

DERLEME

Nörojenik Yutma Bozukluğu Olan Erişkin Hastalarda Duygu Durum ve Yaşam Kalitesi

Sena Nur BEGEN¹, Selen SEREL ARSLAN²

¹ Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Ankara.

² Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi Ankara.

ÖZET

Yutma bozukluğu; periferik ve santral sinir sistemini etkileyen travma veya hastalıklar, kas ve/veya nöromusküler kavşağı etkileyen hastalıklar olmak üzere birçok nörolojik hastalık sonucu ortaya çıkan bir tablodur. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) hastalıkları vücut yapıları, vücut fonksiyonları, aktivite ve katılım, kişisel ve çevresel faktörler bağlamında sınıflandırmaktadır. Nörojenik yutma bozukluğu görünürde vücut yapı ve fonksiyonlarındaki yetersizlikler ile ortaya çıksa da kişisel ve çevresel faktörlerin etkisiyle aktivite ve katılımı da kısıtlamaktadır. Halihazırda mevcut olan nörolojik problem kişilerin ruhsal durumu ve yaşam kalitesini etkileyebileceği gibi yutma bozukluğunun eşlik etmesi hem hasta, hem de aile ve bakım veren için ek bir yük oluşturmaktadır. Bu nedenle nörojenik yutma bozukluğuna yaklaşımımız hem değerlendirme, hem de tedavi aşamasında ICF kapsamında bireyi tüm yönleriyle ele almak olmalıdır. Yutma bozukluğu yönetiminde görev alan sağlık profesyonelleri kişi ve aile ve/veya bakım verenlerin duygu durumlarının ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenebileceğinin farkında olmalı ve rehabilitasyon programı içerisinde bu konuların ele alınması gerekliliği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yutma. Yutma bozukluğu. Endişe.; Stres. Yaşam kalitesi.

Emotional Status and Quality of Life in Adult Patients With Neurogenic Dysphagia

ABSTRACT

Swallowing disorder is a symptom caused by many neurological diseases including trauma or diseases affecting the peripheral and central nervous system, diseases affecting the muscle and/or neuromuscular junction. The International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF) classifies diseases in terms of body structures, body functions, activity and participation, personal and environmental factors. Although neurogenic swallowing disorders appear with deficiencies in body structures and functions, it also restricts activity and participation due to the effects of personal and environmental factors. The existing neurological problem may affect the mental state and quality of life of the individuals, and the accompanying swallowing disorders cause an additional burden for both patients and their families and caregivers. Therefore, approach to neurogenic swallowing disorders should address individuals in all aspects within the scope of ICF both in the evaluation and treatment phases. Health professionals who take part in the management of swallowing disorders should be aware that the emotional state and quality of life of the individual and family and/or caregivers may be adversely affected, and the need to address these issues within the rehabilitation program should not be forgotten.

Key Words: Swallowing. Swallowing Disorder. Anxiety. Stress. Quality of life.

Yutma, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün oluşturduğu Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF, kod b5105)'na göre 'yiyecek ve içeceğin ağız boşluğu, farinks ve yemek borusu yoluyla mideye uygun bir oran ve hızda iletilme işlevi' olarak tanımla-

nır¹. Yutma fonksiyonunda görevli bölgelerdeki yapısal değişimler ve fonksiyonel yetersizlikler yutmanın etkinliğini ve koordinasyonunu etkileyerek yutma bozukluğuna neden olur². Yutma bozukluğu; orofarengial ve özofageal yutma bozuklukları olarak ikiye ayrılabilir. Orofarengial ve özofageal yutma bozuklukları tek tek görülebilirken, her ikisinin birlikte görüldüğü hastalar da mevcuttur³. Erişkin nüfusta nörolojik hastalıklardan yapısal anormalliklere uzanan birçok etiyojolojiye bağlı yutma bozukluğu ortaya çıkmaktadır⁴⁻⁸.

ICF, DSÖ tarafından 2001'de oluşturulmuştur. ICF; hem bireysel, hem de nüfus düzeyinde sağlık ve engelliliği ölçmek için çerçeve sağlayan sağlık ve sağlık-

Geliş Tarihi: 27.Şubat.2020

Kabul Tarihi: 31.Mart.2020

Fzt. Sena Nur BEGEN

Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve

Rehabilitasyon Bölümü Kızılcaşar Mahallesi, Incek / Ankara

Tel.: 0312 586 61 17

E-posta: sena.begen7@gmail.com

la ilgili alanların bir sınıflandırmasıdır⁹. ICF'in 5 bileşeni vardır. Bunlar; vücut yapıları, vücut fonksiyonları, aktivite ve katılım, çevresel ve kişisel faktörlerdir. ICF hastalıkları bu bileşenler kapsamında değerlendirir ve sınıflar. Yutma bozukluklarını ICF'in yapısal ve fonksiyonel bileşenleri çerçevesinde kısıtlamak yetersiz bir değerlendirmeye sebep olacaktır (Tablo I^{2,10-13}). Çünkü yutma bozukluğu sebep olduğu yapısal ve fonksiyonel bozukluklar sebebi ile yeme, içme ve sosyal ortamlarda bulunmayı etkileyerek aktivite kısıtlanmasına da yol açabilmektedir¹⁴. ICF'e göre yutma bozukluğu ile ilişkili aktivite ve katılım anahtar kelimeleri 'yemek', 'içmek' ve 'yemek hazırlamak'tır¹⁴. Ancak yutma, bu anahtar kelimelerden çok daha fazlasını kapsayan kişinin aktivite ve katılımının yanı sıra duygu durumu ve yaşam kalitesini de etkileyen psikososyal bir fonksiyondur¹⁵. Çünkü yeme ve içme her toplum için özel anlamlar ifade eder. Her toplumun kendine özgü yemek yeme gelenekleri vardır. Bu gelenekler sosyal ilişkileri tanımlamak ve sağlamlaştırmak için tasarlanmıştır. Bu nedenle yeme ve içme yaşamın devamlılığını sağlamanın çok ötesinde sosyal ve soyut bir anlam barındırır^{15,16}. ICF çerçevesinde bakıldığında duygu durum, motivasyon gibi özellikler kişisel faktörler bileşeni çerçevesinde incelenebilir, besin çeşitliliği, bakım verenler, aile üyeleri, sağlık personelleri ve sağlık hizmetleri çevresel faktörler içerisinde sıralanabilir⁹.

Tablo I. Erişkinlerde yutma bozukluğuna sebep olabilecek yapısal ve fonksiyonel bozukluklar (2, 10 - 13)

	Orofarengeal Yutma Bozukluğu	Özofageal Yutma Bozukluğu
Yapısal Bozukluklar	<ul style="list-style-type: none"> Konjenital anomaliler Diş kayıpları ve patolojileri Dil ve bukkal doku değişimleri Temporomandibular eklem problemleri Servikal omurgadaki değişimler, osteofitler Baş ve boyun tümörleri Krikofaringeal bar 	<ul style="list-style-type: none"> Tümörler Cerrahi kaynaklı yapısal deformiteler Üst özofagealsfinkter (ÜÖS) kompliansında değişim Peptikstriktür Divertikül Zenker'sdivertikülü Akalazya
Fonksiyonel Bozukluklar	<ul style="list-style-type: none"> Oromotor kontrol problemleri ve kassal zayıflıklar Dil-damak temasının azalması Yetersiz dil kökü retraksiyonu Faringeal basıncın azalması Faringeal geçiş süresinde uzama Oral farkındalığın azalması Yutma refleksinde gecikme Epiglottiktitin azalması Hyolaringealelevasyonun azalması Yutma-solunum koordinasyonunun bozulması Laringealvestibülün yetersiz kapanması Vokal kordların yetersiz abduksiyonu 	<ul style="list-style-type: none"> Üst özofagealsfinkter (ÜÖS) açılış/kapanışında koordinasyon bozukluğu Motilite problemleri Alt özofagealsfinkter (AÖS) açılış/kapanışında koordinasyon bozukluğu

Nörojenik Yutma Bozukluğu

Yutma periferden alınan duyuusal uyaranların kortikal ve subkortikal merkezlerde yorumlanmasıyla gerçekleşen karmaşık bir fonksiyondur. Bu fonksiyonun etkinliği ve güvenliği periferel ve santral sinir sisteminin koordinasyon içerisinde çalışması ile mümkün olmaktadır. Serebrovasküler olaylar, merkezi sinir sistemi tümörleri, motor nöron hastalıkları, demiyelinizan ve nörodejeneratif hastalıklar, miyopatiler, nöromusküler hastalıklar nörojenik yutma bozukluğuna yol açabilir¹⁷. Patolojinin etkilediği merkezlere göre oral, farengeal ve/veya özofageal fazlarda yutma bozukluğu açığa çıkar. Nörojenik yutma bozukluğu inme hastalarında %35-45, Parkinson hastalığı (PH) olanlarda %39, Multiple sklerozis (MS)'te %24, Amyotrofik lateral skleroz (ALS)'da %47-86, Alzheimer hastalığında %55 oranında görülmektedir⁴⁻⁷.

Hastalıkların etiyojilerine ve etkilenim alanlarına bağlı olarak yutma bozukluğunun şiddeti ve neden olduğu problemler değişkenlik göstermektedir. PH'nın kardinal bulgularından olan diskinezi, distoni ve bradikinezi oral ve farengeal bölge kaslarını ve üst özofageal sfinkteri etkilemektedir. Bunun sonucunda PH'da oral kontrol problemleri, salya problemi, yutma refleksinde gecikme, havayolu korumasında yetersizlik gibi orofarengeal yutma bozuklukları açığa çıkmaktadır^{11,18}. ALS gibi motor nöron hastalıklarında ise üst motor nöron tutulumu nedeniyle dil ve çene kaslarında spastisite, alt motor nöron tutulumu nedeniyle salya kontrolü, bolus iletimi ve şekillenmesinde bozukluk görülmektedir¹¹. ALS hastalarında oral faz problemlerine daha sık rastlanmakta ve hastalığın ilerleyen devrelerinde havayolu korumasında yetersizlik belirginleşmektedir. MS'de kas zayıflığı ve yorgunluk ön plandadır. Hem oral, hem de farengeal faz problemleri görülmektedir¹⁹. Serebrovasküler olaylarda ise lezyonun yeri ve büyüklüğüne bağlı olarak yutma bozukluğu açığa çıkmaktadır. İnme sonrasında akut dönemde hastaların yaklaşık %50'sinde orofarengeal yutma bozukluğu görülmesine rağmen, inme sonrası 6 aylık dönemde spontan iyileşme meydana gelmektedir²⁰. Suprabulbar palside yutmanın istemli kontrolü, dil ve yüz kaslarının hareketinde kayıplar meydana gelirken, bazal ganglionların etkileniminde üst özofageal sfinkter kontrolüne yutma refleksinin tetiklenmesinde problem görülmektedir. Subkortikal etkilenimlerde ise oral iletim ciddi şekilde etkilenmektedir²¹.

Nörojenik yutma bozukluğu, altında yatan sebep değişmekle birlikte kilo kaybı, aspirasyon pnömonisi, malnütrisyon, dehidratasyon gibi ciddi sağlık problemlerine sebep olmaktadır^{22,23}. Bu bozukluklar bireylerin mevcut durumlarında kötüleşmeye neden olmaktadır. Bu nedenle nörojenik yutma bozukluğu olan hastalarda duygu durumu ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu çalışma ile nörojenik

Yutma Bozukluğu'nda Duygu Durum ve Yaşam Kalitesi

yutma bozukluğu olan hastaların duygu durum ve yaşam kalitesi etkilenimlerini ortaya koymak amaçlanmaktadır.

Nörojenik Yutma Bozukluğu Olan Hastalarda Duygu Durum

Nörolojik bozukluklar birçok sebeple duygu durum bozukluklarına sebep olabilirler. Nörolojik bozukluklar neden oldukları motor, duysal, fiziksel, konuşma, görme ve bilinç bozuklukları ve kronik doğaları sebebi ile kişilerin ruhsal durumunu etkilemektedirler. Ruhsal durumun halihazırda etkilenmiş olabileceği nörolojik bozukluğa sahip hastalarda beslenme ve yutma bozukluğu ek bir yük getirebilmektedir.

Yemek ve yemekle ilgili aktiviteler kişilerin bağımsızlığı ve sosyal yaşamlarının kaliteleri ile yakından ilişkilidir. Yemek ile ilgili olumsuzluklar ve yutma bozukluğunun varlığı sosyal bağlantıları olumsuz etkilemektedir¹⁵. Bu nedenle yutma bozukluğu yaşayan bireyler kendilerini dışlanmış hissedebilir, endişe, panik ve depresyon gibi duygu durum problemleri gösterebilirler²⁴. Yutma bozukluğu aynı zamanda kişilerin beslenme sırasında sağlıklı kişilere göre daha fazla enerji sarf etmesine sebep olmakta ve bu durum beslenme ile ilgili endişeyi arttırmaktadır. Bu nedenle kişiler yemek yemeyi bir yük olarak algılamakta, yutma bozukluğu nedeniyle yorgunluk hissetmekte, yeme ve içmeden aldıkları zevk ve istek azalmaktadır²⁶. Ayrıca beslenme sırasında besinin boğaza kaçması, yemek sırasında öksürme, tıkanma gibi problemler yaşanması, besinin ağız içinde kontrolünü sağlayamama, kıvam modifikasyonlarının kullanılması, yemek yeme zamanının uzaması gibi olumsuz deneyimler kişileri sosyal ortamlarda yemek yemekten uzaklaştırmaktadır. Bunun sonucunda sosyal izolasyon meydana gelmekte, çevreyle iletişim azalmakta ve yalnızlık hissi oluşmaktadır. Bunun sonucunda hastaların endişe ve kaygı seviyeleri ile depresyon sıklığı artmaktadır²⁶⁻²⁸.

Yutma bozukluğu olan erişkin MS'li hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların yutma bozukluğundan dolayı rahatsızlık hissettiği ve sinirlilik hallerinin arttığı bildirilmektedir²⁹. Hastaların yarısının özellikle sıvı alımından endişe duyduğu ve boğulmaktan korktukları, yaklaşık %45'inin yiyecek seçiminde sıkıntı yaşadığı rapor edilmiştir. Aynı çalışmada bazı hastalar yutma problemleri nedeniyle işlerini değiştirdiklerini belirtmişlerdir²⁹.

Ekberg ve ark.'nın 360 erişkin hastada yaptıkları bir çalışmaya göre yutma bozukluğu olanların %36'sının toplulukta yemek yemekten kaçındığı ve %41'inin beslenme sırasında panik olduğu görülmüştür³⁰. Aynı çalışmada yutma bozukluğu olan kişilerin %50'sinin daha az yemek yemeye çalıştıkları,

%44'ünün son bir yılda kilo kaybettiği ve %55'inin hayattan daha az zevk aldığı belirtilmiştir³⁰.

Yutma bozukluğu kişilerin yanı sıra aileler ve bakım verenlerin de duygu durumunda etkilenime sebep olmaktadır³¹. Mevcut nörolojik problemin yanı sıra yutma bozukluğunun duruma eşlik etmesi aile ve/veya bakım verenler üzerindeki yükü arttırmaktadır. 2017 yılında yapılan bir çalışmada nörojenik yutma bozukluğu olan kişilere bakım verenlerin endişe düzeylerinin nörolojik hastalığa sahip fakat yutma bozukluğu olmayan hastalara bakım verenlerden daha fazla olduğu belirtilmiştir³². Aile ve bakım veren yutma bozukluğunun yönetiminde hasta ile birlikte merkezde yer almaktadır. Aile ve/veya bakım verenler hastanın tüketeceği besin ya da sıvı kıvamının ayarlanması, beslenme sırasında pozisyonlanmanın sağlanması, yardımcı araçların seçilmesi ve kullanılması ile önerilen yutma eğitim programının uygulanması konusunda görevlidirler³³. Aile ve/veya bakım veren kişiler hastanın yeterli beslenmesini sağlamada sorumlu oldukları için baskı hissedebilirler. Görevlerini uygun şekilde yapıp yapmadıkları konusunda endişe duyabilirler. Yutma bozukluğuna sahip kişiler ise ailedeki bireylerin kendi durumunu anlamadığını düşünebilir veya kendilerinin aile bireylerine yük olduğunu düşünebilirler. Bu sürecin uzaması kişiler üzerindeki yükü ve baskıyı daha da arttırmaktadır. Tüm bunların sonucunda yutma bozukluğu tüm aileyi etkileyen bir durum haline gelmektedir. Yemek zamanları herkes için kaygı yaratmakta ve stresli hale gelmektedir^{31,34}. Bu nedenle hem nörojenik yutma bozukluğu olan hastaların, hem de ailelerin ve/veya bakım verenlerin duygu durumlarının değerlendirilmesi, yutma bozukluğuna bağlı tespit edilen endişe, korku gibi durumların nedenlerinin irdelenmesi ve çözüm yollarının üretilmesi oldukça önemlidir.

Nörojenik Yutma Bozukluğu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi bireylerin var olan yaşam standartları ve kültürleri bağlamında yaşamlarını nasıl algıladıklarını ifade etmektedir. Yaşam kalitesi; zihinsel, fiziksel ve sosyal iyilik halini kapsar³⁵. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin aksine, bireylerin sağlık durumlarının yaşamlarına etkisini belirleyen geniş ve öznel bir yapıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; sağlık durumunun, hastalığın ve tedavinin, fiziksel, duysal, zihinsel ve sosyal açıdan kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi olarak tanımlanmaktadır³⁵.

Nörojenik yutma bozukluğu olan hastalarda da yutma ile ilişkili yaşam kalitesi değişikliklerini tanımlayan çalışmalar bulunmaktadır^{25,29,35-48}. İnme sonrası yutma bozukluğunda kişinin yutma bozukluğu şiddeti yaşam kalitesini etkilemektedir. Penetrasyon ve aspirasyon şiddetinde meydana gelen artış nörojenik yutma bo-

zukluklarında yutma ile ilgili yaşam kalitesinde azalmaya sebep olmaktadır³⁸⁻⁴⁰. İnmede dil kuvveti ve dil-damak basıncının azalması yutma fonksiyonunu dolayısıyla yutma ile ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır³⁷. İnme sonrası yutma bozukluğu olan hastalarda oral alımın artışı ile de yaşam kalitesinin iyileştiği gösterilmiştir³⁶. Bireylerin oral beslenmeye geçişleri motive edici bir durum oluşturmakta ve bireylerin yutma rehabilitasyonuna katılımlarını arttırmaktadır³⁶.

MS'de hastalık şiddetinden ve MS tipinden bağımsız olarak yutma bozukluğu görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür^{29,41}. MS'de yutma bozukluğunun yarattığı yük, günlük yaşamlarının ve beslenmelerinin kısıtlanması nedeniyle yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Ayrıca beslenme sırasında öksürme ve boğulma, korku, yeme isteği de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerdendir²⁹.

PH olan kişilerde de yutma bozukluğu görülmesi durumunda yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. PH'da hastalık bulgularının kontrolü için düzenli olarak ilaç kullanımı gerekmektedir. Yutma bozukluğunda ilaç kullanımı oldukça kısıtlanmakta ve bu durum yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir⁴².

Yapılan çalışmalarda inmede yiyecek seçiminin kısıtlanmasının, MS'de yemek sırasında öksürme, boğazda takılma ile birlikte boğulma korkusunun, PH'da yemek süresinin uzaması ve yeme isteğinin azalmasının ve ALS'de yeme süresinin uzaması, yeme isteğinin azalması, yorgunluk ve uyku bulguları yutma ile ilgili yaşam kalitesinde azalmaya sebep olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda nörojenik yutma bozukluklarının sosyal hayatı kısıtlaması ile de yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği vurgulanmaktadır^{25,29,38,43}.

Yutma bozukluğu yönetiminde belirti ve bulguların önüne geçmek amacıyla kişinin durumuna uygun olarak bolus modifikasyonları kullanılabilir veya beslenme tüpleri ile beslenme şekli değiştirilebilmektedir³⁴. Kişiler önceden ağızdan beslenirken, yutma bozukluğu nedeniyle beslenme şeklinin değişmesi hem duygu durumu, hem de yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle ağızdan olmayan bir yöntemle beslenen nörojenik yutma bozukluğuna sahip hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ağızdan beslenen hastalara göre daha fazla etkilenmektedir^{35,36}. Ancak bu durum gerekli durumlarda ağızdan beslenmenin durdurulmasının önünde bir engel teşkil etmemelidir. ALS hastalarında yapılan çalışmalar bu durumu net bir şekilde açıklamaktadır^{38,44}. ALS hem alt motor nöron, hem de üst motor nöron tutulumuna sebep olabilen, ilerleyici ve ağır seyreden bir hastalıktır. Hastaların büyük çoğunluğunda malnütrisyon ve kilo kaybı görülmekte ve bu durum var olan yorgunluk belirtilerini daha da arttırmaktadır. Artan yorgunlukla birlikte beslenme süreleri uzamakta ve uzamış

beslenme süreleri yorgunluğa katkı sağlamaktadır. Uzamış beslenme süresi ve yorgunlukla birlikte havayolu koruması daha da zorlaşmakta ve penetrasyon ve aspirasyon görülme sıklığı artmaktadır. Bu nedenle ALS hastalarında uygun dönemde beslenme tüpü ile beslenmeye geçişle yeterli kalori alımı sağlanabilmekte, kilo alımı desteklenmekte ve havayolu aspirasyonlarının yarattığı istenmeyen durumlar önlenmektedir. Böylece hastaların sağlık durumunda iyileşme sağlandığından yaşam kalitelerinde artış gözlenmektedir^{38,44}. Bu nedenle ağızdan besin alımı etkin ve güvenli olmayan hastalarda doğru beslenme şekline geçiş ile de yaşam kalitesine katkı sağlanabilmektedir.

Ağızdan beslenmenin devam ettirilebilmesi için kullanılacak yöntemlerden biri de bolus şekil, kıvam ve miktar değişikliklerinin yapılmasıdır. Yapılan ayarlamalar; yutma bozukluğu tipi, şiddeti ve klinik tablonun ilerleyişine göre farklılık göstermekte ve hastaya özel ayarlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada bolus modifikasyonları ile beslenmenin hastaların yeme ve içmeyle ilgili memnuniyetini ve beslenme isteğinin azalttığı, sosyal yaşamını kısıtladığı ve böylece sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin olumsuz yönde değiştiği bildirilmiştir³⁴. Kıvam artırıcı kullanımı ile sıvı alımı durumunda sıvı tüketiminde azalma olduğu ve dehidratasyon ile sonuçlandığı raporlanmıştır³⁴. Dehidratasyonun sağlık üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Sağlıklı genç katılımcılar üzerinde yapılan bir çalışmada hafif dehidratasyonun artmış yorgunluk, endişe, sinirlilik hali, baş ağrısı, odaklanma ve hafıza problemleri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir^{45,46}. Yaşlılar, nörolojik bozukluğu olan hastalar ve tıbbi olarak hassas olan kişilerde dehidratasyonun olumsuz etkileri daha ciddi hale gelmektedir⁴⁷. Bu faktörler de sağlıkla ilgili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yutma bozukluğu aynı zamanda aileler ve bakım verenlerin de yaşam kalitelerini etkilemektedir. Yemek zamanları katılımı ve sosyal bağları güçlendirmektedir. Bu nedenle yutma bozukluğu aileyi özellikle birincil bakım verenleri psikososyal açıdan olumsuz yönde etkilemekte ve aile yapısında değişimlere sebep olabilmektedir^{31,48}. Yutma bozukluğu bakım verenin iş yükünü arttırmakta, yemek hazırlama için daha fazla düşünmeye ve hazırlama aşamasında daha fazla çaba ve zamana yol açmaktadır. Bu durum bakım verenin de sosyal hayatını kısıtlamaktadır. Bu nedenle yutma bozukluğuna sahip hastalara bakım veren kişilerde duygu durumundaki etkilenimlerin yanı sıra yaşam kalitesinde azalma da görülmektedir⁴⁸.

Sonuç

Nörolojik hastalığı olan kişiler süregelen nörolojik hastalık sebebiyle psikolojik ve duygusal açıdan etkilenmekte, sosyal yaşamları ve ilişkileri kısıtlanabilir.

Yutma Bozukluğunda Duygu Durum ve Yaşam Kalitesi

mektedir. Nörolojik problemin yanı sıra yutma bozukluğunun duruma eşlik etmesi kişilerin etkilenimini daha da arttırmakta ve hem kendileri, hem de aile ve/veya bakım verenlerin yaşam kalitelerinde azalma ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle nörolojik rahatsızlığı olan hastalarda yutma bozukluklarının değerlendirilmesinde yutmanın etkinliği ve güvenliğinin değerlendirilmesinin yanı sıra hasta ve aile merkezli olarak duygu durum ve yaşam kalitesi değerlendirmeleri de unutulmamalıdır. Böylece altta yatan sebepler irdelenmeli ve rehabilitasyon planı içerisinde hasta ve ailelerin aktivite ve katılımlarının artırılması, normal günlük yaşam aktivitelerine mümkün olduğunca geri dönüş sağlanması konusunda teşvik edilmelidir. Bu süreçte ICF bileşenleri klinisyenlere yol gösterici olabilmektedir. Bu nedenle nörojenik yutma bozukluklarında değerlendirme ve tedavi ICF çerçevesinde şekillendirilmelidir.

Kaynaklar

1. WHO. International Classification of Functioning, Disability And Health (2014) [Online], <http://www.who.int/classifications/icf/en>
2. Matsuo K, Palmer JB. Anatomy and physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(4):691-707.
3. Dodrill P, Gosa MM. Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. *Ann Nutr Metab*. 2015;66 Suppl 5:24-31.
4. Baijens LW, Clavé P, Cras P, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1403-1428.
5. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, et al. Risk factors for malnutrition in older adults: A systematic review of the literature based on longitudinal data. *Adv Nutr*. 2016;7(3):507-522.
6. Manikantan K, Khode S, Sayed SI, et al. Dysphagia in head and neck cancer. *Cancer Treat Rev*. 2009;35(8):724-732.
7. King SN, Dunlap NE, Tennant PA, Pitts T. Pathophysiology of radiation-induced dysphagia in head and neck cancer. *Dysphagia*. 2016;31(3):339-351.
8. Hutchesson KA, Nurgalieva Z, Zhao H, et al. Two-year prevalence of dysphagia and related outcomes in head and neck cancer survivors: An updated SEER-Medicare analysis. *Head Neck*. 2019;41(2):479-487.
9. Dong Y, Zhang CJ, Shi J, Deng J, Lan CN. Clinical application of ICF key codes to evaluate patients with dysphagia following stroke. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(38):e4479.
10. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;12(5):259-270.
11. Sasegbon A, Hamdy S. The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(11):10.1111/nmo.13100.
12. Khan A, Carmona R, Traube M. Dysphagia in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(1):43-53.
13. Geyh S, Cieza A, Schouten J, et al. ICF Core Sets for stroke. *J Rehabil Med*. 2004;(44 Suppl):135-141.
14. Wakabayashi H, Matsushima M, Ichikawa H, et al. Occlusal support, dysphagia, malnutrition, and activities of daily living in aged individuals needing long-term care: A path analysis. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(1):53-58.
15. Vesey S. Dysphagia and quality of life. *Br J Community Nurs*. 2013;Suppl:S14-S19.
16. Airoidi M, Garzaro M, Raimondo L, et al. Functional and psychological evaluation after flap reconstruction plus radiotherapy in oral cancer. *Head Neck*. 2011;33(4):458-468.
17. Buchholz DW. Neurogenic dysphagia: what is the cause when the cause is not obvious?. *Dysphagia*. 1994;9(4):245-255.
18. Ali GN, Wallace KL, Schwartz R, DeCarle DJ, Zagami AS, Cook IJ. Mechanisms of oral-pharyngeal dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Gastroenterology*. 1996;110(2):383-392.
19. Solaro C, Cuccaro A, Gamberini G, et al. Prevalence of dysphagia in a consecutive cohort of subjects with MS using fibre-optic endoscopy. *Neurol Sci*. 2019. doi:10.1007/s10072-019-04198-3.
20. Daniels Sk, Huckabee MI. *Dysphagia Following Stroke*. 2nd Ed. San Diego: Plural; 2014.
21. González-Fernández M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after Stroke: an Overview. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013;1(3):187-196.
22. Suttrup I, Warnecke T. Dysphagia in Parkinson's Disease. *Dysphagia*. 2016;31(1):24-32.
23. Cohen DL, Roffe C, Beavan J, et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *Int J Stroke*. 2016;11(4):399-411.
24. Zeng Y, Yip J, Cui H, et al. Efficacy of neuromuscular electrical stimulation in improving the negative psychological state in patients with cerebral infarction and dysphagia. *Neurol Res*. 2018;40(6):473-479.
25. Pontes ÉS, Amaral AK, Rêgo FL, Azevedo EH, Silva PO. Quality of life in swallowing of the elderly patients affected by stroke. *Arq Gastroenterol*. 2017;54(1):27-32.
26. Farri A, Accornero A, Burdese C. Social importance of dysphagia: its impact on diagnosis and therapy. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2007;27(2):83-86.
27. Drozd D, Mancopes R, Silva AM, Reppold C. Analysis of the level of Dysphagia, anxiety, and nutritional status before and after speech therapy in patients with stroke. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2014;18(2):172-177.
28. Bressan V, Bagnasco A, Aleo G, et al. The life experience of nutrition impact symptoms during treatment for head and neck cancer patients: a systematic review and meta-synthesis. *Support Care Cancer*. 2017;25(5):1699-1712.
29. Alali D, Ballard K, Bogaardt H. The frequency of dysphagia and its impact on adults with multiple sclerosis based on patient-reported questionnaires. *Mult Scler Relat Disord*. 2018;25:227-231.
30. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17(2):139-146.
31. Nund RL, Scarinci NA, Cartmill B, Ward EC, Kuipers P, Porceddu SV. Third-party disability in carers of people with dysphagia following non-surgical management for head and neck cancer. *Disabil Rehabil*. 2016;38(5):462-471.
32. Serel Arslan S, Demir N, Karaduman AA. The anxiety level of caregivers of neurological patients with dysphagia. *Dysphagia*. 2017;32(4):570-574.
33. Chadwick DD, Jolliffe J, Goldbart J. Adherence to eating and drinking guidelines for adults with intellectual disabilities and dysphagia. *Am J Ment Retard*. 2003;108(3):202-211.
34. Swan K, Speyer R, Heijnen BJ, Wagg B, Cordier R. Living with oropharyngeal dysphagia: effects of bolus modification on health-related quality of life—a systematic review. *Qual Life Res*. 2015;24(10):2447-2456.

35. Carlsson S, Rydén A, Rudberg I, Bove M, Bergquist H, Finizia C. Validation of the Swedish M. D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) in patients with head and neck cancer and neurologic swallowing disturbances. *Dysphagia*. 2012;27(3):361-369.
36. Hong DG, Yoo DH. A comparison of the swallowing function and quality of life by oral intake level in stroke patients with dysphagia. *J Phys Ther Sci*. 2017;29(9):1552-1554.
37. Moon JH, Hahm SC, Won YS, Cho HY. The effects of tongue pressure strength and accuracy training on tongue pressure strength, swallowing function, and quality of life in subacute stroke patients with dysphagia: a preliminary randomized clinical trial. *Int J Rehabil Res*. 2018;41(3):204-210.
38. Tabor L, Gaziano J, Watts S, Robison R, Plowman EK. Defining Swallowing-Related Quality of Life Profiles in Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Dysphagia*. 2016;31(3):376-382.
39. McHorney CA, Robbins J, Lomax K, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*. 2002;17(2):97-114.
40. Vanderwegen J, Van Nuffelen G, De Bodt M. The validation and psychometric properties of the Dutch version of the Swallowing Quality-of-Life Questionnaire (DSWAL-QOL). *Dysphagia*. 2013;28(1):11-23.
41. Printza A, Triaridis S, Kalaitzi M, et al. Dysphagia prevalence, attitudes, and related quality of life in patients with Multiple Sclerosis. *Dysphagia*. 2019;10.1007/s00455-019-10075-0.
42. Suttrup I, Warnecke T. Dysphagia in Parkinson's Disease. *Dysphagia*. 2016;31(1):24-32.
43. Leow LP, Huckabee ML, Anderson T, Beckert L. 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*. 2010;25(3):216-220.
44. Körner S, Hendricks M, Kollwe K, et al. Weight loss, dysphagia and supplement intake in patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS): impact on quality of life and therapeutic options. *BMC Neurol*. 2013;13:84.
45. Ganio MS, Armstrong LE, Casa DJ, et al. Mild dehydration impairs cognitive performance and mood of men. *Br J Nutr*. 2011;106(10):1535-1543.
46. Armstrong LE, Ganio MS, Casa DJ, et al. Mild dehydration affects mood in healthy young women. *J Nutr*. 2012;142(2):382-388.
47. Wright L, Cotter D, Hickson M, Frost G. Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *J Hum Nutr Diet*. 2005;18(3):213-219.
48. Namasivayam-MacDonald AM, Shune SE. The burden of dysphagia on family caregivers of the elderly: A systematic review. *Geriatrics (Basel)*. 2018;3(2):30.