HASTANELERDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN YUTMA TERAPİSİNDEKİ ROLLERİ HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ: ERZURUM İLİ ÖRNEKLEMİ

Yüksek Lisans Tezi

Sümeyye KOCAMAN

Eskişehir 2026

HASTANELERDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN YUTMA TERAPİSİNDEKİ ROLLERİ HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ: ERZURUM İLİ ÖRNEKLEMİ

Sümeyye KOCAMAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dil ve Konuşma Terapisi Ana Bilim Dalı

Dil ve Konuşma Terapisi Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Merve Nur SARIYER TEMELLİ

Anadolu Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Şubat 2026

Eskişehir

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Sümeyye KOCAMAN'ın "Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Terapisindeki Rolleri Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi: Erzurum İli Örneklemi" başlıklı tezi 19.01.2026 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin" ilgili maddeleri uyarınca Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı Dil ve Konuşma Terapisi Programında, Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı-Adı Soyadı	**İmza**
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Merve Nur SARIYER TEMELLİ	……..
Üye	Prof. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN	……..
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sevinç TÜYSÜZ	……..

Prof. Dr. Nazif Öncü CAN

Anadolu Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdür

ÖZET

HASTANELERDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN YUTMA TERAPİSİNDEKİ ROLLERİ HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARININ İNCELENMESİ: ERZURUM İLİ ÖRNEKLEMİ

Sümeyye KOCAMAN

Dil ve Konuşma Terapisi Ana Bilim Dalı

Dil ve Konuşma Terapisi Programı

Anadolu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Şubat 2026

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Merve Nur SARIYER TEMELLİ

Çalışmanın konusu Erzurum ilinde kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisindeki rollerine ilişkin farkındalıkları olarak belirlenmiştir. Bölgede çevre illerden çok yüksek oranda hasta sevki alan Erzurum'dan katılımcılara yer vermesiyle alan yazındaki açık kalan bölgesel boşluğu doldurmayı amaçlamıştır. Bu amaçla Erzurum'da kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisindeki rollerine ilişkin bilgilerini, konu hakkındaki tutumlarını ve uygulama pratiklerini ve kurumda çalışan DKT'lerin konuya yönelik davranışlarını araştırmaktadır. Çalışma nicel araştırma yöntemi kullanılarak tasarlanmış olup, betimsel ve ilişkisel tarama modeli ile yürütülmüştür. Örneklem belirleme yöntemi olarak amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçme aracı olarak 'Doktor Farkındalık Anketi' alanyazın ve uzman görüşleri neticesinde revize edilerek ve farklı bir başlıkla kullanılmıştır. Bulgulara göre, hekimlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rollerine ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin birbirinden belirgin biçimde farklılaştığını ve genel olarak yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Hekimlerin DKT'ye yönelik tutumlarının görece olumlu olmasına rağmen, klinik uygulamalara ilişkin bilgi ve yönlendirme süreçlerinin oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçları hekimlerin DKT'nin disfajinin yönetimindeki birincil rolüne ilişkin farkındalıklarının artırılmasının, tanı ve tedavi süreçlerinin optimize edilmesi açısından önemli olduğunu göstermektedir. Bu değerlendirme, kurum içi eğitimlerin güçlendirilmesi, meslekleraası iletişimin artırılması ve yapılandırılmış klinik protokollerin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: Disfaji, Yutma bozuklukları, Dil konuşma terapisi, Aspirasyon, Yutma terapisi.

ABSTRACT

AN EXAMINATION OF THE AWARENESS OF DOCTORS WORKING IN HOSPITALS REGARDING THE ROLES OF SPEECH AND LANGUAGE PATHOLOGIST IN SWALLOWING THERAPY: THE CASE OF ERZURUM

Sümeyye KOCAMAN

Department of Speech and Language Therapy

Speech and Language Therapy Program

Anadolu University, Graduate School of Education, February 2026

Supervisor: Asst. Prof. Dr. Merve Nur SARIYER TEMELLİ

The subject of the study determined the awareness of physicians working in public hospitals in Erzurum regarding the role of speech-language pathologist (SLP) in the diagnosis and treatment of dysphagia. By including participants from Erzurum, which receives a very high number of patient referrals from surrounding provinces, the study aimed to fill a regional gap in the literature. To this end, it investigates the knowledge of physicians working in public hospitals in Erzurum regarding the role of SLP in the diagnosis and treatment of dysphagia, their attitudes towards the subject, their practice, and the behavior of SLP working in the institution towards the subject. The study was designed using quantitative research methods and conducted using a descriptive and correlational survey model. Purposeful sampling was used as the sample selection method. The 'Doctor Awareness Questionnaire' was revised based on the literature and expert opinions and used as a measurement tool under a different title. The findings revealed that physicians' knowledge, attitudes, and practice levels regarding their roles in swallowing therapy for SLPs differed significantly from one another and were generally inadequate. Although physicians' attitudes toward SLP were relatively positive, their knowledge and guidance processes regarding clinical practices were found to be quite limited. The study results indicate that increasing physicians' awareness of the primary role of SLP in dysphagia management is important for optimizing diagnosis and treatment processes. This assessment highlights the need to strengthen in-house training, improve interprofessional communication, and develop structured clinical protocols.

Keywords: Dysphagia, Swallowing disorders, Speech and language therapy, Aspiration, Swallowing therapy.

TEŞEKKÜR

Tüm tez yazım sürecimde kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle yolumu bulmamı sağlayan, her türlü desteğini gösteren çok kıymetli danışmanım, hocam Dr. Öğr. Üyesi Merve Nur SARIYER TEMELLİ'ye, tez savunma sürecimde tüm bilgi ve tecrübeleriyle tezime değerli katkılarını sunan kıymetli sayın Prof. Dr. Elçin TADIHAN ÖZKAN ve Dr. Öğr. Üyesi Sevinç TÜYSÜZ'e hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Bugünlerimin mimarı, bana inanmaktan asla vazgeçmeyen canım anneme, güvenini hep hissettiren değerlim babama, tüm aksiliklerime sessiz kalan ablam Figen'e, kardeşim Demet'e, evimizin küçüğü Yunus Emre'me, eniştem Uğur'a ve dünya cennetlerim Kerem Ali'm ve Gülce'me… Varlığınız en büyük destek, en güzel armağan bana.

En son ve en büyük teşekkür de izninizle kendime. Hep dediğin gibi güzel kızım. Her şeye, herkese rağmen senin olandan vazgeçmediğin, adının temsili misali doğrundan şaşmadığın, inandığın yolda yürürken her düştüğünde yılmadan daha da güçlü ayağa kalktığın için aferin sana. Güzel iş çıkardın sanki. Geç oldu. Güç de oldu ama oldu. Artık sıradaki hayaline geçebilirsin…

10/02/2026

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalardan bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilemeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Anadolu Üniversitesi tarafından kullanılan "bilimsel intihal tespit programı"yla tarandığını ve hiçbir şekilde "intihal içermediğini" beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Sümeyye KOCAMAN

10/02/2026

ÜRETKEN YAPAY ZEKÂ KULLANIMI BEYANI

Bu tez çalışmasının hazırlanması, yürütülmesi, verilerin analizi vb. aşamalarının herhangi birinde üretken yapay zekâ programlarından yaralanmadığımı beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Sümeyye KOCAMAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BAŞLIK SAYFASI i

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii

ÖZET iii

ABSTRACT iv

TEŞEKKÜR v

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ vi

ÜRETKEN YAPAY ZEKÂ KULLANIMI BEYANI vii

İÇİNDEKİLER viii

TABLOLAR DİZİNİ xi

KISALTMALAR DİZİNİ xiii

1 GİRİŞ 1

1.1 Amaç 2

1.2 Önem 3

1.3 Sınırlılıklar 4

1.4 Tanımlar 4

2 ALAN BİLGİSİ 5

2.1 Yutma 5

2.2 Disfaji 6

2.3 Pediatrik Disfaji ve Yönetimi 10

2.4 DKT'nin Disfajideki Rolü 12

2.4.1 Disfaji tarama ve tanılamada DKT rolü 13

2.4.1.1 Tarama 14

2.4.1.2 Tanılama süreci 15

2.4.1.2.1 Yatak başı değerlendirme 15

2.4.1.2.2 Aletsel değerlendirme 16
2.4.2 Disfaji terapilerinde DKT'nin rolü 17
2.4.2.1 Rehabilitasyon hizmetleri 17
2.4.2.1.1 Doğrudan terapi yaklaşımları 17
2.4.2.1.2 Dolaylı terapi yaklaşımları 19
2.4.2.2 Telafi edici yaklaşımlar 19
2.4.2.2.1 Diyet 20
2.4.2.2.2 Postüral düzenlemeler 20
2.4.2.2.3 Oral duyusal motor uyarma 20
2.4.2.2.4 Nöromusküler elektrik stimülasyon (NMES) 21
2.4.2.3 Teknolojik cihazlar 21
2.4.2.4 Alternatif beslenme 22
2.5 Disfajide Multidisipliner Yaklaşım 24
2.5.1 Multidisipliner ekip yaklaşımının sisteme yansımaları 25
2.6 Ulusal ve Uluslararası Literatürde Farkındalık Çalışmaları 26
2.7 Düşük Farkındalığın Sonuçları 28
3 GEREKÇE VE YÖNTEM 29
3.1 Araştırma Modeli 29
3.2 Evren ve Örneklem 29
3.3 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler 30
3.4 Katılımcılar 30
3.3.1 Araştırmaya dahil etme kriterleri 30
3.3.2 Araştırmadan hariç tutma kriterleri 31
3.4 Veri Toplama Aracı ve Süreci 32
3.4.1 Veri toplama araçları 32
3.4.1.1 Araştırma gönüllü onam formu 32

3.4.1.2 Hastanelerde çalışan hekimlerin dil ve konuşma terapistlerinin yutma terapisindeki rolleri hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi anketi 33
3.4.2 Veri toplama süreci 33
3.4.2.1 Anket uygulama süresi ve yönergeler 34
3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi 34
4 BULGULAR 35
4.1 Çoktan Seçmeli Sorulara İlişkin Analiz Sonuçları 35
4.2 Açık Uçlu Anket Sorulara İlişkin Analiz Sonuçları 42
4.3 Açık Uçlu Anket Sorulara İlişkin Analiz Sonuçları 45
5 SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER 50
5.1 Sonuç 50
5.2 Tartışma 51
5.3 Öneriler 60
KAYNAKÇA 62
EKLER
ÖZGEÇMİŞ

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 3. 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri 31

Tablo 4. 1. Hekimlerin DKT Hakkında Genel Bilgi Düzeylerine İlişkin Betimleyici İstatistikler 36

Tablo 4. 2. Hekimlerin DKT'ye Yönlenik Tutum ve Davranışlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler-I.....39

Tablo 4. 3. Hekimlerin DKT'ye Yönlenik Tutum ve Davranışlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler-II 43

Tablo 4. 4. Hekimlerin Görev Yaptığı Kurumların Bağımlı Değişkenler 46

Tablo 4. 5. Hekimlerin Mesleki Deneyimlerinin Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkisi…. 48

KISALTMALAR DİZİNİ

ASHA **:** American Speech-Language-Hearing Association (Amerika Konuşma, Dil ve İşitme Birliği)

DKT **:** Dil ve Konuşma Terapisi/Terapisti

DKT-UÇEP **:** Dil ve Konuşma Terapisi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

EMST **:** (Ekspirstuvar Kas Gücü Eğitimi)

FEES **:** Fiberoptik Endoskopik Yutma Çalışması

IOPI **: (**Iowa Oral Performans Aleti)

MDE **:** Multidisipliner Ekip

MS : Multipl Skleroz

NEG **:** Nazogastrik Tüp

PEG **:** Perkütan Endoskopik Tüp

TES **:** Transkütan Elektriksel Stimülasyon

TTS **:** Termal Taktil Stimülasyon

UES **:** (Üst Özofageal Sfinkter)

VFSS **:** (Videofloroskopik Yutma Çalışması)

YÖKTEZ **:** Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi

1 GİRİŞ

Besini hava yolunu koruyarak solunum ve orofaringeal (ağız-yutak) kasların hareketleriyle mideye ileten gastroinstestinal sistem yutma olarak adlandırılmaktadır (Panebianco vd., 2020). "Yutma sırasında yaşanan herhangi bir güçlük ise disfaji olarak tanımlanır" (Bengisu ve Ayyıldız, 2020, s.178). Disfaji bir kişinin yemek yemesini veya yutmasını zorlaştıran tıbbi bir durumdur (McCarty ve Chao, 2021). Disfajinin en sık rastlanan etiyolojileri ise özofageal kanser, inme ve beyin tümörleri olarak sıralanmıştır (Farpour vd., 2019). Disfaji, hastaların sosyalleşmelerini ve beslenmelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir (McCarty ve Chao, 2021). Disfaji ile karşımıza çıkan aspirasyon pnömonisi dünya üzerinde önemli ölüm sebeplerinden biridir. Özellikle ileri yaştaki hastalarda ölüm riskini arttırmaktadır. Ayrıca hastanın taburcu olmasını geciktirerek hastane yatışlarının uzamasına ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin çok daha fazla artmasına neden olmaktadır (McCarty ve Chao, 2021). Disfajinin erken tanılanması yaşam kalitesini yükseltmek, ölüm riskini azaltmak için önemlidir (Panebianco vd., 2020).

Disfajinin tanı ve tedavisi birçok farklı alanlardaki uzmanların bir arada olmasını gerektirmektedir (Speyer, 2008; Sura vd., 2012). Hekim, DKT, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog multidisipliner ekip (MDE) içerisinde yer almaktadır. Hekim, ilk semptomu teşhis edip süreci başlatmaktadır (Sura vd., 2012). Dil ve konuşma terapistleri (DKT) disfajili hastalarda oral beslenmeyi kolaylaştırmak veya yeniden oral beslenmeye geçişi sağlamak, beslenme ve su yetersizliğini önlemek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak açısından önem arz etmektedir (Bengisu ve Ayyıldız, 2020). Disfajili hastaların hekimler tarafından DKT'lerin yer aldığı MDE'ye yönlendirilmemeleri gerekli müdahalenin aksamasına ve buna bağlı olarak dehidrasyon (vücudun susuz kalması), nütrisyon (yetersiz beslenme), aspirasyon vb. gibi ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmalarına sebep olabilmektedir (Kiyani ve Butt, 2014). Amerika Konuşma, Dil ve İşitme Birliği, difajinin tanı ve tedavisinden sorumlu ekibin üyelerinde dil ve konuşma terapistlerinin de olduğunu belirtmiştir (Amerika Konuşma, Dil ve İşitme Birliği, 2004). Benzer bir şekilde ülkemizde de Dil ve Konuşma Terapisi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda yapılan tanımlamada dil ve konuşma terapisine yutma bozukluklarının tanı ve tedavisinde de bağımsız özerk bir meslek olarak yer vermiştir (Dil ve Konuşma Terapisi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2006).

Ülkemizde Bengisu ve Derin (2022) yaptıkları çalışmada mesleki olarak DKT bilinse bile disfaji üzerindeki rollerine dair bilinirliğinin yeterli olmadığını göstermiştir. Bengisu ve Ayyıldız (2020) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisindeki rollerinin gastroentereloji bölüm hekimleri ve hasta yakınları tarafından yeterli düzeyde bilmediğini göstermiştir. Savran ve Çiğiltepe'nin (2022) yaptıkları çalışmada katılımcıları olan diyetisyenlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rollerine ilişkin farkındalıklarının zayıf olduğu belirtilmiştir. Diyarbakır'da rehabilitasyon hastanesindeki sağlık personelleriyle (42 fizyoterapist, 30 hemşire ve 30 hekim) yapılan farkındalık çalışmasının sonuçları katılımcıların konu hakkında bilgi ve farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür (Acıelma, 2022).

Yukarıdaki bilgiler neticesinde çalışmamızın konusu Erzurum ilinde kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin DKT'lerin disfajinin (yutma bozukluklarının) tanı ve tedavisindeki rollerine ilişkin farkındalıkları olarak belirlenmiştir. Doğu Anadolu Bölgesinin sağlık hizmetleri açısından önemli olan Erzurum ilinden bu konuya yönelik veri olmaması bizleri literatürdeki bölgesel boşluğu doldurmaya yönlendirmiştir.

1.1 Amaç

Ulusal alanyazında DKT'ler tarafından yutma alanına yönelik gerçekleştirilen çalışmaların sayısı hala sınırlı kalmaktadır. Mevcut farkındalık araştırmalarının ise yalnızca belirli tıp branşlarındaki hekimleri kapsadığı ve ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesi'nden katılımcı içermediği görülmektedir. Bu çalışma Doğu Anadolu Bölgemizin en büyük üçüncü ili olan ve çevre illerden çok yüksek oranda hasta sevki alan Erzurum ilinden katılımcılara yer vermesiyle alan yazındaki açık kalan bölgesel boşluğu doldurmayı amaçlamıştır. Bu çalışmanın neticesinde bu bölgede yaşayan halkımız için DKT'ler tarafından verilen yutma terapisi kalitesinin iyileştirilmesi için doldurulması gereken boşlukları da belirlemiş olacağız. Bu amaca yönelik ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesi Erzurum ilinde kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisindeki rollerine ilişkin bilgilerini, konu hakkındaki tutumlarını ve uygulama pratiklerini ve kurumda çalışan DKT'lerin konuya yönelik davranışlarını araştırmaktadır. Bu amaç için cevaplanması beklenen sorular ise;

1. Erzurum ilindeki kamu hastanelerinde görev yapan hekimlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rolleri hakkındaki bilgi ve tutum düzeyleri ne durumdadır?

2. Hekimlerin demografik özellikleri (mesleki deneyim süre ve çalışılan kurum türü) ile DKT farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Disfajili hastalara tanı ve tedavilerinde uygulanan prosedürler nelerdir?
4. Bünyesinde DKT'nin olmadığı kurumlarda disfajili hastalara uygulanan prosedürler nelerdir?
5. DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavi sürecindeki mesleki sınır ve yetkinliklerine ilişkin hizmet içi eğitim çalışmaları yapılan ya da yapılmayan kurumlarda çalışan hekimlerin farkındalık düzeylerinde farklılık var mıdır?

1.2 Önem

Hekimlerin DKT hakkındaki farkındalıkları disfajinin tanı ve tedavisi açısından çok önemlidir. Bununla birlikte hekimlerin yeterli bilgi düzeyine sahip olması hastalarını da DKT'ye yönlendirmesini sağlayacaktır. DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisindeki rollerine dair bilgi sahibi olunması tedaviyi talep etme ve bu konuda hizmet veren terapistlere ulaşma imkânını doğurmaktadır (Bengisu ve Ayyıldız, 2020).

Bu çalışma hem verilerin toplandığı bölge ile literatürdeki bölgesel boşluğa değinmekte hem de katılımcıları spesifik bir alanla sınırlandırmamakla katılımcı profilini çeşitli tutarak Nöroloji, KBB, İç Hastalıkları, Çocuk Hastalıkları vb. gibi farklı branşlar üzerinden de konuya yönelik bilgi edinmemizi sağlamaktadır. Ayrıca anket sorularına hekimlerin bilgi ve tutumlarının yanı sıra uygulama pratiklerinin de incelendiği soruların eklenmesi, disfajili hastalara yönelik sunulan sağlık hizmetleri hakkında bizler için yol gösterici olma niteliği taşımaktadır. Hekimlerin uygulama pratiklerine yönelik soruların yer alması temelinde ulusalda yapılan diğer çalışma örneklerinden farklılaşmaktadır. Böylelikle çalışmamızın sonuçları bizlere bilgi-tutum-davranış arasındaki ilişkiyi görebilme imkanını da sunmaktadır. Çalışmamızdan elde edilen veriler, akademik alana bölgesel düzeyde özgün katkılar sunarken, aynı zamanda bölgede yaşayan bireylerin hastanelerde görev yapan DKT'lerden aldıkları hizmetlerin niteliğini ortaya koyarak olası eksikliklerin belirlenmesine ve giderilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca, bu bulgular konuyla ilgili gelecekte yürütülecek akademik çalışmalara yön verecek nitelikte olup, doğru hedeflerin belirlenmesi açısından yol gösterici bir çerçeve sunacaktır. Ulusal ve uluslararası literatüre baktığımızda kurumlardaki diğer sağlık çalışanlarına DKT'lerin yutma terapisindeki rollerine ilişkin eğitici çalışmaların gerekliliğine değinilmiştir

(Bakhtiyari vd., 2019; Bengisu ve Ayyıldız, 2020; Bengisu ve Derin, 2022; Kiyani ve Butt, 2014; Savran ve Çiğiltepe, 2022). Bu konuya çalışmamızda da yer verilmiştir.

1.3 Sınırlılıklar

1. Bu çalışmanın sonuçları 2025 yılında Erzurum ilinde Erzurum Şehir Hastanesi ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Hastanesinde çalışan hekimlerden alınan cevaplarla sınırlıdır.
2. Sonuçlar çalışmaya katılan 104 hekimin verdiği cevaplarla sınırlıdır.
3. Anket sorularına yapılan eklemeler görüşü alınan uzmanlar ve araştırmacının bakış açısı ile sınırlıdır.
4. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar katılımcı hekimlerin soruyu yorumlama şekli ile sınırlıdır.
5. Anket soru sayısı katılımı zorlaştıracak şekilde olması çalışmanın sınırlılıkları içerisinde yer alabilir.
6. Online olarak yeterli cevaba ulaşılamaması ve araştırmacının kendisinin anket dağıtmak zorunda kalması çalışmanın sınırlılıkları içerisinde yer alabilir.
7. Araştırma bulguları, araştırmacının istatistik bilgisi ve veri analiz etme becerisi ile sınırlıdır.
8. Katılımcıların soru atlamaları, cevapsız bırakılan soruların olması çalışmanın bulgularını sınırlandırmıştır.

1.4 Tanımlar

Disfaji: "Yutma sırasındaki herhangi bir güçlük disfaji olarak tanımlanır" (Bengisu ve Ayyıldız, 2020, s.178). Disfaji bir kişinin yemek yemesini veya yutmasını zorlaştıran tıbbi bir durum olarak adlandırılmaktadır (McCarty ve Chao, 2021).

Aspirasyon: Ağız içi salgılarının veya bolus parçalarının hava yoluna kaçışı olarak adlandırılmaktadır (McCarty ve Chao, 2021).

Penetrasyon: Bolusun vokal kordların altına geçmeden üstte kalması penetrasyon olarak adlandırılmaktadır (McCarty ve Chao, 2021).

Gizli/sessiz aspirasyon: Sağlıklı bireylerde de aspirasyon görülebilmekte ve kişi öksürerek hava yolunu temizlemeye çalışmaktadır. Aspirasyon varlığında öksürük refleksinin tetiklenmediği durumlar gizli/sessiz aspirasyon olarak adlandırılmaktadır (McCarty ve Chao, 2021).

2 ALAN BİLGİSİ

2.1 Yutma

Yutma eylemi, ağza alınan gıdanın (bolusu) hava yolunu koruyarak solunum ve orofaringeal (ağız-yutak) kasların hareketleriyle mideye iletilmesini sağlayan gastroinstestinal sistemin parçasıdır (Panebianco ve ark., 2020). Sağlıklı bireylerde isteğe bağlı yutma ve spontane tükürük yutma olarak 2 şekilde günde en az 1000 kez zahmetsizce gerçekleşmektedir. Kontrollü ve yarı kontrollü sistemlerin yer aldığı refleksif bir eylemdir (Dawadee vd., 2017; Sasegbon ve Hamdy, 2017). Yutma eylemi ağız, farenks, larenks ve özofagusun koordineli hareketlerini içermektedir. Diğer oral yapılar ise (diş, çene, dil, damak, vb.) ağızdaki besinin çiğnenerek farenks üzerinden mideye iletilmesine yardımcı olmaktadırlar (Koçak vd., 2022; Matsuo ve Palmer, 2008; Logemann, 1998). Besinin ağıza alındığı ilk dakikalardan mideye ulaştığı ana kadar geçen süreçte nöromüsküler kasılmalar etkili olmaktadır (Kruger, 2014). Bu süreç birçok farklı merkezi sinir sistemi tarafından yönetilmekte ve yaklaşık olarak 50 çift çizgili kranial kas sırayla uyarılmaktadır (Panebianco vd., 2020). Yutma eyleminin sorunsuz ilerlemesi vücudun ihtiyacı olan besin ve sıvının karşılanması için önem arz etmektedir. Aynı zamanda sosyal hayatta da kişilerin yaşam standartlarını/kalitelerini korumalarını sağlamaktadır (Dawadee vd., 2017; Sasegbon ve Hamdy, 2017; Zancan vd., 2017).

Yutma eyleminde yer alan yapıların anatomi ve fizyolojisi hakkında bilgiye sahip olmak sistemi anlamayı kolaylaştırmaktadır (McCarty ve Chao, 2021). Yutma eylemi temelde 3 fazda incelenmektedir. Oral faz, ağza yiyecek alındıktan sonra başlayan ve oral hazırlık sürecinin de yer aldığı ilk evredir. Anatomik yapıların uygun ve hazır konuma gelmeleriyle oral hazırlık evresinden yutmanın diğer aşamalarına geçiş başlamaktadır. Oral hazırlık süreci için geçen süre ağza alınan besinin ince bir sıvıdan eforlu çiğneme gerektiren katı bir yiyeceğin viskozitesine ve türüne göre değişkenlik göstermektedir (Ruscello, 2015). Oral faz korteks tarafından yönetilmekte ve istemli hareketlerle bolusun farenkse doğru iletilmesini sağlamaktadır. Yutma refleksinin tetiklenmesiyle birlikte gerçekleşen olayların kontrolü beyin sapına geçmektedir. Beyin sapının kontrolündeki olaylar istemsiz gerçekleşmektedir (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020). Kısaca bu faz yiyeceğin; ağza alınması, çiğnenmesi, bolus haline getirilmesi ve önden arkaya doğru iletilmesini içermektedir (Clark ve Ebersole, 2018). Oral fazda gerekli kontrolün sağlanamaması ağız içinde bolus kalıntılarına veya arkaya doğru kaçışa neden olmaktadır. Yutmanın oral

fazında hava yolunun açık ve korumasız halde olduğu belirtilmektedir (Baumgartner ve ark., 2009). Yutkunmayla birlikte farengeal faza geçiş sağlanmaktadır. Bu fazda lokma (bolus) yemek borusuna geçmektedir. Bolusun larenkse kaçışını önlemek ve hava yolunu korumak amacıyla vokal kordların koordineli kapanması, larenksin elevasyonu, epiglottisin kapanması vb. olaylar bu fazda gerçekleşmektedir (Baumgartner ve ark., 2009; Clark ve Ebersole, 2018). Velofaringeal kapanma bolusun burna kaçmamasına yardımcı olmaktadır. Bu fazda nazofarenks ve larenksin kapatılmasıyla olası regurjitasyon veya aspirasyon önlenmektedir (Wilkinson ve ark., 2021). Farengeal fazın sonunda alt özofageal sfinkterin gevşemesi, bolusun özofagusa geçişini başlatmaktadır (Wilkinson ve ark., 2021). Özofageal faz ise istemsiz olarak ilerleyen ve sinir sistemi tarafından kontrol edilen üçüncü ve son faz olarak anılmaktadır. Bu evrede farengeal fazı tamamlayan bolus peristaltik hareketlerle özofagusa ilerlemektedir (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020; Panebianco vd., 2020). Özofageal fazda bolusun ilerleyişine özofagusun (yemek borusunun) peristaltik hareketleriyle birlikte yerçekimi de yardımcı olmakta ve bu sayede bolus mideye taşınmaktadır (Ashley vd., 2006; Clark ve Ebersole, 2018). Ayrıca bu evrelerin dışında yutmanın ana motor eylemlerinin sınıflandırıldığı iki bölüm bulunmaktadır. Bunlar; orofarengeal faz (ağız ve yutak) ve özofageal (özofagus ve yutak) faz olarak tanımlanmaktadır (Panebianco ve ark., 2020).

2.2 Disfaji

"Yutma sırasındaki herhangi bir güçlük disfaji olarak tanımlanır" (Bengisu ve Ayyıldız, 2020, s.178). Disfaji bir kişinin yemek yemesini veya yutmasını zorlaştıran tıbbi bir durum olarak adlandırılmaktadır (McCarty ve Chao, 2021). Anatomik ve fizyolojik açıdan orofarengeal disfaji ve özofageal disfaji olarak 2 şekilde karşımıza çıkmaktadır (Kiyani ve Butt, 2014).

Orofarengeal disfajide karşımıza çıkan semptomlar, yutmanın hangi fazında güçlük yaşandığına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Oral fazda yaşanan disfajinin semptomları bolus kontrolünün kaybı ve yutmaya geçişin geç başlangıcını yansıtmaktadır. Dudakların yeterli kapanmaması, çiğneme kaslarında yaşanan güç kaybı, dil hareketlerinin azalması vb. gibi durumlar yaşanabilmektedir. Bu durumlar da salya akıntısına, bolusun ağız dışına taşmasına, gecikmiş yutma refleksine sebep olmaktadır. Ayrıca yutma refleksinin geç ve zor tetiklenmesi de bolusun ağız içerinde uzun süre bekletilmesine sebep olmaktadır. Yutmanın istemsiz (refleksif) olarak gerçekleştirilen

farengeal fazında ortaya çıkan disfaji, yutma refleksinin gecikmesiyle kendini göstermektedir (McCarty ve Chao, 2021). Farengeal fazda yaşanması olası sorunlar; hava yolunu korumak amacıyla gerçekleşen vokal kordların koordineli kapanması, larenks elevasyonu, epiglottisin kapanması vb. gibi refleksif olayların gerçekleşmesine engel olmaktadır (Clark ve Ebersole, 2018; Kruger, 2014). Yetersiz ve gecikmiş larengeal elevasyon ve epiglottik kapanma, aspirasyon veya penetrasyona yol açmaktadır (Helldén vd., 2018; McCarty ve Chao, 2021; Ortega vd., 2017). Bununla birlikte zamanında kapanmayan velofarengeal açıklık burun regürjitasyonuna (yiyeceklerin buruna kaçması); üst özofageal sfinkterde darlık bolusun özofagusa geçememesiyle tıkanıklığa neden olmaktadır (Helldén vd., 2018).

Alınan hasta öyküsü (anamnez) ve yapılan objektif değerlendirmeler sonucunda hasta, orofarengeal disfaji belirtilerini taşımıyorsa ilgili uzman özofageal disfajinin varlığını düşünmeye başlaması gerekmektedir (Smukalla vd., 2017). Özofageal disfaji, bolusun özofagus boyunca ilerleyişindeki zorluk ve bu zorlukta yaşanılan his olarak tanımlanmaktadır (Zerbib ve Omari, 2015). Özofageal disfajinin semptomları, özofagusun konumlandığı boyun ve göğüs bölgelerinde sıkışma ve ağrı şeklinde yoğunlaşmaktadır (McCarty ve Chao, 2021). Özefegeal disfajinin tedavisinde genelde farmakolojik ve üst özofageal sfinkterde yaşanan darlık için için dilatasyon (genişletme) teknikleri gibi cerrahi yöntemler yer almaktadır (Smukalla vd., 2017). Bunlara ek olarak hastanın sağlık durumuna paralel diyet modifikasyonlarıyla oral beslenmenin alternatif yollarına başvurulmaktadır (Kruger, 2014). Özofageal disfajinin tanı ve tedavisi için daha az invaziv olan yöntemlerin buluşları konuya yönelik tedavi olanaklarını da arttırmaktadır (Smukalla vd., 2017).

Yapısal veya işlevsel anomalilerden psikojenik sorunlara kadar birçok farklı durum disfajiye sebep olabilmektedir (Khan vd., 2021). Doğru tanı ve tedavi sorunun kaynağını belirlemekle ilişkilendirilmektedir (Lawlor ve Choi, 2020). Yaşanan disfajinin kaynağının hızlı ve doğru şekilde belirlenmesi, hastanın yaşam kalitesini hızla artırmakta ve kısa sürede sağlığına kavuşmasını sağlamaktadır (Panebianco vd., 2020). Disfaji, en çok serebral korteks veya beyin sapı hasarlarından ve yutmada görev alan kasların işlev kaybından kaynaklanmaktadır (Lawlor ve Choi, 2020). Disfaji çeşitlerinden orofarengeal disfajiye kas-iskelet-sinir sistemi hastalıkları sebep olmaktadır (Kruger, 2014). Bunların ilk sırasında inme gelmektedir (Kruger, 2014; Sasegbon ve Hamdy, 2017). Özofageal

disfajiye ise spesifik alanda oluşan nöromüsküler bozukluklar veya obstrüktif hasarlar neden olmaktadır (Kruger, 2014). Disfajinin diğer nedenleri arasında Parkinson hastalığı, Multipl Skleroz (MS), Hungtington hastalığı, Alzheimer hastalığı vb. nöromüsküler hastalıklar ve travmaya bağlı yaralanmalar, baş-boyun kanserleri yer almaktadır. Ayrıca hiçbir neden bağlı kalmaksızın sağlıklı bireylerde sadece yaşlanmayla birlikte disfaji de görülebilmektedir (Kiyani ve Butt, 2014; Kruger, 2014). Disfajinin en sık rastlanan etiyolojileri ise özofageal kanser, inme ve beyin tümörleri olarak sıralanmaktadır (Farpour vd., 2019).

Disfajinin prevalansı kullanılan tarama yöntemine, katılımcıların yaş aralığına ve epidemiyolojiye bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Dawadee vd., 2017; Panebianco vd., 2020). Disfajinin taraması ve değerlendirilmesinde kullanılan araçların güvenirliliğinin ve standardizasyonun düşük olması disfajinin yaygınlığı hakkında gerçek bilgilere ulaşmayı zorlaştırmaktadır (Yıldız, 2021; Panebianco vd., 2020). Yaşanan bu zorluk disfaji için gerekli önlemlerin alınmasını geciktirmektedir. Yapılan bazı çalışmalar disfajinin yetişkin gruptaki hastalarda daha yaygın olduğunu göstermekle birlikte pediatrik gruptaki hastalarda da oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Pediatrik disfajinin daha çok konjenital kökenli olduğu belirtilmektedir (Yıldız, 2021; McCarty ve Chao, 2021). "Disfajinin yaygınlığını inceleyen çalışmalar toplumdaki yaşlıların %30'unda, geriatrik hastaların yaklaşık %50'sinde ve huzurevinde yaşayanların ise %50'den fazlasında disfajiye rastlandığını göstermektedir" (Doan vd., 2022, s. 1, 11). Farklı kıta ve ülkelerde yapılan diğer bir çalışma disfajinin yaygınlığını %43,8 olarak belirtmektedir. Afrika %64,2 ile en yüksek yaygınlık oranına sahipken Avustralya'nın ise %7,3 ile en düşük yaygınlık oranına sahip olduğu bulunmuştur. Epidemiyolojik olarak incelendiğinde ise %72,4 yaygınlık oranıyla demans disfajinin en çok karşılaşıldığı grup olarak belirtilmiştir (Rajati vd., 2022). ABD, Kanada, Fransa, Almanya, İtalya, İspanya, İngiltere, Japonya, Çin gibi ülkelerdeki, inme, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, travmatik beyin hasarı olan kişilerde disfajinin yaygınlığını bildiren çalışmalar, inme hastalarının %8,1-80'inde, Parkinson hastalarının %11-81'inde, travmatik beyin hasarı hastalarının %27-30'unda disfaji olduğunu göstermektedir. MS hastalarının %31,3'ünde, motor nöron hastalığının evresine bağlı olarak %30-100'ünde, kronik obstrüktif akciğer hastalarının (KOAH) yaklaşık %27'sinde disfajiyle karşılaşıldığı bildirilmiştir (Dawadee vd., 2017; Panebianco vd., 2020). Yapılan çalışmalarda ulaşılan yüksek prevalans

değerleri, disfaji yönetiminin standardizasyonu ve güvenirliği sağlanmış yöntemlerle yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır (Doan vd., 2022; Rajati vd., 2022; Takizawa vd., 2016). Standardizasyonu ve güvenilirliği sağlanmamış yöntemlerle yapılan çalışmalar disfajinin prevalansı hakkında gerçek bilgiye ulaşmayı zorlaştırmakta ve disfajide erken müdahale ve önleyici sağlık hizmetlerine erişimi geciktirmektedir (Yıldız, 2021).

Fark edilmeyen, yanlış yönetilen disfaji, hastalarda dehidrasyon (vücudun susuz kalması), nütrisyon (yetersiz beslenme), aspirasyon vb. gibi ciddi sağlık sorunlarına sebep olmaktadır (Kiyani ve Butt, 2014; McCarty ve Chao, 2021; Ortega vd., 2017) Bunlara boğulma, bronkospazm (hava yolu daralması), kilo-kas kaybı gibi komplikasyonlar da eşlik etmektedir (McCarty ve Chao, 2021). Disfaji, baş ve boyun kanserli hastalarda yetersiz beslenmesine yol açmaktadır. Yeterli besin ihtiyacını karşılayamayan hastanın iyileşmesinde gecikmeye, uygulanan ağır tedavilere karşı dirençsiz kalmasına sebep olmaktadır. Disfajinin ciddi sonuçlarından olan aspirasyon, ağız içi salgılarının veya bolus parçalarının hava yoluna kaçışı olarak adlandırılmaktadır. Bolusun vokal kordların altına geçmeden üstte kalması ise penetrasyon olarak adlandırılmaktadır. Sağlıklı bireylerde de aspirasyon görülebilmekte ve kişi öksürerek hava yolunu temizlemeye çalışmaktadır. Aspirasyon varlığında öksürük refleksinin tetiklenmediği durumlar ise gizli/sessiz aspirasyon olarak adlandırılmaktadır (McCarty ve Chao, 2021). Aspirasyon pnömonisi dünya üzerinde önemli ölüm sebeplerinden biri olarak görülmektedir. Özellikle nörejenik hastalığı olan yaşlı hastalarda ölüm riskini arttırmaktadır (Panebianco vd., 2020). Disfaji, psikososyal açıdan hastanın güvenli ve keyifli yemek yiyememesine neden olarak sosyal çevresinden kaçmasına ve stres/depresyon gibi ruhsal bozukluklar yaşamasına da sebep olabilmektedir (McCarty ve Chao, 2021; Ortega vd., 2017). Fark edilemeyen veya yanlış yönetilen disfaji hastanede yatan hastaların taburcu olmalarını geciktirerek yatış sürelerinin uzamasına ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (McCarty ve Chao, 2021; Ortega vd., 2017). Buna karşın, güvenli oral beslenmeye dönmek için geçen sürenin, erken ve doğru müdahale yapılan disfajili hastalarda daha kısa olduğu belirtilmektedir (Starmer ve ark., 2017). Disfaji komplikasyonları ve yüksek sağlık bakım maliyetleri düşünüldüğünde risk grubundaki hastaların sistematik olarak en doğru şekilde taranarak tespit edilmeleri gerekmektedir (Takizawa vd., 2016). Bu amaca yönelik sağlık çalışanları ve yöneticilerinin disfaji ve

komplikasyonlarına daha fazla önem vermeleri ve farkındalıklarının arttırılmaları gerekmektedir (Rajati vd., 2022).

2.3 Pediatrik Disfaji ve Yönetimi

Bebeklerin beslenebilmesi için birincil ihtiyaç olan emme becerisi gebeliğin ilk aylarında anne karnında gelişmeye başlamaktadır (Lawlor ve Choi, 2020). Emme-yutma paterninde yaşanan zorluklar güvensiz ve yetersiz beslenmeye yol açmaktadır (Chou vd., 2023). Yenidoğanlarda güvenli beslenme için bebeğin sakin ve uyanık olması beklenmektedir. Oral beslenmeye hazırlanan bebeğin en az 15-20 dk gözlenmesi gerekmektedir. Oral alıma başlayan bebeğin ise ilk birkaç dakika gözlenmesi yeterli olmaktadır (Arvedson, 2008). Pediatrik popülasyonda görülen disfaji, gerekli olan kalorinin alınmaması olarak ifade edilmektedir (Heckathorn vd., 2016). Aspirasyon kaynaklı kronik akciğer hastalıklarının, yetersiz beslenmenin, gelişim geriliğinin, bakım sağlayan kişilerle olumsuz ilişkiler kurmanın görülme olasılığını arttırmaktadır (Lefton-Greif ve Arvedson, 2016). Pediatrik disfajinin, erken doğan veya doğuştan gelen anomalilere sahip bebeklerin hayatta kalma oranlarının artmasıyla görülme sıklığı artmaktadır. Bu durum, konuya ilişkin ihtiyacın artmasına yol açmaktadır (Hutchins vd., 2011; Lawlor ve Choi, 2020; Lefton-Greif ve Arvedson, 2016).

Pediatrik popülasyonda beslenmeyi zorlaştıracak, süresini uzatacak faktörler bulunmaktadır (Ch vd., 2023). Kas problemlerine neden olan nörojenik temelli anomaliler, duyusal hassasiyetler, çocuk-ebeveyn arasındaki iletişim, postür, solunum şekli, uyanıklılık hali, mizaç özellikleri, yönerge takibi pediatrik disfaji için önem taşımaktadır (Arvedson, 2008; Ch vd., 2023). Ekran karşısında, çocuk uykulu veya yorgunken düzensiz beslemek gibi çevresel faktörler de pediatrik disfajide etkili olmaktadır (Ch vd., 2023). Yetişkinlerde istemli olarak kontrol edilebilen oral evre bebeklerde ise istemsiz olarak gerçekleşmekte ve anatomik yapılar bebeğin büyümesiyle gelişmektedir. Pediatrik disfajinin semptomları çocukların gelişim dönemlerine ve etiyolojisine bağlı olarak değişmektedir. Semptomlar, yemeğe karşı isteksizliği, eforlu uzamış yeme sürelerini, duruş bozukluklarını, yemeğin burundan gelmesini, ıslak nefes alıp vermeyi, eforlu solunumu, solunum yolu hastalıklarını ve tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonlarını içermektedir. Bakım veren kişinin böyle olaylarla karşılaştığında disfajiyi sorgulaması gerekmektedir. Ayrıca nörojenik sebeplerden ötürü yutma kaslarının azalması ya da ilgili kasların uyumlu çalışmamaları gözle görülür belirtilerin

olmadığı sessiz aspirasyonun varlığını düşündürtmektedir (Lawlor ve Choi, 2020). Disfaji endişesi olan bir çocuğun muayenesi ilk olarak hekim tarafından iyi alınmış anamnezle başlamaktadır. Sonraki adımda detaylı tanı ve tedavi için DKT'ye yönlendirilmesi gerekmektedir (Heckathorn vd., 2016). Disfajili pediatrik hastanın muayenesinde besini nasıl yuttuğunun gözlemlenmesi ile birlikte genel sağlık öyküsü, beslemenin yapıldığı ortam, bakım veren-çocuk ilişkisi, ebeveyn kaygı durumu vb. değerlendirilmesi beklenmektedir (Arvedson, 2008). Yapılan değerlendirmelerin amacı sadece yaşanan disfajinin etiyolojisine odaklanmak değil, aynı zamanda güvenli beslenme stratejilerini de belirlemeyi içermektedir (Lawlor ve Choi, 2020). Yapılan klinik değerlendirmelerde "Hasta güvenli bir şekilde oral beslenme yapabilir mi? Hangi pozisyonda beslenmelidir? Besinin sıcaklığı, dokusu, tadı nasıl olmalıdır? Yeme saatlerinin ve rutinlerinin planlanması nasıl yapılmalıdır? Ebeveyn-çocuk iletişimi ve çocuğun davranışları nasıl iyileştirilmelidir?" vb. soruların cevapları aranmaktadır (Arvedson, 2008).

DKT'ler hava yolunun korunması, güvenli beslenmenin gerçekleşmesi için stratejiler uygulamaktadırlar (Ch vd., 2023). DKT'lerin terapilerindeki birincil hedefleri, sağlık sorunları yaşanmadan ve çocuk-anne üzerinde aşırı stres oluşturmadan gerekli besinin ve sıvının alımını sağlamayı içermektedir. Başarılı ve güvenli oral beslenme bunların varlığı ile birlikte ölçülmektedir (Arvedson, 2008). DKT'lerin, besin ile çocuk arasındaki uyumu yakalama, çocuğun korkularının farkında olma, bununla başa çıkabilmesine ve severek yemek yiyebilmesine yardımcı olma vb. konularda desteleyici olmaları beklenmektedir. Bununla birlikte DKT'ler disfajinin tanı ve tedavisinin yanı sıra bakım veren kişilere güvenli beslenme stratejileri hakkında yönlendirici olmaktadırlar. (Ch vd., 2023). DKT'ler uzun zamandır pediatrik disfaji alanında çalışmakla birlikte bu popülasyon hakkında yetersiz kanıtların olması yetişkinlerle yapılan çalışmaların sonuçlarına dayanarak ilerlemelerine neden olmaktadır. DKT'lerin çalıştıkları en riskli alanın disfaji olması ve bu alanın pediatrik popülasyonuna yönelik yapılan çalışmaların yetersizliği çocuklara verilebilecek olası zararlar konusunda endişe edilmesine neden olmaktadır (Lefton-Greif ve Arvedson, 2016). Pediatrik popülasyonda çalışan DKT'ler disfajiyi tanılama sürecinde standardizasyonu sağlanmamış aletsel olmayan değerlendirme araçları ve alanın altın standardı olarak kabul edilen FEES ve VFSS aletsel değerlendirme araçlarını kullanmaktadırlar (Heckathorn vd., 2016; Ch vd., 2023; Meister vd., 2020).

Kullanılan yöntemlerin yorumlanmaları arasındaki tutarsızlıkların pediatrik popülasyondaki hastaların risk altında olduğunu düşündürtmektedir (Heckathorn vd., 2016). Yapılan çalışmalarda DKT'ler, akademik eğitimlerinde pediatrik disfajiye yönelik yeterli eğitim almadıklarını göstermektedir. Alanda pediatrik disfaji ile çalışan, kanıta dayalı uygulamaları geliştiren ve araştıran uzman sayısının artması ve alandaki ihtiyacın belirlenmesine yönelik yapılan çalışmaların çoğalması gerekmektedir (Wilson vd., 2020). Pakistan'da yapılan bir çalışmada dil ve konuşma terapistlerinin pediatrik disfajide yeterli ve tam bilgiye sahip olmadıkları, konu hakkında farkındalığın oluşturulmasının gerektiği sonucuna varılmıştır (Ch vd., 2023). Tıp alanındaki ilerlemeler disfajinin görülme oranının yüksek olduğu popülasyonları belirlemeye ve bununla birlikte erken müdahale için fırsatlar yakalamaya, disfajinin riskini azaltmaya/engellemeye olanak sağlamaktadır (Lefton-Greif ve Arvedson, 2016).

2.4 DKT'nin Disfajideki Rolü

Disfaji, DKT'lerin çalışma alanlarından hayati öneme sahip olanlar içerisinde yer almaktadır. DKT'nin disfajinin yönetimindeki görevi, rolü ve yetkinlikleri hem ülkemizde hem de uluslararası alanda eğitim ve mesleki çerçevede tanımlanmaktadır. ASHA, disfaji yönetiminde yer alan ekibin en etkili ve öncelikli üyesi olarak DKT'leri göstermekte ve DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisi için gerekli olan bilgi ve uygulamaya akademide aldıkları eğitimlerle sahip olduklarını belirtmektedir (ASHA, 2016). Ülkemizde de DKT mesleği 6 Nisan 2011 tarih ve 6225 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 9. maddesi ile 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna eklenen Ek Madde 13 (d) bendi ile yasal zeminde sağlık meslek mensubu olarak tanımlanmış ve 22/05/2014 tarih ve 29007 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" EK1 ve EK1/B maddeleri ile DKT mesleğinin sağlık meslek mensubu olarak iş ve görev tanımları da yapılmıştır (Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun [1219 Sayılı Kanun], 1928/2011; Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014). Ayrıca Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) yayımladığı Dil ve Konuşma Terapisi Alanı Ulusal Çekirek Eğitim Programı'nda (DKT–UÇEP), DKT'lerin mesleki tanımında disfajinin tanı ve terapisindeki rollerine yer

verilmektedir. Mesleki tanımlamada DKT lisans diplomasına sahip kişilerin disfajinin yönetimindeki tüm süreçlerde yer alabilecek yetkinliğe sahip kişiler oldukları belirtilmiştir. Bu durum Türkiye'de disfaji yönetiminden sorumlu öncelikli personelin DKT'ler olduğunu akademik ve yasal olarak güvence altına almaktadır (YÖK, 2018).

Multidisipliner ekip yaklaşımının (MDE), disfajinin yönetiminde en etkili yöntem olduğu ve bu ekibin öncelikli üyesinin DKT'ler oolduğu belirtilmiştir (ASHA, 2016; Sura vd., 2012). DKT'nin görevi, sınırlı alanlardan çok daha geniş bir yelpazede yer almaktadır. DKT'nin disfaji görev skalasındaki yeri ve önemi "tanıla ve iyileştir" bakış açısıyla açıklanmaktadır. Bu yaklaşım, bir sağlık çalışanı tarafından tanılanıp farklı bir sağlık çalışanı tarafından tedavi planı oluşturulan yaklaşımların ötesinde müdahalenin niteliğini ve verimliliğini artırmaktadır. Bu yetki, DKT'leri disfajinin yönetiminde tanıdan tedaviye kadar olan tüm süreçlerde vazgeçilmez kılmaktadır (ASHA, 2016; Logemann, 1998). DKT, yaptığı yatak başı değerlendirmelerden elde ettiği bilgilerden tanıya yönelik ipuçları elde etmektedir. Disfajinin nedenlerine yönelik şüphelerini netliğe kavuşturmak amacıyla Fiberoptik Endoskopik Yutma Çalışması (FEYÇ/FEES) veya Videofloroskopik Yutma Çalışması (VFYÇ/VFSS) gibi aletsel değerlendirme araçlarına başvurulmaktadır (ASHA, 2017; Martin Harris ve Jones, 2008). DKT'nin tanılamadaki görevi, aletsel olan veya aletsel olmayan testleri uygulamakla sınırlandırılmamaktadır. En önemli yetkisi, uygulanan testlerden ve görüntüleme tekniklerinden elde edilen verileri yorumlamak olarak belirtilmektedir. Böylelikle disfajinin görünen semptomunun hangi nedene bağlı olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Ciucci ve Jones, 2019; Daniels ve Huckabee, 2014). Sistematik olarak takip edilen tanılama süreci, disfajinin terapisi için yol gösterici nitelik taşımaktadır. DKT'nin görevi, tanı koymakla bitmeyip hasta özelinde kanıta dayalı ve hedefe yönelik terapi planı oluşturmayı da içermektedir. Özetle DKT, disfaji yönetiminde belirli prosedürlerin uygulayıcısı olmaktan öte birçok farklı yöntemle elde ettiği verileri yorumlayarak tanı koymakta ve hedef odaklı terapi planını oluşturmaktadır. Tüm bunlar, disfajinin yönetiminde DKT'lerin rollerinin ne denli merkezi ve vazgeçilmez olduğunu göstermektedir (Speyer vd., 2010).

2.4.1 Disfaji tarama ve tanılamada DKT rolü

Değerlendirme, hastalar için en doğru ve nitelikli hizmetin yapı taşını oluşturmaktadır. Tedavi planı oluşturmak ve yapılan müdahalenin takibini yapmak için kullanılmaktadır (McAllister vd., 2016). Değerlendirmenin amacı; patolojileri, olası aspirasyon riskini,

güvenli yutma stratejilerini belirlemek; kalori ihtiyacını karşılamak ve gelecekteki çalışmalar için gerekli verilerin elde edilmesini sağlamayı içermektedir (Speyer vd., 2022)

DKT'leri disfaji yönetimi ekibinin diğer üyelerinden ayıran en önemli faktörün hastada gözle görülen belirtilere sebep olan patofizyolojiyi tanılamaları olduğu belirtilmiştir. DKT'ler kullandıkları çeşitli tarama ve değerlendirme yöntemleri ile patofizyolojinin yerini ve nedenini tespit etmektedir (Logemann, 1998).

2.4.1.1 Tarama

Tarama disfaji riskinin varlığını saptama olarak tanımlanmaktadır (Rommel ve Hamdy, 2016; Ruscello, 2015). Hastanelerde DKT'lere her an ulaşılamadığı için acil servise ya da polikliniklere başvuran hastaların birimlerde bulunan ilgili sağlık personelleri tarafından disfaji riski taşıyıp taşımadığının belirlenmesi kritik önem taşımaktadır. Böylelikle disfaji riski taşıyan hastalara DKT'lere ulaşıncaya kadar geçen sürede oral alımın engellenmesi sağlanacaktır (Felix vd., 2019; Johnson vd., 2018). Erken dönemde disfaji riski taşıyan hastaların belirlenmesinin olası sorunların önüne geçmesinin yanı sıra doğru müdahale ile oral beslenmeye geçiş sürecine destek olduğu, gereksiz ve pahalı tedavilerin uygulanmasını önlediği bilinmektedir (Ginnelly ve Greenwood, 2016; Rosenvinge ve Starke, 2005). Ayrıca bu birimlerde çalışan personellere bu konu kapsamında doğru ve nitelikli eğitimlerin verilmesi de dikkat edilmesi gereken konular içerisinde yer almaktadır (Johnson vd., 2018; Rommel ve Hamdy, 2016; Ruscello, 2015). Tarama yoluyla elde edilen veriler, disfajinin nedenini belirleme ve doğru müdahale tekniğine karar vermeye yönelik bilgiyi sağlamamaktadır (Felix vd., 2019; Rommel ve Hamdy, 2016). Yapılan tarama sadece disfaji şüphesi olan hastayı belirlemekte ve detaylı değerlendirme alması için hastanın ilgili uzmana yönlendirilmesini sağlamaktadır (Johnson vd., 2018; Nakao-Kato ve Rathore, 2023). Tarama için kullanılan araçlara Su Yutma Testi (WST), Toronto Yatak Başı Yutma Testi (TOR-BSST), Hacim Viskozite Testi, Yeme Değerlendirme Aracı – 10 (EAT-10), Gugging Yutma Testi (GUSS) örnek verilmektedir (Karabulut, 2023; Miles ve Allen, 2015; Nakao-Kato ve Rathore, 2023; Rommel ve Hamdy, 2016).

2.4.1.2 Tanılama süreci

Disfaji, hastada aspirasyona, yetersiz beslenmeye bağlı aşırı kilo kaybına, dehidratasyona, yaşam kalitesinin düşmesine, hastanelerde yatan hasta sayısının ve yatış süresinin artmasına, huzurevi bakım ihtiyaçlarının artmasına ve bunlara bağlı olarak yüksek ölüm oranlarına neden olabilmektedir (Ginnelly ve Greenwood, 2016; Kiyani ve Butt, 2014; McAllister vd., 2016). Gözden kaçırılan, yanlış tanı koyulan veya tedavisi geciktirilmiş hastalarda disfaji ölümle sonuçlanabilmektedir (Kiyani ve Butt, 2014). Yapılan değerlendirmelerde disfajinin etiyolojisi tanımlanması ve konulan tanı disfajinin görülmesinin asıl sebebiyle örtüşmesi beklenmektedir. Aksi bir durumda disfaji hasta için tehlike oluşturmaya devam edeceği bilinmektedir (Schindler vd., 2022). Bu sebeple disfajinin varlığından şüphelenilen ilk andan itibaren MDE ile yaklaşılması, zamanında doğru tanının konulması oldukça kritik önem taşımaktadır (Giraldo-Cadavid vd., 2017). Yapılan değerlendirmeler, ihtiyacı olan hastayı tanılamak, gerekli diyet modifikasyonunu belirlemek, süreci takip etmek, doğru tedavi planını oluşturmak ve doğru yönlendirmelerin yapılmasını sağlamak için önemli bilgilerin alınmasını sağlamaktadır. Elde edilen bu bilgiler, disfajinin hastanın yaşam kalitesini ve günlük hayatını nasıl etkilediğini anlamaya da yardımcı olmaktadır (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020; Dewan vd., 2021; Felix vd., 2019). Disfaji riski olan hastaların tanılanmasında aletsel değerlendirmeler objektif olmakla birlikte klinik değerlendirmeler ise hızlı, kolay, ucuz ve güvenilir değerlendirmeler olarak yer almaktadır (Tuncay vd., 2011).

2.4.1.2.1 *Yatak başı değerlendirme*

Yatak başı değerlendirme, nihai karara varmadan önce hastanın biliş düzeyini, uyanıklık halini, postürünü, oral yapılar ve kranial sinir muayenesini ve tıbbi öyküsünü içermektedir. Bu bağlamda hastanın eski muayene sonuçları, kullandığı ilaçlar, sorgulanmakta ve yutma denemeleri yaptırılmaktadır (Clarke vd., 2016; Felix vd., 2019; Kiyani ve Butt, 2014). Bununla birlilkte hastalardan alınan anamnezler hayati önem taşımaktadır. Doğru ve eksiksiz alınmış anamnez, disfajinin altta yatan nedeninin fizyolojisi ve anatomisini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Anamnez ile elde dilen bilgiler, ihtiyaç halinde hangi aletsel değerlendirme aracının kullanılması gerektiğine karar vermede etkili olmaktadır. Anamnezde dikkat edilmesi gereken temel konular yer almaktadır. Bunlar, disfajinin varlığının tespit edilmesi, yaşan zorluğun yerinin

belirlenmesi ve yapısal anomalinin işlevsel bozukluktan ayırt edilmesi olarak sıralanmaktadır (Cook, 2008).

2.4.1.2.2 Aletsel değerlendirme

Aletsel olmayan değerlendirme tek başına yapıldığında olası bir hayati riskin olduğundan daha hafife almasına neden olabilmektedir (Cook, 2008; Reynolds vd., 2016; Ruscello, 2015; Speyer vd., 2022; Wilkinson ve Codipilly, 2021). Doğru beslenme ve rehabilitasyon desteği için objektif ve doğru testlere ihtiyaç duyulmaktadır (Giraldo-Cadavid vd., 2017). Aletsel değerlendirmeler, normal ve anormal yutmanın görüntülemesi ve güvenli yutma için en doğru kararın verilmesi, hangi kompanse edici davranışların kullanılacağının belirlenmesi, en uygun diyet, beslenme ve rehabilitasyon hizmetlerinin belirlenmesi için gerekli olan en doğru ve objektif bilginin edinilmesini sağlamaktadır (Felix vd., 2019). Bu sayede hasta ve hasta yakınlarına nitelikli geri dönüşler verilmekte ve tercih edilen müdahale yönteminin ilerleyişinin takibi yapılmaktadır (Clarke vd., 2016). Günümüzde FEES ve VFSS disfaji yönetiminde kullanılan iki altın standart olarak belirtilmektedir (Schindler vd., 2022).

FEES: 20. yüzyılın sonlarına doğru DKT Susan Langmore tarafından geliştirilmiştir. Esnek endoskop kullanılarak değerlendirme yapmak için kullanılmaktadır. FEES kullanımı, erken dönemde tanının konulması, önleyici ve tedavi edici müdahale yöntemlerinin belirlenmesi gibi disfajinin yönetiminde kritik öneme sahip süreçler için objektif ve kanıta dayalı bilgilere ulaşılmasını sağlamaktadır. Kolay kullanılabilir olması, az maaliyetli oluşu, geniş yaş sıkılasına uygulanabilir olması, taşınabilir olması, hasta transferi gerektirmemesi ve radyasyondan uzak olması gibi özellikleri kullanım alanlarında avantaj sağlamaktadır. Bu avantajlar sayesinde günlük klinik, yoğun bakım üniteleri ve huzurevleri gibi farklı çalışma ortamlarında sıkça tercih edilmektedir. Kontrast madde kullanımı gerektirmediği için ağız içi salgılarının görüntülenmesine de olanak tanımaktadır. Kullanımın maaliyetinin düşük olması, her kesimden hastalar tarafından kolay ulaşılabilir olmasını ve daha doğru/nitelikli hizmet alınmasını sağlamaktadır. Yalnız yönerge takibi yapamayacak biliş düzeyine sahip, gıda ile yapılan yutma denemelerini reddeden hastalarda aspirasyonu tetikleme potansiyeli olduğu için böyle hastalarda kullanılması önerilmemektedir. FEES kullanımından önce hasta ve hasta yakınlarından gerekli bilgilerin alınması ve hasta/hasta yakınlarına FEES'in kullanım

amaçları ve sonuçlarına ilişkin süreç hakkında detaylı bilgi verilmesi istenmeyen olası durumlardan korunmak için önem taşımaktadır (Schindler vd., 2022).

VFSS: Videofloroskobi ya da modifiye baryumlu yutma olarak adlandırılmaktadır (Clarke vd., 2016; Rommel ve Hamdy, 2016). Kontrast maddenin bolus ile birlikte ağızdan mideye taşınmasının görüntülenmesini içermektedir (Schindler vd., 2022). VFSS yutmanın üç ana evresinin doğrudan görüntülenmesine imkân verdiği ve yutmanın etiyolojisini anlamaya yardımcı olduğu için ilk tercih edilen değerlendirme araçları arasında yer almaktadır (Felix vd., 2019). VFSS özel bir radyoloji odası ve kontrast maddelerin tüketimini gerektirmekte ve hastayı radyasyona maruz bırakmaktadır (Espitalier vd., 2018). Hastanın görüntüleme odasına taşınması, taşınması sırasında enfeksiyon riskinin yüksek olması vb. dezavantajları tercih edilmesini sınırlandırmaktadır (Felix vd., 2019). Radyolog ve DKT iş birliği içinde uygulanmaktadır (Wilkinson ve Codipilly, 2021).

2.4.2 Disfaji terapilerinde DKT'nin rolü

Disfaji yönetiminde kullanılan uygulamaları içeren kitap ilk olarak 20.yüzyılın sonlarına yakın yayınlanmıştır. Kitap içeriği Logemann çalışmalarına dayanmaktadır (Steele, 2012). Yutmanın güvenliğini sağlamak için yutma anında kullanılan telafi edici davranışlar ve yutma fizyolojisinde kalıcı değişiklikleri hedefleyen doğrudan ve dolaylı terapi yaklaşımları (rehabilitasyon) tercih edilmektedir (Felix vd., 2019). DKT'ler disfajinin cerrahi ve farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanmasından sorumlu kişiler olarak adlandırılmaktadır (Hegland ve Murry, 2013). DKT'lerin disfajinin terapisindeki rolleri, kendilerinin koydukları tanı neticesinde hasta özelinde kanıta dayalı terapi planı geliştirmek olarak açıklanmaktadır (ASHA, 2024; RCSLT, 2014)

2.4.2.1 Rehabilitasyon hizmetleri

Yutma fizyolojisinde kalıcı değişiklere sebep olan yaklaşımlardan oluşmaktadır (Logemann, 1998).

2.4.2.1.1 Doğrudan terapi yaklaşımları

Doğrudan terapi yaklaşımları, yutma fizyolojisindeki anomalilere, yutmada görev alan kaslara ve havayolunun korunmasına yönelik yutmanın işleyişinde temelli değişiklikler oluşturmayı hedefleyen egzersizleri içermektedir (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020; Hegland ve Murry, 2013). Terapi planı, hastanın tanısı, ihtiyaçları ve sosyal çevresine uyumuna göre

özelleştirilerek yapılmaktadır (Wirth vd., 2016). Hastanın terapi sırasında yönergeleri takip edebilmesi ve uygulayabilmesi için sağlıklı biliş düzeyine ve iletişim becerilerine sahip olması beklenmektedir (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020).

Shaker's Egzersizi: Laringeal yükselmenin yetersiz olduğu, üst özofageal sfinkterin (UES) yeterli açılmadığı durumlarda önerilmektedir (Hansen vd., 2018). Bolus, UES'in açılmasıyla farenksten özofagusa geçmektedir. Bu egzersiz UES'in açılmasında önemli etkiye sahip olan süprahyoid kasın güçlendirilmesi için tercih edilmektedir (Hegland ve Murry, 2013). Hastadan uzanmış konumda sadece kafasını kaldırarak ayak parmaklarına bakması istenmekte ve birer dakika aralarla egzersiz/mola şeklinde uygulanmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015).

Masako (Dil Tutma) Manevrası: Yutmanın orofarengeal fazında yaşanan sorunlarda tercih edilmektedir. Dil kökü ve arka farengeal duvarı güçlendirme egzersizlerini içermektedir. Yutmada etkili bu iki yapısı arasındaki etkiyi arttırarak bolusun farenkse geçişini amaçlamaktadır. Dilin ön çeyrek kısmının dişler arasında tutularak kuru yutma ile uygulanmaktadır (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020).

Mendelshon Manevrası: Gerekli laringeal elevasyonu sağlayamayan ve UES'in yeteri kadar açılmadığı durumlarda uygulanmaktadır (Hegland ve Murry, 2013). Hastadan tükürüğünü yutması ve yutma sırasında gerçekleşen laringeal elevasyonu bozmadan bir süre beklemesi istenmektedir (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015).

Eforlu Yutma: Farengeal bölgede his kaybı yaşanan durumlarda tercih edilmektedir (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015). Hastadan yutma kaslarını sıkarak ve yüksek basınç oluşturarak yutması istenmektedir. Böylelikle dilin bolusu farenkse iletmesini ve farengeal rezidünün azalmasını sağlamaktadır (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020; Hegland ve Murry, 2013). Yönerge takibinde zorluk yaşayan hastalar için kolay uygulanabilmektedir (Hegland ve Murry, 2013).

C-TAR: Chin Tuck Posture Against Resistance: Shaker's egzersizinde hastalardan istenilen sırt üstü uzanmayı yapamayan hastalar için uyarlanmaktadır. Hastaya verilen topu çene altına koyarak en güçlü haliyle 1 dakika boyunca topu sıkıştırması ve 1 dakika dinlenmesi istenmektedir. 3 tur aynı şekilde tekrar edilmektedir (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020).

Supraglottik ve Süper-Supraglottik Yutma: Hava yolunun korunması hedeflenmektedir. Yutmadan önce ve sonra vokal kordların istemli olarak kapatılması mantığı ile çalışmaktadırlar (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015). Alınan nefes tutulur ve ağızdaki bolus yutma için hazır konuma getirilmektedir. Hastadan nefesi vermeden bolusun yutması, yuttuktan sonra da güçlü olacak şekilde öksürmesi istenmektedir (Hegland ve Murry, 2013). Güçlü öksürme ile vokal kordların kapatılması sağlanmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015). Vokal kord paralizisinde ve bölgesel duyu kayıplarında tercih edilmektedirler (Hegland ve Murry, 2013). Yönerge takibi ve uygulaması diğer egzersizlere kıyasla daha zor olmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015).

2.4.2.1.2 Dolaylı terapi yaklaşımları

Dolaylı terapiler, aspirasyon riski taşıyan ya da güvenli oral beslenme için uygun olmayan hastalar için tercih edilmektedir. Oral egzersizler ve yutma manevraları kullanılmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015).

Oral Motor Egzersizler: Oral yapıların ve çevresindeki kasların masaj, stimülasyon gibi çeşitli tekniklerle uyarılmasını içermektedir. Dil hareket aralığı egzersizleri, dilin güçlendirilmesinde yardımcı olmaktadır. Dudak egzersizleri, gıdanın ağızdan taşmaması için dudakların kuvvetli kapanmasını desteklemektedir. Yüz/Yanak egzersizleri, çiğneme hareketini güçlendirmektedir. Çene hareketleri, gıdanın ağza alınabilecek açıklığa ve güce sahip olmasını, bolusu ağız içinde çevirme hareketini desteklemektedir. Son olarak damak için yapılan egzersizler ağız içi gerekli basıncı oluşturarak bolusun farenkse güvenli iletilmesine yardımcı olmaktadır (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020).

2.4.2.2 Telafi edici yaklaşımlar

Dolaylı terapiler, disfajinin rehabilitasyon sürecinde anlık (yutma sırasında) güvenli beslenmeyi sağlayarak aspirasyon riskini azaltan stratejileri içermektedir (Ueda ve Nohara, 2025). Bu stratejiler, bolusun ilerleyiş yolunu şekillendirerek aspirasyon riskini önlemek amacıyla postüral düzenlemeler, besin kıvamı değişiklikleri, oral farkındalığı oluşturma, protez kullanımı ve beslenme yöntemi seçimlerinden oluşmaktadırlar (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015). Vücudun ihtiyacı olan besinin ve suyun karşılanması amaçlanmaktadır (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020). Kullanılacak stratejinin seçimine aletsel değerlendirmeler sonucunda karar verilmesi gerekmektedir (Felix vd., 2019).

2.4.2.2.1 Diyet

Beslenme şeklinin seçimi, güvenli beslenmeye ve olası aspirasyon tehlikesinden korunmaya yardımcı olmaktadır. Beslenme modifikasyonları sürdürülebilir oral alımı destekler nitelik taşımaktadır. Değişiklerin hastanın yapısal, çevresel ve duygusal şartlarına göre uyarlanması gerekmektedir (Hegland ve Murry, 2013).

Bazı müdahale yaklaşımlarında gıdanın miktarında, dokusunda, hacminde ve aromasında değişiklik yapılmaktadır. Bu değişiklikler oral farkındalığın oluşmasında yardımcı olmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015). Ağız içi kontrolün kaybedildiği, hava yolunun tehlikede olduğu, oral farkındalığın azaldığı ve yutmanın geç tetiklendiği durumlarda kıvam arttırıcı ürünler tercih edilebilmektedir. Bu yöntem, özellikle kontrolü daha zor olan sıvıların aspirasyon riskini azalttığı ve güvenli yutma için destekleyici olduğu düşünülmektedir (Garcia vd., 2005). Yapısı ve hacmi değiştirilen gıdaların kullanılmasıyla yutmanın daha yavaş ve güvenli gerçekleşmesi amaçlanmaktadır (Wirth vd., 2016). Tüm seçimler hasta özelinde yapılmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015).

2.4.2.2.2 Postüral düzenlemeler

Postüral düzenlemeler aspirasyon riskini ve rezidüyü azalmak için baş ve boyun hareketlerini içermektedir. Güvenli beslenmeyi destekleyerek gerekli besinin alınmasına yardımcı olmaktadır. (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015; Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020). Baş dik açı ile oturma, beslenme anında aspirasyon görülme olasılığını azaltmaktadır (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020). Çene aşağı pozisyonlama (Chin Tuck), hava yolunu koruma amaçlı başı öne eğerek hava yolu girişini daraltmaktadır. Baş geriye pozisyonlama, bolusun geriye gidişini kolaylaştırmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015). Baş kuvvetli tarafa lateral fleksiyon pozisyonu farenkste rezidü görülen hastalarda önerilmektedir (Çiğiltepe ve Yılmaz, 2020). Baş zayıf tarafa dönük rotasyon, başın güçsüz tarafa çevrilmesi daha güçlü olan kasın kullanılmasını desteklemektedir (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015).

2.4.2.2.3 Oral duyusal motor uyarma

Termal Taktil Stimülasyon: Beyin sapı ve korteks için duyusal uyaran sağlayarak yutmanın faringeal evresinin daha hızlı ve işlevsel olmasında etkili olmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015). Yutma refleksinin tetiklenmesinde soğuk uygulamalar

öncelikli olarak tercih edilmektedir. TTS oral farkındalığı arttırmak ve yutmanın oral ve farengeal fazları arasındaki yavaşlayan geçişi hızlandırmak için tercih edilmektedir (Wirth vd., 2016). Günde 5 tekrar ve her tekrarda 18 denemden oluşmaktadır (Mittal, Mishra ve Nilakantan, 2015).

2.4.2.2.4 Nöromusküler elektrik stimülasyon (NMES)

İhtiyaç duyulan miktarda uyaranla kaslara uygulanmaktadır. Çeşitlerinden olan transkütan elektriksel stimülasyon (TES) kasa değil de kas üzerindeki deriye noninvaziv olarak uygulanmkatdır. Amacı boyun kaslarını uyararak güçlendirmek ve farkındalığı oluşturmaktır (Hegland ve Murry, 2013).

2.4.2.3 Teknolojik cihazlar

Solunum ve kas gücünü arttırmayı hedefleyen Iowa Oral Performans Aleti (IOPI®) ve Ekspiratuvar Kas Gücü Eğitimi (EMST) gibi teknolojik cihazlar da mevcuttur. IOPI® ile istenilen dil basıncına ulaşıldığında hastaya görsel geri bildirim verilmektedir. EMST hava yolunu korumaya yardımcı olmaktadır. Kuvvetlendirilmiş öksürük ile olası aspirasyon varlığında kalıntıdan kurtulmaya yardımcı olan kasların güçlenmesini sağlamaktadır. Hava yolunu kapatarak korunmasında etkili olan kasların (suprahyoid) güçlenmesini sağlamaktadır (Govender vd., 2024). Bu egzersizde hastaya yardımcı olan bir cihaz kullanılmaktadır. Yutma kaslarında güç kaybı olan hastalarda/hastalıklarda tercih edilmektedir (Hegland ve Murry, 2013). Hastalara geri bildirimleri görsel olarak verilmesi müdahale sürecine yeteri kadar uyum sağlayamayan hastalarda motivasyonu ve uyumu arttırabilmektedir (Govender vd., 2024).

Hastanın en kolay şekilde uyum sağlayabilmesi ve kısa sürede uzun vadeli olumlu sonuçlar alınabilmesi için olabilecek en erken müdahalenin yapılması gerekmektedir (Hansen vd., 2018). Süreç içerisinde müdahalenin etkililiğinin takip edilmesi gerekmektedir (Hegland ve Murry, 2013). Sonuçlar, disfajinin nasıl yönetildiği ile doğrudan ilişkilendirilmektedir (Hansen vd., 2018). Hastaların terapiye uyum sürecine, hasta ile disfaji ekibi arasındaki iletişimin şekli ve hastanın değer yargılarına dikkat edilmesi etki etmektedir (Govender vd., 2024). Ayrıca terapi sürecinde hasta yakınları DKT'ler tarafından verilen önerileri takip etmek ve uygulamak için sorumluluk taşımaktadırlar (Rosenvinge ve Starke, 2005).

Önleyici egzersizler yetersiz kaldığında disfaji sonucu yaşanabilecek olumsuz durumları engellemek için nazogastrik (NG) tüp ya da perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), kullanımı tercih edilebilmektedir. Non-oral beslenme sırasında bu egzersizler yapılmaya devam edilmesi kasın gücünü, esnekliğini ve hareket kabiliyetini kaybetmemesi için gereklidir. Disfaji yönetimin en doğru şekilde yapılması yatış süresinde azalmaya, iyileşme hızında artışa, daha az acıya ve daha düşük maaliyete sebep olduğu bilinmektedir (Hansen vd., 2018).

2.4.2.4 Alternatif beslenme

Hastanede yatış süresinin uzamasıyla yetersiz beslenme sonucunda kilo kaybı yaşanmaktadır. Vücudun ihtiyacı olan besini karşılayamayan hastaların iyileşmeleri gecikmektedir. Böyle durumlarda hastalar beslenme desteğine ihtiyaç duymaktadır (Holmes, 2004). Oral yolla beslenemeyen ve gerekli enerji ihtiyacını karşılayamayan hastalar için alternatif beslenme yöntemleri geliştirilmiştir (Çelik vd., 2009). Oral beslemenin üç günden fazla durması ya da gerekli olan enerji ihtiyacının yarısının bir hafta boyunca karşılanmaması halinde alternatif beslenme önerilmektedir (Zhang vd., 2025). Besinlerin doğrudan damar yoluyla kan dolaşımına ulaştırılması parenteral, gastroinstentinal sistemin kullanılması ise enteral beslenme olarak tanımlanmaktadır. Enteral beslenme bağırsakların anatomi ve fizyolojisini koruduğu ve immünolojik işlevini sürdürmesini sağladığı için parenteral beslenmeye göre daha çok tercih edilmektedir (Holmes, 2004). Enteral beslenmede kullanılan tüp aracılığıyla besin direkt olarak mideye ulaştırılmaktadır (Nugent vd., 2013).

NG tüp gastrointestinal yolun hasara uğramasını önlemek için ilk olarak tercih edilmektedir (Çelik vd., 2009). NG kullanımı hastalarda yutakta tahriş ve kızarıklığa, burun travmasına, görünüş bozukluklarına neden olmasından dolayı uzun süreli beslenmelerde tercih edilmemektedir (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2018; Çelik vd., 2009; Nugent vd., 2013; Zhang vd., 2025). Ayrıca NG alt özofageal sfinkterin işlevini bozabilmekte, reflü ve regürijitasyona neden olabilmektedir (Holmes, 2004; Nugent vd., 2013). Yaşlı yetişkinlerde kullanılan NG farengeal kaslarda zayıflamaya ve oral beslenme sırasında bolusun kontrolünde zorluk yaşanmasına neden olabilmektedir (Zhang vd., 2025).

PEG, enteral beslenme çeşitlerinden bir diğeridir. Cerrahi girişimlere göre hızlı, güvenli ve maliyeti düşük olduğu bilinmektedir (Çelik vd., 2009). Teoride 4 ile 6 haftadan daha uzun süren enteral yolla beslenmeye ihtiyaç duyan hastalarda PEG açılması gerektiğine dair bilgiler yer almaktadır (Bostan vd., 2019; Çelik vd., 2009; Erdem vd., 2009; Zhang vd., 2025). Pratikte bu konu kesinlik taşımamaktadır. Diğer yöntemlerle kıyaslandığında PEG'in az komplikasyon riski taşıması, kolay ve nakil gerekmeden lokal anestezi ile uygulanabilir olması, hazır gıdanın yanında doğal besinlerden de alıma olanak sağlaması tercih edilişini arttırmaktadır (Erdem vd., 2009). PEG'in tercih edilmesinin beraberinde getirdiği dezavantajlı durumlar da bulunmaktadır (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014; Wang vd., 2014). PEG kullanan hastalarda görülen disfajinin ilerleyen zamanlarda kalıcı hale geldiği görülmüştür. Tüp kullanımının yutma fonksiyonunda görev alan kaslarda işlev kaybına neden olmasıyla enteral beslenmenin süresini uzattığı belirtilmiştir. Bu durum beslenme tüpü bağımlılığı olarak adlandırılmaktadır (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014; Nugent vd., 2013). Tüp bağımlılığının fizyolojik, psikososyal ve gelişimsel sonuçları bulunmaktadır. Uzun süre tüple beslenme hastanın tüpe ihtiyacı olmadığı halde oral alımı reddetmesi ve oral alım için motivasyon kaybı yaşaması olasılığını taşımaktadır. Bu durum hasta ve hasta yakınları için stres faktörü haline dönebilmektedir (Kovacic vd., 2021). Pediatrik popülasyonda psikososyal etkilerine daha sık rastlanmaktadır. Çocuklardaki beslenme tüpleri sosyal hayatlarını sınırlandırmaktadır. Gelişmekte olan çocukların yeme eyleminden uzak kalmaları oral farkındalıklarının ve oral-motor becerilerinin gelişimini geciktirmektedir (Marinschek vd., 2014). PEG açılımında karşılaşılabilecek komplikasyonların olması hastanın tıbbi durumunu daha kötüye götürme riskini de beraberinde taşımaktadır (Rahnemai-Azar vd., 2014).

Tüple beslenmeye geçiş kararı tedavi sürecinde gelinen son nokta değildir. Yutma terapisinin içerisinde yer almaktadır. Güvenli oral beslenmeye geçişe aracı yol üstlenmektedir. Tüple beslenme sürecinde uygulanan terapiler, hastanın var olan yutma fizyolojinin korunmasını ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. Olası tüp bağımlılığı riskini ortadan kaldırarak hastanın yaşam kalitesinde artışa neden olduğu kanıtlanmıştır. Tüple beslenme planı "tüpten ayrılma" hedefi üzerine yapılmaktadır (Carnaby-Mann ve Crary, 2010; Kovacic vd., 2021).

Tüple beslenme süresince DKT'ler alınan karar neticesinde görüş danışılacak konumundaki personel değildir. Bu sürecin yönetiminde en başından en sonuna kadar aktif rol almakta ve vazgeçilmez önem taşımaktadır. Tüple beslenmeden tekrar oral beslenmeye geçişte hastanın yutma fizyolojini değerlendirme, tanısını koyup hasta özelinde terapi planını oluşturma, terapileri uygulama, deneme yutmalarını yaptırma ve tüm süreci takip etme yetkisine sahip olduğu bilinmektedir (ASHA, 2016; Logemann, 1998).

Alternatif beslenme yöntemlerinin etkilerinin ve güvenirliklerinin değişken olması disfajinin olası risklerini azaltmaya yönelik önleyici çalışmaların arttırılması ihtiyacını doğurmuştur (Zhang vd., 2025). Bu çalışmalar içerisinde yutma terapileri de büyük önem taşımaktadır. Yutma terapileri ile hastaların sinir sistemlerine düzenli ve sürekli olarak uyarı gönderilmesini sağlanmaktadır. Bu uyaranlar motor aktivasyonun ve devamında yutma yetisinin geri kazanılmasına yardımcı olmaktadır (Yang vd., 2023). Tekrardan oral beslenmeye geçen hastaların sayısının az olmaması PEG açılması kararını almadan önce hastaların ilk semptomlarının iyileşmesini ya da durumunun netleşmesini beklemenin gerekliliğini düşündürmektedir (Bostan vd., 2019). Bu bağlamda beslenme desteği ile yutma rehabilitasyonunun birlikte yürütülmesi hastalar için çok daha verimli ve faydalı olacağı düşünülmektedir (Bostan vd., 2019; Yang vd., 2023). DKT'lerin önerilerine uyan ve egzersizlerini yapan hastaların alternatif beslenmeden oral beslenmeye geçişleri daha yüksek orana sahiptir (Zhang vd., 2025).

2.5 Disfajide Multidisipliner Yaklaşım

Disfajinin kompleks yapısı tek bir uzman tarafından yönetilmesini imkânsız kılmakta ve farklı alanlardaki uzmanları bir araya getirmektedir. Bu sebeple disfaji yönetimi farklı alanlardan uzmanların bilgilerinin harmanlanarak kullanıldığı bütüncül bir bakış açısını içermesi beklenmektedir (Speyer, 2008; Sura vd., 2012). Bu yaklaşım semptomlar üzerinde durmaktan öte erken tanı ve terapi için önleyici müdahaleleri benimsemektedir. MDE yaklaşımının yüksek maaliyetlerin önüne geçtiği uygulanan tedavilerden alınan sonuçlarla kanıtlanmıştır (Hinchey vd., 2005; Speyer, 2008). Hekim, DKT, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog MDE içerisinde yer almaktadır. Hekim, ilk semptomu teşhis edip süreci başlatmakta, DKT disfajinin tanı ve terapi sürecini yönetmekte, hemşire güvenli beslenme ile kalori ihtiyacının karşılanması arasındaki dengeyi sağlamakta, fizyoterapist postüral düzenleme ve kas güçlendirme desteği

sunmakta ve psikolog duygu durum değişikliklerinde karşılaşılan davranışsal değişikliklere müdahale etmektedir (Sura vd., 2012). Ekip üyeleri içerisinde hasta yakınları merkezi role sahip oldukları düşünülmektedir. Sağlık profesyonelleri hasta ve hasta yakınlarının istek ve şartları doğrultusunda tedavi planı oluşturmaktadır. Bununla birlikte hasta yakınları süreçte hem hastaya hem de sağlık profesyonellerine sürecin aksamadan yürütülmesi için en büyük desteği sağlamaktadırlar (Yi vd., 2024; Noë vd., 2021).

2.5.1 Multidisipliner ekip yaklaşımının sisteme yansımaları

Doğru yönetilmiş MDE yaklaşımı hastaların sonuçlarını ve bakım maaliyetlerini lehte değiştirdiği bilinmektedir. MDE çalışmasının başarılı sonuçları sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırmaktadır. Farklı meslek gruplarından konuya yönelik farklı fikirlerin belirtilmesi sorunun daha geniş çaplı düşünülmesini ve daha az hata yapılmasını desteklemektedir. Ekipler arası periyodik olarak düzenlenen ve müdahale planları üzerinde fikir alışverişi yapılan toplantılar sürecin takibini kolaylaştırmakta ve niteliğini arttırmaktadır. Tüm bunlar düşünüldüğünde MDE yaklaşımı hastalar için lüksten öte ihtiyaç/mecburiyet halini almaktadır. Bu yaklaşımın standartlaştırılması gerektiği fikri desteklenmektedir (Cichero, 2020; Hinchey vd., 2005; Speyer, 2008).

MDE yaklaşımının oldukça önemli kazanımları olduğu görülmüştür. Komplikasyonların azalması: MDE yaklaşımının disfajinin en ciddi sonuçlarından biri olan aspirasyon pnömonisi riskini ve etkilerini azalttığı görülmüştür. MDE'nin müdahalesinden sonra akut inme hastalarında pnömoni varlığının sonuçlarının %9 kadar bir değer kaybedip %6,9'a kadar düştüğü görülmüştür. Geniş çerçevede erken tanı ve tedaviler pozitif değişikler açısından önem taşımaktadır. Hastanede kalış süresinin kısalması: Etkili MDE çalışması taburculuğun planlaması sürecinde etkili olmaktadır. Doğru müdahalelerle hastanede yatış süresi kısalabilmektedir. Kısa hastanede yatış süresi enfeksiyon ve diğer komplikasyonların görülmesini önleyici nitelik taşımaktadır. Beslenme durumunun iyileştirilmesi: DKT ve diyetisyenin ortak çalışmasıyla hastanın güvenli beslenmesi ve ihtiyacı olan kalorinin karşılanması sağlanmaktadır. Bu iş birliği olası malnütrisyon ve dehidratasyonun önlemeyi hedeflemektedir. Yaşam kalitesinin arttırılması: MDE çalışmasının hedefleri arasında hastanın sosyal becerilerini de iyileştirerek yaşam kalitesini arttırmak da yer almaktadır. Bu bağlamda psikososyal destek önemli etkiye sahiptir. Maaliyet etkinliği: MDE yaklaşımında erken tanı ve doğru müdahale ile olası

komplikasyonların ve hastanede yatış süresinin uzamasının önüne geçilebilmektedir. Bu sonuçlar sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe için olumlu dönüşler sağlamaktadır (Martino vd., 2010; Odderson vd., 1995; Sura vd., 2012).

2.6 Ulusal ve Uluslararası Literatürde Farkındalık Çalışmaları

Ulusal alanyazında az sayıda olmakla beraber farklı çalışmalara rastlamak mümkündür. Ülkemizde Bengisu ve Derin (2022) yaptıkları çalışmada hemşire ve hekimlerin disfajinin tanı ve tedavisinde DKT'lerin rolüne ilişkin farkındalıklarının belirlenmesini amaçlamışlardır. Çalışmanın sonuçları mesleki olarak DKT bilinse de disfaji üzerindeki rollerine dair bilinirliğinin yeterli olmadığını göstermektedir. "Gastroentereloji Bölüm Hekimleri ve PEG Tüpü Takılmış Hasta Yakınlarının Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Bozukluğundaki Rolüne İlişkin Farkındalığının Belirlenmesi" isimli çalışma Bengisu ve Ayyıldız (2020) tarafından yapılmıştır. Çalışma sonuçları DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisindeki rolleri bu alandaki hekimler ve hasta yakınları tarafından yeterli düzeyde bilmediğini göstermektedir. Savran ve Çiğiltepe'nin (2022) diyetisyenlere yönelik yaptıkları çalışmada diyetisyenlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rollerine ilişkin farkındalıklarının zayıf olduğu belirtilmektedir. Diyarbakır'da rehabilitasyon hastanesindeki sağlık personelleriyle (42 fizyoterapist, 30 hemşire ve 30 hekim) yapılan farkındalık çalışmasının sonuçları katılımcıların konu hakkında bilgi ve farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (Acıelma, 2022). Doküman analizi veri toplama yöntemi olarak kullanılan bir çalışmada Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi'nde (YÖKTEZ) yer alan 154 yüksek lisans tezi incelenmiş ve çalışmalardan sadece 10 (%7) tanesinin yutma alanıyla alakalı olduğu sonucuna varılmıştır (Aydın Oral ve Erçıktı, 2021). Ulusal alanyazında DKT'ler tarafından yutma alanıyla alakalı yapılan çalışma sayısı yetersizken yapılan farkındalık çalışmaları ise belli alanlardaki hekimleri ele almış ve ülkemizin Doğu Anadolu Bölgesi'nden katılımcı sağlanmamıştır.

Uluslararası alanyazına bakıldığında Farpour vd., (2019) yaptıkları çalışmada katılımcıların -hemşireler- disfajinin tanı ve tedavisinde etkili olan uzmanların gastroenteroloji ve kulak burun boğaz hekimleri olduklarını belirtmiş ve hastaları bu alanlara yönlendirdikleri görülmüştür. Bu duruma DKT'lerin rollerine ilişkin farkındalığın yetersiz olmalarının sebep olduğu düşünülmektedir (Farpour vd., 2019). Yunanistan'da yapılan çalışmada katılımcıların %64,4'ü disfaji tanılı hastalar için

DKT'lerin gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu bulgulara göre DKT'lerin disfajide yönetiminde sağladıkları hizmetin daha kapsamlı hale getirilebileceği belirtilmiştir (Papadopoulou vd., 2024). Ruscello, (2015) yaptıkları çalışmada disfajili hastaların değerlendirilmesi ve terapisinde DKT'lerin rolünü incelemişlerdir. Dawadee vd., (2017) yaptıkları çalışmanın sonucunda katılımcıların çoğunun disfajili hastalarla çalışıyor olmalarına rağmen çok az bir kısmının DKT'ler ile iş birliği yaptığı görülmüştür. Bunun sebebinin hekimler tarafından konuya ilişkin farkındalığın az olması gösterilmiştir. Bir başka çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sonuçlar katılımcıların disfaji ve tanı ve tedavisinde DKT'lerin rollerine ilişkin farkındalıklarının yeterli olmadığını, disfajinin KBB hekimlerinin çalışma alanında olduğunu düşündüklerini ortaya koymuştur (Kiyani ve Kamal Butt, 2014). İranda'da yapılan çalışmada iranlı hekimlerin disfaji ve disfajinin yönetiminde DKT'lerin rollerine ilişkin farkındalıkları incelenmiştir. Sonuçlar, katılımcıların %53ünün konu hakkında bilgi sahibi olduğunu ve disfaji tanılı hastaları DKT'lere yönlendirme yaptıklarını göstermektedir (Bakhtiyari vd., 2019). Sánchez-Sánchez vd., (2021) yaptıkları çalışmada İspanya'da hizmet veren sağlık personellerinin disfaji hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemeyi hedeflemişlerdir. Çalışmanın sonuçları katılımların konu hakkında düşük bilgiye sahip olduklarını göstermiştir. Bu sebeple ilgili sağlık çalışanlarına yönelik disfaji yönetiminde MDE yaklaşımları kapsamında eğitimler verilmesi gerektiğini belirtilmiştir. Mubeen ve Butt (2014) hastanelerde çalışan hemşirelerin disfajinin tanı ve tedavisindeki bilgi düzeylerini ve DKT'lerin rollerine ilişkin farkındalıklarını belirlemeyi amaçladıkları bir çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonunda hemşirelerin konuya dair yeterli bilgilerinin ve farkındalıklarının olmadığı sonucuna varılmıştır. Geriatrik popülasyonla çalışan hemşirelerin, disfajinin yönetimine yönelik bilgilerini inceleyen diğer bir çalışmada hemşirelerin geriatrik disfajinin yönetimi hakkında bilgilerinin iyileştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Luo vd., 2022). Norveç'te huzurevlerine yönelik yapılan çalışmada personelin yaptığı değerlendirmelerinin doğrudan disfajiye yönelik olmadığı görülmüştür. Bakımevlerindeki personellere verilen eğitimlerin içeriğinde disfaji semptomlarına yer verilmesine ve konuya yönelik farkındalık çalışmalarına ihtiyaç olduğunu ortaya koymuştur (Engh ve Speyer, 2022). Diğer bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının disfajiye yönelik bilgi ve tutumları araştırılmıştır (Chen vd., 2024).

Bu çalışma, sağlık personelinin disfaji değerlendirmesine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını ve bu değişkenleri yordayan faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırma, Çin'de görev yapan 353 hemşire ve hekim ile yürütülmüş. Anket kapsamında katılımcıların bilgi, tutum ve davranış düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri, eğitim ve klinik deneyimleri değerlendirilmiştir. Bulgular, sağlık personelinin bilgi ve davranış düzeylerinin orta, tutumlarının ise olumlu olduğunu göstermektedir. Disfaji hastalarıyla çalışma deneyimi, disfajiye yönelik eğitim alma, ilgili alanlarda çalışma süresi, özel alan eğitimi (geriatri, yutma, rehabilitasyon) ve çalışılan bölüm, özellikle davranış düzeyinin anlamlı yordayıcıları olarak belirlenmiştir. Bilgi ve tutum düzeyleri ise mesleki deneyim, eğitim düzeyi, çalışılan klinik birim ve disfajiye yönelik eğitim değişkenleriyle ilişkili bulunmuştur (Chen vd., 2024).

2.7 Düşük Farkındalığın Sonuçları

Hekimlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rollerine ilişkin farkındalıklarının düşük olmasının sonuçları ilk olarak yönlendirmede karşımıza çıkmaktadır. Düşük farkındalık düşük yönlendirmeye sebep olmaktadır. DKT'ler tarafından müdahale edilmemiş disfaji, hastaların aspirasyon pnömonisi, yetersiz beslenme ve vücudun su ihtiyacının karşılanmaması vb. ciddi sağlık sorunları yaşamasına; önlenemeyen komplikasyonlar neticesinde hastanede yatış süresinin uzamasına ve bakım maaliyetlerinin artmasına; yeme eylemini gerçekleştiremeyen hastaların sosyal çevrelerinden uzaklaşmalarına, psikososyal çöküş yaşamalarına ve tüm bunların neticesinde hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Doğru müdahale edilmediğinde disfajili hastalarda aspirasyon pnömonisine bağlı ölüm oranlarının arttığı görülmektedir. Özetle eksik farkındalık yetersiz yönlendirmeye; yetersiz yönlendirme multidisipliner bakımın engellenmesine, çok yönlü tedavi engeli artan sağlık sorunları, maaliyetleri ve ölüm oranlarına sebep olmaktadır (Odderson vd., 1995). MDE yaklaşımının ilk basamağında hekimler yer almaktadır. Hekimler konu hakkındaki farkındalıkları hastayla ilk teması kuran profesyonel olmaları açısından oldukça önem taşımaktadır. (Hinchey vd., 2005). Düşük farkındalık doğru nitelikli sağlık hizmetinin önündeki engel niteliği taşımaktadır (Kamal vd., 2018). Bu sebeple hekimlerin farkındalıklarının arttırılması sunulan sağlık hizmetinin zorunlu parçası içerisinde değerlendirilmektedir.

3 GEREKÇE VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın modeli, katılımcıları, çalışmada kullanılan veri toplama araçları ve elde edilen verilerin analizleri ile ilgili bilgiler verilecektir.

3.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma nicel araştırma yöntemi kullanılarak tasarlanmış olup, betimsel ve ilişkisel tarama modeli tarama modeli ile yürütülmüştür. Betimsel tarama modeli belirli bir değişkenin mevcut durumunu ortaya koymayı ve bu değişkenin diğer değişkenlerle olan ilişkisini analiz etmeyi amaçlamaktadır (Büyüköztürk, 2024). Ayrıca geçmişte gerçekleşmiş ama etkisi süren ya da geçmişte bir tarihte başlayıp etkisini ve varlığını devam ettiren bir durumu kendi bağlamı içinde olduğu gibi betimlemeyi sağlayan araştırma modelidir. Betimsel model ile ilgilenilen konu, olay, olgu, nesne ya da birey/bireylere ilişkin özellikleri belirlemek için ele alınan unsurun kendi bağlamında veri toplanır. Modeldeki amaç hakkında veri toplanan değişken/değişkenler üzerinde herhangi bir müdahale ya da değişim yapmaksızın var olan durumu çok yönlü olarak betimlemektir (Karasar, 2005). Eğitim ve sağlık bilimleri alanında yaygın olarak kullanılan modelde araştırmacılar birey ya da grupların ilgi, yetenek, tutum, davranış, yeterlilik, başarı durumları, tercihleri gibi yine birey ya da grupları etkileyen konular ile okul ve sınıf gibi daha somut değişkenler olan eğitim ortamlarının özelliklerini inceleyebilirler (Büyüköztürk vd., 2018).

3.2 Evren ve Örneklem

Örneklem belirleme yöntemi olarak amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, araştırmacının çalışmanın amacına uygun olarak, belirli özelliklere sahip bireyleri, olayları veya durumları bilinçli biçimde seçtiği örnekleme türüdür (Yıldırım vr Şimşek, 2022). Araştırmamız da Erzurum ilinde kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisindeki rollerine ilişkin farkındalıklarını, disfajili hastalara nasıl bir tanı ve tedavi prosedürü uygulandığını ve kurumda çalışan DKT'lerin konuya ilişkin tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu bağlamda katılımcılarımız araştırma amacımıza ilişkin belirli özellikleri taşıması gerektiği için amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.3 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırmada bağımlı ve bağımsız değişkenler, yanıtlanması amaçlanan araştırma sorularının kapsamına göre belirlenmiştir. Çalışmanın temel amacı doğrultusunda hekimlerin DKT'ye ilişkin farkındalık düzeylerini ortaya koymak ve bu düzeylerin çeşitli bireysel, mesleki ve kurumsal özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek hedeflenmiştir.

Bu doğrultuda;

- Bağımlı değişken, hekimlerin DKT'ye yönelik farkındalık düzeylerini ölçen anket maddelerinden elde edilen puanlardan oluşmaktadır. Anket aracılığıyla belirlenen bilgi, farkındalık ve tutum göstergeleri araştırmanın temel çıktısını temsil etmektedir.
- Bağımsız değişkenler ise hekimlerin kişisel ve mesleki nitelikleri ile görev yaptıkları kurumlara ilişkin betimsel özelliklerden oluşmaktadır. Bu kapsamda mesleki deneyim süresi ve kurum türü gibi değişkenler araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında yer almaktadır.

Bu yapı, hekimlerin DKT farkındalık düzeylerinde gözlenen değişimlerin hangi demografik, mesleki ya da kurumsal faktörlere bağlı olarak farklılık gösterdiğinin sistematik biçimde incelenmesine olanak sağlamaktadır.

3.4 Katılımcılar

Araştırmanın katılımcıları Erzurum'da kamu hastanelerinde görev yapan tüm hekimlerden oluşmaktadır. Katılımcı sayısının belirlenmesin popülasyon büyüklüğü bilenen çalışmalarda örneklem sayısının belirlenmesi için gerçekleştirilen power analiz kullanılmış ve 90% güven aralığında, 95% güç, %5 hata payı, 10 temsil oranı şartları altında toplam 104 katılımcıya ulaşılmıştır.

3.3.1 Araştırmaya dahil etme kriterleri

- Erzurum ili kamu hastanelerinde görev yapmak
- Sağlık kuruluşunda hekim olarak çalışıyor olmak
- Araştırmaya gönüllü katılım onayı vermek

3.3.2 Araştırmadan hariç tutma kriterleri

- Erzurum dışında başka bir yerde görev yapıyor olmak
- Sağlık kuruluşunda hekim dışında başka bir unvan ile çalışıyor olmak
- Sağlık kuruluşunda hasta görmeyen yönetici (başhekim, müdür vb.) konumunda görev yapmak
- Hastalık, doğum izni, ücretsiz izin gibi nedenlerle aktif olarak görev başında olmamak

Katılımcılara Anadolu Üniversitesi Etik Kurul Onay kararı ve ilgili karar ile kurumlardan alınan veri toplama izinleri ile ulaşılmıştır. Katılımcılara aydınlatılmış onam formları sunulmuş ve gönüllü katılım esasına göre veri toplanmıştır.

Araştırma toplam 104 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara ilişkin demografik ve mesleki özellikler Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3. 1

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	**Seçenekler**		**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın		40	38,5
	Erkek		64	61,5
Kurum	Devlet Hastanesi		43	41,3
	Üniversite Hastanesi		61	58,7
Uzmanlık Alanı	Aile Hekimi		4	3,8
	Çocuk Hastalıkları		6	5,8
	Çocuk Gastroenteroloji		2	1,9
	Çocuk Nöroloji		3	2,9
	Dahiliye		16	15,4
	Enfeksiyon hastalıkları.		3	2,9
	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon		14	13,5
	Gastro		6	5,8
	Geriatri		5	4,8
	KBB		22	21,2
	Nöroloji		17	16,3
	Pediatri		4	3,8
	Tıbbi Onkoloji		2	1,9
Akademik Unvan	Asistan		47	45,2
	Uzman Hekim		50	48,1
	Doçent Dr.		2	1,9
	Profesör Dr.		5	4,8
Değişken	**Ort.**	**SS.**	**Min.**	**Maks.**
Yaş	35,34	7,97	23	63
Mesleki Deneyim	7,68	6,70	1	33

Araştırmaya katılan toplam 104 hekime ilişkin bilgilerin yer aldığı Tablo 3.1 incelendiğinde **k**atılımcıların %38,5'i (n=40) kadın**,** %61,5'i (n=64) erkek olup çoğunluğu erkek hekimlerden oluşmaktadır. Katılımcıların görev yaptıkları kurumlara göre dağılımı incelendiğinde, %41,3'ünün (n=43) devlet hastanelerinde**,** %58,7'sinin (n=61) ise üniversite hastanelerinde çalıştığı belirlenmiştir.

Uzmanlık alanı açısından dağılım incelendiğinde, en yüksek oranda Kulak Burun Boğaz (KBB) (%21,2) **ve** Nöroloji (%16,3) uzmanlarının yer aldığı görülmektedir. Bu alanları sırasıyla Dahiliye (%15,4)**,** Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (%13,5)**,** Çocuk Hastalıkları (%5,8)**,** Gastroenteroloji (%5,8)**,** Geriatri (%4,8)**,** Aile Hekimliği (%3,8)**,** Pediatri (%3,8)**,** Enfeksiyon Hastalıkları (%2,9)**,** Çocuk Nöroloji (%2,9) **ve** Tıbbi Onkoloji (%1,9) alanlarında çalışan katılımcılar izlemektedir.

Mesleki unvan açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %45,2'si (n=47) asistan, %48,1'i (n=50) uzman hekim, %1,9'u (n=2) doçent hekim ve %4,8'i (n=5) profesör hekimdir. Katılımcıların yaş ortalaması 35,34 (SS=7,97) olup, yaş aralığı 23 ile 63 arasında değişmektedir. Mesleki deneyim süresi ise ortalama 7,68 yıl (SS=6,70) olup, en az 1 yıl, en fazla 33 yıl olarak belirlenmiştir.

3.4 Veri Toplama Aracı ve Süreci

3.4.1 Veri toplama araçları

Araştırma gönüllü onam formu ve hastanelerde çalışan hekimlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rolleri hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi için kullanılan araçlar yer almaktadır.

3.4.1.1 Araştırma gönüllü onam formu

Katılımcılara çalışmanın içeriği ve amacına yönelik bilgiler verilmektedir. Uygulama sürecinden kısaca bahsedilmiştir. Katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilecekleri bilgisine yer verilmiştir. Elde edilen verilerin gizli tutulacağı beyan edilmiştir. Google Forms ile katılımcılara ulaştırılan ankette, anket sorularına başlamadan önce gönüllü onam formu ön koşul olarak eklenmiştir. Katılımcılar onam formunu okuyup "Kabul Ediyorum" şıkkını seçtikten sonra ankete başlamalarına izin verilmiştir. Elden dağıtılan anketlerde de aynı şekilde onam formu anketin ilk sayfasında yer almıştır. Katılımcılardan onam formunu okuyup "Kabul Ediyorum" şıkkını işaretledikten sonra ankete devam etmeleri istenmiştir.

3.4.1.2 Hastanelerde çalışan hekimlerin dil ve konuşma terapistlerinin yutma terapisindeki rolleri hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi anketi

Hekimlerin yutma terapisinde DKT'lerin rollerine ilişkin farkındalıklarını incelemek amacıyla Bengisu ve arkadaşları tarafından yapılan "Hemşirelerin ve Doktorların Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Bozukluğundaki Rolüne İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi" isimli çalışmalarında kullandıkları 'Doktor Farkındalık Anketi' isimli anket taranan alanyazın ve alandaki alınan uzman görüşleri neticesinde revize edilmiştir. Revize edilen ankete "Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Terapisindeki Rolleri Hakkındaki Farkındalıklarının Belirlenmesi" başlığı verilmiştir. Anket kullanım izni alınmıştır. Anket, Bilgi-Tutum-Davranış modeli temelinde revize edilmiştir. Çalışmanın amacına yönelik uygulama prosedürlerinin de değerlendirildiği sorular eklenmiştir. Anket ana hatlarıyla dört alt bölümden ve totalde 37 sorudan oluşmaktadır. Demografik bilgiler, bilgi düzeyi, benimsenen tutumlar ve uygulanan prosedürler bu bölümler içerisinde yer almaktadır.

Demografik bilgiler bölümünde katılımcıların cinsiyeti, yaşı, çalıştığı kurum, çalıştığı alan, ünvan vb. bilgilerin yer aldığı maddeler yer almaktadır.

Bilgi düzeyi bölümünde hekimlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rollerine yönelik ne düzeyde bilgilerinin var olduğunu inceleyen maddeler yer almaktadır.

Tutum bölümünde hekimlerin ilgili konuya yönelik tutumlarının ne olduğuna yönelik bilgi edinmeyi amaçlayan maddeler yer almaktadır.

Uygulanan prosedürler bölümünde hekimlerin bilgi ve tutumlarını uygulamalarına nasıl yansıttıklarını inceleyen maddeler yer almaktadır.

3.4.2 Veri toplama süreci

Anket Google Forms ile oluşturulup katılımcılara online olarak ulaştırılmıştır. Online olarak 70 cevaba ulaşılmıştır. Yeterli sayıya ulaşılamadığı için araştırmacının bizzat kendisi birkaç sefer Erzurum'a giderek eksik kalan veriler için elden anket dağıtmıştır. Ayrıca anketler elden dağıtılırken veriler arasında homojen dağılımın olmasına da dikkat edilmiştir. Dağıtılan anketler en fazla 1 gün sonra toplanmıştır. Elden toplanan veriler alanda uzman 2 DKT ve alan dışı 1 kişi olacak şekilde 3 kere kontrol edildikten sonra dijital ortama aktarılmıştır. Elden toplanan verilerin toplanma süreci sistemli ve kontrollü ilerlediği için veri kaybı yaşanmamıştır. Hangi gün hangi hastanede hangi birime ve hangi

hekime anket verildiği not edilmiştir. Sonraki gün bu notların takibinde anketler toplanmıştır. Cevap alınamayan boş anketler de geri alınmış ve cevap alınmadığı önceki notlar içerisine not düşülmüştür. Boş kalan anketler sonraki veri toplama sürecinde tekrar kullanılmıştır. Araştırmacının Trabzon ilinde çalışıyor olması ve elden anket dağıtma/toplama süreci veri toplama süresini tahmin edildiğinden daha uzun olmasına neden olmuştur. Araştırmacı çalıştığı kurumun uygun gördüğü dönemlerde izin alarak Erzurum'a gitmiş ve tüm süreci kendisi yönetmiştir. Verilerin toplanması 3-4 ay içerisinde tamamlanmıştır.

3.4.2.1 Anket uygulama süresi ve yönergeler

Anketin cevaplanması ortalama 5-7 dakika sürmüştür. Online olarak iletilen anketler için link paylaşımıyla birlikte kısaltma kullanılmaması rica edilmiştir. Elden dağıtılan anketler de ise açık uçlu sorular için kısaltma kullanılmaması ve bununla birlikte anlaşılır yazılması gerektiği belirtilmiştir.

3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada kapsamında ulaşılan verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS 25.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Analizler öncesinde veri seti uç değerler ve kayıp değerler bağlamında incelenerek ön analiz süreci gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın katılımcı grubuna ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde demografik özellikler ve bulgular frekans ve yüzde, ortalama standart sapma ve minimum-maksimum değerler olarak hesaplanarak raporlaştırılmıştır. Anket maddeleri dağılımları yüzde ve frekans olarak betimleyici analize tabii tutulmuş ve seçenek dağılımları tablo ve grafiksel olarak sunulmuştur.

Kategorik kodlamaya sahip demografik ve klinik değişkenler bağlamında gruplar arası karşılaştırma analizlerinde Ki-kare analizleri kullanılmış ve sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumları yine verilerin dağılımı göz önüne alınarak Pearson Momentler Çarpımı ya da Spearman rho korelasyon katsayıları ile incelenmiştir.

Analizlerde I. tip hata olasılığının maksimum değeri olarak %5, yani $p \leq .05$ kabul edilip daha küçük hata olasılıklarına duyarlık açısından raporlaştırmalarda $p \leq .01$ ve $p \leq .001$ anlamlılık düzeyleri de dikkate alınarak p değerleri olduğu gibi belirtilmiştir.

4 BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucunda elde edilen bulgular ve bu bulgulara ilişkin yorumlara yer verilmiştir. Bulguların sunumunda, araştırmanın amaçları doğrultusunda yanıtlanması hedeflenen sorular dikkate alınmıştır.

Bu bağlamda araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanıldığı için toplam puan üzerinden işlem yapılamamakta ve her bir madde kendi içinde değerlendirmeye alınmaktadır. Bu nedenle hekimlerin farkındalık düzeylerini belirlemek için araştırmada kullanılan "Hastanelerde çalışan hekimlerin dil ve konuşma terapistlerinin yutma terapisindeki rolleri hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi anketi" maddelerinin betimleyici istatistikleri hesaplanmıştır. Anket maddelerinin dağılımlarına ilişkin sonuçlar Tablo 2 ila Tablo 4 arasında sunulmuştur.

4.1 Çoktan Seçmeli Sorulara İlişkin Analiz Sonuçları

Ölçme aracı olan "Hastanelerde çalışan hekimlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rolleri hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi anketi" farklı 12 tane ikili, 1 tane üçlü, 6 tane dörtlü ve 4 tane beş ve daha fazla seçenek sayılarına sahip çoktan seçmeli sorulardan meydana gelmektedir. Cevapların raporlaştırma aşamasında seçenekler arasında birleştirme yapılmıştır. Katılımcı hekimlerin DKT ve kurumları hakkında genel bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik maddeler Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4. 1

Hekimlerin DKT Hakkında Genel Bilgi Düzeylerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

Soru	Seçenekler	n	%
Çalıştığınız kurumda DKT var mı?	Yok	31	29,8
	Var	43	41,3
	Bilmiyorum	30	28,8
	Total	104	100,0
Hastanenizdeki DKT çalışma alanları ya da disfajideki rolleri ile alakalı bilgilendirme çalışmaları yapılmış mıdır?	Hayır	95	93,1
	Evet	7	6,9
	Total	102	100,0
DKT mesleği hakkında bilginiz var mı?	Hayır	22	21,2
	Evet	82	78,8
	Total	104	100,0
Cevabınız evet ise DKT mesleği hakkında bilgileri nereden edindiniz?	Lisans eğitimi	41	50,0
	Çalışma ortamı	9	11,0
	Hastalar aracılığıyla	7	8,5
	Diğer ve kombinasyonlar	25	20,5
	Total	82	100,0
Sizce DKT'ler hangi yaş aralığında hizmet verir / tanı koyar ve terapi yapar?	Bütün yaş grupları	84	80,8
	Çocuklarla	15	14,4
	Yetişkinlerle	1	1,0
	Yaşlı popülasyonla	4	3,8
	Total	104	100,0
DKT'ler disfajili hastaların tanı ve tedavisinden sorumlu kişiler olduğuna yönelik bilginiz var mı?	Hayır	60	57,7
	Evet	44	42,3
	Total	104	100,0
Cevabınız evet ise DKT'lerin yutmanın hangi aşamasında sorun yaşayan disfajili hastalarla çalıştıklarını düşünüyorsunuz?	Sadece oral faz	6	12,5
	Oral ve Farengeal faz	14	29,2
	Bütün fazlar (Oral-Farengeal-Özofageal)	28	58,3
	Total	48	100,0
Hastanede DKT ile birlikte çalışmanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	1	1,0
	Evet	95	99,0
	Total	96	100,0
Daha önce hastalarınızdan DKT hakkında size danışanlar oldu mu?	Hayır	39	39,8
	Evet	59	60,2
	Total	98	100,0
DKT'lerin hangi alanda çalıştığını düşünmektesiniz?	Bilmiyorum	4	3,8
	Dil, konuşma ve yutmanın tüm alanları	33	31,7
	Eksik cevap içeren kombinasyonlar	67	64,5
	Total	104	100,0

Tablo 4.1'de hekimlerin DKT'ler ve mesleğin çalışma alanlarına ilişkin genel bilgi düzeyleri çeşitli boyutlarda değerlendirilmiştir. Bulgular, hekimlerin önemli bir kısmının DKT mesleğine yönelik farkındalığa sahip olduğunu, ancak özellikle disfaji alanındaki roller konusunda bilgi eksikliklerinin belirgin olduğunu göstermektedir.

Öncelikle, hekimlerin çalıştıkları kurumda bir DKT'nin bulunup bulunmadığına ilişkin dağılımlar incelendiğinde, katılımcıların yaklaşık üçte birinin kurumlarında DKT

olmadığını belirttiği görülmektedir (%29,8; n=31). Buna karşın %41,3'ü (n=43) kurumlarında DKT bulunduğunu ifade ederken, yaklaşık üçte birlik bir grup bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (%28,8; n=30). Bu bulgu, kurum içi mesleki farkındalık ve iletişimin her kurumda eşit düzeyde olmadığını göstermektedir.

DKT'nin çalışma alanları veya disfaji konusundaki rolleri ile ilgili kurum içi bilgilendirme çalışmalarının yapılıp yapılmadığı sorulduğunda, hekimlerin çok büyük bir çoğunluğu böyle bir bilgilendirmenin yapılmadığını belirtmiştir (%93,1; n=95). Bu durum, klinik ortamlarda meslekler arası farkındalığı artırmaya yönelik yapılandırılmış bilgilendirme faaliyetlerinin oldukça sınırlı olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin genel olarak DKT mesleği hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğun (%78,8; n=82) meslek hakkında bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Bilgi sahibi olduğunu belirten hekimlerin bu bilgiyi ağırlıklı olarak lisans eğitimleri sırasında edindiği dikkat çekmektedir (%50,0; n=41). Bunun dışında çalışma ortamı (%11,0; n=9), hasta deneyimleri (%8,5; n=7) ve diğer çoklu kaynaklar (%20,5; n=25) bilgi edinme yolları arasında yer almaktadır. Bu dağılım, mesleğe ilişkin temel bilginin büyük ölçüde formal eğitimle kazanıldığını göstermektedir.

Hekimlerin DKT'nin hangi yaş gruplarına hizmet verdiğine dair görüşleri incelendiğinde, çok büyük bir çoğunluk DKT'lerin tüm yaş gruplarıyla çalıştığını belirtmiştir (%80,8; n=84). Daha küçük bir grup yalnızca çocuklarla (%14,4; n=15), çok az sayıda katılımcı ise yetişkinlerle (%1,0; n=1) veya yaşlı popülasyonla (%3,8; n=4) çalıştıklarını düşündüğünü ifade etmiştir. Bu bulgu, DKT'nin yaş aralığına ilişkin genel olarak doğru bir farkındalığın bulunduğunu göstermektedir.

Disfajili hastaların tanı ve tedavisinden DKT'nin sorumlu olduğuna dair bilgi düzeyi değerlendirildiğinde ise, hekimlerin yarısından fazlasının bu konuda bilgi sahibi olmadığı görülmektedir (%57,7; n=60). Bilgisi olduğunu belirtenler arasında DKT'nin yutmanın hangi aşamalarında görev aldığına yönelik dağılım incelendiğinde, çoğunluk terapistlerin bütün fazlarda (oral–farengeal–özofageal) çalıştığını düşünmektedir (%58,3; n=28). Bununla birlikte yalnızca oral fazı işaret edenler (%12,5; n=6) ve oral–farengeal fazı belirtenler (%29,2; n=14) de bulunmaktadır. Bu durum, alanın kapsamına ilişkin heterojen bir bilgi yapısını yansıtmaktadır.

Hekimlerin neredeyse tamamı hastanede DKT ile birlikte çalışmanın gerekli olduğunu düşünmektedir (%99,0; n=95). Bu sonuç, meslekler arası iş birliği konusundaki farkındalığın oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca hekimlerin önemli bir kısmı daha önce hastalarından DKT hakkında danışanlar olduğunu belirtmiştir (%60,2; n=59). Bu durum, klinik ortamlarda DKT'ye yönelim ve danışmanlık ihtiyacının yaygın olduğunu göstermektedir.

Son olarak, DKT'nin hangi alanda çalıştığına ilişkin soruya verilen yanıtlar değerlendirildiğinde, katılımcıların yalnızca küçük bir kısmı bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (%3,8; n=4). Bununla birlikte yanıtların büyük çoğunluğunun eksik veya sınırlı alanları içeren kombinasyonlardan oluştuğu görülmektedir (%64,5; n=67). Tüm alanları doğru biçimde kapsayan yanıt oranı ise %31,7'dir (n=33). Bu dağılım, mesleğin kapsamına dair genel bir farkındalık olmakla birlikte içeriksel doğruluk açısından bilgi eksikliklerinin devam ettiğini göstermektedir.

Hekimlerin DKT'ye yönlenik tutum, davranış ve pratikte sergiledikleri mesleki refleks ve uygulamaların neler olduğu ve nasıl işlediğine ilişkin olarak hazırlanmış olan anket maddelerinin cevap dağılımları iki tablo olarak sunulmuştur. İlk tabloda çoktan seçmeli sorulara ilişkin detaylar yer almakta ve sonuçlar Tablo 4.2'de sunulmaktadır.

Tablo 4. 2

Hekimlerin DKT'ye Yönlenik Tutum ve Davranışlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler-I

Soru	Seçenekler	n	%
Daha önce DKT bölümüne hasta yönlendirdiniz mi?	Hayır	42	42,0
	Evet	58	58,0
	Total	100	100,0
Yanıtınız "Evet" ise hangi alan/alanlarla ilgili hasta yönlendirdiniz?	Ses bozuklukları (nodül, polip, kisti vb..)	2	3,5
	Yutma bozuklukları	8	14
	Konuşma sesi bozuklukları (artikülasyon bozuklukları)	2	3,5
	Akıcılık bozuklukları (Kekemelik vb..)	2	3,5
	Edinilmiş dil bozuklukları (afazi vb)	3	5,3
	Diğer ve Kombinasyonlar	30	71,0
	Total	57	100
Yanıtız "Hayır" ise daha önce DKT bölümüne hasta yönlendirmemenizin nedeni nedir?	Çalıştığım bölgede dil ve konuşma terapisi hizmeti yok	14	32,6
	Çalıştığım bölgedeki hastaların sosyo-ekonomik düzeyi DKT hizmetini karşılamaya yeterli değil	5	11,6
	DKT bölümünü bilmediğim için	12	27,9
	Diğer ve kombinasyonlar	12	27,9
	Total	43	100,0
DKT'lerin disfajili hastalara değerlendirme ve müdahale yöntemleri	Doğru yanı (Hepsi)	37	51,4
	Eksik cevap içeren kombinasyonlar	35	48,6
	Total	72	100,0
Disfajili hastalarınızı kime yönlendiriyorsunuz?	Doğru Yanıt (DKT)	14	14,0
	Hiçbiri	56	56,0
	Yanlış Yanıt (meslek ve kombinasyonlar)	30	30,0
	Total	100	100,0
DKT ile diğer meslek grupları arasındaki iş birliği düzeyi yeterli mi?	Yeterli	11	12,4
	Yetersiz	78	87,6
	Total	89	100,0
İşbirliğinin yetersiz olmasının nedeni ne olabilir?	DKT'ler disfaji alanında kendilerini yetersiz görüyorlar	13	15,9
	Gerekli olduğunu düşünmüyorum	2	2,4
	Çalışılan kurumda tanı ve tedavi için gerekli alet ve materyaller bulunmamakta	13	15,9
	Diğer ve kombinasyonlar	54	65,8
	Total	82	100,0
Kurumunuzda disfajinin aletsel değerlendirilmesi için değerlendirme aracınız var mı, varsa bunlar nelerdir?	Yok	24	37,5
	Bilmiyorum	25	39,1
	Var (Eksik cevap kombinasyonları)	15	23,5
	Total	64	100,0
Sizce PEG tüpü takılan hastalar yutma terapisi ile oral beslenmeye geçebilir mi?	Hayır	16	18,2
	Evet	72	81,8
	Total	88	100,0
NG-PEG'den oral beslenmeye geçişinde DKT'lerin etkisi olur mu?	Hayır	14	18,4
	Evet	62	81,6
	Total	76	100,0
DKT hastaya tüp (NG-PEG) takılması kararını verebilir mi?	Hayır	46	59,0
	Evet	32	41,0
	Total	78	100,0

Tablo 4.2'de hekimlerin DKT'lere yönelik tutum ve davranışlarını farklı boyutlarda incelemektedir. Bulgular, hekimlerin yönlendirme eğilimleri, DKT'nin özellikle disfaji alanındaki rolüne ilişkin farkındalıkları ve meslekler arası iş birliğine dair algıları hakkında önemli bilgiler sunmaktadır.

Öncelikle, hekimlerin daha önce DKT bölümüne hasta yönlendirip yönlendirmediği incelendiğinde, katılımcıların yarısından fazlasının (%58,0; n=58) DKT'ye hasta yönlendirdiği görülmektedir. Buna karşın %42,0'lık bir grup (n=42) hiçbir yönlendirme yapmadığını belirtmiştir. Bu bulgu, hekimlerin önemli bir kısmının DKT ile klinik temasta bulunduğunu, ancak yönlendirme davranışının tüm hekimlerde eşit düzeyde yerleşmediğini göstermektedir.

Yönlendirme yapan hekimlerin bunu hangi alanlar için gerçekleştirdikleri değerlendirildiğinde, yanıtların büyük bir kısmının "diğer ve kombinasyonlar" (seçeneklerde verilen alanların iki veya daha fazlasının yer aldığı kombinasyonlar) kategorisinde toplandığı görülmektedir (%71,0; n=30). Belirli alanlara yönelik yönlendirme oranlarının oldukça düşük olduğu dikkat çekmektedir. Yutma bozuklukları nedeniyle yönlendirme oranı %14,0 (n=8) olup, ses bozuklukları, konuşma sesi bozuklukları ve akıcılık bozuklukları gibi alanlarda oranlar %3,5 düzeyindedir (her biri n=2). Edinilmiş dil bozuklukları için yönlendirme oranı ise %5,3'tür (n=3). Bu dağılım, hekimlerin yönlendirme davranışlarının çoğunlukla genel veya birden fazla alanı kapsayan gerekçelere dayandığını düşündürmektedir.

Daha önce DKT bölümüne hasta yönlendirmediğini belirten hekimler arasında, bu duruma ilişkin nedenler incelendiğinde üç ana temanın öne çıktığı görülmektedir. Katılımcıların %32,6'sı (n=14) bulundukları bölgede DKT hizmetinin olmadığını, %27,9'u (n=12) DKT bölümünü bilmediklerini ve yine %27,9'u (n=12) başka nedenlerin etkili olduğunu belirtmiştir. Bunun yanı sıra hastaların sosyo-ekonomik düzeyinin hizmete erişimi kısıtladığını bildirenler daha sınırlı bir gruptur (%11,6; n=5). Bu bulgular, erişim ve bilgi eksikliğinin yönlendirme davranışını doğrudan etkileyen temel faktörler olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin DKT'nin disfaji değerlendirme ve müdahalesine yönelik bilgi düzeyi incelendiğinde, doğru yanıt (VFSS, FEES kullanımı, yatakbaşı değerlendirme, beslenme şekli ve kıvamına karar verme ve yutma pozisyonları ve stratejilerini uygulama) oranının

%51,4 (n=37) olduğu, buna karşılık %48,6'lık bir grubun (n=35) eksik bilgi içeren yanıtlar (verilen seçeneklerden hepsinin dışında bir veya daha fazlasının eksik olarak seçilmesinin kombinasyonları) verdiği görülmektedir. Bu dağılım, alana ilişkin bilgi düzeyinin yarı yarıya bölündüğünü göstermekte, değerlendirici-müdahaleci rolün kapsamı konusunda heterojenlik olduğunu ortaya koymaktadır.

Disfajili hastaların yönlendirildiği kişiler değerlendirildiğinde, yalnızca %14,0'lık bir grubun (n=14) doğru yönlendirme ile hastaları DKT'ye gönderdiği dikkat çekmektedir. Buna karşın büyük çoğunluk (%56,0; n=56) hiçbir yönlendirme yapmadığını, %30,0'ı (n=30) ise yanlış meslek gruplarına (FTR, odyolog, hiçbiri vb.) yönlendirme yaptığını belirtmiştir. Bu bulgu, disfaji alanında rol dağılımı konusundaki farkındalık eksikliğinin oldukça belirgin olduğunu göstermektedir.

DKT ile diğer meslek grupları arasındaki iş birliği düzeyine ilişkin değerlendirmelerde hekimlerin büyük çoğunluğu iş birliğinin yetersiz olduğunu belirtmiştir (%87,6; n=78). Yeterli olduğunu düşünenlerin oranı ise oldukça düşüktür (%12,4; n=11). İş birliğinin yetersiz olmasının nedenlerine ilişkin dağılım incelendiğinde, yanıtların çoğunun "diğer ve kombinasyonlar" kategorisinde toplandığı görülmektedir (%65,8; n=54). Bunun dışında, hem DKT'lerin disfaji alanında kendilerini yetersiz görmelerinin (%15,9; n=13) hem de kurumlarda gerekli aletsel değerlendirme imkânlarının bulunmamasının (%15,9; n=13) belirtilen önemli nedenler arasında olduğu anlaşılmaktadır.

Kurumlarda disfajinin aletsel değerlendirmesine yönelik araçların var olup olmadığına ilişkin yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların %37,5'inin (n=24) kurumlarında böyle bir değerlendirme aracının bulunmadığını, %39,1'inin (n=25) ise bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade ettiği görülmektedir. Yalnızca %23,5'lik bir grup (n=15) değerlendirme aracının bulunduğunu, ancak bunların çoğunlukla eksik bilgi içeren kombinasyonlar şeklinde belirtildiğini ifade etmiştir. Bu durum, aletsel değerlendirme imkânlarının hem sınırlı hem de hekimler tarafından yeteri kadar bilinmediğini göstermektedir.

PEG veya NG tüpü uygulanan hastaların yutma terapisi ile oral beslenmeye geçip geçemeyeceğine ilişkin değerlendirmelerde hekimlerin büyük çoğunluğu olumlu yanıt vermiştir (%81,8; n=72). Benzer şekilde, NG/PEG'den oral beslenmeye geçiş sürecinde DKT'nin etkili olup olmadığı sorusuna hekimlerin yine yüksek bir oranla (%81,6; n=62)

olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Bu bulgular, hekimlerin yutma rehabilitasyonunun etkisine yönelik farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Son olarak, DKT'nin hastaya tüp (NG-PEG) takılması kararını verip veremeyeceğine dair görüşler incelendiğinde, katılımcıların yarıdan fazlası DKT'nin böyle bir karar veremeyeceğini düşünmektedir (%59,0; n=46). Buna karşın %41,0'lık bir grup (n=32) DKT'nin bu kararda yetkili olabileceğini belirtmiştir. Bu durum, mesleki sınırlar ve yetki alanlarına ilişkin bilgi düzeyinde bazı karışıklıkların devam ettiğini göstermektedir.

4.2 Açık Uçlu Anket Sorulara İlişkin Analiz Sonuçları

Araştırmada kullanılan ölçme aracında bazen tek başına bazen ise çoktan seçmeli soruların ardılı olacak şekilde gerekçe, neden, kriter ve değerlendirme süreçlerine ilişkin detaylı bilgi istenen açık uçlu sorulara yer verilmiştir. Toplam yedi adet açık uçlu soruya farklı sayılarda hekimler tarafından cevaplar verilmiştir. Araştırmacı ilgili yanıtları inceleyerek ortak cevapları belirleyerek frekans ve yüzdelerini analiz etmiştir. Hekimlerin DKT'ye yönlenik tutum, davranış ve pratikte sergiledikleri mesleki refleks ve uygulamaların neler olduğu ve nasıl işlediğine ilişkin olarak hazırlanmış olan açık uçlu anket maddelerinin cevap dağılımları Tablo 4'te sunulmaktadır.

Tablo 4, hekimlerin disfajili hastalara yönelik değerlendirme, yönlendirme ve tedavi süreçlerindeki tutum ve karar verme kriterlerini detaylı bir biçimde ortaya koymaktadır. Bulgular, klinik yönlendirme davranışlarının çoğunda DKT'nin rolünün sınırlı düzeyde tanındığını ve hekimlerin değerlendirme stratejilerinin büyük ölçüde aletsel olmayan yöntemlere dayandığını göstermektedir.

Öncelikle, hekimlerin disfajili hastaları DKT'ye yönlendirme kriterleri incelendiğinde, katılımcıların %43,33'ünün (n=13) yutamama veya yutma fonksiyonundaki belirgin bozukluğu yönlendirme için temel kriter olarak belirttiği görülmektedir. Buna karşın daha yüksek bir oran olan %56,67 (n=17), farklı gerekçeleri içeren diğer cevaplar ve kombinasyonları (dil kaslarını koordineli kullanamama, genel patolojik durum varlığı, öksürme refleksinin olmaması, KBB ilişkili patoloji olmaması, tıbbi ve cerrahi açıdan yapılabilecek bir durumun olmaması vb.) tercih etmiştir. Bu durum, hekimlerin yönlendirme konusunda standart bir klinik kriter seti kullanmadığını ve değerlendirme ölçütlerinin oldukça çeşitlendiğini göstermektedir.

Gizli aspirasyonun değerlendirilmesine yönelik hekim görüşleri incelendiğinde, çok büyük bir kısmının (%96,15; n=50) aletsel olmayan değerlendirme yöntemlerini tercih ettiği görülmektedir. Aletsel değerlendirme yöntemlerini (örneğin VFSS veya FEES) kullandığını belirtenlerin oranı ise oldukça düşüktür (%3,85; n=2). Bu bulgu, aspirasyon riskinin tanılanmasında objektif aletsel yöntemlere erişim eksikliğini ya da bu yöntemlere başvurma alışkanlığının düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. 3

Hekimlerin DKT'ye Yönlenik Tutum ve Davranışlarına İlişkin Betimleyici İstatistikler-II

Hekimlerin Disfajili Hastaları DKT'ye Yönlendirme Kriterleri	**n**	**%**
Yutamama, Yutma fonksiyonu bozukluğu ya da yetersizliği	13	43,33
Diğer cevaplar ve kombinasyonlar	17	56,67
Toplam	30	100,00
Hekimlerin Gizli Aspirasyonu Değerlendirme Kriterleri	**n**	**%**
Aletsel değerlendirme yöntemleri (VFSS- FEES)	2	3,85
Aletsel olmayan değerlendirmeler	50	96,15
Toplam	52	100,00
Hekimlerin Disfajili Hastaların Tanı ve Tedavisinde İzlediği Yollar	**n**	**%**
DKT yönlendirme	5	4,76
Diğer cevaplar	100	95,24
Toplam	105	100,00
DKT'ye Yönlendirilmeyen Disfajili Hastaların Tanı ve Tedavisinde İzlediği Yollar	**n**	**%**
NG-PEG Takılması	16	19,28
Gastroenterolojiye Yönlendiriyorum	14	16,87
Diğer Cevaplar	53	64,85
Toplam	83	100,00
Hekimlerin Disfajili Hastalara DKT'lerin Neden Yardımcı Olamayağına İlişkin Düşünceleri		
	n	**%**
Konu hakkında yeterli bilgi sahibi değilim	20	65
Yardımcı olabileceklerini düşünmüyorum	9	45
Toplam	29	100,00
Hekimlerin Disfajili Hastlara NG-PEG Takılıp-Çıkarma Kriterleri	**n**	**%**
Yutma patern ve aspirasyon riskinin değerlendirilmesi	18	34,62
Gerekli kalori ihtiyacının karşılanması	19	36,54
Diğer	46	
Toplam	83	100,00
Hekimlerin Disfajili Hastların Beslenme Kıvamına Karar Kriterleri	**n**	**%**
Diğer	88	97,88
DKT önerisine göre	2	2,22
Toplam Görüş	90	100,0

Yine Tablo 4.3'te yer alan disfajili hastaların tanı ve tedavisinde izlenen yollar değerlendirildiğinde, sadece %4,76'lık bir kesimin (n=5) DKT yönlendirmesi yaptığını, buna karşılık çok büyük bir çoğunluğun (%95,24; n=100) farklı yolları (Gastroenteroloji, KBB yönlendirmeleri, fiziki muayene/anamnez, NG/PEG takılması vb.) tercih ettiğini ifade ettiği görülmektedir. Bu dağılım, disfaji yönetiminde DKT'nin rolünün klinik işleyişe yeterince entegre edilmediğini göstermektedir.

DKT'ye yönlendirilmeyen disfajili hastaların tanı ve tedavisinde izlenen yollar incelendiğinde, üç ana yaklaşım olduğu görülmektedir. Katılımcıların %19,28'i (n=16) NG/PEG takılmasını birincil seçenek olarak bildirmiştir. Gastroenterolojiye yönlendirme oranı ise %16,87'dir (n=14). En büyük grup olan %64,85'lik kesim (n=53), diğer yanıtlar kapsamında farklı müdahale yollarını (KBB/Dahiliye/Nöroloji yönlendirmesi, beslenme eğitimi/nütrisyon birimi desteği, anamnez, hasta ihtiyacına göre planlama vb.) tercih ettiğini belirtmiştir. Bu bulgular, DKT yönlendirmesinin olmadığı durumlarda genellikle medikal veya beslenme desteğine yönelik yöntemlerin tercih edildiğini göstermektedir.

Hekimlerin DKT'nin disfajili hastalara neden yardımcı olamayacağını düşündüklerine ilişkin bulgular da dikkat çekicidir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, konu hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmiştir (%65; n=20). Buna karşın %45'lik bir grup (n=9), DKT'nin bu hastalara yardımcı olabileceğine inanmadığını belirtmiştir. Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, bilgi eksikliğinin yanı sıra yanlış algıların da DKT'nin disfaji yönetimindeki rolünün anlaşılmasını sınırladığı görülmektedir.

NG-PEG takma veya çıkarma karar kriterleri incelendiğinde, hekimlerin iki temel ölçütü önceliklendirdiği görülmektedir. Katılımcıların %34,62'si (n=18) yutma paterninin ve aspirasyon riskinin değerlendirilmesine göre karar verdiğini ifade ederken, %36,54'ü (n=19) hastanın kalori ihtiyacının karşılanmasını temel ölçüt olarak bildirmiştir. En geniş grubun ise "diğer" kategorisinde (Gastroenteroloji/KBB ile birlikte, karsinom tanısı olması, dili aktif kullanamıyorsa vb.) toplandığı görülmektedir (n=46). Bu bulgular, karar verme sürecinde hem fonksiyonel yutma değerlendirmelerinin hem de beslenme gereksinimlerinin dikkate alındığını, ancak kriterlerin standardize olmadığını göstermektedir.

Son olarak, hekimlerin disfajili hastaların beslenme kıvamına karar verirken hangi ölçütleri kullandıkları incelendiğinde, çok büyük bir çoğunluğun (%97,88; n=88) DKT

önerisine başvurmadan farklı kriterleri (Nütrisyon birimine danışmak, riske etmemek için püre kıvamı, FTR eşliğinde, sulu diyet, organik patolojinin durumuna göre vb.) dikkate aldığını belirtmesi dikkat çekicidir. Buna karşılık yalnızca %2,22'lik küçük bir grup (n=2) karar verirken DKT önerisini esas aldığını ifade etmiştir. Bu bulgu, beslenme kıvamı belirleme sürecinde multidisipliner yaklaşımın yeterince benimsenmediğini ortaya koymaktadır.

4.3 Açık Uçlu Anket Sorulara İlişkin Analiz Sonuçları

Araştırmada kapsamında ele alınan bağımlı ve bağımsız değişkenlere ilişkin veriler kullanılan ölçme aracında yer alan maddeler ile elde edilmiştir. Bağımsız değişkenler; katılımcı hekimlerin görev yaptıkları kurum türü ve mesleki deneyim süreleridir. Bağımlı değişkenlere karşılık gelen anket maddeleri ise;

- Çalıştığınız kurumda DKT var mı?
- DKT mesleği hakkında bilginiz var mı?
- DKT'lerin disfajili hastaların tanı ve tedavisinden sorumlu kişiler olduğuna yönelik bilginiz var mı?
- Daha önce DKT bölümüne hasta yönlendirdiniz mi?
- Dİsfajili hastalarınızı kime yönlendiriyorsunuz?
- NG-PEG tüpü takılı hastaların oral beslenmeye geçişinde DKT'lerin yardımı olacağını düşünüyor musun? Şeklindedir.

Bu bağlamda gerçekleştirilen ki-kare analizlerine ilişkin sonuçlar bağımsız değişkenler temelinde Tablo 5 ve Tablo 6'da sunulmuştur. Hekimlerin görev yaptıkları kurum türü bağlamında gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5, hekimlerin görev yaptıkları kurum türünün (devlet hastanesi ve üniversite hastanesi) DKT ve disfaji yönetimiyle ilgili görüş ve uygulamalar üzerindeki etkisini incelemektedir. Genel olarak, iki kurum tipi arasında büyük oranda benzer yanıt dağılımları bulunmakta; ancak NG-PEG tüpü takılı hastalarda oral beslenmeye geçiş sürecinde DKT desteğine yönelik görüşlerde anlamlı bir farklılık ortaya çıkmaktadır. Çalışılan kurumda DKT bulunma durumuna ilişkin dağılımlar incelendiğinde, devlet hastanesinde çalışanların "hayır" ve "bilmiyorum" yanıtlarının üniversite hastanelerine göre daha yüksek olduğu görülmesine rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2 = 2,982$; $p = ,225$).

Tablo 4. 4

Hekimlerin Görev Yaptığı Kurumların Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkisi

Soru. Çalıştığınız kurumda DKT var mı?								
	Devlet H.		**Üniversite H.**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	9	20,9	22	36,1	31	29,8	2,982	,225
Evet	21	48,8	22	36,1	43	41,3		
Bilmiyorum	13	30,2	17	27,9	30	28,8		
Toplam	43	100,0	61	100,0	104	100,0		
Soru. DKT mesleği hakkında bilginiz var mı?								
	Devlet H.		**Üniversite H.**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	8	18,6	14	23,0	22	21,2	,286	,593
Evet	35	81,4	47	77,0	82	78,8		
Toplam	43	100,0	61	100,0	104	100,0		
Soru. DKT'lerin disfajili hastaların tanı ve tedavisinden sorumlu kişiler olduğuna yönelik bilginiz var mı?								
	Devlet H.		**Üniversite H.**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	25	58,1	35	57,4	60	57,7	,006	,938
Evet	18	41,9	26	42,6	44	42,3		
Toplam	43	100,0	61	100,0	104	100,0		
Soru. Daha önce DKT bölümüne hasta yönlendirdiniz mi?								
	Devlet H.		**Üniversite H.**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	15	37,5	27	45,0	42	42,0	,554	,457
Evet	25	62,5	33	55,0	58	58,0		
Toplam	40	100,0	60	100,0	100	100,0		
Soru. Disfajili hastalarınızı kime yönlendiriyorsunuz?								
	Devlet H.		**Üniversite H.**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Yönlendirmiyorum	24	66,7	32	59,3	56	62,2	,952	,813
Fizyoterapist	8	22,2	12	22,2	20	22,2		
DKT	4	11,1	10	18,5	14	15,6		
Toplam	36	100,0	54	100,0	90	100,0		
Soru. NG-PEG tüpü takılı hastaların oral beslenmeye geçişinde DKT'lerin yardımı olacağını düşünüyor musun?								
	Devlet H.		**Üniversite H.**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	9	34,6	5	10,0	14	18,4	6,897	**,009****
Evet	17	65,4	45	90,0	62	81,6		
Toplam	26	100,0	50	100,0	76	100,0		

Not: * = $p \leq ,05$; ** = $p \leq ,01$; *** = $p \leq ,001$.

DKT mesleği hakkında bilgi düzeyine ilişkin yanıtlar da iki kurum tipi arasında benzerlik göstermekte olup, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2 = 0,286$; p = ,593). DKT'lerin disfajili hastaların tanı ve tedavisinden sorumlu olduğu bilgisine sahip olma durumunda da kurumlar arasında neredeyse tamamen paralel bir dağılım görülmektedir ve fark

anlamlı değildir (χ^2 = 0,006; p = ,938). Benzer şekilde, daha önce DKT'ye hasta yönlendirme davranışı açısından devlet ve üniversite hastaneleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (χ^2 = 0,554; p = ,457).

Disfajili hastaların yönlendirildiği uzman grupları değerlendirildiğinde, her iki kurumda da "yönlendirmiyorum" yanıtının baskın olduğu, bunu fizyoterapiste yönlendirme ve en düşük oranda DKT'ye yönlendirme davranışının izlediği görülmektedir. Bu dağılımlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (χ^2 = 0,952; p = ,813). Buna karşın, NG-PEG tüpü takılı hastaların oral beslenmeye geçiş sürecinde DKT'nin rolüne ilişkin soruda kurum türüne bağlı anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır (χ^2 = 6,897; p = ,009). Üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin büyük çoğunluğu DKT desteğinin gerekli olduğunu belirtirken, devlet hastanelerinde çalışan hekimlerde bu oran daha düşüktür. Bu sonuç, üniversite hastanelerindeki hekimlerin multidisipliner ekip çalışması ve DKT'nin rolüne ilişkin farkındalıklarının daha yüksek olabileceğine işaret etmektedir. Genel olarak sonuçlar, kurum türünün DKT farkındalığı, yönlendirme davranışları veya disfaji yönetimindeki bilgi düzeyi üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını; ancak NG-PEG sonrası oral beslenmeye geçişte DKT desteğine yönelik algının kurum türüne göre anlamlı şekilde farklılaştığını göstermektedir.

Hekimlerin deneyim süreleri bağlamında gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 6'da yer almaktadır.

Hekimlerin mesleki deneyim sürelerinin (1–5 yıl ve 6 yıl ve üzeri) DKT ve disfaji yönetimine ilişkin bilgi, farkındalık ve yönlendirme davranışları üzerindeki etkisinin sunulduğu Tablo 6 incelendiğinde, deneyim süresinin çoğu bağımlı değişken üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını, ancak hasta yönlendirme davranışında anlamlı bir etki bulunduğunu göstermektedir.

Çalışılan kurumda DKT bulunma durumuna verilen yanıtlar incelendiğinde, daha deneyimli hekimlerde "hayır" yanıtının daha yüksek olduğu görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (χ^2 = 3,756; p = ,153). DKT mesleği hakkında bilgi sahibi olma durumunda da benzer şekilde iki grup arasında belirgin bir farklılık görülmemiştir (χ^2 = 2,307; p = ,129).

Tablo 4. 5

Hekimlerin Mesleki Deneyimlerinin Bağımlı Değişkenler Üzerindeki Etkisi

Soru. Çalıştığınız kurumda DKT var mı?								
	1-5 yıl		**6 yıl ve üzeri**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	13	23,2	18	37,5	31	29,8	3,756	,153
Evet	23	41,1	20	41,7	43	41,3		
Bilmiyorum	20	35,7	10	20,8	30	28,8		
Toplam	56	100,0	48	100,0	104	100,0		
Soru. DKT mesleği hakkında bilginiz var mı?								
	1-5 yıl		**6 yıl ve üzeri**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	15	26,8	7	14,6	22	21,2	2,307	,129
Evet	41	73,2	41	85,4	82	78,8		
Toplam	56	100,0	48	100,0	104	100,0		
Soru. DKT disfajili hastaların tanı ve tedavisinden sorumlu kişiler olduğuna yönelik bilginiz var mı?								
	1-5 yıl		**6 yıl ve üzeri**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	31	55,4	29	60,4	60	57,7	,271	,603
Evet	25	44,6	19	39,6	44	42,3		
Toplam	56	100,0	48	100,0	104	100,0		
Soru. Daha önce DKT bölümüne hasta yönlendirdiniz mi?								
	1-5 yıl		**6 yıl ve üzeri**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	28	50,9	14	31,1	42	42,0	3,987	**,046***
Evet	27	49,1	31	68,9	58	58,0		
Toplam	55	100,0	45	100,0	100	100,0		
Soru. Yutma bozukluğu (disfaji) olan hastalarınızı kime yönlendiriyorsunuz?								
	1-5 yıl		**6 yıl ve üzeri**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Yönlendirmiyorum	29	59,2	27	65,9	56	62,2	,952	,651
Fizyoterapist	12	24,5	8	19,5	20	22,2		
DKT	8	16,2	6	14,6	14	15,6		
Toplam	49	100,0	41	100,0	90	100,0		
Soru. NG-PEG tüpü takılı hastaların oral beslenmeye geçişinde DKT'lerin yardımı olacağını düşünüyor musun?								
	1-5 yıl		**6 yıl ve üzeri**		**Toplam**			
Yanıtlar	***n***		***n***		***n***		***ki-kare***	***p***
Hayır	7	15,2	7	23,3	14	18,4	,796	,372
Evet	39	84,8	23	76,7	62	81,6		
Toplam	46	100,0	30	100,0	76	100,0		

Not*:* * = $p \leq ,05$; ** = $p \leq ,01$; *** = $p \leq ,001$.

DKT'lerin disfajili hastaların tanı ve tedavisinden sorumlu olduğu bilgisine sahip olma açısından deneyim süresinin etkisi oldukça sınırlıdır ve gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($\chi^2 = 0,271$; p = ,603). Bu durum, deneyimin bu alandaki farkındalığı artırmada doğrudan bir belirleyici olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, daha önce DKT'ye

hasta yönlendirme davranışı açısından mesleki deneyim anlamlı bir farklılık yaratmaktadır (χ^2 = 3,987; p = ,046). Altı yıl ve üzeri deneyime sahip hekimlerde yönlendirme oranı daha yüksektir. Bu sonuç, klinik deneyim arttıkça DKT'ye yönlendirme davranışının daha belirgin hale geldiğini göstermektedir. Disfajili hastaların yönlendirildiği uzman türü değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (χ^2 = 0,952; p = ,651). Hem az deneyimli hem de daha deneyimli hekimlerde "yönlendirmiyorum" yanıtı en yüksek oranı oluşturmakta; bunu fizyoterapiste ve en düşük düzeyde DKT'ye yönlendirme izlemektedir. NG-PEG tüpü takılı hastaların oral beslenmeye geçişinde DKT'nin rolüne ilişkin görüşler incelendiğinde de deneyim süresine bağlı anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (χ^2 = 0,796; p = ,372). Her iki deneyim grubunda da DKT desteğinin gerekli olduğunu belirtenlerin oranı yüksek olup benzer düzeydedir.

Sonuç olarak, mesleki deneyimin DKT farkındalığı, bilgi düzeyi ve disfaji yönetimine ilişkin çoğu değişkende anlamlı bir etki oluşturmadığını; ancak deneyimin DKT'ye hasta yönlendirme davranışını anlamlı biçimde etkilediğini göstermektedir.

5 SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1 Sonuç

Bu araştırmanın bulguları, Erzurum ilindeki kamu hastanelerinde görev yapan hekimlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rollerine ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerinin birbirinden belirgin biçimde farklılaştığını ve genel olarak yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Hekimlerin DKT'ye yönelik tutumlarının görece olumlu olmasına rağmen, klinik uygulamalara ilişkin bilgi ve yönlendirme süreçlerinin oldukça sınırlı olduğu görülmüştür.

Araştırmada hekimlerin çoğunluğu, DKT mesleği hakkında genel düzeyde bilgi sahibi olduklarını ifade etmiş; çalışma alanları ve hizmet verilen yaş grupları gibi temel mesleki sınırlara ilişkin farkındalıklarının zaman içinde arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, DKT'lerin yutma terapisindeki özgül rollerine, mesleki yetkinliklerine ve sorumluluk sınırlarına ilişkin bilgi düzeylerinin halen yetersiz olduğu saptanmıştır. Hekimler, yutma terapisi ile tüple beslenen hastaların güvenli oral alıma geçebileceğine dair yüksek bir inanca sahip olsalar da DKT'nin bu süreçteki profesyonel rolünün yeterince bilinmediği anlaşılmıştır.

Dikkat çeken bir diğer bulgu, araştırmanın yürütüldüğü her iki hastanede DKT bulunmasına rağmen hekimlerin büyük bir kısmının bu durumdan haberdar olmamasıdır. Hekimlerin hizmet içi eğitim faaliyetlerinin yetersizliğine işaret etmeleri ve meslekler arası iş birliğinin düşük olmasını DKT'lerin bu alanda yeterince görünür rol üstlenmemesine bağlamaları, kurum içi iletişim ve koordinasyon eksikliklerine işaret etmektedir.

Uygulama süreçleri incelendiğinde; değerlendirme yöntemlerinin, kullanılan araçların, tedavi yaklaşımlarının ve yönlendirme protokollerinin tutarsız ve yetersiz olduğu görülmüştür. Disfajinin doğru tanılanmasında altın standart olarak kabul edilen FEES ve VFSS gibi objektif değerlendirme yöntemlerine ilişkin farkındalık düzeyinin son derece düşük olması, hekimlerin ağırlıklı olarak klinik gözlemler ve hasta öyküsüne dayanan değerlendirme yöntemlerini kullandıklarını göstermiştir. Ayrıca disfajili hastaların DKT'ye yönlendirilme oranının yok denecek kadar düşük olması, hastaların bütüncül ve kanıta dayalı rehabilitasyon hizmetine erişimlerini ciddi biçimde sınırlamaktadır.

Sonuç olarak, bulgular disfaji tanılı hastaların klinik yönetiminde önemli boşluklar bulunduğunu, hekimlerin DKT'lerin yutma terapisindeki rollerine ilişkin eksik bilgi, sınırlı tutum ve yetersiz uygulama davranışları nedeniyle gerekli tedavi hizmetinin sunulmasında aksaklıklar yaşandığını göstermektedir. Buna ek olarak, hekimlerin DKT'lerin bu alandaki sorumluluklarını yeterince üstlenmediklerine yönelik algıları, mesleklerarası iş birliğinin güçlendirilmesine ilişkin önemli bir gereksinime işaret etmektedir.

Bu sonuçlar, hem sağlık kurumlarında DKT'nin rolünün görünür kılınmasına hem de hekim–DKT iş birliğinin yapılandırılmış eğitim ve kurumsal düzenlemelerle güçlendirilmesine ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

5.2 Tartışma

Disfaji, yenidoğan döneminden ileri yaşlara kadar geniş bir yelpazede görülebilen, yönetimi karmaşık ve multidisipliner yaklaşım gerektiren önemli bir klinik durumdur. Sağlık hizmeti sunumunda ilk temas noktası çoğunlukla hekimler olduğu için, olası bir disfajinin erken fark edilmesi, uygun değerlendirme basamaklarına yönlendirilmesi ve tedavi sürecinin doğru şekilde planlanması kritik öneme sahiptir. Bu noktada DKT'ler disfajinin değerlendirilmesi, rehabilitasyonu ve güvenli oral alımın sağlanması süreçlerinde temel profesyonel olarak görev almaktadır. DKT'nin bu alandaki etkin rolü, hem aspirasyon gibi hayati risklerin azaltılması, hem de hastanın yaşam kalitesinin korunması açısından merkezi bir konumda yer almaktadır.

Disfajinin uygun şekilde yönetilemediği durumlarda, aspirasyon pnömonisi riskinde artış, uzamış hastanede yatış süreleri, gereksiz tüple beslenme uygulamaları, malnütrisyon ve genel sağlık maliyetlerinde yükselme vb. sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, disfaji yönetiminde yer alan tüm sağlık profesyonellerinin—özellikle de hekimlerin—DKT'nin görev tanımına, yetkinliklerine ve tedavi basamaklarındaki rolüne ilişkin doğru, güncel ve yeterli bilgiye sahip olmalarını etkili, bütüncül ve güvenli bir tedavi süreci için zorunlu hale getirmektedir.

Bu bağlamda, çalışmanın temel amacı hekimlerin DKT mesleğine ve disfajinin değerlendirilmesi ile yönetimindeki rollerine ilişkin bilgi, tutum ve uygulama düzeylerini ortaya koymak, mevcut durumu bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmek ve sağlık hizmeti sunumundaki olası boşlukları belirlemektir. Araştırmadan elde edilen bulgular,

hekimlerin konuya yönelik farkındalık ve uygulama düzeylerinde belirgin farklılıklar olduğunu, bazı alanlarda olumlu tutumların varlığına karşın özellikle uygulamaya yönelik süreçlerde önemli eksiklikler bulunduğunu göstermektedir. Bu durum, literatürde de vurgulanan MDE yaklaşımının güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Genel olarak, çalışma sonuçları hekimlerin DKT'nin disfajinin yönetimindeki birincil rolüne ilişkin farkındalıklarının artırılmasının, tanı ve tedavi süreçlerinin optimize edilmesi açısından önemli olduğunu göstermektedir. Bu değerlendirme, kurum içi eğitimlerin güçlendirilmesi, meslekler arası iletişimin artırılması ve yapılandırılmış klinik protokollerin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bilgi Düzeyi

Araştırma bulguları, Erzurum ilindeki kamu hastanelerinde görev yapan hekimlerin büyük bir çoğunluğunun (%78,8) DKT mesleği hakkında bilgi sahibi olduğunu düşündüklerini göstermektedir. DKT mesleği hakkındaki genel bilgilere bakıldığında hekimlerin önemli bir kısmı (%80,8), DKT'lerin tüm yaş gruplarına hizmet verdiğini belirttiğini ifade etmiş; %31,7'si de DKT'lerin seçeneklerde belirtilen tüm klinik alanlarda görev yaptığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Ulusal alanyazına bakıldığında çalışmamızın bulguları Bengisu ve Ayyıldız (2020) ve Bengisu ve Derin (2022) tarafından yapılan çalışmaların bulguları ile uyumlu olmakla birlikte geçen zaman içerisinde hekimlerin bilgi düzeyinde artış olduğu görülmektedir. Bengisu ve Derin (2022) yaptıkları çalışmada DKT mesleğinin bilinirliğinin yüksek olduğunu; Bengisu ve Ayyıldız (2020) ise hekimlerin %54,5'inin DKT mesleği hakkında bilgisi olduğunu belirtmiştir. Aynı şekilde bu çalışmalarda DKT'lerin çalışma alanları sorulduğunda Bengisu ve Ayyıldız (2020) hekimlerin %51,5'inin "konuşma bozukluğu-kekemelik" cevabını verdiğini; Bengisu ve Derin (2022) hekimlerin %94,4'ünün "akıcılık bozuklukları" (kekemelik) cevabını verdiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda en yüksek oranla DKT'nin çalışma alanları olarak tüm alanların seçilmiş olması yine geçen zaman içerisinde DKT mesleğinin içeriği hakkında bilgi düzeyinin artmış olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu oranın artmış olması DKT'lerin çocuklarla çalışan bir bölüm olduğu algısının zaman içerisindeki olumlu değişimin göstergesi niteliğini taşımaktadır.

Ayrıca hekimlerin DKT'ye ilişkin bilgilerini en çok lisans eğitimleri sırasında edinmiş olmaları (%50,0), müfredatın içeriğinin bu alanla ilgili temel bir bakış sağladığını göstermektedir. Ancak uygulama prosedürlerine yönelik elde edilen bulgular bize tıp fakültesi müfredatında elde edilen bilgilerin klinik uygulamada yetersiz kaldığını da göstermektedir. Hekimlerin sadece %11'inin çalışma ortamında cevabını vermesi de hastanelerdeki MDE yaklaşımının zayıf olduğunu kanıtlamaktadır.

Çalışmanın ana odağı olan yutma terapisine ilişkin bilgi düzeyi değerlendirildiğinde, hekimlerin yalnızca %42,3'ünün DKT'lerin disfajinin tanı ve tedavisinde aktif rol aldığını belirtmesi, konuya ilişkin farkındalığın sınırlı olduğunu göstermektedir. Ulusal alanyazındaki araştırmalar bu bulguyu destekler niteliktedir. Bengisu ve Ayyıldız (2020), hekimlerin %23,3'ünün; Bengisu ve Derin (2022) ise %50'sinin DKT'lerin yutma terapisindeki rolüne ilişkin bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir. Her ne kadar 2020 sonrası çalışmalar bilgi düzeyinde kademeli bir artışa işaret etse bile mevcut oranların hâlâ optimal düzeyin oldukça altında olduğu söylenebilir.

DKT'nin yutma terapisindeki rolüne ilişkin bilgi düzeyi yalnızca hekimler arasında değil, MDE'nin diğer üyeleri arasında da sınırlı bulunmuştur. Nitekim Acıelma'nın (2022) sağlık profesyonelleriyle yürüttüğü çalışmada, spesifik olarak hekimlerden veri elde edilmemekle birlikte, ekip üyelerinin DKT'nin disfajinin yönetimindeki rolüne ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Savran ve Çiğiltepe (2022), hemşirelerin yalnızca %42,5'inin DKT'nin yutma terapisine ilişkin görevlerine dair bilgi sahibi olduğunu bildirmiştir. Uluslararası literatür de bu tabloyu desteklemektedir. Dawadee ve arkadaşları (2017), hekimlerin bilgi düzeylerini "zayıf" olarak değerlendirmekte; Bakhtiyari ve arkadaşları (2019) da hekimlerin konuya yönelik bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu vurgulamaktadır. Mubeen ve Butt (2014) ise hemşirelerin DKT'nin yutma terapisindeki rolünü yeterince bilmediklerini belirtmiştir. Dolayısıyla hem ulusal hem de uluslararası bulgular, DKT'nin yutma bozukluklarındaki profesyonel rolünün sağlık profesyonelleri tarafından yeterince bilinmediğini ortaya koymaktadır. DKT'nin mesleki sınırları ve disfajili hastalara yönelik müdahale alanları konusunda farkındalığı olmayan bir hekimin, gerekli yönlendirme sürecini başlatmasını beklemek çoğu durumda mümkün görünmemektedir.

Alan yazında dikkat çeken bir diğer bulgu, DKT'nin çalışma alanlarına ilişkin verilen yanıtlar içinde "yutma bozuklukları" maddesinin en düşük oranda belirtiliyor olmasıdır

(Bengisu ve Ayyıldız, 2020; Savran ve Çiğiltepe, 2022). Bu durum, mesleğin ülkemizde gelişen yapısı nedeniyle DKT'nin yutma terapisi rolünün diğer alanlara kıyasla daha az tanındığını düşündürmektedir. Ayrıca bu oran hekimlerin kendilerine başvuran hastaları gerekli yönlendirmeyi yapmadan kendi branşları içinde müdahale ettiklerini veya yutma terapisi gibi rehabilitasyon süreçlerini atladıklarını düşündürmektedir. Alınan bu sonuç aspirasyon riski taşıyan hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetini almaktan mahrum kaldığını ve hekimlerin eğer kendileri müdahalede bulunuyorlarsa da mesleki sınır ihlali yaptıklarını da kanıtlar nitelik taşımaktadır.

Öte yandan bu çalışmada hekimlerin %51,4'ü, DKT'nin disfajiye yönelik kapsamlı değerlendirme, tedavi planlaması, beslenme önerileri ve yutma stratejileri gibi müdahaleleri yürüttüğünü ifade etmiştir. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla uyumluluk gösterse de Acıelma'nın (2022) bulgularıyla çelişmektedir. Acıelma (2022) katılımcıların DKT'nin rolünü daha çok "güvenli oral beslenme konusunda bilgilendirme" ile sınırlı gördüğünü bildirmiştir. Bu farklılık, yıllar içinde hekimler arasında DKT'nin yutma terapisi alanındaki konumuna yönelik farkındalığın arttığına işaret edebilir. Bununla birlikte artışa rağmen mevcut bilgi düzeyinin hâlâ sınırlı olması, mesleki rolün kavranmasında önemli boşluklar bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca eksik bilgi içeren cevaplar hekimlerin disfajinin yönetiminden sorumlu birincil personel olan DKT'leri yardımcı personel olarak gördüklerini de düşündürmektedir.

DKT'nin yutma terapisinde etkili olamayacağını düşünen hekimlerin görüşleri değerlendirildiğinde, bu algının mesleki sınırların ve yutma terapisinin içeriğinin yeterince bilinmemesinden kaynaklandığı söylenebilir. Bu yorum, Dawadee ve arkadaşlarının (2017) çalışmasındaki bulgularla da desteklenmektedir; söz konusu çalışmada hekimlerin %26,47'si DKT'ye yönlendirme yapmama gerekçesi olarak DKT'nin mesleki sınırlarını bilmemelerini göstermiştir. "Yardımcı olabileceklerini düşünmüyorum" cevabı ise hekimlerin güncel sağlık hizmetindeki değişimleri takip etmediklerini, bu bölüm ne kadar yeni olsa dahi DKT'nin klinik sonuçlarıyla yeteri kadar karşılaşmadıklarını düşündürmektedir. Buradaki büyük görevin, mesleki yetkinleri ile hastalara ne kadar faydalı olabildiklerini kanıta dayalı verilerle ilgili bölüm hekimlerine anlatması gereken DKT'ye ait olduğunu da belirtmek gerekmektedir.

Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, hekimlerin DKT'nin genel varlığına ve bazı temel rollerine ilişkin farkındalığa sahip oldukları, ancak yutma bozuklukları

özelindeki mesleki yetkinlikleri büyük ölçüde sınırlı veya yanlış bildikleri sonucuna ulaşılabilir. Bu durum hem disiplinlerarası iletişimi hem de hastaların bütüncül ve kanıta dayalı tedaviye erişimini olumsuz etkileyebilecek kritik bir boşluğa işaret etmektedir.

Tutum

Hekimlerin DKT ile çalışma konusundaki tutumlarının büyük ölçüde olumlu olduğu görülmüştür. Katılımcıların %99,0'ı hastanelerde DKT ile iş birliğinin gerekli olduğunu belirtmiştir. Farpour vd. (2018) yaptıkları çalışmanın bulguları çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Hekimler DKT'yi sistemin bir parçası görüp kendilerine ihtiyaç duyulduğunu belirtseler bile MDE yaklaşımı ve sağlık sisteminin işleyişi nedeniyle pratikte bu ihtiyacı karşılayamadıkları düşünülmektedir. Aynı şekilde hekimlerin büyük çoğunluğu (%81,8) güvenli yutamama nedeniyle yeterli kalori ihtiyacını karşılamak için PEG üpü kullanan hastaların yutma terapisi ile güvenli oral beslenmeye geçebileceğini düşündüğü görülmüştür. Bengisu ve Ayyıldız (2020) çalışmasında elde edilen verilerle çalışmamızın verileri birbirleriyle uyumludur. Yine Bengisu ve Ayyıldız (2020) çalışmasının bulguları ile kendi çalışmamızın bulgularının uyumlu olduğu diğer bir konu da hekimlerin çoğunluğunun PEG tüpü ile beslenmeden yutma terapisi ile güvenli oral beslenmeye geçiş sürecinde DKT'lerin yardımcı olabileceğidir. Bu olumlu tutumun klinik uygulamaya yansıtılmaması, hastalar açısından beklenen yararın ortaya çıkmasını engellemektedir. Hekimin dil ve konuşma terapistinden (DKT) görüş almadan tüple beslenme kararı vermesi, kullanılmayan yutma kaslarında güç ve işlev kaybı gelişme riskini artırabileceği gibi, hastalarda tüp bağımlılığı gelişme olasılığını da yükseltebilir. Bu durum, disfajili bireylerde oral alımın yeniden kazandırılmasına yönelik rehabilitasyon fırsatlarının sınırlanmasına ve uzun dönem fonksiyonel sonuçların olumsuz etkilenmesine yol açabilmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken bir konu ise hekimlerin, DKT'lerin yutma terapisi hakkındaki bilgi düzeylerine kıyasla hekimlerin aynı konu hakkında tutumlarının daha yüksek düzeye sahip olduklarıdır. Elde edilen verilere göre hekimler, tüple beslenmeden güvenli oral beslenmeye geçiş sürecinde DKT'lerin yardımcı olabileceğini düşünseler bile tüpün takılması veya çıkarılması kararında etkili olamayacaklarını düşündükleri görülmüştür. Tüp kullanımının nihai kararı hekimlere ait olmakla birlikte hastanın yutma becerilerinin değerlendirilmesi DKT'lerinin yetki alanı içerisindedir. Bu bulgular DKT'lerin yutma terapisindeki mesleki yetki sınırlarının hekimler tarafından tam olarak anlaşılmadığını göstermektedir.

Hekimlerin büyük çoğunluğu (%87,6) DKT ile diğer meslek grupları arasındaki iş birliğini "yetersiz" olarak değerlendirmiştir. Hekimlerin neredeyse tamamı DKT ile çalışılması gerektiğini belirtmişken DKT'ler ile diğer meslek grupları arasındaki iş birliğinin düşük olmasının nedeninin DKT'lerden kaynaklandığını düşündükleri anlaşılmaktadır. Bu durum hekimler tarafından DKT'lerin konu hakkındaki özgüven ve süreç yönetim becerilerini geliştirmeleri gerektiğini düşündüklerini göstermektedir. Araştırma yapılan her iki hastanede de DKT çalışıyorken hekimlerin yarısından azının DKT varlığını biliyor olmaları ve hekimlerin büyük çoğunluğunun (%93,1), kurumlarında DKT'ler tarafından hizmet içi eğitim çalışmalarının yapılmadığını ifade etmiş olmaları da bu düşünceyi destekler niteliktedir. Elde edilen bulgular, hekimlerin görev yaptıkları kurumda DKT varlığından haberdar olmamalarının yalnızca bireysel bir eksiklikle açıklanamayacağını, aynı zamanda kurum yöneticilerinin de sorumluluğunu içeren sistemsel bir soruna işaret ettiğini göstermektedir. Bu durum, kurum içi yönlendirme mekanizmalarının yeterince yapılandırılmadığını ve disiplinlerarası iletişimin zayıf kaldığını ortaya koymaktadır.

Bununla birlikte, DKT'ler tarafından kurum içi mesleki hizmet eğitimlerinin düzenlenmemiş olması, konuya ilişkin farkındalık düzeyi düşük olan hekimlerin, DKT desteğine gereksinim duyan bir hastayı hangi uzmana ve hangi süreç üzerinden yönlendireceklerini bilememe durumunun sürmesine neden olmaktadır. Bu bulgular, yalnızca bireysel bilgi eksikliğine değil, aynı zamanda kurumsal düzeyde yapılandırılmış bilgilendirme, iş birliği ve yönlendirme protokollerine duyulan gereksinime de işaret etmektedir. Papadopoulou vd. (2024), YBÜ'lerin çoğunda (%75,6) bu alana atanmış bir DKT bulunmadığını belirtmesi çalışmamızın bulguları ile uyumludur.

Uygulama

Çalışmamızda uygulamaya yönelik bulgular da yer almaktadır. Disfajinin değerlendirilmesinde objektif yöntemlerin kullanılması klinik doğruluk açısından kritik öneme sahiptir; ancak hekimlerin %37,5'i kurumlarında böyle bir değerlendirme aracının bulunmadığını, %39,1'i ise mevcut durumdan haberdar olmadığını belirtmiştir. Bu sonuç kurumunda aletsel değerlendirme araçlarının bulunmasından bağımsız hekimlerin bu araç gereçlere ihtiyaç duymadığını ve süreci daha çok aletsel olmayan değerlendirme yöntemleri ile ilerlettiklerini göstermektedir. Gizli aspirasyonun nasıl değerlendirildiğine ilişkin verilen yanıtlar da aynı şekilde hekimlerin büyük ölçüde hasta öyküsü ve klinik

belirtilere dayandığını ortaya koymuştur. Ancak gizli aspirasyonun klinik gözlemle güvenilir şekilde değerlendirilememesi, FEES ve VFSS gibi objektif yöntemlere duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Bu açıdan, hekimlerin görüntüleme yöntemlerine ilişkin farkındalıklarının artırılması gerektiği söylenebilir. Papadopoulou vd. (2024), yaptığı çalışmada değerlendirmelerin en çok aletsel olmayan değerlendirme yöntemleri ile yapıldığını belirtmesi kendi çalışmamızın bulguları ile örtüşmektedir. Aynı şekilde Acıelma (2022), Dawadee vd. (2017), Papadopoulou vd. (2024) ve Sánchez-Sánchez vd. (2021) vb. çalışmalarda elde edilen bulgular da kendi çalışmamızın bulguları ile uyumluluk göstermektedir. Bu bulgular sistemsel eksikliklerin uygulamaları olumsuz etkilediğini ve mortalite gibi ciddi sonuçlara neden olabilecek disfajinin tanı ve tedavisinin oldukça riskli bir alanda yürütüldüğünü göstermektedir.

Çalışmamızda hekimlerin disfajili hastalara yönelik uygulamalarına da yer verilmiştir. Bu bağlamda "hekimlerin disfajili hastaların tanı ve tedavi sürecinde izledikleri yolların dağılımı" incelendiğinde DKT'ye yönlendirme oranının yalnızca %4,76 olduğu; "disfajili hastaları kime yönlendirdikleri" incelendiğin de ise hekimlerin %56,0'sı herhangi bir meslek grubuna yönlendirme yapmadığını ifade etmiş, %14,0'ü dil ve konuşma terapistine yönlendirdiğini bildirmiştir. Acıelma (2022); Bakhtiyari vd. (2019); Farpour vd. (2018); Savran ve Çiğiltepe (2022); Bengisu ve Derin (2022); Dawadee vd. (2017); Kiyani ve Butt (2014); Bengisu ve Ayyıldız (2020) çalışmlarından elde edilen bulgular da çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Bu bulgular, hekimlerin bilgi ve tutum düzeyleriyle kıyaslandığında uygulamaların belirgin şekilde yetersiz kaldığını göstermektedir. Bu durum, disfajili hastaların uygun değerlendirme ve tedavi hizmetlerine ulaşamadığını, bunun sonucunda gereksiz tüp bağımlılığı, aspirasyon riski ve tedavide gecikme vb. olumsuz sonuçlarla karşılaşma potansiyelini arttırdığını düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamızın bulguları dikkatle incelendiğinde farklı sorularda aynı konuya farklı cevaplar alınması katılımcıların sorulara özenle cevap vermediği endişesini beslemektedir. Araştırma yapılan her iki kurumda da DKT varken kurumunda DKT'nin varlığından haberdar olmayan hekimlerin yönlendirme davranışları incelendiğinde, en sık verilen yanıt %19,28 ile "NG/PEG takılması" olmuş, hekimlerin yarısından fazlası hastayı herhangi bir bölüme yönlendirmediğini ifade etmiştir. Bu durum da aynı şekilde hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun müdahaleleri alabilecekleri kurumlara sevk edilmeleri gerekirken bu hizmetten mahrum kalabildiğini göstermektedir.

Sánchez-Sánchez vd. (2021), disfajili hastalarda "pipet veya şırınga" kullanımını önerildiğini belirtmesi hastaların ihtiyacı olan hizmetten mahrum kaldığının göstergesi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda disfajili hastaların DKT'ye yönlendirmede kriterleri incelendiğinde hekimlerin %43,33'ünün "güvenli beslenme becerisinde yetersizliğin var olduğu" durumların aksine "yutamama, yutma fonksiyonu bozukluğu ya da yetersizliği" vb. durumlarda yönlendirme yaptıkları görülmüştür. Oysa DKT'ler için en önemli konulardan güvenli beslenme en önemli müdahale hedeflerindendir.

Oral yolla güvenli beslenemeyen ve ihtiyaç duyulan besin ve sıvıyı karşılayamayan hastalar için başvurulan alternatif yollar mevcuttur. Bunlardan biri NG-PEG gibi tüple beslenme diğeri besinlerin kıvamlarını düzenlemedir. Hekimlere tüp kullanımında dikkat ettikleri kriterler sorulduğunda en sık alınan cevabın %28,85 oranı ile "hastanın beslenme yeterliliğinin değerlendirilmesi" olduğu görülmektedir. Bunu "yutma refleksinin değerlendirilmesi" (%25,00) ve "aspirasyon riski" (%9,62) izlemektedir. Konuya ilişkin DKT görüşünün alınmaması, klinik karar verme sürecinin nesnel değerlendirmelerden ziyade öznel yargılara dayalı olarak yürütüldüğünü düşündürmektedir. Aletsel yutma değerlendirmeleri gerçekleştirilmeden tüp çıkarma kararının verilmesi ise, özellikle gizli aspirasyonun fark edilememesi riskini artırmakta ve buna bağlı olarak aspirasyon pnömonisi ile mortalite olasılığında artışa yol açabilmektedir. Bu durum, disfaji yönetiminde multidisipliner yaklaşımın ve objektif değerlendirme yöntemlerinin klinik karar süreçlerine entegre edilmesinin önemini açık biçimde ortaya koymaktadır. Hastaların kıvam düzenlemesine ilişkin karar süreçlerinde de yalnızca %2,22 oranında DKT görüşü alınması, yutma güvenliğini doğrudan etkileyen önemli bir eksikliktir. Alınan cevaplardan DKT görüşüne başvurulmadığı anlaşılmaktadır. Sánchez-Sánchez vd. (2021), hekimlerin %98,8'i, hastalara verilen "tüm sıvılarda" kıvam arttırıcı kullanılması gerektiğini bildirmiştir. Ancak, hangi kıvamda beslenilmesi gerektiği kararı, DKT tarafından gerçekleştirilen aletsel değerlendirme ile objektif bir sonuca (%17,3) dayanmak yerine, çoğunlukla "hastanın toleransına" (%78,2) göre verildiğini belirtmesi ve Bengisu ve Ayyıldız (2020) çalışmasının bulguları kendi bulgularımızla tutarlılık göstermektedir. DKT tarafından belirlenmesi gereken kişiye özgü kıvam modifikasyonlarının dikkate alınmaması, aspirasyon riskini artırabilecek klinik bir sorun oluşturmaktadır. Bulgular, hayati öneme sahip klinik kararların bazı durumlarda

sistematik ve nesnel değerlendirmelerden ziyade deneme-yanılma yaklaşımıyla verildiğini düşündürmektedir. Dil ve konuşma terapistlerinin (DKT) karar sürecine dahil edilmemesi, disfajili hastalarda uygun rehabilitasyonun gecikmesine bağlı olarak iyileşme sürecinin uzamasına ve aspirasyon, malnütrisyon ve tüp bağımlılığı gibi olası komplikasyonların ortaya çıkma riskinin artmasına yol açabilmektedir. Bu durum, multidisipliner ekip yaklaşımının klinik karar süreçlerine etkin biçimde entegre edilmesinin gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Hekimlerin uygulamalarındaki düşüklüğün nedeni incelendiğinde ise hekimlerin %32,6'sı çalıştıkları bölgede DKT hizmeti bulunmadığını, %27,9'u DKT bölümünü bilmediklerini, %11,6'sı ise hastalarının sosyo-ekonomik düzeyinin bu hizmeti karşılamaya yeterli olmadığını ifade etmiştir. Bu bulgular, hekimlerin önemli bir bölümünün DKT'ye hasta yönlendirme konusunda farkındalık sahibi olduğunu, ancak hizmete erişim ve bilgi eksikliği gibi sistemsel faktörlerin yönlendirmeleri sınırladığını göstermektedir. Sosyoekonomik düzeye atıfta bulunan yanıtlar, bazı hekimlerin yutma terapisini devlet tarafından karşılanan rutin bir sağlık hizmetinden ziyade maliyeti yüksek ve daha çok özel sektöre ait bir uygulama olarak algıladıklarını düşündürmektedir. Bu algı, yutma terapisinin erişilebilirliği ve geri ödeme kapsamına ilişkin bilgi eksikliğinin bulunduğunu göstermekte ve uygun hastaların ilgili hizmetlere yönlendirilmesini olumsuz etkileyebilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Çalışma bulguları, hekimlerin DKT mesleğine yönelik olumlu bir tutuma sahip olmasına karşın bilgi düzeylerinin sınırlı, uygulamalarının ise oldukça yetersiz olduğunu göstermektedir. Chen vd. (2024) çalışmasının bulguları hekimlerin tutumlarının yüksek (%89,7) olmasına rağmen davranışın ise orta düzeyde (%63,7) olması, sistemsel eksikliklere dikkat çekmektedir. Ayrıca halk tarafından DKT'ye yönelik yüksek talep olduğu hekimlerin %60,2'sinin hastalarının kendilerine DKT hakkında danıştıklarını belirtmesinden anlaşılmaktadır. Ancak mevcut bilgi, tutum ve uygulama düzeyleri bu talebi karşılayacak sistematik bir yaklaşımın henüz yeterince oluşmadığını göstermektedir. Hekimlerin büyük çoğunluğunun kurumlarında DKT tarafından hizmet içi eğitim yapılmadığını ifade etmesi, DKT'lerin kurum içi görünürlüğünün düşük olduğunu ve ekip içi iletişimin güçlendirilebileceğini göstermektedir. Bu durum, DKT'lerin mesleki rollerini ve yetki sınırlarını tanıtma konusunda daha aktif rol üstlenmelerinin önemine işaret etmektedir. Bakhtiyari vd. (2019), tarafından yapılan

çalışmanın bulguları disfaji yönetiminde MDE yaklaşımının benimsenilmesi gerektiği sonucunu vurgulamaktadır.

5.3 Öneriler

1. Araştırma kapsamının genişletilmesi ve yöntemsel çeşitliliğin artırılması:

Bu çalışma yalnızca Erzurum ilinde ve iki hastanede yürütüldüğünden, bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Disfajinin ülke genelinde nasıl yönetildiğine ilişkin daha kapsamlı sonuçlara ulaşabilmek için araştırmanın farklı illerde, daha geniş örneklemlerle tekrarlanması önerilir. Ayrıca anketlerde yer alan açık uçlu soruların çoktan seçmeli hâle getirilmesi, hekimlerle derinlemesine görüşmeler yapılması ve araştırmacı gözlemlerinin sürece dâhil edilmesi, hekimlerin bilgi–tutum–uygulama ilişkisini daha bütüncül bir şekilde değerlendirmeye olanak sağlayacaktır.

2. Sağlık sistemi ve kurum temelli farkındalığın geliştirilmesi:

Bulgular, hekimlerin yutma terapisine ilişkin uygulamalarının yetersiz olmasının yalnızca bireysel bilgi eksikliğinden değil, aynı zamanda sistemsel aksaklıklardan kaynaklanabileceğini göstermektedir. Bu nedenle sağlık kurumları ve yöneticilerine yönelik farkındalık artırıcı çalışmalar yürütülmesi, kurumların multidisipliner iş birliğini destekleyen yapı ve süreçler geliştirmesi, disfaji yönetimindeki kurumsal standartların iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

3. Eğitim süreçlerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi:

Hekimlerin önemli bir bölümü DKT mesleğine ilişkin bilgilerini lisans eğitiminde edindiklerini belirtmelerine rağmen, bulgular bilgi düzeyinin eksik ve hatalı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle tıp fakültelerinin müfredatlarında DKT'nin rolü, multidisipliner çalışma modelleri ve disfaji yönetimi konularının ne ölçüde ele alındığının araştırılması ve gerektiğinde güncellenmesi önerilir. Aynı şekilde, DKT'ler tarafından sunulan hizmet içi eğitimlerin geliştirilmesi ve bu eğitimlerin sağlık profesyonellerinin farkındalık düzeyine etkilerinin araştırılması önem taşımaktadır.

4. Klinik uygulamaların güçlendirilmesi ve multidisipliner yapıların desteklenmesi:

Disfaji tanılı hastalarda aletsel değerlendirme (FEES, VFSS), uygun yönlendirme ve müdahale süreçlerinin eksikliği hastalar açısından ciddi riskler oluşturmaktadır. Bu nedenle disfajinin yanlış veya eksik yönetiminin klinik sonuçları üzerine ayrıntılı

çalışmalar yapılması, alternatif beslenme yöntemleri ve tüple beslenmeye ilişkin süreçlerin sistematik olarak izlenmesi önerilir. Ayrıca MDE çalışmasını güçlendirmek amacıyla hastanelerde yutma kliniklerinin kurulması, ekip içi koordinasyonu artırarak daha güvenli ve etkili bir tedavi süreci sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Acielma, E. (2022). Rehabilitasyon hastanesinde çalışan sağlık personellerinin disfaji hakkındaki farkındalıklarının incelenmesi (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.

Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. Içinde Developmental Disabilities Research Reviews (C. 14, Sayı 2, ss. 118-127). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1002/ddrr.17

American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Roles of speech-language pathologists in swallowing and feeding disorders: Position statement [Position Statement]. Retrieved from https://www.asha.org/policy/PS2004-00140/

American Speech-Language-Hearing Association. (2016). Adult dysphagia [Practice portal]. Retrieved from https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/

American Speech-Language-Hearing Association. (2017). Instrumental assessment of swallowing [Position statement].Retrieved from https://www.asha.org/policy/PS2017-00346/

ASHA (American Speech-Language-Hearing Association). (2024). Speech-Language Pathologists as the Preferred Providers for Dysphagia Services. (Erişim adresi: https://www.asha.org/slp/healthcare/speech-language-pathologists-as-the-preferred-providers-for-dysphagia-services/)

Ashley, J., Duggan, M., & Sutcliffe, N. (2006). Speech, Language, and Swallowing Disorders in the Older Adult. Içinde Clinics in Geriatric Medicine (C. 22, Sayı 2, ss. 291-310). https://doi.org/10.1016/j.cger.2005.12.008

Aydın Oral, S., & Erçıktı, H. (2021). Türkiye'de Dil ve Konuşma Terapisi Bilim Dalında Yapılmış Lisansüstü Çalışmaların Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (C. 4, Sayı 2).

Bakhtiyari, J., Ghorbani, R., Salmani, M., Asadi, M., Irani, S., & Esmaeel Abadi, R. (2019). Physicians' Perspective on a Multidisciplinary Approach to Dysphagia

Management. Iranian Journal of Otorhinolaryngology, 31(104), 141–146. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31223592

Baumgartner, C. A., Emily Bewyer, C., Diane Bruner, C., & Baumgartner is Manager, C. A. (2009). Management of Communication and Swallowing in Intensive Care. Içinde AACN Advanced Critical Care (C. 19, Sayı 4).

Bengisu, S., & Ayyıldız, A. (2020). Gastroentereloji Bölüm Hekimleri ve PEG Tüpü Takılmış Hasta Yakınlarının Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Bozukluğundaki Rolüne İlişkin Farkındalığının Belirlenmesi. Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi (DKYAD), 3(2), 175-193.

Bengisu, S., & Derin, D. (2022). Hemşirelerin ve Doktorların Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Bozukluğundaki Rolüne İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi. Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi (DKYAD), 5(2), 123-149.

Bostan, F., Çekin, A. H., Çalışkan, A. R., Uyar, S., & Harmandar, F. A. (2019). Beslenme desteğine yeni başlanan hastaları nazogastrik sondayla taburcu etmek uygun bir yaklaşım mı? Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 18(2), 64-66. https://doi.org/10.17941/agd.619163

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2018). Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara, Pegem Akademi.

Büyüköztürk, Ş. (2024). Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Akademi.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2014, 13 Ağustos). Nasogastric feeding tubes versus percutaneous endoscopic gastrostomy for patients with head or neck cancer: A review of clinical effectiveness and guidelines (Rapid Response Report: Summary with Critical Appraisal). Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK253809/

Carnaby-Mann, G. D., & Crary, M. A. (2010). McNeill Dysphagia Therapy Program: A Case-Control Study. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 91(5), 743-749. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.01.013

Ch, M., Ashraf, A., Mansoor, M., & Shaukat, M. (2023). Awareness and knowledge of speech-language pathologists regarding pediatric feeding disorders. The Therapıst (Journal of Therapies and Rehabilitation Sciences), 4(3), 18-22. https://doi.org/10.54393/tt.v4i03.159

Chen, J., Ye, W., Zheng, X., Wu, W., Chen, Y., & Chen, Y. (2024). Predictors of medical staff's knowledge, attitudes and behavior of dysphagia assessment: A cross-sectional study. PLoS ONE, 19(4 April). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301770

Chou, Y., Wang, L. W., Lin, C. J., Wang, L. Y., Tsai, W. H., & Ko, M. J. (2023). Evaluation of feeding difficulties using videofluoroscopic swallow study and swallowing therapy in infants and children. Pediatrics and Neonatology, 64(5), 547-553. https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2022.11.010

Ciucci, M., Hoffmeister, J., & Wheeler-Hegland, K. (2019). Management of dysphagia in acquired and progressive neurologic conditions. Seminars in Speech and Language, 40(3), 203-212. https://doi.org/10.1055/s-0039-1688981

Clark, S., & Ebersole, B. (2018). Understanding the role of speech language pathologists in managing dysphagia. Nursing, 48(12), 42-46. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000547723.69610.20

Clarke, P., Radford, K., Coffey, M., & Stewart, M. (2016). Speech and swallow rehabilitation in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. The Journal of laryngology and otology, 130(S2), S176-S180. https://doi.org/10.1017/s0022215116000608

Cook, I. J. (2008). Diagnostic evaluation of dysphagia. Içinde Nature Clinical Practice Gastroenterology and Hepatology (C. 5, Sayı 7, ss. 393-403). https://doi.org/10.1038/ncpgasthep1153

Çelik, J. B., Sizer, Ç., Yosunkaya, A., & Küçükkartallar, T. (2009). Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) Deneyimlerimiz: 68 Olgu Nedeni İle. Selçuk Tıp Dergisi, 25, 37–42.

Çiyiltepe, M. M. (Ed.). (2020). Pediatriden geriatriye yutma bozuklukları. Tıbbi Yayınlar Merkezi.

Daniels, S. K., & Huckabee, M.-L. (2014). Dysphagia following stroke (2. baskı). Plural Publishing.

Dawadee, P., Shrestha, S., & Bhattarai, B. (2017). Role of Speech Language Pathologist In Assessment And Management Of Dysphagia Perspective From A Developing Country. Nepalese Journal of ENT Head & Neck Surgery, 8(1), 16-20. https://doi.org/10.52229/ajahs.v6i2.1179

Dewan, K., Clarke, J. O., Kamal, A. N., Nandwani, M., & Starmer, H. M. (2021). Patient Reported Outcomes and Objective Swallowing Assessments in a Multidisciplinary Dysphagia Clinic. Laryngoscope, 131(5), 1088-1094. https://doi.org/10.1002/lary.29194

Doan, T. N., Ho, W. C., Wang, L. H., Chang, F. C., Nhu, N. T., & Chou, L. W. (2022). Prevalence and Methods for Assessment of Oropharyngeal Dysphagia in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Içinde Journal of Clinical Medicine (C. 11, Sayı 9). MDPI. https://doi.org/10.3390/jcm11092605

Marinschek, S., Dunitz-Scheer, M., Pahsini, K., Geher, B., & Scheer, P. (2014). Weaning children off enteral nutrition by netcoaching versus onsite treatment: A comparative study. Journal of Paediatrics and Child Health, 50(11), 902-907. https://doi.org/10.1111/jpc.12662

Engh, M. C. N., & Speyer, R. (2022). Management of Dysphagia in Nursing Homes: A National Survey. Dysphagia, 37(2), 266-276. https://doi.org/10.1007/s00455-021-10275-7

Erdem, D., Albayrak, D., Akan, B., Bağubek, A., & Göğüş, N. (2009). Reanimasyon kliniğinde izlenen hastalarda perkütan endoskopik gastrostomi uygulamaları. Van Tıp Dergisi, 16(1), 10–13.

Espitalier, F., Fanous, A., Aviv, J., Bassiouny, S., Desuter, G., Nerurkar, N., Postma, G., & Crevier-Buchman, L. (2018). International consensus (ICON) on assessment of oropharyngeal dysphagia. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases, 135(1), S17-S21. https://doi.org/10.1016/j.anorl.2017.12.009

Farpour, S., Farpour, H. R., Smithard, D., Kardeh, B., Ghazaei, F., & Zafarghasempour, M. (2019). Dysphagia Management in Iran: Knowledge, Attitude and Practice of Healthcare Providers. Dysphagia, 34(1), 105-111. https://doi.org/10.1007/s00455-018-9919-2

Felix, C. C., Joseph, M. E., & Daniels, S. K. (2019). Clinical decision making in patients with stroke-related dysphagia. Seminars in Speech and Language, 40(3), 188-202. https://doi.org/10.1055/s-0039-1688815

Garcia, J. M., Chambers, E., & Molander, M. (2005). Thickened Liquids. American Journal of Speech-Language Pathology, 14(1), 4-13. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005/003)

Ginnelly, A., & Greenwood, N. (2016). Screening adult patients with a tracheostomy tube for dysphagia: A mixed-methods study of practice in the UK. International Journal of Language and Communication Disorders, 51(3), 285-295. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12205

Giraldo-Cadavid, L. F., Leal-Leaño, L. R., Leon-Basantes, G. A., Bastidas, A. R., Garcia, R., Ovalle, S., & Abondano-Garavito, J. E. (2017). Accuracy of endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing for oropharyngeal dysphagia. Laryngoscope, 127(9), 2002-2010. https://doi.org/10.1002/lary.26419

Noë, S., Goeleven, A., Brouwers, H., Meurrens, T., Cock, A. De, Kos, D., & Vanhaecht, K. (2021). Training for Caregivers and Compliance with Dysphagia Recommendations in a Tertiary Multiple Sclerosis Rehabilitation Center. International Journal of MS Care, 23(5), 223-228. https://doi.org/10.7224/1537-2073.2020-019

Govender, R., Gilbody, N., Simson, G., Haag, R., Robertson, C., & Stuart, E. (2024). Post-Radiotherapy Dysphagia in Head and Neck Cancer: Current Management by Speech-Language Pathologists. Current Treatment Options in Oncology, 25(6), 703-718. https://doi.org/10.1007/s11864-024-01198-0

Hansen, K., Chenoweth, M., Thompson, H., & Strouss, A. (2018). Role of the Speech-Language Pathologist (SLP) in the Head and Neck Cancer Team. Içinde Cancer Treatment and Research (C. 174, ss. 31-42). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-65421-8_3

Heckathorn, D. E., Speyer, R., Taylor, J., & Cordier, R. (2016). Systematic Review: Non-Instrumental Swallowing and Feeding Assessments in Pediatrics. Içinde Dysphagia (C. 31, Sayı 1, ss. 1-23). Springer New York LLC. https://doi.org/10.1007/s00455-015-9667-5

Hegland, K. W., & Murry, T. (2013). Nonsurgical treatment: Swallowing rehabilitation. Içinde Otolaryngologic Clinics of North America (C. 46, Sayı 6, ss. 1073-1085). https://doi.org/10.1016/j.otc.2013.08.003

Helldén, J., Bergström, L., & Karlsson, S. (2018). Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management–a qualitative study. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 13(sup1). https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1522194

Hinchey, J. A., Shephard, T., Furie, K., Smith, D., Wang, D., & Tonn, S. (2005). Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. Stroke, 36(9), 1972-1976. https://doi.org/10.1161/01.STR.0000177529.86868.8d

Holmes, S. (2004). Enteral feeding and percutaneous endoscopic gastrostomy. Nursing Standard, 18(20), 41-43. https://doi.org/10.7748/ns2004.01.18.20.41.c3536

Hutchins, T. L., Gerety, K. W., & Mulligan, M. (2011). Dysphagia management: A survey of school-based speech-language pathologists in Vermont. Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 42(2), 194-203. https://doi.org/10.1044/0161-1461(2011/10-0057)

Johnson, K. L., Speirs, L., Mitchell, A., Przybyl, H., Anderson, D., Manos, B., Schaenzer, A. T., & Winchester, K. (2018). Validation of a postextubation dysphagia screening tool for patients after prolonged endotracheal intubation. American Journal of Critical Care, 27(2), 89-96. https://doi.org/10.4037/ajcc2018483

Karabulut, S. (2023). Beyin sapı enfarktı olan hastalarda manuel yutma rehabilitasyonu (Yüksek lisans tezi, Kapadokya Üniversitesi).

Karasar, N. (2005). Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler. Nobel Yayın Dağıtım.

Khan, M. A., Moazzam, M., Qamar, R., Shehzad, A., Fatima, W., & Hassan, S. B. (2021). Assessment of awareness among speech and language pathology regarding dysphagia. Journal of allied health sciences, 6(2), 03–08.

Kiyani, S. A., & Kamal Butt, A. (2014). Dysphagia; Awareness & Knowledge of Medical Practitioners and Understanding of Role of SLP in its Assessment & Management. https://doi.org/10.18203/2349-3259.ijfcm20193138

Koçak, A. N., Bengisu, S., & Altundağ, M. B. (2022). Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yatak Başı Yutma Değerlendirmesine Yönelik Bilgilerinin İncelenmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Ankara Health Sciences), 11(2), 228-240. https://doi.org/10.46971/ausbid.1111230

Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P., & Goday, P. S. (2021). Pediatric Feeding Disorder: A Nationwide Prevalence Study. The Journal of Pediatrics, 228, 126–131.e3. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047

Kruger, D. (2014). Assessing esophageal dysphagia. Journal of the American Academy of Physician Assistants, 27(5), 23-30. https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000446227.85554.fb

Lawlor, C. M., & Choi, S. (2020). Diagnosis and Management of Pediatric Dysphagia: A Review. Içinde JAMA Otolaryngology - Head and Neck Surgery (C. 146, Sayı 2, ss. 183-191). American Medical Association. https://doi.org/10.1001/jamaoto.2019.3622

Lefton-Greif, M. A., & Arvedson, J. C. (2016). Pediatric Feeding/Swallowing: Yesterday, Today, and Tomorrow. Seminars in Speech and Language, 37(4), 298-309. https://doi.org/10.1055/s-0036-1587702

Luo, C. R., Wei, J. Y., & Zhang, X. M. (2022). A multicenter cross-sectional survey of the knowledge, attitudes, and practices of geriatric nurses regarding dysphagia care. Annals of Palliative Medicine, 11(1), 16-25. https://doi.org/10.21037/apm-21-3672

Martin-Harris, B., & Jones, B. (2008). The Videofluorographic Swallowing Study. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 19(4), 769–785. https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.004

Martino, R., Beaton, D., & Diamant, N. E. (2010). Perceptions of psychological issues related to dysphagia differ in acute and chronic patients. Dysphagia, 25(1), 26–34. https://doi.org/10.1007/s00455-009-9225-0

Matsuo, K., & Palmer, J. B. (2008). Anatomy and Physiology of Feeding and Swallowing: Normal and Abnormal. Içinde Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America (C. 19, Sayı 4, ss. 691-707). https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.001

McAllister, S., Kruger, S., Doeltgen, S., & Tyler-Boltrek, E. (2016). Implications of Variability in Clinical Bedside Swallowing Assessment Practices by Speech Language Pathologists. Dysphagia, 31(5), 650-662. https://doi.org/10.1007/s00455-016-9724-8

McCarty, E. B., & Chao, T. N. (2021). Dysphagia and Swallowing Disorders. Içinde Medical Clinics of North America (C. 105, Sayı 5, ss. 939-954). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.05.013

Meister, K. D., Okland, T., Johnson, A., Galera, R., Ayoub, N., & Sidell, D. R. (2020). Static endoscopic swallow evaluation in children. Laryngoscope, 130(6), 1590-1594. https://doi.org/10.1002/lary.28263

Miles, A., & Allen, J. E. (2015). Management of oropharyngeal neurogenic dysphagia in adults. Içinde Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery (C. 23, Sayı 6, ss. 433-439). Lippincott Williams and Wilkins. https://doi.org/10.1097/MOO.0000000000000206

Mittal, R., Mishra, A., & Nilakantan, A. (2015). Therapeutic interventions by speech language pathologist in managing adult dysphagia: An evidence based review. Journal of Laryngology and Voice, 5(1), 11. https://doi.org/10.4103/2230-9748.172105

Mubeen, R., & Kamal Butt, A. (t.y.). Knowledge of Dysphagia, It's Screening among Nurses and Awareness of Role of Speech and Language Pathologist in Dysphagia.

Nakao-Kato, M., & Rathore, F. A. (2023). An Overview of the Management and Rehabilitation of Dysphagia. Içinde Journal of the Pakistan Medical Association (C. 73, Sayı 8, ss. 1749-1752). Pakistan Medical Association. https://doi.org/10.47391/JPMA.23-61

Nugent, B., Lewis, S., & O'Sullivan, J. M. (2013). Enteral feeding methods for nutritional management in patients with head and neck cancers being treated with radiotherapy and/or chemotherapy. Içinde Cochrane Database of Systematic Reviews (C. 2013, Sayı 1). John Wiley and Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007904.pub3

Odderson, I. R., Keaton, J. C., & McKenna, B. S. (1995). Swallow management in patients on an acute stroke pathway: Quality is cost effective. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 76(12), 1130-1133. https://doi.org/10.1016/S0003-9993(95)80121-9

Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. Içinde Journal of the American Medical Directors Association (C. 18, Sayı 7, ss. 576-582). Elsevier Inc. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015

Panebianco, M., Marchese-Ragona, R., Masiero, S., & Restivo, D. A. (2020). Dysphagia in neurological diseases: a literature review. Içinde Neurological Sciences (C. 41, Sayı 11, ss. 3067-3073). Springer-Verlag Italia s.r.l. https://doi.org/10.1007/s10072-020-04495-2

Papadopoulou, S. L., Kitsanou, E., Brahimi, E., Papathanakos, G., Andrianopoulos, I., Theodorou, S. J., Koulouras, V., & Ziavra, N. (2024). Evaluation and Treatment of Dysphagia in Public and Private Intensive Care Units (ICUs) in Greece. International Archives of Otorhinolaryngology, 28(01), e30-e41. https://doi.org/10.1055/s-0043-1767676

Rahnemai-Azar, A. A., Rahnemaiazar, A. A., Naghshizadian, R., Kurtz, A., & Farkas, D. T. (2014). Percutaneous endoscopic gastrostomy: Indications, technique,

complications and management. World Journal of Gastroenterology, 20(24), 7739-7751. https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i24.7739

Rajati, F., Ahmadi, N., Naghibzadeh, Z. A. sadat, & Kazeminia, M. (2022). The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis. Içinde Journal of Translational Medicine (C. 20, Sayı 1). BioMed Central Ltd. https://doi.org/10.1186/s12967-022-03380-0

The Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT). (2014). Dysphagia Training and Competency Framework. (Erişim adresi: https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/dysphagia-training-and-competency-framework-2014-pdf.pdf)

Reynolds, J., Carroll, S., & Sturdivant, C. (2016). Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing: A multidisciplinary alternative for assessment of infants with Dysphagia in the neonatal intensive care unit. Advances in Neonatal Care, 16(1), 37-43. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000245

Rommel, N., & Hamdy, S. (2016). Oropharyngeal dysphagia: Manifestations and diagnosis. Içinde Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology (C. 13, Sayı 1, ss. 49-59). Nature Publishing Group. https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.199

Rosenvinge, S. K., & Starke, I. D. (2005). Improving care for patients with dysphagia. Age and Ageing, 34(6), 587-593. https://doi.org/10.1093/ageing/afi187

Ruscello, D. M. (2015). The Role of the Speech-Language Pathologist in Managing Dysphagia in the Elderly. Journal of Gerontology & Geriatric Research, 04(02). https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000213

Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. (2014). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 29007, 22 Mayıs 2014). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19696&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Sasegbon, A., & Hamdy, S. (2017). The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. Içinde Neurogastroenterology and

Motility (C. 29, Sayı 11). Blackwell Publishing Ltd. https://doi.org/10.1111/nmo.13100

Savran, M. & Çiyiltepe, M. (2022). Yutma rehabilitasyonunda diyetisyenlerin dil ve konuşma terapistlerinin rolüne ilişkin farkındalığı. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, *5*(3), 294-321. https://doi.org/10.58563/dkyad-2022.53.4

Schindler, A., Baijens, L. W. J., Geneid, A., & Pizzorni, N. (2022). Phoniatricians and otorhinolaryngologists approaching oropharyngeal dysphagia: an update on FEES. Içinde European Archives of Oto-Rhino-Laryngology (C. 279, Sayı 6, ss. 2727-2742). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. https://doi.org/10.1007/s00405-021-07161-1

Smukalla, S. M., Dimitrova, I., Feintuch, J. M., & Khan, A. (2017). Dysphagia in the Elderly. Current Treatment Options in Gastroenterology, 15(3), 382-396. https://doi.org/10.1007/s11938-017-0144-0

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G. D., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. Clinical Interventions in Aging, 7, 287–298. https://doi.org/10.2147/CIA.S23404

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. (1928). *T.C. Resmî Gazete* (Sayı: 863, 14 Nisan 1928). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf

Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. Dysphagia, 31(3), 434-441. https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9

Tuncay, F., Taşbaş, Ö., Borman, P., Geçene, M., & Coşkun, Ö. (2011). Akut dönemde inme hastalarının yutma fonksiyonlarının yatak başı klinik değerlendirilmesi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi, 14(1), 33-38.

Ueda, A., & Nohara, K. (2025). Swallowing rehabilitation in aspiration pneumonia: A scoping review of compensatory strategies and exercise training effectiveness.

Içinde Journal of General and Family Medicine. John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1002/jgf2.70047

Wang, J., Liu, M., Liu, C., Ye, Y., & Huang, G. (2014). Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for patients with head and neck cancer: A systematic review. Journal of Radiation Research, 55(3), 559-567. https://doi.org/10.1093/jrr/rrt144

Wilkinson, J. M., Codipilly, C., & Wilfahrt, R. P. (2021). Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management (C. 103, Sayı 2). www.aafp.org/afp

Wilson, J. J., Simmons, A. K., & McCarthy, J. H. (2020). Pediatric Dysphagia: Survey Results Describing Speech-Language Pathologists' Education and Experience. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 5, 236–245. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00016

Wirth, R., Dziewas, R., Beck, A. M., Clavé, P., Hamdy, S., Heppner, H. J., Langmore, S., Leischker, A. H., Martino, R., Pluschinski, P., Rösler, A., Shaker, R., Warnecke, T., Sieber, C. C., & Volkert, D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: A review and summary of an international expert meeting. Clinical Interventions in Aging, 11, 189-208. https://doi.org/10.2147/CIA.S97481

Yang, Z. C., Yong, Z. Z., Hua, L., & Chun Li, W. (2023). Superiority of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Over Nasogastric Feeding for Stroke-Induced Severe Dysphagia: A Comparative Study. Medical Science Monitor, 29. https://doi.org/10.12659/MSM.940613

Yi, Q. L., Mao, L. Y., Li, W. Y., Shen, F., Liao, Z. F., Huang, H. S., & Li, L. (2024). The perceptions and experiences of caregivers of patients with dysphagia: A qualitative meta-synthesis. Içinde Nursing Open (C. 11, Sayı 9). John Wiley and Sons Inc. https://doi.org/10.1002/nop2.2223

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2022). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (14. baskı). Seçkin Yayıncılık.

Yükseköğretim Kurulu. (2018). Dil ve Konuşma Terapisi Alanı Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (DKT–UÇEP).

https://egitim.yok.gov.tr/documentFiles/17594056261.Dil%20ve%20Konuşma%20Terapisi%20Ulusal%20Çekirdek%20Eğitim%20Programı.pdf

Zancan, M., Luchesi, K. F., Mituuti, C. T., & Furkim, A. M. (2017). Onset locations of the pharyngeal phase of swallowing: Meta-analysis. CODAS, 29(2). https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016067

Zerbib, F., & Omari, T. (2015). Oesophageal dysphagia: Manifestations and diagnosis. Içinde Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology (C. 12, Sayı 6, ss. 322-331). Nature Publishing Group. https://doi.org/10.1038/nrgastro.2014.195

Zhang, Y., Gong, Z., Cai, J., Yu, W., Dai, Y., & Wang, H. (2025). Incidence of dysphagia-related safety incidents in older adults across feeding methods: A systematic review and meta-analysis. Içinde Journal of Nutrition, Health and Aging (C. 29, Sayı 5). Elsevier B.V. https://doi.org/10.1016/j.jnha.2025.100522

EKLER

EK-1 Etik Kurul Belgesi



Evrak Kayıt Tarihi: 15.04.2025	Protokol No: 878567	Tarih: 30.04.2025

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU
KARAR BELGESİ

ÇALIŞMANIN TÜRÜ:	Yüksek Lisans Tez Çalışması
KONU:	Sağlık Bilimleri
BAŞLIK:	Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Terapisindeki Rolleri Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi Erzurum Örneklemi
PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:	Dr. Öğr. Üyesi Merve NUR SARIYER
TEZ YAZARI:	Sümeyye KOCAMAN
ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:	-
KARAR:	Olumlu

Prof.Dr. Nalan GÜNDOĞDU KARABURUN
(Başkan-Eczacılık Fak.)

Prof.Dr. Gülşen AKALIN ÇİFTÇİ *(Başkan Yardımcısı-Eczacılık Fak.)*	**Prof.Dr. Betül DEMİRCİ** *(Eczacılık Fak.)*
Prof.Dr. Müzeyyen DEMİREL *(Eczacılık Fak.)*	**Prof.Dr. Leyla YURTTAŞ** *(Eczacılık Fak.)*
Prof.Dr. Elçin TADIHAN OZKAN *(Sağlık Bilimleri Fak.)*	**Prof.Dr. Ozlem ATLI EKLİOĞLU** *(Eczacılık Fak.)*

EK-2 Başlık Değişikliği Hakkında Etik Taahhütnamesi

30/04/2025 tarih ve 878567 sayılı Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu kararı ile çalışmalarına başlanan "Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Terapisindeki Rolleri Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi Erzurum Örneklemi" başlıklı tez çalışmasının başlığı "Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Terapisindeki Rolleri Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi: Erzurum İli Örneklemi" olarak değiştirilmiştir. İşbu tezin araştırma modeli/deseni, araştırmanın evren ve örneklem/çalışma grubu, veri toplama araçları, veri toplama süreçleri vb. parametrelerinde herhangi bir değişiklik yapılmadığını beyan ve taahhüt ederiz. (10/02/2026)

Sümeyye KOCAMAN	*Dr. Öğr. Üyesi Merve Nur SARIYER TEMELLİ*

EK-3 Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni

Gelen Evrak Tarih ve Sayısı: 01.08.2025-922597

T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-53180894-604.01-283727577
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri / Sümeyye KOCAMAN

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

(Genel Sekreterlik)
(Yazı İşleri Müdürlüğü)

İlgi : 29.07.2025 tarihli ve 63784619-929.001.001-E.921511 sayılı yazınız.

İlgi'de kayıtlı yazıda Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Ana Bilim Dalı Dil ve Konuşma Terapisi Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sümeyye KOCAMAN tarafından *"Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Terapisindeki Rolleri Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi Erzurum Örneklemi"* başlıklı araştırmayı Erzurum Şehir Hastanesinde yapabilmek için Müdürlüğümüze izin talebiniz iletilmiştir.

Yapılan değerlendirmeler doğrultusunda çalışmanızın adı geçen kurumda yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuş olup çalışmanız esnasında etik kurallara uymanız, kurum kişi ve mahremiyetine uygun hareket etmeniz önem arz etmektedir. Adı geçen çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan toplam iki (2) nüsha hazırlanarak Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılara hassasiyet gösterilmesi hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

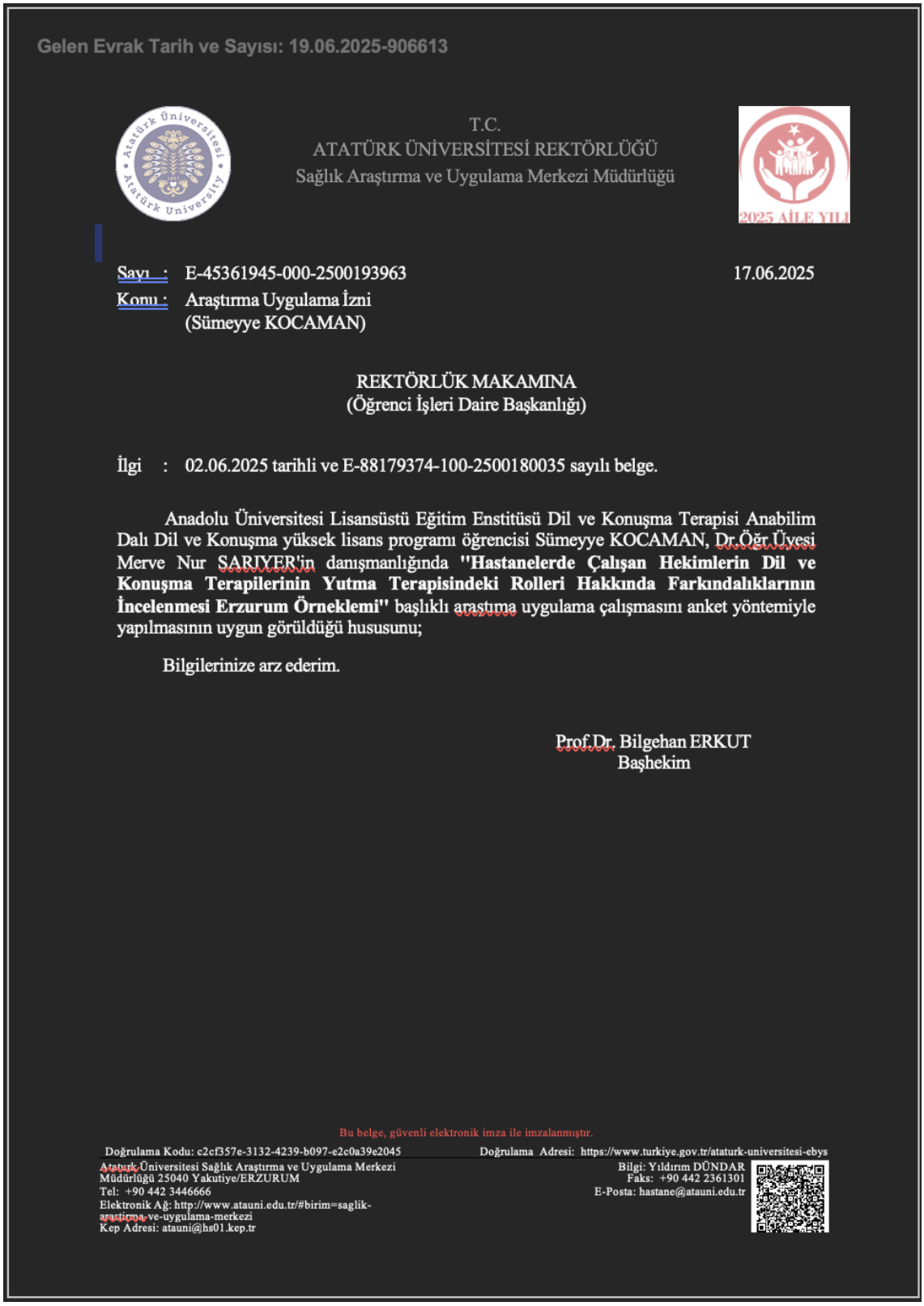
Didem DİNÇ ÖZAY
Vali a.
Vali Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 6C395BE3-B90E-4074-9D77-E1CAA5552718

Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

EK-4 Erzurum Atatürk Üniversitesi Hastanesi Araştırma İzni



Gelen Evrak Tarih ve Sayısı: 19.06.2025-906613

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

2025 AİLE YILI

Sayı : E-45361945-000-2500193963 17.06.2025
Konu : Araştırma Uygulama İzni
(Sümeyye KOCAMAN)

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 02.06.2025 tarihli ve E-88179374-100-2500180035 sayılı belge.

Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı Dil ve Konuşma yüksek lisans programı öğrencisi Sümeyye KOCAMAN, Dr.Öğr.Üyesi Merve Nur SARIYER'in danışmanlığında **"Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapilerinin Yutma Terapisindeki Rolleri Hakkında Farkındalıklarının İncelenmesi Erzurum Örneklemi"** başlıklı araştırma uygulama çalışmasını anket yöntemiyle yapılmasının uygun görüldüğü hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Bilgehan ERKUT
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: c2cf357e-3132-4239-b097-e2c0a39e2045 Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/ataturk-universitesi-ebys

Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Müdürlüğü 25040 Yakutiye/ERZURUM
Tel: +90 442 3446666
Elektronik Ağ: http://www.atauni.edu.tr/#birim=saglik-arastirma-ve-uygulama-merkezi
Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Yıldırım DÜNDAR
Faks: +90 442 2361301
E-Posta: hastane@atauni.edu.tr

EK-5 Gönüllü Katılım Onam Formu

Bu tez çalışması, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Merve Nur SARIYER danışmanlığında, Yüksek lisans öğrencisi Sümeyye KOCAMAN tarafından yürütülmektedir. Araştırmacı T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapmaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda Bengisu ve arkadaşları tarafından yapılan "Hemşirelerin ve Doktorların Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Bozukluğundaki Rolüne İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi" isimli çalışmalarında kullandıkları 'Doktor Farkındalık Anketi' isimli anket revize edilerek kullanılacaktır. Anket kullanımı için izin alınmıştır. Anket Erzurum ilinde kamu hastanelerinde çalışan (+5/-5) 95 hekime çevrimiçi olarak ulaştırılacaktır. Anketin cevaplanması ortalama 5-7 dakika arasında sürecektir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kullanılan veriler gizli tutulmakla birlikte verilerin toplanması esnasında sizlere rahatsızlık verebilecek herhangi bir durum ve olayla karşılaşmayacaksınız. Çalışmadan istediğiniz her an ayrılabilecek ve ayrıldığınız takdirde size ait olan veriler çalışmadan çıkarılacak ve yok edilecektir.

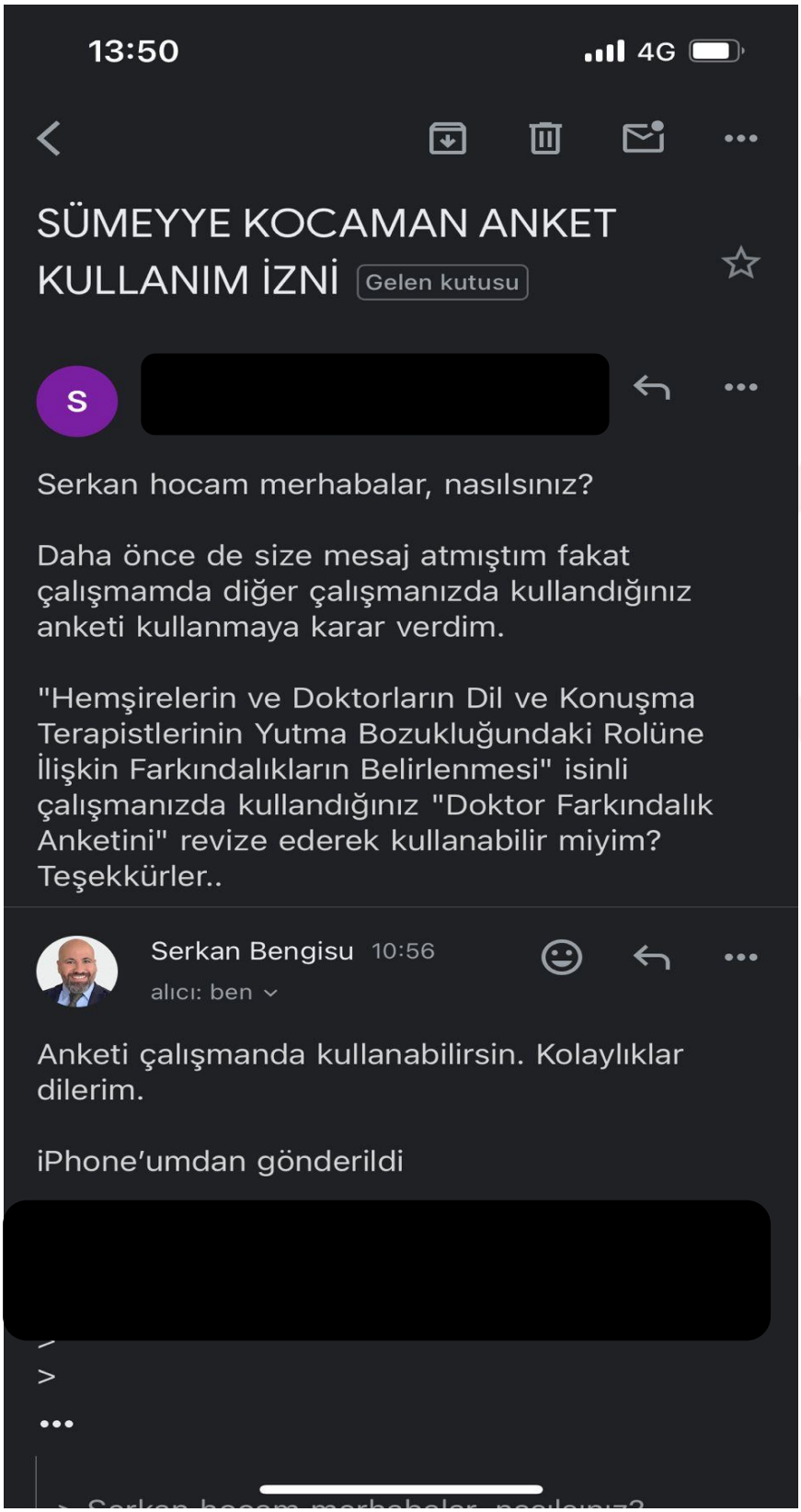
Katılmam istenen çalışmanın amacını ve veri toplama sürecinde üzerime düşen görevleri, çalışmadan istediğim zaman sorun yaşamadan ayrılabileceğimi anladım. Elde edilen verilerin kişisel bilgilerim kullanılmadan bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılmasını, çalışmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Merve Nur SARIYER
Anadolu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü
Tlf:

KATILIMCI
Tlf:

ARAŞTIRMACI
Sümeyye KOCAMAN
T.C. Sağlık Bakanlığı
Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü
Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi
Tlf:

EK-6 Anket Kullanım İzni



EK-7 Veri Toplama Aracı

HASTANELERDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN DİL VE KONUŞMA TERAPİSTLERİNİN YUTMA TERAPİSİNDEKİ ROLLERİ HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ ANKETİ

Bu anket Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü tezli yüksek lisans öğrencilerinden Sümeyye KOCAMAN & Dr. Öğretim Üyesi Merve Nur SARIYER danışmanlığında "Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Dil ve Konuşma Terapistlerinin Yutma Terapisindeki Rolleri Hakkındaki Farkındalıklarının İncelenmesi Erzurum Örneklemi" başlıklı yaptıkları çalışma amaçlı veri toplama aracı olarak kullanılacaktır.

Yapacağımız bu çalışma Erzurum ilinde kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin disfaji tanılı hastalarının tanı ve tedavilerinde dil ve konuşma terapistlerinin rollerinin farkındalıklarını ortaya koyma ihtiyacı temelinde tasarlanmıştır. Dil ve konuşma terapisi bölümünün ülkemizde yeni bir alan olması, terapistlerin kamu hastanelerindeki çalışma geçmişlerinin az olması; büyük bir hasta popülasyonuna sahip Erzurum ilinde hizmet veren hekimlerin dil ve konuşma terapistlerinin yutma terapilerindeki rolleri hakkında yeterli farkındalıklarının olmadıkları, bu durumun disfaji tanılı hastaların gerekli değerlendirme ve tedaviyi almalarını aksattığını düşündürmüştür. Çalışmanın amacı yukarıda anlatılanlar doğrultusunda hastanelerde çalışan hekimlerin dil ve konuşma terapistlerinin yutma terapisindeki rolleri hakkındaki farkındalıklarını inceleyip çalışmanın neticesinde eksik kalan konuları ortaya koyarak alınan hizmetin iyileştirilmesidir.

Bu tez çalışması, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Merve Nur SARIYER danışmanlığında, Yüksek lisans öğrencisi Sümeyye KOCAMAN tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı doğrultusunda Bengisu ve arkadaşları tarafından yapılan "Hemşirelerin ve Doktorların Dil ve Konuşma Terapistlerin Yutma Bozukluğundaki Rolüne İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi" isimli çalışmalarında kullandıkları 'Doktor Farkındalık Anketi' isimli anket revize edilerek kullanılacaktır. Anket kullanımı için izin alınmıştır. Anket Erzurum ilinde kamu hastanelerinde çalışan (+5/-5) 95 hekime çevrimiçi olarak ulaştırılacaktır. Anketin cevaplanması ortalama 5-7 dakika arasında sürecektir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kullanılan veriler gizli tutulmakla birlikte verilerin toplanması esnasında sizlere rahatsızlık verebilecek herhangi bir durum ve olayla karşılaşmayacaksınız. Çalışmadan istediğiniz her an ayrılabilecek ve ayrıldığınız takdirde size ait olan veriler çalışmadan çıkarılacak ve yok edilecektir.

Katılmam istenen çalışmanın amacını ve veri toplama sürecinde üzerime düşen görevleri, çalışmadan istediğim zaman sorun yaşamadan ayrılabileceğimi anladım. Elde edilen verilerin kişisel bilgilerim kullanılmadan bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılmasını, çalışmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

◯ KABU EDİYORUM ◯ KABUL ETMİYORUM

ANKET SORULARI

Cinsiyetiniz

- **Kadın**
- **Erkek**

Yaşınız

Nerede çalışıyorsunuz?

Devlet Hastanesi Üniversite Hastanesi

Hangi alanda hekimlik yapmaktasınız?

Kaç yıldır alanda hekim olarak çalışmaktasınız?

Mesleki ünvanınız nedir?

Çalıştığınız kurumda dil ve konuşma terapisti var mı?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

7. soruya cevabınız evet ise kurumunuzdaki dil ve konuşma terapisti sayısı kaçtır?

---

8. Hastanenizde çalışmakta olan dil ve konuşma terapistleri tarafından kendi çalışma alanları ya da dil ve konuşma terapistlerinin disfajideki rolleri ile alakalı seminer, broşür vb. şekillerde bilgilendirme çalışmaları yapılmış mıdır?

◯ Evet ◯ Hayır

9. Dil ve konuşma terapisi mesleği hakkında bilginiz var mı?

◯ Evet ◯ Hayır

10. soruya evet cevabını verdiyseniz dil ve konuşma terapisi mesleği hakkında bilgileri nereden edindiniz?

◯ Lisans eğitimi

◯ Çalışma ortamı

◯ Hastalar aracılığıyla

◯ Diğer...

11. Sizce dil ve konuşma terapistleri hangi yaş aralığında tanı koyar ve terapi yapar?

◯ Bütün yaş grupları

◯ Çocuklarla

◯ Yetişkinlerle

◯ Yaşlı popülasyonla

12. Dil ve konuşma terapistlerinin hangi alanda çalıştığını düşünmektesiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

◯ Konuşma sesi bozuklukları

◯ Akıcılık bozuklukları (kekemelik, hızlı bozuk konuşma)

◯ Gecikmiş dil ve konuşma

◯ Ses bozuklukları (modül, polip, vb..)

◯ Yutma bozuklukları

◯ Edinilmiş dil bozuklukları (afazi vb..)

13. Dil ve konuşma terapistlerinin disfaji tanılı hastaların tanı ve tedavisinden sorumlu kişiler olduğuna yönelik bilginiz var mı?

◯ Evet ◯ Hayır

14.soruya evet cevabını verdiyseniz dil ve konuşma terapistlerinin yutmanın hangi aşamasında sorun yaşayan disfaji tanılı hastalarla çalıştıklarını düşünüyorsunuz?

◯ Sadece oral faz

◯ Sadece farengeal faz

◯ Oral ve farengeal faz

◯ Bütün fazlar (Oral-Farengeal-Özofageal)

15. Dil ve konuşma terapistlerinin disfaji tanılı hastaların üzerinde ne tür müdahalelerde bulunduklarını düşünüyorsunuz?

◯ Videofloroskopi, FETÇ gibi aletsel yöntemlerle yutma değerlendirmesi yaparak disfaji türünü belirler.

◯ Yatakbaşı değerlendirmeler gibi aletsel olmayan yöntemlerle değerlendirme yaparak disfaji türünü belirler.

◯ Hastanın nasıl besleneceğine ve hangi kıvamda besin alacağına karar verir.

◯ Hastanın daha rahat yutması için çeşitli pozisyon ve yutma stratejileri uygular.

◯ Hepsi.

16. Hastanede dil ve konuşma terapisti ile birlikte çalışmanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?

◯ Evet ◯ Hayır

17. Daha önce dil ve konuşma terapisi bölümüne hasta yönlendirdiniz mi?

◯ Evet ◯ Hayır

18. soruya cevabınız "Evet" ise yanıtlayınız. Hangi alan/alanlarla ilgili hasta yönlendirdiniz (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

◯ Ses bozuklukları (nodül, polip, kisti vb..)

◯ Yutma bozuklukları

◯ Konuşma sesi bozuklukları (artikülasyon bozuklukları)

◯ Akıcılık bozuklukları (Kekemelik vb..)

◯ Edinilmiş dil bozuklukları (Kekemelik vb)

◯ Dudak-damak yarıklıkları

◯ Gecikmiş dil ve konuşma

◯ Diğer

19. soruya yanıtız "Hayır" ise yanıtlayınız. Daha önce dil ve konuşma terapisi bölümüne hasta yönlendirmemenizin nedeni nedir?

◯ Çalıştığım bölgede dil ve konuşma terapisi hizmeti yok

◯ Çalıştığım bölgedeki hastaların sosyo-ekonomik düzeyi dil ve konuşma terapisi hizmetini karşılamaya yeterli değil

◯ Dil ve konuşma terapisini gerekli görmüyorum

◯ Dil ve konuşma terapisi bölümünü bilmediğim için

◯ Diğer ..

20. Daha önce hastalarınızdan dil ve konuşma terapisi hakkında size danışanlar oldu mu?

◯ Evet ◯ Hayır

21. Disfaji tanılı hastalar hasta yükünüzün yüzde kaçını oluşturur?

◯ %0-%25

◯ %26-%50

◯ %51-%75

◯ %76-%100

22. Yutma bozukluğu (disfaji) olan hastalarınızı kime yönlendiriyorsunuz?

◯ Fizyoterapist

◯ Odyolog

Dil ve Konuşma Terapisti

Hiçbiri ..

23. soruya cevabınız "Dil ve konuşma Terapisti" ise disfaji tanılı hastalarınızı dil ve konuşma terapisine yönlendirme kriterleriniz nelerdir?

---

24. Disfaji tanılı hastaların tanı ve tedavisinde dil ve konuşma terapisti ile diğer meslek grupları arasındaki iş birliğinin az olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

25. soruya cevabınız "Evet" ise bunun sebebi sizce ne olabilir?

Dil ve konuşma terapistleri disfaji alanında kendilerini yetersiz görüyorlar

Gerekli olduğunu düşünmüyorum

Çalışılan kurumda tanı ve tedavi için gerekli alet ve materyaller bulunmamaktadır

Diğer ..

26. Kurumunuzda disfajinin aletsel değerlendirilmesi için herhangi bir değerlendirme aracınız var mı? Varsa bunlar nelerdir?

---

27. Hastalarda gözlenebilecek olası gizli aspirasyonu nasıl değerlendiriyorsunuz?

---

28. Disfaji tanılı hastaların tanı ve tedavisinde izlediğiniz yol nedir?

---

29. Dil ve konuşma terapisi bölümüne yönlendirilemeyen disfaji tanılı hastasının tanı ve tedavisinde nasıl bir yol izliyorsunuz?

---

30. Sizce PEG tüpü takılan hastalar yutma terapisi ile oral beslenmeye geçebilir mi?

◯ Evet ◯ Hayır

31. Dil ve konuşma terapistinin bu konuda yardımcı olabileceğini düşünüyor musunuz?

◯ Evet ◯ Hayır

32. soruya cevabınız "Hayır" ise neden yardımcı olamayacağını düşünüyorsunuz?

---

33. Dil ve konuşma terapisti hastaya tüp (NG-PEG) takılması kararını verebilir mi?

◯ Evet ◯ Hayır

34. soruya cevabınız "Hayır" ise tüp (NG-PEG) takılıp-çıkarma kararını verirken dikkat etiğiniz kriterler nelerdir?

---

35. Sizce NG ne kadar süre alternatif nütrisyon için uygundur?

---

36. Disfaji tanılı hastalarınızın hangi kıvamda beslenebileceklerine nasıl karar veriyorsunuz?

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı **:** Sümeyye Kocaman

Eğitim Bilgileri

Lisans Mezuniyeti: Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü

Eğitimler: DIR Floortime 201 Uygulayıcısı 12.01.2020

PROMPT Klinisyeni Şubat 2020

ODİST – ODMP Uygulayıcısı Mart 2023