



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK PERSONELİNİN YATAK İSTİRAHATI VE YARI OTURUR POZİSYONA DAİR BİLGİ VE İNANIŞLARI

Dr. Zeynep Dilek Aydın¹, Dr. Erkan Cüre²

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri BD / Isparta

² Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı / Isparta

ÖZET

Yatak istirahatinin olumsuz etkileri birçok organ sistemini ilgilendirmektedir. Fonksiyonel rezervi sınırdan geçen yaşlılarda, bir kaç günlük yatak istirahati bile uzun süren fonksiyon kısıtlılıklarına neden olabilir. Buna rağmen, yatak istirahatinin korunma ya da tedavi amaçlı olarak sağlık personeli eliyle önerildiği durumlar oldukça sınırlıdır. Yatak istirahatından kaçınılamayan durumlarda bazı tedbirler immobilizasyonun komplikasyonlarını azaltmaktadır. Bunlardan yarı oturur pozisyon, yüksek riskli hastalarda pnömoni engellenmesinde faydalı, basit ve ucuz bir yöntemdir.

Mayıs-Haziran 2003 tarihlerinde Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personeli (n=105) üzerinde anket yöntemi ile yapılan bu çalışmada, yatak istirahatinin endikasyonları ve yarı oturur pozisyon hakkında bilgi ve inanışlar değerlendirilmiştir.

Hastane sağlık personeli farklı klinik durumlarda

(akut miyokard infarktüsü sonrası, akut bel ağrısı, pulmoner tüberküloz ve akut enfeksiyöz hepatit tedavisi) yatak istirahatinin yeri hakkında %78-80 oranında yanlış bilgi-inanışa sahipti. Yarı oturur pozisyonun pnömoni engellenmesinde faydalı olduğu %91,4 oranında bilinmesine rağmen, bilinci kapalı hastalarda faydalı olduğunu belirtme oranı %60 idi. Personelin yarısından fazlası yataktan düşmeleri ve dekübit oluşumunu yarı oturur pozisyonla ilgili potansiyel tehlikeler olarak algılamamakta idi.

Bu bulgular sağlık personelinde, yatak istirahatinin bir tedavi olarak yeri ve yarı oturur pozisyonun etkilerine dair yanlış bilgi ve inanışların yaygın olduğunu göstermektedir. Bu eksikliğin giderilmesi ve daha iyi sağlık sonuçları elde etmeye yönelik daha iyi bir eğitimin verilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

• **Anahtar Kelimeler** : Yaşlılık, yatak istirahati, yarı oturur pozisyon, bilgi, inanış, koma *Nobel Med* 2006; 2(3): 23-27

ABSTRACT

KNOWLEDGE AND BELIEFS OF SÜLEYMAN DEMİREL UNIVERSITY HOSPITAL - HEALTH CARE PERSONNEL ON BED REST AND SEMI-RECUMBENT POSITIONING

Adverse health effects due to immobilization involve multiple organ systems. In frail elderly, even few days of bed rest can have long-lasting functional curtailments. However medical practitioners frequently recommend bed rest for a number of clinical conditions. Whenever bed rest is unavoidable, recommended preventive measures may reduce the complications of immobility. Semi-recumbent positioning is a simple and low-cost measure for preventing pneumonia particularly in high risk patients.

This study was conducted in May-June 2003 to assess the knowledge and beliefs of Süleyman Demirel University Hospital health care personnel on the indications of bed rest and health effects of semi-recumbent positioning

through a questionnaire.

Most of the interviewed medical staff (78-80%) had misconceptions about the indications or optimum duration of bed rest in different clinical conditions (acute myocardial infarction, low back pain, pulmonary tuberculosis and acute infectious hepatitis). Though 91.4% of them thought semi-recumbency was helpful in reducing pneumonia, only 60% thought that this may work in unconscious patients. More than half of the medical staff did not perceive risk of fall and pressure sores as potential complications of semi-recumbency.

Our findings show that there is a knowledge deficit on indications of bed rest and health effects of semi-recumbency. Future studies are warranted to address this deficit and improve education for better health outcomes.

• **Key Words** : Elderly, bed rest, semi-recumbency, knowledge, belief, coma *Nobel Med* 2006; 2(3): 23-27

Giriş:

Sağlık personelinin yatak istirahati endikasyonları ve yatak istirahatinin kaçınılmaz olduğu hastalarda alınması gereken tedbirlere dair bilgi eksikliği, immobilizasyonun günlük uygulamalarda ortaya çıkan tedavisi zor neticelerini artıracaktır. Özellikle fonksiyonel rezervi sınırdaki yaşlı bireylerde kısa süre immobilizasyonun bile olumsuz etkileri iyi bilinmektedir.^{1,2} Bununla birlikte, yatak istirahati, korunma ya da tedavi amaçlı olarak, sağlık personeli eliyle pek çok klinik durumda hastalara önerilmektedir. Yatak istirahatinin korunma/televi amaçlı uygulamada etkinliğinin incelendiği randomize kontrollü çalışmalar, yatak istirahatinin hiçbir klinik durumda anlamlı olumlu etkilerinin olmadığını, önemli kısmında ise belirgin olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir.³

Yatak istirahatinin kaçınılmaz olduğu riskli hastalarda alınacak tedbirlerden biri pnömoniye engellemek amacıyla yatak başının yükseltilmesidir.^{4,5} Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control-CDC) sağlık hizmeti ile ilişkili bakteriyel pnömoniye engellemede aspirasyonu azaltmak için, özellikle yüksek riskli (solunum destek cihazında olan ya da enteral beslenen) hastalarda, yatak başının 30-45 derece yüksek tutulmasını

önermektedir.⁶

Bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi personelinin;

1. yatak istirahatinin gerektiği klinik durumlar,
2. yarı-dik oturur pozisyonun seçilmiş etkileri konusundaki bilgi ve inanışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç:

2003 yılı Mayıs ve Haziran aylarında ankete katılmayı kabul eden 18'i hemşire, 20'si intern ve 67'si klinik branşlarda çalışan asistan doktor olmak üzere toplam 105 SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesi personeli ile görüşüldü. Klinik branşlarda çalışan 67 asistan doktordan, 21'i iç hastalıkları asistanı, 28'i iç hastalıkları dışı dahili bilimlerde asistan ve 18'i cerrahi bilimlerde asistanı idi. Anketler tek bir araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile yapıldı. Ankete katılanlara 2 ya da 3 cevap seçeneği olan iki grup soru soruldu. İlk gruptaki 3 soruda (Grup A), miyokard infarktüsünden sonra ve akut bel ağrısında yatak istirahati süresinin ne olması gerektiği ve pulmoner tüberküloz ile akut enfeksiyöz hepatitte yatak istirahatinin faydalı olup olmadığı soruldu. İkinci grupta ise (Grup B) yarı oturur pozisyonun olumlu ya da olumsuz etkileri konusunda 4 önermenin →

doğru ya da yanlış şeklinde değerlendirilmesi istendi.

Anket soruları aşağıda gösterilmiştir:

SORU GRUP A

1. Akut myokard infarktüsü (komplikasyonsuz) sonrası önerilen yatak istirahatinin süresi

- A) 12 saatle sınırlanmalıdır
- B) En az bir hafta olmalıdır
- C) En az iki hafta olmalıdır

2. Akut sırt-bel ağrısı için yatak istirahati

- A) En az 2 gün olmalıdır
- B) En az 7 gün olmalıdır
- C) Mümkün olduğu kadar kısa olmalıdır.

3. Pulmoner tüberküloz ve akut enfeksiyöz hepatit tedavisinde yatak istirahatinin

- A) Olumlu etkileri ağır basmaktadır
- B) Olumsuz etkileri ağır basmaktadır

SORU GRUP B

İmmobil hastada yarı-dik oturur pozisyon:

1. Pnömoni ve aspirasyonun engellenmesi açısından faydalıdır.

DOĞRU () YANLIŞ ()

2. Bilinci kapalı olan hastada faydasızdır.

DOĞRU () YANLIŞ ()

3. Yataktan düşmeleri artırabileceği için tehlikeli olabilir.

DOĞRU () YANLIŞ ()

4. Dekübit oluşumu açısından tehlikeli olabilir.

DOĞRU () YANLIŞ ()

İstatistiksel Analiz: Basit tanımlayıcı analizler SPSS 9.0 ile yapıldı. Sonuçlar yüzde olarak verildi.

Sonuçlar:

Tablo 1'de personelin A grubundaki sorulara cevapları, Tablo 2'de B grubundaki sorulara cevapları hemşire ve doktor alt gruplarına göre gösterilmiştir.

Tartışma:

Elde ettiğimiz veriler yatak istirahatinin gerekliliği ya da süresi hakkında sağlık personelinin büyük çoğunluğunun (%78-80) yanlış bilgi ve inanışları olduğunu göstermektedir. Personelin %80'i akut myokard infarktüsünden sonra en az bir hafta, %78,1'i akut bel ağrısında 2 günden daha uzun yatak istirahatinin gerektiğini düşünmekte idi. Yine %78,1'lik bir kesim pulmoner tüberküloz ve akut enfeksiyöz hepatitte yatak istirahatinin olumlu etkilerinin baskın olduğunu düşünmekte idi.

Yarı oturur pozisyonun pnömoni engellenmesinde faydalı olduğu % 91,4 oranında bilinmesine rağmen, bilinci kapalı hastalarda faydalı olduğunu belirtme o-

Tablo 1: Farklı Tıbbi Durumlarda Yatak İstirahatinin Süresi ve Etkileri Konusunda Anket Cevapları (%):						
	HEMŞİRE (n=18)	İTERN DOKTOR (n=20)	İÇ HASTALIKLARI (n=21)	İÇ HASTALIKLARI DIŞI DAHİLİ BİLİMLER (n=28)	CERRAHİ BİLİMLER (n=18)	TOPLAM (n=105)
AKUT MYOKARD İNFARKTÜSÜ SONRASI YATAK İSTİRAHATI SÜRESİ						
≤ 12 saat	0,0	55,0	23,8	10,7	11,1	20,0
≥ 7 gün	66,7	35,0	61,9	53,6	55,6	54,3
≥ 14 gün	33,3	10,0	14,3	35,7	33,3	25,7
AKUT BEL AĞRISINDA YATAK İSTİRAHATI SÜRESİ						
Mümkün olduğu kadar kısa	27,8	15,0	28,6	25,0	11,1	21,9
≥ 2 gün	33,3	35,0	42,9	17,9	38,9	32,4
≥ 7 gün	38,9	50,0	28,6	57,1	50,0	45,7
PULMONER TÜBERKÜLOZ VE AKUT ENFEKSİYÖZ HEPATİTTE YATAK İSTİRAHATI						
Olumlu etkilidir	66,7	65,0	95,2	78,6	83,3	78,1
Olumsuz etkilidir	33,3	35,0	4,8	21,4	16,7	21,9

ranı %60 idi. Ayrıca personelin çoğu (>%50) yataktan düşmeleri ve dekübit oluşumunu yarı oturur pozisyonla ilgili potansiyel tehlikeler olarak algılamamaktaydı. Bu pilot çalışmanın en önemli özelliği klasik eğitim müfredatında üzerinde yeterince durulmayan bir konuda sağlık personelinin bilgi ve inanışlarını değerlendirmesi ve bu konuda önemli bilgi eksikliklerine dikkat çekmesidir. Çalışmaya kuvvet veren diğer bir özellik anketlerin yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmış olması ve olası yanlış anlama ya da yanıtız bırakma ile ilgili veri eksikliğinin en aza indirilmesidir.

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Öncelikle araştırma tek bir üniversite hastanesinde yürütülmüş ve sadece çalışmaya katılmayı kabul eden personelin bilgileri alınabilmiştir. Çalışmayı kabul edenlerin daha iyi bilgi seviyesinde olma ihtimali göz önüne alınırsa, bu sonuçlar olduğundan daha iyimser bir tablo çizmiş olabilir. Bununla birlikte çalışma 2003 yılında gerçekleştirilmiş bir çalışmadır. Günümüze değin olan gelişmeler, sağlık personelinin bilgi düzeyini değiştirmiş olabilir. Unutulmamalıdır ki bu çalışmadaki bulgular sadece çalışmanın yapıldığı kurum için geçerli kabul edilebilir. Araştırılan konulardaki bilgi düzeyinin diğer sağlık kurumlarında ne düzeyde olduğunu anlamak için başka çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca bu çalışmada personele kısıtlı sayıda soru sorulmuş, immobilizasyonun tedavi olarak uygulandığı diğer durumlar ve immobilite sırasında alınması gereken diğer tedbirler sorgulanmamıştır. İlerde yapılacak daha ayrıntılı çalışmalar bu konudaki eğitim ihtiyacına daha yoğun olarak dikkat çekmeye yardımcı olacaktır.

Yatak istirahati insan fizyolojisine aykırı ve ciddi yan etkileri olan bir tedavi şekli olup, güncel veriler, süresinin birçok klinik durumun tedavisi ve önlenmesinde mümkün olduğunca kısa tutulmasının hastalık

SÜLEYMAN DEMİREL
ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ SAĞLIK
PERSONELİNİN YATAK
İSTİRAHATI VE YARI
OTURUR POZİSYONA DAİR
BİLGİ VE İNANIŞLARI

Tablo 2: İmmobil Hastada Yarı Oturur Pozisyon Hakkında Anket Cevapları:						
ÖNERİLEN DÜŞÜNCEYİ ONAYLAMA ORANI (%)	HEMŞİRE (n=18)	İTERN DOKTOR (n=20)	İÇ HASTALIKLARI (n=21)	İÇ HASTALIKLARI DIŞI DAHİLİ BİLİMLER (n=28)	CERRAHI BİLİMLER (n=18)	TOPLAM (n=105)
Pnömoni ve aspirasyonun engellenmesi açısından faydalıdır.	83,3	80,0	95,2	96,4	100,0	91,4
Bilinci kapalı olan hastada faydasızdır.	22,2	80,0	60,0	38,1	46,4	27,8
Yataktan düşmeleri artırabileceği için tehlikeli olabilir.	33,3	65,0	52,4	39,3	38,9	45,7
Dekübit oluşumu açısından tehlikeli olabilir.	27,8	75,0	61,9	39,3	27,8	46,7

gidişi üzerinde daha faydalı olduğunu göstermektedir.³ 1950'li yıllardan itibaren myokard infarktüsü sonrası erken mobilizasyonun faydaları ve immobilitenin olumsuz etkileri bildirilmiş olmasına rağmen, infarktüs sonrası uzun süren yatak istirahati 1990'lı yıllarda da rutin olmaya devam etmiştir.⁷ Günümüz iç hastalıkları ders kitaplarında, akut myokard infarktüsü sonrası komplikasyon gelişmediği sürece yatak istirahati süresinin 12 saatle kısıtlanması, ilk 24 saat içerisinde hastaların yatak kenarında ya da bir sandalyede gözlem altında oturmaya, 2. ya da 3. günde artan sıklık ve süreyle oda içinde dolaşmaya yönlendirilmesi önerilmektedir.⁸ Amerikan Kardiyoloji Koleji-Amerikan Kalp Birliği (ACC-AHA) 1999 yılı kılavuzunda akut myokard infarktüsü sonrası, hemodinamik olarak stabil ve iskemik semptomları olmayan hastalarda 12 saat yatak istirahati önerilmekte, 12-24 saatten daha uzun yatak istirahati önerilmesi gereken bir uygulama olarak yer almaktadır.⁹ Bunu izleyen kılavuzlar da benzer önerileri yinelemiştir.^{10,11}

Anketimizde yer alan myokard infarktüsü sonrası yatak istirahati süresini sorgulayan soru, ders kitabı önerisi (12 saatle sınırlanmış yatak istirahati) doğrultusunda hazırlanmış olup, güncel kılavuzlar doğrultusunda 12-24 saat süre bildiren bir seçeneğin sunulmuş olması daha uygun olurdu. Bununla birlikte diğer seçeneklerde verilen 7 ve 14 günden uzun istirahat süreleri kılavuzlarda önerilen sürelerden çok daha uzundur. Bu nedenle sağlık personelinin büyük çoğunluğunun 7 ve 14 günden uzun yatak istirahati sürelerini tercih etmiş olmaları çarpıcıdır.

Akut bel ağrısında tedavi rehberleri yatak istirahatinin sınırlandırılmasını ve mümkün olan en kısa sürede olağan fizik aktivite düzeyine dönüşü önermektedir.^{12,13} Çalışmamızın yapıldığı 2003 yılı öncesinde yayınlanmış yurtiçi ve yurtdışı yayınlarda da benzer önerilerde bulunulmakla birlikte,^{12,14-17} bu konuda bilgi birikimi

giderek artmıştır. Bel ağrısında yatak istirahati önerisi ve aktivitenin sürdürülmesi konularında güncellenerek yapılan "Cochrane sistematik derlemeleri"¹⁵⁻²⁰ akut bel ağrısında yatak istirahati önerisinin, aktif kalma tavsiyesine göre başarısız bulunduğunu bildirmekte; bununla birlikte siyatalji tipi bel ağrılarında iki yaklaşım arasında anlamlı fark bulunmadığı belirtilmektedir.¹⁹ Van Tulder ve arkadaşlarının 2006 yılında yayınlanan sistematik derleme çalışmasında, akut bel ağrısında aktivitenin korunması hem akut ağrının gerilemesi, hem de uzun dönemde fonksiyonların korunması açısından başarılı bulunmuştur.²⁰ Uluslararası çeşitli kılavuzları özetleyen Koes ve arkadaşlarının çalışmasında ise incelenen kılavuzların çoğunda yatak istirahati önerilmemekte; ağır olgularda ise genellikle 2 günden kısa istirahat önerilmektedir.²¹

Pulmoner tüberküloz ve akut enfeksiyöz hepatit tedavisinde de yatak istirahatinin değerlendirilen kısıtlı sayıdaki çalışmada yatak istirahatinin olumlu etkileri bulunamamıştır.³ Bu hastalarda klinik düzelleme sürecinde evde istirahat önerisi yapılırken, bunun zorunlu yatak istirahati şeklinde olmasının pratik faydası olmadığı akılda tutulmalıdır.

Yatak istirahatinin kaçınılmaz olduğu durumlarda bazı basit tedbirler immobilizasyonun olumsuz etkilerini azaltmada faydalı olabilir. Bunlardan biri yatak başının yükseltilmesidir. Uzun süre yatan hastalarda baş yükseltilmesi pulmoner fonksiyonları olumlu yönde etkilemekte, aspirasyon riskini azaltarak pnömoninin engellenmesine yardımcı olmaktadır.²² Bu müdahale özellikle bilinci kapalı olan,⁵ solunum destek cihazına bağlı olan ve enteral yoldan beslenen hastalarda faydalıdır.⁶ Bununla birlikte yatak başı kaldırılan hastalarda yataktan düşme ihtimali ve artmış bası yarısı riski bu pozisyonla ilgili potansiyel tehlikelerdir.²³

Yurtdışı literatürde, bel ağrısı^{24,25} ve myokard infarktüsü sonrasında^{26,27} yatak istirahati ve mobilizasyona dair bilgi, tutum ve uygulamaların değerlendirildiği çalışmalar bulunmakla birlikte bu çalışmaların sonuçları bulgularımızla birebir karşılaştırmaya uygun değildir. Bu çalışmalarda, araştırmanın konu ile ilgili tedavi/yaklaşım kılavuzlarının uygulandığı kurumlarda yapılmış olması,²⁷ sorgulanan konu üzerinde özelleşmiş bir bilim dalında çalışmak²⁵ ve çalışma kurumunda daha önce bu konularda verilen eğitim,²⁵ daha doğru bilgi ve tutumların sergilenmesi ile ilişkili olabilir.

Yoğun bakım personeli üzerinde yapılan bir çalışmada, yarı oturur pozisyonun yatar pozisyona göre ventilatörle ilişkili pnömoni riskini azalttığı yoğun bakım ve beslenme uzmanları tarafından iyi bilinmekle beraber, eğitimi devam eden hekim ve diğer sağlık →

personelinin çoğunluğunun bilgi eksikliği olduğu görülmüştür.²³ İlginç olarak bizim çalışmamızda eğitim alan doktorlar ve hemşirelerin büyük çoğunluğu (>%90) bu pozisyonun pnömone engellenmesinde faydalı olduğunu belirtmesine rağmen, “bilinci kapalı hastada bu pozisyon faydalı mıdır?” sorusuna doğru yanıt oranı %60’a düşmüştür.

İmmobilizasyondan kaçınma ve kaçınılamadığı durumlarda alınacak ilaç-dışı tedbirler, sağlık eğitim programlarında yeterli ağırlıkta değildir. Kanıt dayalı güncel bilgilerin sağlık personeline iletilmesi ve bu bilgiler ışığında gereken uygulama değişiklikleri için yaptırım getirilmesi nispeten kolay ve maliyeti düşük

tedbirlerdir. İmmobilizasyonla ilgili engellenebilir komplikasyonların azaltılması ve sağlık ölçütlerinde iyileşmenin sağlanması açısından sağlık personelinde gözlenen bilgi eksikliğinin giderilmesi ilk aşama olmalıdır.

Sonuç olarak, elde ettiğimiz veriler sağlık personelinde hem yatak istirahatinin endikasyonları hem de yarı oturur pozisyonun olumlu ve olumsuz etkilerine dair yanlış bilgi ve inanışların yaygın olduğunu göstermektedir. Bu konularda daha yoğun eğitim çabalarına ihtiyaç vardır ve özellikle yaşlı sağlığı ile ilgilenenler olmak üzere, tüm eğitimcilerle önemli görevler düşmektedir.



i	İLETİŞİM İÇİN: Dr. Z. Dilek Aydın, Süleyman Demirel Ün. Tıp Fak., İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı / Isparta, zdilekaydin@gmail.com
✓	GÖNDERİLDİĞİ TARİH: 17 / 04 / 2006 • KABUL TARİHİ: 18 / 09 / 2006

REFERANSLAR

- 1 Topp R, Ditmyer M, King K, Doherty K, Hornyak J 3rd. The effect of bed rest and potential of prehabilitation on patients in the intensive care unit. AACN Clin Issues 2002; 13: 263-276.
- 2 Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med 1993; 118: 219-223.
- 3 Allen C, Glasziou G, Del Mar C. Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. Lancet 1999; 354: 1229 D 1233.
- 4 Fernandez-Crehuet R, Diaz-Molina C, de Irala J, et al. Nosocomial infection in an intensive-care unit: identification of risk factors. Infect Control Hosp Epidemiol 1997; 18: 825-830.
- 5 Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, et al. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. Lancet 1999; 354: 1851-1858.
- 6 Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Recomm Rep 2004; 53: 3-10.
- 7 Demirtaş N. Myokard infarktülü Hastalarda Kardiyak Rehabilitasyon. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 1992; 1: 192-196.
- 8 Antman EM, Braunwald E. Acute Myocardial Infarction. In Braunwald E, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL (eds). Harrison’ın Principles of Internal Medicine. McGraw Hill. NY, USA 2001: 1387-1399.
- 9 Ryan TJ, Antman EM, Brooks NH, et al. 1999 update: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction: Executive Summary and Recommendations: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [Committee on Management of Acute Myocardial Infarction]. Circulation 1999; 100: 1016-1030.
- 10 Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, et al. Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2003; 24: 28-66.
- 11 Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines; Canadian Cardiovascular Society. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction]. Circulation 2004; 110: e82-292. Erratum in: Circulation 2005; 111: 2013-2014.
- 12 University of Michigan Health System. Guidelines for clinical care: Acute low back pain. Ann Arbor [MI]: University of Michigan Health System; 2003 Apr [rev. Oct 2004]. <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/backpain03.pdf>
- 13 Philadelphia Panel. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for low back pain. Phys Ther 2001; 81: 1641-1674.
- 14 Akarırmak Ü. Bel ağrılarının tedavisinde fizik tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Baş, Boyun, Bel Ağrıları. Sempozyum Dizisi No:30. 2002: 181-189.
- 15 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica. Spine 2000; 25: 2932-2939.
- 16 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. Spine 2002; 27: 1736-1741.
- 17 Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2002; [2]: CD003632.
- 18 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev 2004; [4]: CD001254.
- 19 Hagen KB, Jamtvedt G, Hilde G, Winnem MF. The updated cochrane review of bed rest for low back pain and sciatica. Spine 2005; 30: 542-546.
- 20 van Tulder MW, Koes B, Malmivaara A. Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: an evidence-based review. Eur Spine J 2006; 15 Suppl 1: S64-81. Epub 2005 Dec 1.
- 21 Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. Spine 2001; 26: 2504-2513; discussion 2513-2514.
- 22 Collard HR, Saint S, Matthay MA. Prevention of ventilator-associated pneumonia: an evidence-based systematic review. Ann Intern Med 2003; 138: 494-501.
- 23 Cook DJ, Meade MO, Hand LE, McMullin JP. Toward understanding evidence uptake: semirecumbency for pneumonia prevention. Crit Care Med 2002; 30: 1472-1477.
- 24 Elam KC, Cherkin DC, Deyo RA. How emergency physicians approach low back pain: choosing costly options. J Emerg Med 1995; 13: 143-150.
- 25 Ostelo RW, Stomp-van den Berg SG, Vlaeyen JW, Wolters PM, de Vet HC. Health care provider’s attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. Man Ther 2003; 8: 214-222.
- 26 Riegel B, Thomason T, Carlson B, Gocka I. Are nurses still practicing coronary precautions? A national survey of nursing care of acute myocardial infarction patients. Am J Crit Care 1996; 5: 91-98.
- 27 Badano L, Cassin M, Solinas L, et al. Clinical impact of local implementation of agreed guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. G Ital Cardiol 1999; 29: 39-47.