



Perinatal Hasta Güvenliği: Kavramsal Çerçeveden Hemşirelik Yaklaşımlarına

Funda EVCİLİ^{a,*}, Zehra GÖLBAŞI^b

^a Çocuk Bakımı ve Gençlik Hizmetleri Bölümü, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye, fundaevcil@hotmail.com

^b Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lokman Hekim Üniversitesi, Ankara, Türkiye, zehragolbas@gmail.com

ÖZET

Perinatal dönem boyunca bakım verilen bireyin güvenliğini sağlamak ve önlenebilir hasta zararı riskini azaltmak sağlık profesyonellerinin ve sağlık bakım sistemlerinin ortak amacı olmasına karşın, perinatal tıbbi hatalar, maternal / fetal / neonatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenleri arasındadır. Perinatal hasta güvenliğinin sağlanması için disiplinlerarası ekip çalışması, kurumsal destek ve dikkatli planlama şarttır. Bu ekibin bir üyesi olarak hemşireler, perinatal hasta güvenliğinin sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir. Bu derleme, perinatal hasta güvenliğinin kavramsal çerçevesine ve perinatal hemşirenin rollerine ilişkin sağlık ekibi üyelerine ve sağlık bakım kurumlarına rehberlik ve bilgi sağlamak amacıyla yazılmıştır.

Keywords: Hasta güvenliği, Perinatal hasta güvenliği, Perinatal hemşirelik.

Perinatal Patient Safety: To Nursing Approach From Conceptual Framework

ABSTRACT

Therefore to give safe care for mothers and infants during the perinatal period, to minimize the risk of preventable patient harm and to promote patient safety for women who give birth is the mutual goal of health professionals and health care systems. perinatal medical errors remains as a major cause maternal / fetal / neonatal mortality and morbidity. Promoting perinatal high reliability care for women and infants is essential interdisciplinary team participation, administrative support, careful planning. Within an interdisciplinary team particularly nursing has a central role in maintaining perinatal patient safety. This review, health professionals and health care institutions has been created to provide guidance and information about conceptual framework for perinatal patient safety and related to the role of perinatal patient safety nurse.

Keywords: Patient safety, Perinatal patient safety, Perinatal nursing.

1. GİRİŞ

1.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliğinin sağlanması sağlık hizmetlerinin öncelikli alanlardan biridir. Bununla birlikte hasta güvenliğinde “yüksek güvenilirlik” kavramı çoğu zaman yanlış ya da eksik anlaşılmıştır. Dolayısıyla "sağlık bakım sistemi içerisinde güvenilirlik ne anlama gelmektedir? Biz hizmetin güvenilir olup olmadığını nasıl anlayacağız?" sorularına verilecek cevaplar hasta güvenliği kavramının doğru anlaşılması noktasında önem taşımaktadır. Hasta güvenliği, organizasyon, iletişim, profesyonel davranış, teknolojik araç-gereç kullanımı, tedavi süreci, hizmet sunulan alanların güvenliği, bilgilerin saklanması ve değerlendirilmesi, kalite çalışmaları, klinik araştırmalar, araştırma etiği, sağlık literatürü gibi pek çok konuyu içine alan çok boyutlu bir kavramdır (Simpson, 2012; Knox ve Simpson, 2010). Bir diğer tanıma göre, hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı tıbbi hataların neden olduğu olumsuz hasta sonuçlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır. (NPSF, 2003). Tıbbi hata ise hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında kasıtsız bir aksamanın neden olduğu beklenmeyen sonuçtur. Tıbbi hatalar, hasta güvenliğini tehdit etmenin yanı sıra hastanın zarar görmesine ya da yaşamını yitirmesine ve sağlık bakım hizmetlerinin maliyetinin artmasına da neden olmaktadır (Vries, Ramrattan, Smorenburg, Gouma, ve Boermeester, 2008; Donaldson ve Fletcher, 2006; Berwick, 2003; NPSF, 2003; Kohn, Corrigan, ve Donaldson, 2000). Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından yayınlanan “to err is human” ve hasta güvenliğine ilişkin çalışmaların başlamasında bir milat olarak kabule edilen rapora göre hastaneye yatan hastalarda bakım sırasında tıbbi hata görülme sıklığı %2.9 - 3.7 arasında bulunmuş, bu hataların %53-58’i önlenemez tıbbi hatalar olarak tanımlanmıştır. Bu verilere göre, 1997 yılı içinde Amerika’da hastaneye yatan 33.6 milyon hastanın her yıl en az 44.000 ila 98.000’inin öldüğü tahmin edilmektedir. Yapılan tıbbi hataların maliyetinin 37.6 milyar ile 50 milyar dolar arasında olabileceği, önlenemez hataların maliyetinin ise 17-29 milyar dolar arasında olduğu öngörülmektedir (Kohn vd., 2000).

Hasta güvenliği, ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Amerika’da her gün en az 100 hasta, tıbbi hatalar nedeni ile ölmektedir (Berwick, 2003). Farklı çalışmalarda ise hastanelerde tedavi altında bulundurulmuş hastalardan 1/10’unun hastalıkları ile ilişkili olmayan tıbbi hatalara bağlı zarar gördükleri tahmin edilmektedir (Vries vd., 2008; Donaldson ve Fletcher, 2006). ABD, Kanada, Birleşik Krallık, Avustralya ve Yeni Zelanda’da 74485 hasta kaydını içine alan 8 çalışmanın meta-analizine göre, hastane içinde istenmeyen olaylar meydana gelme insidansı % 43.5, bunların önlenemezlik oranı ise %9.2 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, hastaların %56.3’ünün minör yaralanma yaşadığı, yaralanmaların %7.4’ünün ölümcül etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Vries vd., 2008). 1995- 2010 tarihleri arasında hastaya zarar verme ile sonuçlanan 6782 olayın araştırıldığı bir çalışmada ise 6920 hastanın bu olaylardan etkilendiği ve 4642 hastanın (%67) öldüğü belirlenmiştir. Çalışmada; hasta güvenliğini tehdit eden ve en sık bildirilen ilk on olay; yanlış yer cerrahisi (%13.4), intihar (%11.9), post-operatif / operatif komplikasyon (%10.8), gecikmiş tedavi (%8.6), tıbbi hata (%8.1), hasta düşmesi (%6.4), yabancı cisim yutma (%5.3), tecavüz (%3.8), perinatal ölüm / zarar görme (%3.1) ve hasta ölüm veya yaralanması (%3) olarak sıralanmıştır (www.healthleadersmedia.com). Bu nedenle özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinde tıbbi hataların önlenmesine ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik girişimler öncelikli amaçlardan biri haline gelmiştir. Bu durum perinatal sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Bu amaca ulaşabilmek için öncelikle “tıbbi hata” ve “hasta güvenliği” kavramının sağlık ekibinin tüm üyeleri tarafından doğru bir şekilde tanımlanması ve ortak biçimde anlaşılmasına gereksinim vardır (Simpson 2012; Knox ve Simpson 2010). Bu derlemede,

perinatal hasta güvenliği kavramı, perinatal hasta güvenliğinin değerlendirilmesi, perinatal hasta güvenliğini sağlamada hemşirenin rolü üzerinde durulacaktır.

1.2. Perinatal Hasta Güvenliği

Gebeliğin 20. haftasında başlayan ve yenidoğan yaşamının ilk haftasına kadar geçen süreyi kapsayan perinatal dönem, gebe, fetüs, lohusa ve yenidoğan için oldukça riskli bir dönemdir. Adli vakaların önemli bir kısmı perinatal dönemle ilişkilidir ve perinatal adli vakaların %70'i obstetrik uygulamalardan kaynaklanmaktadır (Clark, Belfort, Byrum, Meyers, ve Perlin, 2008). Obstetrik hastaların ciddi yan etkiler ile karşılaşma riski %0.7 olarak belirtilmektedir. Bu oran her ne kadar küçük bir oran olarak görülse de unutulmaması gereken nokta, her bir olaydan aslında biri anne ve diğeri fetüs olmak üzere iki kişinin etkileneceği gerçeğidir (Forster vd., 2006). Dolayısıyla perinatal dönem, tıbbi hatalar nedeniyle hem annenin hem de fetüsün zarar görme riskinin arttığı; bununla birlikte doğru ve zamanında müdahaleler ile zarar görme riskinin azaltılabileceği ve böylece sağlık bakımının kalitesinin artırılacağı önemli bir zaman dilimidir. Perinatal hasta güvenliği sağlanarak, bebek ve annenin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde mümkün olan en güvenli şekilde bakım almasını sağlamak, anne ve bebek ölümlerini önlemek mümkündür (Simpson, 2012; Simpson, 2011). Perinatal hasta güvenliğinin alanı oldukça geniştir, bu kapsamda ele alınan konular Tablo 1'de verilmiştir (AWHONN, 2010; TJC, 2010; NQF, 2008). Perinatal hasta güvenliği kapsamında ele alınan konulardan bazıları aşağıda ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Tablo 1. Perinatal hasta güvenliği kapsamında ele alınan konular

Klinik Konular:
İlaç güvenliği (Oksitosin, misoprostol, magnezyum sülfat)
Elektif doğum zamanı
Doğum indüksiyonu
Uterin taşisistolün yönetimi
İntrauterin resusitasyon
Sezaryen doğum riskini azaltmak
Doğumda II. evre bakımı
Operatif vajinal doğum
Rutin epizyotomiden kaçınma
Distosi yönetimi
Doğum travması riskinin azaltılması
Sezaryen doğumdan sonra vajinal doğuma teşebbüs eden kadınlara yönelik bakım
Maternal mortalite riskinin azaltılması
Postpartum hemorajinin yönetimi
Cerrahi güvenlik
Magnezyum sülfat uygulaması ve fetüsün nörolojik zarar görmesinin önlenmesi
Doğumda neonatal resusitasyon
Neonatal oksijen tedavisi
Perinatal asfiksida terapötik neonatal hipotermi
Neonatal girişimlerde ağrının dikkate alınması
Profesyonel Konular:
Ekip çalışması
İletişim
Simülasyon
Eğitim / Sertifikasyon
Kültürel Farklılıklar / Tutum Değişikliği
Profesyonel Davranış
Kurumla İlişkili Güvenlik Politikaları
Evde Obstetrik Bakımı İçine Alan Konular:
Perinatal Hasta Güvenliği Hemşireliği
Doktorun Önerdiği Durumlarda “Aktivite” Sınırlandırması
Liderlik
Finansal Kaynaklar

1.2.1. İlaç Güvenliği

İlaç tedavisine bağlı perinatal hasta zararı en sık görülen istenmeyen (advers) olaylardandır (Simpson ve Knox, 2009). Hasta güvenliğini tehdit eden olayların %39.6'sının tıbbi girişimler, %15.1'inin ise ilaç uygulamasına bağlı olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (Vries vd., 2008). Özellikle yüksek dikkat gerektiren ilaçların (magnezyum sülfat, misoprostol, oksitosin gibi) uygulamaları sırasında yapılan hatalar, hasta mortalitesi / morbiditesi ile sonuçlanabilmektedir. Örneğin; oksitosin infüzyonu sırasında yapılan hatalar, uterin taşisistol, maternal hipotansiyon ve fetal kalp hızında değişikliklere neden olabilmektedir (Knox ve Simpson, 2010). Bununla birlikte post-operatif hastalara epidural kateterler aracılığı ile hasta kontrolünde analjezi sağlayan pompalar yeterli izlem ve değerlendirme yapılmadığı takdirde obez ve uyku apnesi olan hastalarda solunum depresyonu riskini artırmaktadır (AWHONN, 2010).

İlaç uygulamasına bağlı hatalar aynı zamanda "önlenebilir" faktörler içerisinde değerlendirilmektedir. Bu nedenle sağlık bakımını veren ekip tarafından özellikle yüksek dikkat gerektiren ilaçların kullanımına ilişkin standartların geliştirilmesi, perinatal hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli noktalardan biridir. Aşağıda, perinatal kliniklerde en sık kullanılan ilaçlardan biri olan oksitosinin güvenli şekilde uygulanabilmesi için dikkat edilmesi gereken önemli noktalara değinilmiştir (AWHONN, 2010; Knox ve Simpson, 2010; Simpson ve Knox, 2009):

- ✓ Doğum indüksiyonuna yönelik girişimler, güncel ve kanıt temelli olmalıdır.
- ✓ Elektif doğum indüksiyonunu başlamak için kadınların en az 39. gestasyonel haftayı tamamlamış olması gereklidir.
- ✓ İnfüzyona 1mU/dk ile başlanmalı, maternal-fetal yanıtı göre en az 30-60 dakikada bir 1-2 mU artırılmalıdır.
- ✓ Standart oksitosin konsantrasyonları eczacılar tarafından hazırlanmalıdır (500 cc Ringer Laktat solüsyonu içerisine 30 U oksitosin, 1 mL/sa=1 mU/dk).
- ✓ Oksitosin uygulamasına bağlı olarak gelişen uterin taşisistolün tüm ekip üyeleri tarafından aynı şekilde anlaşılmasını sağlamak amacıyla standart tanımı yapılmalıdır (Uterin taşisistol: 10 dakikadan az süre içerisinde beş ya da beşten fazla sayıda kontraksiyon, en son kontraksiyonun iki dakika ya da daha uzun sürmesi, bir dakika içerisinde birbirini takip eden kontraksiyonların varlığı)
- ✓ Oksitosin indüksiyonuna bağlı ortaya çıkan uterin taşisistolün tedavisi için oluşturulmuş standart tedavi protokolü bulunmalıdır.
- ✓ Hasta bakım sürecinin güvenilirliğini değerlendirmeye yönelik ölçülebilir ve gözlemlenebilir kriterler olmalıdır.

1.2.2. Doğum İndüksiyonu / Elektif Doğum Zamanı

Doğum indüksiyonuna karar verilirken uygun aday, uygun zamanlama, uygun farmakolojik ajan ve uygun doz protokolleri dikkate alınmalıdır. Ayrıca kurumun komplikasyonların önlenmesi, olası komplikasyonların erken tanınması ve zamanında tedavi için oluşturulmuş standart protokolleri hazır olmalıdır (Simpson, Newman, ve Chirino, 2010; ACOG, 2009; AWHONN, 2008). Elektif doğum indüksiyonunun en önemli amacı, sezaryen doğum riskini azaltmaktır. Bilindiği gibi tekrarlayan sezaryen doğum ile maternal morbidite arasında bir ilişki bulunmaktadır (Simpson, 2011; Simpson ve Knox, 2009). Uluslararası birçok kurum ve kuruluş, preterm doğuma bağlı iatrojenik komplikasyonların önlenmesi için 39. gestasyonel hafta tamamlanmadan önce elektif indüksiyonun yapılmamasını önermektedir (AWHONN, 2010; ACOG, 2009, TJC 2009, NQF 2008). 39 haftadan önce yapılan elektif prematüre doğum, neonatal mortalite ve morbidite riskini artırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, 37.-38. gebelik haftasında tıbbi endikasyon olmaksızın elektif doğumla dünyaya gelen yenidoğanların %17.8'inin ve 38.-39. gebelik haftalarında elektif indüksiyonla doğanların %8'inin, 39. hafta ve üzeri gestasyonel haftada doğan yenidoğanlarla karşılaştırıldığında (%4.6) 4.5 gün daha fazla yenidoğan özel bakım ünitelerinde kaldıkları belirlenmiştir (Clark vd., 2009). Bir diğer çalışmada, 36-38 haftalık yenidoğanlarda olumsuz neonatal sonuç (respiratuar distres sendromu, tedavi edilebilir hiperbilirubinemi, hipoglisemi) görülme riski %6.1 iken, bu oranın 38-39 haftalık yenidoğanlarda % 2.5 olduğu bulunmuştur (Bates, Rouse, Chapman, Mann, Carlo, ve Tita, 2010).

Kadınların, preterm doğumların fetüs üzerine zarar verici etkilerine ilişkin farkındalıklarının artırılması oldukça önemlidir. Yapılan bazı çalışmalar, kadınların "uygun doğum zamanı"na ilişkin yeterli düzeyde bilgilerinin olmadığını göstermektedir. Kadınlara "Sizce kaçınıcı gestasyonel haftada bebeğin term olduğu kabul edilir?" sorusunun

yöneltildiği bir çalışmada, yaklaşık 3/4'ünün 34-36 haftayı, %50.8'sinin 37-38 haftayı, sadece %25.2'sinin 39-40 haftayı bebeğin doğumu için en uygun haftalar olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Goldenberg, McClure, Bhattacharya, Groat, ve Stahl, 2009). Bir diğer çalışmada, kadınların %1'inden daha azının prematüriteyi gebe kadınlar ve yenidoğanlar için önemli bir sağlık sorunu olarak tanımladıkları, çoğunun prematüriteyi ciddi bir problem olarak görmedikleri saptanmıştır (Masset, Greenup, Ryan, Staples, Green, ve Maibach, 2003). Kadınların 39. gestasyonel hafta tamamlanmadan önce yapılan elektif doğumların zararlarına ilişkin bilgilendirilmesi, elektif doğum indüksiyonu ile ilgili sorularını sağlık profesyonelleri ile paylaşımlarının teşvik edilmesi önemlidir (Simpson vd., 2010).

Doğum indüksiyonuna anne ve fetüsü yakından izleyebilecek sayıda hemşire olduğu durumda başlanması diğer önemli bir noktadır (Simpson ve Knox, 2009). AWHONN (2010), doğum indüksiyonu alan her bir kadının bakımından sorumlu olacak bir hemşirenin varlığının önemi üzerinde durmaktadır. Hemşire, doğum indüksiyonunun yararları ve riskleri açısından hastayı bilgilendirmeli, doğum indüksiyonu sırasında bakımın güvenilir olmasını sağlamak amacıyla her 30 dakikada bir maternal-fetal sağlığı değerlendirmelidir (Raab, 2011; Simpson vd., 2010). Böylece en az 30 dakika aralıkla yapılan izlemlerle klinisyenin fetal durum ve uterin aktiviteyi değerlendirmesi sağlanarak oksitosin infüzyonunun sürdürülmesi, azaltılması ya da kesilmesi yönünde daha sağlıklı kararlar alınabileceği kabul edilmektedir (Clark, Belfort, ve Saade, 2007). Hemşire, fetal sağlığa ilişkin kaygılar hissediyorsa ve/veya kadının uterin taşistole girdiğini düşünüyorsa doktor ile iletişime geçmeli ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla savunuculuk rolünü kullanmalıdır (Knox ve Simpson, 2010; Miller, 2005).

1.2.3. Doğumun 2. Evre Bakımı

Aktif faz, fetüsün en fazla stres yaşadığı zaman dilimi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, doğumun 2. evresindeki girişimler ve hemşirelik bakımı, perinatal hasta güvenliği kapsamında üzerinde önemle durulan konulardan biridir (Knox ve Simpson, 2010; Simpson, 2009). Uygun itme / ıkınma teknikleri kullanılarak doğumun 2. evresinin olabildiğince kısaltılması için çalışılmalıdır. Aşağıda, doğumun 2. evresini kısaltmayı sağlayabilecek güncel, kanıta dayalı öneriler ele alınmıştır (Simpson, 2009; AWHONN, 2008).

- ✓ Serviksi tamamen dilate olmasına rağmen epidural anestezi nedeniyle ıkınma hissi yaşamayan kadınlarda ıkınmayı geciktirerek aktif ıkınma fazını kısaltılmalıdır (nullipar kadınlar için 2 saat ve üzeri, multipar kadınlar için 1 saat ve üzeri kadar).
- ✓ ıkınma sırasında kadının bacaklarına bası yapılmasından kaçınmalı, mümkün olduğunca dik veya yarı semi-fowler pozisyonunun kullanımını sağlanmalıdır.
- ✓ Uzun süreli nefes tutma önlemelidir.
- ✓ Her kontraksiyonda 3-4 kezden daha fazla ıkınma, her ıkınmanın da 6-8 saniyeden daha uzun sürmesi önlemelidir.
- ✓ ıkınma periyotları sırasında normal fetal kalp hızının sürdürülmesi sağlamalıdır.
- ✓ Tekrarlayan deselerasyonlardan kaçınmak amacıyla her kontraksiyonda ya da her üç kontraksiyonda bir ıkınmalı, gerekirse ıkınma kesilmelidir.
- ✓ Deselerasyonlarını önlemek amacıyla kadına yeniden pozisyon verilmelidir.
- ✓ Uterin taşistolden kaçınmalıdır.

1.2.4. Postpartum Hemoraji

Postpartum hemoraji, maternal ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Bir doğum hastanesinde 4 yıl boyunca vaginal doğum yapan 19 476 kadının değerlendirildiği kohort çalışmasında postpartum hemoraji insidansı (transfüzyona gereksinin duyan ve / veya 1000 ml'nin üzerinde kan kaybeden) % 5.1 olarak belirlenmiştir (Magann, Evans, Hutchinson, Collins, Howard, ve Morrison, 2005). Avustralya'da 1994-2002 yılları arasında postpartum hemoraji insidansının artış gösterdiği bildirilmektedir (Ford, Roberts, Simpson, Vaughan, ve Cameron, 2007). Benzer şekilde Amerika'da uterin atoniye bağlı postpartum hemoraji insidansının 1994'ten 2006 yılına %26 artış gösterdiği bildirilmektedir (Callaghan, Kuklina, ve Berg, 2010). Geçmişten günümüze postpartum hemoraji insidansının artmasının, kadınların değişen yaşam koşulları, risk faktörlerine daha fazla maruz kalmaları ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Örneğin, obezite ve aşırı kilo alımı birçok sağlık sorunu ile ilişkili olabilmektedir. Kadınların beden kitle indeksinin 40'ın üzerinde olmasının postpartum hemoraji gelişme riskinin artırdığını gösteren araştırma bulguları mevcuttur (Blomberg, 2011). Bu nedenle sezaryen ve vajinal doğum sonrasında en az 2 saatte bir kadınların postpartum hemorajiye yönelik semptomlarının değerlendirilmesini oldukça önemlidir.

2. Perinatal Hasta Güvenliğinin Değerlendirilmesi

Sağlık bakım kurumları, sağlık profesyonellerinin hasta güvenliğine ilişkin farkındalığının artırılmasına, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine, çevresel ve kurumsal risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına katkı sağlayarak hasta zararı riskini önemli düzeyde azaltabilmektedir (TJC 2010, Simpson, 2006). Bunun için profesyonel standartlar ve ilkelerin oluşturulması, uygulanması ve sağlık kuruluşlarının perinatal hasta güvenliğine yönelik periyodik değerlendirmeler yapması gereklidir. Ancak henüz gerçekleşmeyen şeyleri ölçmek oldukça zor bir iştir ve perinatal alanda istenmeyen olayların yaşanma insidansını belirlemek çeşitli faktörlerin etkisiyle güç olabilmektedir. Hata meydana gelme insidansının göreceli olarak nadir olması, süreci ve klinik çıktıları değerlendirecek uzman sayısının yetersizliği, bu tür değerlendirmeler için harcanacak zamanın ve kaynakların kısıtlı olması gibi faktörler perinatal hasta güvenliğinin ölçümünü güçleştiren faktörler arasında sayılabilir (Simpson, 2006). Avantajları ve sınırlılıkları olsa da hasta güvenliğinin değerlendirilmesini sağlayabilecek çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Örneğin; nitel değerlendirme yöntemleri, hasta güvenliğinin geliştirilmesi sürecine önemli katkılar sağlamaktadır. Odak-grup görüşmeleri, vaka çalışmaları ve yönetici ziyaretleri kullanılabilir nitel değerlendirme yöntemlerinden bazılarıdır. Odak-grup görüşmelerinde, “Ünitenizde hasta güvenliğini artırmak için neler yapılabilir” veya “hastaları zarar görme riskine soktuğuna inandığınız bir durumu tanımlayın” gibi açık uçlu sorular kullanarak uygulamadaki boşluklar belirlenmeye çalışılabilir. Görüşmeler, ekipten birinin moderatörlüğünde gerçekleştirilebilir. Görüşmelerin etkili olabilmesi için katılımcıların sunduğu iyileştirme önerilerinin yerine getirildiğini görmesi önemlidir. Yönetici gezileri / ziyaretleri, kurumun hasta güvenliğine verdiği önemi göstermesi açısından değerlidir. Perinatal hasta güvenliğinin ölçümünde nicel verilerde kullanılmaktadır. Bu kapsamda yapısal çıktılar, süreçle ilişkili çıktılar ve klinik çıktıların değerlendirilmesi de mümkündür.

Yapısal Değerlendirme: Bu aşamada, kurum tarafından oluşturulan disiplinlerarası bir uygulama komitesi aracılığıyla hastanın risk ile karşı karşıya olduğu bakım alanlarına yönelik (fetal değerlendirme, neonatal resusitasyon vb) klinik protokollerin oluşturulması, ve temel klinik önlemlerin alınması üzerine odaklanılmaktadır. Yapısal değerlendirme, somut objektif verilere dayandığı için nispeten kolaydır. Veriler, evet / hayır şeklinde

verilen yanıtlar, oranlar veya yüzdeler olarak rapor edilebilmektedir (Pronovost, Nolan, Zeger, Miller, ve Rubin, 2004). Perinatal hasta güvenliğinin yapısal değerlendirmesine yönelik bazı soru örnekleri aşağıda verilmektedir:

- ✓ Disiplinlerarası bir uygulama komitesi var mı?
- ✓ Kuruma ait bir perinatal hata raporlama sistemi var mı?
- ✓ Disiplinlerarası fetal izlem / değerlendirme eğitimi var mı?
- ✓ Oksitosin / misoprostol / magnezyum sülfat uygulaması için standardize edilmiş protokoller var mı?
- ✓ Elektif doğum indüksiyonu ve elektif sezaryen doğum öncesi tam olarak 39 gebelik haftasının tamamlanmış olmasına gereksinim var mı?
- ✓ Doğumun 2. evresine ilişkin bakım protokolleri var mı?
- ✓ Yüksek riskli anne ve bebeklerin transferi için oluşturulmuş kriterler var mı?
- ✓ Tüm perinatal ekip üyelerinin mesleki birliklere üyelikleri var mı?
- ✓ Uterus hiperstimülasyonu tanımlanmış mı? Gerekli müdahalelere ilişkin oluşturulmuş protokoller var mı?
- ✓ Son iki yıl içinde Neonatal Resusitasyon Programı'na katılan ekip üyelerinin oranı nedir?

Süreçle İlişkili Değerlendirme: Perinatal hasta güvenliğini değerlendirirken, sürecin işleyişine yönelik yapılan değerlendirmeler, hataların, eksikliklerin veya iletişim problemlerinin erken dönemde tanımlama olasılığını artırmaktadır (Simpson, 2006). Bu aşamada, sağlık kurumları ya da sağlık hizmeti sağlayıcılarının, profesyonel kurum / kuruluşların önerdiği bilimsel kanıtlar çerçevesinde hizmet sunup sunmadığı değerlendirilmektedir. Süreç değerlendirmesi, temelde tıbbi kayıtların ayrıntılı şekilde incelemesini gerektirir. Örneğin;

- ✓ Tüm erkek bebeklerde sünnet için analjezik uygulaması yapılmış mı?
- ✓ Tüm gebe kadınlar doğum öncesi bakımları sırasında perinatal grup B Streptokok taramasından geçirilmiş mi? Pozitifse doğum sırasında kemoprofilaksi ile tedavi edilmiş mi?
- ✓ HIV pozitif olan tüm anneler doğum sırasında antiretroviral profilaksi almış mı?
- ✓ Bilimsel bilgiye ve standartlara dayalı klinik protokoller kullanılarak acil sezaryen doğum yapacak hasta için ilk 30 dakika içinde karar verilmiş mi? Uygulamaya geçilmiş mi? gibi sorulara yanıt aranır.

Kurum yöneticileri ve sağlık profesyonelleri de hasta ile ilişkili klinik çıktılardan sorumlu oldukları için süreçle ilişkili ölçümlerin ve tedbir alınmasının önemine inanırlar. İyi işlediği tespit edilen bakım süreçlerinin bileşenleri, ekibin tüm üyeleriyle paylaşılabilir. Bu durum, hizmeti iyileştirme stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. (Pronovost vd., 2004).

Klinik Çıktıların Değerlendirilmesi: Klinik çıktılar, yaygın olarak kullanılan değerlendirme ölçütleri kullanılarak değerlendirilebilir (Örneğin, komplikasyon oranları, mortalite ve morbidite hızı vb.) (Simpson, 2006). Aşağıdaki ölçütler çerçevesinde yapılan değerlendirmeler, bakımın kalitesi ve güvenilirliği konusunda sağlık çalışanlarına ve sağlık kurumlarına rehberlik edebilir (TJC, 2009; NQF, 2008):

- ✓ 39. gestasyonel haftanın tamamlanmasından önceki elektif doğumlar
- ✓ Düşük riskli kadınlarda (tekiz ve verteks) ilk kez sezaryen doğum oranı
- ✓ Sezaryen doğum öncesinde profilaktik antibiyotik kullanımı
- ✓ Epizyotomi oranı
- ✓ Sezaryen olan kadınlarda derin ven trombozunun değerlendirilmesi

- ✓ Antenatal steroid kullanımı
- ✓ Hastaneden taburculuk sırasındaki emzirme oranı
- ✓ Taburculuk öncesinde tüm yenidoğanların Hepatit B aşısı ile aşılması
- ✓ 1500 gramın altında doğan yenidoğanlara uygun bakım verilecek yer / düzey
- ✓ Enfeksiyonu olan yenidoğanlarda nazokomiyal kan transfüzyonu
- ✓ Kronik Hepatit B'li annelerin yenidoğanlarına doğum sonunda ilk Hepatit B aşısı dozunun ve immünglobulin uygulaması
- ✓ Prematüre yenidoğanlarda retinopati taraması
- ✓ Prematüre yenidoğanlarda zamanında sürfaktan uygulaması
- ✓ Neonatal immünizasyon
- ✓ Yenidoğanın yoğun bakım ünitesine alındığı ilk bir saat içinde vücut ısısının ölçülmesi

Perinatal hasta güvenliğinin, kurum dışı gözlemciler tarafından değerlendirilmesi de oldukça yararlı çıktılar ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetinin sunulduğu kurum veya perinatal sağlık ekibi üyeleri de kendileri tarafından sunulan bakımın, kurum dışı disiplinlerarası gözlemcilerin bakış açısından objektif olarak değerlendirilmesine gereksinim duymaktadır. İnceleme süreci, mevcut klinik uygulamaların, politikaların ve protokollerin, tıbbi kayıtların, kayda geçirilmiş tıbbi hataların, mesleki sorumlulukların gözden geçirilmesini içermektedir. Nesnel bir gözden geçirme sürecine dayanarak, perinatal hasta güvenliği ve mesleki sorumlulukla ilişkili riskler belirlenebilmektedir.

3. PERİNATAL HASTA GÜVENLİĞİ HEMŞİRELİĞİ

Sağlık bakım sistemi içerisinde ‘güvenlik’ kavramına olan ilgi yeni bir konu değildir. Hasta güvenliği kavramının kökeni Hipokrat'a kadar uzanmaktadır. 19. yy'da Florence Nightingale tarafından yazılan ‘Notes on Hospital’ kitabında "ifade etmek garip gelebilir ancak en temel prensip hastane içerisinde hastaya zarar gelmemesidir" cümlesi hasta güvenliğine ilişkin kaygıları ortaya koyması açısından önemlidir. Aynı yıllar içerisinde obstetrisyen Ignaz Semmelweiss'in hastayı puerperal enfeksiyonlardan korumak amacıyla kendi meslektaşlarına hasta ile temastan önce elleri yıkamanın önemine ilişkin bilgilendirdiği de belirtilmektedir (Funk, Parrillo, ve Kumar, 2009). 21. yy'a gelindiğinde ise önlenemez hasta zararı riskini minimize etmek, iatrojenik zararları önlemek amacıyla multidisipliner bakım yaklaşımı ile perinatal hasta güvenliği programı geliştiren hastanelerin ve sağlık bakım sistemlerinin sayısı her geçen gün artış göstermektedir. Sağlık sistemi içerisinde multidisipliner ekibin önemli bir parçası olan hemşirelerin ise obstetrik uygulamalar sırasında yüksek düzeyde güvenilir ve kaliteli hasta bakımının verilmesinde kilit bir noktada olduğu kabul edilmektedir (Raab, 2011; Lyndon ve Kennedy, 2010; Thorman, Capitulo, Dubow, Hanold, Noonan, ve Wehmeyer, 2006;). Perinatal hasta güvenliği hemşireleri, hasta güvenliğini sağlamaya, bakım kalitesini artırmaya, eğitim çalışmalarını sürdürmeye ve obstetrik ihmalleri önlemeye yönelik çalışmalarının yaygınlaştırılmasında ve anne / bebek mortalite ve morbidite riskinin belirgin şekilde azaltılmasında önemli sorumluluklara sahiptir (Clark vd., 2008). Bu sorumlulukların yerine getirilebilmesi için perinatal hemşirelerin sahip olması gereken birtakım özellikler bulunmaktadır (Raab, 2011; Simpson, 2011; Lyndon ve Kennedy, 2010; Simpson, 2009; Thorman vd., 2006; JCAHO, 2004). Tablo 3’de bu perinatal hemşirelerin sahip olması gereken özellikler ve sorumlulukları verilmiştir. Perinatal istenmeyen (advers) olayları önlemeye katkı sağlayabilecek bazı faktörler aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmıştır:

Tablo 3. Perinatal Hasta Güvenliği Hemşiresinin Sahip Olması Gereken Özellikler ve Sorumlulukları**Klinikte diğer profesyonellere rol model olmalıdır.**

- ✓ Perinatal ekibin güvenini ve saygısını kazanmış olmalıdır.
- ✓ Hasta bakımına yönelik tüm girişimleri kanıta dayalı bilimsel literatüre dayandırmalı ve literatürdeki değişiklikleri takip edebilmelidir.
- ✓ Bakım süreci içerisinde ulusal / uluslararası sağlık profesyonelleri ve organizasyonlar tarafından oluşturulan standartları / rehberleri kullanmalıdır.
- ✓ Alana özgü klinik deneyime ve özel obstetrik uygulamalara yönelik sertifikasyonlara sahip olmalıdır.
- ✓ Klinik ve idari yöneticilerle işbirliği içerisinde çalışabilmelidir.
- ✓ Bakım verdiği sağlıklı / hasta bireylerin ve birlikte çalıştığı profesyonellerin güvenliğe ilişkin kaygılarını önemsemeli ve değerlendirmelidir.
- ✓ Hasta güvenliğini sağlamaya yönelik girişimlere katkı ve katılım sağlamalıdır.

Klinik çıktıların izlemine ve takibini yapmalı, perinatal hasta güvenliğini artırmaya yönelik uygulamaları hayata geçirmelidir.

- ✓ Hasta güvenliğini tehdit eden olası ve / veya mevcut olayların rapor edilmesini teşvik etmelidir
- ✓ Hasta güvenliğini tehdit eden olası ve / veya mevcut olayların gözden geçirilmesinde ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışmalıdır.
- ✓ Hasta güvenliğini tehdit eden olası ve / veya mevcut olayların ana nedenlerinin ortaya konulma çabalarına katkı sağlamalıdır.
- ✓ Doğum indüksiyonu, intrauterin resüsitasyon ve doğumda ikinci evre bakımı gibi önemli klinik uygulamalarının standardize edilmesine katkı sağlamalıdır.
- ✓ Yüksek riskli ilaçların kullanımına ilişkin standart protokollerin oluşturulmasına (misoprostol, oksitosin, magnezyum sülfat) katkı sağlamalıdır.
- ✓ Elektronik fetal monitörizasyon sonuçlarının değerlendirilmesine katkıda bulunmalıdır.
- ✓ Perinatal ekibin eğitimsel gereksinimlerinin belirlenmesine katkı sağlamalıdır.
- ✓ Sağlık bakım ekibi ile seçilen konular üzerine analizler yapmalı ve duruma ilişkin bilgi alışverişinde bulunmalıdır.
- ✓ Elektronik tıbbi kayıt sisteminin kullanılmasına öncülük etmeli ve kayıtları değerlendirmelidir.

Perinatal hasta güvenliğini artırmaya yönelik uygulamaları hayata geçirmelidir.

- ✓ Girişimler öncesi ve girişimler sonrası olanakları değerlendirilmeli / yönetmelidir.
- ✓ Neonatal resüsitasyon ekipmanının kullanılabilir ve çalışır olduğundan emin olmalıdır.
- ✓ Anne ve yenidoğan transferine ilişkin prosedürleri standartlara uygun biçimde uygulamalıdır.
- ✓ Her uygulama için standardize edilmiş form kullanımını hayata geçirmelidir.
- ✓ Hasta zararına neden olabilecek davranışlara sıfır tolerans göstermelidir.
- ✓ Daha iyiye açık olmalı, kendini geliştirme çabalarını sürdürmelidir.
- ✓ Tüm sağlık kuruluşlarında "Perinatal Hasta Güvenliği Hemşiresi" pozisyonu geliştirilmesi için çaba göstermelidir.
- ✓ Alana özel sertifikasyon programlarına (örn: elektronik fetal monitörizasyon gibi, neonatal resüsitasyon programı gibi.) katılma konusunda istekli olmalıdır.

Ekip anlayışı içinde çalışmalıdır.

- ✓ Disiplinler arası ve disiplin içi ekip çalışmasına katılım sağlamalı ve işbirliğine açık olmalıdır.
- ✓ Mümkün olan her durumda yüz yüze iletişimi tercih etmelidir.
- ✓ Sağlık personeline, hasta güvenliği sağlamaya ve hasta kaybını önlemeye yönelik düzenli eğitim programlarının verilmesini organize etmelidir.
- ✓ Yüksek riskli durumlar (omuz distosisi, postpartum hemoraji, acil sezaryen doğum, neonatal resusitasyon) için klinik olanakları değerlendirmeli ve hazır hale getirmelidir.
- ✓ Eğitim programlarına tüm perinatal sağlık personelinin (ebe, hemşire, doktor gibi.) katılımını sağlamalı ve teşvik etmelidir.
- ✓ Tüm klinik çalışanlarının takım çalışma programlarına katılımını desteklemeli ve teşvik etmelidir.
- ✓ Disiplinlerarası bilgi alma / bilgi verme konusunda ekip üyelerinin uyumunun artırılması için çalışmalıdır.

3.1. İletişimin Güçlendirilmesi

Perinatal hasta güvenliğinin sağlanmasında bilgi aktarımı ve açık iletişim süreci önemlidir (NQF, 2008). Özellikle maternal / fetal girişimlere karar verilmesi ve bu girişimleri uygulama sürecinde ekibin iletişim kanallarını etkin biçimde kullanması gereklidir. Hemşire, hastaya yönelik her türlü müdahaleye ilişkin düşüncelerini ve endişelerini ekip ile atılğan iletişim teknikleri kullanarak paylaşabilmeli, alınan kararlar üzerine tartışabilmeli ve önerilerini söyleyebilmelidir (Simpson, 2012; Thorman vd., 2006). Aşağıda atılğan iletişim şeklinin kullanımına ilişkin bir örnek verilmiştir (Miller, 2005): Hemşire;

1. Ekip üyesinin dikkatini çekmek için bir ad veya bir pozisyon kullanılmalıdır. "Dr. Brown..." (ekip üyelerine adı ve ünvanı ile hitap etme şeklinde olabilir mi?)
2. Rahatsızlığımı / endişelerimi / görüşlerimi ifade etmelidir. "Dr. Brown, ben endişeliyim çünkü..."
3. Samimiyetle endişesini belirtmelidir. "Dr. Brown, ben endişeliyim çünkü fetal taşikardi ve geç deselerasyonların sürekli oksitosin infüzyonuna bağlı olduğunu düşünüyorum"
4. Alternatif önerebilmelidir. "Dr. Brown, ben endişeliyim çünkü fetal taşikardi ve geç deselerasyonların sürekli oksitosin infüzyonuna bağlı olduğunu düşünüyorum. Fetal duruma ilişkin daha doğru veriler elde edene kadar oksitosin tedavisini durdurmak gerektiğini düşünüyorum"
5. Onay almalıdır. "Dr. Brown, ben endişeliyim çünkü fetal taşikardi ve geç deselerasyonların sürekli oksitosin infüzyonuna bağlı olduğunu düşünüyorum. Fetal duruma ilişkin doğru veriler elde edene kadar oksitosin tedavisini durdurmak gerektiğini düşünüyorum. Siz ne düşünüyorsunuz?"

Yukarıda örnek olarak verilen iletişim modelinin farklı durumlara özgü olarak kullanılması, doktor ve hemşire arasında verilen kararların açıklanabilir / sorgulanabilir olmasına, bilgi paylaşımının artmasına, ekip üyelerinin birbirlerinin görüşüne saygı duymasına katkı sağlayacaktır.

3.2. Sağlık Profesyoneli Sayısının Yeterliliği

İstenmeyen klinik olayların %24'ü sağlık personeli ile ilişkilidir. Perinatal sağlık hizmetlerinin yeterli sayıda personel ile verilmesi hata riskini azaltmakta ve bakım kalitesini artırmaktadır (Knox ve Simpson, 2010; Thorman vd., 2006; Miller, 2005;

JCAHO, 2004). Ekip içerisinde özellikle hemşire sayısının yeterliliği, perinatal hasta güvenliği kapsamında değerlendirilen önemli konulardan biridir (Simpson, 2011). Perinatal kliniklerde hasta olmadığı durumlarda dahi geçici olarak; doğum eylemi, doğum, fetal değerlendirme ve obstetrik triaj alanlarında deneyimli en az 2 hemşirenin klinikte bulunması önerilmektedir (Knox ve Simpson, 2010; AWHONN, 2010). Bununla birlikte oksitosin infüzyonu, anne ve fetüsü yakından izleyebilecek sayıda hemşire varsa başlanmalı (Simpson, 2009); doğum indüksiyonu alan her bir kadının bakımından sorumlu olacak en az bir hemşire olmalıdır (AWHONN, 2010).

3.3. Profesyonel Davranış Becerisinin Geliştirilmesi

Perinatal kliniklerde çalışan tüm sağlık profesyonellerinin, profesyonel davranışlar içerisinde olmaları beklenmektedir. Birçok kurumda, sağlık ekibinin profesyonel davranış değerlendirmesi ekip lideri tarafından yapılmaktadır (Knox ve Simpson, 2010; Simpson, 2009; Miller, 2005). Bu kapsamda, perinatal hasta güvenliğini sağlamaya ve bakım kalitesini artırmaya yönelik girişimlere uyum göstermeyen ve zarar verici uygulamalarda bulunan sağlık çalışanlarının profesyonel davranış dışında hareket ettiği kabul edilmektedir. Bu çalışanlar için “sıfır tolerans” yaklaşımı esas alınmaktadır (Simpson, 2011; Thorman vd., 2006). Ekip üyeleri, ekibin bütününe profesyonel davranış becerisi geliştirmesine katkı sağlamalıdır. Uygunsuz iletişim şekilleri, öfke nöbetleri veya aşağılayıcı yorumlar profesyonel olmayan davranışlar kategorisinde değerlendirilmeli, ekibin hiçbir üyesi tarafından kabul edilmemelidir (Knox ve Simpson, 2010; Simpson, 2009; Miller, 2005). Uygunsuz davranış raporlama süreçleri, ekip lideri tarafından aktif olarak desteklenmeli ve teşvik edilmelidir. Amaca uygun olmayan ve / veya kötü niyetli davranışlar için kurumlar tarafından oluşturulmuş takip prosedürleri izlenmelidir. Bu süreçte gecikmeli değil zamanında ve etkili müdahaleler esas alınmalıdır (Knox ve Simpson, 2010; Miller, 2005).

3.4. Perinatal Eğitimin Sürekliliğinin Sağlanması

Perinatal hasta güvenliğinin sağlanmasında hemşirelerin niceliği kadar klinik bilgi ve beceri anlamında taşıdıkları nitelikler de önemlidir (Knox ve Simpson, 2010). Bu çerçevede, sağlık profesyonellerinin öğrenmeye açık olması, bilgi, beceri ve deneyimlerini gözden geçirmelerini sağlayacak eğitim programlarına dahil olması, kritik durumlarda karar alma ve uygulama becerilerinin geliştirilmesine yönelik mesleki eğitim programlarına katılmaları gereklidir. Perinatal kliniklerde eğitim programlarından sorumlu en az bir sağlık profesyonelinin olması önerilmektedir (Knox ve Simpson, 2010; Thorman vd., 2006). Perinatal eğitim programlarına tüm ekip üyelerinin (hemşire, ebe, obstetrisyen, anestezi uzmanı, neonatoloji uzmanı gibi.) katılımı esastır (Simpson, 2011; Raab, 2011; Knox ve Simpson, 2010). Eğitimli ve sertifikalı sağlık profesyonelleri tarafından verilen sağlık bakım hizmetinin (fetal monitörizasyon izlemi, doğumun 2. evresini kısaltmaya yönelik uygulamalar, doğum indüksiyonunda oksitosin kullanımına ilişkin kanıt dayalı uygulamaların kullanımının artması vb.) doğum travması oranlarında, obstetrik hatalar yaşanma sıklığında ve malpraktis dava sayısında önemli düzeyde azalmaya katkı sağladığı belirtilmektedir (Simpson ve Knox, 2009).

3.5. Ekip Çalışmasına Katılımın Sağlanması

Perinatal hasta güvenliğini sağlamak bireysel bir sorumluluk olmanın ötesinde bir ekip işidir. Dolayısıyla ekibin her üyesinin görevleri ve sorumlulukları vardır. Bu nedenle tüm klinisyenler hasta güvenliğini tehdit edebilecek faktörlere ilişkin farkındalıklarını artırmak,

hasta güvenliği kültürünü geliştirmek, çevresel ve kurumsal risk faktörlerini tanılamak ve ortadan kaldırmak, gerekli görülen klinik ve teknik değişimlerin sağlanmasına katkı sağlamakla yükümlüdürler (TJC, 2009; Simpson, 2006). Ekip ilişkisi hiyerarşi üzerine değil meslektaş ilişkisi üzerine kurulu olmalıdır. Ekip üyeleri arasındaki beklenmedik durumlara uyum, koşulların güncellenmesi, yeni planlar yapılabilmesi için şeffaf ve saygılı iletişim kurulması son derece değerlidir (Knox ve Simpson, 2010; Thorman vd., 2006). Bakım verilen sağlıklı / hasta birey de sağlık ekibinin önemli bir parçasıdır. Dünya Sağlık Örgütü, hastanın ve ailesinin de ekibin bir parçası olduğuna ve hasta güvenliği için programların oluşturulması sürecine katılımlarının önemine vurgu yapmaktadır (WHO, 2004). İyi bir ekip çalışması; varolan / olası perinatal problem ivedilikle değerlendirilmesini, doğru kararlar alınabilmesini ve hızla uygulanabilmesini sağlar. Dolayısıyla obstetrik yan etkilerin / hataların birçoğu bu yolla önlenir. Yapılan bir çalışmada, sisteme, sağlık bakımını verenlere ve hastalara yönelik yapılacak bazı değişikliklerle (tedaviye zamanında karar verme, tedaviye başlama ve bakımın kalitesinin artırılması yoluyla) maternal morbidite riskinin %30-%40, maternal mortalite riskinin %40-%50 oranında azaltılabildiği belirlenmiştir (Geller vd., 2007). Perinatal hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olarak, ilk 24 saat içerisinde gerçekleşecek doğumlara yönelik önlemlerin alınması, yüksek riskli ilaçların kullanımı için protokollerin oluşturulması, sezaryen sonrası vajinal doğum eylemine konservatif yaklaşım, omuz distosisi durumunda standardize edilmiş işlemler ve dokümantasyon kullanımı önerilmektedir (Clark vd., 2008). Belirtilen tüm bu önerilerin hayata geçirilebilmesi için disiplinlerarası ve disiplin içi profesyonel takım çalışması bakımın anahtar noktasını oluşturmaktadır (Simpson, 2011). Maternal ve fetal sağlığı tehdit edebilecek riskli durumlar için (acil sezaryen doğum, omuz distosisi, maternal hemoraji, neonatal resusitasyon gibi) ekip üyelerinin katılımı ile düzenli aralıklarla provalar yapılmalı, vaka örnekleri tartışılmalı ve beklenmeyen durumlar önceden tahmin edilebilir hale dönüştürülmelidir (TJC, 2010; Knox ve Simpson, 2010).

3.6. İleri Teknoloji Kullanımının Teşvik Edilmesi

Teknoloji kullanımı, hastalar açısından güvenli çevrenin oluşturulmasını, sağlık profesyonelleri açısından ise bakım sürecine ilişkin hata yapma riskinin azaltılmasını, izlem ve analiz kolaylığını sağlamaktadır (McCartney, 2006). Karar destek sistemlerinin kullanımı, kanıta dayalı standartlar, protokoller ve prosedürler, öneriler, kütüphane veritabanı bağlantıları, dijital ders kitapları, internet, ilaç hesaplama protokolleri, barkodlu ilaç uygulaması yoluyla bakımın kalitesi artırılmaktadır; bakımın standartize edilmesi sağlanmakta ve hasta güvenliği geliştirilebilmektedir (Bakken vd., 2004). Bu nedenle perinatal alanda çalışan sağlık profesyonelleri perinatal bakım güvenliğinin sağlanması sürecinde elektronik kayıt sistemlerinden, karar destek sistemlerinden ve ilaç güvenliği cihazlarından yararlanabilmelidirler (McCartney, 2006). Elektronik veritabanları kağıtlarla yapılan kayıtlara oranla daha fazla hatanın tanınmasını, multidisipliner ekip üyeleri için verilerin daha hızlı toplanması, analiz edilmesi ve paylaşılmasını sağlamaktadır (Örneğin tahmini doğum tarihi, önceki sezaryen doğuma ilişkin bilgiler, insizyon tipi gibi bilgilerin elde edilmesi vb.) (McCartney, 2006). Hemşirelerin de teknolojik gelişmeleri yakından takip etmeleri ve klinik uygulamaya aktarmaları önem taşımaktadır.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınlar, gebelik, doğum, doğum sonu süreçlerde güvenli ve yüksek kalitede perinatal bakım alma hakkına sahiptir. Bununla birlikte sağlık bakım vericiler de kadını, fetüsü, yenidoğanı ve aileyi içine alan yüksek güvenilirlikli ve kaliteli bakım vermekle sorumludurlar. Perinatal hasta güvenliğini sağlamak ise bireysel bir sorumluluk olmanın

ötesinde bir ekip işidir. Bu nedenle hemşireler, ebeler, doktorlar ve sağlık bakım kurumlarının işbirliği ile yürütülecek programlara ve politikalara gereksinim vardır. Özellikle son yıllarda üzerinde önemle durulan ve yeni bir rol olarak kabul edilen “perinatal hasta güvenliği hemşireliği” pozisyonunun tüm sağlık kuruluşlarında oluşturulmasının ve perinatal hasta güvenliği ile ilişkili girişimlerin alana özelleşmiş hemşireler aracılığı ile yürütülmesinin perinatal hasta güvenliğini sağlamada önemli katkılar sunacağı kabul edilmektedir.

5. KAYNAKLAR

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009). ACOG practice bulletin no. 107. *Induction of labor*. Washington, DC: The College.
- Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2008). Nursing management of the second stage of labor, 2nd ed. *Evidence based clinical practice guideline*. Washington, DC: Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nursing (AWHONN) (2010). AWHONN position statement: Gender bias as a factor for nursing positions in women’s health, obstetric and neonatal nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 40(1), 135.
- Bakken, S., Cook, S., Curtis, L., Desjardins, K., Hyun, S., & Jenkins, M. (2004). Promoting patient safety through informatics-based nursing education. *International Journal of Medical Informatics*, 73(7-8), 581-589.
- Bates, E., Rouse, D., Chapman, V., Mann, M. L., Carlo, W., & Tita, A. (2010). Neonatal outcomes after demonstrated fetal lung maturity before 39 weeks of gestation. *Obstet Gynecol*. 116(6), 1288-95.
- Berwick, D. M. (2003). Errors Today and Errors Tomorrow. *New Engl J Med*, 348(25), 2570-2.
- Blomberg, M. (2011). Maternal obesity and risk of postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 118(3), 561-8.
- Callaghan, W. M., Kuklina, E. V., & Berg, C. J. (2010). Trends in postpartum hemorrhage: United States, 1994-2006. *Am J Obstet Gynecol*. 202(4), 353.
- Clark, S., Belfort, M., & Saade, G. (2007). Implementation of a conservative checklist-based protocol for oxytocin administration: maternal and newborn outcomes. *Am J Obstet Gynecology*. 197(5), 480.
- Clark, S. L., Belfort, M. A., Byrum, S. L., Meyers, J. A., & Perlin, J. B. (2008). Improved outcomes, fewer cesarean deliveries, and reduced litigation: Results of a new paradigm in patient safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(2), 105.e1-105.e7.
- Donaldson, L. J., & Fletcher, M. G. (2006). The WHO World Alliance for Patient Safety: Towards the years of living less dangerously. *Medical Journal of Australia*, 184(10 suppl), 69-72.
- Forster, A. J., Fung, I., Caughey, S., Oppenheimer, L., Beach, C., Shojania, K. G., & van Walraven, C. (2006). Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. *Obstetrics Gynecology*. 108(5), 1073-1083.
- Funk, D. J., Parrillo, J. E., & Kumar, A. (2009). Sepsis and septic shock: A history. *Critical Care Clinics*, 25, 83-101.
- Geller, S. E., Adams, M. G., Kominiarek, M. A., Hibbard, J. U., Endres, L. K., Cox, S. M., & Kilpatrick, S. J. (2007). Reliability of a preventability model in maternal death and morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196(1), 57.e1-57.e6.
- Goldenberg, R. L., McClure, E. M., Bhattacharya, A., Groat, T. D., & Stahl, P. J. (2009). Women's perceptions regarding the safety of births at various gestational ages. *Obstet Gynecol*. 114, 1254-1258.
- Ford, J. B., Roberts, C. L., Simpson, J. M., Vaughan, J., & Cameron, C. A. (2007). Increased postpartum hemorrhage rates in Australia. *Int J Gynecol Obstet*, 98, 237-243.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (2004). *Preventing Infant Death and Injury During Delivery*. Oakbrook Tenace, IU: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1-3. Sentinel Event Alert No. 30.
- Joint Commission Updates Sentinel Event Statistics, <http://www.healthleadersmedia.com/content/QUA-250699/Joint-Commission-Updates-Sentinel-Event-Statistics>
- Knox, G. E., Simpson, K. R. (2010). Perinatal high reliability. *Am J Obstet Gynecol*. 204(5), 373-7.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a safer health system*. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Washington (DC): National Academies Press (US).
- Lyndon, A., Kennedy, H. P. (2010). Perinatal safety: From concept to nursing practice. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(1), 22-31.

- Magann, E. F., Evans, S., Hutchinson, M., Collins, R., Howard, B. C., & Morrison, J. C. (2005). Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. *South Med J*, 98(4), 419-22.
- Masset, H. A., Greenup, M., Ryan, C. E., Staples, D. A., Green, N. S., & Maibach, E. W. (2003). Public perceptions about prematurity: a national survey. *Am J Prev Med*, 24, 120-7.
- McCartney, P. R. (2006). Using technology to promote perinatal patient safety. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 35(3), 424-31.
- Miller, L. A. (2005). Patient Safety and Teamwork in Perinatal Care: Resources for Clinicians. *J Perinat Neonatal Nursing*, 19(1), 46-51.
- National Patient Safety Foundation (NPSF) (2003). <http://www.npsf.org/about-us/>
- National Quality Forum (NQF) (2008). National Voluntary Consensus Standards for Perinatal Care 2008: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum.
- Pronovost, P. J., Nolan, T., Zeger, S., Miller, M., & Rubin, H. (2011). How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Int J Nurs Stud*, 48(3), 347-55.
- Raab, C. (2011). The Perinatal Safety Nurse: Exemplar of Transformational Leadership. *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(5), 280-287.
- Simpson, K. R., Knox, G. E. (2009). Oxytocin as a high-alert medication: implications for perinatal patient safety. *MCN Am J Matern Child Nursing*, 34(1), 8-15.
- Simpson, K. R., Newman, G., & Chirino, O. R. (2010). Patient education to reduce elective inductions. *MCN Am J Matern Child Nursing*, 35(4), 188-194.
- Simpson, K. R. (2006). Measuring Perinatal Patient Safety: Review of Current Methods. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 35(3), 432-42.
- Simpson, K. R. (2011) Perinatal Patient Safety and Quality. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing Issue* 25(2), 103-107.
- Simpson, K. R. (2012). Ongoing Column: Perinatal Patient Safety, Better Care. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*, 37(2), 136.
- The Joint Commission (TJC) (2009). *Perinatal core measure set*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
- The Joint Commission (TJC) (2010). *Preventing maternal deaths*. Sentinel event alert 44. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
- Thorman, K. E., Capitulo, K. L., Dubow, J., Hanold, K., Noonan, M., & Wehmeyer, J. J. (2006). Perinatal patient safety from the perspective of nurse executives: a round table discussion. *Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, 35(3), 409-416.
- Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M, Gouma D. J., & Boermeester, M. A. (2008) The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Quality and Safety in Health Care* 17(3), 216-223.
- World Health Organisation (WHO) (2004). World Alliance for Patient Safety Geneva: World Health Organisation.