

ÇOCUK CERRAHİSİ HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ BÜLTENİ

CİLT: 9 SAYI: 17 TEMMUZ 2013



KONGRE DUYURULARI:

- 8. Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Kongresi

21-24 Kasım 2013

Pine Bay Holiday Resort, Kuşadası

İletişim Adresi: <http://www.tcahd2013.com>

- 31. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi ve 17. Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresi

30 Ekim – 2 Kasım 2013

Anemon Otel, Eskişehir

İletişim Adresi: <http://www.cocukcer2013.org>

Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Derneği Bülteni

Cilt : 9 Sayı :17 Temmuz 2013

Mahiyeti: Bilimsel

Yayının Türü: Yaygın Süreli Yayın

Yayın Aralığı: Yılda İki Kez

Sahibi: Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Derneği Adına Ayşe İSLAMOĞLU

E mail: ayse.islamoglu@ege.edu.tr

Yazı İşleri Yönetmeni (Sorumlu Müd.) : Eda DOLGUN

E mail: eda.dolgun@ege.edu.tr

Yönetim Yeri: E.Ü.T.F.H. Çocuk Cerrahisi A.D. Bornova/İZMİR

Tel-Fax: 0 (232) 390 28 00 – 0 (232) 390 28 02

Baskı: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yayın Bürosu

ÇOCUKLARDA KANITA DAYALI AĞIZ BAKIMI UYGULAMALARI

Ünal A., Turan N., Kaya H. Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Cerrahisi ABD.
aysun.unal@deu.edu.tr; neriman-turan@hotmail.com

Kanıt dayalı sağlık uygulamalarının önemi son yıllarda giderek artmaktadır. Kanıt Dayalı Hemşirelik, hasta bakım ortamlarında, hemşirelerin klinik uzmanlıklarını, hasta tercihlerini ve eldeki en iyi kanıtları kullanarak karar almaları süreci olarak tanımlanmaktadır (DiCenso et al., 1998; Mulhall, 1998). Sağlık hizmetlerinin planlanması ve karar verme sürecinde kanıt dayalı bir uygulamanın kullanılması bu uygulamanın optimal sağlık yararlarını tespit etmek için uygun bir mekanizma olarak görülmektedir (Gray, 1997; Richards & Lawrence, 1998). Profesyonel hemşirelerden güvenli ve etkili bakım vermesi, hizmet sunduğu topluma, sağlık ekibine ve meslektaşlarına hesap verebilmesi beklenmektedir. Bakım, elde edilebilen en bilimsel bilgiye dayalı olmalıdır. Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki hemşireliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur (Kocaman, 2003). Tıpta kanıt düzeyi sınıflamasına göre en güçlü kanıt için iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmalarla (RKÇ) yapılan en az bir sistematik inceleme gerekmektedir. Girişimin etkililiğini değerlendirmede en iyi araştırma tasarımının RKÇ'lar olduğu kabul edilir. Ancak hemşirelikte bu düzey kanıt çok sınırlıdır (Cullum, 1997). Hemşirelikte kanıt düzeyi değerlendirme sınıflamalarına örnek olarak Joanna Briggs Merkezi tarafından kabul edilen sınıflandırma ve Stetler'in kanıt gücü sınıflaması verilebilir. Stetler ve arkadaşlarının (1998a) uyarladıkları kanıt şeması hemşirelik araştırmalarının özellikleri ile uyumludur.

Tıpta ve Hemşirelikte Kanıt Düzeyi Sınıflamaları

Tıpta kanıt düzeyleri sınıflaması (Muir Gray, 1997);

- I. İyi tasarlanmış RKÇ lardan yapılmış en az bir sistematik incelemelerden elde edilen güçlü kanıtlar
- II. İyi tasarlanmış ve uygun büyüklükte en az bir RKÇ'dan elde edilen güçlü kanıtlar
- III. İyi tasarlanmış randomize olmayan, tek gruplu pre-post değerlendirmeli, kohort, zaman serileri ve vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar
- IV. İyi tasarlanmış birden fazla araştırma merkezi/grubu tarafından yapılmış deneysel olmayan tasarımlardan elde edilen kanıtlar
- V. Saygın otoritelerin görüşlerine, klinik kanıtlara, uzman komitelerin tanımlayıcı çalışmalarına dayalı kanıtlar

Hemşirelikte kanıt düzeyi sınıflamaları Joanna Briggs Enstitüsü kanıt düzeyi sınıflaması (Joanna Briggs, 2003):

Düzy Kanıt tipi

- I. RKÇ'larla yapılmış sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar
- II. En az bir, iyi tasarlanmış, RKÇ'dan elde edilen kanıt
- III.1 Randomize olmayan iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıt
- III.2 Birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış, iyi tasarlanmış kohort ya da vaka-kontrol çalışmalarından elde edilen kanıt
- III.3 Girişimli ya da girişimsiz çoklu zaman serilerinden elde edilen kanıt. Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileycisonuçları.
- IV Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoritelerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman komite raporları.

Stetler'in (1998b) kanıt düzeyi ve kalitesi sınıflaması

Düzy-kalite Kanıt kaynağı

- I (A-D) Kontrollü çalışmalarla meta-analiz
- II (A-D) Deneysel çalışma
- III (A-D) Yarı-deneysel çalışma
- IV (A-D) Deneysel olmayan çalışma (tanımlayıcı, kalitatif, vaka çalışmaları)
- V(A-D) Sistematik olarak elde edilmiş kalite iyileştirme programı sonuçları ya da vaka raporu verileri
- VI (A-D) Ulusal olarak tanınmış otoritelerin deneyimlerine dayalı görüşleri, uzman komite görüşleri, araştırmaya dayalı olmayan görüşler, resmi görüşler

Kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar. Bununla birlikte, kanıta dayalı ağız sağlığı geliştirmek için halen engeller mevcuttur (Singh, 2012). Ağız ve diş sağlığı, genel sağlık ve hastalıkları önleme, konuşma ve sindirim işleyişi ve yaşam kalitesi için önemlidir ([Institute of Medicine \[IOM\], 2011](#); [Shay et al., 2005](#)). Ağız ve diş sağlığı sağlık üzerindeki geçerli strateji, sosyal, ekonomik ve çevresel etkilere karşı uygun genel sağlık stratejileri kapsamında ağız sağlığı özbakım uygulamalarını teşvik etmek ve desteğe yönelik girişimleri içermelidir. Bu nedenle kanıta dayalı ağız sağlığı geliştirme ve uygun uygulamalar, yüksek kalitede mevcut kanıtlara, yerel değerlerin değerlendirilmesi ve uygun kaynakların kullanılmasını gerektirir (Petersen, 2004). Ağız bakımında kanıta dayalı genel hemşirelik uygulamaları dışında çocuklara özgü bakıma yönelik bir kanıt bulunmamaktadır. Ancak genel kanıta dayalı uygulamalar ve kanıta dayalı mukozit yönetimi çocuk cerrahisi hastalarının gereksinimlerine göre uygulanabilir. Bu derlemede çocuk cerrahisi kapsamında yer alabilecek her yaş grubunda ve çeşitli spesifik durumlara göre, literatürde kanıt düzeyinde yer alan ağız bakımı uygulamaları ve önerileri incelenmiştir. Bu bağlamda, genel uygulamalar, yaş gruplarına göre ağız bakımı ve izlemi standartları,

ventilatör ilişkili pnömoniye önlemek için ağız bakım uygulamaları ve mukozit yönetiminde kanıta dayalı uygulamalara yer verilmiştir.

Tablo 1. GENEL AĞIZ BAKIMI UYGULAMALARI VE KANIT DÜZEYLERİ

Uygulama önerileri	
1) Hemşire ve sağlık personelin ağız hijyeni inanç ve uygulamalarının farkında olmalıdır. Çünkü bu tutumlar hastaların bakımını verirken etkilemektedir.	III
2) Hemşire hastanın ağız sağlığı öyküsü, ağız hijyeni inançları, uygulamaları ve şimdiki ağız sağlığı durumu hakkında tanılama yapar.	IV
3) Hemşire oral tanılamada geçerli, güvenilir ve standartize oral tanılama scalaları kullanır.	III
4) Bütün sağlık bakım ekibi ağız sağlığı durumunu hastanın klinik süreçteki izlemine düzenli gözden geçirerek bireysel bakım planı geliştirir.	IV
5) Hemşire hastaların günde en az iki kez ağız bakımını kontrol eder, hatırlatır ve yapar. -sağlık durumunu azalmış -bilinci azalmış -dişi olan veya olmayan	IV
6) Hemşire oral bakımda aspirasyon riskini önler ve kontrol eder.	III
7) Hemşire hasta ve aile üyelerine ağız bakımı hakkında eğitim verir.	III
8) Hemşire ağız hijyen ürünleri, ürünlerin kullanımları ve hastaya özgü hangisinin kullanacağını bilir.	IV
9) Hemşire hastaların ağız sağlığı için ilaçları ve tedavisinin farkındadır.	IV
10) Hemşire hastaların ağız bakımını yaparken uygun teknik kullanır.	IV
11) Hemşireler hastalar için ağız sağlığı uzmanlarından konsültasyon ister.	IV
12) Hemşireler ağız sağlığı öyküsü, tanılama ve bakım dökümanlarını temin eder.	IV
Eğitimsel Öneriler	
13) Hemşirelerin uygun ağız sağlığı bilgisi ve hemşirelik eğitim programları, oryantasyon programları ve sürekli mesleki gelişim olanakları ile edindikleri ağız sağlığı bakımı becerilerine sahip olmaları gerektirir.	IV
14) Hemşirelerin, doğrudan veya dolaylı olarak, ağız hijyeni bakımına katılmaları gerekir ve tam olarak uygun olan oral hijyen eğitimini vermelidirler.	IV
Organizasyon ve Politika Önerileri	
15) Sağlık kuruluşları ağız ve diş sağlığı politikaları ve kaliteli hasta bakımının ayrılmaz bir parçası olan ağız sağlığı değerlendirme, ağız hijyeni bakım ve tedavi bileşenleri tanı programları geliştirmelidirler.	IV
16) Sağlık kuruluşları multidisipliner bir şekilde ağız ve diş sağlığını iyileştirmek için ortak uygulama modelleri oluşturarak bu modellerin uygulayıcılarının geliştirilmesi ve kapasitelerinin artırılması	IV
17) Sağlık kuruluşları hemşireler için oral hijyen ve bakımı konusunda sürekli eğitim olanakları sunarak eğitimlerini tamamlamaları için onlara destek olmalıdırlar.	IV
18) Sağlık kuruluşları ve kaliteli ağız sağlığı bakım ve hizmetleri sunmak için mevcut en iyi kanıtlara dayalı ağız hijyeni bakım standartları geliştirerek bunların uygulanmasını kuruluşun taahhüdünün bir parçası olarak tanımalıdırlar.	III
19) Kuruluşlar, ağız hijyeninin daha iyi anlaşılması ağız hijyeni bakım sağlanması ile ilgili konularda araştırmaların yapılması ve hemşirelerin bu araştırmalara katılması için destek ve teşvik etmelidirler. hemşirelere yardımcı olmak için yeterli zaman ve kaynak sunmalıdır.	IV
20) Ağız hijyeni bakımı, çeşitli nicel ve nitel yaklaşımlar kullanılarak, kuruluşun kalite yönetim programının bir parçası olarak izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	IV

Registered Nurses' Association of Ontario (2008) Oral Health: Nursing Assessment and Interventions International Affairs and Best Practice Guideline Program Website: www.rnao.org/bestpractices.

VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİDE AĞIZ BAKIMI

VIP (VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ), ventile hastalarda en sık görülen hastane enfeksiyonudur ve mortalite oranı %40-80 arasındadır. Hastalar entübasyondan 72 saat sonra VIP için yüksek risk altındadır (Cuccio et al., 2012). VIP’de ana risk faktörleri orofarinks ve midede bulunan normal kolonizasyonun alt solunum yoluna aspire olması ve yerleşmesidir (Beraldo & Andrade, 2008). En yaygın sorumlu organizmalar psödomonas aeruginosa, enterik gram negatifler ve staphlococcus aerus lardır (Cuccio et al., 2012). Kolonizasyonu önlemek için antibiyotik ve antiseptik solusyonların (klorheksidin v.b) kullanımına ilişkin çalışmalarda antibiyotik kullanımı sekonder dirençli patojenler olmadığı sürece önerilmemiştir (Tablan et al., 2004). Klorheksidin kullanımının VIP önlemede etkisini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada klorheksidin kullanımı sonucu VIP oranı 1000 ventilatör gününde 4.3 ten 1.86 ya gerilediği görülmüştür (Cuccio et al., 2012).

Klorheksidin kullanımına ilişkin yapılan bir metaanalizde ise klorheksidin oral kaviteyi koruduğu ancak protokol oluşturmak için kullanımı, sıklığı, dozuna ilişkin yeterli bir kanıt olmadığı belirtilmiştir (Gnatta et al., 2011).

VIP’de klorheksidin rutin kullanımına ilişkin kanıt bulunmamaktadır. VIP nin önlenmesi için hastada bakteri kolonizasyonunu engellemek ve hastanın ağız içinin temizliğinin düzenli olarak günde en az 6 kez yapılması gerekmektedir (CDC, 2013).

KANSERLİ HASTALARDA AĞIZ BAKIM PROTOKOLÜ UYGULAMASININ ORAL MUKOZİT ÜZERİNE ETKİSİ

Oral mukozit sıklıkla kanser hastalarında radyasyon veya KT sonrası oluşan oral mukozanın yaralanmasıdır (Bellm et al., 2000). Oral komplikasyonlar antineoplastik tedavinin neden olduğu ağır nötropeni sonucunda ağız içinde yaralanma şeklinde oluşur. Bu komplikasyonlar lokalize veya yaygın olarak; eritem, lezyon, ülserasyon ve kanama şeklinde oluşur (Bellm et al., 2000). Oral mukozitler bazı hastalar tarafından kanser tedavisinin en zayıf yanı olarak görülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının işi oral mukozit sıklığını anlamak ve önlemek için adım atmaktır (Hogan,2009).

Pediyatrik onkoloji hastalarının da birçoğu mukozitle karşılaşmaktadır. Klinik hemşireleri hastaları ilk elden değerlendiren kişiler olduğu için mukozitin önlenmesinde, şiddetinin azaltılmasında ve hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında önemli rol oynarlar. Görevlerini yerine getirirken de kanıt temelli uygulamaları bakıma entegre etmelidirler (Hogan,2009).

Mukoziti önlemenin en önemli bileşeni temel ağız bakımıdır. Temel ağız bakımı, diş fırçalama, diş ipiyle diş aralarını temizlemek, steril su, serum fizyolojik veya sodyum bikarbonat kullanarak ağız çalkalamaktır (Yılmaz, 2007). Tablo 2. de ağız bakımında kullanılan bazı solüsyonlar ve etkileri gösterilmiştir.

MUKOZİT DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ

- WHO = Dünya Sağlık Örgütü Kriterleri
- Oral Assesment Guide (OAG) = Oral Değerlendirme Ölçeği
- Oral Mukositis Index (OMN) = Oral Mukozit İndeksi
- Oral Mukoza Raiting Scale (OMRS) = Oral Mukoza Sınıflama Ölçeği
- Oral Mukositis Assesment Scale (OMAS) =Oral Mukozit Değerlendirme Ölçeği

KANITA DAYALI MÜDAHALELER

Kanserde Destek Bakım Çok Uluslu Birliği (MASCC)

Mukozit Çalışma Grubu

THE MUCOSITIS STUDY GROUP (1998)

Uluslararası Oral Onkoloji Birliği (ISOO)

INTERNATIONAL SOCRETY of ORAL ONCOLAGY (2004)

İlk kanıta dayalı uygulama rehberi 2004 yılında geliştirilmiştir (Brown & Vingard, 2004). 2005 yılında yenilenen rehberde düzenli olarak değiştirilen yumuşak diş fırçası ile temel ağız bakımı önerilmiştir (Kanıt Düzeyi 4, Tavsiye Derecesi D). 2004 yılında yayınlanan rehberlerde hasta eğitimini içeren, mukozitin şiddetini ve ciddiyetini azaltmaya yönelik ağız bakım protokollerinin kullanımı önerilmektedir (Kanıt Düzeyi 3, Tavsiye Derecesi B). Klorheksidin,sodyum bikarbonat, benzidamin ile yapılan ağız gargalarına ilişkin yeterli kanıt olmadığı için olası rehber bulunmadığı bildirilmiştir (Kanıt Düzeyi 3, Tavsiye Derecesi D). Benzidamine hidroklorür baş boyun kanserli hastaların radyoterapiye bağlı mukozitini önlemede etkili bulunmuştur (Kanıt Düzeyi1,Öneri Düzeyi A).

Tablo 2. AĞIZ BAKIM MATERYALLERİ VE ETKİLERİ

Oral temizleme araçları	Faydaları	Kontendikasyonları
SF	Etkili Ekonomik Mukoza için zararlı değil İyileşmeye teşvik edici	Daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır
Sodyum bikarbonat	Debride etme özelliği vardır	İrritasyona neden olur Bakterilerin üremesine ortam sağlar Hoş olmayan bir tadı vardır Yanıklara neden olabilir.
Klorheksidin	Geniş spektrumlu antibiyotik Oral mikroflorayı baskılar Dental plak oluşumunu engeller Oral mukozitis oranını azaltır	Dil ve dişte renk değişikliği Diş eti kanaması Hoş olmayan tat Oral mukozanın epitel dokusunda döküntü

Miller and Kearney, Oral Care For Patients With Cancer: A Review Of The Literature, Cancer Nursing, Vol. 24, No. 4, 2001.

YAŞ GRUPLARINA GÖRE AĞIZ BAKIMI UYGULAMALARI

İnfant -11 ay: Bu dönemin ortalarına kadar dişleri yoktur ve ilk yıllara kadar bu gelişim devam eder. Bebek doğduğunda, ebeveynler ve bebeğin bakımını üstlenen kişilerin kendi tükürük salgıları bebeğin ağızına zararlı bakterilerin geçişine neden olabilmektedir. Sağlık profesyonelleri bu bakterilerin bebeğe bulaşmasını önlemek için aşağıdaki şekilde aile üyeleri ve bakıcılarını eğitmeleri gerekmektedir:

- Bebek ile mutfak eşyaları, bardak, kaşık, ya da diş fırçası paylaşılmamalıdır.
- Bebeğe emziği vermeden önce anne/bakıcı ağız içinde emziği temizlememelidir.
- Xylitol sakız kullanımını hakkında bir ağız sağlığı profesyoneline danışılmalıdır. Bu sakızın bir yetişkinin ağızına bakteri yükü azaltarak ağız sağlığı üzerinde olumlu bir etkisi olabilir.

Ağız hijyeni ve emzireme ile ağız sağlığı gelişimi: Yeni doğanların tükürük salgısını içinde yararlı bakteriler vardır. Sağlık çalışanları bu konuda aileye bilgilendirmelidir. Çocuklarda ilk diş çıkmaya başladığında karbondioksitli yiyeceklerle beraber bakteri sürveyansı değişir. Emzirme doğal diş fırçalama yöntemidir. Diş fırçalama 2 yaşından sonrası günde iki kullanması önerilir. Süt dişleri yaşamın ilk yılında farklı aylarda çıkmaya başlar. Bir bebeğin karbonhidrata uzun süre maruz kalması, mevcut yeterli bakteri yükü varsa ilk dişler diş

çürüğüne duyarlıdır. Dişler üzerinde kireçli beyaz alanlar diş çürümesinin ilk göstergesidir. Yetersiz ağız hijyeni ve dişin uzun süre doğal ya da rafine şekere maruz kalması erken dönemde çürük oluşmasına neden olur. Sağlık çalışanları, plak oluşumu engellemek için ebeveynlere şu önerilerde bulunmalıdır;

-Bebeğin ağızının doğal ya da rafine şekere maruz kalması en aza indirilmelidir.

- Bebek beslenirken kucakta tutulmalıdır. (Yani, bebeğin ağızında bir şişe tutmak için yastık kullanımı ya da başka bir nesne kullanmayınız)

- Bebek sütü, formül mama, meyve suyu, ya da başka sıvı içeren bir şişe ile bebeğin uykuya dalmasına izin verilmemelidir.

- Emzik herhangi bir şekerli sıvı, şeker vb. daldırılmamalıdır.

-2 yaşından küçük çocuklarda, diş, günde iki kez (kahvaltıdan sonra ve yatmadan önce) sadece su ile fırçalanmalıdır. Bir diş hekimi tarafından önerilmedikçe yüksek diş çürüğü riskine dayalı florürlü diş macunu kullanılmamalıdır.

1 ve 4 yaş:

Aalışkanlıkların kazanıldığı bu dönemde ağız bakımı ve beslenme hakkında aileye eğitim verilmelidir. Diş fırçalama 2 yaşından sonra günde iki kez sabah uyanınca ve gece yatarken floritli diş macunu ile önerilir. Ayrıca floritli su kullanımında önerilmektedir.

5- 10 yaş:

Bu dönemin ilk yarısında diş kayıpları başlar.

Ağız hijyeni, florid ve beslenme ile ağız sağlığı gelişimi:

- Çocukların günde az iki kez diş fırçalanması yardım edilmeli ve izlenmelidir.
- Floridli diş macununu diş fırçasını ıslatmadan üzerine koyup fırçalamalıdır.
- Floridli su kullanımı ve floritli suplamenler reçetelendirilir.

(Bright futures guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/8-Promoting_Oral_Health.pdf).

0 - 5 YAŞ GRUBUNDA ÇÜRÜK RİSK FAKTÖRLERİ (AMERİKA PEDIATRİK DİŞ HEKİMLİĞİ AKADEMİSİ'NDEN UYARLANMIŞTIR)

Klinik bulgular

Çocuklarda, birden fazla çürük lezyonu mevcuttur.

Çocuklarda aktif beyaz nokta lezyonları veya mine kusurları vardır.

Çocuklarda yüksek mutans streptokok vardır.

Çocukların dişleri üzerinde plaklar vardır.

Toplumsal bulgular

Anne / birincil bakım veren kişilerde tedavi edilmemiş çürük ya da diş kaybı vardır.

Ebeveyn / bakıcı düşük sosyoekonomik statüye sahiptir.

Çocuklarda > 3 yaş, Ortalama her gün şeker içeren yemek ve içeceklerle beslenmektedir.

Çocuğun şeker içeren bir şişe içecek ile yatağına yatırılmaktadır.

Çocuğun özel sağlık hizmeti gereksinimleri vardır.

Çocuk yeni bir göçmen olabilmektedir(American Academy of Pediatric Dentistry,2010).

Çocuklarda kanıta dayalı etkili bir ağız bakımı için literatürde de belirtildiği gibi öncelikle ağız mukozası ve dişlerin değerlendirilmesi, risklerin tanımlanması, ebeveyn eğitim gereksinimlerinin saptanması ve çocuğun yaşına göre uygun sağlık davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca farklı hastalık ve durumlara görede deneysel randomize kontrollü araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Öncelikle çocukların sağlıklı bir ağız bakımı davranışı geliştirmelerine yardımcı olarak risklerin azaltılması sağlanabilmektedir. Bu nedenle klinik uygulamalarda ağız bakım protokolleri oluşturarak gerekli izlemler için çizelgeler oluşturulabilir. Ek. 1. de çocuğun diş fırçalama alışkanlığını belirlemek üzere kiliniğimizde kullanılan bir takvim sunulmuştur.

Kaynaklar

American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs. Guideline on caries risk assessment and management for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent*. 2010; 32(6):101-8.

Bellm, L. A., Epstein, J. B., Rose-Ped, A., Martin, P., & Fuchs, H. J. (2000). Patient reports of complications of bone marrow transplantation. *Supportive Care in Cancer*, 8, 33-39.

[Beraldo CC, Andrade Dd. \(2008\) Oral hygiene with chlorhexidine in preventing pneumonia associated with mechanical ventilation. *Bras Pneumol*. Sep; 34\(9\):707-14.](#)

Brown C G, Vingard J (2004). Clinical Cosequences Of Oral Mucositis. *Semin Oncology Nursing*, 20.

CDC (2013), Frequently Asked Questions About Ventilator-Associated Pneumonia,

http://www.cdc.gov/HAI/vap/vap_faqs.html erişim tarihi: 24.06.2013.

Cullum, N. (1997) Identification and Analysis of Randomised Controlled Trials in Nursing: a Preliminary Study. *Quality in Health Care*, 6:2-6.

Cuccio L, Cerullo E, Paradis H, Padula C, Rivet C, Steeves S, Lynch J (2012), An Evidence-Based Oral Care Protocol to Decrease Ventilator-Associated Pneumonia, *Dimensions of Critical Care Nursing* Vol. 31 / No. 5.

Dicenso, A. Cullum, N. Ciliska, D. (1998) Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconceptions. *Evidence-based Nursing*, 1 (2):38-40.

Gray JAM. (1997). *Evidence-Based Health Care. How to Make Health Policy and Management Decisions*. London: Churchill Livingstone.

Gnatta, Menezes C, Lacerda (2011), Evidence on the best way to perform oral hygiene with chlorhexidine in critically ill patients: systematic review and meta-analysis, From International Conference on Prevention & Infection Control (ICPIC 2011) Geneva, Switzerland. 29 June – 2 July 2011.

Hogan R. (2009) Implementation of an Oral Care Protocol and Its Effects on Oral Mucositis, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, Vol 26, No 3 (May-June); pp 125-135.

- Institute of Medicine (2011) Advancing oral health in America. Retrieved from the National Academies Press website: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13086.
- Joanna Briggs Institute (2003) www.joannabriggs.edu.au/about.html.
- Kocaman G.(2003)Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi - 2003/2. Pp:61-69.
- Miller M. Kearney N. (2001) Oral Care For Patients With Cancer: A Review Of The Literature, Cancer Nursing. Vol. 24, No. 4, 2001; pp 241-254.
- Muir Gray, J.A. (1997) Evidence-Based Healthcare. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Mullhal, A. (1998) EBN notebook. Nursing, Research and the Evidence. Evidence Based Nursing, 1 (1): 4-6.
- Petersen PE. (2004) Challenges to improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Int Dent J;54(6 suppl 1):329-343.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2008) *Oral Health: Nursing Assessment and Interventions* International Affairs and Best Practice Guideline Program 158 Pearl Street Toronto, Ontario M5H 1L3 Website: www.rnao.org/bestpractices.
- Richards D, Lawrence A. (1998) Evidence based dentistry. Evid-Based Den.1 (1): 7-10.
- Shay, K., Scannapieco, F.A., Terpenning, M.S., Smith, B.J. & Taylor, G.W. (2005). Nosocomial pneumonia and oral health. *Special Care in Dentistry*, 25, 179–187.
- Stetler, C.B. Morsi, D. Rucki, S. et al. (1998a) Utilization-Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. *Applied Nursing Research*, 11 (4): 195-206.
- Stetler, C.B. Morsi, D. Rucki, S. et al. (1998b) Utilization-Focused Integrative Reviews in a Nursing Service. *Applied Nursing Research*, 11 (4): 195-206.
- Singh S. (2012) Evidence in Oral Health Promotion—Implications for Oral Health Planning. *American Journal of Public Health*; September Vol 102, No. 9. |
- Tablan O, Anderson L, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for preventing health-care associated pneumonia. *MMWR Recomm Rep*. 2004;53(RR-3):1-36.
- Yılmaz M. (2007), Mukozit Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar, *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, Sayı: 4 Cilt:17 Yıl: 2007.

DİŞ FIRÇALAMA TAKVİMİ



BİRİNCİ HAFTA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PAZARTESİ SALI ÇARŞAMBA PERŞEMBE CUMA CUMARTESİ PAZAR



İKİNCİ HAFTA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PAZARTESİ SALI ÇARŞAMBA PERŞEMBE CUMA CUMARTESİ PAZAR



ÜÇÜNCÜ HAFTA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PAZARTESİ SALI ÇARŞAMBA PERŞEMBE CUMA CUMARTESİ PAZAR



DÖRDÜNCÜ HAFTA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PAZARTESİ SALI ÇARŞAMBA PERŞEMBE CUMA CUMARTESİ PAZAR



Herkün beni
firçalarsan
arkadaşğınur hayat
boyu sürecek



BENİ
FIRÇALAMAZSAN
ÇÜRÜRÜM