

Ayça DEMİR YILDIRIM¹
Orcid : 0000-0001-8385-3954

Ümran OSKAY²
Orcid : 0000-0002-6606-9073

¹Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü,
Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğü, Yeldeğirmeni Ek
Hizmet Binası, ÇEKÜS Şube

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
Ayça DEMİR YILDIRIM
aycademiryildirim@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Optimalite; perinatal bakım; ebelik;
kadın sağlığı hemşireliği; kanıta dayalı
uygulamalar.

Key Words:

Optimality; perinatal care; midwifery;
women's health nursing; evidence based
application.

Dünyada ve Türkiye'de Optimal Perinatal Bakıma Yönelik Programlar

Perinatal Programs for Optimal Care World and Turkey

Bu çalışma yüksek lisans tez çalışması olarak hazırlanmıştır.

Alınış (Received): 29.05.2019

Kabul Tarihi (Accepted): 08.10.2019

ÖZ

Optimalite kavramı sağlık hizmetlerinde en iyi, en uygun sıfatları yerine kullanılır ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmayı hedefler. Perinatal optimalite ise prekonsepsiyonel dönemden başlayarak, gebelik, doğum, doğum sonrası dönem, fetüs/yenidoğan sağlığı ve bu süreçte kadının ailesi içinde optimal sonuçları sağlamayı ve geliştirmeyi amaçlar. Bugün perinatoloji alanında, özellikle doğumlarda, gereksiz birçok müdahale olması kadınların aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetsiz ayrılmalarına neden olmaktadır. Perinatoloji alanında optimal yaklaşım, sağlıklı kadınların karmaşık teknolojiye ihtiyacı olmaması ile birlikte kadın merkezli bireysel ve rutin obstetrik müdahalelerde bulunmaktan kaçınan bir bakımı sağlamaya odaklanır. Bu sebeple de sağlık bakımında optimaliteyi sağlamanın en temel yolu kanıta dayalı verilerin uygulamaya aktarılmasıdır. Bu derlemenin amacı Dünyada ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programların incelenerek ebelik ve hemşirelik mesleğine katkısını ortaya koymaktır.

Dünyada uygulanan perinatal sağlık hizmetlerinin optimalitesi açısından ülkelerin sağlık sistemleri içinde yürütülen programlar veya hastaneler tarafından yürütülen perinatal programlar bulunmaktadır. Bu programlar kadınların ihtiyaçlarına göre şekillenmektedir. Bu programlara örnek olarak; "The Door, New Hampshire Prenatal Program, Alberta Perinatal Health Program, Alaska Perinatal Health Program, MORE^{OB}, Perinatal Loss Program, Perinatal Oral Health Program, Perinatal Palliative Care Program, Homeless Perinatal Program, Comprehensive Perinatal Services Program, Antenatal Education Class" programları bulunmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların perinatal alanda yeni modeller veya programlar çerçevesinde akış şemaları ile birlikte hizmet sunumunun yapılması, ebelik ve hemşirelik mesleğinin sanatsal yönü ile gerçekleştirilmesi bu alanda optimal hizmet sunumunu kolaylaştırmaktadır.

ABSTRACT

The term "Optimality" is used to intend the best and the most appropriate in the healthcare services whereas the term "Perinatal Optimality" aims to provide and develop the optimal solutions in the family during the process starting from preconceptional period until postpartum, including pregnancy, birth and fetus health. Nowadays, the presence of many unnecessary interventions, especially during birth, leads great and widespread dissatisfaction among women, regarding healthcare services. The optimal approach in the area of perinatology focuses on the woman-centric, individual care avoiding usual obstetric interventions as much as possible which arises from the fact that healthy women do not need complex technology. That's why the main way of providing optimality in healthcare is transferring evidence-based data in practice. This review aims at examining the optimal perinatal care programs for Turkey and the world is to reveal the contribution of nursing and midwifery professions.

Regarding the use of optimality in perinatal healthcare services in the world, there are perinatal programs driven in the healthcare systems of the countries and/or programs driven by the hospitals. These programs are formed with respect to the needs of women. Among the examples of this kind of programs there are The Door, New Hampshire Prenatal Program, Alberta Perinatal Health Program, Alaska Perinatal Health Program, MORE^{OB}, Perinatal Loss Program, Perinatal Oral Health Program, Perinatal Palliative Care Program, Homeless Perinatal Program, Comprehensive Perinatal Services Program, Antenatal Education Class Program. Evidence-based practice in the perinatal field through new models or programs within the framework of the flow of service delivery services, midwifery and the artistic aspect of the nursing profession facilitates optimal service provision in this field.

Kaynak Gösterimi: Demir Yıldırım, A., ve Oskay, Ü. (2020). Dünyada ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. *EGE HFD*, 36(1), 45-52.

How to cite: Demir Yıldırım, A., and Oskay, Ü.(2020). Perinatal programs for optimal care world and Turkey. *EGE HFD*, 36(1), 45-52.

GİRİŞ

Optimalite kavramı sağlık hizmetlerinde en iyi, en uygun sıfatları yerine kullanılır ve en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmayı hedefler. Perinatal optimalite ise prekonsepsiyonel dönemden başlayarak, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, fetüs, yenidoğan sağlığı ve bu süreçte kadının ailesi içinde optimal sonuçları sağlamayı ve geliştirmeyi amaçlar. Bunun içinde sağlık bakımında optimaliteyi sağlamanın en temel yolu kanıta dayalı verilerin uygulamaya aktarılmasıdır (Yücel, 2012).

Perinatal bakım süreci, antenatal, innatal ve postnatal süreci kapsar. Perinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri gebelik öncesi dönemde aile planlaması hizmetleri ile başlayıp güvenli ebeveynliğe hazırlanma, gebelikte tanılama yöntemlerinin kullanımı, doğum sonrası annenin ve yenidoğanın bakımı ile birlikte kadın merkezli bir hizmet sunumudur (Coşkun, 1996).

Perinatal bakım sürecinin geliştirilmesinde Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services) (CIMS) doğumda doğallığa dayanan, doğum ve bakım odaklı bir felsefe geliştirmiştir. Bu felsefeye göre CIMS'in ilkeleri; güçlendirme, otonomi, zarar vermeme ve sorumluluk alma olarak belirlenmiştir (CIMS, 1997; Başgöl ve Oskay, 2014).

Perinatal bakım programlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunları incelediğimizde, kadının yaşı, ilk gebelik yaşı, gelir getiren bir işte çalışması, gebelik ve çocuk sayısı, kendi ve eşinin öğrenim durumu, ailenin ekonomik durumu, bakım hizmetlerine uzaklık olarak karşımıza çıkmaktadır (Başar ve Çiçek, 2018). Etkileyen bu faktörler göz önüne alındığında optimalitenin sağlanabilmesi için özel programlar tasarlanarak başarıya ulaşıldığı görülmüştür.

Bu derlemenin amacı Dünyada ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programların incelenerek ebelik ve hemşirelik mesleğine katkısı ortaya koymaktır.

DÜNYADA PERİNATAL OPTİMAL BAKIMIN SAĞLANMASINA YÖNELİK PROGRAMLAR

Perinatal sağlık hizmetlerinde optimalitenin sağlanması için, ülkelerin sağlık sistemleri veya hastaneler tarafından yürütülen çeşitli perinatal programlar bulunmaktadır. Bu programlar kadınların ihtiyaçlarına, hizmetin daha kaliteli yürütülmesine, kanıta dayalı uygulamalara ve eğitimlere göre şekillenmektedir. Her ülkenin kendi ihtiyacına göre şekillenmiş olan programların etkinliğini değerlendiren çalışmalarla yapılmış ve optimaliteyi sağlayacak programların özellikleri bu çalışmaların ışığında aşağıda özetlenmiştir.

The DOOR

Amerika'da 1972 yılında kurulmuş olan The Door, gençler için sağlık ve eğitim imkanları sağlayan, onlara sosyal olanaklar ve iş imkanı sunan bir kuruluştur. Kuruluşun aktif katılımı olan bir perinatal programı da bulunmakta ve grup eğitimleriyle hizmetlerini sürdürmektedir. Ajansın perinatal programı, ağırlıklı olarak ergenlere, doğum öncesi ve diğer sağlık hizmetlerini sunmaktadır. The Door, New York Eyaleti lisanslı Ergen Sağlık Merkezi'nin himayesinde faaliyet göstermektedir. The Door hizmet modelinin tanımlanması ve etkisini değerlendirmek için yapılan bir araştırmada programa katılanların yarısından fazlasının (%60) adolesan gruptan, bir kısmının ise (%38) taciz mağdurları ve (%16) aileleri tarafından dışlanan gruptan oluşmaktadır (Deward ve Zaengle, 2000). Ajans aynı zamanda perinatoloji hemşireleri, okul hemşireleri, sosyal görevliler, kadın doğum uzmanları ve yenidoğan uzmanları için; bilgilerini geliştirmek, yetenek ve beceri seviyelerini yükseltmek, 0-15 yaş grubu ile etkileşime girme becerileri ve Lamaze eğitim becerilerini kazandırmak amacıyla kapsayan bir dizi eğitim programları yürütmektedir. Bu beceri geliştirme eğitimleri sonucu adolesanları bu sürece adapte etmekte kolaylık sağladığı ve adolesanlarla kurulan ilişkiler de iyileşme olduğu saptanmıştır (Budın, 2000).

New Hampshire Prenatal Program (PRAMS)

New Hampshire şehrinde prenatal program olarak; Halk Sağlığı Hizmetleri Anabilim Dalı, Anne ve Çocuk Sağlığı Bölümü, Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümünün ortaklığı ile Riskli Gebelik Değerlendirme ve İzleme Sistemi (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System-PRAMS) Projesi yürütülmektedir. Proje, 1987'de bebek ölümlerini ve düşük doğum ağırlığını azaltma girişiminin bir parçası olarak Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından başlatılmıştır. New Hampshire eyaleti prenatal programı 30 yıldan fazla süredir hem akademi hem de hastanelerde eğitim programı yürütmektedir. PRAMS, gebelik öncesi, sırası ve sonrasında maternal tutumlar, davranışlar ve deneyimler hakkında devlete ait, popülasyona dayalı veriler toplamaktadır (Desisto ve diğerleri, 2104; Kair ve Colaizy, 2016). PRAMS veri toplama formları posta yoluyla cevap gelene kadar üç kez gönderilir, üçüncü kez posta yolu ile iletişim sağlanmadığında veriler telefon aracılığıyla toplanır. Yine New Hampshire'da perinatal sağlığın iyileştirilmesi için özellikle hemşirelik programlarına eğitim desteği sürdürülmektedir. Son yılların sağlık göstergelerinin iyileşmesi, mortalite ve morbidite oranlarının düşmesi bu programın başarısı olarak düşünülmektedir (Frank ve diğerleri, 1999).

Alberta Perinatal Sağlık Programı (Alberta Perinatal Health Program)

Alberta Perinatal Sağlık Programı, sağlık profesyonelleri için doğum öncesi, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan konularını içeren E-Öğrenim modülleri geliştirmiştir. Sağlık profesyonelleri web tabanlı Perinatal Health E-Learning (HELP) Modüllerine haftada 7 gün 24 saat erişim sağlayabilmektedir. Perinatal HELP modülleri, coğrafi zorluklar nedeniyle eğitim alamayan sağlık çalışanlarının eğitim gereksinimlerini sağlayan bir programdır. Sağlık çalışanları ve öğrenciler için erişim ücretsizdir.

MORE^{OB} Program

Kanada Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Derneği, obstetrik hasta güvenliği programlarının ‘Obstetrik Risklerin Verimli Bir Şekilde Yönetilmesi’ (MORE^{OB}) ile ulusal düzeyde hasta güvenliğini arttırmada lider rolü üstlenmiştir. Programın son noktası, suçlama kültürünü, şikâyetlerde gözlenen azalma ve iyileştirilmiş bakım kalitesiyle, hasta güvenliğinin herkesin sorumluluğunda olduğuna odaklanmış ve sürekli bir hasta güvenliği kültürü üzerine şekillenmiştir. Program, yüksek güvenilirlik organizasyonları (HRO’lar), sistem hata teorisi, takım fonksiyonu ve uygulama toplulukları (CoP) ilkelerini çalışma ortamı için değerler olarak bütünleştirmiştir (Milne ve Lalonde, 2007). MORE^{OB} programına annenin sağlık sonuçları açısından bakıldığında, üçüncü ve dördüncü derece annelik hüznünü önemli ölçüde azalttığı, yenidoğan sonuçları açısından da ciddi morbidite oranını önemli ölçüde azalttığı saptanmıştır (Thanh ve diğerleri, 2010).

MORE^{OB} programı, obstetride çalışan sağlık çalışanlarının her birine bir fark yaratma fırsatı ve sorumluluğu veren bir hasta güvenliği kültürünü desteklemektedir. MORE^{OB} programın obstetrik ortamı daha güvenli ve daha arzu edilen bir ortam haline getirmede etkili olduğuna inanılmaktadır (Milne ve Lalonde, 2007).

Alaska Perinatal Sağlık Programı (Alaska Perinatal Health Program)

Alaska perinatal sağlık programı, anne ve bebeklerinin sağlığını korumak ve kendileri için mümkün olan en iyi sağlığı teşvik etmek için liderlik sağlayan organize bir halk sağlığı organizasyonudur. Alaska eyaletinin sağlık sisteminin perinatal sağlık hizmetleri düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda mortalite hızını düşürmek için 3. düzey bakım sistemine geçmiştir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti bulunan hastanenin perinatoloji servisinde veya dağlık bölgelerde yaşayan riskli gebe ve yenidoğan için uçak ile transferleri sağlamaktadır. Alaska’da gebe bir kadının veya bebeğin üçüncü basamak sağlık kurumuna taşınması için yaygın olarak kabul edilen standart, en az 24 haftalık gebelik haftasıdır; daha erken doğum yapması beklenen kadınlar veya daha genç bir gebelikte doğan bebekler genellikle transfer edilmemektedir (Bradford ve Pam, 2001).

Perinatal Kayıp Programı (Perinatal Loss Program)

Bu program, 1980’li yıllarda hastanelerde uygulamaya geçmiştir. Program, herhangi bir gebelik yaşından itibaren yenidoğan dönemine kadar çocuğun kaybına neden olan ailelere bütünsel bakım, destek ve takibini sağlar. Perinatal kayıplar ile ilgili ailelere bakım sağlamaları için yapılan bir araştırmada hemşirelerin bu konuda eğitimlerinin eksik olduğu ve yoksunluk ve kayıplar ile ilgili eğitimlere gereksinim duyulduğu, bakım sırasında etkili stratejiler geliştirilmesi gerektiği bulunmuştur (Roehrs ve diğerleri, 2008). Artan sayıda kanıt, bu tür programların, gebelik kaybı ve bebeğin ölümü ile ilgili perinatal ve pediatrik ölüm standartlarının bakım, rehber ve eğitim programlarının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Kobler ve Limbo, 2011).

Perinatal Ağız Sağlığı Programı (Perinatal Oral Health Program)

Erken önleyici müdahalenin diş hastalıklarının ciddiyetini ve sonraki sağlık bakım masraflarını azaltabileceği bilinmektedir. Bu nedenle, doğum öncesi dönem ve erken çocukluk döneminde bu hizmetlerin sunulması, bir annenin ve daha sonra çocuklarının ağız sağlığının değerlendirilmesine yardımcı olmak amacıyla yürütülen bir programdır. Gebelikte ağız sağlığının değerlendirilmesi (pOHP) bir Tıp Fakültesi (SOM) ve Diş Hekimliği Fakültesi (SOD) aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Programın amacı gebelerin ağız sağlığı kliniklerinden alacağı hizmetlerde karşılaşılabilecekleri engelleri azaltmak ve ağız sağlığını geliştirmektir (Jackson ve diğerleri, 2015). Doğum öncesi bakım sağlayıcıların şimdi gebelik sırasında ağız sağlığını geliştirmeleri ve diş tavsiyeleri sağlamaları önerilmektedir. Bununla birlikte, Avustralya’daki ebeler bu rolü üstlenecek şekilde eğitilmiştir. Yapılan araştırmalarda annelere doğum sonrası taburculuk eğitimi olarak ağız sağlığı eğitimi (OHEP: An Oral Health Education Program) verilerek hem annelerin ağız sağlığını koruma hem de yenidoğanın ağız sağlığını korumak amaçlanmış ve annelerin hastaneden taburcu edilmeden önce doğum sonrası üniteye annelere sağlanan ağız sağlığı eğitim programı ile, annelerin bebeklerde ve küçük çocuklarda ağız sağlığı bakımı ve diş çürüğünün önlenmesi hakkındaki bilgilerini arttırmaya yardımcı olabileceği düşünülmüştür (George ve diğerleri, 2015; Hallas ve diğerleri, 2015).

Kapsamlı Perinatal Hizmet Programı (Comprehensive Perinatal Services Program)

Comprehensive Perinatal Services Program uygulamasında standart obstetrik servislerden farklı olarak, kadınlara beslenme, psikososyal ve sağlık eğitimi alanlarında gelişmiş hizmetler verilmektedir ve gebelikten doğum sonrası 60 güne kadar hizmet sunumuna devam edilmektedir. Travay ve doğum sırasında annelere ve bebeklere güvenli bakım hedefini gerçekleştirmek için, 2004–2005 yıllarında perinatal ünitelere sahip 16 hastanede yerinde yapılan risk değerlendirme programı geliştirilmiştir. Risk değerlendirmesi, hastane kayıtlarının güncel kanıtlar eşliğinde, ulusal kılavuzlar ve standartlar göz önüne alınarak yapılmaktadır. Müdahaleler perinatal zarar riskinin çoğunu ele alarak yapılmaktadır. Bu nedenle, bu klinik alanlar güvenliği artırma stratejilerinin odak noktası olmuştur. Perinatal hasta güvenliği programının temel yapısal ve süreç bileşenlerini uygulamadaki başarı, perinatal zararın azaltılması, talep sayısı ve talep maliyetlerinin azaltılması ile mümkün olmuştur. İncelenen 16 perinatal birim için sonuçlara bakıldığında ise belirli bir azalma görülmüştür (Simpson ve Kortz, 2009).

Perinatal Palyatif Bakım Programı (Perinatal Palliative Care Program-PPCP)

Perinatal Palyatif Bakım Programı, bebeklerine Trisomy 13, Trisomy 18, anensefali veya bilateral renal agenez gibi yaşamı sınırlayıcı bir tanı konan ailelere yardımcı olmaktadır. Leuthner ve Jones (2007) yürüttükleri bir çalışmada perinatal palyatif bakım

kavramlarını gözden geçirmişler ve Fetal Endişeler Programının perinatal palyatif bakım hizmeti olarak gelişimini anlatmışlardır. Fetal Endişeler Programı ile ilgili hemşirenin koordinatör olarak rolünü özel olarak vurgulamışlardır. Perinatal palyatif bakım programları disiplinlerarası bir ekip tarafından verilen bakım türüdür. En yaygın disiplin türleri manevi bakım (%89), tıp (%87), hemşirelik (%84), sosyal hizmet uzmanı (%83) ve bakım personeli (%79) dir ([Wool ve diğerleri, 2015](#)). Yapılmış bir vaka çalışmasında ise palyatif bakımda hemşirelerin önemi bakımın özelliği anlatılmıştır ([Engelder ve diğerleri, 2012](#)).

Evsiz Perinatal Programı (Homeless Perinatal Program-HPP)

Evsiz Perinatal Programı, evsiz gebe kadınlara kapsamlı doğum öncesi hizmetler sunan ilk programlardan biridir. Bu program, 200 aktif gönüllü ile birlikte doğum öncesi eğitimi ve ebeveynlik sınıflarını birleştirerek bakım sağlamaktadır. HPP'nin Sağlıklı Yaşam Merkezi'nin sağlıklı doğum sonuçlarını artırıcı, anne ve bebek sağlığı ve refahını artırıcı, güçlü ebeveyn-çocuk bağına geliştirici ve etkili ebeveynlik becerileri artırıcı bir etkisi bulunmaktadır. HPP'nin 1992'de yapılan bir değerlendirme raporunda, doğum sonuçlarını iyileştirme ve başvuran gebelerin yaşamlarını dönüştürmeye yönelik çalışmaların iyi sonuçlar vermesi ile programın hedeflerine ulaştığı ifade edilmiştir ([Ovreo ve diğerleri, 1994](#)). Evsiz gebe kadınların gebe izlemlerinin önündeki bariyerler ile ilgili yapılmış bir çalışmada, yürütülen HPP modeli sayesinde evsiz gebe kadınların izlemlere katılabilme imkânının daha çok olduğu sonucuna ulaşılmıştır ([Bloom ve diğerleri, 2005](#)).

Antenatal Eğitim Sınıfları Programları (Antenatal Education Class Program)

Tüm gebelere farklı özellikte eğitim içerikleri olan doğuma hazırlık sınıfları ile eğitimler yürütülmektedir. Her kurumun kendi içinde özelleşmiş grupları ve eğitim felsefeleri bulunmaktadır. Bazı sınıflarda aktif doğum, Lamaze felsefeleri uygulanırken, bazı sınıflarda genç gebelik, SSVD (sezaryen sonrası vajinal doğum), babalı eğitim gibi farklılaşmış sınıflarda yüz yüze eğitimlerin yanı sıra çevrimiçi eğitimlerde yürütülmektedir. Yapılan bir meta-analizde antenatal sınıfların değerlendirilmesi yapılmış ve bu değerlendirme de ülkelerin sağlık sistemlerine göre sınıfların etkisinin değiştiği sonucuna ulaşılmıştır ([Brixval ve diğerleri, 2014](#)). Dünyanın her tarafında yürütülen antenatal eğitimler birbirinden çok farklı özelliklere sahiptir. Bazı ülkelerde eğitim programları çok sistematik, programlı olarak yürütülürken bazılarında belirli bir program dâhilinde olmaksızın yürütülmektedir ([Dinc ve diğerleri, 2014](#)).

Kırsal Alanda Perinatal Bakım Programı

Dünya çapında birçok kırsal alanda perinatal bakım hizmeti sağlamada zorluklar yaşanmaktadır. Bu sorunun önemli sebeplerinden birisi kırsal alanda perinatal bakım sunumunu yapacak sağlık personelinin yetersiz olmasıdır. Kore'de kırsal alanda perinatal sağlık hizmetlerinin yetersiz olması nedeniyle perinatal bakımın iyileştirilmesi için, hükümet işbirliği ile bir çalışma yapılmış ve kırsal alanda sağlık personellerin tercihleri ve kırsal alanda yaşayanların sağlık hizmeti alma tercihlerine bakılmıştır. Sonuç olarak bu bölgelerde daha kapsamlı sağlık merkezlerinin açılması gerekliliği kabul görmüştür ([Jang ve diğerleri, 2019](#)).

Kamu-Özel İş birliği Perinatal Bakım Programı

Kamu ve özel sağlık hizmetlerinde çalışan ebeler, hemşireler ve kadın doğum uzmanlarının iş birliği ile hazırlanan perinatal bakım planı yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda gebelere daha az müdahalede bulunulmuş, daha az maliyet çıkmış ve daha çok memnuniyet bulunmuştur ([Shaw-Batista ve diğerleri, 2011](#)).

Anne Dostu Hastane Modeli

Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu 1996 yılında (Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) tarafından bakımda anne dostu modeli benimsenerek kanıt temelli bakım rehberleri hazırlanmış ve ABD'nin birçok eyaletinde anne dostu hizmeti veren kuruluşlar oluşturulmuştur. Misyona olarak, doğum sonuçlarının iyileştirilmesini, maliyetlerin önemli ölçüde azaltılmasını, etkin olmayan tarama ve tanı işlemleri yerine; uygulama gerekçesi kanıt temelli literatüre dayanan sağlıklı yaşam modelinin teşvik edilmesi amaçlanmaktadır. CIMS tarafından 10 adımda anne dostu hastane modeli tanımlanmıştır. CIMS 2007 yılında tekrardan eklemeler yaparak anne dostu hastane modelini güncellemiştir. Bunda da özellikle doğumun bir hastalık olmadığı, sağlığın devamlılığının bir parçası olduğunun unutulmaması gerektiği vurgulanmıştır ([Hotelling, 2007](#)).

ÜLKEMİZDE PERİNATAL OPTİMAL BAKIMIN SAĞLANMASINA YÖNELİK PROGRAMLAR

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Programı

Doğum Öncesi Bakım, annelerin sağlık düzeyini yükseltmek ve anne ölümlerini azaltmak amacıyla rutin hizmetler arasında yer almakta olup ülke genelinde uygulanmaktadır. Hazırlanan 'Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre gebelerin herhangi bir riski yoksa en az 4 kez izlemi sağlanmaktadır. Riskli gebeler için ise Riskli Gebelik Protokolleri Rehberi yayımlanmıştır.

Gebelere Demir ve D Vitamini Destek Programı

Gebelikte anne ve bebek sağlığı açısından anemiye bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla 2007 yılında gebelere demir destek programı başlatılmıştır. Her gebeye gebeliğinin 16. haftasından itibaren beş ay, doğumdan sonra üç ay 40-60 mg demir desteği sağlanmaktadır. Ülkemizde 2011 yılından itibaren de her gebeye ve emzirme döneminde annelere D vitamini desteği verilmektedir ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Anne Dostu Hastane Programı

Nitelikli gebe, lohusa izlemi ve tüm doğumların güvenli koşullarda hastanede gerçekleştirilmesi sağlanarak anne ve bebek ölümlerini azaltmak amaçlanmaktadır ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Ülkemizde de doğumda uygulanan müdahale oranlarının artması ve sezaryen oranlarının ciddi anlamda artması ile birlikte perinatal optimalite için yürütülen Anne Dostu Hastane modeli vardır ([Başgöl ve Oskay, 2014](#)).

Gebe Okulu/Gebe Bilgilendirme Sınıfları/Doğuma Hazırlık Programı

‘Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yayınlanmış olan 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi’ ile gebelere sunulan bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinde etkin hizmet sunumu ve tüm ülkede standardın sağlanması amaçlanmıştır. Gebe okulu, gebe bilgilendirme sınıfı ile doğuma hazırlık ve danışmanlık merkezlerine yönelik 02.10.2018 tarihli ve 2018/23 sayılı Genelge yayınlanmıştır. Gebe Bilgilendirme Genelgesi ile birlikte doğuma hazırlık eğitimleri Türkiye’nin neredeyse her ilçesinde, 834 adet Toplum Sağlığı Merkezinde, 333 adet ikinci ve üçüncü Basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak verilmeye devam etmektedir ([Yılmaz-Esencan ve diğerleri, 2018](#)).

Doğum-Sezaryen Programı

Sezaryen oranının, son doğum verilerine bakıldığında yıllar içinde artış gösterdiği görülmektedir. Mevcut oran gelişmiş ülkelerin oranlarının, Dünya Sağlık Örgütü önerilerinin (%5–15) ve ülkemiz hedeflerinin üzerindedir. Sağlık Bakanlığının 2017 sağlık istatistikleri yılığında en son sezaryen oranı %53,0 olarak verilmiştir. Bakanlığımız anne ve bebek sağlığını korumak amacıyla ülke genelindeki tüm hastanelerde sezaryen endikasyonlarını izlem çalışmalarını devam ettirmektedir ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Doğum Sonu Bakım Programı

Doğum sonrası dönemde önlenebilir nedenlerle meydana gelen anne ve bebek ölümlerini önlemek amacıyla geliştirilmiş bir programdır. Genel olarak annenin doğumdan sonra tam iyileşmesi gerçekleşmeden taburcu edilmemesi sağlanmaktadır. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine (ilgili genelgeye istinaden) uygun olarak lohusa izlemi yapılmaktadır ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Anne Ölümleri İzleme Programı

Ülkemiz, son yıllarda gebe izlem hizmetlerinin hizmet kalitesinin artırılması ile anne ölümlerinde yakaladığımız düşme eğilimi ile dünyada anne ölümlerinde en çok düşüş sağlayan 10 ülkeden biri olmuştur. Kuşkusuz yıllar içinde artan gelişmişlik düzeyi ve izlenen sağlık politikalarının katkısıyla anne ve bebek ölümlülüğünde ciddi azalmalar meydana gelmiştir. Anne ölüm oranı 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 68 iken bugün (2017) yüz bin canlı doğumda 14.4’e düşmüştür. Sağlık Bakanlığı Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyonunda, her ay illerden gelen gebeliğe bağlı tüm ölümler değerlendirilerek, nedenlerine ve üç gecikme modeline göre gebeliğe bağlı ölümler ile anne ölümleri sınıflandırılmakta, nedenleri tam olarak belirlenemeyen ölümler, hastane, hekim ve anne adı gizli kalmak üzere Merkez İnceleme Komisyonunda görüşülmektedir ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Acil Obstetrik Bakım (AOB) Yönetim Rehberi

Acil obstetrik bakım (AOB); gebelik, doğum ve doğum sonrası 42 günlük dönemde meydana gelen, anne ve fetus yaşamını tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumda verilen hizmetleri tanımlamaktadır. Sağlık kuruluşuna başvurduklarında anne ve fetusun; hızla ilk değerlendirmelerinin yapılmasını, yaşamı tehdit eden belirti ve bulguların varlığında ilk girişimlerin uygulanmasını, başvuru sağlık kuruluşunda mümkün ise tedavilerin yapılmasını; gerekli durumlarda stabilize edildikten sonra daha üst düzey sağlık kuruluşuna gönderilmesini ve gerektiğinde uygulanabilecek güvenli kan naklini kapsamaktadır ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)). AOB konusunda son 10 yılda yayımlanan raporlar çok disiplinli bir ekip yaklaşımının önemini vurgulamaktadır. Multidisipliner ekip çalışmasına yönelik bu yaklaşım; kadınlar için pozitif klinik ve emosyonel sonuçlar üretmesi, yüksek teknoloji ortamında kadın merkezli bakımı geliştirmesinden dolayı hem tıp hem de ebelik mesleği tarafından memnuniyet verici olarak karşılanmıştır ([Karakoç ve Özerdoğan, 2018](#)).

Riskli Gebelik Yönetim Rehberi

Rehber gebelik öncesi, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yapılması gereken iş ve işlemleri içerir ve birinci basamakla diğer sağlık kuruluşları arasında eşgüdüm ve ilgili uzmanlık dallarıyla multidisipliner yaklaşımı da gerektirir. ‘Riskli Gebeliklerin Önlenmesi Programı’ kapsamında ülke genelinde anne ölümlerine sebep olan yüksek riskli durumların yönetilmesinde kaliteli, standart, güvenli, nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelik Yönetim Rehberi, 2014).

Misafir Anne Projesi

İkamet ettikleri yerde hastane bulunmayan anne adaylarının, doğumlarına 10 gün kala en yakın yerleşim yeri merkezine getirilerek kamu kurumları misafirhanelerinde konaklamaları ve doğumları hastanede gerçekleştirildikten sonra evlerine geri dönmeleri sağlanmaktadır ([Şimşek ve Çakmak, 2019](#)).

Perinatal Bakım Sürecinde Optimal İyileştirme için Bir Örnek-İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü-Kadın Hastalıkları ve Doğum Branşı Komisyon Çalışması

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün 'Bölge Sağlık Planlaması'na katkı sağlamak üzere İstanbul ili sınırları içerisinde kadın sağlığı ve doğum hizmeti veren kamu-özel-üniversite-muayenehane dahil tüm sağlık kuruluşlarında kadın sağlığı ve doğum hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlamak üzere Müdürlük tarafından kurulan Kadın Sağlığı ve Doğum Hizmetlerinin İyileştirilmesi Komisyonu'nun çalışması yürütmüştür. Bu kapsamda komisyon belirli hedefler üzerinde çalışmıştır (Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2017).

SONUÇ

Ebe ve kadın sağlığı hemşireleri kadınların yaşam döngülerinin her anında yer aldığı gibi üreme çağı boyunca da yanlarında olan ve kilit rol oynayan mesleklerdir. Bu iki önemli meslek grubu; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadın, eşi ve ailesinin sağlık gereksinimlerini karşılayan, ailenin sağlığını koruyan ve yükseltmek amacı ile bakım veren perinatal sağlık hizmetlerinin temel taşı olarak yer alırlar. Perinatal optimalite programlarının incelenmesi sonucunda ebe ve kadın sağlığı hemşirelerinin mesleki sorumlulukları kapsamında optimalite kavramını bilmeleri ve bunu perinatal bakıma yansıtılmaları geliştirilen programların etkinliğinin artırılması bakımından önem taşımaktadır.

Perinatal bakımda optimalitenin yanında kaliteyi sağlayan önemli bir strateji de kanıta dayalı uygulamadır. Yapılan araştırmaların klinikte yer bulması genellikle çok zaman almakta bu sebeple de arada oluşan boşluktan kaynaklı sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitsizliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durumu önlemek ve değişikliklere gidilebilmesi için literatürde ki öneriler şunlardır; değişime hazır olma, mentörlerin var olması, kaynak temini, ödüllendirme ve tanıtma sistemi, sürekli eğitimidir ([Deliktaş ve Kabukcuoğlu, 2017](#)).

Perinatal optimalitenin sağlanmasında, öncelikle kanıta dayalı bakım uygulamalarının klinik alanda kültürel, sosyal yaşama uyarlamalar yapılarak çeşitli programlar veya modellerle yapılan araştırmalar sonucunda olumlu sonuçlar alınabildiği görülmektedir.

Perinatal optimalite bakımında programların ve onların akış şemalarının izlenerek ilerlenmesi için özellikle sağlık personeline mezuniyet sonrası sürekli eğitimin sağlanması, gebeliği etkileyebilecek ağız sağlığı gibi programlar veya gebelik sonucunun olumsuz olduğu durumlarda perinatal yas programları ile optimal sonuçların alınması mümkün olduğu ortaya çıkmaktadır. Perinatal bakım hizmeti sunumunda ebe ve kadın sağlığı hemşirelerinin eğitici, araştırmacı, yönetici, savunucu, uygulayıcı rollerinin de etkin bir şekilde kullanılması sonucu optimaliteyi artırıcı etkisi bulunacağı düşünülmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların perinatal alanda yeni modeller, programlar veya akış şemaları ile birlikte hizmet sunumunda etkisi olan ebeklik ve kadın sağlığı hemşireliği mesleğinin sanatsal yönü ile birleştirilerek gerçekleştirilmesinin sağlanması bu alanda optimal hizmet sunumunu kolaylaştırmaktadır. Özellikle ebe ve kadın sağlığı hemşirelerinin mesleki rol ve yetkinliklerine bakıldığında sağlık hizmeti sunulan her alandaki birey, aile ve gruba sunulan geliştirici, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici bakımı içermesi nedeniyle perinatal optimalite açısından kapsayıcı bir hizmet modeli geliştirilebilir.

KAYNAKLAR

- Başar, F., Çiçek, S. (2018). Annelerin yeterli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 2574-2596.
- Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2014). Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2), 125-129.
- Bloom, K.C., Bednarzyk, M.S., Devitt, D., Renault, R.A., Teaman, V., Van Loock, D.M. (2004). Barriers to prenatal care for homeless pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(4), 428-435.
- Bradford, D., Pam, T. (2001). Perinatal care regionalization and low birth weight infant mortality rates in Alaska. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(3), 623-628. doi: 10.1067/mob.2001.1176 63
- Brixval, C.S., Axelsen, S.F., Lauemøller, S.G., Anderson, S.K., Due, P., Koushede, V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes- a systematic review. *Systematic Reviews*, 4, 20. doi: 10.1186/s13643-015-0010-x.
- Budin, W. (2000). Response to exemplary service article "the door's perinatal program for pregnant and parenting teens" programs for adolescent mothers are needed. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), 47-49.
- Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4(3), 181-184.

- Deliktaş, A., Kabukcuoğlu, K. (2017). Maternal bakımda kanıta dayalı uygulama kültürünün oluşturulması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 130–138.
- DeSisto, C.L., Kim, S.Y., Sharma, A.J. (2014). Prevalence estimates of gestational diabetes mellitus in the united states, pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), 2007–2010. *Preventing Chornic Disease Public Health Research*, 11, E104. doi: 10.5888/pcd11.130415.
- Dewart, T., Zaengle, D. (2000). The Door's perinatal program for pregnant and parenting teens. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), 39–46. doi:10.1624/105812400X87635
- Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., Günaydın, S. (2014). Gebe eğitimi. *HSP*, 1(1), 68-76.
- Engelder, S., Davies, K., Zeilinger, T., Rutledge, D. (2012). A model program for perinatal palliative services. *Advances in Neonatal Care*, 12(1), 28–36. doi: 10.1097/ANC.0b013e318244031c.
- Frank, J.E., Rhodes, T.T., Edwards, W.H., Darnall, R.A., Smith, B.D., Little, G.A. ... Flanagan V.A. (1999). The new Hampshire perinatal program: Twenty years of perinatal outreach education. *Journal of Perinatology*, 19(1), 3–8. doi:10.1038/sj.jp.7200129
- George, A., Johnson, M., Duff, M., Blinkhorn, A., Ajwani, S., Bhole, S., Ellis, S. (2011). Maintaining oral health during pregnancy: perceptions of midwives in southwest Sydney. *Collegian*, 18(2), 71-79. doi:10.1016/j.colegn.2010.10.003
- Hallas, D., Fernandez, J.B., Lim, L.J., Catapano, P., Dickson, S.K., Blouin, K.R., ... Sharma, A. (2015). OHEP: an oral health education program for mothers of newborns. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(2), 181-190. doi:10.1016/j.pedhc.2014.11.004
- Hottelling, B.H. (2007). The coalition improving maternity services; evidence basis for the ten steps of mather-friendly care. *The Journal of Perinatal Education*, 16(2), 38-43. doi:10.1624/105812407X197744
- Jackson, J.T., Quinonez, R.B., Kerns, A.K., Chuang, A., Eidson, R.S., Boggess, K.A., Weintraub, J.A. (2015). Implementing a prenatal oral health program through interprofessional collaboration. *Journal of Dental Education*, 79 (3), 241-248.
- Jang, H., Hwang, K., Lee, T., Lee, T. (2019). Designing robust rollout plan for better rural perinatal care system in Korea. *European Journal of Operational Research*, 274, 730–742.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. (2017). Anne Ölümleri Önleme Komisyonu, *Kadın hastalıkları ve doğum branşı komisyon çalışması raporu*. 5-13. From: http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/ekutuphane/kadin_hastaliklari_ve_dogum_branisi_komisyon_calismalari.pdf
- Kair, L.R., Colaizy, T.T. (2016). Obese mothers have lower odds of experiencing pro-breastfeeding hospital practices than mothers of normal weight: CDC pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS), 2004–2008. *Matern Child Health J*, 20, 593–601.
- Karakoç, H., Özerdoğan, N. (2018). Acil obstetrik bakım ekibi içerisinde ebe. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 3(2), 162-166.
- Kobler, K., Limbo, R. (2011). Making a case: Creating a perinatal palliative care service using a perinatal bereavement program model. *J. Perinat Neonat Nurs*, 25(1), 32–41. doi:10.1097/JPN.0b013e3181f59 2e
- Leuthner, S., Jones, E.L. (2007). Fetal concerns program: a model for perinatal palliative care. *MCN: The American Journal Of Maternal/Child Nursing*, 32(5), 272-278. doi:10.1097/01.NMC.0000287996.90307.c6
- Milne, J.K., Lalonde, A.B. (2007). Patient safety in women's health-care: Professional colleges can make a difference. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada MOREOB program. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(4), 565-579.
- Ovrebo, B., Ryan, M., Jackson, K., Hutchinson, K. (1994). The homeless prenatal program: a model for empowering homeless pregnant women. *Health Education & Behavior*, 21(2), 187-198.
- Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C., Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00290.x.

- Shaw-Battista, J., Fineberg, A., Boehler, B., Skubic, B., Woolley, D., Tilton, Z. (2011). Obstetrician and nurse–midwife collaboration successful public health and private practice partnership. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 663-672. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822ac86f.
- Shulman, H.B., D’Angelo, D.V., Harrison, L., Smith, R.A., Warner, L. (2018). The pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS): Overview of design and methodology. *AJPH*, 108(10), 1305-1313.
- Simpson, K.R., Kortz, C.C. (2009). A comprehensive perinatal patient safety program to reduce preventable adverse outcomes and costs of liability claims. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(11), 565-574.
- Şimşek, A.A., Çakmak, D. (2019). Ülkemizde yürürlükte olan kadın sağlığını koruma politikaları mevzuatı. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(1), 45-50.
- Thanh, N.X., Jacobs, P., Wanke, M.I., Hense, A., Sauve, R.(2010). Outcomes of the introduction of the MOREOB continuing education program in Alberta. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(8), 749-755. doi: 10.1016/s1701-2163(16)34615-1
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2014). *Riskli gebelikler yönetim rehberi*. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. Yayın No:926. İii.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). *Doğum öncesi bakım yönetim rehberi*. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. ISBN: 978-975-590-686-7. iii-iv.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). *Doğum sonu bakım yönetim rehberi*. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. ISBN: 978-975-590-685-0. iii-iv.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2010). *Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi*. (3-4) Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şti.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). *Acil obstetrik bakım yönetim rehberi*. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın. ISBN: 978-975-590-687-4. iii-iv.
- Tuz Doğaner, G. (2014). *Gebelerin aldıkları prenatal bakımdan memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi*. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya. 4-13.
- WHO. (2016). *WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. ISBN 978 92 4 154991 2.ix-x.
- Wool, C., Co’té-Arsenault, D., Black, B.P., Denney-Koelsch, E., Kim, S., Kavanaugh, K. (2016). Provision of services in perinatal palliative care: a multicenter survey in the United States. *Journal Of Palliative Medicine*, 19(3), 279-285.
- Yılmaz-Esencan, T., Karabulut, Ö., Demir-Yıldırım, A., Ertuğrul-Abbasoğlu, D., Külek, H., Şimşek, Ç. ... Kılıçcı, Ç. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 31-43.
- Yücel, Ç. (2012). *Perinatal sonuçların değerlendirilmesinde kullanılan optimalite indeksi-United States (US)’in Türkçe’ye uyarlanması*. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara. 5-11.