

## Bir üniversite hastanesi sağlık kurulu polikliniğine dil ve konuşma sorunları ile gelen olguların sosyodemografik-klinik özellikleri ve rapor düzeylerinin incelenmesi

*Investigation of sociodemographic-clinical characteristics and report levels of cases with language and speech problems in a university hospital health board polyclinic*

Burcu Kardaş<sup>ID</sup> Ömer Kardaş<sup>ID</sup> Zeynep Uçar<sup>ID</sup> Tuğçe Kapucu<sup>ID</sup>

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

### ÖZ

**Amaç:** Dil ve konuşma sorunları çocuk ve ergen psikiyatri polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Bizim çalışmamızın amacı, çocuk ve ergen psikiyatri sağlık kurulu polikliniğine dil ve konuşma sorunları ile başvuran okul öncesi yaş grubundaki olguların sosyodemografik-klinik özelliklerini ve rapor düzeylerini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmaya dil ve konuşma sorunları olan ve Mart 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında Sağlık kurulu polikliniğine özel gereksinim raporu almak için başvuran 171 çocuk dahil edildi. Dil ve konuşma sorunları; konuşmama, yaşlarına göre konuşma becerilerinin yetersiz olması, telaffuz-artikülasyon sorunları ve konuşmada takılma olarak kategorize edilmiştir. Bu çocukların dosya verileri (yaş, cinsiyet, özgeçmiş, soy geçmişi, gelişim testi sonuçları, tanıları, rapor düzeyleri) retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 171 olgunun yaş ortalaması 45,9±14,4/ay olarak saptandı. Bu olguların 115 (% 67,3) tanesi erkek cinsiyet, 56 (%32,7) tanesi kız cinsiyetti. Sağlık kurulu polikliniğine en sık başvuru nedeni (%49,1) yaşlarına göre konuşma becerilerinde gerilik olması idi. Gelişim düzeyi için yordayıcılar önemlilik sırasına göre; okul öncesi eğitime gitme ( $\beta=370$ ,  $p<0,001$ ), hipoksi olmaması ( $\beta=237$ ,  $p<0,001$ ) ve özel eğitime gitme ( $\beta=176$ ,  $p<0,001$ ) şeklinde saptandı. Gelişim düzeyi, okul öncesi eğitim alan ve özel eğitime devam eden grupta daha ileride iken, hipoksi öyküsü olan grupta daha geri olarak bulundu.

**Sonuç:** Otizm spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlik gibi birçok nörogelişimsel bozukluk dil ve konuşma sorunları ile prezente olabilir. Bu çocukların erken dönemde tespiti, tedavisi ve uygun rapor gereksinimleri büyük bir önem taşımaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Dil, konuşma, çocuk psikiyatri, sağlık kurulu.

*Not: Bu araştırma sözel bildiri olarak 31. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi'nde (17-20 Mayıs) sunulmuştur.*

### ABSTRACT

**Aim:** Language and speech problems are one of the most common reasons for applying to child and adolescent psychiatry outpatient clinics. The aim of our study is to examine the sociodemographic-clinical characteristics and report levels of the cases in the preschool age group who applied to the child and adolescent psychiatry health board outpatient clinic with speech and language problems.

**Materials and Methods:** This study included 171 children with language and speech problems who applied to the Health Board outpatient clinic between March 2021 and February 2022 to receive a special needs report. Language and speech problems were categorized as cannot speaking, insufficient speaking skills compared to their peers, pronunciation-articulation problems, and stuttering.

Sorumlu yazar: Burcu Kardaş  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri  
Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye  
E-posta: burcu-atar@hotmail.com  
Başvuru tarihi: 01.06.2022 Kabul tarihi: 29.11.2022

**Results:** The mean age of 171 patients included in the study was 45.9±14.4/month. Of these cases, 115 (67.3%) were male, while 56 (32.7%) were female. The most common reason for referral to the health board outpatient clinic (49.1%) was retardation in speaking skills compared to their peers. Predictors for development level, in order of importance; pre-school education ( $\beta=370$ ,  $p<0.001$ ), absence of hypoxia ( $\beta=237$ ,  $p<0.001$ ) and special education ( $\beta=176$ ,  $p<0.001$ ). The model created for this analysis was significant ( $F=16.554$ ,  $p<0.001$ ) and explained 24% of the variance. While the level of development was higher in the group who received pre-school education and continued special education, it was found to be lower in the group with a history of hypoxia.

**Conclusion:** Many neurodevelopmental disorders such as autism spectrum disorder and intellectual disability may present with language and speech problems. Early detection, treatment and appropriate reporting requirements of these children are of great importance.

**Keywords:** Language, speech, child psychiatry, health committee.

## GİRİŞ

Dil gelişimi için en önemli zaman yaşamın ilk yıllarıdır. Dil gelişimi ve konuşma süreci birçok faktörden etkilenen karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle çocuklar gelişim sürecinde farklılıklar gösterebilir. Yetişkinler bu süreçte aktif bir rol oynar. Bakımverenin sözcük dağarcığı, uyarın sayısı ve kalitesi, sosyoekonomik düzey, aile bireylerinin sayısı, çocuk ve ailedeki kronik hastalıkların çocuktaki dil gelişimini etkilemektedir. Ayrıca zeka gerilikleri, otizm spektrum bozuklukları, hiperaktivite ve davranış sorunları gibi psikiyatrik bozuklukların dil gelişimini etkilediği bilinmektedir (1).

Konuşma bozuklukları DSM-5 (Diagnostic and Statical Manuel of mental Disorders 5th ed.) ile birlikte iletişim bozuklukları olarak adlandırılmış ve nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında incelenmeye başlanmıştır. İletişim bozuklukları içinde; dil bozukluğu, konuşma sesi bozukluğu, çocukluk çağı akıcılık bozukluğu (kekemelik), sosyal (pragmatik) dil bozukluğu ve özgül olmayan dil bozukluğu tanıları yer almaktadır (2). Gelişimsel dil bozuklukları başlığı tanısız olarak diğer nörogelişimsel bozukluklardan daha az kabul görmektedir. Bu durum muhtemelen terminolojinin ve hangi aşamada tedavi edileceğinin net olmaması ile ilgilidir. Konuşma ve dile ait sorunlar çocuk psikiyatri polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden olmasına rağmen bu alanda yapılan çalışmalar kısıtlıdır (3).

Çocuklar için özel gereksinim raporları Şubat 2019'dan itibaren yürürlüğe giren Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik (ÇÖZGER) ile düzenlenmektedir (4). Bu değişiklik ile dil ve konuşma sorunları olan çocuklar tanılarına göre; dil-konuşma alanı, bilişsel alan veya çocuk ve genç psikiyatri alanı olmak üzere üç farklı alanda özel gereksinim

düzeyleri belirlenmektedir. Çocuk ve ergen psikiyatrinin bir diğer amacı, hastalıkların takip ve tedavisinin yanında, özel gereksinimi olan çocuk ve ergenlerin özel eğitim ve dil-konuşma terapilerine yönlendirilmesi ve sosyal eğitsel ve hak ve olanaklardan faydalanması için rapor düzenlenmesidir (5).

Ülkemizde ÇÖZGER'e birçok nedenle başvuru yapılmaktadır. Bu alanda yapılmış çalışmalara rastlanmakla beraber dil ve konuşma alanını değerlendiren bir çalışma mevcut değildir. Bizim çalışmamızın amacı; dil ve konuşma sorunları ile başvuran olguların sosyodemografik-klinik verilerinin ve rapor düzeylerinin incelemektir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Mart 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sağlık Kurulu Polikliniği'ne dil ve konuşma sorunları olup ÇÖZGER amacı ile başvuran 1302 olgunun verileri retrospektif olarak taranmıştır. Dil ve konuşma sorunları konuşmama, yaşıtlarına göre konuşma becerilerinin geride olması, telaffuz-artikülasyon sorunları ve konuşmada takılma olarak kategorize edilmiştir. Çalışmada sosyoekonomik düzey (SED) koşulları 2021 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre belirlenmiştir. Asgari ücret altı düşük, asgari ücret ve en yüksek memur maaşı arası orta, en yüksek memur maaşı üstü yüksek SED olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 0-6 yaş aralığında olup henüz ilkokula başlamayan 179 olgunun alınması planlanmış, 8 olgunun tetkikleri tamamlanmadığı için 171 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Dosya verileri eksik olup, henüz rapor işlemleri tamamlanmayan, ilkokul eğitimine başlamış olan olgular çalışmaya alınmamıştır. Olguların gereksinim düzeyleri şu an yürürlükte olan ÇÖZGER esas alınarak belirlenmiştir. Olguların

gelişim düzeyleri Denver II Gelişimsel Tarama Testi ile belirlenmiştir. Olguların ayrıntılı anamnez bilgileri alınıp, psikiyatrik muayeneleri yapılarak DSM-5 kriterlerine dayanarak tanı konulmuştur. Çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra başlanmıştır (etik kurul onay no: GOKAEK 2022-07.09, tarih: 14.04.2022).

**Denver II Gelişim Tarama Testi (DGTT):** 0-6 yaş çocukların gelişimini değerlendirmek için tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir gelişim tarama testidir. Eğitimi almış ve yeterlilik sınavını geçmiş kişilerce uygulanabilmektedir. Kişisel-sosyal, ince motor-uyumsal, dil, kaba motor olmak üzere dört bölümde toplanmış 134 maddeden oluşmaktadır. Tarama amacıyla 6 yaşına kadar tekrar tekrar kullanılabilir. Alınan puanlara göre, "normal", "anormal", "şüpheli" ve "test edilemez" şeklinde yorumlanmaktadır (6). Olguların DGTT sonuçları takvim yaşlarına oranlanarak "gelişim düzeyi yüzdesi" elde edilmiştir.

**İstatistiksel Analiz:** Çalışmaya alınan olguların verileri SPSS 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) aracılığı ile hazırlanan bir veri tabanına girilmiş ve tanımlayıcı istatistikler ile değerlendirildi. Numerik değişkenlerin normallik varsayımları için Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı. Numerik değişkenler için ortalama (ort.) ve standart sapma (SS) verildi. Kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) şeklinde gösterildi. Gelişim düzeyini öngören faktörleri değerlendirmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulandı. Modele cinsiyet, anne yaşı, baba yaşı, sosyoekonomik düzey, okul öncesi eğitimin varlığı, özel eğitimin varlığı, doğumda hipoksiye maruz kalma, doğum zamanı, fototerapi alma, entübasyon öyküsü değişkenleri alındı. Modeldeki çoklu bağıntı problemini ortadan kaldırmak amacıyla "stepwise metodu" kullanıldı.  $p < 0,05$  anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan 171 olgunun yaş ortalaması  $45,9 \pm 14,4$  ay olarak saptanmıştır. Bu olguların 115 (% 67,3) tanesi erkek cinsiyet, 56 (%32,7) tanesi kız cinsiyetten oluşmaktadır. Sağlık kurulu polikliniğine en sık başvuru nedeni en sık (%49,1) yaşlıtlarına göre konuşma becerilerinde gerilik olarak saptanmıştır.

Diğer başvuru nedenleri sırasıyla konuşmama (%38), telaffuz-artikülasyon sorunları (%11,1) ve konuşmada takılma (%1,8) olarak belirlenmiştir. Olguların %25,9'unun (n=44) okul öncesi eğitime devam ettiği, %44,4'ünün (n=76) özel eğitim ve/veya konuşma terapisi aldığı tespit edilmiştir (Tablo-1).

Olguların prenatal (gebelik takibi, gebelikte sigara kullanımı, gebelikte alkol kullanımı), perinatal (doğum şekli, doğum zamanı, doğumda hipoksi, mekoryum aspirasyonu, doğumda kardiyopulmoner resusitasyon) ve postnatal (sarılık, fototerapi, entübasyon, yoğun bakım desteği) özellikleri kategorize edilmiştir (Tablo-2). Olgulara eşlik eden hastalıklar açısından bakıldığında; %46,4'nde (n=78) herhangi bir hastalık görülmezken, %53,6'sında (n=93) en az bir fiziksel hastalık (genetik, metabolik, nörolojik vs.) bulunuyordu. Olguların tamamına bakıldığında; %13,4'nde (n=23) epilepsi tanısı, %1,8'nde (n=3) febril konvülsiyon öyküsü, %2,3'nde (n=4) yarık dudak-damak deformitesi ve %1,2'sinde (n=2) işitme kaybı mevcuttu.

ÇÖZGER amacıyla başvuran olguların tamamına DGTT II uygulanmıştır. Test sonuçları Tablo-3'te özetlenmiştir. Olguların %95'i anormal olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya alınan olguların tanıları sırasıyla bilişsel gelişimde gerilik, OSB, dil bozukluğu, konuşma sesi bozukluğu, çocukluk çağı konuşmada akıcılık bozukluğu, ve sosyal (pragmatik) dil bozukluğu olarak saptanmıştır. Tanıların sayısal değerleri ve yüzdeleri Tablo-4'te verilmiştir.

Olguların sadece %4,1'i (n=7) özel gereksinimi olmadığı için sağlık kurulu raporu düzenlemedi. Kalan 164 olguya ÇÖZGER düzenlenmiştir (Tablo-5).

Gelişim düzeyinin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo-6'da gösterilmiştir. Modele cinsiyet, anne yaşı, baba yaşı, sosyoekonomik düzey, okul öncesi eğitimin varlığı, özel eğitimin varlığı, doğumda hipoksiye maruz kalma, doğum zamanı, fototerapi alma, entübasyon öyküsü şeklinde değişkenler alınmıştır.

Gelişim düzeyi için yordayıcılar önemlilik sırasına göre; okul öncesi eğitime gitme ( $\beta=370$ ,  $p < 0,001$ ), hipoksi olmaması ( $\beta=237$ ,  $p < 0,001$ ) ve özel eğitime gitme ( $\beta=176$ ,  $p < 0,001$ ) olarak saptanmıştır. Bu analiz için oluşturulan modelin anlamlı olduğu ( $F=16,554$ ,  $p < 0,001$ ) ve varyansın %24'ünü açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo-6).

**Tablo-1.** Polikliniğe başvuran olguların sosyodemografik verileri.

		n	%	Ort.-SS	Min-maks
<b>Yaş (ay)</b>		171		45,9±14,4	4-72
<b>Cinsiyet</b>	Kız	56	32,7		
	Erkek	115	67,3		
<b>Başvuru nedeni</b>	Konuşmama	65	38		
	Yaşıtlarına göre konuşma becerilerinde gerilik	84	49,1		
	Telaffuz-artikülasyon	19	11,1		
	Konuşmada takılma	3	1,8		
<b>Anne yaş (yıl)</b>		171		32,4±5,9	19-47
<b>Baba yaş (yıl)</b>		171		36,6±6,5	18-55
<b>Anne eğitim düzeyi</b>	Okuryazar olmayan	4	2,5		
	Okuryazar	3	1,8		
	İlkokul mezunu	50	30,7		
	Ortaokul mezunu	39	23,9		
	Lise mezunu	41	25,2		
	Üniversite mezunu	26	16,0		
<b>Baba eğitim düzeyi</b>	Okuryazar olmayan	1	0,6		
	Okuryazar	3	1,9		
	İlkokul mezunu	33	20,5		
	Ortaokul mezunu	29	18		
	Lise mezunu	53	32,9		
	Üniversite mezunu	42	26,1		
<b>SED</b>	Düşük SED	13	7,6		
	Orta SED	65	38		
	Yüksek SED	18	10,5		
	Bilinmiyor	75	43,9		
<b>Akrabalık öyküsü</b>	Var	35	20,3		
	Yok	123	71,6		
	Bilinmiyor	14	8,1		
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	105	61,4		
	Geniş	43	25,1		
	Anne ve baba ayrı	12	7,0		
	Bilinmiyor	11	6,4		
<b>Bakımveren</b>	Anne	154	90,1		
	Akraba	10	5,8		
	Bakıcı	1	0,6		
	Bilinmiyor	6	3,5		
<b>Okul öncesi eğitim</b>	Var	44	25,9		
	Yok	126	74,1		
<b>Özel eğitim</b>	Var	76	44,4		
	Yok	95	55,6		

(Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, min: Minimum değer, maks: Maksimum değer, SED: Sosyoekonomik düzey)

**Tablo-2.** Dil gelişim ve konuşma sorunları ile ilgili prenatal, perinatal ve postnatal risk faktörleri.

		n	%
<b>Gebelik takibi</b>	Var	162	94,7
	Yok	9	5,3
<b>Gebelikte sigara kullanımı</b>	Var	9	5,3
	Yok	162	94,7
<b>Gebelikte alkol kullanımı</b>	Var	1	0,6
	Yok	170	99,4
<b>Doğum şekli</b>	NSVD	46	26,9
	C/S	115	67,3
	Bilinmiyor	10	5,8
<b>Doğum zamanı</b>	Prematür	36	21,1
	Term	126	73,7
	Bilinmiyor	9	5,3
<b>Doğumda hipoksi</b>	Var	54	31,6
	Yok	117	68,4
<b>Mekonyum aspirasyonu</b>	Var	4	2,3
	Yok	167	97,7
<b>Doğumda KPR öyküsü</b>	Var	8	4,7
	Yok	163	95,3
<b>Sarılık öyküsü</b>	Var	45	26,3
	Yok	126	73,7
<b>Fototerapi</b>	Var	35	20,5
	Yok	136	79,5
<b>Entübasyon</b>	Var	41	24
	Yok	116	67,8
	Bilinmiyor	14	8,2
<b>Yoğunbakım desteği</b>	Var	79	46,2
	Yok	78	45,6
	Bilinmiyor	14	8,2

(NSVD: Normal spontan vajinal doğum, C/S: Sezaryen ile doğum, KPR: Kardiyopulmoner resusitasyon)

**Tablo-3.** Olguların gelişim tarama testlerinin sonuçları.

		n	%	Ort.-SS	Min-maks
<b>DGTT II sonuç</b>	Normal	6	3,5		
	Şüpheli	1	1,5		
	Anormal	164	95		
<b>DGTT II ort. (ay)</b>		171		25,3±15,07	4-68,5
<b>Gelişimsel yüzde</b>		171		54±23,7	2,17-117

(Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, min: Minimum değer, maks: Maksimum değer, gelişimsel yüzde: DGTT II ort. X 100/takvim yaşı )

**Tablo-4.** Olguların sağlık kurulu polikliniğinde yapılan değerlendirmeler sonucu aldıkları tanılar.

		n	%
<b>Bilişsel gelişimde gerilik (ZY)</b>	Hafif	49	28,7
	Orta	25	14,5
	Ağır	28	16,3
<b>Otizm spektrum bozukluğu</b>	Var	41	24
	Yok	130	76
<b>Dil bozukluğu</b>	Var	26	15,2
	Yok	145	84,2
<b>Konuşma sesi bozukluğu</b>	Var	22	12,9
	Yok	149	87,1
<b>Çocukluk çağı konuşmada akıcılık bozukluğu</b>	Var	3	1,8
	Yok	168	98,2
<b>Sosyal (pragmatik) dil bozukluğu</b>	Var	1	0,6
	Yok	171	99,4

(ZY:Zeka geriliđi)

**Tablo-5.** Olguların özel gereksinim düzeyleri.

		N	%
<b>Rapor düzeyi</b>	ÖGY	7	4,1
	ÖGV	30	17,5
	Hafif ÖGV	2	1,2
	Orta ÖGV	40	23,4
	Çok ileri ÖGV	21	12,3
	ÖKGV	71	41,5

(ÖGY: Özel gereksinimi yoktur, ÖGV: Özel gereksinimi vardır, Hafif ÖGV: Hafif düzeyde özel gereksinimi vardır, Orta ÖGV: Orta düzeyde özel gereksinimi vardır, çok ileri ÖGV: Çok ileri düzeyde özel gereksinimi vardır, ÖKGV: Özel koşul gereksinimi vardır.)

**Tablo-6.** Gelişim düzeyinin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

	$\beta$ (%95 B)	t	P
<b>Okul öncesi eğitim durumu</b>	,370 (12,460;27,742)	5,197	,000
<b>Özel eğitim durumu</b>	-,176 (-18,458;-4,635)	-2,468	,015
<b>Doğumda hipoksi</b>	-,237 (-6,438;0,713)	-3,301	,001
<b>Model analizi</b>			F=16,525, p<0,001, R <sup>2</sup> =0,24

Çoklu doğrusal regresyon analizi, Condition Index: 2,72, Durbin Watson: 2

## TARTIŞMA

Çalışmamızda Mart 2021 ve Şubat 2022 tarihleri arasında polikliniğimizde değerlendirdiğimiz olguların sosyodemografik-klinik özellikleri ve rapor düzeyleri incelenmiştir. Olguların yaklaşık 2/3'ünün erkek cinsiyet ve yaş ortalamasının 45,9 olduğu belirlenmiştir. En sık başvuru nedeni yaşlıtlarına göre konuşma becerilerinde gerilik

olarak saptanmıştır. Olguların ebeveynlerinin çoğunda düşük–orta SED ve düşük eğitim düzeyinin olduğu görülmüştür. Tanısal olarak incelendiğinde en sık konulan tanı bilişsel gelişimde gerilik olarak belirlenmiştir. Rapor düzeyleri açısından bakıldığında en çok belirtilen gereksinim düzeyi ÖKGV (özel koşul gereksinimi vardır) olarak saptanmıştır. Prenatal hipoksi, okul

öncesi eğitim ve özel eğitim varlığı olguların gelişim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.

Sağlık kuruluna başvuran okul öncesi yaş olarak tariflenen 0-6 yaş aralığındaki çocuklar değerlendirildiğinde, dil ve konuşma sorunları ile başvuran olguların büyük çoğunluğunun (%67,3 ) erkek cinsiyet olduğu saptanmıştır. Nörogelişimsel bozuklukların sayıca kızlara oranla erkekleri daha fazla etkilediği bilinmektedir. Otizmde erkek/kız oranı 4,5/1 iken, mental gerilikte 1,6/1, dil bozukluklarında ise 1,3/1 bulunmuştur (7, 8, 9). Bizim çalışmamızda da erkek/kız oranı yaklaşık 2/1 olarak saptanmıştır. Ayrıca konuşma sesi bozuklukları ve konuşmada akıcılık bozukluğunda da erkeklerde görülme oranı kızlara nazaran fazla olduğu bilinmektedir (10).

İletişim alanında sorun yaşayan okul öncesi grupta doktora en sık başvuru nedeni konuşma becerilerindeki gecikmedir. Akranlarına göre konuşma becerilerinde gerilik/gecikme durumu en sık rastlanan nörogelişimsel bozukluklardandır (11). Bizim çalışmamızda da polikliniğe en sık başvuru nedeni konuşma becerilerinde gerilik (%49,1) olarak saptanmıştır. Başvuru nedenleri daha sonra sırasıyla konuşmama, telaffuz-artikülasyon ve konuşmada takılma sorunları olarak belirlenmiştir. Otizm spektrum bozukluğu ve zihinsel yetersizlik tanısı saptanan olguların da polikliniğe en sık başvuru nedeni konuşma gecikmesi olarak bildirilmiştir (10).

Otizm spektrum bozukluğu etiyolojisinde ileri ebeveyn yaşı, zihinsel yetersizlikte ise ileri anne yaşı suçlanmaktadır (10). Literatürde iletişim bozukluklarında ise ebeveyn yaşı ile direkt ilişkiyi gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak ileri anne yaşı ile ilişkili olarak gebeliğe bağlı komplikasyonların arttığı dolaylı olarak bunların iletişim bozukluklarına yol açabileceği düşünülmektedir. Bizim istatistik modellememizde de anne ve baba yaşı ile gelişim düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,005$ ). Anne yaşı ortalaması 32,4 (min:19-maks:47) iken baba yaşı ortalaması 36,6 (min18-maks:55) olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın örnekleminin tanısız olarak heterojen bir grup olması dolayısıyla ebeveyn yaşı ile gelişim düzeyleri arasında bir ilişki tespit edilemediği düşünülmektedir.

Çocuğun dil gelişim sürecinde etrafında konuşulan dilin kalitesi bilişsel gelişimini etkilemektedir. Bakım verenin kullandığı kelime sayısı, uyarının kalitesi, ailedeki kişi sayısı, gelir düzeyi ve ebeveynlerin eğitim düzeylerinin bilişsel gelişimi etkilediği bilinmektedir. Bizim

çalışmamıza alınan olguların annelerinin çoğu (%58,9) ortaöğretim seviyesinin altında olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik düzey açısından incelendiğinde; bir kısmı bilinmemekle birlikte düşük/orta sosyoekonomik düzey (%45,6), oranı diğer gruba oranla daha fazla bulunmuştur. Olguların çoğu çekirdek aile yaşadıkları tespit edilmiştir (%61,4). Düşük sosyoekonomik düzey, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyi dil bozukluğu ile özellikle ilişkili bulunmuştur (12). 0-6 yaş aralığının alındığı Çin'de yapılan bir çalışmada; zihinsel gerilik, düşük anne eğitim düzeyi ve düşük gelir ile ilişkili olduğu görülmüştür (13). Ancak otizm ve sosyoekonomik düzey arasında net bir ilişki saptanamamıştır (14). Aynı şekilde anne eğitim düzeyi, ebeveyn eğitim düzeyi ile otizm ilişkisini inceleyen çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Amerika'da yapılan bir prevalans çalışmasında düşük eğitim düzeyi olan annelerin nörogelişimsel bozukluk tanılı bir çocuğu olma riski daha fazla bulunmuştur (15). On dört çalışmanın incelendiği bir gözden geçirme yazısında çocukla yaşayan yetişkin sayısının dil gelişimi ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (1). Bizim çalışmamızda da olguların çoğunun çekirdek aile yapısında olduğu ve anne-baba dışında evde yaşayan yetişkin olmadığı görülmüştür.

Olguların eğitsel durumları incelendiğinde; okul öncesi eğitimin varlığı ile gelişimsel düzey arasında pozitif bir korelasyon varken, özel eğitimin varlığı ile çocukların gelişim düzeyi arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Okul öncesi eğitimin bilişsel gelişimi desteklediği uzun yıllardır bilinmektedir. Okul öncesi eğitimin etkilerinin değerlendirildiği bir meta-analizde eğitsel desteğin hem bilişsel gelişime hem de sosyal gelişime katkı sağladığı belirtilmiştir (16). Özel eğitim varlığının gelişim düzeyi ile negatif ilişkisinin olması, erken dönem özel eğitime yönlendirilen çocukların daha belirgin gelişimsel gerilik göstermesine bağlanmıştır. Literatürde bu veri ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Dil becerileri ve zeka gelişimi genetik ve çevresel birçok faktörün etkisi ile şekillenir. Kalıtsal geçişin OSB, zihinsel yetersizlik ve iletişim bozuklukları etiyolojisinde rolü olduğu bilinmektedir. Ancak çevresel faktörlerin de rolü nörogelişimsel bozukluklar için yadsınamaz. Özellikle prenatal ve perinatal faktörler nörogelişimsel bozukluklar için önemlidir (10). Bizim çalışmamızda prenatal ve perinatal faktörler incelendiğinde; doğumda hipoksi öyküsünün bulunması ile çocuğun bilişsel gelişimi ilişkili bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Perinatal

hipoksinin nörogelişimsel bozukluklar için risk faktörü uzun yıllardır bilinmektedir. Perinatal hipoksiye maruz kalan prematür olgular ve hipoksisi olmayan prematür olgular okul öncesi dönemde bilişsel ve dil gelişimi açısından karşılaştıran bir çalışmada hipoksiye maruz kalan grubun gelişiminde bir sapma olduğu tespit edilmiştir (17). Başka bir çalışmada saturasyonu %80'inin altında tespit edilen bebeklerde 18 aylıkken yapılan değerlendirmede bilişsel ve dil gelişimi açısından sağlıklı kontrollerde göre 3 kat daha riskli bulunmuştur (18). Hipoksi, gelişimini tamamlayan veya prematür doğan bebekler için dil ve bilişsel gelişim açısından risk oluşturmaktadır.

Tanısal anlamda çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında en çok konulan tanı bilişsel gelişimde gerilik (zihinsel yetersizlik) (%59,5) daha sonra sırasıyla otizm spektrum bozukluğu (%24) ve dil bozukluğu (%15,2) olmuştur. Prevalans çalışmalarına bakıldığında dil bozukluğu daha yaygın olmakla birlikte (%3-8) otizm ve zihinsel yetersizliğe göre daha geç tanı aldığı belirtilmektedir (10). OSB ve zihinsel yetersizlik, dil ve konuşma alanları dışında başka yaşamsal alanları da etkilediği için daha erken başvurulara neden olabilmektedir. Dil bozukluğu çok erken yaşlarda var olsa bile ağır düzeyde iletişimsel aksamalara neden olmuyorsa fark edilmeyebilir. ÇÖZGER'i değerlendiren bir çalışmada raporlarda en çok belirtilen tanı zihinsel yetersizlik ve bilişsel gelişimde gerilik (%52,7) için kullanılan gecikmiş dönüm noktasıdır (5). Bir yıllık ÇÖZGER sonuçlarının incelendiği bir çalışmada en sık konulan tanı %44,7 ile gecikmiş dönüm noktası olmuştur (19). Bu anlamda çalışmamızın sonuçları alan yazın ile uyumlu bulunmuştur. Bilişsel gerilik düzeyleri açısından bakıldığında bizim çalışmamızda en çok hafif düzeyde gerilik tespit edilmiştir. Sağlık kurulu başvurularının değerlendirildiği başka bir çalışmada sırasıyla hafif, orta ve ağır düzeyde mental gerilik tespit edilmiştir (20). Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak ağır düzeyde bilişsel gerilik oranı orta düzeyde bilişsel gerilik oranından fazla idi. Bu farklılık bizim çalışmamızda okul öncesi yaş grubunun ve sadece dil konuşma sorunları olan çocukların alınması nedeni ile olmuş olabilir. Diğer tanıları açısından bakıldığında sırasıyla konuşma sesi bozukluğu (%12,9), konuşmada akıcılık bozukluğu (%1,8) ve sosyal iletişim bozukluğu (%0,6) tanıları saptanmıştır. Yukarıda bahsedilen bir yıllık sonuçların değerlendirildiği çalışmada

bizim çalışmamıza benzer olarak dil bozukluğundan sonra en sık konuşma sesi bozukluğu (%16,3), konuşmada akıcılık bozukluğu (%4) saptanmıştır. Sosyal iletişim bozukluğu yeni bir tanı olduğu için çalışmalarda rastlanmamıştır.

Ülkemizde ÇÖZGER raporlarını değerlendiren bir çalışmada en çok verilen özel gereksinim düzeyi ÖKGV (%41,4), ÖGV (%19,8) ve hafif ÖGV (%19,8) olarak saptanmıştır (5). Başka bir çalışmada ise en çok ÖGV (%45,5) ve ÖKGV (%27,7) şeklinde raporlandırma yapılmıştır (18). Bizim çalışmamızda saptanan gereksinim düzeyleri ÖKGV (%41,5) ve orta düzeyde ÖGV (%23,4) olarak belirlenmiştir. Ancak yukarıda bahsedilen çalışmalar 0-18 yaş aralığını ve tüm başvuru nedenlerini kapsamaktadır. Literatürde dil ve konuşma sorunlarına ve okul öncesi çocuklara yönelik özel gereksinim düzeylerini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışmamız geriye yönelik verileri araştıran bir çalışma olduğu için bazı verilere (APGAR skoru, entübasyon süresi, oksijen saturasyonu vb.) ulaşamamıştır. Bu veriler hipoksi düzeyi açısından önem taşımaktadır. Çalışma tek merkezin bir yıllık verilerinin taranmasıyla oluşturulmuştur. Bu nedenle topluma genellemek uygun olmayacaktır. Tüm bu sınırlılıklara rağmen okul öncesi yaş grubundaki dil ve konuşma sorunlarını ÇÖZGER özelinde inceleyen bir çalışma olması dolayısıyla çocuk ve ergen psikiyatri pratiğinde yaklaşımlar açısından fayda sağlayacağı, yapılacak çalışmalar için bir basamak oluşturacağı düşünülmektedir.

## SONUÇ

Sonuç olarak; dil ve konuşma sorunları en sık başvuru şikâyetlerinden olmasına rağmen çocuk ve ergen psikiyatri uzmanlarınca yeterince ele alınmamış, özellikle terminoloji alanında tam bir uzlaşmaya varılamamıştır. Ayrıca bu çocukların tedavi ve izlem kısmı ile ilgili net bir algoritma da belirlenememiştir. Çalışmamızda bu sorunları olan çocuklarla ilgili risk faktörleri ve rapor düzeyleri incelenmiştir. Literatürde okul öncesi yaş grubunda dil ve konuşma sorunlarına yönelik ÇÖZGER özelinde yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan ülkemizde bu alanda yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Çıkar çatışması:** Yazarların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.



## Kaynaklar

1. Carvalho Ade J, Lemos SM, Goulart LM. Language development and its relation to social behavior and family and school environments: a systematic review. *Codas*. 2016;28(4):470-9.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
3. Bishop DVM. Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD). *Int J Lang Commun Disord*. 2017;52(6):671-80.
4. Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik (ÇÖZGER). Resmi Gazete Tarihi: 20.02.2019, Resmi Gazete Sayısı: 30692 mükerrer. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/02/20190220-1.htm>.
5. Kayhan M, Öztürk Y. "Bir Üniversite Hastanesine Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporuna Başvuran Olguların Klinik ve Sosyodemografik Özellikleri." *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020;42(2): 240-8.
6. Yalaz K, Anlar B, Bayoğlu, B. Denver II Gelişimsel Tarama Testi "Türkiye Standardizasyonu". Ankara: Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği. 2011.
7. Ferri SL, Abel T, Brodtkin ES. Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: a Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(2):9.
8. Leonard H, Wen X. The epidemiology of mental retardation: challenges and opportunities in the new millennium. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8(3):117-34.
9. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, et al. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Lang Hear Res*. 1997;40(6):1245-60.
10. Mukaddes NM, Ercan ES. (2018) Nörogelişimsel Bozukluklar, 1. Baskı Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul.
11. Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(3):CD004110.
12. King TM, Rosenberg LA, Fuddy L, et al. Prevalence and early identification of language delays among at-risk three year olds. *J Dev Behav Pediatr*. 2005;26(4):293-303.
13. Zheng X, Chen R, Li N, et al. Socioeconomic status and children with intellectual disability in China. *J Intellect Disabil Res*. 2012;56(2):212-20.
14. Becker KG. Autism and Socioeconomic Status-An Immune Link? *Am J Public Health*. 2018;108(3):16.
15. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, et al. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017. *Pediatrics*. 2019; 144(4):201-90.
16. Camilli G, Vargas S, Ryan S, et al. Meta-analysis of the effects of early education interventions on cognitive and social development. *Teachers college record*. 2010; 112(3):579-620.
17. Hopkins-Golightly T, Raz S, Sander CJ. Influence of slight to moderate risk for birth hypoxia on acquisition of cognitive and language function in the preterm infant: A cross-sectional comparison with preterm-birth controls. *Neuropsychology*. 2003;17(1): 3-13.
18. Poets CF. Intermittent hypoxia and long-term neurological outcome: How are they related? *Semin Fetal Neonatal Med*. 2020;25(2):101-072.
19. Güller B, Yaylacı F. Çocuklar için özel gereksinim raporuna geçiş sonrası bir yıllık sağlık kurulu verilerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2021;24(2):207-16.
20. Öztürk Y, Demir N, Topal Z, et al. Bir üniversite hastanesine engelli çocuk sağlık kurulu için başvuran olguların klinik ve sosyodemografik özellikleri: Bir ön çalışma. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2018;25:101-10.