

AĞIZ SAĞLIĞI HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRMESİNDE KANITLAR VE UYGULAMA ÖNERİLERİ

PRACTICE RECOMMENDATION AND EVIDENCE ON NURSING ASSESSMENT OF ORAL HEALTH

Öğr.Gör.Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU* Prof. Dr. Meryem YAVUZ**

*Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

ÖZET

Ağız sağlığı, ağız, diş, ilişkili yapılar ve onların fonksiyonel canlılığı olarak tanımlanmaktadır. Ağız sağlığındaki bozulma ve buna bağlı gelişen hastalıklar dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Ağız sağlığının iyi olmaması genel sağlığı kötü yönde etkilemektedir. Kötü ağız sağlığı, ağız ve dişeti hastalıkları, başta kalp ve böbrek olmak üzere pek çok organda hastalıklara yol açabilmektedir.

Ağız bakımı hastaların rahatlığını, konforunu ve iyilik halini etkileyen temel bir hemşirelik aktivitesidir. Hemşirenin doğru ağız bakım uygulamalarını yapabilmesi; hastanın ağız sağlığını değerlendirme bilgi ve becerisine sahip olmasına, uygun değerlendirme araçlarını ve etkili ağız bakım protokolleri kullanmasına bağlıdır. Daha kaliteli bakım verme sorumluluğu hemşirelik kararlarının da kanıta dayandırılmasını gerektirmektedir. Etkin kanıt temelli uygulama stratejileri kullanılarak yapılan ağız değerlendirmesi ve bakımının ağız sağlığını geliştirdiği belirtilmektedir.

Bu makalede hastaların ağız sağlığını tehdit eden durumlar, ağız sağlığı ile ilgili hemşirelerin üzerinde durması gereken risk grupları ve ağız sağlığının değerlendirilmesinde hemşirenin sorumlulukları ele alınmıştır. Bununla birlikte çeşitli dernekler tarafından bu alanda geliştirilen rehberlere de yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ağız sağlığı, hemşirelik, değerlendirme, kanıtlar

ABSTRACT

Oral health is described as functional viability of mouth, teeth, and their associated structures. Deterioration in oral health and related diseases are a major health problem in the world. General health situation is adversely affected by poor oral health. Poor oral health, mouth and gum diseases can cause disease especially in many organs, including heart and kidney.

Oral care is fundamental nursing activity that effects the convenience, comfort and wellness of patient. Nurse the right to make oral care applications depends on knowledge and skill of oral

health assesment, using the appopriate assesment tools, effective use of oral care protocols. The responsibility of giving more qualified care nursing requires decisions based on the evidence. It is stated that oral assesment and oral care using evidence-based effective implementation strategies improves the oral health.

The article states the responsibilities of nurse related with oral health care. They consist of like oral health-threatening conditions, risk groups, assessment of oral health. In addition, the guidelines by developed by various associations in this area is ranked.

Key words: Oral health, nursing, assesment, evidence

GİRİŞ

Ağız sağlığı, ağız, diş, ilişkili yapılar ve onların fonksiyonel canlılığı olarak tanımlanmaktadır. Ağız sağlığı genel sağlık, iyilik hali ve yaşam kalitesini etkiler. (Munro ve ark. 2006, Royal College of Nursing- RCN 2011).

Ağız sağlığı problemleri ve hastalıklar arasındaki ilişki klinik, epidemiyolojik ve laboratuvar çalışmaları ile kanıtlanmıştır. Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (The Registered Nurses Association of Ontario- RNAO), ağızdaki mikroorganizmaların endokardiyum, meninksler, mediastinum, vertebra, hepatobiliyer sistem ve eklem protezlerinde enfeksiyon gelişiminde etkili olduğunu belirtmektedir (RNAO 2008).

Son yıllarda periodontal hastalıklarla ilgili patojenlerin kardiyovasküler hastalık, inme, prematüre ya da düşük kilo ağırlıklı bebekler, üst solunum yolu enfeksiyonları, diyabet ve şişmanlık, romatoid artrit, renal hastalıklar gibi sistemik durumlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Munro ve ark. 2006, Külekçi ve Gökbuget 2009, O'Connor 2012). Periodontal hastalıklar; destek dokularda inflamasyon ve alveoler kemik yıkımıyla karakterize olan hastalıklardır. Bu hastalıklar mikrobiyal ajanlara karşı lokal ve sistemik konak cevabının oluşmasına neden olarak, genel sağlığı ve bazı sistemik hastalıkların seyrini etkilemektedir (Tüter ve ark. 2008). Periodontal tedavinin sonucunu etkileyebilecek sistemik durumların prevalansı %39,9-%52,5 olarak bildirilmiş ve ileri yaş grubundaki periodontal hastalıklı kişilerin yaşı ile sistemik hastalıkların prevalansı arasında ilişkili olduğu saptanmıştır (Kaya ve ark. 2010). Chalmers (2003) raporunda, diş kaybı ve temporomandibular bozuklukların iştme kaybı ile ilişkili olduğu belirtmektedir (Chalmers 2003, RNAO 2008).

Ağız Sağlığının Değerlendirilmesinde Hemşirenin Sorumlulukları

Sağlıklı bireyler ağız bakımı gereksinimlerini bilgi ve becerileri doğrultusunda kendileri karşılarlar. Ancak hastalık durumu, hastalığın şiddetine bağlı olarak bireyin öz bakım gereksinimlerini karşılamasını olumsuz yönde etkiler. Bu durumda birey hijyenik gereksinimlerini karşılamada bir başka bireye bağımlı hale gelebilir. Bireyin gereksinim duyduğu bu yardım hemşireler tarafından sağlanır (Özveren 2010). Ağız bakımı hastaların rahatlığını, konforunu ve iyilik halini etkileyen temel bir hemşirelik aktivitesidir (White 2000, Jones ve ark. 2004, Ames ve ark. 2011, Chan ve Hui-Ling 2012). İyi ağız hijyeni ve sağlığının oluşturulmasında, yetersiz beslenmenin ve rahatsızlığın önlenmesinde, ağız hastalıklarının erken tanınması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde hemşire önemli bir role sahiptir (RCN 2011).

Ağız sağlığındaki bozulma, kardiyovasküler ve serobrovasküler hastalıklar, diyabet, solunum yolu enfeksiyonu, osteoporoz ve periodontal kemik kaybı gibi sistemik hastalıklarla ilişkilendirilmektedir (Doyle ve Dalton 2008). Sistemik hastalıklar ve bazı ilaçlar (kemoterapi gibi) ağız hijyeninin yetersizliği ile birleşerek ağız içinde sorunları arttırmaktadır (Munro ve ark. 2006, Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği 2008). Ağız bakımı, dental ve sistemik hastalık riskinin azaltılmasında etkili olan önemli bir hemşirelik girişimidir (Huskinson ve Lloyd 2009). Ağızda problem gelişmeden önce; ağız değerlendirmesinin yapılması, ağızda gelişebilecek problemleri önlemeye yönelik bakımın uygulanması, komplike durumlarda hastaların yardım almalarının sağlanması, hastaya danışmanlık hizmeti ve eğitimin verilmesi hemşirelerin sorumlulukları içinde yer almaktadır (Dalgıç ve ark. 1998, Güneş ve Fadiloğlu 2008). Hemşirenin bütün bu uygulamaları yapabilmesi; hastanın ağız sağlığını değerlendirme bilgi ve becerisine, uygun değerlendirme araçlarını kullanmasına ve etkili ağız bakım protokolleri geliştirmesine bağlıdır (Dalgıç ve ark. 1998, Özveren 2010, Ames ve ark. 2011). Ağız bakımı önemli bir hemşirelik girişimidir ve uygulama sırasında protokollerin kullanımı önerilmektedir (Binkley ve ark. 2004).

Ağzın değerlendirilmesi rutin ağız bakımı için bir temel oluşturmaktadır (RCN 2011). Ağız bakımının sıklığına karar vermede ağız değerlendirme sonuçları etkili olmaktadır (Ames ve ark. 2011). Klinik uygulamalar sırasında ağız sağlığı uygulamalarına öncelik verilmediği; kliniklerde değerlendirme araçları ve protokollerin bulunmadığı gözlenmektedir (White 2000).

Jones ve ark. (2004) yoğun bakım hemşireleri ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin ağız bakımına verdikleri önceliği %13.5 olarak saptadıklarını ve bunun diğer bakımlarla benzerlik gösterdiğini, hemşirelerin sadece %26'sının yazılı değerlendirme aracı ya da protokolü kullandıklarını belirlediklerini ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin %75.5'inin günde en az bir kez ağız değerlendirmesi yaptıklarını belirttikleri ifade edilmiştir (Jones ve ark. 2004).

Hastanelerde Ağız Sağlığı ile İlgili Hemşirelerin Üzerinde Durması Gereken Risk Grupları

Yoğun bakımda tedavi görmekte olan hastalar, ağız ve çene ameliyatı geçiren, yaşlı, demanslı ve psikiyatrik hastalığı olan bireyler, radyoterapi alan, kemoterapi ve oksijen tedavisi gören hastalar, yeni doğanlar, mekanik ventilatöre bağlı hastalar ve birden fazla sistemik hastalığı olan hastalar ağız sağlığı ile ilgili hemşirelerin üzerinde durması gereken risk gruplarını oluşturmaktadır (RNAO 2008, Özveren 2010, White 2010).

Ağız boşluğunda bilinen 300'den fazla bakteri türü mevcuttur. Hastaların ağız boşluğundaki bakteri popülasyonu, ilk defa Newman tarafından kanıtlanmıştır ve birçok çalışmada bakterilerin %78'ini gram negatif çomakların oluşturduğu ortaya çıkarılmıştır (Talo Yıldırım ve Acun Kaya 2011). Yoğun bakım hastalarının ağız florasındaki değişimi ölçmeye yönelik yapılan bir çalışmada, hastaların yatışından 72-96 saat sonra flora değişim oranı %76 olarak tespit edilmiştir (Şahin ve ark. 2010). Kötü ağız hijyeni ve sağlığı özellikle solunum sistemi hastalıkları gibi hastanede

kazanılmış enfeksiyonların gelişimine katkıda bulunmaktadır (Terezakis ve ark. 2011). Sistematik ağız bakımının verilmesi ventilatör ilişkili pnömoni insidansını azaltabilmektedir ve bu yoğun bakım hemşireliğinin önemli bir bileşenidir (Ames ve ark. 2011, Kuramoto ve ark. 2011, Terezakis ve ark. 2011). Son yıllarda yaşlı bireylerde aspirasyon pnömonisinin önlenmesinde hemşireler tarafından ağız bakımının yapılmasının yararlı olacağı rapor edilmiştir. Diş plaklarının pnömoni oluşumunda etkili olan bakteri kolonizasyonu içerdikleri bildirilmiştir (Kuramoto ve ark. 2011).

Asidoz, ileri yaş, alkol bağımlılığı, bilinç seviyesinde azalma, şiddetli hastalıklar, diyabetes mellitus, felç/yutma güçlüğü, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), entübasyon tüpünün olması, nazal oksijen kullanımı, aralıklı hava yolu aspirasyonu, ağız solunumu, nazogastrik tüp (NG) ve perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) ile besleme, ilaçlar, sigara içme, malnütrisyon, diş durumu, ağız bakımında bağımlı olma ve ağız kuruluğu ağız boşluğunda kolonizasyonu arttıran faktörlerdir (Griffiths ve Lewis 2002, Talo Yıldırım ve Acun Kaya 2011).

Kritik hastalarda ağız hijyeni önemli olmasına rağmen genellikle düşük öncelikli olarak ele alındığı gözlenmektedir. Avrupa, Amerika Birleşik Devletleri ve İsrail'de birçok hemşire ağız bakımının önemli bir hemşirelik aktivitesi olduğunu belirtmelerine rağmen, çalışmalar hemşirelerin etkili ağız bakımı vermek için kanıt dayalı bilgiye sahip olmadığını göstermektedir. Chan ve Hui-Ling (2012) yoğun bakım hemşireleri ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin ağız anormallikleri ve gerekli olan uygun girişimler konusunda bilgi eksikliği olduğunu saptadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada birçok hemşirenin bilgi gereksinimini algıladığını ve ağız bakım uygulamalarına ilişkin son kanıtlara ulaşmak istediğini ifade ettiklerini belirtmişlerdir (Chan ve Hui-Ling 2012). Azodo ve ark.'ları (2013) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %53.1'inin yaygın ağız hastalıklarına ilişkin zayıf bilgiye sahip olduklarını ve %51.6'sının sözlü sınav sonuçlarının kötü olduğunu saptadıklarını ifade etmişlerdir (Azodo ve ark. 2013).

Ağız Sağlığının Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Ağız sağlığı, genel sağlığın önemli ve bütünüleyici bir kısmıdır ve yaşam kalitesini etkilemektedir (White 2000, Doyle ve Dalton 2008, Maestrelli ve ark. 2010, Gürbüz ve ark. 2011, RCN 2011). Hastanede yatmakta olan ya da ciddi tıbbi sorunlar yaşayan kişilerde bu etkilenme daha fazla olmaktadır (Terezakis ve ark. 2011). Ağız sağlığının bozulmasına bağlı olarak kişilerde anoreksiya, kaşeksi, dehidratasyon ve malnütrisyon gibi beslenme sorunları yaşanabilmekte ve bu sorunlar hastanın parenteral beslenmesine neden olabilmektedir (Çalışkan Yılmaz 2008). Sağlıklı ağız, bireylere etkin iletişim ve çok çeşitli yiyeceklerden tat alma özgürlüğünü sağlar (Chalmers 2003, RNAO 2008). Kişinin ağız ve dişlerinin durumu onun konforunu, iletişimini, sosyalleşmesini, kendine güvenini ve benlik algısını etkiler (Chalmers 2003, Doyle ve Dalton 2008, RNAO 2008, RCN 2011, Gloucestershire Hastanesi Ağız Bakım Rehberi 2012, O'Connor 2012). Potansiyel enfeksiyonların önlenmesinde, hasta konforunun sağlanmasında ve sağlığın geliştirilmesinde ağız sağlığının önemli olduğu vurgulanmıştır (Huskinson ve Lloyd 2009, Maestrelli ve ark. 2010).

Sağlık bakım kurumlarından hizmet alan hastalar sağlıkla ilgili tüm sorunlarına yönelik hizmet alacakları beklentilerine sahiptir. Sağlık kuruluşlarındaki hizmetler veya bakım verilirken ağız sağlığının bu kurumlarda karşılanmadığı görülmektedir (RNAO 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (The World Health Organization - DSÖ)' nün araştırmaları diş ve ağız dokularında görülen hastalıkların toplumda en yaygın görülen hastalıklardan biri olduğunu göstermektedir (Marakoğlu ve ark. 2007). DSÖ' nün 2003 yılında yayınlanan "Dünya ağız sağlığı raporu" ağız sağlığının sağlıklı dişten çok daha fazla anlam taşıdığını ve genel sağlığın iyi olması ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bu raporunda, ağız hastalıklarının okulda, işte ve evde aktivite kısıtlılığına neden olarak her yıl milyonlarca ders ve çalışma saati kaybı oluşturduğunu belirtmektedir. Dahası bu hastalıkların psikososyal etkileri nedeniyle yaşam kalitesinin önemli derecede azaldığını ifade etmektedir (Petersen 2003).

Dünya, toplum ağız-diş sağlığı programları belirli prensipler geliştirmekte ve bu programların başarılı olabilmesi için hedefler tespit etmektedirler (Gökalp ve ark. 2007). Ağız diş sağlığı ile ilgili koruyucu önlemlerin alınması, diş sağlığının önemi ve gerekliliğinin belirtilmesi toplumun bilinçlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Sarı ve ark. 2012).

Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) "Ağız Sağlığı Programı kapsamında 2011 yılında 2011-2014 Stratejik Planı" nı yayınlamıştır. Bu planda kişilerin diş bakım sorumluluklarının tanımlanacağı, etkin kanıt temelli uygulama stratejileri ve diş çürüklerini önleme girişimleri geliştirileceği ve arttırılacağı belirtilmiştir (CDC 2011).

Bunların sağlanabilmesinde etkili role sahip olan hemşirelik, tıp ve diğer sağlık disiplinlerinin hasta bakımında kanıt temelli uygulamaları kullanması önerilmektedir. Daha kaliteli bakım verme sorumluluğu hemşirelik kararlarının da kanıta dayandırılmasını gerektirmektedir (Kocaman 2003).

Kanıta dayalı uygulama, bakım verilen alanlardaki uygun kaynakları, hasta tercihlerini, klinik uzman görüşü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları, hastalara en iyi bakım hizmetini vermek için bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz 2005). Kanıta dayalı uygulama, pozitif hasta sonuçlarına ulaşabilmek için mevcut hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesini ve yeni bilgilerin hemşireliğe uyarlanması sürecini içerir (Ahrens ve Johnson 2013). Hemşirelik uygulamalarının kanıta dayalı olması, bakım kalitesinin ve bakım sonuçlarının iyileştirilmesi, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratılması, bakımın standardize edilmesi ve hasta memnuniyetini arttırması gibi sonuçları açısından önemlidir (Kocaman 2003). Kanıta dayalı uygulama, herhangi bir problemin çözümünde mümkün olan en iyi kanıtın kullanımını ve hastalarla iletişim içerisinde olmayı kapsar (Bloom ve ark 2009). Tüm sağlık profesyonelleri için uygulamalarının en iyi kanıt üzerine temellendirilmesine gereksinim giderek artmaktadır (Yurtsever ve Altıok 2006). Hemşireler ağız bakım prosedürlerinin kanıta

dayalı olmadığını kabul etmektedirler. Kanıta dayalı ağız bakımının sağlanabilmesi için girişimlerin verilerle desteklenmesi gereklidir (Ames ve ark 2011).

Ağız Sağlığı Hemşirelik Değerlendirmesine Yönelik Rehberler

Klinik uygulamalardaki farklılıkları azaltmak ve sağlık hizmetinde alınan sonuçların beklentilere yakın olmasını sağlamak için kullanılan en önemli yöntemlerden birisi klinik uygulama rehberlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasıdır. Klinik uygulama rehberleri belli bir klinik uygulamada klinisyenlere ve hastalara karar verme sürecinde yardımcı olabilecek, sistematik olarak geliştirilmiş belgelerdir (Akalın 2012). Hastaların görüşlerini ve gereksinimlerini dikkate alarak bakımın planlanması, değerlendirilmesi, dökümanite edilmesi ve değerlendirmenin uygun şekilde kaydedilmesi hemşirenin sorumluluğudur. Hemşireler bu sorumluluklarını yerine getirirken etkin ve kanıta dayalı önleme stratejilerinden yararlanmalıdır (RCN 2011). Hastanede yatmakta olan hastalarda etkili ağız bakımının sağlanabilmesini teşvik edecek öneri protokolleri içeren rehberler yayınlanmaktadır (Terezakis ve ark. 2011).

Bu alanda geliştirilmiş rehberlere aşağıda yer verilmiştir.

1. Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of Ontario-RNAO) tarafından 2008 yılında geliştirilen Ağız Sağlığı: Hemşirelik Değerlendirmesi ve Girişimleri rehberi,
2. İngiliz Engelli ve Ağız Sağlığı Derneği (British Society for Disability and Oral Health) tarafından 2000 yılında geliştirilen Bağımlı, Disfajik, Kritik ya da Terminal Dönem Hastaları için Yerel Ağız sağlığı Standartlarını Oluşturma rehberi,
3. Gloucestershire Hastanesi (Gloucestershire Hospitals NHS Foundation) tarafından 2012 yılında geliştirilen Ağız Bakım rehberi,
4. Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırmalar Konseyi (National Health & Medical Research Council) tarafından 2010 yılında geliştirilen Kritik Hastada Ağız Hijyeni için Konsensusa Dayalı Klinik rehber,
5. Nottingham Üniversitesi Hastanesi tarafından 2011 yılında geliştirilen Yetişkin Ağız Bakımı için rehber,
6. Ulusal Rehber Birimi (National Guideline Clearinghouse) tarafından 2012 yılında geliştirilen Yaşlı Yetişkinlere Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetinin Sağlanması. En İyi Uygulama İçin Geriatrik Uygulama Protokolleri rehberi,

RNAO tarafından geliştirilen Ağız sağlığı: hemşirelik değerlendirme ve girişimleri rehberi, ağız ile ilgili problemleri olabilecek hasta gruplarında hemşirelere kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgi vermeyi amaçlamaktadır. Rehberdeki kanıt düzeyleri Tablo 1'de verilmiştir (RNAO 2008).

Tablo 1. Ağız Sağlığı: Hemşirelik Değerlendirmesi ve Girişimleri Rehberi'nde Sunulan Kanıt Seviyeleri

Kanıt Düzeyi	Tanım
Ia	Kanıtlar randomize kontrollü çalışmaların meta analizlerinden elde edilmiştir.
Ib	Kanıtlar en az bir, randomize kontrollü çalışmadan elde edilmiştir.
Ila	Kanıtlar randomize olmayan, en az bir, iyi dizayn edilmiş kontrollü çalışmadan elde edilmiştir.
Ilb	Kanıtlar randomize olmayan, en az bir, diğer yarı deneysel çalışmalardan elde edilmiştir.
III	Kanıtlar, karşılaştırmalı çalışmalar, korelasyon çalışmaları ve vaka çalışmaları gibi deneysel olmayan tanımlayıcı, iyi dizayn edilmiş çalışmalardan elde edilmiştir.
IV	Kanıtlar, uzman komite raporlarından veya görüşlerinden ve/ veya saygın otoritelerin klinik deneyimlerinden elde edilmiştir.

Bu rehber 3 ana bölümden oluşmaktadır. Uygulamalar için tavsiye edilen öneriler 12 madde, eğitim için öneriler 2 madde, kurumlar ve politikalar için öneriler 7 madde olmak üzere toplam 21 öneriden oluşmaktadır. Uygulama için tavsiye edilen öneriler Tablo 2'te verilmiştir (RNAO 2008).

Tablo 2. Ağız Sağlığı: Hemşirelik Değerlendirmesi ve Girişimleri Rehberi'nde Sunulan Uygulama Önerileri

Madde	Öneri	Kanıt Düzeyi
1	Hemşireler, kendi kişisel ağız hijyenleriyle ilgili inanç ve uygulamaların farkında olmalıdır. Bu durum onların hastalarına verecekleri bakımı etkileyebilir.	III
2	Hemşireler, hastalarının kliniğe ilk giriş değerlendirme kapsamında, ağız hijyeni inançları, uygulamaları ve ağız sağlığının şimdiki durumunu içeren ağız sağlığı hikayesini sormalıdır.	IV
3	Hemşireler, hastaların başlangıçta ve devam eden süreçte, ağız değerlendirmelerinin yapılmasında, geçerli ve güvenilir ağız değerlendirme araçlarını kullanarak bir standardizasyon geliştirmelidirler.	IV
4	Sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri tarafından hastanın ağız sağlığının durumu ve bu konudaki değişimler hastanın bakım planında belirtilmelidir.	IV
5	Hemşireler sağlık durumunda ve bilinç seviyesinde bozulma gelişen, dişle sahip olan veya olmayan hastalarda rutin olarak günde 2 kez ağız bakımının yapılmasını sağlar veya denetler.	IV
6	Hemşireler, aspirasyon riski olan hastalar için ağız bakımını sağlar ve denetler.	III

7	Hemşireler, ağız bakımı ile ilgili hasta ve / veya aile üyelerine düzenli eğitim verir.	III
8	Hemşireler, ilgilendikleri özel hasta grupları için gerekli olan ağız hijyeni ürünleri ve bu ürünlerin kullanımları konusunda bilgili olmalıdır.	IV
9	Hemşireler, tedavilerin ve ilaçların hastaların ağız sağlığı üzerindeki etkilerinin farkında olmalıdır.	IV
10	Hemşireler, hastaların ağız bakımını sağlarken uygun teknikleri kullanmalıdır.	IV
11	Hastanın ağız sağlığı konusunda profesyonel yardım (ağız hijyenisti, diş teknisyeni, diş hekimi vb) gereksinimi olduğunda hemşireler bunun sağlanmasına yardımcı olmalıdır.	IV
12	Hemşireler, hastanın ağız sağlığı ile ilgili tüm hikayesinin, değerlendirilmesinin ve bakımının kaydedilmesini sağlamalıdır.	IV
13	Hemşirelerin ağız sağlığı konusundaki bilgi ve uygulamaları, hemşirelik eğitimi programları, işyeri oryantasyon programları ve profesyonel eğitim programları ile almaları sağlanır.	IV
14	Hastalarına doğrudan ve ya dolaylı olarak ağız bakımı veren hemşireler ağız hijyeni konusundaki eğitim veya programlara katılmalıdır.	IV
15	Sağlık bakım kurumları, kaliteli hasta bakımının ayrılmaz bileşenleri olan ağız sağlığı, ağız hijyen bakımı ve tedavisini değerlendirmede kabul görecekt ağız sağlığı bakım politikalarını ve programlarını geliştirir.	IV
16	Sağlık bakım kurumları, hastaların ağız sağlığı bakım kalitesini yükseltmek için ortak uygulama modelleri sunmak amacıyla, hasta ve bakım vericiler arasında ortaklık geliştirir ve bakım vericilerin kapasitesini artırır.	IV
17	Sağlık bakım kurumları, hemşirelerin ağız hijyen eğitimlerini eğer uygunsa kendi bakım kurumlarında tamamlamalarını desteklemelidir.	IV
18	Sağlık bakım kurumları, kaliteli ağız sağlığı bakımı ve hizmetlerini sunmak için elde edilebilen en iyi kanıtlara dayanarak ağız hijyeni bakım standartlarını geliştirir, uygulanmasını sağlar ve sonuçlarını izler.	III
19	Kurumlar, zaman ve kaynaklar dahilinde hemşirelerin, çeşitli sağlık bakım ortamlarında ağız sağlığı ile ilgili konuları daha iyi anlamalarına yardım edecek ağız hijyeni araştırmalarına katılmalarını cesaretlendirilmeli ve desteklemelidir.	IV
20	Ağız hijyen bakımı kurumların kalite yönetim programı kapsamında, nicel ve nitel yaklaşımlardan yararlanarak izlenir ve değerlendirilir.	IV

21	<p>Kurumlar, en iyi uygulama rehberini oluşturabilmek için şu önerileri içeren bir plan geliştirdiler:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kurumsal hazırlık ve engeller/kolaylaştırıcı faktörler değerlendirilmelidir.• Uygulama sürecine doğrudan ya da dolaylı olarak katkı sağlayacak tüm üyeler katılmalıdır.• En iyi uygulamaların önemini güçlendirmek için tartışma ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır.• Eğitim ve uygulama sürecine gerekli desteği sağlamak için nitelikli bir özveri gereklidir.• Uygulama rehberlerinde, kişisel ve kurumsal deneyimlerin yansımalarının bulunmasına fırsat tanınmalıdır.• Devamlılık için stratejiler geliştirilmelidir.	IV
----	---	----

Bağımlı, Disfajik, Kritik ya da Terminal Dönem Hastaları için Yerel Ağız Sağlığı Standartlarını Oluşturma rehberine göre, doğru değerlendirmenin etkili bakımı en önemli kısmı olduğu belirtilmektedir. Rehberde; uygun ağız bakımının verilebilmesi ve problemlerin erken tanınarak hastaların tedavilerine zamanında başlanabilmesi için ağız sağlığının hemşireler tarafından tam ve doğru olarak değerlendirilmesi gereklidir. Rehberde ağız bakım prosedürlerinin bilimsel kanıtlara dayandırılması gerektiği belirtilmektedir. Rehber, bakımı planlayarak ve değerlendirerek hastanın bireysel gereksinimlerinin belirlenebileceğini böylece de ağız hijyeninin sağlanmasında iyi bir standarda ulaşılabileceği belirtmektedir. Rehberde, ağız sağlığını korumak ve sürdürmek için hemşirelerin ve bakım personelinin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (Griffiths ve ark. 2000, Griffiths ve Lewis 2002).

Gloucestershire Hastanesi Ağız Bakım rehberine (2012) göre, yatan her hasta için etkili ağız sağlığı değerlendirmesi, ağız bakımının planlanması ve uygulanmasının önemli olduğu belirtilmiştir. Aynı rehberde, ağız hijyeninin hastanın kabulünde değerlendirilmesinin bir parçası olması gerektiğini ve düzenli aralıklarla gözden geçirilmesinin devam etmesi gerektiği ifade edilmiştir. Rehberde hastanın ağız hijyeninin her zamanki gibi rutin olarak sağlanması ve bunun etkili olması durumunda devamlılığı konusunda hastanın cesaretlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Aynı rehberde ağız sağlığı değerlendirmesinin yapılmasının sağlanarak, ağız hijyeni ve iyi uygulama yöntemlerinin önemi konusunda hastanın bilgilendirilebileceği ve bu yolla da sağlığın geliştirilebileceği ifade edilmektedir. Rehber hastanın ağız için her gün değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir (Gloucestershire Hastanesi Ağız Bakım Rehberi 2012).

Kritik Hastada Ağız Hijyeni için Konsensusa Dayalı Klinik rehberde (2010), belirlenmiş bir ağız bakım protokolünün kullanılmasının, ağız bakımının değerlendirilmesine ve ağız bakımına uyumu artırabileceğine ilişkin kanıtların zayıf olduğu ifade edilmektedir. Bu rehberde, kritik hastalarda ağız bakımı ve değerlendirilmesinde standartlaştırılmış yöntemlerin kullanımının, ağız boşluğunun değerlendirilmesinde önemli olduğuna yönelik kanıtların zayıf olduğu belirtilmektedir (Berry ve ark. 2010, Berry ve ark. 2011).

Nottingham Üniversite Hastanesi Yetişkin Ağız Bakımı için rehberde (2011), hastanın kabulünde ağız hijyeninin ağız değerlendirmesinin bir parçası olduğu ve bir değerlendirme aracı kullanılarak düzenli aralıklarla ağız değerlendirmesinin yapılması gerektiği belirtilmektedir. Rehberde, ağız kuruluğu olan ya da sürekli oksijen tedavisi alan hastalara saatlik ağız bakımının verilmesi gerekebileceği ifade edilmektedir. Ağız içinde komplikasyon gelişme riski taşıyan hastalara 3-4 saatte bir ya da her yemek sonrası ağız bakımı uygulanabileceği belirtilmektedir. Rehberde diş veya protezin ideal olarak gece ve sabah olmak üzere günde iki kez florürlü diş macunu kullanarak fırçalanması önerilmektedir (Nottingham Üniversite Hastanesi Yetişkin Ağız Bakımı için Rehber 2011).

Yaşlı Yetişkinlere Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetinin Sağlanması En İyi Uygulama İçin Geriatrik Uygulama Protokolleri rehberinde (2012), ağız sağlığının hemşireler tarafından her şifitte değerlendirilmesi ve günde 2 kez ağız bakımı yapılması gerektiği ifade edilmektedir. Rehber değerlendirmenin bir ağız sağlığı değerlendirme aracı kullanılarak yapılmasını önermektedir. Aynı rehberde akut, uzun dönem ve evde bakım hastalarına günde en az 3 kez ağız bakımı verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Rehber, değerlendirmenin her hasta için bireyselleştirilmesi gerektiğini belirtmekte ve bakım yaparken aspirasyon önlemlerinin gözlenmesini önermektedir. Bu rehberde sağlık personeli için ağız bakımı eğitiminin sürekli olması gerektiği; ağız sağlığı ve diş bakımına ilişkin bir yıllık hizmet içi eğitim planlanmasının uygun olacağı belirtilmektedir. Ayrıca rehber, hastalar ve aileleri için ağız ve diş bakımına yönelik eğitim verilmesini önermektedir (O'Connor ve ark.2012, O'Connor 2012). Ağız sağlığı değerlendirmesine yönelik hemşirelerin yetkinliklerini arttırmada hizmet içi eğitim etkili olabilmektedir (Munoz ve ark. 2009).

O'reilly'in (2003) kritik hastada ağız bakımına ilişkin literatür review çalışmasında, hastanın ağız bakımının sıklığına karar vermede, hastanın genel durumunun ve ağız sağlığı değerlendirme sonucunun dikkate alınması gerektiği belirtmiştir. Çalışmada ağız bakımının sıklığının hastaya göre bireyselleştirilmesi, mümkün olan en iyi ağız bakımının sağlanması ve sürdürülmesi gerektiği ifade edilmiştir. Araştırmada sağlıklı yetişkinlerin günde 2 kez, florürlü diş macunu kullanarak dişlerini fırçalamaları önerilmekte ve özellikle yatmadan önce dişlerin fırçalanmasının çok önemli olduğu belirtilmiştir (O'reilly 2003).

Ağız sağlığını değerlendirme ve girişimlere yönelik hemşirelik bakımında kanıt temelli yaklaşımların deneysel olmayan tanımlayıcı, iyi tasarlanmış çalışmalardan ya da uzman komite raporu veya görüşü düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu nedenle ağız sağlığının değerlendirilmesi ve girişimlerin daha iyi kanıt düzeylerine

temellendirilmesi için ağız sağlığı ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına gerek olduğu düşünülmektedir.

Tüm hemşirelerin günlük bakımlarında kanıta dayalı uygulamaları takip etmeleri, bunları bakımlarında kullanmaları ve kanıt olabilecek çalışmalar yapmaları veya bu çalışmalara katkı sağlamaları önemlidir. Hemşirelerin bu şekilde yürüttükleri çalışmaları, bakımlarında hastalarına ve mesleğine karşı olan sorumluluklarını en iyi şekilde yerine getirmelerine katkıda bulunmuş olacaktır.

KAYNAKLAR

- Ahrens S, Johnson CS. Evidence-Based Nursing. Finding The Way to Evidence-Based Practice. Nursing Management 2013; 44(5): 15-9.
- Akalın HE. Antimikrobiyal Tedavi Rehberleri. ANKEM Derg 2012; 26(Ek 2): 28-30.
- Ames NJ, Sulima P, Yates JM & et al. Effects Of Systematic Oral Care In Critically Ill Patients: A Multicenter Study . AJCC American Journal Of Critical Care. September 2011; 20 (5):e103-e14.
- Azodo CC, Ezeja EB, Ehizele AO & et al. Oral Assessment and Nursing Interventions Among Nigerian Nurses-Knowledge, Practices and Educational Needs. Ethiop J Health Sci. November 2013; 23(3): 265-70.
- Berry AM, Davidson P, Pasqualotto C & et al. National Health & Medical Research Council- NSW. Consensus-Based Clinical Guideline for the Provision of Oral Care for the Critically Ill Adult. 2010. 1-30. Retrieved June 11,2014, from http://intensivecare.hsnet.nsw.gov.au/five/doc/intensive%20care%20collaborative%20guidelines/8%20%20Final%20oral%20guideline%20December%205_1.pdf.
- Berry AM, Davidson PM, Nicholson L & et al. Consensus Based Clinical Guideline for Oral Hygiene in the Critically Ill. Intensive and Critical Care Nursing.2011 (27): 180-5.
- Binkley C, Furr LA, Carrico R & et al. Survey of Oral Care Practices in US Intensive Care Units. Am J Infect Control. 2004; 32:161-9.
- Bloom M, Fischer J, Orme J. Evidence-Based Practice. (içinde) Evaluating Practice: Guidelines for the Accountable Professional. 6th.ed. Boston: Allyn and Bacon; 2009: 451-68.
- Çalışkan Yılmaz M. Kanserli Hastalarda Mukozit: Klinik ve Ekonomik Sonuçları, İlişkili Risk Faktörleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 24(2): 167-76.
- CDC -Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi. Oral Health Program Strategic Plan 2011-2014. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Oral Health Program Atlanta, March 2011: 1-16.
- Erişim: 12.10.2013 http://www.cdc.gov/oralhealth/pdfs/oral_health_strategic_plan.pdf
- Chalmers JM. Oral Health Promotion for Our Ageing Australian Population. Australian Dental Journal 2003; 48(1): 2-9.
- Chan EY, Hui-Ling Ng I. Oral Care Practices Among Critical Care Nurses in Singapore: A Questionnaire Survey. Applied Nursing Research. 2012; 25: 197-204.
- Dalgıç G, Karadağ A, Kuzu N. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Stomatitte Hemşirelik Bakımı. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2 (2):53-9.
- Doyle S, Dalton C. Developing Clinical Guidelines on Promoting Oral Health: An Action Research Approach. Learning Disability Practice. March 2008; 11 (2): 12 -5.

- Gloucestershire Hospitals NHS Foundation Trust. Mouth Care Guidelines. June 2012; 1-6. Erişim tarihi: Retrieved June 05, 2014, from <http://www.gloshospitals.nhs.uk/SharePoint1/Procedures%20and%20Guidelines/A0193.pdf>.
- Gökalp S, Doğan BG, Tekçiçek M ve ark. Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Diş Sağlığı Profili Türkiye-2004. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2007; 31(4): 11-8.
- Griffiths J, Lewis D. Guidelines for the Oral Care of Patients Who are Dependent, Dysphagic or Critically Ill. Journal of Disability and Oral Health. 2002; 3(1): 30-3.
- Griffiths J, Jones V, Leeman I & et al. British Society for Disability and Oral Health Guidelines for the Development of Local Standards of Oral Health Care for Dependent, Dysphagic, Critically and Terminally Ill Patients. 2000. 1-4. Retrieved June 11, 2014, from http://www.sam.development-demo.com/bsdhw_PDF/rdepend.pdf.
- Güneş Z, Fadiloğlu Ç. Kemoterapi Alan Hastalarda Ağız Bakımı Standardının Ağız Komplikasyonları Gelişme Riskini Önlemesinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 24(2): 51-63.
- Gürbüz Ö, Altınbaş K, Kurt E. Psikiyatrik Hastalarda Ağız Sağlığı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(4): 628- 46.
- Huskinson W, Lloyd H. Oral Health in Hospitalised Patients: Assessment and Hygiene. Oral Nursing Standard 2009; 23 (36): 43-7.
- Jones H, Newton JT, Bower EJ. A Survey of the Oral Care Practices of Intensive Care Nurses. Intensive and Critical Care Nursing. 2004; 20: 69-76.
- Kaya FA, Baran E, Yıldırım TT. Periodontal Hastalık ve Koroner Kalp Hastalığı Arasındaki İlişki. Dicle Diş Hekimliği Dergisi 2010;11(1):71-6.
- Kocaman G. Hemşirelikte Kanıtı Dayalı Uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;5(2):61-9.
- Kuramoto C, Watanabe Y, Tonogi M ve ark. Factor Analysis on Oral Health Care for Acute Hospitalized Patients in Japan. Geriatr Gerontol Int 2011; 11(4): 460-6.
- Küleki G, Gökbuğut A. Ağız Mikroflorasının Genel Sağlığa Etkisi. ANKEM Derg 2009; 23(3):137-45.
- Maestrelli B, Alberton E, Ribeiro DM ve ark. Adults Patients' Profile Regarding Their Oral Health Conditions and Behavior. Int J Dent. Recife 2010; 9(3): 107-13.
- Marakoğlu K, Yıldırım S, Çivi S. Aile Hekimliğinde Çocukların Ağız ve Diş Sağlığına Yaklaşım. SÜ Dişhek Fak Derg 2007; 6(1): 61-6.
- Munoz N, Touger-Decker R, Byham-Gray L& et al. Effect of an Oral Health Assessment Education Program on Nurses' Knowledge and Patient Care Practices in Skilled Nursing Facilities. Spec Care Dentist. 2009; 29(4): 179-85.
- Munro CL, Grap MJ, Jablonski R & et al. Oral Health Measurement in Nursing Research: State of the Science. Biol Res Nurs. 2006 July; 8(1): 35-42.
- Nottingham University Hospitals- NHS. Guidelines for the Care of the Adult Mouth). November 2011; Retrieved June 10, 2014, from <http://www.nottingham.ac.uk/mhs/documents/clinical-skills/nuh-guidelines/mouth-care.pdf>.

- O'Conner L, Boltz M, Capezuti E & et al. National Guideline Clearinghouse. Providing Oral Health Care to Older Adults. In: Evidence-based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice. 2012; Retrieved June 10, 2014, from <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43937>.
- O'Connor LJ. Nursing Standard of Practice Protocol: Oral Healthcare in Aging. Providing Oral Health Care to Older Adults. July 2012. Retrieved June 05, 2014, from http://consultgerirn.org/topics/oral_healthcare_in_aging/want_to_know_more.
- Ontario Kayıtlı Hemşireler Derneği-RNAO. Nursing Best Practice Guideline, Oral Health: Nursing Assessment and Interventions. December 2008; Toronto, Ontario: 1-89. Erişim: Ekim 12, 2013, http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Oral_Health_-_Nursing_Assessment_and_Interventions.pdf.
- O'reilly M. Oral Care of the Critically Ill: A Review of the Literature and Guidelines for Practice. Australian Critical Care. 2003; 16(3):101-10.
- Özveren H. Mekanik Ventilatöre Bağlı Hastalarda Ağız Bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 17(1): 92-9.
- Petersen PP. The World Oral Health Report 2003. Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century- the Approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (1 Suppl.): 3-24.
- Royal College of Nursing- RCN. Essential Guide. Promoting Older People's Oral Health. January 2011: 1-20. Retrieved June 10, 2014, from <http://rcnpublishing.com/userimages/ContentEditor/1373368451935/Promoting-older-peoples-oral-health.pdf>.
- Sarı ME, Kalyoncuoğlu E, Çankaya S. Fiziksel Engelli Çocukların Ağız ve Diş Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi. Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg 2012; 22(1): 7-13.
- Şahin SK, Gençer S, Özyurt M ve ark. Yoğun Bakım Ünitesinde Ağız ve Burunda Kolonize Olan Patojenlerle İnfeksiyon Etkenleri İlişkisi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2010; XI(3): 886-9.
- Talo Yıldırım T, Acun Kaya F. Agresif Periodontitis. Atatürk Üniversitesi Diş Hek. Fak. Derg 2011; 21 (4 Suppl.):15-23.
- Terezakis E, Needleman I, Kumar N ve ark. The Impact of Hospitalization on Oral Health: A Systematic Review. J Clin Periodontol 2011; 38(7):628-36.
- Tüter G, Aykan T, Kurtiş B ve ark. Koroner Arter Hastalığına Sahip Bireylerin Ağız Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2008; 14(2): 85-90.
- White R. Nurse Assessment of Oral Health: A Review of Practice and Education. British Journal of Nursing. 2000; 9(5): 260-6.
- Yılmaz M. Hemşirelik Bakım Hizmetinin Kalitesini Geliştirme Yolu Olarak Kanıtı Dayalı Uygulama. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1):41-8.
- Yurtsever S, Altıok M. Kanıtı Dayalı Uygulamalar ve Hemşirelik. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2006; 20(2):159-66.