

Araştırma Makalesi/Research Article

**Klinik Bakım Haritaları Hasta Bakımını Standartlaştırabilir mi?
Kalite İyileştirme Çalışması-Sezaryen Klinik Bakım Haritası**

Zibel KOÇ¹, Sultan KIRAN²

*Investigation Of The Relationship Between The Leadership Trends Of The Midwifery Students
And The Conditions Of Intermediation To The Midwife Profession*

ÖZ

Giriş: Hastanelerde hastaların yatış ve taburculuk sürelerindeki belirsizlik, yatak kullanım kapasitesini etkileyen unsurlardan biridir. Bu süreçte meydana gelen netlik hasta yatışlarının planlanmasında da net olmasını, çalışanların hastalara standart bakım uygulamalarına hakim olmasını, sürecin zamanında, aksamadan uygulanmasını ve sürecin ölçülebilirliğini sağlayacaktır.

Amaç: Klinik bakım haritaları, hastalara tutarlı, kaliteli bakım sağlamak ve sonuçları iyileştirmek için kanıtlara ve kılavuzlara dayanan multidisipliner bir bakım planıdır. Çalışmada sezaryen tanısı ile gelen hastalara "Bakım Haritası" ile multidisipliner olarak gerekli olan bakım standartlarının oluşturulması, bakımın sürekliliğinin sağlanması, değerlendirilmesi, mevcut sapmaların incelenerek bakımın ölçülebilirliğini sağlamak hedeflenmiştir. Aynı zamanda klinik bakım haritası kullanmayı düşünen kişilere yol gösterici olması amaçlanmıştır.

Yöntem: Özel bir hastanede 2020 yılında anlık olarak doldurulan 353 "Bakım Haritası" ve "İndikatör Formu" incelendi. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

Bulgular: Altı aylık dönemler halinde değerlendiren bakım haritasında ilk altı aylık süreçte sapma oranı %8,79 iken ikinci altı aylık süreçte %3,41 olarak tespit edildi. Tespit edilen sapmaların en fazla operasyon sonrası ilk günde görüldüğü (%29,20), sapmaların ağrı yönetiminde yaşandığı (%16,42), kriter bazlı sapmaların ilaç-tedavi uygulamalarında (%39,24) ve ilave işlem, ek tetkik istenmesine (%63,92) bağlı olduğu tespit edildi.

Sonuç: Aylık olarak değerlendirilen bakım haritası uyum indikatöründe en sık varyansın post op birinci günde yapılan uygulamalarda yaşandığı gözlemlendi. Bakım kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan sağlık kurumlarının, kanıta dayalı olarak bakım haritalarını geliştirmeleri, analizlerini yaparak sapmaları ve nedenlerini tespit etmeleri ve revizyonlarını sağlamaları önemli adım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Klinik yollar; sezaryen; bakım süreci; bakımın devamlılığı.

ABSTRACT

Introduction: Uncertainty in the hospitalization-discharge times of patients in hospitals is the factors that affect bed utilization capacity. The clarity that takes place in this process will ensure that the planning of hospital care practices, that the process is implemented in a timely manner and without interruption, and the measurability of the process.

Aim:

Methods: 353 "Care Map" and "Indicator Form" which were filled out instantly in a private hospital in 2020 were examined. While evaluating the data of the study, descriptive statistical methods such as frequency, percentage and mean were used.

Results: In the care map, which is evaluated over 6 months period, it was observed that the deviation rate in the first six months period is 8.79%, while it is 3.41% in the second six months period. It was determined that the deviations found were seen on the first day after the operation(29.20%), in the pain management(16.42%), criterion-referenced deviations were observed in drug and treatment applications(39.24%), extra procedure and additional examination(63.92%) were requested.

Conclusion: The most common variance in the orientation indicator of the care pathway, which was evaluated monthly, was observed in the applications that were carried out on the first day of post-op. To develop, and use care maps based on the evidence, and to supply revisions according to determining the variances through performing analyses and the causes will be an important step for the health institutions that aim to improve the care quality.

Keywords: Clinical paths; cesarean section; continuum of care; continuity of care.

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD
Sorumlu Yazar/ Corresponding author: Zibel KOÇ e-mail ilksenay2005@yahoo.com. ORCID ID 0000-0002-8708-431X
Sultan KIRAN e-posta/ e-mail:sultan.kiran@hisarhospital.com. ORCID ID 0000-0002-5553-5219
Geliş Tarihi: 24.09.2021 Kabul Tarihi: 21.02. 2022

EXTENDED ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to establish the care standards required in a multidisciplinary manner by using the "Sectio Clinical Care Map" for the patients who came with the diagnosis of cesarean section, to ensure the continuity of care, its evaluation, and to ensure the measurability of care by examining the existing deviations. It also intends to be a guide for people considering CKD practice.

Method: This descriptive, prospective study was conducted by examining the "Sectio Clinical Care Map" data collected between January and December 2020 by the Nursing Services and Quality department in a 212-bed private hospital with JCI Accreditation in Istanbul. The study only includes patients with sectio operation and excludes patients who had additional procedures/interventions as they may require changes in planned standard practices. While creating the care map, the necessary actions to be done every day and during the process as well as who will implement it were determined.

Findings and Discussion: Examining the criterion-based deviations, the highest observed in the first six months were medication and treatments, nursing interventions, testing, and laboratory. While in the second six months, they were nursing interventions, medications and treatments, tests, and laboratory requests.

Deviations in the "Physician evaluation and consultations" criterion are; not obtaining consent on time, physician-preferred changes in medical dressing applications. Deviations in the "Tests" criterion are; requesting tests for Covid-19 in the pre-op period, blood sugar monitoring in non-diabetic patients, and extra tests requested in the post-op period. Deviations in the "care practices" criterion are; Patients do not want to shower due to the Covid-19 pandemic, post-op bleeding controls not performed, compression stockings not worn, and not ensuring breastfeeding continuity because the baby is transferred to the intensive care unit. Deviations in the "medication" criterion are; physicians' request for extra fluid treatment in the pre-op period, ordering medication outside the specified standards, and the patient's failure to provide gas discharge. Deviations in the "diet" criterion depend on the patient's time to

start post-op feeding and the diet change given. In the second 6-months period, no deviation was observed in this regard. Deviations in the "activity" criterion are related to the duration of the patient's recovery after surgery. Deviations in the "education" criterion are; not telling the patient about the medication s/he used, extra training given to the patients due to Covid-19, late training due to the baby being taken to the intensive care unit, and additional training. Deviations in the "discharge plan and expected outcomes" criterion are; lack of or late lactation due to the newborn being taken to the intensive care unit, increased amount of bleeding and uterine contraction, patients being excited before cesarean section and not being able to focus on training, and inability to understand the information given.

Examining the Sectio CKD deviations in terms of periods (pre-op, in operation, post-operation first day, and post-op second day), it was determined that the period with the least compliance with the care map on an annual basis was the first day after the operation, the zeroth day after the operation, the pre-op preparation period and the post-op second day, respectively.

Conclusion: Considering that cesarean delivery is one of the most commonly performed surgical operations in our country, using a standardized care map for cesarean sections will ensure the satisfaction of both employees and patients. The use of CKD also allows nurses to evaluate the progress of patient care. In the private hospital where the study was conducted, it was observed that the rate of compliance with the Cesarean Section Clinical Care Map (CKD) was high, and the care provided was generally consistent with CKD. Even if the rate of compliance with CKD is high, it is a fact that there are opportunities to use it more effectively.

GİRİŞ

Hastaneler hizmet verirken kaliteyi koruma, artırma ve maliyetleri düşürme baskısı altındadır. Bu süreçte hastaneler belirli klinik problemi olan hastaların bakım

uygulamalarında multidisipliner bakım planları kullanılmaktadır (Dy ve ark., 2003; Bjurling-Sjöberg, Engström, Lyckner ve Rydlo, 2013; He ve Yang, 2015). Klinik bakım haritaları olarak ifade edilen bu planlar, hastanın tedavi sürecindeki temel adımları detaylandıran (Rotter ve ark., 2010), hastalar için hedefleri gösteren ve bu hedeflere optimum verimlilikle ulaşmak için gerekli eylemlerin sırasını, zamanlamasını belirleyen (Panella, Marchisio ve Di Stanislao, 2003), klinik karar vermeyi kolaylaştıran, tedavi ve bakım sürecinin standartlaştırılmasında etkili ve verimli yaklaşımlardır (Renholm, Leino-Kilpi ve Suominen, 2002; Joint Commission International [JCI], 2017; Aspland, Gartner ve Harper, 2019). Kaynakların verimli kullanılması, bakım kalitesinin en üst düzeye çıkarılması, teşhis ve tedavide gecikmelerin en aza indirilmesi, hasta sonuçlarının iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için tasarlanmış bir metodolojidir (Renholm ve ark., 2002; Wanyonyi ve Karuga, 2010). Spesifik bir tanıya sahip hastaların tüm sürecinin haritalandırılmasıdır (Wanyonyi ve Karuga, 2010).

Klinik bakım haritaları, uluslararası kabul görmüş kanıt dayalı kılavuzları referans alır ve kılavuzların klinik uygulamaya dönüştürülmesini destekler (Renholm ve ark., 2002; Vanhaecht ve ark., 2006; Rotter ve ark., 2010; He, Bundorf, Gu, Zhou ve Xue, 2015). Klinik kılavuzlar genel öneriler sağlarken, klinik yollar bu önerileri detaylandırır (içerik, zaman gibi). Örneğin, kalp ameliyatı için hastaneye kaldırılan bir kişinin taburcu olduktan sonra ayakta kardiyak rehabilitasyon programına gitmesi tavsiyesini içeren klinik kılavuzdur. Kalp cerrahisi klinik bakım haritası ise, hangi sevk formunun kullanılacağı, ne zaman, kime sunulacağı ve sevk işlemlerinin tamamlanmasından kimin sorumlu olacağı gibi ayrıntıları belirtir (Rotter ve ark., 2010).

Klinik kılavuzlar ve Klinik Bakım Haritası'nın (KBH) kullanımı ile yüksek kaliteli, uygun maliyetli bakım, daha fazla hasta ve personel memnuniyeti ve daha iyi kaynak yönetimi dahil olmak üzere olumlu sonuçlar arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (He ve ark., 2015). İlk olarak Zander ve arkadaşları (1985) tarafından kullanılan "klinik yol" terimi, uluslararası sağlık yönetimi modellerinde kabul görmüştür (De Bleser ve ark., 2006; Vanhaecht ve ark.,

2006; Rotter ve ark., 2010; He ve Yang, 2015). 1990'larda hemşirelik bakım planları, hasta bakımının tüm yönlerini içeren, ileriye dönük, hasta bakımı ile ilgili tüm disiplinleri içeren entegre bakım yolu haline gelmiştir (De Bleser ve ark., 2006; McLachlan, Kyrimi, Fenton ve Dube, 2019). 2003 yılında ABD hastanelerinin %80'inden fazlasının klinik bakım haritalarını uyguladığını bildirmiştir (Kinsman, Rotter, James, Snow ve Willis, 2010; He ve Yang, 2015). En yaygın kullanılan terimler; bakım yolu, entegre bakım yolu, kritik yol, protokol, bakım haritasıdır (Coffey ve ark., 2005; Kinsman ve ark., 2010; Asmirajanti, Hamid ve Hariyati, 2018; Aspland ve ark., 2019). Klinik yol, koordineli bir tedavi programını gerçekleştirmek için tasarlanmış tanısal testler, ilaçlar ve konsültasyonlar dahil olmak üzere tıbbi ve hemşirelik prosedürlerinin çizelgeleri olarak ifade edilmektedir (De Bleser ve ark., 2006). Son yıllarda ise "Multidisipliner Aksiyon Planı (Multidisciplinary Action Plan)" ifadesinin baş harflerinden oluşturulan "MAP" kelimesinden yola çıkılarak "Care MAPS" "Klinik Bakım Haritası (KBH)" terimi kullanılmaktadır (Tapan, Yıldırım ve Alıcı, 2015). KBH, kaynakları daha iyi kullanmak, bakım kalitesini en üst düzeye çıkarmak ve gecikmeleri en aza indirmek için belirli bir tanı için multidisipliner ekip (doktor, hemşire ve diğer sağlık personelleri) tarafından müdahalelerin optimal bir şekilde sıralanmasını ve zamanlamasını tanımlar. Hasta bakım sürecinin görselleştirilmesi olarak düşünülebilir (Panella ve ark., 2003; Coffey ve ark., 2005).

KBH'larında homojen hasta grupları için uygun tıbbi ve hemşirelik prosedürleri, beklenen sonuçlar (He ve Yang, 2015), tanısal testler, ilaçlar ve konsültasyonlar (De Bleser ve ark., 2006), zaman çizelgeleri yer alır (Dy ve ark., 2003). KBH, 1989'da hasta bakım ve uygulamaları için geliştirilmiş olup ilk kullanıcıları hemşirelerdir. (Tapan ve ark., 2015; McLachlan ve ark., 2019). Ancak bakım haritaları; fizyoterapist, beslenme uzmanı gibi tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının işbirliğini gerektirmektedir (Kebapçı ve Kanan, 2018). Hastalara kesintisiz bir bakım verilebilmesi için hekim, hemşire ve diğer sağlık bakımı uygulayıcıları arasında bakımın sürekliliğinin ve koordinasyonunun sağlanması için süreçlerin tasarlanması ve uygulanması önemlidir (JCI, 2017). Acil durumlarda, elektif cerrahilerde ameliyat öncesi-sonrası klinik

konularda, hastanın hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreçte multidisipliner bir ekiple bütünsel bakım sağlamada etkilidir (Asmirajanti ve ark., 2018; Kebapçı ve Kanan, 2018). KBH hemşireler için bir eğitim kılavuzu görevi görmekte ve plan aynı zamanda bir dokümantasyon aracı olarak kullanıldığı için harcanan hemşirelik süresinin azalmasına katkıda bulunmaktadır (Bumgarner ve Evans, 1999). Bakım sunumunda tüm sağlık profesyonellerine tedavi planları ve beklenen sonuçlar konusunda eğitmek, rehberlik etmek için oluşturulan KBH, kısa ve öz olarak hazırlanmalıdır (Coffey ve ark., 2005; Asmirajanti ve ark., 2018).

Tüm dünyada hasta güvenliğine verilen önem nedeniyle, KBH'lerin verimliliğini ve etkinliğini değerlendirmek ve sürekli takip etmek gereklidir (Vanhaecht ve ark., 2006). KBH'larının bakım sunumunu standartlaştırarak kaliteyi iyileştirdiği, riskleri azalttığı, verimliliği ve hasta memnuniyetini artırdığı ve maliyetlerin kontrol altına alınmasında etkili olduğu vurgulanmıştır (Schrijvers, Van Hoorn ve Huiskes, 2012; Bjurling-Sjöberg ve ark., 2013; He ve Yang, 2015; Kebapçı ve Kanan, 2018). Özellikle, "yatış süresi" ve "hastaneye yatış maliyetleri", KBH sonuçlarını değerlendirmek için kullanılan iki ana göstergedir (He ve Yang, 2015). Bunun dışında hastaneye yeniden yatış oranı, komplikasyonlar, hastane içi mortalite ve diğer göstergelerle ölçülen hasta sonuçları üzerinde de olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (He ve Yang, 2015; Kebapçı ve Kanan, 2018). Aynı zamanda çalışanların zamanını ve ekipmanların kullanım oranını, hasta bakım süreçlerini yönetirken toplam akış süresini veya hastanın kurumda tedavi altında olduğu toplam süreyi optimize etmede de etkili olabileceği görülmüştür (Schrijvers ve ark., 2012). KBH, tedavinin, bakımın veya hasta sonuçlarının kanıt dayalı olarak belirlenen akıştan ne zaman saptığını belirleyen basit ve etkili bir görsel yöntem olup klinik uygulamadaki varyansın izlenmesine de yardımcı olmaktadır (McLachlan ve ark., 2019).

Bakım Haritalarının Genel Özellikleri:

Klinik kılavuzların ve klinik protokollerin uygulanmasını destekleyen ve multidisipliner yaklaşımı destekleyen KBH (Tapan ve ark., 2015) yine multidisipliner ekipler tarafından geliştirilmelidir (Asmirajanti et al., 2018).

Böylece bakım uygulayıcıları arasında iletişim ve işbirliğinin gelişmesine de katkı sağlayacaktır (Bjurling-Sjöberg ve ark., 2013). Klinik bakımı yönlendirmek üzere klinik uygulama kılavuzları, klinik bakım haritaları ve klinik protokoller birlikte kullanılmaktadır (Kinsman ve ark., 2010; JCI, 2017). Ancak Türkiye'de kılavuzlar yaygın olarak kullanılmakla birlikte KBH kullanımı yaygın değildir (Kebapçı ve Kanan, 2018).

KBH'nın geliştirilmesi için standart bir plan yoktur. Yaygın yaklaşım, formun sol tarafında bakım uygulamalarını ve üst kısımda zaman sırasının listelenmesidir (Bumgarner ve Evans, 1999; McLachlan ve ark., 2019). Zaman dilimleri veya kriterlere dayalı ilerleme vardır. Belirlenen bir kriter karşılanırsa o adımlar uygulanmış kabul edilir (Kinsman ve ark., 2010).

- **Zaman çizelgesi:** Bakım haritasında ilgili tüm grupların (doktor, hemşire, fizyoterapist gibi) aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösterilir. Kullanılan zaman dilimi, bakım haritasının kullanacağı hasta özelliğine göre değişebilir. Çoğu klinik uygulama formatı gün veya saate göre faaliyetlerini belirlemektedir (Coffey ve ark., 2005).
- **Hastada beklenen sonuçlar:** Bakım süreci boyunca hastada beklenen klinik sonuçlar bakım haritası üzerinde gösterilir. Genelde sonuçlar, günlük olarak gösterilmektedir. Ara sonuçlar ise, hastanın seyrinin beklenildiği gibi ilerleyip ilerlemediğini gösteren kontrol noktaları olarak kullanılmaktadır.
- **Bakımın ana unsurları:** Genel olarak, yüksek hacimli, yüksek riskli ve yüksek maliyetli tanılar ve prosedürler için KBH geliştirilir ve içerisinde sekiz bakım unsuru yer almaktadır. Bunlar; Hekim değerlendirme ve konsültasyonlar, testler, bakım uygulamaları, ilaç tedavisi, diyet, aktivite, eğitim, taburculuk planları (Beklenen çıktılar)'dır (Renholm ve ark., 2002; Coffey ve ark., 2005). KBH'nın oluşturulmasında ekip lideri hemşire olmasına rağmen ekip içerisinde buluna kişilerin özellikle hekimlerin aktif rol alması sürecin efektif yürümesi için önemlidir (Tapan ve ark., 2015).

KBH Oluşturulması ve Uygulanmasında Adımlar

- Hasta bakımında yaşanan problemleri tanımlanır (uygulama çeşitliliği, aşırı kaynak

kullanımı, bilinen kanıta dayalı tedavileri sağlamadaki başarısızlık gibi).

- Bir çalışma komitesi oluşturulur.
- Klinik yol oluşturulur (veya mevcut olan yol revize edilir)
- İlgili tüm personel ve departmanlara oluşturulan taslak bakım haritası gönderilir. En iyi fikir birliği yaklaşımına ulaşmak için alternatifler gözden geçirilir.
- Oluşturulan KBH ile ilgili pilot uygulama yapılır.
- KBH performans verileri toplanır ve değerlendirilir.
- Performansı iyileştirmek için süreç içerisinde gerekli revizyonlar yapılır (Coffey ve ark., 2005). Lyckner ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; KBH'nın standart bir postoperatif iyileşme sürecini anlamak için referans kılavuz olarak kullanılabileceği ve KBH'lerin hemşirelerin becerilerini ifade etme ve kullanmada özerkliği artırabileceği belirtilmiştir (Bjurling-Sjöberg ve ark., 2013).

Bu çalışma ile sezaryen tanısı ile gelen hastalara "Sezaryen Klinik Bakım Haritası" kullanılarak multidisipliner olarak gerekli olan bakım standartlarının oluşturulması, bakımın sürekliliğinin sağlanması, değerlendirilmesi, mevcut sapmaların incelenerek bakımın ölçülebilirliğinin sağlanması hedeflenmiştir. Aynı zamanda KBH uygulamayı düşünen kişilere yol gösterici olması amaçlanmıştır.

Araştırma Sorusu: KBH kullanımı hasta bakımının standartlaşmasına katkı sağlar mı?

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte prospektif olarak yapılan bu çalışma, İstanbul'da JCI (Joint Commission International) Akreditasyon sahibi olan 212 yataklı özel bir hastanede Hemşirelik Hizmetleri ve Kalite departmanı tarafından Ocak-Aralık 2020 tarihleri arasında toplanan "Sezaryen Klinik Bakım Haritası" verileri incelenerek yapıldı.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Çalışmada 2020 yılında hastanede toplam 378 sezaryen operasyonu yapılmış olup ek tanı alanlar kapsam dışı bırakılarak toplam 353

sezaryen hastasının KBH uyum takip formu incelendi. Çalışmada sadece sezaryen operasyonu olan hastalar dahil edilmiş olup ek işlem/müdahale yapılan hastalar planlanan standart uygulamalarda değişiklik gerektirebileceğinden kapsam dışı kabul edilmiştir. Örneğin; sezaryen+tüp ligasyonu uygulanan hastalar ile normal doğumu takiben sezaryen operasyonuna alınan gebeler kapsam dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Hasta bakımında rol alan ekip üyeleri (doktor, hemşire, diyetisyen vs) tarafından oluşturulan "Sezaryen Klinik Bakım Haritası (Şekil 1)" ve bakım haritasında oluşan sapmaların takip edildiği "KBH Uyum Takip Formu" kullanıldı. Araştırmamızın temel değişkenleri, Sezaryen klinik bakım haritasını oluşturan her bir alt başlık ve her bir alt başlığın puanlarının (her biri 1 puan olarak değerlendirilmiştir) sayısal olarak toplamıdır.

KBH, tedavinin, bakımın veya hasta sonuçlarının kanıta dayalı olarak belirlenen akıştan ne zaman saptığını belirleyen basit ve etkili bir görsel yöntem olup klinik uygulamadaki varyansın izlenmesine de yardımcı olmaktadır (McLachlan ve ark., 2019).

KBH oluşturulurken hastanın hastanede kalacağı her bir gün ve süreçte yapılması gereken işlemler, kimlerin uygulayacağı belirlendi. Hastaya verilecek eğitimler, kimin vereceği, ne zaman verileceği, hastanın yatış süresi, açlık süresi, tahmini taburculuk süresi gibi konular ulusal/uluslararası klinik kılavuzlar, yasa/yönetmeliklere göre oluşturuldu ve oluşturulan KBH kullanıcıların ve Hasta Bakım Komitesinin onayına sunuldu. Onaydan geçen ve beş aşamalı olarak oluşturulan formun kullanımı ile ilgili kullanıcılara eğitimler verildi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Planlanan standart bakım sürecinde meydana gelen sapmaların aylık ve yıllık dağılımları değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı. Verilerin kullanılmasında hastaneden yazılı izin alındı.

KBH Serviste Uygulanması

KBH planlanan tüm kriterlerin gerçekleştirildiğinden emin olmak için başvurulacak bir kontrol listesi olarak kullanılmaktadır ve uygulamaların gerçekleştirildiğine dair bu doğrulama, hasta güvenliğinin de artmasını sağlamaktadır (Bjurling-Sjöberg ve ark., 2013).

- Sezaryen hastasının kliniğe yatışı yapıldığı anda dosyasına “Sezaryen KBH” formu yerleştirildi.
- 5 bölümden oluşan formun (pre-op, operasyon, operasyon 0.gün, post-op 1.gün ve post-op 2.gün) her bir sütunu kullanılmaya başlandığında tarih yazıldı.
- KBH’nda (hekim değerlendirme ve konsültasyon, testler, bakım uygulamaları, ilaç tedavisi, diyet, aktivite, eğitim, taburculuk planı-beklenen çıktılar) uygulanması planlanan işlemler kontrol edilerek ilgili kişiler tarafından (doktor, hemşire, diyetisyen vs) uygulananlara tik atıldı.

- Uygulanmayan kriter var ise “KBH Uyum Takip Formu”na nedeni yazıldı.
- Hemşirelik hizmetleri tarafından birimlerde anlık olarak kayıt altına alınan “KBH Uyum Takip Formu” aylık olarak kalite bölümüne iletildi.
- KBH uyum oranları, kalite bölümü tarafından takip edilen indikatörlerden birisidir. Kalite birimi ile birlikte veriler analiz edildi ve süreçte meydana gelen sapmalar hesaplandı.
- Değerlendirmede planlanan her bir girişimin, zamanından önce veya sonra yapılması veya hiç yapılmaması “sapma” olarak kabul edildi.
- 6 aylık periyotlarda yapılan komite toplantısı ile sapma oranları, nedenleri tartışıldı.
- Komite toplantısı sonrası KBH revizyonu gerçekleştirildi.

TARİH	Pre - op / Poliklinik	Operasyon	Post - Op 0. gün	Post - Op 1. gün	Post - Op 2. gün (Taburculuk)
ZAMAN ARALIĞI	Pre - op / Poliklinik	Operasyon	Post - Op 0. gün	Post - Op 1. gün	Post - Op 2. gün (Taburculuk)
LOKASYON	<input type="checkbox"/> Servis	<input type="checkbox"/> Ameliyathane	<input type="checkbox"/> Servis	<input type="checkbox"/> Servis	<input type="checkbox"/> Servis
HEKİM DEĞERLENDİRME VE İZLEM	<input type="checkbox"/> Hekim ilk değerlendirme <input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Bilgiendirilmiş onam alınması <input type="checkbox"/> Anestezi Değerlendirme <input type="checkbox"/> Anestezi onam alınması	<input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Monitörizasyon <input type="checkbox"/> Postop bekleme odasında kanama takibinin yapılması	<input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi (Post-op) <input type="checkbox"/> Uterin involüsyonu kontrolü/vajinal kanama (Loshia) <input type="checkbox"/> İnizyion yeri kontrolü- Temiz ve kapalı	<input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Uterin involüsyonu <input type="checkbox"/> İnizyion kontrolü / pansuman <input type="checkbox"/> Barsak aktivitesi (eskültasyon)	<input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Uterin involüsyonu <input type="checkbox"/> İnizyion kontrolü / pansuman açılıp opüste açıklık
TEST / LAB	<input type="checkbox"/> Hemogram <input type="checkbox"/> aPTT, PT <input type="checkbox"/> Kan Grubu <input type="checkbox"/> Serolojik testler				
İLAÇ VE TEDAVİLER	<input type="checkbox"/> Kendi kullandığı ilaçlar <input type="checkbox"/> Epidural anestezi yapılacaksa 500ml Volüven takınması <input type="checkbox"/> Diğer...	<input type="checkbox"/> Ranitidin 50 mg IV uygulanması <input type="checkbox"/> Ondansetron 8 mg IV uygulanması <input type="checkbox"/> 1gr Sefalosporin IV uygulanması Anestezi uygulanması <input type="checkbox"/> Genel anestezi yapıldı ise; <input type="checkbox"/> Contromal 100mg IV uygulanması <input type="checkbox"/> Parasetamol 1gr IV uygulanması <input type="checkbox"/> Arveles 50mg IV uygulanması <input type="checkbox"/> Takildi ise PCA ile ağrı kontrolü <input type="checkbox"/> Epidural / Spinal anestezi ise; <input type="checkbox"/> Takildi ise PCA ile ağrı kontrolü <input type="checkbox"/> Sympitan 20 Ünite IV uygulaması <input type="checkbox"/> Cytotec tablet 1x2 rektal uygulanması <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> 2000 ml dengeli sıvı elektrolit solüsyonu <input type="checkbox"/> 10 ünite serum içinde oksitozin uygulaması <input type="checkbox"/> İlk dozu takiben 12 saat sonra 1gr sefalosporin uygulanması <input type="checkbox"/> Var ise PCA ile ağrı kontrolü <input type="checkbox"/> Aldolan 1x50 mg ağrı skoru \geq 7 veya <input type="checkbox"/> Diclon 2x1 İV <input type="checkbox"/> Perfalgan 2x1 İV <input type="checkbox"/> Rh uygunsuzluğu kontrol edildi. Varsa Anti-D uygulanması (ilk 72 saat) <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Parol tablet 500mg 3x1 <input type="checkbox"/> Dikloran ampul 2x1 <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Dikloran ampul 2x1 ağrı skoru \geq 5 veya <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Diğer
BESLENME VE DİYET	<input type="checkbox"/> 6-8 saatlik açlık olacak	<input type="checkbox"/> 6 saatlik açlık devam edecek	<input type="checkbox"/> Genel anestezi alan hastalarda Gazsız Rejim 2 (Post-op 4 saat) <input type="checkbox"/> Epidural anestezi ise hemen berrak sıvılar başlanır Rejim 2 (Post-op 4 saat) <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Gaz deşarj (-) ise Gazsız Rejim 2 <input type="checkbox"/> Gaz deşarj + ise Gazsız Rejim 3 <input type="checkbox"/> Defekasyon + ise Gazsız Rejim 3	<input type="checkbox"/> Rejim 3 <input type="checkbox"/> Diğer
AKTİVİTE	<input type="checkbox"/> Serbest <input type="checkbox"/> Diğer		<input type="checkbox"/> Yardım mobilizasyon (post op 5. Saat) <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> En az 2 saat ara ile mobilizasyon	<input type="checkbox"/> Serbest mobilizasyon
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	<input type="checkbox"/> Anamnez (BBO hemşiresi ve servis hemşiresi) <input type="checkbox"/> Fetal monitörizasyon (NST) <input type="checkbox"/> IV yeri açılması <input type="checkbox"/> Tedavilerin kaydedilmesi <input type="checkbox"/> Gerekirse lavman <input type="checkbox"/> Düşme riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Bası yarası riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Vital bulguların alınması	<input type="checkbox"/> Foley sonda ile mesanenin boşaltılması <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi temizliğinin yapılması <input type="checkbox"/> Vajinal temizlik yapılması <input type="checkbox"/> Anti-embolik çorap giydirilmesi	<input type="checkbox"/> Vital bulgular, vaginal kanama ve uterin involüsyonu takip 1. saatte 15 dakikada bir 2. saatte 30 dakikada bir 6. saatte kadar saatte bir 24 saatlik dönemde 2 saatte bir takip yapılmalıdır. <input type="checkbox"/> Post-op ilk 3 saat inizyion yeri üzerine kum torbası uygulanması <input type="checkbox"/> Meme kontrolü (Bebek hemşiresi) <input type="checkbox"/> Sonda çıkarılması 5. - 8. saat kdr çıkışı 1000 ml ve üzeri ise <input type="checkbox"/> Düşme riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Bası yarası riski değerlendirme <input type="checkbox"/> İdrar çıkışı takibi (saatlik 50 ml üzeri) <input type="checkbox"/> Tedavilerin kaydedilmesi <input type="checkbox"/> Ağrı takibi <input type="checkbox"/> Yatakta vücut temizliği <input type="checkbox"/> Lohusalık eğitimi <input type="checkbox"/> Emzirmenin başlatılması (ilk 1 saatte)	<input type="checkbox"/> Hemşire bakım planına göre <input type="checkbox"/> Tedavilerin kaydedilmesi <input type="checkbox"/> Ağrı takibi <input type="checkbox"/> Emzirmenin devam ettirilmesi <input type="checkbox"/> Meme kontrolü (Bebek Hemşiresi) <input type="checkbox"/> Düşme riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Bası yarası riski değerlendirme <input type="checkbox"/> İV kateteri çıkarılması <input type="checkbox"/> Oturtarak duş adırılması	<input type="checkbox"/> Hemşire bakım planına göre değerlendirme <input type="checkbox"/> Tedavilerin kaydedilmesi <input type="checkbox"/> Ağrı takibi <input type="checkbox"/> Yardımla ayakta duş <input type="checkbox"/> Emzirmenin devam ettirilmesi <input type="checkbox"/> Meme kontrolü <input type="checkbox"/> Düşme riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Bası yarası riski değerlendirme
EĞİTİM / BİLGİ.	<input type="checkbox"/> Operasyon ve olası komplikasyonlar <input type="checkbox"/> Yenidoğan ile ilgili bilgilendirme <input type="checkbox"/> Çoğunlukla ve yatak kullanımı		<input type="checkbox"/> Lohusalık eğitimi <input type="checkbox"/> Oral beslenme eğitimi <input type="checkbox"/> Ağrı kontrolü eğitimi <input type="checkbox"/> Mobilizasyon eğitimi	<input type="checkbox"/> Lohusalık eğitimi <input type="checkbox"/> Emzirme eğitimi	<input type="checkbox"/> Bebek odası eğitimi (bebek hemşiresi) <input type="checkbox"/> Kullanacağı ilaçlar <input type="checkbox"/> Pansuman ve yara bakımı <input type="checkbox"/> Lohusalık süreci
BEKLENELEN ÇIKTILAR	<input type="checkbox"/> Hasta bilgilendirmeleri anlaşılır ve tekrar edebiliyor.	<input type="checkbox"/> Vital bulgular stabil <input type="checkbox"/> Ağrı yok <input type="checkbox"/> Hasta uyankı kooperasi <input type="checkbox"/> Vajinal kanama normal	<input type="checkbox"/> Vital bulgular stabil <input type="checkbox"/> Ağrı yok <input type="checkbox"/> Hasta uyankı kooperasi <input type="checkbox"/> Vajinal kanama normal <input type="checkbox"/> Laktasyon var <input type="checkbox"/> Oral alabiliyor <input type="checkbox"/> Yardım mobilize olabiliyor	<input type="checkbox"/> Vital bulgular stabil <input type="checkbox"/> Ağrı yok <input type="checkbox"/> Gaz deşarj var <input type="checkbox"/> Vajinal kanama normal <input type="checkbox"/> Laktasyon var <input type="checkbox"/> Oral alabiliyor <input type="checkbox"/> Yardım mobilize olabiliyor	<input type="checkbox"/> Vital bulgular stabil <input type="checkbox"/> Ağrı yok <input type="checkbox"/> Kontrol zamanını biliyor <input type="checkbox"/> Vajinal kanama normal <input type="checkbox"/> Mobilize <input type="checkbox"/> Oral yemek

Şekil 1: Sezaryen klinik bakım haritası

BULGULAR

Çalışmada beş aşamalı olarak kullanılan sezaryen KBH; ameliyat öncesi (pre-op), ameliyat esnasında, ameliyat sonrası 0 (post-op), ameliyat sonrası 1.gün, ameliyat sonrası 2.gün olarak kriter bazlı değerlendirildi. İlk altı ayda her bir sezaryen KBH'nda 121 kriter değerlendirildi. Değerlendirme toplantısı

sonrası sapma nedenlerine yönelik revizyonlar yapılarak ikinci altı aylık dönemde 123 kriter değerlendirilmiş olup toplamda 43075 kriter incelendi. KBH değerlendirilen 353 hastanın tek tek analizi yapıldığında meydana gelen sapma (bakım haritasına uyulmayan kriter) ilk altı ayda %8,79, ikinci altı ayda ise %3,41 olup yıllık sapma 2589 adet olup sapma oranı %6,01'dir (Tablo 1).

Tablo 1: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Kullanımlarının Dağılımı

Kriterler	Ocak-Haziran 2020						Toplam
	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	
İncelenen Bakım Haritası (Hasta) Sayısı	28	34	34	21	27	28	172
Sapma Gerçekleşen Parametre Sayısı	321	337	318	299	272	282	1829
Parametre Sayısı	121	121	121	121	121	121	726
İncelenen Toplam Parametre Sayısı	3.388	4.114	4.114	2.541	3.267	3.388	20.812
Genel Sapma Oranı	9,47	8,19	7,73	11,77	8,33	8,32	8,79

Tablo 1: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Kullanımlarının Dağılımı -devam

Kriterler	Temmuz-Aralık 2020						Toplam	Genel Toplam
	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık		
İncelenen Bakım Haritası (Hasta) Sayısı	29	23	39	34	26	30	181	353
Sapma Gerçekleşen Parametre Sayısı	163	124	203	107	85	78	760	2589
Parametre Sayısı	123	123	123	123	123	123	738	1464
İncelenen Toplam Parametre Sayısı	3.567	2.829	4.797	4.182	3.198	3.690	22263	43075
Genel Sapma Oranı	4,57	4,38	4,23	2,56	2,66	2,11	3,41	6,01

Kriter bazlı sapmalar incelendiğinde; ilk altı ayda en fazla %43,06 ilaç ve tedaviler, %30,95 hemşirelik girişimleri, %14,31 test ve laboratuvar iken ikinci altı ayda %30,02 hemşirelik girişimleri, %25,4 ilaç ve

tedaviler, %18,12 test ve laboratuvar istemlerinde olduğu görüldü (Tablo 2). KBH sapmada her iki dönemde de %66,19 ve %55,39 oranında ilave işlem olduğu tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 2: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Sapmaların Kriterlere Göre Dağılımı

KBH Kriterlerine Göre Sapma	Ocak-Haziran		Temmuz-Aralık		Genel Toplam	
	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%
Hekim değerlendirme ve izlem	50	2,47	25	4,44	75	2,9
Test/laboratuvar	290	14,31	102	18,12	392	15,14
İlaç ve tedaviler	873	43,09	143	25,4	1016	39,24
Beslenme/ Diyet	24	1,18	0	0	24	0,93
Aktivite/ Fizyoterapi	10	0,49	4	0,71	14	0,54
Hemşirelik Girişimleri	627	30,95	169	30,02	796	30,75
Eğitim ve Bilgilendirme	98	4,84	81	14,39	179	6,91
Beklenen çıktılar	54	2,67	39	6,93	93	3,59
Toplam	2026	100	563	100	2589	100

Tablo 3: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Kriterlerin Uygulanma Durumlarının Dağılımı

Kriter	Ocak-Haziran		Temmuz-Aralık		Genel Toplam	
	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%
Uygulanmadı	587	28,97	221	39,25	808	31,21
Erken uygulandı	23	1,14	15	2,66	38	1,47
Geç uygulandı	75	3,7	13	2,31	88	3,4
İlave uygulama yapıldı	1341	66,19	314	55,77	1655	63,92
Toplam	2026	100	563	100	2589	100

Tablo 4: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Sapmaların Nedenlerinin Dağılımı

Varyans Koduna Göre Sapma	Ocak-Haziran		Temmuz-Aralık		Genel Toplam	
	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%
1.01 Nöroloji	12	0,59	7	1,24	19	0,73
1.02 Kardiyovasküler	90	4,44	33	5,86	123	4,75
1.03 Gastroenteroloji	94	4,64	50	8,88	144	5,56
1.04 Solunum	11	0,54	1	0,18	12	0,46
1.05 Üroloji	154	7,6	42	7,46	196	7,57
1.06 Ağrı Yönetimi	355	17,52	70	12,43	425	16,42
1.07 Yara İyileşme-pansuman	164	8,09	54	9,59	218	8,42
1.08 Alerjik Reaksiyon	13	0,64	2	0,36	15	0,58
1.09 Diğer (kanama kontrolü)	188	9,28	29	5,15	217	8,38
2.01 İlave test	238	11,75	63	11,19	301	11,63
2.02 Order'da gecikme	17	0,84	5	0,89	22	0,85
2.03 Taburcu order'ında gecikme	16	0,79	3	0,53	19	0,73
2.04 Taburcu planlamada gecikme	5	0,25	0	0	5	0,19
2.05 Hasta eğitimi gecikmesi	11	0,54	8	1,42	19	0,73
2.12 Diğer (Standart dışı ilaç uyg)	173	8,54	53	9,41	226	8,73
2.12 Diğer (Doktor tercihi)	89	4,39	15	2,66	104	4,02
2.12 Diğer (Eğitim)	267	13,18	61	10,83	328	12,67
4.01 Hasta tercihi	23	1,14	20	3,55	43	1,66
4.02 Bakıma katılımı red	3	0,15	0	0	3	0,12
4.03 Hasta uygun değil	103	5,08	47	8,35	150	5,79
Toplam	2026	100	563	100	2589	100

KBH sapmalarının nedenleri incelendiğinde ilk altı ayda %17,52 ağrı yönetiminde, %13,18 hasta/ailesine verilen eğitimlerde, %11,75 ilave test uygulaması, %9,28 kanama kontrolü, ikinci altı aylık dönemde ise %12,43 ağrı yönetiminde, %11,19 ilave test uygulaması, %10,83 hasta/ailesine verilen eğitimlerde, %9,59 pansuman uygulamaları konusunda olduğu tespit edildi (Tablo 4).

KBH kriterlerine göre yıllık varyanslar incelendiğinde;

Hekim değerlendirme ve konsültasyonlar kriterinde meydana gelen varyasyon (sapma) nedeni incelendiğinde, onamların alınması (%0,97), hekim tercihi olarak pansuman uygulamalarından (%1,93) kaynaklı olduğu,

Testler kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; oluşan sapmaların doktor isteminden kaynaklandığı, pre-op dönemde COVID-19 yönelik testler (%2,36), kan şekeri takibi (diyabetik olmayan hasta) (%5,33), post op (P) 0. Günde (%2,24) ve P1 hemogram istemi (%2,24), P2 de ise hastanın kliniğinden kaynaklı istenen tetkikler (%2,97) olduğu,

Bakım uygulamaları kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; post-op dönemde aldığı çıkardığı takibinin (AÇT- gerekli olmamasına rağmen) yapılması (%7,69), COVID-19 pandemisi nedeniyle hastaların duş almak istememesi (%11,43), post-op kanama kontrollerinin yapılmaması (%4,13), varis çorabı giydirilmesi (%3,94) ve bebeğin yoğun bakıma geçmesi nedeniyle emzirmenin sürekliliğinin sağlanamamasından (%3,55) kaynaklı olduğu,

İlaç tedavisi kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; pre-op dönemde hekim istem formuna eklenen ekstra mailer (%10,81), anestezi hekiminin pre-op dönemde farklı sıvıların order

edilmesi (%12,01), belirlenen standartların dışında ilaç order edilmesi (%8), ağrı kontrolünde order edilen ilaçların farklılığından (%4,71) kaynaklanan hekim tercihi sapmalar olduğu, hastanın gaz deşarjının sağlanamamasına bağlı eklenen ilaçlar (hastanın kliniğine bağlı) (%3,71) olduğu,

Diyet kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; hastanın post op beslenmeye başlama zamanı ve verilen rejim değişikliğine bağlı sapmalar (%0,93) olduğu görüldü. İkinci 6 aylık süreçte bu konuda varyasyon görülmedi.

Aktivite kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; hastanın sağlık durumuna veya isteğine bağlı olarak ameliyat sonrası ayağa kaldırılma süresi (%0,54) ile ilgili olduğu, *Eğitim kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde*; hastaya kullandığı ilaçların anlatılmaması (%0,85), Covid-19 nedeniyle hastalara verilen ekstra eğitimler (%2,97), bebeğin yoğun bakıma alınmasından kaynaklı eğitimlerin geç verilmesi (%3,09) nedeniyle ek eğitimler verilmesine bağlı sapmaların olduğu,

Taburculuk planı ve beklenen çıktılar kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; yenidoğanın yoğun bakıma alınmasından kaynaklı laktasyonun olmaması veya geç olmasına (%1,78), kanama miktarının artması ve uterus kontraksiyonu (%0,58), hastaların sezaryen öncesi heyecanlı olması ve eğitime odaklanamaması, verilen bilgilerin anlaşılmasına (%1,24) bağlı sapmalar tespit edildi.

Sezaryen KBH varyanslar dönemler (pre-op, operasyonda, operasyon sonrası, post-op birinci ve post-op ikinci gün) açısından incelendiğinde; yıllık bazda bakım haritasına uyumun en az olduğu dönem operasyon sonrası ilk gün olduğu (% 29,20), sırası ile operasyon sonrası sıfırncı gün (%24,18), pre-op hazırlık dönemi (%27) ve post-op ikinci gün (%18,04) olduğu tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 5: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Sapmaların Zamanına Göre Dağılımı

Sapma Yaşanma Zamanı	Ocak-Haziran		Temmuz-Aralık		Genel Toplam	
	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%
Preop dönemde	584	28,83	115	20,43	699	27
Ameliyathanede	38	1,88	3	0,53	41	1,58
0.günde	528	26,06	98	17,41	626	24,18
1.günde	491	24,23	265	47,07	756	29,2
2.günde	385	19	82	14,56	467	18,04
Toplam	2026	100	563	100	2589	100

TARTIŞMA

Hastaların giderek daha yüksek kalitede bakım talep etmeleri nedeni ile hastanelerin sürekli olarak yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti vermeye çalışması dünya çapında hastane yöneticilerinin karşılaştığı bir zorluktur. Bakım kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan ulusal politikaların temel bir bileşeni de KBH'nın geliştirilmesi ve kullanılmasıdır (Panella ve ark., 2003; Yang ve ark., 2012; He ve ark., 2015). KBH, çeşitli hastalık durumlarında kanıta dayalı tedaviyi desteklemeye yönelik bir stratejidir (Asmirajanti ve ark., 2018).

KBH, bakım kalitesini iyileştirmek, maliyetleri düşürmek ve klinik uygulamadaki uygun olmayan varyasyonu azaltmak için kullanılmaktadır. Çalışmanın yapıldığı Özel hastanede Sezaryen Klinik Bakım Haritası'na uyum oranının yüksek olduğu, genel olarak KBH ile tutarlı bakım sağlandığını görüldü (%93,9). KBH'na uyum oranı yüksek olsa dahi daha etkin kullanması için fırsatlar olduğu bir gerçektir. Kullanılan veya geliştirilecek olan diğer KBH'nın kılavuzlarla tutarlı olacak şekilde revizyonlarının yapılmasına ihtiyaç vardır. KBH yüksek uyum oranı, doktorların uygulamayı kabullenmeleri ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların homojen bir grup olarak seçilmesi (sadece sezaryen vakalarının örnekleme alınması, ekstra girişim veya işlem uygulamalarının dahil edilmemesi) standart bir bakım oluşturulmasında yardımcı olmuştur. Özellikle ERAS protokolü gibi kabul gören kanıta dayalı uygulama kriterlerinin kullanımı ve doktorların konuya istekli olmalarının etkili olduğu düşünülebilir.

KBH oluşturulduğunda öngörülemeyen tıbbi endikasyonlar nedeniyle gelişen sapmalar için belirli bir oran verilerek indikatör oluşturulması ve sonuçların izlenmesi, iyileştirmelerin geliştirilmesi ve ortaya çıkan sapmaların yönetilmesi gerekmektedir. Varyasyonlar ve hatalar arasında doğrudan bir ilişki kurmak zor olsa bile, klinik süreçleri standartlaştırarak varyasyonları azaltmak, tıbbi hata olasılığını en aza indirmek için etkili bir araçtır (Panella ve ark., 2003). Aynı zamanda KBH kullanımı, hemşirelerin hasta bakımının ilerlemesini değerlendirmesine de olanak sağlar (Renholm ve ark., 2002)

Varyansların zamana göre nedenleri detaylı incelendiğinde; pre op dönemde en sık rastlanan uygunsuzlukların; *pre-op* ekstra tedavi uygulanması, COVID-19 pandemisine yönelik verilen eğitimler, COVID -19 nedeniyle alınan ek testler, ekstra kan

şekeri bakılan hastalar, anestezi hekimi tarafından istenen mailerin farklı olması, hastanın tetkiklerinin daha önce yaptırmış olması buna bağlı tetkiklerin çalıştırılmaması, serviste intravenöz (IV) yol açılmaması olarak görülürken (%27), ameliyat esnasındaki uygulamalar açısından bakıldığında; bakım haritasına alınan hastalarda sapma varis çorabı uygulamasındaki eksiklikler (%1,58) olduğu, *post op sıfırncı günde (operasyon günü)*, kontrol hemogram takibinin istenmesi, sadece idrar çıkışı takibi yazılmasına rağmen AÇT yapılması, insizyon kontrolünün doktoru tarafından o gün açılmaması, bebeğin yoğun bakıma geçmesine bağlı emzirmenin gerçekleşmemesi, beklenenden fazla vajinal kanama olması, uterus kontraksiyon sorunu, hasta kontrollü ağrı pompası (PCA) ile epidural kateterden ağrı kontrolü başarılı olmaması (%24,18), *ameliyat sonrası birinci günde* en sık görülen sapmalar; hastalarda ekstra kontrol hemogram bakılması, bağırsak aktivitesinin erken başlaması için ek tedavi eklenmesi, antibiyotik tedavisinin devam ettirilmesi, COVID-19 pandemisi nedeniyle duş uygulamasının yapılamaması (%29,20), *ameliyat sonrası ikinci günde* görülen sapmalar ise hastaların pansumanlarının kapalı olarak taburcu edilmesi, evde kullanacağı ilaçların anlatılmaması, COVID -19 pandemisi nedeniyle hastaların erken taburcu olması, hastaya doğum sonrası çıkış formunun verilmemesi, ilave antibiyotik kullanımı ve ilaç uygulanması, hastaların erken taburculukları ve ameliyat sonrası ikinci evre takip edilememesi (%18,04) nedeniyle sapmalar yaşandığı görüldü.

Hastalar arasında bireysel farklılıklar olmakla birlikte süreçte hekim bazlı değişiklikler nedeniyle KBH'na uyumun azaldığı düşünülmektedir. Uyumu etkileyen faktörlerin net olarak belirlenmiş olması, 2021 yılı içinde yapılacak yeni revizyonlar ile belirlenen noktalarda yapılacak düzenlemeler uyum oranını artıracak kanaatindeyiz.

Klinik bakım haritalarının kullanımının, hasta ve aile eğitimini teşvik etmede yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Hasta ve aile eğitimi, hastalara tedavi planı ve beklenen sonuçlar hakkında bilgi vermek için klinik bakım haritasının her adımına entegre edilmiştir. Klinik bakım haritalarını eğitim materyallerine dönüştürerek hastaya bakım haritasının her adımında ne öğretilmesi gerektiği belirlenebilir (Bumgarner ve Evans, 1999). Bran ve ark. KBH kullandığı çalışmada ameliyat öncesi ve sonrası hasta eğitiminin protokollerin başarısı için çok önemli olduğunu bildirmiş ve hastalar, süreç boyunca ne bekleyecekleri öğretilirse, ameliyat sonrası daha iyi sonuçlara sahip olabileceğini belirtmiştir (Renholm ve ark., 2002). Çalışmada eğitimlerin etkin verilemediği, geç verilmesi, eksik ya da hiç verilmediği belirlendi.

Varyanslar değerlendirildiğinde ilaç ve ekstra tetkik istemi gibi hekim kaynaklı farklılıklar olduğu görüldü. Elde edilen ilk altı aylık veriler doğrultusunda KBH'na uyum oranının azalmasına neden olan sapmalar "Hasta Bakım Komitesi"nde görüşülerek giderilmesi için gerekli revizyonlar yapılması sağlanmıştır (Temmuz 2020). Altı aylık periyotlar halinde değerlendiren Sezaryen KBH'nda ilk altı aylık süreçte sapma oranı %8,79 iken ikinci altı aylık süreçte (Temmuz-Aralık 2020) %3,41 olarak tespit edildi. Nitekim literatürde de, KBH'nın kanıta dayalı kılavuzlara temellendirilmesi, doğrulanmış bir süreç kullanılarak uygulanması ve sürekli kalite iyileştirmesini sağlamak için periyodik olarak revize edilmesi (Gurzick ve Kesten, 2010), sapmalarının düzenli analizinin gerektiği belirtilmiştir (Yang ve ark., 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sezaryen ile doğum ülkemizde en yaygın uygulanan cerrahi operasyonlardan biri olduğu göz önüne alındığında, sezaryen için standartlaştırılmış bakım haritası kullanımı hem çalışanların hem de hastaların memnuniyetini sağlayacaktır. KBH'na uyumda sağlık ekibi kadar hastanın da sürece dahil edilmesi (tedavi sürecinin aşamalarından haberdar olması, sürecin görselleştirilerek hastaya verilmesi) önemlidir. Yöneticiler ve ekipler, bakım süreci organizasyonlarının kalitesini artırmada, sağlık çalışanları sürecin organizasyonundaki rollerini daha bilinçli olarak uygulamasında KBH kullanımı yaygınlaştırılmalıdır. KBH'nda herhangi bir sapma görüldüğünde kaydedilerek analiz edilmesi, uygulamaların yeniden gözden geçirilmesi son yayınların takip edilerek revizyonların yapılması gerekmektedir. KBH standart gibi görülse de tek bir uygulamaya odaklanmaktan çok hastanın yolculuğu boyunca tüm klinik uygulamaları göstermektedir. KBH uygulamalarında ekibe liderlik edilmesi, eğitim, varyansların takibi ve iyileştirilmesi önemlidir. KBH kullanımında sadece klinisyenlerin değil, hem operasyonel hem de üst düzey yöneticiler dahil olmak üzere tüm sağlık bakımı yöneticilerinin desteği sağlanmalıdır. KBH kullanımı yoluyla kanıta dayalı uygulamanın teşvik edilmesi için sağlık kurumlarının bir süreç geliştirmesi gerekmektedir. KBH'nın ana odağı hasta sonuçlarını iyileştirmek olsa da, maliyetleri de azaltabileceği bilinmektedir. Bundan sonraki çalışmalarda sistematik bir gözden geçirme, meta-analiz, bakım haritalarının hastane maliyetleri üzerine etkisi incelenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bulguları özel bir hastanedeki verilen incelemesine dayanmaktadır. Oluşturulan KBH'sı kuruma özeldir. Ancak kanıta dayalı kılavuz ve protokoller temel alınarak hazırlandığı için farklı hastanelerin kullanımına uygun olduğu düşünülmektedir.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: ZK, SK; Tasarım: ZK; Danışmanlık: ZK, SK; Veri toplama ve/veya Veri İşlem: ZK, SK; Analiz ve/veya Yorum: ZK, SK; Kaynak tarama; NA ZK, SK; Makalenin Yazımı: ZK; Eleştirel inceleme: ZK, SK;

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

Asmirajanti, M., Hamid, A. Y. S., & Hariyati, T. S. (2018). Clinical care pathway strengthens interprofessional collaboration and quality of health service: A literature review. *Enfermeria Clínica*, 28, 240-244.

Aspland, E., Gartner, D., & Harper, P. (2019). Clinical pathway modelling: A literature review. *Health Systems*, 1-23.

Bjurling-Sjöberg, P., Engström, G., Lyckner, S., & Rydlo, C. (2013). Intensive care nurses' conceptions of a critical pathway in caring for aortic-surgery patients: A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 166-173.

Bumgarner, S. D., & Evans, M. L. (1999). Clinical care map for the ambulatory laparoscopic cholecystectomy patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 14(1), 12-16.

Coffey, R. J., Richards, J. S., Remmert, C. S., LeRoy, S. S., Schoville, R. R., & Baldwin, P. J. (2005). An introduction to critical paths. *Quality Management in Healthcare*, 14(1), 46-55.

De Bleser, L., Depreitere, R., Waele, K. D., Vanhaecht, K., Vlayen, J., & Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of Nursing Management*, 14(7), 553-563.

Dy, S. M., Garg, P. P., Nyberg, D., Dawson, P. B., Pronovost, P. J., Morlock, L., . . . Wu, A. W. (2003). Are critical pathways effective for reducing postoperative length of stay? *Med Care*, 637-648.

Gurzick, M., & Kesten, K. S. (2010). The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 42-48.

He, J. A., ve Yang, W. (2015). Clinical pathways in China—an evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 28(4),394-411. doi:10.1108/IJHCQA-09-2014-0096

He, X. Y., Bundorf, M. K., Gu, J. J., Zhou, P., & Xue, D. (2015). Compliance with clinical pathways for inpatient care in Chinese public hospitals. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-9.

Joint Commission International (JCI). (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 6th Edition. Retrieved from (24.02.2021): https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/learn/jci_standards_only_6th_ed_hospital.pdf

Kebapçı, A., & Kanan, N. (2018). Effects of nurse-led clinical pathway in coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study. *J Clin Nurs*, 27(5-6), 980-988.

Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P., & Willis, J. (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, 8(1), 1-3.

McLachlan, S., Kyrimi, E., Fenton, N., & Dube, K. (2019). Clinical Caremap Development: How can caremaps standardise care when they are not

standardised? *Healthinf - 12th International Conference on Health Informatics*.123-134.

Panella, M., Marchisio, S., & Di Stanislao, F. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 509-521.

Renholm, M., Leino-Kilpi, H., & Suominen, T. (2002). Critical pathways: a systematic review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 32(4), 196-202.

Rotter, T., Kinsman, L., James, E. L., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., . . . Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). 17(3), e0428. doi:[10.1002/14651858.CD006632.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2)

Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care*, 12 (Special Edition Integrated Care Pathways), 1-7. doi: [10.5334/ijic.812](https://doi.org/10.5334/ijic.812)

Tapan, B., Yıldırım, N., ve Alıcı, S. (2015). Klinik bakım haritalarının bakım sürecinin iyileştirilmesine etkisinin incelenmesi: Bir hastane örneği. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 1(1), 18-27.

Vanhaecht, K., Bollmann, M., Bower, K., Gallagher, C., Gardini, A., Guezo, J., . . . Sermeus, W. (2006). Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries—an international survey by the European Pathway Association. *Journal of Integrated Care Pathways*, 10(1), 28-34.

Wanyonyi, S. Z., ve Karuga, R. N. (2010). The utility of clinical care pathways in determining perinatal outcomes for women with one previous caesarean section; a retrospective service evaluation. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 1-7.

Yang, H., Li, W., Liu, K., & Zhang, J. (2012). Knowledge-based clinical pathway for medical quality improvement. *Information Systems Frontiers*, 14(1), 105-117.