

Derleme / Review

Perinatal Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Yaklaşımı

Perinatal Patient Safety and Nursing Approach

Büşra Yılmaz¹  Ümran Oskay¹ 

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 15/10/2020 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 30/12/2020
© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Perinatal dönemde maternal, fetal ve yenidoğan güvenliğinin sağlanması tüm sağlık çalışanları için ortak bir hedefdir. Büyük çoğunluğunu genç sağlıklı kadınların oluşturduğu perinatal dönemde anne ve bebekle ilgili istenmeyen olumsuz bir durum çok yıkıcı bir sonucu beraberinde getirebilir. Bu sebeple perinatoloji alanında anne ve bebek güvenliği uygulamaları öncelikli olmalıdır. Kimliklendirme hataları, iletişim problemleri, ilaç güvenliği hataları ve düşmeler perinatal hasta güvenliği sorunlarının başında gelmektedir. İyi bir ekip eğitimi, etkili iletişim, simülasyon uygulamaları, fetal izlem eğitimi, mesleki davranışları ve güvenlik kültürü geliştirme çalışmaları, rol playler, klinik yönergeler ve kontrol listeleri hasta güvenlik uygulamalarının kilit bileşenlerini oluşturmaktadır. Çağdaş perinatoloji uygulamalarında hemşirelik bakımının temel bileşenlerinden biri de hastaların güvenliğini sağlamaktır. Perinatoloji hemşiresi hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini güncel tutarak, klinik sonuçları izleyerek, ekip çalışmasında aktif rol alarak ve güvenilir bir rol modeli olarak hasta güvenliğine katkıda bulunabilir. Bu derleme, perinatal hasta güvenliğinin güncel klinik yönergeler, standart protokoller aracılığıyla ele alınması ve perinatoloji uygulamalarında aktif rol alan hemşirelerin rollerini belirtmek amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Perinatoloji, hasta güvenliği, hemşire, tıbbi hata, profesyonel rol

ABSTRACT

Ensuring maternal, fetal and neonatal safety in the perinatal period is a common goal for all healthcare professionals. In the perinatal period, which is mostly formed by young healthy women, an undesirable negative situation about the mother and baby can bring a very devastating result. For this reason, mother and baby safety practices should be a priority in perinatology. Identification errors, communication problems, medication safety errors and falls are the main perinatal patient safety problems. Good team training, effective communication, simulation practices, fetal follow-up training, professional behavior and safety culture development studies, role plays, clinical guidelines and checklists constitute the key components of patient safety practices. One of the basic components of nursing care in contemporary perinatology practices is to ensure the safety of patients. Perinatal nurse can contribute to patient safety by keeping their knowledge about patient safety up-to-date, monitoring clinical results, taking an active role in teamwork and as a reliable role model. This review was written to address perinatal patient safety through current clinical guidelines, standard protocols, and to indicate the roles of nurses taking an active role in perinatology practices.

Keywords: Perinatology, patient safety, nurse, medical error, professional role

ORCID IDs of the authors: BY: 0000-0001-6937-5351, ÜO: 0000-0002-6606-9073

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Büşra Yılmaz

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: ylmzbsr678@gmail.com, busra.yilmaz@istanbul.edu.tr

Atf/Citation: Yılmaz B, Oskay Ü. (2021). Perinatal hasta güvenliği ve hemşirelik yaklaşımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 123-132.DOI:10.38108/ouhcd.825864

Giriş

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti vermede bakım kalitesinin bileşenlerinden biri olmakla birlikte nitelikli ve profesyonel bir hizmet vermenin önemli parametrelerindedir. Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliğini olumsuz etkileyen olayların önlenmesi, meydana geldiğinde görünür kılınması ve etkilerinin hafifletilmesi olarak tanımlamıştır (WHO 2017). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN 2006) ise hasta güvenliğini “Kaliteli hemşirelik bakımının geliştirilmesi, sağlıkta istihdamının artırılması, sağlık personelinin eğitimi ve performansın iyileştirilmesi, çevre güvenliğinin sağlanması ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, ekipman güvenliği, güvenli klinik uygulama ve bilimsel bilgi birikimi ile entegre çalışma ortamı” olarak tanımlamıştır. Hasta güvenliğinde amaç; sağlık bakım hizmetlerinin bireylere verebileceği zararı önlemek, kaliteli sağlık hizmetinin primer koşulunu oluşturmaktır. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmeti sağlayıcılarının gerekli önlemleri alarak uygun fiziki ve psikolojik bir ortam oluşturmaları ile sağlanmaktadır (Korkmaz 2018).

Hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan perinatal hasta güvenliği gebelik döneminin 20. haftasında başlayan ve yenidoğan bir haftalık oluncaya kadarki dönemi kapsayan perinatal dönemde optimal bakım alınmasını kapsamaktadır (Mackintosh ve ark., 2017). Perinatal hasta güvenliğinde amaç; yenidoğan ve annenin gebelikle başlayan süreçte, doğum ve doğum sonu dönemde en güvenli ortamda bakım almasını sağlamak, anne bebek kayıplarına engel olmaktır (Demir ve Şahin, 2014). Sağlık personellerinin hatalı veya eksik uygulamaları perinatal hasta güvenliği açısından risk oluşturmaktadır (WHO 2018). Martijn ve arkadaşları (2013) Hollanda’da bir hastanede 20 ebe ve 1000 düşük riski olan hasta ile yaptıkları çalışmada ebelik uygulamalarının %8,6’sının perinatal hasta güvenliği açısından risk oluşturduğunu bulmuştur. Başka bir çalışmada hemşirelerin %65.3’ünün meslek süreleri boyunca en az bir kez ilaç hatası yaptığı bildirilmiştir (Yıldız ve Yıldız, 2020).

Son yıllarda perinatal kayıpları minimuma indirmek için birçok sağlık kuruluşu hasta güvenliğine odaklanmış ve bu konuda güncel literatürde ilaç güvenliği, elektif doğumların zamanlaması, doğum indüksiyonu, sezaryen doğum oranlarını en aza indirme, rutin epizyotomiden kaçınma, omuz distosisinin yönetimi, doğumda

travma riskini en aza indirme, sezaryen sonrası vajinal doğum yapan kadınlara bakım verme, anne ve bebek ölüm riskini en aza indirme, doğum sonu kanamanın yönetimi, magnezyum sülfat uygulanan annenin bebeğinin nörolojik yönden değerlendirilmesi gibi konu başlıkları yer almıştır (Bilgiç ve Şahin, 2018; Simpson 2011; WHO 2017). Kimliklendirme hataları, iletişim problemleri, ilaç güvenliği ile ilgili hatalar ve düşmeler perinatal hasta güvenliğinin sağlanması konusunda karşılaşılan sorunların başında gelmektedir (Simpson 2011).

Kimliklendirme Hataları

Bireylerde kimlik verilerinin tanımlanması ve doğruluğunun kanıtlanmasına yönelik hatalara oldukça sık rastlanmaktadır. Literatürde, hasta kimliğini belirlemek amacıyla yapılan uygulamaların hedeflenen seviyede olmadığı görülmektedir (De Rezende ve ark., 2019; Henneman ve ark., 2010; Kıymaz ve Koç, 2018). Henneman ve arkadaşları (2010) kimliklendirme hatalarının sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, 61 sağlık bakım profesyonelinin her birine üç simülasyon senaryosu olmak üzere toplam 183 simülasyon senaryosu uygulatılmış, sağlık profesyonelinin %37’sinin kimlik saptama hatası yaptığı, hemşirelerin %39’unun yanlış hastaya girişimde buldukları ve tüm sağlık çalışanlarının %27’sinin işlem öncesi hastayı ya da kimlik bantlarını kontrol etmedikleri bulunmuştur.

İletişim Sorunları

Bir ekip çalışması içinde yer alan sağlık profesyonelleri etkili iletişim becerilerini kullanmak zorundadır. Dünya çapında ciddi tıbbi hataların %80’inin sağlık çalışanları arasındaki iletişimsizlik nedeniyle gerçekleştiği tahmin edilmektedir (Mujundar ve Santos, 2015). Perinatal hasta güvenliğinde de hasta tesliminden kaynaklanan hataların büyük çoğunluğu iletişim sorunlarından kaynaklanmaktadır. Hasta tesliminde kullanılan iletişim tekniklerinden en yaygın olanı “Situation-Durum, Background-Tıbbi öykü, Assessment-Değerlendirme, Recommendation-Öneri” (Situation, Background, Assessment, Recommendation-SBAR)’dır. “Perinatal SBAR” iletişim yöntemi doğumdan önce, doğum sırasında ve sonrasında annenin ve çocuğunun iyilik halinin açıklanmasında; durumun zamanında, açık, net ve tam bir biçimde iletilmesini sağlayan bir iletişim aracıdır (Demir ve Şahin, 2014). Yu ve arkadaşlarının (2018) hemşirelik nöbet teslimi hatalarını ve nedenlerini belirlemek, mevcut hasta teslim yöntemlerini değerlendirmek amacıyla

Güney Kore’de 291 hemşire ile yaptıkları çalışmada; hasta güvenliği kültürünün benimsenmesi, güvenli hasta teslimi sağlamayı olumlu yönde etkilerken, daha önce nöbet teslim hatası deneyimlemenin güvenli hasta teslimini sağlamayı olumsuz etkilediği bulunmuştur. Çalışmada ayrıca çalışılan bölümler ve birimler arasındaki iş birliği ve etkili iletişimin eksik olmasının, tıbbi hata raporlarının hatalı ve eksik tutulmasının, dokümanite edilmiş kılavuzların veya kontrol listelerinin yetersiz oluşunun güvenli hasta teslimini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Birimler arasında iş birliği ve hasta güvenliğinin sağlanmasında, etkili iletişim tekniklerinin kullanılması ve geliştirilmesi önemlidir (James ve ark., 2013; Tuğrul ve Khorshid, 2015).

İlaç Güvenliği ile İlgili Hatalar

Gebelikte ilaç güvenliği son derece önemlidir çünkü doğmamış çocuğa doğum öncesi maruziyet yaşam boyu sonuçlarla yan etkilere neden olabilir. Birçok farmakolojik ajan için gebelik dönemindeki riskleri hakkındaki veriler yetersizdir (Cappadona ve ark., 2020; Nash ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda gebelikte yanlış ilaç kullanımının doğumsal anomalilere, gebelik kaybına ve diğer gelişimsel anomalilere sebep olabileceği bulunmuş fakat kanıtlar yetersiz düzeyde kalmıştır (Rosenbloom ve ark., 2019; Schaefer 2018).

Anne Düşmeleri

Hasta güvenliğini tehdit eden bir diğer konu gebelikte düşmeler ve yenidoğan düşmeleridir. Gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler, kas-iskelet sistemini etkileyerek yürüyüşte ve duruş pozisyonunda değişikliklere neden olmaktadır (Mei ve ark., 2018). Gebelikteki düşme riski genellikle göz ardı edilen bir konudur. Fakat gebelik döneminde acile başvuru sebeplerinden ikinci sırada düşmeler yer almaktadır (Heafner ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada gebe kadınların %28’inin yüksek düşme riski altında olduğu bildirilmiştir (McCrorry ve ark., 2011). Gebelik haftalarına göre düşmelerin değerlendirildiği çalışmada gebelik haftası ilerledikçe, düşme sebepli hastaneye yatış oranlarının büyük ölçüde arttığı bildirilmiştir (ilk üç aylık dönemde %9.4, ikinci üç aylık dönemde %11.3 ve üçüncü üç aylık dönemde %79.3) (İnanır ve ark., 2014). Başka bir çalışmada ise gebe kadınların, üreme çağındaki gebe olmayan kadınlara göre 2.3 kat daha fazla düşme riskine sahip oldukları belirlenmiştir (McCrorry ve ark., 2013).

Perinatal Hasta Güvenliğinde Standart Protokoller

Literatürde özellikle jinekolojik hastalıklar ve doğumda standartlaştırılmış protokollerin kullanılmasının mortaliteyi önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (D’alton ve ark., 2014; D’alton ve ark., 2016; Main ve ark., 2015). Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ- Agency for Healthcare Research and Quality) hasta güvenliğini iyileştirme çalışmalarının sağlık bakım hizmeti kalitesini iyileştireceğini ve böylece tıbbi hataların da azaltılmasına katkı sağlayacağını bildirmektedir (Cicero ve ark., 2020). Kanıta dayalı güncel verilerle hazırlanan protokoller, kalite ve hasta güvenliğini iyileştirme çabalarını gündeme getirmektedir (D’alton ve ark., 2016; Esencan ve Aslan, 2015; Main ve ark., 2015). Derlemede maternal kanama güvenliği, perinatolojide yenidoğan güvenliği, yenidoğan düşmelerinde hemşirelik yaklaşımı, yenidoğan güvenlik önlemleri, perinatal depresyon ve anksiyetede hasta güvenliği, venöz tromboemboliyi önlemede maternal güvenliği ve hipertansiyon yönetimi standartlaştırılmış protokoller ve güvenlik paketlerine yer verilmiştir.

Maternal Kanama Güvenliği

Obstetrik kanama ciddi maternal mortalite ve morbiditenin en önemli ve önde gelen nedenlerindedir. Vajinal doğumdan sonra 500 ml, sezaryen sonrası 1000 ml kan kaybı doğum sonu kanama olarak tanımlanmaktadır (ACOG 2014). Fazla miktarda veya aniden gelen kanama, yaşamı tehdit edici ve acilen müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Doğum sonu kanamanın komplikasyonları şok, ciddi solunum sıkıntısı, koagülopati ve histerektomiye bağlı fertilitate kaybı ve ölümdür (Newsome ve ark., 2017). Bu sebeple obstetrik kanama yönetimi, tüm sağlık ekibi üyelerinin önemle üzerinde durması gereken bir konudur. NPMS (National Partnership for Maternal Safety-Anne Güvenliği için Ulusal Ortaklık) hazırlık, tanılama, önleme, yanıt ve rapor aşamalarından oluşan bir güvenlik paketi oluşturmuştur (Tablo 1) (Main ve ark., 2015).

Perinatolojide Yenidoğan Güvenliği

Perinatal hasta güvenliği yalnızca prenatal dönemde fetüs sağlığını ve doğum anında yenidoğan güvenliğini kapsamamalı, postpartum süreçteki yenidoğan güvenliğini de içermelidir (Lipke ve ark., 2018). Postpartum dönemde güvensiz uyku durumlarını hemşire gözlemiyle değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada hastanede doğan bebeklerin %14’ünün (n=23) anne kucağında annelerinin uyuyakalması sebebiyle düşme riskine

maruz kaldığı belirlenmiştir. Çalışmada geliştirilen güvenlik paketi sonrasında Mayıs 2015-2017 tarihleri arasında herhangi bir bebek düşmesinin yaşanmadığı belirtilmiştir. Yenidoğan güvenlik paketi içeriği Tablo 2’de gösterilmiştir (Lipke ve ark., 2018).

Tablo 1. Güvenli maternal kanama paketi (Main ve ark., 2015)

Hazırlık
1. Sarf malzemeleri, kontrol listeleri, algoritma kartları, intrauterin balonlar ve uterin kompresyonu barındıran bir kanama arabası
2. Kanama ilaçlarına hemen erişimi sağlama
3. Yardıma ihtiyaç duyulduğunda aranacak bir ilk yardım ekibi oluşturma (kan bankası, ileri jinekolojik cerrahi, diğer destek ve üçüncül hizmetler)
4. Acil durumlar için kan transfüzyon protokolleri oluşturmak
5. Protokoller hakkında hizmet içi eğitimler
Tanımlama ve önleme
6. Kanama riskinin değerlendirilmesi (doğum öncesi, başvuruda ve diğer uygun zamanlarda)
7. Kümülatif kan kaybının ölçülmesi
8. Doğumun 3. evresinin aktif yönetimi
Yanıt
9. Birim standardı, acil obstetrik kanama durumunda kullanılacak kontrol listeleri
10. Hastalar, aileler ve personel için kanamalar hakkında destek programı
Raporlama
11. Yüksek riskli hastalar ve olay sonrası durum değerlendirmesi için bir grup kültürünün oluşturulması, başarıları ve fırsatları tanımlamak için bilgi mektupları
12. Sistem sorunları için ciddi kanamaların multidisipliner derlemesi
13. Perinatal kalitede sonuçları ve süreç ölçümlerini izleyen iyileştirme komitesi

Yenidoğan Düşmelerinde Hemşirelik Yaklaşımı

- Hemşireler daha sık ebeveyn-yenidoğan yatak başı ziyaretleri yapmalı (minimum her 1-2 saatte bir) ve hasta oda kapıları 24 saat açık kalmalıdır (Lipke ve ark., 2018).

- Ebeveynlere günün herhangi bir saatinde bebeği besleme, yatağına yatırma gibi durumlarda her zaman hemşireden destek alabileceği bilgisi verilmelidir (Lipke ve ark., 2018).

- Hastaneden taburculuk sonrası da düşmelerin önlenmesi ya da en aza indirilebilmesi için yazılı materyaller ve yüz yüze rol play ile verilen eğitimlerle bilgilerin kalıcılığı artırılmalıdır (Lipke ve ark., 2018).

Tablo 2. Yenidoğan güvenlik paketi (Lipke ve ark., 2018)

Maternal risk faktörleri
Epidural anestezi
Sezaryen doğumlar
Aşırı yorgunluk
Postpartum ikinci ya da üçüncü gece
Yakın zamanda kullanılan sedatifler
Aile onamı
Hastane ortamında bebeği güvende tutma konusunda güvenlik riskleri ve eğitimi içeren ebeveyn formu
Ebeveynler ve ziyaretçiler için güvenlik müdahaleleri
Anne – bebek ünitesindeki güvenlik bülten panoları
Her bebek beşiğinde; güvenli bir uyku için beşik kartlar
Hemşire rol modelli güvenli uyku uygulamaları
1-2 saatte bir hemşire ziyareti
Hasta odası kapıları 24 saat kilitlenmeden bırakılmamalı
Anne bebeğini besleyeceği zaman hemşiresinden destek alabilmeli
Raporlama ve bilgi sistemi
Bebek düşmeleri sağlık profesyonellerine, risk yöneticisine bildirilmeli

Yenidoğan Güvenliği Önerileri

- Her kadını bireysel ihtiyaçları, yorgunluğu, ağrı seviyesi, ağrı kesici kullanma durumu, ailede diğer destek sistemlerinin varlığı, yenidoğan güvenliği önlemleri bilgisi, doğum sonrası ve yenidoğan bakımı için tercihleri konusunda bireysel olarak değerlendirin (Simpson 2015).

- Anneleri ve bebekleri birlikte uyumaya zorlamayın. Bireysel ihtiyaçlara, klinik ve duygusal duruma ve hasta tercihlerine dayanarak birlikte uyuma seçeneklerini değerlendirin. Tüm anne ve bebekler için standart bir güvenlik politikası uygulanamaz. Yenidoğanın güvenliğini sağlamada bireyselleştirilmiş bakım planına ihtiyaç vardır (Simpson 2015).

- Her vardiyada bebek bakım odasına bir hemşire görevlendirin. Bir vardiyada bir hemşireye en fazla üç bebeğin bakım sorumluluğunu verin. Hemşirelerin, bebekleriyle ilgilendiklerinde annelerin suçluluk duygusu yerine güven duygusu geliştirmelerine yardımcı olun (Simpson 2015).

- Doğumdan sonra anne bebeğin ten tene temasına ve emzirmeyi desteklemeye önem verin.

- Ebeveynlere bebeklerinin düşme/düşme risklerini ve bebek yaralanma riskini nasıl en aza indireceklerini açıklayın. Bunun gerçekleşip gerçekleşmediğini sağlık kuruluşlarına bildirmenin önemini vurgulayın (Çoğu ebeveyn kötü anne/baba

olarak görünme korkusuyla bebeklerinin düştüğünü açıklamaktan çekinir) (Simpson 2015).

- Doğum sonrası verilen ağrı kesici ilaçlar uyusukluğa/uykuya eğilime sebep olabilir. Ebeveynlere, yorulduklarında bebekleriyle uyumalarının sakıncalarından söz edin.

- Yenidoğanın, anne yanında uyurken boğulma ihtimalinin yanı sıra emzirme esnasında da boğulma riski olduğunu açıklayın. Bu sebeple annenin bebeğini emzirirken mümkün olduğunca yalnız kalmamasını sağlayın (Simpson 2015).

Perinatal Depresyon ve Anksiyetede Hasta Güvenliği

Perinatal anksiyete ve depresyon bozuklukları, üreme çağındaki kadınların karşılaştığı en yaygın

ruh sağlığı sorunları arasındadır (Kendig ve ark., 2017). Tedavi edilmeyen ciddi perinatal duyu durum ve anksiyete bozuklukları, gerekli tıbbi bakımın artmasına, kişilerarası ilişkilerin bozulmasına, finansal kayıplara, sigara ve madde kullanımına, çocuğunu öldürme ya da intihara yönelim davranışlarında artmaya sebep olmaktadır (Bonacquisti ve ark., 2017). Perinatal duyu durum ve anksiyete bozuklukları anne ve bebek ölümleriyle ilişkilidir ve önemli bir hasta güvenliği sorunu olarak kabul edilmektedir (Bonacquisti ve ark., 2017). Kadın Sağlığı Bakımında Hasta Güvenliği Konseyi tarafından anne ruh sağlığını değerlendirme ve tedavide kanıta dayalı bir hasta güvenliği paketi Tablo 3'te verilmiştir (Kendig ve ark., 2017).

Tablo 3. Perinatal depresyon ve anksiyetede hasta güvenliği paketi (Kendig ve ark., 2017)

Hazırlık
1. Her klinik ortamda (ayaktan ve yatan hasta obstetri klinik ve servisleri) kullanıma sunulacak ruh sağlığı tarama araçlarını tanımlayın.
2. Bir yanıt protokolü oluşturun ve yerel kaynaklara dayalı kullanım için tarama araçlarını belirleyin.
3. Tanımlanmış tarama araçlarını ve müdahale protokolünü kullanma konusunda klinisyenleri ve diğer sağlık personellerini eğitin.
4. Tanımlanan tarama araçlarının ve müdahale protokolünün benimsenmesini sağlamaktan sorumlu olan bireyi belirleyin.
Tanımlama ve önleme
5. Gerekğinde gözden geçirme ve güncellemelerle, anamnezde bireysel ve aile ruh sağlığı geçmişini (geçmiş ve şimdiki ilaçlar dahil) edinin.
6. Hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde hastaları ruh sağlığı açısından değerlendirin.
7. Kadınlara ve aile üyelerine uygun zamanlanmış perinatal depresyon ve anksiyete farkındalığı eğitimi sağlayın.
Yanıt
8. Ruh sağlığı değerlendirmesi için rol playlerden yararlanın.
9. İntihar girişimi/düşüncesi ya da psikozu olan kadınlar için acil sevk protokolünü etkinleştirin.
10. Gerekğinde kadınlara, aile üyelerine ve sağlık personeline uygun ve zamanında destek sağlayın.
11. Psikolojik destek almak amacıyla başvuran kadınların takip ve tedavilerini düzenli bir şekilde gerçekleştirin.
Raporlama
12. Multidisipliner psikiyatrik sağlık taramaları için kurumsal bir güvenlik kültürü oluşturun.
13. Değerlendirme sonuçlarının uygunluğunu ölçmek ve sonuçları izlemek için yerel standartlar belirleyin.

Venöz Tromboemboliyi Önlemede Maternal Güvenliği

Obstetrik venöz tromboembolizm maternal morbidite ve mortalitenin en sık nedenlerinden biridir (Bilgiç ve Şahin, 2018). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sistematik derlemede, Kuzey Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda ve Japonya gibi yüksek gelirli ülkelerde anne ölümlerinin %14,9'unun emboli sebebiyle olduğu belirlenmiştir

(Khan ve ark., 2006). Risk faktörüne göre uygun tromboprofilaksi uygulaması, tromboembolizm sebebiyle maternal mortaliteyi azaltmanın en kolay ve güvenli yolu olarak tanımlanmıştır. NPMS tarafından venöz tromboemboli hakkında ortak fikir birliği sağlayarak venöz tromboemboliyi önlemede maternal güvenlik paketi oluşturulmuştur (Tablo 4) (D'alton ve ark., 2016).

Tablo 4. Venöz tromboemboliyi önlemede maternal güvenlik paketi (D'alton ve ark., 2016)

Hazırlık
1. Aşağıdaki durumlarda standardize edilmiş bir tromboembolizm risk değerlendirme aracı kullanın. - Doğum öncesi dönemde - Antepartum dönemde hastaneye yatışta - Sezaryen veya vajinal doğum sonrası hastaneye yatışlarda - Doğum sonrası dönemde (doğum sonrası altı haftaya kadar)
Tanımlama ve önleme
2. Venöz tromboembolizm riskini değerlendirmek için tüm hastalara standartlaştırılmış bir değerlendirme aracı uygulayın. 3. Tromboprofilaksi için uygun hastaları tanımlamak için standartlaştırılmış bir araç uygulayın. 4. Hasta eğitimini sağlayın. 5. Tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına risk değerlendirme araçları ve önerilen tromboprofilaksi tedavisi konusunda eğitim verin.
Yanıt
6. Mekanik tromboprofilaksi için standartlaştırılmış protokoller kullanın. 7. Profilaktik ve terapötik farmakolojik antikoagülasyon doz ayarlaması için standartlaştırılmış protokoller kullanın. 8. Nöroksiyal anesteziden faydalanılacaksa farmakolojik profilaksinin zamanlaması için standartlaştırılmış protokoller kullanın.
Raporlama
9. Sistem sorunları ve protokollerle uyumluluk değerlendirmesi için tüm tromboembolizm olaylarını gözden geçirin. 10. Süreç ve sonuçları standardize edilmiş bir şekilde izleyin. 11. Farmakolojik tromboprofilaksinin komplikasyonlarını değerlendirin.

Hipertansiyon Yönetimi

Gebelikte ortaya çıkan hipertansif bozukluklardan kaynaklanan komplikasyonlar, önlenebilir ciddi maternal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasındadır. Zamanında ve uygun tedavi, hipertansiyona bağlı komplikasyonları azaltmada önemli bir potansiyele sahiptir (D'Alton ve ark., 2014). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu amaca ulaşmalarına yardımcı olmak için, gebelik ve doğum sonrası dönemde ciddi hipertansiyonu olan kadınlara sağlanan bakımı koordine etmek ve standartlaştırmak için standart klinik rehberler gereklidir (Shields ve ark., 2017). Bu amaçla uluslararası düzeyde multidisipliner çalışma grupları ile oluşturulmuş gebelikte ve postpartum süreçte faydalanılmak üzere hipertansiyon yönetimi güvenlik paketleri

oluşturulmuştur (Committee on Obstetric Practice 2017). NPMS tarafından geliştirilen bu güvenlik paketinde gebelikte hipertansiyonu tanımlama, önleme, cevap ve raporlama kriterleri yer almaktadır (Tablo 5) (Bernstein ve ark., 2017).

Tablo 5. Hipertansiyon yönetimi güvenlik paketi (Bernstein ve ark., 2017)

Hazırlık
1. Erken uyarı işaretleri ve tanı kriterlerinin belirlenmesi, şiddetli preeklampsi/eklampsinin izlenmesi ve tedavisi 2. Protokollerin belirlenmesi ve ünite temelli tatbikatların yapılması 3. Zamanında triyaj ve değerlendirme süreci 4. Şiddetli hipertansiyon/eklampsi için kullanılan ilaçlara hızlı erişimin sağlanması 5. Şiddetlenen komplikasyonlar için sistem planı, uygun konsültasyonun sağlanması ve gerektiğinde maternal transferin sağlanması
Tanımlama ve önleme
6. Gebelik ve doğum sonrası dönemindeki tüm kadınlar için kan basıncı ve idrarda protein ölçülmesi ve değerlendirilmesi için standart protokollerin oluşturulması 7. Maternal erken uyarı işaretlerine standart cevap değerler için dikkatli anamnez alınması ve laboratuvar testleri değerlendirmeleri
Cevap
9. Gebelikte hipertansiyon yönetim ve tedavisi için kontrol listelerinin oluşturulması 10. Protokol için minimum gereklilikler: • Sistolik kan basıncı 160 mmHg veya diyastolik kan basıncı 15 dakika içinde iki ölçüm için 110 mm Hg veya daha fazlaysa • İki yüksek ölçümden sonra mümkün olan en kısa sürede, tercihen 60 dakika içinde tedaviye başlanması gerekir. • Magnezyum sülfat tedavisinin başlangıcını ve süresini içerir. • Standart tedaviye yanıt vermeyenler için tedavi dozunu artırmak gereklidir. • Doğumdan sonraki 7-14 gün içinde sıkı takip ve hastanın eklampsi belirti ve bulguları yönünden eğitilmesi 11. Ciddi hipertansiyon varlığında yoğun bakım ünitesi desteğinin sağlanması
Raporlama
12. Yoğun bakım ünitesine başvuran tüm ciddi hipertansiyon ve eklampsi hastalarının multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması 13. Değerlendirme sonuçlarının ve süreç ölçümlerinin izlenmesi

Perinatal Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma

Son yıllarda ilaç hataları, düşmeler gibi istenmeyen olayları önlemede güvenlik kültürünün önemine odaklanma artmıştır. Güvenlik kültürü, organizasyon üyeleri arasında neyin önemli olduğu hakkında paylaşılan değerler, organizasyonda işlerin nasıl yürüdüğü ile ilgili inançlar ve bunların organizasyonel yapı ile etkileşimi olarak tanımlanmaktadır (Dicuccio 2015). Bu hiyerarşik yapı içerisinde suç kültüründen, olumsuz olay incelemelerine kadar birçok noktada adil ve yargısız bir yaklaşım üzerine kurulu bir sistem olan “adil bir kültüre” geçiş anlamına gelir. Adil kültür; olması kaçınılmaz kaza ve olaylarla mücadelede güven inşa etmek ve organizasyonda bir olaya karar vermeden önce birden çok bakış açısıyla bakabilmeye ilgilidir. Adil kültür, karmaşık sağlık bakım sisteminde bir miktar tıbbi hata oranının kaçınılmaz olduğunu kabul etmektedir (Bilgiç ve Şahin, 2018). Güvenli uygulama yönergelerini ve protokollerini izlemeyi öğretmeyi amaçlayan adil kültür, yanlış bölge ameliyatlarının açıkça kabul edilemez ve önlenemez olduğunu belirtmektedir. Belirlenen kurallara uymak, istenmeyen olay hatalarını azaltabilir ancak “risk altındaki davranışları” veya hatalara yol açabilecek “kayıtsız davranışları” ortadan kaldırmaz. İnsan doğası gereği “risk altındaki davranışları” sergilemeleri ve sağlık sistemini makul olmayan bir riske soktuğunda saklama eğilimindedir (Brown 2017). Adil kültür, bu ihmal konularının o anda, akran değerlendirmesi gibi mekanizmalar veya bireyin, hastanın ve kurumun yararına davranış değişikliğini etkileyecek diğer mekanizmalar yoluyla adil bir şekilde araştırılmasını gerektirir. Adil kültürde, kurumun sağlık hizmeti sunumu ekibindeki tüm sağlık bakım vericileri ve diğer personelin hataları bildirme ve riskli davranışların kendilerini güvende hissettikleri bir ortamda rapor edilmesini teşvik etme bir ilkedir. Bu ilke bir sonraki potansiyel hatada bireylerin misilleme korkusu olmadan rahatça hatalarını rapor etmesini teşvik eder (Brown 2017).

Perinatal Hasta Güvenliğinde Profesyonel Yaklaşım

Perinatal hasta güvenliğinde profesyonel yaklaşım iyi bir ekip eğitimini, etkili iletişimi, simülasyon uygulamalarını, fetal izlem eğitimini, Elektronik Fetal Monitörizasyon sertifikasyonunu, mesleki davranışları, kurum kültürü ve tutum oluşturmayı içermelidir (Simpson 2011). Simülasyon tabanlı eğitim ile ekip çalışması perinatal hasta güvenliğini sağlama ve etkili sağlık

bakımı vermedeki sonuçları iyileştirme ve geliştirmede gittikçe yaygınlaşan bir uygulamadır. Simülasyon uygulamalarının en önemli faydalarından biri sağlık profesyonellerine güvenli bir ortamda ekip halinde uygulama yapma imkânı ve acil durumlarda oluşabilecek istenmeyen olayları önceden saptayabilme imkanı sağlar (ACOG 2014). NPMS, perinatal hasta güvenliğini artırmak için obstetrik kanama, ağır gebelik hipertansiyonu ve venöz tromboembolizm profilaksisi gibi konularda obstetride erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesine yönelik kontrol listeleri ve konsensüs bilgi paketleri geliştirmiştir (D’alton ve ark., 2016). Karmaşık olan perinatal bakım sürecini doğru yönetmek için model, kontrol listeleri, akış diyagramı, balık kılıcı, süreç haritaları ve istatistiksel kontrol listelerinin kullanımı faydalı olabilir (Nathan ve Kaplan, 2017). Kontrol listeleri verilen bakım ve gerçekleştirilen uygulamanın, zamanında bütünlük ve tutarlılık içinde yapılmasını sağlayan, tıbbi hataları en aza indirmeyi hedefleyen hatırlatıcı araçlardır. Perinatolojide kullanılan kontrol listeleri, önemli risk faktörlerinin öngörülmesini, ilaç tedavisinin güvenli bir şekilde uygulanmasını, vajinal bir doğumun (fetal duruş, pozisyon, dilatasyon ve efasman) uygunluğunu ve hazırlığını sağlamaya yönelik olabilmektedir (Arora ve ark., 2016).

Perinatal Hasta Güvenliği Hemşiresinin Temel Rol ve Sorumlulukları

- Hasta güvenliği savunucusu ve klinik rol modeli olarak görev yapar (Evcili ve Gölbaşı, 2020).
- Değişen ve gelişen klinik uygulama ve güvenlik konusunda ulusal standartları takip eder (Şenoğlu ve ark., 2020).
- Hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini güncel tutar ve paylaşır (Evcili ve Gölbaşı, 2020).
- Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili fikir, endişe ve bilgilerini birim toplantılarında paylaşır (Şenoğlu ve ark., 2020).
- Departman performans değerlendirme faaliyetlerine katılır ve katkıda bulunur (Şenoğlu ve ark., 2020).
- Olumsuz veya istenmeyen bir olay yaşandığında olayın açıklığa kavuşabilmesi adına bildiklerini ekip üyeleri ile paylaşır (Simpson 2011).
- Klinik sonuçları izler (Arora ve ark., 2014).
- Sağlık personelinin meydana gelen olumsuz ve olması muhtemel olaylara karşı uyarır ve düzenli raporlamaya önem verir (Simpson 2011).
- Elektronik Fetal Monitörizasyon trase çıktılarını inceler ve doğru bir şekilde yorumlar (Arora ve ark., 2014).

- Eğitim etkinliklerine katılır ve içinde bulunduğu ekibi katılım konusunda teşvik eder.

- Sebep-sonuç analizine katılır (Simpson 2011).

- İncelenen kayıtların, tespit edilen sorunların ve sorun çözme planlarını düzenli kayıt altına alır ve bir veri tabanı oluşturur (ACOG 2014).

- Hedeflenen planları sağlık ekibi üyeleri ile paylaşır ve ekip üyelerini koordine eder (Simpson 2011).

- İncelenen planların raporlarını değerlendirir ve klinisyenlere geri bildirimde bulunur (Evcili ve Gölbaşı 2020).

- Disiplinler arası iletişimi sağlar ve eğitim etkinliklerine katılır (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Sağlık personeli için düzenli olarak hasta güvenliğini sağlama ve hastaya zarar vermeme eğitim programları düzenler (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Yüksek riskli durumlar için klinik çalışmaları kolaylaştırır (Omuz distosisi, doğum sonrası kanama, acil sezaryen doğum gibi) (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Tüm klinisyenlerin eğitim programlarına ve klinik çalışmalara katılımını sağlar ve teşvik eder (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Tüm bölüm üyeleri için ekip çalışması eğitim programları düzenler ve katılımı destekler (Şenoğlu ve ark., 2020).

1. Ekip çalışması içinde iletişim becerilerini geliştirir ve “eğitici eğitimi” oturumlarına katılır (Şenoğlu ve ark., 2020).

2. Birimdeki personelin eğitim oturumlarına katılımını koordine eder ve yeni üyelerin ekibe katılımında teşvik edici rol alır (Şenoğlu ve ark., 2020).

3. Ekip eğitimi programı için toplantıları koordine eder (Şenoğlu ve ark., 2020).

4. Ekip çalışması becerilerinin sürekli güçlendirilmesini teşvik eder (Şenoğlu ve ark., 2020).

- Disiplinler arasında bilgi akışını sağlar (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Güvenlik ve kayıp önleme girişimlerini uygular (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Tedavi öncesi ve sonrası Güvenlik Tutum Anketi'nin uygulanmasını kolaylaştırır (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Güvenlik Tutum Anketi sonuçlarını katılımcılara sunmak için klinik ve idari liderlerle iş birliği yapar (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Güvenlik Tutum Anketi'nde ortaya çıkan temaları ve sorunları ele almak için klinik ve idari

liderlerle birlikte çalışır (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Sertifikasyon programları hazırlığına ve yönetimine yardım eder (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Klinisyenlerin Güvenlik Tutum Anketi veya tekrar testin yapıp yapılmadığını takip edebilmek için periyodik takipler yapar (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Klinik sorumlusu tarafından belirlenen diğer girişimleri uygular (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Kaynaklar bölümünde kullanılan literatür gösterilmiştir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: BY, ÜO; Tasarım: BY, ÜO; Danışmanlık: ÜO; Kaynak tarama: BY, ÜO; Makalenin Yazımı: BY, ÜO; Eleştirel inceleme: ÜO.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Perinatal dönemde hasta güvenliği sorunları belirtilmiştir.
- Perinatal hasta güvenliğinin sağlanmasında güncel klinik yönergeler, standart protokoller hakkında bilgi verilmiştir.
- Perinatal hasta güvenliği hemşiresinin temel rol ve sorumlulukları derlenmiş, perinatal hasta güvenliğinde profesyonel yaklaşım konusunda bilgi verilmiştir.

Kaynaklar

American College of Obstetricians and Gynecologist Committee on Patient Safety and Quality Improvement. (2014). Committee opinion no. 590: Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 722-725.

Arora KS, Shields L, Grobman WA, D'Alton ME, Lappen JR, Mercer BM. (2016). Triggers, bundles, protocols, and checklists-what every maternal care provider needs to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(4), 444-451.

Bernstein PS, Martin JN, Barton JR, Shields LE, Druzin ML, Scavone BM, et al. (2017). National partnership for maternal safety: consensus bundle on severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Anesthesia & Analgesia*, 25(2), 540-547.

Bilgiç D, Şahin NH. (2018). Obstetride hasta güvenliği ve hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Doğum Kadın*

- Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Konular, 4(2), 118-130.
- Bonacquisti A, Cohen MJ, Schiller CE. (2017). Acceptance and commitment therapy for perinatal mood and anxiety disorders: Development of an inpatient group intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 645-654.
- Brown HL. (2017). Quality and safety in obstetrics and gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 60(4), 818-828.
- Cappadona R, Di Simone E, De Giorgi A, Boari B, Di Muzio M, Greco P, et al., (2020). Individual circadian preference, shift work, and risk of medication errors: A cross-sectional web survey among Italian midwives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5810-5822.
- Cicero MX, Adelgais K, Hoyle JD, Lyng JW, Harris M, Moore B, et al., (2020). Medication dosing safety for pediatric patients: recognizing gaps, safety threats, and best practices in the emergency medical services setting. A position statement and resource document from NAEMSP. *Prehospital Emergency Care*, 1-13.
- Committee on Obstetric Practice. (2017). Committee opinion no. 692: Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics & Gynecology*, 129(4), 90-95.
- D'Alton ME, Main EK, Menard MK, Levy BS. (2014). The National partnership for maternal safety. *Obstetrics & Gynecology*, 123(5), 973-977.
- D'alton ME, Friedman AM, Smiley RM, Montgomery DM, Paidas MJ, D'oria R, et al. (2016). National partnership for maternal safety: Consensus bundle on venous thromboembolism. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 45(5), 706-717.
- De Rezende HA, Melleiro MM, Shimoda GT. (2019). Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(1), 37-42.
- Demir S, Şahin N. (2014). Perinatal hasta güvenliğinde hasta teslimi: Kullanılan iletişim teknikleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), 32-37.
- DiCuccio MH. (2015). The relationship between patient safety culture and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 11(3), 135-142.
- Esencan TY, Aslan E. (2015). Jinekoloji ve obstetride tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 152-161.
- Evcili F, Gölbaşı Z. (2020). Perinatal hasta güvenliği: Kavramsal çerçeveden hemşirelik yaklaşımlarına. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(1), 14-28.
- Heafner L, Suda D, Casalenuovo N, Leach LS, Erickson V, Gawlinski A. (2013). Development of a tool to assess risk for falls in women in hospital obstetric units. *Nursing for Women's Health*, 17(2), 98-107.
- Henneman PL, Fisher DL, Henneman EA, Pham TA, Campbell MM, Nathanson BH. (2010). Patient identification errors are common in a simulated setting. *Annals of Emergency Medicine*, 55(6), 503-509.
- Inanir A, Cakmak B, Hisim Y, Demirturk F. (2014). Evaluation of postural equilibrium and fall risk during pregnancy. *Gait Posture*, 39, 1122-1125.
- International Council of Nurses-ICN. (2006). Safe staffing saves lives. *International Nurses Day. Information and Action Tool Kit*. Geneva: Switzerland, p. 3-60.
- James D, Jukkala A, Azuero A, Aautrey P, Vining L, Miltner R. (2013). Development of the medical intensive care unit shift report communication scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research and Review*, 3, 59-65.
- Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Simas M, et al. (2017). Consensus bundle on maternal mental health: Perinatal depression and anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 46(2), 272-281.
- Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet*, 367, 1066-1074.
- Kiyamaz D, Koç Z. (2018). Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1160-1169.
- Korkmaz AÇ. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 10-19.
- Lipke B, Gilbert G, Shimer H, Consenstein L, Aris C, Ponto L, et al., (2018). Newborn safety bundle to prevent falls and promote safe sleep. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 43(1), 32-37.
- Mackintosh N, Rance S, Carter W, Sandall J. (2017). Working for patient safety: a qualitative study of women's help-seeking during acute perinatal events. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1):232-245.
- Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PI, et al., (2015). National Partnership for Maternal Safety: Consensus bundle on obstetric hemorrhage. *Anesthesia & Analgesia*, 121(1), 142-148.
- Martijn LL, Jacobs AJ, Maassen II, Buitendijk SS, Wensing MM. (2013). Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands. *Midwifery*, 29(1), 60-66.
- McCrorry JL, Chambers AJ, Dafary A, Redfern MS. (2011). Ground reaction forces during gait in pregnant fallers and non-fallers. *Gait Posture* 34, 524-528.
- McCrorry JL, Chambers AJ, Dafary A, Redfern MS. (2013). Ground reaction forces during stair locomotion in pregnancy. *Gait Posture* 38, 684-690.
- Mei Q, Gu Y, Fernandez J. (2018). Alterations of pregnant gait during pregnancy and postpartum. *Scientific Reports*, 8(1), 1-7.

- Mujundar S, Santos D. (2015). Teamwork and communication: An effective approach to patient safety. *HMA*, 50(1), 19-22.
- Nash L, Dixon R, Eaton V, Grzeskowiak LE. (2015). Accuracy of information on medication use and adverse drug reactions recorded in pregnancy hand-held records. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55(6):547-51.
- Nathan AT, Kaplan HC. (2017). Tools and methods for quality improvement and patient safety in perinatal care. *Seminars in Perinatology*, 41(3), 142-150.
- Newsome J, Martin JG, Bercu Z, Shah J, Shekhani H, Peters G. (2017). Postpartum hemorrhage. *Techniques in Vascular & Interventional Radiology*, 20(4), 266-273.
- Raab C, Palmer-Byfield R. (2011). The perinatal safety nurse: Exemplar of transformational leadership. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(5), 280-287.
- Rosenbloom JI, Sabol BA, Chung C, Macones GA, Rampersad RM, Cahill AG, et al., (2019). Improving medication error identification with an inpatient maternal-fetal medicine pharmacist. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(6), 602-603.
- Schaefer C. (2018). Drug safety in pregnancy-a particular challenge. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 61(9), 1129-1138.
- Shields LE, Wiesner S, Klein C, Pelletreau B, Hedriana HL. (2017). Early standardized treatment of critical blood pressure elevations is associated with a reduction in eclampsia and severe maternal morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(4), 415-420.
- Simpson KR. (2011). Perinatal patient safety and quality. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(2), 103-107.
- Simpson KR. (2015). Newborn safety in the hospital. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(4), 272.
- Şenoğlu A, Taşpınar A, Karaçam Z. (2020). Doğum ve doğum sonu dönemde hasta güvenliği ve ebelerin sorumlulukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 11(40), 66-73.
- Tuğrul E, Khorshid L. (2015). Hemşirelerin önemli işlevlerinden biri: hasta teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 95-107.
- World Health Organization (WHO). (2018). Maternal mortality. Erişim tarihi: 06.09.2020, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- World Health Organization (WHO). (2017). Patient safety: making health care safer. Erişim tarihi: 16.08.2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>.
- Yıldız FT, Yıldız İ. (2020). Hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(1), 29-41.
- Yu M, Lee HY, Sherwood G, Kim E. (2018). Nurses' handoff and patient safety culture in perinatal care units: Nurses' handoff evaluation and perception of patient safety culture at delivery room and neonatal unit in South Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1442-1450.