

Klinik bakım haritalarının bakım sürecinin iyileştirilmesine etkisinin incelenmesi: Bir hastane örneği

Examination of the effect of clinical care maps on the deviations which may occur on the scheduled standard treatment process: a hospital example

Birkan Tapan,¹ Nurdan Yıldırım,² Selin Alıcı²

¹*İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İstanbul, Türkiye*

²*İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği, İstanbul, Türkiye*

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada bir Vakıf Hastanesinde kullanılmakta olan Sezaryen Klinik Bakım Haritası'nın bakım sürecindeki kalite iyileştirme çalışmalarındaki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler: Vakıf hastanesi'nde 2014 yılında doldurulan 346 sezaryen klinik bakım haritası incelendi. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

Bulgular: Bulgular değerlendirildiğinde sapmaların; test-laboratuvar, ilaç ve hastanede kalış süreleri ile ilgili meydana geldiği tespit edildi. Klinik bakım haritasındaki sapmalar üzerine bakım sağlayıcılar tarafından yapılan multidisipliner değerlendirmeler sonucu hasta yatış süresinin üç günden 2.5 güne çekilebileceği tespit edildi. Bakım Haritasındaki sapmaların ortaya koyduğu ikinci sonuç ise hasta eğitimlerinin etkin şekilde gerçekleştirilememesi oldu. Bu alana yönelik olarak hasta eğitimleri yeniden planlandı ve eğitim etkinliğinin ölçülmesine yönelik düzenlemeler yapıldı. Yatış süresinin kısaltılması ve hasta eğitimlerinin daha etkin şekilde gerçekleştirilmesinin hasta memnuniyetini %82'den %98 seviyesine çektiği görüldü. Ayrıca Klinik Bakım Haritasının çalışanlar arasında işbirliği ve iletişimi artırdığı ve iş doyumunu yükselttiği gözlemlendi.

Sonuç: Aylık karşılaştırmada ameliyat öncesi ve sonrası ikinci günde daha fazla sapma gözlemlendi. Yıllık bazda yapılan karşılaştırmalarda ise ameliyat öncesi birinci gün ve ameliyat sonrası ikinci günde yapılan tüm girişimlerde sapmaların daha fazla olduğu gözlemlendi.

Anahtar sözcükler: Akreditasyon; klinik bakım haritası; sağlık hizmetlerinde kalite.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to examine the effects of Caesarean Clinical Care Maps used in a Foundation Hospital on the quality improvement works during the patient care services.

Materials and methods: Three hundred forty-six caesarean clinical care maps filled in a foundation hospital during 2014 were examined. During the evaluation of study data, descriptive statistical methods such as frequency, percentage, and average were used.

Results: Upon the evaluation of findings, it was concluded that the deviations arose from the tests-laboratory results, medication and duration of hospitalization. As a result of multidisciplinary evaluations conducted on the clinical care maps, it was specified that the length of hospitalization might decrease to 2.5 from three days. The second result concluded from the deviations in the Care Map is that patients were not effectively trained. Patient training services were re-planned and arrangements were made for the measurement of training activity. Shortening the duration of hospitalization and training the patients effectively increased the patient satisfaction from 82% to 98%. Furthermore, Clinical Care Map improved cooperation and communication between employees and increased professional satisfaction.

Conclusion: In monthly comparison, more deviation was observed on the second day of preoperation and postoperation period. Furthermore, in annual comparisons, it was observed that deviations increased in all the attempts on the first day of preoperation and second day of postoperation period.

Keywords: Accreditation; clinical pathways; quality in health care.

Son yıllarda dünyada meydana gelen hızlı gelişme ve değişimler her alanda olduğu gibi sağlık bakım sistemi üzerinde de etkisini göstermektedir. Toplum, nüfus özellikleri, ekonomi, politika, bilim ve teknolojiadaki değişimler hem sağlık bakım sisteminden talepleri hem de bu talepleri karşılamak için oluşturulan yöntemleri yönlendirmektedir. Örneğin; hızlı nüfus artışı, yaşam süresinin uzaması, yaşlı ve kronik hastalığı olan birey sayısının artması gibi faktörler sağlık hizmeti alan birey sayısını artırarak sağlık bakımının maliyetini yükseltmiştir. Diğer taraftan, önceleri yalnızca endüstri alanında dikkati çeken “kalite” kavramı bugün sağlık hizmetlerinin sunulmasında anahtar bir nokta olmuştur. Sonuçta bugün sağlık kurumları, artan talepleri kısıtlı kaynaklara rağmen kaliteli bir hizmet sunarak karşılamak durumuyla yüz yüze gelmiştir. Bu durum birçok sağlık kurumunu, maliyeti düşük ve kaliteli bir hizmet sunma arayışına yöneltmiştir.^[1] Bakım haritaları bu amaca yönelik ortaya çıkan en güncel yöntemlerdendir. Hasta bakım süreci dinamik olup birçok sağlık çalışanını içerir ve birden fazla bakım ortamı ile departmanları ve servisleri kapsayabilir. Bakım faaliyetlerinin entegrasyonu ve koordinasyonu hedeflendiğinde; etkin bakım süreçleri, insan ve diğer kaynakların daha etkili kullanımı ve daha iyi hasta çıktıları elde edilebilmektedir. Bu nedenle, departman/servis liderleri; hastalarına yönelik bakımı daha iyi entegre ve koordine etmek için uygun araç ve teknikleri kullanmalıdır (örneğin, bakım ekiplerinin kullanılması, multidisipliner hasta ziyaretleri, ortak bakım planlama formları, entegre hasta kayıtları ve vaka yöneticileri). Tüketicilerin sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ilgili beklentileri arttıkça eldeki kaynakların daha etkin bir biçimde kullanılması gereği doğmaktadır. Bakım haritaları klinik süreçlerin kalitesini geliştirmek ve sağaltım amacıyla yapılan girişimlerin etkinliğini denetlemek amacıyla uygulanan araçlardır. Bakım haritaları, belli bir tanı konmuş olan veya belli bir semptomla başvuran her hasta için gereken minimal bakım standartlarının bir grup multidisipliner klinik eksper tarafından ortaklaşa olarak tarif edilmesidir.^[2] Bakım haritaları teriminin yanı sıra bakım planları, bakım yolları, bakım protokolleri terimleri de kullanılmaktadır. Multidisipliner Aksiyon Planları terimini oluşturan kelimelerin baş harfleri birleştirilerek elde edilen kısaltma (MAP) ve buradan gidilerek elde edilen “Care MAPS”, bakım haritaları teriminin çıkış noktasıdır.^[3] Bakım haritaları ilk bir planlama ve yönetim aracı olarak kullanılmak

amacıyla endüstri alanında geliştirilmiştir. Bakım haritaları sağlık alanında ilk defa 1980’li yılların sonuna doğru Boston’da New England Medical Center’da kritik yol analizi (CPA) proje yönetimi tekniklerinin son ürünü olarak ortaya çıkmıştır.^[3] Bakım haritaları önceden belirlenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için ilgili disiplinler tarafından yapılması gereken aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren yapılanmış, multidisipliner bir klinik yönetim aracıdır.^[1] İlk bakım haritalarının tasarlayanlar da hemşirelerdir. İlk bakım haritalarının çoğu hastanelerde hemşireler tarafından yalnızca hemşirelik bakımını yansıtabilecek şekilde geliştirilmiştir. Ancak daha sonra bakım haritası, hasta bakımının tüm yönlerini kapsayacak şekilde multidisipliner bir ekip tarafından oluşturulmaya başlanmıştır.^[3] Tipik olarak sık görülen, sağlık bakım maliyeti yüksek olan ve bakım sürecinde hastanın bireysel özelliğine göre değişen uygulama farklılıklarının az olduğu düşünülen tıbbi durumlar için geliştirilmiştir. Örneğin, koroner arter baypas greft cerrahisi, eklem replasmanı gibi cerrahi işlemler bakım haritası geliştirmek için uygun olgular olarak düşünülmüştür. Son zamanlarda aynı nedenlerden dolayı normal vajinal doğum ve sezaryen gibi obstetrik işlemlere yönelik, aynı zaman da ortopedi, plastik cerrahi, kulak burun boğaz hastaları için de klinik bakım haritaları geliştirilmiştir.^[3] Bir bakım haritası kanıta-dayalı tıp uygulaması temeline göre ve multidisipliner takım anlayışı içinde hazırlanır ve sonuçlara (çıktıya) dayalı bakım ve tedavi yönetimi (Outcomes management) yapmaya olanak sağlar.^[2]

Klinik bakım haritası kavramı

Belli bir tanı konmuş olan veya belli bir semptomla gelen bir hasta için, belirlenmiş olan zaman dilimi içinde, önceden kararlaştırılmış olan sağlık çıktılarının elde edilmesi amacıyla, multidisipliner tüm bakım üyelerini içeren bir ekip tarafından hasta bakımı ve tedavisinin tüm elementlerinin birleştirilmesidir.^[4] Başka bir tanıma göre; önceden belirlenen hasta bakım sonuçlarına ulaşmak için ilgili disiplinler tarafından yapılması gereken aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösteren yapılanmış, multidisipliner bir klinik yönetim aracıdır.^[5] Bakım Haritası en iyi sonucu üretmek için oluşan anahtar olayları, testleri ve değerlendirmeleri belirleyen hasta odaklı çok disiplinli bir süreçtir.^[3] Hastanın yolculuğunda rol alan herkes, hastanın geçmişi, sağlık personelinin notları, fizyoterapist notları

ve hemşire notları dahil olmak üzere bütün bilgiye tek bir doküman üzerinden ulaşılabilir. Amaç kaynak kullanımının etkili hale getirilmesi ve standardize edilmesi, bütüncül ve sürekli bakımın sağlanması, bireyin öz-bakım gücünün yükseltilmesi, ekip işbirliği, hastanede yatış süresinin kısalması ve hasta memnuniyetinin artırılmasının sağlanmasıdır.^[6] Bakım Haritaları klinik kılavuzların ve klinik protokollerin uygulanmasını desteklemek için dizayn edilen çok disiplinli bakım planları olarak yapılandırılmışlardır. Klinik yönetimi, klinik ya da klinik olmayan kaynak yönetimini, klinik kontrolü sağlamak ve finansal yönetimi desteklemek amacıyla oluşturulmuşlardır. Belirli bir sürede, belirli durumdaki hastaların yönetiminde (tedaviler, müdahaleler vb) her bir adım için detaylı rehberlik sağlar, gelişim ve sonuç detaylarını içerir.^[3] Bakım haritaları alınacak kararları ve belirlenen bir durum için hastalara sağlanacak bakım formatını adım adım gösterir. Bir akış diyagramını sunması açısından algoritma olarak görülebilir.^[3] Bakımın ana unsurları bakım haritasının özünü oluşturur. Ana unsurlar kurumlara ve tanıya göre değişebilir. Hastayı değerlendirme ve hasta için istenen konsültasyonlar, testler, bakım ve uygulamalar, ilaç tedavisi, diyet, aktivite, eğitim ve taburculuk planı bakım haritası oluşturmak için temel konulardır.^[4] Plandan herhangi bir sapma değişken olarak kaydedilir ve bunların analizi var olan uygulamanın yeniden gözden geçirilmesi için olanak sağlar. Klinik bakım haritaları standart gibi görülse de tek bir müdahaleye odaklanmaktan çok hastanın yolculuğu boyunca tüm klinik müdahaleleri izler.^[3] Amerika, Avustralya ve İngiltere'de klinik bakım haritalarının kullanımını tanımlayan literatür incelendiğinde uygulama ve bakım haritalarını geliştirmede başarılı olmak için birkaç adım belirlenmiştir. Bunlar liderlik, eğitim ve sonuca ulaşma gibi adımları içerir.^[3] Kaydedilen en önemli yararı, daha sonra belirli bir klinik denetim projesini kolaylaştıracak olan hastaya ait tüm dokümantasyonun sağlanmış olmasıdır. Klinik bakım haritasının analizi, bakımın bakım haritasına uygun sağlanıp sağlanmadığı ile ilgili sürekli bilgi verir.^[3] Klinik bakım haritalarının amaçlarını aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

1. Sürekli kalite gelişimini sağlamak.
2. Hasta sonuçlarını güçlendirmek.
3. Hasta ve ailesinin bakıma katılımını yükseltmek.

4. Disiplinler arası takım çalışmasını geliştirmek.
5. Kaynak yönetimini geliştirmek.
6. Risk yönetim stratejilerini geliştirmeye yardımcı olmak.
7. Bakımın devamlılığını sağlamak.
8. Maliyeti düşürmek.
9. Kalite çerçevesinde denetimi sağlamak.^[6]

Bakım haritalarının genel özellikleri

Bakım haritaları multidisipliner bir araçtır

Uygulama rehberleri genellikle hekim ya da hemşire gibi sağlık bakım ekibinin bir üyesine yönelik hazırlanmıştır. Bakım haritası ise ilgili tüm sağlık profesyonellerinin katılımını gerektiren multidisipliner bir yaklaşımdır ve bu nedenle ekip işbirliğini geliştirir.^[7]

Zaman çizelgesi

Bakım haritasında ilgili tüm personelin aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösterilir. Kullanılan zaman dilimi, bakım haritasının kullanacağı hasta nüfusuna ya da kuruma göre değişebilir. Örneğin, anestezi sonrası yoğun bakım ünitelerinde 15 dakikalık olabileceği gibi, evde bakım kurumlarında haftalık ya da aylık olabilir. Hastane kliniklerinde genellikle bir günlük zaman dilimi kullanılır.^[6]

Hastada beklenen sonuçlar

Bakım süreci boyunca hastada beklenen klinik sonuçlar bakım haritası üzerinde gösterilir. Bu sonuçlar, ara sonuç ya da alt amaç olarak günlük olarak gösterilebildiği gibi, taburculuk sonuçları olarak toplu gösterilebilir. Ara sonuçlar, hastanın seyrinin beklenildiği gibi ilerleyip ilerlemediğini belirlemek için kontrol noktaları olarak kullanılabilir.^[8]

Bakımın ana unsurları

Bakım haritasında yer alan bakımın ana unsurları kurumlara ve tıbbi tanıya göre değişmektedir. Ancak bir bakım haritasının formatında genellikle sekiz bakım unsuru yer almaktadır. Bunlar; (i) değerlendirme ve konsültasyonlar, (ii) testler, (iii) bakım uygulamaları, (iv) ilaç tedavisi, (v) diyet, (vi) aktivite-çevre güvenliği, (vii) eğitim ve (viii) taburculuk planlarıdır.^[9]

Bakım haritası, alanında bilgili ve deneyimli sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından oluşturulur. Ekibin lideri genellikle hemşiredir.

Ancak Pearson ve ark.,^[10] uzman bir hekimin liderliğinde oluşturulan bakım haritalarına hekimlerin daha fazla güvendiğini belirtmekte ve uzman hekimlerin bu ekibe aktif olarak katılmamalarını, bakım haritasındaki başarısızlıkların önemli nedeni olarak açıklamaktadırlar. Hastanın bakımından sorumlu sağlık personellerinden başka hastane yöneticisi, hastane kalite yönetimi departmanından bir uzman ve hatta aile hekiminin de bu ekipte yer alması önerilmektedir.^[1]

Bakım haritalarının yararları

1. Hastanede kalış süresini azaltarak maliyetin azaltılmasına yardımcı olur.
2. Farklı tedavi bölümleri arasındaki iletişimin geliştirilmesine yardımcı olur.
3. Hasta ve yakınlarının daha iyi hizmet alması ile hasta memnuniyeti artırılmış olur.
4. Hasta bakımında kaliteyi artırır ve sürekli kalite gelişimi için araç sağlar.
5. Disiplinler arası işbirliğini artırır, takım çalışmasını ve bakım planlamasını geliştirir.
6. Hastane çalışanlarının bilgi düzeyinin artırılmasında önemlidir.
7. Eğitim hastanelerinde öğrenci eğitimi için bir araç olur.
8. Bazı durumlarda hastanede kalış süresini kısaltır.
9. Hasta ve yakınlarının hastalıkla ilgili bilgilerini artırır, daha iyi hizmet almasını sağlar.
10. Her kademedeki yapılan işlerden kimin sorumlu olacağını belirlenmesi kolay olur.
11. Haritada belirlendiği şekilde ilerleme kaydetmeyen hastanın zamanında fark edilip müdahale edilmesini sağlar.
12. Tıbbi dokümantasyonda otomasyonunu sağlar.
13. İnsan gücü planlaması yapılmasında önemli rol oynar.
14. Klinik uygulamalarda klinik kılavuzların uygulanmasını destekler. Kabul edilmiş tedavi standartlarının yayılmasını sağlar.
15. Emredici değildir, klinik yargıları küçümsemez.
16. Klinik riskin yönetilmesini sağlar.
17. Klinik uygulamalarda sürekli denetim sağlanır.

18. Kaynak yönetimini optimize eder.

19. Hasta bakımında sapmaları standardize ederek, sapmaları en aza indirmeye çalışır.

20. Gelecekteki gelişmeler için temel hazırlar.^[11]

Bu çalışma ile 346 sezaryen klinik bakım haritasının planlanan standart bakım sürecinde meydana gelebilecek sapmalara olan etkisinin yıllık ve aylık sapmalar halinde incelenmesi ve bir hastane örneğinin verilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

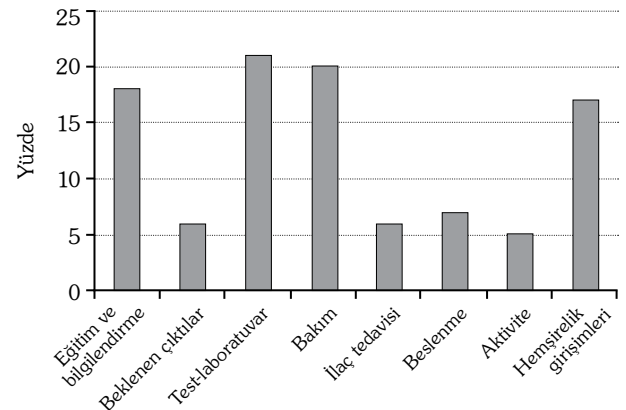
Bir vakıf hastanesinin 2014 yılında uygulandığı 346 sezaryen klinik bakım haritası incelendi ve planlanan standart bakım sürecinde meydana gelen sapmalara olan etkisi yıllık ve aylık sapmalar halinde değerlendirildi. Çalışmada bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizlerde Windows için IBM SPSS 20.0 versiyon (IBM Corp., Armonk, NY, USA) yazılım programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

BULGULAR

Yapılan yıllık ve aylık incelemelerde ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 0, ameliyat sonrası 1, ameliyat sonrası 2 evreleri frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak varyanslar incelendi kendi aralarında ayrı ayrı karşılaştırıldı.

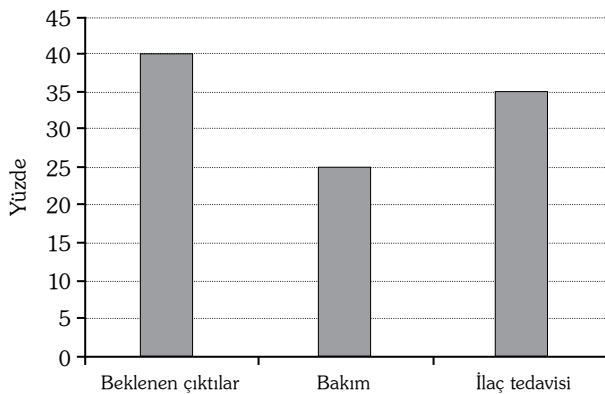
Toplam 346 sezaryen klinik bakım haritasının yıllık incelemelerinde (Şekil 1);

Ameliyat öncesi evrede bakım haritasına alınan hastalara yapılan toplam test sayısı temel alınarak



Şekil 1. Ameliyat öncesi sapmalar.

yapılan analizde %21 sapma tespit edildi. Oluşan sapmaların doktor istemine bağlı veya hastanın dışardan getirmiş olduğu incelemelerden dolayı tekrar inceleme yapılmamasından kaynaklandığı görüldü. Bakım ve değerlendirmedeki sapmaların ise %20 olduğu görüldü. Sapmaların; acil sezaryenden dolayı vital bulgu değerlendirmesinin yapılamadığı, ameliyat öncesi hasta onamının ve hastanın öyküsünün doktor tarafından alınmadığı, anestezi değerlendirilmesinin ameliyathanede yapıldığı görüldü. İlaç ve tedavilerdeki sapmaların %6 olduğu bu sapmaların intravenöz (iv.) yol açılması ve kullanılan iv. solüsyondaki değişikliklerden olduğu saptandı. Beslenme ve diyetdeki sapmaların; hastada ameliyat öncesi açlık süresinde olup gerek hasta nedeni gerek ameliyat saatindeki değişikliklere bağlı olarak olduğu ve bu sapmaların %7 olduğu görüldü. Aktivitede ise sapmaların %5 olduğu ve bu sapmaların doktor istemine göre ameliyat öncesi hastaya yatak istirahati uyguladığı görüldü. Hemşirelik girişimlerdeki sapmaların %17 olduğu ve bunların ise acil sezaryenden dolayı servis hemşiresi ve bebek odası öyküsünün alınmadığı, Doppler ve fetal kalp atımı kontrolünün yapılamadığı, gerek olmadığından veya acil olduğundan pubik traşının yapılamadığı görüldü. Eğitim ve bilgilendirmede sapmaların %18 olduğu ve bu sapmaların ameliyat ve olası komplikasyonlar açısından yeterli bilgilendirmenin yapılamadığı, yenidoğan bilgilendirilmesinin eksik yapıldığı ve adaptasyonun sağlanamadığı görüldü ve acil sezaryen olmasına bağlı olarak ameliyat öncesi evredeki eğitim bilgilendirme süresinin azlığına bağlı olduğu görüldü. Beklenen çıktılarda %6 sapma görüldü ve sapmalarda hastaların heyecan, fiziksel faktörler vs. gibi neden-

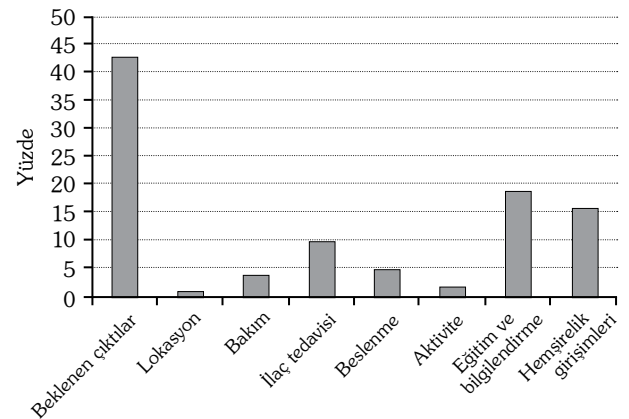


Şekil 2. Ameliyat evresindeki sapmalar.

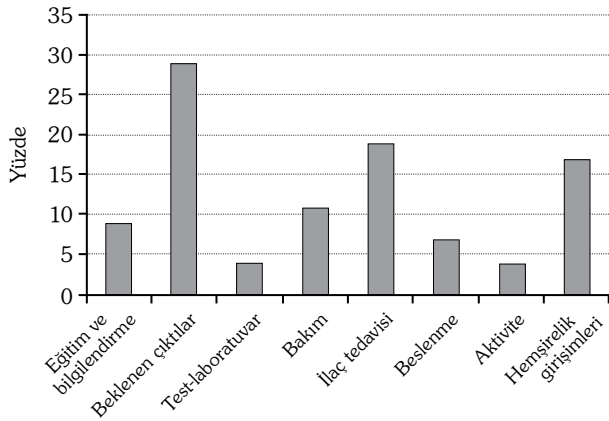
lerden dolayı verilen bilgileri anlayamadığı ve tekrarını sağlayamadıkları görüldü (Şekil 2).

Ameliyat evresinde; bakım haritasına alınan hastalarda bakım ve değerlendirmede görülen %25 sapmanın ameliyat esnasında hastanın vital bulgu değerlendirilmesi ve monitör takibi yapılmamıştı. İlaç ve tedavilerde %35 sapmanın; doktor istemine göre profilaktik antibiyotik uygulamasının yapılmadığı serviste iv. damar yolu açıldığından damar yolu açılmadığı görüldü. Beklenen çıktılarda %40 sapmanın hastada beklenenden fazla vajinal kanama, uterus kontraksiyon sorunu, vital bulgularda sapma, uyanmada gecikme olduğu görüldü (Şekil 3).

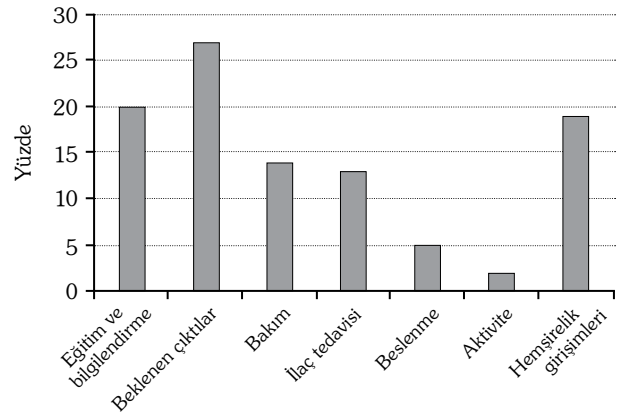
Ameliyat sonrası 0 evresinde; bakım haritasına alınan hastalarda lokasyonda %1 varyans görüldü ve hasta yattığı serviste bakım haritasına alınmadı. Bakım ve değerlendirmede görülen %4 varyans vital bulgu değerlendirilmesinin eksik yapılması, uterin involüsyon kontrolünün yapılmaması, insizyon kontrolünün doktoru tarafından o gün açılmaması olarak görülmektedir. İlaç ve tedavilerde %10 sapmaların hasta kontrollü ağrı pompası ile epidural kateterden ağrı kontrolü başarılı olamadığı, antibiyotik uygulaması konusunda eksikler olduğu saptandı, bazı hastalara dengeli elektrolit solüsyonunun verilemediği tespit edildi. Beslenme ve diyetle %5 hastada rejime uyulmadığı tespit edildi. Aktivite de %2 sapmanın hasta mobilizasyonunda gecikme olduğu tespit edildi. Hemşirelik girişimlerinde %16 sapma ile hastada meme bakımında gecikme, emzirmede gecikme, tedavi kayıtlarında eksikler, denge takibinde eksikler, ağrı takibinin yapılmaması, vajinal kanama takibinde



Şekil 3. Ameliyat sonrası 0 evredeki sapmalar.



Şekil 4. Ameliyat sonrası 1 evresindeki sapmalar.

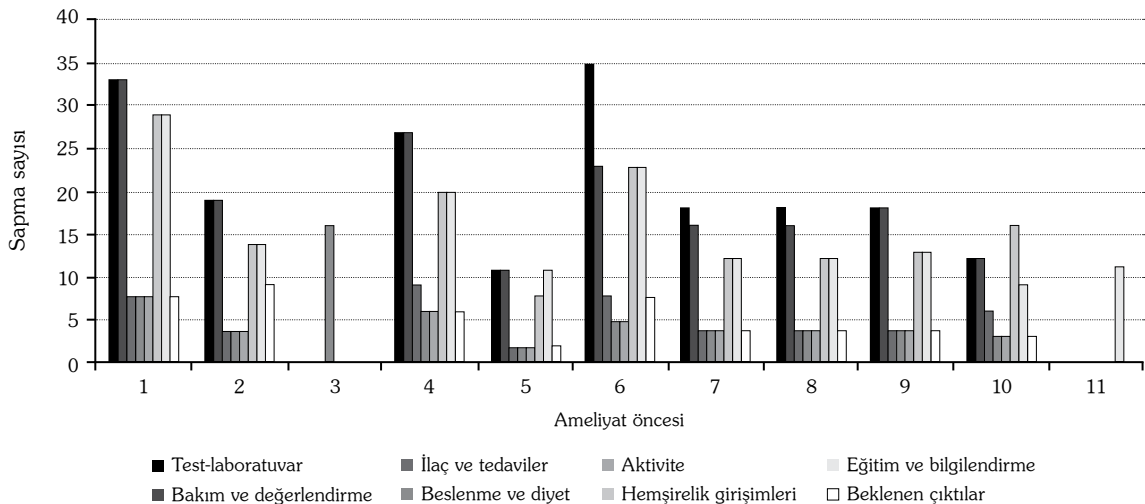


Şekil 5. Ameliyat sonrası 2 evresindeki sapmalar.

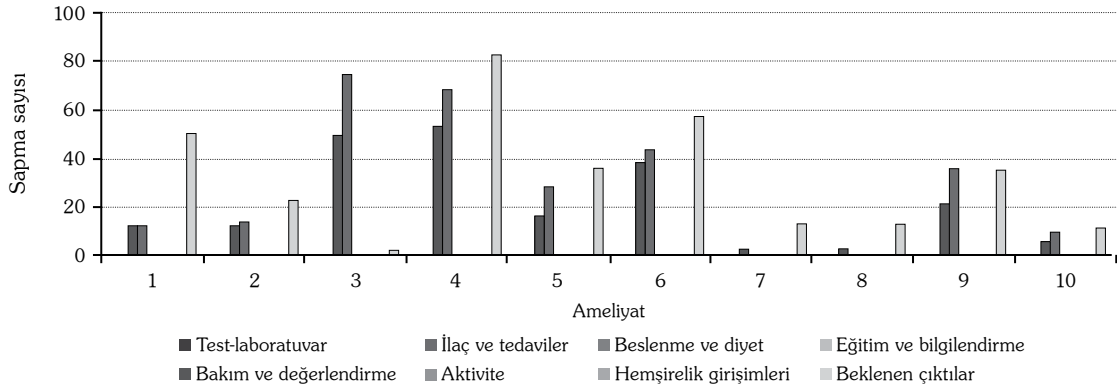
gecikmelerin olduğu saptandı. Eğitim ve bilgilendirmede görülen %19 sapmanın ağırlı kontrolünün, oral beslenme eğitiminin, lohusalık ve yenidoğan eğitiminin, ameliyatla ilgili eğitimlerin verilmediği saptandı. Beklenen çıktılarda görülen %43 sapmanın; emzirmenin gerçekleşmemiş olması, beklenenden fazla vajinal kanamanın olması, uterus kontraksiyon sorunu, vital bulgulara sapma, hastanın uyanmasında gecikmenin olması, yardımla mobilize olamaması olduğu görüldü (Şekil 4).

Ameliyat sonrası 1 evresinde; bakım haritasına alınan hastalarda test sayısı temel alınarak yapılan analizde %4 sapma görülerek hemogram değişikliği tespit edildi. Hastalarda bakım ve değerlendirmede; meme kontrolünün yapılmaması, vajinal kanama kontrolü yapılamamış olması, insizyon bölgesinin kontrol edilememiş olması,

uterus kontrolü yapılmaması, bağırsak aktivitesinin unutulması, vital bulgu takibinin yapılmamış olmasıyla %11 sapma olduğu görüldü. İlaç ve tedavilerde %19 sapma görülerek sapmaların gerek doktor istemi gerekse hastanın isteği üzerine uterotonik tedavide, oral antibiyotik tedavisinde, gliserin tedavisi, parasetamol tedavisi, eucarbon tedavisinin yapılmamış olduğu görüldü. Beslenme ve diyetle görülen %7 sapmanın hastanın defekasyon çıkışı olduğundan R3 diyeti verildiği görüldü. Aktivitede %4 sapma ile hastanın dört saat ara ile (hasta nedeni) yeteri kadar mobilize olamadığı görüldü. Hemşirelik girişimlerinde %17 sapma ile meme bakımının verilmediği, ağırlı takibinin unutulduğu, emzirmenin unutulduğu, tedavilerin kaydedilmediği, vajinal kanama takibinin yapılmadığı görüldü. Eğitim ve bilgilendirmede %9 sapma ile yenidoğan ve lohusalık eğitiminin



Şekil 6. Ameliyat öncesi aylık sapmalar.



Şekil 7. Ameliyat evresindeki aylık sapmalar.

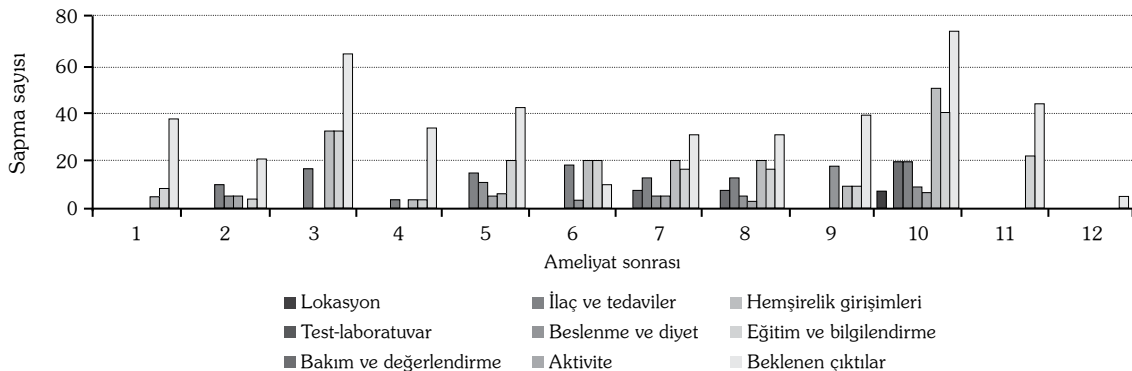
verilmediği, oral beslenme eğitiminin verilmediği ve ağrı kontrolünün yapılmadığı görüldü. Beklenen çıktılarda hastalarda %29 sapma ile vital bulgularla sapmalar, anormal vajinal kanama, uterus kontraktilite sorunu, laktasyon sorunu olduğu görüldü (Şekil 5).

Ameliyat sonrası 2 evresinde; bakım haritasına alınan hastalarda bakım ve değerlendirmede %14 sapma ile meme kontrolünün yapılmadığı, vajinal kanama geliştiği, vital bulgularda sapma olduğu ve insizyon bölgesinde sorun olduğu görüldü. İlaç ve tedavilerde %13 sapma ile hastaya libalaks dozu, parasetamol dozu yanlış verilmişti. Beslenme diyetinde %5 sapma ile hastada rejim 3 yerine rejim 2 ve gazsız rejim 3 verilmişti. Aktivitede %2 sapma ile hastalar yardımıyla mobilize edilmiş veya mobilize edilememişti. Hemşirelik girişimlerinde %19 sapma ile vajinal kanama takibi yapılmamış, tedaviler kaydedilmemiş, meme bakımı yapılmamış, ağrı takibi yapılmamıştı. Eğitim ve bilgilendirmede %20 sapma ile hastaya doğum sonrası

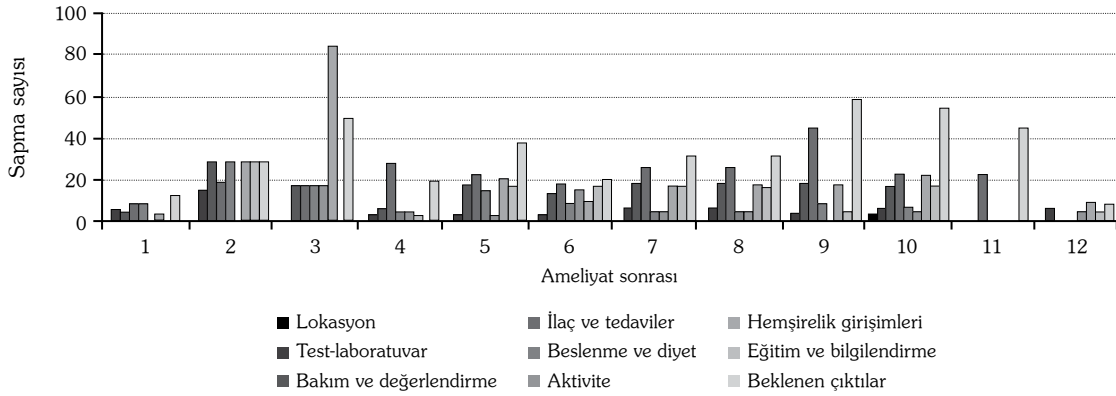
çıkış formu ve ilaç kullanımı eğitimi unutulmuş ve verilmemişti. Beklenen çıktılarda %27 sapma ile laktasyon sorunu, anormal vajinal kanama, uterus kontraksiyon sorunu, vital bulgularda sapmalar oldu.

Vakıf hastanesinin 2014 yılına ait 346 adet sezaryen klinik bakım haritalarının aylık incelemelerinde ise (Şekil 6);

Ameliyat öncesi aylık değerlendirmelerde; birinci ay test-laboratuvar (test-lab.) ile bakım ve değerlendirme de görülen sapmaların eşit ve diğer sapmalara oranla fazla olduğu, ikinci ay test-lab., bakım ve değerlendirmedeki sapmaların diğer sapmalara oranla yine fazla olduğu, üçüncü ay sadece beslenme ve diyetinde sapmaların olduğu, dördüncü ay test-lab. bakım ve değerlendirmedeki sapmaların fazla olduğu, beşinci ay test-lab., bakım ve değerlendirmedeki ve eğitim bilgilendirmedeki sapmaların fazla olduğu, altı, yedi, sekizinci aylarda test-lab. sapmalarının daha fazla olduğu, dokuzuncu ay da test-lab., bakım ve



Şekil 8. Ameliyat sonrası 0 evresindeki aylık sapmalar.



Şekil 9. Ameliyat sonrası 1 evresindeki aylık sapmalar.

değerlendirmelerde sapmaların diğer sapmalara oranla daha fazla olduğu, 10. ayda hemşirelik girişimlerinde sapmaların daha fazla olduğu, 11. ayda eğitim ve bilgilendirmede sapmaların fazla olduğu görüldü (Şekil 7).

Ameliyat evresinin aylık incelemelerinde; görülen sapmalar bakım ve değerlendirme, ilaç ve tedavilerde ve beklenen çıktılar da oldu. Sapmalarda ilaç ve tedavilerde en fazla üçüncü ve dördüncü ay sapma olduğu, beklenen çıktılarda ise bir, dört ve altıncı aylarda sapmaların daha fazla olduğu görüldü (Şekil 8).

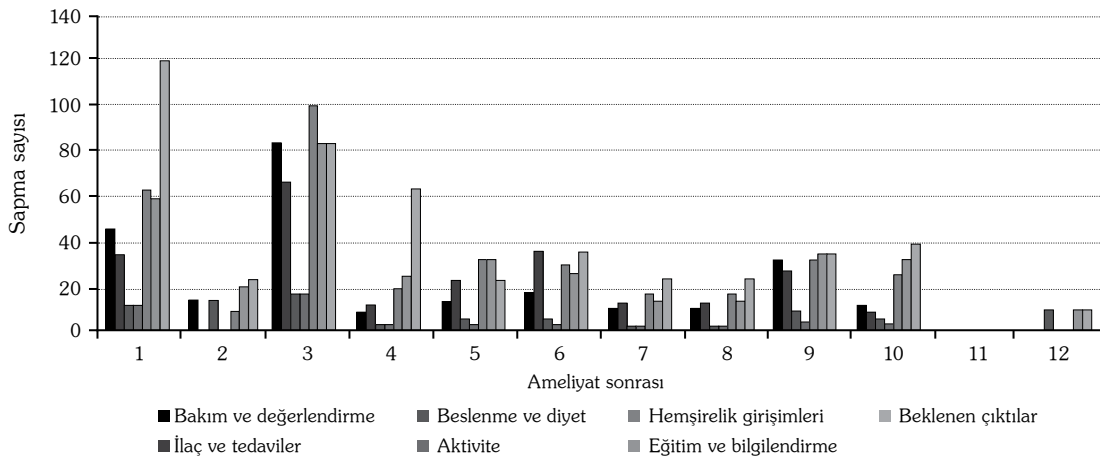
Ameliyat sonrası 0 evresinin aylık incelemelerinde ise sapmaların en çok beklenen çıktılarda görüldüğü ve bunların da ay olarak en fazla 1, 3, 5, 10. ve 11. aylarda olduğu görüldü. Takiben hemşirelik girişimleri ve eğitim ve bilgilendirmelerde sapmaların daha fazla olduğu görüldü (Şekil 9).

Ameliyat sonrası 1 evresinin aylık incelemelerinde; sapmaların en çok üçüncü ayda ve hemşirelik girişimlerinde olduğu, beklenen çıktılarda 3, 5, 9, 10. ve 11. aylarda olduğu yine ilaç ve tedavilerde en fazla dokuzuncu ayda sapmaların olduğu gözlemlendi (Şekil 10).

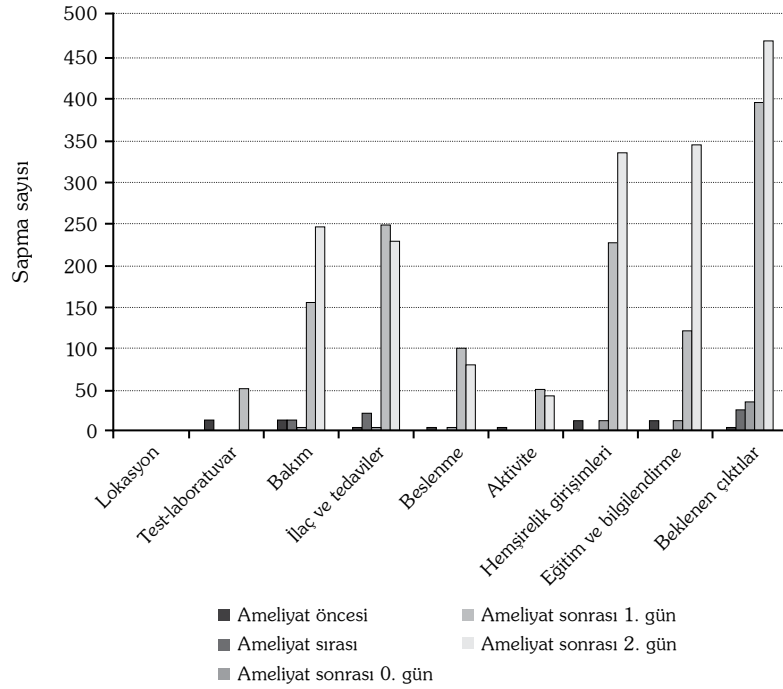
Ameliyat sonrası 2 evresinin aylık incelemelerinde; sapmaların en çok "Beklenen Çıktılar" bölümünde birinci, üçüncü ve dördüncü aylarda, "Hemşirelik Girişimleri" ile "Bakım ve Değerlendirme" bölümlerinde ise birinci ve üçüncü aylarda meydana geldiği, 11. ayda ise hiç sapma meydana gelmediği görüldü.

Sezaryen klinik bakım haritalarının yıllık dönemsel karşılaştırmalarına bakıldığında ise (Şekil 11);

Yıllık sapmalara bakıldığında ameliyat sonrası birinci gün ve ikinci günde yapılan tüm girişimlerde



Şekil 10. Ameliyat sonrası 2 evresindeki aylık sapmalar.



Şekil 11. Yıllık dönemsel karşılaştırmalar.

sapmalar daha fazla görüldü. Ameliyat öncesi dönemde, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası 0. gün dönemde çok daha az sapma görüldü.

TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmada ameliyat evresinde evrede test ve laboratuvar değerlerindeki sapmalar %21 iken ameliyat sonrası 1 evrede %4 idi. Sapmalar beklenen çıktılarda ameliyat öncesi evrede %6 iken ameliyat evresinde %40, ameliyat sonrası 0 evrede %43 iken, ameliyat sonrası 1 evresinde %29 idi. Bakım evresinde görülen sapmalar ameliyat öncesi evresinde %20 iken, ameliyat evresinde %25, ameliyat sonrası 0 evrede %4, ameliyat sonrası 1 evresinde %11 idi. İlaç ve tedavilerdeki sapmalarda ise ameliyat öncesi %6 iken ameliyat evresinde %34, ameliyat sonrası 0 evrede %10, ameliyat sonrası 1 evresinde ise %19 idi. Yıllık karşılaştırmalarda ameliyat sonrası dönemde sapmalar daha fazla görüldü. Bu nedenle sapmaların olduğu alanların (ameliyathane, ameliyat öncesi beklenen çıktılar, ilaç ve tedaviler, ameliyat öncesi bakım, ameliyat sonrası 0. gün beklenen çıktılar, ilaç ve tedaviler, ameliyat sonrası 0. gün beklenen çıktı, ilaç ve

tedavilerde ameliyat sonrası 1. gün bakım ve değerlendirmeler, ameliyat sonrası 1. gün ilaç ve tedaviler) tekrar gözden geçirilmesi önerilmektedir.

Klinik bakım haritasının bulgularda ifade edilen sapmalar analiz edilerek; test-lab., ilaç ve tedavilerdeki sapmaların doktor istemi kaynaklı olduğu sonucuna varıldı. Kadın doğum hekimlerinin bir araya gelerek sapma meydana gelen alanlar konusunda ortak bir istem oluşturmasına karar verildi. Klinik bakım haritasının, bakım ve değerlendirmeler bölümündeki sapmaların hasta eğitimlerinin etkin şekilde gerçekleştirilememesi sonucunda ortaya çıktığı tespit edildi. Bu alandaki sapmalara yönelik hasta eğitimlerinin yeniden planlanmasına ve eğitim etkinliğinin ölçülmesine yönelik planlamalar yapıldı. Klinik bakım haritasının revizyonu öncesi ve sonrası maliyet analizleri yapılarak olumlu sonuçları katılan tüm disiplinlerle paylaşıldı. Yapılan bu işlemler sonucunda sezaryen yatış süresinin üç günden 2.5 güne düşürüldüğü ve hasta memnuniyetinin bakım haritasının revizyonu sonrası %98 gerçekleştirildiği görüldü. Sağlık personelinin iş doyumunu üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlemlendi.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Daş Z. Vaka yönetimi ve bakım protokolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999;3:11.
2. Gürel A. Medikal süreçlerin tasarımı, izlenmesi ve kontrolünde multidisipliner aksiyon planlarının uygulanması. Kamu Yönetiminde Kalite. 1. Ulusal Kongre Kitabı 1999;2:129-32.
3. İşbilen S. Klinik bakım haritaları ve maliyete etkisi. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.
4. Çakır N. Klinik bakım haritaları. MFNH JCI akreditasyon standartları. Klinik Bakım Haritaları Sunumu. İstanbul; 2006.
5. Bailey DA, Litaker DG, Mion LC. Developing better critical paths in health care. JONE 1998;28:21-6.
6. Bower KA. Case management and clinical paths: strategies to support the perinatal experience. JOGNN; 1997;26:329-33.
7. Molyneux E, Malenga G. Forms of better care. World Health Forum 1998;19:201-4.
8. Ireson CL. Critical pathways: effectiveness in achieving patient outcomes. JONA, 1997;27:16-23.
9. Gorrie TM, Mccinneyb ES, Murray SS. Foundation of Maternal-Newborn Nursing. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1998.
10. Pearson SD, Gaulort-Fisher D, Lee TH. Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. Annals of Internal Medicine 1995;123:941-8.
11. Benson T. Open Clinical Briefing Paper: Care Pathways. Available from: <http://www.openclinical.org/briefingpaperBenson.html> [Erişim Tarihi: 15.01.2015]