

Dil ve Konuşma Terapistlerinin Selektif Mutizme İlişkin Farkındalıklarının İncelenmesi

Evrin Gerçek¹, Şaziye Seçkin-Yılmaz²

Özet

Amaç: Birincil olarak kaygı bozukluğu olan selektif mutizm durumlarında ebeveynler bilgi ve terapi almak için dil ve konuşma terapistlerine başvurabilmektedirler. Ayrıca selektif mutizme iki dillilik, konuşma gecikmesi, dil ve/veya bozukluğu eşlik ettiğinde çocukların dil ve konuşma terapisi alması gerekmektedir. Dolayısıyla dil ve konuşma terapistleri selektif mutizm yönetiminde önemli rol oynayabilmektedir. Bu çalışmada dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme yönelik farkındalıklarının incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya Türkiye’de çalışan 92 dil ve konuşma terapisti katılmıştır. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket ile online olarak toplanmıştır. **Bulgular:** Bulgular, dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ilişkin eksik ve yanlış bilgilere sahip olduklarını; terapistlerin farkındalıklarının cinsiyet, eğitim düzeyi ve deneyim süresine göre değişmediğini ancak selektif mutizmi olan çocuklarla çalışma deneyimi olan terapistlerin farkındalıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. **Sonuç:** Selektif mutizme gelişimsel gerilik ve/veya bozukluklara ek olarak dil ve konuşma bozukluklarının da eşlik edebilmesi, selektif mutizmin Türkiye’de yaşayan iki dilli ve göçmen çocuklarda görülme olasılığının yüksek olduğunun düşünülmesi ve dil ve konuşma terapistlerinin söz konusu alanlarda çalışan en önemli meslek elemanlarından olması göz önünde bulundurulduğunda, alanda çalışan terapistlerin konuya yönelik bilgi ve farkındalıklarının artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: selektif mutizm, kaygı bozukluğu, farkındalık, konuşma bozukluğu.

Speech Language Pathologists’ Awareness of Selective Mutism

Summary

Purpose: Selective mutism (SM) is the case that the individual knows the language spoken in society and can speak in other environments but cannot speak continuously in certain social environments (such as school). SM is

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID ID: 0000-0003-3522-6571, evrimgercek@maltepe.edu.tr

² Doç. Dr., Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID ID: 0000-0003-0488-9639, saziyeseckinyilmaz@maltepe.edu.tr

Bu makaleyi kaynak göstermek için/To cite this article: Gerçek, E., & Seçkin-Yılmaz, Ş. (2022). Dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ilişkin farkındalıklarının incelenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 23-41.

an anxiety disorder that negatively affects the academic and professional success of the individual and disrupts the individual's social communication. For the diagnosis of SM, the situation of the individual not speaking in certain social environments should last at least one month, but this one month should not be limited to the first month of the school year. Also, SM does not include nonspeech cases seen at other speech disorders (childhood stuttering, etc.) or autism, schizophrenia and other psychotic disorders (APA, 2013). Although the exact cause of SM is unknown, it is thought to be caused by the interaction of genetic, temperament, environment and developmental factors (Hua & Major, 2016; Muris & Ollendick, 2015). The studies on SM prevalence rates vary due to the diagnostic criteria used and the population differences studied. However, the prevalence rate is reported to be approximately 0.2-0.8% (Bergman et al., 2002; Kopp & Gillberg, 1997). This disorder is more common in girls (Kristensen, 2000; Steffenburg et al., 2018), and among bilingual and immigrant children (Elizur & Perednik, 2003; Hua & Major, 2016). Although SM is primarily an anxiety disorder, a significant proportion of children with this disorder also have social phobia (Hua & Major, 2016) and language delay or impairment (Kristensen, 2000; Steffenburg et al., 2018; Steinhausen & Juzi, 1996). SM starts at the age of 2-5 years, but the symptoms become evident when the child starts school (Black & Uhde, 1995; Cunningham et al., 2004). Recognizing the early signs of SM and performing appropriate interventions before the child starts school are very effective in preventing possible problems that children with SM may face in social communication and academic areas (Oerbeck et al., 2014). When the necessary interventions for SM are not conducted, this disorder may become chronic and continue in adulthood (Omdal & Galloway, 2007). Parents of the children who are suspected to have SM can also be referred to speech-language pathologists (SLPs) for information and therapy (Kovac & Furr, 2019). In cases where SM is accompanied with bilingualism, speech delay, language disorder, the children should also receive language and speech therapy (Bergman & Gonzalez, 2019; Toppelberg et al., 2005). SLPs also have an important place in the coordination of therapies for SM because of their knowledge and skills in therapies for communication skills (Schum, 2002). Thus, the SLPs' awareness of SM is crucial, so that children with SM be directed to appropriate specialists and receive the correct intervention. In the limited number of studies in which SLPs' knowledge and competencies on SM were examined; the SLPs stated that they should be involved in interventions for SM and that they encountered children with SM. However, those who participated in these studies also stated that their education on SM was insufficient and they did not feel competent enough when working with children with SM (Dorsey, 2017; Toland, 1998). **Method:** The study's participants consisted of 92 SLPs working in private special education centres and private counselling centres. "Questionnaire to Determine the Awareness Level on Selective Mutism" was used to collect the data. In the first part of the questionnaire, there were questions about the

participants' gender, educational level, years of professional experience, and whether or not having worked with a child with SM. The second part of the questionnaire consisted of 22 statements on the basic information about SM. Two of the statements were related to the definition of SM, seven statements were about the characteristics of individuals with SM, three were on the prevalence of SM, two were related to the causes of SM, and eight were of the diagnosis-evaluation and therapy of SM. The participants were asked to answer these statements as "correct, incorrect, and I don't know". The participants of the study were contacted through the internet. The participants were informed about the study and the questionnaire was sent online to those who volunteered to participate in the study. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24 was used in the analysis of the data. First, the frequency and percentages of the answers given to the questions were calculated; then the correct answers given to the items were scored with "1", the total scores received by the participants were calculated, and the total scores of the participants were examined according to their gender, educational status, years of experience, and whether or not having worked with children with SM. **Results:** The majority of the participants (92.4-39.1%) correctly answered 15 of 22 items. The first three items answered correctly by the majority were in the following respectively: "Although children with SM can speak, they do not speak in some social environments such as school." (92.4%), "Reducing situations causing anxiety for students with SM in the classroom environment enables an increase in the verbal communication of these students." (88.0%) and "Early therapy is possible for SM before starting school." (82.6%). The three items that were mostly answered incorrectly by the participants were in the following respectively: "Before being directed to the intervention, children with SM should be observed for 2-3 months in order to be distinguished from shy children." (67.4%), "Children with SM are more likely to have developmental delays or disorders." (44.6%) and "Medication use can be effective in the treatment of SM." (41.3%). The three items that were mostly stated by the participants as "I do not know" were in the following respectively: "SM is more common among men." (68.5%), "SM is more common among bilingual and immigrant children" (54.3%) and "SM can be heritable." (53.3%). The distribution of the awareness scores of the participants was examined according to gender, educational status, and years of professional experience, and the distribution was seen to be normal in all variables. The results of the Independent Samples t-Test showed that the awareness scores regarding SM did not change according to these variables. When the participants' awareness scores on SM were analyzed according to whether or not having worked with a child with SM, it was observed that the awareness scores of the pathologists having worked with children with SM were significantly higher than the scores of those who did not work with children with SM, and the effect size related to the difference between the groups was high ($t(90)= 4.03$, $p=0.00$, $d=0.88$). **Conclusion:** When the frequency and percentage of the participants' answers to

the questionnaire items were examined, it was not surprising that the first item was answered correctly with high accuracy, since it is related to the definition of SM. The second item is about the effect of the arrangements to be made in the classroom environment during the intervention for SM. SLPs being aware of the effectiveness of the classroom arrangements in increasing the verbal communication behaviours of children with SM is highly important for the counselling service that they give to the teachers. The SLPs' awareness about the early intervention for SM is important in terms of knowing that SM is not a disorder that starts with starting school and that the problem can be prevented from being chronic with early intervention. The three items that the participants answered incorrectly mostly were in the following respectively: "Before being directed to the intervention, children with SM should be observed for 2-3 months in order to be distinguished from shy children.", "Children with SM are more likely to have developmental delays or disorders." and "Medication use can be effective in the treatment of SM.". It is important for children with SM to receive intervention as early as possible so that mutism and its effects do not become chronic. For a child who is suspected to have SM, waiting for 2-3 months without any guidance is a serious waste of time, except for the first month of the school year. It is necessary for SLPs to be aware of this situation and to raise awareness on this issue in order to prevent losing time. It is also important for SLPs to know that children with SM are more likely to have developmental delay or disorder, so that the child is evaluated in terms of all development areas and supported as needed by all relevant specialists. Although it is also important that SLPs, who are involved in the intervention for SM when necessary, know about the effects of medication use which plays an important role in the intervention, it was observed in this study that the SLPs had incorrect information about the issue. The three items that were stated by the participants mostly as "I do not know" were in the following respectively: "SM is more common among men.", "SM is more common among bilingual and immigrant children" and "SM can be heritable." The first two of these items are related to the prevalence of the disorder and the groups at risk. For the preventative practices, it is highly necessary that SLPs know the groups that the disorder is likely to be common. Especially after the civil war in Syria, the number of refugee/immigrant and bilingual children in schools in Turkey has increased substantially (United Nations International Children's Emergency Fund, 2016). Therefore, it has particular importance that SLPs have knowledge about this disorder which is more likely to be seen in immigrant and bilingual children, and carry out necessary informative and preventive practices. Besides, it is necessary that the SLPs know that SM is a hereditary disorder, so that the children and siblings of individuals with SM are evaluated, monitored and treated with early intervention in order to prevent the possible problems. The total awareness scores of the participants were examined according to gender, educational status, years of experience, and whether or not having worked with a

child with SM. The findings showed that the awareness score varied only according to whether or not having worked with a child with SM, the participants who had experience with children with SM had higher scores, and the effect size was high. This shows that these participants have gained awareness by working with children with SM. However, the ideal is to increase the awareness of SLPs about this topic during their education and to have a high level of knowledge before working with children with SM. In conclusion, the importance of SLPs in the intervention for SM is revealed by the fact that SM can be accompanied with language and speech disorders, children with SM are more likely to have developmental delay and/or disorder, the prevalence of SM is high among bilingual and immigrant children whose population is quite a lot in Turkey, and SLPs are among the most important professionals who work in the relevant areas. However, it was revealed in the study that the SLPs lacked knowledge on SM at a serious level. These findings are also consistent with the results of the previous studies on the topic (Dorsey, 2017; Toland, 1998). Based on the findings and related literature, it is important to include the relevant content in the education programs for SLPs and to organize in-service training programs for graduates. In subsequent studies, the effectiveness of in-service training programs about SM on SLPs' knowledge levels can be studied and the therapy practices of SLPs working with children with SM can be examined in depth.

Keywords: selective mutism, anxiety disorder, awareness, speech disorder.

Giriş

Selektif mutizm (SM), bireyin toplumda konuşulan dili bilmesine ve diğer ortamlarda konuşabilmesine karşın belirli sosyal ortamlarda (okul gibi) sürekli bir şekilde konuşamamasıdır. SM bireyin akademik ve mesleki başarısını olumsuz etkileyen ve sosyal iletişimini bozan bir kaygı bozukluğudur. SM tanısı için bireyin belirli sosyal ortamlarda konuşmama durumunun en az bir ay sürmesi ancak bu bir ayın okulun ilk bir ayı ile sınırlı olmaması gerekmektedir. Ayrıca SM diğer konuşma bozuklukları (çocukluk çağı kekemeliği vb.) veya otizm, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda görülen konuşmamazlık durumlarını içermemektedir (American Psychiatric Association [APA], 2013).

SM'nin kesin nedeni bilinmemekle birlikte genetik, mizaç, çevre ve gelişimsel etkenlerin etkileşiminden kaynaklandığı düşünülmektedir (Hua & Major, 2016; Muris & Ollendick, 2015). SM yaygınlığına ilişkin yapılan çalışmalardaki oranlar, kullanılan tanı

ölçütleri ve çalışılan popülasyondaki farklılıklar nedeni ile değişiklik göstermektedir. Ancak yaygınlık oranının yaklaşık %0,2-0,8 olduğu belirtilmektedir (Bergman ve ark., 2002; Kopp & Gillberg, 1997). Bu bozukluk kızlarda (Kristensen, 2000; Steffenburg ve ark., 2018), iki dilli ve göçmen çocuklar arasında daha yaygındır (Elizur & Perednik, 2003; Hua & Major, 2016; Toppelberg ve ark., 2005). SM birincil olarak kaygı bozukluğu olsa da bu bozukluğu gösteren çocukların önemli bir kısmında sosyal fobi (Hua & Major, 2016) ve dil gecikmesi veya bozukluğu görülmektedir (Kristensen, 2000; Steffenburg ve ark., 2018; Steinhausen & Juzi, 1996).

SM 2-5 yaşlarında başlamakta ancak belirtiler çocuğun okula başlaması ile belirginleşmektedir (Black & Uhde, 1995; Cunningham ve ark., 2004; Murriss & Ollendick, 2015). Yani SM'nin ilk belirtilerinin görülmesi ile bozukluğun tanınması arasında 2-5 yıllık bir zaman farkı bulunmaktadır (Kovac & Furr, 2019). Müdahaleyi geciktiren bu zaman farkı;

(a) Çocuğun okula başlamadan önceki süreçte; farklı ortamlarda konuşmazken ev ve aile ortamında konuşmasının utangaçlık ile açıklanması ve bu durumun sorun olarak görülmemesi,

(b) SM'si olan çocukların okul ortamında uyumlu olmaları ve yıkıcı davranışlar göstermemeleri nedeni ile okulda uzun süre dikkat çekmemeleri,

(c) Çocuğun okula başladığında konuşması gereken durumlarda bile konuşmadığının fark edilmesi ve tanının okul döneminde konması ile açıklanmaktadır (Schwartz ve ark., 2006; Viana ve ark., 2009).

SM'si olan çocuklarda görülen erken işaretlerin fark edilerek bu duruma çocuk henüz okula başlamadan önce uygun müdahalenin yapılması; bu çocukların sosyal iletişim ve akademik alanlarda yaşayabileceği ve akademik alanlarda yaşayabileceği olası sorunların önlenmesinde oldukça etkilidir (Oerbeck ve ark., 2014). Erken dönemde SM için gerekli

müdahaleler yapılmadığında bu bozukluk kronikleşerek yetişkinlik döneminde de devam edebilmektedir (APA, 2013; Omdal & Galloway, 2007).

Kaygı bozukluğu sınıfında yer alan SM'nin terapisinde bilişsel davranışçı (Wang ve ark., 2017) ve davranışçı terapi yöntemlerinin (Cornacchio ve ark., 2019) etkili olduğu belirtilmektedir. SM'nin ilaçla tedavisine yönelik olarak yapılan çalışmalarda seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin mutizm ve kaygı konusunda olumlu gelişmelere neden olduğu gösterilmiştir. Ancak bu konuda daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır (Hua & Major, 2016).

SM şüphesi olan çocukların ebeveynleri bilgi ve terapi almak için dil ve konuşma terapistlerine de yönlendirilebilmektedir (Kovac & Furr, 2019). SM'ye iki dillilik, gecikmiş dil ve konuşma ve dil bozukluğunun eşlik ettiği durumlarda çocukların dil ve konuşma terapisi alması gerekmektedir (Bergman & Gonzalez, 2019; Toppelberg ve ark., 2005). Dil ve konuşma terapistleri iletişim becerilerine yönelik terapilerdeki bilgi ve becerileri nedeniyle SM'ye yönelik terapilerin koordinasyonunda da önemli bir yere sahiptir (Schum, 2002). Bu nedenlerle dil ve konuşma terapistlerinin SM konusunda farkındalık sahibi olmaları SM'li çocukların uygun uzmanlara yönlendirilmeleri ve doğru müdahale alabilmeleri için oldukça önemlidir. Dil ve konuşma terapistlerinin SM hakkındaki bilgi ve yeterliliklerinin incelendiği sınırlı sayıdaki çalışmada; terapistler SM müdahalelerinde yer almaları gerektiğini düşündüklerini ve SM'si olan çocuklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Ancak bu çalışmalara katılan terapistler SM konusunda aldıkları eğitimlerin yetersiz olduğunu, SM'li çocuklarla çalışırken kendilerini yeterli hissetmediklerini belirtmişlerdir (Dorsey, 2017; Toland, 1998). Türkiye'de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin SM'ye ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin incelendiği bir çalışmaya ise ulaşılamamıştır. Bu noktadan hareketle bu çalışmanın amacı Türkiye'de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin

SM'ye ilişkin farkındalıklarının incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda şu sorulara yanıt aranmıştır:

(1) Dil ve konuşma terapistlerinin SM'nin özelliklerine ilişkin farkındalıkları ne düzeydedir?

(2) Dil ve konuşma terapistlerinin SM'nin özelliklerine ilişkin farkındalıkları cinsiyet, eğitim durumu, deneyim süresi, SM'si olan vakalarla deneyim sahibi olma durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Yöntem

Araştırma Modeli

Dil ve konuşma terapistlerinin SM'ye ilişkin farkındalık düzeylerinin incelendiği bu çalışma karşılaştırmalı tarama modelinde yürütülmüştür. Bu araştırma modelinde önce değişkenlere göre betimlemeler yapılır, sonrasında betimlemeler karşılaştırılır ve sonuçlar yorumlanır (Karasar, 2010).

Katılımcılar

Çalışmanın katılımcılarını özel eğitim merkezleri ve özel danışmanlık merkezlerinde çalışan 92 dil ve konuşma terapisti oluşturmaktadır. Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu ve deneyim süresine ilişkin özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1

Katılımcıların Cinsiyet, Eğitim Düzeyi, SM ile İlgili Eğitim ve Mesleki Deneyim Bilgileri

Değişkenler	f	%
Cinsiyet		
Kadın	79	85,9
Erkek	13	14,1
Eğitim Durumu		
Lisans	40	43,5
Lisansüstü	52	56,5
Eğitimi Sırasında SM ile İlgili Ders Alma Durumu		
Evet	0	0
Hayır	92	100
Mesleki deneyim süresi		
0-5 yıl	51	55,4
6-10 yıl	27	29,3
11 ve üzeri	14	15,2
SM'si olan bir çocuk ile çalışma durumu		
Çalışan	33	35,9
Çalışmayan	59	64,1

Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında “Selektif Mutizm Farkındalık Belirleme Anketi” kullanılmıştır. Bu anket araştırmacılar tarafından tanı ölçütleri ve ilgili alanyazın taranarak oluşturulmuştur. Anket oluşturulduktan sonra dil ve konuşma terapisi alanında çalışan iki öğretim elemanından ve bir uzman psikolojik danışmandan anketin içeriğinin amaca uygunluğu ve soruların anlaşılabilirliğine ilişkin görüş alınmıştır. Uzmanlar iki sorunun daha anlaşılır bir hale getirilmesine yönelik geribildirim vermişlerdir. Önerilen düzenlemeler yapıldıktan sonra anket dil ve konuşma terapisi bölümünde üçüncü ve dördüncü sınıf olan 10 öğrenciye verilmiş ve bu öğrencilerden anketi doldurmaları ve anlaşılmayan sorular varsa belirtmeleri istenmiştir. Öğrencilerin ikisi ankette yer alan son sorunun daha açık hale getirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. İlgili soruda da düzenleme yapıldıktan sonra ankete son hali verilmiştir.

Anketin ilk bölümünde katılımcıların cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleki deneyim süresi, eğitimleri süresince SM ile ilgili ders alıp alma, SM'si olan bir çocukla çalışma deneyimleri olma durumuna yönelik sorular bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümü ise SM'yle ilgili temel

bilgileri içeren 22 ifadeden oluşmaktadır. İfadelerden ikisi SM'nin tanımı, yedisi SM'si olan bireylerin özellikleri, üçü SM'nin yaygınlığı, ikisi SM'nin nedenleri, sekizi SM'nin tanı-değerlendirme ve terapi süreci ile ilgilidir. Katılımcılardan bu ifadeleri “doğru, yanlış ve bilmiyorum” şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir.

Çalışmanın katılımcılarına internet üzerinden ulaşılmıştır. Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilmişler ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara anket çevrimiçi olarak gönderilmiştir ve veriler bu şekilde toplanmıştır.

Veri Analizi

Toplanan verilerin analizinde Sosyal Bilimler için Veri Analizi Paket Programı (SPSS) 24 kullanılmıştır. İlk olarak anket sorularına verilen yanıtların sıklık ve yüzdeleri hesaplanmış, sonrasında “Selektif Mutizm Farkındalık Belirleme Anketi” maddelerine verilen doğru yanıtlar “1” puan ile puanlanarak katılımcıların anketten aldıkları toplam puanlar hesaplanmıştır. Katılımcıların toplam puanları cinsiyet, eğitim durumu, deneyim süresi, SM'si olan çocuklarla çalışma durumlarına göre incelenmiştir.

Etik Kurul İzni

Bu araştırma için Maltepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 13.12.2021 tarih ve 2021/34-15 no'lu kararıyla izin alınmıştır.

Bulgular

Çalışmadan elde edilen verilere ilişkin bulgular SM'nin Özelliklerine Yönelik Farkındalığa İlişkin Bulgular ve Katılımcıların SM Farkındalık Düzeylerinin Katılımcı Özelliklerine Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular şeklinde sunulmuştur.

SM'nin Özelliklerine Yönelik Farkındalığa İlişkin Bulgular

SM'nin özelliklerine yönelik dil ve konuşma terapistlerinin farkındalığını belirlemek amacıyla yöneltilen anket maddelerine verilen yanıtların sıklık ve yüzdeleri Tablo 2'de sunulmaktadır.

Tablo 2*Katılımcıların Anket Maddelerine Verdikleri Yanıtların Sıklık ve Yüzdeleri*

	Maddeler	Doğru Yanıt (f/%)	Yanlış Yanıt (f/%)	Bilmiyorum (f/%)
1.	SM 2-5 yaşlarda başlayan bir kaygı ve/veya sosyal fobi bozukluğudur.	48 (%52,2)	22 (%23,9)	22 (%23,9)
2.	SM ilkokula başlama ile başlayan bir dil konuşma bozukluğudur.*	74 (%80,4)	6 (%6,5)	12 (%13,0)
3.	SM'si olan çocuklar konuşabilmelerine rağmen okul gibi bazı sosyal ortamlarda konuşmazlar.	85 (%92,4)	3 (%3,3)	4 (%4,3)
4.	SM'si olan çocuklar bazı ortamlarda istemli ve kontrollü bir şekilde konuşmazlar.*	31 (%33,7)	44 (%47,8)	17 (%18,5)
5.	SM'si olan çocuklar belli ortamlarda konuşmazlar ancak nadiren fısıltı ile konuşarak ve jestlerle iletişim kurmayı tercih edebilirler.	74 (%80,4)	7 (%7,6)	11 (%12,0)
6.	SM erkeklerde daha yaygındır.*	9 (%9,8)	20 (%21,7)	63 (%68,5)
7.	SM yetişkinlerde de görülebilir.	46 (%50,0)	5 (%5,4)	41 (%44,6)
8.	SM iki dilli ve göçmen çocuklarda daha yaygındır.	19 (%20,7)	23 (%25,0)	50 (%54,3)
9.	SM çocukluk çağındaki travmalardan kaynaklanır.*	36 (%39,1)	17 (%18,5)	39 (%42,4)
10.	SM kalıtsallık gösterebilir.	27 (%29,3)	16 (%17,4)	49 (%53,3)
11.	SM'nin okul öncesi dönemde belirlenebilmesi mümkündür.	73 (%79,3)	3 (%3,3)	16 (%17,4)
12.	SM'de okula başlamadan önce erken terapi mümkündür.	76 (%82,6)	3 (%3,3)	13 (%14,1)
13.	SM'si olan çocuklar uyumlu oldukları için sınıf ortamında belirlenmeleri zor olabilir.	38 (%41,3)	30 (%32,6)	24 (%26,1)
14.	SM'si olan çocukların, utangaç çocuklardan ayırt edilebilmesi için müdahaleye yönlendirilmeden önce 2-3 ay gözlemlenmesi gerekmektedir.*	7 (%7,6)	62 (%67,4)	23 (%25,0)
15.	SM'si olan çocuklar okula alıştıkça arkadaşlık ilişkisi geliştirip sosyalleşebilirler.	39 (%42,4)	23 (%25,0)	30 (%32,6)
16.	Göz kontağı kurmama, ebeveyninin arkasına gizlenme, ağlama, fotoğraf çekinirken gergin olma, arkadaşları ile birlikte yemek yememe gibi davranışlar gösterebilirler.	72 (%78,3)	5 (%5,4)	15 (%16,3)
17.	SM'si olan çocuklarda gelişimsel gerilik veya bozukluk olma olasılığı daha yüksektir.	15 (%16,3)	41 (%44,6)	36 (%39,1)
18.	SM'si olan çocukların önemli bir kısmında dil bozukluğu da bulunur.	47 (%51,1)	15 (%16,3)	30 (%32,6)
19.	SM'si olan çocuklar öncelikli olarak dil ve konuşma terapistlerine yönlendirilmelidir.*	36 (%39,1)	34 (%37,0)	22 (%23,9)
20.	SM'nin tedavisinde ilaç kullanımı etkili olabilir.	15 (%16,3)	38 (%41,3)	39 (%42,4)
21.	SM'nin tedavisinde davranışçı ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlardan doğan teknikler etkilidir.	63 (%68,5)	4 (%4,3)	25 (%27,2)
22.	Sınıf ortamında SM'si olan öğrenciler için kaygı yaratan durumların azaltılması, bu öğrencilerin sözel iletişimlerinin artmasını sağlar.	81 (%88,0)	3 (%3,3)	8 (%8,7)

*Yanıtı "hayır" olan olumsuz ifadeler

Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların çoğunun (%92,4-39,1) 22 maddenin 15'ine doğru yanıt verdikleri görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun doğru yanıtladıkları ilk üç maddenin sırası ile “SM’si olan çocuklar konuşabilmelerine rağmen okul gibi bazı sosyal ortamlarda konuşmazlar.” (%92,4), “Sınıf ortamında SM’si olan öğrenciler için kaygı yaratan durumların azaltılması, bu öğrencilerin sözel iletişimlerinin artmasını sağlar.” (%88,04) ve “SM’de okula başlamadan önce erken terapi mümkündür.” (%82,6) maddeleri olduğu görülmektedir. Katılımcıların en fazla yanlış yanıtladıkları üç madde ise sırası ile “SM’si olan çocukların, utangaç çocuklardan ayırt edilebilmesi için müdahaleye yönlendirilmeden önce 2-3 ay gözlemlenmesi gerekmektedir.” (%67,4), “SM’si olan çocuklarda gelişimsel gerilik veya bozukluk olma olasılığı daha yüksektir.” (%44,6) ve “SM tedavisinde ilaç kullanımı etkili olabilir.” (%41,3) maddeleridir. Katılımcıların en sık bilmediklerini ifade ettiği üç madde ise sırasıyla “SM erkeklerde daha yaygındır.” (%68,48), “SM iki dilli ve göçmen çocuklarda daha yaygındır.” (%54,3) ve “SM kalıtsallık gösterebilir.” (%53,3) maddeleri olmuştur.

Katılımcıların SM Farkındalık Düzeylerinin Katılımcı Özelliklerine Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular

Katılımcıların doğru yanıtladıkları anket maddeleri “1” ile puanlandırılarak anketten elde ettikleri toplam farkındalık puanları hesaplanmış ve bu puanlar katılımcı özelliklerine göre incelenmiştir. Katılımcı özelliklerine göre anketten aldıkları puanların betimsel istatistikleri Tablo 3’te gösterilmektedir.

Tablo 3*Katılımcıların Farkındalık Puanlarının Katılımcı Özelliklerine Göre İncelenmesi*

Değişkenler	f	Ortalama	SS
Cinsiyet			
Kadın	79	10,79	3,16
Erkek	13	11,84	4,09
Eğitim Durumu			
Lisans	40	10,88	3,11
Lisansüstü	52	11,00	3,48
Mesleki deneyim süresi			
0-5 yıl	51	10,59	3,33
6-10 yıl	27	11,44	2,55
11 ve üzeri	14	12,35	3,38
SM'li bir çocuk ile çalışma durumu			
Çalışan	33	12,66	2,92
Çalışmayan	59	9,98	3,14

Katılımcıların farkındalık puanlarının dağılımı cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi ve SM'li bir çocukla çalışma durumlarına göre incelenmiş ve tüm değişkenlerde dağılımın normal olduğu görülmüştür.

SM'ye ilişkin farkındalık puanlarının cinsiyet, eğitim durumu ve SM'li bir çocukla çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı bağımsız örneklem için t-testi ile incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4*SM'ye İlişkin Farkındalık Puanlarının Cinsiyet, Eğitim Durumu ve SM'li Bir Çocuk ile Çalışma Durumuna Göre İncelenmesi*

Değişkenler	f	Ortalama	SS	t	p	Etki
Cinsiyet						
Kadın	79	10,79	3,16	-1,06	0,292	-
Erkek	13	11,84	4,09			
Eğitim Durumu						
Lisans	40	10,88	3,11	-0,179	0,859	-
Lisansüstü	52	11,00	3,48			
SM'li bir çocuk ile çalışma durumu						
Çalışan	33	12,66	2,92	0,849	0,000	0,88
Çalışmayan	59	9,98	3,14			

$p < 0,05$

SM'ye ilişkin farkındalık puanlarının cinsiyet ($t(90) = -1,06$, $p = 0,29$) ve eğitim durumuna ($t(90) = -0,18$, $p = 0,86$) göre değişmediği görülmektedir (Tablo 4).

Katılımcıların SM'ye ilişkin farkındalık puanları SM'li bir çocukla çalışma durumuna göre incelendiğinde ise SM'li çocuklarla çalışan terapistlerin farkındalık puanlarının çalışmayan terapistlere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farka ilişkin etki büyüklüğünün yüksek olduğu görülmüştür ($t(90)= 4,03, p=0,00, d=0,88$) (Tablo 4).

SM'ye ilişkin farkındalık puanlarının mesleki deneyim süresine göre farklılaşp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5

SM'ye İlişkin Farkındalık Puanlarının Mesleki Deneyim Süresine Göre İncelenmesi

Değişkenler	f	Ortalama	SS	F	sd	p
Mesleki deneyim süresi						
0-5 yıl	51	10,59	3,33	1,795	2	0,172
6-10 yıl	27	11,44	2,55			
11 ve üzeri	14	12,35	3,38			

$p<0,05$

ANOVA sonuçları SM'ye ilişkin farkındalık puanlarının mesleki deneyim süresine göre de değişmediğini göstermiştir ($F(2,89)= 1,80, p=0,17$) (Tablo 5).

Tartışma

Bu çalışmada Türkiye'de çalışan dil ve konuşma terapistlerinin SM'ye ilişkin farkındalıklarının incelenmesi amaçlanmıştır. Verilerin toplanmasında güncel bilimsel alanyazın ve tanı ölçütlerinden yararlanılarak oluşturulan, SM ile ilgili temel bilgileri içeren 22 maddelik bir anket kullanılmıştır. İlk olarak katılımcıların anket maddelerine verdikleri yanıtların sıklık ve yüzdeleri hesaplanmış sonraki aşamada katılımcıların doğru yanıtladıkları her bir anket maddesi "1" ile puanlanarak toplam farkındalık puanları hesaplanmıştır. Katılımcıların toplam farkındalık puanları cinsiyeti, eğitim durumu, deneyim süresi ve SM'si olan bir çocukla çalışma durumlarına göre incelenmiştir.

Katılımcıların anket maddelerine verdikleri yanıtların sıklık ve yüzdeleri incelendiğinde katılımcıların büyük bir kısmının sırası ile “SM’si olan çocuklar konuşabilmelerine rağmen okul gibi bazı sosyal ortamlarda konuşmazlar.”, “Sınıf ortamında SM’si olan öğrenciler için kaygı yaratan durumların azaltılması, bu öğrencilerin sözel iletişimlerinin artmasını sağlar.” ve “SM’de okula başlamadan önce erken terapi mümkündür.” maddelerini doğru yanıtladıkları görülmüştür. Bu maddeler incelendiğinde ilk maddenin SM’nin tanımı ile ilgili olmasından dolayı yüksek doğruluk oranı ile yanıtlanması şaşırtıcı bulunmamıştır. İkinci madde SM müdahalesinde sınıf ortamında yapılacak düzenlemelerin etkisi ile ilgilidir. Dil ve konuşma terapistlerinin SM’si olan çocukların sözel iletişim davranışlarının artırılmasında sınıf içi düzenlemelerin etkililiğinin farkında olması öğretmenlere verecekleri danışmanlık hizmeti için oldukça önemlidir. SM’ye erken müdahale ile ilgili olan üçüncü madde konusunda dil ve konuşma terapistlerinin farkındalığı SM’nin okula başlama ile başlayan bir bozukluk olmadığı ve erken müdahale ile sorunun kronikleşmesinin önüne geçilebileceğinin bilinmesi bakımından önemlidir.

Katılımcıların en fazla yanlış yanıtladıkları üç madde ise sırası ile “SM’si olan çocukların, utangaç çocuklardan ayırt edilebilmesi için müdahaleye yönlendirilmeden önce 2-3 ay gözlemlenmesi gerekmektedir.”, “SM’si olan çocuklarda gelişimsel gerilik veya bozukluk olma olasılığı daha yüksektir.” ve “SM’nin tedavisinde ilaç kullanımı etkili olabilir.” maddeleridir. SM’si olan çocukların mümkün olduğunca erken müdahale almaları mutizmin ve etkilerinin kronikleşmemesi için önemlidir. Okulun ilk bir ayı haricinde SM şüphesi olan bir çocuğun yönlendirme yapılmaksızın 2-3 ay boyunca beklenmesi ciddi bir zaman kaybıdır. Dil ve konuşma terapistlerinin bu durumun farkında olmaları ve bu konuda farkındalık yaratmaları zaman kaybının önlenmesi için gereklidir. Yine SM’si olan çocukların gelişimsel gerilik veya bozukluk gösterme olasılıklarının yüksek olduğunun dil ve konuşma terapistleri tarafından bilinmesi çocuğun tüm gelişim alanlarında ilgili

uzmanlarca değerlendirilmesi ve gereksinim halinde desteklenmesi için önemlidir. Gerekli durumlarda SM müdahalesinde yer alan dil ve konuşma terapistlerinin müdahalede önemli bir yer tutan ilaç kullanımının etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları da önemli olmasına karşın bu çalışmada terapistlerin bu konuda yanlış bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

Katılımcıların en sık bilmediklerini ifade ettiği üç madde ise sırasıyla “SM erkeklerde daha yaygındır.”, “SM iki dilli ve göçmen çocuklarda daha yaygındır.” ve “SM kalıtsallık gösterebilir.” maddeleri olmuştur. Bu maddelerden ilk ikisi bozukluğun yaygınlığı ve risk taşıyan gruplarla ilgilidir. Dil ve konuşma terapistlerinin bozukluğun yaygın olma olasılığı yüksek olan grupları bilmesi önleyici çalışmalar için oldukça gereklidir. Özellikle Suriye iç savaşından sonra Türkiye’deki okullarda göçmen ve iki dilli çocukların sayısı oldukça artmıştır (United Nations International Children's Emergency Fund, 2016). Bu nedenle dil ve konuşma terapistlerinin göçmen ve ikidilli çocuklarda görülme olasılığı daha yüksek olan bu bozukluk hakkında bilgi sahibi olmaları ve gerekli bilgilendirici, önleyici çalışmaları yapmaları ayrı bir önem taşımaktadır. Yine SM’nin kalıtsallık gösterebilen bir bozukluk olduğunun terapistler tarafından bilinmesi SM’si olan bireylerin çocuklarının ve kardeşlerinin de değerlendirilmesi, izlenmesi ve erken müdahale olası sorunların önlenmesi için gereklidir.

Katılımcıların toplam farkındalık puanları cinsiyet, eğitim durumu, deneyim süresi ve SM’si olan bir çocukla çalışma durumlarına göre incelenmiştir. Bulgular farkındalık puanının yalnızca SM’si olan bir çocukla çalışma durumuna göre değiştiğini, SM’li çocuklarla deneyimi olan terapistlerin daha yüksek puanlar aldıklarını ve etki büyüklüğünün yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum terapistlerin SM’li çocuklarla çalışarak farkındalık sahibi olduklarını göstermektedir. Ancak ideal olan terapistlerin eğitimlerinde bu konu ile ilgili farkındalıklarının artırılması ve SM’si olan çocuklarla çalışmadan önce bilgi düzeylerinin yüksek olmasıdır.

Özetle SM'ye dil ve konuşma bozukluklarının da eşlik edebilmesi, SM'si olan çocuklarda gelişimsel gerilik ve/veya bozukluk olasılığının da yüksek olması, SM'nin Türkiye'de de sayısı oldukça fazla olan ikidilli ve göçmen çocuklarda görülme olasılığının yüksek olması ve dil ve konuşma terapistlerinin söz konusu alanlarda çalışan en önemli meslek elemanlarından olması dil ve konuşma terapistlerinin SM müdahalesindeki önemini ortaya koymaktadır. Ancak çalışmada dil ve konuşma terapistlerinin SM'ye ilişkin önemli bilgi eksiklikleri olduğu ortaya konmuştur. Bu bulgular konuyla ilgili yapılan önceki çalışmaların sonuçları ile de tutarlıdır (Dorsey, 2017; Toland, 1998). Bulgulara ve ilgili alan yazına dayalı olarak dil ve konuşma terapisti yetiştiren eğitim programlarında konu ile ilgili içeriklere yer verilmesi, mezun olan terapistler için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir. Sonraki araştırmalarda ise SM ile ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim programlarının dil ve konuşma terapistlerinin bilgi düzeyleri üzerindeki etkililiği araştırılabilir, SM olan çocuklarla çalışan dil ve konuşma terapistlerinin yaptıkları terapi uygulamaları derinlemesine incelenebilir.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*. American Psychiatric Hub.
- Bergman, R. L., & Gonzalez, A. (2019). Selective mutism in preschool-aged children. R. L. Bergman & A. Gonzales (Ed.), *Anxiety in Preschool Children* içinde (s. 193–214). Routledge.
- Bergman, R. L., Piacentini, J., ve McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938-946.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847–856.
- Cornacchio, D., Furr, J. M., Sanchez, A. L., Hong, N., Feinberg, L. K., Tenenbaum, R., Del Busto, C., Bry, L. J., Poznanski, B., Miguel, E., Ollendick, T. H., Kurtz, S. M. S., ve Comer, J. S. (2019). Intensive group behavioral treatment (IGBT) for children with selective mutism: a preliminary randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(8), 720–733.

- Cunningham, C. E., Mcholz, A., Boyle, M. H., ve Patel, S. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1363–1372.
- Dorsey, G. M. A. (2017). *Perceptions of Selective Mutism: A Survey of School-based Speech-language Pathologists*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Eastern Kentucky University.
- Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451–1459.
- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(1), 114–120.
- Karasar, N. (2010). *Bilimsel araştırma yöntemi* (21. baskı). Ankara Nobel Yayınevi.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: a population-based study: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257–262.
- Kovac, L. M., & Furr, J. M. (2019). What teachers should know about selective mutism in early childhood. *Early Childhood Education Journal*, 47(1), 107–114.
- Kristensen, H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249–256.
- Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 151–169.
- Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, Ø., ve Kristensen, H. (2013). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism - defocused communication and behavioural techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(3), 192-198.
- Omdal, H., & Galloway, D. (2007). Interviews with selectively mute children. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 12(3), 205–214.
- Schum, R. (2002). Selective mutism: An integrated approach. *The ASHA Leader*, 7(17), 4–6.
- Schwartz, R. H., Freedy, A. S., ve Sheridan, M. J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence? *Clinical Pediatrics*, 45(1), 43–48.
- Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., ve Billstedt, E. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1163–1169.
- Steinhausen, H.-C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606–614.
- Toland, S. M. (1998). *A Survey of Illinois Speech-language Pathologists and School Psychologists Regarding Selective Mutism*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Eastern Illinois University.

Toppelberg, C. O., Tabors, P., Coggins, A., Lum, K., ve Burger, C. (2005). Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(6), 592–595.

United Nations International Children's Emergency Fund (2016). *Children of Syria in Turkey*. https://www.unicef.org/turkey/media/1201/file/TURreport_childrenofsyria.pdf.pdf adresinden alınmıştır (Erişim tarihi: 16.12.2022).

Viana, A. G., Beidel, D. C., ve Rabian, B. (2009). Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57–67.

Wang, Z., Whiteside, S. P. H., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., Alsawas, M., Barrionuevo, P., Tello, M., Asi, N., Beuschel, B., Daraz, L., Almasri, J., Zaiem, F., Larrea-Mantilla, L., Ponce, O. J., LeBlanc, A., Prokop, L. J., ve Murad, M. H. (2017). Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders. *JAMA Pediatrics*, 171(11), 1049-1056.

Etik Kurul İzni: Maltepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 13.12.2021 tarih ve 2021/34-15 no'lu kararıyla izin alınmıştır.

Yazar Katkıları/Author Contributions: **Evrin Gerçek:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme; Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama; **Şaziye Seçkin-Yılmaz:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme; Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiçbir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadıklarını beyan etmiştir. /The authors have declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.