

Planlı ve plansız hariçte doğum: Hastane doğumlarıyla karşılaştıran retrospektif bir çalışma

Planned and unplanned home birth: A retrospective study comparing them with hospital births

Nur Gözde KULHAN, Mehmet KULHAN, Ümit Arslan NAYKI, Cenk NAYKI, Paşa ULUĞ, Hülya TOKLUCU

Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan

ÖZ

Amaç: Evde doğum yapan gebelerin gebelik sonuçlarını ve komplikasyonlarının analizini yapmayı amaçladık.

Yöntem: Hastanemize 2010-2015 yılları arasında başvuran evde doğum yapan 76 ve hastanede doğum yapan 97 gebenin prenatal muayene ve doğum sonrası dosyaları retrospektif incelendi.

Bulgular: Toplam 76 hariçte doğum yapan hasta erken postpartum dönemde başvurmuştur. Evde doğum yapan hastaların yaş ortalaması $30,07 \pm 5,50$, kontrol grubunda ise $29,88 \pm 5,50$ olarak bulunmuştur. Evde doğum yapan hastaların büyük çoğunluğu multiparalardan oluşmaktaydı. Parite dağılımı evde doğum yapan hastalarda ortalama $2 \pm 1,08$ olarak bulundu. Evde doğum yapan 76 hastanın 40'ının (%52,63) evde doğum yapmayı daha önceden planladıkları öğrenildi fakat evde doğum yapan hastaların hiçbirinde Dünya Sağlık Örgütü'nün evde doğum için önerdiği koşulların tam olarak sağlanmadığı saptandı. Hastaların obstetrik sonuçları incelendiğinde, evde doğum yapan hastaların büyük çoğunluğunun 37 haftadan büyük gebeliğe sahip olduğu ve tamamının baş prezentasyonda olduğu görüldü. Evde doğum yapan hastaların hiçbirinde epizyotomi açılmamış olup, hastaların %57,89'unda 1-2. derece perine laserasyonları oluşmuştur. Kontrol grubunda epizyotomi açılma oranı %59,79, 1-2. derece perine laserasyon oranı ise %40,20'dur. Neonatal sonuçlar açısından gruplar arasında bir fark saptanmamıştır.

Sonuç: Obstetrik ve neonatal sonuçlar açısından gruplar arasında bir fark izlenmemekle birlikte, ülkemiz koşullarında Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği asgari koşulların sağlanmasının henüz olası olmadığı gerekçesiyle evde planlı veya plansız doğumu önermemekteyiz.

Anahtar kelimeler: Evde doğum, planlı ve plansız evde doğum

ABSTRACT

Objective: We aimed to analyze the outcomes and complications of pregnancy of pregnant women who gave birth at home.

Methods: Prenatal examination, and postpartum files of 76 pregnant who gave birth at home and the 97 pregnant women who gave birth at hospital were retrospectively analyzed.

Results: A total of 76 patients who gave birth at home were admitted during the early postpartum period. The mean age of patients who delivered at home was 30.07 ± 5.50 years; and it was 29.88 ± 5.50 years in the control group. The majority of patients who delivered at home consisted of multiparas. Mean parity distribution was 2 ± 1.08 for patients giving birth at home. It was learned that 40 of 76 patients (52.63%) who gave birth at home had previously planned to give birth at home. But none of the patients who gave birth at home did not have fully met the conditions the World Health Organization recommended for home delivery. When the results are analyzed for obstetric parameters it was observed that majority of patients who delivered at home had passed their 37. gestational weeks and had cephalic presentation. Episiotomy was not applied in any of the patients who delivered at home but 1. and 2. degree perineal lacerations occurred in 57.89% of patients, and in 59.79% and 40.20% in the control group. There was no difference between both groups as for neonatal outcomes.

Conclusion: Although there was no difference between the groups in terms of neonatal and obstetric outcomes, we do not recommend planned or unplanned home births because the minimum requirements recommended by the World Health Organization has not been fulfilled in our country yet.

Keywords: Home birth, planned and unplanned home birth

Alındığı tarih: 19.03.2016

Kabul tarihi: 27.07.2016

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Kulhan,
Yavuz Selim Mah. 182. Sok. No:7, Merkez 24200
Erzincan

e-mail: mehmet_kulhan@yahoo.com

GİRİŞ

Planlanmış evde doğum, günümüzde halen tartışmalı bir konudur. Aileler, evde doğumu; bölgesel bir adet, gelenek ya da alışkanlık olması, daha gizli ve daha rahat olması nedeniyle yeğleyebilmektedirler⁽¹⁾. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği (ACOG) hastanelerin ve doğum merkezlerinin doğum için en güvenli ortam olduğunu ancak kadınların kendi doğum yerleri hakkında tıbbi olarak bilgilendirilerek karar verme hakkına saygı duyulması gerektiğini belirtmiştir⁽²⁾. Anne ve bebeğin duygusal gereksinimlerinin karşılanması açısından da evde doğum önemli yararlar sağlamaktadırlar⁽¹⁾. Amerikan Pediatri Akademisyenleri Cemiyeti de (AAP) bu konuda aynı fikirdedir⁽³⁾. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) düşük riskli gebelerin, acil durum planı oluşturulmak (doğum ünitesine transferi vb.) kaydıyla evde doğum yapabileceklerini bildirmiştir⁽⁴⁾. Hollanda'daki sistemde, tıbbi komplikasyonsuz hamile kadınlardan doğum yapmak istedikleri yeri seçmeleri istenir (evde veya kısa süreli hastanede). Hollanda'daki ev doğurganlık oranı gelişmiş ülkeler arasında en yüksek düzeyde olmasına rağmen, 1997 ve 2000 yılları arasında tüm doğumların %35'i, 2000 ve 2013 yılları arasında ise tüm doğumların %16'sı evde gerçekleşmiştir. Yani evde doğum oranları giderek azalmaktadır⁽⁵⁾. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 2013 yılında tüm doğumların %0,92'si evde gerçekleşmiştir⁽⁶⁾. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre Türkiye'de evde doğum oranı %10'dur. Bu doğumların %8'i geleneksel ebe veya akraba/arkadaş tarafından yaptırılmaktadır^(1,7). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye'de evde doğum yapma oranının bölgelere göre değişmekle birlikte, %12,7 ile %54,4 arasında olduğunu belirtmektedir^(1,8). TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye'nin en yaygın evde doğum yapma oranı %27 ile doğu bölgesinde görülürken, en az Orta Anadolu bölgesinde (%1) görülmektedir^(1,7). Bu çalışmamızda, kliniğimize 2010-2015 yılları arasında başvuran evde doğum yapan gebelerin gebelik sonuçlarını ve komplikasyonlarının analizini yapmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimize 2010-2015 yılları arasında başvuran evde doğum yapan gebelerin prenatal muayene ve doğum sonrası dosyaları retrospektif incelendi. Yetmiş altı hariçte doğum yapan gebelik çalışma grubunu oluştururken (Grup I), doğurgan çağdaki kadınlar arasından rastgele seçilen 97 gebe kontrol grubunu oluşturdu (Grup II). Toplam 173 kadının hepsinin kayıtları demografik, klinik ve sonuç bilgileri açısından bir seri gözlemci tarafından retrospektif incelendi. Anne ile ilgili olarak, maternal yaş, medeni hal, sosyoekonomik düzey, hospitalizasyon durumu, gravida, parite, doğumdaki gestasyonel durum, gebelik komplikasyonları, doğum şekli, doğum komplikasyonları incelendi. Buna ek olarak, fetal sonuçlar (canlı doğum, ölü doğum) doğum ağırlığı, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi, neonatal morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi. Gestasyon yaşı < 37 hafta olduğu belirlenen doğumlar preterm doğum kabul edildi. Doğum ağırlığı <2500 g olan term (37-42 hafta) infantlar düşük doğum ağırlıklı kabul edildi. Gruplar arası farklılıklar SPSS 22 for Windows Release paket programında ki-kare, Mann-Whitney U test ve bağımsız örneklerde Student t-testleri kullanılarak araştırıldı. Sonuçlar, p<0,05 düzeyinde anlamlı olarak değerlendirildi.

BULGULAR

2010-2015 yılları arasında 76 hariçte doğum yapan hasta erken postpartum dönemde başvurmuştur. Evde doğum yapan hastaların yaş ortalaması 30,07±5,50 SD, kontrol grubunda ise 29,88±5,50 SD olarak bulunmuştur. Evde doğum yapan hastaların büyük çoğunluğu multiparlardan oluşmaktaydı. Parite dağılımı evde doğum yapan hastalarda ortalama 2±1,08 SD olarak bulundu. Çalışma grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun resmi olarak evli ve ev hanımı oldukları, eğitim düzeyleri açısından kontrol grubuyla aynı özelliklere sahip oldukları bulundu. Çalışma grubunda %7,89 oranında nikahsız gebe

bulunurken bu oran kontrol grubunda %9,27 idi. Evde doğum yapan hastaların %31,57'si sigara kullanırken kontrol grubundaki hastaları ise %27,8'si sigara kullanmaktaydı. Evde doğum yapan hastaların büyük bir çoğunluğunun antenatal takiplerinin olduğu belirlendi. Çalışma grubundaki hastaların %76,31'inin düzenli antenatal takibe geldikleri, bu oranın kontrol grubunda %76,28 olduğu görüldü. Genel olarak hastanemize başvuran hastaların düzenli olarak antenatal takiplerini yaptırdıkları izlendi. Evde doğum yapan 76 hastanın 40'ının (%52,63) evde doğum yapmayı daha önceden planladıkları öğrenildi fakat evde doğum yapan hastaların hiçbirinde DSÖ'nün evde doğum için önerdiği koşulların tam olarak sağlanmadığı saptandı. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri.

	Ev (n:76)	Hastane (n:97)	
Yaş	30,07±5,50	29,88±5,50	0,820*
Medeni durum			
Bekar	6 (%7,9)	9 (%9,3)	0,748***
Evli	70 (%92,1)	88 (%90,7)	
Meslek			
Ev hanımı	70 (%92,1)	88 (%90,7)	0,748***
Çalışıyor	6 (%7,9)	9 (%9,3)	
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	2 (%2,6)	3 (%3)	0,975***
İlköğretim mezunu	62 (%81,6)	78 (%80,4)	
Lise mezunu	12 (%15,8)	16 (%16,5)	
Sigara			
Kullanıyor	24 (%31,6)	27(%27,8)	0,592***
Kullanmıyor	52 (%68,4)	70 (%72,2)	
Gravida	2,76±1,55	2,73±1,51	0,894**
Parite	2,0±1,08	1,96±1,09	0,853**
Hospitalizasyon süresi	26,52±7,41	26,47±7,33	0,963***
Planlı evde doğum			
Var	40 (%52,6)	-	0,000***
Yok	36 (%47,4)	97 (%100)	
Antenatal takip			
Var	58 (%76,3)	74 (%76,3)	0,997***
Yok	18 (%23,7)	23 (%23,7)	
Sistemik hastalık			
Yok	60 (%78,9)	76 (%78,4)	0,995***
Diyabet	10 (%13,2)	13 (%13,4)	
Hipertansiyon	6 (%7,9)	8 (%8,2)	

*Veriler ortalama±standard sapma (sd) olarak sunulmuştur.

**Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

***ki-kare testi kullanılmıştır.

Hastaların obstetrik sonuçları incelendiğinde, evde doğum yapan hastaların büyük çoğunluğunun 37 haftadan büyük gebeliğe sahip olduğu ve tamamının baş prezentasyonda olduğu görüldü. Evde doğum

yapan hastaların %15,7'si, kontrol grubunda ise hastaların %16,49'u 37. haftadan önce doğum yapmıştır. Bebek doğum ağırlığı açısından ise gruplar arasında istatistiksel bir fark yoktu. Evde doğum yapan hastaların hiçbirinde epizyotomi açılmamış olup, hastaların %57,89'unda 1.-2. derece perine laserasyonları

Tablo 2. Hastaların obstetrik sonuçları.

	Ev (n:76)	Hastane (n:97)	P
Gebelik haftası			0,901***
<37	12 (%15,8)	16 (%16,5)	
>37	64 (%84,2)	81 (%83,5)	
Perine laserasyonu			0,801***
Yok	32 (%42,1)	39 (%40,2)	
Var	44 (%57,9)	58 (%59,8)	
Epizyotomi			0,000***
Yok	76 (%100)	7 (%7,2)	
Var	0	90 (%92,8)	
Doğum ağırlığı (g)			0,963***
<2500	10 (%13,2)	13 (%13,4)	
>2500	66 (%86,8)	84 (%86,6)	
Preterm eylem			0,901***
Yok	64 (%84,2)	81 (%83,5)	
Var	12 (%15,8)	16 (%16,5)	
Postpartum kanama			0,963***
Yok	68 (%89,5)	87 (%89,7)	
Var	8 (%10,5)	10 (%10,3)	
Atoni			0,975***
Yok	72 (%94,7)	92 (%94,8)	
Var	4 (%5,3)	5 (%5,2)	
Rest plasenta			0,031***
Yok	66 (%86,8)	93 (%95,9)	
Var	10 (%13,2)	4 (%4,1)	
Postpartum transfüzyon			0,867***
Yok	70 (%92,1)	90 (%92,8)	
Var	6 (%7,9)	7 (%7,2)	
Postpartum endometrit			0,070***
Yok	70 (%92,1)	95 (%97,9)	
Var	6 (%7,9)	2 (%2,1)	
Doğumu yaptıran kişi			0,000**
Doktor	4 (%5,3)	25 (%25,8)	
Ebe	53 (%69,7)	72 (%74,2)	
Akraba	19 (%25)	-	
Yine evde doğum isteği			0,859***
Yok	46 (%60,5)	37 (%38,1)	
Var	30 (%39,5)	60 (%61,9)	
Memnuniyet			0,877***
Yok	10 (%13,2)	12 (%12,4)	
Var	66 (%86,8)	85 (%87,6)	

**Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

***ki-kare testi kullanılmıştır.

oluşturmuştur. %47,36'sında ise perine laserasyonu oluşmamıştır. Bu oranlar kontrol grubunda sırasıyla %59,79 ve %40,20'dir. Evde doğum yapan 8 hastada (%10,5) postpartum kanama gelişmiş olup, bunların 4'ünde (%5,26) atoni belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise hastaların 10'unda (%10,30) postpartum kanama gelişmiş bunların 5'inde (%5,15) atoni gelişmiştir. Evde doğum yapan ve postpartum kanaması olan 6 hastaya (%7,89) kan transfüzyonu yapılmıştır. Kan transfüzyonu oranı kontrol grubunda %7,21 olarak bulunmuştur. Hastaların obstetrik sonuçları Tablo 2'de özetlenmiştir.

Neonatal sonuçlar incelendiğinde, evde doğum yapan hastalarda %26,31 oranında yenidoğanda travma gözlenirken, hastanede doğum yapan kontrol grubunda %25,77 oranında yenidoğan travması izlendi. Evde doğan yenidoğanların %28,94'ünün yenidoğan yoğun bakım gereksinimi izlenirken bu oran hastanede doğan bebeklerde %29,89 idi. Evde doğum yapan 1 (%1,31) hastada erken neonatal mortalite izlenirken, hastanede doğum yapan kontrol grubunda neonatal mortalite izlenmedi. Evde doğum grubunda 3 (%3,94) hastada, hastane doğum grubunda ise 5 (%5,15) hastada doğum öncesi intrauterin fetal mortalite izlendi. Neonatal sonuçlar Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Hastaların neonatal sonuçları.

	Ev (n:76)	Hastane (n:97)	
Bebekte travma			0,936***
Yok	56 (%73,7)	72 (%74,2)	
Var	20 (%26,3)	25 (%25,8)	
Yenidoğan yoğun			0,892***
Yok	54 (%71)	68 (%70,1)	
Var	22 (%28,9)	29 (%29,8)	
Neonatal mortalite			0,012***
Yok	75 (%98,7)	97 (%100)	
Var	1 (%1,3)	-	

***ki-kare testi kullanılmıştır.

Evde doğum yapan hastaların doğum sonucundan memnuniyetleri sorgulandığında %86,84'ünün memnun olduğu fakat yine evde doğum yapma isteğinin hastaların ancak %39,47'sinde olduğu görüldü. Hastanede doğum yapan hastaların ise memnuniyet oranı %87,62 idi.

TARTIŞMA

Doğum olayı normal bir süreçtir, evde gerçekleştiğinde uzman ya da uzman olmayan kişilerin yardımıyla olabileceği gibi yardımsız da olabilir. Araştırmalar, evde doğumun güvenli olabilmesi için “planlı” olmasını ve uzman kişilerce desteklenmesini önermektedir. Araştırmacılar, “planlı evde doğumu” “uzman bir sağlık personelinin katılımıyla gerçekleşen, belli kriterler doğrultusunda seçilmiş gebe kadınların doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemde bakımı ve gerektiğinde hastaneye transferinin sağlanması” şeklinde tanımlamaktadır ^(1,4). Bu çalışmada, evde doğum yapan hastaların %52,63'ünün evde doğum yapmayı planladığı ve gerekli hazırlığı yaptığı %47,36'sının ise doğumu planlamadığı ve hazırlıksız olarak doğum yaptığı belirlenmiştir. Bununla birlikte çalışmaya dahil edilen hastaların hiçbirinde DSÖ'nün planlı evde doğum kriterlerinin tam olarak oluşturulmadığı görülmüştür. Evde doğum oranı 1983-2003 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bir azalma periyodundan sonra artmaya başlamıştır. 2013 yılında 56.000'den fazla evde doğum gerçekleşmiştir. Bu sayı tüm doğumların %1,4'üne karşılık gelmektedir ⁽⁹⁾. 2012 yılında ise 35.000 evde doğum gerçekleşmiş ve bunların %12'sinin plansız olduğu görülmüştür ⁽⁹⁾. Kliniğimizde, 2010-2015 yılları arasında toplam 15.878 doğum gerçekleşmiş, aynı yıllar arasında 76 evde doğum vakası izlenmiş olup, bunların %52,63'ünün evde doğum yapmayı önceden planladıkları öğrenilmiştir.

ABD'de 2013 yılında toplam 35.324 evde doğum bildirilmiştir. Bu doğumların %3,8 tıp doktoru, %23,2 sertifikalı ebe, %45,1 diğer ebeler, %28 diğer kişiler tarafından yaptırılmıştır. Hastane doğumlarında esas görevli olan doktor ve sertifikalı hemşirelerin evde doğumlarındaki oranının yaklaşık %25 civarında olduğu dikkat çekmektedir ⁽¹⁰⁾. Bu çalışmada evde doğum yapan hastaların %5,26 doktor, %69,7 sertifikalı ebe, %25'i ise akraba veya eşleri tarafından doğum yaptırılmıştır.

Ev doğum planlayan annelerinin motivasyonu

hakkında çok az sistematik araştırma yapılmıştır. Çoğu araştırma, seçilen kadın gruplarından elde edilen anket verilerini rapor etmektedir. Bu kadınlar, kendine güvenen, mesleki öneriler yerine kendi sezgileriyle vücutlarının girişimsiz doğum yapma yeteneklerine inanmaktadırlar ^(11,12). Bu çalışmadaki kadınların da büyük çoğunluğunun aynı düşüncede olduğu belirlendi. Amerika Birleşik Devletleri'nde her 105 doğumdan yaklaşık bir tanesi genel olarak bir ev doğumuyken, hispanik olmayan beyaz kadınlar için bu oran her 69 doğumdan biridir. Evde doğumun daha yaşlı, multipar, büyükşehir olmayan bir ilçede yaşayan, üniversite mezunu ve sigara içmeyenlerde daha olası olduğu bildirilmiştir ⁽⁵⁾. Bazı demografik özellikler Tablo 4'te gösterilmiştir. Çalışmamızdaki hastaların demografik özellikleri bu verilerle uyusmaktadır.

Tablo 4. 2013 yılında ABD'de doğum yapan annelerin doğum özellikleri ⁽¹⁰⁾.

	Ev (%)	Hastane (%)
Beyaz, non-Hispanic	83.9	54.1
Yaş > 30	53.7	41.5
Parite > 3	49.0	28.5
Yabancı uyruklu	9.2	22.5
Gestasyonel yaş > 37 hafta	95.1	88.6
100.000 nüfustan küçük yerleşim	32.3	22.3
Doğum öncesi bakım almamış	5.1	1.5
Sigara içmeyen	97.1	91.4
Eğitimin 16+ yaş üzeri olması	36.7	29.6
Gebelik öncesi vücut kütle indeksi 25+	33.1	50.1
Doğum giderlerini kendi ödeyen	59.3	3.6

Araştırmalar kadınların evde doğum yapmayı neden seçtikleri ile ilgili birçok nedeni belirlemiştir ⁽¹²⁻¹⁸⁾. Bunlar, düşük müdahaleli doğum isteği, özellikle oksitosin, epidural analjezi, farmakolojik ağrı kesici, epizyotomi, enstrümantal vajinal doğum ve sezaryen doğumdan kaçınma isteği, kültürel veya dini endişeler, hastane doğumunun iyatrojenik komplikasyonları hakkında bir endişe, hastane bakımından korkma ve memnuniyetsizlik, doğum sürecinde özgürlük ve kontrol arzusu, aile ve arkadaşlar tarafından çevrili rahat, tanıdık bir ortamda doğum yapma arzusu, ulaşım erişimin olmaması (kırsal alanlar) ve ekonomik kaygılardır. Bizim çalışmamızda da hastaların çoğunlukla inançla ilgili endişeleri, kırsal bölge-

den hastaneye ulaşmadaki güçlükler ve ekonomik kaygılar nedeni ile evde doğum yapmayı istedikleri görülmüştür.

Evde doğumun maternal ve neonatal sonuçlarını içeren çok sayıda çalışma vardır. Genel olarak bu çalışmalar, planlanan hastane doğumuna kıyasla, evde doğumun, azalmış sezaryen ve müdahaleli doğum oranları ve benzer maternal ve perinatal morbidite ve mortalite oranları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, sistematik analiz için mevcut nüfus verilerinin kalitesinde ve bazı olgular da, araştırmaların metodolojik kalitesinde önemli sınırlamalar vardır ⁽¹⁹⁾. Güney Avustralya'da yapılan bir araştırmada, evde doğumun, çok yüksek oranda intrapartum fetal ölümle (hipoksiye bağlı) ilişkili olduğu rapor edilmiştir ⁽²⁰⁾. Çalışmamızdaki neonatal mortalite oranları evde doğum yapanlar için %5,26, hastanede doğum yapan kontrol grubunda ise %5,15 olarak bulunmuştur.

ABD'deki ev doğumlarının günümüzdeki en kapsamlı prospektif araştırması evde doğum yapmayı planlayan 16.924 kadını kapsıyordu ⁽²¹⁾. Bu çalışmada, evde doğum için tıbbi müdahale oranları düşük risk grubundaki anneler için genel olarak düşüktü. Epizyotomi oranı yüzde 1,4, yardımcı vajinal doğum oranı %1,2 ve sezaryen doğum oranı %5,2 (hastaneye nakledilen olgulara dayanılarak) olarak rapor edilmiştir. Hastaların yaklaşık %11'inin intrapartum, %1,5'inin ise doğum sonrası hastaneye nakilleri yapılmıştır. Primipar annelerin multiparlara göre intrapartum transfer oranları daha yüksekti (%23'e karşı %8). Sağlıklı bir infant doğumundan yaklaşık 3 gün sonra bir anne ölümü bildirilmiştir. Otopsi sonucunda intrakardiyak trombus olduğu belirlenmiştir. İntrapartum fetal ölüm oranı 1,3/1000, erken neonatal ölüm oranı 0,41/1000 ve geç neonatal ölüm oranı 0,35/1000 olarak belirlenmiş olup, kötü neonatal sonuçların primiparlarda multiparlara göre daha yüksek olduğu izlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise, hastaların hiçbirinde maternal ölüm izlenmemiş olup, evde doğum yapan 1 hastada erken neonatal ölüm, 3 hastada ise eylem öncesi intrauterin fetal ölüm izlenmiştir. Bu çalışmadaki evde doğum yapan 76 hasta-

nın hiçbirinde epizyotomi açılmamış olup, 1.-2. derece perine laserasyon oranı %57,89 olarak bulunmuştur. Hastanede doğum yapan kontrol grubunda ise hastaların neredeyse tamamına (%92,78) epizyotomi açılmış olup, 1.-2. derece perine laserasyon oranı %59,79 olarak bulunmuştur. Üçüncü-dördüncü derece perineal laserasyon her iki grupta da izlenmemiştir.

Prospektif bir kohort araştırmasında, planlanan ev doğumlarında maternal ve neonatal sonuçların hastane doğumlarına benzer veya daha iyi olduğu bildirilmiştir⁽²²⁾. Bu çalışmada, planlanan ev doğumuna ve planlanan hastane doğumuna ilişkin perinatal ölüm oranları sırasıyla 1,000 doğumda 0,35 ve 0,57 idi. Evde doğum grubundaki kadınlarda, planlanan ebe katımlı hastane doğum grubundaki kadınlara göre obstetrik müdahale veya üçüncü-dördüncü derece perineal yaralanma ve doğum sonu kanaması gibi olumsuz maternal sonuçlar anlamlı olarak düşüktü. Aynı zamanda evde doğum grubundaki yenidoğanların, resüsitasyona gereksinim duymaları ya da oksijen tedavisinde 24 saatin üzerinde gereksinim gösterme oranları hastane doğumlarına göre daha düşüktü. Bizim çalışmamızda da, neonatal sonuçlar açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Evde doğum, dikkatle taranmış düşük riskli anneler için acil durum planı yapılmak kaydı ile uygun bir seçenek olabilir. ACOG fetal malpresentasyon, çoğul gebelik veya önceden sezaryen doğum öyküsü olmasının ev doğumlarının kesin kontrendikasyonları olarak sıralar⁽²³⁾. Bilgilendirilmiş onam temelinde ev doğumunu seçen bir kadın şu özellikleri taşımalıdır. Termde baş gelişi tek fetüs varlığı, önceden var olan ciddi tıbbi durumların olmaması (Sözelimi, kardiyak, böbrek hastalığı, koagülopati, insülin bağımlı diyabetes mellitus), önceden vajinal doğum yapmış olması, ciddi obstetrik koşulların olmaması (Sözelimi, preeklampsi, antepartum kanaması), daha önce sezaryen doğum öyküsü olmaması, vajinal doğumda kontrendikasyon bulunmaması (Sözelimi, plasenta previa, aktif genital herpes) ve spontan doğum ağrılarının başlaması sayılabilir.

SONUÇ

Çalışmamızda, obstetrik ve neonatal sonuçlar açısından gruplar arasında bir fark izlenmemekle birlikte, ülkemiz koşullarında Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği asgari koşulların sağlanmasının henüz olması gerektiği evde planlı veya plansız doğum önermemekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Onat Bayram G. Kanita Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda Alternatif Bir Doğum Yöntemi: Evde Doğum. *100. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;Cilt:2, Sayı:3
2. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 476: planned home birth. *Obstet Gynecol* 2011;117:425. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31820eee20>
3. American Academy of Pediatrics. Policy statement: Planned Home Birth. *Pediatrics* 2013;131:1016. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0575>
4. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit of the World Health Organization, Care in Normal Birth: A practical guide. World Health Organization, 1996.
5. Eskes M, Waelput AJ, Erwich JJ, Brouwers HA, Ravelli AC, Achterberg PW, et al. Term perinatal mortality audit in the Netherlands 2010-2012: a population-based cohort study. *BMJ Open* 2014;4(10):e005652. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005652>
6. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, Curtin SC, Matthews TJ. Births: final data for 2013. *Natl Vital Stat Rep* 2015;64:1.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması 2008. Hacettepe Ün. Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara/http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA_2008_ana_Rapor-tr.pdf.
8. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA). Erişim tarihi: 12.01.2009. http://www.un.org.tr/unfpa_tur/3rdcountryprogramme1document.Asp
9. Marian F. MacDorman TJ. Mathews, Eugene Declercq. Home Births in the United States, 1990-2009 NCHS Data Brief No.84 January 2012 <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db84.htm#x2013;2009>
10. National Center for Health Statistics. VitalStats website. Birth data 2013 state and county files. <http://www.cdc.gov/nchs/vitalstats.htm> (Accessed on August 03, 2015).
11. Wax JR, Pinette MG, Cartin A. Home versus hospital birth-process and outcome. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65:132. <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e3181d0fe5d>
12. Kukul K, Öncel S. Factors influencing women's decision to have a home birth in rural Turkey. *Midwifery* 2009;25(1):32-38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.12.009>
13. Kaba M, Bulto T, Tafesse Z, Lingerh W, Ali I. sociocultural determinants of home delivery in ethiopia: a qualitative study. *International Journal of Women's Health* 2016;8:93-102. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S98722>
14. Phul Z, Khalil R, Talpur MA. Why Homebirth? Rural

- Society's Paradigm of the Delivery. *Int J Cur Res Rev* Vol 8, issue 10 may 2016.
15. Gultie T, Wasihun B, Kondale M, Balcha B. Home Delivery and Associated Factors among Reproductive Age Women in Shashemene Town, Ethiopia. *J Women's Health Care* 2016;5:1.
<https://doi.org/10.4172/2167-0420.1000300>
 16. Jonathan M. Snowden, Ellen L. Tilden, Janice Snyder, R.N. Brian Quigley, B.S. Aaron B. Caughey, Yvonne W. Cheng. Planned out-of-hospital birth and birth outcomes. *N Engl J Med* 2015;373:2642-53.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa1501738>
 17. Janssen PA, Henderson AD, Vedam S. The experience of planned home birth: views of the first 500 women. *Birth* 2009;36:297.
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00357.x>
 18. Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Wally-Bystrom K, Hildingsson IM. Perceptions of risk and risk management among 735 women who opted for a home birth. *Midwifery* 2010;26:163.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.010>
 19. Gyte G, Dodwell M, Newburn M, Sandall J, Macfarlane A, Bewley S. Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the 'best' available data are not good enough. *BJOG* 2009;116:933.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02147.x>
 20. Kennare RM, Keirse MJ, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust* 2010;192:76.
 21. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health* 2014;59:17.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12172>
 22. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ* 2009;181:377.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.081869>
 23. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol* 2017;129:e117.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002024>