

Türkiye’deki Dil ve Konuşma Terapistlerinin Selektif Mutizme İlişkin Özyeterlik ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Veysel Kızılboga¹, Afife Türker², Yeliz Kaya³

Özet

Amaç: Selektif mutizm, sıklıkla çekingenlikle karıştırılan bir kaygı durum bozukluğudur. Selektif mutizm tanılı bireylerin terapisi için dil ve konuşma terapistine de başvurulmaktadır. Bu çalışmada dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ilişkin özyeterlik ve bilgi düzeylerini betimleyerek terapiye dair farkındalıklarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla beraber selektif mutizm terapilerinde dil ve konuşma terapistlerinin daha aktif rol almasına katkıda bulunmak hedeflenmiştir. **Yöntem:** Çalışmaya katılan 207 kişi anketin demografik bilgi kısmını yanıtlamıştır ancak sadece tüm anketi dolduran 152 kişi verilere dahil edilmiştir. Verilerin toplanması aşamasında araştırmacılar tarafından çalışma için alanyazın taranarak geliştirilen “Türkiye’deki Dil ve Konuşma Terapistlerinin Selektif Mutizme İlişkin Özyeterlik ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” anketi kullanılmıştır. Ankette demografik bilgi, doğru-yanlış sorusu ve Likert tipi yanıtı sorular yer almaktadır. Anket katılımcılara çevrimiçi platformlardan ulaştırılmıştır. **Bulgular:** Çalışmanın bulguları incelendiğinde dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizm hakkında kendilerini yeterli hissetmediği ve bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı gözlenmiştir. **Sonuç:** Selektif mutizm terapilerinde önemli bir role sahip olan dil ve konuşma terapistlerinin bu alanda farkındalıklarını arttırması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bununla beraber selektif mutizmin ders içeriklerinde daha fazla yer alması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: selektif mutizm, özyeterlik, bilgi düzeyi, konuşma.

¹Uzm. Dkt., Kızılboga Danışmanlık, ORCID: 0000-0003-1448-5611, veyselkizilboga@gmail.com

² Sorumlu Yazar, Dkt., Adnan Boz Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, ORCID: 0000-0001-5488-7901, afifetrker@gmail.com

³ Dkt., İlke Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, ORCID: 0000-0002-3456-2840, yelizkaya34@gmail.com

Bu makaleyi kaynak göstermek için / To cite this article: Kızılboga V., Türker A., Kaya Y. (2022). Türkiye’deki dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ilişkin özyeterlik ve bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 274-293. <https://doi.org/10.58563/dkyad-2022.53.3>

**Examination of Self-sufficiency and Knowledge Levels of Speech and Language Therapists in Turkey
Related to of Selective Mutism**

Summary

Purpose: Selective mutism is a multidimensional childhood disorder in which, according to the most recent studies, biologically mediated temperament and anxiety components seem to play a major role (Kumpulainen, 2002). Children with selective mutism usually speak to family members at home but do not speak in kindergarten or school. When another condition exists that accounts better for the failure to speak, such as pervasive developmental disorder, retardation, psychosis, or a lack of language skills, then the child is not considered to have selective mutism. (Perednik, 2016). Selective mutism is an anxiety state disorder that is often confused with shyness. Speech and language therapists are consulted for the therapy of individuals diagnosed with selective mutism. This study aims to examine the awareness of speech and language therapists about therapy by describing their self-efficacy and knowledge levels about selective mutism. For this purpose, it is also aimed to contribute to the more active role of speech and language therapists in selective mutism therapies. **Method:** 207 people who participated in the study answered the demographic information part of the questionnaire, but only 152 people who filled out the whole questionnaire were included in the data. Continuing an undergraduate education in speech and language therapy and working as a speech and language therapist abroad were determined as exclusion criteria. During the data collection phase, a questionnaire developed by the researchers by scanning the literature was used for the study. There are 11 demographic information questions, 12 true-false questions and 11 Likert-type questions in the questionnaire. The questionnaire aims to measure the knowledge level of speech and language therapists about selective mutism and to describe the therapists' self-efficacy perceptions. The questionnaire was delivered to the participants from online platforms. **Results:** When the findings of the study were examined, it was observed that speech and language therapists did not feel self-sufficient about selective mutism and their level of knowledge was also not sufficient. **Conclusion:** It has been concluded that speech and language therapists, who have an important role in selective mutism therapies, should increase their awareness in this area. However, it is thought that selective mutism should be included more in the course contents. The fact that speech and language therapists are one of the most important professionals in selective mutism therapies is important in terms of their high level of knowledge and self-efficacy in this field. When the results are examined, inadequacies and deficiencies were observed both according to the latest graduation degree and according to the institution.

Keywords: selective mutism, self-efficacy, level of knowledge, speech.

Giriş

Pek çok çocuk, tanıdık ortamlarda daha rahat konuşma ve etkileşimde bulunmalarına rağmen, bazıları güvenli alanlarından çıkarıldıklarında susma davranışı gösterebilirler. (Hua & Major, 2016). Selektif mutizm (SM), bir bireyin ev gibi rahat hissettiği ortamlarda konuşmasına rağmen; okul gibi konuşma beklentisinin olduğu sosyal ortamlarda devamlı olarak konuşmaması ile karakterize edilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Selektif mutizmin belirli durumlarda konuşmamanın bir irade eyleminden, kaygıya dayalı bir kaçınmaya kademeli olarak kayması nedeniyle; Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM-V) beşinci baskısında bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (Oerbeck ve ark., 2018). DSM-5 tanı ölçütlerine göre selektif mutizm tanısı koyabilmek için; semptomların okuldaki ilk ay haricinde en az 1 aydır var olması; bireyin akademik, mesleki veya sosyal işlevini etkilemesi ve toplumsal konuşulan dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamama ile ilişkili olmaması gerekir. Konuşamama durumu, bir iletişim bozukluğu veya diğer gelişimsel bozukluklar ile daha iyi açıklanamaz (DSM-V). Konuşma bozukluğu, dili anlama veya ifade etmedeki sorunlardan kaynaklanmaz (Alyanak ve ark., 2013).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar, değişen yaygınlık oranları bildirmişlerdir. Brown ve Lloyd (1975) tarafından verilen yaygınlık oranı 1000'de 0,3-0,6'dır. Fundudis ve arkadaşları (1979) yaygınlık oranının 1000'de 0,8 olduğunu bildirirken, Kopp ve Gillberg (1997) 7 ila 15 yaşları arasındaki 1000 çocukta 1,8'lik bir yaygınlık bildirmiştir. Selektif mutizmin rapor edilen prevalansı, ilkokul çocuklarının %0,033'ü ile %2'si arasında değişmektedir (Karakaya ve ark., 2008; Kumpulainen ve ark., 1998). Yaygınlık oranlarındaki farklılıkların; selektif mutizm için tanı kriterleri ve kullanılan yöntemlerin her çalışmada farklılık göstermesinden ve yaygınlık oranının, tanı için gerekli olan bozulmanın derecesinden büyük ölçüde etkilenmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (Kumpulainen, 2002).

Alanyazın taraması yapıldığında son yıllarda yapılan araştırmaların, selektif mutizm ile kaygı, özellikle de sosyal fobi arasında güçlü bir ilişki olduğunu öne sürdüğü görülmüştür (Hua & Major, 2016). Selektif mutizimli çocuklarda utangaçlık, çekingenlik ve sosyal geri çekilme şeklinde kaygı rapor edilmiştir (Black & Uhde, 1995). Duygusal stres faktörlerine karşı geliştirilen hassasiyet ve sosyal kaygı ile baş etme, konuşmamaya yol açan nedenlerin bir parçası olabilir (Lamsa & Erkolahti, 2013). Kaygının yanında ek olarak, selektif mutizm gelişiminde, iletişim bozukluğu, göç ve iki dillilik de dahil olmak üzere, bozukluğun karmaşıklığına katkıda bulunan birçok başka faktör rol oynamıştır. Selektif mutizmin genetik, mizaç, çevresel ve gelişimsel faktörlerin birleşiminden de etkilendiği düşünülmektedir (Hua & Major, 2016). Selektif mutizm ile sosyal fobi belirtileri arasında benzerlikler görülebilir. Bu sebeple tanılama yaparken ayırıcı ölçütlere dikkat edilmesi doğru terapinin uygulanmasını sağlayacaktır. Black ve Uhde (1992) standartlaştırılmış tanı görüşmeleri, takip çalışmaları, aile çalışmaları, nörobiyolojik değerlendirmeler ve farklı tedavi modalitelerine verilen yanıtın değerlendirilmesi kullanılarak okulda konuşmayan çocuklara yönelik daha fazla klinik ve toplum temelli anketler, selektif mutizm tanısını koymak için daha yararlı bilgiler sağlayabileceğini öne sürmüştür.

Selektif mutizm terapisi için, beklenmedik durum yönetimi, şekillendirme, uyaran silikleştirme, kendi kendini modelleme veya öğrenme teorisi yaklaşımları gibi çeşitli davranışçı terapi yöntemleri vardır. (Melfsen & Warnke, 2007). Son birkaç yılda, birkaç randomize çalışma, sözlü iletişim gerektiren durumlara kademeli olarak maruz kalmaya dayalı psikososyal müdahalelerin etkililiğini desteklemiştir. Selektif mutizm tedavisinde psikososyal ve farmakolojik yaklaşımların kullanımına ilişkin kanıtlar artmaktadır. Bu tedavilerin birçoğu pediatrik anksiyete bozukluklarındaki kullanımlarından uyarlanmış olsa da selektif mutizimli çocuklarda iletişim bozuklukları, karşıt davranışlar ve iki dillilik gibi farklılaşmayı gerektirebilecek benzersiz özellikleri tanımak önemlidir (Hua & Major, 2016). Lamsa ve

Erkolahti (2013) anksiyete semptomlarını azaltmayı ve sözlü iletişimi geliştirmeyi amaçlayan farklı bilişsel-davranışçı terapi (BDT) yöntemlerini birleştiren terapiden bahsetmiştir. Oerbeck ve ark. (2018) ileriye dönük boylamsal çalışma yapmış ve bu çalışmada selektif mutizmlili çocuklara bilişsel davranışçı terapi uygulayıp beş yıl sonra kontrol araştırması gerçekleştirmiştir. Sonuç olarak araştırma; bilişsel davranışçı terapinin selektif mutizm için uzun vadeli etkililiğine işaret ederek aynı zamanda kalıcı semptomları olan çocuklar için daha etkili müdahaleler geliştirme ihtiyacının da altını çizmiştir. Selektif mutizm için farmakolojik tedavilerin etkinliği çalışmaları devam ediyor olsa da semptomların uzun süredir devam ettiği ve önemli bozulmaya neden olduğu ve diğer terapi biçimlerinin başarılı olmadığı durumlarda bir fluoksetin veya fenelzin denemesi düşünülmelidir (Black & Uhde, 1992).

Selektif mutizmde farmakolojik tedavinin etkililiği için yapılan alanyazın taramasında; Golwyn ve Selvie (1999) selektif mutizmi olan dört çocuğun terapisinde fenelzin ile başarılı sonuç aldıklarını bildirmişlerdir. Black ve Uhde (1992) fluoksetin tedavisine yanıt veren 12 yaşında bir kız çocuğundan bahsetmiştir. Dummit ve ark. (1996) selektif mutizmlili 21 çocuktan oluşan bir grupta fluoksetin denemesinde etkileyici sonuçlar bildirmiştir.

Selektif mutizmlili çocukları tedavi etmenin en etkili yolunun farklı yöntemlerin bir kombinasyonu olduğunu iddia eden çalışmalar mevcuttur (Dow ve ark, 1995; Rye & Ullman, 1999; Wright ve ark., 1995). Selektif mutizmde uygulanabilecek terapi yaklaşımları arasında oyun terapisi, bilişsel davranışçı terapi, psikososyal terapiler, psikofarmakolojik yaklaşım ve dil ve konuşma terapisi yer almaktadır.

Bu çalışmanın amacı dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ilişkin özyeterlik ve bilgi düzeylerini betimleyerek terapiye dair farkındalıklarını incelemektir. Bu amaçla beraber selektif mutizm terapilerinde dil ve konuşma terapistlerinin daha aktif rol almasına katkıda bulunmak hedeflenmiştir.

Yöntem

Araştırma Yöntemi/Modeli/Deseni

Bu çalışma; dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ilişkin özyeterlik ve bilgi düzeyinin incelendiği betimsel bir tarama çalışmasıdır.

Katılımcılar

Yapılan çalışmaya Türkiye’de dil ve konuşma terapisti pozisyonunda görev almakta olan terapistler dahil edilmiştir. Çalışma; gönüllülük esasına dayalı olarak yürütülmüş olup, katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve onayları alınmıştır. Dil ve konuşma terapisi lisans eğitimine devam ediyor olmak ve yurtdışında dil ve konuşma terapisti pozisyonunda çalışıyor olmak dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Tablo 1’de gösterildiği üzere toplam 152 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Anketin demografik bilgi kısmını 207 kişi yanıtlamıştır ancak örneklem grubuna sadece tüm anketi dolduranlar dahil edilmiştir. Veriler, örneklem grubundan elde edilen bilgilere göre analiz edilmiştir.

Tablo 1

Katılımcıların Bilgileri

	Katılımcı Sayısı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	129	%84,9
Erkek	23	%15,1
En son mezuniyet derecesi		
Lisans	129	%84,9
Yüksek Lisans	21	%13,8
Doktora	2	%1,3
Eğitim süresince selektif mutizm içerikli ders alma durumu		
Evet	50	%32,9
Hayır	102	%67,1
Klinik gözlem ve uygulamada selektif mutizm tanılı çocukla karşılaşma durumu		
Evet	42	%27,6
Hayır	110	%72,4
Selektif mutizme ilişkin eğitim alma durumu		
Evet	24	%15,8
Hayır	128	%84,2

Veri Toplama Araçları

Araştırmada alanyazın taraması yapılarak araştırmacılar tarafından çalışma için geliştirilmiş olan “Türkiye’deki Dil ve Konuşma Terapistlerinin Selektif Mutizme İlişkin Özyeterlik ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi” anketi kullanılmıştır. Ankette 11 demografik bilgi sorusu, 12 doğru-yanlış sorusu ve 11 Likert tipi soru bulunmaktadır. Anket, dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ilişkin bilgi düzeylerini ölçmeyi ve terapistlerin özyeterlik algılarını betimlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaca yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanan anket üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım demografik bilgilerin alındığı soruları içermektedir. İkinci kısımda bilgi düzeyinin incelenmesini amaçlayan selektif mutizme dair bilgiler içeren doğru-yanlış soruları yer almaktadır. Anketin son kısmında ise terapistlerin kendi bilgi, beceri ve tutumlarını ölçmeyi amaçlayan Likert tipi sorular kullanılmıştır. Bu soruların yanıtları sırasıyla “tamamen katılıyorum”, “katılıyorum”, “emin değilim”, “katılmıyorum”, “kesinlikle katılmıyorum” şeklindedir. Katılımcıların madde içeriğini anlamadığı durumlarla karşılaşmamak adına anket paylaşımına açılmadan önce pilot çalışma yapılmıştır. Yapılan pilot çalışmada anket; araştırmacılar ve dil ve konuşma terapisi anabilim dalında görevini sürdürmekte olan bir doktora öğretim üyesi, bir uzman psikolojik danışman ve iki uzman dil ve konuşma terapisti tarafından test edilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda bir soru revize edilmiştir.

Veri Analizi/Uygulama

Anketin uygulanma amacı, önemi ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu anket başlangıcında katılımcılara sunulmuştur. Veriler, katılımcılara online (çevrimiçi) anket ulaştırılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, yüzdeler olarak rapor edilmiştir.

Etik Kurul İzni

Bu araştırma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.06.2022 07 no'lu toplantısında 61351342/2022-32 dosya numarası ile onay alınmıştır.

Bulgular

Çalışmadan elde edilen verilere ilişkin bulgular, Katılımcıların Selektif Mutizme İlişkin Bilgi Düzeyi Bulguları ve Katılımcıların Selektif Mutizme İlişkin Özyeterlik Düzeyi Bulguları olarak sunulmuştur.

Katılımcıların Selektif Mutizme İlişkin Bilgi Düzeyi Bulguları

Katılımcıların bilgi düzeyleri son mezuniyet derecesine göre ayrılarak yüzdeler oranlarına göre belirlenmiştir. Tablo 2'de Lisans, Yüksek Lisans (YL) ve doktora (DR) mezunu dil ve konuşma terapisti (DKT) gruplarının *Bilgi Düzeyi Sorularına* verdikleri yanıtların sıklık ve yüzdeleri görülmektedir.

Tablo 2

DKT'lerin Eğitim Düzeyine göre Bilgi Düzeyi Sorularına Verdikleri Yanıtların Yüzdeleri

	Eğitim	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. SM sadece okul çağı çocuklarda ortaya çıkar.	Lisans	3 (%2,33)	108 (%83,72)	18 (%13,95)
	YL	1 (%4,76)	14 (%66,67)	6 (%28,57)
	DR	-	2 (%100)	-
2. SM kız çocuklarında daha sık görülür.	Lisans	29 (%22,48)	33 (%25,58)	67 (%51,94)
	YL	6 (%28,57)	3 (%14,29)	12 (%57,14)
	DR	2 (%100)	-	-
3. SM tanısı koyabilmek için; konuşulan dilin yeteri kadar veya tamamen edinilmiş olmasına gerek yoktur.	Lisans	42 (%32,56)	53 (%41,09)	34 (%26,36)
	YL	5 (%23,81)	12 (%57,14)	4 (%19,05)
	DR	-	1 (%50,00)	1 (%50)
4. SM tanısı koyabilmek için; suskunluğun, okula başlanmasından itibaren 1 aydan daha uzun sürüyor olması gerekmektedir.	Lisans	47 (%36,43)	36 (%27,91)	46 (%35,66)
	YL	8 (%38,10)	4 (%19,05)	9 (%42,86)
	DR	1 (%50)	1 (%50,00)	-
5. SM yetişkin bireylerde görülebilir.	Lisans	62 (%48,06)	18 (%13,95)	49 (%37,98)
	YL	9 (%42,86)	1 (%4,76)	11 (%52,38)
	DR	2 (%100)	-	-
6. SM'de genetik geçişlilik etkilidir.	Lisans	61 (%47,29)	9 (%6,98)	59 (%45,74)
	YL	9 (%42,86)	2 (%9,52)	10 (%47,62)
	DR	1 (%50,00)	-	1 (%50,00)
7. SM terapisinde dil ve konuşma terapistleri de rol alabilir.	Lisans	124 (%96,12)	2 (%1,55)	3 (%2,33)
	YL	21 (%100)	-	-
	DR	2 (%100)	-	-

8. SM olan çocukların ailelerinde de SM benzeri tutum ve davranışlar görülebilir.	Lisans	92 (%71,32)	5 (%3,88)	32 (%24,81)
	YL	15 (%71,43)	-	6 (%28,57)
	DR	2 (%100)	-	-
9. Diğer tedavi yöntemleri yardımcı olmazsa, tedavi planına ilaç tedavisi de dahil edilebilir.	Lisans	45 (%34,88)	27 (%20,93)	57 (%44,19)
	YL	6 (%28,57)	6 (%28,57)	9 (%42,86)
	DR	2 (%100)	-	-
10. SM terapisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri arasında oyun terapisi, psikanaliz ve psikanalitik yönelimli sanat terapisi yer almaktadır	Lisans	92 (%71,32)	5 (%3,88)	32 (%24,81)
	YL	11 (%52,38)	2 (%9,52)	8 (%38,10)
	DR	2 (%100)	-	-
11. SM terapisinde davranışsal ve bilişsel terapiler daha yaygın olarak kullanılmakta ve faydalı olduğu bildirilmektedir.	Lisans	85 (%65,89)	6 (%4,65)	38 (%29,46)
	YL	13 (%61,90)	-	8 (%38,10)
	DR	2 (%100)	-	-

Tablo 2’de görüldüğü üzere; selektif mutizmin kız çocuklarında daha sık görüldüğü maddesine; lisans grubunun %51,94’ü, yüksek lisans grubunun %57,14’ü bilmiyorum yanıtını verirken; doktora grubunun tamamı doğru yanıtı vermiştir. Lisans grubunun %41,09’u SM tanısı koyabilmek için konuşulan dilin gerektiği kadar ya da tamamen edinilmiş olmasına gerek olduğu maddesini doğru yanıtlarken yüksek lisans grubunun %57,14’ü, doktora grubunun ise %50’si doğru yanıtı vermiştir. SM’de genetik geçişliliğin etkili olduğu maddesine lisans grubunun %47,29’u doğru, %45,74’ü bilmiyorum; yüksek lisans grubunun %42,86’sı doğru, %47,62’si bilmiyorum; doktora grubunun %50’si doğru, %50’si bilmiyorum yanıtını vermiştir. SM terapisinde dil ve konuşma terapistlerinin de rol alabileceği maddesine; lisans grubunun %96,12’si, yüksek lisans ve doktora grubunun tamamı doğru yanıt vermiştir. SM terapisinde davranışsal ve bilişsel terapi yöntemlerinin yaygın olarak kullanılmakta ve faydalı olduğu maddesine; lisans grubunun %65,89, yüksek lisans grubunun %61,90, doktora grubunun tamamı doğru yanıt vermiştir.

Katılımcıların bilgi düzeyi çalışmakta olduğu kurumlara göre gruplandırılarak yüzdeler oranlarına bakılmıştır. Katılımcıların %77,6’sı özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde (RM), %39,5’i özel klinik/danışmanlık merkezinde (Özel) çalışmaktadır. Bu iki grup diğer çalışma alanlarına oranla en yüksek yüzdeler oranlarına sahip olduğu için karşılaştırılarak rapor edilmiştir. Tablo 3’te sonuçlar görülmektedir.

Tablo 3

DKT'lerin Çalıştıkları Kuruma göre Bilgi Düzeyi Sorularına Verdikleri Yanıtların Yüzdeleri

	Kurum	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. SM sadece okul çağı çocuklarda ortaya çıkar.	RM	3 (%2,54)	97 (%82,20)	18 (%15,25)
	Özel	4 (%6,67)	52 (%86,67)	4 (%6,67)
2. SM kız çocuklarında daha sık görülür.	RM	24 (%20,34)	29 (%24,58)	65 (%55,08)
	Özel	17 (%28,33)	14 (%23,33)	29 (%48,33)
3. SM tanısı koyabilmek için; konuşulan dilin yeteri kadar veya tamamen edinilmiş olmasına gerek yoktur.	RM	39 (%33,05)	49 (%41,53)	30 (%25,42)
	Özel	18 (%30,00)	32 (%53,33)	10 (%16,67)
4. SM tanısı koyabilmek için; suskunluğun, okula başlanmasından itibaren 1 aydan daha uzun sürüyor olması gerekmektedir.	RM	44 (%37,29)	32 (%27,12)	42 (%35,59)
	Özel	23 (%38,33)	21 (%35,00)	16 (%26,67)
5. SM yetişkin bireylerde görülebilir.	RM	56 (%47,46)	13 (%11,02)	49 (%41,53)
	Özel	25 (%41,67)	7 (%11,67)	28 (%46,67)
6. SM'de genetik geçişlilik etkilidir.	RM	54 (%45,76)	9 (%7,63)	55 (%46,61)
	Özel	29 (%48,33)	4 (%6,67)	27 (%45,00)
7. SM terapisinde dil ve konuşma terapistleri de rol alabilir.	RM	116 (%98,31)	1 (%0,85)	1 (%0,85)
	Özel	57 (%95,00)	2 (%3,33)	1 (%1,67)
8. SM olan çocukların ailelerinde de SM benzeri tutum ve davranışlar görülebilir.	RM	83 (%70,34)	5 (%4,24)	30 (%25,42)
	Özel	41 (%68,33)	3 (%5,00)	16 (%26,67)
9. Diğer tedavi yöntemleri yardımcı olmazsa, tedavi planına ilaç tedavisi de dahil edilebilir.	RM	36 (%30,51)	30 (%25,42)	52 (%44,07)
	Özel	23 (%38,33)	16 (%26,67)	21 (%35,00)
10. SM terapisinde kullanılan psikoterapi yöntemleri arasında oyun terapisi, psikanaliz ve psikanalitik yönelimli sanat terapisi yer almaktadır	RM	82 (%69,49)	4 (%3,39)	32 (%27,12)
	Özel	46 (%76,67)	5 (%8,33)	9 (%15,00)
11. SM terapisinde davranışsal ve bilişsel terapiler daha yaygın olarak kullanılmakta ve faydalı olduğu bildirilmektedir.	RM	79 (%66,95)	6 (%5,08)	33 (%27,97)
	Özel	42 (%70,00)	3 (%5,00)	15 (%25,00)

Tablo 3'te görüldüğü üzere; SM'nin sadece okul çağı çocuklarda ortaya çıkmadığına ilişkin maddeye; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışanların %82,20'si, özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanların %86,67'si doğru yanıtı vermiştir. SM'nin yetişkin bireylerde görülebileceği maddesine; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışanların %47,46'sı doğru, %41,53'ü bilmiyorum; özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanların %41,67'si doğru, %46,67'si bilmiyorum yanıtını vermiştir. SM'de genetik geçişliliğin etkili olduğu maddesine özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışanların %45,76'sı, özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanların %48,33'ü doğru yanıt vermiştir. Selektif mutizm olan çocukların ailelerinde de selektif mutizm benzeri tutum ve davranışlar görülebileceği maddesine; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışanların %70,34'ü, özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanların %68,33'ü doğru yanıtı vermiştir.

Katılımcıların Selektif Mutizmle İlişkin Özyeterlik Düzeyi Bulguları

Katılımcıların özyeterlik düzeyleri son mezuniyet dereceleri göz önünde bulundurularak yüzdelik oranlarına göre rapor edilmiştir. Tablo 4'te sonuçlar görülmektedir.

Tablo 4

DKT'lerin Eğitim Düzeyine göre Özyeterlik Düzeyi Sorularına Verilen Yanıtların Yüzdeleri

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Selektif mutizimli bireylerin belirtilerini tanırım.					
Lisans	13 (%10,08)	45 (%34,88)	51 (%39,53)	14 (%10,85)	6 (%4,65)
YL	2 (%9,52)	12 (%57,14)	5 (%23,81)	2 (%9,52)	-
DR	1 (%50,00)	1 (%50,00)	-	-	-
2. Okul çağı çocuklarda çekingenlik ile selektif mutizm ayrımını yapabiliyorum.					
Lisans	14 (%10,85)	51 (%39,53)	44 (%34,11)	14 (%10,85)	6 (%4,65)
YL	2 (%9,52)	12 (%57,14)	6 (%28,57)	1 (%4,76)	-
DR	2 (%100)	-	-	-	-
3. Selektif mutizimli bireyin ailesine süreci yönetmelerinde danışmanlık ve yönlendirme yapabiliyorum.					
Lisans	8 (%6,20)	36 (%27,91)	41 (%31,78)	34 (%26,36)	10 (%7,75)
YL	2 (%9,52)	4 (%19,05)	6 (%28,57)	6 (%28,57)	3 (%14,29)
DR	1 (%50,00)	-	1 (%50,00)	-	-
4. Okul çağı selektif mutizimli bireyin öğretmenlerine süreci yönetmelerinde danışmanlık yapabiliyorum.					
Lisans	9 (%6,98)	30 (%23,26)	43 (%33,33)	38 (%29,46)	9 (%6,98)
YL	2 (%9,52)	3 (%14,29)	7 (%33,33)	6 (%28,57)	3 (%14,29)
DR	1 (%50,00)	-	1 (%50,00)	-	-
5. Selektif mutizimli bireyle çalışırken ilgili alanların uzmanlarıyla iş birliği içerisinde çalışabiliyorum.					
Lisans	18 (%13,95)	49 (%37,98)	36 (%27,91)	20 (%15,50)	6 (%4,65)
YL	3 (%14,29)	9 (%42,86)	7 (%33,33)	1 (%4,76)	1 (%4,76)
DR	1 (%50,00)	1 (%50,00)	-	-	-
6. Selektif mutizimli bireylerle çalışma konusunda kendimi yeterli hissediyorum.					
Lisans	5 (%3,88)	19 (%14,73)	31 (%24,03)	51 (%39,53)	23 (%17,83)
YL	2 (%9,52)	2 (%9,52)	5 (%23,81)	8 (%38,10)	4 (%19,05)
DR	1 (%50,00)	-	-	1 (%50,00)	-
7. Selektif mutizimli bireylerle çalışırken bireye özgü terapi hedefi hazırlayabiliyorum.					
Lisans	8 (%6,20)	30 (%23,26)	30 (%23,26)	43 (%33,33)	18 (%13,95)
YL	2 (%9,52)	3 (%14,29)	5 (%23,81)	6 (%28,57)	5 (%23,81)
DR	1 (%50,00)	-	-	1 (%50,00)	-
8. Selektif mutizimli bireylerle çalışırken bireye özgü materyal ve terapi ortamı hazırlayabiliyorum.					
Lisans	7 (%5,43)	34 (%26,36)	28 (%21,71)	42 (%32,56)	18 (%13,95)
YL	2 (%9,52)	4 (%19,05)	4 (%19,05)	6 (28,57)	5 (%23,81)
DR	1 (%50,00)	-	1 (%50,00)	-	-
9. Selektif mutizimli bireylerle çalışırken gerekli olduğu durumlarda aileyi terapiye dahil edebilirim.					
Lisans	12 (%9,30)	37 (%28,68)	35 (%27,13)	33 (%25,58)	12 (%9,30)
YL	2 (%9,52)	7 (%33,33)	3 (%14,29)	4 (%19,05)	5 (%23,81)
DR	1 (%50,00)	1 (%50,00)	-	-	-
10. Selektif mutizimli bireylerle çalışırken gerekli olduğu durumlarda öğretmeni terapiye dahil edebilirim.					
Lisans	11 (%8,53)	37 (%28,68)	39 (%30,23)	31 (%24,03)	11 (%8,53)
YL	2 (%9,52)	7 (%33,33)	3 (%14,29)	4 (%19,05)	5 (%23,81)
DR	1 (%50,00)	1 (%50,00)	-	-	-
11. SM'li bireylerle çalışırken kendisi ve çevresine karşı geliştirdiği olumsuz tutum ve davranışları değiştirebilirim.					
Lisans	7 (%5,43)	40 (%31,01)	40 (%31,01)	31 (%24,03)	11 (%8,53)
YL	2 (%9,52)	6 (%28,57)	6 (%28,57)	3 (%14,29)	4 (%19,05)
DR	1 (%50,00)	-	1 (%50,00)	-	-

Tablo 4’te görüldüğü üzere; SM’li bireylerin belirtilerini tanıma maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; lisans grubunda %39,53 ile “bilmiyorum”, yüksek lisans grubunda %57,14 ile “katılıyorum” olmuşken, doktora grubunun %50’si “katılıyorum” %50’si “tamamen katılıyorum” yanıtını vermiştir. Okul çağı çocuklarda çekingenlik ile SM ayırımı yapabilme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; lisans grubunda %39,53, yüksek lisans grubunda %57,14 ile “katılıyorum” iken doktora grubunun tamamı “tamamen katılıyorum” yanıtını vermiştir. SM’li çocukların terapi sürecini yönetmelerinde öğretmenlerine danışmanlık yapabilme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; lisans ve yüksek lisans grubunda %33,33 ile “emin değilim” iken; doktora grubunun %50’si “emin değilim”, %50’si “tamamen katılıyorum” yanıtını vermiştir. SM’li bireylerle çalışma konusunda kendini yeterli hissetme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; lisans grubunda %39,53, yüksek lisans grubunda %38,10 ile “katılmıyorum” iken; doktora grubunun %50’si “katılmıyorum”, %50’si “tamamen katılıyorum” yanıtını vermiştir. SM terapilerinde bireye özgü materyal ve terapi ortamı hazırlayabilme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; lisans grubunda %32,56, yüksek lisans grubunda %28,57 ile “katılmıyorum” iken; doktora grubunun %50’si “emin değilim”, %50’si “tamamen katılıyorum” yanıtını vermiştir.

Katılımcıların özyeterlik düzeyi çalışmakta olduğu kurumlara göre gruplandırılarak yüzdeler oranlarına bakılmıştır. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde (RM) ve özel klinik/danışmanlık merkezinde (Özel) çalışmakta olan dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizm özyeterlik düzeyi sorularına verdikleri yanıtlar gruplara göre Tablo 5’te görülmektedir.

Tablo 5

Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde Çalışan Katılımcılar Tarafından Özyeterlik Düzeyi Sorularına Verilen Yanıtların Yüzdeleri

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Selektif mutizmli bireylerin belirtilerini tanırım.					
RM	9 (%7,63)	46 (%38,98)	44 (%37,29)	14 (%11,86)	5 (%4,24)
Özel	11 (%18,33)	24 (%40,00)	17 (%28,33)	8 (%13,33)	-
2. Okul çağı çocuklarda çekingenlik ile selektif mutizm ayırımını yapabilirim.					
RM	9 (%7,63)	50 (%42,37)	41 (%34,75)	13 (%11,02)	5 (%4,24)
Özel	12 (%20,00)	27 (%45,00)	17 (%28,33)	3 (%5,00)	1 (%1,67)
3. Selektif mutizmli bireyin ailesine süreci yönetmelerinde danışmanlık ve yönlendirme yapabilirim.					
RM	7 (%5,93)	31 (%26,27)	39 (%33,05)	31 (%26,27)	10 (%8,47)
Özel	9 (%15,00)	19 (%31,67)	18 (%30,00)	11 (%18,33)	3 (%5,00)
4. Okul çağı selektif mutizmli bireyin öğretmenlerine süreci yönetmelerinde danışmanlık yapabilirim.					
RM	8 (%6,78)	25 (%21,19)	40 (%33,90)	36 (%30,51)	9 (%7,63)
Özel	10 (%16,67)	15 (%25,00)	22 (%36,67)	11 (%18,33)	2 (%3,33)
5. Selektif mutizmli bireyle çalışırken ilgili alanların uzmanlarıyla iş birliği içerisinde çalışabilirim.					
RM	16 (%13,56)	42 (%35,59)	35 (%29,66)	18 (%15,25)	7 (%5,93)
Özel	13 (%21,67)	29 (%48,33)	10 (%16,67)	7 (%11,67)	1 (%1,67)
6. Selektif mutizmli bireylerle çalışma konusunda kendimi yeterli hissediyorum.					
RM	4 (%3,39)	15 (%12,71)	27 (%22,88)	52 (%44,07)	20 (%16,95)
Özel	6 (%10,00)	12 (%20,00)	14 (%23,33)	19 (%31,67)	9 (%15,00)
7. Selektif mutizmli bireylerle çalışırken bireye özgü terapi hedefi hazırlayabilirim.					
RM	6 (%5,08)	27 (%22,88)	26 (%22,03)	42 (%35,59)	17 (%14,41)
Özel	8 (%13,33)	15 (%25,00)	11 (%18,33)	17 (%28,33)	9 (%15,00)
8. Selektif mutizmli bireylerle çalışırken bireye özgü materyal ve terapi ortamı hazırlayabilirim.					
RM	5 (%4,24)	31 (%26,27)	25 (%21,19)	39 (%33,05)	18 (%15,25)
Özel	7 (%11,67)	18 (%30,00)	8 (%13,33)	18 (%30,00)	9 (%15,00)
9. Selektif mutizmli bireylerle çalışırken gerekli olduğu durumlarda aileyi terapiye dahil edebilirim.					
RM	10 (%8,47)	34 (%28,81)	30 (%25,42)	31 (%26,27)	13 (%11,02)
Özel	11 (%18,33)	20 (%33,33)	10 (%16,67)	12 (%20,00)	7 (%11,67)
10. Selektif mutizmli bireylerle çalışırken gerekli olduğu durumlarda öğretmeni terapiye dahil edebilirim.					
RM	9 (%7,63)	34 (%28,81)	33 (%27,97)	30 (%25,42)	12 (%10,17)
Özel	10 (%16,67)	19 (%31,67)	12 (%20,00)	12 (%20,00)	7 (%11,67)
11. Selektif mutizmli bireylerle çalışırken kendisine ve çevresine karşı geliştirdiği olumsuz tutum ve davranışları değiştirebilirim.					
RM	5 (%4,24)	38 (%32,20)	35 (%29,66)	28 (%23,73)	12 (%10,17)
Özel	6 (%10,00)	25 (%41,67)	13 (%21,67)	10 (%16,67)	6 (%10,00)

Tablo 5'te görüldüğü üzere, SM'li bireylerle çalışma konusunda kendini yeterli hissetme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışanlarda %44,07, özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanlarda %31,67 ile "katılmıyorum" yanıtında görülmüştür. SM terapilerinde bireye özgü terapi hedefi hazırlayabilme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışanlarda %35,59, özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanlarda %28,33 ile "katılmıyorum" yanıtında görülmüştür. SM terapilerine gerekli olduğu durumlarda aileyi

terapiye dahil edebilme maddesine; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışanların %28,81'i "katılıyorum", %26,27'si "katılmıyorum"; özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanların %33,33'ü "katılıyorum", %20'si "katılmıyorum" yanıtını vermiştir. SM'li bireylerle çalışırken bireyin geliştirdiği olumsuz tutum ve davranışları değiştirebilme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışanlarda %32,20, özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanlarda %41,67 ile "katılıyorum" yanıtında görülmüştür.

Tartışma

Bu çalışma; dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ilişkin özyeterlik ve bilgi düzeylerini betimlemek amacıyla yapılmıştır ve bu çalışmada dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizme ve terapisine dair farkındalıkları incelenmiştir. Verilerin toplanma sürecinde çalışma için araştırmacılar tarafından, alanyazın taraması yapılarak geliştirilmiş olan; 11 demografik bilgi sorusu, 12 doğru-yanlış sorusu ve 11 Likert tipi soru bulunduran anket kullanılmıştır. Verilerin analizi aşamasında ise elde edilen sonuçların yüzdeler oranları hesaplanarak rapor edilmiştir. Katılımcıların bilgi ve özyeterlik düzeyleri; son mezuniyet derecesi ve çalışmakta olduğu kuruma göre incelenmiştir.

Yapılan çalışma için ulusal ve uluslararası alanyazın taraması yapıldığında sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu sınırlılık, tartışma bölümünde çalışmanın bulgularını alanyazın ile desteklemede zorluğa sebep olurken; aynı zamanda alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu da göstermektedir.

Katılımcıların ankette bilgi düzeylerini inceleyen maddelere verdikleri cevaplar incelendiğinde; "Selektif mutizm kız çocuklarında daha sık görülür" maddesine son mezuniyet derecesi lisans ve yüksek lisans olan katılımcıların en fazla verdiği yanıt "bilmiyorum" olmuştur. Selektif mutizmin teorik bilgi kısmında yer alan bu maddenin katılımcılar tarafından bilinmiyor olması şaşırtıcı bulunmuştur. Katılımcıların %67,1'i eğitim hayatında SM içerikli

ders almadığını bildirmiştir ve bu maddede görüldüğü üzere SM içerikli ders almamış olmak SM'nin cinsiyetle olan ilişkisi hakkında da bilgi sahibi olunmaması ile uyumludur. Ders içeriklerinde selektif mutizme yer veriliyor olması SM'li çocukların daha kolay fark edilmesine olanak sağlayacaktır.

SM tanısı koyabilmek için konuşulan dilin yeteri kadar ya da tamamen edinilmiş olmasına gerek olduğu maddesini lisans grubunun %41,09'u, yüksek lisans grubunun %57,14'ü, doktora grubunun ise %50'si doğru yanıtlamıştır. Sonuçlara bakıldığı zaman doğru yanıt yüzdeliği yüksek görülüyor olsa da selektif mutizmi belirleme kriterleri için dil ve konuşma terapistlerinin tamamının doğru bilgiye sahip olmadığı görülmektedir. Bu sonuçlar selektif mutizmlili bir bireyle karşılaşıldığında selektif mutizme ilişkin özelliklerin ayırt edilmesinde zorluklar yaşanabileceğini göstermektedir. Bunun sonucunda erken teşhisin önemli olduğu bu bozuklukta tanılama gecikeceği için terapi süreci de sekteye uğrayacaktır.

Selektif mutizmde genetik geçişliliğin etkili olduğu konusunda üç eğitim grubu da “doğru” ve “bilmiyorum” seçeneklerinde benzer yüzdelik oranlara sahiptir. Gerçek & Seçkin Yılmaz'ın 2022'de yaptığı çalışmada selektif mutizmin kalıtsal olması sorusuna en fazla verilen yanıt “bilmiyorum” olmuştur. Çalışmanın sonuçları bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Selektif mutizm terapilerinde dil ve konuşma terapistlerinin de rol alabileceği maddesine üç eğitim grubu da yüksek yüzdelik oranıyla “doğru” yanıtını vermiştir. Kızılboğa 2009 yılında yaptığı çalışmada; Türkiye'deki dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizmin psikolojik yönelimi nedeniyle kendilerini sorumlu hissetmediği sonucuna varmıştır. Bu bulgu çalışmamızla paralellik göstermemektedir ancak 2009 yılından bugüne dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizm terapilerinde rol alan ekibin içerisinde kendilerini görme oranlarının arttığını göstermektedir. Ancak tanılama kriterleri ve terapi planlama konularında bilgi düzeyleri, terapide rol alma farkındalıklarının oranıyla uyumlu değildir.

Selektif mutizm terapilerinde terapi yöntemleri yetersiz olursa ilaç tedavisi ile desteklenebileceği maddesine; mezuniyet derecesi lisans ve yüksek lisans olan katılımcıların en fazla verdiği yanıt “bilmiyorum” olmuştur. Gerçek ve Seçkin-Yılmaz’ın 2022’de yaptığı çalışmada selektif mutizmin terapilerinde ilaç kullanımının da etkili olabileceği maddesinde verilen en fazla yanıt “bilmiyorum” şeklindedir. Mevcut çalışmanın bulguları alanyazın ile paralellik göstermektedir.

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde çalışan terapistler ile özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışan terapistlerin selektif mutizme dair yanıtları incelendiğinde; dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizm olan çocukların ailelerinde de selektif mutizm benzeri tutum ve davranışlar görülebileceği maddesine verdikleri doğru yanıtların yüzdelik oranlarının, SM’de genetik geçişliliğin etkili olduğu maddesine verdikleri doğru yanıtların yüzdelik oranlarından fazla olduğu görülmüştür. Bu ikilem araştırmacılar tarafından şaşırtıcı bulunmuştur.

Katılımcıların anketin özyeterlik düzeyini inceleyen maddelerine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; SM’li bireylerin belirtilerini tanıma maddesinde en yüksek yüzdelik oranları; lisans grubunda “bilmiyorum”, yüksek lisans grubunda “katılıyorum” olmuşken; doktora grubunun %50’si “katılıyorum” %50’si “tamamen katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu durumda en son mezuniyet derecesi lisans olan dil ve konuşma terapistlerinin SM’li bireylerin belirtilerini tanımada kendilerini diğer gruplara göre yetersiz hissettikleri görülmüştür. SM terapisinde önceliğin doğru tanı olduğu göz önüne alındığında; belirtileri tanıma, doğru tanı açısından oldukça önemlidir.

SM’li çocukların terapi sürecini yönetmelerinde öğretmenlerine danışmanlık yapabilme maddesinde en yüksek yüzdelik oranları; lisans ve yüksek lisans grubunda “emin değilim” iken; doktora grubunun %50’si “emin değilim”, %50’si “tamamen katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu sonuçlara bakıldığında; terapistlerin öğretmenlere danışmanlık yapma konusunda yeterli hissetmedikleri gözlenmiştir. SM terapilerinin etkililiği için ve genelleme aşamalarının okulda

ve öğretmenle de çalışması gerektiği göz önüne alındığında; sonuçlar terapistlerin bu konuda kendilerini geliştirmesi gerektiği yönündedir.

SM'li bireylerle çalışma konusunda kendini yeterli hissetme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; lisans ve yüksek lisans grubunda “katılmıyorum” iken; doktora grubunun %50'si “katılmıyorum”, %50'si “tamamen katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu sonuçlar şaşırtıcı bulunmakla beraber alanda eksiklik olduğunu da göstermektedir. SM'li bireylerin terapi sürecinde önemli bir rolü olan dil ve konuşma terapistlerinin bu konuda kendilerini yetersiz hissetmesi, eğitimlerin içeriğinde daha çok yer alması gerektiğini bir kez daha göstermiştir. Toland 1998'de yaptığı çalışmada; profesyonellerin örgün eğitim almasının, selektif mutizm tanı ve terapilerindeki rahatlık seviyesinde etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çalışmanın sonuçları bu araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Selektif mutizmlili bireyle çalışırken ilgili alanların uzmanlarıyla iş birliği içerisinde çalışabilme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; lisans ve yüksek lisans grubunda “katılıyorum” yanıtı olmuştur. Giddan ve ark. 1997'de selektif mutizmde multidisipliner çalışmanın önemini vurgulamıştır. Çalışmanın sonucu alanyazın ile paralellik göstermektedir.

Selektif mutizm terapilerine gerekli olduğu durumlarda aileyi terapiye dahil edebilme maddesinde en yüksek yüzdeler oranları; özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde ve özel klinik/danışmanlık merkezinde çalışanlarda “katılıyorum” yanıtı olmuştur. Aile ile çalışmanın terapinin planlanması ve terapinin sürdürülmesinde rolü büyük olduğundan dolayı terapistler tarafından bunun farkında olunması elzemdir.

Selektif mutizm terapilerinde dil ve konuşma terapistlerinin en önemli meslek elemanlarından biri olması bu alana yönelik bilgi düzeylerinin ve özyeterliklerinin yüksek olması açısından önemlidir. Sonuçlara bakıldığında zaman hem en son mezuniyet derecesine göre hem de çalışılan kuruma göre yetersizlikler ve eksiklikler gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar alanyazında yer alan çalışmalar ile tutarlıdır (Gerçek& Seçkin-Yılmaz, 2022).

Dil ve konuşma terapistlerinin eğitim hayatında gördüğü derslerde selektif mutizm içeriğine daha çok yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bunun yanında çalışmaya katılan terapistlerin yalnızca 24'ü selektif mutizme dair eğitim almıştır. Eğitim alan terapistlerin 1'i eğitim hakkında bilgi vermemiş, 23'ü "Selektif Mutizm Terapilerinde Kızılboğa Modeli (SEMUTER)" eğitimini almıştır. Çalışmanın genel sonuçlarına bakıldığında; dil ve konuşma terapistlerinin selektif mutizm konusunda farkındalıklarını arttırması ve eğitim süreçlerinde bu alana yönelik daha fazla ders alınması gerektiği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada katılımcı sayısının az olması, anketlerin yüz yüze yapılamaması ve araştırma süresinin kısıtlı olması çalışmanın sınırlılığı olarak görülmektedir. Çalışmada mezuniyet derecesi doktora olan katılımcı sayısının az olması genellemeyi olumsuz etkileyeceği için sınırlılık olarak görülmektedir. Ayrıca araştırma için yapılan alanyazın taramasında ulaşılan çalışmaların güncel olmaması çalışmanın diğer sınırlılığı olmakla birlikte selektif mutizm alanında ulusal ve uluslararası eksikliği de göstermektedir. Gelecekteki çalışmalar için katılımcı sayısının arttırılması ve selektif mutizm alanıyla ilgilenen diğer branşlarla karşılaştırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Alyanak, B., Kılınçaslan, A., Harmancı, H. S., Demirkaya, S. K., Yurtbay, T., & Vehid, H. E. (2013). Parental adjustment, parenting attitudes and emotional and behavioral problems in children with selective mutism. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 9–15.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth Edition)*. Washington, DC.
- Black, B., & Uhde, T.W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1090-1094.
- Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847–856.
- Brown, J. B., & Lloyd H. (1975). A controlled study of children not speaking at school. *Journal of the Association of Workers for Maladjusted Children*, 3, 49-63.

- Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E., & Leonar, H. L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 836-846.
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., & Martin, J. (1996). Fluoxetine treatment of children with selective mutism: An open trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 615-621.
- Fundudis, T., Kolvin, I., Garside R. F. (1979). *Speech retarded and deaf children: their psychological development*. Academic Press.
- 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.
- Giddan, J., Ross, G., Sechler, L., & Becker, B. (1997). Selective mutism in elementary schools: Multidisciplinary interventions. *Language, Speech and Hearing Services in the Schools*, 28, 127-133.
- Golwyn D. H., & Selvie C. P. (1999). Phenelzine treatment of selective mutism in four prepubertal children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9, 109-13.
- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(1), 114–120.
- Karakaya, I., Sismanlar, S. G., Oc, O. Y., Memik, N. C., Coskun, A., Agaoglu, B., & Yavuz, C. I. (2008). Selective mutism. A school-based cross-sectional study from Turkey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 114–117.
- Kızılboga, V. (2009). Selektiver Mutismus im Kindesalter; Entwicklung und Evaluation eines Ratgebers für Eltern, Ärzte und Therapeuten in der Türkei. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. TU Dortmund. Almanya.
- Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population-based study: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257–262.
- Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24–29.
- Kumpulainen, K. (2002). Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs*, 16(3), 175-180.
- Lamsa, T., & Erkolahti, R. (2013). Selective mutism. *Duodecim*, 129, 2641-2646.
- Melfsen, S., & Warnke, A. (2007). Überblick zur behandlung des selektiven mutismus. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 35(6), 399–409.

- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997–1009.
- Perednik, R. (2016). *The selective mutism treatment guide: Manuals for parents, teachers, and therapists*. (Second Edition). Oaklands Publishing.
- Rye M. S., & Ullman D. (1999). The successful treatment of long-term selective mutism: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 313-323.
- Toland, S. M. (1998). *A Survey of Illinois Speech-language Pathologists and School Psychologists Regarding Selective Mutism*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Eastern Illinois University.
- Wright H. H., Cuccaro M. L., Leonhardt T.V., Kendall, D. F., & Anderson, J. H. (1995). Case study: fluoxetine in the multimodal treatment of a preschool child with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 857-862.

Etik Kurul İzni: Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.06.2022 07 no'lu toplantısında 61351342/2022-32 dosya numarası ile onay alınmıştır.

Yazar Katkıları/Author Contributions: **Veysel Kızıboğa:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama; **Afife Türker:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama ve/veya İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama; **Yeliz Kaya:** 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: Yazar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiçbir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadığını beyan etmiştir. / The author has declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.