

Obstetrik Triyaj ve Ebenin Rolü

Sevil Günaydın, Saadet Yazıcı

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Sevil Günaydın, Arş. Gör.
Saadet Yazıcı, Prof. Dr.

ÖZET

Obstetrik triyaj; anne ve fetüsün iyilik halinin sürdürülebilmesi için ortaya çıkan obstetrik patolojilerin en erken evrede tanımlanması ve uygun müdahalelerin yapılmasıdır. Bunun içinde obstetrik triyajın bilinmesi ve sistemli bir biçimde uygulanması önemlidir. Obstetrik triyajın, kurum olanaklarının en verimli şekilde kullanılması, obstetrik değerlendirmelerin hızlı yapılması, hastaların bekleme süresini kısaltması ve hasta akışını hızlandırması gibi birçok yararları vardır. Ebelerin obstetrik triyajda önemi büyüktür. Bu bilgi ve beceriyi eğitimleri sırasında kazanan ebelere kendi mesleklerini aktif olarak yapma fırsatı verilmelidir. Bu nedenle, obstetrik triyaj birimini yönetmek için kadın doğum uzmanı - jinekologlar ve ebeler işbirliği içinde olmalıdırlar. Bu derlemenin amacı; obstetrik triyajın öneminin vurgulanması ve ebelerin obstetrik triyaj uygulamasındaki rolünü literatür eşliğinde paylaşmaktır.

Anahtar sözcükler: Ebelik; obstetrik triyaj; triyaj

OBSTETRIC TRIAGE AND THE ROLE OF MIDWIVES

ABSTRACT

Obstetric triage means to diagnose obstetric pathologies at an early stage and carry out appropriate interventions. Therefore, it is important to know how to apply obstetric triage, and apply it systematically. Obstetric triage has many benefits such as using the institution's opportunities most effectively, performing the obstetric assessments immediately, reducing the waiting time for patients, and accelerating the patient flow. Midwives play an important role in obstetric triage. Nevertheless, they should be given opportunity to actively participate in obstetric triage, and adequately use their knowledge acquired during their professional training. In this regard, obstetrician-gynecologists and midwives should work in cooperation to manage the obstetric triage unit. This compilation aims to emphasize the importance of obstetric triage, and explain the role of midwives in obstetric triage based on the literature.

Keywords: Midwifery; obstetric triage; triage

Triyaj, sınıflamak ya da seçim yapmak anlamına gelen "trier" sözcüğünden türetilmiş, Fransızca kökenli bir kelimedir (1, 2). Acil birime başvuran hasta veya yaralılarda, aciliyetin şiddetini belirleyip, yaşam riski en fazla olanlara öncelikli müdahale etmek için kullanılan dinamik ve sürekli bir süreçtir (2, 3).

Obstetrik triyaj ise; maternal ve fetal sağlığın sürdürülebilmesi için ortaya çıkan obstetrik risklerin en erken evrede tanımlanması ve uygun müdahalelerin yapılmasıdır. Ayrıca, obstetrik triyaj üniteleri; hasta bekleme yeri, müşahede odası, doğum izleme odası, akut obstetrik acil ve birçok obstetrik işlemleri içinde barındıran çok fonksiyonlu birimlerdir (4).

İletişim:

Arş. Gör. Sevil Günaydın
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 546 599 53 83
E-posta: svlgunaydin@hotmail.com

Gönderilme Tarihi : 25 Nisan 2016
Revizyon Tarihi : 18 Mayıs 2016
Kabul Tarihi : 02 Haziran 2016

Gebe kadın, hastanenin kadın doğum acil ünitelerine sadece obstetrik sorunlar için (fetal sağlığın bozulduğu durumlarda, fetal hareketlerde ve/veya kalp hızında azalma, kanama, erken membran rüptürü vb.) değil, obstetrik olmayan (akut batın, motorlu taşıt kazaları vb.) nedenlerle de başvurulabilir (5, 6). Gebeliği 20. haftadan küçük olan annelere hastanenin genel işleyişine göre genel acil serviste müdahale edilebilir. Ancak 20. gebelik haftasından küçük olsa da gebede kanama, abdominal ağrı, bayılma gibi şikâyetler var ise kadın doğum acile yönlendirilmelidir. Gebeliği 20. haftadan büyük ise; gebe mutlaka ebe/kadın doğum hemşiresi/kadın doğum hekimi tarafından değerlendirilmelidir (7). Gebe kadının en kısa süre içinde vital bulgularına bakılmalı, fetal kalp atımları değerlendirilmeli ve kontraksiyon takibi yapılmalıdır (5, 6).

Obstetrik triyajın prenatal bakım içerisinde uzmanlık alanı olarak 1980–1990 yıllarından itibaren uluslararası alanda ortaya çıktığı ve 21. yy başlarında gelişmeye devam ettiği bildirilmektedir (8). Bu bağlamda, acil servise gelen herkesin finans, sağlık güvencesi ya da ödeme gücü olup olmadığına bakılmaksızın, sağlık durumunu stabilize etmek ve tedavi gerektiren durumlarda tedavisini sağlamak için 1986 yılında Acil Tıbbi Tedavi ve İş Kanunu (EMTALA) kabul edilmiştir (3, 9).

Bu derlemenin amacı, obstetrik triyajın öneminin vurgulanması ve ebelerin obstetrik triyaj uygulamasındaki rolünü literatür eşliğinde paylaşmaktır.

Obstetrik triyajın önemi ve yararları

Anne ve bebeğin hayatını tehlikeye sokacak herhangi bir acil obstetrik durumda, bakım vericinin hızlı ve doğru müdahaleyi yapabilmesi ve gerekli olan durumlarda hastayı sevk edebilmesi gerekmektedir. Bunun için de obstetrik triyajın bilinmesi ve uygulanması önemlidir (1). Yurtdışında yapılmış bir çalışmada triyajın, obstettrinin bir parçası olarak yer aldığı ve doğum eylemini değerlendirme kullanılan öncelikli bir tarama metodu olduğu belirtilmektedir (8). Ayrıca, gebenin acile başvurduğunda mutlaka fetal iyilik halinin değerlendirilmesinin ardından gebeliğe bağlı komplikasyonların olup olmadığını belirlemek için sistematik ve etkin bir yaklaşımla bakım verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (7). Bu durum gebelikte, hem anne hem de fetüsün değerlendirilmesini kapsamaktadır (6).

Obstetrik triyajın kuralları, genel triyaj kuralları ile aynıdır. Her ikisinin de ortak yanı hizmet alıcıların aciliyet durumları göz önüne alınarak kişiye doğru zamanda doğru müdahalenin yapılmasıdır (1). Acil servise hasta başvurduğunda,

kısa bir anamnez alınarak hastanın durumuna göre bir sonraki adıma geçilir. Hasta, ya bekleme odasında bekletilir ya da acil servis/travma odasına gönderilir. Hastanın durumunda değişiklik olmadığı sürece, hasta triyaj işlemi tamamlana kadar triyajdan sorumlu sağlık personeli tarafından takip edilir. Gebe kadın da obstetrik triyaj ünitesine başvurduğunda benzer bir sıra ile karşılaşır. Ancak, gebe triyaj odasına geldiğinde maternal ve fetal sağlığın iyi olduğu tespit edilene kadar takipleri devam eder. Ardından gebe ya doğum odasına gönderilir ya perinatal servise gönderilerek antenatal değerlendirme testleri yapılır. Bunların sonunda gebe, ya acil serviste kalmaya devam eder ya da evine gönderilir (6).

Obstetrik triyajın hizmet alan, kurum ve bakım vericiler açısından birçok yararı vardır. Bunlar;

- Kurumda var olan yatak kapasitesinin en verimli şekilde kullanılmasını sağlaması,
- Triyaj bakım verimliliğini artırması,
- Obstetrik değerlendirmelerin hızlı yapılması,
- Doğum eyleminin erken evresinde hastaneye yatışları önlemesi,
- Zaman tasarrufu sağlaması ve hasta akışını hızlandırması,
- Hastaların bekleme süresini kısaltması,
- Obstetrik hastalarının durumunu yönetme ve değerlendirmeyi sağlamasıdır (10).

Obstetrik triyaj alanları

Uluslararası yapılan çalışmalar ve profesyonel birlikler, obstetrik triyaj için öneriler bildirmiştir. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* (2010) (AWONN) triyaj süresinin 10 ile 20 dakika arasında olması ve bir hemşireye bir hasta düşecek şekilde yapılması gerektiği şeklinde öneri sunmaktadır. Ancak bu durumun, anne ve bebeğin sağlık durumu stabil ise, 1 sağlık personeline 2–3 gebe şeklinde değişebileceğini belirtmektedir (6). Obstetrik triyajda gebelerin aciliyet düzeylerinin belirlenmesi için, gebeler hastaneye geliş nedenleri ve muayene bulgularına göre kırmızı, sarı ve yeşil alanlara triyajı yönlendirilmektedir (11). Ancak, ilk triyaj uygulaması yapılmadan önce mutlaka fetal sağlık durumu değerlendirilmelidir (6). Tablo 1'de triyaj alanları ve endikasyonları verilmiştir (11, 12).

Obstetrik Triyaj Alanları Skalasına göre kırmızı alanda olan vakaların; acilen kadın doğum doktoruna bildirilmesi gerekir. Ardından doğumhaneye veya ileri düzey bakım gerektiren alana gönderilmelidir. Sarı alanda olan vakalar;

triyaj değerlendirmesi tamamlandığında en kısa sürede doğumhaneye ulaştırılması gerekir. Vaka triyaj alanında izlem altında kalacak ise her 30 dakikada bir gözlem yapılmalıdır. Yeşil alanda olan vakalar ise; triyaj değerlendirmesi tamamlandığında en kısa sürede doğumhaneye ulaştırılması gerekir; vaka alanında izlem altında kalacak ise saatte bir gözlem yapılmalıdır (11, 12).

Obstetrik triyaj keskinlik skalası (*Obstetric triage acuity scale - OTAS*)

Smithson ve ark. (13) tarafından Obstetrik Triyaj Keskinlik Skalası (OTAS) geliştirilmiştir. OTAS beş kategoride hastaları değerlendirmektedir ve sınırlarını renklere ve değerlendirme zamanlarına göre koymuştur. Tablo 2'de OTAS seviyeleri ve değerlendirmesi verilmiştir (13).

Ülkemizde uygulanan triyaj sistemi

Sağlık Bakanlığının 2009 yılında resmi gazetede yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Tebliğe göre; triyaj uygulaması renk kodlamasına göre yapılmaktadır. Triyaj işlemi hastanın başvurusu sırasında gerçekleşmektedir. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre

kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılmaktadır (14). Ayrıca, anne morbidite ve mortalitesini en aza indirmek amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından acil obstetrik bakım programı yürütülmektedir. Bu program kapsamında, katılımlara obstetrik problemlere yaklaşım hakkında eğitimler

Tablo 1. Triyaj alanları ve endikasyonları

Kırmızı	Sarı	Yeşil
Kalp ve solunum sıkıntısı	2 dk bir kontraksiyonların görülmesi/ rahatsızlık hissi	Bulantı/kusma/diyare
Eklampsi	Doğumun aktif fazında olan multiparlar	Üriner enfeksiyon
Aktif kanama/ Ağır kanama	Fetal hareketlerde azalma	Stabil gestasyonel hipertansiyon
Akut travma	Abdominal ağrı	Yara yeri enfeksiyonu
Gebelik ürününün vajenden görülmesi	Preterm eylem veya erken membran rüptürü	Üst solunum yolu enfeksiyonu
Fetal hareketlerin olmaması	Gerçek veya potansiyel preeklampsi veya HELLP Sendromu	Vajinit
Diyabetik koma	PROM	Yara yeri kontrolü
Diğer anne veya fetüsün hayati tehlikeye sokacak durumlar		Zimba/Sutur alma
		Enfeksiyon/ Laboratuvar testleri

PROM: Premature rupture of membranes

Tablo 2. Obstetrik Triyaj Keskinlik Skalası (OTAS)

OTAS	Seviye 1- Kırmızı (Hayat kurtarıcı müdahalelerdir)	Seviye 2-Turuncu (Çok acil)	Seviye 3-Sarı (Acil)	Seviye 4- Yeşil (Kısmen acil)	Seviye 5- Mavi (Acil Değil)
Müdahale zamanı	Hemen	15 dk'dan az sürede	30 dk'dan az sürede	60 dk'dan az sürede	120 dk'dan az sürede
Tekrar değerlendirme süresi	Sürekli ebe/hemşire gözlemi altında	Her 15 dk bir	Her 15 dk bir	Her 30 dk bir	Her 60 dk bir
Doğum/ amniyon sıvısı gelişi	Durdurulamayan doğum	Erken doğum tehditi, <37 haftadan önce PROM	>37. Haftadan sonra doğumun başlaması	Doğumun erken evrede ki belirtileri, >37. haftadan sonra Spontan membran rüptürü	Gebeliğe bağlı şikayetler
Kanama	Aktif kanama ve/veya abdominal ağrı	<37. haftadan önce ağnı kanama	>37. Haftadan sonra ağnı kanama	Lekelenme tarzında kanama	
Hipertansiyon	Nöbet geçirme	>160/110mmHg'dan yüksek kan basıncı veya baş ağrısı, görme bozukluğu, sağ üst kadrans ağrısı	>140/90 mmHg'dan yüksek kan basıncı ve/veya hipertansiyon ile ilişkili belirti ve bulgular		
Fetal değerlendirme	Anormal fetal kalp hızı Fetal hareketlerin olmaması	Anormal fetal kalp atımı, anomal Biyofiziksel Profil, anormal doppler bulgusu Fetal hareketlerde azalma			
Diğer	Akut başlangıçlı, şiddetli abdominal ağrı Değişmiş bilinç düzeyi Kord prolapsusu Şiddetli solunum sıkıntısı Şüpheli sepsis	Majör travma, Nefes darlığı, Plansız veya kontrolsüz doğum	Gebelikte beklenenden daha şiddetli Abdominal/ sırt ağrısı Böbrek ağrısı ve hematüri Bulantı/kusma ve/veya dehidratasyon eşlik eden diyare	Minör travma Bulantı kusma ve/veya diyare Enfeksiyon belirtileri (dizüri, öksürme, ateş, titreme)	Anne ve fetüs sağlığını tehdit edecek herhangi bir durumun olmadığı durumlar, Servikal olgunlaşma, Ayaktan izlem gören plasenta previa olgular, Önceden planlı izlem (progesteron enjeksiyonu, NST) Durum değerlendirmesi, Döküntü/kaşınıtı

PROM: Premature rupture of membranes

verilmektedir. Eğer gebenin doğum eylemi başlamış ise, acil müdahale edilmesi gereken durum olarak kabul edilir. Gebenin sağlık güvencesi olmasa da acil merkeze kabul edilmesi zorunludur. Kurumun koşulları göz önüne alındığında doğumun kurumda gerçekleşmesi mümkün değil ise, gebenin sevki yapılmalıdır. Transfer işlemi sırasında mutlaka ambulans kullanılmalıdır. Gebe ve ailesi ambulansla sevki kabul etmediğinde, bakım vericiler bu durumu yazılı olarak bildirmelidirler. Obstetrik triyajın etkin bir biçimde gerçekleşebilmesi için bakım vericilerin değerlendirmesi gereken durumlar, tehlike işaretleri ve düşünlmesi gereken önemli tanılar Tablo 3'te belirtilmiştir (1).

Obstetrik triyajda ebenin rolü

Ebeler, insanlığın varoluşundan itibaren tüm kültürlerde doğuma yardım görevi yapmış ve çoğu doğal

yöntemlerden oluşan farklı tekniklerle doğuma yardımcı olmuşlardır. İlkel çağlarda bilimsellikten uzak olan ebelik mesleği usta çırak ilişkisi ile sürerken, tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak ilerlemiş ve günümüzde bilim ve sanatı birleştiren, bilimsel ve etik değerler üzerine temelmiş profesyonel bir disiplin olarak tıp meslekleri içinde yerini almıştır (15). Aynı zamanda ebe ve kadın doğum hemşireleri; doğum eyleminin yönetimi için yıllardır obstetrik triyajda ön planda olmuşlardır (4).

Ebelerin Görev ve Yetkileri Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde 133'te şöyle belirtilmektedir: "Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müraaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde

Tablo 3. Obstetrik acil değerlendirme ve tehlike bulguları

Değerlendirme	Tehlike bulguları	Ne düşünülmeli?
Hava yolu açıklığı ve solunum	<ul style="list-style-type: none"> • Siyanoz • Solunum sıkıntısı Cilt: soluk Akciğerler: wheezing / raller 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciddi anemi • Kalp yetmezliği • Pnömoni • Astım • Pulmoner emboli • Amniyotik sıvı embolisi
Dolaşım (Şok belirtileri)	<p>Cilt: Soluk ve nemli</p> <p>Nabız: hızlı (110tm/dk üstü) ve zayıf</p> <p>TA: Düşük (sistolik 90 mmHg'den düşük)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ŞOK
Vajinal kanama	<p>Sorgula</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestasyonel hafta • Doğum olmuş mu? • Plasentanın durumu <p>Muayene et</p> <p>Vulva: kanama miktarı, plasenta kalıntısı, görünen yırtık</p> <p>Uterus: Atoni Mesane doluluğu</p> <p>Gebeyse Asla Vajinal Muayene Etme!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abortus • Ektopik gebelik • Mol gebelik • Ablasyo plasenta • Plasenta previa • Uterus rüptürü • Atoni • Plasenta retansiyonu • Serviks vajına yırtığı
Bilinç kaybı ya da konvülsiyon	<p>Sorgula</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestasyonel hafta <p>Muayene et</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA (diastolik 90mmHG üstü) • Ateş (38°C üzeri) 	<ul style="list-style-type: none"> • Eklampsi • Epilepsi • Tetanoz
Yüksek ateş	<ul style="list-style-type: none"> • Zayıflık ve laterji • Disüri • 38 °C üstü ateş • Kanında hassasiyet • Pürülan akıntı • Memelerde şişlik/hassasiyet 	<ul style="list-style-type: none"> • Üriner enfeksiyon • Endometrit • Pelvik abse • Peritonit • Meme enfeksiyonu • Septik abortus
Kann ağrısı	<p>Sorgula</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestasyonel hafta • Eşlik eden kanama • Eşlik eden yüksek ateş 	<ul style="list-style-type: none"> • Doğum • Erken doğum • Ektopik gebelik • Dekolman plasenta • Uterus rüptürü • Koryoamniotitis

ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahedelerini yaparlar. Gerekli görđükleri hallerde her türlü genital muayeneleri de yaparlar, müşahedelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler. Normal doğumları kendileri yaparlar. Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tespit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler” (16). Bu bilgi ve beceriyi eğitimleri sırasında kazanan ebeler kendi mesleklerini aktif olarak yapma fırsatı verilmelidir. Bu nedenle, obstetrik triyaj birimi yönetmek için kadın doğum uzmanı - jinekologlar ve ebeler işbirliği içinde bir ekip oluşturmalıdır.

Ebelik bakımında terapötik ilişkiler hizmet alan kadınlar için önemlidir. Terapötik ilişkinin varlığı ağrı, anksiyete ve korkuyu azaltır, kadının duygusal, ruhsal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasını sosyal destek yoluyla sağlar. Fiziksel olarak desteği olması ise kişinin kendini sakin tutma duygusunu yaşatır. İşlem hakkında yapılan açıklamaların/tavsiyelerin olduğu bilgi desteği kadına güç verir (17).

Paul ve ark.’nın (17) obstetrik bakım triyaj ünitesinde yapmış oldukları çalışmada hastalara doktor/ebe tarafından verilen standart bakım veya sertifikalı ebe-hemşirelerden alınan bakım olarak iki tip bakım uygulanmıştır. Buna göre; sertifikalı ebe-hemşirelerin yönetmiş olduğu triyaj bakımından memnuniyet daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, hemşirelerin acil ünitelerinde çalışmaya başlamasıyla, hastaların bekleme sürelerinin azaldığı, ve maliyetin düştüğü görülmektedir (17). Paine ve ark.’nın (18) çalışmasında, ebe-hemşirelerin doktora göre prenatal takipler sırasında gebelerle daha fazla zaman geçirdiği ve danışmanlık yaptığı, gebelerin ise bundan memnuniyet duydukları belirlenmiştir. Fakat Waldenstrom ve ark.’nın (19) çalışmasında ise, gebelere standart hizmet veren grup ile ebelerin vermiş oldukları bakım sonuçları

değerlendirildiğinde, maternal ve neonatal sonuçlar arasında bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuç

Obstetrik triyaj kavramı literatürde eski bir tanımlama olmasına rağmen ülkemizde yeterli gelişmesini tamamlayamamıştır. Gebelerin obstetrik triyaj birimlerine başvurdukları andan itibaren hem fiziksel hem de emosyonel gereksinimlerin karşılanmasında ebeler bakımının rolü büyüktür. Ebeler tarafından yönetilmesi uygun olan obstetrik triyaj modelinin oluşturulması ve uygulanması, gebelerin olumlu deneyimlerinin ve bakımdan memnuniyetlerinin artırılması açısından önemlidir. Bu konu ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Öneriler

- Ebelerin en önemli çalışma alanlarından biri doğumhanelerdir. Bu bağlamda; hastanelerin kadın doğum acillerinde çalışan/çalışacak ebeler için triyaj ebesi sertifika programlarının açılması,
- Ebelerin doğumhanelerde aktif görev yapabilmeleri için hastanenin acil polikliniğine başvuran gebelerin ilk hızlı değerlendirmesinin çok iyi yapılması ve hiçbir risk bulundurmeyen gebelerin travaylarının ebeler tarafından izlenmesi ve doğumunun yaptırılması,
- Ebelik mesleğinin güçlenmesi amacıyla obstetrik triyaj hakkında eğitimlerin artırılması,
- Obstetrik triyajın eğitim öğretim içinde yer alması, üniversitelerde kadın doğum derslerinin içine entegre edilmesi veya seçimlik derslerin açılması önerilmektedir.

Bu işleyişin kazanılması ile kadın doğum acillerin yoğunluğunun azalması, ebelerin meslekten memnuniyet düzeylerinin artması, ebeler mesleğinin gelişmesine katkı sağlanması ve hizmet alanların memnuniyetlerinin artması beklenmektedir.

Kaynaklar

1. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı. Ankara: Sistem Ofset Basın Yayın Sanayi; 2015.
2. Karaçay P, Sevinç S. Acil servislerde triyaj uygulaması. HEAD Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2007;4:9–15.
3. Akyolcu N. Acil birimlerde triyaj. F N Hem Derg 2007;15:7–17.
4. Angelini DJ, Stevens E, MacDonald A, Wiener S, Wieczorek B. Obstetric triage: models and trends in resident education by midwives. J Midwifery Womens Health 2009;54:294–300. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.03.004>
5. Angelini DJ. Obstetric triage: state of the practice. J Perinat Neonatal Nurs 2006;20:74–5.
6. docplayer.net [Internet]. AWHONN'S Guidelines for Professional Registered Nurse Staffing for Perinatal Units, 2010. [Cited: 08.03.2016]. Available from: <http://docplayer.net/503625-Guidelines-for-professional-registered-nurse-staffing-for-perinatal-units.html>
7. Chagolla BA, Keats JP, Fulton JM. The importance of interdepartmental collaboration and safe triage for pregnant women in the emergency department. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2013;42:595–605. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12238>
8. Angelini D, Howard E. Obstetric triage: a systematic review of the past fifteen years: 1998–2013. MCN Am J Matern Child Nurs 2014;39:284–97. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000069>
9. acep.org [internet]. American College of Emergency Physicians. EMTALA. [Cited: 08.03.2016]. Available from: <http://www.acep.org/News-Media-top-banner/EMTALA/>
10. Angelini DJ. Obstetric triage and advanced practice nursing. J Perinat Neonatal Nurs 2000;13:1–12.
11. Polinsky N, Hillery J. OB Triage. Process improvement at a large military medical centre. Available from: <https://www.slideserve.com/cleo/ob-triage>
12. Panicker S, Chitra TV. Is obstetric triage necessary? Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2014;3:44–7. <https://doi.org/10.5455/2320-1770.ijrcog20140308>
13. Smithson DS, Twohey R, Rice T, Watts N, Fernandes CM, Gratton RJ. Implementing an obstetric triage acuity scale: interrater reliability and patient flow analysis. Am J Obstet Gynecol 2013;209:287–93. <https://doi.org/10.1016/j.jajog.2013.03.031>
14. tkhk.gov [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. [Erişim tarihi: 08.03.2016]. Erişim adresi: http://www.tkhk.gov.tr/828_tebliğler
15. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008;1:54–9.
16. sb.gov [Internet]. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeliği-son-değisi-.html>
17. Paul J, Jordan R, Duty S, Engstrom JL. Improving satisfaction with care and reducing length of stay in an obstetric triage unit using a nurse-midwife-managed model of care. J Midwifery Womens Health 2013;58:175–81. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00239.x>
18. Paine LL, Johnson TR, Lang JM, Gagnon D, Declercq ER, DeJoseph J, et al. A comparison of visits and practices of nurse-midwives and obstetrician-gynecologists in ambulatory care settings. J Midwifery Womens Health 2000;45:37–44. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(99\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(99)00030-6)
19. Waldenström U, McLachlan H, Forster D, Brennecke S, Brown S. Team midwife care: maternal and infant outcomes. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2001;41:257–64.