

TÜRKİYE ÜREME SAĞLIĞI PROGRAMI

ACİL OBSTETRİK BAKIM

**YÖNETİCİ KOLAYLAŞTIRICI
UYUM EĞİTİMİ**

KATILIMCI REHBERİ

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

Ankara, 2007

Türkiye Üreme Sağlığı Acil Obstetrik Bakım

Yönetici Kolaylaştırıcı Uyum Eğitimi

Katılımcı Kitabı

T.C.Sağlık Bakanlığı

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Ankara, 2007

ISBN 978-975-590-214-2

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

Uğur TUNCER
TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı

Dr. Sibel BİLGİN
Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Teknik Destek Ekibi

Nurten ÖZDAĞ

TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı

Neşegül ORÇUN

TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı

Ertan Rifat TELHAN

TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı

Isabelle Cazottes

TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Uluslararası
Uzmanı

Gözden Geçirme Ekibi

Dr.M.Ali BİLİKER

TÜSP Acil Obstetrik Bakım Hizmetlerinin
Güçlendirilmesi Projesi Ulusal Uzmanı

Dr.Ece ABAY

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Hemşire Hacer BOZTOK

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve
Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

İÇİNDEKİLER

YÖNETİCİLERİN KOLAYLAŞTIRICI UYUM EĞİTİMİ PROGRAMI	1
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.....	5
(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	13
KALİTE	13
CİNSEL SAĞLIK/ÜREME SAĞLIĞI HİZMET STANDARTLARI HİZMET ALAN HAKLARI VE PERSONEL GEREKSİNİMLERİ	16
5. ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEVK	21
6. GÜVENLİ KAN NAKLİ	29
7. VAKA ÇALIŞMASI	31
8. KOLAYLAŞTIRICILIK, YÜRÜTÜLEN ÇALIŞMALAR VE EYLEM PLANI	32

YÖNETİCİLERİN KOLAYLAŞTIRICI UYUM EĞİTİMİ PROGRAMI

AMAÇ:

Sağlık yöneticilerinin acil obstetrik bakım hizmetleri konusunda bilgilendirilmesi ve kolaylaştırıcı uyum eğitimi ile il düzeyinde çalışmaların planlanması, uygulanması, koordinasyonu ve izlenmesi için bilgi ve beceri kazanmalarının sağlanmasıdır.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Katılımcılar bu eğitimin sonunda;

- Türkiye'deki anne ve yenidoğan sağlığı konusunda mevcut durumu açıklayabilmeli
- Hizmet sunan ve hizmet alan haklarını açıklayabilmeli
- Acil Obstetrik Bakım sistemini açıklayabilmeli
- Sevk mekanizmasının AOB'deki önemini açıklayabilmeli
- AOB'deki ekip yaklaşımının önemini açıklayabilmeli
- Sevk mekanizmasını yönetebilmeli
- Güvenli kan naklinin önemini açıklayabilmeli
- AOB'de kayıt ve istatistiklerin önemini açıklayabilmeli
- AOB'de kalite yaklaşımını tanımlayabilmeli

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:

Katılımcıların “Anne ve Yenidoğan Sağlığı”nın durumu ve “Anne ve Yenidoğan ölümleri”nin nedenleri hakkında bilgisini artırmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar:

- Türkiye’de anne ve bebek sağlığının durumunu tanımlayabilmeli
- Anne ölümlerini, etkileyen faktörleri ve önlenbilir ölümleri tanımlayabilmeli
- Önlenbilir anne ölümlerini açıklayabilmeli
- Anne/bebek ölümlerini önlemede 3 gecikme modelinin önemini anlatabilmeli

(a) 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 yaklaşık üçte ikisi (%61) doğum sırasında ya da hemen doğum sonrasında meydana gelmektedir.

2005 Dünya sağlık raporuna göre, 5 yaş altındaki hemen hemen 11 milyon çocuk önlenbilir 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 düşüklerdir.
- 2) **Yenidoğan ölümlerinin başlıca nedenleri ise:** Gebelik sırasında yetersiz doğum öncesi bakım, doğum sırasında yanlış uygulamalar, hipotermi, enfeksiyonlardır

Anne ve yenidoğan ölümlerinin büyük çoğunluğu önlenbilir ölümlerdir.

(b) 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 doğum, 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 bakım alan kadınların oranı 1998’de %68 iken, 2003’te % 81’e ulaşmıştır.

Doğum öncesi bakımı almada yeterli kriterlere ilk kontrolün gebeliğin ilk 3 ayı içinde gerçekleştirilmesi, bakımın sağlık personelinde alınmış olması ve en az dört veya daha fazla sayıda izlem yapılmasıdır. 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

• **Yeni doğan ölümleri:** Bin canlı doğan bebekten 29’u bir yaşından önce ölmektedir ve her beş bebek ölümünden ikisi doğumdan sonraki ilk hafta içerisinde meydana gelmiştir.

(c) 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 5. 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 ana 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, nedenleri, doğumun ve ölümün gerçekleştiği yerler ve önlenebilir faktörleri ortaya koymuştur. Anne ölüm oranı kentlerde 100.000 canlı doğumda 20.7, kırsal alanlarda ise 40.3 tür.

Bu çalışma, ana ölümlerinin yaş ile arttığını, 35 yaş sonrasında yüzde 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.

(d) ANNE ÖLÜMLERİNİN NEDENLERİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2000) VE FIGO (Uluslararası Kadın Doğum Federasyonu) 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 olmak üzere sınıflandırılmaktadır.

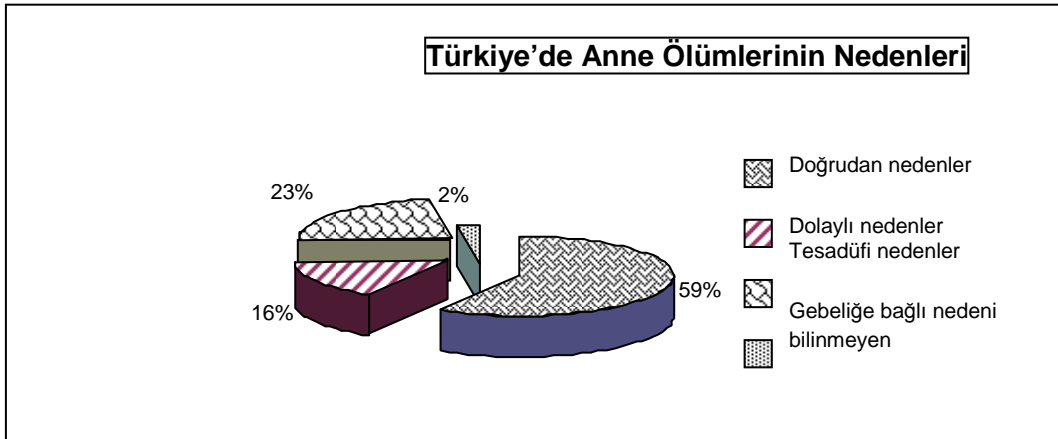
Doğrudan Anne Ölümü: Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde obstetrik komplikasyonlardan, yapılan tıbbi müdahalelerden, ihmallerden, yanlış tedavilerden veya bunların birbirlerini etkilemesinden kaynaklanan ölümlerdir.

Dolaylı Anne Ölümü: Daha önceden gebede varolan 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 obstetrik nedenleri; Kanama (gebelik, doğum eylemi, doğum sonrası), enfeksiyon, gebelikte hipertansif bozukluklar, uterus rüptürü ile sonuçlanan engellenmiş eylem, düşük komplikasyonlarıdır.

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.



Kaynak: Ulusal Anne Ölümleri Araştırması 2005

Türkiye'de 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.

(e) 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.

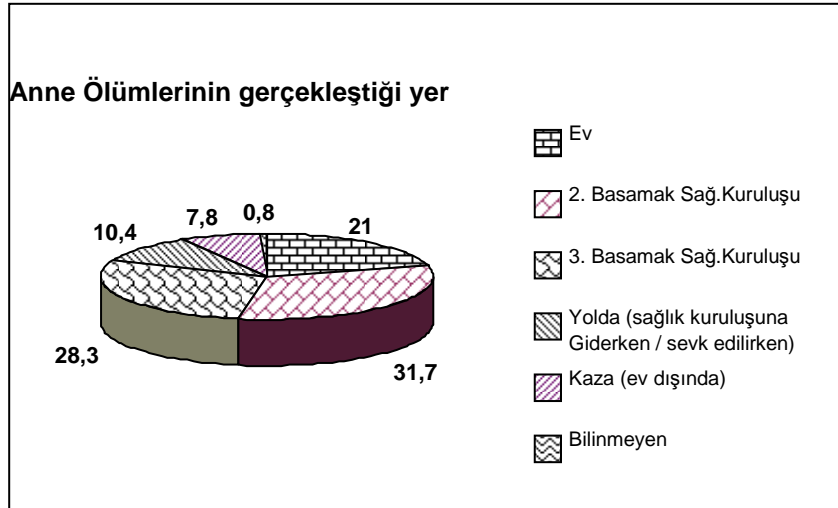
Standart bakım yetersizliğine ilişkin önlenebilir faktörlerin yüzde dağılımı 4 grupta ele alınmıştır:

- 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.



Kaynak: 2005 -Türkiye Anne Ölümleri Araştırması

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-egitimsizliği ve hizmet sunucuların kapasite eksikliği gibi nedenler kaynaklı olabilir.

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlar değişik durumlarda farklı nedenlerle sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadır. Örnek olarak:

- 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, 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. Örn. hastalıklarının ancak ileri aşamalarında sağlık kuruluşuna başvurmaktadırlar.

ÜÇ GECİKMEYLE İLGİLİ ANA MÜDAHALELER

Birinci gecikme	Hizmet almaya karar vermede yaşanan gecikme	- Obstetrik tehlike işaretlerinin neler olabileceği konusunda kadını, kocasını ve ailesini bilinçlendirmek. - Sağlık personelinin, acil AOB vakalarını erken tanıyabilmesi ve zamanında sevk edebilmesini sağlamak.
İkinci gecikme	Hizmete ulaşmada yaşanan gecikme Kadının sevk edildiği kuruluşa geç gelmesi	- Sevk sistemini, iletişim kapasitelerini ve ulaşım mekanizmalarını geliştirmek - Yerleşim yerinin parasal kaynaklarını ve ulaşım sistemini kullanmak. - Yerel düzeyde sektörel işbirliğini geliştirmek

<p>Üçüncü gecikme</p>	<p>Hizmet almada yaşanan gecikme</p> <p>Sağlık kuruluşunun AOB için gerekli personel ve donanımına sahip olmaması ya da hastanın geldiğinde mevcut olanaklara ulaşamaması</p>	<p>- AOB sisteminin minimum standartlarda hizmet verecek düzeye ulaştırılması (örn. her 500,000 nüfus için dört temel ve bir kapsamlı sağlık kuruluşu)</p> <p>- AOB hizmetlerinin 7gün/24 saat sunumunun sağlanması</p> <p>- Hizmet kalitesinin, hizmet alanların memnuniyetinin artırılmasının sağlanması</p>
------------------------------	---	--

Sonuç olarak ülkemizde;

- Gebelik, doğum ile ilgili risk faktörleri yüksektir.
- Ölümlerin;
 - Beşte biri evde
 - Üçte ikisi sağlık kuruluşunda
 - Onda biri yolda meydana gelmektedir.
- Ölümlerin %70'i iyi bir bakım hizmeti ile önlenebilir.

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. Starrs A (1997) The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation 18-23 October 1997 Colombo Sri Lanka Mew York
4. Thaddeus S and Maine D (1994) Too far to walk: Maternal mortality in context Social Science and Medicine 38 1091-1110
5. Visschedijk J and Simeant S (1998) Targets for health for all in the 21st Century World Health Statistics Quarterly 51 56-67
6. Mother-Baby Package Costing Spreadsheet. Reproductive Health Research World Health Organization WHO/FCH/RHR/99.17, 1999
7. 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>.
8. Providing Emergency Obstetric Care to All in Need
<http://www.unfpa.org/mothers/facts.htm>
9. Fast Facts on Maternal Mortality and Morbidity.
<http://www.unfpa.org/mothers/facts.htm>
10. AMDD, Averting Maternal Deaths and Disability. Mailman Scholl of Public Health
http://www.amddprogram.org/index.php?sub=2_1
11. http://www.unicef.org/turkey/pc/_mc4.html
12. Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Ana Ölümleri Ve Nedenleri Belirleme Araştırması. Sağlık Bakanlığı. Ankara, 2000.

3. ACİL OBSTETRİK BAKIM SİSTEMİNİN TANIMI

AMAÇ:

Sağlık yöneticilerine Acil Obstetrik Bakım (AOB) hakkında bilgi ve yönetim görüşü kazandırmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar acil obstetrik bakım hizmetlerini;

- Tanımlayabilmeli
- Amaçlarını açıklayabilmeli
- Temel bileşenlerini (ilk yardım/sevk, temel ve kapsamlı sağlık kuruluşları, sevk mekanizmaları ve güvenli kan naklini) sayabilmeli
- Veri toplama ve kayıtların önemini açıklayabilmeli

(a) ACİL OBSTETRİK BAKIM (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 dönem içinde meydana gelen, tüm anne ve fetus hayatını tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumda verilen hizmetler bütünü AOB'dir.

(b) AOB'İN 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 kuruluşuna müracaat ettiklerinde hızla ilk değerlendirilmesinin yapılması; annenin veya bebeğinin hayatını tehdit eden semptom ve işaretlerin varlığında ilk tedavilerini yapılması, gerekiyorsa durumları stabilize edildikten sonra daha üst düzey sağlık kuruluşuna gönderilmeleri (sevk mekanizması) ve gerektiğinde sağlık kuruluşlarında yapılacak güvenli kan naklini içerir.

(c) AOB SİSTEMİNİN BİLEŞENLERİ NELERDİR?

1. İlk yardım/sevk, Temel ve Kapsamlı AOB Kuruluşları

AOB hizmeti veren kuruluşlar üç kategoride 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)

hizmetlerini 24 saat / 7 gün sağlayabilen sağlık kuruluşlarıdır

Kapsamlı AOB Kuruluşları:

Yukarıdaki konulara ek olarak;

- Sezeryan gibi cerrahi acil obstetrik müdahale yapılabilmesini, anestezi verilebilmesini ve
- Güvenli kan naklini

24 saat/7 gün 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, çocuk sağlığı ve hastalıkları, anestezi uzmanı / teknisyeni görevde bulunmalı, güvenli kan nakli yapılabilmeli, sezeryan dahil acil cerrahi müdahaleler gerçekleştirilebilmeli, küvöz 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. Pediatri, aile hekimi, genel cerrahi uzmanı ya da ürolog bulunan bazı kuruluşlar doğum ve diğer AOB hizmetlerini yerine getirdikleri için temel AOB kuruluşu olarak değerlendirilebilir.

2. Sevk Mekanizması: (Bkz. 5. Oturum)

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 önlenebilir 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.

3. Güvenli Kan Nakli: (Bkz. 6. Oturum)

Obstetrik bakım sırasında kan nakli gerekebilir. Kan, kan ürünleri ve replasman sıvılarının uygun güvenli kullanımı, ne zaman kan nakli yapılacağına dair karar verilmesi ve sağlık çalışanlarına yol göstermesi amacıyla protokollere, göre hareket

edilmesi önemlidir. Hem kanın alınması, saklanması, hem de transfüzyonu sırasındaki koşulların güvenliği son derece önemlidir

4. AOB'da Veri Toplama ve Kayıt:

AOB hizmetlerinin kaydında gebelik ve doğum kayıtları büyük önem taşır. Kayıtlar annenin kişisel bilgilerini, öyküsünü, tanıyı, obstetrik komplikasyonları (kanama, engellenmiş ve uzamış doğum eylemi, preeklampsia ve eklampsia, düşük komplikasyonları ve sepsis vb.), uygulanan tedaviyi, gebeliğin sonlanma şeklini, doğumun sonucunu (canlı veya ölü doğum) ve bebeğin kilosunu belirtmelidir. Verilen hizmetlerin aylık bildirim ve aylık/yıllık değerlendirmesinin hazırlanması gereklidir. Zamanında tutulan, sağlıklı ve güvenilir verilerin varlığı, gerek hizmetin izlenebilmesi gerek yapılacak çalışmalar ve üretilecek politikalar açısından son derece önem taşımaktadır.

Obstetrik komplikasyonların, ilde veya sağlık kuruluşunda meydana gelen anne ölümlerinin sayıca artışı, sevk sistemi, güvenli kan nakli, tıbbi araç gereç donanım veya personelin bilgi ve eğitimi ile ilgili bir sorun olduğunu bize gösterecektir. Bu sonuçlar ilin önceliklerini belirlemesi ve buna göre acil eylem planını oluşturması açısından çok önemlidir.

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
Department 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, KULLANICI HAKLARI, HİZMET STANDARTLARI VE HİZMET SUNUMUNDA EKİP YAKLAŞIMI

AMAÇ:

Katılımcıların AOB hizmetlerinde kalite yaklaşımı ve AOB hizmet sunumunda ekip yaklaşımına ilişkin net bir görüş kazanmalarını sağlamak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar

- “Kalite nedir?” tanımlayabilmeli
- Kaliteli AOB hizmet kavramını açıklayabilmeli
- Hizmet alıcıların ve hizmet sunanların haklarını sayabilmeli
- Hizmet sunumunda ekip çalışması ve önemini açıklayabilmeli
- AOB hizmeti sürecinde sistem içinde yer alan her bir hizmet sunucunun rolünü anlayabilmeli,

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.

Yöneticiler açısından kalite; hizmet üretimini hasta gereksinimlerini karşılayacak en az girdi kullanımı yoluyla gerçekleştirmektir.

KALİTEDE BAZI KAVRAMLAR

Kalite sisteminde; girdi, süreç ve çıktı tanımları kullanılmaktadır.

GİRDİ >>>> SÜREÇ >>>> ÇIKTI

Sağlık sektöründe çıktımız hizmettir. Sunulan hizmetlerden her birisi bir süreçtir.

Günümüzde çıktı yani hizmet kalitesini sağlamadan ulaşılabilecek 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, 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.

Kurumlar hizmet kapsamlarını ve standartlarını mutlaka yasal düzenlemelere uygun olarak belirlemelidir.

Standartlar değişime ve gelişime açıktır. Hizmet standartları değişen bilgiler, bilimsel yaklaşımlar, modern teknoloji, hizmet alıcı ve sunucuların gereksinimleri ile, üst yönetimin gösterdiği hedefler doğrultusunda güncellenmelidir.

Hizmet standartları hizmetin **ne şekilde, ne zaman, nasıl, nerede ve 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 öğesidir

Standartlar kanıta dayalı modern bilgiler çerçevesinde,

- **erişilebilir,**
- **izlenebilir** 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,
- Gerektiğinde de güncelleştirilmelidir.

Bu sistem kurulurken en önemli unsurlardan biri **kayıtlardır**.

Kayıt altına alma bir süreçtir.

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

Her kurum bu belgelerin

- Saklanma yeri
- Sürelerini
- Kim tarafından kayıt altına alınacağını
- Hangi personelin hangi kayıtlara ulaşma hakkına sahip olduğu
- Kim 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.

CSÜS HİZMET STANDARTLARI

Türkiye’de Cinsel Sağlık 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. Geliştirilen standartlar ilke olarak temel (minimum) standartlardır ve bunların her kuruluşta karşılanması gerekmektedir. Bununla birlikte mevcut uygulama içinde, bazı standartlar arzu edilen (ideal) standartlar olarak değerlendirilebilir ve bunlara zaman içinde erişilmesi beklenebilir.

On bölümden oluşan HSU Öz - Değerlendirme Rehberi’nin ilk yedi bölümünde hizmet alan hakları, son üç bölümünde ise personel gereksinimleri ile ilgili sorular vardır. Sorular; en iyi uygulamaları tanımlamakta olup ulaşılmaması beklenen hedeflerdir. Hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri çerçevesinde sıralanan CSÜS standartları, CSÜS Hizmet Çerçevesi’nde olduğu gibi, Türkiye Üreme Sağlığı Programındaki öncelikli müdahale alanlarını kapsamaktadır.

Hizmet kalitesi, hizmet alanların gereksinimlerinin karşılanması ve hizmetlerin kabul edilen standart ve rehberlerle uyum içinde sunulmasıdır. Hizmet kalitesinin temel yaklaşımı, hizmet alanın gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanmadır. Ancak, hizmet alanın gereksinim, hak ve memnuniyeti ile personelin gereksinim, hak ve memnuniyeti, kalitenin birbirinden ayrılamaz iki yönü olduğundan, HSU insan-odaklı bir hizmet anlayışına temellenmektedir. Bu nedenle temel kalite stratejisi, gereksinimler temelinde hizmet alan odaklı ve personelin verimli çalışacağı koşulları oluşturmayı öngörmektedir. Bu gereksinimler karşılanıp hizmet alan ve sunanın memnuniyeti sağlandıkça hizmet kalitesi yükseltilmiş olacaktır.

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

A. HİZMET ALAN HAKLARI

- 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:** CSÜS 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 ulaşılabilecek 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 sağlamak 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.

Müdahale alanı olarak AOB konularını da içerisine alan Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hizmet Standartları uygulaması pilot iller olarak Erzurum ve Kars'ta devam etmekte, yeni yaygınlaştırma illeri olarak da Ağrı, Ardahan, Artvin ve Iğdır'da başlamaktadır. Bu uygulama ile hizmet kalitesini artırma kapsamında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğümüzce Güvenli Annelik ve AOB protokolleri ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Doğum öncesi Bakım ve Sezaryen protokolleri hizmete sunulma aşamasındadır. Protokollerle ülke çapında tüm kuruluşlar ve tüm sağlık çalışanları tarafından standart hizmet sunumu sağlanacak ve hizmet kalitesi arttırılacaktır.

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 başarılacak 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 aralarında işbirliği eksikliği, sağlık hizmetlerini aksatır
- Ekip çalışması, 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 işin 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. Yönetim personelinin duygularını önemsemeli ve dikkate almalıdır

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 birbiriyle 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 direk 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. Acil Hizmet Birimi, Kurumsal Ekibin alt grubu olarak hizmet görür.

Hazır olan kaynaklar ne olursa olsun, AOB hastasının gereksinimlerini etkin olarak karşılayabilmek için; uygun işlemleri bilen, 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

Sistem birbiri ile etkileşimde bulunan, etkileyen ve etkilenen öğelerin toplamıdır. AOB sistemi için de bu geçerlidir ve sistemin gücü en zayıf halkası şeklinde özetlenebilir. Sistemin gücünü ortaya koyan en önemli etkenlerden biri ekip yaklaşımıdır.

EKİP GÜCÜ = SİSTEM GÜCÜ

KAYNAKLAR:

1. Akin 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,
13. <http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=dokuman&id=147&kelime=&page=2> , (11 Aralık 2004).
14. Türkiye Üreme Sağlığı Programı İlerleme Raporu III, Şubat 2005 / Ek II- VI -VII
15. 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, (21 Mayıs 2004)
16. CSÜS, No 1-B, Üreme Sağlığına Giriş, T.C Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2006
17. 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

AMAÇ:

Katılımcıların AOB hizmetlerinde sevk önemi, illerinde değişik düzeyde AOB hizmetleri sağlayan kuruluşların yapıları, gebelik, doğum ve doğum sonrasında karşılaşılan AOB sorunları ve oluşturulacak sevk mekanizması konularında bilgi düzeylerini geliştirmek

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

- AOB'de sevk sistemini il, ilçe ve kuruluş düzeyinde sevk mekanizmalarını içerecek şekilde tanımlayabilmeli
- AOB hizmet zincirinin kapsamlı, temel, ilk yardım/sevk kuruluşları düzeyinde koordinasyonunu nasıl sağlayacaklarını açıklayabilmeli.

ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEVK GEREKTİREN DURUMLAR

(TEHLİKE İŞARETLERİ):

Annenin zaman geçirilmeden sağlık kuruluşuna götürülmesi gereken acil durumlar

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

Annenin en kısa sürede sağlık kuruluşuna götürülmesi gereken durumlar

- Yüksek ateş
- Karın ağrısı
- Yüz, parmak ve bacaklarda şişme
- Annenin kendini kötü hissetmesi ve günlük aktivitelerini gerçekleştirememesi

Fetal hareketlerinin artık hissedilmemesi

SEVK SİSTEMİ

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 24 saat /7 gün alınabilmesini sağlayacaktır.

Sevk sistemi 112 acil hizmetleri ve sevk mekanizmasını (sevk formları, sevk protokolleri vb.) kapsamaktadır.

Acil obstetrik bakımda sevkler gebeliğin o andaki durumuna göre 3 kısımda incelenir:

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

Kapsamlı bir sevk mekanizmasının oluşturulabilmesi için;

- o Gebelerin/ailelerin/toplumdaki diğer bireylerin gebelik, doğum ve 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, 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 sevk formu doldurulacak sevk formu ile gerçekleştirilmesi, daha sonra hastanın durumu ile ilgili olarak sevk eden kuruluşa, müdahaleyi yapan kuruluş tarafından formun geribildirim kısmının doldurulması geribildirim yapılması
- o Gerçekleştirilen her basamakta haklara dayalı, ekip yaklaşımı anlayışının uygulanması
- o AOB vakalarının yönetimi ve sevkinde, annenin mevcut semptomları 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.

AOB vakaları için kuruluşa herhangi bir nedenle hizmet verilemiyor ve hastanın daha iyi hizmet veren bir üst kuruluşa (yatay/dikey) sevki gerekiyorsa izlenecek yol;

- o Hastanın stabilizasyonu sağlanır, gerekli ilk müdahaleler yapılır
- o Hastaya/aileye durum hakkında bilgi verilir, sevk nereye/neden yapılacağı açıklanır,
- o Hastaya ilişkin sevk formu doldurulur, varsa tetkik sonuçları dosyasına eklenir,
- o Sevk edilen sağlık kuruluşuna telefonla bilgi verilir,
- o Sevk formuna; görüşmeyi yapan personelin adı, saati yazılır ve imzalanır, bilgi verilen kişinin de adı yazılır,
- o Hasta 112 ambulans hizmetleri ile sevk ediliyorsa bir sağlık personeli eşliğinde,

- Kendi/diğer imkanları ile sevk ediliyorsa refakatçisi eşliğinde gönderilir (hastanın semptom ve tanısı bu şekilde sevke uygunsa)
- Sevk edilen kuruluştta, hastayı kabul eden görevli sevk formunu imzalamalıdır.
- Sevk formunda geribildirimle ilgili bilgilerin yazılacağı alan; tedavi eden hekim tarafından - uygulanan tedavi/nasıl sonuçlandığı – doldurulup imzalanmalı ve sevk eden kuruluşa bir geri bildirimde bulunulmalıdır.

112 ACİL AMBULANS HİZMETİ

Ülkemizde yaygınlaşan 112 acil ambulans sistemi, hastaların kendi imkanlarıyla sağlık kuruluşlarına ulaşmalarının yanında, sıklıkla kullanılan “sağlık kuruluşlarına ulaşma” aracıdır. Donanımlarına göre “hasta nakil aracı” ya da “ambulans” görevi yürütürler. Faaliyetlerini 3 kategoride sürdürürler.

1. A tipi 112 acil ambulans hizmetleri (il sağlık müdürlüklerine bağlı olarak, hastanelerden bağımsız bir birim olarak görev yaparlar, ana komuta kontrol merkezlerinden yönlendirilirler),
2. B tipi 112 acil ambulans hizmetleri (bir hastaneye entegre olarak çalışırlar, genellikle ilçelerdeki hastanelerinin bünyesinde, personel ihtiyacı hastane personeli tarafından da desteklenir),
3. C tipi 112 acil ambulans hizmetleri (büyük illerimizde, örneğin spor karşılaşmaları gibi toplumsal olaylar için hazır bekletilirler).

Bunlara ek olarak bazı resmi ve özel kuruluşlar da hasta nakil araçları ve ambulansları ile hizmet vermektedirler.

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.		

SEVK MEKANİZMASI ŞEMASI



Anne ölümlerini önlemek için alınacak önlemler:

Temel AOB kuruluşunda Kadın Doğ. Uzm. ve Anestezi tek. 24 saat/7 gün 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 dönemde 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 kuruluşta haber verilerek bir ebe/ hemşire, gerekli durumda doktor eşliğinde ambulansla hastanın semptom veya tanısına göre temel veya kapsamlı sağlık kuruluşuna nakli gerçekleştirilir.

EK OKUMA PARÇALARI:

Ek Okuma - 1:

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 hastaneye sevkten önce iletişim kurulmalıdır.
- Sevki yapan personelin imzasını taşıyan Standart Sevk Formunu (aşağıda örneği verilmiştir) gereken şekilde doldurup sevk zamanını kaydedin. Bu formun hastayla birlikte gitmesi gerekir.

Acil Doğum Bakımında Yenidoğanın Sevki

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

Ek Okuma 2:

AMBULANSIN HAZIRLANMASI

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

Ambulansta bulundurulacak malzeme

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), diğerı 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 dekstroz (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 ısısı
 - Kan basıncı
 - İnspire oksijen konsantrasyonu
 - Oksijen satürasyonu
- Oksijen sistemi (tüp, regülatör, plastik bağlantı tüpü)
- İnvasküler 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. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü:L.S.Önderoğlu Güneş Kitapevi 2004.

4. 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.
5. 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.engerderhealth.com.
6. Evidence Based Obstetrics: A companion volume to High Risk Pregnancy: James DK, Mohamed K, Stone P, Wijngarden WM, Hill LM, Saunders Second Edition 2003.
7. Postpartum Haemorrhage Module: WHO Education material for teachers of midwifery Maternal Health and Safe Motherhood Programme Family and Reproductive Health Who Geneva 1996.
8. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology: Turrentine JE Parthenon Publishing NY, Second Edition 2003.

6. GÜVENLİ KAN NAKLİ

AMAÇ:

Katılımcıların anne ölümüne götüren süreçte, yönetici olarak güvenli kan naklinin önemi konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlamak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

- Güvenli kan naklinin önemini açıklayabilmeli
- Güvenli kan naklinde hizmet alıcıların hakları ve kan nakil hizmetinde kalite yönetimini tanımlayabilmeli

GÜVENLİ KAN NAKLİ:

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

Yöneticilerin, gerekli önlemleri alarak, acil durumlarda güvenli kan sağlanması için, ilin nüfusuna ve hastane sayısına göre, kapsamlı sağlık kuruluşlarında mutlaka kan istasyonlarının, mümkünse kan merkezinin kurulması, bunların mümkünse temel sağlık kuruluşlarına destek olması AOB hizmetlerinin etkin bir biçimde sunulabilmesi için gereklidir. Kan merkezi bulunan illerde İl Sağlık Müdürlükleri mevcut kan miktarının günlük olarak yayınlanmasını sağlayabilir.

Kan nakli yapılmasına gerek duyulacak durumlar şöyledir :

- şoka neden olan postpartum kanama ,
- operatif doğumda yüksek miktarda kanama ,

özellikle gebeliğin ileri dönemlerinde şiddetli anemi veya kalp yetmezliği ile birlikte olan anemi.

EK OKUMA:
Ek Okuma - 1:

Güvenli Kan Naklinde Hizmet Alıcıların Hakları:

- 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.

Ek Okuma - 2:

Kan Nakli Hizmetinde Kalite Yönetimi:

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

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 Department 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

7. VAKA ÇALIŞMASI

AMAÇ:

Anne ölümlerinin engellenmesi için, AOB hizmetlerinde kalite geliştirmenin, kolaylaştırıcılığın ve sevkini önemini kavramak .

Vaka Çalışması: Maternal Mortalitenin İncelenmesi

Fatma Güzeluslu 16 yaşında, ilkokulda babasının ölmesi ve annesinin ısrarı üzerine kendisinden 15 yaş büyük Hasan Bey ile görücü usulü ile evlendirilmiştir. Bu Hasan Beyin ikinci evliliğidir ve ilk evliliğinden de dört çocuğu bulunmaktadır. Hasan Beyin eşi Fatma Güzeluslu'nun şu an 3. gebeliğidir. Birinci gebeliği evlenir evlenmez meydana gelmiş, evde 3 aylık düşükle sonuçlanmış, çok fazla kanaması olmuş ve sağlık kuruluşuna gitmeden iyileşmiştir. 2'inci gebelik düşükten 6 ay sonra olmuş, 7 aylıkken doğum gerçekleşmiş bebek ölümü meydana gelmiştir. Neden erken doğum olduğunu bilmemektedir 2'inci gebeliği sırasında baş ağrısı yakınmaları olmuş, sağlık evine iki kez gittiği halde bu yakınmasından söz etmemiştir. 27 haftalık 3'üncü gebeliği sırasında hızlı kilo almış, el ve ayaklarında şişme meydana gelmiştir. Sağlık evi ebesi bağlı oldukları ilçedeki devlet hastanesine acil gitmesi gerektiğini söylemiş, kış şartlarında yolların kapalı olması nedeni ile ancak üç gün sonra yola çıkarak komşularının aracı ile ilçe devlet hastanesine ulaşabilmişlerdir. İlçe devlet hastanesinde kadın doğum uzmanı olmadığı gerekçesi ile herhangi bir müdahale yapılmadan, il merkezindeki devlet hastanesine sevk edilmiş, şehire giderken yolda anne havale geçirmiş, hastanede çocuk canlı doğmuş fakat Fatma Güzeluslu yüksek tansiyon ve böbrek yetersizliğinden kaybedilmiştir.

Vaka Değerlendirme:

1. İlk gebeliğinde düşük meydana gelmiş, sağlık kurumuna başvurmamıştır. Sağlık evi ebesi tarafından gebelik tespitinin yapılıp yapılmadığı, düşük sırası veya sonrası sağlık kuruluşuna sevkini yapılması konusunda girişimde bulunulup bulunulmadığı irdelenmelidir.
2. İki gebelik arası sürenin en az iki yıl olması gerekirken düşük ile sonuçlanan riskli bir gebeliğin ardından 6 ay sonra gebe kalmıştır. Bu süre içerisinde sağlık evi ebesinden iki yıl gebe kalmaması konusunda danışmanlık almış mıdır?
3. İlk gebeliğin düşük ile sonuçlanması, adolesan gebelik olması nedeni ile ebe, gebelik izlemlerinin aynı zamanda kadın doğum uzmanı kontrolünde yürütülmesi konusunda danışmanlık vermiş midir?

4. İkinci gebeliği sırasında semptomların preeklampsi semptomları olduğu ve bunun da gebelik tehlike işaretlerinden biri olduğu konusunda, doğum öncesi bakım sırasında sağlık evi ebesi tarafından gebeye danışmanlık verilmiş midir?
5. Ebe, gebenin güvenli sevk ile ilgili 112 acil hizmeti veya ilçe yönetimini arayarak herhangi bir girişimde bulunmuş mudur?
6. Preeklampsi semptomları olan gebenin direct kadın doğum uzmanı ve dahiliye uzmanı mevcut olan kapsamlı sağlık kuruluşuna sevk edilmesi gerekirken, temel sağlık kuruluşuna sevk edilmesi uygun mudur?
7. İlçedeki temel sağlık kuruluşundan, kapsamlıya sevk edilirken sevk formu doldurularak, hasta ile gönderilmiş midir? Sevk edilen sağlık kuruluşu ile iletişim kurularak hasta ile ilgili bilgilendirme yapılmış mıdır?
8. Kapsamlı sağlık kuruluşunda anne, hazır acil müdahale ekibi tarafından karşılanmış mıdır?
9. Vakada sözü geçen sorunlar ile ilgili doğum öncesi bakım ile ilgili il yönetimi nasıl bir planlama koordinasyon yapabilir?

8. KOLAYLAŞTIRICILIK, YÜRÜTÜLEN ÇALIŞMALAR VE EYLEM PLANI

AMAÇ;

Yöneticilere kolaylaştırıcılık yaklaşımı kazandırarak, illerinin AOB konusunda il eylem planlarını oluşturmalarını sağlamak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ;

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

- Kolaylaştırıcılığın önemini açıklayabilmeli
- Etkili kolaylaştırıcılığın özelliklerini sayabilmeli
- AOB il eylem planını yapabilmeli

ACİL OBSTETRİK BAKIMDA İL DÜZEYİNDE YÜRÜTÜLEN ÇALIŞMALAR

Türkiye Üreme Sağlığı Programının başlangıcından bu yana, program kapsamında 34 il ve acil obstetrik bakımda pilot iller olan Erzurum, Ağrı, Ardahan, Kars, Iğdır illerinde AOB çalışmaları devam etmektedir. Bu illerde yapılan 2005 yılı durum analizi ardından, sektörlere acil obstetrik bakımın tanıtımı yapılmıştır. Daha sonraki çalışma, sektörler arası işbirliğinin gerçekleştirilmesi amacıyla yapılan sektörel toplantı olmuş ve bu toplantı sonrasında her il için sektörel eylem planları oluşturulmuştur. Şu anda sektörler AOB ile ilgili çok başarılı çalışmalar yürütmektedirler.

Bundan sonraki aşama, siz yöneticilere vermekte olduğumuz yönetici kolaylaştırıcı oryantasyon eğitimi, kapsamlı ve temel sağlık kuruluşları personeline verilecek klinik eğitim ile ilk yardım /sevk kuruluşları ve laboratuvar destek personeline verilecek oryantasyon eğitimleridir.

Sektörler arası işbirliği çalışmaları, yönetici ve sağlık personeli eğitimleri, tıbbi malzeme desteği, sevk mekanizması ve güvenli kan naklinde kazandırılacak bakış açısı ile AOB hizmet kalitesini artırmak ve anne/ bebek ölümlerini azaltmak temel amacı oluşturmaktadır.

Neden Kolaylaştırıcılık Yapılmalı:

- Ekibi oluşturan herkesin katılımını sağlamak için
- Ekibin aynı amaçlar doğrultusunda hareket etmesini sağlamak için
- Daha verimli çalışabilmek amacıyla ekibin içinde bulunduğu süreçlerin farkında olmasını sağlamak için
- Çalışanların sahip oldukları becerileri değerlendirip yeni beceriler kazanmalarına destek olabilmek için
- Kaydettikleri ilerlemeyi değerlendirebilmeleri ve gerekli değişiklikleri yapabilmeleri amacıyla ekip üyelerine bilgi vermek için
- İşbirliğine açık bir yaklaşım izleyerek çatışmaların çözümlenmesini sağlayabilmek için
- Anlaşma sağlayabilmek için
- Sorun çıkarabilecek kimselerle baş edebilmek için
- Ekibin etkili iletişim kurabilmesine yardımcı olabilmek için
- Ekibin, iç ve dış kaynaklara ulaşmasına yardımcı olabilmek için
- Ekibin amaçlarına ulaşmaya çalışırken üyelerinin olumlu ve yararlı bir deneyim elde edebilecekleri bir ortam yaratabilmek için
- Ekip liderliği sorumluluğunun paylaşılarak liderliğin teşvik edilmesini sağlamak için
- Başkalarına kolaylaştırıcılığı öğretmek için

Etkili Kolaylaştırıcının Özellikleri:

- Konusunu bilir. Araştırmacıdır ve konuya hakimiyeti nedeniyle ekibine güven verir.
- Personelini tanımaya zaman ayırır, saygı gösterir ve onları dinler.
- Yargılayıcı değildir. Herkesin deneyimine ve görüşüne değer verir. Farklı düşüncelere ve yaşam seçimlerine saygı gösterir.
- Kültürel olarak duyarlıdır. Kendininki gibi herkesin fikir ve inaçlarının da kültürel birikimlerine göre şekillendiğinin farkındadır.
- Kendini tanır. Tarafli davranmaya müsait yanlarını bilir ve damarına basıldığında bile profesyonelce hareket eder.
- Tüm ekibin deneyimlerini paylaşmalarını ve grup öğrenme sürecine katkıda bulunmalarını teşvik eder.
- Yaşam dolu, istekli ve özgündür. Espriler, zıtlıklar, benzetimler ve gerilim unsurlarını kullanır.
- Sözlerini açık, seçik ve kolaylıkla hatırlanacak biçimde söyler. Her defasında yalnızca bir fikirden bahseder ve görüşler arasındaki ilişkiyi vurgular. Gerektiğinde özetleme yapar.

- Görsel desteklerden yararlanır. Üzerinde durdukları konuyu örneklerle, tablolarla, görsel ve işitsel araçlarla destekler.
- Grup dinamiklerini anlar, sıkıntıya girmeksizin ekip yönetimi yapabilir. Anlaşmazlıkları kolaylıkla çözebilir.
- Esnekler. Ekibin sözel olan ve olmayan tepkilerini, cevaplarını anlar ve yorumlar. Kontrolü fazla eline almadan kontrolün kendisinde olduğunu hissettirir.
- Yeni fikirlere ve farklı bakış açlarına açıktır. Tüm cevapların kendisinde olmadığını farkındadır.
- Şefkatlidir. Empati kurar ve katılımcıların duygusal tepkilerini anlayışla karşılar.
- Geribildirim memnuniyetle karşılar. Performanslarıyla ilgili olumsuz geribildirim aldıklarında bu geribildirimleri eleştirel gözle analiz eder ve savunmacı tepkiler geliştirmez.
- Performansları geliştirmek için sürekli çalışır. Etkili bir kolaylaştırıcı yeni beceriler edinme fırsatları arar ve olumsuz geribildirimleri kendisini geliştirme imkanı olarak görür.

KAYNAKLAR:

1. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Standartları Uygulaması Dış Kolaylaştırıcı Eğitimi Eğitici Modülü/ Şubat 2007

EYLEM PLANI

Sorunlar	Neden(ler)	Öneriler	Kim Tarafından İzlenecek	Ne Zaman Tamamlanacak

EYLEM PLANI FORMU (ÖRNEK)

SORUNLAR	NEDENLER	ÖNERİLER	KİM TARAFINDAN İZLENECEK	NE ZAMAN TAMAMLANACAK
CYBE'li hastalar izlem için gelmiyor	<ul style="list-style-type: none"> - Personel kuruluştta sunulan bütün hizmetleri konusunda bilgili değil - Hizmet alanlar iyi karşılanmıyor ve personel tarafından damgalanıyor - Personelin bir kısmı CYBE danışmanlığı eğitimine sahip değil 	<ul style="list-style-type: none"> - Kuruluştta verilen hizmetler, bunların nerede sunulduğu ve kimin sorumlu olduğu konusunda personele oryantasyon yapılacak - Tüm personel için CYBE farkındalık ve duyarlılık eğitimi yapılacak - İhtiyaç duyulan personele CYBE danışmanlık eğitimi verilecek 	<p>Ebe Elif</p> <p>Dr. Ahmet</p> <p>Başhemşire Ayşe</p>	<p>30.07.05</p> <p>01.09.05</p> <p>01.10.05</p>
Sabah vakitlerinde DÖB hastaları uzun süre beklemek zorunda kalıyor	<ul style="list-style-type: none"> - Bütün hizmet alanlar aynı vakitte, genelde sabahleyin geliyor - Öğleden sonra pek az gelen oluyor 	<ul style="list-style-type: none"> - Randevu sistemi oluşturulacak - Hizmet alanlar öğleden sonra gelmeye teşvik edilecek: - Hizmet alanlara öğleden sonra da gelebilecekleri; doktorun kendilerine öğleden sonra daha çok zaman ayırabileceği söylenecek - Konuyla ilgili tabela yaptırılıp duvarlara asılacak - Hizmet alanlara yazılı randevu kartları verilecek 	<p>Memur Gül</p> <p>Hemşire Aliye</p> <p>Mutemet İbrahim</p> <p>Hemşire Oya</p> <p>Fatma</p>	<p>01.06.05</p> <p>01.06.05</p> <p>15.07.05</p> <p>15.07.05</p> <p>15.06.05</p>
Hizmet alan kayıt formlarında hastaların öyküleri yer almıyor	<ul style="list-style-type: none"> - Personel bu bilgileri hizmet alanlara sormuyor - Personel hizmet alanlara ne soracağını bilmiyor - Personelin hizmet alan kayıt formlarını doldurma konusunda eğitimli değil 	<ul style="list-style-type: none"> - Bütün ÜS ve klinik personeline tam tıbbi öykü alma ve kayıt formu doldurma konusunda tazeleme eğitimi yapılacak 	<p>Dr. Mehmet</p>	<p>01.08.05</p>

DOĞUMDA EĞİTİLMİŞ PERSONEL DESTEĞİ; NORMAL DOĞUMA YARDIM İÇİN GEREKLİ BİLGİLER İLE OBSTETRİK KOMPLİKASYONLARIN TANISI VE SEVK İÇİN PROFESYONEL OLARAK EĞİTİLMİŞ PERSONEL DESTEĞİDİR.

BİLGİLİ PERSONEL;

- NORMAL GEBELİK VE DOĞUMA MÜDAHALE EDEBİLMELİ,
- TEHLİKE İŞARETLERİNİ VE KOMPLİKASYONLARI ERKEN TANIYABİLMELİ,
- KOMPLİKASYON HALİNDE TEMEL MÜDAHALELERİ YAPABİLMELİ
- TEDAVİYE BAŞLAYABİLMELİ
- GEREKTİĞİNDE ANNE VE BEBEĞİN BİR SONRAKİ SEVK KADEMESİNE SEVKLERİNİ GÖZETEBİLMELİDİR.

BU GÖREVLER EVDE VEYA SAĞLIK KURULUŞUNDA YAPILIR.