

DERLEME/REVIEW

**DİSFAJİ GELİŞEN AKUT İNMELİ HASTALARDA BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ
HEMŞİRELİK BAKIMI**

Cemile SAVCI*

Alınış Tarihi/Received	Kabul Tarihi/Accepted	Yayın Tarihi/Published
02.11.2018	21.09.2020	30.09.2020

Bu makaleye atıfta bulunmak için/To cite this article:

Savcı C. Disfaji gelişen akut inmeli hastalarda bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020; 23(3): 423-429. DOI: 10.17049/ataunihem.478025

ÖZ

Akut serebrovasküler hastalık veya inme, hasta ve ailesi üzerinde önemli etkileri olan, hastane başvurularında ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutan sosyo-ekonomik bir sağlık sorunudur. İnme sonrası sık karşılaşılan bir sorun olan yutma bozukluğu (disfaji), ağız, farenks ve özafagus fonksiyonlarında azalma ile ilişkili olup, hava yolu obstrüksiyonu, aspirasyon, aspirasyon pnömonisi, dehidratasyon, malnütrisyon, sepsis ve ölümle sonuçlanan ciddi sorunlara yol açmakta, yaşam kalitesini etkilemekte, rehabilitasyonda gecikmeye ve sağlık harcamalarında önemli artışa neden olabilmektedir. Hasta kabulünde yutma fonksiyonunun değerlendirilmesi, odaklanmış tanımlama ile değerlendirmenin sürdürülmesi, erken önlemleri içeren bireyselleştirilmiş bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sorun gelişimini önleyecek / en aza indirecektir. İnme sonrası disfaji gelişen hastanın bakımının, bir hemşirelik modeli/kuramı rehberliğinde, bilimsel sorun çözümleme yöntemi olan hemşirelik süreci doğrultusunda sürdürülmesi, var olan sorunlar ile birlikte risk oluşturan durumların belirlenmesine, uygun, doğru ve gerçekçi çözümlerin planlanarak uygulanmasına olanak sağlayacaktır. Bu derleme ile sunulan bilginin, disfaji gelişen akut inmeli hastaların bütüncül ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı konusunda hemşirelere yol göstermesi hedeflenmiştir.

Anahtar kelimeler: Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı; disfaji; inme.

ABSTRACT

Individualized Nursing Care in Acute Stroke Patients with Dysphagia

Acute cerebrovascular disease or stroke is a socio-economic health problem that has significant effects on the patient and family, and has an important place in hospital admissions and health expenses. Swallowing disorder (dysphagia), which is a common problem after stroke, is associated with a decrease in mouth, pharynx and esophagus functions, leads to serious problems resulting in airway obstruction, aspiration, aspiration pneumonia, dehydration, malnutrition, sepsis and death, affecting quality of life, delaying rehabilitation and it may cause a significant increase in health expenditures. Evaluation of swallowing function at patient admission, continuation of the assessment with focused diagnosis, planning, implementation and evaluation of individualized care including early precautions will prevent/minimize the development of the problem. Continuing the care of the patient who develops swallowing disorder after stroke, guided by a nursing model/theory, in line with the nursing process, which is a scientific problem solving method, will enable the determination of existing problems and risk situations, and the planning and implementation of appropriate, correct and realistic solutions. The information presented in this review is intended to guide nurses in the holistic and individualized care in acute stroke patients with dysphagia.

Keywords: Individualized nursing care; dysphagia; stroke.

* Bu araştırma 24-27 Kasım 2018 tarihlerinde gerçekleşen I. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

** İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları AD (Dr.Öğr.Üyesi), Orcid ID: 0000-0002-5612-9335, e-posta: cemile.savci@medeniyet.edu.tr

GİRİŞ

Akut inme sonrası sık karşılaşılan sorunlardan biri disfajidir (1-7). Hastalığın süresi, lezyonun yeri ve büyüklüğü, kullanılan değerlendirme yöntemi gibi faktörlere bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte, literatürde akut inme sonrası disfaji görülme sıklığının yaklaşık %29-81 oranında olduğu (8), ilk haftanın sonunda %70'inin düzelebildiği, ancak %11-19'unda disfajinin uzun süre (>6 ay) devam ettiği bildirilmektedir (1). Paciaroni ve ark. (9), ilk 24 saat içinde 406 inme tanısı konmuş hastayı değerlendirdiğinde %34.7'inde disfaji geliştiğini gözlemlemişlerdir. Smithard, Smeeton ve Wolfe (10), ilk kez inme geçiren 1288 kişiden oluşan uzun süreli bir izlem gerçekleştirmişler ve ilk değerlendirmede 567 (%44) hastada disfaji geliştiğini tespit etmişlerdir.

İnme sonrası disfaji, ağız, farenks ve özafagus fonksiyonlarında azalma ile ilişkili olup, hava yolu obstrüksiyonu, aspirasyon, aspirasyon pnömonisi, dehidratasyon, malnütrisyon, sepsis ve ölümle sonuçlanan ciddi sorunların yanı sıra, sosyal izolasyona yol açmakta, yaşam kalitesini etkilemekte, rehabilitasyonda gecikmeye ve sağlık harcamalarında önemli artışa neden olabilmektedir (2,7,11-14).

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 (15,16). Bireyselleştirilmiş bakımın sunulması hemşirelik sürecinin uygulanması ile mümkün olduğundan, disfaji gelişen akut inmeli hastanın bakımı aşağıda hemşirelik süreci aşamaları doğrultusunda ele alınmıştır.

1. Tanılama

Hemşirelik tanılması, sağlıklı/hasta bireyin iyilik, işlevsel yeterlik, güçlü/güçsüz yönleri, gerçek/olası sağlık sorunlarına yanıtları hakkındaki verilerin toplanması üzerine odaklanır (17,18). Sağlık hikayesi ile elde edilen subjektif veriler, fiziksel muayeneden elde edilecek objektif bulgular ve tanılama testleri/laboratuvar çalışmalarının sonuçları ile birlikte sağlık veri tabanını oluşturur (19).

İnme tanısı konulan bir hastanın bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını planlamak için bir hemşirelik modeli (Yaşam Modeli, vb.)

rehberliğinde hazırlanan formlar doğrultusunda gözlem, görüşme ve fizik muayene yöntemleri ile bireyin tüm boyutlarına yönelik subjektif ve objektif veri toplanır. İnmeli hastada görülen konuşma ve algılama sorunları, tedavide kullanılan ilaçların etkisi, emosyonel nedenler bireye özgü subjektif verilerin elde edilmesinde güçlüklerle yol açabilmektedir. Bu durumda, kurumun kendi politikaları doğrultusunda kullandığı sağlığı değerlendirme skalaları/ölçeklerinden yararlanılabilir. Bununla birlikte hasta bilgileri, hastanın yakını/bakımını üstlenen kişiden alınabilir.

Subjektif veriler;

- Sağlık kurumuna başvuru nedeni ve başlıca şikayetleri,
- Şimdiki sağlık durumu ve hastalığının hikayesi;
- Disfajinin devamlı ya da aralıklı olup olmadığı, süresi, sıklığı,
- Yutma sırasında gıdaların boğazına takılıp takılmadığı,
- Yutma esnasında ağrılı bir durum olup olmadığı,
- Katı/sıvı gıda alımında güçlük olup olmadığı (katı gıda alımı ile ilgili güçlük servikal, özefageal ve diğer yapısal bozuklukları; sıvı gıda alımındaki güçlük ise, farengeal rahatsızlık ya da inme ve parkinson gibi nöromusküler hastalıkları düşündürmelidir),
- Tıkanıklığın ne zaman meydana geldiği (tıkanıklığın, yutmanın başlangıcından itibaren 1-2 sn içerisinde hissedilmesi orofarengeal bir disfonksiyon olasılığı ile ilişkili olurken, saniyeler sonra meydana gelmesi özefageal bir problemin varlığını düşündürmelidir),
- Tıkanıklılığın sürekliliği (aralıklı olarak meydana geldiği ifade edilen tıkanıklık yakınmalarında hasta dikkatli bir şekilde değerlendirilmeden yakınma psikolojik bir bulgu olarak yorumlanmamalıdır),
- Yutkunma sonrası öksürük, nefes tıkanıklığı veya gıdanın burundan geri gelip gelmediği,
- İştahsızlık, kilo kaybı, bulantı, kusma, yutulan gıda parçalarının ağıza gelmesi, yanma, taze veya beklemiş kan kusma, yutma sırasında ağrı veya göğüs ağrısı gibi ilave yakınmaların olup olmadığı,
- Ani yükselen ateş öyküsü sorgulanır (3,19-21).

- Geçmiş sağlık hikayesi: Hastalık öncesi ve sonrası beslenme ve diyet öyküsü, besin allerjileri, tekrarlayan pnömoni hikayesi, farenks, göğüs, karın bölgesine travma ya da önceki cerrahi girişimler, daha önce radyoterapi uygulanma durumu, ağır kardiyopulmoner hastalık varlığı ve kullandığı ilaçlar sorgulanır.
- Aile sağlık hikayesi-soy geçmişi: Ailede inme öyküsü, ailede inme nedeniyle ölüm öyküsü, aile bireylerinin sistemik hastalıkları sorgulanır.
- Sistemlere ilişkin bulgular: Hastaya öncelikle son zamanlarda genel olarak yutma ile ilgili bir farklılık hissedip hissetmediği sorularak, yutmayı etkileyebilecek faktörler açısından sistemler sorgulanarak değerlendirilir. Ayrıca, erken dönemde postür sorunları ve oturma dengesinde bozulma disfajisi olan hastalarda yemek yemeyi zorlaştırmaktadır.
- Yaşam tarzı ve sağlık uygulamaları: Beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler, bağırsak ve üriner boşaltımla ilgili alışkanlıkları ve yaşadığı sorunlar, stres ve baş etme örüntüleri, çalışma yaşamı ve ekonomik durumu, alışkanlıkları, yaşadığı çevre ve yaşam tarzı sorgulanır (3,19-25).

Objektif veriler; disfajiye neden olan ve disfajinin neden olduğu sorunları saptamada, hastanın yutma ve beslenme durumunun değerlendirilmesinde hemşireye yardımcı olur. Bunun için;

- Uyanıklık durumu, yüz ifadesi (simetri), yaşamsal bulguları, antropometrik ölçümler (boy, kilo, BKİ) değerlendirilir (19,20,22-24,26).
- Deri ve Ekleri: Nem, turgor, renk ve bütünlüğü (Disfajiye bağlı yetersiz beslenen bireyde deri pürüzlü, kuru, pulludur. İrritasyon, çürük, peteşi, subkutan dokuda yağ kaybı görülür.) tırnakların durumu (Yetersiz beslenme durumunda kaşık biçimindedir ve kolay kırılır.) değerlendirilir (19,22-24).
- Baş ve Boyun: Yüz kaslarının dinlenme ve gülümseme, konuşma ya da çiğneme sırasında, simetrisi ve hareketin düzgünlüğü, pigmentasyon, ödem ve kızarıklık yönünden değerlendirilir. Boyun fiziksel muayenesinde tiroid ve lenf nodları incelenir (genişlemiştir).

Saçlar kuru ve mattır, kolay kırılır ve dökülür (19,20,22-24).

- Gözler: Parlaklık, temizlik, kızarıklık, göz membranında kuruluk, gözaltında yorgunluk halkaları yönünden değerlendirilir (22-24). Ayrıca görme alanı defisiti besin alımının azalmasına neden olabilir (1).
- Solunum Sistemi: Solunum sayısı, oskültasyonla akciğer sesleri, öksürme yeteneği (güçlü ve tam bir istemli öksürük yetisi olup olmadığını belirlemek için), beden sıcaklığı (37.5 °C üzeri), öksürük, dispne, göğüs ağrısı (aspirasyon pnömonisi yönünden) değerlendirilir (19,22-24).
- Kardiyovasküler Sistem: Kalp atım hızı (yetersiz beslenenlerde 100'ün üzerindedir), kan basıncı (yaşa göre), kalp ritmi değerlendirilir (22,23).
- Kas İskelet Sistemi: Hastanın postürünü dik tutup tutamadığı, diyaframda göğüs deformitesi, skapula ya da kaburga kemiğinde çıkıntı olup olmadığı (malnütrisyonla çıkıntılar belirgindir), ödem, kol ve bacak gücü, önceden kullandığı ekstremite ile inmeye bağlı etkilenen ekstremite (güçsüzlük ve ağrı yönünden) değerlendirilir (19,22,23).
- Gastrointestinal Sistem: Ağız ve mukozası, dudaklar, dişeti, dil değerlendirilir. Seste değişiklik, oral mukoza ve tükürük üretimi, ağız kokusu, dudaklar, dişler, dişeti, dil, çiğneme gücünün değerlendirilir (3,19,20,22-25).
- Yutma refleksi (Genellikle hastaya bir yudum su verilerek hyoid kemiği ile larenksin yükselmesi gözlenir. Eğer sessiz aspirasyon düşünülüyorsa bu işlem güvenli yutmayı göstermeyebilir. Bu durumda hastanın dilini üst ön dişlerin gerisinden sert damak boyunca geriye doğru hareket ettirerek yeterli dil hareketlerini ve larengeal yutmayı başlatma yeteneğini göstermesi gerekir)
- Öğürme (gag) refleksi (zayıf olan hastalarda aspirasyon riski oldukça yüksektir) olup olmadığına bakılır (22,23,25,27). Sağlıklı yetişkinlerin %20-40'ında gag refleksi yoktur. Bu nedenle tek başına gag refleksinin normal olması hastanın güvenli bir şekilde yutacağı anlamına gelmemektedir (1).
- Yutma fazlarına ilişkin davranışlarla disfaji değerlendirilir (Yutmanın farklı

aşamalarına ilişkin davranışlar gözlenir. Hastaya çeşitli kıvamda gıdalar yutturularak yutma öncesi davranışlardan başlanarak tüm yutma fazları ve yutma sonrası durum değerlendirilir. Disfajinin hangi fazda olduğunu belirlemek doğru yaklaşım açısından önemlidir:

Oral Faz: Salya kontrolünün olmaması, ağızda yiyeceklerin birikmesi, ağızda biriken yiyeceklerin yutulmadan çıkarılması davranışları gözlenir.

Faregeal Faz: Yemek sırasında/sonrasında sesin boğuklaşması, yemek sırasında burun akması/burun çekme, nazal regürjitasyon, yutma öncesinde/esnasında/sonrasında öksürme ya da boğulma, stridor, multiple yutma (bolusu 3-4 kerede yutma) davranışları gözlenir.

Özefageal Faz: Uyandıktan sonra ağızda hoş olmayan tat hissi, nefesin asit kokması, gastroözefageal reflü, göğüste yanma hissi, çabuk doyma, tıkanma hissi olup olmadığına bakılır (25).

- Kilo alma ya da kilo kaybı (hastaların bir ay süresince şimdiki vücut ağırlığından % 5 kilo kaybı ya da 6 ay boyunca % 10'luk kilo kaybı önemlidir) değerlendirilir (25).
- Boşaltım aktivitesi, organ ve dokuların palpe edilip edilmediği (yetersiz beslenmede palpasyonda dalak ve karaciğer büyümüştür) değerlendirilir (19,21,22-24).
- Üriner Sistem: Oligüri, idrar renginde değişiklik (disfajide yetersiz sıvı alımı nedeniyle idrar miktarında ve renginde değişiklik), biyokimyasal değerler (kan üre nitrojen düzeyi), aldığı çıkardığı sıvı miktarı, dehidratasyon bulguları yönünden değerlendirilir (19,21,22,24).
- Sinir Sistemi: Dikkat süresi (beslenmesi bozulan kişi dikkatsizdir), psikolojik durumu, mental durumu değerlendirilir (3,19,21-24). Mental durum değerlendirmesinde düşük skor alan hastalar daha dikkatli incelenmelidir (25).

Gözlem, görüşme ve fizik muayene verilerinin yanı sıra laboratuvar bulguları ve yutma refleksi testlerinin sonuçları dikkate alınarak tüm veriler analiz edilir ve hemşirelik tanısı aşamasına geçilir.

2. Hemşirelik Tanısı

NANDA International (NANDA-I) "Hemşirelik Tanısı"nı, birey, aile ve toplumun gerçek veya olası sağlık sorunları ya da yaşam süreçlerine karşı verilen yanıtlar hakkında klinik

bir karar olarak tanımlamışlardır (17,28). Yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler de göz önünde bulundurularak hastadan ve diğer kaynaklardan elde edilen veriler değerlendirilir ve bireyin gerçek/olası sorunları belirlenir. Akut inmeli hastalarda disfajiye ilişkin sıklıkla karşılaşılan sorunlar, "**Hemşirelik Tanıları**"; Yutmada Bozulma, Aspirasyon Riski, Etkisiz Hava Yolu Temizliği, Oral Mukoz Membranda Bozulma, Enfeksiyon Riski, Dengesiz Beslenme: Beden Gereksiniminden Az Beslenme, Sıvı Volüm Eksikliği, Konstipasyon, Yorgunluk, Sosyal İzolasyon ve Bilgi Eksikliği olarak sıralanabilir.

3. Planlama

Bu aşamada tanılama verilerinin analizi sonucu oluşturulan "Hemşirelik Tanılarına" yönelik beklenen sonuçlar tanımlanır ve beklenen sonuçlara ulaştıracak uygun, doğru ve gerçekçi hemşirelik girişimleri hasta birey/ailesi/bakım vericisi ile birlikte planlanır. Bakım planında hastaya özgü bireysel değişimler göz önüne alınmalıdır (17,29).

Aşağıda inme sonrası özellikle disfajiye odaklanılarak belirlenen hemşirelik tanılarından "**Yutmada Bozulma**" hemşirelik tanısına özgü beklenen hasta sonuçları ve hemşirelik girişimleri ele alınmıştır.

Yutmada Bozulma

Tanımlayıcı özellikler: Ağızdaki sekresyonlarda artma, yutma esnasında veya sonrasında ıslak ses, boğazını temizleme, öksürük ve boğulma hissi olması, yemek sonrası yiyeceklerin ağızda birikmesi, yiyecek ya da sıvının burundan geri gelmesi, yutma esnasında başın öne doğru itilmesi şeklinde anormal postürler.

İlişkili faktörler: İnmeli hastalarda fasiyal paralizi, orofaregeal kaslarda yetersizlik nedeniyle çiğneme ve yutma güçlüğü.

Amaç/beklenen hasta sonuçları:

- Yeterli beslenmenin ve hidrasyonun sağlanması,
- Hastanın aspirasyon deneyimlememesi,
- Aspirasyon ve boğulmayı önleyecek uygun beceriler göstermesi,
- Hasta ve bakımını üstlenen kişilerin boğulma olduğunda alınması gereken acil önlemleri açıklaması ve uygulaması.

Hemşirelik girişimleri:

Beslenme Öncesi

- Beslenme öncesi hastanın yutma fonksiyonu değerlendirilir.
- Hasta için dikkati dağıtmayan, sessiz, sakin ve güvenli bir ortam oluşturulur.

- İyi dinlenmiş, ağrısız, uyanık ve cevap verebilir olduğu kontrol edilir.
- Kullanıyor ise gözlük, iştirme cihazı, takma dişi takılır. Boyun, gövde ve karın bölgesini sıkan dar giysileri gevşetilir.
- Salya akışımı ve tat duyusunu uyarmak için ağız bakımı verilir.
- Hekim önerisine uygun olarak, diyetisyen ve hastanın ailesi/bakım vericisi ile işbirliği yapılarak bolus kontrolü için kıvamlı sıvılar, homojenize edilmiş yarı katılaştırılmış besinlerden oluşan bir diyet hazırlanır. Eğer hastanın ağız kuruyorsa, tatlı ya da ekşi yiyecek/içecek tercih edilir, böylece yemekten önce salya üretimi uyandırılır.
- Hastanın kendi kendini besleyebilmesini sağlamak için kullanılması kolay mutfak malzemeleri tercih edilir (örneğin; altı yapışan tabak ve bardaklar, kulplu bardaklar, kalın saplı çatal ve kaşıklar, yüksek kenarlıklı tabaklar, vb.).
- Bozulmuş yutma refleksi nedeniyle trakeanın yukarısında ve farenksin arkasında biriken sekresyonlar aspirasyon riskini arttıracığından, aspirasyon malzemeleri yatak başında hazır bulundurulur ve gerektiğinde kullanılır.

Beslenme Esnasında

- Güvenli yutma için uygun beden ve baş pozisyonu verilir. Oturma pozisyonunda beslenen hastaların başı 90 derece, yatma pozisyonunda beslenen hastaların başı ise 60 derece olacak şekilde yükseltilir. Vücudun güçsüz kısımları, kalça ve sırt yastık ile desteklenir. Beslenme esnasında, hastanın durumu göz önünde bulundurularak konuşma ve dil bozukluğu uzmanı/fizyoterapist işbirliği ile hemşirenin de uygulayabileceği telafi edici manevralardan (*supraglottik yutma tekniği, süper-supraglottik yutma tekniği, mendelson manevrası, sert yutma*) yararlanılır.
- Kaşık ya da çatal, ağız seviyesinden yukarıda tutulur, her kaşık öncesi hasta uyarılır ve yemeğini yerken konuşturulmaz.
- Yiyecek ağızda etkilenmemiş tarafa yerleştirilir, dişlere dokunmaktan ya da yiyeceği ağızın çok gerisine yerleştirmekten kaçınılır.
- Eğer hasta yiyeceği ağızının bir tarafında tutuyorsa başını etkilenmeyen tarafa

- çevirmesi ve dilini paralizisi olan tarafa doğru hareket ettirmesi söylenir.
- Bir seferde bir çay kaşığı homojenize edilmiş yarı katılaştırılmış besin ya da 10-15 ml kıvamlı sıvı besin verilir. Bu miktarı başarıyla yutabilen hastalarda ikinci seferde miktar artırılır. Uygun çiğneme ve yutma tekniklerine hazırlayacağı için, her bir kaşık öncesinde besin içeriği hakkında bilgi verilir, sözel yönlendirmelerle hastanın yutması desteklenir (1. Yiyeceği ağızına al, 2. Yiyeceği ağızında tut, 3. Dudaklarını kapat, 4. Dilini damağına kaldır, 5. Yutacağını düşün, 6. Ağızını kapat ve yut, 7. Tekrar yut, 8. Hava yolunu temizlemek için öksür).
- İlaç kullanan hastalarda varsa sıvı formlar tercih edilir. Katı formdaki ilaçlar eczacıya danışılarak parçalanır. İlacın yutulduğundan emin olmak için her defasında bir ilaç verilir ve ağız içi kontrol edilir.
- Mümkün olduğunca hasta kendi kendine beslenmesi konusunda desteklenir.
- Beslenme için yeterli zaman ayrılır, küçük öğünler halinde hastaya özgü beslenme planı yapılır.
- Beslenme sırasında gecikmeli öksürük, ses kalitesinde ve akciğer seslerinde değişiklik açısından hasta gözlemlenir. Hasta öksürür, öğürür, “boğazında takılan” gıdadan şikâyet ederse ve ağızda gıda birikintileri varsa gıdanın yoğunluğu değiştirilir. Şikâyetleri devam ederse aspirasyon riskine karşın beslenme durdurulur.
- Yiyeceği ağızda biriktirmemesi için ağız içi kontrol edilir.
- Yiyecek ya da içeceklerden sonra öksürüyorsa ve dudaklarını iyi kapatmıyorsa, içeceğin ağızdan farenkse geçişini hızlandıracağı için pipetle sıvı vermekten kaçınılır.
- Burun için uygun boşluğu olan bir bardak kullanılarak, sıvıları içerken rahat nefes alıp vermesi sağlanır (tek kullanımlık bardaklarda buruna gelecek alan kesilerek, bu uyarılama kolaylıkla yapılabilir). Böylece hastanın başını geriye eğme ya da boynunu aşırı geriye atma gereksinimi ortadan kalkar ve aspirasyon riski en aza iner. Eğer normal bir bardak kullanılıyorsa, bardak 2/3-3/4

oranında dolu olmalıdır. Bu hastanın boynunu aşırı derecede geriye atma gereksinimini azaltır.

- Beslenme sırasındaki hasta yanıtları, tüketilen besin miktarı ve yeme süresi kayıt edilir.

Beslenme Sonrasında

- Beslenme sonrasında hastanın ağızda yiyecek kalıp kalmadığı kontrol edilir, ağız bakımı verilir, yaklaşık 30-45 dak. hastanın dik pozisyonda oturması sağlanır (1,4,23,25,30-34).

4. Uygulama

Uygulamaya geçmeden önce hasta, odaklanmış tanılama ile yeniden değerlendirilir ve durumunda değişiklikler varsa hemşirelik girişimlerinde de uygun değişiklikler yapılır. Öncelikler belirlenir, hasta bilgilendirilerek izin alınır ve planlanan hemşirelik girişimleri uygulanır. Uygulama sırasında hastanın fiziksel ve bilişsel yeterlilik düzeyi göz önünde bulundurularak kendisi/aile üyelerinin bakıma katılımı sağlanır. Uygulama sonrası, hastanın yanıtları değerlendirilerek ayrıntılı biçimde kayıt edilir (17,35).

KAYNAKLAR

1. Boyraz S. İnmeli Bireylerde Yutma ve Beslenme. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics 2015;1(1):1-6.
2. Karaca Umay E, Gürçay E, Ünlü E, Ekşioğlu E, Çakıcı A. Erken Dönem İnmeli Hastalarda Disfajinin Fonksiyonel ve Nutrisyonel Etkisi. Türkiye Klinikleri 2010;30(3):925-31.
3. Alaca R. Yutkunma Bozuklukları. FTR Bil Der 2006;9(suppl):8-10.
4. Çiyiltepe M. Yutma Bozukluklarının Rehabilitasyonu. Türkiye Klinikleri 2004;4(3):195-201.
5. Özdemir A, Çekin AH. Disfajiye Genel Yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 2011;15(4):227-34.
6. Bonilha HS, Simpson AN, Ellis C, Mauldin P, Harris BM, Simpson K. The One-year Attributable Cost of Post-stroke Dysphagia. Dysphagia 2014;29(5):545-52.
7. Palli C, Fandler S, Doppelhofer K, Niederkorn K, Enzinger C, Vetta C, et al. Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients. STROKE 2017;48(9):2583-85.
8. Huang KL, Liu TY, Huang YC, Leong CP, Lin WC, Pong YP. Functional Outcome in Acute Stroke Patients with Oropharyngeal Dysphagia After Swallowing Therapy. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 2014;23(10):2547-53.
9. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F, Caso V, Venti M, Milia P, et al. Dysphagia Following Stroke. Eur Neurol 2004;51(3):162-67.
10. Smithard D, Smeeton NC, Wolfe CDA. Long-term Outcome After Stroke: Does Dysphagia Matter. Age and Ageing 2007;36(1):90-4.
11. McFarlane M, Miles A, Atwal P, Parmar P. Interdisciplinary Management of Dysphagia Following Stroke. British Journal of Neuroscience Nursing 2014;Supplement 10(1):13-20.
12. Mourao AM, Almeida EO, Lemos SMA, Vicente LCC, Teixeira AL. Evolution of Swallowing in Post-Acute Stroke: A Descriptive Study. CEFAC 2016;18(2):417-25.
13. Westergren A, Ohlsson O, Hallberg IR. Eating Difficulties, Complications And Nursing Interventions During a Period of Three Months After a Stroke. Journal of Advanced Nursing 2001;35(3):416-26.
14. Westergren A. Detection of Eating Difficulties After Stroke: A Systematic Review. International Nursing Review 2006;53(2):143-49.
15. Perry L. Screening Swallowing Function of Patients with Acute Stroke. Part Two: Detailed Evaluation of the Tool Used by Nurses. Journal of Clinical Nursing 2001;10(4):474-81.
16. Selçuk B. İnmede Yutma Bozuklukları. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52 (Özel Ek B):38-44.
17. Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H. Hemşirelik süreci. İçinde K. Babadağ, T.A. Aştı (Eds). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2008. p.8-20.
18. Kaya N, Turan N. Hareket ve egzersiz. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A, eds. Hemşirelik

5. Değerlendirme

İnme sonrası disfaji gelişen hastanın bireyselleştirilmiş bakım planı doğrultusunda uygulanan girişimler ile belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik amaç/beklenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığı, dolayısı ile hastanın gerçek/olası sorunlarının durumu değerlendirilir. Değerlendirmede karar odaklanmış tanılama, tanılama ölçek/skala verileri ve yutma fonksiyonunu belirleyen test sonuçları ışığında verilmelidir. Değerlendirme sonucu olumsuz olduğunda, çözümlenmeyen sorun ya da gereksinim için bakım planının yeniden gözden geçirilmesi gerekir (17).

SONUÇ VE ÖNERİLER

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.

- Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. p.322-3.
19. Görgülü R.S. Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014. p.1-239.
 20. Akçam MT. Disfajinin Klinik Değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri 2004;4(3):167-72.
 21. Aksoy EA, Öz F. Yutma Bozukluklarında Tanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;3(1):1-6.
 22. Kaya N. Beslenme. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A, eds. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Adana: Nobel Kitabevi; 2011. p.1013-66.
 23. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing (7th ed). Elsevier; 2008.
 24. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing. Edinburgh: Churdhill Livingstone; 2009.
 25. Vural H, Çiyiltepe M, Aslan F. Disfajili Hastanın Beslenmesi ve Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri 2004;4(3):202-10.
 26. Tbiland K, Jenkins J, Solomon J, Whittom S. Applying The Roper-Logan-Tierney Model in Practice. (2nd ed). Churdhill Livingstone; 2008. p.190-228.
 27. Ramsey D, Smithard D, Donaldson N, Kalra L. Is the Gag Reflex Useful in The Management of Swallowing Problems in Acute Stroke?. Dysphagia 2005;20(2):105-7.
 28. Şendir M, Büyükyılmaz F. Hemşirelik tanısı. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012a. p.178-89.
 29. Şendir M, Büyükyılmaz F. Planlama. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012b. p.192-9.
 30. Gulanick M, Myers JL. Nursing Care Plans: Nursing Diagnosis and Intervention. (6th ed). St Louis, Elsevier; 2007.
 31. Horasan NE. Beslenme. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A, eds. Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. p.901-12.
 32. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell M. Dysphagia After Stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. Stroke 2005;36(12):2756-63.
 33. Ramritu P, Finlayson K, Mitchell A, Croft G. Identification and Nursing Management of Dysphagia in Individuals with Neurological Impairment. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery 2000;4:1-6.
 34. Rosenvinge SK, Starke ID. Improving Care for Patients with Dysphagia. Age and Ageing 2005;34(6):587-93.
 35. Özakgöl AA, Aştı TA. The effect of training provided to the relatives of stroke patients on the life quality, anxiety and depressive symptom levels of patients and their relatives. The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing 2018;7(2):56-63.