



BÖLÜM 8.1.a.

Aletsel Olmayan Yutma Değerlendirmesi: Oral-Motor

Ayşegül YILMAZ¹

Fiziki Değerlendirme: Oral-Motor Muayene

Fiziksel muayene değerlendirmenin ilk basamağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak ilk değerlendirme, hastanın odaya girdiği andan itibaren terapistin gözlemleri ile başlamaktadır. Fizik muayeneyi yaparken hem yapıyı hem de işlevi değerlendirmek önemlidir. Dinlenme halindeki yapılar, alt motor nöron gevşekliği gibi altta yatan fizyolojik ve/veya nörolojik patolojiler için görsel ipuçları sağlayabilir. Benzer şekilde, yapıların hareketi, yutma ve belirli kraniyal sinirlerin tutulumu için kritik yönlerin gücü ve hızı hakkında bilgi verir. Yutma için en kritik olan kraniyal sinirler V, VII, IX, X ve XII'dir. Tablo1de fiziksel değerlendirme sırasında gerekli olan temel klinik ölçümleri görebilirsiniz. İncelenen uygun fiziksel özelliklerle birlikte değerlendirme için bu kraniyal sinirlerin ve sensorimotor bölgelerin listesi yer almaktadır.

¹ Öğr. Gör., Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ylmzysgl@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-1864-6235

Özetle, klinik oral motor yutma değerlendirmesi bir tarama aracı olarak kabul edilmez, ancak disfajinin varlığının veya yokluğunun belirlenmesi açısından önemlidir. Dil ve konuşma patoloğunun hastanın öyküsünden/ tıbbi kaydından, fiziksel/nörolojik/bilişsel işlevinden ve gerekli görüldüğünde gerçek yutma denemelerinden elde ettiği bilgileri birleştirerek hastanın işlevsel beslenme ve yutma becerisine ilişkin genel bir fikir edinmesine olanak tanır. Çoğu zaman hastalar oral motor değerlendirmeden sonra ek aletsel değerlendirme ve testler için yönlendirilecektir. Ancak bazen bu değerlendirme tek başına bir son olabilir. Mümkünse hastanın yemek yerken gözlemlenmesi, değerlendirme sürecinde genellikle başka bir yararlı adımdır. Aspirasyonun çok önemli olmasına rağmen, bir disfaji değerlendirmesinin çok daha önemli olduğunu anlamak çok önemlidir. Terapist, hastanın genel sağlık durumundan ödün vermeden beslenme gereksinimlerine uygun miktarlarda yiyecek ve sıvıyı güvenli bir şekilde alma yeteneğini belirlemelidir. Bu yeteneklerin fiziksel bir değerlendirmesi, disfaji için herhangi bir kapsamlı değerlendirmenin önemli bir parçasıdır.

Kaynaklar

1. Palmer JB, Drennan JC ve Baba M. Evaluation and treatment of swallowing impairments. *American family physician*; 2000; 61 (8): 2453-2462.
2. Clave P, Kraa MD, Arreola VV, Girvent M, Farre R, Palomera E, Serra-Prat M. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*; 2006; 24(9):1385-1394.
3. Hughes TAT, Wiles C. Clinical measurement of swallowing in health and in neurogenic dysphagia. *Q J Med*. 1996;89:109-16.
4. Lazarus C, Logemann JA, Huang CF, Rademaker AW. Effects of two types of tongue strengthening exercises in young normals. *Folia Phoniatri Logop*. 2003;55:199-205.
5. Yeates EM, Molfenter SM, Steele CM. Improvements in tongue strength and pressure generation precision following a tongue-pressure training protocol in older individuals with dysphagia: three case reports. *Clin Interv Aging*. 2008;3:735-47.
6. Hewitt A, Hind J, Kays S, Nicosia M, Doyle J, Tompkins W, et al. Standardized instrument for lingual pressure measurement. *Dysphagia*. 2008;23:16-25.
7. Yoshida M, Kikutani T, Tsuga K, Utanohara Y, Hayashi R, Akagawa Y. Decreased tongue pressure reflects symptom of dysphagia. *Dysphagia*. 2006;21:61-5.
8. McCullough GH, Wertz RT, Rosenbek JC. Sensitivity and specificity of clinical/bedside examination signs for detecting aspiration in adults subsequent to stroke. *J Commun Disord*. 2001;34:55-72.
9. Utanohara Y, Hayashi R, Yoshikawa M, Yoshida M, Tsuga K, Akagawa Y. Standard values of maximum tongue pressure taken using newly developed disposable tongue pressure measurement device. *Dysphagia*. 2008;23:286-90.

10. White R, Cotton SM, Hind J, Robbins J, Perry A. A comparison of the reliability and stability of oro-lingual swallowing pressures in patients with head and neck cancer and healthy adults. *Dysphagia*. 2009;24:137-44.
11. Robbins J, Kays SA, Gangnon RE, Hind JA, Hewitt AL, Gentry LR, et al. The effects of lingual exercise in stroke patients with dysphagia. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88:150-8.
12. Pace CC, McCullough GH. The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. *Dysphagia*. 2010;25:307-22.
13. Langmore SE, Terpenning MS, Schork A, Chen Y, Murray JT, Lopatin D, et al. Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia*. 1998;13:69-81.
14. Groher ME, McKaig TN. Dysphagia and dietary levels in skilled nursing facilities. *J Am Geriatr Soc*. 1995;43:528-32.
15. Chasen M, Bhargava R. A retrospective study of the role of an occupational therapist in the cancer nutrition rehabilitation program. *Support Care Cancer*. 2010;18:1589-96.