



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

REHABİLİTASYON HASTANESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELLERİNİN DİSFAJİ HAKKINDAKİ
FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ

Esra ACIELMA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK

DİYARBAKIR- 2022



ESRA ACIELMA	DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.	YÜKSEK LİSANS TEZİ	DİYARBAKIR-2022
--------------	------------------------------------	--------------------	-----------------



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

REHABİLİTASYON HASTANESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELLERİNİN DİSFAJİ HAKKINDAKİ
FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ

Esra ACIELMA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK

DİYARBAKIR- 2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ONAY

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Esra ACIELMA'nın hazırladığı “Rehabilitasyon Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Disfaji Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi” başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarih:/.../20..

Danışman Prof. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK

Jüri Üyeleri

İmza

Üye	Prof. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK	Dicle Üniversitesi
Üye	Prof. Dr. Ahmet TARCAN	Dicle Üniversitesi
Üye	Op. Dr. Bilal SİZER	İstanbul Arel Üniversitesi

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/.../20.. tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Mahmut BALKAN
Dicle Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

...../...../20...

Esra ACIELMA

İmza

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca akademik bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, bu çalışmanın her aşamasında emeği geçen kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK'e teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca ilgi ve desteğini hep hissettiğim, her türlü sorunumla yakından ilgilenip yol gösteren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, değerli hocam Prof. Dr. Ahmet TARCAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Bir telefon uzaklığında ama hep yanımda olan kıymetli dostlarım Merve Pınar ŞAŞMAZ'a ve Büşra TEKER'e teşekkür ederim.

Çalışmamda yardım ve desteğini esirgemeyen kıymetli arkadaşlarım Uzm. DKT. Namık Yücel BİROL'a ve Fzt. Muhammed AKMAN'a teşekkür ederim.

Tezimin istatistik değerlendirmelerinde bana yardımcı olan Feyza İNCEOĞLU'na teşekkür ederim.

Tüm yaşamım boyunca destekleriyle, sevgileriyle her daim yanımda olan canım aileme, sonsuz, sınırsız, koşulsuz sevgisi için varlığına şükrettiğim değerli anneme sonsuz teşekkür eder, bu çalışmayı ona ithaf ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	V
İÇİNDEKİLER	III
KISALTMALAR ve SİMGELER	VI
ŞEKİL ve RESİM LİSTESİ	VII
TABLO LİSTESİ	VIII
EKLER LİSTESİ	IX
1. ÖZET.....	1
1.1 Türkçe Özet	1
1.2. Abstract	2
2. GİRİŞ ve AMAÇ	3
3. GENEL BİLGİLER.....	5
3.1. Yutma Fonksiyonu	5
3.1.1. Yutma ile ilgili anatomik yapılar	5
3.1.1.1. Oral kavite.....	5
3.1.1.2. Farinks.....	6
3.1.1.3. Larinks	6
3.1.2.Yutmanın fizyolojisi	6
3.1.2.1. Oral faz.....	7
3.1.2.2. Faringeal faz.....	7
3.1.2.3. Özefageal faz.....	8
3.1.3. Yutmanın nöral kontrolü.....	9
3.1.4. Aspirasyon ve penetrasyon	10

3.2. Disfaji	10
3.2.1. Disfaji epidemiyolojisi ve demografik özellikleri	10
3.2.2. Disfaji çeşitleri	12
3.2.2.1. Oral disfaji.....	12
3.2.2.2. Faringeal disfaji.....	12
3.3. Yutma Bozukluğunun Klinik Değerlendirmesi	13
3.3.1. Yatak başı yutma taraması	14
3.3.2. Yutma bozukluğunun enstrümental değerlendirilmesi	14
3.3.2.1. Videofloroskopi (VFS).....	14
3.3.2.2. Fiberoptik endoskopik yutma çalışması (FEYÇ)	15
3.3.2.3. Manometri	15
3.3.2.4. Yüzeyel elektromiyografi (sEMG).....	16
3.5. Disfajide Tedavi	16
3.5.1. Diyet modifikasyonu.....	17
3.5.2. Kompanse edici manevralar.....	17
3.5.3. Yutma işlevini iyileştirmeyi amaçlayan müdahaleler.....	18
3.6. Disfajide Multidisipliner Yaklaşım	18
3.6.1. Disfaji yönetiminde sağlık profesyonellerinin rolü	19
4. GEREÇ VE YÖNTEM	21
4.1. Araştırma Modeli.....	21
4.2. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	21
4.3. Araştırmanın Genel Planı ve Verilerin Toplanmasında Kullanılan Anket.....	21
4.4. İstatistiksel Analiz	22
5. BULGULAR	23

5.1. Eğitim Hayatında Disfaji Eğitimi Görme, Hastada Disfajiye Dikkat Edilme Durumu, Disfaji Hastasına Bakma Yüzdesine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	25
5.2. Yutma Bozukluğu Gözlemlenen Hastalık Türlerine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	26
5.3. Disfaji Teşhisinde Kullanılan Yöntemlere Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	28
5.4. Rehabilitasyon Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Disfaji Göstergesi Olarak Semptomları Tanımlamasında Tutarlılık Karşılaştırması.....	30
5.5 Disfajinin Orta veya Uzun Süreli Mortaliteyi Etkileyip Etkilemediği Düşüncesine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	31
5.6. Bölümler Arasında (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Sağlık Çalışanlarının Yutma Yönetimine Katılımında Tutarlılık	32
5.7. Bölümler Arasında (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Sağlık Çalışanları Arasında Disfaji Yönetiminde Dil ve Konuşma Terapistlerinin Rolünü Belirlemede Tutarlılık.....	33
5.8. Çalışılan Hastanede Yatak Başı Yutma Değerlendirmesi Yapan Kişiye Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması	34
6. TARTIŞMA	37
7. SONUÇ.....	40
8. KAYNAKÇA	41
9. ÖZGEÇMİŞ.....	47
10. EKLER.....	49
11. ORJİNALLİK RAPORU.....	57

KISALTMALAR ve SİMGELER

SPSS: Statistical Program in Social Sciences

KS: Kraniyal Sinir

ÜÖS: Üst Özefageal Sfinkter

AÖS: Alt Özefageal Sfinkter

EAT-10: Eating Assessment Tool

VFS: Videofloroskopi

FEYÇ: Fiberoptik Endoskopik Yutma Çalışması

sEMG: Yüzeysel Elektromiyografi

EMG: Elektromiyografi

KBB: Kulak Burun Boğaz

PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi

MS: Multiple Skleroz

ALS: Amyotrofik Lateral Skleroz

VFSS: Videofluoroscopic Swallowing Study

FTR: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

ŞEKİL ve RESİM LİSTESİ

Şekil 1: Videoflorografik Kayıtlarla Normal Yutmanın Gerçekleşmesini Gösteren Diyagram.....	8
Şekil 2: Mesleki Tecrübe Yılına Göre Katılımcıların Dağılımları.....	23
Şekil 3: Hastada Disfajiyi Göz Önünde Bulundurmalarına Göre Katılımcıların Dağılımları.....	24
Şekil 4: Disfaji Eğitimi Almasına Göre Katılımcıların Dağılımları.....	24
Şekil 5: Sağlık Çalışanlarının (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Dil ve Konuşma Terapistine Yönlendirme Sıklığı.....	36
Şekil 6: Disfaji Farkındalığı Gelişmesi Grafiği.....	36
Resim 1: Temel Orofaringeal Yapılar.....	6
Resim 2: Yutmanın Evreleri.....	7

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Disfajiye Neden Olan Hastalıklar ve Bozukluklar.....	11
Tablo 2: Disfajinin Enstrümental Tanı Araçları.....	16
Tablo 3: Eğitim Hayatında Disfaji Eğitimi Görme, Hastada Disfajiye Dikkat Edilme Durumu, Disfaji Hastasına Bakma Yüzdesine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4: Katılımcıların Yutma Bozukluğu Gözlemlediği Hastalık Türlerine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 5: DisfajiTeşhisinde Kullanılan Yöntemlere Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 6: Sağlık Personelleri Arasında Disfajinin Göstergesi Olarak Semptomları Tanımlamada Tutarlılık.....	31
Tablo 7: Disfajinin Orta veya Uzun Süreli Mortaliteyi Etkileyip Etkilemediği Düşüncesine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 8: Bölümler Arasında (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Sağlık Çalışanlarının Yutma Yönetimine Katılımında Tutarlılık.....	32
Tablo 9: Bölümler Arasında (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Sağlık Çalışanları Arasında Disfaji Yönetiminde Dil ve Konuşma Terapistlerinin Rolünü Belirlemede Tutarlılık.....	33
Tablo 10: Çalışılan Hastanede Yatak Başı Yutma Değerlendirmesi Yapan Kişiye Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması.....	34

EKLER LİSTESİ

Ek 1: Etik Kurul Onamı.....	49
Ek 2: Katılımcı Onam Formu.....	50
Ek 3: Çalışmada Kullanılan Anket.....	52



1. ÖZET

1.1 Türkçe Özet

REHABİLİTASYON HASTANESİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN DİSFAJİ HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ

Öğrencinin Adı ve Soyadı: Esra ACIELMA

Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK

Anabilim Dalı: Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Amaç: Bu araştırmanın amacı rehabilitasyon hastanesinde görev yapan ve yutma bozuklukları belirtilerini ve semptomlarını gözlemleme olasılığı daha yüksek olan sağlık personelinin disfaji bilgisi ve disfaji yönetiminde dil ve konuşma terapistlerinin rolü ile ilgili farkındalık düzeyini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma için betimsel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya rehabilitasyon hastanesinde çalışan 42 fizyoterapist, 30 hemşire ve 30 doktor katılmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan ‘Rehabilitasyon Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Disfaji Farkındalık Anketi’ kullanılmıştır. Veriler SPSS 25 programı ile ki-kare analizi yapılarak elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmada disfaji değerlendirme yöntemlerinden en sık başvurulanan disfaji için klinik kanıt ve yatak başı yutma değerlendirmesi olduğu görülmüştür. Disfaji rehabilitasyonunda dil ve konuşma terapistinin hastayı, bakıcıyı ve sağlık çalışanını güvenli oral alım teknikleri konusunda bilgilendirmek rolü en yüksek tutarlılığa sahip cevap olmuştur. Disfaji rehabilitasyonu için dil ve konuşma terapistlerine sevk oranları düşük bulunmuştur. Fizyoterapist ve hemşirelerin doktorlara oranla disfaji eğitiminde eksiklik görülmüştür.

Sonuç: Sağlık personellerinin disfaji yönetimi ve dil ve konuşma terapistinin rolü konusunda bilgi ve farkındalıklarının yetersiz olduğu görülmüştür. Bu çalışma, rehabilitasyon hastanesinde disfajinin etkili yönetimi için sağlık personelinin disfaji farkındalığı ve bilgisi, multidisipliner ekip çalışması ile disfaji yönetiminde disiplinler arası işbirliğin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Disfaji, Rehabilitasyon Hastanesi, Yutma, Farkındalık, Sağlık Personeli

1.2. Abstract

EXAMINING THE AWARENESS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS WORKING IN THE REHABILITATION HOSPITAL ABOUT DYSPHAGIA

Student's Surname and Name: Esra ACIELMA

Adviser of Thesis: Prof.Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK

Department: Department of Language and Speech Therapy

Aim: The aim of this research is to examine the level of awareness of medical personnel working in a rehabilitation hospital who are more likely to observe signs and symptoms of swallowing disorders about the knowledge of dysphagia and the role of language and speech therapists in the management of dysphagia.

Material and Method: Descriptive research method was used for this research. 42 physiotherapists, 30 nurses and 30 doctors working in a rehabilitation hospital participated in the study. The 'Dysphagia Awareness Questionnaire of Medical Personnel Working in Rehabilitation Hospital' created by the researchers was used. The data were obtained by performing chi-square analysis using SPSS 25 program.

Results: In the study, it was seen that the most commonly used dysphagia assessment methods were clinical evidence for dysphagia and bedside swallowing assessment. The role of the language and speech therapist in the rehabilitation of dysphagia in informing the patient, caregiver and health worker about safe oral intake techniques has been the response with the highest consistency. Referral rates to language and speech therapists for the rehabilitation of dysphagia were found to low. There has been a lack of dysphagia education of physiotherapists and nurses compared to doctors.

Conclusion: It has been observed that the knowledge and awareness of medical personnel about dysphagia management and the role of language and speech therapist are insufficient. This study highlights the importance of decontamination awareness and knowledge of medical personnel, multidisciplinary teamwork and interdisciplinary cooperation in dysphagia management for effective management of dysphagia in rehabilitation hospital.

Key Words: Dysphagia, Rehabilitation Hospital, Swallowing, Awareness, Health Personnel

2. GİRİŞ ve AMAÇ

Beslenme insanın en temel ihtiyaçlarından biridir. Beslenme sadece fiziksel bir ihtiyaç olmayıp aynı zamanda psikososyal öneme sahiptir. Bu yüzden beslenmede karşılaşılan herhangi bir bozukluk, hastayı hem fiziksel hem sosyal olarak etkilemektedir (1). Yutma, anne karnında 26 haftalık iken başlayıp yaşam boyu devam eder. Yutma ile yaşamın devamı için gerekli olan besin ve sıvı girişi gerçekleşir. Besinin ağızdan alınıp mideye varıncaya kadar olan seyrinde gelişen olaylardan herhangi birinde meydana gelen zorluk yutma bozukluğu ya da disfaji olarak tanımlanır (2).

Rehabilitasyon; doğuştan ya da sonradan hastalık, kaza ya da yaralanma nedeniyle bir kısım yeteneklerini kaybetmiş bireyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden mümkün olan en iyi düzeye ulaştırarak kendine, ailesine, topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen tedavi edici bir çalışma sürecidir (3). Türkiye’de bulunan rehabilitasyon hastaneleri de multidisipliner çalışma ekibi ile hastaya bütüncül tedavi imkanı sunarak hayat kalitesini artırmayı amaçlamaktadır.

Rehabilitasyon hastanelerinde tedaviye alınan hasta grupları ağırlıklı olarak inme, multiple skleroz, parkinson, kas hastalıkları vb. nörolojik hastalıklardır. Bu hastalık gruplarında disfaji patolojiye eşlik eden bir semptom olarak görülmektedir. Bu yüzden tedavi planlamasında göz ardı edilebilmektedir. Disfaji değerlendirmesine eşlik ettiği patolojiye, hasara göre farklı uzmanlık alanlarında bulunan ekibin multidisipliner çalışma yapması gereklidir. Rehabilitasyon hastanelerinde disfaji rehabilitasyonu dil ve konuşma terapistleri öncülüğünde gerçekleşmektedir. Hastanede görev yapmakta olan doktorlar, hemşireler ve fizyoterapistlerin dil ve konuşma terapistine yönlendirmesi sayesinde müdahale ve tedavi planı yapılır. Çalışan sağlık personelleri disfaji ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyi yetersiz olursa disfaji yönetiminde aksaklıklar oluşur. Bu nedenle hastanelerde disfaji değerlendirmesi ve yönetiminin eksikliğinin altında yatan sorunların vurgulanması önemlidir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında hazırladığımız bu çalışmanın amacı, disfajili hastalara daha iyi hizmet sunumunu teşvik etmek için profesyonel ortaklıkların önemini

vurgulamak, disfaji yönetiminde dil ve konuşma terapistlerinin rolü hakkında farklı bölümlerdeki sağlık personellerinin mevcut farkındalık düzeylerinin araştırılması amacıyla planlanmıştır.



3. GENEL BİLGİLER

3.1. Yutma Fonksiyonu

Yutma anne karnında 26 haftalıkken başlayıp yaşam boyu devam eder. Yutma ile yaşam için gerekli olan besin ve su girişi sağlanarak yaşamsal faaliyetler sürdürülür. Yutma, besinin ağız açıklığından mideye geçirilmesi sürecidir ve bu işlem sırasında solunum ile sindirim sistemi kasları hem istemli hem istemsiz olarak motor harekete katılır (2,4).

Yutma kompleks ve sıralı fizyolojik olaylar bütününden oluşur. Dil, dudak, yumuşak damak, farinks, larinks ve özofagus yutma sırasında rol alan anatomik yapılardır (5).

Normal yutma besinin yoğunluğuna bağlı olup 2-4 saniyede gerçekleşir. Ağız ve farinkteki kasların koordinasyonu ile besin özofagustan mideye yönlendirilir (6).

3.1.1. Yutma ile ilgili anatomik yapılar

Yutmada görev alan anatomik yapılar oral kavite, farinks, larinks ve özofagustur.

3.1.1.1. Oral kavite

Ağız boşluğundaki yapılar önde dudaklar, dişler (24 süt dişi, 32 kalıcı), sert damak, yumuşak damak, uvula, mandibula, ağız tabanı, dil ve fasiyal arklardan oluşur (7).

Besinin yutulması, oral kavite içinde hazırlık ile başlar. Dil, ağız boşluğunda en belirgin yutma organı olmasına rağmen, bağımsız olarak çalışmaz. Dil son derece hareketlidir ve mandibula, maksilla ve dil tabanına bağlı bir kas askının üzerinde durur. Dil bolusu 5. KS tarafından innerve edilen dişler, destekleyici kemik yapıları ve çiğneme kasları ile yutmaya hazırlar.

Sert damak oral kavitenin bir parçası olarak kabul edilir ve yumuşak damak, posterior ve lateral faringeal duvarlar ve dilin tabanı ile birlikte orofarinksi oluşturur. Yumuşak damağın hareketi ile nazofarinks orofarinksten ayrılmış olur ve oronazal reflü önlenir. Bu yüzden yumuşak damak kritik öneme sahiptir (8).

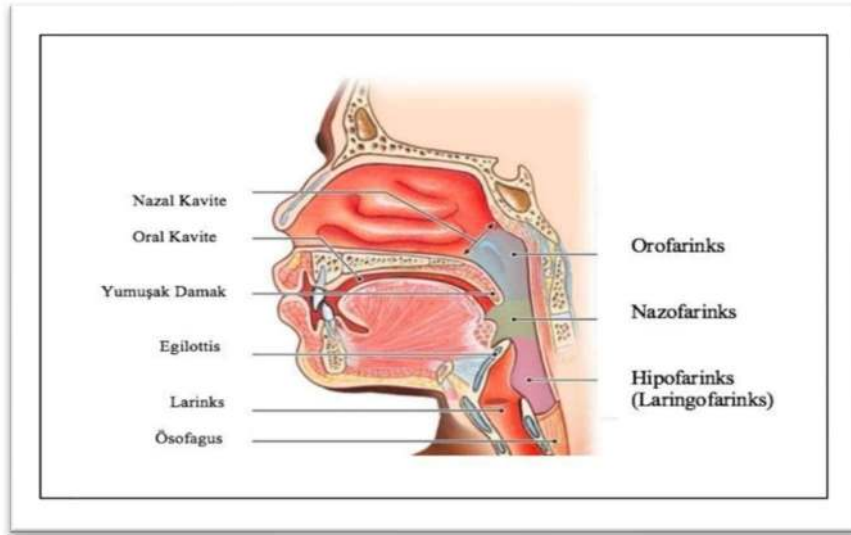
3.1.1.2. Farinks

Farinks nazofarinks, orofarinks ve hipofarinks olmak üzere üç bölümde incelenir.

Nazofarinks yumuşak damak ile orofarinksten ayrılmıştır. Nazal kavitenin arkasında yer almaktadır.

Orofarinks oral kavitede bulunan anterior fausial arkların arka kısmından başlayıp hyoid kemiğin hizasına kadar uzanır.

Hipofarinks larinksin arkasında yer alır ve hiyoid kemikten 6.servikal vertebra hizasındaki özefagus girişinde sonlanır (9).



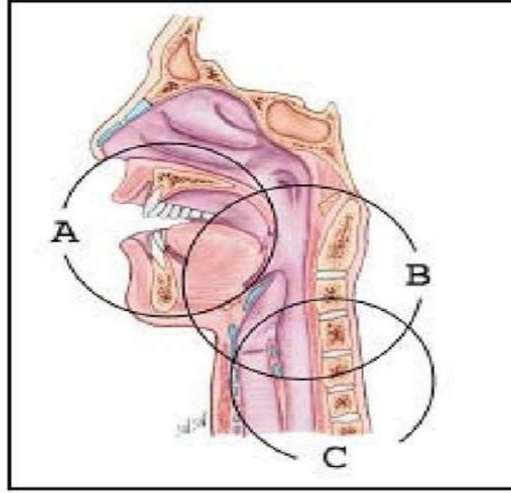
Resim 1. Temel Orofaringeal Yapılar (10)

3.1.1.3. Larinks

Sesin oluşması için temel organdır. Beslenme yolunu trakea ile birbirinden ayırır. Solunumu düzenler, yutma sırasında aspirasyon gerçekleşmesini önler. Valsalva ve etkili öksürme için gereklidir (11).

3.1.2. Yutmanın Fizyolojisi

Yutma işlemi üç faza ayrılır. Bunlar; oral, faringeal ve özafageal faz olarak adlandırılır.



Resim 2. Yutmanın Evreleri (6)

3.1.2.1. Oral faz

Oral faz istemli olarak başlatılır. Bu fazda dudaklar, dil, dişler, mandibula ve yumuşak damak birbiri ile koordine içindedir. Oral fazda besin ağıza alınıp küçük parçalara ayrılır ve salya ile yumuşatılır. Yeterli çiğneme ile uygun hale gelen bolus, sert damağın mekanoreseptörlerle uyarılmasıyla dilin peristaltik hareketleri başlar (12).

Bu fazda gerçekleşen esas hareket bolusun farinkse doğru dil elevasyonu ile itilmesidir. Dilin hareketiyle bolus faringeal faza geçerken, faringeal refleks tetiklenir. Bu fazda larinks kapanır ve kısa süreli olarak solunum durur. Oral kavite ve nazofarinks kapanır (13).

Dil geriye doğru hareket eder ve yumuşak damak yükselerek nazal kaviteye besin kaçmasını engeller. Yutma ve solunumun koordineli çalışması ile yutulan besin havayoluna giremez. Yutma esnasında gerçekleşen solunumun geçici olarak durması (yutma apnesi) ile havayolu korunur (14).

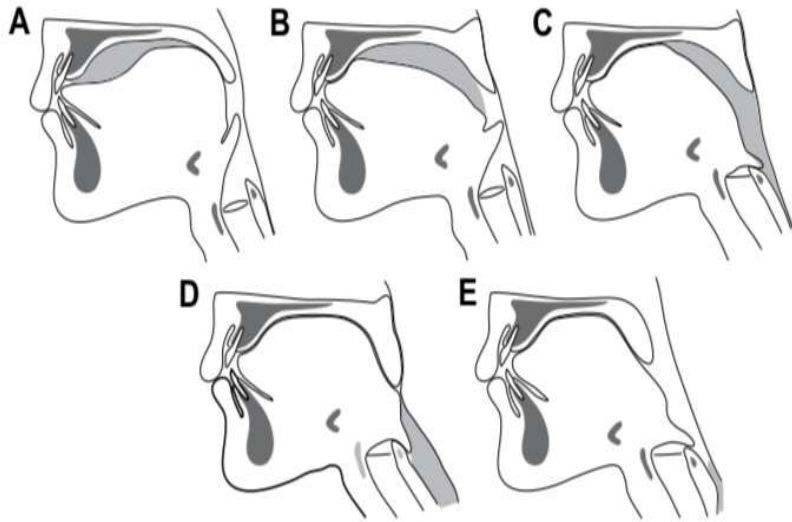
3.1.2.2. Faringeal faz

Faringeal faz bolusun ağız boşluğunun arkasına ulaştığında başlamış olur. Faringeal fazda yumuşak damak yükselirken üst özefageal sfinkter gevşer. Dil bolusu laringiofarinkse iter (15). Farinks içinde bolus ilerler. Larinks havayolunu korumak amacıyla kapanır (16).

Bu sayede bolus havayoluna gitmeyip normal yutma gerçekleşmiş olur. Bu mükemmel denge sayesinde besinin aspirasyonu önlenir. Faringeal faz çok kısa sürede gelişir ve aspirasyon riski en yüksek olan fazdır (17). Faringeal fazda besin özefagusa iletilirken yutma refleksi sayesinde üst özefageal sfinkter gevşer ve özefagusun peristaltik hareketi tetiklenmiş olur (14).

3.1.2.3. Özefageal faz

Yapısı tüpe benzeyen özefagus üst özefageal sfinkterle (ÜÖS) farinksten, alt özefageal sfinkterle (AÖS) mideden ayrılır. Normalde kapalı olan ÜÖS besinin ulaşması ile açılır. Besin özefagusa alınınca sfinkter kapanır. Yutma refleksi ile açığa çıkan peristaltik hareketler ile lokmanın mideye transferi sağlanır. Lokma midede parçalanıp sindirim safhası boyunca besinler absorbe edilir (15,18).



Şekil 1. Videoflorografik Kayıtlarla Normal Yutmanın Gerçekleşmesini Gösteren Diyagram (19)

- A. Bolus, dilin ön yüzeyi ile sert damak arasında “yutmaya hazır” konumda tutulur (oral hazırlık aşamasının sonu). Dil, bolusun dökülmesini önlemek için damağa bastırır.
- B. Bolus, ağız boşluğundan farenkse itilir (oral faz). Dil, bolusu üst kesici dişlerin hemen arkasındaki sert damağa doğru iter.
- (C-D Faringeal faz)

- C. Yumuşak damak yükselir ve nazofarenksi kapatır. Dil-damak temas alanı arkaya doğru yayılır ve bolusu farenks içine sıkıştırır. Epiglot geriye doğru eğilirken gırtlak yukarı ve öne doğru yer değiştirir.
- D. Üst özefageal sfinkter açılır. Dil kökü, bolus çevresinde büzüşen, üstten başlayıp yemek borusuna doğru aşağı doğru ilerleyen faringeal duvarla temas etmek üzere geri çekilir.
- E. Yumuşak damak aşağı iner, hipofarinks ve larinks yeniden açılır. ÜÖS, bolus geçtikten sonra normal kapalı durumuna döner.

3.1.3. Yutmanın nöral kontrolü

Yutmanın nöroregülasyonu, kranial sinirler, beyin sapı, beyincik, subkorteks, limbik korteks ve neokorteks dahil olmak üzere sinir sisteminin farklı seviyelerinde birden fazla afferent ve efferent yolun aktivasyonunu içerir. Yutkunmanın bazı yönleri tamamen refleksif bir düzeyde çalışıyor gibi görünmektedir ancak yutmanın gerçekten refleksif, beyin sapı aracılı bir yanıtı temsil etmemesi daha olasıdır, çünkü bolus tipi ve büyüklüğündeki benzerlikten bağımsız olarak gıda maddeleri nadiren her seferinde aynı şekilde yutulur. Bu nedenle, yutmanın, beyin sapı seviyesinin üzerindeki kontrol merkezlerinden etkilenebilecek daha komplike bir nörolojik yanıt türünü temsil ettiğine inanılmaktadır. Yutmanın periferik kasları sırayla büzülür, ancak beslenme aktivitesine uyum sağlamak için değiştirilebilir. Bu nedenle yutma, beslenme durumuna bağlı olarak farklı şekilde aktive olan hem periferik hem de merkezi nörolojik kontrol sistemlerine dayanır.

Örneğin, bir kişi normalde yemek yerken yutma tepkisini başlatmayı istemeyerek düşünmez, ancak bir hapi yutmaya çalışırken yutma hakkında düşünebilir. Mekanizma tam olarak anlaşılamamasına rağmen, yutma eylemi potansiyel olarak sinir sistemi bağlantılarını birden fazla seviyede içerir (20).

3.1.4. Aspirasyon ve penetrasyon

Yutma bozukluğunda çok sık karşılaşılan sorun aspirasyon ve penetrasyondur. Aspirasyon ve penetrasyon varlığının tespiti için videofloroskopi ve videoendoskopi gibi yöntemler ya da alternatif su testleri uygulanabilir (21).

Penetrasyon, yutma sırasında bolusun larinkse girmesi ancak ses telleri seviyesinde kalmasıdır. Larengeal kapanmadaki bozulma aspirasyona yol açabilir. Aspirasyon bolusun ses telleri altına inmesi ile gerçekleşir. Aspirasyon sırasında öksürme görülürken gizli aspirasyon sırasında hastada öksürme veya başka bir belirtiye rastlanmamaktadır (22).

Hastada aspirasyonun gelişmesi ile üst solunum yolu tıkanıklığı, alt solunum yolu enfeksiyonu (pnömoni) ve ölüm riski taşıyabilir. Bu nedenle yutma bozukluğu görülen hastalarda aspirasyonun erken dönemde teşhisi oldukça önemlidir (6).

3.2. Disfaji

Disfaji, yunancadan köken alan bir kelimedir. ‘Dys’ (zorlukla) ve ‘phagia’ (yeme) kelimelerinin birleşmesiyle oluşur. Yutma esnasında sıvı veya katı besinlerin takılması olarak tanımlanır (23).

Disfaji, anatomik veya fizyolojik hasar nedeniyle oral, faringeal ve/veya özofagus fonksiyonlarını etkileyen bir yutma bozukluğudur (24).

3.2.1. Disfaji epidemiyolojisi ve demografik özellikleri

Disfajinin yaygınlığı; yaşa, cinsiyete, etyolojiye, ortama göre farklılıklar gösterir. Disfaji prevalansı %6-50 aralığında değişim göstermektedir. Disfaji, geriartrik ve kaşektik bireylerde yaygın görülen bir semptomdur (25).

Disfaji insidansı yaşla birlikte artar ve geriartrik popülasyonun %40-60’ını etkiler. Hastaneye başvuran hastaların yaklaşık %12’sinde, evde bakıma ihtiyaç duyan hastaların %30-60’ında disfaji görülür. Tüm yutma bozukluklarının %75-80’ini nörolojik hastalıklara bağlı disfaji oluşturur.

Disfaji için yüksek riskli hasta grupları inme, parkinson, multipl skleroz, serebral palsy, baş ve boyun kanserleri, amiotrofik lateral skleroz ve demans gibi hastalıklardır. Disfaji sonucunda gelişen yetersiz beslenme ve dehidratasyon hastanede kalış süresinin uzamasına neden olur. Yiyecek ve içeceklerin havayoluna kaçması ile aspirasyon pnömonisi gelişebilir ve sonucunda kalıcı akciğer hasarı ve ölüm meydana gelebilir (26).

Tablo 1. Disfajiye Neden Olan Hastalıklar ve Bozukluklar (19)

Disfajiye Neden Olan Hastalıklar ve Bozukluklar
Nörolojik Bozukluklar ve İnme ○ Beyin Enfarktüsü ○ Beyin Sapı Enfarktüsü ○ Kafa İçi Kanama ○ Parkinson Hastalığı ○ Multipl Skleroz ○ Motor Nöron Hastalığı ○ Çocuk Felci ○ Miyastenia Gravis ○ Demans
Yapısal Lezyonlar ○ Tiromegali ○ Servikal Hipertoz ○ Kongenital Web ○ Zenker Divertikülü ○ Kostik Malzemenin Yutulması ○ Neoplazm
Psikolojik Bozukluklar ○ Psikojenik Disfaji
Bağ dokusu hastalıkları ○ Polimiyozit ○ Kas Distrofisi
İyatrojenik Nedenler ○ Cerrahi Rezeksiyon ○ Radyasyon Fibrozu ○ İlaçlar

3.2.2. Disfaji çeşitleri

Disfaji anatomik yapılardan oral kavite, farinks, larinks ya da özafagusun yapısını ve/veya işlevlerini etkileyen birçok hastalık sonucu gelişebilir. Yutkunma bozuklukları etkilenen anatomik bölgenin yerine göre; oral disfaji, farenjeal disfaji veya özafageal disfaji olarak incelenebilir (27).

3.2.2.1. Oral disfaji

Oral faz sırasında; dil, dudak ve yanak kaslarında zayıflık veya koordinasyon bozukluğu, dudakların yeterince kapatılamaması veya oral kavite duyusunda azalmasıyla çiğneme bozuklukları meydana gelebilir. Bu yüzden dudakları kapatamama, çiğnemenin yetersiz olması, dil hareketlerindeki eksiklik, bolusu oluşturmakta ve yönlendirmekte zorlanma, bolusun ağız içinde birikmesi, salya akıntısı ve besinin ağızdan dışarıya doğru akması, bolusun farinkse erken kaçışına neden olabilir (28).

Yutma esnasında yutma refleksinin tetiklenmeden bolusun oral kaviteden farenkse doğru kaçmasına prematür kaçak denir. Bu şekilde gerçekleşen yutma aspirasyon gelişme riskini artırır. Oral duyu kaybı varsa bolusu pozisyonlamak zorlaşır. Yutma sırasında hastanın dilini önden arkaya hareketi gerçekleştirememesi farenjeal evreyi başlatmasını engeller (29).

3.2.2.2. Faringeal disfaji

Faringeal faz sırasında; yutma refleksinin başlamasında gecikme veya kaybolma, laringeal ve faringeal elevasyonun yetersiz gerçekleşmesi, yumuşak damağın parezi olması, faringeal kontraksiyonun yetersizliği ve üst özofageal sfinkterin disfonksiyonu disfajiye neden olabilir. Faringeal fazdaki bozukluklar yutmanın gecikmesine, yutma sırasında ve sonrasında laringeal penetrasyon veya aspirasyon gerçekleşmesine ve nazal regurjitasyona neden olabilir (30).

3.2.2.3. Özefageal disfaji

Özofageal fazda görülen bozukluklar genel olarak mobilite veya obstruksiyona bağlı gelişir.

Özofagustaki peristaltik hareketin azalması, AÖS'nin yeteri miktarda gevşeyememesi, darlık, tümör, divertikül, inflamasyon, akalazya ve hiatus hernisi gibi patolojiler bolusun mideye transferinde sorun yaşanmasına, gastroözofageal reflü gelişmesine ve besinin hava yollarına aspirasyonuna neden olabilir (31).

3.3. Yutma Bozukluğunun Klinik Değerlendirmesi

Klinik değerlendirme ile hastada bulunan mevcut yutma güçlüğü hakkında genel bilgi edinmemizi sağlar. Hasta gözlemlenir, hikayesi alınır. Fiziksel değerlendirme ve yaşam kalitesi değerlendirilir (31).

Değerlendirmede öncelikle mental, emosyonel, kognitif durumu, algılama ve iletişim becerileri değerlendirilir. Hastanın mental ve kognitif açıdan yetersiz olması güvenli yutmayı gerçekleştirememesine neden olur ve disfaji tedavi yöntemlerinin uygulanmasına da engeldir (30).

Gözlem ile hastanın genel durumu, beslenme şekli, postürü ve hastaya ait diğer bulgular not edilir. Hastanın hikayesi alınırken; hastanın genel durumu, geçmiş cerrahi ve medikal hikayesi, soygeçmişi, mevcut yutma güçlüğü (problemin başlangıcı, şiddeti, süresi) hakkında bilgi alınır. Oral, farengeal ve özefagal fazlarla ilgili semptomlar sorgulanır. Oral kavite, farinks ve boyun bölgesi anatomisi ve bu yapıların fonksiyonel aktiviteleri değerlendirilir. Dil, dudak, damak fonksiyonu, farinks duvarının kontraksiyonu, larengeal hareketlilik değerlendirilir (31).

Klinikte disfaji varlığı ve şiddeti Yeme Değerlendirme Aracı (EAT-10) ile değerlendirilebilir. EAT-10 anketinde toplam 10 soru bulunmaktadır. Her soru için 0-4 arasında puan verilmektedir. 0 Puanı 'problem yok' anlamına gelirken 4 puanı 'şiddetli problem' olduğu anlamına gelir. Toplam elde edilen puan 0 ve 40 arasında değişmektedir. EAT-10 puanı 3 ve üzeri olduğunda hastanın yutma bozukluğu riski taşıdığını ve puan arttıkça yutma bozukluğu şiddetinin artmakta olduğunu gösterir.

EAT-10 anketi nörolojik bozukluğu olan hastalarda aspirasyon riskini tahmin etmek için kullanılabilir. Bu sayede disfajisi olan hastaların daha ileri değerlendirme için tanımlanmasına ve yönlendirilmesine olanak sağlar (32,33).

Ses, konuşma ve iletişim fonksiyonları da ayrıca değerlendirilmelidir. Yutma ve konuşma fonksiyonu ortak nöromusküler yapıların fonksiyonuna bağlı olduğundan, ses ve konuşma değişiklikleri yutma bozukluğu süreci ile paralel olabilir (34).

3.3.1. Yatak başı yutma taraması

Hastaya farklı kıvamlarda katı ve sıvı gıdalar verilerek yutma değerlendirilir. Hastanın güvenli yutabileceği kıvam bulunup diyeti için gerekli değişiklikler yapılır; beslenme esnasındaki hızı, gözetim ile yemek yemesi, yutma teknik ve manevraları gibi konularda hasta bilgilendirilir (35).

Değerlendirmede hastanın yutma esnasında öksürmesine, su yutma sonrasında ses tonunda meydana gelen değişikliğe (ıslak ses) bakılır, bu değerlendirmenin dezavantajı sessiz aspirasyon varlığını tespit edemeyişidir (21).

Su içme testi yapmak için önce 3 kez 5 mL ardından 50 mL suyu tek seferde içmesi istenir. Yutma gerçekleştikten sonra meydana gelen öksürük ve seste meydana gelen ıslaklık aspirasyon varlığına işaret eden klinik bulgulardır (36).

3.3.2. Yutma bozukluğunun enstrümental değerlendirilmesi

3.3.2.1. Videofloroskopi (VFS)

Videofloroskopi, yutma faaliyetini ve güvenilirliğini değerlendirir. Hastaya radyoopak madde ile karıştırılmış baryum içeren farklı yoğunluk ve hacimlerdeki besinler (sıvı, püre ve katı besinler) verilerek hasta ön-arka, yan ve oblik konumdayken görüntüler alınır (30).

Yutmanın bütün fazlarında organların görevlerini yerine getirmesini ve anatomik yapıların gözlemlenmesini sağlayan en etkin yutma değerlendirme yöntemidir. VFS ile yutmanın oral fazında ve çiğneme sırasındaki oral aktiviteyi, yutmanın tetiklenmesini ve bolusun pozisyonunu, larinks, hiyoid, dil kökü, faringeal duvarlar ve krikofaringeal bölgeyi içeren faringeal yutmanın motor olayları görüntülenebilir.

Yutma sırasında penetrasyon ve aspirasyon olup olmadığı, varsa aspirasyon miktarı ayrıntılı olarak değerlendirilebilmektedir. Videofloroskopik değerlendirme yapılması hastanın tedavisi için de önemlidir.

Hastaya uygun olan bolus kıvamı ve miktarı, beslenmeyi kolaylaştıran pozisyonları ve yutma manevralarını değerlendirme sonucuna göre belirlemede kullanılır (7).

VFS ile yutmanın tüm evreleri, özellikle orofarengeal evre ve yutma refleksinin tetiklenmesi gözlenebilir. Dezavantaj olarak hastanın radyasyona maruz kalması, yatak hastaları için lojistik sağlamak, planlamanın zor olması, duyu değerlendirmesine direkt olarak imkan vermemesi ve sadece radyografik gölgelemelere bağlı elde edilen görüntülerden dolayı anatomi hakkında detaylı bilgi vermemesi bu yöntemin dezavantajlarıdır. Radyoopak madde ile karıştırılmış baryum hasta tarafından aspire edilirse antibiyotik tedavisi gerektirir. Çocuklar üzerinde uygulaması zordur (6).

3.3.2.2. Fiberoptik endoskopik yutma çalışması (FEYÇ)

Fiberoptikendoskopik yutma değerlendirmesi ile transnazal olarak girilerek larinks ve farinks görüntülenir ve değerlendirilir. Videofloroskopik değerlendirmenin uygulanmasında zorluk çekilen ve acil değerlendirme gereken hastalar için etkili bir tanı yöntemidir. Endoskopi; aspirasyon riskinden dolayı kritik hastalara, yoğun bakımdan video/sinefloroskopi ünitesine taşınamayacak ve acil değerlendirme gereken hastalara uygulanır. FEYÇ ile yutma esnasında ve sonrasında; faringeal rezidü, aspirasyon ve penetrasyon, solunum ile yutmanın koordinasyonu görüntülenebilmektedir. FEYÇ ile işlem sırasında video kaydı alınabilir ve radyasyon içermez (8,37).

3.3.2.3. Manometri

Manometri ile özafagusta değişik seviyelerde meydana gelen basıncı ölçmek için katater kullanılır. Her yutma sırasında kaslardaki kasılma, basınç, kuvvet ve zamanlama ile ilişkili bilgiler elde edilir. Çalışmanın dezavantajı kolay ulaşılabilir olmaması, uygulama esnasında hasta için rahatsız edici olması, mevcut lezyonları teşhis edemiyor olması, uygulamanın ön eğitim gerektiriyor olmasıdır.

Manometri çalışması, tekrarlayan intraluminal basınç değerlendirmesi gerekli hastalıklarda yani yaygın özefageal spazm ya da akalazyada kullanılabilir (6).

3.3.2.4. Yüzeyel elektromiyografi (sEMG)

Nörojenik kökenli yutma bozukluklarında tarama amaçlı kullanılmaktadır. Yüzeyel EMG yutma esnasında yüz ve boyun kaslarının aktivitesini ölçerek kasların kasılması ve zamanlamasıyla ilgili bilgi verir (38).

Tablo 2. Disfajinin Enstrümental Tanı Araçları (24)

Disfajinin Enstrümental Tanı Araçları
VFS ○ Değerlendirmede standardizasyon vardır ○ Oral, faringeal ve özofagus fazları görselleştirilir ○ Faringeal faz fizyolojik olarak görselleştirilir ○ Radyolojide tamamlanmış olmalıdır ○ 2 boyutlu görünüm elde edilir ○ Radyasyona maruz kalınır ○ Baryum bazlı ürünler kullanılır
FEYÇ ○ Değerlendirmede standardizasyon yoktur ○ Radyasyon içermez ○ Başucunda tamamlanabilir ○ Oral veya özofagus fazlarının görselleştirilmesi yoktur ○ Farinksin doğrudan görselleştirilir
Manometri Yutma kasları basınç üretimi için ölçülür Daha fazla inceleme gereklidir
Yüzeyel EMG Değerlendirmede standardizasyon yoktur Kasların kasılması ve zamanlamasıyla ilgili bilgi verir

3.5. Disfajide Tedavi

Genel olarak, disfaji tedavisi için 3 ana terapötik yaklaşım vardır. Bu yaklaşımlar diyet modifikasyonları, kompanse edici manevralar ve yutma işlevini iyileştirmeyi amaçlayan müdahalelerdir (39).

3.5.1. Diyet modifikasyonu

Beslenme şekli modifiye edilerek istenen hedef hastanın ihtiyaç duyduğu kıvamı belirleyip güvenli yutmasını gerçekleştirmesini sağlamaktır. Sıvı gıdaların kıvamı 4'e ayrılır: normal, nektar, bal ve puding kıvamlarında; katı gıdalar ise 3'e ayrılır: püre, mekanik yumuşak ve normal kıvamdadır (39).

Tedavi planlanırken hastanın güvenli yutması için gereken kıvamlar göz önüne alınmalıdır (2).

Besinlerin kıvam modifikasyonları bolusun transferini kolaylaştırır, prematür kaçağı önler, besinin aspirasyon riskini de azaltır. Kalınlaştırılmış sıvı bolusların viskozitesi artar, bu sayede orofarenks boyunca bolusun hareketi yavaşlar. Kıvam açısından ince yapıya sahip sıvının hızı katılaştırılmış sıvı ile karşılaştırıldığında daha hızlıdır. Daha ince olan bolusun hızı hastada aspirasyona yol açabilecek zamanlama ve koordinasyon sorunları açısından daha yüksek risk altına sokabilir (24).

Orofaringeal zayıflığı olan hastalarda koyulaştırılmış sıvı verildiği zaman dikkatli olunmalıdır. Viskozitesi artan bolus yutkunmadan sonra artan retansiyona ve aspirasyona neden olabilir. Ek olarak, hastaların koyulaştırılmış sıvıları alma isteksizliği, disfajiye yönetirken yaygın bir sorundur. Değiştirilmiş diyetler bazı disfaji türlerini hemen telafi etse de, hastalar değişen dokulardan ve koyulaştırılmış sıvılardan hoşlanmadıklarını bildirmişlerdir, bu da sıvı alımının azalmasına ve dehidrasyona neden olabilir (40,41).

3.5.2. Kompanse edici manevralar

Kompanse edici manevralar ile postüral değişiklikler yapılarak yiyeceklerin daha kolay ve güvenli bir şekilde yutulması sağlanır. Postüral değişiklikler yapmak yutma fizyolojisinde bir değişiklik sağlamaz, mevcut motor bozukluğu ortadan kaldırmayıp yalnızca kompanse ederler. Genellikle geçici olarak uygulanırlar (7).

Tedavi başlangıcında genellikle kompanse edici manevralar kullanılır. Postüral değişiklik ile hedef; gıdanın akış hızını ve yönünü değiştirerek güvenli yutmayı gerçekleştirmektir (2).

3.5.3. Yutma işlevini iyileştirmeyi amaçlayan müdahaleler

Disfaji tedavisinde kullanılan nöromusküler elektrik stimülasyonu ile tedavi amacı; zayıf kasları kuvvetlendirerek yeniden eğitmek ve motor kontrolün düzenlenmesini sağlamaktır. Nöromusküler elektrik stimülasyonu ile çene altı ve ön boyun kasları üzerine yerleştirilen yüzeysel elektrotlar ile uygulanan, hyolaringeal elavasyonun baskılanmasıyla, motor stimülasyon kuvvetli yutmayı tetikler. Faringeal bölgeye uygulanan nöromusküler elektrik stimülasyonun besinin faringeal geçiş zamanını hızlandırdığı böylece yutma fonksiyonunu iyileştirdiği ve aspirasyon riskini azalttığı düşünülmektedir (39).

Rehabilitasyon yaklaşımları arasında lingual kasları, suprahyoid kasları, faringeal konstriktörleri vb. hedef alan eforlu yutma ve güçlendirme egzersizleri yer alır (42).

EMG biofeedback, yutma kaslarına yerleştirilen yüzeysel elektrotlar ile egzersizlerin yapıldığı sırada hastalara kas kullanımı ile ilgili feedback sağlar. Fiberoptik endoskopi de yutma esnasında biofeedback amaçlı yapılabilir (43).

3.6. Disfajide Multidisipliner Yaklaşım

Disfaji yönetimi, yutma değerlendirmesi, disfaji ile aspirasyon bulgu ve belirtilerin gözlemlenmesi, yeterli beslenme ve hidrasyon desteğinin sağlanması, sıvı ve katı besinlerin soluk borusuna kaçışının önlenmesi ve hastanın yeniden oral alımı gerçekleştirmesi ile meydana gelebilecek komplikasyonları önlemesini içerir. Hastalarda disfajiye bağlı gelişen komplikasyonları önleyebilmek için disfaji konusunda yetkin bir sağlık ekibi tarafından yönetilmesi gerekmektedir (44,45).

Hasta kabulünde yutma fonksiyonunun değerlendirilmesi, odaklanmış tanılama ile değerlendirmenin sürdürülmesi, erken önlemleri içeren bireyselleştirilmiş bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sorun gelişimini önleyerek/en aza indirerek hastanın zarar görmesini engelleyeceği gibi aynı zamanda hastanın hastanede kalış süresini azaltacak, yaşam süresini ve yaşam kalitesini arttıracak belirtilmektedir (46,47).

3.6.1. Disfaji yönetiminde sağlık profesyonellerinin rolü

Disfajinin etkin multidisipliner yönetimini sağlamak için iyi koordine edilmiş bir ekip oluşturulması gerekmektedir. Dinamik bir ekip oluşturmak için hedeflerin net bir şekilde tanımlanması, her ekip üyesinin ekipteki diğer kişilerin beklediği gibi rollerini oynayabilmesi, liderlik ve karar alma mekanizmalarının belirlenmesi ve üzerinde anlaşmaya varılması, etkin iletişimin kurulması ve kesinleşmesi gerekir (48).

Bu ekipte dil ve konuşma terapistleri, zayıf oral ve faringeal yutma mekaniği ile ilgili disfajisi olan hastaların yönetiminde öncü bir rol üstlenmiştir. Çoğu merkezde yutma ekibini koordine ederler ve sıklıkla orofaringeal disfajiye özgü bir öykü ve fizik muayene yapan ilk profesyoneldirler. Bu verilere dayanarak, disfaji ekibinin diğer üyelerine danışılır, herhangi bir ek test veya sevk için hastanın doktorundan onay alırlar ve disfaji tedavi programının rehabilitasyon bileşenlerini entegre ederler. Bugün, dil ve konuşma terapistleri orofaringeal disfajili çocuklara ve yetişkinlere bakım sağlamada liderlik rolü üstlenmiştir (49).

Dil ve konuşma terapisti yutma bozukluğu olan bir hastayı değerlendirmek ve tedavi etmek için ilk danışıldığında klinik yutma muayenesi yapar. Klinik yutma muayenesi, dil ve konuşma terapistinin disfajik bir hastayı değerlendirmedeki ilk adımıdır (8).

Disfaji sıklıkla hastanın beslenmesini ve hidrasyon durumunu etkilediğinden ve yetersiz beslenme ve hidrasyonun sonucu hastanın genel tıbbi stabilitesini etkilediğinden, disfajili hastaların bakım planına diyetisyenin dahil edilmesi önemlidir. Diyetisyenler yemek zamanı aktivitelerini sıklıkla izledikleri için, yutma bozukluğunu ilk tespit eden profesyonel olabilirler. Hasta için özel disfajik diyetler sipariş edilirse, diyetisyen, özel diyetin sağlandığından emin olmak için yemek servisi ile iletişim kurabilir. Hastanın beslenmesi için uygun diyet hazırlanır. Hasta oral yolla beslenemeyip tüple besleniyorsa tüple beslenme miktarı ve oranını belirler. Hastalar oral beslenmeye döndükçe, dil ve konuşma terapisti ve diyetisyen gıda alımını yakından takip eder. Oral beslenme düzeldikçe diyetisyen tüple beslenme miktarını uygun seviyelere ayarlar (50).

Hastalara 24 saat aralıksız bakım veren hemşireler disfajinin yönetiminde multidisipliner ekibin önemli bir parçasıdır. Hastaya uygun beslenmeyi sağlama ve zarar görmesini önlemek için hemşireye düşen rol ve sorumluluklar vardır (44).

Hemşire, hastanın yutma sorununu izlemekten 24 saat sorumludur. Alınan miktarın izlenmesi ve tıbbi kayıtlara kaydedilmesi hemşire için önemli bir roldür. Hemşireler, disfajiden şüphelenilmeyen hastalarda yemek yeme sırasındaki sorunları sıklıkla tespit etmekle kalmaz, aynı zamanda disfajisi tespit edilen hastaya önerilen yutma stratejilerini kullanmasına yardımcı olmak için gerekli rehberliği de sağlar. Diğer sorumluluklar arasında tüple beslenmenin uygulanması, iyi ağız hijyeninin sağlanması yer alır. Disfaji gelişen akut inmeli hastalara bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulanması, güvenli beslenmenin sağlanması ve sürdürülmesine, disfajiye bağlı sorunların gelişimini önleyerek hastanın zarar görmesinin engelleyecek, hastanın hastanede kalış süresinin azalmasına, yaşam süresi ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır (51).

Orofaringeal disfajili hastaların çoğunda nörolojik hastalık sonucu yutma bozukluğu olduğundan, nörolog, yutma problemlerinin tanımlanmasında ve sonraki yönetiminde önemli bir role sahiptir. Bilinen bir nedeni olmayan disfaji semptomları olan hastaların nörolog tarafından değerlendirilmesi çok önemlidir. Disfajiyi tetikleyen bazı nörolojik hastalıklar ilaçla tedavi edilebilir. Bir neden bulmak, hastaya disfaji için bir açıklama sağlamada ve gelecekteki komplikasyonlar için prognoz sağlamada da önemlidir. Kulak Burun Boğaz (KBB) Uzmanı, üst sindirim sisteminin değerlendirmesini yapar. Özellikle endoskopi ile nazofarenks, orofarenks, farinks ve gırtlak yapıları doğrudan incelenerek yutkunmanın faringeal aşamasının yapısal, duyuşsal ve motor yönleriyle ilgili bilgiler ekler. KBB uzmanı, bir hastanın trakeostomi tüpünün cerrahi olarak yerleştirilmesi ve çıkarılmasını sağlar. Bu tüpler normal yutmayı engelleyebileceğinden, KBB uzmanları tüpleri tıbbi olarak mümkün olan en kısa sürede çıkarmak için disfaji ekibiyle birlikte çalışır. Gastroenterolog, perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) tüpü adı verilen beslenme tüpünün mideye cerrahi olmayan şekilde yerleştirilmesinden sorumludur. Radyologlar yutma bozuklukları ekibinin devamlı bir üyesi olarak gastrointestinal sistemle ilgili detaylı bilgiye sahiptir. Dil ve konuşma terapistleri, modifiye baryum yutmasını gerçekleştirirken radyolog ile birlikte çalışırlar (20).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırma Modeli

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerden olan betimsel tarama yöntemi kullanılmıştır. Betimsel tarama yöntemi geniş gruplar üzerinde yürütülür. Çalışmaya katılan katılımcıların araştırılan olgu veya olaya ilişkin görüşlerine başvurulur, tutumları incelenir (52). Bu araştırma ile rehabilitasyon hastanesinde çalışan sağlık personellerinin disfaji hakkındaki farkındalıkları incelenmiş olup betimsel tarama yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

4.2. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

“Rehabilitasyon Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Disfaji Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi” adlı çalışma için İstanbul ilindeki Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi seçilmiştir. Hastane Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dalı Hastanesi olarak hizmet verdiği için ağırlıklı olarak Nörolojik Rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalara hizmet vermektedir. Tedavi ve rehabilitasyonu uzman doktorlar, fizyoterapistler, dil ve konuşma terapistleri, ergoterapistler, diyetisyen ve hemşireler ile multidisipliner ekip sağlamaktadır.

Çalışma bu hastanede çalışan sağlık personelleri katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak 30 Uzman doktor, 42 fizyoterapist, 30 hemşire katılmıştır ve çalışma 1 Ağustos-28 Ekim 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmamız öncesi G*power 3.1 programı kullanılarak yapılan güç analizine göre; 0,45 etki büyüklüğünde, 0,05 yanlışma payında, 0,95 güven düzeyinde, 0,95 evreni temsil gücüyle uygun örneklem büyüklüğü 81 (her grup 27) olarak hesaplandı.

4.3. Araştırmanın Genel Planı ve Verilerin Toplanmasında Kullanılan Anket

Bu çalışma, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’unda 338 kayıt numaralı ‘Rehabilitasyon Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Disfaji Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi’ başlıklı araştırma olup, 22.10.2020 tarihi izinle yapılmıştır. (Ek 1)

Araştırma, betimsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Katılımcıların eğitim durumları, mesleki tecrübeleri, disfaji hakkındaki bilgi düzeyleri (disfaji belirtileri komplikasyonları değerlendirme ve tedavideki rolleri) karşılıklı görüşme ya da internet üzerinden anket formu ile saptanmıştır. Katılımcılar araştırmaya gönüllü olarak katılmıştır. Veri toplamaya başlanmadan önce her katılımcıya anket hakkında bilgi verildi ve sonuçların işlenmesi sırasında kimliklerinin gizliliğinin korunacağı konusunda güvence verildi, katılımcı onam formu imzalatıldı. (Ek 2)

Araştırmada kullanılan anket araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, dil ve konuşma terapisi ile yutma bozukluğu farkındalığını içeren çalışmalar, disfaji alanında uzman görüşleri, güncel makaleler ve anketler taranarak oluşturulmuştur.

Anket yutma bozukluğu hakkında sağlık personelinin bilgi ve farkındalığını ölçmek için kullanılmıştır. Disfaji yönetiminde multidisipliner ekip çalışması için gerekli bilgi ve farkındalıkları incelenmiştir. Anket 17 sorudan oluşmaktadır. İlk 3 soru ile eğitim durumu sağlık personelinin branşı ve mesleki tecrübe yılı sorgulanmıştır. Disfaji ile ilgili bilgi ve farkındalığını ölçen 10 soruya yer verilmiştir. Diğer 4 madde ile sağlık personellerinin disfajide dil ve konuşma terapistinin rolüne ilişkin farkındalığını gösteren sorulara yer verilmiştir. (Ek 3)

4.4.İstatiksel Analiz

Araştırmadaki katılımcıların ankete vermiş olduğu yanıtların analizi SPSS 25 programı aracılığıyla istatistiksel yöntemler kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya alınan verilerin istatistiklerinde sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi (p) 0,05 olarak alınmıştır. Verilerin analizinde çapraz tablolar oluşturularak ki-kare (χ^2) analizi yapılmıştır.

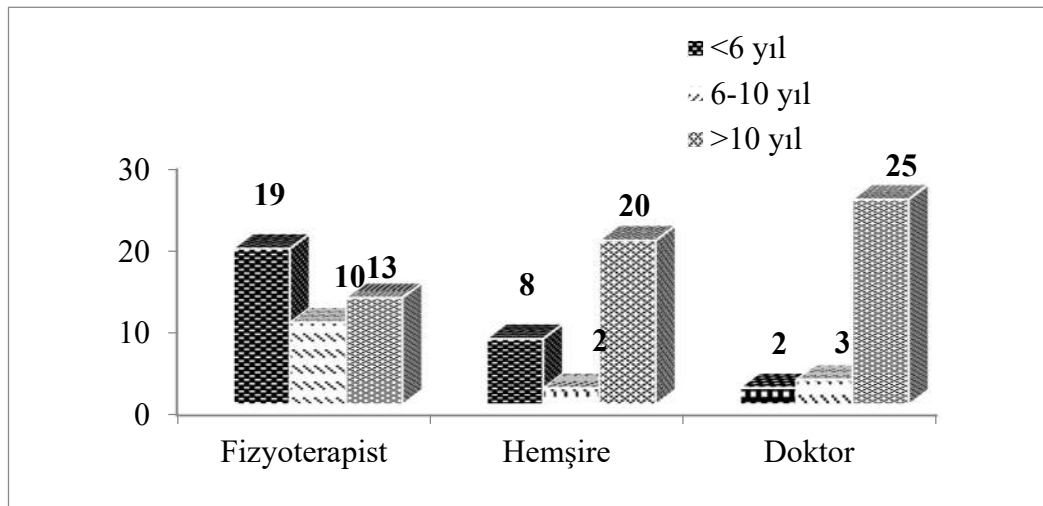
Her meslek grubu içinde tutarlılık kalıpları da incelenmiştir. Verilerin istatistiksel olarak analizinde Mathers-Schmidt ve Kurlansky (2003) tarafından geliştirilen klinik uygulamada derecelendirme sistemi kullanılmıştır. Katılımcıların % 75'inden fazlasının soruyla ilgili olarak tespit ettiği öğeler 'son derece tutarlı' bir yanıt olarak işaretlendi, % 50 ila % 75'i tarafından tespit edilenler 'orta derecede tutarlı' olarak kabul edildi ve % 50'den azının öğeyi işaretlediği durumlarda 'tutarlı değil' olarak kabul edildi (53).

5. BULGULAR

Rehabilitasyon hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının disfaji hakkındaki farkındalıklarının incelenmesi adlı çalışma için sorulan sorulardan elde edilen veriler aşağıda verilmiştir.

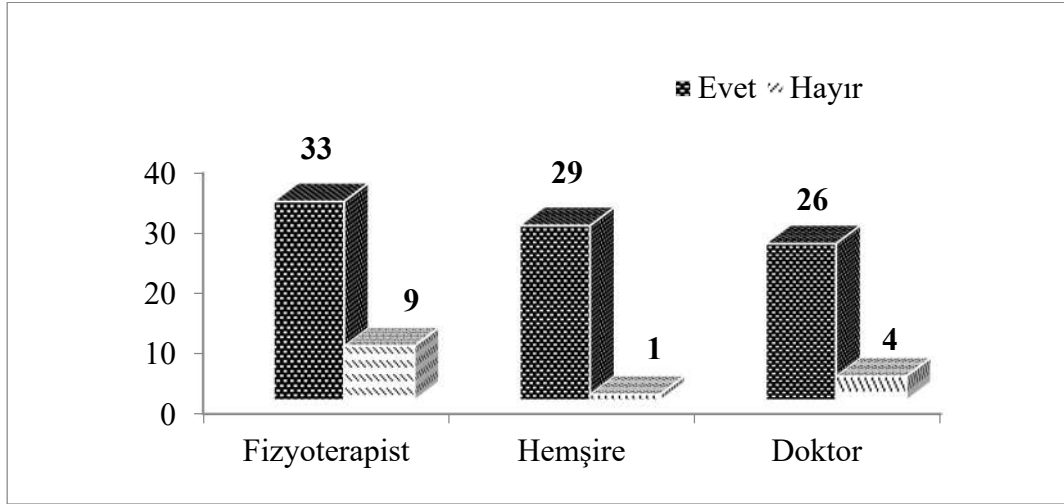
Araştırmaya 42 (%41,1) fizyoterapist, 30 (%29,4) hemşire ve 30 (%29,4) doktor olmak üzere toplam 102 sağlık çalışanı katılmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin eğitim durumu 8'i (%19,04) yüksek lisans/doktora, 33'ü (%78,57) lisans, 1'i (%2,38) önlisanstır. Hemşirelerin eğitim durumu 3'ü (%10) yüksek lisans/doktora, 22'si (%73,3) lisans, 4'ü (%13,3) önlisans ve 1'i lise mezunudur. Doktorların 28'i (%93,3) yüksek lisans/doktora, 2'si (%6,6) lisans mezunudur.

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 19'u (%45,23) '6 yıldan az' süre, 10'u (%23,8) '6-10 yıl' süre, 13'ü (%30,95) '10 yıldan fazla' süre meslekte tecrübesi vardır. Hemşirelerin 8'i (%26,6) '6 yıldan az' süre, 2'si (%6,6) '6-10 yıl' süre, 20'si (%66,6) '10 yıldan fazla' süre meslekte tecrübesi vardır. Doktorların 2'si (%6,6) '6 yıldan az' süre, 3'ü (%10) '6-10 yıl' süre, 25'i (%83,3) '10 yıldan fazla' süre meslekte tecrübesi vardır.



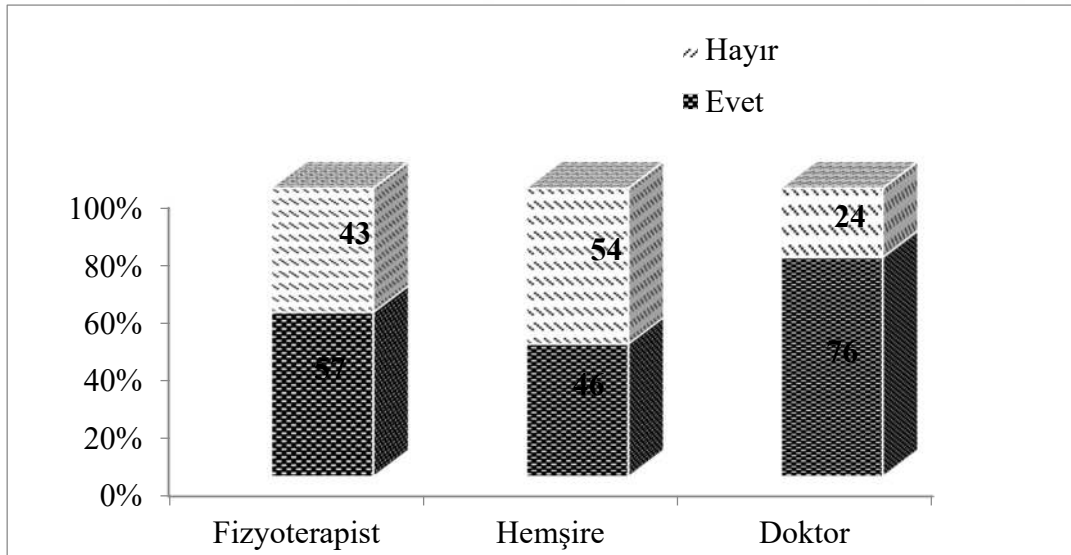
Şekil 2. Mesleki Tecrübe Yılına Göre Katılımcıların Dağılımları

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının hastada disfajiyi göz önünde bulundurma sorusuna ‘evet’ cevabı veren 33 (%78,5) fizyoterapist, 29 (%96,6) hemşire, 26 (%86,6) doktor toplam 88 sağlık çalışanı vardır. ‘Hayır’ cevabı veren 14 sağlık çalışanı vardır.



Şekil 3. Hastada Disfajiyi Göz Önünde Bulundurmalarına Göre Katılımcıların Dağılımları

Katılımcılardan eğitimleri sırasında disfaji ile ilgili ders alan fizyoterapist sayısı 24 (%57,1), hemşire sayısı 14 (%46,6), doktor sayısı 23 (%76,6)’tır.



Şekil 4. Disfaji Eğitimi Almasına Göre Katılımcıların Dağılımları

5.1. Eğitim Hayatında Disfaji Eğitimi Görme, Hastada Disfajiye Dikkat Edilme Durumu, Disfaji Hastasına Bakma Yüzdesine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan katılımcılarda eğitim hayatında disfaji eğitimi alma, hastada disfajiye dikkat edilme durumu, disfaji hastasına bakma yüzdelерinin meslek grupları (fizyoterapist, hemşire ve doktor) arasında fark gösterip göstermediği test edilmiş ve analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 3. Eğitim Hayatında Disfaji Eğitimi Görme, Hastada Disfajiye Dikkat Edilme Durumu, Disfaji Hastasına Bakma Yüzdesine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n/%	Meslek			Toplam	Test Değeri	p Değeri
			Fizyoterapist	Hemşire	Doktor			
Disfaji Eğitimi	Evet	%	22,4%	34,5%	43,1%	100,0%	2,226	0,136
		n	24 _a	14 _a	23 _a	61		
	Hayır	%	39,3%	23,0%	37,7%	100,0%		
		n	18 _a	16 _a	7 _a	41		
Hastada Disfajiye Dikkat	Evet	%	43,9%	39,0%	17,1%	100,0%	1,332	0,248
		n	33 _a	29 _a	26 _a	88		
	Hayır	%	37,5%	33,0%	29,5%	100,0%		
		n	9 _a	1 _a	4 _a	14		
Disfaji Hastası Bakma Yüzdesi	%0-%20	%	64,3%	7,1%	28,6%	100,0%	2,452	0,117
		n	24 _a	15 _a	23 _a	62		
	%21-%40	%	38,7%	24,2%	37,1%	100,0%		
		n	13 _a	8 _a	6 _a	27		
	%41-%60	%	48,1%	29,6%	22,2%	100,0%		
		n	13 _a	8 _a	6 _a	27		
	%61-%80	%	30,0%	60,0%	10,0%	100,0%		
		n	3 _a	6 _a	1 _a	10		
	%81-%100	%	30,0%	60,0%	10,0%	100,0%		
		n	3 _a	6 _a	1 _a	10		

Test Değeri: Ki-kare Test Ölçümü (χ^2), p değeri: istatistiksel olarak anlamlılık değeri

Çalışmaya alınan katılımcıların disfaji eğitimi durumları, hastada disfajiye dikkat etme durumları ve disfaji hastasına bakma yüzdelерine göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya alınan katılımcılar disfaji eğitimi durumları, hastada disfajiye dikkat etme durumları ve disfaji hastasına bakma yüzdelерine göre homojen dağılım göstermektedir.

5.2. Yutma Bozukluğu Gözlemlenen Hastalık Türlerine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 6'sı (%14,2), hemşirelerin 4'ü (%13,3), doktorların 7'si (%23,3) baş boyun kanserlerinde yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 18'i (%42,8), hemşirelerin 13'ü, doktorların 15'i kas hastalıklarında yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 11'i (%26,1), hemşirelerin 10'u (%33,3), doktorların 11'i (%36,6) multiple sklerozda yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 14'ü (%33,3), hemşirelerin 7'si (%23,3), doktorların 15'i (%50) amiotrofik lateral sklerozda yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 30'u (%71,4), hemşirelerin 27'si (%90), doktorların 24'ü (%80) inmede yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 4'ü (%9,5), hemşirelerin 15'i (%50), doktorların 9'u (%30) parapleji/quadruplejide yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 9'u (%21,4), hemşirelerin 5'i (%16,6), doktorların 6'sı (%20) parkinsonda yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 33'ü (%78,5), hemşirelerin 6'sı (%20), doktorların 5'i (%16,6) serebral palside yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 28'i (66,6), hemşirelerin 12'si (%40), doktorların 13'ü (%43,3) travmatik beyin hasarında yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır. Çalışmaya katılan fizyoterapistlerin 6'sı (%14,2), hemşirelerin 1'i (%3,3), doktorların 1'i (%3,3) down sendromunda yutma bozukluğu ile karşılaşmıştır.

Çalışmaya alınan fizyoterapist katılımcıların en çok disfaji gözlemlediği hastalık 'serebral palsy', en az disfaji gözlemlediği hastalık 'parapleji/quadrupleji'dir. Hemşirelerin ve doktorların en çok disfaji gözlemlediği hastalık 'inme', en az disfaji gözlemlediği hastalık 'down sendromu'dur.

Çalışmaya alınan katılımcılarda yutma bozukluğu gözlemlenen hastalık türleri için meslek grupları (fizyoterapist, hemşire ve doktor) arasında fark gösterip göstermediği test edilmiş ve analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Yutma Bozukluğu Gözlemlediği Hastalık Türlerine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken		Grup	n/%	Meslek			Toplam	Test Değeri	p Değeri
				Fizyoterapist	Hemşire	Doktor			
Baş Kanserleri	Boyun	Hayır	n	36 _a	26 _a	23 _a	85	0,909	0,340
			%	42,4%	30,6%	27,1%	100,0%		
		Evet	n	6 _a	4 _a	7 _a	17		
			%	35,3%	23,5%	41,2%	100,0%		
Kas Hastalıkları		Hayır	n	24 _a	17 _a	15 _a	56	0,330	0,566
			%	42,9%	30,4%	26,8%	100,0%		
		Evet	n	18 _a	13 _a	15 _a	46		
			%	39,1%	28,3%	32,6%	100,0%		
MS		Hayır	n	31 _a	20 _a	19 _a	70	0,923	0,337
			%	44,3%	28,6%	27,1%	100,0%		
		Evet	n	11 _a	10 _a	11 _a	32		
			%	34,4%	31,3%	34,4%	100,0%		
ALS		Hayır	n	28 _a	23 _a	15 _a	66	1,684	0,194
			%	42,4%	34,8%	22,7%	100,0%		
		Evet	n	14 _a	7 _a	15 _a	36		
			%	38,9%	19,4%	41,7%	100,0%		
İnme		Hayır	n	12 _a	3 _a	6 _a	21	1,069	0,301
			%	57,1%	14,3%	28,6%	100,0%		
		Evet	n	30 _a	27 _a	24 _a	81		
			%	37,0%	33,3%	29,6%	100,0%		
Parapleji/Quadripleji		Hayır	n	38 _a	15 _b	21 _{a, b}	74	4,846	0,028*
			%	51,4%	20,3%	28,4%	100,0%		
		Evet	n	4 _a	15 _b	9 _{a, b}	28		
			%	14,3%	53,6%	32,1%	100,0%		
Parkinson		Hayır	n	33 _a	25 _a	24 _a	82	0,037	0,847
			%	40,2%	30,5%	29,3%	100,0%		
		Evet	n	9 _a	5 _a	6 _a	20		
			%	45,0%	25,0%	30,0%	100,0%		
Serebral Palsi		Hayır	n	9 _a	24 _b	25 _b	58	29,790	0,001*
			%	15,5%	41,4%	43,1%	100,0%		
		Evet	n	33 _a	6 _b	5 _b	44		
			%	75,0%	13,6%	11,4%	100,0%		
Travmatik Hasarı	Beyin	Hayır	n	14 _a	18 _a	17 _a	49	4,317	0,058
			%	28,6%	36,7%	34,7%	100,0%		
		Evet	n	28 _a	12 _a	13 _a	53		
			%	52,8%	22,6%	24,5%	100,0%		
Down Sendromu		Hayır	n	36 _a	29 _a	29 _a	94	3,197	0,074
			%	38,3%	30,9%	30,9%	100,0%		
		Evet	n	6 _a	1 _a	1 _a	8		
			%	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%		

Test Değeri: Ki-kare Test Ölçümü(χ^2), p değeri; istatistiksel olarak anlamlılık değeri

Çalışmaya alınan katılımcıların baş boyun hastalıkları, kas hastalıkları, MS, ALS, inme, parkinson, travmatik beyin hasarı, down sendromu ve diğer hastalıklar için fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların Parapleji/Quadripleji hastası olanlar için fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$).

Parapleji/Quadripleji hastalığı için

- Fizyoterapistler ve hemşireler arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Fizyoterapistler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Hemşireler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların Serebral palsi hastası olanlar için fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$).

Serebral palsi hastalığı için

- Fizyoterapistler ve hemşireler arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Fizyoterapistler ve doktorlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşireler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.3. Disfaji Teşhisinde Kullanılan Yöntemlere Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan sağlık personellerine disfaji teşhisinde kullanılan yöntemler sorulmuştur. Fizyoterapistlerin 15'i (%35,7), hemşirelerin 19'u (%63,3), doktorların 21'i (%70) disfaji için klinik kanıt cevabını vermiştir. Fizyoterapistlerin 18'i (%42,8), hemşirelerin 23'ü (%76,6), doktorların 23'ü (%76,6) yatak başı yutma değerlendirmesi cevabını vermiştir. Fizyoterapistlerin 8'i (%19), hemşirelerin 4'ü (%13,3), doktorların 11'i (%36,6) FEYÇ cevabını vermiştir. Fizyoterapistlerin 9'u (%21,4), hemşirelerin 5'i (%16,6), doktorların 8'i (%26,6) VFSS cevabını vermiştir. Doktorların 9'u (%30) manometri cevabını vermiştir. Fizyoterapistlerin 17'si (%40,4), hemşirelerin 3'ü (%10), doktorların 3'ü (%10) fikrim yok cevabını vermiştir. Manometri değerlendirme yöntemini katılımcı fizyoterapist ve hemşirelerden hiçbiri tercih etmemektedir.

Fikrim yok cevabına hayır diyen fizyoterapistlerin sayısı evet diyenlerden fazladır. Disfaji değerlendirme yöntemlerinden yatak başı yutma testinin en çok tercih edildiği görülmüştür.

Çalışmaya alınan katılımcılarda disfaji teşhisinde kullanılan yöntemlere verilen cevaplara göre meslek grupları (fizyoterapist, hemşire ve doktor) arasında fark gösterip göstermediği test edilmiş ve analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 5. Disfaji Teşhisinde Kullanılan Yöntemlere Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n/%	Meslek			Toplam	Test Değeri	p Değeri
			Fizyoterapist	Hemşire	Doktor			
Disfaji İçin Klinik Kanıt	Hayır	n	27 _a	11 _{a, b}	9 _b	47	8,780	0,003*
		%	57,4%	23,4%	19,1%	100,0%		
	Evet	n	15 _a	19 _{a, b}	21 _b	55		
		%	27,3%	34,5%	38,2%	100,0%		
Yatak Başı Yutma	Hayır	n	24 _a	7 _b	7 _b	38	9,421	0,002*
		%	63,2%	18,4%	18,4%	100,0%		
	Evet	n	18 _a	23 _b	23 _b	64		
		%	28,1%	35,9%	35,9%	100,0%		
FEYÇ	Hayır	n	34 _a	26 _a	19 _a	79	2,615	0,106
		%	43,0%	32,9%	24,1%	100,0%		
	Evet	n	8 _a	4 _a	11 _a	23		
		%	34,8%	17,4%	47,8%	100,0%		
VFSS	Hayır	n	33 _a	25 _a	22 _a	80	0,209	0,647
		%	41,3%	31,3%	27,5%	100,0%		
	Evet	n	9 _a	5 _a	8 _a	22		
		%	40,9%	22,7%	36,4%	100,0%		
Manometri	Hayır	n	42 _a	30 _a	27 _a	99	5,524	0,059
		%	42,4%	30,3%	27,3%	100,0%		
	Evet	n	0 _a	0 _a	3 _a	3		
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%		
Fikrim Yok	Hayır	n	25 _a	27 _b	27 _b	79	10,246	0,001*
		%	31,6%	34,2%	34,2%	100,0%		
	Evet	n	17 _a	3 _b	3 _b	23		
		%	73,9%	13,0%	13,0%	100,0%		

Test Değeri: Ki-kare Test Ölçümü(χ^2), p değeri: istatistiksel olarak anlamlılık değeri

Çalışmaya alınan katılımcıların disfaji teşhisinde FEES, VFSS ve manometri yöntemlerini kullanmalarına göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların disfaji teşhisinde klinik kanıt kullanma yöntemlerine göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Klinik kanıt kullanma için

- Fizyoterapistler ve hemşireler arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Fizyoterapistler ve doktorlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşireler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların disfaji teşhisinde yatak başı yutma değerlendirmesi yöntemi kullanma durumuna göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Yatak başı yutma değerlendirmesi yöntemi kullanma için

- Fizyoterapistler ve hemşireler arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Fizyoterapistler ve doktorlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşireler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların disfaji teşhisi için fikri olmayanlara göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Fikri olmayanlar için

- Fizyoterapistler ve hemşireler arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Fizyoterapistler ve doktorlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşireler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.4. Rehabilitasyon Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Disfaji Göstergesi Olarak Semptomları Tanımlamasında Tutarlılık Karşılaştırması

Çalışmaya alınan katılımcıların disfaji göstergesi olarak semptomları tanımlamasında tutarlılık incelenmiş olup sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 6. Sağlık personelleri arasında disfajinin göstergesi olarak semptomları tanımlamada tutarlılık

Disfaji Semptomları	Fizyoterapist/% n=42	Hemşire/% n=30	Doktor/% n=30
Pnömoni	26,2	23,3	70,0*
Salya Akıntısı	76,2 [#]	50,0*	63,3*
Şiddetli Kilo Kaybı	26,2	10,0	13,3
Yutma Sırasında Öksürük	81,0 [#]	83,3 [#]	86,7 [#]
Oral Kalıntı	61,9*	66,7*	66,7*
Artan Yemek Süresi	35,7	50,0*	53,3*

#: yüksek tutarlılık (%75'ten fazla anlaşma), *: orta tutarlılık (%50 ile %75 anlaşma)

Disfajinin göstergesi olarak yutma sırasında öksürük tüm departmanlarda yüksek düzeyde tutarlılık sergiledi. Salya akıntısı semptomu için fizyoterapistler yüksek tutarlılık sergilerken, hemşire ve doktorlar orta düzeyde tutarlılık sergiledi. Oral kalıntı semptomu için tüm departmanlar orta düzeyde tutarlılık sergiledi. Artan yemek süresi semptomu için hemşire ve doktorlar orta düzeyde tutarlılık sergiledi. Pnömoni semptomu için sadece doktorlar orta düzeyde tutarlılık sergiledi.

5.5 Disfajinin Orta veya Uzun Süreli Mortaliteyi Etkileyip Etkilemediği

Düşüncesine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Disfajinin orta veya uzun süreli mortaliteyi etkilediğini düşünen fizyoterapist sayısı 36, etkilemediğini düşünen olmamakla birlikte kararsız olanlar ise 6 kişidir. Hemşirelerden etkilediğini düşünen 27 kişi, etkilemediğini düşünen 1 kişi, kararsız olan 2 kişidir. Çalışmaya katılan doktorlardan 29'u disfajinin orta veya uzun süreli disfajiyi etkilediğini düşünürken, etkilenmediğini düşünen olmamakla birlikte kararsız olan 1 kişidir.

Çalışmaya alınan katılımcılarda disfajinin orta veya uzun süreli mortaliteyi etkileyip etkilemediği düşüncesi için meslek grupları (fizyoterapist, hemşire ve doktor) arasında fark gösterip göstermediği test edilmiş ve analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 7. Disfajinin Orta veya Uzun Süreli Mortaliteyi Etkileyip Etkilemediği Düşüncesine Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Grup	n/%	Meslek			Toplam	Test Değeri	p Değeri
		Fizyoterapist	Hemşire	Doktor			
Evet	n	36 _a	27 _a	29 _a	92	2,578	0,108
	%	39,1%	29,3%	31,5%	100,0%		
Hayır	n	0 _a	1 _a	0 _a	1	100,0%	100,0%
	%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%		
Kararsızım	n	6 _a	2 _a	1 _a	9	100,0%	100,0%
	%	66,7%	22,2%	11,1%	100,0%		

Test Değeri: Ki-kare Test Ölçümü(χ^2), p değeri: istatistiksel olarak anlamlılık değeri

Çalışmaya alınan katılımcıların disfajinin orta veya uzun süreli mortaliteyi etkileyip etkilemediği düşüncesi için fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

5.6. Bölümler Arasında (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Sağlık Çalışanlarının Yutma Yönetimine Katılımında Tutarlılık

Tablo 8. Bölümler Arasında (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Sağlık Çalışanlarının Yutma Yönetimine Katılımında Tutarlılık

Disfaji yönetiminde sağlık çalışanının rolü	Fizyoterapist/% n= 42	Hemşire/% n=30	Doktor/% n=30
Yutma bozukluklarının yönetimi ile ilgili bir rolüm olduğunu düşünmüyorum	16,67	3,3	0,0
Yutma bozukluğu olduğundan şüphelenilen hastayı gerekli sağlık uzmanına yönlendirmek	59,52*	73,3*	56,7*
Yutma bozukluklarının medikal tedavisini yapmak	0,0	0,0	10,0
Yutma bozukluklarının rehabilitasyonunu yapmak	38,1	10,0	50,0*
Hastalar için güvenli gıda ve sıvı kıvamlarını ayarlamak	2,38	63,3*	36,7
Yutma bozukluklarının aletsel değerlendirmesi	0,0	0,0	0,0
Hastalar üzerinde kapsamlı klinik yutma muayenesi yapmak	0,0	0,0	3,3

#: yüksek tutarlılık (%75'ten fazla anlaşma), *: orta tutarlılık (%50 ile %75 anlaşma)

Rollerin hiçbirisi, sağlık çalışanları arasında yüksek tutarlılıkla tanımlanmadı. Beş bölümden sadece bir bölüm tüm katılımcılar tarafından orta düzeyde tutarlılıkla (%50 ila %75) belirlenmiştir.

Yutma bozukluğu olduğundan şüphelenilen hastayı gerekli sağlık uzmanına yönlendirmek rolü tüm departmanların orta düzeyde tutarlılık sergilediği cevaptır. Hastalar için güvenli gıda ve sıvı kıvamlarını ayarlamak rolü hemşireler arasında orta düzeyde tutarlılık sergilemiştir. Yutma bozukluklarının rehabilitasyonunu yapmak rolü doktorlar arasında orta düzeyde tutarlılık sergilemiştir.

5.7. Bölümler Arasında (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Sağlık Çalışanları Arasında Disfaji Yönetiminde Dil ve Konuşma Terapistlerinin Rolünü Belirlemede Tutarlılık

Tablo 9. Bölümler Arasında (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Sağlık Çalışanları Arasında Disfaji Yönetiminde Dil ve Konuşma Terapistlerinin Rolünü Belirlemede Tutarlılık

Dil ve Konuşma Terapistinin Disfaji Yönetiminde Rolü	Fizyoterapist/%	Hemşire/%	Doktor/%
Kapsamlı klinik yutma muayenesi yapmak	42,9	26,7	23,3
Yutma fonksiyonunu aletsel değerlendirme ile analiz etmek	28,6	10,0	10,0
Yutma problemini teşhis etmek	31,0	36,7	13,3
Müdahale planı ve tedavi sağlamak	59,5*	40,0	46,7
Hastayı, bakıcıyı ve sağlık çalışanını güvenli oral alım teknikleri konusunda bilgilendirmek	57,1*	60,0*	76,7 [#]

#: yüksek tutarlılık (%75'ten fazla anlaşma), *: orta tutarlılık (%50 ile %75 anlaşma)

Dil ve konuşma terapistinin hastayı, bakıcıyı ve sağlık çalışanını güvenli oral alım teknikleri konusunda bilgilendirmek rolü doktorlar arasında yüksek tutarlılık sergilerken, fizyoterapist ve hemşireler arasında orta düzeyde tutarlılık sergilemiştir. Müdahale planı ve tedavi sağlamak rolü fizyoterapistler arasında orta düzeyde tutarlılık sergilemiştir.

5.8. Çalışılan Hastanede Yatak Başı Yutma Değerlendirmesi Yapan Kişiye Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan katılımcılarda çalışılan hastanede yatak başı yutma değerlendirmesi yapan kişiler için meslek grupları (fizyoterapist, hemşire ve doktor) arasında fark gösterip göstermediği test edilmiş ve analiz sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 10. Çalışılan Hastanede Yatak Başı Yutma Değerlendirmesi Yapan Kişiye Göre Meslek Gruplarının Karşılaştırılması

Grup	n/%	Meslek			Toplam	Test Değeri	p Değeri
		Fizyoterapist	Hemşire	Doktor			
Yok	n	17 _a	5 _a	5 _a	27	9,967	0,002*
	%	63,0%	18,5%	18,5%	100,0%		
Hemşire	n	2 _a	8 _b	2 _{a, b}	12	100,0%	100,0%
	%	16,7%	66,7%	16,7%	100,0%		
Dil/Konuşma Terapisti	n	7 _a	2 _a	1 _a	10	100,0%	100,0%
	%	70,0%	20,0%	10,0%	100,0%		
Fizyoterapist	n	1 _a	3 _a	2 _a	6	100,0%	100,0%
	%	16,7%	50,0%	33,3%	100,0%		
Fizik Tedavi Hekimi	n	12 _{a, b}	3 _b	11 _a	26	100,0%	100,0%
	%	46,2%	11,5%	42,3%	100,0%		
KBB Hekimi	n	3 _a	0 _a	0 _a	3	100,0%	100,0%
	%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
Nöroloji Hekimi	n	0 _a	9 _b	9 _b	18	100,0%	100,0%
	%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%		

Test Değeri: Ki-kare Test Ölçümü (χ^2), p değeri; istatistiksel olarak anlamlılık değeri

Çalışmaya alınan katılımcıların çalışılan hastanede yatak başı yutma değerlendirmesini yapanın olmaması, dil konuşma terapistinin yapması, fizyoterapistin yapması, KBB hekiminin yapmasına göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların çalışılan hastanede yatak başı yutma değerlendirmesini yapanın hemşire olmasına göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşire için

- Fizyoterapistler ve hemşireler arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Fizyoterapistler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Hemşireler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların çalışılan hastanede yatak başı yutma değerlendirmesini yapanın fizik tedavi hekimi olmasına göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Fizik tedavi hekimi için

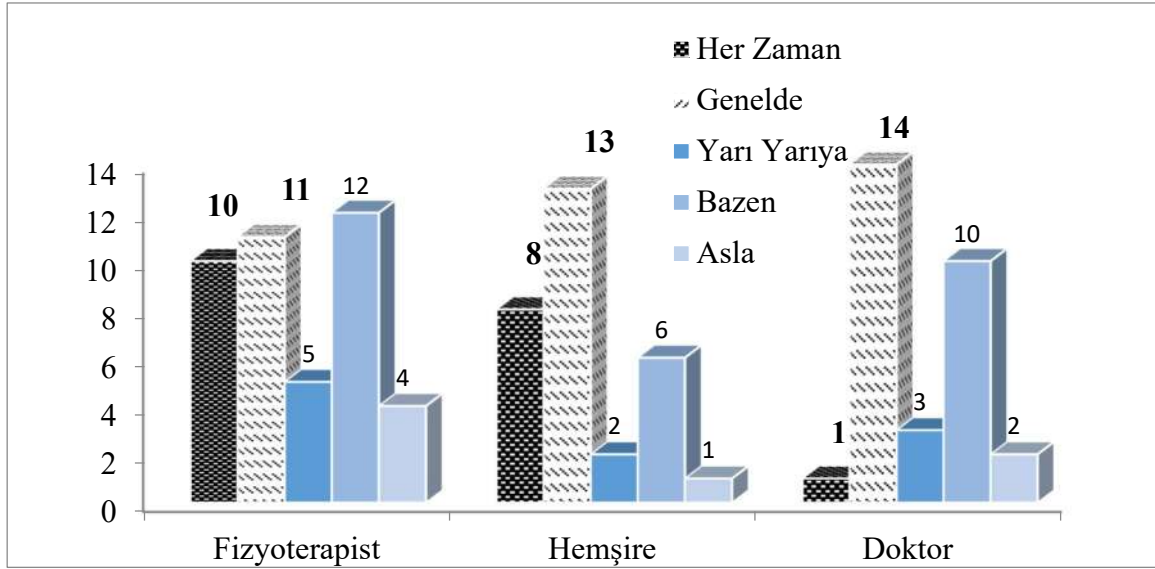
- Fizyoterapistler ve hemşireler arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$)
- Fizyoterapistler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Hemşireler ve doktorlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya alınan katılımcıların çalışılan hastanede yatak başı yutma değerlendirmesini yapanın nöroloji hekimi olmasına göre fizyoterapist, hemşire ve doktorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Nöroloji hekimi için

- Fizyoterapistler ve hemşireler arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Fizyoterapistler ve doktorlar arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşireler ve doktorlar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

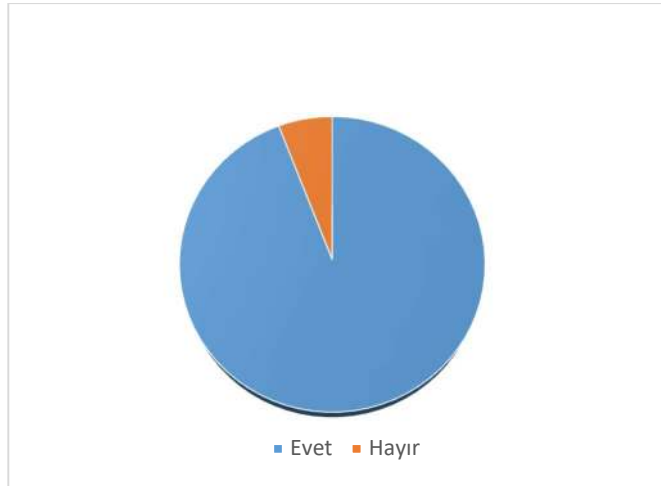
Sağlık çalışanlarının disfajisi olan hastayı dil ve konuşma terapistine yönlendirme sıklığı grafiği

Disfajisi olan hastayı dil ve konuşma terapistine yönlendirme sıklığı sorusuna 10 (%23,8) fizyoterapist, 8 (%26,6) hemşire, 1 (%3,3) doktor toplam 19 sağlık çalışanı ‘her zaman’ cevabını vermiştir. 11 (%26,1) fizyoterapist, 13 (%43,3) hemşire, 14 (%46,6) doktor toplam 38 sağlık çalışanı ‘genelde’ cevabını vermiştir. 5 (%11,9) fizyoterapist, 2 (%6,6) hemşire, 3 (%10) doktor toplam 10 sağlık çalışanı ‘yarı yarıya’ cevabını vermiştir. 12 (%28,5) fizyoterapist, 6 (%20) hemşire, 10 (%33,3) doktor toplam 28 sağlık çalışanı ‘nadiren’ cevabını vermiştir. 4 (%9,5) fizyoterapist, 1 (%3,3) hemşire, 2 (%6,6) doktor toplam 10 sağlık çalışanı ‘asla’ cevabını vermiştir.



Şekil 5. Sağlık Çalışanlarının (Fizyoterapist, Hemşire, Doktor) Dil ve Konuşma Terapistine Yönlendirme Sıklığı

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının hastanede disfaji farkındalığı gelişmesi için ‘evet’ cevabını veren 40 (%95,2) fizyoterapist, 27 (%90) hemşire, 29 (%96,6) toplam 96 sağlık çalışanı vardır. Aksini düşünen sağlık çalışanı sayısı 6’dır.



Şekil 6. Disfaji Farkındalığı Gelişmesi Grafiği

6. TARTIŞMA

Türkiye’de rehabilitasyon hastanelerinde uzman hekimler, hemşireler, fizyoterapistler, ergoterapistler ve dil ve konuşma terapistleri görev yaparak multidisipliner ekip çalışması ile rehabilitasyon hizmeti sağlanır. Rehabilitasyon hastanesinde alınan hasta grupları ağırlıklı olarak nörolojik bozukluk yaşayan inme, travmatik beyin hasarı, parkinson, multiple skleroz gibi hastalıklardır.

Rehabilitasyon görmekte olan hastalarda patolojiye eşlik eden disfaji sıklıkla görülmektedir. Ancak disfaji hastalığa eşlik eden sekonder patoloji olarak görüldüğü için tedavi sırasında ikinci planda kalmaktadır. Hasta ile birebir temas içinde olan sağlık personelleri disfaji ile ilgili farkındalığa sahip olursa disfaji erken dönemde teşhis edilmiş olup dil ve konuşma terapistine yönlendirilme ile etkili disfaji yönetimine olanak sağlanır. Bu çalışmanın amacı; disfajinin erken dönemde tespit edilip multidisipliner ekip çalışması ile doğru yönetiminin sağlanmasıdır. Yutma rehabilitasyonunda dil ve konuşma terapistinin rolünün hastanedeki diğer sağlık personelleri tarafından farkındalığını ortaya koymaktır.

Türkçe alanyazında gastroenteroloji hekimlerinin ve hasta yakınlarının yutma bozukluğunda dil ve konuşma terapistinin rolüne ilişkin farkındalığı incelenmiş, iki grubunda yutma bozukluğunda dil ve konuşma terapistinin rolü hakkında yeterli bilgisi olmadığı bildirilmiştir (22).

Yabancı literatüre bakarsak Kamal ve arkadaşlarının 2013 yılındaki çalışmalarında 176 sağlık profesyoneli katılmış, disfaji yönetiminde farkındalık ve katılımları incelenmiş olup, disfajinin klinik göstergeleri ve dil ve konuşma terapistinin yutma bozukluğunu yönetmedeki rolü konusunda farkındalıktan yoksun olduğunu ortaya koymuştur (48).

Xinyi ve arkadaşlarının 2018 yılındaki 51 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada sağlık görevlilerinin disfaji yönetimi konusunda farkındalık ve eğitimi incelenmiş olup, disfaji farkındalığından yoksun olduğunu göstermektedir (54).

Bhimte ve arkadaşlarının 2015 yılındaki 81 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen hemşirelerin disfajiyle ilgili farkındalık düzeyi ve disfaji yönetiminde dil ve konuşma terapistinin rolü incelenmiştir.

Hemşirelerin disfaji ve belirtisi konusunda bilinçsiz oldukları sonucuna varılmış, hemşireler disfajinin tanı ve tedavisinde dil ve konuşma terapistinin rolünün farkında değildir(55). Spesifik olarak rehabilitasyon hastanesinde çalışan sağlık personellerinin disfaji farkındalığı incelendiği çalışma görülmemiştir.

Disfaji semptomlarını bilmek disfaji şüphesi olan hastayı tanıyabilmek için büyük önem arz etmektedir. Çalışmamızda fizyoterapist ve hemşirelerin orta ve yüksek tutarlılık sergilediği üç disfaji semptomu, doktorların ise beş disfaji semptomu olmuştur. Fizyoterapist ve hemşirelerin disfaji semptomları konusundaki bu farkındalık eksikliğinin, disfaji ve yönetimi ile ilgili yeterli eğitim almadığı gerçeğiyle ilişkili olması muhtemeldir.

Çalışmamızda disfaji eğitimi alma oranı en yüksek olan grup doktorlar (%76,6) en düşük olan grup hemşireler (%46,6) olmuştur. Bu durum disfaji semptomlarını tanımlamada en yüksek tutarlılık gösteren grubun doktorlar olmasını destekler niteliktedir. Hastaların klinik değerlendirmesinde disfaji eğitimi almış sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen yutma fonksiyonunun taranmasının, hastanın dil ve konuşma terapisi hizmetlerine yönlendirilmesinde büyük ölçüde yardımcı olabileceği iyi bilinmektedir.

Farpour ve arkadaşlarının 2018 yılında 312 sağlık profesyonelinin katılımıyla yaptığı çalışmalarında disfajinin en sık görüldüğü hastalıklar özofagus kanseri, inme, beyin tümörleri ve sindirim problemi olarak bulunmuştur (56). Bizim çalışmamızda disfajinin en sık görüldüğü hastalıklar inme, travmatik beyin hasarı, kas hastalıkları ve serebral palsi olarak bulunmuştur. Farklılığın sebebinin bizim çalışmamızın rehabilitasyon hastanesinde yapılmış olması ile ilgili olduğunu düşünüyoruz.

Bizim çalışmamızda tüm departmanlarda disfaji ile en yüksek ilişkiye sahip klinik gösterge, yutmadan önce, sırasında veya sonrasında öksürme / boğulma idi. Kamal ve ark. tarafından 2013'te yapılan çalışma ve Xinyi ve ark. Tarafından 2018'te yapılan çalışma da en yüksek tutarlılık görülen disfaji semptomu yutmadan önce, sırasında veya sonrasında öksürme / boğulma olarak görülmüştür(48,54). Literatüre uyumlu bir sonuç bulunmuştur. Xinyi ve ark. (2018) en düşük tutarlılığa sahip semptomu çoklu yutmalar olarak bulmuş olup, bizim çalışmamızda en düşük tutarlılığa sahip semptom şiddetli kilo kaybı olmuştur (54).

Xinyi ve ark.(2018) çalışmasında sağlık personellerinin disfaji yönetimindeki rolüne ilişkin orta tutarlılık görülen maddeler hastayı dil ve konuşma terapistine sevk etmek, hastayı başka sağlık personeline sevk etmek ve yutma fonksiyonlarını incelemek olmuştur (54). Çalışmamızda sağlık personellerinin disfaji yönetimindeki rolüne ilişkin ortak görüş yutma bozukluğu olduğundan şüphelenilen hastayı gerekli sağlık uzmanına yönlendirmek olmuştur. Hemşireler ayrıca hastalar için güvenli gıda ve sıvı kıvamlarını ayarlamak rolü için orta tutarlılık sergilerken, doktorlar da disfaji rehabilitasyonunu yapmak rolünde orta tutarlılık sergilemiştir. Disfajinin multidisipliner ekip tarafından yönetimi, hastaların hastane ziyaretlerinin sıklığını azaltmaya yardımcı olur ve eş zamanlı değerlendirmeye olanak sağladığı için hayati öneme sahiptir (57). Çalışmamızda bölümler arasında disfaji yönetiminde rolü ile ilgili yüksek tutarlılığa sahip olan sağlık personeli doktorlardır. Fizyoterapist ve hemşireler disfaji yönetiminde rolü ile ilgili yüksek tutarlılık göstermemiştir.

Xinyi ve arkadaşlarının 2018 yılındaki çalışmalarında disfaji yönetiminde dil ve konuşma terapistinin başkalarını güvenli oral alım teknikleri konusunda bilgilendirmek rolü yüksek tutarlılık gösteren tek rol olmuştur(54). Çalışmamızda sağlık personellerinin dil ve konuşma terapistinin disfaji yönetiminde rolü ile ilgili ortak görüş hastayı, bakıcıyı ve sağlık çalışanını güvenli oral alım teknikleri konusunda bilgilendirmek olmuştur. Diğer dört rol sağlık çalışanları arasında yüksek tutarlılık göstermemiştir. Bunun nedeninin dil ve konuşma terapisinin yeni gelişmekte olan bir alan olması ve sağlık personellerinin disfajinin yönetiminde dil ve konuşma terapistine güven eksikliğinden kaynaklanabilir. PEG tüpü ile beslenmeye başlayan hasta dil ve konuşma terapistinin uyguladığı yutma terapisi ile tekrar oral beslenmesi mümkün olabilir. Hasta ve hasta yakını bu konuda bilgilendirip dil ve konuşma terapistine yönlendirilmesine katkı sağlamak için sağlık personelinin dil ve konuşma terapistinin rolü hakkında yeterli bilgiye sahip olması önemlidir.

Çalışılan hastanede yatak başı yutma değerlendirmesi yapan kişinin hemşire olmasına göre fizyoterapistler ve hemşireler arasında, fizik tedavi hekimi olmasına

göre hemşireler ile doktorlar arasında, nöroloji hekimi olmasına göre fizyoterapistler ile doktorlar ve fizyoterapistler ile hemşireler arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuca göre sağlık personellerinin hastanedeki disfaji değerlendirmesi ile ilgili bilgi ve farkındalığının yetersiz olduğu görülmüştür.

Katılımcıların çalıştığı hastanede disfaji farkındalığının gelişmesi gerektiğini düşünen fizyoterapist oranı %95, hemşire oranı %90, doktor oranı %96 bulunmuştur. Disfajinin yönetimi ve dil ve konuşma terapistinin rolü hakkında bilgilendirme yapmak hastaların dil ve konuşma terapistine yönlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

7. SONUÇ

Bu çalışma rehabilitasyon hastanesinde farklı bölümlerde çalışan sağlık personellerinin disfaji hakkındaki farkındalık düzeylerini incelemek için yapılan betimsel bir araştırmadır. Çalışmamıza 42 fizyoterapist, 30 hemşire ve 30 doktor katılmış olup disfaji eğitim durumları, disfaji yönetimi ile ilgili bilgi ve farkındalıkları incelenmiştir. Disfaji rehabilitasyonunda dil ve konuşma terapistinin rolü hakkındaki farkındalıkları araştırılmıştır.

Mevcut çalışma ile disfaji belirti ve semptomlarını tanımlamada düşüklük olduğu, disfaji değerlendirilmesi ve yönetimi ile ilgili farkındalığın yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Sağlık çalışanlarının dil ve konuşma terapistinin disfaji yönetiminde rolü hakkında yetersiz bilgi sahibi olduğu ve dil ve konuşma terapistine sevk edilen hastaların düşük oranda olduğu görülmektedir.

Disfajisi olan hastalara verilen hizmetin daha etkili olması için profesyonel ortaklıkların artırılması çok önemlidir. Dil ve konuşma terapisi yeni ve hala gelişmekte olan bir disiplindir. Mesleğin tanıtımı ve disfaji yönetimindeki rolü hakkında yapılacak bilgilendirme ile dil ve konuşma terapistinin disfajili hastaların yönetimine daha fazla katılımını sağlayacak ve bakımlarına yönelik bir multidisipliner yaklaşımının gelişmesine teşvik etmek için kritik bir ilk adım olacaktır.

Sağlık çalışanları yutma bozukluğu belirtilerini tarayabilir ve değerlendirme için onları dil ve konuşma terapistine yönlendirebilirse erken dönemde etkili tedavi edilebilir. Bu yüzden multidisipliner ekibin parçası olan sağlık personeline disfaji eğitimi verilmelidir. Disfaji ile ilgili farkındalığın yüksek olması multidisipliner çabaların artmasını ve artan yaşam kalitesi için daha etkili hasta bakımına teşvik edecektir.

Çalışmayı geliştirmek için katılımcı sayısı artırılarak, demografik bilgilerine göre kategorize edilerek değerlendirildiği daha kapsamlı bir çalışma farklı hastane türlerinde yapılabilir.

8. KAYNAKÇA

1. Eyigör S. Disfaji Epidemiyolojisi. Disfaji Tanıdan Tedaviye Multidisipliner Yaklaşım. 1. Basım. US Akademi, İzmir; 2019, s:1–7.

2. Çiyiltepe M.M. Yutma Fonksiyonu. Pediatriden Geriatriye Yutma Bozuklukları . 1. Basım. Tıbbi Yayınlar Merkezi, İstanbul; 2020, s:1-23.
3. ILO-UNESCO-WHO G. Community Based Rehabilitation for and with People with Disabilities. Joint Position Paper, Geneva;1994, p:1-20.
4. Miller AJ. Neurophysiological Basis of Swallowing. Springer. 1986; (1):91–100.
5. Groher M. Dysphagia Diagnosis and Management. 3rd ed. Boston: Butterworth-Heinemann; 1997, p:25-73.
6. Ceraş S. Aspirasyon Riskli Olguların Yutma Bozukluğu Tarama Kontrol Listesi ile Değerlendirilmeleri, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Eskişehir (Danışman: Doç. Dr. Pınar EGE).
7. Logemann JA. Anatomy and Physiology of Normal Deglutition. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. 2nd ed. Texas; 1998, p:13-45.
8. Carrau R, Murry T, Rebecca H. Anatomy and Physiology of Swallow. Comprehensive Management of Swallowing Disorders. 2nd ed. San Diego; Plural; 2017, p:11-29.
9. Sancak B, Cumhur M. Baş Boyun İç Organlar. Fonksiyonel Anatomi. 11. Basım, ODTÜ Yayıncılık, Ankara; 2017, s:52-75.
10. Kılınç HE. Sağlıklı Bireylerde Farklı Tip Egzersiz Eğitimlerinin Suprahiyoid Kas Aktivasyonu, Disfaji Limiti Ve Dil Basıncı Kuvveti Etkilerinin Karşılaştırılması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Aynur Ayşe KARADUMAN).
11. Demir N. Nörojenik Yutma Güçlüklerinde Fizyoterapinin Etkinliği. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Ayşe KARADUMAN).
12. Schindler JS, Kelly JH. Swallowing Disorders in the Elderly. The Laryngoscope. 2002; 112(4):589–602.
13. Bayram HM. Yutma Bozukluğu Olan Yaşlı Bireylerde Beslenme Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Neslişah RAKICIOğLU).
14. Yaşaroğlu ÖF. Nörojenik Yutma Bozukluğu olan Hastalarda Yeme Değerlendirme Aracı ve Yutma Yaşam Kalitesi Anketi’ nin İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması Sistemi ile İlişkinin Değerlendirilmesi. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Tülin DÜGER).
15. Bağlam N. Nörolojik Disfajisi Olan Çocuklarda Malnütrisyon ve Beslenme

- Durumunun Saptanması. H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Emine YILDIZ).
16. 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). *Int J Evid Based Healthc*. 2011; 9(2):148–150.
 17. Rogers B. Feeding Method and Health Outcomes of Children With Cerebral Palsy. *J. Pediatr*. 2004; 145(2):28–32.
 18. Hazır M. Orofarengeal Disfaji Tanılı Hastalarda Yutmanın Ultrasonik Değerlendirilmesi. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Eskişehir (Danışman: Doç. Dr. Müzeyyen Çiğiltepe).
 19. Matsuo K, Palmer JB. Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008; 19(4):691–707.
 20. Groher M, Crary M. Normal Swallowing in Adults. *Dysphagia Clinical Management in Adults and Children*. 2nd ed. San Diego, Elsevier; 2016, p:20–38.
 21. Bengisu S. İnme Sonrası Ortaya Çıkan Yutma Bozukluklarında Geleneksel Yutma Terapileri, Nöromusküler Elektrik Stimülasyonu (NMES) ve Transkranial Doğru Akım Uyarım (TDCS) Tedavisinin Etkililiğinin Karşılaştırılmalı Olarak Değerlendirilmesi. Ü. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2021, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. Yakup KRESPI).
 22. Bengisu S, Ayyıldız A. Gastroenteroloji Bölüm Hekimleri ve PEG Tüpü Takılmış Hasta Yakınlarının Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Bozukluğundaki Rolüne İlişkin Farkındalığının Belirlenmesi. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*. 2020; 3(2):175–179.
 23. Uğış A. Disfajili Hastalarda Eozinofilik Özofajit Görülme Sıklığı. G. Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. İbrahim DOĞAN).
 24. McGinnis CM, Homan K, Solomon M, Taylor J, Staebell K, Erger D. Dysphagia: Interprofessional Management, Impact, and Patient-Centered Care. *Nutr Clin Pract*. 2019; 34(1):80–95.
 25. Kapan N. Ankara şehir hastanesi inme hastalarında disfaji protokolünün geliştirilmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2021, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Müyesser ARAS).
 26. Garipoglu G. Dysphagia Awareness Among Dietitians. *Prog. Nutr*. 2019; 21(2):309–315.
 27. Yavuz B. Subakut ve Kronik Dönemde Hemiplejik Hastalarda Disfaji Düzeylerinin ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Rehabilitasyon Sonuçlarına Etkisi. Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi V. FTR Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2011, Ankara

(Danışman: Uzman Dr. Meryem Doğan Aslan).

28. Adult J. Neurogenic Communication and Swallowing Disorders. In: Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation. 5 st ed. Philadelphia: Elsevier; 2016, p:53–70.
29. Shapiro J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Division of Otolaryngology. 2000; 26(3):203–209.
30. Binbir İ. Disfajili Hemiplejik Hastalarda Nöromusküler Elektrik Stimülasyonu; Klinik, Radyolojik ve Sintigrafik Olarak Değerlendirme. K. Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2010 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Murat İNANIR).
31. Akçıl M. Pnömoni Öyküsü Olan Yaşlılarda Yutma Fonksiyonunun Değerlendirilmesi H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2019 (Danışman: Prof. Dr. Ayşe Karaduman).
32. Arslan SS, Demir N, Karaduman AA. The Relationship Between Patient Reported Dysphagia Symptom Severity and Swallowing Related Quality of Life in Patients with Neurological Disorders. Clin Exp Health Sci. 2019; 9(1):53–56.
33. Bengisu S, Tura. Baş Boyun Kanseri Cerrahisi Uygulanmış Hastalarda Yutma Terapisinin Yutma Bozukluğu Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Olan Etkisinin Belirlenmesi. Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi. 2019; 2(3):300–314.
34. Lind CD. Dysphagia : Evaluation and Treatment. Gastroenterol. Clin. North Am. 2003; 32(2):553–575.
35. Durmaz MG. İnmeli Hastalarda Yatak Başı Yutma Tarama Testi (GUSS) ile Videofloroskopi Sonuçlarının Karşılaştırılması. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Doç.Dr. Zeliha TÜLEK).
36. Arsava EM, Aydoğdu İ, Güngör L, Işıkkay CT, Yaka E. İnme Hastalarında Nutrisyonel Yaklaşım ve Tedavi, Türkiye için Uzman Görüşü. Türk Nöroloji Dergisi. 2018; 24(3):226–242.
37. Wirth R, Dziewas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ. Clinical Interventions in Aging Dovepress Oropharyngeal Dysphagia in Older Persons- From Pathophysiology to Adequate Intervention. Clin Interv Aging. 2016; 11(5):189-208.
38. Akdaş B. 65 Yaş ve Üstü Disfajili Hastalar ve Bakım Vericilerine Uygulanan Eğitimin Disfaji Komplikasyonlarına Etkisi. E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Mümtaz YILMAZ).
39. Karazeybek Ü. Nörojenik Disfajisi Olan Hastalarda Nöromusküler Elektro Stimülasyon Terapisi (NMES)'nin Kanıta Dayalı Etkililiğinin İncelenmesi. A. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Eskişehir

(Danışman: Doç. Dr. Müzeyyen ÇiYİLTEPE).

40. Garcia JM, Chambers E, Molander M. Thickened Liquids: Practice Patterns of Speech-Language Pathologists. *Am J Speech Lang Pathol*. 2016; 14(1):4-13.
41. Schindler R. Management of Dysphagia. *Ann West Med Surg*. 1952; 6(2):98–105.
42. Easterling C. 25 Years of Dysphagia Rehabilitation: What Have We Done, What are We Doing, and Where are We Going?. *Dysphagia*. 2017; 32(1):50-54.
43. Park JW, Oh JC, Lee HJ, Park SJ, Yoon TS, Kwon BS. Effortful Swallowing Training Coupled With Electrical Stimulation Leads To An Increase In Hyoid Elevation During Swallowing. *Dysphagia*. 2009; 24(3):296–301.
44. Masrur S, Smith EE, Saver JL, Reeves MJ, Bhatt DL, Zhao X. 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):9-301.
45. Boddice G, Brauer S, Gustafsson L, Kenardy J, Hoffmann T. Rehabilitation. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010 National Stroke Foundation. Australia: Approval; 2010, p:79-95.
46. Perry L. Screening Swallowing Function Of Patients With Acute Stroke. Part Two: Detailed Evaluation Of The Tool Used By Nurses. *J Clin Nurs*. 2001; 10(4):474–481.
47. Selçuk B. İnmede Yutma Bozuklukları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2006; 52(Özel Ek B):38–44.
48. Kamal RM, Ward E, Cornwell P. Levels of Awareness, Involvement and Training in Dysphagia Management Among Other Health Professionals in Malaysia. *Dysphagia-Forum*. 2013; 1(1):4–15.
49. Pollens R. Integrating Speech-Language Pathology Services in Palliative End-of-Life Care. *Top Lang Disorder*. 2012; 32(2):137-147.
50. Heiss CJ, Goldberg L, Dzarnoski M. Registered Dietitians And Speech-Language Pathologists: An Important Partnership In Dysphagia Management. *J. Am. Diet. Assoc*. 2010; 110(9):1290-1293.
51. Savcı C. Disfaji Gelişen Akut İnmeli Hastalarda Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı. *J Anatolia Nurs Heal Sci*. 2020; 23(3):423–4299.
52. Karakaya İ. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara, 3. Baskı: Anı Yayıncılık; 2012, s:57–59.
53. Mathers-Schmidt BA, Kurlinski M. Dysphagia Evaluation Practices: Inconsistencies in Clinical Assessment and Instrumental Examination Decision-Making. *Dysphagia*. 2003; 18(2):114–125.

54. Yong Xinyi D, Ahmad A, Vesualingam M. Medical Officers' Awareness, Involvement and Training in Dysphagia Management. *Malaysian J. Med. Health Sci.* 2018; 16(1):7–16.
55. Bhimte S, Rangasayee R. To Study Awareness Level of Dysphagia and Role of Speech Language Pathologist in Dysphagia Assessment and Management Among Nurses. *J Med Sci Clinical Res.* 2015; 3(7):6676–6681.
56. Farpour S, Farpour HR, Smithard D, Kardeh B, Ghazaei F, Zafarghasempour M. Dysphagia Management in Iran: Knowledge, Attitude and Practice of Healthcare Providers. *Dysphagia.* 2019; 34(1):105–111.
57. Duval M, Black MA, Gesser R, Krug M, Ayotte D. Multidisciplinary Evaluation and Management of Dysphagia: The Role For Otolaryngologists. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009; 38(2):227–232.





TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Esra	Soyadı	ACIELMA
------------	------	---------------	---------

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Tezli Yüksek Lisans	DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ DİL VE KONUŞMA TERAPİSİ	2018-Halen
Lisans	AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ-FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON	2015
Lise	ÇUBUK LİSESİ	2010

İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
FİZYOTERAPİST	KARAGÖL ÖZEL EĞİTİM	2015-2018
FİZYOTERAPİST	ERENKÖY FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ	2018-HALEN

Yabancı Dil Sınav Notu								
ÜDS/YDS	YÖKDİL	TIPDİL	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	45							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	90,4	92,5	79,7
(Diğer) Puanı			

10. EKLER

Ek 1 Etik Kurul Onamı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
338					
KARAR					
Prof. Dr. Mehmet Uğur ÇEVİK, Yüksek Lisans Öğrencisi, Esra ACIELMA isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Rehabilitasyon hastanesinde çalışan sağlık personellerinin disfaji hakkındaki farkındalıklarının incelenmesi" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Examining the awareness of healthcare professionals working in the rehabilitation hospital about dysphagia" planned by Mehmet Uğur ÇEVİK, Esra ACIELMA has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number):		Tarih (Date): 22.10.2020		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Meral ERDİNÇ			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Meral ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
2	Prof. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
3	Prof. Dr.	Zeynep BAYSAL YILDIRIM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
4	Prof. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
5	Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
6	Doç. Dr.	İbrahim KAPLAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
7	Dr. Öğretim Üyesi	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
8	Dr. Öğretim Üyesi	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	
9	Dr. Öğretim Üyesi	Gülray AYDOĞDU	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Patoloji	
10	Dr. Öğretim Üyesi	Muhammed Akif DENİZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
11	Avukat	Ronay TEKALP	Dicle Üniversitesi Hastaneleri	Hukuk İşleri Birimi	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DIYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

EK 2

Katılımcı Onam Formu

Sizi Esra Acıelma tarafından yürütülen ‘Rehabilitasyon Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Disfaji Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Rehabilitasyon hastanesinde çalışan sağlık personellerinin disfaji hakkındaki farkındalıklarının araştırılmasıdır.

Araştırmanın İçeriği: Çalışmayı kabul eden sağlık personeline disfaji farkındalığını incelemek için anket formunu doldurması istenecektir.

Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması

Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20 dakika

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma

imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.

Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası

Gönüllü bilgilendirme formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz. Çalışma hakkındaki sorularınızı Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi olan Esra Acıelma'ya yöneltebilirsiniz.

YÜRÜTÜCÜ: Prof. Dr. Mehmet Uğur Çevik

ARAŞTIRMACI: Esra Acıelma

DÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Diyarbakır

Ek 3

Çalışmada Kullanılan Anket

Rehabilitasyon Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Disfaji (Yutma Bozukluğu) Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi

1. Mesleğiniz nedir?

- a) Uzman Doktor
- b) Doktor
- c) Hemşire
- d) Fizyoterapist
- e) Diyetisyen
- f) Ergoterapist
- g) Diğer:

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Lise
- b) Önlisans
- c) Lisans
- d) Yüksek Lisans/Doktora

3. Bir sağlık profesyoneli olarak ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

- a) <6 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) >10 yıl

4. Eğitiminiz sırasında disfaji (yutma bozukluğu) ile ilgili ders aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

5. Hastalarınızda disfajiyi (yutma bozukluğu) göz önünde bulundurur musunuz?

- a) Evet
 - b) Hayır
6. Bugüne kadar gördüğünüz hastaların yaklaşık yüzde kaçında yutma sorunu gözlemlediniz?
- a) %0-20
 - b) %21-40
 - c) %41-60
 - d) %61-80
 - e) %81-100
7. Disfaji teşhisini koymak için hangi teknikler kullanılır? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- a) Disfaji için klinik kanıt (örn. Aspirasyon)
 - b) Klinik test: yatakbaşı yutma değerlendirmesi
 - c) FEES (Fiberoptik Endoskopik Değerlendirme)
 - d) VFSS (Videofloroskopik Yutma Değerlendirilmesi)
 - e) Manometri
 - f) Fikrim yok
8. Çalıştığınız hastanede yatak başı yutma değerlendirmesi hangi sağlık profesyoneli tarafından gerçekleştiriliyor? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.)
- a) Yatak başı yutma değerlendirmesi yapılmıyor
 - b) Hemşire
 - c) Dil ve Konuşma Terapisti
 - d) Fizyoterapist
 - e) FTR Hekimi
 - f) KBB Hekimi
 - g) Nöroloji Hekimi

9. Çalıştığınız hastanede aletsel yutma değerlendirmesi hangi sağlık profesyoneli tarafından gerçekleştiriliyor? (Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.)

- a) Aletsel yutma değerlendirmesi yapılmıyor
- b) Hemşire
- c) Dil ve Konuşma Terapisti
- d) Fizyoterapist
- e) FTR Hekimi
- f) KBB Hekimi
- g) Nöroloji Hekimi

10. Bugüne kadar gördüğünüz yutma bozukluğu olan hastalarda hangi belirtilere rastladınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Pnömoni (Zatürre)
- b) Salya akıntısı
- c) Şiddetli kilo kaybı
- d) Yutmadan önce, sırasında veya sonrasında öksürme / boğulma
- e) Oral kalıntı (ağızda kalan yiyecek)
- f) Artan yemek süresi
- g) Diğer:

11. Bugüne kadar hangi hastalıklarda yutma bozukluğu gözlemlediniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Baş-boyun kanserleri
- b) Kas hastalıkları
- c) MS (Multiple Skleroz)
- d) ALS (Amyotrofik Lateral Skleroz)
- e) İnme
- f) Parapleji/Quadripleji
- g) Parkinson
- h) Serabral Palsi
- i) Travmatik beyin hasarı

j) Down sendromu

12. Yutma bozukluklarının yönetiminde bir sağlık profesyoneli olarak rolünüz nedir?

(Uygun olanların tümünü işaretleyin.)

- a) Yutma bozukluklarının yönetimi ile ilgili bir rolüm olduğunu düşünmüyorum.
- b) Yutma bozukluğu olduğundan şüphelenilen hastayı gerekli sağlık uzmanına yönlendirmek
- c) Yutma bozukluklarının medikal tedavisini yapmak
- d) Yutma bozukluklarının rehabilitasyonunu yapmak
- e) Hastalar için güvenli gıda ve sıvı kıvamlarını ayarlamak
- f) Yutma bozukluklarının aletsel değerlendirmesini yapmak
- g) Hastalar üzerinde kapsamlı klinik yutma muayenesi yapmak

13. Hastalarınızda rutin olarak disfajiyle ilişkili ne tip medikal komplikasyonlarla karşılaşıyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Komplikasyon yok
- b) Aspirasyona bağlı pnömoni
- c) Sepsis (örn. Pnömoniye bağlı yada kateter ilişkili enfeksiyon)
- d) Tekrarlayan yoğun bakım ünitesine yatış
- e) Yetersiz beslenme/kaşeksi
- f) Diğer:

14. Bildiğiniz kadarıyla, dil ve konuşma terapistinin disfaji yönetimindeki rolü /rolleri nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Kapsamlı klinik yutma muayenesi yapmak
- b) Yutma fonksiyonunu aletsel değerlendirme ile analiz etmek
- c) Yutma problemini teşhis etmek
- d) Müdahale planı ve tedavi sağlamak
- e) Hastayı, bakıcıyı ve sağlık çalışanını güvenli oral alım teknikleri konusunda bilgilendirmek

15. Disfajisi (Yutma bozukluğu) olan hastaları ne sıklıkla dil ve konuşma terapistine yönlendiriyorsunuz?

- a) Her zaman
- b) Genelde
- c) Yarı yarıya
- d) Nadiren
- e) Asla

16. Disfajinin orta veya uzun süreli mortaliteyi etkilediğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Kararsız

17. Hastanenizde disfaji farkındalığının gelişmesi sizce gerekli mi?

- a) Evet
- b) Hayır

11. ORJİNALLİK RAPORU

21.12.2021 12:03

Turnitin

Doküman Görüntüleyici

Turnitin Orjinallik Raporu

İşleme sonucu: 20-Ara-2021 13:05 +03
NUMARA: 1734167651
Kelime Sayısı: 11977
Gönderildi: 1

Tez Esra Acielma tarafından

Benzerlik Endeksi	Kaynağa göre Benzerlik
%11	Internet Sources: %9 Yayımlar: %2 Öğrenci Ödevleri: %7

[eleştiri dahil et](#) [bibliyografayı dahil et](#) [15 kelime > çıkarılan eşleşmeler](#) mod:
[raporu hızlı görüntüle \(klasik\)](#) [Change mode](#) [yazdır](#) [yenile](#) [İndir](#)

1% match (09-Eki-2021 tarihli internet)	■
http://acikerisim.dicle.edu.tr	
1% match (02-Nis-2021 tarihli internet)	■
http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080	
1% match (16-Ara-2021 tarihli internet)	■
https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20_500_12812/54098/yokAcikBilim_10335118.pdf?isAllowed=y&sequence=-1	
1% match (09-Kas-2021 tarihli öğrenci ödevleri)	■
Submitted to Istanbul Gelisim University on 2021-11-09	
1% match (27-Eyl-2018 tarihli internet)	■
http://www.ftrdergisi.com	
1% match (15-Nis-2019 tarihli öğrenci ödevleri)	■
Submitted to Erciyes Üniversitesi on 2019-04-15	
1% match (13-Nis-2021 tarihli internet)	■
http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080	
<1% match (28-Kas-2020 tarihli internet)	■
http://acikerisim.dicle.edu.tr	
<1% match (04-Ara-2021 tarihli internet)	■
http://acikerisim.dicle.edu.tr	
<1% match (29-Eki-2021 tarihli internet)	■
http://acikerisim.dicle.edu.tr	
<1% match (04-Kas-2020 tarihli internet)	■
http://acikerisim.dicle.edu.tr	
<1% match (30-Haz-2021 tarihli internet)	■
http://acikerisim.dicle.edu.tr	
<1% match (04-Ara-2021 tarihli internet)	■
http://acikerisim.dicle.edu.tr	

https://www.turnitin.com/newreport_classic.asp?lang=tr&id=1734167651&t=1&bypass_cv=1

1/23

21.12.2021 12:03

Turnitin

<1% match (22-Tem-2020 tarihli internet)	■
http://acikerisim.dicle.edu.tr	
<1% match (26-May-2021 tarihli internet)	■
http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080	
<1% match (10-Ara-2021 tarihli internet)	■
http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080	
<1% match (16-Haz-2021 tarihli öğrenci ödevleri)	■
Submitted to Istanbul Gelisim University on 2021-06-16	
<1% match (26-Mar-2010 tarihli internet)	■
http://www.ftrdergisi.com	
<1% match (29-Tem-2019 tarihli öğrenci ödevleri)	■
Submitted to Dicle University on 2019-07-29	
<1% match (30-Kas-2021 tarihli öğrenci ödevleri)	■
Submitted to Dicle University on 2021-11-30	
<1% match (28-Ağu-2019 tarihli öğrenci ödevleri)	■
Submitted to Dicle University on 2019-08-28	
<1% match (13-Kas-2020 tarihli internet)	■
https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1320872	
<1% match (20-Oca-2019 tarihli internet)	■
http://www.ichastaliklariehemsireligi.com	
<1% match (29-Nis-2021 tarihli internet)	■
http://dspace.kocaeli.edu.tr:8080	
<1% match (yayımlar)	■
Türkmen, Nurtan (Böl. İdris), "Avrupa Birliği yapısal fonlarının Türkiye'de kullanımı", Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü...	
<1% match (yayımlar)	■
Aslı Gamze Sener, Neriman Aydın, Cenoiz Cevlan, Sevin Kırdar, "Investigation of Antinuclear Antibodies in Chronic Hepatitis B Patients", Mikrobiyoloji Bülteni, 2018	
<1% match (21-Eyl-2021 tarihli internet)	■
https://telafidebendevarim.meb.gov.tr/images/kutuplar/mebozelegitim/Bedensekilayv7.pdf	
<1% match (20-Mar-2015 tarihli internet)	■
http://www.turksokiyatri.com	