

Planlı Evde Doğum Güvenli midir? Kadın Doğum Dernekleri Ne Diyor?

Is Planned Home Birth Safe? What Do the Societies Say?

Yeter Ela MANSUROĞLU,^a
Berna DİLBAZ^b

^aKırıkhan Toplum Sağlığı Merkezi,
Hatay

^bKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Adıyaman

Geliş Tarihi/Received: 19.08.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 27.12.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yeter Ela MANSUROĞLU
Kırıkhan Toplum Sağlığı Merkezi,
Hatay,
TÜRKİYE/TURKEY
y-ela@outlook.com

ÖZET Anne ve bebek sağlığı açısından sağlık personeli eşliğinde sağlık kuruluşlarında doğum gerçekleşmesi temel bir ilke olarak kabul edilirken, özellikle son 10 yılda gelişmiş ülkelerde ev ortamında planlı doğum gündeme gelmeye başlamıştır. Evde doğumun anne ve bebek sağlığı açısından riskleri ve yararları ulusal dernekler tarafından değerlendirilmiş ve onların öneri ve görüşleri yayımlanmıştır. Henüz planlı evde doğumu anne ve bebek morbiditesi açısından hastane doğumları ile karşılaştıran yeterli sayıda çalışma ve meta-analiz yoktur. Bununla birlikte birçok ulusal dernek planlı evde doğumlarla ilgili kondüsyonlar, yarar ve riskleri analiz etmiştir. Tüm önerilerde kadının evde doğumu seçme hakkı üzerinde durulmaktadır. Karar verme aşamasında kişiye özel risk belirleme önemlidir ve evde doğumun avantajları ve riskleri hakkında gerekli bilgilerin verilmesi gerekmektedir. Annenin obstetrik öyküsü, genel sağlık durumu, mevcut maternal veya fetal patolojilerin ışığında bireysel riskler tanımlanmalıdır. Planlı ev doğumunun güvenli bir şekilde gerçekleşmesi için eğitimli sağlık personeli tarafından uygulanması, transfer koşullarının belirlenmesi ve transfer gerektiğinde hasta ve bebeğin tedavisini üstlenecek sağlık kuruluşu ile ortak bir protokolün belirlenmesi gerekmektedir. Yayınlarda planlı ev doğumlarında normal vajinal doğum olasılığının daha yüksek olduğu, buna karşın neonatal risklerin artabileceği bildirilmiştir. Buna karşın, Türkiye'de son 20 yıl incelendiğinde, evde doğum oranlarındaki düşüşe paralel olarak, anne ve yenidoğan ölüm oranlarında hızlı bir düşüş olduğu gözlenmektedir. Bu çalışmada, ulusal derneklerin planlı evde doğumla ilgili görüşleri özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ev doğumu; morbidite; perinatal mortalite

ABSTRACT Although delivery at health facilities with a health service provider was accepted as an essential requirement, planned home delivery (PHD) has been in the spotlight especially for the last 10 years in developed countries. The health risks and benefits of PHD for the mother and the baby have been evaluated by the national societies and their recommendations and comments have been published. For the time-being, there is not adequate number of studies and meta-analysis comparing the maternal and neonatal outcomes of PHD with hospital deliveries. However, societies have analysed the conditions, benefits and risks of PHD. All the recommendations emphasize the women's right to decide about PHD. During the decision-making process, determining the individual risks is important and information about benefits and risks of PHD should be given. The individual risks should be identified in the light of the obstetric history, general health condition and the presence of maternal and fetal problems. In order to have a safe PHD, it should be performed by qualified health personel, the conditions for transport should be defined, and in case of patient transfer a joint protocol with the health facility that is going to treat the women and the baby should be developed. The studies show a higher incidence of normal vaginal delivery while the neonatal risks might be increased. However, when we examine the last 20 years in Turkey, there is a fast decrease in maternal and neonatal death rates parallel to the decline in the rates of home deliveries. This review aims to summarize the views of the societies about PHD.

Keywords: Home childbirth; morbidity; perinatal mortality

Son yıllarda doğal doğum ve doğal yaşam kavramları ile birlikte ev ortamında planlı normal doğum yapma isteği artmaya başlamıştır. Ev ortamında doğum yapma durumu farklı birçok görüş nedeni ile hâlen tartışılmakta olan ve henüz fikir birliğine varılmamış bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerde evde doğum anne sağlığı açısından riskli olarak değerlendirilip engellenmeye çalışılırken, gelişmiş ülkelerde planlı evde doğum olarak tekrar gündeme gelmeye başlamıştır. Planlı evde doğum birçok ülkede ulusal dernekler tarafından değerlendirilmiş ve bu uygulamaya ilişkin belli koşullar ve tavsiye kararları ortaya konulmuştur. Son yıllarda, dünya çapında alternatif tıp savunucuları, feminist gruplar, doğal doğum dernekleri, doğal doğumu destekleyen doktor ve ebeler gibi birtakım topluluklar planlanmış evde doğumu savunmaktadır. Evde doğumla ilgili dernekler ve resmi internet siteleri yaygınlaşmıştır.

Bu çalışmada, planlı evde doğumun koşulları; anne ve bebek sağlığına, doğum şekline etkileri konusunda önemli uluslararası ve ulusal derneklerin görüşleri ve tavsiye kararları incelenmiştir. Bu kapsamda, Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği [American Committee of Obstetrics and Gynecology (ACOG)], Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)), İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakımda Mükemmellik Enstitüsü [National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)], Kraliyet Obstetri ve Jinekoloji Koleji (Royal College of Obstetrics and Gynecology: RCOG), Kraliyet Ebelik Koleji [Royal College of Midwives (RCM)], Kanada Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği [Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)] ve İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakımda Mükemmellik Enstitüsü (NICE) gibi önemli derneklerin önerileri özetlenmiştir.

TÜRKİYE'DE DURUM NEDİR?

Ülkemizde evde doğum oranları 1990'lı yıllardan 2013 yılına kadar her beş yılda bir yapılan Türkiye nüfus sağlık araştırmalarına göre %26,7'den %2,3'e düşmüştür (Tablo 1).¹⁻⁴ Evde doğum yapma eğilimi yaşı genç, doğum sayısı az ve doğum öncesi bakım sayısı fazla olan kadınlarda daha düşüktür. Kırsal

alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayan kadınlara kıyasla daha fazla evde doğum yapmaktadır. Yıllara göre, bölgesel olarak irdelendiğinde evde doğum oranı sadece doğu bölgesinde ülke ortalamasının üzerinde kalmıştır. Eğitim ve refah düzeyinin düşüklüğü de evde doğumu artıran faktörlerdendir.⁴

Evde doğumların azalmaya başlamasına paralel olarak, yenidoğan ölüm hızında da 1993 yılından günümüze kadar binde 29'dan binde 7'ye inmiş yani önemli oranda düşmüştür (Tablo 2).⁵

GELİŞMİŞ ÜLKELERDE PLANLI EV DOĞUMLAR

Dünyada planlı evde doğum oranlarına bakıldığında ilk sırayı %20 ile Hollanda almaktadır. İsveç, ABD, Finlandiya, İzlanda, Avustralya ve Norveç gibi ülkelerde ise evde doğum oranları %1'in altındadır (Tablo 3).⁶⁻¹⁶

AMERİKAN OBSTETRİ VE JİNEKOLOJİ DERNEĞİ KOMİTE GÖRÜŞÜ

ACOG'un Şubat 2011 tarih ve 476 sayılı kararı evde doğum uygulamaları ile ilgilidir.¹⁷

ACOG'un planlı evde doğum ile ilgili özet kararları:

1. Obstetrik Uygulama Komitesi, hastanelerin ve doğum merkezlerinin doğum için en güvenli yerler olduğuna inanmasına rağmen, kadının tıbben bilgilendirilmiş olarak doğum yapacağı yer ile ilgili karar verme hakkı olduğuna saygı duyar.

2. Planlı evde doğum hakkında soru soran kadınlar; bunun riskleri ve yararları konusunda son kanıtlara göre bilgilendirilmelidir. Özellikle, mutlak risk düşük olmasına rağmen, planlı evde doğumda neonatal ölümlerin, planlanmış hastane doğumlarına kıyasla iki-üç kat kadar artmasıyla ilişkili olduğu konusunda bilgilendirilmelidirler.

3. Perinatal ölüm oranlarını azaltmak ve evde doğumda olumlu sonuçlar elde etmek için, uygun hasta seçimi, doğumu gerçekleştirecek sertifikalı hemşire-ebe, sertifikalı ebe veya entegre ve düzenlenmiş bir sağlık sistemi kapsamında çalışan doktorun varlığı; konsültasyona hızlı erişimin ve hastaneye güvenli ve vaktinde ulaşım güvencesi-

TABLO 1: Türkiye'de nüfus sağlık araştırmalarına göre 1998-2013 yılları arasında evde doğum olgularının oranı ve demografik özellikleri.

	1998 (%)	2003 (%)	2008 (%)	2013 (%)
Evde doğum oranı	26,7	21,2	9,7	2,3
Doğumda anne yaşı (yıl)				
<20	25,8	20,8	10,4	2,2
20-34	25,8	20,6	9,2	2,2
35<	37,6	27,7	13,5	3,2
Doğum sırası				
1	12,7	9,2	3,9	0,4
2-3	25,8	17,4	7,3	1,6
4-5	40,7	41	18,8	6,6
6<	61,7	53,6	38,1	13,8
Doğum öncesi gebe izlemi sayısı				
Yok	54,1	49,5	33,8	20
1-3	24,8	19,7	13,8	6,3
4<	7,9	4,2	2,6	0,8
Yerleşim yeri				
Kent	19,1	14,1	5,4	1
Kır	39,2	35	20,4	6,9
Bölge				
Batı	12,7	8,1	3,3	0,2
Güney	29,8	20,6	7,2	2
Orta	16,3	10,9	1,2	0,4
Kuzey	15,5	13,3	3,9	0,9
Doğu	54,4	45,5	27,2	6,9
Eğitim				
Yok/ilkokulu bitirmemiş	54,4	51,1	28,3	8,2
İlkokul	18,8	13,2	6,2	1,6
Ortaokul	3,8	6,3	2,4	0,4
Lise ve +		2,7	0,3	0,1
NUTS 1 bölgeleri				
İstanbul		8	4,3	0,3
Batı Marmara		3,5	0	0
Ege		10,6	3,3	0
Doğu Marmara		5,8	0,6	0
Batı Anadolu		9,2	1,2	0,7
Akdeniz		20,6	7,2	2
Orta Anadolu		18,3	2,8	0,4
Batı Karadeniz		5,9	3,2	0
Doğu Karadeniz		19,9	2,8	1,8
Kuzeydoğu Anadolu		34,8	23,4	10,2
Ortadoğu Anadolu		50,9	33,6	7,7
Güneydoğu Anadolu		45,9	25,2	5,9
Hane halkı refah düzeyi				
En düşük			28,5	8,2
Düşük			7,7	1,4
Orta			2,9	0,8
Yüksek			0,9	0,1
En yüksek			0,9	0

nin kritik unsurlar olduğu konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir.¹⁷

ACOG 2011 komite kararında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl yaklaşık 25.000 (%0,6) ev doğumu saptandığı, bunların da yaklaşık dörtte birinin plansız veya refakatsiz gerçekleştiği bildirilmiştir. Perinatal ve neonatal ölüm oranları açısından en riskli grubun, hastanede doğum yapmak isteyen veya doğum sırasında profesyonel bakım sağlanmamış olan ve sonrasında planlanmamış evde doğum gerçekleştiren kadınlar olduğu bildirilmiştir.

Komite kararında; planlı evde doğumla ilgili kanıt düzeyi yüksek randomize klinik çalışmaların bulunmadığı, sonuçların daha çok gözlemsel çalışmalara dayandığı vurgulanmaktadır. Bunun nedenleri arasında; evde doğum yapan kadınların bu çalışmalara katılmadaki isteksizlikleri, örneklem sayısının düşüklüğü, hastaneye sevk kriterlerinin doğumu gerçekleştiren kişinin farklı mesleki eğitim ve becerilerine bağlı olup standardize edilmemesi gibi faktörler sıralanmıştır. Mevcut çalışmalar anne ölümlerinin analizi açısından sayısal olarak yetersiz kalmakta, çok az çalışma perinatal ve neonatal ölüm oranlarını karşılaştıracak sayılara erişmektedir.

ACOG komite kararında, Max ve ark.nın yaptığı planlı evde doğumlarla planlanmış hastane doğumlarındaki yenidoğan ve anne sonuçlarını kıyaslayan gözlemsel çalışmaların meta-analizi incelenmektedir. Bu meta-analizde perinatal ölüm oranları her iki grupta benzer bulunurken, planlı evde doğumlarda neonatal ölüm riskinin iki kat arttığı, hatta sonuçlar sadece anomalisi olmayan normal yenidoğanlarla sınırlandırıldığında, neonatal ölüm riskinin hastane doğumlarına göre üç misli yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmacıların eski ve daha düşük kalitede olan çalışmaları dışlayarak yaptıkları sensitivite analizlerinde de benzer sonuçlar alınmıştır. Planlanmış 10.977 evde doğum olgusunda herhangi bir anne ölümü bildirilmemiştir (%95 güven aralığı; 0-27,3/100.000 canlı doğum). Planlanmış ev doğumunun planlanmış hastane doğumlarına göre de epidural analjezi, elektronik fetal kardiyak monitörizasyon, epizyo-

TABLO 2: Türkiye'de nüfus sağlık araştırmalarına göre 1993-2013 yılları arasında çocukluk dönemi ölümlülük hızlarındaki eğilimler.

Çocukluk dönemleri	TNSA-1993 (%)	TNSA-1998 (%)	TNSA-2003 (%)	TNSA-2008 (%)	TNSA-2013 (%)
Neonatal	29	26	17	13	7
Postneonatal	23	17	12	4	6
Bebek	53	43	29	17	13
Çocuk	9	10	9	6	2
Beş yaş altı	61	52	37	24	15

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları.

tomi, müdahaleli normal doğum ve sezaryen doğum gibi maternal müdahaleler, üçüncü ve dördüncü derecede perineal laserasyonlar, maternal enfeksiyon ile daha az ilişkili olduğu; postpartum kanama, perineal laserasyon, vajinal laserasyon ve umbilikal kord prolapsusu açısından farklı olmadığı saptanmıştır. Preterm veya düşük doğum ağırlıklı doğum oranı muhtemelen hasta seçimine bağlı olarak planlı evde doğumlarda daha düşük bulunmuştur. Doğum sırasında hastaneye ulaşma ihtiyacı nulliparlarda %25-37, multiparlarda %4-9 olarak bildirilmiştir. Başlıca intrapartum nakil nedenleri; ilerlemeyen eylem, fetal iyilik hâlinin bozulması, ağrı yönetimi, hipertansiyon, kanama ve fetal malpozisyon olarak sıralanmaktadır.

ACOG planlı evde doğumların güvenli olduğunu savunan raporların sadece sağlıklı gebe kadınları kapsadığına dikkat çekmekte, daha düşük perinatal ölüm oranlarını içeren planlı evde doğumla ilgili kohort çalışmalarında uygun adaylar için sıkı seçim kriterlerinin kullanıldığını vurgulamaktadır. Bu kriterler; önceden mevcut herhangi bir maternal hastalığın olmaması, hamilelik sürecinde ortaya çıkan bir hastalığın olmaması, tek fetüs olması, baş prezantasyonu, gebelik haftasının 36 haftadan erken, 41 haftadan geç olmaması ve hastanın başka bir hastaneden nakledilmemiş olmasını içermektedir. Kriterlere bağlı kalmada başarısızlık (postterm gebelik, ikizler veya makat prezantasyonundan dolayı) daha yüksek perinatal ölüm riskiyle ilişkilidir. Sezaryen sonrası normal doğum denemesine bağlı riskler ve uterin rüptür ve diğer komplikasyonlar öngörülemez olabileceği için, ACOG, sezaryen doğumdan sonra normal doğum denemesinin hızlı acil hizmet sunmaya uygun personeli olan tesisler tarafından üstlenilmesini tavsiye etmektedir. ACOG Obstetrik

TABLO 3: Gelişmiş ülkelerde evde doğum oranlarının karşılaştırılması.

Ülke	Yıl/lar	Oran (%)
Birleşik Krallık ⁷	2014	2
İsveç ⁸	1992-2001	0,1
ABD ⁹	2012	0,89
Japonya ¹⁰	2010	1,1
Finlandiya ¹¹	2008	0,01
İzlanda ¹¹	2008	0,4
Hollanda ¹²	2013	20
Kanada ¹³	2003-2006	1,6
Avustralya ¹⁴	2011	0,4
Yeni Zelanda ¹⁵	2014	3,4
Norveç ¹⁶	1990-2007	0,8

Uygulama Komitesi, önceki sezaryen doğumun planlı evde doğum için kesin bir kontrendikasyon olduğunu düşünmektedir.

ACOG komite raporu; planlı evde doğumun güvenliğini etkileyen bir başka faktörün eylemdeki hastanın güvenli ve vaktinde intrapartum nakli olduğunu, bunun için de acil intrapartum nakil kuralları ve kriterleri olan iyi bir entegre sağlık sistemi oluşturulmasının zorunlu olduğunu vurgulamıştır. ACOG bu şartların oluşturulmadığı durumlarda planlı evde doğumlarda perinatal ve yenidoğan ölüm oranlarının artabileceğini, bu nedenle evde doğum düşünülecekse, zamanında nakil yapılmasının ve hastanelerle bu nakiller için mevcut planların varlığının bir gereksinim olduğunu savunmaktadır.

ACOG, planlı evde doğumun Amerikan Ebelik Sertifikasyon Kurulu tarafından sertifikalandırılmamış toplum ebeleri veya başka ebeler tarafından gerçekleştirilmesini desteklememektedir.¹⁷

ACOG 2016 yılında komite görüşünü gözden geçirmiştir. Hâlen, doğum ortamı olarak hastanelerin en güvenli yer olduğuna inansa da kadınların tıbben bilgilendirilmiş şekilde doğumu konusunda karar verme hakkını savunmaktadır. Fakat kadınlara özellikle şu konularda bilgi verilmesinden söz etmektedir; planlı evde doğum hastane doğumlarına kıyasla daha az maternal müdahalelerle ilişkili olmasına rağmen planlı evde doğumda hastane doğumuna kıyasla perinatal ölüm riski iki kattan fazla (1-2/1.000) ve neonatal nöbet veya ciddi nörolojik disfonksiyon riski üç kat (0,4-0,6/1.000) fazladır. Beş yıl içerisinde evde doğum oranı Amerika'da %0,6'dan %0,9'a yükselerek evde doğum yapan sayısı 35.000 olmuştur.¹⁸

ULUSLARARASI JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİ FEDERASYONU GÖRÜŞÜ

FIGO tarafından 2013 yılında yayımlanmış planlı evde doğumla ilgili FIGO Komite Raporu önerileri şu şekildedir:

1. Kadınların evde veya bir sağlık kuruluşunda doğum yapma seçeneğinin olduğu yerlerde, sağlık çalışanları kadınların evde doğumu seçme hakkına saygı duymalıdır. Her bir hastanın seçim yapma sürecinde, hasta, riskler ve alternatifler ile bunların sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir. Örneğin; doğum komplikasyonları açısından yüksek riskli olanların doğum eylemi öncesinde kendilerini hasta hissetmeyebileceği veya stres bulguları göstermeyebileceği bu nedenle de evde doğumu planlamanın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.

2. Evde doğum hazırlığı, düzgün eğitilmiş ve donanımlı servislere sahip bir sevk merkezine ulaşma olanağı sağlayan bir nakil sistemi için net ve yeterli acil durum planları içerecek kapsamda olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen temiz bir doğum kiti hazır bulundurulmalıdır.

3. Gelişmiş ve düzenli olarak çalışan kadın doğum servislerinin mevcut olmadığı yerlerde, pratisyen hekimler ile işbirliği içinde olarak; ebeler, hemşireler ve/veya diğer yardımcı sağlık personeli

kadınların kaygılarını azaltma konusunda eğitilmeli ve beceri kazandırılmalı, duygusal destek ve fiziksel rahatlık açısından doğum öncesi ve doğum sırasında anneleri desteklemeleri için hazırlanmalıdır. Bu eğitim; doğum öncesi hazırlık, doğum süreci ve postpartum anne ve yenidoğan bakımını içerecek kapsamda olmalıdır.

4. Pratisyen hekimlerin evde doğum isteyen kadınlara yardım sağlamalarını yasaklayan veya önleyen yasaların olduğu yerlerde, pratisyenler ve onların meslek dernekleri, kadınların seçim yapma haklarını iyileştirmek ve kendi seçimlerini yaparken en iyi profesyonel öneri ve bakımı onlara temin etmek için yasa reformunu teşvik etmeli ve işbirliği yapmalıdır.¹⁹

KRALİYET OBSTETRİ VE JİNEKOLOJİ KOLEJİ, KRALİYET EBELİK KOLEJİ GÖRÜŞÜ

RCOG/RCM, Nisan 2007 tarihinde ortak bir bildiri yayımlamışlardır. Bu bildiriye göre RCOG ve RCM, komplike olmayan gebeliklerde kadınların evde doğum yapmasını desteklemektedir. Ortak bildiri düşük komplikasyon riski olan kadınların evde doğumlarının engellenmesi için bir neden olmadığı ve evde doğumun hem aileler için yararlı olabileceği savunulmakta hem de güvenli bir doğum yapma olasılığını artırdığına dair kanıtlar olduğuna işaret edilmektedir. Sonuç olarak, RCM ve RCOG komplikasyon riski düşük olan kadınlar için evde doğum hizmeti sağlanmasını desteklemekte, hizmet sunum koşullarının standardizasyonu ve hizmetin ebeler tarafından yürütülmesi ile ideal sonuçlar alınacağını vurgulamaktadır. Bu bildiriye, kanıta dayalı kılavuzlara ihtiyaç olduğuna, eğitim, iletişim ve acil transfer zincirinin kurulmasının önemine de değinilmektedir.²⁰

KANADA OBSTETRİSYENLER VE JİNEKOLOGLAR DERNEĞİ GÖRÜŞÜ

SOGC, kadınların ve ailelerinin doğum sürecinde seçim yapmalarının önemini vurgulamaktadır. Kadınların doğum yapacakları ortamı seçme hakkını kabul etmektedir. SOGC tüm kadınların, doğum yapmak üzere tercih ettikleri ortamın riskleri ve faydaları hakkında bilgi alması ve planlı doğumun evde gerçekleştiği durumlarda bakımla ilgili kısıt-

lamaların olduğunu anlaması gerektiğini belirtmektedir.²¹

İNGİLTERE ULUSAL SAĞLIK VE BAKIMDA MÜKEMMELLİK ENSTİTÜSÜ

NICE tarafından 2014 yılında yayımlanan intrapartum bakım kılavuzu aşağıdaki önerileri içermektedir:

Doğum Yeri ile İlgili Öneriler

Komplikasyon yönünden düşük riskli multipar ve nullipar kadınlara istedikleri doğum ortamını seçebileceklerinin anlatılması ve doğum yapacakları yerle ilgili seçimlerinin desteklenmesini önermektedir. Düşük riskli multiparlar evde veya ebe sorumluluğunda bir üniteye doğum yapmayı planladıkları takdirde, bu seçimin onlar için uygun olduğunu ve bir obstetri ünitesi ile kıyaslandığında obstetrik müdahaleler ve neonatal sonuçlar açısından fark olmadığını anlatılmasını tavsiye etmektedir.

Düşük riskli ve nullipar olup ebe sorumluluğundaki bir üniteye doğum yapmayı planlamış gebelere, bu seçimin onlar için uygun olduğunu ve bir obstetri ünitesi ile kıyaslandığında obstetrik müdahaleler ve neonatal sonuçlar açısından fark olmadığını söylenmesini, ama evde doğum planlıyorlarsa neonatal sonuçlarda olumsuzluk riskinde küçük bir artış olduğunu açıklanmasını önermektedir.

Doğum yeri olarak üç farklı ortam tanımlanmıştır; evde doğum, bağımsız bir ebe ünitesi ve bağımsız bir ebelik birimi. Bu üç ortamda gerçekleşen doğumlarda spontan vajinal doğum oranının doğum ünitesinde gerçekleşen doğumlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Doğum ünitesinde gerçekleşen doğumlarda, diğer üç ortama göre enstrümantal vajinal doğum, sezaryen ve epizyotomi gibi müdahaleli doğum oranı daha yüksektir. Doğum hangi ortamda planlanırsa planlansın neonatal sonuçlarda bir fark yoktur.

Düşük riskli, evde doğum planlamış nullipar kadınlara, bebekte ciddi medikal bir problem (neonatal ensefalopati, mekonyum aspirasyon sendromu, humerus ve klavikula kırığı gibi) ortaya çıkması riskinde küçük bir artış olduğunu (Bin

doğumda yaklaşık dört fazla vaka ortaya çıkmaktadır) anlatılması önerilmektedir.

Gebe bakımında görev alan tüm sağlık çalışanları bebekleri etkileyebilecek ciddi medikal problemler konusunda bilgili olmalı ve bu bilgileri anne adayına aktarmalıdır.

Tüm anne adaylarına mevcut doğum ortamları hakkında, yerel istatistikleri içerecek şekilde ebelere erişim, bildiği bir ebe tarafından doğum esnasında bakılma olasılığı, doğum süresince birebir bakım alma olasılığı, tıbbi personele ve ağır kesicilere erişim, bir doğum ünitesine nakledilme ihtimali, nakil nedenleri ve nakil süreci konusunda bilgi verilmelidir.²²

NICE rehberinde doğum ünitesine nakil için primer nedenler şu şekilde sıralanmıştır:

- Doğumun birinci veya ikinci evresinin uzaması,
- Fetal kalp hızının patolojik hâle gelmesi,
- Rejyonel anestezi istenmesi,
- Mekonyum ileusu,
- Plasenta retansiyonu,
- Genital travmanın onarımı,
- Yenidoğanla ilgili sorunlar.

Planlı Evde Doğumu Etkileyebilecek Tıbbi Durumlar ve Diğer Faktörler ile İlgili Öneriler

Rehberde planlı evde doğum için uygunluk araştırılırken doğum sırasında veya hemen sonrasında anne ve bebek için risk artışına neden olacak tıbbi durumlar varsa doğumun bir doğum ünitesinde yapılması bu riskleri azaltmaktadır. Bunların dışında yer alan bazı diğer durumlarda da bir doğum ünitesinde doğum yapılması konusunda anne ile bilgi paylaşımında bulunmak gerekmektedir.²²

NICE rehberinde yer alan doğumun bir doğum ünitesinde planlanmasını öneren artmış tıbbi riski gösteren tıbbi durumlar ve doğum yeri planlanırken bireysel değerlendirme gerektiren anneye ait tıbbi durumlar; tanımlanmış kardiyak hastalık, hipertansif bozukluklar, tedaviye rağmen semptomlarda artış veya hastanede tedavi gerektiren astım,

kistik fibroz, hemoglobinopatiler (orak hücre hastalığı, beta talasemi majör), tromboembolik hastalık öyküsü, immün trombositopenik purpura veya diğer platelet bozukluklar ya da platelet <100.000, von Willebrand hastalığı, kadında ya da doğmamış bebekte kanama bozukluğu, yeni doğanın hemolitik hastalığı riski taşıyan atipik antikorlar, hipertiroidi, diyabet, doğumda antibiyotığın önerilebileceği grup β -hem streptokoklarla ilişkili risk faktörleri, anormal karaciğer fonksiyon testleri ile giden hepatit B/C, HIV enfeksiyonu veya taşıyıcılığı, tok-

soplazmoz, mevcut aktif suçiçeği/kızamıkçık/genital herpes enfeksiyonu, tedavi altındaki tüberküloz, sistemik lupus eritematozus, skleroderma, anormal renal fonksiyon, nefroloji gerektiren renal hastalık, epilepsi, miyastenia gravis, geçirilmiş se-rebrovasküler olay, anormal karaciğer fonksiyon testleri ile ilişkili karaciğer hastalığı varlığı, yatarak tedavi gerektiren psikiyatrik bozukluklar olarak sıralanmıştır. NICE rehberinde ayrıca geçmiş veya mevcut gebelikle ilgili durumlardan riskli olanları da belirlenmiştir (Tablo 4).

TABLO 4: Doğumun obstetri ünitesinde planlanmasını öneren artmış riski gösteren diğer durumlar ve doğum yeri planlanırken bireysel değerlendirme gerektiren diğer durumlar.

Faktörler	Artmış riski gösteren diğer durumlar	Bireysel değerlendirme gerektiren diğer durumlar
Önceki komplikasyonlar	İntrapartum fetal distrese bağlı açıklanamayan ölü doğum/neonatal ölüm veya intrauterin eks fetüs Neonatal ensefalopatili bebek doğumu Preterm doğum gerektiren preeklampsi Olumsuz sonuçları olan ablasyo plasenta Eklampsi Uterin rüptür Ek tedavi veya kan transfüzyonu gerektiren primer postpartum hemoraji Elle halas gerektiren plasenta retansiyonu Sezaryen doğum Omuz distozu	Bilinen, yinelenmeyen bir nedenle olan ölü doğum/neonatal ölüm Termde gelişen preeklampsi İyi sonuçlu ablasyo plasenta Önceden 4,5 kg üzeri bebek öyküsü Geniş vajinal, servikal veya 3-4. derece perineal travma "Exchange" transfüzyon gerektiren yenidoğan sarılığı olan term bebek öyküsü
Mevcut gebelik	Çoğul gebelik Plasenta previa Preeklampsi veya gebeliğin indüklediği hipertansiyon Preterm doğum veya preterm prematüre membranların rüptürü Ablasyon plasenta Anemi (doğumda hemoglobin <8,5 mg/dL) Doğrulanmış intrauterin ölüm Doğum indüksiyonu Madde kullanımı Tedavi veya değerlendirme gerektiren alkol bağımlılığı Gestasyonel diyabet Malprezantasyon Beden kitle indeksi >35 kg/m ² Tekrarlayan antepartum kanama Bu gebelikte "Small for Gestational Age" bebek Anormal fetal kalp hızı	Nedeni bilinmeyen antepartum kanama (24. gebelik haftasından sonra bir kez) Ultrason ile oligo-/polihidramniyoz tanısı Beden kitle indeksi= 30-35 kg/m ² İki ölçümde sistolik basıncın 140 mmHg veya diyastolik basıncın 90 mmHg ve üzeri olması Klinik olarak ya da ultrasonografide makrozomi şüphesi Sedatif ilaç kullanımı Ayaktan psikiyatrik tedavi almak Otuz beş yaş üstü
Önceki jinekolojik öykü	Miyomektomi Histerektomi	Majör jinekolojik cerrahi Transformasyon zonunun konizasyonla veya geniş loop eksizyonu Miyomlar
Fetal endikasyonlar		Fetal anomaliler

Rehberde gebe ve refakatçileri ile iletişim, seçenek sunulması, duygusal ve kültürel durumuna saygı duyulması, birebir bakım sunulması ve yapılacak tüm işlemler için onam alınmasının önemi vurgulanmaktadır. Bunların gerçekleştirilmesi için de gerekli hizmet organizasyonu ve planlamanın yapılması desteklenmektedir.²²

SONUÇ

Evde doğumdan beklenen yararları baktığımızda maliyetin düşük olması, kadının seçme hakkını desteklemesi ve alışkın olduğu ortamda doğum yapmasına olanak sağlaması önemli artılarıdır. Snowden ve ark.nın 2015 yılında yayımlanan 79.727 termde tekil gebelik doğumlarını inceledikleri çalışmada, perinatal ölüm oranının planlı hastane doğumlarına oranla planlı hastane dışı doğumlarda daha yüksek (1,8/1.000'e karşı 3,9/1.000), buna karşın hastane dışı planlı doğumlarda obstetrik müdahalelerin daha az olduğu gösterilmiştir.²³ Buna karşın İngiltere'den güncel bir çalışmada, gebelik ve doğum eylemi öncesi maternal veya obstetrik risk saptanan veya 42 haftanın üzerinde gebeliği olan yüksek riskli gebelerde planlı hastane doğumlarına göre planlı evde doğumlarda obstetrik müdahale gereksiniminin daha az olduğu, yenidoğanların ilk 48 saatte yoğun bakım ünitesine alınma oranının daha düşük olduğu ama bu konuda daha çok araştırmaya gerek olduğu bildirilmiştir.²⁴ Lisanslı bir ebe tarafından planlanmış ev doğumunun maliyetinin hastane doğumlarına göre daha düşük olduğu gösterilmiştir.²⁵

Planlanmış ev doğumları hem anne hem de bebekle ilgili bazı riskler taşıyabilmektedir. Anne sağlığı açısından postpartum kanama, plasenta retansiyonu, amniyon sıvı embolisi, derin vajen yırtığı gibi öngörülemeyen risklerin doğum eylemi sırasında ortaya çıkma ihtimali, riskli gebeliklerin

tanı ve tedavisinde gecikme ve anne ve bebeğe gerektiğinde resüsitasyon imkânının sunulmaması gibi dezavantajları vardır. Bebek için resüsitasyon ve nakilde gecikme gibi riskler önemlidir. Sterilizasyon ve enfeksiyon kontrolü sıkıntı yaratan diğer bir durumdur. Ayrıca evde planlanmış doğum organizasyonunda mutlaka acil durumlarda en kısa zamanda ulaşılabilecek ve hastayı üstlenebilecek bir sağlık kuruluşu ile de bağlantı sağlanmalıdır.

Çeşitli derneklerin önerileri ışığında; planlı evde doğumun güvenli koşullarda gerçekleşebilmesi için öncelikle tüm gebelerde risk belirlenmesi yapılarak riskli gebeler saptanmalı, evde doğum için yetişmiş yeterli sayı ve kalitede sağlık çalışanları olmalı, gerektiğinde acil nakil yapılabilmesi için altyapı sağlanmalı, hastane bağlantısı gerçekleştirilmeli ve doğuma yardım eden sağlık çalışanlarının hepsinin yenidoğan resüsitasyonunu bilmeleri gibi önemli hususlar yerine getirilmelidir. Bütün bu düzenlemelerin sağlık sistemi açısından önceliği, maliyeti, maliyet-kâr ilişkisi ve anne ve bebek sağlığı açısından ne sonuçlar doğuracağı tartışmalı konulardır, kesin bir karara varabilmek için geniş kapsamlı uluslararası ve ulusal çalışma verilerine ihtiyaç vardır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Berna Dilbaz, Yeter Ela Mansuroğlu; **Tasarım:** Berna Dilbaz, Yeter Ela Mansuroğlu; **Denetleme/Danışmanlık:** Berna Dilbaz; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Yeter Ela Mansuroğlu; **Analiz ve/veya Yorum:** Berna Dilbaz; **Kaynak Taraması:** Yeter Ela Mansuroğlu, Berna Dilbaz; **Makalenin Yazımı:** Yeter Ela Mansuroğlu; **Eleştirel İnceleme:** Berna Dilbaz; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Berna Dilbaz, Yeter Ela Mansuroğlu; **Malzemeler:** Yeter Ela Mansuroğlu.

KAYNAKLAR

1. Akadlı Ergöçmen B. [Mother and child health]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 1999. p.105-17.
2. Akadlı Ergöçmen B, Coşkun Y. [Antenatal care and birth assistance]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2004. p.119-31.
3. Akadlı Ergöçmen B, Tezcan S, Çağatay P. [Reproductive health]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2009. p.143-54.
4. Akadlı Ergöçmen B, Çavlin A, Abbasoğlu Özgören A. [Reproductive health]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2014. p.141-56.
5. Koç İ, Yüksel Kaplanoğlu İ, Eryurt MA. [Infant and child mortality]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2014. p.129-40.
6. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health* 2015;7:361-77.
7. Roome S, Hartz D, Tracy S, Welsh AW. Why such differing stances? A review of position statements on home birth from Professional colleges. *BJOG* 2016;123(6):376-82.
8. Lindgren H, Radestad I, Christensson K, Hildingsson I. Outcome of planned home births in Sweden 1992-2005. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2008;87(7):751-9.
9. MacDorman MF, Mathews TJ, Declercq E. Trends in Out-of-Hospital Births in the United States, 1990-2012. *NCHS Data Brief*. No 144. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2014. p.1-7.
10. Kataoka Y, Eto H, Iida M. Outcomes of independent midwifery attended births in birth centres and homebirths: a retrospective cohort study in Japan. *Midwifery* 2013;29(8):965-72.
11. Jouhki MR. Choosing homebirth-the women's perspective. *Women Birth* 2012;25(4):e56-61.
12. de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743,070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG* 2015;122(5):720-8.
13. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *BIRTH* 2009;36(3):180-9.
14. Li Z, Zeki R, Hilder L, Sullivan EA. Homebirths. Australia's Mothers and Babies 2011. Perinatal Statistics Series 28. Cat. No. PER 59. Canberra: AIHW National Perinatal Epidemiology and Statistics Unit; 2011. p.65-6.
15. New Zealand Ministry of Health. [Place of birth]. Report on Maternity 2014. 1st ed. Wellington: Ministry of Health; 2015. p.47-8.
16. Blix E, Huitfeldt AS, Øian P, Straum B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. *SexReprod Healthcare* 2012;3:147-53.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Planned home birth. Committee Opinion No. 476. *Obstet Gynecol* 2011; 117(2):425-8.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Planned home birth. Committee Opinion No. 669. *Obstet Gynecol* 2016;128: e26-31.
19. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Planned home birth. FIGO Committee Report. February 2013;120(2):204-5.
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Royal College of Midwives. Home births. RCOG/RCM Joint Statement. No 2. London: RCOG; April 2007. p.1-6.
21. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Midwifery. SOGC Policy Statement No. 126. *J Obstet Gynaecol Can March* 2003;25(3):239.
22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014. (NICE Clinical Guidelines, No. 190.) 3, Place of birth. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK328267/>
23. Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quingley B, Caughey AB, Cheng YW. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med* 2015;373(27):2642-53.
24. Li Y, Townend J, Rowe R, Brocklehurst P, Knight M, Linsell L, et al. Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at "higher risk" of complications: secondary analysis of the Birth place national prospective cohort study. *BJOG* 2015;122(5):741-53.
25. Janssen P, Mitton C, Aghajanian J. Costs of planned home vs. hospital birth in British Columbia Attended by registered midwives and physicians. *PLoS One* 2015;10(7):e0133524.