



**DEMANSLI
HASTALARDA YUTMA
BOZUKLUĞUNUN
YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Fatma elik

Yüksek Lisans Tezi

**DEMANSLI HASTALARDA YUTMA
BOZUKLUĞUNUN YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

FATMA ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi

Anadolu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Eskişehir, Haziran 2016

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Müzeyyen ÇİYİLTEPE

Jüri ve Enstitü Onayı

Fatma Çelik'in "Demanslı Hastalarda Yutma Bozukluğunun Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı, Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı'ndaki yüksek lisans tezi 22.06.2016 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

	Adı-Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Yrd. Doç. Dr. Mützeyyen Çiyiltepe Anadolu Üniversitesi	
Üye	Yrd. Doç. Dr. A. Müge Tunçer Anadolu Üniversitesi	
Üye	Doç. Dr. Özgül Akın Şenkul Çukurova Üniversitesi	

Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
14.06.2016. tarih ve23..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Dilek AK
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı ve soyadı : Fatma ÇELİK
Doğum tarihi ve yeri : 17.05.1988, Samsun
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Bekâr
E-posta : fatmacelik362@gmail.com

Eğitim Durumu

1994-2002: Necatibey İlköğretim Okulu, Samsun
2002-2006: 19 Mayıs Süper Lisesi, Yabancı Dil Bölümü, Samsun
2007-2011: Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Dilbilim Bölümü, Ankara
2013-2016: Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, Eskişehir
Yabancı dil: İngilizce

Yayınlar

Çelik, F. (ed.) (2010) “Atatürk’ün 55 Röportajı”, Anekdot Yayınları, Ankara.
Çelik, F. (ed.) (2010) “Serpil Örumcer-Bayan Bacak”, Açık Kitaplar, Ankara.
Çelik, F. (ed.) (2010) “Kuzeyli Yazılar”, Anekdot Yayınları, Ankara.
Çelik, F. (ed.) (2012) “Gençlik ve Spor Dergisi”, Beyaz Çizgi Yayıncılık, Ankara.
Çelik, F. (ed.) (2014) “Lisan-ı Aşk Dergisi”
Çiyiltepe, M. ve Çelik, F. (2016). “Dil ve Konuşma Terapistleri İçin Farmakolojik Bilgiler”, Detay Yayıncılık, Ankara. (basım aşamasında)
Çiyiltepe, M. ve Çelik, F. (2016). “Dil Motor Konuşma Bozuklukları: Yoga ile Terapi Yaklaşımı”, Detay Yayıncılık, Ankara. (basım aşamasında)

TV Programları

Çelik, F. (2011), “Türkiye’nin Dostları” belgeseli İngilizce seslendirme, Beyaz Çizgi Yayıncılık, Ankara.

Bilimsel Etkinlikler

1. Louis, K. O. “Stuttering Treatment: Stuttering Modification of Severe Stuttering in Adults” Anadolu Üniversitesi, DİLKOM, Eskişehir, 2014.
2. Düzkantar, A. “Down Sendromlu Çocukların Cinsel Eğitimi” Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 2014.
3. “3. Yutma Bozuklukları Kongresi” Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2014.
4. Modified Barium Certificate, Northern Speech Services, USA, 2015.
5. Acarlar, F., Kaysılı, B. ve Akçamuş, M. “Söz Öncesi İletişim Becerilerinin Doğal Bağlamda Öğretimi-Milieu Yöntemi”, Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Erken Çocuklukta Müdahale Kongresi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir, 2016.

Sözlü Konferans veya Seminerler

1. Çelik, F. (2011) “İşık Dilinde Ezgi Görünümleri”, 25. Ulusal Dilbilim Kurultayı, Çukurova Üniversitesi, Adana.

2. Çelik, F. (2015) “Dil ve Konuşma Bozuklukları Uzmanlarının Bilmesi Gereken İlaçlar”, 8. Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
3. Çelik, F. (2015) “Globus Histicus Tanılı Olguda Perkutan Endoskopik Gastrostomi Desteği”, 4. Yutma Bozuklukları Kongresi, Sabancı Kongre Merkezi, İstanbul.



ÖN SÖZ

Hayatta kalmak, beslenmek amacıyla gerçekleştirdiğimiz yeme eylemi sosyal ve psikolojik etkilere de sahiptir.

Bütün aileyi bir araya toplayan bir akşam yemeği, yakın arkadaşların sohbetine eşlik eden bir kahve, izlediğiniz filmlerin vazgeçilmezi mısır, yemek sonraları muhabbetlerin olmazsa olmazı çay ve hatta su... Bilimsel olarak nasıl gerçekleştiğini o esnada düşünmediğimiz yeme ve içme eylemlerinin aktörleri... Aslında tüm bunlar, beslenmenin yanı sıra sosyal etkileşimi de artıran buna bağlı olarak da olumlu psikolojik etkileri olan eylemlerdir.

Yeme ve içme eylemlerini hayata geçirmeye engel bir durum söz konusu olduğunda tüm bu güzelliklerden hatta çok daha fazlasından mahrum kalınabilir. Bazı hastalıklar bu mahrumiyetin nedeni olabilir. Demans gibi...

Bu tezde demans tanılı hastaların, yaşadıkları yutma sorunun yaşam kalitelerini nasıl etkilediği üzerinde durulmuştur. Bu doğrultuda hastalara anketler ve testler uygulanmış, sonuçları değerlendirilerek olası etkiler araştırılmıştır.

Bu çalışmaların gerçekleştirilmesinde emeği olan, tüm tez süresince bilimsel ve psikolojik desteklerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Müzeyyen Çiyiltepe'ye,

Hayatım boyunca bana destek olan aileme,

Benimle aynı zorlukları yaşayan arkadaşlarıma,

Çalışmamamın istatistiksel aşamalarında bana yardımcı olan Prof. Dr. Nuray Gökçek Karaca'ya, Sayın Turgay Aykutel'e,

Ve en çok da CANIM BABAANNEME teşekkürler...

DEMANS LI HASTALARDA YUTMA BOZUKLU ĞUNUN YA ŒAM KALİTESİNE ETKİSİ

ÖZET

Bu tezde, yutma bozuklu ğu olan demanslı hastaların ya Œam kalitesinin, yutma bozuklu ğundan nasıl etkilendi ğini ortaya koymak hedeflenmi Œtir.

Hedefe ula Œmak amacıyla uyarlanan “Ya Œam Kalitesi Ölçe ği” (YKÖ) kullanılmı Œtır. YKÖ, 20 maddeden olu Œan, sözel sorgulama ve puanlamaya dayanan bir ölçektir. YKÖ’nün tüm maddeleri, ya Œam kalitesini ölçme bakımından de ğerlendirilmi Œtir. Bunun öncesinde hastalara “Mini Mental Test” -e ğitilmiş olanlar ve olmayanlar için ayrı iki test- uygulanmı Œ ve testten 25 ile üstü alanlar YKÖ’yü kendisi doldurmu Œ, 25 altı alanlarınsa aileleri doldurmu Œtur. “Mini Mental Test”ten 0 alanlarınsa bili Œsel durumlarını de ğerlendirebilmek için “Glaskow Koma Skalası” kullanılmı Œtır. Bunların yanında hastaya EAT-10, Kısa Nütrisyon De ğerlendirme (KND) ve Disfaji Handikap İndeksi (DHI) uygulanmı Œtır.

Ölçek ve testler, yutma problemi ya Œayan 75 demans tanılı hastaya uygulanmı Œtır.

Bulgulardan elde edilen sonuçlara göre YKÖ ve bu ölçe ğin di ğer testlerle ili Œkisine bakıldı ğında demans tanılı hastaların ya Œam kalitesinin yutma bozuklu ğundan olumsuz etkilendi ği görölmü Œtür.

Sonuçlar, istatistiksel olarak de ğerlendirilmiş ve yutma bozuklu ğunun demanslı hastaların ya Œam kalitesine etkisi tartı Œılmı Œtır.

Anahtar Kelimeler: yutma, disfaji, demans, ya Œam kalitesi

THE EFFECT of DYSPHAGIA on QUALITY of LIFE of PATIENTS with DEMENTIA

ABSTRACT

This study aims to reveal how the quality of life of patients with dementia is affected from their dysphagia.

For this purpose, the Quality of Life Scale (QLS) has been adapted. This scale has 20 questions and bases upon verbal interviewing with either an individual or a caregiver (family member, nurse, etc). All of the questions of this scale has been evaluated with the regards to quality of life. Before this, a “Mini Mental Test -two different tests for educated and uneducated patients- was applied to the patients. The patients who got 25 points and up did the scale by themselves. The others’ families did the scale on behalf of them. To evaluate the cognitive ability of the patients who got 0 points from the “Mini Mental Test”, “Glaskow Coma Scale” was used. In addition to these tests, EAT-10, Mini Nutritional Test and Dysphagia Handicap Index were applied to the patients.

The scale and the tests were applied to 75 patients with dementia.

According to the findings which were got from QLS and the correlation of it with the other tests, it was seen that the quality of life of the patients with dementia affected from the dysphagia.

The effects of dysphagia to the quality of life was statistically argued at the end. Also it was argued how swallowing therapy can increase the quality of the life of the patients with dementia.

Key Words: swallowing, dysphagia, dementia, quality of life

İÇİNDEKİLER	SAYFA
ÖZGEÇMİŞ	i
ÖN SÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ	xi
GİRİŞ ve AMAÇ	1
Giriş	1
Amaç	2
KAYNAK BİLGİSİ	3
Yutma Nedir?	3
Yutmanın Fizyolojisi	3
Yutma Bozuklukları	3
Yutmanın Değerlendirilmesi	4
Demans	5
Demansın Evreleri	5
Demansın Değerlendirilmesi	5
Demans ve Yutma Bozukluğu	5
Demans ve Yaşam Kalitesi	10
YÖNTEM	11
Araştırmanın Modeli	11
Katılımcılar	11
Veri Toplama Araçları	14
<i>Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)</i>	14
<i>Disfaji Handikap İndeksi (DHI)</i>	15
<i>Yutma Fonksiyonu Tarama Testi (EAT-10)</i>	15
<i>Kısa Nutrisyon Değerlendirme (KND)</i>	15
<i>Mini Mental Test (MMT)</i>	15

<i>Glaskow Koma Skalası (GKS)</i>	16
<i>Araştırma Gönüllü Katılım Formu</i>	16
Ortam	16
Veri Toplama Süreci	16
Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	17
BULGULAR ve TARTIŞMA	18
Bulgular	18
<i>YKÖ ile Diğer Testlerin İlişkisine Yönelik Bulgular</i>	18
Tartışma	19
SONUÇ ve ÖNERİLER	21
Sonuç	21
Öneriler	21
KAYNAKLAR	24
EKLER	28
EK 1. Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)-Form-A	28
EK 2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)-Form-B	30
EK 3. Disfaji Handikap İndeksi (DHİ)	32
EK 4. Yutma Fonksiyonu Tarama Testi (EAT-10)	33
EK 5. Kısa Nutrisyon Değerlendirme (KND)	34
EK 6. Mini Mental Test (MMT)-Eğitilmişler İçin	35
EK 7. Mini Mental Test (MMT)-Eğitimsizler İçin	36
EK 8. Glaskow Koma Skalası (GKS)	38
EK 9. Araştırma Gönüllü Katılım Formu	39
EK 10. Etik Kurul İzni	40
EK 11. Kamu Hastaneler Birliği Araştırma İzni	41
EK 12. Yaşam Kalitesi Ölçeği (Orijinali)	42

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL NO ve ADI	SAYFA
Şekil 1 Demans Tanılı Hastaların Yaş Bilgileri	12
Şekil 2 Sağlıklı Bireylerin Yaş Bilgileri	12
Şekil 3 Demans Tanılı Hastaların Eğitim Bilgileri	13
Şekil 4 Sağlıklı Bireylerin Eğitim Bilgileri	13



ÇİZELGELER DİZİNİ

ÇİZELGE NO ve ADI	SAYFA
Çizelge 1 Demansın Evreleri	5
Çizelge 2 Demanslı Hastaların Bakıcıların Dikkat Etmesi Gereken Bazı Noktalar	6
Çizelge 3 Demanslı Hastalardaki Yutma Bozukluğunun Türleri	7
Çizelge 4 Demanslı Hastalarda Beslenme Sorununun Skorlanması	8
Çizelge 5 Geriatrik Disfajide Değerlendirme Akışı	9
Çizelge 6 Erken ve İleri Evre Parkinson Türü Demans Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması	10
Çizelge 7 İki Evre Arasındaki Fark	10
Çizelge 8 Yaşlılıkta Disfajiye Eşlik Eden Faktörler	10
Çizelge 9 Katılımcıların Cinsiyet Bilgileri (N=120)	11
Çizelge 10 Katılımcıların Yaş Bilgileri	11
Çizelge 11 Katılımcıların Tanılarına İlişkin Bilgiler	13
Çizelge 12 Demanslı Hastaların Beslenme Şekli	14
Çizelge 13 Sağlıklı Bireylerin Beslenme Şekli	14
Çizelge 14 Demans Tanılı Hastalar için YKÖ ve Diğer Testleri Kimlerin Doldurduğuna İlişkin Bilgiler	16
Çizelge 15 Katılımcılara Uygulanan YKÖ Puanlamasına Ait Betimsel Bilgiler	17
Çizelge 16 DHİ ile YKÖ Değişkenlerinin Betimsel Analizi	18
Çizelge 17 EAT-10 ile YKÖ Değişkenlerinin Betimsel Analizi	18
Çizelge 18 KND ile YKÖ Değişkenlerinin Betimsel Analizi	19
Çizelge 19 YKÖ için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	19

Çizelge 20	Yutma Sorunu Yaşayan Demanslı Hastalar İçin Öneriler	22
Çizelge 21	Bakıcıların Dikkat Etmesi Gereken Bazı Noktalar	23



SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

AD	: Alzheimer Demans
DHİ	: Disfaji Handikap İndeksi
EAT-10	: Yutma Fonksiyonu Tarama Testi
FEYÇ	: Fiberoptik Endoskopik Yutma Çalışması
GKS	: Glaskow Koma Skalası
KND	: Kısa Nütrisyon Değerlendirme
MMT	: Mini Mental Test
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NG	: Nazogastrik
Ort.	: Ortalama
PEG	: Perkütan Endoskopik Gastrostomi
SS	: Standart Sapma
SH	: Standart Hata
SWAL-QOL	: Yutma Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği
UES	: Üst Özofageal Sfinkter
VaD	: Vasküler Demans
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
VYÇ	: Videofloroskopik Yutma Çalışması
YKÖ	: Yaşam Kalitesi Ölçeği

GİRİŞ ve AMAÇ

Giriş

Yutma işlevi, anne karnında henüz 26 haftalıkken başlayıp yaşam boyu devam etmektedir. Bu yetenek sayesinde vücuda besin ve su girişi sağlanarak yaşamsal faaliyetler devam ettirilir (Çiyiltepe, 2008).

Yutma, solunum ve sindirim sistemi kaslarının yarı otomatik motor hareketleriyle yiyeceğin ağız boşluğundan mideye geçirilmesi işlemidir (Çiyiltepe, 2008). Ağız alınan lokmanın yoğunluğuna bağlı olarak yutmanın süresi farklılık gösterir. Bu süre 1-2 sn. olup ağız ve orafarenkstekteki kasların koordinasyonunu gerektirir.

Bu işlemlerdeki herhangi bir bozukluk, disfajiye neden olabilmektedir. Disfaji, yutma gücünü ya da bozukluğu olarak tanımlanabilmektedir. Yunanca “yeme bozukluğu” anlamına gelmektedir. Çiyiltepe’ye göre (2008) yutma bozukluğu, yutma işlemi sırasında yiyeceğin ağız boşluğundan mideye geçişinde gecikme, engellenme, yiyeceğin nazofarenkse ya da nefes borusuna kaçmasıdır.

Penetrasyon, beslenme sırasında gıdaların larenkse girmesi, vokal fold seviyesinde supraglotik bölgede kalmasıdır. Aspirasyon ise yabancı herhangi bir maddenin nefes borusuna, subglotik bölgeye geçmesidir. Aspirasyon esnasında öksürük ile boğazı temizleme gibi herhangi bir hareket söz konusu olmazsa buna da “sessiz aspirasyon” denir. Aspirasyon yoğunlaşmış ve alt solunum yollarında enfeksiyona sebep olmuşsa “aspirasyon pnömonisi” görülür. Bu sebeple disfajinin erken teşhisi hayati sorunların önüne geçilmesinde oldukça büyük önem taşımaktadır.

Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda yutma işlevinin hayati değerinin yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Fakat yutma, hayati önemiyle beraber yaşam üzerinde sosyal bir öneme de sahiptir.

Bir bardak su içme, tatlı ya da bireysel damak tadına uygun şeyleri yiyebilme, bir restoranda oturup bir öğün yemek yeme, bütün aile hep birlikte bir öğünü paylaşabilme; zevk verici sosyal faaliyetlerdir. Yemek yeme faaliyeti için de yutma en önemli beceridir. Yutma ya da yutkunmadaki en küçük bir aksaklık, insanın yaşantısını hem hayati hem de sosyal olarak olumsuz etkileyebilmektedir.

Yemek yerken yaşanan küçük bir problemi sağlıklı bireyler refleksif bir öksürme ile telafi edebilirken herhangi bir nedenle bireyler hastalandıklarında öksürme refleksi ile boğazı temizleme işlemini gerçekleştiremeyebilir. Bu durumda yiyeceğin akciğere kaçma olasılığı söz konusu olur. Böyle kişiler için yutma, ölümcül risk taşıyabilir (Çiyiltepe, 2008).

Her yaş grubundan bireyin karşılaşılabileceği bu durumla yaşlıların daha fazla karşılaştığını söylemek olasıdır. Pek çok hastalığın yutma gücünü hatta yutmada bozuklukları beraberinde getirdiğini söyleyebiliriz. Bu hastalıkların da başında demans gelmektedir.

Demans, ilerleyici bilişsel kayıp ve buna bağlı olarak işlevsellikte bozulma ile seyreden ve yıkımla sonuçlanan bir sendromdur (Erden, 2010). Birçok türü bulunan demans farklı evrelerden ve her evrede farklı belirtilerden meydana gelmektedir. Hemen her evresinde yutma bozukluğunun eşlik edebileceği ancak ilerleyen evrelerde bunun daha sık olduğu söylenebilir.

Amaç

Bu tezde yutma güçlüğü yaşayan demanslı hastaların yaşam kalitesinin, bu sorundan ne derece etkilendiğini ortaya koymak hedeflenmektedir. Bununla birlikte bu etkileri azaltmak, yaşam kalitesini artırabilmek için yutma terapisi desteğinin gerekliliğine karar vermek ve yutma terapisinden sağlanan yararları hastaların yaşam kalitesinin ne düzeyde artırılabilirliğini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

Uluslararası alanyazında pek çok hastalığa ve bunların yutma üzerindeki etkilerine değinilmiştir. Yaşanılan yutma sorununun da yaşamı nasıl etkilediği üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Söz gelimi; Martino ve ark. (2000)'de strok geçirmiş hastalardaki yutma bozukluklarını, Sato ve ark. (2014) Alzheimer tanılı hastaların ağız yoluyla beslenmedeki güçlüklerini, Alagiakrishnan ve ark. (2013) demansın farklı evrelerindeki yutma bozukluklarını, Easterling ve Robbins (2008) demans ve yutma bozukluğunu, Menezes (2010) Parkinson hastalarının yaşadıkları yutma bozukluğunun yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini araştırmıştır.

Ancak demansta görülen bu yutma bozukluğunun yaşam kalitesini nasıl etkilediği ve bunun için neler yapılabileceği hakkında çalışmalar alanyazında mevcut değildir.

Bu tezle yutma sorununun ortadan kaldırılabilmesi ya da en aza indirilebilmesi durumunda bireylerin, hem hayati bir önem taşıyan yutma eylemini daha kolay gerçekleştirebilecekleri hem de sosyal ortamlarda daha aktif olabilecekleri ortaya koyulmaya çalışılmaktadır. Böylelikle onların psikolojik açıdan daha pozitif ve hastalıkla mücadelede daha istekli olmalarını sağlamak ayrıca bu durumun hasta yakınları için de bir motivasyon kaynağı olması ve hastanın aile bireyleriyle arasındaki bağın güçlenmesine de yardımcı olmak hedeflenmektedir.

Buna göre bu çalışmada şu sorulara yanıt aranmaktadır:

1. Demans tanılı hastalardaki yutma bozukluğu yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte midir?
2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ) ile EAT-10, DHİ ve KND testlerinin toplam skorları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

KAYNAK BİLGİSİ

Yutma Nedir?

Yutma, solunum ve sindirim sistemi kaslarının yarı otomatik motor hareketleriyle yiyeceğin ağız boşluğundan mideye geçirilmesi işlemidir (Çiyiltepe, 2008). Yutma eylemi basit gibi görünse de aslında oldukça kompleks bir işlemdir. Oral, farengeal ve özofageal olmak üzere 3 aşamadan meydana gelmektedir. Yutma eyleminin başlangıcından sonlanma aşamasına kadar geçen süre yaklaşık 8-11 saniye arasındadır (Gerek ve Çiyiltepe, 2009).

Yutmanın Fizyolojisi

Oral faz; oral hazırlık fazını da içine almaktadır. Oral hazırlık fazında, yiyeceği tükürük yardımıyla yutmaya hazırlama ve çiğneme işlemi gerçekleşir. Daha sonra hazırlanan lokma, dilin önünün kalkıp sert damağa yükselmesiyle arkaya doğru itilir. Bu aşamada gerçekleşen her işlem istemli yapıldığından bilinçli olarak kontrol edilebilmektedir. Orofarengeal geçiş sırasında yutma refleksi anatomik olarak tetiklenir (Çiyiltepe, 2005).

Farengeal faz; peristaltik refleksin tetiklenmesiyle başlar. Bu fazda 4 önemli işlem gerçekleşir:

- Yumuşak damağın yükselmesi ve kasılmasıyla yiyeceğin nazal kısma geçişi engellenir.
- Özofagusun üst kısmında bulunan kas sayesinde yiyecek farengese doğru itilir.
- Epiglot, ses tellerini kapatarak yiyeceğin hava yoluna kaçışını önler.
- Üst özofageal kaslar gevşer ve yiyeceğin alt bölüme geçişi sağlanır (Çiyiltepe, 2005).

Özofageal faz; peristaltik dalga yardımıyla besinin mide girişine kadar gittiği aşamadır. Özofagusun alt kısmında bulunan kaslar gevşeyerek yiyeceğin mideye geçişi sağlanır (Çiyiltepe, 2005).

Yaşlılıkla beraber her fazda farklı bozulmalar meydana gelmektedir:

Oral fazda; kasların güç düzeyinde azalma, dişlere bağlı patalojiler, tükürükte ve tat alma duyusunda azalma görülebilir. Farengeal fazda; yutma refleksinin gecikmeli tetiklenmesi, birincil peristaltik dalgada yavaşlama, yutma döngüsünde bozulma görülebilir. Özofageal fazda; ikincil peristaltik dalgada yavaşlama (dolayısıyla tokluk hissi ve çabuk doyma), kasların açılmasında sorunlar görülebilmektedir (Logemann, 1998).

Yutma Bozuklukları

Yutma bozuklukları özellikle yetişkinlerde, nörolojik ya da mekanik bir bozukluktan meydana gelmektedir (Topbaş, 2004). Yutma sistemini olumsuz etkileyen pek çok neden vardır. Bunlardan bazıları:

- Dudakları kapatamama,
- Dili hareket ettirememe,
- Lokma oluşturmama ya da lokmayı yönlendirememe,

- Yüz kaslarının zayıf olması nedeniyle yiyeceklerin tek bir yanakta birikmesi,
- Yutma refleksinin gecikmesi,
- Ağızdaki tat alma duyusunun zayıflaması,
- Yutmayı sağlayan kaslardaki koordinasyon eksikliği,
- Hastanın yutma için yeterli bilişsel düzeyde olmaması,
- İleri derecede ağız kuruluğu (Çiyiltepe, 2008).

Geriatrik olgulardaki semptomlar ise genel olarak şöyledir:

- Çiğnerken aşırı ağız hareketleri,
- Yutmayı başlatmada zorluk,
- Yerken/içerken boğulma,
- Her lokma için 2-3 kere yutma gereksinimi,
- Fazla tükürük,
- Ateş,
- Ağızda yemek birikmesi (dil üstünde, yanak içinde, dil altında),
- Ses kalitesinde değişiklik,
- Pnömoni (Çiyiltepe, 2008).

Yutma bozuklukları ve buna bağlı olarak gelişen zayıf beslenme; kilo kaybı ve malnütrisyon, anormal yutma, tekrar edici göğüs enfeksiyonları ve kronik karaciğer hastalıklar gibi pek çok istenmeyen durumun yaşanmasına sebep olabilmektedir (Alagiakrishnan, 2013).

Yutmanın Değerlendirilmesi

Çiyiltepe'ye göre (2008) kişide yutma bozukluğunun olup olmadığını anlamak için uygulanması gereken pek çok prosedür, uyulması gereken pek çok basamak vardır:

- Hastadan, yaşadığı yutma şikâyetine ilişkin öykü alınır.
- Fiziksel değerlendirme (Bedensel alışkanlıklar, salya akıntısı, fiziksel durum değerlendirmesi yapılır.)
- Oral motor değerlendirme yapılır.
- Hastada reflü olup olmadığını ölçmek için gastroentoroloji ve kulak burun boğaz uzmanı tarafından 24 saat asit çalışması yapılır.
- Yutma eylemi esnasında çıkan sesin dinlenmesi için servikal oskültasyon yapılır.
- Özofagusun değişik seviyelerdeki basıncını ölçmek için manometre yapılır.
- Üst sindirim yolunun hareketliliğini, lokma geçişini tanımlamak için ultrason yapılır.
- Duyu da dahil olmak üzere nörolojik durum hakkında anatomik bilgi almak için fiberoptik endoskopik yutma değerlendirmesi yapılır.
- Hem yapısal özellikleri hem de bölgedeki organların fonksiyonlarını değerlendirmek için videofloroskopik modifiye baryum yutma değerlendirmesi yapılır.
- Farenks arkasındaki, epiglotttaki iltihaplanmayı ve dişlerdeki kapanmayı değerlendirmek amacıyla yalın filmler istenir.

- Anatomiye bozan durumların teşhisi için boyun tomografisi ve manyetik rezonans görüntüleme yapılır.

Bu değerlendirmeler sonucunda hastadaki yutma bozukluğu belirlenir ve ihtiyaca uygun terapi programı hazırlanır (Çiyiltepe, 2008).

Demans

Bilişsel ve entellektüel işlevlerde azalma sonucu bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olmasıdır (Koçer, 1999). Demans, unutkanlığın ön planda seyrettiği pek çok hastalığın genel adıdır (Cankurtaran ve Arioğul, 2005).

Demansın en yaygın görülen türü Alzheimer hastalığıdır. Bunu takiben ikinci sırada Vasküler demans ve onu takiben Parkinson hastalığı görülmektedir. Bunlarla birlikte demansın daha başka pek çok türü görülmektedir fakat yaygınlık oranları bu üç türden daha düşüktür (Shatenstein ve ark., 2008).

Demansın Evreleri

Cankurtaran ve Arioğul'a göre (2005) demans klinik olarak 3 evreden oluşmaktadır. Demansın evreleri ve bu evrelere ilişkin semptomlar **Çizelge 1'**de verilmiştir.

Çizelge 1. Demansın Evreleri

1. Erken Evre	2. Orta Evre	3. İleri Evre
Günlük hayatı etkileyen ilerleyici unutkanlık	Unutkanlıkta artış	Beslenmede bağımlılık ya da yutamama
Sözcük bulmada güçlük, afazi	Uygunsuz sözcükler kullanma	Üriner ve fekal inkontinans
Kişilik değişikliği	Günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım becerilerinde azalma	Mobilite problemleri ve yatağa bağımlılık
Hesap yapmada güçlük	Akraba ve arkadaşları hatırlayamama	Konuşamama
Eşyaları kaybetme, yerini karıştırma, uygunsuz yerlere koyma	İletişim bozukluğu	
Soru veya cümlelerin tekrarlanması	Anlamsız gezinme ve psikolojik bozukluklar	
Hafif oryantasyon bozukluğu	Halüsinasyon	

Demansın Değerlendirilmesi

Demansla ayırıcı tanı oldukça önem taşımaktadır (Pereira, 2015). Çünkü demansla benzer özellikler gösteren başka durumlar da söz konusudur. Demansın değerlendirilme aşamasında şu basamaklar izlenmektedir (Özanar, 2013):

- Fizik muayene ve mental durum değerlendirmesi
- Tarama testleri
- Laboratuvar değerlendirmesi
- Görüntüleme teknikleri
- Genetik testler

Demans ve Yutma Bozukluğu

Yaşlanma ile birlikte yutma mekanizmalarında bazı değişiklikler görülür. Tükürük salgısının azalması, beraberinde koku ve tat algısında azalma ile

seyreden değişiklikler nedeniyle yaşıların çoğunluğu ağız kuruluğundan yakınırlar. Bu fonksiyonel değişiklikler sağlıklı yaşıllarda herhangi bir yutma problemine yol ağmaz. Ancak bu değişiklikler yaşılyı, disfaji gelişimi için riskli kılar. Özellikle yaşıllarda araya giren akut olaylar, ilaçlar, cerrahi tedaviler, kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları disfaji gelişimine neden olabilir (Varlı, 2012).

Yaşıllarda sık rastlanan Alzheimer, Parkinson gibi nörolojik hastalıklar sıklıkla yutma sorununa yol açmaktadır (Varlı, 2012).

Özofagusta yaşılanmaya bağlı olarak farengeal kas, krikoid kıkırdak arasındaki uyum ve özofagus peristaltizmi azalır, peristaltik dalgaların koordinasyonu bozulur. Yaşılandıkça ilaç kullanımı da artar ve sık kullanılan ilaçların özofagus mukozasına doğrudan etkileri sonucu ağrılı yutma görülebilir (Varlı, 2012).

Demans için belirlenmiş olan genel evreler ve belirtiler söz konusu olsa da bunlar, her hastada farklılıklar gösterebilmektedir. Çiğneme, yutma ya da beslenme sorunları demansın çoğunlukla ileri evresinde görölse de diğer evrelerde de bunlara ilişkin güçlüklerle karşılaşmak mümkün olabilmektedir. Ayrıca demansın tüm türlerinde yutma sorunu ile karşılaşmak mümkündür (Watts ve ark., 2007). Demanslı hastalardaki beslenme sorunu, bağışıklık sisteminin bozulmasıyla ya da kaslardaki güç kaybı ile ilişkilendirilmektedir (Watts ve ark., 2007).

Yutma; duyuşal ve motor sinirleri, beyinsapı ve serebellumu, serebral korteksi ve 40'tan fazla kası ilgilendiren kompleks bir işlemdir (Gallagher, 2011).

Burns ve arkadaşlarının (1990) 172 Alzheimer tipi demans hastasının üzerinde yaptıkları çalışmaya göre hastaların %10'unda yeme krizleri (binge eating) olduğu belirlenmiştir (akt., Altın, 2006). Bilişsel zayıflık ve demansın olumsuz etkilediği çiğneme ve yutma, bu hastaların yaşam kalitelerini özellikle de hastalık ilerledikçe olumsuz etkilemektedir (Shatenstein ve ark., 2008). Bundan dolayı da sosyal olarak izole bir yaşam ve depresif bir hayat sürdürdükleri rapor edilmiştir (Leow ve ark., 2010).

Demanslı hastaların bakıcıları ya da aileleri için yemek saatleri, hastalardaki yeme isteksizliği ve yutma sorunu sebebiyle problem hâline dönüşmekte ve duyuşal olarak gerginliğe neden olmaktadır (Watts ve ark., 2007). Bu durumda bakıcıların dikkat etmesi gereken bazı noktalar **Çizelge 2**'de verilmiştir.

Çizelge 2. Demanslı Hastaların Bakıcılarının Dikkat Etmesi Gereken Bazı Noktalar (Çiyiltepe, 2015)

• Yemek yedirirken sakin davranılmalı.
• Radyo, televizyon gibi rahatsız edici dış sesler engellenmeli.
• Hastanın rahatlaması sağlanmalı.
• Hasta sinirlendiğinde veya sinirlenip tepki verdiğinde hasta zorla yedirilmeye çalışmamalı ve sakinleşmesi beklenmeli.
• Hastalık ilerledikçe bireyin yeme alışkanlıklarında, yemek tercihlerinde ve saatlerinde değişiklikler olacağı bilinmeli.
• Kaşığı veya çatalı bireyin eline vererek ağzına götürmesi sağlanmalı veya gerektiğinde elle beslenmesine izin verilerek hastanın yeme sürecine dahil olması sağlanmalı.

Beslenmesini kendi yapamayan hastalar, yemek saati geldiğinde ağızlarını ağmayı reddetmektedir. Beslenmelerini bağımsız olarak gerçekleştirebilenler ise

yaşadıkları yutma sorunu nedeniyle yemeyi reddedip yiyecekleri saklamayı tercih etmektedirler. Yeterli oral alım sağlanamadığından kilo kayıpları yaşanmaktadır (Watts ve ark., 2007). Ülger ve arkadaşlarına göre (2010), geriatric hastaların %28'i malnütrisyon riski altındadır. Saka ve arkadaşlarının (2010) 181 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre ise malnütrisyon riski %44 olarak saptanmıştır. Saka ve arkadaşlarının (2012) yaptığı başka bir çalışmada ise demans tanısı alan 135 hastanın 85'inde malnütrisyon riski olduğu belirlenmiştir.

Knoops ve arkadaşlarına göre (2005), hastalardaki kilo kaybının en önemli sebebi çiğneme güçlüğüdür. Bu nedenle belli bir süre sonra hastanın beslenmesini sağlayabilmek için perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) ile beslenmeye geçilebilmektedir. Ancak oral alımın devam etmesi hasta ve onunla ilgilenen kişi arasındaki duygusal bağın devam etmesine yardımcı olabilmektedir. Çünkü PEG kullanımı, hastanın yaşamını daha fazla sınırlandırmaktadır (Watts et. el., 2007). Yutma sorunlarının yanı sıra fiziksel sorunlar yaşamaları da sosyal olarak izole bir yaşam sürmelerine neden olmaktadır (Watts ve ark., 2007).

Olaylar karşısında sessiz kalmaya ve bir süre sonra durumlarını kabullenmeye başlamaktadırlar. İleri evrelerde hastalar, sorunlar daha da fazlalaştıkça çevreleriyle sözlü iletişim kurmayı bile reddedebilmektedir (Watts ve ark., 2007).

Orta ve ileri düzey Alzheimer tipi demans hastalarında yutma bozukluğunun görülme sıklığı %32-%93 arasındadır. Yutma bozukluğu bu hastalarda nadiren de olsa daha erken evrede de görülebilmektedir. Bu hastalarda daha çok oral ve farengeal fazlarda sorunla karşılaşmaktadır (Affoo, 2013). Suh ve arkadaşlarına göre (2009) bunun nedeni, yutmayı başlatacak duyuşal refleksin kaybolması olabilmektedir. Milano (2011) ise Alzheimer hastalarının bir süre sonra açlık sinyallerinin kaybolduğunu, beynin vücuda yemek yeme sinyali göndermediğini söylemektedir. Bunun yanında yiyeceği ağızlarına alsalar bile onunla ne yapacaklarını, çiğnemenin nasıl gerçekleştiğini unutacaklarını ifade etmektedir. Alzheimer tipi demansta yutmayı başlatmaya ilişkin sorunlarla daha çok karşılaşılırken vasküler demans tanılı hastalarda ise çiğneme ve yutmayı koordine etmede sorunlarla daha çok karşılaşmaktadır (Gallagher, 2011).

Parkinson tipi demans hastalarında yutma bozukluğu %25 oranındadır (Affoo, 2013). Genel olarak bakıldığında demanslı hastaların %45'inde yutma bozukluğu görülmektedir (Sura ve ark. 2012).

Suh ve arkadaşlarının (2009) çalışmasına göre demanslı hastalarda görülen yutma bozukluğunun türlere göre oranları **Çizelge 3**'te verilmiştir.

Çizelge 3. Demanslı Hastalardaki Yutma Bozukluğunun Türleri

Faz	Problem	AD	VaD
Oral	Bolus formasyonu ve çiğneme Oral kalıntı Oral geçiş süresinde 5 saniye üzeri gecikme	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (%7.1) • 6 (%40.0) • 11 (%73.3) 	<ul style="list-style-type: none"> • 13 (%38.2) • 5 (%14.7) • 11 (%32.3)
Farengeal	Kalıntı Gecikmiş yutma refleksi Hiyolarengeal ekskürsion Epiglot hareketi UES açılımı	<ul style="list-style-type: none"> • 12 (%80.0) • 10 (%66.6) • 6 (%40.0) • 3 (%20.0) • 1 (%6.6) 	<ul style="list-style-type: none"> • 23 (%67.6) • 25 (%73.5) • 24 (70.5) • 18 (%52.9) • 6 (%17.6)

Özofageal	Penetrasyon Aspirasyon Sessiz aspirasyon	<ul style="list-style-type: none"> • 11 (%73.3) • 2 (%13.3) • 0 (%0.0) 	<ul style="list-style-type: none"> • 19 (%55.8) • 16 (%47.0) • 11 (32.3)
-----------	------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

AD: Alzheimer Demans

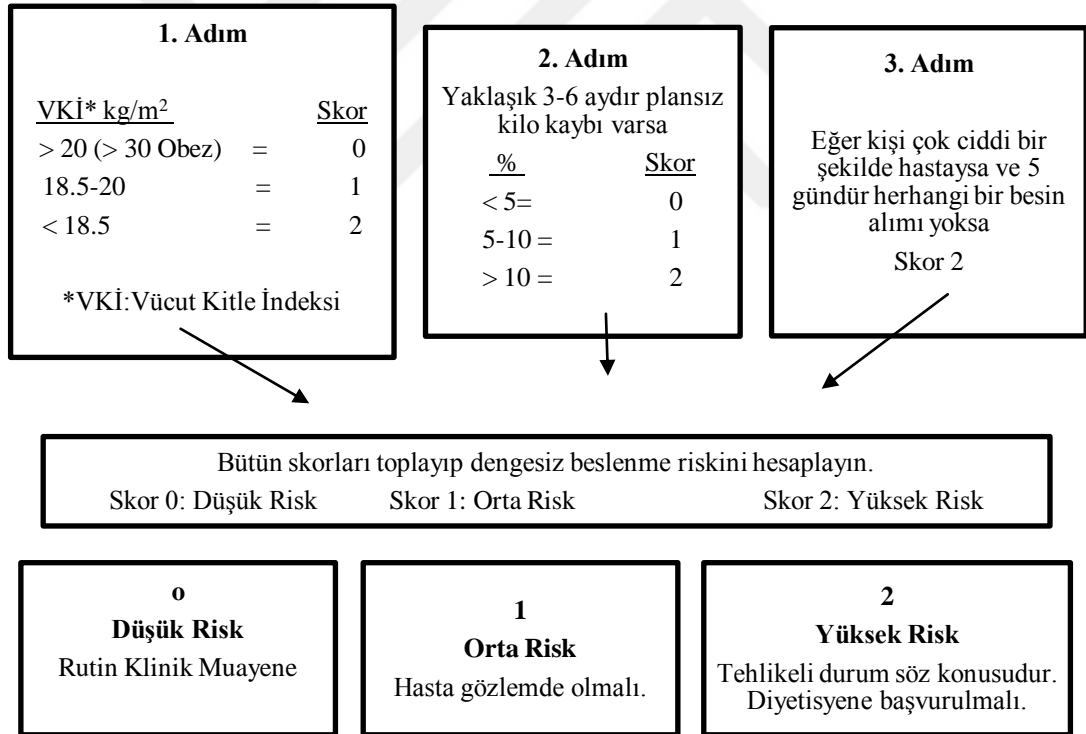
UES: Üst Özofageal Sfinkter

VaD: Vasküler Demans

Çizelge 3'e göre hem vasküler demans hem de Alzheimer tanılı demans hastalarının daha çok farengeal fazda yutma sorunlarıyla karşılaştıkları görülmektedir. Farengeal fazı sırasıyla özofageal faz ve oral faz izlemektedir.

Yapılan farklı bir çalışmada (Milano, 2011) demanslı hastaların, yutma problemlerinden dolayı sosyal olamadıkları için yemek zamanı, ortamdaki ışığın kendilerini rahatsız ettiği gerekçesiyle ya da buna benzer farklı gerekçelerle yemekte bulunmak istemedikleri sonucuna varmıştır. Bazı hastalarda da yemek için kullanılan kaşık, çatal gibi araçlara karşı aşırı duyarlılık, hassasiyet geliştirildiği için yemek istememe durumu ile karşılaşılmaktadır. Bu durum bir süre sonra hastalarda malnütrisyon görülmesine sebep olmaktadır (Milano, 2011). Demanslı hastalarda malnütrisyon riskini belirlerken ya da beslenme sorununu skorlarken kullanılan basamaklar **Çizelge 4'te** verilmiştir.

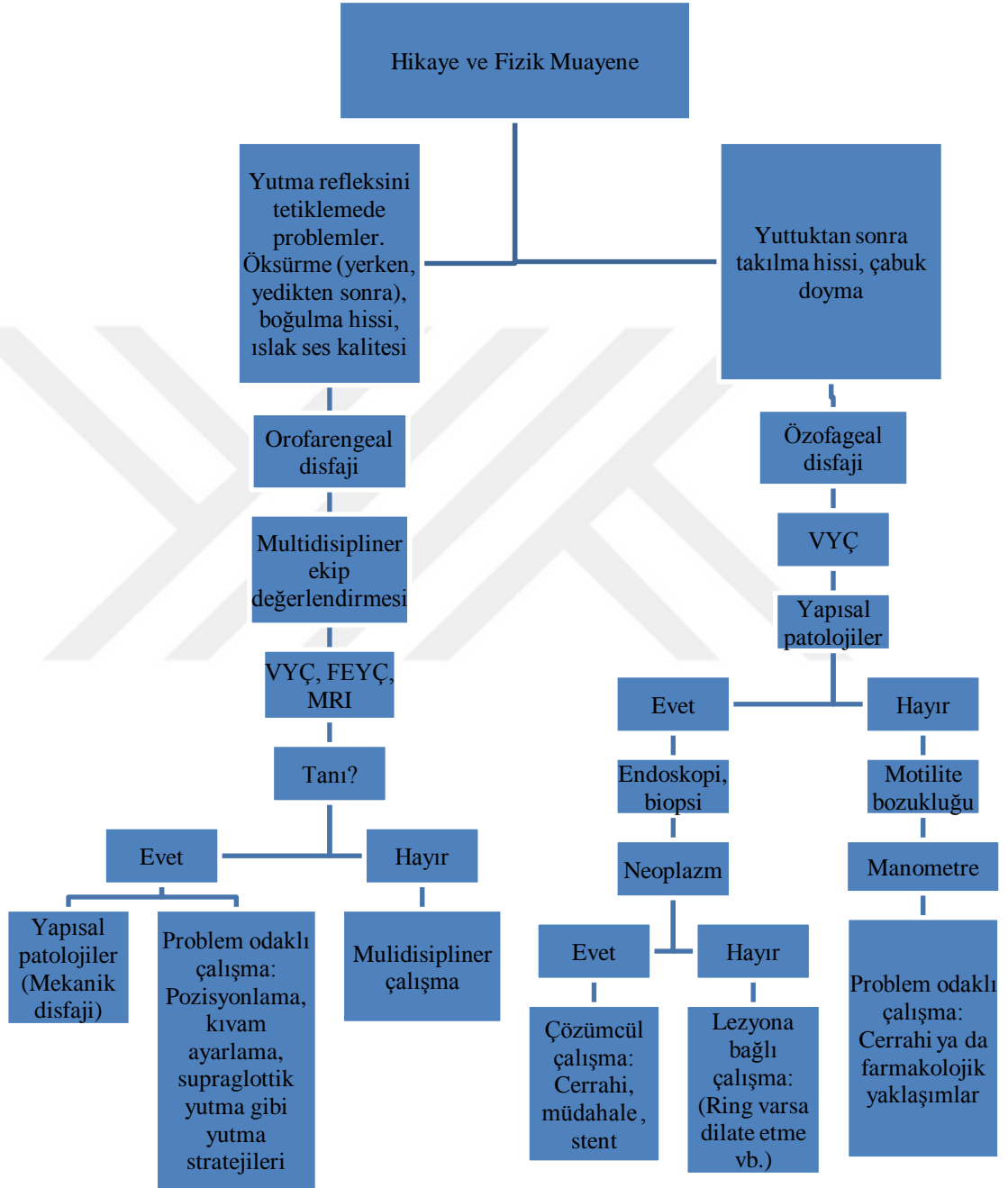
Çizelge 4. Demanslı Hastalarda Beslenme Sorununun Skorlanması (Kondrup ve ark., 2003)



Demanslı hastalar, yutma sorunu nedeniyle ileri evrelerde ilaçları dahi yutamayacak duruma gelmektedir (Smith ve ark., 2010). Fakat yutma sorunu yaşayan demans hastalarının terapi ile olumlu yönde gelişim gösterdikleri Suh ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ortaya koyulmuştur.

Çizelge 5'te izlenen akışla hastanın problemine ilişkin hızlı ve doğru bir değerlendirme yapılarak gerekli yönlendirmelerle tedavi sürecinin nasıl ilerlemesi gerektiği verilmiştir.

Çizelge 5. Geriatrik Disfajide Değerlendirme Akışı



VYÇ: Videofloroskopik Yutma Çalışması
MRI: Manyetik Rezonans Görüntüleme

FEYÇ: Fiberoptik Endoskopik Yutma Çalışması

Demans ve Yaşam Kalitesi

Leow ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada erken ve ileri evre Parkinson türü demans hastalarının yaşam kalitelerinin nasıl etkilendikleri ortaya koyulmuştur. **Çizelge 6**'ya göre hastalık ilerledikçe yaşam kalitesi de düşmektedir.

Çizelge 6. Erken ve İleri Evre Parkinson Türü Demans Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Yaşam Kalitesini Etkileyen Alt Başlıklar	Erken Evre Parkinson Tipi Demans		İleri Evre Parkinson Tipi Demans	
	Ort.	SS	Ort.	SS
Yiyecek Seçimi	92.2	14.3	78.1	16.1
Sosyal Faaliyet	86.9	14.1	77.8	27.6
Yeme Süresi	82	16.4	59.4	28
Yeme İsteği	95.8	8.1	86.5	14.9
İletişim	74.2	28.7	67.2	22.8
Yaşam Kalitesi Ortalama Skorları	83.7	10.8	72.7	14

Çizelge 7'ye göre erken evre ve ileri evre Parkinson tanılı demans hastalarında hastalık ilerledikçe en çok etkilenen başlık yeme süresi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çizelge 7. İki Evre Arasındaki Fark

Yiyecek Seçimi	14.1
Sosyal Faaliyet	9.1
Yeme Süresi	22.6
Yeme İsteği	9.3
İletişim	7
Yaşam Kalitesi Ortalama Skorları	11

Yaş ilerledikçe pek çok hastalığı da beraberinde getirmektedir. Bu hastalıklar; nörolojik temelli, mekanik, ilerleyici ya da farklı türlerde olabilmektedir. Kaynağı ne olursa olsun pek çok hastalık ilerleyen yaşlarda yutma bozukluğunu da beraberinde getirmektedir (Çiyiltepe, 2008). **Çizelge 8**'de yaşlılıkta disfajiye eşlik eden hastalıklardan bazıları verilmiştir.

Çizelge 8. Yaşlılıkta Disfajiye Eşlik Eden Faktörler (Sura ve ark., 2012)

Nörolojik Sorunlar	İlerleyici Hastalıklar	Romatoid Artrit	Diğer
İnme	Parkinson Hastalığı	Dermatomyozit	Radyasyon Terapisi
Demans	Huntington Hastalığı	Progresif Sistemik Skleroz	Kemoterapi
Travmatik Beyin Hasarı	Yaşa Bağlı Değişiklikler	Sjögren Sendromu	Trakeostomi
Myasthenia Gravis			Solunum Sistemindeki Şiddetli Bozulmalar
Serebral Palsi			Üst Solunum Yolu ve Sindirim Sistemi Tümörleri

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, betimsel niteliktedir ve çalışmada “tarama modeli” kullanılmıştır. Tarama modelinde “Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde etkileme ya da değiştirme çabası gösterilmez. Önemli olan, bilinmek istenen şeyin gözlenip belirlenebilmesidir (Karasar, 2003).” Buradan hareketle elde edilen veriler doğrultusunda ulaşılan sayısal verilerle betimsel belirlemeler yapılmaya çalışılmıştır.

Katılımcılar

Çalışmaya, hastane raporlarına göre demans tanısı aldığı kesinleşmiş 75 demanslı hasta katılmıştır. Bu hastalara MMT, KND, EAT-10, DHİ, YKÖ uygulanmıştır. Hastalara öncelikli olarak MMT -eğitilmiş olanlar ve olmayanlar için ayrı iki test uygulanmış, bu testten 25 puan ve üzeri alan hastalar, YKÖ’yü kendileri doldürmüş; 25 puanın altında alan hastaların ise yakınları YKÖ’yü doldürmüştür. MMT skoru “0” olan hastaların bilişsel durumunu değerlendirmek için GKS kullanılmıştır. Araştırmaya katılan demanslı bireyler, Eskişehir’deki kamu hastanelerinde tedavi görmekte olan hastalardır. Tüm uygulamalar Kasım 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya 45 sağlıklı birey katılmıştır. Bu bireyler, demanslı hasta grubunun yaş aralığına uygunluklarına göre seçilmeye çalışılmıştır. Bunun yanında sağlıklı bireylerin MMT skorunun 25 ve üzeri olması; felç, kafa travması ve dejeneratif herhangi bir hastalık tanısı almamış olması kriter olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya konu olan 120 kişinin 67’si erkek; 53’ü kadındır. Katılımcıların cinsiyet bilgileri **Çizelge 9**’da verilmiştir.

Çizelge 9. Katılımcıların Cinsiyet Bilgileri (N=120)

	Sıklık	%
Erkek	67	55,8
Kadın	53	44,2
Toplam	120	100,0

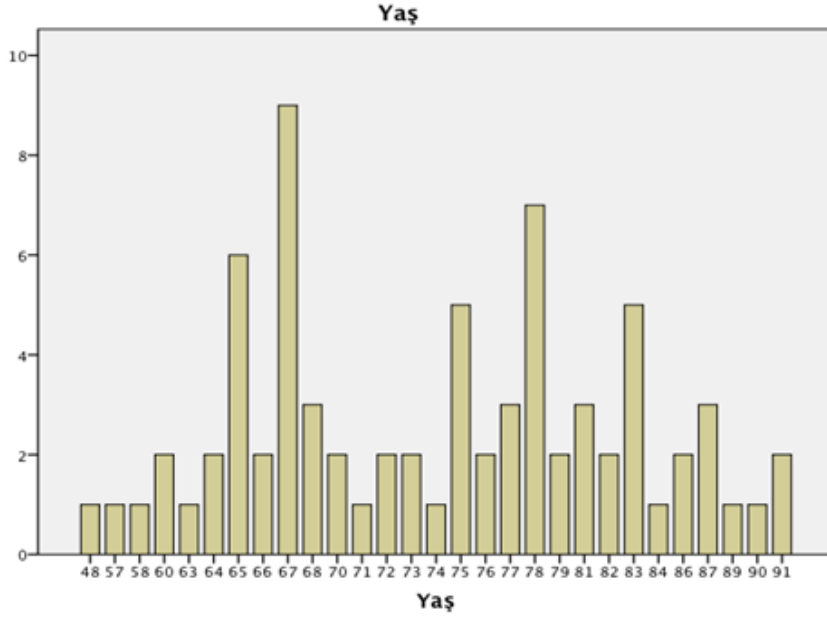
Çizelge 10’da katılımcılara ait yaş bilgilerine yer verilmiştir.

Çizelge 10. Katılımcıların Yaş Bilgileri

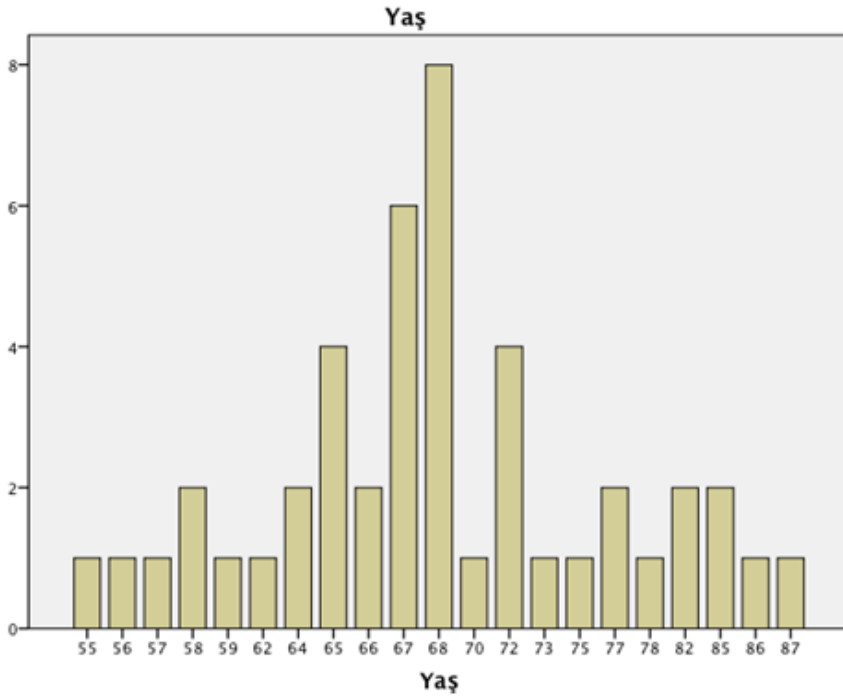
Yaş Aralığı	N
48-63	14
64-76	66
77-91	40
Toplam	120

Toplam katılımcıların yaşları 48-91 arasında değişmektedir. Bu aralığı birbirine yaklaştırmak ve yaş dağılımını daha kolay görebilmek için veri seti 3 yaş aralığında incelenmiştir. Veri seti, sağlıklı ve demans tanılı bireyler birlikte değerlendirildiğinde, 3 yaş aralığında incelenmiş olup 64-76 yaş aralığı, görüşülen kişiler için en yoğun grup olmuştur. Veri seti ayrıntılı incelendiğinde 64-68 yaş aralığının ise 46 kişiyi kapsadığı gözlemlenmiştir.

Şekil 1 ve **Şekil 2**'de görüldüğü gibi demans tanılı hastaların yaşlarının sıklıkla 65-85 arası geniş bir yelpazede yer aldığı, sağlıklı bireylerin yaşlarının ise daha çok 65-75 aralığında yer aldığı görülmektedir.

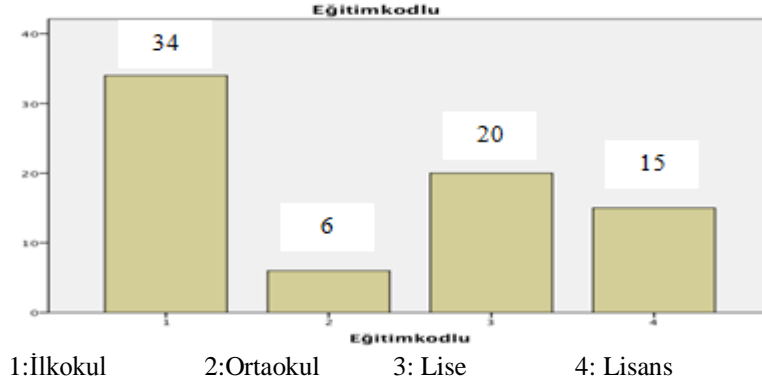


Şekil 1. Demans Tanılı Hastaların Yaş Bilgileri



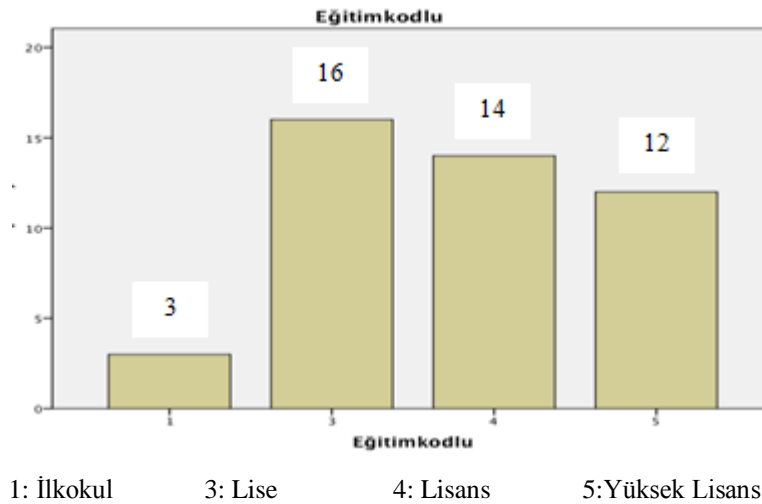
Şekil 2. Sağlıklı Bireylerin Yaş Bilgileri

Şekil 3'te demans tanılı hastaların eğitim düzeylerinin ağırlıklı olarak ilkökul olduğu, onu takiben lise, lisans ve ortaokul düzeyinde eğitimlerin yer aldığı görülmektedir. İlkokul mezunu 34 kişi, ortaokul mezunu 6 kişi, lise mezunu 20 kişi ve lisans mezunu 15 kişidir.



Şekil 3. Demans Tanılı Hastaların Eğitim Bilgileri (n=75)

Şekil 4'te görüldüğü gibi sağlıklı bireylerin eğitim düzeylerinin demans tanılı hastalardan daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. İlkokul mezunu 3 kişi, lise mezunu 16 kişi, lisans mezunu 14 kişi ve yüksek lisans mezunu 12 kişidir.



Şekil 4. Sağlıklı Bireylerin Eğitim Bilgileri (n=45)

Katılımcıların tanılarına ilişkin sıklık ve yüzdeler **Çizelge 11'**de verilmiştir.

Çizelge 11. Katılımcıların Tanılarına İlişkin Bilgiler

	Sıklık	%
Demans	36	30,0
Alzheimer	27	22,5
Parkinson	12	10,0
Sağlıklı	45	37,5
Toplam	120	100,0

Çalışmada, sağlıklı ve demans tanılı olmak üzere iki grupla çalışılmıştır. Tüm veriler bu iki grup üzerinden analiz edilmiştir. Fakat demansın pek çok türü

bulunmaktadır. Çalışmaya katılan demanslı hastaların bazıları farklı tipte demans tanısı almışlardır. Buna göre demans tanılı hastalar daha detaylı incelenecek olursa bu hastaların 36'sı doğrudan demans, 27'si Alzheimer tipi demans ve 12'si Parkinson tipi demanstan oluşmaktadır. 120 kişinin 45'ini de sağlıklı bireyler oluşturmaktadır.

Hastaların nasıl beslendiklerine ilişkin bilgi **Çizelge 12'**de verilmiştir. Buna göre PEG ya da nazogastrik (NG) ile beslenmeye ek olarak oral alım da yapabilen hastaların sayısı 11, damar yolundan beslenen hastaların sayısı 4, PEG ile beslenen hastaların sayısı 10, oral beslenen hastaların sayısı 48, NG ile beslenen hastaların sayısı da 2'dir.

Çizelge 12. Demanslı Hastaların Beslenme Şekli (n=75)

Beslenme Şekli	Sıklık	%
Oral + Alternatif beslenme	11	14.7
Damar yoluyla	4	5.3
PEG	10	13.3
Oral	48	64.0
NG	2	2.7

NG= Nazogastrik

Çizelge 13'te sağlıklı bireylerin nasıl beslendiklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Buna göre sağlıklı bireylerin tamamının oral beslendikleri görülmektedir.

Çizelge 13. Sağlıklı Bireylerin Beslenme Şekli (n=45)

Beslenme Şekli	Sıklık	%
Oral	45	100,0

Veri Toplama Araçları

Yaşam Kalitesi Ölçeği (YKÖ)

Yutma bozukluklarında yaşam kalitesini ölçmek amacıyla yaygın olarak kullanılan Yutma Bozukluğu Yaşam Kalitesi Ölçeği (SWAL-QOL), bu çalışmada kullanılmamıştır. Çünkü SWAL-QOL, 44 maddeden oluşmakta ve tamamlanması zor olarak görülmektedir. Klinik olarak pratik olmadığı, uygulanmasının fazla zaman aldığı belirtilmektedir (Belafsky ve ark., 2008). Bunun yerine çalışmada kullanmak amacıyla Alzheimer's / Demans hastalarının hastalık gelişiminde hem bireyin uyumlu geçişini saptamak hem de aile bireylerinin bu geçişten en az düzeyde olumsuz tecrübe ile etkilenmesini, sağlamayı hedefleyen "The Harbor" programı çerçevesinde Persona Care Alzheimer's rehabilitasyonu için 1999 yılında M. Çiyiltepe (PhD.CCC-SLP) tarafından hazırlanan "Yaşama Kalitesi Ölçeği"nin Türkçe uyarlaması yapılmış ve veriler, bu ölçek kullanılarak toplanmıştır.

Ölçeğin orijinali 25 maddeden oluşmaktadır. Fakat Türk kültür ve yaşantısına uymadığı düşünülen 5 madde ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekten çıkarılan bu 5 madde, ölçeğin orijinali (EK 12) üzerinde koyu renkle gösterilmiştir.

Türkçeye çevrilen ölçek, bir dilbilimci (B.A.), bir edebiyatçı (H.E.) ve bir dil ve konuşma terapisti (M.G.) tarafından okunmuştur. Daha sonra tekrar İngilizceye çevrilmiş ve Türkçe formdaki maddelerle anlam bakımından örtüşüp

örtüşmediğine bakılmış ve son hâlini almıştır. Hasta ve hasta yakınlarına ya da bakıcılarına uygulanmak üzere iki ayrı form hazırlanmıştır (EK 1 ve EK 2). Ölçeği doldururken yardım talep eden hastalara maddeler, uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunmuş ve bu şekilde ölçeği doldurmaları sağlanmıştır. Ölçek, demanslı hastaların yutma sorunlarının, yaşamlarını ne derece etkilediğini ortaya koymak amacıyla hazırlanmış 20 sözel ifadeden oluşmaktadır. İfadelerin puanlanması yöntemiyle yaşanan güçlüğü sayısal olarak değerlendirilmesi hedeflenmiştir. YKÖ’de puanlama 0 ile 3 arasında değişmiştir. Ölçekteki ifadeleri “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde işaretleyenler “0”, “Katılmıyorum” şeklinde işaretleyenler “1”, “Katılıyorum” şeklinde işaretleyenler “2” ve “Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde işaretleyenler de “3” puan almıştır. Bu ölçekte en yüksek puan yaşam kalitesindeki bozulmaya, en düşük puansa yaşam kalitesindeki yüksekliğe işaret etmektedir. En düşükten en yükseğe gidiş ise yaşam kalitesindeki değişkenliği göstermektedir. Kişinin YKÖ puanı ne kadar yüksekse yaşam kalitesi de o kadar düşüktür.

Disfaji Handikap İndeksi (DHİ)

DHİ (EK 3), yutma sorununu 3 açıdan değerlendirmektedir: emosyonel, fonksiyonel, fizyolojik. Emosyonel durum değerlendirmesini gösteren soruların yanında “E”, fonksiyonel durum değerlendirmesini gösteren soruların yanında “F” ve fizyolojik durum değerlendirmesini gösteren soruların yanında da “P” yazmaktadır. DHİ’nin geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Kütükçü ve ark., 2013). DHİ için en yüksek puan 100, en düşük puansa 0’dır.

Yutma Fonksiyonu Tarama Testi (EAT-10)

Geçerlilik ve güvenilirliği test edilip Türkçeye uyarlaması Numan Demir tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Yutma bozukluğunun şiddetini değerlendirmek için geliştirilmiştir. EAT-10 (EK 4) 10 maddeden oluşan bir tarama aracıdır. EAT-10 skorunun yüksek çıkması hastanın yutma sorununun şiddetli olduğunu göstermektedir. EAT-10 için en yüksek puan 40, en düşük puan ise 0’dır.

Kısa Nutrisyon Değerlendirme (KND)

Geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş olan KND (EK 5) Dr. Murat İşçi’den izin alınarak kullanılmıştır. KND, hastalardaki malnütrisyon riskini belirlemek için uygulanmıştır. KND skorunun düşük olması, hastanın malnütrisyon riski taşıdığını göstermektedir. KND için en yüksek puan 30’dur. Bu testte 17 puan ve altı malnütrisyonu göstermektedir.

Mini Mental Test (MMT)

Katılımcılara uygulanan MMT -eğitilmiş olanlar ve olmayanlar için ayrı iki test- (EK 6-EK 7), 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayımlanmıştır. Türkçe uyarlaması ve çevirisi psikiyatristler tarafından yapılmıştır (akt., Güngen ve ark., 2002). Alt başlıklardan oluşan testten alınabilecek en yüksek puan 30’dur. Fakat 25 puan eşik olarak belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre hastalara iki ayrı test uygulanmıştır. Mental durumu değerlendiren bu testlerden 25 puan ve üzeri alan hastalar YKÖ’yü kendisi

doldurmuştur. Bu skorun altında alan hastalarınsa aileleri ya da bakıcıları YKÖ'yü doldurmuştur.

Glaskow Koma Skalası (GKS)

MMT'den 0 alan hastaların bilişsel durumunu değerlendirmek için Glaskow Koma Skalası (GKS) (EK 8) kullanılmıştır. Sözel cevap, motor cevap ve göz açma alt başlıklarına göre puanlanan GKS'de puanlama 3-15 arasındadır. 15 puan tam uyanıklık ve farkındalığı göstermektedir. 3 puan ise koma hâlini göstermektedir. GKS, 1974 yılında Glaskow Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü beyin cerrahisi profesörleri Graham Teasdale ve Bryan J. Jennett tarafından geliştirilmiştir (Sepit, 2005).

Araştırma Gönüllü Katılım Formu

Çalışmada uygulamaya dahil olan katılımcıların herbirinden ya da ailelerinden Araştırma Gönüllü Katılım Formu'nu (EK 9) doldurması istenmiştir. Bu form katılımcıların, çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarını ve istedikleri zaman çalışmadan çekilebileceklerini belgelemektedir.

Ortam

Çalışmada kullanılan YKÖ, Eskişehir'deki kamu hastanelerinin nöroloji ve geriatri servislerinde yatmakta olan hastaların odalarında uygulanmıştır.

Veri Toplama Süreci

Uygulamaya başlamadan önce katılımcılar ya da aileleri Araştırma Gönüllü Katılım Formu'nu doldurmuştur. Çalışmada kullanılan testler, katılımcılara bireysel olarak ve tek seansta uygulanmıştır.

Demans tanısı almış hastalardan yutma sorunu yaşayanların kendileri ya da aileleri çalışmaya ilişkin bilgilendirildikten sonra hastanın bilişsel düzeyi değerlendirilip YKÖ'yü ve diğer testleri kendisinin doldurup dolduramayacağına bakılmıştır. Bu bilişsel değerlendirmeden alınan skorlara göre hasta ya da hasta yakını ölçeği doldurmuştur. Sağlıklı bireylerin tamamı, ölçeği ve diğer testleri kendileri doldurmuştur. Demanslı hastaların ölçeği ve testleri kendilerinin mi yoksa yakınlarının mı doldurduklarına ilişkin bilgi **Çizelge 14**'te verilmiştir. Buna göre hastaların 17'si çalışmanın ölçek ve testlerini kendisi doldururken 58'inin aile ya da bakıcıları tarafından doldurulmuştur.

Çizelge 14. Demans Tanılı Hastalar için YKÖ ve Diğer Testleri Kimlerin Doldurduğuna İlişkin Bilgiler

	Sıklık	%
Kendisi dolduranlar	17	22.7
Ailesi/Bakıcısı dolduranlar	58	77.3

Bilişsel değerlendirme skoru zayıf çıkan hastalar GKS ile değerlendirilmiştir.

Hastanın nütrisyon desteğine ihtiyacı olup olmadığı geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış testlerle değerlendirilmiştir.

Hastadaki yutma bozukluğunun şiddetini belirlemek amacıyla DHİ ve EAT-10 uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırmada sözü edilen yöntem ile toplanan veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Toplanan verilerin tamamı bilgisayar ortamına aktarılmış, Excel programında bir araya getirilmiştir. Veriler, SPSS 21.0 programında istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığı -denek sayısı 30'dan fazla olduğu için- Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmıştır. Verilerin normal dağıldığı görölmüştür.

YKÖ bağımlı değişkeninin DHİ, EAT-10 ve KND skorları üzerindeki yordayıcılığı Çoklu Doğrusal Regresyon analizi ile test edilmiştir. Bu analiz ile YKÖ'nün DHİ, EAT-10 ve KND ile aralarındaki ilişki olup olmadığı yorumlanabilecektir.



BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmanın bulgularına ilişkin bilgilerin verileceği bu bölümde demanslı ve sağlıklı bireylerden elde edilen verilerden oluşturulan bulgular açıklanacaktır.

Bulgular

Bu bölümde, çalışmanın temel amacı doğrultusunda demanslı hastalardan toplanan verilerden elde edilen bulgular ve sağlıklı bireylerle yapılan karşılaştırmalar neticesinde elde edilen bulgular sunulacaktır. Bu bulgular, YKÖ ile diğer testlerin karşılaştırılması ve korelasyonundan elde edilen bulgulardan oluşmaktadır.

Çizelge 15'te YKÖ'ye demanslı ve sağlıklı bireylerin verdiği cevapların minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.

Çizelge 15. Katılımcılara Uygulanan YKÖ Puanlamasına Ait Betimsel Bilgiler

	N	Ort.	SS	Minimum	Maksimum
Demans	75	31.3200	8.41999	12.00	50.00
Sağlıklı	45	24.7111	6.38045	13.00	44.00

YKÖ ile Diğer Testlerin İlişisine Yönelik Bulgular

Demanslı hastaların yaşam kalitesini test etmek için hazırlanmış olan YKÖ ile yutma bozukluklarının değerlendirilmesine ilişkin hazırlanmış diğer testler betimsel olarak analiz edilmiştir. Bu testler arasındaki ilişkilere bakılmıştır.

Çizelge 16'da göre DHİ değişkeni 58,35 ortalama ve 24,279 standart sapmaya sahiptir. YKÖ değişkeni ise 31,32 ve 8,4 standart sapmaya sahiptir.

Çizelge 16. DHİ ile YKÖ Değişkenlerinin Betimsel Analizi

	Ort.	SS	N
DHİ	58.35	24.279	75
YKÖ	31.3200	8.41999	75

Çizelge 16'da yer alan DHİ değişkeni, demanslı hastaların DHİ'ye verdiği puanların toplamından oluşturulmuştur. YKÖ değişkeni, demanslı hastaların YKÖ'ye verdiği puanların toplamından oluşturulmuştur.

Çizelge 17'ye göre EAT-10 değişkeni 21,85 ortalama ve 11,237 standart sapmaya sahiptir. YKÖ değişkeni ise 31,32 ve 8,4 standart sapmaya sahiptir.

Çizelge 17. EAT-10 ile YKÖ Değişkenlerinin Betimsel Analizi

	Ort.	SS	N
YKÖ	31.3200	8.41999	75
EAT-10	21.85	11.237	75

Çizelge 17'de yer alan EAT-10 değişkeni, demanslı hastaların EAT-10'a verdiği puanların toplamından oluşturulmuştur. YKÖ değişkeni, demanslı hastaların YKÖ'ye verdiği puanların toplamından oluşturulmuştur.

EAT-10 toplam skorlarının yüksek çıkması hastalardaki yutma bozukluğunun şiddetinin arttığını göstermektedir (Spieker, 2000).

Çizelge 18'e göre KND değişkeni 7,11 ortalama ve 1,767 standart sapmaya sahiptir. YKÖ değişkeni ise 31,32 ve 8,4 standart sapmaya sahiptir.

Çizelge 18. KND ile YKÖ Değişkenlerinin Betimsel Analizi

	Ort.	SS	n
YKÖ	31.3200	8.41999	75
KND	7,11	1,767	75

Çizelge 18'de yer alan KND değişkeni, demanslı hastaların KND'ye verdiği puanların toplamından oluşturulmuştur. YKÖ değişkeni, demanslı hastaların YKÖ'ye verdiği puanların toplamından oluşturulmuştur.

KND skorunun düşük çıkması hastanın nütrisyon desteğine ihtiyacı olabileceğini göstermektedir.

EAT-10, DHİ ve KND testlerinin YKÖ'yü yordamasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi **Çizelge 19**'da verilmiştir.

Çizelge 19. YKÖ için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	B	SH	β	t	p
DHI	,059	,010	,487	6,051	,000
EAT-10	,309	0,49	,504	6,341	,000
KND	-1,061	,215	-,414	-4,942	,000

Bağımlı Değişken: YKÖ

DHI ile YKÖ değişkenleri arasında pozitif (.059) bir ilişki vardır. t değerinden, bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir (t=6,051, p=0.000). EAT-10 ile YKÖ değişkenleri arasında pozitif (.309) bir ilişki vardır. t değerinden, bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir (t=6.341, p=0.000).KND ile YKÖ değişkenleri arasında ise negatif (-1,061) bir ilişki vardır. t değerinden, bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir (t=-4,942, p=0.000).

DHI, EAT-10 ve KND değişkenlerinin YKÖ ortalamaları ile yüksek güvenilirlik düzeyinde anlamlı bir ilişki sergilediği görülmektedir (p < .01). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre yordayıcı değişkenlerin YKÖ üzerindeki görece önem sırası EAT-10 ve DHİ şeklindedir. Buna göre yaşam kalitesindeki düşüşü en çok EAT-10'a ve onu takiben de DHİ'ye verilen yanıtların etkilediğini anlayabilmekteyiz.

Çizelge 19'daki "B" değerleri değişkenlere ait katsayıları belirtmektedir. Bu değer, bağımsız değişkendeki 1 birimlik değer bağımlı değişken üzerinde oluşturduğu değişimi göstermektedir (Büyüköztürk ve ark., 2007). Çizelgedeki her değişkenin YKÖ bağımlı değişkeni üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, demanslı hastalarda yutma bozukluğunun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin ne yönde olduğunu belirlemektir. Bu doğrultuda hazırlanan YKÖ ile yutma bozukluğunu test etmeye yönelik diğer testlerin betimsel analizleri yapılmış ve bu testler kendi içlerinde karşılaştırılmıştır.

Demanslı hastaların yaşam kalitelerinin yutma bozukluğundan etkilenip etkilenmediğine yönelik Türkçe alanyazında herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu alanda yapılacak olan çalışmalarla birlikte yutma bozukluklarının terapisine ve bu terapilerin yaşam üzerindeki etkisine yönelik gelişmelerin daha kolay gözlemlenebileceği düşünülmektedir.

Toplanan verilerden elde edilen bulgular sonucunda demanslı hastaların yaşadıkları yutma bozukluğunun, yaşamları üzerinde negatif yönde bir etki oluşturduğu görülmüştür. Demanslı hastaların genel olarak moralleri düşük seyretmektedir (Doğan, 2011). Bu duruma yutma güçlüğünün de eklenmesi sonucu beslenme sorunları ve beraberinde malnütrisyon riskiyle birlikte vücuttaki kas kütlelerinin zayıflaması ve enerjinin düşmesi hastanın yaşama yönelik sevinçlerinin de azalmasına neden olabilmektedir (Hudson ve ark., 2000).

Hastalığın ilerlemesiyle demans tanılı hastalar, bakıcıları ya da aileleri tarafından beslenmek zorunda kalmaktadır (Kayser, 1999). Bu durumda bakıcılar özellikle de hasta yakınları, hastalarına karşı gerekeni fazlasıyla yaptıklarını düşünmektedir (Altın, 2006). Özellikle de kültürel faktörlerden dolayı aileler, bunu vicdani bir yükümlülük olarak algılamaktadır (Baran, 2008). Fakat hastanın istekleri doğrudan göz önünde bulundurulmadığından ailelerin bu hassasiyeti hasta tarafından her zaman hoş algılanmayabilir. Aileler, hastalarının isteklerini ve ihtiyaçlarını tam olarak algılayıp bu doğrultuda hareket edebilirlerse hastanın yaşam kalitesi de o oranda artış gösterebilir (Öztop ve ark., 2008).

Yaşlılarda, yaşlanmaya bağlı olarak görülen değişiklikler neticesinde yeme ve içme alışkanlıklarında da değişiklikler görülmektedir (Öztop ve ark., 2008). Bunun yanında bu hastalar iletişim sorunu da yaşadıklarından çoğu zaman yeme-içme isteklerini ailelerine ya da bakıcılarına söyleyememektedirler (Logsdon ve ark., 1999). Demans tanılı hastaların aileleri ya da bakıcıları ise hastayı memnun etmek amacıyla hastanın eski yeme-içme alışkanlığını sürdürme eğilimindedirler. Bu da hastanın yeme isteğini azalmakta ve nütrisyon desteğinde de olumsuz bir seyir izlenmesine yol açmaktadır (Baran, 2008).

Sağlıklı ya da hasta her birey için beyin çok büyük önem taşımaktadır. Fakat demans tanılı hastalarda beyin, bazı işlevlerini yerine getiremez duruma gelmektedir (Orange, 2000). Buna göre beynin de yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu söylenebilir. Bu bağlamda, MMT skorları yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin iyi olduğu, MMT skorları düşük olan hastaların ise yaşam kalitelerinin diğerlerine nispeten düşük olduğu gözlenmiştir (Posner, 2011). Çünkü demans, evrelerine göre farklılık gösterse de genel olarak mental düzeyi olumsuz etkilemektedir (Koçer, 1999). Bunun da yaşam kalitesi ile mental durum arasında dolaylı bir ilişkiye yol açtığı düşünülmektedir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda hastalara uygulanan EAT-10 ve DHİ skorlarındaki artışın yaşam kalitesindeki düşüşü gösterdiği düşünülmektedir. Yaşam kalitesindeki bu düşüşün de KND skorlarında düşmeye sebep olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç

Yutma sorunları yaşayan demanslı hastaların yaşam kalitelerinin yaşadıkları yutma sonundan etkilenip etkilenmediğini ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmada, YKÖ ile DHİ, EAT-10 ve KND testleri karşılaştırılmıştır. Yapılan bu karşılaştırmalar neticesinde elde edilen sonuçlara göre demans tanılı hastaların yaşam kalitelerinin yutma bozukluğundan olumsuz etkilendiği görülmüştür.

Milano (2011), yapılan hiçbir çalışmanın ve hiçbir tekniğin demanslı hastalardaki yutma sorununu ortadan kaldıramayacağını ifade etmektedir. Ancak hastadaki yutma sorununun düzeyine ve türüne göre, demansın hangi evrede olduğuna göre hastaya uygulanabilecek olan tedavi yöntemleri mevcuttur. Bu yöntemler sonucunda hastaların yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkiler oluşturulabilir.

Hastaların yutma sorununu ortadan kaldırmak ya da en aza indirmek için uygulanan yöntemlerden olumlu sonuçlar elde ettikçe hastaların yaşam kalitesinde de artış olabilme ihtimali çok güçlüdür.

Demanslı hastalara yutma terapisi yapmadan önce YKÖ ile yaşam kalitesi değerlendirilebilir. Yaşam kalitesinin düşük çıkması hâlinde yutma terapisinin yanı sıra gerekli psikolojik destek de sağlanabilir. Böylece hastaların yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenebilir. Yapılan tüm bu çalışmalar, yutma terapisinin hastaların yaşamları üzerindeki etkililiğinin artmasına yardımcı olabilir.

Yutma terapisinden olumlu sonuçlar elde ettikçe hastanın yaşam kalitesine yönelik ölçümler tekrarlanmalıdır. Hastaların yaşam kalitesindeki yükselmeye birlikte uygulayıcıların motivasyonlarında da yükselme olacağı düşünülmektedir.

Öneriler

1. YKÖ'nün geçerlik ve güvenilirliği yapılarak yutma sorunu yaşayan hastalar için yaşam kalitesine yönelik geçerli bir değerlendirme yapılabilir.
2. DHİ'nin alt başlıklarından hangisinin yaşam kalitesi üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğu belirlenerek hastaya bu yönde bir terapi uygulanması sağlanabilir.
3. Oral beslenen hastalarla PEG ile beslenen hastaların yaşam kalitesi bakımından karşılaştırması yapılarak hastanın nütrisyon desteğinin nasıl sağlanacağı belirlenirken yaşam kalitesine etkileri de göz önünde bulundurulabilir.
4. Demanslı hastalarda yaşam kalitesinin eğitim, yaş ve cinsiyet değişkenlerinden ne kadar etkilendiği araştırılabilir. Bu değişkenlerden etkilenme oranlarına göre terapiler şekillendirilebilir. Böylelikle doğrudan ihtiyaca ve hayatı kolaylaştırmaya yönelik yönlendirmeler yapılabilir.

Çizelge 20'de yutma sorunu yaşayan demanslı hastalara terapi uygulayacak olan uzmanlara yönelik bazı önerilere yer verilmiştir.

Çizelge 20. Yutma Sorunu Yaşayan Demanslı Hastalar İçin Öneriler (Çiyltepe (2008))

Problem	Amaç	Yapılacaklar
Yiyeceği reddetme	Yeterli beslenme alımını devam ettirme	Hastanın yiyecek tercihinin farkında olunuz. Günlük yeme ve içme zamanlarının farkında olunuz. İştah açıcı besinler vermeye çalışınız. İhtiyaç varsa destekleyici diyet kullanınız. Diyetisyene danışınız.
Konfüzyon	Anksiyeteyi azaltmak ve rutin yemek zamanlarına alıştırmak	Yiyeceklerle ve yemek yeme malzemelerine alışmasını sağlayınız. Yavaş yavaş yemek aralarında konuşma ve özgüven sağlanması için motive ediniz.
Farkında olamama	Ağızda yiyecek olduğunun farkında olmasını sağlamak	Yiyeceğe alıştırmak (Örneğin; “Öğle yemeğiniz bu ve yiyeceğinizin adı bu.”).
Konsantrasyon yetersizliği	Yemek yeme süresine odaklanmayı sağlayabilme	Dikkat dağıtıcı unsurları ortadan kaldırınız. Küçük yiyeceklerle odaklanma süresini artırmaya çalışınız. Kilo kaybı görülüyorsa diyetisyene danışınız.
Zayıf başlangıç	Yemek takımlarını kullanabilme, çiğneme veya yutma gibi eylemleri başlatabilme	Yavaş yavaş motivasyon sağlayınız. Yemek süresince sözel hatırlatmalarda bulunun (Örneğin; “Kaşığınızı kaldırınız, ağızınızda hala yiyecek var.”).
Ağızdaki yiyeceği kontrol etmede zorluk	Ağza alınan yiyeceğin etkili kontrolünü sağlayabilme	Gerektiğinde dudaklarını yalmasını hatırlatınız.
İlaçları yutma	Yutma üzerine yan etkileri olan ilaçlarda değişikliğe gitme, İlaçların güvenli bir biçimde yutulabilmesini sağlama,	Çiğnemeyi hatırlatınız. Model olunuz.
Yiyecek veya içeceği ağız içinde hareket ettirmede güçlük	Yiyecek ve içeceğin ağızda birikmediğinden emin olmasını sağlamak	Yiyeceğin, dilin gerisine itilmesini sağlamak için kaşık kullanınız. İkinci lokmayı vermeden önce ağız boş olduğundan emin olunuz. Yutmaya cesaretlendiriniz. Yiyeceğin kıvamını yavaşça yoğunlaştırınız. Yiyecek ağıza alındığında kaşıkla dile hafif bir basınç uygulayınız. Çene altına nazikçe masaj yapınız.
Yutarken öksürme	Öksürüğü en aza indirmek	İyi pozisyon ve oturuşa rağmen öksürük devam ediyorsa yoğun kıvamlı içecekler veriniz. Her şeye rağmen öksürük kesilmiyorsa ekip üyelerine danışınız.
Yutarken boğulma hissi	Ağızda veya boğazda yiyeceğin birikmesini önleme	Çiğneyemezse besini püre kıvamına getiriniz. Başın dik durmasını sağlayınız. Yavaş besleyiniz. Lokmaların miktarının küçük olmasına özen gösteriniz. Sorun devam ediyorsa ekip üyelerine danışınız.

Kendi beslenmesini yapamayan, bakıcı ya da aileleri tarafından beslenen hastaların bakıcılarının dikkat etmesi gereken bazı noktalar **Çizelge 20**'de verilmiştir. Bu noktalara dikkat edilmesi hâlinde hastanın yemeye olan isteğinde artış olabileceği ve böylelikle zaman içinde yaşam kalitesinde de artış görülebileceği düşünülmektedir.

Çizelge 21. Bakıcıların Dikkat Etmesi Gereken Bazı Noktalar (Çiyiltepe, 2015)

• Yemek yedirirken sakin davranılmalı.
• Radyo, televizyon gibi rahatsız edici dış sesler engellenmeli.
• Hastanın rahatlaması sağlanmalı.
• Hasta sinirlendiğinde veya sinirlenip tepki verdiğinde hasta zorla yedirilmeye çalışmamalı ve sakinleşmesi beklenmeli.
• Hastalık ilerledikçe bireyin yeme alışkanlıklarında, yemek tercihlerinde ve saatlerinde değişiklikler olacağı bilinmeli.
• Kaşığı veya çatalı bireyin eline vererek ağızına götürmesi sağlanmalı veya gerektiğinde elle beslenmesine izin verilerek hastanın yeme sürecine dahil olması sağlanmalı.

KAYNAKLAR

Affoo, R., Eating & Swallowing Deficits in Individuals with Dementia. Western Health Science (2013).

Alagiakrishnan, K. B., Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic Review, Archives of Gerontology and Geriatrics, 1-9 (2013).

Altın, M., Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, (2006).

Baran, A. G., Yaşlılıkta sosyalizasyon ve yaşam kalitesi, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, Hacettepe Üniversitesi, 2, 86-97 (2008).

Belafsky, P. C. ve ark., Validity and reliability of the eating assesment tool (EAT-10), Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology, 117 (12), 919-924 (2008).

Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, (2014).

Burns, A. J., Psychiatric phenomena in alzheimer's disease. Br. J. Psychiatry, 157, 72-94, (1990).

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., Köklü, N., Sosyal Bilimler için İstatistik, 2. Baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara, (2007).

Caltagirone, C. ve ark., Early detection and diagnosis of dementia. Geriatrics and Gerontology, 7, 67-75, (2001).

Cankurtaran, M. A., Demans ve Alzheimer Hastalığı, Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Ünitesi, Ankara, (2005).

Cerrah, S., Aspirasyon Riskli Olguların Yutma Bozukluğu Tarama Kontrol Listesi İle Değerlendirilmeleri, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, (2006).

Çiyiltepe, M., Beslenme ve yutma becerilerinin desteklenmesinde bakım elemanının rolü İçinde: Bakım Elemanı Yetiştirme ve Geliştirme II, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 174-222 (2015).

Çiyiltepe, M., Yutma Bozuklukları Tanı ve Rehabilitasyonu, Gata Basımevi, Ankara, (2005).

Çiyiltepe, M., Yutma Bozuklukları ve Rehabilitasyonu, Geriatri, Türk Geriatri Vakfı, (2008).

Demir, N., Ballroom, M., Turkish version of swallow of quality of life questionnaire: validity and reliability in Turkish population, Dysphagia Research Society, 23 Annual Meeting, 11 Mart, Chicago, (2015).

Doğan, A. ve ark., Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran geriatrik hastaların özellikleri: Çok Merkezli Tanımlayıcı Araştırma, Türk Fiz. Tıp Rehab. Dergi, 57, 143-149 (2011).

Easterling, C. S., Dementia and dysphagia, Geriatric Nursing, 29 (4), 275-285 (2013).

Erden, Ö., Yaşlı bireylerde demans ve depresyonun ayırıcı tanısı, Geriatri Dergisi, 37-42 (2010).

Gallagher, R., Swallowing difficulties: A Prognostic Signpost, Palliative Care Files, 57, 1407-1409 (2005).

Gerek, M., Çiyiltepe, M., Birkent, H., Yutma Bozuklukları Tanı ve Yöntemleri, EA Yayıncılık, İstanbul, (2009).

Güngen, C. ve ark., Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği, Türk Psikiyatrisi Dergisi, 13 (4), 273-281 (2002).

Hudson, ve ark., The interdependency of protein energy malnutrition, Aging and Dysphagia, Dysphagia, 8-31 (2000).

Karasar, N., Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Kavramlar-İlkeler-Yöntemler, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, (2001).

Kawashima, ve ark., Prevalence of dysphagia among community-dwelling Elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening, Dysphagia, 71-266 (2004).

Kayser, Jones, Pengilly, Dysphagia among nursing home residents, Geriatr Nurs., 77-82 (1999).

Knoops, K. T., Body weight changes in elderly psychogeriatric nursing home residents, Journal of Gerontology, Medical Sciences, 60A (4), 536-539 (2005).

Koçer, B., Demans epidemiyolojisi, Demans Dizisi 1, 41-44 (1999).

Kondrup, J. ve ark., ESPEN guidelines for nutrition screening, Clinical Nutrition, 415-421 (2003).

Kütükçü, D., Çiyiltepe, M., Özkan, E., Altınsoy, A. Malnütrisyon riski altındaki hastalara uygulanan disfaji handicap indeksinin etkililiğinin incelenmesi, Yutma Bozuklukları Kongresi, 5-7 Aralık, Ankara, (2013).

Leow, L. P., The impact of dysphagia on quality of life in ageing and parkinson's disease as measured by the swallowing quality of life (SWAL-QOL) questionnaire, *Dysphagia*, 25, 216-220 (2010).

Logemann, J. A., *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*, Pro-Ed., Austin, (1998).

Logsdon, R. G. ve ark., Quality of life in alzheimer's disease: Patient and Caregiver Reports, *Journal of Mental Health & Aging*, 5 (1), 21-32 (1999).

Martino, R. P., Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: Insufficient Evidence for Guidelines, *Dysphagia*, 19-30 (2000).

Milano, C., A New Light on Dinig in Patients with Alzheimer's Disease, *Long Term Care Interact*, (2011).

Orange, J. B., Discourse Analyses and Dementia, *Brain and Language*, 71, 172-174. (2000).

Özantar, P. Ö., Demans Tanısı İçin Mobil Bilişsel Tarama (MBT) Testi Geliştirilmesi ve Uygulanması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, (2013).

Öztop, H., Şener, A., Güven, S., Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1, 39-49 (2008).

Pereira, A. F., People with dementia in the community: satisfaction with life and helath related quality of life, *European Researcher*, 92 (30), 222-230. (2015).

Philip ve Greenwood, Nutrient contribution of infant cereals used as fluid thickening agents in diets fed to the elderly, *J. Am. Diet Assoc.*, 54-549 (2000).

Posner, B. ve ark., Comparing dementia caregivers and healthy controls in mental health and health related quality of life, *Psicologia Desde El Caribe*, 32, 2-27. (2011).

Saka, B. ve ark., Huzurevi sakinlerinin malnutrisyon prevalansı ve sarkopeni ile ilişkisi, *İç Hastalıkları Dergisi*, 1-7 (2012).

Saka, B. ve ark., Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes, *Clinical Nutrition*, 745-748 (2010).

Sato, E. ve ark., Detecting signs of dysphagia in patients with alzheimer's disease with oral feeding in daily life, *Geriatr. Gerontol. Int.*, 14, 549-555 (2014).

Sepit, D., Bilinç durumunun değerlendirilmesi ve glaskow koma skalası, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2 (1), 12-16 (2005).

Shatenstein, B. ve ark., Dietary intervention in older adults with early stage alzheimer dementia: Early Lessons Learned, The Journal of Nutrition, Health & Aging, 12 (7), (2008).

Smith, A. M., Difficulty Swallowing: A Practical Guide to Food, Fluid and Medication in Advanced Dementia and End of Life for Relatives and Cares, Peterborough Palliative Care in Dementia Group, (2010).

Spieker, Evaluating Dysphagia, Am. Fam. Physician, 48-3639 (2000).

Suh, M. K., Dysphagia in patients with dementia alzheimer versus vascular, Alzheimer Journal, 23 (2), 178-184 (2009).

Sura, L. ve ark., Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations, Clinical Interventions in Aging, 287-298 (2012).

The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia, <http://www.geriatric-resources.com/html/gds.html>. (16.03.2016).

Topbaş, S., Nörojenik Yutma Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, (2004).

Ülger, Z. ve ark., Comprehensive assesment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults, Clinical Nutrition, 507-511 (2010).

Varlı, M., Yaşlılarda Sık Görülen Gastrointestinal Problemler. Klinik Gelişim, 56-65 (2012).

Watts, V. ve ark., Feeding problems in dementia, Geriatric Medicine, Neurology, 15 (2007).

EKLER

EK 1

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (YKÖ) - FORM-A

- Ölçek; yemek yerken, yutarken yaşadığınız güçlüğü sizi ve yaşantınızı nasıl etkilediğini ölçmeye yöneliktir.
- Aşağıdaki cümleler için size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Tarih:

Cinsiyet:

Yaş:

Tanı:

Eğitim Düzeyi:

Meslek:

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ailemle güzel vakit geçiremiyorum.	0	1	2	3
2. Çok yakın ve samimi dostluklarım/arkadaşlıklarım yok.	0	1	2	3
3. Sağlığım, fiziksel görünüşümden daha önemli değil.	0	1	2	3
4. Beslenme ve yutma konusunda uymam gereken çok fazla kural var.	0	1	2	3
5. İnsanlara bağımlı yaşıyorum.	0	1	2	3
6. Bütün gün "Nasıl yemek yiyeceğim?" diye düşünüyorum.	0	1	2	3
7. Yemek konusunda aile bireyleriyle sürekli tartışıyorum.	0	1	2	3
8. Yutma sorunun yüzünden her şeyden mahrum kalıyorum.	0	1	2	3
9. Yemek dışındaki şeylere daha kolay konsantre oluyorum, onlarla daha çok ilgileniyorum.	0	1	2	3
10. Ailem beni anlamıyor.	0	1	2	3
11. İnsanlar beni anlamıyor.	0	1	2	3
12. Gelecekle ilgili güzel planlarım yok.	0	1	2	3
13. Her şeyden çok çabuk vazgeçiyorum.	0	1	2	3
14. Diğer insanların önünde yemek yerken kendimi rahat hissedemiyorum.	0	1	2	3
15. Yemek yerken yaşadığım güçlük tüm günümü mahvediyor.	0	1	2	3

16. Yutarken yaşadığım zorluktan dolayı normalde yapmayacağım şeyleri yapabiliyorum.	0	1	2	3
17. Herhangi bir konuda tercih yaparken kendi mutluluğuma öncelik vermem.	0	1	2	3
18. Yutma bozukluğum tüm hayatımı zorlaştırıyor.	0	1	2	3
19. Kilo kaybetmeye başladım. Kıyafetlerim bol geliyor.	0	1	2	3
20. Yediklerimden keyif alamıyorum.	0	1	2	3



EK 2

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (YKÖ) - FORM-B

- Ölçek; hastanızın, yemek yerken ya da yutarken yaşadığı güçlüğü sizi, onu ve yaşantınızı nasıl etkilediğini ölçmeye yöneliktir.
- Aşağıdaki cümleler için size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

Tarih:

Cinsiyet:

Yaş:

Tanı:

Eğitim Düzeyi:

Meslek:

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Aile içinde güzel vakit geçiremiyoruz.	0	1	2	3
2. Çok yakın ve samimi dostlukları/arkadaşlıkları yok.	0	1	2	3
3. Sağlığını, fiziksel görünüşünden daha fazla önemsemmez.	0	1	2	3
4. Beslenme ve yutma konusunda uyması gereken çok fazla kural var.	0	1	2	3
5. Bizlere bağımlı yaşıyor.	0	1	2	3
6. Bütün gün "Nasıl yemek yiyeceğim?" diye düşünüyor.	0	1	2	3
7. Yemek konusunda aile bireyleriyle sürekli tartışıyor.	0	1	2	3
8. Yutma sorunu yüzünden her şeyden mahrum kalıyor.	0	1	2	3
9. Yemek dışındaki şeylere daha kolay konsantre oluyor, onlarla daha çok ilgileniyor.	0	1	2	3
10. Sürekli onu anlayamadığımızdan şikâyet ediyor.	0	1	2	3
11. Yemek yerken hırçınlaşıyor, mutsuz oluyor.	0	1	2	3
12. Gelecekle ilgili güzel planları yok.	0	1	2	3
13. Her şeyden çok çabuk vazgeçiyor, hemen pes ediyor.	0	1	2	3
14. Diğer insanların önünde yemek yerken kendini rahat hissetmiyor.	0	1	2	3

15. Yemek yerken yaşadığı güçlük tüm gününü mahvediyor.	0	1	2	3
16. Yutarken yaşadığı zorluktan dolayı normalde yapmayacağı şeyleri yapabiliyor.	0	1	2	3
17. Herhangi bir konuda tercih yaparken kendi mutluluğuna öncelik vermez.	0	1	2	3
18. Yutma bozukluğu tüm hayatını zorlaştırıyor.	0	1	2	3
19. Kilo kaybetmeye başladı. Kıyafetleri bol geliyor.	0	1	2	3
20. Yediklerinden keyif almıyor.	0	1	2	3

EK 3

DİSFAJİ HANDİKAP İNDEKSİ (DHi)

Lütfen yutma sorununuzla ilgili aşağıda yer alan maddelerden size en uygun olanı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Ara sıra	Her zaman
1P. Sıvı içtiğimde öksürürüm (su, çay, kahve, gibi).			
2P. Katı yiyecekler yediğimde öksürürüm (sıvı hariç).			
3P. Ağzım kurudur.			
4P. Yiyecekleri yutarken su içmem gerekir.			
5P. Yutamadığımdan dolayı kilo kaybettim.			
1F. Yutamadığımdan dolayı bazı yiyecekleri yemekten kaçınıyorum.			
2F. Yemek yemeyi kolaylaştırmak için yeme şeklimi değiştirdim (küçük yudumlarla su içmek, tatlı kaşığı ile çorba içmek gibi).			
1E. Toplum içinde yemekten utanıyorum.			
3F. Eskisine göre daha uzun sürede yemek yiyorum.			
4F. Yutamadığımdan dolayı daha küçük/ az porsiyonlarda yemek yiyorum.			
6P. Bir lokmayı iki üç kerede yutmam gerekir.			
2E. Her istediğimi yiyemediğim için sinirleniyorum.			
3E. Yemek yemekten eskisi kadar keyif almıyorum.			
5F. Yutma sorunuma bağlı olarak sosyalleşemiyorum.			
6F. Yutamadığım için yemekten kaçınıyorum. kaçınıyorum.			
7F. Yutamadığımdan dolayı daha az yiyorum.			
4E. Yutma sorunumdan dolayı gerginim.			
5E. Yutma sorunumdan dolayı kendimi engelli hissediyorum.			
6E. Yutma sorunumdan dolayı kendime kızıyorum.			
7P. İlaçlarımı yutamıyorum.			
7E. Yutamadığım için tıkanmaktan ve nefesimin durmasından korkuyorum.			
8F. Yutma sorunumdan dolayı başka şekilde beslenmeliyim (mideden ya da damardan beslenme gibi).			
9F. Yutamadığımdan yiyeceklerin kıvamını (püre, muhallebi kıvamı gibi) değiştirdim.			
8P. Yutkunurken boğulacakmış gibi hissediyorum.			
9P. Yuttuktan sonra yiyeceği öksürerek dışarı çıkarıyorum.			

EK 4

YUTMA FONKSİYONU TARAMA TESTİ (EAT-10)

TARİH _____

İSİM _____

BOY _____ KİLO _____

BESLENME ŞEKLİ _____

Lütfen kısaca yutma bozukluğunuzu tanımlayınız.

Daha önce yaptırdığınız yutma testlerinin zamanını, nerede yaptırdığınızı ve sonuçlarını yazınız.

Aşağıdaki durumlar sizin için ne ölçüde sorun yaratıyor

Uygun cevapları daire içine alın.	0=problem yok 4=şiddetli problem				
1. Yutma problemim nedeniyle kilo kaybettim.	0	1	2	3	4
2. Yutma problemim nedeniyle dışarıda yemeğe gidemiyorum.	0	1	2	3	4
3. Sıvı besinleri yutarken aşırı çaba sarf ediyorum.	0	1	2	3	4
4. Katı besinleri yutarken aşırı çaba sarf ediyorum.	0	1	2	3	4
5. Hapları yutarken aşırı çaba sarf ediyorum.	0	1	2	3	4
6. Yutarken ağrı hissediyorum.	0	1	2	3	4
7. Yutma durumum yemek yemekten aldığım zevki etkiliyor.	0	1	2	3	4
8. Yutarken yemekler boğazıma yapışıyor (takılıyor).	0	1	2	3	4
9. Yemek yerken öksürüyorum.	0	1	2	3	4
10. Yutmak bende gerginlik yaratıyor (yutmam bende stres yaratıyor).	0	1	2	3	4
Toplam EAT-10 puanı:					

EAT-10'nun Türkçe uyarlaması, Numan Demir'in izni alınarak kullanılmıştır.

EK 5

KISA NÜTRİSYON DEĞERLENDİRME (KND)

Soyad:		Ad:		
Cinsiyet:	Yaş:	Ağırlık, kg:	Boy, cm:	Tarih:
Aşağıdaki sorular kutularına uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Yazdığınız rakamları toplayın. Eğer Tanıma puanı 11 veya altında ise Malnütriyon Göstergesi Puanı'nı elde etmek için değerlendirilmeye devam edin.				
Tarama				
A Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çığneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu? 0 = besin alımında ciddi düşüş 1 = besin alımında orta derece düşüş 2 = besin alımında düşüş yok		<input type="checkbox"/>		
B Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu 0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı 1 = Bilinmiyor 2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı 3 = Kilo kaybı yok		<input type="checkbox"/>		
C Hareketlilik 0 = Yatak veya sandalyeye bağımlı 1 = Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor 2 = Evden dışarı çıkabiliyor		<input type="checkbox"/>		
D Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu? 0 = Evet 2 = Hayır		<input type="checkbox"/>		
E Nöropsikolojik problemler 0 = Ciddi bunama veya depresyon 1 = Hafif düzeyde bunama 2 = Hiçbir psikolojik problem yok		<input type="checkbox"/>		
F Vücut Kitle İndeksi (VKİ) = (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metresi) ² 0 = VKİ 19'den az (19 dahil değil) 1 = VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil) 2 = VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil) 3 = VKİ 23 ve üzeri		<input type="checkbox"/>		
Tarama puanı (tamamı en çok 14 puan)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
12-14 puan: Normal nütrisyonel durum 8-11 puan: Malnütriyon riski altında 0-7 puan: Malnütriyonlu				
Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız				
Değerlendirme				
G Bağımsız yaşıyor (bakım evinde veya hastanede değil) 1 = Evet 0 = Hayır		<input type="checkbox"/>		
H Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma 0 = Evet 1 = Hayır		<input type="checkbox"/>		
I Basi yararı veya deri ülseri var 0 = Evet 1 = Hayır		<input type="checkbox"/>		
J Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor? 0 = 1 öğün 1 = 2 öğün 2 = 3 öğün		<input type="checkbox"/>		
K Protein alımı için seçilen besinler + Günde en az bir porsiyon süt Grubu (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor + Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor + Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor 0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise 0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise 1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise		Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
L Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor 0 = Hayır 1 = Evet		<input type="checkbox"/>		
M Her gün kaç bardak sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay, süt, vb.) tüketiyor? 0.0 = 3 bardaktan az 0.5 = 3-5 bardak 1.0 = 5 bardaktan fazla		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
N Yemek yeme şekli nasıl? 0 = Yardımsız yemek yemiyor 1 = Gözetimle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor 2 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor		<input type="checkbox"/>		
O Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi 0 = Kendi beslenmesini değerlendiriyor 1 = Kararsız 2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor		<input type="checkbox"/>		
P Aynı yaşta diğer kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor? 0.0 = İyi değil 0.5 = Bilinmiyor 1.0 = İyi 2.0 = Çok iyi		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Q Kol çevresi (cm) 0.0 = 21'den az 0.5 = 21-22 1.0 = 22 veya daha fazla		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
R Baldır çevresi (cm) 0 = 31'den az 1 = 31 veya daha fazla		<input type="checkbox"/>		
Değerlendirme (en fazla 16 puan)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Tarama puanı		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Malnütriyon Göstergesi Puanı				
24 to 30 puan		<input type="checkbox"/> Normal nütrisyonel durum		
17 to 23.5 puan		<input type="checkbox"/> Malnütriyon riski altında		
17 puandan aşağı		<input type="checkbox"/> Malnütriyonlu		

Ref. Velaz R, Vilari H, Abellan G, et al. Overview of MNA®: Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2008; 12: 499-505.
 Rubenstein LZ, Hatcher JC, Selva A, Guigay Y, Velaz R. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Developing the Short-Pain Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geriatr 2001; 56A: 609-617.
 Guigay Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2008; 12: 499-507.
 © Nestlé-Des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1999, Revision 2009, 167/200 1289 1036
 Daha fazla bilgi için: www.nestle.com/ku

Nestle Medikal Direktörü Dr. Murat İşçi'nin izni alınarak kullanılmıştır.

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST
YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz ()
 Hangi mevsimdeyiz ()
 Hangi aydayız ()
 Bu gün ayın kaç ()
 Hangi gündeyiz ()
 Hangi ülkede yaşıyoruz ()
 Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
 Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
 Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
 Şu an bu binada kaçınca kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

- Size birazdan söyleyeceğim üç isim dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
 (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanırır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

- 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
 Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

- Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
 (Masa, Bayrak, Elbise) ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
 b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
 "Eğer ve fakat izemiyorum" (10 sn tut) 1 puan ()
 c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söyledığımı yapın.
 "Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizde ikize kallaşın ve yere bırakın lütfen"
 Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan ()
 d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada) ()

- e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan) ()
 f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



EK 7

MINİ MENTAL TEST (MMT)-EĞİTİMSİZLER İÇİN

Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Test (SMMT-E)

İsim/Soyadı : _____ Aletif kullanılan el : _____
Yaş : _____ Cinsiyet : _____ Tarih : _____
Eğitim (yılı) : _____ Toplam skor : _____

Oryantasyon (Toplam puan 40)

Hangi yıl içindeyiz? ()
Hangi mevsimdeyiz? ()
Hangi aydayız? ()
Hangi gündeyiz? ()
Şu anda sabah mı, öğlen mi, akşam mı? ()

Hangi ülkede yaşıyoruz? ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız? ()
Şu an bulunduğunuz caddesi neresidir? ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir? ()
Şu an bu binada kaçınca katınız? ()
(Her bir soru için 1 puan verilir)

Kayıt Haftası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın. (suat, bayrak, albuz)
(20 sn süre tanıtılır, her doğru isim için 1 puan verilir.)

()

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? Örneğin PAZAR'dan önce CUMARTESİ gelir, ondan önce ne gelir?
Devam edin. (Devamla toplam 5 günü sırasıyla doğru sayarsanız gerekir, her doğru gün için 1 puan verilir)

()

Hatırlama (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin. (suat, bayrak, albuz)
(Her doğru isim için 1 puan verilir)

()

Lisan (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (suat, kalem) (20 sn süre tanıtılır, her doğru isim için 1 puan verilir, toplam puan 2)

()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğzer ve fakat istemiyorum" (10 sn süre tanıtılır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)

()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"

(30 sn süre tanıtılır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3)

()

d) Şimdi yüzünüze bakın ve yapacağım ayırtmayı yapın. (Gözlerinizi kapatın) (Doğru işlem için 1 puan verilir.)

()

e) Şimdi evinizle ilgili birşey söyleyin. (30 sn süre tanıtılır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir)

()

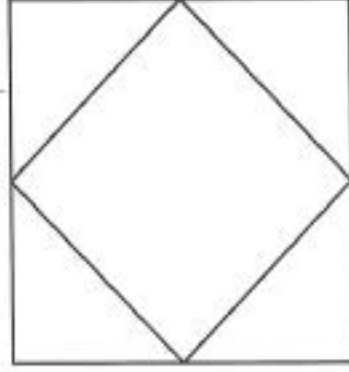
f) Size göstereceğim şekli aynıınıza çizin.* (1 dak. süre tanıtılır, keser sayısız tam şekil için 1 puan verilir)

()

*Lütfen arka sayfadaki şekli gösteriniz.

EK 7 (DEVAM)

MİNİ MENTAL TEST (MMT)-EĞİTİMSİZLER İÇİN



Notlar

REFERANS: Tuzan Erten, Ergül Güler, Can Güngör, Funda Ergin, Nesrin Yeşar, Gülşah Nig, Sevil Üstü. The Standardized Mini Mental State Examination for Illiterate Turkish Elderly Population. 2nd International Symposium on Neuropsychological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders, August 28-30, 1999, Kızılay, Bursa, Turkey.

EK 8**GLASKOW KOMA SKALASI (GKS)**

Cevap	İnfant	Çocuk ve Yetişkin	Puan
Göz açma	Spontan	Spontan	4
	Sesli Uyarana	Sesli Uyarana	3
	Ağrılı Uyarana	Ağrılı Uyarana	2
	Yok	Yok	1
Sözel Cevap	Anlamsız Sözler	Anlamsız Sözler	5
	Ağlıyor	Ağlıyor	4
	Ağrı ile ağlama	Ağrı ile ağlama	3
	Ağrı le inleme	Ağrı le inleme	2
	Yok	Yok	1
Motor Cevap	Normal spontan hareket	Normal spontan hareket	6
	Dokunma ile çekme	Dokunma ile çekme	5
	Ağrı ile çekme	Ağrı ile çekme	4
	Dekortike postür	Dekortike postür	3
	Deserebre postür	Deserebre postür	2
	Yok	Yok	1
Toplam Puan			3-15

EK 9

ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu çalışma, “**Demanslı Hastalarda Yutmanın Yaşam Kalitesine Etkisi**” başlıklı bir araştırma çalışması olup yüksek lisans tez çalışması amacını taşımaktadır. Çalışma, Fatma ÇELİK tarafından yürütülmekte ve sonuçları ile demanslı hastaların yaşadığı yutma güçlüğüne sosyal yaşamlarını ne kadar etkilediği ortaya konacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, anket yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler dosyalama yöntemi ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi bölümünden Fatma ÇELİK’e (fatmacelik362@gmail.com) yöneltebilirsiniz.

Araştırmacının Adı : Fatma ÇELİK
Adres : Anadolu Üniversitesi
Yunus Emre Kampüsü
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
26470 ESKİŞEHİR
Cep Tel : 0530 170 07 54

Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.

(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

Katılımcı Ad ve Soyadı:
İmza:
Tarih:

EK 10

ETİK KURUL İZİNİ

Kayıt Tarihi: 16.09.2015

Protokol No: 20663



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARARI

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Yüksek Lisans Tez Çalışması
KONU:	Sağlık Bilimleri
BAŞLIK:	Demanslı Hastalarda Yutmanın Yaşam Kalitesine Etkisi
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Yrd. Doç. Dr. Münevver ÇIVİL TEPE
TEZ YAZARI:	Fatma ÇELİK
ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:	-
KARAR:	Olumlu

ETİK KURUL ÜYELERİ

İMZA/ TARİH

09.10.2015

Prof. Dr. Aydın AYBAR
Rektör Yardımcısı / Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Hayrettin TÜRK
Fen Bil. (Fen Fak.)

Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK
Sağlık Bil. (Ecz. Fak.)

Prof. Dr. Coşkun BAYRAK (Yedek Üye)
Eğitim Bil. (Eğitim Bil. Ens.)

Prof. Dr. Kemal YILDIRIM
Sos. Bil. (İkt. ve İd. Bil. Fak.)

Doç. Dr. Münevver ÇAKI
Güz. San. (Güz. San. Fak.)

(Handwritten signatures of Prof. Dr. Aydın Aybar, Prof. Dr. Hayrettin Türk, Prof. Dr. Yusuf Öztürk, Prof. Dr. Coşkun Bayrak, and Prof. Dr. Kemal Yıldırım)

Kemal Yıldırım


(Handwritten signature of Doç. Dr. Münevver Çaki)


EK 11
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ ARAŞTIRMA İZİNİ


	ESKİŞEHİR KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN			
Adı Soyadı	Fatma ÇELİK		
Kurumu / Üniversitesi	Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü		
Araştırma Yapılacak İller	Eskişehir		
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Eskişehir Devlet Hastanesi Yunus Emre Devlet Hastanesi		
Araştırmanın Konusu	"Demanslı Hastalarda Yutmanın Yaşam Kalitesine Etkisi"		
Üniversite / Kurum Onayı	(X)Var / () Yok		
Veri Toplama Araçları	Anket		
Görüş İstenilecek Birimler			
KOMİSYON GÖRÜŞÜ			
Söz konusu araştırmanın anılan hastanemizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük ve gizlilik esasına göre ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek yapılmasının sağlanması, yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının Genel Sekreterliğimize sunulması ve araştırma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla söz konusu araştırmaya müsaade edilmiştir.			
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.		
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi:		


08/10/2015

KOMİSYON


Komisyon Başkanı
Uzm. Dr. Çetin AVCI
Tıbbi Hizmetler Başkanı


Dr. Erdiğ ÖZKURT
İdari Hizmetler Başkanı


Doç. Dr. Nurullah UÇKUN
Mali Hizmetler Başkanı


Seher KAYA
Uzman

EK 12

**FACTORS INFLUENCING ACTIVITIES IN DAILY LIVING:
EATING/DINING (YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-ORJİNALİ)**

Name: ----- Patient: ----- Diagnosis: -----
Adm. Date:----- Cert. Date:----- Initial----- Interim-----
Estimated Los----- Physician: ----- Insurance: ----- Primary: -----

Disciplines contributing to report: NSG __ PT __ OT __ ST __ RT __ SW __ ACT __ Dietary __

Please respond to the following statements.				
	Strongly Disagree	Disagree	Agree	Strongly Agree
1. I cannot spend good times with my family members.				
2. I do not have close friends / relatives.				
3. My health is not as important as my physical appearance.				
4. There are several rules and approaches that I follow for my nutritional needs and safe swallowing.				
5. I spend Thanksgiving with my relatives / friends.				
6. I do not live independently (My life depends on others.).				
7. I think all day long about how I will eat.				
8. I spend Easter Holiday with my relatives / friends.				
9. I disagree with my family members on food choices for meals.				
10. I deprive myself from a lot of activities because of my swallowing problems.				
11. I concentrate on activities other than food / dining (I am more intersted in other activities).				
12. My family does not understand me.				
13. People do not understand me.				
14. I like cook outs with my friends.				
15. I do not have any pleasent plans for future.				
16. I give up easily.				
17. I do not feel comfortable eating in front of others.				
18. My day usualy is ruined because of my swallowing problems.				
19. I like church pot-lucks.				
20. Because of difficulty with swallowing, I do experience things I would not normally do.				
21. My happiness is not my priority when I make a decision on daily routines.				
22. I like having tea and coffee times out my friends/relatives.				
23. My difficulty with swallowing hardens my life all together.				
24. I began to loose weight. My clothes are becoming loose.				
25. I do not enjoy what I eat.				

EK 12 (DEVAM)

**FACTORS INFLUENCING ACTIVITIES IN DAILY LIVING:
EATING/DINING (YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ-ORJİNALİ)**

Name: ----- Patient Number: -----

Progress Barriers:

Patient and Family Goals:

Discharge Planning: D/C Destination Estimated Date: Actual Date:

Home Evaluation

Services: OT

PT

NY

MD Appointments:

Equipment Needed:

Estimated Length of Stay: