



Afazi için En İyi Uygulama Önerileri **Önsöz**

Afazi, beynin dil alanlarında oluşan hasardan kaynaklanan edinilmiş bir iletişim engelidir. Tümör, kafa travması gibi başka nedenleri de olsa afazinin en yaygın nedeni inmedir. Afazi, dil becerilerinde konuşma, anlama, okuma ve yazma bozuklukları şeklinde görülebilir. Günlük hayatta iletişim becerilerinin yaygın önemi nedeniyle, afazi genellikle sosyal katılımı, ilişkileri ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Afazili bireyler, afazi öncesinde, normal zekâyâ sahiptir, ancak zekâ, iletişim güçlüğü nedeniyle maskelenmiş olabilir. Afazili bir bireyin zihinsel yetersiz olduğu hiçbir zaman düşünülmemelidir. Bilgiler ve etkinlikler iletişimsel bir biçimde erişilebilir olduğunda, afazili bireyler karar vermede ve etkinliklere katılmada yetkin olabilirler.

Afazili bireylerin itibar ve saygı görme hakları ve afazili olmayan bireylerle aynı şartlarda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakları vardır (bilgi edinme ve kişisel konular ile ilgili karar verme de bu haklara dahildir). Afazi olan kişiler ve aile üyeleri, bireyin tercih ettiği yaşam faaliyetlerine iletişimi ve katılımı arttırmak için tasarlanmış ilgili hizmetleri alma hakkına sahiptir. Afazili bireylere sağlanan sağlık hizmetleri kişi merkezli ve işbirlikçi olmalıdır.

Aşağıdakiler, afazi hastalarının dahil olduğu sağlık hizmetleri veya toplum hizmetleri için “en iyi uygulama önerileri”dir. Bunlar dünyadaki çeşitli kaynaklardan derlenmiştir. Öneri veya kanıtların seviyesi kullanılan kaynaklar ile birlikte verilmektedir. Kaynaklar doğrudan alıntılanmamıştır; daha ziyade, alıntı yapılan kaynaklardaki temalar temsili olarak ifade edilmiştir. Kanıt seviyeleri hakkında daha fazla bilgi için lütfen orijinal kaynak belgelere bakın.

Çoğu önerinin diğer etiyojilerden veya afaziye özel kılavuzlardan ziyade genel inme kılavuzlarından alındığına dikkat edilmelidir.

Aphasia United Afazi- En İyi Uygulama Önerileri

1. **Beyin hasarı veya ilerleyici beyin hastalığı olan tüm vakalar iletişim bozuklukları açısından değerlendirilmelidir.** ^{1,2,3,5,7,8,9}
(Seviye C)
2. **İletişim bozukluğu olduğundan şüphe duyulan bireyler (ülkeler tarafından belirlenen) uzman bir profesyonel/terapist tarafından değerlendirilmelidir. Değerlendirme, şüphelenilen iletişim bozukluğunun niteliğini, şiddetini ve kişiye ait sonuçlarını belirlemek için tarama ölçülerinin kullanılmasının ötesine geçmelidir.** ^{1,2,3,4,5,6,8,9}
(Seviye B, C).
3. **Afazili bireyler afazi, afazi etiyojileri (örneğin inme) ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi alabilmelidir.** ^{1,5,6,7,8,9} (Seviye A- C) **Bu, akuttan kronik aşamalara kadar sağlık hizmetlerinin tümü için geçerlidir.**
4. **Afazisi olan hiç kimse, ihtiyaçlarını ve isteklerini (örneğin destekleyici alternatif iletişim kullanımı, eğitilmiş partner) dile getirme şansı verilmeden veya bunun nasıl ve ne zaman gerçekleştirileceğine dair belgelenmiş bir planı iletmeksizin hastanelerden taburcu edilmemelidir.** (Seviye: İyi Uygulama).
5. **Afazili bireylere, iletişim ve yaşam üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olacak şekilde tasarlanmış yoğun ve bireyselleştirilmiş afazi terapisi sunulmalıdır.** ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Seviye A-İÜ: yaklaşıma, yoğunluğa zamanlamaya bağlı olarak). **Bu tedavi uzman terapist gözetiminde tasarlanmalı ve uygulanmalıdır.**
 - a. **Tedavi, bozukluk temelli terapi, telafi edici eğitim, söyleşi terapisi, işlevsel/katılım odaklı terapi, çevresel tedavi ve/veya iletişim destekleri konusunda eğitim veya destekleyici alternatif iletişim (AAC) eğitimini içerebilir.**
 - b. **Uygulama şekilleri bireysel terapi, grup terapisi, tele-rehabilitasyon ve/veya bilgisayar destekli tedaviyi içerebilir.**
 - c. **Stabil afazili (örneğin inme sonucu) ve ilerleyici beyin hasarına bağlı afazili olan bireyler tedavilerden yararlanır.**
 - d. **İnme ve beyin hasarının diğer statik formları nedeniyle afazi olan bireyler hem akut hem de kronik iyileşme evrelerinde tedavilerden yararlanabilirler.**
6. **Afazili bireylerin iletişimlerini pekiştirmek için iletişim partnerine**

- eğitim verilmelidir.** ^{1,2,3,5,8} (Seviye A, B)
7. **Afazili bireylerin aileleri ve bakıcıları rehabilitasyon sürecine dahil edilmelidir.** ^{1,2,3,4,5,7,8,9} (Seviye A-C)
- **Aileler ve bakıcılar afazinin nedenleri ve sonuçları konusunda eğitim ve destek almalıdır.** (Seviye A)
 - **Aileler ve bakıcılar afazili bireyle iletişim kurmayı öğrenmelidir.** (Seviye B)
8. **Afazili bireyler için yapılan uygulamalar kültürel olarak uygun ve kişisel olarak ilişkili olmalıdır.** ^{1,2,5,8} (Seviye: İyi Uygulama)
9. **Afazili kişilerle çalışan tüm sağlık ve sosyal bakım çalışanlarına, bakım sürecinin tamamına ilişkin (yani, akut bakımdan ömrünün sonuna kadar) konuyla ilişkili eğitim verilmeli ve afazide iletişimi destekleyecek şekilde nitelik kazandırılmalıdır.** ^{2,3} (Seviye C)
10. **Afazili bireyler tarafından kullanılması amaçlanan bilgiler afazi dostu / iletişimsel olarak erişilebilir formatlarda mevcut olmalıdır.** ^{1,3,5,7,8} (Seviye C)

Öneri / Kanıt Seviyeleri

Seviye A:	Uygulamada araştırmaya dayalı kanıtlara güvenilir
Seviye B:	Uygulamada araştırmaya dayalı kanıtlara çoğunlukla güvenilir
Düzye C:	Araştırmaya dayalı kanıtlar, bu öneri için bir miktar destek sağlar
Seviye D:	Araştırmaya dayalı kanıtlar bu konuda yetersizdir
İyi Uygulama:	Öneri, uzman görüşüne veya uzlaşmaya dayanır

Aphasia United'in "Afazide En İyi Uygulama Önerileri" Temel Kaynakları

1. Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi Afazi Rehabilitasyonunda Araştırma Mükemmelliği Klinik Merkezi (CCRE) (2014). Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <http://www.aphasiapathway.com.au/>
2. Intercollegiate İnme Çalışma Grubu. İnme için ulusal klinik kılavuz, 4. baskı. Londra: Royal College of Physicians, 2012.
3. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S ve Phillips S. İnme Bakımı için Kanada En İyi Uygulama Önerileri (Güncelleme 2012). Kanada İnme Stratejisi Adına En İyi Uygulamalar ve Standartlar Yazma Grubu. Ottawa, Ontario Kanada: Kanada İnme Ağı
4. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). İnme Vakalarında Hemşirelik ve Disiplinlerarası Rehabilitasyon Bakımına Kapsamlı Bir Bakış: Amerikan Kalp Derneği'nden Bilimsel Bir Açıklama. *Stroke*. 2010; 41: 2402-2448. [Http://stroke.ahajournals.org/](http://stroke.ahajournals.org/) adresinden indirildi.
5. Avustralya Ulusal İnme Vakfı [National Stroke Foundation Australia] (2010) İnme önleme ve yönetimi için klinik kılavuz: Melbourne, Avustralya. http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_managment_2010_interact

- [i ve.pdf](#)
6. Kraliyet Dil ve Konuşma Terapistleri Koleji [Royal College of Speech & Language Therapists] (2005). RCSLT Klinik Yönergesi
 7. İskoçya Intercollegiate Kılavuz İlkeler Ağı (2010) İnme hastalarının yönetimi: Komplikasyonların rehabilitasyonu, önlenmesi ve yönetimi ve taburculuk planlaması Ulusal bir klinik kılavuz. Edinburgh, İskoçya. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
 8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. İnme Yönetimi için Klinik Kılavuzlar 2010. Wellington: Yeni Zelanda İnme Vakfı; 2010. <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
 9. ABD Gaziler İdaresi / Savunma Bakanlığı (2010). İnme Yönetimi: VA / DoD Klinik Uygulama Kılavuzu. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>

Türkçeye uyarlama: Dr. Seçkin Arslan