



T.C. Sağlık Bakanlığı

ANNE DOSTU HASTANE KATILIMCI REHBERİ

ANKARA 2018



Resim: Anne Dostu Hastane Logosu



ANNE DOSTU HASTANE KATILIMCI REHBERİ

ANKARA 2018

Anne Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi
T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼
Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Ankara, 2018

ISBN :978-605-68705-4-5
Sağlık Bakanlığı Yayın No :1099
Baskı :

Bu yayın T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼, Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır. Her t¼rl¼ yayın hakkı, Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼'ne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "Anne Dostu Hastane Katılımcı Rehberi" T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No, Basıldığı İl ve Yayın Tarihi şeklinde olmalıdır.

Hazırlayan

Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çalışma Ekibi

Op. Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Daire Başkanı
Uzm. Dr. Sema SANİSOĞLU	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Eski Daire Başkanı
Uzm. Dr. Aysun KABASAKAL	Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Zekiye ÇELEBİ ÇİPİL	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Uzm. Dr. Emine YILDIRIM	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Hemşire Burcu AKINCI	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Ebe Kamile AYDEMİR ERKEÇ	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Yayın Komisyonu

Uzm. Dr. Hasan IRMAK	Yayın Komisyonu Başkanı
Doç. Dr. Nazan YARDIM	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanı
Dr. Kanuni KEKLİK	Göç Sağlığı Dairesi Başkanı
Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL	Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi Başkanlığı

Sunuş

Ulaşılabilir en üst düzeyde sağlık hizmetine erişim bütün kadınlar için tanımlanmış bir üreme hakkıdır. Doğum hizmetleri açısından bakıldığında bu hakkın kadınlara ulaştırılabilmesi için konsepsiyon öncesinden başlamak üzere doğum sonrası dönemi de içine alan bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Bu süreçteki hizmetler güncel gelişmelere uygun ve en yüksek standartta sunulmalıdır. T.C. Sağlık Bakanlığının Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016'ya göre Türkiye'de doğumların %98'i hastanelerde yapılmaktadır. Bu özellikle anne ölümlerinin önlenmesi açısından önemli bir gelişmedir. Ancak artık annelerin hastanelerden doğum hizmeti almalarının ötesine geçmek hastanelerin doğum ünitelerinin hizmet kapasitesi ve niteliğini artırıcı çalışmalar yapmak gerekmektedir. Hastanelerde doğum hizmeti, esas olarak doğum üniteleri tarafından sunulurken, ilgili çok sayıda birim de bu hizmeti çeşitli boyutlarda desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere çeşitli uluslararası örgütler hastanelerin doğum üniteleri tarafından sunulan normal doğum yardımını en sağlıklı doğum şekli olarak kabul etmektedir. Bu yaklaşımdan hareketle doğum ünitelerinin sunduğu sağlık hizmetlerini her açıdan geliştirmeye yönelik olarak T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından "Anne Dostu Hastane Programı" başlatılmıştır. Bu program, dünyada ulusal düzeyde yürütülen ilk program olma özelliğine sahiptir. Normal doğumu destekleme politikası doğrultusunda da Bakanlığımız stratejik planına alınmıştır.

Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Anne Dostu Hastaneler oluşturmak amacıyla 2010 yılında bir bilim komisyonu oluşturmuştur. Oluşturulan komisyon küresel bilgiyi yerel gereksinimlerle harmanlayarak "Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri" ni geliştirmiştir. Bu kriterleri hayata geçirmek üzere hastanelerde sunulan doğum hizmetlerini değerlendirmeye, izlemeye yönelik enstrümanlar geliştirilmiş, başta doğum ünitesi çalışanı kadın doğum uzmanı hekimlerimiz ve ebelerimiz olmak üzere hastane personelinin bu doğrultuda hizmet içi eğitimlerinin içeriği şekillendirilmiştir.

Anne Dostu Hastane olmak isteyen yataklı tedavi kurumları gönüllülük ilkesi doğrultusunda oldukça zorlu ve emek isteyen bir süreçten geçmektedirler. Bu süreci başarıyla tamamlayan kurumlar "Anne Dostu Hastane" unvanı almaya hak kazanmakta ve yıllık izlemlerle standartlarını koruma açısından desteklenmektedirler.

Hastane çalışanlarımızın hizmet içi eğitimlerinde kullanılmak üzere hazırlanmış olan bu rehberde "Anne Dostu Hastane" uygulamaları ile ilgili uluslararası ve ulusal nitelikte ve güncel ve kanıta dayalı bilgiler bulunmaktadır. Bu rehber ile hastanelerimiz "Anne Dostu Hastane" unvan alma, hastane içi sürekli eğitimlerde kullanma ve izlem süreçlerinde başvurmak üzere ihtiyaç duydukları bilgilere erişebileceklerdir.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

İÇİNDEKİLER

Eğitimin Amaçları	2
1. Anne Sağlığı ve Doğum Konusuna Genel Bakış	3
2. Spontan Vajinal Doğum ve İlişkili Kavramlar	13
Doğum İle İlgili Bazı Kavramlar	13
3. Vajinal Doğuma Tarihsel Bakış	20
Tıp Biliminin Doğuşu Ve Doğum	20
Modern Tıp Ve Ebelik	22
Doğumda Teknolojinin Kullanımı	23
Doğum Ağrısına Yönelik Algılar	24
Doğumun Doğasına Ters Doğum Pozisyonlarının Kullanılması	26
Doğum Sandalyesi	27
Osmanlı Döneminde Doğum Hizmetleri	28
4. Anne ve Çocuk Sağlığı Açısından Spontan Vajinal Doğum	32
Doğal ya da Normal Doğumun Kadın Sağlığı ve Yenidoğan Sağlığı Açısından Olumlu Sonuçları	36
5. Vajinal Doğum Açısından Dünyada ve Türkiye’de Durum.....	39
Doğum Hizmeti Sunan İnsangücü İle İlgili Sorunlar	43
Sezaryen Doğumlar	43
Vajinal doğumların desteklenmesine yönelik stratejiler	47
6. Doğum Politikaları ve Anne Dostu Felsefesi.....	50
Anne Dostu Hastane Olmanın Önemi	51
Doğum Eyleminin Normalleştirilmesi (Normalization Of Birth).....	52
Güçlendirme (Empowerment)	52
Otonomi (Otonomy).....	53
Zarar Vermemek (Do not harm).....	53
Sorumlu Olmak (Be responsible).....	53
Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu (CIMS) Anne Dostu Doğum Hareketi.....	54
Anne dostu doğum hareketinin felsefesindeki temel yaklaşımlar.....	56
7. Türkiye Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri.....	62
8. Anne Dostu Hastane Değerlendirme Adımları	85
Anne Dostu Hastane Olmayı Amaçlayan Yataklı Tedavi Kurumlarının İlk Değerlendirilme Süreci.....	85
İlk Başvuru Aşaması.....	86

Eğitim Süreci;.....	92
Değerlendirme Ekibi	92
Değerlendirme Süreci.....	94
Unvan Alan Hastanelerin Takip Eden Değerlendirmeleri.....	94
Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formu	98
Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu	108
Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Özet Formu (Form-3.1).....	111
Sağlık Personeli Görüşme Formu	112
Sağlık Personeli Görüşme Özet Formu	113
Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu	114
Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu	118
Değerlendirme Raporu	126
Değerlendirme Önerileri	126
Formlar	127
Ek-7- Sağlık Personeli Görüşme Formu Özet (Form-5-1)	144

Eğitimin Amaçları

Bu eğitimin amacı, yataklı tedavi kuruluşlarında anne sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesini hedefleyen “Anne Dostu Hastane Programı” konusunda ilgili sağlık personelinin gerekli bilgi ve yaklaşıma sahip olmasını sağlamaktır.

Bu eğitimin sonunda katılımcılar;

1. Anne sağlığı açısından doğum hizmetlerinin geliştirilmesinin önemini ve izleme ölçütlerini açıklayabilmeli,
2. Spontan vajinal doğumun özelliklerini tanımlayabilmeli,
3. Vajinal doğumla ilgili tarihsel gelişimi açıklayabilmeli,
4. Anne ve çocuk sağlığı açısından spontan vajinal doğumun etkilerini söyleyebilmeli,
5. Vajinal doğum açısından dünyada ve Türkiye’deki durumu açıklayabilmeli,
6. Anne dostu felsefesini ve uluslararası anne dostu sağlık kuruluşu kriterlerinin ana bileşenlerini sayabilmeli,
7. Türkiye Ulusal Anne Dostu Hastane kriterlerini sayabilmeli,
8. Anne Dostu Hastane olabilmek için izlenmesi gereken adımları ve bu süreçte kullanılan “Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formları” nın içeriğini açıklayabilmelidir.

Böylece ilgili sağlık personelinin çalıştıkları kuruluşların “Anne Dostu Hastane” olabilmesi için kurumsal düzeyde yapılacak çalışmalarını planlayabilecek bilgi ve kavrayış düzeyine erişmesi beklenmektedir.

1. Anne Sağlığı ve Doğum Konusuna Genel Bakış

Hedef 1. Bu oturumun sonunda katılımcıların, anne sağlığı açısından doğum hizmetlerinin geliştirilmesinin önemini ve izleme ölçütlerini bilmesi hedeflenmektedir.

Alt hedefler:

Bu oturumun sonunda katılımcıların,

- 1) Küresel düzeyde ve ülke düzeyinde anne sağlığının genel durumunu açıklayabilmeleri,
- 2) Doğumların anne sağlığı açısından önemini açıklayabilmeleri,
- 3) Anne sağlığının iyileştirilmesinde izlenen ölçütleri tanımaları,
- 4) Sunulmakta olan doğum hizmetlerinin geliştirilmesi gereken özelliklerini açıklayabilmeleri hedeflenmiştir.

Kadın sağlığının önemli bir bileşeni olan anne sağlığını, ülkelerin gelişmişlik düzeyinden, sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğine ve kadın obezitesine kadar pek çok içsel ve dışsal etken belirlemektedir. Kadınlar bir yandan gebelik döneminde oluşabilen sağlık sorunları ile baş etmeye çalışırken, gebelikleri sırasında kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinin varlığı ve niteliğinden de derinden etkilenmektedir. Kadın sağlığı ve anne sağlığı dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemini korumaktadır. Anne ölümleri ve anneliğe bağlı yeti kayıpları yanında perinatal ölümler, doğum travmaları, doğum asfiksisi, erken doğumlar ve düşük doğum ağırlığı gibi sorunlar dünya hastalık yükü sıralamasında üst sıralarda yer almaya devam etmekte ve sağlığa ayrılan kaynakların önemli bir kısmı bu sağlık sorunları için harcanmaktadır (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kadınlara gebelik, doğum ve doğum sonrası sunulan sağlık hizmetlerini temel sağlık hizmetlerinden biri olarak değerlendirmekte ve ülkemizin de aralarında olduğu pek çok ülke bu hizmetleri anayasa maddeleri ile güvence altına almaktadır (Kutu 1.1) (3,4).

Kutu 1.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının anne sağlığı ile ilgili maddesi

MADDE 41- (Değişik: 3/10/2001-4709/17 md.)...

Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretilmesi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar.

Kaynak: 4

Anneliğe bağlı ölümlerin ve sağlık sorunlarının önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmesine bağlı olarak, Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedeflerinin beşincisi, anne sağlığı konusuna ayrılmıştır. Buna göre, 1990 yılından 2015 yılına kadar olan 25 yıllık sürede sağlanması planlanan gelişmeler ülkelerin ve karar vericilerin dikkatine sunulmuş, hedefler tanımlanmıştır. Binyıl Kalkınma Hedeflerinin beşincisi olan anne sağlığını iyileştirme hedefi kapsamında belirlenen göstergeler Kutu 1.2’de gösterilmiştir. Bu hedeflerden 5.A 25 yıllık dönemde anne ölümlerini dörtte üç oranında (%75) azaltmayı hedeflemiş ve anne ölümlerindeki azalma ve eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların oranı bu alandaki gelişmelerin izlenme ölçütü olarak tanımlanmıştır.

Kutu 1.2. Binyıl Kalkınma Hedefleri 5 ve göstergeleri

Binyıl Kalkınma Hedefleri; Hedef 5. Anne sağlığını iyileştirmek

Hedef 5.A. 1990 ve 2015 yılları arasında gebelik, doğum ve loğusalık sırasında meydana gelen anne ölümlerinin ¾ oranında azaltılması

Gösterge 5.1. Anne ölüm oranı

Gösterge 5.2. Eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların oranı

Hedef 5.B: 2015 yılına kadar, üreme sağlığına evrensel erişimin sağlanması

Gösterge 5.3. Gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı

Gösterge 5.4. Adölesan doğum oranı

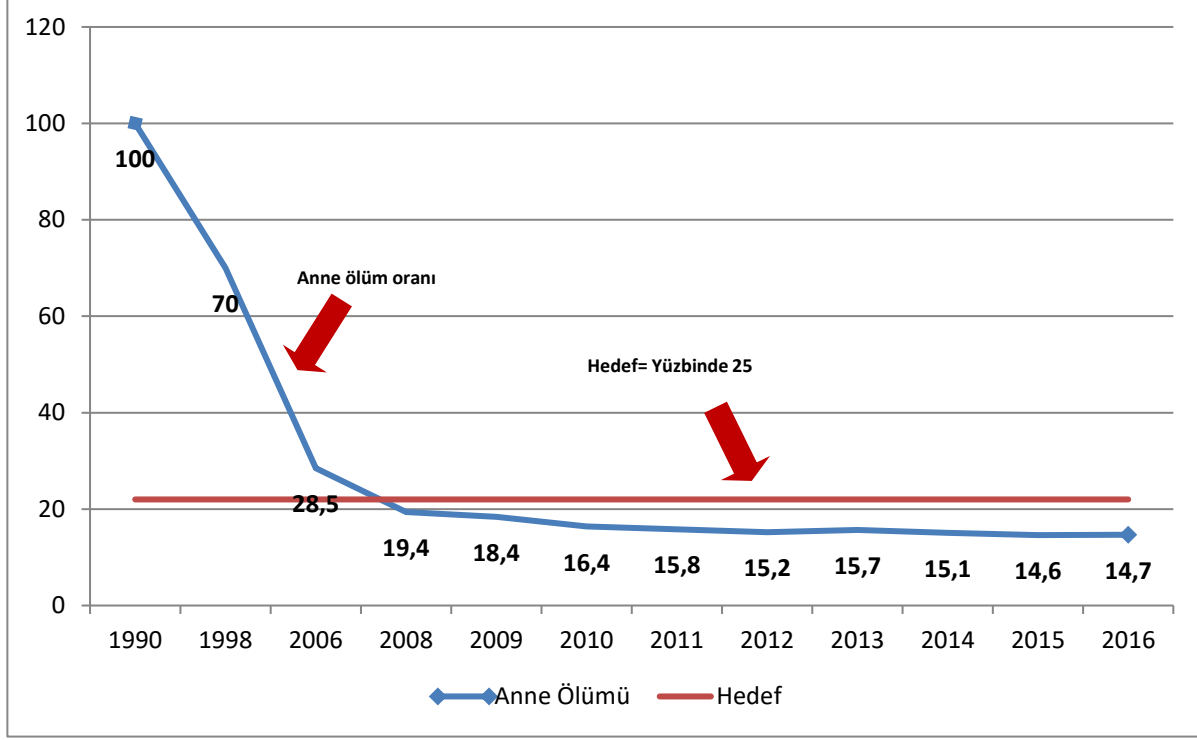
Gösterge 5.5. Doğum öncesi bakımın kapsama oranı (En az bir ziyaret oranı ve en az dört ziyaret oranı)

Gösterge 5.6. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı

Dünya genelinde 1990 yılında yüzbin canlı doğumda 400 olan anne ölüm oranının 2015 yılında yüzbin canlı doğumda 100 ve altına düşürülmesi hedeflenmiştir. Ancak Binyıl Kalkınma Hedefleri 2015 raporuna göre 2013 yılı için küresel anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 210 olarak hesaplanmıştır (%45 azalma). Bu sonuçlara göre anne ölümlerini azaltmada küresel hedeflere ulaşılamamıştır (5). Türkiye ise hedefi yakalayan ülkeler arasındadır. Türkiye’nin 1990 yılında yüzbin canlı doğumda 100 olarak ifade edilen anne ölüm oranı, 2013 yılı için yüzbin canlı doğumda 15,7; 2015 için ise 14,6 olarak belirlenmiş ve 2015 hedefi yakalanmıştır.

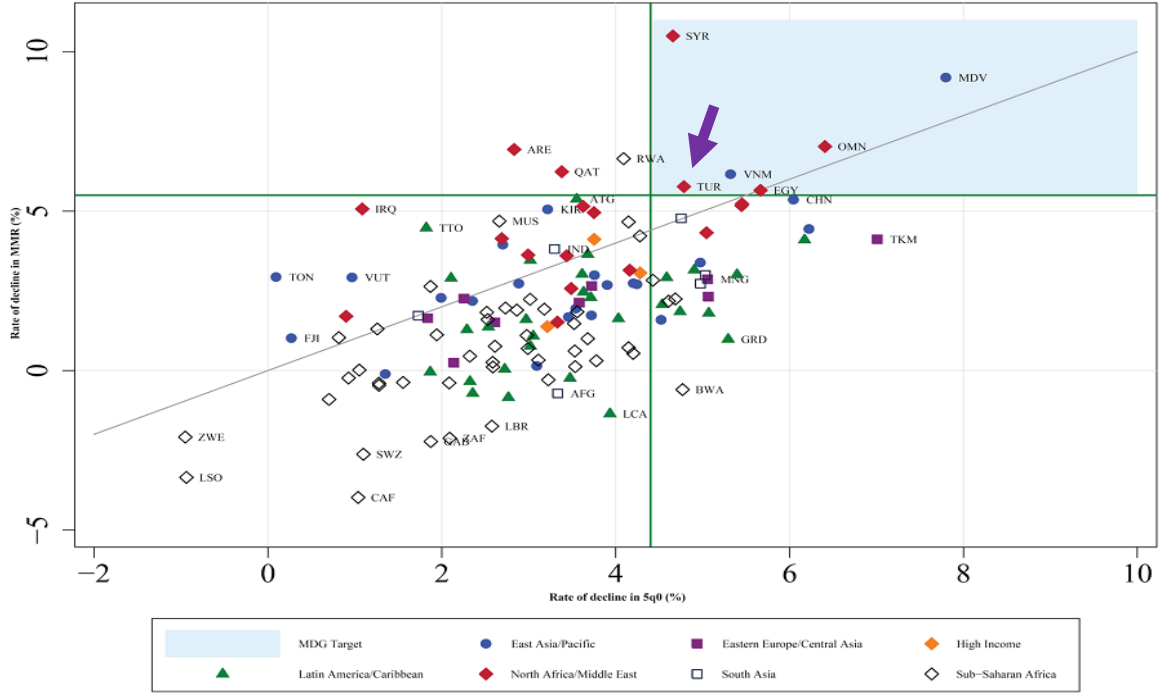
Şekil 1.1’de Türkiye’nin anne ölüm oranında 1990 -2015 arası meydana gelen düşüş gösterilmektedir ve bu düşüş %86,3’lük bir azalmaya karşılık gelmektedir. (Şekil 1.2) (6,7,9).

Kaynak: 9



Şekil 1.1. Türkiye’de anne ölüm oranının yıllara göre değişimi (Yüzbin canlı doğumda)

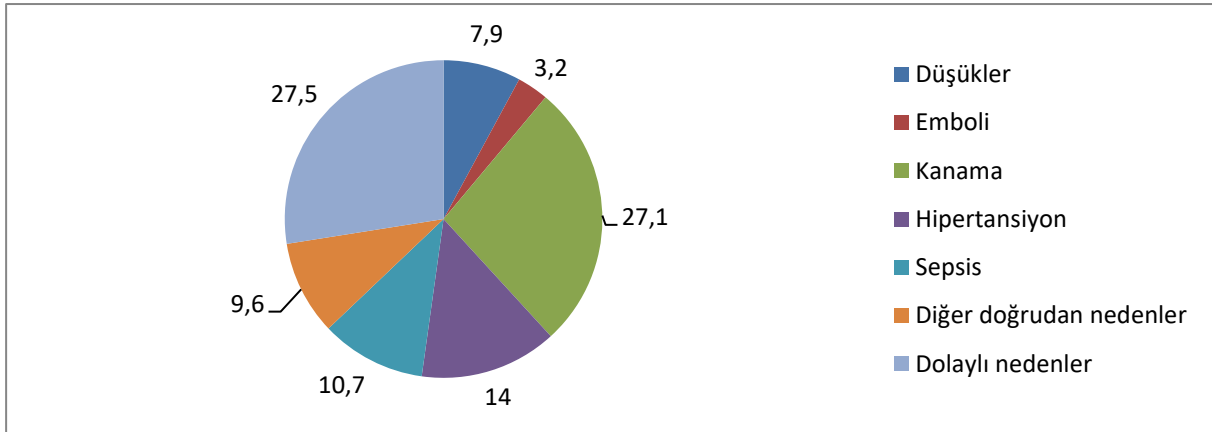
Bin Yıl Kalkınma Hedefleri doğrultusunda anne ölüm oranında 1990-2015 döneminde sağlanması hedeflenmiş olan azalma ve ülkelerin yerel durumları Şekil 1.2’de gösterilmiştir. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri doğrultusunda ülkelerin anne ölüm oranını yılda %5,5 azaltması durumunda 2015 sonunda küresel düzeyde anne ölümlerinin 3/4’ünün önlenmesi hedeflenmiştir. Şekildeki yatay çizgi anne ölüm oranındaki yıllık %5,5’lik yıllık azalmayı, dikey çizgi ise bebek ölüm hızında yılda %4,4 düzeyindeki azalmayı göstermektedir. Bu şekilde dört parçaya bölünmüş olan şeklin üst yarısında yer alan ülkeler anne ölüm oranında yıllık %5,5’lik azalmayı sağlayarak hedefe ulaşmayı başaran ülkelerdir. Şeklin sağ üst dörtte birlik kısmında ise hem bebek ölüm hızını hem de anne ölüm oranını hedeflenen düzeyde azaltmayı başaran ülkeler bulunmaktadır. Bu ülkeler az sayıdadır. Türkiye bu iki hedefi birden sağlayan ülkeler arasında yer almaktadır.



Kaynak: 6

Şekil 1.2. Binyıl Kalkınma Hedeflerinden anne sağlığını iyileştirme hedefinin 5.A bileşeni olan anne ölüm oranındaki azalmanın ülkelere göre değişimi

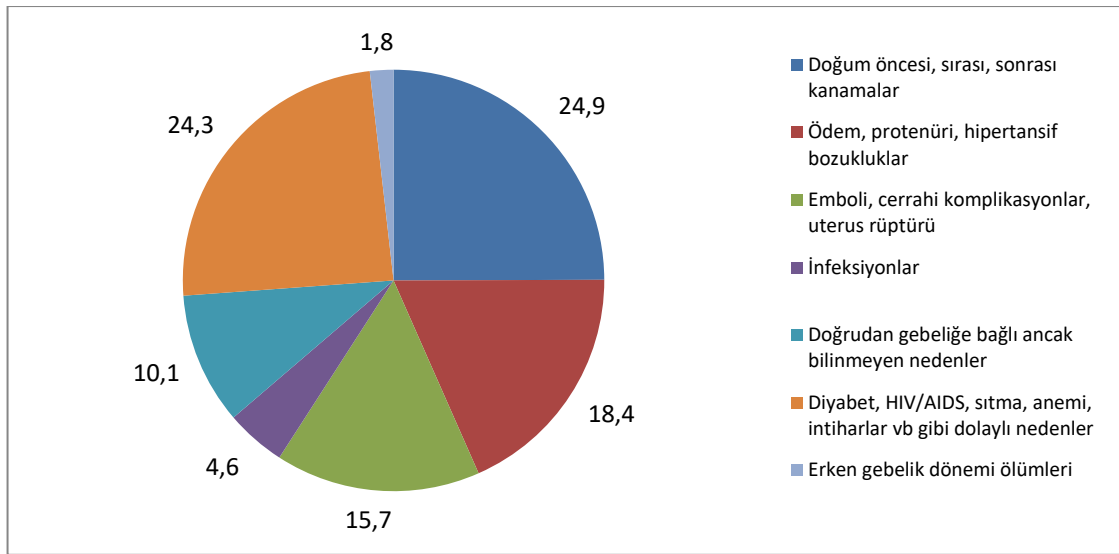
Dünyada anne ölümlerinin büyük kısmı hemen doğum öncesinde, doğum sırasında ve sonrasında meydana gelmektedir ve en önemli nedenler bu dönemde oluşan kanamalar, gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon ve sepsistir (Şekil 1.3) (10).



Kaynak: 10

Şekil 1.3. Dünyada anne ölüm nedenleri (Yüzde dağılım)

Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'na (2005) göre Türkiye'de anne ölümüne yol açan nedenlerin dörtte biri doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra başlayan kanamalardır. Anne ölümlerinin %15,7'si doğum sonrası kanamadan kaynaklanmakta olup bu ölümler de doğum sonrası meydana gelen ölümlerin %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır. Kanamaya bağlı anne ölümlerinin üçte biri doğum sonrası ilk 12 saat içerisinde yaşamakta, atonik uterus ve plasentanın tamamının veya bir kısmının içeride kalması temel nedenler olarak öne çıkmıştır (11).



Kaynak: 11

Şekil 1.4. Türkiye'de anne ölüm nedenleri (Yüzde)

Binyıl Kalkınma Hedeflerinden anne sağlığının geliştirilmesini izlerken 5A. hedefinin ikinci ölçütü, eğitilmiş sağlık personeli ile yapılan doğumların oranıdır (Kutu 1.2.). Anne ölümlerinin ve gebeliğe bağlı morbiditenin azaltılmasında, bütün doğumların hekim, ebe gibi eğitilmiş bir sağlık personeli ile yapılması önemli bir stratejidir. Sağlık personeli yardımıyla doğum, doğum sırasında gelişebilecek kanama gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi konusunda, sağlık personelinin eğitilmesi, acil durumlar ve komplikasyonlar için tıbbi tedavi olanaklarının sağlanması ve gerektiğinde ileri düzey sağlık hizmetlerine erişim imkanı şeklindeki müdahaleleri kapsamaktadır. Bu ölçüt açısından bakıldığında küresel olarak sağlık personeli ile doğum hizmetine erişimin 1990'da %59, 2000'de %61, 2012'de ise %71 olduğu saptanmıştır (5). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'e göre Türkiye'de son beş yılda kadınlara doğumlarının %97'sinde eğitimli sağlık personeli yardım etmiştir (12).

Anne sağlığının geliştirilmesini hedefleyen Binyıl Kalkınma Hedeflerinin beşincisinin ikinci bileşenini (5B hedefi) üreme sağlığına evrensel erişim oluşturmaktadır (Kutu 1.2.). Bu hedef kapsamında gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı, adölesan doğum oranı, doğum öncesi bakımın kapsama oranı (en az bir ziyaret ve en az dört izlem ölçütlerine göre), karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı göstergeleri bulunmaktadır. Bu göstergeler açısından küresel durum ve ölkemizin durumu Tablo 1.1’de özetlenmiştir.

Tablo 1.1. Binyıl Kalkınma Hedefleri Anne Sağlığını geliştirme hedefi 5B göstergeleri açısından Dünya’da ve Türkiye’de durum

Göstergeler	Küresel durum	Türkiye’de durum
	%	%
Gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı	63,5	73,5
Karşılanmamış aile planlaması gereksinimi	12,0	6,0
Adölesan doğum oranı	50,1	3,3
Doğum öncesi bakımın kapsama oranı		
En az bir izlem:	83,0	97,3
En az dört izlem:	52,0	88,9

Kaynaklar: 12,13

Anne mortalitesi ve morbiditesinin azaltılması ve üreme sağlığının kadınlar açısından geliştirilmesinde doğurganlığın kontrolü, erken yaştaki gebeliklerin önlenmesi ve gebelik döneminde uluslararası standartlara uygun sayıda ve nitelikte olmasının sağlanması önemlidir. Kadınların doğurganlıklarını kontrol altında tutabilmeleri, diledikleri zaman ve diledikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri, kadınların kontraseptif yöntemler konusunda bilgi sahibi olması, bu yöntemlere ulaşması ve kendisi için uygun bir gebeliği önleyici yöntemi kullanması ile yakından ilişkilidir. Küresel düzeyde doğurganlığın kontrolü için yöntem kullanımı 2012 yılı itibarıyla %63,5 olarak hesaplanmakta olup, kontraseptif yöntemlerle ilgili karşılanmamış gereksinim düzeyi %12 olmuştur. Türkiye için bu veriler daha olumlu olup TNSA-2013 raporuna göre gebeliği önleyici yöntem kullanımı 15-49 yaş grubundaki doğurgan ağ kadınlar arasında %73,5, karşılanmamış gereksinim düzeyi ise %6 olarak belirlenmiştir. Ancak hem küresel hem de ölkede üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanamadığı bu verilerden anlaşılmaktadır (12).

Ergenlik dönemindeki doğurganlık, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz etkilemektedir. Yaşı çok genç olan annelerden doğan çocuklar artmış hastalık ve ölüm riski ile karşı karşıyadır. Ayrıca, erken yaşta çocuk sahibi olmak ergen kızların eğitimlerini sürdürmelerini, meslek edinmelerini ve çalışma yaşamına katılımlarını da engellemektedir. Küresel düzeyde bakıldığında erken yaştaki doğumların önemli bir sorun olmaya devam ettiği ve 18 yaş altı kadınların %50,1'inin en az bir doğum yapmış oldukları belirlenmiştir. TNSA-2013 sonuçlarına göre, Türkiye'de ergenlik döneminde olan kadınların yaklaşık % 5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu yaştaki kadınların %3'ünün bir canlı doğumu olmuştur ve %1'i araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir. Türkiye'de ergenlik döneminde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin 18 yaşından sonra keskin bir şekilde arttığı ve 19 yaşındaki kadınların %16'sının doğum yaptığı veya ilk çocuğuna gebe olduğu belirlenmiştir (12). Bu bulgular Türkiye'de küresel düzeydeki kadar olmasa bile ergen dönem gebeliklerinin görülmekte olduğunu ve bu sorunun gözden kaçırılmaması gerektiğini göstermektedir.

Gebeliğin erken dönemde tespiti ve gebelik süresince en az dört kez sağlık personeli tarafından verilecek bakım ile hem annenin hem de intrauterin gelişim açısından bebeğin izlenmesi sağlanmakta, sağlık sorunları zamanında saptanıp erken tanı konabilmekte ve müdahale edilebilmektedir. Küresel düzeyde gebelerin %83,0'ı en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır, ideal sayı kadar bakım alan gebe kadınların oranı %52,0'dır. Türkiye'de ise bu hizmetlere erişim küresel düzeyin üzerindedir. En az bir kez ve en az dört kez izlenen gebelerin oranı %97,0 ve %88,9'dur (12,13).

Maternal mortalitenin ve morbiditenin azaltılmasında ülkelerin başvurduğu temel strateji, şartlı nakit transferi gibi yöntemleri de kullanarak bütün doğumların sağlık kuruluşlarında ve sağlık personeli tarafından yapılmasını sağlamaktır. Ancak özellikle alt ve orta gelir düzeyindeki ülkelerin sağlık kuruluşları kaynakları kıt, sayıca az sağlık personeli bulunan kalabalık yerlerdir. İstismar, baskı ve ihmal nedeniyle kadınlar bu kurumlara başvurmaktan kaçınabilmektedir. Hizmete erişebilirlik anne sağlığı açısından sonuçların iyileşmesini garanti etmemekte ve hizmet kalitesinin düşüklüğü çoğu zaman olumsuz sonuçlar açısından açıklayıcı olmaktadır. Bu nedenle Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) 2015 yılında yayınladığı bir rehber ile her kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşama, her kadının, ailenin ve yenidoğanın biricik ve kıymetli olduğunu bireyselleşmiş ve saygın bakım

alması gerektiğini bilen bilgili ve beceri sahibi bakım verenlerden hizmet alma hakkına sahip olduğunu kabul etmiştir (14).

Anne sağlığı ve doğum ile ilgili küresel ve yerel veriler Bin Yıl Kalkınma Hedefleri doğrultusunda irdelendiğinde hem anne sağlığı hem de daha özeldede doğum konusunda mortalite ve morbiditenin azaltılması için alınması gereken yolun hala uzun olduğu, nicelik kadar nitelik sorunlarının da sürdüğü görülmektedir. Anne sağlığı ve doğum politikaları ve müdahaleleri nicelik ve niteliğini birlikte ele alırken, izlenen programlar kadınları bütün bu süreçlerin öznesi haline getirmelidir.

KAYNAKLAR

- 1) *Estimates for 2000–2012. Disease Burden.*
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html. Erişim tarihi: 14.05.2015.
- 2) *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.*
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_enq.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 14.05.2015.
- 3) *Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries.*
http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_FHE_MSM_94.11_Rev.1.pdf?ua=1. 14.05.2015.
- 4) *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (Değişik: 3/10/2001-4709/17 md.)*
http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf. Erişim tarihi: 09..01.2015.
- 5) *The Millennium Development Goals Report 2015.*
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>. Erişim tarihi: 21.08.2015.
- 6) *United Nations. Accelerating Progress in Saving the Lives of Women and Children, Global Campaign for Health MDGs Report. ; 2013.*
http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2013_report_Global_Campaign_for_the_Health_MDGs_tilprint.pdf. Erişim tarihi: 21.12.2014.
- 7) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013.*
<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/6cff0947743a4b448b3ba0edaec921ad.pdf>. Erişim tarihi: 21.12.2014.
- 8) *Improve Maternal Health. What is the current situation in the world?*
w.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/mdgoverview/overview/mdg5/. Erişim tarihi: 21.12.2014.
- 9) *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Başkanlığı Anne Ölümleri İzleme ve Değerlendirme Programı.* <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/804-anne-%C3%B6l%C3%BCmleri-izleme-ve-de%C4%9Ferlendirme-program%C4%B1.html>. Erişim tarihi: 21.12.2014.
- 10) *Say L et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun;2(6):e323-33.*
- 11) *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.*
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf. Erişim Tarihi: 05.12.2014.
- 12) *Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara.*
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim tarihi: 05.12.2014.

13) Millennium Development Goals Indicators. The Official United Nations Site for the MDG Indicators. World and Regional Trends.

<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Data/Trends.htm>. Erişim Tarihi: 10.02.2015.

14) International Federation of Gynecology and Obstetrics et al. / International Journal of Gynecology and Obstetrics 128 (2015) 95–9.

2. Spontan Vajinal Doğum ve İlişkili Kavramlar

Hedef 2. Bu oturumun sonunda katılımcıların spontan vajinal doğumun özelliklerini tanıyabilmeleri hedeflenmektedir.

Alt hedefler:

Bu oturumun sonunda katılımcılar,

- 1) Spontan vajinal doğumla ilişkili kavramları tanımlayabilmeli,
- 2) Vajinal doğumun aşamaları ve bu aşamalardaki fizyolojik süreçleri açıklayabilmelidirler.

Doğum İle İlgili Bazı Kavramlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğumu, doğum eyleminin spontan olarak başladığı ve anne ile bebek açısından riskin bütün eylem süresince ve doğum sırasında düşük olarak seyrettiği süreç olarak tanımlamaktadır. Doğum sırasında fetüs, 37 ile 42. gebelik haftası arasında olup baş pozisyonunda ve spontan olarak doğarken doğum sonrası anne ve bebeğin genel durumu iyidir (1).

Doğum eylemi uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin silinme ve açılması, sonrasında da uterus içindeki gebelik ürünleri olan fetüs, plasenta, membranlar ve umbilikal kordun vajina yoluyla kadın bedeninden dışarı atılmasıdır. Vajinal doğum spontan ya da müdahaleli olabilir. Spontan vajinal doğum, “fizyolojik”, “normal” ya da “doğal” doğum şeklinde de isimlendirilir ve doğum eyleminin ve doğumun tıbbi müdahale olmaksızın gerçekleşmesi anlamına gelir. Doğum eylemi ve vajinal doğum esnasında tıbbi müdahale yapılması doğumu müdahaleli doğuma dönüştürür.

Normal doğum eylemi sırasında verilecek sağlık hizmetinin amacı, anne ve bebeğin güvenliğini gözeterek mümkün olan en az müdahale ile ve sağlıklı bir şekilde doğum sürecini tamamlamalarını sağlamaktır. Normal, doğal, fizyolojik doğum sürecine müdahale etmek için sağlık personelinin geçerliliği olan ve kanıta dayalı bir nedeninin olması gerekmektedir. Kanıta dayalı doğum hizmeti çerçevesinde, doğuma destek olan sağlık çalışanları kendilerinin ya da doğum yapan kadının seçtiği her uygulama, prosedür veya müdahalenin olası risklerini, yararlarını, etkililik düzeyini, maliyetini, doğum yapan kadınla ve varsa (kadın uygun görmek kaydıyla) yakınlarıyla ciddi biçimde gözden geçirmelidir. Doğum hizmeti sunanlar tarafından yaygın biçimde kullanılan “Maksimin Stratejisi” ve “En Kötü Durum Senaryosu” yaklaşımı, düşük riskli doğumlara uygulandığında, anneler henüz doğmamış bebekler ve doğuma eşlik

edenlere tahmin edilenden daha fazla zarar verebilir (2). Maksimin stratejisi belirli bir müdahale tekniğinin doğumda meydana gelebilecek en kötü olasılıklara karşı 'kötünün iyisi' olarak tercih edilmesi ve böylece olası en kötü durumun önlenmesi yaklaşımıdır. Ancak bu yaklaşım uygulanan müdahalelerin zincirleme olarak birbirini gerektirmesi nedeniyle artan zararları görmezden geldiği ve somut olarak belirlenen riskleri önlemekten uzaklaşıp müdahalelerin rutin olarak her doğumda uygulanmasına yol açtığı için eleştirilmektedir (2).

Doğuma destek hizmeti sunanların, anne ve bebeğin güvenliğini gözetmek kadar ailenin yaşamında anne babalığa geçişi simgeleyen doğumu pozitif bir deneyim olarak yaşamalarına da olanak sağlamaları gerekir. Günümüzde doğuma yönelik iki temel yaklaşım vardır. Bu yaklaşımlardan birincisi; doğumu normal, fizyolojik, kadın ve bebek merkezli ele alırken, ikincisi ileri teknoloji (high-tech) kullanılan tıbbi bir işlem olarak görmektedir. İkinci yaklaşıma atfen "doğumun endüstrileşmesi"nden söz edilmektedir. Doğuma yaklaşımda etkili bir diğer husus ise; doğum olayını kadın ve bebeğin tıbbi koşullarından çok, doğuma destek olan sağlık çalışanlarının tutum ve yaklaşımlarının şekillendirmesidir. Oysa gebelik döneminde riskin düşük seyrettiği gebelerin %90'ından fazlasının herhangi bir tıbbi müdahaleye gerek olmaksızın sağlıklı bir şekilde doğum yapabilmesi gerekmektedir (3). Normal doğumda, doğum eylemi spontan olarak başlar ve uterusun kasılmaları neticesinde serviks gevşeyerek, fetus ve sonrasında ekleri dışarı atılır. Zamanında başlayan bir doğumda gebelik süresi 37 ile 42 hafta arasındadır. Her ne kadar doğumun fizyolojik açıdan kesin nedeni tam açıklanamamışsa da plasentadan progesteron salınımının azalması nedenlerden biridir. Plasentanın progesteron yerine daha fazla östrojen üretimine başlaması ile endometrium, desidua ve fetal membran hücrelerinin prostaglandin (prostaglandin $F_{2\alpha}$ ve prostaglandin E_2) üretimi indüklenmekte, bu prostoglandinler de güçlü uterus kasılmalarına yol açmaktadır. Fetal hipotalamo-pituitar-adrenal aks da doğum eyleminin başlamasında rol oynuyor gibi görünmektedir (4).

Maternal ya da fetal kaynaklı oksitosin hormonunun doğumun spontan olarak başlamasında aktif ya da hayati bir işlevi olduğu giderek daha az düşünülmektedir. Myometriyumun kasılmasını sağlayan en güçlü uyarının ise desidua kaynaklı prostaglandin $F_{2\alpha}$ olduğu açıklığa kavuşmuştur (5).

Doğum eyleminin başlangıcından önce gelişen fizyolojik değişiklikler

Bebeğin başının pelvise yerleşmesi ilk gebeliklerde doğumdan iki hafta önce olurken multipar gebelerde ise doğum eylemi başlangıcına kadar yerleşme olmaz. Bebeğin başının inmesi ile birlikte gebeliğin son döneminde karnın üst kısmında diyafram altındaki artmış basınca bağlı olarak ortaya çıkan mide yanması, nefes darlığı gibi belirtiler azalır. Buna karşılık pelvik ağrılar ve idrara gitme sıklığında artış ortaya çıkar. Gebeliğin son 4-8 haftasında düzensiz, ağrısız uterus kasılmaları başlar ve giderek sıklığı artar. Bu kasımlara Braxton-Hicks kontraksiyonları denir. Bu kasımların gerçek preterm eylemden ayırt edilmesi gerekir. Çünkü bu kasımlara servikal değişiklikler eşlik etmez ve “yalancı doğum ağrıları” olarak da adlandırılırlar (1,6,7,8).

Yumuşama, açılma ve silinme evresi

Doğum eylemi sırasında açılma ya da dilatasyon, eyleminin başlamasından serviksin tam olarak açılmasına kadar geçen sürede meydana gelir. Bu evrede servikal açılma ve silinme ile birlikte bebeğin başının inişi izlenir. Serviks, “açık değil” ya da “kapalı” (0 cm) şeklindeki durumdan “tam açık olma” (10 cm) durumuna dek açılır. Serviksin silinmesi (efasman) ise doğumdan önce veya doğum sırasında serviksin kalınlığının azalması durumudur. Gebeliğin olmadığı durumda serviks yaklaşık 2-3 cm uzunluğunda ya da kalınlığında olup silinmenin olmadığı ya da %0 silinme olarak tanımlanan bir durumdadır. 3 cm kalınlığındaki bir serviksin kalınlığı 2 cm’ye indiğinde %30 silinmeden, 1,5 cm’e indiğinde %50 silinmeden söz edilir ve silinme tamamlandığında serviks bir kağıt inceliğine gelirken durum %100 silinme olarak tanımlanır. Silinme yukarıdan aşağı doğru oluşurken internal osta bulunan kas lifleri de yukarıya uterus alt segmentine doğru ilerler. Genel bir kural olarak, nulliplarlarda açılma başlamadan önce neredeyse tam silinme oluşurken, multiparlarda tam tersi belirgin bir silinme olmadan açılma oluşur. Serviksin yumuşaması, silinmesi ve açılması doğumun başlamasından 4-8 hafta önce başlar. Bu değişiklikler multipar kadınlarda daha belirgin iken, primiplarlarda serviks bu dönemde sert ve kapalıdır (1,6,7,8).

Gerçek doğum eylemi uterus kasılmaları neticesinde serviksin ilerleyici dilatasyonu olarak tarif edilir. Servikal kanal içinde bulunan ve tıkaç vazifesi gören materyalin vajinadan az miktarda kanla karışık mukus biçiminde boşalması (nişan atılması) doğumun başladığının önemli bir işaretidir. Nişan içinde fazla miktarda kan gelmesi anormaldir. Uterin kasımlara

eşlik eden nişan atılması, membranların kendiliğinden delinmesi ya da serviksin dilatasyon şartı olmaksızın tamamen silinmesi doğumun başlamış olduğunun kesin kanıtlarıdır. Bu nedenle tek başına uterus kontraksiyonları daha önce de açıklandığı gibi gerçek doğum eyleminin başladığı yönünde değerlendirilemez. Bu nedenle gebe kadınlara ve yakınlarına doğum öncesi izlemleri sırasında eylemin başlama belirtileri doğru biçimde anlatılmalıdır (1,6,7,8).

Gerçek doğum eyleminde yalancı eylemin tersine; kontraksiyonlar düzenli aralıklarla gelir, şiddeti ve sıklığı giderek artar, serviks dilate olmaya başlar ve hastanın ağrısı sedasyonla durmaz. Doğum ağrısı, ağrının subjektif özelliğinden dolayı her kadın için farklı özellikler taşırken uterin kasılmaların şiddeti, baş pelvis uyumu gibi doğum eyleminin karakteristikleri de doğum ağrısı üzerinde etkilidir. Doğum ağrıları esas olarak uterin kaynaklıysa da, doğum yapan kadınlar karın ve sırt bölgesinde de ağrı duyabilir ve serviksin gerilmesine bağlı olarak bu bölgede de ağrı oluşabilir (1,6,7,8).

Normal doğum süreci, üç evreden oluşmaktadır. Bu evrelerin özellikleri ve belirtileri şunlardır:

Doğum Eyleminin Birinci Evresi

Doğum öncesi dönem, doğumdan önceki bir kaç hafta içindeki artmış uterus kasılmalarından oluşur. Uterus kasılmalarının serviksin yumuşama, silinme ve açılma sürecinin öncülü olduğu düşünülmektedir. Doğum eyleminin birinci evresi uterus kasılmaları yeterli sıklık, şiddet ve aralığa ulaştınca başlar ve sürekli hale gelen servikal silinme ve açılma ile devam eder. Doğum eyleminin birinci evresi kendi içinde latent faz ve aktif faz olarak ikiye ayrılır.

Latent faz: Bu faz düzenli uterus kasılmaları ile başlar, serviksin açılmaya başlamasına yani aktif faza kadar 1-20 saat arasında sürer. Latent faz primiparlarda ortalama 6 saat, multiparlarda 4 saati bulur. Latent fazın primiparda 20 saat ve üzerinde, multiparlarda da 14 saat ve üzerinde olması patolojiktir ve “uzamış latent faz” olarak tanımlanır. Latent faz doğumun gidişatı üzerinde belirleyici değildir. Esas olarak aktif fazda meydana gelen gelişmeler doğumun sonucunu etkileyecek özelliktedir.

Aktif faz: Aktif faz, en az bir dakika süren düzenli, şiddetli, kasılmalarla karakterizedir. Doğumun bu evresi daha hızlıdır ve latent faza göre daha iyi anlaşılır. Genelde, serviks 4-5 cm

açıklığa ulaştığında aktif faz başlarken süresi primiparlarda 6-18 saat (ortalama 8 saat) multiparlarda ise 2-10 saat (ortalama 5 saat) olabilir. Aktif fazda serviksin açılma hızı primiparlarda 1,2 cm/saat, diğer gebeliklerde ise 1,5cm/saattir. Bu evrede fetüsün başının düzenli olarak aşağı doğru inmesi gerekir.

Angajman: Fetüsün başı doğum eyleminden önce ya da doğum sırasında angaje olabilir. Pratikte angajman önde gelen kısmın ischii kemiğinin çıkıntısına ulaşması ile tanımlanır (0 seviyesi). Baş pozisyonundaki angajman ile pelvisin girimde veya pelvis geçişinde fetüs başının en geniş transvers çapla inişi ifade edilir.

Geçiş fazı: Doğum eyleminin aktif fazında serviksin tam açıklığa ulaşmasından önceki devre kastedilir. Kasılma ağrılarının en yoğun bu aşamada hissedilmesi nedeniyle anneler en fazla bu dönemde zorlanırlar. Geçiş fazı mide bulantısı ve premature ıkınma dürtüsü ile karakterizedir.

Doğum Eyleminin İkinci Evresi

Serviksin tam olarak açılmasından (10 cm), bebeğin doğumunun gerçekleşmesine kadar geçen süredir. İkinci evre primiparlarda 30 dakika ile 3 saat (ortalama 50 dakika), multiparlarda ise 5-30 dakika (20 dakika) arasında değişir. Primiparlarda 2 saat ve üzeri, multiparlarda ise 1 saat ve üzeri sürerse uzamış olarak kabul edilir. Bu dönemde anestezi uygulaması yapılması söz konusu olursa ortalama süreye 1 saat ilave edilmelidir. Eğer doğum eylemi uzamışsa ancak ilerliyorsa doğuma destek verenlerin herhangi bir müdahale yapmadan süreci yakından izlemesi önerilmektedir. Bu evrede fetüsün önde gelen kısmının iniş, fleksiyon ve rotasyonu gerçekleşecektir. Fetüsün başının fleksiyonu ve angajmanı, iç rotasyon, başın ekstansiyonu ile doğması, dış rotasyon, önde gelen omzun doğması, arkada gelen omzun doğması bu dönemde oluşan temel hareketlerdir. Doğumun ikinci evresinin başladığını gösteren bulgu ve belirtiler, itici uterus kontraksiyonları; perinenin kabarması; anüsün açılması; fetüsün önde gelen kısmının vulvanın inspeksiyonunda görünür hale gelmesi (Taçlanma) ve vulvanın konjesyone bir hale gelmesi olarak sıralanır. (1,6,7,8)

Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi

Bebeğin doğumundan plasentanın doğumuna kadar olan dönemi kapsayan bu evre ortalama 0-30 dakika sürer. Üçüncü evrede plasentanın ayrılması ve atılması söz konusudur. Uterus kasılmaları, üst segmenti küçülterek bebeğin doğumundan sonra da kasılmaya devam eder. Kasılmalar, nispeten sıkıştırılmayan plasentanın yapışık olduğu uterus yüzeyini

daraltarak plasentanın ayrılmasına yol açar. Bunun sonucunda uterus içi hacminin küçülmesi, plasentayı gevşeyen aşağı segmente doğru gitmeye zorlar ve böylece de ayrılma sürecine yardımcı olur. Üçüncü evrenin sonunda plasentanın bütünlüğü kontrol edilmeli, içeride bir parçasının kalmadığından emin olunmalıdır. Bundan sonra, uterusun toparlanması ve anne sütü verilmeye başlanmasını içeren dönem başlamaktadır. Bu dönem doğumun dördüncü evresi olarak da tanımlanmaktadır. (1,6,7,8)

Emzirmeye Erken Başlama

Doğumdan hemen sonra annenin en erken dönemde, mümkünse daha umbilikal kord klemplenmeden bebeğini emzirmeye başlaması konusunda desteklenmesi gerekir. Emzirme, doğum sonrası kanamalarını azaltır ve uterus kasılmalarını stimüle eder.

Annelerin sütünün daha erken dönemde gelmesini sağlamak üzere doğru şekilde, erken dönemde ve sık aralıklarla emzirmeyi destekleyecek beceri eğitiminin doğum öncesi yapılması, ilk emzirme deneyimi sırasında da sürdürülmesi gerekir.

Doğum eylemi, doğum ve lohusalık dönemine ait detaylı bilgi için T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan rehberlerden yararlanılabilir. (1,6,7,8)

KAYNAKLAR

- 1) World Health Organization: *Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group*, Publication no. WHO/FRH/HSM/96.24, Geneva, 1996, WHO.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1. Page.4. Erişim tarihi 11.02.2015.
- 2) Brody H, Thompson JR: *The maximin strategy in modern obstetrics*, J Fam Pract 12:977-985, 1981.
- 3) Scherger JE, Levitt C, Acheson LS et al: *Teaching family centered perinatal care in family medicine (educational research and methods). Parts I and II*, Fam Med 24:288-298,368-374, 1992.
- 4) Funai EF, Norwitz ER: *Normal labor and delivery*, UpToDate Online 1:1-20, 2007.
www.uptodate.com.
- 5) Cunningham FG, editor: *Parturition theories. In Williams obstetrics, ed 21*, Norwalk, CT, 2001, McGraw-Hill.
- 6) K. Petrie, WL. Larimore. *Management of Labor. Chapter 14. Family Medicine Obstetrics içinde*. Editörler: SD. Ratcliffe, EG. Baxley, MK. Cline, EL. Sakornbut. 2008: 382-434.
- 7) O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D: *Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia*, Obstet Gynecol 63: 485-490, 1984.
- 8) TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. "Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı." (2009): 975-590.

3. Vajinal Doğuma Tarihsel Bakış

Hedef 3. Bu oturumun sonunda katılımcıların vajinal doğum ile ilgili tarihsel gelişimi bilmeleri hedeflenmektedir.

Alt Hedefler

Bu oturumun sonunda katılımcılar,

1. Tarihsel süreçte vajinal doğuma yaklaşımı açıklayabilmeli,
2. Modern tıp biliminin vajinal doğuma yaklaşımını açıklayabilmelidir.

Doğum sürecine modern batı tıbbının yaklaşımının anlaşılması, vajinal doğumların desteklenmesine yönelik doğru stratejiler geliştirilmesi açısından önemlidir. Doğum, fizyolojik olduğu kadar sosyolojik bir olgudur ve tarihsel bir sürece sahiptir. Bu nedenle doğumun toplum ve tıp bilimi tarafından ele alınışında tarihsel süreçte yaşanan değişimleri ele almak yol gösterici olacaktır. Bu bölümde doğumlar, ebelik ve obstetri biliminin tarihsel süreçte izlediği seyir özetlenmektedir.

Tıp Biliminin Doğuşu Ve Doğum

Erken dönem Yunan hekimliğinden bu yana batı tıbbında hâkim olan iki değişik yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilki önleyici yaklaşım olup fiziksel ve ruhsal sağlığın korunmasına yoğunlaşır ve “Sosyal Sağlık Modeli” olarak ifade edilen bu modelde genel olarak çevre ve toplumla ilgilenilir. İkinci ve daha baskın olan yaklaşım ise tedavi edici yaklaşımdır ve bu yaklaşım belirli hastalıkları tanımlayabilmek ve tedavi edebilmek için araştırmaya dayalıdır. “Biyomedikal Model” olarak da bilinen bu modelin ilgi alanı esas olarak bireylerdir. Toplum sağlığı alanındaki önemli gelişmelere rağmen güncel tıbbi uygulamalarda bile hala geniş ölçüde tedavi edici ve mekanik bakışın hâkimiyeti sürmektedir (1).

Antik çağda tıbbın doğumla ilgilenme biçimi bugünden farklıydı. Her ne kadar antik çağın öncü hekimleri Hipokrat’tan başlayarak eserlerinde doğumu ele almışlarsa da, doğum kadınların bildiği, yaşadığı birbirine destek olduğu bir hayat olayı olarak yaşanıyordu. Bu süreçte kadınların doğumla ilgili yaşadıklarını ve bildiklerini yazmalarını sağlayacak eğitim olanaklarından yoksun olmaları, kadınların doğum bilgisini kamusal yollardan örneğin bu konuda kitap yazarak toplumla paylaşmaları söz konusu olmamıştır. Doğumun özel tarihine dair bilgiler de bu nedenle çoğunlukla dolaylıdır ve genelde erkek yazarlar tarafından yazılmış

metinlerdeki anlatılara dayanmaktadır. Hipokrat, Aristo ve Galen gibi ünlü hekimler yanında Efesli Soranus'ta (MÖ 138-98) obstetri ile ilgilenmiş ve tarihe ilk "Jinekoloji" ya da "Kadın Hastalıkları" kitabının yazarı olarak geçmiştir. Soranus'un kitabı 16. yüzyıla kadar Avrupa'da bu alanda temel kaynak olarak kullanılmıştır. Soranus eserinde doğuma kadınların yakınları dışında destek olan ebelerin sahip olması gereken nitelikleri de belirtmektedir (2).

Efes'li Soranus'a (MÖ 138-98) göre ebelerin sahip olması gereken nitelikler (3)

"Okuryazar, hafızası kuvvetli, çalışkan, tedavi ve hijyen bilgisine sahip, disiplinli, sır saklamayı bilen, para göz olmayan... İlla ki kendisinin doğum yapmış olması gerekmez ama yapmışsa doğuran kadına daha sempatiyle yaklaşabilir..."

Hipokrat'ın (MÖ 460-377) zamanında bir kısım ebelere eğitim verdiği ancak ebelerin çoğunun doğumlara deneyime ve aktarılan sözlü bilgilere dayalı olarak katıldıkları bilinmektedir. M.Ö. dördüncü yüzyılda yaşamış olan Agnodice ise bazı kaynaklara göre ilk kadın hekim, ebe ve jinekologdur (4). Agnodice sonrası obstetri alanında kadınların varlığını görünür kılabilecek yazılı bilgiyi görmek pek mümkün olmaz. Gerçekte özellikle Avrupa'nın pek çok bölgesinde hekimlik yapan çok sayıda kadın hekimin bulunduğu bilinmektedir. Bu bölgelerden biri de Anadolu'dur. Fakat antik çağda hekimlik daha çok usta çırak ilişkisi içinde öğrenilen bir meslek olduğu için bugünkünden çok farklı hekim kimlikleri vardı. Bu dönemde İtalya'nın Salerno şehrinde kurulan, en parlak dönemini 12. yüzyılda yaşayan ve 1812'de Napolyon tarafından kapatılıncaya kadar varlığını sürdüren Salerno Tıp Okulu'ndan Trotula de Ruggerio bu durumun bir istisnasıdır. Ancak Trotula'nın bir kadın hekim olduğu yakın bir tarihte keşfedilmiştir. Trotula'nın yazdığı "*Trotula Major*" olarak da bilinen "*De Mulierum Passionibus ante, in et Postpartum*" (Doğumdan Önce, Esnasında ve Sonrasında Kadın Hastalıkları) kitabı 16 yüzyıla kadar tıp okullarında ders kitabı olarak okutulmuştur (5).

Batıda aydınlanma, rönesans ve endüstri devrimi gibi gelişmelerin başladığı dönem olan on yedinci yüzyılda felsefe ile tıbbın etkileşimi insanın bedeniyle olan ilişkisini köklü bir değişime uğratmış ve Descartes'in insan bedenini fizik yasaları ile çalışan, yapısı ve işlevleri tam

anlaşırsa parçalarına ayrılıp tekrar biraraya getirilebilecek bir makinaya benzetmesiyle bedenin anatomisinin ve fizyolojisinin anlaşılması yolunda yeni bir dönem açılmıştır (6).

Modern Tıp Ve Ebelik

Modern zamanlara kadar bütün kadınlar evde ebeler yardımı ve/veya yakınları ile birlikte doğurmaktaydı. Neredeyse bütün doğumlar spontan olarak başlamakta ve vajinal yoldan olmaktadır. Sezaryen doğum yani bebeğin hekim tarafından uterusun kesilerek karın yoluyla doğurtulması ise yakın zamanlara kadar çoğunlukla sadece anne ölmüşse ve çocuk yaşıyorsa yapılmaktaydı. Diğer sağlık hizmetlerinin kamusal kurumlarda (hastane, muayenehane vb) veriliyor olmasına rağmen doğumlarla ilgili bu mekânsal ayırım iki yüz yıl öncesine kadar devam etti. Çünkü bugün de olduğu gibi kadın bedeni, üreme organları ve doğum meselesi mahrem konular olarak nitelendirilirdi ve kadınların doğumu kendi aralarında halletmeleri gerektiği düşünülürdü. Bu nedenle forsepsin icadına kadar erkek doktorlar doğumlara sadece problem çıktığı zaman karıştılar çünkü onların kullandıkları aletler çoğunlukla ya bebeğin ya da annenin ölmesine yol açmaktaydı. Modern tıp bilgisinin gelişmesi ile birlikte hekimler, genişleyen biyoloji bilgileri ve profesyonelleşme ve buna yüklenen anlam üzerinden doğumda daha fazla rol almaya başladılar ve ebelerin konumları zayıflamaya başladı. Formal bilgi ve eğitime ulaşamayan ve becerisini deneyimle elde eden, profesyonelleşmelerine de izin verilmeyen ebeler kısa zamanda ikinci plana düştüler. Giderek, işleri hekimler tarafından denetlenen, bağımsız hizmet sunma yetkisi olmayan ve formal eğitimle kurumsallaştırılmış yeni bir ebelik mesleği ortaya çıktı. Örneğin İngiltere’de 1902 tarihli “Ebelik Kanunu” yeni ebelik mesleğini tariflerken ebelerin alandaki rolünü sadece normal doğumlara sıkıştırarak sınırları netleştirmekteydi (1).

Doğumun tıbbileşmesi süreci ilerledikçe, önceden “normal” ve “eşlikli” olarak gerçekleşen ve olağan bir hayat deneyimi olan doğum, “anormal” ve “yönetilen” bir sağlık sorununa dönüştü. Doğumun tıbbileşmesi tıbbi uzmanlığın bu alandaki hayati gerekliliğinin altı sürekli çizilerek zaman içinde tamamlanırken, sağlanan gelişmelerin ne kadarının kadınların yararına olduğu konusu yeterince sorgulanmadı (7).

Doğumda Teknolojinin Kullanımı

Hekimler, gebelik ve doğumun risklerini bugüne kadar sürekli gündemde tuttular ve kadınların doğuma yönelik algılarını yeniden şekillenmesiyle birlikte doğum olayı giderek patolojikleşti. Doğumun bu şekilde tıbbileşmesi anneler ve bebekleri için yeni bir dizi riskleri beraberinde getirdi. Bunların başında Ignaz Semmelweis'in ilk defa tanımladığı üzere, hastane kaynaklı puerperal sepsisler ve/veya teknolojinin özensiz kullanımına bağlı yaralanmalar (forseps kullanımı, epizyotomi açılması vb sırasında) gibi sorunlar gelmektedir (8,9).

Doğumlar evlerden hastanelere kayarken hastanelerin "doğumhane"leri birer doğum fabrikası gibi tasarlanır oldu ve doğumlar tıbbi teknolojinin giderek daha fazla ve rutin olarak kullanıldığı süreçlere dönüştü. Kadınlar kendilerini bu fabrikalara bir tarafından gebe girip öbür tarafından kucaklarında bebekleri ile çıkar buldular. Doğum alanına teknolojinin girişinin ilk habercisi olarak forseps gösterilebilir. Eserlerinde bahsetmiş olduğu forsepsini İbn'i Sina çok önceleri oldukça yaygın biçimde kullanmıştır ancak bu aletin Avrupa'ya getirilişi ve doğumda kullanılışı İngiltere'de 17. yüzyılda olmuştur. Forseps ile başlayan obstetrik teknoloji, vakum ekstraksiyon yönteminin icadı (1705; Dr. James Yonge; 1953-1957; Dr. Tage Malmström), epizyotomi müdahalesi, anestezi kokteyl uygulaması, epidural anestezi ile ağrısız doğum tekniklerinin kullanıma girmesi ve sezaryen ile günümüzdeki düzeyine ulaşmıştır (10).

Yirminci yüzyıl doğumun ve eşlik eden süreçlerin obstetri bilimi tarafından bugünkü mecrasına tam anlamıyla oturtulduğu dönem olmuştur. Bu dönemde modern obstetrimin kurucularından biri olarak tanımlanan Dr. Joseph Delee (1869-1942) özellikle "*Doğum patolojik bir süreçtir.*" yaklaşımı ile bilinmektedir. Bu yaklaşımın doğum hizmetlerinde baskın bakış açısı olmasıyla birlikte doğum tamamen tıbbi ve cerrahi bir süreç olarak tanımlanmıştır. Dr. Joseph Delee'nin 1920'de yazdığı bir makalede savunduğu üzere her doğumda profilaktik olarak forseps uygulanması yaklaşımı bugün doğumun gereksiz derecede medikalizasyonuna yol açması açısından eleştirilmektedir. Dr. Delee doğumda ilaç ve alet kullanımını, zor ve çoğunlukla da gereksiz müdahaleleri aşırı derecede savunan makalesi ile bugünden geriye bakıldığında doğumlara güncel bakışta önemli bir noktada durmaktadır. Dr. Delee insanı somon balığı ile karşılaştırarak "*Bu olumsuz etkiler çok yaygın*" ... "*Sıklıkla doğanın kadının insanın üremesindeki rolünü yumurtladıktan sonra ölen somon balıklarınıninkine benzer şekilde kurgulayıp kurgulamadığını merak etmişimdir.*" ifadesi ile doğumun kadın yaşamı ve sağlığı için tehlikeli olduğu düşüncesini geliştirmiştir. Dr. Delee bu nedenle yaşadığı dönemde yüksek

düzeydeki kadın ve çocuk ölümlerine yol açan ve bir “felaket” olarak nitelendiği doğum sürecinin hekimler tarafından tam anlamıyla kontrol altına alınmasını sağlayacak bir sistem önermiştir. Ona göre kadın sağlığını olumsuz etkilemesi nedeniyle yardımsız yapılan doğum patolojiktir (6).

Dr. Delee profilaktik forseps operasyonu kapsamında “Modifiye Alacakaranlık Uykusu” adı verilen ve ağrı kesici olarak skopolamin ve morfin içeren genel anestezi uygulamasını, forseps uygulaması öncesi eter verilmesini, medyolateral epizyotomi açılmasını önermiştir. Sonrasında dikkatli bir serviks incelemesini takiben servikal laserasyonların tamirini ve pelvisin normal anatomisinin tesisi için metikulus restorasyonunun gereğine işaret etmiştir (11).

Dr. Delee'nin doğumların patolojik süreçler olduğu ön kabulü ile başlayan gelişmelere o dönemde yine doğum sırasında kadın ve bebeklerde en fazla ölüm nedeni olarak öne çıkan enfeksiyonları önleme çabaları da eklenmiştir. Sadece doğum için başvuran kadınlarla sınırlı olmamak üzere hastaneye girdiği anda kişinin bütün kişisel eşyalarının çıkartılması uygulaması başlamış, doğum için gelen kadınlara perine tıraşı yapılması, lavman uygulaması, babaların ve diğer yakınların doğum alanına girmesinin engellenmesi, bebeklerin annelerinden uzakta bakım odalarında tutulması, bebeklerin mümkün mertebe kucağa alınmaması, anne sütüyle beslemeye göre daha temiz ve üstün olduğu düşüncesiyle bebeklerin biberonla beslenmesi gibi sonuçlara yol açmıştır.

Doğum Ağrısına Yönelik Algılar

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain=IASP) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilişkili, sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu olarak tarif etmektedir (12).

Ağrının oluşumu ile ilgili olarak geliştirilen nörofizyolojik modele göre ağrı periferik dokularda oluşan bir hasarın duyuşsal bir uyarın oluşturması neticesinde meydana gelmektedir. Ancak doğum eylemi ve doğum sırasında kadının baş etmeye çalıştığı ağrıya sadece nörofizyolojik modele dayalı olarak yaklaşmak doğum ağrısının diğer niteliklerinin göz ardı edilmesi nedeniyle yeterli olmaz. Doğum eylemi ve doğum sırasında kadınların hissettiği ağrı, karmaşık olduğu kadar bütün ağrılar için geçerli olduğu üzere subjektif nitelikli ve çok

boyutludur. Doğum ağrısının diğer ağrılardan farkı ise patolojik değil normal olması, fizyolojik bir olay olmasına karşılık ağrılı olmasıdır. Doğum ağrısı, doğuran kadınların bireysel yaşantılarının önemli bir parçası olduğu kadar toplumsal ve kültürel olarak yüklü bir kavramdır. Doğum ağrısının fizyolojik kökeni yanında psikolojik ve toplumsal cinsiyetlenmiş bir boyutu da bulunmakta olup kadının yaşadığı kültür ortamı ile şekillenmektedir. Doğum ağrısına ilişkin kültür, kadının yaşadığı toplumun ve ailenin olduğu kadar sağlık sistemi ve sağlık hizmeti sunanların inançları, değerleri ve normları tarafından oluşturulur.

Modern obstetri bilimi, doğum eylemi ve doğum sırasında kadınların hissettiği ağrıyı sadece fizyolojik boyutuyla ele alarak dindirmek üzere anesteziğin kullanımına yönelmiştir. Dr. James Young Simpson genel anesteziği obstetride kullanan ilk hekimdir (1847). Dr. Young'ın doğum ağrısına yönelik olarak eter yerine kloroform kullanarak geliştirdiği anesteziğin doğum yaklaşımı (Chloroform a la Reine) dönemin İngiltere Kraliçesi Victoria'nın dokuzuncu çocuğunun doğumunu kloroform eşliğinde yapmasına kadar yaygınlaşmamıştır. Kraliçenin doğumunu kloroform eşliğinde yapmasını takiben anesteziğin doğum yaygınlaşmış ve kullanımı İkinci Dünya Savaşı sonrasına dek sürmüştür (13).

İlk spinal anestezi Bier tarafından 1898'de, ilk epidural anestezi ise Sicard ve Cathelin tarafından 1901'de yapılmıştır. "Alacakaranlık Uykusu", "Twilight Sleep" ya da "Dammerschlaf" olarak bilinen ve morfinle hyoscine'in birarada kullanıldığı anesteziğin kokteyli ise ilk kez 1906 yılında uygulanmaya başlamıştır. Bu yöntemde hyoscine ile oluşturulan anestezi nedeniyle doğum yapan kadınlar doğum sırasında davranışlarını kontrol edemez, doğumu anlayıp hatırlayamaz olmuşlardır (14).

Günümüzde doğum sırasında kullanılan anesteziğin kadın ve bebek üzerindeki etkilerinin saatlerce hatta günlerce sürmesi problem olarak önemini korumakta, bu nedenle bu ajanların kadın ve yenidoğan sağlığı açısından etkileri üzerine önemli tartışmalar sürmektedir. Doğum ağrısının fizyolojik boyuta sıkıştırılmış olması da doğum ağrısının obstetri açısından ele alınış biçimini sorgulatmaktadır.

Doğumun Doğasına Ters Doğum Pozisyonlarının Kullanılması

Geleneksel toplumlarda kadınlar doğum eyleminde ve doğumda daha çok dik pozisyonu kullanırlar ve özellikle de doğum ağrısı doğrultusunda pozisyonlarını değiştirirler. Batı toplumlarında da 17. yüzyıla kadar durum böyleydi. Ancak doğumların teknolojikleşmesi ve sağlık personelinin doğumda aldığı rol arttıkça doğum pozisyonları sınırlanmıştır (15). Günümüzde doğum eylemi ve doğum esnasında kadınlardan genelde beklenen yatakta kalmalarıdır. Oysa özellikle doğumun birinci evresinde kadının konforu, sağlayacağı yarar ve doğum sürecini kendisinin kontrol edebilmesi açısından istediği pozisyonu almasının doğum eylemi ve doğum açısından yararlarının kanıtları giderek artmaktadır (16). Sağlıklı gebelerin doğum eyleminin birinci evresinde dik pozisyonda ve yürüyebiliyor olması, bu evrenin süresinde bir saat yirmi dakika kadar bir kısalmaya yol açmaktadır. Tersine sırtüstü yatar doğum eylemi ise eylemi uzatmakta, ağrı artışı, yorgunluk ve başta sezaryen doğum olmak üzere, doğum anestezi ve bebeklerin yenidoğan ünitesinde tutulma durumu gibi müdahalelere yol açması nedeniyle önerilmemektedir (16). Doğumun ikinci evresinin yatar pozisyonda olmasının ise kanama düzeyinde bir miktar azalma dışında sağlıklı gebe ve bebek için belirgin bir yararı yoktur (16). Doğum eyleminin birinci evresinde kadınların hareketlerinin kısıtlanması ya da doğumun ikinci evresinde supin pozisyonu ve bacakların yükseğe kaldırılması uygulaması modern obstetrimin rutin uygulamalarındandır. Dorsal pozisyonun hekime ya da ebeye fetüsü daha iyi takip etme olanağı verdiği için daha güvenli olduğu iddia edilmekle birlikte hizmet sunanlar için daha uygun olduğu ve doğumu daha iyi kontrol edebilmelerine olanak sağladığı da düşünülebilir. Kadının doğum esnasındaki pozisyonunu belirleyen tek bir belirleyiciden söz etmek mümkün değildir. Kadının pozisyonunu kendisinin belirleyebildiği doğumlarda seçtiği doğum pozisyonu büyük ölçüde kültürel etkilenimin bir sonucu olarak gelişirken, sağlık kuruluşlarında yapılan doğumlarda seçilen doğum eylemi ve doğum pozisyonunun seçiminde kültürel faktörler yerini hizmet sunucuların beklentileri ve taleplerinin yanısıra, fetal monitorizasyon, intravenöz tedavi, bölgesel anestezi uygulamaları, epizyotomi, forseps ve vakum ekstraksiyon uygulaması ve doğum sürecinde yapılan muayenelerin getirdiği kısıtlamalar şekillendirmektedir (17). Doğumun ikinci evresinde perine desteği ve spontan doğum sırasında doğuma yardımcı olunması gibi uygulamalar kadınların seçebilecekleri doğum pozisyonlarını sınırlamaktadır. Sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının etkisi ile belirlenen eylem ve doğum esnasındaki pozisyonun doğum yapan kadının konforunu, doğumu olumlu bir deneyim olarak yaşama şansını gözardı ettiği, kadının

eylem ve doğum sırasındaki iradesini ortadan kaldırması gibi nedenlerle ciddi biçimde gözden geçirilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Destekleyici ve olumlu bir doğum ortamı oluşturulması ile kadınların doğum süreci ile ilgili olarak ve sonrasında da anne olarak kendi kendine yeterlilik ve kişisel başarı duygusunun geliştiği ve doğum sonrası depresyon riskinin azaldığı ifade edilmektedir (18,19).

Doğumun aşırı medikalizasyonu ve tıbbi teknoloji kullanımının artması doğumun mecrasından uzaklaşmasına, vajinal doğumların azalıp, cerrahi doğumların artışına, kadınların ve bebeklerinin doğum eylemi ve sürecindeki etkinliklerinin bertaraf olmasına yol açmıştır.

Doğum Sandalyesi

Modern obstetri öncesi dönemde kadınlar dik pozisyonda ve doğum ağrılarının yönlendirmesi ile aldıkları (oturma, çömelme vb) pozisyonlar eşliğinde doğurmaktaydı. Günümüzde de kadınları özellikle doğumun birinci evresinde seçecekleri pozisyonlar konusunda özgür bırakma yaklaşımı ağırlık kazanmıştır. Her ne kadar obstetri alanına teknolojinin girişi forseps ile başlatılırsa da, doğum sandalyesi bu durumun istisnası olarak görülebilir. Ancak forsepsin aksine doğum sandalyesi normal doğum sürecini kolaylaştırmak üzere geliştirilmiştir. Doğum sandalyesi yakın zamanlara kadar dünyada yaygın biçimde kullanılmıştır. Bu sandalye kısa bacaklı nal biçiminde tasarlanmış ayakları yere iyi basan sağlam bir sandalye olarak imal edilmekteydi. Sandalye, doğum için en uygun pozisyon olduğu düşünülen çömelme pozisyonunu kadınlar için kolaylaştırmaktaydı ve dik durumdayken doğumun yapılabilmesine olanak veriyordu. Doğum sandalyesi ile yapılan doğumlar epizyotomiye ve yatar pozisyonda yapılan doğumlarda yer çekiminin ve güçlü ıkmının sağlanmasının yarattığı itme gücündeki azalmayı kompanse etmek üzere uterus fundusuna dışarıdan baskı uygulanmasına (Kristeller manevrası) karşı koruyucu olup, kadınlar açısından konforlu ve güçlendirici bir etki sağlamakta, doğumu olumlu bir deneyim olarak hatırlamalarına yardımcı olmaktadır (20). Doğum sandalyeleri bir dönem kullanımdan kalkmış olsa da günümüzde güncel bir bakışla yeniden tasarlanıp kullanıma girmeye başlamıştır.

Osmanlı Döneminde Doğum Hizmetleri

Osmanlı toplumunda doğuma yönelik uygulamaların ve ebeliğin batı tıbbi bağlamında değişim ve dönüşümü de II. Mahmut tarafından Tıphane-i Amire (1827) ve Cerrahhâne-i Mamure Mekteb-i'nin (1832) birleştirilmesi ile Mekteb-i Tıbbiye -i Adliye-i Şahane der Âsitane-i Aliyye'nin (*Tıp Fakültesi*; 27 Aralık 1838) kurulması ile başlamıştır. O dönemde yedi yıl süren tıp eğitimi kapsamında “fenn-i vilade” (kadın hastalıkları ve doğum), “fenni kabale” (obstetri, ebelik) dersleri bulunuyordu. Okula kadın öğrenci kabul edilmediği için bu dersleri sadece erkek öğrenciler alabiliyordu. Ancak öğrencilerin uygulama yapma ve bizzat doğuma katılma şansı olmadığı için de bilgiler beceriye dönüşmüyordu. Mezunların doğum konusundaki becerileri çok sınırlı olup, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan erkek hekim de, modern ebelik eğitimi almış ebe de neredeyse hiç bulunmuyordu. Osmanlı döneminde yönetim ve hekimler kadınlar arasında doğuma bağlı meydana gelen yüksek anne ve bebek ölümlerinden, ölü doğumlardan ve doğuma bağlı oluşan yaralanma ve sakatlıklardan da geleneksel ebeleri sorumlu tutuyordu. Ancak hekim sayısının azlığı doğumlarda ebelerin bulunmasını da zorunlu kılmaktaydı. Bu nedenle ebelik eğitimlerinin başlatılması gerekmekteydi. Yetiştirilecek ebeler, ruhsat verilmedikçe ebelik yapamayacaktı, forseps (mengene) ya da ilaç kullanmayacaklardı. Bu nedenle geleneksel ebeleri kısa süreli eğitimlere tabi tutmak üzere kurslar açıldı. Ancak bu kurslar doğum hizmetlerine olan gereksinimi karşılamaktan uzak kaldı. Bu gelişmelerde Dr. Besim Ömer'in önemli bir rolü vardır. Her ne kadar Besim Ömer'den önce de Osmanlı'da kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan hekimler varsa da Dr. Besim Ömer kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, modern ebeliğin kurucusu, tıp tarihçisi hem de Türkçe tıbbi bilginin oluşumu açısından kritik bir yerde durmaktadır. Dr. Besim Ömer “Doğum Tarihi” (1932) isimli eserinde ebelik ve doğumun tarihini ele almıştır. Dr. Besim Ömer bu kitapta “Doğumu artırmak, ölümü azaltmak milli dileğimizdir” diye yazar ve doğum alanındaki gelişmelerin en önemlisinin sadece hekimlerin kullanabildiği forseps olduğunu belirtir. Cumhuriyet öncesi dönemde Dr. Besim Ömer hekimlerin doğum pratiklerini yapabilmelerini sağlamak üzere bir viladethane (doğumhane) kurulmasını gündeme getirir. Dr. Besim Ömer, Fransa'da eğitim sırasında görmüş olduğu üzere ve toplumda yaygın görülen anne ve bebek ölümleri ile lohusalık hummasına bağlı kayıpların önlenmesi için bir viladethane açılması için Sultan II. Abdülhamit'e başvurur. Ancak viladethanenin açılışı toplumda kadınların kamusal alanda ve erkeklerin de bulunduğu bir ortamda doğurması fikrine duyulan tepkiden dolayı inşaatı için 1885'te izin çıkmasına karşın yapılamaz. Bunun üzerine Dr. Besim Ömer, Tıp Fakültesi içinde 14 yataklı bir

doğum ünitesi oluşturarak 1894 yılında Osmanlı Devleti'nin ilk kadın hastalıkları ve doğum kliniğini açar. Hem tıp hem de ebelik öğrencilerinin uygulamalı eğitiminin de yapıldığı viladethaneye başvuranlar genellikle yoksul gebelerdir. Dr. Besim Ömer, Sıhhiye-i Umumiye Meclisinden çıkarttığı bir kararla, İstanbul'da ebelik mesleğini icra eden bütün ebelerin, polis marifetiyle fakülteye çağrılarak, kendisinden doğurtma, doğumda asepsi, antisepsi usulleri ve diğer konularda ders almalarını sağlar (21).

Günümüzde doğuma yaklım obstetrik alanının en önemli konularından biridir. Teknolojik doğumlar konusunda geleneksel müdahaleci yaklım ile, gözleyen destekleyen ancak daha az müdahale eden yaklım konusunda tartışmalar sürmektedir. Ancak kadın hakları savunucuları, hasta hakları ve etik kurallar kadınların bedenleri üzerinde söz sahibi olmalarını destekleyen tarafta olmaları nedeniyle eğilimin anne ve bebek açısından tanımlanmış bir risk yoksa doğumların mümkün olduğu ölçüde fizyolojik olarak yapılmasına kaydığı görölmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) CAHILL H.A. (2001). *Male appropriation and medicalization of childbirth. Philosophical and ethical issues. Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 334±342.
- 2) Karamanou, Marianna, et al. "The effect of Soranus of Ephesus (98–138) on the work of midwives." *Women and Birth* 26.4 (2013): 226-228.
- 3) Mary R. Lefkowitz and Maureen B. Fant, *Women's Life in Greece and Rome*, (Baltimore, Maryland, 2005), 265
- 4) Mayer K.E. *The birth of gyneacology: obstetrics in ancient greece and rome. The Proceedings Of The 11th Annual History Of Medicine Days*, 2002.
- 5) Berrin Okka. *Salerno Tıp Okulu.genel Tıp Dergisi* 2015;25:71-76
- 6) McKeown T. (1976). *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?*
<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/role-medicine-dream-mirage-or-nemesis>
- 7) Oakley A. (1980). *Women confined; Towards a Sociology of Child-birth. Martin Robertson, Oxford.*
- 8) T. D. Noakes, J. Borresen, T. Hew-Butler, M. I. Lambert, E. Jordaan. *Semmelweis and the Aetiology of Puerperal Sepsis 160 Years on: An Historical Review. Epidemiol Infect.* 2008 January; 136(1): 1–9.
- 9) Johanson, R. B, and Vijay Menon. "Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery." *Cochrane database of systematic reviews* 2 (1999).
- 10) Malmström, T. & Bird, G. C. (2009). *The History of Vacuum Extraction.*
- 11) Leavitt Walzer J. "Joseph B. DeLee and the practice of preventive obstetrics." *AJPH* October 1988, Vol. 78, No. 10.
- 12) Merskey H. *Pain terms: a list with definitions and a note on usage. Recommended by the International Association for the Study of Pain (IASP) Subcommittee on Taxonomy. Pain*1979;6:249-52.
- 13) Drife, J. (2002). *The start of life: a history of obstetrics. Postgraduate medical journal*, 78(919), 311-315.
- 14) Leavitt, J. W. (1980). *Birthing and anesthesia: The debate over twilight sleep. Signs*, 6(1), 147-164.
- 15) Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. *Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
- 16) Ali UA, Norwitz ER. *Vacuum-Assisted Vaginal Delivery. Rev Obstet Gynecol.* 2009 Winter; 2(1): 5–17.
- 17) Gupta, Janesh K., G. Justus Hofmeyr, and Manjeet Shehmar. "Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia." *Cochrane Database Syst Rev* 5 (2012).
- 18) Wolman 1993. *Wolman W-L, Chambers B, Hofmeyr GJ, Nikodem VC. Post-partum depression and companionship in the clinical birth environment: a randomised controlled study. American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1993;168: 1388–93.

- 19) Chou Liu Y. *Position During Labor and Delivery: History and Perspective. Journal of Nurse-Midwifery, May-June 1979;(24)3:23-26.*
- 20) Mosquera, P. L., Onandia, G. M., Luces, L. A., & Bouza, E. T. (2015). [THE CHAIR OF BIRTHS: A RESOURCE COMPANION OF VERTICALITY IN CHILDBIRTH]. *Revista de enfermeria (Barcelona, Spain), 38(6), 26-32.*
- 21) Ülman Yi, "Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Geçiş Sürecinde Bir Aydının Portresi Dr. Besim Ömer Akalın", *Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları, editör: Nil Sarı, 10- 11:435-464, İstanbul 2004-2005*

4. Anne ve Çocuk Sağlığı Açısından Spontan Vajinal Doğum

Hedef 4. Bu oturumun sonunda katılımcıların anne ve çocuk sağlığı açısından spontan vajinal doğumun etkilerini bilmeleri hedeflenmiştir.

Alt Hedefler

Bu oturumun sonunda katılımcılar,

1. Spontan vajinal doğumun kadın sağlığına etkisini açıklayabilmeli,
2. Spontan vajinal doğumun yenidoğan sağlığı açısından etkisini açıklayabilmelidir.

Gebelik döneminde gerekli antenatal bakımın sunulduğu, anne ve bebek için riskin düşük seyrettiğinin tespit edildiği bir gebelik sonrası DSÖ'nün de vurguladığı üzere doğum eylemi ve doğum sırasında da anne ve bebek için riskin düşük seyretmesi- ki bu gebelikler çoğunluğu teşkil eder- halinde vajinal doğumlar doğumun en güvenli yoludur. Bu nedenle DSÖ, 1996'da doğumlarda gereksiz tıbbi müdahalelerden kaçınılması için çağrıda bulunmuştur (1). DSÖ *normal doğumu* doğumun spontan olarak başladığı, anne ve bebek için riskin doğumun başından itibaren düşük seyrettiği doğum olarak tanımlamaktadır. Normal doğumda fetüs 37-42 haftayı tamamladıktan sonra baş pozisyonunda ve spontan olarak vajinal yoldan doğmaktadır. Doğum sonrası anne ve bebek iyi durumdadır (1).

Günümüz koşullarında normal doğum ile ilgili olarak farklı açıklamalar da yapılmaktadır. Örneğin Kanada'da kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, ebeler, hemşireler, aile hekimleri ve kırsal hekimlik derneklerinin aldığı ortak karar neticesinde yayınlanan açıklama notuna göre; normal doğum, 37-42+0 gestasyon haftasında spontan başlayıp, eylemin spontan ilerlediği ve doğumun üçüncü evresinin de normal olduğu doğumdur. Normal doğumda farmakolojik (opioidler/inhaler ajanlar) ve farmakolojik olmayan analjezikler kullanılabilir ve doğumun üçüncü evresinde de rutin oksitosik uygulaması yapılabilir. Yine aynı açıklama notunda normal (spontan) doğum (forseps, vakum ya da sezaryen kesisi yapılmayan, makat geliş olmayan doğum gibi) yenidoğan açısından doğumun nasıl gerçekleştiğine vurgu yapan bir tanımdan da bahsedilmektedir. Bu nedenle hızlandırma, fetal izlem, bölgesel anestezi uygulaması ya da gebelik komplikasyonlarının (hipertansiyon, antepartum kanama vb) olması bu tanım kapsamında olabileceği kabul edilen durumlardır. Ancak doğum normal (spontan) olarak gerçekleşmelidir. Aynı notta *doğal doğum* ise doğal olarak oluşan insan

müdahalesinin ya hiç olmadığı ya da çok sınırlı düzeyde kaldığı doğum olarak tariflenmektedir (2).

Kanada Obstetri ve Jinekoloji Derneği ise; annelere yönelik bilgi notunda doğal doğum, normal doğum ve müdahaleli doğum için kendi tanımlarını geliştirmiştir. Bu tanımlara göre doğal doğumda anne ve bebeğin iyi durumda olduğundan emin olmak üzere sağlık personeli gözetim sağlarken doğuma herhangi bir tıbbi müdahalede bulunulmaz, bebek doğum kanalından geçerek baş kısmı ile doğar. Normal doğum, sağlık personelinin doğuma yardımcı olduğu ve bazı tıbbi müdahalelerin yapıldığı, doğumun bebeğin doğum kanalından geçerek gerçekleştiği ve bebeğin baş kısmının önde gelen kısmı olduğu doğum olarak tanımlanmıştır. Müdahaleli doğum ise anne ve/veya bebeğin sağlığının iyi olmadığı ya da doğumun normal seyrinde yürümediğine dair belirtilerin olduğu durumlarda doğumun olabilmesi için forseps, vakum ya da sezaryen gibi müdahalelere ihtiyaç duyulan doğumdur (3).

Doğum, gebenin uterusunun kasılmaları neticesinde serviksin giderek gevşemesi ve fetüsü dışarı atması olarak da tanımlanabilmektedir. Miyadında doğum ise 37 ila 42. gestasyon haftaları arasında gerçekleşen doğumdur. Preterm doğum, 37. gestasyon haftasından önce meydana gelen doğumdur. Uzamış gebelik, 41. gestasyon haftası tamamlandığı halde doğumun başlamamış olması durumudur. Eğer 42. haftada hala gebelik sürüyorsa postterm gebelikten bahsedilir. Gebelik çeşitli nedenle 20 haftadan önce sonlanırsa düşük olarak tanımlanır (4).

Hem dünyada hem Türkiye’de doğumların yapıma biçimine bakıldığında norm ya da normal olanın doğal olandan farklılaştığı ve doğumların çeşitli tıbbi ve teknolojik müdahalelerle yapıldığı görülmektedir. Bu müdahalelerin tamamı ile ilgili tartışmalar sürmektedir. Ancak en fazla üzerinde tartışılan konu sezaryendir. Tıbbi endikasyon olmaksızın vajinal doğum açısından riskin düşük olmasına karşın yapılan sezaryen doğumlarda bu kez cerrahi risklere bağlı olarak maternal mortalite ve morbidite artmaktadır (2).

Sezaryen doğum sonrası enfeksiyon ve kronik ağrı sorunu yanında tekrarlayan sezaryen doğumlar olmakta, plasental komplikasyonlara bağlı olarak kanama, histerektomi ve anne ya da bebek ölümü görülebilmektedir. Yapılan müdahale, annede psikolojik sorunlar gelişmesine yol açabilmekte, gelişen morbidite ile ilişkili olarak anne bebek bağlanması engellenebilmekte, kadının doğumu saygınlığı olmayan ya da travmatik bir süreç olarak algılamasına neden olabilmektedir (5).

Kanada'da yapılmış geniş ölçekli bir çalışmaya göre histerektomi ya da kan transfüzyonu gerektiren kanama, uterin ruptür, anestezi komplikasyonları, şok, kardiyak arrest, akut renal yetmezlik, asiste solunum, venöz tromboemboli, majör enfeksiyonlar ya da hastanede oluşan yara açılması veya hematoma gelişmesi gibi ağır maternal morbiditelerin, sezaryen doğumlarda vajinal doğumlara göre yaklaşık üç kat artmış olduğu belirlenmiştir (sırasıyla sezaryen doğumlarda %2,7 ve vajinal doğumlarda %0,9). Plasenta previa gibi plasental anomalilerin görülme riski de sonraki her tekrarlayan sezaryen doğumla birlikte artış göstermektedir. İlk doğum öncesi plasenta previa riski %1 iken, üç ya da daha fazla sezaryen doğum yapılması durumunda %3 dolaylarına yükselmektedir. Sezaryen doğumların artışı plasenta previa olgularının, plasenta akreata ile komplike olma riskini de %40'lara çıkarmıştır. Bu riskler sadece annede değil; yenidoğanda da yenidoğan yoğun bakım gereksinimi ve perinatal ölümler gibi istenmeyen sağlık sonuçlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (6).

Kanada'da yapılan bir başka çalışmaya göre sezaryen doğum yapan annelerin vajinal doğum yapan annelere göre bebekleri ile temas düzeyi istenenden daha düşük olup, bebeklerini kucaklarına alma zamanları daha geç, ilk karşılaşma süreleri de daha kısa, tenel temaslari daha az, emzirme oranları daha düşük, doğum sonrası emzirme konusunda gerekli desteği alma oranları daha az, ücretsiz formül mama ürünü verilme ve emzik kullanma oranları daha yüksek olmaktadır. Yine aynı çalışmaya göre sezaryen doğum yapan annelere doğum sırasında sürekli fetal monitorizasyon, indüksiyon, perine ve pubis tıraşı gibi tıbbi müdahalelerin daha fazla yapıldığı ve annelerin eylem ve doğumu olumlu bir deneyim olarak değerlendirme oranının düşmesi, yenidoğanın yoğun bakım gereksiniminin artması ve hastane yatış sürelerinin uzaması gibi istenmeyen sonuçların daha sık görüldüğü saptanmıştır (7).

Sezaryen doğumlarda yenidoğanda solunum sıkıntısı, sonraki gebeliklerde prematür doğum meydana gelme riski ve ilişkili sağlık sorunlarının görülme olasılığı artmaktadır. Sezaryen doğumun yenidoğan açısından komplikasyonlarının başında prematür doğuma bağlı respiratuar distres sendromu (takipne, dispne, interkostal çekilmeler, siyanoz, burun kanatlarının genişlemesi) gelmektedir. Respiratuar distres sendromu, yenidoğan yoğun bakım ünitesine başvuruyu en fazla artıran nedendir. 39-40. haftadan önce yapılan planlı sezaryenlere göre daha geç dönemde yapılan sezaryenler ya da doğum eylemi başladıktan sonra yapılan sezaryenler ya da vajinal doğumların yenidoğanda respiratuar distres sendromuna yol açma riski daha düşüktür. Bu nedenle bu komplikasyonun azaltılmasında

sezaryen doğumun gebeliğin 39. haftasından önce yapılmaması ya da doğumun vajinal yoldan yapılması etkilidir. Ancak gebeliğin başlangıç tarihinin doğru olarak bilinmesi ve doğumun spontan başlamaya bırakılması önemlidir (8).

Normal doğum sırasında aktive olan bağışıklık mekanizmasının sezaryen doğumlarda etkinleşmemesi nedeniyle son yıllarda artan astım görülme sıklığının sezaryen doğumlara bağlı olabileceğine dikkat çekilmektedir. Yenidoğan döneminde respiratuar disstres sendromu tanısı alanların, sonrasında çocukluk çağı astım tanısı alma olasılıklarının arttığı, sezaryen doğumun planlı ya da eylem sırasında yapılmış olmasının yenidoğan respiratuar disstres sendromu ve çocukluk çağı astım ilişkisini etkilemediği de ifade edilmektedir (8). Aynı ilişki yetişkin çağda görülen astım olgularında da saptanmıştır (9).

Doğum eyleminin yarattığı stres, annenin ve fetusun plazma ve eritrositlerinde nonenzimatik antioksidan olan glutatyon düzeyini yükseltmektedir. Glutatyon düzeyinin artışı fetüsün ilk aşamada serbest radikallere bağlı oksidatif hasara karşı korunmasını sağlamaktadır. Ancak bu korunmanın sezaryen doğumlarda oluşmadığı tam tersine sezaryen doğumlarda yenidoğanın antioksidan rezervlerinin tüketildiği ifade edilmektedir (8).

Sezaryen doğum sonrası meydana gelen gebeliklerde artmış ölü doğum riskine dair çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre sezaryen cerrahisi uterusu ana kan damarlarının kesi sonrası kapanmasına ve neticede bu bölgede kan basıncı artışına yol açmaktadır. Ayrıca bu durumun sonraki gebeliklerde implantasyon ve plasentasyon üzerinde de etkili olabileceği ifade edilmektedir. Uterusun kanlanması ve oksijenizasyonundaki bu anormalleşme, villöz yapının gelişiminde de bozulmaya yol açabilmekte ve önceki sezaryen doğum ile şimdiki gebelikte ölü doğum arasındaki ilişki için sekonder düzeyde de olsa bir ilişki kurulmasına yol açmaktadır. Bu nedenle sezaryen doğum konusunda bilgilendirme yapılırken gebelerle ölü doğum riskininin de tartışılması önerilmektedir (8).

Normal doğumun anne ve bebek açısından kısa ve uzun vadeli sağlık sonuçları bulunmaktadır.

Doğal ya da Normal Doğumun Kadın Sağlığı ve Yenidoğan Sağlığı Açıısından Olumlu Sonuçları

Doğal ya da normal doğumun anne açısından anlamı öncelikle, doğumun doğal olarak gerekleşiıyor olmasıdır. Normal doğumda anne ve bebek, sahip oldukları bilgi ile birlikte doğumu gerçekleştirirler. Normal doğum sırasında nöroendokrin sistemin optimal çalışması sonucunda oluşan strese bağlı olarak endojen oksitosin ve yararlı katekolaminlerin salınımı artar. Bu hormonlar başta endorfin düzeylerinde artma, kardiyο-pulmoner iletim ve yenidoğanın termoreğulasyonu, başarılı laktasyon, anne bebek bağlanmasının sağlanması gibi etkili doğum eylemlerinin ve koruyucu fizyolojik yanıtın oluşumunu sağlar. Optimal fizyolojik işlevler yerine geldiğinde kadınlar doğum eylemini hızlandıracak yapay herhangi bir müdahaleyi de daha az talep etmektedir. Doğum eylemi doğal seyrinde ilerlediğinde fōtal sıkıntı ya da aletli/cerrahi müdahale ihtiyacı da azalmaktadır. Normal, fizyolojik doğumun birçok kadın için kısa dönem etkileri doğum sürecinden fiziksel ve duygusal açıdan sağlıklı, güçlenmiş bir anne olarak çıkmak olmaktadır. Bebekler de annelerinin gereksinimlerini karşılayabiliyor olmasından ve tıbbi tedavilerden uzak kalarak nörolojik etkilenimden korunmak yoluyla yarar sağlayacaklardır. Uzun dönem sonuçlar ise, annenin fiziksel ve ruhsal sağlık açısından iyi durumda olması, annelik kapasitesinin artması, bebeğin büyüme ve gelişmesinin hızlanması ve olası kronik hastalıkların görölme sıklıklarında azalma olması şeklinde (10).

Normal doğumda cerrahi müdahalelere bağlı olarak gelişen komplikasyonlar görölmez. Kas, damar, sinir yaralanması ve cerrahi enfeksiyonlar gelişmez, daha hızlı iyileşme olurken, hastanede kalış süreleri kısalır. Normal doğumla ilgili olarak bu sonuçların elde edilebilmesi için gebelik öncesi dönemde formal ve informal güçlü bir desteğin kadına sağlanması gerekir. Sağlık personelinin sunacağı nicelik ve nitelik açısından kaliteli bir antenatal bakım sırasında kadını normal doğuma hazırlamak ve doğum yapma konusunda güçlenmesini sağlamak önemlidir. Gebelik döneminde güçlü aile ve sosyal evre desteği de kadının normal doğuma hazırlanmasını sağlayacaktır (10).

Doğumun doğal olarak başlaması bebeğin doğmaya hazır olduğunu gösterir. Bu nedenle koşulların olağan seyri içerisinde olduğu durumlarda bebeğin doğumu başlatmasını beklemek uygun olur. Çünkü yukarıda da bahsedildiği üzere, bebeğin başta akciğer gelişimi

olmak üzere anne karnındaki olgunlaşma sürecini tamamlamasına fırsat verilir ve doğum sonrasında bebeğin herhangi bir tıbbi müdahale gereksinimi olmaksızın sağlıklı bir yenidoğan olarak hayata başlaması sağlanır. Doğumun olağan biçimde başlaması ile kadının bedeni de uygun değişimleri başlatacak, serviksin dilatasyon ve silinmesi sürecini takiben oluşan uterus kasılmaları ile bebek doğum kanalından aşağı doğru itilecektir. Doğum sırasında fetusun doğum kanalından geçişi esnasında oluşan basınç aynı zamanda bebeğin akciğerlerinde bulunan amnion sıvısının da atılmasını sağlayacaktır. Bu nedenle akciğerlerdeki ve nazal bölgedeki sıvının oluşturduğu tıkanıklığın fazladan bir tıbbi müdahale gereksiz doğa şekilde atılması sağlanmış olur. Fetus doğum kanalından geçerken annenin doğum kanalında bulunan flora ile temas ederek doğar. Bu flora bebeğin intestinal sisteminde kolonize olarak bebeklikten yetişkinliğe kadar dengeli bir bağışıklık sistemi oluşmasına yardımcı olur (10).

Normal doğum sonrası saatler içerisinde doğum yapan kadın ayağa kalkabilir, tuvalet ve banyo gereksinimini karşılayabilir. Hastanede kalış süresinin kısa olması, doğum yapan kadının ve bebeğin kısa sürede evlerine gitmesi ve ev ortamının sağladığı konfor ve düzene kavuşması, bütün yakınlarının da stres düzeylerinin düşmesiyle normal yaşama hızlı dönüş sağlanmış olur. Kadının normal doğum yapması neticesinde özellikle uterusu üzerinde major bir cerrahi girişim olan sezaryen doğumlarda olduğu gibi skar oluşmayacağı için sonraki doğumlarda bu skar dokularında yırtılma vb beklenmez.

Bu sonuçlarla birlikte normal doğumun maliyet etkili bir süreç olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bu yaklaşım, doğumu bir hastalık durumu olmaktan çıkaran ve doğum yapan kadın ile hizmet sunanlar arasında ortak sorumluluk alınan bir sürece dönüştürür. Doğum sürecinde yer alan sağlık personelinin eğitimi, kullanılan malzeme açısından da normal doğumlar daha sınırlı bir harcamaya yol açar. Bu nedenle eldeki acil müdahale kaynaklarını ve olanaklarını acil olmayan durumlar için kullanmak bu müdahaleye gerçekten erişmesi gerekenlerin erişimi için önemlidir.

KAYNAKLAR

- 1) World Health Organization. "Care in normal birth: a practical guide." (1996).
- 2) Joint Policy Statement on Normal Childbirth. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(12):1163–1165.
- 3) Normal Childbirth. <http://sogc.org/publications/normal-childbirth/>. Erişim tarihi:08.03.2016.
- 4) K. Petrie, WL. Larimore. *Management of Labor. Chapter 14. Family Medicine Obstetrics içinde*. Editörler: SD. Ratcliffe, EG. Baxley, MK. Cline, EL. Sakornbut. 2008: 382-434.
- 5) Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M., Rouse, D. J., & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(3), 179-193.
- 6) Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term: maternal health study group of the Canadian perinatal surveillance system. *CMAJ* 2007;176:455-60.
- 7) CHALMERS, Beverley, et al. Cesarean and vaginal birth in Canadian women: a comparison of experiences. *Birth*, 2010, 37.1: 44-49.
- 8) Buhimschi Catalin S; Buhimschi IA. Advantages of vaginal delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2006, 49.1: 167-183.
- 9) Xu, Baizhuang, et al. Body build from birth to adulthood and risk of asthma. *The European Journal of Public Health*, 2002, 12.3: 166-170.
- 10) Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by ACNM, MANA, and NACPM. (2013). *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 14–18. <http://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.14>.

5. Vajinal Doğum Açısından Dünyada ve Türkiye’de Durum

Hedef 5: Bu oturumun sonunda katılımcıların vajinal doğum açısından dünyada ve Türkiye’deki durumu kavramaları hedeflenmiştir.

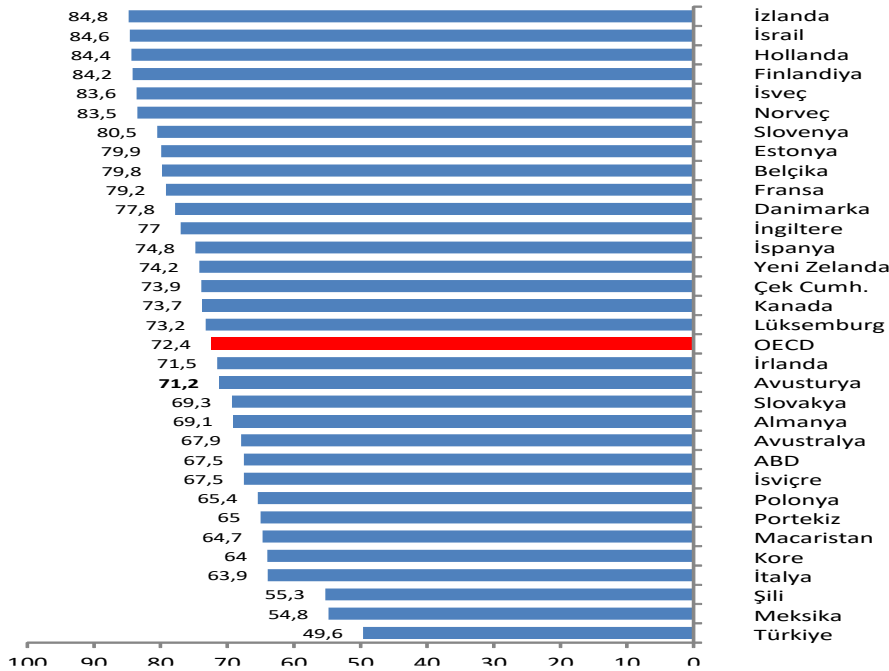
Alt Hedefler:

Bu oturumun sonunda katılımcıların,

1. Dünyada vajinal doğumlar açısından durumu açıklayabilmeleri,
2. Türkiye’de vajinal doğumlar açısından durumu açıklayabilmeleri beklenmektedir.

Normal doğumlardaki azalma hem dünyada hem de ülkemizde gözlenen bir durum olup azalan normal (fizyolojik) doğum yüzdelerine ebe yardımıyla yaptırılan doğumlardaki azalmalar da eşlik etmektedir. Dünyada yakın dönemde en yüksek normal doğum yüzdesi İzlanda’da (%85,3) olup onu Hollanda (%84,4) ve Finlandiya (%83,8) izlemektedir (1,2).

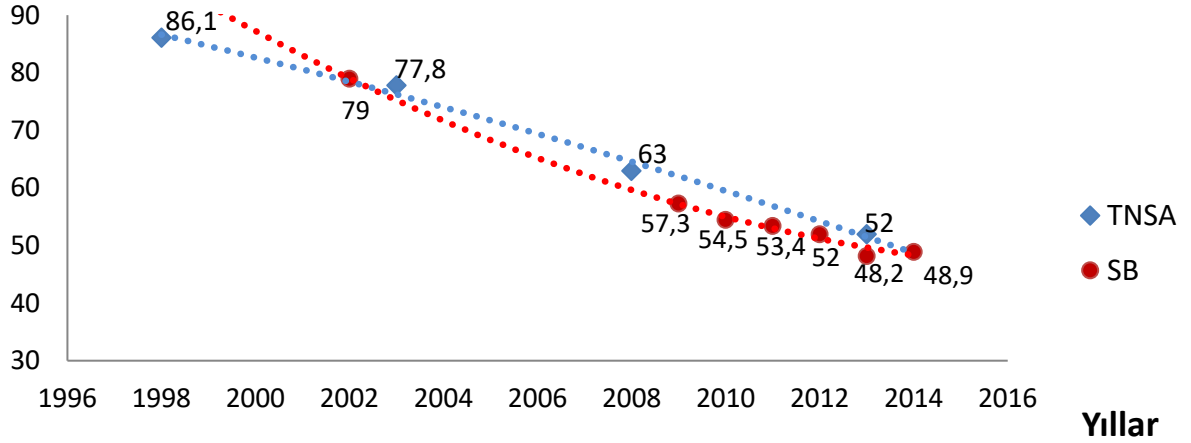
Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (The Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) ülkeleri için ortalama vajinal doğum yüzdesi 73,4 olarak belirlenmiştir. OECD’nin 2013 yılı “Sağlığa Bakış” raporunda Türkiye için vajinal doğum yüzdesi 53,8 olarak verilmiş olup OECD’ye üye ülkeler arasındaki en düşük yüzdelerden biri olarak belirlenmiştir. Türkiye’den sonra olan ülkeler, Meksika (%51), Brezilya (%47,4) ve Çin (%46,2) olarak sıralanmıştır (Grafik 5.1) (1,2).



Kaynak:1

Grafik 5.1. Seçilmiş bazı ülkelerde vajinal doğum yüzdeleri (2011 ya da en yakın yılı)

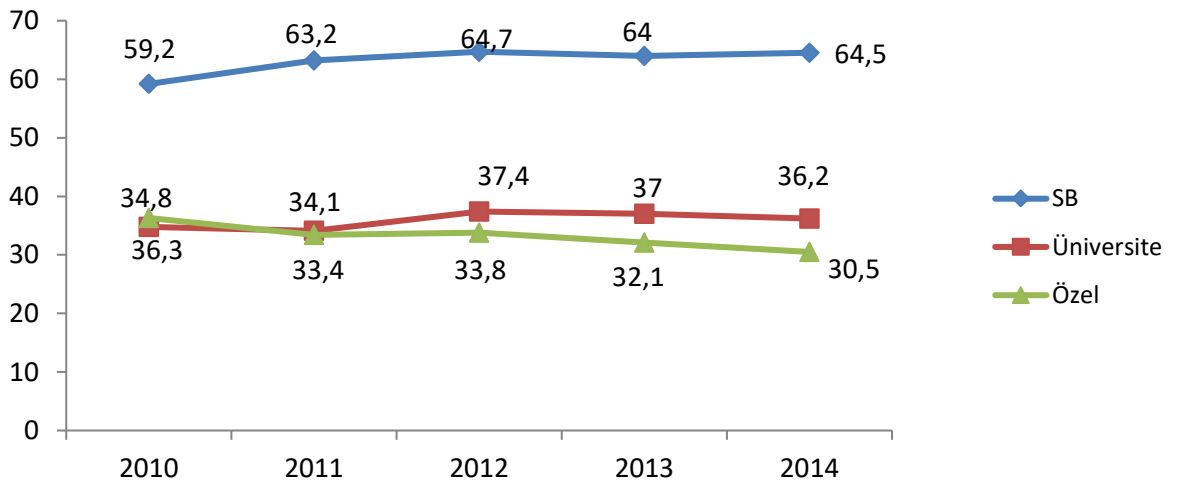
Türkiye'nin vajinal doğum yüzdesi 2013 yılı için %49,6 (1), T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise, 2014 yılı için 48,2; 2015 yılı için 48,9 olarak saptanmış olup, bu yüzdeler bugüne kadar saptanan en düşük vajinal doğum yüzdeleri olmuştur (2,3). TNSA 2013'te ise normal doğumların bütün doğumların %52'si olduğu görülmektedir (Grafik 5.2) (4)..



Kaynaklar:2,3,4,5,6,7,8

Grafik 5.2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) ve Sağlık Bakanlığı Verilerine Göre Gebeliklerin Vajinal Doğumla Sonlanma Durumu (%)

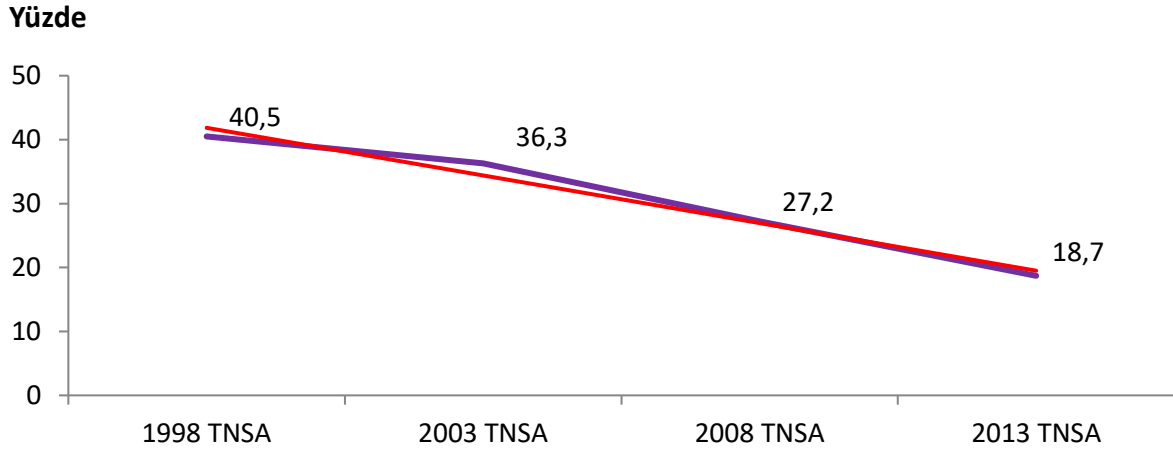
Sağlık kuruluşlarının niteliğine göre normal doğum yapılma düzeyleri incelendiğinde en düşük yüzdenin özel hastanelere, en yüksek oranın ise T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere ait olduğu görülmektedir (Sırasıyla %30,5; 36,2; 64,5) (Grafik 5.3.) (3).



Kaynak: 3

Grafik 5.3. Sağlık Kuruluşlarına Göre Doğumların Vajinal Doğumla Sonlanma Durumu (%)

OECD tarafından yayınlanan Sağlık Bakış 2013 raporuna göre OECD ülkeleri arasında yüzbin kadına düşen ebe sayısının en fazla olduğu üç ülkeden biri olmasına karşılık, Türkiye’de ebelerin doğum hizmetlerinde aldıkları rol ve görünürlükleri giderek azalmaktadır (9). Vajinal doğumlardaki azalma ebeler tarafından yaptırılan doğumların azalmasının önemli belirleyicilerinden biridir (Grafik 5.3.) (2). Türkiye’de ebelerin yardımıyla yapılan doğumların sayısı yıllar içinde azalmakta olup, TNSA 2013’e göre %18,7’ye kadar gerilemiştir (4).



Kaynaklar: 4,5,6,7

Grafik 5.4. Türkiye’de yıllara göre ebe yardımıyla yaptırılan doğumlar

Vajinal doğumlar bütün dünyada azalmaktadır. Bu azalma, çok sayıda küresel ve yerel özellikteki faktör arasındaki ilişkilerin nihai bir sonucu olarak görülmelidir. Türkiye’de de vajinal doğumların azalmasında makro düzeyde etkili faktörlerin ülke içi dağılımındaki farklılıklar hem de yerel etkenler birlikte önem kazanmaktadır. Türkiye’de anne ölümlerinin azalması hem ülkenin genel gelişme trendine, toplumun ve kadınların sağlık düzeyinin yükselmesiyle hem de DSÖ tarafından geliştirilen bir stratejiler paketi olan güvenli annelik kapsamındaki hizmetlerin uygulanması ile yakın ilişkilidir. Türkiye’de kişi başına düşen gayri safi milli hasılda (KBGSMH) artış ve anne ölümlerinde azalma eğilimi uzun süredir devam etmektedir. Ancak bu olumlu gelişmelere ters olarak vajinal doğumlarda da düşme yaşanmaktadır. DSÖ’nün yaptığı bir hesaplama göre gelişmiş ülkelerde kişi başı milli gelirin artışı, nüfusa göre hastane mevcudu, hastane yatak sayısı gibi faktörlerin vajinal doğumları azaltıp, sezaryen doğum hızını artırdığı, sağlık harcamalarının kamu kaynaklı olması ölçüsünde

ise sezaryen doğum hızının azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bir diğer bulgu, sezaryen doğumların artışı ile birlikte anne ölümlerinde hafif bir artış olduğudur (10).

DSÖ'nün yaptığı çalışmaya göre de doğum yönteminin doğal olandan cerrahi olan yönteme dönüşmesinde sağlık insangücü ve sağlık hizmetlerinin finansmanı gibi sağlık sistemi ile ilişkili faktörler hem kısa hem de uzun vadede sezaryen doğum oranlarının artışında en önemli belirleyicilerdir (10). Bu bağlamda Türkiye'ye bakılacak olursa, izlenen sağlık politikaları ve sağlığın piyasaya açılması önemli belirleyici olmuştur. Sağlıktaki piyasalaşma, özel sağlık kuruluşlarının sayısında önemli artışlar yaratmış, doğum hizmetleri kamu hastanelerinden özel hastanelere kaymıştır. Özel sağlık kuruluşlarında normal doğumların oranı %30'lara kadar düşmüştür (4). Türkiye'de doğudan batıya doğru gidildikçe doğumlar daha çok hastanede yapılmakta, ebelerin doğum hizmetlerinin sunumunda yer alma düzeyleri düşmekte ve vajinal doğumlar azalmaktadır. Son yıllarda özellikle doğum sırasında yaşanan sorunlara bağlı anne ya da bebekte oluşan mortalite ve morbidite nedeniyle doğumun yapıldığı sağlık kuruluşları ve ilgili sağlık çalışanları aleyhine başlatılan adli süreçlerde de artış olmuştur. Türk Ceza Kanunu'nun (2004) ilgili maddelerinin uygulanması, tazminat talebi, Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu'na yapılan başvurular ve kamu çalışanı olan sağlık personeli için idari soruşturma açılması şeklinde ilerleyen süreçler, hastanelerde yaptırılan doğumlarda ağırlıklı olarak uzman hekimlerin cezai müeyyidelerle karşılaşmasını getirmektedir. Bu sorunlar uzman hekimlerin doğumları vajinal yoldan yaptırmaktan uzaklaştırmakta ve bütün gebelikleri sorunlu(!) gebelik olarak değerlendirerek sezaryen uygulamasına yöneltmektedir. Sonuçta bu sürecin zarar göreni çoğunlukla kadınlar olmaktadır. Hizmet arzına göre şekillenen gidişat ihtiyaçtan bağımsız olarak sağlık sisteminin obstetrik cerrahi hizmet sunma kapasitesindeki artışla birlikte bu hizmeti alanların/ almak durumunda kalanların da artışına yol açmaktadır. Sezaryen doğumu ekonomik bir meta olarak ele alan diğer bir yaklaşım ise bireysel gelir arttıkça sezaryen satın alma olanağının da artmakta olduğu varsayımında bulunmaktadır. "Talebe göre şekillenen" bu yaklaşıma göre sezaryen doğum hızını belirleyen motivasyon birincil olarak kadının seçimidir. Ancak DSÖ'nün çalışmasında kadının talebinin sezaryen doğum hızını belirlemedeki etkisinin oldukça sınırlı olduğu bulunmuştur (10). Sezaryen doğumun kadınlar tarafından tercih edildiği yönündeki varsayımların böylece en azından gelişmiş ülke verilerine göre geçerli olmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle Gayri Safi Milli Hâsıla (GSMH) artışı ile vajinal doğumlar arasındaki ters trendin basit bir ilişki olarak

değerlendirilmemesi gerekir. Türkiye'nin sosyoekonomik gelişmişlik ve sağlık politikaları ele alındığında vajinal doğumların azalması ve sezaryen doğumların artması açısından farklı bir yerde durduğu açıktır.

Doğum Hizmeti Sunan İnsangücü İle İlgili Sorunlar

Türkiye'de doğum hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanı çeşitliliği batı ülkelerine göre azdır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, pratisyen hekimler, ebeler ve hemşirelerden oluşan sınırlı bir grup tarafından sunulan doğum hizmetlerinin nicelik kadar niteliğinin de değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı eğitiminde ağırlığın sezaryen doğum tekniğine verilmesi, vajinal doğum yaptırma konusunda kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının kendilerini geliştirme şansını azaltmaktadır.

Türkiye, OECD'ye üye ülkeler arasında en yüksek ebe sayısına sahip ülkelerden biridir. Türkiye'de 2013 sonu itibarıyla 53 427 ebe görev yapmakta olup %91,1'i Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında çalışmaktadır. Ancak halen aktif olarak çalışan ebelerin sadece %45'i hastanelerde görev yaparken ebelerin %25'i aile hekimliği birimlerinde ve %26'sının ise diğer olarak ifade edilen kurumlarda çalıştığı görülmektedir. Hastanelerde çalışan ebelerin ne kadarının doğum ünitelerinde ve doğum servislerinde çalıştığı ise belli değildir. Ayrıca Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi Yüksek Öğretim İstatistiklerine göre 2012-2013 akademik yılında Türkiye'deki 34 ebelik bölümünden hiç ebe mezun olmamış ve dolayısıyla sağlık insangücüne ebe katılımı olmamıştır (4). Bu verilerden hareketle, doğum hizmeti sunan iki meslek grubundan biri olan ebelerle ilgili önemli sorunlar bulunduğu görülmektedir. Ebelerin ülke genelinde ve sağlık hizmet sunumunda görev tanımlarına uygun dağılımları da sağlanamamaktadır. Bu amaçla mezuniyet öncesi ve sonrası ebelik eğitiminin kalitesi ve ebelik hizmetlerinin güçlendirilmesi konusunda çalışmalar yapılmaktadır.

Sezaryen Doğumlar

Günümüzde sezaryen doğum yöntemi vajinal doğumun alternatifi gibi algılanmaktadır. Gerçekte sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa ve bir cerrahi yöntem olarak yol açtığı riskler sağlayacağı yarardan daha az ise uygulanması gereken bir müdahale olarak görülmelidir. Gerek DSÖ, gerekse T.C. Sağlık

Bakanlığı geçerli tıbbi endikasyon olmaksızın sezaryen uygulamasına karşı çıkmaktadır (12). T.C. Sağlık Bakanlığı “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi”ne göre sezaryen endikasyonları maternal ve fetal endikasyonlar olarak iki grupta ele alınmıştır ve sınırlı sayıdadır. Ancak sezaryen yöntemi ile doğuma genel olarak belirli durumlarda başvurulmakla birlikte bu endikasyonlar kesin olmayıp, olgunun özelliklerine göre doğum şeklinin bireyselleştirilmesi, kadının ve bebeğin koşullarına göre karar verilmesi gerekmektedir (12).

Kutu 5.1. Sezaryen endikasyonları

1. Maternal endikasyonlar	1. Fetal endikasyonlar
1) Geçirilmiş uterus cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)	1) Fetal sıkıntı
2) Sistemik hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe bağlı hipertansiyon vb.)	2) Fetal prezentasyon anomalileri a. Makat prezentasyon b. Diğer prezentasyon anomalileri (Transvers, alın, yüz geliş, vb.)
3) Vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.)	3) Çoğul gebelikler
	4) Fetal anomaliler (Hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.)

Kaynak: 12

OECD ülkeleri için yapılan hesaplama göre sezaryen doğumların sisteme maliyeti vajinal doğumların yaklaşık iki katı olması nedeniyle kaynakların akılcı kullanımı açısından sezaryen doğumun uygun endikasyonla yapılması önem taşımaktadır (13).

DSÖ'nün yaptığı bir çalışmaya göre, hayat kurtarıcı bir müdahale olan sezaryen hizmetine erişimde küresel düzeyde bir eşitsizlik söz konusudur. Bu çalışmaya göre doğumların %60'ının gerçekleştiği ülkelerde 0,8-3,2 milyon sezaryen doğum yapılırken, doğumların %37,5'inin olduğu ülkelerde yapılan sezaryen sayısı 4,0-6,2 milyona ulaşmaktadır. Bu rakamlar göre, sezaryen doğumların önemli bir kısmının tıbbi olarak gerekçelendirilemeyecek gereksiz sezaryen doğumlar olduğu anlaşılmaktadır. Bir yanda düşük ve orta gelir düzeyine sahip bazı ülkelerde anne ve bebekler için istenmeyen sağlık sonuçlarını önlemek üzere sezaryen doğum hizmetine erişimin artırılması gereği ortaya çıkarken diğer taraftan da endikasyonsuz olarak yapılan sezaryen doğumlara yönelik çok boyutlu bir müdahale planlamasına ihtiyaç vardır (14).

DSÖ'nün 2015'te yayınladığı “Sezaryen Hızı Kararı” na (WHO Cesarean Rate Statement; 2015) göre örgüt, ülkelerin genel sezaryen doğum hızının %10-15 olması konusundaki tutumunu korumuştur. Bu sınır değeri açıklamak gerekirse bütün gebeliklerin en az %95'i

vajinal doğumla sonlanma olasılığına sahiptir, yenidoğanın sağlıklı bir şekilde dünyaya gelme olasılığı da göz önüne alındığında bu değer %10-15 sınırına çekilmektedir. DSÖ, ülkeler için belirlediği bu sınır değerlerin üzerine çıktığında, ne anne ne de bebek için gözlenebilen herhangi bir yararın bulunmadığının altını çizmekte hatta endikasyonsuz sezaryenlerin anne ve bebek sağlığı açısından olumsuz sonuçlarını ortaya koyan yeni çalışmalardan bahsetmektedir (15).

Günümüzde henüz hastaneler, kentler, ülkeler ya da bölgeler arasında sezaryen hızlarının karşılaştırılmasını sağlayacak kullanışlı ve eyleme dönük standart bir sınıflama sistemine artan düzeyde ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı şekilde doğumun şekline göre maternal ve perinatal çıktılarını etkin bir şekilde izlemeyi sağlayan ve farklı düzeylerde kullanılabilen veriler de oluşturulmalıdır (15,16).

DSÖ yaptığı bir çalışmayla ülkeleri sezaryen doğum hızına göre kategorilendirmektedir. Bu kategoriler şöyledir:

1. Sezaryen doğum hızının düşük (%10'dan daha az) olduğu ülkeler: Bu ülkelerde sezaryen doğum hizmetine erişim ile ilgili sorun vardır.
2. Sezaryen doğum hızının uygun (%10-15) olduğu ülkeler: Bu ülkelerde sezaryen doğum hizmeti gerektiği gibi sunulmaktadır.
3. Sezaryen doğum hızının yüksek olduğu (%15'ten fazla) ülkeler: Bu ülkelerde sezaryen doğumlara gereğinden fazla başvurulmaktadır.

Küresel düzeyde 137 ülke için yapılan hesaplama göre (2010 ya da en yakın tarih verisine göre hesaplanmış değerler) 54 ülkede sezaryen doğum hizmetine erişimde güçlük varken, 69 ülkede de gereğinden fazla sezaryen doğum yapılmakta, sadece 14 ülkede sezaryen doğum hızı DSÖ'nün kabul ettiği sınırlar içerisinde bulunmaktadır. Aynı çalışmada dünyada 3,18 milyon doğumda gerektiği halde sezaryen hizmetine erişimin olmadığı, 6,2 milyon da gereksiz sezaryen doğum yapıldığı tahmin edilmiştir. Küresel ölçekte çalışmanın yapıldığı tarihte sezaryen doğumlar için yapılan harcama 2,32 milyar Amerikan Doları olarak tahmin edilmiş, sezaryen doğum hizmetine erişim için yapılması gereken harcama miktarı ise 432 milyon Amerikan Doları olmuştur (14).

DSÖ, ayrıca hem hastaneler düzeyinde hem de ülkeler düzeyinde kullanılacak olması nedeniyle sezaryen hızlarının izlenmesinde 2001 yılında Dr. Michael Robson tarafından

geliştirilen “Robson Klasifikasyonu”nun en uygun yöntem olarak önermiştir (15). “Robson Klasifikasyonu” kadınları on kategoride ele almaktadır. Bu kategoriler beş temel obstetrik özelliğe dayanmaktadır. Bunlar:

- Parite (nulipar, daha önce sezaryen olmamış multipar / daha önce sezaryen olmuş multipar)
- Doğum eyleminin başlama şekli (spontan, indüklenmiş ya da eylem öncesi sezaryene alınmış)
- Gestasyonel yaş (preterm ya da term)
- Fötal prezentasyon (sefalik, makat, transvers)
- Fetüs sayısı (tekil, çoğul)

Hastanenin sunduğu hizmetler ne kadar kompleks olursa olsun “Robson Klasifikasyonu”nun kullanılması önerilmektedir.

Kutu 5.2. Robson Klasifikasyonu

Grup 1	Nulipar kadınlar Tekil sefalik gebelik ≥37. gebelik haftası Spontan başlayan doğum eylemi	Grup 6	Bütün nulipar kadınlar Tekil makat geliş
Grup 2	Nulipar kadınlar Tekil sefalik gebelik ≥37. gebelik haftası Eylem indüklenmiş ya da eylem öncesi sezaryen uygulanmış	Grup 7	Bütün multipar kadınlar Geçirilmiş sezaryen skarları Tekil makat gebelik
Grup 3	Multipar kadınlar Uterin skarı bulunmayan Tekil sefalik gebelik ≥37. gebelik haftası Spontan başlayan doğum eylemi	Grup 8	Geçirilmiş sezaryen skarları olanlar dahil bütün çoğul gebeliği olan kadınlar
Grup 4	Multipar kadınlar Uterin skarı bulunmayan Tekil sefalik gebelik ≥37. gebelik haftası Eylem indüklenmiş ya da eylem öncesi sezaryen uygulanmış	Grup 9	Geçirilmiş sezaryen skarı olanlar dahil, transver, oblik geliş gebeliği olan bütün kadınlar
Grup 5	Bütün multipar kadınlar En az bir sezaryen skarı var Tekil sefalik gebelik ≥37. gebelik haftası	Grup 10	Geçirilmiş sezaryen skarları olanlar dahil tekil sefalik gebeliği olan, ≥36. gebelik haftasında olan bütün kadınlar

Kaynak 15

Vajinal doğumların desteklenmesine yönelik stratejiler

Normal doğumların desteklenmesi için sağlık politikalarını, sağlık sistemini, hastaneleri, hizmet sunucularını ve kadınları bir arada ele alan bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Uluslararası ve ulusal düzeyde kanıta dayalı ve çok boyutlu müdahaleler giderek önem kazanmaktadır (17).

Vajinal doğumların desteklenmesi ve dolayısıyla sezaryen hızlarının azaltılmasında ülkenin sosyoekonomik durumu ve izlenen sağlık politikalarını göz önüne alan bir yaklaşım esastır. Ayrıca ülkelerin her biri vajinal doğumlar konusunda kendi durumunu değerlendirmek ve kültürle uyumlu, karşılanabilir, sürdürülebilir, izlenebilir müdahale programlarını geliştirmek durumundadır. Ülke düzeyindeki yönetsel süreçlere ek olarak güçlü bir hekim önderliğini sağlayan, travay ve doğumun yönetimine spesifik olarak geliştirilmiş ve uygulamalarla ilgili boşluklara yer vermeyen rehberleri oluşturan, anne adaylarına doğum sırasında sürekli sağlık personeli ve refakatçi desteğini sağlayan, doğum hizmetlerinde görev alanlar arası bilgi ve deneyim paylaşımını önceleyen yaklaşımlar da vajinal doğumların desteklenmesinde önemlidir (18).

Doğum kliniklerinde doğum hizmetlerinin kalitesini geliştirici programların uygulanması ve vajinal doğumların anne ve bebek sağlığını gözeten güvenli tıbbi uygulamalarla desteklenmesi için sağlık çalışanlarının her açıdan desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) OECD. (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en. sf:117.
- 2) Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Ankara 2014. Sf.60.
- 3) Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Ankara 2015. Sf.62.
- 4) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.", Ankara, 2014.
- 5) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, "Macro International Inc.1998." Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara 1999.
- 6) Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara 2004.
- 7) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK "2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, 2009.
- 8) Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara 2013. Sf.54.
- 9) OECD (2013),*Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- 10) Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M., & Wojdyla, D. (2010). *Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control. World Health Report (2010) Background Paper*, 29.
- 11) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun No. 6354. Kabul Tarihi: 4/7/2012. Resmi Gazete'de Yayınlanma Tarihi: 12 Temmuz 2012.
- 12) T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010.
- 13) Koechlin, F., L. Lorenzoni and P. Schreyer (2010), "Comparing Price Levels of Hospital Services Across

Countries: Results of Pilot Study”, OECD Health Working Papers, No. 53, OECD Publishing.

<http://dx.doi.org/10.1787/5km91p4f3rzw-en>

14) Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World health report*, 30, 1-31.

15) World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. 2015.

16) Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:297-308.

17) Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J. M., Rouse, D. J., & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 210(3), 179-193.

18) Main EK. Reducing cesarean birth rates with data-driven quality improvement activities. *Pediatrics*. 1999;103:374–383.

6. Doğum Politikaları ve Anne Dostu Felsefesi

Hedef 6. Bu oturumun sonunda katılımcıların anne dostu olma felsefesini ve uluslararası anne dostu sağlık kuruluşu kriterlerini kavramaları hedeflenmiştir.

Alt Hedefler:

Bu oturumun sonunda katılımcılar,

- 1) Anne Dostu olma felsefesinin temel kavramlarını tanımlayabilmeli,
- 2) Uluslararası anne dostu sağlık kuruluşlarının geliştirdiği kriterleri açıklayabilmelidir.

Gebeliğin erken dönemde tespiti, doğum öncesi yeterli ve nitelikli bakım, sağlıklı koşullarda doğum, lohusalık bakımı ve doğurganlığın kontrol edilmesi ile ilgili hizmetler sunulurken hizmetlerin varlığı, erişilebilirliği, sürekliliği gibi niceliksel özellikler yanında hizmet sunma yaklaşımını belirleyen temel felsefe ve gebe olarak kadının hakları da önem taşımaktadır. Gebelik ve doğum sürecinin bu özellikleri nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği sağlık çalışanlarını olduğu gibi kadınları da ilgilendirmektedir. Ancak son elli yılda tıp alanında doğumun fizyolojik bir olgu olduğu fikrinden vazgeçilmesiyle birlikte gebelik ve doğumun patolojik bir olgu olarak tanımlanmasına, gerek gebelik gerekse doğumun giderek daha karmaşık ve sofistike medikal süreçlere dönüşmesine yol açmıştır.

Doğumların fizyolojisinden uzaklaşması, kadının bedeni üzerindeki kontrolünün ortadan kalkmasına, annenin bedeninin tıbbı mecbur olmasına yol açmakta, kadınların istek ve rızaları ikinci planda kalmaktadır. Günümüzde bu gidişata yönelik başta DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar olmak üzere kadının sağlık hakkını savunan gruplardan önemli eleştiriler gelmekte ve fizyolojik doğumu destekleme yaklaşımı güçlenmektedir (1,2,3,4).

Fizyolojik doğumu destekleme yaklaşımının temel aldığı çeşitli uluslararası insan hakları belgeleri bulunmaktadır. Bu belgeler başta “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”; “İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi”; “Uluslararası Sivil ve Politik Haklar Sözleşmesi”; “Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi”; “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi”; “Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi”, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği Ofisinin “Önlenebilir Maternal Mortalite ve Morbidite ve İnsan Hakları Raporu”; “Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin”dir (5,6,7,8,9,10,11). Bu bildirme ve sözleşmeler ülkemiz tarafından da imzalanmıştır. Adı geçen

insan hakları belgelerinde sağlık kuruluşlarında kadınlara yönelik ihmalkar, kanıta dayalı olmayan, istismar edici ve baskıcı hizmet biçimlerinin kadının insan haklarının ihlali olarak değerlendirilmesi ve toplumsal cinsiyette hakkaniyete aykırı uygulamalar olarak anlaşılması gerektiği ifade edilmektedir (12).

Anne Dostu Hastane Olmanın nemi

Sağlık hizmeti, kalite yaklaşımının nihai sonucudur. Nitelikli sağlık hizmetinin hizmet alanlar nezdindeki önemi giderek daha güçlü bir biçimde anlaşılmakta ve onlar tarafından talep edilmektedir. Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti ve bu hizmeti oluşturmak üzere kurumsal ya da ulusal standartların belirlenmesi çabaları yoğun bir biçimde sürmektedir. Kurumların nitelikli sağlık hizmeti sunmak üzere yola çıkarken temel referanslarının insan hakları yaklaşımıyla sağlık hakkı ve sağlık hizmeti alma hakkı olurken hizmet alanların yaklaşımı, bilgilenme, kararlara katılım, hizmeti yeterli bulma ve memnun kalma doğrultusundaki hasta hakları olmaktadır. Sağlık hizmetleri alanında hizmet alan merkezli sağlık hizmeti sunma eğiliminin güçlenmesi ve hizmet sunucuları bağlayan etik ve yasal düzenlemelere yapılan güçlü vurgu, sağlık hizmeti sunan bütün kurumların sundukları hizmet özeline hizmet sunma felsefelerini güncelleme gereğini doğurmaktadır. Anne adayları ya da annelere hizmet sunan sağlık kuruluşları, hizmet sunma felsefesinde yeni bir yaklaşımı olan "Anne Dostu Hastane" olduklarında kurumsal olarak güçlenecek, özelde doğum hizmetlerinin kalitesi artarken, genelde kurumun hizmet kalitesi de olumlu yönde değişecek, hizmet sunucuların hizmet kültürlere de olumlu katkı sağlanacaktır. Ulusal standartların benimsenmesi sonrasında Anne Dostu Hastaneler bu kriterleri kendi kurumları içerisinde daha da geliştirerek kurumsal hizmet kalitesini de artıracaklardır. Anne Dostu Hastanelerin sağladığı koşullar aynı zamanda bir kurumun performansının da unsurları haline gelerek hizmet kalitesinin ölçümünde objektif kriterler olarak kullanılabilme özelliğini de taşımaktadır.

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde fizyolojik doğumun desteklenmesi, kadının bedeni üzerindeki kontrolünün sağlanması ve kadınların bu sürece dair tam bilgilendirilmiş olarak isteklerini ve rızalarını açıklayabilmeleri gerekmektedir. Günümüzde bu yaklaşım DSÖ gibi sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşlar ve kadının sağlık hakkı grupları tarafından savunulmaktadır (12,13).

Bu doğrultudaki uluslararası hareketlerin en önemlilerinden olan “Anne Dostu Doğum İnsiyatifi” (Mother Friendly Birth Initiative) ve “Doğum Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu” (Coalition for Improving Maternal Services; CIMS) 1997 yılında 26 ulusal ve uluslararası kuruluşun bir araya gelmesi ile kurulmuştur. Amacı, gebelik hizmetlerinin standardını kanıta dayalı olarak yükseltmek, perinatal komplikasyonları önlemek ve bu sorunlara bağlı maliyeti azaltmaktır. Gebelik, doğum ve doğum sonrası sürece odaklanan müdahaleler, temel olarak bu hizmetleri veren sağlık kuruluşlarının hizmet felsefesinde değişim, altyapı, insangücü ve hizmetlerde gelişimi destekleyerek “Mother Friendly” “Anne Dostu” sağlık kuruluşları ve anne sağlığı hizmetleri oluşturmayı hedeflemektedir. Bu girişimlerin nihai sonucu annelerin, bebeklerin ve ailelerin iyilik halinin ve onlara sunulan hizmetlerin niteliğinin bilimsel kanıtlara dayalı olarak artmasıdır.

Anne Dostu Hastane yaklaşımının felsefi dayanakları insan hakları, kadın hakları, hasta hakları ve tıp etiğinin temel prensipleridir.

Doğum Eyleminin Normalleştirilmesi (Normalization Of Birth)

Doğum normal, doğal ve sağlıklı bir eylemdir, kadınlar ve bebekleri doğum için gerekli içsel zekaya sahiptirler. Bebekler doğum sırasında her şeyin farkında olan, duyarlı insanlardır. Anne sütü yenidoğanlar ve bebekler için en uygun besindir. Normal doğumu destekleyen *Ebelik Hizmet Modeli* kadınların büyük kısmının gebelik ve doğumları için en uygun bakım hizmetidir. (14)

Güçlendirme (Empowerment)

Bir kadının doğum yapmak ve bebeğine bakmak için ihtiyaç duyduğu güven ve beceri kadına doğum sırası ve sonrasında ona bakım verenler ve doğum yaptığı ortam tarafından ya geliştirilir ya da azaltılır. Anne ve bebeği, gebelik, doğum ve bebeklik döneminde ayrı ve bağımsız bireyler olarak görülmelidir. Aralarındaki bağ-bağlılık ise yaşamsaldır ve saygı duyulmalıdır. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem yaşam bütünlüğünün bir parçasıdır. Bu deneyimler kadınları, bebekleri, babaları, aileleri derinden etkilerken toplumu da uzun vadeli ve önemli ölçüde etkiler. (14)

Otonomi (Otonomy)

Her kadının sağlıklı ve olumlu duygular içinde doğum yapma hakkı olmalıdır. Kendisine iyi bakılacağına ve güvende olacağına, duygusal iyilik haline, mahremiyetine ve kişisel tercihlerine saygı gösterileceğine inandığı bir ortamda doğurabilmelidir. Gebelik, doğum ve bebeğinin beslenmesi konusunda, var olan bütün seçeneklerle ilgili olarak ve doğum yapılabilecek ortamlar, bakım verenlerin ve yapılan uygulamaların, ilaçların ve tetkiklerin yarar ve riskleri konusunda doğru ve güncel bilgiye erişebilmeli ve “aydınlatılmış olur” ya da “aydınlatılmış red” verebilmelidir. Kendi bireysel değerleri ve inançları doğrultusunda kendisi ve bebeği için en iyi olan konusunda bilgilendirilmiş seçimler yapabilmek için destek alabilmelidir. (14)

Zarar Vermemek (Do not harm)

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde her gebe ayrı ayrı değerlendirilmeli ve rutin müdahalelerden kaçınılmalıdır. Çünkü, birçok standart tıbbi tetkik, prosedür, teknoloji ve ilaçların hem anne hem de bebek için riskli olabileceği bilinmektedir. Bu nedenle, kullanılmaları için spesifik bir endikasyon yoksa bu tür uygulamalardan kaçınılmalıdır. Gebelik, doğum ya da doğum sonrasında gelişecek komplikasyonlara yönelik tıbbi tedavilerin kanıta dayalı olması sağlanmalıdır. (14)

Sorumlu Olmak (Be responsible)

Her bakım veren, sunduğu bakımın kalitesinden sorumludur. Anne sağlığı ve doğum hizmeti, hizmet verenin ya da sağlayanın gereksinimlerine göre değil sadece anne ve çocuğun ihtiyaçlarına göre şekillendirilmelidir. Her hastane ve doğum merkezi anne ve bebeklere uygulanan prosedürlerin etkililikleri, riskleri, kullanım hızları konusunda güncel bilimsel kanıtlara dayalı sistematik gözden geçirmeleri ve değerlendirmeleri yapmakla yükümlüdür. Toplum, hükümetler ve halk sağlığı örgütleri yoluyla bütün kadınların gebelik ve doğum hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerin kalitesinin izlenmesini sağlamalıdır. Bireyler de kendilerinin ve bebeklerinin alacağı sağlık hizmeti konusunda aydınlatılmış seçimler yapmakla yükümlüdür. (14)

Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu (CIMS) Anne Dostu Doğum Hareketi

Annelik hizmetlerini geliştirme koalisyonunun temel motivasyon kaynağı doğumun medikalizasyonu ve düşük emzirme oranlarıdır. Bu sürecin ilk başlangıcı DSÖ ve UNICEF'in *Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu Hareketi ve Bebek Dostu Olmak İçin 10 Adım Girişimi* (1991) başlangıç olarak alınabilir. Bugün Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu Hareketi bütün dünyada 152 ülkede ve Türkiye'de yaygın biçimde desteklenen ve neredeyse sağlık kuruluşları için hizmet standardı olarak kabul edilen bir girişimdir. Bebek beslenmesinde normale dönüş yanında doğumun da normalleştirilmesi için uluslararası ve ulusal ölçekte faaliyet gösteren kuruluşların bir araya gelerek bu konuda birlikte çalışmak için harekete geçmeleri (1994) ile emzirmenin desteklenmesi ve doğumun normalleştirilmesi çabalarının arttığı görülür. Gebeliği, doğumu ve emzirmeyi destekleyen 26 ulusal ve uluslararası kuruluşu bir araya getiren *Anne Dostu Doğum Hareketi* (Mother Friendly Initiative) 1996'da kurulur ve daha sonra bu girişim bir koalisyon olarak örgütlenir (Coalition for Improving Maternity Services; CIMS; <http://www.motherfriendly.org/mfci/>). Bu gelişmeleri takiben Anne Dostu Felsefesinin temel yapıtaşları şekillendirilir ve bu felsefenin uygulamadaki karşılığı olan "*Anne Dostu Hastane*", "*Anne Dostu Doğum Merkezi*", "*Anne Dostu Evde Doğum Hizmetleri*" için "*10 Adım*" geliştirilir (14).

Nasıl bebek beslenmesi için normale dönüşü desteklemiş ise, DSÖ'nün yayınladığı normal doğum bakımı ile ilgili pratik rehber ile (1996) medikal doğumdan normal doğuma dönüş için harekete geçtiği görülmektedir (13,15).

Doğum eğitmenleri, doğum hemşireleri, ebeler, hekimler, doulalar, emzirme danışmanları, STK'lar, araştırmacılar, akademisyenler, anne ruh sağlığı profesyonelleri, yazarlar, ebeveynlerin bir araya gelmesi ile oluşan *Anne Dostu Doğum Hareketi* hastanelere, doğum merkezleri hizmetlerine "*Anne-Dostu*" olabilmeleri için destek vermeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda Brezilya doğum eylemi ve doğum esnasında kadınlara sürekli destek sağlama konusunu anne çocuk sağlığının geliştirilmesine yönelik ülke öncelikleri arasında bu alanda öncü ülkelerden biri haline gelir. DSÖ'nün Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu Değerlendirme Rehberine opsiyonel bir bileşen olarak anne dostu hizmet kısmını eklemesi ile anne dostu felsefesi ve uygulamalarında farklı bir aşamaya geçilmiştir (14).

DSÖ bebek dostu olan ülkeleri anne dostu olma konusunda yerel koşullara göre karar verilebilmesi için serbest bırakır. Ayrıca bu dönemde World Alliance for Breastfeeding Action uygulamalarına Anne Dostu Doğum Hareketi kriterlerine uygun doğum uygulamaları bölümünü eklemiştir (2006). DSÖ bu konuda Cenevre’de (2006) düzenlediği ve 19 ulusal ve uluslararası kuruluşun katıldığı bir toplantı düzenler. Bu iş birliği toplantısı sonrasında uluslararası bir yapı gelişir: “Uluslararası Anne Bebek Dostu Girişimi” (International MotherBaby Childbirth Initiative: www.imbci.org). Bu girişim kendi on adımını geliştirir (Kutu 6.1).

Kutu 6.1. Uluslararası Anne Bebek Dostu Girişimi (IMBCI) Kriterleri

1. Her kadına saygı ve haysiyetle davranır.
2. Doğum ve emzirmenin normal fizyolojisini yücelten ve en iyi hale getiren ebelik bilgi ve becerilerini rutin olarak uygular.
3. Anneyi, doğum eylemi ve doğumda alacağı sürekli desteğin faydaları hakkında bilgilendirir ve bu desteği kendi seçtiği kişilerden alma hakkının olduğunu anlatır.
4. Doğum süresince ilaç dışı ağrı azaltıcı ve rahatlatıcı yöntemler sunar. Bu yöntemlerin normal doğumu kolaylaştırmadaki faydalarını anlatılır.
5. Yararlı olduğu kanıtlanmış kanıta dayalı uygulamalar sunar.
6. Zarar vermesi muhtemel müdahale ve uygulamaları engeller.
7. Anne ve bebeğin iyiliğini arttıracak, acil durumları ve hastalıkları önleyecek önlemleri uygular.
8. Kanıta dayalı acil tedaviye erişimi temin eder.
9. Bakım veren kişiler, kurumlar ve organizasyonların iş birliği ile bakımın sürekliliğini sağlar.
10. Bebek Dostu Hastane Girişiminde tanımlanan Başarılı Emzirmenin On Basamağı'nı gerçekleştirmeye gayret eder.

Kaynak: 16

Anne dostu doğum hareketinin felsefesindeki temel yaklaşımlar

- Doğum eyleminin normalleştirilmesi,
- Doğumun normal, doğal ve sağlıklı bir eylem olarak kabul edilmesi,
- Kadınlar ve bebeklerin doğum için gerekli bilgiye sahip olduklarının kabul edilmesi,
- Bebeklere doğum sırasında her şeyin farkında olan, duyarlı insanlar olarak davranılması,
- Anne sütünün yenidoğanlar ve bebekler için en uygun besin olarak desteklenmesi,
- Hastanede, doğum merkezinde, evde sağlıklı doğumların desteklenmesi,
- Normal doğumu destekleyen ebelik hizmet modelinin kadınların büyük kısmının gebelik ve doğumları için en uygun bakım hizmeti olduğunun kabul edilmesidir. (14)

Anne Dostu Doğum Hareketinin Anne Dostu Hastane, Doğum Merkezi Hizmetleri için kriterleri ise şunlardır:

Kutu 6.2. Anne Dostu Doğum Hareketi Kriterleri

Kriterler	Bileşenler
Anne dostu sağlık kuruluşu	
1) Doğum yapan bütün annelerin refakatçisini seçebilmesini, sürekli destek alabilmesini ve ebelik hizmetlerine ulaşmasını sağlar	-Kendisine doğum sırasında eşlik edecek kişiyi kısıtlama olmaksızın seçebilmeli (Eş, akraba, ve arkadaşlar) -Eğitilmiş bir kadın profesyonelden sürekli ve kısıtlama olmaksızın duygusal destek alabilmeli (Doula, doğum destek profesyoneli...) -Profesyonel ebelik hizmetine erişebilmelidir.
2) Toplumunu bilgilendirir	Doğumla ilgili kuruluşlar doğum hizmetleri kapsamında uyguladıkları prosedürler, yaptıkları müdahaleler ve sonuçlarına ait doğru, güncel, tanımlayıcı ve istatistiksel bilgi vermelidir.
3) Kültürle uyumlu hizmet sunar	Annenin gelenek ve göreneklerine uygun yaklaşım geliştirirler.
4) Doğum eylemi sırasında hareket etme, istediği pozisyonu seçme serbestisi sunar.	Doğum yapan kadına, bir komplikasyonu gidermek üzere spesifik olarak kısıtlama gerekmediği müddetçe yürüme, hareket etme, travay ve doğum sırasında seçtiği pozisyonu uygulama konusunda özgürlük sağlar ve litotomi pozisyonu dışındaki pozisyonlar konusunda bilgi ve destek verir.
5) Sevk politika ve prosedürü açık olarak tanımlar	Bir başka kuruma sevk gerektiğinde anne ile bebeğinin doğum öncesi, doğum ve sonrası dönemle taburculuk sonrası izlem ve emzirme desteği konusunda gerekli hizmetlere erişebilmesi için gidilecek sağlık kuruluşu ile iş birliği ve bilgi alışverişine yönelik açıkça tanımlanmış politika ve prosedürleri bulunur.
6) Tıbbi kanıtlarla desteklenmeyen uygulama ve prosedürleri rutin olarak uygulamaz.	Bu uygulamalar sadece bunlarla sınırlı olmamak üzere şunlardır: Tıraş, lavman, damar içi uygulamalar, beslenmeyi, sıvı alımını kesme, membranların erken ruptüre edilmesi, elektronik fetal monitorizasyon (EFM). Ayrıca -%10 ya da daha az doğum indüksiyonu, -%20 ya da daha az epizyotomi hızı olup %5 ya da daha azı hedeflemesi, -Genel hastanelerde sezaryen hızının %10 ya da daha az, üçüncü basamak hastanelerde %15 ya da altında olması, -Sezaryen doğum sonrası vajinal doğum hızının %60 ya da daha yüksek olması ve %75 ya da üzerini hedeflemesi gerekir.
7) Ağrının dindirilmesi için farmakolojik olmayan yöntemleri destekler	Travay ve doğum sırasında ilaçsız yöntemlerle ağrının azaltılması konusunda çalışanların eğitilmesi beklenmektedir.
8) Annenin ve aile üyelerinin bebekle temasını destekler	Koşullar izin verdiği ölçüde bütün anneler ve aile üyeleri, prematüre, hasta ya da konjenital sorunları olan bebekler de dahil olmak üzere bebeklerine dokunmaları, kucaklarına almaları, bakımlarını sağlamaları ve beslemeleri konusunda cesaretlendirilmelidir.
9) Dini nedenli olmayan sünneti desteklemez.	Yenidoğan döneminde eğer dinsel inanışla ilgili olmayan nedenlerle talep ediliyorsa yenidoğan sünnetine destek verilmemelidir.
10) Bebek dostu uygulamalarını destekler	Başarılı emzirmeyi geliştirmek üzere DSÖ-UNICEF'in Bebek Dostu Sağlık Kuruluşu hareketinin öngördüğü bileşenleri de uygulamak üzere çaba harcanmalıdır.

Kaynak 14

Bu gelişmeler sonrasında Uluslararası Pediatri Derneği (International Pediatric Association, IPA); Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM), Beyaz Kurdele Gişimi (White Ribbon Alliance, WRA) ve DSÖ'nün (World Health Organization, WHO) iş birliği ile oluşturulan çalışma grubu "Anne-Bebek Dostu Kuruluşu" kriterlerini geliştirmiştir. Bu kriterler travay, doğum ve doğumla ilişkili uygulamaları kapsamaktadır. Bu gelişmeler sonrasında 2015 yılında Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Derneği (FIGO) "Anne-Bebek Dostu Kuruluşlar Rehberi"ni yayınlamıştır (12). Rehberde göre geliştirilen Anne-Bebek Dostu Kuruluş kriterleri Kutu 6.2'de sunulmuştur.

Kutu 6.3. Anne ve Yenidoğan Dostu Sağlık Kuruluşu Kalite Kriter ve Ölçütleri (FIGO)

Kriterler	Ölçütler
Travayda kadınların tercih ettiği pozisyonu seçebilme ve yiyip içebilme konusunda serbest bırakılmaları	Hizmet sırasında gözlenmek üzere yazılı politika ve uygulamaların bulunması
HIV- pozitif kadınlar, aile planlaması hizmetleri, gençlere yönelik hizmetler ve etnik azınlıklara yönelik hizmetlerde ayrımcılık yapılmaması	HIV-pozitif kadınlar, aile planlaması ve gençlere yönelik hizmet rehberlerinin uygulanması
Travay ve doğumda mahremiyetin sağlanması	Perdeler, duvarlar vb nin uygun şekilde yapılmış olması
Doğuma eşlik edecek kişiyi seçme hakkı	Refakatçilerin doğum ünitesindeki gereksinimlerinin karşılanması
Kültürle uyumlu bakım/hizmet	Eğitimler, posterler, politikalar ve doğrudan gözleme dayalı değerlendirmeler
Fiziksel, sözel, duygusal, ekonomik istismardan korunma	Yazılı politika belgesi, İnsan Hakları Şartının görünür yere asılması, gözlenen istismar durumlarının olmaması, anneler/aileler/eşler için soru formları kullanılması
Karşılabilir ya da ücretsiz olarak antenatal, natal ve postnatal hizmetlerden yararlanabilme	Ücretlerin net olarak açıklanması ve ulusal rehberlerle paralel olması
Rutin uygulamalardan korunma	Protokollerde kanıta dayalı uygulamaların bulunması ve doğrudan gözleme dayalı değerlendirmeler
Non-farmakolojik ve farmakolojik ağrı kontrolü	Ağrı dindirme eğitimleri, ağrı dindirme yöntemlerinin doğrudan gözleme dayalı değerlendirilmesi
Anne-bebek arasında tensel temasın sağlanması ve emzirmenin desteklenmesi	Anne ve bebeğe yönelik bileşik bakım politika ve protokoller bulunması, doğum sonrası hemen emzirmenin sağlanması ve bu uygulamaların doğrudan gözlenmesi

Kaynak: 12

Doğum yapan kadınların haklarının korunması, geliştirilmesi ve doğum hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik olarak hizmet sunan bir diğer kuruluş da Beyaz Kurdele

Birliği'dir (White Ribbon Alliance; <http://whiteribbonalliance.org/>). Beyaz Kurdele Birliği "Doğum Yapan Kadınların Evrensel Hakları Şartı"nı (The Charter on the Universal Rights of Childbearing Women) geliştirmiştir. Bu şart şimdiye kadar başta DSÖ; FIGO, Beyaz Kurdele Birliği, Uluslararası Ebeler Konfederasyonu ve Uluslararası Pediatristler Birliği tarafından imzalanmıştır (17). "Doğum Yapan Kadınların Evrensel Hakları Şartı"nın maddeleri Kutu 6.3'te sunulmuştur.

Kutu 6.4. Doğum Yapan Kadınların Evrensel Hakları Şartı

Madde 1	Her kadın zarar görmekten ve kötü muameleden korunma hakkına sahiptir.
Madde 2	Her kadın mümkün olan her durumda gebelik döneminde ve doğum sırasında bilgi edinme, aydınlatılmış onam verme veya red etme, seçim ve önceliklerini belirleme ve refakatçi seçme hakkına sahiptir.
Madde 3.	Her kadın mahremiyet ve gizlilik hakkına sahiptir.
Madde 4.	Her kadının itibarlı ve saygılı muamele görme hakkı vardır.
Madde 5.	Her kadının eşit muamele, ayrımcılığa uğramama ve hakkaniyetli hizmet alma hakkı vardır.
Madde 6.	Her kadının sağlık hizmeti alma hakkı ve ulaşılabilir en yüksek standartta sağlık düzeyine erişim hakkı vardır.
Madde 7.	Her kadının özgür olma, otonomi, kendi kararlarını verme ve baskıdan korunma hakkı vardır.

Kaynak 17

KAYNAKLAR

- 1) *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1
- 2) RAMSEY, Kate, et al. *Studying moderators of implementation: analysis from an intervention to reduce disrespect and abuse in facility-based childbirth. BMC Health Services Research, 2014, 14.Suppl 2: P100.*
- 3) OKAFOR, Innocent I.; UGWU, Emmanuel O.; OBI, Samuel N. *Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2015, 128.2: 110-113.*
- 4) FREEDMAN, Lynn P.; KRUK, Margaret E. *Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. The Lancet, 2014, 384.9948: e42-e44.*
- 5) United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Published 2006* <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180e.pdf>. Accessed September 4, 2014.
- 6) United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.* <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/cescr.aspx>. Accessed September 4, 2014.
- 7) United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. *International Covenant on Civil and Political Rights.* <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>. Accessed September 4, 2014.
- 8) United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women.* <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>. Accessed September 4, 2014.
- 9) United Nations General Assembly. *Declaration of the Elimination of Violence Against Women.* <http://www.un.org/documents/qa/res/48/a48r104.htm>. Published 1993. Accessed September 4, 2014.
- 10) United Nations High Commissioner. *Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights.* http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.39_AEV-2.pdf. Published 2010. Accessed September 4, 2014.
- 11) United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. *Beijing Declaration and Platform for Action. The Fourth World Conference on Women.* <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>. Published 1995. Accessed September 4, 2014.

- 12) *Mother–Baby Friendly Birthing Facilities. International Federation Of Gynecology And Obstetrics et al. International Journal Of Gynecology And Obstetrics 128 (2015) 95–9.*
- 13) *Lothian JA. Introduction. The Coalition for Improving Maternity Services: Supplement the Journal of Perinatal Education Advancing Normal Birth. Winter 2007; 16(1):1S-4S.*
- 14) *World Health Organization. (1996). Care in normal birth: a practical guide.*
- 15) *World Health Organization. (2003).Implementing the global strategy for infant and young child feeding (assessment tool); Part 3:53. Geneva, Switzerland: World Health Organization.*
- 16) *10 Steps to Optimal MotherBaby Maternity Services <http://www.imbci.org/> Erişim tarihi: 11.04.2016*
- 17) *White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf; October 2011. Accessed September 14, 2014*

7. Türkiye Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri

Hedef 7. Bu oturumun sonunda katılımcıların Türkiye Ulusal Anne Dostu Hastane kriterlerini açıklayabilmeleri hedeflenmiştir.

Alt hedefler:

Bu oturumun sonunda katılımcıların,

- 1) Ulusal Anne Dostu Hastane kriterlerini sıralayabilmeleri,
- 2) Ulusal Anne Dostu Hastane kriterlerinin bileşenlerinin içeriklerini açıklayabilmeleri beklenmektedir.

Temel felsefi yaklaşımı; doğum eyleminin normalleştirilmesi, gebe olarak kadının güçlendirilmesi ve otonomisinin sağlanması, sağlık hizmeti sunanlar açısından zarar vermemek ve sunduğu hizmetlerden sorumlu olmak şeklinde oluşturulan “Anne Dostu Hastane Felsefesi” doğrultusunda, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından gebelik ve doğum hizmetlerinin geliştirilmesini sağlamak üzere ülke gerçekleri ve gereksinimlerine uygun olarak 10 bileşenden oluşan “Anne Dostu Hastane Kriterleri” oluşturulmuştur. Bu kriterler şunlardır:

Kutu 7.1. Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.

- Gebelik doğum ve lohusalık süreçlerinde verilecek hizmetler bu hak gözetilecek şekilde sunulmalıdır.

2. Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.

-Gebelere doğum öncesinde gebe bilgilendirme sınıflarında eğitim verilmelidir.

-Gebe ve yakınlarına yönelik gebelik, doğum ve lohusalıkla ilgili bilgilendirme materyalleri (yazılı, görsel, maketler, modeller vs) olmalıdır.

Gebe ve yakınları doğum süreci ve bu süreçte karşılaşılabilecekleri müdahalelerin yararları ve olası zararları konusunda bilgilendirilmelidir.

3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.

-Gebe ve lohusa takipleri güncel bilimsel kriterlere göre hazırlanmış olan yazılı takip protokollerine uygun olarak yapılmalıdır.

-Kurumlar 7 gün 24 saat hizmet verebilen, anne ve bebek ihtiyaçlarına göre düzenlenen ünitelerden oluşmalıdır.

- Kurumlar sağladıkları bakımın kalitesinden sorumlu olmalıdır.

- Doğum hizmeti sunan yataklı tedavi kurumlarındaki personelin her gebe ile birebir ilgilenmesi, onlarla iyi iletişim kurması sağlanmalıdır.

- Doğum hizmeti sunan yataklı tedavi kurumları güvenli kan transfüzyonunun sağlanması ve hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik gerekli tedbirleri almalıdır.

4. Mahremiyet gereksinimleri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.

-Gebenin kendini rahat ve konforlu hissetmesi sağlanmalı, yanına kendisine eşlik edecek uygun bir yakınını seçebilmelidir.

-Doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal destek birebir olmalı ve gebeler bu desteğe kolaylıkla ulaşabilmelidir.

-Travay sırasında gebe için pozisyon kısıtlaması olmamalı, rahatça yürüyebilmeli ve hareket edebilmelidir.

-Gebelerin sürekli sırt üstü yatar pozisyonda kalmasından kaçınılmalı ve dikey pozisyonda ıkınma teşvik edilmelidir.

5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.

-Gebeler aç bırakılmamalı, sıvı alımı kesilmemelidir.

-Lavman, tıraş gibi işlemler rutin olarak uygulanmamalıdır.

-Doğum indüksiyonu rutin olarak yapılmamalı, erken amniyotomi uygulanmamalıdır.

-Sık tuşe, üretral kateter uygulanmamalıdır.

- Doğum ağrısı ile ilaçsız baş etme yöntemlerinin kullanımı desteklenmelidir.

-Kurumun sezaryen oranı, kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmalıdır.

6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.

- Bütün hizmetler yeterli sayıda ve donanımlı personel tarafından verilmelidir.
- Gerekli ekipman ve sarf malzemeleri optimal düzeyde karşılanmalı, tedarik ve bakımlarında süreklilik sağlanmalıdır.

7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.

- Acil obstetrik durumlarda gerekli tıbbi müdahale gecikmeksizin yapılmalıdır.
- Sevk gerektiğinde hasta stabilize edildikten sonra sevk edilmelidir.
- Sevk, 112 ile irtibata geçilerek yapılmalıdır.
- Sevk edilen kurumdan vakalarla ilgili bilgi alınmalı ve bilgiler kayıt edilmelidir.

8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.

- Bebek Dostu Hastane kriterlerine uyulmalıdır.
- Anne, baba ve aile bireylerinin doğan bebeği kucaklarına almaları ve dokunmalarına olanak sağlanmalıdır.
- Lohusanın normal doğum sonrası en az 24, sezaryen sonrası en az 48 saat hastanede kalması sağlanmalıdır.

9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

- Hizmet içi eğitimlerin sürekliliği sağlanmalıdır.
- Çalışan tüm personelin Anne Dostu Hastane kriterleri konusunda bilgilendirilmesi ve bu kriterleri benimsemeleri sağlanmalıdır.
- Anne Dostu Hastane çalışanlarının mesleki ve bilimsel kapasitelerinin gelişmesini sağlayacak bilimsel çalışmalar yapmaları ve bilimsel toplantılara katılımları teşvik edilmelidir.

10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklarla analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.

- Hizmetlerin nitelik ve niceliğine yönelik kayıtlar elektronik ortamda, düzenli ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.
- Doğum hizmetleri ile ilgili topluma yönelik yazılı ve görsel materyaller, veriler ve bilgiler hastanelerin web sayfasında bulunmalı ve ulaşılabilir olmalıdır.

Ulusal “Anne Dostu Hastane Kriterleri”, gebelerin doğum öncesi, sırası ve sonrasında aldıkları hizmetin kalitesini ve standardını artırmayı hedeflemektedir. Anne Dostu Hastanelerde hizmet kalite ve standardında hedef, gelişmiş ülkelerce benimsenmiş, hizmet alanların ve sunanların beklentilerine cevap veren, modern ve kaliteli hizmetin hedeflenmesi ve kurumun tüm personeli tarafından bilinen, kabul edilen ve uygulanan hizmet sunum koşullarının sağlanması olmalıdır (1).

Ulusal “Anne Dostu Hastane Kriterleri” dayandığı felsefi geri plan açısından ve uluslararası güncel bilgiler doğrultusunda aşağıda sıra ile açıklanmıştır.

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.

- Gebelik doğum ve lohusalık süreçlerinde verilecek hizmetler bu hak gözetilecek şekilde sunulmalıdır.

“Anne Dostu Hastane Kriterleri” nin birincisi, annelik sürecindeki kadınların sağlık hakkına ve özelde de üreme sağlığı ile ilgili haklarına tekrar dikkat çeken bir maddedir.

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, Kahire, 1994) ve Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (Pekin, 1995) cinsel hakları ve üreme haklarını insan hakları çerçevesinde tanımlayarak yeni bir yaklaşım ortaya koymuştur. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet ve baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri, yaşamlarının her döneminde üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olmaları şeklinde ifade edilmektedir. Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemi güvenli koşullarda geçirmelerini sağlayacak güvenli annelik hizmetleri kapsamında ulaşılabilir en yüksek standartta sağlık hizmetlerinden yararlanabilme hakkı da üreme hakları arasında yer almaktadır (1,2,3).

Üreme hakları kapsamında yer alan özgürlük hakkı, bütün bireylerin üreme ve cinsel sağlıklarını ilgilendiren konularda, özgürce ve tam anlamıyla bilinçlenerek rıza vermedikleri tüm tıbbi müdahalelerden korunma hakkına sahip olduğunun altını çizmektedir (1).

2. Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.

-Gebelere doğum öncesinde gebe bilgilendirme sınıflarında eğitim verilmelidir.

-Gebe ve yakınlarına yönelik gebelik, doğum ve lohusalıkla ilgili bilgilendirme materyalleri (yazılı, görsel, maketler, modeller vs) olmalıdır.

Gebe ve yakınları doğum süreci ve bu süreçte karşılaşılabilecekleri müdahalelerin yararları ve olası zararları konusunda bilgilendirilmelidir.

Gebe bilgilendirme sınıfları ile tüm gebelerin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerine ilişkin bilgi sahibi olmalarını ve bilinçli doğum yapmalarını sağlamak, anne ve baba adaylarına normal doğum eylemi, ağrı yönetimi ve yeni rollerini benimsemeleri konusunda bilgi ve beceri kazandırmak amaçlanmıştır. Üreme haklarının kullanılabilmesi ve üreme sağlığı hizmetlerinden azami ölçüde yararlanılabilmesi ve sonuçta en yüksek üreme sağlığı standardına ulaşılabilmesi için kadınların ve erkeklerin gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak hem insan hakları hem de üreme hakları kapsamında ele alınmaktadır (1,4,5,6,7,8). Bu kapsamda “Anne Dostu Hastane” olmayı planlayan sağlık kuruluşlarının anne adaylarına ve annelere gebelik öncesi, sırası ve sonrası için gerekli bakım ve danışmanlık hizmetlerini sunmaları beklenmektedir. Bu amaçla bu kurumlarda gebelerin ve uygun gördükleri yakınlarının doğum şekli, tetkikler, tıbbi müdahalelerin yapılma gerekçeleri ve ilaçların kullanılma amaçları hakkında tam ve doğru olarak bilgilendirilmeleri için gerekli doküman ve materyallerle desteklenen bir hizmet modeli oluşturulması gerekmektedir. Bu doğrultuda her türlü bakım ve danışmanlık hizmetine yönelik olarak “Aydınlatılmış Onam Formu” geliştirilmeli ve ilgili süreçlerde bu formların anne adayları, anneler ve uygun gördükleri yakınları tarafından okunması ve tam olarak anlaşılması sağlanarak imza altına alınmalıdır. Onam süreci okuyazar olan ve olmayanlarla Türkçe bilmeyenler için ayrı ayrı şekillendirilmeli ve etik kurallara gereken önem verilerek uygun şekilde yürütülmelidir (5,6,8,9,10).

3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.

-Gebe ve lohusa takipleri güncel bilimsel kriterlere göre hazırlanmış olan yazılı takip protokollerine uygun olarak yapılmalıdır.

-Kurumlar 7 gün 24 saat hizmet verebilen, anne ve bebek ihtiyaçlarına göre düzenlenen ünitelerden oluşmalıdır.

- Kurumlar sağladıkları bakımın kalitesinden sorumlu olmalıdır.

- Doğum hizmeti sunan yataklı tedavi kurumlarındaki personelin her gebe ile birebir ilgilenmesi, onlarla iyi iletişim kurması sağlanmalıdır.

- Doğum hizmeti sunan yataklı tedavi kurumları güvenli kan transfüzyonunun sağlanması ve hastane enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik gerekli tedbirleri almalıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından oluşturulan bilim komisyonları marifetiyle gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde verilen hizmetlerin ulusal standartlarda sunulması için rehberler hazırlanmıştır. Bu rehberler doğum öncesi bakım yönetim rehberi, riskli gebelikler yönetim rehberi, acil obstetrik bakım yönetim rehberi ve doğum sonu bakım yönetim rehberleridir.

Bütün sağlık hizmetleri için olduğu gibi anne adaylarına ve annelere sunulan hizmetlerin de belirli bir kalitede sunulması gerekmektedir. Hizmet kalitesini oluşturan standartlardır ve hizmet sunulan mekânların standardı hizmet kalitesini belirleyen bileşenlerden birisidir. Anne Dostu Hastane aday kurumların fizik kapasitesi ve koşulları, alt yapısı ve ekipmanlarının belirlenen standartlara uygun olması ve dolayısıyla istenen kalitede hizmet sunumunu sağlaması beklenmektedir. Hizmetin sürekliliği bu kurumlardan hizmet alan anne adayları ve annelerin hizmete her an erişimlerinin sağlanması açısından önemlidir ve bu kapsamdaki hizmetlerin anneler ve bebeklerinin birlikte hizmet alacakları üniteler olarak tasarlanması gerekmektedir. Bu ünitelerin belirlenmiş ulusal standartlara uygun olarak oluşturulması ve hizmet, altyapı, malzeme, ekipman ve personel açısından gerekli kalitenin sürdürülmesine yönelik önlemleri kurumların alması beklenmektedir (11).

Anne dostu hastane unvanına sahip kuruluşların yeterli sayıda ve donanımda insan kaynağı ile hizmet vermesi beklenmektedir. Hastanelerin yıllık doğum sayılarına göre sahip olması gereken doğum odası, ebe ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı sayıları aşağıdaki tabloda belirtilmektedir.

Doğum Sayısı	Doğum Odası Sayısı	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Sayısı	Ebe Sayısı
1-499	2	1	6
500-999	3	2	8
1.000-1.999	4	3	10
2.000-3.999	6	4	12
4.000-5.999	8	5	16
6.000-7.999	11	6	22
8.000-9.999	13	7	26
10.000-11.999	16	8	32
12.000 ve üstü	Her artan 750 doğum için +1 oda	Her artan 1500 doğum için + 1 KDU	Her artan 750 doğum için + 2 Ebe

Anne Dostu Hastane adayı kuruluşların acil obstetrik hizmetler kapsamında bulunan kan transfüzyonu işleminin 2.5.2007 tarih ve 26510 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren “Kan ve Kan Ürünleri Kanunu” ve 4.12.2008 tarih ve -27074 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği”nde belirtilen standartlara uygun olarak yapılmasını sağlayacak kurumsal düzenlemelere gitmiş olmaları gerekmektedir (12). Enfeksiyon kontrolü için araç-gereç ve alt yapı sisteminin çalışır durumda olması, güvenli ve etkili biçimde çalışan bir atık kontrol sisteminin bulunması gerekmektedir (12).

4. Mahremiyet gereksinimleri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.

- Gebenin kendini rahat ve konforlu hissetmesi sağlanmalı, yanına kendisine eşlik edecek uygun bir yakını seçebilmelidir.
- Doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal destek birebir olmalı ve gebeler bu desteğe kolaylıkla ulaşabilmelidir.
- Travay sırasında gebe için pozisyon kısıtlaması olmamalı, rahatça yürüyebilmeli ve hareket edebilmelidir.
- Gebelerin sürekli sırt üstü yatar pozisyonda kalmasından kaçınılmalı ve dikey pozisyonda kınma teşvik edilmelidir.

Üreme hakları kapsamında yer alan ve bir üreme sağlığı standardı olarak değerlendirilerek “Türkiye Üreme Sağlığı Programı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları” içerisinde yer verilen ve temel bir prensip olan mahremiyet hakkının bütün bileşenlerinden anne adayları ve annelerin de yararlanması sağlanmalıdır. Bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri dâhil olmak üzere anne adayları ve annelere sunulan hizmetlerin gerekli mahremiyeti sağlayacak biçimde sunulması ve kişisel bilgilerin gizliliğinin korunması sağlanmalıdır. Gebelik ve doğum sürecinde annelere gerek duydukları mahremiyeti sağlamak üzere, belirlenmiş standartlara uygun hizmet sunulmalıdır (5,8,9).

5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.

- Gebeler aç bırakılmamalı, sıvı alımı kesilmemelidir.
- Lavman, tıraş gibi işlemler rutin olarak uygulanmamalıdır.
- Doğum indüksiyonu rutin olarak yapılmamalı, erken amniyotomi uygulanmamalıdır.
- Sık tuşe, üretral kateter uygulanmamalıdır.
- Doğum ağrısı ile ilaçsız başetme yöntemlerinin kullanımı desteklenmelidir.
- Kurumun sezaryen oranı, kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmalıdır.

“Anne Dostu Hastane Kriterleri” nin beşincisi doğum sırasında yapılan bazı tıbbi ve tıbbi olmayan müdahalelere yönelik düzenlemelere ayrılmıştır.

Doğum sırasında anne adaylarının aç bırakılması ve sıvı alımının engellenmesi oldukça sık görülen bir uygulamadır. Bu uygulamanın gerekçesi genel anestezi altında yapılacak olası bir sezaryen uygulaması sırasında mortalite ve morbiditede artışa yol açabilen pulmoner aspirasyon riskinin azaltılmasıdır. Oysa, aspirasyon riski ve bağlı komplikasyonların göz ardı edilebilecek kadar az olduğu Anne Dostu Sağlık Hizmetleri Koalisyonunun yaptığı bir derleme çalışmasında gösterilmiş, gıda ve sıvı alımının kesilmesinin travay ve doğum sırasında bir yararı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (13). Travay ve doğum sırasında rutin olarak intravenöz sıvı verilmesinin gerekçesi ise, acil durumlarda kullanılmak üzere hazır bir damar yolu buldurmak ve bazı durumlarda da kalori alınmasını sağlayan sıvıları vermektir. Tam tersine bu süreçte kadınlara ağızdan sıvı ve gıda verilmemesinin kadınlarda enerji kaybı, yorgunluk, stres ve memnuniyetsizliğe yol açabildiğini gösteren çalışmalar vardır (14). Travay ve doğum sırasında bir kadının hekiminin uygun gördüğü yiyecekleri yiyebilmesi ve sıvı alabilmesi damar yoluyla sıvı ve kalorinin verilmesi gereğini ortadan kaldırmaktadır. Intravenöz yoldan sıvı verilmesinin ağızdan beslemeye göre daha yararlı olduğunu gösteren herhangi bir çalışma da yoktur. Bilakis, intravenöz sıvı verilmesi kadınlar için hareket etmeyi zorlaştıran bir durum ve rahatsızlık kaynağı olabilir (14,15).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de yapılan “Anneleri Dinlemek Çalışması I” de (2002) kadınların üçte ikisinin doğum esnasında damar yolu açılmasını, sıvı verilmesini ve bedenlerine bağlanan ekipmanları kendilerini yatağa bağlamak için yapılan birer müdahale olarak açıkladığı görülmüştür (16). Uzun süreli ve fazla miktarda intravenöz sıvı verilmesinin annelerde anemi (17,18) ve ozmotik basınçta azalmaya (19), elektrolit içermeyen sıvılarında hiponatremiye (20,21) yol açabildiği gösterilmiştir. Glukoz içeren sıvılarına yenidoğanda hiperglisemiye sebep olduğuna dair bulgular vardır (22).

Travay ve doğum öncesinde anne adaylarının pubik bölgerindeki kılların tıraş edilmesi ve lavman uygulanması kanıta dayalı olmayan uygulamalardandır. Bu iki uygulama da vajinal doğum sırasında enfeksiyonların önlenmesine yöneliktir. Ancak pubik kılları tıraş edilen ve edilmeyen kadınlar arasında enfeksiyon riskinde fark olmadığını gösteren çalışmalar vardır. Tam tersine pubis bölge kılları tıraş edilen annelerde pubik bölgede irritasyon, kızarıklık, yüzeysel deride sıyrılmaya, yanma ve kaşıntı yakınmalarının olabildiği bulunmuştur (23).

Anne adaylarına travay ya da doğum öncesi lavman uygulamasının da kanıta dayalı herhangi bir yararı olmadığı gösterilmiştir. Rutin lavman uygulanmasının vajinal doğumu hızlandırmak, yenidoğan enfeksiyon hızını ya da maternal enfeksiyon hızını azaltmak şeklinde bir etkisi olmadığında gösterilmiştir. Tam tersine lavman uygulanması bazı kadınlar için rahatsız edici olabilmektedir (24,25).

Amniyon membranının delinmesi, doğum eylemi sırasında oldukça sık başvuru alan bir müdahaledir. İlk amniotomi on sekizinci yüzyılda bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan İngiliz Thomas Denman tarafından uygulamaya konulmuştur. Amniyotominin gerekçesi olarak, doğum eyleminin süresini kısaltmak, böylece yavaş ilerleyen eyleme bağlı sezaryen uygulamasını önlemek, yenidoğanı uzamış eyleme bağlı strese maruziyetten korumak gibi nedenler öne sürülmektedir. Ancak, öne sürülen nedenler bilimsel çalışmalarla doğrulanamamıştır. Amniotomi doğumun ilk evresini kısaltmadığı gibi sezaryen doğum olasılığını da artırma riski taşımaktadır. Bu nedenle standart doğum yönetim sürecinin rutin bir parçası olarak doğum yapan bütün kadınlara uygulanması önerilmemektedir (26). Yenidoğanın sağlığı üzerinde belirli bir yararının olmadığı, düşükte olsa umbilikal kord ve fetal kalp hızı üzerinde olumsuz etkileri olabileceği (26,27), anne ve yenidoğanda enfeksiyon hızında artışa neden olabileceği (26), özellikle HIV pozitifliğinin yüksek olduğu bölgelerde amniotomiden özellikle kaçınılması gerektiği (28) umbilikal kordda prolapsusa (26,29,30) yol açabileceğine dair bulgulara ulaşılmıştır.

Cochrane’de yayınlanan bir derleme, bugün yaygın olarak kullanılan vajinal doğumda müdahale yaklaşımı olan “Aktif Doğum Yönetimi” nin sezaryen doğuma gidişi engelleme durumunu değerlendirmiştir (31). Aktif Doğum Yönetimi” yaklaşımı Kieran o’Driscoll tarafından 1970’te ilk kez Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth’te tanımlanmıştır (32). Ulaşılan sonuç, bu yönetime dahil edilen yaklaşımlar teker teker değerlendirildiğinde tıbbi müdahalelerin hiç birinin rutin doğum yaklaşımına göre sezaryen doğuma gidişi engellemek açısından istatistiksel olarak fark oluşturmadığı, sadece sürekli hemşire/ebe bakımının etkili olduğu yönündedir. Vajinal doğumda sürekli ebe/hemşire bakımının olumlu etkisi ise Hodnett (2012) tarafından Cochrane Library için hazırlanan bir derlemede değerlendirilmiştir (33,34).

Doğum eyleminin ilerleme durumu ise vajinal tuşe ile servikal os açıklığının ve fetusun aşağı inme düzeyinin değerlendirilmesi ile yapılmaktadır. Ancak sık vajinal tuşenin doğum eyleminde duraklamayı saptamaktaki etkililiğini değerlendiren sistematik bir derlemeye göre rutin vajinal değerlendirmenin kadınlar ve bebekleri açısından sonuçları geliştirici etkisini destekleyecek ya da red edecek yeterlikte kanıt bulunmamaktadır. Bu derlemeye göre böylesine yaygın bir uygulamanın etkililiğine ve olası olumsuz sonuçlarına dair yönelik iyi nitelikte yeterli kanıt üretilmemiş olması şaşırtıcıdır. Doğum eylemi sırasında gidişatı değerlendirmek üzere rutin vajinal tuşe uygulamasının ve annenin davranışlarından elde edilecek ipuçları dahil diğer değerlendirme yöntemlerin kullanımının etkililiği ve zamanlaması konusu acil bir araştırma alanı olarak araştırmacıları beklemektedir. Bütün araştırmalarda doğum eylemi konusunda kadınların görüşlerine ağırlıklı olarak yer vermek gerekmektedir (35). Daha fazla çalışmanın gerekliliğine işaret etmekle birlikte USAID tarafından hazırlanan yenidoğan enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik rehber ise, saatte bir ya da her vardiya değişiminde rutin vajinal tuşenin korioamnionitis başta olmak üzere anne ve bebeği etkileyen enfeksiyonlara yol açabileceği konusunda uyarılmaktadır. Konu ile ilgili vajinal tuşenin en sık dört saatte bir ve gerekli enfeksiyon önleme tedbirleri alınması sonrası yapılması gerektiğini ifade etmektedir (36).

Normal vajinal doğum esnasında annede üretral kanal enfeksiyonlarına yol açması nedeniyle üretral kateter uygulamasının yapılmaması gerekmektedir. Üretral kateterizasyon endikasyonları açık olup, bunlar arasında spontan vajinal doğum bulunmamaktadır (37,38).

Ağrı subjektif bir algı olması nedeniyle kadınların doğum ağrıları ile ilişkisi bireyseldir. Doğum eylemi ve doğum sırasında her kadının ağrı deneyimi farklılık gösterecektir. Doğum eylemi ve doğum sırasında hissedilen ağrı doğum eylemi ve doğuma yönelik korku, kaygı, kendine güven, doğum ağrısı ile ilgili deneyim ve kültürlenme, doğum eylemi esnasındaki pozisyon, hareket edebilme gibi etkenlerden etkilenmektedir. Bu nedenlerle doğum eylemi ve doğum sırasında oluşan ağrı konusundaki yaklaşımlar da bireysel olmak durumundadır. Doğum eylemi sırasında uterus kontraksiyonlarına bağlı olarak vücudun farklı bölgelerinde hissedilen ağrılar doğumun ilerlemesi anlamında işlevsel olmakla birlikte yönetilmesi ve azaltılması doğum sürecinin kadınlar için zorlu geçmesini engellemektedir. Doğum eylemi ve doğum sırasındaki ağrıya yönelik farmakolojik olmayan ve farmakolojik olan yaklaşımlar söz konusudur. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar invazif olmayıp anne ve bebek için her hangi bir

sağlık riski içermez. Ancak Cochrane’de yayınlanan bir derleme bu yaklaşımların etkililiğini değerlendiren daha güçlü metodolojiye sahip çalışmalara ihtiyaç olduğunu ifade etmektedir ve farmakolojik ajanların doğum ağrısı üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmalara ait kanıtların ise daha fazla olduğu ve metodolojilerinin de daha gelişkin olduğu ancak farmakolojik yaklaşımların da istenmeyen etkilerinin bulunduğunu yazmaktadır. Örneğin epidural anestezi, güçlü bir ağrı kesici etki yaratmaktaysa da müdahaleli doğuma yol açmak gibi bir sonucu olduğu ifade edilmektedir. Aynı derlemenin vardığı sonuca göre de her kadının ihtiyacına, isteğine ve beklenen doğum zamanı, bebeğin durumu ve doğumun hızlandırılması ya da indüklenmesi gibi uygulamaların varlığı gibi durumları göz önünde bulunduran bir yaklaşım gerekmektedir (39). Bu derlemenin de gösterdiği üzere teknolojik doğum yaklaşımı doğum ağrılarının yönetimini de kapsamaktadır ve araştırmalar da daha çok doğum teknolojisini geliştirmeye yönelik olarak yapılmıştır. Yan etkisi bulunmayan, doğal yöntemlere yönelik çalışmalar ise daha sınırlı kalmıştır. Anne dostu kuruluş kriterleri geliştiren organizasyonların doğum ağrısına yönelik yaklaşımlarının da farklılıklar içerdiği görülmektedir. Örneğin CIMS farmakolojik ağrı dindirme yaklaşımlarını, müdahaleli doğuma yol açması nedeniyle önermezken “Anne Bebek Dostu İnsiyatif”in farmakolojik ağrı dindirme yaklaşımlarını reddetmediği görülebilir (bakınız Bölüm 6).

Doğum eylemi sırasında ağrıyı azaltan ve kadının memnuniyetini artıran farmakolojik olmayan yaklaşımlar arasında doğum eyleminin su içinde ilerlemesi, gevşeme teknikleri, akupunktur ve masaj gelmektedir. Suya girmek ve gevşeme teknikleri doğum esnasında da kadınlar tarafından olumlu algılanmaktadır. Hem gevşeme teknikleri hem de akupunkturun forseps, vakum ve sezaryen doğum oranlarında azalma sağladığı gösterilmiştir. Ancak hipnoz, biofeedback, steril su enjeksiyonu, aromaterapi ve TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) uygulamalarının doğum eylemi ve doğum ağrısını azaltıcı etkilerine dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu aynı derlemede ifade edilmektedir (39).

Bu sonuçlardan hareketle doğum eylemi ve doğum sırasında oluşan ağrı ile başetmede anne adaylarının doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum eylemi ve doğum sırasında kadının sürece uyumunu ve doğum ağrısı ile baş etme becerisini artıracak şekilde olmasının sağlanması doğum başladığında kadının korku ve kaygısını azaltıcı, kendine güvenini artırıcı etki yapacağı açıktır. Ayrıca ortam ve doğum ünitesi çalışanlarının doğum yapan annelerle birebir ve uygun tekniklerle iletişim kurmaları ağrının algılanışını da etkileyecektir. Antenatal dönemde verilecek eğitimler sırasında gevşeme tekniklerinin anne adaylarına öğretilmesi, doğum

ünitelerinde hizmet veren personelin de farmakolojik olmayan yaklaşımları bilmeleri önem arz etmektedir.

Sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanan cerrahi bir girişimdir. Sezaryen hizmetine erişim her anne ve bebeğin hakkıdır. Ancak sezaryen cerrahisinin endikasyonları açıktır. Bu endikasyonların dışına çıkılması anne ve bebek sağlığı açısından önemli riskler taşımaktadır. Ancak son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de sezaryen ile doğum oranları artmaktadır. Bunun nedenleri arasında hekimlerin malpraktis korkusu, ağrısız doğumun (epidural anestezi ile) yaygın olarak uygulanmaması, çeşitli nedenlere bağlı olarak ebelerin aktif olarak doğum takibi yapmasında ve doğum yaptırılmalarında azalma gibi nedenlere bağlı olarak sezaryen oranlarının arttığı görülmektedir. Ancak DSÖ endikasyon olmaksızın sezaryen yapılmasının uygun olmadığını bu konudaki son açıklamasıyla netleştirmiş (40) ve endikasyonsuz sezaryen uygulamasının hem anne hem bebek mortalite ve morbiditesini olumsuz etkilediğini açıklamıştır (40-41). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) sezaryen cerrahisinde isteğe bağlı endikasyonu, Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği ise 39. haftadan önce isteğe bağlı sezaryeni kabul etmemektedir (41). Ülkemizde ise Anne Dostu Hastane adayı kuruluşların T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi ilkeleri doğrultusunda hizmet sunmaları beklenmektedir (41).

6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.

- Bütün hizmetler yeterli sayıda ve donanımlı personel tarafından verilmelidir.
- Gerekli ekipman ve sarf malzemeleri optimal düzeyde karşılanmalı, tedarik ve bakımlarında süreklilik sağlanmalıdır.

“Anne Dostu Hastane” kriterlerinin altıncısı, gebelik, doğum ve sonrası dönemde hizmet sunan sağlık personelinin ve hizmet sunulan ortamların ve kullanılan ekipman ve malzemenin nitelik ve sayısına vurgu yapmaktadır.

“Türkiye Üreme Sağlığı Programı” (2004-2007) kapsamında geliştirilen “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları” kapsamında da belirtildiği üzere doğum öncesi, doğum ve sonrası hizmetlerin gerekli nitelikte olabilmesi için “Anne Dostu Hastane” adayı olan sağlık kuruluşlarının sağlık personel sayısının “yeterli” düzeyde olması gerekmektedir (10).

“Anne Dostu Hastane” adayı kuruluşlar, hizmetlerin kaliteli ve kesintisiz sunulmasının güvence altına alınabilmesi için, güvenilir, yeterli ve çalışır durumda alet, araç-gereç ve malzeme stoğu ile fizik alt yapı bulunmalıdır. Kuruluşun su, elektrik, aydınlanma ve ısınma/soğutma gibi temel altyapısının sağlanmış olması, hizmet alanların gereksinimlerinin güvenli ve etkili bir şekilde karşılanması, malzeme, araç-gereç ilaç vb. kaynaklarının yeterli ve çalışır durumda bulunması, tedariklerinin düzenli yapılması, sürekli ve uygun biçimde sağlanması, saklanması, fizik mekanların hizmet için yeterli konfor ve ergonomiye sahip olması ve bakımlarının düzenli yapılıyor olması gerekmektedir (10).

Yüksek riskli gebelere yaklaşım konusunda kurumun yazılı bir eylem planı olmalıdır. Bu konuda kurumun geliştireceği eylem planı T.C. Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberine göre hazırlanmalıdır (42).

7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.

- Acil obstetrik durumlarda gerekli tıbbi müdahale gecikmeksizin yapılmalıdır.
- Sevk gerektiğinde hasta stabilize edildikten sonra sevk edilmelidir.
- Sevk, 112 ile irtibata geçilerek yapılmalıdır.
- Sevk edilen kurumdan vakalarla ilgili bilgi alınmalı ve bilgiler kayıt edilmelidir.

Bin Yıl Kalkınma Hedeflerinin (2000-2015) beşincisinde ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin (2015-2030) ikincisi olan “İyi Sağlık ve İyi Esenlik” hedefinin alt amaçlarında anne sağlığının iyileştirilmesi ve üreme sağlığı hizmetlerine erişiminin sağlanması hedeflenmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine göre 2030 yılına kadar aile planlaması hizmetlerine, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve eğitim olanaklarına erişim ve üreme sağlığı hizmetlerinin ulusal strateji ve planlara entegrasyonunu kapsayacak şekilde cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine toplumun tamamının ulaşabilmesi hedefi konulmuştur. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ülke olarak erişilebilmesi için nitelikli sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması önem taşımaktadır. Bu nedenle Anne Dostu Hastane adaylarının oluşturulan kriterlere uygun hizmet sunmayı sürdürmesi ulusal hedeflere ulaşılmasına da önemli katkı sağlayacaktır.

Anne Dostu Hastane adayları olan kuruluşların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonlara yönelik kanıta dayalı ve standart acil obstetrik bakım protokollerini uygulamaları ve bu hizmeti başvuran her gebeye sunmaları beklenmektedir. Acil obstetrik müdahaleler için T.C. Sağlık Bakanlığı “Acil Obstetrik Bakım Yönetim Genelgesi” ve “Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi” referans alınmalıdır (43,44). Gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlara bağlı durumlarda vakaların genel durumları stabilize edilinceye kadar Anne Dostu Hastane aday kuruluşlarda tedavi edilmeleri, sevk işlemlerinin 112 sistemi ile iletişime geçilerek ve sevk edilen kurumla iş birliği yapılarak ve geri bildirim alınarak yapılması gerekmektedir. Sevk işlemleri ile ilgili olarak kurumların standart sevk protokollerinin olması ve yazılı olarak bütün ilgili sağlık personeli için erişilebilir olması gerekmektedir.

8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.

-Bebek Dostu Hastane kriterlerine uyulmalıdır.

-Anne, baba ve aile bireylerinin doğan bebeği kucaklarına almaları ve dokunmalarına olanak sağlanmalıdır.

-Lohusanın normal doğum sonrası en az 24, sezaryen sonrası en az 48 saat hastanede kalması sağlanmalıdır.

Anne Dostu Hastane kriterlerinin sekizincisi doğum hizmetlerinin genel karakterini belirlemektedir ve aday kuruluşta hizmetlerin anne ve bebek odaklı olması gerektiği ifade edilmektedir. “Türkiye Üreme Sağlığı Programı” kapsamında belirlendiği üzere sağlık hizmetlerinin kalite güvencesi için insan odaklı (hizmet alanın hakları ve hizmet verenin gereksinimlerinin karşılandığı) sistemler geliştirilmesi gerekmekte, üreme sağlığı hizmetlerinin başvuranın gereksinim ve beklentilerini göz önünde bulundurması istenmektedir. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde annelere ve doğum sonrası bebeklerine sunulan hizmetlerin bu doğrultuda onların ihtiyaçlarını göz önünde bulunduracak biçimde şekillendirilmesi beklenmektedir. Anne Dostu Hastane adayları sağlık kuruluşunun aynı zamanda “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler” Programı kapsamında “Bebek Dostu

Hastane” unvanına da sahip olması, annenin ve ailelerin doğan bebeklerini kucaklamaları ve dokunmaları konusunda desteklenmeleri gerekmektedir.

"Başarılı Emzirmede 11 Adım" stratejileri çerçevesinde değerlendirilen ve doğum hizmeti veren hastanelerden; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli yardımıyla annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler "Bebek Dostu Hastane" unvanını almaktadır. Bu unvana sahip hastaneler, DSÖ (WHO) ve UNICEF tarafından önerilen ve bebeklerin anne sütü ile beslenmesini destekleyen on bir temel hizmet yaklaşımını kuruluşlarında uygulamaktadırlar (45). Bu kriterler Kutu 7.1’de sunulmuştur.

Kutu 7.2: Bebek Dostu Hastane Kriterleri

1. Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika hazırlanmalı ve bu düzenli aralıklarla tüm sağlık personelinin bilgisine sunulmalıdır.
2. Tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda eğitilmelidir.
3. Hamile kadınlar, emzirmenin yararları ve yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.
4. Doğumdan sonraki ilk bir saat bebeklerin anneleri ile ten teması kurması sağlanarak emzirmeye başlama konusunda yardımcı olunmalıdır.
5. Annelere, emzirmenin nasıl olacağı ve bebeklerinden ayrı kaldıkları durumlarda sütün salgılanmasını nasıl sürdürebilecekleri gösterilmelidir.
6. Tıbben gerekli görülmedikçe, yenidoğanlara anne sütünden başka yiyecek, içecek önerilmemelidir. İlk 6 ay sadece anne sütü verilmesi devamında ise uygun tamamlayıcı beslenme ile beraber emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar sürdürülmesi konusunda aileler bilgilendirilmelidir.
7. Anne ile bebeğin 24 saat beraber kalmalarını sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.
8. Bebeğin her isteyişinde emzirilmesi teşvik edilmelidir.
9. Emzirilen bebeklere yalancı meme veya emzik türünden herhangi bir şey verilmemelidir.
10. Anneler, taburcu olduktan sonra da emzirmeye devam edebilmeleri, karşılaşılabilecekleri sorunları çözebilmeleri açısından başvurabilecekleri sağlık kuruluşları ve bölgelerinde varsa anne destek grupları hakkında bilgilendirilmelidirler.
11. Kurumun tüm birimlerinde bebek formüllerinin pazarlanması ile ilgili uluslararası yasa benimsenmiş ve uygulanıyor olmalıdır.

Ulusal Anne Dostu Hastane kriterleri çerçevesinde normal doğum yapan gebelerin en az 24 saat, sezaryen ile doğum yapanların ise en az 48 saat hastanede kalması ve doğum sonrası bakım alması beklenmektedir. Doğum sonrası bakım hizmetleri “T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” doğrultusunda verilmesi istenmektedir (46).

9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

-Hizmet içi eğitimlerin sürekliliği sağlanmalıdır.

-Çalışan tüm personelin Anne Dostu Hastane kriterleri konusunda bilgilendirilmesi ve bu kriterleri benimsemeleri sağlanmalıdır.

-Anne Dostu Hastane çalışanlarının mesleki ve bilimsel kapasitelerinin gelişmesini sağlayacak bilimsel çalışmalar yapmaları ve bilimsel toplantılara katılımları teşvik edilmelidir.

“Anne Dostu Hastane” adayı hastanelerin karşılaması gereken dokuzuncu kriter hizmet sunanların hizmet içi eğitimlerine yöneliktir. “Türkiye Üreme Sağlığı Programı” kapsamında hizmet sunanların bilgilendirme, eğitim ve gelişim gereksinimi de üreme sağlığı hizmetlerinin kalite standartlarından biri olarak tanımlanmıştır. Programa göre, hizmet verenler, bilgi ve becerilerini güncel durumda tutabilmek ve verdikleri hizmetin kalitesini sürekli olarak geliştirebilmek için bilgi, beceri, eğitim ve mesleki gelişme olanaklarına gereksinim duyarlar. Hizmet verenin bilgilendirme, eğitim ve gelişim gereksiniminin karşılanabilmesi için; bütün hizmet verenler hem mezuniyet öncesi hem de hizmet içi eğitim süreçleriyle kendi görev ve sorumluluklarının gereği olan uygun eğitimi alırlar. Hizmet verenler, kuruluşun vizyon, misyon ve işlemleri konusunda etkili biçimde yönlendirilirler. Hizmet verenlerin eğitim gereksinimleri kendilerinin de katılımıyla tespit edilir. Personelin sürekli eğitimi için kuruluştaki güncel kaynak kitap, rehber ve diğer eğitim malzemeleri personelin kolayca ulaşabileceği biçimde bulunur ve kullanımları teşvik edilir. Anne dostu Hastane adayı kuruluşların bu doğrultudaki aktivitelerinde “Doğum Öncesi Bakım”, “Acil Obstetrik Bakım”, “Doğum ve Sezaryen Eylemi”, “Doğum Sonu Bakım Yönetim” rehberlerinin kullanımını sağlamak üzere izlem ve değerlendirme süreçlerini de içeren müdahaleleri yapmaları beklenmektedir. Bu kapsamda sunulan hizmetlere ait

protokol ve akış şemalarının kuruluş içerisinde uygun ünitelerde ve görünür yerlerde asılı olması gerekmektedir (43,47,48,49).

Anne Dostu Hastane aday kuruluşlarda çalışan sağlık personelinin Anne Dostu Hastane olma konusunda gerekli prensip ve ilkeleri konusunda bilgi sahibi olmaları ve bu yaklaşımın felsefesini benimsemeleri aynı zamanda da “Doğum Öncesi Bakım”, “Acil Obstetrik Bakım”, “Doğum ve Sezaryen Eylemi”, “Doğum Sonu Bakım Yönetimi rehberlerinin kapsamında hizmet sunmaları beklenmektedir. Bu amaçla kuruluşun bu hizmetlerde görevlendirilmiş olan sağlık personelinin ve ilgili yöneticilerinin gerekli hizmetiçi eğitimleri almaları sağlanmalıdır. Sayılan konularda hazırlanmış olan rehber ve dökümanlara sağlık çalışanları her an erişebilmeli, bu belgeler gerek basılı gerekse elektronik olarak kuruluşta bulunmalıdır.

10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklarla analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.

-Hizmetlerin nitelik ve niceliğine yönelik kayıtlar elektronik ortamda, düzenli ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.

-Doğum hizmetleri ile ilgili topluma yönelik yazılı ve görsel materyaller, veriler ve bilgiler hastanelerin web sayfasında bulunmalı ve ulaşılabilir olmalıdır.

“Türkiye Üreme Sağlığı Programı” kapsamında sağlık kuruluşlarının stratejik yönetim yaklaşımı çerçevesinde sundukları sağlık hizmetlerini planlamak, yürütmek, izlemek, değerlendirmek ve kanıta dayalı karar vermek üzere etkin kayıt ve bildirim olan ulusal-uluslararası standartlarda ve yerel gereksinimlere göre önceliklendirilen stratejik sağlık yönetim bilgi sistemi geliştirilmeleri beklenmektedir. Bu doğrultuda Anne Dostu Hastane aday kuruluşların sundukları hizmetlerin nitelik ve niceliğine ait düzenli ve doğru kayıt tutmaları ve bu kayıtları ilgili bütün tarafların erişimine açmaları beklenmektedir. Özellikle perinatal mortalite ve morbidite ile ilgili kuruluş içi bir izleme mekanizması kurulmalı ve düzenli değerlendirme ve geribildirim toplantıları yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş. Katılımcı Rehberi. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 1-B.
- 2) Guidelines on Reproductive Health.
<http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>
- 3) Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health, World Health Organization, Family and Reproductive Health European Regional Office, 1999, pp.12.
- 4) Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Care, 1978, Preamble, Articles 4, 6
- 5) International Planned Parenthood Federation Charter on Sexual and Reproductive Rights. 1996, Article 4,6,9
- 6) Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights, 2010 United Nations Fourth World Conference on Women, Beijing 1995
- 7) Universal Declaration of Human Rights, 1948, Article 25
- 8) Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 1997, Article 7, 9,14.2,19.
- 9) International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), 1966, Article 7, 17, 19
- 10) International MotherBaby Childbirth Initiative: A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care, 2010, Article 3, 4
- 11) Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2007.
- 12) Kan ve Kan Ürünleri Kanunu .
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-1.htm>
Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği. "www.resmigazete.gov.tr/eskiler /2008/12/20081204.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler /2008/12/20081204.htm
- 13) Goer H, Leslie MS, Romano A. The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. Step 6: Does Not Routinely Employ Practices, Procedures Unsupported by Scientific Evidence. The Journal of Perinatal Education — Supplement | Winter 2007, Volume 16, Number 1; P32s-64S.
- 14) Simkin, P. (1986). Stress, pain, and catecholamines in labor: Part 2. Stress associated with childbirth events: A pilot survey of new mothers. Birth, 13(4), 234–240.

- 15) Tourangeau, A., Carter, N., Tansil, N., McLean, A., Downer, V. (1999). Intravenous therapy for women in labor: Implementation of a practice change. *Birth*, 26(1), 31–36.
- 16) Declercq, E., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association.
- 17) Carvalho, J. C., Mathias, R. S., Senra, W. G., Torres, M. L., Adam, C., Vasconcelos, A., et al. (1991). Hemoglobin concentration variation and blood volume expansion during epidural anesthesia for cesarean section. *Regional Anesthesia*, 16(15), 73.
- 18) Kempen, P. M., & Tick, R. C. (1990). Hemodilution, regional block and cesarean section. *Regional Anesthesia*, 15(15), 9.
- 19) Park, G. E., Hauch, M. A., Curlin, F., Datta, S., Bader, A. M. (1996). The effects of varying volumes of crystalloid administration before cesarean delivery on maternal hemodynamics and colloid osmotic pressure. *Anesthesia and Analgesia*, 83(2), 299–303.
- 20) Higgins, J., Gleeson, R., Holohan, M., Cooney, C., Darling, M. (1996). Maternal and neonatal hyponatraemia: A comparison of Hartmann's solution with 5% dextrose for the delivery of oxytocin in labour. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 68(1–2), 47–48.
- 21) Stratton, J. F., Stronge, J., & Boylan, P. C. (1995). Hypo-natraemia and non-electrolyte solutions in laboring primigravida. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 59(2), 149–151.
- 22) Nordstrom, L., Arulkumaran, S., Chua, S., Ratnam, S., Ingemarsson, I., Kublickas, M., et al. (1995). Continuous maternal glucose infusion during labor: Effects on maternal and fetal glucose and lactate levels. *American Journal of Perinatology*, 12(5), 357–362.
- 23) Basevi V, Lavender T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 11. Art.No.: CD001236. DOI:10.1002/14651858.CD001236.pub2.
- 24) Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. (2013) Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art.No.: CD000330. DOI:10.1002/14651858.CD000330.pub4.
- 25) Tzeng, Y. L., Shih, Y. J., Teng, Y. K., Chiu, C. Y., & Huang, M. Y. (2005). Enema prior to labor: A controversial routine in Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 13(4), 263–270.

- 26) Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. (2013) Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 6. Art. No.:CD006167. DOI:10.1002/14651858.CD006167.pub4.
- 27) Dilbaz Berna, et al. Risk factors and perinatal outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Archives of gynecology and obstetrics*, 2006, 274.2: 104-107.
- 28) WHO (2007). *Managing complications in pregnancy and childbirth - a guide for midwives and doctors*. www.who.int/reproductive-health/impac/Procedures/Induction. Erişim tarihi: 03.04.2016.
- 29) Lin MG. Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61:269–77.
- 30) Cohain, JS. The less studied effects of Amniotomy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 2013, 26.17: 1687-1690.
- 31) Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. *Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women (Review)*. This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *TheCochrane Library* 2013, Issue 9.
- 32) O’Driscoll K, Jackson RJ, Galagher JT. Active management of labour and cephalopelvic disproportion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth* 1970; 77(5):385–9.
- 35) O’Driscoll K, Stronge JM, Minogue M. Active management of labour. *BMJ* 1973;3:135–7.
- 33) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth (Review)* his is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *TheCochrane Library* 2012, Issue 10.
- 34) Amorim MMR and Katz L. *Continuous support for women during childbirth: RHL commentary (last revised: 1 May 2012)*. *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.
- 35) Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub236) *Better Intrapartum Practices to Reduce Newborn Infection*. USAID-CHIP-Maternal and Child Health Integrated Program. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pdact734.pdf. Erişim tarihi: 25.10.2014.

37) Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA and The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline For Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009.

<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>. Erişim Tarihi: 25.10.2014.

38) L, Gibson M, Carlson Bowles B and Leach J. First Do No Harm: Interventions During Childbirth. *J Perinat Educ*. 2013 Spring; 22(2): 83–92

39) Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Painmanagement for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.40) World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. 2015.

41) Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2010, Ankara.

42) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 926, Ankara, 2014.

43) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi. Sayı: 5736863/231.01.03.

44) Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi. http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/cocukergen/acil_obstetrik_bakim_yr_15-05-2014.pdf

45) T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. Hastaneler İçin Başarılı Emzirmede 10 Adım <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/bilgi-dokumanlar/videolar/953-hastaneler-i%C3%A7in-ba%C5%9Far%C4%B1%C4%B1-emzirmede-10-ad%C4%B1m.html>. Erişim tarihi: 15.11.2014.

46) T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Dogum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara, 2010.

47) T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Dogum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara, 2010.

48) T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Dogum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara, 2009.

49) T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara, 2010.

8. Anne Dostu Hastane Değerlendirme Adımları

Hedef 8: Bu oturumun sonunda katılımcıların Anne Dostu Hastane olabilmek için izlenmesi gereken adımları kavramaları ve bu süreçte kullanılan Anne Dostu Hastane değerlendirme formlarını tanımaları hedeflenmiştir.

Hedefler

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

- 1) Anne Dostu Hastane olabilmek için gereken adımları bilmeleri,
- 2) Anne Dostu Hastane değerlendirme sürecinde kullanılan formların içeriklerini tanımaları

Anne Dostu Hastane Olmayı Amaçlayan Yataklı Tedavi Kurumlarının İlk Değerlendirilme Süreci

Anne Dostu Hastane ünvanı almak isteyen sağlık kuruluşlarının izlemesi gereken prosedürler T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiştir. Bu program, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından yürütölmektedir. Programın başlangıcı 2010 yılına tekabül etmekte olup o dönem Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından bir danışma kurulu oluşturulmuştur. Bu kurul tarafından uluslararası gelişmeler ve bilimsel kanıtlar göz önünde tutularak, yataklı tedavi kurumları için geliştirilen ulusal kalite standartları ile uyumlu biçimde doğum ünitelerinin hizmet kalitesini yükseltmek amacıyla çalışmalar yürütölmüştür. Ülke ihtiyaçları göz önüne alınarak oluşturulan Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterlerini hayata geçirmek üzere nesnel değerlendirme basamakları geliştirilmiştir. Programın pilot uygulaması 2015 yılında yapılmış olup, pilot çalışma sırasında elde edilen veriler ve geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Yataklı tedavi kurumları olarak hastaneler, tanımlanan prosedürleri uygun şekilde tamamladıklarında “Anne Dostu Hastane” ünvanı almaktadır.

Anne Dostu Hastane unvanı almak isteyen aday hastanelerin başvuru süreçlerine ilişkin ayrıntılı bilgiler devam eden paragrafta belirtilmiştir.

İlk Başvuru Aşaması

1. Anne Dostu Hastane unvanı almak isteyen hastane bazı temel tanımlayıcı özelliklerin belirtilmesini sağlayan “Hastane Bilgi Formu” (Form 1) nu doldurarak resmi yazı ile bağlı olduğu il sağlık müdürlüğüne başvurur.
2. İl sağlık müdürlüğü program kapsamında bağlı olduğu koordinatör il sağlık müdürlüğüne başvuruyu iletir.
3. Koordinatör il sağlık müdürlüğü de başvuruyu Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne bilgi için gönderir.

Koordinatör İl Sağlık Müdürlükleri ve Kapsamındaki İl Sağlık Müdürlükleri		
Bölge No	Bölge Adı	Bölgelere Dahil İller
1	Adana Bölgesi	Hatay Adana Osmaniye Mersin
2	Bolu Bölgesi	Bartın Bolu Karabük Kastamonu Zonguldak
3	Ankara Bölgesi	Ankara Kırıkkale Çankırı
4	Antalya Bölgesi	Antalya Burdur Isparta
5	Manisa Bölgesi	Manisa Denizli Uşak
6	Bursa Bölgesi	Bursa Balıkesir Çanakkale Yalova
7	Diyarbakır Bölgesi	Batman Diyarbakır Mardin Siirt Şırnak
8	Malatya Bölgesi	Bingöl Elazığ Malatya Tunceli
9	Erzurum Bölgesi	Ardahan Artvin Bayburt Erzincan Erzurum Kars
10	Eskişehir Bölgesi	Afyonkarahisar Bilecik Eskişehir Kütahya

Bölge No	Bölge Adı	Bölgelere Dahil İller
11	Gaziantep Bölgesi	Adıyaman Gaziantep Kahramanmaraş Kilis Şanlıurfa
12	İstanbul Bölgesi	<ul style="list-style-type: none"> • İstanbul içi başvuru ve eğitimler İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü sorumluluğundadır. • Anadolu Yakası hastaneleri Kocaeli Bölgesi tarafından, Avrupa Yakası hastaneleri Tekirdağ Bölgesi tarafından değerlendirilir. • İstanbul Bölgesi Kocaeli ve Tekirdağ Bölgesini değerlendirir.
13	İzmir Bölgesi	Aydın İzmir Muğla
14	Kayseri Bölgesi	Kayseri Kırşehir Nevşehir Niğde
15	Kocaeli Bölgesi	Düzce Kocaeli Sakarya İstanbul (Sadece Değerlendirmede)
16	Konya Bölgesi	Aksaray Karaman Konya
17	Samsun Bölgesi	Amasya Ordu Samsun Sinop
18	Sivas Bölgesi	Çorum Sivas Tokat Yozgat
19	Trabzon Bölgesi	Giresun Gümüşhane Rize Trabzon
20	Tekirdağ Bölgesi	Edirne Kırklareli Tekirdağ İstanbul (Sadece Değerlendirmede)
21	Van Bölgesi	Ağrı Bitlis Muş Van İğdır Hakkari

Hastane Bilgi Formu

Formun ilk bölümü başvuran hastanenin resmi kayıtlardaki isminin ve adresinin kaydedildiği bölümü içermektedir. Devamında hastane yöneticisinin ve sağlık bakım hizmetleri müdürünün isminin kaydedileceği bölüm bulunmaktadır. Telefon, faks ve elektronik posta adresi kaydedilmesi ile hastane iletişim bilgileri tamamlanmaktadır.

Hastane bilgi formunda daha sonra sırasıyla hastanenin tipi ve hizmet kapasitesine dair sorular bulunmaktadır. Toplam yatak sayısı, hastane grubu ve kadın hastalıkları ve doğum servisinin yatak sayısı, doğum ünitesi yatak sayısı, erişkin yoğun bakım ünitesi yatak sayısı/düzeyi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatak sayısı/düzeyi kuruluşun hizmet kapasitesi ile ilgili sayısal bilgiler kapsamında sorulmaktadır. Formda ayrıca hastanenin personel sayısına dair bilgiler de sorulmaktadır. Bu kapsamda kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilgili diğer hekim sayıları forma kaydedilmelidir. Doğum ünitesinde ve doğum servisinde çalışan ebe sayısı ayrı ayrı belirtilmeli doğum servisinde çalışan ve hastanenin toplam hemşire sayısı formda ayrı ayrı kaydedilmelidir. Sağlık memuru, tıbbi sekreter, psikolog ve diyetisyen, sayılarının da kaydedilmesi gerekmektedir.

İlgili müdürlüğe iletilecek formda sağlık kuruluşunun bir önceki yıla ait toplam doğum sayısı, normal doğum sayısı/oranı (%), toplam sezaryen sayısı/oranı (%), primer sezaryen sayısı/oranı, gebe bilgilendirme sınıfına katılan ve katılım belgesi verilen gebe sayısı/oranı, hastanede kadrolu ve aktif çalışan kadın hastalıkları ve doğum, anestezi ve çocuk hastalıkları uzmanı sayısı, Bebek Dostu Hastane unvanı alma durumu, gebe bilgilendirme sınıfı varlığı, gebenin en geç 20 dakika içinde acil sezaryene alınabileceği, doğum odalarına yakın, ulaşılabilir ve 24 saat hizmet verebilen bir ameliyathane olma durumu, kritik kan stok seviyesi, doğum yapacak gebenin yanında istediği uygun bir kişinin kalmasına izin verilme durumu, travayın ve doğumun tek kişilik odada yapılıyor olması, oksijen sistemi olan transport küvözü varlığı, gebe yakınlarına özel ayrı bekleme odası/salonu bulunma durumu ve Bakanlıkça düzenlenen acil obstetrik bakım eğitimi almış en az 1 doktor ve 1 ebe bulunması gibi çeşitli veriler kaydedilmelidir. Formda son olarak aday hastanenin yıllık doğum sayısına göre doğum odası, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ebe sayılarının kaydedilmesi gerekmektedir.

Hastane Bilgi Formu

Tarih:..../..../

Hastane Bilgileri				
Hastane Adı:				
Adresi:				
Hastane Başhekimin Adı Soyadı:			Tel:	
			Faks:	
			e-Posta:	
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürünün Adı Soyadı:			Tel:	
			Faks:	
			e-Posta:	
Hastanenin Tipi:	<input type="checkbox"/> Devlet	<input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> Özel	<input type="checkbox"/> Diğer
Toplam Yatak Sayısı:				
Hastane Grubu:				
Kadın Doğum Servisi Toplam Yatak Sayısı:				
Doğum Ünitesi Toplam Yatak Sayısı:				
Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Yatak Sayısı / Düzeyi :				
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Yatak Sayısı /Düzeyi:				
Toplam Aktif Çalışan Personel Sayıları				
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı :				
Yenidoğan/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı:				
Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı :				
Genel Cerrahi Uzmanı :				
Dahiliye Uzmanı :				
Ebe Doğum Ünitesi/Doğum Servisi/Toplam :				
Hemşire Doğum Servisi/Toplam :				
Sağlık Memuru :				
Tıbbi Sekreter:				
Psikolog :				
Diyetisyen:				
İstatistiksel Bilgiler (Biten son bir yıla ait)				
Toplam doğum sayısı:				
Normal doğum sayısı/ oranı (Yüzde):				

(Normal doğum sayısı/Toplam doğum sayısı X 100)						
Toplam sezaryen sayısı/oranı (Yüzde): (Toplam sezaryen sayısı/Toplam doğum sayısı X 100)						
Primer sezaryen sayısı/oranı (Yüzde): (Primer sezaryen sayısı/Toplam doğum sayısı X 100)						
Gebe bilgilendirme sınıfına katılan ve katılım belgesi verilen gebe sayısı/oranı (Yüzde): (katılım belgesi verilen gebe sayısı /Toplam izlenen gebe sayısı X 100)						
Hastanede kadrolu ve aktif çalışan kadın hastalıkları ve doğum, anestezi ve çocuk uzmanı var mı? (üçü de olmalı)					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Bebek Dostu Hastane Unvanı almış mı? (Bebek dostu hastane mevzuatına göre güncel değerlendirilmesinin yapılmış olması gerekir)					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Gebe Bilgilendirme Sınıfı var mı?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Gebenin en geç 20 dakika içinde acil sezaryene alına bilineceği, doğum odalarına yakın, ulaşılabilir ve 24 saat hizmet verebilen bir ameliyathane var mı?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Kritik kan stok seviyesi belirlenmiş mi, belirlenen seviye korunuyor mu?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Doğum yapacak gebenin yanında istediği uygun bir kişinin kalmasına izin veriliyor mu?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Travay izlemi tek kişilik odada yapılıyor mu?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Doğum tek kişilik odada yapılıyor mu?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Oksijen sistemi olan transport küvözü var mı?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Gebe yakınlarına özel ayrı bekleme odası/salonu var mı?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Bakanlıkça düzenlenen acil obstetrik bakım eğitimi almış en az 1 doktor ve 1 ebe var mı?					EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Hastane yıllık doğum sayısına göre en az aşağıdaki kriterleri karşılıyor mu?						
Doğum Sayısı	Doğum Odası	Doğum Sayısı	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Sayısı	Ebe Sayısı		
1-499	2		1	6	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
500-999	3		2	8	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
1.000-1.999	4		3	10	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
2.000-3.999	6		4	12	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
4.000-5.999	8		5	16	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
6.000-7.999	11		6	22	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
8.000-9.999	13		7	26	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
10.000-11.999	16		8	32	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
12.000 ve üstü	Her artan 750 doğum için +1 oda		Her artan 1500 doğum için + 1 KDU	Her artan 750 doğum için + 2 Ebe	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>

Eğitim Süreci;

1. Aday hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğu program için belirlenen ait olduğu bölgenin koordinatör il sağlık müdürlüğu ile iş birliği içerisinde hastanenin personel eğitimlerini katılımcı yoğunluğuna göre turlar halinde planlar.
2. Eğitimi aday hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğünün yapması öncelikli olup personel yetersizliği olması durumunda koordinatör il sağlık müdürlüğüne destek verilir.
3. Eğitim Anne Dostu Hastane Eğitimci ve Değerlendirmeci Eğitimi almış personeller tarafından verilir.
4. Eğitim dokümanı olarak Anne Dostu Hastane Eğitimci Rehberi kullanılır.
5. Eğitime kadın hastalıkları ve doğum servisi, doğum ünitesi, anestezi bölümü, çocuk hastalıkları ve yenidoğan bölümü ve acil bölümünde çalışan personel ile hastane yönetiminin tamamının katılımı gereklidir.
6. Eğitim sonunda katılımcılara Anne Dostu Hastane Eğitimci Rehberi'nde yer alan Anne Dostu Hastane Personel Eğitimi Katılım Belgesi düzenlenip verilir.
7. Anne Dostu Hastane Personel Eğitimi Katılım Belgesi numarasına; Anne Dostu Hastane Program Numarası ile başlanır, il trafik kodu ve numara verilerek devam edilir. (Örnek 231.01.05- il trafik kodu-0001)
8. Diğer bölümlerde çalışan hastane personeline Anne Dostu Hastane Kriterleri ile ilgili eğitim hastane tarafından hizmet içi eğitim kapsamında verilir.
9. Eğitimler tamamlandıktan en az 1 ay sonra koordinatör il sağlık müdürlüğu tarafından değerlendirme planlanır.

Değerlendirme Ekibi

1. Koordinatör il sağlık müdürlüğu kendine bağlı illerden değerlendirme ekibi oluşturur. Değerlendirme ekibi en az 5 (beş) kişiden oluşur ve ekipte Anne Dostu Hastane Eğitimci ve Değerlendirmeci Eğitimi almış;
2. Mutlaka 1 (bir) kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim
3. Doktor/ebe/hemşire
4. Diğer personel bulunur

5. Aday hastanenin bağılı olduğu il sağıık müdürlüğü personeli değerlendirme ekibinde görev alamaz.
6. Değerlendirme Ekip Sorumlusu; Koordinatör il sağıık müdürlüğü tarafından belirlenir. Mutlaka kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmalıdır. Ekip sorumlusu; değerlendirme görev paylaşımı, formların tam ve eksiksiz doldurulması ile değerlendirme sonunda ekiple birlikte hesaplamaların, “Değerlendirme Raporu ve Önerileri Formu” nun hazırlanmasından sorumludur.
7. Değerlendirme ekip sekreteryası; Koordinatör il sağıık müdürlüğü tarafından belirlenir. Değerlendirmede kullanılan formların hazırlanması ve değerlendirme dosyasının, “Değerlendirme Raporu ve Önerileri Formu” nun ilgili birimlere gönderilmesinden sorumludur.
8. Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler; Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formu (Form 2), Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu (Form 5) ile Sağıık Personeli Görüşme Formu’ nun (Form 4) (kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve başhekim yardımcısı ile yapılan görüşmelerde) doldurulmasından sorumludur.
9. Doktor/ebe/hemşireler; Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu (Form 3) ve Sağıık Personeli Görüşme Formu’ nun (Form 4) (ebe/hemşireler ile yapılan görüşmelerde) doldurulmasından sorumludur.
10. Diğer Ekip Üyeleri; kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile birlikte Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formu (Form 2), Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu’ nun (Form 5) doldurulmasından sorumludur.
11. Tüm ekip üyeleri belirtilen sorumluluklara ek olarak formların doldurulması sonrasında hep birlikte Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu’ na (Form 6) diğer formların aktarılarak puan hesaplamasının yapılmasından sorumludur.
12. Tüm ekip üyeleri hesaplamalar tamamlandıktan sonra Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu (Form 7) ve Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri Formu’ nun (Form 8) hazırlanmasından sorumludur.

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
“Anne Dostu Hastane Katılımcı Eğitimi”

Program

1. Gün

09:00 – 09:30	Açılış	
09:30-10:00	Tanışma Beklentilerin alınması Grup Kurallarının Belirlenmesi Programın amaç ve hedefleri Programın Tanıtımı	Aday Hastane Yöneticileri Anne Dostu Hastane Eğitimcileri Aday Hastane Çalışanları
10.00 - 10:15	Çay - Kahve Arası	
10:15 – 11.15	Vajinal Doğumlar Açısından Dünyada ve Türkiye’de durum Anne Dostu Hastane felsefesi	Anne Dostu Hastane Eğitimcileri
11:15-11:45	Türkiye Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri	Anne Dostu Hastane Eğitimcileri
11:45-12:30	Anne dostu hastane adayı sağlık kuruluşunun değerlendirilme adımları Değerlendirmede ve izlemde kullanılan formların tanıtılması	Anne Dostu Hastane Eğitimcileri
12:30-13:00	Katılım belgelerinin verilmesi ve kapanış	Aday Hastane Yöneticileri Anne Dostu Hastane Eğitimcileri Aday Hastane Çalışanları

Değerlendirme Süreci

1. Değerlendirme sırasında kullanılacak doküman “Anne Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi” dir. Rehber doğrultusunda formlar doldurularak puanlanır.
2. Doğum Ünitesi Standartları Değerlendirme ve İzleme Formu (Form 2) doldurulur, puanlanır. Formdan en az 70 puan ve üzeri alınması gereklidir.
3. Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu (Form 3) açıklamalar doğrultusunda doldurulur ve özetlenir. Formdaki toplam cevaplardan en az % 70 ve üzeri alması gereklidir.
4. Sağlık Personeli Görüşme Formu (Form 4) açıklamalar doğrultusunda doldurulur ve özetlenir. Formdaki toplam cevaplardan en az % 70 ve üzeri alması gereklidir.
5. Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu (Form 5) doldurulur.

6. Değerlendirme ekibi tarafından doldurulan formlar Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu' na (Form 6) aktararak puanlanır. Hastanenin bu formdaki her bölümden 10 puan üzerinden en az 7 puan alması ve toplamda en az 70 puan alması gereklidir.
7. Değerlendirmede kullanılan formlarda geçen zorunlu kriterlerin %100'ünün karşılanması gereklidir.
8. Değerlendirme sonunda Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu (Form 7) ve Anne Dostu Hastane Değerlendirme nerileri Formu (Form 8) doldurulur.
9. Değerlendirmede kullanılan her bir form için yeterli puanların alınamaması ve/veya zorunlu kriterlerden birinin bile karşılanamıyor olması durumunda tespit edilen eksiklikler Anne Dostu Hastane Değerlendirme nerileri Formu (Form 8)'nda belirtilerek hastaneye hazırlık için en fazla 6 ay süre verilir.
10. Değerlendirme ekip sekreteryası tarafından değerlendirmede kullanılan tüm formlar dosyalanarak resmi yazı ile koordinatör il sağlık müdürlüğüne gönderilir.
11. Unvan almaya hak kazanan hastanelere koordinatör il sağlık müdürlüğü tarafından en fazla 15 gün içerisinde "Anne Dostu Hastane Sertifikası" düzenlenerek hastaneye verilir.
12. Anne Dostu Hastane Sertifikası Belge Numarası' na Anne Dostu Hastane Program Numarası ile başlanır, il trafik kodu ve numara verilerek devam edilir. (rnek 231.01.05- il trafik kodu-001)

Unvan Alan Hastanelerin Takip Eden Değerlendirmeleri

1. Anne Dostu Hastane Unvanı alan hastanelerde programın işlerliğinin kontrolü ve hizmet kalitesinin devamlılığının sağlanması amacıyla yılda bir kez Koordinatör İl sağlık müdürlüğü tarafından değerlendirme planlanır.
2. Unvan alan hastanelerin takip eden değerlendirmelerinin planlanmasında ilk değerlendirmede ki adımlar geçerlidir.
3. Tüm formlar doldurup puanlanır. Bir nceki değerlendirmede hastane yönetimine sunulmuş olan Anne Dostu Hastane Değerlendirme nerileri Formu (Form 8)'ndaki maddelerin hastane tarafından gerekleştirilme durumu değerlendirilir.

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu

..... Hastanesi

Değerlendirme Raporu

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığınca yürütülmekte olan “Anne Dostu Hastane Programı” kapsamında yürütülen yerinde değerlendirme..... Hastanesinde yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Değerlendirme Ekibi; personelden oluşmaktadır.

Sözü edilen değerlendirme tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Hastanenin “Anne Dostu Hastane Personel Eğitimi” tarihinde doğum ünitesi, kadın hastalıkları ve doğum servisi, anestezi bölümü, çocuk hastalıkları ve yeni doğan bölümü ve acil bölümünde çalışan personel ile hastane yönetiminin katılımıyla (.....kişi) yapılmıştır. Katılımcılara katılım belgesi verilmiştir.

..... tarihlerinde yapılan değerlendirme hastane içinde değerlendirme ekibi tarafından yapılmıştır. Değerlendirme ekibinin söz konusu hastanenin Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri açısından değerlendirilme sonuçları aşağıda sunulmuştur.

	AÇIKLAMALAR	TOPLAM PUAN
1.	Doğum ünitesi standartlarını değerlendirme ve izleme formu; Değerlendirme ekibi tarafından hastane birebir gözlenmiş, ve kayıtlar incelenmiş olup neticede bu formdan alınan:	--
2.	Hastanede sunulan hizmetlere dair anne görüşleri formu; normal Doğum yapmış 10 (on) anne ile birebir görüşülerek doldurulmuş olup, zorunlu kriterin hepsini sağlayarak, toplam cevapların yüzdesi:	%_ _
3.	Sağlık personeli görüşme formu; Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı (3 kişi), Doğum ünitesi sorumlu ebe/hemşiresi (1 kişi), doğum ünitesinde çalışan ebeler (4 kişi) ve kadın hastalıkları ve doğum servis ebesi (2 kişi) toplam 10 kişi ile görüşülerek doldurulmuş olup, zorunlu kriterin hepsini sağlayarak, toplam cevapların yüzdesi:	%_ _
4.	Anne dostu hastane değerlendirme formu; doldurulan diğer formlar (Doğum ünitesi standartlarını değerlendirme ve izleme formu, hastanede sunulan hizmetlere dair anne görüşleri formu, sağlık personeli görüşme formu) ve gözlemler neticesinde elde edilen hesaplamalar ve verilere dayalı olarak 100 puan üzerinden:	--

..... tarihinde Hastanesi yöneticilerine “Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu” ve ilerleyen zamanlarda geliştirilmesi gereken konularla ilgili “Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri” sunulmuştur.

Değerlendirme sonucuna göreHastanesi'nin Anne Dostu Hastane kriterlerini karşıladığı/karşılamadığı ve “Anne Dostu Hastane” unvanı almasının uygun olduğu/olmadığı kanaatine varılmıştır.

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Ekibi
(Her bir ekip üyesinin Adı-Soyadı ve imzası)

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri

..... Hastanesi

Değerlendirme Önerileri

.....Hastanesi'nde tarihinde yapılan değerlendirme sonucunda hastanenin "ANNE DOSTU" niteliğinin geliştirilmesine yönelik olarak ulusal kriterlere göre aşağıdaki öneriler oluşturulmuştur.

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.

.....

2. Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.

.....

3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.

.....

4. Mahremiyet gereksinimleri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.

.....

5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.

.....

6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.

.....

7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır

.....

8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.

.....

9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

.....

10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklarla analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.

.....

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Ekibi
(Her bir ekip üyesinin Adı-Soyadı ve imzası)

Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formu

Ulusal Anne Dostu Hastane kriterlerini karşıladığını bildiren ve İl Sağlık Müdürlüğüne resmi başvuruda bulunan yataklı tedavi kurumlarını yerinde değerlendirmek amacıyla oluşturulan ekip, öncelikle kurumun doğum hizmetlerinin nicelik ve niteliğini incelemektedir. Bu değerlendirme “Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formu” ile yapılır. Bu formda değerlendirilen bileşenlere verilen yanıtlardan hareketle yanlarında yer alan puanlara göre puanlanır. Kurumun bu formdan en az 70 puan alması beklenmektedir. Ekipler, öncelikle bu formdan alınan puanları değerlendirmek durumundadır. Kurumun doğum ünitesinin nitelikleri yeterli ise diğer değerlendirmelere geçilir. Yoksa süreç burada sonlandırılır ve eksiklikler için rapor yazılacağı ifade edilir. Bu formda doğum ünitesinin fiziksel özellikleri dokuz ayrı alanda değerlendirilmektedir. Bu alanlar şunlardır:

1. Fiziki Durum
2. Doğum Ünitesi Ekipmanı
3. Enfeksiyonların Önlenmesi
4. Hasta Güvenliği
5. İlaç Güvenliği
6. Anne/Bebek Bakım ve İzlemine Yönelik Düzenleme
7. Çalışanlara Yönelik Düzenleme
8. Transfüzyon Güvenliği
9. Acil Durumlar

Bu formda kurumun kimlik bilgilerinin yer aldığı bir giriş kısmı sonrasında kurumun doğum ve travay ünitelerinin çeşitli özelliklerinin değerlendirilmesine yönelik bölümler bulunmaktadır.

Bu formda Ulusal Anne Dostu Hastane kriterleri doğrultusunda geliştirilmiş ve “**Zorunlu Kriter**” olarak belirtilen sorulara mutlaka istenen yönde yanıt verilmesi gerekmektedir.

Kutu 8.1. Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formunda Bulunan Zorunlu Kriterler

1. Hastanenin biten son bir yıla ait primer sezaryen oranı Türkiye primer sezaryen oranı ile eşit veya altında olmalıdır.
2. Hastanede kadrolu ve aktif çalışan kadın hastalıkları ve doğum, anestezi ve çocuk uzmanı olmalıdır.
3. Hastanede Gebe Bilgilendirme Sınıfı olmalı aktif eğitimler yapılıyor olmalıdır.
4. Bebek Dostu Hastane Unvanı almış olmalı ve bebek dostu hastane mevzuatına göre güncel değerlendirilmesi yapılmış olmalıdır.
5. 24 saat hizmet verebilen gebenin en geç 20 dakika içinde acil sezaryene alınabileceği, doğum odalarına yakın, ulaşılabilir bir ameliyathanesi olmalıdır.
6. Hastanenin kritik kan stok seviyesi belirlenmiş ve hastanede belirlenen seviye korunuyor olmalıdır.
7. Doğum yapacak gebenin yanında istediği uygun bir kişinin kalmasına izin veriliyor olmalıdır.
8. Travay izlemi tek kişilik yapılıyor olmalıdır.
9. Doğum tek kişilik odada yapılıyor olmalıdır.
10. Oksijen sistemi olan transport küvüzü olmalıdır.
11. Gebe yakınlarına özel ayrı bekleme odası/salonu olmalıdır.
12. Bakanlıkça düzenlenen acil obstetrik bakım eğitimi almış en az 1 doktor ve 1 ebe olmalıdır.
13. Hastane yıllık doğum sayısına göre en az aşağıdaki kriterleri karşılıyor olmalıdır.

Doğum Sayısı	Doğum Odası	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Sayısı	Ebe Sayısı
1-499	2	1	6
500-999	3	2	8
1.000-1.999	4	3	10
2.000-3.999	6	4	12
4.000-5.999	8	5	16
6.000-7.999	11	6	22
8.000-9.999	13	7	26
10.000-11.999	16	8	32
12.000 ve üstü	Her artan 750 doğum için +1 oda	Her artan 1500 doğum için + 1 KDU	Her artan 750 doğum için + 2 Ebe

Fiziki Durum

Anne Dostu Hastane adayı olan sağlık kuruluşunun fiziksel altyapısı 13 ayrı boyutta incelenmektedir. Bu kapsamda doğum ünitesinin, doğum ünitesi personeli, doğum için kabul edilen gebeler ve eşlik eden yakını dışındaki kişilerin giriş çıkışına ve geçişine engel olacak şekilde yapılandırılmış olması beklenmektedir. Bu amaçla gerekli yapısal düzenlemelerin hayata geçirilmesi ve güvenlik önlemlerinin (kartlı, şifreli giriş, çift kapı vb.) alınması beklenmektedir.

Doğum ünitesinin yanında/yakınında yedi gün 24 saat hizmet veren bir ameliyathane bulunması olası acil durumlarda doğum ünitesinden ameliyathaneye kısa sürede ulaşılmasını sağlayabilmek açısından gereklidir. Bu özellik Anne Dostu Hastaneler için zorunlu kriterdir.

Doğum ünitelerinin hizmet kapasiteleri yıllık doğum sayılarına göre belirlenmektedir. Bu amaçla yılda 500'ün altında doğum yapılan hastanelerde en az 2 doğum odası, en az 1 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve en az 6 ebe bulunması gerekmektedir. Doğum sayıları yıllık 500 ve üzerindeki kurumların doğum odası sayısı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı sayısı ve ebe sayıları Bakanlık tarafından belirlenen sayılarda olmalıdır. Doğum ünitelerinde üniteye giriş çıkışın mahremiyet ve güvenlik anlamında sağlanması gereği yanında ünite içinde görsel ve işitsel mahremiyetin de sağlanması beklenmektedir. Bu önlemler aynı zamanda travay ve doğum sürecinde her bir gebenin kendi başına doğum yapabilme gereksinim ve konforunu da karşılayacak bir yaklaşımdır. Doğum ünitesi içinde odaların kapıları kapalı tutulmalı, giriş çıkışlarda kapılar kapatılmalıdır. Bu hem görsel hem işitsel olarak gebelerin rahatlığı için önemlidir. İster travay ister doğum odası isterse SDL odası olsun yatakların kapıya bakmaması gerekmektedir. Ayrıca kapı ile yatak arasına çekilecek bir paravan/perde ile aktif bir görsel mahremiyet sağlanacaktır. Pencere bulunan odalarda perde sisteminin bulunması ve gerektiği gibi çalışmasına dikkat edilmelidir.

Travay sırasında anne adayı kendisinin karar vereceği bir yakınına eşlik etmek üzere yanına alma hakkına sahiptir. Yakın eşliğinde doğum eyleminin ilerlemesi annenin kendini güvende hissetmesini sağlayacak bir uygulamadır. İdeal olanı anne adayına eşlik edecek yakınının doğum öncesinde belirlenmesi ve bu yakınının gebe bilgilendirme sınıflarındaki eğitimlere katılması ve burada kendisinden doğum ünitesinde bulunduğu sürede beklentilerin ve anne adayı açısından sağlayacağı yararların anlatılması ve yazılı bilgilendirme yapılmasıdır. Doğum ünitesine kabul sırasında da anne adayının yakınından beklentilerin tekrar hatırlatılması gerekmektedir. DSÖ de doğum eyleminde ve doğumda bir yakınının

bulunmasını, anne adaylarının psikososyal iyilik haline katkısı nedeniyle ve doğum sonrası anne bebek ilişkisinin sağlıklı biçimde gelişmesi ve emzirmenin sağlanması açısından yararlı olması nedeniyle önermektedir (1).

Bu amaçla doğum ünitesinde bulunan odalarda anne adayına eşlik eden yakının da temel ihtiyaçlarının gözetilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda her doğum eylemi odasında yatak olabilen bir refakatçi koltuğu bulunması gerekmektedir.

Anne dostu hastanelerin doğum ünitelerinde odalar tek kişiliktir. Doğum ünitelerindeki travay ya da SDL odalarında banyo bulunması gerekmektedir. Banyoların duş, tuvalet ve lavabo olanağı olmalı, bu olanakların çalışır durumda ve hijyen standartlarına uygun olması gerekmektedir. Odalarda bulunan banyoların sıvı sabun, tuvalet kağıdı ve kağıt havlu ihtiyacı düzenli olarak karşılanmalı ve temizlikleri düzenli olarak yapılmalıdır. Kullanım sırasında kazaları önlemeye yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Banyolarda anne adaylarının kullanımı için sunulan malzeme dışında herhangi bir malzemenin bırakılması uygun değildir. Doğum ünitesine kabul edilen anne adayları ve yakınlarına banyo ve tuvalet ünitesinin tanıtılmalıdır. Ayrıca doğum eylemi sırasında ılık duş yapmanın doğum ağrılarını azaltmada ve gevşemeyi sağlamadaki yararı anlatılmalı, anneler duş almaya teşvik edilmeli, hazırlığı olmayan anne adaylarına havlu vb. desteği sağlanmalıdır.

Travay, SDL ya da doğum odası olarak tasarlanmış odalarda yatak başı tıbbi gaz sistemlerinin olması gerekmektedir. Bu sistemlerin çalışır durumda olması ve düzenli aralıklarla kontrollerinin yapılıp, kontrol durumlarının kayıt altına alınması beklenmektedir.

Hizmetin sürekliliği esasına göre hastanelerin bütün birimlerin ihtiyaçlarını sağlayacak güçte jeneratör ve güç kaynağı olanağının olması beklenmekte, jeneratörlerin elektrik kesintisi durumunda vakit kaybetmeden güç sağlaması ve düzenli olarak bakımlarının yapılması gerekmektedir.

Anne adaylarının yakınlarının bekleyebileceği bir bekleme odasının doğum ünitesine yakın bir alanda oluşturulması beklenmektedir. Bu alanın doğum ünitelerinde verilen hizmetin özelliği nedeniyle ameliyat olan hastalar ve diğer hasta yakınlarının bekleme salonlarından ayrı olması uygun olacaktır. Bu uygulamanın anne adaylarının yakınlarının ve farklı kaygılar yaşayan hasta yakınlarının beklentilerine saygı gereği yapılması gerekmektedir. Anne adaylarının yakınlarının beklediği oda/salonlarda yeteri kadar koltuk/sandalye bulunmalı, anne adayının son durumu ile ilgili bilgilendirme yapılan bir ekran bulunmalıdır. Bekleme salonu ve odasında bulundurulacak bilgilendirme broşürleri ile yakınların da doğum ve sonrası döneme ait

bilgilendirilmeleri sağlanabilir. Hastaneler imkanları ölçüsünde oda/salonda su/çay/kahve hizmeti sunabilirler. Bilgi ekranlarından anne adaylarının durumları ile ilgili düzenli bilgi verilmesinin yanında anne dostu uygulamalar konusunda kısa film, mesaj vb. paylaşabilirler. Bu hizmet Anne Dostu Hastaneler için zorunlu kriterdir.

Doğum Ünitesi Ekipmanı

Doğum ünitelerinin doğum sürecinde gerekli ekipman ve malzemelerinin eksiksiz ve çalışır durumda olması beklenmektedir. Bu ekipmanlar başta forseps ve/veya vakum cihazı olmak üzere NST (nonstres test) cihazı ve intrauterine balondur. Ayrıca her doğum odası için bebek ısıtıcısı, bebek aspiratörü ve tartısı, laringoskop ve uygun boyutta balon-valf sistemi olması gerekmektedir. Doğum ünitelerinde gerekli ilaçların listesi Kutu 9.2. de sunulmuştur. Doğum ünitesinde gerekli ilaçların tamamının bulunması gerekliliktir.

Kutu 8.2. Doğum Üniteleri İçin Gerekli İlaçlar Listesi

Grup adı	Spesifik ilaçlar
Lokal anestezikler	
Premedikasyon ilaçları	Atropin, Diazepam, Morfin, Midamazol (Dormicum)
Analjezikler	
Antialerjikler	Dexametason, Epinefrin, Metil-Prednizolon
Antidotlar	Atropin, Kalsiyum Glukonat, Naloxan, Flumazenil (Anexate)
Antikonvulzifler	(Mg Sülfat, Diazepam, Fenobarbital, Fenitoin vb.
Antibiyotikler	
Antikoagülanlar	Heparin vb.
Kardiyotonikler ve antihipertansifler	Nifedipin kapsül, IV Hidralazin, IV Labetalol, Digoxin, Furosemid, Nitrogliserin, Na Nitroprussid, Efedrin, vb.
İV sıvılar	
Uterotonikler	Metil Ergonovin, Oksitosin, Misoprostol vb.
Tokolitikler	Nifedipin vb.

Doğum ünitelerinde acil müdahale setlerinin tam ve çalışır, ilaç malzeme listelerinin güncel ve takip edilebilir ve kısa sürede ulaşılabilir durumda olması beklenmektedir. Acil setleri

içinde ilaç ve malzeme listesinin, laringoskopun, air-way, defibrilatör, entübasyon tüpü, kendiliğinden şişen balon, ilaç ve sarf malzemesi bulunması gerekmektedir.

Doğum ünitesinde oksijen sistemi de bulunan transport kuvözünün kullanıma hazır ve çalışır durumda olması gerekmektedir.

Enfeksiyonların Önlenmesi

Doğum ünitesinde genel enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması beklenmektedir. Bu kapsamda eldiven, maske, bone ve gözlük gibi kişisel koruyucu ekipmanların yeterli sayıda ve ulaşılabilir yerde olması gerekmektedir. Doğum işleminde kullanılan alet ve malzemelerin her anne adayı için ayrı olması ve sterilizasyonunun ister fiziksel isterse kimyasal yöntemlerle olsun sağlanması gerekmektedir. Her oda girişinde veya oda içerisinde alkol bazlı antiseptik solüsyonların sağlık personelinin kullanımı için hazır ve sürekli ulaşılabilir olması gerekmektedir. Cerrahi aletler doğum ünitesinde dekontamine edilecekse bu işlem odalardan ve genel kullanım alanlarından ayrı bir yerde yapılmalıdır. Dekontaminasyon işlemi yapan sağlık personelinin bu işlemi bilmesi, işlem sırasında gerekli önlük, eldiven, maske gibi kişisel koruyucuları düzenli olarak kullanması sağlanmalıdır. Doğum ünitesinde yeteri kadar nevresim ve yastık kılıfı bulunmalı, anne adaylarının kuru ve temiz kalmasını sağlamak üzere her gerektiğinde değiştirilebilmelidir. Doğum ünitesi içinde genel atıklar, tıbbi atıklar ve enjektör uçlarının atılabildiği yeter sayıda atık kutusu bulunmalı, atıklar düzenli aralıklarla uzaklaştırılmalıdır. Odalarda bulunan tuvalet ve lavabo kapılarının dışarı doğru açılması gerekmektedir.

Hasta Güvenliği

Hastane genelinde olduğu gibi doğum ünitelerinde de düşme riskine karşı gerekli değerlendirmeler yapılmalıdır. Gebe dosyasında düşme riski değerlendirilmesi yapılması ve buna yönelik önlemlerin belirtilmesi gerekmektedir.

Anne ve bebek eşleşmesinin korunması amacıyla kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı hemen doğum sonrası takılmalı ve hastanede kaldıkları süre boyunca takılmaya devam edilmelidir.

Doğum ünitesinde anneler ve bebeklerin ayrılmaması için özel dikkat gösterilmeli, ayrılmaları gerektiğinde bebeklere mutlaka anne yakınının eşlik etmesi sağlanmalıdır.

İlaç Güvenliği

İlaç ve aşıların muhafaz edildiği buzdolaplarının sıcaklık takiplerinin düzenli olarak yapılması ve kuralına uygun şekilde kayıt altına alınması gerekmektedir.

Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların her vardiya değişiminde devirlerinin düzenli olarak yapılması ve uygulamanın kayıt altına alınması gerekmektedir.

Hekim orderları ve ebe/hemşire gözlemlerinin düzenli ve uygun olarak not edilmesi hem hastane kalite standartları açısından hem de hukuki açıdan gerekliliktir.

Anne/Bebek Bakım ve İzlemine Yönelik Düzenleme

Anne adaylarının durumları ve yapılacak müdahaleler hakkında hekim tarafından bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirme her müdahale için bir gerekliliktir. Bilgilendirmenin yapılan işlemin ne olduğu, neden gerektiği, olası sonuçları ve olası istenmeyen etkileri de içerecek biçimde yapılması gerekmektedir. Anne adaylarının bilgilendirme sonrası işlemi kabul etme, red etme ya da alternatif yöntemleri öğrenmeyi isteme hakkı vardır. Anne adayının bir işlemi red etmesi ona sunulacak hizmetin kalitesini kesinlikle etkilememelidir. Vajinal doğum, sezaryen ve anestezi işlemlerinin her biri için aydınlatılmış onam formlarının doğum ünitesinde hazır bulunması gerekmektedir. Okuma yazma bilmeyen anne adaylarına bir tanık eşliğinde onam formu okunmalı, yine Türkçe bilmeyen anne adaylarına da kendi dillerinde onam formunun tanık eşliğinde okunması sağlanmalıdır.

Tıbbi bir neden olmadıkça doğumdan sonraki ilk bir saat bebeklerin anneleri ile ten teması kurması sağlanarak emzirmeye başlama konusunda yardımcı olunmalıdır.

Annelerin doğum sonu takiplerinin T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından geliştirilen “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” ne göre yapılması beklenmektedir. Bu amaçla doğum ünitesi ve doğum servisi çalışanlarının rehber kapsamını çok iyi bilmesi, ünite ve servis hizmetlerini rehberle göre şekillendirmeleri beklenmektedir. Bu amaçla rehberin hem doğum ünitesi içinde hem de serviste her an ulaşılabilir durumda olması sağlanmalıdır.

Anne adaylarının doğum ünitesine kabullerinden itibaren ilaçlarının, hemşire ve hekim orderlarının ve günlük notlarının düzenli ve usulünce not edilmiş olması beklenmektedir. Bu uygulamaların hastane kalite standartları ve hukuksal işlemler açısından önemli olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Notlar okunaklı olmalı, saat ve tarih notu mutlaka düşülmelidir.

Doğum ünitesinde ve doğum servislerinde sağlık personelinin anne adayları ve annelerle birebir ilgilenmesi, yakınları ile de sağlıklı iletişim kurarak iş birliği yapmaları istenmektedir. Bu amaçla doğum ünitesine kabul sonrası anne adayının bakımını üstlenecek

hekim ve ebenin öncelikle kendisini tanıtmayı ve anne adayına sunacağı hizmeti açıklaması gerekmektedir.

Çalışanlara Yönelik Düzenlemeler

Doğum ünitelerinde hizmetin belirli kalitede sunulabilmesi için gerekli sayıda ebe ve hekim çalışması gerekmektedir. Bu amaçla yıllık doğum sayısı paralelinde ebe ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı sayıları ulusal kriterler çerçevesinde belirlenmiştir.

Doğum üniteleri içerisinde kadın ve erkek sağlık çalışanları için ayrı ayrı olmak üzere birer giyinme odasının tahsis edilmesi beklenmektedir.

Doğum ünitelerinde kayıtların girişini sağlamak üzere bir tıbbi sekreter bulunması istenmektedir. Bu şekilde doğum ünitesinde çalışan ebelerin kayıt işlemleri ile uğraşmalarının önlenmesi ve kendi işlerine yoğunlaşmaları sağlanmalıdır.

Doğum ünitesi çalışanlarının doğum öncesi, sırası ve sonrasını da içerecek şekilde düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim almaları beklenmektedir. Hizmet içi programda mutlaka yer alması istenen konular ise şunlardır:

- Doğum Öncesi Bakım Yönetimi
- Doğum Sonu Bakım Yönetimi
- Anne Sütü ve Emzirme
- Acil Obstetrik Bakım
- Doğum Ağrısı İle İlaçsız Başetme Yöntemleri
- Anne Dostu Hastane Uygulamaları

Yıllık olarak oluşturulan programlar içerisinde mutlaka anne dostu hastane uygulamaları ile ilgili konulara da yer verilmelidir. Yıllık hizmet içi eğitim programı yazılı olmalı ve düzenli olarak uygulanmalıdır.

Anne dostu hastanelerin doğum ünitelerinde çalışan sağlık personeli içinden en az bir hekim ve bir ebenin acil obstetrik bakım eğitimi almış olması gerekmektedir. Bu eğitimi almış olmak anne dostu hastane olmaya aday kuruluş çalışanları için zorunludur. Ayrıca doğum ünitesi çalışanlarından en az birisinin Neonatal Resusitasyon Programına (NRP) katılmış ve bu katılımın belgelemiş olması gerekmektedir.

Transfüzyon Güvenliği

Kan ve/veya kan ürünleri için güvenli kan nakli sağlanabiliyor olması Anne Dostu Hastane adaylarının sağlaması gereken bir özelliktir. Bu kapsamda hastanenin kan gruplarına

ve yıllık tüketim durumlarına göre kritik kan stok seviyelerini belirlemesi ve koruması gerekmektedir.

Acil Durumlar

Doğum ünitesine gerektiğinde yenidoğan ve erişkin için üç dakika içinde resusitasyon ekibi gelebilmesi beklenmektedir. Bu erişim süresini doğum ünitesi ekibi ve resusitasyon ekibinin birlikte uygulama yaparak garanti altına alması beklenmektedir. Ayrıca acil durumlarda hastane içerisinde bulunmayan sağlık personeline mesai dışındaki erişimin nasıl olacağı önceden bir protokol ile belirlenmeli ve bu yaklaşım hastane başhekimliği tarafından yazılı hale getirilmelidir. Doğum ünitesinde izlenen gebelerin gerektiğinde acil sezaryen hizmetine erişimi olmalı ve bu hizmet en geç 20 dakika içinde gebeye sunulabilir olmalıdır.

KAYNAKLAR

1) WHO Regional Office for Europe (2003). *Promoting Effective Perinatal Care. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*

Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu

Bu görüşme formu, hastanede yatmakta olan, taburculuğuna karar verilmiş ve canlı doğum yapmış annelerle yüz yüze görüşülerek doldurulacaktır. Bu form, Anne Dostu Hastane olma açısından değerlendirme sürecindeki hastanede normal doğum yapmış 10 (on) annenin görüşlerine göre doğum konusunda bilgili sağlık personeli tarafından doldurulacaktır. Annelerin yanıtlarına göre doldurulan formlardaki 2. Bölüm sorularının cevapları daha sonra “**Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu Özet Formu**” na aktarılarak özetlenecektir. Annelerin bu formdaki 2. Bölümde yer alan 6., 7., 12. ve 17. soruların %100’üne, toplam cevapların ise % 70’ine istenilen cevabı vermesi beklenmektedir.

Anne Bilgileri

Formun ilk bölümünde değerlendirmeye katılmayan ancak annelerin doğum ile ilgili bazı özelliklerini değerlendirmek üzere sorulan sorular yer almaktadır. Bu bölümde sorulan sorular annenin doğum yılı, okuryazar olma durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, söz konusu gebeliğinde doğum öncesi bakım alma durumu, aldıysa bu hizmeti değerlendirilen hastaneden alma durumu, doğum öncesi bakım sırasında normal doğum ve sezaryen hakkında anne adayına bilgi verilme durumu, doğum şekline karar verilirken annenin fikrinin ne kadar etkili olduğudur.

Anne Görüşleri

Bu bölümde annelere doğum ünitesine kabul edildikten sonra onunla ilgilenen sağlık personelinin (hekim, ebe) kendini tanıtip tanıtmadığı, unvanını ve sunacağı hizmeti açıklama durumu ilk soru olarak yöneltilmektedir. Bu nedenle doğum ünitesi personelinin üniteye kabul edilen annelere öncelikle kendilerini tanıtmaları, unvanlarını ve sunacakları hizmeti açıklamaları beklenmektedir. Annelerin doğum ünitesine kabul edilmelerinden taburcu oluncaya kadar geçen süre boyunca kendilerini rahat hissetmelerinin sağlanması doğum sürecinin de rahat geçmesine katkı sağlar. Bu nedenle Anne Dostu Hastane adayı kuruluşlardan hizmet alan annelere kurumda kaldıkları sürede kendilerini yeterince rahat hissetme durumları sorulmaktadır. Sakin, işinde yetkin, anne adayları ve yakınlarıyla olumlu iletişim kuran, annenin ihtiyaçlarını ve mahremiyet beklentilerini özenle karşılayan doğum ünitesi çalışanları annelerin kendilerini rahat hissetmesine yardımcı olacaktır.

Annelerin doğum ünitesine kabul edildiği andan bebeklerini kucaklarına alıncaya kadar geçen sürede doğumla ilgili gelişmelerin neler olacağı konusunda bilgilendirilmeleri ve görüşlerinin alınması onların doğum sürecinin aktif bir öznesi olmasını sağlayacaktır. Bu

bilgilendirme hasta haklarının bir parçası olduğu gibi doğum sürecinin daha rahat geçmesini sağlayacak ve sürece dair anne adaylarının aydınlanmasına da yardımcı olacaktır. Yapılan bilgilendirme aydınlatılmış doğum onam formunda okutulup imza altına alınması ile tamamlanır. Bilgilendirme işleminin doğum sonrasında da sürmesi gerekmektedir. Bu aşamada annelere lohusa ve yenidoğan bakımı, emzirme ve gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi ve beceri edindirici yaklaşımda bulunulmalıdır. Bu süreçte hem doğum ünitesi çalışanlarının hem de doğum servisi görevlilerinin kritik rolü vardır. Bu bilgi ve becerileri annelerin edinmesinin sağlanması sonraki dönemin anne ve bebek açısından sorunsuz geçmesini sağlamaya önemli katkı sunacaktır. Doğum sonrası ebe ya da hemşireler tarafından lohusa ve yenidoğan bakımı, emzirme ve gebeliği önleyici yöntem konularıyla ilgili en az bir broşür/dokümanın annelere taburculuk öncesi mutlaka verilmelidir. Sözel anlatıların kalıcılığının sağlanması açısından broşürler önemlidir. Anne Dostu Hastane adayı hastaneler kendileri broşür hazırlayabilecekleri gibi Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış broşürleri de kullanabilirler. Bu konulardaki kritik bilgilerin tek tek annelere sorularak kayıt altına alınması beklenmektedir.

Doğum ünitesindeki hekim/ebelerin; anne adayını yatıştan itibaren ve doğum sırasında güçlenmesine önemli katkı sağlayacak şekilde cesaretlendirmesi önemlidir. Anne adayının sağlık personeli tarafından saptanan doğumun ilerleyişi ve saptanan gelişmeler hakkında anlayabileceği şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşımın olup olmadığı annelere doğum sonrası görüşmede sorularak kayıt altına alınması gerekmektedir.

Doğum yaparken anne adayının mahremiyetine özen gösterilmesi gerekmektedir. Doğum işlemi ile ilgisi olmayan kişilerin odada olmamasına dikkat edilmelidir. Bu durum annelere yalnız doğum yapma durumları sorularak değerlendirilmektedir. Eğer başka kadınlar varsa bu durumun doğum ünitesi sorumluları ile görüşülerek nedeninin açıklanması istenecektir. Ancak doğumun tek kişilik ortamlarda yapılması gereği Anne Dostu Hastaneler için zorunludur. Anne adaylarının doğum ünitesinde yanlarında bir yakınının olması gereği zorunlu kriterdir. Bu olanağın annelere sağlanma durumu sorularak kayıt altına alınması beklenmektedir.

Anne adaylarına hastanede kaldıkları süre boyunca kuru ve temiz tutulma durumları sorularak kayıt altına alınmalıdır.

Anne Dostu Hastane adaylarının doğum yapmak üzere hastaneye yatmalarından itibaren annelere kaldıkları odada banyoyu kullanabilecekleri, dilerlerse duş alabileceklerini,

talepleri halinde havlu vb.nin kendilerine sağlanacağı, duş almanın ağrıları azaltıcı ve rahatlatıcı etkisinin olduğu mutlaka açıklanmalıdır. Bu uygulamadan gebe bilgilendirme sınıfına gelen anne adayları haberdar edilmeli, doğuma gelirken doğum çantasına bir banyo havlusu koymalarının kendi kişisel eşyalarını kullanabilmeleri açısından daha memnun olabilecekleri, aksi takdirde doğum ünitesinde kendilerine havlu verileceği de açıklanmalıdır. Bu açıklamanın yapılma durumu annelere görüşme sırasında sorularak kayıt altına alınmalıdır.

Anne Dostu Hastanelerin annelerin doğum ünitesinde belirlenen travay diyeti çerçevesinde yiyip içmelerine olanak sağlaması beklenmektedir. Bu durum anne adaylarına doğum ünitesine kabul sırasında açıklanmalıdır. Bu açıklamanın yapılma durumu annelere görüşme sırasında sorulup kayıt altına alınmalıdır.

Anne Dostu Hastanelerin anne adaylarının doğum ünitesine kabulleri sonrasında doğum eylemi süresince istedikleri gibi hareket etmelerine olanak sağlaması gerekmektedir. Anne adaylarına doğum ünitesine kabul edildikten sonra eylem süresince hareket edebilecekleri konusunda bilgi verilmelidir. Anne adayları ünite de oldukları sürede hareket etme konusunda ayrıca da teşvik edilmeli, hareket etmenin doğum eylemi süresini kısalttığı anlatılmalıdır. Yatmak isteyen annelere sırt üstü yatmak hariç istedikleri şekilde yatabilecekleri ve neden sırt üstü yatmaktan kaçınmaları gerektiği anlatılmalıdır. Bu bilgilendirmenin yapılma durumu annelere sorulmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Annelerin hareket edebilmesinin sağlanması Anne Dostu Hastane adaylarının sağlaması gereken zorunlu kriterdir. Annenin doğum eylemi sırasında hareket etmesini önleyecek ve kabul edilebilir tek istisna bebeğin yakın monitorizasyonunu gerektirecek açık bir endikasyon olmasıdır. Bu tür bir durum varsa kayıtlardan kontrol edilmesi gereklidir. Lavman uygulaması ya da perine tıraşı kanıta dayalı olmayan ve rahatsız edici uygulamalardır. Bu nedenle hekim tarafından gerekli görülmedikçe uygulanmamalıdır. Annelere kanıta dayalı olmayan bu uygulamaların yapılma durumu sorulmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Kristaller manevrası doğum sırasında kaçınılması gereken bir müdahaledir. Bu müdahalenin annelere sorularak yapılıp yapılmadığının saptanıp kayıt altına alınması gerekmektedir.

Doğum sürecinde doğum ağrısını azaltmaya yönelik ilaç dışı müdahalelerin yapılma durumu sorulup kayıt altına alınması gerekmektedir.

Bebeklerin doğar doğmaz annelerinin kucaklarına verilmesi gerekmektedir. Annelere bu olanağın kendilerine sağlanma durumunun sorulup kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu

uygulama mutlaka yapılması gereken zorunlu bir uygulamadır. Annenin hemen doğum sonrası bebeğini kucağına alamamasının gerekçesi kayıtlardan kontrol edilmeli ve doğum ünitesi sorumlusundan ya da Neonatal Resusitasyon programı ekibinden öğrenilerek dosyaya not düşülmelidir.

Lohusa izlemi çerçevesinde doğum sonrası belirli aralıklarla kanama kontrolü sağlık personeli tarafından doğrudan pet kontrolü yapılmalıdır. Bu kontrolün yapılma durumu anneye sorularak kayıt altına alınmalıdır.

Gebelik takipleri veya katıldı ise gebe bilgilendirme sınıfı eğitimleri sırasında doğum odası ve doğum servisi hakkında bilgi verilme durumu annelere sorularak kayıt altına alınmalıdır. Anne adaylarının doğum öncesi doğum ünitesini ve doğum servisini ziyaret etmelerinin sağlanması doğum sırasında tanıdığı bir mekâna gelmesine olanak vereceği için büyük kolaylık sağlayacaktır.

Anne Dostu Hastane adayı kurumların epizyotomisiz doğum yapılabilmesi için çaba harcamaları beklenmektedir. Epizyotomi yapılma durumu annelere sorularak kayıt altına alınmalıdır.

Anne adaylarının gerek antenatal bakımlarını sağlayan kadın hastalıkları ve doğum uzmanları gerekse aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından gebe bilgilendirme sınıflarına yönlendirilmeleri önem taşımaktadır. Anne dostu Hastane adayı kuruluşların hastanelerinin gebe bilgilendirme sınıflarını güçlendirici ve gebe bilgilendirme sınıflarına başvuruyu artırıcı müdahaleleri hayata geçirmeleri beklenmektedir. Annelerin bu kapsamda gebeliği sırasında bu hastanede (gebe bilgilendirme sınıfı, gebe okulu, doğuma hazırlık sınıfı vs.) eğitim alma durumları öğrenilerek kayıt altına alınması sağlanmalıdır.

Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Özet Formu

Bu form, annelerle yapılan görüşmelerin yanıtlarının işlendiği formdur. Değerlendirme ekibi annelerin olumlu ve olumsuz yönde verdiği yanıtları bu forma işleyecektir. Sonuçta 210 yanıtın en az 147'sinin (%70) istenen yönde olması beklenmektedir. Ayrıca zorunlu kriter olarak belirtilen koşulların da mutlaka sağlanmış olması gerekmektedir.

Sağlık Personeli Görüşme Formu

Bu görüşme formu, Anne Dostu Hastane olma açısından değerlendirme sürecindeki hastanede çalışan sağlık personeli ile yüz yüze görüşülerek doldurulur. Görüşülecek sağlık personeli; ilgili kadın hastalıkları ve doğum uzmanı (3 kişi), doğum ünitesi sorumlu ebe/hemşiresi (1 kişi), doğum ünitesinde çalışan ebeler (4 kişi) ve kadın hastalıkları ve doğum servis hemşiresi (2 kişi) olmak üzere toplam 10 kişiden oluşur. Bu form, doğum konusunda bilgili sağlık personeli tarafından doldurulmalıdır. Sağlık personelinin yanıtlarına göre doldurulan formlardaki cevaplar daha sonra **“Sağlık Personeli Anketi Özet Formu”** na aktarılarak özetlenecektir. Görüşülen personelin bu formdaki 5., 6. ve 20. soruların %100'üne, toplam cevapların ise %70'ine istenilen cevabı vermesi beklenmektedir. Başhekim yardımcısı (1 kişi) ve sağlık bakım hizmetleri müdürünün (1 kişi) ise Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterlerinin tamamını bilmesi gerekmektedir.

Bu formda antenatal bakım almak üzere gelen gebeleri hastane gebe bilgilendirme sınıfına yönlendirme durumu, gebe ve yakınlarına; gebelik ve doğumla ilgili bilgilendirme materyali/broşür verme durumu ve masasında görünür yerde bu broşürlerin bulunma durumu, hasta ve gebelerle iletişimde öncelikle kendilerini tanıtırma durumu, travaydaki gebenin yanında refakatçi kalmasına izin verme durumu, herhangi tıbbi bir kontraendikasyon yoksa travaydaki gebenin hareketinin teşviki, travaydaki gebeleri sözel olarak cesaretlendirilme, travay diyeti verilmesini sağlama, lavman, perine tıraşı gibi kanıta dayalı olmayan uygulamalardan kaçınma, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası yönetim rehberlerine göre hizmet sunma, acil obstetrik akış şemalarının yerini bilme ve söyleme, gebelere doğum analjesi konusunda bilgilendirme, doğum ağrıları ile ilaçsız başetme yöntemleri konusunda eğitim alma ve uygulama, bebek dostu hastane kriterlerinden en az birini ifade edebilme, lohusaların en az 24 saat hastanede kalmalarını sağlama, günlük gözlem notu koyma ve bu notların okunaklı olmasına dikkat etme, taburcu olan anneler için epikriz notu hazırlama ve anne dostu hastane kriterlerinden en az üçünü sıralayabilme şeklinde sorularla sağlık çalışanları değerlendirilmektedir.

Sağlık Personeli G6r6şme 6zet Formu

Bu form, sağlık personeliyle yapılan g6r6şmelerin yanıtlarının işlendiği formdur. Değerlendirme ekibi sağlık personelinin olumlu ve olumsuz y6nde verdiği yanıtları bu forma işleyecektir. Sonuç olarak toplanan yanıtların hepsi olumlu olduğunda alacağı puan 210'dur. Hastanenin yapılan değerlendirmede bu formdan en az toplamda 147 puan alması gerekmektedir. 147 puan %70 sınırını ifade etmektedir. Ayrıca zorunlu kriter olarak belirtilen koşulların da mutlaka sağlanmış olması gerekmektedir.

Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu

Anne Dostu Hastane adayı kuruluşların değerlendirmeleri sırasında bazı koşulların yerinde görülerek saptanması uygun olacaktır. Gözlemlere dayanacak bu değerlendirmede kullanılacak olan bu form değerlendirme ekibinden en az iki kişi tarafından yapılacak ortak gözlemlerin neticesinde doldurulmalıdır. Ekip üyeleri, doğrudan gözlemleyebildikleri durumlar için yanıtları işaretlemeli, şifai yanıtlar dikkate alınmamalıdır. Gözlem ile belirlenecek hizmetlerin bir kısmı aynı zamanda kayıtlar ve görüşülen kişilerin yanıtlarından da teyit edilmektedir. Özet forma geçirilirken bütün değerlendirmelerin nihai sonucuna göre karar verilmelidir. Gözlemlere dair alınacak kısa notlar değerlendirmeler için yol gösterici olduğundan önemsenmeli ve "Açıklamalar" kısmına mutlaka yazılmalıdır.

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumların hizmetlerinin kanıta dayalı ve ulusal standartlarla uyumlu olması beklenmektedir. Bu bağlamda klinik protokol, rehber ve akış şemalarının gereksinimin en fazla olduğu yerlerde personelin okuyabileceği büyüklükte ve anlaşılır şekilde hazırlanmış olması ve asılı bulunması gerekmektedir.

2. Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumların vajinal doğum, anestezi ve sezaryen doğumlar için ayrı ayrı aydınlatılmış onam formlarının bulunması beklenmektedir. Bu formların anlaşılır dille yazılmış olmasına, yazıların kolay okunur boyutta olmasına dikkat edilmelidir. Türkçe konuşamayan kadınlar için kendi dillerinde yazılmış aydınlatılmış onam formlarının bulunması, okuma yazması olmayan kadınlar için onam formlarının konuştukları dilde okunması ve sorularının cevaplanmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumların doğum ünitesi ya da doğum servisinde görevli ebe ya da hemşireler tarafından annelere doğum sonu lohusalık bakımı hakkında doğum sonrası ilk 24 saat içinde danışmanlık vermeleri ve bu hizmeti kayıt altına almaları beklenmektedir. Aynı şekilde annelere yenidoğan bakımının içeriği konusunda da danışmanlık verilmeli ve bu uygulama da uygun şekilde kayıt altına alınmalıdır. Annelere verilmesi gereken ve kesinlikle atlanmaması gereken bir diğer danışmanlık konusu da doğum sonu istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve üreme sağlığı yöntem danışmanlığıdır. Bu danışmanlık uygulaması sonrasında da gerekli kayıtlar tutulmalıdır. Bu uygulamaların kayıtları istendiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

Gebe ve yakınlarına; gebelik ve doğumla ilgili bilgilendirme materyali / broşürlerinin verilmesi sağlanmalıdır. Bu broşürler ilgili polikliniklerde, gebe bilgilendirme sınıflarında, doğum ünitesi ve servislerde yeterli çeşit ve sayıda bulunmalıdır. Broşürler, doğru ve güncel mesajlar içermeli, Bakanlık görüşlerini kapsamalı, broşür hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanmalıdır.

3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayı kurumlarda doğum sonrası ister doğum ünitesinde ister doğum servisinde bakımı sürdürülsün lohusa annelere hijyen, cinsel sağlık, üreme sağlığı yöntemi ve emzirme konularında eğitim ve danışmanlık verilmesi ve bu uygulamaların lohusa dosyalarında uygun şekilde not edilmiş olması beklenmektedir.

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumların acil obstetrik hizmetlerini yapılandırmış olmaları beklenmektedir. Bu amaçla 7/24 saat hizmet yaklaşımı bulunmalı ve acil olgulara yaklaşım konusunda Bakanlık görüşlerine uygun hastane prosedürü oluşturularak personelin erişimine sunulmalıdır.

Aday hastanelerin obstetrik, yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi servislerini oluşturmuş olmaları beklenmektedir. Jinekoloji servisi hastaları ile doğum ünitesinden doğum servisine geçen annelerin aynı odalarda kalmamalarını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

Aday hastanelerin enfeksiyon önlemeye yönelik olarak kurallarına göre çalışan bir enfeksiyon önleme birimi olmalı ve bu birimin çalışmaları yazılı bir prosedür ile tanımlanmalıdır. Bu prosedür belgelerinin incelenerek değerlendirme raporuna not düşülmesi gerekmektedir.

Kurumda güvenli kan transfüzyonu yapılma durumu aday hastane kan ünitesi ziyaret edilerek ve ünite çalışanları ile görüşülerek, kritik kan stok seviyeleri ile ilgili hesaplama tabloları incelenerek değerlendirilmelidir.

4. Mahremiyet gereksinimleri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.

Aday hastanelerin doğum ünitesi ve servisinde yataklar sağlam ve temiz, çarşaf ve şiltelerin hijyenik olması beklenmektedir. Yataktan düşmelere karşı yatak güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin her yatakta bulunması ve yatak kenarlıklarının çalışır durumda olup, yatak tespit edicilerin aktif olmaları sağlanmalıdır. Ayrıca doğum ünitesinde hijyen koşullarına uygun; yeterli sayıda, el yıkama lavabosu, tuvalet, banyo imkanı bulunmalıdır.

5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.

Anne Dostu Hastane adayları olan kurumların tıbbi endikasyon haricinde devamlı elektronik fetal izlem ya da indüksiyon uygulaması yapmamaları beklenmektedir. Bu durumu değerlendirmek üzere gebe dosyaları incelenmelidir.

6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayları olan kurumların acil, doğum ünitesi, servis ve eczane bölümleri ziyaret edilmeli ve gerekli olan ilaç listelerinin bulunma durumu kayıt altına alınmalıdır. Eczanelerin uygun kayıt sistemleri ile ilaç stoklarını takip etmeleri, başta aşılardan olmak üzere gerekli ilaçlar için soğuk zincire uyulma durumu kontrol edilmelidir. İlaçların son kullanma tarihine dikkat edilme durumları, stoktan kullanma durumu incelemesi ile değerlendirilmelidir.

Aday hastanelerde dâhiliye uzmanı, psikolog ve diyetisyen bulunması ve anne dostu hastane uygulamalarını desteklemeleri beklenmektedir.

Aday hastanelerin anne adaylarına doğum öncesi rutin olarak hemogram çalışması beklenmektedir. Bu uygulamanın yapılma durumu gebe dosyalarından ya da bilgi sistemlerinden incelenerek kayıt altına alınmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayları hastanelerin aşağıda sıralanan aletlere yeteri kadar sahip olması ve bunların çalışır durumda olmasını sağlaması beklenmektedir.

- Aydınlanma ve ısı kaynağı

- Oksijen kaynağı (santral, oksijen tüpü)

- Buzdolabı (termometreli)

- Duvar saati ve termometresi (Doğum ünitesinde her odada bulunması beklenmektedir.)

- İnkübatör, sterilizatör (Hastane sterilizasyon ünitesi ziyareti ile dekontaminasyon ve sterilizasyon işlemleri hakkında bilgi alınmalıdır.)

- Vakum, forseps cihazları

- Ultrasonografi cihazı

- Fetal monitörizasyon cihazı (Her 500 doğuma bir cihaz düşecek sayıda olmalıdır.)

Yenidoğan için resusitasyon malzemesi ve radyan ısıtıcıların bulunması gerekmektedir.

7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayları olan kurumların bir üst basamağa sevk edilen kadının ve fetüsün durumu, sevk sebebi, konsültanla görüşmeler, yapılan ve planlanan tedavileri not

ederek göndermesi ve sonrasında olgunun durumunu takip ederek not etmesi gerekmektedir. Sevk edilen gebelerle ilgili sevk bilgileri ulaşılabilir olmalıdır.

8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumların normal doğum sonrası lohusaların en az 24 saat hastanede kalmalarını sağlaması beklenmektedir. Bu süre lohusanın ve yenidoğanın bakımı, lohusalara eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulabilmesi için yapılandırılmalı ve uygulamalar kayıt altına alınmalıdır.

Sezaryen doğum sonrası ise lohusaların, en az 48 saat hastanede kalması sağlanmalıdır.

9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumun hizmet içi eğitim yıllık planında anne-bebek sağlığına yönelik konulara yer verilmesi beklenmektedir. Hizmet içi eğitim birimlerinin yıllık eğitim planlarının yazılı olması ve bu konulara yönelik oturumlar ayrılmış olması belgelenebilmelidir.

Lohusalık bakım hizmetlerinin T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” ne göre yapılandırılması ve yürütülmesi beklenmektedir.

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumun bünyesinde çalışan hekim ve diğer sağlık personelinin protokol ve rehberlere yönelik eğitime alınma durumu kontrol edilmelidir (Acil Obstetrik Bakım, Neonatal Resusitasyon programı sertifikaları vb.)

10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklarla analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumun hastaneye ait veri ve kayıtları düzenli tutulmalı, kayıtlar okunaklı olmalı, tarih ve saat zamanlı olarak not edilmiş olmalı, kayıtlarda doktor, hemşire-ebe izlem, tedavi ve durum değişiklikleri uygun şekilde not edilmelidir. Ayrıca günlük notları zamanlı olarak düşülmüş olmalı, yatış ve çıkış tanıları uygun şekilde yazılmalı, ilaçlar ve tedaviler düzgün ve açık yazılmalı, hastaneye ait belirli istatistikler konusunda toplum uygun kanallardan güncel şekilde bilgilendirilmelidir.

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu

Bu form, daha önce doldurulan formlar ve gözlemler neticesinde elde edilen verilere dayalı olarak T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Değerlendirme ekibi tarafından doldurulacaktır. Hastanenin Anne Dostu Hastane olabilmesi için her kriterden 10 üzerinden en az "7" olmak üzere ve toplamda da 100 puan üzerinden "70 puan" alması gerekmektedir.

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır. (10 puan)

1.1: Anne Dostu Hastane adayı olan kurumlarda doğum ünitesi ve doğum servislerinde hizmet veren sağlık personelinin kendini tanıtmayı gereğinden hareketle bu uygulamanın yapılma durumu "Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu" nun 1. sorusundan elde edilecek bilgi ile değerlendirilmektedir (2,5 puan). Değerlendirme ekibinin annelerle ve sağlık personeli ile yaptıkları görüşmelerde elde ettikleri verinin tutarlılık durumunu da değerlendirmesi uygun olur.

1.2: Anne adayının doğum ünitesine kabul edilmesinden itibaren doğum sürecinde kendini güvende hissetmesinin sağlanması beklenmektedir. "Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu" nun 2. Sorusu annelerin bu konudaki algısını değerlendirmeye yöneliktir (2,5 puan).

1.3: Anne Dostu Hastane adayı olan kurumlarda doğum ünitesinde klinik protokol, rehberler ve akış şemaları doğru üniteye, görülebilen bir yerde bulunmalıdır. Bu konuda "Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu" sonucu dikkate alınmalıdır (2,5 puan).

1.4: Gebelik takipleri / eğitimleri sırasında doğum odası ve doğum servisi hakkında bilgi verilme durumu "Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu" nun 19. sorusuna göre değerlendirilmektedir (2,5 puan).

2. Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. (10 puan)

2.1: Sezaryen, vajinal doğum ve anestezi için imzalı aydınlatılmış onam formu bulunması "Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu" ile tespit edilmektedir (2 puan).

2.2: Gebenin doğum ünitesine kabul edildiğinde aydınlatılmış doğum onam formu okutularak/okunarak imzalatılma durumu "Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu" nun 3. sorusu ile tespit edilmektedir (2 puan).

2.3: Gebeye doğum ünitesine kabul edildiğinden taburcu oluncaya kadar travay, doğum, lohusalık ve taburcu olma süreçleri ile ilgili olarak yeterince bilgi veriliyor olma durumu

“Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 4. sorusu ile tespit edilmektedir (2 puan).

2.4: Muayeneye/kontrole gelen gebelerin hastanenin gebe bilgilendirme sınıfına yönlendirilme durumu “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nunun 21. sorusu (1 puan) ve “Sağlık Personeli Görüşme Formu” 2. sorusu ile değerlendirilmektedir (1 puan). (Toplam 2 puan)

Değerlendirme sırasında her iki bilginin tutarlılık durumu göz önüne alınmalıdır.

2.5: Gebe ve yakınlarına; gebelik ve doğumla ilgili bilgilendirme materyali/broşür verilme durumu “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 3. sorusu (1 puan) ve Gözleme Dayalı Değerlendirme formu ile yapılmaktadır (1 puan). (Toplam 2 puan) Değerlendirme sırasında her iki bilginin tutarlılık durumu göz önüne alınmalıdır.

3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır. (10 puan)

3.1: Hastanede kadın hastalıkları ve doğum servisinde obstetrik ve jinekolojik hastalar ayrı odalarda yatırılmalıdır. Bu durum servis ziyareti sırasında obstetrik odaları ziyaret edilerek gözlenmeli ve “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na not etmelidir (5 puan).

Anne Dostu Hastane adayı olan kurumlarda lohusa için eğitim ve danışmanlık hizmeti verilme durumu, değerlendirme ekibinin gözlemleri ve anne dosyalarındaki notlara dayalı olarak “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na yazdıkları bilgilere göre değerlendirilmelidir (2 puan).

3.2: Hastanede enfeksiyon önlemeye yönelik kurallarına göre çalışan yazılı bir prosedür varsa incelenmeli ve bir örneği alınarak hastane dosyasına eklenmelidir (2 puan).

3.3: Kurumda güvenli kan transfüzyonu yapılma durumu ünite ziyaret edilerek yerinde gözlenmeli, kritik kan stok seviyesinin yazılı izlem prosedürü incelenmeli, kanların saklanma biçimi değerlendirilmelidir. Yapılan ziyaret sonucu “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na not etmelidir (3 puan).

4. Mahremiyet beklentileri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır. (10 puan)

4.1: Doğum odaları bir kadının doğum yapacağı şekilde düzenlenmelidir. Bu uygulama “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 6. sorusu ile değerlendirilecektir (2 puan). (Zorunlu Kriter)

4.2: Anne adayı travay sırasında uygun gördüğü bir yakınını yanında bulundurabilmelidir. Bu uygulama” Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri

Formu” nun 7. sorusu (0,5 puan) ve Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun (0,5puan) 5. sorusu ile değerlendirilmektedir. (Zorunlu Kriter)

4.3: Travay ve doğumda sağlık personelinin anne adayını destekliyor olma durumu “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun (1 puan) 8. sorusu ve “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun (1 puan) 7. sorusundan elde edilecektir. (Toplam 2 puan). (Zorunlu Kriter)

4.4: Doğum ünitesi personelinin travayın (Doğum sürecinin) ilerleyişi hakkında anne adayına düzenli olarak açıklama yapması beklenmektedir. Bu uygulamaya dair bilgi “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 4. sorusundan elde edilecektir (1 puan).

4.5: Doğum sürecinde anne adayının kuru ve temiz kalması sağlanmalıdır. Bu uygulamanın yapılma durumu “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 9. sorusu ile değerlendirilecektir (1 puan).

4.6: Yatakların sürekli temiz ve kullanıma hazır ve düşme riskine karşı önlemlerinin alınmış olma durumu “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” ile tespit edilmektedir. (1 puan).

4.7: Doğum ünitesinde hijyen koşullarına uygun; yeterli sayıda, el yıkama lavabosu, tuvalet, banyo imkanı olması beklenmektedir. Bu imkan “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 10. Sorusu (0,5 puan) ve değerlendirme ekibi tarafından gözleme dayalı olarak tespit edilip “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” (0,5 puan)’na kaydedilmelidir (Toplam 1 puan).

4.8: Gebe ve loğusaların kullanacağı tüm alanlarda gebe ve loğusaların transferi sırasında mahremiyet tedbirlerinin alınması beklenmektedir. “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir. (1 puan)

5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır. (10 puan)

5.1: Gebenin doğuma kadar geçen sürede belli aralıklarla enerjisi yüksek sulu gıda ile beslenmeleri sağlanmalıdır. Bu uygulama “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 11. sorusu (1 puan) ve “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 8. sorusu (0,5 puan) ile değerlendirilmektedir. Değerlendirme ekibinin her iki soru arasındaki tutarlılığa dikkat etmesi gerekir (Toplam 1,5 puan).

5.2: Travayda gebenin hareket etmesine, yürümesine izin verilmelidir. Bu uygulamanın yapılma durumu “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun (1 puan) 12. sorusu ve “Sağlık Personeli Görüşme Formunun” (1 puan) 6. sorusu ile değerlendirilecektir. Değerlendirme ekibinin her iki soru arasındaki tutarlılığa dikkat etmesi gerekir (2 puan). (Zorunlu Kriter)

5.3: Gebelerin tıbbi endikasyon haricinde devamlı elektronik fetal izleme tabii olması ve dolayısıyla hareket edememesi söz konusu mudur? Değerlendirme ekibinin travayda bulunan anne adaylarını gözlemesi ile ve izlemlerini “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na not alması ile değerlendirilmelidir (1,5 puan).

5.4: Anne adaylarına doğum ünitesine kabul sonrası rutin olarak lavman uygulanmamalıdır. Bu durumu tespit için Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun (0,5 puan) 13. Sorusu ve “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun (0,5 puan) 9. sorusuna bakılmalıdır. Değerlendirme ekibinin her iki soru arasındaki tutarlılığa dikkat etmesi gerekir. Ayrıca değerlendirme ekibinin “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” nda eczaneden doğum ünitesine çekilen aylık lavman sayısı ile aylık doğum sayısı karşılaştırılması yapılarak değerlendirilmelidir. (0,5 puan). (Toplam 1,5 puan).

5.5: Anne adaylarına doğum ünitesine kabul sonrası rutin olarak perine tıraşı yapılmamalıdır. Bu durumu tespit için “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun (0,5 puan) 14. sorusu ve “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun (0,5 puan) 10. sorusuna bakılmalıdır (1 puan).

Değerlendirme ekibinin her iki soru arasındaki tutarlılığa dikkat etmesi gerekir.

5.6: Anne adaylarına doğum esnasında rutin olarak epizyotomi uygulanmamalıdır. Bu durumu tespit için “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 20. sorusuna verilen yanıtlara bakılmalıdır (1 puan).

5.7: Anne adaylarına travay esnasında rutin olarak indüksiyon uygulanmamalıdır. Bu durumu tespit için “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” kapsamında doğum yapan kadınların dosyalarına bakılmalıdır. (1 puan).

5.8: Anne adaylarına doğum esnasında ıkınma sırasında müdahale yapılmaması beklenmektedir. Bu durumu tespit için “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 15. sorusuna bakılmalıdır (1 puan).

6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır. (10 puan)

6.1: Acil, Doğumhane, Servis, Eczane bölümlerinde gerekli olan ilaçların listelerinin bulunma durumu bu bölümler ziyaret edilerek yerinde görülmelidir. Sonuçlar “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na not edilmelidir (1 puan).

6.2: Hastanede dahiliye uzmanı olmalıdır. “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na not edilmelidir (0,5 puan).

6.3: Hastanede psikolog olmalıdır. “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na not edilmelidir (0,5 puan).

6.4: Hastanede diyetisyen olmalıdır. “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na not edilmelidir (0,5 puan).

6.5: Doğum öncesi gerekli laboratuvar tetkiklerinin (Hemogram, Biyokimya, Kan Grubu, TİT vb.) yapılma durumu “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” nda kayıtlara bakılarak tespit edilmelidir. (1 puan)

6.6: Doğum ünitesinde 24 saat boyunca ağrısız doğum isteklerini yerine getirmek üzere doğum analjezisi hakkında bilgi verilme ve imkan sağlanma durumu “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 16. sorusu (0,5 puan) ve “Sağlık Personeli Görüşme Formu” (0,5 puan) 13. sorusu ile değerlendirilmektedir (Toplam 1 puan).

6.7: Doğum ünitesinde ilaçsız ağrı giderme yöntemleriyle (Nefes teknikleri, masaj ve telkin) doğum imkanı sağlanma durumu Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 14. (2 puan) ile değerlendirilmektedir (2 puan).

6.8: Doğum ünitesinde yeni doğan için resusitasyon malzemesi bulunma durumu değerlendirme ekibinin doğum ünitesi içinde yapacağı gözlemlerle tespit edilmeli ve “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir. (1 puan).

6.9: Doğum ünitesinde yeni doğan için radyan ısıtıcı bulunma durumu değerlendirme ekibinin doğum ünitesi içinde yapacağı gözlemlerle tespit edilmeli ve “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir. (1 puan).

6.10: Her doğum odasında duvar saati bulunma durumu değerlendirme ekibinin doğum ünitesi içinde yapacağı gözlemlerle tespit edilmeli ve “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir. (0,5 puan).

6.11: Her doğum odasında bebek tartısı bulunma durumu değerlendirme ekibinin doğum ünitesi içinde yapacağı gözlemlerle tespit edilmeli ve “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir. (1 puan).

7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır. (10 puan)

7.1: Travay, doğum ve doğum sonrası hizmet sunulan birimlerde acil obstetrikle ilgili akış şemalarına kolayca ulaşabiliyor olma durumu “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 12. sorusu ile değerlendirilmelidir (5 puan).

7.2: Sevk edilen gebe ve lohusaların durumunu takip etmek için bir kayıt olma durumu kayıtlardan bakılarak “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir. (2,5 puan).

7.3: Sevk edilen hastaların takip edilme durumu “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 15. sorusu ile değerlendirilmelidir (2,5 puan).

8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır. (10 puan)

8.1: Doğum ünitesinde bebeklerin doğar doğmaz annelerine verilmesi gerekmektedir. Bu uygulamanın yapılma durumu “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 17. sorusu ile değerlendirilmektedir (2,5 puan).(Zorunlu Kriter)

8.2: Sağlık personeli Bebek Dostu Hastane kriterlerini bilmek durumundadır. Bu bilginin varlığı “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 16. Sorusu ile değerlendirilmektedir (2,5 puan).

8.3: Lohusa normal doğum sonrası en az 24 saat hastanede kalmalıdır. Bu uygulamanın yapılma durumu kayıtlardan bakılarak “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir (2 puan) ve “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 18. sorusu (1 puan) ile değerlendirilmektedir (Toplam 3 puan)

8.4: Taburcu olmadan önce anne ve bebek ilgili uzman hekimler tarafından değerlendirilmelidir. Bu uygulamanın yapılma durumu değerlendirme ekibinin doğum ünitesi içinde yapacağı gözlemlerle ve kayıtlara bakılarak tespit edilerek “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir (2 puan)

9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır. (10 puan)

9.1: Kurumun hizmet içi eğitim yıllık planında anne-bebek sağlığına yönelik konulara yer verilme durumu plana bakılarak değerlendirilmeli ve “Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu” na kaydedilmelidir (1,5 puan).

9.2: “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” kullanılma durumu “Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu” nun 18. Sorusuna (1 puan) verilen yanıtla göre dolaylı olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca değerlendirme ekibi “Gözleme Dayalı Değerlendirme” de (1 puan) yapmalıdır. Ekibin rehberi ziyaret öncesi incelemesi yararlıdır (Toplam 2 puan).

9.3: Anne Dostu Hastane adayı kurumun bünyesinde çalışan hekim ve diğer sağlık personelinin protokol ve rehberlere yönelik aldığı eğitimin kayıt altına alınması beklenmektedir. Bu eğitim değerlendirme öncesi tamamlanmış olmalı ve rehberler uygulamada kullanılmalıdır. Bu amaçla yıllık eğitim program incelenmelidir. Değerlendirme ekibi “Gözleme Dayalı Değerlendirme” formuna kaydedilmelidir. (1,5 puan).

9.4: Doktor, ebe/hemşirelerin Anne Dostu Hastane kriterlerini sayabiliyor olması gerekmektedir. Bu amaçla “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 20. sorusuna bakılmalıdır (Zorunlu kriter) (2 puan).

9.5: Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetlerde Bakanlık tarafından geliştirilmiş rehberlerin kullanılıyor olması gerekir. Rehberler her an erişilebilir durumda ve personelin görüş alanı içinde bir konumda bulunmalıdır. “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 11. sorusu ile incelenmektedir (1,5 puan).

9.6: Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve ebe/hemşirelerin Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimine katılmış olma durumu “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 1. Sorusu ile incelenmektedir (1,5 puan).

10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklara analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır. (10 puan)

10.1: doğum kayıtlarında tarih ve saat belirtilmiş olması gerekmektedir. Bununla ilgili olarak kayıtlar “Gözleme Dayalı Değerlendirme” formuna kaydedilmelidir. (1 puan)

10.2: Kayıtlarda doktor, hemşire-ebe izlem, tedavi ve durum değişiklikleri uygun şekilde not edilmelidir. Bu bilgiyi edinmek amacıyla dosyalarda inceleme yapmak uygun olacaktır. Gözleme Dayalı Değerlendirme” formuna kaydedilmelidir. (1 puan)

10.3: Kullanılan ilaçlar ve tedavilerin düzgün ve açık bir şekilde yazılması gerekmektedir. Bu bilgiyi edinmek amacıyla gözlemler “Gözleme Dayalı Değerlendirme” formuna kaydedilmelidir. (1 puan)

10.4: Günlük gebe/lohusa gözlemleri düzenli ve okunaklı bir şekilde not edilmelidir. Bu uygulamanın yapılma durumu “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 19. Sorusu ile değerlendirilecektir (2 puan).

10.5: Hasta yakınlarına hastanın muayenesi, tedavisi ve tavsiyeleri içeren bilgi notunun (epikriz) taburcu olurken verilmesi beklenmektedir. Bu uygulamanın yapılma durumu “Sağlık Personeli Görüşme Formu” nun 20. Sorusu ile değerlendirilecektir (1 puan).

10.6: Hastaneye ait belirli istatistikler konusunda toplumun bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Bu amaçla hastane web sayfasını kullanmak uygun bir yoldur. Hastanenin web sayfasında hastanenin bir önceki yıla ait doğum istatistiklerinin bulunması yanında doğum ünitesi, personeli ve sunulan hizmetler konusunda bilgi verilmesi beklenmektedir. Bu bilgiyi edinmek amacıyla gözlemler “Gözleme Dayalı Değerlendirme” formuna kaydedilmelidir. (1 puan)

10.7: Hastane personelinin tamamının Hastane Gebe Bilgilendirme Sınıfının nerede olduğunu biliyor olması gerekmektedir. “Gözleme Dayalı Değerlendirme” formunu dolduran değerlendirmeciler tarafından güvenlik görevlisi, hasta danışma birimi görevlisine sorulur. (1 puan)

10.8: Değerlendirmeciler diyetisyene “Travay diyeti nedir? Örnek bir diyet listesi gösterir misiniz?” Sorularını yönelterek açıklamasını ve uygulamada olan diyet listesini değerlendirerek “Gözleme Dayalı Değerlendirme” formuna kaydetmelidir. Ayrıca travay diyetini alarak değerlendirme dosyasına eklemelidir. (1 puan)

10.9: Değerlendirmeciler gebe bilgilendirme sınıfı sorumlusuna Gebe Bilgilendirme Sınıfında geçirilen aya ait katılım belgesi alan gebe sayısı ve çalışma planını sorarak eğitimlerle ilgili broşür hazırlayıp hazırlamadığını sorgulamalıdır. Ayrıca broşürlerin birer örneğini alarak değerlendirme dosyasına eklemelidir. Bu gözlemleri “Gözleme Dayalı Değerlendirme” formuna aktarmalıdır. (1 puan)

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu

Bu form, değerlendirilen kuruluşun değerlendirmede kullanılan formlardan aldıkları puanların ve değerlendirme kanaatinin yer aldığı formdur. T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Değerlendirme ekibi tarafından tüm formlar doldurulup analizleri yapıldıktan sonra oluşturulur. Oluşturulan rapor iki nüsha halinde hazırlanıp; bir nüshası hastane yönetimine sunmak üzere, diğer nüshasını ise hastanenin değerlendirme dosyasına koymak üzere tüm ekip üyeleri tarafından imzalanır.

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri

Bu form, T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Değerlendirme ekibi tarafından değerlendirilen hastanenin "ANNE DOSTU" niteliğinin geliştirilmesine yönelik olarak ulusal kriterlere göre hazırlanır. Öneriler oluşturulurken değerlendirmede kullanılan formlarda hastanenin puan alamadığı maddeler, gözlemler ve kayıtların değerlendirilmesinde ekip üyelerinin gözlemleri ve kayıtlarda karşılaşılan durumlar göz önünde bulundurulur. Oluşturulan rapor iki nüsha halinde hazırlanıp; bir nüshasını hastane yönetimine sunmak üzere, diğer nüshasını ise hastanenin değerlendirme dosyasına koymak üzere tüm ekip üyeleri tarafından imzalanır.

Bu form, unvan alan hastanelerin devam eden değerlendirmelerinde üzerinde önemle durulması gereken formdur. Tekrar değerlendirmelerinde ilk değerlendirme veya önceki yapılan değerlendirme sonucunda verilen önerilerin dikkate alınıp geręekleřtirilme durumu sorgulanarak gelişmeler kaydedilir.

Formlar

Form 1- Hastane Bilgi Formu

Form 2- Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme Ve İzleme Formu

Form 3- Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu

Form 4- Sağlık Personeli Görüşme Formu

Form 5- Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu

Form 6- Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu

Form 7 -Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu

Form 8- Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri

Form-1

Hastane Bilgi Formu

Tarih:..../..../.....

Hastane Bilgileri				
Hastane Adı:				
Adresi:				
Hastane Başhekimin Adı Soyadı:			Tel:	
			Faks:	
			e-Posta:	
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürünün Adı Soyadı:			Tel:	
			Faks:	
			e-Posta:	
Hastanenin Tipi:	<input type="checkbox"/> Devlet	<input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> Özel	<input type="checkbox"/> Diğer
Toplam Yatak Sayısı:				
Hastane Grubu:				
Kadın Doğum Servisi Toplam Yatak Sayısı:				
Doğum Ünitesi Toplam Yatak Sayısı:				
Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Yatak Sayısı / Düzeyi:				
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Yatak Sayısı /Düzeyi:				
Toplam Aktif Çalışan Personel Sayıları				
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı:				
Yenidoğan/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı:				
Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı:				
Genel Cerrahi Uzmanı:				
Dahiliye Uzmanı:				
Ebe Doğum Ünitesi/Doğum Servisi/Toplam:				
Hemşire Doğum Servisi/Toplam:				
Sağlık Memuru:				
Tıbbi Sekreter:				
Psikolog:				
Diyetisyen:				
İstatistiksel Bilgiler (Biten son bir yıla ait)				
Toplam doğum sayısı:				
Normal doğum sayısı/ oranı (Yüzde):				
(Normal doğum sayısı/Toplam doğum sayısı X 100)				

Toplam sezaryen sayısı/oranı (Yüzde): (Toplam sezaryen sayısı/Toplam doğum sayısı X 100)					
Primer sezaryen sayısı/oranı (Yüzde): (Primer sezaryen sayısı/Toplam doğum sayısı X 100)					
Gebe bilgilendirme sınıfına katılan ve katılım belgesi verilen gebe sayısı/oranı (Yüzde): (katılım belgesi verilen gebe sayısı /Toplam izlenen gebe sayısı X 100)					
Hastanede kadrolu ve aktif çalışan kadın hastalıkları ve doğum, anestezi ve çocuk uzmanı var mı? (üçü de olmalı)		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Bebek Dostu Hastane Unvanı almış mı? (Bebek dostu hastane mevzuatına göre güncel değerlendirilmesinin yapılmış olması gerekir)		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Gebe Bilgilendirme Sınıfı var mı?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Gebenin en geç 20 dakika içinde acil sezaryene alına bilineceği, doğum odalarına yakın, ulaşılabilir ve 24 saat hizmet verebilen bir ameliyathane var mı?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Kritik kan stok seviyesi belirlenmiş mi, belirlenen seviye korunuyor mu?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Doğum yapacak gebenin yanında istediği uygun bir kişinin kalmasına izin veriliyor mu?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Travay izlemi tek kişilik odada yapılıyor mu?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Doğum tek kişilik odada yapılıyor mu?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Oksijen sistemi olan transport küvözü var mı?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Gebe yakınlarına özel ayrı bekleme odası/salonu var mı?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Bakanlıkça düzenlenen acil obstetrik bakım eğitimi almış en az 1 doktor ve 1 ebe var mı?		EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>		
Hastane yıllık doğum sayısına göre en az aşağıdaki kriterleri karşılıyor mu?					
Doğum Sayısı	Doğum Odası Sayısı	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Sayısı	Ebe Sayısı		
1-499	2	1	6	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
500-999	3	2	8	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
1.000-1.999	4	3	10	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
2.000-3.999	6	4	12	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
4.000-5.999	8	5	16	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
6.000-7.999	11	6	22	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
8.000-9.999	13	7	26	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
10.000-11.999	16	8	32	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
12.000 ve üstü	Her artan 750 doğum için +1 oda	Her artan 1500 doğum için + 1 KDU	Her artan 750 doğum için + 2 Ebe	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>

Form-2**Doğum Ünitesi Standartlarını Değerlendirme ve İzleme Formu**

Açıklama: Bu formda kurumun doğum ünitesinin standartları değerlendirilmektedir. Anne Dostu Hastane olabilmek için, formda yer alan sorulara verilen yanıtlarda **“Zorunlu Kriter”**in tamamının karşılanması ve tüm sorulardan en az 70 puan alınması gerek koşuldur.

KURUM BİLGİLERİ

Kurumun Adı

:

Formun Doldurulma Tarihi

:

Değerlendirme/İzleme Aşaması

:

1. Değerlendirme

2.'inci İzlem

3. Diğer.....

Değerlendirme/ İzleme Yapan
Görevlilerin Adı-Soyadı

:

1.

2.

3.

4.

5.

No	Sorular	Yanıtlar		Puan
1.	Fiziki Durum (30)			
1.1	Doğum ünitesi ilgisi olmayan kişilerin ünite içerisinden geçmesini engelleyecek şekilde tasarlanmış mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
1.2	Doğum odası, KDU ve ebe sayısı en az aşağıdaki tabloda belirtilen sayılarda mı? (Zorunlu Kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	6
	Doğum Sayısı	En az Doğum Odası Sayısı	En az KDUz. Sayısı	En az Ebe Sayısı
	1-499	2	1	6
	500-999	3	2	8
	1.000-1.999	4	3	10
	2.000-3.999	6	4	12
	4.000-5.999	8	5	16
	6.000-7.999	11	6	22
	8.000-9.999	13	7	26
	10.000-11.999	16	8	32
	12.000 ve üstü	Her artan 750 doğum için +1 oda	Her artan 1500 doğum için + 1 KDU	Her artan 750 doğum için + 2 Ebe
1.3	Doğum odalarında gebelerin mahremiyetini sağlamaya yönelik aktif kullanılan düzenlemeler var mı? ¹	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	3
1.4	Anne adayı travay sırasında istediği uygun bir kişiyi yanında bulundurabiliyor mu? (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	5
1.5	Doğum odalarında refakatçi için koltuk bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
1.6	Travay ve doğum işlemi tek kişilik odada yapılıyor mu? (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	5
1.7	Doğum odasında kişisel kullanıma yönelik mahremiyete uyumlu, kolay ulaşılabilen lavabo, tuvalet ve duş var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
1.8	Her doğum odasındaki lavaboda			
	1) Sıvı sabun var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	0,5
	2) Kâğıt havlu var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	0,5
1.9	Doğum odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemi bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
1.10	Kurumda elektrik kesildiğinde, jeneratör ve güç kaynağı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
1.11	Gebe yakınlarına özel ayrı bekleme odası/salonu var mı? (Son durumu hakkında bilgilendirme yapılan ekran vs., koltuk ve/veya sandalyelerin olduğu, doğumhaneye yakın) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2

¹Oda kapısı açıldığında doğum yatağının tam karşıda görünmemesi, doğum odalarının sadece paravan ve perdeyle değil ses açısından da izolasyonun sağlanması gerekmektedir.

2.	Doğum Ünitesi Ekipmanı (9)			
2.1	Doğum ünitesinde doğum süreci için gerekli ekipman var mı ² ?			4
2.1.1	Her doğum ünitesinde (çalışır ya da kullanılabilir, bakımları düzenli yapılan ve steril)			
	1) Forseps veya vakum	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	2) NST cihazı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	3) İntrauterin balon	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	4) Varis çorabı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
2.1.2	Her doğum odasında; (çalışır durumda, bakımları düzenli yapılan ve steril) (Zorunlu kriter)			
	1) Bebek ısıtıcısı (Warmer)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	2) Bebek aspiratörü	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	3) Uygun boyutta balon-valf maske sistemi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
2.2	Doğum Ünitesinde bulunması gereken ilaçlar ³			2
	Lokal anestezikler (Lidokain, Prilokain)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Premedikasyon ilaçları (Atropin, Diazepam, Morfin, Midazolam)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Analjezikler	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Antialerjikler (Deksametazon, Epinefrin, Metil-Prednizolon,)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Antihistaminik			
	Antidotlar (Atropin, Kalsiyum Glukonat, Nalokson, Flumazenil)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Antikonvulzifler (Mg Sülfat, Diazepam, Fenitoin)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Antibiyotikler	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Unfraksiyone heparin	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Traneksamik asit	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Kardiyotonik ve antihipertansifler (Nifedipin kapsül, IV Hidralazin, IV Labetolol, Digoksin, Furosemid, Nitrogliserin, Na Nitroprussid, Efedrin, Amiodorone, Noradrenalin)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	İV sıvılar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Uterotonik (Metil Ergonovin, Oksitosin, Misoprostol)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Tokolitikler (Nifedipin)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

² Tüm ekipmanları sağladığı takdirde 4 puan alabilecektir.

³ Tüm ilaçları sağladığı takdirde 2 puan alabilecektir.

2.2.1	Hastane Eczanesinde bulunması gereken ilaçlar;			
	Fibrinojen	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	Düşük molekül ağırlıklı heparin	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
2.3	Doğum ünitesi içinde yetişkin ve yenidoğan için acil müdahale seti var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
2.4	Doğum ünitesinde oksijen sistemi olan transport küvözü var mı? (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
3.	Enfeksiyonların Önlenmesi (11)			
3.1	Kişisel koruyucu ekipman kullanılıyor mu? ⁴	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	3
3.2	Doğumda kullanılan aletler ve malzemelerin sterilizasyonu sağlanmış mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
3.3	Oda girişinde veya oda içinde alkol bazlı el antiseptik solüsyonları var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
3.4	Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
3.5	Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfları yıpranmamış, temiz ve ütülü mü?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
3.6	Çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı her kirlendiğinde değiştiriliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
3.7	Doğum ünitesinde uygun atık kutuları var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
4.	Anne Bebek Güvenliği (3)			
4.1	Düşme riskine karşı genel önlemler alınıyor mu? ⁵	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
4.2	Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
4.3	Hastanede yıllık pembe kod tatbikatı yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
5.	İlaç Güvenliği (4)			
5.1	İlaç ve aşıların muhafaza edildiği buzdolapların sıcaklık takipleri yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
5.2	Synpitan buzdolabında 2-8 C derecede muhafaza ediliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
5.3	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1

⁴Maske, bone, önlük, eldiven, gözlük

⁵Gebe dosyasında düşme riski değerlendirilmesi yapılması ve buna yönelik önlemlerin belirtilmesi gerekmektedir.

6. Anne/Bebek Bakım ve İzlemine Yönelik Düzenleme (22)				
6.1	Sezaryen ve vajinal doğum için aydınlatılmış onam formu var mı ve kuralına uygun doldurulmuş mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
6.2	Doğum ağrısıyla ilaçsız baş etmeye yönelik bir uygulama yapılıyor mu? (Masaj, telkin, nefes egzersizi, ılık duş, müzik terapi vb.)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	4
6.3	İsteyen gebelere epidural analjezi sağlanabiliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
6.4	Doğum sonrası anne bebek beraber kalabiliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
6.5	Doğum sonrası hemen bebeklerin anneleriyle tensel temasta bulunmaları sağlanıyor mu? (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
6.6	Doğumu takiben anne ve bebeğin en az 1 saat boyunca ten teması sağlanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
6.7	Annelere ilk bir saat içerisinde bebeklerini emzirmeye başlamaları için sağlık personeline yardım ediliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
6.8	Annenin takibi "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi"ne göre yapılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	4
6.9	Tüm kayıtlar tarih ve saatine uygun düzenli tutulmuş mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	3
	1) Ebe gözlemi, partograf ve bakım planı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	2) Doktor talimatları (order)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	3) Günlük gelişme (progres) notları	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
7. Çalışanlara Yönelik Düzenleme (8)				
7.1	Doğum Ünitesi girişinde çalışanlar için giyinme odası bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
7.2	Kayıtları girecek sekreter bulunuyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
7.3	Doğum ünitesi çalışanları düzenli aralıklarla aşağıdaki konularda hizmet içi eğitim alıyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	3
	1. Doğum öncesi bakım yönetimi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	2. Doğum sonu bakım yönetimi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	3. Anne sütü ve emzirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	4. Acil obstetrik bakım	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	5. Doğum ağrısı ile ilaçsız başetme yöntemleri	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
	6. Anne dostu hastane	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	

7.4	Bakanlıkça düzenlenen acil obstetrik bakım eğitimi almış en az bir doktor, bir ebe var mı? (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
8.	Transfüzyon Güvenliği (5)			
8.1	Kan ve/veya kan ürünleri için güvenli kan nakli sağlanabiliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	3
8.2	Belirlenmiş kritik kan stok seviyesi korunuyor mu (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
9.	Acil Durumlar (8)			
9.1	Yenidoğan ve erişkin için 3 dakika içinde resusitasyon ekibi gelebiliyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
9.2	Acil durumlarda sağlık personeline mesai dışındaki erişimin nasıl olacağı önceden belirlenmiş mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
9.3	Gebe en geç 20 dakika içinde acil sezaryene alınabiliyor mu? (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	4
Toplam				100,0

Form-3**Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu**

Açıklama: Bu görüşme formu, hastanede yatmakta olan, taburculuğuna karar verilmiş ve canlı doğum yapmış annelerle yüz yüze görüşülerek doldurulacaktır. Bu form, Anne Dostu Hastane olma açısından değerlendirme sürecindeki hastanede normal doğum yapmış 10 annenin görüşlerine göre doğum konusunda bilgili sağlık personeli tarafından doldurulacaktır. Hastanede yatan 10 anne olmadığı takdirde, son bir ay içerisinde doğum yapmış annelerin listesi değerlendirme ekibine sunulacaktır. Değerlendirme ekibi tarafından görüşülecek kişi planlaması yapılacaktır. Annelerin yanıtlarına göre doldurulan formlardaki ikinci bölüm sorularının cevapları daha sonra **“Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu Özet Formu”** na aktarılarak özetlenecektir. Annelerin bu formdaki ikinci bölümde yer alan 6. 12. ve 17. soruların %100'üne, toplam cevapların ise %70'ine istenilen cevabı vermesi beklenmektedir.

1. Bölüm			
Anne Bilgileri			
No	Sorular	Yanıtlar	
1.	Annenin doğum yılı :		
2.	Anne okuryazar mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
2.	Gebelik sayısı :		
3.	Doğum sayısı :		
4.	Bu gebeliğinde doğum öncesi bakım aldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
5.	Doğum öncesi bakım aldıysa bu hastanede mi aldı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.	Doğum öncesi bakım sırasında normal doğum ve sezaryen doğum konusunda bilgilendirildi mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
7.	Doğum şekline karar verilirken anne adayları olarak fikri ne kadar etkili oldu?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Az <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Tam

2. Bölüm

Anne Görüşleri

No	Sorular	Yanıtlar	
1.	Sizinle ilgilenen sağlık personeli kendini tanıtip ismini, unvanını ve anne adayı olarak size sunacağı hizmeti açıkladı mı? (1.1)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
2.	Doğum nedeniyle hastanede olduğunuz süre boyunca kendinizi güvende hissettiniz mi? (1.2)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
3.	Doğum ünitesine kabul edildiğinizde aydınlatılmış doğum onam formu okutularak/okunarak imzalatıldı mı? (2.2)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
4.	Doğum ünitesine kabul edildiğinizden taburcu oluncaya kadar doğuma kadar olan takip, doğum, lohusalık ve taburcu olma süreçleri ile ilgili olarak yeterince bilgilendirildiğinizi düşünüyor musunuz? (2.3, 4.4)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
5.	Taburcu olurken size lohusa ve yenidoğan bakımı, emzirme, gebeliği önleyici yöntemler hakkında broşür/doküman verildi mi? (2.5)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.	Doğumunuzu tek kişilik odada mı yaptınız ⁶ ?(4.1) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
7.	Doğum başlayıncaya kadar uygun gördüğünüz bir yakınınızın size eşlik etmesine izin verildi mi? (4.2) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
8.	Doğum ünitesine kabul edildiğinizden taburcu oluncaya kadar sağlık personelinin sizi yeterince desteklediğini düşünüyor musunuz (4.3)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
9.	Doğum yapmak üzere hastaneye yattığınız andan itibaren giysilerinizin ve yatağınızın kuru ve temiz kalması sağlandı mı? (4.5)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.	Doğum ünitesine kabul edildiğinizden taburcu oluncaya kadar olan süreçte size dış almanın yararları hakkında bilgi verilip dış alma imkânı sağlandı mı? (4.7)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
11.	Doğuma kadar geçen sürede belli aralıklarla enerjisi yüksek sulu gıda almanıza izin verildi mi? (5.1)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

⁶ Bu soruya “Hayır” işaretlemesi yapıldığı takdirde gerekçesi doğumhane sorumlularından öğrenilecektir.

12.	Doğum yapmak üzere hastaneye yattığınız süreçte hareket etmeniz ve yürümeniz teşvik edildi mi? ⁷ (5.2) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
13.	Doğum yapmak üzere hastaneye yattığınızda bağırsaklarınızı boşaltmak için lavman yapıldı mı? (5.4)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
14.	Doğum öncesinde hastane personeli tarafından size etek tıraşı yapıldı mı? (5.5)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
15.	Doğum sırasında ıkınırken karnınıza bastırma vb gibi yollarla size müdahale edildi mi? (5.8)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
16.	Doğum ağrınızı azaltmaya yönelik tıbbi bir uygulama yapıldı mı? (6.6)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
17.	Bebeğiniz doğar doğmaz kucağınıza verildi mi? ⁸ (8.1) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
18.	Doğumdan sonra kanama kontrolünüz nasıl yapıldı? (9.2) (Doğum bitiminde masa yatağa çevrildi mi? Hem doğum odasında hem serviste kanama kontrolünüze ped takibi ile devam edildi mi?)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
19.	Doğumdan önce doğum ünitesi ve doğum servisini ziyaret ettiniz mi? (1.4)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
20.	Dikişiniz var mı? (5.6)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
21.	Gebeliğiniz sırasında bu hastanedeki gebe bilgilendirme sınıfında eğitim aldınız mı? (2.4)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

⁷ Bu soruya “**Hayır**” işaretlemesi yapıldığı takdirde gerekçesi doğumhane sorumlularından öğrenilecektir. Kabul edilebilir gerekçeler: Bebeğin yakın monitörize edilmesi gereken durumlardır.

⁸ Bu soruya “**Hayır**” işaretlemesi yapıldığı takdirde gerekçesi doğumhane sorumlusu/NRP Ekibinden öğrenilecektir.

Form 3-1**Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu Özeti**

	Anket Uygulanan Anneler										Toplam	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Yanıtlar	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6-Z											
	7-Z											
	8											
	9											
	10											
	11											
	12-Z											
	13											
	14											
	15											
	16											
	17-Z											
	18											
	19											
	20											
	21											
Toplam ¹												

¹ İstenilen cevap sayılarının kümülatif toplamıdır. Toplam cevapların %70'i istenilen cevaplardan oluşmalıdır.

Cevap Anahtarı

Soru	Beklenen yanıt
1	EVET
2	EVET
3	EVET
4	EVET
5	EVET
6	EVET (ZORUNLU KRİTER)
7	EVET (ZORUNLU KRİTER)
8	EVET
9	EVET
10	EVET
11	EVET
12	EVET (ZORUNLU KRİTER)
13	HAYIR
14	HAYIR
15	HAYIR
16	EVET
17	EVET (ZORUNLU KRİTER)
18	EVET
19	EVET
20	HAYIR
21	HAYIR

İstenen Yanıtların Toplamı x 70 = %...

100

Form-4

Sağlık Personeli Görüşme Formu

Açıklama: Bu görüşme formu, Anne Dostu Hastane olma açısından değerlendirme sürecindeki hastanede çalışan sağlık personeli ile yüz yüze görüşülerek doldurulur. Görüşülecek sağlık personeli; ilgili üç kadın doğum uzmanı, doğum ünitesi sorumlu ebe/hemşiresi, dört doğum ünitesinde çalışan ebe ve iki kadın doğum servis hemşiresi olmak üzere toplam 10 kişiden oluşur. Bu form, doğum konusunda bilgili sağlık personeli tarafından doldurulmalıdır. Sağlık personelinin yanıtlarına göre doldurulan formlardaki cevaplar daha sonra “Sağlık Personeli Anketi Özet Formu” na aktarılarak özetlenecektir.

Not: Başhekim yardımcısı ve sağlık bakım hizmetleri müdürünün ise Anne Dostu Hastane Kriterleri’ni sayması istenecektir.

No	Sorular	Yanıtlar	
1.	Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi’ne katıldınız mı (ebe, hemşireler ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanları için)? (9.6)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
2.	İzleme gelen gebeleri düzenli olarak hastaneniz gebe bilgilendirme sınıfına yönlendiriyor musunuz? (2.4)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
3.	Gebe ve yakınlarına; gebelik ve doğumla ilgili bilgilendirme broşürlerini düzenli olarak veriyor musunuz? (2.5)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
4.	Başvuran gebelerinize izlem sürecinin başında kendinizi tanıtıyor, unvanınızı ve sunacağınız hizmetin kapsamını açıklıyor musunuz? (1.1)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
5.	Travaydaki gebelerin yanında uygun gördüğü bir yakının kalmasına izin veriyor musunuz? (4.2) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.	Herhangi bir tıbbi kontraendikasyon yoksa travaydaki gebenin hareket etmesini teşvik ediyor musunuz? (5.2) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
7.	Travaydaki gebeleri cesaretlendirip bu süreçte güçlenmelerini destekliyor musunuz? (4.3)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
8.	Travayda gebelerin belli aralıklarla enerjisi yüksek sulu gıda almasına izin veriyor musunuz? (5.1)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
9.	Rutin olarak travaydaki gebeye lavman uyguluyor musunuz? (5.4)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.	Rutin olarak travaydaki gebeye perine tıraşı uyguluyor musunuz? (5.5)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

No	Sorular	Yanıtlar	
11.	Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetlerde T.C. Sağlık Bakanlığı hizmet standartlarını içeren aşağıdaki rehberlere göre bakım ve yönetim hizmeti sunuyor musunuz? (9.5)		
	1. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	2. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	3. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
	4. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
12.	Travay, doğum ve doğum sonrası hizmet sunulan birimlerde acil obstetrikle ilgili akış şemalarına kolayca ulaşabiliyor musunuz? (7.1)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
13.	Gebelere doğum analjezisi konusunda bilgi veriyor musunuz? (6.6)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
14.	Doğum ağrılarıyla ilaçsız baş etme yöntemlerini rutin olarak uyguluyor musunuz? (6.7)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
15.	Sevk ettiğiniz hastaların durumunu takip ediyor musunuz? (7.3)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
16.	Bebek dostu hastane "Başarılı Emzirmede 11 Adım" kriterlerinden üç tanesini söyler misiniz? ² (8.2)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Hastaneler İçin Başarılı Emzirmede 11 Adım Kriterleri			
	1. Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika hazırlanmalı ve bu düzenli aralıklarla tüm sağlık personelinin bilgisine sunulmalıdır.		<input type="checkbox"/>
	2. Tüm sağlık personeli bu politika doğrultusunda eğitilmelidir.		<input type="checkbox"/>
	3. Hamile kadınlar, emzirmenin yararları ve yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir.		<input type="checkbox"/>
	4. Doğumdan sonraki ilk bir saat bebeklerin anneleri ile ten teması kurması sağlanarak emzirmeye başlama konusunda yardımcı olunmalıdır.		<input type="checkbox"/>
	5. Annelere, emzirmenin nasıl olacağı ve bebeklerinden ayrı kaldıkları durumlarda sütün salgılanmasını nasıl sürdürebilecekleri gösterilmelidir.		<input type="checkbox"/>
	6. Tıbben gerekli görülmedikçe, yenidoğanlara anne sütünden başka yiyecek, içecek önerilmemelidir. İlk 6 ay sadece anne sütü verilmesi devamında ise uygun tamamlayıcı beslenme ile beraber emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar sürdürülmesi konusunda aileler bilgilendirilmelidir.		<input type="checkbox"/>
	7. Anne ile bebeğin 24 saat beraber kalmalarını sağlayacak bir uygulama benimsenmelidir.		<input type="checkbox"/>
	8. Bebeğin her isteyişinde emzirilmesi teşvik edilmelidir.		<input type="checkbox"/>
	9. Emzirilen bebeklere yalancı meme veya emzik türünden herhangi bir şey verilmemelidir.		<input type="checkbox"/>
	10. Anneler, taburcu olduktan sonra da emzirmeye devam edebilmeleri, karşılaşılabilecekleri sorunları çözebilmeleri açısından başvurabilecekleri sağlık kuruluşları ve bölgelerinde varsa anne destek grupları hakkında bilgilendirilmelidirler.		<input type="checkbox"/>
	11. Kurumun tüm birimlerinde bebek formüllerinin pazarlanması ile ilgili uluslararası yasa benimsenmiş ve uygulanıyor olmalıdır.		<input type="checkbox"/>

² Bebek Dostu Hastane "Başarılı Emzirmede 11 Adım" kriterlerinden üç tanesini söylediğinde cevap doğru kabul edilecektir.

No	Sorular	Yanıtlar	
17.	Rutin olarak lohusalarınızı normal doğum sonrası en az 24 saat hastanede tutuyor musunuz? (8.3)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
18.	Günlük hasta gözlemlerinizi düzenli ve okunaklı bir şekilde not ediyor musunuz? (10.4)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
19.	Rutin olarak taburcu olurken gebeye/anneye ya da yakınlarına yapılan muayeneler, tedaviler ve tavsiyeler ile ilgili bilgileri içeren bilgi notunu (epikriz) veriyor musunuz? (10.5)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
20.	Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri nelerdir ³ ? (Zorunlu kriter) (9.4)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Anne Dostu Hastane Kriterleri (10 Adım)			
	1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.		<input type="checkbox"/>
	2. Verilen hizmet, gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası bakım ve danışmanlık hizmetlerini kapsamalıdır.		<input type="checkbox"/>
	3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmeti verilen ortamlar ulusal standartlara uygun hazırlanmalıdır.		<input type="checkbox"/>
	4. Mahremiyet beklentileri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.		<input type="checkbox"/>
	5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.		<input type="checkbox"/>
	6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.		<input type="checkbox"/>
	7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.		<input type="checkbox"/>
	8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.		<input type="checkbox"/>
	9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik aktiviteler planlanmalı ve uygulanmalıdır.		<input type="checkbox"/>
	10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklara analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.		<input type="checkbox"/>
21.	Anne Dostu Hastane Personel Eğitimi aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

³ Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterlerinin tamamını söylediğinde cevap doğru kabul edilecektir.

Sağlık Personeli Görüşme Formu Özet

	Anket Uygulanan Sağlık Personeli										Toplam
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1											
2											
3											
4											
5-Z											
6-Z											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20-Z											
21											
	Toplam⁴										

⁴ İstenilen cevap sayılarının kümülatif toplamıdır. Toplam cevapların %70'i istenilen cevaplardan oluşmalıdır.

Cevap Anahtarı

Soru	Beklenen yanıt
1	EVET
2	EVET
3	EVET
4	EVET
5	EVET (ZORUNLU KRİTER)
6	EVET (ZORUNLU KRİTER)
7	EVET
8	EVET
9	HAYIR
10	HAYIR
11	EVET
12	EVET
13	EVET
14	EVET
15	EVET
16	EVET
17	EVET
18	EVET
19	EVET
20	EVET (ZORUNLU KRİTER)
21	EVET

İstenen Yanıtların Toplamı x 70 = %...

100

Form-5**Anne Dostu Hastane Gözleme Dayalı Değerlendirme Formu**

Açıklama: Bu form değerlendirme ekibinden en az iki kişi tarafından yapılacak ortak gözlemlerin neticesinde doldurulmalıdır. Ekip üyeleri, doğrudan gözlemleyebildikleri durumlar için yanıtları işaretlemeli, şifai yanıtlar dikkate alınmamalıdır. Gözlem ile belirlenecek hizmetlerin bir kısmı aynı zamanda kayıtlar ve görüşülen kişilerin yanıtlarından da teyit edilmektedir. Özet forma geçirilirken bütün değerlendirmelerin nihai sonucuna göre karar verilmelidir. Gözlemlere dair alınacak kısa notlar değerlendirmeler için yol gösterici olacağından önemsenmeli ve "Açıklamalar" kısmına mutlaka yazılmalıdır.

No	Gözlemlenecek Hizmetler	Açıklama	Yanıtlar	
1.	Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır			
1.3	Klinik protokol, rehberler ve akış şemaları doğru üniteye, görülebilen bir yerde bulunuyor mu?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
2.	Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.			
2.1	Normal doğum, sezaryen doğum ve anestezi için ayrı ayrı imzalı aydınlatılmış onam formu var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
2.3	Doğum sonu lohusalık süreci ve yenidoğan bakımı, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi yöntemleri anlatılıp kayıt altına alınıyor mu?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
3.	Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.			
3.1	Obstetrik ve jinekolojik hastalar ayrı servis veya ayrı odalarda yatırılıyor mu?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
3.2	Kurumda enfeksiyon önlemeye yönelik kurallarına göre çalışan yazılı bir prosedür var mı?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
3.3	Kurumda güvenli kan transfüzyonu yapılıyor mu?	Kan ünitesi ziyaret edilmeli	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

4.	Mahremiyet beklentileri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.			
4.6	Yataklar sürekli temiz ve kullanıma hazır mı, düşme riskine karşı önlemler alınmış mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
4.7	Hijyen koşullarına uygun el yıkama lavabosu, tuvalet ve duş imkanı var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
4.8	Gebe ve lohusaların kullanacağı tüm alanlarda ve gebe ve lohusaların transferi sırasında mahremiyet tedbirleri alınmış mı (perde, muayene masalarının yönü, ses izolasyonu vb.)?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
5.	Kanıtı dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.			
5.3	Tıbbi endikasyon haricinde devamlı elektronik fetal izlem yapılıyor mu?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
5.7	İndüksiyon rutin olarak uygulanıyor mu?	Gebe dosyasından bakılmalı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
5.8	Lavman rutin olarak uygulanıyor mu?	Eczaneden doğum ünitesine çekilen aylık lavman sayısı ile aylık doğum sayısı karşılaştırılmalı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.	Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.			
6.1	Acil, Doğumhane, Servis, Eczane bölümlerinde gerekli olan ilaçların listeleri var mı?	Bölümler tek tek ziyaret edilerek listelerin basılı biçimleri görülmeli	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.2	Dahiliye uzmanı var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.3	Psikolog var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.4	Diyetisyen var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

6.5	Doğum öncesi gerekli laboratuvar tetkikleri yapılıyor mu? (Hemogram, Biyokimya, Kan Grubu, TİT vb.)	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.8	Doğum ünitesinde yenidoğan için resüsitasyon malzemesi var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.9	Her doğum odasında radyant ısıtıcı var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.10	Her doğum odasında duvar saati var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.11	Her doğum odasında bebek tartısı var mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
7.	Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.			
7.2	Sevk edilen gebe ve lohusaların durumunu takip etmek için bir kayıt formu var mı?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
8.	Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır			
8.3	Lohusa normal doğum sonrası en az 24 saat hastanede kalıyor mu?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
8.4	Taburcu olmadan önce anne ve bebek ilgili uzman hekimler tarafından değerlendiriliyor mu?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
9.	Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.			
9.1	Kurumun hizmet içi eğitim yıllık planında anne-bebek sağlığına yönelik konulara yer veriliyor mu?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
9.2	“Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” kullanılıyor mu?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

9.3	Bünyesinde çalışan hekim ve diğer sağlık personelinin protokol ve rehberlere yönelik aldığı eğitim kayıt altına alınmış mı?		<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.	Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklara analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.			
10.1	Doğum kayıtlarında tarih ve saat belirtilmiş mi?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.2	Doğum kayıtlarda doktor, hemşire-ebe izlem, tedavi ve durum değişiklikleri uygun şekilde not edilmiş mi?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.3	İlaçlar ve tedaviler düzgün ve açık yazılmış mı?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.6	Hastaneye ait belirli istatistikler konusunda toplum bilgilendiriliyor mu?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.7.	Gebe bilgilendirme sınıfı nerededir?	Güvenlik görevlisi, hasta danışma birimi görevlisine sorulur)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.8	Travay diyeti nedir? Örnek bir diyet listesi gösterir misiniz?	(Diyetisyene sorulur)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
10.9	Gebe Bilgilendirme Sınıfında geçen ay katılım belgesi alan gebe sayınız kaçtır? Çalışma planınızı anlatır mısınız? Broşür hazırladınız mı?	(Gebe bilgilendirme sınıfı sorumlusuna sorulur, kayıtlar istenir)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

Form-6**Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu**

Açıklama: Bu form, daha önce doldurulan formlar ve gözlemler neticesinde elde edilen verilere dayalı olarak T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Değerlendirme ekibi tarafından doldurulacaktır. Hastanenin Anne Dostu Hastane olabilmesi için her kriterden 10 üzerinden en az "7" olmak üzere ve toplamda da 100 puan üzerinden "70 puan" alması gerekmektedir.

No	Sorular	Veri Kaynağı	Yanıtlar		Puan
1.	Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır				10
1.1	Hizmet veren sağlık personeli kendini tanıtıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 1	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2,5
1.2	Anne adayının doğum sürecinde kendini güvende hissetmesi sağlanıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 2	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2,5
1.3	Klinik protokol, rehberler ve akış şemaları doğru ünite, görülebilen bir yerde bulunuyor mu?	Gözleme Dayalı Değerlendirme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2,5
1.4	Gebelik takipleri/eğitimi sırasında doğum odası ve doğum servisi hakkında bilgi veriliyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 19	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2,5
2.	Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.				10
2.1	Normal doğum, sezaryen doğum ve anestezi için ayrı ayrı imzalı aydınlatılmış onam formu var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
2.2	Gebe doğum ünitesine kabul edildiğinde aydınlatılmış doğum onam formu okutularak/okunarak imzalatılıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 3	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
2.3	Gebeye doğum ünitesine kabul edildiğinden taburcu oluncaya kadar travay, doğum, lohusalık ve taburcu olma süreçleri ile ilgili olarak yeterince bilgi veriliyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 4	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
2.4	İzleme gelen gebeler hastanenin gebe bilgilendirme sınıfına yönlendiriyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 21 (1 puan) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 2 (1 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
2.5	Gebe ve yakınlarına; gebelik ve doğumla ilgili bilgilendirme broşürü veriliyor mu?	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 3 (1 puan) Gözleme Dayalı Değerlendirme (1 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2

3.	Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun hazırlanmalıdır.				10
3.1	Obstetrik ve jinekolojik hastalar ayrı servis veya ayrı odalarda yatırılıyor mu?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	5
3.2	Kurumda infeksiyon önlemeye yönelik kurallarına göre çalışan yazılı bir prosedür var mı?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
3.3	Kurumda güvenli kan transfüzyonu yapılıyor mu?	Gözleme Dayalı Değerlendirme ve Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	3
4.	Mahremiyet beklentileri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.				10
4.1	Doğum odaları bir kadının doğum yapacağı şekilde düzenlenmiş mi?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 6 (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
4.2	Anne adayı travay sırasında uygun gördüğü bir yakınına yanında bulundurabiliyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 7 (0,5 puan) (Zorunlu kriter) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 5 (0,5 puan) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
4.3	Sağlık personeli gebenin doğum ünitesine kabulünden taburculuğuna kadarki süreçte anne adayını destekliyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 8 (1 puan) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 7 (1 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
4.4	Travayın (Doğum sürecinin) ilerleyişi hakkında açıklama yapılıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 4	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
4.5	Kadının kuru ve temiz kalması sağlanıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 9	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
4.6	Yataklar sürekli temiz ve kullanıma hazır mı, düşme riskine karşı önlemler alınmış mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
4.7	Hijyen koşullarına uygun el yıkama lavabosu, tuvalet ve duş imkanı var mı?	(Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu 10 (0,5 puan) ve Gözleme Dayalı Değerlendirme) (0,5 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
4.8	Gebe ve lohusaların kullanacağı tüm alanlarda ve gebe ve lohusaların transferi sırasında mahremiyet tedbirleri alınmış mı (perde, muayene masalarının yönü, ses izolasyonu vb.)?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1

5.	Kanıtı dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.				10
5.1	Gebe travayda belli aralıklarla enerjisi yüksek sulu gıda ile beslenebiliyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 11 (1 puan) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 8 (0,5 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1,5
5.2	Travayda gebenin hareket etmesine yürümesine izin veriliyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 12 (1 puan) (Zorunlu kriter) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 6 (1 puan) (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
5.3	Tıbbi endikasyon haricinde devamlı elektronik fetal izlem yapılıyor mu?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1,5
5.4	Lavman rutin uygulanıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 13 (0,5 puan) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 9 (0,5 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
5.5	Etek tıraşı rutin uygulanıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 14 (0,5 puan) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 10 (0,5 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
5.6	Epizyotomi rutin olarak yapılıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 20	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
5.7	İndüksiyon rutin olarak uygulanıyor mu?	Gözleme Dayalı Değerlendirme ve kayıt	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
5.8	İkınma sırasında müdahale yapılıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 15	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
6.	Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.				10
6.1	Acil, Doğumhane, Servis, Eczane bölümlerinde gerekli olan ilaçların listeleri var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
6.2	Dahiliye uzmanı var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme ve Kayıt	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	0,5
6.3	Psikolog var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme ve Kayıt	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	0,5
6.4	Diyetisyen var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme ve Kayıt	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	0,5

6.5	Doğum öncesi gerekli laboratuvar tetkikleri yapılıyor mu? (Hemogram, Biyokimya, Kan Grubu, TİT vb.)	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
6.6	24 saat boyunca klinikte ağrısız doğum isteği ile doğum analjezisi hakkında bilgi veriliyor mu ve imkan sağlanıyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 16 (0,5 puan) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 13 (0,5 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
6.7	Klinikte ilaçsız ağrı giderme yöntemleriyle doğum imkanı sağlanıyor mu? (Nefes teknikleri, masaj ve telkin)	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 14	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
6.8	Doğum ünitesinde yenidoğan için resüsitasyon malzemesi var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
6.9	Her doğum odasında radyant ısıtıcı var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
6.10	Her doğum odasında duvar saati var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	0,5
6.11	Her doğum odasında bebek tartısı var mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
7.	Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.				10
7.1	Travay, doğum ve doğum sonrası hizmet sunulan birimlerde acil obstetrikle ilgili akış şemalarına kolayca ulaşabiliyor mu?	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 12	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	5
7.2	Sevk edilen gebe ve lohusaların durumunu takip etmek için bir kayıt formu var mı?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2,5
7.3	Sevk edilen hastaların durumu takip ediliyor mu?	Sağlık Personeli Görüşme Formu 15	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2,5
8.	Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.				10
8.1	Bebek doğar doğmaz anneye veriliyor mu?	Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu soru 17 (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2,5
8.2	Sağlık personeli Bebek Dostu Hastane kriterlerine hâkim mi?	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 16	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2,5
8.3	Lohusa normal doğum sonrası en az 24 saat hastanede kalıyor mu?	Kayıtlar (2 puan) Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 18 (1 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	3
8.4	Taburcu olmadan önce anne ve bebek ilgili uzman hekimler tarafından değerlendiriliyor mu?	Gözleme Dayalı Değerlendirme Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2

9.	Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.				10
9.1	Kurumun hizmet içi eğitim yıllık planında anne-bebek sağlığına yönelik konulara yer veriliyor mu?	Gözleme Dayalı Değerlendirme Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1,5
9.2	“Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” kullanılıyor mu?	(Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri Formu dolaylı soru 18 (1 puan) ve Gözleme Dayalı Değerlendirme (1 puan)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
9.3	Bünyesinde çalışan hekim ve diğer sağlık personelinin protokol ve rehberlere yönelik aldığı eğitim kayıt altına alınmış mı?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1,5
9.4	Doktor, ebe/hemşire Anne Dostu Hastane kriterlerini sayabiliyor mu?	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 20 (Zorunlu kriter)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
9.5	Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmetlerde T.C. Sağlık Bakanlığı hizmet standartlarını içeren rehberlere göre bakım ve yönetim hizmeti sunuyor mu?	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 11	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1,5
9.6	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve ebe/hemşireler Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimine katılmış mı?	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 1	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1,5
10.	Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklara analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.				10
10.1	Doğum kayıtlarında tarih ve saat belirtilmiş mi?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
10.2	Doğum kayıtlarda doktor, hemşire- ebe izlem, tedavi ve durum değişiklikleri uygun şekilde not edilmiş mi?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
10.3	İlaçlar ve tedaviler düzgün ve açık yazılmış mı?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
10.4	Günlük gebe/lohusa gözlemleri düzenli ve okunaklı bir şekilde not ediliyor mu?	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 19	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	2
10.5	Rutin olarak taburcu olurken gebeye/anneye ya da yakınlarına yapılan muayeneler, tedaviler ve tavsiyeler ile ilgili bilgileri içeren bilgi notunu (epikriz) veriliyor mu?	Sağlık Personeli Görüşme Formu soru 20	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1

10.6	Hastaneye ait belirli istatistikler konusunda toplum bilgilendiriliyor mu?	Kayıtlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
10.7.	Gebe bilgilendirme sınıfı nerededir?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
10.8	Travay diyeti nedir? Örnek bir diyet listesi gösterir misiniz?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
10.9	Gebe Bilgilendirme Sınıfında geçen ay katılım belgesi alan gebe sayınız kaçtır? Çalışma planınızı anlatır mısınız? Broşür hazırladınız mı?	Gözleme Dayalı Değerlendirme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	1
PUAN TOPLAMI					100,0

Form-7**Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu****..... Hastanesi
Değerlendirme Raporu**

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığınca yürütülmekte olan “Anne Dostu Hastane Programı” kapsamında yürütülen yerinde değerlendirme..... Hastanesinde yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Değerlendirme Ekibi; personelden oluşmaktadır.

Sözü edilen değerlendirme tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Hastanenin “Anne Dostu Hastane Personel Eğitimi” tarihinde doğum ünitesi, kadın hastalıkları ve doğum servisi, anestezi bölümü, çocuk hastalıkları ve yeni doğan bölümü ve acil bölümünde çalışan personel ile hastane yönetiminin katılımıyla (.....kişi) yapılmıştır. Katılımcılara katılım belgesi verilmiştir.

..... tarihlerinde yapılan değerlendirme hastane içinde değerlendirme ekibi tarafından yapılmıştır. Değerlendirme ekibinin söz konusu hastanenin Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri açısından değerlendirilme sonuçları aşağıda sunulmuştur.

	AÇIKLAMALAR	TOPLAM PUAN
1.	Doğum ünitesi standartlarını değerlendirme ve izleme formu; Değerlendirme ekibi tarafından hastane birebir gözlenmiş, ve kayıtlar incelenmiş olup neticede bu formdan alınan:	--
2.	Hastanede sunulan hizmetlere dair anne görüşleri formu; normal Doğum yapmış 10 (on) anne ile birebir görüşülerek doldurulmuş olup, zorunlu kriterin hepsini sağlayarak, toplam cevapların yüzdesi:	%__
3.	Sağlık personeli görüşme formu; Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı (3 kişi), Doğum ünitesi sorumlu ebe/hemşiresi (1 kişi), doğum ünitesinde çalışan ebeler (4 kişi) ve kadın hastalıkları ve doğum servis ebesi (2 kişi) toplam 10 kişi ile görüşülerek doldurulmuş olup, zorunlu kriterin hepsini sağlayarak, toplam cevapların yüzdesi:	%__
4.	Anne dostu hastane değerlendirme formu; doldurulan diğer formlar (Doğum ünitesi standartlarını değerlendirme ve izleme formu, hastanede sunulan hizmetlere dair anne görüşleri formu, sağlık personeli görüşme formu) ve gözlemler neticesinde elde edilen hesaplamalar ve verilere dayalı olarak 100 puan üzerinden:	--

..... tarihinde Hastanesi yöneticilerine “Anne Dostu Hastane Değerlendirme Raporu” ve ilerleyen zamanlarda geliştirilmesi gereken konularla ilgili “Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri” sunulmuştur.

Değerlendirme sonucuna göre Hastanesi'nin Anne Dostu Hastane kriterlerini karşıladığı/karşılamadığı ve “Anne Dostu Hastane” unvanı almasının uygun olduğu/olmadığı kanaatine varılmıştır.

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Ekibi
(Her bir ekip üyesinin Adı-Soyadı ve imzası)

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Önerileri

Hastane Değerlendirme Önerileri

.....Hastanesi'nde tarihinde yapılan değerlendirme sonucunda hastanenin "ANNE DOSTU" niteliğinin geliştirilmesine yönelik olarak ulusal kriterlere göre aşağıdaki öneriler oluşturulmuştur.

1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.

.....

2. Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.

.....

3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.

.....

4. Mahremiyet gereksinimleri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.

.....

5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.

.....

6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.

.....

7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır

.....

8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.

.....

9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

.....

10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklarla analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.

.....

Anne Dostu Hastane Değerlendirme Ekibi

(Her bir ekip üyesinin Adı-Soyadı ve imzası)

Zorunlu Kriterler

1. Hastanenin biten son bir yıla ait primer sezaryen oranı Türkiye primer sezaryen oranı (2016 yılı-% 26,4) ile eşit veya altında olmalıdır.
2. Hastanede kadrolu ve aktif çalışan kadın hastalıkları ve doğum, anestezi ve çocuk uzmanı olmalıdır.
3. Hastanede Gebe Bilgilendirme Sınıfı olmalı ve aktif bir şekilde eğitimler yapılıyor olmalıdır.
4. Bebek Dostu Hastane Unvanı almış olmalı ve bebek dostu hastane mevzuatına göre güncel değerlendirilmesi yapılmış olmalıdır.
5. 24 saat hizmet verebilen gebenin en geç 20 dakika içinde acil sezaryene alına bilineceği, doğum odalarına yakın, ulaşılabilir bir ameliyathanesi olmalıdır.
6. Hastanenin kritik kan stok seviyesi belirlenmiş ve belirlenen seviye korunuyor olmalıdır.
7. Doğum yapacak gebenin yanında travay sırasında ve doğum sonunda istediği uygun bir kişinin kalmasına izin veriliyor olmalıdır.
8. Travay izlemi tek kişilik odada yapılıyor olmalıdır.
9. Doğum tek kişilik odada yapılıyor olmalıdır.
10. Oksijen sistemi olan transport küvözü olmalıdır.
11. Gebe yakınlarına özel, ayrı bekleme odası/salonu olmalıdır.
12. Bakanlıkça düzenlenen acil obstetrik bakım eğitimi almış en az 1 doktor ve 1 ebe olmalıdır.
13. Hastane yıllık doğum sayısına göre en az aşağıdaki kriterleri karşılıyor olmalıdır.

Doğum Sayısı	Doğum Sayısı	Odası	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Sayısı	Ebe Sayısı
1-499	2		1	6
500-999	3		2	8
1.000-1.999	4		3	10
2.000-3.999	6		4	12
4.000-5.999	8		5	16
6.000-7.999	11		6	22
8.000-9.999	13		7	26
10.000-11.999	16		8	32
12.000 ve üstü	Her artan 750 doğum için +1 oda		Her artan 1500 doğum için + 1 KDU	Her artan 750 doğum için + 2 Ebe

14. Doğum sonrası hemen bebeklerin anneleriyle tensel temasta bulunmaları sağlanıyor olmalıdır.
15. Her doğum odasında çalışır durumda, bakımları düzenli yapılan ve steril şekilde bebek ısıtıcısı(Warmer), bebek aspiratörü ve uygun boyutta balon-valf maske sistemi olmalıdır.
16. Değerlendirme sırasında görüşülen hastane yöneticileri, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve ebe/hemşireler "Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri" nin tamamını biliyor olmalıdır.
17. Bebeğin yakın monitörize edilmesi gereken durumlar dışında hareket etmesi ve yürümesi teşvik edilmiş olması, görüşülen annelerden ve personelden olumlu yanıt alınması gereklidir.
18. Değerlendirme sırasında hastanenin Doğum Ünitesi Standartları Değerlendirme ve İzleme Formu' nda bulunan zorunlu kriterlerin hepsini karşılayarak en az 70 puan alması gereklidir.
19. Değerlendirme sırasında hastanenin Hastanede Sunulan Hizmetlere Dair Anne Görüşleri ve Sağlık Personeli Görüşme Formu' nda bulunan zorunlu kriterlerin hepsini karşılayarak özet puanlamasının toplamının yüzdesi en az 70 olmalıdır.
20. Değerlendirme sonrasında hastanenin Anne Dostu Hastane Değerlendirme Formu' nun her bölümünden en az 7 olmak üzere toplamda en az 70 puan alması gereklidir.

KAYNAKLAR

1) WHO Regional Office for Europe (2003). *Promoting Effective Perinatal Care. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*