



T.C.

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK İÇİN ENTERAL BESLENME TANI,
TEDAVİ REHBERİ ADAPTASYONU: TÜRKİYE ÖRNEĞİ**

PELİN TİRYAKİOĞLU

ORCID ID: 0000-0002-2082-8038

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. ESRA MELTEM KOÇ

İZMİR-2024



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK İÇİN ENTERAL BESLENME TANI,
TEDAVİ REHBERİ ADAPTASYONU: TÜRKİYE ÖRNEĞİ**

PELİN TİRYAKKİOĞLU
ORCID ID: 0000-0002-2082-8038
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ESRA MELTEM KOÇ

İZMİR-2024

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	viii
ETİK BEYAN	ix
TEŞEKKÜR	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xv
ŞEKİLLER	xvii
TABLolar	xviii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	1
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	2
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanıta Dayalı Tıp	4
2.1.1. Kanıtın Sınıflandırılması – Bilgi Düzeyleri	5
2.1.2. Klinik Uygulama Rehberleri ve Tarihçesi	5
2.1.3. Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp: Rehber ve Protokol Çalışmaları	6
2.2. Aile Hekimliği	7
2.2.1. Tanımı	7
2.2.2. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi	7
2.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Önemi	8
2.3. Klinik Uygulama Rehberleri	9
2.3.1. Dünyada Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberlerinin Gelişimi	9
2.3.2. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberlerinde Metodoloji	11
2.3.3. Rehber Oluşumu ve Hedefe Ulaşma Süreci	12
2.3. Rehber Adaptasyonu	15
2.3.1. ADAPTE Rehber Adaptasyon Kaynak Aracı	17
2.3.2. Tanı ve Tedavi Rehberlerini İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği II (AGREE II)	18
	v

2.4. Enteral Beslenme	19
2.4.1. Kısa Dönem Beslenme	19
2.4.2. Uzun dönem beslenme	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Türü	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Çalışma Materyali	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.7. İstatistiksel Analiz	27
3.8. Araştırma Takvimi	27
3.9. Etik İzinler	27
4. BULGULAR	28
4.1. FAZ 1.KURULUM FAZI	28
4.1.1. Adım 1. Rehber Konusunun Seçimi	28
4.2.2. Adım 2. Adaptasyonun uygun olup olmadığının tespiti	28
4.2.3. Adım 3. Bir organizasyon komitesi kurulması	29
4.2.4. Adım 4. Gerekli Kaynak ve Yeteneklerin Tanımlanması	29
4.2.5. Adım 5. Kurulum aşaması ile ilgili görevlerin tamamlanması	30
4.2.6. Adım 6. Adaptasyon Planı Yazma	31
4.2. FAZ 2. ADAPTASYON FAZI	33
4.2.1. Adım 7. Sağlık Sorularını Belirleme	33
4.2.2. Adım 8. Konu İle İlgili Rehber Ve Diğer Dokümanları Araştırma	34
4.2.3. Adım 9. Elde edilen rehberlerin taranması	35
4.2.4. Adım 10. Rehber Kalitesini Değerlendirme	37

4.2.5.	Adım 11. Rehberin Güncelliğini Değerlendirme	39
4.2.6	Adım 12. Rehberin İçeriğini Değerlendirme	40
4.2.7.	Adım 13. Rehberin Tutarlılığını Değerlendirme	55
4.2.8.	Adım 14. Önerilerin Kabul Edilebilirliğini/ Uygulanabilirliğini Değerlendirme	58
4.2.9.	Adım 15. Değerlendirmeleri Gözden Geçirme	63
4.2.10.	Adım 16. Adapte edilmiş rehber oluşturmak üzere Rehber ve Öneriler Arasında Seçim Yapma	65
4.2.11.	Adım 17. Taslak Adapte Edilmiş Rehber Hazırlama	66
5. TARTIŞMA		68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER		73
7. KAYNAKLAR		74
EKLER		80
ÖZGEÇMİŞ		81

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca her türlü destek ve katkılarından dolayı İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı ve Eğitim Sorumlusu hocam Sayın Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL'e;

Uzmanlık eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, hekimlik mesleğine ve hayata yaklaşımıyla kendisini örnek aldığım ve benim için manevi anlamda özel bir yere sahip olan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ'a;

Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesine dahil olduğu günden itibaren her konuda bilgi ve deneyimlerini paylaşan, bireysel gelişimime ve tezime yardımları ile destek olan, değerli öğretim üyesi hocam Sayın Prof. Dr. Hüseyin CAN'a,

Bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, bizlere her konuda hoşgörü ve sabırla yaklaşan saygıdeğer hocalarım Sayın Doç. Dr. Gülseren PAMUK'a, Sayın Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN'e, ve ahlâkını hissettiğim ve tezime katkı sunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap AKYÜZ ÖKSÜZ'e;

Tezin değerlendirilmesi aşamasında yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER ve Doç. Dr. Hilal AKSOY'a; danışma komisyonunda yer alan kıymetli hocalarım Prof. Dr. Sevnaz ŞAHİN'e, Prof. Dr. Melih Kaan SÖZMEN'e, Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a, Doç. Dr. Nil TEKİN'e, ve Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK'e

Akademik gelişimime katkısı büyük olan, desteklerini hep yanımda hissettiğim ve çok sevdiğim Tıbbi Farmakoloji Ailesi'ne

Asistanlık yıllarında tanıdığım, sonrasında ailemin bir parçası haline gelen canım dostlarım Dr. Nur, Dr. Mediha, Dr. Zahide Büşra, Dr. Merve ve Dr. Said'e

Beni üstün fedakârlıklarla ve büyük bir sevgi ile yetiştirip bugünlere getiren, iyi ve kötü günümde ve her ihtiyacım olduğunda yanımda olup desteğini gösteren çok sevgili Annem Naciye TİRYAKİOĞLU'na, Babam Hüseyin TİRYAKİOĞLU'na ve biricik Abim Fazıl TİRYAKİOĞLU, eşi Betül TİRYAKİOĞLU ve yeğenlerim İnci ve İpek'e

Sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım...

Dr. Pelin TİRYAKİOĞLU

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAK İÇİN ENTERAL BESLENME TANI, TEDAVİ REHBERİ ADAPTASYONU: TÜRKİYE ÖRNEĞİ

Pelin TİRYAKİOĞLU

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Uzmanlık Tezi, İzmir, Türkiye, 2024

Amaç: Bu tezin amacı dünyada kullanılmakta olan güncel enteral beslenme rehberlerini Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri ortamına uyarlamaktır.

Yöntem: Enteral beslenmeye yönelik rehberlere ulaşmak için, PubMed (1966-2024 Mart'a kadar), Cochrane Library ve Google üzerinde “enteral beslenme”, “beslenme”, “nutrisyon”, “enteral nutrisyon” “birinci basamak” anahtar sözcükleri ile literatür taraması yapılmıştır. Adaptasyon süreci için kaynak rehber olarak Kanıta Dayalı Tıp Derneği (2016) tarafından ülkemize uyarlaması yapılmış olan “Adım Adım Bir Rehberin Ulusal Koşullara Uyarlanması: Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu” kullanılmıştır. Bu rehberde belirtilen kurulum fazına ait ilk 6 adım uygulandıktan sonra adaptasyon aşamasına geçilmiş sırasıyla Adım 7.'de belirtildiği üzere “sağlık sorularını belirleme” ve sırasıyla

Adım 8. Konu ile ilgili rehber ve diğer dokümanları araştırma ve

Adım 9. Elde edilen rehberlerin taranması

adımları uygulanmıştır.

Sonrasında belirlenen rehberler üzerinde;

“Değerlendirme Modülü” ve “Karar ve Seçim Modülü”ndeki adımlar uygulanarak rehber kaliteleri değerlendirilmiştir. Öneriler arasında seçim yapılmıştır. Son olarak da “Adım 17. Taslak Adapte Edilmiş Rehberi Hazırlama” aşaması yapılarak çalışma tamamlanmıştır.

Bulgular: Değerlendiricilerin tamamı AGREE II ölçeğinde “kullanımı tavsiye ediyorum sorusuna” seçilen dört enteral beslenme rehberinden yalnızca Rehber 2 için

evet yanıtını vermiştir. Rehber 4 için ise tamamı “kullanımını değişikliklerle kabul ediyorum” yanıtını vermiştir. Rehberlerden elenen olmamıştır.

Rehber 1 ve Rehber 4’te oluşturulan iki sağlık sorusuna tam cevap bulunamamıştır, bunun dışında verilen öneriler günlük birinci basamak pratiği ile de karşılaştırıldığında bazı öneriler hariç uygulanabilir olarak değerlendirilmiştir.

Toplam 88 öneri geliştirilmiş ve bu önerilerden 29 tanesi minör değişikliklerle kabul edilmiştir. Türkiye’ye uygun bulunmayan 12 öneri ise reddedilmiştir. İki sağlık sorusuna birinci basamakta kullanım için cevap niteliğinde öneri eklenmiştir. Rehber içeriğine sevk kriterleri ve tartışmalı durumlar bölümleri eklenmiştir.

Sonuçlar: Dış Yorumlama ve Onaylama aşamasına geçilmek üzere Türkiye şartlarına uyarlanmış “Enteral Beslenme Rehberi” taslak adapte rehberi hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: enteral beslenme, nütrisyon, birinci basamak, rehber adaptasyonu

ABSTRACT

ADAPTATION OF ENTERAL NUTRITION DIAGNOSIS, TREATMENT GUIDE FOR PRIMARY CARE: THE CASE OF TURKEY

Pelin TİRYAKİOĞLU

Izmir Katip Celebi University, Faculty of Medical Sciences Family Medicine
Medical Specialization Thesis, Izmir, Türkiye, 2024

Aim: The objective of this thesis is to adapt the current enteral nutrition guidelines, which are currently utilized worldwide, to the primary health care setting in Turkey.

Methods: To identify existing guidelines for guideline development at the global level, a search was conducted using the terms "guideline adaptation," "guidelines for guidelines" on PubMed (1966 to March 2024), the Cochrane Library, and Google. To access guidelines for enteral nutrition, a search was conducted using the following terms: "enteral nutrition," "nutrition," "nutrisyon," and "enteral nutrisyon".

The source guide was determined to be the "Guideline Adaptation Guide for Turkey," which was adapted for Turkey by the Evidence-Based Medicine Association (2016). As outlined in this guide, the adaptation stages were implemented in a step-by-step manner. After implementing the first 6 steps of the setup phase specified in this guideline, the adaptation phase was started, respectively, as stated in step 7, "identifying health questions" and

Step 8. Research guides and other documents related to the subject and

Step 9. Screening the obtained guides

steps were applied.

Subsequently, the guides were evaluated based on the criteria outlined in the "Evaluation Module" and "Decision and Selection Module." A decision was made based on the recommendations provided. The study was ultimately concluded with the completion of Step 17. The next stage is the preparation of the draft adapted guide.

Results: In response to the question of whether they would recommend the use of the selected enteral nutrition guidelines, all of the evaluators indicated a positive response

for only one of the four guidelines, namely Guide 2, as assessed using the AGREE II scale. All of the evaluators indicated that they would accept the use of Guide 4 with modifications. No guidelines were excluded from further consideration. No comprehensive responses could be obtained for the two health questions created in Guide 1 and Guide 4. Furthermore, an evaluation of the recommendations in question against the backdrop of daily primary care practice revealed that, with the exception of a few recommendations, they were deemed applicable. In total, 88 recommendations were developed, 29 of which were accepted with minor modifications. Twelve recommendations deemed unsuitable for implementation in Turkey were subsequently rejected. Two additional health questions were incorporated into the primary care context.

Conclusion: A preliminary adaptation of the "Enteral Nutrition Guidelines," tailored to Turkish circumstances, was prepared for external review and endorsement.

Keywords: enteral nutrition, nutrition, primary care, guideline adaptation

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGREE	: Tanı ve Tedavi Rehberlerini İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği
EB	: Enteral Beslenme
EEB	: Evde Enteral Beslenme
ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
ESPEN	: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
GAIN	: Guidelines and Audit Implementation Network
GIN	: Guidelines International Network
GRADE	: Önerilerin Değerlendirilmesi, Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesinin Derecelendirilmesi
JAMA	: Journal of the American Medical Association
KDT	: Kanıta Dayalı Tıp
KEPAN	: Klinik Enteral Parenteral Nutrisyon Derneği
KUR	: Klinik Uygulama Rehberi
MeSH	: Tıbbi Konu Başlıkları
NCGC	: National Clinical Guideline Centre
NG	: Nazogastrik
NICE	: National Institute for Health and Clinical Excellence
NJ	: Nazojejunal
PCPI	: Performans İyileştirme İçin Doktorlar Konsorsiyumu
PRISMA	: Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri
QUOROM	: Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Raporlama Standartları
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma

SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network

TUKMOS : Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi

WONCA : Dünya Aile Hekimleri Örgütü



ŞEKİLLER

Şekil 1 : Rehber geliştirme sürecinin genel görünümü

Şekil 2 : Adapte süreci genel bakış

Şekil 3 : Enteral beslenme yöntemleri

Şekil 4 : Rehberlerin AGREE II puanları grafik sunumu



TABLÖLAR

Tablo 1	: Rehber organizasyonlarının temel özellikleri
Tablo 2	: Adaptasyon Sürecinin Özeti
Tablo 3	: Çalışma Planı
Tablo 4	: Değerlendirmeye alınacak rehberler
Tablo 5	: Rehber İçeriği Özeti
Tablo 6	: Enteral beslenme rehberlerinin AGREE II alanlarından aldıkları puanlar
Tablo 7	: Değerlendiriciler tarafından rehberlere verilen genel kalite puanları
Tablo 8	: Kalite Değerlendiricilerin rehberlerin tavsiye edilmesiyle ilgili genel görüşleri
Tablo 9	: Öneriler matrisi
Tablo 10	: Tutarlılığı Değerlendirme Tablosu I
Tablo 11	: Tutarlılığı Değerlendirme Tablosu II
Tablo 12	: Uygulanabilirliği Değerlendirme Tablosu
Tablo 13	: Enteral Beslenme Rehberi Yeni/Farklı Öneriler Tablosu
Tablo 14	: Uygun Değerlendirmeler ve Onların Panel Tarafından Kullanımı
Tablo 15	: Taslak rehber içeriği

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Enteral beslenme desteği, disfaji gibi çeşitli nedenlerle ağızdan yeterli miktarda besin alamayan hastalara tüpler yoluyla yapay beslenme sağlamanın tercih edilen ve yaygın olarak kullanılan bir yoludur (1). Fonksiyonel gastrointestinal sistem varlığında tercih edilen beslenme desteği yöntemidir (2). Parenteral beslenmeye göre mezenter kan akımını, gastrointestinal sekresyonları ve luminal florayı korumasıyla, sıvı elektrolit dengesinde daha az değişiklik yapması ve maliyetinin daha düşük olmasıyla üstündür. Etkili bir şekilde uygulanması ve yönetilmesi, hasta sonuçlarını iyileştirmek ve sürdürmek için önemlidir. Bu bağlamda, enteral beslenme yönetiminde kullanılabilecek en iyi kanıtlar, klinik uygulama kılavuzlarıdır (3). Kılavuzlar, sistematik olarak standartlaştırılmıştır ve bilimsel olarak geliştirilmiş ifadeler içermektedir, bu da uygulamaları birleştirmeye ve hasta sonuçlarını artırmaya yardımcı olmaktadır (4).

Kanıt dayalı tıp, hastanın bakımına karar verirken literatürdeki en iyi kanıtı; dikkatli, açık ve akılcı bir biçimde kullanmaktır (5). Klinik uygulama kılavuzları da kanıt dayalı tıp ışığında klinisyenlere ve hastalara klinik uygulamalarda yardımcı olmak için otoriteler ya da bir grup uzman tarafından sistematik olarak hazırlanmış dokümanlardır (6). Kılavuzların üretimi için büyük miktarda para ve zaman harcanmaktadır. Bu kılavuzlar klinisyenlerin hastaları için kanıt dayalı en iyi kararları zaman açısından verimli bir şekilde almalarına yardımcı olarak sağlık hizmetlerinin ve hastaların sonuçlarının iyileştirilmesinde temel bir rol oynar (7).

1.2. Araştırmanın Amacı

Uluslararası klinik kılavuzların bölgesel kullanımında kültürel veya dilsel farklılıklar nedeniyle sorunlar yaşanabilmektedir. Kılavuzun kullanılmak istendiği ülkelerde yerel bağlama uygunluğu ve geçerliliği için kılavuzların uyarlanması gereklidir. Türkiye'de aile hekimleri, evde sağlık hizmetleri (ESH) ve huzur ve bakım

evlerinde de eğitim almakta ve çalışmaktadır. Ayrıca bir aile hekiminin bölgesinde huzurevi olması durumunda burada kalan huzurevi sakinleri aile hekiminin kayıtlı nüfusu olacağından beslenme ile ilgili aile hekimlerine yönelik bir kılavuz geliştirilmesi ihtiyacı doğmuştur. Bu nedenle, bu çalışmanın amacı, enteral beslenmeye yönelik mevcut rehberleri değerlendirerek bulunan en iyi kaynak rehberi Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri ortamına uyarlamaktır. Ayrıca, uyarlamanın bir diğer amacı, sağlık hizmetleri ortamında, özellikle de hemşireler tarafından uygulanabilir önerileri belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Uluslararası ve ulusal enteral beslenme rehberlerinin Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri ortamına uyarlanması, aile hekimleri ve hemşireler tarafından uygulanabilirliği artırarak hem aile sağlığı merkezlerinde hem de huzurevi ve evde sağlık hizmetlerinde beslenme yönetimini iyileştirecektir.

1.4. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi

Çalışmanın Önemi:

Kültürel ve Dilsel Uygunluk: Uluslararası rehberlerin kültürel ve dilsel farklılıklar nedeniyle Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında doğrudan uygulanabilirliği sınırlı olabilir. Bu çalışma, rehberlerin yerel bağlama uygun hale getirilerek daha etkili olmasını sağlayacaktır.

Aile Hekimlerinin Rolü: Türkiye'de aile hekimleri, sadece muayenehanelerde değil, aynı zamanda evde sağlık hizmetleri ve huzurevlerinde de aktif olarak görev yapmaktadır. Bu rehberin uyarlanması, aile hekimlerinin beslenme yönetimi konusundaki bilgi ve becerilerini artıracak, böylece huzurevi sakinleri ve evde bakım hastalarının beslenme durumlarının iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Hemşirelerin Uygulama Yeterliliği: Rehberin, özellikle hemşireler tarafından uygulanabilir öneriler sunacak şekilde uyarlanması, hemşirelerin beslenme yönetimindeki rolünü güçlendirecek ve bu alandaki uygulamaların standardizasyonunu sağlayacaktır.

Yaygın Etkisi:

Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Artması: Uyarlanmış rehberin kullanılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha tutarlı ve kanıta dayalı beslenme yönetimi uygulamalarını teşvik edecek, bu da genel sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.

Huzurevi ve Evde Bakım Hastalarının Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesi: Beslenme yönetimindeki iyileştirmeler, huzurevi sakinleri ve evde bakım hizmeti alan hastaların yaşam kalitesini artırabilir, beslenme ile ilişkili komplikasyonları azaltabilir.

Sağlık Sisteminde Sürdürülebilirlik: Uygun şekilde uyarlanmış bir rehber, sağlık kaynaklarının daha etkin kullanılmasına katkıda bulunarak, uzun vadede sağlık sistemi üzerinde olumlu bir etki yaratabilir.

Bu nedenlerle, alışma, Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri için büyük bir öneme sahiptir ve uygulanabilirliği sayesinde yaygın bir etki yaratma potansiyeline sahiptir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanıta Dayalı Tıp

Kanıta dayalı tıp (KDT), hekimlerin kararlarını, mevcut en iyi kanıtın ışığında, kendi deneyimleri ve hastanın özellikleri ve seçimleriyle birleştirerek vermesi için belirlenen sistematik yaklaşımdır. Klinik karar alma süreçlerinde sezginin, değişken klinik deneyimin ve patofizyolojik mantığın yerine klinik araştırmalardan elde edilen kanıtlara dayanmaktadır. Bu yaklaşım, etkili literatür taraması ve klinik literatürü değerlendirmek için resmi kanıt kurallarının uygulanması gibi yeni beceriler gerektirmektedir (8).

Başarılı bir kanıta dayalı tıp uygulaması, hekimlerin deneyim ve mesleki birikiminin sistematik literatür taramalarından elde edilen kanıtlar ve hastaların tercihlerine entegre ederek oluşturulur. Meşgul klinisyenin her klinik soru için araştırma çalışmalarını okuması ve değerlendirmesi için gün içinde yeterli zamanı yoktur. Ancak süreci kolaylaştırmak için çeşitli çabalar sürmektedir. Sistematik incelemeler, meta-analizler ve kanıta dayalı kılavuzlar büyük zaman tasarrufu sağlamak ve ileriye yönelik, şeffaf ve tekrarlanabilir bir yöntemle geliştirildiğinde kanıta dayalı uygulamada güçlü araçlar olabilmektedir (9).

Journal of the American Medical Association (JAMA) 1992 yılında bir makalesinde, Kanıta Dayalı Tıp Çalışma Grubu, KDT'yi daha geniş tıp camiasına tanıtmıştır ve kısa bir süre sonra JAMA tarafından Tıbbi Literatür Kullanıcı Kılavuzları serisi yayınlanmıştır, sistematik incelemelerden oluşan bir veri tabanı yayınlamayı amaçlayan bir grup olan “Cochrane Collaboration” kurulmuştur ve KDT modern tıpta bir sonraki devrim olma yolunda ilerlemiştir (10,11).

Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Ögeleri (PRISMA), Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Raporlama Standartları (QUOROM) da dahil olmak üzere ve kılavuz geliştirme için “Önerilerin Değerlendirilmesi, Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesinin Derecelendirilmesi” (GRADE) Çalışma Grubu ve “Performans İyileştirme için Doktorlar Konsorsiyumu” (PCPI) gibi gruplar bu belgelerin kalitesinin iyileştirilmesine yönelik girişimleri

yürütmektedir. Her ne kadar kılavuzlar sıklıkla “yemek kitabı” olmakla eleştirilse de kanıtlar tek başına hastalarla ilgili klinik soruları yanıtlayamaz; klinik uzmanlık, hasta değerleri ve tercihleri KDT'nin temel unsurlarıdır ve klinik karar vermede eşit derecede önemlidir. Bu nedenle, uygulama kılavuzları söz konusu olduğunda, tek bir boyut herkese uymaz ve tavsiyeler her hasta için geçerli olmayabilir; ancak iyi geliştirilmiş kılavuzlar, bireyselleştirilmiş tedavi planlarının geliştirilmesinde yardımcı olabilir (12,13).

2.1.1 Kanıtın Sınıflandırılması – Bilgi Düzeyleri

Kanıtı dayalı tıp, farklı türdeki klinik kanıtları sınıflandırır ve bunları tıbbi araştırmaları kuşatan çeşitli önyargılardan uzak olma derecelerine göre sıralar.

- 1a. Çeşitli randomize kontrollü araştırmaların (RKÇ) meta-analizi ile elde edilen kanıtlar.
- 1b. Yalnızca bir RKÇ'den elde edilen kanıtlar
- 2a. İyi tasarlanmış kontrollü araştırma RKÇ'sinden elde edilen kanıtlar.
- 2b. Yarı deneysel bir araştırmadan elde edilen kanıtlar.
3. Bazılarına göre deneysel olmayan çalışmalardan (karşılaştırmalı araştırma, vaka çalışması) elde edilen kanıtlar, örneğin ders kitapları.
4. Uzmanlardan ve klinik uygulamalardan elde edilen kanıtlar (14).

2.1.2 Klinik Uygulama Rehberleri ve Tarihçesi

Klinik Uygulama Rehberleri (KUR) yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerde giderek daha fazla geliştirilmektedir (15,16) (13,14). KUR alanıyla ilgili yayınların artması, KUR gelişiminin hızla arttığının göstergesidir. 1993 yılında MEDLINE'a tıbbi konu başlığı (MeSH) uygulama kılavuzu eklenmiş ve bu başlık altında 444 makale sınıflandırılmıştır. Takip eden 13 yılda, MeSH uygulama kılavuzu kapsamında her yıl sınıflandırılan makalelerin sayısı on bir kattan fazla artarak 2006'da toplam 4.975

makaleye ulaşmıştır. Karşılaştırıldığında, aynı dönemde MEDLINE'da indekslenen yıllık makale sayısı iki katına çıkmamış, 1993'te 413.375'ten 2006'da 727.546 makaleye çıkmıştır (17).

KUR'lara olan ilginin artmasına paralel olarak, kanıta dayalı KUR'ların üretiminden sorumlu çeşitli gruplar, geliştirme metodolojisini özetleyen el kitapları yayınlamıştır (18-20). Bu geliştirme el kitapları, kanıta dayalı KUR'ların geliştirilmesi gereken yöntemleri çeşitli düzeylerde ayrıntıyla açıklayan önemli çalışmalardır. Bu el kitapları, yazar kuruluşlarda çalışan KUR geliştiricilerine rehberlik sağlar ve dolayısıyla bu gruplar tarafından üretilen KUR'ların kalitesini etkiler. Buna ek olarak el kitapları, profesyonel topluluklar, klinik koşullarla ilgili tepe organlar, sağlık hizmetleri ve devlet daireleri gibi diğer kuruluşlardaki KUR geliştiricileri tarafından çok daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Sonuç olarak, bu el kitaplarında önerilen KUR geliştirme yöntemleri binlerce olmasa da yüzlerce KUR'un kalitesini etkileme potansiyeline sahiptir. Aynı zamanda, AGREE (Tanı ve Tedavi Rehberlerini İnceleme ve Değerlendirme) İş birliği, KUR'ların geçerliliğini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan ve KUR'un geliştirilmesindeki titizliği ele alan çeşitli kriterleri içeren bir araç üretmiştir (21).

2.1.3. Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp: Rehber ve Protokol Çalışmaları

Klinik uygulamayı ve sağlık sonuçlarını geliştirmek için, sağlam bir şekilde oluşturulmuş klinik uygulama rehberlerine ve bu rehberlerin etkili bir şekilde uygulanmasına ihtiyaç vardır (17).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalitesini izlemek, değerlendirmek ve geliştirmek amacıyla yapısal çalışmalar, Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Programın sekiz ana temasından altıncısı, "Kaliteli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon" olarak belirlenmiştir. Sağlık kuruluşlarında hizmet sunumunun kalitesini artırmayı hedefleyen bu tema, 2012 yılında klinik kaliteyi de içerecek şekilde genişletilmiştir (22). Klinik rehber ve protokol çalışmaları, sağlık teknolojisi

değerlendirme çalışmaları ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün çatısı altında Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığınca devam etmektedir.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönergenin 6. maddesinde Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı görevleri şu şekilde tanımlanmıştır:

- a) Bakanlığın ihtiyaçları doğrultusunda sağlık araştırmaları planlama, düzenleme ve geliştirme hizmetleri ile sağlık araştırmaları temel stratejiler ve eylem planları hizmetlerini yürütmek,
- b) Genel Müdürlüğün proje ve saha araştırmaları hizmetlerini yürütmek,
- c) Sağlık teknolojisi tanımlama ve değerlendirme hizmetlerini yürütmek,
- d) Kanıta dayalı tıp rehberlerinin hazırlanması hizmetlerini yürütmek,
- e) Genel Müdür tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

2.2. Aile Hekimliği

2.2.1. Tanımı

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) Aile Hekimliği'ni "yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır" şeklinde tanımlamıştır.

2.2.2. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi

"Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standartları Belirleme Sistemi" (TUKMOS) Türkiye'de tıp uzmanlık eğitimi alanında standartları belirleyen

ve müfredatları oluşturan bir sistemdir. Bu sistem, tıp uzmanlık alanlarındaki eğitim programlarının kalitesini yükseltmek, eğitimde birlik ve beraberliği sağlamak ve sağlık hizmetlerinde etkinliği artırmak amacıyla kurulmuştur.

TUKMOS'un Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına göre Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi, uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliği tanımını içinde yer alan temel prensipler doğrultusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin geliştirilmesi için uygun olanaklar sağlamayı amaçlamaktadır. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı versiyon 2.5 bölüm 2.3 Uzmanlık Eğitimi Süreci kısmında geçtiği üzere aile hekimleri evde sağlık hizmetleri ve huzur ve bakım evlerinde de eğitim almakta ve çalışmaktadır. Ayrıca bir aile hekiminin bölgesinde huzurevi olması durumunda burada kalan huzurevi sakinleri aile hekiminin kayıtlı nüfusu olacağından beslenme ile ilgili aile hekimlerine yönelik bir kılavuz geliştirilmesi ihtiyacı doğmuştur.

2.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Birinci basamak sağlık hizmetleri, yirminci yüzyılın başlarından bu yana etkili sağlık sistemlerinin temel bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti, toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt vererek sağlıkta eşitlik sağlarken, aynı zamanda sağlık harcamalarını da maliyet açısından etkin bir şekilde yönetir (23).

Günümüzde sağlık sistemleri; kronik hastalıklarla mücadele, entegre sağlık hizmetleri, multimorbidite gibi kompleks sağlık ihtiyaçları, artan maliyetler ve yaşlanan toplum gibi ciddi zorluklarla karşı karşıyadır. Bu zorlukların üstesinden gelmek için güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetinin önemi büyüktür.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun demografik özelliklerini ve hastalıkların yaygınlığını dikkate alan araştırmalara ihtiyaç duyar. Doktor-hasta etkileşiminin bağlamı kritik bir rol oynar ve bu bağlamın daha iyi anlaşılması

gerekmektedir. Güçlü bir birinci basamak, hastaların bireysel ihtiyaçlarına yanıt verirken sağlık sistemlerinin etkinliğini artırır ve toplum sağlığını iyileştirir (24,25).

2.3. Klinik Uygulama Rehberleri

Kılavuzlardaki mevcut en iyi kanıtlar ve görüşler sayesinde, sağlık uzmanları uygun klinik kararların alınmasına, uygulamadaki farklılıkların en aza indirilmesine ve etkili ve güvenli hasta sonuçlarının desteklenmesine yardımcı olabilir (26).

Kanıtların pratiğe entegrasyonu yeterince anlaşılmamış, karmaşık bir süreç olmaya devam etmektedir. Sonuç olarak, mevcut en iyi kanıtları yansıtacak şekilde uygulamayı değiştiren araştırmalar, önemli bir sağlık hizmetleri araştırma alanı haline gelmiştir. Araştırma kullanımını artırma yollarının tasarlanması ve değerlendirilmesine olan ilgi giderek artmaktadır. Kolaylaştırma, sağlık disiplinleri genelinde ve özellikle hemşirelik alanında klinik uygulamalarda kanıt alımını teşvik eden bir yöntem olarak ortaya çıkmaktadır (27).

2.3.1. Dünyada Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberlerinin Gelişimi

Dünyada kanıta dayalı klinik uygulama rehberlerinin gelişiminin dünyadaki örneklerine baktığımızda birçok kurum ve kuruluşun bu alanda çalışmaları bilinmektedir. Yapılan araştırmalar sonucu oluşturduğumuz “Rehber Geliştirme ve Uygulama Kaynakları” tablosu aşağıda verilmiştir (Tablo1).

Tablo1. Rehber organizasyonlarının temel özellikleri (28)

Ülke	Organizasyon adı Kısaltma/ akronim	Website	İlk rehber yılı
Almanya	Almanya Bilimsel Tıp Dernekleri Birliği (AWMF)	www.awmf.de	1992
Amerika Birleşik Devletleri	ABD Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF)	www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm	1989
	Ulusal Sağlık Enstitüleri Konsensüs Geliştirme Programı (NIHCDP)	consensus.nih.gov	1977
Avustralya	Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi (NHMRC)	www.health.gov.au/hfs/nhmrc	1995
Danimarka	Danimarka Pratisyen Hekimler Birliği (DSAM)	www.dsam.dk	1998
Finlandiya	Finlandiya Tıp Derneği (Duodecim)	www.duodecim.fi	1997
Fransa	Ulusal Sağlık Akreditasyon ve Değerlendirme Ajansı (ANAES)	www.anaes.fr	1993
	Ulusal Kanser Merkezleri Birliği (FNCLCC)	www.fnclcc.fr/sor.htm	1993
Hollanda	Hollanda Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü (CBO)	www.cbo.nl	1980
	Hollanda Pratisyen Hekimler Birliği (NHG)	www.nhg.artsennet.nl	1989
İngiltere	Sağlık Hizmetleri Araştırma Merkezi, Newcastle-upon-Tyne Üniversitesi (North of England)	www.ncl.ac.uk/chsr	1995
	Londra Kraliyet Hekimler Birliği	www.rcplondon.ac.uk	1995
İskoçya	İskoç Üniversitelerarası Kılavuz Ağı (SIGN)	www.sign.ac.uk	1995
İsveç	İsveç Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji Değerlendirme Konseyi (SBU)	www.sbu.se	1989
İsviçre	İsviçre Tabipler Birliği (FMH)	www.fmh.ch	2000
Kanada	Kanser Bakımı Ontario Uygulama Kılavuzları Girişimi (CCOPGI)	www.cancercare.on.ca/ccopg	1994
İtalya	Bölgesel Sağlık Hizmetleri Ajansı	www.assr.it	2000
Yeni Zelanda	Yeni Zelanda Kılavuzlar Grubu	www.nzgg.org.nz	1998

2.3.2. Kanıta Dayalı Klinik Uygulama Rehberlerinde Metodoloji

Günümüzdeki kanıta dayalı rehberlerin oluşumundan önce de uzman uzlaşısına dayalı öneriler içeren rehberler mevcuttu. Ancak bu şekilde oluşturulan rehberlerde kişisel görüşlerin ön plana çıkabilmesi çelişkilere neden olmaktaydı. 1990’lardan günümüze birçok konuda birçok sayıda rehber hazırlanmıştır. Ancak klinisyenler hangi rehberi kullanacakları konusunda tereddüt yaşamaya başlamışlardır. Bu konudaki soru işaretlerini gidermek amacıyla 1990 yılında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde, “Institute of Medicine” adındaki enstitü, uygun bir rehberde olması gereken kuralları içeren ilk dokümanı yayınlamıştır (29). Günümüzde ise “Kanıta Dayalı Tıp” kavramı çerçevesinde rehberlerin standart bir biçimde oluşturulmasına yönelik çalışmalar devam etmektedir.

Klinisyenler, basit, hastaya özel ve kullanıcı dostu rehberlere ihtiyaç duymaktadır. Rehberlerin oluşturulmasında her bir rehber oluşturma yöntemi için üç anahtar unsur bulunmaktadır:

- 1- Kullanılabilir Rehberler Geliştirme: Rehberlerin en önemli majör kararlarının hastaya uygun olarak açık ve kesin bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Rehberleri majör karar noktalarında sınırlandırmak, pratikte kullanımını daha kolay hale getirir. Ana klinik kararlar genellikle tanı koyma, prognozu belirleme, tedaviye karar verme ve çeşitli tedavi alternatiflerini değerlendirme ile ilgilidir.
- 2- Geçerli Kanıtların Bir Araya Getirilmesi: Başarılı rehberlerin ikinci unsuru, klinisyenlerin karar noktalarında ihtiyaç duydukları her bir karar noktasına uygun geçerli kanıtları bir araya getirmektir. Ancak, gerekli araştırmalara dayalı kanıtlar çoğu zaman yetersizdir ve metodolojistler bu eksikliği gidermek için çaba sarf etmektedirler. Kanıta dayalı tıbbın ve rehberlerin artan önemi, bu büyük boşluğu yakın zamanda dolduracaktır.
- 3- Kanıt ve Önerilerin Uygun Formatta Sunulması: Kanıtların ve önerilerin uygun bir formatta sunulması gereklidir. Karar verme aşamasındaki klinisyenler, bilgileri hızlı bir şekilde değerlendirme ve uygulama konusunda yetkin

olmalıdırlar. Ayrıca, bilgiler özel durum ve hastalara uygun olacak şekilde esnek bir formatta sunulmalıdır.

Bu üç anahtar madde temel alınarak, klinik uygulama rehberleri üç farklı şekilde oluşturulmaktadır:

- 1- De Novo Rehber Geliştirme: De novo rehber geliştirme, daha önce üzerine herhangi bir rehberin geliştirilmediği veya mevcut rehberdeki kanıtların artık yetersiz kaldığı durumlarda, uzmanların deneyimlerinden veya diğer kaynaklardan elde edilen kanıtlardan yola çıkarak yeni bir rehber oluşturma işlemidir.
- 2- Rehberin Aynen Benimsenmesi (Adoption): Bir ülkede belirli bir konu ile ilgili bir rehber ihtiyacı duyulduğunda, o konu ile ilgili daha önce hazırlanmış bir başka rehberin kalitesi, geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilerek kullanılması veya bu rehberin birebir tercüme edilmesi yöntemidir.
- 3- Rehberin Adaptasyonu: Daha önce oluşturulmuş rehberlerin farklı bir kültürel ortamda, ülkede veya kuruluştaki uygulanabilmesi için kültürel ve konu ile ilgili diğer farklılıklar göz önünde bulundurularak modifikasyonu yapılması yöntemidir.

Bu yöntemler, rehberlerin klinik uygulamalarda etkin ve kullanışlı olmasını sağlayarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı hedeflemektedir.

2.2.3. Rehber Oluşumu ve Hedefe Ulaşma Süreci

Konu seçimi:

Bir rehberin oluşturulmasında ve amacına ulaşmasında kritik öneme sahip olan unsur, doğru konu seçimidir. Rehberin kapsamına alınacak hastalık, sorun veya işlem; sıkça karşılaşılan, tedavi edilmesi durumunda önemli faydalar sağlayan veya yüksek maliyete yol açan durumlar arasından seçilmelidir. Konu seçimi yapılırken göz önünde bulundurulması gereken başlıca kriterler; hastalığın yaygınlığı, mevcut klinik

uygulamalarda çeşitliliğin fazla olması ve rehberin uygulanmasıyla beklenen iyileşme potansiyelidir.

Çalışma Grubunun Oluşturulması:

Etkin bir rehberin temel özelliklerinden biri, rehberin etkilemeyi hedeflediği tüm grupların temsilcilerinin hazırlık sürecine dahil edilmesidir. Her bir konu için ayrı ayrı seçilecek olan panel başkanı ve panel üyeleri, rehberin kalitesini artıracaktır. İdeal bir rehber hazırlama ekibi, konuya ilişkin akademisyenler, uzmanlar, rehberi kullanacak olan profesyonellerin temsilcileri, rehberin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynayabilecek devlet kurumları veya dernek temsilcileri ve mümkünse hasta temsilcilerinden oluşmalıdır.

Amaç ve Kapsamın Tanımlanması:

Çalışmanın başlangıcında, hazırlanan rehberin hangi amaca yönelik olarak oluşturulduğunun net bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Rehberin hangi hasta grupları için, hangi klinik tablolar kapsamında ve hangi klinik ortamlarda (yoğun bakım, acil servis, normal servis, poliklinik vb.) kullanılacağı açıkça ifade edilmelidir.

Bilimsel Kanıtların Tespiti ve Değerlendirilmesi:

Bilimsel kanıtların tespiti ve değerlendirilmesi için en etkili yöntem, sistematik literatür taramasıdır. Sistematik literatür taramasının amacı, mevcut tüm kanıtlara ulaşmak, bu kanıtların klinik sorunlara uygulanabilirliğini değerlendirmek ve elde edilen sonuçları özetlemektir.

Önerilerin Geliştirilmesi:

Literatürler derlendikten sonra, kanıtlarla olan ilişkileri doğrultusunda sınıflandırılır. Kanıtların karşılaştırılmasını kolaylaştırmak amacıyla kanıt tabloları oluşturulur. Kanıtlar kalite, nicelik ve tutarlılık açısından değerlendirilir. Bu değerlendirmeler temel alınarak öneriler geliştirilir.

Taslak Rehberin Hazırlanması:

Geliştirilen öneriler doğrultusunda yapılan analizler sonucunda taslak rehber hazırlanır.

Konsültasyon ve Değerlendirme:

Önerilerin oluşturulmasıyla hazırlanan taslak rehber, rehber geliştirme grubunun dışındaki uzmanlardan oluşan bir hakem heyeti tarafından incelenir. Hakemlerin geri bildirimleri doğrultusunda taslak rehber revize edilerek nihai hale getirilir.

Yayın ve Yaygınlaştırma:

Yayınlanan doküman, kitap, dergi eki veya internet üzerinden erişilebilir hale getirilir. Yaygınlaştırmayı desteklemek amacıyla yalnızca önerileri içeren kitapçıklar, internet sitesinde sınırsız erişim imkânı sunan tam dokümanlar, hasta ve hekim broşürleri hazırlanabilir. Bu materyaller, ilgili hastalıkla bağlantılı tüm birimlere veya kuruluşlara dağıtılmalıdır.

Uygulama:

Bu dönemde yoğun bir eğitim verilmelidir. Rehberlere erişim kolaylaştırılmalıdır.

Değerlendirme ve Güncelleme:

Rehberin oluşturulmasından sonra, klinik, ekonomik ve hasta odaklı sonuçlar değerlendirilerek gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Genellikle rehberlerin yayınlanma tarihinden itibaren 3 yıl sonra güncellenmeleri önerilmektedir.



*‘P’ Patient/Problem-Hasta/Sorun; ‘I’ Intervention-Müdahale, Test/Maruziyet, ‘C’ Comparison-Karşılaştırma; ‘O’ Outcome-Sonuç

Şekil 1. Rehber geliştirme sürecinin genel görünümü (30)

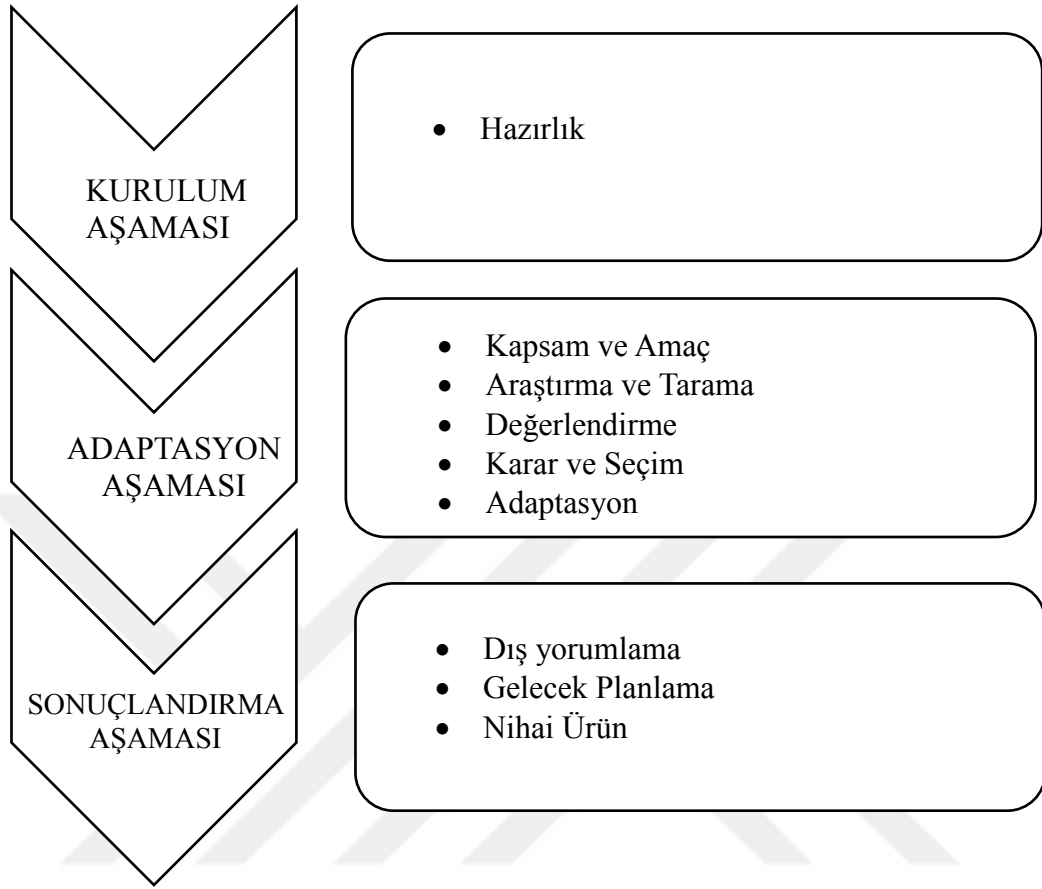
2.3. Rehber Adaptasyonu

Kanıtlar ve tavsiyeler hakkındaki yargılar karmaşıktır. Örneğin, enteral beslenme desteğinde olan diyabetik bir hastada glisemik kontrol için düşük karbonhidrat-yüksek yağ içerikli yeni formüller ile standart formüller arasındaki seçimi düşünün. Klinisyenler hangi sonuçları dikkate alacaklarına, her bir sonuç için hangi kanıtları dahil edeceklerine, bu kanıtların kalitesini nasıl değerlendireceklerine ve yeni formüllerin standart formüllere kıyasla zarardan çok fayda sağlayıp

sağlamadığını nasıl belirleyeceklerine karar vermelidir. Kaynakların her zaman sınırlı olması sebebiyle ek maliyetlere değip değmeyeceğine de karar vermeleri gerekebilir. Klinisyenlerin ve hastaların her bir klinik karar için tek başlarına bu yargılara varmaları pratik değildir. Klinisyenler ve hastalar genellikle klinik uygulama kılavuzlarını bir destek kaynağı olarak kullanırlar (31).

Kaliteli klinik kılavuzların geliştirilmesi için uluslararası düzeyde beklentiler ve gereksinimler önerilmiştir (21). Uluslararası standartları karşılayan kılavuzların geliştirilmesi ve uygulanması, özellikle sistematik tanımlama ve kanıtların eleştirel analizi sırasında önemli miktarda zaman, uzmanlık ve kaynak gerektirir. Kılavuz uyarlaması, kanıta dayalı ilkeleri koruyarak, yeni kılavuz geliştirmeye alternatif veya bir ortamda uygulanmak üzere üretilen kılavuzların başka bir ortamda uygulanması için onaylanması veya değiştirilmesini dikkate alan sistematik bir yaklaşımdır (32).

ADAPTE süreci, kılavuz adaptasyonu için kapsamlı bir çerçevedir. ADAPTE, tekrarlanan çabayı azaltabilir ve kılavuz geliştirmede verimliliği artırabilir. ADAPTE sürecine ilişkin kılavuz ve araç kiti şu adreste mevcuttur: <http://www.g-i-n.net/gin> (33). ADAPTE süreci üç ana aşamadan oluşur: kurulum, uyarlama ve sonuçlandırma. ADAPTE sürecine genel bakış Şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 2. Adapte süreci genel bakış

2.3.1. ADAPTE Rehber Adaptasyon Kaynak Aracı

ADAPTE İş birliği, klinik uygulama rehberlerinin adaptasyonu yoluyla geliştirilmesini ve kullanımını teşvik etmeyi amaçlayan araştırmacılar, klinisyenler ve rehber geliştiricilerinden oluşan uluslararası bir iş birliği platformudur. Bu grubun temel amacı, geçerli ve yüksek kaliteli uyarlanmış rehberlerin hazırlanmasını destekleyecek bir adaptasyon süreci geliştirmek ve bu süreci doğrulamanın yanı sıra, kullanıcılar arasında adapte edilmiş rehberlere yönelik bir sahiplenme duygusu oluşturmaktır.

ADAPTE süreci, farklı bir ortamda geliştirilen bir rehberin, başka bir kültürel ve kurumsal bağlama uyarlanabilmesi için sistematik bir yöntem sunmaktadır. Bu süreç, yalnızca adapte edilen rehberin spesifik sağlık sorunlarını çözümlemekle kalmaz, aynı zamanda hedef ortamın ihtiyaçları, öncelikleri, mevzuat, politika ve kaynaklarına uygun hale getirilmesini sağlamak üzere tasarlanmıştır. ADAPTE süreci, rehber geliştiren veya uygulayan gruplar için, az veya çok kaynağa sahip olsalar dahi, yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde rehber geliştiriciler, sağlık hizmeti sunucuları ve politika yapımcılar gibi çeşitli kullanıcı gruplarının gereksinimlerini karşılamak amacıyla geliştirilmiştir. Süreç, uygulamaya esneklik kazandıracak şekilde yapılandırılmıştır. Adaptasyon sürecinin şeffaf ve açık bir şekilde raporlanması, adapte edilen rehberin kalitesini ve güncelliğini artıracaktır.

2.3.2. Tanı ve Tedavi Rehberlerini İnceleme ve Değerlendirme Ölçeği II (AGREE II)

AGREE II'nin amacı, şu şekildedir:

1. Klinik rehberlerin kalitesini değerlendirmek;
2. Rehberlerin geliştirilmesi için metodolojik bir strateji sunmak
3. Rehberlerin içermesi gereken bilgilerin nasıl raporlanması gerektiği konusunda rehberlik etmek.

Orijinal AGREE ölçeği, 2003 yılında uluslararası rehber geliştiricileri ve araştırmacılardan oluşan AGREE İş birliği (AGREE Collaboration) tarafından yayımlanmıştır. Bu iş birliğinin temel amacı, rehberlerin kalitesini değerlendirmek için bir araç geliştirmektir. AGREE İş birliği, rehberlerin kalitesini, rehber geliştirme sürecindeki olası yanlışlıkların yeterince ele alınması, tavsiyelerin iç ve dış geçerliliğinin sağlanması ve uygulanabilirliğinin güvence altına alınması olarak tanımlamıştır (21). Bu değerlendirme, rehberlerin geliştirilmesinde kullanılan yöntemleri, nihai tavsiyelerin bileşenlerini ve bu bileşenlerin anlaşılmasıyla ilgili faktörleri kapsamaktadır. İş birliği çabalarının bir sonucu olarak, orijinal AGREE Ölçeği, 6 kalite alanını kapsayan 23 maddeden oluşmaktadır. AGREE Ölçeği, birçok

dile çevrilmiş, 100'den fazla yayında referans gösterilmiş ve birçok sağlık kuruluşu tarafından kabul edilmiştir. Orijinal ölçek ve ilgili yayınlar hakkında ayrıntılı bilgilere, AGREE ölçeğinin resmi yönetim organı olan AGREE Araştırma Vakfı'nın web sitesinden (<http://www.agreetrust.org/>) ulaşılabilir.

AGREE II, kapsamlı bir ölçektir ve sağlığın geliştirilmesi, toplum sağlığı, tarama, tanı, tedavi ve müdahaleler gibi sağlık hizmetleri sürecinin herhangi bir basamağını hedefleyen rehberlere uygulanabilir. Bu ölçek, basılı veya elektronik formatta sunulan rehberler için uygundur. Ancak, AGREE II, sağlık hizmetlerinin organizasyonel konularına ilişkin rehberlerin kalitesini değerlendirmek üzere tasarlanmamıştır.

2.4. Enteral Beslenme

Beslenme, büyüme, iyileşme ve genel yaşam canlılığı için hayati öneme sahiptir. Vücut, işlevini sağlıklı sürdürüebilmek için, vücut ağırlığı ve diğer bireysel faktörlere bağlı olarak, belirli miktarlarda karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve minerallere ihtiyaç duyar. Ancak, çeşitli nedenlerle bazı hastalar oral yolla beslenme yetisini kaybetmektedir. Bu durumda, bu hastaların temel besin öğelerini alabilmeleri için çiğneme veya yutma gerektirmeyen alternatif beslenme yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Yemek yiyememe durumu geçici olabileceği gibi, bazı hastalarda kalıcı bir durum da olabilir (34).

2.4.1. Kısa Dönem Beslenme

Enteral beslenmede tercih edilen yöntem, besinlerin mide yoluyla verilmesidir. Bu amaçla, genellikle nazogastrik (NG) tüp olarak bilinen ince plastik bir tüp, burun deliğinden geçilerek mideye yerleştirilir. Bu tüp aracılığıyla sıvı beslenme, sürekli, belirli bir hızda veya aralıklı olarak sağlanabilir. Bazı durumlarda ise, nazogastrik tüp yerine nazojejunal (NJ) tüp tercih edilir. NJ tüp, ince bağırsağın jejunum adı verilen

kısmına yerleştirilir. Bu yöntem, özellikle midenin işlevini yerine getiremediği ancak ince bağırsağın geri kalanının çalıştığı gastroparezi gibi durumlarda uygulanır. Pilor, mideyi ince bağırsağın geri kalanından ayıran bir kapakçık olarak görev yapar. Bu nedenle, nazojejunal tüpler postpilorik tüpler olarak da adlandırılmaktadır. (Bkz. Şekil 3.)

Bu tür tüpler, genellikle yatak başında bir hemşire veya doktor tarafından yerleştirilebilir. Tüp yerleştirme işlemi hastada bir miktar rahatsızlığa neden olabilese de, çoğu hasta tüp yerleştirildikten sonra bu durumu tolere edebilir ve tüpü hissetmemeye başlar. Ancak, tüpün istem dışı çıkarılması riski mevcuttur. Böyle bir durumda, tüpün yeniden yerleştirilmesi sağlık profesyonelleri tarafından yapılmalıdır.

2.4.2. Uzun dönem beslenme

Eğer hastaların birkaç haftadan daha uzun süre enteral beslenmeye ihtiyaç duyması bekleniyorsa, uzun vadeli bir beslenme çözümü gereklidir. Bu durum, doğrudan karın duvarından bağırsaklara yerleştirilen tüplerin kullanımı olabilir. Gastrostomi tüpü mideye, jejunostomi tüpü ise jejunum bölümüne yerleştirilerek uzun süreli beslenme sağlanabilir.

Bu tüplerin yerleştirilmesi üç ana yöntemle gerçekleştirilebilir:

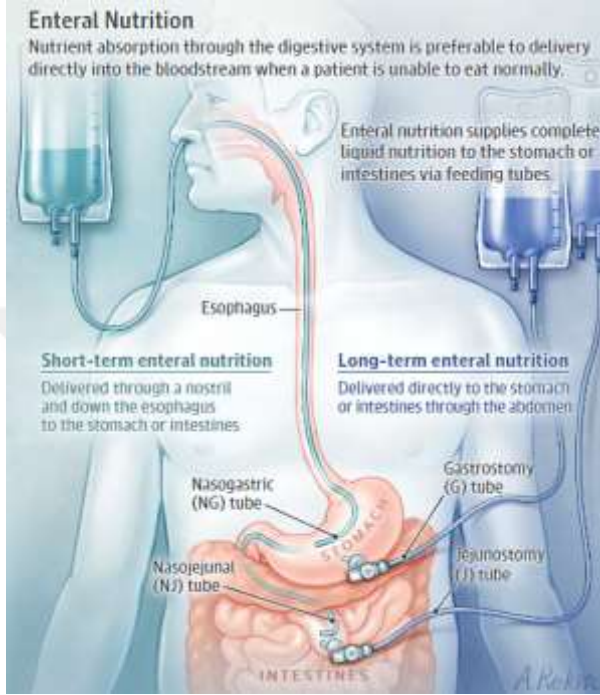
1- Genel anestezi altında bir cerrah tarafından cerrahi yöntemle (açık veya laparoskopik tekniklerle);

2- Sedasyon altında bir radyolog tarafından floroskopi rehberliğinde radyolojik olarak; veya

3- Sedasyon altında bir gastroenterolog veya cerrah tarafından endoskopik yöntemle (bu yönteme perkütan endoskopik gastrostomi veya PEG tüpü denir).

Bu tür tüpler aylarca, hatta yıllarca yerinde kalabilir. Eğer tüp yerinden çıkarsa, tüpün yerleştirildiği kanal tam olarak şekillendiğinde, hasta, aile üyeleri veya diğer bakıcılar bu tüpü evde değiştirebilir. Hasta yemek yeme yetisini yeniden kazanır ve

tüpe artık ihtiyaç duymazsa, tüp çıkarılabilir. Genellikle, tüpün çıkarılmasının ardından oluşan açıklık kendiliğinden kapanır (34).



Şekil 3. Enteral beslenme yöntemleri (34)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, rehber uyarlama süreci üzerine odaklanan bir uygulamalı araştırma türüdür. Uluslararası enteral beslenme rehberlerinin Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri için adaptasyonunu içeren bu çalışma, literatür taraması, rehber analizi ve rehber adaptasyon sürecini kapsamaktadır. Bu çalışma, hem tanımlayıcı hem de uygulamalı araştırma özelliklerini taşımaktadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi bünyesinde yapılmış ve il içinden ve Ankara'dan alanında uzman ve rehber geliştirme deneyimi bulunan kişilerin desteğiyle yürütülmüştür. Veri toplama ve rehber uyarlama süreçleri Mart 2024 ile Ağustos 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, dünyada yayınlanmış enteral beslenme rehberlerini kapsamaktadır. Örneklem olarak, 2024 yılına kadar yayınlanmış ve aşağıdaki dahil etme kriterlerine uygun mükerrer olmayan rehber, protokol veya politika beyanı belirlenmiştir.

Elde edilen kılavuzlar, önsel dahil etme/hariç tutma kriterleri listesine göre taranmıştır:

- 1- Enteral beslenmenin rehberlerin ana konusu olması;
- 2- Rehberlerin hedef kitlesinin enteral beslenme alan erişkinler olması;
- 3- Rehberlerin yerel ya da ulusal kullanım için olması;
- 4- Yayın tarihinin 2012 yılından arama tarihine (Mart 2024) kadar olması
- 5- Rehber dilinin İngilizce veya Türkçe olması

- 6- İdeal olarak sistematik bir yöntem kullanılarak literatür taraması yapıldığının belirtilmesi;
- 7- Referansların dahil edilmiş olması ve
- 8- Tavsiyeler ile destekleyici kanıtlar arasında açık bir bağlantı olduğunun belirtilmiş olması.

3.4. Çalışma Materyali

Çalışma materyali olarak, dünya çapında yayınlanmış enteral beslenme rehberleri, rehber uyarlama kılavuzları (ADAPTE) ve bu rehberlerin kaliteleri için kullanılan AGREE ölçeği gibi değerlendirme araçları kullanılmıştır. Ayrıca, literatür taraması için kullanılan veri tabanları arasında PubMed, Cochrane Library, ve Google Scholar gibi kaynaklar yer almıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni, dünyada geliştirilmiş olan mevcut enteral beslenme rehberleridir. Bağımlı değişken ise, bu rehberlerin Türkiye koşullarına uygun şekilde uyarlanmış halidir. Ayrıca, rehberlerin adaptasyon sürecindeki kalite değerlendirmesi ve uygulanabilirlik durumu da değişken olarak ele alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları arasında, literatür taraması için kullanılan veri tabanları PubMed, Cochrane Library ve Google Scholar gibi kaynaklar yer almıştır. Rehberlerin kalitesini değerlendirmek için kullanılan AGREE ölçeği ve rehber adaptasyon sürecini yönlendiren ADAPTE Adaptasyon Rehberi temel veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Kılavuz Alınacak Rehberlerin Saptanması:

Dünyada klinik uygulama rehberlerinin adaptasyonu için oluşturulmuş rehberlere ulaşmak için, rehber adaptasyonu ile ilgili makale ve metotlar *PubMed* (1966-2024 Mart'a kadar), *Cochrane Library* ve Google üzerinde “guideline adaptation” “guidelines for guidelines” kılavuz kelimeleri yazılarak taranmıştır. Ek olarak; rehber geliştirme kaynakları olan Guidelines International Network (GIN), NICE (NICE), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Guidelines and Audit Implementation Network (GAIN), National Clinical Guideline Centre (NCGC) veritabanları taranmıştır.

Taramalar sonucu, dünyada klinik uygulama rehberlerinin adaptasyonu için oluşturulmuş 2 adet rehber bulunmuştur. Bu rehberler; “ADAPTE Adaptasyon Rehberi” ve “CAN-IMPLEMENT Adaptasyon Rehberi”dir. Bu iki rehber arasından, “ADAPTE Adaptasyon Rehberi”, CAN-IMPLEMENT’e taslak oluşturmuş, şu ana kadar bu alanda yapılmış tüm çalışmalarda kullanılmış ve 2016’da Kanıta Dayalı Tıp Derneği tarafından Türkiye koşullarına uyarlanmıştır. Bu sebeple “ADAPTE Rehber Adaptasyon Kaynak Aracı”nın ülkemize uyarlaması olan “Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu” adaptasyon sürecinin takip edileceği rehber olarak belirlenmiştir.

“Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu” her biri, bir dizi modüllere sahip üç ana fazdan (Kurulum Fazı, Adaptasyon Fazı, Sonlandırma Fazı) oluşur. Toplamda 9 modül ve modüllerin ilerlemesinde kılavuzluk yapan 23 adım bulunmaktadır. Sürecin özeti ve 23 ADAPTE adımı Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. Adaptasyon Sürecinin Özeti

FAZLAR	MODÜLLER	ADIMLAR
KURULUM FAZI	Hazırlık Modülü	Adım 1. Bir konu seçimi Adım 2. Adaptasyonun mümkün olup olmadığının kontrolü Adım 3. Organizasyon komitesi kurulması Adım 4. Gerekli beceri ve kaynakların tanımlanması Adım 5. Kurulum işlemlerinin tamamlanması Adım 6. Adaptasyon planı yazma
ADAPTASYON FAZI	Kapsam ve Amaç Modülü	Adım 7. Sağlık sorularını belirleme
	Araştırma ve Tarama Modülü	Adım 8. Konu ile ilgili rehber ve diğer dokümanları araştırma Adım 9. Elde edilen rehberlerin taranması
	Değerlendirme Modülü	Adım 10. Rehber kalitesini değerlendirme Adım 11. Rehber güncelliğini değerlendirme Adım 12. Rehber içeriğini değerlendirme Adım 13. Rehberin tutarlılığını değerlendirme Adım 14. Önerilerin kabulünü/ uygulanabilirliğini belirlemek
	Karar ve Seçim Modülü	Adım 15. Değerlendirmeleri gözden geçirme Adım 16. Adapte Rehber oluşturmak için rehberler ve Öneriler arasında seçim
	Adaptasyon Modülü	Adım 17. Taslak adapte edilmiş rehberi hazırlama
SONUÇLANDIRMA FAZI	Dış Eleştiri ve Onaylama Modülü	Adım 18. Hedef kullanıcılar tarafından dış yorumlama Adım 19. İlgili paydaşlar ile görüşme Adım 20. Kaynak Rehber geliştiricilerine danışma Adım 21. Kaynak belgelerin tanımlanması
	Gelecek Planlama Modülü	Adım 22. Adapte rehberin yayın sonrası için takip planı
	Son Üretim Modülü	Adım 23. Yüksek Kalitede Nihai Rehber üretimi

Klinik uygulama rehberlerinin adaptasyon sürecinde ilk adım, adaptasyonu planlanan konuyla ilgili rehberlerin uygunluğunu değerlendirmektir. Konuya ilişkin mevcut rehberler olsa bile, başlangıçta belirlenen konuda daha önce geliştirilmiş veya halen geliştirilmekte olan bir rehber olup olmadığını rehber kaynaklarının internet sitelerinden araştırmak gereklidir. Bazı durumlarda, birçok potansiyel rehber arasından seçim yapmak yerine, daha spesifik bir rehberin adaptasyonuna karar vermek, hem zaman hem de maliyet açısından avantaj sağlayabilir. Eğer belirlenen konuya ilişkin mevcut bir klinik uygulama rehberi yoksa, "de novo rehber oluşturma" kararı alınabilir (35,36).

Sonrasında, bir organizasyon komitesi kurularak konu belirlenir ve netleştirilir. Komite, konuya dair adaptasyon planını şekillendirdikten sonra adaptasyon sürecine geçilir. Öncelikle, konuya ilişkin rehberler taranır ve seçilen rehberlerin kalitesi AGREE ölçeği ile değerlendirilir. Adaptasyon aşamasında, kaynak rehberdeki bazı öneriler aynen alınırken, bazıları ise yerel bölgede uygulanabilir olmadığı ya da kaynak rehberlerdeki kanıtların yetersiz bulunduğu durumlarda, diğer rehber ve kaynaklardan elde edilen kanıtlarla yerel koşullara uygun hale getirilerek adapte edilir (37,38).

Taslak olarak hazırlanan adapte rehber, komite ve ilgili kişi ile kuruluşlar tarafından değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda, tüm rehberin kabulü veya reddi söz konusu olabilirken, bazı durumlarda ise yalnızca belirli öneriler kabul edilirken, diğerleri reddedilebilir. Bu aşamanın ardından, rehber kullanıcılarından geri bildirimler toplanır, ilgili destek birimleriyle görüşmeler yapılır ve kaynak rehber kullanıcılarına danışılır. Son olarak, rehberin yayımlanması ve yaygınlaştırılması sürecine geçilir (39).

Adapte Edilecek Rehberlerin Belirlenmesi:

Kılavuz veri havuzu web sitelerinde, çeşitli önemli enteral beslenme kuruluşlarının ve enteral beslenme profesyonel kuruluşlarının web sitelerinde ve ayrıca MEDLINE (Ovid), PubMed, Google Akademik ve diğer bazı veri tabanlarında ilgili kılavuzlar, protokoller veya politika bildirimleri için bir araştırma

gerçekleştirilmiştir. “Enteral beslenme” konu başlığı arama için şu anahtar kelimeler yalnız ve kombinasyonlarla birlikte kullanılmıştır: “enteral beslenme”, “beslenme”, “nütrisyon”, “enteral nütrisyon”, “birinci basamak”.

Her veri tabanı için uygun bir arama stratejisi kullanılmıştır.

3.7. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizde, rehberlerin AGREE ölçeği ile değerlendirilmesi ve uygulama alanlarının analiz edilmesi üzerine odaklanılmıştır. Bu analizler sonucunda rehberlerin yerel koşullara uygun hale getirilmesi amacıyla, tanımlayıcı istatistikler ve içerik analizi yöntemleri kullanılmıştır.

3.8. Araştırma Takvimi

Araştırma şu şekilde planlanmıştır:

- Mart 2024: Literatür taraması ve rehberlerin toplanması
- Nisan 2024- Mayıs 2024: Rehberlerin seçimi ve adaptasyon sürecinin başlatılması
- Haziran 2024: AGREE ölçeği ile rehberlerin değerlendirilmesi
- Temmuz 2024: Rehberlerin uyarlanması ve taslak rehberin oluşturulması
- Ağustos 2024: Taslak rehberin değerlendirilmesi ve son düzenlemelerin yapılması

3.9. Etik İzinler

Bu çalışma için, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’na başvurulmuştur. 16.05.2024 tarihli 0236 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Özellikle, rehber uyarlama sürecinde kullanılan yöntemlerin etik uygunluğunu sağlamak amacıyla, Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzunu geliştiren Kanıta Dayalı Tıp Derneği’nin onayı alınmıştır. Katılımcıların ve rehber geliştiricilerin bilgilendirilmiş onamları, çıkar çatışması beyanları rehber uyarlama sürecinde gerekli etik standartları sağlamak amacıyla temin edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. FAZ 1.KURULUM FAZI

4.1.1. Adım 1. Rehber Konusunun Seçimi

Konu başlığımız adaptasyon sürecine karar vermeden önce belirlenmiştir. Konu başlığını belirlememizde seçilecek konunun ülkemizde ve özellikle birinci basamakta görülme sıklığı ve bu konular arasından da konu ile ilgili Türkiye şartlarında Klinik Enteral Parenteral Nutrisyon Derneği (KEPAN) tarafından tercüme edilerek sunulan Enteral Beslenme Rehberi dışında ülkemizde konunun mevcut rehberinin bulunmaması kriter olarak alınmıştır.

4.2.2. Adım 2. Adaptasyonun uygun olup olmadığının tespiti

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu Adım 2 önerisine göre belirlenen konuyla ilgili mevcut rehberlerin olup olmadığı kontrol edilmiştir. Rehber kaynaklarının ve özel kuruluşların internet sitelerini arayarak araştırma yapılmıştır.

Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneğinin (ESPEN-European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) “Home Enteral Nutrition” rehberi ve İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü’nün (NICE-National Institute of Health and Clinical Excellence) “Nutrition Support for Adults Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition” rehberi başka ülke şartlarında geliştirilmiş bir rehber olması nedeni ile adaptasyonu uygun olarak değerlendirilmiştir. Ek olarak Klinik Enteral Parenteral Nutrisyon Derneği (KEPAN) tarafından tercüme edilerek sunulan Enteral Beslenme Rehberi (2012) ve KEPAN Enteral Beslenme (EB) Rehberi (2023) adaptasyonu uygun olarak değerlendirilmiştir.

4.2.3. Adım 3. Bir organizasyon komitesi kurulması

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu Adım 3 önerisine göre adaptasyon sürecini denetlemek için bir organizasyon komitesi oluşturulmuştur.

Komitenin görevleri arasında; projenin kapsamını belirlemek, kuruluş ve yönetim yapılarını tanımlamak, şartnameyi hazırlamak ve adaptasyon planı geliştirmek yer alır. 'Panel' terimi, adaptasyon sürecindeki görevler için toplanan multidisipliner grubu ifade eder. Organizasyon komitesinin üyeleri, panel üyeleri olabilir veya sadece süreci yönetmekle görevli olabilirler.

Rehber geliştirme konusunda yardımcı olmak, yönlendirmek için en az 2 en fazla 4 rehber geliştirici (Daha önce rehberler üzerinde ve AGREE ölçeği ile çalışmış eğitim almış kişiler);

birinci basamak hekimlerine yönelik bir rehber olacağı ve bir birinci basamak hekiminin gözünden nihai rehber önerilerinin değerlendirilmesi için 4 aile hekimi;

seçilen konu ile ilgili branş eğitimi almış olan ve önerileri farklı bir gözle değerlendirmesi için bir geriatri uzmanı ve genel cerrahi uzmanı ve konunun Türkiye şartlarına uygunluğu konusunda destek olacak bir halk sağlığı uzmanından oluşması uygun görülmüştür.

4.2.4. Adım 4. Gerekli Kaynak ve Yeteneklerin Tanımlanması

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu Adım 4 önerisine göre yeterli kaynağa ihtiyaç vardır ve rehber kalite değerlendirme sürecinin güvenilirliği büyük ölçüde panel üyelerinin güvenilirliğine bağlıdır. Kimin yer aldığı ve yer alan kişilerin panele getireceği becerileri önemlidir. Grup, rehberden etkilenen ana paydaşlar içindeki bireyleri de içermelidir.

Buna göre gerekli kaynak ve yeteneklerin belirlenmesi konusunda komite üyeleri oluşturulurken konu ile ilgili uzmanlık alanına sahip bir geriatrist hekim,

konunun hitap edeceği popölasyondan olan 4 aile hekimi, konunun Türkiye şartlarına uygunluğu konusunda destek olacak bir halk sağlığı uzmanı ve adaptasyon sürecinde genel denetim yetisine sahip 4 rehber geliştirici komiteye katılmıştır.

Komite üyeleri ile 2 yüz-yüze görüşme ve 5 telekonferans gerçekleştirilmiştir. Panel üyelerine toplantılar dışında belgeleri yorumlamak ve gözden geçirmek için zaman verilmiş, dokümanlar gönderilmiştir. Maddi kaynağa ihtiyaç duyulmamıştır.

4.2.5. Adım 5. Kurulum aşaması ile ilgili görevlerin tamamlanması

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu Adım 5 önerisine göre bu fazın sonunda rehber geliştirme ile ilgili bir iş tanımı yapılmıştır. Rehber adaptasyonu sürecinde üyelerin kurulum fazının baş safhasında ve öneriler belirlendikten sonra son gözden geçirme nedeni ile 2 kez yüz yüze görüşme yapmaları, adaptasyon fazının her adımında ise telefon ya da e-mail yolu ile konferans yapılması uygun bir yol olarak belirlenmiştir.

Alınacak kararların yönetimi ve final dokümana nasıl raporlanacağına dair bir çalışma planı oluşturulmuştur. Kanıta dayalı rehber geliştirmede multidisipliner karar süreci ile ilgili kararlarda komite üyelerinin uzlaşması konusunda Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu “Araç 4” te sunulmuş olan “Uzlaşma Süreci Kaynakları”nda verilen kaynaklar okunup değerlendirilmiş ve fikir aşamasında bu kaynaklar esas alınmıştır.

Oluşturulan taslak rehberi desteklemek için herhangi birisi ya da herhangi bir kuruluştan maddi desteğe ihtiyaç olmadığına karar verilmiştir.

Yaygınlaştırılma ve uygulama stratejileri konusunda ise; yapılan çalışmanın amacının taslak rehber geliştirme ve öneri oluşturma olduğu için bir işlem yapılmamıştır.

“Araç 3”te sunulan Şartname örneğine göre organizasyon komitesi veya panel tarafından bir şartname hazırlanmıştır ve tamamlanacak çalışmanın kapsamını,

üyeliğin nasıl oluşturulacağını, çalışmalar için gereken zamanı ve panelin ne sıklıkta toplanacağı hususlarını içeren bilgilere yer verilmiştir. Şartname, tüm panel üyelerinin ne yapacaklarını anlamaları ve kabul etmeleri için panel üyeleri ile paylaşılmıştır.

“Araç 4”te verilen çıkar çatışması beyanına göre tüm panel üyeleri, çıkar çatışması beyanını imzalamıştır.

Panel, adaptasyon düşünülen rehberlerden birinin geliştirilmesinde rol almış olan herhangi bir panel üyesinin potansiyel yan tutma veya kazanılmış hak/çıkar çatışmalarının farkında olmalıdır. Bu tür potansiyel çatışmaların kaygı yaratıp yaratmadığı ve böyle bir kaygı varsa bununla nasıl başa çıkılacağı hususlarında kararlar alınması gerekebilir.

4.2.6. Adım 6. Adaptasyon Planı Yazma

Adaptasyon sürecini içeren adaptasyon çalışma planı, Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu’nun araçlar bölümünde “Araç 5”te verilen “Çalışma Planı Örneği” ne dayandırılarak oluşturulmuş ve aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 3).

Bu plana göre Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu’ndaki 3 fazdan (kurulum fazı, adaptasyon fazı ve final fazı) ilk ikisi uygulanmıştır.

Tablo 3. Çalışma Planı

REHBER FAZLARI		GÖREVLER	ATANMIŞ KİŞİ	MODÜL	ZAMAN ÇİZELGESİ
Ön Faz	İlk Toplantı	Konuya Karar Verildi Adaptasyonun Uygulanabilirliğine Karar Verildi Multidisipliner Panel Seçildi Protokol Yazıldı Destek Organlar Tanımlandı Sorumluluklar Tartışıldı	Organizasyon Komitesi	Hazırlık Modülü	2 Ay
Adaptasyon Fazı		Referans/Fikir Birliği Koşulları Kararlaştırıldı			1 Ay
		Toplam Süreç 4 ay			
		Dâhil Edilme/Dışlama Kriterleri Seçildi			
		Anahtar Araştırma Kelimeleri Seçildi “enteral beslenme” “beslenme” “nütrisyon” “enteral nütrisyon”			
		Yardımcı Kaynaklar Belirlendi			
	İkinci Toplantı	Rehber Tarama Tamamla AGREE’yi Tamamla Geçerlilik Tutarlılık Öneri Matrisi Kabul Edilebilirlik	Panel	Kurulum Modülü	3 Ay
		Tüm Verileri Gözden Geçir Adapte Rehberin Önerilerine Karar Ver		Karar Modülü	

4.2. FAZ 2. ADAPTASYON FAZI

4.2.1. Adım 7. Sağlık Sorularını Belirleme

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu önerisine göre konu belirlendikten sonra, yapılandırılmış anahtar sorular geliştirerek rehberin parametrelerini ve amacını netleştirmek önemlidir. Odaklanmış sağlık sorularının tanımlanması, adaptasyon sürecini başarıyla tamamlamayı ve rehberin kullanıcılar için kullanışlı olmasını sağlar.

PIPOH yaklaşımı, sağlık sorularını tanımlamaya ve konuyu kapsamlı bir şekilde ele almaya yardımcı olur:

Population (Popülasyon): İlgilenilen toplum ve hastalık veya durum özellikleri

Intervention (Müdahale veya tanı testi): İlgilenilen müdahale veya işlem

Professionals (Uzmanlar): Rehberin hedeflediği uzmanlar

Outcomes (Sonuçlar): Beklenen hasta, sistem ve toplum sağlığı sonuçları

Health care setting (Sağlık Bakım Ortamı): Rehberin uygulanacağı koşullar ve ortam

Mevcut rehberler, sağlık sorularının belirlenmesine yardımcı olabilir. Rehber içeriğinin hızlıca araştırılması, ek sağlık soruları ortaya çıkarabilir (Araç 6- PIPOH).

Seçilen konu ile ilgili sağlık soruları belirlenmiştir:

Population (Popülasyon):

Hangi hasta grupları enteral beslenme için uygundur?

Enteral beslenmeye ihtiyaç duyan hastaların ortak özellikleri nelerdir?

Intervention (Müdahale veya tanı testi):

Enteral beslenme uygulamalarının en etkili yöntemleri nelerdir?

Enteral beslenmenin farklı yöntemleri arasında etkinlik farkı var mıdır?

Professionals (Uzmanlar):

Enteral beslenme rehberi, hangi sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmalıdır?

Beslenme uzmanları, hemşireler ve doktorlar enteral beslenme uygulamalarında nasıl işbirliği yapmalıdır?

Outcomes (Sonuçlar):

Enteral beslenme ile sağlanması beklenen hasta sonuçları nelerdir?

Enteral beslenmenin sistem üzerindeki etkileri nelerdir (örneğin, hastane kalış süresinin kısalması)?

Enteral beslenmenin toplum sağlığına katkıları nelerdir (örneğin, malnütrisyon insidansında azalma)?

Health care setting (Sağlık Bakım Ortamı):

Enteral beslenme hangi sağlık bakım ortamlarında uygulanmalıdır?

Evde enteral beslenme uygulamaları için gerekli koşullar nelerdir?

Sağlık Sorusu: Birinci basamak sağlık sistemlerinde enteral beslenme desteğinde olan hastanın yönetimi nasıldır?

4.2.2. Adım 8. Konu İle İlgili Rehber Ve Diğer Dokümanları Araştırma

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu önerisine göre, kapsam ve amaç modülünde belirlenen anahtar sorular doğrultusunda bir araştırma stratejisi geliştirilmiştir. Bu stratejide, rehberlerin geliştirilme yılı, dili ve rehber geliştirme grubunun nitelikleri gibi dahil etme ve dışlama kriterleri belirlenmiştir. En uygun rehberlerin tespiti için geniş çaplı bir tarama yapılmıştır. Rehberlerin genellikle dergilerde yayınlanmaması ve bibliyografik veri tabanlarında indekslenmemesi nedeniyle, rehberlerle ilgili araştırmalarda ABD Ulusal Rehber Birimi (www.guideline.gov) ve Uluslararası Rehber Ağı (www.g-i-n.net) gibi veri tabanları kullanılmıştır.

Konu ile ilgili rehberler, Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu'nda "Araç 2 Arama Kaynakları ve Stratejiler" bölümünde sunulan internet adresleri ve Google, Cochrane Library ve PubMed kullanılarak, "enteral beslenme, nütrisyon, rehber,

birinci basamak, rehber, klinik uygulama rehberleri, adaptasyon” ya da bu terimlerin kombinasyonları kullanılarak klinik konuya uygun terimlerle taranmıştır. Ancak Türkiye şartlarında KEPAN’ın “Enteral Beslenme Rehberi” dışında rehber bulunamamıştır.

“Araç 8 – Rehber Özelliklerini Kaydetmeye Yönelik Bir Tablo Örneği” kullanılarak tarama sonucu ulaşılan rehberin karakteristikleri ile ilgili Tablo 4. hazırlanmıştır.

Tablo 4. Değerlendirmeye alınacak rehberler

Rehber Adı	Yayınlayan Kuruluş	Yayın Yılı	Rehber Türü	Dili
ESPEN Enteral Nutrisyon Rehberi	KEPAN	2012	Tercüme	Türkçe
Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition	NICE	2017	De novo	İngilizce
ESPEN guideline on home enteral nutrition	ESPEN	2020	De novo	İngilizce
KEPAN Enteral Beslenme (EB) Rehberi	KEPAN	2023	De novo	Türkçe

4.2.3. Adım 9. Elde edilen rehberlerin taranması

Dünyada enteral beslenme için geliştirilmiş rehberler, yayın tarihleri açısından değerlendirmeye alınabilir düzeydedir. Seçilen sağlık soruları rehberin alt başlıkları ve içeriği doğrultusunda oluşturulmuş olup, sağlık sorularının cevaplarının rehberde bulunup bulunmadığı (rehberin “de novo” öneri ihtiyacı olup olmadığı) ve Türkiye şartlarında rehberin adaptasyon gerektirip gerektirmediğine ileri adımlarda karar verilmiştir.

Seçilen rehber ve kanıtların alınacağı kaynakların içerikleri ile ilgili PPOH komponenti ve belirlenen sağlık soruları dikkate alınarak “Araç 9 – Rehberlerin Klinik İçeriklerini Kaydetmeye Yönelik Bir Tablo Örneğine” göre Tablo 5. hazırlanmıştır.

Tablo 5. Rehber İçeriği Özeti

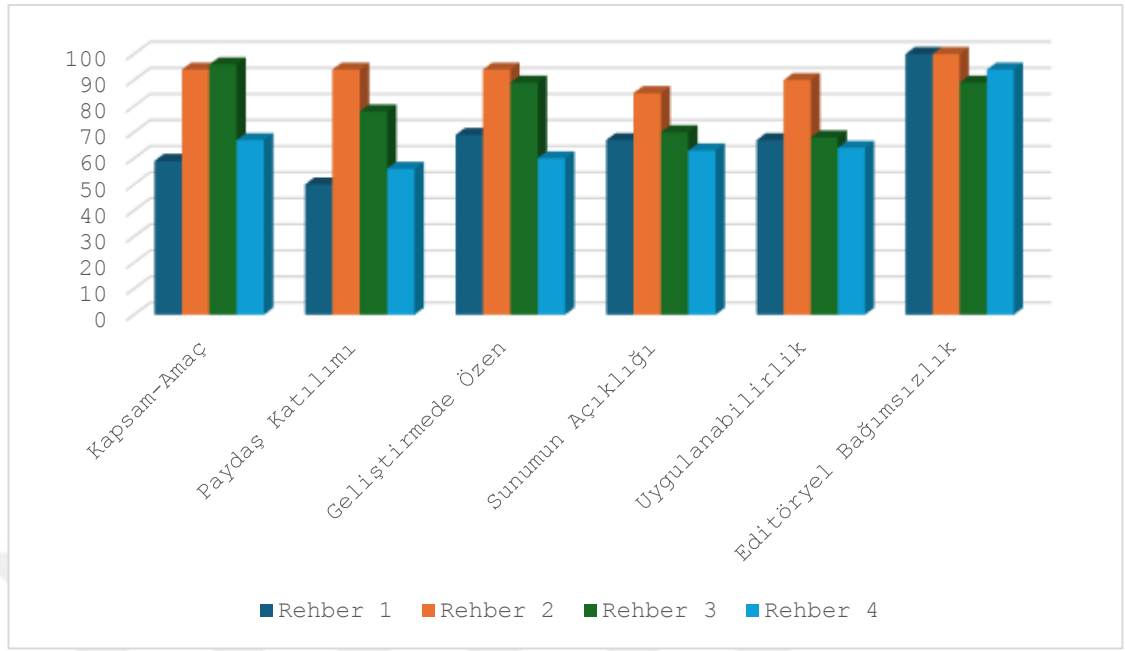
		Rehberlerin mevcut içeriği (Eğer verilen sağlık sorusunu içeriyorsa “√” işareti koyun)			
		KEPAN /ESPEN	NICE	ESPEN HOME EN	KEPAN
Sağlık sorusu 1	Hangi hasta grupları evde enteral beslenme için uygundur?	√	√	√	√
Sağlık sorusu 2	Enteral beslenme uygulamalarının en etkili yöntemleri nelerdir?	-	√	√	-
Sağlık sorusu 3	Evde enteral nutrisyon’un komplikasyonları nelerdir ve tedavisi nasıldır?	√	√	√	-
Sağlık sorusu 4	Tüp yerleştirildikten sonra EB’ye ne zaman başlanmalı?	√	√	√	√
Sağlık sorusu 5	EB için önerilen nutrisyon ürünleri nelerdir?	√	√	√	√
Sağlık sorusu 6	Enteral Nütrisyon Tedavisi Alan Hastanın takibi nasıldır?	FF√	√	√	-
Sağlık sorusu 7	Beslenme uzmanları, hemşireler ve doktorlar enteral beslenme uygulamalarında nasıl işbirliği yapmalıdır?	√	√	√	√
Popülasyon	Enteral beslenme alan hastalar	√	√	√	√
Müdahale(ler)	Enteral beslenme yönetimi	√	√	√	√
Profesyoneller	Birinci basamak hekimleri	√	√	√	√
Sonuç	Rehberin Birinci Basamak Hekimlerini Enteral Beslenme konusunda bilinçlendirmesi ve onlara tanı tedavi aşamasında Türkiye şartlarına adapte edilmiş hali ile destek olmak	√	√	√	√
Sağlık hizmet alanı	Birinci basamak	-	√	√	-

4.2.4. Adım 10. Rehber Kalitesini Değerlendirme

Rehber İnceleme ve Değerlendirme (AGREE II) ölçeği (www.agreetrust.com / Türkçesi www.kanitadayalitip.org) klinik uygulama rehberlerinin kalitesini değerlendirmek için bir iskelet oluşturur. AGREE II ölçeğindeki 23 madde rehber geliştirme için kullanılan yöntemleri ve raporlamanın kalitesini değerlendirir. Genel değerlendirme maddesi değerlendiricinin rehberin bir bütün olarak kalitesi ile ilgili bir yargıya varmalarına izin verir ve bu şekilde değerlendirici "kesinlikle önerilir", "değişikliklerle birlikte önerilir", "önerilmez", ya da "emin değilim" gibi yorum yapabilir. Araç önerilerin klinik içeriğini değerlendirmez. AGREE II aracının giriş kısmında verilen talimatların değerlendirmeye başlamadan önce dikkatle okunması gerekir. Eğitim için bir kaynak araç AGREE II internet sitesinde bulunmaktadır (www.agreetrust.org).

Temel Değerlendirme:

Her panel üyesi AGREE II ölçeğini, seçilmiş rehberin kopyasını ve rehberlerle ilgili gerekli her materyali edinmiştir. Tamamlanmış AGREE II ölçeği puanları hesaplanmış ve çizelgeye kaydedilmiştir. Puanları ölçmeye yönelik formüller AGREE II ölçeği talimatlarında açıklanmaktadır. Puanlar sonra rehberlerin farklı boyutlarını mukayese edebilmede kolaylık sağlaması açısından grafik formatına getirilmiş ve Şekil 4'te gösterilmiştir. Enteral beslenme rehberlerinin AGREE II alanlarından aldıkları puanlar Tablo 6'da genel kalite puanları Tablo 7'de gösterilmiştir.



Şekil 4. Rehberlerin AGREE II puanları grafik sunumu

Tablo 6. Enteral beslenme rehberlerinin AGREE II alanlarından aldıkları puanlar

Alanlar Rehberler	Kapsam- Amaç (%)	Paydaş Katılımı (%)	Geliştirmede Özen (%)	Sunumun Açıklığı (%)	Uygulanabilirlik (%)	Editöryel Bağımsızlık (%)
KEPAN/ESPEN	59	50	69	67	67	100
NICE	94	94	94	85	90	100
ESPEN HOME EN	96	78	89	70	68	89
KEPAN	67	56	60	63	64	94

Tablo 7. Değerlendiriciler tarafından rehberlere verilen genel kalite puanları

	Değerlendirici 1	Değerlendirici 2	Değerlendirici 3	Toplam	Ortalama
KEPAN/ESPEN	6	6	5	17	5,66
NICE	7	6	7	20	6,66
ESPEN HOME EN	6	5	6	17	5,66
KEPAN	4	5	5	14	4,66

Tablo 8. Kalite Değerlendiricilerin rehberlerin tavsiye edilmesiyle ilgili genel görüşleri

	Değerlendirici 1	Değerlendirici 2	Değerlendirici 3
KEPAN/ESPEN	Evet Değişikliklerle	Evet	Evet Değişikliklerle
NICE	Evet	Evet	Evet
ESPEN HOME EN	Evet	Evet Değişikliklerle	Evet
KEPAN	Evet Değişikliklerle	Evet Değişikliklerle	Evet Değişikliklerle

4.2.5. Adım 11. Rehberin Güncelliğini Değerlendirme

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu önerisine göre adaptasyon süreci için rehberlerin yeterince güncel olup olmadığını değerlendirmek önemlidir. Rehberin yayın tarihi veya literatür taramasının kapsadığı tarihler, en güncel kanıtların dahil edildiğinden emin olmak için, gözden geçirilmelidir.

Rehberlerin adaptasyon sürecine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla, yayın tarihleri dikkate alınmıştır. Seçtiğimiz “NICE Nutrition support for adults: oral nutrition” 2006 rehberi 2017 yılında güncellenmiş olup, KEPAN’ın 2012’de yayınladığı “ESPEN Enteral Nütrisyon Rehberi” nin orijinalinin ESPEN tarafından 2023 yılında güncellemelerinin yapılmış olması ile adaptasyon sürecinde kullanılabilirliği açısından güncel olarak kabul edilmiştir. “ESPEN guideline on home enteral nutrition” ve “KEPAN Enteral Beslenme (EB) Rehberi” 2023 yılında çıkmış olup adaptasyon süreci için güncel sayılmıştır. Bu nedenle, güncel kabul edilen rehberler için Araç 12’de sunulan “Araç 12. Rehber Geliştiriciler için Güncellik Araştırması Örneği” ile bir değerlendirme yapılmamıştır.

4.2.6 Adım 12. Rehberin İçeriğini Değerlendirme

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu önerisine göre matrisler inceleme altındaki rehberlerden alınan önerilerden oluşan tablolardır. Bu doğrultuda “Araç 12. Örnek Öneri Matrisi”nden yararlanılarak bir öneri matrisi yapılmıştır (Tablo 9). Bunlar içinde sistematik derlemeler veya sağlık teknolojileri değerlendirme raporlarından elde edilen öneriler rehberlerin eksik kaldığı yerlerde kullanılmıştır.

Öneri matrisi değerlendirici panel üyelerinin karar vermelerine yardımcı olma amacıyla oluşturulmuştur ve bu matris ile değişik kaynaklardan aynı önerilerin olduğu durumlarda bunlar beraber gruplandırılabilirler, bu şekilde önerilerin birbirinden farklı olup olmadığını ve farklılıklarının ne olduğu hususunda karşılaştırmalar kolaylıkla yapılabilir. Grubun güçlü kanıtı olan tüm önerileri belirlemesine yardımcı olur. Paneldekilere Önerilerin ifadelerini karşılaştırmada yardımcı olur ve her önerinin klinik uygunluğu hakkında tartışma için bir temel sağlayabilir.

Bu matris oluşturulurken rehberler yayın tarihlerine göre en üst sıraya dizilmiştir. Öneriler sol kolonda listelendirilmiştir ve o önerinin hangi kaynaktan alındığı hücrede kanıt düzeyi ile beraber yazılmıştır. Önerilere geçmeden önce rehber satırının alt satırına AGREE II ölçeğinden aldıkları kalite puanları yazılmıştır.

Koşullara uygun olmayan önerilerin alınmaması hususunda emin olabilmek için matrislerin hazırlanması veya gözden geçirilmesinin konunun uzmanı hekim tarafından yapılması için bir değerlendirme paneli oluşturulmuştur. Bu panelde alanında uzman 10 katılımcı içerik değerlendirmesi için davet edilmiştir. Aralarında 2 evde sağlık birimi ile ilgilenen aile hekimi uzmanı, rehber adaptasyonu tecrübesi olan 3 aile hekimi uzmanı, palyatif bakım sorumlusu 2 aile hekimi uzmanı, huzurevi ve nutrisyon tecrübesi olan 1 aile hekimi uzmanı, 1 geriatri uzmanı ve 1 halk sağlığı uzmanlığı ve sağlık ekonomisi yüksek lisans eğitimi olan hekim panele katılmayı kabul etmiştir.



Tablo 9. Öneriler matrisi

	Enteral Nütrisiyon – Önerilere göre gruplandırılmış	Rehber 1 2012 KEPAN/ ESPEN EN	Rehber 2 2017 NICE	Rehber 3 2020 ESPEN HOME EN	Rehber 4 2023 KEPAN
	AGREE II Geliştirmede Özen Puanı	%69	%94	%89	%60
	AGREE II Genel kalite Değerlendirmesi	5,66	6,66	5,66	4,66
	Enteral Beslenme Rehberin Tanıtımı: Terminoloji, Tanımlar ve Genel Konular, Disfajinin Değerlendirilmesi				
	Kimleri Tarayalım				
Öneri 1	Hastaneye kabul edilen tüm yatan hastalar ve ilk klinik randevularında tüm ayaktan hastalar taranmalıdır. Yatan hastalar için tarama haftalık olarak ve ayaktan hastalar için klinik endişe olduğunda tekrarlanmalıdır.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 2	Malnütrisyon riski taşıyan hastaların (örn. nörolojik hastalığı, kafa travması, baş ve boyun kanseri, gastrointestinal ve diğer maligniteleri, malabsorptif sendromlar dahil neoplastik olmayan gastrointestinal hastalığı olan hastalar), hastaneden taburcu edilmeden önce, oral beslenme takviyeleri veya enteral nütrisiyon (EN) düşünülmelidir.			Kanıt düzeyi B	
Öneri 3	Bakım evlerindeki kişiler, hastaneye kabul edildiklerinde ve klinik endişe duyduklarında taranmalıdır.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 4	Tarama yaparken Malnütrisyon Evrensel Tarama Aracı (MUST) kullanılabilir.		Kanıt düzeyi D		

	Evde enteral beslenme (EEB) endikasyonları				
Öneri 5	Enteral beslenme (EN), besin gereksinimlerini normal diyetle karşılayamayan, gastrointestinal sistemi işlevsel olan, malnütrisyon riski taşıyan veya malnütrisyonu olan; vücut ağırlığını, fonksiyonel durumunu veya yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla EN tedavisini kabul eden ve bu tedaviye uyum gösterebilen hastalara önerilmelidir.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 6	Ciddi nörolojik disfajisi olan her hastaya, enerji ve besin desteğini sağlamak amacıyla enteral beslenme önerilir; bu şekilde, beslenme durumunun korunması veya iyileştirilmesi hedeflenir.	Kanıt düzeyi A			
Öneri 7	Nütrisyon tedavisi yetersiz nütrisyon varlığında ve hastanın yedi günden uzun bir süre yemek yiyemeyeceğinin beklendiği durumlarda başlanmalıdır. On günden uzun bir süre uygunsuz gıda alımının (tahmin edilen enerji tüketiminin <%60'ı) beklendiği durumlarda da EN başlanmalıdır	Kanıt düzeyi C			
Öneri 8	Akut durumlarda, örneğin inme sonrasında, güvenli bir şekilde yutamayan veya yeterli enerji ve besin maddelerini ağızdan alamayan kişilerde, başlangıçta 2-4 haftalık nazogastrik enteral tüp besleme denenmelidir. Yutma bozukluklarının teşhisi, değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda yetkinlik ve eğitim sahibi sağlık uzmanları, gelecekteki beslenme desteği için prognozu ve alternatifleri değerlendirmelidir.		Kanıt düzeyi A		
Öneri 9	BMI değerinin 18,5 kg/m ² 'nin altında olması, son 3-6 ay içinde istemsiz olarak %10'dan fazla kilo kaybı olması durumunda enteral nütrisyon başlanmalıdır.		Kanıt düzeyi D		

Öneri 10	Nütrisyon tedavisi yetersiz nütrisyon varlığında ve hastanın yedi günden uzun bir süre yemek yiyemeyeceğinin beklendiği durumlarda başlanmalıdır. On günden uzun bir süre uygunsuz gıda alımının (tahmin edilen enerji tüketiminin <%60'ı) beklendiği durumlarda da EN başlanmalıdır	Kanıt düzeyi C			
	Evde Enteral Beslenme Önerilmeyen Durumlar				
Öneri 11	Hasta ve/veya yasal bakıcıları bir EN programını kabul etmiyorsa, uyma olasılığı düşükse veya üstesinden gelinemeyecek organizasyonel ya da lojistik sorunlar mevcutsa, enteral beslenme (EN) önerilmemelidir.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 12	Fonksiyonel ya da erişilebilir bir gastrointestinal sisteme sahip olmayan kişilere malnütrisyon veya malnütrisyon riski olsa dahi enteral tüple beslenme uygulanmamalıdır.		Kanıt düzeyi A		
	Evde enteral Beslenme'nin komplikasyonları ve tedavisi				
Öneri 13	EN'nin mekanik komplikasyonlarını (tıkanma, yerinden çıkma) azaltmak için uzun süreli ihtiyaçlarda (en az 4-6 hafta) nazal tüpler yerine perkütan tüpler kullanılmalıdır.			Kanıt düzeyi B	
Öneri 14	Ev yapımı blenderize karışımlar, EN formülüne veya ticari olarak üretilen enteral nütrisyon veya oral nütrisyon supplement'lere göre daha az etkili olduğundan, EN kullanan hastalarda kullanılmamalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 15	Ev yapımı blenderize karışımlar EN formül veya ticari olarak üretilen supplementlere göre daha az güvenli olduğundan, EN kullanan hastalarda kullanılmamalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 16	Evde kullanılan enteral ürünün kontaminasyonunu önlemek ve EN ile ilişkili enfeksiyonları önlemek için hijyen standartları oluşturulmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 17	Mide boşalması geciken ve enteral tüple beslenmeyi tolere edemeyen akut bakım hastalarında, düzeltilebilecek farmakolojik bir neden veya		Kanıt düzeyi D		

	gastrointestinal obstrüksiyon şüphesi olmadığı durumlarda prokinetik ajan kullanımı önerilebilir.				
Öneri 18	Enteral nütrisyonun tolere edilemediği durumda metoklopramid veya eritromisin uygulaması düşünülmelidir	Kanıt düzeyi C			
	Enteral beslenme için gerekli cihazlar				
Öneri 19	Nazogastrik tüplerin yerleşimi, tüp takıldıktan sonra ve her kullanımdan önce, Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı'nın (NPSA 2005) önerilerine uygun olarak aspirasyon ve pH ölçümü ile (gerekirse röntgenle) doğrulanmalıdır. Yerel protokoller, enteral tüple beslemeye izin veren klinik kriterleri içermeli ve tüp pozisyonunu tekrar kontrol etme yeteneği aspirasyonun mümkün olmaması veya pH kontrolünün gastrik asit baskılanması nedeniyle geçersiz olduğu durumlarda nasıl ilerlenmesi gerektiğini ele almalıdır.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 20	Post-pilorik tüplerin ilk yerleştirilmesi, bir karın röntgeni ile doğrulanmalıdır (radyolojik olarak yerleştirilmediği sürece). Bu prosedür gerçekleştirilmeden önce, gerekli klinik kontrolleri belirleyen kabul edilmiş protokollerin mevcut olması gerekir.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 21	PEG, daha düşük komplikasyon oranı, maliyet etkinliği ve ameliyat süresi nedeniyle uzun süreli EN için cerrahi gastrostomiye tercih edilmelidir.			Kanıt düzeyi B	
	PEG Bakımı				
Öneri 22	Stoma yolu oluşana ve insizyon iyileşene kadar, PEG çıkış bölgesi günlük olarak izlenmeli ve aseptik yara bakım ürünü kullanılarak temiz ve kuru tutulmalıdır (genellikle işlem sonrası 5-7 güne kadar).			Kanıt düzeyi B	
Öneri 23	İlk hafta(lar) boyunca klasik aseptik yara bakımına alternatif olarak gliserin hidrojel veya glikojel pansuman kullanılmalıdır.			Kanıt düzeyi B	

Öneri 24	Stoma iyileştikten sonra, pansumanlar haftada bir veya iki defaya indirilebilir ve giriş bölgesi sabun ve içme kalitesinde su kullanılarak temizlenebilir			Kanıt düzeyi 0	
Öneri 25	Bir önceki öneriye alternatif olarak pansumanlar çıkarılabilir ve bölge açık bırakılabilir.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 26	PEG'in yerleştirilmesinden hemen sonra, eksternal fiksasyon plağı gerilimsiz, çok düşük traksiyona tabi tutulmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 27	Gastrostomi traktı iyileştikten sonra (yaklaşık bir hafta sonra), tüp günlük olarak döndürülmeli ve haftada en az bir kez (en az 2 cm, en fazla 10 cm) içe doğru hareket ettirilmelidir.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 28	Mobilizasyondan sonra tüp, cilt ile dış destek arasında bir miktar serbest mesafe (0,5-1 cm) olacak şekilde ilk pozisyonuna geri getirilebilir.			Kanıt düzeyi 0	
Öneri 29	Stomada mide içeriğinin peristomal sızıntısı durumunda, çinkoksit bazlı cilt koruyucuları kullanılarak çevredeki cilt uygun şekilde korunabilir.			Kanıt düzeyi 0	
Öneri 30	Proton pompa inhibitörleri gastrik asit salgısını en aza indirerek sızıntıyı azaltmak için kullanılabilir ve eğer kullanılırsa düzenli olarak sızıntı kontrolü yapılmalıdır.			Kanıt düzeyi 0	
Öneri 31	Bir bölge enfeksiyonundan şüphelenildiğinde veya teşhis edildiğinde, tüpün giriş bölgesine ve çevresindeki dokuya topikal olarak antimikrobiyal bir ajan uygulanabilir ve bölge enfeksiyonu bu tedavi ile çözülmezse sistemik geniş spektrumlu antibiyotiklerle kombine edilebilir.			Kanıt düzeyi 0	
Öneri 32	Enfeksiyon bir önceki öneri ile belirtilen prosedürle giderilemiyorsa tüp çıkarılmasının değerlendirilmesi amacıyla sevk edilmelidir.			Kanıt düzeyi D	
	Tüp yerleştirildikten sonra enteral beslenmeye başlama zamanı ve şekli				

Öneri 33	EEN, hasta tıbbi açıdan stabil olduğunda ve (I) tüp pozisyonunun doğru yerleştirildiği doğrulandığında; (II) enteral reçeteye (hacim ve formül) tolerans gösterildiğinde ve (III) hasta ve/veya bakım veren EN'yi yönetmek için uygun bilgi ve becerilere sahip olduğunda başlatılabilir.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 34	Nazogastrik tüpü olan hasta, uygun tüp yerleşimi onaylandıktan sonra önceden belirlenmiş beslenme bakım planına göre hemen EN'e başlayabilir.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 35	Komplike olmayan gastrostomi tüpü yerleştirilen yetişkinler, işlemden sonraki 2-4 saat içinde EN'ye başlayabilir.			Kanıt düzeyi A	
Öneri 36	Belirgin bir komplikasyon olmadan yerleştirilen perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) tüpleri, yerleştirildikten 4 saat sonra enteral tüp beslemesi için kullanılabilir.		Kanıt düzeyi A		
Öneri 37	Tahmini hedef enerji ve protein ihtiyacının %50'sinden fazla olmayacak şekilde başlanmalıdır. Metabolik ve gastrointestinal toleransa göre ilk 24-48 saat içinde tam ihtiyaçları karşılayacak şekilde oluşturulmalıdır. Beslenmenin başlangıcından itibaren sıvı, elektrolit, vitamin ve mineral gereksinimleri tam olarak sağlanmalıdır.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 38	Beş günden uzun süredir çok az yemek yiyen veya hiç yemeyen kişilere, klinik ve biyokimyasal izlemede refeeding sorunu olmadığı ortaya çıkarsa, tüm ihtiyaçları karşılayacak şekilde besleme oranlarını artırmadan önce, ilk 2 gün için gereksinimlerin %50'sinden fazla olmayacak şekilde beslenme desteği verilmelidir		Kanıt düzeyi D		
Öneri 39	Refeeding açısından risk kriterlerini karşılayan kişilerinde dikkatli olunmalıdır ve beslenme desteği		Kanıt düzeyi D		

	konusunda uzman bilgiye sahip sağlık uzmanları tarafından bakılmalıdır.				
Öneri 40	Jejunal EN beslemelerinin başlatılmasında aşamalı bir program izlenmelidir.			Kanıt düzeyi B	
	Enteral beslenme uygulanma şekilleri (bolus veya sürekli, pompalarla mı yoksa mobil cihazlarla mı)				
Öneri 41	EN uygulama yöntemi, hastanın hastalığı, beslenme tüpünün tipi, formüle toleransı ve hasta tercihi göz önünde bulundurularak, hasta bakımıyla ilgilenen multidisipliner Nutrisyon Destek Ekibi (NST)nin kararı olmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 42	Klinik ihtiyaca, güvenliğe ve gereken hassasiyet düzeyine bağlı olarak bir pompa aracılığıyla bolus veya aralıklı sürekli veya sürekli infüzyon kullanılabilir			Kanıt düzeyi D	
Öneri 43	Mideden beslenen kişiler için, hastanın tercihi, rahatlığı ve ilaç uygulaması dikkate alınarak bolus veya sürekli yöntemler düşünülmelidir.		Kanıt düzeyi B		
Öneri 44	Yoğun bakımdaki kişiler için nazogastrik tüple besleme genellikle günde 16-24 saat boyunca sürekli olarak yapılmalıdır. İnsülin uygulaması gerekiyorsa, beslenmeyi 24 saat boyunca sürekli olarak uygulamak güvenli ve daha pratiktir.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 45	Beslenmeden önce ve sonra rutin su ile yıkama tüp tıkanıklığını önleyebilir ve hasta/bakıcı eğitiminin bir parçası olmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
	EEB için kullanılan enteral tüp ile ilaç uygulamaları				
Öneri 46	EN için kullanılan bir enteral tüp, ilaç uygulamasının etkinliği doğrulanabilirse ilaç uygulaması için de kullanılabilir.			Kanıt düzeyi D	

Öneri 47	İlaç uygulaması için enteral tüp kullanılıyorsa, bir eczacının katılımıyla hastalara ve bakıcılara yeterli bilgi sunulmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 48	Yanlış bağlantı hatalarını önlemek amacıyla, enteral tüpler yoluyla ilaç uygulaması için şırıngalar da dahil olmak üzere uygun yardımcı ekipmanlar, kabul görmüş standartlara uygun konektörler kullanılmalıdır.			Kanıt düzeyi A	
Öneri 49	Bir ilacın enteral tüp yoluyla uygulanmasının gerekliliği ve uygunluğu, ilacın verildiği bölgenin herhangi bir etkisi ve enteral nütrisyon ürünü ve enteral beslenme tüpleriyle potansiyel ilaç etkileşimleri gibi faktörler dikkate alınarak doğrulanmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 50	İlaçlar enteral beslenme tüpü aracılığıyla tek tek uygulanabilir ve tüp ilaçtan önce, ilaç arasında ve ilaçtan sonra 30 mL su kullanılarak yıkanabilir.			Kanıt düzeyi 0	
	EEB için önerilen nütrisyon ürünleri				
Öneri 51	Ağır hasta veya yaralı olmayan ya da yeniden beslenme sendromu riski taşımayan kişiler için önerilen toplam besin alımı aşağıdakilerin tümünü sağlamalıdır: - 25-35 kcal/kg/gün toplam enerji (aşağıdakiler dahil proteinden türetilen) - 0,8-1,5 g protein (0,13-0,24 g azot)/kg/gün - 30-35 ml sıvı/kg (ekstra sıvılarla birlikte) Örneğin drenaj ve fistüllerden kaynaklanan kayıplar, ve diğer kaynaklardan gelen ekstra girdi - örneğin, intravenöz ilaçlar) - yeterli elektrolitler, mineraller, mikro besinler ve uygunsuz lif.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 52	Ağır nütrisyon yetersizliği olan hastalar 25-30 kcal/kg/gün kadar EN almalıdır.	Kanıt düzeyi C			

	Eğer bu hedeflere ulaşılamazsa ek PN verilmelidir				
Öneri 53	Enteral nütrisyon, hastalığın gidişi ve gastrointestinal sistemin toleransına göre ayarlanacağından herhangi bir miktar önermek mümkün değildir. Hastalığın akut ve ilk dönemlerinde 20-25 kcal/kgVA/gün'den fazla enerji verilmesi daha kötü sonuçlarla sonuçlanmaktadır	Kanıt düzeyi C			
	Özel durumlar için nütrisyon formülleri				
Öneri 54	Lif içeren ONS'ler normalde ishalleri hastalar için kullanılmalıdır.			Kanıt düzeyi A	
Öneri 55	Kabızlığı olan hastalar için lif içeren ONS'ler kullanılmalıdır.			Kanıt düzeyi B	
Öneri 56	Şeker içeriği düşük, yavaş sindirilebilen karbonhidratlar ve doymamış yağ asitleri, özellikle de tekli doymamış yağ asitleri bakımından zenginleştirilmiş yağ içeriği içeren modifiye bir enteral formül diyabetli hastalar için kullanılabilir.			Kanıt düzeyi 0	
Öneri 57	İshal, kabızlık veya diyabeti olmayan hastalar için standart ürünler bir uzmanın yönlendirmesine göre kullanılmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 58	Modifiye enteral formüller (yağ modifikasyonlu, omega 3 yağ asitleri, glutamin, TGF- beta ile zenginleştirilmiş) yararları net olarak gösterilemediğinden önerilmemektedir.	Kanıt düzeyi A			
Öneri 59	Nütrisyon yetersizliği olan kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarında kısa vadeli EN için standart formüller kullanınız.	Kanıt düzeyi C			
Öneri 60	5 günden daha uzun EN için özel ya da hastalığa özgü formüller kullanınız (elektrolit içeriği azaltılmış proteini kısıtlı formüller).	Kanıt düzeyi C			

Öneri 61	Böbrek fonksiyonunu korumak için, çok düşük proteinli formüllerle ilişkili olarak esansiyel aminoasitler ve ketoanaloglar önerilmiştir.	Kanıt düzeyi B			
	Enteral Beslenme Tedavisi Alan Hastanın İzlemi				
Öneri 62	EN hastaları, EN'in etkinliği ve komplikasyonları açısından izlenmelidir; bu da ileriye dönük iyi bir planlama ve ilgili kişiler (doktorlar, hemşireler, bakıcılar vb.) arasında iletişim gerektirir.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 63	Etkinliğin izlenmesi öncelikle vücut ağırlığı, vücut kompozisyonu ve hidrasyon durumuna dayanmalıdır, ancak serum albümini veya transtiretin ($\frac{1}{4}$ prealbümin) gibi laboratuvar ölçümlerini de içerebilir. Komplikasyonların izlenmesi tüp ve EN ile ilişkili komplikasyonları içermelidir			Kanıt düzeyi D	
Öneri 64	Bir nütrisyon ekibi, nazogastrik ve enteral tüplerin bakımını yeterince yapmalı ve komplikasyonları ve yeniden hastaneye yatışları azaltmak için hastaları takip etmelidir			Kanıt düzeyi B	
Öneri 65	EEN hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için valide edilmiş spesifik anketler kullanılmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 66	Sağlık uzmanları beslenme desteğinin endikasyonlarını, rotasını, risklerini, faydalarını ve hedeflerini düzenli aralıklarla gözden geçirmelidir. Gözden geçirmeler arasındaki süre hastaya, bakım ortamına ve beslenme desteğinin süresine bağlıdır. Hasta beslenme desteği konusunda stabilize oldukça aralıklar artabilir.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 67	Sağlık çalışanları, hastanede beslenme desteği alan kişileri izlerken beslenme, antropometrik ve klinik izleme protokollerine başvurmalıdır.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 68	Toplum içinde oral beslenme desteği ve/veya enteral tüple beslenen bireyler, beslenme takibi konusunda gerekli beceri ve eğitime sahip sağlık uzmanları tarafından izlenmelidir. Bu bireyler, genellikle her 3-6 ayda bir veya klinik		Kanıt düzeyi D		

	durumlarında değişiklik olduğunda daha sık izlenmelidir. Klinik gözlemler, hastalar veya bakıcılar tarafından da yapılabilir. Klinik ilerleme tatmin edici ise, laboratuvar testlerine nadiren ihtiyaç duyulabilir.				
	Hasta ve Bakım Veren Eğitimi				
Öneri 69	EEN ile ilgili tüm bilgiler sadece sözlü olarak değil, yazılı veya resimli olarak da verilmelidir			Kanıt düzeyi B	
Öneri 70	Sağlık çalışanları, beslenme desteği alan bireylerin ve bakıcılarının tedavi süreçleri hakkında tam bilgiye sahip olmalarını sağlamalıdır. Ayrıca, bu kişilerin uygun bilgilere erişimini garanti etmeli ve tanı ve tedavi seçeneklerini tartışma fırsatı sunmalıdır.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 71	Toplumda enteral tüple beslenen hastalar ve bakıcıları, multidisipliner ekip üyelerinden aşağıdaki konularda eğitim ve bilgi almalıdır: -tüplerin, dağıtım sistemlerinin ve rejimin yönetimi, beslemelerin ayarlanması, besleme pompalarının kullanımı, olası riskler ve yaygın sorunların giderilmesine yönelik yöntemlerle ilgili tüm prosedürlerin ana hatlarıyla belirtilmesi ve bir kullanım kılavuzu (ve uygunsa görsel yardımcılar) sağlanması		Kanıt düzeyi D		
Öneri 72	EN alan tüm hastalar, prosedürün değerlendirilmesi ve özellikle komplikasyon veya acil durumlarda yeterli müdahale için bir uzmana erişebilmelidir.			Kanıt düzeyi D	
	EEN'nin Sonlandırılması				
Öneri 73	İstenen kiloya ulaşıldığında ve hastanın oral alımı idame ihtiyaçlarını karşıladığında EEN sonlandırılmalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 74	Enteral tüple beslenme, hasta yeterli oral alım sağladığında durdurulmalıdır.		Kanıt düzeyi D		

	Sevk Kriterleri				
Öneri 75	Ciddi bağırsak fonksiyon bozuklukları, gastrointestinal obstrüksiyon, gastrointestinal sistem kanaması, ciddi malabsorpsiyon veya ciddi metabolik dengesizlikler olan hastalarda EN başlanmamalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 76	Yetersiz veya güvensiz oral alımı olan, fonksiyonel ve erişilebilir bir gastrointestinal sistemi bulunan ancak üst gastrointestinal disfonksiyonu olan veya erişilemeyen bir üst gastrointestinal sistemi bulunan ve malnütrisyon riski taşıyan kişiler, post-pilorik (duodenal veya jejunal) beslenme için değerlendirilmelidir.		Kanıt düzeyi D		
Öneri 77	PEG veya endike ise perkütan endoskopik jejunostomi (PEJ) tercih edilen yoldur ve uzun süreli EEN gerektiğinde önerilmelidir.			Kanıt düzeyi B	
Öneri 78	PEG uzun süreli EEN için uygun değilse perkütanöz laparoskopi yardımlı gastrostomi (PLAG) güvenli bir alternatif olabilir			Kanıt düzeyi 0	
Öneri 79	4-6 haftadan sonra hastalar EEN için tercihen laparoskopik veya cerrahi gastrostomiye yönlendirilmelidir.			Kanıt düzeyi B	
Öneri 80	Bir bölge enfeksiyonundan şüphelenildiğinde veya teşhis edildiğinde, tüpün giriş bölgesine ve çevresindeki dokuya topikal olarak antimikrobiyal bir ajan uygulanabilir ve bölge enfeksiyonu bu tedavi ile çözülmezse sistemik geniş spektrumlu antibiyotiklerle kombine edilebilir. Enfeksiyon bir önceki öneri ile belirtilen prosedürle giderilemiyorsa tüp çıkarılmasının değerlendirilmesi amacıyla sevk edilmelidir.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 81	Refeeding açısından risk kriterlerini karşılayan kişilerinde dikkatli olunmalıdır ve beslenme desteği konusunda uzman bilgiye sahip sağlık uzmanları tarafından bakılmalıdır.		Kanıt düzeyi D		

Öneri 82	Refeeding riskli olan hastalarda herhangi bir kardiyak aritmi tespit edilirse kardiyak ritmin sürekli olarak izlenmesi, dolaşım hacminin yeniden sağlanması ve sıvı dengesi ile genel klinik durumun yakından izlenmesi için sevk düşünülmelidir.				
	EEB'nin takibinde yer alması gereken sağlık çalışanları				
Öneri 83	Enteral beslenme (EN) standardize edilmeli ve multidisipliner bir beslenme ekibi (doktor, hemşire, diyetisyen, eczacı) tarafından koordine edilmelidir. Bu yaklaşım, önlemlerin kalitesini artırır, komplikasyon oranlarını azaltır ve böylece hastaların yaşam kalitesini iyileştirir ve önlemlerin maliyet etkinliğine önemli katkı sağlar.			Kanıt düzeyi B	
Öneri 84	EN hastalarını taburcu eden tüm hastaneler en az bir uzman beslenme destek hemşiresi veya diyetisyen istihdam etmelidir.			Kanıt düzeyi B	
Öneri 85	EN'in optimal yönetimi için, nütrisyon ekibi yaklaşımı bir doktor, bir diyetisyen/beslenme uzmanı ve bir hemşireye ek olarak diğer yardımcı sağlık çalışanlarını (örneğin, konuşma ve dil terapistleri, fizyoterapistler ve gerektiğinde eczacılar) içerebilir.			Kanıt düzeyi D	
	TARTIŞMALI DURUMLAR				
Öneri 86	Beklenen yaşam süresinin bir aydan az olduğu tahmin ediliyorsa, EN genellikle başlatılmamalıdır.			Kanıt düzeyi D	
Öneri 87	Hasta kabul ettiği ve ölüm fazı başlamadığı sürece kilo kaybını minimize etmek için EN sağlanmalıdır.	Kanıt düzeyi C			
Öneri 88	Enteral nütrisyonun tümör büyümesi üzerine etkilerini gösteren güvenilir bir veri mevcut değildir. Bu nedenle bu gibi teorik kaygılar, kanser hastasını besleme kararını etkilememelidir	Kanıt düzeyi C			

4.2.7. Adım 13. Rehberin Tutarlılığını Değerlendirme

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzuna göre rehberlerin tutarlılığını değerlendirme aşağıdaki 3 aşamayı kapsar;

- 1- Önerileri destekleyen kanıtların tarama stratejisi ve seçimi
- 2- Seçilmiş kanıt ve geliştiricinin bu kanıtı özetlemesi ve yorumlaması arasında tutarlılık
- 3- Kanıtların yorumlanması ve öneriler arasında tutarlılık

Rehberin tutarlılığını değerlendirmek için metodolojik ve klinik uzmanlığı olan bireyler tarafından her bir kaynak rehberler kapsamına gözden geçirilmiştir ve önerileri destekleyen orijinal kanıtlar toplanmıştır. Bu taramalar sonucunda, rehberin kanıtlarının araştırılma ve seçilme kalitesini değerlendirmek amacıyla bir kriter tablosu hazırlanmıştır. Ardından, seçilen kanıtların yorumu ve önerileri arasındaki tutarlılığı değerlendirmek için Araç 14'te yer alan "Kanıt ile tutarlılığın değerlendirilmesine yönelik tablo" kullanılarak tutarlılık tabloları oluşturulmuştur.

Tutarlılık tabloları Tablo 10'da ve Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 10. Tutarlılığı Değerlendirme Tablosu I

	KEPAN/ ESPEN EN			NICE			ESPEN HOME EN			KEPAN		
	Evet	Emin değilim	Hayır	Evet	Emin değilim	Hayır	Evet	Emin değilim	Hayır	Evet	Emin değilim	Hayır
Genel olarak, araştırmadaki kanıtlar kapsamlı mı?	√			√			√			√		
Yazarların açıkça odaklandıkları soru var (toplum, müdahale, sonuç)		√		√			√				√	
Kaynak rehberler için uygun veri tabanları araştırılmış	√			√			√			√		
Kaynak rehberler için internet siteleri araştırılmış	√			√			√			√		
Yıllar araştırmada belirtilmiş	√			√			√			√		
Dil araştırmada belirtilmiş	√			√			√			√		
Anahtar kelimeler kullanılmış	√			√			√			√		
Anahtar kelimelerin kombinasyonları	√			√			√			√		
Ayrıntılı araştırma stratejileri rehber tarafından sağlanmış	√			√			√			√		
Referans listelerinin araştırması tamamlanmış		√		√			√				√	
Bölgesel uzmanlara ve / veya topluluklara rehber önerileri sorulmuş	√			√			√			√		

Tablo 11. Tutarlılığı Değerlendirme Tablosu II

	KEPAN/ ESPEN EN			NICE			ESPEN HOME EN			KEPAN		
	Evet	Emin değilim	Hayır	Evet	Emin değilim	Hayır	Evet	Emin değilim	Hayır	Evet	Emin değilim	Hayır
Genel olarak, makalelerin seçiminde yan tutmadan kaçınılmış mı?	√			√			√			√		
Dahil etme/dışlama kriterleri bildirilmiş	√			√			√			√		
Verileri seçen ve analizini yapan kişi sayısı belgelenmiş	√			√			√			√		
Anlaşmazlıkların çözümü için prosedür tanımlanmış		√			√			√			√	
Analiz edilen referans sayısı belgelenmiş	√			√			√			√		
Dışlanan referansların sayısı belgelenmiş			√		√			√				√
Referansları dışlama nedenleri verilmiş			√		√			√				√
Dahil etme/dışlama kriteri klinik ve metodolojik olarak geçerli	√			√			√			√		
Dışlama nedenleri seçim ve dışlama kriterlerine uygun		√			√			√			√	
Kanıt seçme süreci uygun olarak tanımlanmış	√			√			√			√		

Tutarlılık tablolarına göre;

- Genel olarak, araştırmadaki kanıtlar kapsamlı olarak bulunmuştur,
- Genel olarak, makalelerin seçiminde bias tan kaçınma yöntemleri uygulanmamıştır,
- Genel olarak, kanıtlar geçerlidir,
- Kanıt ve öneriler arası tutarlılık bulunmaktadır,
- Genel olarak, bu önerilerin bilimsel kalitesinde bias riski bulunmasına yönelik tam bir karara varılamamıştır, sonuçlarına varılmıştır.

4.2.8. Adım 14. Önerilerin Kabul Edilebilirliğini/ Uygulanabilirliğini Değerlendirme

Bir rehberin önerilerinin hedeflenen ortama uygulanabilirliği ve rehberin ne kadar adaptasyon gerektireceği, kültürel ve organizasyonel farklılıklara bağlıdır. Bu farklılıklar arasında sağlık hizmetlerinin mevcut durumu, uzmanlık ve kaynakların yeterliliği, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, nüfusun özellikleri, inançları ve değer yargıları yer alır. Özellikle, kültürel olarak hassas müdahaleler veya teknolojik yenilikler söz konusu olduğunda, bu ortam değişkenleri daha da önem kazanır.

Bir önerinin kabul edilebilirliği ve/veya uygulanabilirliğini değerlendirmek için, her önerinin şu sorulara göre tartışılması gerekir:

- Tanımlanan nüfus, önerinin hedeflendiği yerel nüfusla uyumlu mu (kabul edilebilir)?
- Müdahale, kullanılacağı bağlamda hastaların görüş ve tercihlerini karşılıyor mu (kabul edilebilir)?
- Müdahale ve/veya cihazlar, kullanılacağı ortamda mevcut mu (uygulanabilir)?
- Önerilen müdahaleyi uygulayacak gerekli uzmanlık (bilgi ve beceri) o ortamda mevcut mu (uygulanabilir)?

- Önerinin uygulanmasını etkileyebilecek herhangi bir kısıtlama, kurumsal engel, mevzuat, politika ve/veya kaynak var mı (uygulanabilir)?
- Öneri, uygulanacağı ortamın kültürü ve değerleriyle uyumlu mu (kabul edilebilir ve uygulanabilir)?
- Bu önerinin uygulanmasından elde edilecek fayda, onu uygulamaya değer kılıyor mu (kabul edilebilir)?

Tablo 12. Uygulanabilirliği Değerlendirme Tablosu

	ENTERAL BESLENME REHBERİ	
	UYGULANABİLİR	UYGULANAMAZ
Öneri 1	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 2		√
Öneri 3	√	
Öneri 4	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 5	√	
Öneri 6	√	
Öneri 7	√	
Öneri 8	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 9	√	
Öneri 10	√	
Öneri 11	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 12	√	
Öneri 13	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 14	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 15	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 16	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 17	√(Minör Değişiklik ile)	
Öneri 18	√(Minör Değişiklik ile)	
Öneri 19		√
Öneri 20		√
Öneri 21	√	
Öneri 22	√	
Öneri 23		√
Öneri 24	√	
Öneri 25	√	
Öneri 26	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 27	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 28	√	
Öneri 29	√	

Öneri 30	√	
Öneri 31	√	
Öneri 32	√	
Öneri 33	√	
Öneri 34	√	
Öneri 35	√	
Öneri 36	√	
Öneri 37	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 38		√
Öneri 39	√	
Öneri 40	√	
Öneri 41	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 42	√ (Aynı ifade, biri seçilecek)	
Öneri 43		
Öneri 44		√
Öneri 45	√ (Major Değişiklik ile)	
Öneri 46	√	
Öneri 47	√	
Öneri 48	√	
Öneri 49	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 50	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 51	√(Minör Değişiklik ile)	
Öneri 52		√
Öneri 53		√
Öneri 54	√(Minör Değişiklik ile)	
Öneri 55	√(Minör Değişiklik ile)	
Öneri 56	√(Minör Değişiklik ile)	
Öneri 57	√	
Öneri 58		√
Öneri 59	√	
Öneri 60	√	
Öneri 61	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 62	√	
Öneri 63		√
Öneri 64	√	
Öneri 65	√	
Öneri 66	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 67	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 69	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 70	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 71	√	
Öneri 72	√ (Minör Değişiklik ile)	
Öneri 73	√	
Öneri 74	√	
Öneri 75	√	
Öneri 76	√	

Öneri 77	√	
Öneri 78	√	
Öneri 79	√	
Öneri 80	√	
Öneri 81	√	
Öneri 82	√	
Öneri 83	√	
Öneri 84		√
Öneri 85	√	
Öneri 86		√

Tablo 14. Enteral Beslenme Rehberi Yeni/Farklı Öneriler Tablosu

İlgili Öneri	Ekleme/ Değişim
Öneri 1	Birinci basamağa kabul edilen tüm hastalar ilk klinik randevularında taranmalıdır. Evde sağlık birimine kayıtlı hastalar için her ziyarette ve klinik endişe olduğunda, ayaktan hastalar için endişe olduğunda tekrarlanmalıdır.
Öneri 4	Tarama yaparken MUST, MNA, NRS2002 gibi ölçekler kullanılabilir.
Öneri 8	Akut ve kronik progresif durumlarda, disfajisi olan kişiler başlangıçta 2-4 haftalık bir nazogastrik enteral tüple beslenme açısından değerlendirilmelidir.
Öneri 11	Hasta ve/veya yasal bakıcıları bir enteral beslenme programını kabul etmiyorsa veya uyma olasılığı düşükse, enteral beslenme önerilmemelidir.
Öneri 13	Uzun süreli ihtiyaçlarda (4-6 haftayı geçen) nazal tüpler yerine perkütan tüpler kullanılmalıdır.
Öneri 14	Ev yapımı blenderize karışımlar, standart enteral beslenme formüllerine göre daha az etkili olduğundan, enteral beslenme desteğindeki hastalarda kullanılmamalıdır.
Öneri 15	Ev yapımı blenderize karışımlar, standart enteral beslenme formüllerine göre daha az güvenli olduğundan, enteral beslenme desteğindeki hastalarda kullanılmamalıdır.
Öneri 16	Evde kullanılan enteral ürünün kontaminasyonunu önlemek ve EN ile ilişkili enfeksiyonları önlemek için ellerin temizliği, ekipman temizliği, tüp ve bağlantı noktalarının temizliği, formüllerin açıldıktan sonra oda sıcaklığında 4 saatten fazla bekletilmemesi gibi hijyen standartları oluşturulmalıdır.
Öneri 17 ve 18	Mide boşalması geciken ve enteral tüple beslenmeyi tolere edemeyen birinci basamak hastalarında, ileus

	şüphesi olmadığı durumlarda metoklopramid gibi prokinetik ajan kullanımı önerilebilir.
Öneri 26	PEG'in yerleştirilmesinden hemen sonra, eksternal fiksasyon plağının dokunun içine geçmemesi için (gömülü tampon oluşmaması) için gerilimsiz, çok düşük traksiyona tabi tutulmalıdır.
Öneri 27	Tüp takıldıktan itibaren günlük olarak döndürülmeli ve haftada en az bir kez (en az 2 cm, en fazla 10 cm) içe doğru hareket ettirilmelidir.
Öneri 37	Tahmini hedef enerji ve protein ihtiyacının %50'sinden fazla olmayacak şekilde yavaş yavaş başlanmalıdır. Metabolik ve gastrointestinal toleransa göre 5-7 gün içinde tam ihtiyaçları karşılayacak şekilde oluşturulmalıdır.
Öneri 38	Refeeding için risk faktörleri ve refeeding sevk kriterleri eklenmeli
Öneri 41	EN uygulama yöntemi, hastanın hastalığı, beslenme tüpünün tipi, formüle toleransı ve hasta tercihi göz önünde bulundurularak, hasta bakımıyla ilgilenen multidisipliner Nutrisyon Ekibinin kararı olmalıdır.
Öneri 45	Beslenmeden önce ve sonra rutin su ile yıkama tüp tıkanıklığını önleyebilir ancak kullanılan su miktarına, formülün su miktarına ve hastanın günlük sıvı ihtiyacına dikkat edilerek yıkamada kullanılan sıvı verilmesi gerekenden düşülmelidir.
Öneri 49	Bir ilacın enteral tüp yoluyla uygulanmasının gerekliliği ve uygunluğu, ilacın verildiği bölgenin herhangi bir etkisi ve enteral nutrisyon ürünü ve enteral beslenme tüpleriyle potansiyel ilaç etkileşimleri gibi faktörler dikkate alınarak doğrulanmalıdır. İlaçlar enteral beslenme ürününün içinde verilmemelidir.
Öneri 50	İlaçlar enteral beslenme tüpü aracılığıyla tek tek uygulanabilir ve tüp ilaçtan önce, ilaç arasında ve ilaçtan sonra 30 mL su kullanılarak yıkanabilir. Bu amaçla verilen sıvı hastanın günlük su ihtiyacından düşülmelidir.
Öneri 51	Ağır hasta veya yaralı olmayan ya da refeeding riski taşımayan kişiler için önerilen toplam besin alımı aşağıdakilerin tümünü sağlamalıdır: - 20-35 kcal/kg/gün toplam enerji - 0,8-1,0 g protein (0,13-0,24 g azot)/kg/gün 7-10 gr esansiyel yağ asiti - 30-35 ml sıvı/kg (ekstra sıvılarla birlikte)
Öneri 54	Lif içeren formüller ishali hastalar için kullanılabilir.
Öneri 55	Lif içeren formüller kabız hastalar için kullanılabilir.
Öneri 56	Diyabetli hastalar için diyabet spesifik ürünler kullanılabilir
Öneri 61	Böbrek fonksiyonunu korumak için, çok düşük proteinli formüller önerilmiştir.

Öneri 66	Sağlık profesyonelleri (birinci basamak, evde sağlık) beslenme desteğinin endikasyonlarını, rotasını, risklerini, faydalarını ve hedeflerini düzenli aralıklarla gözden geçirmelidir. Gözden geçirmeler arasındaki süre hastaya, bakım ortamına ve beslenme desteğinin süresine bağlıdır. Hasta beslenme desteği konusunda stabilize oldukça aralıklar artabilir.
Öneri 67	Sağlık çalışanları, evde beslenme desteği alan kişileri izlerken beslenme, antropometrik ve klinik izleme protokollerine başvurulmalıdır.
Öneri 69	Eğitim, hastane ortamında veya evde verilmelidir. Komplikasyonlar veya ek açıklamalar gerektiğinde, iletişim bilgilerini içeren yazılı bilgiler sağlanmalıdır. Enteral beslenme ile ilgili tüm bilgiler yalnızca sözlü olarak değil, aynı zamanda yazılı veya resimli olarak da sunulmalıdır.
Öneri 70	Sağlık çalışanları, beslenme desteği alan bireylerin ve bakıcılarının bilgilere erişimini sağlamalı ve tanı ve tedavi seçeneklerini tartışma fırsatı sunmalıdır.
Öneri 72	EN alan hastalar, komplikasyon veya acil durumlarda yeterli müdahale için nütisyon ekibinden uzmana telefonla ve/veya yüzyüze erişebilmelidir.
Öneri 75	Ciddi bağırsak fonksiyon bozuklukları, gastrointestinal obstrüksiyon, gastrointestinal sistem kanaması, ciddi malabsorpsiyon veya ciddi metabolik dengesizlikler olan hastalarda EN başlanmamalıdır. Hasta sevk edilmelidir.

4.2.9. Adım 15. Değerlendirmeleri Gözden Geçirme

Değerlendirme modülünün sonuçları, kaynak rehberlerin değişiklikleri ve seçimi yönünde bilinçli ve şeffaf bir karar alma için net bir dayanak sağlar. Panel toplantısında, üyelere değerlendirme modülünün sonuçlarını özetleyen bazı belgeler sunulmuştur. Bunlar aşağıdaki Tablo 13'te özetlenmiştir.

Tablo 13. Uygun Değerlendirmeler ve Onların Panel Tarafından Kullanımı

Kalite ile ilgili değerlendirmeler	Olası Kullanım
AGREE genel değerlendirmesi	Rehberlerin önerilebilir olduğuna karar verildi.
Ham AGREE puanı	Değerlendiricilerin fikir birliğini değerlendirir ve panelistlerin puanlarının güvenilirliğini garanti eder. Panel üyeleri arasında AGREE ölçeği boyutlarında farklı maddelerde belirgin farklar olduğu durumda bunları gösterebilir. Rehberin algılanmasında anlaşmazlık olan alanları ortaya çıkararak fikirbirliği sağlamayı teşvik etmek için kullanıldı.
AGREE grafiği özeti	Bir rehberin 6 AGREE alanının her birinden aldıkları puanları göstermek için ya da farklı AGREE alanlarında tüm rehberleri karşılaştırmak için kullanıldı.
Güncellik değerlendirmesi sonucu (Araç12)	Güncelliğini yitirmiş rehberlerin elenmesi için kullanıldı.
Öneri matrisi (Araç 13)	Bütün potansiyel rehberlerin önerilerinin içerik, yazım ve varsa kanıt düzeyleri yönünden kolayca karşılaştırılması için imkân sağladı.
Kaynak kanıt ve rehberlerle ilgili değerlendirmeler	
Tarama stratejisi ve kanıt seçme değerlendirmesi sonuçları (Araç 14)	Her bir rehber için tarama stratejisinin ve kanıt seçiminin kapsamlılığının değerlendirilmesini sağladı.
Kanıt ve yorumlanması ile yorumlanma ve öneriler arasındaki tutarlılığın değerlendirilmesi sonuçları (Araç 15)	Rehber geliştiricilerin kanıtlarla ilgili yorumu ve bunun rehber ya da rehberler arasındaki önerilere geçişinde tutarsızlık olup olmadığını değerlendirilmesini sağladı.
Uygulanabilirlik ile ilgili değerlendirmeler	
Uygulanabilirlik değerlendirmesi sonuçları (Araç 16)	Önerilerin uygulanabilir olduğu, uygulamaya geçilebileceği ve uygulamaya geçmeye değer olduğuna karar verildi.

4.2.10. Adım 16. Adapte edilmiş rehber oluşturmak üzere rehber ve öneriler arasında seçim yapma

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu önerisine göre başkan belirlendi ve başkan daha önce üzerinde uzlaşmaya varılan sürecin takibi konusunda panele öncülük etti. Grupta bir fikir birliğine nasıl varıldığı veya herhangi bir fikir birliğine varılmadığı basamaklar kayıt altına alındı. Başkan ve grup ve / veya panel tartışma sırasında panele getirilen herhangi bir yeni kanıt konusunda önerilerin herhangi birinin bu kanıttan etkilenip/etkilenmediğini belirlemek için çok dikkatli olmalıdır. Önerilerdeki herhangi bir değişiklik dikkatle belgelenmiş olmalı ve değişikliği destekleyen kanıt, destekleyici kaynaklar ile birlikte belirtilmelidir.

Karar verme ve seçim aşağıdaki beş seçenek etrafında oluşur:

1. **TÜM REHBERİ REDDETME:** Değerlendirmelerin tümü incelendikten sonra, panel tüm rehberin reddine karar verir. Karar panelin değerlendirmelere atfettiği ağırlığa dayanmalıdır (örneğin; düşük AGREE skorları, rehberin güncelliğini yitirmiş olması veya önerilerin panelin koşullarına uygun olmaması)
2. **BÜTÜN REHBER VE ÖNERİLERİNİN KABULÜ:** Değerlendirmelerin tümü incelendikten sonra, panel rehberi kabul eder.
3. **REHBERİN KANIT ÖZETİNİN KABULÜ:** Değerlendirmelerin tümü incelendikten sonra, panel, kanıtların açıklamasını (veya bir kısmını) kabul eder, ancak kanıtların ve önerilerin yorumlanmasının reddine karar verir.
4. **ÖZEL ÖNERİLERİN KABULÜ:** Rehber veya rehberlerden gelen öneriler incelendikten sonra, panel, bir veya birden fazla rehberden hangi önerilerin kabul edileceğine veya hangisinin reddedileceğine karar verir (örneğin; majör değişim gerektiren öneriler reddedilebilir)
5. **ÖZEL ÖNERİLERDE DEĞİŞİM:** Rehber veya rehberlerden gelen öneriler incelendikten sonra, panel hangilerinin kabul edilebilir olduğu ancak değişim

gerektirdiğine karar verir (örneğin; orijinal öneriye yeni veri eklenebilir veya panelin koşullarını daha iyi yansıtacak şekilde önerinin yazımında değişiklik yapılabilir).

Panel, yukarıdaki kararlara dayanarak, kendi sağlık sorularının tümüne cevap olacak ve kendi koşullarında kabul edilebilir bir adapte edilmiş rehber oluşturabilir.

Kurulum aşamasında adaptasyonu yapılacak rehberler olarak seçilen enteral beslenme rehberleri değerlendirilmiş ve karar verme ve rehberle ilgili, seçim aşamasında sunulan beş seçenekten 4. Seçenek olan “Özel Önerilerin Kabulü” ve 5. seçenek olan "Özel Önerilerde Değişim" kararı alınmıştır.

4.2.11. Adım 17. Taslak Adapte Edilmiş Rehber Hazırlama

Türkiye İçin Rehber Uyarlama Kılavuzu’nda örnek verilen “Araç 18. Adapte Edilmiş Rehberin Kontrol Listesi” ne göre taslak rehber oluşturuldu. Buna göre oluşturulmuş taslak rehberin içeriği Tablo 15.’te gösterilmiştir. Taslak rehberin dış görüş almak için karar vericilere, kurum/kuruluş temsilcileri ve yöneticilerine gönderilmesi ve yorumlarının alınması, sonuçlandırma fazına geçildiğinde yapılacak ve nihai rehbera ulaşmak için çalışmalara devam edilecektir.

Tablo 15. Taslak rehber içeriği

Rehber Bölümü	Tamamlanmış Hali
Rehber İçeriği	-Enteral Beslenme Rehberin Tanıtımı: Terminoloji, Tanımlar ve Genel Konular -Kimleri Tarayalım -Disfajinin Değerlendirilmesi -Evde enteral beslenme (EEB) endikasyonları -Evde enteral beslenme önerilmeyen durumlar -Evde enteral beslenme’nin komplikasyonları ve tedavisi -Evde enteral beslenme için gerekli cihazlar -Tüp yerleştirildikten sonra EEB’ye başlama zamanı, -PEG bakımı -EEB uygulanma şekilleri (bolus,aralıklı, sürekli,)

	-EEB için önerilen nütrisyon ürünleri -özel durumlar için nütrisyon formülleri -Evde Enteral Beslenme Tedavisi Alan - Hastanın Takibi -EEB için kullanılan enteral tüp ile ilaç uygulamaları -Hasta ve Bakım Veren Eğitimi -EEB sonlandırılması -Sevk kriterleri -EEB'nin takibinde yer alması gereken sağlık �alışanları -Tartışmalı Durumlar
Kapsam ve Amaç	Enteral beslenmeye yönelik mevcut rehberleri değerlendirerek bulunan en iyi kaynak rehberi Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri ortamına uyarlamaktır. Ayrıca, uyarlamanın bir diğer amacı, sağlık hizmetleri ortamında, özellikle de hemşireler tarafından uygulanabilir �nerileri belirlemektir.
Rehberin Hedef Kitlesi	Enteral beslenme desteği alan bireyler
Sağlık Soruları	
Sağlık sorusu 1	Hangi hasta grupları evde enteral beslenme için uygundur?
Sağlık sorusu 2	Enteral beslenme uygulamalarının en etkili yöntemleri nelerdir?
Sağlık sorusu 3	Evde enteral beslenmenin komplikasyonları nelerdir ve tedavisi nasıldır?
Sağlık sorusu 4	T�p yerleştirildikten sonra EB'ye ne zaman başlanmalı?
Sağlık sorusu 5	EB için önerilen nutrisyon ürünleri nelerdir?
Sağlık sorusu 6	Enteral Beslenme Tedavisi Alan Hastanın takibi nasıldır?
Sağlık sorusu 7	Beslenme uzmanları, hemşireler ve doktorlar enteral beslenme uygulamalarında nasıl iş birliği yapmalıdır?
�neriler	Bkz. Tablo 10 ve Tablo 13

5. TARTIŞMA

Günümüzde Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde köklü bir dönüşüm süreci yaşanmakta ve bu süreç, birinci basamak odaklı bir sağlık sisteminin oluşturulmasına yönelik çalışmalarla desteklenmektedir. Bu dönüşüm sürecinde, hem sağlık çalışanları hem de sağlık politikacıları için kaliteli klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Literatürde, Klinik Uygulama Rehberlerinin kanıta dayalı tıbbın uygulanmasını artırmada kritik bir rol oynadığını belirten çok sayıda çalışma yer almaktadır (40). Ancak, Türkiye’de bu konuda yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır ve bu alandaki farkındalık yeterli değildir (41,42). Rehber geliştirme ve yaygınlaştırma alanında; Sağlık Bakanlığı ve sivil toplum kuruluşlarında görev yapan rehber geliştiriciler, son yıllarda ülkemiz için yararlı olabilecek önemli adımlar atmışlardır. Bu çabalar arasında, 2013 yılında AGREE kalite ölçeğinin güncellenmiş versiyonu olan AGREE II’nin Türkçe’ye çevrilmesi, 2014 yılında rehber adaptasyon aracı ADAPTE’nin Türkçe’ye çevrilip ülkemize uyarlanması ve bu çevirilerin pilot uygulamalarının yapılması öne çıkan örneklerdendir (43,44).

Klinik Uygulama Rehberleri tüm dünyada çeşitli bakanlıklar, uluslararası rehber ağları ve sivil toplum kuruluşları tarafından üç yöntem kullanılarak geliştirilmektedir. Türkiye’de, rehberler genellikle Sağlık Bakanlığı ve sağlık alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşları tarafından de novo yöntemlerle ya da doğrudan çeviri yoluyla geliştirilmektedir. Bununla birlikte, adaptasyon yöntemiyle oluşturulmuş rehberlere veya adaptasyon stratejilerine yönelik çalışmalara halen rastlanmamıştır. Ancak, de novo olarak tanımlanan birçok rehberin gerçekte adaptasyon yöntemi kullanılarak hazırlanmış olabileceği düşünülmektedir (45).

Bazı ülkeler birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik rehberlerin geliştirilmesine özel bir önem vermekte ve bu alanda yoğun çalışmalar yapmaktadır. Örneğin, Finlandiya’da birinci basamak için 1000’in üzerinde klinik tanı ve tedavi rehberi bulunmaktadır. Benzer şekilde, birinci basamak sağlık sistemlerinin gelişmiş olduğu Hollanda ve Fransa’da 70’ten fazla klinik uygulama rehberi mevcuttur (46).

Türkiye'de, birinci basamağa yönelik rehber geliştirme çalışmaları sınırlı kalmıştır. Bu alandaki rehberlerin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı genellikle birden fazla hastalığı kapsayan genel rehberler yayınlamış olup, tek bir hastalığa özgü rehberlerin sayısı ise oldukça azdır. Özellikle spesifik hastalıklarla ilgili rehberler, daha çok konuya ilişkin sivil toplum kuruluşları tarafından geliştirilmekte olup, bu rehberlerin birinci basamağa ne ölçüde uygun olduğu ise tartışmaya açıktır.

Bu çalışmada, uluslararası enteral beslenme rehberlerinin Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerine uyarlanması süreci detaylandırılmıştır. ADAPTE yaklaşımına dayanan 6 aylık bu süreçte, toplam 88 öneri geliştirilmiş ve bu önerilerden 29 tanesi minör değişikliklerle kabul edilmiştir. Türkiye’ye uygun bulunmayan 12 öneri ise reddedilmiştir. Bu çalışmada, ADAPTE Adaptasyon Rehberi'nin Türkiye'ye uyarlanmış versiyonunun kullanılması, rehber adaptasyon sürecinin bilimsel temellere dayandırılması açısından büyük bir avantaj sağlamıştır.

Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda rehber adaptasyonunun birçok nedenle yapıldığı saptanmıştır. Yeni bir klinik uygulama kılavuzu geliştirmek zaman alıcı ve pahalı bir süreç olduğundan MacLeod ve arkadaşları (47), Voellinger ve arkadaşları (48), Graham ve arkadaşları (49) adaptasyon yöntemini, de novo rehber geliştirme sürecine alternatif olarak uygulamışlardır.

Reddy (50), Shye ve arkadaşları (51), De Wit ve arkadaşları (52) uluslararası rehberleri bölgesel şartlara uyarlamak için adaptasyon yöntemini uygulamışlardır. Bununla beraber Rhinehart ve arkadaşları (53) hem bölgesel şartlara uyarlamak için hem de kaynak yetersizliği sebebiyle adaptasyon yöntemini uygulamışlardır.

Lobach ve arkadaşları (54), Brown ve arkadaşları (55), Tomlinson ve arkadaşları (56) ise yukarıdakilerden farklı olarak ulusal olarak var olan rehberleri lokal şartlara uyarlamak amacı ile rehber adaptasyon yöntemini kullanmışlardır.

Shoultz ve arkadaşları kültürel farklılıklardan dolayı adaptasyon uygulamışlardır (57).

Dizon ve arkadaşları ise adaptasyonun bir başka nedeni olarak, metodolojik kalitesi yüksek olan klinik uygulama kılavuzlarının çoğunun, düşük gelirli ülkelere kıyasla farklı kaynaklara sahip yüksek gelirli ülkeler için geliştirilmiş olduğunu belirtmişlerdir (58).

Bizim çalışmamızda adaptasyon yöntemini seçme nedenimiz ise seçilen konu ile ilgili oluşturulmuş rehberlerden KEPAN'ın "ESPEN Enteral Nutrisyon Rehberi" 'nin tercüme rehber olması, NICE ve ESPEN "Home Enteral Nutrition" rehberlerinin ise farklı ülkelerde yapılmış olması nedeniyle ortaya çıkabilecek kültürel farklılık ihtimalini ortadan kaldırmak ve önerilerin birinci basamağa yönelik olması istemektir.

Rehber Uyarlama Sürecinin Zorlukları ve Başarıları

Rehber uyarlama sürecinde karşılaşılan bazı zorluklar mevcuttur. Özellikle, uluslararası rehberlerin yerel koşullara ne ölçüde adapte edilebileceği ve bu adaptasyonun rehberin orijinal içeriğini ne ölçüde değiştirebileceği konusunda dikkatli olunması gerekmektedir.

Wang ve arkadaşları (58) sürecin tamamı için gereken kaynakların/zamanın organizasyonu ve planlaması için bilgi eksikliği ve metodolojik uzmanlık eksikliğinin başlıca zorluklar olduğunu belirtmişlerdir. Ek olarak bir uyarlamanın 18 aydan 3 yıla kadar sürebileceğini belirtmişlerdir.

Darzi ve arkadaşları (59) da bu süreçte karşılaşılan zorluklardan bazılarının panel üyelerinin rehber geliştirme becerilerinin artırılması gerekliliği, sınırlı zaman dilimi ve rehberlerin uyarlama sürecinde şeffaflık sağlama ihtiyacı olduğunu belirtmişlerdir.

Uzman görüşlerine dayanarak yapılan değerlendirmeler, kılavuzların uyarlanabilirliğini sağlamış, ancak bazı sınırlamalar da ortaya çıkmıştır. Örneğin, rehberlerin sadece çeviri yoluyla değil, yerel sağlık sistemleri, uygulama alanları ve kültürel farklar göz önünde bulundurularak yeniden değerlendirilmesi gerektiği gözlenmiştir. Lee ve arkadaşlarının (33) yaptığı çalışmada, ADAPTE sürecine ek olarak, kılavuz önerileri hakkında incelemecilerin yorumlarını ve fikir birliğini elde

etmek amacıyla Delphi fikir birliği tekniği kullanılmıştır. Geliştirilen kılavuzlar, güncel bilgilere dayanmakta olup kanıta dayalıdır ve mesleki alanda geniş bir fikir birliği sağlamıştır. Bu süreçle kabul edilebilirlik ile ilgili endişeler ve uygulamada karşılaşılan engeller azaltılmıştır.

Rehberlerin kalitesini ve uygulanabilirliğini artırmak amacıyla kullanılan AGREE ölçeği ile yapılan değerlendirmeler, rehberlerin bilimsel geçerliliğini ve güvenilirliğini ortaya koymuş, yerel koşullara uygun rehberlerin seçilmesine olanak sağlamıştır. Ancak, rehberlerin sayısının sınırlı olması, daha geniş bir rehber havuzunun taranması ihtiyacını ortaya koymuştur. Gelecek çalışmalarda daha geniş bir rehber yelpazesinin taranması, uyarlama sürecinde daha fazla seçenek sunabilir.

Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkiler ve Gelecek Çalışmalar

Bu çalışmada uyarlanan rehberlerin Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma potansiyeline sahiptir. Özellikle, kronik hastalık yönetimi ve uzun süreli bakım gerektiren hastalar için kritik öneme sahip olan bu rehberler, sağlık profesyonellerinin doğru ve tutarlı bir şekilde hareket etmesini sağlayarak, hastalar için daha iyi sonuçlar elde edilmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca, rehberlerin yerel koşullara uyarlanması, sağlık hizmetlerinde standardizasyonu artırarak, hizmetlerin daha etkili ve verimli bir şekilde sunulmasına yardımcı olabilir.

Gelecek çalışmalarda, rehberlerin daha geniş bir perspektifle değerlendirilmesi ve adaptasyon sürecinde daha fazla yerel paydaşın katılımının sağlanması önerilmektedir. Uzun vadeli adaptasyon çalışmaları, rehberlerin uygulanabilirliğinin ve etkisinin değerlendirilmesine katkıda bulunabilir. Bu bağlamda, bu çalışma Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde rehber uyarlama süreçlerine önemli bir katkı sağlamış ve bu alandaki çalışmalara ışık tutabilecek önemli bulgular ortaya koymuştur.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Adaptasyon metodolojilerindeki bilgi eksikliği, yerel bağlamda klinik uygulama kılavuzlarının etkili bir şekilde uygulanmasını zorlaştırmaktadır.

Bir klinik uygulama kılavuzunu uyarlamanın amacı maliyetleri azaltmak ve verimliliği artırmak olduğundan, bu süreçteki kısaltılmış bilgiler nihai ürünle ilgili bilgi kaybına yol açabilir. Bilgi kaybı da bu süreçlerin bir sınırlaması olabilir.

Rehberimiz birinci basamak tıbbi yardıma yönelik olduğu için pratisyen hekimleri de dahil etmeliydik, onların bilgi birikiminin veya sağlık sistemimizdeki deneyimlerinin birinci basamak sağlıktaki boşlukları tespit etmek için bir avantaj sağlayabileceğini düşündük.

Genel halkın dış inceleme sürecine katılımı gelecekte düşünülebilir. Onlar kılavuzların kilit paydaşlarından biridir. Onların katılımı ile daha kapsamlı kanıta dayalı kılavuzların geliştirilmesine yardımcı olabilir (60).

Güvenilir klinik uygulama kılavuzları kanıta dayalı olmalı ve önyargıyı en aza indirmek ve şeffaflığı optimize etmek için açık ve net bir süreç kullanılarak geliştirilmelidir. ADAPTE, uyarlanmış ADAPTE, GRADE-Adolopment, SNAP-IT, CAN-IMPLEMENT, PGEAC gibi tanımlanan uyarlama metodolojilerinde sürecin denetimi bulunmamaktadır. AGREE-II değerlendirmesinde belirtildiği gibi, sürecin denetiminin herhangi bir uyarlama metodolojisinin bir parçası olması gerektiğini düşünülmüştür (61).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, uluslararası rehberlerin Türkiye'ye uyarlanmasının gerekliliğini ve bu sürecin nasıl sistematik bir şekilde gerçekleştirilebileceğini göstermiştir. Ancak, rehber adaptasyon sürecinde karşılaşılan zorluklar ve kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Gelecekteki çalışmalarda, rehberlerin daha geniş bir perspektifle değerlendirilmesi ve adaptasyon sürecinde daha fazla yerel paydaşın katılımının sağlanması önerilmektedir. Ayrıca, rehberlerin uygulanabilirliğinin ve etkisinin değerlendirilmesi için uzun vadeli çalışmalar yapılması, bu rehberlerin sağlık sistemi üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunabilir.

Bu bağlamda, bu çalışma, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde rehber uyarlama süreçlerine önemli bir katkı sağlamış ve bu alandaki çalışmalara ışık tutabilecek önemli bulgular ortaya koymuştur.

7. KAYNAKLAR

1. Behnken I, Gaschott T, Stein J. Enterale ernährung: Medikamentenapplikation über sonden. Z Gastroenterol 2005; 43(11):1231-1241.
2. Pash E. Enteral Nutrition: Options for Short-Term Access. Nutr Clin Pract 2018; 33(2):170-176.
3. Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. CMAJ. Canadian Medical Association Journal 2010; 182(2).
4. Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. Qual Saf Health Care 2009; 18(5):385-392.
5. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312(7023):71-72.
6. Akdağ B, Sümbüloğlu K. Kanıta Dayalı Tıp. İçinde: Kanıta Dayalı Tıp 1. baskı Ankara: Pamukkale Üniversitesi Yayınları, 2010:11-12.
7. Guerra-Farfan E, Garcia-Sanchez Y, Jornet-Gibert M, Nuñez JH, Balaguer-Castro M, Madden K. Clinical practice guidelines: The good, the bad, and the ugly. Injury 2023;54 Suppl 3:S26-S29.
8. Yılmaz E, Çöl M. Kanıta Dayalı Tıp. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2014; 5(6).
9. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, vd. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008; 336(7650):924-926.
10. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268(17):2420-2425.
11. Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. JAMA 2008; 300(15):1814-1816.
12. Henley MB, Turkelson C, Jacobs JJ, Haralson RH. AOA symposium. Evidence-based medicine, the quality initiative, and P4P: performance or paperwork? J Bone Joint Surg Am 2008; 90(12):2781-2790.

13. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. QUOROM Group. *Br J Surg* 2000; 87(11):1448-1454.
14. Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence Based Medicine - New Approaches and Challenges. *Acta Informatica Medica* 2008; 16(4):219.
15. Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care* 1994; 32(3):202-213.
16. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999; 318(7182):527-530.
17. Turner T, Misso M, Harris C, Green S. Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): Comparing approaches. *Implementation Science* 2008; 3(1).
18. World Health Organization. WHO handbook for guideline development, 2nd ed. World Health Organization, (2014).
19. Management SC on QI and. Classifying Recommendations for Clinical Practice Guidelines. *Pediatrics* 2004; 114(3):874-877.
20. Square G. A guideline developer's handbook Scottish Intercollegiate Guidelines Network Scottish Intercollegiate Guidelines Network Citation text Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Complying with international standards. 2008. Erişim Nisan 25, 2024. Available at: www.sign.ac.uk.
21. Cluzeau F, Burgers J, Brouwers M, Grol R, Mäkelä M, Littlejohns P, vd. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003;12(1):18-23.
22. Dilmaç Artun E, Acar A, Sabuncuoğlu İ, Tecirli G. Derleme Makalesi Türkiye’de Kanıta Dayalı Tıp Rehber ve Protokol Çalışmaları: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Örnekleri.; 2021. Available at: <https://orcid.org/0000-0003-2572-442X>.
23. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998.

24. De Maeseneer J, Roberts RG, Demarzo M, Heath I, Sewankambo N, Kidd MR, vd. Tackling NCDs: a different approach is needed. *Lancet* 2012; 379(9829):1860-1861.
25. De Maeseneer JM, Van Driel ML, Green LA, Van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362(9392):1314-1319.
26. Lee GHM, McGrath C, Yiu CKY. Developing clinical practice guidelines for caries prevention and management for pre-school children through the ADAPTE process and Delphi consensus. *Health Res Policy Syst* 2016; 14(1).
27. Dogherty EJ, Harrison MB, Baker C, Graham ID. Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: A mixed-methods study of facilitation. *Implementation Science* 2012; 7(1).
28. Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, Mäkelä M, Zaat J; AGREE Collaboration. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15(1):31-45.
29. Field MJ, Lohr KN, ed. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program.*; 1990.
30. Metintaş M, Köktürk N, Sevinç C, Kocabaş A, Selçuk T, Sayiner A. Türk Toraks Derneği Rehber, Rapor ve Görüş Belgesi Oluşturma Yönergesi Türk Toraks Derneği.; 2007. Available at: www.toraks.org.tr.
31. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004; 328(7454):1490.
32. Fervers B, Burgers JS, Voellinger R, Brouwers M, Browman GP, Graham ID, vd. Guideline adaptation: an approach to enhance efficiency in guideline development and improve utilisation. *BMJ Qual Saf* 2011; 20(3):228-236.
33. Lee GHM, McGrath C, Yiu CKY. Developing clinical practice guidelines for caries prevention and management for pre-school children through the ADAPTE process and Delphi consensus. *Health Res Policy Syst* 2016; 14(1):1-15.
34. Medical Association A. Enteral Nutrition.; 2019. Available at: <https://jamanetwork.com/>.
35. Lobach DF. *A Model for Adapting Clinical Guidelines for Electronic Implementation in Primary Care.*; 1995.

36. Glasier A, Brechin S, Raine R, Penney G. A consensus process to adapt the World Health Organization selected practice recommendations for UK use. *Contraception* 2003; 68(5):327-333.
37. Graham ID, Harrison MB. Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evid Based Nurs* 2005; 8(3):68-72.
38. Graham ID, Harrison MB, Brouwers M, Davies BL, Dunn S. Facilitating the use of evidence in practice: evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(5):599-611.
39. ADAPTE collaboration. Guideline Adaptation: A Resource Toolkit. 2010. Available at: www.adapte.org. Erişim Ağustos 13, 2024.
40. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. Available at: www.bmj.com.
41. Kahveci R, Tokac M. Kanıta dayalı sağlık politikası ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; 30(6):2020-4
42. Artantaş AB, Kahveci R, Caylan A. Quality assessment of primary care guidelines in Turkey. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/234700360>.
43. Yaşar İ. Türkiye’de Sağlık Alanında Faaliyet Göstermekte Olan Sivil Toplum Kuruluşlarınca Sunulan Klinik Uygulama Rehberlerinin Kalitelerinin Değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: 2014.
44. Başer DA. Klinik Uygulama Rehberleri Adaptasyon Stratejisi” Geliştirilmesi ve Stratejinin Pilot Denemesi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: 2014.
45. Kahveci R, Koç EM, Aksoy H, Ayhan Başer D. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın klinik uygulama rehberleri alanındaki faaliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2020; 23(4), 737-755
46. <https://www.duodecim.fi/english/products/ebmg/>.
47. MacLeod FE, Harrison MB, Graham ID. The process of developing best practice guidelines for nurses in Ontario: risk assessment and prevention of pressure ulcers. *Ostomy Wound Manage* 2002; 48(10):30-2, 34-8.
48. Voellinger R, Berney A, Baumann P, Annoni JM, Bryois C, Buclin T, vd. Major depressive disorder in the general hospital: Adaptation of clinical practice guidelines. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25(3):185-193.

49. Graham ID, Harrison MB, Lorimer K, Piercianowski T, Friedberg E, Buchanan M, vd. Adapting National and International Leg Ulcer Practice Guidelines for Local Use: The Ontario Leg Ulcer Community Care Protocol.
50. Reddy KS. Implementation of international guidelines on hypertension: the Indian experience. *Clin Exp Hypertens* 1999; 21(5-6):693-701.
51. Shye D, Porath A, Betz Brown J. Adapting a national guideline for local use: a comparative case study in a US and an Israeli health maintenance organization. *J Health Serv Res Policy* 2000; 5(3):148-155.
52. De Wit NJ, Mendive J, Seifert B, Cardin F, Rubin G. Guidelines on the management of H.pylori in primary care: development of an implementation strategy. *Fam Pract* 2000; Suppl 2:S27-32.
53. Rhinehart E, Goldmann DA, O'rourke EJ. Adaptation of the Centers for Disease Control Guidelines for the Prevention of Nosocomial Infection in a Pediatric Intensive Care Unit in Jakarta, Indonesia.
54. Lobach DF. A model for adapting clinical guidelines for electronic implementation in primary care. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1995; 581-5.
55. Brown JB, Shye D, McFarland B. The paradox of guideline implementation: how AHCPR's depression guideline was adapted at Kaiser Permanente Northwest Region. *Jt Comm J Qual Improv* 1995; 21(1):5-21.
56. Tomlinson J, Baker R, Stevenson K, Lakhani M. The Leicestershire local guideline adaptation and implementation programme: a model for clinical effectiveness? *J Eval Clin Pract* 2000; 6(2):225-9.
57. Shoultz J, Tanner B, Harrigan R. Culturally appropriate guidelines for alcohol and drug abuse prevention. *Nurse Pract* 2000;25(11):50-54.
58. Dizon JM, Machingaidze S, Grimmer K. To adopt, to adapt, or to contextualise? the big question in clinical practice guideline development. *BMC Res Notes* 2016; 9(1).
59. Wang Z, Norris SL, Bero L. The advantages and limitations of guideline adaptation frameworks. *Implementation Science* 2018; 13(1).

60. Darzi A, Harfouche M, Arayssi T, Alemadi S, Alnaqbi KA, Badsha H, vd. Adaptation of the 2015 American College of Rheumatology treatment guideline for rheumatoid arthritis for the Eastern Mediterranean Region: An exemplar of the GRADE Adolopment. Health Qual Life Outcomes 2017; 15(1).
61. Coronado-Zarco R, Olascoaga-Gómez de León A, Faba-Beaumont MG. Adaptation of clinical practice guidelines for osteoporosis in a Mexican context. Experience using methodologies ADAPTE, GRADE-ADOLOPMENT, and RAND/UCLA. J Clin Epidemiol 2021; 131:30-42.

