T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNMELİ HASTALARDA DİSFAJİNİN YÖNETİMİNDE GELİŞTİRİLEN KANITA DAYALI REHBERİN HASTA ÇIKTILARINA ETKİSİ

EMİNE ÖZER KÜÇÜK

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2018

T.C.

HACETTEPE ÜNİVERİSTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İNMELİ HASTALARDA DİSFAJİNİN YÖNETİMİNDE GELİŞTİRİLEN KANITA DAYALI REHBERİN HASTA ÇIKTILARINA ETKİSİ

Emine Özer Küçük

İç Hastalıkları Hemşireliği

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. SevgisunKapucu

ANKARA

2018

İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Geliştirilen Kanıta Dayalı Rehberin Hasta Çıktılarına Etkisi

Öğrenci: Emine ÖZER KÜÇÜK

Danışman: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

Bu tez çalışması 18.10.2018 tarihinde jürimiz tarafından "İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programında" doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof.Dr. Hülya BULUT
(Gazi Üniversitesi)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi İmatullah AKYAR
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ayla DEMİRTAŞ
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Zehra GÖK METİN
(Hacettepe Üniversitesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

15 Kasım 2018

Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan ***"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"*** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. (2)
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. (3)

15 /11/2018

EMİNE ÖZER KÜÇÜK

i

---

i "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

*(1) Madde 6. 1. Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

*(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

*(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

** Tez **danışmanının** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.***

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. SevgisunKapucu danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

EMİNE ÖZER KÜÇÜK

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Doç. Dr. Sevgisun Kapucu tez danışmanı olarak araştırmanın her aşamasında yol gösterici katkılarda bulunmuş ve her daim güler yüzüyle motive bir şekilde çalışmamı sağlamıştır. Doktora eğitimim boyunca mesleki ve kişisel gelişimime katkıda bulunmuştur.

Sayın Prof.Dr. Hülya Bulut, Sayın Dr. Öğr. Üyesi İmatullah Akyar, Sayın Doç. Dr. Hatice (Sütçü) Çiçek, tez izleme komitesi üyeleri olarak çalışmanın yapılandırılması ve izlenmesinde katkıda bulunmuştur.

ANEAH Nöroloji Klinik ve Eğitim Sorumlusu Prof. Dr. Zeynep Neşe Öztekin, özellikle Sorumlu hemşire Zahide Karaman ve klinikte çalışan tüm hemşire meslektaşlarım, her türlü yardım, işbirliği ve kolaylığı sağlamışlardır. Uygulamanın, hayata geçirilmesine katkı sağlamışlardır.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan inmeli bireyler, uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamışlardır.

Doç.Dr. Ebru Alemdaroğlu yutma rehabilitasyonuna yönelik eğitim alınmasında değerli katkılar sağlamışlardır.

Sayın Dr. Öğretim Üyesi Mustafa Agâh Tekindal çalışmanın istatistiksel analizine değerli katkılar sağlamışlardır.

Sayın Doç.Dr. Rabia Kahveci, kanıta dayalı rehber geliştirme sürecine değerli katkılar sağlamışlardır.

Sayın Hüseyin Özer, rehberin tasarımına ve görsellerin hazırlanmasına katkı vermişlerdir.

Her an varlıkları ile bana güç veren sevgili ailem; eşim ve oğullarım, sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla, maddi ve manevi destek olmuştur.

ÖZET

Özer Küçük, E., İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Geliştirilen Kanıta Dayalı Rehberin Hasta Çıktılarına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018. Bu çalışmanın yapılma amacı, inme sonrası disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber geliştirilmesi, geliştirilen rehberin NOC çıktıları (Yutma durumu, Aspirasyonun önlenmesi), memnuniyet, beslenme durumu ve yatış gün sayısına etkisinin değerlendirilmesi ve rehberin kullanımına ilişkin hemşire görüşlerinin belirlemesidir. Çalışma metodolojik, deneysel ve nitel tasarımda beş aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ilk iki aşaması, metodolojik olarak yürütülmüştür. Metodolojik aşamada kanıta dayalı rehber geliştirilmiş ve Yutma bozukluğu NOC çıktılarının Türkçeye dil geçerliliği test edilmiştir. Çalışmada hemşirelerin geliştirilen rehberde yer alan kanıta dayalı bilgileri, uygulamaya aktarmalarını geliştirmek için "Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli" kullanılmıştır. Araştırmanın deneysel (zaman serileri tasarımı) tasarımına uygun olarak yürütülen aşamasında rehberin NOC çıktılarına, memnuniyet, beslenme durumu ve yatış gün sayısına etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın örneklemine; Ekim 2016 –Haziran 2018 tarihleri arasında ANEAH hastanesinin nöroloji kliniğine akut inme tanısı ile yatışı yapılan, araştırma kriterlerine uyan 30'u deney 30'u kontrol grubunda toplam 60 hasta alınmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; kanıta dayalı rehberin hasta memnuniyeti ve aspirasyonun önlenmesi NOC çıktısını olumlu etkilediği ($p< 0,05$), yatış gün sayısı, beslenme ve yutma durumu üzerinde ise bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Araştırmanın son aşaması, kanıta dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerini belirlemek için nitel araştırma tasarımında yürütülmüştür. Çalışmamızda, hemşirelerin rehber kullanımının, hasta güvenliği, bakım kalitesi, mesleki yeterlilik, hasta ve hemşire memnuniyetini artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca geliştirilen rehber, kanıta dayalı bilgiye ulaşımı kolaylaştıran bir kaynak olarak tanımlanmıştır. Bu sonuçlara göre; hemşirelerin inmeli hastalarda, disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilen kanıta dayalı rehberin kullanılması önerilir.

Anahtar kelimeler: inme, disfaji, kanıta dayalı, hemşirelik, rehber,

ABSTRACT

Özer Küçük, E., The Effect of Developed Evidence-Based Guideline for Management of Dysphagia in Stroke on Patient Outcomes, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Internal Medical Nursing Program PhD Thesis, Ankara, 2018 This study was conducted to develop an evidence-based guide to the management of post-stroke dysphagia for nurses, to evaluate of the developed guide effects on and the satisfaction, nutritional status and length of hospital stay, the Nursing Outcomes Classification (swallowing and prevention of aspiration) and to garner the opinions of nurses on the use of this guide. The study was conducted in five stages, involving methodologic, experimental and qualitative phases. The first two stages of the research were conducted methodologically, involving the development of an evidence-based guide and tested the validity of the Turkish version of the NOC of swallowing disorders. An "Advanced Research and Clinical Practice Model Based on Close Collaboration" was used to encourage nurses to put the evidence-based information in the guides into practice. In the experimental phase of the research (time series design), the effects of the guide on nursing outcomes, satisfaction, nutritional status and length of hospital stay were evaluated. The study sample included 60 patients (30 in the experimental group, 30 in the control group) who were admitted to the neurology clinics of ANEAH hospital between October 2016 and June 2018 with a diagnosis of acute stroke, and who met the study inclusion criteria. The results of the study revealed that the evidence-based guide has a positive effect on the nursing outcomes of prevention of aspiration and patient satisfaction ($p<0,05$), but had no effect on the length of hospital stay, nutritional and swallowing status of nursing outcome ($p>0,05$). The final phase of the research, designed as a qualitative study, evaluated the opinions of the participating nurses on the use of the evidence-based guide. The study found that the use of the guide by the nurses improved patient safety, care quality, professional competence, and patient and nurse satisfaction. Furthermore, this recently developed guide was defined as a valuable source, facilitating access to evidence-based knowledge. Based on these findings, it is suggested using the evidence-based guide developed for nurses in the management of dysphagia in stroke patients.

Keywords: stroke, dysphagia, evidence-based, nursing, guideline

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	V
TEŞEKKÜR	Vİ
ÖZET	Vİİ
ABSTRACT	Vİİ
İÇİNDEKİLER	İX
SİMGELER VE KISALTMALAR	Xİİ
ŞEKİLLER	Xİİİ
TABLOLAR	XİV
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
1.4. Araştırmanın Etik Yönü	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. İnme	7
2.1.1. İnme Tanımı ve Sıklığı	7
2.1.2. İnmeli Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar	7
2.1.3. İnme ve Disfaji	8
2.2. Disfaji Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları	9
2.2.1. Tedavi Yöntemleri	9
2.2.2. Güvenli Beslenme Stratejileri	10
2.2.3. Disfajide Ağız Bakımı Uygulamaları	11

2.2.4. Beslenme ve Hidrasyonun Sürdürülmesine Yönelik Müdehaleler 12

2.2.5. Hasta ve Sağlık Personelinin Eğitimi 13

2.3. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberleri 14

2.3.1. Klinik Uygulama Rehberlerinin Özellikleri 15

2.3.2. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme 15

2.3.3. Kanıta Dayalı Rehberin Uygulanması 17

2.3.4. Kanıta Dayalı Rehberlerin Hemşirelik Uygulamalarinda Kullanımı 18

2.4. Kanıta Dayalı Hemşirelik ve Uygulama Modellleri 19

2.4.1.Araştırma Kullanımı ve Kanıta Dayalı Uygulama 19

2.4.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modelleri 19

2.4.3. ARCC Model - Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli (YİDAKUM) 21

2.5. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri 23

2.5.1. Hemşirelik Çıktıları Sınıflama Sistemi (NOC) 24

2.5.2. NOC Yutma Bozukluğu Çıktıları 26

3. GEREÇ VE YÖNTEM 27

3.1. Araştırmanın Şekli 27

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı 27

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27

3.4.Örneklem Seçimi 29

3.5.Verilerin toplanması 31

3.5.1.Veri Toplama Araçları 31

3.6. Araştırmanın Uygulaması 36

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi 46

4. BULGULAR 48

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular 49

4.2. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Değişkenlere Karşılaştırılmasına ilişkin Bulgular 51

4.3. Kanıta Dayalı Rehberin Kullanımına Ilişkin Hemşirelerin Görüşlerine Ait Bulgular 52

5. TARTIŞMA 60

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 68

6.1.Sonuçlar 68

6.2.Öneriler 68

7. KAYNAKÇA 69

8. EKLER

Ek-1: Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzinleri
Ek-2: Tez Çalışması Orjinallik Raporu
Ek-3: Tez Çalışması ile İlgili İzin Yazılar
Ek-4: Yutma Bozukluğu NOC çıktıları ölçeği (Türkçe uyarlaması)
Ek-4: Hasta Bilgi Formu
Ek-5: NIH (Ulusal Sağlık Enstitüleri) İnme Skalası
Ek-6: Modifiye Barthel İndeksi
Ek-7: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Kısa formu
Ek-8: Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği
Ek-9: Yatak Başı Yutma Değerlendirme Testi
Ek-10: Yutma Bozukluğu NOC çıktıları ölçeği (Türkçe uyarlaması)
Ek-11: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu
Ek-12: 'Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgi Formu
Ek-13:Davies Tekniğine Göre Ölçeğin Maddelerinin Kapsam Geçerlilik Çalışması
Ek-14: Yutma Bozukluğu NOC çıktıları ölçeği (İngilizce orjinal versiyonu)
Ek-15:Kanıta dayalı rehber geliştirme basamakları
Ek-16: İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Hemşirelere Yönelik Kanita Dayalı Rehber
Ek-15: Disfaji yönetimi ile ilgili hazırlanan broşürler
Ek-16: Disfaji yönetimi ile ilgili hazırlanan afişler

9.ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AGREE	Tanı ve Tedavi Rehberlerini İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği
ANA	Amerikan hemşireler birliği
KDU	Kanıta dayalı uygulamada
KDH	Kanıta dayalı Hemşirelik
MND	Mini Nutrisyonel Değerlendirme
NANDA	Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
NIH	Ulusal Sağlık Enstitüleri
NIC	Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi
NOC	Hemşirelik Çıktıları Sınıflam Sistemi
PEG	Perkutan Endoskopik Gastrostomi
SVH	Serebrovasküler Hastalık
SGD	Subjektif Global Değerlendirme

ŞEKİLLER

Şekil

3.1. Araştırma akış şeması 30

3.2. Araştırma aşamaları 36

3.3. Prizma akış şeması 41

TABLOLAR

Tablo

3.1. YİDAKUM Modelinin aşamaları ve gerçekleştirilen uygulamalar 43

4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı 49

4.2. Hastaların tıbbi durumlarına ait özelliklerinin dağılımı 50

4.3. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların, yatış gün sayısı, memnuniyet, beslenme durumu ve NOC çıktıları puan ortalamalarının karşılaştırılması 51

4.4. Çalışmanın tema ve alt temaları 53

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

İnme, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında kalp hastalığından sonra ikinci ve kalıcı sakatlığa yol açan hastalıklar arasında ise ilk sırada yer alır (1, 2). İnme ile ilgili Türkiye İstatistik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı verilerine göre; Türkiye'de 2017 yılında ölüme sebep olan hastalık grupları içinde dolaşım sistemi hastalıkları (%39,7) ilk sırada, dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin içerisinde serebrovasküler hastalıklar ikinci sırada (%22,9) gelmektedir (1). Küresel Hastalık Yükü Çalışmasında serebrevasküler hastalıkların 2002-2016 arası dönemde erkeklerde %74,2; kadınlarda %26,2 oranında artış gösterdiği belirtilmiştir (3). İnme, hayatta kalan bireylerde özürlülüğe neden olduğu önemli fonksiyon kayıpları ile sağlık harcamaları ve sosyoekonomik açıdan önemli yük oluşturan hastalıklar içinde yer almaktadır (4, 5).

İnme sonrası, gelişebilecek komplikasyonlar; dil, davranış, biliş, bellek, davranışsal ve dikkat bozuklukları, konuşma ve yutma ile ilgili sorunlar, konfüzyon, iletişimin bozulması ve motor kontrolün azalması, üriner ve fekal inkontinans, ağrı, yorgunluk, bozulmuş dolaşım, duyu kaybı, yeti yitimi ve paralizi sonucu hareketsizlik sorunlarıdır (6). İnme sonrasında, hastaların yaşam kalitesini, sağ kalımını etkileyen ve en sık görülen komplikasyonlardan biri disfajidir (6, 7)

Genelde inmeden sonraki ilk 3 gün içerisinde, hastaların %42-67'sinde disfaji yaşanmaktadır (8). Bu nedenle sağlık ekibinin özellikle hemşire ve doktorlarda, disfaji gelişme açısından yüksek riskli hastaların disfaji belirti ve bulguları konusunda farkındalık geliştirilmesi önemlidir. Çünkü iyi yönetilemeyen disfaji; malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonların gelişimine neden olmaktadır (7). Disfajinin olması sessiz aspirasyon riskine de sebep olabilmektedir (6, 7). Disfajili hastaların yarısı besinleri aspire etmekte ve üç hastadan birinde ise aspirasyon pnömonisi gelişmektedir. Disfajili hastalarda kilo kaybı, cilt bütünlüğünde bozulma, yorgunluk, kas güçsüzlüğü ve ölüm riski sıklıkla görülmektedir (7-9). Ayrıca disfajinin depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara da yol açtığı belirtilmiştir (8, 9). Disfajiye bağlı komplikasyonlar, hastanede yatış süresinin uzamasına, tekrarlı

yatışlara, hastanın bağımlılığının artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına, rehabilitasyonun geç başlanmasına ve tüm bunların sonucu olarak bakım maliyetinin artmasına ve ölüme yol açtığı için, inmeli hastalarda disfajinin yönetimi hayati önem taşır (1, 7, 8, 10-12).

Disfajiye bağlı gelişen komplikasyonların önlenmesi için, inmeli hastalarda disfajinin, hemşireler tarafından etkin bir hemşirelik yaklaşımı ile yönetilmesi gerekmektedir (1, 6-8, 10-12). Disfajinin yönetiminde multidisipliner ekip içerisinde hastaya 24 saat kesintisiz bakım veren hemşireler, bu konuda farkındalığın artırılmasında ve koordinasyonun sağlanmasında kilit roldedir (6, 13). İnmeli hastalarda disfajiye hemşirelik yaklaşımı *tarama, izlem* ve *yönetim*i içerir. Hemşire tarafından yapılan tarama hastalarda disfaji olup olmadığını, aspirasyon riski ve oral beslenme için uygunluğu belirlemek için yapılır. *İzleme süreci* disfaji gelişiminin ya da ciddiyetindeki değişikliklerin bir belirtisi olabilecek klinik belirteçler açısından inme geçirmiş kişilerde yapılan düzenli gözlemleri içerir (14, 15). *Disfaji Yönetimi* ise oral hijyen, uygun diyetsel modifikasyonlar ve güvenli beslenme stratejileri gibi disfaji komplikasyonlarını önlemek için gerekli stratejilerin uygulamaya geçirilmesini kapsamaktadır (7, 15).

Disfajinin tarama, izlem ve yönetimi ile ilgili literatür (8, 9) gözden geçirildiğinde; 1990'ların sonu ile 2000'li yılların başında hemşire ve hekimler tarafından yapılan çalışma sayısında artış olduğu gözlenmektedir. Ayrıca çalışmalar, hemşirelerin disfaji taraması açısından önemli bir rolde olduğu ve hemşirelerin taramada kullanımına uygun çeşitli araçların geliştirilebileceğini göstermektedir (16-19). Ayrıca Uluslararası akreditasyon kuruluşu olan Joint Commission International (JCI), Amerikan Kalp / İnme Birliği ve ülkemizde 2015 yılında yayınlanan inme tanı ve tedavi kılavuzunda; inmeli hastalarda komplikasyonların önlenmesine yönelik, disfaji taramasının geçerli ve güvenilirliği kabul edilmiş araçlarla yapılması ve izlenmesinin önemi vurgulanmaktadır (20).

Literatürde (13, 16-19, 21-24) hemşirelerin inme sonrası gelişen disfajiye yönelik klinik bakım uygulamalarında kanıta dayalı rehberleri ve rehberlerde yer alan destek araçları kullanmalarının, hastaların bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkılarının olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü

iyi düzenlenmiş sistematik incelemelere ve meta analizlere dayalı olarak hazırlanan kaliteli kanıta dayalı uygulama rehberleri, hastalara kanıta dayalı uygulamaların yapılmasını sağlar (25). Ayrıca güncel kanıta dayalı girişimler doğrultusunda bakım verilmesi; beklenen sonuçları iyileştirmekte, hastanede kalma süresini kısaltmakta ve maliyeti azaltmaktadır (5)

Literatür (26-34) incelendiğinde, hem disfajili hemde genel inmeli hastalara yönelik geliştirilen kanıta dayalı rehberlerin, hasta çıktısına olan etkisi ile ilgili çalışmalar yer almaktadır. Hines ve ark. (2016)'nın yaptıkları meta analizde; disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehberlerin kullanılmasının aspirasyonun önlenmesi üzerinde önemli etkileri olduğu, ancak yatış gün sayısı üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada hemşire tarafından yapılan disfaji taramasının, disfajili hastalarda göğüs enfeksiyonlarını ve ağızdan herhangi bir şey alınmayan günleri azaltmada ve aspirasyon riski nedeniyle uygunsuz bir şekilde beslenen veya hiç beslenemeyen hasta sayısını azaltmada etkili olduğu da saptanmıştır. Bunun yanısıra disfaji tanısına yönelik klinik tarama eğitimi alan hemşirelerin disfajiye bağlı olumsuz sonuçları azaltmada ve disfajili hastalarının yaşam kalitesinin korunmasında olumlu rol oynayabileceği öne sürülmektedir (28). Literatürde (27, 29, 30, 35) inmeli hastalarda kanıta dayalı rehber ile bakım alan hastalarla rutin bakım alan hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarda, rehber ile bakım verilen hastalarda aspirasyon pnömonisi görülme sıklığının azaldığı belirlenmiştir. Sorensen ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada; yatak başında yapılan disfaji taramasının, iyi bir ağız bakım protokolü ile kombine edildiğinde, aspirasyon pnömonisi riskinin dörtte bir oranında düştüğü gösterilmiştir (30). Yapılan çalışmalarda (36-38) çalıştıkları hastanede resmi bir disfaji izlem protokolü bulunmayan hemşirelerin, inmeli hastalarda disfaji konusunda farkındalıklarının, bilgi ve beceri düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Smalwood ve ark. rehber uygulanan hastanelerde hasta bakım kalitesinde artış olur iken, hasta ve ailenin memnuniyetinin de olumlu etkilendiğini belirlemişlerdir (17). Daniel ve ark. (2013) çalışmasında akut inme ünitesinde disfaji taramasına yönelik kanıta dayalı rehberin uygulamalarda yer alması ile müdahale öncesine göre erken dönemde disfaji taraması yapılan inmeli hasta sayısının dört kat arttığını saptamışlardır (9). Titsworth ve ark. (2013) çalışmasında da, hemşireler tarafından kanıta dayalı disfaji protokolü kullanılması ile disfaji taramasının yaklaşık

iki kat arttığı, hastanede yatış süresinin ve pnömoni görülme sıklığının üçte bir oranında azaldığı tespit edilmiştir (39) .

Tüm bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre; inmeli hastalarda kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin klinikte uygulanması ile hasta çıktılarından, aspirasyon pnömonisi görülme oranlarında, hasta ve ailenin memnuniyetinde, disfaji taraması yapılan inmeli hasta sayısında ve hastanede yatış süresi üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmektedir. Ülkemizde, hemşireler tarafından inmeli hastalarda disfaji taramasının yapıldığı çalışmalara ve disfajiye bağlı komplikasyonları önlemeye yönelik, geliştirilmiş protokol veya rehberlere ulaşılamamıştır. Yalnızca Pınar tarafından 2003 yılında yaşlılara yönelik yutma ile ilgili SOAP (S: Subjective data, O: Objective data, A: Assessment, P: Plan) adı verilen bir protokolün geliştirildiği çalışmaya rastlanmıştır (40). Ayrıca inmeli hastalara bakım veren hemşirelerin rutin olarak yutma fonksiyonlarını değerlendirmede ve disfaji yönetiminde kullanabilecekleri bir rehber bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, inmeli hastalarda disfaji ve aspirasyon riskinin erken dönemde farkedilmesi komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle disfajinin erken dönemde farkedilmesi, izlenmesi, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi ve hemşirelerin disfajiye yönelik farkındalık, bilgi ve becerilerini artırması amacıyla kanıta dayalı girişimlerin başlatılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Buna yönelik olarak bu çalışmada; inme sonrası disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber geliştirilmesi, geliştirilen klinik rehberin hasta çıktılarına (*Yutma durumu ve Aspirasyonun önlenmesi NOC çıktısı, beslenme durumu ve yatış gün sayısı)* etkisinin değerlendirilmesi ve rehberin kullanımına ilişkin hemşire görüşlerinin belirlemesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı;

İnme sonrası disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber geliştirilmesi, geliştirilen klinik rehberin hasta çıktılarına (*Yutma durumu ve Aspirasyonun önlenmesi NOC çıktısı, beslenme durumu ve yatış gün sayısı)* etkisinin değerlendirilmesi ve rehberin kullanımına ilişkin hemşire görüşlerini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

$H0_a$: İnme sonrası disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin, hastaların NOC çıktılarına (yutma durumu, aspirasyonun önlenmesi) etkisi yoktur.

$H1_a$: İnme sonrası disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin, hastaların NOC çıktılarına (yutma durumu, aspirasyonun önlenmesi) etkisi vardır.

$H0_b$: İnme sonrası disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin, hastaların beslenme durumuna etkisi yoktur.

$H1_b$: İnme sonrası disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin, hastaların beslenme durumuna etkisi vardır.

$H0_c$: İnme sonrası disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin, hastaların yatış gün sayısına etkisi yoktur.

$H1_c$: İnme sonrası disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin, hastaların yatış gün sayısına etkisi vardır.

$H0_d$: İnme sonrası disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin, hastaların hasta memnuniyetine etkisi yoktur.

$H1_d$: İnme sonrası disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin, hastaların hasta memnuniyetine etkisi vardır.

1.4. Araştırmanın Etik Yönü

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik açıdan uygun bulunduğuna dair etik kurul onayı almıştır (31.05.2016-no: 16969557-668) (Bkz. EK 1). Araştırmanın yapıldığı hastaneden gerekli izinler alınmıştır (Bkz. EK 3). Araştırmaya katılan bireylerden çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra yazılı izin alınmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

2.1.1. İnme Tanımı ve Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre, inme vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, beyin kan akımının bozulması sonucunda fokal (veya global) serebral fonksiyon bozukluğu belirti ve bulguların bulguların 24 saat ve daha uzun sürmesi ile karakterize, ölümle de sonuçlanabilen klinik bir durumdur (41). İnme, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Her yıl dünyada 15 milyon kişi inme geçirmektedir. Bu kişilerin beş milyonu yaşamını yitirmekte, beş milyonu ise sakat kalmaktadır (42). İnme, dünyada ölüm nedenleri içerisinde koroner arter hastalıklarından sonra 3.sırada yer almaktadır. Sakatlık ve işgücü kaybının ise birinci nedenidir (2, 4). Türkiye'de 2017 yılında ölüme sebep olan hastalık grupları içinde dolaşım sistemi hastalıkları (%39,7) ilk sırada, dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin içerisinde ise serebrovasküler hastalıklar ikinci sırada (%22,9) gelmektedir (1) .

Küresel Hastalık Yükü çalışmasında, serebrevasküler hastalıkların 2002-2016 arası dönemde erkeklerde %74; kadınlarda %26 oranında artış oranında gösterdiği bildirilmiştir (43). Ülkemizde serebrevasküler hastalık (SVH) görülme sıklığı erkeklerde %1,8 iken, kadınlarda ise %2,2'dir. Tüm yaş gruplarında kadınlardaki SVH sıklığı erkeklere göre daha yüksektir. SVH sıklığı açısından bölgeler arasında bazı farklılıklar vardır. Kadınlar açısından Doğu Marmara ve Ortadoğu Anadolu yüzde 3'ün üzerinde sıklıkların görüldüğü bölgelerdir. Erkeklerde ise Batı ve Doğu Karadeniz Bölgeleri SVH sıklığının en yüksek olduğu bölgelerdir (44).

2.1.2. İnmeli Hastalarda Gelişen Komplikasyonlar

İnme sonrasında, iyileşme sürecinde olan hastalarda ileri yaş ve serebrovasküler olayın yaygın bir hastalığın parçası olduğunu dikkate aldığımızda sayısız medikal sorun ve komplikasyon ortaya çıkabilmektedir. Bu komplikasyonlar rehabilitasyon sürecini, sonuçlarını ve inme sonrası hastanın yaşam kalitesini etkileyebilir. Komplikasyonlar hem inme mortalitesini artırır, hem de rehabilitasyonun

geçikmesine ve hastaların daha çok özürlü ve bağımlı kalmalarına neden olabilir. Bu nedenle inme sonrası gelişebilecek komplikasyonların bilinmesi ve erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir (6, 45). İnme sonrası, gelişebilecek komplikasyonlar; dil, davranış, biliş, bellek, davranışsal ve dikkat bozuklukları, konuşma ve yutma ile ilgili sorunlar, konfüzyon, iletişimin bozulması ve motor kontrolün azalması, üriner ve fekal inkontinans, ağrı, yorgunluk, bozulmuş dolaşım, duyu kaybı, yeti yitimi ve paralizi sonucu hareketsizlik sorunlarıdır (6). İnme sonrasında, hastaların yaşam kalitesini, sağ kalımını etkileyen ve en sık görülen komplikasyonlardan biri de disfajidir (6, 7).

2.1.3. İnme ve Disfaji

Genelde inmeden sonraki ilk üç gün içerisinde, hastaların %42-67'sinde disfaji yaşanmaktadır (8). Disfaji besinin ağza alınışından mideye geçişine kadar olan süreçte meydana gelen bozukluktur (6). Aslında yutma eylemi bir günde defalarca meydana gelir ve bu süreç insanlar farkında olmaksızın otomatik olarak gerçekleşir (45). Yutma eylemi, sinir sisteminin hemen hemen tüm seviyelerinde yaklaşık 50 çift kas grubunun çalışması ile gerçekleşen karmaşık bir olaydır (7). Yutkunma işlemi oral hazırlık evresi, oral evre, farengeal evre ve özefagal evre olarak dört evrede gerçekleşmektedir (46). Yutma bozukluğu, bu evrelerin herhangi birinde olabilir, genelde inmeli hastalarda orofarangial disfaji görülür (47). İnmeli hastalarda yutmanın başlaması ve gıdanın üst özofagusa iletilmesi sorunludur.Çünkü inmeye bağlı olarak, ağız, dil, damak, larinks ya da özefagusun üst bölümünün etkilenmesi söz konusudur. Ayrıca inmede postür ve baş kontrolü, otonom bozukluk, tat duyusunda bozulma, oral hijyen eksikliği görme alanı defisiti, üst ekstremite zaafı, bilişsel işlev ve konuşma ve depresyon olması yutmayı etkilemektedir (7). Bu nedenle sağlık ekibinin özellikle hemşire ve doktorların, disfaji gelişimi açısından yüksek riskli hastaların disfaji belirti ve bulguları konusunda farkındalığının olması önemlidir. İyi yönetilemeyen disfaji; malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonların gelişimine neden olur (7, 8). Tüm bu komplikasyonların önlenmesi için inmeli hastalarda disfajinin sağlık ekibi tarafından etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (6-8, 10-12).

2.2. Disfaji Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımları

Disfajiye bağlı komplikasyonların önlenmesi için inmeli hastalarda disfajinin sağlık ekibi tarafından etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (6-8, 10-12). Disfaji yönetiminin amacı, yutmanın değerlendirilmesi, disfaji ve aspirasyon belirti ve bulgularının izlenmesi, uygun hidrasyon ve beslenme desteğinin sağlanması, gıda ve sıvıların soluk borusuna kaçması olasılığının azaltılması ve oral alımın yeniden sağlanması ile gelişecek komplikasyonların önlenmesidir (6, 7). Disfaji yönetiminin her aşamasında hemşireye düşen rol ve sorumluluklar bulunmaktadır. Hemşirenin hastanın beslenmesini sağlama ve zarar görmesini önleme konusunda sorumlulukları vardır. Aynı zamanda disfaji bir hemşirelik tanısıdır. Disfajinin yönetiminde multidisipliner ekip içerisinde hastaya 24 saat kesintisiz bakım veren hemşireler bu konuda farkındalığın artılrılması ve koordinasyonun sağlanmasında kilit roldedir (6). Disfaji yönetimi 5 bileşenden oluşur. Disfaji yönetiminin bileşenleri ve hemşirenin sorumlulukları kanıt temelli olarak aşağıda yer almaktadır;

- Disfaji tedavisinde kullanılan yöntemler
- Güvenli beslenme stratejileri
- Ağız hijyeni uygulamaları
- Beslenme ve hidrasyonun sürdürülmesine yönelik uygulalamalar
- Hasta ve sağlık personelinin eğitimi

2.2.1. Tedavi Yöntemleri

Yutma güçlüklerinde tedavinin temel amacı morbidite ve mortalite artışına neden olan akciğer enfeksiyonları, malnutrisyon ve dehidratasyonu engellemek, hastanın yaşam kalitesini artırarak normal beslenme şekline geçişini sağlamaktır (7, 48, 49).Yutma güçlüklerinin tedavisinde diyet modifikasyonu, kompanse edici teknikler ve terapi yöntemi kullanılır.

a) Diyet Modifikasyonu

Diyet modifikasyonu, yiyecek ve içeceklerin doku ya da kıvamının değiştirilmesidir. Bu yöntem yiyeceklerin kıvam, tat ve ısı değişikliklikliklerin yutma üzerindeki etkisinin tedavide kullanılmasıdır.İnme sonrası disfaji tedavisinde temel yaklaşımlardan yutma etkinliği ve güvenliğini artırmak amacıyla uygulanır.Temelde

normal yiyecek ve içeceklerin özelliklerini değiştirmenin yutmanın daha kolay ve daha güvenli olmasını sağladığı prensibine dayanır. Besin miktar ve yoğunluğunda değişiklik yapılır (15, 47, 50)

b) Kompanse Edici Teknikler

Kompanse edici tedavi teknikleri, tedavinin ilk basamağını oluşturur.Gıdanın güvenli ve kolay bir şekilde ağız boşluğundan farinkse geçişini sağlamak ve aspirasyonu ortadan kaldırmak için uygulanır.Postural teknikler ve yutma manevraları kompanse edici tekniklerdir (48, 49).

c) Terapi Teknikleri

Terapi teknikleri, kompanse edici tekniklerden farklı olarak yutma fizyolojisini değiştirir, hastanın verilen emirleri takip edebilmesi ve kendi kendine tekrarlayabilmesini gerektirir. Yutma için gerekli nöromuskuler kontrolün düzelmesine yardım eder (7, 48, 49) İnmeli hastalarda kullanılan terapi teknikleri; Kas Kuvvetlendirici Egzersizleri (Masako ve Shaker) ve Duyusal Stimulasyonu içerir.

2.2.2. Güvenli Beslenme Stratejileri

Disfaji saptanmayan inmeli hastalarda ağızdan gıda alımına izin verilmeli ancak hastaya güvenli beslenme stratejileri uygulanmalıdır (11). Güvenli beslenme stratejileri; güvenli bir şekilde yutmayı, yeterli beslenme ve hidrasyonu sağlamak ve beslenme sürecinde yorgunluğu azaltmak ve inme geçiren kişinin yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla tasarlanmıştır (15). Bu stratejiler, terapötik öğün planlarının tüm yönlerini ve güvenli yutkunma önerilerini içerir ve amaçları şunlardır (14, 15, 50)**;**

- İnme geçirenlerde aspirasyon, havayolu obstrüksiyonu ve pnömoni riskini azaltmak.
- İnme geçiren kişilerin bakımıyla ilgilenen tüm personele tüm şiftlerde yardımcı olmak.
- Beslenme güvenliği ve etkinliğini artırmak.

Güvenli beslenme stratejilerinin tek tipte herkes tarafından uygulanabilmesi için hemşirelerin diğer ekip üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonu sağlaması oldukça

önemlidir. Çünkü multidisipliner ekibin önemli bir üyesi olan hemşireler, bu sürecin sürdürülmesi için 24 saat kesintisiz bakım verdiklerinden dolayı güvenli beslenme stratejilerinin uygulamaya geçirilmesinde önemli rolleri vardır (14, 15). Çalışmalarda, bireyin beslenmesinden habersiz olan ve bunu gereksiz ya da iş tanımlarının dışında bulan hemşirelerin güvenli beslenme stratejilerini hayata geçirmediği ve bu durumun hasta bakımını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Bu nedenlerden dolayı disfaji /riski tanısına yönelik hazırlanan hemşirelik bakım planında güvenli beslenme stratejileri planlanan uygulamalarda yerini almalıdır (11, 14, 15).

Güvenli beslenme stratejilerinin kapsamı (6-8, 11, 14, 28, 45-47, 51-56)

- Hastanın değerlendirilmesi (beslenmeye hazır oluşluk açısından)
- Uygun pozisyon verilmesi
- Önerilen yutma tekniklerinin uygulanması
- Çevrenin düzenlenmesi
- Yardımcı alet kullanılması
- En güvenli diyetin verilmesi
- Hastanın beslenme boyunca gözlenmesi
- Hasta bağımsızlığının desteklenmesi
- Bakım verenler ve hastanın eğitilmesini içerir.

2.2.3. Disfajide Ağız Bakımı Uygulamaları

Disfajili hastalar için, etkili bir ağız bakımının yapılması hayati önem taşır. Çünkü ağız bakımı, hem beslenme sonrası ağızda kalan kalıntıları önleyerek hem de oral floranın bakteri yükünü azaltarak aspirasyon pnömonisini önlemektedir (30). Aksi takdirde ağız hijyeni yetersiz olduğunda, lokmayı ağızdan temizlemede güçlüğe bağlı, kalıntıların birikmesi ile ağızda bakteri oluşumuna yol açmakta ve salya ile bu bakteriler yutulmakta veya disfajiden dolayı akciğerlere aspire edilmektedir. Bu nedenle kanıta dayalı olarak yapılacak olan ağız bakımı, akciğerlere ulaşabilecek ve yerleşebilecek mikroorganizmaların sayısını azaltmak için önemlidir (30, 51, 57). Aspirasyon pnömonisini önlemede ağız bakımı yapmanın etkili olduğu gösterilmiştir.

Ayrıca inme ile ilgili güncel rehberlerin önerisi de yatak başı yutma değerlendirmesi, aspirasyon pnömonisini önlemek için, ağız hijyeni ve ağızdaki sekresyonların yönetimini de içermelidir (11).

Disfajili hastalarda ağız bakımı yönetimi stratejilerinin amacı, ağzı rahat, temiz, nemli ve enfeksiyondan arınmış bir durumda tutmak, Bireyin doğru ağız hijyeni uygulamalarını öğrenmesini sağlamaktır (58). Hemşireler disfaji yönetiminde, oral değerlendirme, ağız bakımı ve hastanın eğitimi gibi üç sorumluluğu yerine getirmektedir (11, 58).

2.2.4. Beslenme ve Hidrasyonun Sürdürülmesine Yönelik Müdehaleler

İnmeli hastalarda sadece disfaji problemine bağlı olmadan da tat ve duyu azalması, görme problemleri, birine bağımlı olma, iletişim güçlükleri psikolojik nedenlere bağlı olarak yetersiz beslenme ve dehidratasyon problemleri gelişebilmektedir. Bu durum gerek hastanede kalış süresini hemde rehabilitasyon evresini etkilemektedir (6, 45).

Hastanede hasta bireylerle çalışan hemşirenin ilk hedefi malnütrisyon gelişimini önlemektir (59). Malnütrisyonla ilişkili kapsamlı bilgi sahibi olmak malnütrisyonu önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yol gösterici olur. Birey hastaneye kabul edilir edilmez, beslenme durumu varsa yetersizliği gerekli ölçüm araçlarıyla hemşire tarafından değerlendirilmelidir. Seçilen değerlendirme yönteminin hastalık durumu, fonksiyonel durum gibi objektif ve subjektif verileri içermesi gerekir (59-64). Hemşirelerin bireyde beslenme ve hidrasyonun sürdürülmesi ile ilgili sorumlulukları şunlardır (12, 18, 23, 53, 59-62, 65-67);

- Hemşire inmeli hastaların sıvı, protein ve total kalori alımı açısından yakından takibini yapmalı ve diyetisyenle birlikte hareket etmelidir
- İnmeli hastaların malnütrisyon ve dehidratasyon riski hastaneye ilk başvuru anında belirlenmeli ve sonrasında haftalık takip edilmelidir
- Hastanın kendi kendine yeme yeterliliği değerlendirilir
- Beslenme taraması ile malnütrisyon riski bulunan, beslenme değerlendirmesi

ile malnütrisyon saptanan oral beslenmesi olan inmeli hastalara oral besin desteği sağlanması önerilir.

2.2.5. Hasta ve Sağlık Personelinin Eğitimi

Eğitim inmeli hastalarda disfaji yönetiminin önemli bir bileşenidir. Eğitim uygulamaları; hem bakım veren sağlık personeli ve hasta yakınlarını ve hemde hastanın eğitimini kapsamaktadır. Sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin, hastanın hastalığına uyumu ve kendi kendine bakımını sağlaması, hasta ve hasta yakınlarının bakım hakkında doğru kararlar vermesi, birlikte sorumluluk üstlenmeleri için etkili bir eğitim programı planlaması ve uygulanması önem taşımaktadır. Ayrıca eğitim, diğer tedavi ve bakım uygulamalarının yanında tamamlayıcı olarak uygulandığında; diğer rehabilitasyon stratejileriyle birlikte hasta/ hasta yakının; anksiyete, depresif belirti düzeyi ve bakımverici yükünü azalttığı, bakım memnuniyetini arttırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı dolayısıyla hasta bakım/ tedavi sonuçlarına olumlu etkileri olduğu, hastane ve rehabilitasyon ünitelerinde yatış süresini ve tekrarlayan yatışları azalttığı, maliyetleri azaltmaktadır.

Aynı zamanda İnmeli hastada disfajinin saptanması ve yönetiminde yer alan tüm sağlık profesyonellerine disfaji ile ilgili kanıta dayalı güncel uygulamalar ışığında eğitim verilmelidir (68). Disfaji eğitiminin, hemşirelerin disfaji taramalarını geliştirdiği gösterilmiştir (28). Bakımverenler ve inme sonrası disfaji geçiren hastaların, yutma bozukluklarını yönetebilmek için yutma ve beslenmeye dair tavsiyeler üzerine eğitim almalıdırlar (69). Personel, bakımverenler ve hastalar, güvenli beslenme teknikleri (uygun pozisyonlama ve diyet değişiklikleri, güvenli yutma teknikleri ve ağız bakımı) konusunda eğitilmelidirler (52). Hastalar / bakıcılar, tedavilerinin tüm sonuçları, diyet değişiklikleri veya PEG beslenme süreleri ve ne sıklıkta kontrol edilecekleri hakkında bilgilendirilmelidir (11).

Sonuç olarak, hemşirelerin inmeli hastalarda disfaji yönetiminde önemli rol ve sorumluluklari bulunmaktadır. Hemşirelerin bu sorumluluklarını yerine getirirken, uygulamalarında ***kanıta dayalı rehberleri*** ve rehberlerde yer alan destek araçları kullanmalarının, hastaların bakım kalitesini artırmaya ve

komplikasyonların önlenmesine önemli katkılarının olduğu vurgulanmaktadır (5, 28, 66). Bölüm 2.3.de kanıta dayalı rehberler, geliştirme yöntemleri ve hemşirelikte kullanımı yer almaktadır.

2.3. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberleri

Araştırma sonuçlarının klinik uygulamaya aktarılması ve bu verilerin bakıma yönelik karar verme sürecinde etkili biçimde kullanılması, günümüzün en önemli sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bilgi karmaşasının karşısında herhangi bir hastalığın, sorunun veya sürecin kabul edilmiş yönetiminin kanıta dayalı özetini oluşturma nedeni ile rehber geliştiricileri tarafından klinik uygulama rehberleri geliştirilmiştir (70-72). Klinik uygulama rehberleri, kanıta dayalı uygulamaların bir sonraki durağı olarak gösterilmektedir.

Klinik uygulama rehberleri, kanıtların sistematik olarak sunulduğu, bilimsel araçlardır (73). ABD Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine, IOM) 2011 yılında Klinik Uygulama Rehberlerini "hasta bakımını en iyi hale getirmek için sistematik araştırmaya dayalı kanıtlardan ve alternatif bakım seçeneklerinin yarar zararlarının değerlendirilmelerinden oluşan tavsiyeleri içeren bildirimler" olarak tanımlamıştır (74). Klinik uygulama rehberleri, kanıta dayalı tıp uygulamalarının somut hale gelmiş şeklidir. Sağlık çalışanlarının verecekleri kararlarında kararsız kaldıkları ya da bilimsel kanıt düzeyi belirlenmiş bir kaynaktan destek almak istedikleri zaman klinik uygulama rehberleri hekimlere bu konuda yardımcı olabilecek en faydalı araçlardandır (75).

Klinik uygulama rehberleri ile;

- Hemşireler güncel olan bilimsel kanıta dayanarak, uygun tedaviyi hastalarına sunar
- Hemşireler klinik uygulamalarında zaman kazanır
    - Gereksiz ve kanıta dayalı olmayan uygulamaların kullanımı azalır
    - Klinik uygulamalardaki farklılıklar azalır
    - Klinik bakım kalitesini iyileştirilir
    - Kronik hastalıkların yönetiminde hizmet kalitesi artar.

2.3.1. Klinik Uygulama Rehberlerinin Özellikleri

Bir rehber formatı hedef popülasyona yönelik bir durum ya da soruna özgü belirlenmelidir. Rehber tercihinde, bireysel özellikler, klinik tanı, potansiyel problemler, bireyin tercihi ve uygulanabilirlik durumu göz önünde bulundurulmalıdır.

İyi bir rehberin özellikleri şunlardır (76, 77);

- Rehber geliştirme sürecine ilgili alanlardaki tüm kullanıcılar (hemşire, hekim, psikolog, diyetisyen gibi) temsil eden profesyoneller dahil olmalı sürecin uygulanmasında yer almalı
- Rehberin geliştirme süreci sistematik, şeffaf ve tekrarlanabilir olmalı
- İçerik, kullanıcılar bakımından net ve uygulanabilir olmalı
- En iyi uygulama için sistematik literatür incelemeleri ile belirlenen en iyi yüksek seviyeli kanıt kullanılarak geliştirilmeli
- Farklı görüşler, kanıt dereceleri, tavsiyeler ve ilişkili literatür seçiminde yan tutmaktan sakınmalı
- Rehber kalitesi araçlarla değerlendirilmiş olmalı

Özet olarak; iyi bir kanıta dayalı klinik uygulama rehberi; kalite odaklı,kanıta dayalı metodolojisi şeffaf, uygulamaya aktarılması kolay ve multidisipliner olmalıdır (75).

2.3.2. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme

Rehberler klinik uygulamada çok önemli bir yer teşkil etmektedir. Ancak bu kadar çok sayıda rehber arasından klinisyenler hangi rehberi kullanacakları konusunda tereddüt yaşamaya başlamışlardır. Bu konudaki soru işaretlerini gidermek, rehberi içerik, kalite gibi özelliklerine göre sınıflandırmak amacıyla 1990 yılında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde, "Institute Of Medicine" adındaki enstitü, uygun bir rehberde olması gereken kuralları içeren ilk dokümanı yayınlamış ve rehberler bu dökümanda verilen kurallar dahilinde geliştirilmeye başlanmıştır (70).

Günümüzde kanıta dayalı rehberler 3 farklı şekilde geliştirilmektedir;

a) De Novo rehber geliştirme

b) Rehberin aynen benimsenmesi/**tercüme** yolu ile rehber geliştirme
c) Rehberin adaptasyonu (**ADAPTE**)

a) De Novo rehber geliştirme

De novo rehber geliştirme, daha önce üzerine herhangi bir rehberin geliştirilmediği durumlarda ya da daha önce geliştirilmiş bir rehberdeki kanıtların artık o hastalık/konu için yetersiz kaldığı durumlarda, araştırılan hastalık/konu ile ilgili uzmanların deneyimlerinden veya elde edilen kanıtlardan derlenerek *en baştan* rehber oluşturma işlemine denmektedir. Rehber geliştirme yöntemleri içinde en çok emek ve vakit gerektiren rehber geliştirme yöntemidir (78).

De novo olarak klinik uygulama rehberi geliştirilirken temel olarak şu basamaklardan geçilir;

- Rehberin konusu belirlenir.
- Rehber çalışma grubu belirlenir.
- Kanıtlar belirlenir ve öneriler oluşturulur.
- Taslak rehber oluşturularak dış görüşe sunulur.
- Nihai rehber yayınlanır, hedef kitleye ulaştırılması ve kullanılması sağlanır.
- Tekrar değerlendirilerek güncellenir.

b) Rehberin aynen benimsenmesi/tercüme yolu ile rehber geliştirme

Bir ülkede/kuruluşta bir konu/hastalık ile ilgili bir rehbere ihtiyaç duyulduğunda o konu ile ilgili daha önce hazırlanmış olan bir başka rehberin kalitesi, geçerliliği ve güvenilirliğini kabul ederek rehberi kullanmak ya da bu rehberi geliştirmek isteyen ülkenin o rehberi birebir kendi diline tercümesi yöntemine verilen isimdir. Rehber geliştirme yöntemleri arasında zaman, maliyet ve iş gücü anlamında en tasarruflu olan rehber tercümesi yöntemi birçok ülkede sıklıkla kullanılmaktadır araçlardandır (78).

c) Rehberin adaptasyonu

ADAPTE İşbirliği de novo rehber geliştirme sürecinin çok uzun sürmesi; tercüme rehberlerin ise her zaman içerik olarak istenilen bilgiyi karşılamaması nedeni ile rehber adaptasyonu yöntemini geliştirmiştir (79). Çoğu kurum ve kuruluşun çok daha kısa sürede daha fazla klinik uygulama rehberi üretmek arzusunu karşılayacak nitelikte olan rehber adaptasyonu ile hem mevcut rehberlerin avantajından yararlanılmakta hem de rehber duplikasyonu engellenmektedir.

2.3.3. Kanıta Dayalı Rehberin Uygulanması

Hemşirelikle ilgili kanıta dayalı rehberlerin sayısı giderek artmakta; web sayfaları, profesyonel uygulama grupları ve dergiler tarafından yayınlanmaktadır.Klinik uygulama rehberleri, hemşirelik kararlarında kanıt kullanımı sorununun çözümü ve kanıta dayalı bilginin yayılma aracı olarak daha fazla kullanılmaya başlamıştır.Ancak bu süreç zarfında bazı engellerle karşılaşılabilmektedir (73, 80, 81).

Rehberlerin klinik uygulamada kullanılmasının önünde birçok engel vardır. Bunlar; çevresel faktörler ve bireysel faktörler şeklinde sıralanabilir.Sağlık çalışanları rehberlere yönelik olumlu tutum içinde olsalar da, hastaların tutumu, personel yetersizliği, uygun olmayan sağlık sistemi modeli ve çalışma koşulları gibi çevresel faktörler klinik rehberlerin uygulanmasını önemli ölçüde etkilemektedir (81). Sağlık profesyonellerinde motivasyon eksikliği, kurumun destekleyici olmaması, hastaların sağlık durumu, kaynaklara ulaşmada yetersizlik ve çalışanların eğitim düzeyi olarak sayılabilir (73, 80).

Bu engeller karşısında hemşireler tarafından kanıta dayalı rehberlerin geliştirildiği çalışmalarda, geliştirilen rehbere hemşireler tarafından uyumun yüksek oranda olduğu saptanmıştır (17, 23, 24, 30). Ayrıca rehber uygulanan hastanelerde hasta bakım kalitesinde artış olur iken, hasta ve ailenin memnuniyetinin olumlu etkilendiği belirlenmiştir (17).

2.3.4. Kanıta Dayalı Rehberlerin Hemşirelik Uygulamalarında Kullanımı

Kanıta dayalı klinik rehberlerin hemşirelik mesleğine en önemli katkısı, hemşirelik bakımına yönelik kanıta dayalı uygulamaların ulaşılabilirliğini sağlayacak olmasıdır. Hemşirelik bakımı kapsamında birçok alanda kanıta dayalı araştırmaların yapılmasına gereksinim vardır. Kanıta dayalı araştırmalar yoluyla kanıtların sayısı artacak ve yeni araştırma konuları ortaya çıkarılacaktır.Hemşirelik biliminde kanıtların ortaya çıkarılmasıyla, hemşirelik bakımına yönelik klinik uygulama rehberlerinin oluşturulması sağlanabilir. Hemşirelere ait klinik rehberlerin sayısının artması hemşirelik biliminin gelişmesinin yolunu açacaktır.

Kocaman'ın derlemesinde klinik rehberlerin uygulamada kullanımını sağlamak için; öncelikle kullanılacak hemşirelik yaklaşımlarının etkililiğinin değerlendirilmesi ve etkili stratejiler seçilmesi gerektiğini belirtmiştir (80). Ayrıca, kurumlar ve sivil toplum kuruluşları kanıtın uygulamada kullanımı için gerekli olan kültürel, liderlik özelliklerine sahip olmalı; rehber değerlendirme çalışmalarını desteklemelidirler. Son olarak da konuya ilişkin bilgi ve beceriye sahip uzman hemşirelerden oluşan kolaylaştırıcılar, kanıtın uygulamaya geçirilmesi için yapılacak çalışmaları gerçekleştirecek pozisyonlara getirilmelidir. Akademisyen klinik işbirliği oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşireler rehber geliştirme, uygulamaya aktarma ve uygulamanın sürdürülmesi aşamalarına aktif olarak katılmalıdır. Aynı zamanda kurumlardaki yöneticiler de hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olmasının gerekliliğine inanmalı ve işbirliğine istekli olmalıdır. Böylece hemşirelik okulları ve hastaneler ve ulusal düzeyde sağlık politikalarını yönlendiren üst düzey yöneticiler kanıta dayalı olarak geliştirilen rehberlerin uygulama alanında kullanılması için ortak projeler gerçekleştirebilirler.

Ayrıca hemşirelerin kanıta dayalı rehberde yer alan kanıta dayalı bilgileri, uygulamaya aktarmalarını geliştirmek için Kanıta dayalı hemşirelik uygulama modellerinin kullanılması tavsiye edilmektedir. Bölüm 2.4.de Kanıta Dayalı Hemşirelik ve Uygulama Modellleri yer almaktadır.

2.4. Kanıta Dayalı Hemşirelik ve Uygulama Modellleri

2.4.1.Araştırma Kullanımı ve Kanıta Dayalı Uygulama

Uygulamaların kanıta dayalı olmasının sağlanması için kaynak olarak kullanılabilecek araştırmalardan elde edilen bilgiye gereksinim vardır. Hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesi ve olumlu meslek imajının oluşması için hemşirelik uygulamalarının da bilimsel kanıtlara dayandırılması gerekmektedir (82).Araştırma sürecinin son adımı, araştırma sonuçlarının uygulama alanında kullanılmasıdır.İdeal olarak bir araştırmanın planlama aşamasında elde edilen sonuçların, çalışma ortamında nasıl kullanılacağının da yer alması gerekir. Hemşire araştırmacılar, genellikle araştırma raporlarında elde ettikleri sonuçlara ilişkin öneriler sunmakta; ancak araştırma sonuçlarının kullanımı için çoğunlukla plan yapılmamaktadır (82).

Profesyonel bir hemşire, uygulamalarını iyileştirmek, değiştirmek ve desteklemek için hem araştırmalar yapmalı, hem de araştırma sonuçlarını kullanmalıdır (83). Başka bir deyişle; hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması için, araştırmaların yapılması kadar araştırmalardan elde edilen sonuçların kullanılması da önemlidir (83, 84). Özellikle günümüzde sağlık sistemindeki gelişmeler, maliyet etkin kaliteli bakım hizmetlerini zorunlu hale getirmiş ve dikkatleri araştırma kullanımına çekmiştir. Araştırma kullanımı, hemşirelere gelişme fırsatları, iş memnuniyeti, mesleki ilerlemeler gibi faydalar sağlarken; kurumda hemşirelik bakımının geliştirilmesi ile de maliyet etkili hasta bakımını sağlamaktadır (85-87).

Literatürde (87, 88), bu katkıların örnekleri yer almaktadır, örneğin; 10 yıllık meta analiz çalışmasında “güncel kanıta dayalı girişimler doğrultusunda bakım verilmesinin” hasta memnuniyeti, bakımın kalitesi ve beklenen klinik sonuçları iyileştirdiği görülmüştür. Ayrıca kanıta dayalı bakımın hastanede kalma süresini kısalttığı, mortaliteyi ve maliyeti düşürdüğünü saptanmıştır.

2.4.2. Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modelleri

Araştırmadan elde edilen bilginin uygulamaya aktarılamaması kaliteli hasta bakımı verilmesine engel olmaktadır. Hemşirelerin araştırmalara katılmaya istekli

olmalarına ve uygulamaların araştırmalara dayalı olmasını önemsiyor olmalarına rağmen güvenilir bulguların uygulamaya aktarılması konusundaki boşluk henüz doldurulamamışır (89). Bu sorunun çözümüne yönelik olarak; kanıtın uygulamada kullanım sürecine rehberlik edecek ve kullanılabilecek kavramsal modeller ve teorik çerçeveler geliştirilmiştir (83, 89-91). Kavramsal bir model kullanımı, kanıtın alanda kullanım sürecinin planlanmasında ve uygulanmasında, uygun stratejilerin seçiminde bir rehber ya da bir harita gibi yol göstericidir (92).

Kanıtın uygulamaya geçirilmesinde, karmaşık olan süreci daha iyi anlamak ve hangi girişimlerin işe yaradığını değerlendirebilmek için model kullanımı gereklidir (83). Model, onu ifade eden şeyleri anlamamıza yardımcı olan bir simgedir. Model, bir mesleğin merkezinde yer alan ana kavramların ve bu kavramlar arasında kurulan mantıksal ilişkileri şematik olarak açıklar (92). Ayrıca modeller, girişimlerin geliştirilmesine ve test edilmesine yol göstererek, araştırma sonuçlarının bilimsel bir çerçeve içerisinde açıklanmasına da yardımcı olur(83, 92). Kanıta dayalı uygulama modelleri de; klinik uygulamalarda değişim yapmak, kanıta dayalı rehberler geliştirmek ve araştırma-uygulama işbirliğine yön vermek amacıyla geliştirilmiştir (90, 91). Modellerin kullanılmasının hemşirelerin araştırma kullanma davranışlarında ve tutumlarındaönemli bir değişimsağlayacağıdüşünülmektedir (81, 83). Modellerin bazıları sadece teori olarak sunulmuş ve uygulamaya geçememiştir (89). Tarihsel süreçte kanıta dayalı hemşirelik alanında, 25 ten fazla teori, model ve kavramsal çerçeve geliştirilmiştir (80, 83, 89-91). Ancak, tüm hemşireler için ve her alanda işe yarayan tek bir model yoktur.Yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanılan modeller şunlardır (80, 83, 89-91);

- Stetler modeli,
- ACE yıldız modeli (*the Academic Center for Evidence-based Practice (ACE) Star Model of knowledge transformation)*
- ARCC Modeli - *(The Advancing Research & Clinical Practice through Close Collaboration Model) Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve* Klinik Uygulama Modeli (YİDAKUM)

- IOWA Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli
- Ottowa Modeli
- PARIHS çerçevesi (*Promoting Action on the Implementation of Health Services),*
- John Hopkins Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulama Modeli

2.4.3. ARCC Model Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli

Yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma ve klinik uygulama modeli; 1999 yılında Melnyk ve Fineout-Overholt tarafından geliştirilmiştir. ARCC Modeli sağlık kuruluşları tarafından, kalite sonuçlarını elde etmek için Kanıta dayalı uygulamanın (KDU) sistem genelinde uygulanmasını ve sürdürülebilirliğini sağlamak için kullanılmaktadır (93, 94). Modelin dört varsayımı bulunmaktadır (94);

- KDU da bireysel ve örgütsel engeller ve güçler bulunmaktadır
- KDU daki engeller azaltılmalı ve bakımın standart hale gelmesi için KDU kolaylaştırıcılar kullanılmalıdır
- Klinikte çalışan hemşirelerin bakımlarını kanıta dayandırmaları için KDU ların değeri ile ilgili inançlarının ve kullanma yetenekleri için özgüvenlerinin güçlendirilmesigerekmektedir
- KDU nın bireysel ve sağlık bakım sistemi olarak ilerlemesi ve sürdürülmesi için KDU mentorlarını içeren KDU kültürü geliştirilmelidir.

Modelde kanıt rehberlerindeki önerilerin klinikte kullanılması için klinikte çalışan hemşireler ile deneyimli araştırmacıların ilişki kurmaları, üzerinde durmaktadır(93). Ayrıca modelde yer alan basamaklardan KDU kullanımına hazıroluşluğun değerlendirilmesi için Melynk ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen kanıta dayalı hemşireliğin uygulamaya geçirilmesine ilişkin hemşirelerin inançlarını ölçen "Kanıta Dayalı Uygulamalara İnanç Ölçeğini" ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının kullanılmasını ölçen "Kanıta Dayalı

Uygulamaları Kullanma Ölçeğini" kullanılması önerilmektedir (25,27).Modelde vurgulanan diger bir nokta ise araştırmacılar ve mentorların, beraber çalışmaları bu değişim sürecinin sürekli ve tutarlı olması için önemlidir. Bu Modelin beş aşaması bulunmaktadır (94):

1. Kurum kültürünün ve KDU kullanımına hazıroluşluğun değerlendirilmesi
2. Kurumdaki KDU sürecindeki güçlerin ve engellerin tanımlanması
3. KDU mentorlarının belirlenmesi
4. Kanıtın hemşirelik uygulamalarında kullanılması
5. Uygulamanın sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Sonuç olarak; modellerin sağlık bakım kurumlarında aktif olarak kullanılması, araştırma bulgularının uygulamaya aktarılmasını kolaylaştırmasının yansıra, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamayı gerçekleştirmelerini olumsuz etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması ve olumlu etkileyen faktörlerin ise desteklenmesine de yardımcı olabilir.

Ayrıca hemşireler tarafından uygulamada kullanılacak olan kanıta dayalı uygulama modelinin, hasta çıktılarına olan etkisinin objektif ve standart bir araç kullanılarak değerlendirebilmek için gerekmektedir.Bu amaca yönelik olarak Hemşirelik sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Sınıflama sistemlerinden hasta çıktısı ve sorunun ciddiyetini belirlemede en sık Hemşirelik Çıktıları Sınıflama Sistemi (Nursing Outcomes Classification- NOC) kullanılmaktadır. Bölüm 2.5 te Hemşirelik Sınıflama Sistemlerinin genel özellikleri ve Hemşirelik Çıktıları Sınıflama Sistemi (Nursing Outcomes Classification- NOC) ve yutma bozuklukları NOC çıktılarına yer verilmiştir.

2.5. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri

Bilgi çağında bilgi teknolojilerinden etkili olarak yararlanmak ve sağlık bilgi sistemleri içinde hemşireliğin yer alması için standardize hemşirelik terminolojilerine ihtiyaç vardır (95). Hekimler uzun zamandan beri standardize edilmiş bir dile sahip-ken, hemşirelerin sağladığı bakım ve hastanın durumundaki değişiklikleri gösteren sonuçlar hakkında standart dil olmadığı için, hastaya verilen hemşirelik bakımı yeterince farkındalık yaratmamaktadır (96).

Hemşirelik sınıflama sistemlerini kullanılması evrensel bir standart hemşirelik dili oluşturulmasını sağlar. Standart bir dil kullanıldığı zaman, her kurumdaki hemşirelik kayıtları aynı olacak ve her hemşirelik okulunda aynı yol izlenecektir. Bunun anlamı, gerek hemşireler arasında, gerekse hemşire-hasta arasındaki iletişimin daha iyi olması ve bakımın daha nitelikli ve sürekli olmasıdır. Hasta bir kurumdan, başka bir kuruma nakil olduğunda, hastaya uygulanan bakım planını ve ulaşılması gereken hasta sonuçlarını bildirmek için standart bir yol olur. Standart dil ayrıca, hemşirelik öğrencilerine karar vermenin öğretilmesinde, sağlık bakım bilgi sisteminin gelişmesinde, hemşirelik bakımının maliyetinin saptanmasında, sağlık bakım kaynaklarının yönetiminde ve hastaneleri ile diğer kurumlarda kullanılan kodlama sisteminde hemşireliğin de yer almasına yardımcı olacaktır. Hemşirelerin yaptıklarının belgelenmesinde standart dil kullanılması, birçok farklı kurumda farklı hemşireler tarafından verilen bakımın etkinliği ve maliyetini karşılaştırabilmemizde de yarar sağlar (96).

Ayrıca hemşirelik model ve sınıflama sistemlerinin bakımda kullnılması, birey/aile ve toplumun farklı gereksinimlerine çözüm olmasının yanı sıra, nitelikli, bütüncül bakım vermeye, bakımın bireyselleşmesine, diğer sağlık disiplinleri ile iletişim ve iş birliğine olanak sağlamakta, meslekteki yasal ve etik durumları yazılı hale getirmekte, hemşirelerin otonomisini ve bilgisini arttırmakta, uygulamalarını geliştirmektedir (97).

Dünyada Amerikan hemşireler birliği (ANA) tarafından onaylanmış birçok hemşirelik sınıflama sistemi mevcuttur (95, 97)

Bu sınıflama sistemlerinden en sık kullanılanlar; tanı koymada Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) sorunun ciddiyetini belirleme/hedef koymada ve hasta çıktısı değerlendirmede ***Hemşirelik Çıktıları Sınıflama Sistemi*** (Nursing Outcomes Classification- NOC), hemşirelik girişimlerini seçme, karar verme ve uygulamada ise Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi (Nursing Interventions Classification-NIC)'tir (96, 97). Farklı eğitim ve mesleki deneyime sahip hemşirelere, bakımlarını sunarken rehber olması amacıyla, bu üç sınıflama sisteminin birlikte kullanıldığı, NANDA-I, NOC ve NIC (NNN) bağlantıları oluşturulmuştur. Hemşireler, NNN bağlantıları ile hemşirelik sürecinin her aşamasında, hem standart bir dil kullanmakta, hem de değerlendirme sürecinde bu rehberi kullanarak hastayı objektif ve kapsamlı değerlendirmektedir (97).

2.5.1. Hemşirelik Çıktıları Sınıflama Sistemi (NOC)

a) Tanım ve Terimler

NOC, hemşirelik girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek için geliştirilmiş hasta sonuçlarının kapsamlı ve standardize edilmiş bir hemşirelik çıktıları sınıflama sistemidir. Kapsamlı, standardize edilmiş NOC, hemşirelik girişimine duyarlı hasta sonuçlarını tanımlar (96). Çıktılar, birey, aile ya da toplumda hemşirelik girişimlerinin etkisiyle meydana gelen, ölçülebilir/ gözlenebilir bir durumu, davranışı, algılamayı gösteren bir değişken ya da bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik bakımının çıktıları, hemşirelik girişimlerinin başarısına karar vermeyi sağlayan ölçüt olarak tanımlanabilir. Hasta çıktıları hemşirelik girişimi dışında birçok faktörden etkilenebilmektedir. Bu nedenle hemşireler hemşirelik girişimlerinden etkilenen sonuçları tanımlanmalıdır. Hemşirelik çıktıları sınıflandırması içinde, hemşirelik girişimlerinden etkilenen hasta çıktıları, hasta çıktı belirteçleri, ölçü ve NOC taksonomisi gibi terimler yer almaktadır (96).

- Hemşirelik Girişimlerinden Etkilenen Hasta Çıktıları: Birey, aile ve toplumun sağlık durumu, davranışları, algıları hernşirelik girişimlerinden etkilenir. Bu çıktılar amaçlar kadar ölçülebilen kavramlardır. Her çıktının hastanın durumunu saptamak için kullanılan belirteçleri vardır (96).

- Hasta Çıktı Belirteci**:** Sonuçların saptanmasında, birey, aile ve toplumun durumu, davranış ve algılarından ipucu olarak yararlanılır.

- Ölçü**:** En azdan en çok istenene doğru hasta çıktılarının nitelendirildiği 5 puanlık Likert skalasıdır.

- NOC Taksonomi: Sonuçlar arasında benzerlik, farklılık ve ilişkiler üzerine temellendirilen grup veya kategoriler içinde çıktıların sistmatik organizasyonudur.

NOC taksonomi yapısı 5 düzeydedir; alanlar, sınıflar, sonuçlar, belirteçler ve ölçütler) (96). Her bir NOC taksonomik yapı içerisinde bir koda sahiptir. Bu kodlama, bakım sonuçlarının değerlendirilmesini ve veri tabanı oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır. Iowa Üniversitesi en son 2013 yılında 107'si yeni olmak üzere toplam 490 NOC yayınlamıştır (97). Yeni araştırmalar ve kullanıcıların geribildirimlerine dayalı olarak, eski çıktıların değiştirilmesi ve yenilerinin yer alması için sınıflama sürekli olarak güncelleştirilmektedir (96).

b) Değerlendirilmesi

Hemşirelik tanısı ile ilgili durumu değerlendirmek için her bir NOC, 5'li Likert tipi ölçmeye sahiptir. Ölçeklerin hepsinde, en az istenen durum:1, en çok istenen durum:5 sayıları belirtilmiştir (1= hiç yapamıyor, 5= her zaman yapabiliyor / 1=şiddetli, 5=yok / 1= ciddi tehlikede, 5= tehlike yok). Ölçeklerde puan hesaplaması, toplam puan ortalaması üzerinden yapılmaktadır (96-98). Ölçekler kullanılırken bireye özel, onun gereksinimi doğrultusunda kullanılmaktadır.Bu nedenle bireyin özelliklerine, tanıya, olanaklara v.s. göre ölçek alt maddelerinden bazıları uygulanmayabilir ve kullanılmayan bu maddeler değerlendirmede yer almaz. NOC puan ortalaması; tüm maddelerden elde edilen puanların toplanıp, madde sayısına bölünerek elde edilir. Ayrıca her bir NOC maddesi, kendi içinde de değerlendirilebilmektedir (96-98). Böylece hemşire yaptığı uygulamaların etkinliğini ve bireyin probleminin çözülüp çözülmediğini standart bir şekilde değerlendirebilir. Hemşire NOC'ta hedeflediği noktaya; kısa, orta, uzun vadede, farklı sürelerde ulaşabilir, bu nedenle NOC ölçüm süresi ve sıklığı; sorunun özelliğine, hemşirenin bilgisine, tecrübesine ve hasta ile yaptığı işbirliğine göre belirlenmelidir (97).

c) Hemşirelik sürecinde kullanımı

NOC, hemşirelik uygulamalarına verilen cevabın, çıktıların ayrıntılı ölçülmesini sağlar, hasta odaklı çıktıları tanımlar. Bu çıktılar hem hemşireler hem de diğer sağlık profesyonelleri için önemlidir. Çünkü, bu çıktılar global sağlık durumunu ölçmek için ayrıntılı bilgi sağlar, popülasyondaki risk faktörlerini tanımlamayı kolaylaştırır. NOC, hemşirelik bakımının etkili çıktılarını içerir, bireysel hemşirelik bakımının uygulanmasını ve sürdürülmesini sağlar, bireysel bakım için taslak oluşturur. NOC, NANDA ve NIC taksonomisini tamamlar (97).

2.5.2. NOC Yutma çıktıları

Yutma güçlüğü tanısı çeşitli durumlarla ilgili olabilir (Serebral palsi, inme, Parkinson baş boyun cerrahi vb.). Yutma güçlüğüne yönelik NOC çıktıları; yutma durumu ile ilgili yutmanın özafagial, farengial ve oral fazının ve genel olarak yutma durumuna ait dört ayrı yutma durumu ve aspirasyonun önlenmesine ait NOC çıktısı olmak üzere beş çıktı tanımlanmıştır (99). Yutma güçlüğü hemşirelik tanısı için yapılacak hemşirelik müdahalelerinin sonuçlarını ölçen yutma bozukluğu NOC çıktıları aşağıda yer almaktadır.

Yutma durumu: Sıvı ve katıların ağızdan mideye güvenli geçişi

Yutma durumu: *Özafageal faz*: Sıvı ve katıların farinksten mideye güvenli geçişi

Yutma durumu: Oral Faz: Sıvı veya katıların ağızda hazırlanması, tutulması ve arkaya doğru hareketi

Yutma durumu: Farengeal Faz: Sıvı ve katıların ağızdan özafagusa güvenli geçişi

Aspirasyonun önlenmesi: Sıvı ve katı parçacıkların akciğere geçişini önlemeye yönelik bireysel faaliyetler.

Birçok tıbbi durumda yutma bozukluğu geliştiği için literatürde tıbbi duruma özgü yutma durumuna ilişkin NOC çıktıları belirlendiğine rastlanmıştır (100, 101). Oliveira ve ark. çalışmasında tüm yutma durumu NOC çıktıları incelenerek, inmeye özgü olanlar belirlenmiş ve geçerliliği güvenilirliği test edilmiştir (100).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmada, metodolojik çalışma, nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin birlikte kullanıldığı karma tip araştırma dizaynı kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ankara ilindeki Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH)'nin nöroloji kliniğinde yürütülmüştür. Nöroloji kliniği 27 yatak kapasitesine sahiptir. 2015 yılı kayıtlarına göre nöroloji kliniğinde yatan 1472 hastanın 723'ü inme nedeniyle yatış yapmıştır. Nöroloji kliniğinde, biri kliniğin sorumlu hemşiresi olmak üzere toplam 9 hemşire görev yapmaktadır. Klinikte hemşireler hastaların takip tedavi ve bakım hizmetlerini yürütmektedir. İnmeli hastalarda yutma güçlüğüne yönelik hemşireler tarafından herhangi bir değerlendirme yapılmamaktadır. Yutma güçlüğü hekim tarafından öğürme refleksine bakılarak değerlendirilmektedir. Hastanın oral alımına, hekim öğürme refleksi değerlendirmesine göre karar vermektedir. Geçmiş yıllara dair hasta dosyaları incelendiğinde, hastanın yutma güçlüğü olduğuna dair kayıtların tutulmadığı belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ANEAH hastanesinin nöroloji kliniğinde 2015 yılında akut inme tanısı ile yatan 723 hasta oluşturmuştur. Örneklemini ise 1 Ekim 2016 –1 Haziran 2018 tarihleri arasında akut inme tanısı ile nöroloji kliniğe yatan 30'u deney 30'u kontrol grubunda olmak üzere toplam 60 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın etki büyüklüğünü tahmin edecek veri olmadığında araştırmacı klinik olarak en düşük etki büyüklüğünü seçebileceği ifade edilmektedir. Literatürde (102, 103) zaman sınırlılığı olan ve/veya vaka sayısı az olan deneysel araştırmalarda, parametrik ölçümlerin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün deney ve kontrol gruplarında minimum 30 olarak belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca bu çalışma tez olarak yürütüldüğü için zaman sınırlılığı vardı, rehberin geliştirilmesi 12 ayda tamamlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı kurumdan geçmiş yıllara ait disfaji görülme oranına ulaşılamaması nedeniyle araştırmada örneklem büyüklüğü 30 müdahale ve 30

kontrol grubu olarak oluşturulmuştur. Çalışma sonunda, örneklemin evreni temsil etme gücü hesaplanmış ve %95 güvenirlik ve %5 yanılgı düzeyi ile güç analizi sonucu %80,7 olarak olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın nitel kısmında ise, araştırmanın evrenini nöroloji kliniğinde çalışan ve inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberi kullanan 9 hemşire oluşturmuştur. Nitel araştırma yöntemine uygun derinlemesine bireysel görüşme yönteminin kullanılmış olduğu bu aşamada, kanıta dayalı rehber ile inmeli hastalara bakım veren hemşirelerin tamamı çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- İlk kez inme geçirme
- Akut iskemik veya hemorajik lezyonu olma
- Bilinci açık olma
- Glaskow koma skalası puanının 10'nun üstünde olması
- Yatak başı yutma testi pozitif olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Malignitesi olması
- Akciğer hastalığı olması
- Baş boyun cerrahisi öyküsü olması
- Geçirilmiş inme öyküsü olması
- Orofaringeal yapısal hasarları olması
- İnme dışında başka nörolojik hastalıkların olması

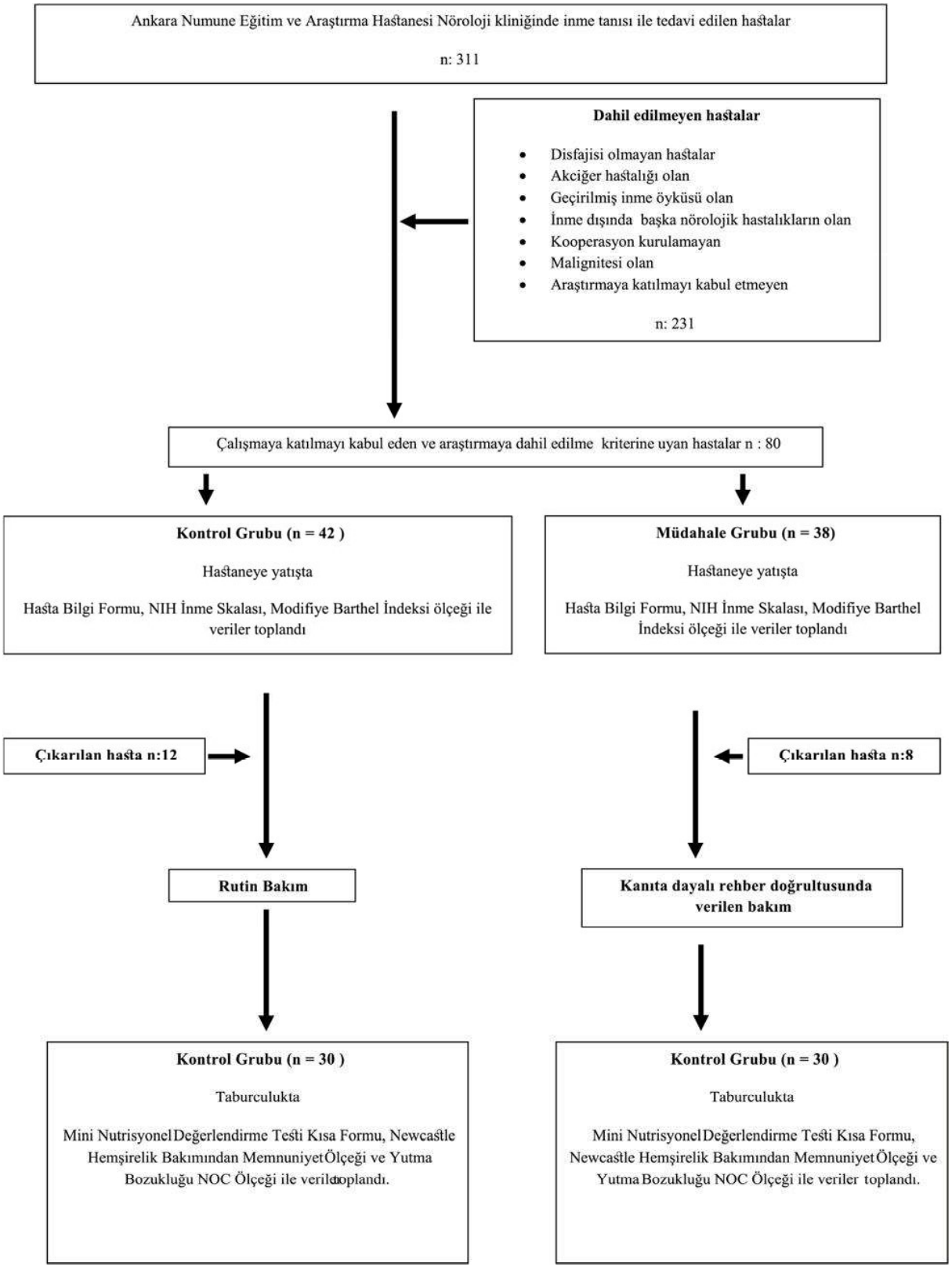
- Kooperasyon kurulamaması
- Komada olma

Araştırmadan çıkarılma kriterleri;

- Hastanın başka kliniğe nakil olması

3.3.1.Örneklem seçimi

Araştırmada örneklem büyüklüğü 30 müdahale ve 30 kontrol grubu olarak oluşturulmuştur. Çalışma sonunda, örneklemin evreni temsil etme gücü %95 güvenirlik ve %5 yanılgı düzeyi ile %80,7'dir. Araştırmanın örneklem seçiminde; Rehber geliştirme sürecindeki rutin bakım alan hastalar kontrol grubunu oluşturmuştur. Müdahale grubu ise rehber geliştirildikten sonra kanıta dayalı rehber doğrultusunda bakım verilen hastalardan oluşmuştur. Kanıta dayalı rehber geliştirme süreci (Ocak 2017-Aralık 2017) öncesi 1 Ekim 2016- 1 Ocak 2017 tarihleri arasında ve rehber geliştirildikten sonraki (1 Mart 2018-1 Haziran 2018) tarihler arasındaki nöroloji kliniğine akut inme tanısı ile yatışı yapılan, araştırma kriterlerine uyan hastalar alınmıştır. Araştırma akış şeması şekil 3.1'de yer almaktadır.



Şekil 3.1.Araştırma Akış Şeması

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmanın nicel verileri aşağıda yer alan formlar aracılığıyla örnekleme alınan bireylerden ve hasta dosyalarından toplanmıştır. Kanıta dayalı rehber ile verilen bakımdan etkilenmemeleri için önce kontrol, sonra deney grubu verileri toplanmıştır.

- Hasta Bilgi Formu (EK 4)
- Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) İnme Skalası (EK5)
- Modifiye Barthel İndeksi (EK6)
- Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Kısa Formu (EK7)
- Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (EK8)
- Yatak Başı Yutma Değerlendirme Testi (EK9)
- Yutma Bozukluğu NOC Ölçeği (EK10)

Çalışmanın nitel verileri ise "Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 11)' ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK 12)'' ve' kullanılmıştır.

3.4.1.Veri Toplama Araçları

- **Hasta Bilgi Formu**

Hasta bilgi formu, araştırmacılar tarfından geliştirilmiş ve iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, hastaların demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu) verilerine ulaşmak için hazırlanan dört sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm de ise tıbbi durumlarına uygulamalarına ilişkin 14 soru yer almaktadır.

- **AmerikanUlusal Sağlık Enstitüleri (NIH) İnme Skalası**

Nöroloji ünitelerinde en sık kullanılan izlem skalaları arasında kullanılan NIH Skalası, inmeli hastalarda inmenin şiddeti belirlenmektedir. NIH; bilinç düzeyi, sorulara bilinçli yanıt, emirlere yanıt verme, ekstra oküler kas hareketleri, görme alanı, yüz felci, kol ve bacak motor hareketleri, ekstremite ataksisi, duyu kaybı, afazi, dizartri

ve nörolojik ihmali araştıran, biri üç alt madde içeren, toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36 puandır. NIH'den alınan puanın az olması inme sonrası klinik durumun daha iyi olduğu anlamına gelir. İnme şiddeti NIH ile sınıflandırması yapıldığında; NIH skorlaması NIH>17 şiddetli, NIH 8-16 orta şiddetli, NIH<8 ise hafif şiddetli inme varlığı şeklinde yorumlanmaktadır (EK:4). NIH İnme Skalasının geçerliliği ile ilgili çalışma Brott ve arkadaşları tarafından 1989 da (Cronbach alfa değeri 0,69) yapılmıştır (104). NIH İnme Skalası uluslararası geçerliliği kabul edilmiş bir skaladır.

- **Modifiye Barthel İndeksi**

Mahoney ve Barthel (1965), tarafından geliştirilen Barthel indeksi bireylerin kendilerine bakım görevlerindeki bağımsızlıklarının değerlendirilmesini sağlamaktadır (105). Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirlik araştırması Yavuzer ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.83 bulunmuştur (106) .Bu araç, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yardımsız yapabilme durumunu (yemek yeme, tuvalete gitme, banyo yapma, giyinme, bina içinde bir yere gitme, bina dışında bir yere gitme) değerlendirmeye yöneliktir. Modifiye Barthel indeksinden alınabilecek en yüksek puan 100'dür. Öçekten alınan puanlara göre; 100 puan alanlar tam bağımsız olarak kabul edilmektedir. Ölçekten 91 ve 99 puan arasında alanla hafif derecede bağımlı, 62 ve 90 puan arasında orta derecede bağımlı, 21 ve 61 puan arasında alanlar ise ileri derecede bağımlı olarak değerlendirilir. 20 puan ve altı ise tam bağımlı olduğuna işaret etmektedir.

- **Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Kısa Formu**

Mini Nütrisyonel Değerlendirme (Mini Nütrisyonel Assesment) Testi, Toulouse Üniversitesi, New Mexico Tıp Fakültesi ve İsviçre Nestle Araştırma Merkezi işbirliği ile 1994 yılında geliştirilen, yaşlı bireylerin beslenme durumlarının saptanması ve izlenmesinde kullanılan, etkili, ucuz, kolay standart bir testtir. MNA'nın uzun ve kısa olmak üzere iki formu vardır. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Kısa formunun (MND-SF) geçerlilik ve güvenilirliği Kaiser ve arkadaşları (2009) yılında yapılmıştır. MND-SF 'nin %98 duyarlılık, %100 özgüllük ve uygulayıcılar arası güvenilirliğinin 0.99, olduğu saptanmıştır (107). Türk toplumunda geçerlilik ve

güvenilirlik araştırması Sarıkaya ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır. Çalışmada; MND'nın sensitivite ve spesifitesi sırasıyla %92 ve %86, MND-SF'in sensitivite ve spesifitesi ise sırayla; %94 ve %81 bulunmuş olup sonuçlar her iki testin de geçerliliğini destekler yöndedir. Aynı çalışmada klinisyen değerlendirmesi ile MND nın uzun ve kısa formları arasındaki uyum incelenmiş ve iyi düzeyde bulunduğu belirtilmiş (kappa istatistiği ile değerlendirildin de sırasıyla kappa katsayıları; 0.68 ve 0.66 (108). MND-SF antropometrik ölçümleri, beslenme alışkanlıklarını, aktivite durumunu, stres, hastalık ile ilgili bilgileride kapsayan 6 sorudan oluşmaktadır. Alınabilecek en yüksek toplam puan 14'dur.. 12 ve daha üstünde puan alan bireylerin beslenme durumu yeterli, 8 ve 11 arasında puan alan bireyler için malnütrisyon riski var, 7 puan ve altı malnütrisyon olarak değerlendirilmektedir.

- **Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği**

Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ), Thomas ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiş olup, Akın ve Erdoğan tarafından 2007 yılında (Cronbach'ın alfa iç tutarlılık katsayısı 0.96) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (109). Ölçek hemşirelik bakımını içeren 19 maddeden oluşan 5 puanlık likert tipi bir ölçektir. Memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan puanlamada; "1. Hiç memnun değildim, 2. Nadiren memnundum, 3. Memnundum, 4. Çok memnundum, 5. Tamamen memnundum" ifadeleri yer almaktadır. Puan değerlendirmesi ölçekte işaretlenen tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 100'e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik bakımının tüm boyutlarından memnun olunduğunu göstermektedir.

- **Yutma bozukluğu NOC Çıktıları Ölçeği**

Hemşirelik Çıktıları Sınıflaması, hemşireler için hastanın bakım öncesi durumunu ve bakım sonrası değişiklikleri değerlendirebilmek amacıyla Iowa Üniversitesi araştırma ekibi tarafından 1991 yılında geliştirilmeye başlanmıştır. 1997 yılında ilk NOC'lar yayınlanmıştır. Hemşireler; NOC'u girişim öncesinde hastanın/bireyin mevcut ve olası problemlerinin derecesini belirlemek için, girişim sonrasında ise girişimin etkinliğini, ne derece değişiklik olduğunu ayrıntılı olarak

belirlemek amacıyla kullanmaktadırlar. NOC, hemşireler tarafından sadece hastalara özgü sonuçları değerlendirmek için değil, bakım vericinin aile ve topluma yönelik yaptığı uygulamaların sonuçlarını görmek için de kullanılmaktadır.

Hemşirelik tanısı ile ilgili durumu değerlendirmek için her bir NOC, 5'li Likert tipi ölçmeye sahiptir. Ölçeklerin hepsinde, en az istenen durum:1, en çok istenen durum:5 sayısı belirtilmiştir (1= hiç yapamıyor, 5= her zaman yapabiliyor / 1=şiddetli, 5=yok / 1= ciddi tehlikede, 5= tehlike yok). Ölçeklerde puan hesaplaması, toplam puan ortalaması üzerinden yapılmaktadır. Her bir ölçek, kendi içerisinde farklı sayıda maddeye sahiptir. Ölçekler kullanılırken bireye özel, onun gereksinimi doğrultusunda kullanılmaktadır. Bu nedenle bireyin özelliklerine, tanıya, olanaklara v.b. göre ölçek alt maddelerinden bazıları uygulanmayabilir ve kullanılmayan bu maddeler değerlendirmede yer almaz.

Yutma güçlüğü hemşirelik tanısına yapılacak hemşirelik müdahalelerinin sonuçlarını ölçen yutma bozukluğu NOC çıktıları yutma durumu ve aspirasyonun önlenmesi olarak belirlenmiştir.

- **Tanıtıcı Hemşire Bilgi Formu**

Hemşirelerin Tanıtıcı Bilgi Formu, rehberi kullanan hemşirelerin demografik verilerine ulaşmak için hazırlanan altı adet yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi, nöroloji kliniğindeki çalışma süresi ve nöroloji hemşireliğine yönelik kurs alma durumunu içeren altı sorudan oluşmaktadır.

- **Kanıta Dayalı Rehber Kullanımına İlişkin Görüşler İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

Kanıta dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerini belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Nitel araştırma yöntemine uygun yarı yapılandırılmış soru formu yedi açık uçlu soru içermektedir. Bu sorular;

1. İnmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber ile bakım verilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

2. Sizce inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin hemşirelik bakımında kullanımının avantajları nelerdir?

3. Sizce inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin hemşirelik bakımında kullanımının dezavantajları nelerdir?

4. Sizce inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin, hemşirelik bakımında kullanımı hemşirelik uygulamalarını nasıl etkiledi?

5. Sizce inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin hemşirelik bakımında kullanmanın hastalar üzerindeki etkileri nelerdir? Kanıta dayalı rehber hemşirelik bakımında kullanırken sorun yaşadınız mı? Açıklar mısınız?

6. Kullandığınız inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin, hastanenizde ya da diğer hastanelerde de yaygın olarak kullanılmasını önerir misiniz?

7. Kullandığınız inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin, geliştirilmesine yönelik önerileriniz var mı? Açıklar mısınız?

3.5. Araştırmanın Uygulaması

Çalışma metodolojik, deneysel ve nitel tasarımda beş aşamada gerçekleştirilmiştir.



Şekil.3.2: Araştırma Aşamaları

1.Aşama: Yutma Bozukluğu NOC Çıktılarının Türkçe'ye Uyarlanması

Bu aşamada inmeli hastalarda disfajinin yönetimine yönelik kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin hemşirelik bakım sonuçlarına etkisinin objektif ve standart bir araç kullanılarak değerlendirebilmek için, Yutma bozukluğu NOC çıktılarının dil geçerlik çalışması 15 Temmuz -15 Eylül 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Dil Geçerliliği çalışmaları, İngilizceden Türkçeye çeviri, Türkçeden İngilizceye körleme geri çeviri ve Uzman Görüşlerini alınması ve analizini içermektedir. Bu aşamada yapılanlar şu şekildedir.

Bu süreçte, ilk olarak yutma bozukluğu NOC çıktılarının belirlenmesi, İngilizceden Türkçeye çeviri, Türkçeden İngilizceye körleme geri çeviri ve uzman

görüşlerini alınması ve analizini içeren dil geçerliliği çalışmaları yapılmıştır. Dil eş değerliği için her iki kültüre hâkim çevirmenler tarafından İngilizceden Türkçeye çeviri ve Türkçeden İngilizceye geri çeviri yapılmıştır. Beş öğretim üyesi uzman tarafından "Yutma bozukluğu NOC çıktıları ölçeğinin" iki formu arasında anlamsal, deneyimsel, kavramsal açıdan eşitliğin sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilmiştir.Uzmanlar tarafından uygunluk her bir madde için 1-5 puan arasında değerlendirilmiştir.Uzman görüşlerinin önerilerine göre gerekli düzenlemeler yapılarak dil eş değerliği sağlanmıştır. Dil geçerlilik çalışması yapılan yutma bozukluğu NOC çıktılarına ait ölçek EK9 de yer almaktadır.İlgili literatür (100) incelenerek yutma güçlüğü hemşirelik tanısına yönelik hemşirelik müdahalelerinin sonuçlarını ölçen yutma bozukluğu ilişkili NOC çıktıları; yutma durumu ve aspirasyonun önlenmesi olarak belirlenmiştir.Yutma durumu NOC çıktısının indikatörleri incelendiğinde yutma durumu ile ilgili 4 ayrı NOC çıktısı olduğu görülmüştür; özafagial, farengial ve oral yutma fazı ve genel olarak yutma durumu.İnmeli hastalarda ise orofarangial disfaji görülmektedir. Bu nedenle inmeli hastalarda kullanılabilecek NOC çıktısı incelendiğinde; inmeye özgü iki adet literatüre rastlanmıştır. İlkinde tüm yutma durumu indikatörleri incelenerek inmeye özgü olanlar belirlenmiş ve geçerliliği güvenilirliği test edilmiştir. Diğerinde ise, ulusal klinik uygulama rehberinde hemşireler için bakım bölümünde inmeye özgü NOC çıktılarına ulaşılmıştır. İlgili literatür (100) gözönünde bulundurularak inmeli hastalara özgü yutma durumu NOC çıktısı ölçeği belirlenmiştir.

- **Dil Geçerliliği çalışmaları,**

✓ Dil eş değerliği için her iki kültüre hâkim çevirmenler tarafından İngilizceden Türkçeye çeviri, ve Türkçeden İngilizceye geri çeviri yapılmıştır.

✓ Uzman görüşü için beş öğretim üyesine; yutma bozukluğu NOC çıktıları İngilizce orijinal hali, Yutma Bozukluğu NOC Çıktıları Türkçe dil uzmanı çevirisi ve Uzman Görüşü Değerlendirme Formları gönderilmiştir.

✓ Danışılmak üzere seçilen uzmanlar; hemşirelik sınıflanırma sistemleri konusunda uzmanlaşmış hemşirelik esasları ve halk sağlığı hemşireliği öğretim görevlilerinden iki ve üçü iç hastalıkları öğretim görevlisi olmak üzere toplam beş kişiden oluşmuştur.

- ✓ Yutma bozukluğu NOC çıktılarına ait ölçeklerin iki formu arasında anlamsal, deneyimsel, kavramsal açıdan eşitliğin sağlanıp sağlanmadığı beş öğretim görevlisi uzman tarafından kontrol edilmiştir.

- ✓ Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) kullanılmıştır.

- ✓ Uzmanlardan uygunluğu her bir madde için 1-5 arasında *(1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli), 3 puan: uygun ancak ufak değişiklikler gerekli, 4 puan: çok uygun)* puan vererek değerlendirmeleri istenmiştir.

- ✓ Uzman görüşlerinin toplanmasından sonra bütün maddelerin KGİ bakılmış ve KGİ≤0,8 olanlarda düzeltmeler yapılmıştır.

- ✓ Çalışmamızda hemşire öğretim üyelerinden elde edilen verilerin yüzdelik değerlendirilmesinde, yutma Bozukluğu NOC Çıktılarından; Yutma Durumu NOC Çıktıları ölçeğindeki maddelerin %95'inin ve Aspirasyonun önlenmesi NOC Çıktıları ölçeğindeki maddelerin ise %90'nın 3-4 puan aldığı bulunmuştur. Yutma Bozukluğu NOC Çıktıları ölçeğinin bütün maddelerin KGİ maddelere göre kapsam geçerliliği çalışmasının verileri EK: 13 yer almaktadır.

Elde edilen değerler yutma bozukluğu NOC çıktılarının Türkçeye dil eş değerliğinin sağlandığını göstermiştir. Uzman görüşlerinin önerilerine göre gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Dil geçerlilik çalışması yapılan Yutma bozukluğu NOC çıktılarına ait orijinal İngilizce ölçek (EK14) ve Dil geçerlilik çalışması sonucu oluşturulan Türkçe ölçek EK 10 de yer almaktadır.

2.Aşama: Kanıta Dayalı Rehber Geliştirilmesi

Çalışmanın 2.aşaması kanıta dayalı rehber geliştirmesi amacıyla yapılmış metodolojik bir çalışmadır. Bu aşamada; inme sonrası disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber, 1 Ocak -30 Aralık 2017 tarihleri arasında kanıta dayalı rehber süreç geliştirme yaklaşımı (EK15) kullanılarak aşağıdaki basamaklara uygun

olarak geliştirilmiştir. Kanıta dayalı rehber geliştirme sürecinde aşağıda yer alan basamaklar gerçekleştirilmiştir.

- Rehberle ilgili amaç ve kapsamın (hedef kitle) belirlenmesi:

Rehberin hangi amaçla, hangi kitleye hitap edeceği rehber oluşturma aşamasının ilk aşamasında belirlenmiştir. Bu doğrultuda rehberin amacı;

- İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların kanıta dayalı yaklaşımları kullanılarak önlenmesi için hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmek
- Hemşirelerin disfaji yönetimine yönelik farkındalık, bilgi ve becerilerinin artırılması ile hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasıdır.

Rehberin hedef popülasyonu, akut inme tanısı ile hastanede yatan hastalar, rehberin hedeflediği kullanıcılar ise inmeli bireylere bakım veren hemşireler olarak belirlenmiştir.

- Konu ile ilgili sağlık sorularının oluşturulması (PICO):

Bilimsel kanıtlara ulaşmak için konu ile ilgili sınırları belirli olan sağlık soruları oluşturmak amacıyla PICO aracı kullanıldı. Bu amaçla;

Hedef popülasyon (Population): Akut inme tanısı ile hastanede yatan hastalar

Müdahale (Intervention): İnmeli hastalarda disfajiye yönelik tarama, önleme, risk değerlendirme, yönetim ve izlemi içeren kanıta dayalı bütüncül yaklaşımlar.

Karşılaştırma (Compare): Rutin bakım

Beklenen çıktılar (Outcome): İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesidir.

Sağlık sorusu ise hemşirelerin inme sonrası disfajinin yönetiminde klinik bakım uygulamalarında kullanabilecekleri güncel kanıta dayalı uygulamalar nelerdir? şeklinde oluşturulmuştur.

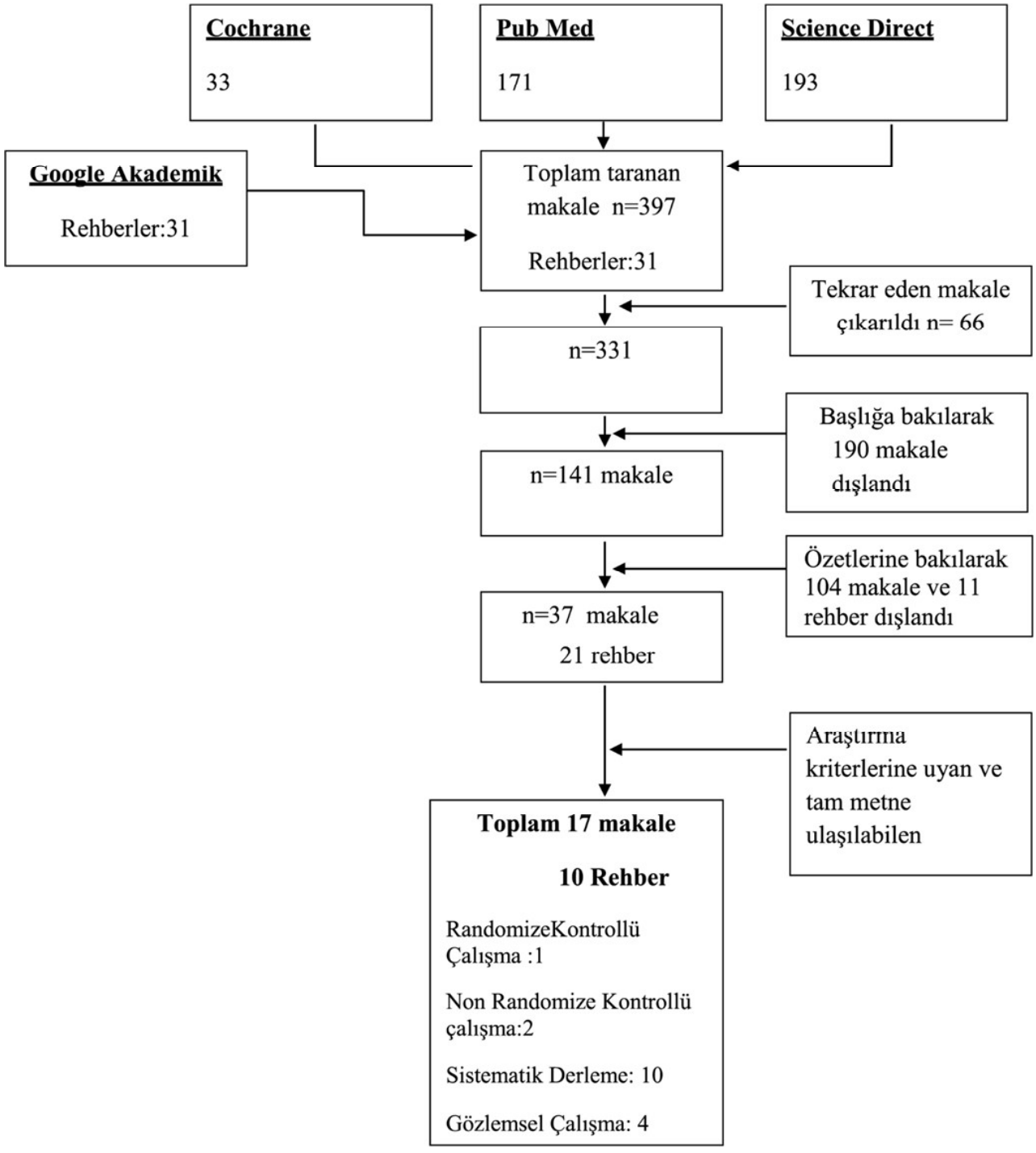
- Metodolojinin (rehberin geliştirilmesinde izlenen yol) belirlenmesi

Bu süreçte bilimsel kanıtların belirlenmesi için sistematik olarak literatür taraması yapıldı. Bu amaca uygun olarak ilk olarak anahtar kelimele rbelirlendi.Belirlenen literatür tarama stratejisi ve rehber konusu ile ilgili olarak; hemşirelerin inme sonrası disfajinin yönetiminde klinik bakım uygulamalarında kullanabilecekleri güncel tüm kanıtlara ulaşılması hedeflendi.Aşağıda yer alan seçme kriterlerine (dâhil etme / dışlama) göre kayıt edilen tüm araştırmaların (meta-analiz, randomize kontrolü, sistematik derleme, yarı deneysel, deneysel olmayan ve karşılaştırma çalışmaları) başlık ve özetleri incelendi.

Seçme Kriterleri;

- 2000-2017 tarihleri arasında yayınlanan çalışmaların alınması
- Çalışmaların içeriğinin rehberin sağlık sorusu ile ilgili olması

Literatür derlendikten sonra, bunların kanıtla ilişkileri yönünden araştırmalar sınıflandırıldı. Kanıt kalitesinin değerlendirilmesi ve analizi yapılarak kanıt tabloları oluşturuldu. Oluşturulan kanıtlar belirlenen altı alana (Tarama, Değerlendirme, İzlem, Tedavi, Konsültasyon ve Eğitim) ayrıldı. Literatür tarama stratejisi ile ilgili araştırma şeması aşağıda yer almaktadır (Şekil 3.3).



Şekil 3.3 :Prizma Akış Şeması

- Önerilerin oluşturulması

Oluşan kanıtlar mutlak kalite, nicelik ve tutarlılık bakımından değerlendirildi ve kanıtlar kullanılarak öneriler hazırlandı.

- Taslak rehber oluşturma

Oluşturulan öneriler ışığında yapılan değerlendirmelerle taslak rehber oluşturuldu.Ayrıca bu aşamada kanıta dayalı rehberin konsültasyon ve değerlendirmesi için İç hastalıkları hemşireliği ve yutma bozukluğu konusundaki uzman akademisyen ve Klinisyenlerden uzman görüşü alınmıştır.

Önerilerin oluşturulması ile meydana getirilen taslak rehber, rehber geliştirme grubu dışındaki kanıta dayalı rehber metodolojisi konusunda uzmanlar kişilerden oluşan bir grup hakem tarafından AGREE ölçeği (Tanı ve Tedavi Rehberlerini İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği) ile değerlendirilmiştir.

Hakemlerin önerileri doğrultusunda taslak rehber yeniden düzenlenmiş ve rehbere son şekli verilmiştir.Geliştirilen İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Hemşirelere Yönelik Kanıta Dayalı Rehber EK 16' de yer almaktadır.

3.Aşama Kanıta Dayalı Rehberin Uygulanması

Çalışmanın üçüncü aşamasında hemşirelerin geliştirilen rehberde yer alan kanıta dayalı bilgileri, uygulamaya aktarmalarını geliştirmek için "Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli" kullanılmıştır. Bu modeled yer alan ***beş aşama***, kanıta dayalı rehberin uygulanması sürecinde gerçekleştirilmiştir (Tablo 3.).

Tablo 3.1: YİDAKUM Modelinin aşamaları ve gerçekleştirilen uygulamalar

Modelin Aşamaları	**Uygulamalar**
1. Kurum kültürünün, KDU kullanımına hazır oluşluğun değerlendirilmesi	• Hemşirelerin KDU yönelik tutumları ve uygulamaya yönelik istekli olma durumları, motivasyon toplantıları yapılma aşamasında değerlendirilmiştir. • Hemşirelik bakım hizmetleri ile KDU kullanımına hazıroluşluklarını değerlendirmek için görüşmeler yapıldı
2. Kurumdaki KDU sürecindeki güçlerin ve engellerin tanımlanması	• Araştırmacı hergün kliniğe giderek klinikteki hemşirelerle uygulamayı değerlendirerek, karşılaşan engellerin çözümüne yönelik neler yapabilecekleri ile ilgili aksiyon planı yapıldı. • Hemşireler ve araştırmacı karşılıklı olarak, uygulamanın erken dönemdeki sonuçları hakkında geri bildirim verilerek süreçteki güçlü yanlar tanımlandı.
3. KDU mentorlarının belirlenmesi	• Eğitimler sonrasında kanıta dayalı rehberde ki önerilerin klinikte kullanılması için; araştırmacı klinikte çalışan hemşireler ile yakın işbirliği içinde hasta bakımda yer aldı. • KDU mentorlarının belirlendi
4. Kanıtın hemşirelik uygulamalarında kullanılması	• Kanıta dayalı rehber kullanımına yönelik eğitim ve motivasyon toplantıları yapılmıştır. • Eğitim sonrasında hemşirelere kanıta dayalı rehber ve araçları kitapçık olarak ellerine materyal olarak verilmiş ve ayrıca klinikteki bilgisayara da yüklenmiştir. • Klinikteki hemşire hasta odası ve koridorlara, disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi ne yönelik afişler asılmıştır. • Kanıta dayalı rehberde yer alan ve farkındalığı artıracağı düşünülen konular seçilerek broşürler hazırlanmıştır. • Araştırmacı klinikte çalışan hemşireler ile yakın işbirliği içinde hasta bakımda yer aldı.
5. Uygulamanın sonuçlarının değerlendirilmesi	• Geliştirilen kanıta dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesi için derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır. • Kanıta dayalı rehberin hasta çıktılarına olan etkiside değerlendirilmiştir.

Eğitim hastanede yer alan ANHTA biriminin eğitim ve toplantı salonunda verilmiştir. Klinik sorumlusu ve hemşirelerle ortaklaşa planlama yapılarak eğitim toplantılarının hemşirelerin izinli olduğu günde yapılması sağlanmıştır. Hemşirelere en az bir hafta öncesinde eğitim gün ve tarihi bildirilmiştir. Eğitimde aktif eğitim yöntemlerinden soru-cevap, göstererek yaptırma (demostrasyon), rol play ve olgu örnekleri kullanılmıştır.Eğitim için hazırlanan sunum bilgisayar ve sunum ekranı aracılığıyla sunulmuştur.Her bir eğitim süresi yaklaşık olarak 100-120 dk sürmüştür. Gruplarda üç hemşireden oluşmaktadır.Her bir grupla en az 3 toplantı yapılmıştır. Eğitim sonrasında hemşirelere kanıta dayalı rehber ve araçları kitapçık olarak ellerine materyal olarak verilmiş ve ayrıca klinikteki bilgisayara da yüklenmiştir.Araştırmacı tarafından verilen eğitim konuları aşağıda da yer almaktadır.

Eğitimde yer alan konular

1. Yutmanın fizyolojisi
2. İnmeli hastada disfajiye neden olan faktörler
3. Erken dönemde belirtileri
4. Disfajinin komplikasyonları
5. Disfajiye yönelik kanıta dayalı hemşirelik yaklaşımları
6. Kanıta dayalı hemşireliğin ve kanıta dayalı rehberleri kullanmanın önemi
7. Kanıta dayalı rehber kullanaımında yakın işbirliğine dayalı ileri araştırma modelinin kullanımı
8. Geliştirilen kanıta dayalı rehberin tanıtımı ve
9. Geliştirilen rehbere yönelik araçların kullanımı

Eğitim ve motivasyon toplantıları sonunda klinikteki hemşire hasta odası ve koridorlara, disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi ne yönelik afişler (bkz. EK 15) asılmıştır. Afişlerin temalarına ve asılma yerlerine hemşirelerle birlikte karar verilmiştir. Kanıta dayalı rehberde yer alan ve farkındalığı

artıracağı düşünülen konular seçilerek broşürler (bkz. EK 16) hazırlanmıştır. Bu broşürler klinikteki hemşire ve hekimlere verilmiştir. Ayrıca hemşireler tarafından taburculukta hasta ve hasta yakınlarına da verilmiştir. Eğitimler sonrasında inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberde ki önerilerin klinikte kullanılması için; araştırmacı klinikte çalışan hemşireler ile yakın işbirliği içinde hasta bakımda yer almıştır.

Sürecin son aşaması olan uygulamanın sonuçlarının değerlendirilmesi aşamasında, inme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla geliştirilen kanıta dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesi için derinlemesine bireysel görüşme yapılmıştır.Görüşmenin ayrıntıları çalışmanın nitel aşaması olan 5. Aşamada ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Ayrıca geliştirlen kanıta dayalı rehberin hasta çıktılarına olan etkiside değerlendirilmiş olup çalışmanın 4. aşamasında yer almaktadır.

4.Aşama: Kanıta Dayalı Rehberin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın deneysel (zaman serileri tasarımı) tasarımına uygun olarak yürütülen bu aşamasında rehberin hasta çıktılarına (NOC çıktıları, hasta memnuniyeti, beslenme durumu ve yatış gün sayısı) olan etkisi değerlendirilmiştir.

Verilerin toplanma aşamasında araştırmacı, her gün kliniğe gitmiş ve yeni yatan inmeli hasta olup olmadığını kontrol ederek, yeni yatan inmeli hastaları örneklem kriterine uyma açısından değerlendirmiştir. Araştırmacı yatak başı yutma testi yaparak disfajisi olan hastaları tespit etmiştir. İnme şiddetinin belirlenmesi NIH (Ulusal Sağlık Enstitüleri) İnme Skalası ile", Yutma güçlüğü; 'Yatak Başı Yutma Değerlendirme Testi'' ile fonksiyonel sağlık durumları ise "Modifiye Barthel İndeksi" ile hastaneye yattıktan sonraki üç gün içerisinde değerlendirilmiştir. Hemşirelik bakımından memnuniyetleri ise taburcu oldukları gün Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği ile hastalarının beslenme durumunu ise Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi Kısa formu değerlendirilmiştir. Aynı zamnda **NOC çıktıları** (*yutma durumu, aspirasyonun önlenmesi*) ölçeğide hastalara taburculukta rehberin etkisini değerlendirme amacıyla uygulanmıştır.

Beşinci Aşama: Kanıta Dayalı Rehberin Kullanımına İlişkin Hemşirelerin Görüşlerinin Belirlenmesi

Araştırmanın son aşaması, geliştirilen kanıta dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerini belirlemek için,1 Mayıs-30 Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bu aşamasında tanımlayıcı nitel araştırma tasarımına uygun derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır.

Görüşmelere başlamadan önce kanıta dayalı rehber ile inmeli hastalara bakım veren hemşirelere görüşme hakkında açıklama yapılarak, gönüllülük esasına dayalı olarak görüşmeye katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Daha sonra görüşmeyi kabul eden hemşirelerle görüşme tarihi ve zamanını kapsayan görüşme planı oluşturulmuştur. Randevu alınan hemşirelerle konforlu bir ortam olan toplantı salonunda derinlemesine bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme başında araştırmanın amacı ve araştırma sonucunda ulaşılmak istenen hedefler açıklandıktan sonra, ses kayıt cihazı açılmış ve araştırma sorusu gönüllüye yöneltilerek görüşme tamamlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın nicel aşamasında verilerin değerlendirilmesinde SPPS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılmıştır. Değişkenlerin değerlendirilmesinde ortalama±standart sapma ve yüzde ile frekans değerleri kullanılmıştır. Değişkenler normallik ve varyansların homojenliği ön şartlarının kontrolü yapıldıktan sonra (Shapiro Wilk ve Levene Testi) değerlendirilmiştir. Veri analizi yapılırken, bağımsız iki grup karşılaştırması için t testi (Student's t test), önşartlar sağlamadığında ise Mann Whitney-U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırması için, Tek Yönlü Varyans Analizi ve çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi ile sağlanmadığında ise, Kruskal Wallis ve çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Sürekli iki değişken arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayısı ile parametrik test ön şartlarını sağlamadığı durumda ise, Spearman Korelasyon Katsayısı ile değerlendirilmiştir. Kategorik veriler Fisher's Exact Test ve Ki Kare testi ile analiz edilmiştir.Beklenen frekansların %20'den küçük

olduğu durumlarda bu frekansların analize dahil edilmesi için "Monte Carlo Simulasyon Yöntemi" ile değerlendirme yapılmıştır. Testlerin anlamlılık düzeyi için $p<0,05$ ve $p<0,01$değeri kabul edilmiştir.

Çalışmanın nitel aşamasında ise verilerin değerlendirilmesi aşağıdaki şekilde gerçekleştirildi;

Yazılı ve kayıtlı veriler araştırmacılar tarafından transkript edilerek öncelikle ana temalar, daha sonra ise alt temalar oluşturuldu. Derinlemesine bireysel görüşme verilerinin değerlendirilmesinde toplanan verilerin tanımlanması, yazılı ortama aktarılmasında Colaizzi'nin İçerik Analizi Yöntemi kullanıldı. Yapılan bireysel görüşmelerden elde edilen kayıtların yazılı dökümanları okunarak analiz edildi. Belirlenen temalar kategorilere ayrılarak değerlendirme ve yorumlama yapıldı. Verilen yanıtlar; içerik, yorumların yaygınlığı ve özgünlüğü doğrultusunda organize edildi. Her bir tema ile ilgili olduğu düşünülen ifadelerden alıntılar yapıldı.

Nitel araştırmalarda, geçerlik ve güvenirlik kavramları araştırmanın sonuçlarının inandırıcılığını veya niteliğini gösteren en önemli unsurlardır. Toplanan verilerin ayrıntılı bir şekilde rapor edilmesi ve araştırmacının sonuçlara nasıl ulaştığını açıklaması nitel bir araştırmada geçerliğin önemli ölçütleri arasında yer almaktadır. Araştırma konusu hakkında genel bilgiye sahip ve nitel araştırma yöntemleri konusunda uzmanlaşmış kişilerden, çeşitli boyutlarıyla araştırmayı incelenmesinin istenmesi, araştırmanın niteliğinin artırılması konusunda alınacak önlemlerden birisiide eş (Akran) denetleme (Uzman İncelemesi)'dir. Bu nedenden dolayı bu araştırma da geçerlik ve güvenirliliği sağlamak için hem eş (Akran) denetleme hem uzman denetlemesi yapıldı. Akran denetlemesi, nitel araştırma konusunda deneyimli bir araştırmacı ile veri analizleri okundu ve araştırmacı ile bağımsız bir şekilde temalar oluşturuldu. Uzman denetlemesi ise araştırmacının tez danışmanı tarafından gerçekleştirilerek araştırmanın güvenilirliği artırıldı.

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular üç bölümde incelenmiştir;

1. Hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin bulgular

2. Kontrol ve müdahale gruplarındaki hastaların değişkenler açısından *(yatış gün sayısı, memnuniyet ve beslenme durumu puanı, aspirasyonun önlenmesi ve yutma durumu NOC çıktıları puanları)* karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

3. Kanıta dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerine ait bulgular

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n:60)

Sosyo-Demografik Özellikler		**Gruplar**				**İstatistiksel Analiz**	
		Kontrol (n:30)		**Müdahale (n:30)**			
Yaş (Yıl)		**X̄±SS**		**X̄±SS**		0,820	
		69,4±11,08		70,1±11,47			
		n	**%**	**n**	**%**	**Ki-kare**	**p**
Cinsiyet	Erkek	20	66,7	15	50,0	1,714	0,190
	Kadın	10	33,3	15	50,0		
Medeni Durum	Evli	23	76,7	28	96,6	5,275	0,084
	Bekar	3	10,0	0	0		
	Eşini Kaybetmiş	4	13,3	1	3,4		
Eğitim Durum	Okuryazar değil	4	13,3	6	20,0	1,424	0,700
	İlköretim	21	70.0	20	66,7		
	Lise	4	13,3	2	6,7		
	Üniversite	1	3,3	2	6,7		

Tablo 4.1.de çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Tablo 4.1'e göre müdahale grubundaki hastaların yaş ortalaması 70,1±11,47 olup, yarısının kadın, %48,3'ünün ilkokul mezunu ve %96,6'sının evli olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların ise, yaş ortalaması 69,4±11,08 olup, %66'sı erkek, %36,7'si ilkokul mezunu ve %76,7'sı evlidir. Gruplar yaş cinsiyet,

medeni durum ve eğitim durumları açısından karşılaştırıldığında müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4. 2. Hastaların tıbbi durumlarına ait özelliklerinin dağılımı

Tıbbi Durumlarına Ait Özellikler		Gruplar				İstatistiksel Analiz	
		Kontrol (n:30)		Müdahale(n:30)			
		X̄±SS		X̄±SS			
Modifiye Barthel indeksi Puan Ortalaması		41,3±30,48		37,8±35,69		t =0,684	
		N	%	n	%	Ki-kare	p
İnme Tipi	Hemorajik İnme	3	10,0	6	20,7	1,303	0,254
	İskemik İnme	27	90,0	23	79,3		
İnme Şiddeti	Hafif	12	40,0	10	33,3	1,669	0,434
	Orta	14	46,7	12	40,0		
	Şiddetli	4	13,3	8	26,7		
Afazi	Var	16	53,3	11	36,7	1,684	0,194
	Yok	14	46,7	19	63,3		
Taburculuktaki Beslenme Şekli	Oral	27	90,0	24	80,0	1,676	0,476
	Oral+ Enteral	3	10,0	5	16,7		
	PEG	0	0	1	3,3		

Tablo 4.2'de çalışmaya katılan hastaların tıbbi durumlarına ait özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.Müdahale grubundaki hastaların %79.3'nün iskemik inme geçirdiği, %36,7'sinin afazik olup, %90'ının ise, taburculuktaki beslenme şeklinin oral olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların ise, %90'nı iskemik inme geçirmiş olup, afazi görülme oranı %53,3, taburculuktaki beslenme şekline bakıldığında ise %90'ının oral yol olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların %40'ı kontrol grubundaki hastaların ise, %46, 7'sinin orta şidette inme geçirdiği belirlenmiştir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları Modifiye Barthel İndeksine göre incelenmiştir. Hastaların Modifiye Barthel indeksinden aldıkları puan ortalaması,

müdahale grubunda 37,8±35,69, kontrol grubunda ise, 41,3±30,48 olup, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. (p>0,05). Tablo 4. 2'de yer alan tıbbi duruma ilişkin değişkenler incelendiğinde, istatistiksel olarak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı ve grupların benzer olduğu görülmektedir (p>0,05).

4.2. Kontrol ve Müdahale Grubundaki Hastaların Değişkenlere Karşılaştırılmasına ilişkin Bulgular

Tablo 4.3. Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların, yatış gün sayısı, memnuniyet, beslenme durumu ve NOC çıktıları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Karşılaştırılan Özellikler	Gruplar		İstatistiksel Analiz p
	Kontrol (n:30)	Müdahale (n:30)	
	X̄±SS	X̄±SS	
Yatış Gün Sayısı	11,8±8,05	10,1±5,87	0,363
Yutma Durumuna ilişkin NOC Ölçeği Puan ortalaması	32,5±10,49	35,6±6,63	0,177
Aspirasyonun Önlenmesine ilişkin NOC Ölçeği Puan ortalaması	18,5±6,61	33,7±4,50	**0,001**
Memnuniyet Durumu Puan Ortalaması	59,1±14,33	66,6±12,07	**0,032**
Beslenme Durumu MND Ortalaması	9,7±2,57	9,3±2,17	0,553

Tablo 4.3'te müdahale ve kontrol gruplarının yatış gün sayısı, NOC çıktıları, memnuniyet, beslenme durumu puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastanede yatış süresi müdahale grubundaki hastalarda 10,1±5,87, kontrol grubundakilerde 11,8±8,05 gün olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 4.3'te yer alan müdahale ve kontrol gruplarının aspirasyonun önlenmesine ilişkin NOC ölçeği puan dağılımı incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların aspirasyonu önlenmesi NOC ölçeği puan ortalamaları 33,7±4,5 kontrol

grubundaki hastaların ise 18,5±6,60 olarak belirlenmiştir. Müdahale grubundaki hastaların aspirasyonu önlenmesi NOC ölçeği puan ortalamaları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuş olup iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0,05$).

Hastaların yutma durumuna ilişkin NOC ölçeği puan ortalamaları müdahale grubunda 32,5±10,49 iken, kontrol grubunda 35,6±6,63 olarak saptandı. Müdahale ve kontrol grupları arasında Yutma durumuna ilişkin NOC ölçeği puan ortalamaları açısından gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Grupların hastanede yattıkları süre içerisindeki memnuniyet durumlarını incelediğimizde; hastaların memnuniyet puan ortalamaları müdahale grubunda 66,6±12,07 iken, kontrol grubunda 59,1±14,33 olup, iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p< 0,05$).

Müdahale grubundaki hastaların MND puan ortalamaları 9,3±2,17 kontrol grubundaki hastalarin ise 9,7±2, 57 olarak saptanmıştır. Her iki grubun MND puanı ortalama puanın altında olup malnutrisyon riskinin olduğunu göstermektedir.Müdahale ve kontrol grupları arasında Beslenme Durumu MND puan ortalamaları açısından gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.3. Kanıta Dayalı Rehberin Kullanımına Ilişkin Hemşirelerin Görüşlerine Ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde, inme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla geliştirilen kanıta dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerinin belirlenmesi için derinlemesine bireysel görüşmeden elde edilen araştırma verileri; hemşire açısından ve hasta açısından etkileri olmak üzere iki kategoride gruplandırılmış ve toplamda 2 ana ve 6 alt tema oluşturulmuştur (Tablo.4.4).

Tablo:4.4. ÇalışmanınTema ve Alt Temaları



Kategori A: Hemşirelerin kanıta dayalı rehber ile bakım verirken yaşadığı deneyimler

Araştırmaya katılan hemşirelerin kanıta dayalı rehber ile bakım verirken yaşadığı deneyimlerine ilişkin elde edilen veriler, hasta ve hemşire açısından etkileri temaları olmak üzre iki alt grup altında incelenmiştir;

Tema 1: Hemşire Açısından Etkileri

Araştırmaya katılan hemşirelerin, kanıta dayalı rehber ile bakım verirken hemşire açısından yaşadıkları deneyimlerine ilişkin elde edilen verilerden; **"mesleki yeterlilik"**, **"kolaylaştırıcı kaynak"** ve "**hemşire memnuniyeti**" alt temaları ortaya çıkmıştır.

Alt tema 1. Mesleki yeterlilik

Araştırmaya katılan hemşireler, kanıta dayalı rehberin bakımda kullanımı ile hastalara bakım verirken daha bilinçli yaklaştıklarını ve özellikle disfaji konusunda farkındalıklarının arttığını, bilgi ve becerilerinin arttığını, bakım verirken yapılanların sonuçlarını ortaya koyabilmekten dolayı kendisine ve bilgisine olan güvenin arttığını,

bilgilerinin güncellendiğini ve böylece tüm bu uygulamaların mesleki yeterliliği arttırdığını ifade etmişlerdir.

Katılımcı ifadeleri;

"Algımız daha çok arttı, hani önceden bu eğitimi almadan önce direk geçebiliyorduk, …atlanabiliyordu ama şimdi direkt hastanın başında yutmasını takip ederek...hiç yutamayan hastalara vermiyoruz.. Yani iyi oldu." (4.hemşire)

"Uygulamanın hasta yakınlarına da hemşire arkadaşlarıma da….çok farklı konularda bilgiler verdiğini düşünüyorum. Özellikle bu eğitimi aldığımız günden bu yana ….hemşire arkadaşlar daha çok bilgilendirdiğini ve daha çok olaya vakıf olduklarını düşünüyorum..eğitim alındı alınalı insanların daha çok farkında olduğu yutma güçlüğü olan hastalara nasıl yaklaşacağını ve nasıl yaklaşması gerektiğini bildiğini düşünüyorum daha temkinli, daha gelişi güzel davranmaktansa bu farkındalıkla daha temkinli yaklaştıklarını düşünüyorum" (8. sorumlu hemşire)

"Onuda şöyle diyeyim, eksik bilgi ve becerilerin farkına varıldığını düşünüyorum örneğin -kamış pipet kullanılmamalıdır diyordu- Açıkçası bunu daha önceden bilmiyordum.Hastanın yorgunluk seviyesinin değerlendirilmesi gerektiğini yemek zamanları için yeterli enerjisi kalmasını yazıyordu...bunların ve bilimsel bir araştırmaya dayandığı için yapılan uygulamalarda eksikliklerde ve yanlışlıklarda şüphesiz ki faydalı olacağını düşünüyorum." (9. hemşire)

"Şöyle ki farkındalığı arttırdığını düşünüyorum, bilgi ve becerileri arttırdığını ve hemşirelik bakım kalitesini arttırdığını düşünüyorum. ve sorunların ve komplikasyonların zamanında önlenebileceğini düşünüyorum" (9. hemşire)

Alt tema 2. Kolaylaştırıcı kaynak

Araştırmaya katılan hemşireler, kanıta dayalı rehbere ilişkin görüşlerinde; rehberde yer alan algoritma, broşür ve posterlerin, bilgilerin uygulamaya geçmesini kolaylaştırdığını, ihtiyaç duyduklarında her an ellerinin altında hazır kanıta dayalı materyal olduğunu, güvenilir bir kaynak kullandıkları için kendilerini güvende hissettiklerini ve uygulamalara rehberlik ederek hemşireleri doğru uygulamaya

yönlendirdiğini ve standart bakım verilmesine katkı sağladığını ifade etmişlerdir. Ayrıca, inme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla geliştirilen kanıta dayalı rehberi, kanıta dayalı bilgiye ulaşımı kolaylaştıran bir kaynak olarak betimlemişlerdir. Katılımcı ifadeleri;

"Hemşireliği daha objektif değerler üzerinden yaptığımız için... Öznel verilerden daha çok nesnel verilerin olması…. Daha avantajlı… Elimizde rehber olması aklımıza takılan sorulara açıp hemen bakmak ve servise yeni başlayanlar için bu bir avantaj"... (1.hemşire)

"..birbirlerine bir şeyleri ifade ederken ellerinde yazılı bir şey oldu onu gösterme şansım oldu." (3.hemşire)

"Klinik rehber….gerçekten çok güzel hazırlanmış. Yani çok beğendim. Açıklayıcı, bizim içinde, hastalar içinde yol gösterici ..." (6.hemşire)

"Elimizde bir rehber olunca o konuyu güzelce öğrendik neler yapacağımızı neler yapabileceğimizi, nelerle karşılaşabileceğimizi bu rehber sayesinde tam anlamıyla öğrendiğimiz için uygulamada çok artılarımız oldu.. ayrıca olumsuz bir şeyle karşılaştığımızda da ne yapacağımızı bildiğimiz için bizim için güzel bir kaynak oldu diye düşünüyorum.." (7.hemşire)

Alt tema 3. Hemşire memnuniyeti

Araştırmada geliştirilen kanıta dayalı rehberin uygulamaya aktarılmasında yakın işbiriliğine dayalı ileri araştırma modeli kullanılmıştır. Araştıramaya katılan hemşireler, bu modelin kullanımına ilişkin görüşlerini, uygulamanın motivasyonlarını artırdığını, bağımsız hemşirelik rollerini yerine getirme konusunda desteklendiklerini hissettiklerini, kanıta dayalı uygulamayı hayata geçirmenin motivasyonlarını artırdığını ve akademik klinik işbirliğinden duydukları memnuniyeti ifade etmişler ve böylece hemşire memnuniyetinin arttığını belirtmişlerdir. Katılımcı ifadeleri;

" Ya aslında gerçekten güzel oldu ben 20 yıllık meslek hayatımda ilk defa böyle bir şeye denk geldim içinde olmak ve sizinle fikir alışverişinde bulunmak hoşuma

gitti, hastalar açısından da mesleğimiz açısından da güzel bir şey o yüzden size teşekkür ediyorum."(7.hemşire)

" Açıkçası şöyle, mesela sistematik incelemelere ve araştırmalara dayandığı için hani iyi bir rehber olduğunu düşünüyorum örneğin disfaji sorununda da daha iyi yönetileceğini ve gelişebilecek komplikasyonlarıda en aza indireceğini düşünüyorum. Böylece ve hemşirelik rollerinin tam olarak yerine getirileceğini ve de yardımcı olacağını düşünüyorum. Bakıma yararlı olacaktır.. (9.hemşire)

"... yenisi eskisi bütün hemşireler sağlık personeli aynı standartta hizmet verdiği zaman bu hasta açısından da hemşire açısından da çok güzel sonuçlar doğurur diye düşünüyorum ...." (7. hemşire)

"..sonuçta güzel bir çalışma güzel bir rehber neden bizim hastanemizle sınırlı kalsın. Birde bütün meslektaşlarımız dolayısıyla da bütün hastalar ulaşsın. " (7. hemşire)

Tema 2: Hasta Açısından Etkileri

Araştırmaya katılan hemşirelerin, kanıta dayalı rehber ile bakım verirken hasta açısından yaşadıkları deneyimlerine ilişkin elde edilen verilerden; **"komplikasyonların önlenmesi"**, **"kaliteli bakım**" ve **"hasta memnuniyeti"** temaları ortaya çıkmıştır.

Alt Tema 1. Komplikasyonların önlenmesi

Araştırmaya katılan hemşirelerin, kanıta dayalı rehber ile bakım verirken hasta açısından yaşadıkları deneyimlerine ilişkin elde edilen verilerden; hasta güvenliği temasını oluşturan alt temalar; komplikasyonlari önleme, riskleri erken dönemde farketme, hastaya hakim olma, bütüncül görme ve iyileşmeye olan olumlu katkısıdır. Hemşirelerin tüm bu alt temaları oluşturan ifadelerinde kanıta dayalı bakım vermenin hasta güvenliğini artırmakta olduğunu vurgulamaktadır.. Katılımcılar bu konu ile ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir;

"Hastayı bir kere hani ilk gözlemlediğimiz için, aspire etmesini ilk başta önlüyoruz zaten bu en önemli avantaj, komplikasyonları önlüyoruz." (4. hemşire)

"Yani nasıl anlatılır ki.yani yutkunmada mesela hasta yakınlarını da biz bilgi verdiğimiz için, yaparken eğitim verdiğimiz için onlarda bizle beraber bilinçlenmiş oldular. Olabilecek komplikasyonları da en kısa sürede önlemiş olduk." (5. hemşire)

"Bir kere iyileşmesini hızlandırdığını düşünüyorum kesinlikle artı olabilecek risk faktörlerini ortadan kaldırabileceğimizi düşünüyorum. ola ki olumsuz bir şey yaşadık bunu da erken dönemde fark edip daha çabuk girişimde bulunacağımızı düşünüyorum." (7. hemşire)

"Hem standartlar açısından çok olumlu etki oldu birde bir şeyi bilerek o konuya hakim olarak" (7. hemşire)

"Yani hastanın iyileşmesi açısından daha etkili sonuçlar elde edilmesine yardımcı olduğunu düşünüyorum" (5. hemşire)

Alt Tema 2. Kaliteli bakım

Araştırmaya katılan hemşireler tarafından, kanıta dayalı rehberin bakımda kullanımı ile maliyetin azaldığı, bakımın kanıta dayalı olarak uygulandığı, uygulamaların tüm hemşireler tarafından standart bakım, bir şekilde ortak yapıldığı, uygulamada objektif verilerin kullanıldığı ve böylece bakım kalitesinin arttığı ifade edilmiştir.Katılımcılar bu konu ile ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmişlerdir.

"Yani şöyle bu rehberin kullanılması daha öncesinde tüm hemşirelerin ortak bir uygulama ve değerlendirmesi olmuş oluyor. yani herkes kendi başına çıkarak bir uygulama yapmış olmuyor. Bu da hasta için daha iyi ve kaliteli bir bakım sağlıyor " (9. hemşire)

"Bir kere böyle bir rehberin olması, hastaya bakım verirken bir standardımızın olması demek. Yani bütün her shiftteki nöbete gelen hemşire arkadaş aynı standartlara bağlı bakım verdiği zaman hastanın iyileşmesinde çok çok olumlu etkiler sağlar diye düşünüyorum" (7. hemşire)

"Valla ben büyük katkısı olduğunu düşünüyorum yani hani her açıdan bizim algımız da arttı, hani gördüğümüz zaman hastaya nörolojik olarak zaten klinik çok

inmeli hastalar olduğu için hasta servise ilk geldiğinde hasta yutabiliyor mu? onu sorguluyoruz. Bizim içinde hemşirelik bakım kalitesini arttırıyor" (4.hemşire)

"O gün işte Fatma hanım söyledi doktorumuz... , yani nereden baksanız son bir buçuk iki aydır yutma güçlüğüyle ilgili bize hiçbir şikâyet gelmedi aspire etmediğini hastaların akciğer kaçağı olmadığını. Hastaların daha çabuk bir şekilde taburcu olup evlerine gittiğini bizde gözlemliyoruz" (8.hemşire)

"İyi yönde etkilediğini düşünüyorum. Zaten amaç hastanın iyileştirmesini hızlandırmak ya da kötüleşmesini engellemek olduğu için….bakımın kalitesini arttırmak olduğu için iyi yönde etkilediğini düşünüyorum" (5.hemşire)

"Biraz önce de konuştuk, mesleğimizde tedaviden bakıma kadar hiçbir konuda standardımız nerdeyse yok bu tür rehberlerde standart oluşturur diye düşünüyorum dolayısıyla da yenisi eskisi bütün hemşireler sağlık personeli aynı standartta hizmet verdiği zaman bu hasta açısından da hemşire açısından da çok güzel sonuçlar doğurur diye düşünüyorum …." (7.hemşire)

Alt Tema 3. Hasta memnuniyeti

Araştırmaya katılan hemşireler, kanıta dayalı rehberin bakımda kullanımı ile hasta ve yakınlarınınn özellikle disfaji konusunda farkındalıklarının arttığını, hemşireye ve bilgisine olan güvenlerinin arttığı, hasta ve yakınları ile olan iletişimin olumlu yönde etkilendiğini, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile ilgili olumlu tepkiler aldıklarını, ve böylece tüm bu uygulamaların hasta memnuniyetini arttığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar bu konu ile ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir;

"Kendilerini daha önemli hissediyorlar. Direkt verip geçmektense hastanın başında yutma güçlüğü var. Bunu böyle içirmemiz gerekiyor ya da beraber içirelim dediğimizde hastada olsun yakını da olsun bana bakıyorlar benimle ilgileniyorlar diye onlarında hoşuna gidiyor. Gelip bize rahatlıkla konuşabiliyorlar işte hastam şunu yiyebilir mi şunu yedirebilir miyim? Ya da beraber içirelim daha rahat oldu gibi…" (4.hemşire)

"Hasta yakınları daha bilinçli hale geldiler. Hani onlara da anlatıyoruz, gösteriyoruz tek başlarına hiçbir şekilde ilaç vermemeleri gerektiğini…" (4.hemşire)

"Bilimsel kanıta dayandığı için bilgiler hem bizim açımızdan hem hasta ve hasta yakınları açısından güvenilir en doğru bilgidir. Bazen hastalar işbirliği yapmak istemiyor güvendiği zaman ve bilimsel olarak hastaya yansıtıldığında bizim tarafımızdan daha olumlu oluyor verdiğimizden beride sanki daha iyi tepkiler alıyoruz" (6.hemşire)

Kategori B: Kanıta dayalı rehberi kullanan hemşirelerin rehberin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik önerileri

Araştırmaya katılan hemşirelerin, **rehberin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik önerileri** aşağıda yer almaktadır.

- Farklı hemşirelik alanları ve hasta grupları içinde geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması
- Hasta eğitime yönelik yapılan düzenlemelerde kullanılması yapılması
- Okuma yazma bilmeyenlere yönelik görsel eğitim teknikleri kullanılması
- Tüm hastanelere ve tüm hastalara ulaşması
- Kurum desteği ile tüm hemşirelere ulaşması
- Yaygınlaştırılması kurum tarafından sahiplenilmesi

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda, inme sonrası disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilen kanıta dayalı rehberin, hasta çıktılarına (yutma durumu, aspirasyonun önlenmesi) NOC çıktıları, hasta memnuniyeti, beslenme durumu ve yatış gün sayısı) olan etkisi değerlendirilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre; "İnme sonrası disfajinin yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermek hastaların aspirasyonun önlenmesi NOC çıktılarını ve hasta memnuniyetini etkiler" hipotezlerini destekler iken, "İnme sonrası disfajinin yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermek hastaların beslenme durumu, yutma durumu NOC çıktısı ve yatış gün sayısı üzerinde etkilidir" hipotezlerini desteklemediği görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların hastanede yatış süresi incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların yatış süresi ortalamaları kontrol grubundan daha az olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde (26, 27, 29, 30, 32, 35, 110) disfajili hastalara yönelik kanıta dayalı müdahalelerin yatış gün sayısına olan etkisi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Çalışmamızla benzer bir şekilde birçok çalışmada, müdahale gruplarındaki hastaların yatış gün sayısı ortalaması kontrol grubundaki hastalardan daha az olmakla birlikte, gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak Hines ve ark. (2016) yaptıkları meta analiz çalışmasında da rehberlerin yatış gün sayısı üzerinde etkili olmadığı sonucuna varmışlardır (28). Bazı çalışmalarda ise müdahale grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların yatış gün sayısı ortalamalarının istatistiksel olarak da anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmektedir (16, 34, 111, 112). Perry ve ark. çalışmasında disfajiye yönelik kanıta dayalı protokol ile bakım vermenin yatış gün sayısını azalttığını bulmuşlardır. Bu çalışma sonuçlarındaki farklılığın literatürdeki yatış gün sayısının hesaplanmasındaki farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Bazı çalışmalarda taburculuk tarihi inme ünitesinden taburcu olduğu tarihi göz önünde bulundururken bazı çalışmalar ise rehabilitasyon ünitesinden taburcu olduğu tarihe göre yatış gün sayısını

hesaplamaktadır. Ayrıca geliştirilen rehberin daha çok hasta ile daha uzun zamanda uygulanması ile anlamlı sonuçlar elde edilebileceği çıkarımını yapmaktayız.

Çalışmamızda, kanıta dayalı rehberin hasta çıktılarını olan etkisi, hastaların yutma durumu ve aspirasyonun önlenmesi NOC çıktıları ölçeği ile de değerlendirilmiştir. Yutma durumu NOC çıktısı daha çok hastanın kliniğine bağlı değişiklikleri ölçmektedir. Literatür incelendiğinde inmeli hastalarda yutma durumuna yönelik müdahalenin etkisini değerlendiren çalışmalar bulundu (22-25). Carnaby ve ark. (2006) randomize kontrollü olarak 306 inmeli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, davranışsal müdahalelerin yutma durumunda iyileşmeye etkisi olduğunu göstermişlerdir (113). Kang ve ark. (2012) çalışmasında ise, hemşireler tarafından iki ay boyunca uygulanan yutma egzersizleri sonrasında hastaların yutma fonksiyonlarında kontrol grubuna göre iyileşme durumlarında anlamlı bir fark olduğunu saptamışlardır (114). Çalışmamızda ise, yutma durumuna ilişkin NOC çıktısı puan ortalamaları açısından müdahale ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda, kanıta dayalı rehber doğrultusunda yapılan müdahalenin yutma durumu üzerinde etkili olmadığı bulundu. Diğer çalışma sonuçları ile çalışmamız sonucunun bu yönü ile uyuşmamasının çalışma yapılan popülasyonun ve müdahalenin süresinin birbirinden farklı olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Şöyle ki diğer çalışmalarda hastaların rehabilitasyon ünitesinde tedavi aldığı görülmektedir (113, 114). Hastalar ise, en az inme sonrası 3 ila 6 ay geçmiş olan hastalar olduğu görülmektedir. Ancak teorik olarak, yutma güçlüğü yaşayan hastaların hastanede yattıkları akut dönemde ilk haftanın sonunda %70'i düzelir, ancak %11-19'unda disfaji uzun süre (>6 ay) devam eder (7, 8). Disfajisi düzelmeyen hastalar dirençli disfaji olup, aylar hatta yıllar içinde düzelebilmektedir. Çalışmamızda ise hastalar akut inme ünitesinde yatan ve ortalama yatış süresi yaklaşık 10 gün olan hastalardır. Bu nedenle müdahalenin etkisinin görülmesi için yeterli süre olmadığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, inme sonrası disfajinin yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakımın hasta çıktılarına olan etkisi, aspirasyonun önlenmesi NOC çıktıları ile değerlendirilmiştir. NOC aspirasyonun önlenmesi çıktısı, sıvı ve katı parçacıkların akciğere geçişini önlemeye yönelik faaliyetlerin uygulanma durumunu

göstermektedir. Çalışmamızda, müdahale grubundaki hastaların aspirasyonun önlemesi NOC çıktısı ölçeği puan ortalamaları, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek, olup iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde (28-30, 39, 115) kanıta dayalı rehberlerin aspirasyonun önlenmesi üzerinde etkisini araştıran birçok araştırma bulunmaktadır. Hines ve ark (2016)'nın yaptıkları meta analiz çalışmasında ise, disfaji yönetiminde kanıta dayalı rehberlerin kullanılmasının aspirasyonun önlenmesi üzerinde önemli etkileri olduğu vurgulanmaktadır (28). Titsworth ve ark (2013)'nın 42 ay süren ve 2532 hasta ile hastane kalitesini artırmayı amaçlayan girişimlerini içeren çalışmalarında da kanıta dayalı olarak yapılan müdahalelerin aspirasyon pnömonisi prevalansını azalttığı saptanmıştır (39). Liu ve ark. (2016) inmeli hastalarda hemşirelerin disfaji yönetiminin iyileştirilmesini ve aspirayonun önlenmesini amaçlayan kanıta dayalı uygulama projelerinde hemşirelerin kanıta dayalı önerilere %100 uyum gösterdiği ve çalışmanın hasta çıktıları üzerinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur (115). Sorensen ve ark. (2013) yaptığı çalışmada; yatak başında yapılan disfaji taramasının, iyi bir ağız bakım protokolü ile kombine edildiğinde, aspirasyon pnömonisi riskinin dörtte bir oranında düştüğü gösterilmiştir (30). Gandolfi ve ark (2014) inme sonrası disfaji gelişen hastalarda Standart ve multidisipliner protokol kullanımının hasta çıktılarına olan etkilerini değerlendirdikleri çalışmada önemli düzeyde aspirasyon pnömonisi hızını azaltmış olduklarını saptamışlardır (29). Rai ve ark. (2016) inmeli hastalarda kanıta dayalı rehber ile bakım alan hastalarla rutin bakım alan hastaları karşılaştırdıkları çalışmada, rehber ile bakım verilen hastalarda aspirasyon pnömonisi görülme sıklığını azalttığını bulmuşlardır (27).Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde müdahale grubundaki Aspirasyonu önlenmesi NOC çıktısı ölçeği puan kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonucun , kanıta dayalı rehberde yer alan özellikle güvenli beslenme stratejileri, disfaji taraması ve ağız bakımına yönelik kanıta dayalı önerilerin, uygulamaya aktarılmasının, aspirasyonun önlenmesi üzerinde etkisinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Geliştirilen kanıta dayalı rehberin bakımda kullanılmasının, hasta çıktılarından beslenme durumu üzerine olan etkiside çalışmamızda değerlendirilmiştir. Çalışmamızda müdahale ve kontrol grupları arasında beslenme durumu MND puan ortalamaları açısından gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı

görülmektedir. Çalışmamızla benzer olarak Perry ve ark. (2013)'nın çalışmasında da, kanıta dayalı rehber ile bakım verilmesi ile gruplar arasında beslenme durumu arasında fark bulunmamıştır. İnmeli hastalarda beslenme durumunu geliştirmeye yönelik hemşirelik müdahalelerinin hasta çıktılarına olan etkisini değerlendirdikleri 26 çalışmanın yer aldığı sistematik derlemede; hemşirelerin birçok girişimde bulunduğu fakat bu girişimlerin beslenme durumuna olan etkisinin değerlendirilmediği görülmüştür (66). Lin ve ark (2003) huzurevindeki inmeli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, 8 hafta süren yutma egzersizi sonrası hastaların antropometrik ölçümlerinde iyileşme olduğu saptanmıştır. Beslenme durumunun belirlenmesinde antropometrik ölçümlere (BKİ, kilo kaybı, orta kol çevresi) dayalı olarak belirlenmiştir (116). Nijs ve ark (2006) huzurevindeki beslenme bakımına ilişkin protokol uyguladıkları çalışmada müdahale grubunda malnutrisyon oranın azalmasına karşın kontrol grubunda arttığı görülmüştür. Beslenme durumu MND testi ile değerlendirilmiş ve müdahalenin beslenme durumunu iyileştirdiği saptanmıştır (117). Hickson ve ark (2004) hastanede yatan yaşlı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada ise, çalışmamızla benzer olarak beslenmeye yönelik müdahalelerin antropometrik ölçümler üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (118).

Literatürde kanıta dayalı uygulamaların beslenme durumu üzerine etkisi ilgili yapılan çalışmaların farklı sonuçları olduğu görülmektedir. Bu farklılıkların beslenme durumunu belirleyen ölçüm araçlarının farklı olmasının, hastaların rehebilitasyon veya akut dönemde olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Ölçüm araçlarıyla ilgili olarak; çalışmalarda sıklıkla kullanılan MND ve SGA testlerinin içerdiği soruların birçoğu hastanın bağımsızlığı ile ilgili olduğu ve hastanın sorulara cevap verebilmesi için mental ve bilişsel yeterliliğe sahip olması gerekliliği görülmektedir. Ancak özellikle inme sonrası ilk günlerde bir çok hastada bilişsel yetersizlik görülmektedir. Ayrıca bağımlılık durumları genelde yüksek olup bu testin sonucunu etkilemektedir. Bu nedenle inmeli hastalarda beslenme durumunu değerlendiren çalışmalarda antropometrik ölçümler, besin alımı takibi, laboratuar bulguları ve kilo alımındaki değişiklikler gibi diğer parametrelerden de yararlanılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Dikkat edilmesi gerektiği düşünülen diğer bir konu ise, bir çok çalışmada beslenme durumunun farklı yöntemlerle değerlendirilmesi ve çalışma sonuçlarının birbiriyle karşılaştırılmasında bu durumun soruna neden olmasıdır.

Hastaların rehabilitasyon veya akut dönemde hastanede olmalarıyla ilgili olarak da Foley ve arkadaşlarının (2009) inmeli hastalarda disfaji ve malnutrisyon ilişkisini incelendiği meta analiz çalışmasında; rehabilitasyon sürecinde disfajili olan hastalarda malnutrisyon oranı disfajisi olmayan hastalara göre daha fazla artmakta olduğu saptanmıştır. Ancak aynı çalışmada hastanedeki ilk 7 gün içerinde ise disfajisi olan olmayan hastalara arasında malnutrisyon oranları arasında bir fark görülmemiştir (119). Buna göre disfajinin beslenme durumuna olan olumsuz etkisinin geç dönemde görüldüğü düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarından yola çıkarak çalışmamızda da, hastalar ortalama 11 gün hastanede yatmakta olup erken dönemde oldukları için, müdahale ve kontrol grubu arasında malnutrisyon oranlarında fark bulunmamasını açıklayabilir.

Çalışmamızda, rehberin hasta çıktılarından hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Kanıta dayalı hemşirelik rehberleri hemşirelik bakım kalitesini artırmada önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Bakım kalitesinin değerlendirilmesinde ise hasta memnuniyeti önemli bir belirleyici göstergedir (33). Bu bağlamda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi hastaların bakım kalitesini ölçmede en önemli indikatörlerden biridir.

Literatürde (33, 120-123) kanıta dayalı rehber ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi araştıran ve birçok farklı hasta popülasyonlarında yapılan çalışmalar incelendiğinde; hemşirelik bakımının kalitesini artırmaya yönelik yapılan müdahalelerin (kanıta dayalı rehberler, protokoller bakımda uygulanması gibi.) total hasta memnuniyetini artırdığı saptanmıştı. Ayrıca Reker ve ark (2002)'nın çalışmalarında hemşirelerin kanıta dayalı rehbere uyumları arttıkça hasta memnuniyetinde artmakta olduğu saptanmıştır (33). Kanıta dayalı rehber ile bakım verilen ve rutin bakım alan hastaların memnuniyetlerinin değerlendirildiği araştırma sonuçlarına göre; kanıta dayalı rehberle bakım vermenin hasta memnuniyetini yükselttiği saptanmıştır (121, 122). Çalışmamızda literatürle benzer şekilde müdahale grubundaki memnuniyet oranı kontrol grubuna göre daha yüksek olması; kanıta dayalı rehberlerin bakımda kullanılmasının, hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini doğrulamaktadır. Ayrıca çalışmamızın nitel aşamasında da araştırmaya katılan hemşireler, kanıta dayalı rehberin bakımda kullanımı ile hasta yakınlarının bakım

verirken daha bilinçli hale geldiklerini, özellikle disfaji konusunda farkındalıklarının arttığını, hemşireye ve bilgisine olan güvenlerinin arttığı, hasta ve yakınları ile olan iletişimin olumlu yönde etkilendiğini, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile ilgili olumlu tepkiler aldıklarını, ve böylece tüm bu uygulamaların hasta memnuniyetini artırdığını ifade etmişlerdir. Böylece kalitatif sonuçlarında çalışmamızın sonuçlarını desteklediği görülmektedir.

Araştırmanın bu bölümünde, inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberi kullanan hemşirelerin, kanıta dayalı rehber ile bakım verirken yaşadığı deneyimlerine ilişkin kategorisinde elde edilen veriler tartışılmıştır.

Çalışmamızda hemşireler, kanıta dayalı rehber eşliğinde hastalara bakım verirken, daha bilinçli yaklaştıklarını ve özellikle disfaji konusunda farkındalıklarının arttığını, bilgi ve becerilerinin artırdığını, yapılanların sonuçlarını ortaya koyabilmekten dolayı kendisine ve bilgisine olan güvenin arttığını, bilgilerinin güncellendiğini, ve böylece tüm bu uygulamaların mesleki yeterliliği arttırdığını ifade etmişlerdir. Ayrıca rehberin kullanımının, motivasyonlarını artırdığını, bağımsız hemşirelik rollerini yerine getirme konusunda desteklendiklerini hissettiklerini, kanıta dayalı uygulamayı hayata geçirmenin motivasyonlarını artırdığını ve akademik klinik işbirliğinden duydukları memnuniyeti ifade etmişler ve böylece hemşire memnuniyetinin arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca geliştirilen rehber, kanıta dayalı bilgiye ulaşımı kolaylaştıran bir kaynak olarak tanımlanmıştır.

Bjartmaz ve ark. (2017) inmeli hastalara yönelik kanıta dayalı hemşirelik rehberi kullanan hemşirelerin görüşlerini incelediği çalışmada; hemşireler rehber kullanımı ile mesleki yeterliliğin ve hemşire memnuniyetinin arttırdığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada rehberin pratik, kolay uygulanabilir olduğu belirtilmiş olup bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini artırmada olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (124).

Çalışmamızda hemşirelerin rehber kullanımının, hastalar üzerindeki etkisi ile ilgili görüşlerini incelediğimizde; “Komplikasyonların önlenmesi”, “bakım kalitesi” ve “hasta memnuniyetini” artırdığı belirlenmiştir. Hemşireler tarafından, kanıta dayalı rehberin bakımda kullanımı ile; maliyetin azaldığı, bakımın kanıta dayalı olarak

uygulandığı, hastalara hemşirelerin standart bakım verdiği, uygulamada objektif verilerin kullanıldığı ve böylece bakım kalitesinin arttığı ifade edilmiştir. Ayrıca, kanıta dayalı rehberin bakımda kullanımı ile hasta yakınlarının bakım verirken daha bilinçli hale geldiklerini, özellikle disfaji konusunda farkındalıklarının arttığını, hemşireye ve bilgisine olan güvenlerinin arttığı, hasta ve yakınları ile olan iletişimin olumlu yönde etkilendiğini, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile ilgili olumlu tepkiler aldıklarını, ve böylece tüm bu uygulamaların hasta memnuniyetini arttığını belirtmişlerdir. Hemşireler ifadelerinde rehberlerin, komplikasyonlari önleme, riskleri erken dönemde farketme, hastaya hakim olma, bütüncül görme ve iyileşmeye olan olumlu katkıları ile hasta güvenliğini artırmakta olduğunu vurgulamaktadırlar. Literatürde (16, 17, 24, 28, 30, 110, 124) hemşirelerin klinik bakım uygulamalarında kanıta dayalı rehberleri ve rehberlerde yer alan destek araçları kullanmalarının hastaların bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkılarının olduğu vurgulanmaktır. Ayrıca rehber uygulanan hastanelerde hasta bakım kalitesinde artış olur iken, hasta ve ailenin memnuniyetinin olumlu etkilendiği vurgulanmıştır (17).

Kanıta dayalı rehberlerin uygulamaya başarılı bir şekilde aktarılmasında hemşirelerin rehberi kullanmaya olan isteklilikleri ve rehbere olan uyumları oldukça önemli bir faktördür. Hemşireler tarafından kanıta dayalı rehberlerin geliştirildiği çalışmalarda, geliştirilen rehbere hemşireler tarafından uyumun yüksek oranda olduğu saptanmıştır (17, 24, 30, 110). Çalışmamızda da, hemşireler rehber kullanımına karşı olumlu tutum sergilemiş ve yakın işbiliği içinde yüksek motivasyonla rehberin önerilerini yerine getirmiş oldukları gözlenmiştir, bu durumda hemşirelerin rehbere olan uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Donnellan ve ark. (2013) kanıta dayalı inme rehberlerinin kullanımdaki kolaylaştırıcılar ve engelleri inceledikleri kalitatif çalışmalarında rehberlerin kullanışlı olmasının uyumu kolaylaştırdığı belirtilmiştir (125). Çalışmamızda hemşirelerin kanıta dayalı rehberi, kanıta dayalı bilgiye ulaşımı kolaylaştıran bir kaynak olarak görmelerininde uyumlarının yüksek olmasında etkili olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmada yer alan tüm hemşirelerin, rehberin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına yönelik önerilerinde; farklı hemşirelik alanları ve hasta grupları içinde geliştirilmesi, tüm hastanelere ulaştırılması ve

yaygınlaştırılması gibi önerilerde bulunması, rehbere olumlu tutum içinde olduklarını ve uyumlarının yüksek olduğunu desteklemektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

- Ülkemizde ilk kez hemşirelere yönelik "İnmeli Hastalarda Disfaji Yönetimine Yönelik Kanıta Dayalı Rehber" geliştirilmiştir.
- İnme sonrası disfajinin yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermek hastaların aspirasyonun önlenmesi NOC çıktılarını olumlu etkilemekte ve hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır.
- İnme sonrası disfajinin yönetiminde kanıta dayalı rehber ile bakım vermek hastaların beslenme durumunu, yutma durumu NOC çıktısı üzerinde etkisi olmadığı görülmektedir.
- Kanıta dayalı rehber ile bakım veren hemşireler, rehberin hasta güvenliği, bakım kalitesi, hasta memnuniyeti, mesleki yeterlilik ve hemşire memnuniyetini artıran ve bilgiye ulaşmayı kolaylaştırıcı bir kaynak olarak deneyimlediklerini belirtmişlerdir.

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre;

• Hemşireler tarafından komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamak ve hasta memnuniyetini artırmak için inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilen kanıta dayalı rehberin kullanılması

• İnmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilen kanıta dayalı rehberin sivil toplum kuruluşlar, sağlık bakanlığı ve üniversitelere ulaşılması sağlanarak tüm hastanelere yaygınlaştırılması

• Kanıta dayalı rehber ile bakım vermenin hemşirelik bakım sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla, daha geniş bir örneklem grubunda ve daha uzun süreli takip yapılacak şekilde çalışmaların planlanması önerilmiştir.

7. KAYNAKÇA

1. (TUİK) TİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018 (Erişim tarihi Mayıs 2018) 2018 [

2. WHO. Top 10 causes of death Erişim tarihi Mayıs 2018)http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/2018 [

3. Bakanlığı S. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. 2017.

4. Ozturk S. Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri-Dünya ve Türkiye perspektifi. Turk J Geriatr. 2009;13(1):51-8.

5. Yeşilbalkan ÖU. Akut İskemik İnmeli Hastaların Hiperakut Tedavisinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2015;1(1):22-30.

6. Durna Z, Akyil RÇ. İnmeli Bireylerde Multidisipliner Rehabilitasyon. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2015;1(1):72-82.

7. Boyraz S. İnmeli Bireylerde Yutma ve Beslenme. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2015;1(1):48-53.

8. Donovan NJ, Daniels SK, Edmiaston J, Weinhardt J, Summers D, Mitchell PH. Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. Stroke. 2013;44(4):e24-e31.

9. Daniels SK, Anderson JA, Petersen NJ. Implementation of stroke dysphagia screening in the emergency department. Nursing research and practice. 2013;2013.

10. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. stroke. 2005;36(12):2756-63.

11. Network SIG. Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. 2010;119.

12. Perry L BEIASN, eW-B. Nutritional aspects of stroke care. . In: Williams J PL, Watkins C, editor.2010.

13. Hines S, Wallace K, Crowe L, Finlayson K, Chang A, Pattie M. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2011;9(2):148-50.

14. Travers PL. Poststroke dysphagia: Implications for nurses. Rehabilitation Nursing. 1999;24(2):69-73.

15. Well E, First F, Dignity P, it Out W, Training CB. Management of dysphagia in stroke patients. Nursing older people. 2011;23(3).

16. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: detailed evaluation of the tool used by nurses. Journal of Clinical Nursing. 2001;10(4):474-81.

17. Marget Smallwood B. Using evidence-based practice to develop a swallow screen for stroke patients.

18. Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. Dysphagia. 2001;16(1):7-18.

19. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: Identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. Journal of Clinical Nursing. 2001;10(4):463-73.

20. A. G. Komplikasyonların Tedavisi Ve Yoğun Bakım: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı Ve Tedavi Kılavuzu – 2015. 2015; 21(3): 153-160. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2015;21(3):153-60.

21. Sørensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. Journal of Neuroscience Nursing. 2013;45(3):139-46.

22. Schepp SK, Tirschwell DL, Miller RM, Longstreth W. Swallowing screens after acute stroke: a systematic review. Stroke. 2011:STROKEAHA. 111.638254.

23. PERRY L, McLAREN S. Nutritional support in acute stroke: the impact of evidence-based guidelines. Clinical Nutrition. 2003;22(3):283-93.

24. Raoufi F, Shade K. Evaluation of nursing dysphagia screening tools among patients with stroke: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2014;12(10):61-72.

25. Kocaman G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2003;2(4):61-9.

26. Piñero-Sáez S, Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV. Implementation results of a Best Practice Guideline in stroke patients hospitalized. Revista Científica de la Sociedad de Enfermería Neurológica (English ed). 2018.

27. Rai N, Prasad K, Bhatia R, Vibha D, Singh MB, Rai VK, et al. Development and implementation of acute stroke care pathway in a tertiary care hospital in India: A cluster-randomized study. Neurology India. 2016;64 Suppl:S39-45.

28. Hines S, Kynoch K, Munday J. Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. Journal of Neuroscience Nursing. 2016;48(4):215-23.

29. Gandolfi M, Smania N, Bisoffi G, Squaquara T, Zuccher P, Mazzucco S. Improving post-stroke dysphagia outcomes through a standardized and multidisciplinary protocol: an exploratory cohort study. Dysphagia. 2014;29(6):704-12.

30. Sorensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses. 2013;45(3):139-46.

31. Perry L, McLaren S. Implementing evidence-based guidelines for nutrition support in acute stroke. Evidence-based nursing. 2003;6(3):68-71.

32. Webb DJ, Fayad PB, Wilbur C, Thomas A, Brass LM. Effects of a specialized team on stroke care: the first two years of the Yale Stroke Program. Stroke. 1995;26(8):1353-7.

33. Reker DM, Duncan PW, Horner RD, Hoenig H, Samsa GP, Hamilton BB, et al. Postacute stroke guideline compliance is associated with greater patient satisfaction. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2002;83(6):750-6.

34. Quaglini S, Cavallini A, Gerzeli S, Micieli G, Group GS. Economic benefit from clinical practice guideline compliance in stroke patient management. Health Policy. 2004;69(3):305-15.

35. Yeh SJ, Huang KY, Wang TG, Chen YC, Chen CH, Tang SC, et al. Dysphagia screening decreases pneumonia in acute stroke patients admitted to the stroke intensive care unit. J Neurol Sci. 2011;306(1-2):38-41.

36. Werner H. The effect of a dysphagia educational program on registered nurses' intentions to perform dysphagia assessment. Journal of Neuroscience Nursing. 2010;42(4):E1-E11.

37. Rhoda A. Knowledge of nurses regarding dysphagia in patients post stroke in Namibia. curationis. 2015;38(2):1-7.

38. Diendéré J, Sawadogo A, Millogo A, Ilboudo A, Napon C, Méda N, et al. Knowledge and practice concerning swallowing disorders in hemiplegic patients among nurses of Bobo–Dioulasso urban primary health care centers in Burkina Faso. eNeurologicalSci. 2016;3:48-53.

39. Titsworth WL, Abram J, Fullerton A, Hester J, Guin P, Waters MF, et al. Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. Stroke. 2013;44(11):3154-60.

40. Pınar R. BAKIMEVLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DİSFAJİ, DİSFAJİNİN HEMŞİRELER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİ. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2003;6(1).

41. Ünsar S. İnmeli Bireylerde Cilt Bütünlüğünün Korunması ve Sürdürülmesine Yönelik Bakım Uygulamaları. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2015;1(1):31-5.

42. Koyu EB, Kaner G, Yildiz EA. İnme ve Beslenmenin İnme Üzerine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(4):112-8.

43. Yıllığı Sİ. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara. 2017:92.

44. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013.

45. Durna Z, Tülek Z. İnme ve bakım. Kronik Hastalıklar ve Bakım. 2012:239-60.

46. Özdemir L SÇH, eds. Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım

2014. 92-8 p.

47. Mısırlıoğlu TÖ, TAŞKIRAN ÖÖ. İnmede Disfaji ve Nutrisyonel Sorunlar. Turkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics. 2016;9(1):24-34.

48. Çiyiltepe M. Yutma Bozukluklarının Rehabilitasyonu. Turkiye Klinikleri Journal of ENT. 2004;4(3):195-201.

49. Demir N, ARSLAN SS. Baş-Boyun Kanserlerinde Yutma Güçlüğü. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics. 2018;11(2):212-6.

50. Vural H, Çiyiltepe M, ASLAN F. Disfajili Hastanın Beslenmesi ve Hemşirelik Bakımı. Turkiye Klinikleri Journal of ENT. 2004;4(3):202-10.

51. Andersen UT, Beck AM, Kjaersgaard A, Hansen T, Poulsen I. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened fluids for adults (≥ 18 years) with oropharyngeal dysphagia. e-SPEN Journal. 2013;8(4):e127-e34.

52. Foley N, Teasell R, Salter K, Kruger E, Martino R. Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials. Age Ageing. 2008;37(3):258-64.

53. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, Kirton A, Rumney PG, Bagg S, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. International Journal of Stroke. 2016;11(4):459-84.

54. Pugh S, Mathiesen C, Meighan M. Guide to the care of the hospitalized patient with ischemic stroke 2nd edition, revised: AANN clinical practice guideline series. American Association of Neuroscience Nurses. 2009.

55. Sakine B. Konuşma ve Yutma Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Bakımı (Bölüm 12). . Woodward S, Mestecky A-m, editors: John Wiley & Sons; 2010. 176-92 p.

56. Smith L. Management of Patients With Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning: a National Clinical Guideline. SIGN; 2010.

57. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2016;47(6):e98-e169.

58. Dikmen Y. Yoğun Bakım Hastalarında Ağız Bakımı Yönetimi: Kanıta Dayalı Uygulamalar Çerçevesinde Literatür İncelemesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;1(1):45-52.

59. Özer E, Kapucu S. Yaşlılarda görülen yetersiz beslenme ve risk faktörleri. Akad Geriatri. 2013;5:5-11.

60. Jefferies D, Johnson M, Ravens J. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. Journal of Clinical Nursing. 2011;20(3-4):317-30.

61. Kowanko I, Simon S, Wood J. Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. Journal of Clinical Nursing. 1999;8(2):217-24.

62. Pearson A, Fitzgerald M, Nay R. Mealtimes in nursing homes: the role of nursing staff. Journal of Gerontological Nursing. 2003;29(6):40-7.

63. Raynaud-Simon A, Revel-Delhom C, Hébuterne X. Clinical practice guidelines from the French Health High Authority: nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. Clinical nutrition. 2011;30(3):312-9.

64. Woo J. Nutritional strategies for successful aging. Medical Clinics. 2011;95(3):477-93.

65. Durukan A, Emre U, Tatlısumak T, Rehber İ. İskemik İnme ve Geçici İskemik Atağa Yaklaşım Rehberi 2008.

66. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. Worldviews on evidence-based nursing. 2013;10(1):17-40.

67. Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. Int Nurs Rev. 2006;53(2):143-9.

68. Boddice G, Brauer S, Gustafsson L, Kenardy J, Hoffmann T. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. 2010.

69. Masrur S, Smith EE, Saver JL, Reeves MJ, Bhatt DL, Zhao X, et al. Dysphagia screening and hospital-acquired pneumonia in patients with acute ischemic stroke: findings from Get with the Guidelines--Stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2013;22(8):e301-9.

70. Lohr KN, Field MJ. Clinical practice guidelines: directions for a new program: National Academies Press; 1990.

71. Twaddle S. Clinical practice guidelines. Singapore medical journal. 2005;46(12):681.

72. Cook DJ, Greengold NL, Ellrodt AG, Weingarten SR. The relation between systematic reviews and practice guidelines. Annals of internal medicine. 1997;127(3):210-6.

73. 1.Kurtcu A, Beji NK. Klinik Uygulama Rehberleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015;23(1):76-82.

74. Steinberg E, Greenfield S, Wolman DM, Mancher M, Graham R. Clinical practice guidelines we can trust: National Academies Press; 2011.

75. D. Ayhan B, R K. Klinik Uygulama Rehberleri. Ankara: SAGE Yayıncılık; 2015.

76. Aktaş B. Doktora Tezi;"Yaşlı Bireylerde Düşmeleri Önlemeye Yönelik Rehber Geliştirme ve Rehber Doğrultusunda Verilen Eğitimin Düşmeye Etkisi" Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tez Yöneticisi. Prof Dr Behice Erci Erzurum. 2012.

77. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

78. Dizon JM, Machingaidze S, Grimmer K. To adopt, to adapt, or to contextualise? The big question in clinical practice guideline development. BMC research notes. 2016;9(1):442.

79. ADAPTE C. Guideline adaptation: A resource toolkit. Version 2.0. Guidelines International Network (GIN); 2009. 2009.

80. KOCAMAN G. Kanıta Dayalı Rehberlerin Hemşirelik Uygulamalarında Kullanımı. Turkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics. 2017;3(1):1-9.

81. Temel AB, Ardahan M. Hemşirelik Araştirmalarinin Kullanimi, Engeller ve Araştirma Kullaniminda Değişim Modelleri. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 2011;13(3).

82. Yilmaz FA, Hatice T. DETERMINATION OF THE NURSES'VIEWS OF THE RESEARCH AND THE USE OF RESEARCH RESULTS IN PRACTICAL FIELD.

83. Özsoy SA, İlknur G. Hemşirelikte araştirma kullanim modelleri ve bu modellerin kullanildiği araştirma örnekleri Research utilization models in nursing and research examples using these modelS. İMTİYAZ SAHİBİ.162.

84. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

85. Stevens KR. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. Online journal of issues in nursing. 2013;18(2):4.

86. Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. The Journal of continuing education in the health professions. 2007;27(2):94-102.

87. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. Human resources for health. 2017;15(1):63.

88. Heater BS, Becker AM, Olson RK. Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies. Nursing research. 1988;37(5):303-7.

89. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. 1. Baskı ISBN.978-605.

90. Gawlinski A, Rutledge D. Selecting a model for evidence-based practice changes: a practical approach. AACN Adv Crit Care. 2008;19(3):291-300.

91. Schaffer MA, Sandau KE, Diedrick L. Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. Journal of advanced nursing. 2013;69(5):1197-209.

92. İnan F, Üstün B, Bademli K. Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(2):132-9.

93. Yasemin AYHAN* ŞSİ. Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli: Kanıta Dayalı Düşme Önleme Stratejilerinin Kullanımı. DEUHFED. 2015;8 (3), 195-202.

94. Melnyk BM. Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidence-based practice. Nursing administration quarterly. 2012;36(2):127-35.

95. AY F. Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2008;28(4):555-61.

96. YAPUCU Ü, EŞER İ. HEMŞİRELİKTE YENİ BİR SINIFLANDIRMA SİSTEMİ: NIC, NOC.

97. Gençbaş D, Bebiş H. Uluslararası Standart Sistem ile Oluşturulan Hemşirelik Bakım Planı Örneği. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD. 2017;2(1).

98. Erdemir F. Yılmaz E (Ed), Gordon M. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu Ankara-2003 ss.87-93.

99. Sevgisun Kapucu İA, Fatoş Korkmaz. Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitab: Pearson; 2014.

100. Oliveira ARdS, Araujo TLd, Carvalho ECd, Costa AGdS, Cavalcante TF, Lopes MVdO. Construction and validation of indicators and respective definitions for the nursing outcome Swallowing Status. Revista latino-americana de enfermagem. 2015;23(3):450-7.

101. Policies Mohas. Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Patients in Primary Health Care CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN THE SPANISH NHS MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICIES Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl_en.pdf. Erişim tarihi Mayıs 2018)

102. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi: kavramlar-ilkeler-teknikler: Nobel Yayın Dağitim; 2008.

103. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemleri: Hatiboğlu Yayınları; 2000.

104. Brott T, Adams HP, Jr., Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke. 1989;20(7):864-70.

105. Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Maryland state medical journal. 1965;14:61-5.

106. Yavuzer G, Süldür N, Küçükdeveci A, Elhan A. Türkiye'de nörorehabilitasyon hastalarının değerlendirilmesinde Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi'nin yeri. J Rheum Med Rehab. 2000;11:26-31.

107. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. The journal of nutrition, health & aging. 2009;13(9):782-8.

108. Sarikaya D, Halil M, Kuyumcu ME, Kilic MK, Yesil Y, Kara O, et al. Mini nutritional assessment test long and short form are valid screening tools in Turkish older adults. Archives of gerontology and geriatrics. 2015;61(1):56-60.

109. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(4):646-53.

110. Perry L, McLaren S. Nutritional support in acute stroke: the impact of evidence-based guidelines. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2003;22(3):283-93.

111. Perry SE, Miles A, Fink JN, Huckabee M-L. The Dysphagia in Stroke Protocol Reduces Aspiration Pneumonia in Patients with Dysphagia Following Acute Stroke: a Clinical Audit. Translational stroke research. 2018:1-8.

112. Westergren A, Ohlsson O, Rahm Hallberg I. Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. Journal of advanced nursing. 2001;35(3):416-26.

113. Carnaby G, Hankey GJ, Pizzi J. Behavioural intervention for dysphagia in acute stroke: a randomised controlled trial. The Lancet Neurology. 2006;5(1):31-7.

114. Kang JH, Park RY, Lee SJ, Kim JY, Yoon SR, Jung KI. The effect of bedside exercise program on stroke patients with Dysphagia. Annals of rehabilitation medicine. 2012;36(4):512-20.

115. Liu H, Shi Y, Shi Y, Hu R, Jiang H. Nursing management of post-stroke dysphagia in a tertiary hospital: a best practice implementation project. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016;14(7):266-74.

116. Lin LC, Wang SC, Chen SH, Wang TG, Chen MY, Wu SC. Efficacy of swallowing training for residents following stroke. Journal of advanced nursing. 2003;44(5):469-78.

117. Nijs KA, de Graaf C, Siebelink E, Blauw YH, Vanneste V, Kok FJ, et al. Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences. 2006;61(9):935-42.

118. Hickson M, Bulpitt C, Nunes M, Peters R, Cooke J, Nicholl C, et al. Does additional feeding support provided by health care assistants improve nutritional status and outcome

in acutely ill older in-patients?--a randomised control trial. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland). 2004;23(1):69-77.

119. Foley NC, Martin RE, Salter KL, Teasell RW. A review of the relationship between dysphagia and malnutrition following stroke. Journal of rehabilitation medicine. 2009;41(9):707-13.

120. A. Pentlow DA, E. Bigsby and N. Blewitt. . Audit of patient satisfaction and post-operative care in a day surgical ward. Journal of One Day Surgery.

121. Babgohari KZ, Nouri JM, Khademolhoseini SM, Ebadi A. Effect of evidence-based nursing guidelines implementation on satisfaction of the patients hospitalized in cardiac care unit. Iran J Crit Care Nurs. 2014;7(1):23-30.

122. Ertem G, Sevil Ü. The examination of the effect of nurse care to the quality of care and to the patient satisfaction which is given through the standards. Journal of Human Sciences. 2007;4(2).

123. Glickman SW, Boulding W, Manary M, Staelin R, Roe MT, Wolosin RJ, et al. Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2010;3(2):188-95.

124. Bjartmarz I, Jónsdóttir H, Hafsteinsdóttir TB. Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. BMC nursing. 2017;16(1):72.

125. Donnellan C, Sweetman S, Shelley E. Implementing clinical guidelines in stroke: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. Health Policy. 2013;111(3):234-44.

EK:1 :ETİK KURUL

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 –668
Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26 TEMMUZ 2016 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2016/15
Proje No : GO 16/366 (Değerlendirme Tarihi : 31.05.2016)
Karar No : GO 16/366 – 01

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm. Hem. Emine ÖZER KÜÇÜK'ün Doktara tezi olan, GO 16/366 kayıt numaralı ve ***"İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Hemşirelere Yönelik Kanıta Dayalı Rehber Geliştirilmesi ve NOC Çıktılarına Olan Etkisi"*** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

1.Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU	(Başkan)	10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)
2. Prof. Dr. Nurten AKARSU	(Üye)	11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM	(Üye)	13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU	(Üye)	14.Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL	(Üye)	15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL	(Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR	(Üye)
8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN	(Üye)	17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	18. Av. Meltem ONURLU	(Üye)

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK:2: Orjinallik Raporu

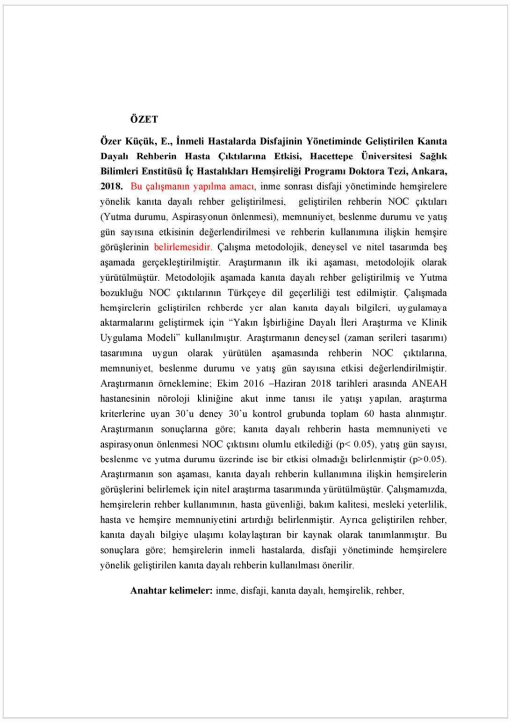
turnitin

Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	Emine Özer Küçük
Assignment title:	disfaji yönetiminde kanıta dayalı reh..
Submission title:	İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetim.
File name:	tez.rev.turnitin.docx
File size:	898.07K
Page count:	72
Word count:	14,966
Character count:	110,248
Submission date:	14-Nov-2018 10:15PM (UTC+0300)
Submission ID:	1039043765



ÖZET

Özer Küçük, E., İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Geliştirilen Kanıta Dayalı Rehberin Hasta Çıktılarına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018. Bu çalışmanın yapılma amacı, inme sonrası disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber geliştirilmesi, geliştirilen rehberin NOC çıktıları (Yutma durumu, Aspirasyonun önlenmesi), memnuniyet, beslenme durumu ve yatış gün sayısına etkisinin değerlendirilmesi ve rehberin kullanımına ilişkin hemşire görüşlerinin belirlemesidir. Çalışma metodolojik, deneysel ve nitel tasarımda beş aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ilk iki aşaması, metodolojik olarak yürütülmüştür. Metodolojik aşamada kanıta dayalı rehber geliştirilmiş ve Yutma bozukluğu NOC çıktılarının Türkçeye dil geçerliliği test edilmiştir. Çalışmada hemşirelerin geliştirilen rehberde yer alan kanıta dayalı bilgileri, uygulamaya aktarmalarını geliştirmek için "Yakın İşbirliğine Dayalı İleri Araştırma ve Klinik Uygulama Modeli" kullanılmıştır. Araştırmanın deneysel (zaman serileri tasarımı) tasarımına uygun olarak yürütülen aşamasında rehberin NOC çıktılarına, memnuniyet, beslenme durumu ve yatış gün sayısına etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın örneklemine; Ekim 2016 –Haziran 2018 tarihleri arasında ANEAH hastanesinin nöroloji kliniğine akut inme tanısı ile yatışı yapılan, araştırma kriterlerine uyan 30'u deney 30'u kontrol grubunda toplam 60 hasta alınmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; kanıta dayalı rehberin hasta memnuniyeti ve aspirasyonun önlenmesi NOC çıktısını olumlu etkilediği ($p< 0.05$), yatış gün sayısı, beslenme ve yutma durumu üzerinde ise bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Araştırmanın son aşaması, kanıta dayalı rehberin kullanımına ilişkin hemşirelerin görüşlerini belirlemek için nitel araştırma tasarımında yürütülmüştür. Çalışmamızda, hemşirelerin rehber kullanımının, hasta güvenliği, bakım kalitesi, mesleki yeterlilik, hasta ve hemşire memnuniyetini artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca geliştirilen rehber, kanıta dayalı bilgiye ulaşımı kolaylaştıran bir kaynak olarak tanımlanmıştır. Bu sonuçlara göre; hemşirelerin inmeli hastalarda, disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik geliştirilen kanıta dayalı rehberin kullanılması önerilir.

Anahtar kelimeler: inme, disfaji, kanıta dayalı, hemşirelik, rehber,

Copyright 2018 Turnitin. All rights reserved.

İnmeli Hastalarda Disfajinin Yönetiminde Geliştirilen Kanıta Dayalı Rehberin Hasta Çıktılarına Etkisi

ORIGINALITY REPORT

16%	15%	7%	6%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.ulusalhemsirelikkongresi2017.org Internet Source	2%
2	www.deuhyoedergi.org Internet Source	2%
3	www.journals.istanbul.edu.tr Internet Source	1%
4	www.khsdergisi.com Internet Source	1%
5	www.turkarchotolaryngol.net Internet Source	1%
6	hacettepehemsirelikdergisi.org Internet Source	1%
7	kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr Internet Source	<1%
8	docplayer.biz.tr Internet Source	<1%
9	uzmdkt.blogspot.com	

EK:3 İZİN YAZILARI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. Sağlık Bakanlığı

ANKARA NUMUNE EGT. VE ARAŞT. HAST.
Evrak Kayıt Şubesi
17.05.2016 / 18528
Giden Evrak

Sayı : 20796219-Per-929

Konu: Emine ÖZER KÜÇÜK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

İlgi: 16.05.2016 tarih ve 741 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Fakülteniz doktora öğrencisi Emine ÖZER KÜÇÜK'ün, Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU'nun danışmanlığında "İnme Sonrası Disfajinin Yönetiminde Hemşirelere Yönelik Kanıta Dayalı Rehber Geliştirilmesi ve Hasta Çıktılarına Olan Etkisi" konulunu tezinin uygulamasını Temmuz 2016 – Temmuz 2017 tarihleri arasında hastanemiz Nöroloji Kliniğinde yapması Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Süreyya KALE
Hastane Yöneticisi a
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Personel Şube Sorumlusu M.İNAÇ
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 44 86-88-89-90 Faks:0 (312) 508 49 10

EK-4: HASTA BiLGi FORMU

A: TANITICI BİLGİLER

Hasta grubu: □ **Kontrol** □**Müdahale**

1. Cinsiyet: □ Erkek □ Kadın

2. Yaş:

3. Eğitim Durumu:

□ Okur-yazar değil □ Okur-yazar □ İlkokul □ Ortaokul □ Lise □ Üniversite

4.Medeni durum

□ Bekâr □ Evli □ Dul

B: TIBBİ DURUM

1. İnme tipi: ( ) Hemoraji ( ) İskem

2. İnme Şiddeti (NIH İnme Skalasından alınan puanlara göre)

□ Hafif

□ Orta

□ Şiddetli

3. Günlük Yaşam Aktiviteleri Kısıtlılık Durumu (Barthel Skalasından alınan puana göre)

□ Tam bağımsız (100 puan)

□ Hafif derecede bağımlı (91-99 puan)

□ Orta derecede deficit (61-90 puan)

□ Ağır deficit (21-60 puan)

□ Tam bağımlı (0 - 20

4. Afazi olma durumu

□ Var □ Yok

5. Yutma güçlüğü (Yatak başı yutma güçlüğü değerlendirmesinden alınan puana göre)

□ Var □ Yok

6. Taburculukta ki beslenme şekli

·Oral

·Oral +Enteral beslenme ürünü

·NG

·PEG

7.Beslenme durumu (Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testinden alınan puana göre) PUAN :

8.Beslenme durumu (Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testinden alınan puana göre) KATEGORİSİ:

Beslenme durumu yeterli (11 ve üzeri puan)
Malnutrisyon risk (7-11 arası puan)
Malnutrisyon (7 nin altı puan)

9. Pnömoni gelişme durumu

□ Var □ Yok

10. Yatış gün sayısı…….

11. HEMŞİRELİK MEMNUNİYET PUANI :

12. HEMŞİRELİK MEMNUNİYET PUANINA GÖRE KATEGORİSİ

□ DÜŞÜK (50 nin altı) □ YÜKSEK (50 ve üstü)

13. NOC YUTMA DURUMU PUANI :

14. NOC ASPİRASYONUN ÖNLENMESİ PUANI:

EK:5:NIH (Ulusal Sağlık Enstitüleri) İNME SKALASI

Maddeler	NIHSS İnme Skalası	Puan
1a. BİLİNÇ DÜZEYİ	0= Uyanık 1= Hafif uyarıya hemen cevap veriyor 2= Israrlı veya güçlü veya ağrılı uyarana cevap veriyor 3= Cevapsız veya sadece refleks cevabı var	
1b. BİLİNÇ DÜZEYİ SORGUSU: Hastaya hangi ayda olduğumuz ve yaşı sorulur	0= İki soruya doğru cevap 1= Bir soruya doğru cevap (veya entübe, dizartri, dilimizi bilmiyor) 2= İki soruya yanlış cevap, afazik veya koma	
1c. BİLİNÇ DÜZEYİ KOMUTLARI: Hastadan gözleri ve eli kapaması istenir	0= İkisini de yapıyor 1= Birisini yapıyor 2= Hiçbirisini yapamıyor	
2. EN İYİ SABİT BAKIŞ: Ekstraoküler göz hareketleri	0 = Normal 1 = Parsiyel bakış paralizisi, bir veya iki gözde bakış parezisi 2 = Zorlu deviasyon, total bakış paralizisi (okülosefalik refleks ile düzelme yok)	
3. EN İYİ GÖRME: Eş zamanlı parmak hareketi ile her iki alanda görmeyi test edin	0= Görme alan kaybı yok 1= Parsiyel hemianopsi 2= Komplet hemianopsi 3= Bilateral hemianopsi veya körlük (kortikal körlük dahil)	
4. FASİYAL PARALİZİ (Bilinç kapalı ise ağrılı uyarana mimik yanıt)	0= Yok 1= Hafif paralizi, NLS silik, asimetrik gülümseme 2= Alt yüzde parsiyel paralizi (tam veya tama yakın) 3= Yüzün üst ve altında tek tam paralizi veya çift taraşı veya koma	
5.a ve 5.b EN İYİ MOTOR KOL: Hasta kolunu dışa doğru 90 derece gerginlikte tutar	0= Normal 1= Tutuyor ama tam değil (düşse de yatağa çarpmaz) 2= Yerçekimine direnemiyor (yatağa düşer ve çarpar) 3= Minimal hareket var 4= Hiç hareket yok	
6.a ve 6.b EN İYİ MOTOR BACAK: Hasta bacağını 30 derecede 5 saniye kaldırır	0= Normal 1= Tutuyor ama tam değil (düşse de yatağa çarpmaz) 2= Yerçekimine direnemiyor (yatağa düşer ve çarpar) 3= Minimal hareket var 4= Hiç hareket yok	
7. EKSTREMİTE ATAKSİSİ: Parmak-burun ve topuk-incik kemiği testi	0= Yok (afazik veya hemiplejik hasta da dahil) 1= Tek ekstremitede var 2= Üst ve alt ekstremitede var X=Değerlendirilemiyor	

8. DUYSAL	0= Normal 1= Hafif-orta şiddette tek taraşı kayıp ama hasta dokunuşu hissediyor veya afazik veya uyanıklık bozukluğu 2= Tek tarafı tam kayıp (hasta dokunuşu bile al- gılamıyor) veya iki taraflı duyu kaybı veya yanıt vermiyor veya kuadriplejik	
9. EN İYİ DİL: Standart resimleri adlandırır	0= Normal 1= Hafif –orta şiddette afazi (zor ama kısmen bilgi alışverişi var) 2= Ağır afazi (hiç bilgi alış verişi yok) 3= Sözel ifade ve anlama yok veya komada	
10. DİZARTRİ:	0= Yok 1= Hafif-orta şiddette dizartri, anlaşılıyor 2= Anlaşılmaz artikülasyon, anartri veya mutizm	
11. ALDIRMAZLIK – SÖNDÜRME (İHMAL)	0= Yok, değerlendirilemedi (görme kaybı varsa duysal söndürme olmamalı) 1= Tek modalitede söndürme 2= Birden fazla modalitede ihmal	
	Toplam puan	

EK :6 MODİFİYE BARTHEL İNDEKSİ

Beslenme	0:Yapamaz 5= Kesme ve yağ sürmede yardıma ihtiyaç duyar 10= Tam bağımsız. Yemek yemek için gerekli aletleri kullanı
Tekerlekli Sandalye/ Yatak transferi	0= Tamamen yatağa bağımlı 5= Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım gereklidir. 10= Transfer için geçiş sırasında çok az yardım alır veya yapacağı islerin sıras hatırlatılır. 15= Tam bağımsız
Kendine Bakım	0= Kişisel bakımında yardıma ihtiyaç duyar 5= Yüzünü yıkar, saçını tarar, dişlerini fırçalar
Tuvalet Kullanımı	0= Bağımlı 5= Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir. Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardım ister. 10= Bağımsız (Oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanma)
Yıkanma	0= Yardıma ihtiyaç var 5= Bağımsız
Mobilite	0= Tekerlekli sandalyede oturabilir, ancak kullanamaz 5= Tekerlekli sandalyede köşeler dahil bağımsız 10– Hasta yardıma veya gözetime ihtiyaç Duyar. Fakat 45 metreyi yardımla yürüyebilir 15= Bağımsız ancak destek kullanır Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Breys, baston, koltuk degnegi, yürüteç kullanabilir. Mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.
Merdiven İnip Çıkma	0= Yapamaz 5= Yardıma ihtiyaç duyar (Sözel/ fiziksel) 10= Yardımsız ve gözetilmeksizin merdivenlerden inip çıkabilir. Gerekirse trabzanlara tutunabilir. Baston veya koltuk degnegi kullanabilir. Merdiven inip çıkarken baston veya koltuk degnegini birlikte tasıyabilmelidir
Giyinme	0= Bağıml 5= Yardma ihtiyaç var yarndan fazlas yapar 10= Bağımsz
Bağırsak Bakım	0= inkontinan 5= Bazen kaçrma veya suppozituar koymak gibi yardma ihtiyaç duyar 10= Kontinan
Mesane Bakımı	0= İnkontinan veya kateterli veya kontrol edemez 5= Bazen tuvalete yetişemez, altına kaçırır 10= Kontinan veya toplayıcı araç varsa bunu rahatlıkla idare eder
TOPLAM PUAN	

Ek:7-Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Form

A. Son 3 ay içerisinde iştah kaybı, sindirim problemleri, çiğneme ve yutma problemleri nedeniyle yiyecek alımında azalma oldu mu?
0 = Ağır iştah kaybı 1 = Ilımlı iştah kaybı 2 = İştah kaybı yok
B. Son aylarda kilo kaybı oldu mu?
0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı 1 = Bilmiyor 2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı 3 = Kilo kaybı yok
C. Mobilite
0 = Yatağa veya sandalyeye bağımlı 1 = Yatak veya sandalye bağımlılığı yok ancak evden çıkamıyor 2 = Evden dışarıya çıkabiliyor
D. Son 3 ay içerisinde psikolojik distres veya akut hastalık geçirdi mi?
0 = Evet 2 = Hayır
E. Nöropsikolojik problemi var mı?
0 = Ağır demans veya depresyon 1 = Hafif demans 2 = Psikolojik problemi yok
F. VKİ
0 = VKİ < 19 1 = VKİ 19-20 2 = VKİ 21-22 3 = VKİ ≥ 23

EĞER VKİ DEĞERİ YOKSA F1 SORUSU YERİNE F2 SORUSUNU CEVAPLAYIN.F1 TAMAMLANDIYSA F2 SORUSUNA CEVAP VERMEYIN.

F2 Baldır Çevresi (BÇ) cm
0 = BÇ 31'den az
3 = BÇ 31 veya daha fazla

EK-8-NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı; aşağıdaki sorular hastanede kaldığınız süre içinde aldığınız hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinizi öğrenmemize yardımcı olacaktır. Her soru için memnuniyet derecenize göre uygun olan parantezin içini işaretleyiniz. Hastanede yattığınız zamanı dikkate alarak neler düşündüğünüzü belirtiniz.

Hemşirelik Bakım Parametreleri	**Hiç memnun**	**Nadiren memnundum**	**Memnundum**	**Çok memnundum**	**Tamamen memnundum**
Hemşirelerin size ayırdığı zaman miktarından	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden	( )	( )	( )	( )	( )
Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınınızda Bulunmasından	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden	( )	( )	( )	( )	( )
Çağırdığınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymiş gibi Hissettirmelerinden	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin size durumunuz ve tedavinizle ilgili yeterli bilgi vermelerinden	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkta kontrol etmelerinden	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin akraba ve arkadaşlarınızı rahatlatma Biçiminden	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki Tutumlarından	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin size önemli bir insan gibi Davranmalarından	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme Biçiminden	( )	( )	( )	( )	( )
Serviste size tanınan serbestliğin miktarından	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan	( )	( )	( )	( )	( )
Hemşirelerin sizin bakımınızdan ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından	( )	( )	( )	( )	( )

EK:9: YATAK BAŞI SU İÇME DEĞERLENDİRME TESTİ:

Bardaktan 10 ml su içerken:(0/6)

Duraksamadan -0

Bölerek -1

Öksürük yok -0

Var -1

Seste çatallanma yok -0

Var -1

Ağız kenarından su akma yok -0

Var -1

Laringeal hareket var -0

yok -1

Pulse oximetre ile oksijen saturasyonunda düşme yok -0

%2 ve daha fazla düşme -1

0-2 puan - Normal

3-6 puan – Disfajik olarak kabul edilir.

EK :10: YUTMA BOZUKLUĞU NOC ÇIKTILARI ÖLÇEĞİ

NOC SONUCU – YUTMA DURUMU
Yutma Durumu

Alan*-Fizyolojik Sağlık (II)* ***Sınıf****-*

Sindirim&Beslenme (K)

Ölçek(ler)*-Şiddetli şekilde bozulmuş ile Bozulmamış arasında (a)*

TANIM: Sıvı ve/veya katı yiyeceklerin ağızdan mideye güvenli geçişi; oral, farengeal ve özofageal olmak üzere fizyolojik üç aşamayla, ağız boşluğu ve orofarenksin duyusal ve motor uyarılmasıyla gerçekleşir.

SONUÇ HEDEFİ : **Sürdür**_____ **Yükselt**_____

		Şiddetli düzeyde bozulmuş	Önemli düzeyde bozulmuş	Orta düzeyde bozulmuş	Hafif düzeyde bozulmuş	Bozulmamış	
YUTMA DURUMU GENEL DEĞERLENDİRME		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
GÖSTERGELER:							
101201	**Besin alımı**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101001-02	**Besini ağıza götürebilme yeteneği**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101003-4	**Çiğnemeyi gerçekleştiren yapıların bütünlüğü**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101006-7	**Yiyecek lokmasının** (*bolus*) **oluşumu**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101008	**Lokmayı yutkunma sayısı**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101015	**Postür kontrolü** (Baş ve boyunu kontrol edebilme)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101316	**Larenksin yukarı kalkması (***Yutma sırasında***)**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101114	**Regürjitasyon** (*Yenilen besinlerin, kusma olmaksızın ağıza geri gelmesi*)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**

		Şiddetli düzeyde	Önemli düzeyde	Orta düzeyde	Hafif düzeyde	Yok	
101011	**Ses kalitesinde değişiklik** (Yutmadan sonra ıslak veya hırıltılı ses olması)	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101020	**Öksürük**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101017-12-21	**Yutma güçlüğü**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
101316	**Solunum sistemine besinlerin kaçması**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**

NOC SONUCU – ASPİRASYONUN ÖNLENMESİ

Aspirasyonun Önlenmesi - - 1918

***Alan**-Sağlık Bilgisi & Davranış (IV)*
***Sınıf**-Risk kontrolü & Güvenlilik (T)*
***Ölçek(ler)**-Hiç yapılmadı ile Sürekli şekilde yapıldı arasında*

TANIM: Sıvı ve katı partiküllerin akciğerlere geçişini engellemek için alınacak bireysel faaliyetler

SONUÇ HEDEFİ: **Sürdür**_____ **Yükselt**_____

		Hiç yapılmadı	Nadiren yapıldı	Bazen yapıldı	Sıklıkla yapıldı	Sürekli yapıldı	
ASPİRASYONUN ÖNLENMESİ GENEL DEĞERLENDİRME		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
GÖSTERGELER:							
191801	Risk faktörlerini belirler	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
191802	Risk faktörlerini önler	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
191809	Ağız hijyenini sürdürür	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
191803	Kendisini yemek ve içmek için dik pozisyona getirir	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
191804	Gereksinimine göre, yutkunabildiği katı/sıvı gıdayı seçer	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
191806	Uygun kıvamdaki besinleri ve sıvıyı (*püre, yumuşak, orta, sert, katı*) seçer	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**

Aspirasyonun önlenmesi - devam

		Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Sürekli	
191808	Gereksinim duyduğunda kıvam artırıcılar kullanır	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**
191810	Yemek yedikten sonra 30 dk. dik pozisyonda kalır	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**MD**

EK:11:TANITICI HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz:**

   ☐ Kadın ☐ Kadın

3. En son mezuniyet olduğunuz okul nedir?

   ☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

4. Hemşire olarak çalışma süreniz nedir?

   ☐ 0-3 ☐ 3-6 ☐ 6-10 ☐ 10-15 ☐ 20 ve üzeri

5. Nöroloji kliniğinde çalışma süreniz nedir? (yıl/ay olarak yazınız)

   .....

6. Nöroloji hemşireliği konusunda sertifika/kurs programına katıldınız mı?

A) Evet B) Hayır

EK:12: Kanıta Dayalı Rehber Kullanımına İlişkin Görüşler İçin Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. İnmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber ile bakım verilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

2. Sizce inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin hemşirelik bakımında kullanımının avantajları nelerdir?

3. Sizce inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin hemşirelik bakımında kullanımının dezavantajları nelerdir?

4. Sizce inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin, hemşirelik bakımında kullanımı hemşirelik uygulamalarını nasıl etkiledi?

5. Sizce inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin hemşirelik bakımında kullanmanın hastalar üzerindeki etkileri nelerdir? Kanıta dayalı rehber hemşirelik bakımında kullanırken sorun yaşadınız mı? Açıklar mısınız?

6. Kullandığınız inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin, hastanenizde ya da diğer hastanelerde de yaygın olarak kullanılmasını önerir misiniz?

7. Kullandığınız inmeli hastalarda disfaji yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehberin, geliştirilmesine yönelik önerileriniz var mı? Açıklar mısınız?

EK:13 Davies Tekniğine göre maddelerinin kapsam geçerliği çalışması

Yutma durumu NOC Çıktıları Ölçeği Maddeler	A+B	Uzman sayısı	KGİ
1 . Besin alımı	5	5	1
2.Besini ağıza götürebilme yeteneği	5	5	1
3.Çiğnemeyi gerçekleştiren yapıların bütünlüğü	5	5	1
4.Yiyecek lokmasının (*bolus*) oluşumu	4	5	0.80
5.Lokmayı yutkunma sayısı	3	5	0.60
6.Postür kontrolü (*Baş ve boyunu kontrol edebilme)*	4	5	0.80
7.Larenksin yukarı kalkması (*Yutma sırasında*)	3	5	0.60
8.Regürjitasyon (*Yenilen besinlerin, kusma olmaksızın ağıza geri gelmesi*)	5	5	1
9.Ses kalitesinde değişiklik (Yutmadan sonra ıslak veya hırıltılı ses olması)	5	5	1
10.Öksürük	5	5	1
11. Yutma güçlüğü	5	5	1
12. Solunum sistemine besinlerin kaçması	5	5	1

Aspirasyonun Önlenmesi NOC Çıktıları Ölçeği Maddeler	A+B	Uzman sayısı	KGİ
1.Risk faktörlerini belirler	4	5	0.80
2.Risk faktörlerini önler	5	5	1
3.Ağız hijyenini sürdürür	4	5	0.80
4.Kendisini yemek ve içmek için dik pozisyona getirir	3	5	0.60
5.Gereksinimine göre, yutkunabildiği katı/sıvı gıdayı seçer	4	5	0.80
6.Uygun kıvamdaki besinleri ve sıvıyı (püre, yumuşak, orta, sert, katı) seçer	4	5	0.80
7.Gereksinim duyduğunda kıvam artırıcılar kullanır	3	5	0.60
8.Yemek yedikten sonra 30 dk. dik pozisyonda kalır pozisyonda kalır	4	5	0.80

EK:14 YUTMA BOZUKLUĞU NOC ÇIKTILARI ÖLÇEĞI ORJİNAL VERSİYONU

NOC OUTCOME— SWALLOWİNG STATUS

Swallowing Status

Domain-*Physiologic Health (II)*

Class-*Digestion & Nutrition (K)*

Scale(s)-*Severely compromised to Not compromised (a)*

DEFINITION: Safe passage of fluids and/or solids from the mouth to the stomach. involving the physiological three phases: oral, pharyngeal and esophageal, through a stimulating sensory and motor of the oral cavity and oropharynx

OUTCOME TARGET RATING: Maintain at _____ Increase to _____

	Severely compromised	Substantially compromised	Moderately compromised	Mildly compromised	Not compromised
SWALLOWİNG STATUS OVERALL RATING	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

INDICATORS:

101201	Take food	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101001-02	Ability to bring food to mouth	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101003 -4	Integrity of mastication structure	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101006-7	Formation of food bolus	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101008	Number of swallows	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101015	Postural control	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101316	Laryngeal elevation	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101114	Regurgitation	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

		Severe	Substantial	Moderate	Mild	None	
101011	Changes in voice quality	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101020	Coughing	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101017-12-21	Discomfort with swallowing	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
101316	Respiratory aspiration.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

NOC OUTCOME— ASPİRATİON PREVENTİON

Aspiration Prevention -- 1918

Domain- *Health Knowladge & Behavior (IV)*

Class-*Risk control & Safety (T)*

Scale(s)-*Never demonstrated to Consistently demonstrated*

DEFINITION: Personal actions to prevent the passage of fluid and solid particles into the lung.

OUTCOME TARGET RATING: Maintain at _____ Increase to _____

	Never demonstrated	Rarely demonstrated	Sometimes demonstrated	Often demonstrated	Consistently demonstrated
ASPİRATİON PREVENTİON OVERALL RATING	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

INDICATORS:

191801	Identifies risk factors	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
191802	Avoid risk factors	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
191809	Maintains oral hygiene	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
191803	Posiotions self uprigt for eating drinking	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
191805	Posiotions self on side for eating drinking	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
191804	Select foods according to swallowing ability as needed.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
191806	Select foods and fluid of proper consistency	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

Aspiration Prevention – cont'd

	Never demonstrated	Rarely demonstrated	Sometimes demonstrated	Often demonstrated	Consistently demonstrated
	1	**2**	**3**	**4**	**5**

191808	Uses liquid thickeners as needed	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**
191810	Remains uprigt for 30min. after eating	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**NA**

EK:15:KANITA DAYALI REHBER GELİŞTİRME BASAMAKLARI

Konunun belirlenmesi	Konu seçerken, seçilecek hastalık/sorun ya da sürecin günlük pratikte sıkça uygulanması, hastalık yükünün yüksek olması, konu ile ilgili mevcut klinik uygulamada çok çeşitliliğin var olması ve konunun maliyeti yüksek olan konulardan biri olması önemlidir.
Konuyu inceleyecek çalışma grubunun belirlenmesi:	-İyi bir rehberin en önemli özelliği rehberin etkilemesini beklediğiniz tüm grupların temsilcilerinin rehber hazırlama süreci içine dâhil edilmesidir. -Panel başkanı ve panel üyeleri her bir konu için ayrı ayrı seçilmelidirler. -İdeal bir rehber hazırlayıcı grup, konu ile ilgili akademisyenler, konu ile ilgili uzmanlar, rehberi kullanacak uzmanların temsilcisi, rehberin yaygınlaştırılmasında rolü olacağını düştündüğünüz devlet kurum temsilcileri ya da diğer dernek temsilcileri ve mümkünse hasta temsilcilerini içermelidir.
Hazırlanacak rehberle ilgili amaç ve kapsamın (hedef kitle) belirlenmesi	Hazırlanacak rehberin hangi amaçla, hangi kitleye hitap edeceği rehber oluşturma aşa- masına başlamadan panel üyeleri tarafınca belirlenmelidir (örneğin; rehber hangi sağlık hizmetinde, hangi hasta grubunda, hangi ortamda kullanılacağı belirtilmelidir).
Konu ile ilgili sağlık sorularının oluşturulması (PICO)	-Bilimsel kanıtlara ulaşmak için konu ile ilgili kesin hatlı sağlık soruları oluşturmak gerekmektedir. Bu soruları oluştururken kanıta dayalı tıpta da kullanılan PICO aracı yararlı olacaktır. (P:population/hedef kitle, I:intervention/müdahale, C: comparison/karşılaştırma, O: output/çıktılar)
Bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi	-Bilimsel kanıtların belirlenmesi ve değerlendirilmesi için en iyi yöntem sistematik literatür taraması yapmaktır. -Sistematik literatür taramasının amacı ulaşılabilen tüm kanıtlara ulaşmak, bunların klinik sorunlara uygulanabilirliğini değerlendirmek ve sonuçları özetlemektir.
Önerilerin oluşturulması	-Literatürler derlendikten sonra, bunlar kanıtla ilişkileri yönünden tasniflenir. -Oluşan kanıtların birbirleri ile kolayca karşılaştırılabilmesi amacıyla kanıt tabloları oluşturulur. -Oluşan kanıtlar mutlaka kalite, nicelik ve tutarlılık bakımından değerlendirilir ve kanıtlar kullanılarak öneriler hazırlanır.

Taslak rehber oluşturma	-Oluşturulan öneriler ışığında yapılan değerlendirmelerle taslak rehber oluşturulur.
Konsültasyon ve değerlendirme:	-Önerilerin oluşturulması ile meydana getirilen taslak rehber, rehber geliştirme grubu dışındaki kişilerden oluşan bir grup hakem tarafından değerlendirilir. -Hakemlerin önerileri doğrultusunda taslak rehber yeniden düzenlenir ve rehbere son şekli verilir.
Yayın ve yaygınlaştırma:	-Yayınlanmış olan doküman kitap halinde, dergi eki halinde veya internet üzerinden sunulur. -Yaygınlaştırmayı sağlamak için sadece önerileri içeren kitapçıklar internet sitesinde sınırsız ulaşımın olduğu tam doküman, hasta ve hekim broşürleri oluşturulabilir. -Bu dokümanlar mümkün olduğunca o hastalıkla ilgili her birime veya kuruluşa dağıtılmaya çalışılmalıdır.
Uygulama	-Bu dönemde yoğun bir eğitim verilmelidir. -Rehberlere erişim kolaylaştırılmalıdır.
Değerlendirme ve tekrar gözden geçirme/güncelleme	-Rehberin oluşturulmasından sonra klinik, ekonomik ve hasta tabanlı sonuçlar değerlendirilmeli ve gerekli değişiklikler yapılmalıdır. -Rehberlerin yayınlandıkları tarihten genel olarak 3 yıl sonra güncellenmeleri önerilmektedir.

İNMELİ HASTALARDA DİSFAJİNİN YÖNETİMİNDE HEMŞİRELERE YÖNELİK KANITA DAYALI REHBER



Hazırlayan

Emine ÖZER KÜÇÜK

Ankara, 2018

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ
1.1. Rehberin Gerekliliği ve Amacı 6

2.Rehberin İçeriği 7
2.1. Rehberin Amacı 7
2.2. Hedef Popülasyon 7
2.3. Rehberin Kategorisi 7
2.4. Rehberin Hedeflediği Kullanıcılar 7
2.5. Rehberin Konusu 7
2.6. Rehberin kapsamı (PİCO ve Sağlık Sorusu) 7
2.7. Metodoloji (Rehberin geliştirilmesinde izlenen yol) 8
2.8.RehberinGüncellenmesi 9
3. İnmeli Hastalarda Disfajiye Yönelik Kanıt Temelli Uygulamalar 11

3.1 Disfaji ve İnme 12
3.2 .Disfajide Hemşirelik Yaklaşım 17
3.2.1. Disfaji Taraması 14

3.2.2. İzlem Süreci 15

3.2.3. Disfaji Yönetimi 21

3.2.3.1 Tedavi 22
3.2.3.2. Beslenme Stratejileri 28
3.2.3.3. Disfajide Ağız Bakımı Uygulamaları 33
3.2.3.4. Beslenmenin ve Hidrasyonun Sürdürülmesine Yönelik Müdehaleler 35
3.2.3.5. Hasta Bakıcı ve Sağlık Personelinin Eğitimi 38

4.İnmeli Hastalarda Disfaji Yönetiminde Hemşirelere Yönelik Kanıt Dayalı Uygulama Önerileri ..... 40.
5.Disfaji Yönetiminde Multi Disipliner Yaklaşım 53
6.EKLER 62
7. TERİMLER SÖZLÜĞÜ 73

ÖZET

Giriş

İnme sonrasında hastaların yaşam kalitesini ve sağ kalımını etkileyen ve en sık görülen komplikasyonlardan biri disfajidir. İnmeden sonraki ilk üç gün içerisinde hastaların %42-67'sinde disfaji sorunu yaşanmaktadır. İyi yönetilemeyen disfaji; malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonların gelişimine, hastaların yatış süresinin uzamasına, tekrarlı yatışlara ve bu etkiler ile dolaylı olarak da mortalite ve bakım maliyetinin artmasına yol açabilmektedir. Tüm bu komplikasyonları önlemek için, disfajinin erken dönemde belirlenmesi ve etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Disfajinin yönetiminde multidisipliner ekip içerisinde hastaya 24 saat kesintisiz bakım veren hemşireler, bu konuda farkındalığın artırılmasında ve koordinasyonun sağlanmasında kilit roldedir. Literatürde, hemşirelerin inme sonrası gelişen disfajiye yönelik klinik bakım uygulamalarında kanıta dayalı rehberleri ve rehberlerde yer alan destek araçları kullanmalarının hastaların bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkılarının olduğu vurgulanmaktır. Bu alana özgü kullanılan herhangi bir kanıta dayalı rehbere ulaşılamadığından dolayı, inme sonrası disfajinin yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber geliştirilmiştir.

Amaç

Bu rehberin geliştirilmesinin amacı; İnme sonrası disfajinin erken dönemde tanılanması ve komplikasyonların kanıta dayalı yaklaşımları kullanarak önlenmesi için hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmektir. Ayrıca bu rehberin eşliğinde hemşirelerin disfaji yönetimine yönelik farkındalık, bilgi ve becerilerinin artırılması ile hemşirelik bakım kalitesinin artması beklenmektedir.

Yöntem

Bu rehber De Novo rehber geliştirme yöntemi ile geliştirilmiştir. Bu yöntemin ilgili basamaklar EK:1'de gösterilmiştir. **Bu rehberin geliştirilmesinde oluşturulan sağlık sorusu "Hemşirelerin inme sonrası disfajinin yönetiminde klinik bakım uygulamalarında kullanabilecekleri güncel kanıta dayalı uygulamalar nelerdir?" dir.** Bu kapsamda en iyi kanıtların derlemesi için sağlık sorusu doğrultusunda sistematik tarama metodolojisinin tüm aşamaları yapılmıştır. Kanıta dayalı öneriler doğrultusunda oluşturulan taslak rehber, rehber geliştirme grubu dışındaki kişilerden oluşan bir grup hakem tarafından AGREE ile değerlendirilmiştir. Eş zamanlı olarak konunun uzmanları tarafından içerik yönünden değerlendirilmiştir.Hakemlerin önerileri doğrultusunda taslak rehber yeniden düzenlenerek rehbere son şekli verilmiştir.

Bulgular

İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların kanıta dayalı yaklaşımları kullanılarak önlenmesi için hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmek amacıyla geliştirilen bu rehberin kanıta dayalı önerileri şu şekildedir:

ÖZET

Giriş

İnme sonrasında hastaların yaşam kalitesini ve sağ kalımını etkileyen ve en sık görülen komplikasyonlardan biri disfajidir. İnmeden sonraki ilk üç gün içerisinde hastaların %42-67'sinde disfaji sorunu yaşanmaktadır. İyi yönetilemeyen disfaji; malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonların gelişimine, hastaların yatış süresinin uzamasına, tekrarlı yatışlara ve bu etkiler ile dolaylı olarak da mortalite ve bakım maliyetinin artmasına yol açabilmektedir. Tüm bu komplikasyonları önlemek için, disfajinin erken dönemde belirlenmesi ve etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Disfajinin yönetiminde multidisipliner ekip içerisinde hastaya 24 saat kesintisiz bakım veren hemşireler, bu konuda farkındalığın artırılmasında ve koordinasyonun sağlanmasında kilit roldedir. Literatürde, hemşirelerin inme sonrası gelişen disfajiye yönelik klinik bakım uygulamalarında kanıta dayalı rehberleri ve rehberlerde yer alan destek araçları kullanmalarının hastaların bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkılarının olduğu vurgulanmaktır. Bu alana özgü kullanılan herhangi bir kanıta dayalı rehbere ulaşılamadığından dolayı, inme sonrası disfajinin yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber geliştirilmiştir.

Amaç

Bu rehberin geliştirilmesinin amacı; İnme sonrası disfajinin erken dönemde tanılanması ve komplikasyonların kanıta dayalı yaklaşımları kullanarak önlenmesi için hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmektir. Ayrıca bu rehberin eşliğinde hemşirelerin disfaji yönetimine yönelik farkındalık, bilgi ve becerilerinin artırılması ile hemşirelik bakım kalitesinin artması beklenmektedir.

Yöntem

Bu rehber De Novo rehber geliştirme yöntemi ile geliştirilmiştir. Bu yöntemin ilgili basamaklar EK:1'de gösterilmiştir. **Bu rehberin geliştirilmesinde oluşturulan sağlık sorusu "Hemşirelerin inme sonrası disfajinin yönetiminde klinik bakım uygulamalarında kullanabilecekleri güncel kanıta dayalı uygulamalar nelerdir?" dir.** Bu kapsamda en iyi kanıtların derlemesi için sağlık sorusu doğrultusunda sistematik tarama metodolojisinin tüm aşamaları yapılmıştır. Kanıta dayalı öneriler doğrultusunda oluşturulan taslak rehber, rehber geliştirme grubu dışındaki kişilerden oluşan bir grup hakem tarafından AGREE ile değerlendirilmiştir. Eş zamanlı olarak konunun uzmanları tarafından içerik yönünden değerlendirilmiştir.Hakemlerin önerileri doğrultusunda taslak rehber yeniden düzenlenerek rehbere son şekli verilmiştir.

Bulgular

İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların kanıta dayalı yaklaşımları kullanılarak önlenmesi için hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmek amacıyla geliştirilen bu rehberin kanıta dayalı önerileri şu şekildedir:

Kanıta Dayalı Öneriler ve Düzeyleri

- Tüm inmeli hastalar disfaji açısından rutin olarak taranmalıdır (B)
- Taramanın hangi test ile yapılması gerektiğine dair net bir görüş birliği yoktur. En son yayınlanan kılavuzlarda disfaji taramasının yatak başı su yutma testi ile yapılması önerilmektedir (C)
- Disfaji taraması sonucunda hasta testi geçerse, oral beslenmeye başlanabilir, ancak beslenme sırasında gözlenmeye devam edilmelidir (C)
- Yutma problemi olan ya da ileri evre inmeli hastalarda elektrolit ve sıvı dengesinin düzenli olarak takip edilmesi önerilir (C)
- Yutma rehabilitasyon programı, diyet modifikasyonu (yiyecek ve içeceklerin doku ya da kıvam, tat ve ısı değişiklikleri) postür değişiklikleri ve yutma manevraları gibi kompanse edici teknikler (postür değişiklikleri ve yutma manevraları) ve terapi tekniklerini [kas kuvvetlendirici egzersizleri (Masako ve Shaker)] içermelidir (A)
- İnme sonrası disfaji tedavisinde, diyet modifikasyonu ve kompansatuvar tekniklerin; yutma fonksiyonunun Videofloroskopik Yutma Çalışması (VFYÇ) veya Fiberoptik Endoskopik Yutma Değerlendirmesi (FEYD) ile değerlendirilmesinden sonra uygulanması önerilir (B)
- Disfaji terapisi, beslenme ihtiyaçları ve bireyselleştirilmiş beslenme planları konusunda bireye özgü bir bakım planı geliştirilmesi önerilir (C)
- Disfaji tedavisinde güvenli besleme stratejilerinin (örn. otururken yeme, ilgi dağılmasını en aza indirgeme vb.) kullanması önerilir (C)

Sonuç

Bu rehberden beklenen katkıları;

- Hemşirelerin inme sonrası gelişen disfajiye yönelik klinik bakım uygulamalarında, geliştirilen kanıta dayalı rehberi kullanarak, hasta bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkı sağlanması
- Hemşirelerin disfajiye yönelik farkındalık, bilgi ve becerilerinin artırılması ile hemşirelik bakım kalitesinin artırılması
- Klinikte çalışan hemşirelerin geliştirilen rehberde yer alan kanıta dayalı önerilerin, hasta bakımında kullanılması ile kanıta dayalı uygulamalarda iyi klinik uygulama örneği olması,
- Kanıta dayalı geliştirilen rehberin uygulamasının, kanıtların uygulamaya aktarılmasında hemşirelere rol model olması
- İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi ile hasta bakım maliyetlerin azalmasına katkı sağlayacağı beklenmektedir.

1.GİRİŞ

1.1. Rehberin Gerekliliği ve Amacı

İnme sonrasında hastaların yaşam kalitesini ve sağ kalımını etkileyen ve en sık görülen komplikasyonlardan biri disfajidir[12]. Disfaji; dys (güçlük) ve phagia (yemek) kelimelerinden oluşan yutma güçlüğü anlamına gelen bir terimdir. Disfaji, alınan gıdanın ağızdan mideye transferinin mekanik olarak engellenmesi, yutma hareketini sağlayan kasların gücünün azalması veya koordinasyonunun bozulması sonucu oluşan semptomdur[18].İnmeden sonraki ilk 3 gün içerisinde hastaların %42-67'sinde yaşanmaktadır. Bu nedenle sağlık ekibinin özellikle hemşire ve doktorların, disfaji gelişme açısından yüksek riskli hastaların disfaji belirti ve bulguları konusunda farkındalığının olması önemlidir. İyi yönetilemeyen disfaji; malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi, cilt bütünlüğünde bozulma, yorgunluk, kas güçsüzlüğü gibi komplikasyonların gelişimine neden olabildiği için, hastaların yatış süresinin uzamasına, tekrarlı yatışlara ve dolaylı olarak da mortalite ve bakım maliyetinin artmasına yol açar[18, 21].

Tüm bu komplikasyonların önlenmesi için inmeli hastalarda disfajinin sağlık ekibi tarafın- dan etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir[12, 14, 18, 21-23]. Disfaji yönetiminin amacı, yutmanın değerlendirilmesi, disfaji ve aspirasyon belirti ve bulgularının izlenmesi, uygun hidrasyon ve beslenme desteğinin sağlanması, gıda ve sıvıların soluk borusuna aspire edilme olasılığının azaltılması ve oral alımın yeniden sağlanması ile gelişecek komplikasyonların önlenmesidir. Ayrıca disfaji yönetimi, beslenmenin sürdürülmesine yönelik müdahaleleri, sunulan gıdanın kıvam, sıklık ve miktarının değiştirilmesini, hastanın gıda alımı ve sonrasında uygun pozisyonda olmasının sağlanmasını ve hastanın nazogastrik tüp veya perkütanöz endoskopik gastrostomi tüpü (PEG) ile beslenmesini kapsamaktadır[12, 18].

Literatürde, hemşirelerin inme sonrası gelişen disfajiye yönelik klinik bakım uygulamalarında, kanıta dayalı rehberleri ve rehberlerde yer alan destek araçları kullanmalarının, hastaların bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkılarının olduğu vurgulanmaktır[17, 26-33]. Kanıta dayalı uygulama rehberleri iyi düzenlenmiş sistematik incelemelere ve meta analizlere dayalı olup kanıta dayalı uygulamanın gerçekleştirilmesine yardımcı olur. Ancak ülkemizde bu alana özgü kullanılan herhangi bir kanıta dayalı rehbere ulaşılamamıştır. Bu nedenle inme sonrası disfajinin yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta dayalı rehber geliştirilmiştir. Bu rehberin bu alanda bilgi paylaşımına katkı vermesi ve faydalı olması amaçlanmaktadır.

Bu rehberin beklenen katkıları;

- Hemşirelerin inme sonrası gelişen disfajiye yönelik klinik bakım uygulamalarında kanıta dayalı rehberleri ve rehberlerde yer alan değerlendirme araçları kullanmaları hasta bakım kalitesini artırmaya ve komplikasyonların önlenmesine önemli katkı sağlanması,
- Hemşirelerin disfajiye yönelik farkındalık, bilgi ve becerilerinin artırılması ile hemşirelik bakım kalitesinin artırılması,
- Klinikte çalışan hemşirelerin kanıt rehberlerindeki önerilerin hasta bakımında kullanılması ile kanıta dayalı uygulamalarda iyi klinik uygulama örneği olması,
- Kanıta dayalı geliştirilen rehberin uygulamasının, kanıtların uygulamaya aktarılmasında hemşirelere rol model olması,
- İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi ile hasta bakım maliyetlerin azalmasına büyük ölçüde bir katkı sağlanmasıdır.

2.REHBERİN İÇERİĞİ

2.1.Rehberin Amacı

- İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların kanıta dayalı yaklaşımları kullanarak önlenmesi için hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmek.
- İnmeli hastalarda disfajinin yönetiminde hemşirelere yönelik kanıta temelli uygulamaları özetlemek.
- Hemşirelerin disfaji yönetimine yönelik farkındalık, bilgi ve becerilerinin artırılması ile hemşirelik bakım kalitesinin artırılması ve bakıma yol göstermek.

2.2. Rehberin Hedeflediği Kullanıcılar

- İnmeli bireylere bakım veren hemşireler
- Öğrenci hemşireler
- Hemşirelik eğitimi veren akademisyenler

2.3. Rehberin Kategorisi

- Tarama
- Önleme
- Risk değerlendirme

2.4. Hedef Popülasyon

- Akut inme tanısı ile hastanede yatan hastalar

2.5. Rehberin Konusu

İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve olası komplikasyonların önlenmesine yönelik disfaji yönetimi

2.6.Rehberin kapsamı (PICO ve Sağlık Sorusu)

Hedef popülasyon (Population):
- Akut inme tanısı ile hastanede yatan hastalar

Müdahale (Intervention):
- İnmeli hastalarda disfajiye yönelik tarama,önleme, risk değerlendirme,yönetim ve izlemi içeren kanıta dayalı bütüncül yaklaşımlar

Karşılaştırma: (Compare)
- Rutin bakım

Beklenen çıktılar (Outcome):
- İnme sonrası disfajinin erken dönemde fark edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi.

Sağlık sorusu

Hemşirelerin inme sonrası disfajinin yönetiminde klinik bakım uygulamalarında kullanabilecekleri güncel kanıta dayalı uygulamalar nelerdir?

İNMELİ HASTALARDA DİSFAJİ YÖNETİMİNDE HEMŞİRELERE YÖNELİK KANITA DAYALI REHBER

2.7. Metodoloji (Rehberin geliştirilmesinde izlenen yol)

Bilimsel Kanıtların Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi

- **Anahtar kelimelerin belirlenmesi**
  - Anahtar kelimeler: (swallowing disorders, dysphagia, nursing interventions, stroke, sys- tematic review/disfaji, disfaji, hemşirelik girişimleri, inme)
- **Sistematik literatür taraması yapılması**
  - Rehber konusu ile ilgili olarak; hemşirelerin inme sonrası disfajinin yönetiminde klinik bakım uygulamalarında kullanabilecekleri güncel kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili tüm kanıtlara ulaşılması
    - Literatürdeki meta-analiz, randomize kontrolü, sistematik derleme, yarı deneysel ça- lışma, deneysel olmayan, karşılaştırma çalışmalarının incelenmesi
    - İnmeli hastalarda disfaji ile ilgili geliştirilmiş kanıta dayalı klinik rehberlerin ve iyi klinik uygulama protokollerinin incelenmesi
- **Seçme kriterlerine (dâhil etme / dışlama) göre kayıt edilen tüm araştırmaların başlık ve özetleri incelenir.**
  - Kanıt temelli araştırmaların seçiminde dahil edilme kriterlerine göre, 2000-2017 tarihle- ri arasında yayınlanan çalışmaların alınması
  - Çalışmaların içeriğinin rehberin sağlık sorusu ile ilgili olması
- Literatürler derlendikten sonra, bunların kanıtla ilişkileri yönünden sınıflandırılması.
- Kanıt kalitesinin değerlendirilmesi ve analizi yapılarak kanıt tablolarının oluşturulması.

Önerilerin Oluşturulması

- Oluşan kanıtlar mutlaka kalite, nicelik ve tutarlılık bakımından değerlendirilir ve kanıtlar kullanılarak önerilerin hazırlanması.

Kanıt sınıfı ve Öneri Gücünü Değerlendirme Kriterleri

Tablo 1: Kanıt Düzeyleri

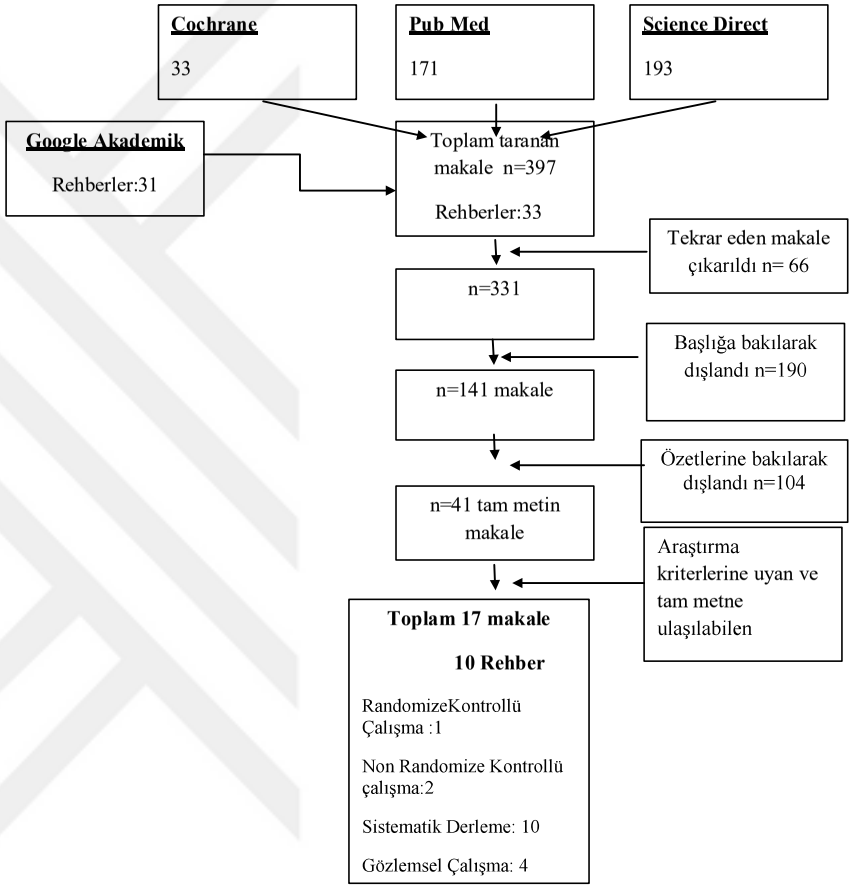
Kanıt Sınıfı	
Klas 1	Yarar >>> risk Sonuçları uygulanabilir Açık ve belirgin sonuçlu geniş ölçekli randomize çalışmalar (hata riski düşük)
Klas 2	Yarar >> risk sonuçları Sonuçları belirgin olmayan küçük ölçekli randomize çalışmalar (hata riski orta yüksek)
Klas 3	Yarar ≥ risk Sonuçları göz önünde bulundurabilir
Klas 4	Risk ≥ yarar Sonuçları yararlı olmayan hatta zararlı olabilen çalışmalardır
Önerinin Gücü	
A	Büyük populasyonlu gruplarla çalışılmış multipl randomize klinik çalışmalar ve meta-analiz
B	Sınırlı populasyonla yapılmış tek randomize veya randomize olmayan çalışmalar
C	Çok sınırlı populasyonla yapılmış uzman görüşleri,vaka çalışmaları ve standart bakım

- **Taslak Rehber Oluşturma**
  - Oluşturulan öneriler ışığında yapılan değerlendirmelerle taslak rehber oluşturulması
- **Konsültasyon ve Değerlendirmenin yapılması**
  - Önerilerin oluşturulması ile meydana getirilen taslak rehber, rehber geliştirme grubu dışındaki kişilerden oluşan bir grup hakem tarafından değerlendirilmesi.
  - Hakemlerin önerileri doğrultusunda taslak rehber yeniden düzenlenmesi ve rehbere son şeklinin verilmesi.

2.8. Rehberin Güncellenmesi

- Bu rehber 3 yılda bir kanıtların gözden geçirilerek rehber oluşturma ekibi tarafından güncellenecektir. İlk güncelleme 2021 yılında yapılacaktır.

Şekil 1. Akış Şeması



3. İNMELİ HASTALARDA DİSFAJİ YÖNETİMİNE YÖNELİK KANIT TEMELLİ UYGULAMALAR

3.1. DİSFAJİ VE İNME

Yutma anormallikleri serebral korteksten kraniyal kaslara dek nöromusküler sistemin herhangi yerindeki bir hastalık nedeni ile ortaya çıkabilir[34]. Disfaji besinin ağza alınışından mideye geçişine kadar olan süreçte meydana gelen bozukluktur[12]. Aslında yutma eylemi bir günde defalarca meydana gelir ve bu süreç biz düşünmeden otomatik olarak gerçekleşir[34]. Yutma merkezi sinir sisteminin hemen hemen tüm seviyelerinde yaklaşık 50 çift kas grubunun çalışması ile gerçekleşen karmaşık bir olaydır[18]. Sinirler, başarılı bir şekilde yutma için pek çok yüz, çene ve boğaz kasıyla ve dil ile birlikte çalışır[12, 18]. Yutkunma işlemi oral hazırlık evresi, oral evre, farengeal evre ve özefagal evre olarak 4 evrede gerçekleşmektedir[35].Yutma bozukluğu, bu evrelerin herhangi birinde olabilir[10]. İnmeli hastalarda orofarangial disfaji görülür[10, 11, 18]. Yutmanın başlaması ve gıdanın üst özofagusa iletilmesi sorunludur. Çünkü inmeye bağlı olarak, ağız, dil, damak, larinks ya da özefagusun üst bölümünün etkilenmesi söz konusudur.Ayrıca inmede postür ve baş kontrolü, otonom bozukluk, tat duyusunda bozulma, oral hijyen eksikliği görme alanı defisiti, üst ekstremite zaafı, bilişsel işlev ve konuşma bozukluğu ve depresyon olması yutmayı etkilemektedir[18].

Genelde inmeden sonraki ilk 3 gün içerisinde hastaların %42-67'sinde disfaji yaşanmaktadır[21]. Bu nedenle sağlık ekibinin özellikle hemşire ve doktorların, disfaji gelişme açısından yüksek riskli hastaların disfaji belirti ve bulguları konusunda farkındalığının olması önemlidir. İyi yönetilemeyen disfaji; malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi gibi komplikasyonların gelişimine neden olur[18, 21].

Tüm bu komplikasyonların önlenmesi için inmeli hastalarda disfajinin sağlık ekibi tarafından etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir[12, 14, 18, 21-23].

3.2. DİSFAJİDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

İnmeli hastalarda disfajiye hemşirelik yaklaşımı **TARAMA, İZLEM VE YÖNETİM** olmak üzere 3'e ayrılır. Disfaji'de hemşirelik yaklaşımı algoritması Ek: 1 de yer almaktadır.

➡ **Tarama** disfaji olasılığını belirlemeye yardımcı olur. Hemşire tarafından yapılan tarama değerlendirme sürecinden kapsam olarak farklıdır[3]. Değerlendirme süreci,disfajiye yaklaşımda daha çok konuşma ve dil terapistinin sorumluluğunda olduğu için hemşirelik yaklaşımı içinde yer verilmemiştir. Burada ifade edilen değerlendirme süreci tarama ve cihaz kullanılarak yapılan disfaji muayenelerini de içerir. Disfajinin değerlendirilmesi, hastaların cihaz kullanılarak yapılan yöntemler ile disfajiye yol açan yapısal ve fizyolojik defisitleri ve onların ciddiyetlerinin belirlenmesidir[25]. Hemşire tarafından yapılan tarama hastalarda disfaji olup olmadığını, aspirasyon riski ve oral beslenme için uygunluğu belirlemek için yapılır. Hemşire tarafından yapılan disfaji taramanın amacı, konuşma-dil patolojisi uzmanları tarafından yapılacak daha ileri değerlendirmelerin yerini almak değil, disfajiyle ilgili gözlenebilir işaretleri nicel hale getirmek ve daha ileri değerlendirmeye yönlendirme yapılması için gereken dayanağı sağlamaktır[12, 24]. Aynı zamanda disfaji bir hemşirelik tanısıdır. Disfajinin yönetiminde multidisipliner ekip içerisinde hastaya 24 saat kesintisiz bakım veren hemşireler bu konuda farkındalığın arttırılmasında ve koordinasyonun sağlanması açısından kilit roldedir[3, 14, 18]. Disfaji tarama sürecinde kullanılabilecek örnek tarama protokolü Ek : 2 de yer almaktadır.

➡ **İzleme** süreci ise, disfaji gelişiminin ya da ciddiyetindeki değişikliklerin bir belirtisi ola- bilecek klinik belirteçler açısından inme geçirmiş kişilerde yapılan düzenli gözlemleri içerir[2, 3].

➡ **Yönetim** oral hijyen, uygun diyetsel modifikasyonlar ve güvenli beslenme stratejileri gibi disfaji komplikasyonlarını önlemek için gerekli stratejilerin hayata geçirilmesini içerir[3, 18].



Şekil: 3 Disfajide hemşirelik yaklaşımı bileşenleri

3.2.1. DİSFAJİ TARAMASI

Hemşireler tarafından inmeli hastaların disfaji taraması yapılarak aspirasyon riski ve oral beslenme için uygunluk durumları değerlendirilir[17]. Yutma güçlüğünün belirti ve bulgularını saptamak için, ayrıntılı bir öykü alınmalı ve değerlendirme yapılmalıdır[14, 36]. Disfaji semptom ve bulguların varlığından bağımsız olarak tüm inmeli hastalar disfaji açısından rutin olarak taranmalıdır[4, 20].

Ne Zaman ?

Akut inme geçiren tüm hastalar, **hastane başvurularının ilk 4-24 saat içinde**, hastaya **su, besin ve oral yolla ilaç verilmesinden önce** yutma fonksiyonları açısından **mümkün olduğu kadar** erken taranmalıdır[4-8].

Kim Tarafından ?

Disfaji taramasının, bu konuda **eğitim almış bir sağlık personeli (hemşire, doktor)** veya konuşma ve yutma terapisti tarafından, yapılır. Acil kliniğinde yatan inmeli hastaların yutma taraması **o bölümdeki doktor veya hemşire** tarafından yapılabilir. Mümkünse tarama **disfaji tarama protokolü konusunda eğitim almış hemşireler** tarafından yapılmalıdır[4, 9, 10].

Ne İle ?

- Disfaji taramasında kullanılan test, disfajiye özgü, geçerliği kanıtlanmış, güvenilir, kolay uygulanabilen ve yutkunma güçlüğü olmayan kişileri eleyecek kadar duyarlı olmalıdır[13, 14].
- Taramanın hangi test ile yapılması gerektiğine dair net bir görüş birliği yoktur. En son yayınlanan kılavuzlarda disfaji taramasının **yatak başı su yutma testi** ile yapılması önerilmektedir[10, 14-16].
- Su yutma testinde hastaya su içirilerek yutma fonksiyonu değerlendirilir.
- Normal bireyler 20 ml civarındaki suyu bir kerede yutarlar. Yutma bozukluğu olan hasta bunu yapamaz ve 20 ml veya daha az miktarlardaki suyu iki veya daha fazla kerede yutma ihtiyacı duyar[18].

Ne Sıklıkla Yapılmalı ?

- İnmenin erken döneminde disfaji taraması yatak başında günlük olarak yapılmalıdır[11].
- Disfajinin devam etmesi durumunda, haftada iki kez ve taburculuk öncesinde olarak değerlendirilmeli[11].
- Disfajinin devam etmesi durumunda altı aya kadar aylık olarak disfaji değerlendirimesi yapılmalıdır[11].

Tarama Öncesi Yapılması Gerekenler[2, 3, 18]

- Tarama öncesi hastanın klinik öykü alımında, aspirasyon pnömonisi gelişme riskini tanımlamak için eşlik eden hastalıklar ve diğer risk faktörleri değerlendirilmeli (örn: sigara kullanımı veya solunum yolu hastalıkları) ve ayrıca solunum işlevinin değerlendiril- mesi yapılmalıdır.
- Tarama testine başlanmadan önce hastanın bilinç düzeyi ve postürel kontrol becerisi değerlendirilmelidir.
- Eğer hasta işbirliğinde bulunabilir ve dik pozisyonda desteklenerek durabiliyorsa tarama yapılmalıdır.
- Hastanın bilinç, oryantasyon ve kooperasyonu değerlendirilmelidir

Tarama Süreci[1-3]

Tarama sürecinde ;

- Hasta 90 derece dik pozisyonda rahat bir şekilde oturuyor olmalı, gerekirse yastıkla desteklemelidir.
- Hastaya ağzını açması söylenir; ağız hijyeni, dişler ve sekresyon yönünden gözlenir Hastadan
- öksürmesi istenir, böylece hava yolunu koruma yeteneği değerlendirilir.
- Eğer güçlü öksüremiyor veya solunum güçlüğü varsa ya da solunum sıkıntısından kuşkulanılıyorsa, tarama bu aşamada sonlandırılmalı ve aspirasyon riski bulunduğundan hastanın oral alımı durdurulmalıdır.
- Hastaya öncelikle birkaç yudum su verilerek solunum sıkıntısı veya öksürme bulguları, lıkırtı veya ıslak ses tanılanmalı ve larengeal hareket izlenmelidir.
- Solunum işlevini değerlendirilir. Hasta nefes alma ve yutkunmada koordinasyon güçlü- ğü açısından sorun yaşıyorsa mutlaka izlenmelidir.
- Test sırasında ıslak ses kalitesi ve öksürüğü tespit edilen hastaların; testi geçemediği kabul edilir ve disfaji etiyolojisine yönelik detaylı yutma değerlendirmesi için yönlendi- rilmelidir.

Tarama Sonrası[1, 3]

- Tarama testi negatif (geçti) olan inme geçiren bireylerin oral alımda sorun yaşaması riski daha fazla olduğundan oral ve ilaç alımları desteklenir.
- Oral alım güçlüğü çekmeyen hastalarda verilen su miktarı arttırılarak sürekli izlenir; disfaji bulguları yoksa aynı denemeler yoğurt, yumuşak veya normal kıvamlı yiyeceklerle sürdürülmelidir.
- Bu seviyedeki hastaların ilk bir kaç öğün sırasındaki oral alımları, vital bulguları, sessiz aspirasyon riski ve güvenli ve etkin yutkunma açısından izlenmelidir.
- Tarama testi pozitif (kaldı) olan inme geçiren kişiler tam bir değerlendirme için konuş- ma ve yutma terapistine yönlendirilmelidir.
- Oral alımın kuşkulu olduğu durumlarda bireye yutkunma değerlendirmesi yapılana ka- dar ağızdan hiç bir şey verilmemelidir. Bu durumda oral kavitenin patojenik bakterilerle kolonizasyonunu önlemek üzere iyi bir ağız bakımı verilmelidir.

İNMELİ HASTALARDA DİSFAJİ YÖNETİMİNDE HEMŞİRELERE YÖNELİK KANITA DAYALI REHBER

KANITA DAYALI ÖNERİLER:

⇒ **Tüm inmeli hastalar disfaji açısından rutin olarak taranmalıdır[5, 18] (B)**

⇒ **Akut inme geçiren hastaların su, besin ve oral yolla ilaç verilmesinden önce disfaji taraması yapılmalıdır[5, 8] (B)**

⇒ **Tarama testine başlanmadan önce hastanın bilinç düzey ve postürel kontrol becerisinin değerlendirilmesi ve uyanık ve koopere olduğundan emin olunması önerilir[14, 17, 19, 20, 22] (B)**

⇒ **Taramanın disfaji tarama protokolü konusunda eğitim almış hemşireler tarafından yapılması önerilir[5, 27] (C)**

⇒ **Test sırasında, ıslak ses kalitesi ve öksürük aspirasyon riskinin yüksek olduğunu gösterir. Bu durumda hastanın testi geçemediği kabul edilir ve disfaji etiyolojisi ve mekanizmasına yönelik detaylı yutma değerlendirmesi yapılmalıdır[17, 28] (C)**

⇒ **Taramanın hangi test ile yapılması gerektiğine dair net bir görüş birliği yoktur. En son yayınlanan kılavuzlarda disfaji taramasının yatak başı 20 ml. su yutma testi ile yapılması önerilmektedir [14, 17] (C)**

3.2. İzlem Süreci

İnme geçirenlerin disfaji için düzenli ve dikkatli izlenmeleri önemlidir. İnme geçirenlerin fiziksel durumu dalgalı olabilir ve bu da yiyeceklerin yönetimi ve güvenle sıvı alma yetisini etkileye- bilir. Disfaji bakım ekibi hemen göze çarpmayan değişiklikleri ve bu değişikliklerin oral alımın güvenliği üzerindeki olası etkilerini gözleyecek dikkatte olmalıdır[1, 2, 42]. Hemşireler gözlem tekniklerini kullanarak, inme sonrası gelişebilecek aşağıdaki komplikasyonlarının hastada;

- **Disfaji**
- **Malnütrisyon**
- **Dehidratasyon** belirti ve bulgularının olup olmadığını izlemelidir.



Şekil: İzlem sürecinde takip edilen komplikasyonlar

3.2.3.1 Disfaji Belirti ve Bulgularının İzlenmesine Yönelik Uygulamalar

İnmeli hastalar disfaji varlığını gösteren klinik işaretler (yutma sırasında öksürme ve yutma sonrası ses değişimi vb.) açısından takip edilmelidir[14, 27] Nöroloji hemşirelerinin disfaji belirti ve bulgularını bilmesi risk altındaki hastaları tanımlayabilmeleri açısından gereklidir[27]. Aynı zamanda hemşireler, hastalara çoğunlukla yemek yerken eşlik ettikleri için, disfajiyi ilk fark eden sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşireler, aşağıda tanımlanan disfajinin bulguları ve belirtilerinin farkında olmalı ve hızla müdahale edebilmelidir[14]. Disfajinin belirti ve bulgularının bazıları genelde görülürken, bazıları özellikle yemek yerken ve içerken ortaya çıkmaktadır[14, 27].

Tablo2: Disfaji belirti ve bulguları [1, 4, 11, 39, 40]

Genel	
☐ Dudakları tam kapatamamanın sonucu olarak yiyeceğin ağızdan dışarıya sızması	☐ Yutmada güçlük
☐ Yedikten veya içtikten sonra nemli (ıslak veya çağıltılı)	☐ Öksürük refleksinde azalma, boğazı temizleyemem
☐ Yetersiz dil hareketi	☐ Kilo kaybı ve dehidratasyon
☐ Sekresyon yönetiminde güçlük ağızdan salya akması	☐ Ateşin yükselmesi
	☐ Kötü ağız hijyeni
	☐ Tekrarlayan akciğer enfeksiyonu
Yemek yerken ve içerken	
☐ Gıda maddelerini fark edememe ve ağza yiyecek yerleştirmede yetersizlik	☐ Gözlerde sulanma
☐ Ağzın boşalmasında yetersizlik, diş ve yanak arasında gıda birikimi	☐ Belirli yoğunluktaki yiyeceklerden kaçınma
☐ Yutmanın başlatılmasının gecikmesi	☐ Yemek süresinin uzaması
☐ Yutma esnasında öksürme, tıksırma	☐ Nasal veya oral regürjitasyon
☐ Dudak ve yüzde ani renk değişikliği	☐ Yeme ve içme sırasında boğulma hissi

3.2.3.2 Malnutrisyon Belirti ve Bulgularının izlenmesine yönelik uygulamalar

Malnutrisyon bir kişinin kalorik gereksinimleri ve kişinin gerçek alımı arasındaki dengesizlik sonucu olur[3]. İnme geçirmiş kişilerde malnutrisyon gelişebilir ya da daha kötüleşebilir. Hemşire inmeli hastaların sıvı, protein ve total kalori alımı açısından yakından takibini yapmalı ve diyetisyenle birlikte hareket etmelidir. İnmeli bütün hastalarda malnütrisyon taraması yapılmalıdır[10, 13, 37]. NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) inmeli hastalarda akut durum, değerlendirilmesi için uygun yöntem olmasına rağmen, Malnutrional Universal Screening Tool (MUST) Mini Nutritional Assessment/Short Form (MNA / MNA-SF) ,Subjective Global Assessment (SGA) gibi tarama testleride kullanılabilir[13]. Ayrıca kilo kaybı, azalmış vücut kitle indeksi (VKİ) ve biyo-kimyasal değerlerin değerlendirilmesi gibi malnutrisyonun klinik belirtileride değerlendirilmelidir.

Tablo3: Malnutrisyon Belirti ve Bulguları[3, 11, 12, 21]

☐ Kilo kaybı	☐ Baş dönmesi	☐ Kas kütlesi ve gücünde azalma
☐ Konfüzyon	☐ Tırnaklarda deformiteler	☐ Cilt kuruluğu
☐ Yorgunluk	☐ Enfeksiyonlara azalmış direnç	☐ Kemik ve eklemlerde ağrı

Bu belirtiler açısından hasta gözlemlenmelidir[11]. Bu belirtileri olması veya hastanın malnutrisyonu olduğundan kuşku duyulması durumunda hekim ve diyetisyenle işbirliği içinde malnütrisyona yönelik müdahaleler planlanır[12, 21].



Şekil 5: Malnutrisyon Belirti ve Bulguları

3.2.3.3 Dehidratasyona yönelik uygulamalar

Dehidratasyon su ve elektrolit kaybıyla oluşur. Disfaji dehidratasyon için bir risk faktörüdür.Çünkü azalmış oral alım ve sıvıların aspire edilme riski yetersiz sıvı alımına yol açar. Ayrıca dehidratasyon inme rekürrensi için önemli bir predispozan faktördür. Bu nedenle inmeli hastalarda dehidratasyonun önlenmesi hayati önem taşır. Belirti ve bulguları dikkatli bir şekilde gözlemlenmelidir[4, 7]. Dehidratasyon belirtileri şunları içerir (Şekil 2):



Şekil : 6 Dehidratasyon belirti ve bulguları[4, 7, 11]

Bu belirtilerinin olması veya hastanın dehidratasyonu olduğundan kuşku duyulması halinde hekim ve diyetisyenle işbirliği içinde hidrasyon düzeyini değerlendirmesi ve dehidratasyona yönelik girişimler planlanır[7, 11, 43] .

KANITA DAYALI ÖNERİLER:

⇒ **İnmeli hastalar disfaji varlığını gösteren klinik belirtiler (yutma sırasında öksürme ve yutma sonrası ses değişimi vb.) açısından takip edilmelidir[14] (A).**

⇒ **Disfajili hastalar, doktor, hemşire, konuşma ve yutma terapisti ve diyetisyenlerden oluşan organize multidisipliner ekiplerce izlenmelidir [21] (B)**

⇒ **Kapsamlı ve bireysel hemşirelik bakımını uygulamak amacıyla; hastalar, beslenme, pozisyon, sıvı ve eğitim gereksinimleri için hastaneye kabulden sonraki ilk 4 saatte ve her 4 saatte bir değerlendirilmelidir[23] (C)**

⇒ **Disfaji taraması sonucunda hasta testi geçerse, oral beslenmeye başlanabilir, ancak beslenme sırasında gözlenmeye devam edilmelidir [23](C)**

⇒ **Hastaların oral alımları ve vital bulguları sessiz aspirasyon riski açısından ilk 48 saat içinde izlenmelidir[17, 23](C)**

⇒ **Disfajiye yönelik diyet düzenlemesi (kıvam, sıklık, miktar) yapılan hastaların aldıkları miktar ve diyete gösterdikleri tolerans izlenmelidir[10](C).**

⇒ **Aspirasyon pnömonisini önlemek için, hastanın akciğerleri dinlenmeli, hastada solunum sorununu gösteren belirtiler takip edilmelidir[14] (C)**

⇒ **Öksüren hastalarda, yeme-içme sırasında öksürme ve boğulma korkusu da dahil olmak üzere fark edilen yutma problemleri konusunda hasta ve yakınlarından, öykü alınmalıdır[37](B)**

⇒ **Yutma problemi olan ya da ileri evre inmeli hastalarda elektrolit ve sıvı dengesinin düzenli olarak takip edilmesi önerilir[38] (C)**

3.2.3. DİSFAJİ YÖNETİMİ

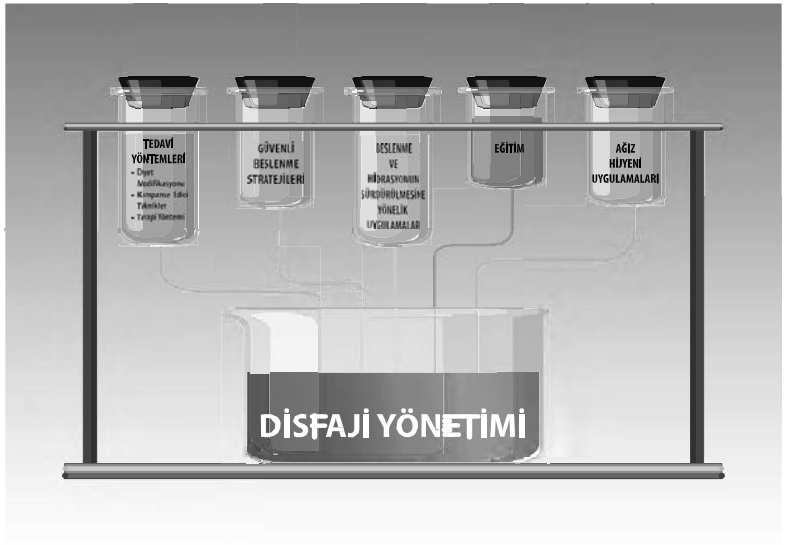
Disfajiye bağlı komplikasyonların önlenmesi için inmeli hastalarda disfajinin sağlık ekibi tarafından etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir[4, 15, 17, 24-26]. ***Disfaji yönetiminin amacı, yutmanın değerlendirilmesi, disfaji ve aspirasyon belirti ve bulgularının izlenmesi, uygun hidrasyon ve beslenme desteğinin sağlanması, gıda ve sıvıların soluk borusuna kaçması olasılığının azaltılması ve oral alımın yeniden sağlanması ile gelişecek komplikasyonların önlenmesidir[4, 15].***

Disfaji yönetiminin her aşamasında hemşireye düşen rol ve sorumluluklar bulunmaktadır. Hemşirenin hastanın beslenmesini sağlama ve zarar görmesini önleme konusunda sorumlulukları vardır. Aynı zamanda disfaji bir hemşirelik tanısıdır. Disfajinin yönetiminde multidisip- liner ekip içerisinde hastaya 24 saat kesintisiz bakım veren hemşireler bu konuda farkındalığın artırılması ve koordinasyonun sağlanmasındaki sorumlulukları ile kilit roldedir.[15] Disfaji yönetiminin bileşenleri ve hemşirenin sorumlulukları kanıt temelli olarak aşağıda (Şekil 5) yer almaktadır[1, 15, 17, 24, 27, 40, 43].

Disfaji yönetimi 5 bileşenden oluşur.

- Disfaji tedavisinde kullanılan yöntemler: (diyet modifikasyonu, kompanse edici teknikler ve terapi yöntemi)
- Güvenli beslenme stratejileri
- Ağız hijyeni uygulamaları
- Beslenme ve hidrasyonun sürdürülmesine yönelik uygulamalar
- Hasta, ve sağlık personelinin eğitimi

Şekil 7: Disfaji yönetimi bileşenleri



3.2.3.1. Tedavi Yöntemleri

Yutma Bozuklukları, yutma refleksinin herhangi bir aşamasında oluşabileceğinden dolayı dis- faji çeken hastalar, bireyselleştirilmiş tedavi planına ihtiyaç duyar ve her kişinin bozukluk özel müdahale gerektirir. Disiplinlerarası takım üyeleri bu durumda kendi değerlendirmelerini hastaya özgü bir bakım planı geliştirmek için kullanmalıdır .

Yutma rehabilitasyon programı postür değişiklikleri ile farklı yutma manevraları gibi kompan- satuvar teknikleri, orofaringeal motor fonksiyonu iyileştirmek için restorasyon stratejilerini, sı- vıların karbonasyonu ya da yiyeceklerin tat ve ısısının değiştirilmesi gibi duyusal modifikasyon- ları ve katı ve/veya sıvı gıdaların yapısal modifikasyonunu içermelidir[8, 11, 17].

Yutma güçlüklerinde tedavinin temel amacı morbidite ve mortalite artışına neden olan akciğer enfeksiyonları, malnütrisyon ve dehidratasyonu engellemek, hastanın yaşam kalitesini artıra- rak normal beslenme şekline geçişini sağlamaktır[44, 45].

Yutma güçlüklerinin tedavisinde diyet modifikasyonu, kompanse edici teknikler ve terapi yön- temi kullanılır[1, 3, 8, 11, 15, 17, 40].

Tablo:4 Yutma Güçlüklerinde kullanılan tedavi yöntemleri

Yutma Güçlüklerinde Kullanılan Tedavi Yöntemleri		
A. Kompanse edici teknikler	**B. Terapiler**	**C. Diyet modifikasyonu**
a) Postural teknikler b) Yutma manevraları	a. Kas kuvvetlendirici egzersizler b. Duyusal stimulasyon	

Ayrıca diğer tedavi yöntemlerinden, akupunktur ve davranışsal terapinin disfajiyi azalttığına dair bazı kanıtlar olsa da ilaç tedavisi, faringeal elektrik stimülasyonu, fiziksel stimülasyon gibi tedavilerin disfajiyi azalttığına dair yeterli kanıt bulunamamıştır[5].

AKOMPANSE EDİCİ TEKNİKLER

Tedavinin ilk basamağını oluşturur. Gıdanın güvenli ve kolay bir şekilde ağız boşluğundan farinkse geçişini sağlamak ve aspirasyonu ortadan kaldırmak için uygulanır. Postural teknikler ve yutma manevraları kompanse edici tekniklerdir. İnmeli hastalarda yutma bozukluğunda kullanılan kompanse edici yöntemler, uygulama tekniği ve kullanım amaçları tabloda yer almaktadır (Tablo 5)[1, 11, 15, 17, 39, 40, 44-47].

a) Postural teknikler:

Tedaviye genelde hastanın baş veya gövde postür değişikliğini içeren postural stratejilerle başlanır. Postural tekniklerin amacı, besin akış yönü ve hızını değiştirerek güvenli yutmanın sağlanması ile aspirasyonun önlenmesidir. İnmeli hastalarda yutma tedavisine yönelik temelde 3 postural teknik (***Çene Aşağı, Başı Eğme ve Başı Çevirme***) kullanılır (Tablo 5) Bu postural tekniklerin özellikleri aşağıda yer almaktadır.[1, 11, 44-46, 48]:

- ⇑ Posturaldeğişiklikleryutmafizyolojisinde bir değişikliğe yol açmaz.
- ⇑ ⇑ Motor bozukluğu düzeltmez, sadece kompanse eder.
- ⇑ ⇑ Genelde geçici olarak kullanılır.
- ⇑ ⇑ Daha az efor gerektirdikleriinden, hastalarda yorgunluk oluşturmazlar
- ⇑ ⇑ Her yaş grubunda ve kognitif düzeydeki hastalara uygulanabilir.
- ⇑ ⇑ Hastanın yutmasındaki anatomik ve fizyolojik bozukluk doğru olarak tanımlanmalı ve yutmayı en iyi sağlayacak postür belirlenmelidir.
- ⇑ Servikal ortez kullanan veya servikal hareketleri engelleyen fiziksel patolojileri olan hastaların tedavisinde postural tekniklerden yararlanılamaz.

b) Yutma manevraları

Kompanse edici yöntemlerden diğeri de yutma manevralarıdır. Yutma manevraları, yutma esnasında hareket üzerinde istemli kontrol sağlamak amacı ile kullanılır. Bu manevralar hem yutma etkinliğini artırır, hem de aspirasyon riskini azaltır.İnmeli hastalarda kullanılan yut- ma manevraları, ***Mendelson, Güçlü yutma ve Supra glottik yutma manevrasıdır*** (Tablo 5).

b) TERAPİ TEKNİKLERİ

Terapi teknikleri, kompanse edici teknikllerden farklı olarak yutma fizyolojisini değiştirir,hastanın verilen emirleri takip edebilmesi ve kendi kendine tekrarlayabilmesini gerektirir. Yutma için gerekli nöromuskuler kontrolün düzelmesine yardım eder[1, 44, 45, 47]. İnmeli hastalarda kullanılan terapi teknikleri; ***Kas Kuvvetlendirici Egzersizleri (Masako ve Shaker) ve Duyusal Stimulasyonu*** içerir (Tablo5).

Tablo 5:' Inme sonrası yutma güçlüklerinde kullanılan tedavi yöntemlerinin uygulama şekli ve amaçları([1, 11, 15, 17, 39, 40, 44-47])

YÖNTEMLER		TEKNİK	UYGULAMA	AMAÇ
KOMPANSE EDİCİ YÖNTEMLER	POSTURAL TEKNİKLER	**Çene Aşağı (Chin Tuck)**	Çene aşağı doğru alınarak, göğüs ön duvarına dokunmaya çalışılır.	Yutma geçikmesi olan hastalarda, larenksin elevasyonuna ve kapanmasına yardımcı olmak.
		Başı Eğme	Baş hafifçe öne eğilerek yer çekiminden yararlanılır .	Daha iyi kontrol sağlayan etkilenmemiş taraftan ,yiyeceği aşağıya doğru göndermek
		Başı Çevirme	Baş etkilenmiş tarafa doğru çevrilir.	□Basın rotasyonu farenksin bu bölümünün kapanmasına lokmanın sağlam taraftan akışı sağlamak
	YUTMA MANEVRALARI	**Güçlü yutma**	Yutkunurken dil ve boğaz kaslarını sıkmaları söylenir.	Lokmanın geçişini kolaylaştırmak.
		Mendelson manevrası	Yutma esnasında adem elması (gırtlağı) yükseldiği zaman birkaç saniyeliğine yutkunmayı durdurması istenir.	Yutkunmanın koordinasyonunu düzeltmek ve larenksin yükselmesini sürdürmek.
		Supraglottik yutma	Yutkunurken nefes tutması ve yutkunduktan sonra öksürmesi istenir.	□Herhangi bir kalıntıyı temizlemek.
TERAPİLER	KAS KUVVETLENDIRICI EGZERSIZLER	**Masako**	Dilini 2 dişinin arasından çıkarması ve hafifçe ısırarak dişlerin arasında tutması ve yutkunması istenir.	Dil kökünün geriye hareketini güçlendirir.
		Shaker	Sırt üstü pozisyonda ayak uçlarınıza bakmak ısıtıyormuş gibi başını yukarı-öne doğru kaldırması istenir	Üst özafagusun dilatasyonunu gerçekleştirmek.
	DUYUSAL STIMULASYON		Yiyecek verilirken kaşık arka yüzüyle dilin ön bölümüne bastırılır. Ekşi ve gazlı besin ve içecekler kullanılır.	Yutma reflekşini uyarmak, ağız boşluğunda duyusal farkındalığı arttırmak, oral fazdan farengeal faza geçişte geçikmeyi azaltmak..
DİYET MODİFİKASYONU			Besin miktar ve yoğunluğunda (sıvı, yumuşak, katı) değişiklik yapılır. Diyet seçimi hastaya spesifik olarak hazırlanmalıdır	Aküğelere yemek yada sıvı kaçması sonucu oluşan pnömoni gibi komplikasyonları önlemektir.

C)DİYET MODİFİKASYONU

Diyet modifikasyonu, yiyecek ve içeceklerin doku ya da kıvamının değiştirilmesidir. Bu yöntem yiyeceklerin kıvam, tat ve ısı değişikliklerin yutma üzerindeki etkisinin tedavide kullanılmasıdır.İnme sonrası disfaji tedavisinde temel yaklaşımlardan yutma etkinliği ve güvenliğini artırmak amacıyla uygulanır. Temelde normal yiyecek ve içeceklerin özelliklerini değiştirmenin yutmanın daha kolay ve daha güvenli olmasını sağladığı prensibine dayanır. Besin miktar ve yoğunluğunda değişiklik yapılır [3, 11, 47].

Gıda Kıvamındaki Değişiklikler

Oral yolla beslenecek disfajili hastada güvenli kıvamın ne olduğuna karar verilmelidir. Klinik ve videofloroskopik inceleme ile aspirasyona neden olan kıvamlar belirlenir (Tablo:6). Tablo6' da Yutma patolojisine göre uygun kıvamın seçimi yer almaktadır.Hastanın aspire ettiği kıvam diyetten çıkarılmalıdır[11, 14, 17, 47, 49].

Tablo 6: Yutma patolojisi ve uygun kıvamın seçimi

YUTMA PATOLOJİSİ	UYGUN KIVAM	ÖNERİLMEZ
Dil hareketlerinde azalma ve güçsüzlük	SIVI	KATI
Yutmanın tetiklenmesinde gecikme	YARI KATI	SIVI
Laringeal kapanmada yetersizlik	YARI KATI/KATI	SIVI
Azalmış faringeal duvar kontraksiyonu	SIVI	KATI
Üst özefagial sfinkterde disfonksiyon	SIVI	KATI

Sıvı gıdaların faringeal rezidüleri az olsa da, aspirasyon riski daha fazladır.Bu nedenle sıvı gıdalar, kıvam artırıcı kullanarak kıvamlı hale getirilebilir. Kıvam artırıcılar gecikmiş yutma refleksi olanlarda gıdanın yutma refleksi gerçekleşmeden farinkse erken kaçı- şını önlemede etkilidirler. Disfajisi olan inme geçirmiş kişiye kıvamlı gıdalar önerilmişse, doğru sıvı kıvamını alması çok önemlidir. Sıvı gerektiğinden daha kıvamlı ise bu inme geçirmiş kişinin hidrasyon durumunu etkiler ve sıvıların zevksiz olmasına yol açar. Sıvı gerekenden daha fazla akıcı ise yutkunmayı güvensiz bir hale sokabilir ve aspirasyon riskini artırabilir. Ancak geçişler sırasında hasta klinik olarak aspirasyon açısından değerlendirilmelidir. Gıdaların kıvamı ile yutma arasındaki ilişki Tablo: 7' de özetlenmiştir.

Tablo 7: Gıda kıvamı ve yutmaya olan etkisi

KIVAM	YUTMAYA ETKİSİ
İnce kıvamlı sıvılar (su)	Ağızdan farinkse doğru hızla aktıklarından larinkse geldiklerinde disfajili hastanın hava yolunu kapatmak için yeterli zaman bırakmayarak aspirasyon riskini artırır. Sıvı gıdaların faringeal rezidüleri az olsa da, aspirasyon riski daha fazladır
Kıvamı arttırılmış sıvılar	Akışkanlığı daha az olduğundan hava yolu kapanması için gerekli daha fazla zamanı sağlar
Çok yoğun kıvamdaki sıvı ve katı materyaller	Orafarinkse ilerlemek için dilin daha fazla itme gücüne ihtiyaç duyarlar. Özellikle dil ya da farinks kas kuvvetinde azalma varsa, bu tip gıdalar yutma sonrası farinks boşluklarında gıda kalıntısı olarak kalabilir.
Püre kıvamlı gıdalar	Yeterli çiğneme fonksiyonu olmayan dil hareketlerinin azalmasına bağlı, yapışkan bolus oluşturamayan hastalara yardımcı olur.
Çiğneme gerektiren katı gıdalar	Çiğneme kas kuvvetsizliği yada diş problemleri olan hastalar için sorun yaratabilir.

Tat ve ısı Değişiklikleri

Yiyecek sıcaklığının, duyusal reseptörleri uyarmak ve hastaya ağzında bir şey olduğunu fark ettirmek açısından, değiştirilmesi gerekir. Baskın tatlar (ekşi, tuzlu ve tatlı) kullanılarak larengeal yutmayı tetiklemeyi arttırabilen salgılama duyu sinirlerini uyarılır[3, 13, 47, 49] (Tablo: 8).

Tablo:8 Yiyeceklerin tat ve ısısının yutmaya olan etkileri

YİYECEĞİN ÖZELLİĞİ	YUTMAYA ETKİSİ
Ekşi Tatlar	• Tükrük üretimini artırır • Yutmanın kontolünü sağlar • Yutmanın farngeal evresini tetiklenmesini sağlar
Tatlı Ve Tuzlular	• Tükrük üretimini artırır
Ilık	• Tükrük üretimini artırmaz
Soğuk	• Dudak kapanmasını kolaylaştıran kası ve farengeal yutmayı tetikleyen glossofarengeal siniri uyarır.
Su	• Su, düşük vizkositesi nedeniyle disfajik hastanın yutmasının en zor olduğu sıvıdır

Diyet modifikasyonu ile ilgili genel ilkeler[3, 13, 47, 49]:

- Diyet seçimi hastaya spesifik olarak hazırlanmalıdır.
- Disfaji diyeti önerildiğinde hastalar, emosyonel olarak tepki verebilir. Hastaları besin ve hidrasyon gereksinimlerini karşılayacak yeterli miktarda yiyeceği tüketmeye teşvik etmek için, içerik lezzetli olmalı ve iştah açıcı görünmelidir. Bunun için tabağın sunulması kadar, yiyeceğin lezzeti de önemlidir.
- Hastanın kalori, protein, vitamin ve mineral açısından beslenme gereksinimini karşıladığından emin olmak için düzenli aralıklarla beslenme ve hidrasyon durumlarının değerlendirilmesi gereklidir.
- Kuru, lifli,kılçıklı ve ufalanan gıdalar bolus (lokma) oluşumunu engelleyeceğinden kaçınılmalı

Hemşirenin Tedavideki Rolü

- Hemşireler, terapistlerin öğretmiş olduğu prensipleri uygulatarak ve 24 saat boyunca tedavi planına bağlı kalmalarını sağlayarak bakımın devamlılığını temin edebilir[2].
- Disfajinin bakımı multidisipliner bir alan olsa da, hastayla en sık iletişimde olan kişi hemşiredir ve yutma zorluklarını en iyi şekilde o gözlemleyip tespit edebilir[4].
- Beslenmede değişiklikler yiyecek ve içeceklerin kıvamını değiştirmek disfaji bakımının temel bir unsurudur. Beslenme değişiklikleri hemşire, doktor, konuşmave yutma terapisti, diyetisyen ve iş ve uğraşı terapistinden oluşan bir takımla uygulanırsa etkisini en iyi şekilde gösterir[2, 14, 47].
- Hemşire takımın ana elemanıdır, zira hastayla en yakın iletişim içerisinde olan sağlık personelidir ve diyetin uygulanmasını ve bağlantılı problemleri en iyi şekilde o gözlemleyebilir; konuşma ve yutma terapisti genellikle tedavi önerilerini hastanın doktoruna iletir ve bunlar yiyecek ve/veya içeceklerde değişiklikleri içerebilir; diyetisyen bu klinik önerilerin aynı zamanda hastanın beslenme ihtiyacı ile bir denge içerisinde olduğundan emin olur ve hastanın kalori ve besin alımını gözlemler, hastanın beslenme ihtiyaçlarına en uygun özel yiyecek ve içecekleri seçer, ve yemeği hazırlayan ekibi yönetir; iş ve uğraşı terapisti ise hastanın motor ve duyusal becerilerini göz önünde bulundurarak yeme ve içmeyi iyileştirmeye yardımcı olur ve hastanın çevresini hastanın ihtiyaçlarına göre düzenler[3].

3.2.3.2. Güvenli Beslenme Stratejileri

Disfaji saptanmayan inmeli hastalarda ağızdan gıda alımına izin verilmeli ancak hastaya güvenli beslenme stratejileri uygulanmalıdır[17]. Güvenli beslenme stratejileri; güvenli bir şekilde yutmayı, yeterli beslenme ve hidrasyonu sağlamak ve beslenme sürecinde yorgunluğu azaltmak ve inme geçiren kişinin yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla tasarlanmıştır[3].

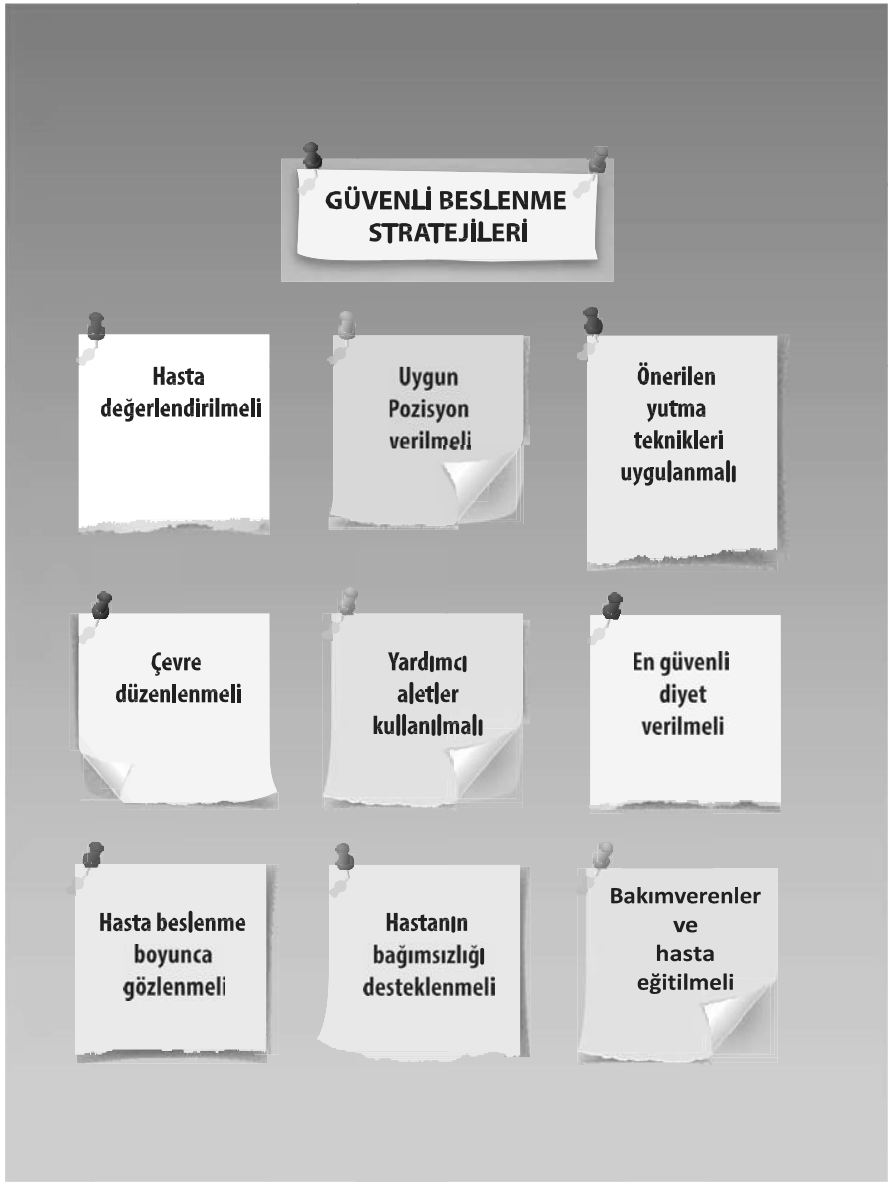
Bu stratejiler terapötik öğün planlarının tüm yönlerini ve güvenli yutkunma önerilerini içerir ve amaçları şunlardır[2, 3, 47]:

- İnme geçirenlerde aspirasyon, havayolu obstrüksiyonu ve pnömoni riskini azaltmak.
- İnme geçiren kişilerin bakımıyla ilgilenen tüm personele tüm şiftlerde yardımcı olmak.
- Beslenme güvenliği ve etkinliğini artırmak.

Stratejilerin tek tipte herkes tarafından uygulanabilmesi için hemşirelerin diğer ekip üyeleri ile işbirliği ve koordinasyonu sağlaması oldukça önemlidir. Çünkü multidisipliner ekibin önemli bir üyesi olan hemşireler, bu sürecin sürdürülmesi için 24 saat kesintisiz bakım verdiklerinden dolayı güvenli beslenme stratejilerin hayat geçirilmesinde önemli rolleri vardır[2, 3]. Çalışmalar, bireyin beslenmesinden habersiz olan ve bunu gereksiz ya da iş tanımlarının dışında bulan hemşirelerin güvenli beslenme stratejilerini hayata geçirmediği ve bu durumun hasta bakımını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Bu nedenlerden dolayı disfaji /riski tanısına yönelik hazırlanan hemşirelik bakım planında güvenli beslenme stratejileri planlanan uygulamalarda yerini alır[2, 3, 17].

Güvenli beslenme stratejilerinin kapsamı[1, 2, 4, 8, 11, 14, 15, 17, 21, 24, 27, 36, 39-41]

- Hastanın değerlendirilmesi (beslenmeye hazır oluşluk açısından)
- Uygun pozisyon verilmesi
- Önerilen yutma teknikleri uygulanması
- Çevrenin düzenlenmesi
- Yardımcı alet kullanılması
- En güvenli diyet verilmesi
- Hasta beslenme boyunca gözlenmesi
- Hastanın bağımsızlığı desteklenmesi
- Bakımverenler ve hastanın eğitilmesini içerir



Hasta değerlendirilmeli (beslenmeye hazır oluşluk açısından)

- Yatak başı yutma değerlendirmesi yapılır
- İnme geçiren kişi fiziki, bilişsel durum ve duyusal defisitler açısından dikkatlice değerlendirilmelidir
- Hastanın durumuna göre yardım gereksinim düzeyide (beslenme yardımcısı gereksinim düzeyi ya da öğünlerde gözlem gerekli olması) belirlenir
- Hastanın yorgunluk seviyesini değerlendirin, çünkü bu yemek zamanları için yeterli enerji kalmasına engel olabilir
- Beslenme öncesi hasta kullanıyor ise gözlük, işitme cihazı, takma dişi takılmalı
- Boyun, gövde ve karnı sıkmayan, dar olmayan giysiler giydirilir

Uygun Pozisyon verilmeli

- Aspire etmeden çiğnemesi ve yutabilmesi için beslenme esnasında hastaya dik oturur pozisyon verilir
- Yatak ve tekerlekli sandalyede ise hasta 90° oturma pozisyonu ile pelvis, gövde, baş ve çenenin stabilitesini sağlanır
- Besinlerin regürjitasyonunu önlemek için yemekten sonra 30 dk oturur pozisyonda kalması istenir

Önerilen yutma teknikleri uygulanmalı

- Yutma esnasında başını ileri doğru uzatması ve öne eğmesi sağlanır
- Hasta ile aynı seviyede oturulur
- Kaşık ya da çatal ağız seviyesinden aşağıda tutulmalı
- Gıdalar sağlam (ağzın kuvvetli olan tarafından) taraftan verilir
- Sıvı ve katıları arka arkaya verilir, (hiç bir zaman aynı lokmada katı ve sıvıyı birleştirilmemesine dikkat edilir)
- Küçük lokmalarla beslenir
- Yavaş beslenir
- Hemşire, hastaya yemeğini yemesi için daha fazla zaman ayırabilmek için diğer hastalardan önce disfajik hastanın öğününden başlamalıdır
- Yiyecek lokmaları arasında yutması için zaman tanır
- İnme geçiren kişiyi, geride kalanları temizlemek ve özefageal geçişe yardımcı olmak üzere her lokmayı iki ya da daha fazla yutkunma ile yutması için cesaretlendirilir
- Ağız içini temizlemek için yemek sonrası sıvı verilir

Çevrenin düzenlenmeli

- Beslenme esnasında ortamda dikkat dağıtacak unsurlar elimine edilir.
- İnme geçiren kişinin güvenliği ve yaşam kalitesi, özellikle de ışıklandırmanın, ısı ve gürültünün ayarlanması fiziksel çevrenin yönetiminde düşünülmesi gereken ana faktörlerdir
- Öğün zamanlarında hastanın yemeğe odaklanabilmesi için gereksiz gürültü sınırlandırılmalıdır
- Radyo ve televizyon kapatılır ve personelin yemek dağıtmak dışında kendi aralarında konuşmasını sınırlanır.

Yardımcı aletler kullanılmalı

- Baş fleksiyonu çok önemlidir. Bunun için bardağın burun kısmı kesilerek fleksiyon sağlanmalı
- Kamış (pipet) kullanılmamalı
- Yutma terapisti önerisi ile hastanın bağımsız yiyebileceği özel tabak, çatal/kaşık ve bardak kullanılır

En güvenli diyet verilmeli

- Katı, sıvı vb çeşitli kıvamlar denenerek hastanın hangi kıvamları güvenli bir şekilde yutabildiği belirlenir
- Yeterliliğine göre adım adım ilerlenir. (Genellikle en rahat tolere edilebilen kıvam puding, yoğurt kıvamıdır)
- Oral alabiliyorsa sıvı yerine yumuşak gıdalar verilir
- Katı gıdaların doğrama, ezme, kıyma gibi işlemlerden geçirilerek sıvıların akışkanlığını azaltılır ve yutma daha güvenli ve kolay bir hale getirilir
- Sıvılar gerekirse kıvam artırıcı ile koyulaştırılır
- Hastaya en sevdiği yemekleri, neleri sevdiğini, neleri sevmediğini sorulur. Diyet kısıtlamaları içinde kültürel yiyecekler sağlamaya çalışılır

Hasta beslenme boyunca gözlenmeli

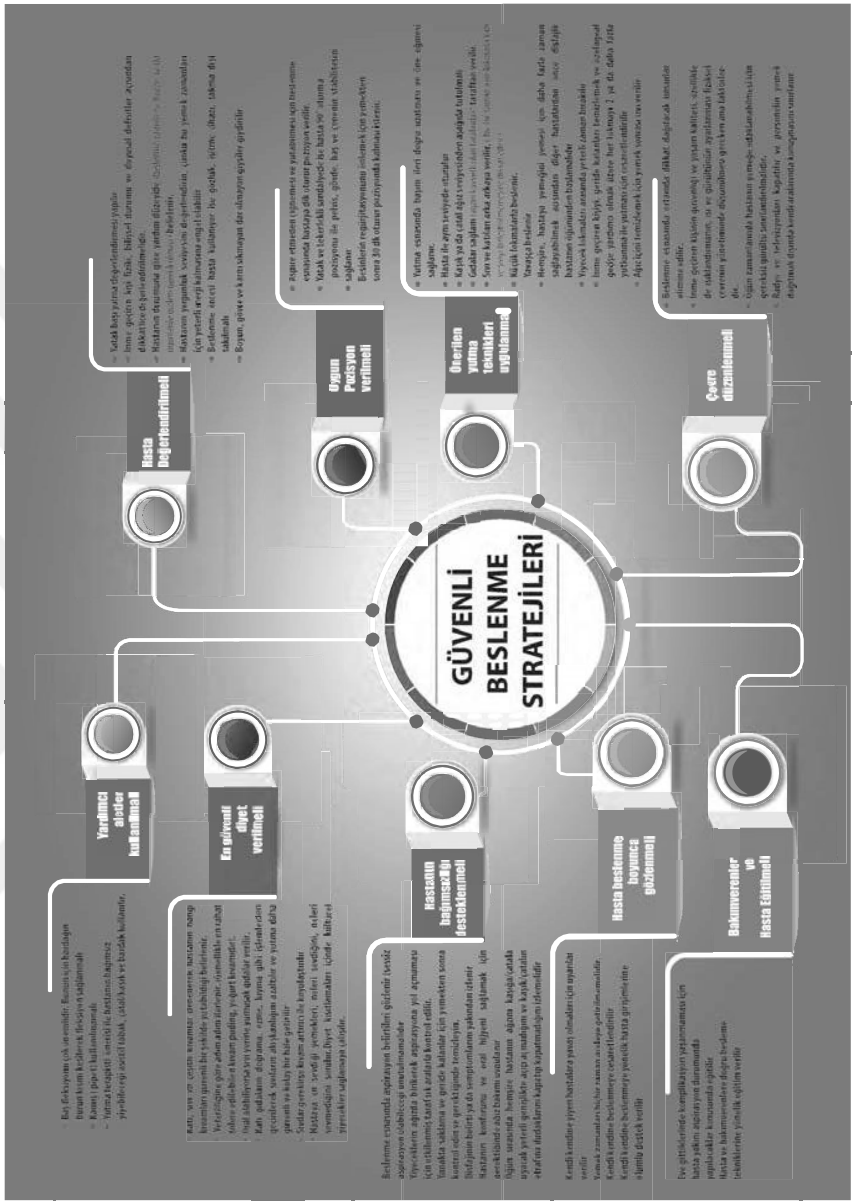
- Beslenme esnasında aspirasyon belirtileri gözlenir (sessiz aspirasyon olabileceği unutulmamalıdır
- Yiyeceklerin ağızda birikerek aspirasyona yol açmaması için etkilenmiş taraf sık aralarla kontrol edilir
- Yanakta saklama ve geride kalanlar için yemekten sonra kontrol edilir ve gerektiğinde ağız içi temizlenir.
- Disfajinin belirti ya da semptomlarını yakından izlenir
- Hastanın konforunu ve oral hijyeni sağlamak için gerektiğinde ağız bakımı uygulanır
- Öğün sırasında hemşire hastanın ağzını kaşığa/çatala uyacak yeterli genişlikte açıp açmadığını ve kaşık/çatalın etrafına dudaklarını kapatıp kapatmadığını izlemelidir

Hastanın bağımsızlığı desteklenmeli

- Kendi kendine yiyen hastalara yavaş yemeleri için uyarılar verilir
- Yemek zamanları hiçbir zaman aceleye getirilmemelidir
- Kendi kendine beslenmeye cesaretlendirilir
- Kendi kendine beslenmeye yönelik hasta girişimlerine olumlu destek verilir

Bakımverenler ve hasta eğitilmeli

- Eve gittiklerinde komplikasyon yaşanmaması için hasta yakını aspirasyon durumunda yapılacaklar konusunda eğitilir
- Hasta ve bakımverenlere doğru besleme tekniklerine yönelik eğitim verilir



3.2.3.3.Disfajide Ağız Bakımı Uygulamaları

İnme geçirmiş kişilerde görülebilen bazı tıbbi sorunlar aynı zamanda oral sağlığı da etkileyebilir. Ayrıca inmeli hastalar, inme sonrası (yorgunluk, ağız ve dilde azalan aktivite, oral duyarlılığın azalması, enteral beslenme, dik oturamama ve dengeyi sağlayamama, ekstremitelerde güçsüzlük, içgörü azalması ve ağız kuruluğuna neden olan ilaçlar gibi) çeşitli nedenlerden dolayı, ağız hijyenin sürdürülmesinde yardıma ihtiyaç duyarlar[3]. Beslenme ve oral hijyen için başkalarına bağımlı olmak ve disfajinin varlığı ve kötü ağız hijyeni aspirasyon pnömonisinin öngörücülerindendir[1].

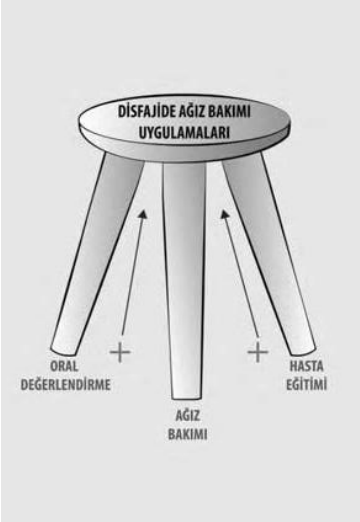
Disfajili olan hastalar için etkili bir ağız bakımının yapılması hayati önem taşır. Çünkü ağız bakımı, hem beslenme sonrası ağızda kalan kalıntıları önleyerek hem de oral floranın bakteri yükünü azaltarak aspirasyon pnömonisini önlemektedir[50]. Aksi takdirde ağız hijyeni yetersiz olduğunda, lokmayı ağızdan temizlemede güçlüğe bağlı, kalıntıların birikmesi ile ağızda bakteri oluşumuna yol açmakta ve salya ile bu bakteriler yutulmakta veya disfajiden dolayı akciğerlere aspire edilmektedir. Bu nedenle kanıta dayalı olarak yapılacak olan ağız bakımı, akciğerlere ulaşabilecek ve yerleşebilecek mikroorganizmaların sayısını azaltmak için önemlidir[9, 14, 50]. Aspirasyon pnömonisini önlemede ağız bakımı yapmanın etkili olduğu gösterilmiştir.Ayrıca inme ile ilgili güncel rehberlerin önerisi de yatak başı yutma değerlendirmesi, aspirasyon pnömonisini önlemek için, ağız hijyeni ve ağızdaki sekresyonların yönetimini de içermelidir[17].

Disfajili hastalarda ağız bakımı yönetimi stratejileri amacı[51] (Tablo 6):

- Ağzı rahat, temiz, nemli ve enfeksiyondan arınmış bir durumda tutmak
- Bireyin doğru ağız hijyeni uygulamalarını öğrenmesini sağlamaktır.

Ağız hijyenine ilişkin hemşirenin sorumluluğu[17, 51]

*Oral değerlendirme *Ağız Bakımı *Hastanın eğitimi



Şekil 8: Ağız bakım uygulamasının bileşenleri

Oral Değerlendirme[51]

- Etkili bir ağız bakımı iyi bir tanılama ile gerçekleşir.
- Ağız mukozasının günlük gözlenmesi, enfeksiyonların erken dönemde fark edilmesi ve bakımın sıklığına karar verilmesi açısından oldukça önemlidir.
- Oral değerlendirme, hemşirenin sorumluluğundadır ve değerlendirme sıklığı hastanın ihtiyacına göre değişebilir.
- Kapsamlı bir tanılama yaparken ağzın normal özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır
- Dişler, dişetleri, dudaklar, yanak mukozaları, dil ve damakları rengi, nemliliği, mukozanın yapısı ve bütünlüğü, herhangi bir lezyon olup olmadığı yönünden gözlemelidir.
- Ağız değerlendirmesi için kesin bir altın standart olmamakla birlikte, bazı araçlar geliştirilmiştir.

Ağız Bakımı[9, 17, 50-52]

- Disfaji olan her hasta için, protez diş kullananlar da dahil olmak üzere uygun bir ağız bakımı protokolü ile ağız bakımı verilmelidir.
- Ağız bakımının değerlendirilmesi standart araçlar ile kanıt dayalı rehberlerin önerileri doğrultusunda yapılmalıdır.
- İnme geçiren kişilerin oral bakımının en iyi şekilde sağlanmasında hastanın bağımlılık derecesine göre onlara yardım edilir. Bağımsızlığı desteklenir
- Ağız bakımının sıklığına ilişkin kesin bir kanıt bulunmamakla ve hastanın durumuna göre değişmekle birlikte, günde en az iki defa (diş fırçalama, ağız bakımı) verilmelidir
- Disfajisi olan bireylerin güvenli disfaji yönetiminin bir parçası olarak daha sık ağız bakımına gereksinimleri olabilir.
- Hastaların ağız bakım sıklığını belirlemede, ağız mukozasının günlük olarak değerlendirilmesi önemlidir.
- Bu nedenle ağız bakım sıklığının belirlenmesinde, ağız mukozasının günlük olarak değerlendirilmesiyle elde edilen veriler hemşirelere yol gösterici olacaktır.
- Disfajisi olan bireylerde lokmayı ağızdan temizlemede güçlüğe bağlı, kalıntılar birikmesinden dolayı yanaklar ve diş etleri arasındaki boşluklar iyice temizlenir
- Gerekiyorsa kalan yiyecek kalıntıları aspire edilir
- Hasta ağız bakımı sırasında sekresyonların yönetimini sağlayamıyorsa sünger çubuk kullanılmalı
- Ağız bakımında kullanılan malzeme ve solüsyonlar hastaya uygun olarak seçilmelidir.
- Ağız bakımında kullanılan solüsyonlar tercih edilirken mukozayı irrite etmemesi, kurutmaması ve plakları uzaklaştırması gibi özellikleri açısından değerlendirilmelidir. Ağız bakımında kullanılan malzeme ve solüsyonlar ve etkileri Ek: 5 ve Ek: 6 da yer almaktadır.
- Hastanın genel durumu uygunsa düzenli olarak değiştirilen yumuşak bir diş fırçasıyla ağız bakımının sağlanması önerilmektedir.

Hasta Eğitimi[17, 51]

- Hasta ve bakıcılara pnömoni riskini daha da azaltmak için disfajiye özgü ağız bakımının önemi , uygun ağız hijyen malzemelerinin seçimi ve kullanımı konusunda bilgi verilmelidir.
- Hastaya disfajiye özgü ağız bakımına yönelik uygulamalar öğretilmelidir

3.2.3.4. Beslenme ve Hidrasyonun Sürdürülmesine Yönelik Müdehaleler

Sadece disfaji problemine bağlı olmadan da tat ve duyu azalması, görme problemleri, birine bağımlı olma, iletişim güçlükleri psikolojik nedenlere bağlı olarak yetersiz beslenme ve dehidratasyon problemleri gelişebilmektedir. Bu durum gerek hastanede kalış süresini gerekse rehabilitasyon evresini etkilemektedir[15, 39].

Hastanede hasta bireylerle çalışan hemşirenin ilk hedefi malnütrisyon gelişimini önlemektir[53]. Malnütrisyonla ilişkili kapsamlı bilgi sahibi olmak malnütrisyonu önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yol gösterici olur. Birey hastaneye kabul edilir edilmez, beslenme durumu varsa yetersizliği gerekli ölçüm araçlarıyla hemşire tarafından değerlendirilmelidir. Seçilen değerlendirme yönteminin hastalık durumu, fonksiyonel durum gibi objektif ve subjektif verileri içermesi gerekir[53-58]. **Hemşirelerin bireyde beslenme ve hidrasyonun sürdürülmesine ile ilgili sorumlulukları şunlardır[12, 18, 20, 21, 23, 26, 43, 53-56];**

- Hemşire inmeli hastaların sıvı, protein ve total kalori alımı açısından yakından takibini yapmalı ve diyetisyenle birlikte hareket etmelidir.
- İnmeli hastaların malnütrisyon ve dehidratasyon riski hastaneye ilk başvuru anında belirlenmeli ve sonrasında haftalık takip edilmelidir.
- Beslenme durumunu etkileyen risk faktörleri değerlendirilmelidir.
- Beslenme bakım planı ve uygulama yöntemi belirlenmelidir.
- Besin alımı takip edilmelidir.
- Besin içeriği takip edilmelidir.
- Beslenme bakım planı ve uygulama yöntemi belirlenmeli ve plana uygun olarak sürdürülmelidir.
- Besin alımının yeterliliğini değerlendirmek için hastanın vücut ağırlığı takip edilir.
- Boyu, kilosu, cinsiyeti, aktivite durumu göz önüne alınarak günlük kalori gereksinimi hesaplanır.
- Hastanın kendi kendine yeme yeterliliği değerlendirilir.
- Diyet programının etkinliği hastanın kilosu, hidrasyon durumu ve memnuniyeti ile değerlendirilir.
- Dirençli disfajisi olan hastalar, bireysel yutkunma özellikleri ve diyet alımına ilişkin disfaji yönetimi konusunda uzman biri tarafından düzenli olarak kontrol edilmelidir.
- Beslenme taraması ile malnütrisyon riski bulunan, beslenme değerlendirmesi ile malnütrisyon saptanan oral beslenmesi olan inmeli hastalara oral besin desteği sağlanması önerilir.

Beslenme yetersizliği tespit edilen, sıvı açığı, disfaji veya beslenmeyi etkileyebilecek başka ek hastalıkları olan inme hastaları için, beslenme ve diyet uzmanına danışılması önerilir. Oral yollardan hidrasyon durumu iyileştirilemezse hastaya intravenöz sıvı desteği gerekebilir[5, 9, 10, 17]. Oral yoldan beslenemeyen hasta için alternatif olarak hastanın ***NG veya PEG ile beslenmesi sağlanır[7, 9, 17].***

Hastanın NG veya PEG ile beslenmesine yönelik uygulamalar

Katı gıda ve sıvıları güvenli bir şekilde yutamayan inmeli hastalarda, kısa süreli (2-3 haftalık) beslenme desteği sağlamak için nazogastrik (NG) tüp kullanılır[9, 17]. Kronik olarak güvenli bir şekilde yutamayan hastalar için perkütan gastrostomi tüpleri yerleştirilmektedir[17]. Tüple beslenen hastanın bakımına yönelik kanıta dayalı hemşirelik bakım uygulamaları aşağıda yer almaktadır.

a. Beslenme öncesi[1, 4, 11, 13, 17, 39, 40, 59]

- Hasta ve yakının tüple beslenmesindeki algıları ve beklentileri göz önüne alınmalı ve beslenme başlamadan önce bakımın faydaları, riskleri ve yükü tam olarak açıklanmalıdır
- Enteral beslenen hastalarda bakteriyal kontaminasyonu ve özellikle diyareyi önlemek için eller iyi yıkanmalı ve genel hijyen kurallarına uyulmalıdır
- NG Tüpün yerinde olunduğundan emin olunmalıdır.
- Kusmak ya da öksürmek NG tüpü yerinden oynatabilir ve tüpün yerini doğrulamak için x-ray gerekebilir.
- GİS'in çalıştığından emin olmak için barsak sesleri dinlenir.
- Gastrik rezidü düzenli olarak kontrol edilmelidir ve hastanın beslenme toleransı izlenmelidir.
- Aralıklı beslemede; önceki besleme saatinde verilenin yarısından fazlası geri geliyorsa beslemenin 1 st. ertelenmesi ve tekrar kontrolü gerekir.
- Ürünün oda sıcaklığında olması sağlanmalıdır.

b. Beslenme sırasında ve sonrasında;

- Hastanın 24 saat de alması gereken solüsyon ve suyun belirtilen miktarda ve hızda verilmesine dikkat edilmelidir.
- Beslenme sırasında ve beslenmeden sonra bir saat boyunca yatağın baş kısmı en az 45 derece yükseltilmelidir. Eğer mümkünse hasta oturtulmalıdır.
- Beslenmenin sonunda sondanın tıkanmasını engellemek için 30-60 ml su ile yıkanmalıdır.
- Enteral beslenme ürünlerinin içine kesinlikle ilaç eklenmemelidir.
- Tüp günlük olarak sızıntılara ve enfeksiyona karşı kontrol edilmelidir.
- Burun tespit bandu hergün değiştirilmeli ve hipoalrjenik bantlar kullanılmalıdır.
- Ağız sağlığı ve hasta konforunu arttırmak amacıyla günde en az bir kere ağız bakımı verilmesi gereklidir.
- Sıvı, elektrolitler ve kilo diyetisyen ile izlenmelidir.
- Solüsyonlar açıldıktan sonra 24 saat içinde tüketilmelidir.
- Beslenme torbasının 24 saatte bir değiştirilmeli ve setlerin üzerine asılma tarihi yazılmalıdır.
- Enteral ürünler uygun koşullarda saklanmalıdır.

c. Taburculuk sürecinde;

Taburculuk sonrası dönemde uzun dönem izleme ve destekleme için uygun servislerle işbirliği (evde bakım, enteral ürünler için rapor çıkartılması vb.) sağlanmalıdır[17]
Hastaneden taburcu olmadan önce gastrostomi bakımı ve beslenme şekli hakkında bilgi ve eğitim verilmesi, hasta ve ailesi için çok önemlidir[6, 17].
Hasta ve ailesinin eğitimi aşağıdaki konuları içermelidir.

- Hijyenik hazırlama yöntemi
- Enteral ürünleri saklama ve infüzyon
- Ekipman temizliği
- Besleme sıklığı ve zamanları
- Pozisyon
- Tüp ve çıkış yeri bakımı
- Ürünün sıcaklığı
- Veriliş süresi
- Besleme arasında tüpü yıkama
- Komplikasyon durumunda yapılacaklar

KANITA DAYALI ÖNERİLER:

⇒ İnmeli hastalarda görülen disfajinin yönetiminde, geliştirilmiş güncel rehberler ve standardize edilmiş kanıt temelli bakım protokolleri/bakım haritaları kullanılmalıdır [12] **(B)**

⇒ Yutma Rehabilitasyon Programı, *diyet modifikasyonu* (yiyecek ve içeceklerin doku ya da kıvam, tat ve ısı değişikliklikleri) postür değişiklikleri ve yutma manevraları gibi *kompanse edici teknikler* (postür değişiklikleri ve yutma manevraları) ve *terapi tekniklerini* [kas kuvvetlendirici egzersizleri (Masako ve Shaker)] içermelidir[17] **(A)**

⇒ İnme sonrası disfaji tedavisinde, diyet modifikasyonu ve kompansatuvar tekniklerin; yutma fonksiyonunun VFYÇ veya FEYD ile değerlendirilmesinden sonra uygulanması önerilir[17] **(B)**

⇒ Akut aşamada, yiyecek ve içeceklerin doku ya da kıvam, tat ve ısı değişikliklikliklerini içeren bireysel danışma hizmeti verilmesi önerilir[14] **(A)**

⇒ Disfaji terapisi, beslenme ihtiyaçları ve bireyselleştirilmiş beslenme planları konusunda bireye özgü bir bakım planı geliştirilmesi önerilir[14] **(C)**

⇒ Çiğneme gerektiren katı gıdalar, çiğneme kas kuvvetsizliği yada diş problemleri olan hastalar için sorun yaratabilir. Dolayısıyla, yutmayı daha güvenli ve kolay hale getirmek için, katı gıdaların doğrama, ezme, kıyma gibi işlemlerden geçirilmesi ve sıvıların akışkanlığının azaltılması önerilir[21] **(C)**

⇒ Pnömoni riskini azaltmak için, hastaların mümkün olduğunca kendi kendilerine beslenmelerine izin verilmeli ve hastalar bu yönde desteklenmelidirler[21] **(C)**

⇒ Disfaji tedavisinde güvenli besleme stratejilerinin (örn. otururken yeme, ilgi dağılmasını en aza indirgeme vb.) kullanması önerilir [36] **(C)**

⇒ Hastanın yutma fonksiyonu bozulmuş ise ilaçların nazogastrik tüp yoluyla verilmesi önerilir[17]. **(A)**.

3.2.3.5. Hasta ve sağlık personelinin eğitimi

Eğitim inmeli hastalarda disfaji yönetiminin önemli bir bileşenidir. Eğitim uygulamaları; hem bakım veren ***sağlık personeli ve hasta yakınlarını ve hem de hastanın*** eğitimini kapsamaktadır. Sağlık ekibinin vazgeçilmez bir üyesi olan hemşirelerin, hastanın hastalığına uyumu ve kendi kendine bakımını sağlaması, hasta ve hasta yakınlarının bakım hakkında doğru kararlar vermesi, birlikte sorumluluk üstlenmeleri için etkili bir eğitim programı planlanması ve uygulanması önem taşımaktadır. Hasta yakınlarına verilen eğitim, hasta/ hasta yakının; bilişsel ve emosyonel sorunlarını önleme, sorumluluklarını azaltma/ paylaşma, duygularını ifade etmeye cesaretlendirme, yapabilecekleri işlevlerde/ rollerde destekleme, suçluluk duygusuyla uygun başetme yöntemleri öğretme konusunda yardımcı olmaktadır. Ayrıca eğitim, diğer tedavi ve bakım uygulamalarının yanında tamamlayıcı olarak uygulandığında; diğer rehabilitasyon stratejileriyle birlikte hasta/ hasta yakının; anksiyete, depresif belirti düzeyi ve bakım verici yükünü azalttığı, bakım memnuniyetini arttırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı dolayısıyla hasta bakım/ tedavi sonuçlarına olumlu etkileri olduğu, hastane ve rehabilitasyon ünitelerinde yatış süresini ve tekrarlayan yatışları azalttığı, maliyetleri azaltmaktadır[60]. Aynı zamanda inmeli hastada disfajinin saptanması ve yönetiminde yer alan tüm sağlık profesyonellerine disfaji ile ilgili kanıta dayalı güncel uygulamalar ışığında eğitim verilmelidir[10].Disfaji eğitiminin, hemşirelerin disfaji taramalarını geliştirdiği gösterilmiştir[27].

İnmeli hastalarda disfaji yönetiminde eğitim uygulamaları ile ilgili kanıta dayalı öneriler:

- İnme sonrası disfaji geçiren hastalar ve yakınları, yutma bozukluklarını yönetebilmek için yutma ve beslenmeye dair tavsiyeler üzerine eğitim almalıdırlar[6]
- Yutma güçlüklerinin erken tanılanmasında, hemşirelerin hayati bir öneme sahip oldukları kabul edilmiştir. Disfajiye ait risk faktörleri, erken belirtiler, yeme ve içme alışkanlıkların gözlemlenmesi ve kilo, vücut kütle endeksi ve hidrasyonun izlenmesi gibi konularda hemşirelerin bilgi sahibi olması ve uygulamalarında bu bilgiyi kullanması önerilir[17].
- İnmeli hastada disfajinin saptanması ve yönetiminde yer alan tüm sağlık profesyonellerine disfaji ile ilgili kanıta dayalı güncel uygulamalar ışığında eğitim verilmelidir[10, 17].
- Personel, bakıcılar ve hastalar, güvenli beslenme teknikleri (uygun pozisyonlama ve diyet değişiklikleri, güvenli yutma teknikleri ve ağız bakımı) konusunda eğitilmelidirler[36].
- Hastalar , tedavilerinin tüm sonuçları, diyet değişiklikleri veya PEG beslenme süreleri ve ne sıklıkta kontrol edilecekleri hakkında bilgilendirilmelidir[17].

4.İNMELİ HASTALARDA DİSFAJİNİN YÖNETİMİNDE HEMŞİRELERE YÖNELİK KANITA TEMELLİ UYGULAMALARIN ÖZETİ

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TARAMA	Tüm inmeli disfaji açısından rutin olarak taranmalıdır.	B	2	(Perry and McLaren 2003, Jauch, Saver et al. 2013)
	Hemşireler tarafından inmeli hastalar disfaji taraması ile aspirasyon riski ve oral beslenme için uygunluğu değerlendirilmelidir.	B	1	(Perry and McLaren 2003)
	Disfajinin belirti ve bulgularını saptamak için, ayrıntılı öykü alınmalı ve değerlendirme yapılmalıdır.	B	2	(Pugh, Mathiesen et al. 2009, Network 2010)
	İnmeli hastalarda disfaji, pnömoni, yetersiz beslenme, dehidratasyon gibi komplikasyonlara yol açabildiği için disfaji taraması önerilir.	B	1	(Winstein, Stein et al. 2016)
	Yatak başı disfaji tarama testine başlanmadan önce hastanın bilinç düzeyi ve postürel kontrol becerisi değerlendirilmelidir. Eğer hasta aktif işbirliği gösteriyor ve destekle dik pozisyonda oturabiliyorsa tarama yapılmalıdır. Hastanın uyanık ve koopere olduğundan emin olunması tavsiye edilir.	B	2	(Perry and McLaren 2003, Westergren 2006, Network 2010, Daniels, Anderson et al. 2012)
	Tarama öncesi hastanın klinik öyküsünde, aspirasyon pnömonisi gelişme riskini tanımlamak için eşlik eden hastalıklar ve diğer risk faktörleri değerlendirilmeli (örn: sigara kullanımı veya solunum yolu hastalıkları) ve solunum işlevide değerlendirilme yapılmalıdır.	C	3	(Perry and McLaren 2003)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TARAMA	Pnömoni riskini azaltmak için, tüm hastalarda ağızdan besin alımına başlanmadan önce disfaji taraması yapılmalıdır.	B	1	(Winstein, Stein et al. 2016)
	Akut inme geçiren tüm hastalar, hastane başvurularının ilk 4-24 saat içinde, disfaji açısından taranmalıdır.	B	1	(Network 2010)
	Hastaya su, besin ve oral yolla ilaç verilmeden önce yutmanın değerlendirmesi önerilir.	B	1	(Network 2010, Jauch, Saver et al. 2013)
	Disfaji taramasının, bu konuda eğitim almış bir sağlık personeli (hemşire, doktor) veya konuşma ve yutma terapisti tarafından, yapılması önerilir.	B	2	(Jauch, Saver et al. 2013)
	Acil kliniğinde yatan inmeli hastaların yutma taraması o bölümdeki eğitim almış doktor veya hemşire tarafından, yapılması önerilir.	C		(Boddice, Brauer et al. 2010)
	Disfaji taraması disfaji tarama protokolü konusunda eğitim almış hemşireler tarafından yapılmalıdır.	B	2	(Jauch, Saver et al. 2013)
	Disfaji taraması, geçerliliği kanıtlanmış, güvenilir, duyarlı ve kolay uygulanabilen bir hasta başı tarama testi ile yapılmalıdır.	B	2	(Jauch, Saver et al. 2013)
	Disfaji taraması için, hem disfajiye özgü hem de hassas olan geçerli testler kullanılmalıdır.	A		(Hinchey, Shephard et al. 2005)
	Su yutma testi, inmeli hastalarda aspirasyon riski için tarama protokolünün bir parçası olmalıdır.	B	2	(Network 2010)
	Yutma taraması, hastanın bilinç derecesi ve postür kontrolüne dair gözlemleri içermelidir. Ayrıca tarama yöntemi ağız hijyeni ve ağızdaki sekresyonların yönetimini de içermelidir.	B	2	(Network 2010)
	Taramanın hangi test ile yapılması gerektiğine dair net bir görüş birliği yoktur. En son yayınlanan kılavuzlarda disfaji taramasının yatak başı su yutma testi ile yapılması önerilmektedir.	C		(Network 2010)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TARAMA	Öğürme refleksi, disfaji için geçerli bir tarama unsuru değildir ve tarama unsuru olarak kullanılmamalıdır. Öğürme refleksinin olması, yutma güçlüğü taramasında yeterli bir gösterge değildir.	B	2	(Boddice, Brauer et al. 2010, Jauch, Saver et al. 2013)
	Pulse oksimetre yutma değerlendirmesine yardımcı olsa da sessiz aspirasyonun değerlendirilmesinde güvenilir değildir.		2	(Westergren 2006, Network 2010, Daniels, Anderson et al. 2012)
	Hemşire tarafından yapılan disfaji taraması, disfajili hastalarda göğüs enfeksiyonlarını azaltmada etkilidir.	A		(Hines, Kynoch et al. 2016)
	Hemşire tarafından yapılan disfaji taraması, ağızdan herhangi bir şey alınmayan günleri azaltmak ve aspirasyon riski nedeniyle uygunsuz bir şekilde beslenen veya hiç beslenemeyen hasta sayısını azaltmada etkilidir.	B		(Hines, Kynoch et al. 2016)
	Hemşireleri disfaji taramasına yönelik eğitmek, yapılan taramaların sayısını ve doğruluğunu arttırmaktadır.	A		(Hines, Kynoch et al. 2016)
	Hemşire tarafından yapılan disfaji taraması, ilk disfaji değerlendirilmesinin süresini kısaltabilir.	B		(Hines, Kynoch et al. 2016)
	Hemşire tarafından yapılan disfaji taraması, konuşma ve yutma terapistine yönlendirilen hasta sayısında artışta etkilidir.	B		(Hines, Kynoch et al. 2016)
	Hastaneye yatışta hemşire tarafından yapılan disfaji taraması, taburcu olduktan sonra hastanın yönlendirilmesi gibi konularda etkili olabilir ancak daha fazla kanıt gerekmektedir.	B		(Hines, Kynoch et al. 2016)
	Nöroloji hemşirelerinin disfaji belirti ve bulgularını bilmesi, risk altındaki hastaları tanımlayabilmeleri açısından gereklidir. Bu konuda eğitim almaları önerilir.	C		(Hines, Kynoch et al. 2016)
	Hemşire tarafından yapılan disfaji taraması, disfajili hastalarda göğüs enfeksiyonlarını azaltmada etkilidir.	A		(Hines, Kynoch et al. 2016)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
DEĞERLENDİRME	Yatak başı , disfaji taraması sonucu negatif olsa da ciddi nörolojik bozukluk, ciddi disatri ya da afazi gibi disfaji klinik belirtileri pozitif olan hastalar, gizli aspirasyon açısından detaylı disfaji değerlendirme yöntemleri ile incelenmelidir.Sessiz (belirti vermeyen) aspirasyondan kuşkulanılıyorsa, gereken önlemler alınmalı ve tarama sonlandırılmalıdır.	C	2	(Daniels, Anderson et al. 2012, Winstein, Stein et al. 2016)
	Test sırasında, ıslak ses kalitesi ve öksürüğün varlığı aspirasyon riskinin yüksek olduğu anlamını taşır. Bu durumda hastanın testi geçemediği kabul edilir ve disfaji etiyolojisi ve mekanizmasına yönelik detaylı yutma değerlendirmesi yapılmalıdır.	C		(Duncan, Zorowitz et al. 2005, Network 2010)
	Yatak başı tarama testinde disfajisi pozitif olan hastaların, cihaz kullanılarak yapılan yöntemler (*videofloroskopi yutma değerlendirmesi/modifiye baryum yutma çalışması, fiberoptik endoskopik yutma değerlendirmesi vb.)* ile test edilmesi önerilir.	B	2	(Duncan, Zorowitz et al. 2005)
	Klinisyen tarafından hangi aletli yöntemin kullanılacağına hastanın klinik durumuna göre karar verilmelidir.	C	2	(Duncan, Zorowitz et al. 2005)
	Disfajisi olan hastalarda, disfajiye neden olan fizyolojik nedenlerin belirlemesi ve tedavi planlamasına rehber olması amacıyla aletli incelemenin yapılması önerilir.	B	2	(Duncan, Zorowitz et al. 2005)
	Aspirasyondan şüphelenilen hastalar için, aspirasyonun varlığını/yokluğunu teyit etmek amacıyla aletli incelemenin yapılması önerilir.	B	2	(Duncan, Zorowitz et al. 2005)
	Disfajinin değerlendirilmesinde geçerli olan aletli yöntemlerden; videofluoroskopik yutma çalışmaları (VFYÇ) ile fiberoptik endoskopik yutma değerlendirmesinin (FEYD) detaylı disfaji değerlendirmesi için kullanımı önerilir.	C	2	(Duncan, Zorowitz et al. 2005, Network 2010)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
İZLEM	Disfaji hastaları, iyileşme hızının belirlenmesi için ilk hafta günlük olarak takip edilmelidir. Hemşire gözlemleri, bakım planına kaydedilmelidir.		3	(Network 2010)
	Hemşireler, hastalarda yutma durumları ile ilgili gerilemeye yönelik şüphe duyarsa yutma taramasını tekrar etmelidir.	B		(Altman, Yu et al. 2010)
	İnmeli hastalar disfaji varlığını gösteren klinik belirtiler (yutma sırasında öksürme ve yutma sonrası ses değişimi vb.) açısından takip edilmelidir.	A		(Andersen, Beck et al. 2013, Hines, Kynoch et al. 2016)
	Disfajili hastalar, doktor, hemşire, konuşma ve yutma terapisti ve diyetisyenlerden oluşan organize multidisipliner ekiplerce izlenmelidir.	B	2	(Durukan, Emre et al. , Hebert, Lindsay et al. 2016)
	Dirençli disfajisi olan hastalar, bireysel yutkunma özellikleri ve diyet alımına ilişkin disfaji yönetimi için bir uzman tarafından takip edilmelidir.		2	(Boddice, Brauer et al. 2010)
	Disfaji terapisinde yutmanın etkinlik ve güvenliğini optimize etmek için, gerektiğinde yeniden değerlendirme yapılarak, postural teknikler ve yutma manevraları kompanse edici teknikler ve terapi tekniklerinden kas kuvvetlendirici egzersizler (Masako ve Shaker) düşünülmelidir.	B		(Network 2010)
	Aspirasyon pnömonisini önlemek için, hastanın akciğerleri dinlenmeli, hastada solunum sorununu gösteren belirtiler ve disfaji için takip edilmelidir.	C	1	(Andersen, Beck et al. 2013)
	Öksüren hastalarda, yeme-içme sırasında öksürme ve yeme-içme sırasında boğulma korkusu da dahil olmak üzere fark edilen yutma problemleri konusunda hasta ve yakınlarından öykü alınmalıdır.	B	2	(Hammond and Goldstein 2006)
	Öksüren bir hasta, yutma problemlerinden bahsediyorsa, bu durum oral-faringeal disfaji için daha kapsamlı bir muayene gerektiğini gösterir.	B	2	(Hammond and Goldstein 2006)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
İZLEM	Öksüren veya aspirasyonla ilgili sorunları olan hastalarda, göğüs radyografisi ve beslenme değerlendirmesi içeren kapsamlı bir muayene yapılmalıdır.	B	2	(Hammond and Goldstein 2006)
	İnmeli hastalarda pek çok nedenden dolayı oksijen satürasyonunda değişiklikler gelişebilir. Bu durum disfaji veya aspirasyon ile ilgili olmayabilir. Oksijen saturasyonu takibinde bu ayrıntı gözönünde bulundurulmalıdır.		2	(Westergren 2006, Network 2010)
	Yutma problemi olan ya da ileri evre inmeli hastalarda elektrolit ve sıvı dengesinin düzenli olarak takip edilmelidir.	C	4	(Middleton, Grimley et al. 2015)
	Kapsamlı ve bireysel hemşirelik bakımı uygulamak amacıyla; hastalar beslenme ve sıvı gereksinimi, pozisyon ve hasta gereksinimleri için hastaneye kabulden sonra her 4 saatte bir değerlendirilmelidir.	C		(Perry, Hamilton et al. 2013)
	Disfaji taraması sonucunda hasta testi geçerse, oral beslenmeye başlanabilir, ancak beslenme sırasında gözlenmeye devam edilmelidir. Hastaların oral alımları ve vital bulguları sessiz aspirasyon riski açısından ilk 48 saat içinde izlenmelidir.	C		(Perry and Love 2001, Network 2010)
	Disfajiye yönelik diyet düzenlemesi (kıvam, sıklık, miktar) yapılan hastaların aldıkları miktar ve diyete gösterdikleri tolerans izlenmelidir.	C		(Boddice, Brauer et al. 2010)
	Sağlık çalışanları, beslenmenin sosyal açıdan öneminin farkında olmalıdırlar. Normal bir şekilde yemek yiyemiyor olmak hastanın moralini etkileyebilir, dışlanma hissine yol açabilir ve klinik müdahale gerektiren depresyona sebep olabilir.	C		(Network 2010)
	Disfaji hastalarında iletişim, bilişsel işlev ve karar verme kapasitesi düzenli olarak değerlendirilmelidir.		3	(Network 2010)
	Taburculuk sonrası disfajinin devam etmesi durumunda, durum değerlendirmesine inme sonrası 6 ay boyunca ayda 1 olarak devam edilmelidir.	C		(Network 2010)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TEDAVİ	Hasta bakımında istenen sonuçlara ulaşmak ve mortalite oranlarını azaltmak için inme bakımında kanıta dayalı yaklaşımları kullanarak bakım verilmesi çok önemlidir. Ayrıca bu alanda geliştirilmiş güncel rehberleri ve destek araçları kullanmak faydalı olacaktır. İnme bakımında Standardize edilmiş kanıt temelli bakım protokolleri/bakım haritaları kullanılmalıdır.	B	2	(Miller, Murray et al. 2010, Network 2010)
	İnmede inmeye yönelik "standardize edilmiş uygulamalar" veya "inme bakım klavuzları" (klinik rehberler/ bakım haritaları) kullanılmalıdır.	B	1	(Miller, Murray et al. 2010)
	Resmi disfaji yönergeleri, mortalite ve solunum yolları enfeksiyonlarını azaltabilir; ancak bu yönergelerin hastanede kalış süresi üzerine etkisi kanıtlanmamıştır.	A		(Altman, Yu et al. 2010, Middleton, McElduff et al. 2011, Sorensen, Rasmussen et al. 2013)
	Resmi disfaji yönergeleri, ilk 24 saat içerisinde disfaji taraması yapılan hasta sayısına katkı sağlamada etkilidir.	A		(Miller, Murray et al. 2010)
	İnme sonrası disfajinin tedavisi için; altta yatan hastalığın tedavisi, güvenli ve etkin yutma fonksiyonunun sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, yutmanın terapi ile iyileştirilmesi ve yutmaya yardımcı düzenlemeler yapılmalıdır.	A	1	(Foley, Teasell et al. 2008)
	Erken başlanan disfaji tedavisinin pnömoni oranını, dolayısıyla mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir.	B	1	(Miller, Murray et al. 2010)
	Bir haftadan fazla disfajisi olan tüm hastaların yutma terapisi programı için, uygunluklarını belirlemek amacıyla, altta yatan yutma bozuklukları, motivasyon ve bilişsel durumu ve ayrıca hastanın uygunluğu değerlendirilmelidir		1	(Network 2010)
	Yutma rehabilitasyon programı, diyet modifikasyonu (yiyecek ve içeceklerin doku ya da kıvam, tat ve ısı değişikliklikleri) postür değişiklikleri ve yutma manevraları gibi kompanse edici teknikler (postür değişiklikleri ve yutma manevraları) ve terapi tekniklerini (kas kuvvetlendirici egzersizleri (Masako ve Shaker)) içermelidir.	A	1	(Network 2010)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TEDAVİ	Disfaji hastaları, güçlendirici egzersizler, kompanse edici teknikler ve diyet değişikliklerini içeren bir orofarengeal yutma rehabilitasyon programına tabi tutulmalıdır.	B	1	(Network 2010)
	Disfaji hastaları için düzenlenecek bir orofarengeal yutma rehabilitasyon programı güçlendirici egzersizler, dengeleyici teknikler ve diyet değişiklikleri içermelidir.	B		(Smith 2010)
	Yutma tedavisinin, diyet değişikliği ve/veya kıvam arttırıcı maddelerin kullanımını, postür ve/veya manevra tatbikleri, sıkı bir ağız hijyeni programı ile hasta eğitimi ve uygulamasını içermesi önerilir.	C		(Group 2010)
	Davranışsal müdahaleler, disfaji tedavisinin bir parçası olarak yer alması önerilir.	A	2	(Winstein, Stein et al. 2016)
	Akupunktur, disfaji için destekleyici bir tedavi olarak kullanılabilir.	B	2	(Winstein, Stein et al. 2016)
	Beslenme taraması sonucu malnütrisyon riski yada malnütrisyon saptanan ve oral alabilen inmeli hastalara oral besin desteği sağlanması önerilir.	B	2	(Perry, Hamilton et al. 2013)
	Yutma esnasında kas zayıflığı çeken hastalar için, elektromiyografik biyo - geribildirim içeren veya içermeyen kas gücü egzersizleri ile yutma kaslarının elektriksel stimülasyonla tedavisi gibi uygulamalar, etkin görünmekle birlikte insanlar üzerinde denemeleri yetersiz olduğundan önerilmemektedir.	C		(Hammond and Goldstein 2006)
	İnme sonrası disfaji tedavisinde, güncel yaklaşımlardan diyet modifikasyonu ve kompansatuvar teknikler, yutma fonksiyonunun VFYÇ veya FEYD ile değerlendirilmesinden sonra uygulanması önerilir.	B		(Network 2010)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TEDAVİ	Tam yutma değerlendirmesi sonrasında diyet değişiklikleri ve kompanse edici yöntemler (postür ve manevralar) üzerine tavsiyeler verilmelidir.		1	(Network 2010)
	Yutma işlemini kolaylaştırmaya yönelik pozisyonlama, terapötik postür veya manevralar veya diyet değişiklikleri gibi dengeleyici stratejilerin uygulanması, kapsamlı bir yutma muayenesinin sonuçlarına göre tavsiye edilebilir	B		(Hammond and Goldstein 2006, Group 2010)
	Gıdaları küçük lokmalar halinde (örneğin çay kaşığı ile) acele etmeden dikkatli bir şekilde, 90 dereceye yakın dik bir pozisyonda almak; pipetle beslememek; yemek sonrası en az 1 saat boyunca yatak başını en az 30 derece yükseltmek aspirasyon riskini azaltır.	C	1	(Andersen, Beck et al. 2013)
	Hastada disfaji nedeniyle aspirasyon riski veya havayolu tıkanıklığı riski varsa, hastanın başının vücut ile aynı hizada olmaması, yatak başının en az 30 derece yükseltilmesi önerilir.	C	1	(Andersen, Beck et al. 2013)
	İnmeden sonra aspirasyon pnömonisi riskini azaltmak için ağız hijyeni protokolleri uygulanmalıdır.	B	1	(Sorensen, Rasmussen et al. 2013, Winstein, Stein et al. 2016)
	Hastalar titiz bir ağız ve diş bakımından geçmeli ve pnömoni riskini daha da azaltmak için ağız hijyeni konusunda bilgilendirilmelidir.		4	(Andersen, Beck et al. 2013)
	Akupunktur ve davranışsal terapinin disfajiyi azalttığına dair bazı kanıtlar olsa da ilaç tedavisi, faringeal elektrik stimülasyonu, fiziksel stimülasyon gibi tedavilerinin hiçbirinin disfajiyi azalttığına dair yeterli kanıt bulunamamıştır.	A	3	(Jauch, Saver et al. 2013)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TEDAVİ	Disfaji terapisi, beslenme ihtiyaçları ve bireyselleştirilmiş beslenme planları konusunda bireye özgü bir bakım planı geliştirilmesi önerilir.	C	2	(Andersen, Beck et al. 2013)
	Akut aşamada, yiyecek ve içeceklerin doku ya da kıvam, tat ve ısı değişikliklerini içeren bireysel danışma hizmeti verilmesi önerilir.	A		(Andersen, Beck et al. 2013)
	Kanıtlara göre, inme, demans veya Parkinson geçirdikten sonra disfaji geçiren yetişkinlerde kıvamlaştırılmış (bal veya puding kıvamındaki) sıvılar yoluyla aspirasyon azaltılabilir.	A		(Andersen, Beck et al. 2013)
	Daha akışkan diyetlere nazaran kıvamlı sıvılar içeren diyetlerin, güvenli bir şekilde yutmayı kolaylaştırdığı ve aspirasyon pnömonisi riskini azalttığına yönelik kanıtlar mevcuttur.	A	1	(Andersen, Beck et al. 2013)
	Özelliği değiştirilmiş gıdalar, çekici bir şekilde sunulmalı ve iştah açıcı olmalıdır. Hastalar yemeklerini seçebilmelidir.		2	(Andersen, Beck et al. 2013)
	Çiğneme gerektiren katı gıdalar, çiğneme kas kuvvetsizliği yada diş problemleri olan hastalar için sorun yaratabilir. Dolayısıyla, yutmayı daha güvenli ve kolay hale getirmek için, katı gıdaları doğrama, ezme, kıyma gibi işlemlerden geçirilmesi ve sıvıların akışkanlığını azaltılması önerilir.	C	1	(Pugh, Mathiesen et al. 2009, Hebert, Lindsay et al. 2016)
	Pnömoni riskini azaltmak için, hastaların mümkün olduğunca kendi kendilerine beslenmelerine izin verilmeli ve hastalar bu yönde desteklenmelidirler.	C		(Hebert, Lindsay et al. 2016)
	Disfaji tedavisinde güvenli besleme stratejilerini (örn. otururken yeme, ilgi dağılmasını en aza indirgeme) kullanmak uygun olabilir.	C	2	(Foley, Teasell et al. 2008)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TEDAVİ	Ağızdan katı veya sıvı besin alamayan hastaların beslenmesinde NG (Nazogastrik Tüp) ve PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi) arasında seçim yapılması gerekli ise, inme sonrası 2 ila 3 hafta boyunca kullanılması önerilir.	B	2	(Middleton, McElduff et al. 2011, Jauch, Saver et al. 2013)
	Güvenli bir şekilde yutamayan hastalar için inmeden sonraki 7 gün içerisinde, enteral beslenme (tüple beslenme) başlatılmalıdır.	A	1	(Winstein, Stein et al. 2016)
	Hastanın yutma fonksiyonu bozulmuş ise ilaçların nazogastrik tüp yoluyla verilmesi önerilir.	A	2	(Network 2010)
	Disfajili hastalar ilaç tabletlerini bütün şekliyle yutamıyorsa, ilacın katı preparatları yerine likit formlarının kullanımı için klinik farmakolog ile iletişime geçilmesi önerilir.	C		**(Network 2010)**
	Ağızdan katı veya sıvı besin alamayan hastaların beslenmesinde NG (Nazogastrik Tüp) ve PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi) arasında seçim yapılması gerekli ise, inme sonrası 2 ila 3 hafta boyunca kullanılması önerilir.	B	2	(Network 2010)
	NG tüp ile beslenme, güvenli bir şekilde yutamayan hastalarda kısa süreli (2-3 haftalık) beslenme desteği sağlamak için kullanılmalıdır.	B	1	(Network 2010)
	Kronik olarak güvenli bir şekilde yutamayan hastalar için PEG tüpleri yerleştirilmesi önerilir.	B	1	(Network 2010)
	Hasta ve bakıcının PEG beslenmesine yönelik algıları ve beklentileri göz önüne alınmalı ve beslenme başlamadan önce bakımın faydaları, riskleri ve yükü tam olarak açıklanmalıdır.		3	(Network 2010)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
TEDAVİ	PEG veya NG tüpleri ile beslenen hastalarda, ağız sağlığı ve hasta konforunu arttırmak amacıyla iyi ağız hijyeni sağlanmalıdır.		4	(Network 2010)
	Hastaneden taburcu olmadan önce hasta ve ailesi için gastrostomi bakımı ve beslenme şekli hakkında bilgi ve eğitim verilmesi önerilir.	C		(Network 2010)
	Aspirasyon pnömonisi, derin ven trombozu ve bası yaraları gibi komplikasyonları önlemek için erken mobilizasyon önerilir.	C	4	(Network 2010)
	Bilinç durumu düzeyi düşük olan hastalar, aspirasyon için yüksek risk taşırlar ve uygun bilinç düzeyine ulaşana kadar ağız yoluyla beslenmeleri önerilmez.	B		(Hammond and Goldstein 2006)

ALANLAR	KANITA DAYALI UYGULAMA ÖNERİSİ	Öneri Gücü	Kanıt Sınıfı	Referans
KONSÜLTASYON	Disfajisi, olan hastalar detaylı bir tarama ve tedavi için acil olarak konuşma ve yutma terapistine yönlendirilmelidir.	B	1	(Hines, Kynoch et al. 2016)
	Disfajili hastaların diyetinin miktar , sıklık, diyet içeriği ve gıda kıvamı hakkında beslenme ve diyet uzmanına danışılması önerilir.	C	2	(Network 2010)
	Beslenme yetersizliği tespit edilen, sıvı açığı, disfaji veya beslenmeyi etkileyebilecek başka ek hastalıkları olan inme hastaları için beslenme ve diyet uzmanına danışılması önerilir.	B	1	(Network 2010)
	Öksüren hastaların, özellikle oral-farengeal disfaji ve aspirasyon açısından yutma değerlendirmelerinin tekrar yapılması ve disfaji tespit edildiği koşullarda hastalar ileri tetkik için yutma terapistine (Yutma polikliniği) yönlendirilmesi önerilir.	B	2	(Hammond and Goldstein 2006)
	Aspirasyon riski yüksek olan ve öksüren hastalar, az miktarda su içirilerek gözlemlenir. Eğer hasta öksürme veya aspirasyonla ilgili klinik belirtiler gösterirse, ayrıntılı bir yutma değerlendirmesi için tercihen bir yutma terapistine (Yutma polikliniği) yönlendirilmelidir.	B	2	(Hammond and Goldstein 2006)
	Hastanın disfajisi ile ilgilenen hekim ve hemşirenin , ilaç tedavisinde en uygun metodun belirlenmesi konusunda eczacıya başvurması önerilir.		4	(Network 2010)

5. DİSFAJİ YÖNETİMİNDE MULTİ DİSİPLİNER YAKLAŞIM

Bütüncül bakımın önemle vurgulandığı günümüz sağlık bakım sistemi kapsamında, disfajili hasta birey ve ailesinin tüm gereksinimlerini tek bir sağlık disiplininin, tam olarak karşılayabilmesi imkânsızdır. Bu nedenle sağlık bakımı ekibinin her bir üyesinin kendi disiplinine özgü bilgi, beceri ve davranışlarla rol ve işlevlerini, sorumluluk ve yetkileri doğrultusunda işbirliği içinde yerine getirmesi beklenir. Disfaji yönetiminde multidisipliner ekibinin içinde aktif olarak **konuşma ve yutma terapisti, hemşire, hekim** ve **diyetisyen** rol alır. Diğer tüm çalışanlar uygun bir eğitimle, bu ekibe destek olacak rollerde katkıda bulunabilirler. Multidisipliner yaklaşımın odak noktasında disfajili hasta birey ve ailesi yer almaktadır[15].

Ekibin eğitimli her üyesi disfaji riskinin belirlenmesinde, komplikasyonların önlenmesinde ve disfajisi olan inme geçiren kişinin rehabilitasyonunda önemli rol oynar. Disfaji yönetiminde yer alan sağlık disiplinlerini üyeleri, sağlık bakımını bağımlı, yarı-bağımlı, bağımsız rollerle sunar. Ancak bu rol ve işlevler, sağlık hizmeti kapsamında açıkça belirtilmediğinden zaman zaman birbirine karışabilir. Bu nedenle disfaji yönetiminde yer alan ekip üyelerinin rolleri ve multidisipliner yaklaşım çerçevesinde işbirliği uygulamaları şu şekildedir[1-3, 15, 42, 61].

Hekim: Yönetimin tüm aşamalarında görev üstlenen, tedaviye karar veren ve gerektiğinde diğer disiplinlere yönlendiren üyelerdir.

Konuşma ve Yutma Terapisti: Yutma bozuklukları değerlendirmesi ve tedavisi hakkında bilgili ve deneyimli uzmandır. Konuşma ve yutma değerlendirmesi yapıp teşhis koymaya ve gerekli terapiyi sunmaya yetkin bu uzmanlar yutma bozuklukları sorunlarını değerlendiren ve tedavisine yönelik planlama ve uygulamalar yapan meslek grubudur. Rolleri şu şekildedir.

- Başlangıçta tam bir yutma değerlendirmesi ve gerektiğinde takip değerlendirmeleri
- En güvenli diyet kıvamının, beslenme ve yutkunma stratejilerini önermek
- Tedavi süreci ile ilgili hastanın, ailesinin ve ekipte yer alan disfaji bakım ekibinin eğitmek
- Disfaji yönetiminin izlenmesi ve gerektiğinde modifikasyonu için hemşire ve diyetisyen ile yakın çalışmak

Diyetisyen: İnme sonrası dönemde beslenme ile ilgili sorunların çözümü ve yeterli, dengeli beslenme konusunda önemli görevlere sahip olan üyelerdir ve rolleri:

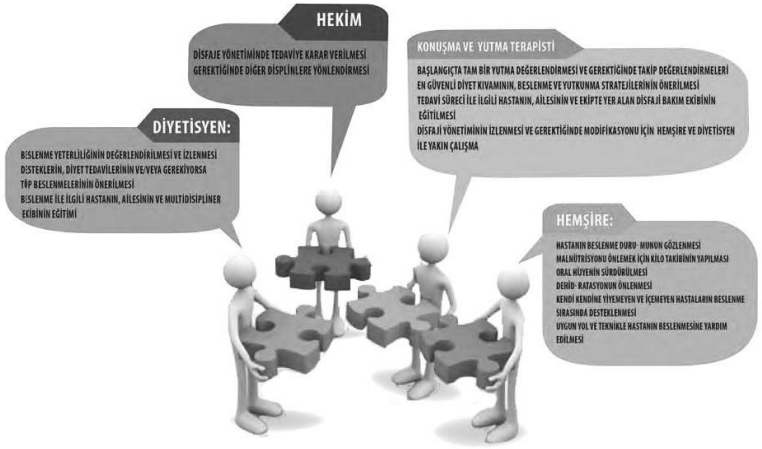
- Beslenme yeterliliğini değerlendirmek ve izlemek
- Desteklerin, diyet tedavilerini ve/veya gerekiyorsa tüp beslenmelerini öneRmek
- Beslenme ile ilgili hastanın, ailesinin ve multidisipliner ekibin eğitimi

Hemşire: Hasta ve ailesi ile daha fazla zaman geçiren ve birebir bakım veren sağlık personeli olması nedeniyle hastanın multidisipliner ekibin tüm bu üyeleri tarafından uygun ve zamanında hizmet almasını sağlayan, tüm tedavideki olumlu ve olumsuz gelişmeleri izleyerek kayıt eden ve ekiple bu bilgileri paylaşan yani ekibin koordinasyonundan ve iletişimden sorumlu olan ve rehabilitasyonun her aşamasında yer alan meslek grubudur.Hemşireler disfajili hastanın bakımındaki önemli rolleri nedeniyle disfaji bakım ekibinin kilit üyeleridir.

Hemşire usta gözlem yeteneği sayesinde hastayı yakından izlemektedir[1]. Aynı zamanda inme geçiren kişiler için disfaji taraması rutin olarak yapıldığında taramayı genelde hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. Disfaji konusunda eğitimli olan hemşireler disfaji taramasından sorumludur ve gerektiğinde hekim ile işbirliği içinde konuşma ve yutma terapistine detaylı yutma değerlendirmesi için yönlendirir. Diğer ekip üyelerini disfaji tarama ve konuşma ve yutma terapistinin değerlendirme sonrası önerileri ve hastanın gereksinimleri konusunda bilgilendirir. ***Hemşireler için kanıta dayalı öneriler aşağıda yer almaktadır[1, 3, 4, 15, 27]***.

- Hastanın beslenme durumunu gözleyin,
- Malnütrisyonu önlemek için kilo takibini yapın,
- Oral hijyenin sürdürün,
- Dehidratasyonu önleyin,
- Kendi kendine yiyemeyen ve içemeyen hastaların beslenme sırasında destekleyin
- Uygun yol ve teknikle hastanın beslenmesine yardım edin

Ekipte yer alan disiplin üyeleri akut dönemde hastayı değerlendirip daha sonra gelişebilecek sorunlar, duyabilecekleri rehabilitasyon programları hakkında diğer ekip üyelerini de bilgilendirerek, kendi alanları ile ilgili taburculuk planı ve sonrasında yapılması gerekenler hakkında en erken dönemde hasta ve ailesinin eğitimini planlamalıdır.Multidisipliner yaklaşımda işbirliği alanlarına şu şekilde sıralayabiliriz[1, 3, 4, 15, 17, 27, 37, 40]:



- ✓ Yutma yeteneği kısmen bozulan hastalarda zamanla bu durum düzelir. Hemşire inmeli hastaların sıvı, protein ve total kalori alımı açı- sından yakından takibini yapmalı ve diyetisyenle birlikte hareket etmelidir.
- ✓ Aspirasyon riski yüksek olan hastalarda hemşireler; hekim, konuşma-dil terapisti ve diyetisyenle işbirliği içinde olmalıdır.
- ✓ Eğitim kapsamında rehabilitasyon ekibi bakımın bir sonraki seviyesinde, hasta ve ailenin ihtiyaç duyabileceği bilgiler açısından gerekli konulara da eğilmelidirler.
- ✓ Disfajisi olan hastalar detaylı bir tarama ve tedavi için acil olarak konuşma ve yutma terapistine yönlendirilmelidir.
- ✓ Disfajili hastaların diyetinin miktar , sıklık, diyet içeriği ve gıda kıvamı hakkında beslenme ve diyet uzmanına danışılması önerilir.
- ✓ Beslenme yetersizliği tespit edilen, sıvı açığı, disfaji veya beslenmeyi etkileyebilecek başka ek hastalıkları olan inme hastaları için beslenme ve diyet uzmanına danışılması önerilir.
- ✓ Öksüren hastaların, özellikle oral-farengeal disfaji ve aspirasyon açısından yutma değerlendirmeleri tekrar yapılmalı ve disfaji tespit edildiği takdirde hastalar ileri tetkik için yutma terapistine (Yutma polikliniği) yönlendirilmelidir.
- ✓ Aspirasyon için yüksek risk grubunda olan ve öksüren hastalar, ufak miktarda su içerken

gözlem altında olmalıdır. Hasta eğer öksürür veya aspirasyonla alakalı klinik belirtiler gösterirse, ayrıntılı bir yutma değerlendirmesi için tercihen bir yutma terapistine (Yutma polikliniği) yönlendirilmelidir.

- ✓ Hastanın disfajisi ile ilgilenen hekim ve hemşire , ilaç tedavisinde en uygun metodun be- lirlenmesi konusunda eczacıya başvurması önerilir.

Sonuç olarak disfajili hasta birey ve ailesinin tüm gereksinimlerini tek bir sağlık disipli- ninin, tam olarak karşılayabilmesi imkânsız olup, ekibin her üyesi disfaji riskinin belirlenmesinde komplikasyonların önlenmesinde ve disfajisi olan inme geçiren kişinin rehabilitasyonunda önemli rol oynar.

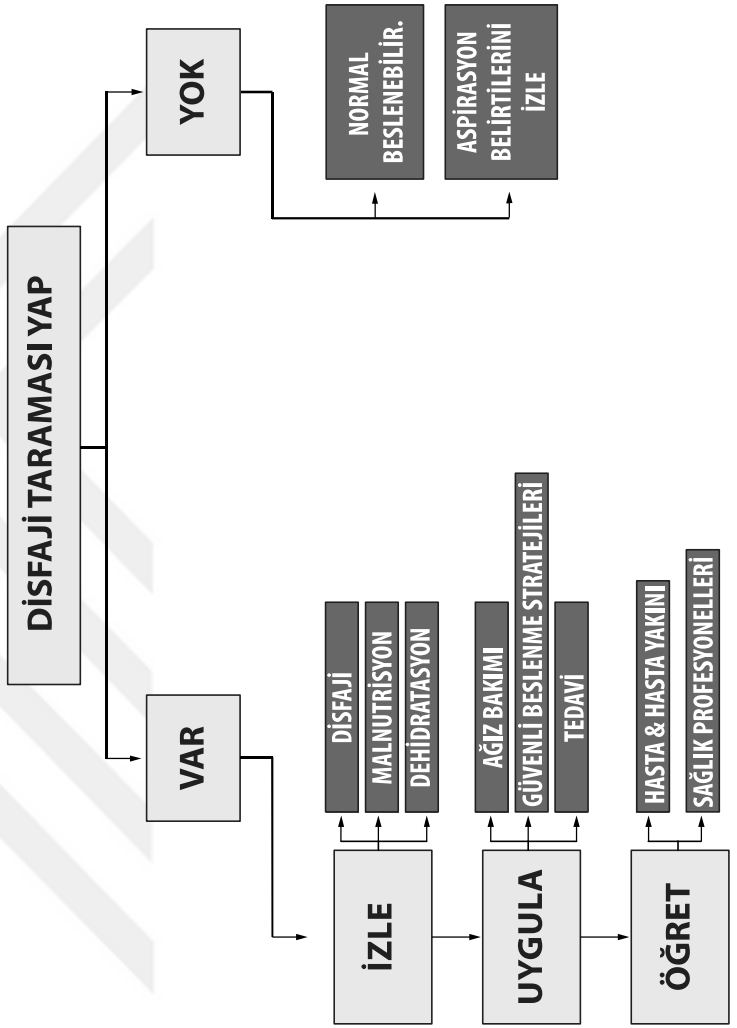
KAYNAKLAR

1. Sakine B. *Konuşma ve Yutma Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Bakımı (Bölüm 12)*. : John Wiley & Sons; 2010.
2. Travers PL. Poststroke dysphagia: Implications for nurses. *Rehabilitation Nursing*. 1999;24(2):69-73.
3. Well E, First F, Dignity P, it Out W, Training CB. Management of dysphagia in stroke patients. *Nursing older people*. 2011;23(3).
4. Boyraz S. İnmeli Bireylerde Yutma ve Beslenme. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics*. 2015;1(1):48-53.
5. Jauch EC, Saver JL, Adams HP, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(3):870-947.
6. Masrur S, Smith EE, Saver JL, et al. Dysphagia screening and hospital-acquired pneumonia in patients with acute ischemic stroke: findings from Get with the Guidelines--Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. Nov 2013;22(8):e301-309.
7. Middleton S, Grimley R, Alexandrov AW. Triage, treatment, and transfer: evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*. 2015;46(2):e18-e25.
8. Smith L. Management of Patients With Stroke: Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning: a National Clinical Guideline. SIGN; 2010.
9. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169.
10. Boddice G, Brauer S, Gustafsson L, Kenardy J, Hoffmann T. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. 2010.
11. Mısırlıoğlu TÖ, Taşkiran ÖÖ. İnmede Disfaji ve Nutrisyonel Sorunlar. Turkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics. 2016;9(1):24-34.
12. Durukan A, Emre U, Tatlısumak T, Rehber İ. İskemik İnme ve Geçici İskemik Atağa Yaklaşım Rehberi 2008.
13. Atmış V, Varlı M. İnmeli Hastalarda Beslenme Sorunları ve Tedavisi. Turkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics. 2016;2(1):91-8.
14. Andersen UT, Beck AM, Kjaersgaard A, Hansen T, Poulsen I. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened fluids for adults (≥ 18 years) with oropharyngeal dysphagia. *e-SPEN Journal*. 2013;8(4):e127-e134.
15. Durna Z, Akyıl RÇ. İnmeli Bireylerde Multidisipliner Rehabilitasyon. Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2015;1(1):72-82.
16. Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*. 2005;36(9):1972-1976.
17. Network SIG. Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. *A national clinical guideline*. 2010;119.
18. Perry L, Mclaren S. Nutritional support in acute stroke: the impact of evidence-based guidelines. Clinical Nutrition. 2003;22(3):283-93..
19. Daniels SK, Anderson JA, Willson PC. Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review. *Stroke*. Mar 2012;43(3):892-897.
20. Westergren A. Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *Int Nurs Rev*. Jun 2006;53(2):143-149.
21. Hebert D, Lindsay MP, McIntyre A, et al. Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*. 2016;11(4):459-484.
22. Perry L, McLaren S. Implementing evidence-based guidelines for nutrition support in acute stroke. *Evidence-based nursing*. 2003;6(3):68-71.
23. Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*. Winter 2001;16(1):7-18.
24. Donovan NJ, Daniels SK, Edmiaston J, Weinhardt J, Summers D, Mitchell PH. Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke*. 2013;44(4):e24-e31.
25. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *stroke*. 2005;36(12):2756-2763.
26. Perry L B, eW-B. Nutritional aspects of stroke care. . In: Williams J PL, Watkins C, ed; 2010.
27. Hines S, Kynoch K, Munday J. Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2016;48(4):215-223.
28. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*. Sep 2005;36(9):e100-143.
29. Hines S, Wallace K, Crowe L, Finlayson K, Chang A, Pattie M. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2011;9(2):148-150.
30. Marget Smallwood B. Using evidence-based practice to develop a swallow screen for stroke patients.
31. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two:

detailed evaluation of the tool used by nurses. *Journal of clinical nursing.* 2001;10(4):474-481.
32. Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: Identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing.* 2001;10(4):463-473.
33. Raoufi F, Shade K. Evaluation of nursing dysphagia screening tools among patients with stroke: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.* 2014;12(10):61-72.
34. Schepp SK, Tirschwell DL, Miller RM, Longstreth W. Swallowing screens after acute stroke: a systematic review. *Stroke.* 2011:STROKEAHA. 111.638254.
35. Sørensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *Journal of Neuroscience Nursing.* 2013;45(3):139-146.
36. Foley N, Teasell R, Salter K, Kruger E, Martino R. Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials. *Age Ageing.* May 2008;37(3):258-264.
37. Hammond CAS, Goldstein LB. Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* Jan 2006;129(1 Suppl):154s-168s.
38. Middleton S, McElduff P, Ward J, et al. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* Nov 12 2011;378(9804):1699-1706.
39. Durna Z, Tülek Z. İnme ve bakım. *Kronik Hastalıklar ve Bakım.* 2012:239-260.
40. Özdemir L SÇH, eds. *Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım* Vol 1; 2014.
41. Pugh S, Mathiesen C, Meighan M. Guide to the care of the hospitalized patient with ischemic stroke 2nd edition, revised: AANN clinical practice guideline series. *American Association of Neuroscience Nurses.* 2009.
42. Davies S. An interdisciplinary approach to the management of dysphagia. *Prof Nurse.* 2002;18(1):22-25.
43. Perry L, Hamilton S, Williams J, Jones S. Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. *Worldviews on evidence-based nursing.* Feb 2013;10(1):17-40.
45. Demir N, Arslan SS. Baş-Boyun Kanserlerinde Yutma Güçlüğü. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics.* 2018;11(2):212-216.
46. Çiyiltepe M. Yutma Bozukluklarının Rehabilitasyonu. *Turkiye Klinikleri Journal of ENT.* 2004;4(3):195-201.
47. Vural H, Çİyiltepe M, ASLAN F. Disfajili Hastanın Beslenmesi ve Hemşirelik Bakımı. *Turkiye Klinikleri Journal of ENT.* 2004;4(3):202-210.
48. Pınar R. BAKIMEVLERİNDE KALAN YAŞLILARDA DİSFAJİ, DİSFAJİNİN HEMŞİRELER TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİ. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 2003;6(1).
49. Garcia JM, Chambers IV E. Managing dysphagia through diet modifications. *AJN The American Journal of Nursing.* 2010;110(11):26-33.
50. Sorensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses.* Jun 2013;45(3):139-146.
51. Dikmen Y. Yoğun Bakım Hastalarında Ağız Bakımı Yönetimi: Kanıta Dayalı Uygulamalar Çerçevesinde Literatür İncelemesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2017;1(1):45-52.
52. Koichiro U. Preventing aspiration pneumonia by oral health care. *Japan Med Assoc J.* 2011;54:39-43.
53. Özer E, Kapucu S. Yaşlılarda görülen yetersiz beslenme ve risk faktörleri. *Akad Geriatri.* 2013;5:5-11.
54. Jefferies D, Johnson M, Ravens J. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. *Journal of Clinical Nursing.* 2011;20(3-4):317-330.
55. Kowanko I, Simon S, Wood J. Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an acute care setting. *Journal of Clinical Nursing.* 1999;8(2):217-224.
56. Pearson A, Fitzgerald M, Nay R. Mealtimes in nursing homes: the role of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing.* 2003;29(6):40-47.
57. Raynaud-Simon A, Revel-Delhom C, Hébuterne X. Clinical practice guidelines from the French Health High Authority: nutritional support strategy in protein-energy malnutrition in the elderly. *Clinical nutrition.* 2011;30(3):312-319.
58. Woo J. Nutritional strategies for successful aging. *Medical Clinics.* 2011;95(3):477-493.
59. Gürkan A, Gülseven B. Enteral Beslenme: Bakimda Güncel Yaklaşimlar. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 2013;16(2).
60. Aktaş A. İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin; hasta ve hasta yakınının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Tezi.* 2010.
61. French B, Martino, R, Knutson, P, Mascitelli, A, & Heart and Stroke Foundation of Ontario. . *Management of dysphagia in stroke: An educational manual for the dysphagia screening professional in the long term care setting. Toronto (Canada): Swallowing Lab, University Health Network / University of Toronto, 2016*; 2016.

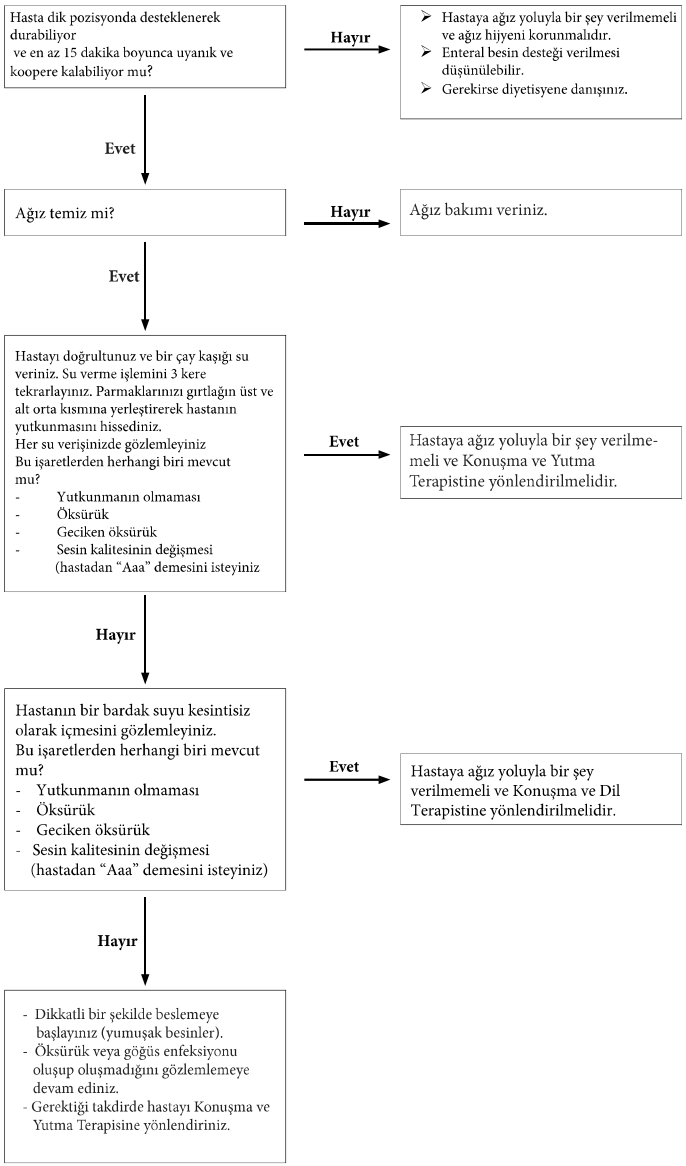
EKLER

EK 1: Disfajide Hemsırelık Yaklasımı Algorıtması
EK 2: Örnek Yutma Tarama Protokolü
EK 3: Yatak Başı Su İçme Değerlendirme Testi
EK 4: Örnek Ağız Bakım Protokolü
EK 5: Ağız Bakımında Kullanılan Malzemeler Ve Etkileri
Ek 6: Ağız Bakımında Kullanılan Solüsyonlar Ve Özellikleri

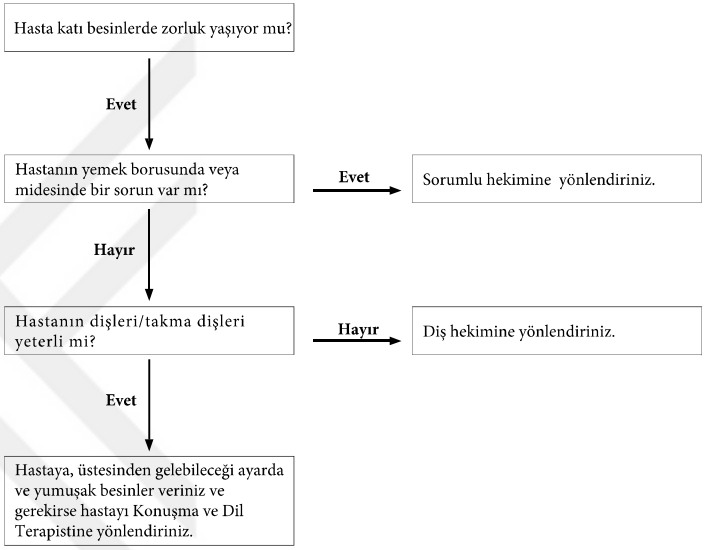


Ek: 1 Disfajide Hemşirelik Yaklaşımı Algoritması

EK: 2 Örnek Yutma Tarama Protokolü



EK: 2 devamı



EK :3 Yatak başı su içme değerlendirme testi:

Bardaktan 10 ml su içerken:(0/6)

Duraksamadan -0

Bölerek -1

Öksürük yok -0

Var -1

Sesle çatallanma yok -0

Var -1

Ağız kenarından su akma yok -0

Var -1

Laringeal hareket var -0

yok -1

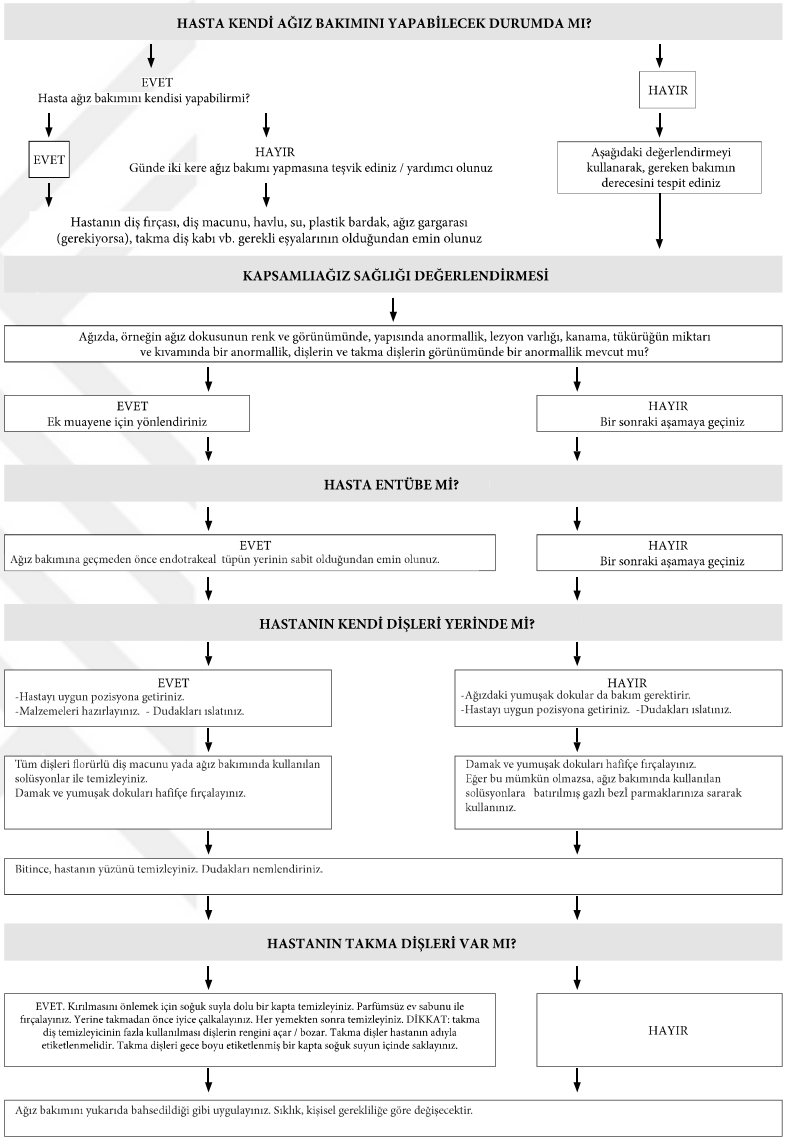
Pulse oximetre ile oksijen saturasyonunda düşme yok -0

%2 ve daha fazla düşme -1

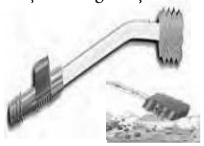
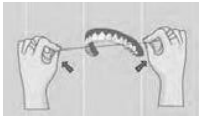
0-2 puan - Normal

3-6 puan – Disfajik olarak kabul edildi.

EK: 4 Örnek Ağız Bakım Protokolü



EK 5 : Ağız Bakımında Kullanılan Malzemeler Ve Etkileri

Süngerli Çubuk (Swap): 	• Süngerli çubuklar ağız mukozasını nemlendirme ve temizleme amacıyla kullanılmaktadır. • Ağız içi mukozal dokunun uyarımı için etkilidir. • Hastalarda diş fırçasının kullanılamadığı durumlarda (diş eti kanaması, ağrısı ve trombositopenisi olanlarda) kullanılabilir. • Ağızdaki plakları yok etme özelliği yoktur. • Süngerle silme, dişler arasında olduğu gibi korunaklı alanlarda biriken plakları uzaklaştırmada etkin değildir. • Literatürde kesin kanıtlar olmamakla birlikte, süngerli çubukla ağız bakımı verilirken sünger kısmının hastalar tarafından ısırılarak kopabileceği, ağızda kalabileceği ve bu nedenle hastanın güvenliğini tehdit edebileceği bildirilmektedir.
Sakşınlı Süngerli Çubuk 	• Sakşınlı süngerli çubuk, bir ucunda sünger aparatı, diğer ucunda aspirasyon cihazı ile bağlantı bölümü ve üzerinde aspirasyon kontrolünü sağlayan bir porttan oluşur. • Sakşınlı diş fırçası gibi hem ağız temizliğini sağlama hem de aspirasyon yapma özelliği vardır
Diş Fırçası 	• Dental plakları uzaklaştırmada ve mukozal hasarı en aza indirmede yumuşak ya da bebek fırçaları etkindir. • Sert erişkin fırçaları mukozal hasat ve gingival kanamaya yol açabilir.
Gazlı bez 	• Bir pense ile, bir dil basacağı ya da parmakla tutulan gazlı bez dişleri temizlemek için etkisizdir ama oral kaviteyi temizlemede yararlıdır.
Diş İpi 	• Günde en az bir kez diş ipiyle temizlik yapılmalıdır. • Diş ipiyle temizlik zorsa, lastik uçlu bir stimulatör, özel kürdanlar ya da küçük sivri uçlu diş fırçaları onun yerine kullanılabilir. • Diş ipiyle temizlik yapıldığında diş fırçasının erişemediği dişler arası bölgeye erişim sağlanır. Dişler arasından yiyecek ve plak temizliğinde etkindir.

EK 6: Ağız Bakımında Kullanılan Solüsyonlar ve Özellikleri

Solüsyon	Özelliği
Limon ve gliserin	• Limon ve gliserin başlangıçta tükürük üretimini uyarır amabu etki hızlıca kaybolur ve kserostomi (ağız kuruluğu) ile sonuçlanır. • Ayrıca limonun asiditesi dişlerin bozulmasına ve oral irritasyona yol açabilir.
Klorheksidin (%0.2-%0.5-%0.12)	• Bakteri ve virüslere karşı etkilir. Bu nedenle Geniş spektrumlu ve antimikrobiyal etkilidir. • Etkili bir antiplak özelliği vardır.Oral mukozitin oluşmasını önler.Tadı hoş değildir.Oral mukozada yanma ve batmalara neden olabilir.
Diş macunu	• Diş macunu debrisi gevşetir ve florür diş çürüklerini önler. • Ancak, iyi çalkalayamamak kserostomiye yol açabilir.
Gargara	• Çoğu gargara alkol içerir ve ağız kuruluğu ve irritasyon yapabilir
Su	• Su en iyi oral nemlendirici ajandır.

7.TERİMLER LİSTESİ

Aletli Değerlendirme: Klinik değerlendirmeye ek olarak videofloroskopi ve FEES gibi çeşitli incelemelerdir. Aletli değerlendirme oral, faringeal, laringeal ve üst özefageal yutkunma fizyolojisinin yapısı ve işlevindeki bozuklukları belirlemeye ve yutkunmanın etkinliğini ve güvenliğini artırmak üzere tedavi ya da kompanzatuvar stratejiler belirlemeye yarar.

Aspirasyon: Katı ya da sıvı gıdanın larenks ve alt solunum yollarına girmesidir.

Aspirasyon Pnömonisi: Orofaringeal sekresyonların, katı ya da sıvı gıdanın larenks ve alt solunum yollarına girmesi sonucu solunum yolu enfeksiyonu gelişmesi.

Değerlendirme: Bir bozukluğun yapısal ve fizyolojik detaylarının değerlendirilmesi ve en iyi girişimin belirlenmesi. Değerlendirme süreci tarama ve cihaz kullanılarak yapılan disfaji muayenelerini de içerir. Disfajinin değerlendirilmesi terapistin sorumluluğunda olup, hastaların cihaz kullanılarak yapılan yöntemler ile disfajiye yol açan yapısal ve fizyolojik defisitleri ve onların ciddiyetlerinin belirlenmesidir.

Disfaji: Alınan gıdanın ağızdan mideye geçişine kadar olan süreçte meydana gelen bozukluktur. Yutma hareketini sağlayan kasların gücünün azalması veya koordinasyonunun bozulması sonucu ortaya çıkabilen yutma güçlüğü.

Disfaji Diyetleri: Disfajisi olan bireyin gereksinimlerini karşılayacak şekilde kıvam ya da viskozite gibi fiziksel özellikleri açısından modifiye edilmiş diyettir. Optimal olarak, belirlenmiş fizyolojik ve/veya yapısal yutkunma anormalliğini telafi etmek üzere klinik ve olası aletli değerlendirme sonuçlarına dayanarak disfaji diyeti verilir. Disfaji diyetleri genellikle normal diyete güvenli bir şekilde kademeli olarak geçiş için evreler halinde verilir.

Disfaji Tedavisi: Diyet modifikasyonu, kompanse edici teknikler ve terapi gibi disfajinin tedavisinde kullanılan yöntemlerin tümüne denir. Diyet modifikasyonu, yiyecek ve içeceklerin doku ya da kıvamının değiştirilmesidir. Yutma manevraları, yutma esnasında hareket üzerinde istemli kontrol sağlamak amacı ile kullanılır. Gıdanın güvenli ve kolay bir şekilde ağız boşluğundan farinkse geçişini sağlamak ve aspirasyonu ortadan kaldırmak için uygulanırlar. Terapi teknikleri, kompanse edici tekniklerden farklı olarak yutma fizyolojisini değiştirir.

Disfaji Yönetimi: Disfajili hastalarda, beslenme ve hidrasyonun sürdürülmesine yönelik müdahaleleri, diyet modifikasyonu, kompanse edici teknikler ve terapi yöntemi gibi tedavide kullanılan yöntemleri, güvenli beslenme stratejileri, ağız hijyeni uygulamaları ve hasta, bakıcı ve sağlık personelinin eğitimini kapsayan girişimlerin tümüne denir. Disfaji yönetimi, yutmanın değerlendirilmesi disfaji ve aspirasyon belirti ve bulgularının izlenmesi, uygun hidrasyon ve beslenme desteğinin sağlanması, gıda ve sıvıların soluk borusuna aspire edilme olasılığının azaltılması ve oral alımın yeniden sağlanması ile gelişecek komplikasyonların önlenmesini amaçlamaktadır.

Fiberoptik Endoskopik Yutma Çalışması (FEYÇ)

FEYÇ burundan geçen ince bir telin ucundaki fiberoptik kamera ile yutma bozukluklarının değerlendirilmesinde gırtlak bölgesini, ses tellerini ve soluk borusunu görmeyi sağlayan bir yöntemdir. Aspirasyon bu testte sadece yutma öncesi veya sonrası oluyorsa gözlenebilir. Bu işlem bir KBB hekimi ile dil ve konuşma terapisti tarafından yapılır.

Klinik Yatak Başı Değerlendirme: Disfaji varlığını gösteren klinik işaretlerin (yutma sırasında öksürme ve yutma sonrası ses değişimi vb.), öksürüğün etkinliğini (boğazı temizleyebilmesi) hastanın bilinç derecesi ve postür kontrolünün, ağız hijyeni ve ağızdaki sekresyonların yönetiminin, ve kendi kendine beslenme yetilerinin bu konuda eğitim almış bir sağlık personeli (hemşire, doktor) veya konuşma ve yutma terapisti tarafından, değerlendirilmesidir.

Multidisipliner Disfaji E kibi: Disfaji riskinin belirlenmesinde, komplikasyonların önlenmesi ve disfaji yönetimi için çalışan sağlık hizmeti veren profesyonellerden (Konuşma ve yutma terapisti, hemşire, hekim ve diyetisyen ve diğer disiplinler) oluşmuş ekibe verilen isimdir. . .Disfaji ekibinde yer alan sağlık disiplinleri üyeleri, sağlık bakımını bağımlı, yarı-bağımlı, bağımsız rollerle sunar. Disfajili hasta birey ve ailesinin tüm gereksinimlerini tek bir sağlık disiplininin, tam olarak karşılayabilmesi imkânsızdır. Bu nedenle sağlık bakımı ekibinin her bir üyesinin kendi disiplinine özgü bilgi, beceri ve davranışlarla rol ve işlevlerini, sorumluluk ve yetkileri doğrultusunda işbirliği içinde yerine getirmesi beklenir.

Postüral Değişiklik: Besin akış yönü ve hızını değiştirerek güvenli yutmanın sağlanması ile aspirasyonun önlenmesini amaçlayan Disfaji tedavisinde kullanılan teknikdir. İnmeli hastalarda yutma tedavisine yönelik temelde 3 postural teknik (Çene Aşağı (ChinThuck), Başı Eğme ve Başı Çevirme) kullanılır.

Sessiz Aspirasyon: Öksürük ya da ses kalitesinde değişiklik olmadan gerçek vokal kordların düzeyinin altına materyal geçişidir.

Tarama: Disfaji olup olmadığını, aspirasyon riski ve oral beslenme için uygunluğu belirlemek için yapılan prosedüre verilen isimdir. .Hemşire tarafından yapılan disfaji taramanın amacı, konuşma-dil patolojisi uzmanları tarafından yapılacak daha ileri değerlendirmelerin yerini almak değil, Disfajiyle ilgili gözlenebilir işaretleri nicel hale getirmek ve daha ileri değerlendirmeye yönlendirme yapılması için gereken dayanağı sağlamaktır.Tarama süreci, değerlendirme sürecinden farklıdır. Değerlendirme sürecinde, hastaların disfajiye yol açan yapısal ve fizyolojik defisitleri ve onların ciddiyetleri cihaz kullanılarak yapılan yöntemler ile belirlenirken, tarama sürecinde yatak başında yutma değerlendirmesi yapılır.

Videofloroskopik Değerlendirme (Modifiye Baryum Yutma Çalışması MBYÇ)

Bu değerlendirme yutma bozukluklarını tespit etmek için en kapsamlı bilgi veren testtir. Bu değerlendirme radyolog ve konuşma terapisti tarafından yapılır. Hastalara içine baryum karıştırılmış farklı kıvamlarda yiyecek verilir. Hastanın bu yiyeceği yutarken yaptığı işlem röntgen ışığında görüntülenir. Bu değerlendirmede aspirasyon ve penetrasyon kolayca gözlenebilir. Yutma fazlarının hepsi gözlenebilir. Böylelikle hastaların beslenme programları ve gerekliyse uygulanacak terapiler belirlenir. Bu değerlendirmenin yapılabilmesi için hastanın uyanık olması, yemeği ağıza istemli olarak ve kabul edilebilir bir sürede alabilmesi ve ayakta veya oturabilir pozisyonda belirli bir süre kalabilmesi gereklidir.

Tarama Öncesi Yapılması Gerekenler

- Tarama testine başlanmadan önce hastanın bilinç düzeyi ve postürel kontrol becerisi değerlendirilmeli.
- Eğer hasta aktif olarak işbirliğinde bulunuyor ve dik pozisyonda desteklenerek durabiliyorsa tarama yapılmalı.
- Hastanın uyanık ve koopere olduğundan emin olunmalı.

Tarama Süreci

Tarama sürecinde hasta;

- Hastaya ağzını açması söylenir; ağız hijyeni, dişler ve sekresyon yönünden gözlenir
- Hastadan öksürmesi istenir, böylece hava yolunu koruma yeteneği değerlendirilir.
- Eğer güçlü öksüremiyor veya solunum güçlüğü varsa ya da solunum sıkıntısından kuşkulanılıyorsa, tarama bu aşamada sonlandırılmalı ve aspirasyon riski bulunduğundan hastanın oral alımı durdurulmalıdır.
- Hastaya öncelikle birkaç yudum su verilerek solunum sıkıntısı veya öksürme bulguları, lıkırtı veya ıslak ses ve larengeal hareket izlenmelidir.

- Test sırasında ıslak ses kalitesi ve öksürüğün tespit edilen hastaların; testi geçemediği kabul edilir ve disfaji etiyolojisine yönelik detaylı yutma değerlendirmesi için yönlendirilmelidir.

Tarama Sonrası

- Tarama test negatif (geçti) olan hastalarda verilen su miktarı arttırılarak sürekl izlenir; disfaji bulguları yoksa aynı denemeler yogurt, yumuşak veya normal kıvamlı yiyeceklerle sürdürülmelidir.
- Bu seviyedeki hastaların ilk bir kaç öğün sırasındaki oral alımları, vital bulguları, sessiz aspirasyon riski ve güvenli ve etkin yutkunma açısından izlenmelidir.
- Tarama testi pozitif (kaldı) olan inme geçiren kişiler tam bir değerlendirme için konuşma ve yutma terapistine yönlendirilmelidir.
- Oral alımın kuşkulu olduğu durumlarda bireye yutkunma değerlendirmesi yapılana kadar ağızdan hiç bir şey verilmemelidir. Bu durumda oral kavitenin patojenik bakterilerle kolonizasyonunu önlemek üzere iyi bir ağız bakımı verilmelidir.

EK:15: Disfaji yönetimi ile ilgili hazırlanan broşürler

YÖNETİM
TARAMA
İZLEM
DİSFAJİYE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

TARAMA

HEMŞİRE TARAFINDAN YAPILAN TARAMA:

- HASTALARDA DİSFAJİ OLUP OLMADIĞINI,
- ASPİRASYON RİSKİ
- ORAL BESLENME İÇİN UYGUNLUĞU BELİRLEMEK İÇİN

HAZIRLAYAN
EMİNE ÖZER KÜÇÜK

Ne Zaman ?

Akut inme geçiren tüm hastalar, **hastane başvurularının ilk 4-24 saat içinde**, hastaya **su, besin ve oral yolla ilaç verilmesinden önce** yutma fonksiyonları açısından **mümkün olduğu kadar** erken taranmalıdır.

Kim Tarafından ?

Disfaji taramasının, bu konuda **eğitim almış bir sağlık personeli (hemşire, doktor) veya konuşma ve yutma terapisti** tarafından yapılır.

Ne İle ?

- Disfaji taramasının yatak başı su yutma testi ile yapılması önerilmektedir.
- Su yutma testinde hastaya su içirilerek yutma fonksiyonu değerlendirilir.
- Normal bireyler 20 ml civarındaki suyu bir kerede yutarlar. Yutma bozukluğu olan hasta bunu yapamaz ve 20 ml veya daha az miktarlardaki suyu iki veya daha fazla kerede yutma ihtiyacı duyar.

Yatak Başı Su İçme Değerlendirme Testi:

Bardaktan 10 ml su içerken:(0/6) Duraksamadan -0
Bölerek -1
Öksürük yok -0
Var -1
Seste çatallanma yok -0
Var -1
Ağız kenarından su akma yok -0
Var -1
Laringeal hareket var -0
yok -1
Pulse oximetre ile oksijen saturasyonunda düşme yok -0
%2 ve daha fazla düşme -1

0-2 puan - Normal
3-6 puan – Disfajik olarak kabul edildi.

Ne Sıklıkla Yapılmalı ?

- İnmenin erken döneminde disfaji değerlendirilmesi yatak başında günlük olarak yapılmalıdır.
- Disfajinin devam etmesi durumunda, haftada iki kez ve taburculuk öncesinde olarak değerlendirilmeli.
- Disfajinin devam, etmesi durumunda altı aya kadar aylık olarak disfaji değerlendirilmesi yapılmalıdır.

KOMPLİKASYONLAR

- ☑ Yatış süresinin uzaması
- ☑ Tekrarlı yatış
- ☑ Bağımlılığının artması
- ☑ Yaşam kalitesinin azalması
- ☑ Rehabilitasyona geç başlanması
- ☑ Bakım maliyetinin artması
- ☑ Mortalite oranlarında artışa neden olur.

TÜM BU KOMPLİKASYONLARIN ÖNLENMESİ İÇİN



Disfajiye hemşirelik yaklaşımı
TARAMA, İZLEM VE YÖNETİM
olmak üzere 3'e ayrılır

İNME VE DİSFAJİ



DİSFAJİ İNME SONRASINDA EN SIK GÖRÜLEN KOMPLIKASYONLARDAN BİRİDİR

HAZIRLAYAN
EMİNE ÖZER KÜÇÜK

İNME VE DİSFAJİ

Disfaji serebral korteksten kraniyal kaslara dek nöromusküler sistemin herhangi yerindeki bir hastalık nedeni ile ortaya çıkabilir.

DİSFAJİ

Besinin ağıza alınışından mideye geçişine kadar olan süreçte meydana gelen bozukluktur.

İNMEDEN SONRAKİ İLK 3 GÜN İÇERİSİNDE HASTALARIN YARISINDAN ÇOĞU YUTMA GÜÇLÜĞÜ YAŞAMAKTADIR

İNMELİ HASTALARDA DİSFAJİ BELİRTİ VE BULGULARI KONUSUNDAKİ FARKINDALIK ÇOK ÖNEMLİDİR

ÇÜNKÜ İYİ YÖNETİLEMEYEN DİSFAJİ; KOMPLİKASYONLARIN GELİŞİMİNE NEDEN OLMAKTADIR.

KOMPLİKASYONLAR



Malnutrisyon



Dehidratasyon



Aspirasyon pnömonisi

AĞIZ BAKIMI

Disfaji olan her hasta için, uygun bir ağız bakımı protokolü ile ağız bakımı verilmelidir.

Ağız bakımının sağlanmasında hastanın bağımlılık derecesine göre onlara yardım edilir.

SIKLIĞI

Ağız bakımının sıklığı, hastanın durumuna göre değişmekle birlikte, günde en az iki defa (diş fırçalama, ağız bakımı) verilmelidir.

Disfajisi olan bireyler daha sık oral bakıma gereksinimleri olabilir.

Ağız bakım sıklığının belirlenmesinde, ağız mukozasının günlük olarak değerlendirilmesi hemşirelere yol gösterici olacaktır.

NASIL?

Disfajisi olan bireylerde lokmayı ağızdan temizlemede güçlüğe bağlı, kalıntılar birikmesinden dolayı yanaklar ve diş etleri arasındaki boşluklar iyice temizlenir.

Ağız bakımında kullanılan solüsyonlar tercih edilirken mukozayı irrite etmemesi, kurutmaması ve plakları uzaklaştırması gibi özellikleri açısından değerlendirilmelidir.

HASTA EĞİTİMİ

Hasta ve bakıcılara pnömoni riskini daha da azaltmak için ağız bakımının önemi , uygun ağız hijyen malzemelerinin seçimi ve kullanımı konusunda bilgi verilmelidir.

Hastaya disfajiye özgü ağız bakımına yönelik uygulamalar öğretilmelidir

DİSFAJİ VE AĞIZ HİJYENİ



İNMELİ HASTALARDA, DİSFAJİ VE KÖTÜ AĞIZ HİJYENİ ASPİRASYON PNÖMONİSİNİN OLUŞMASINA ZEMİN HAZIRLAR.

Ağız hijyenin yetersiz olduğunda, lokmayı ağızdan temizlemede güçlüğe bağlı, kalıntıların birikmesi ile ağızda bakteri oluşumuna yol açmakta ve salya ile bu bakteriler yutulmakta veya disfajiden dolayı akciğerlere aspire edilmektedir.

HAZIRLAYAN
EMİNE ÖZER KÜÇÜK

ÖNEMİ

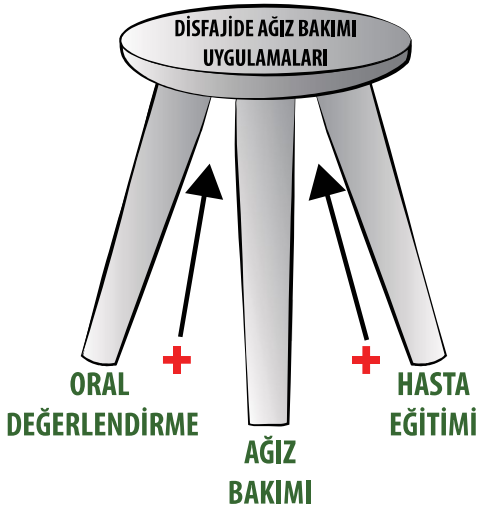
- Ağız bakımı, hem beslenme sonrası ağızda kalan kalıntıları önleyerek hem de oral floranın bakteri yükünü azaltarak aspirasyon pnömonisini önlemektedir.
- Kanıta dayalı olarak yapılacak olan ağız bakımı,akciğerlere ulaşabilecek ve yerleşebilecek mikroorganizmaların sayısını azaltmak için önemlidir.
- Aspirasyon pnömonisini önlemede ağız bakımı yapmanın etkili olduğu gösterilmiştir.
- Yatak başı yutma değerlendirmesi, aspirasyon pnömonisini önlemek için, ağız hijyeni ve ağızdaki sekresyonların yönetimini de içermelidir.

- Aspirasyon pnömonisini önlemede ağız bakımı yapmanın etkili olduğu gösterilmiştir.
- Yatak başı yutma değerlendirmesi, aspirasyon pnömonisini önlemek için, ağız hijyeni ve ağızdaki sekresyonların yönetimini de içermelidir.

AMAÇ

- ☑ Ağzı rahat, temiz, nemli ve enfeksiyondan arınmış bir durumda tutmak.
- ☑ Bireyin doğru ağız hijyeni uygulamalarını öğrenmesini sağlamak.

HEMŞİRENİN AĞIZ HİJYENİNE İLİŞKİN SORUMLULUĞU



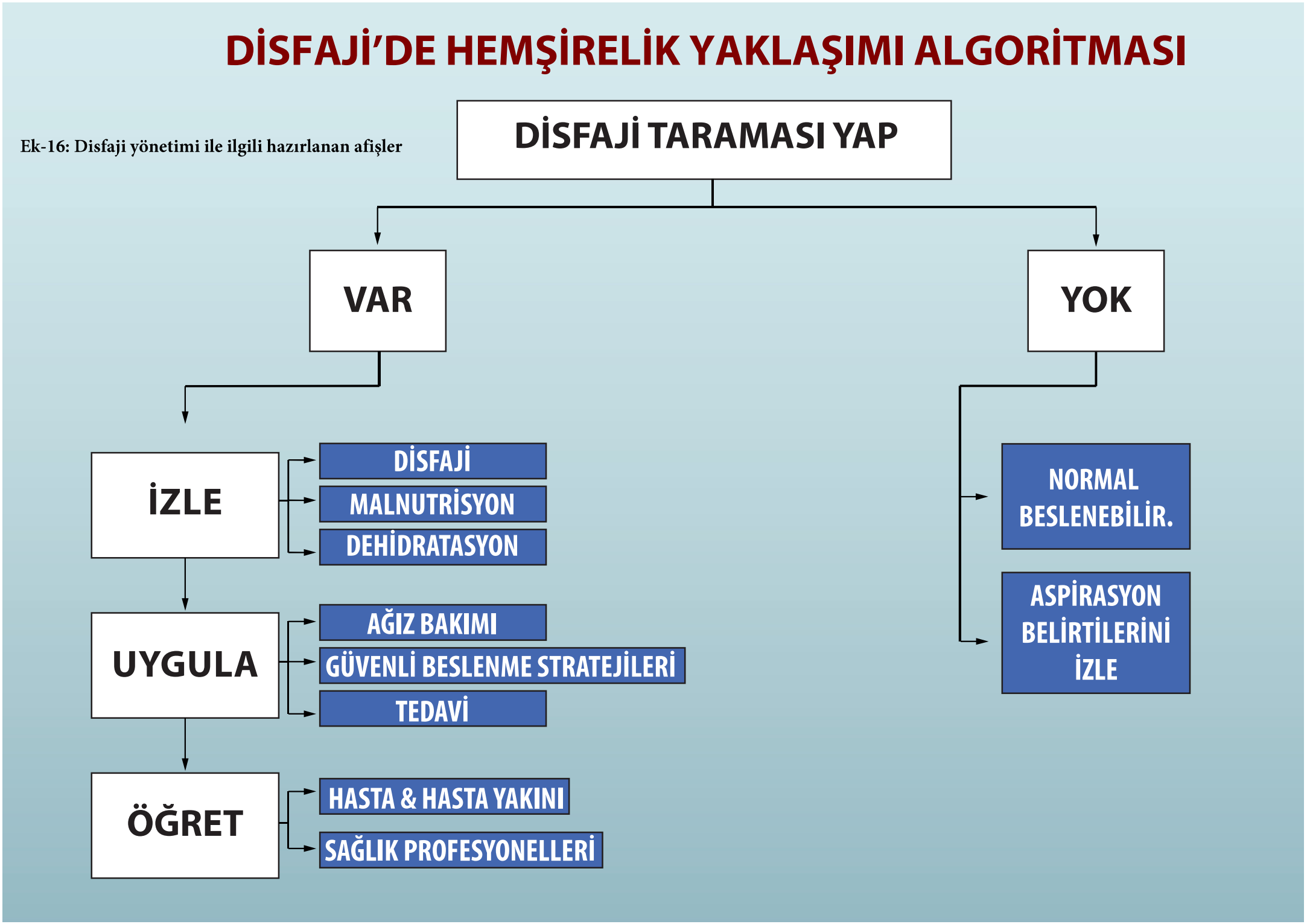
ORAL DEĞERLENDİRME

Etkili bir ağız bakımı iyi bir tanılama ile gerçekleşir.

Ağız mukozasının günlük gözlenmesi, enfeksiyonların erken dönemde fark edilmesi ve bakımın sıklığına karar verilmesi açısından oldukça önemlidir.

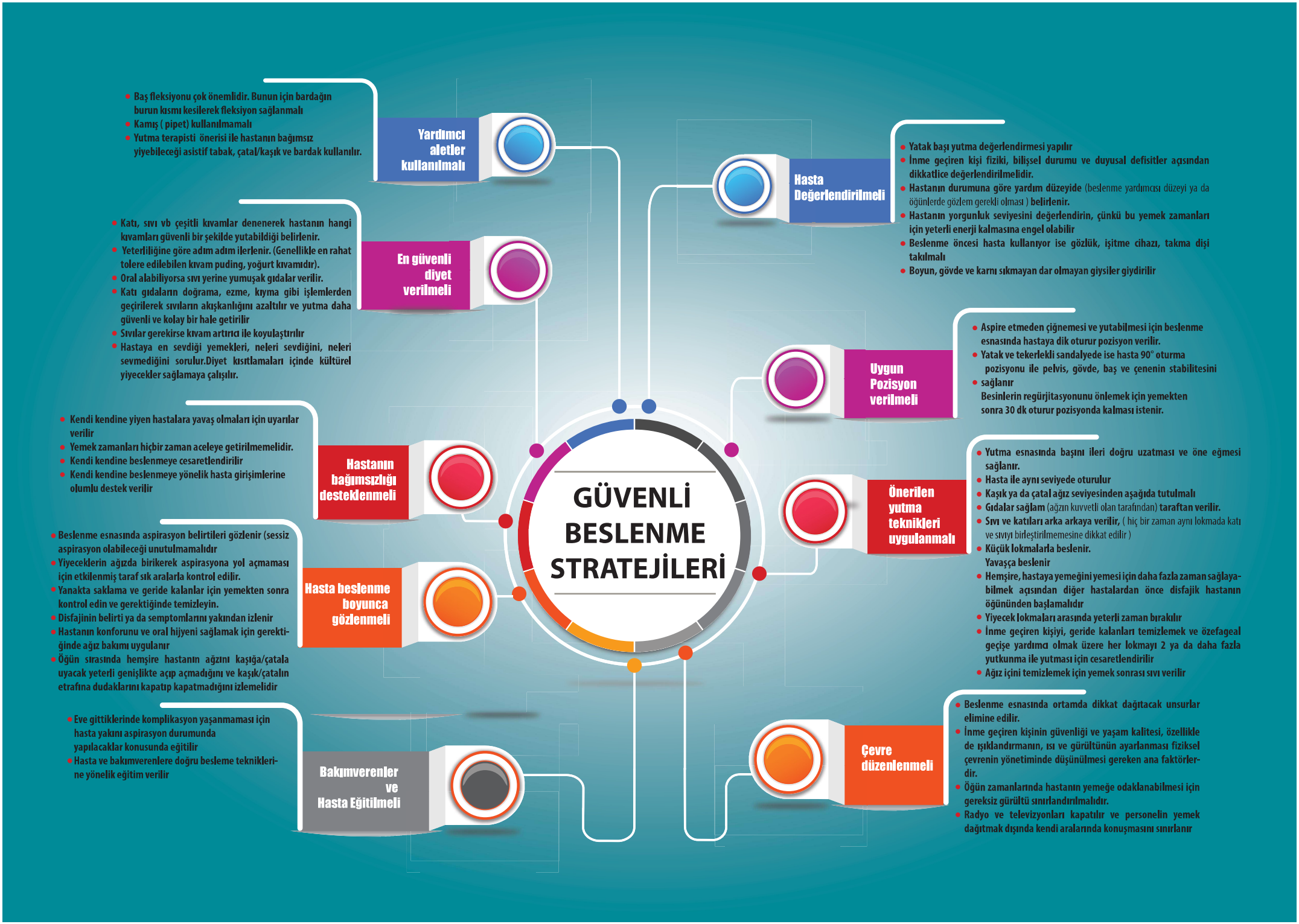
Oral değerlendirme, hemşirenin sorumluluğundadır ve değerlendirme sıklığı hastanın ihtiyacına göre değişebilir.

Ek-16: Disfaji yönetimi ile ilgili hazırlanan afişler



GÜVENLİ BESLENME STRATEJİLERİ

- Hasta değerlendirilmeli
- Uygun Pozisyon verilmeli
- Önerilen yutma teknikleri uygulanmalı
- Çevre düzenlenmeli
- Yardımcı aletler kullanılmalı
- En güvenli diyet verilmeli
- Hasta beslenme boyunca gözlenmeli
- Hastanın bağımsızlığı desteklenmeli
- Bakımverenler ve hasta eğitilmeli


GÜVENLİ BESLENME STRATEJİLERİ
Yardımcı aletler kullanılmalı
Baş fleksiyonu çok önemlidir. Bunun için bardağın burun kısmı kesilerek fleksiyon sağlanmalı
Kamış (pipet) kullanılmamalı
Yutma terapisti önerisi ile hastanın bağımsız yiyebileceği asistif tabak, çatal/kaşık ve bardak kullanılır.
En güvenli diyet verilmeli
Katı, sıvı vb çeşitli kıvamlar denenerek hastanın hangi kıvamları güvenli bir şekilde yutabildiği belirlenir.
Yeterliliğine göre adım adım ilerlenir. (Genellikle en rahat tolere edilebilen kıvam puding, yoğurt kıvamıdır).
Oral alabiliyorsa sıvı yerine yumuşak gıdalar verilir.
Katı gıdaların doğrama, ezme, kıyma gibi işlemlerden geçirilerek sıvıların akışkanlığını azaltılır ve yutma daha güvenli ve kolay bir hale getirilir
Sıvılar gerekirse kıvam artırıcı ile koyulaştırılır
Hastaya en sevdiği yemekleri, neleri sevdiğini, neleri sevmediğini sorulur.Diyet kısıtlamaları içinde kültürel yiyecekler sağlamaya çalışılır.
Hastanın bağımsızlığı desteklenmeli
Kendi kendine yiyen hastalara yavaş olmaları için uyarılar verilir
Yemek zamanları hiçbir zaman aceleye getirilmemelidir.
Kendi kendine beslenmeye cesaretlendirilir
Kendi kendine beslenmeye yönelik hasta girişimlerine olumlu destek verilir
Hasta beslenme boyunca gözlenmeli
Beslenme esnasında aspirasyon belirtileri gözlenir (sessiz aspirasyon olabileceği unutulmamalıdır
Yiyeceklerin ağızda birikerek aspirasyona yol açmaması için etkilenmiş taraf sık aralarla kontrol edilir.
Yanakta saklama ve geride kalanlar için yemekten sonra kontrol edin ve gerektiğinde temizleyin.
Disfajinin belirti ya da semptomlarını yakından izlenir
Hastanın konforunu ve oral hijyeni sağlamak için gerektiğinde ağız bakımı uygulanır
Öğün sırasında hemşire hastanın ağzını kaşığa/çatala uyacak yeterli genişlikte açıp açmadığını ve kaşık/çatalın etrafına dudaklarını kapatıp kapatmadığını izlemelidir
Bakımverenler ve Hasta Eğitilmeli
Eve gittiklerinde komplikasyon yaşanmaması için hasta yakını aspirasyon durumunda yapılacaklar konusunda eğitilir
Hasta ve bakımverenlere doğru besleme tekniklerine yönelik eğitim verilir
Hasta Değerlendirilmeli
Yatak başı yutma değerlendirmesi yapılır
İnme geçiren kişi fiziki, bilişsel durumu ve duyusal defisitler açısından dikkatlice değerlendirilmelidir.
Hastanın durumuna göre yardım düzeyide (beslenme yardımcısı düzeyi ya da öğünlerde gözlem gerekli olması) belirlenir.
Hastanın yorgunluk seviyesini değerlendirin, çünkü bu yemek zamanları için yeterli enerji kalmasına engel olabilir
Beslenme öncesi hasta kullanıyor ise gözlük, işitme cihazı, takma dişi takılmalı
Boyun, gövde ve karnı sıkmayan dar olmayan giysiler giydirilir
Uygun Pozisyon verilmeli
Aspire etmeden çiğnemesi ve yutabilmesi için beslenme esnasında hastaya dik oturur pozisyon verilir.
Yatak ve tekerlekli sandalyede ise hasta 90° oturma pozisyonu ile pelvis, gövde, baş ve çenenin stabilitesini
sağlanır
Besinlerin regürjitasyonunu önlemek için yemekten sonra 30 dk oturur pozisyonda kalması istenir.
Önerilen yutma teknikleri uygulanmalı
Yutma esnasında başını ileri doğru uzatması ve öne eğmesi sağlanır.
Hasta ile aynı seviyede oturulur
Kaşık ya da çatal ağız seviyesinden aşağıda tutulmalı
Gıdalar sağlam (ağzın kuvvetli olan tarafından) taraftan verilir.
Sıvı ve katıları arka arkaya verilir, (hiç bir zaman aynı lokmada katı ve sıvıyı birleştirilmemesine dikkat edilir)
Küçük lokmalarla beslenir.
Yavaşça beslenir
Hemşire, hastaya yemeğini yemesi için daha fazla zaman sağlayabilmek açısından diğer hastalardan önce disfajik hastanın öğününden başlamalıdır
Yiyecek lokmaları arasında yeterli zaman bırakılır
İnme geçiren kişiyi, geride kalanları temizlemek ve özefageal geçişe yardımcı olmak üzere her lokmayı 2 ya da daha fazla yutkunma ile yutması için cesaretlendirilir
Ağız içini temizlemek için yemek sonrası sıvı verilir
Çevre düzenlenmeli
Beslenme esnasında ortamda dikkat dağıtacak unsurlar elimine edilir.
İnme geçiren kişinin güvenliği ve yaşam kalitesi, özellikle de ışıklandırmanın, ısı ve gürültünün ayarlanması fiziksel çevrenin yönetiminde düşünülmesi gereken ana faktörlerdir.
Öğün zamanlarında hastanın yemeğe odaklanabilmesi için gereksiz gürültü sınırlandırılmalıdır.
Radyo ve televizyonları kapatılır ve personelin yemek dağıtmak dışında kendi aralarında konuşmasını sınırlanır



9. ÖZGEÇMİŞ

Sayın Özer Küçük 1981 yılında Osmaniye'de doğdu.2006 yılında Hacettepe Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümünden lisans, aynı üniversitenin İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda 2009 yılında yüksek lisans, 2018 yılında ise doktora bölümünden mezun oldu. 2001 yılında hemşire olarak başladığı itibaren yoğun bakım hemşiresi, supervisör, eğitim ve kaliteden sorumlu başhemşire yardımcısı gibi çeşitli görevlerde bulunmuştur. 2014 yılından itibaren Uzman Hemşire olarak ANEAH Sağlık Teknolojileri Değerlendirme merkezinde çalışmaktadır. Aynı zamanda GEYVES (Gerçek Yaşam Verisi Sağlama) Merkezininde görevlidir. Kanıta dayalı hemşirelik çalışma grubunun kurucularından olup grubun genel sekreterliğini yürütmektedir. Kanıta dayalı hemşirelik ve Sağlık Teknolojileri Değerlendirme konularında çalışmaları sürmektedir. Evli ve iki çocuk annesidir.