

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AKTİF GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ OLAN HASTALARDA,
VİDEOLARENGOSKOPİK MUAYENE ÖNCESİNDE VERİLEN EĞİTİMİN
GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

Filiz ÖZCAN

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI

İSTANBUL-2018

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AKTİF GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ OLAN HASTALARDA,
VİDEOLARENGOSKOPİK MUAYENE ÖNCESİNDE VERİLEN EĞİTİMİN
GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

Filiz ÖZCAN
162038003

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI

İSTANBUL-2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ




Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Filiz Özcan Öğrenci No :162038003
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 10.08.2018
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı Tez Savunma Saati :10:00

Tez Konusu : "Aktif Gag (Öğürme) Refleksi Olan Hastalarda, Videolarenoskopik Muayene Öncesinde Verilen Eğitimin Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Üzerine Etkisi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Deniz Öztekin (İstanbul Ün.)	Kabul	
Dr. Öğr. Üyesi Özlem Yazıcı	Kabul	
Dr. Öğr. Üyesi Gülzade Uysal	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA

ÖZET

Bu araştırma, aktif gag (ögürme) refleksi olan hastalarda, videolaringoskopi öncesi verilen eğitimin muayene sırasında gag (ögürme) refleksi kontrolü üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Deneysel olarak yapılan çalışmada, prospektif, randomize kontrollü çalışma yöntemi kullanıldı. Araştırmanın evrenini, Temmuz 2017-Mart 2018 tarihleri arasında videolaringoskopi için başvuran gag (ögürme) refleksi aktif hastalar (N=363) oluşturdu. Randomizasyonda örneklem olarak; her ayın 1. ve 3. haftası başvuranlar eğitim verilen deney grubunu (n=35), 2. ve 4. haftası başvuranlar kontrol grubunu (n=35) oluşturdu. Araştırma, 26 Temmuz 2017-30 Mart 2018 tarihleri arasında, Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi ve NP Beyin Hastanesi KBB polikliniğinde yapıldı. Veri toplanmadan önce etik kurul onayı ve kurumdan çalışma izni alındı. Örneklem sayısı Calculations Version 3.0 January 2009 istatistiksel analiz yöntemiyle belirlendi.

Deney grubundaki gag (ögürme) refleksi aktif gönüllülere videolaringoskopi öncesi 10 dk. süren 5 basamaklı eğitim verildi. Eğitimin basamakları 1. Avuç içi akupressur noktasına baskı uygulaması yaptırılması 2. İşlem hakkında bilgilendirme 3. Pozisyon verme 4. Diyaframik nefes kontrolü (kontrollü ritmik solunum dil dışarda) 5. Muayene örneği videosu gösterimi ve demonstratif uygulama yaptırma birlikte üç kez tekrar şeklinde uygulandı.

Kontrol grubundaki gag (ögürme) refleksi aktif gönüllülere ise videolaringoskopi öncesi rutin bilgilendirme yapıldı. Gönüllülerin tümüne gag (ögürme) refleksi aktifliği tanılama formu, muayene sonrası gag (ögürme) refleksi kontrolü değerlendirme formu doldurulup eğitimin etkinliği, muayene süreleri ve sağlık kuruluşunda kalım süreleri belirlendi.

Araştırmada, Kolmogorov-Smirnov testi, ki kare testi, independent samples t testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak SPSS 21.0 versiyonu Base c42exxxxxxxxx893b ile analiz edildi.

Videolaringoskopi öncesinde verilen gag (ögürme) refleksi kontrolü eğitimi etkinliğinin hasta yönünden muayene kolaylık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,01$), muayenenin gag (ögürme) olmadan gerçekleşmesi, muayenenin

beklenen sürede tamamlanması, gag (öğürme) refleksi kontrolünde güçlük yaşansa da farmakolojik yöntem kullanılmadan tamamlanmış olması yönünden anlamlı fark olduğu ($p<0,01$) bulundu. Muayene süresi ve sağlık kuruluşunda kalım süreleri karşılaştırıldığında deney grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark ($p<0,01$) bulundu.

Bu araştırmada, aktif gag (öğürme) refleksi olan hastalarda, videolaringoskopik muayene öncesi verilen eğitim ile gag (öğürme) refleksinin daha fazla kontrol altına alınabileceği, muayene ve sağlık kuruluşunda kalım sürelerinin azaldığı, hastalar için muayene kolaylık düzeyinin arttığı farmakolojik ilaç kullanımı ihtiyacının azaldığı belirlenmiş olup, daha büyük ve multidisipliner hemşirelik alanlarında farklı hasta gruplarında çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Gag (öğürme) refleksi, Videolaringoskopi, Hasta eğitimi, Cerrahi hemşireliği.

ABSTRACT

THE EFFECT OF GAG REFLEX CONTROL TRAINING PROVIDED BEFORE A VIDEOLARYNGOSCOPIC EXAMINATION ON GAGGING CONTROL IN PATIENTS WITH A HYPERACTIVE GAG REFLEX

This study was conducted to determine the effect of gag reflex control training on the control of gag reflex in patients with hyperactive gag reflex during a videolaryngoscopic examination.

The research was conducted as a prospective, randomized controlled, experimental study. The patients presenting for a videolaryngoscopy constituted the universe of the study (N=363). The patients with hyperactive gag reflex who presented for videolaryngoscopy in the first and third week of each month were identified as the study group (n=35), and those that applied on the second and fourth week of each month were designated as the control group (n=35). The study was carried out over the period July 26, 2017 - March 30, 2018 at Uskudar University NP Feneryolu Medical Center and the ENT Polyclinic of NP Brain Hospital. The approval of the ethics committee and permission from the institution were obtained before data collection. Sample size was calculated using the statistical analysis program of Power and Sample Size Calculations, 3.0, January 2009.

The participants with hyperactive gag reflex in the training group were given a five-step training for 10 minutes before the videolaryngoscopy. The training steps were repeated three times. The steps consisted of: 1. Pressing on the acupressure area; 2. Providing information about the procedure; 3. Positioning; 4. Diaphragmatic breath control; 5. Viewing of a video of a sample examination and demonstrative application.

The participants with hyperactive gag reflex in the control group were provided with routine information before the videolaryngoscopy. All of the participants were asked to fill out the gag reflex activity diagnosis form and the post-examination evaluation form, so that the effectiveness of the training, examination durations and the duration of their stay in the hospital could be determined.

Data were analyzed with the Kolmogorov-Smirnov test, the independent samples t test, the Mann-Whitney U and Chi-Square tests, using SPSS Version 21.0.

It was found that with the gag reflex control training given prior to the videolaryngoscopy, patients experienced a significant difference ($p < 0.01$) in the level of ease of examination. A significant difference ($p < 0.01$) was also seen in that the examination was performed without gagging, the examination was completed in the expected time frame, and despite the fact there might have been difficulties in controlling the gag reflex, the procedure could be completed without the use of any pharmacological method. A significant difference ($p < 0.01$) was found when the duration of the examination and the duration of stay at the health facility were compared. There was a significant positive difference ($p < 0.01$) between education status and the efficacy of videolaryngoscopy and gag reflex control training.

It was determined that the gag reflex could be controlled by education given before an videolaryngoscopic examination in patients with hyperactive gag reflex, that the duration of the examination and the stay at the hospital could be shortened, and the need of topical anesthetic drugs was reduced. It is suggested that further multidisciplinary studies be conducted in a variety of larger patient groups.

Keywords: Nursing, Gag reflex, Videolaryngoscopy, Patient education, Surgical nursing.

ÖNSÖZ

Bu araştırma, aktif gag (öğürme) refleksi olan hastalara videolarenoskopi öncesi verilen eğitimin gag (öğürme) refleksi kontrolü üzerine etkisinin belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tez çalışmam boyunca her türlü destek ve yardımlarını gösteren tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI'ya,

Tez konusunun belirlenmesinde bana fikir veren kıymetli hocam Dr. Öğretim Üyesi Gülzade UYSAL'a,

Tez çalışma süresince her türlü bilimsel öneri, yardım ve kolaylığı sağlayan, çalışmamın gerçekleşmesi için emeğini benimle birlikte ortaya koyan Prof. Dr. M. Kürşad YELKEN ve Prof. Dr. Halil İbrahim EROL'a, bilimsel desteğiyle yanımda olan Prof. Dr. S. Deniz ÖZTEKİN'e,

Tez çalışmamın tasarlanması aşamasında bilgi desteği veren Uzman Psikolog Özge ÖNER ÖZCAN'a,

Tezimin yürütülmesi sırasında bana idari destek ve yardımları sağlayan Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi'nin başta yöneticileri olmak üzere tüm çalışanlarına,

Tezimin istatistiksel analizinde yardım ve her zorlandığım durumda bilgi desteği sağlayan İstatistik Uzmanı Murat MUTLU'ya,

Çalışmaya katılarak çalışmamın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan tüm gag (öğürme) refleksi aktif gönüllülere,

Tezin tüm aşamalarında desteklerini hep arkamda hissettiğim tüm arkadaşlarıma ve sabır gösteren sevgili aileme teşekkürlerimi sunuyorum.

Filiz ÖZCAN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.



İmza

Filiz ÖZCAN

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	vi
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. HEMŞİRELİKTE SAĞLIK EĞİTİMİ	3
2.1.1. Hasta Eğitimi ve Amacı	4
2.1.2. Öğrenme	6
2.2. ANATOMİ VE FİZYOLOJİ	7
2.2.1. Farinks	7
2.2.2. Larenks	8
2.3. KBB AĞIZ VE BOĞAZ FİZİK MUAYENESİ	9
2.3.1. Oral Kavite ve Orofarinksin İncelemesi	9
2.3.2. İndirekt Larengoskopi	10
2.3.3. Videolarengoskopi	11
2.4. GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ	12
2.4.1. Gag (Öğürme) Refleksinin Tanımı	12
2.4.2. Gag (Öğürme) Refleksi Aktifliği Testi	13
2.4.3. Gag (Öğürme) Refleksi Sınıflaması	13
2.4.4. Gag (Öğürme) Refleksi Etiyolojisi	15
2.5. GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ AKTİFLİĞİ KONTROLÜNDE KULLANILAN TEKNİKLER	17
2.5.1. Bilişsel ve Davranışçı Teknikler	17
2.5.2. Farmakolojik Teknikler	20
2.5.3. Tamamlayıcı Terapiler	20
2.5.4. Diğer Teknikler	26

3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	27
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.6. Verilerin Analizi	32
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği	32
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	32
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
KAYNAKLAR	46
EKLER	53
ÖZGEÇMİŞ	64

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1.	Deney ve Kontrol Grubuna Ait Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması	34
Tablo 2.	Deney ve Kontrol Grubu Gag (Öğürme) Refleksi Aktifliği Tanılama Verilerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 3.	Videolaringoskopi Öncesi Verilen Eğitimin Deney ve Kontrol Grubunda Muayene Sonrası Gag (Öğürme) Refleksi Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 4.	Deney ve Kontrol Grubunda Muayene Sırasındaki Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolünün Hasta Yönünden Kolaylık Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 5.	Deney ve Kontrol Grubunun Muayene Süresi ve Sağlık Kurumunda Kalım Sürelerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 6.	Tanıtıcı Özelliklerin deney grubunda Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Üzerine Etkisi	40

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1. Farinks Anatomisi ve Komşulukları	7
Şekil 2. Larenks Anatomisi	9
Resim 1. Oral Kavite ve Orofarinks Muayenesi İnceleme	10
Resim 2. Videolaringoskopik Muayene.....	12
Şema 1. Gag (Öğürme) Şiddeti Derecelendirmesi	14
Şema 2. Gag (Öğürme) Önleme Sınıflaması	14
Çizelge 1. Gag Problemi Kısa Değerlendirme Anketi (GPA)	15
Resim 3. Akupunktur Ölçü Birimleri	23
Şema 3. Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Akupunktur Noktaları Kılavuzu	24

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: Amerikan Psikiyatri Derneği
EEG	: Elektroensefalografi
Qi	: Ki
R.G.	: Resmi Gazete
SPSS	: Statistical package for social sciences
VLS	: Videolarengoskopi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TENS	: Transkutanöz elektriksel sinir uyarımı
\bar{X}	: Ortalama
%	: Yüzde

1. GİRİŞ

Hemşirelik mesleği, yazılan istemleri uygulamanın yanında, klinik el becerisine dayalı tekniklerle çalışan, hemşirelik süreci içinde yapılan uygulamaları sorgulayan, bakıma karar verebilen, bilimsel bilgi ve yöntemleri esas alan bir sağlık disiplini (1).

Hemşirenin eğitici rolü; hasta veya sağlıklı birey ve yakınına, topluma, hemşireye, hemşirelik mesleği adaylarına ve sağlık hizmetlerinde görev alan tüm bireylere yönelik olup, koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri alanlarının tamamında, hemşireden beklenen bir roldür (2).

Hasta eğitiminde hedeflenen; hasta veya sağlıklı bireyin, yakınlarının ve toplumun sağlığını en uygun düzeye ulaştırmaktır. Hasta eğitiminin amacı, sağlıkta önleme eğitimlerinin yaygınlaştırılması, sağlık hizmetleri maliyetlerinin ve güçlüklerinin azaltılmasıdır (3).

Ülkemizde hemşirenin eğitici rolü, 19.Nisan.2011 tarihli 27910 sayılı resmi gazetede yayımlanan hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yönetmeliğinde “Eğitim ve Danışmanlık” başlığı altında açık ve net bir şekilde ortaya konmuştur. Buna göre;

-Yararlı ve kullanabileceği destek sistemlerini ve toplum kaynaklarını değerlendirebileceği,

-Bireyi/aileyi yönlendirebileceği, hastanın gelişim düzeyi, öğrenme istekliliği, bilgilenme ihtiyacı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlama yapabileceği, hasta /ailesine, ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlama, uygulama, eğitimin etkinliğini değerlendirme yapabileceği ifade edilmiştir (4).

Videolaringoskopi (VLS) muayene yöntemi, Kulak-Burun-Boğaz muayenesinin, özellikle de larengeal hastalıkların tanılmasında gelişen teknolojinin en çok kullanılan muayene yöntemi olmuştur. VLS rijid veya fleksible endoskoplarla uygulanan, bir muayene yöntemidir (5, 6).

Rijid (sabit ve hareketsiz) laringoskopların muayenede kullanılması Ward (1974) ile başlamıştır, teknolojinin gelişmesiyle daha sonraları teleskopik görüntünün videoya aktarılması ile videolaringoskopik muayene şeklini almıştır. Ucunda 70° veya 90° açısı bulunan teleskoplara uyumlu bir kameranın video sistemiyle birleştirilmiş

halidir. Rijid videolaringoskoplar iyi görüntü kalitesi verdikleri için KBB muayenesinde en çok kullanılan muayene yöntemidir (6, 7).

Gag (öğürme) refleksi aktif kişilerde, VLS muayenesi zorlu muayene, muayene engeli veya muayene süresinin uzaması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorun genellikle topikal anestezi yoluyla muayeneyi gerçekleştirilebilir kılmaktadır (5, 6, 7).

Gag (öğürme) refleksi, vücudun normal bir savunma mekanizmasıdır. Gag (öğürme) refleksi, yumuşak damağın herhangi bir temasla katı veya sıvı ile karşılaştığında, hızlı ve ani yükselmesiyle faringeal kasların iki taraflı kasılmasını içeren bir reflekstir (8).

Vücuda yabancı kabul edilen katı veya sıvı maddelerin trakeaya girmesini önlemek amacıyla, gag (öğürme) şeklinde bu maddeler ters yöne çevrilir. Uvula ve farinksin sol ve sağ taraflarında dil basacağı ile dokunma şeklinde test edilir ve oluşan refleks tepkisi aktif veya aktif değil olarak kabul edilir. Gag (öğürme) refleksi bireyden bireye değişse de, çoğu kişide genellikle aynıdır. Gag (öğürme) refleksi, aktif bireylerin bazılarında palatal ve faringeal kasların şiddetli bir şekilde kasılması şeklinde seyrederek veya bireylerde refleks uyarımı tekrarlandıkça kusma olabilir. Bazı bireylerde bu refleks, güçlü bir istekle kontrol altında tutulup refleks aktivliğinin çok az olması veya hiç olmaması sağlanabilir (8, 9, 10).

Gag (öğürme) refleksi aktivliği, muayene ve tedavilerin gerçekleşmesi yönünden zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Gag (öğürme) refleksi aktivliğini kontrol edebilmek için sağlık profesyonelleri birçok önleme yaklaşımını birlikte kullanmaktadırlar. Davranış teknikleri, farmakolojik teknikler, tamamlayıcı terapiler ve diğer teknikler bunlar arasındadır (11, 12, 13, 14).

Muayene hazırlığı ve hasta eğitimi hemşirenin sorumlulukları arasında yer alır. Bu araştırmada, hemşirelik süreci boyutunda, gag (öğürme) refleksi aktivliği önleme teknikleriyle hasta eğitim süreci oluşturuldu; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları gerçekleştirildi. Bu araştırma, aktif gag (öğürme) refleksi olan hastalarda, videolaringoskopi öncesi verilen eğitimin gag (öğürme) refleksi kontrolü üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HEMŞİRELİKTE SAĞLIK EĞİTİMİ

Hemşirenin eğitici rolünden ilk kez Linda E. Hall, bahsetmiştir. 1960'lerden günümüze kadar hemşirenin eğitici rolü sadece hasta eğitimi ile sınırlı kalmamış; farklı eğitimsel etkinlikleri de içine alarak genişlemiştir (15).

Sağlığın geliştirilmesinin basamaklarından biri olan sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli gücü olmaya devam etmektedir. Alma-Ata Bildirgesiyle (1978) başlayan 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” hedefinin büyük bir kısmında; bireylerin yaşamları boyunca sağlığının korunması ve geliştirilmesi, kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk alabilmeleri için eğitilmeleri gerektiği bildirilmiştir (2).

Literatürde hemşireliğin modern rolleri; bakım verici rolü, eğitici rolü, araştırmacı rolü, yönetici rolü, karar verici rolü, savunucu rolü, kariyer geliştirici rolü, özerk ve sorumluluk sahibi olma rolleri, iletişim ve eşgüdüm sağlayıcı rolü, rehabilite edici rolü, konfor sağlayıcı-rahatlatıcı rolü, tedavi edici rolü ve danışman rolü şeklinde karşımıza çıkmaktadır (15, 16).

Bu bağlamda; hemşirenin temel rollerinden olan eğitici rolü; birey, aile ve toplumun sağlığını korumaya ve geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve doğru sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik planlı bir biçimde eğitim vermek olarak tanımlanabilir. Bu eğitimler; yatan hasta servislerinde, hasta eğitim birimlerinde, polikliniklerde, okullarda, iş yerlerinde vs. yani sağlıklı veya hasta bireyin bulunduğu her yerde birey eğitimleri, grup eğitimleri veya danışmanlığı ya da hasta koçluğu şeklinde düzenlenebilir. Hemşirenin hasta ve yakınlarına eğitim verebileceği başlıca konular arasında; yara bakımı, stoma veya diyabet eğitimleri, hastalık veya sakatlık halinde yaşamı sürdürme ile ilgili konular yer almaktadır. Özel hasta gruplarında eğitici olmak için özel uzmanlık ve sertifikasyonlar gerekebilir. Hemşirenin diğer eğitici rolü kapsamı ise; meslektaş adaylarının eğitimi, yeni meslektaşların oryantasyonu, kritik ve özel bakım gerektiren kurslarda eğitimler, diğer sağlık mesleği mensuplarının eğitimleri ve bunların yanı sıra temizlik, tıbbi sekreterlik, hasta transfer hizmetlerinde çalışanların eğitimi gibi eğitimleri de kapsar (3, 15, 16).

Ülkemizde hemşirenin eğitici rolü; 08.03.2010 tarih ve 27515 sayılı resmi gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nin hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları başlığında "MADDE-6/g bendinde;

-Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür,

-Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır,

-Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur" ifadesi ile, aynı yönetmeliğin 3. Bölüm MADDE 7-(2)'de "uzman hemşireler, temel hemşirelik rollerinin yanı sıra uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi, beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alır, uygular ve değerlendirir." ifadesi yer alırken, yönetmelik Ek-2'de "Uzman hemşire, (Ek: R.G.19/4/2011-27910)

-Hasta ve ailesinin eğitimini planlar,

-Hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirir,

-Hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar" ifadeleri kullanılarak açık ve net bir şekilde tanımlanmıştır (4, 17).

2.1.1. Hasta Eğitimi ve Amacı

Avşar ve Kaşıkçı (2009)'nın aktarımında; Bruccoliere (2000) ve Whitehead (2004)'e göre "Hasta eğitimi; inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışlarına ilişkin bilginin verilmesi veya sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, içselleştirme ve davranışa dönüştürme olarak tanımlanır." Aynı aktarımda, Bruccoliere (2000), Copel (2000), Rankin and Stallings (2001)'e göre "Hasta eğitimi, sağlığı koruyan ve bireylerde davranış değişikliği geliştirmeye yardım eden öğrenim deneyimlerinin bileşimidir. Hasta eğitiminde amaç, hastaların sağlığa ilişkin davranışlarını düzeltmek, hastalıklarla başa çıkmalarını sağlamak ve sağlıkları ile ilgili karar alma yeteneklerini arttırmaktır" şeklinde bildirilmiştir (3, 18).

Hasta/sağlıklı bireyleri eğitmede hedef; bireylerin, ailelerinin ve çevrelerinin sağlık düzeylerinin optimum seviyede tutulmasına yardım etmek ve sağlığın sürdürülmesini sağlamaktır. Ayrıca, sağlık eğitimini arttırmak, koruyucu sağlık bakımının gelişmesini sağlarken, sağlık bakım maliyetlerini azaltmaya, bireylerin ve çevrelerinin yaşam zorluklarını da en aza indirmeye yardımcı olur. Günümüzde bireylerin sağlık arayışlarının artması, sağlık bakımında aktif rol alma gerekliliğini getirmiştir. Kapsamlı bakımın unsurları; sağlığın geri kazanımı, hastalık halinde baş etme, hastalıklardan korunmadır. Hasta ve sağlık eğitimi bu unsurlara hizmet eden bir kavramdır (2, 3).

Avşar ve Kaşıkçı (2009)'nın aktarımında; Tabak ve Varol (1999)'a göre "Hasta eğitimi yalnızca teknik bir uygulama değildir. Aynı zamanda amaçlar ve değerler bütünüdür." şeklinde tanımlanmıştır. Şenyuva (2007) ile Avşar ve Kaşıkçı (2009)'nın aktardığına göre; (Copel (2000), Rankin and Stallings (2001), Taşocak (2003) ve O'Brien (2004)'a göre "Hasta eğitimi süreci birbirini izleyen ve birbiriyle etkileşim içinde olan veri toplama/eğitim gereksinimlerini belirleme, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme ve kayıt etme aşamalarından oluşmaktadır." Şeklinde bildirilmiştir (18, 19).

Hasta eğitiminde yöntem ve teknikler belirlenirken, hastanın öğrenme gereksinimleri, hasta ve hemşirenin tercihleri, eğitimin içeriği, eğitim ortamı, eğitimin süresi ile mevcut kaynaklar göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaya verilen bilginin anlaşılabilirliğini belirlemek ve en üst düzeyde öğrenme sağlamak, sağlık bakımının hedefleri ile ilgili olarak hastanın durumundaki gelişimi değerlendirmek, kullanacağı eğitim yöntemlerini belirlemek, eğitici rolünün unsurlarıdır. Şenyuva (2007)'nin aktarımında; Özden (2003) ve Taşocak 2003'e göre, hemşirelerin çalışma ortamında sıklıkla kullanabileceği yöntemler arasında "bireysel öğretim, grup öğretimi, işlem hazırlığı öğretimi, gösteri yöntemi/demonstrasyon" sayılabileceği bildirilmiştir (15, 18).

Hasta eğitimini uygulayan hemşireler, profesyonel kimliklerini ortaya koyup çağdaş eğitimci rollerini gerçekleştirdikçe, bireye/topluma sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasını, sağlıklı yaşam düzeylerinin artırılmasını, sağlığın geliştirilmesi ve hemşirelik biliminin ilerlemesini sağlayabilirler (2, 19).

2.1.2. Öğrenme

Öğrenme konusu psikoloji bilim insanları çeşitli teorilerle açıklanmaktadır. 1890'larda İ. Pavlov, J. Loeb; 1900'lerde ise E. Thorndike ve J. Watson davranışçı öğrenmenin kuramını şartlı koşullanma olarak geliştirirken, sonrasında 1932 yılında E. Tolman davranışçılığa bilişi de ekleyerek öğrenme kuramını ve bilişsel davranışçılığı öne sürmüştür. Tolman'a göre pekiştirilen davranışlar öğrenmeye dönüşür (20).

1938 yılında B.F. Skinner davranışçı öğrenme kuramında işlemsel koşullanma ve olumlu davranışı pekiştirmekten söz eder. Yani bir davranış olumlu sonuçlar doğurursa kişi o davranışı öğrenir (20).

Albert Bandura'ya göre ise insanlar pekiştirme ile değil, başka insanları taklit ederek veya davranışların sonuçlarını gözlemleyerek öğrenirler. Sosyal öğrenme kuramı dikkat, akılda tutma, yeniden üretme ve motivasyon koşulları bir araya geldiğinde öğrenme olması üzerinedir. Öğrenme mutlaka öğrenen kişinin davranışa dikkatini, davranışın fiziksel olarak üretilebilmesi için görülen ve duyulanların hatırlanması, yeniden üretim için ödül beklentisi gibi iyi bir neden gerekir. Davranışçı yaklaşımdan farklı olarak Bandura, karşılıklı belirlemecilik ilkesi ile çevre, davranış ve psikolojik süreçler öğrenme sürecinde etkilidir. Örnek alınan bireylerin davranış süreçleri örnek alanın öğrenmesini doğru orantıda etkilemektedir. Sosyal öğrenme davranışçı ve bilişsel öğrenme kuramları arasında geçiş olarak görülebilir (20, 21).

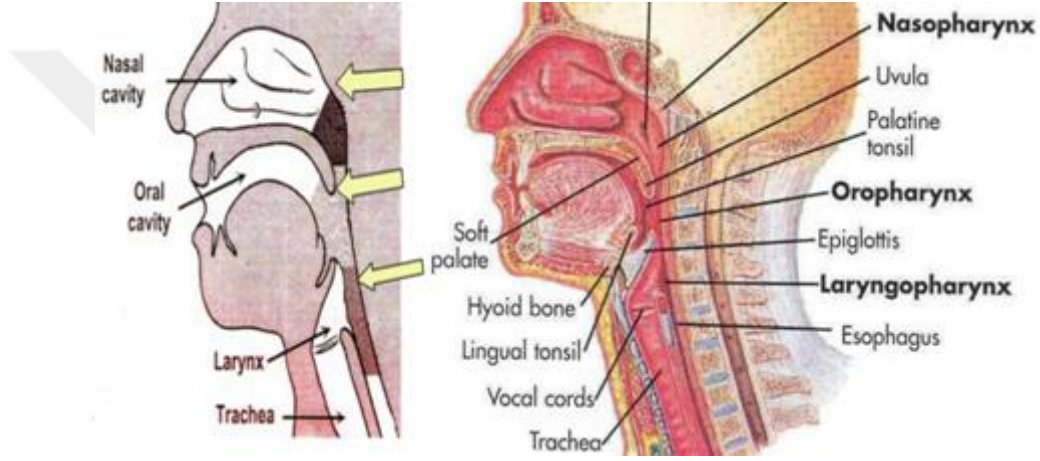
Öğrenme alanları üçe ayrılır: Bunlar bilişsel (kognitif) öğrenme, duygusal (duyuşsal) öğrenme ve psikomotor öğrenmedir. Deneyimsel kazanımlar ile sosyal ve çevresel faktörler kişinin motivasyonunu etkiler. Öğrenme yeteneği, fiziksel sağlık ve entelektüel düşünce süreçlerine bağlıdır. Hem hastanın istekleri, hem de öğrenmeye dahil olma yeteneği öğretme yaklaşımını etkiler (3).

2.2. ANATOMİ VE FİZYOLOJİ

2.2.1. Farinks

Farinks, üstte kafatabanından altta özofageal sfinktere (büzücü kas) kadar uzanan, aşağı doğru gittikçe daralan, 1. ile 6. servikal vertebralar seviyesinde yerleşmiş, erişkindeki uzunluğu yaklaşık 12-13 cm olan, mukoza ile kaplı, kas bir yapıdır. Farinks üç bölümden oluşur. Bunlar; nazofarinks, orofarinks, hipofarinks'tir (22).

Şekil 1. Farinks Anatomisi ve Komşulukları.



Kaynak 23'ten alınmıştır

Orofarinks: Yumuşak damak seviyesinden yaprak şeklinde kıkırdak yapı olan epiglot üst kenarına kadar uzanan farinks bölümüdür. Dil kökü, farinks posterior duvarı, tonsillerin olduğu bölümdür. Vücudun dışarı açılan iki ana sistemi olan sindirim ve solunum sistemlerinin giriş kapılarının (oral ve nazal kavitenin) hemen arkasında bulunan farinks, vücuda giren ve bağışıklık sistemini uyaran tüm ajanlara (allerjenler, mikroorganizmalar ve yabancı cisimler) ilk yanıtının verildiği bölgedir. Bu nedenle bu bölgenin hem lenf dokusu, hem de lenfatik drenajı fazladır (22, 24).

Farinks Damarları: Farinksin tüm bölümleri arteriyel beslenmesini dış karotis arterden alırken, venöz drenajı iç jugüler vene yapar (22).

Farinksin İnnervasyonu (Sinirsel İletimi): Farinksin duysal ve motor iletimi servikal pleksustan olur. Motor iletimde VII. Nervus Facialis, IX. Nervus Glossofaringealis ve X. Nervus Vagus kranial sinirleri; duysal iletimde ise

nazofarinkste V. Nervus Trigeminalis, orofarinkste IX. Nervus Glossofaringealis, hipofarinkste X. Nervus Vagus kranial sinirleri rol alır (22).

Farinks ve Damak Nörofizyolojisi: Farinks, tonsilla ve yumuşak damağın, dilin 1/3 arka bölümünün duyasu başlıca IX. Nervus Glossofaringealis kranial siniri tarafından sağlanır. IX. Nervus Glossofaringealis, dilin arka kısmından ve farinksin larenkse (vagus siniri üstlenmeye başladığı yere) kadar daha fazla duyasal lifler içerir (8, 22).

IX. Nervus Glossofaringealis, motor lifleriyle stilofaringeal kası uyararak farinksi yukarıya doğru çeker. Farinksin diğer kaslarının ve ses tellerinin motor siniri ise X. kranial sinir Nervus Vagus'tur. X. Nervus Vagus, farinksin yutma ve gag (öğürme) refleksini motor olarak yönetir. Yumuşak damağa dokunmak da benzer bir refleks tepkisine yol açabilir. Buradaki refleks tepkisinin duyu dalı V. kranial sinir Nervus Trigeminalis'ten gelmektedir (8).

2.2.2. Larenks

Larenks; solunum, konuşma, yutma ve öksürük fonksiyonları olan bir organdır. Erişkin insanlarda 3-6. servikal vertebralar arasında yerleşmiş, çocuklarda ise daha yüksek seviyede (1-4. Servikal vertebralar arasında) yerleşmiştir. Larenks, hyoid kemik ve 9 adet kıkırdak ile bunları tespit eden ligamentler, membranlar ve kaslardan oluşur. Larenks duvarı yukarıda farinks, aşağıda ise trakea mukozası ile birleşen mukoza ile kaplıdır. Larenks, supraglottik, glottik ve subglottik bölge olarak üç bölgede incelenir (7).

Larenksin Damarları: Larenks, arteria tiroidea superior ve inferior ile kanlanırken, venöz drenajı superior larengeal vene, superior ve median tiroid ven aracılığı ile de internal juguler vene olur (7, 25).

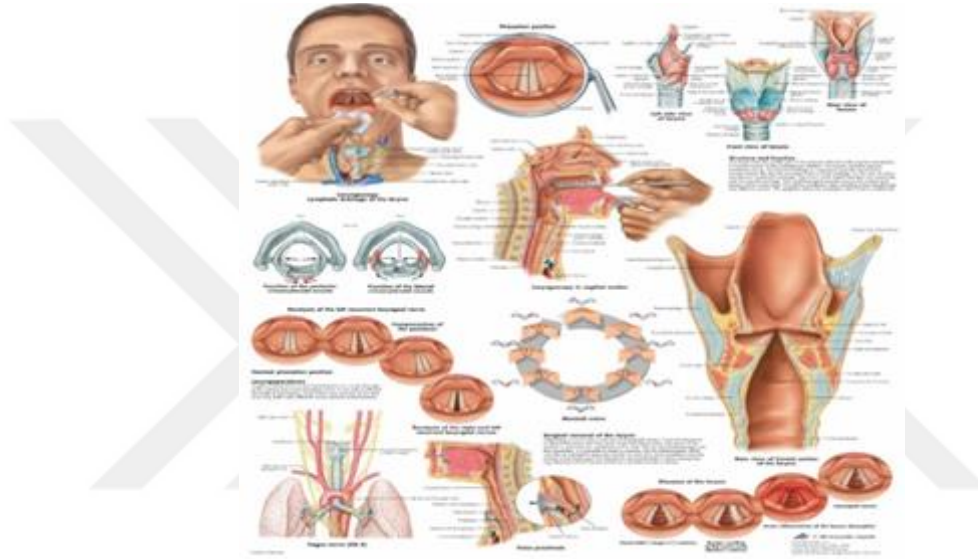
Larenksin İnnervasyonu (Sinir İletimi): Larenks, vagusun dalları ile innerve olur. N. Laringeus superior, N. Vagusun ilk dalı olup iç ve dış dallar olarak ayrılır.

1) İç (internal) dal: Başlıca duyasaldır.

2) Dış (eksternal) dal: Farinksin inferior konstrüktör kasının üzerinden aşağı doğru gider. Krikotiroid kası innerve eder, N. Laringeus inferior (rekürrens) sol yanda, sağ yandakinden daha uzun bir seyire sahiptir (7, 25).

Larenksin Lenfatik Drenajı: Larenksin lenfatik drenajı larenks içindeki anatomik bölgelere göre değişiklik gösterir. Bunlar supraglottik bölge lenfatikleri, glottik bölge lenfatikleri, subglottik bölge lenfatikleri şeklinde sayılabilir (7).

Şekil 2. Larenks anatomisi.



Kaynak 26'dan alınmıştır

2.3. KBB AĞIZ VE BOĞAZ FİZİK MUAYENESİ

2.3.1. Oral Kavite ve Orofarinksin İncelemesi

Oral kavite ve orofarinks incelemesinde dil basacağı yardımı ile öncelikle dudaklar ve yanaklar ekarte edilerek oral kavitenin her tarafı, dudak ve yanak mukozaları, dil, ağız tabanı, dişler, dişetleri ve sert damak ayrıntılı olarak gözlemlenir. Daha sonra dilin ön 2/3'lük kısmına dil basacağı ile dikey olarak bastırılarak orofarinks muayene edilir. Hasta protez diş kullanıyorsa çıkarması istenir. Dil basacağı daha geriye doğru basılırsa hastada gag (öğürme) refleksi ortaya çıkar. Muayene sırasında dil içeride, hastanın ağızından nefes alması ve dilini serbest bırakması istenir. Muayene sırasında hastaya "eee" sesi çıkartması istenir ve yumuşak damak hareketleri de gözlemlenebilir. Ön ve arka tonsil plikaları, yumuşak damak, uvula, tonsiller ve

orofarinks arka ve yan duvarları görülür. Orofarinks anatomisinde yer almasına rağmen dilkökü bu muayene sırasında görülemez, dilkökü muayenesi indirekt larengoskopi sırasında değerlendirilir (24, 27).

Resim 1. Oral Kavite ve Orofarinks Muayenesi İnceleme



2.3.2. İndirekt Larengoskopi

Larenks ve hipofarinksin inspeksiyonu ancak indirekt olarak yapılabilir. Hasta dik oturtulur ve başını ekstansiyonda tutması istenir. Hastadan dilini dışarı çıkarması istenerek dil bir elin baş ve 3. parmakları arasında gazlı bez yardımı ile tutulur ve öne doğru hafifçe çekilir. Bu esnada dil tutulan elin işaret parmağı ile de üst dudak hafifçe yukarı doğru itilerek hastanın ağzının açık tutulması sağlanır. Boğaz içinde buğulanmaması için ısıtılan ve el sırtında kontrol edilen larenks aynası, hastanın ağzında aşağıyı gösterecek şekilde yerleştirilir. Ayna yumuşak damağa yaslanır, sağa-sola hareket ettirilerek larenks ve hipofarinksin ayrıntılı gözlenmesi sağlanır. Ayna muayenesi sırasında orofarinks arka duvarına veya dil köküne temas olursa hastada gag (öğürme) refleksi ortaya çıkar. Öğürme olmaması için sürekli nefes alması istenir. Bazen, hastalarda muayeneyi imkansız kılacak kadar şiddetli öğürme refleksi olabilir, bu durumda hastanın orofarinksini topikal anestezi spreyleri ile anestezi sağlanarak muayene yapılır. Larenks muayenesi solunum ve fonasyon sırasında yapılır. Solunum sırasında vokal kordlar hareketsiz ve abdüksiyon konumdayken, hastaya “iiii” dedirtildiğinde vokal kordların hareket edip addüksiyon konumuna geldiği gözlemlenir. Muayene sırasında ayrıca piriform sinüslerde tükürük göllenmesi (pooling) olup olmadığına bakılır. İndirekt larengoskopide dilkökü, vallekulalar, epiglot, ariepiglottik kıvrımlar, aritenoidler, band ventriküller, vokal kordlar, piriform sinüsler ve hipofarinks arka duvarı ayrıntılı olarak gözlemlenebilir (28, 29).

Teknolojini gelişimi ile klasik muayene yöntemleri yerini yavaş yavaş videolarengoskopik muayeneye bırakmıştır. Videolarengoskopi ile tüm muayeneler bir

arada gerçekleştirilebilmektedir. Gelişen teknoloji, anatomi, fizyoloji ve histoloji alanındaki ilerlemeler de larengeal hastalıkların tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesinde etkili olmuştur. Videolarenoskopi KBB muayenesinde teknolojinin sunduğu önemli bir avantaj olmuştur (5, 6, 7, 28).

2.3.3. Videolarenoskopi

Bu muayene yönteminde ucunda ışık ve kamera bulunan bir endoskoplara ağız içinden farinks, larenks ve özofagusun başlangıç kısmı detaylı olarak görülebilmekte ve görüntüler fotoğraf ya da video olarak kaydedilebilmektedir. Son yıllarda soğuk ışık kaynaklı endoskopik yöntemlerin gelişmesi, diğer tıp branşlarında olduğu gibi KBB ve BBC alanını da çok etkilemiş ve inspeksiyonla görülemeyen ve bazen indirekt ayna muayenesinde zorlanılan bölgelerin endoskoplar ile rahat ve ayrıntılı bir şekilde görülmesi mümkün olmuştur. Endoskopik yöntemler görülemeyen alanların ayrıntılı görülebilme avantajını getirirken, aynı zamanda görüntülerin resim veya film şeklinde kaydı ile, gerektiğinde sağlık disiplinleri içinde veya arasında konsültasyon yapabilmeyi, hastaya hastalık bilinci için görseller üzerinde açıklayabilmeyi, tedavi öncesi ve sonrası durumun değerlendirebilmeyi, eğitim ve tıbbi çalışmalarda kullanabilmeyi ve endoskopik yöntemlerle cerrahi tedaviler yapabilmeyi sağlamaktadır (5, 6).

İlk kez Oertel tarafından 1895 yılında, ışık kaynağının önüne yerleştirilen üzerinde yarıklar bulunan bir mekanik disk ile indirekt larenoskopi yapılarak kullanılmıştır. 70°'ya da 90° rijid veya fleksible endoskoplarla uygulanır. Muayenede lokal veya topikal anestezi kullanılır. Rijit larenoskoplar Hopkins tarafından bulunmuş, Ward (1974) tarafından larengeal muayenede kullanılmıştır. Daha sonraları teleskopik görüntü videoya aktarılarak kullanılmaya devam edilmiştir. Rijit teleskop ile elde edilen görüntüler daha büyüktür, renk ve görüntü kalitesi daha iyidir, optik olaylardan çok fazla etkilenmez. Dezavantajı ise muayene sırasında dilin dışarıda olması ve gag (öğürme) refleksi fazla olanlarda uygulamanın zor olmasıdır. Fiberoptik fleksible larenoskop ise de Sawashimo ve Hirose (1968) tarafından bulunmuş ve günümüzde halen kullanılmaktadır. Bu muayene ile larenksin fonksiyonu sırasında doğal işlevi görüntüsü sağlanabilir, fakat görüntü kalitesi rijid endoskoplara göre daha kötü olduğundan muayene sırasında tanı konulması için dezavantaj oluşturur. Hastaların gag (öğürme) refleksini azaltmak amacıyla %4 Lidokain veya %2 Pantokain ile

orofarinks, yumuşak damak ve hipofarinks mukozasına topikal anestezi uygulanır. Muayene sırasında hastadan normal şiddet ve tonda en az 2 saniye süren ‘e’ veya ‘i’ sesi çıkarması sesinin şiddetini artırması, inceltmesi ve kesik kesik fonasyon yapması istenir. Bu sırada larenksin ve vokal kordların doğal süreci gözlemlenir (5, 6, 7, 27, 29).

Resim 2. Videolarenoskopik Muayene



2.4. GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ

2.4.1. Gag (Öğürme) Refleksinin Tanımı

Tıp Terimleri Sözlüğü’ne göre gag (öğürme); “ağıza konulan kusturucu şey” ve “alet ile ağızını açık tutmak” olarak tanımlanmaktadır (30).

Türk Dil Kurumu öğürmeyi, kusarken veya kusacak gibi olurken “öğürtü” sesi çıkarmak olarak tanımlamaktadır (31).

Oxford Sözlüğü’nde ise gag (öğürme) refleksi, “bulantıyı istemsizce harekete geçiren his” şeklinde tanımlanmıştır. Londra Medikal Sözlük’te gag (öğürme) refleksi, “kusmayı sınırlamak için etkisiz kasılma” olarak bildirilmiştir. Khan (1949), “gag (öğürme) refleksinin, hava yolunu korumak için tehlike arz eden maddelerin üst gastrointestinal sistemden orofarinkse doğru geri itilmesi olarak kusma ile birlikte gerçekleştiği”ni belirtmiştir. Gag (öğürme) ve kusma refleksi terminolojide birlikte kullanılmaktadır. Bununla birlikte anlam olarak ayırmak gerekir. Kusma refleksi, “vücut için zehirli veya tehlikeli kabul edilen maddelerin mideden dışarı çıkarılması”, gag (öğürme) refleksi ise “ağıza veya boğaza istenmeyen bir girişin durdurulması için gelişen bir refleks”tir. Gag (öğürme) refleksi; fiziksel, işitsel, görsel, koku veya psikolojik uyaran aracılığı ile uyarılmış kas kasılmaları sonucu kusma ile birlikte olabilir (9, 11).

Normal gag (ögürme) refleksi, otonom sinir sisteminin primer parasempatik bölünmesi ile kontrol edilen, hayatta kalmak için gerekli doğal bir mekanizmadır. Gag (ögürme) refleksi hareketi farinksin şeklini değiştirir, yabancı cisimleri ağızdan ya da farinksten dışarı iterek trakeaya girmesini önler (11).

Gag (ögürme) refleksi görülme sıklığı konusunda farklı görüşler vardır. Diş alanında başvuran hastalarda yapılan bir araştırmada %8,2 olarak bildirilirken (32), ülkemizde yapılan bir araştırmada, diş alanında başvuran hastalarda %12,7 olarak gösterilmiştir (33). Başka bir uluslararası araştırmada, ögürmenin görülme sıklığı %49,1 olarak bildirilmiştir (34). Sağlıklı 140 birey üzerinde yapılan bir araştırmada ise, gag (ögürme) refleksi aktivitesi değerlendirilmiş olup %37'sinde ögürme olmadığı bildirilmiştir (35).

2.4.2. Gag (Ögürme) Refleksi Aktivitesi Testi

Gag (ögürme) refleksi, posterior faringeal duvara değerek uyandırılan yumuşak damağın hızlı ve ani yükselmesiyle, faringeal kasların iki taraflı kontraksiyonunu içeren bir reflekstir. Sol ve sağ taraflara dil basacağıyla hafifçe dokunularak test edilir ve refleksi tepkisi aktif olarak kabul edilir. Çok duyarlı bireylerde, beyin sapının çok daha fazla cevabı olabilir. Bazı kişilerde ise uyarı tekrarlandıkça bulantı veya kusma gerçekleşebilir. Gag (ögürme) refleksi aktivitesi bireyden bireye değişse de, çoğu kişide aynıdır. Sağlıklı bireylerde bu refleksi, güçlü bir istekle kontrol altına alınıp aktivitesinin kısmi veya tam kontrolü sağlanabilir (8, 10).

2.4.3. Gag (Ögürme) Refleksi Sınıflaması

Krol (1963), gag (ögürme) refleksini ilk kez “psikojenik” ve “somatojenik” olarak; Davis (1982), “fizyolojik” ve “psikolojik” olarak kullanmıştır (36).

Somatik gag (ögürme) refleksinin başlaması ya beyin merkezli ya da duysal sinirlerin tetik noktalarının uyarılması ile beyin merkezi cevabıyla oluşur. Bu kişiye özgü somatik olarak refleksi ortaya çıkarır. Yanak iç duvarları, dil kenarları, boğaz arka duvarı da uyarana karşı somatik gag (ögürme) refleksi aktivitesine dahildir. “Psikojenik” gag (ögürme) refleksi ise doğrudan fiziksel olmadan indüklenebilir, temas halinde en şiddetli formda görülebilir, müdahale düşüncesi bile aktiviteyi teşvik etmek için

yeterlidir. Ağır sigara içimi (Wright, 1979) ve gastrointestinal sistem bozuklukları (Faigenblum,1968) gag (öğürme) refleksi aktifliğini artırır (11, 12).

Diş hastalıkları alanında geliştirilen “Gag (Öğürme) Şiddeti Derecelendirmesi” Dickinson tarafından 2001 yılında kullanılmıştır (14).

Şema 1. Gag (Öğürme) Şiddeti Derecelendirmesi

Şiddet derecesi	Gag Refleksi şiddet derecesinin tanımı ve özellikleri
Sınıf 1	Çok hafif, nadir, hasta tarafından kontrol edilebilir
Sınıf 2	Orta düzeyde, hasta diş ekibinin desteğine ihtiyaç duyar
Sınıf 3	Orta düzeyde, tutarlı ve tedavi seçeneklerini sınırlayıcı bir durumdur
Sınıf 4	Şiddetlidir ve tedavi imkansızdır
Sınıf 5	Çok şiddetli, hasta davranışlarını ve tedaviye katılımını etkiler ve diş tedavisi imkansızdır

Kaynak 14'ten alınmıştır.

Gag (öğürme) refleksi kontrolü tekniklerinin, muayene ve tedavinin tamamlanması yönünden değerlendirildiği, Dickinson tarafından muayene ve tedavi sonrası için geliştirilen “Gag (Öğürme) Önleme Sınıflaması” kullanılmaktadır (14).

Şema.2. Gag (Öğürme) Önleme Sınıflaması

Öğürme önleme derecesi	Tanımı
Sınıf 1 Gag aktivitesi durduruldu	Tedavi ve gag yönetimi yöntemleri tamamen başarı ile tamamlandı.
Sınıf 2 Kısmi kontrol	Tedavi mümkün oldu, ancak ara sıra gag aktivitesi meydana geldi
Sınıf 3 Kısmi kontrol	Tedavinin bir bölümü tamamlandı veya alternatif tedavi yapıldı. Gag riski düşük işlemler yapıldı. Gag sıklıkla meydana geldi.
Sınıf 4 Yetersiz kontrol	Tedavi mümkün olmadı. Bazı basit tedaviler gerçekleştirildi, Gag düzenli olarak meydana geldi
Sınıf 5 Kontrol yok	Gag refleksini kontrol etmede başarısızlık. Gag refleksi o kadar ağırdı ki, gag kontrol yöntemlerine rağmen basit tedavi bile imkansızdı, herhangi bir tedavi yapılamadı

Kaynak 14'ten alınmıştır.

Türkiye’de ise, diş hastalıkları alanında kullanılan “Gag Problemi Kısa Değerlendirme Anketi” Türkçe geçerlilik çalışması Akarslan ve Erten tarafından 2010 yılında yayımlanmıştır (37).

Gag Problemi Kısa Değerlendirme Anketi (GPA)

Aşağıdaki yazılı olan durumlarda öğürme/kusma refleksi için en yakın cevap sıklığı işaretlenecektir. Hastanın yapmadığı bir eylem olduğunda uygun değildir (UD) sıklığı işaretlenecektir (UD: uygun değil: 0 puan, Hiç: 1 puan, Bazen: 2 puan, Sıklıkla: 3 puan ve Her zaman: 4 puan olarak puanlanacaktır).

Çizelge 1. Gag Problemi Kısa Değerlendirme Anketi (GPA)

Değerlendirme Kriterleri	Hiç (1)	Bazen (2)	Sıklıkla (3)	Her zaman (4)	UD (5)
1-Dişlerinizi fırçalarken					
2-Hareketli protez takarken					
3-Diş hekimi koltuğunda sırtüstü uzanırken					
4-Aynayı ağızınızın önünde hissederken					
5-Aynayı ağızınızın içinde ön dişler bölgesinde hissederken					
6-Aynayı ağızınızın içinde hissederken					
7-Aynayı arka dişler arasında hissederken					
8-Üst çeneden ölçü aldırırken					
9-Alt çeneden ölçü aldırırken					
Değerlendirme (Skor hesaplama formülü: Elde edilen toplam puan/Cevaplanan soru sayısı) 1,00-1,74 puan arası: Skor 0 - Kusma refleksi yok 1,75-3,24 puan arası: Skor 1 - Profilaktik veya supresif önlemler ile dental işlemlerin tamamlanabildiği orta derecede kusma refleksi mevcut 3,25-4,00 puan arası: Skor 2 - Profilaktik veya supresif önlemlere rağmen dental işlemlerin yapılamadığı aşırı derecede kusma refleksi mevcut					

Kaynak 37’den alınmıştır.

2.4.4. Gag (Öğürme) Refleksi Etiyolojisi

Lokal ve Sistemik Bozukluğa Bağlı Faktörler

Sınırlı bir hava yolu, burun tıkanıklığı, postnazal akıntı, alerjik rinit, sinüzit, nazal polipler, oral, nazal ve faringeal mukozanın tıkanıklığı, gastrointestinal sistem

bozuklukları gag (ögürme) refleksi aktifliğini arttırır. Gastrointestinal sistem dışındaki bölgelerde şiddetli ağrılardan kaynaklanan parasempatik dürtüler, mide karsinomu, parsiyel gastrektomi, peptik ülserasyon, kolelityazis, diyafram hernisi ve kontrol edilemeyen diabet gag (ögürme) refleksi aktifliğinin etkileyen faktörler olarak kabul edilir (9, 11, 38).

Anatomik Faktörler

Anatomik anormallikler ve oro-faringeal hassasiyet, çok büyük bir dil veya küçük nazofarinksli olmak gibi fiziksel faktörler de gag (ögürme) refleksi aktifliği için hazırlayıcı faktörler olarak öne sürülmüştür (9, 11, 38).

Sosyal Faktörler

Ağır sigara içimi (Wright 1979), aşırı alkol tüketimi de gag (ögürme) refleksi aktifliğine neden olabilir (9, 11, 38).

Klasik Koşullanma

Klasik koşullandırma, orijinal olarak nötr bir uyarın belirli bir davranışsal tepki ile eşleştirildiğinde ortaya çıkar. Bir tıbbi aletin görülmesi, cerrahi korkusu veya aletlerin sesi gibi kötü uyarıcı uyarınlar bir gag (ögürme) refleksi aktifliği ile ilişkilendirilebilir. Bassi (2004)'e göre hasta, uyarını ögürme nedeni olarak geniş bir biçimde ilişkilendirmesi dolayısıyla şartlı bir ögürmeyi öğrenir (9).

Edimsel Koşullanma

Edimsel koşullanma, bir cevabın sonucunun, bireyin bu cevabı tekrar üretme olasılığını arttırır. Yaşanmış bir ögürme deneyimi tekrar aynı durumda ortaya çıkabilir. Schote (1959)'da düzenleyici edimsel koşullandırmayla bazı davranış kalıpları, dikkat ve sempati sağladıkları için güçlendirilebildiğini bildirmiştir (9).

İatrojenik Faktörler

Kötü klinik deneyim, genellikle gag (ögürme) refleksi aktif olmayan hastalarda gag (ögürme) refleksini aktifleştirebilir (9, 11).

2.5. GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ AKTİFLİĞİ KONTROLÜNDE KULLANILAN TEKNİKLER

2.5.1. Bilişsel ve Davranışçı Teknikler

Pozisyon Verme

Hastayı dik pozisyonda oturtmak başını hafifçe öne eğdirmek hastaların ağız içine herhangi bir akış olmasını önlemek, daha rahat hissetmelerini sağlar. Genellikle, bulantı ve kusma olasılığı için çene altına bir böbrek küvet yerleştirilerek hastaya verilir (12).

Temporal dokunma

Temporal dokunma, anksiyeteyi azaltmak için geleneksel Çin tıbbında kullanılan bir yeni davranış oluşturma tekniğidir. Hasta parmaklarını kullanarak temporal bölgeye dokunup yarım dairesel hareketle yukarı ve kulak hizasına ya da kulak memesine doğru sıvazlarken kendine veya dışarıya “bunu öğürmeden yapabilirsin” gibi olumlu bir öneriyle gag (öğürme) refleksini kontrol altına alabileceği %95’ten fazla oranda etkili olduğu söylenmiştir (Boitel, 1984). 2 tekrar veya 5 sn lik aralarla 10 tekrar yapması önerilir (12).

Dikkati başka yöne çekme

Dikkat dağıtmanın amacı, herhangi bir endişeli hastanın düşünceler veya izlenimler için dikkatini çekmektir. Kontrollü solunum ile birlikte kullanılabilir. Prosedürleri gösterirken kelimelerle teşvik etme, ayaklara dokunma, kaldırma, indirme şeklinde yaklaşımlarla dikkat dağıtılabılır (39). Dikkati başka yöne çekme tekniği olarak, hastanın dış koltuğundayken bir ayağını kaldırması ve kaslar yoruluncaya kadar pozisyonunu tutmasını istenmesi gag (öğürme) refleksi aktifliğini kontrol etmede kullanılan bir yöntemdir (36). Dikkati başka yöne çekme tekniği olarak, çocuk hastalarda gag (öğürme) refleksinin entelektüel renkli oyunu kullanılarak azaltılması da kullanılabilir (40).

Görüntüler ve sesler sağlayan sanal gerçeklik gözlükleri, muayene koltuğuna monteli televizyon da hasta yaş gruplarına göre ayarlanarak kullanılabilir (12).

Davranış Modelleme

Davranış Modelleme, yeni davranışların biçimlerinin geliştirilmesinde kullanılan bir tekniktir. İnsanlar birçok davranışı başkalarını gözlemleyerek ve taklit ederek öğrenir (Bandura 1971). Bu teknikte hasta, kontrollü bir çevrede davranışı modelleyen kişiyi izler. Daha sonra hasta bu modelleyen kişiyi taklit eder. Hasta tek başına uygulamadan önce, davranışı modelleyen kişi ve hasta, davranışı birlikte uyguladıkları (41).

Anksiyeteye bağlı gag (öğürme) refleksi aktifliği genelde öğrenilmiş bir cevaptır. Öğürmeyi tetikleyen tüm yıkıcı etkenlerden uzaklaştırılıp gag (öğürme) refleksi aktifliği yavaş yavaş söndürülür. Uzun dönem de kalıcı davranış değişikliği oluşturur. Relaksasyon, sistematik duyarsızlaştırma, dikkati başka yöne çekme teknikleriyle birlikte kullanılmalıdır (39).

Gevşeme ve relaksasyon

Gevşeme egzersizleri, vücudun gevşemesine yardımcı olan, parasempatik sinir sistemine geçişi kolaylaştıran ve fiziksel rahatlamayı sağlarken zihinsel rahatlamayı kolaylaştıran egzersizlerdir. 1920'li yıllarda ilk kez Edmund Jacobson tarafından keşfedilip 1960'lardan sonra Herbert Benson tarafından bilim alanına teknik olarak kazandırılmış olduğu bildirilmektedir. En yaygın kullanılan bedensel hareketler, solunum egzersizi, meditasyon, yoga, hayal kurma, masaj ve biofeedbacktir. Gevşeme egzersizlerinin ortak amacı stresin yol açtığı istenmeyen durumu tersine çevirmektir. Gevşeme egzersizleri sıklıkla stres ve anksiyeteye bağlı psikolojik ve fiziksel hastalıklarda başetme yöntemi olarak kullanılmaktadır (36, 38, 42).

Gevşeme tekniği gag (öğürme) refleksini azaltmak veya ortadan kaldırmak için kullanılabilir. Gag (öğürme) refleksini başlatacak düşüncüyü düzeltmeyi veya yok etmeyi sağlayabilir. Sakin bir ortamda belirli kas gruplarını gerip gevşeterek örneğin bacak kaslarını yukarı aşağı doğru hareketle çalıştırırken anksiyeteyi azaltmış olur (36, 38, 43).

Kontrollü Nefes

Gag (ögürme) refleksi aktifliği kontrolünde solunum kontrolü ve rahatlama temel gerekliliktir. Aşırı gag (ögürme) refleksinin nedeni çoğunlukla kaygı olduğu için, kontrollü nefes sadece rahatlama değil, gag (ögürme) refleksi aktifliğini de azaltır. Nefes yavaş ve derince alınıp derince verilmelidir (11, 12).

İngiltere Ulusal Doğum Vakfı (1958) tarafından kadınlara yönelik olarak geliştirilen ve doğum sırasında kullanılan kontrollü ritmik solunum yöntemi de gag (ögürme) refleksi aktifliğinin kontrolünde etkilidir (Hoad-Reddick,1986). Hastalar dikkatini odaklamak ve kendi kendine bir rahatlama biçimi üretmek için yavaş, derin nefes alma ve derin nefes verme tekniğini kullanılır. Bu teknik, dövüş sanatları, yoga ve meditasyon okullarında öğretilen gevşeme nefes alıştırmalarında da kullanılan diyafram nefes yöntemiyle aynı yöntemdir (11, 12, 43, 44).

Yutma ve nefes alma aynı anda mümkün olmadığından nefes alırken yemek borusunun kapanmasıyla nefes kontrolü bir valf mekanizması gibi çalışır, nefes kontrollü bir şekilde kullanılırsa kesik kesik verme gibi bir teknikle gag (ögürme) refleksi aktifliğini kontrol etmiş olur (Barsby M, 1997)(38).

Sistematik Duyarsızlaştırma ve Yeniden Eğitime

Sistematik duyarsızlaştırma, özellikli bir uyarana karşı, kaçınma davranışını azaltmak amacıyla uygulanan bir teknik olup bireyi tehdit eden uyarana karşı oluşturulan davranışı değiştirmek için kullanılır (41).

Teknik, hastayı gag (ögürme) refleksini aktifleştirebilecek çeşitli uyarılara maruz bırakmayı içerir. Uyarıların kullanım süresi ve sıklığı yavaşça arttırılmakta, böylece hastanın rahatsızlık veya panik duygusu ile başa çıkabilmek için baş etme stratejilerini yavaşça geliştirmesine izin vermektedir. Hastaya diş fırçalama, ağızda boncuk, düğme tutma, diş aynası, radyografik film paketi, diş fırçası, gargara, kaşık veya tahta bir spatula şeklinde bir süre yerleştirilecek bir nesne verilir (Singer J.L., 1973; Ramsay ve ark, 1987; Neumann ve McCarthy, 2001). Hastanın kendi parmaklarıyla yumuşak damakta masaj yapması, bazı diş malzemelerinin eve götürülüp tekrar tekrar maruziyeti denemesi de kullanılan sistematik duyarsızlaştırma tekniğidir (Appleby and Day, 1956) (9, 12, 38).

Bilişsel Terapi

Temel olumsuz düşünceyi öğrenme süreciyle çürütmeyi amaçlar. Akla uygun olmayan inançları daha doğru ve faydalı olanlarla değiştirmektir. Örneğin: bir hastada, boğulma hissi ile ilgili diş uygulamasında edindiğinde, psikoterapist bu fikri rasyonelleştirmeye yönelik çalışır (38, 39).

2.5.2. Farmakolojik Teknikler

Gag (öğürme) refleksi aktifliğini kontrol etmek için kullanılan ilaçlar sınıflandırılabilir. Periferik ve merkezi sinir sistemi etkili ilaçlar olarak tanımlanabilir. Periferik etkili ilaçlar topikal ve lokal etkili anesteziiklerdir. Bu ilaçların mekanizması afferent duyarlı oral dokularda kalımıyla gag (öğürme) refleksini ortadan kaldırmakla olur. Antihistaminik grubu merkezi etkili ilaçlardan yatıştırıcılar, sedatifler, parasempatik ve merkezi sinir sistem depresanları kullanılır. Farmakolojik yöntemler kronik ve aşırı gag (öğürme) refleksi aktifliğinde sadece kısa vadeli çözümler sunar (39).

Lokal anestezi uygulaması gag (öğürme) refleksi aktifliği kontrolünde tartışmalıdır. Spreyler, jeller, pastiller, ağız içinde uygulanabilir (38).

Bunların dışında Webb (1967), Means, C. R. ve Flenniken (1970), Watt ve MacGregor (1986) gag (öğürme) refleksi aktifliğinde infiltratif lokal anesteziyi savunmuşlardır. Krol (1963) psikojenik gag (öğürme) refleksi aktifliğinde genel anesteziyi savunmuştur (36, 38, 43, 44).

Bilinçli sedasyon teknikleri, azot oksit inhalasyon sedasyonu, intravenöz sedasyon, midazolam ve propofol gag (öğürme) refleksi aktifliğini önlemek için kullanılmıştır. Gag (öğürme) refleksi aktifliği önleme teknikleri başarısız olduğu durumlarda farmakolojik yöntemler son çare olarak kullanılması gerektiği bildirilmiştir (39, 43, 44).

2.5.3. Tamamlayıcı Terapiler

Gag (öğürme) refleksi aktifliğinde kullanılacak tamamlayıcı terapiler arasında akupunktur, akupressur, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyon (TENS) ve hipnoz terapisi bulunur (13, 43).

Akupunktur

Akupunktur, latince (acus+punctura) iğne batırma, delme kelimelerinden oluşmaktadır. Türkçe’de “iğnelemek” şeklinde tanımlanabilir. Geleneksel Çin tıbbında, vücutta meridyen adı verilen kanallarda dolaşan yaşam enerjisi Ki (Qi) akışındaki bozuklukların hastalıklara neden olduğu varsayılmaktadır. Akupunkturda amaç, vücuttaki meridyenler üzerindeki belli noktalara iğne batırarak, bozulan enerji akışının düzeltilmesidir. Akupunkturda istenilen sonuca ulaşmak, cildin uyarılacağı noktaların bilinmesi ve doğru şekilde iğne batırmakla sağlanır. İnsan vücudunun kendi kendini onarım gücünün kullanıldığı, vücudumuzda bu gücü harekete geçiren belli uyarı noktalarına “akupunktur noktaları” denir. Akupunktur yöntemi ile bu kanallarda meydana gelen enerji dolaşımı blokajını ortadan kaldırılarak dengeyi sağlamak, dolayısıyla da hastalığı tedavi etmek amaçlanır (44, 45, 46, 47).

Akupunkturun yan etkisinin olmaması en önemli avantajıdır. Bazen birincil tedavi olarak bazen de tamamlayıcı tedavi olarak uygulanmaktadır. İğnelerin ucuna elektrik akımı verilerek yapılan akupunktura elektroakupunktur denir. Benzer sayılan TENS (elektroterapi) de fizik tedavi alanında birkaç yüz yıldır uygulanmaktadır. Yeni yaklaşım olarak Lazer akupunktur yöntemi de kullanılan bir yöntemdir. Uygulama tekniği açısından günümüzde elektroakupunktur, lazer, infrared ve moxa uygulamaları yapılıyor olsa da, yapılan araştırmalar kuru iğne uygulamasına karşı bu yöntemlerin belirgin bir üstünlüğünün olmadığını göstermektedir (45). Avrupa ülkesi, ABD’nin 47 eyaleti ve Kanada’da 90 kadar üniversitede kürsüleri bulunmaktadır. Başta Almanya ve Avusturya olmak üzere bazı ülkelerde sağlık sigorta kurumlarınca da ödenmektedir (46).

Akupunkturun etkileri analjezik, homeostatik, otoimmün, sedatif, psikolojik ve motor fonksiyonları iyileştirici etki olarak sıralanabilir (47).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1979 yılında akupunkturun bilimsel bir tedavi yöntemi olduğunu kabul edilmiş, ülkemizde ise 1999 yılından beri uygulanmaktadır (47). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999 yılında akupunktur temel eğitim ve güvenlik kurallarını tanımlayan bir rehber (48), 2007 yılında ise uluslararası standart terminolojileri kılavuzu yayımlanmıştır (49). Akupunktur ile tedavi edilebilen kanıta dayalı uygulamalar ve yayınlar devam etmektedir (50).

Kulak akupunkturu, lazer akupunktur, akupunktur gag (ögürme) refleksi aktifliği kontrolünde kullanılan tekniktir. Kulak akupunkturunda TB-21, lazer akupunkturunda CV-24, akupunkturda P-6 noktasıyla ögürme kontrolü sağlandığı bildirilmiştir (35).

Akupressur

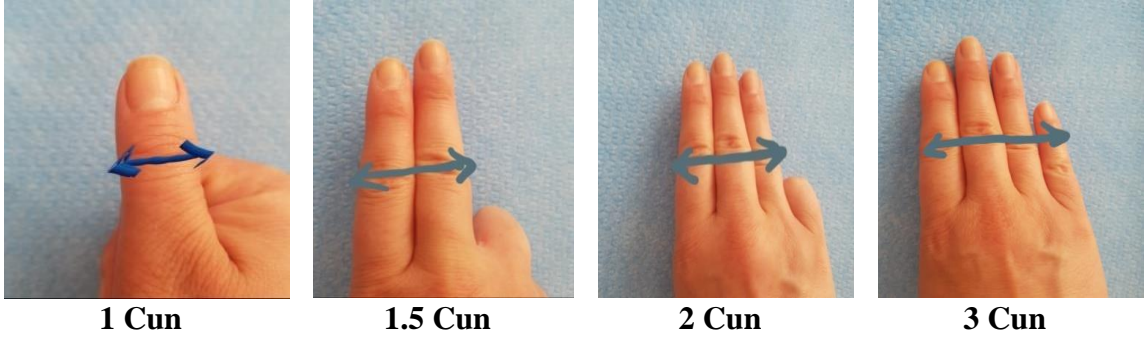
Akupressur, geleneksel çin tıbbında iğnesiz akupunktur veya shiatsu adıyla japon geleneğinde de uygulanan bir masaj tekniğidir. Akupunktur noktalarını baz alarak vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerine başparmak veya parmaklarla basınç uygulanarak yapılır. Bir başka deyişle, hastalıkların tedavisi için, Ki (Qi) yaşam enerjisindeki bozulan akımın meridyen denilen kanallar üzerindeki belli noktalarına basınçuygulanarak düzeltilmeye çalışılmasıdır. Akupressur uygulamasının tarihi akupunktur tarihi kadar eskidir. 5000 yıllık geçmişi olduğuna dair tarihi kanıtlar bulunmaktadır.

Uygur Türklerinin de akupunktur ve akupressuru uyguladığına dair kanıtlar bulunduğu söylenmektedir (51, 52).

Öğrenilmesi, uygulaması kolay ve ulaşılabilen noktalarda kendi kendine bile uygulanabilen bir terapi tekniğidir. İğne, kullanmayı gerektirmeyen acısız, ağrısız, zahmetsiz, güvenli, etkili, ekonomik ve yan etkisi olmayan bir tedavi yöntemidir. Aynı hastalık için birkaç noktayabirden masaj yapmak daha olumlu bir etki oluşturur (52).

Akupressur'un etki mekanizmaları 1960'lardan sonra çeşitli çalışmalarla yine akupunkturdaki gibi analjezik etki, homeostatik etki, otoimmün etki, sedatif etki, psikolojik etki ve motor fonksiyonları iyileştirici etki olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün akupunktur için yayımladığı hastalıkların tedavisinde akupressur uygulaması da kullanılabilir. Akupressur uygulamasında akupunkturda kullanılan meridyen atlası kullanılır (46, 47). Geleneksel çin tıbbında kullanılan 14 meridyen ve 365 akupunktur noktası bulunur (46, 53). Akupunktur noktalarını bulmada kullanılan birime "cun" denir. Geleneksel olarak akupunktur noktaları üç yöntem ile bulunur. Bunlar; doğrudan yöntem (parmak cun ölçüsü), orantısal (proporsiyonel) yöntem (kemik cun) ve parmak genişliği yöntemi'dir. Ölçüm sırasında kişilerin kendi parmak ölçüleri kullanılır (46).

Resim 3. Akupunktur Ölçü Birimleri

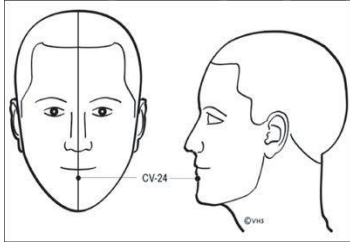
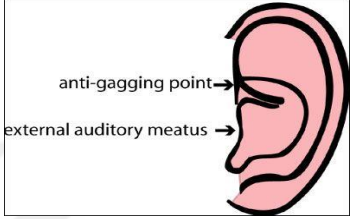
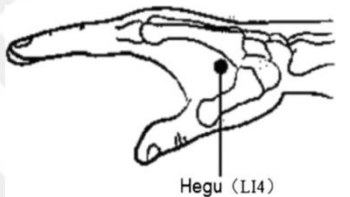




Kaynak 46 'dan uyarlanmıştır.

Akupressur uygulamasında, yin ve yang aktivasyonları arasındaki akışın düzenlenmesi söz konusudur. Yin vücutta sakinleşme ve dinlenmeyi sağlarken, yang aktivasyon ve transformasyondan sorumludur. Yin'in yetersiz olduğu durumlarda akupressur uyarımı ile Qi akımı yavaşlatılarak gag (öğürme) refleksi kontrol edilebilir hale gelebilir. Gag (öğürme) refleksi kontrolünde duyarlı akupressur noktaları (Şema 3) belirlenmiştir (53).

Gag (öğürme) refleksi aktifliği kontrolüyle ilgili avuç içi el basınç cihazıyla yapılan bir araştırmada, kadınların gag (öğürme) refleksi aktifliğinin daha yüksek olduğu ve velofarengeal duvardaki hassasiyetin el basınç cihazına daha fazla yanıt verdiği bildirilmiştir (54).

Şema 3. Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Akupunktur Noktaları Kılavuzu

AKUPUNKTUR NOKTA ADI	YERİ	ŞEMA
Chengjiang	CV-24	
Er men	TB-21	
Hegu	Li-4	
Lao gong	P 8/PC-8	
Neiguan / Neikuan	P-6 / PC-6	

Kaynak 53 'ten alınmıştır.

TENS (Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı)

Akut ve kronik ağrıda, yara iyileşmesinde, osteoartrit, demans gibi birçok hastalığın tedavisinde kullanılan transkutanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS) güvenli,

girişimsel olmayan elektroterapi yöntemlerinden biridir. Batıda ve gelişmiş ülkelerde hemşireler, fizyoterapistler ve hekimler tarafından yaygın kullanıma sahip olan TENS taşınabilir, kullanımı kolay, maliyeti ucuz, basit bir eğitimle evde bile uygulanabilen bir terapi yöntemidir. Hemşirelik alanında, ülkemizde de ağrıya yönelik TENS uygulamasını etkinliği ile ilgili araştırmalar bulunmaktadır (55, 56, 57).

Gag (öğürme) refleksi kontrolünde kullanılmak üzere cihaz ve uygulama yöntemi geliştirildiği bilinmektedir (58).

Hipnoz ve Hipnoterapi

Hipnoz kelimesi Yunan mitolojisindeki uyku tanrıçası Hypnose'den gelmektedir. M.Ö. 5000'li yıllarda eski Mısır'da hipnozdan söz edilmektedir. Tarih boyunca Mısır, Hindistan ve Çin'deki rahip ya da şamanlar tarafından merak edilmiş, Hipokrat, Newton, Charcot, Babinski, Pavlov, Freud ve Erikson gibi bilim insanları tarafından da araştırılmaya devam edilmiştir. Ülkemizde, 1951 yılında D. Watson'un Diş alanında eğitimler vermesiyle başlayan hipnoz uygulamaları 1991 yılında tıbbi hipnoz derneğinin kurulmasıyla devam etmektedir (59).

Amerikan Psikoloji Derneği (APA) hipnozun tanımını "hasta ya da mağdur kişinin duygular, algılar, düşünceler ya da davranış değişiklikleri yaşamasının telkin edildiği işlemdir" olarak bildirmiştir. Hipnoz sırasında bilinç yok olmaz, varlığını sürdürmeye devam eder. Uyku hali değil, belirlenen amaca odaklanmış uyanıklık halidir. Hipnoz beynin alfa ve teta aralığında yaşanan, herşeyin bilincinde, yoğun bir konsantrasyon ve derin bir gevşeme halidir. Hipnoz, sağ beyin hemisferi aktivitesi ile ilgilidir. Hipnoz sırasında ve sonrasında, objektif EEG bulguları değişimi görülmektedir. Hipnoz sırasında hastada telkinler sayesinde, semptomlar baskılanabilir, stres faktörü azaltılabilir, yeni alışkanlıklar kazandırılabilir (59, 60).

Gag (öğürme) refleksi kontrolünde hipnoterapi, hipnoz ve akupunkturun birlikte kullanıldığı hipnopunktur yöntemi kullanılmaktadır (61, 62).

Dünya Sağlık Örgütü, 2013 yılında yayınladığı Geleneksel Tıp Stratejisi Bildirisi'nde 2014-2023 hedeflerini açıklamıştır. Bu bildiriye göre; herkes için sağlık kapsamında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili küresel boyutta kanıt temelli çalışmalar ya da araştırmalar yapılmasına, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık

profesyonelleri tarafından bu yöntemlerin kullanılmasına, üniversitelerde eğitim programları oluşturulmasına, ülkelerde bu konuya bütçe ayrılmasına ve yeni sağlık politikalarında yer almasına destek verdiğini açıklamıştır (63).

2.5.4. Diğer Teknikler

Ağıza buz koyma, soğuk su ile gargara (Means ve Flenniken, 1970), yanak mukozasına tuz sürme, azot oksit sürme gag (öğürme) refleksi kontrol tekniği olarak önerilmektedir (12, 64, 65).

Literatürde gag (öğürme) refleksi aktifliği kontrolüne ilişkin deneysel araştırmalar sınırlı olmakla birlikte, “videolaringoskopi sırasındaki gag (öğürme) refleksi aktifliği kontrolü”ne yönelik araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılan bir araştırmada ise KBB ve beyin cerrahi alanında da araştırma yapılması önerilmektedir (54). Bir başka araştırmada ise gag (öğürme) refleksi kontrolü için kullanılan tekniklerin hemşirelerin sorumluluğunda olduğu bildirilmiştir (12). Bu araştırma, gag (öğürme) refleksi aktif bireylere işlem öncesi eğitim kapsamında sırasıyla, tamamlayıcı terapi tekniklerinden akupressur/shiatsu, pozisyon verme, bilişsel davranışçı davranış modelleme yöntemi olan video gösterimi ve eğitimin karşılıklı uygulaması 3 kez tekrar etme yöntemi kullanılarak bir eğitim uygulaması oluşturulmuş, videolaringoskopi öncesi verilen eğitimin gag (öğürme) refleksi aktifliğinin kontrolü üzerine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, gag (öğürme) refleksi aktif olan hastalarda VLS muayenesi öncesi verilen eğitimin gag (öğürme) refleksi kontrolü üzerine etkisini inceleyen, deneysel, basit randomize kontrollü bir çalışmadır.

H0: Gag (öğürme) refleksi aktif bireylere videolaringoskopi öncesi verilen eğitim gag (öğürme) refleksi kontrolünde etkili değildir.

H1: Gag (öğürme) refleksi aktif bireylere videolaringoskopi öncesi verilen eğitim gag (öğürme) refleksi kontrolünde etkilidir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 26 Temmuz 2017-30 Mart 2018 tarihleri arasında, Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi ve NP Beyin Hastanesi KBB polikliniklerinde yapılmıştır. Her iki poliklinikte de birer VLS cihazı, 1 hemşire gözlem odası, 2 KBB hekimi ve 1 hemşire bulunmaktadır. Poliklinikler 09:00-18:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Videolaringoskopi gerektiren hastalar KBB hekimleri tarafından anamneze göre belirlenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, 26 Temmuz 2017 - 30 Mart 2018 tarihleri arasında Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi ve Np Beyin Hastanesi KBB polikliniğine VLS muayenesi için başvuran hastalar (N=363) oluşturdu. Örneklem sayısı, 2016-2017 yılları arasında VLS muayenesi için polikliniğe başvuru yapan hastaların (N=276) verilerine göre hesaplandı. Çalışılacak örneklem sayısı %90 güçlülükle %95'lik güvenilirlik aralığında %5 hata payı ile *PS Power Sample Size Calculations Version 3.0 january 2009* istatistiki analiz yöntemiyle 32 deney grubu, 32 kontrol grubu olarak belirlendi. Veri kaybı olasılığı göz önünde bulundurularak 35 deney grubu, 35 kontrol grubu olarak oluşturuldu, çalışmada veri kaybı olmadı.

VLS için başvuran ve gag (öğürme) refleksi aktif gönüllülerden dahil edilme kriterlerinin sağlayan, her ayın 1. ve 3. haftası başvuranlar eğitim verilen deney grubunu

(n=35), 2. ve 4. haftası başvurular eğitim verilmeyen kontrol grubunu (n=35) oluşturarak basit rastgele randomizasyon sağlandı.

Örneklem Seçim Kriterleri

1.18-75 yaş arasında olan (75 yaş sonrası reflekslerin zayıflaması ve 18 yaşından küçüklerin veli izni alınması gerektiğinden),

2.En az ilkokul mezunu olan (katılımcıların eğitim formu okumaları gerektiğinden),

3.Gag (öğürme) refleksi aktif olan,

4.Muayeneye geldiği sırada aktif boğaz enfeksiyonu olmayan (refleksin aktifliğinde yalancı pozitiflik oluşturacağından),

5.Psikolojik tedavi almayan (eğitimi anlama, koşullama ve kooperasyon sorunu olabileceğinden),

6.Gebe olmayan (öğürme aktifliği değişkenlik gösterebileceğinden),

7.Terminal dönemde olmayan,

8.Demens, Alzheimer, oryantasyon bozukluğu, mental durumla ilgili sorunu olmayan, (eğitimin anlaşılması yönünden),

9.Çalışmaya katılmayı kabul eden,

10.Boğaz bölgesinde nörolojik hasar hikayesi olmayan (geçirilmiş felç ya da travma öğürme aktifliğini etkileyeceğinden),

11.Beş duyu sorunu olmayan (örneğin, işitme veya görme sorunu eğitimin tamamlanmasına engel teşkil edebileceğinden),

12.VLS gerektiren muayene başvurusundaki hastalardan oluşturuldu.

Örneklem Dışlama Kriterleri

1. Okur-yazar olmayan,

2. Muayeneye geldiği sırada boğaz enfeksiyonu olan,

3.Öğürmesi aktif olmayan,

4.Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırma dışı bırakılmıştır.

Yöntem

Hasta eğitimi için hemşirelik sürecine göre veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları oluşturuldu:

1.Veri Toplama: Örneklemin tamamına bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldı (Ek 1, 2), muayene öncesi gag (öğürme) refleksi aktifliği tanılama formu (Ek 3) dolduruldu. Gag (öğürme) refleksi aktifliği testi dil basacağı ile teyit edildi, sosyodemografik veri formu dolduruldu (Ek 4). Örneklemin tamamının öğürmenin kontrol edilmesine yönelik bilgi durumu değerlendirildi.

2.Tanılama: “Bilgi eksikliği” Örneklemin tamamı öğürmenin çeşitli tekniklerle kontrol edilebilen bir vücut mekanizması olduğunu bilmiyordu.

3.Planlama: Eğitim verilen deney grubuna videolarenoskopi muayenesi ve gag (öğürme) refleksi kontrolünü anlatan form hazırlandı (Ek 5). Literatürlerde yapılan deneysel çalışmalar doğrultusunda, gag (öğürme) refleksi kontrolü ile ilgili tekniklerden 5 tanesinin birlikte kullanıldığı basamaklı bir eğitim planlandı (12, 14, 38, 39, 53, 54, 62). Eğitim verilmeyen kontrol grubuna rutin bilgilendirme yapılması planlandı. Rutin bilgilendirmede “Şimdi bu kameralı aletle boğazınızın göremediğimiz aşağı kısmının nasıl çalıştığını hep birlikte ekranda göreceğiz” cümlesi söylenmesi planlandı. Eğitim basamakları olarak literatür doğrultusunda gag (öğürme) refleksi kontrolü tekniklerinden 5 tanesi birlikte kullanılacak şekilde planlandı.

4.Uygulama: Eğitim/Deney grubuna sırasıyla aşağıdaki adımlar uygulandı;

1.Basamak-Tamamlayıcı terapi tekniği (akupressur): Eğitim süresince ve sonrasında muayene bitene kadar, kronometre tutularak, en az 10 dk. boyunca hastanın kendi başparmağıyla akupressur yöntemi kullanılarak avuç içi la-gong PC 8/P-8 meridyen noktasına bası uygulaması sağlandı. Hastalar bası gücünü ağrı duyusu olmayacak şekilde kendileri ayarladı (53, 54).

2.Basamak-İşlem hakkında bilgilendirme: Muayene girişimi ve öğürme kontrolü hakkında bilgilendirme yapıldı. Hastaya muayenenin önemi, öğürmenin kontrol edilebilir bir davranış olduğu, muayene sırasında gerçekleşecek akış ve bu akışı yönetme stratejisi, eğitimin basamaklarını içeren eğitim formu (Ek 5) okutturuldu ve hastanın soruları yanıtlandı (12, 14, 38, 39, 53, 54, 62).

3.Basamak-Pozisyon verme: Muayene pozisyonu, omuzlar dik ve geride, baş hafif öne eğik, eller arkada bel çukurunda, dil ağız boşluğunun dışında olacak şekilde karşılıklı uygulayarak gösterildi. Muayene bu pozisyonda gerçekleştirildi (12).

4.Basamak-Nefes kontrolü: Derin diyafram nefesi alıp muayene sırasında dil dışarda köpek nefesi şeklinde kesik kesik dışarı verme olarak uygulama karşılıklı uygulayarak gösterildi (12, 38, 43, 44).

5.Basamak-Davranışçı teknik (davranış modelleme-yeniden eğitilme): Muayenenin kısa videosu izletildi. Hastayla birlikte pozisyon, nefes tekniği üç kez tekrarlandı. Hastanın akupressur uygulamasını eğitim boyunca hiç aralıksız sürdürmesi sağlandı. Eğitim süresince kronometre tutularak en az 10 dk. süre ile akupressur uygulandı, muayene süresince de akupressur devam edilirken kronometre tutularak muayenenin ne kadar sürdüğü belirlendi (41, 53, 54, 63).

Kontrol grubuna ise, sadece rutin bilgilendirme “Şimdi bu kameralı aletle boğazınızın göremediğimiz aşağı kısmının nasıl çalıştığını hep birlikte ekranda göreceğiz” şeklinde açıklama yapıldı.

5.Değerlendirme: Örneklemin tamamına muayene sonrası değerlendirme formu dolduruldu (Ek 6). Eğitimin etkinliği istatistiki olarak analiz edildi (18, 19).

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada, Gag (öğürme) refleksi aktifliği tanılama formu, sosyodemografik veri toplama formu, videolarengoskopik muayene ve gag (öğürme) refleksi kontrolü eğitim rehberi, muayene sonrası değerlendirme formu kullanılmıştır (Ek 3, 4, 5, 6). Literatürde daha önce yapılmış bir form bulunmadığından uzman görüşleri doğrultusunda form hazırlanmıştır. Hazırlanan formlar anlaşılabilirliği ve etkinliği yönünden 5 hastada denenmiştir. Veri toplama işlemi ve eğitim 10 dk. sürmüştür.

Gag (Öğürme) Refleksi Aktifliği Tanılama Formu: Bu form, ilgili literatür bilgisi dikkate alınarak, KBB uzmanları ve uzman psikolog görüşleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlandı. Gag (öğürme) refleksi aktifliğini tanımlamak için;

1.1-1.9 sorular kategorik cevaplı (Hayır/Evet) formdur (8, 9, 11, 37) (Ek 3).

2.Gag (öğürme) refleksi aktifliği testi uvula ve dilin arkasına dokunarak (Aktif/Aktif değil) olacak şekilde doldurulmuştur (8, 10).

Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Bu formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik özellikler, sigara kullanım durumu, reflü şikayetleri, iritan maruziyeti, daha önceki videolaringoskopi deneyimigibi sosyolojik özellikleri sorgulayan 9 sorudan oluşan kategorik (Hayır/Evet) cevaplı bir formdur (9) (Ek 4).

Videolaringoskopi Muayenesi ve Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Eğitim Rehberi: Videolaringoskopi muayenesinin aşamalarını anlatan, Gag (öğürme) refleksini kontrol etmeyi kolaylaştıran bilgilerin yer aldığı, hastanın yüzüne okunan formdur (12, 14, 38, 39, 53, 54, 62) (Ek 5).

Muayene Sonrası Değerlendirme Formu: Muayene süresini, hasta yönünden kolay “3”, orta “2”, zor “1” ve çok zor “0” şeklinde puan verilen ve muayene kolaylık düzeyini belirten, hastanede kalım süresi, muayene sırasında “gag (öğürme) refleksinin değerlendirildiği”;

-Öğürme olmaması,

-Öğürme kontrolünde güçlük, fakat beklenen sürede muayenenin tamamlanması,

-Öğürme kontrolünde güçlük, muayenenin beklenen süreden uzun zamanda tamamlanması,

-Muayenenin gerçekleşmeyip farmakolojik yöntemle başvurulması şeklinde belirtilmiş formdur (14) (Ek 6).

KBB alanına uygun mevcut form olmadığından, KBB uzman görüşleri doğrultusunda dış alanında kullanılan formlar baz alınarak, alana özgü hazırlanmıştır (14, 37).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Gag (öğürme) refleksi aktif hastaların, gag (öğürme) refleksi kontrolü bağımlı değişkendir.

Bağımsız Değişken: Hastalara verilecek videolarenoskopi ve gag (öğürme) refleksi kontrolü eğitimi bağımsız değişkendir.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences 21,0 Base c42xxxxxxxxx893b) programı kullanılarak analiz edildi. VLS ve gag (öğürme) refleksi kontrolü eğitimi verilen deney grubu ile bu eğitim verilmeyen kontrol grubu karşılaştırıldı. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, frekans, oran) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kolmogorov-Smirnov testi ile değişkenlerin normal dağılım göstermediği tespit edildi. Normal dağılmayan değişkenler için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma yapıldığı NP Feneryolu Tıp Merkezi ve NP Beyin Hastanesi KBB polikliniğine başvuran, videolarenoskopi muayenesi olan, gag (öğürme) refleksi aktif, dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalarla ve araştırma için belirlenen süre ile sınırlıdır. Gag (öğürme) refleksi aktifliği tanılama ve gag (öğürme) refleksi kontrolü değerlendirme ile ilgili multidisipliner alanda kullanılabilen bir ölçek ya da anket formunun olmaması sınırlılıklar arasındadır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-7) ve kurum onayları (Ek-8) alınmıştır. Etik kurul onayı ve kurum onayı sonrasında, araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmış ve çalışma öncesinde yazılı onamları alınmıştır (Ek 1, 2).

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular 7 ana başlık altında incelenmiştir. İncelemede, tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması, öğürme refleksi aktifliği tanılama, muayene sonrası değerlendirme, verilen videolarenoskopisi ve gag (öğürme) refleksi kontrolü eğitiminin etkinliği, muayene süresi, sağlık kuruluşunda kalım süresi, tanıtıcı özelliklerin deney grubunda gag (öğürme) refleksi kontrolü üzerine etkisi yönünden elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırmaya deney grubu (eğitim verilen) 35, kontrol grubu (eğitim verilmeyip rutin bilgilendirme yapılan) 35 gönüllü katılmıştır.

Araştırmada, Kolmogorov-Smirnov testi, ki kare testi, independent samples t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov testi ile normal dağılım göstermediği tespit edildi.

1. Deney ve Kontrol Grubuna Ait Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

2. Deney ve Kontrol Grubunun Gag (Öğürme) Refleksi Aktifliği Tanılama Verilerinin Karşılaştırılması

3. Videolarenoskopisi Öncesi Verilen Eğitimin Deney ve Kontrol Grubunda Muayene Sonrası Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

4. Deney ve Kontrol Grubunda Muayene Sırasındaki Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolünün Hasta Yönünden Muayene Kolaylık Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması

5. Deney ve Kontrol Grubunun Muayene Süreleri, Sağlık Kuruluşunda Kalım Sürelerinin Karşılaştırılması

6. Tanıtıcı Özelliklerin Deney Grubunda Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Üzerine Etkisi

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubuna Ait Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu n=35		Kontrol Grubu n=35		Toplam n=70		χ^2	p
	n	%	N	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	20	57,1	19	54,3	39	55,7	0,05	0,81
Erkek	15	42,9	16	45,7	31	44,3		
Eğitim Durumu								
Lisansüstü	9	25,7	6	17,1	15	21,4	4,18	0,24
Ön Lisans/Lisans	17	48,6	12	34,3	29	41,5		
Ortaöğretim/Lise	6	17,1	13	37,2	19	27,1		
İlkokul	3	8,6	4	11,4	7	10,0		
Sigara Kullanma Durumu								
Kullanmıyor	22	62,9	18	20,0	40	57,1	1,00	0,60
Kullanıyor	7	20,0	10	28,6	17	24,3		
Bırakmış	6	17,1	7	20,0	13	18,6		
Boğaz İrritanlarına Maruziyet								
Hayır	27	77,1	27	77,1				
Evet	8	22,9	8	22,9				
Boğaza Acı Sıvı Gelme Hissi								
Hayır	10	28,6	16	45,7	26	37,1	2,20	0,13
Evet	25	71,4	19	54,3	44	62,9		
Reflü Tanısı Alma Durumu								
Hayır	16	45,7	22	62,9	38	54,3	2,07	0,15
Evet	19	54,3	13	37,1	32	45,7		
Önceki VLS Deneyimi								
Hayır	19	54,3	14	40,0	33	47,1	1,43	0,23
Evet	16	45,7	21	60,0	37	52,9		

Ki kare testi; $p>0,05$)

	Min-max	\bar{x}	$\pm SD$	Min-max	\bar{x}	$\pm SD$
Yaş	20-61	37,03	12,44	18-60	38,6	11,06

Independent samples t testi ($p>0,05$)

Deney grubu hastalarının 20'si (%57,1) kadın, 15'i (%42,9) erkek; kontrol grubu hastalarının ise 19'u kadın (%54,3), 16'sı (%45,7) ise erkektir. Deney grubu hastalarının 9'u (%25,7) lisansüstü, 17'si (%48,6) ön lisans/lisans, 6'sı (%17,1) ortaöğretim/lise, 3'ü (%8,6) ise ilkokul mezunudur. Kontrol grubu hastalarının ise 6'sı (%17,1) lisansüstü, 12'si (%34,3) ön lisans/lisans, 13'ü (%37,1) ortaöğretim/lise ve 4'ü (%11,4) ise ilkokul

mezunudur. Deney grubu hastalarının 22'si (%62,9) sigara kullanmıyor, 7'si (%20) kullanıyor ve 6'sı (%17,1) bırakmış; kontrol grubu hastalarının ise 18'i (%51,4) kullanmıyor, 10'u (%28,6) kullanıyor ve 7'si (%20) bırakmış olduğu tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubu hastalarının 27'si (%77,1) boğaz iritanlarına maruz kalmamış iken 8'i (%22,9) maruz kalmış olduğu tespit edilmiştir. Maruziyetler eşit olduğundan frekans ve yüzde değerleri verilmiştir. Deney grubu hastalarının 10'u (%28,6) zaman zaman boğazına acı sıvı geldiği hissi duymaz iken, 25'i (%71,4) bu hissi duymaktadır; kontrol grubu hastalarının ise 16'sı (%45,7) zaman zaman boğazına acı sıvı geldiği hissi duymazken 19'u (%54,3) bu hissi duymaktadır. Deney grubu hastalarının 16'sı (%45,7) reflü tanısı almamıştır, 19'u (%54,3) ise reflü tanısı almıştır. Kontrol grubu hastalarının ise 22'si (%62,9) reflü tanısı almamış iken 13'ü (%37,1) reflü tanısı almıştır. Deney grubu hastalarının 19'u (%54,3) VLS deneyimi yaşamamış iken 16'sı (%45,7) VLS deneyimi yaşamıştır. Kontrol grubu hastalarının ise 14'ünün (%40) VLS deneyimi yaşamamış iken 21'isi (%60) VLS deneyimi yaşamıştır. Deney grubundaki VLS deneyimi yaşayan 16 hastanın tamamı öğürme ile ilgili zorluk yaşamış iken, kontrol grubundaki VLS deneyimi yaşayan 21 hastanın 17'si (%80,95) öğürme ile ilgili zorluk yaşarken 4'ü (%19,04) yaşamamıştır. Deney ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellik yönünden anlamlı bir fark yoktur (Tablo 1). Deney ve kontrol grubu sosyodemografik özellikler yönünden homojendir ($p>0,05$).

Deney grubu hastaların yaş ortalaması $37,03\pm 12,44$, kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması ise $38,06\pm 11,06$ 'dır. Deney ve kontrol gruplarının yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur, gruplar homojendir. Yaş dağılımı normal dağılmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubunun Gag (Öğürme) Refleksi Aktifliği Tanılama Verilerinin Karşılaştırılması

Gag (Öğürme) Refleksi Aktifliğinin Başlatan Durumlar	Deney Grubu n=35		Kontrol Grubu n=35		Toplam n=70			
	N	%	N	%	n	%	χ^2	p
Diş Fırçalama								
Hayır	13	37,1	10	28,6	23	32,9	0,58	0,44
Evet	22	62,9	25	71,4	47	67,1		
Diş Muayenesi/Çekimi								
Hayır	12	34,3	16	45,7	28	40,0	0,95	0,32
Evet	23	65,7	19	54,3	42	60,0		
Boğaz Muayenesi								
Hayır	1	2,9	3	8,6	4	5,7	1,06	0,30
Evet	34	97,1	32	91,4	66	94,3		
Ağızınıza Yabancı Cisim Girdiğini Hissettiğinizde								
Hayır	5	14,3	7	20,0	12	17,1	0,40	0,52
Evet	30	85,7	28	80,0	58	82,9		
Tablet veya Şurup İçerken								
Hayır	18	51,4	25	71,4	43	61,4	2,95	0,08
Evet	17	48,6	10	28,6	27	38,6		
Aynada Ağızınıza Bakarken								
Hayır	31	88,6	32	91,4	63	90,0	0,15	0,69
Evet	4	11,4	3	8,6	7	10,0		
Yanınızda Kusan ya da Öğüren Biri Olduğunda								
Hayır	9	25,7	14	40,0	23	32,9	1,61	0,20
Evet	26	74,3	21	60,0	47	67,1		
Taşıt Tutma Öyküsü								
Hayır	18	51,4	17	48,6	35	50,0	0,05	0,81
Evet	17	48,6	18	51,4	35	50,0		
Diğer Uyarılar								
Görüntü	7	36,8	2	18,2	9		3,30	0,19
Koku	9	47,4	4	36,4	13			
Diğer	3	15,8	5	45,5	8			

(Ki kare testi; $p>0,05$)

Diş fırçalama esnasında öğürme olup olmaması sorusunu deney grubu hastalarının 22'si (%62,9) evet, 13'ü (%37,1) hayır olarak; kontrol grubu hastalarının ise 25'i (%71,4) evet, 10'u (%28,6) ise hayır olarak cevaplandırmıştır. Diş muayenesi ya da çekimi esnasında öğürme olup olmaması sorusunu deney grubu hastalarının 23'ü (%65,7) evet, 12'si (%34,3) hayır olarak; kontrol grubu hastalarının ise 19'u (%54,3) evet, 16'sı (%45,7) ise hayır olarak cevaplandırmıştır. Boğaz muayenesi esnasında

ögürme olup olmaması sorusunu deney grubu hastalarının 34'ü (%97,1) evet, 1'i (%2,9) hayır olarak; kontrol grubu hastalarının ise 32'si (%91,4) evet, 3'ü (%8,6) ise hayır olarak cevaplandırmıştır. Ağzına yabancı cisim girdiğini hissettiğinde ögürme olup olmaması sorusunu deney grubu hastalarının 30'u (%85,7) evet, 5'i (%14,3) hayır olarak; kontrol grubu hastalarının ise 28'i (%80) evet, 7'si (%20) ise hayır olarak cevaplandırmıştır. Tablet veya şurup içerken ögürme olup olmaması sorusunu deney grubu hastalarının 17'si (%48,6) evet, 18'i (%51,4) hayır olarak; kontrol grubu hastalarının ise 10'u (%28,6) evet, 25'i (%71,4) ise hayır olarak cevaplandırmıştır. Aynada ağzına bakarken ögürme olup olmaması sorusunu deney grubu hastalarının 4'ü (%11,4) evet, 31'i (%88,6) hayır olarak; kontrol grubu hastalarının ise 3'ü (%8,6) evet, 32'si (%91,4) ise hayır olarak cevaplandırmıştır. Yanında kusan ya da ögüren biri olduğunda ögürme olup olmaması sorusunu deney grubu hastalarının 26'sı (%74,3) evet, 9'u (%25,7) hayır olarak; kontrol grubu hastalarının ise 21'i (%60) evet, 14'ü (%40) ise hayır olarak cevaplandırmıştır. Taşıttı tuttuğunda ögürme olup olmaması sorusunu deney grubu hastalarının 17'si (%48,6) evet, 18'i (%51,4) hayır olarak; kontrol grubu hastalarının ise 18'i (%51,4) evet, 17'si (%48,6) ise hayır olarak cevaplandırmıştır. Diğer sebeplerden dolayı ögürme olup olmaması sorusunu cevaplayanlar içinden deney grubu hastalarının 7'si (%36,8) görüntü, 9'u (%47,4) koku, 3'ü (%15,8) ise diğer; kontrol grubu hastalarının ise 2'si (%18,2) görüntü, 4'ü (%36,4) koku, 5'i (%45,4) ise diğer sebepler olarak cevaplandırmıştır (Tablo 2). Deney ve kontrol grubu arasında ögürmeyi başlatan durumlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur, gruplar homojendir ($p>0,01$).

Tablo 3. Videolaringoskopi Öncesi Verilen Eğitimin Deney ve Kontrol Grubunda Muayene Sonrası Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Gag (Öğürme) şiddeti değerlendirme	Deney Grubu n=35		Kontrol Grubu n=35		Toplam n=70		χ^2	p
	N	%	N	%	n	%		
Grup 0 öğürme yok	2	5,71	1	2,86	3	4,29		
Grup 1 öğürme az muayene beklenen sürede tamamlandı.	16	45,71	5	14,29	21	30	13,83	0,003
Grup 2 öğürme var, muayene 5-10 dk. dan uzun sürede tamamlandı.	11	31,43	9	25,71	20	28,57		
Grup 3 Muayene Yapılamadı. Farmakolojik Yöntemle Muayene Tamamlandı.	6	17,14	20	57,14	26	37,14		

Ki kare testi; p<0,01

Deney ve kontrol grupları ile gag (öğürme) şiddeti değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Deney grubu hastaları, aldıkları eğitimin etkisiyle gag (öğürme) kontrol tekniklerini kullanarak kontrol grubu hastalarına göre muayene sırasında gag (öğürme) kontrolünü daha fazla sağlamışlardır (Tablo 3). Muayene başarısızlık ve topikal anesteziye (farmakolojik yöntem) başvuru olan Grup 3 kategorisinde deney grubu (%17,14) ile kontrol grubu (%37,14) arasında fark bulunmuştur (Tablo 3); VLS muayenesi ve gag (öğürme) refleksi kontrolü eğitimi, gag (öğürme) refleksi aktifliğini önlemede etkilidir ($p<0,01$).

Tablo 4. Deney ve Kontrol Grubunda Muayene Sırasındaki Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolünün Hasta Yönünden Muayene Kolaylık Düzeyi Puanlarının Karşılaştırılması

Hasta yönünden muayene kolaylık düzeyi	Deney grubu n=35			Kontrol grubu n=35			P
	Kolaylık düzeyine göre Puanlar	\bar{x}	$\pm SD$	Kolaylık düzeyine göre Puanlar	\bar{x}	$\pm SD$	
Kolay: 3 Orta: 2 Zor: 1 Çok zor: 0	0-3	2,09	0,81	0-3	1,54	0,74	0,005

Mann-Whitney U testi; p<0,01

Deney ve kontrol gruplarının hasta yönünden muayene kolaylık düzeyi puanları kolay=3, orta düzey=2, zor düzey=1, çok zor=0 puan olarak değerlendirilip, puanları karşılaştırıldı. Buna göre deney grubunun puan ortalaması 2,09 iken; kontrol grubunun puan ortalaması 1,54 olarak bulundu (Tablo 4). Hasta yönünden muayene kolaylık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,01$).

Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubunun Muayene Süreleri ile Sağlık Kuruluşunda Kalım Sürelerinin Karşılaştırılması

Süre Değerlendirmesi	Deney grubu n=35			Kontrol grubu n=35			p
	Min Max Dk.	\bar{x}	$\pm SD$	Min Max Dk.	\bar{x}	$\pm SD$	
Muayene Süresi	3-20	9,40	4,60	7-22	15,46	4,003	0,001
Sağlık Kuruluşunda Kalım Süresi	10-72	23,34	18,84	12-90	43,03	21,318	0,001

Mann-Whitney U testi; p<0,01

Deney grubu muayene süresi ortalaması 9,40 dk, sağlık kuruluşunda kalım süresi ortalaması 23,34 dk. bulunurken, kontrol grubu muayene süresi ortalaması 15,46 dk. ve sağlık kuruluşunda kalım süresi ortalaması 43,03 dk. olarak bulundu (Tablo 5). Deney ve kontrol gruplarının muayene ve sağlık kuruluşunda kalma süreleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,01$).

Tablo 6. Tanıtıcı Özelliklerin Deney Grubunda Gag (Öğürme) Refleksi Kontrolü Üzerine Etkisi

Tanıtıcı Özellikler	Grup 0	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Toplam N=35	χ^2	P				
Cinsiyet											
Kadın	1	5,00	9	45,00	6	30,00	4	20,00	20	0,30	0,96
Erkek	1	6,67	7	46,67	5	33,33	2	13,33	15		
Eğitim durumu											
Lisansüstü	2	22,22	4	44,44	2	22,22	1	11,11	9		
Ön lisans/Lisans	0	0,00	10	58,82	5	29,41	2	11,76	17	13,69	0,13
Ortaöğretim/Lise	0	0,00	2	33,33	3	50,00	1	16,67	6		
İlkokul	0	0,00	0	0,00	1	33,33	2	66,67	3		
Sigara kullanımı											
Kullanmıyor	1	4,55	12	54,55	7	31,82	2	9,09	22		
Kullanıyor	0	0,00	2	28,57	2	28,57	3	42,86	7	6,29	0,39
Bırakmış	1	16,67	3	33,33	2	33,33	1	16,67	6		
Boğaz iritasyonlarına maruziyet											
Hayır	2	7,41	13	48,15	9	33,33	3	11,11	27	3,39	0,34
Evet	0	0,00	3	37,50	2	25,00	3	37,50	8		
Boğaza acı sıvı gelme hissi											
Hayır	0	0,00	4	40,00	5	50,00	1	10	10	2,85	0,42
Evet	2	8,00	12	48,00	6	24,00	5	20	25		
Reflü tanısı alma											
Hayır	0	0,00	8	50,00	5	31,25	3	18,75	16		
Evet	2	10,53	8	42,11	6	31,58	3	15,78	19	1,85	0,61
Önceki VLS deneyimi											
Hayır	1	5,26	9	47,37	7	36,84	2	10,53	19		
Evet	1	6,25	7	43,75	4	25,00	4	25,00	16	1,49	0,69

Ki kare testi; p>0,05

Deney grubu hastalarının tanıtıcı özellikleri olan, cinsiyet, eğitim durumu, sigara içme, boğaz iritasyonlarına maruziyet, boğaza acı sıvı gelme hissi, reflü tanısı alma durumu, daha önceki videolaringoskopi deneyimi, geçmişte yapılan videolaringoskopi sırasında gag (öğürme) deneyimi ile gag (öğürme) refleksi kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Gag (ögürme) refleksi kontrolü için farmakolojik ve nonfarmakolojik uygulamalar olduğu görülmektedir. Ancak, bu girişimlerin etkinliğinin tam olarak netleşmediği ve yapılan çalışmaların sınırlı hasta gruplarında olduğu dikkat çekmektedir.

Hastaların sağlık kuruluşuna başvurmasıyla başlayan hemşirelik süreci, tanıdan tedaviye bireylerin sağlığını sürdürmeye yönelik tüm süreçlerin tamamlanmasını, sağlık için maliyetlerin azaltılmasını, sağlık kuruluşunda kalım sürelerinin kısaltılmasını ve bireylere hemşirelerin eğitici yönüyle sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesini içerir. Gag (ögürme) refleksi kontrolü problemi, multidisipliner birçok alanda tanı konulması, girişim ve tedavilerin başarılı tamamlanmasında önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. KBB muayenesinin önemli bir basamağı olan VLS muayenesi öncesi hazırlık, hemşirenin sorumluluğundadır. Bu bağlamda, VLS öncesi gag (ögürme) refleksi kontrolü için verilen eğitim; gag (ögürme) refleksi kontrolünün sağlanmasında, muayene süresi ve sağlık kuruluşunda kalım süresinin kısaltılmasında, muayene başarısız olduğunda topikal anesteziye (farmakolojik yöntem) daha az başvurulmasında (deney grubu %17,14; kontrol grubu %37,14) (Tablo 3), gag (ögürme) refleksi kontrolü yönünden etkilidir ($p<0,01$).

Araştırmanın deney ve kontrol grubuna ait tanıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubu hastalarının yaş ortalaması $37,03\pm 12,44$, kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması ise $38,06\pm 11,06$ 'dır. Deney ve kontrol grubu yaş aralığı 18-61 yaşdır. Deney ve kontrol gruplarının yaş grupları homojendir. Yaş dağılımı normal dağılmaktadır ($p>0,01$) (Tablo 1). Literatürde bulunan benzer çalışmalarda da yaş aralıkları paralellik göstermektedir (66, 67, 68).

Deney ve kontrol grubu cinsiyet yönünden incelendiğinde; $n=70$ örneklemin 39'u (%55,7) kadın, 31'i (%44,3) erkek olarak bulundu (Tablo1). Deney ve kontrol grubu cinsiyet yönünden homojendir. Araştırmanın verileri cinsiyet yönünden yapılan deneysel araştırmalarla paralellik gösterdi (66, 67). Literatürde gag (ögürme) refleksi aktifliğinin kadınlarda daha sık görülen bir durum olduğu ile ilgili de görüşler vardır (35, 54). Yaptığımız araştırmada da gag (ögürme) refleksi aktifliğinin kadınlarda daha fazla görüldüğü bulundu (Tablo 1).

Deney grubunda tanıtıcı özelliklerden cinsiyet, sigara içimi, boğaz iritanlarına maruziyet, boğaza acı sıvı gelme hissi, reflü tanısı alma, önceki VLS deneyimi, daha önceki muayenelerdeki gag (öğürme) refleksi aktifliği deneyimi yaşamış olması durumları ile gag (öğürme) refleksi kontrolü arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,01$)(Tablo 6). Gag (öğürme) refleksi aktifliğini ve etkileyen tanıtıcı özellik faktörlerinin gag (öğürme) refleksi kontrolüne etkisi ile ilgili araştırmaya rastlanmadı. Literatürde belirtilen gag (öğürme) refleksi aktifliğini etkileyen faktörlerin (9, 11, 12, 38) belirlendiği tanımlayıcı araştırmalar da bulunmamaktadır.

Deney ve kontrol grubu gag (öğürme) refleksi aktifliğini başlatan durumlar incelendiğinde; gruplar arası homojendir ($p>0,01$)(Tablo 2). Ancak, gag (öğürme) refleksi aktifliğini başlatan durumlardan tablet veya şurup içmek sorusuna hayır %61,4, evet %38,6; aynada ağıza bakmak sorusuna hayır %90, evet %10 olarak cevap verildiği saptandı. Taşit tutma öyküsü sorusuna evet ve hayır diyenler deney grubu %50, kontrol grubu %50 olarak saptandı (Tablo 2). Bu soruların gag (öğürme) refleksi aktifliğini başlatan durumlar arasında sayılıp sayılmayacağı tanımlayıcı araştırmalar yeterli olmadığından belirsizdir. Soru formundaki gag (öğürme) refleksi aktifliğini başlatan durumların dışında “diğer” seçeneğine %9 görüntü, %13 koku cevabının verilmesi de, gag (öğürme) refleksi aktifliğini başlatan durumlar sorularına görüntü ve koku kategorisinin de eklenebileceğini gösterdi. Literatürde gag (öğürme) refleksi aktifliğini başlatan durumları ele alan araştırmalar kısıtlı kategorilerle ele alınmış olup araştırmamızda ağız ve boğazla ilgili benzer sorularla paralellik göstermektedir (32, 37).

Gag (öğürme) refleksi aktif gönüllülere VLS öncesi verilen eğitimin etkinliği, eğitim verilmeyen gruba göre gag (öğürme) refleksi kontrolü yönünden istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$) (Tablo 3). Araştırmamızdaki H1 sorusu kanıtlandı. Literatürde gag (öğürme) refleksi kontrolü ilgili kullanılan tekniklerin etkinliği ile araştırmamız paralellik göstermektedir. Gag (öğürme) refleksi kontrolü tekniklerinin birlikte kullanımının daha etkili olduğu düşünüldü (14, 36, 40, 69, 70, 71).

Deney grubu gönüllüleri muayenenin gag (öğürme) refleksi kontrolü yönünden kontrol grubuna göre daha kolay olduğunu belirtti. Muayene öncesi verilen eğitimin, gönüllülerin muayene kolaylık düzeyine göre; gag (öğürme) refleksi kontrolü yönünden etkili olduğu bulundu ($p<0,01$)(Tablo 4). Literatürde hastaların muayene kolaylık düzeylerinin değerlendirildiği bir araştırmanın olmaması araştırmanın kısıtlılığıdır.

Eğitim alan deney grubunun, muayene süresi ve sağlık kuruluşunda kalım süresi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha kısadır. Eğitimin, muayene süresini kısaltmada etkisi vardır ($p<0,01$)(Tablo 5). Literatürde gag (öğürme) refleksi kontrolünün muayene süresi ve hastanede kalım sürelerini değerlendiren bir araştırma bulunmaması yeni araştırmalar için zemin oluşturacağı düşünölmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, sonuç olarak gag (ğürme) refleksi kontrolü teknikleri; kombine olarak hazırlanan VLS muayenesi öncesi verilen eğitim, gag (ğürme) refleksi kontrolünün sağlanması, hasta yönünden muayene kolaylık düzeyinin artması, muayene süresi ve sağlık kuruluşunda kalım süresinin kısaltılması ($p<0,01$), farmakolojik yönetime daha az başvurulması (deney %17,14; kontrol %37,14) avantajlarıyla nonfarmakolojik, girişimsel olmayan bir yöntem olarak etkilidir (Tablo 3, 5) (14, 36, 40, 69, 70, 71). Araştırmamızın H1 sorusu kanıtlandı.

Literatürde gag (ğürme) refleksini etkileyen faktörler arasında gastrik sorunlar, sigara içimi ve psikolojik sebepler sayılmaktadır (9, 11). Tanıtıcı özellikler için hazırlanan formda sigara içen gag (ğürme) refleksi aktif kişi sayısı içmeyenden daha azdır. Çalışmada, örneklemin %57,1'i ($n=70$) sigara kullanmamaktadır. Gastrik sorunlara bakıldığında ise reflü tanısı alanlar %45,7 iken; boğaza acı sıvı gelme hissi yaşayanlar %62,9 dur (Tablo 1). Ülkemizde gastrik tanı almayan bireylerin gag (ğürme) refleksi aktifliği sorunu kaygısıyla gastroenterolojiye başvurup başvurmadığı bilinmemektedir. Gag (ğürme) refleksi aktifliği ve gastrik sorunlar arasındaki ilişkinin açıklanması için gastroenteroloji hemşireliği alanında tanımlayıcı araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülür.

Deney ve kontrol grubu hastalarının boğaz iritanlarına maruziyetleri eşit bulundu (%50; %50) (Tablo 1). Maruziyetin gag (ğürme) refleksi aktifliğine etkisini belirlemek amacıyla işyeri hemşireleri, gastroenteroloji, KBB ve diş hemşirelerinin tanımlayıcı araştırmalar yapması önerilir.

Araştırmamızda gag (ğürme) refleksi aktifliği cinsiyet yönünden kadınlarda daha fazla görüldü (Tablo1). Literatürde de gag (ğürme) refleksi aktifliğinin kadınlarda daha fazla görüldüğünün belirtilmesi (66, 67), kadınların gag (ğürme) refleksi aktifliğinin daha fazla olduğunu düşündürür. Gag (ğürme) refleksi aktifliğinin görülme sıklığı, aktifliği etkileyen faktörler, gag (ğürme) refleksi aktifliğinin görülmesi ile ilgili demografik özellikleri gösteren tanımlayıcı araştırmalar gerektiği, diş hastalıkları, gastroenteroloji, KBB, ağız-boğaz tanılama ve tedavileri gibi multidisipliner alanda girişim gerektiren tüm uygulamaların öncesinde tanımlayıcı olarak kullanılabilen bir ölçek veya form geliştirilmesi gerekliliği düşünülür.

Araştırmada gönüllü grubunun klinik alan ve sayı bakımından kısıtlı olması, tanımlayıcı ölçek veya formların olmaması nedeniyle, multidisipliner birçok alanda gag (öğürme) refleksi aktifliği kontrolü ile ilgili araştırmalar yapılması önerilir. Gag (öğürme) refleksi aktifliği hastaların, hastaneye başvurusuyla başlayan hemşirelik sürecinde önemli bir sorun olduğundan, ayrıca tüm muayene ve tedavi alanlarında girişim hazırlığının hemşirenin görevi olması, hemşirelere bu konuda bilimsel sorumluluk yüklemektedir. Literatürde gag (öğürme) refleksi aktifliğinin kontrolünde kullanılan çoğu teknik de hemşirelerin mesleki ve bilimsel sorumlulukları arasında yer almaktadır (12).



KAYNAKLAR

1. Terzioğlu F, Şahan F U. “Hemşirelerin tıbbi müdahalede karar verme yetkisi ve konumu” *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2017, 4(3);136-142.
2. Özpuat F. “Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: Eğitici kimliği”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Bildiri Sempozyum Özel Sayısı 2010, 293-297.
3. Potter PA, Hall A, Perry AG, Stockert P. “Patient education”, Editör: Ostendorf W R, *Fundamentals of Nursing*, 9th edition, Elseviere, USA, 2016; 337-340.
4. Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> Erişim: 27 Haziran 2018.
5. Coşkun H, “KBB ve baş-boyun cerrahisinde sistematik muayene” <http://kbb.home.uludag.edu.tr/muayene.htm>. Erişim:26 Haziran 2018.
6. Yüksel DB. “*Videolarenoskopinin ses hastalıklarının tanı ve tedavisindeki yeri ve önemi*” Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Tez), Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi; 1997.
7. Yelken MK. “*Farklı müzik türlerinde eğitim gören öğrencilerin seslerinin akustik analizle karşılaştırılması*”, (Tez), T.C. Sağlık Bakanlığı, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB, Baş ve Boyun Cerrahisi Kliniği Uzmanlık Tezi; 2005.
8. Cohen J, Fadul C, Jenkyn L, Ward T. “Disorder of the nerves system”, 2008, https://www.dartmouth.edu/~dons/part_1/chapter_7.html Erişim:12 Haziran 2018.
9. Goyal G. “Gag reflex: Causes and management”, *Int J Dent Med Res*, 2014, 1(3);163-16.
10. Bahar S, Aktin E, “Kranyal Sinirler”, 18.03.2009 <http://www.itfnoroloji.org/semi2/cranial.htm> Erişim:25 Haziran 2018.
11. Dickinson CM, Fiske J. “A review of gagging problems indentistry: 1. Aetiology and classification”, *Dent Update*, 2005, 32(1); 26-32 Çevirim içi yayın tarihi:07 Temmuz, 2017. <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/denu.2005.32.1.26#contribsContainer> Erişim: 24 Haziran 2018.
12. Addy LD, King EM. “Impression-making techniques to help the gagging patient”. *Dental Nursing*, 2015, 11(11); 662-666.

13. Meshni AA, “Gag reflex: a comparative study among different prosthodontic treatment modalities”, *Journal of Oral Health Dent Manag*, 2017, 16(4) August; 1-4 <http://www.oralhealth.ro/volumes/2017/volume-4/Paper986.pdf>. Erişim: 25 Haziran 2018.
14. Fiske J, Dickinson C, “The role of acupuncture in controlling the gagging reflex using a review of ten cases”. *Br Dent J*. 2001, 190(11);611-3 http://exodontia.info/files/bdj_2001_acupuncture_the_role_of_acupuncture_in_controlling_the_gagging_reflex_using_a_review_of_10_cases.pdf.
15. Taylan S. “*Hemşirenin bağımsız rolleri*”. Çukurova Üniversitesi, (Tez), Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
16. Potter PA, Hall A, Perry AG, Stockert P. “Professional responsibilities and roles”, Editör: Ostendorf W R, *Fundamental of Nursing*, 9th edition, Elsevier, USA, 2016; 3-5.
17. Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> Erişim: 27 Haziran 2018.
18. Avşar G, Kaşıkçı M. “Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu”. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2009, 12(3);67-73.
19. Şenyuva, E. “Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci”. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007, 15(59);100-106.
20. Benson NC, Ginsburg J, Tsoflias V, Lazyan M, Weeks M, Collin C. “*Psikoloji Kitabı*”. Çev.: Emel Lakşe, 4. Basım, Alfa Basın Yayım Dağıtım Ltd. Şti ve Dorling Kindersly Limited, Çin, 2016.
21. Bayrakçı M, “Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması” *SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007, 14; 201.
22. Erişen L, “Anatomi: Farenks”, <http://kbb.uludag.edu.tr/oralkavite-farenks-anatomi.htm> Erişim: 24 Haziran 2018.
23. Şekil 1. <https://slideplayer.biz.tr/slide/3174202/> Erişim: 27 Haziran 2018
24. Midilli R, “Ağız boşluğu anatomisi ve muayenesi” <https://www.egekbb.org/index.php/ders-notlar?id=127> Erişim: 27 Haziran 2018.
25. Basut O, “Larenks anatomisi fizyolojisi” <http://kbb.home.uludag.edu.tr/lareksanatomofizyo.htm> Erişim: 27 Haziran 2018.

26. Şekil 2. https://www.3bscientific.com.tr/the-larynx-chart-4006668-vr1248uu-3b-scientific,p_1393_2618.html. Erişim: 27 Haziran 2018.
27. Erişen L, “Oral kavite tanı yöntemleri” <http://kbb.home.uludag.edu.tr/oralkavite-taniyontem.htm> Erişim: 27 Haziran 2018.
28. Basut O, “Larenks tanı yöntemleri” <http://kbb.home.uludag.edu.tr/larenkstaniyontem.htm> Erişim: 28 Haziran 2018.
29. Öztürk K, Larinks, hipofarinks ve nazofarinks muayenesi <https://www.egekbb.org/index.php/ders-notlar?id=128> Erişim: 28 Haziran 2018.
30. Tıp Terimleri Sözlüğü, (2013), <http://www.tipterimlerisozlugu.com/sonuclar.php> Erişim: 24 Haziran 2018.
31. Türk Dil Kurumu, (“t.y.”), <http://www.tipterimlerisozlugu.com/sonuclar.php> Erişim: 24 Haziran 2018.
32. Van Houtem CM, Van Wijk AJ, Boomsma DI, Ligthart L, Visscher CM, de Jongh A. “Self-reported gagging in dentistry: Prevalence, psycho-social correlates and oral health”, *Journal of Oral Rehabilitation*, 2017, 42(7);487-494. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joor.12289> Erişim: 25 Haziran 2018.
33. Karakurumer K, Par S, Öztunç H, Özen T. “Kusma refleksi ve dental radyografideki önemi” *G.Ü. Diş Hek. Fak. Der.* 1990, 7(2); 95-100. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/278955> Erişim:27 Haziran 2018.
34. Meshni AA, “Gag reflex: a comparative study among different prosthodontic treatment modalities”, *Journal of Oral Health Dent Manag*, 2017, 16(4) August;1-4. <http://www.oralhealth.ro/volumes/2017/volume-4/Paper986.pdf> Erişim:25 Haziran 2018.
35. Davies AE, Kidd D, Stone SP, MacMahon J. “Pharyngeal sensation and gag reflex in healthy subjects”, *Lancet*, 1995,345; 487-488. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673695905847> Erişim: 25 Haziran 2018.
36. Krol AJ. “A new approach to the gagging problem”. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 1963, 13(4):611-616.

37. Akarslan ZZ, Erten H. "Reliability and validity of the Turkish version of the shorter form of the gagging problem assesment questionnaire". *Journal of Oral Rehabilitation*, 2010, 37(1);21-25.
38. Singh S, Mukram F, Nazirkar G, Dole VK, Gaikwad B. "Gag-etiology and its skillfull management-A review corresponding author". *J Evol Med Dent Sci*, 2013, 2(10);1509-16.
39. Shriprasad S, Shilpashree HS. "Gag reflex: No more a gag to a dentist the behavioral techniques, pharmacological techniques, acupressure and acupuncture in controlling the gag reflex - a review". *Bangladesh Journal of Medical Science*, 2012, 11(1);13-17.
40. Debs NN, Aboujaoude S. "Effectiveness of intellectual distraction on gagging and anxiety management in children: A prospective clinical study". *Journal of international Society of Preventive and Community Dentistry*, 2017, 7(6);315-320.
<http://www.jispcd.org/article.asp?issn=22310762;year=2017;volume=7;issue=6;spage=315;epage=320;aulast=Debs> Erişim:27 Haziran2018.
41. Demiralp M, Oflaz F. "Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8:132-139.
42. Başer M, Taşcı S. "*Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*", Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015:65-66.
43. Dickinson C, Fiske J. "A review of gagging problems in dentistry: 2. clinical assessment and management". *Dental Update*, 2005, 32(2);74-80.
44. Jain AR. "Gagging: A problem to prosthetic dentistry-review". *Drug Invention Today*, 2018,10 (1);48-54, <http://jprsolutions.info/files/final-file-5aae24993b6a96.61444676.pdf>.
45. Kavaklı A."Akupunktur". *Fırat Tıp Dergisi*, 2010, 15(1);1-4.
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/firattip/article/view/5000051642>.
46. Erpek S. "*Vücut akupunktur noktalarının tespitinde kullanılan cun ölçümsisteminin genç erişkin Türk bireylerde değerlendirilmesi*" (Tez), Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Morfoloji (Anatomi) Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
47. Başer M, Taşcı S. "*Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*". Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015;207.
48. Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture

- <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip56e/> Erişim:28 Haziran 2018.
49. WHO International Standard Terminologies on Traditional Medicine in the Western Pacific Region, 2007
http://www.wpro.who.int/publications/who_istrm_file.pdf Erişim: 28 Haziran 2018.
50. Acupuncture: An Overview of Scientific Evidence
<https://www.evidencebasedacupuncture.org/present-research/acupuncture-scientific-evidence/> Erişim:28 Haziran 2018.
51. Başer M, Taşcı S. “*Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*”, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015; 205-206.
52. Genç A. “*Kemoterapi alan hastalarda bulantı-kusmanın önlenmesinde akupressure’in etkinliği*”. (Tez), İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
53. Cox L, Brindley J. “Exploring alternative methods of gag reflex control part 1: acupressure”. *BDJ Team*, Volume 4, Article number: 17059 (2017).
<https://www.nature.com/articles/bdjteam201759>
54. Scarborough D, Bailey-Van Kuren M, Hughes M. “Altering the gag reflex via a palm pressure point”. *The Journal Of The American Dental Association*, 2008, 139(10);1365-1372.
55. Başer M, Taşcı S. *Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015:267.
56. Sever N, “*Doğum ağrısının azaltılmasında TENSE uyarımı etkinliğinin değerlendirilmesi*”, (Tez), GATA Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 2011.
57. Yıldız NK, “*İlaçsız ağrı kontrol yöntemlerinden TENS in doğum ağrısı algulamaya olan etkisi*”, (Tez), Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
58. Morrish R B “Suppression and prevention of the gag reflex with aTENS device during dental procedures”, <https://patents.google.com/patent/us6192889>.
59. Başer M, Taşcı S. “*Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar*”, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015:5.
60. Ceyhan D, Tasa Yiğit T, “Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri” *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016; 6(3): 178-189.

61. Eli L, Kleinhaus M. "Hypnosis: A tool for an integrative approach in the treatment of the gagging reflex". *The International Journal Of Clinical And Experimental Hypnosis*, 1985, 33(2);99-108. Publish online: 31 Ocak 2008.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207148508406640>.
62. Eitner S, Wichmann M, Holst S. "Hypnopuncture-A dental-emergency treatment concept for patients with a distinctive gag reflex". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2005, 53(1);60-73. Published online: 21 Ağustos 2006 <http://www.tandfonline.com/loi/nhyp20>.
63. WHO 2014-2023 Geleneksel Tıp Stratejisi Bildirisi
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf;jsessionid=3ee49a272b6caf204533367bf1c8a284?sequence=1.
64. Chidiac JJ, Chamseddine L, Bellos G. "Gagging Prevention Using Nitrous Oxide Or Table Salt: A Comparative Pilot Study". *International Journal of Prosthodontics*, 2001, 14(4);364-6.
65. Haghani J, Naserkhaki M. "The study of effecton of salt (NaCl) on temporary elimination of gag reflex". *Journal of Dental School Shahid Beheshti University of Medical Science*, 2003, 21(1); 31-35.
<http://www.sid.ir/en/journal/viewpaper.aspx?id=97540> Erişim: 27 Haziran 2018.
66. Zotelli VL, Grillo CM, de Sousa Mda L. "Nausea control by needling at acupuncture point neiguan (pc6) during an intraroral impression-taking procedure". *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 2014, 7(6);318-323.
67. Rosted P, Bundgaard M, Fiske J, Pedersen AML. "The use of acupuncture in controlling the gag reflex in patients requiring an upper alginate impression: An audit". *British Dental Journal*, 2006, 201(11);721.
68. Bilello G, Fregapane A. "Gag reflex control through acupuncture: a case series". *Acupuncture in Medicine*, 2013Acupmed-2013.
69. Çetinkaya F, Aşiret GD. "Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2017, 10(2);93-99.
70. Daneshkazemi A, Daneshkazemi P, Davoudi A, Badrian H, Firouzabadi VP. "Is acupuncturing effective in controlling the gag reflex during dental procedures? A review of literature". *Anesthesia, Essays And Researches*, 2016, 10(2);173.

71. Saita N, Fukuda K, Koukita Y, Ichinohe T, Yamashita S. "Relationship between gagging severity and its management in dentistry". *Journal of Oral Rehabilitation*, 2013, 40(2);106-111.



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Eğitim Grubu)

ÇALIŞMANIN ADI: Kameralı Gırtlak ve Ses Teli Muayenesi Öncesi Verilen Eğitimin Öğürme Hissinin kontrolü üzerine etkisi.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Bu çalışma kameralı gırtlak ve ses teli muayenesi öncesi verilen eğitim ile öğürme refleksinizin kontrol altına alınıp alınmadığını belirlemek, ilaç kullanılmadan muayenenin gerçekleşip gerçekleşmediğini kanıtlamak amacıyla yapılacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Araştırmacı hemşire tarafından eğitim verilecek. Muayenenin videosu gösterilecek. Uygun pozisyon, nefes tekniği ve avuç içindeki akupressur (akupunktur) noktasına başparmağınız ile 5-10 dk. basınç uygulamanız istenecek. Eğitimin tüm basamakları muayene öncesi 3 kez tekrar edilecek. Eğitim sonunda kameralı gırtlak ve ses teli muayenesi yapılacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılımınız ile hemşirelik biliminin gelişimine katkıda bulunmak, vücut bütünlüğünüze zarar vermeden, ilaç kullanmadan muayene olabilmek, hastanede kalım sürenizin kısa olması, sağlık bakım kalitesini yükseltmek, sağlık giderlerinin ülke gayrisafi milli hasılasındaki giderleri azaltmak şeklinde yararları olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK? Kişisel bilgileriniz isim belirtilmeden istatistiki analizde kullanılacak olup, başka hiçbir yerde kişisel bilgilerinizi gösteren bir ibare kullanılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

1. Filiz Özcan

Tel: 532 616 3975

Mail: ozcn1995@hotmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (Kontrol Grubu)

ÇALIŞMANIN ADI: Kameralı Gırtlak ve Ses Teli Muayenesi Öncesi Verilen Eğitimin Öğürme Hissinin kontrolü üzerine etkisi.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Bu çalışma kameralı gırtlak ve ses teli muayenesi öncesi verilen bilgilendirme ile öğürme refleksinizin kontrol altına alınıp alınmadığını belirlemek, ilaç kullanılmadan muayenenin gerçekleşip gerçekleşmediğini kanıtlamak amacıyla yapılacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Araştırmacı hemşire tarafından bilgilendirme yapılacak. Bilgilendirme sonunda kameralı gırtlak ve ses teli muayenesi yapılacak.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılımınız ile hemşirelik biliminin gelişimine katkıda bulunmak, vücut bütünlüğünüze zarar vermeden, ilaç kullanmadan muayene olabilmek, hastanede kalım sürenizin kısa olması, sağlık bakım kalitesini yükseltmek, sağlık giderlerinin ülke gayrisafi milli hasılasındaki giderleri azaltmak şeklinde yararları olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK? Kişisel bilgileriniz isim belirtilmeden istatistiki analizde kullanılacak olup, başka hiçbir yerde kişisel bilgilerinizi gösteren bir ibare kullanılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

2. Filiz Özcan

Tel: 532 616 3975

Mail: ozcn1995@hotmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Ek 3: Gag (Öğürme) Refleksi Aktifliği Tanılama Formu

GAG (ÖĞÜRME) REFLEKSİ AKTİFLİĞİ TANILAMA FORMU

1. Aşağıdaki uygulamaların herhangi bir veya birkaçında öğürdüğünüz oluyor mu?
Tik atınız

	UYGULAMA	Hayır	Evet
1	Diş Fırçalama		
2	Diş muayenesi/ çekimi		
3	Boğaz muayenesi		
4	Ağızınıza yabancı cisim girdiğini hissettiğinizde		
5	Tablet veya şurup içerken		
6	Aynada ağızınıza bakarken		
7	Yanınızda kusan ya da öğüren biri olduğunda		
8	Taşıt tutma öyküsü		
9	Diğer (Lütfen belirtiniz)		

2. Gag (öğürme) refleksi aktifliği testi: Dilin arkasına farengel arka duvar ve uvulaya yavaşça dil basacağını yerleştirme, dokundurma ve bastırma
a) Aktif b) Aktif değil

Ek 4: Sosyodemografik Veri Toplama Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

1. Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek
2. Kaç yaşındasınız?
3. Eğitim durumunuz?
 Lisansüstü Önlisans/Lisans Ortaöğretim/Lise İlkokul
4. Sigara Kullanma Durumunuz
 Kullanmıyorum Kullanıyorum Bıraktım (.....zaman)
5. Daha önceki bir dönemde sürekli olarak boğaz iritanlarına maruziyetiniz oldu mu? (örneğin: kimyasal içerikli ortamlarda çalışma, koku, toz ve uçucu gazların olduğu ortamlar, badana, boya, inşaat işleri)
a) Hayır b) Evet
6. Boğazınıza zaman zaman acı sıvının geldiği hissi oluyor mu?
a) Hayır b) Evet
7. Gastro-Özefageal reflü tanısı aldınız mı?
a) Hayır b) Evet
8. Daha önce video-kamerayla ses tellerinize bakıldı mı?
a) Hayır b) Evet
9. 8 nci soruya cevabınız evet ise muayene sırasında gag (ögürme) ile ilgili bir zorluk yaşadınız mı?
a) Hayır b) Evet

**VİDEOLARENKOSKOPİ MUAYENESİ VE GAG (ÖĞÜRME)
REFLEKSİ KONTROLÜ HASTA EĞİTİM FORMU**

1. Videolaringoskopi, kameralı aletle ağızdan göremediğimiz boğazınızın aşağı kısmına yani gırtlak ve ses tellerinize bakılması işlemidir. İsterseniz gırtlak ve ses tellerinizin görüntüsünü ve işleyişini siz de ekrandan izleyebilirsiniz.
2. Videolaringoskopik muayene önemli hastalıkların teşhis edilmesinde ve küçük detayların görülmesinde önemli bir muayenedir.
3. Kameranın ucunda 70° veya 90° açı vardır. Bu açı boğazınızdan aşağı kısmı gösterirken ağız içinde ve boğazda hiçbir yere değmeden havada duracaktır.
4. Muayene sırasında diliniz hekim tarafından, geriye kaçmaması ve daha iyi görüntüleyebilmek için gazlı bez ile tutulacaktır.
5. Sol el başparmağı avuç içinde gösterilen noktaya gelecek şekilde sol elinizi yumruk yapınız (Muayeneden 10 dakika önce yani eğitim sırasında ve muayene boyunca avuç içi akupressur alana canınızı yakmayacak güçte baskı uygulayınız).
6. Ellerinizi bel hizasında, arkada üst üste gelecek şekilde yerleştiriniz. Omuzlar dik pozisyonda oturunuz.
7. Muayene sırasında önce derin ve yavaş nefes alma, sonra öğürme hissinin yaklaştığını hissettiğiniz anda koşu sonrası nefesi veya köpek nefesi diye bilinen hızlı ama kesik kesik nefes alıp veriniz. Ne kadar çok nefes tekrarı yapılırsa, öğürme hissi o kadar kısa sürede geçecektir.
8. Muayenede hekim bildirdiğinde uzun bir iiii sesi çıkaracaksınız.
9. Muayeneye ne kadar kolay ve çabuk uyum sağlarsanız, muayene süresi o kadar kısa sürecektir.

MUAYENE SONRASI DEğERLENDİRME FORMU

1.Muayene Süresi:

2.Muayeneniz nasıl gerçekleşti? (Hasta yönünden)

- a) Kolay düzey (3)
- b) Orta düzey (2)
- c) Zor Düzey (1)
- d) ok zor düzey (0)

3. Hastanın Sağlık kuruluşunda kalma süresi:

Gag Refleksi (Öğürme) Şiddeti Değerlendirme

- Grup (): Öğürme olmadan muayene gerçekleşmiştir.
- Grup (): Hasta öğürme refleksini kontrol etmede güçlük yaşamış, muayene beklenen sürede tamamlanmıştır.
- Grup (): Hasta muayene sırasında öğürme refleksini kontrol etmede güçlük yaşamış, muayene 5-10 dk. dan uzun sürede tamamlanmıştır.
- Grup (): Hasta muayenesi gerçekleştirilememiştir. Farmakolojik yönteme başvurulmuştur.

Ek 7: Etik Kurul Onayı



Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56
info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 /198

26.07.2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Özlem Yazıcı
(Filiz Özcan)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 10 Temmuz 2017 tarihinde, 07 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "**Aktif GAG (Öğürme) Refleksi Olan Hastalarda, Endovideolarenoskopik Muayene Öncesinde Verilen Eğitimin GAG (Öğürme) Refleksi Kontrolü Üzerine Etkisi**" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkan V.

Ek 8: Kurum İzinleri

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ NPSUAM POLİKLİNİK DİREKTÖRLÜĞÜ'NE

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı'nın yüksek lisans tezini olarak belirlenen "Aktif GAG (Öğürme) Refleksi olan hastalarda, Endovideolaringoskopik muayene öncesinde verilen eğitimin, GAG(öğürme) refleksi kontrolü üzerine etkisi" isimli çalışma'nın NPSUAM POLİKLİNİĞİ KULAK BURUN BOĞAZ POLİKLİNİĞİ'NDE yapılması planlanmaktadır. Araştırmanın kurumunuzda yapılmasına sorumlu birim açısından bir sakınca bulunup bulunmadığının tarafınızca değerlendirilmesini arz ederim.

28.06.2017

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Özlem Yazıcı
Yüksek Lisans Öğrencisi: Filiz Özcan


T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ NEROPSİKİYATRİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
Mehmet Akif Ersoy Caddesi Üsküdar/İstanbul
Etiler/Beşiktaş/İstanbul
Tic. Sic. No: 283945/553



ÖZEL NP İSTANBUL
Beyin Hastanesi

Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Cad.
No:18 34768 Ümraniye / İstanbul

T: 0216 633 06 33 | bilgi@npistanbul.com
F: 0216 634 12 50 | www.npistanbul.com



Sayı : -307.99/ 475
Konu : Araştırma İzni Hk.

30/12/2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

"Aktif gag (Öğürme) refleksi olan hastalarda, endovideolarenoskopik muayene öncesinde verilen eğitimin gag (öğürme) refleksi kontrolü üzerine etkisi" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Beyin Hastanesi'nde yapılmasına izin veriyorum.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr.Boray ERDİNÇ

Mesul Müdür
ÖZEL NPİSTANBUL
BEYİN HASTANESİ
Uzm.Dr. Boray ERDİNÇ
Dip. Tes. No:46519
Başhekim & Dahiliye Uzmanı

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://ebys.uskudar.edu.tr/enVision/Dogrula/NUL9PC>



Bilim Ortağı

Nöropsikiyatri | Bağımlılık | Beyin Cerrahisi

NP.FR.145 Revizyon No:5 (10.05.2017)

Ek 9: Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

<i>Adı</i>	FİLİZ	<i>Soyadı</i>	ÖZCAN
<i>Doğum Yeri</i>	Ezine	<i>Doğum Tarihi</i>	17.02.1978
<i>Uyruğu</i>	T.C.	<i>Telefon</i>	
<i>E-mail</i>	ozcn1995@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

<i>Derece</i>	<i>Mezun Olduğu Kurum</i>	<i>Yıl</i>
Lisans	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2011
Önlisans	T.C. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik	2000
Meslek Lisesi	GATA TSK Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik	1995

İş Deneyimi

<i>Görevi</i>	<i>Kurum</i>	<i>Süre</i>
Poliklinik Hemşireliği	T.C. Üsküdar Üniversitesi NPSUAM Feneryolu KBB Polikliniği	3 yıl
İşyeri Hemşireliği	İlkodost Sağlık Hizmetleri Ortak Sağlık Güvenlik Birimi	2 yıl
Kan Alma Hemşireliği	GATA Haydarpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Servisi	5 yıl
Hemşire	GATA Haydarpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Yanık Merkezi	3 yıl
KBB Servis Sorumlu Hemşireliği ve Ameliyat Hemşireliği	Gümüşsuyu Asker Hastanesi	8 yıl
KBB Hastalıkları Hemşireliği	Girne Asker Hastanesi	2 yıl

Yabancı Diller

<i>Yabancı Diller</i>	<i>Okuduğunu Anlama</i>	<i>Konuşma</i>	<i>Yazma</i>	<i>YDS Puanı</i>	<i>Diğer Puan</i>
İngilizce	Orta	Orta	Orta	-	-

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Office Programları (Word, Excel, PowerPoint, Outlook),SPSS

	<i>Sayısal</i>	<i>Eşit Ağırlık</i>	<i>Sözel</i>
<i>ALES Puanı 2015</i>	58,47	57,50	62,96

Yayınları, Tebliğleri, Sertifikaları, Ödülleri

Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Yönetici Hemşire Kursu Sertifikası 2011

Güneşli Sağlık Akademi Eğitim Danışmanlık İşyeri Hemşireliği (diğer sağlık personeli)
Kursu Sertifikası 2016

KOÇ Üniversitesi SANERC Yara Bakım Kursu Sertifikası 2017

Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler: Türk Hemşireler Derneği

