



DERLEME

OBSTETRİK TRİYAJIN TÜRKİYE'DEKİ DURUMU VE EBENİN ROLÜ

Öz

Obstetrik nedenlerle acile gelen hastaların 10 dakika içinde değerlendirilip, aciliyet durumlarına göre sınıflandırılması için sağlık personeli tarafından yapılan işleme obstetrik triyaj denir. Obstetrik, gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri karşılayan bir terim olmasının yanında, gelişmekte olan ülkelerde bu dönemdeki komplikasyonlar önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak anne ölüm düzeyi, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkilidir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan üçlü triyaj sistemi obstetrik triyajın kullanımına ilişkin yapılan uygulamaların en başında gelmektedir. Gebeler hastaneye gelişte geliş sırasına göre değil, aciliyet durumlarına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler ile kod alırlar. Ebelerin prenatal ve intrapartum bakım yönetiminde tecrübeli olmaları obstetrik triyaj için ideal sağlık personeli olduklarını ortaya koymaktadır. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli aralıklarla "Acil Obstetrik Bakım Eğitimi" düzenlenmektedir. Obstetrik triyaj sisteminin bir ayağı da "Kurtarılan Anne" (Near Miss) yaklaşım programıdır. Türkiye'de anne ölümlerinin nedenleri arasında önlenebilir nedenlerle ölüm oranı %37.9'dur. Gebelerin sağlık kuruluşlarına ulaşmada ve ulaştırılmada ortaya çıkan problemleri belirlemede "Dünya Sağlık Örgütü Gecikme Modelleri"ne göre sınıflandırma yapılmaktadır. Ayrıca obstetrik triyaj; Sağlık Bakanlığı tarafından verilen "Acil Durum ve İlk Yardım Eğitimleri"nde obstetrik aciller yaklaşım temel modül içerisinde yer almaktadır. Tüm bu uygulamalar kapsamında anne ölümlerini önlemede ebeler ana faktör olarak yer almaktadır. Avrupa Birliği kriterleri doğrultusunda ebeler lisans eğitiminde "obstetrik aciller ve gebelerin risk tanılması" konusu müfredatta yer almaktadır. Bu makalede obstetrik triyajın Türkiye'deki durumu ve bu uygulamada ebenin öneminin literatür doğrultusunda incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Anne ölümü, Obstetrik triyaj, Ebe

Habibe BAY^{1*} 

Hafize ÖZTÜRK CAN² 

*Sorumlu Yazar e mail:
habiberk@hotmail.com

¹Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Konya

²Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İzmir

Bu çalışma; 31st ICM Triennial Congress Toronto, Canada 18-22 June 2017 –Poster bildiri olarak sunulmuştur

Bay H, Can HÖ. Obstetrik Triyajın Türkiye'deki Durumu ve Ebenin Rolü. *Halic Üniv Sağ Bil Der.* 2021;4(1) 25-33

Bay H, Can HÖ. The Position of Obstetric Triage in Turkey and the Role of Midwives. *Halic Uni J Health Sci.* 2021;4(1) 25-33

Doi: 10.48124/husagbilder.839246

Geliş Tarihi: 11.12.2020

Kabul Tarihi: 12.01.2021

REVIEW

THE POSITION OF OBSTETRIC TRIAGE IN TURKEY AND THE ROLE OF MIDWIVES

Abstract

The action taken by the healthcare personnel in order to evaluate the patients who has become emergent in ten minutes according to urgency, is called obstetric triage. Obstetrics is a term that meets information about pregnancy and childbirth, but complications in this period are the leading cause of morbidity and mortality in developing countries. The level of maternal mortality as a multidimensional development indicator is closely related to the quality of reproductive health care. The triple triage system implemented by the Ministry of Health is one of the main applications regarding the use of obstetric triage. Pregnants receive the code in red, yellow and green colors according to their urgency, not in the order of arrival. The midwives being experienced in pre-natal and intrapartum care management shows that they are ideal healthcare personnel for obstetric triage. "Emergency Obstetric Care Training" is provided regularly by the Ministry of Health. One of the pillars of the obstetric triage system is the "Near Miss" approach program. Preventable maternal mortality rate in Turkey is 37.9%. In determining the problems that occur in accessing and delivery of health services for pregnant women, the classification is made according to World Health Organization Delay Models. Also obstetric triage; Approach to obstetric emergencies is included in the basic module in "Emergency and First Aid Trainings" given by the Ministry of Health. Midwives play a role as the main factor in preventing maternal deaths within the scope of all these practices. In line with the criteria of the European Union, "obstetric emergencies and risk identification of pregnant women" are included in the whole education process. This article obstetric triage the situation in Turkey and aimed to examine this application in accordance with the literature of the importance of midwives.

Key words: Maternal mortality, Obstetric triage, Midwife

1. Giriş

1.1. Triyaj ve Obstetrik Triyaj Nedir?

Fransızca ‘trier’ kelimesinden köken alan triyaj sözcüğü, ‘seçmek’, ‘elemek’, ‘ayırmak’, ‘ayıklamak’ anlamına gelmektedir (1). Triyaj, Türkiye’de son on yılda daha yaygın olarak duyduğumuz bir kavram olup hasta ve yaralıların, yaşamlarını tehdit eden yaralanma derecelerine ve beklenen yarara göre sıralanmasıdır (2). Obstetrik nedenlerle acile gelen hastaların 10 dakika içinde değerlendirilip, aciliyet durumlarına göre sınıflandırılması için sağlık personeli tarafından yapılan işleme ise obstetrik triyaj denir (3-4). Başka bir deyişle obstetrik triyaj birimi, doğum eylemi ve fetal sağlığın değerlendirildiği ve obstetrik konular için birime başvuran gebelerin ayakta tedavisini sağlandığı birimlerdir. Genellikle gebeler ilk olarak obstetrik triyaj ünitelerinde karşılanır ve daha sonra travay, doğumhane, cerrahi birim veya gebe servisi gibi farklı birimlere yönlendirilirler (4).

Obstetrik triyaj, obstetrik bakımda çok sayıda fonksiyona hizmet etmek için ortaya çıkmıştır. Bu sınıflandırmalar sayesinde pek çok ölüm engellenebilmektedir. Bunun yanında gereksiz uygulama ve zaman kaybını önleme açısından doğrudan görüntüleme, laboratuvar hizmetleri, fetal değerlendirme (hem fetal izleme hem de ultrason kullanımı), kullanılabilir danışmanlık ve obstetrisyen tarafından verilen acil bakım hizmetleri, yüksek güvenilirlikli perinatal bakım sağlamada obstetrik triyaj ünitelerini değerli kılmaktadır (5).

Hükümet politikasının yanı sıra profesyonel dernekler obstetrik triyaj bakımı için öneriler sunmaktadır. Kadın Sağlığı Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği (Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses-AWHONN), ilk triyaj işlemi için 10-20 dakika bir süre ayrılmasını ve hasta başına bir sağlık personelinin (doktor, ebe, hemşire, vb.) düşmesini önermektedir. Ancak, maternal fetal durum değerlendirilmesi ve şartların belirlenmesine göre bu durum bir sağlık personeline iki üç gebe olacak şekilde değişebilmektedir (6). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (The American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) ve Amerikan

Pediyatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP) Perinatal Bakım Rehberi, doğum ve doğum alanına başvuran kadınların zamanında değerlendirilmeleri gerektiğini bildirmektedir. Bu süre, maternal vital bulguları, uterin kasılma sıklığı ile süresini ve fetal iyilik halini (Nonstress Test ve fetal hareket sayımı gibi) belirlemek için yapılacak uygulamaları kapsayacak şekilde belirlenmelidir (7-8).

Acil servise başvuran gebeler genellikle viabilite sınırının (23-24 gestasyonel hafta) altındadır ve bu gebelerin çoğu acil servise değerlendirilir. Obstetrik triyaj ünitesinde 20-24. veya daha ileri gestasyonel haftada şikâyeti olan çoğu gebe değerlendirilmektedir (5). Acil servise başvuran gebeyi değerlendirme algoritması Şekil 1 de verilmiştir (Şekil 1) (9).

1.2. Maternal Sağlık Açısından Obstetrik Triyajın Önemi

Obstetri, gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri karşılayan bir terim olmasının yanında, gelişmekte olan ülkelerde bu dönemdeki komplikasyonlar önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak anne ölüm düzeyi, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkilidir. Birleşmiş Milletler’in Bin Yıl Kalkınma Hedefleri’nin 5. hedefi; anne sağlığındaki iyileşmenin temel göstergelerden biri gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen anne ölümlerinin azaltılmasıdır. Anne ölümlerinin azaltılması kapsamında yapılan çalışmalar neticesinde anne ve bebek ölümlerinde daha önceki yıllara oranla önemli bir düşüş gözlenmiştir (10). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017’ye göre, anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 14.6, bebek ölüm hızı ise 1.000 canlı doğumda 6,8 olarak belirtilmektedir (11).

Türkiye’de anne ölümlerinin %21’inin evde, %10,4’ünün sağlık kuruluşuna giderken veya sevk edilirken yolda; yaklaşık %48’inin de doğum sonu ilk 48 saat ile 42 gün arasında gerçekleştiği saptanmıştır (11-12-13). Sağlık personelinin sorunla baş etme becerisinde yetersizlik, eksik tanı gibi sağlık hizmeti verenlere ait faktörlerin anne ölümlerinin %13,7’sinde rol oynadığı belirlenmiştir. Ayrıca, anne ölümlerinin

%37,9'u önlenebilir anne ölümleri olduğu saptanmıştır. Anne ölümleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün gecikme modellerine göre değerlendirildiğinde %37'sinin üçüncü gecikme (Hizmet vermede yaşanan gecikme; malzeme, personel eksikliği, hizmet sunucuların kapasite eksikliği nedeni ile hizmet almada yaşanan gecikme) ile olduğu belirtilmektedir (11-12). Obstetrik triyaj açısından gecikme modellemesinin yapılması sorun saptamada avantajlı bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Tüm bu sonuçlar, sağlık kurumlarına gelenlerin öncelikle değerlendirilmesi ve en uygun, en hızlı bakımın/tedavinin yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, ölüm hızlarının düşürülmesinde; sağlık personeli (ebe, hemşire, hekim) sayısının artırılması ve eğitimin geliştirilmesi, erişkin ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve acil servis hizmetlerindeki gelişmenin büyük katkısı olmuştur (10,13).

1.3.Obstetrik Triyajın Ülkemizdeki Durumu ve Buna İlişkin Yapılan Uygulamalar

Acil servis hizmetlerini kapsayan triyaj, 18.yy'dan beri dünyanın pek çok ülkesinde uygulanmakta iken Türkiye'de obstetrik triyaj kullanılmadığı durumu ve bunu geliştirmek için yapılan uygulamalar şu şekildedir;

Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından Resmî Gazete'de yayınlanan "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ" ile kamudaki sağlık uygulamalarında yerini almıştır (14-15). Günümüzde Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı Üçlü Triyaj sistemi geçerli olup ölüm sınıflandırması bunun dışında tutulmaktadır. Üçlü Triyaj sınıflamasında kırmızı "çok acil", sarı "acil" ve yeşil "acil değil" olarak nitelendirilmektedir (Tablo 1). Bir obstetrik triyaj ünitesi, acil servise benzer şekilde işlev görür. Kadınlar triyaj ünitesine geldiklerinde değerlendirilir ve en akut veya acil durumları olan kadınlar ilk önce değerlendirilir (4). Obstetrik triyaj sistemi, henüz çok yeni olup bazı hastanelerde uygulanmaktadır. Ayrıca obstetrik bakım ve hasta akışının kalitesini artırmak amacıyla, Güneybatı Ontario'da üçüncü basamak bir hastanenin perinatal program ekibi tarafından, 2012 yılında 5 kategorili Obstetrik

Triyaj Keskinliği Ölçeği (OTAS) geliştirilmiştir. Geliştirilen Obstetrik Triyaj Keskinlik Skalasına göre de (Tablo 2) ayrıntılı değerlendirme yapılmaktadır. Triyaj birimine başvuran gebeler obstetrisyen ya da ebe/hemşire tarafından karşılanmaktadır. Gebeler hastaneye başvuruda geliş sırasına göre değil, aciliyetine göre kırmızı, turuncu, sarı, yeşil ve mavi renklerle kodlanırlar. Kırmızı kodlu hastalar (acil doğum, aktif vajinal kanama, kord prolapsusu, bilinç kaybı, ciddi solunum distresi, fetal kalp atımının yokluğu, tetanik kontraksiyonlar gibi) bekletilmeden içeri alınır. Turuncu kodlu hastalar (yüksek tansiyon, kramplar, azalmış fetal hareketler gibi) 15 dakikadan daha az bir sürede değerlendirilirken, sarı kodlu hastalar (orta şiddette tansiyon, gebelikten kaynaklanan bel ve sırt ağrısı, dehidratasyon bulguları gibi) acil servise başvuru sonrası 30 dakikadan daha az bir sürede değerlendirilmelidir. Yeşil alanda acil tedavi gerektirmeyen en fazla bir saat içinde değerlendirilmesi gereken; lekelenme, 37 haftadan büyük gebeliklerde erken doğum belirtileri, küçük travmalar, enfeksiyon bulguları ve ayaktan takip edilebilecek gebeler takip edilirken, aciliyet ve yakın takip gerektirmeyen diğer gebeler ise mavi alanlarda değerlendirilmektedir. (16-17).

Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli aralıklarla "Acil Obstetrik Bakım Eğitimi (Ebe/Hemşireler için)" düzenlenmektedir. Acil Obstetrik Bakım, gebeliğin başlangıcından doğum ile sonlanması ve sonraki 42 gün içerisinde anne ve fetus hayatını tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumlarda verilen hizmetler bütünü olarak değerlendirilmektedir. Söz konusu eğitime Ebe ve Hemşirelerin katılımı sağlanmaktadır. Eğitimde; Dünya'da ve Türkiye'de anne sağlığının durumu, acil obstetrik bakım sisteminin tanımı ve bileşenleri, obstetrik problemlere yaklaşım ve triyaj gibi konular içeriği oluşturmaktadır. Ebelerin prenatal ve intrapartum bakım yönetiminde tecrübeli olmaları obstetrik triyaj için ideal sağlık personeli olduklarını ortaya koymaktadır (18). Anne ve bebek ölümlerindeki azalmayı istenilen düzeye getirebilmek için var olan uygulamaların nicelik ve nitelik olarak artırılması gerekmektedir. Bunu yapabilmek için sağlık kuruluşlarının alt yapı eksikliklerini tamamlanması ve tıbbi donanımın sağlanmasının yanında, hizmeti sunacak olan

sağlık personelinin bilgi ve becerileri yönünden geliştirilmesi gerekmektedir (10). Böylelikle anne ve yenidoğan sağlığını geliştirmek üzere ülke genelinde standart, nitelikli ve güvenli bir hizmetin sunulması amaçlanmaktadır.

Obstetrik triyaj sisteminin bir ayağı da “Kurtarılan Anne” (Near Miss) yaklaşım programıdır. “Kurtarılan Anneler” gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde ağır, hayatı tehdit eden komplikasyon yaşayan ve bu durumdan ya şans eseri ya da aldıkları hizmet ile hayatta kalan anneleri ifade eder (10). Bin Yıl Kalkınma Hedefleri ile anne ölümlerinin %75 oranında azaltılması amaçlanmış olmasına rağmen gelişmiş ülkelerin çoğunda anne ölümleri tek hanelere düşmüş olsa bile bu oran hala istenilen düzeye getirilememiştir. Oysaki Near Miss vakaların sayısı oldukça fazladır ve mevcut sistemde değerlendirilmesinde fayda vardır (19). Obstetrik bakımın kalitesini değerlendirmek ve iyileştirmek için Maternal Near Miss’i bir tamamlayıcı olarak incelemek önemlidir. Dünya çapında hipertansif gebelik hastalıkları, obstetrik kanama, sepsis, anemi ve obstrüktif eylem / distosi, maternal near missin başlıca nedenleri olarak tanımlanmıştır (20). Türkiye’de bu program adı altında verilerin retrospektif değerlendirmenin yapılması ve bu sonuçlardan yola çıkarak obstetrik komplikasyonlara yaklaşımların etkinliğini arttırarak anne ölümlerinin azaltılması amaçlanmaktadır (10).

Gebelerin sağlık kuruluşlarına ulaşmada ve ulaştırılmada ortaya çıkan problemleri belirlemede “DSÖ Gecikme Modelleri”ne göre sınıflandırma yapılmaktadır. Bu model üç aşamalı gecikmeden oluşmaktadır. İlk gecikme gebeler, eşleri veya ailelerindeki diğer karar vericiler tarafından bakıma karar vermede gecikmedir. İkinci gecikme; bir sağlık kurumuna varmak için karar verildikten sonra bir gecikme ve üçüncü gecikme ise sağlık kuruluşuna varduktan sonra uygun bakımın alınmasındaki gecikmedir. İlk ve ikinci gecikme, ulaşım dâhil olmak üzere aile ve toplumdaki faktörleri kapsayan, erişilebilirlik konusuyla doğrudan ilişkili iken; Üçüncü gecikme ise, sağlık tesislerinde bakım alma gecikmesi, sağlık tesisindeki bakım kalitesi ve diğer faktörlerle ilgilidir. Tüm bunlardan anlaşılacağı üzere maternal mortalite sadece tıbbi nedenlerden ötürü değil, aynı zamanda zamanında ve

uygun müdahaleler için gecikmeler oluşturan temel sosyal nedenlerden kaynaklanmaktadır. Anne ölümlerinin azaltılmasına yönelik stratejilerin elde edilmesi için maternal mortalite gecikmelerine ilişkin altta yatan faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca acil obstetrik bakıma ulaşmada gecikmenin muhtemel göstergesi olan kanama, anne ölümlerinin önde gelen sebeplerindedir. Hipertansif bozukluklar ise her altı anneden birinin ölümünden sorumludur. Yine de bu gibi nedenler artık gelişmiş ülkelerde anne ölümlerine sebep olmamaktadır. Obstetrik acillerde zamanında ve uygun bakıma alma gecikmesi gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin önemli bir sebebidir (10).

Türkiye’de 1994 yılında temel amacı anne ve yeni doğan ölümlerini önlemek olan “Güvenli Annelik Programı” başlatılmıştır. Güvenli annelik girişimi, gebelikten önce ve gebeliğin başlangıcından itibaren doğum sonuna kadar anne ve bebeğin bu dönemi sağlıklı geçirmesi olarak ifade edilmektedir. Türkiye’de anne ölümlerinin nedenleri arasında önlenebilir nedenlerle ölüm oranı %37,9’dur. Bu nedenle obstetrik triyaj ile sağlık kuruluşlarına gelen gebelere doğru hizmet verilmesi amaçlanmaktadır (21-22).

Ayrıca obstetrik triyaj; SB. tarafından “Acil Durum ve İlk Yardım Eğitimlerinde obstetrik acillere yaklaşım temel modül içerisinde yer almaktadır.

1.4.Obstetrik Triyajda Ebenin Rolü

Anne ve bebek ölümlerinin çoğu; doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde verilen yetersiz bakımın sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle doğum öncesi dönemdeki ölümler, pahalı teknolojiler olmadan da engellenilmektedir. Bunun için gerekli olan en önemli şey gebelik, doğum ve doğum sonu dönemdeki nitelikli bakımdır. Ebe, kadınla iç içedir; gebelik ve doğum sonrası bakımda hayatı bir rol oynar. Dünyada toplum sağlığını geliştirmede ebeler çeşitli roller üstlenmişlerdir. Ebelerin rolleri, sosyal ve kültürel koşullara oldukça uygundur (23). Bazı ülkelerde ebelik ve anne/bebek sağlığı alanında büyük başarılar elde edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Kadın ve Çocuk Sağlığı Bölümü eski Müdürü Wagner’e göre, doğumda

hümanistik yaklaşım ile ilgili üç çeşit maternal bakım ifade edilmektedir. İlk olarak Finlandiya, İsveç ve Yeni Zelanda gibi bazı ülkelerdeki bakım; ebelerin çalışma özerkliğini ve doğum eyleminde minimum müdahaleyi desteklemektedir. İkinci olarak Amerika Birleşik Devletleri, Fransa ve İrlanda gibi diğer ülkelerdeki bakım; doktor merkezli olup doğum medikalize edilmiştir. Son olarak Avustralya, İngiltere ve Kanada gibi diğer ülkelerdeki bakımda ise her iki yaklaşımın karışımı söz konusudur (24).

Türkiye’de ise ikinci basamakta gerçekleşen doğumlar jinekologların desteklediği doğumlar olarak kayıtlıdır bu nedenle ebelerin hastanelerde annelik bakımına gerçek katılımı bilinmemektedir. Bununla birlikte doğum öncesi bakımın %3’ü, hastanede gerçekleştirilen doğumların %8’i ebeler tarafından gerçekleştirilmektedir (25). Bu oranlar çok düşük olmakla birlikte doğum için hastaneye başvuran kadını ilk karşılayan kişi ebedir.

Ebelerin doğum eyleminin başladığı andan itibaren gebelerin takibi ile ilgili sorumlulukları bulunmaktadır. Hastaneye başvuran bireyler doğum eyleminin başlayıp başlamamasına göre değerlendirilerek ya antepartum birimlerine kabul edilir ya da taburcu edilerek geri gönderilirler. Aynı zamanda kanama, preterm eylem, erken membran rüptürü, azalmış fetal hareket veya cinsel yolla bulaşan hastalıkları olan bireylerde de değerlendirilmektedir. Özellikle, doğum öncesi bakımı almayan kadınlar, pek çok şikayet için triyaj ünitesine başvururlar ve onların bakımlarının başlangıç kısmı burada değerlendirilir. Ebeler, triyaj bölgesinde daha fazla risk altındaki hastayı değerlendirmeyi içerecek şekilde rollerini genişletmişlerdir (26). Dolayısıyla travayın başlangıcı doğru şekilde teşhis edilmekte ve sezaryen gibi gereksiz müdahaleler önlenmektedir. Aksi durumda ise doğum konjesyonu ve iş yükü artmaktadır (3). Eğitim almış ebeler tarafından doğru bir obstetrik triyaj uygulandığında gebelerin memnuniyet düzeyi de artmaktadır. Ayrıca hastaların bekleme süresinin kısaldığı ve maliyetin düştüğü belirlenmiştir (4,27).

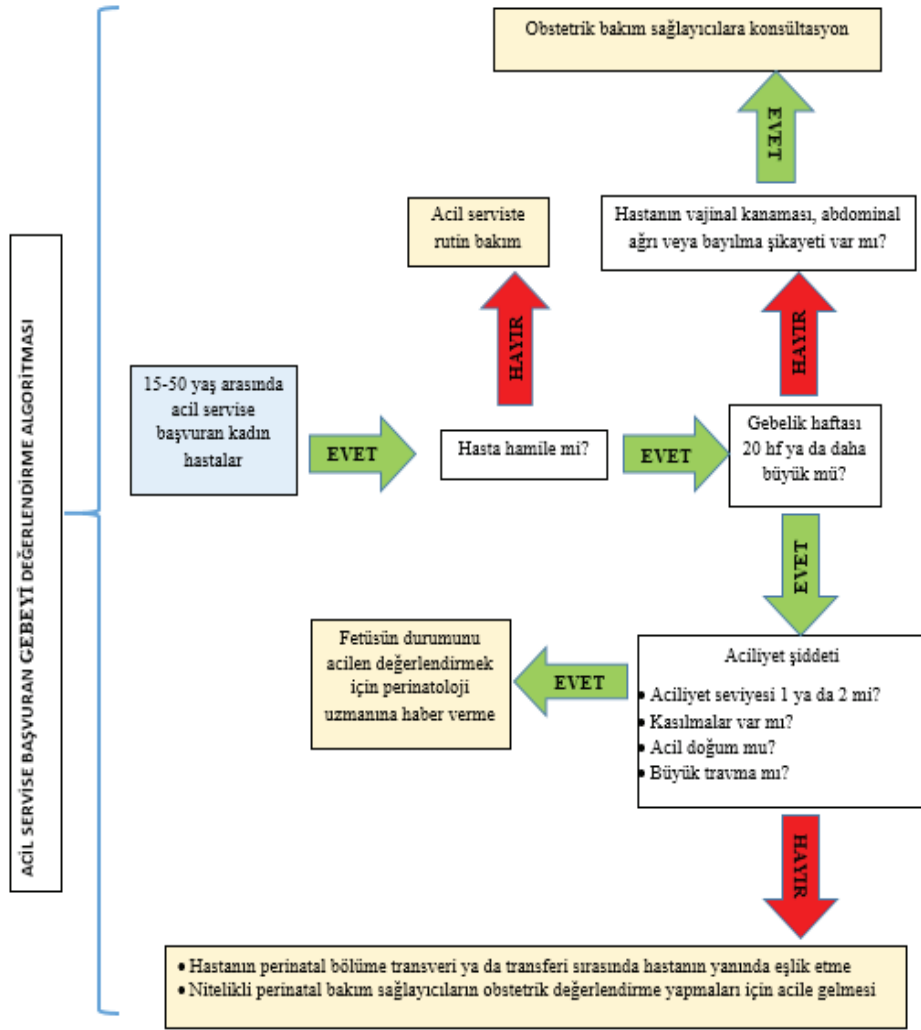
Kadınlara göre ebeler obstetrik triyaj uygulama anından itibaren, üç unsuru içeren bir terapötik bakım vermelidir. Bunlar; fiziksel

mevcudiyet teşviki, güvence ve güvenlik duygusunu içeren duygusal destek; doğrudan bakım ve konfor tedbirlerini içeren somut yardım; açıklama ve tavsiye dâhil olmak üzere bilgi desteğidir. Terapötik bakım ağrıyla, kaygıyla ve korkuyla azaltır. Ayrıca kadının duygusal, manevi ve psikolojik ihtiyaçlarını insan varlığı ve sosyal destek yoluyla karşılamayı içerir. Ebeler tarafından sunulan bu terapötik bakım, obstetrik triyaj ünitelerinde yaygın olarak görülen gebelik riskleri ile karşılaşıldığında daha önemli hale gelmektedir (4).

2.Sonuç

Tüm bu uygulamalar kapsamında ebeler, obstetrik bakımda ve triyajda ana faktör olarak yer almaktadır. Ebelerde mezuniyet öncesi obstetrik triyaj ve acillerle ilgili eğitimler yeterli olmayıp, mezuniyet sonrası eğitimlerinde obstetrik triyajı yer verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle bilgilerin günceliği ve kalıcılığı sağlanmalıdır.

Tüm bunlardan yola çıkarak Türkiye’de obstetrik triyaj ile ilgili literatür taraması yapıldığında, bu konu ile ilgili yayınlanmış makalelerin olmadığı, ancak “obstetrik acil” olarak tarama genişletildiğinde bilgilere ulaşılabilirliğin arttığı görülmektedir. Bu nedenle Türkiye’de ebeler ve ebelerin eğitimi, anne ölümlerinin önlenebilirliği açısından önemlidir. Bu alanda yapılacak olan araştırmalarla literatüre katkıda bulunmalı ve obstetrik triyaj için bir standart belirlenmelidir. Ayrıca obstetrik triyaj ile temel amaç “Çok sayıda insan için en iyiyi yapmak”(doing the greatest good for the largest number of people) olmalıdır (26).



Şekil 1: Acil Servise Başvuran Gebeyi Değerlendirme Algoritması

Tablo 1. Triaj Sınıflaması

ÇOK ACİL	ACİL	ACİL DEĞİL
<ul style="list-style-type: none"> • Resesütasyon gerekli durumlar • Solunum sıkıntısı • Göğüs ağrısı • Travma sonucu kanama • Fetal parçaların sarkması • Umbilikal kord sarkması • Yaklaşan doğum • Kanama • Fetal hareketin (FKH) olmaması 	<ul style="list-style-type: none"> • Doğum: 5dk. altında düzenli kontr. olması • Şiddetli ağrı • Preterm eylem • Erken Membran Ruptürü (EMR) • Ağır kan kaybı • Şiddetli preeklampsi • Epigastrik ağrı • Bulanık görme • Şiddetli baş ağrısı • Deselerasyonlar • Hipo-hiperglisemi 	<ul style="list-style-type: none"> • 37 haftadan sonra hafif düzensiz kasılmalar • Hafif ağrı • Bulantı, kusma • Uykusuzluk • Eyleme bağlı olmayan psikolojik sorunlar • Sümüksü akıntı • Hafif ağrılar ve acılar

Tablo 2: Obstetrik Triađ Kesinlik Skalası (OTAS)

OTAS	1. SEVİYE (HAYAT KURTARICI)	2. SEVİYE (ACİL TEDAVİ)	3. SEVİYE (ACİL TEDAVİ)	4. SEVİYE (AZ ACİL)	5. SEVİYE (ACİL OLMAYAN)
İlk değerlendirme zamanı	Hemen	Hemen	5-10 dakika	5-10 dakika	5-10 dakika
Sağlık bakımı uyg. zamanı	Hemen	<15 dakika	<30 dakika	<60 dakika	<120 dakika
Tekrar değerlendirme	Devam eden hemş. bakımı	15 dakikada bir	15 dakikada bir	30 dakikada bir	60 dakikada bir
Doğum işaretleri/semptomları Amniyon sıvı gelişı	Düşük tehdidi Kord prolapsusu	<37 hafta <37 hafta amniyon sıvı gelişı <5/dk aralıklarla uterus kasılmaları Planlanmamış doğum	≥37 hafta 2-4 dakikada bir kontraksiyon	5 dakikadan daha uzun aralıklarla kontraksiyon	Servikal olgunlaşma
Doğum öncesi kanama	Aktif vajinal kanama	Aktif vajinal kanama	Prezentasyon öncesi kanama öyküsü	Lekeleme	
Fetal değerlendirme	Fetal hareket yok Anormal FKH	Azalmış FKH Anormal biyofiziksel profil (BBP) Anormal dopler			Non Stres Test (NST)
Hipertansif/Nörolojik işaretler/semptomları..	El koyma aktivitesi Azalmış/değişken bilinç	Ani şiddetli baş ağrısı Görme bozukluğu Epigastrik ağrı	Orta derece baş ağrısı Ödem	Hipertansiyon takibi	Kronik tekrarlayan baş ağrısı
Ağrı		Akut şiddetli karın/pelvik ağrı	Orta derece abdominal ağrı Sırt/Yan ağrı		Gebelik rahatsızlıkları
Karın travması	Majör travma Delici karın travması	Majör travma Künt batın travması	Minör travma	Düşme Karına direkt travma yok	
Enfeksiyon belirtileri		Ateş,titreme, uterin hassasiyet Bulantı,kusma,ishal Orta derece dehidratasyon	Bulantı,kusma,ishal Orta derece dehidratasyon	Bulantı,kusma,ishal Hematüri Ateş,öksürük,tıkanma	Döktüntü, kaşıntı
Medikal komplikasyon Solunum Ruh sağlığı	Şiddetli Respiratuar Distres Sendromu (RDS)	Orta derece RDS Yüksek risk/madde kullanımı İntihar girişimi/depresyon	Orta derece RDS Durumsal kriz İntihar düşüncesi/depresyon Madde yoksunluk belirtileri	Depresyon İntihar düşüncesi yok	Önceden planlanmış görüşme Anne ve fetüsü tehdit eden durumun olmaması

Kaynaklar

1. Robertson-Steel L. Evolution of triage systems. *Emerg Med J.* 2006; 23:154–155.
2. Türkdemir, A.H. Triyaj. Erişim tarihi: 20.03.2016 Erişim adresi: http://docs.neu.edu.tr/staff/gurkan.ozel/56_2.pdf
3. Floyd L, Bryce F, Ramaswamy R, Olufolabi A, Srofenyoh E, Goodman D, et al. The introduction of a midwife-led obstetric triage system into a regional referral hospital in Ghana. *Midwifery.* 2018; (61) 45–52.
4. Paul J, Jordan R. Duty S. Improving satisfaction with care and reducing length of stay in an obstetric triage unit using a nurse-midwife-managed model of care. *Journal Midwifery Womens Health.* 2013;58:175–181.
5. Angelini D, Howard E. Obstetric triage: a systematic review of the past fifteen years: 1998-2013. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2014;39 (5):284-297.
6. Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Guidelines for professional registered nurse staffing for perinatal units. Washington, DC. 2010.
7. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 7th ed. Elk Grove Village (IL): AAP; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 667: Hospital-Based Triage of Obstetric Patients. *Obstetrics and gynecology.* Jul;128(1):e16, 2016.
9. Ruhl C. The Maternal fetal triage index. 2018 AWHONN. Erişim adresi: <http://www.marifarerichildren.org/Uploads/Public/Documents/MFCH/Conference/2%20-%20MATERNAL%20FETAL%20TRIAGE%20INDEX%20-%20Ruhl.PDF>
10. Sağlık Bakanlığı Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı, 2015. Erişim tarihi:20.03.2016 Erişim adresi: <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Haberler/aob.pdf>
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni, 2018
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Erişim tarihi: 25.03.2016 Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/ozet_rapor.pdf
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, 2009. Erişim tarihi:20.03.2016 Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap37.pdf>
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri, 2011. Erişim tarihi:20.03.2016 Erişim adresi: <http://www.tkhhk.gov.tr/Dosyalar/4adfd685cc544ff381e-2c31fc84a14a2.pdf>
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009. Erişim tarihi: 15.03.2016 Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm>
16. Evans MK, Watts N, Gratton R. Women's satisfaction with obstetric triage services. *JOGNN.* 2015; 44:693-700.
17. Smithson DS, Twohey R, Rice T, Watts N, Fernandes CM, Gratton RJ. Implementing an obstetric triage acuity scale: interrater reliability and patient flow analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013;287-293. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.03.031>
18. Angelini J.D. Obstetric triage and advanced practice nursing. *J Perinat Neonat Nurs* 2000;13(4):1–12.
19. Bansal M, Lagoo J, Pujari K. Study of near miss cases in obstetrics and maternal mortality in Bastar, Chhattisgarh, India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology.* 2016 Mar;5(3):620-623.
20. Liyew EF, Yalew AW, Afework MF, EsseÂn B. Incidence and causes of maternal near-miss in selected hospitals of Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS ONE.* 2017;12(6):e0179013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179013>
21. Win T, Vapattanawong P, Vong-ek P. Three delays related to maternal mortality in Myanmar: a case study from maternal death review, 2013. *J Health Res.* 2015; 29(3): 179-87.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli annelik katılımcı kitabı. Ankara, 2009
23. Tabbassam HF, Menhas R. Role of community midwife in maternal health care system in rural areas of Pakistan. *American-Eurasian J. Agric. & Environ. Sci.,* 2014; 14 (11): 1236-1239.

24. Li J, Lu H, Hou R. A review of the definition and scope of practice of midwives in five representative countries. *Frontiers of Nursing*. 2018; 5(3):165-173.
25. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, (2018). Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_Rapor.pdf
26. Angelini, DJ. The utilization of nurse-midwives as providers of obstetric triage services: Results of a national survey. *Journal of Nurse-Midwifery*, 1999, 44.5: 431-438.
27. Paine LL, Johnson TR, Lang JM, Gagnon D, Declercq ER, DeJoseph, J, et al. A comparison of visits and practices of nurse-midwives and obstetrician-gynecologists in ambulatory care settings. *J Midwifery Womens Health* 2000;45:37-44. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(99\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(99)00030-6).
28. Lee CH. Disaster and mass casualty triage. *American Medical Association Journal of Ethics*. 2010; 12 (6): 466-470.

