



Disfaji Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü

The Role of Nurse in Dysphagia Rehabilitation

Gizem Özbudak¹, Serap Özer²

¹Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu, Edirne, Turkey

²Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Turkey

ABSTRACT

Dysphagia defined as swallowing disorder or loss of swallowing ability, is caused by lesions in areas of the cerebral cortex associated with swallowing function or problems in neuromuscular transmission. By time, it can lead to complications such as malnutrition, dehydration, aspiration pneumonia, prolonged hospital stay, and death. Early diagnosis, treatment and effective dysphagia management are required to prevent these negative health consequences. Rehabilitation practices are needed for effective dysphagia management. Various methods and exercises are used in practice for dysphagia rehabilitation, which plays an important role in the recovery of swallowing function. Although the management of dysphagia is multidisciplinary, the team members who have frequent and close contact with the patient and can best observe and define swallowing difficulties are nurses. Nurses contribute to achieving positive health outcomes when they guide the care management process in line with evidence-based practices.

The purpose of this review article; to create awareness by defining the concept and management of dysphagia in nurses, to talk about the benefits of dysphagia rehabilitation with current research findings, to enable nurses to implement evidence-based rehabilitation interventions with multidisciplinary teamwork.

Keywords: Dysphagia, rehabilitation, nursing

ÖZET

Yutma bozukluğu ya da yutma yeteneğinin kaybolması olarak tanımlanan disfaji, serebral korteksin yutma fonksiyonu ile ilişkili alanlarındaki lezyonlar veya nöromusküler iletimdeki sorunlar nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Zamanla malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi, hastanede yatış süresinin uzaması gibi komplikasyonlara ve ölüme yol açabilmektedir. Bu olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesi için erken tanı, tedavi ve etkin disfaji yönetimi gerekmektedir. Etkin disfaji yönetimi için de rehabilitasyon uygulamalarına gereksinim bulunmaktadır. Yutma fonksiyonunun iyileşmesinde önemli bir rol oynayan disfaji rehabilitasyonu için uygulamada çeşitli yöntemler ve egzersizler kullanılmaktadır. Disfajinin yönetimi multidisipliner olmakla birlikte, hastayla sık ve yakın temasta bulunan ve yutma güçlüklerini en iyi şekilde gözlemleyebilen ve tanımlayabilen ekip üyeleri hemşirelerdir. Hemşireler kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda bakım yönetimi sürecini yönlendirdiklerinde olumlu sağlık sonuçlarının elde edilmesine katkı sağlamaktadır.

Bu derleme makalenin amacı; hemşirelerde disfaji kavramını ve yönetimini tanımlayarak bir farkındalık oluşturmak, güncel araştırma bulguları ile disfaji rehabilitasyonunun yararlarından bahsetmek, hemşirelerin kanıta dayalı rehabilitasyon girişimlerini multidisipliner ekip çalışması ile birlikte uygulamasını sağlamaktır.

Anahtar kelimeler: Disfaji, rehabilitasyon, hemşirelik

Giriş

Gıdanın ağız boşluğundan mideye ilerlemesi sırasında ortaya çıkan zorluğu tanımlayan bir bulgu olan disfaji; neden olduğu fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarla hastaların yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilemektedir¹⁻³.

Farmakolojik ajanlar, cerrahi ve rehabilitasyon girişimleri ile yönetilmesi gereken disfaji sürecinde amaç, güvenli ve yeterli gıda-sıvı alımını arttırmaktır⁴. Yemek yemek sadece yaşamda kalmak için gerekli besinleri tüketmek değil, aynı zamanda sosyal bir eylemdir. Yemekleri aile ve arkadaşlarla paylaşmak, kişisel etkileşimler için evrensel olarak gereklidir. Bu nedenle, disfaji yönetimi sürecinde rehabilitasyon girişimleri oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Rehabilitasyonun amacı; yutma disfonksiyonunu iyileştirmek veya ortadan kaldırmakla birlikte fiziksel sağlık, yaşam kalitesi ve topluma katılımı sağlamaktır⁵. Yutma



egzersizleri, diyet değişiklikleri, terapötik duruşlar ve manevralar disfaji rehabilitasyonunun temel başlıkları olarak kabul edilmektedir⁴.

Kanıta dayalı uygulamalar, bilgi ve karar verme arasındaki bağı güçlendirerek tanı, tedavi ve bakım sürecini daha bilimsel ve profesyonel hale getirmektedir. Bilimsel yöntemlerle elde edilen en iyi kanıtların sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmasını desteklemeye yönelik bilgilendirmeyi amaçlamaktadır^{6,7}. Kanıta dayalı uygulamalar ile hasta bakımının kalitesinin artması sağlanmakta ve bakım maliyetleri düşmektedir⁸.

Zamanında tedavi edilmeyen disfaji yaşamı tehdit etmese de, yetersiz beslenme, dehidratasyon ve pnömoni gibi ciddi tıbbi sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenlerle disfaji riskinin erken dönemde tanınması ve yönetimi önem arz etmektedir^{9,10}. Hemşireler, disfajiye bağlı komplikasyonların belirlenmesi, değerlendirilmesi, önlenmesi ve yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Özellikle yemek zamanlarında veya ilaçları uygularken yatak başında en çok bulunan sağlık profesyonelleridir ve sağlık ekibi içerisinde disfajinin herhangi bir belirti ve semptomunu da fark edebilen ilk üyelerdir¹¹. Disfaji yönetiminde rehabilitasyon yönteminin seçimi, hastanın isteklerine ve literatürde yayınlanmış mevcut en iyi kanıtlara dayalı olmalıdır¹². Literatürde yutma rehabilitasyonuna yönelik kanıta dayalı uygulamaların yutma disfonksiyonunu olumlu yönde değiştirmede başarılı olduğu bildirilmektedir¹³.

Bu derlemenin amacı disfaji yönetimine genel bir bakış açısı sunmak, multidisipliner sağlık ekibinin önemli üyeleri olan hemşirelere disfaji rehabilitasyonunda yer alan mevcut kanıt temelli uygulamalar hakkında farkındalık ve bilgi sağlamaktır.

Disfaji

Tanım

Yutma, gıdanın güvenli bir şekilde iletilmesi için oral kavite, farinks, özefagus, solunum kasları ve diğer yapıların duysal ve motor mekanizmalarının koordineli şekilde işlevi ile gerçekleşen bir eylemdir^{14,15}. Normal yutma eylemi oral, faringeal ve özefagial faz olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Oral faz; oral hazırlık dönemi ve oral geçiş dönemi olarak iki kısımda incelenmektedir. Oral hazırlık dönemi; gıdanın öğütülmesi, dudaklar, dil ve dişler tarafından gıdanın bolus haline gelmesi için tükürük ile karıştırılması, hazırlanması fazı iken oral geçiş dönemi bolusun daha sonra farekse taşındığı dönemdir. Faringeal faz, yutma refleksinin tetiklendiği ve hava yolunun korunması için bazı kıkırdak yapıların ve vokal kordların kapandığı fazdır. Özefagial faz ise; özefagus kaslarının bolusu mideye hareket ettirdiği faz olarak tanımlanmaktadır¹⁶⁻¹⁹. Yutmanın sadece oral fazı tamamen istemli kas kontrolü altında olup özefagial fazı sırasında bolus, tamamen otonomik sinir sistemi tarafından düzenlenen bir hareket olan peristaltik hareketlerle mideye doğru hareket etmektedir¹⁷.

Yutma bozukluğu ya da yutma yeteneğinin kaybolması olarak tanımlanan disfaji, gıdanın oral kaviteden mideye ulaşmasındaki, oral veya faringeal fazlardaki zorluk, anormallik olarak tanımlanmaktadır. Disfaji; serebral nedenler (inme, serebral palsi), nörodejeneratif hastalıklar (parkinson, amiyotrofik lateral skleroz, demans), nöromusküler hastalıklar (multipl skleroz, miyastenia gravis, kas distrofi, poliomiyelit), travmatik veya travmatik olmayan beyin hasarı, omurilik yaralanması, konjenital gelişim bozuklukları, baş ve boyun kanserleri, ağız içi, yüz ve/veya boyun yanıkları, santral sinir sistemini baskılayan bazı ilaçlar (nöroleptikler, antipsikotikler veya anestetikler) ve iyatrojenik nedenler (trakeostomi, 48 saatten fazla entübasyon) gibi birçok farklı etiyojiye bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir^{2,3,15,17,20-24}.

Disfaji orofaringeal veya özefagial olabilmektedir. Orofaringeal disfaji; sıklıkla inme, travmatik beyin hasarı, amiyotrofik lateral skleroz veya parkinson hastalığı gibi nörolojik hastalığı olan bireylerde görülmekte, likit sıvı veya gıdanın ağızdan özefagusa güvenli bir şekilde aktarılmasında güçlük olarak tanımlanmaktadır. Özefagial disfaji; motilite bozukluğu, sfinkter anormallığı veya darlığın neden olduğu mekanik obstrüksiyonu olan bireylerde sık görülmektedir, özefagustan yiyecek geçişinin zorluğu ile karakterizedir^{3,14}.

Normal yutma eyleminde katı ve sıvı yiyeceklerle birlikte sekresyonların mideye geçişi gerçekleşmekte ve geçiş aspirasyon olmaksızın tamamlanmaktadır. Disfajide gıdaların ağızdan mideye hareket etmesinde zorlanma ve/veya aspirasyon riski bulunmaktadır. Disfaji, bolusun oral kaviteden mideye geçişinde

gecikmesine, geçişin istenildiği şekilde gerçekleşmemesine, engellenmesine, nazofarinkse, larinkse veya trakeaya kaçışına neden olabilmektedir²⁵.

Disfajinin global olarak genel popülasyonda yaygınlığının %2-40 arasında olduğu tahmin edilmektedir; nörolojik hastalıklara bağlı olarak görülen disfajinin de %80 oranlarına ulaşabildiği bildirilmektedir^{18,25-29}.

Tanı ve Değerlendirme Yöntemleri

Disfajinin etkin yönetimi için yutma fonksiyonunun kapsamlı bir şekilde tanınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Doğru ve kapsamlı bir klinik değerlendirme yapmak için; detaylı bir tıbbi öykü alındıktan sonra, oral motor ve larengeal yapılar/fonksiyonlar değerlendirilmelidir. İlk olarak; hastanın risk faktörleri, belirti ve bulgularını içeren ayrıntılı öykü, fiziksel muayene ve çoğunlukla su yutma testi şeklinde yatak başı klinik değerlendirme yapılmalıdır^{30,31}. Hastanın uyanıklığının, ses anormalliklerinin, yiyecek ve su verilmesi ile meydana gelen disfaji, yiyecek ve su verilmeden meydana gelen disfaji belirtilerinin gözlemlenmesi gerekmektedir³². Disfajide; boğazda yemeğin takılması hissi, ağza yiyecek yerleştirme ve kontrol etmede zorluk, yutkunmada zorlanma, yutkunma sonrası öksürme ve ses değişikliği, uzun süreli yemek yeme gibi çok sayıda farklı belirti görülebilmektedir^{9,32}.

Yutma sırasında boğulma, öksürme, yutmanın başlatılmasında gecikme ve uzun süreli yeme ve içme gibi aspirasyon ve aspirasyon riski belirtileri de gözlemlenmelidir³². Belirtiler disfajinin mevcut olduğunu gösterirse veya hasta yutma disfonksiyonuyla ilişkili semptomlardan şikayet ederse kapsamlı bir klinik yutma değerlendirmesi şarttır³³.

Oral motor ve larengeal yapıların/fonksiyonların değerlendirmesi için de invaziv ya da invaziv olmayan yöntemler kullanılmaktadır^{34,35}. Kullanılan başlıca yöntemler; fizik muayene, kapsamlı nörolojik değerlendirme, yutma testleri, videofloroskopik yutma değerlendirmesi, fiberoptik endoskopik yutma değerlendirmesi ve elektromiyografi (EMG)'dir^{15,32}.

Komplikasyonlar

Yemek yeme normalde bir insanın zamanının az bir kısmını alırken, yutma zorluğu olan bir bireyde yemek için ayrılan zaman dilimi daha uzun süreli ve sıkıntı verici bir hal alabilmektedir¹⁴. Disfaji rahatsız edici bir semptom olmasının yanında, zamanla malnütrisyon, dehidratasyon, aspirasyon pnömonisi, hastanede yatış süresinin uzaması gibi komplikasyonlara ve ölüme yol açabilmektedir^{14,36-40}. Disfaji ayrıca yaşam kalitesini ve psikolojik iyilik halini de etkilemektedir. Sosyal faaliyetler ve günlük alışkanlıkların seyri bozularak izolasyon ve sosyal dışlanma ortaya çıkabilmektedir⁴¹. Bu olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesi için disfajinin tanınması, erken dönemde tedavi ve yönetiminin gerçekleştirilmesi gerekmektedir^{18,39}.

Rehabilitasyon

Disfaji tedavi ve rehabilitasyonunun amacı aspirasyon ve aspirasyon ile ilişkili pnömoni, ölüm gibi önemli komplikasyon risklerini en aza indirmek ve ağızdan alınan yiyecek ve sıvı miktarı ile çeşitliliğini arttırmaktır²⁷. Disfaji rehabilitasyonu yutma fonksiyonunun iyileşmesinde önemli bir rol oynamaktadır^{3,17}. Rehabilitasyon için bir yaklaşım tercih ederken bireyin yaşam koşulları, tercihleri, başa çıkma mekanizmaları ve eşzamanlı tıbbi sorunlar gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır⁴².

Disfaji rehabilitasyonu için çeşitli yöntemler ve egzersizler kullanılmaktadır. Disfaji rehabilitasyonu sürecinde kullanılan tedavi ve terapötik yöntemler; ilaç tedavisi, oromotor stimülasyon, nöromusküler elektriksel stimülasyon, botulinum toksin enjeksiyonu, non-invaziv beyin stimülasyonu (NIBS), güvenli yutma pozisyonunun sağlanması, yutma terapisi, gayretli (zahmetli) yutma, dil direnç egzersizleri, manevralar ve diyet yönetimidir^{24,43-46}.

Yutma rehabilitasyonu telafi edici stratejiler, dolaylı rehabilitasyon stratejileri ve doğrudan rehabilitasyon stratejileri olarak üç grupta ele alınmaktadır^{12,42,47} (Şekil 1).



Şekil 1. Disfaji Yönetiminde Kullanılan Rehabilitasyon Stratejileri

Telafi edici stratejiler; güvenli oral alımın sağlanması, yeterli beslenme ve hidrasyonun sağlanması için uygulanan stratejilerdir^{12,42-47}. Hastanın yemek yerken dik oturması, baş rotasyonunun sağlanması gibi postural değişiklikler, dil-çene egzersizleri ve hava yolu açıklığını koruyamayanlar için ek yutma girişimleri (ard arda iki kez yutkunma, tekrar yutkunma) gibi uygulamalar bu stratejiler arasında yer almaktadır^{10,14,36,48,49}. Güvenli yutma kapsamında uygun beden ve baş pozisyonu verilmesi oldukça önemlidir. Oturma pozisyonunda beslenen hastaların başı dik olmalı, yatma pozisyonunda beslenen hastaların başı ise 60 derece fleksiyonda olacak şekilde yükseltilmelidir. Yiyeceğin tek taraflı güçsüzlüğü olanlarda ağızda etkilenmemiş olan güçlü tarafa yerleştirilmesi konusunda hasta teşvik edilmelidir⁵⁰. Telafi edici stratejiler içerisinde yer alan diyet düzenlemeleri de uygun yiyeceklerin seçilmesi ve gıda kıvamının değiştirilmesi yoluyla gıda alımının artırılmasını sağlamaktadır^{36,48}.

Dolaylı rehabilitasyon stratejileri yutma ve yutma kaslarının güçlendirilmesi için oral ve faringeal yapıların uyarılmasını içermektedir⁴². Bu yöntemlerden birisi olan stimülasyon tedavisi, oral kavitenin iç yüzeyinin laringoskop ile uyarılması ile gerçekleşmektedir. Stimülasyon tedavisine oral, faringeal, laringeal ve respiratuar egzersizler de entegre edilmektedir^{36,51}.

Doğrudan rehabilitasyon stratejileri yutma ve nöromüsküler egzersizlerden oluşmaktadır. Yutma sırasında duyu motor entegrasyonunun geliştirilmesi, orofaringeal hareketlerin zamanlaması veya koordinasyonu üzerinde istemli kontrol sağlanması amacı ile telafi edici egzersizlerden farklı olarak yutma fizyolojisini değiştirmek üzere uygulanmaktadır⁴⁷. Orofaringeal disfaji için kullanılan eforlu yutma ile; dil tabanının posterior hareketi ve orofaringeal yutma basıncı artırılmakta, Mendelson manevrasında üst özefagus sfinkter açıklığı azalmış olan hastalarda tükürüğün ağızda tutulup yutulması ile laringeal yükselme sağlanarak bolus geçiş süresi ve yutma zamanında değişiklik sağlanmaktadır^{24,52}. Faringeal egzersizler ise, faringeal duvarın güçlendirilmesi için uygulanan Masako manevrası ve Shaker egzersizleridir. Masako manevrasında dil, alt ve üst dişler arasında hafif dışarıda iken yutkunma egzersizi ile dil kökünün geriye hareketi güçlendirilmekte ve farinks duvarına temas sağlanmaktadır. Shaker egzersizinde hasta sırtüstü yatar pozisyonda iken ayak uçlarını görece şekilde başını yerden kaldırması ve yutma kaslarının izometrik ve izotonik kasılması ile kasların güçlendirilerek yutma yeteneğinin geliştirilmesi sağlanmaktadır^{12,36,53}.

Etkili rehabilitasyonun disfaji seyrini iyileştirdiği, süreci kısalttığı, hem birey hem de toplum yükünü hafiflettiği ve mortalite oranını azalttığı bilinmektedir⁴⁶. Konu ile ilişkili literatür tarandığında söz konusu rehabilitasyon uygulamalarının klinik alanda özellikle inme hasta gruplarında yaygın olarak kullanıldığı, ancak etkinliklerini destekleyen daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu bildirilmektedir^{10,54}.

Disfaji rehabilitasyonunun inme hasta grubu ile ağırlıklı olarak yürütüldüğü çalışmalarda egzersiz girişimlerinin disfaji yönetiminde yararlı olduğu belirlenmiştir. Gao ve Zhang (2017)'in yaptığı çalışmada; serebral infarktüs geçirmiş 90 hastada Chin-tuck ve Shaker egzersizlerinin disfaji üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Chin-tuck egzersizi çenenin geriye doğru çekilmesidir. Hasta oturma pozisyonunda iken, çene ile manubrium sterni arasına yerleştirilen bir lastik topun sıkıştırılması ile yani dirence karşı çenenin geriye çekilmesi ile yapılmaktadır. Çalışmada altı hafta sonrasında Chin-tuck ve Shaker egzersizi yapan bireylerde kontrol grubundaki bireylere göre depresyon skalası puanlarında anlamlı bir azalma ve disfaji yönetiminde anlamlı bir gelişme olduğu saptanmıştır³. Bahçeci ve ark. (2017)'nin 72 inme hastasıyla yürüttüğü çalışmada dudak, dil ve çene için oral motor güçlendirici egzersizler ve elektriksel stimülasyonun yutma fonksiyonlarını geliştirdiği ve yaşam kalitesini yükselttiği belirlenmiştir³⁷. Zheng ve ark. (2014)'nin çalışmasında 88 inme hastasında (44 deney grubu 44 kontrol grubu), kontrol grubuna konvansiyonel tedavi, girişim grubuna orofaringeal egzersizler, yumuşak damak, dil ve fasiyal kas egzersizleri, farinks ve larinks egzersizlerini içeren egzersiz programı uygulanmış ve rehabilitasyon programı sonrası girişim grubu yutma fonksiyonlarının kontrol grubu yutma fonksiyonlarına göre anlamlı bir iyileşme gösterdiği saptanmıştır³⁹. Kang ve ark. (2012)'nin çalışmasında ise; 50 inme hastası kontrol grubu ve girişim grubu olarak ayrılarak; kontrol grubuna konvansiyonel yutma terapisi, girişim grubuna oral, faringeal, laringeal ve respiratuar egzersizlerden oluşan ve iki ay süren bir egzersiz eğitimi verildikten sonra girişim grubu oral fazında yutma fonksiyonunda kontrol grubuna göre anlamlı bir iyileşme görüldüğü, daha az depresif duygu, daha iyi yaşam kalitesi olduğu belirlenmiştir³⁶.

Diğer hasta grupları ile yürütülen çalışmalara ilişkin olarak, Zhang ve ark. (2014) oral motor egzersizleri içeren yutma eğitim programına katılan dil kanseri tanısı olan hastaların verilen eğitimden sonra disfaji ve depresyon düzeylerinin iyileştiğini saptamışlardır³⁴. Bir sistematik derleme çalışmasında multipl skleroz hasta grubunda yaygın olarak elektriksel stimülasyon ve botulinum toksini tedavisinin disfajinin azalması yönünde olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir⁵⁵. Parkinson hastaları ile yürütülen bir çalışmada ise; biofeedback ile birlikte eforlu yutma stratejisinin terapötik olarak fayda sağladığı bildirilmiştir⁵⁶.

Ülkemize ait literatür incelendiğinde de; disfaji rehabilitasyonunun etkilerinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmaktadır. Yakşi ve ark. (2018)'nin yaptığı çalışmada disfaji görülen 64 inmeli bireyde uygulanan Chin-tuck egzersizine ek olarak başın etkilenen tarafa rotasyon egzersizinin bireylerde yutma fonksiyonları üzerine olumlu etkisi bulunmuştur⁵⁷. Bengisu ve Turan (2019)'in baş boyun cerrahisi uygulanmış hastalarda uyguladığı yutma terapisinin yutma bozukluğu şiddeti üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada ise yutma terapisi sonrası disfaji şiddetinin azaldığı belirlenmiştir⁵⁸.

Hemşirenin Rolü

Hemşireler çeşitli ortamlarda disfajili bireyler ile sıklıkla karşılaşmaktadır. Disfaji yönetimi multidisipliner olmakla birlikte, hastayla sık ve yakın temasta bulunan ve yutma güçlüklerini en iyi şekilde gözlemleyebilen ve tanımlayabilen ekip üyeleri hemşirelerdir^{14,28,33}. Literatür desteği ve güncel araştırma bulguları, kanıta dayalı uygulamalar ile hemşireler disfajiyi kapsamlı bir şekilde tanımlayabilmeli, değerlendirmeli ve planlanan rehabilitasyon girişimlerini uygulayabilmelidir.

Hastaların beslenme süreçleri dahil olmak üzere bakım ve tedavilerinin yürütülmesinde 24 saat hasta ile iletişim halinde olan hemşireler yutma güçlüğü yaşayan bireyleri gözlemlemeli, yatak başı değerlendirme ile izlem yapmalı, ayrıca diğer tanılama yöntemlerinin uygulanması ve tedavi sürecinin başlamasına kadar olan süreçte komplikasyonları önlemek üzere gerekli girişimleri başlatmalıdır. Disfaji belirtilerinin saptanması ile erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon girişimlerinin plan ve programlarına dahil olmalıdır³⁰.

Hemşireler hastaya uygulanan rehabilitasyon girişimlerinin etkinliğini kontrol etmeli ve disfajinin yol açabileceği komplikasyonlar açısından yakından izlem yapmalıdır. Komplikasyonların gelişmesini önlemeye yönelik olarak hastada aspirasyon belirtileri gözlemlenmelidir⁵⁹. Hastanın doğru beden pozisyonunun sağlanması, yiyeceği ağızda biriktirmemesi, mümkün olduğunca kendi kendine beslenmesi, yemek yerken konuşmaması konularında gözlem yaparak gerekli uyarılarda bulunmalıdır³⁰. Malnütrisyon riski olma ve malnütrisyon gelişmesi durumunda öncelikli olarak oral beslenmenin sürdürülmesi ortak kararlar ile gerekli

görülmediğinde enteral/parenteral beslenme sağlanmalıdır⁵⁹. Önce gerekli olan besin maddelerinin alınması sağlanmalı, eğer bu mümkün değilse takviyeler hakkında öneriler sunulmalıdır⁶⁰.

Diyet yönetiminde yutma kapasitesine uygun olarak hareket edilmeli ve düzenli olarak değerlendirilmeli ve ayarlamalar yapılmalıdır¹⁴. Hemşireler hastaların küçük miktarlarda ve yavaş beslenmesini sağlamalıdır²⁵. Genel olarak ince sıvıların zor kontrol edilmesi ve ince sıvıların yutkunma tetiklenmeden önce farinkse kaçabilme riski nedeniyle aspirasyon meydana gelme olasılığı daha yüksektir. Bu nedenle, koyulaştırılmış sıvılar ve yumuşak katı gıdalar daha güvenli kıvama sahip olanlardır³³. Koyulaştırılmış sıvılarda kullanılan kıvam arttırıcılar, içeceklerin tadını ve dokusunu olumsuz etkileyebilmekte ve bu da onları hastalar için daha az iştah açıcı hale getirebilmektedir. Bu nedenle sıvıların uygun kıvama ve her hastanın yutma kapasitesine göre değiştirilmesi çok önemlidir¹⁴.

Ağız bakımının korunması ve sürdürülmesi bireylerde aspirasyonun engellenmesi ve pnömoninin önlenmesi için önemli olan başka bir konudur. Hemşirelerin rehabilitasyon stratejileri ile birlikte ağız bakımını belli aralıklarla sağlaması gerekmektedir^{61,62}.

Rehabilitasyon sürecine olan uyumun tedavide önemli bir etkisi olduğu bildirilmekte, buna yönelik olarak da hemşirelerin disfaji yönetim planı ile ilgili farkındalık sağlaması ve gerekli eğitimleri hasta ve yakınlarına verebilmesi beklenmektedir³⁰.

Sonuç

Disfajinin morbidite, mortalite ve yaşam kalitesi üzerindeki önemli etkileri göz önüne alındığında, yutma güçlüklerini önleme, azaltma ve hafifletme stratejilerine gereksinim duyulmaktadır^{63,64}.

Disfaji yönetiminde postür düzenlemeleri, diyet modifikasyonları, manevralar büyük yer tutmakla birlikte yutma kaslarının gücünü ve koordinasyonunu arttırmak için yapılan egzersiz ve girişimler de yaygın olarak kullanılmaktadır^{4,65}. Rehabilitasyon ekibinin önemli üyelerinden olan hemşireler, disfajiye bağlı gelişebilecek komplikasyonların tanımlanmasında, izlenmesinde, korunmanın sağlanmasında ve değerlendirilmesinde aktif rol oynamaktadır⁶⁶. Hemşirelerin bu uygulamalarla ilgili kanıta dayalı uygulamaları takip edip sonuçlarını kullanmaları ve hastaları doğru bir şekilde yönlendirmeleri oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. Pede CD, Mantovani ME, Felice AD, Masiero S. Dysphagia in the elderly: focus on rehabilitation strategies. *Aging Clin Exp Res.* 2016;28:607-17.
2. Meng P, Zhang S, Wang Q, Wang P, Han C, Gao J et al. The effect of surface neuromuscular electrical stimulation on patients with post-stroke dysphagia. *J Back Musculoskeletal Rehabil.* 2018;31:363-70.
3. Gao J, Zhang HJ. Effects of chin tuck against resistance exercise versus shaker exercise on dysphagia and psychological state after cerebral infarction. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2017;53:426-32.
4. Sun SF, Hsu CW, Lin HS, Sun HP, Chang PH, Hsieh WL, et al. Combined neuromuscular electrical stimulation (NMES) with fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) and traditional swallowing rehabilitation in the treatment of stroke-related dysphagia. *Dysphagia.* 2013;28:557-66.
5. Fernandez MG, Huckabee ML, Doeltgen SH, Inamoto Y, Kagaya H, Saitoh H. Dysphagia rehabilitation: similarities and differences in three areas of the world. *Current Physical Medicine and Rehabilitation.* 2013;1:296-306.
6. Çopur EÖ, Kuru N, Seyman ÇÇ. Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalara Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2015;1:51-5.
7. McCabe D, Ashford J, Hegland KW, Frymark T, Mullen R, Musson N et al. Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part IV—Impact of dysphagia treatment on individuals' postcancer treatments. *J Rehabil Res Dev.* 2009;46:205-14.
8. Hsieh PL, Chen SH. Effectiveness of an evidence-based practice educational intervention among school nurses. *Int J Environ Res.* 2020;17(11).
9. Dudik JM, Kurosu A, Coyle JL, Sejdik E. Dysphagia and its effects on swallowing sounds and vibrations in adults. *Biomed Eng Online.* 2018;17:9
10. Bath PM, Lee HS, Everton LF. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018;10:CD000323.
11. Park YH, Bang HL, Han HR, Chang HK. Dysphagia screening measures for use in nursing homes: A systematic review. *J Korean Acad Nurs.* 2015;45:1-13.
12. Vose A, Nonnenmacher J, Singer ML, Fernandez MG. Dysphagia management in acute and sub-acute stroke. *Current Physical Medicine and Rehabilitation.* 2014;2:197-206.
13. Steele CM. Exercise- based approaches to dysphagia rehabilitation. *Nestl Nutr Inst Workshop Ser.* 2012;72:109-17.

14. Garcia JM, Chambers E. Managing dysphagia through diet modifications. *Am J Nurs*. 2010;110:26-33.
15. Tenekeci EG, Kara B, Çetiz A, Demirkaya Ş, Demir N, Açikel C. Multipl sklerozda disfaji değerlendirme ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Arch Neuropsychiatr*. 2016;55:243-7.
16. Chen SC, Huang BS, Chung CY, Lin CY, Fan KH, Chang CT et al. Effects of a swallowing exercise education program on dysphagia-specific health-related quality of life in oral cavity cancer patients post-treatment: A randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2018;26:2919-28.
17. Jones K, Pitceathly RDS, Rose MR, MCGovan S, Hill M, Badrising UA et al. Interventions for dysphagia in long-term, progressive muscle disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2:CD004303.
18. Abubakar SA, Jamoh BY. Dysphagia following acute stroke and its effect on short-term outcome. *Niger Postgrad Med J*. 2017;24:182-6.
19. Bengisu S, Gerçek E. Türkiye’de yutma bozuklukları ile ilgili yapılmış lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*. 2019;2:77-103.
20. Frost J, Robinson F, Hibberd J. A comparison of neuromuscular electrical stimulation and traditional therapy, versus traditional therapy in patients with longstanding dysphagia. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;26:167-73.
21. Fredslund SV, Högdal N, Christensen MB, Wessel I. Dysphagia training after head and neck cancer fails to follow legislation and national recommendations. *Dan Med J*. 2015;62:A5067.
22. Clayton NA, Ward EC, Maitz PK. Intensive swallowing and orofacial contracture rehabilitation after severe burn: A pilot study and literature review. *Burns*. 2017;43:e7-e17.
23. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Gastroenterology & Hepatology*. 2016;13:49-59.
24. McGinnis CM, Homan K, Solomon M, Taylor J, Staebell K, Erger D. et al. Dysphagia: interprofessional management, impact, and patient-centered care. *Nutr Clin Pract*. 2019;34:80-95.
25. Selçuk B. İnmede yutma bozuklukları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2006;52:38-44.
26. Cinel G, Demir N, Özçelik U, Karaduman AA. Çocuklarda yutma disfonksiyonu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2013;56:89-96.
27. Wang Z, Song WQ, Wang L. Application of noninvasive brain stimulation for post-stroke dysphagia rehabilitation. *Kaohsiung J Med Sci*. 2017;33:55-61.
28. Krueger SS, Ringmaier C, Muhle P, Wollbrink A, Kemmling A, Hanning U et al. Randomized trial of transcranial direct current stimulation for poststroke dysphagia. *Ann Neurol*. 2018;83:328-40.
29. Adkins C, Takakura W, Spiegel BMR, Lu M, Lionch MV, Williams J et al. Prevalence and characteristics of dysphagia based on a population-based survey. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2020;18:1970-9.
30. Hines S, Kynoch K, Munday J. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment: A systematic review (new update). *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2014;12:195-236.
31. Şansal E, Atalık G, Gölaç H, Yılmaz M. COVID-19 Pandemi sürecinde yutma bozukluklarının yönetimi: GÜTF KBB klinik tecrübesi. *Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*. 2020;28:68-75.
32. Fedder P. Review of evidenced-based nursing protocols for dysphagia assessment. *Stroke*. 2017;48:99-101.
33. Ceconi E, Piero VD. Dysphagia – pathophysiology, diagnosis and treatment. *Front Neurol Neurosci*. 2012;30:86-9.
34. Zhang L, Huang Z, Wu H, Chen W, Huang Z. Effect of swallowing training on dysphagia and depression in postoperative tongue cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18:626-9.
35. Hashimoto H, Hirata M, Takahashi K, Kameda S, Katsuta Y, Yoshida F et al. Non-invasive quantification of human swallowing using a simple motion tracking system. *Sci Rep*. 2018;8:5095.
36. Kang JH, Park RY, Lee SJ, Kim JY, Yoon SR, Jung KI. The effect of bedside exercise program on stroke patients with dysphagia. *Ann Rehab Med*. 2012;36:512-20.
37. Bahçeci K, Umay E, Gündoğdu İ, Gürçay E, Öztürk E, Alıcı S. The effect of swallowing rehabilitation on quality of life of dysphagic patients with cortical ischemic stroke. *Iran J Neurol*. 2017;16:178-84.
38. Beck AM, Kjaersgaard A, Hansen T, Poulsen I. Systematic review and evidence based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia. An updated clinical guideline. *Clin Nutr*. 2018;37:1980-91.
39. Zheng L, Li Y, Liu Y. The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *Int J Clin Exp Med*. 2014;7:3789-94.
40. Khoja MA. Registered nurses’ knowledge and care practices regarding patients with dysphagia in Saudi Arabia. A cross-sectional study. *Int J Health Care Qual Assur*. 2018;31:896-909.
41. Sproson L, Pownall S, Enderby P, Freeman J. Combined electrical stimulation and exercise for swallow rehabilitation post-stroke: A pilot randomized control trial. *Int J Lang Commun Disord*. 2018;53:405-17.
42. Pulia NR, Robbins J. Approaches to the rehabilitation of dysphagia in acute poststroke patients. *Semin Speech Lang*. 2013;34:154-69.
43. Park JS, An DH, Oh DH, Chang MY. Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study. *NeuroRehabilitation*. 2018;42:191-7.
44. Umemoto G, Furuya H. Management of dysphagia in patients with parkinson’s disease and related disorders. *Int Med*. 2020;59:7-14.
45. Hien NM, Duc DP. The avant rehabilitation program and cerebrolysin for treatment of post-stroke dysphagia: A case report. *J Med Life*. 2019;12:236-8.
46. Xia W, Zheng C, Zhu S, Tang Z. Does the addition of specific acupuncture to standard swallowing training improve outcomes in patients with dysphagia after stroke? A randomized controlled trial. *Clin Rehab*. 2016;30:237-46. 11

47. Perry A, Lee SH, Cotton S, Kennedy J. Therapeutic exercises for affecting post-treatment swallowing in people treated for advanced-stage head and neck cancers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;8:CD011112.
48. Konency P, Elfmak M. Electrical stimulation of hyoid muscles in post-stroke dysphagia. *Biomed Pap Med Fac Univ Palack Olomouc Czech Repub*. 2018;162:40-2.
49. Chiang CF, Lin MT, Hsiao MY, Yeh YC, Liang YC, Wang TG. Comparative efficacy of noninvasive neurostimulation therapies for acute and subacute poststroke dysphagia: A systematic review and network meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100:739-50.
50. Savcı C. Disfaji gelişen akut inmeli hastalarda bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23:423-9.
51. Langmore SE, Pisegna JM. Efficacy of exercises to rehabilitate dysphagia: A critique of the literature. *Int J Speech Lang Pathol*. 2015;17:1-8.
52. Li CM, Wang TG, Lee HY, Wang HP, Hsieh SH, Chou M et al. Swallowing training combined with game-based biofeedback in poststroke dysphagia. *PM & R: The Journal Of Injury, Function, And Rehabilitation*. 2016;8:773-9.
53. Choi JB, Shim SH, Yang JE, Kim HD, Lee DH, Park JS. Effects of shaker exercise in stroke survivors with oropharyngeal dysphagia. *NeuroRehabilitation*. 2017;41:753-7.
54. Cabib C, Ortega O, Kumru H, Palomeras E, Vilardell N, Berdugo DA et al. Neurorehabilitation strategies for poststroke oropharyngeal dysphagia: from compensation to the recovery of swallowing function. *Ann N Y Acad Sci*. 2016;1380:121-38.
55. Alali D, Ballard K, Bogaardt H. Treatment Effects for Dysphagia in Adults with Multiple Sclerosis: A Systematic Review. *Dysphagia*. 2016;31:610-8.
56. Felix VN, Correa SMA, Soares RJ. A therapeutic maneuver for oropharyngeal dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Clinics*. 2008;63:661-6.
57. Yakşı E, Kurul R, Avcı Ş, Ögün MN. Disfajik inmeli bireylerde kullanılan kompensatuvar postürün yutma üzerine etkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2018;10:61-4.
58. Bengisu S, Turan Z. Baş boyun kanser cerrahisi uygulanmış hastalarda yutma terapisinin yutma bozukluğu şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*. 2019;2:300-14.
59. Kesik G, Özdemir L. Multiple skleroz hastalarında disfaji ve disfajiye yönelik hemşirelik yaklaşımları. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2020;13:437-43.
60. Taylor C. Dysphagia and malnutrition in older adults. *Br J Community Nurs*. 2019;1;24:26-28.
61. Akai M. Approaches to dysphagia rehabilitation. *Dysphagia Rehabilitation Manuel*. Japan: National rehabilitation center for persons with disabilities, 2015.
62. Cichero J. Scope of practice. *Dysphagia Clinical Guideline*. Australia: The Speech Pathology Association of Australia Limited, 2012.
63. Wells M, King E. Patient adherence to swallowing exercises in head and neck cancer. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;25:175-81.
64. Omura K, Komine A, Yanagigawa M, Chiba N, Osada M. Frequency and outcome of post-extubation dysphagia using nurse-performed swallowing screening protocol. *Nurs Crit Care*. 2019;24:70-5.
65. Simonelli M, Ruoppolo G, Iosa M, Morone G, Fusco A, Grasso MG et al. A stimulus for eating. The use of neuromuscular transcutaneous electrical stimulation in patients affected by severe dysphagia after subacute stroke: A pilot randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*. 2019;44:103-10. 12
66. Alankaya N. İnme sonrası yeti yitimi ve rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2019;23:195-201.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Gizem Özbudak
Trakya Üniversitesi
Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu
e-mail: gizem-ozbudak@hotmail.com

Geliş tarihi/ Received: 27.10.2020

Kabul tarihi/Accepted: 06.05.2021