

Dünyada Planlı Ev Doğumlarına Güncel Bakış; Riskler ve Faydaları

A Current Overview of Planned Home Deliveries in The World; Risks And Benefits

Doç. Dr. Pınar KUMRU ¹, Prof. Dr. Ahmet TOPUZOĞLU ²

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

2. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Gelişmiş ülkelerde planlı evde doğum oranı %0,1-%20 arasında değişmektedir. Son 20 yıldır özellikle gelişmiş ülkelerde evde doğum planlayan kadın sayısında artış dikkat çekicidir. Planlı ev doğumlarında çoğu literatürde birbiri ile uyumlu şekilde maternal sonuçları olumlu olarak bildirilmişse de yenidoğan sonuçları açısından daha değişkendir. Daha önceki araştırmalarda, düşük riskli kadında planlı ev doğumlarında, oksitosin induksiyonu, sezaryen/operatif doğum, doğum sonrası kanama, perineal laserasyon, farmakolojik analjezik ihtiyacı ve epizyotomi gibi müdahale ve maternal morbiditeler azalmış olarak bildirilmiştir. Düşük riskli kadında intrapartum fetal ölümler, yenidoğan ölümleri, düşük Apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul açısından hastane ve ev doğumları arasında fark bulunmadığını bildiren araştırmalar yanında artmış olumsuz yenidoğan sonuçları gösteren araştırmalarda mevcuttur. Planlı ev doğumları özellikle nulliparlar gebeler için küçük de olsa artmış yenidoğan riskleri ile ilişkili bulunmuşken multipar gebeler için daha güvenli olduğu bildirilmiştir. Fakat makat prezentasyon, çoğul gebelik, ve geçirilmiş sezaryen öyküsü olan kadınlarda evde doğum önerilmemektedir.

Kadınların ev doğumlarında çevrelerini daha iyi kontrol edebildikleri, kendi şartlarını belirleyebildikleri, istemedikleri müdahalelerden kaçınabildikleri ve doğum sırasında karar almada etkin rol alabildikleri için memnuniyetlerinin arttığı bildirilmiştir.

Planlı ev doğumlarının sonuçlarını gebelik sırasında alınan annelik bakımı, gebelik ve doğum sırasında destek veren obstetrisyen ve ebelerin eğitim düzeyi, hastaneye uzaklık ve transfer koşulları gibi bir çok faktör etkilemektedir.

Uluslararası kabul görmüş standartlara dayanan uygulama ve kılavuzların kullanımı evde doğum güvenliği için önemlidir. Evde doğum, klavuzlar rehberliğinde, eğitilmiş ebe/obstetrisyen eşliğinde veya sağlık sistemine entegre transfer sistemlerinin varlığında, düşük riskli kadınlar için özellikle yenidoğan sonuçları açısından risklerin çok az veya hastane doğumlarına benzer olduğu tespit edilmiştir.

Bu derleme, planlı ev doğumlarını maternal ve neonatal sonuçlar ile olan ilişkisini güncel araştırmalar ışığında gözden geçirecek ve planlı ev doğumlarının riskleri ve faydaları tartışacaktır.

Anahtar Kelimeler: ev doğumu, hastane doğumu, düşük riskli gebelik, riskler, faydalar, maternal sonuçlar, yenidoğan sonuçları

ABSTRACT

In developed countries, the planned home delivery rate varies between 0.1% and 20%. In the last 20 years, especially in developed countries, the number of women planning birth at home increased noteworthy.

For planned home births, most maternal outcomes were reported positive, and are compatible with each other according to the results in the previous literature. However, the results for the neonatal outcomes are more variable. Planned home births in low-risk women results with lower levels of oxytocin induction, cesarean/operative delivery, postpartum hemorrhage, perineal laceration, need for pharmacologic analgesic and episiotomy intervention and maternal morbidity, according to the previous reports. In addition to the studies indicating that there are no differences for low-risk women between hospital and home births; in terms of intrapartum fetal deaths, neonatal deaths, low Apgar scores, and admission to the neonatal intensive care unit rates, other studies report increased negative neonatal outcomes. Planned home births are reported to be safer for multiparous pregnancies, especially when they are compared with nulliparous women who have small but significantly increased neonatal risks. However, home delivery is not recommended for women with breech presentation, multiple pregnancies and previous cesarean section.

It has been reported that women are better able to control their environment in home births, determine their own conditions, avoid undesired interventions, and increase their satisfaction because they can play an active role in decision-making at birth.

Planned home births were effected by maternal care during pregnancy, the level of education of obstetricians and midwives who support during pregnancy and delivery, and the distance to hospital and transfer conditions for the mothers.

The practices and guidelines based on the internationally accepted standards are important for the home birth safety. It was found that in the presence of trained midwives / obstetrician guided guidance and integrated transfer systems, the risks of home birth for low-risk women were very few or similar to hospital deliveries, especially in the terms of newborn results.

This review will evaluate the relationship between planned home births and maternal and neonatal outcomes with regard to current studies and discuss the risks and benefits of planned home births.

Keywords: home birth, hospital birth, low risk pregnancy, without risk, benefit maternal outcomes, neonatal outcomes

İletişim

Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Pınar KUMRU

Adres: Sırmaperde Sokak, Altunizade Konutları, G-Blok, Daire: 9, Altunizade, Üsküdar, İstanbul

Tel: +90 (532) 202 88 22

E-Posta: pkumru@gmail.com

Makale Geliş: 24.02.2019

Makale Kabul: 08.05.2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.531769>

GİRİŞ

Doğum eylemi sırasında sunulan bakım, annenin ve bebeğinin sağlığını, kısa ve uzun vadede, fiziksel ve duygusal olarak etkileme potansiyeli vardır (1). Günümüzde dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de maternal-perinatal mortalite/morbidite önemli halk sağlığı sorunlarından biridir.

Perinatal ölümlerin çoğunun postpartum dönemde gerçekleştiği bilinse de çoğunluğunun orjininin intrapartum dönemde gerçekleştirilen müdahalelerle ilişkili olduğu bilinmektedir. Tıbbi teknolojideki ilerleme ve olanakların yaygınlaşması özellikle yüksek riskli gebelikler ve erken doğumlar açısından ciddi yararlar sağlamıştır (2). Ancak doğumun medikalizasyonu, yüksek ve orta gelir düzeyli ülkelerde, özellikle de batı toplumlarında 20. yüzyılın ortalarından itibaren önemli bir sorundur. 1930'lardan bu yana doğumda yaygınlaşan kurumsallaşma ile birlikte, çoğu gelişmiş ülkede evde doğum yapma seçeneği, yasaklanmadığı halde ortadan kalkmış veya çok azalmıştır. Bu dönemden itibaren düşük risk grubu gebelerin dahi doğumlarının hastanelere taşındığı, yeterli bilimsel değerlendirme yapılmadan, yararı kanıtlanmadan bir çok yenilikçi yaklaşımın rutin tıbbi uygulamaya girdiği ve zaman içerisinde sürekli olarak arttığı görülmektedir (3). Genel olarak, tüm gebelerin yaklaşık %70-%80'inin düşük riskli olduğu düşünülürse artmış medikalizasyonun görüldüğünden daha önemli bir halk sağlığı problemi olduğu söylenebilir (4).

Doğumun 21. yüzyıldaki gündemini, düşük riskli gebe kadınlara klinik gereksinimi sorgulanmadan, endikasyonsuz, yararı kanıtlanmamış, obstetrik müdahalelerin iyatrojenik etkilerine dair endişesi oluşturmaktadır (2, 4, 5). Rutin olarak uygulanan artmış tıbbi müdahalelerin yol açtığı iatrojenik sindeminin en önemli sonuçlarından birisi de artan sezaryen oranıdır. Dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemi olan sezaryen, dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden birisidir. Ayrıca maternal mortalite ve morbiditeninde önemli nedenlerinden biridir (6).

Bu derlemede amaç, ülkemizde ve bir çok ülkede terkedilen ama yüksek gelir düzeyli ülkelerde, doğal doğum ve doğal yaşam kavramları ile gelişen doğumda gereksiz müdahaleleri, sezaryen doğumları azaltma stratejisi olarak son 30 yıldır tekrar gündeme gelen, kadına doğum yeri seçeneği olarak sunulan ve bazı ülkelere desteklenen fakat tüm dünyada anne ve bebeği için güvenliği konusunda belirsizlikler nedeni ile ciddi tartışmalara neden olan planlı ev doğumlarının(PED) maternal ve fetal sonuçlar ile olan ilişkisini güncel araştırmalarla gözden geçirmek ve PED'lerinin güçlü yönleri ve kısıtlılıklarını tartışmaktır.

PLANLI "EVDE DOĞUM"

Doğumun başlamasının fizyolojisini henüz bilmesek de insan ve hayvan çalışmalarından elde edilen kanıtlar doğrultusunda, doğum sırasında salgılanan hormonların katkısı ile anne ve bebeği açısından kısa/uzun vadede önemli faydaları olabileceği bilinmektedir. Tüm gebelere risk değerlendirmesi yapılmadan uygulanan müdahalelerin bu hormonal süreci bozabileceği ve faydalarını azaltabileceği bildirilmiştir. Özellikle araştırmalarda; doğum ortamı, çevresel etkenler, doğum sürecinde uygulanan farmakolojik ajanlar (servikal olgunlaşma ve doğum indüksiyonu için prostoglandin, sentetik oksitosin, analjezi amaçlı opioid, epidural analjezi), sezaryen operasyonu ve doğum sonrası bebeğin anneden er-

ken ayrılmasının fizyolojik hormonal ritmi bozabileceği bildirilmiştir (7).

Doğumda, hayatta kalma içgüdümüzü destekleyen ilkel beyin yapılarının gerekli hormonları salgılayabilmesi için neokorteksin inaktif durumda olması gerekmektedir (8). Günümüzde doğumun medikalizasyonu ile doğum ortamında neokorteksin inaktif hale gelmesini önleyen birçok değişken yer almaktadır. Doğum ortamındaki yüksek ses, gürültü, fazla ışık ve mahremiyeti olumsuz etkileyen kalabalık sebebi ile neokaortikal aktivite ve katekolamin salgısı artar. Sonuçta, doğum için gerekli olan başta endojen oksitosin olmak üzere hormon salınım olumsuz etkilenmektedir (7, 8).

PED'leri, kadının ortamda kişisel düzenlemeler yapabilmesine, yakınları ile beraber olabilmesine imkân sağladığı, ekonomik olduğu, daha az müdahale ve sezaryen olasılığı nedeni ile tercih edilmektedir (9). Bazı ülkelerde ise evde doğum bir seçenek değil ekonomik, kültürel ve coğrafi nedenlere bağlı olarak kaçınılmaz bir uygulamadır. Doğum merkezlerine ulaşım eksikliği, kötü hava koşulları, yüksek hastane maliyetleri, uygunsuz personel tutumları gibi olumsuz nedenler de ev doğumlarının tercih edilmesine neden olmaktadır (10).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınların çoğu doğumu hastanelerde gerçekleştirmektedir. Hastane doğumları birçok ülke için tartışmasızca önerilen bir konudur. Çoğu gelişmiş ülkede 20. Yüzyılın başından itibaren doğumun evlerden hastaneye dramatik olarak kaydığı gözlenmiştir. Örneğin, İngiltere'de, 1920'lerde kadınların %80'i evde doğum yaparken 2011'de bu oran sadece %2,3'ü olarak bildirilmiştir (11). ABD 1938'de evde doğum oranı %50'iken 1955'te %1'den az oranda gerçekleşmiştir (12). Dünyada en yüksek evde doğum oranına sahip Hollanda'da ise %20 doğumun planlı olarak evde gerçekleştiği bildirilmiştir (13).

Ülkemizde; ev doğumları konusunda yeterli güncel veri bulunmamaktadır. Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)-2008'de %90 ve TNSA-2013'de ise %97 olarak bildirilmiştir. Ayrıca, evde doğum yapma eğiliminin yaşı genç, doğum sayısı fazla, doğum öncesi bakım sayısı az olan, kırsal alanda yaşayan, düşük eğitim ve refah düzeyine sahip kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (14). Ülkemizde ev doğumlarının azalmasına paralel olarak, yenidoğan ölüm hızı da 1993 yılından itibaren (29/1000 vs 7/1000) önemli oranda azaldığı bildirilmiştir (15).

Günümüzde gelişmiş bazı ülkelerde evde doğum oranlarında küçük ancak dikkat çekici bir artış olduğuna dair kanıtlar vardır. İngiltere'de, evde doğum oranları 1991'de %1'den 2012'de %2,3'e yükselmiştir (11). Son yıllarda evde doğum konusuna medyanın, araştırmacıların, profesyonel kuruluşların ve uzman derneklerinin ilgisinin artışı görülmektedir. Dünyada son yıllarda, alternatif tıp savunucuları, doğal doğum dernekleri, doğal doğumu destekleyen doktor ve ebeler tarafından PED savunulmaktadır. PED'la ilgili araştırmalar, dernekler ve resmi internet siteleri artmaktadır (16).

Uluslararası/ulusal dernekler PED'nun anne ve yenidoğan sağlığına ve doğum şekline etkileri

konusunda görüş ve tavsiyelerinin olduğu kılavuzlar yayınlamışlardır. 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)] ve Kanada Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği [Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)] gibi derneklerin önerileri literatürde mevcuttur (1, 17-20).

İngiltere'de, RCM ve RCOG "komplikasyonsuz gebeliği olan kadınlar için evde doğum desteği sağlanması" konulu ortak bir bildiri yayınlamıştır. NICE düşük riskli multipar kadınların evde doğum yapmasının bebek için güvenli olduğu ve müdahalelerin hastane ortamındakinden daha düşük olacağını bildirmiştir (1, 19).

NICE kılavuzuna göre klinisyenler doğumda yapacakları uygulamaların kanıt düzeylerini gebeleri ile paylaşmalı ve kadınların seçimleri ile ilgili yargısız davranabilmeli, isteklerine saygı duymalı, olumlu doğum deneyimi için elinden gelen destek ve şevkati sağlamalıdır. Düşük riskli nullipar ve özellikle multipar kadınlar evde, ebelik biriminde veya obstetrik birimin yanında ve ambulans transferini gerektirmeyen bir ebelik ünitesinde doğum yapabileceği ve bu doğumların kadın ve bebek için güvenli olduğu, ayrıca hastane dışında doğuran kadınlara göre daha az müdahale uygulandığı bildirilmiştir. Ancak, evde doğum planlayan düşük riskli nullipar kadınların bebekleri için olumsuz risklerde küçük bir artıştan bahsedilmesi gerektiği vurgulanmıştır (1).

Amerika'da (ABD) ise evde doğum konusunda farklı bakış açıları mevcuttur. Amerikan Hemşire Ebeleri Koleji (American College of Nurse Midwives) ve Kuzey Amerika Ebeleri İttifakı (The Midwives Alliance of North America) kadının doğum yeri konusunda bilgilendirilmesini, seçim özgürlüğünü ve tercih edilirse evde doğumu desteklerken, ACOG ve Amerikan Pediatri Akademisi (The American Academy of Pediatrics), kadınlarda risk durumuna bakılmaksızın hastanelerin veya doğum merkezlerinin doğum için en güvenli yer olduğunu belirtmektedir (17, 21-23). ACOG, obstetrisyenleri PED'leri tavsiyelerinde ihtiyatlı olmalarını önermiş ve hastanelerin ve akredite doğum merkezlerinin doğum için en güvenli ortam olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, her kadının kendi doğumu ile ilgili tıbbi olarak bilgilendirilme ve karar verme hakkına sahip olduğunu belirtmiştir. Ev doğumlarında perinatal mortaliteyi azaltmak için önemli bazı faktörleri tanımlamışlardır. Olumlu doğum sonuçları için; uygun gebe adayı olmak, sertifikalı ebe-hemşire veya bu sisteme entegre olan kadın doğum uzmanı yönetiminde doğumu planlamak, yakındaki hastane ile iletişim içerisinde olmak, gebenin gereğinde güvenli ve zamanında hastaneye transfer imkanının olması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, planlı evde doğumu seçen kadınlara, son kanıtlara dayanarak

risk ve faydalar hakkında bilgilendirilme yapılması önerilmiştir. Özellikle PED ile müdahaleler, doğum indüksiyonu, sezaryen oranı, ciddi perineal laserasyon ve operatif vajinal doğumda azalma fakat kan tranfüzyonu ihtiyacı ve hemoraji riskinde artma ihtimali bilgisi verilmesi önerilmiştir. Bunun yanısıra perinatal sonuçlardan, 2 kat artmış 5. Dk. APGAR skoru <7, iki kattan daha fazla artmış perinatal ölüm riski (1-2/1000) ve 3 kat artmış neonatal nöbet ve ciddi nörolojik disfonksiyon riski (0,4-0,6/1000) bilgilendirilmesinin de yapılması önerilmiştir. Ayrıca Komite, fetal malprezentasyon, çoğul gebelik, ve önceden sezaryen doğumu olanlarda PED için mutlak bir kontrendikasyon olduğunu ek olarak ≥ 41 gebelik haftasında olmanın ve nulliparitenin de olumsuz perinatal sonuçlar için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (17, 24).

Araştırmaların genellikle orta-yüksek gelir düzeyi ülkelerde yapılan çalışmalarla sınırlı olması bilgiyi genellemede önemli bir sorundur. Çünkü gelişmekte olan ülkelere gebelikte bakım olanakları, sağlık bakımı veren kişi ve tesislerin farklılıkları ve yetersizlikleri nedeni ile kaliteli araştırmalar planlanamamaktadır. Ev ve hastane doğumlarını karşılaştıran araştırmaların çoğunda kadınların sosyodemografik farklılıkları mevcuttur. ABD verilere göre ev doğumlarının %88'inin planlı olduğu, %95'in üzerinde kadının doğum öncesi bakım aldığı, özellikle evli, nonhispanik, 35 yaş üzeri, yüksek eğitim düzeyli, multipar ve bekar kadınlarda artmış olduğu bildirilmiştir (25). İsveç ulusal kayıtlarından elde edilen verilere göre evde doğumu seçen kadınların daha ileri yaşta, daha geniş aile yapısına sahip, daha yüksek eğitim seviyesinde ve çoğunluğunun ev hanımı olduğu bildirilmiştir (26).

Gözlemsel çalışmalarda ev doğumunun lehine olan kanıtların sayısı ve kalitesi artarken bugüne kadar düşük riskli gebe kadınlarda planlı ev ve hastane doğumunu karşılaştıran sadece 2 RKÇ planlanmıştır. Bunlardan ilki İngiltere'de, evde doğum kriterlerini karşılayan 71 kadından sadece 11 kadının randomize edildiği araştırmadır. Bu araştırma sonucunda; doğum sonrası emzirme, perineal sütür gereksinimi, analjezik ve oksijen ihtiyacı açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Sadece planlı hastane doğum grubunda annenin hayal kırıklığı yaşama ihtimalinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (27). Diğer RKÇ ise PED'nun, sağlık sisteminin bir parçası olarak kabul edilen Hollanda'da planlanmıştır. Araştırmaya 6 aylık sürede sadece 1 katılımcı alınabilmiştir. Araştırma daha sonra kadınların çalışmaya katılmada isteksiz olmalarının nedenlerini araştırmak için yeniden tasarlanmıştır. Reddetmelerinin temel nedenleri ya doğum yapmak istedikleri yere daha önceden karar vermiş olmaları ya da doğum yerlerini kendileri seçmek istemeleri olduğu tespit edilmiştir (28). Araştırmalarda doğum yerinin randomizasyon ile belirlenmesi etik olarak olmadığı için PED ilgili bilgilerin çoğu çeşitli ülkelerden yayınlanan büyük gözlemsel çalışmalar, sistematik reviewler ve meta-analizlere dayanmaktadır (13, 24, 29). Ev ve hastane doğumlarının sonuçlarını karşılaştıran araştırmalardaki zorluklardan biri yardımcı sağlık ekibi ve ekibin eğitim düzeyinin farklı olmasıdır (30, 31).

Diğer bir zorluk ise bazı araştırmaların planlı ve planlanmamış ev doğumlarının her ikisini de içermesidir. En sıklıkla da doğum öncesi bakım almayan, olanaksızlıklar nedeniyle hastaneye transferi gerçekleştirilemeyen veya geciken kadınları içerir. Ayrıca önlenebilen preterm doğumlar planlanmamış şekilde evde gerçekleşebilir. Beklendiği üzere de artmış maternal ve yenidoğan mortalite ve morbiditesi ile ilişkilidir. O nedenle güncel araştırmaların çoğu sadece PED'lerini içermektedir (32).

Yenidoğan Sonuçları

PED'leri literatürde daha tutarlı ve pozitif maternal sonuçlar içerirse de yenidoğan sonuçları daha değişkendir. PED'leri hastane doğumları ile karşılaştırıldığında, PED grubunda araştırmaların çoğunluğunda intrapartum fetal ve yenidoğan ölümleri, düşük Apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul (NICU) oranı daha az veya benzer tespit edilmişken, ABD'de bazı araştırmalarda evde doğumla olumsuz yenidoğan sonuçlarının daha fazla olabileceğini bildirmişlerdir (17, 24, 31, 33).

Araştırmaların çoğunda ulusal sağlık istatistikleri merkezi doğum sertifikası verileri kullanılmıştır. Doğum sertifikası fazla sayıda veri için fırsat oluştururken, doğum komplikasyonları ve doğum anomalileri kayıtları konusunda güvenilirliği sorgulanmıştır (34). Bu araştırmalarda planlı ve planlanmamış ev doğumlarının ayrımının net yapılmadığını ayrıca araştırmalara katılan kadınların yüksek-orta gelir düzeyine sahip olması nedeniyle sonuçların topluma genellemesinin mümkün ve güvenilir olmadığını bildirmişlerdir (13, 35)

ABD'de popülasyon temelli, retrospektif kohort bir araştırmada 2009-2013 yılları arasında düşük riskli kadınlarda sertifikalı ebe ve/veya doktorlar ile gerçekleştirilen evde doğum sonuçları değerlendirilmiştir. Yenidoğan ölüm riski, PED'lerinde (12.1/10000), sertifikalı hemşire-ebe (3.08/10.000) tarafından gerçekleştirildiğinde ve doktorlar (5.09/10.000) tarafından gerçekleştirildiğinde de hastane doğumlarına göre daha yüksek oranda tespit edilmiştir. Aynı araştırmada perinatal ölümü azaltmak ve PED'larda sonuçları iyileştirmek için, uygun adayların seçiminde rehberlik yapmak için katı kriterler belirlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. ACOG tarafından daha önce evde doğum için mutlak risk faktörü olarak önerilen fetal malprezentasyon (127.52/10000), çoğul gebelik ve sezaryen doğum öyküsü (18.91/10000) kontroendikasyonlarına ek olarak nulliparite (22.5/10000) ve ≥ 41 gebelik haftanın (17.17/10000) eklenmesini önermişlerdir. PED yapan kadınlarda 5 risk faktöründen ≥ 1 'i ile yenidoğan ölüm risklerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Sonuçta doğum uzmanları tarafından evde doğum planlayan kadınlara artmış yenidoğan ölüm risklerinin açıklanması gerektiği vurgulanmıştır (36).

ABD'den diğer doğum belgesine dayanan retrospektif bir araştırmada evde doğum yapan tekil, vertex prezentasyonu olan kadınlarda 5. dk dakika Apgar skorunda < 4 (%0.37&%0.24) ve yenidoğan nöbetlerinde (%0.06&%0.02) artış olduğunu bildirmiştir. Fakat ventilasyon ihtiyacında fark saptanmazken NICU daha düşük oranda tespit edilmiştir.

Araştırmanın subgrup analizinde ise sertifikalı hemşire-ebenin katıldığı ev ve hastane doğumları arasında Apgar skoru ve yenidoğan nöbetleri arasında fark saptanmazken, tespit edilen tek farkın evde doğan yenidoğanların NICU'ya kabul edilme oranlarının daha az olduğu bildirilmiştir. Araştırmada ev doğumlarında artmış yenidoğan komplikasyonları fakat daha az obstetrik müdahaleye dikkat çekilerek anne tercihi ve yenidoğan sonuçları arasındaki dengenin dikkatlice değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir (31).

Sertifikalı hemşire-ebelerin katıldığı bir grup Amish kadınının 25 yıllık (1983-2008) PED'lerinin perinatal sonuçlarının incelendiği retrospektif tanımlayıcı araştırmada yenidoğan için hastaneye başvuru oranı (%0,75) oldukça düşük saptanmıştır. Tespit edilen 7 (%0,4) yenidoğan ölümünün hepsi fetal anomalilere bağlanmıştır (37).

Chenney ve arkadaşları PED'lerini incelendiği tanımlayıcı araştırmasında 2004-2010 yılları arasında ABD'de evde doğumların %41 oranında arttığını tespit etmelerinin ardından PED güvenliğinin değerlendirilmesine olan ihtiyacın arttığını bildirmişlerdir. Yenidoğanda Düşük Apgar skorları (5.Dk. < 7) %1.5 oranında oldukça düşük, doğum sonrası maternal (%1.5) ve neonatal (%0.9) nedenlerle hastaneye transferin nadir olduğunu bildirmişlerdir. Ölümcül anomalili bebekler dışlandığında, intrapartum fetal ölüm oranı 1.30/1.000, erken yenidoğan ölüm oranı 0.41/1.000 ve geç yenidoğan ölüm oranı 0.35/1.000 saptanmıştır. Fakat yüksek riskli kadınlar analizden çıkarıldığında intrapartum ölüm oranı 0,85/1,000'e düşmüş olup sonuçların gözlemsel çalışmalarla uyumlu olduğu bildirilmiştir (38).

Güney Avustralya'da 1991-2006 yılları arasında tüm doğumlara ait perinatal verilerin incelendiği araştırmada, PED ve hastane doğumları için perinatal ölüm oranı benzer olarak tespit edilmiş fakat 3 intrapartum asfiksi nedeniyle ölen evde doğum bebeği sayısının beklenenden yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, evden hastaneye transfer edilen bebeklerin Apgar skorları, planlı hastane doğumlarının Apgar skorlarına göre daha düşük saptanmıştır (53). Bu duruma olası nedeninin ise transferler edilen kadınların mevcut bakım sistemindeki transfer olumsuzlukları ile karşılaşma olasılıklarının yüksek olması nedeni ile olduğu bildirilmiştir (39).

Kanada'da 2003-2006 yılları arasında ebelein katılımı ile düşük riskli kadınların ev ve hastane doğumlarının karşılaştırıldığı retrospektif kohort araştırmada, perinatal/neonatal mortalite (0.35/1.000&.57/1.000) ve ciddi morbidite açısından gruplar arasında fark tespit edilmemiştir (40).

İngiltere'de 2008-2010 yılları arasında düşük riskli gebe kadınlarda yapılan prospektif kohort araştırmada hastane dışında doğan bebeklerin obstetrik üniteye doğanlardan daha olumsuz yenidoğan sonucu yaşamadığı belirtilmiş olup alt grup analizinde multipar kadınlar için doğum yeri ve olumsuz yenidoğan sonucu gruplar arası benzer iken nullipar kadınlarda hastane dışı doğum gruplarında daha az müdahale saptanmış ancak olumsuz olası perinatal sonuçlara dikkat çekilmiştir (35).

PED'lerinin en yaygın olarak uygulandığı Hollanda'da evde doğum resmi sağlık sistemi tarafından desteklenir ve düşük riskli tüm kadınlar için bir doğum yeri seçeneği olarak sunulur (28). Hollanda da yapılan çalışmalarda, düşük riskli kadında PED'lerinde yenidoğan için olumsuz sonuçlarda artış gösterilmemiştir (13). Düşük riskli 679.952 kadının incelendiği retrospektif bir analizde, ebe takibinde yapılan planlı ev ve hastane doğumlarında, intrapartum ve erken yenidoğan ölüm riski evde doğum için %0.15 iken, hastanede doğum için %0.18 olarak saptanmıştır. Alt grup analizlerde ise adölesanlarda, yaşlı gebelerde ve fetal gelişim kısıtlılığı olan gebeliklerde riskin hafifçe arttığı bildirilmiştir (41). Benzer şekilde, Hollanda'da ülke genelinde ebelerin katıldığı 2000-2007 yılları arasında yarım milyondan fazla düşük riskli kadınlarda PED ve hastane doğumlarının karşılaştırıldığı kohort araştırmada her iki grup arasında neonatal sonuçlar açısından fark bulunmamıştır. Ayrıca sağlık sistemine entegre olan iyi annelik bakım hizmeti, eğitilmiş ebe varlığı, hastaneye iyi ulaşım imkanı ve sevk sistemi ile düşük riskli kadınlar arasında planlı evde doğum ile perinatal mortalite ve ağır perinatal morbidite risklerini artırmadığı bildirilmiştir (42). Hollanda'da ülke genelinde ebe öncülüğünde yapılan 743.070 PED ve hastane doğumlarının perinatal sonuçlarını karşılaştıran kohort analizde, kadınlarda, intrapartum ve 28 güne kadar yenidoğanlar ölüm oranı benzer saptanmıştır. Ayrıca NİCU oranı ve düşük Apgar skorları nullipar kadınlar arasında anlamlı farklılık göstermediği, multipar kadınlar arasında ise düşük Apgar skorları ve NICU kabullerinin PED'da anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiş. Sonuçta düşük riskli kadınlarda PED'leri için olumsuz perinatal riskin olmadığı ama sonuçların yalnızca evde doğumların sağlık bakım sistemine iyi bir şekilde entegre olduğu bölgeler için geçerli olabileceği bildirilmiştir (13).

PED ve hastane doğumlarının sonuçlarını inceleyen bir meta-analizde, PED grubunda maternal mortalite 2,6 kat, yenidoğan mortalitesinin 3 kat arttığı bildirilmiştir. Fakat metaanalizde yer alan araştırmaların 30 yıl gibi uzun bir zaman sürecindeki (1976–2006) araştırmaları içeriyor olması, farklı veri toplama yöntemleriyle farklı ülkelerden yapıldığına ve metaanalizde yer alan bir araştırmada ev doğumlarında planlanmış ve planlanmamış ayrımını yapılmadan doğum sertifikalarından elde edilen verilerin kullandığına dikkat çekilmiştir (43). Güncel diğer bir meta-analizde; 2000-2010 yılları arası PED yapan 14,637 kadın ve planlı hastanede doğum yapan 30,177 kadının yenidoğan sonuçları karşılaştırılmış. İki grup arasında neonatal morbidite/mortalite sonuçlarının benzer olduğu fakat ev doğumlarının hastane doğumları kadar güvenli olup olmadıklarını netleştirmek için daha fazla sayıda ve kaliteli çalışmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (29).

Emzirme

Emzirme sınırlı sayıda araştırmada incelenmiştir. Ev ve hastane doğumlarını karşılaştıran tek RKÇ'da doğum sonrası emzirme açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır (27). Kanada'da yapılan bir araştırmada, doğumdan 1 hafta sonra

emzirme oranının PED'da hastane doğumlarına kıyasla (%91,5&%84,5) daha fazla olduğu ayrıca doğumdan 6 hafta sonra sadece anne sütü ile beslenme oranının da yine PED'u (%87,5 vs. %76,8) yapanlarda daha fazla bildirilmiştir (38). Bu sonuçlar yetersiz olsa da emzirmeyi istemek de kadınların evde doğum planlama arzusu için motive edici bir faktör olabilir.

Maternal Sonuçlar

Bir çok araştırma sonucuna göre PED yapan kadınlar, hastanede doğum yapan kadınlara kıyasla, operatif vajinal doğum, sezaryen doğum ve doğum indüksiyonu gibi müdahalelerle daha az karşılaşmaktadır. Müdahalelerin genellikle evde yapılmaması ve müdahalelerden önce kadının hastaneye transfer edilmesi nedeni ile bu durum aslında şaşırtıcı değildir.

Düşük risk grubu kadınların ev ve hastane doğumlarını karşılaştıran Kanada çalışmasında müdahaleler ve ciddi maternal morbiditeler PED grubunda daha düşük tespit edilmiş (%5.2 vs %8.1) ve anne ölümü bildirilmemiştir. Ayrıca doğum sonrası kanama ve üçüncü/dördüncü derece perineal laserasyonların PED'u grubunda daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra, nulliparların multipar kadınlara göre, evde doğum olasılıklarının daha düşük ve hastaneye transferlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Sonuçta, acil servise erişimin kolay olduğu, sağlık bakım sistemine entegre eğitilmiş ebe varlığı, konsültasyon ihtiyacında destek ve gereğinde bakım transferi sağlanabildiği durumlarda PED ile kadınlar için olumlu sonuçlar elde edilebileceği bildirilmiştir (40).

İngiltere'de düşük riskli gebe kadınların analiz edildiği prospektif kohort araştırmada müdahalelerin ve sezaryen oranının hastane dışı doğumlarda daha düşük olduğu tespit edilmiş (35).

Güncel bir metaanalizde düşük riskli kadınlarda, evde doğum grubunda, sezaryen, tıbbi müdahale, fetal distosi ve post-partum hemoraji oranı daha düşük saptanmıştır (29).

ABD'den bildirilen tanımlayıcı bir araştırmada, PED'da kadınların sadece %4.5'u oksitosin ihtiyacı ve/veya epidural analjezi gereksinimi olmuş ve hastaneye intrapartum transferin çoğunluğunun doğumda ilerlemede başarısızlık nedeni ile olduğu bildirilmiştir. Spontan vajinal doğum, yardımcı vajinal doğum ve sezaryen oranları sırasıyla %93.6, %1.2 ve %5.2 olarak saptanmış. Ayrıca sezaryen sonrası vajinal doğum girişiminde bulunan 1054 kadının %87'si başarılı olmuştur (38).

İngiltere'de yapılan prospektif kohort bir araştırmada hastane dışında doğan bebeklerin epidural anestezi ihtiyacı, forseps/vakum, doğum indüksiyonu ve epizyotomi oranı daha düşük saptanmıştır. Fakat nullipar kadınların (%36-45), multipar kadınlara (%9-%13) göre obstetrik üniteye transferinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (35).

Ev doğumlarında tespit edilen düşük müdahale oranı ev ve hastane doğumlarına katılan kadınların her ikisinin de düşük risk grubu olduğu ve hatta her 2 grubu da ebelerin yönettiği doğumlarda da düşük kalması dikkate değerdir (35, 40).

Yeni Zelanda'da 2000-2015 yılları arasında yapılan retrospektif bir araştırmada, PED'ü yapan düşük riskli kadınlarda perinatal mortalite oranları benzer fakat maternal morbidite ve tüm müdahaleler daha düşük oranda saptanmıştır (44).

Amish kadınlarında evde sertifikalı ebe-hemşire ile gerçekleştirilen doğumlarının analizinde yüksek pariteli kadın oranı (%33,4) fazla olmasına rağmen, doğum sonrası kanama oranları (%5.5) düşük olup, anne ölümü saptanmamıştır. Ayrıca kadınların hastaneye transfer oranı (%0.75), perineal laserasyon (%13) ve üçüncü/dördüncü derece laserasyonları (%0.25) da oldukça düşük oranda tespit edilmiştir (37).

Güney Avustralya'da kamunun finanse ettiği ilk ulusal ev doğumlarının değerlendirilmesinde PED'da birinci/ikinci derece perine laserasyonu (%34.2), üçüncü/dördüncü derece perineal laserasyonu (%1.1), retansiyon plasenta ve endometrit gibi diğer maternal komplikasyonlar düşük oranda tespit edilmiştir (45). Önemli komplikasyonlardan kan transfüzyonu ve doğum sonu kanama (<500 mL kan kaybı) PED'ü grubunda planlı hastane doğumlarına kıyasla benzer veya daha düşük oranda bildirilmiştir (35, 40).

Kadınların doğum ortamı ile ilgili deneyimleri

Literatürde kadınların evde doğumu seçmesi ne katkıda bulunan ana faktörlerin, daha önceki hastanede doğum deneyimi, kontrolün kendinde olması ve daha kolay kontrol sağlayabilmesi ve kendini evde daha güçlü hissetmesi olduğu tespit edilmiştir (46).

Kadınların hastanede doğum sürecinde yaşadıkları, çok fazla müdahale ve farmakolojik ajan kullanma olasılığı nedeniyle sonraki gebeliklerinde evde doğumu seçmeye motive edebileceği bildirilmiştir. Hastane odasında gebenin önceden tanımadığı sağlık çalışanlarının odaya girip çıkmasının doğumun doğal sürecini olumsuz etkilediği ve kadında doğumun fizyolojik sürecini engelleyen konantrasyon kaybı, mahremiyetin ve güven hissini zedelenmesine neden olabileceği bildirilmiştir (47). Ayrıca kadınlar aldıkları sağlık hizmeti özenin yetersiz olduğunu düşündüklerini ve memnun kalmadıklarını bildirmişlerdir. Doğumda fizyolojik süreç için eğitilmiş sürekli ebe desteği, doğum ortamının fiziksel çevresinin kadının mahremiyetini destekleyecek şekilde düzenlenmesi, doğum ortamlarının tek kişilik odalarda, sürekli ve izinsiz giriş çıkışların engellendiği alanlarda olması gerektiği bildirilmiştir (46).

İngiltere'de mevcut klinik kılavuzlar ve annelik bakımı politikası, yirmi yıldan uzun bir süredir düşük riskli kadınlara doğum ortamı seçimi konusunda desteklemektedir. Ancak kadınların sadece %13'ü hastane dışı ortamları tercih ettiği bildirilmiştir. Niteliksel araştırmalarda kadınların doğum yeri seçimlerinin değerleri, inançları ve deneyimleri ile şekillendiği ve kadınların değerlerine, kararlarına saygı duyulması ve destek verilmesi önerilmiştir (48).

Kadınların doğum yeri seçiminde çoğunluğunun ana bilgi kaynağının ebelerinin olmadığı, internet, arkadaş önerileri, doğum öncesi sınıfları ve

kendi kişisel deneyimleri olduğu tespit edilmiştir. En doğru uygulamanın, gebe kadına doğum yeri seçeneklerinin gebeliğinin erken döneminde ebesi tarafından tanıtılması ve karar sürecinde desteklenmesi önerilmiştir (49).

Kadınlar PED'lerinde güven ve mahremiyetin, aydınlatma, ses ayarının, oral alımın devamı ve hareketliliğin daha iyi sağlanabildiğini savunmuştur. Tüm bu nedenlerle PED'un müdahaleler olmadan daha doğal olacağı inancı, kadının tatmin ve memnuniyet duygularını arttıracığı bildirilmiştir (46).

TARTIŞMA

21. Yüzyılın doğum gündemini, doğumun medikalizasyonu, artan sezaryen oranları ve tüm doğum sürecinin bir müdahaleler zinciri haline gelmesi oluşturmaktadır. Yine 20. Yüzyılın ortalarından beri önerilmeyen ve neredeyse yasak olan, fakat son 20 yıldır özellikle gereksiz müdahaleleri azaltarak daha iyi maternal ve fetal sonuçlar elde etmeyi amaçlayan ev doğumlarının tekrar canlandırıldığı ve tartışmalara neden olduğu gözlemlenmektedir.

Bazı çalışmalar yenidoğan mortalite ve morbiditesinde küçük ama anlamlı bir artışa işaret etmektedir (17, 24, 31, 33). Fakat araştırmaların çoğunluğu yenidoğan olumsuz sonuçlarında artış olmadığını göstermiştir (13, 24, 29, 30, 37, 40, 45).

Ayrıca literatürlerde PED'lerinde maternal sonuçlar, güçlü kanıtlarla daha iyi tespit edilmiştir. Özellikle daha az müdahale, sezaryen sıklığı ve komplikasyon bildirilmiştir (29, 30, 35, 40). Düşük riskli kadınlarda PED'lerinde daha yüksek memnuniyet saptanmıştır (50).

Bilim dünyasında sağlık profesyonelleri arasında evde doğumu destekleyenler yanında güçlü bir şekilde karşı çıkan tartışmalar bilim dünyası dışında da gözlemlenmektedir. Tartışma son yıllarda web sitelerinde, sosyal medyada, bloglarda ev doğumu lehine veya aleyhine artarak devam etmektedir. Bu konuda farklı görüşlere rağmen obstetrisyenin PED'ü ile ilgilenen kadınlara yönelik danışmanlık görevi profesyonel sorumluluklarından biri olup; önlenemez perinatal riskleri belirlemesi, kanıtlarını açıklaması, tavsiyede bulunması, güçlü güvenlik kültürü oluşturması ve sürdürmesi önerilmiştir. Obstetrisyenlerin bu sorumluluklarını rutin olarak yerine getirmesi ile ev doğumlarında artan riskin önlenebileceğini bildirmişler (51).

Annelik bakımı açısından ülkeler arası farklılıklar mevcuttur. PED güvenliği birçok faktöre bağlı olup evde doğum yapma önerileri, ülkelerde hatta aynı ülkede bölgeler arasında da farklıdır. Bazı ülkelerde evde doğumları oldukça iyi düzenlerken bazılarında yeterli düzenleme yoktur. PED'lerinin sonuçlarını gebelik sırasında alınan annelik bakımı, gebelik ve doğum sırasında destek veren obstetrisyen ve ebelerin eğitim düzeyi, hastaneye uzaklık ve transfer koşulları gibi bir çok faktör etkilemektedir (52).

İngiltere'de NICE ve Amerikan Hemşire-Ebeler Koleji (American College of Nurse-Midwives-ACNM) PED'da klinik uygulamalar için kılavuzlar geliştirmiştir (53, 54).

ACOG, PED hakkında bilgi isteyen kadınların, son kanıtlara dayalı riskler ve faydaları açısından bilgilendirilmesi ve kadının bilinçli karar vermesinin desteklenmesini önermiştir. Ayrıca hastaneler ve akredite doğum merkezlerinin doğum yapmak için en güvenilir ortamlar olduğu bildirilmiştir. Fetal malprezentasyon, çoğul gebelik ve sezaryen öyküsünün olmasını PED için mutlak kontraendikasyon olarak kabul etmişlerdir (55).

DSÖ, düşük riskli kadınların evde, doğum kliniğinde veya hastanede güvenli olan, eğitilmiş, uygun sağlık personeli eşliğinde, kendi kültürü ile ilişkili yerde tüm ihtiyaçlara ve güvenliğe dikkat ve özen göstererek ve acil durumda donanımlı doğum ünitesine transfer planı hazırlayarak doğum yapılabileceğini bildirmiştir (56).

İngiltere'deki Doğum Yeri Araştırma Programı, evde doğum ortamının güvenliğini, hizmeti sunan ebeler arasında tecrübe-müdahalede uygulama düzeyi ve mevcut destek-altyapı farklılıklarının etkileyebileceğini bildirmişlerdir (57).

ABD'de ebeler lisans standardize olmadığı için ebelerin eğitim, belgelendirme ve uygulama deneyimi de eyaletten eyalete bile farklı olduğu bildirilmiştir. Hatta bazı eyaletlerde evde doğum hizmeti vermeyi yasadışı kılan düzenlemeler de bulunmaktadır. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu, ebeler eğitimi için küresel standartlarda akredite bir kurumda en az 3 yıl yüksek lisans almasını tavsiye etmiştir (58, 59).

PED'un uygulandığı ülkelerde önemli diğer bir sorun ise evde doğum yapanların hamilelik veya doğum sırasında standart bir danışmanlık hizmeti almaması ve acil durumda tam donanımlı obstetrik üniteye transfer hizmeti konusunda tutarlı bir mekanizma olmamasıdır (38, 59). Donanımlı en yakın hastaneye uzak olmak, sağlık sistemine entegre transfer hizmetinin olmaması nedenli gecikmeler ile olumsuz maternal ve yenidoğan sonuçları ile karşılaşmamıza neden olabilir (60).

Dünya'da PED'nun en yaygın uygulandığı ülkelerden Hollanda, Yeni Zelanda, ve İngiltere PED'nun sadece düşük riskli kadınlara teklif edilmesi gerektiğini bildirmektedir (1, 60, 61).

Düşük riskli özellikle multipar kadınlar için PED'nun hastane doğumdan daha maliyet etkin olduğu bildirilmiştir. Fakat PED'larının ödeme sisteminin bir parçası olmadığı için düşük gelir düzeyi olan kadınlar için sorun teşkil edeceği bildirilmiştir (62).

Gelişmekte olan ülkelerde evde doğumun yaygınlaşmasının önündeki başlıca engeller, nitelikli sağlık hizmeti veren personel ve sağlık sistemi altyapısının yetersizliği, düşük standarttaki bakım kalitesi ve pahalı olabilen annelik bakımını tercih etmek için kadınların isteksizliğidir.

PED güvenliğini arttırmak için uluslararası kabul görmüş standartlara dayanan, uygulama ve kılavuzların kullanılmalıdır. Ayrıca ev doğumları konusunda her ülke kendine özgü ihtiyaçlarını belirleyerek kanıta dayalı ulusal kılavuzlar hazırlamalı ve sürekli geliştirmelidir.

Ülkemizde, Sağlık bakanlığı ve ulusal kadın doğum dernekleri evde ve alternatif doğum ünitelerinde doğumu güvenilir bulmadığı için önerme-

mektedir. Özellikle son yıllarda geliştirilen sağlık bakım politikaları ile plansız ev doğumları azalırken medya ve internet ortamında PED'a olan ilginin arttığı hatta kayıt dışı evde doğumlar yapıldığı gözlemlenmektedir. Ülkemizde 2009'dan itibaren yaygınlaştırılan anne dostu hastane felsefesi ile; doğum eyleminin normalleştirilmesi ve anne sağlığı hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini artırarak anne adaylarının güvenli, kaliteli doğum hizmetine ulaşmalarını sağlamak amaçlanmıştır. Anne, bebek ve aile dostu modelde, mahremiyete dayalı, tek kişilik "Doğum Üniteleri"nin oluşturulması esas alınmıştır. Normal doğumu özendirmek, müdahale oranlarını azaltmak, yanında uygun bir refakatçi ile gebelerin kendilerini rahat, ev ortamında hissederek, hareket özgürlüğünü sağlayarak doğumlarını gerçekleştirmeleri hedeflenmiştir. Ülkemizde öncelikle evde doğum düzenlenmesinin sağlık sistemi içerisinde düzenleme gerekliliği olup olmadığı belirlenmelidir. Ayrıca, gebe kadınların evde doğum ile ilgili görüşlerinin araştırılması da önemlidir (63).

Sınırlılıklar

Bu derleme, sadece İngilizce ve Türkçe kaynaklardan faydalanılarak yazıldığı için bazı kaynaklar göz önüne alınmamış olabilir. Bu konuda güçlü kanıtları gösteren cochrane derlemesi ve metaanalizler yetersizdir. Araştırmalar genellikle sosyoekonomik seviyesi yüksek ülkelerde yapıldığı için sonuçlar sadece o popülasyonlar için genellenebilir. Ayrıca, evde doğum araştırmalarında sonuçların değerlendirilmesindeki zorluklar derlemede ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

SONUÇ

Evde doğum sonuçları hakkında kanıtların yetersizliği nedeni ile öncelikle sağlık sistemi içerisinde yeri ve önceliği, anne ve yenidoğan için güvenli olup olmadığını netleştirmek ve maliyeti konusunda geniş kapsamlı ulusal ve uluslararası yüksek kalitede ve çok sayıda gebenin değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Evde doğum; kanıtlar yetersiz olsa da düşük riskli kadınlar için, kılavuzlar eşliğinde, eğitilmiş ebeler ve obstetrisyenler ile ve sağlık sistemine entegre olmuş transfer sistemlerinin mevcut olduğu durumlarda minimal artmış veya benzer olumsuz yenidoğan sonuçları ve olumlu maternal sonuçlarla ilişkilidir. PED uygulamasını kadınlara seçenек olan sunan ülkeler, düşük riskli kadınlar için sağlık bakım sistemi ile entegre destekleyici politikalar oluşturmalı ve oluşturulan politikaları sürekli geliştirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline 190. London: NICE; 2014. Retrieved October 24, 2016.
2. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15; (8):CD000012.
3. Cochrane, AL. 1931-1971: a critical review with particular reference to the medical profession. In: Teeling-Smith, G.; Wells, N., editors. Medicines For The Year 2000. Office of Health Economics; London: 1979. p. 2-12. Cochrane 1979.

4. WHO 1996. *World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in Normal Birth: a Practical Guide (WHO/FRH/MSM/96.24)*. WHO; Geneva: 1996.
5. EURO-PERISTAT 2008. [accessed 2012] EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. *European Perinatal Health Report. 2008*. <http://www.europeristat.com/our-publications/european-perinatal-health-report.html>
6. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, Gibbs P, Ickens CM, Deneux-tharoux C, et al. *A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study*. *BJOG*, 2016;123 (3):427-36.
7. Buckley SJ. *Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care*. *J Perinat Educ*. 2015;24 (3):145-53. doi: 10.1891/1058-1243.24.3.145.
8. Odent M. *Childbirth in the Age of Plastics*. Pinter & Martin. London 2011. ISBN: 9781780663883.
9. Paolisso M, Leslie J. *Meeting the changing health needs of women in developing countries*. *Soc Sci Med* 1995; 40:55-65.
10. Smith DG. *Safe Motherhood: listening to women*. *Tropical Doctor* 1993; 23:1-2.
11. Office for National Statistics. *Births in England and Wales by Characteristics of Birth 2, 2012*. Available from: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsobl/characteristics-of-birth-2--england-and-wales/2012/sb-characteristics-of-birth-2.html>. Accessed February 13, 2015.
12. MacDorman MF, Mathews TJ, Declercq E. *Trends in Out-of-Hospital Births in the United States, 1990–2012*. *NCHS Data Brief*. 2014; No 144.
13. 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 Apr;122 (5):720-8.
14. 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.
15. 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.
16. Mansuroğlu YE, Dilbaz B. *Planlı Evde Doğum Güvenli midir? Kadın Doğum Dernekleri Ne Diyor? Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2017;27 (4):184-92
17. *Planned Home Birth. Committee on Obstetric Practice Number 697, April 2017 (Replaces Committee Opinion Number 669, August 2016) (Reaffirmed 2018)*
18. *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.*
19. *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.*
20. *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Midwifery. SOGC Policy Statement No. 126. J Obstet Gynaecol Can March 2003;25 (3):239.*
21. *American College of Nurse-Midwives. Position Statement – Home Birth. Available from: www.midwife.org. Accessed February 13, 2015.*
22. *Midwives Alliance of North America. Home birth statement. 2012 Available from: http://mana.org/pdfs/MANAPositionStatements.pdf. Accessed December 17, 2014.*
23. *American Academy of Pediatrics. Policy statement: planned home birth. Pediatrics*. 2013;131:1016–1020.
24. Grünebaum A, McCullough LB, Brent RL, Arabin B, Levene MI, Chervenak FA. *Perinatal risks of planned home births in the United States*. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Mar;212 (3):350. e1-6.
25. Zafman KB, Stone JL, Factor SH. *Trends in characteristics of women choosing contraindicated home births*. *J Perinat Med*. 2018 Aug 28;46 (6):573-577.
26. Hildingsson I, Lindgren H, Haglund B, Radestad I. *Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study*. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195 (5):1366–1372.
27. Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford R. *Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? Measuring outcomes other than safety is feasible*. *BMJ*. 1996;312:753–757.
28. Hendrix M, Van Horeck M, Moreta D, Nieman F, Nieuwenhuijze M, Severens J, Nijhuis J. *Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in The Netherlands*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009; 116 (4):537–42.
29. Rossi AC, Prefumo F. *Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 Mar;222:102-108.
30. Hutton EK, Cappelletti A, Reitsma AH, Simioni J, Horne J, McGregor C, Ahmed RJ. *Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies*. *CMAJ*. 2016 Mar 15;188 (5):E80-90.
31. Cheng YW, Snowden JM, King TL, Caughey AB. *Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States*. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209 (4):325. e1–8.
32. *Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. BMJ*. 1996;313 (7068):1306–1309.
33. Davies-Tuck ML, Wallace EM, Davey MA, Veitch V, Oats J. *Planned private homebirth in Victoria 2000–2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Sep 4;18 (1):357. doi: 10.1186/s12884-018-1996-6.
34. Zollinger TW, Przbylski MJ, Gamache RE. *Reliability of Indiana birth certificate data compared to medical records*. *Ann Epidemiol*. 2006;16 (1):1–10.
35. *Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ*. 2011 Nov 23;343:d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.
36. Grünebaum A, McCullough LB, Sapra KJ, Arabin B, Chervenak FA. *Planned home births: the need for additional contraindications*. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Apr;216 (4):401. e1-401.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.012. Epub 2017 Jan 30.
37. Cox KJ, Schlegel R, Payne P, Teaf D, Albers L. *Outcomes of planned home births attended by certified nurse-midwives in Southeastern Pennsylvania, 1983–2008*. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58 (2):145–149.

38. 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 (1):17–27.
39. Kennare RM, Keirse MR, Tucier GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia 1991–2006: differences in outcomes. *MJA*. 2010;192:76–80.
40. Hutton E, Reitsma A, 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):180–189.
41. van der Kooy J, Birnie E., Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jun 8;17 (1):177.
42. de Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009;116:1177–1184.
43. Wax JR, Lee Lucas F, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:243e1–243e8.
44. Davies-Tuck ML, Wallace EM, Davey MA, Veitch V, Oats J. Planned private homebirth in Victoria 2000–2015: a retrospective cohort study of Victorian perinatal data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Sep 4;18 (1):357. doi: 10.1186/s12884-018-1996-6.
45. Catling-Paul C, Coddington RL, Foureur MJ, Homer CS. Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *MJA*. 2013;198 (1):616–620
46. Bernhard C, Zielinski R, Ackerson K, English J. Home birth after hospital birth: women's choices and reflections. *J Midwifery Womens Health*. 2014;59 (2) :160–166.
47. Lindgren H, Erlandsson K. Women's experiences of empowerment in a planned home birth: a Swedish population-based study. *Birth*. 2010;37 (4):309–317.
48. Coxon K, Chisholm A, Malouf R, Rowe R, Hollowell J. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Mar 31;17 (1):103.
49. Hinton L, Dumelow C, Rowe R, Hollowell J. Birthplace choices: what are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Jan 8;18 (1):12.
50. Hildingsson I, Radestad, Lindgren H. Birth preferences that deviate from the norm in Sweden: planned home birth versus planned cesarean section. *Birth*. 2010;288–295.
51. McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B, Brent RL, Levene MI, Chervenak FA. Ethics and professional responsibility: Essential dimensions of planned home birth. *Semin Perinatol*. 2016 Jun;40 (4):222-6.
52. Oxford Pro Bono Publico. The legal regulation of home birth in the Domestic jurisdictions of the council of Europe. Research prepared for the League of human rights, the Czech Republic [Internet]. 2015 [cited 2002 Jul 9] Available from: <http://ohrh.law.ox.ac.uk/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/here.pdf>.
53. NICE. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [Internet]. London [cited 2017 Sept 9] Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
54. American college of Nurse-Midwives. Home Birth Transfer Guidelines [Internet]. Silver Spring [cited 2017 Oct 29] Available from: <http://www.midwife.org>.
55. American college of Nurse-Midwives. Home Birth Transfer Guidelines [Internet]. Silver Spring [cited 2017 Oct 29] Available from: <http://www.midwife.org>.
56. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1997;24 (2):121-3.
57. McCourt C, Rayment J, Rance S, Sandall J. Organizational strategies and midwives' readiness to provide care for out of hospital births: an analysis from the Birthplace organizational case studies. *Midwifery*. 2012;28:636–645.
58. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L, Redshaw M, Brocklehurst P, Macfarlane A, Marlow N, McCourt C, Newburn M, Sandall J, Silvertown L. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2015 Aug. Health Services and Delivery Research.
59. Thompson JB, Fullerton JT, Sawyer AJ; International Confederation of Midwives. The International Confederation of Midwives: Global Standards for Midwifery Education (2010) with companion guidelines. *Midwifery*. 2011 Aug;27 (4):409-16.
60. Obstetric Working Group. *Obstetric Manual: Final Report of the Obstetric Working Group of the National Health Insurance Board of the Netherlands. The List of Obstetric Indications*. Amstelveen, Netherlands: Royal Dutch Association of Midwives; 2010.
61. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline 190. London: NICE; 2014. Retrieved October 24, 2016.
62. Schroeder E, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, Brocklehurst P; Birthplace in England Collaborative Group. Cost effectiveness of alternative planned places of birth in women at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2012;344:e2292
63. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42834/anne-dostu-hastane-kriterleri.html>