

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

YUTMA GÜÇLÜĞÜ OLAN MULTİPL SKLEROZLU HASTALARA
VERİLEN EĞİTİMİN SOLUNUM KOMPLİKASYONLARI,
BESLENME DURUMU VE YUTMA İLE İLİŞKİLİ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

Uzm.Sağ.Bnb. Elif Gökçe TENKECİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

ANKARA

2016

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

YUTMA GÜÇLÜĞÜ OLAN MULTİPL SKLEROZLU HASTALARA
VERİLEN EĞİTİMİN SOLUNUM KOMPLİKASYONLARI,
BESLENME DURUMU VE YUTMA İLE İLİŞKİLİ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

Uzm Sağ.Bnb. Elif Gökçe TENKEKİ

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliği'nin

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü

DOKTORA TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Sağ. Alb. Belgüzar KARA

ANKARA

2016

HİZMETE ÖZEL

GATA Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

"Yutma güçlüğü Olan Multipl Sklerozlu Hastalara Verilen Eğitimin Solunum Komplikasyonları, Beslenme Durumu ve Yutma ile İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu bu çalışma Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

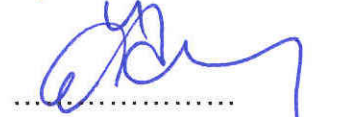
Tez Danışmanı : Doç.Dr.Sağ.Alb.Belgüzar KARA

.....

Üye : Prof.Tbp.Albay Şeref DEMİRKAYA

.....

Üye : Doç.Dr.Dz.Sağ.Alb.Özlem ASLAN

.....

Üye : Doç.Dr.Sağ.Alb.Hatice ÇİÇEK

.....

Üye : Yrd.Doç.Dr.Sevinç KUTLUTÜRKAN

.....

ONAY:

Sağ.Bnb.Elif Gökçe TENKEKİ 19/08/2016 tarihinde savunduğu bu tez Akademi Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.


Mustafa GEREK
Prof.Hv.Tbp.Tuğgeneral
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

HİZMETE ÖZEL

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasında yutma güçlüğü olan yutma güçlüğü olan multipl sklerozlu hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Danışmanım olarak doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübeleri ile beni her zaman destekleyen ve yol gösteren, tezimin her aşamasında çalışmalarımı yönlendiren İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Sağ.Alb. Belgüzar KARA'ya ve üyesi olmaktan mutluluk duyduğum GATA Hemşirelik Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı ekibine saygı ve şükranlarımı sunarım.

Eğitimim süresince kıymetli bilgi ve tecrübeleri ile gelişmemde her türlü yardım ve desteği sağlayan GATA Hemşirelik Yüksek Okulunun değerli öğretim üyelerine, klinik çalışmalarımda değerli desteklerini esirgemeyen GATF Eğitim Hastanesi Nöroloji Ana Bilim Dalı Başkanı Prof.Tbp.Alb.Şeref DEMİRKAYA'ya, Nöroloji Kliniği ve Polikliniği'nde görev yapan Uz. Tbp.Yzb. Ahmet ÇETİZ'e, tüm Nöroloji Kliniği ve Polikliniği hekim, hemşire ve personeline saygı ve şükranlarımı sunarım. Tez çalışmamın her aşamasında değerli bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve çalışmalarına ışık tutan Hacettepe Üniversitesi Yutma Bozuklukları Araştırma Merkezi'nde görevli Dr.Fzt. Numan DEMİR'e saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmamın istatistiksel analizlerinin yapılmasındaki katkılarından dolayı Sayın Doç.Tbp.Alb.Cengizhan AÇIKEL'e teşekkürlerimi sunarım.

Sağ.Bnb.Elif Gökçe TENKECİ

2016

ÖZET

Yutma Güçlüğü Olan Multipl Sklerozlu Hastalara Verilen Eğitimin Solunum Komplikasyonları, Beslenme Durumu ve Yutma İle İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu araştırma yutma güçlüğü olan MS'li hastaların yutma güçlüğüne yönelik eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla niteliksel, yutma güçlüğü olan MS'li hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin solunum komplikasyonları, beslenme durumu ve yutma ile ilişkili yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla randomize prospektif yarı deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırmanın niteliksel aşamasında yutma güçlüğü olan 8 hasta ile görüşülerek eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim kitapçığı oluşturulmuştur. Araştırmanın yarı deneysel aşamasında blok randomizasyon yöntemi kullanılmış, 26 hasta deney grubuna, 26 hasta kontrol grubuna alınmıştır. Verilerin toplanmasında Niteliksel Görüşmeler İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu, sosyodemografik ve tıbbi özellikleri içeren Veri Toplama Formu, Multipl Sklerozda Disfaji Değerlendirme Ölçeği (DYMUS), Yeme Değerlendirme Aracı (EAT-10), Standardize Mini-Mental Test, Yutma Yaşam Kalitesi Anketi (SWAL-QOL) kullanılmıştır. Araştırma öncesinde deney ve kontrol grubundaki hastalara veri toplama araçları uygulanmıştır. Daha sonra deney grubuna alınan hastalara eğitim kitapçığı kullanılarak eğitim verilmiş, eğitimden 4 hafta sonra telefonla danışmanlık ve izlem yapılmıştır. İlk görüşmeden 12 hafta sonra deney ve kontrol grubundaki hastalara veri toplama araçları yeniden uygulanmıştır. Araştırma sonucunda deney grubundaki hastaların eğitim sonrası DYMUS ve EAT-10 puan ortalamalarının eğitim öncesine göre azaldığı (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.033$), eğitim sonrası SWAL-QOL genel yakınma, yeme zamanı, besin seçimi, iletişim, yeme korkusu, mental sağlık ve uyku alt ölçek puan ortalamalarının ise çalışma öncesine göre arttığı (sırasıyla $p=0.006$, $p=0.006$, $p=0.013$, $p=0.006$, $p<0.001$, $p=0.031$, $p=0.002$), eğitimin beslenme durumuna ve solunum komplikasyonlarına etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara verilen eğitimin yutma fonksiyonlarını ve yutma ile ilişkili yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Eğitimin solunum komplikasyonlarına etkisinin incelenmesi amacıyla uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Multipl skleroz, yutma güçlüğü, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

The Effect of Training Multiple Sclerosis Patients with Dysphagia on Respiratory Complications, Nutritional Status and Swallowing-Related Quality of Life

This was a randomized, prospective, semi-experimental study to determine the effect of training provided by nurses to MS patients with dysphagia on the respiratory complications, nutritional status and swallowing-related quality of life so that we used qualitative design to determine the dysphagia-related training requirements of these patients. We first developed a training booklet according to the determined training requirements following interviews with 8 patients suffering from dysphagia in the qualitative stage of the study. We used the block randomization method during the semi-experimental stage and included 26 patients each in the intervention and control groups. The Semi-Structured Questionnaire for Qualitative Interviews, Data Collection Form for sociodemographic and medical characteristics, Questionnaire for the Assessment of DYsphagia in MUltiple Sclerosis (DYMUS), Eating Evaluation Tool (EAT-10), Standardized Mini-Mental Test, and the Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL) were used for data collection. The data collection tools were used to collect data from the intervention and control groups before the study. Then, training was provided to intervention group, they were given training booklet and counselling on phone 4 weeks later for monitoring and to answer patient questions. The data collection tools were used again in both groups 12 weeks after the first interview. We found that the DYMUS and EAT-10 mean scores decreased compared to baseline in the intervention group ($p<0.001$, $p=0.033$, respectively) while the SWAL-QOL general burden, eating duration, food selection, communication, fear of eating, mental health and sleep subscale mean scores increased compared to baseline ($p=0.006$, $p=0.006$, $p=0.013$, $p=0.006$, $p<0.001$, $p=0.031$, $p=0.002$, respectively) with no change in the nutritional status and respiratory complications following training. The training provided to MS patients with dysphagia was found to improve swallowing functions and increase swallowing-related quality of life. We suggest further long-term studies to evaluate the effect of training on respiratory complications.

Key Words: Multiple sclerosis, dysphagia, quality of life, nursing

ONAY SAYFASI	
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	x
TABLolar	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Normal Yutma Fonksiyonu	5
2.2. Nörojenik Yutma Güçlüğü	7
2.3 Multipl Sklerozda Yutma Güçlüğü	8
2.3.1. Aspirasyon Pnömonisi	10
2.3.2. Malnütrisyon ve Dehidratasyon	12
2.3.3. Yutma ile İlişkili Yaşam Kalitesi	13
2.4. Multipl Sklerozda Yutma Güçlüğü'nün Yönetimi	14
2.4.1 Farmakolojik Tedavi	14
2.4.2 Fonksiyonel Yutma Terapisi	15
2.5. Multipl Sklerozda Yutma Güçlüğü'nün Yönetiminde Hemşirenin Rolü	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.4. Randomizasyon Yöntemi	24
3.5. Katılımcıların Özellikleri	24
3.6. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Formlar	25
3.6.1. Niteliksel Görüşmeler İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu	25
3.6.2. Veri Toplama Formu	25

3.6.3. Multipl Sklerozda Disfaji Ölçeği	26
3.6.4. Yeme Değerlendirme Ölçeği	26
3.6.5. Standardize Mini Mental Test	27
3.6.6. Yutma Yaşam Kalitesi Anketi	27
3.6.7. Telefonla İzlem ve Danışmanlık Formu	28
3.7. Araştırmanın Uygulanması	28
3.7.1. Niteliksel Aşamanın Uygulanması	28
3.7.2. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması	29
3.7.3. Yarı Deneysel Aşamanın Uygulanması	30
3.7.3.1. Deney Grubu	30
3.7.3.2. Kontrol Grubu	31
3.8. Araştırmanın Akış Şeması	32
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	33
4. BULGULAR	34
4.1. Niteliksel Aşama ile İlgili Bulgular	34
4.2. Yarı Deneysel Aşama ile İlgili Bulgular	39
5. TARTIŞMA	48
5.1. Niteliksel Aşama ile İlgili Bulguların Tartışılması	48
5.2. Yarı Deneysel Aşama ile İlgili Bulgular Tartışılması	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
6.1. Sonuçlar	57
6.2. Öneriler	58
7. KAYNAKLAR	59
EKLER	69
EK-1. Niteliksel Görüşmeler İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu	69
EK-2. Veri Toplama Formu	70
EK-3. Multipl Sklerozda Disfaji Değerlendirme Ölçeği	74
EK-4. Yeme Değerlendirme Aracı	75
EK-5. Standardize Mini Mental Test	76
EK-6. Yutma Yaşam Kalitesi Anketi	78
EK-7. Telefonla İzlem ve Danışmanlık Formu	84
EK-8. GATA Etik Kurul İzni	85

EK-9. GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu İzni	87
EK-10. Bilgilendirilmiş Onam Formu	89
EK-11. Yutma Güçlüğü Olan Multipl Sklerozlu Hastalar İçin Hasta Eğitim Kitapçığı	91



SİMGELER VE KISALTMALAR

MS	: Multipl Skleroz
EDSS	: Kurtzke Expanded Disability Status Scale
GERH	: Gastroözefageal Reflü Hastalığı
GATF	: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi
DYMUS	: Multipl Sklerozda Disfaji Değerlendirme Ölçeği (Questionnaire for the Assessment of DYsphagia in MUltiple Sclerosis)
EAT-10	: Yeme Değerlendirme Aracı (Eating Assesment Tool)
SMMT	: Standardize Mini-Mental Test
SWAL-QOL	: Yutma Yaşam Kalitesi Anketi (Swallowing Qality of Life Questionnarie)
VKİ	: Vücut Kütle İndeksi
χ^2	: Ki kare
$X \pm SS$	: Ortalama $\pm$ standart sapma
t	: Bağımlı ve Bağımsız Gruplarda t Testi
z	: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi/ Mann-Whitney U testi

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Yutmanın Nöro-anatomisi	6
2.2. Yutma Güçlüğünde Beslenme ve Solunum Komplikasyonları Arasındaki İlişki	11
2.3. Orofaringeal Yutma Güçlüğünde Ekip Üyelerinin Rolleri ile Tanı ve Tedavi Algoritması	21
3.1. Araştırmanın Akış Şeması	31



TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Yutma Güçlüğü'nün Sınıflandırılması	7
2.2. Nörojenik Yutma Güçlüğü'nde Ortaya Çıkan Patolojik Bulgular ve Yutma Güçlüğü ile İlişkili Tanımlar	8
2.3. MS'li Hastalarda Sık Görülen Yutma Bozuklukları ve Fonksiyonel Yutma Terapisi ile İlişkili Tedavi Yöntemleri	18
4.1. Hastaların Deneyimlerine ve Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Hasta Görüşlerinden Belirlenen Kategori ve Temalar	32
4.2. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	38
4.3. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	39
4.4. Hastaların Laboratuvar ve Antropometrik Ölçümlerine Göre Dağılımı	41
4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların EAT-10 Puanlarının Karşılaştırılması	42
4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların DYMUS Puanlarının Karşılaştırılması	43
4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların SWAL-QOL Puanlarının Karşılaştırılması	45

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Multipl skleroz (MS), nöronları çevreleyen miyelin kılıfın hasarı ile karakterize merkezi sinir sisteminin inflamatuvar hastalığıdır (1, 2). MS genellikle genç erişkinlerde görülmektedir. MS'in epidemiyolojisinde cinsiyet (kadın erkek oranı 2.1/1), yaş (20-50 yaş grubu), ırk (beyaz ırk) ve genetik faktörler rol oynamaktadır. Hastalık en sık 20-40 yaş grubundaki Kafkas kadınları etkilemektedir (3). MS'in dünyada görülme sıklığı, coğrafi bölgelere göre değişiklik göstermekle birlikte, 30/100.000'dir (4). Tüm dünyada yaklaşık olarak tanı konulmuş 1.315.579 MS hastası olduğu ve bu hastaların 630.000'inin Avrupa'da yaşadığı bildirilmektedir (5). MS'in bölgesel olarak görülme sıklığı incelendiğinde 80/100.000 oranla Avrupa ilk sırada yer alırken, ardından sırasıyla Doğu Akdeniz (14.9/100.000), Amerika (8.3/100.000), Batı Pasifik (5/100.000), Güneydoğu Asya (2.8/100.000) ve Afrika (0/100.000) gelmektedir (4). Ülkemizde MS görülme sıklığına ilişkin ulusal boyutta bir çalışma bulunmamaktadır. Börü ve ark. (6) tarafından ülkemizde yapılan çalışmalarda İstanbul'da MS görülme sıklığının 101.4/100.000 (kadın: 118.7/100.000, erkek: 76/100.000), Karadeniz kıyı şeridinde ise 51/100.000 olduğu bildirilmektedir (5).

MS'in patogenezinde immünolojik ve genetik faktörler ile viral/bakteriyel enfeksiyonlar rol oynamaktadır. Ayrıca inflamasyon, demiyelinizasyon, gliosis ve akson hasarı başlıca patolojik değişikliklerdir (7). MS ilerleyici olabilmekte ya da nüks ve remisyonlarla seyredebilmektedir. MS'de nörolojik defisit ya total remisyona girmekte ya da sekel bırakmaktadır. Ancak zaman içerisinde MS her hasta için progresyon eğilimi göstermektedir (1). MS'de merkezi sinir sistemindeki fokal demiyelinizasyonun yeri ve boyutlarına bağlı olarak hastalarda motor, somatosensöryel, görsel, bilişsel ve ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. MS'de bu bozukluklarla ilişkili olarak ekstremitte güçsüzlüğü, yürüme bozuklukları, parestezi ve uyuşma gibi duyuşsal problemler, ataksi, diplopi ve optik nevrit gibi görsel sorunlar ile işitsel değişiklikler gibi belirtiler görülmektedir. MS'de bu belirtilere eşlik eden diğer belirti ve bulgular yorgunluk, üriner inkontinans ve retansiyon, cinsel işlev bozukluğu, ısı intoleransı, depresyon, ağrı, spastisite, ataksi,

nistagmus ve yutma güçlüğüdür (7). MS'de nörolojik belirtiler çok hafif görülebileceği gibi bireyin aktivitelerini kısıtlayacak düzeyde de ortaya çıkabilmektedir (1).

Yutma larinks ve solunum kasları ile özefagus ve orofaringeal yapıların istemli ve istemsiz hareketleriyle oluşan kompleks bir duyu-motor olaydır (8). Yutma güçlüğü ya da yutma yeteneğinin kaybolması (disfaji) yutma kaslarını innerve eden serebral kortekste ve nöromüsküler yolun herhangi bir yerindeki lezyon nedeniyle ortaya çıkmaktadır (9). Nörojenik nedenlere bağlı yutma güçlüğü tüm yutma güçlüklüğünün 3/4'ünü oluşturmaktadır. Nörolojik hastalıklarda tüm hastaların yaklaşık olarak %70-80'inde özellikle orofaringeal yutma güçlüğü görülmektedir. Yutma güçlüğü MS'li hastalarda ise yaklaşık olarak %33-43 oranında ortaya çıkmaktadır (10). MS'de yutma güçlüğü patogeneğinde dilin kontrolünde azalma, dil kökü retraksiyonunda bozulma, faringeal yutmada gecikme, faringeal kontraksiyonlarda azalma, krikofaringeal disfonksiyon, faringeal ya da laringeal duyuda azalma ve laringeal kapanmada azalma rol oynamaktadır (9). Nörolojik hastalıklarda yutma güçlüğü bolusun (lokma) taşınması ve yönlendirilmesinde yetersizliğe ve bolusun burun boşluğu, gırtlak ve/veya trakea içine kaçmasına neden olmaktadır. (8, 9). Bu durum MS'de birçok komplikasyona neden olmakla birlikte özellikle aspirasyon pnömonisi mortalite nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca malnütrisyon ve dehidratasyon mortaliteye katkıda bulunan diğer komplikasyonlardır (9, 10). Ekberg ve ark. (11) yutma güçlüğü yaşayan hastaların %41'inin yemek saatinde anksiyete ve panik yaşadıklarını, %45'inin yemek yeme sırasında keyif almadıklarını, %36'sının ise yutma güçlüğü nedeniyle yemek yemekten kaçındıklarını bildirmektedir. Ayrıca bu hastaların benlik saygıları ve yaşam kaliteleri düşmektedir (11).

Yutma güçlüğünün nörolojik hastalığı olanlar gibi yüksek riskli popülasyonlarda erken dönemde değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (12). Yutma güçlüğü MS, amiyotrofik lateral skleroz, Parkinson hastalığı, demans ve bazı nöromüsküler hastalıklar gibi yavaş ilerleyen nörolojik hastalıklarda sinsi olabilmektedir (13, 14). Bu hastalıklarda yutma güçlüğünün klinik olarak ortaya çıkmasından önce subklinik bir dönem görülmektedir. Yutma güçlüğünün subklinik dönemde belirlenmesi, komplikasyonların yönetimi için kritik önem taşımaktadır

(15). Bu dönemde tıbbi ve cerrahi tedavinin yanı sıra rehabilitasyon etkinleştirilebilir. Nörolojik hastalıklarda yutma güçlüğünün değerlendirilmesinde anamnez, fizik muayene, kapsamlı nörolojik değerlendirme, videofloroskopik yutma çalışması, fiberoptik yutma değerlendirmesi ve elektromiyografi kullanılmaktadır (13). Ancak yutma güçlüğünün klinik ve subklinik tanısı, değerlendirilmesi ve izleminde non-invaziv ve nicel yöntemler de kullanılmaktadır. Non-invaziv tanı yöntemlerinin, yan etkileri az ve kolay uygulanabilir, düşük maliyetli, nesnel ve ölçülebilir, ilerlemiş nörolojik bozuklarda da kolay tolere edilebilir ve tekrarlanabilir özellikte olması gerekmektedir (15). MS’de yutma güçlüğü tedavisinde amaç aspirasyon, malnütrisyon ve dehidratasyonu önlemektir (10, 16). MS’li hastalarda yutma güçlüğünün yönetiminde kullanılan yaklaşımlar üç temel prensibe dayanmaktadır. Bunlar; bozulmuş yutma fonksiyonlarının yerine konması (replasman), çeşitli teknik ve manevralarla yutma güçlüğünün telafi edilmesi (kompansasyon) ve diyet önerileri, kıvamlaştırıcılar ve hasta çevresinin düzenlenmesi gibi uygulamalarla bireyin uyumunun (adaptasyon) sağlanmasıdır. MS’de yutma güçlüğünün maliyeti oldukça yüksektir ve erken tanı ve tedavisiyle sağ kalım ve yaşam kalitesi artırılmaktadır (17).

MS’de yutma güçlüğünün yönetimi multidisipliner ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Bu ekipte doktor, hemşire, konuşma ve yutma terapisti, radyolog ve iş uğraşı terapisti yer almaktadır. Ancak hemşireler MS’li hastalarla sürekli temas halinde olmaları nedeniyle yutma güçlüğünün belirlenmesi, değerlendirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve gerekli müdahalelerin başlatılmasında ideal konumdadırlar. Yutma güçlüğünün yönetiminde hemşirelerin; klinisyen, araştırmacı, danışman ve eğitimci rolleri vardır (17). Yutma güçlüğü olan MS’li hastalarda başlıca hemşirelik girişimleri arasında aspirasyonun önlenmesi amacıyla oral hijyenin sürdürülmesi, yemek yerken hastaya doğru pozisyonun verilmesi, sessiz ve sakin bir ortam sağlanması, hastaların sadece küçük parçalar halinde tek çeşit beslenmesinin teşvik edilmesi yer almaktadır. Yutma güçlüğü olan MS’li hastalarda uygulanabilecek başlıca stratejiler ince sıvıları yutarken öksüren hastalar için kıvam arttırıcı kullanmak, çiğneme güçlüğü yaşayan hastalarda yiyeceklerin kıvamının ayarlanması, yutma ve yiyecekleri ağızda biriktirmeye yardımcı olmak için hastanın baş ya da gövde pozisyonunun sıvı akışına göre ayarlanması ve yutma refleksinin

tetiklenmesi için soğuk terapisi. Ayrıca hemşirelerin hastaya verilecek yemeklerin ve içeceklerin istemini, kontrolünü ve denetimini yapmaları görevleri arasındadır (17). Hemşireler yeterli oral alımının sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi için hasta ve bakım verenlere eğitim vermelidirler.

MS'li hastalarda yutma fonksiyonunun değerlendirilmesi, yutma güçlüğü'nün yönetimi ve hemşirelik girişimlerinin planlanması için klinik kanıtlara gereksinim duyulmaktadır (17). Literatürde yutma güçlüğü olan MS'li hastalara hemşireler tarafından verilen planlı eğitimin etkilerinin ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; yutma güçlüğü olan MS'li hastaların eğitim gereksinimlerini belirleyerek eğitim kitapçığı oluşturmak ve yutma güçlüğü olan MS'li hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin solunum komplikasyonları, beslenme durumu ve yutma ile ilişkili yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- Hipotez 1a: Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara verilen eğitim solunum komplikasyonu gelişimini azaltır.
- Hipotez 0a: Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara verilen eğitim solunum komplikasyonu gelişimini artırır/etkilemez.
- Hipotez 1b: Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara verilen eğitim beslenme durumunu iyileştirir.
- Hipotez 0b: Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara verilen eğitim beslenme durumunu kötüleştirir/etkilemez.
- Hipotez 1c: Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara verilen eğitim yutma ile ilişkili yaşam kalitesini artırır.
- Hipotez 0c: Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara verilen eğitim yutma ile ilişkili yaşam kalitesini azaltır/etkilemez.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Normal Yutma Fonksiyonu

Yutma; besinlerin ve tükürüğün ağız boşluğundan mideye gönderilmesini sağlayan, oral, faringeal, laringeal, respiratuar ve özefageal birçok yapının istemli ve istemsiz hareketleriyle oluşan karmaşık bir fonksiyondur (8, 18, 19). Bu karmaşıklık anatomik olarak trakea ve özefagusun yakınlığına bağlı olarak besinlerin trakeaya kaçma riskini önlemek amacıyla ortaya çıkmıştır. Yutma, merkezi sinir sisteminde serebral korteks ve medulla oblongatada bulunan merkezler tarafından koordine edilmektedir. Bu merkezlerde yer alan yutma ile ilişkili premotor ve sensorimotor bölgeler, anterior singulum, insula, frontal operkulum, parietookspital kortekstir (Şekil 2.1) (18, 19). Yutma fonksiyonu, 25 kas çiftinin koordinasyonu ile gerçekleştirilmektedir (20). Yutma sırasında çok sayıda kas grubunun ve kranial sinirin rol alması nedeniyle yutmanın fizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Yutma fonksiyonu için gerekli hareketler kalıplaşmıştır ve nöromüsküler yapıların beyin sapı ve serebral kortekste koordinasyonu gerekmektedir. Yutma sağlıklı bireyler için doğal bir durumdur, çoğunlukla kişi tarafından fark edilmeden oluşmaktadır (20). Yutma oral hazırlık aşaması, oral geçiş aşaması, faringeal aşama ve özefageal aşama olmak üzere dört aşamada meydana gelmektedir (13). Bunlar;

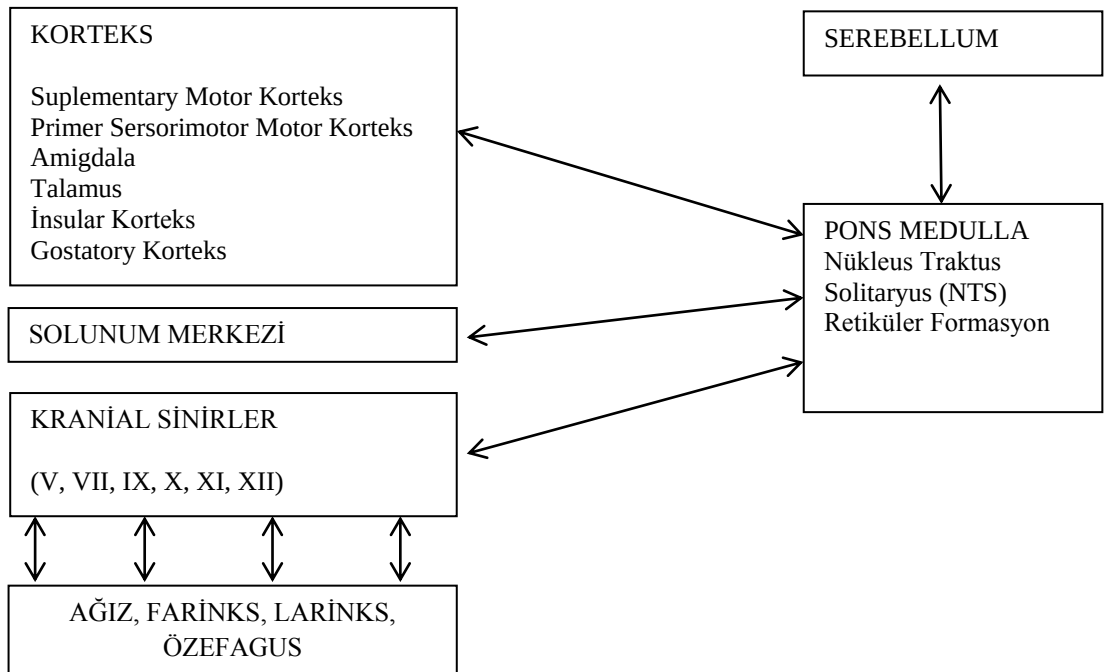
- Oral hazırlık aşaması: Bu aşama yutma fonksiyonunun başlangıcıdır ve açlık, tat, motivasyon ve sosyal çevre gibi değişkenlerle ilişkilidir (19). Bu aşamanın başlıca amacı bolus oluşturulmasıdır. Bolus oluşturmak için dudakların tam olarak kapanmasına, dil hareketlerine, fonksiyonel çiğneme kaslarına ve tükürük salgısına ihtiyaç vardır (13). Oluşturulan bolus sert damağın anterolateralinde dil tarafından tutulmaktadır (18). Doğru boyut ve kıvamda bir bolusun oluşturulabilmesi için tat, ısı, dokunma ve proprioseptif duyular gerekmektedir (13).

- Oral geçiş aşaması: Bu aşama kortikobulbar yollarla serebral korteks tarafından kontrol edilen istemli bir aşamadır. Bu aşamada dilin ve ağız tabanı kaslarının rolü büyüktür (19). Bolus, dil elevasyonu ile farinkse doğru önden arkaya itilmektedir. Ağız tabanı kaslarının hyoid kıkırdak ile bağlantısı nedeniyle bu aşamada eş zamanlı olarak larinks yukarı çekilmektedir. Bu şekilde bolus faringeal faza girerken faringeal bir refleks de tetiklenmektedir. Faringeal refleksin tetiklenmesinde ve istemli yutmanın başlamasında IX. ve XII. kranial sinirler ile ağız

taban kasları, dil ve palatofaringeal mekanoreseptörler ve orofaringeal mukoza duyuşal reseptörler görev almaktadır (18). Bu aşamada dudaklar sıkı ve kapalıdır, solunum kısa süreli olarak durmakta, nazofarenks ve ağız boşluğu kapanmaktadır (13).

- Faringeal aşama: Oral aşama ile yakın ilişkilidir. En kısa aşamadır, 0.6 saniye veya daha kısa sürmektedir. Bu aşama tamamen istemsizdir ve ağız boşluğundan faringeal boşluğa bolusun düşmesi ile "yutma refleksi" tetiklenmektedir. Bu aşamada hava yollarının korunması çok önemlidir. Bunu sağlamak için velofaringeal kapanma, epiglottisin laringeal açıklığın ve vokal kordların kapanması gerekmektedir. Bu sırada larinksin yükselmesi yaşamsal önem taşır. Larinksin yükselmesi ve yer değıştirmesi ile farinks çapı artar. Üst özofageal sfinkter açılır. Dil ve faringeal konstriktörlerin bolusu aşağıya özefagusu doğru itmesiyle bu aşama sona erer (13). Bu sırada üst özofageal sfinkter kapanır ve bir sonraki yutma eylemine kadar kapalı kalmaktadır (18).

- Özofageal aşama: Tamamen otonom sinir sisteminin kontrolünde olan bu aşama 6-20 saniye sürmektedir (19). Bu aşamada farinkste başlayan ve özefagus boyunca devam eden peristaltik hareketlerle bolus, özofagustan aşağıya, özofago-gastrik sfinktere ve oradan da mideye hareket ettirilmektedir (13).



Şekil 2.1. Yutmanın nöro-anatomisi (21).

2.2. Nörojenik Yutma Güçlüğü

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yutma güçlüğü mortalite, morbidite ve bakım maliyetleri ile ilişkili bir sağlık sorunu olduğu bildirilmektedir (22, 23). Nörolojik hastalıklar sonucu ortaya çıkan yutma güçlüğü nörojenik yutma güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. Nörojenik yutma güçlüğü, yutma fonksiyonunun oral, faringeal ya da özefageal aşamalarının etkilenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Nörojenik yutma güçlüğü, hastada malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon/penetrasyon, yaşam kalitesinde azalma, sağlık sistemi için maliyetlerde artma, tüple beslenme ve/veya trakeal tüple yaşam, fonksiyonel bağımlılık gibi istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir (20, 21). Nörojenik yutma güçlüğü hayatı tehdit eden bir durumdur (24). Etiyolojisinde santral sinir sisteminin etkilendiği durumlar (strok, MS, Parkinson hastalığı, nörodejeneratif hastalıklar), kranial sinirlerin etkilendiği durumlar, poliradikülönöritis gibi periferel sinirlerin hastalıkları, miyesteniya graves gibi nöromusküler hastalıklar, inflamatuvar hastalıklar, metabolik miyopati ve müsküler distrofi yer almaktadır (25, 26).

Laringoskopik inceleme bulgularının değerlendirilmesi ile yutma güçlüğü aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Yutma Güçlüğü'nün Sınıflandırılması (27).	
Normal yutma	Bolus normal bir şekilde ağızda tutulur, yutmanın faringeal aşamasından önce veya sonra hiçbir şekilde gıda kaçıışı olmaz, yiyecek ağızda kalıntı olarak kalmaz, larinkse penetrasyon veya trakeal aspirasyon olmaz.
Hafif yutma güçlüğü	Bolus yutulduktan sonra hafif staz vardır (staz epiglottik vallekula ve piriform girinti alanının üçte birinden daha az bir alana kadar olur), yiyecek/içecek yutulduktan sonra larinkse penetrasyon veya trakeal aspirasyon olmaz.
Orta derecede yutma güçlüğü	Bolus yutulduktan sonra orta derecede staz vardır (staz epiglottik vallekula ve piriform girinti alanının üçte ikisine kadar olan bir alana kadar olur), gıdanın laringeal penetrasyonu vardır, ancak trakeal aspirasyon yoktur.
Şiddetli yutma güçlüğü	Önemli miktarda yiyecek/içecek stazı söz konusudur (staz epiglottik vallekula ve piriform girinti bölgesini tamamını etkilemiştir) ve yutma sonrasında trakeal aspirasyon vardır

Nörojenik yutma güçlüğünde ortaya çıkan önemli patolojik bulgular ve yutma güçlüğü ile ilişkili tanımlar Tablo 2.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Nörojenik Yutma Güçlüğünde Ortaya Çıkan Patolojik Bulgular ve Yutma Güçlüğü ile İlişkili Tanımlar.	
Aspirasyon	Yutulan materyalin (tükürük, yiyecek, içecek, reflü materyali veya kontrast madde) larenkste vokal kordlar seviyesinin altına kaçması, trakea ve akciğerlere inmesidir (20, 28, 29).
Penetrasyon	Yutulan materyalin (tükürük, yiyecek, içecek, reflü materyali veya kontrast madde) epiglottis ile özellikle vokal kordlar ve nazal boşluk arasında kalmasıdır (20, 28).
Predeglutitif	Yutma refleksinin tetiklenmesinden önce lokmanın şekli, kontrolü ve yutma refleksinin aktive olmasında ortaya çıkan problemdir.
İntradeglutif	Bolusun ağızdan farinkse taşınmasında, larinksin yükselmesinde ya da larinksin açılmasında problem vardır.
Postdeglutif	Bolusun faringeal taşınmasında ya da faringo-özefageal sfinkterin açılmasında bozukluk vardır (20).
Gecikmiş yutma refleksi	Endoskopik yutma incelemesi veya videoflouroskopi ile değerlendirilmektedir. Lokmanın epiglottise gelişi ile hyoid kemiğin yükselmeye başlaması arasındaki geçen zamanın uzamasıdır. Normal süre yaşla ilişkilidir, yaşlılıkla birlikte bu süre uzamaktadır (20).
Sessiz aspirasyon	Bozulmuş laringeal duyarlılık nedeniyle hastanın aspirasyona normal bir şekilde öksürük yanıtı oluşturamadığı (29), bu nedenle aspirasyon geliştiğinde ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıktığı durumdur. Sessiz aspirasyon sıklıkla klinik değerlendirmede gözden kaçmaktadır. Bu nedenle bu duruma özgü tanı yöntemlerinin (endoskopisi veya videoflouroskopi gibi enstrümental yutma değerlendirme çalışmaları) kullanılması önemlidir (20).
Krikofaringeal disfonksiyon	Kas gevşemesinin sağlanamaması nedeniyle üst özefageal sfinkterin açılmasında yetersizlik meydana gelmesidir (20).

2.3 Multipl Sklerozda Yutma Güçlüğü

MS'de yutma güçlüğü ilk kez 1994 yılında bir çalışmada tanımlanmıştır. Bu çalışmada MS'de yutma güçlüğüne çok sık rastlanmadığı ancak meydana geldiğinde hastalığın ciddiyeti ve mortalite ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (29, 30). EDSS

(Kurtzke Expanded Disability Status Scale) skorları 0-9.5 arasında değişen 525 MS'li hastanın katıldığı bir çalışmada hastaların %43'ünde orofaringeal yutma güçlüğü semptomlarının olduğu, yutma güçlüğü olan ve asemptomatik grup ile karşılaştırıldığında yutma güçlüğü olan hastaların EDSS skorlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ve beyin sapı, serebellar ve kognitif fonksiyonlarının oldukça etkilendiği belirlenmiştir (31). Solaro ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 1875 MS'li hasta ile görüşülmüş ve hastaların %31.3'ü yutma güçlüğü yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yutma güçlüğü olan hastaların EDSS skorlarının daha yüksek ve hastalık sürelerinin daha uzun olduğu bulunmuştur (32). Poorjavad ve ark. tarafından 101 MS'li hasta ile yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre hastaların 32'sinde (%31.7) yutma güçlüğü olduğu, en sık gözlenen sorunların faringeal aşama bozuklukları (%28.7), aspirasyon (%6.9), oral aşama bozuklukları (%5) ve faringeal gecikme (%1) olduğu bildirilmiştir (16). Calcagno ve arkadaşlarının çalışmalarında 143 MS'li hastanın 49'unda (%34.3) yutma güçlüğü olduğu, ciddi beyin sapı tutulumu olanlarda yutma güçlüğü riskinin 3.24 kat, benzer şekilde EDSS skoru 6.5'in üzerinde olanlarda ise riskin 3 kat arttığı bildirilmiştir (10). Thomas ve Wiles 79 MS'li hastada standardize su yutma testi kullanmışlar ve hastaların %43'ünde yutma güçlüğü olduğunu belirlemişlerdir. Yiyecek ya da içeceğin trakea ya da farinkse kaçması, birşey yedikten ya da içtikten sonra öksürük ya da boğulma hissi olması yutma güçlüğü ile ilgili önemli ipuçlarıdır. Ancak çalışma verilerinin toplanmasında sübjektif ifadelerin kullanılması nedeniyle çalışmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesinde bu durum dikkate alınmalıdır (2). Danesh-Sani ve arkadaşları tarafından 500 MS'li hastada orofasiyal semptomların incelendiği bir çalışmada hastaların %26.6'sında yutma güçlüğü olduğu bulunmuştur (33). Çalışmalarda MS'li hastalarda yutma güçlüğü prevalansının %24-46 arasında değiştiği görülmektedir (24). Guan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise metaanaliz kriterlerine uyan 4.520 MS'li hastanın üçte birinden fazlasında yutma güçlüğü yaşandığı bildirilmiştir (34).

MS'de yutma güçlüğü gelişiminde kortikobulber yolların bozulması, beyin sapı ve serebellar disfonksiyon, kranial sinirlerin paralizisi ile birlikte birçok faktör rol oynamaktadır (2, 35). Yutma fonksiyonu ile ilişkili yapılardan en az birinde veya daha fazlasında bozukluk olması, yutmanın üç aşamasından en az birinde veya daha

fazlasında bozukluk oluşması ile sonuçlanmaktadır. Bu bozukluklar yutmanın yalnızca bir aşamasında ortaya çıkabileceği gibi birkaç aşamasındaki bozukluğun kombinasyonu şeklinde de ortaya çıkabilir (35). Ayrıca solunum kontrolü ve kapasitesindeki anormallikler, postüral sorunlar, kognitif ve affektif bozukluklar yutma güçlüğü ile ilişkili diğer faktörlerdir (2). En sık karşılaşılan yutma bozuklukları dilin kontrolünde ve dil kökü retraksiyonunda azalma, faringeal kontraksiyonda (daralma) azalma, üst özefagus sfinkter disfonksiyonu (koordinasyon bozukluğu, gevşemede azalma ya da gevşeyememe), laringeal kapanmada azalma, laringeal ve/veya faringeal duyuda azalmadır (35).

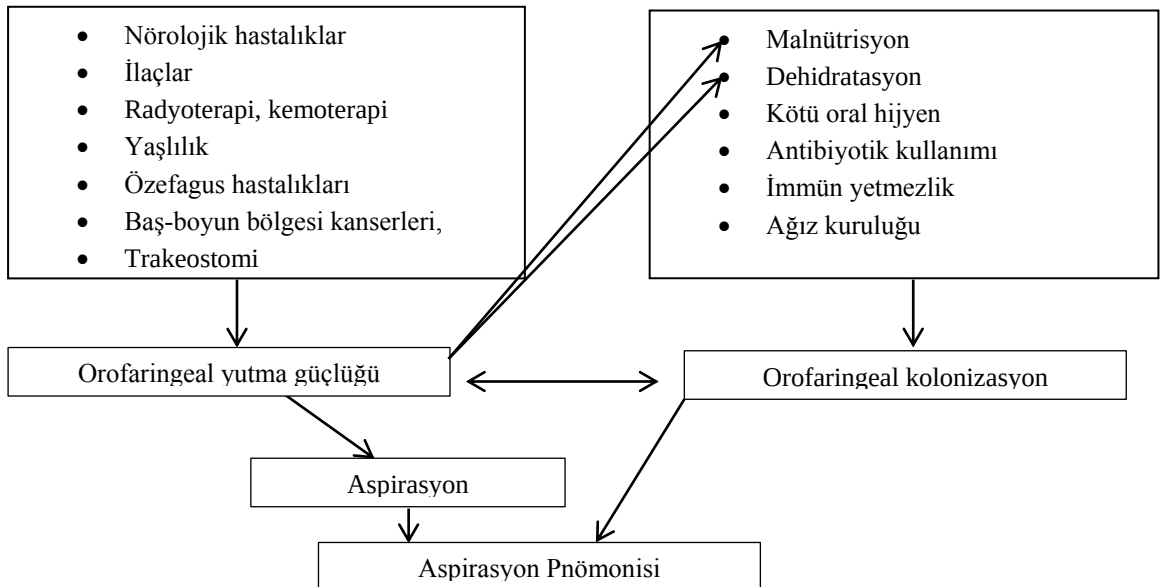
Yutma güçlüğü nedeniyle ortaya çıkan komplikasyonlar geç dönem MS'li hastalarda en önemli morbidite ve mortalite nedenleridir (35). Bu komplikasyonlar aspirasyon pnömonisi, malnütrisyon ve dehidratasyondur (20). Ayrıca yutma güçlüğü nedeniyle MS'li hastaların yaşam kaliteleri ciddi şekilde azalmaktadır.

2.3.1. Aspirasyon Pnömonisi

Trakeobronşiyal aspirasyon, yiyecek/içecek veya sekresyonların vokal kordların altına inmesidir (24). Aspirasyonun etkisi, aspire edilen maddenin miktarına, fiziksel özelliklerine ve indiği derinliğe bağlıdır. Ayrıca pulmoner temizleme mekanizmalarının varlığı ve etkinliği de aspirasyonun sonuçlarını belirlemektedir. Neden sonuç ilişkisi kurulamamasına rağmen aspirasyon pnömonisi ile aspire edilen yiyecek/içecek ya da sekresyonlar arasında güçlü bir ilişki vardır. Epiglottisin altına geçen materyaller ödem oluşturarak laringeal obstrüksiyona neden olabilmektedir (21). Orofaringeal mikroflorada bulunan anaerobik bakterilerin aspirasyonu sonucu aspirasyon pnömonisi meydana gelmektedir. Pnömonitis ve aspirasyon pnömonisi yutma güçlüğü olan hastalarda klinik olarak karıştırılabilmektedir. Bazı kanıtlar yutma güçlüğünün aspirasyona neden olarak alt solunum yolları enfeksiyonları ve pnömoni riskini artırdığını göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'ne göre nazokomiyal aspirasyon pnömonisinde en önemli etiyolojik faktör orofaringeal yutma güçlüğüdür (22). Aspirasyon pnömonisi 14 yaş üstü yetişkinlerde tüm toplum kaynaklı pnömonilerin %1.7'sini oluşturmaktadır (36). Orofaringeal yutma güçlüğü olan hastalarda trakeobronşiyal aspirasyon ve boğulma güvenli bir şekilde yutmaya

engel olarak vakaların %30'unda aspirasyon pnömonisi ile sonuçlanmaktadır. Bu sonuç mortalitenin %20'si ile ilişkilidir (2, 20). Walter ve arkadaşları tarafından 236 stroklu hasta ile yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre yutma güçlüğü, aspirasyon pnömonisinin bağımsız bir risk faktörüdür ve yutma güçlüğü olanlarda aspirasyon pnömonisi riski 9.9 kat artmaktadır (37).

Yutma güçlüğü'nün erken dönemde etkin bir şekilde tedavi edilmesi ile pnömoni engellenebilir. Bunun sonucunda mortalite ve maliyetler azalmakta, sağ kalım ve fonksiyonel iyileşme artmaktadır (22). MS'de yutma güçlüğü'nün tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik farmakolojik bir tedavi bulunmamaktadır (38). Ford ve arkadaşları prospektif bir çalışma ile MS'de mortalite nedenlerini incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre mortalite nedenleri arasında solunum hastalıkları (bronkopnömoni, aspirasyon pnömonisi veya göğüs enfeksiyonları) %47 ile ilk sırada yer almaktadır (39). Hirst ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre solunum komplikasyonları MS'de en sık ölüm nedenidir (40). MS'de aspirasyon, akciğer enfeksiyonları ve solunum yetmezliği gibi komplikasyonların patofizyolojisinde beyin sapı ve spinal kordda yer alan demiyelizan plakların rol oynadığı düşünülmektedir. Solunum komplikasyonları açısından risk altında olan MS'li hastaların erken tanısı, morbidite ve mortaliteyi azaltmak için gerekli tedavi ve bakımın zamanında uygulanmasına olanak sağlamaktadır (41).



Şekil 2.2. Yutma Güçlüğünde Beslenme ve Solunum Komplikasyonları Arasındaki İlişki (36).

2.3.2. Malnütrisyon ve Dehidratasyon

Malnütrisyon vücudun sağlıklı işleyişini korumak ve sürdürmek için gerekli besin maddelerinin aşırı kaybı, yetersiz alınması ve kötü emilimi sonucu yetersiz veya uygunsuz beslenme olarak tanımlanmaktadır. MS gibi kronik ve dejeneratif hastalıklarda malnütrisyon sıklıkla rastlanmaktadır. Yutma güçlüğü ise MS’de sıklıkla ortaya çıkan bir semptom olmakla birlikte malnütrisyon katkıda bulunan en önemli faktördür. Özellikle ileri evre MS’li hastalarda kilo kaybının nedeni yutma güçlüğüne bağlı olarak oral yolla besin alımlarının yetersiz olmasıdır (2). MS’li hastalarda malnütrisyon nedeniyle besin maddelerinin yetersizliğine bağlı olarak bilişsel fonksiyon bozulmakta ve solunum kaslarının gücü azalmaktadır. MS’li hastalarda malnütrisyon kas zayıflığı, kramplar, yorgunluk ve halsizlik gibi klinik semptomlara katkıda bulunduğu için fonksiyonel kapasite açısından önemlidir (11, 42). Swarz ve ark. tarafından yapılan çalışmada MS’li hastalarda kilo kaybı, obezite ve vitamin eksikliklerinin yaygın görüldüğü bildirilmektedir (43). MS’li hastalarda yutma güçlüğü ve kullanılan ilaçların kilo kaybına, steroid ve antidepresan ilaç kullanımı ile hareketsiz yaşamın obeziteye neden olduğu bildirilmektedir (42). MS’li hastaların beslenme durumunun değerlendirilmesinde besin ihtiyacı ve yaşam tarzının yanı sıra yutma güçlüğü gibi malnütrisyon neden olan faktörler de incelenmelidir.

Yutma güçlüğü olan MS’li hastaların beslenme planlarında değişiklik yapılması zorunludur. Bu amaçla yemeklerin kıvamlarının ayarlanması, beslenme destek ürünleri veya yapay ürünler ile teknolojik yöntemler kullanılabilir (2, 10). Ayrıca malnütrisyon MS üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. MS’li hastalarda kilo kaybı malnütrisyonun değerlendirilmesinde birincil parametredir. Genel olarak bireyin vücut ağırlığının %10’unu altı ay içerisinde veya %5’ini bir ay içerisinde kaybetmesinin anlamlı olduğu kabul edilmektedir (42). Beslenme durumunun değerlendirilmesinde sağlıkla ilişkili, sosyal ve diyetle ilgili faktörler de dahil olmak üzere kapsamlı hasta öyküsü, yaş, cinsiyet, klinik muayene, antropometrik ölçümler (vücut kütle indeksi, kol çevresi, bel çevresi, deri kıvrım kalınlığı), cilt bütünlüğü, kas kuvveti, vücut sıcaklığındaki değişimler, albümin, transferin, prealbümin, retinol bağlayıcı protein, lenfosit, kompleman C3-fraksiyonu, IgM değerleri ile diyet günlüğü ve anketler kullanılmaktadır (42, 43).

Yutma güçlüğü olan MS'li hastalarda beslenme durumu değerlendirilmeli ve tedavi planı oluşturulmalıdır. Bu tedavi planının bileşenleri:

- Beslenme durumunun değerlendirilmesi,
- Beslenme ve enerji ihtiyacının hesaplanması,
- Yutma güçlüğüne değerlendirilmesi,
- Besin alımının zamanlanması,
- Oluşabilecek komplikasyonlar için planlama yapılmasıdır (43).

Aspirasyon ve malnütrisyon riski olan MS'li hastalarda rehabilitatif (destekleyici) yaklaşımlar önemlidir. Bu nedenle özellikle beyin sapı tutulumu olan ve EDSS puanı 6'nın üzerinde olan MS'li hastaların yutma güçlüğü ve malnütrisyon açısından erken dönemde değerlendirilmesi gereklidir (10).

2.3.3. Yutma İle İlişkili Yaşam Kalitesi

MS, hastaların yaşam kalitelerini oldukça etkileyen kronik bir hastalıktır. Çalışmalarda MS'li hastaların yaşam kalitesi epilepsi ya da diyabet gibi diğer kronik hastalıklara sahip hastalara daha kötü bulunmaktadır (44). MS'li hastalarda yaşam kalitesinin azalmasında fiziksel özürllülüğün yanı sıra depresyon, yorgunluk, ağrı, çalışma ile ilgili sorunlar, sosyal destek, eğitim durumu gibi faktörlerin de etkili olduğu bildirilmektedir (45)

Yemek yemek bütün kültürlerde paylaşımlarda bulunulan, yakınlığı, sıcaklığı ve dostluğu simgeleyen sosyal bir olgudur. MS'li hastalarda sık karşılaşılan semptomlardan biri olan yutma güçlüğüne özgüven, sosyalleşme ve hayattan zevk almayı olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini azalttığı bildirilmektedir (20, 29). Klugman ve Ross (2002) konuşma, yutma ve işitme güçlüğü olan 30 MS hastasının yaşam kalitelerini incelemişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre yutma güçlüğü yaşayan hastaların %37.5'inin korku, %12.5'inin ise stres yaşadığı bildirilmektedir. Ayrıca yutma güçlüğü yaşayan hastaların bir kısmında benlik saygısında azalma ve yemek yemekten zevk almama gibi sonuçlara ulaşılmıştır (46). Yutma güçlüğü olan hastalar hayal kırıklığı, öfke, benlik saygısında azalma ve özgüven eksikliği gibi duyguları da yaşamaktadırlar (47, 48). Özellikle besin tüketimi zorlaşan ya da azalan, salya kontrolü bozulan, yetersiz kalori ya da sıvı alımı olan, yemek yemek için daha

fazla çaba ya da zamana ihtiyaç duyan hastaların yaşam kaliteleri daha çok bozulmaktadır (20). Hastaların yemek yeme sürelerinin uzun olması ailelerde utanca neden olabilmekte ve bu durum hasta üzerinde baskı yaratabilmektedir. Yutma güçlüğü nedeniyle yaşam kaliteleri bozulan ve belirtilen sorunları yaşayan hastalara danışmanlık verilmeli ayrıca lüzum halinde hekim tarafından farmakolojik ilaç (anksiyolitik ya da antidepresan gibi) kullanımı önerilmelidir (47).

2.4. MS’de Yutma Güçlüğü’nün Yönetimi

MS’in neden olduğu progresif nörolojik defisitler yutma fonksiyonunu bozmaktadır (27). Bu nedenle yutma güçlüğünün yönetimi spesifik yutma güçlüğü semptomlarına ve altta yatan nedenlere odaklanmalıdır (8, 35). Ancak yutma güçlüğü ile ilgili tek bir semptoma müdahale etmeden önce altında yatan hastalığın farmakolojik olarak tedavisi yapılmalıdır (35). Yutma güçlüğünün yönetiminde fonksiyonel yutma terapisi ve farmakolojik tedavi esas alınmaktadır (35, 49).

2.4.1 Farmakolojik Tedavi

Yutma güçlüğü olan hastalarda salivasyonda azalma ya da artma görülmektedir. Bu semptomlar yutma güçlüğünün klinik tablosunu kötüleştirmektedir (35). Şiddetli salivasyon artışı olan MS’li hastalarda antikolinergik ilaçlar veya antikolinergik yan etkileri olan bazı ilaçlar kullanılmaktadır (29). Botulinum toksin enjeksiyonu ya da tükürük bezine radyaterapi nadiren de olsa uygulanabilmektedir. Sekresyonlar hastalar için büyük bir sorun haline geldiğinde N-acetylcysteine verilmektedir. Hıçkırık için baklofen, domperidon ve bir proton pompa inhibitörü ile şiddetli durumlarda gabapentin eklenmesinden oluşan bir tedavi kombinasyonu kullanılmaktadır (8, 29). Gastroözefageal reflü hastalığı (GERH), asit çıkarma ve boğazda yanma hissi ve/veya öksürük gibi semptomlara neden olmakta ve yutma güçlüğünü şiddetlendirmektedir. GERH proton pompa inhibitörleri (pantoprazol ya da omeprazol gibi) ile tedavi edilmektedir. Aşırı üst özefagus sfinkter disfonksiyonu olan hastalarda üst özefageal sfinktere endoskopik ya da transservikal olarak botulinum toksin olarak uygulanmaktadır (29, 35).

2.4.2 Fonksiyonel Yutma Terapisi

Fonksiyonel yutma terapisi onarma, kompensasyon, uyum ve güvenlik stratejileri olmak üzere dört ana başlık altında incelenmektedir. Bunlar;

- Onarma (Restitution): Onarma, yutma fonksiyonunda ortaya çıkan bozulmaların tamamının ya da bir kısmının onarılması amacıyla yapılan müdahalelerdir. Eforlu (zorlu/güçlkle) yutma, MS'li hastalarda dil kökü retraksiyonunun ve/veya faringeal itmenin azalması sonucu ortaya çıkmaktadır. Yutma refleksinin tetiklenmesi amacıyla anterior fausial pillarlarılması için mekanik, termal ve tat stimölasyonlarının birlikte uygulanmasının yalnızca termal stimölasyon uygulanmasından daha etkili olduğu bildirilmektedir (29, 49). Sensorimotor aktivitelerin tekrarlı şekilde çalıştırılması şeklinde yapılan bu egzersizler; dudak kapanışı, yanak esnekliğı, çiğneme, damak ve dil hareketleri ve larinksin fonksiyonunun iyileştirilmesini hedeflemektedir. Suprahiyoidal kasların motor kuvvetinin azalmasına ek olarak üst özefageal sfinkter disfonksiyonu olan MS'li hastalarda, Shaker manevrası uygulanmaktadır (50). Masako manevrası (dil kaldırma) ise dil tabanı ile faringeal duvar arasındaki mesafe yetersiz olduğuunda uygulanmaktadır. Hasta, dilini dişleri arasında hafifçe ısırır, bu şekilde dil stabilize edilmiş vaziyette iken yutar. Bu manevra aspirasyon riskini artırdığından dikkatli uygulanmalıdır (35, 49-52). Motor aktivitelerin uyarılmasında kimyasal (ekşi tatlar), termal (soğuk terapisi) ve elektriksel uyarılar kullanılmaktadır (53). Hafif ya da orta derecede yutma güçlüğü olan hastalarda postür değışiklikleri, besinlerin kıvamlarının ayarlanması ve beslenme hızının düzenlenmesi aspirasyon riskinin azaltılmasında etkilidir (10, 49).

Salivasyonun artması, oral sekresyonun koyulaşması ve ani öksürük nöbetleri genellikle yutma sıklığının azalmasından kaynaklanmaktadır (51). Hastalar bu durumlarda, daha sık yutması yönünde teşvik edilmelidir. Ağızda salya birikmesinden yakınan MS'li hastalara ağızlarını açmadan ya da konuşmaya başlamadan önce yutmaları tavsiye edilmelidir (29, 53).

Disartri; özellikle beyin sapının etkilendiğı MS'li hastalarda genellikle yutma güçlüğü ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Disartri şikayeti olan MS'li hastalarda konuşma esnasında dispne ve solunumun kontrolünün bozulması yaygındır. Bu hastalarda solunum fonksiyonlarını geliştiren egzersizlerin uygulanması oldukça

önemlidir (22, 29). Solunum kaslarını güçlendirme eğitimi ile hastaların yutma fonksiyonlarının iyileştirildiği bildirilmektedir (54).

- Kompansasyon: Duruş değişiklikleri ile yutma teknikleri/manevralarını içermektedir (35). MS'li hastalar, birşey yerken ya da içerken rahat ve dik bir pozisyonda oturmalıdır. MS'de, yutma refleksini harekete geçirme konusunda problem yaşayan hastaların başlarını yukarı doğru kaldırmaları, sızıntının ve aspirasyonun önlenmesine yardımcı olmaktadır (51). Bu hareket epiglottik vallekülün genişlemesini ve epiglottisin yükselmesini desteklemektedir (49). Dil, farinks ve larinksin tek tarafının paralize olduğu MS'li hastalarda başı daha güçlü tarafa doğru kaldırmak, lokmanın bu yönde ilerlemesini sağlamaktadır. Başı etkilenen tarafa doğru çevirmek, ipsilateral resesus piriformisin kapanmasına yardımcı olarak farinksi tek taraflı paralize olan hastalarda aspirasyonu önlemektedir (29, 51). Dil hareketlerinin bozulması yutmayı başlatmada zorluk yaşamaya neden olmaktadır. Ancak yutmanın faringeal aşamasının tam olduğu hastalarda başı geriye doğru kaldırmak, lokmanın farinksin içine doğru gitmesine yardımcı olmaktadır (23, 29, 51, 53).

Mendelson manevrası, üst özefageal sfinkterin açılmasına ve sfinkterin açık olduğu sürenin uzamasına yardımcı olan bir tekniktir. Hastanın, yutma esnasında larinksin yukarı hareketini birkaç saniyeliğine koruması gerekmektedir. Bu teknik, laringeal hareketin ya da dil tabanlı hareketlerin zayıflaması sonucu faringeal kalıntı kalan veya üst özefageal sfinkterin açılması yetersiz olan hastalar için uygundur (23, 29, 47, 49). Supraglotik yutma manevrası, yutma süresince ses tellerinin kapanmasına yardımcı olmaktadır. Bu manevrada hastadan yutma sırasında nefesini tutması ve yutma sonrasında ise hemen tüm gücüyle nefeslerini vermesi istenmektedir (23). Bu teknikle aspirasyon engellenerek yiyecek ya da sekresyonlar laringeal kanaldan çıkarılabilmektedir. Laringeal kapanma zayıf olduğunda ve/veya yutma refleksinin tetiklenmesinde gecikme yaşandığında supraglottik yutma tavsiye edilmektedir (23, 51). Supraglottik yutma aynı zamanda normal ya da normale yakın solunum fonksiyonlarına sahip öksürebilen ve boğazını temizleyebilen MS'li hastalar için uygundur. Solunum fonksiyonlarının bozulduğu durumlarda, supraglottik yutma mümkün olmayabilir. Bu nedenle, supraglottik yutma öncesinde solunum egzersizleri önerilmektedir (22, 23, 29, 49).

- Uyum (adaptasyon): Beslenmeyi kolaylaştırmak amacıyla çevresel faktörlerin düzenlenmesi anlamına gelmektedir. Beslenmenin düzenlenmesi; öğün sürelerinin aşırı uzamasını, bitkinliği ve endişeyi önlemeye yardımcı olmaktadır (55). Yumuşak ya da püre kıvamındaki yiyeceklerle beslenme oral hazırlık aşaması zayıf olan hastalarda oral ve faringeal aktarımı kolaylaştırmaktadır (29). Sıvıların hastalarda öksürüğe neden olduğu takdirde koyulaştırılması gerekmektedir. Yutma refleksinin tetiklenmesi, yiyeceklerin tat ve sıcaklıklarının değiştirilmesi ile sağlanabilir (56).

- Güvenlik stratejileri: Öğün boyunca sessiz ve rahat bir atmosfer yaratmak güvenli yutma için faydalıdır. Oral beslenme zorlaştığında hastanın tüm dikkatini toplaması gerektiğinden yemek yeme sırasında konuşma, TV, radyo gibi dikkat dağıtıcı uyaranlardan uzak kalınmalıdır. İleri seviyede yorgun hastaların düşük kalorilerle zenginleştirilmiş yemekler tüketmesi tavsiye edilmektedir. Yeme ya da içme esnasında öksürükten şikayetçi olan hastaların bakıcıları ve ailelerine, hastanın güvenliğini sağlayan Heimlich manevrasını nasıl uygulayacakları öğretilmelidir (29, 55). Sıvıların içilmesi sırasında yutma güçlüğü yaşayan hastalarda başın hiperekstansiyonu aspirasyon riskini artırmaktadır. Bu nedenle bardak, fincan, şişe gibi eşyalarda dar yerine geniş ağızlı olanlar tercih edilmelidir. Örneğin burnun çarpmasını engelleyecek derecede geniş ağızlı veya ağzın karşısındaki kısmı kesilmiş bir fincan, hastanın başını geriye doğru kaldırmadan içmesine olanak sağlamaktadır.

Tablo 2.3. MS'li Hastalarda Sık görülen Yutma Bozuklukları ve Fonksiyonel Yutma Terapisi ile İlişkili Tedavi Yöntemleri (29).			
Bozukluk	Onarma	Kompansasyon	Adaptasyon (uyum)
Dil kontrolünde azalma	Dil egzersizleri	Başın antefleksiyonu	Sıvıların yoğunlaştırılması (kıvamının artırılması)
Dil kökü retraksiyonunda azalma	Dil egzersizleri ve Masako manevrası	Başın antefleksiyonu Mendelson manevrası	Pürüzsüz /yumuşak kıvam (örneğin süt)
Yutma refleksinin olmaması veya gecikmesi	Fasial pillar stimulasyonu Dil egzersizleri	Başın antefleksiyonu Supraglottik yutma manevrası	Gıdanın sıcaklığının ya da tadının vurgulanması (ekşi yiyecekler)
Laringeal kapanmada gecikme	Pozisyon ve baskı egzersizlerini kullanmak Solunumu destekleyici stratejiler Fonetik egzersizler	Supraglottik yutma manevrası Başın güçlü tarafa döndürülmesi	Sıvıların yoğunlaştırılması (kıvamının artırılması)
Üst özefageal sfinkter disfonksiyonu	Shaker egzersizleri Hiyoid/laringeal yükselmenin derecesini arttıran ve süresini uzatan egzersizler	Mendelson manevrası	İnce kıvam
Frengeal kontraksiyonlarda azalma	Islık çalma, emme, hırlama	Başın etkilenen tarafa çevrilmesi Başın daha güçlü tarafa doğru eğilmesi Eforlu yutma manevrası	Yumuşak pürüzsüz kıvam
Faringeal ya da laringeal duyuda azalma	Bu konuda kanıta dayalı uygulama yok	Supraglottik yutma (sessiz aspirasyonu olan vakalarda) manevrası Birden fazla sayıda yutma	Tatların artırılması ve termal stimülasyon

2.5. MS’de Yutma Güçlüğü’nün Yönetiminde Hemşirenin Rolü

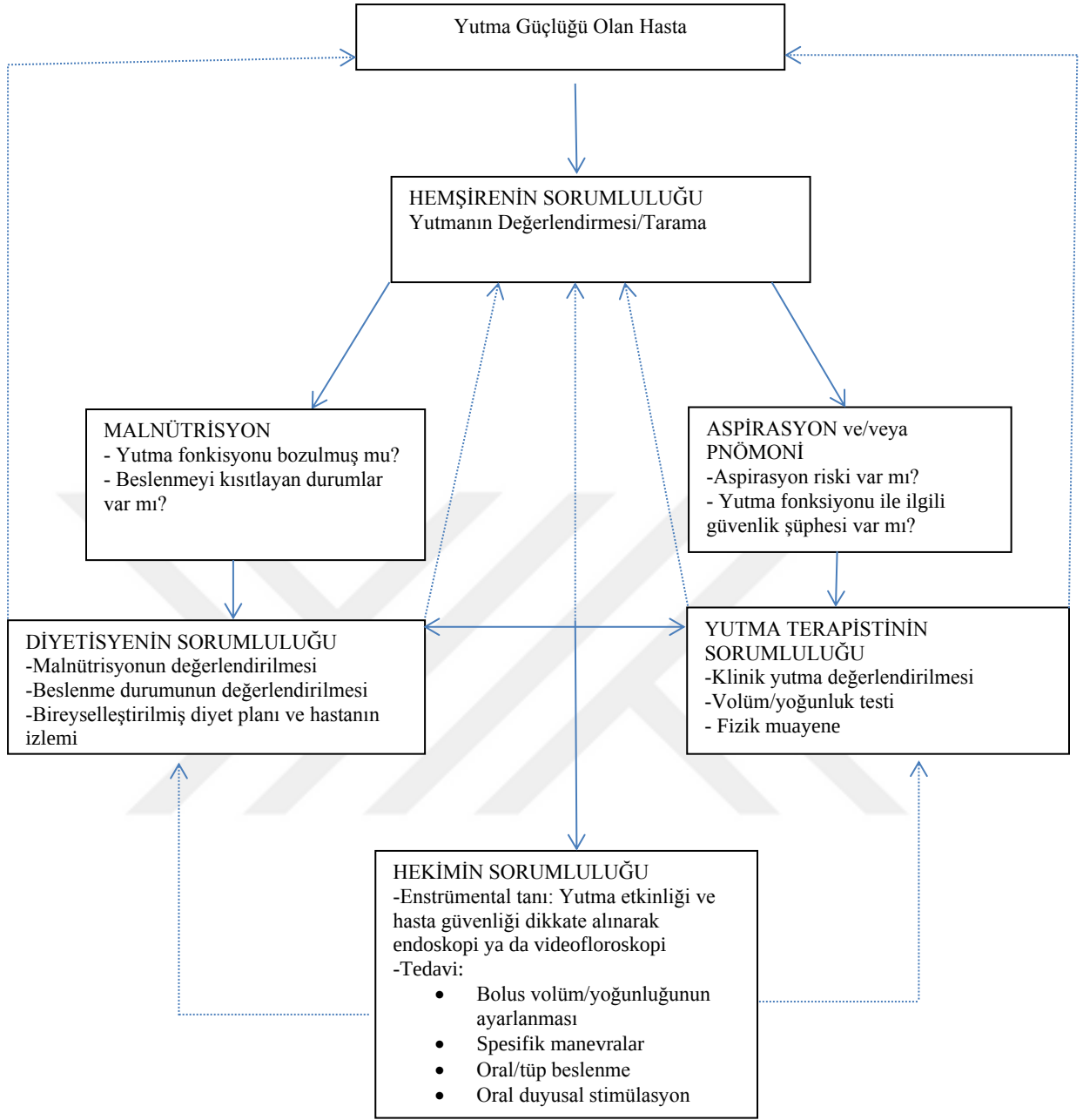
Yutma güçlüğü’nün yönetimi multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirir. Bu ekipte; yutma güçlüğü alanında eğitilmiş hemşire, konuşma ve yutma terapistleri, diyetisyen, gastroenteroloji, nöroloji, radyoloji, geriatri ve cerrahi alanında uzman hekimler yer almaktadır (20, 57). Sağlık ekibinin hedefi yutma güçlüğü olan hastaların erken dönemde belirlenmesi, hastaya özgü tedavi seçeneklerinin belirlenmesi, güvenli ve etkili yutma stratejilerinin uygulanması ve oral beslenmeye alternatif yöntemlerin kullanılmasıdır (57). Hemşireler hastaya olan yakınlıkları ve 24 saat sürekli hastanın yanında olmaları nedeniyle, yutma güçlüğü’nün belirlenmesi ve komplikasyonların erken dönemde önlenmesi açısından yutma güçlüğü ekibinde önemli yere sahiptirler (58).

Yutma güçlüğü’nün yönetiminde hemşirelerin; klinisyen, araştırmacı, danışman ve eğitimci rolleri vardır (17). Yutma güçlüğü olan hastaların komplikasyonları nedeniyle zarar görmelerini engellemek ve beslenmelerini sağlamak hemşirenin sorumluluğudur (59). Yutma güçlüğü olan hastaların belirlenmesi, beslenme öncesi fonksiyonel durum dahil olmak üzere beslenmeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hastanın beslenmesi sırasında gözlenmesi, güvenli yutmanın sağlanması ve beslenmenin sürdürülebilmesi için hemşirelik girişimlerinin planlanması hemşirelerin görevleridir (60, 61). Yutma güçlüğü olan hastalarda hemşirelik bakımının amacı, gelişebilecek komplikasyonları azaltmak, hastanın beslenme ve yaşam kalitesini artırmaktır. Bu nedenle hemşireler tarafından yutma güçlüğü olan hastalara bakım verilirken tedavi edici ve rehabilitasyona yönelik stratejiler geliştirilmelidir (62). Ayrıca hemşireler yutma güçlüğü nedeniyle ortaya çıkan psikososyal problemlerde hasta ve ailesine destek olmalı, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve uzun dönem sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için çalışmalıdırlar. Bu amaçla hemşireler hasta ve ailesinin eğitilmesi ve tedaviye uyumunun sağlanmasında etkindirler (58).

Yutma güçlüğü olan MS’li hastalarda aspirasyonun önlenmesi amacıyla oral hijyenin sürdürülmesi (63), yemek yerken hastaya doğru pozisyonun verilmesi, sessiz ve sakin bir ortam sağlanması, hastaların sadece küçük parçalar halinde tek çeşit beslenmesinin teşvik edilmesi hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (60, 61). Yutma güçlüğü olan MS’li hastalarda sıvıların kıvamlarının artırılması için

kıvam arttırıcı kullanmak, çiğneme güçlüğü yaşayan hastalarda yiyeceklerin kıvamının ayarlanması, yutma ve yiyecekleri ağızda biriktirmeye yardımcı olmak için hastanın baş ya da gövde pozisyonunun sıvı akışına göre ayarlanması ve yutma refleksinin tetiklenmesi için termal uyarı kullanılması başlıca stratejilerdir (60). Hastalara uygulanacak yutma egzersizleri konuşma ve yutma terapistleri tarafından belirlenmekte ve bu alanda eğitilmiş hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Hemşirelerin hastalara termal ve kimyasal uyaran uygulamasında, hastanın egzersiz rejimi için cesaretlendirilmesi ve yemek yemesinin sağlanmasında aktif rolleri vardır (53). Hemşireler yutma güçlüğü nedeniyle tüple beslenen hastaların ve bakım verenlerin eğitimi, tüpün pozisyonu ve yerinin tespiti ve tüple ilişkili komplikasyonların önlenmesine yönelik girişimlerde bulunurlar. Bu amaçla çeşitli protokoller oluşturulmuştur (61). Ayrıca hemşireler hastaya verilecek yiyecek ve içeceklerin istem, kontrol ve denetimini yapmaktadırlar (17).

Lin ve ark. (2003) hastanede yatan inmeli hastalarda yapılandırılmış yutma eğitim programının besleme durumuna ve fonksiyonel yutmaya etkisini incelemişlerdir. Beslenme sırasında çevresel faktörlerin kontrol altına alınması, hastaya pozisyon verilmesi, kıvam artırıcı kullanılması, termal uyarı, dil, dudak ve larinks egzersizleri konularında eğitim verilmesinin yutma güçlüğü olan inmeli hastaların yutma fonksiyonlarını geliştirdiği, beslenme durumlarını olumlu etkilediği ve yemek sırasında öksürük ve boğulma hissi gibi sorunları daha az yaşadıkları bulunmuştur (64). Demir ve Karaduman (2008) MS, inme ve Parkinson hastalığı nedeniyle yutma güçlüğü olan hastalarda fizyoterapinin yutma fonksiyonu, aspirasyon-penetrasyon durumu, oral konuşma mekanizması, oksijen satürasyonu, depresyon, yaşam kalitesi, fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ve hasta memnuniyetine etkisini incelemişlerdir. Çalışmada fizyoterapi uygulanan hastalarda yutma fonksiyonu, oksijen satürasyonu, yaşam kalitesi ve fonksiyonel bağımsızlık düzeylerinde artış olduğu bulunmuştur (28).



Şekil 2.3. Orofaringeal Yutma Güçlüğünde Ekip Üyelerinin Rollerine İle Tanı ve Tedavi Algoritması (57).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma:

- Yutma güçlüğü yaşayan MS’li hastaların yutma güçlüğüne yönelik eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla niteliksel (fenomonolojik),
- Yutma güçlüğü olan MS’li hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin solunum komplikasyonları, beslenme durumu ve yutma ile ilişkili yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla randomize prospektif yarı deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi (GATF) Eğitim Hastanesi Nöroloji Kliniği ve Polikliniğinde yapılmıştır. GATF Nöroloji Kliniği 19 yataklı genel nörolojik bakım ve 8 yataklı beyin krizi ünitesi olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır ve toplam 27 yataklıdır. Klinikte strok, demiyelizan hastalıklar, Alzheimer hastalığı, kas ve periferik sinir hastalıkları, epilepsi gibi nörolojik hastalıklara sahip hastaların tanı, tedavi ve bakımı yapılmaktadır. GATF Nöroloji Kliniğinde yılda 450-500 hasta yatarak tedavi edilmektedir. GATF Nöroloji Kliniğinde 5 öğretim üyesi, 5 uzman ve 1 uzmanlık öğrencisi hekim ile 10 hemşire görev yapmaktadır.

GATF Nöroloji Polikliniğine ise yılda ortalama 25 bin hasta müracaat etmektedir. GATF Nöroloji Polikliniğinde genel poliklinik hizmetlerinin yanı sıra kas ve periferik sinir hastalıkları, epilepsi, demiyelinizan hastalıklar, baş ağrısı ve hareket bozuklukları gibi alanlarda özelleşmiş poliklinik hizmetleri de verilmektedir. Yılda ortalama 300 MS’li hasta Demiyelinizan Hastalıklar Polikliniğine başvurmaktadır. GATF Nöroloji Polikliniğinde 2 öğretim üyesi ve 3 uzman hekim ile 1 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında GATF Eğitim Hastanesi Nöroloji Kliniği ve Polikliniğine başvuran MS’li hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın niteliksel ve yarı deneysel aşamalarının örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında iki farklı yöntem kullanılmıştır.

Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün hesaplanmasına ilişkin net bir fikir birliğinin olmadığı, verinin doygunluğa ulaşmasının önemli olduğu bildirilmektedir (65, 66). Ayrıca nitel araştırmaların sonuçlarının tüm evrene genellenemeyeceği bu nedenle örneklem sayısının hesaplanamayacağı bir ya da iki vakanın yeterli olduğunu belirten kaynaklar bulunmaktadır (67). Bu çalışmada GATF Nöroloji Kliniği ve Polikliniğine başvuran 8 MS'li hasta ile yarı yapılandırılmış niteliksel görüşmeler yapılmıştır.

Araştırmanın yarı deneysel aşamasında örneklem büyüklüğü, “DSS Researcher Tool Kit Sample Size Calculator” bilgisayar programı kullanılarak hesaplanmıştır (www.dssresearch.com). Örneklem büyüklüğü G (power) 3.1.7 ile hesaplanmış olup %95 güven aralığı, %85 güç ve etki büyüklüğü 0.8 olacağı ön kabulü ile deney ve kontrol grubuna 26'şar kişi olmak üzere toplam en az 52 hasta alınması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırmanın yarı deneysel aşamasının örneklemine dahil edilecek hastalar iki farklı süreç sonucunda belirlenmiştir. Bu süreçlerden ilkinde araştırmacılar tarafından Multipl Sklerozda Disfaji Değerlendirme Ölçeği (Questionnaire for the Assessment of DYsphagia in MULTiple Sclerosis; DYMUS)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması sırasında görüşülen 117 MS'li hastadan yutma güçlüğü olduğu belirlenenler bu aşamaya davet edilmiştir. İkinci süreçte ise Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında GATF Nöroloji Klinik ve Polikliniğine başvuran 140 MS'li hastadan DYMUS kullanılarak yutma güçlüğü olduğu belirlenenler benzer şekilde bu aşamaya dahil edilmiştir. Her iki süreç göz önünde bulundurulduğunda DYMUS'un Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına katılan 117 hasta ve Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında GATF Nöroloji Klinik ve Polikliniğine başvuran 140 hasta olmak üzere toplam 267 MS'li hasta ile görüşülmüştür. Bu hastalardan DYMUS puanı 3 ve üzerinde olan 68 MS'li hasta örnekleme dahil edilmiştir. Örnekleme dahil edilen 68 hastadan üçü gebelik, kanser tanısı alma ve ölüm nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Ayrıca 13 hasta şehir dışında yaşama, diğer hastanelerde tedavi görme ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmama gibi nedenlerle araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Sonuç olarak araştırma kriterlerine uyan deney grubunda 26 ve

kontrol grubunda 26 olmak üzere toplam 52 MS'li hasta ile yarı deneysel aşama tamamlanmıştır.

3.4. Randomizasyon yöntemi

Gerekli izinlerin alınmasını takiben araştırmanın uygulama aşamasında araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmak üzere yazılı onamları alınan hastalar blok randomizasyon yöntemiyle iki gruba ayrılmıştır. Blok randomizasyonda, hastalar gruplara tamamen rastgele, eşit şansla ve bir önceki atamadan bağımsız olarak atanmaktadır. Bu yöntemde tam randomizasyon yönteminde karşılaşılan özellikle küçük gruplarda denek sayılarındaki eşitsizlik problemi ortadan kalkmaktadır. Her bir blokta grup sayısı ve gruba atanma olasılığı eşit olmak zorundadır (68). Araştırmaya dahil edilen hastaları iki farklı gruptan birine atamak için MedCalc 11.5.1 paket bilgisayar programı, deneme sürümü kullanılmıştır. Bu yöntemde, her bir blokta hasta sayısı ve olasılıkları eşittir ve her bir blok kendi içinde randomize olmaktadır. İki grup olduğunda blokların büyüklüğü 2 olarak belirlenebilmekte ve hastalar 0 ve 1 şeklinde kodlanarak bloklara rastgele atanmaktadır. Böylece araştırma sürecinde her iki gruptaki hasta sayıları ve uygulanan yöntem eşit tutulmaktadır (68). Araştırmada eğitim verilen hasta grubuna (deney) 0 kodu, eğitim verilmeyen hasta grubuna (kontrol) ise 1 kodu verilmiştir.

3.5. Katılımcıların Özellikleri

Araştırmanın yarı deneysel aşamasında; araştırmaya dahil olma kriterleri;

1. 18 yaş ve üzerinde olmak
2. Mc Donalds kriterlerine göre MS tanısı almış olmak
3. Yutma güçlüğü olmak
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
5. Türkçe iletişim kurabilmek
6. İletişime engel olabilecek mental yetersizliği olmamak.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri;

1. İnme, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı gibi nörolojik olarak yutma problemlerine neden olabilecek diğer hastalıklara sahip olmak

2. Baş boyun bölgesinde malign tümöre sahip olmak ve tümör nedeniyle son 1 ay içerisinde cerrahi operasyon geçirmek, radyoterapi veya kemoterapi almak
3. Majör psikiyatrik hastalıklara sahip olmak
4. Son 1 ay içerisinde aspirasyon pnömonisi geçirmiş olmak
5. Ağır derecede malnütrüsyonu olmak
6. Standardize Mini Mental Test (SMMT) puanı 23 puan ve altında olmak
7. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği gibi genel durumu bozan kronik hastalıklara sahip olmak.

3.6. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Formlar

Araştırmanın nitel bölümünde, yarı yapılandırılmış soru formu (EK-1), yarı deneysel kısmında ise hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini içeren Veri Toplama Formu (EK-2), DYMUS (EK-3), Yeme Değerlendirme Aracı (Eating Assesment Tool; EAT-10), SMMT (EK-4), Yutma Yaşam Kalitesi Anketi (Swallowing Qality of Life Questionnarie; SWAL-QOL) (EK-5) ve Telefonla İzlem ve Danışmanlık Formu (EK-6) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Niteliksel Görüşmeler İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

MS'li hastaların yutma güçlüğüne yönelik eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için ilgili literatürden yararlanılarak geliştirilen bu form yarı yapılandırılmış olup 10 açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Araştırmacı hastalarla yapılan niteliksel görüşmelerde bu formda yer alan soruların yanı sıra hastaları cesaretlendirmek için serbest sorular da sorabilmektedir (69).

3.6.2. Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatürden yararlanılarak geliştirilen bu form, iki bölümden oluşmaktadır.

- Sosyodemografik özellikler; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, mesleği, birlikte yaşadığı kişiler ve alışkanlıklarını içermektedir.
- Tıbbi özellikler; hastalık süresi, MS tipi, EDSS, atak geçirme durumu, yutma güçlüğü süresi, eşlik eden diğer kronik hastalıkları, kullandığı ilaçları, diş ve

ağız sağlığına ilişkin bulguları, hemoglobin, total protein düzeyi, albümin, vücut kütle indeksi (VKİ), kol ve bel çevresi ölçümü, diyet özellikleri ve aspirasyon pnömonisi öyküsü gibi durumları sorgulayan soruları içermektedir.

3.6.3. Multipl Sklerozda Disfaji Değerlendirme Ölçeği

Bergamaschi ve arkadaşları tarafından 2008 yılında MS'e özgü geliştirilen ilk disfaji değerlendirme ölçeğidir (70). DYMUS'un MS'li hastalarda disfajinin ana özelliklerini subjektif olarak tespit etmede yararlı ve tutarlı bir ölçek olduğu kanıtlanmıştır (71). Ölçek 10 sorudan oluşmaktadır. DYMUS'un katılar için disfaji ve sıvılar için disfaji olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. 1, 3, 4, 5, 7, 8 ve 10'ncu maddeler katılar için disfaji, 2, 6 ve 9'ncu maddeler ise sıvılar için disfaji alt ölçek maddeleridir. Ölçekte yer alan her madde 0 (hayır) ve 1 (evet) şeklinde kodlanmaktadır. Ölçeğin tamamı için alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan ise 10'dur. En az bir evet cevabı, disfaji riski olduğunu göstermektedir. Ölçek toplam puanının 3 ve üzeri olması ise ciddi disfaji riski olduğuna işaret etmektedir. DYMUS'un Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.88 (katılar için Cronbach alfa 0.85 ve sıvılar için Cronbach alfa 0.87) olarak bulunmuştur (70, 71). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tenekeci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve Cronbach's alfa katsayısının 0.91 (katılar için Cronbach alfa 0.88 ve sıvılar için Cronbach alfa 0.83) olduğu belirlenmiştir (72).

3.6.4. Yeme Değerlendirme Aracı

Belafsky ve arkadaşları tarafından özefageal ve orofaringeal yutma güçlüğüne belirlenmesi amacıyla 2008 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0.96 olarak bulunmuştur. EAT-10 10 maddeden oluşmaktadır ve tek faktörlüdür. Ölçekte yer alan tüm maddeler olumludur ve her bir madde 0 (hiç), 1 (neredeyse hiç), 2 (biraz), 3 (çok) ve 4 (şiddetli) olmak üzere dördümlük likert şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan 0 ile 40 arasında değişmektedir. Ölçek toplam puanının 3 ve üzerinde olması yutma güçlüğü riski olduğunu göstermektedir (73). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması,

Demir ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.90 ve 0.91 olarak bulunmuştur (74).

3.6.5. Standardize Mini Mental Test

Folstein ve arkadaşları tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir. SMMT’de yer alan sorular yönelim, kayıt hafızası, dikkat, hesap yapma, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmaktadır (75). Molloy ve Standish 1997 yılında testin uygulanmasında uyulması gereken kuralları standardize etmiştir (76). SMMT klinik sendromların ayrılması açısından sınırlı bir özgüllüğe sahip olmakla birlikte, global olarak bilişsel düzeyin saptanmasında kullanılabilecek, kısa, kullanışlı ve standardize bir ölçektir. SMMT’nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2002 yılında Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. SMMT’nin yaşlı bireylerde 23/24 eşik değeri için duyarlılık değeri %91 bulunurken, özgüllüğü %95 olarak bulunmuştur (77). SMMT’nin bu araştırmada kullanım amacı araştırmaya dahil edilen hastaların bilişsel düzeyinin belirlenmedir. SMMT puanı 23 ve altında olan hastalar araştırma dışı bırakılmıştır.

3.6.6. Yutma Yaşam Kalitesi Anketi

McHorney ve arkadaşları tarafından yutma güçlüğü olan hastaların yutma ile ilişkili yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla 2002 yılında geliştirilmiştir (78). SWAL-QOL yutma güçlüğü olan/olmayan, tüple beslenen/beslenmeyen veya farklı diyet özelliklerine sahip hastalardaki yaşam kalitesi açısından ortaya çıkan farklılıkları yansıtmaktadır. Bu özelliği nedeniyle yutma bozukluklarının ve yutma bozuklukları ile ilişkili bazı uygulamaların hastalar üzerindeki etkilerini ve sonuçlarını ölçmek için kullanılmaktadır (20). SWAL-QOL 44 maddeden ve 10 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek alt ölçekleri ve maddeleri aşağıda yer almaktadır:

- Genel Yakınma; 1.1. ve 1.2.
- Yeme Zamanı; 2.2. ve 2.4.
- Yeme İsteği; 2.1., 2.3. ve 2.5.
- Besin Seçimi; 4.1. ve 4.2
- İletişim; 5.1. ve 5.2

- Yeme Korkusu; 6.1-6.4.
- Mental Sağlık; 7.1.-7.5.
- Sosyal; 8.1.-8.5.
- Uyku; 9.2. ve 9.4.
- Yorgunluk: 9.1, 9.3 ve 9.5. maddeler.

T-SWAL-QOL'nin alt ölçekleri toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca ölçekte araştırmacılar için yutma güçlüğünü tanımlayan 14 maddeden (3.1-3.14. maddeler) oluşan semptom skalası yer almaktadır. Ölçekte yer alan 1., 2., 4., 7. ve 8. maddeler tamamen doğru (1), çokça doğru (2), orta derecede doğru (3), çok az doğru (4), hiç doğru değil (5), 3., 5. ve 9. maddeler ise her zaman (1), çoğunlukla (2), ara sıra (3), nadiren (4) ve hiçbir zaman (5) şeklinde kodlanmaktadır. Ölçeğin her bir alt ölçeğinin toplam puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir. Skor yükseldikçe bozukluk artmaktadır (79, 80). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Demir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. SWAL-QOL'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı değeri 0.88 olarak belirlenmiştir. Genel yakınma, yeme zamanı, yeme isteği ve sosyal alt başlıklarının test-tekrar test güvenirliği iyi (sırasıyla; $r=0.696$, $r=0.790$, $r=0.787$, $r=0.786$, $p<0.05$) ve besin seçimi, yeme korkusu, uyku, yorgunluk, iletişim ve mental sağlık test-tekrar test güvenirliği mükemmel bulunmuştur (sırasıyla; $r=0.832$, $r=0.833$, $r=0.841$, $r=0.839$, $r=0.883$, $r=0.847$, $p<0.001$) (80).

3.6.7. Telefonla İzlem ve Danışmanlık Formu

Hastalarla yapılan telefon görüşmeleri sırasında kullanılmak üzere araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Bu form hastaların atak geçirme, yutma ile ilgili tanı testi yaptıрма, kullanılan ilaçlarla ilgili değişiklik ve eğitim sırasında verilen önerileri uygulama durumunun yanı sıra yutma güçlüğü ile ilgili bulgular, genel olarak sağlığın nasıl algılandığı, eğitime ilişkin görüşler ve sormak istenen soru olup olmadığına ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce GATA Etik Kurul Başkanlığından (EK-8) ve GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulundan gerekli izin ve onaylar alınmıştır (EK-9). Araştırmacı tarafından

araştırmaya dahil edilecek hastalar için blok randomizasyon şeması oluşturulmuştur. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan hastalara araştırmacı tarafından bilgilendirilmiş onam formu (EK-10) okunmuş, çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın uygulaması niteliksel aşama, eğitim kitapçığının oluşturulması ve yarı deneysel aşama olmak üzere üç aşamada ve aşağıda açıklanan şekilde yapılmıştır.

3.7.1. Niteliksel Aşamanın Uygulanması

Araştırmanın niteliksel aşamasında yöntem olarak, insanların yaşam deneyimlerine dayanan olgu bilim (fenomenoloji) deseni kullanılmıştır (81). Bu desende bireylerin bir olay ile ilgili deneyimlerinin anlamı araştırılmaktadır. Ayrıca bu desen birey tarafından farkında olunan ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir şekilde anlamı tam olarak kavranamayan durumlar için kullanılmaktadır (69). Niteliksel araştırma, gözlem, görüşme, döküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik sürecin izlendiği araştırmadır (82). Araştırmanın bu aşamasının uygulanmasında yarı yapılandırılmış nitel görüşme formu oluşturularak hastalarla yüz yüze nitel görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiş ve çözümlenmiştir. Görüşmelere, ortaya çıkan kavramlar ve süreçler birbirini tekrar etmeye başladığı zamana kadar devam edilmiştir. Nitel görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin analizinde nitel veri analiz yöntemlerinden Colaizzi'nin içerik analizi yöntemi kullanılmış daha sonra uzman görüşüne başvurulmuştur. Analiz sonucu elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların yutma güçlüğüne yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmiştir.

3.7.2. Eğitim Kitapçığının Oluşturulması

Araştırmaya dahil edilen hastaların eğitim ihtiyaçları belirlendikten sonra bu yönde literatür taraması yapılarak eğitim kitapçığı hazırlanmıştır (EK-11). Eğitim kitapçığında yutma güçlüğüne tanımı, nedenleri, belirtileri, komplikasyonları, tanı ve yutma değerlendirme yöntemleri, yutma stratejileri ve egzersizleri, diyet önerileri (katı ve sıvı besinlere yönelik kıvam önerileri), aspirasyonun önlenmesine yönelik

stratejiler (postür, pozisyon, yardımcı malzeme ve cihaz, beslenmenin durdurulması, komplikasyon belirti ve bulguları) yer almıştır. Eğitim kitapçığının kapsam ve içeriğinin değerlendirilmesi amacıyla üç uzmandan (nörolog, uzman hemşire ve yutma alanında uzman bir terapist) görüş alınmıştır. Yutma stratejileri ve egzersizleri hakkında

3.7.3. Yarı Deneysel Aşamanın Uygulaması

3.7.3.1. Deney Grubu

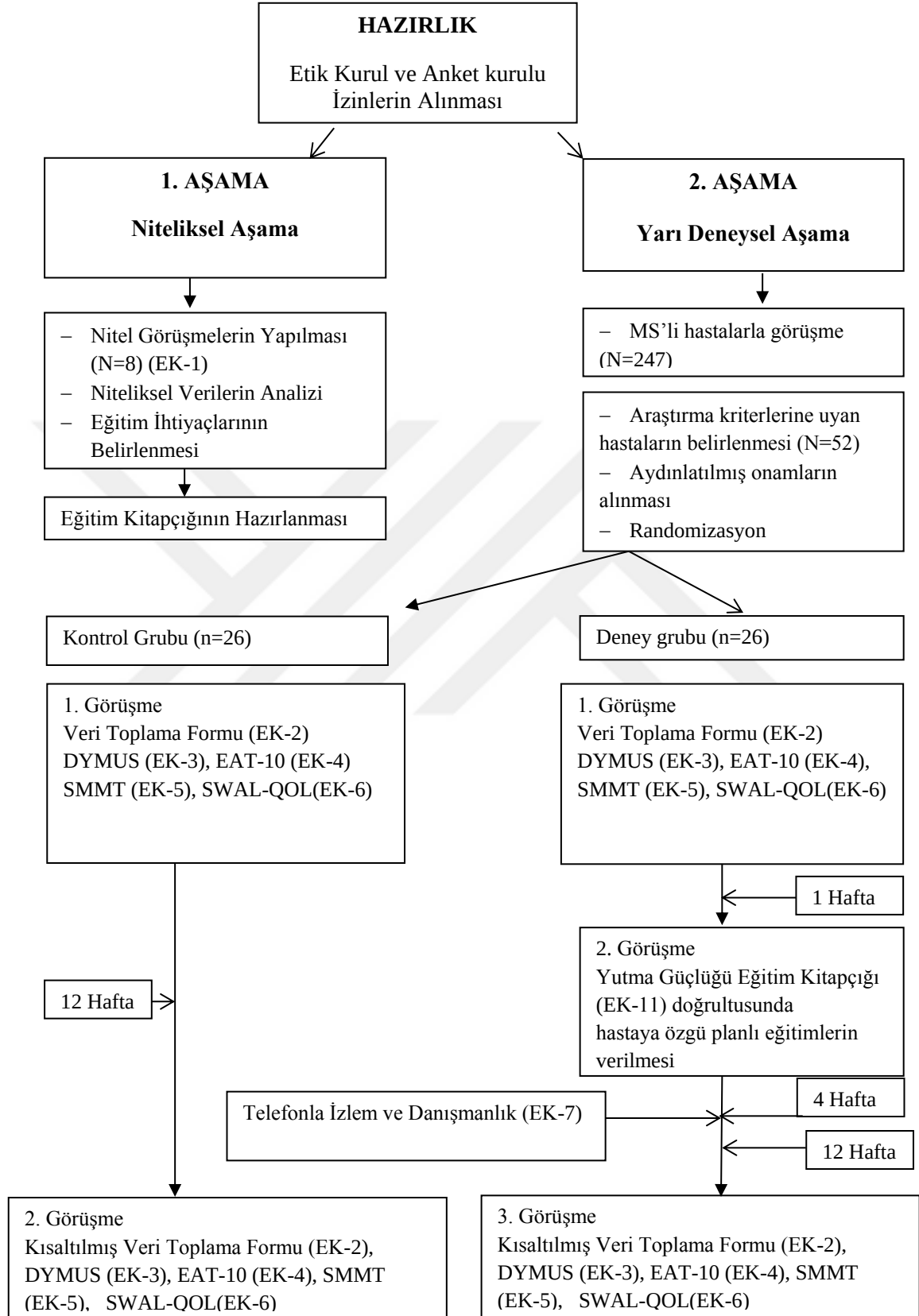
Randomizasyon yöntemi ile deney grubuna alınan hastalarla 1. görüşme (eğitim öncesi değerlendirme), 2. görüşme (eğitim verilmesi) ve 3. görüşme (eğitim sonrası değerlendirme) olmak üzere üç kez yüz yüze görüşme yapılmıştır. Hastaların eğitim öncesi değerlendirilmesi amacıyla yapılan ilk görüşmede hastalara sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin veri toplama formu, DYMUS, EAT-10, SMMT ve SWAL-QOL uygulanmıştır. Aynı görüşmede hastalara eğitim verilmesi amacıyla bir hafta sonrasına randevu verilmiştir. İlk görüşmede yapılan değerlendirme sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda hastalara ikinci görüşmede eğitim verilmiştir. Eğitim GATF Nöroloji Polikliniğinde özel bir odada yapılmıştır. Eğitim hastanın bireysel özelliklerine uygun olarak 60-90 dakika sürede verilmiştir. Eğitimde hazırlanan eğitim kitapçığı hastalara verilmiştir. Eğitimin verilmesinde öncelikle yutma güçlüğünün tanımı, nedenleri, belirtileri, komplikasyonları, tanı ve yutma değerlendirme yöntemleri hakkında genel bilgi verilmiştir. Ardından yutma stratejileri ve egzersizleri uygulamalı olarak gösterilerek hastanın tekrarlaması istenmiş bu sırada hastanın uyumu gözlemlenmiştir. Hasta ile ilk görüşmede belirlenen katı veya sıvıları yutma güçlüğü ile ilgili diyet önerilerinde bulunulmuştur. Daha sonra aspirasyonun önlenmesine yönelik güvenlik stratejileri açıklanmış ve uygulamalı olarak öğretilmiştir. Ayrıca görüşmede hastaların soruları yanıtlanarak açıklık getirilmiştir. Hastaların araştırmacıya ulaşabileceği telefon numarası verilerek bu görüşmeden 12 hafta sonrasına üçüncü görüşme için randevu verilmiştir. İkinci görüşmeden dört hafta sonra hastalar telefonla aranarak eğitime ilişkin hastanın soruları yanıtlanmış ve durumları hakkında bilgi alınmıştır. Bu amaçla Telefonla İzlem ve Danışmanlık Formu kullanılmıştır. İkinci görüşmeden 12 hafta sonra yapılan üçüncü görüşmede hastalara ilk görüşmede kullanılan

sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin veri toplama formunun kısaltılmış şeklinin yanı sıra DYMUS, EAT-10, SMMT ve SWAL-QOL tekrar uygulanmıştır.

3.7.3.2. Kontrol Grubu

Randomizasyon yöntemi ile kontrol grubuna alınan hastalara ilk görüşmede sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin veri toplama formu, DYMUS, EAT-10, SMMT ve SWAL-QOL uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalar çalışma kapsamında eğitim verilmemiş, izlem yapılmamış, kliniğin/polikliniğin standart takiplerine devam etmişlerdir. Bu hastalar ilk görüşmeden sonra 12. haftada tekrar görüşmeye çağırılmıştır. İlk görüşmeden 12 hafta sonra yapılan bu görüşmede hastalara ilk görüşmede kullanılan sosyodemografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin veri toplama formunun kısaltılmış şeklinin yanı sıra DYMUS, EAT-10, SMMT ve SWAL-QOL tekrar uygulanmıştır. Çalışma sonlandırıldıktan sonra kontrol grubunda yer alan hastalara da eğitim kitapçığı kullanılarak deney grubuna verilen eğitim verilmiştir. Araştırmanın uygulama basamakları Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.

3.8. Araştırmanın Akış Şeması



Şekil 3.1. Araştırmanın akış şeması.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın niteliksel aşamasında elde edilen verilerin analizinde Colaizzi'nin veri analizi basamakları kullanılarak içerik analizi yapılmıştır. fenomenolojik veri analizi basamakları aşağıda gösterilmiştir.

- Bütün katılımcıların çalışılan konu (fenomen) hakkındaki ifadelerinin okunması
- Konuyla ilgili olan önemli ifadelerin belirlenmesi
- Önemli ifadelerin anlamlarına göre gruplandırılması
- Anlamların temalar halinde organize edilmesi ve bu temaların gruplandırılması ve sonuçta tema kategorilerinin oluşturulması
- Bu sonuçların zengin ve kapsamlı yaşam deneyimleri ile birleştirilmesi
- Konunun temel yapısının formüle edilmesi
- Geçerliliği kontrol etmek için katılımcıların deneyimleri ile araştırmacıların tanımlamalarının karşılaştırılması. Gerekli ise araştırmacılarının ifadelerinin katılımcıların deneyimlerine uygun olarak değiştirilmesi (83).

Araştırmanın yarı deneysel aşamasının verilerinin değerlendirilmesinde SPSS Windows Version 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) paket programı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak güven aralığı %95 ve $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunlukları “Kolmogorov Smirnov testi” ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, ortanca (%25-%75’e karşılık gelen değerler), frekans, yüzde şeklinde sunulmuştur. Tanımlayıcı (kategorik) değişkenlere ait karşılaştırmalar “Ki-kare testi” ile, normal dağılıma uyan sürekli değişkenlere ait karşılaştırmalar “bağımsız veya bağımlı gruplarda t testi” ile, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlere ait karşılaştırmalar ise “Mann Whitney U” veya “Wilcoxon işaretli sıralar testi” ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Bu araştırmadan elde edilen bulgular niteliksel aşama ve yarı deneysel aşama şeklinde ele alınmıştır.

4.1. Niteliksel Aşama ile İlgili Bulgular

Bu çalışmanın ilk aşamasında MS’li hastaların yutma güçlüğü ile ilgili deneyimlerinden yola çıkarak eğitim gereksinimleri araştırılmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda hastalara eğitim verilmiştir. Görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi yapılarak  kategori ve beş tema belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

4.1.Hastaların Deneyimlerine ve Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Hasta Görüşlerinden Belirlenen Kategori ve Temalar

Kategori	Tema
1. Yutma güçlüğü hakkında bilgi gereksinimi	1. Yutma güçlüğünün tanımı hakkında bilgi gereksinimi 2. Yutma güçlüğünün nedenleri hakkında bilgi gereksinimi 3. Yutma güçlüğünün belirtileri hakkında bilgi gereksinimi
2. Yutma güçlüğünün hasta üzerindeki etkileri hakkında bilgi gereksinimi	1. Yutma güçlüğünde fizyolojik sorunlarla ilgili bilgi gereksinimi 2. Yutma güçlüğünde psikososyal sorunlarla ilgili bilgi gereksinimi
3. Yutma güçlüğü ile başetme hakkında bilgi gereksinimi	

4.1.1. Kategori 1: Yutma Güçlüğü Hakkında Bilgi Gereksinimi

- Tema 1: Yutma Güçlüğünün Tanımı Hakkında Bilgi Gereksinimi

Hastaların tamamı yutma güçlüğünü kendi deneyimlerinden yola çıkarak beslenmenin gerçekleştirilememesi, yemeklerin mideye gönderilememesi, yeme içme sırasında yaşanan zorluklar ve tükürüğün kontrolü ile ilgili sorunlar olarak tanımlamışlardır.

“ Yutma güçlüğü, yemeği veya tükürüğü kolayca gönderememektir. Bir şey oluyor takılıyor. Tekrar tekrar yutkunuyorum. Göndermek için su içiyorum. Tükürüğümü kontrol edememektir. Bazen tükürüğümü bile yutamıyorum bu çok zor.”(Bayan N.D.)

“Yutma güçlüğü, bir şeyi istediğin zaman yutamamak, ağızda bekletmek ve boğazın açılmamasıdır. Suyu özellikle çok genzime kaçırıyorum.”(Bay M.T.)

“Mesela bir keresinde çay içerken yudumu ağzıma aldım, yutmak istedim ama işte o yutmayı yapamadım, çay ağzımda öylece kaldı, ne bildim göndereceğimi, ne bildim tüküreceğimi, şimdi kaynar çay içmiyorum. Ara sıra böyle şeyler yaşıyorum.” (Bayan C.Ü.)

• Tema 2: Yutma Güçlüğü'nün Nedenleri Hakkında Bilgi Gereksinimi

Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğu yutma güçlüğünün nedenlerini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Diğer hastaların bu konudaki verdikleri cevaplar sınırlı bilgi içermekte akıl yürütme ile vardıkları yargılardır. Beyinle ilgili bazı sorunlar, yaşlılık, kanser, ameliyat ve ağız ya da boğaz enfeksiyonlarının yutma güçlüğüne neden olabileceğini söylemişlerdir. Bir hasta yutma güçlüğünü konuşma bozukluğu (dizartri) ile ilişkilendirmiş, bir hasta ise psikolojik nedenlerden kaynaklandığını belirtmiştir.

“Bilemiyorum, beynim hükmetmiyor, yutma güçlüğünün beyinle alakalı olduğunu düşünüyorum. Herhalde beyin hastalarında görülür, belki çocuklarda, belki de yaşlılarda. Bilemiyorum. Bu yutma bozulmasının nerden ileri geldiğini bilmek isterim. Düzelmesini isterim. Çok aktiftim. Kendimi şimdi naçar (çaresiz) hissediyorum.”(Bayan G.K.)

“Yutma güçlüğünün nedenlerini bilmiyorum. Ağız içi yaralar, boğazında yarası olanlar, boynundan ameliyat geçirenler, yemek borusu hastalığı olanlar, kanserler, enfeksiyonlardan olur herhalde. Bende bu sorunun neden ortaya çıktığını bilmiyorum ama konuşmam da bozuk, düşündüğümle konuştuğumu toparlayamıyorum. Belki bununla ilgilidir.”(Bayan N.D.)

“Bilmiyorum. Yutma güçlüğü dikkatsizlikle ilgili olabilir. Psikolojik de olabilir. Heyecan, korku, özgüven eksikliği, bir şeye takılıp kalma, ben hastayım psikolojisi. MS'i unuttuğum zaman her şeyi/belirtileri hissetmiyorum. Hatırladığımda her şey yeniden ortaya çıkıyor.” (Bayan S.O.)

“Aslında bilmiyorum. Yutma güçlüğünü çok yoğun yaşamıyorum. Ama bir terslik olduğunu da biliyorum. Yemek yerken sürekli tıkanıyorsun diye çevremdekiler, eşim sık sık söylüyorlar. Sizinle görüşünce hastalığımla ilgili olabileceği aklıma geldi. Acaba beynimdeki plaklarla ilişkili olabilir mi diye. Aslında böyle düşününce çokta endişelendim şimdi. Sonrası nasıl olacak?” (Hasta D.K.)

- **Tema 3: Yutma Güçlüğü'nün Belirtileri Hakkında Bilgi Gereksinimi**

Hastaların bir kısmı yatarken veya geceleyin tükürüklerini akciğerine kaçırdığını, bir şey yerken veya içerken öksürdüklerini, tükürük ya da salyayı kontrol edemediklerini, bir kısmı ise yemeklerin boğazlarına takıldığını, boğazlarında yumru hissi olduğunu, özellikle bazı besinleri yemekten kaçındıklarını, tekrar tekrar yutkunmak zorunda kaldıklarını söylemişlerdir.

“Bir şey içerken hemen öksürmeye başlıyorum. Birkaç yudum ardı ardına içemiyorum. Bir öksürük başlıyor. Kıpırmızı oluyorum, gözümde yaş geliyor.” (Bayan N.D.)

“Büyük lokma yutamam. Az bir şey alırım, bayağı bir çiğnerim. Ancak öyle yutabilirim. Yoksa boğazıma durur. Sanki şurama oturuyor (işaretle boğazını gösteriyor). Üstüne su içerim. Ancak öyle gider. Bazen de yediğim lokma sanki hep orda duruyor gibime geliyor.” (Bayan G.K.)

“.....Konuşmam çok bozuldu. Konuşmaya başlıyorum bir süre sonra nefesim yetmiyor, sesim gittikçe kısılıyor (konuşurken). Aynı şekilde yemek yerken de nefesimi ayarlayamadığımı düşünüyorum. Sanki yutkunurken aynı anda nefes alıyorum. Bu yüzden öksürüyorum. Sık sık sesim kısılıyor. Zaten benim sesim böyle değil, şimdi horoz gibi çıkıyor. Bir de salyayı kontrol edemiyorum. Özellikle atak dönemimde daha çok oldu. Ağzımın kenarından tükürüğüm sızıyordu. Karşımdakiler uyarıyordu veya peçete uzatıyordu. Ama ben farkına varmıyorum. Atak geçtikten sonra azaldı. Şimdilerde yatarken ya da konuşurken oluyor.” (Bayan Ü.Ö.)

“Daha çok bir şey içtikten sonra öksürük oluyor. Aslında siz soruncaya kadar pek de farkında değildim. Önemli olduğunu düşünmedim.” (Bayan M.B.)

4.1.2. Kategori 2: Yutma Güçlüğü'nün Hasta Üzerindeki Etkileri Hakkında Bilgi Gereksinimi

Tema 1: Fizyolojik Sorunlar Hakkında Bilgi Gereksinimi

Hastaların çoğunluğu yutma güçlüğü'nün kendileri üzerinde bir etkisinin olmadığını ifade etmişlerdir. Bazı hastalar yutma güçlüğü'nü yeme içme sırasında boğulma ve enfeksiyonlarla ilişkilendirmişlerdir.

“..... yutkunamazsam ne deyim..... Zaten hep yaşamıyorum. O nedenle çok zorlanmıyorum. Çok şeyi de etkilemedi bende..... yutamazsan hayatını durdurur, yiyemezsen içemezsen hayatın durur. Boğulmak önemli. Başka bilmiyorum.” (Bayan G.K.)

“...tam olarak bilmiyorum. Düşünüyorum, yenilenler kaçabilir (akciğere), mide sorunlarına neden olabilir, enfeksiyon olabilir.” (Bayan N.N.)

“...tükürüğüm kaçtığında, bir anlık bir şey zaten, ne zaman olacağını bilmiyorum. Öksür öksür, gözümünden yaşlar geliyor. Boğulmak gibi bir şey. Çıkıyor bir türlü. Baya uzun sürüyor.” (Bayan C.Ü.)

“Bu sene sürekli farenjit, larenjit oldum. Antibiyotik kullanıyorum, bitiyor, 10 gün sonra yeniden. Kaç kere KBB'ye gittim. En sonunda MS'li olduğumu söyledim, kullandığım ilaçların yan etkisi diye düşündüm. Bir test yapacaklarını söylediler. Bir hortumla boğazıma baktılar. Ses tellerimde nodül varmış. Önemli bir şey değil dediler.” (Bayan Ü.Ö.)

• Tema 2: Psikososyal Sorunlar ile İlgili Bilgi Gereksinimi

Hastaların çoğunluğu yutma güçlüğü'nün çok büyük bir problem yaratmadığını ifade etmişlerdir. Ancak bazı hastalar, yutma güçlüğü nedeniyle stres yaşadıklarını, yaşam kalitelerinin bozulduğunu, utanma, korku, endişe gibi duygular yaşadıklarını, çaresiz hissettiklerini, çevrelerinden olumsuz tepki aldıklarını, sosyal hayatlarında bazı sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

“....Çalıştığım için çok dikkat edemiyorum. Çoğu zaman acele ederek yemek yiyorum. Haliyle sorun oluyor. Bu sorun yaşam kalitemi bozuyor.” (Bayan N.D.)

“Bazen tedirgin oluyorum tıkanırsam diye. Yutamazsam ya da kaçırsam diye, ne deyim. Her zaman olmuyor ama olunca zorlanıyorum.” (Bayan G.K.)

“....arkadaşlarımla bir kafeye gitmiştik. Arkadaşlarım evde yalnız kalmamı istemiyorlar. Ne zaman çıksalar beni de çağırırlar. Evde oturmamı istemezler. Neyse gittik kafeye, ben kahve söyledim. Öyle oturuyoruz falan içiyoruz. Karşıdan çok sevdiğim bir arkadaşım var o bana işaret ediyor. Ama ben anlamadım, ne oldu falan dedim, baktım bacağımda ıslaklık, o zaman anladım içecek çenemden sızmış, dökülmüş.....birden panik yaptım, ayağa kalktım, masa falan sallandı, bu sefer fincandan bir şeyler döküldü. Peçete falan uzatıyorlar, ya önemli değil falan diyorlar ama ben çok kötü oldum. Nasıl utandım anlatamam. Çok zordu.....hiçbir şey yapmak istemiyorum.,hiç bir işe yaramıyorum. Rahatça dolaşamıyorum. Kapılardan tutunarak geçiyorum. Herkesin içinde....utanıyorum, yemek yemek istemiyorum. Karşıma köpek çıktı, sakın dedim bir şey yapmaya çalışma, ben koşamam zaten çok zor yürüyorum dedim. Yangın çıksa ayağa kalkmam 10 dakika sürer. Bazen hayatı dalgaya alıyorum ama aslında öyle değil.” (Bayan S.O.)

“Herkes yemeğini yer kalkar. Ben yerken çok yavaş yiyorum.yani yemem uzun sürüyor. Bu seferde eziyet olmaya başlıyor. Soruyorlar sen daha bitirmedin mi diye.” (Bayan C.Ü.)

“Öyle herkes gibi yiyip kalkmam, yerken mutlaka tıkanırım. Hastalık ilerleyince nasıl olur bilmiyorum.” (Bayan S.Ş.)

4.1.3. Kategori 3: Yutma Güçlüğü ile Başetme Hakkında Bilgi Gereksinimi

Görüşme yapılan hastaların tamamı yutma güçlüğü ile nasıl başedeceklerini bilmediklerini, daha önceden sağlık personeli tarafından kendilerine bilgi verilmediğini ve hastaların bu konuda eğitilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca yutma güçlüğü'nün tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgi almak istediklerini söylemişlerdir. Hastaların küçük bir kısmı yutma güçlüğü ile başetmek için normalden daha yavaş yemek yeme, lokmaları uzun süre çiğneme, bir şey içerken daha kontrollü davranma, lokma boğazına takıldığında tekrar tekrar yutkunma, yataarken veya uzanırken yemek yememe, yemek yeme sırasında konuşmama gibi adaptif davranışlarda bulunduklarını ifade etmişlerdir.

“....bilgi veren olmadı. Sağlık personelinde bilgi almak isterim. Nedeni araştırılsın....hastaların bilgilenebilmesi lazım. Nasıl besleneceklerini öğrenmeliler.”(Bayan G.K.)

“...hastalar eğitilmeli mi?...hiç bir şey bilmiyorum. Yutma tedavisi hakkında fikrim yok. Bilmek istiyorum. Ama bilinçli birisinin yaptırması gerekir. Neler yapılır hiç fikrim yok.” (Bayan S.O)

4.2. Yarı Deneysel Aşama ile İlgili Bulgular

Çalışmamızın yarı deneysel aşaması ile ilgili bulgular aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 4.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı ve Deney ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=26)	Kontrol Grubu (n=26)	z / χ^2	p
Yaş (yıl) X $\pm$ SS (minimum-maksimum)	42.81 $\pm$ 9.88 (24-62)	40.42 $\pm$ 11.85 (22-71)	-0.935	0.350
Cinsiyet (n,%) Kadın Erkek	20 (76.9) 6 (23.1)	19 (73.1) 7 (26.9)	0.103	0.749
Eğitim durumu (n,%) Okur yazar değil Okur yazar İlköğretim Lise Üniversite	1 (3.8) 0 (0.0) 11 (42.3) 4 (15.4) 10 (38.5)	1 (3.8) 1 (3.8) 8 (30.8) 5 (19.2) 11 (42.3)	1.632	0.803
Çalışma Durumu (n,%) Çalışıyor Çalışmıyor	12 (46.2) 14 (53.8)	14 (53.8) 12 (46.2)	0.308	0.579
Gelir Düzeyi (n,%) Yeterli Orta Yetersiz	13 (50.0) 11 (42.3) 2 (7.7)	7 (26.9) 13 (50.0) 6 (23.1)	3.967	0.138
Mesleği (n,%) Ev hanımı Memur Emekli İşçi Öğrenci Diğer	11 (42.3) 5 (19.2) 2 (7.7) 1 (3.8) 0 (0.0) 7 (26.9)	7 (26.9) 7 (26.9) 1 (3.8) 2 (7.7) 2 (7.7) 7 (26.9)	3.889	0.566
Birlikte yaşadığı kişiler (n,%) Ailesi ile birlikte Yalnız	24 (92.3) 2 (7.7)	25 (96.2) 1 (3.8)	0.354	0.552
Sigara içme durumu (n,%) Kullanıyor Kullanmıyor Bırakmış	9 (34.6) 15 (57.7) 2 (7.7)	66 (23.1) 20 (76.9) 0 (0.0)	3.314	0.191
Alkol kullanma durumu (n,%) Kullanmıyor Bırakmış	25 (96.2) 1(3.8)	25(96.2) 1(3.8)	0.000	1.000
Bakımında yardımcı olan kişi (n,%) Var Yok	8 (30.8) 18 (69.2)	8 (30.8) 16 (61.5)	0.364	0.834

X : Ortalama, SS: Standart Sapma, χ^2 : Ki-Kare testi, z: Man Withney U testi.

Tablo 4.2’de çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri gösterilmektedir. Deney grubuna alınan 26 hastanın yaş ortalaması 42.81 ± 9.88 ve %76.9’u kadındır. Bu gruptaki hastaların % 42.3’ü ilköğretim mezunu, %50’si yeterli gelir düzeyine sahip, %42.3’ü ev hanımı ve %58.8’i çalışmamaktadır. Hastaların %92.3’ü ailesiyle birlikte yaşadıklarını, %57.7’si sigara kullanmadığını, % 61.5’i bakımda yardıma ihtiyaç duymadığını belirtmektedir. Bakıma ihtiyaç duyanların %75’i eşlerinin bakımlarına yardımcı olduğunu bildirmektedir. Sosyodemografik özellikleri açısından deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Hastaların Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n=26)	Kontrol Grubu (n=26)	z/ χ^2	p
Hastalık süresi (ay) $X \pm SS$ (minimum-maksimum)	2.98 ± 2.24 (6-216)	73.69 ± 49.65 (14-180)	-0.917*	0.359
MS Tipi (n,%)				
Tekrarlayan ve düzelen tip	20 (76.9)	21 (80.7)	3.111	0.539
Birincil ilerleyen tip	5 (19.2)	4 (15.4)		
İkincil ilerleyen tip	0 (0.0)	1 (3.8)		
Tekrarlayan ilerleyen tip	1 (3.8)	0 (0.0)		
EDSS puanı $X \pm SS$ (minimum-maksimum)	2.98 ± 2.24 (0-7)	2.67 ± 2.14 (0-6)	-0.474*	0.636
SMMT toplam puanı	26.58 ± 2.39	27.58 ± 2.16	-1.585	0.119
Son altı ay içerisinde atak geçirme durumu (n,%)				
Geçirmemiş	14 (53.8)	9 (34.6)	3.687	0.450
1 kez	8 (30.8)	8 (30.8)		
2 kez	3 (11.5)	7 (26.9)		
3 kez ve üzeri	1 (3.8)	2 (7.7)		
Disfaji süresi $X \pm SS$ (minimum-maksimum)	38.15 ± 37.25 (1-120)	23.88 ± 18.81 (1-84)	-0.520*	0.603
MS’e yönelik ilaç kullanma durumu (n,%)				
Kullanıyor	23 (88.5)	23 (88.5)	0.000	1.000
Kullanmıyor	3 (11.5)	3 (11.5)		
Başka kronik hastalığa sahip olma durumu (n,%)				
Yok	14 (53.8)	19 (73.1)	4.234	0.375
Var	12 (46.2)	2 (7.7)		
Düzenli diş fırçalama alışkanlığı (n,%)				
Evet	21 (80.7)	21 (80.7)	0.000	1.000
Hayır	5 (19.2)	5 (19.2)		
Son bir yıl içerisinde kilo kaybı (n,%)				
Var	4 (15.4)	3 (11.5)	0.165	0.685
Yok	22 (84.6)	23 (88.5)		
Diyet önerilme durumu (n,%)				
Yok	24 (92.3)	26 (100.0)	2.080	0.353
Var	2 (7.6)	0 (0.0)		
Son bir yıl içerisinde geçirilmiş pnömoni öyküsü (n,%)				
Var	1 (3.8)	1 (3.8)	0.000	1.000
Yok	25 (96.2)	25 (96.2)		

MS: Multipl Skleroz, EDSS: Kurtzke Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği, SMMT: Standardize Mini Mental Test, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, χ^2 : Ki-Kare testi, *z: Man Withney U testi.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Deney grubuna alınan hastaların EDSS puan ortalamaları 2.98 ± 2.24 , SMMT puan ortalamaları 26.58 ± 2.39 , hastalık süresi 85.46 ± 51.61 ay, disfaji süresi 38.15 ± 37.25 ay ve hastaların %76.9'u tekrarlayan ve düzelen tip MS'e sahiptir ve %53.8'i son 6 ay içinde atak geçirmemiştir. Deney grubundaki hastaların %53.8'i başka kronik hastalığa sahip değildir ve %88.5'i MS'e yönelik immunomodülatuar veya oral tedavi kullanmaktadır. Deney grubundaki hastaların %80.7'si düzenli olarak dişlerini fırçaladığını, %53.8'i diş eksiğinin olduğunu, %34.6'sı dişeti hastalığı olduğunu belirtmektedir. Deney grubundaki hastaların %86.4'ü son bir yıl içinde kilo kayıplarının olmadığını, %92.3'ü diyet kullandığını belirtmişlerdir. Hastaların %3.8'i son bir yıl içinde pnömoni geçirmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastalar hastalığına ilişkin özellikleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Hastaların Laboratuvar Bulguları ve Antropometrik Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler		Deney Grubu (n=26)	Kontrol Grubu (n=26)	z	p
Hemoglobin (mg/dl) X ± SS (minimum-maksimum)	Eğitim öncesi	14.08±1,44 (11.50-16.9)	12.63±1.69 (9.80-15.8)	-2.627	0.009
	Eğitim sonrası	13.80±1.37 (11.70-16.30)	13.14±1.88 (11.30-15.00)	-1.238	0.238
t		-1.181	-2.408		
p		0.505	0.032		
Total Protein (mg/dl) X ± SS (minimum-maksimum)	Eğitim öncesi	7.20±0.46 (6.62-8.10)	7.19±0.48 (6.40-7.86)	-.059	0.953
	Eğitim sonrası	7.16±0.42 (6.62-8.00)	7.17±0.49 (6.20-7.81)	-0.122	0.903
t		-0.310	-1.196		
p		0.726	0.259		
Albümin (mg/dl) X ± SS (minimum-maksimum)	Eğitim öncesi	4.48±0.37 (3.60-5.23)	4.17±0.72 (2.10-4.80)	-1.147	0.251
	Eğitim sonrası	4.52±0.27 (4.30-5.20)	4.22±0.48 (3.20-4.86)	-1.807	0.071
t		-0.725	-1.826		
p		0.483	0.098		
VKİ X ± SS (minimum-maksimum)	Eğitim öncesi	25.21±4.06 (19.53-36.00)	24.71±5.47	-0.760	0.447
	Eğitim sonrası	25.06±4.22	24.82±5.34	-0.476	0.634
t		-1.140	0.834		
p		0.265	0.412		
Bel çevresi (cm) X ± SS (minimum-maksimum)	Eğitim öncesi	85.77±12.18 (60.0-108.0)	82.46±15.76 (64.0-127.0)	-1.649	0.099
	Eğitim sonrası	81.97±15.14 (60-106)	82.69±15.63 (60-126)	-0.971	0.331
t		1.945	-0.299		
p*		0.063	0.767		
Kol çevresi (cm) X ± SS (minimum-maksimum)	Eğitim öncesi	30.85±4.63 (22.0-40.0)	29.73±6.63 (17.0-46.0)	-1.120	0.263
	Eğitim sonrası	30.55±5.17 (20-40)	29.46±6.56 (17-46)	-0.762	0.446
t		0.993	0.762		
p*		0.360	0.453		

X: Ortalama, SS: Standart Sapma, VKİ: Vücut Kütle İndeksi, z: Man Withney U testi, t: Bağımlı gruplarda t testi

Araştırma kapsamına alınan hastaların laboratuvar bulguları ve antropometrik ölçümlerine göre karşılaştırılması Tablo 4.4 'de gösterilmiştir. Hastaların eğitim öncesi ortalama hemoglobin değeri deney grubunda 14,08±1,44 mg/dl, kontrol grubunda ise 12.63±1.69 mg/dl olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında hemoglobin değeri açısından iki grubun benzer olmadığı, kontrol grubundaki hastaların hemoglobin değerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0.009). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi diğer laboratuvar değerleri ve antropometrik ölçüm ortalamaları; total protein 7.20±0.46 mg/dl, albümin 4.48±0.37 mg/dl, VKİ 25.21±4.06, bel çevresi 85.77±12.18 cm ve kol çevresi 30.85±4.63 cm

olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında total protein, albümin, VKİ, bel çevresi ve kol çevresi değerleri açısından gruplar arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Ayrıca deney grubunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası laboratuvar bulguları ve antropometrik ölçümleri arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların EAT-10 Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney Grubu (n=26)	Kontrol Grubu (n=26)		
		X ± SS	X ± SS	t	p**
EAT-10 puanı	Eğitim sonrası	12.27±7.53	11.00±6.01	0.672	0.505
	Eğitim öncesi	9.58±5.63	10.46±6.46	-0.526	0.601
t		2.254	0.633		
p*		0.033	0.533		

EAT-10: Yeme Değerlendirme Aracı, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, p*: Bağımlı gruplarda t testi (grup içi öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılması), p**: Bağımsız gruplarda t testi (gruplar arasında öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılması)

Deney ve kontrol grubundaki hastaların EAT-10 puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Deney grubundaki hastaların EAT-10 puan ortalamalarının eğitim öncesi 12.27 ±7.53 ve eğitim sonrası 9.58±5.63 olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası EAT-10 puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim sonrası EAT-10 puan ortalamalarının eğitim öncesine göre azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.033$). Deney ve kontrol grubu EAT-10 puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki grup arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların DYMUS Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney Grubu (n=26)	Kontrol Grubu (n=26)		
		X ± SS	X ± SS	t	p**
DYMUS toplam	Eğitim öncesi	6.65±1.88	5.38±1.84	2.467	0.017
	Eğitim sonrası	4.69±1.76	4.69±1.49	0.000	1.00
t		5.244	2.004		
p*		0.000	0.056		
DYMUS sıvılar için disfaji	Eğitim öncesi	2.27±1.00	1.77±1.21	1.622	0.111
	Eğitim sonrası	1.81±1.81	1.58±1.03	0.883	0.381
t		2.739	1.044		
p*		0,011	0.306		
DYMUS katılar için disfaji	Eğitim öncesi	4.38±1.60	3.62±1.96	1.549	0.128
	Eğitim sonrası	2.88±1.61	3.12±1.73	-0.498	0.620
t		5.180	1.563		
p*		0.000	0.131		

DYMUS: Multipl Sklerozda Disfaji Değerlendirme Ölçeği, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, p*: Bağımlı gruplarda t testi (grup içi öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılması), p**: Bağımsız gruplarda t testi (gruplar arasında öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılması)

Deney ve kontrol grubundaki hastaların DYMUS puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da gösterilmiştir. Deney grubundaki hastaların DYMUS toplam puan ortalamalarının eğitim öncesi 6.65±1.88, eğitim sonrası 4.69±1.76 olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastaların DYMUS toplam puan ortalamalarının eğitim öncesi 5.38±1.84, eğitim sonrası 4.69±1.49 olduğu belirlenmiştir. Çalışma öncesi deney ve kontrol grubu DYMUS toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubundaki hastaların DYMUS toplam puan ortalamaları kontrol grubundaki hastaların DYMUS toplam ortalamalarından daha yüksektir, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.017). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DYMUS toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim sonrası DYMUS puan ortalamalarının eğitim öncesine göre azaldığı, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Deney grubundaki hastaların DYMUS sıvılar için disfaji alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi 2.27±1.00 eğitim sonrası 1.81±1.81 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların DYMUS sıvılar için disfaji alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi 1.77±1.21 eğitim sonrası 1.58±1.03 olduğu bulunmuştur. DYMUS sıvılar için disfaji alt ölçek puan ortalamaları açısından deney

ve kontrol grubu karşılaştırıldığında gruplar arası fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DYMUS sıvılar için disfaji toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında çalışma sonrası DYMUS sıvılar için disfaji puan ortalamalarının eğitim öncesine göre azaldığı, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.011$).

Deney grubundaki hastaların DYMUS katılar için disfaji alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi 4.38 ± 1.60 eğitim sonrası 2.88 ± 1.61 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların DYMUS katılar için disfaji alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi 3.62 ± 1.96 eğitim sonrası 3.12 ± 1.73 olduğu bulunmuştur. DYMUS katılar için disfaji alt ölçek puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında gruplar arası fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DYMUS katılar için disfaji toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında çalışma sonrası DYMUS katılar için disfaji puan ortalamalarının eğitim öncesine göre azaldığı, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların SWAL-QOL Puanlarının Karşılaştırılması

		Deney Grubu (n=26)	Kontrol Grubu (n=26)		
SWAL-QOL Alt Ölçek Puanları		X ± SS	X ± SS	t	p**
Genel yakınma	Eğitim öncesi	65.87 ±31.34	74.04±25.96	-1.024	0.311
	Eğitim sonrası	84.62±20.40	79.33±25.23		
t		-3.000	-2.101		
p*		0.006	0.046		
Yeme zamanı	Eğitim öncesi	64.90±37.08	66.35±34.60	-0.145	0.885
	Eğitim sonrası	81.25±29.84	73.08±29.09	1.000	0.322
t		-2.656	-2.409		
p*		0.006	0.024		
Yeme isteği	Eğitim öncesi	79.16±24.75	87.82±28.40	-1.171	0.247
	Eğitim sonrası	88.14±19.88	82.37±21.12	1.014	0.315
t		-1.665	0.806		
p*		0.108	0.428		
Besin seçimi	Eğitim öncesi	79.81±31.04	82.69±28.96	-0.347	0.730
	Eğitim sonrası	92.79±15.07	83.65±22.01	1.746	0.087
t		-2.661	-0.290		
p*		0.013	0.774		
İletişim	Eğitim öncesi	62.50±34.01	67.31±25.02	-0.580	0.565
	Eğitim sonrası	81.73±25.80	64.42±29.09	2.270	0.028
t		-2.970	0.453		
p*		0.006	0.654		
Yeme korkusu	Eğitim öncesi	63.22±28.96	72.60±25.13	-1.247	0.218
	Eğitim sonrası	84.86±18.30	75.72±25.15	1.498	0.141
t		-4.635	-1.099		
p*		0.000	0.282		
Mental sağlık	Eğitim öncesi	74.62±28.70	77.88±22.72	-0.455	0.651
	Eğitim sonrası	85.96±18.17	81.73±23.15	0.733	0.467
t		-2.288	-1.333		
p*		0.031	0.195		
Sosyal	Eğitim öncesi	89.62±22.67	90.96±14.97	-0.253	0.802
	Eğitim sonrası	98.46±4.42	93.27±15.81	1.613	0.113
t		-2.053	-0.886		
p*		0.051	0.384		
Uyku	Eğitim öncesi	38.94±31.29	44.23±31.87	-0.604	0.549
	Eğitim sonrası	57.21±22.41	40.87±29.70	2.240	0.030
t		-3.453	0.735		
p*		0.002	0.469		
Yorgunluk	Eğitim öncesi	34.94±30.28	38.14±23.82	-0.424	0.673
	Eğitim sonrası	39.42±25.12	39.74±27.32	-0.044	0.965
t		-0.826	-0.363		
p*		0.417	0.719		

SWAL-QOL: Yutma Yaşam Kalitesi Anketi, X: Ortalama, SS: Standart Sapma, p*: Bağımlı gruplarda t testi (grup içi öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılması), p**: Bağımsız gruplarda t testi (gruplar arasında öncesi ve sonrası değerlerin karşılaştırılması)

Deney ve kontrol grubundaki hastaların SWAL-QOL puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur. Çalışmamıza katılan deney ve kontrol grubu hastaların eğitim öncesi SWAL-QOL genel yakınma, yeme zamanı, yeme

isteği, besin seçimi, iletişim, yeme korkusu, mental sağlık, sosyal, uyku ve yorgunluk alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu hastaların eğitim sonrası SWAL-QOL iletişim ve uyku alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (sırasıyla $p=0.028$, $p=0.030$), SWAL-QOL genel yakınma, yeme zamanı, yeme isteği, besin seçimi, yeme korkusu, mental sağlık, sosyal ve yorgunluk alt ölçek puanları arasında ise fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası SWAL-QOL genel yakınma, yeme zamanı, besin seçimi, iletişim, yeme korkusu, mental sağlık ve uyku alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim sonrası puan ortalamalarının eğitim öncesine göre arttığı, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.006$, $p=0.006$, $p=0.013$, $p=0.006$, $p<0.0001$, $p=0.031$, $p=0.002$). Kontrol grubunda ise SWAL-QOL yeme zamanı alt ölçek puan ortalamasının eğitim öncesi puan ortalamalarına göre arttığı, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.024$) .

5. TARTIŞMA

5.1. Niteliksel Aşama ile İlgili Bulguların Tartışılması

Literatürde yutma güçlüğü olan MS'li hastaların deneyimlerine odaklanmış sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde ise yutma güçlüğü ile ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Çalışmamızda hastaların tamamı yutma güçlüğünü kendi deneyimlerinden yola çıkarak beslenmenin oral yolla gerçekleştirilememesi, yemeklerin mideye gönderilememesi, yeme ve içme sırasında yaşanan zorluklar ve salya kontrolü ile ilişkili sorunlar olarak tanımlamışlardır. Çalışmamızda hastalar tarafından yapılan bu tanım literatür ile benzerlik göstermektedir. Literatürde yutma güçlüğü gıdaların ağızdan mideye hareket etme zorluğu şeklinde tanımlanmaktadır (8, 12, 19, 29, 35). Ayrıca besinlerin mideye gönderilmesi, çiğneme, besinlerin ağızda tutulması ve tükürüğün kontrolü ile ilgili yaşanan zorluklar yutma güçlüğünü tanımlamakta kullanılmaktadır (35).

Çalışmamıza katılan az sayıda hasta yutma güçlüğünün nedenlerini beyinle ilgili sorunlar, yaşlılık, kanser, ameliyat ve ağız ya da boğaz lezyonları ile ilgili olabileceğini belirtmektedir. Bunun yanı sıra hastaların çoğunluğu yutma güçlüğü ile ilgili belirtilerin MS'den kaynaklanabileceğini düşünmediklerini ve bu belirtileri önemsemediklerini belirtmektedir. Bu durum araştırmamıza katılan hastaların yutma güçlüğü hallında eğitim almamalarından ve bilgilerinin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. MS'de yutma güçlüğü gelişiminde kortikobulbar yolların bozulması, beyin sapı ve serebellar disfonksiyon, kranial sinirlerin paralizisi ile birlikte birçok faktör rol oynamaktadır (2, 35). MS'li hastalarda kortikobulbar fonksiyonlarda meydana gelen bozukluklar hastalar ve sağlık profesyonelleri tarafından sıklıkla fark edilmemektedir (24). Araştırmaya katılan bir hasta yutma güçlüğünü dizartri ile ilişkilendirmektedir. Literatürde yutma güçlüğü ile dizartrinin kortikobulbar ve psödobulbar disfonksiyon nedeniyle birlikte görülebileceği, MS'li hastalarda dizartri görülme sıklığının %51'in üzerinde olduğu bildirilmektedir (24, 33). Çalışmamıza katılan hastalardan biri ise yutma güçlüğünün psikolojik nedenlerden kaynaklandığını belirtmiştir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular hastaların MS'e bağlı olarak ortaya çıkan yutma güçlüğünün nedenleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir.

Yutma güçlüğü olan hastalarda yemek yeme isteğinde azalma, katı gıdaları (et, ekmek ve benzeri) yutarken zorluk yaşama, sıvıları (su, süt ve çay gibi) yutarken zorluk yaşama, gıdaların boğaza yapışması veya boğazda kalması, yutma sırasında veya sonrasında öksürük ve boğulma hissi, sık sık boğazı temizleme ihtiyacı hissetme, besinleri yutmadan önce uzun süre ağızda bekletme, çiğnemedede zorluk hissetme, yemek sırasında nefes darlığı yaşama, yemek yeme süresinin uzaması, bir öğünü bitirememe ya da çok hızlı yutma, yutma sırasında ağrı hissetme, yutma sırasında veya sonrasında ses kalitesinde bozulma (ıslak veya kısık ses) ile salya artışı ve salyanın kontrolünde azalma gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (8, 10, 29, 32, 35). Çalışmamıza katılan hastalar bu belirtileri değişik seviyede yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastalarda yalnızca bir belirti ortaya çıkabileceği gibi birden fazla belirti de aynı anda görülebilmektedir. Hastalar bu belirtilerin nedenlerini ve nasıl baş edeceklerini bilmediklerini, bu konuda kendilerine bilgi verilmesinin faydalı olacağını belirtmektedirler.

Akut nörolojik defisitlerde yutma güçlüğü zaman içerisinde düzelirken MS gibi nörodejeneratif hastalıklarda yavaş yavaş ortaya çıkmakta ve belirginleşmektedir. Yutma güçlüğü aspirasyon, dehidratasyon ve beslenme bozukluğu gibi sorunlara yol açarak mortaliteye neden olmaktadır (19). Çalışmamıza katılan hastalardan bazıları yutma güçlüğü aspirasyon ve enfeksiyonla ilişkilendirmektedir. Ancak görüşülen hastaların çoğunluğu yutma güçlüğü kendileri üzerinde fizyolojik bir etkisinin olmadığını ifade etmektedir. Bu durum MS'li hastalarda yutma güçlüğü yavaş olarak ortaya çıkması nedeniyle uyum sağlamaları ve belirtilerin göreceli olarak hafif seyretmesi ile açıklanabilir. Ancak MS gibi nörodejeneratif hastalıklarda uzun dönem sonuçlar göz önünde bulundurularak hastalara erken dönemde müdahale edilmesi önemlidir.

Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğu yutma güçlüğü yaşamalarında önemli bir problem yaratmadığını ifade etmişlerdir. Ancak bazı hastalar, yutma güçlüğü nedeniyle stres yaşadıklarını, yaşam kalitelerinin bozulduğunu, utanma, korku, endişe gibi duygular yaşadıklarını, çaresiz hissettiklerini, çevrelerinden olumsuz tepkiler aldıklarını, sosyal hayatlarında bazı sorunlar yaşadıklarını belirtmektedirler. Ekberg ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaların

%61'i yutma güçlüğü'nün tedavi edilebilir bir durum olmadığını ifade etmektedirler (11).

Çalışmamıza katılan hastaların tamamı yutma güçlüğü'nün tanısı, tedavi seçenekleri ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgiye sahip olmadıklarını, kendilerine bu konularda bilgi verilmesini istediklerini belirtmektedirler. Çalışmamızda hastalara verilen eğitimleri desteklemek ve istedikleri zaman başvurabilecekleri bir kaynak oluşturmak amacıyla, hastaların kolayca okuyup anlayabileceği nitelikte bir eğitim kitapçığı geliştirilerek hastalara verilmiştir.

5.2. Yarı Deneysel Aşama ile İlgili Bulguların Tartışılması

MS'li hastalarda yutma güçlüğü'nün yönetiminde hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızın bu aşamasında yutma güçlüğü olan MS'li hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin solunum komplikasyonları, beslenme durumu ve yutma ile ilişkili yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir.

- **Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Faktörlerin Tartışılması**

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması $41,66 \pm 10,08$ yıl olup ve %75'i kadındır. Çalışmamızda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve alışkanlıkları gibi sosyodemografik özellikleri açısından deney ve kontrol grubunun benzer özelliklere sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde MS'li hastalarda yutma güçlüğü prevalansının %24 ile %46 arasında değiştiği görülmektedir (24). Ülkemizde yapılan çalışmalarda MS'in genç yetişkinleri etkilediği ve prevalansının 101.4/100.000 olduğu ve kadınlarda görülme sıklığının erkeklerin yaklaşık iki katı olduğu bildirilmektedir (5, 6).

Çalışmamıza katılan hastaların EDSS puan ortalamaları 2.982.24 olduğu belirlenmiştir. EDSS puanı açısından çalışmamıza dahil edilen hastaların hafif düzeyde özürllük durumuna sahip oldukları söylenebilir. Deney grubunda hastalık süresi yaklaşık olarak 7 yıl, disfaji süresi ise yaklaşık olarak 3 yıldır. Literatürde MS'li hastalarda EDSS puanı ile yutma güçlüğü arasında ilişki olduğu, EDSS skorlarının daha yüksek ve daha uzun hastalık sürelerine sahip hastalarda yutma güçlüğü görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir (32).

Çalışmamızda deney grubuna dahil edilen hastaların yarısından fazlası yürüme ve denge problemleri yaşadıklarını belirtmektedir. Deney kontrol grubundaki hastalar EDSS puanı, MS tipi, hastalık ve disfaji süresi, ilaç kullanma durumu, atak geçirme durumu gibi hastalığa ilişkin özellikler açısından benzerlik göstermektedir. Araştırmalarda yutma güçlüğü ile dizartri, disfoni ve ataksinin birlikte geliştiği bu durumun kortikobulbar yolların bozulması, beyin sapı ve serebellar disfonksiyon, kranial sinirlerin paralizisi gibi birçok faktörün sonucu olduğu bildirilmektedir (2, 33, 35). Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğu tekrarlayan düzelen tip MS'e sahiptir. Yapılan çalışmalarda birincil ilerleyen ve ikincil ilerleyen tip MS'e sahip hastaların yüksek EDSS puanlarına paralel olarak corticobulbar disfonksiyon sonucu olarak daha sık yutma güçlüğü yaşadıkları bildirilmektedir (24).

- **Eğitimin Beslenme Durumuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda deney grubuna dahil edilen hastaların serum hemoglobin, albümin ve total protein düzeyleri ile VKİ, kol ve bel çevresi ölçümlerinde eğitim öncesi ve sonrası arasında fark olmadığı bulunmuştur. MS'li hastalara verilen eğitim çalışmamıza katılan hastaların beslenme durumlarına etki etmemiştir. MS hastalarında beslenme durumu ve beslenme alışkanlıkları ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır, ancak çalışmalarda MS'li hastaların çoğunluğunun malnütrisiyonu olduğunu göstermektedir. MS'li hastalarda, yetersiz beslenme bağışıklık sistemi, bilişsel fonksiyon ve solunum kas gücünü etkilemektedir (42). Goodman ve arkadaşları tarafından MS'li hastaların beslenme alışkanlıklarının incelendiği bir araştırmada hastaların tüm besin gruplarını günlük alımının normalden az olduğu bildirilmektedir (84). Kara ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada MS'li hastaların %19.6'sında anemi olduğu bildirilmektedir (85). Saka ve arkadaşları tarafından yapılan MS'li hastaların beslenme durumlarının değerlendirildiği bir çalışmanın sonuçlarına göre çalışmaya katılan hastaların VKİ ortalamaları 25.6 ± 5.32 , total protein ortalamaları 6.82 ± 3.82 , albümin ortalamaları 4.19 ± 2.89 olarak bildirilmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların serum vitamin B12 ve D vitamin düzeylerinin normal popülasyondan düşük olduğu bildirilmektedir (86). Çalışmamıza dahil edilen hastaların VKİ, albümin ve total protein ortalamaları bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Chen ve arkadaşları tarafından yapılan bakımevinde kalan yutma güçlüğü olan Alzheimer hastalığına sahip 30 hasta

ile yapılan prospektif bir izlem çalışmasında hemşireler tarafından beslenme tedavi modeli kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre hastaların deri kıvrım kalınlığı, kol çevresi, serum albümin düzeyi ve gıda alımlarının arttığı, yutma fonksiyonundaki bozulmanın engellendiği, bilişsel fonksiyonlarda ise değişiklik olmadığı bildirilmektedir (87). Demir ve Karaduman tarafından nörojenik yutma güçlüğü olan hastalara uygulanan fizyoterapi programının hastaların beslenme düzeyini iyileştirdiği ve oral alıma geçişi hızlandırdığı bildirilmektedir (28). Çalışmamızdan elde edilen bulgular bu çalışmaların sonuçlarından farklıdır. Bu durum çalışmamıza katılan hastaların hafif düzeyde yutma güçlüğüne sahip olmaları ve beslenme örüntülerinin henüz bozulmamış olması ile açıklanabilir. Ancak literatürde hemşirelerin MS'li hastaların gıda ve sıvı alımının izlemesi ve yutma güçlüğünün yönetimini de kapsayacak şekilde beslenme konusunda MS'li hastalara danışmanlık vermeleri gerektiği bildirilmektedir (88, 89).

Ayrıca çalışmamızda kontrol grubuna dahil edilen hastaların hemoglobin düzeylerinin deney grubuyla karşılaştırıldığında daha düşük olduğu ve girişim uygulanmadığı halde izlem sonucunda hemoglobin düzeylerinin arttığı görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen hastaların hemoglobin düzeyinin bağımsız bir değişken olması ve kontrol altında tutulamaması nedeniyle ortaya çıkan farkın random hatadan kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. Hemoglobin düzeyindeki bu değişikliğin hangi faktörlerden etkilendiğinin belirlenmesi için ileri analizlerin yapılması gerekmektedir.

- **Eğitimin Yutma Fonksiyonuna Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamıza oral yolla beslenen, trakeostomi/trakeostomasi olmayan hafif ve orta düzeyde yutma güçlüğü olan hastalar dahil edilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların EAT-10 puan ortalamalarının deney grubunda eğitim öncesi 12.27 ± 7.53 , eğitim sonrası 9.58 ± 5.63 olduğu bulunmuştur. Demir ve arkadaşlarının 105 stroke, MS, Parkinson hastalığına sahip nörojenik yutma güçlüğü olan hastada yaptıkları bir çalışmada hastaların EAT-10 puan ortalamalarının 19.42 ± 11.07 olduğu bildirilmektedir (74). Çalışmamıza dahil edilen hastaların EAT-10 puan ortalamaları Demir ve arkadaşlarının çalışmalarına dahil edilen hastaların EAT-10 puan ortalamalarından daha düşüktür. Çalışmamızda deney grubuna dahil edilen hastaların EAT-10 puan ortalamalarının eğitim sonrası azaldığı bu farkın istatistiksel

olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.033$). Bu sonuç çalışmamızda verilen eğitimin hastaların yutma fonksiyonlarında iyileşme sağladığını göstermektedir.

Çalışmamızda deney grubuna dahil edilen hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası DYMUS toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında puan ortalamalarının azaldığı, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç eğitimin yutma güçlüğü yaşayan MS'li hastalarda yutma fonksiyonunu olumlu etkilediği şeklinde yorumlanabilir. Yutma güçlüğüne yönetiminde fizyoterapi, elektriksel stümulasyon, botilismus toksini enjeksiyonu ve eğitim danışmanlık gibi birçok yöntem kullanılmaktadır. Alali ve arkadaşları tarafından yutma güçlüğü olan MS'li hastalarda kullanılan tedavi yöntemlerinin etkinliğinin incelendiği sistematik bir derlemenin sonuçlarına göre elektriksel stimülasyon ve botilismus toksini kullanımının hastalarda yutma güçlüğüne iyileştirilmesinde etkin olduğu bildirilmektedir (90). Demir ve Karaduman tarafından yapılan nörojenik yutma güçlüğüne fizyoterapinin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada tedavi sonrasında hastaların aspirasyon şiddetinde ve sessiz aspirasyon varlığında azalma olduğu, yutma fonksiyonlarının iyileştiği bildirilmektedir (28). Lin ve arkadaşları hastanede yatan inmeli hastalarda yapılandırılmış yutma eğitim programının besleme durumuna ve fonksiyonel yutmaya etkisini incelemişlerdir. Beslenme sırasında çevresel faktörlerin kontrol altına alınması, hastaya pozisyon verilmesi, kıvam artırıcı kullanılması, termal uyarı, dil, dudak ve larinks egzersizleri konularında eğitim verilmesinin yutma güçlüğü olan inmeli hastaların yutma fonksiyonlarını geliştirdiği, beslenme durumlarını olumlu etkilediği ve yemek sırasında öksürük ve boğulma hissi gibi sorunları daha az yaşadıkları bulunmuştur (64). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular eğitim sonrası deney grubundaki hastaların yutma fonksiyonlarının iyileştiğini göstermektedir, bu bulgu literatürle benzerlik göstermektedir. Bu nedenle disfaji ekibinin bir üyesi olarak hemşirelerin yutma güçlüğü olan MS'li hastalara eğitim vermeleri önem taşımaktadır.

• **Eğitimin Solunum Fonksiyonlarına Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamıza katılan hastalarda izlem yapılan süre içerisinde aspirasyon pnömonisi gelişmemiştir. Aspirasyon pnömonisi 14 yaş üstü yetişkinlerde tüm toplum kaynaklı pnömonilerin %1.7'sini oluşturmaktadır (36). Orofaringeal yutma

güçlüğü olan hastalarda trakeobronşiyal aspirasyon ve boğulma güvenli bir şekilde yutmaya engel olarak vakaların %30'unda aspirasyon pnömonisi ile sonuçlanmaktadır. Bu sonuç mortalitenin %20'si ile ilişkilidir (2, 20). Walter ve arkadaşları tarafından 236 stroklu hasta ile yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre yutma güçlüğü, aspirasyon pnömonisinin bağımsız bir risk faktörüdür ve yutma güçlüğü olanlarda aspirasyon pnömonisi riski 9.9 kat artmaktadır (37). Karamyan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 61 MS'li hasta 181 sağlıklı bireyle karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre MS'li hastalar %34.4'ü solunum komplikasyonları nedeniyle hastaneye başvurmuş ve sağlıklı yetişkinlerle karşılaştırıldığında solunum yolu enfeksiyonu riskleri yaklaşık olarak 8 kat fazladır. Bu durum yutma güçlüğü, respiratuvar disfonksiyon, kullanılan immünosupresif tedaviler ve komorbiditelerle açıklanmaktadır (91). Goh ve arkadaşları tarafından yapılan yutma güçlüğü olan 194 Parkinson hastasında retrospektif olarak aspirasyon ve pnömoni risk ve prognostik faktörlerinin belirlendiği bir çalışmanın sonucunda oral beslenen gruba göre enteral beslenen ve enteral beslenmeyi reddeden grupların daha yüksek risk altında olduğu bildirilmektedir. Yutma güçlüğü olan ve enteral beslenmeye ihtiyaç duyan grubun zaman kaybetmeden ve doğru şekilde belirlenmesi aspirasyon pnömonisinin önlenmesi açısından önem taşımaktadır (92). Colgagno ve arkadaşları yutma rehabilitasyonu uygulanan hastalarda aspirasyon pnömonisi gelişmesinin engellenebileceğini bildirmektedir (10, 28). Çalışmamızdan elde edilen bulgular verilen eğitimin aspirasyon pnömonisi gibi solunum komplikasyonlarına etkisinin değerlendirilmesinde yetersizdir. Bu nedenle verilen eğitimin solunum komplikasyonlarına etkisinin incelenmesi amacıyla daha büyük örneklem grubunda klinik çalışmalar yapılması önerilebilir. Ancak literatürde yutma güçlüğü yaşayan hastalara aspirasyon pnömonisinin önlenmesi amacıyla hemşireler tarafından eğitim verilmesi gerektiği, hemşirelerin de yutma güçlüğü olan hastaların belirlenmesi ve konuşma ve yutma terapistlerine yönlendirilmesi için eğitilmeleri gerektiği bildirilmektedir (93).

• **Eğitimin Yutma ile İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda deney grubunda eğitim öncesi ve sonrası SWAL-QOL puanları karşılaştırıldığında genel yakınma, yeme zamanı, besin seçimi, iletişim,

yeme korkusu, mental sağlık ve uyku alt ölçek puan ortalamalarının çalışma öncesine göre arttığı, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.006$, $p=0.006$, $p=0.013$, $p=0.006$, $p<0.0001$, $p=0.031$, $p=0.002$). Bu sonuç eğitimin yutma glđđ yaaşayan MS’li hastaların yaşam kalitesini olumlu etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Çeşitli hastalıkların bir sonucu olarak yutma glđđ hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Eslick ve arkadaşları yutma glđđnn şiddetinin arttıķa yaşam kalitesindeki bozulmanın arttığını bildirmektedirler (94). Plowman-Prine ve arkadaşları yutma glđđ olan Parkinson hastalığına sahip hastalar yutma glđđ olmayanlarla karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda yutma glđđ yaaşayan Parkinson hastalarının SWAL-QOL toplam, mental sağlık ve sosyal alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu, yutma glđđ ile depresyon ve sosyal fonksiyon arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (95). Kumar ve arkadaşları baş boyun kanseri nedeniyle radyoterapi gören ve bunun sonucunda yutma glđđ yaaşayan 50 hasta ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre radyoterapi sonrası ilk haftadan itibaren uygulanan ve altı ay süresince uygulanan yutma egzersizlerinin yutma fonksiyonunu ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmektedir (96). Ekberg ve arkadaşları tarafından yutma glđđ olan 360 hasta ile yapılan tanımlayıcı bir çalışmada hastalarının %84’nn yemek yemenin keyifli bir deneyim olması gerektiğine inandiğı, ancak hastaların %45’inin yemek yemekten zevk almadığı bildirilmektedir. Ayrıca hastaların %41’inin yemek saatinde anksiyete ve panik yaşadıkları, %36’sının ise yutma glđđ nedeniyle yemek yemekten kaçındığı bulunmuştur (11). Perry ve Mclarren 206 strok hastası ile yaptıkları çalışmalarında yutma glđđ, sosyal destek ve yaşla yaşam kalitesinin yakın ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (97). Ancak çalışmamıza dahil edilen hastalarda olduğu gibi erken dönem (hafif) nörojenik yutma glđđ olan hastalardaki yaşam kalitesinin hangi klinik parametrelerden etkilendiği tam olarak bilinmemektedir (45). Demir ve arkadaşları tarafından 105 yutma glđđ olan hasta ile yapılan SWAL-QOL Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında nörojenik yutma glđđ olan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği, SWAL-QOL genel yakınma, yeme isteği ve gıda seimim alt boyut puanlarının düşük olduğu bildirilmiştir. Klinisyenlerin yutma

güçlüğünde yaşam kalitesini belirleyen faktörlere ve bu faktörlerin etkilerinin azaltılmasına odaklanması gerekmektedir (80).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Araştırmanın niteliksel aşamasında yapılan görüşmeler sonucunda, hastaların yutma güçlüğü'nün nedenleri, belirtileri, sonuçları, tanı yöntemleri, tedavisi, yönetimi ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında endişe ve korkularının olduğu, bilgilerinin yetersiz olduğu ve bu konuda bilgilendirilmek istedikleri belirlenmiştir.
- Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının demografik ve tıbbi özellikler açısından benzer olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).
- Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının, hemoglobin değeri açısından farklı olduğu ($p=0.009$), diğer laboratuvar değerleri ve antropometrik ölçümleri açısından benzer olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).
- Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının EAT-10 puan ortalamaları açısından benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Deney grubunda eğitim sonrası EAT-10 puanları eğitim öncesi EAT-10 puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma meydana geldiği belirlenmiştir ($p=0.033$).
- Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının DYMUS toplam puanları açısından farklı olduğu ($p=0.017$), DYMUS alt ölçek puanları açısından ise benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Deney grubunda eğitim sonrası DYMUS toplam, katılar için disfaji ve sıvılar için disfaji alt ölçek puanları eğitim öncesi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı azalma meydana gelmiştir (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.011$).
- Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarının SWAL-QOL puanları açısından benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışmamızda deney grubunda eğitim sonrası SWAL-QOL puanları eğitim öncesi ile karşılaştırıldığında genel yakınma, yeme zamanı, besin seçimi, iletişim, yeme korkusu, mental sağlık ve uyku alt ölçek puanları eğitime öncesine göre artmıştır (sırasıyla $p=0.006$,

p=0.006, p=0.013, p=0.006, p<0.001, p=0.031, p=0.002). Kontrol grubunda ise eğitim sonrası SWAL-QOL genel yakınma ve yeme zamanı alt ölçek puanları eğitim öncesi ile karşılaştırıldığında artmıştır (sırasıyla p=0.046, p=0.024).

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara yutma güçlüğü'nün nedenleri, belirtileri, sonuçları, tanı yöntemleri, tedavisi, yönetimi ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- MS'li hastalarda yutma güçlüğü'nün yönetimine multidisipliner ekip anlayışıyla yaklaşılması, ekibin diğer üyeleriyle birlikte hareket edilmesi, ekip içerisinde hemşirelerin aktif rol alması,
- Yutma güçlüğü olan MS'li hastaların hemşireler tarafından bütüncül olarak ele alınması, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bir bütün olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Yutma güçlüğü olan MS'li hastalara verilen eğitimin solunum komplikasyonları, beslenme durumu ve yutma ilişkili yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla daha uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. McDonald, W.I., Compston, A., Edan, G., Goodkin, D., Hartung H.P., Lublin, F.D., McFarland, H.F., Paty, D.W., Polman, C.H., Reingold, S.C., Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis, *Annals of Neurology*, 50 (1), 121-7, 2001.
2. Thomas, F.J., Wiles, C., Dysphagia and nutritional status in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 246 (8), 677-82, 1999.
3. Koch-Henriksen, N., Sørensen, P.S., The changing demographic pattern of multiple sclerosis epidemiology, *The Lancet Neurology*, 9 (5), 520-32, 2010.
4. http://www.who.int/mental_health/neurology/Atlas_MS_WEB.pdf. erişim tarihi Ocak 2016.
5. Türk Börü, Ü., Taşdemir, M., Güler, N., Dilaver Ayık, E., Kumaş, A., Yıldırım, S., Duman, A., Sur, H., Kurtzke, J.F., Prevalence of multiple sclerosis: door-to-door survey in three rural areas of coastal Black Sea regions of Turkey, *Neuroepidemiology*, 37 (3-4), 231-5, 2011.
6. Türk Börü, Ü., Alp, R., Sur, H., Gül, L., Prevalence of multiple sclerosis door-to-door survey in Maltepe, Istanbul, Turkey, *Neuroepidemiology*, 27 (1), 17-21, 2006.
7. Milo, R., Kahana, E., Multiple sclerosis: geoepidemiology, genetics and the environment, *Autoimmunity Reviews*, 9 (5), 387-94, 2010.
8. De Pauw, A., Dejaeger, E., D'hooghe, B., Carton, H., Dysphagia in multiple sclerosis, *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 104 (4), 345-51, 2002.
9. Tassorelli, C., Bergamaschi, R., Buscone, S., Bartolo, M., Furnari, A., Crivelli, P., Alfonsi, E., Alberici, E., Bertino, G., Sandrini, G., Dysphagia in multiple sclerosis: from pathogenesis to diagnosis, *Neurological Sciences*, 29 (4), 360-3, 2008.
10. Calcagno, P., Ruoppolo, G., Grasso, M., De Vincentiis, M., Paolucci, S., Dysphagia in multiple sclerosis–prevalence and prognostic factors, *Acta Neurologica Scandinavica*, 105 (1), 40-3, 2002.

11. Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., Ortega, P., Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment, *Dysphagia*, 17 (2), 139-46, 2002.
12. Terre-Boliart, R., Orient-Lopez, F., Guevara-Espinosa, D., Ramon-Rona, S., Bernabeu-Guitart, M., Clave-Civit, P., Oropharyngeal dysphagia in patients with multiple sclerosis, *Revista de Neurologia*, 39(8), 707-10, 2003.
13. Aksoy, E.A., Öz, F., Yutma bozukluklarında tanı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 1-6, 2012.
14. Hammond, C.A.S., Goldstein, L.B., Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines, *CHEST Journal*, 129 (1):154-68, 2006.
15. Wiesner, W., Wetzel, S., Kappos, L., Hoshi, M., Witte, U., Radue, E., Steinbrich, W., Swallowing abnormalities in multiple sclerosis: correlation between videofluoroscopy and subjective symptoms, *European Radiology*, 12 (4), 789-92, 2002.
16. Poorjavad, M., Derakhshandeh, F., Etemadifar, M., Soleymani, B., Minagar, A., Maghzi, A-H., Oropharyngeal dysphagia in multiple sclerosis, *Multiple Sclerosis*, 16 (3), 362-5, 2010.
17. Werner, H., The benefits of the dysphagia clinical nurse specialist role. *Journal of Neuroscience Nursing*, 37 (4), 212-5, 2005.
18. Ertekin, C., Aydogdu, I., Neurophysiology of swallowing, *Clinical Neurophysiology*, 114 (12), 2226-44, 2003.
19. Ertekin, C., Aydoğdu, İ., Seçil, Y., Orofaringiyal yutmanın fizyoloji ve nörolojisi, *Ege Tıp Dergisi*, 41 (3), 163-175, 2002.
20. Ickenstein, G.W. *Diagnosis and Treatment of Neurogenic Oropharyngeal Dysphagia*, Bremen, Germany, UNI-MED, 2014.
21. Ende, F., Ickenstein, G.W., Respiratory and nutritional complications in oropharyngeal dysphagia, *Journal of Gastroenterology and Hepatology Research*, 3(10), 1307-12, 2014.
22. Rommel, N., Hamdy, S., Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis, *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*, 13(1), 49-59, 2016.

23. Wheeler-Hegland, K., Ashford, J., Frymark, T., McCabe, D., Mullen, R., Musson, N., Hammond, C.S., Schooling, T., Evidence-based systematic review: oropharyngeal dysphagia behavioral treatments, Part II-impact of dysphagia treatment on normal swallow function, *Journal Rehabilitation Researc Development*, 46 (2),185-94, 2009.
24. Conway, D.S., *Bulbar and Pseudobulbar Dysfunction in Multiple Sclerosis. Multiple Sclerosis and Related Disorders:"Diagnosis, Medical Management, and Rehabilitation"*, Demos Medical Publishing, 2016.
25. Prosiegel, M., *Neurology of swallowing and dysphagia*, *Dysphagia*, Berlin, Germany, Springer, doi:10.1007/174_2011_339, 2012.
26. Britton, D., The impact of aging and progressive neurological disease on swallowing: A concise overview, *Journal of Texture Studies*, 47 (4), 257–265, 2016.
27. Fernandes, A.M.F., De Campos Duprat, A., Eckley, C.A., Da Silva, L., Ferreira, R.B., Tilbery, C.P., Oropharyngeal dysphagia in patients with multiple sclerosis: do the disease classification scales reflect dysphagia severity?, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 79 (4), 460-5, 2013.
28. Demir, N., Nörojenik yutma güçlüklerinde fizyoterapinin etkinliği, Hacettepe Üniv. Sağlık Bil. Enst., Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2008.
29. Prosiegel, M., Schelling, A., Wagner-Sonntag, E., *Dysphagia and multiple sclerosis*, *International MS Journal*, 11, 22-31, 2004.
30. Kuhlemeier, K.V., *Epidemiology and dysphagia*, *Dysphagia*, 9 (4), 209-17, 1994.
31. Abraham, S., Scheinberg, L.C., Smith, C.R., LaRocca, N.G., *Neurologic impairment and disability status in outpatients with multiple sclerosis reporting dysphagia symptomatology*, *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 11 (1), 7-13, 1997.
32. Solaro, C., Rezzani, C., Trabucco, E., Amato, M., Zipoli, V., Portaccio, E., Giannini, M., Patti, F., D'Amico, E., Frau, J., *Prevalence of patient-reported dysphagia in multiple sclerosis patients: An Italian multicenter study (using the DYMUS questionnaire)*, *Journal of the Neurological Sciences*, 331 (1), 94-7, 2013.

33. Danesh-Sani, S.A., Rahimdoost, A., Soltani, M., Ghiyasi, M., Haghdoost, N., Sabzali-Zanjankhah, S., Clinical assessment of orofacial manifestations in 500 patients with multiple sclerosis, *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 71 (2), 290-4, 2013.
34. Guan, X.L., Wang, H., Huang, H.S., Meng, L., Prevalence of dysphagia in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis, *Neurological Sciences*, 36 (5), 671-81, 2015.
35. Restivo, D., Marchese-Ragona, R., Patti, F., Management of swallowing disorders in multiple sclerosis, *Neurological Sciences*, 27 (4), 338-40, 2006.
36. Almirall, J., Cabré, M., Clavé, P., Complications of oropharyngeal dysphagia: aspiration pneumonia, In *Stepping Stones to Living Well with Dysphagia*, 72, 67–76, 2012.
37. Walter, U., Knoblich, R., Steinhagen, V., Donat, M., Benecke, R., Kloth, A., Predictors of pneumonia in acute stroke patients admitted to a neurological intensive care unit, *Journal of Neurology*, 254 (10), 1323-9, 2007.
38. Restivo, D.A., Casabona, A., Centonze, D., Marchese-Ragona, R., Maimone, D., Pavone, A., Pharyngeal electrical stimulation for dysphagia associated with multiple sclerosis: a pilot study, *Brain Stimulation*, 6 (3), 418-23, 2013.
39. Ford, H.L., Gerry, E., Johnson, M., Williams, R., A prospective study of the incidence, prevalence and mortality of multiple sclerosis in Leeds, *Journal of Neurology*, 249 (3), 260-5, 2002.
40. Hirst, C., Swingler, R., Compston, D., Ben-Shlomo, Y., Robertson, N.P., Survival and cause of death in multiple sclerosis: a prospective population-based study, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 79 (9), 1016-21, 2008.
41. Tzelepis, G.E., McCool, F.D., Respiratory dysfunction in multiple sclerosis, *Respiratory Medicine*, 109 (6), 671-9, 2015.
42. Habek, M., Hojsak, I., Brinar, V.V., Nutrition in multiple sclerosis, *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 112 (7), 616-20, 2010.
43. Schwarz, S., Leweling, H., Multiple sclerosis and nutrition, *Multiple Sclerosis*, 11 (1), 24-32, 2005.

44. Hermann, B.P., Vickrey, B., Hays, R.D., Cramer, J., Devinsky, O., Meador, K., Perrine, K., Myers, L.W., Ellison, G.W., A comparison of health-related quality of life in patients with epilepsy, diabetes and multiple sclerosis, *Epilepsy Research*, 25 (2), 113-8, 1996.
45. Yamout, B., Issa, Z., Herlopian, A., El Bejjani, M., Khalifa, A., Ghadieh, A., Habib, R., Predictors of quality of life among multiple sclerosis patients: a comprehensive analysis, *European Journal of Neurology*, 20 (5), 756-64, 2013.
46. Klugman, T.M., Ross, E., Perceptions of the impact of speech, language, swallowing, and hearing difficulties on quality of life of a group of South African persons with multiple sclerosis, *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 54 (4), 201-21, 2002.
47. Stringer, S., Managing dysphagia in palliative care, *Professional Nurse*, 14 (7), 489-92, 1999.
48. Martino, R., Beaton, D., Diamant, N.E., Perceptions of psychological issues related to dysphagia differ in acute and chronic patients, *Dysphagia*, 25 (1), 26-34, 2010.
49. Frymark, T., Mullen, R., Musson, N., Schooling, T., Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments, Part III- Impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders, *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 46 (2), 195-204, 2009.
50. Newman, R., Vilardell, N., Clavé, P., Speyer, R., Effect of bolus viscosity on the safety and efficacy of swallowing and the kinematics of the swallow response in patients with oropharyngeal dysphagia: white paper by the european society for swallowing disorders (ESSD), *Dysphagia*, 31 (2), 232-49, 2016.
51. Logemann, J.A., The evaluation and treatment of swallowing disorders, *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 6 (6), 395-400, 1998.
52. Robbins, J., Butler, S.G., Daniels, S.K., Gross, R.D., Langmore, S., Lazarus, C.L., Martin-Harris, B., McCabe, D., Musson, N., Rosenbek, J., Swallowing and dysphagia rehabilitation: translating principles of neural plasticity into

- clinically oriented evidence, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51 (1), 276-300, 2008.
53. Perry, L., Dysphagia: the management and detection of a disabling problem, *British Journal of Nursing*, 10 (13), 837-44, 2001.
54. Martín-Valero, R., Zamora-Pascual, N., Armenta-Peinado, J.A., Training of respiratory muscles in patients with multiple sclerosis: a systematic review, *Respiratory Care*, 59 (10), 1-9, 2014.
55. De Souza, L., *Multiple Sclerosis: Approaches to Management*, Bristol, UK, Chapman and Hall, Springer, 2013.
56. Westergren, A., Ohlsson, O., Hallberg, I.R., Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke, *Journal of Advanced Nursing*, 35 (3), 416-26, 2001.
57. Rofes, L., Clavé, P., Ouyang, A., Scharitzer, M., Pokieser, P., Vilardell, N., Ortega, O., Neuogenic and oropharyngeal dysphagia, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1300 (1), 1-10, 2013.
58. Hines, S., Kynoch, K., Munday, J., Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment: a systematic review protocol, *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11 (7), 312-23, 2013.
59. Boyraz, S., İnmeli bireylerde yutma ve beslenme, *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 1 (1), 48-53, 2015.
60. Pınar, R., Bakımevlerinde kalan yaşlılarda disfaji, disfajinin hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve yönetimi, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 6 (1), 55-71, 2003.
61. Smithard, D., Dysphagia: prevalence, management and the community nurse, community practitioner, *Journal of the Community Practitioners and Health Visitors Association*, 88 (10), 32-5, 2015.
62. Vural, H., Çiyiltepe, M., Aslan, F., Disfajili hastanın beslenmesi ve hemşirelik bakımı, *Türkiye Klinikleri Journal of ENT*, 4 (3), 202-10, 2004.
63. Seedat, J., Penn, C., Implementing oral care to reduce aspiration pneumonia amongst patients with dysphagia in a South African setting, *South African Journal of Communication Disorders*, 63 (1), 1-11, 2016.

64. Lin, L.C., Wang, S.C., Chen, S.H., Wang, T.G., Chen, M.Y., Wu, S.C., Efficacy of swallowing training for residents following stroke, *Journal of Advanced Nursing*, 44 (5), 469-78, 2003.
65. Erefe, İ., *Nursing Research: Principles, Processes And Methods*, Ankara, Türkiye, HEMAR-GE Yayınları, 2003.
66. Nunnally, J.C., *Psychometric Theory*. New York, The USA, McGraw-Hill, 1978.
67. Başkale, H., Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9 (1), 23-28, 2016.
68. Kanık, E.A., Taşdelen, B., Erdoğan, S., Klinik denemelerde randomizasyon, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24, 148-53, 2011.
69. Erdoğan, S., Esin, N., Hemşirelikte araştırma: süreç ve kritik, İstanbul, Türkiye, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014.
70. Bergamaschi, R., Crivelli, P., Rezzani, C., Patti, F., Solaro, C., Rossi, P., Restivo, D., Maimone, D., Romani, A., Bastianello, S., The DYMUS questionnaire for the assessment of dysphagia in multiple sclerosis, *Journal of the Neurological Sciences*, 269 (1), 49-53, 2008.
71. Bergamaschi, R., Minguzzi, S., Amato, M.P., Patti, F., Bonavita, S., Grasso, M.G., Ghezzi, A., Rottoli, M., Gasperini, C., Maimone, D., Validation of the DYMUS questionnaire for the assessment of dysphagia in multiple sclerosis, *Functional Neurology*, 24 (3), 159-62, 2009.
72. Tenekeci, E.G., Kara, B., Çetiz, A., Demirkaya, Ş., Demir, N., Açikel, C., Multipl sklerozda disfaji değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, 51. Ulusal Nöroloji Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya, Türkiye, 2015.
73. Belafsky, P.C., Mouadeb, D.A., Rees, C.J., Pryor, J.C., Postma, G.N., Allen, J., Leonard, R.J., Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10), *Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, 117 (12), 919-24, 2008.

74. Demir, N., Arslan, S.S., İnal, Ö., Karaduman, A.A., Reliability and validity of the Turkish Eating Assessment Tool (T-EAT-10), *Dysphagia*, 1-6, doi:10.1007/s00455-016-9723-9, 2016.
75. Folstein, M., Anthony, J.C., Parhad, I., Duffy, B., Gruenberg, E.M., The meaning of cognitive impairment in the elderly, *Journal of the American Geriatrics Society*, 33 (4), 228-35, 1985.
76. Molloy, D.W., Standish, T.I., A guide to the standardized Mini-Mental State Examination, *International Psychogeriatrics*, 9 (1), 87-94, 1997.
77. Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., Engin, F., Reliability and validity of the standardized mini mental state examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population, *Turkish Journal of Psychiatry*, 13 (4), 273-81, 2001.
78. McHorney, C.A., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J.C., Chignell, K., Kramer, A.E., Earl Bricker, D., The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity, *Dysphagia*, 17 (2), 97-114, 2002.
79. McHorney, C.A., Martin-Harris, B., Robbins, J., Rosenbek, J., Clinical validity of the SWAL-QOL and SWAL-CARE outcome tools with respect to bolus flow measures, *Dysphagia*, 21 (3), 141-8, 2006.
80. Demir, N., Arslan, S.S., İnal, Ö., Ünlüer, N.Ö., Karaduman, A.A., Reliability and validity of the turkish version of the Swallow Quality Of Life Questionnaire. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 27 (1), 19-24, 2016.
81. Yaş, H., Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Ankara, Türkiye, Seçkin Yayıncılık; 2011.
82. Şimşek, H., Yıldırım, A., Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Ankara, Türkiye, Seçkin Yayıncılık; 2011.
83. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it, London, England, Oxford University Pres, 1978.
84. Goodman, S., Gulick, E.E., Dietary practices of people with multiple sclerosis, *International Journal of MS Care*, 10 (2), 47-57, 2008.

85. Kara, B., Tenekeci, E.G., Demirkaya, Ş., Factors associated with sleep quality in patients with multiple sclerosis, *AIMS Medical Science*, 3(2), 203-212, 2016.
86. Saka, M., Saka M., Koseler, E., Metin, S., Bilen, S., Aslanyavrusu, M., Ak, F., Kiziltan, G., Nutritional status and anthropometric measurements of patients with multiple sclerosis, *Saudi Medical Journal*, 33 (2), 160-6, 2012.
87. Chen, L.L., Li, H., Lin, R., Zheng, J.H., Wei, Y.P., Li, J., Chen, P., Chen, H.Y., Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia, *Journal of Clinical Nursing*, 25 (5-6), 699-707, 2016.
88. Baixinho, C.L., Duarte, A.F., Teixeira, F.M., Quental, I.A., Martins, S.S., Mertens, J.M., Nursing interventions promoting functionality among adults with multiple sclerosis: integrative review, *Journal of Nursing UFPE on line*, 10 (2), 838-47, 2016.
89. Payne, A., Nutrition and diet in the clinical management of multiple sclerosis, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14 (5), 349-57, 2001.
90. Alali, D., Ballard, K., Bogaardt, H., Treatment effects for dysphagia in adults with multiple sclerosis: a systematic review, *Dysphagia*, 1-9, Doi: 10.1007/s00455-016-9738-2, 2016.
91. Karamyan, A., Dünser, M.W., Wiebe, D.J., Pilz, G., Wipfler, P., Chroust, V., Novak, H.F., Hauer, L., Trinka, E., Sellner, J., Critical illness in patients with multiple sclerosis: a matched case-control study, *PloS One*, 11 (5), doi: 10.1371/journal.pone.0155795, 2016.
92. Goh, K.H., Acharyya, S., Ng S.Y.E., Boo, J.P.L., Kooi, A.H.J., Ng, H.L., Li, W., Tay, K.Y., Au, W.L., Tan, L.C.S., Risk and prognostic factors for pneumonia and choking amongst Parkinson's disease patients with dysphagia, *Parkinsonism and Related Disorders*, 29, 30-4, 2016.
93. Malhi, H., Dysphagia: warning signs and management, *British Journal of Nursing*, 25 (10), 546-9, 2016.
94. Eslick, G.D., Talley, N., Dysphagia: epidemiology, risk factors and impact on quality of life—a population-based study, *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 27 (10), 971-9, 2008.

- 95.** Plowman-Prine, E.K., Sapienza, C.M., Okun, M.S., Pollock, S.L., Jacobson, C., Wu, S.S., Rosenbek, J.C., The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease, *Movement Disorders*, 24 (9), 1352-8, 2009.
- 96.** Kumar, R., Gupta, H., Konwar, K., Sharma, R., Anand, A.K., Sachdeva, S., Impact of early dysphagia intervention on swallowing function and quality of life in head and neck cancer patients treated with intensity-modulated radiation therapy or image guided radiation therapy with or without surgery/chemotherapy, *Asian Journal of Oncology*, 1 (1), 37, 2015.
- 97.** Perry, L., McLaren, S., An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 months post-stroke, *Health and Social Care in the Community*, 12 (4), 288-97, 2004.

NİTELİKSEL GÖRÜŞMELER İÇİN YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

1. Yutma güçlüğü hakkında neler biliyorsunuz?
 - Yutma güçlüğü nedir?
 - Kimlerde görülür?
 - Neden ortaya çıkar?
 - Bu konuda neler bilmek istersiniz?
2. Yutma güçlüğüne yönelik uygulanan tedavi hakkında hangi bilgilere sahipsiniz?
 - Tedavi edilebilir mi?
 - Hangi tedaviler kullanılabilir?
 - Bu tedavileri hakkında kime başvurulmalıdır?
 - Tedavisi ne kadar süre uygulanır?
 - Bu konuda neler bilmek istersiniz?
3. Yutma güçlüğü hangi sağlık sorunlarına neden olur?
4. Bu sorunlardan korunmak için neler yapılabilir?
5. Sizce yutma güçlüğü ile nasıl baş edebilirsiniz?
6. Yutma güçlüğü nedeniyle beslenme alışkanlıklarınızda nasıl değişiklikler oldu?
7. Yutma güçlüğü nedeniyle yaşamınızda neler değişti?
8. Yutma güçlüğüünüz iş, aile ve sosyal yaşantınızı nasıl etkiledi?
9. Yutma güçlüğüünüzle ilgili endişeleriniz var mı?
10. Yutma güçlüğü ile ilgili sağlık çalışanlarından aldığınız bilgiler hakkında ne düşünüyorsunuz?
11. Yutma güçlüğü hakkında hastaların eğitilmesi gerekir mi? Neden?

**HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN
VERİ TOPLAMA FORMU (EĞİTİM ÖNCESİ)**

1. Sosyodemografik Özellikler

Sıra no:

Tarih...../...../2016

1. Adı Soyadı		Adresi:
2. Doğum tarihi		
3. Cinsiyeti	() Kadın () Erkek	Ev/iş telefonu: Cep telefonu:
4. Eğitim durumu	() Okur-yazar değil () Okur yazar () İlköğretim mezunu Lise mezunu () Yüksekokul/Lisansüstü mezunu	
5. Çalışma durumu	() Çalışıyor () Çalışmıyor (8. soruya geçiniz)	
6. Gelir düzeyi	() Yeterli () Orta () Yetersiz	
7. Mesleği	() Ev hanımı () Memur () Emekli	() İşçi () Öğrenci () Diğer
8. Birlikte yaşadığı kişiler	() Ailesi ile birlikte () Yalnız () Diğer.....	
9. Sigara içme durumu	() Kullanıyor (.....paket.....gün.....yıl) () Kullanmıyor () Bırakmış	
10. Alkol kullanma durumu	() Kullanıyor (miktar..... haftada.....) () Kullanmıyor () Bırakmış	
11. Bakımında yardımcı olan kişi	() Var () Yok (13. soruya geçiniz) () İhtiyaç duymuyor (13. soruya geçiniz)	
12. Bakımla ilgilenen kişi	() Eş () Çocuklar () Kardeş () Anne-baba () Bakıcı () Diğer	

2. Hastalığına İlişkin Özellikler

1. Hastalık süresi	 ayyıl	
2. Multipl Skleroz (MS) tipi	☐ Tekrarlayan ve düzelen tip (RRMS) ☐ Birincil ilerleyen tip (PPMS) ☐ İkincil ilerleyen tip (SPMS) ☐ Tekrarlayan ilerleyen tip (RPMS)	
3. EDSS puanı		
4. Son altı ay içerisinde atak geçirme durumu	☐ Evet / Sayısı..... ☐ Hayır	
5. Disfaji süresi	 ayyıl	
6. Kullandığı ilaçları		
7. Başka kronik hastalığa sahip olma durumu	☐ Var ☐ Yok	
8. Eşlik eden hastalık/hastalıkları (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ Kalp hastalığı ☐ Romatolojik hastalıklar ☐ Gastroözefageal reflü hastalığı ☐ Diğer	
9. Diş ve ağız bakımı (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	☐ Total diş protez kullanımı ☐ Parsiyel diş protezi kullanımı ☐ Diş eksikliği ☐ Dişeti hastalığı ☐ Dişlerimi düzenli fırçalıyorum ☐ Dişlerimi düzenli fırçalamıyorum	
10. Laboratuvar sonuçları	Parametre	Tarih
	Hb:mg/dL	
	Total Protein:.....mg/dL	
	Albumin: mg/dL	
11. Antropometrik ölçümler	Ölçüm	Tarih
	Boy:.....cm	
	Kilo:..... kg	
	Kol:cm	
	Bel:..... cm	
	Deri kıvrım kalınlığı:.....cm	
12. Son bir yıl içerisinde kilo kaybı	☐ Var kg ☐ Yok	
13. Kullanılan diyet	☐ Normal ☐ Diğer.....	
14. Son bir ay içerisinde geçirilmiş aspirasyon pnömonisi öyküsü	☐ var ☐ yok	

EK-2 (Devamı)**HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA FORMU (EĞİTİM SONRASI)****1. Sosyodemografik Özellikler**

Sıra no:

Tarih...../...../201.

1. Adı Soyadı		Adresi:
2. Doğum tarihi		Ev/iş telefonu: Cep telefonu:
3. Çalışma durumu	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor	
4. Gelir düzeyi	☐ Yeterli ☐ Orta ☐ Yetersiz	
5. Mesleği	☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ Emekli	☐ İşçi ☐ Öğrenci ☐ Diğer
6. Birlikte yaşadığı kişiler	☐ Ailesi ile birlikte ☐ Yalnız ☐ Diğer.....	
7. Sigara içme durumu	☐ Kullanıyor (.....paket.....gün.....yıl) ☐ Kullanmıyor ☐ Bırakmış	
8. Alkol kullanma durumu	☐ Kullanıyor (miktar..... haftada.....) ☐ Kullanmıyor ☐ Bırakmış	
9. Bakımında yardımcı olan kişi	☐ Var ☐ Yok (13. soruya geçiniz) ☐ İhtiyaç duymuyor (13. soruya geçiniz)	
10. Bakımla ilgilenen kişi	☐ Eş ☐ Çocuklar ☐ Kardeş ☐ Anne-baba ☐ Bakıcı ☐ Diğer	

2. Hastalığına İlişkin Özellikler

1. EDSS puanı		
2. Son üç ay içerisinde atak geçirme durumu	() Evet / Sayısı..... () Hayır	
3. Kullandığı ilaçları		
4. Diş ve ağız bakımı	() Total diş protez kullanımı () Parsiyel diş protezi kullanımı () Diş eksikliği () Dişeti hastalığı () Dişlerimi düzenli fırçalıyorum () Dişlerimi düzenli fırçalamıyorum	
5. Laboratuvar sonuçları	Parametre	Tarih
	Hb:mg/dL	
	Total Protein:.....mg/dL	
	Albumin:mg/dL	
6. Antropometrik ölçümler	Ölçüm	Tarih
	Boy:.....cm	
	Kilo:..... kg	
	Kol:cm	
	Bel:..... cm	
	Deri kıvrım kalınlığı:.....cm	
7. Son üç ay içerisinde kilo kaybı	() Var kg () Yok	
8. Kullanılan diyet	() Normal () Tuzsuz () Diyabetik () Diğer.....	
9. Son üç ay içerisinde geçirilmiş aspirasyon pnömonisi öyküsü	() var () yok	

MULTİPL SKLEROZDA DİSFAJİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (DYMUS)

Hastalar için yönerge: bu anket yutma yeteneğinizle ilgilidir. Son soru dışında her bir soru şu anki, son soru ise son altı aydaki durumunuzu ifade eder. Lütfen her bir soru için size en yakın seçeneği işaretleyiniz.

SORULAR		Evet	Hayır
1.	Katı gıdaları (et, ekmek ve benzeri gibi) yutarken zorluk yaşıyor musunuz?		
2.	Sıvıları (su, süt ve benzeri gibi) yutarken zorluk yaşıyor musunuz?		
3.	Yutarken boğazınızda yabancı cisim hissi (yumru gibi) oluyor mu?		
4.	Gıdalar boğazınızda kalıyor mu?		
5.	Katı gıdaları yuttuktan sonra öksürüyor musunuz veya boğulma hissi oluyor mu?		
6.	Sıvıları yuttuktan sonra öksürüyor musunuz veya boğulma hissi oluyor mu?		
7.	Katı gıdaları tam yutmadan önce birkaç kez yutkunmanız gerekiyor mu?		
8.	Gıdaları yutmadan önce küçük parçalara kesmeniz gerekiyor mu?		
9.	Sıvıları tam yutmadan önce çok fazla kez yudumlammanız gerekiyor mu?		
10.	Kilo kaybınız var mı?		
TOPLAM DYMUS Puanı			

YEME DEĞERLENDİRME ARACI (EAT-10)

TARİH_____

ADI SOYADI_____

BOY_____KİLO_____

Lütfen kısaca yutma bozukluğunuzu tanımlayınız.

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

Aşağıdaki durumlar sizin için hangi boyutta problem oluşturmaktadır.

Uygun cevapları daire içine alın	Hiç=0	Neredeyse Hiç=1	Biraz=2	Çok=3	Şiddetli=4
1. Yutma problemlerim kilo kaybetmeme neden oldu.	0	1	2	3	4
2. Yutma problemim dışarıda yemek yememe engel oldu.	0	1	2	3	4
3. Sıvıları yutmak için ekstra efor sarf ediyorum.	0	1	2	3	4
4. Katıları yutmak için ekstra efor sarf ediyorum.	0	1	2	3	4
5. Hapları yutmak için ekstra efor sarf ediyorum.	0	1	2	3	4
6. Yutkunmak ağrı verici.	0	1	2	3	4
7. Yutkunma problemim yemek zevkimi etkiliyor.	0	1	2	3	4
8. Yutma sırasında yemekler boğazıma takılıyor.	0	1	2	3	4
9. Yemek yerken öksürüyorum.	0	1	2	3	4
10.Yutkunmak stresli bir iş.	0	1	2	3	4
TOPLAM EAT-10 Puanı					

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyadı:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Aktif El:

T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

Hangi yıl içindeyiz..... (puan)

Hangi mevsimdeyiz..... (puan)

Hangi aydayız..... (puan)

Bu gün ayın kaç..... (puan)

Hangi gündeysiniz (puan)

Hangi ülkede yaşıyoruz..... (puan)

Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız..... (puan)

Şu an bulunduğunuz semt neresidir..... (puan)

Şu an bulunduğunuz bina neresidir..... (puan)

Şu an bu binada kaçınca kattasınız..... (puan)

KAYIT HAFİZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 Puan (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)..... (puan)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

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

LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut).... (puan)

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... (puan)

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"

Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... (puan)

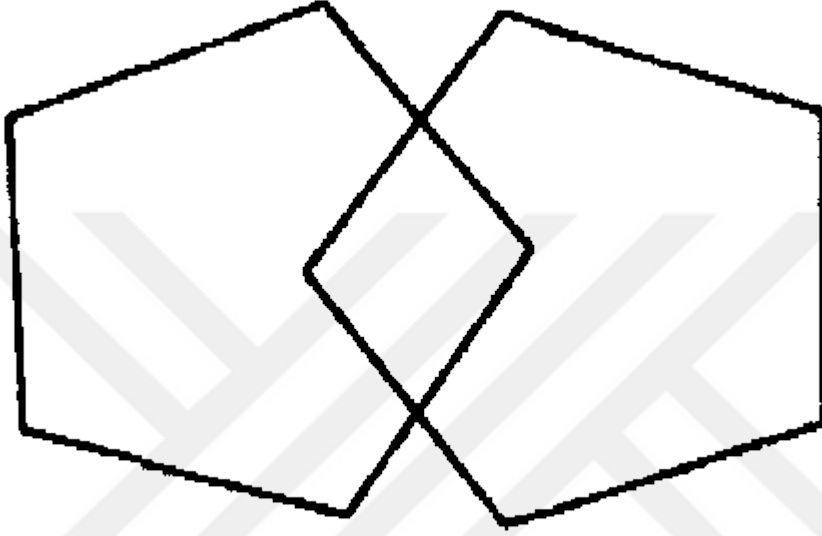
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

EK-5 (Devamı)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN".....(puan)

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... (puan)

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan)..... (puan)



YUTMA YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (SWAL-QOL)

Bu anket yutma probleminizin yaşam kalitenizi nasıl etkilediğini belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyarak yanıtlamak için zaman ayırın. Bazı sorular birbirlerinin aynı gibi gözükmele birlikte her bir soru farklıdır. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız **lütfen size en uygun cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Aşağıda bu anketteki soruların nasıl olduğuna ilişkin bir örnek yer almaktadır.

1. Geçen ay ne sıklıkta aşağıdaki semptomları yaşadınız.

- Zayıf hissettim.

Her zaman Çoğu zaman Bazen Nadiren Hiçbir zaman

ÖNEMLİ NOT: Biz pek çok fiziksel probleminiz olabileceğini biliyoruz. Bazen bunları yutma probleminden ayırmak güçtür. Ancak **sadece kendi yutma probleminize** konsantre olarak elinizden gelenin en iyisini yapabileceğinizi umuyoruz. Bu anketi doldurmak için verdiğiniz çabanızdan ötürü çok teşekkür ederiz.

1. Aşağıda **yutma problemi** olan insanların bahsettikleri bazı genel ifadeler yer almaktadır. Geçtiğimiz ay için; aşağıda belirtilen ifadeler sizin için **ne kadar** doğruyd?

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Tamamen doğru	Çokça doğru	Orta derecede doğru	Çok az doğru	Hiç doğru değil
Yutma problemimle baş edebilmem çok zor.	1	2	3	4	5
Yutma problemim hayatımdaki en önemli rahatsızlık.	1	2	3	4	5

2. Aşağıda **yutma problemi** olan insanların gün içinde bahsettikleri beslenme ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Geçtiğimiz ay için; aşağıda belirtilen ifadeler sizin için **ne kadar** doğruyd?

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Tamamen doğru	Çokça doğru	Orta derecede doğru	Çok az doğru	Hiç doğru değil
Çoğu günler yemek yiyip yemediğimi umursamam.	1	2	3	4	5
Yemek yemem diğer insanlardan daha uzun sürer.	1	2	3	4	5
Artık neredeyse hiç acıkıyorum.	1	2	3	4	5
Yemek yemem hiç bitmeyecekmiş gibi geliyor.	1	2	3	4	5
Yemek yemekten artık hiç hoşlanmıyorum.	1	2	3	4	5

EK-6 (Devamı)

3. Aşağıdaki **yutma problemi** olan insanların zaman zaman yaşadıkları bazı fiziksel problemler yer almaktadır. Geçtiğimiz ay içinde yutma probleminizin sonucu olarak aşağıda yer alan ifadelerin her birini **ne sıklıkta** yaşadınız?

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Her zaman	Çoğunlukla	Arasıra	Nadiren	Hiçbir zaman
Öksürme	1	2	3	4	5
Yemek yediğinizde boğulma hissi	1	2	3	4	5
Sıvı içtiğinizde boğulma hissi	1	2	3	4	5
Kıvamlı tükürük veya balgam	1	2	3	4	5
Öğürme	1	2	3	4	5
Salıyı kontrol edememe	1	2	3	4	5
Çiğneme problemi	1	2	3	4	5
Aşırı balgam	1	2	3	4	5
Boğazınızı temizleme ihtiyacı hissetmek	1	2	3	4	5
Yemeklerin boğazınıza yapışması	1	2	3	4	5
Yemeklerin ağzınıza yapışması	1	2	3	4	5
Yiyecek veya içeceklerin ağzınızdan taşması	1	2	3	4	5
Yiyecek veya içeceklerin burnunuzdan geri gelmesi	1	2	3	4	5
Yiyecek veya içecekler takıldığında öksürerek ağzınızdan dışarı atma	1	2	3	4	5

EK-6 (Devamı)

4. Lütfen yutma probleminizin geçtiğimiz ay içinde yemek yemenizi ve beslenme düzeninizi nasıl etkilediği ile ilgili aşağıdaki birkaç soruyu cevaplayınız.

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Tamamen doğru	Çokça doğru	Orta derecede doğru	Çok az doğru	Hiç doğru değil
Ne yiyebileceğime karar vermek benim için bir problemdir.	1	2	3	4	5
Hem sevdiğim hem de yiyebildiğim besinleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5

5. Geçtiğimiz ay içinde **yutma probleminiz** nedeniyle iletişim kurma ile karşılaşabileceğiniz aşağıdaki ifadeleri **ne sıklıkla** yaşadınız?

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Her zaman	Çoğunlukla	Arasıra	Nadiren	Hiçbir zaman
İnsanlar beni anlamakta zorlanıyorlar.	1	2	3	4	5
Benim için anlaşılır şekilde konuşmak zordur.	1	2	3	4	5

6. Aşağıda **yutma problemi** olan insanların bazen hissettikleri kaygı/endişeleri yer almaktadır. Geçtiğimiz ay içinde bu hislerin her birini **ne sıklıkta** yaşadınız?

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Her zaman	Çoğunlukla	Arasıra	Nadiren	Hiçbir zaman
Yemek yediğimde tıkanacağımdan korkuyorum.	1	2	3	4	5
Zatürreye yakalanmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
Ne zaman tıkanacağımı hiçbir zaman bilmiyorum.	1	2	3	4	5
Sıvıları içerken boğulmaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5

EK-6 (Devamı)

7. Geçtiğimiz ay içinde **yutma probleminiz** nedeniyle aşağıda belirtilen ifadeler sizin için **ne sıklıkta** doğrudur?

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Tamamen doğru	Çokça doğru	Orta derecede doğru	Çok az doğru	Hiç doğru değil
Yutma problemimle uğraşmaktan bıktım.	1	2	3	4	5
Yerken veya içerken dikkatli olmak zorunda kalmak beni huzursuz ediyor.	1	2	3	4	5
Yutma problemim cesaretimi kırıyor.	1	2	3	4	5
Yutma problemim beni yıldııyor.	1	2	3	4	5
Yutma problemim beni kaygılandırıyor.	1	2	3	4	5

8. Geçtiğimiz ay içindeki sosyal yaşamınızı düşününüz. Aşağıdaki ifadelere ne kararlılıkla katılır veya katılmazsınız?

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Tamamen doğru	Çokça doğru	Orta derecede doğru	Çok az doğru	Hiç doğru değil
Yutma problemim nedeniyle yemek için dışarıya çıkmam.	1	2	3	4	5
Yutma problemim sosyal hayatım olmasını zorlaştırır.	1	2	3	4	5
Yutma problemim nedeniyle günlük işlerim ve boş zaman aktivitelerin değişti.	1	2	3	4	5
Sosyal toplantılar (tatiller veya bir araya gelmeler) yutma problemim nedeniyle eğlenceli değil.	1	2	3	4	5
Yutma problemim nedeniyle ailem ve arkadaşlarımla olan ilişkilerim değişti.	1	2	3	4	5

EK-6 (Devamı)

9. Geçtiğimiz ay içinde, fiziksel semptomlarla ilgili ifadelerin her birini **ne sıklıkta** yaşadınız?

(Her satır için sadece bir numara işaretleyiniz)

	Her zaman	Çoğunlukla	Arasıra	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendimi güçsüz hissettim.	1	2	3	4	5
Uykuya dalmakta güçlük çektim.	1	2	3	4	5
Yorgun hissettim.	1	2	3	4	5
Uykumu sürdürmekte güçlük çekiyorum.	1	2	3	4	5
Tükenmiş hissettim.	1	2	3	4	5

10. Şu anda herhangi bir yiyecek veya içeceği beslenme tüpü aracılığı ile alıyor musunuz? (Yalnızca bir seçenek işaretleyiniz)

Hayır.....1

Evet2

11. Geçtiğimiz hafta içerisinde çoğunlukla yediğiniz besinlerin kıvamı-sertliğini en iyi ifade eden **seçeneği lütfen işaretleyiniz.**

(Yalnızca bir seçenek işaretleyiniz.)

- A. Biftek, havuç, ekmek, salata, patlamış mısır gibi çiğnemesi zor olan besinlerde dahil olmak üzere farklı çeşitlilikte tüm besinleri kapsayan tamamen normal beslenme düzenine sahipseniz bu seçeneği işaretleyiniz.
- B. Haşlanmış/güveçte pişirilmiş yemekler, konserve yiyecekler, fazla pişirilerek yumuşamış sebzeler, kıyma ve kremalı çorbalar gibi çiğnemesi kolay, yumuşak besinleri yiyebiliyorsanız bu seçeneği işaretleriniz.
- C. Yemeklerinizi karıştırıcı, mutfak robotu veya buna benzeyen herhangi bir aletten geçirerek puding veya püre kıvamında yiyorsanız bu seçeneği işaretleyiniz.
- D. Beslenmenizin çoğunu tüp aracılığı ile yapıyorsanız, fakat bazen dondurma, puding, elma kompostosu gibi hoşlandığınız bazı yiyecekleri ağızdan alıyorsanız bu seçeneği işaretleyiniz.
- E. Beslenmenizin tamamını beslenme tüpü aracılığı ile yapıyorsanız bu seçeneği işaretleyiniz.

EK-6 (Devamı)

12. Geçtiğimiz hafta içinde sıklıkla içtiğiniz içeceklerin kıvam/yoğunluğunu en iyi ifade eden aşağıdaki ifadelerden bir tanesini işaretleyiniz.

(Yalnızca bir seçenek işaretleyiniz.)

- A.** Su, süt, çay, meyve suyu kahve gibi sıvıları içtiyseniz bu seçeneği işaretleyiniz.
- B.** İçtiğiniz içeceklerin çoğu domates veya kayısı suyu gibi koyu kıvamlıysa bu seçeneği işaretleyiniz. Bu sıvılar kaşığınızı ters çevirerek döktüğünüzde yavaşça akar.
- C.** İçecekleriniz salep veya boza gibi orta koyulukta ise bu seçeneği işaretleyiniz. Bu koyuluktaki sıvıların pipetle içilmesi zordur. Örneğin kaşığınızı ters çevirerek döktüğünüzde yavaşça bal gibi damla damla düşer.
- D.** İçecekleriniz puding kıvamında ise bu seçeneği işaretleyiniz. Böyle koyuluktaki sıvılar kaşığınızı ters çevirerek döktüğünüzde puding gibi kaşığınıza sıvanır.
- E.** Bir aya yakındır ağzınızı nemlendirme amacı dışında hiç sıvı almadıysanız bu seçeneği işaretleyiniz.

13. Genel olarak sağlığınız için ne söylersiniz?

(Yalnızca bir seçenek işaretleyiniz)

Kötü.....	1
Orta	2
İyi	3
Çok iyi	4
Mükemmel	5

TELEFONLA İZLEM VE DANIŞMANLIK FORMU

1. Son bir ay içerisinde atak geçirme durumu

() Evet / Sayısı.....

() Hayır

2. Bu süre içerisinde yutma ile ilgili herhangi bir tanı testi yaptırdınız mı?

() Evet / Açıklama.....

() Hayır

3. Kullandığımız ilaçlarla ilgili olarak değişiklik yapıldı mı?

() Evet / Açıklama.....

() Hayır

4. Yutma güçlüğü ile ilişkili bulgular devam ediyor mu?

() Ses kalitesinde bozulma

() Zayıflamış öksürük

() Anormal gag refleksi

() Su içme sonrası öksürük

() Tükürük ve salya kontrolüne ilişkin sorunlar....

() Çiğneme ile ilgili sorunlar

5. Genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?

Kötü.....1

Orta2

İyi3

Çok iyi4

Mükemmel5

6. Eğitim sırasında size verilen önerileri uyguladınız mı?

a. Her zaman

b. Çoğunlukla

c. Ara sıra

d. Nadiren

e. Hiçbir zaman

7. Eğitimle ilgili olarak görüşleriniz?

a. Oldukça iyi

b. İyi

c. Orta

d. Zayıf / Geliştirilmesi gereken yönler:.....

8. Sormak istediğiniz herhangi bir konu var mı?

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA



EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 -559 - 15/1648.4- 2010

26 Kasım 2015

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Uzm.Sağ.Bnb.E.Gökçe TENEKECİ'ye

İLGİ : GATA K.İğının 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/
Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme
Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 10 Kasım 2015 günü yapılan 13'üncü oturumunda, GATA Hemşirelik Yüksekokulunda İç Hast.Hem.BD.Bşk.İğında Doktora Öğrencisi Uzm.Sağ.Bnb.E.Gökçe TENEKECİ'nin sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Yutma Güçlüğü Olan Multipl Sklerozlu Hastalara Verilen Eğitimin Solunum Komplikasyonları, Beslenme Durumu ve Yutma İle İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı çalışması ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.

Orhan KOZAK
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

EKİ :

Bir Adet Etik Kurul Raporu (Def.Kyt.No:437)

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası : Svl.Me.A.ÖZKAN (Tel : 2298)

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 13
OTURUM TARİHİ : 10 Kasım 2015
DEFTER KAYIT NO : 437
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 10 Kasım 2015 günü yapılan 13'üncü oturumunda, GATA Hemşirelik Yüksekokulunda İç Hast.Hem.BD.Bşk.lığında Doktora Öğrencisi Uzm.Sağ.Bnb.E.Gökçe TENEKECİ'nin sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Yutma Güçlüğü Olan Multipl Sklerozlu Hastalara Verilen Eğitimin Solunum Komplikasyonları, Beslenme Durumu ve Yutma İle İlişkili Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tutum araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

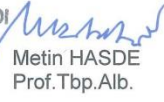
ÜYE

ÜYE

ÜYE


Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.


Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

TOPLANTIYA KATILMADI 
Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Diş.Tbp.Alb.

Metin HASDE
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

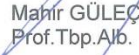
ÜYE

ÜYE

ÜYE


Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI
Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Ömer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

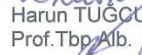
ÜYE

ÜYE

ÜYE


Suzi DEMİRBAĞ
Prof.Tbp.Alb.


Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.


Muharrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.


Emine İYİGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

HYO
(Gülhanım)

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ve EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
ANKARA



İÇ HST. BD. : 50687469-3730-633-15/1601-633

28 Aralık 2015

KONU : Araştırma İzin Talebi

GATA KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞINA

İLGİ : GATA Komutan Bilimsel Yrdc.lığının 08 Aralık 2015 tarihli, EĞT.ÖĞT.: 50687469-3730
1549-15/Mzn.Son.(4)(1648-2136) sayılı ve "Araştırma İzin Talebi" konulu emri.

İlgî emir ile gönderilen, anket yapma talebinde bulunan personelin anket dosyaları
Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu tarafından incelenerek, sonucu EK' te
gönderilmiştir.

Arz ederim.

Kenan SAĞLAM
Profesör Tabip Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

EKİ

EK-A (Anket Değerlendirme Kurulu Raporu)
EK-B (2 Adet Değerlendirme Formu)

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası: Svl.Me. (VHKİ) Ö. GÜŞEN (4007)

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

EK-A

ARAŞTIRMA AMAÇLI ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KURULU RAPORU

S. NO.	ARAŞTIRMACININ KİMLİĞİ	GÖREV YERİ	ARAŞTIRMANIN KONUSU	ARAŞTIRMANIN DURUMU
1	Sağ.Bnb. Elif Gökçe TENKEKÇİ	HYO	Yutma Güçlüğü Olan Multiple Sklerozlu Hastalara Verilen Eğitimin Solunum Komplikasyonları, Beslenme Durumu ve Yutma ile ilişkili Yaşam Kalitesine Etkisi	Anket Kurulu tarafından Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurul Yönergesine göre anketin yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.
2	Nilgün KAHRAMAN	Hacettepe Üniversitesi HYO	Kanser Hastalarının Nüks Korkularının İncelenmesi	Anket Kurulu tarafından Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurul Yönergesine göre anketin yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.



Kenan SAĞLAM
Profesör Tabip Tuğgeneral
İç Hastalıkları BD Başkanı

HİZMETE ÖZEL

Bağlantı Noktası: Svl.Me (V.H.K.I.)Ö. GÜŞEN(4007)

**GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU
(MÜDEHALE GRUBU)**

Sayın Katılımcı:

Bu araştırma yutma güçlüğü yaşayan multiple sklerozlu hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin, solunum komplikasyonları, beslenme durumu ve yutma ile ilişkili yaşam kalitesine etkisinin incelenesi amacıyla planlanmıştır. Araştırma; yutma güçlüğü ile ilgili olarak yaşadığınız tıbbi, fiziki, psikolojik ve sosyal sorunları, sizin ifadelerinizle belirlemek, bakım ve eğitim gereksinimlerinizi saptamak ve buna göre planlı eğitim ve takip programı uygulayıp, etkinliğini değerlendirmek için yapılmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizinle yüz yüze görüşme yapılacak, yukarıda belirttiğimiz amaca yönelik sorular sorulup, formlar doldurulacak ve eğitim verilecektir. Bu görüşmedeki konuşmalar kayıt edilecektir. Eğitimden sonra araştırmacı tarafından telefonla aranarak durumunuzla ilgili bilgi alınacaktır. Araştırmadan elde edilecek sonuçların, yutma güçlüğü yaşayan hastaların hastalık yönetimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün adı, imzası, adresi (varsa telefon no, faks no):

Araştırmayı yapan araştırmacının adı, imzası

Elif Gökçe TENKEKİ

Uzman Hemşire

0505 860 46 23

**GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU
(KONTROL GRUBU)**

Sayın Katılımcı:

Bu araştırma yutma güçlüğü yaşayan multiple sklerozlu hastalara hemşire tarafından verilen eğitimin, solunum komplikasyonları, beslenme durumu ve yutma ile ilişkili yaşam kalitesine etkisinin incelenesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizinle yüz yüze görüşme yapılacaktır, yukarıda belirttiğimiz amaca yönelik sorular sorulup, formlar doldurulacaktır. Bu görüşmeden sonra süreçte araştırmacı tarafından telefonla aranarak durumunuzla ilgili bilgi alınacaktır. Araştırmadan elde edilecek sonuçların, yutma güçlüğü yaşayan hastaların hastalık yönetimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün adı, imzası, adresi (varsa telefon no, faks no):

Araştırmayı yapan araştırmacının adı, imzası

Elif Gökçe TENKEKİ

Uzman Hemşire

0505 860 46 23



**YUTMA GÜÇLÜĞÜ OLAN MULTİPL SKLEROZLU HASTALAR İÇİN HASTA
EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

Hazırlayan: Elif Gökçe TENEKECİ

2016 ANKARA

Yutma nedir? Nasıl gerçekleştirilir?

İnsanların yaşamlarını sürdürebilmeleri için beslenmeleri gereklidir. Beslenmenin gerçekleşebilmesi için alınan gıdaların güvenli bir şekilde ağız boşluğundan mide ve bağırsaklara ulaşabilmesi gerekir. Gıdaların ağız boşluğundan mideye gönderilmesine yutma denir. Yutma, kısmen istemli kontrol edilen kısmen de istem dışı (reflekslerle) gelişen bir süreçtir. Yutma 4 ayrı aşamada gerçekleşir:

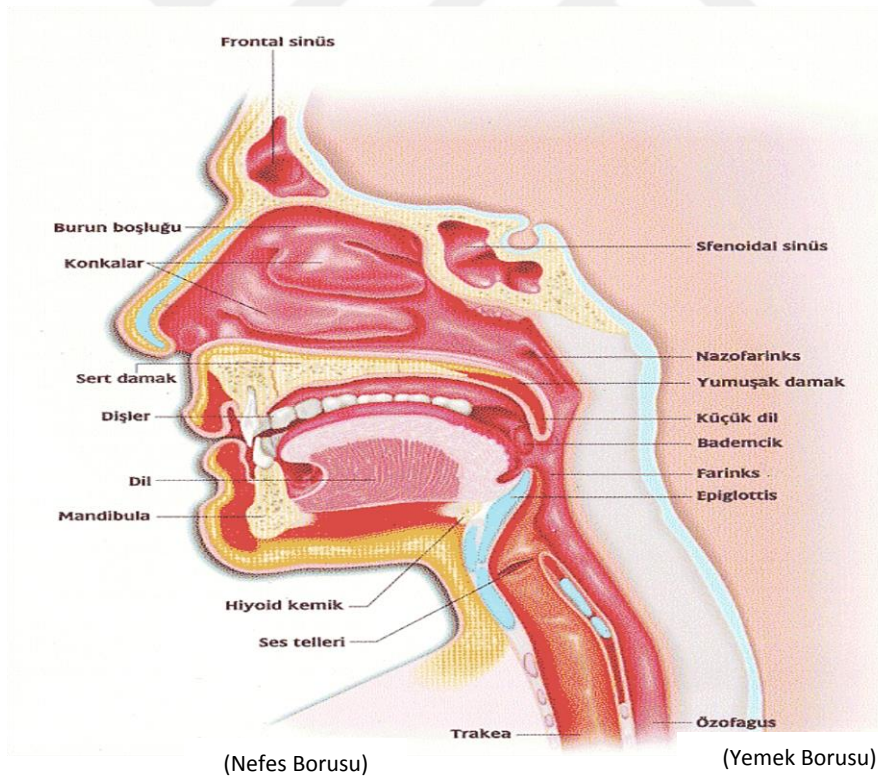
Oral (Ağız) hazırlık aşamasında yiyecek, ağza alınıp dil ve dişler yardımıyla lokma haline getirilir.

Oral aşama, yiyeceğin lokma haline getirilip dil tarafından arkaya doğru itilmesiyle başlar.

Yutak (Farengeal) aşaması, hızlı ve reflekslerle gerçekleşen bir süreçtir. Bu aşama hava yolunun korunması için yumuşak damağın kalkması, adam elmasının (gırtlığın) öne ve yukarı hareketi ve bazı kıkırdak yapıları ile ses tellerinin kapanması ile gerçekleşir.

Yemek borusu (Özefageal) aşamasında lokma, yemek borusu aracılığıyla mideye kadar ulaşır.

Aşağıdaki şekilde yutma ile ilişkili vücut yapıları yer almaktadır:



Şekil: Yutma ile ilişkili yapılar

Yutma güçlüğü (Disfaji) nedir?

Disfaji, katı veya sıvı gıdaları yutmada yaşanan güçlük olarak tanımlanmaktadır. Beynin, yutma kaslarını yöneten kısımlarındaki veya sinir-kas bağlantısının herhangi bir yerindeki bozukluk (lezyon) nedeniyle ortaya çıkar.

Disfaji neden önemlidir?

Multipl Skleroz (MS) gibi nörolojik hastalıklarda lokmanın taşınmasında ve yönlendirilmesinde yetersizlik ortaya çıkar ve bunun sonucunda lokma burun boşluğu, gırtlak veya nefes borusuna kaçır. Bu duruma aspirasyon adı verilir. Yiyecek veya içeceklerin aspire edilmesi ise **aspirasyon pnömonisi** olarak adlandırılan akciğer enfeksiyonuna neden olur.

Yutma güçlüğü nedeniyle yeterli miktarda su/sıvı alınamaması sonucu vücudun su miktarı azalır. Bu duruma **dehidratasyon** adı verilir. Dehidratasyon, özellikle böbrekler, kalp, beyin ve karaciğer için başka bozukluklara da yol açar.

Yutma güçlüğü, katı veya sıvı besinlerin alımını zorlaştırdığı için hastalarda beslenme problemlerine ve yetersizliğine neden olur. Bu duruma **malnütrisyon** adı verilir ve temel besin öğelerinin çeşitli nedenlerle alınamaması anlamına gelir. Malnütrisyon nedeniyle yara iyileşmesi gecikir, enfeksiyon ve başka kronik hastalıkların görülme sıklığı ile ölüm riski artar.

Ayrıca yapılan araştırmalar, yutma güçlüğü yaşayan hastaların yemek yeme sırasında panik ve anksiyete yaşadıklarını, yemek yemekten keyif alamadıklarını ve kaçındıklarını göstermiştir. Bu nedenle yutma güçlüğü yaşayan hastaların yaşam kaliteleri düşmekte ve benlik saygıları zalmaktadır.



Disfajinin nedenleri nelerdir?

1. Nörolojik nedenler

- Serebrovasküler olay
- Travmatik beyin hasarı
- MS
- Amyotrofik lateral skleroz
- Parkinsonizm
- Alzheimer
- Serebral palsi
- Guillain-Barré sendromu
- Poliomyelit
- Enflamatuar miyopatiler (polimiyozit, dermatomiyozit)
- Myastenia Gravis
- Ensefalit/menanjit

2. Yaşlılık

3. Özefagus hastalıkları

4. Baş ve boyun bölgesi kanserleri

5. Trakeostomi, nazogastrik tüp

6. Radyoterapi ve kemoterapi

Belirtileri nelerdir?

- Katı gıdaları (et, ekmek ve benzeri) yutarken zorluk yaşama,
- Sıvıları (su, süt ve çay gibi) yutarken zorluk yaşama,
- Gıdaların boğaza yapışması veya boğazda kalması,
- Yutma sırasında veya sonrasında öksürük ve boğulma hissi,
- Sık sık boğazı temizleme ihtiyacı hissetme,
- Besinleri yutmadan önce uzun süre ağızda bekletme,
- Çiğnemedede zorluk hissetme,
- Yemek sırasında nefes darlığı yaşama,
- Yemek yeme süresinin uzaması, bir öğünü bitirememe ya da çok hızlı yutma,
- Ağız ve yutakta his azalması,
- Yutma sırasında ağrı hissetme,
- Yutma sırasında veya sonrasında ses kalitesinde bozulma (ıslak veya kısık ses),
- Salya artışı ve salyanın kontrolünde azalma,
- Yutma sırasında gırtlığın hareket etmemesi,
- Sık sık akciğer enfeksiyonu geçirme,
- Kilo kaybı.

Bu belirtilerden en az birini yaşıyorsanız aşağıda belirtilen yutma değerlendirme testlerini yaptırmalısınız. Lütfen doktorunuza başvurunuz!!!

Disfajide tanı ve değerlendirme nasıl yapılır?

Yutma güçlüğünün değerlendirilmesinde hasta hikayesi ve muayenesi, kapsamlı nörolojik değerlendirme, videofloroskopik yutma çalışması (yutma sırasında seri halde film çekilerek yutma ile ilişkili yapıların görüntülenmesi), fiberoptik yutma değerlendirmesi (ucunda kamera olan bir cihaz yardımıyla yutağın gözlemlenmesi) ve elektromyografi (yutma kaslarının kasılması sırasındaki aktivitelerinin ölçülmesi) yapılmaktadır.

Disfajiniz varsa neler yapabilirsiniz?



Aşağıda disfajinin kontrol edilebilmesine yardımcı bazı öneriler yer almaktadır. Sizinle yapılacak görüşmede size özgü olarak bir program oluşturulacaktır. Bu programda yer alan uygulamaları yapmanızın komplikasyon görülme sıklığını azaltacağı, yutma fonksiyonunuzu ve yaşam kalitenizi olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Lütfen hemşireniz tarafından size verilen önerilere uyunuz!!!

A. Oral hijyenin sürdürülmesi, ağız ve diş bakımı

Aşağıda hijyenin sürdürülmesi, ağız ve diş bakımı ile ilgili bazı öneriler yer almaktadır. Bu önerilere uymanız **yutma fonksiyonunuzu iyileştirecektir**. Ayrıca ağızdaki mikrobik kolonizasyonu azaltarak ve öksürük refleksini uyararak **aspirasyon pnömonisi gelişimini engelleyecektir**. Bunun yanı sıra ağız bakımı ile ağızda oluşan kötü kokular giderilecek, tat alma duyusu ve dolayısıyla yemek yemekten alınan zevk artacaktır.

1. Her öğünden (yemekten) sonra en az beş dakika dişlerinizi fırçalamalısınız.
2. Diş fırçalama sırasında yanağınızın iç yüzü, dilinizin üzeri ve damağınızı fırçanın sırtı ile fırçalamalısınız.
3. Diş protezi kullanıyorsanız protez plak temizleyici kullanmalısınız.
4. Geniz akıntınız varsa gargara kullanmalısınız.
5. Altı ayda bir diş hekiminize kontrole gitmelisiniz.



EK-11 (Devamı)

B. Yemek yerken doğru pozisyon, baş ve gövdenin besin akışına göre ayarlanması

1. Bir şey yerken veya içerken mümkünse oturur pozisyonda olmalısınız.
2. Hiçbir şekilde yatarken veya uzanırken bir şey yiyip içmemelisiniz.
3. Sandalyede oturmalı ve belinizi sandalyenin sırtına yaslamalısınız. Oturma açınız en az 60-90 derece olmalıdır.
4. Yemek yedikten sonra en az 30 dakika oturur pozisyonda kalmalısınız. Yemek yedikten hemen sonra uzanmak ya da yatar pozisyonda olmak sakıncalıdır.
5. Bir şey içerken başınızı geriye atmanız (başın hiper-ekstansiyonu) içeceklerin soluk borunuza kaçmasına neden olur. Bu pozisyondan kaçınmalısınız. Dar ağızlı bardaklar ve pet şişeler başınızın hiperekstansiyonuna neden olur. Bu nedenle geniş ağızlı bardaklar kullanılmalısınız. Örneğin bir pet bardağın ağız kısmını yarım ay şeklinde keserek kullanabilirsiniz.
6. Sıvının ağzınızın içindeki kontrolünü azaltacağından bir şey içerken pipet kullanmamalısınız.



C. Çevresel faktörlerin kontrol altına alınması ve yemek yenilen ortamın düzenlenmesi

1. Yemek yeme sırasında sadece yemek yemeye odaklanmalısınız.
2. Yemek yediğiniz ortam sessiz ve sakin olmalıdır. Yemek yerken televizyon, cep telefonu, tablet bilgisayar ya da diğer dikkat dağıtan objelerden uzak durmalısınız.
3. Eğer solunum sıkıntısı yaşıyorsanız ve oksijen maskesi ya da nazal kanül kullanıyorsanız bir süre dinlenmeli ve oksijen ihtiyacınızı karşıladıktan sonra yemek yemeye başlamalısınız.
4. Yemek yeme sırasında yorulduysanız veya yeniden solunum sıkıntısı yaşadıysanız yemeğe bir süre ara vermeli ve dinlenmelisiniz.
5. Yemek sırasında özellikle ağzınızda lokma varken konuşmamalısınız.
6. Besinleri küçük parçalar halinde almanız, çiğnemenizi ve yutmanızı kolaylaştırır. Yarım kaşık, tatlı kaşığı veya çay kaşığı kullanılmalıdır.
7. Farklı çeşit yemek gruplarının aynı anda ağıza alınması kıvamın ayarlanmasında zorluk yaratır. Bu nedenle katı veya sıvı gıdaları aynı anda tüketmemelisiniz.

8. Yavaş yemelisiniz ve besinleri aldıktan sonra yeterince çiğnemelisiniz.

9. Sıvı gıdaları tüketirken ağzınıza büyük miktarlarda almamalısınız. (Ağzınızı tamamıyla doldurmamalısınız)

EK-11 (Devamı)

Ç. Beslenme ve diyet

1. Disfaji sadece sıvıları yutma güçlüğü, sadece katıları yutma güçlüğü veya hem katı hem de sıvıları yutma güçlüğü şeklinde görülebilir.

2. Diyet önerileri daha güvenli ve kolay yutmayı sağlar. Yutma yeteneğinizi etkilemez. Amaç, besinlerin nefes borusuna kaçma riskini azaltmaktır.

3. Beslenme öncesinde ve sonrasında, ağzınızda yemek kalıntısı olup olmadığını mutlaka kontrol etmelisiniz.

4. Sıvıları yutma güçlüğü yaşıyorsanız, kıvam arttırıcı (koyulaştırıcı) kullanmalısınız.

5. Katı besinleri yutma ve özellikle çiğneme güçlüğü yaşıyorsanız bu besinleri püre haline veya fazla pişirerek yumuşak kıvama getirmelisiniz.

Aşağıda besin ve içeceklerin kıvamı/sertliği/yoğunluğunun derecelendirildiği bir tablo yer almaktadır. Lütfen diyetisyeninizin önerileri doğrultusunda bu tabloda işaretlenen besin ve içecekleri tüketiniz !!!

Derece	KATI	Derece	SIVI
A/ Normal	☐ Biftek, havuç, salata ekmek, patlamış mısır gibi çiğnemesi zor olan besinlerde dahil olmak üzere farklı çeşitlilikte tüm besinleri kapsayan tamamen normal besinler	A/ Normal	☐ Su, süt çay, meyve suyu gibi sıvıların tamamı
B/Yumuşak	☐ Haşlanmış, iyi pişirilmiş, konserve yiyecekler çok fazla pişirilerek yumuşamış sebzeler, kıyma veya kremalı çorbalar gibi çiğnemesi kolay besinler	B/ Biraz kıvamlı	☐ Domates veya kaysı suyu gibi daha koyu kıvamlı sıvılar

C/ Kıyılmış	☐ Blender, mutfak robotu veya buna benzer herhangi bir aletten geçirilen puding, püre kıvamındaki yiyecekler	C/Hafif kıvamlı	☐ Salep veya boza gibi orta koyulukta sıvılar
D/Püre	☐ Beslenme tüpüne ek olarak puding, elma kompostosu gibi gıdalar	D/Orta derecede kıvamlı	☐ Puding ve püre kıvamında sıvılar
E/Sıvılaştırılmış	☐ Sadece beslenme tüpü	E/ Çok kıvamlı	☐ Sıvı alımı yok

EK-11 (Devamı)

D. Yutma egzersizleri

Aşağıda bazı yutma egzersizleri yer almaktadır. Lütfen terapistinizin önerileri doğrultusunda bu tabloda belirlenen egzersizleri önerilen sayı ve tekrarda yapınız!!!

☐

1. Parmaklarınızı boynunuzda gırtlığınızın üzerine yerleştirin,
2. parmaklarınızla gırtlığınızın sağa ve sola yukarı aşağıya hareket ettirin.
 - Günde -5-defa-10-dakika

☐

1. Parmaklarınızı boynunuzda gırtlığınızın üzerine yerleştirin,
2. Normal bir şekilde yutkunun, yutma sırasında ellerinizle gırtlığınızın yukarı çıktığını hissedin,
3. Tekrar yutkunun ve yutkunduğunuz sırada gırtlığınızın en üst noktada tutmaya çalışın 5 saniye aşağı inmesine izin vermeyin,
4. Rahatlayın, bir şey yiyip içtiğinizde tekrarlayın.
 - Günde -5-defa-10-tekrar



EK-11 (Devamı)



1. Dilinizi hafifçe dışarı çıkarın,
2. Dişlerinizle dilinizi tutun,
3. Dili bu şekilde tutarak yutkunun,
4. Bu egzersizi yaparken tükürüğünüzü ve tekrarlar arasında su kullanabilirsiniz.
 - Günde -5-defa-10-tekrar

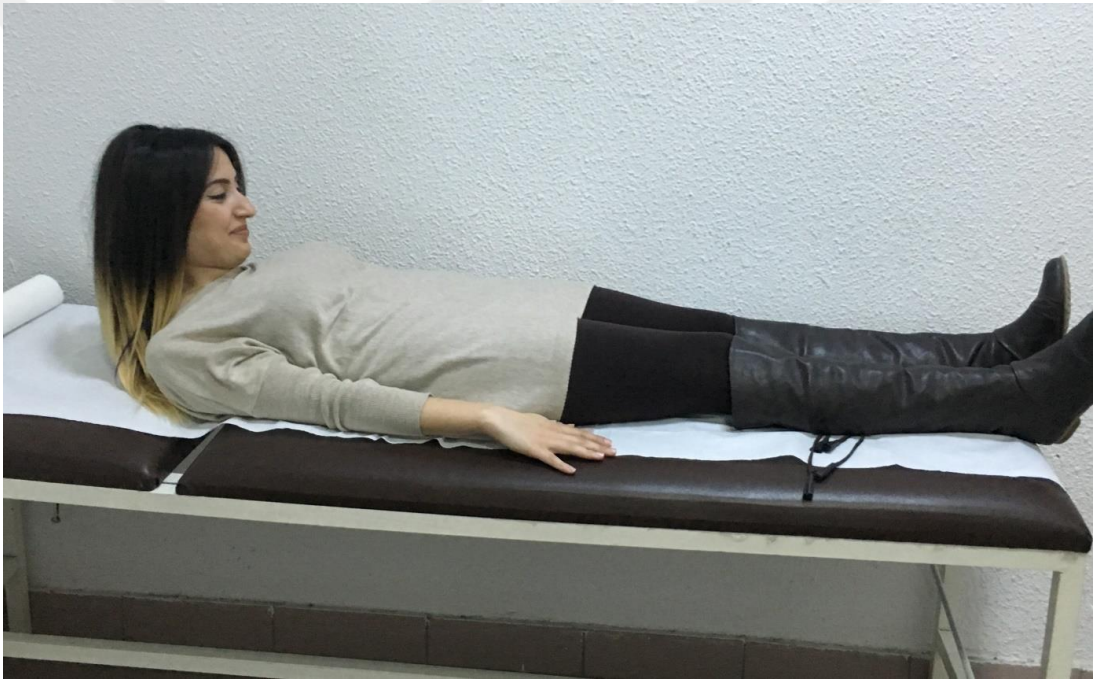


1. Başınızın altına yastık koymadan uzanın
2. Omuzlarınızı kaldırmadan sadece başınızı kaldırarak ayak parmaklarınıza bakın
3. 1 (bir) dakika bu pozisyonda kalın
4. Başınızı hafifçe serbest bırakın rahatlayın
5. 3 kez tekrarlayın, tekrarlar arasında 1 dakika bekleyin
 - Günde -3-defa-3-tekrar

EK-11 (Devamı)



1. Başınızın altına yastık koymadan uzanın
2. Omuzlarınızı kaldırmadan sadece başınızı kaldırın ve ayak parmaklarınıza bakın
3. Başınızı kontrollü bir şekilde geri bırakın
4. 30 defa tekrarlayın aralarda toplam 4 defa dinlenebilirsiniz
 - Günde -3-defa-30-tekrar



EK-11 (Devamı)



1. Başınızı geriye doğru alın tavana bakın
2. Su veya kendi tükürüğünüzle gargara yapar gibi yapın
3. Tekrar aralarında 10 saniye dinlenin
 - Günde -5-defa-**10X3 (30)**-tekrar



Esniyormuş gibi ağzınızı genişçe açın, boğazınızdaki tüm kasların açıldığını ve gevşediğini hissedin

- Günde -5-defa-5-tekrar

EK-11 (Devamı)

☐

1. Ellerinizi önde birleştirin,
2. Tüm boyun ve çene kaslarınızı kasarak iiiiiiiii sesi çıkarın.
 - Günde -5-defa-5 tekrar

☐

1. Ellerinizi önde yumruk yapın,
2. Tüm boyun ve çene kaslarınızı kasarak iiiiiiiii sesi çıkarın.
 - Günde -5-defa-5 tekrar

EK-11 (Devamı)



1. Ellerinizi önde yumruk yapın,
2. Tüm boyun ve çene kaslarınızı kasarak iiiiiiiiii sesi çıkarın.
 - Günde -5-defa-5 tekrar



- Metal kaşığın sapını kullanarak yanağın iç yüzü ile dişler arasına masaj yapın.
- Günde -5-defa-**200** tekrar sağ yanak, **200** tekrar sol yanak.

Kaynaklar :

1. Wheeler-Hegland, Karen ve ark. "Evidence-based systematic review: oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part II-impact of dysphagia treatment on normal swallow function." *J Rehabil Res Dev* 46.2 (2009): 185-94.
2. Ashford, John ve ark. "Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part III—Impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders." *J Rehabil Res Dev* 46.2 (2009): 195-204.
3. Miller, Ruth ve Karen Krawczyk. "Dysphagia Training Programmes: 'Fixes that Fail' or Effective Inter-Disciplinary Working?." *International Journal of Language & Communication Disorders* 36.sup1 (2001): 379-384.
4. Sonia Sandhaus, M. S. N., ve Faith Harrell. "Promoting evidence-based dysphagia assessment and management by nurses." *Journal of gerontological nursing* 35.6 (2009): 20.
5. Chadwick, Darren D., Jane Jolliffe, ve Juliet Goldbart. "Carer knowledge of dysphagia management strategies." *International Journal of Language & Communication Disorders* 37.3 (2002): 345-357.
6. <http://iddsi.org/resources/framework/> (http://iddsi.org/wp-content/uploads/2015/06/IDDSI_Labels_translation-summary_GOTHAM_White.pdf)
7. Puff, Cheek. "Facial Strengthening Exercises." The Ohio State University Medical Center, 2003.