

SYSTEMATIC REVIEW/ SİSTEMATİK DERLEME

Planlanmamış Evde Doğumun Maternal ve Neonatal Sonuçlar Üzerine Etkisi: Sistematiik Derleme

The Effect of Unplanned Home Birth on Maternal and Neonatal Outcomes: Systematic Review

 Hafize Dağ Tüzmen¹  Kamile Altuntuğ²

¹Öğr. Gör, KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye

²Doç. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye

Öz

Giriş: Planlanmamış ev doğumlarının maternal ve neonatal sonuçlar üzerinde etkisinin olduğu bilinmektedir.

Amaç: Bu derleme, planlanmamış ev doğumlarının maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisini güncel çalışmalarla gözden geçirmek ve planlanmamış ev doğumlarının olumlu ve olumsuz yönlerini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Sistematiik derleme niteliğinde olan çalışma, 28 Ağustos- 27 Eylül 2020 tarihlerinde, Türkçe ve İngilizce dizinler taranarak yapılmıştır. Türk Medline, Scencedirect, Google Akademik, Pubmed, Cochrane ve Ulusal Tez Merkezi veri tabanları kullanılarak 'evde doğum, hastane dışı, hastane dışı doğum, evde doğum-hastane dışı doğum ve neonatal sonuçlar, evde doğum-hastane dışı doğum ve maternal sonuçlar' anahtar kelimeleri ile aranmıştır.

Bulgular: Bu sistematiik derlemede planlanmamış evde doğumların maternal ve neonatal sonuçları olumsuz etkilediği saptanmıştır. Kadınların; yaş, gebelik sayısı, gebelik haftası, medeni durum ve sosyoekonomik özelliklerinin doğumların hastane dışında gerçekleşme olasılığı üzerinde etkili olduğu, planlanmamış evde doğum yapan kadınlarda daha fazla olumsuz maternal sonuç bildirildiği görülmüştür. Planlanmamış evde doğumlar sonucunda dünyaya gelen yeni doğanların doğum ağırlıklarının düşük olduğu, prematüre olma risklerinin yüksek olduğu, hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğu, klinik komplikasyon görülme oranları ile neonatal morbidite ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Planlanmamış evde doğum yapan kadınların yetersiz antenatal bakım aldığı saptanmıştır.

Sonuç: Bu derlemenin sonucunda, kadınların maternal özelliklerinin hastane dışında doğum yapma olasılıklarını etkilediği, planlanmamış evde doğumların olumsuz maternal ve neonatal sonuçların yaşanma riskini artırdığı ve yetersiz antenatal bakım alma ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Evde Doğum, Hastane Dışı, Hastane Dışı Doğum, Maternal ve Neonatal Sonuçlar

Geliş Tarihi: 29.12.2021 **Kabul Tarihi:** 18.11.2022

Sorumlu Yazar: Öğr. Gör., Hafize Dağ Tüzmen, KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye. **E-Posta:** hafize.dag.tuzmen@karatay.edu.tr, **Telefon:** +90 535 744 61 42
Nasıl Atıf Yapılır: Tüzmen Dağ H, Altuntuğ K. Planlanmamış Evde Doğumun Maternal ve Neonatal Sonuçlar Üzerine Etkisi: Sistematiik Derleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2023; 16(1): 126-141

E-Journal of Dokuz Eylul University Nursing Faculty published by Cetus Publishing.



E-Journal of Dokuz Eylul University Nursing Faculty 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Background: It is known that unplanned home births have an impact on maternal and neonatal outcomes.

Objective: This review was made to review the effect of unplanned home births on material and fetal results with current studies and to reveal the positive and negative aspects of unplanned home births.

Methods: The study, which is a systematic review, was conducted between 28 August - 27 September 2020 through scanning Turkish and English indexes. Turk Medline, ScienceDirect, Google Scholar, PubMed, Cochrane and National Thesis Center databases were searched with keywords; ‘home birth, non-hospital, non-hospital birth, home birth-non-hospital birth and neonatal outcomes, home birth-non-hospital birth and maternal outcomes’ are key searched by words.

Results: In this systematic review, it was determined that unplanned home births adversely affect maternal and neonatal outcomes. It was found women’s age, number of pregnancies, gestational week, marital status and socioeconomic characteristics had an effect on the probability of births outside the hospital, and more adverse maternal outcomes has been reported. It has been determined that newborns born as a result of unplanned home births have low birth weights, a high risk of being premature, a longer hospital stay, higher rates of clinical complications, and higher neonatal morbidity and mortality rates. It has been determined that women who have unplanned home births receive inadequate antenatal care.

Conclusion: As a result of this review, it was found that maternal characteristics of women affect the probability of giving birth outside the hospital, unplanned home births increase the risk of adverse maternal and neonatal outcomes and are associated with inadequate antenatal care.

Keywords: Home Birth, Nonhospital, Nonhospital Delivery, Maternal and Neonatal Outcomes

GİRİŞ

Doğumun iyi hazırlanmış bir ortamda nitelikli sağlık profesyonelleri eşliğinde gerçekleşmesi gerektiği bilinmektedir. Buna rağmen hastane dışında gerçekleşen geleneksel ev doğumları halen evrensel bir sorundur ve bu tür doğumların birçoğu planlı olarak gerçekleşmektedir. Birçok ülke, doğumun gerçekleşmesi gereken en iyi yerin hastane olduğu konusundaki tıbbi fikir birliğine sahip olmasına rağmen (maternal komplikasyonlar ve yenidoğanın resüsitasyon gereksinimi dikkate alındığında), hastane dışı ortamlarda doğuma izin vermeye karar vermiştir. Hastane dışı doğumlar planlanmış ve planlanmamış olarak sınıflandırılabilir (Wyckoff ve ark., 2015; Ovaskainen, Ojala, Gissler, Luukkaola, Tommela, 2015, Wasden ve ark., 2017). Plansız ev doğumları, sağlık sisteminin herhangi bir parçasının desteği olmadan yapılan doğumlardır. Aileler ev

doğumlarını; bölgesel bir gelenek, adet veya alışkanlık olması, daha rahat ve gizli olması sebebi ile tercih edebilmektedirler (Onat Bayram, 2009). Plansız ev doğumları ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir (Kukulu ve ark.). Gelişmiş ülkelerde, hastane dışı doğumların sıklığı, %0.1 ile %2 arasında değişmektedir (Sheiner ve ark., 2001). Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG)’ ne göre (2015), Amerika Birleşik Devletleri’nde yılda yaklaşık olarak 25 000 (%0.6) doğum evde gerçekleşmektedir ve bunların %25’i planlanmamıştır (ACOG, 2015). Gelişmiş ülkelerde bile, hastane dışı doğumların kayıt altına alınma oranının düşük olması bilinen bir sorundur. Brezilya’da, hastane dışı doğumlar ile ilgili yayınlanmış veriler çok azdır. São Paulo’da yürütülen bir çalışmada (2005), %0.4 civarında bir sıklık bildirilmiştir ve bu oran Avrupa’nın kentsel bölgelerinde

kaydedilen oranlarla benzerlik göstermektedir (Almeida ve ark., 2005). Renesme ve ve ark. (2013) yaptığı çalışmada; bekar annelik, annenin işsiz olması, düşük eğitim düzeyi ile multipar anne vb. sosyoekonomik özelliklerin planlanmamış ev doğumları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Renesme ve ark., 2013). Literatüre bakıldığında planlanmamış ev doğumlarında daha fazla düşük doğum ağırlıklı yenidoğan ve preterm doğum eylemi olduğu bildirilmektedir (Boland ve ark., 2018).

Amaç

Bu sistematik derlemenin amacı, ülkemizde ve birçok ülkede terk edilen fakat tüm dünyada anne ve bebeğinin güvenliği konusunda belirsizlikler olması nedeni ile ciddi tartışmalara sebep olan planlanmamış ev doğumlarının maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisini güncel çalışmalarla gözden geçirmek ve planlanmamış ev doğumlarının olumlu ve olumsuz yönlerini ortaya koymaktır.

Bu amaç doğrultusunda;

Maternal özelliklerin planlanmamış evde doğumlar üzerinde etkisi var mıdır?

Planlanmamış evde doğumların maternal sonuçları nelerdir?

Planlanmamış evde doğumların neonatal sonuçları nelerdir?

Antenatal bakımın planlanmamış evde doğumlar üzerinde etkisi var mıdır?

sorularına yanıt aranmıştır. Derlemeden elde edilen sonuçların, literatüre, sağlık profesyonellerinin uygulamalarına ve yapılması planlanan bilimsel araştırmalara katkı sağlaması beklenmektedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma sistematik derleme niteliğindedir. Çalışmanın yapılması ve raporunun hazırlanmasında Sistematik Derleme ya da Meta Analiz Araştırma Raporunun Yazımında Bulunması Gereken Maddelerle İlgili Kontrol

Listesi (PRISMA) protokolü takip edilmiştir (Moher ve ark., 2014; Karaçam, 2013). Bu sistematik derlemede olası bias riskini azaltmak için literatür tarama, makale seçimi veri çekme ve makale kalitesinin değerlendirilmesi işlemleri iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapılmıştır. Herhangi bir anlaşmazlık söz konusu olduğunda üçüncü araştırmacıya başvurularak ortaya çıkan bilgi farklılıkları tartışma yolu ile giderilmiştir.

Tarama Stratejisi

Bu sistematik derleme için taramalar 28 Ağustos- 27 Eylül 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ulusal yayınlar ‘evde doğum, hastane dışı, hastane dışı doğum, evde doğum-hastane dışı doğum ve neonatal sonuçlar, evde doğum-hastane dışı doğum ve maternal sonuçlar’ anahtar kelimeleri ile Türk Medline, Ulusal Tez Merkezi ve Google Akademik arama motorları taranmıştır. Uluslararası yayınlara ise ‘At home birth, out of hospital, out of hospital birth, at home birth or out of hospital birth and neonatal outcomes, at home birth or out of hospital birth and maternal outcomes’ anahtar kelimeleri ile Pubmed, Cochrane, Sciencedirect veri tabanları ile yapılan taramalar ile ulaşılmıştır. Çalışmaya dâhil edilen araştırmaların referans listeleri incelenmemiştir.

Tarama sonucunda toplam 2600 çalışmaya ulaşılmıştır. EndNote X9 programı ile duplikasyonlar (tekrar eden çalışmalar) belirlenmiştir. Başlık, özet ve tam metne göre yapılan inceleme sonucunda yedi makale sistematik derlemeye dâhil edilmiştir.

Dâhil Edilme Kriterleri

Yapılan sistematik derlemede dâhil edilme kriterleri PICOS’a (**P**: Population-katılımcılar, **I**: Interventions-müdahaleler, **C**: Comparisons-karşılaştırma grupları, **O**: Outcomes-sonuçlar, **S**: Study designs-çalışma desenleri) göre tanımlanmıştır (JBI, 2014).

P: Katılımcılar, evde doğum (planlanmamış) yapan kadınlardan oluşmaktadır. Sosyo demografik durum, etnik köken ile ilgili bir

sınırlama yapılmamıştır.

I: Doğum öncesi bakım hizmeti müdahale olarak belirlenmiştir.

C: Evde doğum yapan kadınlar ile diğer alternatif (hastane-doğum merkezi-) merkezlerde doğum yapan kadınların maternal ve neonatal sonuçları karşılaştırılmıştır.

O: Evde doğum (planlanmamış) yapan kadınların maternal ve neonatal sonuçlarını bildiren, doğum öncesi bakım hizmeti ile ilgili bilgi veren çalışmalar dâhil edilmiştir.

S: Analitik araştırmalar (kesitsel araştırma, vaka(olgu)-kontrol araştırması, kohort araştırması) inceleme kapsamına alınmıştır. Tam metnine ulaşılabilen, son on yılda yayınlanmış (2010-Eylül 2020), İngilizce ya da Türkçe olan çalışmalar dâhil edilmiştir.

Dâhil Edilmeme Kriterleri

Sistemik derlemeye tam metnine ulaşamayan ve gözlemsel olmayan çalışmalar dâhil edilmemiştir.

Çalışmaların Seçimi

Veri tabanlarından çalışmalara ulaşılması, EndNote X9 programı ile tekrar eden çalışmaların ayrılmasından sonra, ikinci araştırmacı tarafından olası çalışmalara ulaşmak için makalelerin başlıkları ve özetleri araştırılan konu ile ilgili olup olmama durumuna göre incelenmiştir. Birinci araştırmacı da ulaşılan makalelerin başlık ve özetlerini ayrıca okuyup değerlendirmiştir. Tam metnine ulaşılan, dâhil edilme kriterlerine uyan çalışmalar araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiş ve fikir birliğine varılmıştır. Bu süreç sayısal veriler ile birlikte PRISMA akış şeması doğrultusunda Şekil 1’de verilmiştir.

Metodolojik Kalitenin Değerlendirilmesi

Bu sistemik derlemeye dâhil edilen araştırmaların metodolojik kalitesi Joanna Briggs Institute tarafından yayınlanan kontrol listeleri ile değerlendirilmiştir (13). Buna göre vaka kontrol çalışmalarında kalite değerlendirmesi 10 maddeli, kesitsel araştırmaların kalite değerlendirilmesi sekiz maddeli, kohort

çalışmaları için 11 maddeli, prevelans çalışmaları için kalite değerlendirmesi dokuz maddeli kontrol listeleri ile yapılmıştır. Bu listelerde yer alan her madde 'evet, hayır, belirsiz, uygulanmaz' olarak değerlendirilmektedir. Her bir araştırma için saptanan durum Tablo 1 'de verilmiştir. Kontrol listelerindeki her madde için 'Evet' cevabı bir puan, 'Hayır', 'Belirtilmemiş' ve 'Uygulanmaz' cevapları sıfır puan ile değerlendirilir. Toplam puan yüksekliği araştırmanın metodolojik kalitesinin yüksek olduğunu gösterir (Nahcivan ve Seçginli, 2017). Bu sistemik derlemede değerlendirme sonucunda kalite puanının en yüksek 11, en düşük dokuz olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin elde edilmesi için araştırmacılar tarafından geliştirilen bir veri çekme aracı kullanılmıştır. Bu veri çekme aracı ile araştırmaların yazar ve yayın yılı, araştırma yöntemi verilerin kaynağı ve toplandığı yıl, örneklem özellikleri, ülke, sonuç çıktıları ile ilgili çıktılar hakkındaki veriler ve kalite değerlendirme puanı gösterilmiştir. Verilerin analizinde anlatı sentezi (narrative synthesis) yöntemi kullanılmıştır. Anlatı sentezi hem nicel hem de nitel çalışmaları sentezlemek için kullanılabilen bir yöntemdir ve sistemik derlemeye dahil edilen çalışmaların bulguları meta-analiz yapmak için yeterli olmadığı durumlarda kullanılabilir (Snilstveit, Oliver, Vojtkovo, 2012; Ryan, 2013). Bu sistemik derlemede incelenen çalışmaların deseni, planlanmamış evde doğumlarda kadınların sosyodemografik özellikleri veri toplama yöntemleri ve maternal-neonatal sonuçlar farklılık göstermektedir. Bu nedenle bulgular öyküsel anlatım yöntemi ile sunulmuştur.

Tablo 1. Sistematik Derlemeye Alınan Araştırmaların Özellikleri

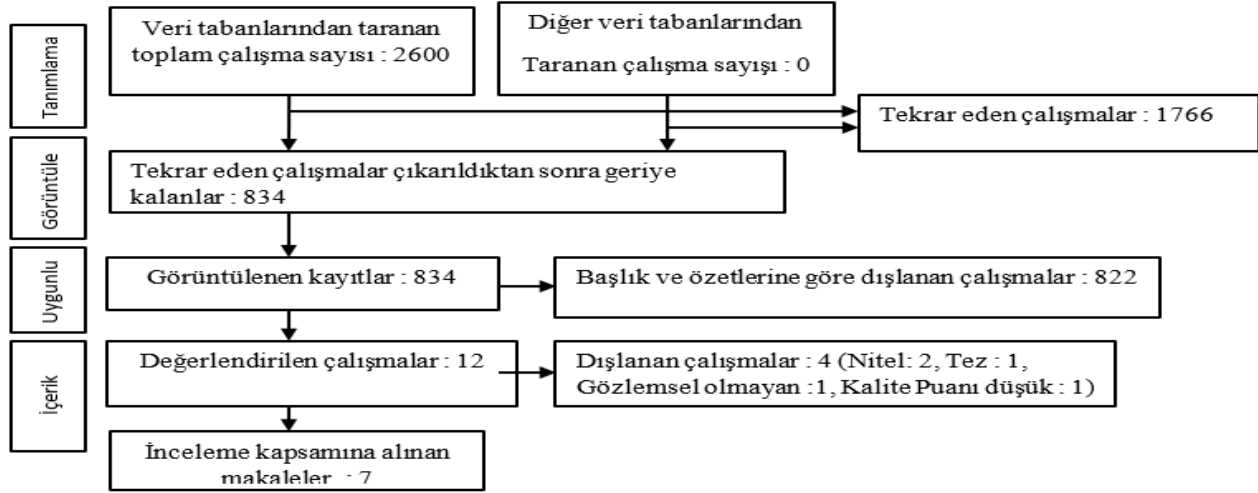
Yazarlar (Yıl)	Çalışma Deseni	Veri Kaynağı ve Yıl	Ülke	Örneklem Hacmi	HDD Grubunun Özellikleri	HİD Grubunun Özellikleri	Temel Bulgular	Kalite Değerlendirme
Kulhan ve ark. 2017	Retrospektif Kesitsel (Vaka Kontrol)	2010-2015 yılı Hasta Dosyaları	Türkiye (Erzincan)	Evde Doğum:76 Hastanede Doğum:97	Yaş: 30.07 ± 5.50 Parite: 2 ± 1.08 Evli: %92.1 *DÖB: %76.3 GH: %84.2 ≥ 37 hafta	Yaş: 29.88 ± 5.50 Parite: 1.96 ± 1.09 Evli: %90.7 DÖB: %76.3 GH: %83.5 ≥ 37 hafta	-Preterm eylem görülme oranı HDD* grubunda %15.8, HİD* grubunda %16.5, -Bebekte travma görülme oranı HDD grubunda %26.3, HİD grubunda %25.8, -*YYB yatış oranı HDD grubunda %28.9, HİD grubunda %29.8, -Neonatal mortalite görülme oranı HDD grubunda %1.3 iken HİD grubunda neonatal mortalite bildirilmemiştir.	9
Diana ve ark. 2018	Retrospektif Kesitsel (Olgu Kontrol)	2005-2006 yılı Tıbbi Kayıtları	Brezilya	HDD:117 HİD:420	Yaş: 25.43 Parite: Multipar DÖB: %76.3 DÖB Ort.: 3.5 GH: 38.08	Yaş: 23.91 Parite: Multipar DÖB: %49.10 DÖB Ort.: 7.1 GH: 39.78	-*DDA olan yeni doğanlar HDD grubunda %7.20, HİD grubunda %8.70, -Doğum ağırlığı ortalaması HDD grubunda 2.767 gr, HİD grubunda 3.112 gr, -Yeni doğanda sorun görülme oranı HDD grubunda %22.10, HİD grubunda %37.30, -YYB yatış oranı HDD grubunda %8.50, - Neonatal mortalite görülme oranı HDD grubunda %1.20 iken HİD grubunda %0.50 olarak bildirilmiştir.	10

Tablo 1. Sistematik Derlemeye Alınan Araştırmaların Özellikleri (Devam)

Yazarlar (Yıl)	Çalışma Deseni	Veri Kaynağı ve Yıl	Ülke	Örneklem Hacmi	HDD Grubunun Özellikleri	HİD Grubunun Özellikleri	Temel Bulgular	Kalite Değerlendirme
Gut-virtz ve ark.2020	Retrospektif Kesitsel (Kohort)	1991-2014 yılı Hastane Analizleri	İsrail	HDD:3580 HİD:240.102	Yaş: 28.4 ± 5.8 Parite: %95.9 Multipar DÖB: %74.8 GH: 38.8 ± 2.1	Yaş: 28.1 ± 5.8 Parite: %76.1 Multipar DÖB: %91.3 GH: 39.1 ± 1.9	-Doğum ağırlığı ortalaması HDD grubunda 3060.0 ± 523 gr, HİD grubunda 3207.9 ± 510 gr, -Preterm eylem görülme oranı HDD grubunda %9.1, HİD grubunda %6.8, -Perinatal mortalite oranı HDD grubunda %1.5, HİD grubunda %0.5 olarak bildirilmiştir.	10
Lazic ve Takac 2011	Retrospektif Kesitsel (Kohort)	1997-2005 Hasta Kayıtları	Slovenya	HDD: 58 HİD: 17788	Parite: %79.3 Multipar Evli: %37.9 DÖB: %30 GH: %77.6'sı 37 hafta üzeri	Parite: %46.6 Multipar Evli: %44.6 DÖB: %74.8 GH: %92.1'i 37 hafta üzeri	-Prematüre yeni doğan oranı HDD grubunda %22, HİD grubunda %8, -Prenatal mortalite görülme oranı HDD grubunda %17.24, HİD grubunda %4.65, -Neonatal mortalite görülme oranı HDD grubunda %51.72, HİD grubunda 4.16 olarak bildirilmiştir.	9
Khupakonke ve ark. 2017	Prospektif Kesitsel (Vaka Kontrol)	2015-2016 Hastane Kayıtları	Güney Afrika	HDD*: 201 HİD**: 4394	Yaş: 27 Parite: %89.8 Multipar Evli: %16.7 DÖB: %83.4 DÖB Ort.: 3	Yaş: 26 Parite: %62.2 Multipar Evli: %30.7 DÖB: %97.3 DÖB Ort.: 4	- Preterm eylem görülme oranı HDD grubunda %35.2, HİD grubunda %13.9, - DDA'na sahip olan yeni doğanlar HDD grubunda %34.2, HİD grubunda %16.2, - Perinatal mortalite görülme oranı HDD grubunda %2.6, HİD grubunda %2.7, - Doğum ağırlığı ortalaması HDD grubunda 2.689 gr, HİD grubunda 2.995 gr olarak bildirilmiştir.	10

Tablo 1. Sistematik Derlemeye Alınan Araştırmaların Özellikleri (Devam)

Yazarlar (Yıl)	Çalışma Deseni	Veri Kaynağı ve Yıl	Ülke	Örneklem Hacmi	HDD Gru- bunun Özel- likleri	HİD Gru- bunun Özellikleri	Temel Bulgular	Kalite Değerlendirme
Nathan ve Mwan-yangala 2012	Prospektif Kesitsel (Kohort)	2005- 2006- 2007 yılları Nüfus Verileri	Tanzanya	HDD (2005): 1180 HİD (2005):1672 HDD (2006):1154 HİD (2006):1687 HDD (2007):1113 HİD (2007):1777	2005 yılı Yaş: 27.5 Parite: 3.8 (%81.6 Mul- tipar) 2006 yılı Yaş: 27.7 Parite: 3.8 (%80.2 Mul- tipar) 2007 yılı Yaş:27.7 Parite: 3.9 (%80.8 Mul- tipar)	2005 yılı Yaş: 26.5 Parite: 3.5 2006 yılı Yaş: 26.6 Parite:3.3 2007 yılı Yaş:26.6 Parite:3.3	-Neonatal mortalite oranı HDD grubunda 2005 yılında %29.7, 2006 yılında %29.9, 2007 yılında %27.0, - HİD grubunda 2005 yılında %32.3, 2006 yılında %28.8, 2007 yılında %33.2 olarak bildirilmiştir. -Sağlık tesisinde doğum yapmanın iyi sağ kalım ile ilişkisi saptanmamıştır.	10
Gunnarsson ve ark.2014	Retrospek- tif Kesitsel (Olgu Kontrol)	1999- 2013 yılları Hastane Kayıtları	Norveç	HDD:6062	Yaş: 30.5 ± 5.1 Parite: %88.86 Mul- tipar Evli: %91.53 GH: 38.9 ± 2.6	Yaş: 30.1 ± 5.2 Parite: %58.53 Multipar Evli: %91.45 GH: 39.2 ± 2.5	-Doğum ağırlığı ortalaması HDD grubunda 3432 ± 618 gr, HİD grubunda 3507 ± 621 gr, -Perinatal mortalite riski HDD grubunda %11.4, HİD grubunda %4.9, -Neonatal mortalite oranı HDD grubunda %0.742, HİD grubunda %0.359 olarak bildirilmiştir.	10



Şekil 1. Çalışmaların Seçimi ve Dahil Edilme Dışlanma Süreci

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada literatür tarama modeli kullanılması ve insan veya hayvan üzerinde bir etki içermemesi nedeniyle etik kurul onayı alınmasına gereksinim duyulmamıştır. Makalede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

BULGULAR

Bu sistematik derlemede veri tabanlarının taranması sonucu toplam 2600 kayda ulaşılmıştır. Planlanan tarama stratejisi kullanılarak başlık ve özetlere göre seçim yapıldıktan ve tekrarlar çıkarıldıktan sonra 12 çalışma tam metin olarak incelenmiştir. İncelenen çalışmalardan bir tanesinin maternal ve neonatal sonuçlarla ilgili veri içermemesi, iki çalışmanın nitel çalışma olması, bir çalışmanın kalite değerlendirme puanının düşük olması ve bir çalışmanın tez çalışması olması nedeniyle derlemeye dâhil edilmemiştir. Toplam yedi makale analize alınmıştır. Sistematik derlemeye alınan araştırmaların altı tanesi kesitsel araştırma, iki tanesi ise kohort türündedir. Çalışmalar; Türkiye, Slovenya, Tanzanya, Norveç, Güney Afrika, Brezilya, İsrail olmak üzere yedi farklı ülkede yapılmıştır. Analize dahil edilen araştırmaların 1991-2020 yılları arasında yapıldığı ve 2010-2020 yılları arasında yayınlandığı saptanmıştır. Çalışmalarda örneklem sayısının en az 58 en fazla 6062 olduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen yedi makalenin toplam örneklem sayısı

271.478 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Maternal Özelliklerin Planlanmamış Evde Doğumlara Etkisi

Diana ve ark. (2018) yaptığı çalışmada hastane dışında doğum yapan annelerin yaş ortalamasının 25.43 ± 6.73 , gebelik sayısı ortalamasının 3.48 ± 2.03 , ortalama gebelik haftasının 38.08 ± 3.27 olduğu; hastanede doğum yapan annelerin yaş ortalamasının 23.91 ± 6.11 , ortalama gebelik sayısının 2.25 ± 1.64 , ortalama gebelik haftasının 38.78 ± 2.39 olduğu bildirilmiştir. Hastane dışı doğumların tamamında doğum şekli vajinal doğum olarak bildirilmiş olup, doğumların genelinin akrabasının, arkadaşının, kendi annesinin veya komşusunun eşliğinde gerçekleştiği belirtilmiştir. Çalışmada sezaryen doğum yapan kadınlar gruptan çıkarıldığında ve sonuç verileri hastane dışı doğum verileri ile karşılaştırıldığında; yaş, gebelik sayısı ve gebelik haftası değişkenlerinin sonuçlar üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonucuna göre 25 yaş üzeri ve multipar annelerin hastane dışı doğum sayılarının daha fazla olduğu görülmüştür (Diana, Glaucia, Adriana, Israel, 2018).

Kulhan . (2017) yaptığı çalışmada evde doğum yapan annelerin yaş ortalaması 30.07 ± 5.50 , hastanede doğum yapan annelerin yaş ortalaması ise 29.88 ± 5.50 olarak bulunmuştur. HDD grubundaki annelerin %92.1'i ve HİD

grubundaki annelerin %90.7'sinin evli olduğu belirtilmiştir. Evde doğum yapan annelerin büyük çoğunluğunun multipar olduğu, parite dağılımının ise ortalama 2 ± 1.08 olduğu bulunmuştur. HİD grubunda parite dağılımı ortalama 1 ± 1.09 olarak bildirilmiştir. Evde doğum yapan annelerin %31.5'inin sigara kullandığı HİD grubunda ise bu oranın %27.8 olduğu belirtilmiştir. Annelerin %84.2'sinin 37 haftadan büyük gebeliğe sahip olduğu ve tamamının baş prezantasyonu olduğu görülmüştür. HİD grubunda ise annelerin %83.5'inin 37 haftadan büyük gebelik haftasına sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca evde doğum yapan annelerin %25'inin doğumunun akrabası, %69.7'sinin ebe, %5.3'ünün doktor tarafından yaptırıldığı, HİD grubundaki annelerin doğumlarının %25.8'inin doktor, %74.2'sinin ebe tarafından yaptırıldığı bildirilmiştir (Kulhan ve ark., 2017).

Gutvirtz ve ark. (2020) çalışmasında HDD grubundaki annelerin yaş ortalamasının 28.4 ± 5.8 olduğunu, büyük çoğunluğunun evli olduğunu, annelerin %95.9'unun multipar olduğunu ve gebelik haftasının ortalama 38.8 ± 2.1 olduğunu belirtmiştir. HİD grubunda ise annelerin yaş ortalamasının 28.1 ± 5.8 olduğu, annelerin %76.1'inin multipar olduğu ve ortalama gebelik haftasının 39.1 ± 1.9 olduğu görülmüştür. Hastane dışında doğum yapan annelerde diyabet görülme oranı %2.4, gebelikte hipertansif bozukluk görülme oranı %1.2 bulunmuştur. HİD grubunda ise diyabet görülme oranı %5.0, gebelikte hipertansif bozukluk görülme oranı %5.1 bulunmuştur. Hastane dışı doğum yapan annelerin %0.4'ünde obezite görülürken annelerin %0.3'ünün sigara kullandığı bildirilmiştir. HİD grubunda ise annelerin %1.0'inde obezite, %1.0'inde sigara içme oranı belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada HDD grubunun %8.2'sinin, HİD grubunun ise %4.6'sının gebelik için yaşının küçük olduğu bildirilmiştir (Gutvirtz, Wainstock, Londav, Sheiner, 2020).

Nathan ve Mwanyangala (2012) yaptığı çalışmada planlanmamış evde doğumların

çoğunun 20-30 yaşlar arasında olduğunu, doğumların %10'undan fazlasının altı veya daha yukarı sırada olduğunu, evde doğumların daha yaşlı gruplar olduğunu ve daha yüksek bir pariteye sahip olduğunu bildirmiştir (Nathan ve Mwanyangala, 2012).

Lazic ve Takac (2011) çalışmasında hastane dışında doğum yapan kadınların %79.3'ünün multipar, %37.9'unun evli, %77.6'sının gebelik haftasının 37 haftanın üzerinde olduğu; hastanede doğum yapan grupta ise kadınların %46.6'sının multipar, %44.6'sının evli ve %92.1'inin gebelik haftasının 37 haftanın üzerinde olduğu belirtilmiştir. Çalışmada bekar olmak planlanmamış evde doğumlar açısından risk olarak bildirilmiştir (Lazic ve Takac, 2011).

Khupakonke ve ark. (2017) çalışmasında hastane dışında doğum yapan annelerin yaş ortalamasının 27 olduğu, %16.7'sinin evli, %78.2'sinin çalışmadığı, %88.8'inin multipar olduğu, %77.9'unun gebeliğinin planlanmamış olduğu, %29.9'unun HIV pozitif tanısı olduğu, %6.5'inin hipertansiyon hastası olduğu belirtilmiştir. Hastanede doğum yapan annelerin yaş ortalamasının 26 olduğu, %30.7'sinin evli, %71.6'sının çalıştığı, %62.2'sinin multipar olduğu, %53.4'ü planlanmamış gebelik olduğu, %26.7'sinin HIV pozitif tanısı olduğu, %2.7'sinin hipertansiyon hastası olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hastane dışı doğumların %93.6'sı evde ve %64.8'i termde gerçekleşmiştir. Hastanede gerçekleşen doğumların ise %86.1'i termde meydana gelmiştir (Khupakonke, Beke, Amako, 2017).

Gunnarsson ve ark. (2014) çalışmasında ortalama anne yaşını planlanmamış evde doğumlar için 30.5 ± 5.1 yıl, referans grubunda 30.1 ± 5.2 olarak bildirmiştir. Planlanmamış doğumlar için ortalama gebelik haftası 38.9 ± 2.6 , referans grubunda 39.2 ± 2.5 olarak bulunmuştur. Planlanmamış doğum grubunda daha düşük oranda çoklu doğum bildirilmiştir. Hastane dışında doğumların %40.92'sinin evde planlanmamış doğum olduğu bildirilmiştir. Ayrıca evlenme/birlikte yaşama olasılıkları

daha düşük bulunmuştur. Hamileliğin erken dönemlerinde sigara içme oranı daha yüksek bildirilmiştir. Uzak belediyelerde yaşayan kadınların, daha merkezi belediyelerde yaşayan kadınlara kıyasla plansız doğum yapma olasılığı dört kat daha yüksek olarak bildirilmiştir (Gunnarsson, Smarason, Skogvoll, Fasting, 2014).

Planlanmamış Evde Doğumun Maternal Sonuçları

Diana ve ark. (2018) yaptığı çalışmada hastane dışında doğum yapan grupta annelerin %44.40'ı puerperal dönemin başında sorun bildirmiştir. Temel puerperal komplikasyonların %85.50'si perineal yaralanma ve %7.30'u enfeksiyon olarak belirtilmiştir. Çalışmada hastane dışında doğum yapan annelerin %12.50'si maternal sorun bildirirken hastanedeki doğumlarda bu oran %11.00 olarak bildirilmiştir. Hastane dışında doğum yapan annelerin %12.10'u, hastanede doğum yapan annelerin %9.30'u tedavi olmuştur. Tedaviler düzeltici perineal cerrahi ve antibiyotik tedavisi olarak bildirilmiştir (Diana ve ark., 2018).

Kulhan ve ark. (2017) yaptığı çalışmada evde doğum yapan annelerin hiçbirinde epizyotomi açılmamış olup, %57.89'unda birinci ve ikinci derece perine laserasyonu oluşmuştur. Hastanede doğum yapan annelerin, %92.8'inde epizyotomi açıldığı ve %59.8'inde perine laserasyonu oluştuğu bildirilmiştir. Hastane dışında doğum yapan annelerin, %10.5'inde postpartum kanama, %7.9'unda postpartum transfüzyon, %7.9'unda postpartum endometrit, %13.2 plasenta tutulması görülürken referans grubunda %10.3 postpartum kanama, %7.2 postpartum transfüzyon, %2.1 postpartum endometrit, %4.1 plasenta tutulması bildirilmiştir (Kulhan ve ark., 2017).

Khupakonke ve ark. (2017) çalışmasında hastane dışında doğum yapan ve hastanede doğum yapan iki gruptaki annelerin morbiditesinde bir fark bulunmadığını bildirmiştir. Hastane dışında doğum yapan gruptaki annelerin %40.5'i olumsuz materanal sonuç bildirmiştir. Hastane dışında doğum yapan grupta uterus atonisine

rastlanmamış olup %20.5'inde plasenta tutulması ve %23.1'inde kanama görülürken hastanede doğum yapan grupta %13 uterus atonisi, %4.0 plasenta tutulması ve %32.0 kanama görüldüğü belirtilmiştir (Khupakonke ve ark., 2017).

Planlanmamış Evde Doğumun Neonatal Sonuçları

Khupakonke ve ark. (2017) çalışmasında hastane dışında doğum yapan grupta ortalama doğum ağırlığı 2689 gr, hastanede doğum yapan grupta 2996 gr olarak bildirilmiştir ve farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir. HDD grubunda DDA (düşük doğum ağırlığı) bebek oranı %34.2, HİD grubunda ise %16.2 olarak belirtilmiştir. HDD grubunda normal ağırlıkta doğum oranı %65.8, %35.2 preterm eylem ve %64.8 termde doğum olduğu görülmüştür. HİD grubunda normal ağırlıkta doğum oranı %83.8, %13.9 preterm eylem ve %86.1 termde doğum bildirilmiştir. HDD grubunda olguların %51.9'unun erkek bebek, HİD grubunda %53.3'ünün kız bebek olduğu fakat aradaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir. HDD grubundaki bebeklerin %35.2'si prematüre iken HİD grubundaki bebeklerin %13.9'u prematüredir. HDD grubunda %27.5 perinatal komplikasyon yaşanırken HİD grubunda bu oran %4.1 olarak belirtilmiştir. Hastanede kalış süresi HDD grubunda üç gün iken HİD grubunda bir gün olarak bildirilmiştir. İki grup arasında YYB (yenidoğan yoğun bakım) kabul oranlarında önemli bir fark olmadığı bildirilmiştir. HDD grubunda %96.1 canlı doğum, %2.6 ölü doğum ve %1.3 doğumdan hemen sonra ölüm görülmüştür. HİD grubunda ise %97.3 canlı doğum, %2.7 ölü doğum görülmüştür ve doğumdan hemen sonra ölüm bildirilmemiştir (Khupakonke ve ark., 2017).

Gunnarsson ve ark. (2014) yaptığı çalışmada planlanmamış doğumların 11.4/1000 oranında mortaliteye sahip olduğunu, referans grubunda ise 4.9/1000 oranında mortaliteye sahip olduğunu bildirmiştir. Planlanmamış evde doğumların daha düşük canlı doğum oranına sahip olduğunu, doğum ağırlığı 750-999 gr olan canlı doğumların referans grubuna göre yaşamın ilk haftasında

beş kattan daha fazla ölüm oranına sahip olduğu bildirilmiştir. Planlanmamış doğumlar için ortalama doğum ağırlığı referans grubundan biraz daha düşük ve DDA oranı daha yüksek görülmüştür. Planlanmamış doğumlar için PMR (Perinatal mortality rate) 13.7/1000 iken referans grupta 6.0/1000 olarak bildirilmiştir. İki grup arasında doğumda yaşam durumu (canlı doğum/ ölü doğum oranı) ve canlı doğum sonuçları açısından anlamlı fark bildirilmiştir. HDD grubu tüm doğum ağırlıkları içerisinde daha düşük canlı doğum oranına sahiptir ve DDA' na sahip doğumlar referans grubuna göre daha yüksek ENMR'ye (Early Neonatal Mortality Rate) sahiptir (Gunnarsson ve ark., 2014).

Lazic ve Takac (2011) yaptığı çalışmada evde planlanmamış doğumlarda prematüre doğum oranı HDD grubunda %22, HİD grubunda %8 olarak bildirilmiştir. Vaka grubunda perinatal mortalite %68, HİD grubunda %8.8 olarak bildirilmiştir. Perinatal morbidite planlanmamış evde doğumlarda daha yüksek bulunmuştur. HDD grubunda yenidoğanlarda %24 hipotermi bildirilmiştir. Planlanmamış evde doğumlarda NMR (Neonatal Mortality Rate) %24, HİD grubunda ise %4.16 olarak bulunmuştur. Planlanmamış evde doğumlarda %17.4 ölü doğum bildirilirken HİD grubunda bu oran %4.65 olarak bildirilmiştir. Çalışma sonucunda planlanmamış hastane dışında doğumların neonatal morbiditeyi ve mortalite oranlarını arttırdığı, en yaygın morbidite nedeninin hipotermi olduğu, preterm eylemlerin hastane dışındaki doğumlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada planlanmamış doğumlar sonucu doğan bebeklerde hipoksi, enfeksiyon, solunum sıkıntısı, hipotermi, asidoz ve prematüreye bağlı olarak komplikasyon riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Sonuç olarak hastanede gerçekleşen doğumların yedi kat daha güvenli olduğu belirtilmiştir (Lazic ve Takac, 2011).

Nathan ve Mwanyangala (2012) yaptığı çalışmada sağlık tesislerinde doğan yeni doğanlar üç yıllık çalışmanın tamamında hastane dışında

doğanlarla benzer neonatal ölüm riskine sahip olduğu görülmüştür. Sağlık tesisinde doğan bebeklerin daha yüksek oranda erkek olduğu fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ifade edilmiştir. Doğum yerine göre günlük hayatta kalma değerlendirmesinin her iki grupta da benzer sağ kalım oranlarına sahip olduğu bildirilmiştir (Nathan ve Mwanyangala, 2012).

Gutvirtz ve ark. (2020) çalışmasında planlanmamış evde doğumlarda ortalama doğum ağırlığı 3060 gr olarak bildirilirken referans grupta ortalama doğum ağırlığı 3207 gr olarak bildirilmiştir. Erken doğum oranlarının hastane dışı doğumlarda %9.1 olduğu, referans grubunda %6.8 olduğu bildirilmiştir. Perinatal ölüm oranı hastane dışı doğumlarda hastane içi doğumlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (15/1000'e karşı 5/1000). Planlanmamış evde doğumlarda DDA oranı %11.6 iken hastane içi doğumlarda %6.7 olarak bulunmuştur. Hastane dışı doğumlarda doğanlarda solunum, nörolojik veya enfeksiyon hastalıkları içeren toplam hastaneye yatış oranları, hastanede doğanlara göre daha düşüktü. Endokrinle ilişkili hastanede yatış oranı gruplar arasında benzerlik bulunmuştur. Çalışmada hastane dışı doğumların tamamının planlanmamış olduğu kabul edilmiştir (Gutvirtz ve ark., 2020).

Kulhan ve ark. (2017) yaptığı çalışmada HDD grubunun %15.8'inde preterm eylem, %13.2'sinde 2500 gr altında doğum ağırlığı, %86.8'inde 2500 gr üzerinde doğum ağırlığı, %26.3'ünde bebekte travma, %28.9'unda YYB yatış oranı ve %1.3 oranında neonatal mortalite bildirilmiştir. HİD grubunun ise %16.5'inde preterm eylem, %13.4'ünde 2500 gr altında doğum ağırlığı, %86.6'sında 2500 gr üzerinde doğum ağırlığı, %25.8'inde bebekte travma, %29'inde YYB yatış oranı bildirilirken neonatal mortalite bildirilmemiştir (Kulhan ve ark., 2017).

Diana ve ark. (2018) yaptığı çalışmada HDD grubunda doğum ağırlığı ortalama 2.767 gr, HİD grubunda 3.112 gr olarak bulunmuştur. Hastane içi doğumlarda 5. dk. apgar skoru ortalama 9.05 bulunurken HDD grubu için

değer bildirilememiştir. HDD grubunda hastane de kalış süresi ortalama 5.75 ve HİD grubunda 4.23 olarak belirlenmiştir. HDD grubunda yenidoğanda problem görülme oranı %22.10, tedavi olan yenidoğan oranı %11.80, HİD grubunda yenidoğanda problem görülme oranı %37.30 tedavi olan yeni doğan oranı %19.50 olarak bildirilmiştir. HDD grubunda %1.20 yenidoğan ölümü bildirilirken bu oran HİD grubunda %0.50'dir. HDD grubundaki yenidoğanların düşük doğum ağırlığı açısından riskleri daha yüksek bulunmuştur ancak çok düşük doğum ağırlığı oranı açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. HDD grubunda asfiksi gözlenmemiştir ve preterm doğum oranı daha yüksek değildir. Ancak HDD grubundaki yenidoğanlarda klinik komplikasyonun daha fazla olduğu, tedavi gereksinimi olan YYB ya da gözetim birimine kabul edilme olasılığının daha yüksek olduğu ve hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir. Çalışmanın sonucunda yenidoğan mortalite oranı ile birlikte anne ve yenidoğan komplikasyonlarının riski, rastlantısal ya da diğer planlanmamış doğumlarda daha yüksek bulunmuştur (Diana ve ark., 2018).

Antenatal Bakımın Planlanmamış Evde Doğumlara Etkisi

Lazic ve Takac (2011) çalışmasında planlanmamış evde doğum yapan annelerin %30'unun yetersiz antenatal bakım aldığı bildirilmiştir. Ayrıca annelerin 1/3'ünün gebelikte izlenmediği belirtilmiştir. Hastanede doğum yapan annelerin daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu ancak (%87.4) farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Lazic ve Takac, 2011).

Diana ve ark. (2018) çalışmasında hastane dışı doğum yapan kadınların sadece %24.80' inin uygun antenatal bakım aldığını, antenatal bakım vizit sayısı ortalamasının 3.52 olduğu bildirilmiştir. Ayrıca antenatal dönemde sorun bildiren kadınların oranı %11.50'dir ve bunların %5.20'si antenatal dönemde tedavi olmuştur. Hastane içi doğum yapan grupta ise; kadınların antenatal bakım vizitlerine katılma sayısı ortalama 7.1 iken, kadınların %36.40'ının antenatal dönemde

sorun bildirdiği ve %29.30'u antenatal dönemde tedavi olduğu bildirmiştir. Çalışmada perinatal bakım merkezlerinden uzakta yaşayan ve yetersiz antenatal bakım almış ya da antenatal bakım almamış olan kadınların, planlanmamış hastane dışı doğum yapma oranları daha yüksek olarak görülmüştür (Diana ve ark., 2018).

Kulhan ve ark. (2017) çalışmasında planlanmamış evde doğum yapan kadınların %76.31'inin antenatal bakım aldığını, hastane içi doğum yapan kadınların ise %76.28'inin antenatal bakım aldığını bildirmiştir. Ayrıca çalışmada evde doğum yapan kadınların %52.63'ünün evde doğum yapmayı daha önceden planladıklarını belirtmiş ancak doğumların hiçbirinde DSÖ'nün evde doğum için önerdiği koşulların tam olarak sağlanmadığı belirtilmiştir (Kulhan ve ark., 2017).

Gutvirtz ve ark. (2020) yaptığı çalışmada hastane dışında doğum yapan annelerin %26.2'sinin yetersiz antenatal bakım aldığı bildirilmiştir. Çalışmada hastanede doğum yapan annelerin sadece %8.7'sinin yeterli antenatal bakım almadığı görülmüştür. Ayrıca hastane dışında doğum yapan kadınların çoğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu aynı zamanda evde yapılabilecek işler dışında istihdama erişiminin olmadığı bildirilmiştir (Gutvirtz ve ark., 2020).

Nathan ve Mwangala (2012) çalışmasında kadınlar tarafından doğum öncesi hizmetlerin kullanımını %95'in üzerinde (antenatal bakım kliniğine en az bir ziyaret) rapor etmiştir. Ancak çalışmada bakımın sürekliliği ile ilgi bilgiye rastlanmamıştır. Sağlık kurumunda doğum yapan kadınların sosyoekonomik statülerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Nathan ve Mwangala, 2012).

Khupakonke ve ark. (2017) yaptığı çalışmada hastane dışında doğum yapan kadınların %16.7'sinin, —hastanede doğum yapanların ise %2.7'sinin antenatal bakım için kayıt oluşturmadığı görülmüştür. Antenatal bakım sayısı beşten az olan ve planlanmamış evde doğum yapan annelerin oranı %85.6 olarak bildirilmiştir. Hastanede doğum yapan annelerin

antenatal bakım alma oranı %97.3 olarak belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada düşük eğitim düzeyi ve istihdam durumu gibi sosyal faktörlerin gruplar arasında benzer olduğu belirtilmiştir (Khupakonke ve ark., 2017).

TARTIŞMA

Planlanmamış ve hastaneye giderken meydana gelen doğumlar, doğumun aktif fazının hızlı ilerlediği durumlarda görülmektedir. Bu şekilde meydana gelen doğumlarda anne ve bebek için kanama, ölüm gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir (Burnet ve ark., 1980). Doğum sağlık kuruluşu dışında ve vasıflı doğum görevlilerinin yokluğunda meydana gelirse, doğumda ciddi, önlenebilir anne ve yenidoğan komplikasyonları artar (Javaudin ve ark., 2019). Dünya çapında yapılan araştırmalar, bilinen riskleri olmayan hastalarda bile doğum sırasında obstetrik komplikasyonların ortaya çıktığını göstermiştir, bu da anne ve yenidoğana gerekli yaşamsal ve acil bakımı sunmada doğumda yeterince yetenekli personelin varlığını önemli kılmaktadır.

Maternal Özelliklerin Planlanmamış Evde Doğumlara Etkisi

Sistemik derlemenin sonuçlarına göre HDD yapan kadınların yaş ortalamalarının yüksek olduğu, büyük çoğunluğunun multipar olduğu, gebelik haftalarının 37'nin üzerinde olduğu, çoğunluğunun evli olduğu fakat bekar olmanın bir HDD yapmak için bir risk oluşturduğu ve sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Javaudin ve ark. (2019) yaptığı çalışmada planlanmamış evde doğum yapan kadınların birçoğunun multipar olduğu belirtilmiştir (Javaudin ve ark., 2019). McLelland ve ark. (2018) yaptığı çalışmada planlanmamış hastane dışı doğum yapan kadınların büyük bir kısmının multipar olduğu, gebelik haftalarının 38.4 ± 3.59 olduğu ve sosyoekonomik durumlarının düşük olduğu görülmüştür (McLelland, McKenna, Morgans, Smith, 2018). Yapılan başka bir çalışmada plansız evde doğumların daha yaşlı ve kırsal alanda yaşayan kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Eskes ve ark., 2014). Sheiner

ve ark. (2001) aktardığına göre Etiyopya'da tüm doğumların %90'ı yetkin olmayan doğum yardımcıları eşliğinde evde gerçekleşmektedir (Sheiner ve ark., 2001). McLelland ve ark. (2019) yaptığı çalışmada HDD doğum yapan kadınların ortalama gebelik haftasının 39 olduğu ve kadınların tamamının multipar olduğu belirtilmiştir (McLelland, Burrow, McAdam, 2019). Laughney ve ark. (2006) yaptığı çalışmada plansız evde doğum yapan kadınların tamamının multipar olduğu bulunmuştur (Laughney, Collis, Dastgir, 2006). Sistemik derlemenin sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Planlanmamış Evde Doğumun Maternal Sonuçları

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 (Gyte ve ark., 2009). Bu sistemik derlemenin bulgularına göre de planlanmamış evde doğumların sonucunda doğum sonu komplikasyonların ortaya çıkma riski, enfeksiyon, perineal laserasyon, postpartum kanama, postpartum transfüzyon ve plasenta tululumu görülme oranlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hadar ve ark. (2005) yaptığı çalışmada planlanmamış hastane dışı doğumlarda istatistiksel olarak belirgin derecede fazla doğum sonu kanama olduğu ve uterus atonisine bağlı doğum sonu kanamanın anne ölümlerinin birincil sorumlusu olduğu belirtilmiştir (Hadar ve ark., 2005). Yapılan çalışmalar planlanmamış evde doğumların doğum sonu dönemde komplikasyon görülme riskini, perineal laserasyon görülme olasılığını, plasenta tutulumunu, doğum sonu kan transfüzyonu ve doğum sonu kanama riskini arttırdığını bildirmektedir (McLelland ve ark., 2018; Laughney ve ark., 2006; Scott ve Esen, 2005; Radie, Thomson, Norman, 2002). Derlemenin sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Planlanmamış evde doğumun neonatal sonuçları

Yapılan çalışmalarda planlanmamış evde doğumlar sonucunda dünyaya gelen yenidoğanların, yenidoğan yoğun bakım ünitelerine kabul edilme risklerinin daha fazla olduğu ve hipotermi, hipoglisemi ve sarılık olma risklerinin yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca plansız evde doğumlarda hastanede gerçekleşen doğumlara göre daha fazla prematüre bebek oranı bildirilmektedir. Çalışmalarda planlanmamış evde doğumların artan neonatal morbidite ve mortalite ile de ilişkili olduğu bulunmuştur (Laughney ve ark., 2006; McLelland ve ark., 2014; Scott ve Esen, 2005; Rodie ve ark., 2002; Moscovitz, Magriples, Keissling, Schriver, 2000). Sistematik derlemenin sonucuna göre planlanmamış evde doğumlarda yenidoğanların düşük doğum ağırlığına sahip olduğu, prematüre olma risklerinin yüksek olduğu, hastanede yatış sürelerinin uzun olduğu, YYBÜ kabul risklerinin yüksek olduğu, yenidoğan komplikasyonlarının yüksek olduğu, neonatal morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Antenatal Bakımın Planlanmamış Evde Doğumlara Etkisi

Yapılan çalışmalar planlanmamış evde doğumların yetersiz antenatal bakım alma ile ilişkili olduğunu, yetersiz antenatal bakım alan ve hastane dışında doğum yapan kadınların daha fazla olumsuz maternal ve neonatal sonuç bildirdiğini göstermektedir (McLelland ve ark., 2018; Rodie ve ark., 2002; Moscovitz ve ark., 2000; Jones, 2009; Kildea, McGhie, Gao, Rumbold, Rolfe, 2015; Declercq, MacDarman, Menacker, Stotland, 2010; McLelland, McKenna, Archer, 2013). Sistematik derleme sonucuna göre planlanmamış evde doğum yapan kadınların büyük çoğunluğunun yetersiz antenatal bakım aldığı belirlenmiştir. Sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Bu bilgiler ışığında yetersiz antenatal bakım alma durumunun planlanmamış ev doğumları için bir risk faktörü olduğu söylenebilir.

Bu nedenle, kadınların hem maddi hem

de eğitim açısından güçlendirilmesi gerekir. Sosyoekonomik açıdan kadınların güçlendirilmesi ve antenatal bakım hizmetlerine erişilebilirliği ve kullanılabilirliği iyileştirmek ayrıca annelerin hastane doğumlarının yararlarına ilişkin bilgilerini arttırmak önem arz etmektedir.

Kısıtlılıklar

Bu sistematik derlemede İngilizce ve Türkçe dilleri dışında yapılmış olan çalışmaların kapsam dışı bırakılması, altı veri tabanı taranarak yürütülmesi sınırlılık olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ

Planlanmamış evde doğumlar anne ve bebek açısından risk oluşturmaktadır. Sistematik derlememizin sonucuna göre; kadınların maternal özellikleri ve antenatal bakım alma durumlarının planlanmamış ev doğumları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Yaş, gebelik sayısı, gebelik haftası, medeni durum ve sosyoekonomik faktörlerin doğumların hastane dışında meydana gelme olasılığını arttırdığı tespit edilmiştir. Planlanmamış evde doğumların düşük doğum ağırlıklı yenidoğan ve prematüre olma riskini de arttırdığı bulunmuştur. Aynı zamanda hastanede yatış süresi ve YYB kabul oranlarını da arttırdığı bulunmuştur. Anneye uygulanan doğum öncesi bakımın kalitesinin ölüm oranlarını etkilediği kabul edilen bir gerçektir. Ayrıca tüm doğumların yeterli eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından yaptırılması gerekir. Ebe ve hemşireler planlanmamış evde doğumlarda etkili olan faktörlerin farkında olmalı, antenatal bakım sırasında gebenin gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık hizmeti sunmalı, gebeleri doğuma hazırlık kurslarına katılması için teşvik etmeli, doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesi konusunda gebe ile birlikte ailesini de bilgilendirmeli, planlı bir doğum eyleminin anne ve bebek sağlığı açısından yararlarını tartışmalı ve yanlış veya eksik bilgileri düzeltmelidir.

Bilgilendirme

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırma ile ilgili herhangi

bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Araştırmada literatür tarama modeli kullanılması ve insan veya hayvan üzerinde bir etki içermemesi nedeniyle etik kurul onayı alınmasına gereksinim bulunmamaktadır. Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir: HDT, KA, Tasarım: HDT, KA, Gözetim: KA veri toplama ve işleme: HDT, KA, Analiz ve yorumlama: HDT, KA, Literatür tarama: HDT, KA, Yazma: HDT, KA, Eleştirel inceleme: HDT, KA, Araştırmanın bütçesi: HDT, KA.

KAYNAKLAR

- Almeida, M. F. D., Alencar, G. P., Novaes, M. H. D., França Jr, I., Siqueira, A. A., Schoeps, D., & Rodrigues, L. (2005). Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo. *Revista de Saúde pública*, 39, 366-375.
- Boland, R. A., Davis, P. G., Dawson, J. A., Stewart, M. J., Smith, J., & Doyle, L. W. (2018). Very preterm birth before arrival at hospital. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 58(2), 197-203.
- Burnett, C. A., Jones, J. A., Rooks, J., Chen, C. H., Tyler, C. W., & Miller, C. A. (1980). Home delivery and neonatal mortality in North Carolina. *Jama*, 244(24), 2741-2745.
- Declercq, E., MacDorman, M. F., Menacker, F., & Stotland, N. (2010). Characteristics of planned and unplanned home births in 19 States. *Obstetrics & Gynecology*, 116(1), 93-99.
- Diana, L., Glauca, L., Adriana, C., & Israel Jr, F. (2018). Hastane dışı doğumlar: Bir olgu-kontrol çalışması. *Turkish Archives of Pediatrics*, 53(2).
- Eskes, M., Waelput, A. J., Erwich, J. J. H., Brouwers, H. A., Ravelli, A. C., Achterberg, P. W., ... & Bruinse, H. W. (2014). Term perinatal mortality audit in the Netherlands 2010–2012: a population-based cohort study. *BMJ open*, 4(10), e005652.
- Gunnarsson, B., Smáráson, A. K., Skogvoll, E., & Fastang, S. (2014). Characteristics and outcome of unplanned out-of-institution births in Norway from 1999 to 2013: a cross-sectional study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 93(10), 1003-1010.
- Gutvirtz, G., Wainstock, T., Landau, D., & Sheiner, E. (2020). Unplanned Out-of-Hospital Birth—Short and Long-Term Consequences for the Offspring. *Journal of clinical medicine*, 9(2), 339.
- Gyte, G., Dodwell, M., Newburn, M., Sandall, J., Macfarlane, A., & Bewley, S. (2009). Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the ‘best’available data are not good enough. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(7), 933-942.
- Hadar, A., Rabinovich, A., Sheiner, E., Landau, D., Hallak, M., & Mazor, M. (2005). Obstetric characteristics and neonatal outcome of unplanned out-of-hospital term deliveries: a prospective, case-control study. *The Journal of reproductive medicine*, 50(11), 832-836.
- Javaudin, F., Hamel, V., Legrand, A., Goddet, S., Templier, F., Potiron, C., ... & Montassier, E. (2019). Unplanned out-of-hospital birth and risk factors of adverse perinatal outcome: findings from a prospective cohort. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 27(1), 1-7.
- Joanna Briggs Institute. Joanna briggs institute reviewers’ manual: Australia. (2014). The Joanna Briggs Institute.
- Jones, D. (2009). Babies born before arrival (BBA) in Newham, London during 2007–2008: a retrospective audit and commentary. *MIDIRS Midwifery Digest*, 19(2), 219-24.
- Karaçam, Z. (2013). Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(1), 26-33.
- Khupakonke, S., Beke, A. & Amoko, D.H.A. (2017). Maternal characteristics and birth outcomes resulting from births before arrival at health facilities in Nkangala District, South Africa: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17, 401.
- Kildea, S., McGhie, A. C., Gao, Y., Rumbold, A., & Rolfe, M. (2015). Babies born before arrival to hospital and maternity unit closures in Queensland and Australia. *Women and Birth*, 28(3), 236-245.
- Kukulu, K., & Öncel, S. (2009). Factors influencing women’s decision to have a home birth in rural Turkey. *Midwifery*, 25(1), 32-38.
- Kulhan, N.G., Kulhan, M., Naykí, Ü.A., Naykí, C., Uluğ, P., Toklucu, H. (2017). Planlı ve plansız hâriçte doğum. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27(3), 222-228. DOI: 10.5222/terh.2017.222

- Lazić, Z., & Takač, I. (2011). Outcomes and risk factors for unplanned delivery at home and before arrival to the hospital. *Wiener klinische Wochenschrift*, 123(1), 11-14.
- Loughney, A., Collis, R., & Dastgir, S. (2006). Birth before arrival at delivery suite: associations and consequences. *British Journal of Midwifery*, 14(4), 204-208.
- McClelland, G., Burrow, E., & McAdam, H. (2019). Babies born in the pre-hospital setting attended by ambulance clinicians in the north east of England. *British Paramedic Journal*, 4(3), 43.
- McLelland, G. E., Morgans, A. E., & McKenna, L. G. (2014). Involvement of emergency medical services at unplanned births before arrival to hospital: a structured review. *Emergency Medicine Journal*, 31(4), 345-350.
- McLelland, G., McKenna, L., & Archer, F. (2013). No fixed place of birth: unplanned BBAs in Victoria, Australia. *Midwifery*, 29(2), e19-e25.
- McLelland, G., McKenna, L., Morgans, A., & Smith, K. (2018). Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-9.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., ... & Tugwell, P. (2014). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement.
- Moscovitz, H. C., Magriples, U., Keissling, M., & Schriver, J. A. (2000). Care and outcome of out-of-hospital deliveries. *Academic Emergency Medicine*, 7(7), 757-761.
- Nahcivan, N., & Seçginli, S. (2017). How are the methodological quality of quantitative studies included in systematic review. *Turkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Dergisi*, 3(1), 10-9.
- Nathan, R., & Mwanyangala, M. A. (2012). Survival of neonates in rural Southern Tanzania: does place of delivery or continuum of care matter? *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 1-7.
- Onat Bayram, G. (2009). Kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda alternatif bir doğum yöntemi: evde doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 99-104.
- Ovaskainen, K., Ojala, R., Gissler, M., Luukkaala, T., & Tammela, O. (2015). Out-of-hospital deliveries have risen involving greater neonatal morbidity: risk factors in out-of-hospital deliveries in one University Hospital region in Finland. *Acta Paediatrica*, 104(12), 1248-1252.
- Renesme, L., Garlandézec, R., Anouilh, F., Bertschy, F., Carpentier, M., & Sizun, J. (2013). Accidental out-of-hospital deliveries: a case-control study. *Acta Paediatrica*, 102(4), e174-e177.
- Rodie, V., Thomson, A., & Norman, J. (2002). Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 81(1), 50-54.
- Ryan R. (2013). Cochrane consumers and communication review group: veri synthesis and analysis. Cochrane Consumers and Communication Review Group.
- Sheiner, M. Hallak, I. Twizer, M. Mazor, Miriam Katz, Ilana Shoham-Vardi, E. (2001). Lack of prenatal care in two different societies living in the same region and sharing the same medical facilities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21(5), 453-458.
- Snilstveit, B., Oliver, S., & Vojtkova, M. (2012). Narrative approaches to systematic review and synthesis of evidence for international development policy and practice. *Journal of development effectiveness*, 4(3), 409-429.
- The American College Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Obstetric Practice. (2015). Planned home birth. *Obstetrics and gynecology*, 117(2 Pt 1), 425-428.
- Wasden, S. W., Chasen, S. T., Perlman, J. M., Illuzzi, J. L., Chervenak, F. A., Grunebaum, A., & Lipkind, H. S. (2017). Planned home birth and the association with neonatal hypoxic ischemic encephalopathy. *Journal of Perinatal Medicine*, 45(9), 1055-1060.
- Wyckoff, M. H., Aziz, K., Escobedo, M. B., Kapadia, V. S., Kattwinkel, J., Perlman, J. M., & Zaichkin, J. G. (2015). Part 13: neonatal resuscitation: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18_suppl_2), S543-S560.