

Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNE YÖNELİK "İNMELİ HASTALAR İÇİN EVDE BAKIM KONTROL LİSTESİ" OLUŞTURULMASI

DR ESRA MERCAN

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2018



Tıp Fakültesi

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNE YÖNELİK "İNMELİ HASTALAR İÇİN EVDE BAKIM KONTROL LİSTESİ" OLUŞTURULMASI

DR ESRA MERCAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: DOÇ DR MEMNUNE ÇİĞDEM APAYDIN KAYA

İSTANBUL 2018

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **V**

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ ..... **Vİ**

KISALTMALAR ..... **Vİİ**

ÖZET **1**

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT) **3**

1.GİRİŞ VE AMAÇ **5**

2.GENEL BİLGİLER **7**

2.1.İNME 7

2.1.1. İnme ve Aile Hekimliği 7

2.1.1.1. Birinci basamak yönetimi 8

2.1.1.2. Kişi merkezli bakım 9

2.1.1.3. Özgün problem çözme becerileri 9

2.1.1.4. Kapsamlı yaklaşım 9

2.1.1.5.Toplum yönelimli olma 10

2.1.1.6. Bütüncül yaklaşım 10

2.1.2. İnme Profilaksisi ve Aile Hekimliği 10

2.2. EVDE BAKIM 11

2.2.1.Ülkemizde ve Dünyada Evde Bakım 12

2.2.2.Aile Hekimliği ve Evde Bakım 14

2.2.3.İnme ve Evde Bakım 16

2.2.4.İnme Takibinde Kullanılan Araçlar 16

2.3. KONTROL LİSTESİ GELİŞTİRME YÖNTEMLERİ 17

2.3.1.Delphi Tekniği 17

2.3.1.1.Delphi Tekniğinin Temel Özellikleri 18

2.3.1.2. Delphi Tekniğinin Uygulanması 19

2.3.1.3. Modifiye Delphi Tekniği 19

3.GEREÇ VE YÖNTEM **20**

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ 20

3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 20

3.3.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ 20

3.4.ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ 21
3.5.ARAŞTIRMADAN HARİÇ TUTULMA VE ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA ÖLÇÜTLERİ 21
3.6.ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE ARAŞTIRMANIN AKIŞI 21
ŞEKİL 2: ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI 22
3.6.1.Modifiye Delphi Tekniği Birinci Aşama 22
3.6.1.1.İnmeli hastaların müdahale alanlarının ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının belirlenmesi: 22
3.6.1.2.Literatür taraması: 23
3.6.1.3.Atölye çalışması: 23
3.6.2.Delphi Tekniği İkinci Aşama 24
3.6.3.İstatistik 25
3.7. AYDINLATILMIŞ ONAM VE ETİK KURUL 26
4. BULGULAR 27
4.1. BİRİNCİ AŞAMA 27
Evde Bakım Hizmeti Almak için Başvuran İnme Geçirmiş Hastaların Öncelikli Müdahale alanları ve Bakım Verenlerin İhtiyaçları 27
Atölye Çalışması: 30
4.2.İKİNCİ AŞAMA 31
4.2.1. Delphi Tekniği Birinci Tur 31
4.2.2. Delphi Tekniği İkinci Tur 32
4.TARTIŞMA 43
4.1.ÇALIŞMANIN ZAYIF YANLARI 46
4.2.ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI 47
5.SONUÇ VE ÖNERİLER 48
KAYNAKLAR 49
EKLER 58

ÖNSÖZ

Öğrencisi olmaktan gurur duyduğum ve başladığım ilk günden beri verdiği uzmanlık eğitiminden dolayı ayrıcalıklı hissettiğim Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na; başta tezimin her aşamasında maddi/manevi destek veren ve bana yol gösteren tez danışmanım değerli hocam sayın Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya'ya; hepsinin ayrı ayrı engin bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım bölüm hocalarım Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, sayın Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye, sayın Prof. Dr. Pemra Ünalan'a ve sayın Prof. Dr. Mehmet Akman'a,

Her daim samimi ve sıcak bir çalışma ortamı sağlayan Aile Hekimliği Polikliniği çalışanlarına,

Tez verilerini toplamamda büyük emeği olan asistan arkadaşım Dr. Merve Kurtoğlu'na,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan büyük zevk aldığım, bana her konuda destek olan, tez konusu seçmemde dahi etkili olacak şekilde bir bütünün parçası hissettiren Evde Sağlık Birimi çalışanları sevgili Ömer Şermet'e, Nagehan Öztürk'e ve Tuba Kaya Çapraz'a,

İyi ve kötü günde benden dostluklarını ve muhabbetlerini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma,

Beni bu yaşa getiren; sevgiyle, fedakarlıklarla ve emekle büyüten; tüm yaşamım boyunca yanımda olan canım annem ve babama,

Hayatta daimî destekçilerim olan; dertlerimi, sıkıntılarımı, yüklerimi paylaşan, mutluluğuma mutluluk katan abim Ali, ablam Dilek ve küçüğümüz Ayşe'ye,

Hayatıma girdiği ilk günden beri anlayışı ile yanımda olan, tez döneminde de desteğini esirgemeyen sevgili müstakbel eşim Engin'e,

Ruhu ruhuma değen tüm dostlarıma ve kitaplarıma,

Sonsuz teşekkürler.

Dr. Esra Mercan

Ekim 2018

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1: Evde sağlık hizmetlerine başvuru sebepleri

Tablo 2: MNA-sf'a göre hastaların malnutrisyon durumu

Tablo 3: Bakım verenin en çok zorlandığı alanlar

Tablo 4: Atölye çalışmasında çalışılan konular

Tablo 5: Birinci turda uzlaşma sağlanamayan maddeler

Tablo 6: İlk turda uzlaşma sağlanamayan maddelerin 2. Turdaki istatistikleri

Tablo 7: İlk turda uzlaşma sağlanan, 2. turda uzlaşmanın ortadan kalktığı maddeler

Tablo 8: İkinci tur sonucunda uzlaşma sağlanan maddeler

Tablo 9: Aile hekimlerine yönelik evde bakım kontrol listesi

Şekil 1: Aile hekimliği disiplini ve çekirdek yeterlilikler

Şekil 2: Araştırmanın akış şeması

KISALTMALAR

AF: Atrial Fibrilasyon

DALY: Disability Adjusted Life Years

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DVT: Derin Ven Trombozu

EKG: Elektrokardiyogram

FAC: Funcitonal Ambulation Classification

FTR: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

INR: İnternational Normalized Ratio

LDL: Low Density Lipoprotein

MNA: Mini Nutritional Assessment

MNA-sf: Mini Nutritional Assessment Short Form

N: Number

PEG: Perkütan Endoskopik Gastrostomi

PROM: Patient Related Outcome Measure

PSC: Poststroke Checklist

SIS: Six Item Screener

TUP; Time up and go test

WONCA: World Organisation of Family Doctors

WSO: World Stroke Organisation

ÖZET

Aile Hekimlerine Yönelik "İnmeli Hastalar İçin Evde Bakım Kontrol Listesi" Oluşturulması

Giriş ve Amaç: İnme, morbidite ve uzun dönem sakatlığın önde gelen nedenlerinden biridir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de inme görülme sıklığı artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün 2015 yılında yayımladığı Yaşlılık ve Sağlık raporuna göre 60 yaş üstü insan nüfusunun 2050 yılında iki kat artması beklenmektedir. Ülkemizde de yaşlı nüfusu her sene artış göstermektedir. İnme ve yaşlılıktaki bu artış evde bakımda inmeli hastalarla daha sık karşılaşılacağını göstermektedir. Evde bakıma başvuran inme hastalarının sıklığının fazla olması ve konu ile ilgili standart bakım rehberlerinin olmaması, mevcut olanların daha çok hastane takibine yönelik olması ve standart bakım kriterlerinin olmaması nedeni ile aile hekimleri için evde bakım kalitesini geliştirmeye yönelik hasta merkezli bir kontrol listesi oluşturulması önemlidir. Bunun için bu çalışma ile inme geçirmiş hastaların evde bakımında Aile Hekimlerinin müdahale alanlarının belirlenmesi ve inme bakım kalitesini geliştirmek için aile hekimlerine yönelik "İnmeli Hastalar İçin Evde Bakım Kontrol Listesi" oluşturulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik nitelikle bir araştırmadır. Yöntem olarak Modifiye Delphi Tekniği kullanılmıştır. Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama 3 adımdır. İlk adımda Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Evde Bakım birimine ilk kez başvuran inmeli hastaların müdahale alanları ve bakım verenlerin ihtiyaçları belirlenmiştir. İkinci adımda literatür taraması yapılmış ve son adımda inme alanında uzman hekimlerle bir atölye çalışması düzenlenerek 102 maddelik prototip kontrol listesi oluşturulmuştur. İkinci aşamada 2 tur Delphi Tekniği uygulanmıştır. Bunun için ilk aşama sonucundan çıkan prototip kontrol listesi inmeli hastalara hizmet veren 16 sağlık profesyoneline e-posta yoluyla gönderilmiştir. Sağlık profesyonellerinden her bir maddeyi 1'den 5'e kadar önemlilik derecesine göre işaretlemeleri istenmiştir. İkinci turda da aynı kontrol listesi istatistiksel analizi ve bir önceki verilen cevaplarlarla tekrar gönderilmiştir. İkinci tur

sonunda maddeler arasında uzlaşı olup olmadığına bakılmıştır. Uzlaşı için ölçekler arası genişlik esas alınmıştır. Uzlaşı sağlanan maddeler gruplandırılarak kontrol listesi oluşturulmuştur.

Bulgular: Atölye çalışmasında; inmeli hastaların müdahale alanları ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının araştırıldığı ilk adımdan çıkan veriler ve literatür gözden geçirilerek 102 maddelik prototip bir kontrol listesi oluşturulmuştur. İkinci aşamanın ilk turunda 102 maddelik kontrol listesinin 86'sında uzlaşı sağlanmıştır. İkinci turda uzlaşı sağlanan madde sayısı 93'e yükselmiştir. Maddeler arası tutarlık için Cronbach alfa bakılmış ve değeri 0,93 bulunmuştur. İkinci tur sonunda uzlaşı sağlanan maddeler, hastanın son durumunun değerlendirilmesi ve fizik muayene; risklerin saptanması bakım veren ve bakım verilen ortam ile plan başlıkları altında 4 ana grupta toplanmıştır.

Sonuç: Çalışmanın, aile hekimlerine yönelik inmeli hastalar için kullanılmak üzere ilk evde bakım kontrol listesi olması nedeniyle bu alandaki boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Kontrol listesinin kullanılabilirliğini değerlendirmek için ileri araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: inme, inme sonrası bakım, kontrol listesi, aile hekimliği, evde bakım, Delphi

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

Post Stroke Home Care Checklist For Family Physicians

Introduction and Objective: Stroke is one of the leading causes of morbidity and long-term disability. The incidence of stroke is increasing in our country as in the world. According to the World Report on Ageing and Health published by the World Health Organization in 2015, the population of people over 60 is expected to double in 2050. The elderly population in our country also increases every year. This increase in stroke and ageing shows that stroke patients will be more frequent in home care. It is important to create a patient-centered checklist for family physicians to improve the quality of home care, as the frequency of stroke patients in home care is high and there are no standard care guidelines on the subject, the existing ones are mostly for hospital follow-up and there are no standard care criteria. In this study, it was aimed to determine the intervention areas of the family physicians in the home care of stroke patients and to establish the Post-Stroke Home Care Checklist for the family physicians to improve the quality of stroke care.

Materials and Methods: This is a descriptive study. Modified Delphi technique was used as the method. The study consists of two stages. The first stage is 3 steps. In the first step, the intervention areas of stroke patients and the needs of caregivers were determined for the first time in Marmara University Medical Faculty Hospital Home Care Unit. In the second step, a literature review was carried out and a workshop was conducted with specialist physicians in the stroke area and a 102-item prototype checklist was created. In the second step, literature review was done. In the last step, a workshop was organized with specialist physicians in the stroke area and a 102-item prototype checklist was created.

In the second stage, 2 tour Delphi technique was applied. The prototype checklist from the first stage result was sent to 16 healthcare professionals serving stroke patients via e-mail. Health professionals were asked to mark each substance

according to their importance from 1 to 5 according to their importance. In the second round, the same checklist was sent back with statistical analysis and the answers given earlier. At the end of the second round, looked at whether there was a compromise between the items. The consensus was based on the interquartile range. A checklist was created by grouping the items that were reconciled.

Findings: In the workshop; The data from the first step of the investigation of the intervention areas of stroke patients and the needs of the caregivers and the literature are reviewed. A 102-item prototype checklist was created. In the first round, 86 of the 102-item checklist was reached. The number of items provided for reconciliation in the second round increased to 93. The Cronbach alpha for the inter-item consistency was found to be 0.93. At the end of the second round, items of compromise is collected in 4 main groups; evaluation of the final status of the patient and physical examination, the identification of risks, caregiver and care environment and plan.

Conclusion: It is thought that this study will fill the gap in this area because it is the first post-stroke home care checklist for family physicians. Further research is needed to assess the availability of the checklist.

Keywords: stroke, post-stroke care, checklist, family medicine, home care, Delphi

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre inme tüm dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır.[1] Aynı verilere göre 2000 yılından 2016 yılına kadar inme sebebiyle ölümler artış göstermektedir. Ülkemizde de 2000 yılında 14 152 kişi serebrovasküler hastalıklardan ölürken bu rakam 2016 yılında 38 395'tir.[2]

DSÖ'nün 2015 yılında yayımladığı Yaşlılık ve Sağlık raporuna göre 60 yaş üstü insan nüfusunun 2050 yılında iki kat artması beklenmektedir.[3] Ülkemizde de yaşlı nüfusu giderek artmaktadır. [4] Ülkemizde serebrovasküler hastalık sıklığı da artmaktadır.[4] Yaşlılıktaki ve serebrovasküler hastalık sıklığındaki bu artış; birinci basamakta inme hastalarıyla daha sık karşılaşılacağını göstermektedir.

Aile hekimliğinin temellerini oluşturan; hasta merkezli yaklaşım, sürekli ve iş birliğine dayalı koordineli bakım ve kapsayıcı yaklaşım evde bakım hizmetinin gerekliliklerindendir. Bu nedenle Aile hekimliği pratiğinin ayrılmaz parçalarından birisi de evde bakımdır.[5] Aile hekimleri; aile, toplum ve kültür bağlamında, bireye evinde veya yaşadığı ortamda sağlık hizmeti vererek evde bakım hizmetini yürütürler. Evde bakımın amacı; bireyin sağlığını, fonksiyonlarını ve konforunu yeniden sağlamak, sürdürmek ve en üst seviyeye ulaşmasını sağlamak için gerekli donanım ve hizmetlerin bireyin evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır.[6]

Yaşlı hastaların veya bağımlılık oranı yüksek hastaların hastaneye başvurusu hasta transferi açısından güç bir durumdur. Aynı zamanda bu hastalar hastaneye başvuruda enfeksiyon riskiyle karşı karşıya kalırlar. Son yıllarda hastane yatışlarının artması[4] taburculuğu hızlandırmaktadır. Tüm bu nedenler ve taburcu olan hastaların iyilik hallerinin devamı evde bakıma olan ilgiyi giderek artırmaktadır.

Ülkemizde evde bakım; üzerinde çalışma yapılmaya başlanan yeni bir alandır ve uzmanlığı tanımlanmamıştır. Ağırlıklı olarak hastane evde bakım birimleri ile birinci basamak kamu ve özel sağlık kurumlarınca yürütülmektedir. Evde bakıma başvuran inme hastalarının sıklığının fazla olması ve konu ile ilgili standart bakım rehberlerinin olmaması, mevcut olanların daha çok hastane takibine yönelik olması

ve standart bakım kriterlerinin olmaması nedeni ile aile hekimleri için evde bakım kalitesini geliştirmeye yönelik hasta merkezli bir kontrol listesi oluşturulması önemlidir.

Bu araştırmanın amacı; İnme geçirmiş hastaların evde bakımında Aile Hekimlerinin müdahale alanlarının belirlenmesi ve inme bakım kalitesini geliştirmek için aile hekimlerine yönelik "İnmeli Hastalar İçin Evde Bakım Kontrol Listesi" oluşturulmasıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.İNME

İnme, morbidite ve uzun dönem sakatlığın önde gelen nedenlerinden biridir. Türkiye'de yapılan Küresel Hastalık Yükü Çalışması'na göre 2002 yılı ile 2016 yılları arasında Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Years; DALY) değeri %47,9 ile en çok artış gösteren serebrovasküler hastalıklardır.[4]

İnme, oluşum şekli göz önünde bulundurularak iki ana gruba ayrılır: tromboz, emboli veya sistemik hipoperfüzyonun sebep olduğu iskemi ve intraserebral veya subaraknoid kanama gibi nedenlere bağlı gelişen hemoraji. Küresel iskemik inme insidansı %68 iken, hemorajik inme insidansı %32'dir.[7] Her iki tipte de inme; fiziksel, mental ve emosyonel kayıplara neden olabildiği için inmeli hastaların bakımının bütüncül, kapsamlı ve sürekli olması gerekmektedir. Bu yaklaşım Aile hekimliği disiplinin ana ilkelerini de oluşturmaktadır. Bu nedenle inmenin başta primer, sekonder ve tersiyer koruması olmak üzere inme yönetiminin tüm aşamalarında aile hekimleri rol almaktadır.

2.1.1. İnme ve Aile Hekimliği

Her sağlık durumunda olduğu gibi birinci basamakta, inmeye yaklaşımda Aile Hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri ile hareket edilmektedir. Dünya Aile Hekimliği Birliği (World Organisation of Family Doctors-WONCA) 2002 yılında aile hekimliği kavramını ve aile hekimliği disiplinini tanımlamıştır. Bu tanımlara göre aile hekimliği/ genel pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımı, direkt olarak genel pratisyen/ Aile Hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikleri sağlamalıdır. Çekirdek yeterlilikler, uygulandığı sağlık sistemine bakılmaksızın disiplin için gerekli olan anlamı taşır. Aile hekimliği disiplinini tanımlayan 11 temel özellik, bir aile hekiminin uzmanlaşmasının gerektiği yeteneklerdir.[8] Bunlar 6 çekirdek yeterlilikte toplanır:

1. Birinci basamak yönetimi

2. Kişi merkezli bakım

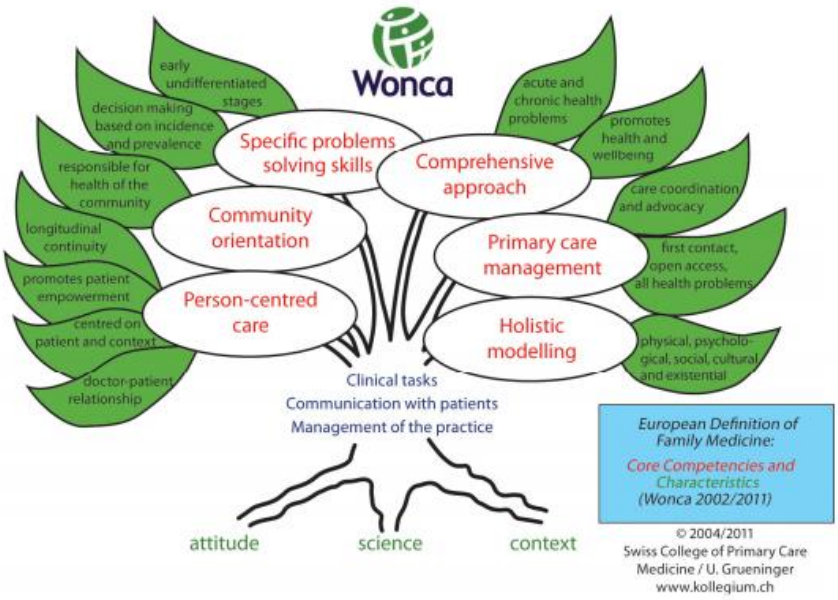
3. Özgün problem çözme becerileri

4. Kapsamlı yaklaşım

5. Toplum yönelimli olma

6. Bütüncül yaklaşım

Aile hekimliği disiplini ve çekirdek yeterlilikleri gösteren WONCA ağacı **Şekil 1**'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Aile hekimliği disiplini ve çekirdek yeterlilikler

2.1.1.1. Birinci basamak yönetimi

Aile hekimi birinci basamakta hastalarla ilk teması yönetebilme yetisine sahip olmalıdır. İlk temasta gerekli olan tüm sağlık durumları ile ilgilenebilme ve birinci basamaktaki diğer hizmetleri hasta için ulaşılabilir hale getirmesi birinci basamak yönetimi için önemlidir. Bunun için de etkili ve amacına uygun sağlık hizmeti sunar.

İnme hastaları taburculuk sonrasında takip ve tedavi sürekliliği devam etmesi gerekmektedir. Bu hastalar taburculuk sonrası uygun bir koordinasyon ile kendi aile hekimi tarafından takip edilmektedir. Aile hekimi; akut, subakut veya kronik bir inme hastası için gerekli olan tüm sağlık sorunlarını belirler ve gerekli olan hizmeti hastaya ulaşılabilir hale getirmeye çabalar.

2.1.1.2. Kişi merkezli bakım

Aile hekimi, bireyi hasta merkezli değerlendirir. Hastanın sağlık sorunlarını bu sorunların önceliklerini hastanın yaşantısı ve yaşadığı koşullar bağlamında değerlendirir. Hasta ile koordineli, ortak hareket eder.

Aile hekimi inmeli hastaları poliklinik ortamında ve gerektiğinde ev ziyaretleri düzenleyerek değerlendirir. Hastanın bağımlılığını, ek hastalıklarını, kullandığı ilaçlar ve etkileşimlerini, kullandığı yardımcı cihazları, bakım vereni, bakım verenin eğitimini hasta odaklı değerlendirir. Hasta, bakım veren ve hekim ortaklığı çerçevesinde hastanın önceliklerine göre bakım planı belirler.

2.1.1.3. Özgün problem çözme becerileri

Birinci basamak hekimliği düşük prevalans hekimliğidir. Aile hekimi rahatsızlıkları toplumdaki prevalans ve insidansla ilişkilendirerek hareket eder. Karşılaştığı sorunlara karşı yeni çözümler üretebilme, gerektiğinde acil müdahale edebilme ve bu sorunları yönetebilme yetilerini içerir.

Aile hekimi inmeli hastaların yaşayabileceği sorunları öngörür, beklenmeyen sorunlarda gerektiğinde araştırma yapar ve yeni çözüm yöntemleri geliştirmeye çabalar. Tekrarlayan inme ataklarının önlenmesi için gerekli önlemlere hasta ile birlikte karar verir. Yeni gelişen bir atak gibi acil durumlarda gerekli koordinasyonu sağlar.

2.1.1.4. Kapsamlı yaklaşım

Birden çok hastalığı, hastanın akut ve kronik sağlık sorunlarını eş zamanlı olarak yönetebilme yetisini içerir. Hastalık durumunu iyileştirme ve iyiliği sürdürebilme için gerekli stratejileri oluşturabilme esasına dayanır. Bunun için gerekli olan korunma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyonu sağlar ve koordine eder.

Aile hekimi inmeli hastanın evinin veya yaşadığı ortamın bakıma uygunluğunu bakım kalitesini yükseltmek adına değerlendirir. Aşı gibi korunmaya yönelik önlemler alır. İnmeli bir hastanın; fiziksel ve ruhsal rehabilitasyonu, konuşma ve uğraşı terapisi veya palyasyon gibi ihtiyacı olan hizmetler için hastayı ve hasta yakınlarını yönlendirir. Tedavi ve bakımını planlar, gerektiğinde diğer branşlara konsulte eder veya sevkini sağlar.

2.1.1.5.Toplum yönelimli olma

Toplumun sağlığı için özel sorumluluk üstlenir ve hastaların yanında toplumun çıkarını da gözetir. Hastaların ve toplumun sağlık gereksinimleri arasında var olan kaynaklarla denge kurabilme yetisini içerir.

İnmeli hastaların toplumda sık görüldüğünü bilerek var olan kaynakların ve zamanın toplumda diğer sık görülen hastalıklarla eşit ve uygun kullanımına dikkat eder.

2.1.1.6. Bütüncül yaklaşım

Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır.

İnmeli hastaları sadece fiziksel kayıpları üzerinden değil; sosyal, kültürel, ruhsal ve inanç boyutuyla ele alır. Eve bağımlı bir inmeli hastayı psikososyal kayıpları üzerinden de değerlendirir. Aile ve toplum içindeki inmeli hasta algısı üzerinden ruhsal durum ve sosyal etkileşim değerlendirmesi yapar.[9]

2.1.2. İnme Profilaksisi ve Aile Hekimliği

Aile hekimleri inmenin tüm koruma aşamalarında (primer, sekonder, tersiyer) yer almaktadır.

İnmenin önlenebilir risk faktörleri arasında;

1.Hipertansiyon

2.Diyabet

3.Dislipidemi

4.Sigara ve alkol kullanımı

5.Fiziksel aktivite

6. Beslenme

7. Obezite

8. Atriyal fibrilasyon

9. Asemptomatik karotis darlıkları

10. Patent foramen ovale

11. Orak hücreli anemi

yer almaktadır.[10] İnmenin önlenebilir risk faktörleri çerçevesinde; hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, obezite gibi hastalıkların oluşmasını önlemek birinci basamak hekimliğinin birincil koruma kısmına girmektedir. Yine bu hastalıklar oluşmadan önce toplum yönelimli sağlık önlemleri alınması da birinci basamak hekimliğinin temel görevlerindendir. Fiziksel aktivite, beslenme, sigara ve alkol danışmanlığı verilmesi de bu yönde değerlendirilir.

Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, obezite gibi yüksek prevalans hastalıkların ve atrial fibrilasyon, asemptomatik karotis darlığı gibi hastalıkların tespiti ve tedavisi de aile hekimliğinin ikincil koruma kısmına girmektedir.

İnmede birincil koruma kadar önemli olan bir diğer konu yeni inme ataklarının önlenmesidir (tersiyer koruma). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 795 000 civarında kişi inme geçirmektedir. Bu rakamın 610 000' ini ilk kez inme geçirenler 185 000' ini ise tekrarlayan inme geçirenler oluşturur.[11] Yeni inme ataklarının önlenmesinde; kan basıncının kontrolü, kan şekerinin kontrolü, lipid seviyelerinin kontrolü, fiziksel aktivite, duruma göre antiagregan tedavi, atrial fibrilasyonun tespiti ve antikoagülan kullanımının devamı oldukça önemlidir. Bunun yanında hastanın güç ve his kaybı, görme kaybı, günlük yaşam aktivitesi, disfaji, spastisite, düşme, epileptik nöbet gibi sorunları için rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanması da yaşam kalitesi açısından son derece önemlidir.

2.2. EVDE BAKIM

Evde bakım hizmeti; gerek çeşitli hastalıklara bağlı olarak teşhis ve tedavi sonrası bakım süreci gerek kronik bir hastalığın takibi gerekse herhangi bir sağlık

problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçleri ile birlikte evde bakım hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin evinde ve aile ortamında hizmet almasına dayanır. Bu hizmet sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde hastanın muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyonu bir bütün olarak içerir. [12,13,14f]

Evde bakım ve eğitimi düşünüldüğünde yeni denilebilecek bir alandır ve ülkemizde bu konuda yapılmış çalışma sayısı azdır. Ankara'da Aile hekimliği asistanlarının eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada Aile Hekimliği asistanlarının evde bakım uygulaması yapma imkanlarının az olduğu ve evde bakım konusunda kendilerini yeterli hissetmedikleri görülmüştür. Çalışma yapıldığı tarihte Ankara'da eğitim alan 120 asistanın 77'sine ulaşılmış ve anket formu uygulanmıştır. Anket formunda; aile hekimliğinin temel uygulamaları ve katılımcıların yeterlilikleri kendileri tarafından değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetleri verilen özel gruplar ve uygulamalardan 'evde bakım' konusunda uygulama durumuna 34 aile hekimi asistanı 'evet' (%44,2), 43 aile hekimliği asistanı 'hayır' (55,8) cevabını vermiştir. 1 (zayıf) ve 5 (yeterli) arasında değişen 5'li Likert tipi ölçeğin kullanıldığı değerlendirmede, 'evde bakım konusunda yeterli hissetme durumu'na 'evet' diyenlerin ortalaması 3,28±0,77; 'hayır' diyenlerin ortalaması 1,66±1,05'tir. [15]

2.2.1.Ülkemizde ve Dünyada Evde Bakım

İnsanlık tarihinde evde bakımın ilk uygulamaları hekimin, hastanın evine giderek teşhis ve tedavi yapması ile gerçekleşmiştir. Sonraki çağlarda hastanenin kuruluşu ve sağlık hizmeti kavramının ortaya çıkması ile hastaneler tedavinin merkezi haline gelirken evde bakım daha çok hemşirelerin bakım vermesi ile sürdürülmüştür. Günümüzde sosyal, demografik, epidemiyolojik ve teknolojik değişimlere bağlı olarak evde bakım hizmetleri kavramı daha fazla yer eder hale gelmiştir.

Evde bakım hizmetlerinde yaşanan bu artışın nedenleri:

1.Nüfus yaşlanıyor ve yaşlı hastalarda daha sık görülen hastalıklar artış gösteriyor [16],

2.Tıptaki gelişmeler kronik, uzun dönem tedavi gerektiren ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların daha iyi yönetilmesini mümkün kılıyor,

3.Teknolojik gelişmeler hızla artmakta ve teknolojinin sağlık hizmetlerinde kullanımının giderek artması, hastane hizmetlerinin maliyetini artırmıştır,

4.Hastalar daha erken taburcu edilmeye başlanmış ve hastanede yatış süreleri kısalmıştır,

5.Hastalar ve bakım verenler yaşamın son dönemlerinde uzun süreli bakım hizmetlerinden kaçınmaktadırlar,

6.Hastalar, evde bakım hizmeti almayı tercih etmektedirler.[6,17,18]

Avrupa'da evde bakım uzun yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Hollanda'da yaşlılarda geropsikiyatrik ve psikosomatik rahatsızlıklar için 300'den fazla evde bakım hizmeti veren kuruluş bulunmaktadır. [19]

Kanada, İngiltere, Fransa, Almanya, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İspanya, İrlanda, İtalya Portekiz, Danimarka, Yunanistan, Endonezya, Japonya ve Suudi Arabistan gibi birçok ülkede evde bakım hizmeti verilmektedir. Avrupa Topluluğu'na üye olan tüm ülkelerde evde bakım hizmeti verilmektedir.[13]

Amerika'da evde bakım 1966 yılında Medicare adlı sağlık sigorta sistemi kapsamına alınmıştır. Bu tarihten önce Amerika'da evde bakım bir toplum hizmeti olarak görülmüş ve yönetimi, koordinasyonu çeşitli hemşire toplulukları tarafından 'bakım' etrafında gerçekleştirilmiştir. Medicare'in yasallaşmasını izleyen dönemde Medicare'in ödeme yapabilmesi için evde bakım hizmeti alacak hastanın hekim kontrolü ve onayından geçme zorunluluğu getirilmiştir. Bununla birlikte evde bakım hizmeti tedavi edici uygulamalara doğru kaymıştır.[6]

Ülkemizde 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda bulaşıcı hastalıklarla savaşmak için hastanın ev ortamında tedavi edilmesi ilk yasal düzenleme olarak değerlendirilebilir. Daha sonraları 1946 Sağlık Planı çerçevesinde oluşturulan hekim, ebe, hemşire ve sağlık memurundan oluşan ekiplerin köyleri ve gerektiğinde ev ziyaretleri bir diğer düzenleme kabul edilebilir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı yasanın 154 sayılı yönergesinde evde sağlık bakımı halk sağlığı hemşiresinin sorumluluğuna

verilmiştir. 1980 sonrası dönemlerde ise özel sağlık kuruluşları taburculuk sonrası evde bakım hizmetleri sunmaya başlamışlardır. Devlet Planlama Teşkilatı'nın 2000 yılında yayınladığı kalkınma planları arasında evde bakım modelinin geliştirilmesi önerilmiştir.

Bütün bu farklı yasa ve yönetmeliklerin yanında ülkemizde evde bakım hizmetlerine özel ilk defa 10/3/2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yasal düzenleme altına alınmıştır. Sağlık Bakanlığının 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı yönergesiyle Evde Sağlık Hizmetleri ülke çapında hizmet vermeye ve yaygınlaşmaya başlamıştır.

2.2.2.Aile Hekimliği ve Evde Bakım

Evde sağlık hizmetleri uzmanlığı tanımlanmamış bir alandır. Evde sağlık hizmetlerinin giderek artması akıllara *'Evde sağlık hizmeti sunmak kimin görevidir?*' sorusunu getirmektedir. 27 Şubat 2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasında Dair Yönetmeliğin 14. Maddesinde Sorumlu Tabibin Görev, Yetki ve Sorumlulukları bölümünde tabibin uzmanlık alanı belirtilmemiştir. Aynı yönetmeliğin 16. Maddesinde Aile Hekimliği Biriminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları sıralanmıştır. 16. Maddenin 2. Fıkrasında "*Birimler tarafından evde sağlık hizmet sunumu tamamlanan ve koordinasyon merkezi tarafından kendisine bildirim yapılan kayıtlı kişiyi, bildirimi takip eden beş iş günü içerisinde evinde ziyaret eder"* denilmiş ve 3. Maddede *"Evde sağlık hizmet birimi kurulmayan ilçelerle belde ve köylerdeki evde sağlık hastalarına, koordinasyon merkezinin yönlendirmesiyle 25/1/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili diğer mevzuat gereği evde sağlık hizmetini sunar"* denilerek Aile Hekimliği ile Evde Sağlık ilişkilendirilmiştir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde aile hekiminin evde bakım hizmetleri hakkında görev, hizmet ve sorumluluklarını bildirir maddeler aşağıda verilmiştir.

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları Madde 4:

- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi Madde 6:

- Aile hekimliği pozisyonlarının planlanmasında; sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, köy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri için gezici sağlık hizmeti; cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi özellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler için ise yerinde sağlık hizmeti bölgeleri müdürlükçe belirlenerek Kurumca onaylanır.
- Cezaevi, çocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi kişilerin kayıtlı oldukları aile hekimlerine doğrudan başvuru imkânlarının olmadığı ya da aile hekimlerini serbestçe seçme imkânının bulunmadığı toplu olarak yaşanılan ancak tabibi olmayan kurumların talepleri üzerine bir ya da birden çok aile hekimi yerinde sağlık hizmeti vermekle yükümlü kılınabilir.
- Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. [20]

Akdeniz ve arkadaşlarının Aile Hekimliği tanımını yaptığı çalışmada*; "Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, birinci basamak tedavi edici hizmetler, evde bakım ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında başlanan tedavilerin ilgili uzman hekimler ile iş birliği içerisinde ayakta ve evde takibini gerçekleştirmek koşuluyla başarılı bir sonuca ulaşacaktır"* denilmiştir. [21] Evde bakım, Aile Hekimliği disiplini çerçevesinde 'kişi merkezli bakım', 'kapsayıcı yaklaşım' ve 'bütüncül yaklaşım' temel çekirdek yeterlilikleri adı altında

değerlendirilebilir.[22] Bunlardan yola çıkarak McWhinney Evde Bakımın, Aile Hekimliğinin ayrılmaz bir parçası olduğunu ve sağlık kalitesini yükselttiğini söylemiştir. [5]

2.2.3.İnme ve Evde Bakım

İnmede taburculuktan sonra da hastaların takip ve tedavisinin devamı gerekmektedir. Yapılan çalışmalar kronik bakım için hastaneden çok evde bakımın ideal olabileceğini düşündürmüştür. [23] Bu aşamadan sonra evde bakım gündeme gelmektedir.

İnmeli hastaların evinde ya da yaşadığı ortamda yapılan değerlendirmelerden takip ve tedavi için daha fazla bilgi edinilebilir;

- Ev, ailenin değerlerini ve geçmişini tanımlar.
- Fonksiyonel değerlendirmeler (günlük yaşam aktiviteleri) hastanın gerçek ortamlarında (merdiven, tuvalet ve mutfağı görerek) yapılabilir.
- Evdeki tehlikeler tanımlanıp düzeltilebilir. Örneğin; inmeli hastaların düşebileceği yerlere tutunmak için donanımlar yerleştirilebilir.
- İlaç dolapları ve diğer yerlerdeki ilaçların gözden geçirilerek yanlış ilaç kullanımı veya kullanılmayan ilaçlar hakkında bilgi edinilebilir.
- Aile üzerindeki etki doğrudan gözlenebilir. Bakım veren kişilerin fiziksel ve duygusal tükenmeleri, bir çöküş yaşanmadan önce tanımlanabilir.
- Bakımı karmaşık olan inmeli hastalar için evin düzenlenmesi ve düzenlemenin uygunluğu doğrudan değerlendirilebilir.[5]

Ancak inmeli hastaların takibinde kullanılabilecek ulusal ve uluslararası rehberler mevcut iken evde takibine yönelik hazırlanmış kolaylaştırıcı araçlar yoktur.

2.2.4.İnme Takibinde Kullanılan Araçlar

İnme takibi, tedavisi ve rehabilitasyonu için çeşitli kılavuzlar, kontrol listeleri ve ölçekler bulunmaktadır. Ülkemizde Türk Beyin Damar Hastalıklarının yayınladığı İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu ile Amerikan Kalp Birliği/ Amerikan İnme Birliğinin yayınladığı İnme kılavuzları bunlardan bir kaçıdır. Dünya İnme Organizasyonu (World Stroke Organisation; WSO) 2013 yılında İnme Sonrası Kontrol Listesi (PSC; Poststroke Checklist) yayınlamıştır; birkaç ülkede geçerlik ve güvenirliliği

çalışılmış[24] ancak ülkemizde kullanılabilirliğine dair henüz çalışma yapılmamıştır. Bunun yanında geçerlik ve güvenirliği olan birçok ölçek, inme takip ve tedavisinde kullanılmaktadır.

2.3. KONTROL LİSTESİ GELİŞTİRME YÖNTEMLERİ

Kontrol listesi bir ölçme biçimidir. Ölçme, "birim", “ölçek", “ölçme aracı" gibi kavramları da içermektedir.[25] Yeni bir ölçek geliştirmek için faktör analizi gibi madde analizinin yapıldığı bir çok yöntem bulunmaktadır.[26,27] Bunun yanında kılavuz geliştirme gibi amaçlarla Nominal Grup Tekniği, Konsensus Geliştirme Konferansı gibi konsensus geliştirme teknikleri sağlık alanında kullanılmaktadır; Delphi Tekniği de bunlardan biridir. [28]

2.3.1.Delphi Tekniği

Teknik ‘Delphi’ adını ünlü bir kâhinin yaşadığı ve antik çağlarda dinin önemli bir merkezi olan Delphi adlı şehirden alır. Yöntem 1950’lerde RAND adında Amerika Birleşik Devletleri Silahlı Kuvvetleri’ni geliştirmek amacıyla kurulan bir şirkette çalışan, Olaf Helmer ve Norman Dalkey adındaki iki araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.[29]

Delphi tekniği görüş farklılıklarının olduğu ortamlarda uzlaşı sağlamak amacıyla kullanılır. Bu nedenle sağlık, eğitim, siyaset, endüstri gibi birçok alanda kullanılabilmektedir. Özellikle de subjektif, sezgisel, politik veya duygusal ortamlarda karar verme durumunda kalındığında veya kararların güçlü gruplarca etkilenme ihtimalinin yüksek olduğu durumlarda kullanılabilir.

Delphi tekniği aşağıdaki maddeleri hedeflemek için kullanılabilir;

- Bir dizi olası program alternatiflerini belirlemek veya geliştirmek
- Farklı yargılara liderlik eden bilgiler veya altta yatan varsayımları keşfetmek veya açığa çıkarmak
- Katılımcı grubun üzerinde fikir birliği oluşturabileceği bilgi aramak
- Farklı disiplinleri bilinen geniş kapsamlı yargılar noktasında ilişkilendirmek
- Konunun birbiriyle ilişkili ve farklı yönlerini katılımcı grupların öğrenmesini sağlamak. [30]

Birçok araştırma yöntemi ‘Ne/Nedir?’ sorusunu tanımlamaya çalışırken Delphi tekniğinde ‘Ne olabilir/Ne olmalıdır?’ sorularına yanıt aranır. Delphi’de esas amaç bir duruma farklı açılardan bakan durum ile ilişkili bireylerin birbirlerini görmeden uzlaşma sağlamalarıdır. Bunun için bu bireylere konu ile ilgili ardışık anketler gönderilir. Anketlerden alınan cevapların istatistikleri her seferinde katılımcılara iletilir. Bu işlem uzlaşı sağlanana kadar devam eder. [31]

2.3.1.1.Delphi Tekniğinin Temel Özellikleri

Delphi tekniğinde temel olarak 3 özellik bulunmaktadır. [29]

a. Katılımda Gizlilik: Katılımcıların kimlik bilgileri ve kimlerin araştırmaya katıldığı araştırma süresince gizli tutulur. Katılımcıların kimlik bilgilerinin gizli tutulması Delphi’nin başarısını artırıcı temel özellik olarak görülmektedir. Bu gizlilik sayesinde;

- Baskın nitelikteki katılımcıların grup üzerindeki etkisi
- Konu ile birlikte anılan katılımcıların fikrine koşulsuz onay veya sorgulamama
- Katılımcıların uygun olmayan bir fikri ortaya atmaktan çekinmeleri
- Ortaya atılan bir fikri atan kişi hakkında duyulan önyargı engellenmiş olur.

b. Verilen Cevapların İstatistiksel Analizi: Katılımcıların verdiği cevaplar ardışık olarak istatiksel olarak katılımcılara tekrar sunulur. Burada önemli olan analiz edilen istatistiklerin katılımcılar tarafından ne ifade ettiğinin bilinmesidir.

c. Kontrollü Geri Besleme: Ardışık olarak katılımcılara anketler gönderilir. Anketler posta, yüzyüze görüşme veya elektronik posta yolu ile gönderilebilir. Delphi’de ilk anketten sonraki anketler verilen cevapların istatistiksel analizi ile katılımcılara sunulur. Her bir katılımcı, diğer katılımcıların verdiği cevapları, farklı veya benzer yaklaşımları görüp kendi cevabı ile karşılaştırarak yeni bir cevap verir. Katılımcı farklı bir cevap vermek zorunda değildir, önemli olan diğer katılımcıların yaklaşımını göz önünde bulundurmasıdır.

2.3.1.2. Delphi Tekniğinin Uygulanması

Delphi yönteminde konu ile ilgili maddelerin oluşturulması ilk tur olarak adlandırılmaktadır. Ardından maddelerde uzlaşma sağlanana kadar birkaç tur dönecek şekilde katılımcılara ardışık anketler gönderilir.

Birinci Tur: İlk turda konu hakkında fikir sahibi uzmanlardan konu ile ilgili mümkün olduğunca çok fikir beyan etmeleri istenir. Bunun için posta ya da e-posta yoluyla açık uçlu sorular gönderilir. Alınan cevaplar maddeler halinde sıralanarak 2. Tur Delphi anketi oluşturulur.

İkinci Tur: İlk turda oluşturulan anket katılımcılara sunulur ve her bir maddeye hangi düzeyde katıldıklarına dair cevap vermeleri istenir. 2. Tur sonunda gelen cevaplar araştırmacı tarafından analiz edilir.

Üçüncü Tur: Üçüncü tur anketi ikinci tur anketinin aynısıdır ancak ikinci tur sonunda verilen cevapların istatistiksel analizi de eklenmiştir. Bu tur sonunda verilen cevaplar tekrar analiz edilir ve katılımcıların görüşlerinin değişip değişmediğine, uzlaşma sağlanıp sağlanmadığına bakılır.

Uzlaşma yönünde hareketliliğin sağlanması için anket tekrar sayısı 2-3 olabileceği gibi, 10 da olabilir. Fakat, genel olarak 4. uygulama sonucunda sonuçların doygunluğa ulaştığı belirtilmektedir. [32]

2.3.1.3. Modifiye Delphi Tekniği

Delphi tekniği ile oldukça benzerdir; çoğunlukla ilk tur farklı yöntemlerle yapılır. Klasik Delphi'de katılımcılar yüz yüze bir oturum yapmazlar; problemler ilk turda gönderilen anketlere verilen cevaplarla belirlenir. Modifiye Delphi Tekniğinde ise farklı çalışmalarla ilk tur anketi oluşturulabilir; literatür taraması ya da panelist oturumu gibi.[33–36]

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve metodolojik bir araştırmadır. Modifiye Delphi Tekniği kullanılmıştır.

Delphi Tekniğinin ilk aşamasında prototip kontrol listesinin maddelerini oluşturmak üzere evde sağlık hizmeti alan inmeli hastalarda müdahale alanları ve bakım verenlerin ihtiyaçları belirlenmiş, literatür taranmıştır ve ilgili uzmanlarla bir atölye çalışması düzenlenmiştir. İlk aşamada oluşturulan maddeler ile prototip kontrol listesi oluşturulmuştur. İkinci aşamada Delphi Tekniğinin turları uygulanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Aralık 2017- Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Delphi Tekniğinin ilk aşaması olan inmeli hastalarda müdahale alanları ve bakım verenlerin ihtiyaçları, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım birimine başvuran hastalarda araştırılmıştır. Atölye çalışması ise Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde görevli ilgili uzmanlarla yürütülmüştür.

Delphi yönteminin ikinci aşaması İstanbul ili içerisinde bulunan; çalışmanın konusu ile ilgili kamu ve özel sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonelleri ile yürütülmüştür.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

İlk aşamada inme geçirmiş hastaların ihtiyaçlarının tespiti için evren olarak Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne 15 Aralık 2017 ile 15 Şubat 2018 tarihleri arasında ilk kez başvuran inmeli hastalar alınmıştır. Ardından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde görevli 1 nörolog, 1 fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı ve evde bakım hizmeti sunan 3 aile hekimliği

öğretim üyesi ile evde sağlık hizmetleri biriminde görevli 2 asistan doktor ile atölye çalışması yapılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşaması inme konusunda farklı alanlarda hizmet veren gönüllü sağlık profesyonelleri ile yürütülmüştür (3 nörolog, 1 geriatrist, 2 fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, 2 evde bakımda çalışan eğitici uzman aile hekimi, 3 sahada ev ziyaretleri yapan uzman aile hekimi, 2 sahada evde bakım biriminde çalışan pratisyen hekim, 1 sosyal hizmetler uzmanı, 2 evde bakımda çalışan hemşire).

3.4.Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

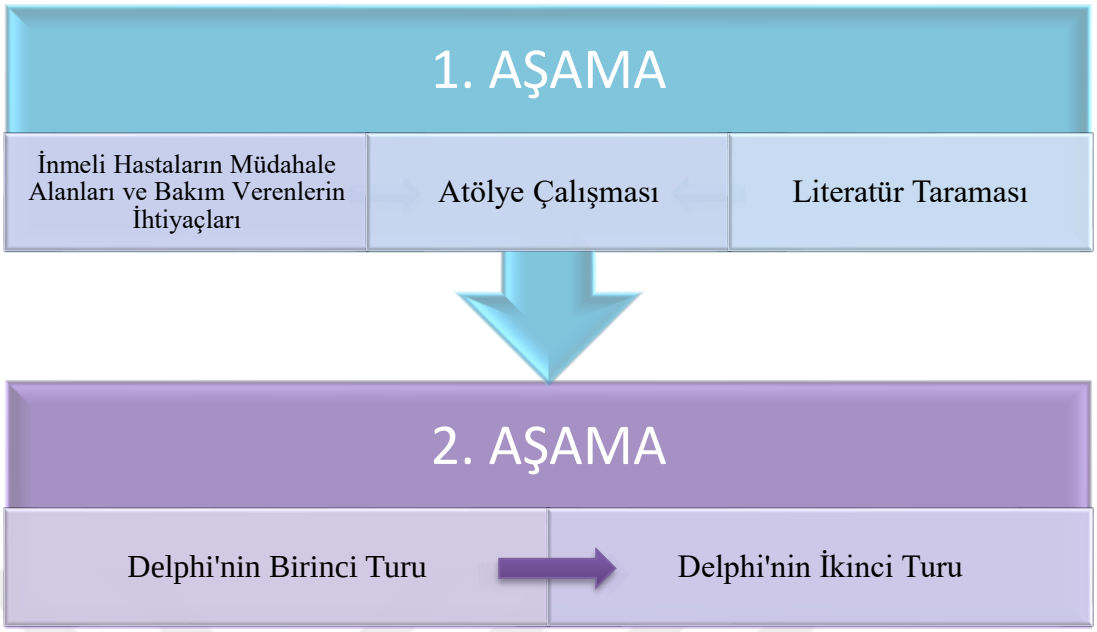
Araştırmanın ilk aşamasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım birimine ilk kez başvuran araştırmaya gönüllü olan inme hastaları ve/veya hasta yakınları dahil edilmiştir. Atölye çalışması Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde inmeli hastalara hizmet veren gönüllü hekimlerle yapılmıştır.

Araştırmanın ikinci kısmı araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve inmeli hastalara yönelik hizmet sunan sağlık profesyonelleri ile yürütülmüştür. Delphi yönteminin 2 turunu da tamamlayanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.Araştırmadan Hariç Tutulma ve Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar/hasta yakınları veya sağlık profesyonelleri araştırmaya alınmamıştır.

3.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Araştırmanın Akışı



Şekil 2: Araştırmanın akış şeması

3.6.1.Modifiye Delphi Tekniği Birinci Aşama

3.6.1.1.İnmeli hastaların müdahale alanlarının ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının belirlenmesi:

Evde Bakım birimine ilk kez başvuran inme geçirmiş hastalara ev ziyareti düzenlenmiştir. Hastaların yakınmaları, hastalıkları ve ilaçları değerlendirilmiş, fizik muayeneleri yapılmış, rutin evde bakım hizmetleri kapsamında son bakılan biyokimya tetkikleri, lipit profili kaydedilmiştir.

Ayrıca;

- Sosyodemografik özellikler,
- Kognisyonu değerlendirmek için 6 maddelik kognisyon değerlendirme testi (Six Item Screener Test; SIS), (SIS için birbiriyle ilişkisiz 3 kelime söylendi ve 5 dk sonra soruldu. Bununla birlikte tarih; gün, ay, yıl olarak soruldu. Her biri 1 puan olup toplam 6 puan üzerinden değerlendirildi. SIS puanı<4 olması kognitif durumda bozulma olduğunu göstermektedir.) [37]
- Fonksiyonel durumu değerlendirmek için Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Ek-1)

- Düşme riski ve mobiliteyi değerlendirmek için Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (Time up and go test; TUP), (Bu testi hasta her zamanki ayakkabısı ile yapar, dilerse yardımcı cihaz kullanabileceği söylenir. Hasta bir sandalyeye oturtulur. Sandalyeden kalkıp 3 metre ileri gitmesi ve sonra geri dönüp sandalyeye oturması istenilir. Toplam zaman hesaplanır. TUP test süresi yaşlılarda 10 sn altı normal kabul edilir, kırılgan yaşlılarda bu süre 20 sn'dir. 20 sn üzerinde hasta mobilite için yardıma ihtiyaç duyar. Bu sürenin 30 sn'den fazla olması ise hastanın düşme eğiliminin olduğunu gösterir.) [38]
- Nütrisyonel durumun değerlendirilmesi için Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Form (Mini Nutritional Assessment Short Form; MNA-sf) (Tarama sonucuna göre 12-14 puan normal nutrisyonel durumu, 8-11 puan hastanın malnutriyon riski altında olduğunu, <7 puan ise malnutriyonu gösterir; Ek-2'de yer almaktadır.)[39,40]
- Ruhsal durumu değerlendirmek için 2 soruluk depresyon tarama testi (Hastaya ruhsal durum ve anhedoni hakkında 2 soru sorulur. Bunlar; "Son bir ay içinde çoğu zaman keyifsiz, depresif ve mutsuz hissettiniz mi?" ve "Son bir ay içinde sık sık yaptığınız aktivitelerden zevk almadığınızı hissettiniz mi?". Bu iki sorudan birine 'evet' yanıtını veriyorsa taramanın pozitif olduğu söylenir ve tanı için ileri tetkik önerilir.)[41–43]

Ve bakım verenin değerlendirildiği bir anket uygulanmış; her hastaya EKG çekilmiştir. Elde edilen inmeli hastaların müdahale alanları ve bakım verenin ihtiyaçları dökümante edilmiştir.

3.6.1.2.Literatür taraması: MEDLİNE ve Google scholar üzerinden 'post stroke checklist', 'post stroke care', 'stroke guideline', 'stroke and primary care' anahtar kelimeleri kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. 'Türk Beyin Damar Hastalıklarının yayınladığı İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Avrupa İnme Organizasyonu ve Amerikan Kalp Birliği/ Amerikan İnme Birliği'nin yayınladığı inme kılavuzları gözden geçirilmiştir. İnme takibiyle ilgili tüm öneriler maddeler halinde listelenmiştir.

3.6.1.3.Atölye çalışması: 1 nörolog, 1 fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı ve evde bakım hizmeti sunan 3 aile hekimliği öğretim üyesi ile evde sağlık hizmetleri

biriminde görevli 2 asistan doktordan oluşan uzmanlar grubuna açık uçlu olarak*;* "Evde bakım hizmeti verirken inmeli hastalarla ilgili hangi problemlerle karşılaşıyorsunuz?", "Aile hekimlerine yönelik bir inme kontrol listesinde hangi maddelerin olmasını önerirsiniz?", " Hastanın durumunu değerlendiren veya tedavi takibinde kullanılabilecek önereceğiniz bir ölçek var mı?" soruları yöneltilmiş ek olarak hastalardan edilen müdahale alanları ile yapılan literatür taraması sonucu elde edilen maddeler tartışmaya açılmıştır. 2 saat süren atölye çalışması için ses kaydı yapılmıştır. Daha sonra araştırıcı tarafından ses kaydı analiz edilerek Modifiye Delphi Tekniğinin ikinci aşaması için uygulanacak 102 maddelik prototip bir inme kontrol listesi oluşturulmuştur.

3.6.2.Delphi Tekniği İkinci Aşama

Birinci Tur

Delphi metodu gereği katılımcılar birbirinden habersizdi.

Uzmanlardan, aile hekimleri için kullanımı basit ve pratik olan; inme sonrası hastaların temel problem alanlarına odaklı ve hastanın yaşam kalitesini artırıcı bir evde bakım kontrol listesi maddelerinden olmasını istediklerini önemine göre Likert tipi ölçeğe göre işaretlemeleri istendi; 1 (hiç önemli değil), 2 (biraz önemli), 3 (orta derecede önemli), 4 (önemli), 5 (çok önemli). Her bir madde için 'fikrim yok' ve katılımcıların ek görüşlerini bildirebileceği bir 'açıklama' sütunu eklenmiştir. Uzmanlar gerek gördüklerinde bu kısma açıklama/ek madde/ öneri adı altında not bırakabilecekleri hakkında bilgilendirilmiştir.

Kontrol listesinin e-posta ile gönderiminden tüm uzmanların cevaplamasına kadar geçen süre 5 haftadır. Uzmanlara birer hafta ara ile gönderilen kontrol listesi hatırlatılmıştır.

İkinci Tur

İkinci turdaki kontrol listesi 1. turdaki kontrol listesinin aynısıydı; ek olarak verilen cevapların istatistiksel analizi eklenmiştir. İstatistiksel analizde her bir madde için ayrı ayrı cevap veren kişi sayısı, ortalama, ortanca ve standart sapma hesaplanmıştır. Bir önceki kontrol listesine verdikleri cevaplar da hatırlatılmak üzere

eklenmiştir. Uzmanların bu istatistikleri gözeterek bir önceki kontrol listesine verdikleri cevapları gözden geçirmeleri ve tekrar cevap vermeleri istenmiştir.

Birinci tura verilen tüm cevaplar geldikten 1 hafta sonra ikinci kontrol listesi gönderilmiştir. İkinci kontrol listesi gönderiminden tüm cevapların gelmesine kadar geçen süre 3 haftadır. Uzmanlara birer hafta ara ile gönderilen kontrol listesi hatırlatılmıştır.

3.6.3.İstatistik

İnmeli hastaların müdahale alanlarının ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının belirlenmesinde *IBM SPSS istatistik versiyon 20* istatistik programı kullanılarak veri girişleri ve analizleri yapılmıştır. İstatistiksel analizde sıklık dağılımı; bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında anlamlılık açısından Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Çalışmanın 2. aşamasında Delphi tekniğinde katılımcılar arasında anlaşma sağlanıp sağlanmadığını anlamak için her iki tur için de 4 adet istatistiksel değer hesaplanmıştır. Bunlar; birinci çeyrek (Ç1), ikinci çeyrek olan ortanca (Ortc), üçüncü çeyrek (Ç3) ve genişlik (G) değerleridir.

- **Birinci Çeyrek (Ç1):** Cevapların %25'ini soluna, %75'ini de sağına alan noktadır.
- **Ortanca (Ortc):** İkinci çeyreğe karşılık gelmektedir. Cevapların %50'sini soluna, %50'sini de sağına alan noktadır.
- **Üçüncü Çeyrek (Ç3):** Cevapların %25'ini sağına, %75'ini de soluna alan noktadır.
- **Genişlik (G):** Üçüncü çeyrek ile birinci çeyrek arasındaki farktır. Bu farkın az olması uzlaşma olduğunu, yüksek olması ise uzlaşma olmadığını ifade eder.

Çeyrekler arasındaki genişliğin azalıp azalmadığına bakılmıştır. Bu genişlikte bir azalma olduysa uzlaşma yönünde bir hareketten söz edilmişti. Zeliff ve Heldenbrand'a göre çeyrekler arası genişliği 1.2' den az olan maddeler, üzerinde uzlaşma olan maddeler olarak kabul edilirler [44]; çalışmamızda bu değer uzlaşma üst sınırı olarak kabul edilmiştir. Son olarak maddeler arası güvenirlik analizi yapılmış, bunun için Cronbach Alfa testi kullanılmıştır.

3.7. Aydınlatılmış Onam ve Etik Kurul

Etik Kurulu onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (08.12.2017 tarihli, 09.2017.680 Protokol kodlu Etik Kurul onayı). (Ek- 3)

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların/bakım verenlerin (Ek-4) ve sağlık profesyonellerinin (Ek-5) sözlü onayı alındıktan sonra bilgilendirme formunu okumaları sağlanmış ve kişiler gönüllü onam formunu imzalamışlardır. (Ek-6)

4. BULGULAR

4.1. BİRİNCİ AŞAMA

Evde Bakım Hizmeti Almak için Başvuran İnme Geçirmiş Hastaların Öncelikli Müdahale alanları ve Bakım Verenlerin İhtiyaçları

Araştırma döneminde Hastanemiz Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından takip edilen 1304 hastaya ek olarak 224 kişi ilk kez evde sağlık hizmeti almak üzere başvuruda bulunmuş ve bunların da 42'si (%18) inme geçirmiş hastalardır (22 kadın 20 erkek). Hastaların yaş ortalaması 76±10'dır (min: 50 max:92). On üç hastaya hastanın eşi tarafından, 11'ine oğlu ya da kızı, 10'una gelin ya da damadı, 5 kişiye ücretli bakıcı ve 1 kişiye de torun tarafından bakım verilmektedir, 1 hasta da yalnız yaşayıp bakım vereni yoktur.

Hasta ya da bakım verenlerin evde sağlık hizmetlerine başvuru sebepleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Evde sağlık hizmetlerine başvuru sebepleri

	n *
Hastalığıyla ilgili tedavi ve takip	24
Fizik tedavi ve rehabilitasyon	5
Hasta alt bezi ve ilaç raporu çıkarılması	3
Sürekli kullandıkları ilaçların yazılması	2
Maddi yardım	2
Kan tahlili yaptırmak	2
Yatak yaralarının pansumanı	2
INR takibi	2
Enjeksiyon yaptırmak	1
Sonda değişimi	1

*Birden fazla cevap verenler de dahil edilmiştir.

İnme geçirme zaman ortancası 5,5 (min:1 ay, max:40 yıl) yıldır. 11 kişi (%26) birden fazla inme geçirmiştir. Geçirilen son inme için hastaların 25'i otomobille, 15'i de ambulans ile hastaneye götürülmüştür; 2 kişi ile ilgili ise hatırlanmadığı beyan edilmiştir. İnme fark edildikten sonra hastaların hastaneye varış süresi ortancası 1 saattir. 26 hasta 3 saat içerisinde hastaneye ulaşırken 13 hasta hatırlamamaktadır.

Yirmi iki kişi üçüncü basamak; 13 kişi ikinci basamak bir devlet hastanesine, 5 kişi özel hastane veya tıp merkezine başvurmuştur.

Elinde epikrizi olan hasta sayısı 14'tür (%33). Epikriz veya hastaneden alınan tetkik sonuçlarından edinilen bilgilere göre 16 hasta iskemik inme, 2 hasta hemorajik inme geçirmiş; kalan 24 hastanın inme türü bilgisine ulaşılamamıştır. 19 hasta (%45) bir nöroloji kliniği tarafından takip edilmekte iken 22 hastanın (%52,3) herhangi bir takibi yoktur. Bir kişinin takip bilgisine ise ulaşılamamıştır.

Hastaların 34'ünün, 6 puanlık kognisyon değerlendirme testi sonucu; 4'ün altındadır (%80). Tam bağımlı olmayan 24 kişinin 17'sinin (%70,8) son inmeden sonra en az bir kez düştüğü ifade edilmiştir. Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (The Timed Up and Go Test) yapabilen 9 kişinin (%20) hepsinin de düşme riski vardır.

Antihipertansif kullanan 35 hasta vardır. Kan basıncı yüksek saptanan 20 hastadan 4'ü (%20) antihipertansif kullanmamaktaydı. 32 kişi antitrombotik ya da antikoagülan ilaç kullanmaktaydı. Bir kişi doktor başladığı halde antitrombotik (ASA) ilacını kullanmadığını ifade etmiştir. Antihiperlipidemik kullanan 4 hasta mevcuttur. Hastaların 41'inde (%97,6) LDL değerleri 70'in üzerinde olup ortalama LDL 126±38'dir. Evlerinde sigara içilen 18 kişi vardır. Hiçbir hastaya grip ya da pnömoni aşısı yapılmadığı saptanmıştır.

Çekilen EKG ile 18 hastada atrial fibrilasyon (AF) saptanmış olup bunların 5'inin herhangi bir antitrombotik ya da antikoagülan kullanmadığı tespit edilmiştir. 38 kişinin 4 ve üzerinde ilaç kullandığı tespit edilmiştir.

Muayenede 6 kişide dekübit ülseri olduğu saptanmıştır.

Depresyon açısından değerlendirilebilen 38 hastanın 20'sinde (%52,6) depresyon taraması pozitiftir. Hastaların 29'unda (%59,5) uykusuzluk vardır. Hastane çıkışında 31 kişiye (%73,8) FTR önerildiği ancak bunların 20'sinin (%64) yaptırdığı saptanmıştır. Hastaların 39'unda oral beslenme var, 2'si nazogastrik sonda ile 1'i de PEG'le beslenmekteydi.

Ortalama MNA değeri 9±3 (min:2, max:14)'dur (12-14 puan normal nutrisyonel durumu, 8-11 puan hastanın malnutriyon riski altında olduğunu, <7 puan ise malnutriyonu gösterir). Malnütrisyonlu olarak değerlendirilen hastalar %35,7,

malnütrisyon riski altında olanlar %40,5 ve normal beslenme durumu olanlar %23,8'i oluşturmaktaydı

Tablo 2: MNS-sf'e göre hastaların malnutrisyon durumu

MNA-sf * ile Nutrisyon Değerlendirmesi	Kişi sayısı (n)	Yüzde
Normal	15	35,7
Risk Altında	17	40,5
Malnutrisyon	10	23,8
Total	42	100,0

*Mini Nutriyonel Değerlendirme- Kısa Form

Bakım verenlerin hiçbiri inmeli hasta bakımı ile ilgili bir eğitim almamıştır. Bakım verenlerin %43,9'unda depresyon taraması pozitifti ve depresyon taraması pozitif olan hastaların bakım verenlerinde daha fazla depresyon vardır (p=0,008).

Bakım verenin hastaya bakarken en çok zorlandığı alanlar Tablo 3'de gösterilmiştir. Bunların yanında 1 kişi ev işlerine yetişemediğini, 1 kişi çok üzüldüğü için psikolojik olarak zorlandığını, 1 kişi ayrı evlerde yaşadığını ve ulaşımda zorlandığını, 1 kişi de kendisi hasta olduğu için bakım vermekte zorlandığını ifade etmiştir.

Tablo 3: Bakım verenin en çok zorlandığı alanlar

	n
Kaldırırken, çevirirken, hareket ettirirken	17
Altını temizlerken	10
Tuvalet ve banyoda yardım	5
İletişim	3
Ekonomik	3
Yemek yedirirken	1
Zorlanmıyor	5

*Birden fazla cevap verenler de dahil edilmiştir.

Literatür taraması ve hastaların müdahale alanları ve bakım verenlerinin ihtiyaçlarının araştırılması sonrasında elde edilen maddeler aşağıda listelenmiştir.

1. Bir nöroloji polikliniği tarafından takibin sorgulanması
2. Epikrize ulaşılması ve gözden geçirilmesi

3. Kognisyon değerlendirilmesi
4. Düşme riskinin tespit edilmesi
5. Depresyon taraması
6. Uyku bozukluğunun tespit edilmesi
7. Kan basıncının ölçülerek antihipertansif kullanımının değerlendirilmesi
8. Bilinen dislipidemi yoksa hiperlipidemi taraması yapılarak antilipidemik kullanımının değerlendirilmesi
9. EKG ile AF taraması yapılarak antikoagülan ya da antiagregan tedavi açısından değerlendirilmesi
10. Hastanın özellikle de antikoagülan, antihipertansif ve antihiperlipidemik ilaçlarının kullanılıp kullanılmadığının gözden geçirilmesi
11. Evde sigara içiminin sorgulanması
12. Malnütrisyonun ve malnütrisyon riskinin tespit edilmesi
13. Bası yarası ve riskinin tespiti
14. Kullanılan kateterlerin değerlendirilmesi
15. Pnömokok ve influenza aşıları açısından değerlendirilmesi
16. Hastanın fizik tedavi ve rehabilitasyon ihtiyacının tespiti
17. Hastanın gerekli kan tahlillerinin yapılması ve gerekiyorsa INR takibine alınması
18. Bakım verene yeni bir inmenin tanınması konusunda eğitim verilmesi
19. Bakım verene verenin hastanın düzenli ilaç kullanımının gerekliliği konusunda bilgilendirilmesi
20. Bakım verene depresyon taraması
21. Bakım veren yükünün değerlendirilmesi
22. Yapılan tedavi ve takip planının bakım verenle paylaşılması
23. Hastanın bakımına destek olabilecek diğer bakım kurumları hakkında bilgilendirilmesi (belediye, sivil toplum kurumları vb)

Atölye Çalışması:

Ortaya çıkan maddeler, atölye çalışmasında uzmanlar tarafından tartışılmış, kontrol listesinde olması gerektiği düşünülen yeni maddeler ortaya konulmuştur. Bu çalışmada üzerinde durulan konular ana başlıklar halinde Tablo 4'de özetlenmiştir.

Tablo 4: Atölye çalışmasında çalışılan konular	
İnme tipi ve süresi	Sistemik ve nörolojik muayene
Sekonder koruma	Antikoagülasyon
Kognisyon	Yardımcı cihazlar
İşlevsellik	Katater kullanımı
Günlük yaşam aktiviteleri	Taramalar ve ölçekler
Beslenme	Rehabilitasyon
Nöbet	Kemoprofilaksi
Depresyon	Bakım veren
Uyku	Bakım verilen ortam
Ağrı	Sosyal katılım

Birinci aşamanın sonunda 102 maddelik prototip bir kontrol listesi oluşturulmuştur.

4.2.İKİNCİ AŞAMA

4.2.1. Delphi Tekniği Birinci Tur

Birinci tur sonunda 102 maddenin 86'sında uzlaşma sağlanmıştır. Uzlaşma sağlanamayan 16 madde tablo 5'te sıralanmıştır.

Tablo 5: 1.Turda uzlaşma sağlanamayan maddeler

1: hiç önemli değil, 2: biraz önemli, 3: orta derecede önemli, 4: önemli, 5: çok önemli					
	n	**Ç1**	**Ortc**	**Ç3**	**G**
1. **İnmenin tipinin tespit edilmesi**	16	3,75	4,5	5	1,25
2. **Mini Mental test yapılması**	15	2,5	3	4	1,5
3. **6 soruluk kognisyon değerlendirme testi uygulanması**	14	3,25	4	4,75	1,5
4. **Barthel indeksi ile bağımlılık değerlendirilmesi**	12	3,75	4	5	1,25
5. **FAS skorla bağımlılık değerlendirilmesi**	8	3,75	4	5	1,25
6. **Son 1 yılda Düşme öyküsü varlığının sorgulanması**	16	3,75	4	5	1,25
7. **Bilinen diyabeti yoksa diyabet taraması**	15	3	4	5	2
8. **Kemik Mineral Yoğunluğu değerlendirilmesi**	15	2	3	4	2
9. **Vit D ve kalsiyum eksikliği açısından değerlendirilmesi**	15	2,5	4	4	1,5
10. **Kilo kaybının ya da alımının değerlendirmesi**	16	3	4	4,25	1,25
11. **Berg Denge Ölçeği uygulanması**	8	3	4	4,25	1,25
12. **Oturma dengesinin değerlendirilmesi**	15	3	4	4,5	1,5
13. **Hastanın cinsel disfonksiyon açısından değerlendirilmesi**	13	2	3	4	2
14. **Bakım verenin hastanın bakımındaki yeterliğinin değerlendirilmesi**	16	3,75	5	5	1,25
15. **Bakım veren yükünün değerlendirilmesi**	16	3,75	4	5	1,25
16. **Birden fazla bakım veren varlığının sorgulanması ve gerekiyorsa takip planının gözden geçirilmesi**	16	3	4	4,25	1,25

n: Cevap veren sayısıdır.
Ç1 (Birinci Çeyrek): cevapların %25'ini soluna, %75'ini de sağına alan noktadır.
Ortc (Ortanca): Cevapların %50'sini soluna, %50'sini de sağına alan noktadır.
Ç3 (Üçüncü Çeyrek): Cevapların %25'ini sağına, %75'ini de soluna alan noktadır.
Genişlik: Üçüncü çeyrek ile birinci çeyrek arasındaki farktır (Genişlik=Ç3-Ç1). Zeliff ve Heldenbrand'a göre bu farkın 1,2'den az olması uzlaşma olduğunu, yüksek olması ise uzlaşma olmadığını ifade eder.

4.2.2. Delphi Tekniği İkinci Tur

İlk turda uzlaşma sağlanamayan 16 maddenin 11'inde 2. turda uzlaşma sağlanmıştır. İlk turda uzlaşma sağlanamayan 16 maddenin 2. Turdaki istatistikleri Tablo 6'daki gibidir.

Tablo 6: İlk turda uzlaşma sağlanamayan maddelerin 2. Turdaki istatistikleri

1: hiç önemli değil, 2: biraz önemli, 3: orta derecede önemli, 4: önemli, 5: çok önemli

	n	Ç1	Ort	Ç3	G2
1. **İnmenin tipinin tespit edilmesi**	16	4	4	5	1
2. **Mini Mental test yapılması**	16	2	3	4	2
3. **6 soruluk kognisyon değerlendirme testi uygulanması**	15	3	4	4	1
4. **Barthel indeksi ile bağımlılık değerlendirilmesi**	11	3	4	5	2
5. **FAS skorla bağımlılık değerlendirilmesi**	7	3,5	4	4,5	1
6. **Son 1 yılda Düşme öyküsü varlığının sorgulanması**	16	4	4	5	1
7. **Bilinen diyabeti yoksa diyabet taraması**	15	4	4	5	1
8. **Kemik Mineral Yoğunluğu değerlendirilmesi**	15	3	4	4	1
9. **Vit D ve kalsiyum eksikliği açısından değerlendirilmesi**	15	4	4	4	0
10. **Kilo kaybının ya da alımının değerlendirmesi**	16	3,75	4	4,25	0,5
11. **Berg Denge Ölçeği uygulanması**	8	3,75	4	4,25	0,5
12. **Oturma dengesinin değerlendirilmesi**	15	4	4	4	0
13. **Hastanın cinsel disfonksiyon açısından değerlendirilmesi**	13	2	3	4	2
14. **Bakım verenin hastanın bakımındaki yeterliğinin değerlendirilmesi**	16	4	5	5	1
15. **Bakım veren yükünün değerlendirilmesi**	16	3,75	4	5	1,25
16. **Birden fazla bakım veren varlığının sorgulanması ve gerekiyorsa takip planının gözden geçirilmesi**	16	3	4	5	2

n: Cevap veren sayısıdır.
Ç1 (Birinci Çeyrek): cevapların %25'ini soluna, %75'ini de sağına alan noktadır.
Ortc (Ortanca): Cevapların %50'sini soluna, %50'sini de sağına alan noktadır.

Ç3 (Üçüncü Çeyrek): Cevapların %25'ini sağına, %75'ini de soluna alan noktadır.
G (Genişlik): Üçüncü çeyrek ile birinci çeyrek arasındaki farktır (R=Ç3-Ç1). Zeliff ve Heldenbrand'a göre bu farkın 1,2'den az olması uzlaşma olduğunu, yüksek olması ise uzlaşma olmadığını ifade eder.
G2: İkinci turdaki genişlik

İlk turda uzlaşma sağlanan 4 maddede 2. turda uzlaşma ortadan kalkmıştır (G2> 1,21). Bu durum Tablo 7'de özetlenmiştir.

Delphi katılımcıları tarafından prototip listeye eklenen yeni bir madde olmamıştır.

Tablo 7: İlk turda uzlaşma sağlanan, 2. turda uzlaşmanın ortadan kalktığı maddeler
1: hiç önemli değil, 2: biraz önemli, 3: orta derecede önemli, 4: önemli, 5: çok önemli

	Birinci Tur				İkinci Tur			
	Ç1	**Ortc**	**Ç3**	**G1**	**Ç1**	**Ortc**	**Ç3**	**G2**
1. **ICF ile bağımlılık değerlendirilmesi**	3	4	4	1	2,5	4	4	1,5
2. **Hastanın genel olarak hijyeninin değerlendirilmesi**	4	4	5	1	3,75	4	5	1,25
3. **Uğraşı terapisi ihtiyacının değerlendirilmesi**	3	4	4	1	3	4	4,25	1,25
4. **Evin fiziki koşullarının hastaya uygunluğun değerlendirilmesi**	4	4	5	1	3,75	4,5	5	1,25

Ç1 (Birinci Çeyrek): cevapların %25'ini soluna, %75'ini de sağına alan noktadır.
Ortc (Ortanca): Cevapların %50'sini soluna, %50'sini de sağına alan noktadır.
Ç3 (Üçüncü Çeyrek): Cevapların %25'ini sağına, %75'ini de soluna alan noktadır.
G (Genişlik): Üçüncü çeyrek ile birinci çeyrek arasındaki farktır (R=Ç3-Ç1). Zeliff ve Heldenbrand'a göre bu farkın 1,2'den az olması uzlaşma olduğunu, yüksek olması ise uzlaşma olmadığını ifade eder.
G1: Birinci turdaki genişlik
G2: İkinci turdaki genişlik

İkinci tur sonuçlarına göre 102 maddenin 93'ünün önemliliği konusunda uzlaşma sağlanmıştır. Bu maddelerin 1. ve 2. turdaki istatistikleri aşağıdaki gibidir (Tablo 8).

Tablo 8: İkinci tur sonucunda uzlaşma sağlanan maddeler

1: hiç önemli değil, 2: biraz önemli, 3: orta derecede önemli, 4: önemli, 5: çok önemli

	Birinci Tur					İkinci Tur				
	Ç1	**Ortc**	**Ç3**	**G1**	**n**	**Ç1**	**Ortc**	**Ç3**	**G2**	**n**
1. Bir Nöroloji Polikliniği tarafından takibin sorgulanması	4	5	5	1	16	4	4	5	1	16
2. İnmenin tipinin tespit edilmesi	3,75	5	5	1,25	16	4	4	5	1	16
3. İnmenin tipi ve süresine göre müdahale önceliklerinin belirlenmesi	4	4	5	1	16	4	4	5	1	16
4. Epikrizin gözden geçirilmesi	4	5	5	1	16	4	5	5	1	16
5. Bilinen hastalıkların gözden geçirilmesi	4,75	5	5	0,25	16	4	5	5	1	16
6. 6 soruluk kognisyon değerlendirme testi uygulanması	3,25	4	4,75	1,5	14	2	4	4	1	15
7. İşlevselliğin değerlendirilmesi	4	5	5	1	16	3	5	5	1	16
8. FAS skorla bağımlılık değerlendirilmesi	3,75	4	5	1,25	8	4	4	4,5	1	7
9. Demans varlığının değerlendirilmesi	4	4	5	1	15	3	4	5	1	16
10. Son 1 yılda Düşme öyküsü varlığının sorgulanması	3,75	4	5	1,25	16	3,5	4	5	1	16
11. Nöbet sorgulaması	4	4	5	1	15	2,5	4,5	5	1	16
12. Depresyon taraması	4	4	4,5	0,5	15	4	4	5	1	16
13. Uyku bozukluğunun sorgulama	4	4	4,5	0,5	15	4	4	4	0	16
14. Kan basıncı ölçümü	4,5	5	5	0,5	15	4	5	5	1	15
15. Antihipertansif kullanımının değerlendirilmesi	4	5	5	1	15	4	4	5	1	15
16. Bilinen diyabeti yoksa diyabet taraması	3	4	5	2	15	4	4	5	1	15
17. Bilinen dislipidemi yoksa hiperlipidemi taraması	3,5	4	4,5	1	15	4	4	5	1	15
18. Hastanın antikoagülan ya da antiagregan tedavi açısından değerlendirilmesi	5	5	5	0	15	4	5	5	0	15
19. EKG ile AF taraması	4	4	5	1	15	4	4	5	1	15
20. Karotis darlığı varlığının sorgulanması	4	4	4,75	0,75	14	4	4	5	1	14
21. Evde Sigara kullanımının sorgulanması	4	4	4	0	15	5	4	4	0	16

22. Alkol kullanımının sorgulanması	3	4	4	1	15	4	4	4	1	16
23. Kemik Mineral Yoğunluğu değerlendirilmesi	2	3	4	2	15	4	4	4	1	15
24. VitB12 eksikliği açısından değerlendirilmesi	3	4	4	1	15	4	4	4	0,5	15
25. Vit D ve kalsiyum eksikliği açısından değerlendirilmesi	2,5	4	4	1,5	15	3	4	4	0	15
26. Tüm ilaçların yan etkiler açısından gözden geçirilmesi	4	4	5	1	16	3	4	5	1	16
27. Tüm ilaçların etkileşimler açısından gözden geçirilmesi	4	4	5	1	16	3,5	4	5	1	16
28. Kilo kaybının ya da alımının değerlendirmesi	3	4	4,25	1,25	16	4	4	4,3	0,5	16
29. Yatak başı yutma testi ile yutma güçlüğünün değerlendirmesi	4	5	5	1	15	4	4,5	5	1	16
30. Disfaji varlığının sorgulanması	4	5	5	1	15	4	5	5	1	15
31. Aspirasyon pnömonisi riskini değerlendirme	4	5	5	1	15	3,8	5	5	1	15
32. Kullanılan enteral beslenme kateterlerinin değerlendirilmesi	4	4	4,75	0,75	14	4	4	4	0	14
33. Enteral beslenme ihtiyacının değerlendirilmesi (NG, PEG, enteral beslenme ürünleri)	4	5	5	1	15	4	5	5	1	15
34. Varsa NG veya PEG süresinin değerlendirilmesi	4	4	4,75	0,75	14	4	4	5	1	15
35. Malnutrisyon riskinin değerlendirilmesi	4	4	5	1	15	4	4	5	1	15
36. Malnutrisyon varlığının değerlendirilmesi	4	4	5	1	15	4	4	5	1	15
37. MNA-S ile malnutrisyon tespiti	4	4	5	1	10	4	5	5	1	10
38. Günlük yaşam aktivitelerinin sorgulanması	4	4	5	1	16	4	4	5	1	16
39. Fizik Tedavi ve rehabilitasyon ihtiyacının belirlenmesi	4	5	5	1	16	4	5	5	1	16
40. Kuvvet kaybının değerlendirilmesi	4	4	5	1	16	4	4	5	1	16
41. Duyu kaybının değerlendirilmesi	4	4	5	1	16	4	4	4,3	0,5	16

42. Konuşma bozukluğu değerlendirilmesi (afazi, dizartri vd)	4	4	5	1	16	4	4	5	1	16
43. Konuşma terapisi ihtiyacının değerlendirilmesi	4	4	5	1	16	4	4	4,3	0,3	16
44. Spastisite değerlendirilmesi	4	4	4	0	15	3,8	4	4	0	15
45. Kontraktür varlığının değerlendirilmesi	3,5	4	4	0,5	15	4	4	4	1	15
46. Splint ihtiyacının değerlendirilmesi	4	4	4	0	11	4	4	4	0	11
47. Bası yarasının değerlendirilmesi	4	5	5	1	15	4	5	5	1	15
48. Bası yarası riskinin değerlendirilmesi	4	5	5	1	15	3	4	5	1	15
49. Düşme riskinin değerlendirilmesi	4	4	5	1	16	4	4	5	1	16
50. Hemiplejik omuz ağrısı varlığının sorgulanması	4	4	4	0	13	4	4	4	0	14
51. Brakiyal pleksus ağrısının sorgulanması	3	4	4	1	13	4	4	4	1	13
52. Omuz-el Sendromu varlığının sorgulanması	3	4	4	1	14	4	4	4	1	14
53. Santral ağrı varlığının sorgulanması	3	4	4	1	14	4	4	4	0,5	15
54. Neglect sendromu varlığının sorgulanması	3,5	4	4	0,5	11	3	4	4	1	12
55. Yardımcı cihaz kullanımının ve ihtiyacının tespiti	4	4	5	1	16	3	4	5	1	16
56. Havalı yatak kullanımı ve ihtiyacının değerlendirilmesi	4	4	5	1	16	3,5	4	5	1	16
57. Time up and go testi uygulanması	4	4	4	0	9	3	4	4	0	9
58. Denge değerlendirilmesi	4	4	5	1	13	4	4	4	0	15
59. Tinetti denge ve yürüme testi uygulanması	3	4	4	1	10	4	4	4	0,8	10
60. Berg Denge Ölçeği uygulanması	3	4	4,25	1,25	8	4	4	4,3	0,5	8
61. İthaki ölçeği düşme riski değerlendirmesi	3	4	4	1	9	4	4	4	0	9
62. Oturma dengesinin değerlendirilmesi	3	4	4,5	1,5	15	3,3	4	4	0	15
63. Derin Ven Trombozu riskinin değerlendirilmesi	4	4	5	1	15	3,8	4	5	1	15
64. Üriner inkontinans varlığının değerlendirilmesi	4	4	4,5	0,5	15	4	4	5	1	15

65. Kullanılan üriner kateter süresinin uygunluğunun değerlendirilmesi	4	4	5	1	15	4	4	5	1	15
66. Kullanılan üriner kateter bakımının değerlendirilmesi	4	4	5	1	15	4	4	5	1	15
67. Fekal inkontinans varlığının sorgulanması	4	4	4,5	0,5	15	4	4	5	1	15
68. Sistemik muayene yapılması	4	5	5	1	15	4	4	5	1	16
69. Nörolojik muayene yapılması	4	5	5	1	15	4	5	5	1	15
70. Görme ve işitme taramasının yapılması	4	4	4,5	0,5	15	4	4	5	1	15
71. Pnömokok ve influenza aşıları açısından değerlendirilmesi	4	4	5	1	15	3,8	4	5	1	15
72. Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılıyorsa doğru kullanım açısından değerlendirilmesi	4	5	5	1	15	2	5	5	1	15
73. Varfarin kullanıyorsa INR kontrolü açısından değerlendirilmesi	4,5	5	5	0,5	15	4	5	5	0	15
74. Hasta ve hasta yakını ile birlikte bir takip planı oluşturulması	4	5	5	1	16	4	4,5	5	1	16
75. Bakım verenin hastanın bakımındaki yeterliğinin değerlendirilmesi	3,75	5	5	1,25	16	4	5	5	1	16
76. Bakım verenin yeni bir inmenin tanınması konusunda eğitilmesi	4	5	5	1	16	4	5	5	1	16
77. Bakım verenin yeni bir inme durumunda yapılması gerekenler konusunda bilgilendirilmesi	4	5	5	1	16	3	5	5	1	16
78. Bakım verenin hastanın beslenmesi konusunda bilgilendirilmesi	4	5	5	1	16	4	5	5	1	16
79. Bakım verenin düşmelerin engellenmesi konusunda bilgilendirilmesi	4	5	5	1	16	5	4,5	5	1	16
80. Bakım verenin hastanın aktif ve pasif egzersiz konusunda eğitilmesi	4	5	5	1	16	4	4	5	1	16
81. Bakım verenin hastanın bası yaralarının engellenmesi konusunda eğitilmesi	4,5	5	5	0,5	15	4	5	5	1	16

82. Bakım verenin sonda bakımı konusunda bilgilendirilmesi	4	5	5	1	15	4	4,5	5	1	16
83. Bakım verenin hastanın düzenli ilaçkullanımın gerekliliği konusunda bilgilendirilmesi	4,5	5	5	0,5	15	4	5	5	1	16
84. Bakım verenin antikoagülan ve antiagreganların sebep olabileceği kanama riski konusunda bilgilendirilmesi	4,5	5	5	0,5	15	4	5	5	0,5	15
85. Bakım verenin antikoagülan ve antiagreganlarla etkileşen besinler konusunda bilgilendirilmesi	4	4	5	1	15	4	4	5	1	15
86. Bakım verenle takip planının paylaşılması	4	5	5	1	16	4	4	5	1	16
87. Bakım verene depresyon taraması	3,75	4	4	0,25	16	4	4	4,3	0,3	16
88. Kurumsal bakıma ihtiyaç olup olmadığının değerlendirilmesi	4	4	5	1	16	4	4	5	1	16
89. Hastanın fonksiyonelliğinin artırılması yönündeki engellerin tespit edilmesi	4	5	5	1	16	4	4	5	1	16
90. Hasta ve bakım veren arasındaki iletişimin değerlendirilmesi	4	4	5	1	16	4,5	4	5	1	16
91. Hastanın ihmal ve istismar açısından değerlendirilmesi	4	5	5	1	16	4	5	5	1	16
92. Hastanın sosyal etkileşim ihtiyacının değerlendrilmesi	4	4	5	1	16	4	4	4,3	0,3	16
93. Hastanın bakımına destek olabilecek diğer bakım kurumları hakkında bilgilendirilmesi (belediye, sivil toplum kurumları vb)	4	4	5	1	16	3,8	4	5	1	16

n: Cevap Veren Sayısıdır.
Ç1 (Birinci Çeyrek): cevapların %25'ini soluna, %75'ini de sağına alan noktadır.
Ortc (Ortanca): Cevapların %50'sini soluna, %50'sini de sağına alan noktadır.
Ç3 (Üçüncü Çeyrek): Cevapların %25'ini sağına, %75'ini de soluna alan noktadır.
G (Genişlik): Üçüncü çeyrek ile birinci çeyrek arasındaki farktır (R=Ç3-Ç1). Zeliff ve Heldenbrand'a göre bu farkın 1,2'den az olması uzlaşma olduğunu, yüksek olması ise uzlaşma olmadığını ifade eder.
G1: Birinci turdaki genişlik
G2: İkinci turdaki genişlik

Uzlaşma sağlanan maddeler için güvenirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,93 bulunmuştur.

İkinci tur sonucunda uzlaşma sağlanan 93 madde gruplandırılmıştır. Maddeler; hastanın son durumu ve fizik muayene, riskler ve ihtiyaçlar; bakım veren/bakım verilen ortam ve plan olmak üzere 4 ana gruba ayrılmıştır. Bu 4 ana grup kendi içerisinde toplam 15 ana başlıktan oluşmaktadır. Kontrol listesinin son hali Tablo 9'da yer almaktadır.

Kognisyonu değerlendirmek için 6 Maddelik Kognisyon Değerlendirme Testi' konusunda uzlaşmaya varılmış ve bu madde demans varlığının değerlendirilmesi ile aynı başlıkta birleştirilmiştir. Maddeler arasında bulunan, kognisyonun değerlendirilmesi için kullanılan Mini Mental Test'in uygulanması konusunda uzlaşmaya varılamamıştır.

Düşme riski ve denge (oturma dengesi dahil) değerlendirilmesi konusunda uzlaşmaya varılmıştır ancak düşme riski ve dengenin değerlendirilebileceği maddelerin hepsinin önemli olduğu sonucu çıkmıştır. Bu maddeler; 'Son bir yılda düşme öyküsü', İtaki Düşme Riski Ölçeği, Tinetti Denge ve Yürüme Testi, Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (TUP), Berg Denge Ölçeği'dir. İtaki Düşme Riski Ölçeği; Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından kullanımı hastanelerde önerilen bir ölçek olduğu için kontrol listesinden çıkarılmıştır.[45]

Kalsiyum kullanımı kontrol listesinden çıkarılmıştır. Yapılan çalışmalarda tek başına alınan kalsiyum takviyesinin kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı saptanmıştır[46]. Tek başına alınan yüksek doz kalsiyum (≥ 1000 mg/gün) inme riskinde de artış göstermektedir ancak vitamin D ile kombine kullanımında bu risk gözlenmemiştir.[47]

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yüksek doz siyanokobalamin (≥0,4 mg/gün) kullanımı ve antiplatelet ilaç kullanan hastalarda yüksek doz B vitamini sekonder inme riskini artırmaktadır. [48,49] Bu nedenle *vitamin B12 ihtiyacının değerlendirilmesi* maddesinde bu bilgi hatırlatılmaktadır.

Fizik muayene ana başlığında, *sistemik muayene* kan basıncı ölçümünü içermesine rağmen ayrı bir *kan basıncı ölçümü* maddesi yer almaktadır. Bunun nedeni ayrı bir kan basıncı ölçümü maddesinde ayrı bir uzlaşının bulunmasıdır.

Tablo 9: Aile Hekimlerine Yönelik Evde Bakım Kontrol Listesi

Hastanın Son Durumu ve Fizik Muayene	1. Hastane çıkışının ve sonraki takiplerin değerlendirilmesi	☐ Epikrizin gözden geçirilmesi ☐ İnme tipinin öğrenilmesi ☐ Nöroloji takibinin öğrenilmesi
	2. Eşlik eden durumların sorgulanması	☐ Diğer hastalıklar ☐ Diyabetes Mellitus ☐ Hiperlipidemi ☐ Atriyal fibrilasyon ☐ İnkontinans ☐ Nöbet ☐ Ağrı Santral nöropatik ağrı Hemiplejik omuz ağrısı Brakiyal pleksus ağrısı Omuz-el Sendromu ☐ Uyku bozukluğu
	3. Mental ve ruhsal durum değerlendirmesi	☐ 6 soruluk kognisyon değerlendirme testi[a] ☐ Depresyon taraması
	4. Kullanılan ilaçların ve takviye ihtiyacının değerlendirilmesi	☐ Yan etkiler ☐ İlaç-ilaç/ilaç-gıda etkileşimleri ☐ Antikoagülan kullanımı [b] ☐ Varfarin kullanıyorsa INR takibi ☐ Antihipertansif kullanımı [b] ☐ Vitamin D takviyesi ☐ Vitamin B12 ihtiyacı [c]
	5. Fizik muayene	☐ Kan basıncı ölçümü ☐ Sistemik muayene ☐ Nörolojik muayene ☐ Kuvvet ve duyu ☐ Görme ve işitme ☐ Konuşma ☐ Spastisite ve kontraktür ☐ Yatak başı yutma testi [d] ☐ Neglect sendromunun değerlendirilmesi [e] ☐ Bası yarası değerlendirmesi
	6. Kataterlerin kontrolü	☐ Kullanım süresi ☐ Bakımı ☐ Doğru kullanımı
Risklerin Saptanması	7. Beslenmenin değerlendirilmesi	☐ Kilo kaybı ya da alımı ☐ MNA kısa form ile malnütrisyon riski [f]
	8. İşlevsellik ve yardımcı cihaz kullanımının değerlendirilmesi	☐ Günlük yaşam aktiviteleri ☐ FAS ile ambulasyon [g] ☐ Yardımcı cihaz kullanım ve ihtiyacı ☐ Havalı yatak kullanım ve ihtiyacı ☐ Splint ihtiyacı
	9. Düşme riski ve dengenin değerlendirilmesi*	☐ Son bir yılda düşme öyküsü Tinetti Denge ve Yürüme Testi Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (TUP) Berg Denge Ölçeği
	10. Aşı durumunun sorgulanması **	☐ Pnömokok ☐ İnfluenza
	11. Taramalar	☐ EKG ile Atrial Fibrilasyon [h] ☐ Lipid profili ☐ DM (AKŞ/ HbA1c) ☐ Aktif/pasif sigara içimi ☐ Alkol kullanımı ☐ Derin ven trombozu riski ☐ Kemik mineral yoğunluğu ile osteoporoz[ı] ☐ Bası yarası riski

Bakım Veren ve Bakım Verilen Ortam	12. Bakım verilen ortamın değerlendirilmesi	□ Fonksiyonelliğin artması yönündeki engellerin tespiti □ Hasta ve bakım veren arasındaki iletişim □ Kurumsal bakıma olan ihtiyaç □ İhmal ve istismar □ Sosyal etkileşim ihtiyacı
	13. Bakım verenin yeterliğinin değerlendirilmesi ve eğitimi	□ Yeni bir inmenin tanınması □ Hastanın beslenmesi □ Düşme riskinin azaltılması □ Antikoagülan kullanımının takibi □ Bası yarası riskinin azaltılması □ Aktif/pasif egzersiz □ Sonda bakımı □ Düzenli ilaç kullanımı □ Bakıma destek olabilecek kurumlar hakkında bilgi verilmesi
	14. Bakım verenin depresyon açısından değerlendirilmesi	
Plan	15. Önceliklerin belirlenmesi ve plan	□ İnme tipi ve süresine göre müdahale önceliklerinin belirlenmesi □ İhtiyaca göre fizik tedavi ve rehabilitasyona yönlendirme □ Gerekiyorsa kurumsal bakım planı yapılması □ Hasta ve bakım verenle birlikte takiplerin planlanması

[a] Altı Soruluk Kognisyon Değerlendirme Testi (SIS): SIS için birbiriyle ilişkisiz 3 kelime söylenir ve 5 dk sonra sorulur. Bununla birlikte tarih; gün, ay, yıl olarak sorulur. Her biri 1 puan olup toplam 6 puan üzerinden değerlendirildi. SIS puanı <4 olması kognitif durumda bozulma olduğunu göstermektedir.[37,50]

[b] Kullanılması gerektiği halde kullanılmadığı ya da gereksiz yere kullanılan durumların tespit edilmesi.

[c] Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yüksek doz siyanokobalamin (≥0,4 mg/gün) kullanımı ve antiplatelet ilaç kullanan hastalarda yüksek doz B vitamini sekonder inme riskini artırmaktadır. [48,49]

[d] Yatak Başı Yutma Testi: Bilinç açık, koopere hasta yatakta dik oturtulur. 3 kez 5 ml su verilerek hasta gözlenir. Her seferinde yutmanın olup olmadığı, yutma sırasında/sonrasında öksürük ve ses değişikliği olup olmadığına bakılır. Eğer yoksa hastaya 50 ml su verilip tekrar gözlemlenir. Ses değişikliği, ıslak ses ya da yutma sırasında ve sonrasında öksürük; disfaji varlığını ve aspirasyon riskini gösterir. [51,52,53]

[e] Neglect Sendromunun Değerlendirilmesi: İhmalin değerlendirilmesi için hasta gözlemlenmeli, şikayetleri ve hareketleri ile birlikte değerlendirilmelidir. Genel olarak ihmal, kağıt ve kalemin kullanıldığı testlerle değerlendirilir. En fazla kullanılan testler; kopyalama, resim çizme, çizgi bölme, yıldız silmedir. [54–56]

[f] Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Formu (Mini Nutritional Assessment Short Form; MNA-sf)[39,40,57] : Ek-2'de yer almaktadır. Sarıkaya ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik çalışması yapılmıştır. [58]

[g] Fonksiyonel Ambulasyon Sınıflaması (Funcitonal Ambulation Classification; FAC)[59]: Ek-7 form.

[h] Avrupa İnme Organizasyonu tarafından desteklenen 2016 Avrupa Kardiyoloji Derneği Atriyal Fibrilasyon Kılavuzu'nda 65 yaş üstü bireylerde EKG ile AF taramasını önermektedir. [60] Eşlik eden durumların sorgulanmasında atriyal fibrilasyon olup olmadığı bilinmiyorsa AF taraması gerekmektedir.

[ı] İnmeli erkek hastalarda osteoporoz taranması ile ilgili literatürde net bir öneri yoktur. [61]

* Düşme ve dengeyi değerlendiren birinci basamakta kullanılabilecek testler aşağıda sıralanmıştır:

Son 1 yılda düşme öyküsü: Düşme riskinin olduğunu göstermektedir.[62]

Zamanlı Kalk ve Yürü Testi (TUP; Timed up and go Test): Bu testi hasta her zamanki ayakkabısı ile yapar, dilerse yardımcı cihaz kullanabileceği söylenir. Hasta bir sandalyeye oturtulur. Sandalyeden kalkıp 3 metre ileri gitmesi ve sonra geri dönüp sandalyeye oturması istenilir. Toplam zaman hesaplanır. TUP test süresi yaşlılarda 10 sn altı normal kabul edilir, kırılgan yaşlılarda bu süre 20 sn'dir. 20 sn üzerinde hasta mobilite için yardıma ihtiyaç duyar. Bu sürenin 30 sn'den fazla olması ise hastanın düşme eğiliminin olduğunu gösterir. [38,63]

Tinetti Denge ve Yürüme Testi: Özellikle yaşlılarda, düşme riskinin belirlendiği bu testte denge (Oturma dengesi dahil) ve yürüme ayrı değerlendirilir.[64] Ek-8'de yer almaktadır.

Berg Denge Ölçeği: Özellikle yaşlılarda dengenin değerlendirilmesinde kullanılır.[65] Şahin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, Türkçe versiyonunun inmeli hastalarda geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.[66] Ek-9'da yer almaktadır.

** Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği'nin hazırladığı Erişkin Bağışıklama Rehberi'nde, tüm 65 yaş ve üzeri hastalar ile kronik kardiyovasküler hastalığı olan bireylere pnömokok ve influenza aşısı önerilmektedir. [67]

4.TARTIŞMA

İnmeli hastaların evde bakımında Aile Hekimlerine yönelik inme bakım kontrol listesi oluşturulmasının amaçlandığı bu araştırmada 15 ana başlık altında listelenen 93 maddelik bir kontrol listesi ortaya çıkmıştır. Araştırma metodolojik nitelikte bir araştırma olup metot olarak Modifiye Delphi Tekniği kullanılmıştır. İlk aşama 3 adımdan oluşmaktadır. İlk olarak evde bakıma ilk kez başvurmuş inmeli hastaların müdahale alanları ve bakım verenlerin ihtiyaçları belirlenmiştir. İkinci adımda literatür taranmış ve son olarak bir atölye çalışması düzenlenerek ikinci aşama için prototip bir kontrol listesi oluşturulmuştur. İkinci aşamada prototip kontrol listesi uzmanlara gönderilerek Delphi Tekniğinin turları uygulanmış; birinci turda 102 maddenin 86'sında uzlaşı sağlanmış, ikinci turda bu sayı 93'e yükselmiştir. Son olarak güncel literatür gözden geçirilerek 93 madde gruplandırılmış ve kontrol listesine son hali verilmiştir.

İnme, dünyada görülme sıklığı artan hastalıklar içerisindedir. Buna bağlı birinci basamak ve evde bakımda da inmeli hasta görülme sıklığı artmaktadır. İnmeli hastanın yönetiminde Aile Hekimliği, Nöroloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Hemşirelik vb gibi farklı disiplinler yer almaktadır. Bu nedenle, fikir birliği oluşturulması, kapsamlı ve konunun farklı yönlerini de ele alabilecek bir kontrol listesi oluşturmak için Delphi Tekniği tercih edilmiştir. [30] Klasik Delphi Tekniği'nden farklı olarak Modifiye Delphi Tekniği kullanılmıştır. Bunun nedeni; inmeli hastaların müdahale alanlarının ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının sahada gözlemlenip, literatür ışığında inme alanında hizmet veren uzmanlarla konunun tartışılıp daha kapsamlı bir prototip kontrol listesinin hazırlanmasıdır. Delphi'nin katılımda gizlilik özelliğine sadık kalınarak baskın nitelikteki katılımcıların grup üzerinde etki oluşturmaması için ilk aşama ile ikinci aşamada inme alanında hizmet veren uzmanlar farklı seçilmiştir. Benzer şekilde Dünya İnme Organizasyonu'nun (WSO; World Stroke Organisation) da katıldığı Küresel İnme Topluluğu Danışma

Panel'i (The Global Stroke Community Advisory Panel) 2013 yılında birinci basamakta kullanılmak üzere İnme Sonrası Kontrol Listesi (PSC; Poststroke Checklist) yayınlamıştır. Bu benzer çalışmada inmeli hastalar için standart bakımı iyileştirici, yaşam kalitelerini artırıcı; sağlık profesyonelleri içinse bakımı standardize edecek, kullanımı kolay bir kontrol listesi amaçlanmıştır.[68] Farklı olarak Delphi Yöntemi tamamı inme konusunda uzman olan klinisyenlerle uygulanmıştır. Bizim araştırmamızda ise kontrol listesinin oluşmasında literatür taraması ve uzmanlarla atölye çalışmasının yanında inmeli hasta ve bakım verenlerin beklentileri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurulmuş; Delphi turlarının katılımcıları arasında nörologlarla birlikte evde bakım hizmeti veren aile hekimleri, hemşireler, sosyal hizmet uzmanı, FTR uzmanlarına da yer verilmiştir. Bahsi geçen İnme Sonrası Kontrol Listesi (PSC) oluşturulmasını amaçlayan çalışmada hastaların uzun dönem problemlerine odaklanılmıştır. Bizim çalışmamızda hasta ile karşılaşıldığı ilk andan itibaren tespit edilen tüm ihtiyaçlara yönelik bir kontrol listesi hedeflenmiştir. 2014 yılında Birleşik Krallık ve Singapur'da yapılan bir çalışmada İnme Sonrası Kontrol Listesi'nin (PSC) uygun ve yararlı olduğu sonucuna varılmıştır.[24] PSC'de toplam 11 madde bulunmaktadır. Bu maddeler; Sekonder koruma, Günlük yaşam aktiviteleri, Mobilite, İletişim, Ruhsal durum, Spastisite, Ağrı, İnkontinans, Kognisyon, İnme sonrası yaşam ve Ailenin dahil edildiği rehabilistasyondur. Bizim çalışmamızda kontrol listesi 15 ana başlıkta gruplandırılmış ve maddeler bahsedilen çalışmadaki 11 maddeyi içermektedir. PSC'de maddelere verilen cevaplara göre hastalar Birincil Bakım Ekibi (Primary Care Team), İnme Topluluğu Takımı (Community Stroke Team), (Community Continence Adviser) ya da Dil ve Konuşma Terapisti'ne yönlendirilmektedir. Önerilen yönlendirilmeler Birleşik Krallık'ta kullanılmak üzere geliştirilmiştir ve diğer ülkelerde inme sonrası insanlara sunulan farklı hizmet modelleri için değişiklik yapılmasını gerektirebilir. Nitekim ülkemiz sağlık modelinde inme alanında uzmanlaşmış sağlık hizmet grupları bulunmamaktadır. Benzer şekilde 2017'de Kuala Lumpur'da Modifiye Delphi Tekniği ile yapılan bir çalışmada birinci basamağa başvuran inmeli hastaların değerlendirildiği ve gerekli bakım birimlerine transfer edildiği entegre bir bakım yolu amaçlanmıştır. [69] Bahsedilen çalışmadan çıkan sonuçlara göre inmeli hastalar; sekonder risk faktörleri, rehabilitasyon ve mental durum konularında değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızın

farkı evde bakımda kullanılmak üzere tasarlanmış bir kontrol listesi olup inmeli hastaların değerlendirilmesinin daha kapsamlı olmasıdır.

Araştırmamızda 102 madde ile başlayan prototip kontrol listesi katılımcıların çoğu maddede uzlaşı sağlaması ile sadece 93 maddeye düşmüştür. Literatürde prototip oluşturulan bir ölçeğin uzmanlar arasında 3 tur dönmesine rağmen tüm maddelerinde uzlaşı sağlanarak madde eksiltmesi yapılmadan doğrudan kullanıldığı bildirilmektedir. Görme bozukluğu olan inmeli hastalar için yeni bir Hasta Raporlu Sonuç Ölçütü (Patient Related Outcome Measure; PROM) oluşturmak için Delphi tekniği kullanılan bu araştırmada klinisyenlerin yanında görme bozukluğu olan inmeli hastalar da katılmıştır. Toplam 3 turun sonunda maddelerin %56,5'inde uzlaşmaya varılmıştır. Yapılan istatistikler sonucunda maddelerde eksilme olmamıştır. Bu çalışma; görme bozukluğu olan inmeli hastalar için yeni bir PROM geliştirilmesinde Delphi tekniği sonrası ek olarak madde azaltma yöntemlerine olan ihtiyacı göstermektedir**.** [70] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde madde azaltımı az olmuş, sonrasında ilgili maddeler gruplandırılmıştır. Bahsedilen çalışmada oluşturulan ölçeğin kullanılabilirliği değerlendirilmiştir, bizim çalışmamızda kontrol listesinin kullanılabilirliği henüz değerlendirilmemiştir.

Delphi Tekniğinde katılımcıların sayısı ve çeşitliliği konusunda bir standart belirtilmemiştir. Önemli olan konu ilgili tüm grupları temsil eden bir sonuç elde etmektir. Çalışmamıza dahil edilen uzmanların sayılarının ve çeşitliliğinin farklılığı sonucu değiştirebilecektir.

MEDLINE'da 1978-2009 yılları arasında yapılan tüm Delphi (Modifiye Delphi dahil) çalışmalarının gözden geçirildiği bir sistematik derleme araştırmasının sonuçlarına göre; optimal tur sayısında net bir bilimsel kanıt olmasa da önerilen tur sayısı 2 veya 3'tür.[34] Bu çalışmada 2. turda maddelerin %91'inde uzlaşı sağlandığı için 3. tur yapılmamıştır.

Uzlaşma kriteri olarak çeyrekler arası genişlik alınmıştır[44] Diyabet değerlendirilmesi için kullanılmak üzere Delphi Tekniği ile yapılan başka bir ölçek geliştirme çalışmasında da uzlaşı için çeyrekler arası genişliğe bakılmıştır[71] ancak farklı uzlaşma kriterleri de bildirilmektedir. Örneğin Norveç'te evde bakımda

kullanılmak üzere uygunsuz ilaç kullanım kriterleri geliştirmek için yapılan bir Delphi çalışmasında turlar arasındaki uyumsuzluğu değerlendirmek için ortalama ile standart sapmanın uyumuna bakılmıştır.[72]. Başka bir çalışmada turlar arasında her bir maddenin yanıtlarına bakılarak yüzde oranları üzerinden uzlaşı sağlanmıştır. Farklı uzlaşma metotlarının farklı sonuçlar verebileceği düşünülebilir.

İlk aşamada yapılan atölye çalışmasında uzman görüşü olarak *kalsiyum eksikliğinin değerlendirilmesi* maddesinde ikinci aşamada uzlaşı oluşmuş ve kontrol listesi alınmıştır. Kontrol listesine alınan maddelerin güncel literatür taraması yapılmış ve inmeli hastalarda yüksek doz kalsiyum kullanımının sekonder inme riskini artırdığı görülmüştür.[46,47] Bu yüzden kalsiyum ile ilgili madde kontrol listesinden çıkarılmıştır ancak literatürün değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Düşme ve dengeyi değerlendirmek için birden fazla ölçek konusunda uzlaşılmıştır. Ölçeklerin tamamını uygulanması pratik ve gerekli olmayabilir. Bu yüzden düşme ve dengenin değerlendirilmesine dair ölçekler hekimin seçeneğine bırakılmıştır. Düşme ve dengeyi değerlendirmek için uzlaşı sağlanmış ölçeklerden biri de Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî tarafından geliştirilen İtaki Düşme Riski Ölçeği'dir. İtaki Düşme Riski Ölçeği; Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından kullanımı hastanelerde önerilen bir ölçek olduğu için kontrol listesinden çıkarılmıştır. Ancak Samsun'da yapılan bir çalışmada İtaki Düşme Riski Ölçeği ile evde bakım hastalarında düşme riski değerlendirilmiştir.[73] İtaki Düşme Riski Ölçeğinin evde bakımda kullanımı düşünülebilir ve bunun için ileri araştırmalar planlanabilir.

4.1.Çalışmanın Zayıf Yanları

Çalışmamızda uzmanlık alanları farklı olduğu için kontrol listesinin bazı maddeleriyle ilgili görüş bildirilmemiştir; kayıp değer (missing) fazladır.

Kontrol listesinde bulunan risk ve ihtiyaçların ölçüldüğü ölçekler literatürde bulunmaktadır ancak evde bakımda kullanılabilecek Türkçe geçerlik ve güvenirlik testlerinin yapılması gerekmektedir.

Kontrol listesinin son halinde birden fazla ölçek yer almaktadır; hekimler açısından kullanımı pratik olmayabilir.

4.2.Çalışmanın Güçlü Yanları

Çalışmamız aile hekimlerine yönelik evde bakımda kullanımı amaçlanan ilk kontrol listesi olma özelliğini taşımaktadır. Hasta ve bakım verenin ihtiyaçları dahil edilerek inme konusunda hizmet veren farklı sağlık profesyonelleri ile kapsamlı bir yaklaşım oluşturulmak istenmiştir. Bunun için Modifiye Delphi Tekniği kullanılmasının çalışmanın kalitesini artırdığını düşünmekteyiz.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimliği kapsamlı bir uzmanlık dalıdır. Aile hekimliğinin geniş kapsamlı olması hatırlatıcılara olan önemi artırmaktadır. Bu çalışmada aile hekimlerine yönelik evde bakımda kullanılmak üzere; hatırlatıcı ve bakımı standardize eden bir kontrol listesi oluşturulması amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda oluşturulan kontrol listesinin böyle bir ihtiyaç alanını doldurmasını umuyoruz ancak kontrol listesinin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi için ileri çalışmalar yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. WHO. The top 10 causes of death. 24 May 2018. http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death. Accessed October 25, 2018.

2. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu). Ölüm Nedeni İstatikleri. 2018. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083.

3. WHO | WHO: Number of people over 60 years set to double by 2050; major societal changes required. *WHO*. 2015. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/. Accessed September 7, 2018.

4. Köse MR, Bora Başara B, Güler C, et al. *T.C. Sağlik Bakanliği SağİstatistikleriYilliği 2016*.; 2017. https://www.saglik.gov.tr/TR,31249/saglik-istatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html.

5. Mcwhinney, Ian R ; Freeman T. *Aile Hekimliği*. (Güldal D, ed.). Medikal Akademi Yayıncılık; 2012.

6. Ramsdell JW, Schwartzberg JG, Abrams AP, et al. *Medical Management of the Home Care Patient- Guidelines for Physicians*.; 2007.

7. Etiology, classification, and epidemiology of stroke - UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/etiology-classification-and-epidemiology-of-stroke?sectionName=BRAIN ISCHEMIA&topicRef=14085&anchor=H3&source=see_link#H3. Accessed July 29, 2018.

8. WONCA. The Europen Definition of Gneral Practice / Family Medicine. 2011:1-33. doi:10.1016/S0895-4356(00)00274-2

9. Dikici MF, Kartal M, Cubukcu M. Concepts, task in family medicine and

history of the discipline: Medical education. 2007;(June 2017).

10. Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2015:1-169. http://www.bdhd.org.tr/wp-content/uploads/2016/04/İnme-Tanı-ve-Tedavi-Kılavuzu.pdf.

11. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(10):e146-e603. doi:10.1161/CIR.0000000000000485

12. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. http://saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html. Accessed July 29, 2018.

13. Ünlüoğlu İ, Saatçı E. *Aile Hekimliğinde Evde Bakım*. Akademi Yayınevi; 2015.

14. ÇİFÇİLİ SS. Evde Bakımda Önemli Bir İlgi Grubu Olarak Yaşlılar. *Turkiye Klin Public Heal Nurs - Spec Top*. 2016;2(3):25-31. http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-evde-bakimda-onemli-bir-ilgi-grubu-olarak-yaslilar-77050.html. Accessed November 6, 2018.

15. Yıkılkan H, Türedi Ö, Aypak C, Görpelioğlu S. Ankara ilinde eğitim alan aile hekimliği asistanlarının eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi Evaluation of training needs of family medicine residents educated in Ankara. *Cumhur Med J Cumhur Med J*. 2013;35:25-32. doi:10.7197/1305-0028.1807

16. Çifçili S. *Aile Hekimleri İçin Yaşlı Sağlığına Bütüncül Yaklaşım*. (Çifçili S, Ünalan Cöbek P, Apaydın Kaya Ç, Akman M, Uzuner A, eds.). İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2011.

17. European Commission. Health and long-term care in the European Union. *Spec Eurobarom*. 2007;283(December):25-27. http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf. Accessed September 8, 2018.

18. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, et al. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir

Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Derg*. 2010;11(3):125-132.

19. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home Care across Europe - Current structure and future challenges. *World Heal Organ*. 2012:156. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf. Accessed September 8, 2018.

20. *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği*. Vol 28539.; 2013:1. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile he. Accessed July 27, 2018.

21. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile Hekimliği: Çağdaş bir Sağlık Hizmeti Sunma Biçimi. *GeroFam*. 2010;1(1):15-28. doi:10.5490/gerofam.2010.1.1.3

22. Çifçili S. Aile Hekimliği Gözü ile Evde Bakım. *Kliin Tıp Aile Hekim Clin Med Fam Med Curr Sci Med J*. 2018;10(1):23-29.

23. America I of M (US) C on Q of HC in, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human*. National Academies Press (US); 2000. doi:10.17226/9728

24. Ward AB, Chen C, Norrving B, et al. Evaluation of the Post Stroke Checklist : a pilot study in the United Kingdom and Singapore. 2014;9(October):76-84. doi:10.1111/ijs.12291

25. Hoşgörür V. *Bogardus, Guttman ve Likert Ölçekleri*. http://dergipark.gov.tr/download/article-file/188362. Accessed October 17, 2018.

26. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler Basic Principles Of Scale Development. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;40. http://dergipark.gov.tr/download/article-file/199275. Accessed October 17, 2018.

27. Büyüköztürk Ş. *Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede*

Kullanımı. Vol 32. Ankara; 2002. http://dergipark.gov.tr/download/article-file/108451. Accessed October 17, 2018.

28. Murphy MK, Sanderson C, Black NA, et al. *Consensus Development Methods, and Their Use in Clinical Guideline Development*. Vol 2.; 1998. www.hta.ac.uk/htacd.htm. Accessed October 19, 2018.

29. Şahin AE. Eğitim araştırmalarında Delphi tekniği ve kullanılmı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg*. 2001;20:215-220. http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:E?itim+ara?t?rmalar?nda+delphi+tekni?i+kullan?m?#0.

30. Hsu C-C. The Delphi Technique: Making Sense of Consensus - Practical Assessment, Research & Evaluation. 2007;12(10). https://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=10. Accessed August 29, 2018.

31. Cuhls K. Delphi method ∗. *Fraunhofer Inst Syst Innov Res Ger*. 2004:93-113. doi:10.1111/j.1539-6924.2009.01325.x

32. Erffmeyer RC, Erffmeyer ES, Lane IM. The Delphi Technique: An Empirical Evaluation of the Optimal Number of Rounds. *Gr Organ Stud*. 1986;11(1-2):120-128. doi:10.1177/105960118601100110

33. Custer RL, Scarcella JA, Stewart BR, Stewart BR. The Modified Delphi Technique - A Rotational Modification. *J Career Tech Educ*. 1999;15(2). doi:10.21061/jcte.v15i2.702

34. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. Wright JM, ed. *PLoS One*. 2011;6(6):e20476. doi:10.1371/journal.pone.0020476

35. Schiller MR, Miller-Kovach K, Miller MA. *Total Quality Management for Hospital Nutrition Services*. Gaithersburg Md.: Aspen Publishers; 1994. http://www.worldcat.org/title/total-quality-management-for-hospital-nutrition-services/oclc/29311538. Accessed October 17, 2018.

36. Lazić L, Mastorakis N. Proceedings of the European Computing Conference. *Lect Notes Electr Eng*. 2009;28(VOL.2):89-110. doi:10.1007/978-0-387-85437-3

37. Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Med Care*. 2002;40(9):771-781. doi:10.1097/01.MLR.0000024610.33213.C8

38. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriafrics Soc*. 1991;39(2):142-148.

39. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA--Its history and challenges. *J Nutr Health Aging*. 2005;10(6):456-63; discussion 463-5. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17183418. Accessed October 10, 2018.

40. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Heal Aging*. 2009;13(9):782-788. doi:10.1007/s12603-009-0214-7

41. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997;12(7):439-445. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9229283. Accessed October 18, 2018.

42. Arroll B. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327(7424):1144-1146. doi:10.1136/bmj.327.7424.1144

43. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract*. 2007;57(535):144-151. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17263931. Accessed October 18, 2018.

44. Zeliff N, Heldenbrand S. *What's Being Done in the International Business Curriculum., Business Education Forum, 1993.*; 1993. https://eric.ed.gov/?id=EJ470016. Accessed October 18, 2018.

45. Faktörleri Puan R. *İtaki Düşme Riski Ölçeği*. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4202,itakisonolcekpdf.pdf?0. Accessed October 10, 2018.

46. Li K, Kaaks R, Linseisen J, Rohrmann S. Associations of dietary calcium intake and calcium supplementation with myocardial infarction and stroke risk and overall cardiovascular mortality in the Heidelberg cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study (EPIC-Hei. *Heart*. 2012;98(12):920-925. doi:10.1136/heartjnl-2011-301345

47. De Abajo FJ, Rodríguez-Martín S, Rodríguez-Miguel A, Gil MJ. Risk of ischemic stroke associated with calcium supplements with or without vitamin D: A nested case-control study. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(5). doi:10.1161/JAHA.117.005795

48. Hankey GJ. B vitamins for stroke prevention. *Stroke Vasc Neurol*. 2018;3(2):51-58. doi:10.1136/svn-2018-000156

49. Arshi B, Ovbiagele B, Markovic D, Saposnik G, Towfighi A. Differential effect of B-vitamin therapy by antiplatelet use on risk of recurrent vascular events after stroke. *Stroke*. 2015;46(3):870-873. doi:10.1161/STROKEAHA.114.006927

50. Xue J, Chiu HFK, Liang J, Zhu T, Jiang Y, Chen S. Validation of the Six-Item Screener to screen for cognitive impairment in primary care settings in China. *Aging Ment Heal*. 2018;22(4):453-457. doi:10.1080/13607863.2017.1280768

51. Arsava EM, Aydoğdu İ, Güngör L, et al. İnme Hastalarında Nütrisyonel Yaklaşım ve Tedavi, Türkiye için Uzman Görüşü Nutritional Approach and Treatment in Patients with Stroke, An Expert Opinion for Turkey. *Turk J Neurol*. 2018;24:226-242. doi:10.4274/tnd.92603

52. Daniels SK, Anderson JA, Willson PC. Special Report Valid Items for Screening Dysphagia Risk in Patients With Stroke A Systematic Review. 2012. doi:10.1161/STROKEAHA.111

53. Brodsky MB, Suiter DM, González-Fernández M, et al. Screening Accuracy for Aspiration Using Bedside Water Swallow Tests. *Chest*. 2016;150(1):148-163. doi:10.1016/j.chest.2016.03.059

54. Karataş GK. İhmal Sendromu. *Fiz Tıp ve Rehabil Bilim Derg*. 2006;9:11-13. http://www.jpmrs.org/uploads/pdf_PMJ_243.pdf. Accessed November 6, 2018.

55. Khorshid L, Hakverdioğlu G. Bir Tarafı İhmal Etme (Unilateral Neglect). *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2007;10(3). http://www.undergrad. Accessed November 6, 2018.

56. Kurt M. Görsel-Uzaysal Yeteneklerin Bileşenleri. *Klin Psikiyatr*. 2002;5(2):120-125. https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_5_2_120_125.pdf. Accessed November 6, 2018.

57. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA (R)) review of the literature - What does it tell us? *J Nutr Heal Aging*. 2006;10(November 2005):466-487. doi:10.1016/S0899-9007(98)00171-3

58. Sarikaya D. Geriatrik Hastalarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun ve Kısa (MNA-sf) Formunun Geçerlik Çalışması. 2013. http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/913/501ff5bb-d5a0-4904-bb12-3943d5c42836.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accessed October 9, 2018.

59. Holden MK, Gill KM, Magliozzi MR, Nathan J P-BL. Clinical gait assessment in the neurologically impaired. Reliability and meaningfulness. *Phys Ther*. 1984;64(1):35-40. doi:10.1093/ptj/64.1.35

60. Kirchhof P, Benussi S, Zamorano JL, et al. 2016 ESC guidelines for the

management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37. doi:10.1093/eurheartj/ehw210

61. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. *AHA / ASA Guideline Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery*.; 2016. doi:10.1161/STR.0000000000000098

62. Test SM, Florence G, Hastanesi N. Yaşlı Bireylerde Düşme Riski ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. 2014;6(1).

63. Nightingale C, Mitchell S, Butterfield S. Validation of the Timed Up and Go Test for Assessing Balance Variables in Adults Aged 65 and Older. *J Aging Phys Act*. August 2018:1-15. doi:10.1123/ijspp.2015-0012

64. Tinetti ME. Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems. *Am Geriatr Soc*. 1986;34:119-126.

65. Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI. The Balance Scale: reliability assessment with elderly residents and patients with an acute stroke. *Scand J Rehabil Med*. 1995;27(1):27-36. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7792547. Accessed October 11, 2018.

66. Şahin F, Büyükavci R, Sağ S, Doğu B, Kuran B. Berg Denge Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İnmeli Hastalarda Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Turkiye Fiz Tip ve Rehabil Derg*. 2013;59(3):170-175. doi:10.4274/tftr.02212

67. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD), ed. *Erişkin Bağışıklama Rehberi*. İstanbul; 2016.

68. Philp I, Brainin M, Walker MF, et al. Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2013;22(7):e173-e180. doi:10.1016/J.JSTROKECEREBROVASDIS.2012.10.016

69. Abdul Aziz AF, Mohd Nordin NA, Ali MF, Abd Aziz NA, Sulong S, Aljunid SM. The integrated care pathway for post stroke patients (iCaPPS): A shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist

stroke care services. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1-12. doi:10.1186/s12913-016-1963-8

70. Hepworth LR, Rowe FJ. Using Delphi methodology in the development of a new patient-reported outcome measure for stroke survivors with visual impairment. *Brain Behav*. 2018;8(2):e00898. doi:10.1002/brb3.898

71. Guo ZX. Processing of Ti/SiC composites: a comparative study of the foil-fibre-foil and the tape-casting techniques. In: *TMS Annual Meeting*. Vol 41. ; 1997:195-206. doi:10.1016/j.jcjd.2016.10.011

72. Nyborg G, Straand J, Klovning A, Brekke M. The Norwegian General Practice-Nursing Home criteria (NORGEP-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2015;33(2):134-141. doi:10.3109/02813432.2015.1041833

73. Çubukçu M. Evde bakım alanlarda düşme riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekim Derg | Turkish J Fam Pract*. 2018;22(2):50-57. doi:10.15511/tahd.18.00250

EKLER

Ek-1: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

Ek-2: Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Form

Ek-3: Etik Kurul Onayı

Ek-4: Hasta Bilgilendirme Formu

Ek-5: Sağlık Profesyonelleri Bilgilendirme Formu

Ek-6: Gönüllü Onam Formu

Ek-7: Fonksiyonel Ambulasyon Sınıflaması

Ek-8: Tinetti Denge ve Yürüme Testi

Ek-9: Berg Denge Ölçeği

EK-1: BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

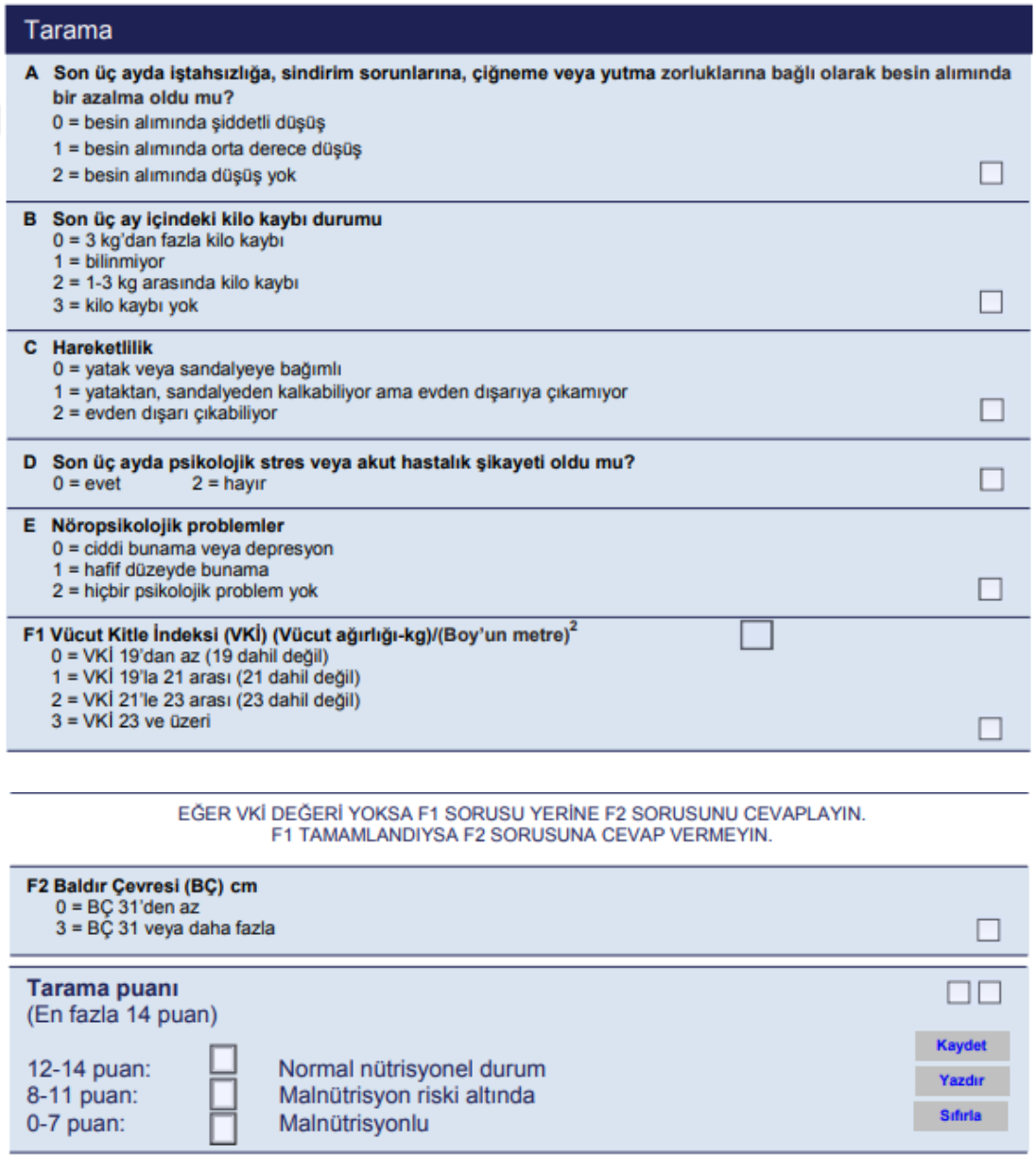
Parametreler		Hastanın değerlendirilmesi	Skor
Beslenme		Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir.	❑ 10
		Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar.	❑ 5
		Tam Bağımlıdır.	❑ 0
Yıkanma		Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir.	❑ 5
		Yardıma ihtiyacı vardır	❑ 0
Kendine Bakım		Elini yüzünü yıkayabilir dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.	❑ 5
		Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	❑ 0
Giyinip Soyunma		Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir.	❑ 10
		Yardıma gereksinim duyar (İşin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir.)	❑ 5
		Tam Bağımlıdır.	❑ 0
Bağırsak Bakımı		Suppozituvar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir.	❑ 10
		Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar.	❑ 5
		İnkontinansı mevcuttur.	❑ 0
Mesane Bakımı		Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.	❑ 10
		Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçırır.	❑ 5
		İnkontinandır veya kateterlidir ve mesanesini kontrol edemez.	❑ 0
Tuvalet Kullanımı		Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kâğıdını kendi kullanabilir.	❑ 10
		Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kâğıdını kullanmak için bir miktar yardım	❑ 5
		Tam Bağımlıdır.	❑ 0
Tekerlekli Sandalyeden Yatağa Ve Tersi Transferler		Tam bağımsızdır.	❑ 15
		Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel).	❑ 10
		Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır.	❑ 5
		Tam Bağımlıdır.	❑ 0
Mobilite	Düzgün yüzeyde yürüme	Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (Bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.)	❑ 15
		Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüyebilir.	❑ 10
	Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa)	Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.	❑ 5
		Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz.	❑ 0
Merdiven inip çıkma		Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (tırabzan, baston, koltuk değneği…)	❑ 10
		Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.	❑ 5
		Yapamaz.	❑ 0

- ☐ 0-20: Tam bağımlı
- ☐ 21-61: İleri derece bağımlı

Toplam Skor: …….

- 62-90: Orta derece bağımlı
- 91-99: Hafif derece bağımlı
- 100: tam bağımsız

EK-2: MİNİ NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME KISA FORM



Tarama

A **Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu?**
0 = besin alımında şiddetli düşüş
1 = besin alımında orta derece düşüş
2 = besin alımında düşüş yok

B **Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu**
0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı
1 = bilinmiyor
2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı
3 = kilo kaybı yok

C **Hareketlilik**
0 = yatak veya sandalyeye bağımlı
1 = yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor
2 = evden dışarı çıkabiliyor

D **Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu?**
0 = evet 2 = hayır

E **Nöropsikolojik problemler**
0 = ciddi bunama veya depresyon
1 = hafif düzeyde bunama
2 = hiçbir psikolojik problem yok

F1 Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (Vücut ağırlığı-kg)/(Boy'un metre)^2
0 = VKİ 19'dan az (19 dahil değil)
1 = VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil)
2 = VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil)
3 = VKİ 23 ve üzeri

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

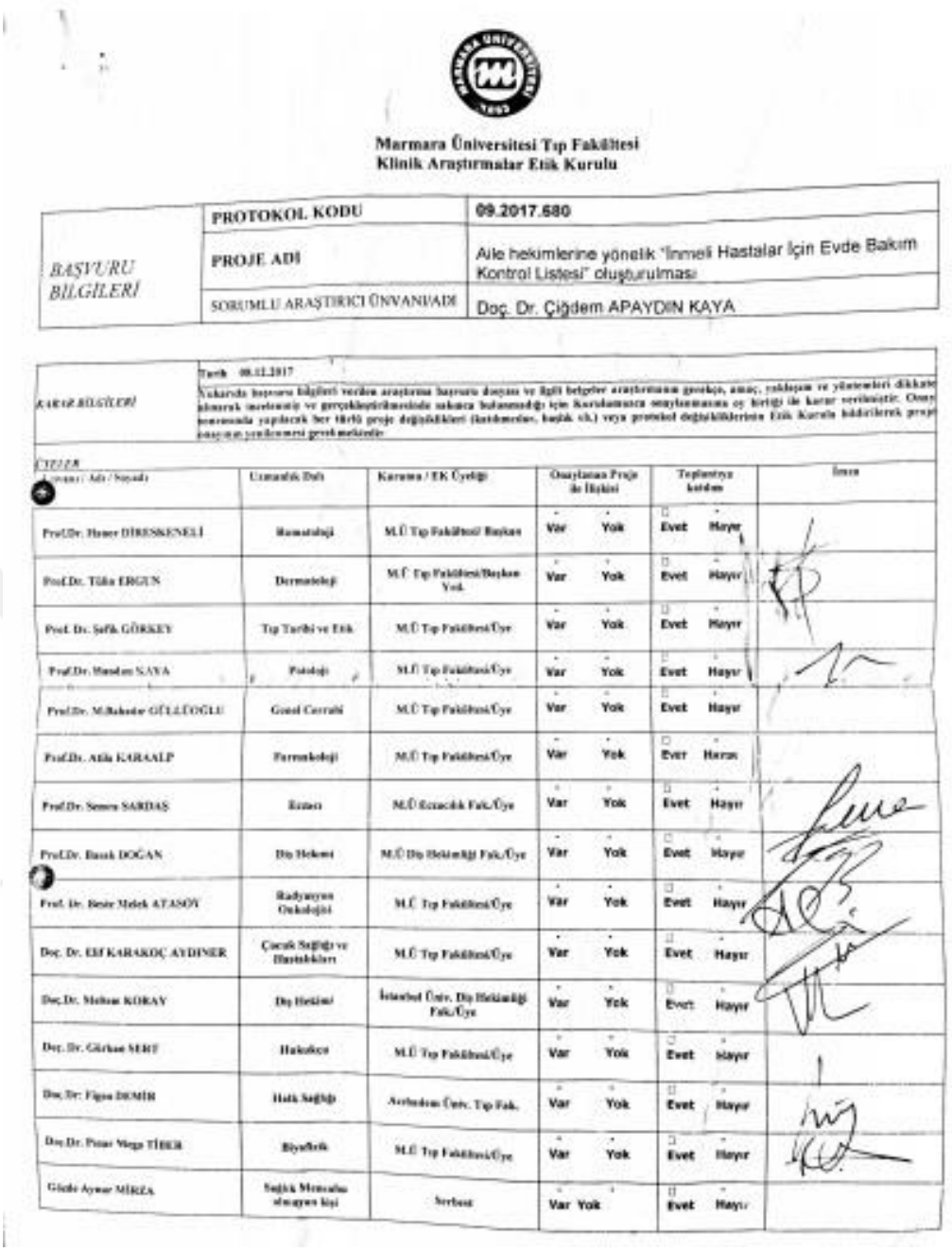
F2 Baldır Çevresi (BÇ) cm
0 = BÇ 31'den az
3 = BÇ 31 veya daha fazla

Tarama puanı
(En fazla 14 puan)

12-14 puan: Normal nütrisyonel durum
8-11 puan: Malnütrisyon riski altında
0-7 puan: Malnütrisyonlu

Kaydet
Yazdır
Sıfırla

EK-3: ETİK KURUL ONAYI



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2017.680
	PROJE ADI	Aile hekimlerine yönelik "İnmeli Hastalar İçin Evde Bakım Kontrol Listesi" oluşturulması
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç. Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA

KARAR BİLGİLERİ

Tarih 08.12.2017

Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurulu bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı/ Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Hamer DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan SAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Burak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Memuru öğrenci kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

EK-4: HASTA BİLGİLERDİRME FORMU

Marmara Üniversitesi Pendik EAH. Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından Aile hekimlerine yönelik "İnmeli Hastalar İçin Evde Bakım Kontrol Listesi" oluşturulması isimli bir araştırma yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, evde sağlık hizmetlerine başvuran inme hastalarında aile Hekimlerinin müdahale alanlarının tespit edilmesi ve inme hastalarının evde bakımı için Kontrol Listesi oluşturulmasıdır. Bu amaçla sizden bir anket doldurmanız istenecektir. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır. Evde sağlık biriminden aynı şekilde hizmet almaya devam edeceksiniz.

Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi maddi talepte bulunulmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr Esra Mercan'a 0216 625 4550 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla.

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

EK-5: SAĞLIK PROFESYONELLERİ BİLGİLENDİRME FORMU

Marmara Üniversitesi Pendik EAH. Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından Aile hekimlerine yönelik "İnmeli Hastalar İçin Evde Bakım Kontrol Listesi" oluşturulması isimli bir araştırma yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, evde sağlık hizmetlerine başvuran inme hastalarında Aile Hekimlerinin müdahale alanlarının tespit edilmesi ve inme hastalarının evde bakımı için Kontrol Listesi oluşturulmasıdır. Bu amaçla size Delphi Tekniği'ne uygun olarak e-posta ile önce prototip daha sonra da Delphi Tekniği'ne göre birkaç kez tekrar edebilecek şekilde görüşlerinizin isteneceği kontrol listesi gönderilecektir. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır.

Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi maddi talepte bulunulmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr Esra Mercan'a 0216 625 4550 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla.

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

EK-6: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırmacılar tarafından Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili açıklayıcı bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Araştırma hakkında soruların olması durumunda ulaşabileceğim bir iletişim telefonu ve imzalamış bulunduğum bu form kağıdının bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün veya vasisinin

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmza:

EK-7: FONKSİYONEL AMBULASYON SINIFLAMASI

EVRE		Açıklama;
0	**Non-Fonksiyonel** Yürüyemez veya 2 kişinin yardımıyla yürür.	Hasta ambule olamaz, sadece paralel barda ambuledir ya da paralel bar dışında güvenli ambule olabilmek için birden fazla kişinin süpervizyon ya da fiziksel yardımına ihtiyaç duyar.
1	**2. Seviye Bağımlı** Bir kişinin sürekli destek ve gözetiminde yürür.	Hasta düz zeminlerde yürürken düşmemek için bir kişinin manuel desteğinden fazlasına ihtiyaç duymaz. Manuel destek süreklidir ve vücut ağırlığının taşınmasının yanında dengenin sürdürülmesi ve/veya koordinasyona asiste etmek için gereklidir.
2	**1. Seviye Bağımlı** Bir kişinin hastanın ağrılığını taşımaksızın dengeye yardımıyla yürür.	Hasta düz zeminlerde yürürken düşmemek için bir kişinin manuel desteğinden fazlasına ihtiyaç duymaz. Manuel destek denge ve koordinasyona asiste etmek için uygulanan sürekli veya aralıklı hafif dokunmayı içerir.
3	**Gözetime Bağımlı** Bir kişinin yanında bulunması güven verir.	Hasta başka birinin manuel desteği olmaksızın düz zeminlerde fiziksel olarak yürüyebilir durumdadır ancak zayıf değerlendirme becerisi, tartışmalı kardiyak durum veya kalıbın tamamlanması için sözel yönlendirmeye gereksinim varlığında güvenlik açısından başında bir kişinin yol göstermesine ihtiyaç duyar.
4	**Düz Zeminde Bağımsız** Bağımsız yürür ama merdiven ve engebeli yerlerde yardım alır.	Hasta seramik, halı, kaldırım gibi düz zeminlerde bağımsız olarak yürür ancak aşağıdakilerden herhangi biri ile karşılaştığında süpervizyon ya da fiziksel yardıma ihtiyaç duyar: 7'den fazla basamaklı merdiven, 30°'den fazla eğim, çimen, çakıl, gevşek toprak, kar, buz gibi düzgün olmayan zeminler.
5	**Bağımsız** Her hızda ve zeminde bağımsız yürür.	Hasta düz ve düz olmayan zeminlerde, merdivenlerde ve eğimlerde bağımsız olarak yürüyebilir.

EK-8: TİNETTİ DENGE VE YÜRÜME TESTİ

Özellikle yaşlılarda düşme riskinin belirlenmesinde tercih edilen bu test, denge için 13, yürüyüş için 9 maddeden oluşmaktadır. Sorular 0-1-2 şeklinde puanlanır. Maksimum 26 puanlık denge skoru ve maksimum 9 puanlık yürüme skoru hesaplanır. Total skor (denge+yürüme) 35' tir. Testin internette farklı şekilleri mevcuttur. Biz 1986 yılına ait orijinal makaleye sadık kalarak testi Türkçeye çevirdik.

Denge Testi

		Normal (2puan)	Adaptif (1 puan)	Anormal (0 puan)
1	Oturma dengesi	Sağlam ve stabil ❑2	Dik durabilmek için sandalyeye tutunuyor ❑1	Kaykılıyor, sandalyeden kayıyor ❑0
2	Sandalyeden kalkış	Kollarını kullanmadan tek bir harekette kalkabiliyor ❑2	Kalkmak için kollarını kullanıyor (ya sandalyeye, ya da baston benzeri yardımcı araca tutunuyor) ve/veya kalkmadan önce sandalyenin önüne doğru hareket ediyor ❑1	Pek çok kere denemek zorunda ya da bir insanın yardımına ihtiyacı var. ❑0
3	Ani dik durma dengesi (ilk 3-5 sn.)	Herhangi bir yürüme yardımcı aracına veya desteğe ihtiyaç duymadan sağlam dengesi vardır. ❑2	Sağlam dengesi vardır ama bir yürüme yardımcı aracına veya desteğe ihtiyaç duyar. ❑1	Bir destek nesnesine sıkıca tutunmak, sendelemek, ayağın yerini değiştirmek, gövdenin belirgin sallanması gibi kararsız durum varlığı. ❑0
4	Ayakta durma dengesi	Herhangi bir yürüme yardımcı aracına tutunmadan ayaklar yan yana sağlam dengededir. ❑2	sağlam dengededir ama ayaklarını yan yana getiremez. ❑1	Yukarıdakine ilaveten herhangi bir nesneye tutunmak ❑0
5	Gözler kapalıyken denge	Ayaklar yan yana iken herhangi bir nesneye tutunmadan sağlam dengededir. ❑2	sağlam dengededir ama ayaklarını yan yana getiremez. ❑1	İki yukarıdaki açıklamaya ilaveten herhangi bir nesneye tutunmak ❑0
6	Dönme dengesi (360°)	Hiçbir şeye tutunmadan, sendelemeden, akıcı bir şekilde döner. ❑2	Adımlar kesintilidir (önce ayağını tamamen yere basar sonra diğerini kaldırır.) ❑1	Üç yukarıdaki açıklamaya ilaveten herhangi bir nesneye tutunmak ❑0
7	Sternumu dürtmek (hasta ayaklar mümkün mertebe yan yana ayakta dururken test uygulayıcısı 3 kez hafifçe ittirir.)	Denge sağlamdır. Hasta kuvvete karşı direnir. ❑2	Hasta ayağını oynatmak zorunda kalır ama dengesini korur. ❑1	Düşmeye başlar ya da test uygulayıcısı tutmak durumunda kalır. ❑0
8	Boyunu çevirmek (hasta ayaklar mümkün mertebe yan yana ayakta dururken her 2 yana ve tavana bakar)	Her 2 taraf servikal rotasyonun en az yarısını yapar, tavana bakar; tutunmak zorunda kalmaz, sersemlik hissi, ağrı olmaz. ❑2	Her 2 taraf servikal rotasyonu, ve ekstansiyonu yapar ama hareket kısıtlıdır, tutunmak zorunda kalmaz, sersemlik hissi, ağrı olmaz. ❑1	Kafasını çevirdiğinde bu durumlardan biri veya birkaçı oluşur. ❑0
9	Tek ayak üstü duruş dengesi	Bir nesneye tutunmadan 5 sn. boyunca tek ayağı üzerinde durabilir. ❑2	- ❑1	Yapamaz ❑0

10	Geriye eğilmek	Bir nesneye tutunmadan geriye doğru yeterli miktarda eğilebilir. ❑2	Geriye doğru eğilme miktarı benzer yaş grubundan daha azdır ya da bir nesneye tutunur ❑1	Denemez, eğilemez ya da sendeler ❑0
11	Yukarı uzanmak (parmak uçlarına yükselip gerilerek alabileceği bir üst raftan nesne almak)	Bir nesneye tutunmadan nesneyi yüksekteki raftan alabilir. ❑2	Nesneyi yüksekteki raftan alabilir ancak bir nesneye tutunması gerekir. ❑1	Yapamaz, dengesini koruyamaz ❑0
12	Yere eğilmek	Yerdeki kalemi tek seferde bir araç ya ellerini kalkmak için kullanmadan alabilir. ❑2	Yerdeki kalemi tek seferde alabilir ancak bir araç ya ellerini kalkmak için kullanır. ❑1	Eğilemez ya da kalkmak için bir çok kez uğraşır. ❑0
13	Oturmak	Tek seferde ve düzgün bir şekilde oturabilir. ❑2	Oturmak için kolları ile sandalyeye tutunur ya da hareket pek düzgün değildir. ❑1	Sandalyeye düşer, mesafeyi hesaplayamaz ❑0

Toplam Denge Puanı (0-26): _____

Yürüme Testi

		Normal (1puan)	Anormal (0 puan)
1	Yürümenin başlatılması	Hasta seri bir şekilde, çekinmeden yürümeye başlar ❑1	Çekinir, birden çok kez dener, hareketler düzgün değildir. ❑0
2	Adım yüksekliği	Ayak yere teması kesilir yükseklik 5cm'den fazla değildir. ❑1	Ayak ya yere sürter ya da 5 cm'den daha fazal yükselir ❑0
3	Adım uzunluğu	Başparmağın temasının kesilip topuğun yere değinceye kadar alınan mesafe ayağın uzunluğundan fazladır. ❑1	Adım uzunluğu ayak uzunluğundan kısadır. ❑0
4	Adım simetrisi	Çoğu zaman her 2 adım mesafesi aynıdır ya da benzerdir.. ❑1	Adım mesafesi farklıdır ya da bir taraf hep aynı şekilde kısadır. ❑0
5	Adım devamlılığı	Bir ayağın topuğu yerden kalkarken diğer topuk yere temas eder, adımlar arası durma yoktur, mesafeler aynıdır. ❑1	Bir ayağını kaldırmadan önce diğeri ile tamamen yere basar, adım uzunlukları değişkendir. ❑0
6	Yürüme hattında sapma	Arkadan bakınca düz bir hatta ilerler. ❑1	Yürüme hattı ya adımdan adıma değişir ya da bir yöne doğru yürür. ❑0
7	Gövde stabilitesi	Gövde kaymaz, denge için kolları abdüksiyona getirmez. ❑1	Gövde kayar, diz postür fleksiyondadır, kollar abduksiyona gelebilir. ❑0
8	Yürüme durumu	Adım atarken ayak neredeyse diğerine değecek kadar yakındır. ❑1	Adımları ayrı ayrı, geniş atar. ❑0
9	Yürürken dönmek	Yürümeye devam ederken sendelemeden döner. ❑1	Sendeler, dönmeden önce durur, adımlar devamlı değildir. ❑0

Toplam Yürüme Puanı (0-9): …..

EK-9: BERG DENGE ÖLÇEĞİ

1	Oturma Pozisyonundayken Ayağa Kalkmak	
	Yönerge: Lütfen ayağa kalkın. Ellerinizden destek almamaya çalışın.	
	☐ 4	Ellerini kullanmadan ayağa kalkabilir ve kendi kendine denge sağlayabilir.
	☐ 3	Ellerini kullanarak ayağa kalkabilir.
	☐ 2	Birkaç denemeden sonra ellerini kullanarak ayağa kalkabilir.
	☐ 1	Ayağa kalkmak ve denge kurmak için çok az yardıma ihtiyacı vardır.
	☐ 0	Ayağa kalkmak için orta düzeyde ya da çok yardıma ihtiyacı vardır.
2	Desteksiz Ayakta Durmak	
	Yönerge: Lütfen hiçbir yere tutunmadan iki dakika ayakta durun.	
	☐ 4	2 dakika emniyetli bir şekilde ayakta durabilir.
	☐ 3	Gözetim altında 2 dakika ayakta durabilir.
	☐ 2	Desteksiz 30 saniye ayakta durabilir.
	☐ 1	Desteksiz 30 saniye ayakta durabilmek için birkaç denemeye ihtiyacı var.
	☐ 0	Yardım almadan 30 saniye ayakta duramaz.
3	Desteksiz Oturmak (Arkaya Yaslanmadan Oturmak) (2. Soru 4 puan işaretlenmişse soruyu atlayınız)	
	Yönerge: Lütfen kollarınızı kavuşturarak iki dakika oturun.	
	☐ 4	Emniyetli bir şekilde 2 dakika oturabilir.
	☐ 3	Gözetim altında 2 dakika oturabilir.
	☐ 2	30 saniye oturabilir.
	☐ 1	10 saniye oturabilir
	☐ 0	Desteksiz 10 saniye oturamaz.
4	Ayaktayken Oturma Pozisyonuna Geçmek	
	Yönerge: Lütfen oturun.	
	☐ 4	Ellerinden asgari düzeyde yardım alarak emniyetli bir şekilde oturabilir.
	☐ 3	Ellerinden yardım alarak kontrollü bir şekilde oturur.
	☐ 2	Bacaklarıyla sandalyeden destek alarak kontrollü bir şekilde oturur.
	☐ 1	Kendi başına oturabilir ama kontrollü değildir.
	☐ 0	Oturmak için yardıma ihtiyacı vardır.
5	Transfer	
	Yönerge: Sandalyeleri transfer yapılacak şekilde göre yerleştirin. Hastaya bir kolluklu bir de kolluksuz koltuğa doğru yer değiştirmesini söyleyin. İki sandalye (biri kolluklu diğeri kolluksuz) ya da bir yatak ve bir koltuk kullanabilirsiniz.	
	☐ 4	Ellerini çok az kullanarak emniyetli bir şekilde transfer olabiliyor.
	☐ 3	Emniyetli bir şekilde transfer olabiliyor, ellerini kesinlikle kullanıyor.
	☐ 2	Sözlü kılavuzlukla ve gözetimle veya gözetimsiz transfer olabiliyor.
	☐ 1	Yardım edecek bir kişiye gereksinimi var.
	☐ 0	Güvende olabilmesi için yardım edecek veya gözetecek iki kişiye gereksinimi var.

6 Gözler Kapalıyken Desteksiz Ayakta Durmak

Yönerge: Lütfen gözlerinizi kapayın ve ayakta 10 saniye hareketsiz durun.

- ☐4 10 saniye emniyetli bir şekilde ayakta durabilir.
- ☐3 Gözetim altında 10 saniye ayakta durabilir.
- ☐2 3 saniye ayakta durabilir.
- ☐1 Gözlerini üç saniyeden fazla kapalı tutamaz ama ayakta sabit durabilir.
- ☐0 Düşmemek için yardıma ihtiyacı vardır.

7 Ayaklar Bitişikken Desteksiz Ayakta Durmak

Yönerge: Ayaklarınızı birleştirin ve tutunmadan ayakta durun.

- ☐4 Kendi başına ayaklarını birleştirip 1 dakika emniyetli bir şekilde ayakta durabilir.
- ☐3 Kendi başına ayaklarını birleştirip 1 dakika gözetim altında ayakta durabilir
- ☐2 Kendi başına ayaklarını birleştirip 30 saniye ayakta durabilir.
- ☐1 Yardım ile istenilen pozisyona gelebilir, ama ayaklar bitişik vaziyette ancak 15 saniye ayakta durabilir.
- ☐0 Yardım ile istenilen pozisyona gelebilir, ama bu pozisyonu 15 saniye muhafaza edemez.

8 Ayaktayken Kollar Gergin Öne Doğru Uzanmak

Yönerge: Kollarınızı 90 derece kaldırın. Parmaklarınızı uzatın ve öne doğru uzanabildiğiniz kadar uzanın. [Gözetmen eller 90° iken hastanın parmak uçları hizasında bir cetvel tutar. Öne uzanırken hastanın parmakları cetvele değmemelidir. Hastanın en ileri uzanabildiği noktada parmak uçlarının kat ettiği mesafe kaydedilmelidir. Gövdenin dönmesini önlemek için, hastaya mümkünse iki kolunu da uzatmasını söyleyin].

- ☐4 Rahatça öne uzanabilir >25 cm.
- ☐3 Rahatça öne uzanabilir >12,5 cm.
- ☐2 Rahatça öne uzanabilir >5 cm.
- ☐1 Öne uzanabilir ama gözleme ihtiyacı vardır.
- ☐0 Öne uzanmaya çalışırken dengesini kaybeder/dışarıdan destek gerekir.

9 Ayaktayken Yerden Nesne Almak

Yönerge: Ayağınızın hemen önünde bulunan ayakkabıyı/terliği alın.

- ☐4 Terliği rahatça alabilir.
- ☐3 Terliği alabilir ama gözetim eşliğinde.
- ☐2 Terliği alamaz ama terliğe 2-5 cm kadar yaklaşabilir ve kendi kendine denge sağlayabilir.
- ☐1 Terliği alamaz, almaya çalışırken de gözetime ihtiyacı vardır.
- ☐0 Terliği almayı denemez/düşmemek ya da dengesini kaybetmemek için yardıma ihtiyacı vardır.

10 Ayaktayken Sağ Ya Da Sol Omuz Üzerinden Dönerek Geriye Bakmak

Yönerge: Sol omzunuzun üzerinden dönerek arkanıza bakın. Aynısını sağ tarafınızda tekrar edin. [Gözetmen deneğin daha iyi bir dönüş hareketi gerçekleştirmesini sağlamak için deneğin arkasında yer alan bir nesneyi bakış noktası olarak belirleyebilir.]

- ☐4 Terliği rahatça alabilir.
- ☐3 Terliği alabilir ama gözetim eşliğinde.
- ☐2 Terliği alamaz ama terliğe 2-5 cm kadar yaklaşabilir ve kendi kendine denge sağlayabilir.
- ☐1 Terliği alamaz, almaya çalışırken de gözetime ihtiyacı vardır.
- ☐0 Terliği almayı denemez/düşmemek ya da dengesini kaybetmemek için yardıma ihtiyacı vardır.

11 360° Dönmek

Yönerge: Tam daire çizecek şekilde kendi etrafınızda dönün. Durun. Sonra ters yönde tam daire çizin.

- ☐4 4 saniye ya da daha kısa sürede emniyetli bir şekilde 360 derece dönebilir.
- ☐3 4 saniye ya da daha kısa sürede sadece bir tarafa doğru emniyetli bir şekilde 360 derece dönebilir.
- ☐2 Emniyetli bir şekilde fakat yavaş bir şekilde 360 derece dönebilir.
- ☐1 Yakın gözetime ya da sözlü uyarıya ihtiyacı vardır.
- ☐0 Dönerken yardıma ihtiyacı vardır.

12 Desteksiz Ayakta Dururken Değişerek Bir Ayağı Yere Basamak Veya Tabureye Yerleştirmek

Yönerge: İki ayağı da sırasıyla taburenin üstüne koyun. Her iki ayak da tabureye 4 kere değene kadar harekete devam edin.

- ☐4 Kendi başına emniyetli bir şekilde ayakta durabilir ve 20 saniyede 8 adımı tamamlayabilir.
- ☐3 Kendi başına ayakta durabilir ve 8 adımı 20 saniyeden daha uzun bir sürede tamamlayabilir.
- ☐2 Gözetim altında yardım almadan 4 adım tamamlayabilir.
- ☐1 Az yardımla 2 adım tamamlayabilir.
- ☐0 Düşmemek için yardıma ihtiyacı vardır/çaba gösteremez.

13 Bir Ayak Önde Olarak Desteksiz Ayakta Durmak

Yönerge: Hastaya gösterin: Bir ayağınızı diğerinin tam önüne koyun. Bunu yapamıyorsanız, ayağınızı, topuk kısmı öteki ayağınızın başparmağı hizasına gelecek şekilde bir adım atın. (3 puan vermek için adımın mesafesi diğer ayağın uzunluğuna geçmeli ve duruşun genişliği deneğin normal yürüyüş adımındaki genişliğe yakın olmalı.)

- ☐4 Normal yürüyüş adımını bağımsız olarak atabiliyor ve 30 saniye tutabiliyor
- ☐3 Ayağını diğerinin önüne bağımsız olarak koyabiliyor ve 30 saniye tutabiliyor.
- ☐2 Bağımsız olarak küçük adım atabiliyor ve 30 saniye tutabiliyor.
- ☐1 Adım atmak için yardıma ihtiyacı var ama 15 saniye durabiliyor
- ☐0 Adım atarken veya ayakta dururken yardıma ihtiyacı var.

14 Tek Ayak Üstünde Durmak

Yönerge: Tek ayağın üzerinde durabildiğinizce fazla durun

- ☐4 Tek ayağı üzerinde 10 saniyeden daha fazla durabiliyor.
- ☐3 Tek ayağı üzerinde 5-10 saniye durabiliyor.
- ☐2 Tek ayağı üzerinde 3-5 saniye durabiliyor.
- ☐1 Tek ayağı üzerinde durabiliyor ancak bunu 3 devam ettiremiyor.
- ☐0 Tek ayağı üzerinde duramıyor.

Puanlama

0-20: Yüksek Düşme Riski! Tekerlekli sandalye - Walker gerekli **21-40**: Orta derecede düşme riski. Baston - Tripod gerekli **41-56**: Düşük risk. Yardımcı araç gerekmez.

Toplam Skor (0-56): .....