

Üç yaş ve öncesi konuşma gecikmesi nedeniyle çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran çocukların tanı ve klinik özelliklerine ilişkin bir izlem çalışması

A follow-up study on the diagnostic and clinical features of 3 years old and younger children presenting to child psychiatry outpatients with speech delay

Bürge Kabukçu Başay, Damla Tezer

Gönderilme tarihi: 23.03.2020

Kabul tarihi: 07.04.2020

Özet

Amaç: Çalışmamızın amacı 3 yaş ve öncesinde çocuk psikiyatrisi polikliniklerine konuşma gecikmesi şikayeti ile başvuran çocukların mevcut dil gelişimi ve konuşma durumlarını değerlendirmektir. Ayrıca çocukların bu süreçte aldıkları tanıların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmada, 01.01.2018-30.06.2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran 0-3 yaş arası çocukların (n=179) bilgilerinin değerlendirildiği önceki bir retrospektif dosya tarama çalışmasına ait veriler kullanılmıştır. Bu çocuklar arasından konuşma gecikmesi şikayeti olan 79 (%44,1) çocuğun ebeveynlerine ait telefon numaraları sistem kayıtlarından araştırılmıştır. Ulaşılabilen 59 çocuğun ebeveyni ile çocukların dil gelişimi, konuşma ve sosyal etkileşimlerine yönelik 2 yıl sonraki mevcut durumları, süreç içerisinde aldıkları tanı ve eğitsel müdahaleler hakkında bilgi edinilmesi amacıyla yarı-yapılandırılmış telefon görüşmeleri yapılmıştır. Çalışma bulguları tanımlayıcı istatistik ile sunulmuştur.

Bulgular: Elli dokuz çocuktan 11'inde (%18,6) otizm spektrum bozukluğu, 12'sinde (%20,3) genel gelişimsel gecikme ve 11'inde (%18,6) iletişim bozukluğu tanısı (dil bozukluğu n=6, %10,2; konuşma sesi bozukluğu n=5, %8,5) saptanmıştır. 25 (%42,4) çocuğun herhangi bir tanı almadığı ve dil gelişimlerinin ortalama gelişim düzeyini yakaladığı anlaşılmıştır. 25 (%42,4) çocuğa süreç içerisinde eğitsel destek alma amacıyla sağlık kurulu raporu çıkarılmıştır. 30 (%57,6) çocuk özel eğitim almaktadır.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları, okul öncesi yaş döneminde konuşma gecikmesi şikayeti ile çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran çocuklara ek bir tanının çoğunlukla eşlik ettiğini göstermiştir. Bu nedenle konuşma gecikmesi olan çocuklar, ihmal edilmeden yakından izlenmelidir.

Anahtar kelimeler: Dil bozuklukları, dil gecikmesi, çocuk, okul öncesi.

Kabukçu Başay B, Tezer D. Üç yaş ve öncesi konuşma gecikmesi nedeniyle çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran çocukların tanı ve klinik özelliklerine ilişkin bir izlem çalışması. Pam Tıp Derg 2020;13:373-384.

Abstract

Purpose: The aim of our study was to evaluate the current language development and speech status of 3 years old and younger children who admitted to child psychiatry outpatient clinics with a complaint of speech delay. It is also aimed to determine the given diagnoses to those children during this process.

Materials and methods: In the study, data from a previous retrospective study that evaluated the information of 0-3 years old children (n=179) who admitted to a University Hospital child psychiatry outpatient clinics between 1.1.2018 and 30.6.2018 was used. Among these children, 79 (44.1%) children with complaints of speech delay were investigated from the system records to find out their parents' telephone numbers. Semi-structured telephone interviews were made with the accessible parents of 59 children to obtain information about the current status of children after two years. Language development, speech and social interactions, diagnoses they received meanwhile, and educational interventions were evaluated. The findings of the study are presented with descriptive statistics.

Results: Eleven (18.6%) children were diagnosed with autism spectrum disorder, 12 (20.3%) children were diagnosed with general developmental delay, and 11 children were diagnosed with (18.6%) a communication disorder (language disorder n=6, 10.2%; speech sound disorder n=5, 8.5%). 25 (42.4%) children did not receive any diagnosis, and their language development caught up with an average developmental level. In the process, 25 (42.4%) children received a health board report to receive educational interventions. 30 (57.6%) children are in special education.

Conclusion: The results of our study showed that children who applied to child psychiatry outpatient clinics with a speech delay in pre-school age are likely to receive a psychiatric diagnosis in the follow-up. These children should be monitored closely without neglect.

Bürge Kabukçu Başay, Dr. Öğr. Üye. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye, e-posta: burgekabukcu@yahoo.com (orcid.org/0000-0003-4124-2340) (Sorumlu Yazar)

Damla Tezer, Arş. Gör. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, Türkiye, e-posta: damlaoantdr@gmail.com (orcid.org/0000-0003-4778-6947)

Key words: Language disorders, language delay, child, preschool.

Kabukçu Başay B, Tezer D. A follow-up study on the diagnostic and clinical features of 3 years old and younger children presenting to child psychiatry outpatients with speech delay. Pam Med J 2020;13:373-384.

Giriş

Çocuğun gelişim dönemine paralel bir şekilde dil gelişim safhalarını göstermemesi ya da konuşmasının yaşlılarından geri kalması durumunda konuşma gecikmesi düşünülür [1]. Konuşma gecikmesi, sıklıkla bilişsel gelişimde gecikme, yaygın gelişimsel bozukluk (otizm, atipik otizm) tanılarına eşlik edebileceği gibi, maturasyonel (late talkers) de olabilir ve bir süre sonra bu çocuklar yaşlılarını yakalar. Bir kısım çocukta da dil bozukluğu ya da fonolojik bozukluk gibi sesleri çıkarmaya yönelik güçlükler görülür [2-4].

Patolojik dil gelişim gecikmesi ile maturasyonel dil gecikmesini ayırt etmek her zaman kolay değildir [5]. Her ne kadar, maturasyonel dil gecikmesi olan çocukların birçoğunun izlemde yaşlılarını yakaladığı belirtilse de [2, 5]; bu çocukların bir kısmında otizm spektrum bozukluğu (OSB) veya zihinsel engellilik ya da işitme kaybı riski vardır ve de dil bozuklukları ile ayırıcı tanısının yapılması gereklidir. Bu nedenle, konuşma gecikmesi olan tüm çocuklar kulak burun boğaz (KBB), çocuk nörolojisi ve çocuk psikiyatrisi bölümlerince klinik olarak değerlendirilmelidir [5]. Beklenen dil gelişiminde aksamalar varsa, örneğin bir çocuk, yaşamın ilk 12 ayında babıldamaya başlamadı ise, 18 aya kadar basit yönergeleri anlamıyor ve tepki vermiyorsa, 2 yaşa kadar anlamlı kelimeleri yoksa, 3 yaşında cümle kurmuyorsa ve 4-5 yaş civarında basit öyküler anlatamıyorsa ayrıntılı değerlendirme gereklidir [5].

Konuşma gecikmesinin altın standart bir tanımı olmaması [6] ve çalışmalar arası metodolojik farklılıklardan dolayı konuşma gecikmesinin yaygınlığını araştıran çalışmalarda farklı oranlar bildirilmiştir [5, 7]. Okula başlama yaşı geldiğinde çocukların %6-7'sinde konuşma ve dil gelişiminde gecikme olduğu bilinmektedir [4, 8]. Amerika Bileşik Devletleri'nde yapılmış bir çalışmada 6 yaşındaki çocukların %3,8'inde konuşma gecikmesi bulunmuştur [9]. Pediatri polikliniklerine başvuran 1-12 yaş arası çocukların tarandığı bir çalışmada ise konuşma

ve dil gecikme yaygınlığı %2,53 olarak rapor edilmiştir [10]. Okula başlama yaşına ulaşıldığında halen devam etmekte olan dil gelişim gecikmesinin uzun vadede akademik, toplumsal ve psikiyatrik alanda güçlüklerle ilişkili olduğu gösterilmiştir [4, 11, 12]. Bununla birlikte prognozla ilgili bilgilerin tutarlı olmadığı, gidişatı yordamaya dair belirleyicileri tanımlamanın kolay olmadığı ve çalışmalar arası çelişkili sonuçlar olduğu da vurgulanmıştır [5, 13].

Okul öncesi yaş grubu, çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuruların daha az bir kısmını oluşturmaktadır. Bu yaş grubundan çocukların başvuru sebeplerini değerlendiren az sayıda çalışma mevcuttur. Hooks ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada bu yaş grubundaki olguların %58'inin aileleri tarafından gelişimsel gecikme kuşkusuyla getirildiği bildirilmiştir [14]. Bizim kliniğimizde yapılan bir geriye dönük dosya tarama çalışmasında 0-3 yaş grubunda en sık çocuk psikiyatrisi polikliniği başvuru yakınmasının konuşma gecikmesi olduğu ve bu yaş grubundaki tüm başvuruların %44,1'inde bulunduğu görülmüştür [15]. Türkiye'de yapılmış başka bir çalışmada da okul öncesi yaş grubu çocuklarda çocuk psikiyatrisi polikliniklerine en sık başvuru nedeninin çok benzer bir oranla (%43,5) konuşma gecikmesi olduğu rapor edilmiştir [16]. Bu çocukların ilerleyen dönemde ne kadarının dil gelişimi açısından yaşlılarını yakalayabildiği, ne kadarının psikiyatrik bir tanı aldığı ve bu tanıların neler olduğunun belirlenmesi bu çocuklarımızın uzun vadedeki seyirleri hakkında bilgi edinme ve onları daha iyi anlamak adına önemlidir. Böylelikle, okul öncesi yaş grubunda konuşma gecikmesi olan çocuklarımızın izlem ve tedavilerini daha sağlıklı sürdürebilmek, ailelere uygun psikoeğitim ve tutum önerileri verebilmek, prognoz açısından risk altında olan çocukları daha kolay fark edebilmek ve gereğinde terapi ve eğitsel destek almak amacıyla yönlendirebilmek mümkün olacaktır.

Buradan yola çıkarak bu çalışmada, bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniklerinde 6 aylık süre içerisinde değerlendirilmiş olan 3 yaş ve daha küçük yaşta

olan çocuklar arasından konuşma gecikmesi şikayeti ile başvuran çocukların ailelerine yeniden ulaşılmaması ve aradan geçen 2 yıllık süre sonrasında çocukların dil gelişimi, konuşma ve sosyal etkileşimlerine yönelik mevcut durumları, süreç içerisinde aldıkları olası tanılar ve eğitsel tedaviler hakkında bilgi edinilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Çalışma kapsamında, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Poliklinikleri'ne 01.01.2018-30.06.2018 tarihleri arasında başvurmuş olan 0-3 yaş arası çocukların başvuru sebeplerinin değerlendirildiği 2018 yılında gerçekleştirilmiş olan çalışmanın verilerinden yararlanılmıştır [15]. Bu çalışmada, sistem kayıtları geriye dönük olarak taranmış ve belirtilen tarihler arasında 179 çocuğun polikliniklerimize getirildiği ve bunların 79'unda (%44,1; 1-3 yaş aralığında) konuşma gecikmesi yakınıması olduğu; bu yakınımanın bu yaş grubunda en sık görülen başvuru sebebi olduğu anlaşılmıştır. Bu çocukların bir kısmı takiplerini sürdürmüş, bir kısmı da olağan akış içerisinde kontrole gelmeyi çeşitli nedenlerle bırakmıştır. Mevcut çalışmada, ilk değerlendirmenin üzerinden ortalama 2 yıl geçmesinin ardından çocukların şu anki durumlarının araştırılması planlanmıştır. Bu amaçla, 79 çocuğun ailelerine ait iletişim numaraları sistem kayıtlarından taranmış ve sistemden 70 ailenin telefon numarası tespit edilebilmiştir (diğer 9 numaranın artık kullanılmadığı anlaşılmıştır). Belirlenen numaralar telefon ile aranmış, 11 ailenin telefonu açmaması nedeni ile toplamda 59 (%74,7 ulaşım oranı) aileye ulaşılmıştır. Çalışmanın ve görüşmenin amacının açıklanmasının ardından gönüllükleri sorulmuş, tüm aileler telefon görüşmesi yapmakta istekli olmuşlardır. Buna göre 59 çocuğun anne veya babası ile yarı-yapılandırılmış bir telefon görüşmesi yapılmıştır. Çalışmamız metodolojik olarak ilk poliklinik başvurularındaki klinik özelliklerini bildiğimiz çocukların 2 yıl sonraki durumlarının ebeveyn bildirimlerine dayalı ve kesitsel olarak değerlendirildiği bir izlem (follow-up) araştırmasıdır.

Görüşmelerde olguların mevcut konuşma ve toplumsal iletişim durumlarına ve tanılarına yönelik bilgiler edinilmiş ayrıca izlem içerisindeki aldıkları eğitsel destek ve tedaviler sorgulanmıştır. Görüşmeler,

önceden belirlenmiş sorular üzerinden yarı-yapılandırılmış şekilde yapılmıştır. Görüşme soruları şunlardır: 1) Konuşması yaşlılarıyla aynı seviyede mi, gecikme var mı? 2) Cümle kurma var mı?/ Kaç kelimeli cümle?/ Tekli kelime var mı?/ Konuşulanı anlar mı? 3) Söyledikleri başkaları tarafından anlaşılır mı? Çıkaramadığı sesler var mı (konuşma sesi bozukluğu)? 4) Verilen komutu anlayıp yerine getirebilir mi? 5) Göz teması var mı? 6) İsmi seslenildiğinde bakar mı? 7) Yaşlılarıyla karşılıklı oyun oynar mı? 8) Takıntıları, tekrarlayıcı davranışları var mı? 9) Anlama, kavrama yaşına uygun mu, gecikme var mı (bilişsel gecikme)? 10) Hekim tarafından konulmuş olan bir tanısı var mı? Varsa nedir? 11) Sağlık kurulu raporu var mı? 12) Özel eğitim alıyor mu? Alıyorsa ne amaçla (genel gelişimsel gecikme/ konuşma terapisi/ otizm spektrum bozukluğu) 13) Kreşe gidiyor mu? 14) KBB/ nöroloji değerlendirmesi var mı? 15) Bilinen tıbbi bir hastalık var mı? İşitme kaybı, nörolojik hastalık vb. var mı? 16) Ailede geç konuşan başka kişi var mı?

Görüşmeler 5 ila 10 dakika aralığında sürmüş, tüm ebeveynler görüşmeye koopere olabilmemiş, sorulan soruları anlayarak uygun yanıtlar vermişlerdir. Tüm görüşmeler aynı kişi tarafından yapılmış, böylece değerlendirmeler arası farklılığın önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Ailelerden alınan bilgiler, üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi bölümünde izlemine sürdüren ve/veya KBB ve çocuk nörolojisi kontrolleri yine aynı hastanede yapılmış olan çocuklarda, sistem kayıtlarındaki verilerle de karşılaştırılmış; ailelerin verdikleri bilgilerin tutarlı olduğu anlaşılmıştır.

Çalışma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komisyonu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) paket programı kullanılmıştır. Çalışma bulguları tanımlayıcı istatistik kullanılarak ortalama, standart sapma (SS), sayı (n) ve oran şeklinde sunulmuştur. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında 5'in altında beklenen değer olması nedeniyle Fisher'in Exact Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

İlk başvuruya ait bulgular

79 kişinin yaş ortalaması yıl olarak 2,24 (SS=0,62, min=1, maks=3 yaş); ay olarak 32,72 (SS=6,48, min=12, maks=44 ay) bulunmuştur. Olguların 16'sı (%20,3) kız, 63'ü (%79,7) erkektir.

İlk başvuru sırasındaki değerlendirmelere göre (n=79) hastaların ön tanı ve tanıları incelendiğinde, 3 (%3,8) çocuğa genel gelişimsel gecikme (GGG), 10 (%12,6) çocukta otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanıları konularak özel eğitim alması amacıyla sağlık kuruluna yönlendirilmiştir. 24 (%30,4) çocuk da GGG ve/veya OSB belirtileri açısından yakın poliklinik izlemine alınmıştır. Diğer 42 (%53,2) çocuk ise dil gelişiminde gecikme açısından önerilerle takibe alınmıştır. Alınan anamneze göre 79 çocuğun 48'inde (%60,8) uyaran düzeyi yetersiz bulunmuş, 50'sinin (%63,3)'de yoğun şekilde ekran (tv, tablet, cep telefonu) maruziyeti olduğu düşünüldükten bu yönde öneriler verilmiştir. Ayrıca kreşe gidebilme imkanı ve uygunluğu olan 40 (%50,6) çocuğun kreşe başlatılması önerilmiştir.

Çalışma kapsamında ailelerine telefonla ulaşılan 59 çocuğun ilk başvuru zamanındaki durumları incelendiğinde ise o zamanki yaş ortalamalarının yıl olarak 2,25 (SS=0,63, min=1, maks=3 yaş) yıl olduğu; ay olarak da 32,76 (SS=6,31, min=12, maks=44 ay) ay olduğu görülmüştür. Olguların 13'ü (%22) kız, 46'sı (%78) erkektir.

Bu çocukların ön tanı ve tanıları bakımından değerlendirme yapıldığında, 3 (%5,1) çocuğun o dönemde GGG, 7 (%11,9) çocuğun da OSB tanıları aldığı ve özel eğitim almak amacıyla sağlık kuruluna yönlendirildiği anlaşılmıştır. 16 (%27,1) çocuk GGG ve/veya OSB belirtileri açısından yakın poliklinik izlemine alınmıştır. Diğer 32 (%54,2) çocuğa da dil gelişiminde gecikme açısından öneriler verilerek takibe alınmıştır. Anamnez bilgilerine göre 59 çocuğun 34'ünün (%57,6) uyaran düzeyi yetersizdir, 36'sının (%61,0) da yoğun şekilde ekran (tv, tablet, cep telefonu) maruziyeti olduğu

düşünülmüş ve bu yönde öneriler verilmiştir. Ayrıca kreşe başlama imkanı olan 33 (%55,9) çocuk için bu yönde öneride bulunulmuştur (Tablo 1).

2 yıl sonraki mevcut duruma ait bulgular

Çalışma kapsamında iletişim bilgileri üzerinden ulaşılarak aileleri ile telefon görüşmesi yapılan 59 çocuğun şu anki yaş ortalaması yıl olarak 4,31 (SS=0,62, min=3, maks=5 yaş); ay olarak 56,36 (SS=6,55, min=36, maks=66 ay) bulunmuştur.

Çocukların 25'inin (%42,4) dil gelişim düzeylerinin yaşitlarını yakaladığı, 34'ünün (%57,6) ise halen daha dil gelişiminde gecikme ve/veya konuşmada sesleri çıkarmada güçlük yaşadığı anlaşılmıştır. Konuşma miktarı açısından elde edilen bilgilere göre çocukların 30'u (%50,8) 3 kelimeli ve fazlası olacak şekilde cümle kurabilmekte, 14'ü (%23,7) iki kelimeli cümle kurabilmekte, 15'i (%25,4) ise cümle kuramamakta ancak anlamlı kelimeler çıkarabilmektedir. Ulaşılan çocuklar arasından anlamlı kelimesi olmadığına dair bilgi edinilen çocuk olmamıştır. Yine ailelerden elde edilen bilgilere göre, 40 (%67,8) çocuğun konuşması başkaları tarafından anlaşılabilirken, 19 (%32,2) çocuğun konuşmasını başkaları rahat bir şekilde anlayamamaktadır.

Çocukların tanıları sorgulandığında ise, OSB veya GGG kuşkusu veya ön tanısıyla yakın izleme alınan 16 çocuktan 13 (%81,2) çocuğun OSB veya GGG tanısı aldığı, böylece toplamda çocukların 11'inin (%18,6) süreç içerisinde OSB tanısı, 12'sinin (%20,3) GGG'si olduğu; dil gelişiminde gerilik nedeniyle izleme alınan 33 çocuktan da 11'inin (%33,3) dil bozukluğu veya konuşma sesi bozukluğu tanısı aldığı (6 çocukta (%10,2) dil bozukluğu, 5 çocukta (%8,5) konuşma sesi bozukluğu) anlaşılmıştır. Böylece, OSB veya GGG açısından riskli bulunmayarak dil gelişimi yönüyle izlenen çocukların (n=33) 22'si (%66,6) süreçte yaşitlarını yakalamıştır. Çocukların mevcut klinik durum ve tanılarına ilişkin veriler Tablo 2'de gösterilmiştir. Çocukların ilk değerlendirme ve şimdiki durumları, tanı oranları açısından karşılaştırıldığında, şimdiki durumda OSB ve

GGG tanılarını, ilk değeriendirmedeki OSB ve GGG tanılarına göre istatistiki olarak anlamlı şekilde fazla bulunmuştur (p=0,000). Benzer olarak, mevcut durumda herhangi bir tanı varlığı da, ilk değeriendirmede herhangi bir tanı bulunma durumuna göre istatistiki olarak

anlamlı olacak şekilde fazla bulunmuştur (p=0,003) (Tablo 3 ve Tablo 4).

Çocukların izlem ve tedavi sürecindeki yaklaşımlar Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 1. Olguların ilk başvuru zamanındaki özellikleri.

	Tüm ilk başvuru (n=79)	Ulaşılabilenler (n=59)
	Ortalama±SS / n (%)	Ortalama±SS / n (%)
Yaş		
Ay olarak	32,72±6,48	32,76±6,31
Yıl olarak	2,24±0,62	2,25±0,63
Cinsiyet		
Kız	16 (%20,3)	13 (%22)
Erkek	63 (%79,7)	46 (%78)
İlk başvuru ne şekilde		
Konsültasyon ile	9 (%11,4)	6 (%10,2)
Pediyatri	5 (%6,3)	2 (%3,4)
Genetik	2 (%2,5)	2 (%3,4)
KBB	2 (%2,5)	2 (%3,4)
Aile kendisi başvurmuş	70 (%88,6)	53 (%89,8)
Tanı		
OSB*	10 (%12,6)	7 (%11,9)
GGG*	3 (%3,8)	3 (%5,1)
Ayırıcı tanı nedeniyle izlem önerisi		
OSB/GGG	24 (%30,4)	16 (%27,1)
Dil gelişiminde gecikme (Dil bozukluğu)	42 (%53,2)	33 (%55,9)
Ebeveyn tutum hatası		
Uyaran eksikliği	48 (%60,8)	34 (%57,6)
Yoğun ekran maruziyeti	50 (%63,3)	36 (%61,0)

KBB: Kulak burun boğaz, OSB: Otizm spektrum bozukluğu, GGG: Genel gelişimsel gecikme

*Bu çocuklara tanı konularak özel eğitim almaları amacıyla sağlık kuruluna yönlendirme yapılmıştır.

Tablo 2. Olguların mevcut klinik özellikleri (n=59).

	Ortalama±SS / n (%)
Yaş	
Ay olarak	56,36±6,55
Yıl olarak	4,31±0,62
Konuşma durumu	
Yaşitlarını yakalamış	25 (%42,4)
Yaşitlarının gerisinde	34 (%57,6)
Konuşma miktarı	
3 kelimeli cümle kuruyor	30 (%50,8)
2 kelimeli cümle kuruyor	14 (%23,7)
Tek kelimeler söylüyor	15 (%25,4)
Konuşması başkalarınca anlaşılır mı?	
Anlaşılır	40 (%67,8)
Anlaşılmaz	19 (%32,2)
Komutları yerine getirir mi?	
Evet	44 (%74,6)
Kısmen	12 (%20,3)
Hayır	3 (%5,1)
Göz teması kurar mı?	
Evet	48 (%81,4)
Kısmen	7 (%11,8)
Hayır	4 (%6,8)
İsmi seslenildiğinde bakar mı?	
Evet	49 (%83,1)
Kısmen	6 (%10,1)
Hayır	4 (%6,8)
Yaşitlarıyla karşılıklı oyun oynar mı?	
Evet	49 (%83,0)
Kısmen	3 (%5,1)
Hayır	7 (%11,9)
Takıntılı/tekrarlayıcı davranışları var mı?	
Evet	12 (%20,3)
Kısmen	2 (%3,4)
Hayır	45 (%76,3)
Anlama ve kavraması yaşitlarına göre nasıl?	
Aynı seviyede	36 (%61,0)
Yaşitlarının gerisinde	23 (%39,0)
Tanısı	
OSB	11 (%18,6)
GGG	12 (%20,3)
Dil Bozukluğu	6 (%10,2)
Konuşma Sesi Bozukluğu	5 (%8,5)
Tanı yok	25 (%42,4)

OSB: Otizm spektrum bozukluğu, GGG: Genel gelişimsel gecikme

Tablo 3. OSB ve GGG tanı oranlarının İlk değerlendirme ve mevcut durum arasında karşılaştırılması

İlk değerlendirmede OSB veya GGG varlığı	Şu anda OSB veya GGG varlığı			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Evet	10	43,5	0	0
Hayır	13	56,5	36	100
Toplam	23	100	36	100

p= 0,000*

*Hücrelerde 5'in altında beklenen değer bulunması nedeni ile Fisher'in Exact Testi uygulanmıştır.

OSB: Otizm spektrum bozukluğu, GGG: Genel gelişimsel gecikme

Tablo 4. Tüm tanı oranlarının İlk değerlendirme ve mevcut durum arasında karşılaştırılması.

İlk değerlendirmede tanı varlığı	Şu anda herhangi bir tanı varlığı			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Evet	10	29,4	0	0
Hayır	24	70,6	25	100
Toplam	34	100	25	100

p= 0,003*

*Hücrelerde 5'in altında beklenen değer bulunması nedeni ile Fisher'in Exact Testi uygulanmıştır.

Tablo 5. Olgulara ait diğer bilgiler ve tedavi sürecine ilişkin veriler (n=59).

	n (%)
Sağlık kurulu raporu düzenlenmiş mi?	
Evet	25 (%42,4)
Hayır	34 (%57,6)
Özel eğitim alıyor mu?	
Evet	30 (%50,8)
Hayır	29 (%49,2)
Özel eğitim ne amaçla alıyor?	
OSB'na yönelik	11 (%18,6)
BGG'sine yönelik	10 (%16,9)
Konuşma terapisi	9 (%15,3)
Kreşe gidiyor mu?	
Evet	45 (%76,3)
Hayır	14 (%23,7)
KBB değerlendirmesi yapılmış mı?	
Evet	59 (%100)
Muayene bulguları olağan	56 (%94,9)
İşitme kaybı (kohlear implant) mevcut	3 (%5,1)
Çocuk nöroloji değerlendirmesi yapılmış mı?	
Evet	59 (%100)
Muayene bulguları olağan	51 (%86,4)
Nörolojik hastalık tanısı var	8 (%13,6)
Kronik tıbbi hastalık tanısı var mı?	
Evet	11 (%18,6)
Hayır	48 (%81,4)
Ailede geç konuşan başka kişi var mı?	
Evet	12 (%20,3)
Hayır	47 (%79,7)

OSB: Otizm spektrum bozukluğu, BGG: Bilişsel gelişimde gecikme, KBB: Kulak burun boğaz

Tartışma

Konuşma gecikmesi okul öncesi yaş döneminde çocuk psikiyatrisi poliklinik başvuru sebepleri arasında sık görülen nedenlerden birisidir. Mevcut çalışmamızda 1-3 yaş arası çocukların konuşmada gecikme şikayeti ile 6 aylık bir zaman dilimi içerisinde çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran 79 olgunun başvuru tarihinden ortalama 2 yıl sonra telefon ile ailelerine ulaşılabilen 59'u hakkında bilgi toplanmış ve çocukların süreçte aldıkları tanı ve dil gelişim süreçleri gözden geçirilmiştir. Buna göre ilk değerlendirmede çocukların %17'si gelişimsel gecikme veya OSB tanısı almış, %27'si de bu tanıları açısından kuşku bulularak izlem önerilmiştir. 2 yılın sonunda bir hekim tarafından OSB veya GGG tanısı aldığı belirtilen çocuk oranı %38,9'dur. Gelişimsel gecikme veya otizm spektrumunda bulgu

göstermeyen ancak öncelikle dil gelişiminde gecikme düşünülen 33 olgunun (%55,9), üçte birinin 2 yılın sonunda konuşma ve dil alanında halen sorun yaşamakta olduğu, üçte ikisinin ise yaşlıtlarını yakalayabildiği anlaşılmıştır. Buna göre çocuk psikiyatrisi polikliniklerine konuşma gecikmesi şikayeti ile getirilen 1-3 yaş arası çocukların iki yıllık süre içerisinde 25'inin gelişimsel gecikme, otizm spektrumu veya dil gelişimi ile ilgili bir tanı almaksızın yaşlıtlarını yakalayabildiği (%42,4), 34'ünün ise (%57,6) bu kategoride herhangi bir tanı aldığı anlaşılmıştır. Bu oranlar, çocuk psikiyatrisi polikliniklerine yaşamın erken yaşlarında konuşma gecikmesi şikayeti ile getirilen çocukların yakın izleminin önemini ortaya koymaktadır.

Çocuk psikiyatrisi polikliniklerine başvuran olgular arasında okul öncesi yaş grubu göreceli olarak daha az bir kısmı oluşturmaktadır.

Yazında okul öncesi yaş grubundaki psikiyatrik sorunları değerlendiren araştırmalar okul çağı ve ergenlik yaş gruplarına göre oldukça az sayıdadır. Çocuk psikiyatrisi polikliniklerinde 5 yaşın altındaki çocuklarda başvuru nedenlerini ve değerlendirme sonrası tanıları araştıran bir çalışma, başvuruların yarısından çoğunun (%58) gelişimsel gecikme şikayeti ile olduğunu, tanısız değerlendirme sonrasında ise %17,1 orandaki olgunun yaygın gelişimsel bozukluk, %28,5'inin de gelişimsel gecikme tanısı aldığını rapor etmiştir [14]. Konuşma gecikmesi, OSB'de ve zihinsel engellilik durumlarında tanıya eşlik eden klinik bir belirti olarak karşımıza çıkar. Otizmli çocuklarda alıcı ve ifade edici dilde ciddi gecikmeler söz konusudur [2]. DSM-4, dil gelişiminde gecikmeyi OSB tanı kriterleri arasında kabul etmiş, ancak DSM-5'te bu durum ayrı bir kriter olarak ele alınmayarak, A kriterindeki toplumsal iletişim ve etkileşim güçlükleri arasında değerlendirilmiştir [17, 18]. Konuşma ve dil gelişiminde gecikme, çocuğun gelişim basamaklarında yaşına göre bir gecikmesi olduğunda, ailelerin öncelikle fark edebildikleri ve değerlendirme amacıyla hekime başvurdukları bir sorun alanıdır. 2-3 yaş grubu çocuklarda dil gelişiminde gecikme ve davranış sorunları, zihinsel gelişim geriliği olan çocuklarda en çarpıcı belirtilerdir [19]. Ailelerin, çocuğun anlama ve dil gelişimi için kendilerince yaptıkları değerlendirmelerin, kognitif test sonuçları ile iyi bir korelasyon gösterdiği belirtilmiştir [20]. Bu nedenlerle ki, çocuk psikiyatrisi polikliniklerine konuşma gecikmesi yakınması ile getirilen olguların değerlendirmeleri tam olarak yapılmalı ve OSB ve bilişsel gelişim gecikmesi açısından dikkatli olunmalı; bu çocuklar yakın izleme alınmalıdır. Çalışmamızda ilk değerlendirmede %17 olarak bulduğumuz ve özel eğitim alması için yönlendirdiğimiz OSB veya GGG tanılı çocukların oranının, iki yılın sonunda %40'lara yaklaşması bu anlamda dikkat çekici bir bulgudur. Konuşma gecikmesi ile çocuk psikiyatrisi polikliniklerine bir yıllık süre içerisinde başvuran olguların retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışma, yaş ortalaması 34 ay olan grupta %23,6 oranda yaygın gelişimsel bozukluk, 5,5 oranda zihinsel engellilik rapor etmiştir [21]. Çalışmamızda zihinsel gecikme (GGG) oranlarının yüksek olması, araştırmamızın iki yıl sonrasına ait verilerin değerlendirildiği izlem çalışması olması ve olgularımızın yaş ortalamasının daha büyük olması ile ilişkili olabilir. Buna destek olarak,

ilk değerlendirmede tanı konulmayan ancak OSB veya GGG açısından riskli bulunarak yakın izleme alınan 16 çocuktan 3'ünün iki yılın sonunda herhangi bir tanı almadığı ancak diğer 13 çocuğun bu tanılardan birini aldığı anlaşılmıştır. Bir başka dosya tarama çalışması da, konuşma gecikmesi ile başvuran 0-5 yaş arası çocukların %12,8'inin OSB tanısı aldığını bulgulamıştır [16]. Bu oran ilk değerlendirmenin yapıldığı zaman elde ettiğimiz OSB tanı oranına oldukça yakındır. Çalışma bulgularımız, konuşma gecikmesi yakınması ile kesitsel olarak değerlendirilen çocuklarda görülen OSB ve GGG tanı oranlarının izlemde yükseldiğini göstermiştir. Ayrıca, otizm ve bilişsel gelişimde olası gecikme belirtilerini taramaya yönelik ailelere yönelttiğimiz sorulardan elde ettiğimiz veriler de, OSB veya GGG tanı oranları ile uyumlu bulunmuştur. Buna göre, ailelerin %39'u çocuğun anlama ve kavramasının yaşlarının gerisinde olduğunu, %25'i komut alıp yerine getirmede zorlandığını (kısmen ve hayır), %18'i göz temasında kısıtlılığı olduğunu (kısmen ve hayır), %17'si ismi seslendirildiğinde kısmen baktığını veya bakmadığını, yine %17'si yaşlarıyla karşılıklı oyun oynamada kısıtlılık olduğunu (kısmen ve hayır), %23'ü de çocuğun tekrarlayıcı ve takıntılı davranışları olduğunu belirtmiştir.

Dil gelişiminde gecikme, zihinsel engellilik veya OSB'nin olmadığı durumlarda işitme kaybı, bilingualizm, maturasyonel (gelişimsel) dil gecikmesi, veya bir iletişim bozukluğu tanısı nedeni ile olabilir [1-4]. Çalışmamız kapsamında ulaşılan çocuklar arasında çift dilli (bilingual) olanlar bulunmamakta, 3 çocukta ise işitsel kayıp öyküsü bulunmaktadır (%5). Çalışmamızda olası dil bozukluğu veya maturasyonel dil gecikmesi ön tanılarıyla izlem önerilen 33 çocukta 22'si (%66) iki yılın sonunda yaşlarını yakalamış, böylece ilk başvuru yakınmalarının maturasyonel dil gecikmesi nedeniyle olduğu anlaşılmıştır. Diğer 11 (%33) çocuk ise iletişim bozuklukları tanı grubundan bir tanı almıştır. İki yılın sonunda tüm örneklem içinde dil bozukluğu tanı oranı %10,2, konuşma sesi bozukluğu tanı oranı ise %8,5 olarak bulunmuştur. Yasin ve ark., çocuk psikiyatrisi poliklinik kayıtlarını kesitsel olarak taradıkları çalışmalarında, ekspresif dil bozukluğu tanı oranını %5,5, fonolojik bozukluk (DSM-5'teki ismiyle konuşma sesi bozukluğu) tanı oranını %10 olarak bildirmişlerdir [21]. 3,5 yaşın altında (ortalama 34 ay), OSB ve bilişsel

gelişim gecikmesi tanıları ekarte edilerek konuşma gecikmesi yakınmasıyla konuşma terapi merkezine başvuran çocukların bir yıllık doğal gidiş sonrası (eğitim verilmeksizin) izlemi neticesinde, çocukların üçte ikisinin halen çalışma kriterlerini karşılar düzeyde yakınması olduğu rapor edilmiştir [6]. Bizim çalışmamızda değerlendirmenin iki yıl sonra yapılmış olması, daha iyi izlem sonuçları bulunması ile ilişkili olabilir. Ayrıca, geç konuşan çocukların %50-80'inin okul öncesi döneme kadar normal düzeyde dil becerileri kazandığı bilinmektedir [2]. Bununla birlikte, çalışmamızda konuşma gecikmesi şikayeti ile başvuran çocukların tümü birlikte değerlendirildiğinde (n=59), iki yılın sonunda herhangi bir tanı almayan çocuk oranı %42,4 olarak bulunmuştur. Ebeveynlerin çocuklarının konuşma düzeyinin yaşitlarını yakalama durumunu sorgulayan soruya verdikleri yanıtlarda da tanı durumuyla uyumlu oranlar elde edilmiştir. Benzer şekilde, ebeveynlerin yaklaşık yarısı çocuklarının henüz üç kelimeli cümle kurma düzeyinde olmadığını, üçte biri de çocuğun konuşmasının başkaları tarafından anlaşılmadığını ifade etmiştir. 2 yılın sonunda tüm olguların %57,6'sı herhangi bir psikiyatrik tanı almaktadır. Bu oranların oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum örneklemin klinik örneklem olmasıyla ilişkili olabilir. Çocukların aldıkları tanı oranları, ilk değerlendirme ve mevcut durum arasında karşılaştırıldığında, hem OSB ve GGG tanısı alma açısından, hem de herhangi bir tanı bulunması açısından istatistiki olarak anlamlı bir tanı artışı olduğu görülmektedir. Yazın bulguları da, konuşma gecikmesi olan çocukların uzun dönemde psikiyatrik tanı alma oranlarının yüksek olduğu yönündedir [22]. Konuşma gecikmesi ile başvuran çocuklar arasında olası bilişsel gelişimde gecikme ve OSB tanılarının da var olacağı düşünüldüğünde, halk arasında sık karşılaşılan "geç konuşur önemli değil" yaklaşımının gerçekçi olmadığı anlaşılmaktadır.

Çocukların izlemindeki yaklaşımlar ve eğitsel destek alma durumları gözden geçirildiğinde, 25 (%42,4) çocuğa sağlık kurulu raporu düzenlendiği, 30 (%50,8) çocuğun da, özel eğitim almakta olduğu anlaşılmıştır. Çocukların %15'i konuşma terapisi, almakta yaklaşık %17'si bilişsel gecikmeye yönelik, %18'i de otizm spektrum bulgularına yönelik özel eğitim almaktadır. Sağlık kurulu raporları ile engeli bulunan çocukların eğitsel haklarından

yararlanması sağlanmaktadır. Ülkemizde çocuklarda sağlık kuruluna rapor almak için başvuru nedenlerini inceleyen çalışmalarda en sık başvuru nedenlerinin özel eğitimden yararlanma isteği olduğu görülmektedir [22, 24]. Konuşma terapisi, dil gelişiminde gecikme olduğu hallerde uzmanlarca önerilmektedir. Ancak müdahalenin ne zaman yapılması gerektiği konusunda yazında görüş birliği yoktur; kimi uzmanlar terapinin inatçı durumlarda verilmesinin uygun olduğunu, kimi uzmanlar da erken müdahalenin prognoz açısından olumlu sonuçlar doğurduğunu vurgulamışlardır [2]. Ayrıca, konuşma gecikmesinde normal yaşitları ile sık bir arada bulunma sonucu konuşmada kazara öğrenmenin meydana geldiği ortamların sağlanması önemlidir [2]. Bu nedenle dil gelişiminde gecikmesi olan okul öncesi yaş grubundaki çocukların kreşe başlatılması önerilir. Bizim çalışmamızda, çocukların yaklaşık dörtte üçünün kreşe devam ettiği, dörtte birinin ise kreşe gitmediği anlaşılmıştır. Çalışmaya dahil edilen çocukların tümünün en az bir kere KBB ve çocuk nörolojisi bölümlerince değerlendirildiği, 3 çocuğa kohlear implant takıldığı, 8 çocuğun da ek nörolojik hastalığı bulunduğu anlaşılmıştır. Konuşma gecikmesi olan çocukların KBB ve çocuk nörolojisi bölümlerince de muayene edilmesi önerilmektedir [5]. Tüm çocukların iki yıllık süre içerisinde gerekli değerlendirmelerden geçmiş olması, olması gereken ve başvuran ailelerin bilinçlilik düzeyinin iyi yönde olduğunu gösteren bir bulgudur. Çalışma örnekleminin üniversite hastanesinde seçilmiş olması bu noktada etken olmuş olabilir.

Dil gelişimi açısından olası risk faktörleri yönüyle, %20 oranda çocuğun ailesinde geç konuşma öyküsü vardır. Aile öyküsü, maturasyonel konuşma gecikmesi için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir [25]. Fazla ekran maruziyeti [26] ve uyarıcı eksiliği de [10, 27], dil gelişimini olumsuz etkilediği bilinen durumlardandır. Çalışmamızda ilk başvuru zamanında olguların %57,6'sında uyarıcı eksiliği düşündürecek öykü ve %61'inde yoğun ekran maruziyeti saptanarak uyarıcı artımı ve ekran süresinin kısıtlanması yönünde öneriler verilmiştir. Yazında, cinsiyet yönüyle de erkek cinsiyetin konuşma gecikmesi için risk faktörü olduğu belirtilmektedir [28]. Erkek/kız çocuk oranı klinik temelli çalışmalarda (2/1-6/1), toplum temelli (1,3/1) olanlara göre daha yüksek

yüksektir [5, 29]. Bizim örneklemimizde erkek çocuk sayısının kız çocuk sayısının yaklaşık 3,5 katı olması bununla uyumlu ve beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı, olguların birebir görüşme yapılarak yüz yüze değerlendirilmemiş, bunun yerine aileler ile telefon görüşmesi yapılarak veri toplanmış olmasıdır. Bu nedenle çalışmadan elde edilen veriler ailelerin bildirimine dayalıdır, hatırlama veya yanıt yanlılığı (recall veya response bias) olabilir. Bulgular değerlendirilirken bu kısıtlılık göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca ilk başvuru verileri sistem kayıtları geriye dönük taranarak elde edilmiştir. Toplam 79 olgunun 20'sine ulaşılammış olması da yaklaşık dörtte bir olgudan veri elde edilememiş olmasına neden olmuştur.

Sonuç olarak, bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniklerine konuşma gecikmesi şikayeti ile başvuran 1-3 yaş arasındaki çocukların iki yıl sonra ne durumda oldukları sorusundan yola çıkarak yapılan araştırmamız neticesinde, bu çocuklarımızın yaklaşık %40'ının süreç içerisinde OSB veya GGG tanısı aldığı; ilk başvuruda bu tanılar açısından önemli bir kuşku barındırmayan çocukların ise izlemde üçte iki oranla yaşlılarını yakaladığı; diğer üçte birin de dil bozukluğu ve konuşma sesi bozukluğu tanısı aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Maturasyonel dil gecikmesi olan çocukların ailelerine çocuğa karşı duyarlılığı artırma, dili modelleme ve iletişimi güçlendirme yönünde öneriler vermek uygun olacaktır [5]. Çalışmamızın kısıtlılıkları göz önünde bulundurulmakla birlikte, bu yaş grubunda yapılmış izlem çalışması yazında son derece kısıtlıdır. Ayrıca, halk arasındaki özellikle erkek çocuklar geç konuşur anlayışı, çocukların hekime başvurularının gecikmesine, ya da poliklinik izlem süreçlerinin düzenli olmamasına neden olmaktadır. Bu yönüyle çalışmamız, çocuk psikiyatrisi polikliniklerine konuşma gecikmesi yakınması ile başvuran çocukların düzenli izleminin ve gerekli hallerde eğitsel destek sağlamanın önemini gözler önüne sermiştir. Bu çocukların bir kısmı da ilk başvurularında KBB veya pediatri polikliniklerine başvurmaktadır. Dil gelişim gecikmesi şikayeti ile getirilen çocukların izleminde multidisipliner yönetimle işitsel ve nörolojik değerlendirmelerinin tamamlanması oldukça önemlidir. Çalışmamızın bir başka dikkat çekici yönü de, ilk değerlendirmelerde

çocukların yarısından fazlasında uyaran eksikliği ve yoğun ekran maruziyetinin tespit edilmiş olmasıdır. Bu durumun, yalnızca dil gelişimi açısından değil, çocukların genel gelişimi, ruh ve beden sağlığı açısından da olumsuz sonuçları olacağı açıktır. Bu nedenle, hekimlerin dikkatli olmaları, görüşmelerinde uyaran yoksunluğu ve fazla ekran maruziyetini sorgulayarak riskli buldukları hallerde ebeveynlerin tutum hatalarını düzeltmeye yönelik öneriler vermeleri ve aile uyumunu izlemeleri önemlidir. Okul öncesi yaş grubunda yapılacak izlem çalışmaları ile çocukların ileriye yönelik tanısız durumları değerlendirilmeli ve konu hakkındaki bilgilerimiz zenginleştirilmelidir.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Çiyiltepe M, Türkbay T. Konuşmanın bileşenleri ve konuşma gecikmesi olan çocukların değerlendirilmesi: gözden geçirme. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg 2004;11:89-97.
2. Türkbay T. Konuşma ve dile özgü gelişimsel bozukluklar. İçinde: Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B, ve ark. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Ankara: HYB Basım Yayın, 2008;199-215.
3. McLaughlin MR. Speech and language delay in children. Am Fam Physician 2011;83:1183-1188.
4. Boyle J. Speech and language delays in preschool children: parents need information about the range of development, so they can spot early problems'. BMJ 2011;343:5181. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5181>
5. Mutluer T, Motavallı Mukaddes N. İletişim bozuklukları. İçinde: Motavallı Mukaddes N, Ercan ES. ed. Nörogelişimsel bozukluklar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2018;119-154.
6. Roulstone S, Peters TJ, Glogowska M, Enderby P. A 12-month follow-up of preschool children investigating the natural history of speech and language delay. Child Care Health Dev 2003;29:245-255. <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2214.2003.00339.x>
7. Koyuncu Z, Mercan B. Konuşma ve dile özgü nörogelişimsel bozukluklar. İKSSTD 2019;11:40-46. <https://doi.org/10.5222/iksstd.2019.76598>
8. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, Zhang X, Smith E, O'Brien M. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. J Speech, Lang Hear Res 1997;40:1245-1260. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4006.1245>

9. Shriberg LD, Tomblin JB, McSweeney JL. Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 1999;42:1461-1481. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4206.1461>
10. Sunderajan T, Kanhere S. Speech and language delay in children: prevalence and risk factors. *J Fam Med Prim Care* 2019;8:1642-1646. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_162_19
11. Beitchman JH, Wilson B, Johnson CJ, et al. Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: psychiatric outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:75-82. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00019>
12. Catts HW, Fey ME, Tomblin JB, Zhang X. A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *J Speech Lang Hear Res* 2002;45:1142-1157. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/093\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/093))
13. Bishop DVM. What causes specific language impairment in children? *Current Directions in Psychological Science*. *Curr Dir Psychol Sci* 2006;15:217-221. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00439.x>
14. Hooks MY, Mayes LC, Volkmar FR. Psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:623-627. <https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00018>
15. Kabukçu Başay B. 0-3 years old referrals to child and adolescent psychiatry outpatient clinics: why do they refer? Paper presented at: 1st International Eurasian Congress of Social Pediatrics 28 Kasım-01 Aralık 2018; İstanbul, Turkey.
16. Sevgen FH, Altun H. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran 0-5 yaş arası çocukların başvuru şikayetleri ve psikiyatrik tanıları. *JMOOD* 2017;7:205-211. <https://doi.org/10.5455/jmood.20170806023012>
17. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.: E. Köroğlu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth ed., Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
19. Özmen M. Mental gerilikte erken tanı. İçinde Ekşi A, ed. Ben hasta değilim- Çocuk sağlığı ve hastalıkları psikososyal yönü. İstanbul: Nobel Kitabevi, 1999;374-378.
20. Glascoe FP. Parents' concerns about children's development: prescreening technique or screening test? *Pediatrics* 1997;99:522-528. <https://doi.org/10.1542/peds.99.4.522>
21. Yasin A, Aksu H, Özgür E, Gürbüz Özgür B. Speech and language delay in childhood: a retrospective chart review. *ENT Updat* 2017;30:22-27. <https://doi.org/10.2399/jmu.2017001004>
22. Baker L, Cantwell DP. A prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26:546-553. <https://doi.org/10.1097/00004583-198707000-00015>
23. Şahin N, Altun H, Kara B. Özürlü çocuk sağlık kurulu raporlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Derg* 2014;15:48-53.
24. Başgül ŞS, Saltık S. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Özürlü Çocuk Heyeti'nin 2010 yılı verileri. *Göztepe Tıp Derg* 2012;27:45-49. <https://doi.org/10.5222/J.GOZTEPETRH.2012.045>
25. Campbell TF, Dollaghan CA, Rackette HE, et al. Risk factors for speech delay of unknown origin in 3-year-old children. *Child Dev* 2003;74:346-357. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.7402002>
26. Byeon H, Hong S. Relationship between television viewing and language delay in toddlers: evidence from a Korea national cross-sectional survey. *PLoS One* 2015;10:e0120663. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120663>
27. King TM, Rosenberg LA, Fuddy L, McFarlane E, Sia C, Duggan AK. Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. *J Dev Behav Pediatr* 2005;26:293-303. <https://doi.org/10.1097/00004703-200508000-00006>
28. Harrison LJ, McLeod S. Risk and protective factors associated with speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *J Speech Lang Hear Res* 2010;28:53:508-529. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009/08-0086\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/08-0086))
29. Pennington BF, Bishop DVM. Relations among speech, language, and reading disorders. *Annu Rev Psychol* 2009;60:283-306. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163548>

Teşekkür: Çalışmaya katılmayı kabul eden ve kendileri ile görüşme yapılan tüm anne ve babalara teşekkür ederiz.

Etik onayı: Çalışma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 17.03.2020 tarih ve 60116787-020/22473 sayısı ile çalışmayı onaylamıştır.