çünkü bize daha fazla katkıda bulunup bulunamayacaklarını sordular. "Herhangi bir fikriniz varsa, lütfen müdahaleye dahil etmek için bize bildirin."

(Çocuğun) yapabileceği her neyse, severek yaptığı/söylediği için ben de daha hoştu. Özünde, ne yaparsa yapsın, hoş bir şekilde yaptılar

İyi hissediyorum, çünkü çocuğum tepki veriyor ve iyi vakit geçiriyor. Çocuğunuzun biraz daha iyi hissetmesine yardımcı olmaya çalışıyorsunuz. Bu nedenle, bu yönde bir şeyler yaptığında, kendinizi kötü hissedemezsiniz



Doğru yaklaşım, müdahale, günlük yaşamda, terapötik olarak düşünmeden bir şeyler yapmak için nelere dikkat edilmesi gerektiği konusunda daha fazla şey öğrendik.

Her gün verdiğimizden daha fazlasını vermek için bir teşvikimiz vardı. Bu (erken müdahale) programın bir parçası olarak, biraz daha fazlasını vermeyi başardık.

Kesinlikle (olumlu) etkilendik, çünkü bak. Daha önce de söylediğim gibi, bu programın çocuğunuza değil, sadece ona değil, aynı zamanda ailenin kendisine de yatırım yaptığı andan itibaren. Özellikle, bizden bir şeyler yapmamızı ve dahil olmamızı istiyorlar.

Çocuğun görsel sorunlarının iyileştirilmesinden sonra değişiklikler yapıldı. Daha fazla ilgi alanına sahip olduğu için gözlemleyebilir, sürekli ağlamaz ve bu kadar güvensiz hissetmez, bu yüzden hayatımız biraz daha sakin olur.

Evet, kesinlikle. Çünkü bize ne yaptıklarını, nasıl ve neden yaptıklarını açıklıyorlardı. Ve bizim rolümüz yardımcı oldu ve elimizden geldiğince yardım ettik.

Bu program ile, biz bulduk (bizim çocuk ile) oynamak oldu.

Sonuç olarak, Lioni'nin araştırmasının bulguları:

1. Ebeveynler, çocuğun doğumundan sonraki ilk dönemde ciddi zorluklarla karşı karşıya kaldılar.
2. Ebeveynlerin çocukları için olumlu duyguları vardı, ancak çocuğun zorluğu ile ilgili olumsuz duygular vardı.
3. Çocuğun bakımı sürekli ve talepkar olduğu için ailenin günlük hayatı zordu. Ebeveynler başa çıkmak için farklı rollere uyum sağlamak zorunda kaldılar.
4. Son derece değerli olan diğer ebeveynin (karı/koca) desteği vardı.
5. Ebeveynlerin doktorlarla olan deneyimleri olumsuzdu. Ayrıca, ebeveynlerin Yunanistan'daki sosyal hizmetlerdeki durum hakkında hoş olmayan hisleri vardı.
6. Ebeveynlerin ebeveyn ağının varlığı hakkında olumlu duyguları vardı (kişisel iletişim, medya, vb.).
7. Ebeveynler hem uzmanlardan hem de akrabalarından ve arkadaşlarından destek istedi.
8. Ebeveynler, çocuklarını desteklemenin bir yolunu sürekli olarak aradılar.
9. Ebeveynlerin önceliği çocuklarının mutluluğuydu.
10. Ebeveynlerin E. I. P.'ye girme konusunda olumlu duyguları vardı.
11. Ebeveynler, uzmanlarla ilk karşılaşmalarında olumlu duygular yaşadılar.
12. Ebeveynler, programın uzmanları, uzmanlar tarafından nasıl ele alındıkları ve onlarla işbirliği yaptıkları konusunda olumlu hissettiler.
13. Eğitim planı uzmanlar tarafından oluşturuldu.



14. Ebeveynler, çocuklarının etkinliklere nasıl tepki verdiğini görmek ve bu etkinlikleri kendi başlarına nasıl uygulayacaklarını öğrenmek için programa katılmak istediler.
15. Ebeveynler ve çocuklar, erken niyet faaliyetlerine katılımları sırasında memnuniyet duyuyorlardı.
16. Ebeveynler uzmanın önerilerini uygulamaya çalıştı. Bazen günlük Programlar veya ailenin sınırları nedeniyle başarılı olamadılar.
17. Ebeveynler ve çocuklar, ailenin diğer üyelerinin erken niyet programına katılımı konusunda olumlu duygular yaşadılar.
18. Program, özellikle sunduğu bilgi nedeniyle ebeveynler üzerinde olumlu bir etkiye sahipti.
19. Ebeveynler, çocuklarının müdahale nedeniyle ilerleme kaydettiğini belirtti.
20. Ebeveynler, programa katılımları nedeniyle aile ilişkilerinde olumlu değişikliklerden bahseder.
21. Ebeveynler ayrıca E. I. P. nedeniyle günlük yaşamlarının iyileştiğini de belirtiyorlar.
22. Ebeveynler STK “Amimoni” ve E. I. P. için olumlu duygular yaşadılar.
23. Ebeveynler programın yararlı olduğuna inanıyordu.
24. Ebeveynler programa katılım düzeylerinden memnun kaldılar.
25. Ebeveynler, programın ihtiyaçlarına dikkat ettiğini hissetti.
26. Ebeveynler, yaş sınırı nedeniyle (6 yaşına kadar) programın sona ermesi konusunda üzgün hissettiler.
27. Program uzun bir süre olduğunu anne ve istenilen.

D. 2. Eğitim programı-SYZOI

Syzoi, 2007 yılında Yunanistan'ın Selanik'inde görme bozukluğu ve ek engelli (motor veya duyuşal tutarsızlıklar, gelişimsel bozukluklar) olan kişilerin ebeveynlerinden kuruldu. Hükümet dışı, kar amacı gütmeyen bir kuruluştur. Syzoi'nin erken müdahale programı 2007 yılında başladı ve tüm Kuzey Yunanistan'daki görme engelli bebekler ve çocuklar için düzenlenen tek entegre eğitim programıdır. Yapısı Atina Amymoni ve Münih Blindeninstitutstiftung benzer programa dayanmaktadır. Amymoni ve Blindenininstitutstiftung, bu özel programa her şekilde ilham veren ve destekleyen kuruluşlardır (programın yapısı, personelin denetimi ve eğitimi).

Syzoi'nin erken müdahale (EI) programı bebekler ve okul öncesi çocuklar (0-6 yaş) ve aileleri için hizmetlerin bir bileşimidir. Görme bozukluğu olan çocuklar için geçerlidir (kısmi veya tam körlük). Program ayrıca görme bozukluğu ve ek engelli (zihinsel engel, otizm, nörolojik bozukluklar, motor veya duyuşal tutarsızlıklar, nörometabolik sendromlar) olan çocuklar için de geçerlidir.



EI programı, her çocuğun evinde haftada bir kez, sabit bir zamanda gerçekleşir ve bir buçuk saat uzunluğundadır. Oturumlar sırasında, ebeveynlerin varlığı ve katılımı ile çocukla birlikte oyun şeklinde eğitim faaliyetleri yürütülür. Bir çocuğun desteğinin ana alanları görme, algı, oryantasyon, mobilite ve günlük becerilerdir. Buna ek olarak, ebeveynlere çocuklarıyla ilgili sorunları yönetmek ve çözmek ve özerkliklerine çözüm bulmak amacıyla rehberlik sağlanmaktadır.

Selanik vilayeti dışında yaşayan aileler için bu aileleri ve çocuklarını desteklemek için farklı bir hizmet geliştirdik. Aileler Syzoi anaokulunu olabildiğince sık ziyaret eder ve erken müdahale ekibimizin üyeleriyle tanışır, böylece erken müdahale Hizmetlerimiz sağlanır. Bunlar, çocuğun işlevsel vizyonunun değerlendirilmesi, çocuğun gelişiminin gözlemlenmesi, eğitim faaliyetleri, çocuklarını desteklemek için ebeveynlerin danışmanlığı ve çocuğun doktorları, terapistleri ve öğretmenleri ile iletişimden oluşur. Ayrıca, erken müdahale eğitimcileri, çevrelerinde adaptasyon önermek amacıyla yılda iki kez bu aileleri ziyaret etmektedir.

Erken müdahale programının temel ilkeleri

- * Çocuğa bütünsel bir yaklaşım, ihtiyaçlarına ve ilgi alanlarına göre uyarlanmıştır.
- Eğitim çalışmaları anne-baba katılımı.
- * Çocuğun çevresinin uyarlanması ve uygun şekilde zenginleştirilmesi (her çocuğun gelişim ihtiyaçlarına uygun eğitim materyalinin geliştirilmesi).
- * Çocuğa hizmet veren tüm uzmanlarla işbirliği (doktorlar, terapistler).

Programın personeli

Multidisipliner bir ekip:

- * Çocuk psikiyatrisi. Çocuğun psikiyatrisi, her çocuğun tıbbi geçmişinden, aile danışmanlığından ve tüm ekibin denetiminden sorumludur.
- * Sosyal hizmet uzmanı. Sosyal hizmet uzmanı, her çocuğun sosyal geçmişinden ve ebeveyn hakları ve aile ihtiyaçları ile ilgili konularda aile danışmanlığından sorumludur.
- * Özel eğitimciler. Özel eğitimci, tüm ekiple işbirliği içinde ev oturumları düzenler ve uygular. Erken müdahale eğitimcileri, özel eğitim alanında (özel eğitim öğretmeni, özel beden eğitimcisi) lisans veya yüksek lisans derecesine sahip mezun bilim insanlarıdır.

Program hedefleri

- * Fonksiyonel vizyonun gözlemlenmesi ve en iyi şekilde kullanılması için destek.
- * Tüm gelişim alanlarının gözlemlenmesi ve desteklenmesi: bilişsel, davranışsal, duygusal, sosyal, iletişim, motor gelişim.
- * Ailenin çocuğun ihtiyaçlarını anlamasını ve bunlara cevap vermesini destekleyin.

Ebeveyn katılımı



* Ebeveynlerden biri her zaman ev oturumlarında bulunur. Çocuğu tutarak veya destekleyerek, tepkisini gözlemleyerek, olabilecek herhangi bir öneri veya endişeyi tartışarak müdahale oturumuna katılır. Erken müdahale öğretmenin rehberliğı ve işbirliğıyle, ebeveynler çocuğun zamanının çoğunu geçirdiğı odayı dekore eder veya oyuncakları ihtiyaçlarına uygun hale getirir.

* Ebeveynler çocuklarının eğitim planının tasarımına katılırlar ve fikir önerebilirler. Tüm müdahale programının amacı, ebeveynlerin aktif üye olmaları ve günlük yaşamlarında erken müdahale programını uygulayabilmeleridir.

Her çocuk ve aile için, tıbbi ve sosyal geçmişı, değerlendirme protokolünün sonuçlarını, her erken müdahale oturumunun kayıt formlarını ve yıllık eğitim raporunu içeren bireysel, kişisel bir arşiv vardır.

Anamnez

Tıbbi geçmişe göre, çocuk psikiyatrisi ebeveynlerden hamilelik, doğum ve yenidoğan dönemindeki komplikasyonlar, Göz Hastalıkları ve diğer organik komplikasyonlar, ilaç türü ve süresi hakkında bilgi alır.

Sosyal tarih

Sosyal tarihe göre, sosyal hizmet uzmanı, ailede kaç çocuk olduğu, ailenin tüm üyelerinin tam adı, yaşı ve eğitim seviyesi, ailenin sosyo-ekonomik durumu, sağlıkları ve aile üyeleri ile akrabaları arasındaki ilişki gibi çocuğun ebeveynlerinden bilgi alır. Özellikle, çocuk hakkında, sosyal hizmet uzmanı çocuğun büyümesini, beslenmesini, uykusunu, günlük yaşamın görevlerini yerine getirme yeteneğini veya engelliliğini, iletişimi, duyguları ve davranışları, çocuğun kişiliğini ve okul hayatını (çocuğun yaşına bağlı olarak) kaydeder.

Tarama ve değerlendirme protokolü

Değerlendirme protokolümüz, yunanca'ya çevrilen Münih Blindeninstitutstiftung'un özel gözlem araçlarına dayanmaktadır. Daha spesifik olarak, görsel algıyı değerlendirmek için aşağıdakileri kullandık:

* 1 yaşına kadar olan çocuklar ve çoklu engelli çocuklar için temel görsel algı değerlendirme ölçeğı (Blindeninstitutstiftung, Münih).

* Görme bozukluğu olan çocuklar için Gelişmiş görsel algı değerlendirme ölçeğı (Blindeninstitutstiftung Münih).

Geliştirme değerlendirmesi için aşağıdakileri kullanıyoruz:

Görme bozukluğu olan çocuklar için gelişimsel gözlem aracı (0-4 yaş) (Münih Blindenininstitutstiftung).

* Görme bozukluğu olan kör bebekler ve okul öncesi çocuklar için erken müdahale Bielefed gözlem ölçekleri testi (Michael Brambring).

Ebeveyn memnuniyeti için, Dakota projesinin değiştirilmiş bir sürümünü kullanıyoruz. Özel araç, ebeveyn memnuniyetinin ve çocuklarına verilen EI hizmetlerinin etkinliğinin tam bir resmini



sağlar. Dakota projesi, ailelerin ihtiyaçlarını karşılamada EI hizmetlerinin etkinliğini incelemek için önceki çalışmalarda kullanılmıştır (Iversen, Shimnel, Ciacera, Prabhakar, 2003; Kjerland & Kovach, 1990, Neofotistou ve ark. 2014).

Eğitim planları

Eğitim planlarımız her çocuğun ihtiyaçlarına ve yeteneklerine göre bireyselleştirilmiştir. Eğitim planlarını geliştirmek ve değerlendirmek için yılda iki kez gözlem araçlarını kullanıyoruz. Her erken müdahale seansından sonra, müdahalemizi kaydetmek ve çocuğun gelişimindeki ilerlemeyi belgelemek için bir kayıt sayfası kullanıyoruz.

Kayıt sayfası şunları içerir:

- * Erken müdahale faaliyetleri (faaliyetler ve materyaller);
- * Çocuğun duyarlılığı (duyarlılık, tutum ve ruh hali);
- * Ebeveyn katılımı (ebeveynlerin endişeleri, ebeveynlerin katılımı) ve
- * Ev ziyaretinin iklimi (gergin, rahat).

IV.4. ROMANYA

A. Politikalar ve Mevzuat

Romanya'da, erken müdahale ulusal politikanın ve Romen hükümetinin erken eğitim hizmetinde reform ve yeniden düzenleme yapmak için ulusal bir program tasarlamaya başladığı 2007 yılında başlatılan erken eğitim stratejisinin bir parçasıdır. Bu ulusal projenin ana hedeflerinden biri, doğumdan 3 yaşa kadar çocuklar için eğitim imkanları hazırlamak, uzman yetiştirmek ve özel gereksinimli çocuklar için özel programlar tasarlamak ve aynı zamanda incinebilir/mağdur/savunmasız (vulnerable) sosyal gruplar içindeki çocuklar için çocuk bakımı ve erken eğitim hizmetlerine eşit erişim sağlamaktır. Bu reform projesi, tıbbi bakım modelindeki odağı, sağlık hizmetine ek olarak bebeklerde ve küçük çocuklarda bilişsel ve sosyo-duygusal becerilerin uyarılmasını içeren, çocuk gelişimine dayalı bütüncül bir yaklaşıma dönüştürmeyi amaçlamaktadır. 2007'den beri, ulusal tutarlı bir politikanın bir parçası olarak erken müdahale programı ve eğitim yasalarıyla yönetilen yapılandırılmış ve açıkça tanımlanmış bir erken müdahale süreci çok iyi tanımlanmamıştır.

Ulusal stratejiler olarak eğitim ve sosyal politikalar, farklı yetersizlik türlerine ve risk altındaki nüfusa yöneliktir.

Romanya'da, erken müdahalenin bir parçası olarak farklı tür ve düzeyde gelişimsel gecikmeleri olan yeni doğanların ve küçük çocukların tanımlanması, tarama süreci ve terapi programları, yetersizliği olan bebekler ve küçük çocuklar ile aileleri için ulusal Erken Müdahale Programı olarak bir metodoloji veya ulusal politikanın bir parçası değildir. Şu anda, ulusal eğitim



sisteminin bir parçası olarak özel okullar ve genellikle yabancı fonlar kullanan veya ebeveynlerin katkılarıyla çeşitli STK'lar tarafından erken müdahale hizmetleri sunulmaktadır.

Görme engelliler ve / veya MDVI çocukları için erken müdahale programı, 1998 yılında Romanya Cluj-Napoca, Görme Engelliler Özel Lisesi tarafından uygulanan en büyük projelerden biridir ki Romanya'daki yasalar halen oldukça belirsiz olsa ve bu hizmetlerin uygulanmasına ilişkin prosedür ve metodoloji halen çok açık olmasa bile bu proje yıldan yıla gelişmektedir. Görsel uyarım ve görsel eğitimden oluşan, görsel rehabilitasyona odaklanan erken müdahale programı, okul tarafından sunulan hizmetlerin önemli bir parçasıdır.

Erken müdahale, teşhis edilmiş bir görme rahatsızlığı (ilişkili gelişimsel gecikmeyle sonuçlanma olasılığı yüksek), mevcut bir gecikmesi veya şu anda gelişimlerini etkileyebilecek veya eğitimlerini engelleyebilecek bir gelişimsel gecikme veya özel gereksinim için risk altında olan küçük çocuklara hizmet, eğitim ve destek sağlama sürecidir. Erken müdahalenin amacı, yetersizliği veya gecikmenin etkilerini azaltmaktır. Hizmetler, bir çocuğun özellikle görsel işlev ve göz işlevselliği veya şu beş gelişimsel alanı kapsayan -fiziksel gelişim, bilişsel gelişim, iletişim, sosyal veya duygusal gelişim ve uyumsal gelişim- görsel işlev bozukluğuyla ilişkili nörolojik gelişimdeki ihtiyaçlarını belirlemek ve karşılamak için tasarlanmıştır

Çocuk gelişimine yardımcı olan ebeveyn eğitimi, destek hizmetleri, gelişimsel terapiler ve diğer aile merkezli hizmetler gibi hizmetler, ailenin erken müdahale programına dahil edilir. Bu hizmetler ailelere ücretsiz olarak verilmektedir

Ulusal ve uluslararası öncelikler, ECD programının genel çerçevesinde güçlü bir politika ve erken eğitim sistemi oluşturmayı zorunlu kılmaktadır. Bu alanda, üç yaşın altındaki çocukların haklarını korumak için bir dizi yasa ve yönetmelik vardır. Bununla birlikte, hepsi çocuk bakımı, sağlık, beslenme ve özel koruma ile ilgilidir. Pek çok GD, özellikle risk altındaki çocukların korunması ve çocuk haklarıyla ilgili olmakla birlikte, eğitim ve erken müdahale için belirli bir yasa yoktur.

Eğitim Hukuku.

Bu Eğitim Yasası, anaokuluna kayıtlı 3 ila 6/7 yaş arasındaki çocukların eğitim ihtiyaçlarını ifade eder. 0 ila 3 yaş arasındaki çocuklar veya bu yaş grubuyla ilgilenen kurumlar için bir eğitim politikası vardır.

Kanun Emri (order) 5555 Madde 9 aşağıdaki gibidir:

c) multidisipliner ekiplerin erken müdahalesi, tüm çocukların değerlendirmesini yapmak, özel gereksinimleri olan veya kişisel becerilerini geliştirmek için risk altında olanlara izleme, erken teşhis ve uygun yardım için tasarlanmıştır;

d) Art 52 para. (3) of Law no. 1/2011 göre Eğitim, Gençlik ve Spor Bakanlığı tarafından geliştirilen bir çerçeve metodoloji olarak, eve giden çocuklar için ISJ / ISMB (Romanian ofsted) evde eğitimi veya hastanelerde sınıflar veya gruplar kurmayı önermektedir;



e) provides comprehensive evaluation and diagnosis of the degree of deficiency for children, students and young people with special educational needs in special education, special integrated in mainstream education through the assessment and school and professional orientation and school centers for inclusive education.

Kanun Emri (order) 5573/2011 özel eğitim ve bütünleştirme ile ilgili olarak, Madde 22 paragraf (1) (a) anaokulu gruplarına sahip özel eğitim birimlerinin erken müdahaleyi içerebileceğini belirtir.

Annelik izni / ebeveyn çocuk bakımı yasası.

1997 tarihli doğum izni (babalık) çocuk bakımı yasası, annelerin (veya babaların) iki yıl ebeveyn izni alabileceğini belirtmektedir. Bu, kreşteki çocuk sayısının azalmasına neden oldu ve sonuç olarak birçok kreş kapatıldı.

Ulusal bir öncelik olarak erken çocukluk eğitim sisteminin (ACES) kurulması için yasal çerçevenin iyileştirilmesi.

Ulusal öncelik olarak Erken Çocukluk Eğitim Sisteminin (ECES) kurulması için yasal çerçevenin iyileştirilmesi.

Eğitim Yasası ve diğer düzenlemeler aşağıdaki konuları ele alacak şekilde revize edilmelidir

- Erken Çocukluk Eğitiminin (0-3 yaş), çocuğun eğitiminin doğumda başladığı gerçeğiyle bağlantı kurması ve çocuğun birden çok ihtiyacını ele alan kurumlar tarafından sağlanması gerekir: eğitim, sağlık ve koruma (0-6 yaş arası çocuklar için);
- çocuğun olumlu duygusal ve zihinsel gelişimi için sağlıklı bir öğrenme ortamı sağlamak ve ona toplumda sağlıklı ve dengeli bir yetişkin olarak çalışma fırsatı vermek için erken çocukluk eğitimi bağlamında ve kavramında çocuğun psikososyal testine ilişkin tıbbi bir bakış açısının tanıtılması;
- zorunlu eğitimi başlangıç yaşı beş olacak şekilde 12 yıla çıkarmak;
- erken eğitim sistemi için gerekli kaynakları (insan ve malzeme) hazırlamak (örneğin, yeterli alan, ekipman, mobilya, öğretmenler, yardım öğretmenleri, tam zamanlı hemşireler, konuşma terapistleri, danışmanlar, öğretim ve öğrenme yardımcıları, vb.);
- erken eğitim kurumları için personel eğitimi sağlamak;
- Sağlık, beslenme ve erken eğitim dahil olmak üzere ikili, iki yönlü bir eğitim programı tasarlamak ve geliştirmek, mevcut programı dikey olarak değiştirmek: - erken eğitim kurumlarına esneklik alternatifleri sağlamak
- Revize edilen Eğitim Yasası'nın başarılı bir şekilde uygulanması ve kamu otoritelerinin tam katılımı için, erken eğitimin önemi konusunda aşağıdakileri içerecek bir halkı bilinçlendirme/farkındalık kampanyası başlatmak önemlidir.



- erken eğitim konusunu tanıtmak ve halkı bu konuda bilgilendirmek için bir kampanya uygulamak (örneğin video spotları, posterler, basın toplantıları, röportajlar);
- okul öncesi eğitim, anne-babanın bilgilendirme eğitim programları;
- eğitim / erken çocukluk gelişimi konularında bir bilgi alışverişi ve iletişim sistemi oluşturmak ve geliştirmek (örneğin web sitesi, özel yayınlar, broşürler, vb.);
- erken çocukluk gelişimi alanında bir ağ geliştirmek ve aynı zamanda bu alanda farkındalığı artırmak için kamu / özel sektör ve ONGs personeli tarafından bu alanda bilgi ve bilgi paylaşımı. Ayrıca, ONG'ler eğitimde, sosyal arzın oluşturulmasında ve diğer sözleşmeli hizmetlerde kullanılabilir.

Bir başka amaç da, erken müdahale bağlamında eğitimden başlayarak eğitime erişimi iyileştirmektir. Başlangıç noktası olarak, Eğitim Bakanlığı, özellikle üç yaşın altındaki çocuklarla çalışan personel için eğitim kurumları oluşturarak, eğitim programları ve kursları tasarlayarak ve geliştirerek tüm personele özel eğitim sağlamalıdır.

Özel ihtiyaçları olan çocuklara eşit erişim, destek ve fırsatlar sağlamak için annelik ve erken eğitim ortamlarında ve kurumlarında multidisipliner ekiplere ihtiyaç vardır. Çok hoş bir girişim olarak mobil karavanlar, Botosani ilçesinde Mavromati Çocuk Hastanesi ve Ruh Sağlığı merkezinin multidisipliner ekipleri tarafından çocuk doktoru ekibi, psikiyatristler ve konuşma terapistlerinin desteğiyle başlatılmıştır. Bu mobil karavan programı, özel gereksinimli çocukların erken tanısı için tüm ülkede yaygınlaştırılabilir.

Nüfusun bilgiye ve eğitime erişimi olmayan, çok zayıf erişilebilirliğe sahip kırsal alanlardan gelen eğitim ihtiyaçlarına yaklaşılması gerekiyor. Ebeveynler, öğretmenler ve topluluk üyeleri arasındaki daha iyi işbirliği ve iletişim, okul arabulucuları eğitimi gibi diğer programlar tarafından başlatılmalıdır. En dezavantajlı gruplardan gelen çocuklar için maddi destek, olanaklar ve/veya faydalar sağlayın, bu da eğitim şansını ve erişimini artırır. Bu, etkili toplumsal çözümler ile başarılabilir.

Erken eğitim kurumları için hizmet kalitesi aşağıdakilerle sağlanmalıdır:

- erken eğitim hizmetleri (0-6 yaş arası çocuklar) için kurumsal standartların geliştirilmesi / gözden geçirilmesi ve benimsenmesi ve bunların nasıl sağlandığının izlenmesi;
- okul öncesi eğitimden zorunlu eğitime sorunsuz bir geçiş sağlamak için erken çocukluk eğitimi ve ilköğretim programları arasında bağlantı kurmak ;
- sınıflardaki çocuk sayısını azaltmak ve daha iyi bir öğretmen eğitimi ve denetimi yoluyla performansı artırmak;
- erken çocukluk eğitiminde ebeveynlerin, çocukların ve öğretmenlerin ihtiyaçları için Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nün bir dalı olarak bir araştırma bölümünün geliştirilmesi;



- 0 ila 6 yaş arasındaki çocukların ruh sağlığı sorunlarını tespit etmek ve önlemek için programlar geliştirmek ve çocuğun zihinsel ve duygusal gelişiminin sağlanacağı bir ortam yaratmak.

Erken çocukluk eğitimi müfredatının (0-6ani) geliştirilmesi / gözden geçirilmesi:

- sosyo-duygusal sağlıklarını ve fiziksellerini sağlarken okul öncesi eğitim için mevcut müfredatı gözden geçirmek ve 3 yaşından küçük çocuklar için müfredat tasarlamak;
- improving and monitoring curriculum for children under three years and reassuring a continuity between this and that for children aged 3 6/7;
- erken eğitim için bir Uygulama Rehberi geliştirmek ve yazmak.

Eğitim politikaları belgesinde -Ulusal Müfredatın (ISE, 2016) tasarlanması ve güncellenmesi için kılavuzlar, aşağıdakilerden bahsedilmektedir: the curriculum for the early education of the child, from birth to 6 years, is based on a set of finalities, formulated in the document of educational policies Erken öğrenme ve gelişimde temel dönüm noktaları (RFIDT, approved by OM no. 3851/2010). Bu belge, çocukların neleri bilmesi ve yapabilmesi gerektiğine ilişkin beklentileri yansıtan bir dizi ifadedir. Bu beklentiler, doğumdan okula kadar çocukların normal ve tam büyümesini ve gelişmesini desteklemek için tanımlanmıştır.

Söz konusu belgeye göre, erken eğitimin amaçları, çocuk gelişiminin şu beş (beş demiş ama 6 tane var) alanını hedefleyen bütüncül bir yaklaşıma sahiptir:

- fiziksel gelişim,
- sağlık ve kişisel hijyen;
- sosyo-duygusal gelişim;
- bilişsel gelişim ve dünya bilgisi
- konuşma ve iletişim geliştirme, okuma ve yazma;
- öğrenme kapasitesi ve öğrenmede motivasyon.

Bu müfredat aynı zamanda engelli çocukları entegre eden erken eğitim birimlerinde de geçerlidir; in which case more attention will be paid to waiting for a response from the child and spontaneous participation in activities with other children, and less to the number of activities per child, which it carries out. Aynı zamanda, özel eğitimdeki veya / veya bütünleştirmedeki gruplar söz konusu olduğunda, bu tür etkinliklere ek olarak, çocukların bu müfredatta yer almayan belirli terapilerden, etkinliklerden yararlandığını belirtiyoruz.

Özellikle sağlık ve eğitim hizmetlerinin mevcut olmadığı, erişimin zayıf olduğu ve izole alanlarda Çok fonksiyonlu Çocuklar Merkezleri kurulabilir. Bunlar, kırsal alanlarda Erken Çocukluk Gelişimi Merkezi olarak işlev görebilirler ve aynı zamanda ebeveynler ve topluluk üyeleri için eğitim sağlayabilir. Bununla birlikte, bu tür kurumların faaliyetleri, çocukların eğitim



ve sağlık standartlarına uyulmasını sağlamak için önceden belirlenmiş ölçütler temelinde izlenmelidir. Ekip, doğumdan 3 yaşına kadar çocuk gelişiminin değerlendirilmesinden, izlenmesinden ve desteklenmesinden sorumlu olacaktır.

A feature of the existing early education in Romania is that the absence of legislation on the education of children of 0-3 years, a number of nurseries / kindergartens have developed without a consistent structure and without clear educational standards. There are a variety of early education institutions, some of which are listed below:

Romanya'daki mevcut erken eğitimin bir özelliği, 0-3 yaş arası çocukların eğitimi ile ilgili mevzuatın bulunmamasıdır, bir dizi kreş / anaokulu tutarlı bir yapı ve net eğitim standartları olmadan gelişmiştir. Romanya'da bazıları aşağıda listelenen çeşitli erken eğitim kurumları vardır:

- İlçe Sosyal Hizmetler ve Çocuk koruma Departmanı tarafından koordine edilen 6 yaşın altındaki risk altındaki çocuklar için günlük bakım merkezleri;
- Alandaki iyi uygulama örneklerini sunan, Eğitim ve Araştırma Bakanlığı tarafından onaylanan, altı yaşından küçük çocuklar için kreşler veya özel anaokulları / anaokulları;
- Günlük bakım merkezlerindekiyle aynı yaş grubundaki çocuklar (6 yaşın altındaki) için çocuk bakımı olan Kreşler/Anaokulu);
- 3 ila 6/7 yaş arası çocuklar için Okul öncesi / Anaokulu. Bu yerel konseyler Eğitim ve Araştırma Bakanlığı tarafından finanse edilmekte ve koordine edilmektedir;
- Personeli korumak için 4 aydan 3 yaşına kadar çocuk alan ve üç yaşın üzerindeki çocuklar için gündüz bakımı. Profesyonel bir bakış açısıyla danışmanlık yapılmaksızın ve eğitim standartları veya başka bir şey olmaksızın yerel konseyler tarafından finanse edilir ve koordine edilirler.
- Duyusal engelli, işitme ve görme engelli çocukların bulunduğu erken müdahale sınıfları / grupları olan özel okullar.

0-3 yaş arası çocuklar için hizmetler, erken eğitim bileşeni olmadan bir tür tıbbi bakım sunan kreşler aracılığıyla sağlanmaktadır.

B. Erken Müdahale Programı-Cluj Napoca'daki Görme Engelliler Okulu

Romanya'da, görme engelliler için Özel Lise tarafından sunulan erken müdahale hizmetleri, vison (vision/görme??) kaybıyla ilgili mevcut sorunları tanımlamak, önlemek veya düzeltmek ve bireysel ve aile müdahale stratejileri aracılığıyla gelişmeyi geliştirmek için tasarlanmıştır. Bu, 1998 yılında uygulanan büyük bir proje olduğu için, program, meydana gelebilecek farklı sorunlara en iyi çözümleri bulma ve programı finanse etme çabalarına dahil olan yerel yönetimlerin çabaları ile, erken müdahalenin uygulanmasına yönelik usuller ve metodoloji konusunda Romanya'daki yasa açık olmasa da, her geçen yıl gelişmektedir. Program, erken



müdahale programının uygulanmasına gerçekten katılan yönetim ekibinin ve uzmanların çabaları nedeniyle de gelişmektedir.

The Early Intervention Project for visually impaired children started in September 1998 in the same time in Cluj-Napoca, Arad and Timisoara thanks to Institute Teofaan/Sensis International from The Netherlands which offered financial and logistic support.

- Cluj-Napoca'dan ilk E. I. ekibi şunları içeriyordu:
- 2 erken müdahale çalışanı (Roxana Cziker (1998-2008 ve Aurora Petrut 1998-2012)
- 2 oftalmolog (göz uzmanları)- okulumuzdan bir göz uzmanı-Rodica Medesan ve Cluj'dan çocuklar için Poliklinikten bir göz uzmanı-Napoca-Angela Opincariu,
- Görme Engelli Çocuklar Okulu müdürü, Cornelia Codreanu
- "Babes-Bolyai" Üniversitesi Psikoloji ve Eğitim Bilimleri Fakültesi Psikopedagoji Bölüm Başkanı-Prof. Vasile Preda

Cluj-Napoca, Arad ve Timisoara'dan erken müdahale çalışanları, Grave, Hollanda'da Teofaan/Sensis International Enstitüsü tarafından iki kez eğitildi: 14.06-04.07.1998 ve 18.06. – 29.06.2001. Cluj-Napoca, Arad ve Timisoara görme engelli çocuklar için okulların yöneticileri ve "Babes-Bolyai" Üniversitesi temsilcileri Nisan 1998'de Hollanda'nın Grave kentinde eğitildi. Eylül 2001'de Oradea'dan Görme Engelli Çocuklar Okulu'ndan bir ekip ve Timisoara'dan Batı Üniversitesi temsilcisi Erken Müdahale Programına katıldı. 1998-2000 yılları arasında Erken Müdahale Projesi Teofaan / Sensis International tarafından tamamen desteklendi. 2001-2002 yılında "Babes-Bolyai" Üniversitesi temsilcisi ve Cluj Görme Engelli Çocuklar Okulu müdürü, Romanya'da Erken Müdahale Projesini sürdürmek ve desteklemek için iki erken müdahale çalışanına %25 maaş desteği Cluj Yerel Müfettişliği, yerel yönetimler ve ulusal Hükümet ile temas kurdu. Ocak 2002'de, Milli Eğitim Bakanlığımız (Bay Andrei Marga) ve Sensis International Direktörü (Bay Peter Beijers) arasında kurulan anlaşmaya göre Yerel Müfettişliğin izniyle yerel makamlar, okuldan gelen iki erken müdahalecinin maaşlarının %25'ini ödedi.

2003 yılından bu yana, okulumuzun bir parçası olarak erken müdahale çalışanları şeklinde faaliyet gösterildi ve iki erken müdahale çalışanının maaşları tamamen yerel müfettişlik tarafından ödendi. Eylül 1998'de Teofaan / Sensis International sayesinde okulumuzda görme engelli veya engelli olmayan çocuklar için Erken Müdahale Merkezi kuruldu. Merkezimiz, bu yıllar boyunca tamamen yenilenmiş ve modernize edilmiş bir erken müdahale odasına sahiptir. Bu yıllar boyunca (neredeyse 22), erken müdahale ekibi 2008'den itibaren erken müdahale çalışanı olarak çalışan Ramona Muresan, Dorina Marchis, Lavinia Dascalu sayesinde gelişti.

Başlangıçta, erken müdahale hizmetlerinin faydalarına olan güven eksikliği, doktorların programın sonuçlarına olan güven eksikliği ve ebeveynlerin program hakkında bilgi sahibi olmamaları veya bilgilerin asgari düzeyde olması nedeniyle çocukların tanımlanması süreci çok zordu. Bu nedenlerden dolayı, programa katılan çocuk sayısı düşüktü, ebeveynler genellikle



doğumdan 3 yıl sonra, daha yüksek bir yaşta programa bebek kaydettirdiler, bu nedenle çocuklar için erken müdahale rehabilitasyon programından yararlanabilecek ve görme engeli veya gecikmenin etkilerini azaltabilecek süre kısa olmuştur. 1998 yılından bu yana, program muhteşem bir büyüme ve 12 yıllık uygulama boyunca 240'dan fazla çocuk bu hizmetlerden yararlandı ve 480'den fazla ebeveyn erken müdahale ekibinin bir parçası oldu. Ev ziyaretleri müdahalenin önemli bir parçasıdır, çünkü ebeveynlerin çocuklarının gelişimini daha iyi anlamalarına yardımcı olurlar, müdahale eden uzman ebeveynlerle çocuklarının gelişimi hakkında sürekli olarak iletişim kurar ve çocuklarının gelişimi hakkında bir endişe olduğunda ebeveynlere rehberlik eder

➤ **Misyon Beyanı**

Erken müdahale programının misyonu, görsel gelişimi tehlikeye giren bebekleri ve küçük çocukları mümkün olduğunca erken tanımlamak ve değerlendirmek ve çocuk ve aile gelişimini iyileştirmek için uygun müdahaleyi sağlamaktır.

İlke, gecikmeleri en aza indirmek ve gelişimdeki tipik kilometre taşlarına ulaşma şansını en üst düzeye çıkarmaktır. Ayrıca, zorlukların erken tespitini arttırmak ve ailelere mümkün olduğunca erken aile desteği sağlamak için tarama prosedürlerini destekler ve uygular.

➤ **Hizmet Hedefleri**

- Görme engelli çocukların veya MDVI çocuklarının tüm potansiyellerini geliştirmelerine ve öğrenmelerine yardımcı olur.
- Her ailenin çocuklarının gelişimsel ihtiyaçlarını, engelli olmasalardı çocukların olacağı ortamlarda karşılama kapasitesini artırır.
- Ailenin güçlü yönlerine, değerlerine, çeşitliliğine ve yetkinliklerine saygı duyar ve ailelerin çocuklarının gelişimi ile ilgili sorularını yanıtlar.
- Aile eğitimi danışmanlığı ve ev ziyaretleri
- Ebeveynleri, çocuklarının gelişimini besleme ve geliştirme sorumluluklarını yerine getirme konusunda desteklemek
- Bir çocuğun yeni beceriler öğrenme ve zorlukların üstesinden gelme yeteneği üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir ve okuldaki ve yaşamdaki başarıyı artırabilir.
- Etkili, sonuç-odaklı yüksek kaliteli erken müdahale hizmetleri sunarak çocuk gelişimini ve işlevsel sonuçları iyileştirmek ve aile yaşamını iyileştirmek.
- Çocuğun telafi edici becerilerini geliştirmesini (görmeyi kullanmaya alternatifler) veya kalan işlevsel görmeyi (çocuğun çeşitli durumlarda görmeyi kullanma becerisini desteklemek için) geliştirmesini teşvik etmek için özel müdahale stratejileri sağlamak.
- Yerel toplumda ve ulusal düzeyde erken müdahale hizmetlerini teşvik etmek.



- Çoklu engelli/engelli olmayan görme bozukluğu olan çocuklar için erken müdahalenin varlığını bilmek.
- Birden fazla engelli/engelli olmayan 6/7 yaşın altındaki görme engelli çocukları tanımlamak.
- Cluj'dan Körler Derneği, Cluj – Napoca'dan çocuklar için Poliklinikler, STK- Romanya Çocuklar, Toplum ve Aile Vakfı, Dünya Vizyonu, yetimhaneler vb.ile ortaklıklar geliştirme.
- Psikolojik yaş / kronolojik yaş için gelişim evresini ve görsel yetenekleri göz önünde bulundurarak aktivite planları hazırlamak. Ebeveynleri de içeren çocuklarla aktivite planlarımızı geliştirmek.
- Ebeveynleri çocuklarıyla birlikte etkinliklere daha fazla dahil etmek.
- Erken müdahale çalışmaları çocuklara ve ailelerine destek olmalıdır.

Görsel rehabilitasyon, görsel yeteneklerin restorasyonunu, görsel işleyişin iyileştirilmesini ve görsel engellerle başa çıkmayı amaçlayan görsel stimülasyon ve görme eğitimi içerir. Görsel stimülasyon, gözün işlevselliğini arttırarak ve değiştirerek, görsel motor becerilerini geliştirerek, görme keskinliğini geliştirerek ve görme alanını geliştirerek görsel sistemi iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Süreç, görme engelli çocukların gelişimini görsel materyal kullanarak görsel işleyişi iyileştirmek için uyarmakla ilgilidir.

Görme eğitimi, çocuğa günlük yaşam aktivitelerinde veya okula özel aktivitelerde maksimum görme kalitesinin kullanılması için uygun becerileri öğretmek için uzun vadeli bir süreçten oluşur, görsel yeteneklerini geliştirmeyi amaçlayan özel yöntemler söz konusudur, örn. optimal görsel performans ve rahatlık elde etmek için görsel algılama, mekansal yerelleştirme, heterofobi, el / göz koordinasyonu vb.

Hedef grup

İlişkili engel olan veya engelsiz 0-6/7 yaş arası görme engelli çocuklar ve Romanya'da yaşayan ebeveynleri.

Beyin plastisitesine ve duyarlılık dönemi teorilerine dayanarak, çocuğun uyarılması için en uygun sürenin olduğunu ve böylece rehabilitasyon sürecinden en iyi şekilde yararlanabileceğini belirten Romanya'daki erken müdahale programı, ebeveynlerin erken müdahale hizmetleri talep ettiği andan itibaren başlar. Bu nedenle çocukların çoğu programa 3. ayda başlar ve bu, ebeveynlerin çocuklarının bir sorunu olduğu ve kendilerinin ve çocuklarının bir uzmandan yardıma ihtiyaç duyduğu konusunda hemfikir olduğu ana denk gelir.

Erken müdahale projesi, aşağıdaki tanılardan bir veya daha fazlasına sahip görme engelli veya MDVI olan çocukları içerir: Refraktif kusurlar: yakın görüş veya miyopi, uzak görüş veya hipermetropi, presbiyopi ve astigmatizma, Katarakt, Bulutlu göz içi lens, katarakt sonrası afaki



kaldırılır, Glokom, Diyabetik retinopati, Çocukluk çağı körlüğü, Kortikal görme bozukluğu, Periventriküler lökomalazi, Optik sinir Atrofisi, Optik sinir Hipoplazisi, Diyabetik retinopati, Korneal opasite, Korneal skar, Keratokonus, Trahom, Aniridis Retinopati Retina distrofileri retino-blastom, Mikroftalmi, Kolobomalar,

Program için uygunluk

Erken müdahale hizmetleri için uygunluk, görsel ve nörolojik bir taramaya ve çocuğun beceri ve yeteneklerinin değerlendirilmesine dayanır. Bu değerlendirme bir göz doktoru teşhisini içermelidir. Hizmetlerden yararlanabilmek için çocukların 3 yaşından küçük veya 7 yaşına kadar olması, ancak diğer hizmetlerden yararlanmaması ve aşağıdaki gelişim alanlarından birinde veya daha fazlasında onaylanmış bir görme engeli veya yerleşik gelişimsel gecikmeye sahip olması gerekir: fiziksel, bilişsel iletişim, sosyal-duygusal ve / veya görsel patoloji ile ilişkili uyumsal.

Erken müdahale programına katılan üç çocuk kategorisi vardır:

- Görme bozukluğu olan veya MDVI görsel simülasyon ve eğitim, psikomotrisite, bilişsel stimülasyon ve konuşma terapisinden yararlanan 3 yaşın altındaki çocuklar;
- görme bozukluğu veya MDVI olan 3 ila 6/7 yaş arası görsel simülasyon ve eğitim, psikomotrisite, bilişsel stimülasyon ve konuşma terapisinden yararlanan anaokulu bütünleştirme eğitimi alan çocuklar;
- Görme engelli çocuklar veya sadece görsel simülasyon ve eğitimden yararlanan 3 ila 6/7 yaş arası MDVI çocuklar, geri kalan tedaviler anaokulunun sunduğu hizmetler olarak verilmektedir.

Değerlendirme

Görme testleri bile çocuk doğduğunda hastaneden ayrılmadan önce yapılmalıdır, tüm hastaneler bu hizmetleri sunmamaktadır, bu nedenle ebeveynler çocuklarının görme sorunları olabileceğini anladıklarında bir optometristin net bir tanı için tavsiyede bulunmasını talep etmektedir. İyi bebek kontrolleri sırasında (bebek 6-8 haftalıkken) ek kontroller yapılır ve olası gecikmeleri tespit etmek için fırsatlar sağlar. Üç yaşından önce belirli görsel zorlukların erken tespiti ve tedavisi, % 95 oranında görme iyileşmesini sağlayabilir. Multidisipliner ekipten her uzman kendi değerlendirmesini yapar.

İlk değerlendirme, çocuğun görme işlevinin ve göz sağlığının vizyonunu ve spesifik yönlerini kontrol eden optometrist tarafından yapılır. Ön testler, derinlik algısı, renk görme, göz kası hareketleri, periferik veya yan görme ve öğrencilerin ışığa nasıl tepki verdiğinin değerlendirilmesini içerebilir. Göz ve çevresindeki dokuların tüm yapılarının sağlığını değerlendirmek için çok çeşitli mikroskoplar, mercekler ve dijital teknolojiler kullanılır. Müdahale eden uzman, görme işlevselliğinin belirlenmesi için özel testler de dahil olmak üzere kendi değerlendirmesini yapar: Görme alanının ve görme motorlarının becerilerinin ölçülmesi ve çocuğun günlük görevleri yerine getirmek için kullandığı görsel algı stratejileri nelerdir. Görme



işlevselliğini kontrol etmek her zaman diğer bilişsel, iletişim, motor veya psikomotor gelişim seviyeleri hakkında önemli bilgilerle ilişkilidir. Müdahale eden uzmanlar, Görme Engelli ve Kör Okul Öncesi Çocuklar için Oregon Projesi, Portage Ölçeği, Griffith Zihinsel Gelişim Ölçekleri gibi özel testler kullanırlar. Bu değerlendirme formu, müdahale eden uzmanın çocuğun yeteneklerini ve gelişim düzeyini ve özel müdahaleye ihtiyaç duyulan alanları net bir şekilde gözden geçirmesine yardımcı olur.

Vaka yönetimi

Erken müdahale ekibinin bir üyesi, aile için uygun olan toplantı zamanını ve yerini planlamak için aileyle telefonla veya şahsen iletişime geçecektir. Bu hem ev ziyaretleri hem de okul ziyaretleri için geçerlidir. Okul ziyaretleri durumunda, aile üyeleriyle ilk temas kurmak için ebeveyn/bakıcı veya bakıcı ile ilk toplantı yapılır. Programın başlangıcında, ebeveynlerin rolü çok önemlidir, böylece müdahale eden uzman çocuğun ihtiyaçlarının ne olduğunu, aile üyeleriyle nasıl etkileşimde bulunduğunu, ebeveynlerin çocuğun ihtiyacından ne anladığını ve bu ihtiyaçların nasıl karşılandığını anlayabilir. Ebeveynlerin çocuğu en iyi bilen kişiler olduğu ve her çocuğun benzersiz/eşsiz olduğu yaklaşıma dayanarak, erken müdahale programı her aileye uygulanmalı ve her çocuğun başarıyı en üst düzeye çıkarmaya ihtiyacı vardır.

Bu nedenle, müdahale eden uzmanların geliştirmesi ve çalışması gereken iki önemli araç vardır: Bireyselleştirilmiş aile hizmetleri planı ve bireyselleştirilmiş çocuk erken müdahale planı. Tüm ailenin ihtiyaçlarını değerlendirme sürecinden sonra, müdahale eden uzman, ailenin erken müdahale planını aşağıdakileri içeren bir şekilde özetlemektedir: erken müdahale programı sırasında başarılması gereken hall ailenin güçlü ve zayıf yönleri ve belirli hedefler ve ayrıca müdahalenin ana hedefinin yerine getirilmesi için belirli faaliyetler. Bireyselleştirilmiş aile hizmet planının yol gösterici ilkelerinden biri, ailenin bir çocuğun en büyük kaynağı olması, küçük bir çocuğun ihtiyaçlarının ailesinin ihtiyaçlarına yakından bağlı olmasıdır. Çocukları desteklemenin ve ihtiyaçlarını karşılamanın en iyi yolu, ailelerinin bireysel güçlü yanlarını desteklemek ve geliştirmektir.

Aile merkezli olmak, bireyselleştirilmiş, esnek, saygılı ve her aileye duyarlı ilke ve uygulamaları ifade eder. Aile merkezli uygulamalar, bilgi paylaşımını ve kılavuzsuz olmayı içerir, böylece ebeveynler müdahale ve hizmetler hakkında bilinçli bir karar verir, müdahalenin odağını ve hedeflerini yönlendirmek için ailenin önceliklerini kullanır, müdahale eden uzmanlar ve aileler arasındaki işbirliğini teşvik eder, onların bağlarını, iletişimlerini ve rehabilitasyon süreci ve ebeveynlerin hem çocuk hem de aile için olumlu sonuçları kolaylaştıran kaynaklara erişim sağlamasına yardımcı olmak. Aile müdahale planı, çocuğu aile sistemi bağlamında görmeyi de içeren ve aile sistemi bağlamında aile ihtiyaçları ve çocuğun ihtiyaçlarından başlayarak tüm müdahaleleri uygulayan iyi bir araçtır.-

Multidisipliner yaklaşım



Romanya'daki erken müdahale hizmetleri, hem değerlendirme sürecinde hem de rehabilitasyon ve müdahale sürecinde multidisipliner bir yaklaşıma dayanmaktadır.

Multidisipliner ekip erken müdahale çalışanını, optometristi, psikoloğu, çocuk doktorunu ve sosyal hizmet uzmanını içerir ve şunları gerçekleştirir:

- Çocuğun güçlü yanlarının ve ihtiyaçlarının multidisipliner bir şekilde değerlendirilmesi ve bu ihtiyaçları karşılamak için uygun hizmetlerin belirlenmesi
- Ebeveynlerin, ailenin kaygı kaynaklarını ve önceliklerini belirlemek için değerlendirme süreci boyunca aktif bir rol oynadığı ve ailenin çocuğun gelişim ihtiyaçlarını karşılama yeteneğini teşvik etmek için uygun destekleri içeren aile yönlendirmeli/odaklı değerlendirme
- Yerel yetkililer tarafından erken müdahale programına çocuğun kaydedilmesi sürecinde talep edilen bir psikoeğitim değerlendirme formu. Multidisipliner ekibin, gelişimin gerçek düzeyini bilişsel, motor ve psikomotor, görsel, duygusal, bağımsızlık ve iletişim işlevselliği düzeyinde tanımlamak için büyük bir role sahip olduğu değerlendirmenin önemli bir parçasıdır.
- Yazılı erken bireyselleştirilmiş aile müdahale planı ve bireyselleştirilmiş erken müdahale planı

Bireyselleştirilmiş erken müdahale planı

Multidisipliner ekip tarafından yapılan değerlendirme sürecinden elde edilen bilgiler, aşağıdakileri içeren bireyselleştirilmiş erken müdahale planının temelini temsil eder:

- Hedef davranışlar.
- Belirli, ölçülebilir hedefler.
- Müdahale tanımı ve yöntemi.
- Müdahalenin başlangıcı ve sıklığı.
- Müdahalenin özel faaliyetleri.
- Değerlendirme yöntemi.
- Müdahale ve değerlendirmenin her bölümünden sorumlu kişiler.
- Değerlendirmeden elde edilen veriler.

Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı (BEP), diğer şeylerin yanı sıra, çocuğun ve ailenin alacağı erken müdahale hizmetlerini özetleyen yazılı bir belgedir. Erken müdahalede planlama etkinlikleri, değerlendirme sonuçları ile ilişki içindedir, çocuğun tanısına, çocuğun gelişim düzeyine, psikolojik ve kronolojik yaşın özelliklerini, çocukların tercih ettiği bazı materyalleri ve



aktiviteleri, göz uzmanlarının ve psikolog ve konuşma terapisti gibi diğer uzmanların önerilerini dikkate alarak bağlıdır.

Ebeveynlerle ortaklık

Bir çocuğun ihtiyaçları, ailesinin ihtiyaçlarından ayrılamaz. Bu nedenle erken müdahale hizmetleri, ailenin çocuklarını büyütürken rahat ve güvende hissetmelerine ve hizmetlerin sonuçlarından yararlanmalarına yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Bakıcılar, genellikle aile üyeleri, bir çocuğun erken öğrenme deneyimlerinde önemli bir rol oynarlar, aynı zamanda farklı zor durum ve duygularla boğuşurlar, örneğin: Ebeveynler genellikle görme engelliliğinin veya diğer engellerin ne anlama geldiğini, teşhisin ne anlama geldiğini veya çocuk gelişimi sırasında hangi farklı sorunların ortaya çıkabileceğini bilmez. Ebeveynlerden bazıları daha sonra çocuklarının bir engelli veya görsel bir gecikme yaşadığını, genellikle çocuğun annesiyle göz teması kurmadığını veya görsel veya işitsel uyaranlara uygun şekilde tepki vermediğini anladıklarında öğrendiler. Ek olarak, ebeveynlerin bebeğinin aldığı tüm hizmetlere dahil olması, hazır bulunması, öğrenmesi, sorması, süreci anlaması ve öğretme ve öğrenme sürecine güvenmesi önemlidir.

Programın başlangıcında, tipik bir şekilde tepki vermeyen çocuklarıyla nasıl düzgün etkileşim kuracaklarını, çocuklarının bireysel ihtiyaçlarını nasıl tanıyacaklarını ve gelişimlerini nasıl destekleyeceklerini ve çocuklarının ihtiyaç duyduğu hizmetleri nasıl belirleyeceklerini ve savunacaklarını bilmeleri ve öğrenmeleri gerekir. Çocuğun ihtiyaçlarından emin olduktan ve rehabilitasyon planının bir parçası olmaya hazır olduktan sonra, erken müdahale ekibi üyelerinin vermiş olabileceği dersleri ve becerileri pekiştirmek için ebeveynlere evde çocuklarıyla birlikte çalışmaya devam etmeleri konusunda danışmanlık verilir. Bu, eğitim sözleşmesinin önemli bir parçasıdır, bu nedenle ebeveynler, çocuğun ilerlemesinden ve erken müdahale programı sırasında çocuklarının rehabilitasyonunun başarısından da sorumludur.

Erken müdahale, gelişimsel olarak risk altındaki ya da özel gereksinimli okul öncesi dönemdeki çocuklara (0-36 ay ve 36-72 ay) ve ailelerine sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Erken dönemde sunulan sistematik ve nitelikli hizmetlerle bu çocuklar gelişim alanlarında önemli düzeyde ilerlemeler sergileyebilmektedirler (Bayhan ve Taştekin, 2015; Birkan, 2002; Blackman, 2002; Doğru Yıldırım, 2019) Erken müdahale bağlamında her ülke çeşitli farklılıkları (kültürel, politik, kaynaklar, vb.) temelinde kendi erken müdahale sistemlerini ve yasal düzenlemelerini oluşturmaktadır (Guralnick, 2008).

Türkiye’de Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) tarafından yürütülen erken müdahale temelindeki hizmetler özellikle on 10 yılda nitelik ve nicelik bağlamında ivme kazanmış olsa da, tarihsel süreç incelendiğinde uygulama ve yasal düzenlemeler bağlamındaki çalışmalar önceki yıllara uzanmaktadır (Yıldırım Doğru, 2019). Erken çocukluk dönemi kapsamında, 1930’lu yıllardan itibaren okul öncesi eğitim ile ilgili girişimler ve ilerleyen yıllarda çeşitli yasal düzenlemeler söz konusu olmakla birlikte özel gereksinimli bireyler



kapsamında göz çarpan bir uygulama söz konusu değildir. Erken müdahale bağlamında 1983 yılında çıkan “Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu” kapsamında özel gereksinimli çocukların erken eğitim almaları gerektiği belirtilmiştir. Bu kanundan sonra 1987 yılında yürürlüğe giren “Özel Gereksinimli Çocukların Okulöncesi Eğitimleriyle İlgili Genelge” ise özel gereksinimli çocukların çeşitli uyarlamalar yapılan programlar temelinde özel eğitim anaokullarında ve anasınıflarında okulöncesi eğitim almalarını ve dört-beş yaşından küçük çocukların ise ailelerine rehberlik hizmeti verilmesi gerektiğini içermiştir (Birkan, 2002; Yıldırım Doğru, 2019; Güven ve Efe Azkeskin, 2010; Sazak Pınar, 2006).

İlerleyen yıllara bakıldığında, 1997 yılında yürürlüğe giren 573 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile okul öncesi eğitim, özel gereksinimli çocuklar için zorunlu eğitimin bir parçası olmuştur (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB], 1997; Yıldırım Doğru, 2019). Bu kararnamenin ardından 2000 tarihinde yayımlanıp, 2006 ve 2018 yıllarında yeniden gözden geçirilen “Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği”, 2014 yılındaki “Okul Öncesi Kurum ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliği” ve 2017 yılındaki “Kaynaştırma/Bütünleştirme Yoluyla Eğitim Uygulamaları Genelgesi” ile özel eğitim gereksinimli 36-72 ay arasında çocuklar için okul öncesi eğitim zorunlu hale getirilmiş, kaynaştırma/bütünleştirme uygulamalarındaki yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 0-36 aylık özel eğitim ihtiyacı olan çocuklar için ise; (a) erken çocukluk dönemi eğitim hizmetleri il veya ilçe özel eğitim hizmetleri kurul kararı ile özel eğitim okulları, okul öncesi eğitim kurumları, bünyesinde ana sınıfı bulunan eğitim kurumları ile çocuk ve ailenin ihtiyaçları doğrultusunda evlerde yürütülür, (b) bu çocuklar için hizmetler ailenin de bilgilendirilmesini ve desteklenmesini kapsar, (c) 36 ayını tamamlayan özel gereksinimli çocuklar için okul öncesi eğitim zorunludur, (d) çocukların gelişimsel özellikleri dikkate alınarak okul öncesi eğitimin süresi uzatılabilir maddeleri yer almıştır.. (Tekrar inceledim ama yönetmeliklere göre 0-36 ay çocukları için zorunlu değil aslında ancak bazı kaynaklar zorunlu diyor. Ben yönetmelik çerçevesinde yazdım). (Son yıllarda Türkiye’de kaynaştırma terimi yerine bütünleştirme terimi tercih edilmekle birlikte, halen kaynaştırma terimi yaygın olarak kullanıldığından metinde kaynaştırma/bütünleştirme terimi kullanılmıştır).

Yukarıda belirtilen yasal düzenlemeler doğrultusunda Milli Eğitim Bakanlığı’na (MEB) bağlı Rehberlik ve Araştırma Merkezlerinde (RAM) gerçekleştirilen eğitsel değerlendirme ve yerleştirme sonuçları doğrultusunda özel gereksinimli okul öncesi dönemdeki çocuklar devlet ya da özel okul öncesi kurumlarda kaynaştırma/bütünleştirme eğitimine yönlendirilmektedirler. Kaynaştırma/bütünleştirme eğitime uygun olmayan çocuklar ise özel gereksinimli çocukların eğitim gördüğü Erken Çocukluk Özel Eğitim Merkezlerine (EÇEM) ya da özel eğitim sınıflarına yönlendirilmektedirler. Bu kurumlarda özel gereksinimli bireylerin eğitimindeki temel sorumlu kişiler özel eğitim öğretmenleri ile okul öncesi öğretmenleri olup, diğer branş öğretmenleri, yardımcı eğitimler ve gerektiğinde dil ve konuşma terapisti gibi meslek elemanlarından oluşan bir ekip görev almaktadır. Yasal düzenlemeler; kaynaştırma uygulamasındaki çocuklar için gerekli eğitsel uyarlamalar yapılmasını, bireyselleştirilmiş eğitim programı (BEP) hazırlanmasını, gerekli



destek hizmetlerin sağlanmasını, okul ve sınıflarda gerekli fiziksel düzenlemelerin yapılmasını ve aile katılımı için gerekli önlemlerin alınmasını vurgulamaktadır. Ayrıca, 10 çocuğun olduğu kaynaştırma sınıflarında en fazla iki, 20 çocuk bulunan sınıflarda ise bir özel gereksinimli öğrenci olması gerekmektedir. Yasal düzenlemeler farklı yetersizlik türleri bağlamında da maddeler içermektedir. Örneğin, birden fazla yetersizliği olan öğrenciler için ayrı sınıflar açılabilir, özel gereksiniminin yanı sıra sağlık sorunları olanlar için evde eğitim hizmeti verilmektedir (Akalin, Demir, Sucuoğlu, Bakkaloğlu ve İşcen, 2014; Bozarlan ve Batu, 2014; MEB, 2000, 2006, 2014, 2017, 2018; Richardson-Gibbs ve Klein, 2014; Sucuoğlu ve Bakkaloğlu, 2018). (eğer yasal düzenlemelerin maddeleri daha detaylı alınacaksa 2018 Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğinden yazılabilir)

Türkiye’de yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere, 0-36 ay arasındaki özel gereksinimli çocukların erken eğitime yönelik yasal bir zorunluluk söz konusu değildir. Türkiye’de 0-36 ay çocukları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün sorumluluğundaki, kreş ve gündüz bakımevlerinde verilmekte olup, MEB Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü sorumluluğunda bu çocuklar için ailenin desteklenmesine ağırlık verilerek, kurumlarda ve evlerde yürütülmektedir (Ekinci ve Bozan, 2019). Ancak, 36 aylıktan büyük çocuklar için gerekli önlemler ve eğitsel düzenlemeler yapılarak ayrıştırılmış ve/veya kaynaştırma/bütünleştirme ortamlarına erken müdahale yasal bir zorunluluk olarak yürütülmektedir.

IV.6. TÜRKİYE

A. Politikalar ve Mevzuat

Erken müdahale, gelişimsel olarak risk altındaki ya da özel gereksinimli okul öncesi dönemdeki çocuklara (0-36 ay ve 36-72 ay) ve ailelerine sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Erken dönemde sunulan sistematik ve nitelikli hizmetlerle bu çocuklar gelişim alanlarında önemli düzeyde ilerlemeler sergileyebilmektedirler (Bayhan ve Taştekin, 2015; Birkan, 2002; Blackman, 2002; Doğru Yıldırım, 2019) Erken müdahale bağlamında her ülke çeşitli farklılıkları (kültürel, politik, kaynaklar, vb.) temelinde kendi erken müdahale sistemlerini ve yasal düzenlemelerini oluşturmaktadır (Guralnick, 2008).

Türkiye’de Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB) tarafından yürütülen erken müdahale temelindeki hizmetler özellikle on 10 yılda nitelik ve nicelik bağlamında ivme kazanmış olsa da, tarihsel süreç incelendiğinde uygulama ve yasal düzenlemeler bağlamındaki çalışmalar önceki yıllara uzanmaktadır (Yıldırım Doğru, 2019). Erken çocukluk dönemi kapsamında, 1930’lu yıllardan itibaren okul öncesi eğitim ile ilgili girişimler ve ilerleyen yıllarda çeşitli yasal düzenlemeler söz konusu olmakla birlikte özel gereksinimli bireyler kapsamında göz çarpan bir uygulama söz konusu değildir. Erken müdahale bağlamında 1983 yılında çıkan “Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu” kapsamında özel gereksinimli çocukların



erken eğitim almaları gerektiği belirtilmiştir. Bu kanundan sonra 1987 yılında yürürlüğe giren “Özel Gereksinimli Çocukların Okulöncesi Eğitimleriyle İlgili Genelge” ise özel gereksinimli çocukların çeşitli uyarlamalar yapılan programlar temelinde özel eğitim anaokullarında ve anasınıflarında okulöncesi eğitim almalarını ve dört-beş yaşından küçük çocukların ise ailelerine rehberlik hizmeti verilmesi gerektiğini içermiştir (Birkan, 2002; Yıldırım Doğru, 2019; Güven ve Efe Azkeskin, 2010; Sazak Pınar, 2006).

İlerleyen yıllara bakıldığında, 1997 yılında yürürlüğe giren 573 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile okul öncesi eğitim, özel gereksinimli çocuklar için zorunlu eğitimin bir parçası olmuştur (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB], 1997; Yıldırım Doğru, 2019). Bu kararnamenin ardından 2000 tarihinde yayımlanıp, 2006 ve 2018 yıllarında yeniden gözden geçirilen “Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği”, 2014 yılındaki “Okul Öncesi Kurum ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliği” ve 2017 yılındaki “Kaynaştırma/Bütünleştirme Yoluyla Eğitim Uygulamaları Genelgesi” ile özel eğitim gereksinimli 36-72 ay arasında çocuklar için okul öncesi eğitim zorunlu hale getirilmiş, kaynaştırma/bütünleştirme uygulamalarındaki yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. 0-36 aylık özel eğitim ihtiyacı olan çocuklar için ise; (a) erken çocukluk dönemi eğitim hizmetleri il veya ilçe özel eğitim hizmetleri kurul kararı ile özel eğitim okulları, okul öncesi eğitim kurumları, bünyesinde ana sınıfı bulunan eğitim kurumları ile çocuk ve ailenin ihtiyaçları doğrultusunda evlerde yürütülür, (b) bu çocuklar için hizmetler ailenin de bilgilendirilmesini ve desteklenmesini kapsar, (c) 36 ayını tamamlayan özel gereksinimli çocuklar için okul öncesi eğitim zorunludur, (d) çocukların gelişimsel özellikleri dikkate alınarak okul öncesi eğitimin süresi uzatılabilir maddeleri yer almıştır..

Yukarıda belirtilen yasal düzenlemeler doğrultusunda Milli Eğitim Bakanlığı’na (MEB) bağlı Rehberlik ve Araştırma Merkezlerinde (RAM) gerçekleştirilen eğitsel değerlendirme ve yerleştirme sonuçları doğrultusunda özel gereksinimli okul öncesi dönemdeki çocuklar devlet ya da özel okul öncesi kurumlarda kaynaştırma/bütünleştirme eğitimine yönlendirilmektedirler. Kaynaştırma/bütünleştirme eğitime uygun olmayan çocuklar ise özel gereksinimli çocukların eğitim gördüğü Erken Çocukluk Özel Eğitim Merkezlerine (EÇEM) ya da özel eğitim sınıflarına yönlendirilmektedirler. Bu kurumlarda özel gereksinimli bireylerin eğitimindeki temel sorumlu kişiler özel eğitim öğretmenleri ile okul öncesi öğretmenleri olup, diğer branş öğretmenleri, yardımcı eğitimciler ve gerektiğinde dil ve konuşma terapisti gibi meslek elemanlarından oluşan bir ekip görev almaktadır. Yasal düzenlemeler; kaynaştırma uygulamasındaki çocuklar için gerekli eğitsel uyarlamalar yapılmasını, bireyselleştirilmiş eğitim programı (BEP) hazırlanmasını, gerekli destek hizmetlerin sağlanmasını, okul ve sınıflarda gerekli fiziksel düzenlemelerin yapılmasını ve aile katılımı için gerekli önlemlerin alınmasını vurgulamaktadır. Ayrıca, 10 çocuğun olduğu kaynaştırma sınıflarında en fazla iki, 20 çocuk bulunan sınıflarda ise bir özel gereksinimli öğrenci olması gerekmektedir. Yasal düzenlemeler farklı yetersizlik türleri bağlamında da maddeler içermektedir. Örneğin, birden fazla yetersizliği olan öğrenciler için ayrı sınıflar açılabilir, özel gereksiniminin yanı sıra sağlık sorunları olanlar için evde eğitim hizmeti verilmektedir



(Akalin, Demir, Sucuoğlu, Bakkaloğlu ve İşcen, 2014; Bozarslan ve Batu, 2014; MEB, 2000, 2006, 2014, 2017, 2018; Richardson-Gibbs ve Klein, 2014; Sucuoğlu ve Bakkaloğlu, 2018).

Türkiye’de yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere, 0-36 ay arasındaki özel gereksinimli çocukların erken eğitime yönelik yasal bir zorunluluk söz konusu değildir. Türkiye’de 0-36 ay çocukları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğünün sorumluluğundaki, kreş ve gündüz bakımevlerinde verilmekte olup, MEB Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü sorumluluğunda bu çocuklar için ailenin desteklenmesine ağırlık verilerek, kurumlarda ve evlerde yürütülmektedir (Ekinci ve Bozan, 2019). Ancak, 36 aylıktan büyük çocuklar için gerekli önlemler ve eğitsel düzenlemeler yapılarak ayrıştırılmış ve/veya kaynaştırma/bütünleştirme ortamlarına erken müdahale yasal bir zorunluluk olarak yürütülmektedir.

B. Profesyonellerin eğitimi (Lisans, lisansüstü ve hizmet içi programlar, müfredatın tanımı)

Türkiye’de lisans/lisansüstü/hizmet içi eğitimde birden çok engelli çocukların öğretmenlerinin yetiştirilmesine yönelik ayrı bir program bulunmamaktadır. Bu nedenle, görmeyen yetersizliği olan çok engelli (GYÇE) çocukların öğretmenlerinin teorik ve pratik eğitimi eksikliği vardır. GYÇE çocukların uygulayıcıları/öğretmenleri, genel olarak Özel Eğitimin lisans/lisansüstü programlarında eğitim alırlar. Özellikle görme engelli öğrencilere eğitim verebilen öğretmenler sadece Gazi Üniversitesi Görme Engelliler Eğitimi Bölümü’nde eğitim görmektedir. Türkiye’de öğretmen eğitiminden sorumlu iki ana kurumdan söz etmek mümkündür. Bu kurumlardan biri Yüksek Öğretim Kurulu ve diğeri Milli Eğitim Bakanlığı’dır. Öğretmen adayları yüksek öğretim kurumları kapsamında lisans programları ile yetiştirilirken, Milli Eğitim Bakanlığı kapsamında öğretmenlerin gelişimine yönelik hizmet içi eğitim verilmektedir.

Özel eğitim alanında son olarak 2014 yılında bir değişiklik yaşanmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı, Zihinsel Engelliler Eğitimi Programı, İşitme Engelliler Eğitimi Programı ve Görme Engelliler Eğitimi Programı mezunlarını "Özel Eğitim Öğretmenleri" olarak atamaya başlamıştır. Bu değişikliğe istinaden Yüksek Öğretim Kurulu, Zihinsel Engelliler Eğitimi Programı, İşitme Engelliler Eğitimi Programı ve Görme Engelliler Eğitimi olmak üzere ayrı programları birleştirerek “Özel Eğitim Öğretmenliği” adı altında ve ayrıca öğrenme güçlüğü ve otizm spektrum bozukluğu alanlarını da ekleyerek yeni bir lisans programı kararlaştırmıştır (MEB, 2014). Üniversitelerin Eğitim Fakülteleri, Milli Eğitim Bakanlığının öğretmen kaynağını yetiştirmektedir. Sonuç olarak, 2014 yılında Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde yapılan değişiklikler, 2015 yılında Yüksek Öğretim Kurulu’nda değişikliklere neden olmuştur. Müfredat, üniversiteler bünyesinde ayrı özel eğitim öğretim programları birleştirilerek çekirdek program olarak hazırlanmıştır. Bu nedenle öğretmen adaylarından öğretmen olduklarında görme engelli, işitme engelli veya zihinsel engelli olmak üzere farklı engellere sahip öğrencilere nasıl eğitim vereceklerini bilmeleri beklenmektedir.



Özel Eğitim Öğretmenliği Programı mezunları, Türkiye'de Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı resmi veya özel özel eğitim kurumlarında özel eğitim öğretmeni olarak istihdam edilmektedir. Özel Eğitim Öğretmenliği Programı 4 yıllık bir programdır. Programdaki dersler Mesleki Bilgi, Genel Kültür ve Alan Eğitimi dersleridir. Programın % 59'u Alan Eğitimi, %28'i Mesleki Bilgi ve % 13'ü Genel Kültür'den oluşmaktadır. Ayrıca öğrencilerin 12 seçmeli ders almaları gerekmektedir. Özel Eğitim Öğretmenliği Programı mezunları “Özel Eğitim Öğretmeni” unvanı alırlar ve Milli Eğitim Bakanlığına bağlı devlet veya özel okullar ile rehabilitasyon merkezlerinde çalışabilirler.

Halihazırda Türkiye'de devlet üniversitelerinde 29 özel eğitim öğretmenliği lisans programı, özel üniversitelerde ise 7 özel eğitim öğretmenliği lisans programı bulunmaktadır.

Özel Eğitim Öğretmenliği lisans programlarında alanla ilgili zorunlu dersler şunlardır:

- Özel Eğitim
- Zihinsel Engelliler ve Otizm Spektrum Bozukluğu
- İşitme ve Görme Yetersizliği
- Çocuk Gelişimi
- Erken Çocukluk Özel Eğitimi
- Türk İşaret Dili
- Uygulamalı Davranış Analizi
- Özel Eğitimde Kaynaştırma
- Özel Eğitimde Değerlendirme
- Dil ve İletişim Becerilerini Destekleme
- Özel Öğretimde Teknoloji Destekli Öğretim
- Bireyselleştirilmiş Eğitim ve Geçiş Planının Hazırlanması
- Braille ile Okuma-Yazma
- Özel Eğitim Kurumlarında Gözlem
- Özel Eğitimde Okuma Yazma Öğretimi
- Özel Eğitimde Fen ve Sosyal Öğretimi
- Özel Eğitimde Matematik Öğretimi
- Özel Eğitimde Sanat Becerilerinin Öğretimi
- Özel Eğitim için Beden Eğitimi ve Spor
- Özel Eğitimde Sosyal Beceri Öğretimi
- Özel Eğitimde Türkçe Öğretimi
- Oyun ve Müzikte Özel Eğitim
- Özel Eğitimde Aile Eğitimi
- Özel Eğitimde Okul ve Kurum Deneyimi
- Öğretmenlik Uygulaması
- Özel Eğitimde Öğretim Teknolojileri Materyal Geliştirme



Özel Eğitim Öğretmenliği lisans programlarında seçmeli dersler şunlardır:

- Çok Engelli Çocuklar ve Eğitimleri
- Erken Müdahale Programları
- İş ve Mesleki Becerileri Öğretmek
- Disiplinlerarası Çalışma ve İşbirliği
- Zihinsel Engellilikte Kavram Öğretimi
- Zihinsel Engellilikte Öğretim Değişikliği
- Zihinsel Engellilikte Sosyal Beceri Öğretimi
- Zihinsel Engellilerde Teknoloji Destekli Öğretim
- Zihinsel Engellilikte Yetişkinliğe Geçişler
- Doğal Öğretim Süreci ve Uygulaması
- Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocukların Eğitimi
- Otizm Spektrumunda Alternatif İletişim Yöntemleri
- Otizm Spektrum Bozukluklarında Davranış Yönetimi
- Otizmde Disiplinlerarası Çalışma ve İşbirliği
- Otizm Spektrum Bozukluğunda Sosyal Beceri Öğretimi
- Otizm Spektrumunda Teknoloji Destekli Öğretim
- Otizm Spektrum Bozukluklarında Temel Becerilerin Öğretilmesi
- Hatasız Öğretim Yöntemleri
- Yüksek İşlevli Otizm Spektrum Bozukluğu Eğitimi
- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- Matematik Güçlüğü: Teşhis ve Müdahale
- Okuma Güçlüğü: Teşhis ve Müdahale
- Öğrenme Güçlüğü için Öğrenme Stratejileri
- Öğrenme Güçlüğü ve Davranış Bozuklukları
- Öğrenme Güçlüğünde Akademik Olmayan Becerileri Destekleme
- Öğrenme Güçlüğü Destek Eğitim Programları
- Öğrenme Güçlüklerinde Disiplinlerarası Çalışma ve İş Birliği
- Erken Çocuklukta Müdahale ve Değerlendirmeler
- Yazma Güçlüğü: Teşhis ve Müdahale
- Eleştirel Düşünme Eğitimi
- Üstün Yeteneklilerin Eğitimine Ailenin Katılımı
- Üstün Yeteneklilerin Eğitiminde Disiplinlerarası Çalışma ve İş Birliği
- Üstün Yeteneklilerin Eğitiminde Duyu Eğitimi
- Erken Çocuklukta Özel Eğitim ve Teşhis
- Üstün Yeteneklilerin Eğitiminde Öğrenme Sorunları ve Eğitim
- Üstün Yeteneklilerin Eğitiminde Gelişim Programı
- Üstün Yeteneklilerin Eğitiminde Sosyal, Duygusal ve Akademik Rehberlik



- Üstün Yeteneklilerin Eğitiminde Tanı Modelleri ve Testleri
- Yaratıcı Düşünme Eğitimi
- Gelişmiş Türk İşaret Dili
- İşitme ve Yardımcı Teknolojilerin Doğası
- İşitme Engelli Çocukların Eğitimine Ailenin Katılımı
- İşitme Yetersizlikleri ve Dil
- İşitme Engelli Bireyler için Ders Planı Geliştirme
- İşitme Engellilerde Disiplinlerarası Çalışma ve İş Birliği
- İşitme Engellilere Erken Müdahale
- İşitme Engelliler için İletişim Becerilerinin Desteklenmesi
- İşitme Engelliler İçin Özel Öğretim Yöntemleri
- Koklear İmplant ve Dinleme Eğitimi
- Görme Becerilerini Destekleme
- Görme Engellilerin Eğitimine Ailenin Katılımı
- Görme Engelli Bireyler için Yardımcı Teknolojiler
- Görme Engelli Yetişkinlerin Eğitimi
- Görme Bozukluklarında Disiplinlerarası Çalışma ve İş Birliği
- Görme Engelli Bireylere Erken Müdahale
- Görme Engelliler İçin Gelişim Programı
- Görme Engelli Bireylere Sosyal Beceri Öğretimi
- İleri Düzey Braille Okuryazarlığı
- Oryantasyon ve Hareketlilik Becerileri

C. Erken Müdahale programları

Türkiye’de Doğum Öncesi ve Sonrasında Kullanılan Tarama ve Değerlendirme Protokolleri

Türkiye, 2003 yılından bu yana gerçekleştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, özellikle anne ve çocuk sağlığına fazlasıyla önem vermeye başlamıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar arasında gebe ve yeni doğan izlemi de bulunmaktadır. Buna göre tüm gebelikler Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde izlenmekte, gebeler özel hastaneye devam etseler dahi Aile Sağlığı Merkezleri aracılığıyla kontrollerine ilişkin sonuçları Sağlık Bakanlığı tarafından toplanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Gebelik sürerken belli haftalarda yapılan tarama testleri ve hemen her ay yapılan ultrason tarama testleri ile bazı kromozomal anomaliler tespit edilebilmektedir. Amniyosentez ve koryonvillus biyopsisi gibi girişimsel müdahaleler ise kesin tanıya olanak sağlamakla birlikte daha riskli müdahalelerdir (Aka, 2013).



Doğumdan sonra gerekli durumlarda hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde gerekli müdahaleler yapılır. Miadında ve sağlıklı bir doğum olsa dahi, bebekler hastaneden ayrıldıktan sonra da takibe alınırlar. Türkiye’de tüm bebekler için uygulanan programa göre,

1. Yenidoğan Tarama Programı (NTP)- Fenilketonüri, Konjenital Hipotiroidi, Biotinidaz eksikliği, Kistik Fibrozis
2. Yenidoğan İşitme Taraması Programı (YİTP)
3. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı uygulanır. Böylece risk oluşturabilecek ve tedavisi olan çeşitli sorunlara ilişkin koruyucu hizmetleri başlatmak mümkün olmaktadır. Yapılan tetkikler sonucunda risk taşıdığı teyit edilen durumlarla ilgili olarak ilgili Halk Sağlığı Müdürlükleri’ne bilgi verilir ve her bir müdürlük kendi bebek kayıtlarının sonuçlarını her gün kontrol etmekle yükümlüdürler. Sevk edilen bebeklerin takibi gerekli şekilde yapılarak en geç üç ay içinde klinik tanının sisteme girilmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı, ileriki zamanlarda yenidoğanda görme taraması, konjenital kalp hastalıkları ve immün sistem sorunlarına ilişkin ayrıntılı inceleme yapılmasına ilişkin çalışmalarını sürdürmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu).

Tanılaması uzman doktorlarca tam teşekküllü devlet hastanelerinde yapılan özel gereksinimlilik durumlarının (Sağlık Bakanlığı, 2019) eğitsel değerlendirme ve tanınması ise Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı Rehberlik ve Araştırma Merkezleri (RAM)’nce gerçekleştirilmektedir (MEB, 2018).

Türkiye’de Erken Müdahale Alanındaki Uygulamalar ve Bazı Programlar

Türkiye’de özel eğitim hizmetlerini düzenleyen ve son revüzyonu 2018’de gerçekleşen önemli bir yasal düzenleme olan Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği’nde, özel gereksinimli bireylerin eğitimine erken başlamanın esas olduğu belirtilir. Buna göre, 0-36 ay arasındaki özel gereksinimli çocukların erken çocukluk dönemi eğitim hizmetleri özel eğitim okulları, okul öncesi eğitim kurumları ve bünyesinde anasınıfı bulunan eğitim kurumları ile çocuk ve ailenin ihtiyacına bağlı olarak evlerde sürdürülür. 36 ayını tamamlayan çocukların ise okul öncesi eğitiminden yararlandırılmaları esastır. Bu çocuklar ve aileleri için sunulan tüm ücretler ücretsizdir. Yine bu çocuklar için Rehberlik Araştırma Merkezleri’nden özel gereksinim alması gerektiğine dair yönlendirme raporunun alınmasının ardından devam ettiği eğitim kurumunda uygulanmak üzere Bireyselleştirilmiş Eğitim Programı (BEP) hazırlanır (MEB, 2018).

Doğum öncesi, doğum sırası ve/veya doğum sonrasındaki çeşitli sebeplere bağlı duyu kayıpları ve nörogelişimsel sorun veya sorunlar yaşayan özel gereksinimli çocukların (Ayyıldız, 2019), Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı özel teşekküller olan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde, ücretsiz bireysel, grup veya fizyoterapi hizmeti alma şansları bulunmaktadır. Bu eğitimin içeriğinin olacağı RAM raporunda belirtilmektedir (MEB, 2012).



0-6 yaş arasındaki özel gereksinimli çocuklar ve ailelerine hizmeti hedefleyen bazı kurum ve programlar şunlardır:

Anne Çocuk Eğitim Vakfı (AÇEV)

Ebeveynler (özellikle anneler) ve çocukların eğitiminde kaliteyi artırmak ve dezavantajlı grupları desteklemek amacıyla kurulmuş olan vakfın, okul öncesi eğitimi ve özel gereksinimli çocukların eğitiminde fırsat eşitliği oluşturma hedefi ön plana çıkmaktadır (<http://www.acev.org>).

RİBEM (Riskli Bebek ve Çocuk Erken Destek Merkezi)

Özellikle Serebral Palsi'li çocuklar olmak üzere, çeşitli fiziksel, nörolojik veya genetik sorunları olan veya risk altındaki 0-6 yaş arası bebekler ve çocuklara fizyoterapi ve diğer destek eğitim hizmetlerin verildiği özel bir merkezdir (<https://ribem.com.tr/>).

Yine bazı üniversitelerin Engelliler Araştırma Enstitüleri'nde erken müdahale çalışmaları da sürdürülmektedir (örn. Anadolu Üniversitesi) (<https://eae.anadolu.edu.tr/enstitumuz/> hakkımızda).

Çekirdek Bütünsel Gelişim Merkezi

Görme engeline ek engelleri bulunan 0-6 yaş grubundaki çocuklar ve aileleri için erken müdahale çalışmaları gerçekleştirilen merkezde, bu çocukların gelişimsel ve eğitsel değerlendirilmesi ve izlemi gerçekleştirilmektedir. Çocuğun ailesi özellikle sürece dahil edilerek evde de yapabilecekleri konusunda da destek verilmesi esas alınmaktadır (www.cekirdekgelisim.com.tr).

Türkiye'de Görme Engeline Ek Engelleri Olan Çocuklar İçin Erken Müdahale Çalışmaları

Türkiye'de çok engelli çocuklara yönelik tanılama yapılmadığından (çok engellilik resmi bir özel eğitim türü olarak tanılanmadığından), bu çocuklar ve aileleri için gerekli eğitim hizmetleri de yok denecek kadar azdır. Çok engelli çocukların çok büyük bir bölümünde duyu kayıplarının (özellikle görme kaybı) da eşlik ettiği bilinmektedir (Ayyıldız, 2016). Türkiye'de görme engeline ek engelleri bulunan (çok engelli görmeyen) çocuklar ve aileleri için gerçekleştirilen ilk eğitim çalışmaları, 2003 yılında Türkan Sabancı Görme Engelliler Okulu bünyesinde başlatılan erken müdahale çalışmaları (Bebek Grubu) ve bu çocuklar için açılan anasınıfları ile başlamıştır. Yıllar içerisinde, bebek grubunda hizmet verilen çocuklar büyüdükçe bu çocuklar için daha fazla sayıda anasınıfı, ilkokul sınıfları ve hatta ortaokul sınıfları açılmıştır. Okuldaki erken müdahale çalışmaları, o dönemdeki yürütücü müdür yardımcısının 2011 yılında görevinden ayrılmasının ardından sonlanmıştır. Görme engeline ek engelleri bulunan (çok engelli görmeyen) çocuklar ve aileleri için erken müdahale çalışmaları 10 yıl sonra yeniden, ErISFaVIA projesi kapsamında Çekirdek Bütünsel Gelişim Merkezi'nde yeniden başlamıştır. Bu çalışmaların tüm ülkedeki resmi ve özel kurumlara örnek olması proje çalışanları ve çok engelli görmeyen çocukların ailelerinin en büyük dileğidir.



V. REFERANSLAR

1. Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
2. Aka, N. (2013). Sağlıklı Gebelik ve Gebelikte Tarama Testleri. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-,Special Topics*,4 (6): 35-9.
3. Akalin, S., Demir, Ş., Sucuoğlu, B., Bakkaloğlu, H., & İşcen, F. (2014). The needs of inclusive preschool teachers about inclusive practices. *Eurasian Journal of Educational Research*, 54, 39-60.
4. Andreassen, C., Fletcher, P., Park, J. (2007). *Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort: Psychometric Report for the 2-Year Data Collection*, National Center for Education Statistics, US Department of Education Sciences, Washington
5. Ayyıldız E., Akçin N., Güven Y., (2016). Development of Preverbal Communication Skills Scale for Children with Multiple Disabilities and Visual Impairment. *Journal of Human Sciences*, 2, 2668-2681.
6. Ayyıldız, E., (2019), Erken Çocuklukta Özel Eğitim/Müdahale Nedenleri. H. Fazlıoğlu & H. Şengül Erdem (Ed.), *Özel Gereksinimli Çocuklar: Erken Çocuklukta Gelişim ve Eğitim içinde* (ss.187-217), Vize Akademik, Ankara.
7. Ayyıldız, E. (2007). Çok engelli çocuklarda erken müdahale, *Sapiens: Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3 (10), 50-52.
8. Ayyıldız E., Akçin N., Güven Y., (2016). Development of Preverbal Communication Skills Scale for Children with Multiple Disabilities and Visual Impairment. *Journal of Human Sciences*, 2, 2668-2681.
9. Bailey Jr, D. B. (2000). The federal role in early intervention: Prospects for the future. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 71-78.
10. Bagnato, S.J., Neisworth, J., Salvia, J., Hunt, F. (1999). *Temperament and Atypical Behavior Scale (TABS) Complete Set: Early Childhood Indicators of Developmental Dysfunction*, Brookes Publishing
11. Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.
12. Bassano, D. (2000). La constitution du lexique: le „developpement lexical precoce”, in Kail, M. și Fayol, M. (coord.). *L'acquisition du langage. Le langage en emergence. De la naissance a 3 ans*, Presses Universitaires de France, Paris;
13. Bayhan, B., ve Taştekin E. (2015). Early intervention models in Europe. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1 (2), 20-29.
14. Beirne-Smith, M., Ittenbach, R.F., Patton, J.R. (2002). *Mental Retardation*, Prentice-Hall, New-Jersey;
15. Bertoncini, J., de Boysson-Bardies, B. (2000). La perception et la production de la parole avant de deux ans, in Kail, M. și Fayol, M. (coord.). *L'acquisition du langage. Le langage en emergence. De la naissance a 3 ans*, Presses Universitaires de France, Paris;



16. Birkan, B. (2002). Early special education services. Ankara University Educational Sciences Faculty Special Education Journal, 3 (2), 99-109.
17. Blackman, J. A. (2002). Early intervention: A global perspective. *Infants & Young Children*, 15 (2), 11-19.
18. Bortolus, R., Parazzini, F., Trevisanuto, D., Cipriani, S., Ferrarese, P., Zanardo, V. (2002). Developmental assessment of preterm and term children at 18 months: reproducibility and validity of a postal questionnaire to parents, in *Acta Paediatr* 91, p. 1101 – 1107;
19. Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1, rev.), Tavistock Institute of Human Relations, Basic Books, New York
20. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss (I). Attachment*, Basic Books, Tavistock Institute of Human Relations, Basic Books, New York;
21. Bozarlsan, B., & Batu, E. S. (2014). Examining the opinions of teachers working in private preschools about inclusion. *Journal of Abant İzzet Baysal University Education Faculty*, 14(2), 86-108.
22. Bricker, D., & Squires, J. (1999). *Ages and stages questionnaires: Aparent completed, child-monitoring system* (2nd edition). Baltimore, MD: Brookes Publishing
23. Bricker, D. (2002). *Assessment, Evaluation, and Programming System* (2nd edition). Baltimore, MD: Brookes Publishing.
24. Bricker, D., Schoen Davis, M., Squires, J. (2004). Mental Health Screening in Young Children, in *Infants and Young Children*, 17(2), p. 129-144;
25. Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American psychologist*, 34(10), 844.
26. Butterworth, G. (2004). Joint Visual Attention in Infancy, in Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.;
27. Caldera, D., Burrell, L., Rodriguez, K., Crowne, S. S., Rohde, C., & Duggan, A. (2007). Impact of a statewide home visiting program on parenting and on child health and development. *Child abuse & neglect*, 31(8), 829-852.
28. Cavallera, V., Tomlinson, M., Radner, J., Coetzee, B., Daelmans, B., Hughes, R., ... & Dua, T. (2019). Scaling early child development: what are the barriers and enablers?. *Archives of disease in childhood*, 104(Suppl 1), S43-S50.
29. Coleman, L., Sullivan, M.J., Krueger, L. (2002). *Ablenet Play & Learn A Motor Based Preschool Curriculum for Children of All Abilities*, AbleNet Inc.
30. Côté, S. M., Orri, M., Tremblay, R. E., & Doyle, O. (2018). A multicomponent early intervention program and trajectories of behavior, cognition, and health. *Pediatrics*, 141(5).
31. Cupples, M. E., Stewart, M. C., Percy, A., Hepper, P., Murphy, C., & Halliday, H. L. (2011). A RCT of peer-mentoring for first-time mothers in socially disadvantaged areas (the MOMENTS Study). *Archives of disease in childhood*, 96(3), 252-258.
32. Doliopoulou, E. (2017). Greece – ECEC Workforce Profile. In P. Oberhuemer & I. Schreyer (Eds), *Workforce Profiles in Systems of Early Childhood Education and Care in Europe*. Retrieved from http://www.seeepro.eu/English/pdfs/GREECE_ECEC%20_Workforce.pdf



33. Doliopoulou, E. & Kondoyianni, A. (2003). The interaction between kindergarten teachers and parents in Greece. *Studying the World of Children* 5, 88-108.
34. Drossinou, M., & Kaderoglou, E. (2005). Early Intervention Services in Greece. Present Situation and Future Prospects. In M. J. Guralnick (Ed), *The Developmental Systems Approach to Early Intervention* (pp. 481-502). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, Co.
35. Dubowitz, L., Dubowitz, V. (1981). *The Neurological Assessment of the Preterm and Full-term Newborn Infant*, in Spastics International Medical Publications, Hardbound, London;
36. Dugravier, R., Tubach, F., Saias, T., Guedeney, N., Pasquet, B., Purper-Ouakil, D. & Greacen, T. (2013). Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PloS one*, 8(8).
37. Durando, J.A., Chen, D., Petroff, J.G. (2017). Educating Students with Physical Disabilities, in Orelove, F.P., Sobsey, D., Gilles, D.L. (Eds.). *Educating Students with Severe Multiple Disabilities*, Brooks, Baltimore;
38. Ekinici, A. & Bozan, S. (2019). Evaluation of preschool and classroom teachers' perception related to passing compulsory preschool education. *Journal of Abant İzzet Baysal University Education Faculty*, 19 (2), 482-500.
39. European Commission (2019). Organization. Greece. Retrieved from https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/organisation-programmes-children-under-4-years-0_en
40. European Commission (2019). Assessment. Greece. Retrieved from https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/assessment-programmes-children-under-4-years-0_en
41. Farrell, M. (2009). *Foundations of Special Education: An Introduction*, Wiley-Blackwell Ltd.
42. Fernald, A. (2004). Hearing, Listening and Understanding: Auditory Development in Infancy, in Bremner, G., Fogel, A. (eds.). *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing;
43. Foulon, S., Greacen, T., Pasquet, B., Dugravier, R., Saïas, T., Guedeney, N. & CAPEDP Study Group. (2015). Predictors of study attrition in a randomized controlled trial evaluating a perinatal home-visiting program with mothers with psychosocial vulnerabilities. *PloS one*, 10(11).
44. Frankenburg, W.K. (1985). The Denver Approach to Early Case Finding, in Frankenburg, W.K., Emde, R.N., Sullivan, J.W. (eds.). *Early Identification of Children at Risk. An International Perspective*, Plenum Press, New York;
45. Gabovitch, E.M., Wiseman, N.D. (2005). Early Identification of Autism Spectrum Disorders in Zager, D. (ed.). *Autism Spectrum Disorders: Identification, Education, and Treatment*, LEA Publishers, London;
46. Gargiulo, R. M., & Kilgo, J. L. (2005). *Young children with special needs*. United Nations Publications.



47. Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child maltreatment*, 9(3), 277-291.
48. Glascoe, F.P. (1997). *Parents' Evaluations of Developmental Status: A Method for Detecting and Addressing Developmental and Behavioral Problems in Children*. Nashville, TN: Ellsworth & Vandermeer Press
49. Gomby, D. S. (2005). *Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents* (Vol. 7). Invest in Kids working paper.
50. Guedeney, A., Wendland, J., Dugravier, R., Saïas, T., Tubach, F., Welniarz, B., ... & Pasquet, B. (2013). Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the CAPEDP Prevention Study. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 594-601.
51. Guralnick, M. J. (2008). International perspectives on early intervention: A search for common ground. *Journal of Early Intervention*, 30 (2), 90-101.
52. Guralnick, M. J., & Neville, B. (1997). Designing early intervention programs to promote children's social competence. *The effectiveness of early intervention*, 579, 610.
53. Güven, G., & Efe Azkeskin, K. (2010). Early childhood education and preschool education. In *Early childhood education*, İ. H. Diken (Ed.) (ss. 2-50). Ankara: Pegem.
54. Hanson, M. J., & Lynch, E. W. (1995). *Early intervention: Implementing child and family services for infants and toddlers who are at risk or disabled*. PRO-ED, 8700 Shoal Creek Blvd., Austin, TX 78757-6897.
55. Ireton, H. (1992). *Child Development Inventory Manual*, Behavior Science Systems, Inc., Minneapolis
56. Johnson, S., Marlow, N. (2006). Developmental screen or developmental testing?, in *Early Human Development*, 82, p. 173 – 183;
57. Johnson-Martin, N., Attermeier, S., Hacker, B. (2004). *The Carolina Curriculum for Infants&Toddlers with Special Needs*, 3rd ed., Brookes Publishing
58. Johnson Z, Howell F, Molloy B: Community mothers' programme: randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Br Med J* 1993, 306:1449–1452.
59. Jungmann, T., Brand, T., Dähne, V., Herrmann, P., Günay, H., Sandner, M., & Sierau, S. (2015). Comprehensive evaluation of the pro kind home visiting program: A summary of results. *Mental Health & Prevention*, 3(3), 89-97.
60. Jungmann, T., Sierau, S., Dähne, V., Serbati, S., Dugravier, R., & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination. *Nursing and Health Sciences*, 3(3).
61. Kamerman, S. B. (2000). Early childhood intervention policies: An international perspective. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 613-629.
62. Karnes, M.B. (1992). *Fit for Me: Activities for Building Motor Skills in Young Children*, Ags Pub, Boxed Edition

63. Kartin, D., Grant, T. M., Streissguth, A. P., Sampson, P. D., & Ernst, C. C. (2002). Three-year developmental outcomes in children with prenatal alcohol and drug exposure. *Pediatric Physical Therapy*, 14(3), 145.
64. Kellman, P.J. (1996). *The Origins of Object Perception*, in Gelman, R., Au, T.K. (eds.). *Perceptual and Cognitive Development*, Academic Press, San Diego;
65. Kohli-Lynch, M., Tann, C. J., & Ellis, M. E. (2019). Early Intervention for Children at High Risk of Developmental Disability in Low-and Middle-Income Countries: A Narrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), 4449.
66. Korner, A. F., Brown, J. V., Thom, V. A., & Constantinou, J. C. (2000). The neurobehavioral assessment of the preterm infant. *Manual revised (2nd ed.)*. Van Nuys, CA: Child Development Media Lipkin, P.H., Allen, M.C. (2005). Introduction: Developmental Assessment of the Young Child, in *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, p. 171 – 172;
67. Kourdistou, M. (2009). Early Intervention for children with learning difficulties. *Special Education Issues*, 43, 29-44. [Κουρδιστού, Μ. (2009). Πρώιμη Παρέμβαση σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες. *Θέματα ειδικής αγωγής*, 43, 29-44 (in Greek)].
68. Kydoniatou, E., Andriotou, S., & Drosinou, M. (2001). Early Intervention Programs in Special Education Kindergartens of Mytilini. *Review of Educational Issues*, 17, 182-198 .[Κυδωνιάτου, Ε., Ανδριώτου, Σ., & Δροσινού, Μ. (2011) Προγράμματα Πρώιμης Παρέμβασης σε Νηπιαγωγεία Ειδικής Αγωγής. Ένα παράδειγμα από Νηπιαγωγεία της Μυτιλήνης. *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, 17, 182-198. (in Greek)]
69. Lacharité, C. (2010). La négligence envers les enfants: une perspective centrée sur les besoins des enfants. *Bulletin du Centre national d'information sur la violence dans la famille*, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/EB/eb-Nov-2010-farticle-fra.php>.
70. Lanfranchi, A., & Neuhauser, A. (2012). ZEPPELIN 0–3: Theoretische Grundlagen, Konzept und Implementation des frühkindlichen Förderprogramms „PAT–Mit Eltern Lernen “. *Frühe Bildung*.
71. Layzer, J. I., Goodson, B. D., Bernstein, L., & Price, C. (2001). *National Evaluation of Family Support Programs. Final Report Volume A: The Meta-Analysis*.
72. Law 3699/2008. Special Education of persons with disabilities and special educational needs. *Government Gazette of the Hellenic Republic* 199/A/2-10-2008 [Νόμος 3699/2008. Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση ατόμων με αναπηρία ή με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. ΦΕΚ Α 199/2.10.2008 (in Greek)].
73. Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., ... & Fuligni, A. S. (2005). The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents: lessons for policy and programs. *Developmental psychology*, 41(6), 885.
74. Lutzker, J. R., & Bigelow, K. M. (2001). *Reducing child maltreatment: A guidebook for parent services*. Guilford Press.



75. Majnemer, A., Snider, L. (2005). A Comparison of Developmental Assessments of the Newborn and Young Infant, in *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, p. 68 – 73;
76. McConnell, S.R., Rahn, N.L. (2016). Assessment in Early Childhood Special Education, in Reichow, B., Boyd, B.A., Barton, E.E., Odom, S.L. (Eds.). *Handbook of Early Childhood Special Education*, Springer,
77. McCollum, J. A., & Maude, S. (1993). Early childhood special educators as early interventionists: Issues and emerging practices in personnel preparation. *Yearbook of early childhood education*. White Plains, NY: Longmen.
78. Meyer, E.C., Zeanah, C.H., Boukydis, Z., Lester, B.M. (1993). A Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants: Concept and Applications, in *Infant Mental Health Journal*, 14(3), p. 192 – 207;
79. MEB [Ministry of National Education] (1997). Decree Law No. 573 (KHK). Retrieved from https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2012_10/10111011_ozel_egitim_kanun_hukmunda_kararname.pdf.
80. MEB [Ministry of National Education] (2000). Special Education Services Regulations. *T.C Resmi Gazete*, 23937, 18 Ocak 2000.
81. MEB [Ministry of National Education] (2006). Special Education Services Regulations. Retrieved from https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2018_07/09101900_ozel_egitim_hizmetleri_yonetmeli_07072018.pdf
82. MEB [Ministry of National Education] (2014). Preschool Institutions and Primary School Institutions Regulations. Retrieved from <http://mevzuat.meb.gov.tr/dosyalar/1703.pdf>
83. MEB [Ministry of National Education] (2017). Circular on Education Practices with Inclusion/Integration. Retrieved from https://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_09/21112929_kaynastirma_genelge.pdf.
84. MEB [Ministry of National Education] (2014). Teaching Areas, Assignment and Teaching Principles [Öğretmenlik Alanları, Atama ve Ders Okutma Esasları]. *Tebliğler Dergisi*, 2678, February 20, 2014. The Council of Higher Education. Program name change. Number: 75850160104.01.02.01/843, Ankara.
85. MEB [Ministry of National Education] (2018).. Special Education Services Regulations. Retrieved from <http://mevzuat.meb.gov.tr/dosyalar/1963.pdf>
86. MEB (2018). Özel Eğitim Kurumları Yönetmeliği. Retrieved from http://ookgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_09/06103840_Ozel_EYitim_KurumlarY_YonetmeliYi.pdf
87. MEB (2018). Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. Retrieved from http://orgm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2018_07/09101900_ozel_egitim_hizmetleri_yonetmeli_07072018.pdf Richardson-Gibbs, M. A., & Klein, M. D. (2014). Making preschool inclusion work. H. Bakkaloğlu and B. Sucuoğlu (trans.ed.). Ankara: Nobel Publishing.



88. Milani, P., Serbati, S., & Ius, M. (2011). PIPPI: Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione. Guida Operativa.
89. Ministerial Decision 16065/17-4-2002. Standard Regulation for the Operation of Municipal and Community Legal Entities under Public Law for Children and Nurseries. Government Gazette of the Hellenic Republic 497/τ.Β' /22-4-2002
[Υπουργική Απόφαση 16065/17-4-2002. Πρότυπος Κανονισμός Λειτουργίας Δημοτικών και Κοινοτικών Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου Παιδικών και Βρεφονηπιακών Σταθμών. ΦΕΚ 497/22-4-2002 (in Greek)].
90. Ministerial Decision 211076/ΓΔ4/13-12-2018. Rules of Procedure of the Training and Counseling Support Centers (KESY) and in particular the duties and responsibilities of their staff. Government Gazette of the Hellenic Republic 5614/B/13-12-2018
[Υπουργική Απόφαση 211076/ΓΔ4/13-12-2018. Ενιαίος Κανονισμός λειτουργίας των Κέντρων Εκπαιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (Κ.Ε.Σ.Υ.) και ειδικότερα καθήκοντα και αρμοδιότητες του προσωπικού τους. ΦΕΚ 5614/B/13-12-2018 (in Greek)].
91. Ministerial Decision 47305/12.12.2018. Health Benefits Regulation of the National Health Service Agency. Government Gazette of the Hellenic Republic Β' 5571/12.12.2018
Υπουργική Απόφαση 47305/12.12.2018 Προσθήκη παραρτήματος στο άρθρο 45 «Ειδικές Θεραπείες (λογοθεραπείες, εργοθεραπείας, ψυχοθεραπείες, φυσικοθεραπείες) παιδιών/εφήβων» της με αρ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β' /3-11-2011) «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως αντικαταστάθηκε με την αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/1-11-2018 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β' 4898/2018). (in Greek)].
92. Nadelman, L. (2004). Research Manual in Child Development, 2nd ed., LEA Publishers, London;
93. Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L., & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child abuse & neglect*, 27(9), 997-1017.
94. Neisworth, J.T., Bagnato, S.J. (2004). The MisMeasure of Young Children: The Authentic Assessment Alternative, in *Infants and Young Children*, 17(3), p. 198-212;
95. Neuhauser, A. (2014). A closer look at the effectiveness of early childhood education in at-risk families. *Mental Health & Prevention*, 2(3-4), 43-57.
96. OECD (2018). Education for a Bright Future in Greece, Reviews of National Policies for Education. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264298750-en>.
97. Parker, Amy & Ivy, Sarah. (2014). Communication Development of Children with Visual Impairment and Deafblindness: A Synthesis of Intervention Research. *International Review of Research in Developmental Disabilities*. 46. 101-143. 10.1016/B978-0-12-420039-5.00006-X.
98. Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D., & Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC public health*, 13(1), 17.



99. Perkins, J., Butterfield, P., & Ottem, N. (2002). Listen, Love, Play. Partners in Parenting Education. Educator's Guide for the Partners in Parenting Education Curriculum. Denver CO: How to Read your Baby. Brighton, Second Edition. Manfred Cierpka.
100. Petrogiannis, K. (2010). Early childhood care and education in Greece: Some facts on research and policy. *International Journal of Early Childhood*, 42, 131-139. doi:10.1007/s13158-010-0016-4
101. Saïas, T., Greacen, T., Tubach, F., Dugravier, R., Marcault, E., Tereno, S., ... & CAPEDP Study Group. (2013). Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 66-70.
102. Saïas, T., Greacen, T., Tubach, F., Dugravier, R., Marcault, E., Tereno, S., ... & CAPEDP Study Group. (2013). Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 66-70.
103. Sağlık Bakanlığı. (2014). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara. Retrieved from https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonu_bakim.pdf.
104. Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık Raporları Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. Retrieved from <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33129,1--saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonergepdf.pdf?0>
105. Sandner, M. (2013). Effects of early childhood intervention on maternal employment, fertility and well-being: Evidence from a randomized controlled trail (No. 516). *Diskussionsbeitrag*.
106. Sazak Pınar, E. (2006). The development of special education in early childhood and early childhood special education practices in Turkey and in the world. *Ankara University Education Sciences Faculty Special Education Journal*, 7 (2) 71-83.
107. Schaub, S., Ramseier, E., Neuhauser, A., Burkhardt, S. C., & Lanfranchi, A. (2019). Effects of home-based early intervention on child outcomes: A randomized controlled trial of Parents as Teachers in Switzerland. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 173-185.
108. Serbati, S., Ius, M., & Milani, P. (2016). PIPPI Programme of Intervention for Prevention of Institutionalization. Capturing the Evidence of an Innovative Programme of Family Support. *Revista de cercetare si interventie sociala*, 52.
109. Shapiro, B.K. (2011). Reflections on Early Identification, in Eidelman, S. (ed.). *Early Childhood Intervention. Shaping the Future for Children with Special Needs and Their Families*, vol 1., Contemporary Policy and Practices Landscape, Praeger, Santa Barbara;
110. Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of early childhood intervention*, Cambridge University Press
111. Slater, A. (2004). Visual Perception, in Bremner, G., Fogel, A. (eds.). *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing;
112. Smith, D.W., Kelly, S.M. (2014). Assistive Technology for Students with Visual Impairments: A Research Agenda, in



113. Sierau, S., Dähne, V., Brand, T., Kurtz, V., von Klitzing, K., & Jungmann, T. (2016). Effects of home visitation on maternal competencies, family environment, and child development: a randomized controlled trial. *Prevention science*, 17(1), 40-51.
114. Simeonsson, R. J. (1994). *Risk, resilience & prevention: Promoting the well-being of all children*. Paul H Brookes Publishing Co..
115. Stack, D.M. (2004). The Saliency of Touch and Physical Contact During Infancy: Unraveling Some of the Mysteries of the Somesthetic Sense, în Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.;
116. Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child development*, 75(5), 1435-1456.
117. Sucuoğlu, B., & Bakkaloğlu, H. (2018). *Inclusion in preschool: Teacher education*. Ankara: PEGEM Academy.
118. Tavoulari, A., Katsoulis, P., Argyropoulos V. (2014). Early intervention in Greece: Present situation and proposal for the future. In M. Vuković (Ed.), *The 8th International Scientific Conference Special Education and Rehabilitation today*. (pp. 117-125), Belgrade: University of Belgrade – Faculty of Special Education and Rehabilitation
119. Tavis, C., Wade, C. (1997). *Psychology in Perspective*, Addison-Wesley Educational Publishers Inc., New-York;
120. Tereno, S., Madigan, S., Lyons-Ruth, K., Plamondon, A., Atkinson, L., Guedeney, N., & Guedeney, A. (2017). Assessing a change mechanism in a randomized home-visiting trial: Reducing disrupted maternal communication decreases infant disorganization. *Development and psychopathology*, 29(2), 637-6
121. Thompson, R.J., Catlett, A.T., Oehler, J.M., Gustafson, K.E., Goldstein, R.F. (1998). Home Environment and Developmental Outcome of African American and White Infants with Very Low Birthweight, în *Children's Health Care*, 27(1), p. 1-14;
122. Totsika, V., Sylva, K. (2004). The Home Observation Measurement of the Environment Revisited, în *Child and Adolescent Mental Health*, 9(1), p. 25-35;
123. Trevarthen, C. (1993). *The Self Born in Intersubjectivity: The Psychology of an Infant Communicating*, în Neisser, U. (ed.) *The Perceived Self*. Cambridge University Press;
124. Türkiye Halk Sağlığı. Yenidoğan tarama programı. Retrieved from <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11173,259822214447pdf.pdf?0>.
125. Tzouriadou, M., Vouyoukas, C., Anagnostopoulou, E., & Michalopoulou, L.E. (2015). Early Intervention of Kindergarten Children at Risk for Developmental Disabilities: A Greek Paradigm. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, 3(4), 238-246.
126. Universal Declaration of Human Rights Article 25(2) retrieved from <https://www.un.org/development/desa/disabilities/history-of-united-nations-and-persons-with-disabilities-a-human-rights-approach-the-1970s.html>



127. Veneziano, E. (2000). Interaction, conversation et acquisition du langage dans les trois premières années, în Kail, M. și Fayol, M. (coord.). L'acquisition du langage. Le langage en émergence. De la naissance à 3 ans, Presses Universitaires de France, Paris;
128. Walker, S. P., Chang, S. M., Vera-Hernández, M., & Grantham-McGregor, S. (2011). Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. *Pediatrics*, 127(5), 849-857.
129. Weatherston, D. (2005). Returning the Treasure to Babies. An Introduction to Infant Mental Health Service and Training, în Finello, K.M. (ed.), *The Handbook of Training and Practice in Infant and Preschool Mental Health*, Josey-Bass, San Francisco;
130. Wetherby A, Prizant B (2002). *The Infant Toddler Checklist from the Communication and Symbolic Behavior Scales*. Baltimore: Brookes Publishing
131. Wilmshurst, L. (2005). *Essentials of Child Psychopathology*, John Wiley & Sons, Inc.;
132. Witherington, D.C., Campos, J.J., Hertenstein, M.J. (2004). Principles of Emotion and its Development in Infancy, în Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.
133. Wyly, M. V. (1997). *Infant Assessment*, Westview Press, Boulder.
134. Yıldırım Doğru, S. S. (2019). Special education in early childhood. S. S. Yıldırım Doğru (Ed.), in *Special education in early childhood* (ss. 1-17). Ankara: Vize Academic Publishing.
135. Zeanah, P., Stafford B., Zeanah, C. (2005). *Clinical Interventions to Enhance Infant Mental Health: A Selective Review*. National Center for Infant and Early Childhood Health Policy at UCLA.
136. Zero to Three (1999). *Diagnostic Classification 0 – 3: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*, ZERO TO THREE: National Center for Infants, Toddlers and Families, Washington DC;
137. Zigler, E. F. (2000). *Handbook of early childhood intervention*, Cambridge University Press.

Electronic References

- *** <http://www.acev.org>
- ***<http://cekirdekgelisim.com.tr>
- ***<https://eae.anadolu.edu.tr/enstitumuz/hakkimizda>
- ***<https://ribem.com.tr/>