

TÜRKİYE ÜREME SAĞLIĞI PROGRAMI
ACİL OBSTETRİK BAKIM

DESTEK PERSONEL UYUM EĞİTİMİ

KATILIMCI REHBERİ

T.C.Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü

Ankara, 2007

Destek Personel Uyum Eğitimi

Eğitici Rehberi

T.C.Sağlık Bakanlığı

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Ankara, 2007

ISBN 978-975-590-212-8

Her hakkı saklıdır. Kaynak göstererek alıntı yapılabilir. Kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünden izin alınmalıdır.

Bu rehberin hazırlanması ve basımı Avrupa Birliği işbirliğinde yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP), Türkiye'nin Doğu Bölgesinden Seçilmiş İller olan Erzurum, Kars, Ağrı, Iğdır, Ardahan'da Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Projesi yüklenicisi olan Conseil Santé, Sofreco, Deleeuw International konsorsiyumu tarafından gerçekleştirilmiştir.



Modül Hazırlama Ekibi

Nurten ÖZDAĞ
TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı

Dr. Ece ABAY
Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Teknik Çalışma Grubu

Dr. Sibel BİLGİN

Hemşire Hacer BOZTOK

A. Uğur TUNCER

Neşegül ORÇUN

Ertan Rıfat TELHAN

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı
TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı
TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı

Teknik Destek Ekibi

Şebnem ÇELİKTAŞ
Bengi BAŞKABAK
Timuçin TARDU

Proje Yürütücü/Çevirmen
Finans ve Lojistik Asistanı
Çevirmen Asistan

İÇİNDEKİLER

AMAÇ.....	1
ÖĞRENİM HEDEFLERİ	1
1. GİRİŞ	1
2. ANNE VE YENİDOĞAN SAĞLIĞI.....	3
(a) DÜNYA'DA ANNE VE BEBEK SAĞLIĞININ DURUMU	3
(b) TÜRKİYE'DE ANNE SAĞLIĞININ DURUMU	3
(c) TÜRKİYE'DE ANNE ÖLÜMLERİ	4
(d) ANNE ÖLÜMLERİNİN NEDENLERİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
(e) ANNE ÖLÜMLERİNE NEDEN OLAN ÖNLENEBİLİR FAKTÖRLER	6
3. ACİL OBSTETRİK BAKIMIN SİSTEMİNİN TANIMI.....	10
(a) ACİL OBSTETRİK BAKIM (AOB) NEDİR, NASIL TANIMLANIR?	10
(b) ACİL OBSTETRİK BAKIMIN AMAÇLARI NELERDİR?	10
(c) ACİL OBSTETRİK BAKIM SİSTEMİNİN UNSURLARI NELERDİR?	10
4. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE YAKLAŞIMI, KULLANICI HAKLARI, HİZMET STANDARTLARI VE HİZMET SUNUMUNDA EKİP YAKLAŞIMI	14
KALİTE	14
CİNSEL SAĞLIK/ÜREME SAĞLIĞI HİZMET STANDARTLARI HİZMET ALAN HAKLARI VE PERSONEL GEREKSİNİMLERİ	17
5. ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEVK	21
6. GÜVENLİ KAN NAKLİ.....	30

AMAÇ:

İlk yardım/sevk kuruluşlarıyla diğer kademelerdeki destek personele, haklara dayalı ve ekip anlayışı içinde Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinde kaliteyi artırmaya yönelik bilgi kazandırmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu kursun sonunda katılımcılar;

1. Anne ve yenidoğan sağlığı kavramını tanımlayabilmeli
2. AOB sistemini tanımlayabilmeli
3. Kaliteli ve haklara dayalı AOB hizmet sunumunda ekip yaklaşımının önemini kavrayabilme
4. Sevk mekanizmasındaki görev ve sorumluluklarını kavrayabilmeli
5. Veri toplamanın önemini söyleyebilmeli
6. Güvenli kan nakli koşullarını sayabilmelidir

1. GİRİŞ

Ülkemizde yılda 1.780.000 gebelik meydana gelmekte, bunların 1.378.000'i canlı doğum olarak sonlanmaktadır. Her 100.000 canlı doğuma karşılık 28,9 bir anne ölümü olmaktadır. Bir başka söyleyişle her yıl yaklaşık 400 anne gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Hastane kayıtlarına dayalı yapılan ana ölüm nedenlerini belirleme araştırmasında hastanede meydana gelen anne ölümlerinin 2/3 ünün mevcut koşullarda önlenebileceği belirlenmiştir.

Ülkemizde uzun yıllardır uygulanan ana sağlığı programları, dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi, anne ölümlerini azaltabilmek için komplikasyon riski taşıyan gebelerin tespit edilmesine odaklanmıştır. Bu tip yaklaşımların ana sağlığına birçok olumlu katkısı olmasına karşılık, anne ölümlerinde arzu edilen düzeyde düşüşü sağlayamamıştır. Araştırmalar, komplikasyon oluşan bir çok gebelikte bilinen bir risk faktörünün bulunmadığını göstermektedir. Bu nedenle, bir gebe yeterli düzeyde doğum öncesi bakım alsa dahi, onda komplikasyon oluşup oluşmayacağı yada acil bakım hizmetine gereksinim olup olmayacağını önceden belirlenmesine yönelik bir yöntem bulunmamaktadır. Bu nedenle, tüm gebelerin gerektiğinde kullanabileceği, etkin bir acil bakım sisteminin geliştirilmesi gereği vardır.

Anne ölümlerinin bir çoğunun önlenebileceği de dikkate alındığında, Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinde kalite iyileştirilmesi çalışmalarına gereksinim olduğu açıktır. Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinin, günde 24 saat, haftada 7 gün kesintisiz ve en yüksek etkinlikte sunulması için yeniden yapılandırılmasına, ekip anlayışı içinde hizmet vermelerinin sağlanmasına gereksinim vardır. Yürütülen hizmetlerde kalitenin sağlanması; hazır bulunma, süratli müdahale, hasta haklarına saygı, sağlık kuruluşlarının yeterli araç ve gereçle donatılması ve personelin konu ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi ile mümkündür. Bunun yanında sistemin etkinliğin sağlanması için sürekli değerlendirilmesi, denetlenmesi gerekmektedir.

Bu projenin amacı, kadın sağlığını geliştirmek üzere anne ölümlerinin ve sakatlıklarının azaltılması için Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi ve kalitesinin artırılmasıdır.

KAYNAKLAR:

1. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, 2004.
2. 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Üreme Sağlığı Programı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Bilimleri Enstitüsü. Ankara, 2006.
3. Türkiye’de Hastane Kayıtlarından Ana Ölümleri Ve Nedenleri Belirleme Araştırması. Sağlık Bakanlığı. Ankara, 2000.

2. ANNE VE YENİDOĞAN SAĞLIĞI

AMAÇ:

Dünyada ve Türkiye’de anne ve yenidoğan sağlığı konularında farkındalık yaratarak anne ve yenidoğan ölümlere neden olan 3 gecikme modeli konusunda bilgi kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Türkiye’de anne ve bebek sağlığının durumunu tanımlayabilmeli
2. Anne ölümlerini etkileyen faktörleri sayabilmeli
3. Önlenebilir anne ölümlerini açıklayabilmeli
4. Anne ve bebek ölümlerini önlemede 3 gecikme modelinin önemini açıklayabilmelidir.

DÜNYA’DA ANNE VE BEBEK SAĞLIĞININ DURUMU

Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF raporlarına göre; dünyada her gün 1.400, bir yılda ise 529.000 kadının gebelik ve doğumla ilgili nedenler yüzünden öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %99’u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelişmekte olan bir çok ülkede gebe kadınların gebelik ve gebeliğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölüm riski, gelişmiş ülkelerdeki kadınlara göre 45 kat daha fazladır. Tüm toplumlarda gebelerin %15 kadarı ölümcül komplikasyon geçirme riski altındadır. Gebelerin yaklaşık %5’inin (7 milyon kadın) cerrahi operasyona, çoğunlukla sezaryana ihtiyacı olmasına rağmen, çoğunun Acil Obstetrik Bakıma ulaşma imkanı yoktur. Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların sadece %58’i sağlık personeli (Ebe/Dr.) yardımıyla ve sadece %40’ı bir sağlık merkezi veya hastanede doğum yapmaktadır.

Anne ölümlerinin çoğu (% 61) doğum sırasında ya da hemen doğum sonrasında meydana gelmektedir

2005 Dünya sağlık raporuna göre, 5 yaş altındaki hemen hemen 11 milyon çocuk önlenebilir hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Bunların 4 milyonu yaşamlarının ilk bir ayı içinde ölen bebeklerdir. Yenidoğan ölümlerinin 3.4 milyonu yaşamlarının ilk bir haftasında olmaktadır.

Gelişmekte Olan Ülkelerde Yapılan Çalışmaların Sonuçlarına Göre:

1) Anne ölümlerinin başlıca nedenleri:

Ciddi kanama, enfeksiyon, toksemi, engellenmiş eylem ve sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşen düşüklüdür.

2) Yenidoğan ölümlerinin başlıca nedenleri ise:

Gebelik sırasında yetersiz doğum öncesi bakım, doğum sırasında yanlış uygulamalar, hipotermi ve enfeksiyonlardır.

Anne ve yenidoğan ölümlerin büyük çoğunluğu önlenebilir ölümlerdir.

TÜRKİYE’DE ANNE SAĞLIĞININ DURUMU

2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, ülkemizdeki yıllık gebelik sayısı 1.780.000’dir. Bunların 1.378.000’i (%77.4) canlı doğumla, 23.000’i ölü

doğumla ve 17.800'ü kendiliğinden düşük ile sonuçlanmaktadır. Her 100 gebelikten 11'i ise (toplam 201.000) isteyerek düşük ile sonlanmaktadır. İsteyerek düşük hızı ülkenin Batı ve Orta bölgelerinde en yüksek, Doğu bölgesindeki kadınlar arasında ise en düşüktür.

- **Doğum Öncesi Bakım:** Türkiye'de doğum öncesi en az bir kez doğum öncesi bakım alan kadınların oranı 1998'de %68 iken, 2003'te % 81'e ulaşmıştır.

Doğum öncesi bakım almada yeterli kriterler; ilk kontrolün gebeliğin ilk 3 ayı içinde gerçekleştirilmesi, bakımın sağlık personelinin alınmış olması ve en az dört veya daha fazla sayıda izlem yapılması olarak ele alınmaktadır. Yeterli düzeyde doğum öncesi bakım alan kadınların yüzdesi 1993'te 24.8 iken, 1998'de 30.9'a, 2003'te ise 46.4'e yükselmiştir.

Doğum öncesi bakım alma oranı ve bakımın alındığı personel yönünden kentsel ve kırsal alan arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Kırsal yerleşimlerde araştırma tarihinden önceki 5 yıl içerisinde yapılan son doğumların üçte birinde anne doğum öncesi bakım almamıştır. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımı ile annenin eğitim düzeyi arasında belirgin bir ilişki vardır, annenin eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alma oranı artmaktadır.

- **Doğumun Gerçekleştiği Yer:** Araştırma tarihinden önceki 5 yıl içerisinde gerçekleşen doğumlar incelendiğinde doğumların beşte biri evde gerçekleşmektedir. Doğumun gerçekleştiği koşullar, annenin ve bebeğin sağlığı açısından hayati önem taşımaktadır.

Doğumların %78 i bir sağlık kuruluşunda gerçekleşirken, 1998'de % 24 olan evde sağlık personeli olmadan yapılan doğum oranı da 2003'te %16.4'e düşmüştür.

Annenin eğitim düzeyi arttıkça sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı artmaktadır. Sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı kentsel kesimde daha yüksektir. Doğumun gerçekleştiği yer açısından bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Batı'da doğumların büyük çoğunluğu (%91.0) bir sağlık kuruluşunda gerçekleşirken, Doğu'da bu oran % 52.4'tür.

- **Doğumu Yaptıran Kişi:** Tüm doğumların %9'u geleneksel ebeler tarafından yaptırılmaktadır. Doğum öncesi bakım alma oranı ve doğumun yapıldığı yer bakımından bölgesel farklılıklar mevcuttur. Doğumların yaklaşık yarısının evde gerçekleştiği Doğu bölgesi hariç tüm bölgelerde doğumların çoğunluğu sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır.

- **Emzirme:** Hayatın ilk iki ayında bebeklerin yalnız yüzde 44' ü sadece anne sütüyle beslenmektedir. Bebekler 2-3 aylık olduğunda ise yalnız yüzde 16'sı sadece anne sütü ile beslenmektedir. 2-3 aylık bebeklerde ek gıda alanların yüzdesi artarak yüzde 78'e çıkmıştır. Bebekler 12-15 aylık olduğunda yüzde 45'i artık emzirilmemektedir. Bebeklere erken yaşta ek gıdaların verilmeye başlanması Türkiye'de bebek ölümlerine yol açan nedenlerden biri olan bağırsak enfeksiyonlarının riskini arttırmaktadır.

- **Yenidoğan ölümleri:** 1000 canlı doğan bebekten 29'u bir yaşından önce ölmektedir ve her beş bebek ölümünden ikisi doğumdan sonraki ilk hafta içerisinde meydana gelmiştir.

TÜRKİYE'DE ANNE ÖLÜMLERİ

Anne ölümlerinin çoğu, gebelik ve lohusalık toksemileri, kanamalar ve enfeksiyonlar gibi, riskli ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve özenli bir doğum öncesi/sonrası bakım sağlanması ile büyük ölçüde engellenmesi mümkün olan nedenlerden kaynaklanmaktadır.

Dünyada anne ölümlerinin %21'i kanama, %8'i enfeksiyon (doğum ve puerperal dönem), %14'ü düşük komplikasyonları, %13'ü eklampsi ve hipertansif bozukluklar, %8'i engellenmiş doğum eylemi, %11'i diğer doğrudan obstetrik nedenler, %25'i ise dolaylı nedenlerle ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de 15-49 yaş grubu kadınlarda ölüm nedenlerinin hemen hemen üçte biri (%31.2) neoplazma, %18.2'si trafik kazaları ve diğer kazalar ile, intihar, cinayet, %16.6'sı da dolaşım sistemi hastalıklarıdır. Gebeliğe bağlı ölümler anne ölümlerinin beşinci en sık görülen nedenidir.

1998' de 53 ilde yapılan "Hastane Kayıtlarına Dayalı Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması"nda, anne ölüm oranı 100.000 canlı doğum için 49.2 olarak bulunmuştur. bu çalışmada tespit edilen anne ölümlerinin %52'sinin mevcut koşullarda önlenebileceği, %20 sinin daha iyi koşullarda önlenebileceği ölümü tespit eden hekim tarafından ifade edilmektedir. Ayrıca bu çalışmada, anne ölümlerinin %83'ü hastanede, %8'i yolda ve %3'ünün evde olduğu tespit edilmiştir.

2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasına göre ise bu oran her 100.000 canlı doğum için 28.5 olarak saptanmıştır. Aynı çalışma 15-49 yaş grubundaki kadın ölümleriyle gebeliğe bağlı ölümlerin temel özellikleri, anne ölümlerinin düzeyini, nedenlerini, doğumun ve ölümün gerçekleştiği yerleri ve önlenabilir faktörleri ortaya koymuştur. Anne ölüm oranı kentlerde 100.000 canlı doğumda 20.7, kırsal alanlarda ise 40.3 tür.

Bu çalışma, anne ölümlerinin yaş ile arttığını, 35 yaş sonrasında yüzbinde 66 ve üzerine çıktığını, gebelik sırasında ölen annelerin %29'unun yüksek risk grubunda olduğunu ve ölen annelerin %58'inin en az bir risk faktörüne sahip olduğunu, ölümlerin %60'ının sağlık kuruluşunda, %10'unun yolda ve %21'inin evde meydana geldiğini göstermiştir.

Ayrıca eksik tanı, sağlık personelinin sorunla baş etme becerisinde yetersizlik gibi sağlık hizmeti verenlere ait faktörlerin anne ölümlerinin %14'ünde rol oynadığı belirlenmiştir.

Araştırmada, gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı ölümlerde annelerin %48'inin gebeliği istemediği, %72'sinin gebelik öncesi kontraseptif yöntem kullanmadığı (ölümün meydana geldiği bu gebelik için), %21'inin de doğum öncesi bakım almadığı belirlenmiştir.

Anne ölüm oranlarında kırsal alanlarla kentler arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. En düşük anne ölüm oranı 100 bin canlı doğumda 7.4 ile Batı Anadolu'da, 68.3 oranıyla en yüksek Doğu Karadeniz ile Kuzey Doğu Anadolu Bölgelerindedir.

ANNE ÖLÜMLERİNİN NEDENLERİ

Gebeliğe bağlı anne ölümlerinin yüzde 58.4'ünün doğrudan, yüzde 15.8'inin dolaylı, yüzde 23.2'sinin ise tesadüfi (trafik kazaları vb) nedenlerle gerçekleştiği görülmektedir. %2.4'ü ise gebeliğe bağlı ancak nedeni bilinmeyen ölümlerdir.

FIGO (Uluslararası Kadın Doğum Federasyonu) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (2000) tanımına göre,

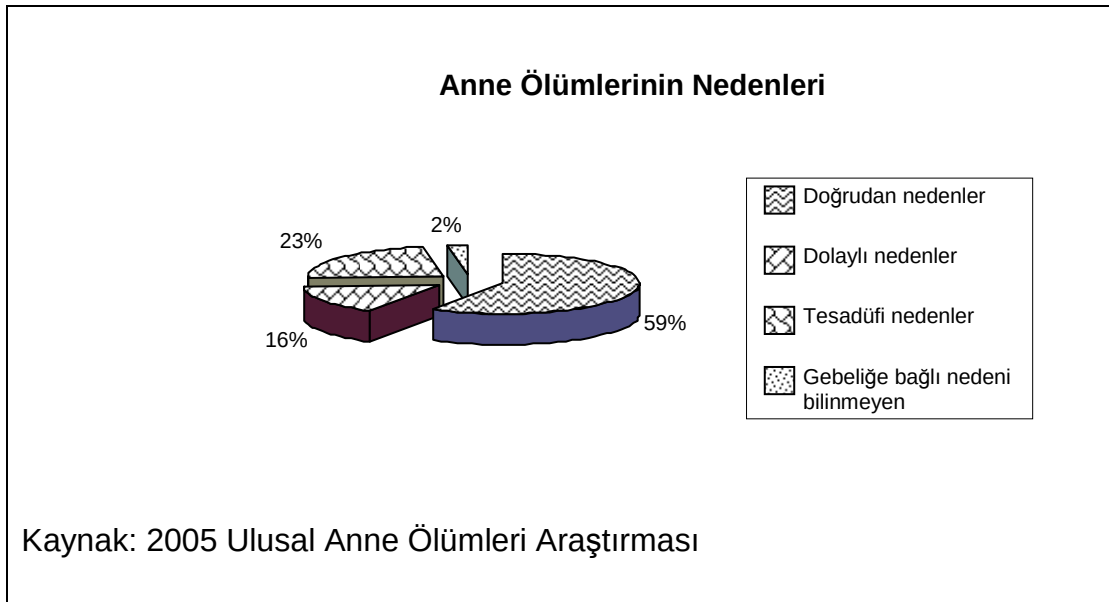
Anne Ölümü: Gebeliğin süresine bakılmaksızın, kadının gebe iken ya da gebeliğin sona ermesini izleyen 42 gün içerisinde, kazadan kaynaklanmayan, gebelik veya gebeliğin idaresiyle ilgili olan veya bunların ağırlaştırdığı herhangi bir nedenle ölmesidir. Anne ölümleri doğrudan ve dolaylı anne ölümleri olarak sınıflandırılmaktadır.

Doğrudan Anne Ölümü: Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde obstetrik komplikasyonlardan, yapılan tıbbi müdahalelerden, ihmallerden, yanlış tedavilerden veya bunların birbirlerini etkilemesinden kaynaklanan ölümlerdir.

Dolaylı Anne Ölümü: Daha önceden gebede var olan veya gebelik sırasında meydana gelen, gebeliğe bağlı olmayan ancak gebeliğin fizyolojik etkisi ile artan nedenlerden meydana gelen ölümlerdir. Örnek: sıtma, hepatit, anemi, HIV/AIDS, kalp hastalıkları vb...

Gebeliğe Bağlı Ölüm: Ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik, doğum, doğum sonrası 42 gün içerisinde meydana gelen tesadüfi nedenleri de içeren tüm ölümlerdir.

Doğrudan anne ölümlerinin 5 ana obstetrik nedeni mevcuttur: Kanama (gebelik, doğum eylemi, doğum sonrası), enfeksiyon, gebelikte hipertansif bozukluklar, uterus rüptürü ile sonuçlanan engellenmiş eylem, düşük komplikasyonları.



Anne Ölümlerinin Nedenlerine Göre Dağılımı:

Anne ölümlerine yol açan nedenlerin dörtte biri doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra başlayan kanamalardan kaynaklanmaktadır. Anne ölümlerinin yüzde 15.7'si post-partum hemorajiden kaynaklanmakta olup, bu ölümler de post-partum ölümlerin %50'den fazlasını oluşturmaktadır. Bu ölümlerin üçte biri doğum sonrası ilk 12 saat içerisinde gerçekleşmiştir.

ANNE ÖLÜMLERİNE NEDEN OLAN ÖNLENEBİLİR FAKTÖRLER

Kentsel alanlarda, gözlenen gebeliğe bağlı ölümlerin %46.3'ü, kırsal yerleşim yerlerinde ise %51.8'inde önlenabilir faktörlerin etkisi olduğu belirlenmiştir.

Gebeliğe bağlı ölümlerin % 49.3'ünde, anne ölümlerinin ise % 61.6'sında bir ya da daha fazla önlenabilir faktör bulunduğu belirlenmiştir.

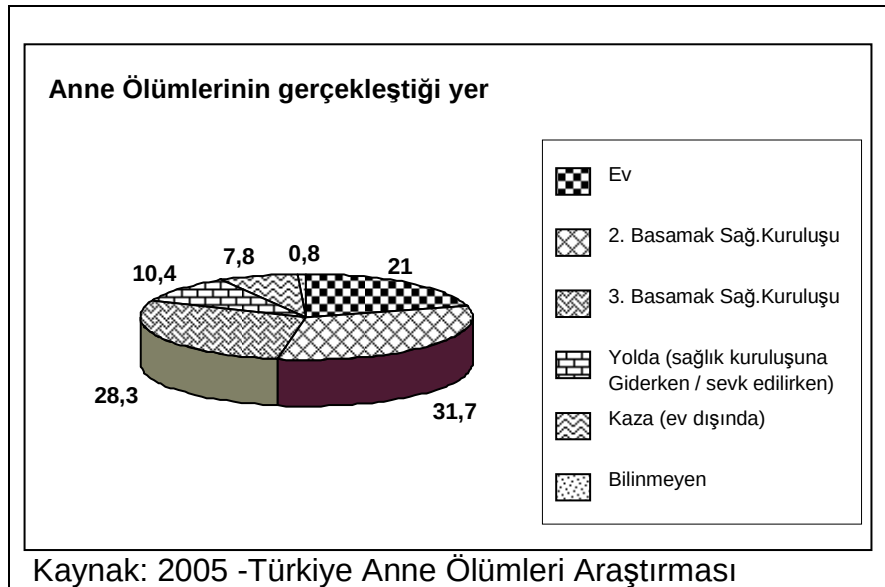
Standart bakım yetersizliğine ilişkin önlenabilir faktörlerin yüzde dağılımı 4 grupta ele alınmıştır:

- Hanehalkı ve toplumla ilgili faktörler (% 36.2).
- Sağlık hizmeti sağlayıcılarla ilgili faktörler (% 13.7)
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlardaki malzeme/donanımla ilgili faktörler (% 2.1)
- Diğer (% 9.6)

Ölümlerin nedenlerine bakıldığında çok büyük bir kısmının altında enfeksiyonlar, kan kaybı ve uygunsuz koşullarda yapılan doğum ve düşük girişimleri yatmaktadır. Bu faktörlerin tamamına yakını yüksek teknoloji gerektirmeyen ekipman ve komplikasyon ile başedebilecek eğitilmiş personelin doğuma katılması ile engellenebilir. Doğum hastane dışında bir yerde yapılsa bile 30 dakika içinde antibiyotik, kan nakli ve acil sezaryen olanaklarının bulunduğu bir kuruma naklin mümkün olması halinde anne ölümleri çok büyük oranda azalacaktır.

Anne Ölümünün Gerçekleştiği Yer:

Anne ölümlerinin %31.7'si ikinci basamak, %28.3'ü üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, %10.4'ü sağlık kuruluşuna giderken veya sevk edilirken yolda gerçekleşmiştir. Yüzde 21'i evde, %7.8'i kaza (ev dışında) meydana gelmiştir.



ANNE ÖLÜMLERİNDE ROL OYNAYAN OBSTETRİK BAKIM HİZMETLERİNDEN YARARLANMADA ÜÇ GECİKME MODELİ

AOB kapsamında anne ölümüne götüren süreçte öncelikle, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı ve Sağlık Bakanlığı'nın da çalışmalarını planlamasında yol gösterici olan üç gecikme modeli üzerinde durmak gerekir.

Bu yaklaşıma göre;

Birinci gecikme; hizmeti almaya karar vermede yaşanan gecikmedir. Kadının statüsünün düşüklüğü, tehlike işaretleri ve bulguları konusunda yeterli bilgi sahibi olmaması, yanlış inanışlar gibi pek çok neden birinci gecikmeye yol açmaktadır.

İkinci gecikme; hizmete ulaşmada yaşanan gecikmedir. Ulaşım ile ilgili sorunlar, ekonomik yetersizlikler ve yerel sağlık kuruluşlarının sayısının azlığı bu gecikme modeline yol açabilen nedenlerden bazılarıdır.

Üçüncü gecikme; sağlık kuruluşunda uygun hizmet almada yaşanan gecikmedir. Malzeme, personel eksikliği/eğitimsizliği ve hizmet sunucuların kapasite eksikliği gibi nedenler kaynaklı olabilir.

ÜÇ GECİKME MODELİ

Birinci gecikme	Hizmet almaya karar vermede yaşanan gecikme
İkinci gecikme	Hizmete ulaşmada yaşanan gecikme Kadının sevk edildiği kuruluşa geç gelmesi
Üçüncü gecikme	Hizmet almada yaşanan gecikme Sağlık kuruluşunun AOB için gerekli personel ve donanıma sahip olmaması ya da hastanın geldiğinde mevcut olanaklara ulaşamaması

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlar değişik durumlarda farklı nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadır. Örnekler verecek olursak:

- Bazen sağlık kuruluşuna başvurmamak gebelerin kendi kararı değildir. Ailelerin yaşlı fertleri, eşler veya aile bireyleri doğum öncesi bakımın gereksiz olduğunu düşünmektedir.

- Gebede, sağlık hizmeti veren kuruluşların sundukları hizmet kalitesi ve hizmet sunum şekli ile ilgili olumsuz düşünceler, yanlış bilgiler veya güvensizlikler olabilir. Mahremiyetin az olması, muayene öncesi uzun süreler beklenmesi gibi faktörler gebenin sağlık kuruluşuna başvurmamasına neden olabilir.

- Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemler için birçok sağlık hizmetinin kendilerine verilebileceğinin farkında olmayan, bu nedenle herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmeyen, bazı yörelerde ulaşım güçlükleri çeken kadınların bu hizmetlerden faydalanma olanaklarını ortadan kaldırmaktadır.

- Bazen bütün sağlık çalışanlarına karşı genel bir hoşnutsuzluk ve güvensizlik hissedilmektedir.

- Bazı kadınların ve ailelerinin maddi koşullarının sağlık hizmetlerini karşılayabilecek durumda olmamaları sağlık kuruluşlarına gitmemelerine yol açmaktadır. Çalışan bazı kadınların izin alamaması veya izin verilmemesi sağlık hizmeti alamamalarına neden olmaktadır.

- Bazı kadınlar gebelikteki tehlike işaretlerini bilmemekte veya fark etmemektedirler.

Örneğin; hastalıklarının ancak ileri aşamalarında sağlık kuruluşuna başvurumaktadırlar.

SONUÇ OLARAK;

- GEBELİK VE DOĞUM İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ YÜKSEKTİR.
- ÖLÜMLERİN;
 - BEŞTE BİRİ EVDE
 - ÜÇTE İKİSİ SAĞLIK KURULUŞUNDA
 - ONDA BİRİ YOLDA MEYDANA GELMEKTEDİR.

ÖLÜMLERİN % 70'İ İYİ BİR BAKIM HİZMETİ İLE ÖNLENEBİLİR.

KAYNAKLAR:

1. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara , 2004.
2. 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, Üreme Sağlığı Programı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Bilimleri Enstitüsü.
3. Thaddeus S and Maine D (1994) Too far to walk: Maternal mortality in context Social Science and Medicine 38 1091-1110
4. Visschedijk J and Simeant S (1998) Targets for health for all in the 21st Century World Health Statistics Quarterly 51 56-67
5. Mother-Baby Package Costing Spreadsheet. Reproductive Health Research World Health Organization WHO/FCH/RHR/99.17, 1999
6. H. Smith, P. Garner. Better Births Initiative: A Programme for Action in Middle- and Low-Income Countries
<http://www.reproline.jhu.edu/English/2mnh/2articles/MakingChildbirthSafer.pdf8>.
7. Providing Emergency Obstetric Care to All in Need
<http://www.unfpa.org/mothers/facts.htm>
8. Fast Facts on Maternal Mortality and Morbidity.
<http://www.unfpa.org/mothers/facts.htm>
9. AMDD, Averting Maternal Deaths and Disability. Mailman Scholl of Public Health
http://www.amddprogram.org/index.php?sub=2_1
10. Mother and Child health situation in Turkey
http://www.unicef.org/turkey/pc/_mc4.html

3. ACİL OBSTETRİK BAKIM SİSTEMİ

AMAÇ:

Acil Obstetrik Bakım sistemini oluşturan bileşenler hakkında bilgi kazanmak.

ÖĞRENİMİN HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar;

1. Acil Obstetrik Bakımı tanımlayabilmeli
2. Acil Obstetrik Bakımın amacını açıklayabilmeli
3. Acil Obstetrik Bakımın bileşenlerini sayabilmeli
4. Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinde veri toplamanın önemini açıklayabilmeli
5. Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinde kayıt tutmanın önemini açıklayabilmeli
6. AOB'de kapsamlı sevk mekanizmasını oluşturmaının önemini kavrayabilmelidir.

AOB NEDİR, NASIL TANIMLANIR?

Anne Sağlığı, kadının gebelik süresini, doğumu, doğum sonrası devreyi ve gebeliğe bağlı tüm sağlık durumunu içeren fiziki, mental ve sosyal tam iyilik halidir.

Bu süre gebeliğin başlangıcından doğum ile sonlanmasını ve sonraki ilk 42 günlük devreyi kapsar.

Bu süre içinde meydana gelen, tüm anne ve fetus hayatını tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumda verilen hizmetler bütünü Acil Obstetrik Bakım (AOB)'dir.

AOB' NİN AMAÇLARI NELERDİR?

Gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda **annenin** yaşamını kurtarmak ve zarar görmesini önlemek

Gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda **bebeğin** yaşamını kurtarmak ve zarar görmesini önlemek

AOB, gebelerin sağlık kuruluşlarına müracaat ettiklerinde hızla ilk değerlendirmelerinin yapılması; kendilerinin veya bebeklerinin hayatlarını tehdit eden semptom ve işaretlerin varlığında ilk tedavilerini almaları; o sağlık kuruluşunda mümkün ise tedavilerinin yapılması; eğer gerekiyorsa, durumları stabilize edildikten sonra daha üst düzey sağlık kuruluşuna gönderilmeleri (sevk mekanizması) ve gerektiğinde sağlık kuruluşlarında yapılacak güvenli kan naklini içermektedir.

AOB SİSTEMİNİN BİLEŞENLERİ:

1. AOB Kuruluşları: AOB hizmeti veren kuruluşlar üç aşamada incelenirler:

İlk yardım/sevk kuruluşları:

Ayaktan ilk yardım ve sevk hizmetlerinin verildiği ilk basamak sağlık kuruluşlarıdır.

Temel AOB Kuruluşları:

- Parenteral antibiyotik verilmesi,
- Parenteral oksitosinlerin verilmesi,

- Parenteral antikonvülsanların verilmesi,
- Plasentanın elle çıkarılması (elle halas),
- Kalmış plasenta parçaların temizlenmesi,
- Müdahaleli doğum (Vakum ve Forseps) girişimlerini 7gün/24saat sağlayabilen sağlık kuruluşlarıdır

Kapsamlı AOB Kuruluşları:

Yukarıdaki girişimlere ek olarak;

- Sezeryan gibi cerrahi acil obstetrik müdahale yapılması, anestezi verilmesi ve
- Güvenli kan naklini de 7 gün/24 saat gerçekleştirebilen sağlık kuruluşlarıdır.

Dünya Sağlık Örgütüne göre, her 500.000 kişilik nüfusta bir adet kapsamlı ve 4 adet temel AOB hizmeti verebilen sağlık kuruluşu bulunması önerilmektedir.

Kapsamlı AOB kuruluşlarında en az bir veya yeterli sayıda kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve anestezi uzmanı/teknisyeni görevde bulunmalı, güvenli kan nakli yapılabilmesi, sezeryan dahil acil cerrahi müdahaleler gerçekleştirebilmeli, kuvöz ile donatılmış bir yenidoğan servisi bulundurulmalı ve 7 gün/24 saat hizmet verilebilmelidir.

Temel AOB kuruluşları ise en az bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve bir anestezi teknisyeni ile 7 gün/24 saat temel AOB hizmeti verebilmeli, ilk yardımı sağlayabilmeli ve gerektiğinde hastayı kapsamlı bir AOB kuruluşuna sevk edebilmelidir. Bazı hallerde pediatrist, aile hekimi, genel cerrahi uzmanı ya da üroloğun bulunması dahi o kuruluşun temel AOB kuruluşu olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır.

Sevk, bir sağlık kuruluşundan daha üst düzeyde sağlık hizmeti verilen bir diğer sağlık kuruluşuna, gerektiğinde ambulans ve refakatçi bir sağlık personelinin eşliğinde hastanın gönderilmesidir. AOB'de anne ölümüne yol açan önlenabilir faktörleri ortadan kaldırmak için hasta, genel durumu düzeltildikten ve durumu stabilize edildikten sonra üst düzey sağlık kuruluşuna belli bir mekanizma çerçevesinde sevk edilir. Yenidoğan için de aynı durumlar geçerlidir.

Hastanın sevk edilme sürecinde diğer kurumun tüm ihtiyaçları karşılayabileceğinden emin olunmalıdır. Bu süreç oluşturulurken hastanın, kurumlar ve bakım sağlayıcıları arasında nasıl transfer edileceği, nakil sırasında hastadan kimin sorumlu olduğu ve hasta naklinin olanaksız olduğu durumlarda neler yapılacağı gibi konulara açıklık getirilmeli, personel bilgilendirilmelidir.

Sevk edilen hastalara ilişkin kayıtlar sevk eden kuruluştaki sevk defterine işlenmeli, doldurulan sevk formları sevk edilen kuruluştan hastanın kabul edildiğine dair imzalanmalı ve sevk eden kuruluşa hasta/hasta yakını ya da ambulansla sevk edildi ise ambulans şoförüne verilmelidir. Ambulansla nakledilen hastaya ait bilgiler/yapılan işlemler, tarih ve saat belirtilerek kaydedilmelidir.

GÜVENLİ KAN NAKLİ:

Obstetrik bakım sırasında kan nakli gerekebilir. Kan, kan ürünleri ve replasman sıvılarının uygun güvenli kullanımı, ne zaman kan nakli yapılacağına ilişkin karar verilmesi ve sağlık çalışanlarına yol göstermesi amacıyla protokollere göre hareket edilmesi önemlidir. Kanın alınması, saklanması ve kan nakli sırasındaki koşulların güvenliği son derece önemlidir.

AOB'DE VERİ TOPLAMA VE KAYIT:

AOB hizmetlerinin kaydında gebelik ve doğum kayıtları büyük önem taşır.

Hastanelerde kaydı tutulan veri ve kayıtlar:

- **Hasta kişisel kayıtları:** Annenin kişisel bilgilerini, öyküsünü, tanısını, obstetrik komplikasyonları (kanama, engellenmiş ve uzamış doğum eylemi, pre-eklampsi ve eklampsi, düşük komplikasyonları ve sepsis vb.), uygulanan tedaviyi, gebeliğin sonlanma şeklini, doğumun sonucunu (canlı veya ölü doğum) ve bebeğin kilosunu belirtmelidir.

Acil Polikliniği:

- Poliklinik muayene defteri
- Hasta kabul kayıt defteri
- Non-Stress Test sonuçları dosyası (NTS)
- Adli Vaka işlemleri dosyası

Doğum odası:

- Hasta protokol defteri
- Normal doğum formu
- Hep. B, Vit. K. aşı formları
- Doğum sonrası sevk kayıt defteri
- Bebek ölüm bildirim defteri
- Bebek ölümü kayıt defteri

Kadın - Doğum Servisi

- Hasta protokol defteri
- Dr. istemi/tedavi kayıtları defteridir.

Kayıtlar, hasta bakımının izlenmesinin yanı sıra hizmetin sağlanması ve kullanımı, tıbbi istatistikler ve vakaların değerlendirilmesine temel oluştururlar. Hastalara ilişkin verilerin hasta protokol ve kayıt defterlerine eksiksiz ve doğru olarak girilmesi, yapılan işlemlerin tanı ve uygulanan tedavinin yazılması, imzalanması sadece hasta için değil aynı zamanda hukuki sorun çıktığında belge özelliği nedeniyle sağlık çalışanları için de son derece önemlidir.

AOB vakalarına ilişkin bilgi ve kayıtların doğru ve tam olarak tutulması, hizmetin kalitesini iyileştirmek açısından önemlidir. Zamanında tutulan, sağlıklı ve güvenilir verilerin varlığı, gerek hizmetin izlenebilmesi, gerek yapılacak çalışmalar ve üretilecek politikalar açısından son derece önem taşımaktadır. Verilen hizmetlerin aylık bildirim ve aylık/yıllık değerlendirmesinin hazırlanması gereklidir. AOB hizmetlerinde hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için kayıtların yılda en az bir kez gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Gözden geçirilmesi gereken defter ve kayıtlar:

Sancı ve doğum odası protokol defteri: Yatan her hastaya ait veriler

Doğum servisi protokol defteri: Antepartum ve postpartum komplikasyon nedeniyle yatan her hastaya ait veriler

Ameliyathane kayıt defteri: Cerrahi işlem yapılan her kadın hasta, halen gebe ya da son 42 gün içinde gebe olan hastalar

Acil bölüm/poliklinik defter: (acil odası, tedavi odası v.b.) Düşük sonrası/dış gebelik nedeniyle gelen hasta, halen gebe ya da son 42 gün içinde gebe olan hastalar

Hasta kayıtları: Dış gebelik, düşük komplikasyonu, doğum sonrası ya da diğer obstetrik komplikasyon nedeniyle hastaneye yatan hastaların kayıtları

Ölüm raporları: Sağlık kuruluşunda ölen hastaya ait kayıt. Bu ölüm raporu hastanın ölüm zamanında ya da son 42 gün içinde gebe olup olmadığını belirtmelidir. Bu veri "anne ölümü" tanısı konulmasını sağlar.

Tıbbi izlemler, vaka gözden geçirme/değerlendirme ve istatistiklerin kontrolü hasta verilerini/tedavileri içeren hasta kayıt ve defterlerindeki bilgilerin kalitesine bağlıdır. Bu nedenle, bu belgeler;

- Hastanın öyküsü, fiziksel muayenesi ve tanısını
- Hastaneye başvuru nedenini, uygulanan işlemleri, tedaviyi ve son durumunu (serviste kaldığı günlerde ve taburcu olurken) belirten bilgileri içermelidir.

Verilerin kalitesi tıbbi izlemleri, vakaların değerlendirmesini ve istatistiklerin kontrolünü mümkün kılacağı gibi bunların AOB hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesine olan katkılarının da etkin bir şekilde izlenmesine etkisi olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü, AOB hastasının hastaneye yatışından taburcu olana kadar tüm bilgilerin (obstetrik komplikasyonlar, doğum, dış gebelik, düşük komplikasyonları, anne ölümü gibi) tek bir kayıt altında "Anne Kaydı" toplanmasını önermektedir.

KAYNAKLAR:

1. Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve doktorlar için bir klavuz. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı, Aile ve Toplum Sağlığı, DSÖ, Geneva, 2003
2. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice Departmant of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, World Health Organization, Geneva, 2003
3. Güvenli Annelik, Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2006

4. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE YAKLAŞIMI, HAKLAR, STANDARTLAR VE EKİP YAKLAŞIMI

AMAÇ:

Kaliteli ve haklara dayalı Acil Obstetrik Bakım hizmeti sunmada ekip yaklaşımının önemini kavramak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar

1. Kaliteyi tanımlayabilmeli
2. Kaliteli AOB hizmeti kavramını açıklayabilmeli
3. Hizmet alanların haklarını sayabilmeli
4. Hizmet sunanların haklarını sayabilmeli
5. Hizmet sunumunda ekip çalışmasının önemini açıklayabilmeli
6. AOB hizmeti sunanların rollerini kavrayabilmelidir.

KALİTE

Kalite hizmet sunumunun ilk defasında, her defasında ve zamanında uygun personel ile hizmet sunmaktır. Bu nedenle her kurum, sunmayı üstlendiği hizmetleri ve bu hizmetlerle ilgili koşullarını yani standartlarını belirlemelidir

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kaliteyi “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı - tedavi - bakım hizmetlerinin yanısıra tüm hizmet süreçlerinde hizmet alıcıların beklenti ve gereksinimlerinin tam olarak karşılanması” şeklinde tanımlayabiliriz.

Bir hekim açısından “kalite”; Bir hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması ve mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal düzeye getirilmesidir.

Hasta açısından “kalite”; tedavi sürecinde hastalığın gerektirdiği teknik bakımı almanın yanısıra, bakım esnasında iyi muamele görmesidir.

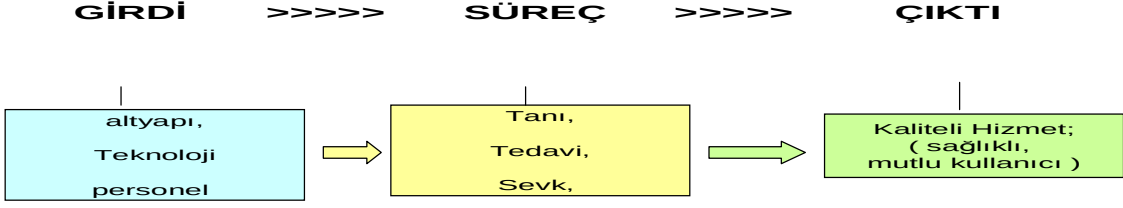
Hizmet kalitesi,

- Hizmet alanların gereksinimlerinin karşılanması ve hizmetlerin kabul edilen standart ve rehberlerle uyum içinde sunulmasıdır.



KAVRAMLAR:

Kalite sisteminde; girdi, süreç ve çıktı tanımları kullanılmaktadır.



Sağlık sektöründe girdimiz altyapı, teknolojik kaynaklar ve insan kaynaklarıdır.

Sağlık sektöründe çıktımız ise hizmettir.

Sunulan hizmetlerden her birisi bir süreçtir.

Günümüzde çıktı yani hizmet kalitesini sağlamadan ulaşılabacak verimlilik hiçbir anlam taşımamaktadır. Diğer bir deyişle kalitesiz bir üretim, mevcut kaynaklarla daha çok üretmek yerine, ek kaynak tüketimine neden olarak verimliliği düşürmektedir.

Geleneksel kalite yaklaşımında tolerans sınırları içinde belli bir yüzde hatası ile üretilen hizmet, Toplam Kalite Yönetiminde sıfır hata hedefi ile kendini göstermektedir. Toplam kalite yönetiminde, hataları belirlemek yerine hata yapmamayı sağlamak, yani hataları önlemek yaklaşımı vardır.

Toplam kalite yönetiminin felsefesinde,

- Kaliteyi bir yaşam biçimi olarak benimsemek
- İnsanları yönetmek değil, insanlarla yönetmek
- Çalışanların memnuniyeti, motivasyonu ve ödüllendirilmesi
- Performans değerlendirme ve ölçme yöntemlerinin kullanılması
- Ekip yaklaşımı
- Başarılı kurumların deneyimlerinden yararlanılması
- Stratejik planlama ve hedefler üzerinde durulması vardır

Sistem;

- Uygulanabilecek kadar **basit**,
- Herkesin katılımına gereksinim olduğunu kabul edebilecek kadar **duyarlı**
- Tüm çalışanları motive edebilecek kadar **ilginç**
- Kazanımları tanımlayabilecek ve yeni kazanımları belirleyebilecek kadar **güçlü**
- Eski geleneklerin yerini alabilecek kadar **ileriye yönelik** olmalıdır.

STANDARTLAR

Hizmet alanların ve sunanların beklentilerine yanıt veren, modern kaliteli hizmeti hedefleyen ve kurumun tüm personeli tarafından bilinmesi, onaylanması ve uygulanması gereken hizmet sunum koşullarıdır.

Kurumun hizmet sunum kapasitesi ve fizik yapısı da hizmet kapsamını belirlemede dolayısıyla hizmet standartlarını tanımlamada rol oynar

Hizmet standartları hizmetin ne şekilde, ne zaman, nasıl, nerede, kimler tarafından yapılacağını tanımlar.

Hizmet standartları:

- Varolan uygulamaların karşılaştırılacağı istenen ve ulaşılabilecek performans düzeyidir.
- Tüm hizmet düzeylerindeki sağlık personelinin eğitim ve performanslarının tutarlı ve desteklenebilir olmasını sağlamaya ve değerlendirmeye yarayan temel ölçütlerdir.
- Standartlar, performans geliştirme programlarının en önemli ögesidir.

Standartlar kanıta dayalı modern bilgiler çerçevesinde,

- **Erişilebilir,**
- **İzlenebilir** ve
- **Ölçülebilir** olmalıdır.

PROTOKOLLER:

- Çalışanların katılımıyla kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde bilimsel verilere dayalı olmalı,
- Yazılı hale getirilmeli,
- Kolay ulaşılabilir şekilde saklanmalı,
- Tüm çalışanlar tarafından bilinmeli,
- Tam olarak uygulanmalı,
- Gerekğinde de güncelleştirilmelidir.

KAYITLAR

Toplam kalite yönetimi ve AOB sisteminde en önemli unsurlardan biri **kayıtlardır**.

- Hasta kayıtları
- Süreçlerin izlendiği formlar
- İstatistikler
- Analizler
- Tutulması zorunlu belgeler (laboratuvar defterleri, poliklinik kayıt defterleri veya verilerin yüklendiği elektronik ortamlar) kayıtlar kapsamına girer.

Her kurum bu belgelerin ;

- Saklanma yerini
- Sürelerini
- Kimler tarafından kayıt altına alınacağını
- Hangi personelin hangi kayıtlara ulaşma hakkına sahip olduğunu
- Kimler tarafından saklanacağını belirlemeli ve
- Personeline duyurmalıdır.

Kayıtların tutulması ve saklanması ile ilgili protokoller yasal düzenlemelerle oluşturulmalıdır.

Her kurum izlemek zorunda olduğu **kritik performans parametrelerini** belirlemelidir. Kritik performans parametreleri kurum ve üst yönetim (Bakanlık, Genel Müdürlük vb) tarafından belirlenir. Örneğin:

- Kuruluş bünyesinde gerçekleştirilen cerrahi işlemlerde enfeksiyon oranı,
- Komplikasyon oranı,

- Acil hastaların sevk oranı,
- Sevkin gerçekleşme süresi,
- Aile planlaması yöntemi alanların danışmanlık alanlara oranı,
- O kuruluşun hizmet sunduğu bölge nüfusuna göre hizmet almak için başvuran kişi/gebe sayısı vb.

Bu parametreler kuruluşun kayıtları ile izlenebilecek objektif sayısal değerler olmalıdır. Var olan kayıt sisteminin yetersiz olduğu durumlarda kuruluş izlediği kritik performans parametrelerinin gerektirdiği verileri kapsayan formlar oluşturulmalıdır.

CS/ÜS HİZMET STANDARTLARI

Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartlarının hedefi, farklı coğrafi bölgelerde bulunan ve değişik sosyo-ekonomik durumlara sahip nüfusun tümüne, bütüncül bir yaklaşımla, kendilerine özgü gereksinimlerini karşılamak üzere, haklara dayalı, kaliteli hizmet sunulmasını sağlamaktır. Bu çerçevede geliştirilen standartlar ilke olarak temel (minimum) standartlardır ve bunların her kuruluşta karşılanması gerekmektedir.

Hizmet kalitesi, hizmet alanların gereksinimlerinin karşılanması ve hizmetlerin kabul edilen standart ve rehberlerle uyum içinde sunulmasıdır. Hizmet kalitesinin temel yaklaşımı, hizmet alanın gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanır.

CİNSEL SAĞLIK/ ÜREME SAĞLIĞI HİZMET STANDARTLARI HİZMET ALAN HAKLARI VE HİZMET SUNAN GEREKSİNİMLERİ

A. HİZMET ALAN HAKLARI

(a) Bilme Hakkı: Hizmet için başvuranların üreme sağlığı, cinsel sağlık ve genel olarak sağlık konusunda doğru, gereksinimleri için uygun, açık ve anlaşılır bilgiye sahip olma hakları vardır. Hizmet için başvuranlar gereksinim duydukları bilgileri, hizmet sunum biriminin her kısmında kolayca alabilmeli ve bilgi veren materyalleri kullanabilecekleri biçimde bulabilmelidirler.

(b) Hizmetlere Ulaşma Hakkı: CS/ÜS hizmetlerine gereksinim duyanların, bu hizmetlere herhangi bir nedenle engellenmeden tam olarak ulaşma hakları vardır. Bunun için hizmetlerin maliyeti karşılanabilir olmalıdır. Hizmetler başvuranlar için uygun saatlerde, uzak olmayan ve rahatça ulaşılacak yerlerde sunulmalıdır. Hizmetlere ulaşmada cins, yaş, evlilik durumu, doğurganlık, milliyet ya da etnik köken, sosyal sınıf, din ve cinsel tercih gibi konularda ayrımcılık, uygunsuz ayrıcalık koşulu ya da sosyal engel bulunması önlenmelidir.

(c) Bilgilendirilmiş Seçim Hakkı: Başvuranlar, değişik seçeneklere, bilgiye ve kavramaya dayalı olarak istemlerine göre iyi değerlendirilmiş kararlar verme hakkına sahiptirler. Bilgilendirilmiş seçim süreci, kişilerin daha iyi hizmet almak için sağlık kuruluşuna gelmeden, toplum içinde bilgi almalarıyla başlar ve süreç boyunca devam eder. Personelin sorumluluğu, başvuranın bilgilendirilmiş seçim yaptığını kesinleştirmek ya da bilgilendirilmiş seçim yapabilmesi için kendisine yardımcı olmaktır.

(d) Güvenli Hizmet Alma Hakkı: Hizmet alanlar güvenli hizmet alma hakkına sahiptir. Güvenli hizmet sağlanabilmesinin başlıca koşulları ise personelin yeterli beceriye sahip bulunması, enfeksiyonu önleme konusuna dikkat edilmesi ve uygun/etkili tıbbi uygulamalarda bulunulmasıdır. Güvenli hizmetler, aynı zamanda hizmet sunum rehberlerinin tam kullanılması, kuruluş içinde kalite güvencesi mekanizmalarının çalıştırılması, hizmet alanlar için danışmanlık/önerilerin sağlanması ve tıbbi/cerrahi işlemlerle ilgili komplikasyonların saptanması ve yönetimi vb. konularda da koşulların yerine getirilmesi anlamına gelmektedir. Hastanın güvenliğini sağlamada belirleyici olan ise hizmet sunanın davranışlarıdır. Bu standart, özellikle personel davranışlarının önemini vurgulamaktadır.

(e) Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulması Hakkı: Hizmet alanların hizmet sırasında mahremiyet ve kendileriyle ilgili bilgilerin saklı tutulması hakları vardır. Bu hakların kapsamına danışmanlık, fizik muayene ve klinik işlemler kadar, personelin hastanın tıbbi kayıtları ve diğer kişisel bilgileri üzerinde çalışması sırasındaki mahremiyet ve bilgilerin saklı tutulması da dahildir.

(f) Saygı Görme, Rahatlık ve Görüş Bildirme Hakkı: Bütün hizmet alanlar saygı ve özenle ilgi görme hakkına sahiptirler. Hizmet sunanlar, işlemler sırasında hizmet alanların olabildiğince rahat etmelerini güvenceye bağlamalıdır. Hizmet alanlar, hizmet sunanlarınkinden farklı dahi olsa görüşlerini serbestçe belirtmeleri için teşvik edilmelidir.

(g) Hizmet Sürekliliği Hakkı: Bütün hizmet alanlar, sağlıklarını koruyabilmek için gerekli olan hizmet, gereçler, sevk ve izlem sürekliliğinin sağlanması hakkına sahiptir.

B. PERSONEL GEREKSİNİMLERİ

(h) Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi: Personel, gözetmen ve yöneticilerin kalite iyileştirilmesini teşvik ettikleri ve personele değer verdikleri destekleyici bir çalışma ortamında en iyi işlev görmektedir. Böyle bir gözetim personelin görevlerini daha iyi yapmasını sağlamakta ve böylece hizmet alanların gereksinimleri daha iyi karşılanmış olmaktadır.

(i) Bilgi, Eğitim ve Gelişim Gereksinimi: Personel hizmet verdiği konudaki bilgi ve becerilerini güncel durumda tutabilmek ve sunduğu hizmetin kalitesini sürekli olarak geliştirebilmek için bilgi, beceri, kesintisiz eğitim ve mesleki gelişme olanaklarına gereksinim duymaktadır.

(j) Malzeme, Araç/Gereç ve Altyapı Gereksinimi: Personel, hizmetlerin yüksek kalitede kesintisiz sunulmasını güvenceye bağlayacak biçimde, güvenilir, yeterli ve çalışır durumda alet, araç/gereç ve malzeme stoğu ile fizik alt yapıya gereksinim duymaktadır.

Ekip /Takım:

- Ekip, daha önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için bir araya gelmiş, farklı bilgi ve becerilere sahip, birbirine bağımlı ve birlikte hareket eden, iki veya daha fazla kişinin oluşturduğu topluluktur.
- Ekip üyeleri arasında başarılabacak şey için ortak sorumluluk hissederler, koordineli çabalar, pozitif bir sinerji ile, ekip başarısı söz konusudur. Bu nedenle herhangi bir gruptan farklıdır.

Ekip oluşturma süreci:

- Sağlık hizmetlerinde ekip, değişik alanlarda eğitim görmüş, değişik bilgi ve beceriler edinmiş kişilerden oluşur.
- Bu ekip üyelerinin sunduğu hizmetler bir araya geldiğinde, sağlık hizmetlerinin bütünü ortaya çıkar. Nasıl ki, motorun dişlilerinden biri eksik olduğunda düzgün ve verimli çalışmazsa, ekip üyelerinden birinin eksikliği ya da iyi çalışmaması ya da ekip yeleri arasındaki işbirliği eksikliği, sağlık hizmetlerini aksatır.
- Ekip alışması, bir hizmetin ayrı uzmanlıkta ve ayrı eğitim görmüş görevliler tarafından, her görevlinin işlerin kendi uzmanlık alanını ilgilendiren yanlarını yapması ile bitirilmesi anlamına gelir.
- Yönetim, personeli bir ekip çalışması düzeninde örgütlemeli, her personelin görev ve sorumluluklarını netleştirmeli ve hangi için kim ya da kimler tarafından nerede, nasıl, hangi koşullarda yapılacağını iyice tartışarak belirlemelidir.
- Personelin ekip hizmetlerine tam katılımını sağlamak ve arttırmak için de haklara ve yeterliliğe dikkat edilmesi gereklidir.

Lider, başkalarını etkileyebilen, nereye, nasıl gidileceğini gösteren, hedef ve misyon koyan yani yol gösteren rehber kişidir

Yönetici ise, başkaları tarafından o pozisyona getirilmiş, başkaları adına çalışan, önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmak için çaba gösteren, işleri planlayan, uygulatan ve denetleyen kişidir. Ödül ve cezaya dayalı yasal gücü vardır.

Liderlik, yöneticilik gibi bir konum değildir, bir süreçtir. Herkes için ve örgütün her kademesinde erişilmesi mümkün olan, gözlenebilir, anlaşılabilir, öğrenilebilir bir beceriler ve uygulamalar dizisidir.

Sağlık hizmetinin bütünlüğü tüm diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi işbirliği bilincine sahip yönetici lider gerektirir

Üreme Sağlığı içinde Acil Obstetrik Bakım hizmetleri, farklı bilgi ve becerilere sahip farklı kişilerin işbirliği içinde çalışmasını gerektiren karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, AOB hizmet alıcılarının acil olarak kuruluşa gelişini, değerlendirilmesini, stabilize edilmesini, kesin tedavi ya da gerekiyorsa bir üst kuruluşa sevk edilmesini, iyileşmesini ve ardından taburcu edilmesini kapsar. Kurumun hızlı ve etkin şekilde acil hizmetleri sunmaya hazır ve istekli olabilmesi için AOB personelinin birbirleriyle uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları gerekir.

AOB hizmetleriyle ilgili iki ekip olmalıdır.

Kurumsal Ekip: Kurumu acil duruma hazırlayan ekiptir. Bu ekip içinde AOB hastasıyla ya da acil hizmetlerle direkt bağlantısı olmasa da kapı görevlisi, danışma memuru, kayıt memuru, laboratuvar teknisyeni, temizlik personeli, şoför, hemşire, ebe ve doktorları da kapsayan klinik ve destek personelinden oluşan ekiptir.

Acil Hizmet Ekibi: Obstetrik ve yenidoğan ile ilgili acil durum olduğu zaman harekete geçen şoför, hemşire, ebe, doktor, sağlık memuru, anestezi uzmanı, laboratuvar teknisyeni ve ilgili diğer kişileri kapsayan klinik ve destek personelinden oluşan ekiptir. Hazır olan kaynaklar ne olursa olsun, AOB hastasının gereksinimlerini etkin olarak karşılayabilmek için uygun işlemleri bilen ve uygun becerilere sahip personelin bir ekip olarak birlikte çalışması gerekir.

Acil bir duruma sürekli hazır olmanın temel koşulları:

- Bilgi
- Beceri ve tutumlar
- Ekip çalışması

Bireysel ve bir ekip üyesi olarak, ekipteki her üyenin performansındaki kilit nokta “YAŞAM KURTARMA”dır.

KAYNAKLAR:

1. Akın A, Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet), Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994; s. 15-19.
2. Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, Türkiye Aile Planlaması Derneği, 1997, Ankara
3. Defining Reproductive Health & Reproductive Rights, In: Action for the 21st Century: Reproductive Health & Rights for All Summary report of recommended actions on reproductive health, International Conference on Population and Development (ICPD), Cairo, Egypt, ICPD September 1994; pp.10.
4. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights, Vision 2000, International Planned Parenthood Federation, 1996, Benson Production, UKAidan Halligan and Liam Donaldson,
5. Department of Health (UK), National Standards, Local Action: Health and Social Care Standards and Planning Framework, 2005/06-2007/08, (20 October 2004
6. EngenderHealth, COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services, Revised Edition, 2003
7. EngenderHealth, Self-Assessment Guide for Reproductive Health Services, 2003,
8. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Maintaining Good Medical Practice for Those Working in Family Planning and Reproductive Health Care, March 2001).
9. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Service Standards for Sexual Health Services, September 2003,
10. JHPIEGO, Developing and Implementing Standards and Guidelines in Reproductive Health Programs, <http://www.jhpiego.org/pubs/infoshts/stndgdlnes.pdf> , (12 July 2004).
11. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998, Sayı: 23420 http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/Buran/hasta_haklari_yonetmeligi.pdf, (11 Eylül 2004).
12. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm (11 Aralık 2004). <http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=dokuman&id=147&kelime=&page=2>
13. Türkiye Üreme Sağlığı Programı İlerleme Raporu III, Şubat 2005/Ek II- VI -VII
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Ankara, 2001 http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/y_saglik_hizm_yur_yon.pdf
15. CSÜS, No 1-B, Üreme Sağlığına Giriş, T.C Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2006
16. Türkiye Üreme Sağlığı Programı 2 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine İlişkin Temel Standartlar ve Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları İlerleme Raporu III, Şubat 2005 / Ek VI

5 . ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEVK MEKANİZMASI

AMAÇ:

Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinin standartlara uygun sürekliliğini sağlamak için sevk mekanizmasının önemini kavramak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Acil Obstetrik vakalarda hızlı değerlendirmenin önemini kavrayabilmeli
2. AOB hizmetlerinde sevk ilkelerini açıklayabilmeli
3. AOB vakasının sevk edilmeden önce hazırlama basamaklarını sayabilmeli
4. AOB'de standart sevk prosedürünü kavrayabilmelidir.

AOB'DE HIZLI DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİ

Bir sorunu olan kadının durumunu hızlı bir şekilde kontrol edip, hastalığının ciddiyetini/ derecesini süratle belirlemek, gerekli müdahalede bulunmak, kurumun olanakları yeterli değilse vakit kaybetmeden daha ileri tanı/tedavi için bir üst kuruluşa sevk etmek anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak için önemli ve gereklidir.

İlk değerlendirmede;

1. Havayolu ve solunum
2. Dolaşım (Şok belirtisi)
3. Vajinal kanama (erken/geç ya da doğum sonrası)
4. Bilinç durumu ve konvülsiyonlar
5. Yüksek ateş

Abdominal (karın) ağrı değerlendirilir ve kaydedilir

DERHAL MÜDAHALE EDİLMESİ GEREKEN BELİRTİ VE BULGULAR:

- Palpe edilebilen kontraksiyonlarla birlikte gelen kanlı mukus
- Membran rüptürü
- Solukluk
- Zayıflık/halsizlik
- Bayılma
- Şiddetli başağrısı
- Görmede bulanıklık/bozukluk
- Kusma
- Ateş
- Solunum sıkıntısı

ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEVK GEREKTİREN DURUMLAR (Tehlike işaretleri)

Annenin zaman geçirilmeden sağlık kuruluşuna götürülmesi gereken acil durumlar

- Vajinal kanama
- Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
- Başağrısı ile beraber görmede bozulma
- Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
- Ciddi karın ağrısı
- Solunum güçlüğü veya sık solunum
- Sularının gelmesi

SEVK MEKANİZMASI

Sevk sisteminin iyileştirilmesi anne ölümlerinin azaltılmasında en önemli adımlardan biridir. İlk yardım/sevk, temel ve kapsamlı sağlık kuruluşlarında çalışan hizmet sunucuların, AOB hastalarının ve gerekiyorsa yenidoğanların sevkini protokollere uygun olarak başarıyla gerçekleştirmek üzere gerekli adımları izleyebilmeleri çok önemlidir. Sevk sisteminin iyi işletilmesi obstetrik komplikasyonlarda hizmetlerin 7 gün/24 saat alınabilmesini sağlayacaktır.

Sevk sistemi 112 acil hizmetlerini ve sevk mekanizması (sevk formları, sevk protokolleri vb.) unsurlarını kapsamaktadır.

Acil Obstetrik Bakımda sevkler, gebeliğin o andaki durumuna göre 3 kısımda incelenir:

1. Doğum öncesi dönemde hastaların sevk
2. Doğum eylemi sırasında hastaların sevk ve
3. Doğumdan sonraki dönemde hastaların sevk.

Kurumun mevcut olanakları ile AOB vakasına hizmet verilemiyor ya da yetersiz kalıyorsa ilk hızlı değerlendirmenin ardından gerekli müdahaleler yapılır. Hastanın daha iyi hizmet veren bir üst kuruluşa (yatay/dikey) sevk gerekiyorsa hasta sevk için hazırlanır.

SEVK ÖNCESİ HASTANIN HAZIRLANMASI

Hasta sevk edilmeden önce sağlık durumuna/gereksinimine uygun bir şekilde hazırlanmalıdır.

1. Hastanın, ulaştığında derhal bakım alabilmesi için, sevk edildiği **bir üst basamak sağlık kuruluşuna haber verilmelidir.**
2. Hastanın sevk sırasında bir **sağlık personeli eşlik etmelidir.**
3. **Sevk formu doldurulmalıdır.**
4. **Ambulans**, içinde bulunan malzeme ve ilaçlar yönünden **kontrol edilmelidir.**

SÜREÇ:

Doktor:

- Laboratuvar ve diğer tetkik sonuçlarını alır, (hastanın istemesi halinde röntgen filmi ve raporu verilmelidir)
- Sevk formunu doldurur,
- Sevk edilen hastane ile hastayı alıp alamayacakları konusunda görüşür,
- Hastayı sevk etmeden önce tüm işlemlerin kontrol listesini tamamlar,
- Poliklinik kayıt defterine son 24 saat içindeki durumunu ve sevk tarih /saatini kaydeder, (otomasyona geçilmiş ise bilgisayara girer)
- Ambulans ve eşlik edecek ebe/hemşirenin görevlendirilmesini sağlar,
- Hastanın sevk edildiğini ilgili kişilere bildirir.
- **Ebe/Hemşire**
- Ambulans hazırlıkları için gerekli düzenlemeleri yapar,
- Hastanın sevk formunun eksiksiz olması için gerekli kontrolü yapar,
- Hastanın sevk edildiğini ilgili kişilere bildirir.

KAPSAMLI SEVK MEKANİZMASININ OLUŞTURULABİLMESİ İÇİN;

- o Gebelerin/ailelerin/toplumdaki diğer bireylerin gebelik, doğum, doğum sonrası döneme ilişkin tehlike işaretleri ve belirtileri konusunda eğitimleri, (kanama, enfeksiyon, sepsis, eklampsi, uzamış/engellenmiş doğum eylemi ve güvenli olmayan düşük komplikasyonları)
- o Sağlık personelinin tehlike işaretleri ve sevk gerektiren riskli durumlar ile ilgili farkındalıklarının güçlendirilmesi,
- o Yerel, bölgesel sağlık kuruluşları yönetimi ile il ve ilçe yöneticileri arasında işbirliği,
- o Kuruluşlar arasında iletişim kurmak için gerekli iletişim araçlarının (telefon, telsiz vb.) mevcudiyeti,
- o Acil durumda daima müdahaleye hazır doktor, ebe ve hemşirenin bulunması
- o İl sağlık Müdürlüğü ve ildeki acil hizmet birimlerinin, ildeki diğer sektörler ile özellikle ikinci gecikmenin önlenmesinde sevk/nakil hizmetleri için ulaşım olanaklarından yararlanmak üzere işbirliği,
- o Hastanın güvenli nakli için çalışır durumda/yakıtı olan nakil aracının mevcudiyeti,
- o Sağlık kuruluşları arasında sevkın doldurulacak sevk formu ile gerçekleştirilmesi, daha sonra hastanın durumu ile ilgili olarak sevk eden kuruluşa, müdahaleyi yapan kuruluş tarafından formun geribildirim kısmının doldurularak geribildirim yapılması,
- o Gerçekleştirilen her basamakta, haklara dayalı, ekip yaklaşımı anlayışının uygulanması,
- o AOB vakalarının yönetimi ve sevkinde, annenin mevcut belirtileri ve tanısına göre temel ya da kapsamlı sağlık kuruluşunun hangisine gideceğinin belirlenmesi,
- o Sevk/nakil hizmetlerinde tıbbi araç gereç malzeme stok durumunun periyodik kontrolü,
- o Sağlık personelinin sevk mekanizmasının tüm ayrıntıları ile ilgili bilgilendirilmesi gerçekleştirilmelidir.

SEVK MEKANİZMASI

Kapsamlı AOB Kuruluşları

Tanımı	Personel	Verilen hizmetler
- Doğumevi - Yoğun Bakım Ünitesi olan İl hastaneleri - Üniversite hastaneleri (multi disiplinler yaklaşımın gerekli olduğu olgularda)	Kadın Doğum Uzm Genel Cerrahi Uzm Pediatri Anestezi Uzmanı Anestezi teknisyeni Aile hekimi Halk Sağlığı Uzm. Pratisyen hekimler Ebe / Hemşireler Lab /diğer teknis. İdari görevliler Hizmetliler	- Tüm komplikasyonlu doğumlar - Sezaryen - Kan nakli - Yenidoğan yoğun bakımı (7 gün/24 saat)

Temel AOB Kuruluşları

Tanımı	Personel	Verilen hizmetler
- İl Hastanesi - İlçe Hastanesi	Kadın Doğum Uzm. Genel Cerrahi Uzm. Pediatri Anestezi Uzmanı Anestezi teknisyeni Aile hekimi Halk Sağlığı Uzm Pratisyen hekimler Ebe/ Hemşireler Lab/diğer teknisyenler İdari görevliler Hizmetliler	- Doğum öncesi sonrası bakım - Normal doğum -Tüm AOB vakalarının ilk yardım ve yönetimi Elle halas Forseps Oksitosik Antikonvülzan Yeni doğan bakımı (7 gün/24 saat)

İlk Yardım /Sevk Kuruluşları

Tanımı	Personel	Verilen hizmetler
Sağlık Ocağı Sağlık Evi	Pratisyen hekim Ebe Hemşire Lab. Tek. Sağlık Tek. İdari görevli Hizmetli	- Doğum öncesi / sonrası bakım - Bazen doğum - Aile Planlaması - Acil hizmet - Bağıışıklama

Anne ölümlerini önlemek için alınacak önlemler:

Temel AOB kuruluşunda Kadın Doğ. Uzm. ve Anestezi tek. 7 gün/24 saat mevcut değil ve sezaryen doğum / kan nakli/yoğun bakım gereksinimi varsa;

- **Acil bakım yönetimi uygulanır**, hastanın durumu stabilize edilir ve **kapsamlı AOB kuruluşuna sevk edilir.**
- 160/110 mmHg veya üzerinde kan basıncı
- Temiz alınmış idrarda ++ proteinüri
- Aşırı baş ağrısı, karın ağrısı, görme bulanıklığı yakınmaları.
- Konvülsiyonlar
- Koma
- Kanama

Anne ölümlerini önlemek için alınacak önlemler:

Gebede aşağıdaki durumlar varsa; mutlaka Dahiliye uzmanının olduğu AOB kuruluşunda izlenmeli ve doğum yaptırılmalıdır.

- Gebelikten önce/erken döneminde hipertansiyonu olanlar
- Önceki bir gebelikte hipertansiyon ve/veya konvülsiyonlar
- Hipertansiyon komplikasyonlarına bağlı intrauterin fetal kayıp öyküsü
- Böbrek hastalığı/öyküsü
- Diabet hastalığı/öyküsü
- Yaşlı ilk gebelikler.

Hasta Sevki

Sevk protokollerine uygun olarak, sevk edilen kuruluşa haber verilerek bir ebe/ hemşire, gerekli durumda doktor eşliğinde ambulansla hastanın semptom veya tanısına göre temel veya kapsamlı sağlık kuruluşuna nakli gerçekleştirilir.

Sevk Formu		
İl:		
Kuruluş:		
Hasta Adı:	Yaşı:	
Tanı:		
Sevk Edildiği Yer:		
Sevk Nedeni:		
<u>Sevk sırasındaki bulgular:</u>		
Nabız:	Kan Basıncı:	Vücut Isısı:
Solunum Hızı:		İdrar Miktarı:
Uygulanan tedavi ve verilen ilaçlar:		
Doktorun (Ebe/Hemşire) Adı:		Tarih:
İmzası:		Saat:
Geribildirim Notu		
<u>Hastanın kabulü sırasındaki bulgular:</u>		
Nabız:	Kan Basıncı:	Vücut Isısı:
Solunum Hızı:		İdrar Miktarı:
Tanı:		
Uygulanan tedavi ve verilen ilaçlar:		
Doktorun (Ebe / Hemşire) Adı:		Tarih:
İmza:		
Epikrizin örneği eklenmelidir.		

EK OKUMA PARÇASI:

SEVK REHBERİ

Acil doğum bakımında gerek anne, gerekse yenidoğanın sevkine ilişkin yönetim aşağıdaki gibidir.

Acil Doğum Bakımında Annenin Sevki

- Sevkten önce acil bakım yönetimi uygulanmalıdır
- Sevk için donanımlı bir ambulans kullanılmalıdır. Gerekli tüm araç-gereç bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
- Hasta sedye ile taşınmalıdır.
- Hava yolunun açıklığını koruyun.
- Maske ya da kateterle oksijen verin.
- Hastayı sıcak tutun.
- Sürekli IV infüzyonu sağlayın.
- Yaşam bulgularını 5 dakikada bir ölçün (kan basıncı ve nabız)
- Foley katetere idrar torbası bağlayarak 30 dakikada bir çıkan idrar miktarını izleyin.
- Gerekli olan ilaçları verin (sevk nedenine göre)
- Ulaştırma personeli becerili olmalıdır. Personel, hekim veya nitelikli bir hemşire ya da ebe olabilir.
- Kural olarak, varsa, hastayla giden personelin hekim olması gerekir. Ancak bu mümkün değilse eğitilmiş bir hemşire ya da ebe eşlik edebilir .
- Anne ve yenidoğana yer bulunmasını sağlamak için sevk edilecek hastaneyle sevkten önce iletişim kurulmalıdır.
- Sevki yapan personelin imzasını taşıyan Standart Sevk Formu'nu (örneği verilmiştir) gereken şekilde doldurup, sevk zamanını kaydedin. Bu formun hastayla birlikte gitmesi gerekmektedir.

Acil Doğum Bakımında Yenidoğanın Sevki

1. Sevkten önce, protokole uygun stabilizasyon sağlanmalıdır.
2. Canlandırmaya başlatmak için bir dakikalık Apgar skorunu beklemeyin. (canlandırmaya ne kadar geç başlarsanız, resüsitasyon o ölçüde güç olacaktır)
3. Yenidoğan ısı kaybını önlemek için kurulanmalı ve havayolunu açık tutacak konumda tutulmalıdır.
4. Üst havayolu puar kullanılarak temizlenmeli, önce ağız, sonra burun aspire edilmelidir.
5. Isı kaybını en azda tutmak için yenidoğanı kuvöze koyun.
6. Sevki yapan personelin imzasını taşıyan Standart Sevk Formu'nu doldurun (örneği verilmiştir)
7. Gereken şekilde doldurup sevk zamanını kaydedin. Bu formun hastayla birlikte gitmesi gerekir.
8. Sevk için donanımlı bir ambulans kullanılmalıdır. Gerekli tüm araç-gereç bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
9. Ulaştırma personeli yüksek riskli yenidoğan bakımında becerili, yenidoğan resüsitasyon eğitimi almış olmalıdır.
10. Personeler hekim, yenidoğan hemşiresi ve özel eğitilmiş taşıma teknisyeni dahil olabilir.
11. Anne ve yenidoğana yer bulunmasını sağlamak için sevk edilecek hastane ile sevkten önce iletişim kurulmalıdır.
12. Her sevk kaydında ayrıntılı doğum öncesi öykü, doğum kayıtları, doğumun yapıldığı hastanede ölçülen Apgar skorları ve sevk belgesine yer verilmelidir.

AMBULANSIN HAZIRLANMASI

Ambulans aşağıdaki malzeme, ilaçlar ve tüketim malzemesiyle donatılmalı, arızalı ya da kullanılmış eşyalar hemen yenilenmelidir.

Ambulansta bulundurulacak malzemeler:

- Yarı yatar konuma ayarlanabilen sedye
- Oksijen sistemi (tüp, regülatör, ince bağlantı tüpü)
- Oksijen maskesi, nazal kateter ve Airway
- Tansiyon aleti, yetişkin (bir adet)
- EKG monitörü
- Aspirasyon cihazı
- IV sehpası (sedyeye sabitlenmiş olması tercih edilir) (bir adet)
- Biri sert cisimlerin (enjektörler), diğeri yumuşak cisimlerin (pamuk, eldiven gibi) toplanması için iki kova
- Doğum seti (doğum olasılığı varsa dahil edin) — aşağıda açıklanmıştır.

Ambulansta bulundurulacak ilaçlar

- IV sıvıları – %0 9 SF, Ringer laktat ve %5 dekstrozu (her birinden üçer adet litrelik şişe)
- Magnezyum sulfat %10, 10 ml'lik ampul (daima 10 ampul bulundurulmalıdır)
- Furosemide (5 ampul)
- Glikoz %25, 20 ampul (5 ampul)
- Standart insülin (20 IU/ml)
- %2'lik Lidocaine (1 ampul)
- Nifedipine
- Oksitosinler
- Deksametazon

Ambulansta bulunması gereken kullanılacak tüketim malzemesi

- 16, 18 ve 20 numara IV kanül (her birinden 2'şer adet)
- IV infüzyon seti (5 set)
- Enjektör - 3, 5, 10 ve 20 ml'lik (her birinden 2'şer adet)
- Foley kateter, 12 ve 14 numara (her birinden 2'şer adet)
- İdrar torbası (3-4)
- Aspirasyon kateteri
- Tek kullanımlık eldiven (1 paket–100 adet)
- Pamuk
- Gaz bezi
- Alkollü tampon
- Kromik katgüt sütün, 0 numara (3 paket)
- Temiz havlu (4)
- Steril su
- Betadine/iyot
- İnsülin enjektörü
- Puar ve kordon klemp

Ambulans aşağıdakilerle donatılmalıdır

- Seyyar kuvöz
- Aşağıdakiler için ölçüm araçları:
 - Kalp atış hızı
 - Solunum hızı
 - Vücut ısı
 - Kan basıncı
 - İnspire oksijen konsantrasyonu
 - Oksijen saturasyonu
- Oksijen sistemi (tüp, regülatör, plastik bağlantı tüpü)
- İntravasküler infüzyon donanımı:
 - Kanül (22, 24 numara)
 - Enjektör (2.5, 3, 5, 10, 20 ve 50 cc)
 - IV infüzyon setleri
- Flaster

Normal Doğum Seti

Setlerdeki aletler sterilizasyon için etüv ya da otoklava dayanıklı, kaliteli ve paslanmaz çelikten yapılmış olmalıdır.

Her set ayrı paketlenmeli, aşağıdakileri içermelidir:

- İki (2) Forseps, Kocher (kordon için), 5 1/2"
- İki (2) Forseps, Arter, Mosquito, 5"
- Bir (1) Forseps, Dişli (2 x 3 diş), 8"
- Bir (1) Forseps, Dişsiz, 8"
- Dört (4) Forseps, Ring, 9 1/2"
- Bir (1) Makas, Düz, 6"
- Bir (1) Makas, Epizyotomi, Braun-Staedler, 8"
- Bir (1) Makas, (Göbek Kordonu için), 4 1/8"
- Bir (1) Portegü, 8"
- Bir (1) Spekulum, Sim, 3'lü set (Küçük, Orta ve Büyük boylarda)
- Dört (4) Klemp, Havlu, 6"
- Bir (1) Spanç kasesi, 5" çapında by 2 1/2" derinlikte (yaklaşık)
- Bir (1) Forseps (spanç için) 10"
- Bir (1) Böbrek küvet, Büyük
- Bir (1) Kap (yukarıdakiler için), Paslanmaz çelik, Otoklava dayanıklı
- İki (2) Kordon Klempi

KAYNAKLAR:

1. Referral mechanisms: The Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs is at www.rhrc.org.
2. Saving mothers policy and management guidelines for common causes of maternal deaths ISBN 1-875017-61-5
3. Outlook (Maternal and Neonatal Health Special Issue: Preventing postpartum, hemorrhage: managing the third stage of labor. Current opinion in OB GYN 19 (3), September 2003.
4. Emergency Obstetric care.Leadership Manual for improving the quality of services, Engender Health and Mailman School of Public Health Columbia University. Working Draft 2002. www.engenderhealth.com.
5. Evidence Based Obstetrics: A companion volume to High Risk Pregnancy: James DK, Mohamed K, Stone P, Wijngarden WM, Hill LM, Saunders Second Edition 2003.
6. Postpartum Haemorrhage Module: WHO Education material for teachers of midwifery Maternal Health and Safe Motherhood Programme Family and Reproductive Health Who Geneva1996.
7. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology: Turrentine JE Parthenon Publishing NY, Second Edition 2003.
8. Saving Mothers; Policy and Management; Guidelines for Common Causes of Maternal Deaths; ISBN 1- 875017 - 61 - 5

6 GÜVENLİ KAN NAKLİ

AMAÇ:

Anne ölümüne götüren süreçte, güvenli kan naklinin önemi konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlamak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Güvenli kan naklinin önemini açıklayabilmeli
2. Güvenli kan naklinde hizmet sunanların sorumluluklarını açıklayabilmeli
3. Güvenli kan naklinde hizmet alıcıların haklarını sayabilmelidir.

GÜVENLİ KAN NAKLİ:

Kan ürünlerinin uygun kullanımı başka bir yol mevcut değilse ölüm ya da sakatlıklara neden olan bir durumun tedavisinde güvenli kan ürünlerinin kullanımı şeklinde tanımlanır.

Güvenli kan naklinin hedefi:

1. Kan nakli ile kanamaya bağlı hastalıkların ve ölümlerin azaltılması
2. Kan nakli komplikasyonlarına bağlı anne hastalıklarının hatta anne ölümlerinin azaltılmasıdır.

Uygun kullanıldığında, kan nakli yaşam kurtarabilir ve sağlığı düzeltebilir. Ancak, diğer tedavi amaçlı girişimlerde olduğu gibi akut veya geç dönem komplikasyonlarına yol açabilir ve enfeksiyon ajanlarının bulaşması riskini taşır.

Kan nakline bağlı riskler/komplikasyonlar genellikle şu şekillerde azaltılabilir:

- Güvenilir donör seçimi,
- Kan veren toplumun kan nakli ile geçen hastalıklar açısından taranması (HIV/AIDS, hepatit gibi),
- Kalite güvenliği programları,
- Yüksek kalitede kan gruplaması, uygunluk testi, bileşenlerin ayrılması, kan ürünlerinin saklanması ve taşınması,
- Kan ve kan ürünlerinin uygun klinik kullanımının sağlanması.

AOB vakalarında kan nakli gerektirebilen durumlar;

- Şoka neden olan postpartum kanama,
- Operatif doğumda yüksek miktarda kanama,
- Özellikle gebeliğin ileri dönemlerinde şiddetli anemi veya kalp yetmezliği ile birlikte olan anemidir.

GÜVENLİ KAN SAĞLANMASINDA DESTEK PERSONELİNİN ROLÜ ve SORUMLULUĞU

- Halkın kan bağıışı konusunda bilgilendirilmesi, duyarlılık yaratılması ve kan bağıışlarının artırılması
- Laboratuvar personelinin güvenli kan alımı, saklanması ve miadı geçen kanın imhası konusunda bilgilendirilmesi

Kan naklinin riskleri:

Bir hastaya kan veya kan ürünleri verilmeden önce nakil yapılmasının, yapılmaması karşısındaki riskleri göz önüne alınmalıdır.

Kan naklinin riskleri:

Bir hastaya kan veya kan ürünleri verilmeden önce nakil yapılmasının, yapılmaması karşısındaki riskleri göz önüne alınmalıdır.

Kan güvenliği:

- Kan nakline bağlı riskler genellikle şu şekillerde azaltılabilir:
 - Güvenilir donör seçimi,
 - Kan verenler arasında transfüzyonla geçen hastalıklar açısından tarama yapılması (HIV/AIDS, hepatit gibi),
 - Kalite güvenliği programları,
 - Yüksek kalitede kan gruplanması, uygunluk testleri, kan komponentlerinin ayrılması, kan ürünlerinin saklanması ve taşınması,
 - Kan ve kan ürünlerinin uygun klinik kullanımının sağlanması.

Enfeksiyöz ajanlar açısından tarama:

- Bağışlanmış her bir ünite kan, ulusal politikalar ve potansiyel kan verici grubunda olası enfeksiyon ajanlar açısından etkili ve uygun testler ile kan nakliyle geçebilecek enfeksiyonlar için taranmalıdır (test edilmelidir).
- Bağışlanmış tüm kanlar aşağıdakiler açısından taranmalıdır:
 - HIV – 1 ve HIV – 2 ;
 - Hepatit B yüzey antijeni (HbsAg);
 - Treponema pallidum antikoru (frengi).
- Mümkün ise, tüm bağışlanmış kanlar ayrıca:
 - Hepatit C;açısından da taranmalıdır.

En ölümcül durumlar haricinde, uygun olmayan vericilerden alınmış veya ulusal kurallar çerçevesinde kan nakli ile geçebilen enfeksiyöz ajanlar açısından (HIV, hepatit gibi) tarama testi yapılmamış kan hiçbir şekilde KULLANILMAMALIDIR.

KAN NAKLİ HİZMETİNDE KALİTE YÖNETİMİ

Kan naklinde kalite yönetimi, kan nakliyle ilgili tüm işlemleri kapsar. Olası kan bağışlayıcıların seçimi, yeterli kanın toplanması, kan ürünlerinin hazırlanması, gerekli kan testleri ile kan ve kan ürünlerinin en güvenli ve uygun biçimde naklinin sağlanması kalite yönetimi içinde değerlendirilir.

Kalite, “bir amaca uygunluk” olarak tanımlanabilir. Kan nakli hizmetinde, ana amaç “bir ünite güvenli kanın” naklinin sağlanmasıdır. Amaç, yeterli miktarda kanın veya kan ürünlerinin elde bulunması ve kanı alanlar için risk taşımayacak biçimde kan naklinin yapılmasıdır.

Kan naklinde kalite yönetimi kanın toplanmasını, laboratuvar işlemlerinin yapılmasını, klinikte güvenli bir biçimde naklinin sağlanmasını da içeren, kapsamlı ve koordineli bir toplam kalite uygulamasıdır. Kan nakli ile ilgili tüm personel, kalite yönetiminin başarılı bir biçimde uygulanabilmesi için önce kalite yönetiminin önemi anlamalıdır. Laboratuvar tekniklerinin çoğunun yüksek düzeyde uygulanabilmesi için araç/gereçlerin, kullanılan tekniklerin ve prosedürlerin izlenmesi gerekir.

Kayıtların ve dokümanların düzgün tutulmasının, standart prosedürlerin ve laboratuvar işlem kayıtlarının yapılmasının ve uygulama rehberlerine uyulmasının da kaliteye katkısı büyük olacaktır.

Kalite yönetimi aşağıdakileri içerir:

- Kan toplamada kalite (verici, kullanılan malzeme ve kimyasal maddeler)
- Hazırlıkta kalite (kan ürünlerinin hazırlanmasının özenli bir biçimde yapılması)
- Kan alma teknik ve süreçlerinin iyileştirilmesinde kalite
- Kan nakil ve hizmetlerinde kalite

Sistemle ilgili hazırlanacak bir rehber şunları içermelidir:

- Uygulama kararları
- Kan merkezlerindeki rutin yapılan işlemlerin ayrıntıları
- Tüm kan ürünlerinde aranan özellikler
- Kayıtların tutulması ve yönetimi ile ilgili bilgi
- Personelin eğitimi
- Malzeme, araç ve gereçlerin kontrolü
- Özel işlemler

Kalite Geliştirme Yöntemi:

- Nakil gerektiren fakat nakil yapılmamış bütün vakaların denetimi (anne ölümü olsun ya da olmasın)
- Nakil sonrası bütün anne komplikasyonlarının değerlendirilmesi
- Bütün nakil durumları hakkında tartışmak için personel toplantıları
- Kan nakli prosedürü konusunda hizmet sunucuların tutumlarının değerlendirilmesidir.

GÜVENLİ KAN NAKLİNDE HİZMET ALICILARIN HAKLARI

- Kan nakli gereken bütün kadınlar, uygulama, işlem ve bu işlemin olası komplikasyonları hakkında bilgilendirilmelidir.
- Hastadan bilgilendirilmiş onay almak mümkün değilse, aile bilgilendirilmelidir.
- Kan nakli gereken bütün kadınlar (örneğin kanamadan sonra) doğru, güvenli ve derhal kan nakli hakkına sahiptir.
- Eğer taze kan bulunamıyorsa, veya kan bekleniyorsa, hizmet sunucu sıvı replasmanı için kan nakline alternatifler önermelidir
- Eğer hayatı tehdit eden bir durum yoksa, sadece rahatlatma amaçlı kan naklini hasta, kararını yazılı olarak bildirdikten sonra reddedebilir.
- Kan nakli komplikasyonlarını önleyecek en uygun tedaviye ulaşmak için bütün yollar kullanılmalı ve bu, güncellenen rehberlere göre olmalıdır
- Acil bir durumda, tedavinin yapılmaması veya kan naklinden önce çok uzun gecikmeler, geri dönülmez hasarın hatta ölümün sebepleri olabilecek yüksek riskli durumlardır.
- Hizmet sunucusu herhangi bir kültürel, sosyal yada ekonomik engelin gerekli kan nakli işlemine ulaşımı engellemeyeceğinden emin olmalıdır.

KAN VE KAN ÜRÜNLERİNİN NAKLİ PROTOKOLU

AMAÇ: Kan ve kan ürünlerini beş doğru kuralına göre uygulayarak olası komplikasyonları önlemek. Bu protokol kan ve kan ürünlerinin nakli, tanılama, uygulama, reaksiyon ve komplikasyonların izlenmesini kapsar.

TEMEL İLKELER:

1. Kan nakli için hasta onayı alınır, bilinci kapalı olan hastalarda ise hasta yakınından onay alınır.
2. Kan ve kan ürünleri nakli öncesine kadar belirlenen koşullarda saklanır.
 - Kan ürünü üzerinde: donörün kan grubu ve donör numarası,
 - Serolojik test sonucu,
 - Alındığı ve son kullanma tarihi yazılı olmalıdır.
3. Kan/kan ürünleri;
 - Etiket üzerindeki bilgilerin eksik olması,
 - Mikroskopik cross-match sonucunda aglutinasyon olması durumunda kullanılmaz
4. Hastanın kan grubu uygulanacak kan/kan ürünü grubuyla karşılaştırılır.
5. Kan/kan ürünlerinin nakli standart filtre (170 mikrometre) ile yapılır.
6. Kan/kan ürünlerinin nakli sırasında % 0.9 NaCl dışında aynı damardan ilaç ve sıvı verilmez.
7. Kan ve kan ürünlerine ilaç ilave edilmez.
8. Olası reaksiyonlar için antihistaminik, hidrokortizon, adrenalin, kalsiyum, antipiretik, atropin, bikarbonat, O₂ tüpü hazır bulundurulur.
9. Eritrosit içeren kan ürünleri sadece;
 - Ürünün 30'dan daha hızlı verileceği masif kanamalar
 - Soğuk aglutininli hastalar
 - Kan değişimi (exchange) durumlarında ısıtılır (37°C)
10. Kan ve kan ürünleri ısıtılmak üzere radyatör ve direk güneş ışığı alan yerlere konulmaz, ısıyı kontrol eden cihaz kullanılır
11. Taze donmuş plazma eritildikten sonra dondurulmaz
12. Liyofilize olmuş kan ürünleri eritilirken çalkalanmaz, dairesel hareketlerle eritilir
13. Total dozu oluşturan immunoglobulinlerin hepsi aynı anda sulandırılmaz ve birbiri ile karıştırılmaz, her bir flakon yeni bir ürün gibi uygulanır
14. Nakil öncesi ve sonrası yaşam bulguları protokole uygun olarak alınır
15. Kan/kan ürünlerinin uygulama süresi hastanın durumuna göre belirlenir ve uygulama süresince reaksiyonlar açısından hasta gözlenir.
16. Hastanın kan basıncı 180/100 mmHg, vücut ısı 37,5°C üzerinde ise kan nakli ertelenir.

KAYNAKLAR:

1. Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve doktorlar için bir klavuz. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı, Aile ve Toplum Sağlığı, DSÖ, Geneva, 2003
2. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice Departmant of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, World Health Organization, Geneva, 2003
3. Güvenli Annelik, Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2006
4. Quality Management in Blood Transfusion Service. Blood Safety and Clinical Technology Strategy for safe Blood Transfusion.
[www.searo.who.int/EN/section 10/section17](http://www.searo.who.int/EN/section_10/section17)