

TC
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSE BAŞVURAN OBSTETRİ HASTALARININ TRİYAJ
SINIFLANDIRILMASINA GÖRE DAĞILIMLARI VE YAPILAN
UYGULAMALARIN DEĞERLEDİRİLMESİ

EBELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Cemile UÇAR

Danışman
Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ

İZMİR
2015

TC
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSE BAŞVURAN OBSTETRİ HASTALARININ TRİYAJ
SINIFLANDIRILMASINA GÖRE DAĞILIMLARI VE YAPILAN
UYGULAMALARIN DEĞERLEDİRİLMESİ

EBELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Cemile UÇAR

Danışman
Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ

İZMİR
2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan: Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ
(Danışman)

Üye: Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

Üye: Yard. Doç. Dr. Dilek ERGİN

Yüksek Lisans Tezini kabul edildiği tarih: 18.2.2015

ÖNSÖZ

Araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve sonuçlanmasına değin her aşamasında hem yol gösteren hem çalışmalarımda beni yüreklendiren değerli danışman hocam Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ'e,

Tez konumu bulmamda yardımcı olan ve her zaman destekleyen değerli hocam Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN'a,

Konuyla ilgili kaynak bulmamda yardımcı olan Doç. Dr. Nazan TUNA ORAN'a

Araştırma sırasında yardımlarından dolayı T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları Acil Servisi'ndeki ve arşiv bölümündeki tüm memur/sekreter/ebe/hemşire/hekimlere,

Araştırmamın istatistik aşamasında yardımcı olan İstatistik Uzmanı Hatice ULUER'e,

Manevi desteklerini hep yanımda hissettiğim aileme, çalışma arkadaşlarıma ve okul arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İZMİR-2015

Ebelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
Cemile UÇAR

ÖZET

ACİL SERVİSE BAŞVURAN OBSTETRİ HASTALARININ TRIYAJ SINIFLANDIRILMASINA GÖRE DAĞILIMLARI VE YAPILAN UYGULAMALARIN DEĞERLEDİRİLMESİ

Triyaj, acil birime başvuran bireylerde, hastalık ya da yaralanmanın şiddetini tanımlamak ve yaşam riski en fazla olanların belirlenmesini sağlamak için kullanılan dinamik ve sürekli bir süreçtir. Obstetrik nedenlerle acile gelen hastaların 10 dakika içinde değerlendirilip, aciliyetlerine göre sınıflandırılması için sağlık personeli tarafından yapılan işleme de obstetrik triyaj denir. Obstetrik triyaj sistemi ile acile başvuran anne adayları ve yenidoğanın sağlığının korunması ve geliştirilmesi hedeflenmektedir. Ülkemizde Obstetrik triyaj ve acil servislerde kullanımına ilişkin yapılan çalışmalar yetersizdir. Acil obstetrik bakımda anne ölümlerinin önlenmesinde ortaya konan gecikme modellerinin ortadan kaldırılmasına katkı sağlayan bir sistem olması nedeniyle, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda ve sağlık bakım vericiler tarafından da bilinmesi gereken bir süreç olduğu düşünülmektedir.

Araştırma, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 01.09.2013-30.09.2013 tarihleri arasında acil servise başvuran 1981 obstetrik hastasının kayıtları incelenerek yapılmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin alınmıştır.

Verilerin analizinde, SPSS 16.0 paket programı kullanılarak sayı, yüzde ve kappa analiz testi uygulanmıştır.

Başvuran gebelerin triyaj sınıflamasına göre dağılımlarına bakılmış ve % 54.6'sı 1. öncelik grubunda yer alırken, % 35.5'i 2. öncelik ve % 9.8'si 3. öncelik grubunda yer almıştır. Gebelerin acile başvuru şikayetlerine göre dağılımlarını incelediğimizde, bu hastaların % 34.3'ünün sancı şikayeti nedeniyle, % 10.4'ünün kanama veya lekelenme şikayeti nedeniyle, % 8.9'unun suları geldiği için, %

2.7'sinin bebek hareketlerinde azalma olduğu Şikayeti için, % 8.3'ünün kasık ağrısı Şikayeti ile, % 7.6'sının bulantı ve kusma Şikayetleri ile, % 10.6'sının kontrol amaçlı acil servise geldikleri görülmektedir. Kappa testi sonuçlarına göre, acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının triyaj dağılımları arasında iyi düzeyde uyum ve istatistiki olarak da ileri düzeyde anlamlılık ($k=0.601$, $p=0.000$) tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, acil serviste uygulanan triyajın kurumda kullanılan triyaj protokolüne uygun olduğu görülmüştür. Ancak daha kapsamlı bir triyaj protokolünün hazırlanması ve obstetrik triyajın önemini ortaya koyan çalışmaların sayısının artmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Triyaj; Obstetrik Triyaj; Gebelik



ABSTRACT

ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF OBSTETRICS TRIAGE PATIENTS ACCORDING TO THE CLASSIFICATION OF DISTRIBUTIONS AND THE EVALUATION OF APPLICATIONS

Triage, emergency refers to the volume of individuals, the severity of the illness or injury, and define the life of those who are most at risk for the determination is used to provide a dynamic and continuous process. Obstetric reasons for patients coming to the emergency room in 10 minutes, and treated according to the urgency of the classification made by medical personnel for processing obstetric triage. Obstetrik triage system in the emergency room admitted to the mother and newborn health protection and promotion is targeted. Obstetrik triage in emergency services and use of resources in our country is insufficient. Emergency obstetric care, maternal mortality, prevention of delay set forth in the model contribute to the elimination of a system due to the health service and health care institutions-makers should be known by the process.

Research was carried out at in the Buca Maternity and Children Diseases Hospital, and data were collected between 01.09.2013/30.09.2013. At the emergency department between these dates was admitted 1981 obstetric patients by examining the records. Written consent was obtained to carry out the research by Ministry of Health of the Public Hospitals Authority Turkey Izmir Province Association of Public Hospitals North General Secretariat of Tepecik Training and Research Hospital Ethics Committee and and the institution of the study. In the data analysis, SPSS 16.0, percentage distributions and kappa test was used.

Applying triage patients according to the classification of the distribution of and %54.6 1. priority group, while % 35.5 2. priority and % 9.8 3. priority group. Pregnant women reference to the emergency room, according to the complaint, when we examine the distribution of these patients % 34.3 flour pain due to complaints, and 10.4 % of the flour bleeding or spotting due to complaints, % 8.9 flour water, % 2.7 side of decrease in the baby moving for complaints, % 8.3 flour (165 people) with complaints of groin pain, and 7.6 % with the complaints of nausea and vomiting, % 10.6 with the purpose of control, they can be seen. According to the Kappa test, in reference to emergency obstetric triage distributions between patients

and good level of compliance as advanced statistical significance ($k=0.601$, $p=0.000$) were identified.

According to the information obtained from the research results were found to be specified according to the triage in the emergency department triage protocol implementation. However, the preparation of a more comprehensive triage protocol and should increase the number of studies that demonstrate the importance of obstetric triage

Key Words: Triage; Obstetric Triage; Pregnancy



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ	XII
GRAFİKLER DİZİNİ	XII
KISALTMALAR	XII

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM I

1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Sorusu	6
1.4. Sayıtlılar (Varsayımlar).....	6
1.5. Araştırmanın Önemi	6
1.6. Sınırlılıklar	8
1.7. Tanımlar	9

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2. Genel Bilgiler.....	10
2.1. Triyaj	10
2.1.1 Yaralanma Biçimlerine Göre Triyaj Sınıflaması.....	11
2.1.1.1. Stabil Olmayan Acil.....	11
2.1.1.2 Stabil Acil (Sarı – T 2- Kaplumbağa – Urgent).	12
2.1.1.3 Acil Değil (Yeşil – T 3- Yaya – Non Urgent)....	12
2.1.1.4 Ölü Ya Da Aşırı Ağır (Umutsuz) Yaralıları.....	13

2.2.Triaj Uygulama Alanları.....	14
2.2.1 Hasta yatışlarında triyaj.....	14
2.2.2 Olay yeri triyajı.....	14
2.2.3 Savaş alanında triyaj (askeri triyaj).....	15
2.2.4 Afet triyajı.....	15
2.2.5 Acil servislerde triyaj.....	15
2.3.Obstetrik Triyaj	15
2.3.1 Obstetrik Değerlendirme.....	16

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Kullanılan Gereçler	20
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.4. Araştırmanın Evreni	21
3.5. Araştırmada Örneklem	21
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	21
3.7. Verilerin Analizi	22
3.8. Süre ve Olanaklar	22
3.9. Etik Açıklamalar	22

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Obsteri Hastalarına İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler	24
4.2. Acile Başvuran Obsteri Hastalarının Triyaj Dağılımlarının Uyumluluk Düzeyi.....	34

BÖLÜM V

TARTIŞMA.....	35
----------------------	-----------

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
-------------------------------	-----------

BÖLÜM VII

KULLANILAN KAYNAKLAR	41
-----------------------------------	-----------

EKLER

Ek 1. Birey Tanıtım Formu	45
Ek 2. Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Acil Servisi Obstetrik Triyaj Protokolü	46
Ek 3. TC Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Formu ...	47
Ek 4. TC Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurul İzin Formu.....	48
Ek 5. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzin Formu	49
ÖZGEÇMİŞ.....	50

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bölgeler Temelinde Anne Ölüm Oranları	4
Tablo 2. Acil Kategorileri	11
Tablo 3. Renk Skalasına Göre Triyaj Sınıflandırılması.....	11
Tablo 4. Florida Hastanesi Obstetrik Triyaj Sınıflandırılması	18
Tablo 5. Londra Sağlık Bilimleri Merkezi Obstetrik Triyaj Sınıflandırılması..	19
Tablo 6. Obstetri Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri	24
Tablo 7. Obstetri Hastalarının Gebelik ve Doğum ile İlgili Öyküleri.....	25
Tablo 8. Obstetri Hastalarının Acile Servise Geliş Saatine Göre Triyaj Sınıflandırması.....	28
Tablo 9. Obstetri Hastalarının Gebelik Haftasına Göre Triyaj Sınıflandırması.	29
Tablo 10. Obstetri Hastalarının Acil Servise Geliş Saatlerine göre Başvuru Şikayetleri.....	31
Tablo 11. Obstetri Hastalarının Acil Servise Geliş Şikâyeti ve Sonuç.....	33
Tablo 12. Acil Servise Başvuran Obsteri Hastalarının Triyaj Dağılımlarının Uyumluluk Düzeyleri.....	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırma Zaman Çizelgesi	23
---	----

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda), Türkiye...	5
Grafik 2. Anne Ölüm Oranı Uluslararası Karşılaştırması.....	5
Grafik 3. Acile Servise Başvuran Obsteri Hastalarının Geliş Saatine Göre Dağılımları	26
Grafik 4. Acile Servise Başvuran Obstetri Hastalarının Triyaj Sınıflandırması.	27
Grafik 5. Obstetri Hastalarının Acil Servise Başvuru Şikâyetlerine Göre Dağılımları.....	30

RESİMLER DİZİNİ

Resim 1. Ankara UMKE 5. İl Eğitim Kampı	14
Resim 2. Acil Servis Triyajına Uygun Hasta Değerlendirme Formu	15

KISALTMALAR

AOB: Acil Obstetrik Bakım

AÖÖ: Anne Ölüm Oranı

ASH: Acil Sağlık Hizmetleri

BBP: Biyofiziksel profil

C/S: Sezeryan

EMR: Erken membran rüptürü

MR: Membran rüptürü

FKH: Fetal kalp hızı

HT: Hipertansiyon

NST: Nonstres test

OTAS: Obstetric Triage Acuity Scale

START: Simple Triage and Rapid Treatment

RDS: Respiratuar distres sendromu

TRK: Travma ve resüsitasyon kursu

K: Kappa

GİRİŞ

Acil servisler hastanelerin halka açılan pencereleridir ve hastanelerin toplumla ilişkisinin en fazla olduğu bölümlerdir (1). Acil servisler hastaların en fazla 48 saat gözlemlenerek tutularak tedavi edildikleri veya uygun servislere yatırıldıkları hizmet alanlarıdır. Acil servis hizmetleri sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık kuruluşlarının acil servis hizmetlerini etkili sunabilmek için büyük çabalar harcamalarına karşın, sonuçlar istenildiği kadar başarılı olmamaktadır. Bunun nedenlerinden biri olarak gösterilen acil servis hizmetlerinin uygun olmayan hastalar tarafından kullanılması sorunudur. Uygun olmayan hastaların acil servise başvuruları bir taraftan gerçek hastalara hizmet verilmesini ve acil servisin hazırlıklı olmasını engellerken, diğer taraftan hizmet sunumunun kalitesini düşürmektedir (2).

Modern tıbbi yaklaşımlarda atılan adımlar, araç gereçlerdeki teknolojik gelişmeler ve hedef toplumun daha geniş bir coğrafik alanda hizmet beklemesi gibi nedenler acil sağlık hizmetlerinde eskiye göre bazı değişimlerin olmasını zorunlu kılmıştır. Doğal veya doğal olmayan nedenlerle ortaya çıkan ya da çıkması olası toplu yaralanmalara karşı yeni davranış biçimleri oluşturulması gerekmektedir. Bu gerekliliklerin perspektifinde Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) son 15 yılda dünyada ve ülkemizde büyük gelişmeler göstermiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda akademik alanda ve hizmet sunumunda önemli gelişmeler sağlanmıştır. 1999 büyük Marmara depreminden sonra toplumda ve siyasi idarelerin gündeminde her zaman yer alan ASH, ülkemizde de özellikle son dönemde dinamik alt yapısı ile son derece üretken ve diğer sağlık alanlarına önder ve örnek bir yapılanma göstermektedir (3).

Hastanede verilen tıbbi müdahalelerin en iyi gösterilebildiği yer acil servislerdir. Bir hastaneyi değerlendirirken, öncelikle acil servisler göz önünde bulundurulmalıdır. Acil servisler bütün müdahale çeşitlerinin bir arada yapıldığı tek yer olmasının yanı sıra, hastanenin diğer bölümlerine hasta sevk eden, merkezi bir konumda yer alır (4).

Acil servisler hizmeti planlayanlar ve verenler için zorlayıcı, hastalar ve yakınları için sıkıntılı ve herkes için rahatsız edici ortamlardır. Acil servislere sadece yatarak tedavi edilecek akut hastaların başvurması sağlanmalıdır. Uygun olmayan hastaların acil servislere başvurularını engellemek için kanıta dayalı önerilere ihtiyaç vardır (2). Tercih edilen ve dünya standartlarını yakalamış bir hizmet verebilmek için acil servislerdeki sıkıntıları aşmak gerekir. Yapılması gereken, işlerin hizmet kalitesi

yüksek sağlık personelleri tarafından yürütölmesini sağlamak ve acil serviste hastanın kalış süresini kısaltmaktır. Etkin triyaj, hızlı tanı ve yaklaşım, hızlı laboratuvar teknikleri ve konusunda deneyimli acil ekibi ile konsültanlar, hastayı daha hızlı değerlendirerek, işlerin daha hızlı yürümesinde etkili olacaktır (5).



BÖLÜM I

1.1 ARAŞTIRMANIN KONUSU (PROBLEM)

Gebelik ve doğum olayı yaşamın önemli bir parçası, kadın ve ailesi için ise önemli bir yaşam deneyimidir. Gebelik ve doğum doğal, fizyolojik bir süreçtir ve kadınların çoğu iyi bir destekle ve fazla bir tıbbi girişime gerek kalmadan bu süreci sağlıklı bir şekilde geçirirler. Böylece gebeliğin sağlıklı geçirilmesi dar anlamda sağlıklı anne ve bebek, geniş anlamda sağlıklı bir aile ve toplumun oluşmasına olanak sağlayacaktır (6).

Mevcut bilgilerimiz kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli sağlık sorunlarının gebelik, doğum ve doğum sonu süreçleri kapsayan perinatal dönemde ortaya çıktığını göstermektedir. Genel bir yaklaşım olarak, doğacak çocukların %10-20'sinin, gebelerin ise %20- 30'unun risk grubuna girdiği ileri sürülmektedir. Bu olumsuzlukların boyutu ile ilgili en önemli gösterge anne ölümleridir (7). Türkiye'de anne ölümü, kadın ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır (8).

Anne ölümü; bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür. Anne ölümlerinin büyük kısmı beş obstetrik komplikasyon nedeniyledir ve bunlar; kanama (% 25), enfeksiyon (% 15), gebeliğe bağlı hipertansiyon (% 12), sağlıksız düşük (% 13) ve engellenmiş doğum (% 8) olarak sayılabilir (9). Anne ölümlerinin büyük bir kesimi doğurganlığın yüksek, eğitim durumunun düşük olduğu, doğum öncesi ve sonrası hizmetlerden yoksun Afrika ve Güney Asya ülkelerinde görülmektedir. Bu ülkelerde dakikada ortalama bir kadın gebelik ile ilgili nedenlerden ölmektedir ve bu ölümlerin büyük bir bölümü oldukça basit ve maliyeti düşük önlemlerle önlenabilir nedenler sonucu ortaya çıkmaktadır (5). Yapılan girişimlere ve anne ölümü konusundaki bazı gelişmelere rağmen hala her yıl, gebeliğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle 210 milyon kadının hayatı tehlikeye girmekte, birçoğu ciddi sakatlıklarla yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmakta ve yarım milyon kadın, gebeliğe, doğuma ve lohusalık dönemine ait problemler nedeniyle hayatını kaybetmektedir (10,11).

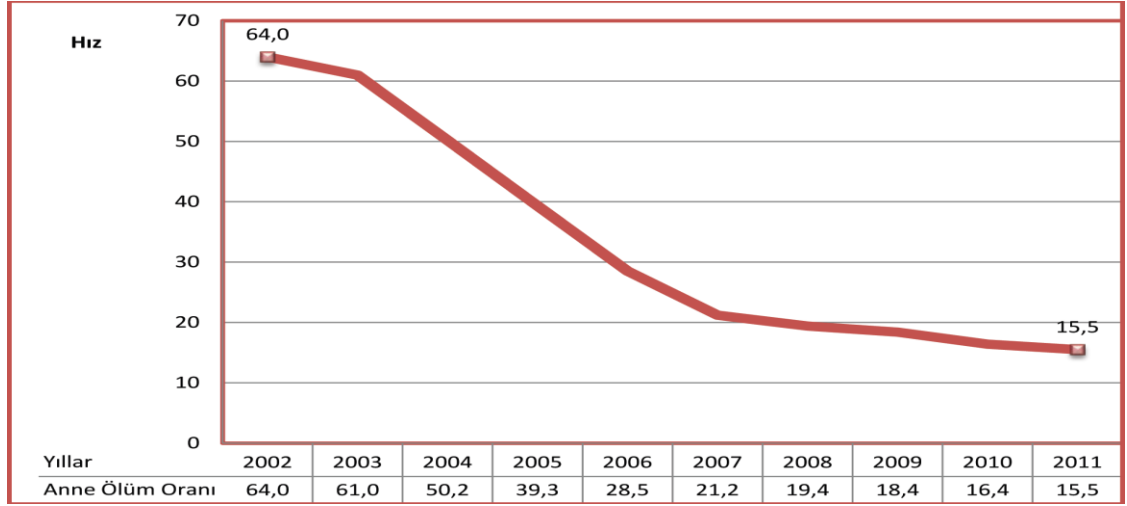
Dünyada yarım milyon kadın, her yıl gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Anne ölümlerinin neredeyse tamamına yakını gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. Dünyada 2005 yılı için tahmin edilen 536 000 anne ölümünün yüzde 99'u gelişmekte olan ülkelerin anne ölümleridir (12).

Türkiye'de gözlenen anne ölümleri düzeyi, yüz bin canlı doğumda 28.5 ile gelişmekte olan bütün ülkeler için yapılan tahminlerden daha düşüktür, ama gelişmiş bölgeler için hesaplanan anne ölüm oranının da 3 katından fazladır (13).

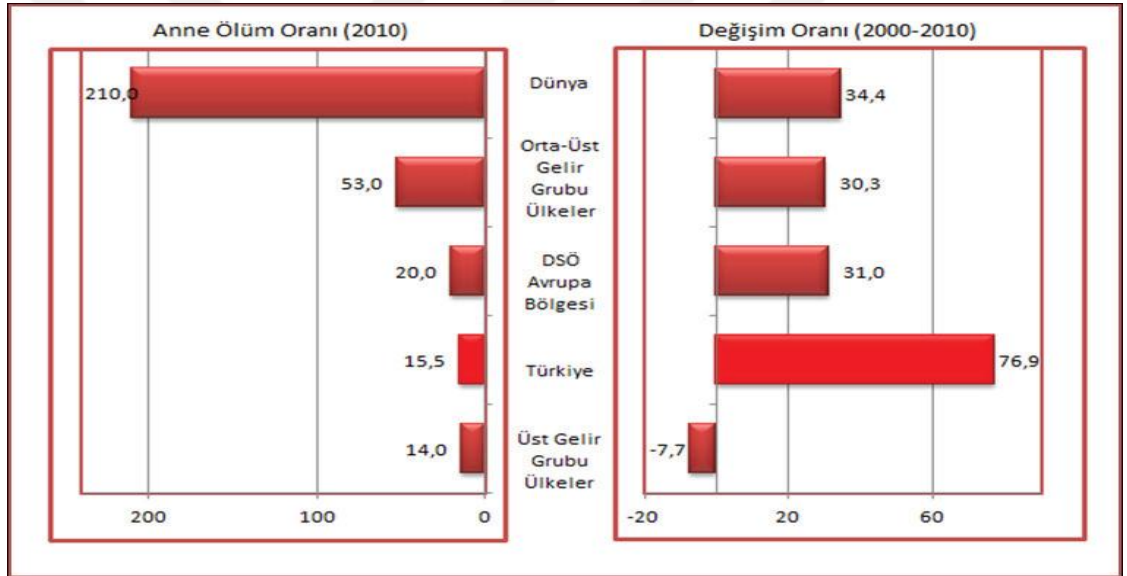
Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (2005) verilerine göre, gebeliğe bağlı ölümler arasında anne ölümlerinin payı yüzde 74.2'dir. Anne ölümüne yol açan nedenlerin dörtte biri doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra başlayan kanamalardan kaynaklanmaktadır. Ülke genelinde kadın ölümlerinin yüzde 4.3'ü gebeliğe bağlı ölümlerdir. Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 49.3'ünde; anne ölümlerinin ise 61.6'sında bir ya da daha fazla önlenebilir faktör mevcuttur (13). Sağlık Bakanlığı 2013 yılı istatistiklerine göre Anne Ölüm Oranı (AÖO) yüz bin canlı doğumda 15.9'dur (14). (Tablo 1)

Tablo:1 Bölgeler Temelinde Anne Ölüm Oranları (100.000 Canlı Doğumda) – 2013

Coğrafi Bölgeler İBBS-1 (İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflandırması)	Oran
Batı Anadolu	9
Doğu Karadeniz	18.6
Ege	10.7
Akdeniz	21.3
Batı Karadeniz	8.8
Güneydoğu Anadolu	20.1
Kuzeydoğu Anadolu	22.6
Batı Marmara	20.7
Orta Anadolu	14.8
Türkiye	15.9



Grafik 1. Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda), Türkiye



Grafik 2. Anne Ölüm Oranı Uluslararası Karşılaştırması

Acil obstetrik bakım (AOB) gebelik, doğum ve doğum sonrası oluşabilecek acil durumlara karşı sağlık kuruluşlarının cevap verme yeteneği olarak tanımlanabilecek hayat kurtarıcı hizmetlerin bütünüdür (15). Güvenli annelik programı; her zaman kanama, ilerlemeyen eylem, güvensiz düşük, eklampsi ve enfeksiyon gibi sık görülen obstetrik ölüm nedenlerinin yönetiminde AOB hizmetlerine ulaşılabilirliğin önemini vurgulamıştır (16). Kadının AOB hizmetlerine ulaşmasında rol alabilecek birçok faktör gruplanarak “Üç Gecikme Modeli” olarak

tanımlanmıştır ki bu modelde gecikmeye neden olabilecek nedenler üç başlık altında toplanmıştır;

- 1) Sağlık bakım hizmetini almaya karar vermede gecikme
- 2) Sağlık bakım hizmeti verecek kuruluşa ulaşmada gecikme
- 3) Kuruluşta uygun tedaviyi almada gecikme (17)

Birinci ve ikinci gecikme modelindeki engelleri aşarak hastaneye ulaşan kadınların bir kısmı da hastanede ölmektedir. AOB hizmet sunumu; eğitimli personelin sayısı, gerekli ilaç ve malzemenin yeterliliği, kuruluşun genel durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Yanı sıra hizmetlerin yönetimi son derece yaşamsal bir öneme sahiptir, sağlık kuruluşu hizmet sunumu için ihtiyacı olan tüm personel ve malzemeye sahip olsa da yine de iyi hizmet veremeyebilir (9).

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Acil servise başvuran obstetri hastalarının triyaj sınıflandırılmasına göre dağılımları ve yapılan uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3 ARAŞTIRMA SORUSU

Bu araştırmada yanıtlanması beklenen sorular şunlardır:

1. Acil servise başvuran gebelerin obstetrik triyaj sınıflanmasına göre derecelendirilmesi nasıl olmaktadır?
2. Obstetrik triyaj sınıflandırılmasının derecelendirilmesi doğru yapılabiliyor mu?

1.4 SAYIL TILAR(VARSAYIMLAR)

T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları Acil Servisinde obstetrik triyaj sınıflandırılmasının ve yapılan uygulamalarının doğru yapıldığı varsayılmaktadır.

1.5 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Fizyolojik bir süreç olan gebelik ve doğum olayları sağlık ve hastalık çizgisinin birbirine yaklaştığı önemli yaşam deneyimleridir. Bu nedenle verilecek sağlık bakım hizmetlerinin bireylere özel planlanması ve risk faktörlerinin erken dönemde tespit edilerek anne, fetus ve yenidoğanın sağlığının korunup geliştirilmesi gerekmektedir.

Bugünkü bilgilerimiz ve çeşitli sağlık göstergeleri, kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli sağlık sorunlarının gebelik, doğum ve doğum sonu süreçleri kapsayan perinatal dönemde ortaya çıktığını göstermektedir (7).

Gebelik fizyolojik bir süreç iken, anne ve fetus için her an acil, agresif tedavi gerektiren komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Kritik olayların oluş zamanı ve patofizyolojisinin anlaşılması tedavinin hızla yapılmasını sağlar. Obstetrik komplikasyonların çoğu önceden tahmin edilemeyebilir, dolayısıyla komplikasyonlu gebelikler önceden tespit edilmeye çalışılarak gerekli tedbirler alınmalı, anne fetus ile birlikte değerlendirilerek maternal ve fetal morbidite ve mortalite en aza indirilmeye çalışılmalıdır (18). İçinde bulunduğumuz yüzyılda gebeliğe ve doğuma bağlı bu kadar çok ölümün ve sakatlığın yaşanmasının kabul edilemez bir problem olduğu düşünülmektedir (19). Bu nedenle geçerli ve güvenilir obstetrik triyaj protokolüne ihtiyaç vardır (20).

Triyaj başarısı optimal fiziksel şartların sağlanması, donanımlı bir ekipman ve deneyimli yardımcı sağlık personeli ile mümkündür. Etkili bir triyaj sisteminde acil servislerde bekleme süresi ve aile/olgu anksiyetesi az, memnuniyeti ise fazla olmalıdır. Etkili bir acil servis yönetimi, olgulara uygun triyaj skalasını sunup gereksinimlerine göre tedavi edilmesi anlamı taşır (21).

Temel AOB hizmeti veren bir sağlık merkezi anne ölümlerinin pek çoğunu önleyebilir, bazı durumlarda sunduğu hizmetler yeterli olurken, bazı şartlarda da (örn: engellenmiş doğum eylemi) daha kapsamlı tedavi gerekebilir. Fakat her durumda kadının sevk edilmeden önce sağlık durumunu stabilize eden ilk yardım hizmetleri yaşam kurtarıcıdır (18). Gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle her yıl ölen yarım milyon kadının arkasında yine her yıl artmış ölüm riski ile karşı karşıya olan en az bir milyon annesiz çocuk kalmaktadır (22,23). Obstetrik komplikasyonların çoğunun önceden tahmin edilemeyip, önlenemediği tüm dünyaca kabul edilen bilimsel bir gerçek olduğundan ülkemizde artık komplikasyonlu gebelikleri tespit etmeye yönelik olarak yürütülen programların yerini, yeni uygulamaların alması gerekmektedir (24). Gebeliğe bağlı ölümler arasında anne ölümlerinin payı % 74.2, tesadüfi nedenlerden ölen kadınların payı ise % 23.2'dir. Geriye kalan % 2.4'lük ölümün ise gebeliğe bağlı olduğu bilinmektedir(13).

Non-obstetrik ölümlerin en sık sebebi olarak karşımıza çıkan travma gebelerin % 6-7'sinde oluşmaktadır. Ancak % 0.3 gebenin hastanede takip edilmesi gerekir.

Maternal künt travma sonrası fetal mortalite ise % 3.4-38 arasında bildirilmektedir ve sıklıkla plasental abruptio, maternal Şok ve maternal mortalite ile iliŐkildir (25).

Kadın doğum hastanelerinin sayısının artması sonucu acil birimlerinde triyaj uygulaması da yaygınlaŐmaktadır. Acil servislerin artan yükü ancak triyaj uygulamaları ile hafifletilebilmektedir. Hastaların daha az beklemeleri ve komplike vakalara anında müdahale edilmesi için triyaj, acil servislerin mutlaka uygulaması gereken bir iŐlemdir. Kadın doğum hastanelerinin acil servislerinde de obstetrik triyaj uygulaması yapılmalıdır.

Bu araştırmanın sonucunda pek çok ülkede 1999 yılından beri uygulanan, ülkemizde yeni uygulamaya geçen obstetrik triyaj konusuna dikkat çekilmektedir. Anne ölümlerinin önlenmesinde, dolayısıyla sağlıklı yenidoğanların yetiŐtirilmesinde obstetrik triyajın önemi büyüktür. Ülkemiz için güvenilir kanıt düzeyi yüksek obstetrik triyaj protokolünün hazırlanmasına ve tüm hastanelerin kendi triyaj alanlarının oluŐturmasına yardımcı olması beklenmektedir. Eğitim programlarında bu konuda da eğitimlere yer verilerek kadın doğum acillerinde çalışan sağlık personelinin özelikle ebelerin gerekli bilgilere sahip olması sağlanmalıdır. Çünkü, triyajda sorumluluk alan ebelerin; iyi bir tanılama becerisinin ve organizasyon yeteneğinin olması, obstetrik hastalıklara ilişkin kapsamlı temel bilgisinin ve hastanın aciliyeti ile ilgili açıkça görülmeyen ipuçlarını belirleyebilme becerisinin olması gerekir.

1.6 SINIRLILIKLAR:

Araştırmanın tüm doğum ve  ocuk hastalıkları hastanelerinde uygulanması, zaman, maliyet ve uygulama yöntemi açısından uygunluk göstermemesi nedeniyle T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve  ocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmasına karar verilmiştir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı tarih 01.09.2013-30.09.2013 arasındaki bir aylık süreç belirlenmiştir.

Araştırma için bu hastanenin ve bu tarihin seçilme nedenleri;

- Kadın hastalıkları acil servisine başvuran gebe sayısının fazla olması
- Kadın hastalıkları acil servisinde obstetrik triyajın uygulanıyor olması
- Hastane personelinin araştırmaya karşı olumlu tutum göstermesi
- Eylül ayında başvuran gebe sayısının yeterli olması

1.7 TANIMLAR

Deselerasyon: NST çizelgesinde fetusun kalp atımlarında saptanan yavaşlamalardır. Fetusün sıkıntı halinde olduğunun göstergesidir.

Dizüri: Ağrılı idrar yapma.

Dismonere: Günlük aktiviteleri engelleyecek düzeyde ağrılı adet görme.

EMR (Erken Membran Ruptürü): Amniyon kesesinin doğum henüz başlamadan yırtılması ve suların gelmeye başlamasıdır.

Maternal: Anne, anne tarafından olan.

Obstetri: Doğum ve gebelik olaylarını inceleyen tıp birimi.

Penetre: Nüfuz etme, içine işlemek, içine girmek, içinden geçmek.

Plasental abruptio: Plesantanın doğumdan önce uterus duvarından ayrılmasıdır.

Pnömotoraks: Akciğer zarları arasındaki boşluğa (plevra boşluğuna) hava birikmesi olayına denilmektedir.

Status Epilepticus: Öldürücü olabilen ve bilincin hiç açılmadan sürdüğü bir tür duyusal veya motor epileptik nöbet tipidir.

Transport: Taşıma.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

Acil kavramı, ani olarak ortaya çıkan, yaşamı tehlikeye sokan ve/veya yaşam niteliğini bozabilen ve hasta yakınları tarafından kısa sürede çözilemeyen, normal dışı olaylar olması gerekirken, hasta yakınları bunu hastanede hızlı hizmet alma aracı olarak görebilmektedirler (26).

2.1 Triyaj

Trijaj, acil birime başvuran bireylerde, hastalık ya da yaralanmanın şiddetini tanımlamak ve yaşam riski en fazla olanların belirlenmesini sağlamak için kullanılan dinamik ve sürekli bir süreçtir (27). Tıpta; hasta ve yaralıların tıbbi yardım gereksinimi yönünden önceliğini belirlemek amacıyla kullanılır (28). İlk triyaj uygulamaları savaşlar sırasında ihtiyaç üzerine ortaya çıkmış ve ilk defa triyaj XVIII. yüzyılda, yaralı askerlere sağlık hizmetlerinin düzenli olarak dağıtılmasını sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Zamanla askeri triyaj sistemleri, sivil uygulamalara adapte edilmiş ve bu uygulamalar özellikle doğal afetler sırasında ve acil sağlık hizmetlerinin dağıtılmasında kullanılmaya başlanmıştır (29). Triyajın sivil uygulamalara uyarlanması, değişen sağlık politikaları sonucunda giderek artan sayıda hasta başvurularının üstesinden gelebilmek amacıyla oluşmuştur. 1950’li yıllarda ABD’de değişen sağlık uygulamaları ile acile başvurular artmaya başlamış, aciller daha fazla sayıda hastayla karşılaşmıştır. Aciller giderek daha az acil problemleri olan hastaların kullandığı bir birim haline gelmiştir. Bunun sonucunda acil servislerde çalışan doktorlar, acil bakım gereken hastaların derhal belirlenmesi ve sıralamaya alınması gerektiğini fark etmişlerdir. Bu durum triyaj sistemlerinin acil uygulamaları içine alınmasına neden olmuştur (29,30).

Geleneksel ve çağdaş anlamında triyajın temel öncülü “en fazla sayı için en fazla iyiyi yapmaktır”. Bunun için triyaj kararları tıbbi yararı gözetir (31). Triyaj sürecinde, bakımda önceliği ve ciddiyeti belirlemenin yanı sıra bakım ve iletişimde birlikteliği sağlamak, durum ya da koşulların anlaşılmasını kolaylaştırmak için farklı sınıflandırma sistemleri kullanılır. Büyük bir sıklıkla kullanılan üç aşamalı sistemde; hastalar “Çok Acil” “Acil” ve “Acil Değil” şeklinde sınıflandırılmaktadır. Tablo 2’de acil birimlerde kullanılabilecek triyajın, aciliyet durumu, renk kodları ve sıralama esas alınarak yapılan bir sınıflandırma sistemi yer almaktadır (27).

Tablo 2: Acil kategorileri

Kategori	Tanım
Çok Acil	Hemen bakım gerektirir, durum yaşamı tehdit edici ve ciddidir.
Acil	Mümkün olan en kısa sürede bakım gerektirir. Tehlikeli görünen durum, yaşam için tehdit edici olmayabilir ancak akut girişim gerektirir.
Acil Değil	Rutin bakım gerektirir, durum yaşamı tehdit edici değildir, bakım bekleyebilir/geciktirilebilir.

Kaynak: Bracken J. Triage. Newberry L (Ed). Emergency Nursing. 5th. ed., St. Louis, Mosby 2003;75-83

2.1.1 Yaralanma Biçimlerine Göre Triyaj Sınıflaması

Uluslararası Acil Tıp Birliğinin sınıflandırmasına göre triyaj için renk skalası kullanılmaktadır. NATO harf skalasını tercih etmektedir. Bazı disiplinler renk veya harf yerine resim skalasını tercih etmektedirler. Aslında hepsinde amaç aynıdır. Ülkemizde son dönemde yoğun olarak renk skalası tercih edilmektedir.

Tablo 3: Renk Skalasına Göre Triyaj Sınıflandırılması

1. Öncelik: Hemen Hastaneye (bekleyemez)
2. Öncelik: Hastaneye (bekler)
3. Öncelik: Basit İlk Yardım Yeterli (beklemek zorunda)
4. Öncelik: Ölü ya da kurtarılamaz; yeniden canlandırma yapılmaz

2.1.1.1. Stabil Olmayan Acil (Kırmızı – T 1- Tavşan – Unstabil Urgent)

Solunum ve dolaşıma yönelik değerlendirme parametrelerinde değişkenlik vardır. Müdahale edilmediğinde kısa sürede kaybedilebilecek yaralılardır. Solunumun ve dolaşımın sağlanması için ilk fırsatta yaşam destek işlemleri gereklidir. Kurtarma sırasında bir hekim ya da paramedik eşliğinde olması gereken ve mutlak öncelik tanınacak yaralılar sınıfıdır.

- Üst solunum yolu obstrüksiyonu, stridor
- Yaşamı tehlikeye sokacak kanamalar
- Baş, boyun, göğüs, karın, rektum ya da vajene penetre yaralanma
- Tansiyon pnömotoraks
- 2. veya 3. derece yüz yanığı
- Hızla gerileyen bilinç düzeyi ya da koma gelişmesi
- Status Epilepticus (28).

2.1.1.2 Stabil Acil (Sarı – T 2- Kaplumbağa – Urgent)

Durumları acil olan hasta/yaralıdır. Yaşamsal solunum ve dolaşım değerleri stabildir. Bu yaralılar için acil sağlık personeli tedavisi yeterlidir. Kurtarma geciktirilebilir. Kurtarma sırasında hekimin eşlik etmesi gerekmez. Cerrahi tedavi geciktirebilir. Bu süreçler sırasında yaşam ile ilgili bir risk ortaya çıkmaz.

- Bir litre IV. sıvıya yanıt veren şok
- Turnike ile kontrol edilebilen ciddi kanama
- Kırık ya da çıkık sonucu dolaşım bozulması
- Açık kırık ya da çıkık
- Kalça, dirsek, diz çıkığı
- Kompartman sendromu
- Elektrik yanığı
- Hipotermi
- Karın bulguları ile birlikte ciddi abdominal ağrı
- İlerleyici olmayan, ani görme bozukluğu (28).

2.1.1.3 Acil Değil (Yeşil – T 3- Yaya – Non Urgent)

Benign yaralanması olan ve ilk muayene ya da yara bakımından sonra kendi kendine eve ya da bir toplama noktasına gidebilecek olanlar. Durumlarında solunum ve dolaşıma yönelik herhangi bir risk mevcut değildir.

- Kapalı, komplike olmayan kırıklar

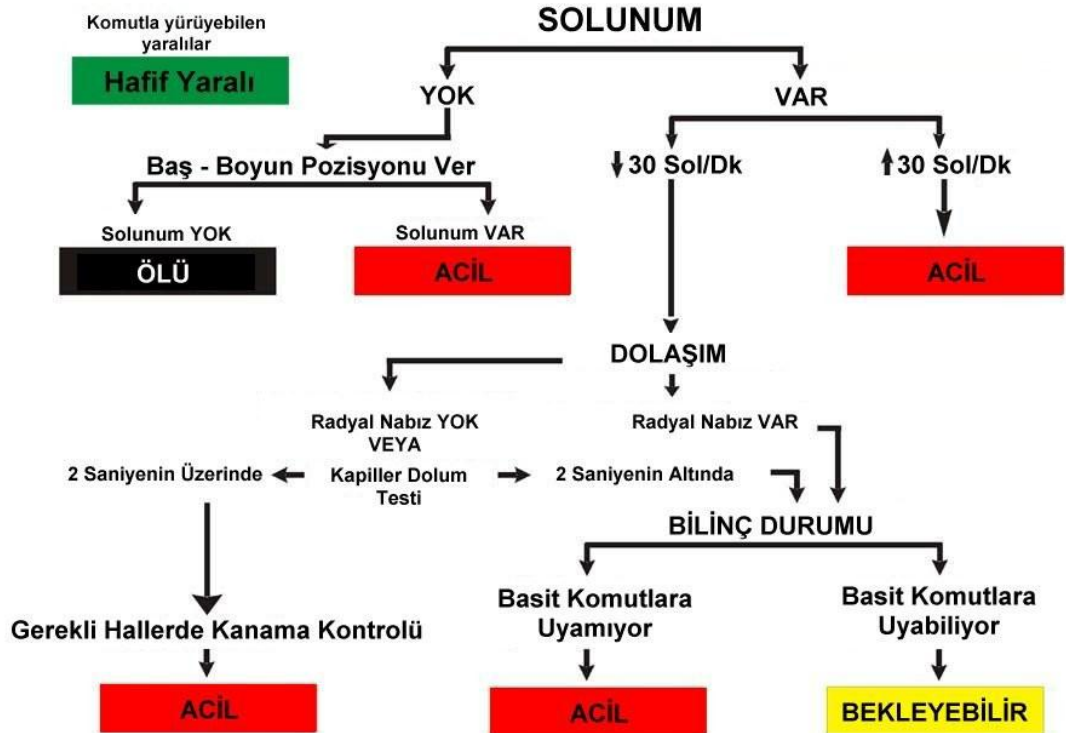
- Komplike olmayan temiz laserasyonlar
- Parmak ucu amputasyonları
- Erişkinlerde %20'den küçük yanıklar
- Doğrudan basılarak durdurulabilen burun kanaması (28).

2.1.1.4 Ölü Ya da Aşırı Ağır (Umutsuz) Yaralılar (Siyah – T 4 – Haç – Expectant)

Bu yaralılar o anda tedavi edilemeyecek kadar ağır ya da yaşama olasılıkları olmayan ya da çok düşük olan yaralılardır. Kurtarma ve ilkyardım olanakları, yaralı sayısı ve dağılımı da göz önünde tutularak bu triyaj grubu üzerinde yoğunlaştırılmamalıdır. Basit önlemler ve analjezik medikasyonla yetinilir (28).

START (Simple Triage and Rapid Treatment): 1980'li yıllarda California'da hekim dışı personel için geliştirilmiş, dünyada çok yaygın kullanılan bir yöntemdir (28). Hızlı ve kolay değerlendirmeyi sağlayan bu algoritma aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.

START



Şema 1. START (Simple Triage and Rapid Treatment) sisteminde kullanılan triyaj değerlendirme modülü

2.2 Triyaj Uygulama Alanları

Trijaj, başlıca acil servislerde, özellikle çocuk yoğun bakım ünitelerinde olmak üzere hastanelerde hasta yatışları sırasında, olay yerinde, savaşlarda ve afetler sırasında olmak üzere birçok alanda uygulanabilir (29).

2.2.1 Hasta yatışlarında triyaj

Bir hastanın hastaneye yatışı söz konusu olduğunda, karar verirken hastanın hastanenin hangi servisine yatması gerektiğinin belirlenmesi gerekmektedir. Hastane kaynaklarının yeterli olduğu durumlarda, hasta nedene yönelik olarak tedavi alabileceği bir servise yatırılabilir. Daha sık rastlanan durum ise, hastane kaynaklarının yetersiz olduğu şartlarda, kararlar kimin daha öncelikli olarak tedavi altına alınması gerektiği konusunda verilmektedir. Eğer bu kararlar hastanın genel durumu değerlendirildikten sonra belirlenmiş bazı kriterler ya da planlara göre alınırsa “triyaj” adını alır. Bu şekildeki uygulamalar daha sık olarak yoğun bakım ünitelerine hasta yatışlarında kullanılmaktadır (32).

2.2.2 Olay yeri triyajı

Bu tip triyaj, zincirleme motorlu taşıt kazaları, yangınlar ya da uçak kazaları gibi çok sayıda yaralının olabileceği durumlara yanıt olarak tasarlanmıştır. Bu gibi olaylarda bir kısmı ciddi yaralanmış birçok hasta, ilgili merkezi strese sokar ancak lokal acil tıbbi sistemi alt üst etmez. Olay yerindeki ve acil servisteki personel, transport ve tedavi önceliğini belirlemek için en kritik yaralı hastaları belirlemelidir(33).



Resim 1. Ankara UMKE 5. İl Eğitim Kampı

2.2.3 Savaş alanında triyaj (askeri triyaj)

Daha önce de belirtildiği gibi, yaralı askerlerin tedavi önceliğini belirlemek için ilk resmi triyaj sistemlerini oluşturan kişiler askeri doktorlar olmuştur. Askeri triyajı uygulayan ve tedavi eden kişiler, daima ordu mensubudur ve hastalar her zaman olmasa da genellikle ordu mensubu olurlar (33).

2.2.4 Afet triyajı

Lokal sağlık merkezinin imkânlarını aşan ve daha fazla kaynağa ihtiyaç duyulan doğal afetler sırasında uygulanır. Afet triyaj kriterleri afetin boyutlarına, beklenen yaralı sayısına coğrafik koşullara ve destek hizmetlerin ulaşma zamanına bağlı olarak değişkenlik gösterebilir (34).

2.2.5 Acil servislerde triyaj

Acilde triyajın amacı, tedavi almak üzere başvuran hastaları sıralamak ve önceliğini belirlemek için hastaları değerlendirmektir. Acil servis triyaj sistemleri, esas olarak “en acil” veya potansiyel olarak “en ciddi” olguları belirlemek ve bu hastalara tedavi önceliğini vermek amacıyla geliştirilmiştir (35,36).

Resim 2. Acil Servis Triageına Uygun Hasta Değerlendirme Formu

2.3 Obstetrik Triyaj

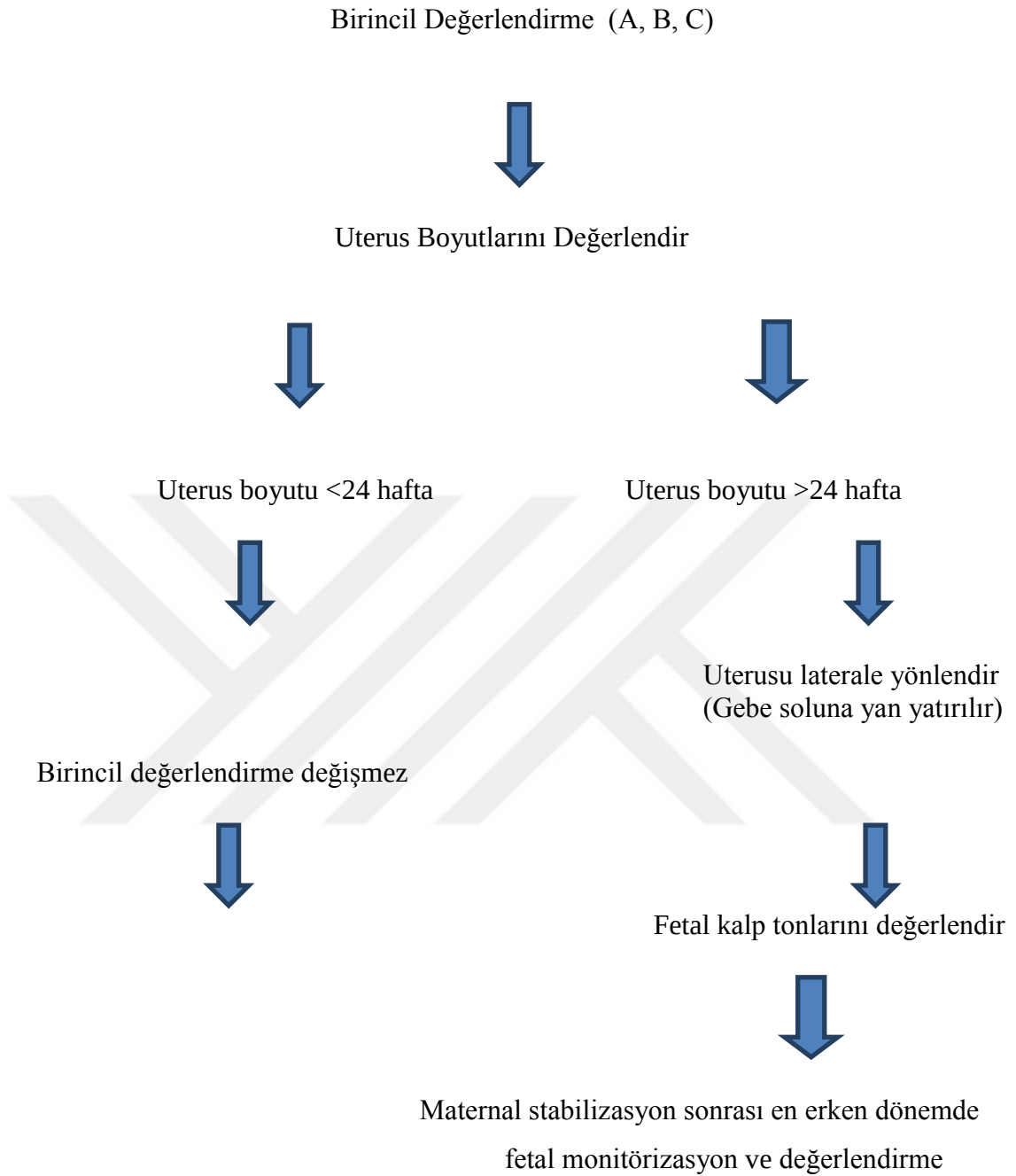
Obstetrik nedenlerle acile gelen hastaların 10 dakika içinde değerlendirilip, aciliyetlerine göre sınıflandırılması için sağlık personeli tarafından yapılan işleme obstetrik triyaj denir. Acil servise başvuran kadınlar ilk olarak obstetrik triyaj odasında değerlendirildikten sonra, doğum salonu ya da obstetri servisine yönlendirilir, pek çoğu da eve geri gönderilir (37). Çoğu acil servis ünitesinde obstetrik triyaj uygulamasının kullanımı, akut bakım gerektiren hastaların öncelikli tedavi alabilmesi, diğer hastalarında güvenli bir şekilde beklemelerini sağlamak için uygulanır (38). Ayrı obstetrik triyaj kavramı olarak, son on yıldır literatürde yaygın olarak belirmiştir (39). Obstetrik triyaj hizmetleri, hızla ilerlemekte ve yaygın uygulama modeli haline gelmektedir(40).

Obstetrik triyajın amacı:

- Yatakları daha verimli kullanmak
- Obstetrik değerlendirmeleri hızlandırmak
- Gereksiz başvuruları önlemek
- Hasta akışını hızlandırarak zaman ve para kazanmak
- Hastanın bekleme süresini azaltmak
- Obstetrik hasta ihtiyacını belirlemek ve uygulamayı yönetmek (41).

2.3.1 Obstetrik Değerlendirme

Gebe bir hastayı tedavi eden hekim asla iki kişiden sorumlu olduğunu unutmamalıdır. Hem annenin hem de bebeğin sağlığı göz önünde alındığında ikisi arasındaki ilişki iyi anlaşılmalı, bilinmelidir. Fetüs için en iyi tedavi, anne için ideal tedavinin sağlanmasıdır. Monitörizasyon ve değerlendirme yöntemleri sadece anneyi değil, fetüsün da durumunu göz önüne almalıdır. Gebelikte ilk değerlendirme biçimi aşağıda gösterilen şekildeki gibi olmalıdır (28).



Şema 2. Obstetrik değerlendirme modülü (Travma ve Resüsitasyon Kursu 2006).

Son 10 yılda obstetrik triyaj acil obstetrik bakımın bir parçası olmuş ve hastaneler kendi triyaj ilkelerini uygulamaya başlamışlardır (41). Dünyada kullanılan obstetrik triyaj sınıflandırılması örnekleri tablo 2 ve 3 de gösterilmiştir.

Tablo 4: Florida Hastanesi obstetrik triyaj sınıflandırılması

1 – Hemen	2-Acil (15 dakika İçinde)	3- Yarı-Acil (30 dakika içinde)	4 - Daha Az Acil (60 dakika içinde)
Resültasyon gerekli durumlar Solunum sıkıntısı Göğüs ağrısı Travma sonucu kanama Fetal parçaların sarkması Umbilikal kord sarkması Yaklaşan doğum Kanama	Doğum: 5dk. altında düzenli kontr. olması Şiddetli ağrı Preterm eylem Erken Membran Rüptürü (EMR) Ağır kan kaybı İdrar Yolu Enf. semptomları Şiddetli preeklampsi Epigastrik ağrı Bulanık görme Şiddetli baş ağrısı Deselerasyonlar İntihar düşüncesi Hipo-hiperglisemi Fetal hareketin (FKH) olmaması	37 haftadan sonra Düzensiz kasılmalar ve orta seviye ağrı Spontan Membran Rüptürü (MR) Fetal hareketlerde azalma Non-reaktif Nonstrest Test(NST) Hipertansiyon (HT) İntihar öyküsü Eski sezaryan (C/S) Titreme-ateş Travma öyküsü Motorlu araç kazaları Aktif kusma Orta derece ağrı	37 haftadan sonra Hafif düzensiz kasılmalar Hafif ağrı Bulantı Uykusuzluk Eyleme bağlı olmayan psikolojik sorunlar Sümüksü akıntı Hafif ağrılar ve acılar 5-Test (120 dakika) Planlanmış NST Biyofiziksel Profili (BBP) Ultrasound İsteğe bağlı sezeryan Enjeksiyonlar

Kaynak: Paisley KS. The Development of an Obstetric Triage Acuity Tool. Copyright © 2011 Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited. DOI:10.1097/NMC.0b013e318226609c

Tablo 5: Londra Sağlık Bilimleri Merkezi Obstetrik Triyaj Sınıflandırılması

OTAS	1- Hemen	2- Acil	3- Yarı Acil	4- Daha Az Acil	5- Acil Değil
2. müdahaleye kadar geçen zaman	Acil	< 15 dak.	< 30 dak.	< 60 dak.	< 120 dak.
Tekrar değerlendirme	Devamlı bakım	Her 15 dak.	Her 30 dak.	Her 60 dak.	Her 60 dak.
Doğum	Acil doğum	Şüpheli erken doğum EMR<37 hafta	Aktif doğum işaretleri >37 hafta	Erken doğum işaretleri >37 hafta	Doğum ile ilgili sıkıntılar
Kanama	Karın ağrısı ve/veya aktif vaginal kanama	Kramp ile ilişkili kanama <37 hafta	Kramp ile ilişkili kanama >37 hafta	Tanıma (seçme)	
Hipertansiyon	El koyma aktivitesi	HT >160/110 Baş ağrısı Görme bozuklukları	Hafif HT >140/90 ilişkili semptomlar		
Fetal Değerlendirme	Anormal FKH FKH yok	Atipik FKH Anormal BBP Anormal usg bulguları Azalan fetal hareket			
Diğer	A.karın ağrısı Kord prolapsus Ağır RDS Şüpheli sepsis	Major travma Solunum yetmezliği Planlanmamış ve ihmal edilmiş doğum	Gebelikte beklenenden fazla karın/sırt ağrısı Yan ağrısı Hematüri Bulantı/kusma Diyare	HT, kanama Minör travma Bulantı, kusma, ishal Enfeksiyon işaretleri	Servikal olgunlaşma Ayakta tedavi edilen Plesan. Pre. Kontrol,NST,Döküntüler

Kaynak: Smithson DS et, al. Implementing an Obstetric Triage Acuity Scale. Am J Obstet Gynecol 2013;3:1-7

BÖLÜM III

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma acil servise başvuran obstetri hastalarının triyaj sınıflandırılmasına göre dağılımlarını ve yapılan uygulamaları değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel, tanımlayıcı ve retrospektif bir araştırmadır.

3.2 KULLANILAN GEREÇLER

Araştırma verilerinin toplanmasında, acil serviste görev yapan ebe/hemşireler ve gebeleri değerlendiren kadın doğum uzmanları tarafından doldurulan hasta tanılama formu kayıtları, araştırmacı tarafından oluşturulan birey tanılama formu (EK 1) ve araştırmanın yapıldığı hastanenin kullandığı Acil Servis Triyaj Protokolü (EK 2) kullanılmıştır. Birey tanılama formunda toplam 15 adet soru bulunmaktadır. Sorular obstetri hastalarının demografik bilgilerini, doğurganlık öyküsünü, triyaj bilgilerini ve acil serviste yapılan işlemleri ve sonucunda hekim tarafından verilen kararı kapsamaktadır. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları Acil Servisi Triyaj Protokolü; renk skalasına göre triyaj sınıflandırılması şeklinde oluşturulmuş olup, kırmızı renk 1. öncelikli obstetri hastalarını, sarı renk 2. öncelikli obstetri hastalarını, yeşil renk 3. öncelikli obstetri hastalarını, siyah renk ise exitusları kapsamaktadır.

3.3 ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 01.09.2013-30.09.2013 tarihleri arasında kadın hastalıkları acil servisine obstetri hastası olarak başvuran tüm vakaların verileri incelenerek yapılmıştır. Hastanede iki adet acil servis bulunmaktadır. Bunlardan biri çocuk hastalıkları acil servisi, diğeri kadın hastalıkları acil servisidir. Kadın hastalıkları acil servisinde gün içerisinde bir doktor dört ebe, bir bilgi işlem elemanı ve bir personel hizmet vermektedir.

3.4 ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini 01.09.2013-30.09.2013 tarihlerinde T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kadın hastalıkları acil servisine başvuran hastalardan, obstetri hastalarının tümü oluşturmuştur.

3.5 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, 01.09.2013-30.09.2013 tarihleri arasındaki bir aylık sürede acil servise başvuran tüm obstetri hastalarının kayıtları incelenerek veriler toplanmıştır. Kaydı tutulan ve süreç içinde başvuran 2020 obstetri hastasından kaydı tam olarak tutulan 1981 gebe araştırmaya dâhil edilmiştir. 39 gebe bilgilerinin tam doldurulmaması sebebiyle araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırma verileri, araştırma tarihleri arasında acil servise başvuran obstetri hastalarının kayıtlarından elde edilen bilgilerin, araştırmacı tarafından hazırlanan Birey Tanılama Formuna kaydedilip, hastahänenin uyguladığı triyaj protokolüyle karşılaştırılması sonucunda toplanmıştır (EK 1). Bir ay sürede kaydı tam olarak tutulan tüm obstetri hastalarının kayıtları incelenerek araştırmaya dahil edilmiştir.

Acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının sağlık personeli tarafından yapılan triyaj sınıflandırılması ile araştırmacının yapılan bu triyajı hastahane triyaj protokolü ile karşılaştırması sonucu uyumun belirlenmesinde, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları Acil Servisi Triage Protokolü (EK 2) kullanılmıştır.

3.7 VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package For Social Science) 16,0 paket programında;

- Acil servise başvuran obstetri hastalarının dağılımlarının tanımlanmasında tanımlayıcı istatistikler, sayı-yüzde tabloları

- Acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının sağlık personeli tarafından yapılan triyaj sınıflandırılması ile araştırmacının yapılan bu triyajı hastane triyaj protokolü ile karşılaştırması sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kappa (k) uyumluluk testi kullanılmıştır.

3.8 SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma 2013 yılı içinde planlanmış olup, 2013 yılı haziran ayında araştırma önerisi olarak sunulmuştur. Araştırma verilerinin toplanması Eylül 2013-Ekim 2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Verilerin bilgisayara yüklenmesi, istatistiksel analizler, rapor yazımı Ekim 2013-Ocak 2015 tarihleri arasında tamamlanmıştır (Şekil 4).

3.9 ETİK AÇIKLAMA

Araştırma konusu öneri olarak Sağlık Bilimleri Enstitüsüne sunulmuştur ve yönetim kurulunun tez konusu olarak kabulünden (EK 3) sonra;

- T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı (EK 4),
- T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliğinden araştırmanın yürütülmesi için gerekli hastane yazılı izni (EK 5) alınmıştır.

Şekil 1: Araştırma Zaman Çizelgesi

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Şubat- Mayıs 2013	Haziran 2013	Temmuz 2013	Ağustos 2013	Eylül 2013	Kasım 2013- Şubat 2014	Mart – Ocak 2015
Literatür İnceleme							
Araştırma Deseninin Seçimi							
Araştırma Önerisi							
Düzeltilmelerin Yapılması							
Veri Toplama Aşaması							
Veri girişi							
Verilerin Değerlendirilme si-Analizi							
Tez Yazımı							

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde; acil servise başvuran obstetri hastalarının tanımlayıcı bilgileri, obstetrik triyaj sınıflamasına göre derecelendirilmesi, sağlık personeli tarafından yapılan obstetrik triyaj sınıflandırılması ile araştırmacı tarafından yapılan triyaj sınıflandırılması arasındaki uyumluluk düzeyi bulguları sunulmuştur.

4.1 Araştırma Kapsamına Alınan Obstetri Hastalarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları Acil Servisine başvuran hastalardan obstetri hastalarının sosyo-demografik dağılımları Tablo 6’de verilmiştir.

Tablo 6: Obstetri Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
<19	192	9.7
20-24	633	32.0
25-29	581	29.3
30-34	397	20.0
>35	178	9.0
SGK		
Var	1947	98.3
Yok	34	1.7
Toplam	1981	100.0

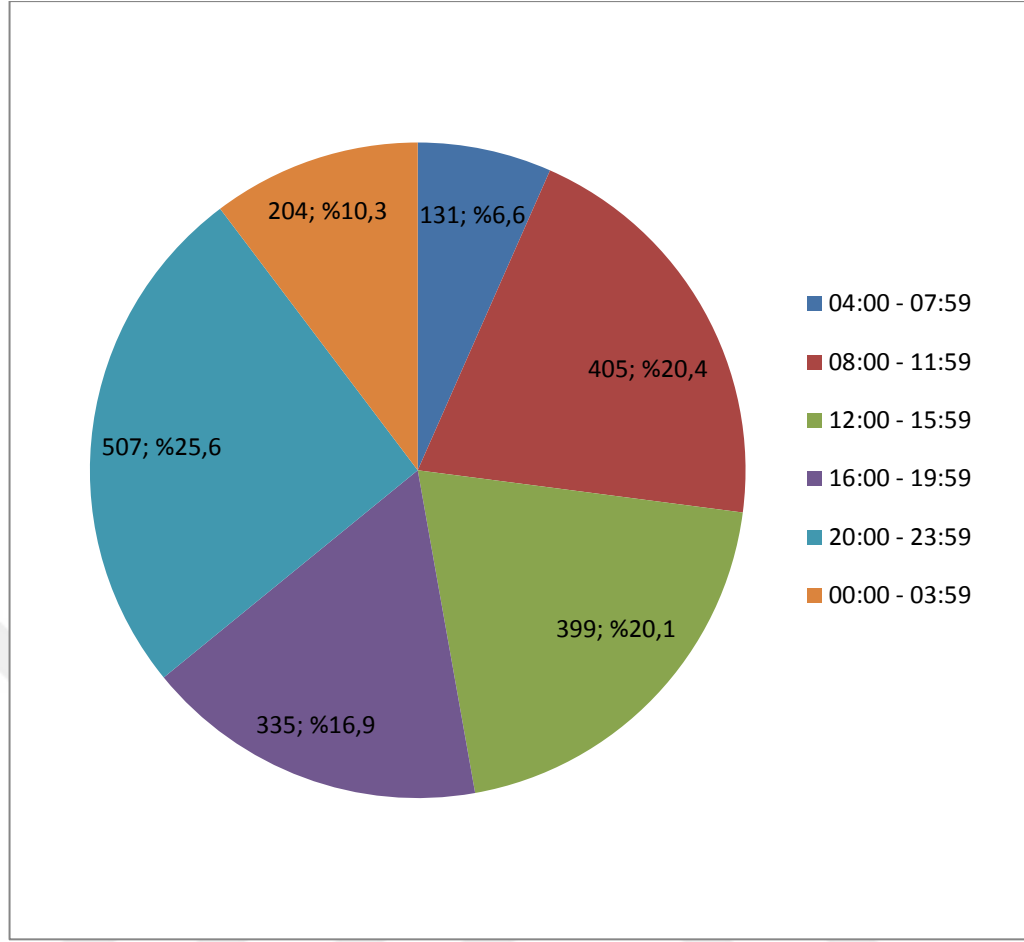
Tablo 6’da acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının yaş durumları ve Sosyal Güvenlik Kurumu’ndan (SGK) sağlık güvencesi durumları gösterilmiştir. Acil servise başvuran obstetri hastalarının % 9.7’si 19 yaşından küçük, % 32’si 20 ile 24 yaşları arasında, % 29.3’ü 25 ile 29 yaşları arasında, % 20’si 30 ile 34 yaşları arasında ve %9’u 35 yaşından büyüktür. Acil servise başvuruda bulunan obstetri

hastalarının % 98.3'ünün SGK'dan bir sağlık güvencesine sahip olduğu görülürken, % 1.7'sinin ise SGK'dan herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadıkları görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 7: Obstetri Hastalarının Gebelik ve Doğum ile ilgili Öyküleri

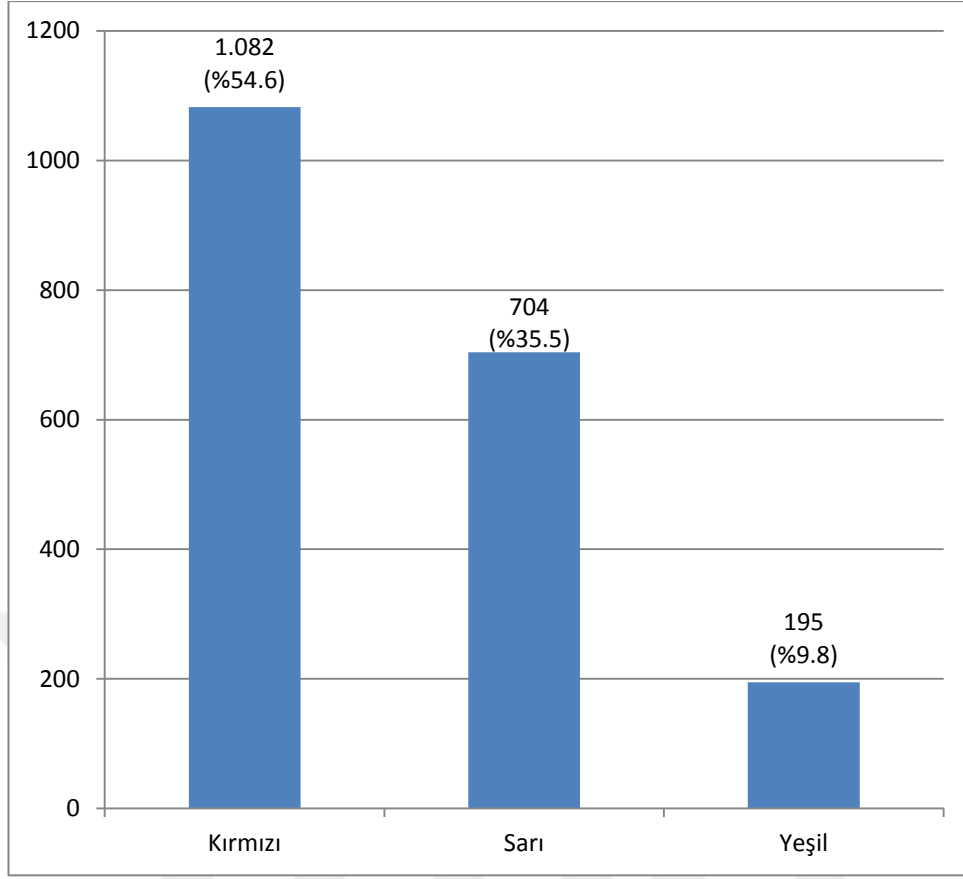
Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Öyküsü		
1. Gebelik	946	47.8
2. Gebelik	587	29.6
3. Gebelik	264	13.3
4. Gebelik ve Üstü	184	9.4
Gebelik Haftası		
4-8 Hafta	143	7.2
9-16 Hafta	248	12.5
17-24 Hafta	156	7.9
25-29 Hafta	109	5.5
30-34 Hafta	197	10.0
35 Hafta ve Üstü	1.128	56.9
Toplam	1981	100

Acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının doğum öyküleri ile ilgili bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir. Bu obstetri hastalarının % 47.8'nin ilk gebeliklerini, % 19.6'sının ikinci gebeliklerini, % 13.3'ünün üçüncü gebeliklerini ve %9.4'ünün de dördüncü ve üstü gebelikte olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, başvuruda bulunan obstetri hastalarının gebelik haftalarına göre dağılımları incelendiğinde; % 7.2'sinin 4 ile 8 gebelik haftası arasında, % 12.5'inin 9 ile 16 gebelik haftası arasında, % 7.9'unun 17 ile 24 gebelik haftası arasında, % 5.5'inin 25 ile 29 gebelik haftası arasında, % 10'unun 30 ile 34 gebelik haftası arasında ve % 56.9'unun da 35 gebelik haftası veya üzeri haftalarda oldukları belirlenmiştir (Tablo 7).



Grafik 3: Acil Servise Başvuran Obstetri Hastalarının Geliş Saatine Göre Dağılımları

Acil servise başvuran obstetri hastalarının acil servise geliş saatlerine göre dağılımları grafik 3’de verilmiştir. Bu obstetri hastalarının % 6.6’sı saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 20.4’ü saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 20.1’i saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 16.9’u saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 25.6’sı saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve son olarak % 10.3’ünün de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvuruda bulundukları belirtilmiştir (Grafik 3).



Grafik 4: Acil Servise Başvuran Obstetri Hastalarının Yapılan Triyaj Sınıflandırılması

Acil servise başvuran obstetri hastalarının yapılan triyaj sınıflandırmaları ile ilgili bulguları Grafik 4’de gösterilmiştir. Başvuran obstetri hastalarının triyaj sınıflamasına göre dağılımlarına baktığımızda; gebelerin % 54.6’sı kırmızı triyaj sınıfında (1. öncelik) yer alırken, % 35.5’i sarı triyaj sınıfında (2. öncelik) ve % 9.8’si yeşil triyaj sınıfında (3. öncelik) yer aldığı saptanmıştır (Grafik 4).

Tablo 8: Obstetri Hastalarının Acil Servise Geliş Saatine Göre Triyaj Sınıflandırılması

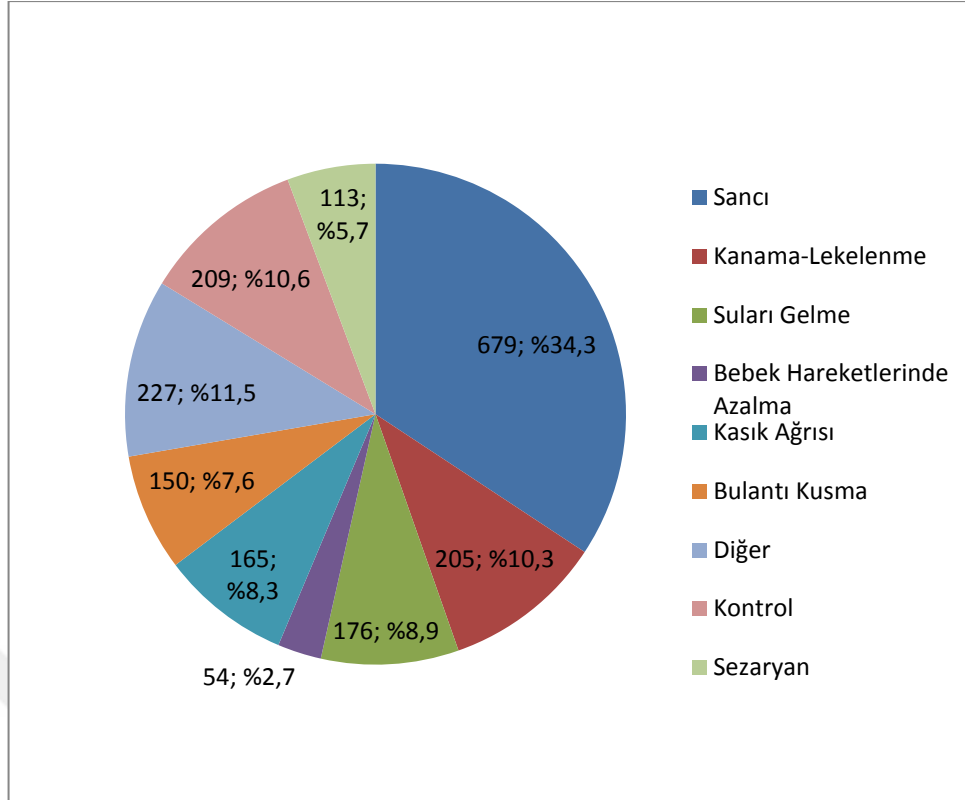
	Trijaj Sınıflandırılması							
	Kırmızı		Sarı		Yeşil		Toplam	
Acile geliş saati	N	%	N	%	N	%	N	%
04:00-07:59	100	9.2	29	4.1	2	1.0	131	6.6
08:00-11:59	216	20.0	118	16.8	71	36.4	405	20.4
12:00-15:59	200	18.5	150	21.3	49	25.1	399	20.1
16:00-19:59	165	15.2	131	18.6	39	20.0	335	16.9
20:00-23:59	261	24.1	220	31.2	26	13.3	507	25.6
00:00-03:59	140	12.9	56	0.8	8	4.1	204	10.3
Toplam	1082	100	704	100	195	100	1981	100

Obstetri hastalarının triyaj sınıflandırılmasına göre acile geliş saatleri ile ilgili bulgular Tablo 8’de görülmektedir. Acil servise başvuran obstetri hastalarından kırmızı triyaj sınıfında yer alanların % 9.2’si saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 20.0’u saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 18.5’i saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 15.2’ü saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 24.1’i saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 12.9’i de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvuruda bulundukları saptanmıştır. Sarı triyaj sınıfında yer alan obstetri hastalarının % 4.1’i saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 16.8’i saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 21.3’sü saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 18.6’si saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 31.2’i saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 0.8’i de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvurdıkları belirlenmiştir. Yeşil triyaj sınıfında yer alan obstetri hastalarının ise % 0.1’i saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 36.4’sü saat 08:00 ile 11:59 arasında, %25.1’i saat 12:00 ile 15:59 arasında, %2.0’ı saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 13.3’ü saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 4.1’ünün de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise giriş yaptıkları saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9: Obstetri Hastalarının Gebelik Haftasına Göre Triyaj Sınıflandırması

	Trijaj Sınıflandırması							
	Kırmızı		Sarı		Yeşil		Toplam	
Geb. Haftası	n	%	n	%	n	%	n	%
4-8 hafta	28	2.6	106	15.1	9	4.6	143	7.2
9-16 hafta	58	5.4	174	24.7	16	8.2	248	12.5
17-24 hafta	48	4.4	88	12.5	20	10.3	156	7.9
25-29 hafta	43	4.0	61	8.7	5	2.6	109	5.5
30-34 hafta	122	11.3	60	8.5	15	7.7	197	9.9
35 ve üstü hafta	783	72.4	215	30.5	130	66.7	1128	56.9
Toplam	1082	100	704	100	195	100	1981	100

Obstetri hastalarının gebelik haftalarına göre sınıflandırılmasının dağılımları Tablo 9'da gösterilmektedir. Kırmızı triyaj sınıfında yer alan obstetri hastalarının % 2.6'sı gebeliklerinin 4 ile 8. haftaları arasında, % 5.4'ü gebeliklerinin 9 ile 16. haftaları arasında, % 4.4'ü gebeliklerinin 17 ile 24. haftaları arasında, % 4.0'ı gebeliklerinin 25 ile 29. haftaları arasında, % 11.3'ü gebeliklerinin 30 ile 34. haftaları arasında ve % 72.4'ü de gebeliklerinin 35. hafta ya da daha üzerindeki haftalarda yer aldıkları görülmüştür. Ayrıca sarı triyaj sınıfında yer alan obstetri hastalarının % 15.1'i gebeliklerinin 4 ile 8. haftaları arasında, % 24.7'si gebeliklerinin 9 ile 16. haftaları arasında, % 12.5'i gebeliklerinin 17 ile 24. haftaları arasında, % 8.7'si gebeliklerinin 25 ile 29. haftaları arasında, % 8.5'i gebeliklerinin 30 ile 34. haftaları arasında ve % 30.5'i de gebeliklerinin 35. hafta ya da daha üzerindeki haftalarını yaşamaktadırlar. Yeşil triyaj sınıflandırmasında yer alan obstetri hastalarının ise % 4.6'sı gebeliklerinin 4 ile 8. haftaları arasında, % 8.2'si gebeliklerinin 9 ile 16. haftaları arasında, % 10.3'ü gebeliklerinin 17 ile 24. haftaları arasında, % 2.6'sı gebeliklerinin 25 ile 29. haftaları arasında, % 7.7'si gebeliklerinin 30 ile 34. haftaları arasında ve % 66.7'si de gebeliklerinin 35. hafta ve üzerindeki haftalarının içinde acil servise başvurmuşlardır (Tablo 9).



Grafik 5: Obstetri Hastalarının Acile Servise Başvuru Şikâyetlerine Göre Dağılımları

Obstetri hastalarının acile servise başvuru şikâyetlerine göre dağılım bulgularını incelediğimizde, bu gebelerin % 34.3'ünün sancı şikâyeti nedeniyle, %10.6'sı kontrol için, % 10.3'ünün kanama veya lekelenme şikâyeti nedeniyle, % 8.9'unun suları geldiği için, % 2.7'sinin bebek hareketlerinde azalma olduğu şikâyeti için, %8.3'ünün kasık ağrısı şikâyeti nedeniyle, % 7.6'sının bulantı ve kusma şikâyetleri nedeniyle, % 5.7'si sezaryan amaçlı ve % 11.5'inin de diğer nedenlerle acil servise geldikleri görülmektedir (Grafik 5).

Tablo 10: Obstetri Hastalarının Acile Servise Geliş Saatlerine Göre Başvuru Şikayetleri

	Acile Geliş Saati													
	04:00-07:59		08:00 -11:59		12:00- 15:59		16:00- 19:59		20:00- 23:59		00:00- 03 :59		Toplam	
Acile geliş Şikayeti	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sancı	69	52.7	140	34.6	111	27.8	96	28.7	163	32.1	100	49.0	679	34.3
Kanama-lekelenme	11	8.4	22	5.4	35	8.8	47	14.0	70	13.8	22	10.8	207	10.4
Suları Gelme	27	20.6	27	6.7	42	10.5	20	6.0	35	6.9	25	12.3	176	8.9
Bebek Har. Azalma	2	1.5	7	1.7	14	3.5	8	2.4	22	4.3	1	0.5	54	2.7
Kasık Ağrısı	9	6.9	10	2.5	29	7.3	33	9.9	68	13.4	16	7.8	165	8.3
Bulantı-Kusma	4	3.1	13	3.2	29	7.3	46	13.7	48	9.5	11	5.4	151	7.6
Diğer	7	5.3	18	4.4	42	10.5	49	14.6	84	16.6	27	13.2	227	11.5
Kontrol	2	1.5	97	24.0	68	17.0	31	9.3	10	2.0	1	0.5	209	10.6
Sezaryan	0	0	71	17.5	29	7.3	5	1.5	7	1.4	1	0.5	113	5.7
Toplam	131	100	405	100	399	100	335	100	507	100	204	100	1981	100

Obstetri hastalarının acil servise geliş saatlerine göre başvurma şikayet bulgularını incelediğimizde; sancı şikayetiyle gelen gebelerin % 52.7'si saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 34,6'sı saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 27.8'i saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 28.7'si saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 32.1'i saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 49.0'ı de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvuruda bulundukları saptanmıştır. Kanama ve lekelenme şikayetiyle gelen obstetri hastalarının % 8.4'ü saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 5.4'ü saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 8.8'i saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 14.0'ı saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 13.8'i saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 10.8'i de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvuruda bulunmuşlardır. Sularının gelmesi şikayetiyle gelen kadın hastaların % 20.6'sı saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 6.7'si saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 10.5'i saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 6.0'ı saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 6.9'u saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 12.3'ü de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvuruda bulunmuşlardır. Bebek hareketlerinde azalma şikayetiyle gelen obstetri hastalarının % 1.5'i saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 1.7'si saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 3.5'i saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 2.4'ü saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 4.3'ü saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 0.5'i de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvuruda bulunmuşlardır. Kasık ağrısı şikayetiyle gelen obstetri hastalarının % 6.9'u saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 2.5'i saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 7.3'ü saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 9.9'u saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 13.4'ü saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 7.8'si de saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvuruda bulunmuşlardır. Bulantı ve kusma şikayetiyle gelen obstetri hastalarının % 3.1'i saat 04:00 ile 07:59 arasında, % 3.2'si saat 08:00 ile 11:59 arasında, % 7.3'ü saat 12:00 ile 15:59 arasında, % 13.7'si saat 16:00 ile 19:59 arasında, % 9.5'i saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında ve % 5.4'ü da saat 00:00 ile 03:59 arasında acil servise başvuruda bulundukları saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11: Obsteri Hastalarının Acil Servise Geliş Şikayeti ve Sonuç

Sonuç										
Acile Gel. Şik.	Taburcu		Servise Yatış		Doğum. Yatış		Sevk		Toplam	
	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Sancı	287	23.0	37	25.5	340	61.4	15	45.5	679	34.3
Kanama-lek.	154	12.3	41	28.3	11	2.0	1	3.0	207	10.4
Suları gel.	40	3.2	6	4.1	126	22.7	4	12.1	176	8.9
B.H. azalma	42	3.4	3	2.1	8	1.4	1	3.0	54	2.7
Kasık ağr.	156	12.5	3	2.1	1	0.2	5	15.2	165	8.3
Bulantı-kusma	112	9.0	36	24.8	2	0.4	1	3.0	151	7.6
Diğer	205	16.4	14	9.7	5	0.9	3	9.1	227	11.5
Kontrol	174	13.9	4	2.8	28	5.1	3	9.1	209	10.6
Sezaryan	79	6.3	1	0.7	33	6.0	0	0	113	5.7
Toplam	1249	100	145	100	554	100	33	100	1981	100

Obstetri hastalarının acil servise geliş şikayetleri ve bunun sonucu incelendiğinde; sancı şikayetiyle gelen kadın hastaların % 23.0'ına taburcu edilme, % 25.5'ine servise yatırılma, % 61.4'üne doğumhaneye yatırılma ve % 45.5'ine de sevk edilme kararlarının verildiği görülmektedir. Kanama ve lekelenme şikayetiyle gelen gebelerin % 12.3'üne taburcu edilme, % 28.3'üne servise yatırılma, % 2.0'ına doğumhaneye yatırılma ve % 3.0'ına de sevk edilme kararlarının verildiği saptanmıştır. Sularının gelmesi şikayetiyle gelen gebelerin % 3.2'ine taburcu edilme, % 4.1'ine servise yatırılma, % 22.7'sine doğumhaneye yatırılma ve % 12.1'ine de sevk edilme kararlarının verildiği görülmektedir. Bebek hareketlerinde azalma şikayetiyle gelen gebelerin % 3.4'üne taburcu edilme, % 2.1'ine servise yatırılma, % 1.4'üne doğum haneye yatırılma ve % 3.0'ına de sevk edilme kararlarının verildiği saptanmıştır. Kasık ağrısı şikayetiyle gelen gebelerin % 12.5'una taburcu edilme, % 2.1'ine servise yatırılma, % 0.2'sine doğum haneye yatırılma ve % 15.2'sine de sevk edilme kararlarının verildiği görülmektedir. Bulantı ve kusma şikayetiyle gelen kadın hastaların % 9.0'ına taburcu edilme, % 24.8'ine servise yatırılma, % 0.4'üne doğumhaneye yatırılma ve % 3.0'ına de sevk edilme kararlarının verildiği saptanmıştır (Tablo 11).

4.2 Acil Servise Başvuran Obstetri Hastalarının Triyaj Dağılımlarının Uyumluluk Düzeyi

Acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde uygulanan triyaj protokolüne (EK 2) göre sınıflandıran sağlık çalışanları ile yine aynı protokole göre araştırmacı tarafından oluşturulan triyaj sınıflandırılmasının uyumluluk düzeyinin analiz sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Acil Servise Başvuran Obstetri Hastalarının Triyaj Dağılımlarının Uyumluluk Düzeyi

	n	Kappa (k)	p
Trijaj uyumluluk	1981	0.601	0.000

Tablo 12’de yer alan Kappa (k) testi sonuçlarına göre, acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının sağlık personeli tarafından yapılan triyaj sınıflandırılması ile araştırmacının yapılan bu triyajı hastane triyaj protokolü ile karşılaştırması arasında iyi derece uyum tespit edilmiş ve istatistiksel olarak da ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 11). (k=0.601 p=0.000)

Acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının sağlık personeli tarafından yapılan triyaj sınıflandırılması ile araştırmacının yapılan bu triyajı hastane triyaj protokolüyle karşılaştırmasında 372 hastanın şikayetleri (sezaryan, boğaz ağrısı, hafif karında acı, motorlu araç kazası sonrası oluşan yaralanmalar, bebek hareketlerinde azalma gibi) hastane triyaj protokolünde yer almaması sonucunda tanımlanamayan olarak kodlanarak triyaj uyumluluk sonucunu etkilemiştir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Triyaj, genel olarak acil sağlık hizmetlerinin kişilere dağıtılması sırasındaki süreci ifade ettiği için, hasta acil servise başvurduğu anda triyaj süreci başlar. Bu süreçte, o hastane için ve başvuran hasta profiline uygun olarak geliştirilmiş bir triyaj sisteminin varlığı ve kullanılan triyaj skalası oldukça önemlidir (42). Bu araştırmada elde edilen bulgular literatür bilgileri ve araştırma soruları dikkate alınarak tartışılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sosyo demografik bulgulara göre, acile başvuran obstetri hastalarının dağılımlarında en yüksek başvuruyu 20-24 yaş aralığında olan gebeler oluşturmaktadır. 25-29 yaş aralığında olan gebeler ise 2. sırada yer almaktadır. 35 yaş üstü gebelikler ise % 9 oranında olduğu görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA 2013) raporuna göre, Türkiye’de gebelerin dağılımlarının en yüksek olduğu yaş grubu 25-29 yaş arasında yer alan kadınlardır. Ayrıca gebelik ve doğumla ilgili risklerin en yüksek olduğu dönem 20 yaş altı ve 35 yaş üstü doğumlardır ve bu doğumlar tüm doğumların beşte birini oluşturmaktadır (43). Ülkemizde Saka ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada 35 yaş üstü gebelik sıklığı % 11.78 olarak belirtilmiştir (44). Bizim araştırma bulgularımız da literatüre uyumlu olarak bulunmuştur.

19 yaş altı gebelikler adölesan gebelik olarak tanımlanmakta ve araştırma bulgularına göre bir aylık sürede acile başvuran adölesan gebelik yüzdesi % 9.7’dir. Dünya’da sosyoekonomik ve kültürel farklılıklara bağlı olarak adölesan gebeliklerin görülme sıklığı % 3,2 - % 42 arasında değişmektedir (45,46). TNSA 2013 verilerinde ise bu oranın % 5 olduğu belirtilmiştir (43). Bu bulgulara göre, araştırma bölgesinde belirtilen tarihler arasında acil servise başvuran adölesan gebelik oranı Türkiye geneline göre yüksek orandadır. Bu durum araştırmanın yapıldığı hastanenin bölgenin donanımlı kadın doğum hastaneleri arasında yer alması ve bu nedenle riskli hasta başvurusunun çok olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca hastanenin bulunduğu yerin İzmir’in göç alan bölgesi olması da etken olabilir.

Araştırma kapsamında yer alan gebelerden % 98.3’ünün Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) sağlık güvencesine sahip olduğu görülürken, % 1.7’sinin ise SGK’dan bir sağlık güvencesinin bulunmadığı görülmüştür. TNSA 2013 bulgularına göre 15-49 yaş grubundaki kadınların % 11’i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır (43).

Araştırma verilerine göre acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının % 47.8'nin ilk gebeliklerinde olduğu, % 9.4'ünün dört ve üstü gebelikte oldukları belirlenmiştir. Saka ve arkadaşlarının 2008 yılında Diyarbakır doğumevinde bir aylık sürede gebelerde risk faktörlerinin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları bir araştırmaya göre, gebelik sayısı dört ve üzeri olan kadınların % 32.33 oranında olduğu ve bu kadınların % 56.9'unun da 35 hafta veya üzeri gebelik haftasında oldukları belirlenmiştir (44).

Araştırma bulgularına göre gebelerin acil servise en yoğun olarak başvuruda bulundukları saat dilimi % 25.6 ile 20:00- 23:59 saatleri arasındadır. Smithson ve ark. 2013 yılında obstetrik triyajla ilgili yaptıkları bir çalışmada en yoğun başvuru saatlerinin 10:00 ile 17:00 saatleri arasında olduğunu belirtmişlerdir (38). Benzer şekilde Boran ve arkadaşlarının 2008 yılındaki çalışmasında ise 08:00-16:00 saatleri % 34 ile en yoğun başvurunun gerçekleştiği saat dilimi olarak gösterilmiştir (47).

Acil servise başvuran obstetri hastalarının triyaj dağılımları incelendiğinde, %54.6' sının kırmızı (birinci derece) triyaj sınıflandırılması içinde yer aldığı saptanmıştır. Bu sonuç birinci araştırma sorumuzun cevabını karşılamaktadır. Droobinin ve arkadaşları tarafından 2003 yılında çocuk acil servisinde 250 kişi üzerinde yapılan çalışmada, hastaların % 33.6'sının gerçekten acil hastalıkları için başvurduğu, bunun yanında % 62.8'inin sağlık hizmetine daha rahat ulaştıkları için acil servise başvurmayı tercih ettikleri saptanmıştır (48). Atabek ve arkadaşlarının 1999 yılında çocuk aciline başvuruları değerlendirmek için yaptıkları çalışmalarında; acil birimine getirilen çocukların % 52'sinin gerçek acil, % 11'i acil olduğu düşünülerek getirilenler ve % 37'sinin acil olmayan hastalardan oluştuğu belirlenmiştir (49). Yine ülkemizde Civaner tarafından 1999 yılında yapılan başka bir çalışmada, devlet hastanesi acil servisine başvuranlar içinde gerçek acil olgularının oranı %52.3 olarak saptanmıştır (50). Amerikan Acil Tıp Hekimleri Birliği (ACEP) kriterlerine göre acil servislerin uygunsuz kullanım oranı ise % 10.8 olarak belirlenmiştir (51). Türk toplumunun yapısı göz önüne alındığında, polikliniklerin iş yükünün fazla olması, acil servislerde hızlı hizmet alınması ve gebelikte kadınların ve eşlerinin her türlü yakınmayı acil olarak algılamaları acil servise olan başvuru sayısını da arttırabilmektedir.

Acil servise başvuran obstetri hastalarından kırmızı triyaj sınıflandırılmasında yer alanların % 24.1'in saat 20:00 ile 23:59 saatleri arasında başvurdukları

saptanmıştır. Yine kırmızı triyaj sınıflandırılmasında yer alan gebelerden % 72.4'ünün 35 ve üstü haftalarda oldukları saptanmıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyecek çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak 35. ve üzeri haftalıkta doğuma yaklaşıldığı için gebelerin herhangi bir rahatsızlığı acil müdahale edilmesi gereken bir durum olarak algılayabilecekleri ve bu nedenle bu gebelik haftalarından sonra acile başvuruların artabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin acil servise geliş şikayet bulgularına bakıldığında % 34.3'lük oranla ilk sırada sancı şikayeti yer almaktadır. Bunu takiben gebelerin, % 10.3'ü kanama veya lekelenme, % 8.9' u su gelmesi, % 2.7' si bebek hareketlerinde azalma, %8.3'ü kasık ağrısı, % 7.6'sı bulantı ve kusma şikayetleri nedenleriyle acil servise başvurdıkları belirlenmiştir. Sözeri ve arkadaşları 2006 yılında Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Bakım Hastanesi'nde yaptıkları çalışmalarında, gebelerin % 28.6'sının ağrılı veya ağrısız kanamaları olduğunda, % 21.9'unun bebek hareketlerinde azalma hissettiklerinde, % 19,6'sının devamlı bulantı-kusmaları olduğunda, % 14'ü idrar yaparken yanma, kasıklarda ağrı, % 16'sı da devamlılık gösteren kasılma şikayeti ile sağlık kuruluşuna başvurdıklarını belirlemişlerdir (52). Bizim araştırma bulgularımızda literatürle uyumludur.

Araştırmamızda acil servise başvuru için en yoğun saat dilimi olarak 20:00-23:00 saatleri arası ve bu saatlerde gebelerin en fazla sancı şikayeti ile (% 32.1) başvurdıkları saptanmıştır. Yine bu saat dilimi arasında ikinci sırada ise kanama-lekelenme şikayeti ile (% 13.8) gebeler başvuruda bulunmuştur. Literatürde bu bilgiyi destekleyecek bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte; bu şikayetler ilerleyen gebelik haftasında doğumun başlayabileceğini gösteren bulgular ve erken gebelik haftasında düşük nedeni olabilecek bulgular olabileceği için gebelerin hastaneye başvurmalarının gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına giren gebelerin % 63'ü acil serviste tedavi görerek taburcu edilmiş, % 28'inin de doğumhaneye yatışı yapılmıştır. Gürsoy ve arkadaşlarının 1999 yılında bir üniversite acil servisine başvuran hastaların durumlarını inceledikleri çalışmalarında; ayaktan tedavi gören hastaların oranı % 80.8 olarak belirtilmiştir (53). Bizim çalışmamızda Gürsoy ve ark. göre ayakta tedavi gören hasta sayısı daha az bulunmuştur. Ancak ülkemizde obstetrik triyajın değerlendirildiği çalışmanın olmaması, yurt dışı literatürde de bu verinin değerlendirilmemesi ve Gürsoy ve ark. çalışmasında genel hasta popülasyonunun incelenmesi bu bulgunun yeterli tartışılmasına neden olmuştur.

Acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının sağlık personeli tarafından yapılan triyaj sınıflandırılması ile araştırmacının yapılan bu triyajı hastane triyaj protokolü ile karşılaştırması arasında uyumluluk düzeyinin analizi sonucunda iyi derece uyum tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($k=0.601$, $p=0.000$). Araştırma bulgularına göre kappa analizi ile elde edilen iyi derece uyum; hastane personelinin yaptığı triyaj sınıflaması ile hastane triyaj protokolünün arasında düzeltilmesi gereken noktalar olmakla birlikte tutarlıdır. Bu sonuç ikinci araştırma sorumuzun cevabını karşılamaktadır. Uyumun mükemmel olması için mevcut hastane triyaj protokolünde yer alan şikayetlere, protokolde yer almayan ancak araştırmacının hasta dosyalarında yer aldığını görüp mevcut hastane triyaj protokolüne yerleştiremediği şikayetler de (sezaryan, bebek hareketlerinde azalma, boğaz ağrısı, motorlu araç kazası sonucu yaralanma) eklenmelidir.

Acil servise başvuran hastalara müdahale önceliğini veren triyaj sınıflandırılmasında; hastaların bulunmaları gereken triyaj sınıflamasından bir alt sınıfa yerleştirilmeleri hasta tedavi güvenliğini tehlikeye sokarken, üst sınıfa yerleştirilmeleri de kaynakların erken tükenmesine neden olabilir (54). Göransson ve arkadaşları tarafından 2006 yılında 423 triyaj hemşiresi üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin doğru sınıflama yapabilme oranının ortalama % 58 olduğu ve doğru triyaj kararı ile kişisel özellikler arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (55). Chung tarafından 2005 yılında triyaj kararı ile hemşirelerin deneyimleri arasında bir ilişki olup olmadığının saptanmaya çalışıldığı kalitatif bir çalışmada ise, hemşireler bölünerek çalışmanın, zaman kısıtlılıklarının ve eğitim eksikliğinin triyaj kararı sürecini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir (56).

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servise başvuran obstetri hastalarının triyaj sınıflandırılmasına göre dağılımları ve yapılan uygulamaların değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüş olan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

Acil servise başvuran obstetri hastalarının % 47.8'i ilk gebeliklerinde ve % 56.9'ü ise 35 hafta ve üstü oldukları saptanmıştır. En yoğun başvurunun olduğu saat dilimi ise % 25.6 ile 20:00-23:59 saatleri arasında olduğu saptanmıştır. Kırmızı triyaj sınıfında (birinci öncelik) yer alan gebelerin oranı ise % 54.6 ve bu gebelerden % 72.4'ünün 35 ve üzeri haftalarda oldukları belirlenmiştir. Acil servise başvuran obstetri hastalarının acile başvuru şikayetlerine baktığımızda ise ilk sırada % 34.3 oranıyla sancı yer almaktadır. Araştırma kapsamına giren gebelerden % 63'ünün acil serviste tedavi görerek taburcu edildiği görülmüştür. Acil servise başvuruda bulunan obstetri hastalarının sağlık personeli tarafından yapılan triyaj sınıflandırılması ile araştırmacının yapılan bu triyaji hastane triyaj protokolü ile karşılaştırması arasında iyi derece uyum tespit edilmiş ve istatistiksel olarak da ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (Tablo 11). (k=0.601 p=0.000)

Acil sağlık hizmetlerinde triyaj önemli yer tutar. Sayı veya talep ne kadar yüksek ve yoğun olursa, eldeki imkânlar cevap verebilecek kapasitede ve yeterlilikte değil ise triyaja duyulan gereksinim artar. II. Basamak sağlık hizmeti sınıfında bulunan dal hastanelerinin artması sonucunda ise genel triyaj sistemlerinin yerini özerk triyaj sistemlerinin doğmasını beraberinde getirmiştir. Ülkemizde sadece karma acil servislerde ve çocuk acil servislerinde yapılmış çalışmalar vardır. Biz bu çalışmayla triyaja yeni boyut kazandıran ve ebelik mesleğiyle yakından ilgili olan kadın doğum hastanelerinin acil servisine uygulanan obstetrik triyaji ele aldık. Ülkemizde bu konuyla ilgili yapılmış bir çalışma araştırmalarımıza göre henüz bulunmamaktadır. Obstetrik triyaj, acil obstetrik bakımda anne ölümlerinin önlenmesinde ortaya konan gecikme modellerinin ortadan kaldırılmasına katkı sağlayan bir sistem olması nedeniyle, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarında ve sağlık bakım vericiler tarafından da bilinmesi gereken bir süreçtir. Ülkemizde son yıllarda yapılan anne ölümleri ile ilgili çalışmalara göre; anne ölümlerinde düşüş olmakla beraber istendik düzeyde değildir.

Öneriler: Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda acil serviste uygulanan triyajın hastanenin mevcut triyaj protokolüne uygun olduğu görülmüştür. Ancak;

- Daha kapsamlı bir triyaj protokolünün hazırlanması yararlı olabilir.
- Kadın doğum hastanelerinin acil servislerinde obstetrik triyaj ile ilgili daha çok çalışma yapılması ve elde edilen sonuçların obstetrik triyaj protokollerinin geliştirilmesinde kullanılması önerilebilir.
- Anne ve bebek ölümlerini önlemede önemli bir yere sahip olan triyaj uygulamasının tüm hastanelerde sağlıklı bir biçimde uygulanması önerilebilir.
- Obstetrik triyaj konusuna sağlık profesyonellerinin lisans ve lisansüstü müfredat programlarında ayrıntılı bir biçimde yer verilebilir.
- Hastanelerin hizmet içi eğitimlerinde sağlık personelinin obstetrik triyaj bilgilerinin güncellenmesini sağlayacak eğitim programlarına yer vermeleri önerilebilir.

BÖLÜM VII

KULLANILAN KAYNAKLAR

1. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005;5(1):5-13.
2. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis hastalarının özellikleri. Van Tıp Dergisi 2008;15(4):107-111.
3. Eryılmaz M. Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: ihtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi 2007;13(1):1-12.
4. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV et, al. A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med 2003;42:173-80.
5. Lau FL, Leung KP. Waiting time in an urban accident and emergency department-away to improve it. J Accid Emerg Med 1997;14:299-303.
6. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VII. Baskı: Ankara; Sistem Ofset 2005.
7. Taşkın L, Koç G. I. Basamak Sağlık Kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;1: 48–56.
8. Açıkalin İ. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması, Available from: <http://www.saglik.tr.net/cinselsaglikturkiyeaileplanlamasi.shtml>.2003 E.T: 02.03.2004
9. İgde FA, Gül R, Yalçın M, Karadenizli M. Anne ölümleri ve acil obstetrik bakım. Genel Tıp Dergisi 2008;18(1):47-53.
10. Rosenfield A, Maine D, Freedman L. Meeting MDG-5: An impossible dream? Lancet 2006;368:1133-5.
11. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu M. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reprod Health 2004;1:3.
12. Ergöçmen BA, Yüksel İ. Türkiye’de ölüm kayıtlarına ilişkin çalışma Nüfusbilim Dergisi\Turkish Journal of Population Studies 2006;07, 28-29, 29-46.
13. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC2005-OzetRapor.pdf. 2005 E.T.04.04.2013
14. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı Ankara 2014 E.T. 25.12.2014 http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2013.pdf
15. Maine D, Wardlaw TM, Ward VM, Mc Carthy J, Birnbaum A, Akalin MZ et, al. Guidelines for monitoring the availability Emergency obstetric care in Pakistan:

Potential for reduced maternal mortality and use of obstetric services. New York UNICEF/WHO/ UNFPA 1997

16. Government of Pakistan. Economic survey 2002—03. Economic Advisers Wing, Islamabad Finance Division; 2003.

17. Maine D, Rosenfield A. The AMDD program: History, focus and structure. Intern J Gynecol Obstetri 2001;74:99-103

18. Gezginç K, Dalkılıç EU. Obstetrik acillere yaklaşım. Akademik Acil Tıp Dergisi 2011;10:128-32

19. UN Millennium Project. Public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals. New York: United Nations Development Programme. 2006 E.T: 20.04.2013.

20. Paisley S. K, Wallace R. The development of an obstetric triage acuity tool copyright. MCN, American Journal of Maternal Child Nursing 2011;5:290-296.

21. Saz EU, Özen S, Karapınar B. Pediatrik acil servislerde triyaj protokolleri. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2009;18(4):289-96.

22. UNICEF. Programming for safe motherhood—guidelines for maternal and neonatal survival; 1999. UNICEF. E.T 12.03.2014.

23. Katz J, West KP, Khatri SK et, al.) Risk factors for early infant mortality in Sarlahi district, Nepal. Bull World Health Organ 2003;81:717–25.

24. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: Getting on with what works. Lancet 2006;368:1284-99.

25. Yorgancı K, Yorgancı A. Gebelikte Travma ve Resüsitasyon Kursu (TRK). Logos Yayıncılık İstanbul 2006;195-202.

26. Liu T, Sayre MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. Acad Emerg Med 1999, 6:1147-52.

27. Bracken J, Newberry L. Triage. Emergency Nursing. 5th. ed., St. Louis, Mosby 2003;75-83.

28. Ağalar F, Çelebi F, Akgün Y. Travma ve Resüsitasyon Kursu Logos Yayıncılık İstanbul 2006;195-210.

29. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: concept, history and types. Ann Emerg Med.2007;49:275-81.

30. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA. Emergency severity index, version 4: changes to ESI level 1 an pediatric fever criteria. J Emerg Nurse 2005;31:357-62.

31. Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı destekleyen tedaviler: ne zaman esirgenmeli? ne zaman sonlandırılmalı? Türk Onkoloji Dergisi 2012;27(1):37-45.
32. Teres D. Civilian triage in the intensive care unit: the ritual of the last bed. Crit Care Med 1993;21:598-606.
33. Moskop J. A moral analysis of military medicine. Mil Med 1998;163:76-9.
34. Kennedy K, Aghababian RV, Gans L et, al. Triage: techniques and applications in decision making. Ann Emerg Med 1996;28:136-44.
35. Derlet RW, Kinser D, Ray L et, al. Prospective identification and traige of nonemergency patients out of an emergency department: a five year study. Ann Emerg Med 1995;25:215-23.
36. Washington DL, Stevens CD, Shekelle PG et, al. Next-day car efor emergency department users with nonacute conditions. Ann Intern Med 2002;137:707-14.
37. 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.
38. Smithson DS, Twohey R, Rice T et, al. Implementing an obstetric triage acuity scale: interraterreliability and patient flow analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2013;3:1-7.
39. Angelini DJ. Obstetric Triage and Advanced Practice Nursing Journal of perinatal and neonatal nursing/march 2000;13(4):1–12
40. Angelini DJ. The utilization of nurse-midwives as providers of obstetric triage services. Results of a national survey J Nurse Midwifery.Sep-Oct. 1999;44(5):431-8.
41. Angelini DJ. Obstetric triage: state of the practice. J Perinat Neonatal Nurs Jan-Mar 2006;20(1):74-5.
42. O'Neill KA, Molczan K. Pediatric triage: a 2-tier, 5-level system in the United States. Ped Emerg Care 2003;19:285-90
43. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. E.T. 30.12.2013
44. Saka G, Ertem M, İlçin E. Diyarbakır doğum evi hastanesinde doğum yapan gebelerde risk faktörleri: ön çalışma. Perinatolaji Dergisi 2008; 9(2);110-115.

45. Madazlı R. Adölesan gebelikleri. İ.Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi 2008;63;51-52.
46. Keskinoglu P, Bilgiç N, Pıçakçefe M ve ark. Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol 2007; 20: 19-24.
47. Boran P, Tokuç G, Büyükkalfa DÇ, Taşkın B, Pişkin B. Çocuk acil servisine başvuran vakaların değerlendirilmesi. Çocuk Dergisi 2008;8(2):114-116
48. Droobinin KA, Heidt-Davis PE, Gross TK, Isaacmen DJ. Nourgent pediatric emergency deperment visits: care-seeking behavior and parentalknowledge of insurance. Pediatr Emergcare Fub 2003;19(1)10-14.
49. Atabek ME, Oran B, Çoban H, Erkul İ. Çocuk acile başvuran hastaların özellikleri. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1999;15(2):89-92.
50. Civaner M. Bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastaların analizi. Sağlık ve Toplum 1999; 9(1):3-7.
51. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J et, al. Inappropriate emergency department visits. Ann Emerg Med 1985; 14: 672-6).
52. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1(2):93-104.
53. Gürsoy ŞT, Çiçeklioğlu M, Türk M, Sözbilen M. E.Ü.T.F acil servisine bir yıl içinde başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerinin ve başvuru zamanlarının değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi1999; 38(2):109-112.
54. Fernandes CMB, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, e,t al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. J Emerg Nurs 2005;31:39-50.
55. Göransson KE, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Emergency department triage: is there any link between nurses' personel characteristic and accuracy in triage decisions? Accid Emerg Nurs 2006;14:83-8.
56. Chung JY. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. Accid Emerg Nurs 2005;13:206-13.

EKLER

EK 1:Birey Tanıtım Formu

HASTA NO:

1. Bireyin yaşı

() 19 yaş ve altı () 20–24 () 25–29 () 30–34 () 35 yaş ve üzeri

2. Sosyal güvence durumu

() Var () Yok

3. Gebelik öyküsünü

.....

4. Bireyin ANTA takibi

TA.....

Ateş.....

Nabız

5. Gebelik haftası

.....

6. Acile başvuru şikâyeti

.....

7. Acile geliş saati

.....

8. Acilden çıkış saati

.....

9. Hastane triyaj sınıflaması

.....

10. Bireyden istenen tetkikler

.....

11. Acil serviste yapılan işlemler

.....

12. Uygun triyaj sınıflaması

.....

13. Birey acile nereden geldi

() Evden () Kaza sonucu () İşyerinden

14. Bireyin hastaneye geliş şekli

() Kendi olanakları () Sevkli () Ambulansla

15. Sonuç

() Taburcu () Servise yatış () Doğumhaneye yatış () Sevk

**EK 2: Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları
Acil Servisi Obstetrik Triyaj Protokolü**

1. Derece Acil (Kırmızı)	2. Derece Acil (Sarı)	3. Derece Acil (Yeşil)	4. Derece Acil (Siyah)
Kardiyak arrest Solunum arresti Ciddi solunum sıkıntısı Ciddi travma HT gebeler Göğüs ağrısı Anaflaktik şok Akut batın Şiddetli vaginal kanama Bilinci kapalı hastalar Postpartum 39 derece üstü hastalar Sancılı gebe Suyu gelen gebe	Pelvik inf. Hastalık Gün aşımı Gebelik bulantı kusması Lekelenme Şiddetinde kanama	Vajinit Non-spesifik vag. ağrı Kronik karın ağrısı Dizuri Dismonere Ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonu Kontrol hastaları	Exitus

EK 3. TC Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Formu



Doç. Dr. Fabra Ekti Genç



**T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

SAYI: 59583978- **1351**
KONU: Cemile UÇAR

25.062013

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Cemile UÇAR'ın tez konusunun "Acil Servise Başvuran Obstetri Hastalarının Triyaj Sınıflandırılmasına Göre Dağılımları ve Yapılan Uygulamaların Değerlendirilmesi" olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 19.06.2013 tarih ve 16/2 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür

19.07.17
122

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 342 17 45 İç Hat: 2517 Fax: 342 17 45
E-mail: sagbilens@mail.ege.edu.tr

**EK 4. TC Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik
Kurul İzin Formu**

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yerel Etik Kurulu

Toplantı No : 52

Tarih : 24.07.2013

Karar No : 32

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk S.Y.O. Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Cemile UÇAR tarafından yapılması planlanan **“Acil servise başvuran obstetri hastalarının triyaj sınıflandırılmasına göre dağılımları ve yapılan uygulamaların değerlendirilmesi”** başlıklı araştırmaya ait dosya görüşülmüş, çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna; Cemile UÇAR tarafından Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ sorumluluğunda yürütülmesine, oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. F. Esra ÖZER

ÜYELER : Uzman Dr. Ahenk PAKSOY

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN

Uzman Dr. Ayfer AYDOĞDU ÇOLAK

Uzman Dr. Süheyla CUMURCU

Uzman Dr. Murat Hakan AKYURT

T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu
Yenişehir 35310/ İZMİR
Telefon : 0 232 4696969 / 6143 - 6043 Fax: 0232 4330756

EK 5. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzin Formu



TC.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı

Sayı : 67938315/

Konu : Cemile UÇAR'ın

Tez çalışması

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Ege Üniversitesi Rektörlüğü İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans öğrencisi Cemile UÇAR'ın "Acil Servise Başvuranobstetri Hastalarının Triyaj Sınıflandırmasına Göre Dağılımları Ve Yapılan Uygulamaların Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasının uygulamasını Genel Sekreterliğimize bağlı Buca Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 01.09.2013-30.09.2013 tarihleri arasında yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini tensiplerinize arz ederim.

Dr.Mehmet Nil HİDİR
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR

13./09/2013

Prof.Dr.Osman Nuri DİLEK

Genel Sekreter

13./09/2013 Uzm.N.ÖZHAN

Poligon mah. 123/11 Sk. No:6
35140 Karabağlar • İZMİR
Tel: 444 35 01 • Fax: 0 (232) 246 90 86
www.ikkh.gov.tr
Not: Cevabi yazılarınızda yazının tarih ve sayısını bildiriniz.

Bilgi İçin:
Eğitim Birimi / Nilgün ÖZHAN
Tel: 444 35 01 / 1233

izmir
Sağlığınız mutluluğumuzdur...

ÖZGEÇMİS

2006-2007 öğretim yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu ebelik bölümüne girdi. 2010-2011 Öğretim yılında Ebelik bölümünden mezun oldu. 2011-2012 yılı 2. döneminde Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı.

T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu İzmir İli Kamu Hastaneler Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşiresi olarak görevini sürdürmektedir. Ebeler Derneği, üye olduğu mesleki kuruluştur.

cemo.ucar@hotmail.com