

Geliş: 19.06.2025  
Kabul: 24.04.2026

## İstanbul'da Türk vatandaşları ve Göçmen Nüfusta Hastane Dışı Doğumun Retrospektif Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Retrospective Evaluation of Non-Hospital Births in Turkish Citizens and Immigrant Populations in Istanbul: A Single-Center Experience

📧 Ebru Çelebi<sup>1</sup>, 📧 Şükran Yıldırım<sup>2</sup>, 📧 Adem Karbuz<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Mersin Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Mersin, Türkiye

<sup>2</sup> Uzm. Dr., Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup> Prof. Dr., Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

### Öz

**Amaç:** Hastane dışında gerçekleşen doğumların yer ve nedenlerini tespit etmek, ülkemizde evde doğum seçeneğinin değerlendirilmesi için veri oluşturmak, hastane dışında doğan bebeklerin takibinde dikkat edilmesi gereken noktaları araştırmak

**Materyal ve metod:** Bu çalışmada, 1 Mart 2014 ve 30 Eylül 2019 tarihleri arasında hastane dışında gerçekleşen 87 doğum geriye dönük olarak incelenmiştir. Doğumun nerede gerçekleştiği ve neden hastane dışında gerçekleştiği kaydedilmiştir. Gebeliğin riskli bir gebelik olup olmadığı Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği kriterlerine göre geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Doğan bebeklerin demografik, klinik ve laboratuvar bulguları analiz edilmiştir. Bebeklerin yatış tanıları, yatış süresi ve mortalitesi, 2019 yılında hastanede doğan 2779 bebek ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS Statistics 22.0 (Armonk, New York: IBM Corp.) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Genel olarak hastane dışında doğum yapan gebelerin çoğunun (n=52, %59.7) takipsiz olduğu, yarıya yakının (n=42, %48.2) sorunlu veya gelişmekte olan ülkelerden göç etmiş yabancı uyruklu kadınlardan oluştuğu kaydedilmiştir. Hastane dışında doğum yapan kadınların 13'ü (%14.9) kendi isteği ile evde doğum yapmayı tercih etmiştir. Bu 13 kadından 11'inin (%84.6) gebeliğinin takipsiz olduğu kaydedilmiştir. İstemedi hastane dışında doğum yapan 74 gebenin 56'sı (%75.6) doğum için hastaneye zamanında yetişememiştir, 11'inde (%14.8) ihmal ve eğitimsizlik, 4'ünde (%5.4) istenmeyen gebelik hastane dışı doğum nedeni olarak ileri sürülmüştür. Gebelerin %32.1'sinin riskli gebelik, %67.9'unun düşük riskli gebelik olduğu kaydedilmiştir. Bebeklerin %6.9'u preterm, %87.3'ü term veya postterm gebelik haftasında doğmuş, %5.7'sinin ise gebelik haftası bilinmemektedir. Ortalama doğum ağırlığı 3270±453 gram olarak saptanmıştır. Hastane dışında doğan bebeklerde, hastanede doğanlara göre yenidoğan sarılığı, makrozomi, hipoglisemi, sepsis ve polisitemiye daha sık rastlanmıştır (p<0.001).

**Sonuç:** Gebelik takibi ve hastaneye ulaşmada eksiklikler olması, şu an için İstanbul'da planlı evde doğumun uygulanabilir olmadığını göstermektedir. Sağlık Bakanlığı zorunlu haller dışında evde doğumu önermemektedir. Hastane dışında doğan bebeklerde daha sık rastlanan tanılarının çoğu, uygun gebelik ve çocuk takibi ile önlenilecek hastalıklardır. Zorunlu bir hal olmadığı halde evde doğum yapmakta ısrar eden gebelere yönelik risk değerlendirmesi düzenlemeleri ve gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane dışı doğum, Evde doğum, İstanbul

### Abstract

**Objective:** To analyze the locations and reasons for out-of-hospital births admitted to our hospital, evaluate the feasibility of planned home birth in Istanbul, Türkiye, and examine key aspects of follow-up care for newborns delivered outside hospital settings.

**Methods:** This retrospective study included 87 newborns delivered outside a hospital between March 2014 and September 2019 and subsequently admitted to our facility. Birth location and reasons for out-of-hospital delivery were recorded. Pregnancies were classified as high- or low-risk according to the American College of Obstetricians and Gynecologists criteria. Demographic, clinical, and laboratory data were analyzed. Admission diagnoses, length of hospital stay, and mortality rates were compared with those of 2,779 newborns delivered in our hospital in 2019. Statistical analyses were performed using SPSS Statistics 22.0 (Armonk, NY: IBM Corp.).

**Results:** The majority of women who delivered outside the hospital (n=52, 59.7%) had not received prenatal care, and nearly half (n=42, 48.2%) were foreign nationals from conflict-affected or developing countries. Among women who delivered at home, 13 (14.9%) did so voluntarily, of whom 11 (84.6%) had not received prenatal care. Among unplanned out-of-hospital births, 56 (75.6%) occurred due to inability to reach a hospital in time. Additionally, 11 (14.8%) cases were attributed to neglect or lack of education, and 4 (5.4%) to unwanted pregnancies. Overall, 32.1% of pregnancies were classified as high-risk and 67.9% as low-risk. Preterm birth occurred in 6.9% of cases, while 87.3% were term or post-term; gestational age was unknown in 5.7%. The mean birth weight was 3270±453 g. Compared to in-hospital births, out-of-hospital newborns had significantly higher rates of neonatal jaundice, macrosomia, hypoglycemia, sepsis, and polycythemia (p<0.001).

**Conclusion:** Challenges related to inadequate prenatal care and limited access to hospital services suggest that planned home birth is currently not a feasible option in Istanbul, Türkiye.

**Keywords:** Out-of-hospital birth, Home birth, Turkey

**Nasıl Atıf Yapmalı:** Çelebi E., Yıldırım Ş., Karbuz A. İstanbul'da Türk Vatandaşları Ve Göçmen Nüfusta Hastane Dışı Doğumun Retrospektif Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi. Adli Tıp Dergisi 2026;40(1):(11-18) <https://doi.org/10.61970/adlitip.1721777>.

**Sorumlu Yazar:** Şükran Yıldırım, Uzman Doktor, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye  
**E-posta:** drsukranyildirim@yahoo.com

## GİRİŞ

Evde doğum, insanlık tarihinin büyük bir bölümünde doğumun en yaygın ve doğal şekli iken, 19. yüzyılda tıp alanındaki gelişmelerle birlikte giderek terk edilmiştir (1-5). Gelir düzeyinin artışı ile doğum için daha güvenli koşulların tercih edilmesi paralellik göstermektedir. Tıbbi olanakların kısıtlı olduğu ülkelerde evde doğum oranı hala yüksektir (6). Amerikan Pediatri Akademisi (APA) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğum için en güvenli yerin hastane olduğunu ifade etmektedir (7).

Öte yandan, son yıllarda planlı evde doğum “belirli koşullar çerçevesinde” yeniden savunulmaya başlanmıştır (7-12). Kadınların, evde doğumda kendilerini daha güvende hissettikleri, aile bireylerinden daha fazla destek aldıkları belirtilmiştir. Ayrıca, evde doğumda invaziv girişim, perineal laserasyon ve kanama gibi obstetrik komplikasyonların daha az olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu nedenlerle de evde doğumun gebelere tercih seçeneği olarak sunulması gerektiği ileri sürülmektedir (7, 8). Risksiz doğumlarda, evde doğum ve hastanede doğum arasında maternal ve neonatal sonuçlar açısından fark

olmadığını ileri süren pek çok çalışma mevcuttur (7-12). Risksiz doğum ise “term, tek fetus, verteks prezentasyon ve öncesinde sezaryen olmaması” olarak kabul edilmiştir. Ek olarak, tüm evde doğumlara doğum konusunda sertifikalı ve tecrübeli bir sağlık personelinin eşlik etmesi şart koşulmuştur (8, 11). Türkiye’de, hastane koşullarının eve benzer şekilde düzenlenmesini amaçlayan “Anne Dostu Hastane” politikası benimsenmiştir (13). Evde doğumu yasaklayan herhangi bir yasa bulunmamakla birlikte, Sağlık Bakanlığının 10.09.2023 tarihli Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi hakkında yönergesi 7. maddesinde, “gebelik sayısı ne olursa olsun, doğum mutlaka bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir, ancak zorunlu hallerde, sağlık personeli yardımı ile evde doğum gerçekleştirilebilir” denmiştir (14). Türkiye’de evde doğumla ilgili bilimsel çalışmalar ise 2000’li yıllardan itibaren gözlenmektedir ve Tablo 1’de özetlenmiştir. Genel olarak sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi düşük, takipsiz, multipar ve istenmeyen gebeliği olan kadınların, plansız olarak, evde doğum yaptığı dikkati çekmektedir (15-21) (Tablo 1). Ancak, kendi isteği ile evde doğum yaptığını ifade eden gebe oranı da azımsanmayacak

**Tablo 1.** Türkiye’den yayınlanan evde doğumla ilgili makalelerin özeti

İlk yazar, yılı, ili (Referans no)	Örneklem sayısı	Evde doğum nedeni	Maternal sonuçlar	Neonatal sonuçlar
Salihoğlu 2003, İstanbul (15)	66	Düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel düzey	-	Plansız evde doğumda mortalite daha yüksek
Ergin 2005, Aydın (16)	73	Düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel düzey	Sağlıksız koşullarda doğum sonrası komplikasyon iki kat fazla	-
Kukulu 2009, Antalya (17)	392 %67sinde kendi kararı	Kendi isteği (%67) Ekonomik sorunlar (%67) Evde güvende ve rahat hissetme, yakınlarından yardım alma isteği ve onlara güvenme (%95), Hastaneye ulaşmama %20	-	-
Kulhan 2017, İzmir (18)	76	Kendi isteği (%53)	Fark yok	Fark yok
Peker 2018, Uşak (19)	179	-	Evde doğum ile pelvik organ prolapsusu arasında ilişki yok, yalnızca doğum sayısının artması ile ilişki var	-
Öner 2019, İstanbul (20)	229	Düşük sosyoekonomik ve sosyokültürel düzey, adolesan gebelik, istenmeyen gebelik, multiparite, takipsiz gebelik	-	-
Mamuk 2020, İstanbul (21)	236	Göçmen kadınlarda istenmeyen hamilelik oranı yüksek (%42)	-	-

ölçüdedir (%53-67) (17-18).

Her ülkenin kendi koşullarını değerlendirerek, planlı evde doğumların desteklenip desteklenmeyeceği ile ilgili politika oluşturulması önerilmektedir. Bu politikalar oluşturulurken, mevcut sağlık personelinin eğitim ve tecrübe durumu, acil durumlarda hastaneye ulaşım olanakları ve hali hazırda evde gerçekleşen doğumların sonuçları ve nedenleri göz önüne alınmalıdır (11). Bu yazıda, İstanbul'un merkezinde yer alan üçüncü basamak bir hastaneye doğum sonrası getirilen, hastane dışında gerçekleşen doğumların nedenleri ve doğan bebekler açısından sonuçları incelenmiştir. Hastane dışında doğan bebeklerin takibinde hastanede doğanlara göre ne gibi farklılıklar olduğu ve ülkemizde planlı evde doğum seçeneğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma için hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onamı alınmıştır (07/01/2020, karar no:5). Sonrasında, 1 Mart 2014-30 Eylül 2019 tarihleri arasında, hastane dışında gerçekleşen ve anne ile bebeğin doğum sonrası hastaneye getirildiği 87 doğum incelenmiştir. Doğumun nerede gerçekleştiği ve neden hastane dışında gerçekleştiği kaydedilmiştir. Gebeliğin riskli bir gebelik olup olmadığı Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) kriterlerine göre geriye dönük olarak değerlendirilmiştir (8). Doğan bebeklerin demografik, klinik ve laboratuvar bulguları analiz edilmiştir. Bebeklerin yatış tanıları, yatış süresi ve mortalitesi, 2019 yılında hastanede doğan 2779 bebek ile karşılaştırılmıştır.

Yenidoğan tanıları, hastanın yatışı sırasında, Türk Neonatoloji Derneği tanı ve tedavi rehberlerine göre konulmuştur (22). Fototerapi gerektiren bilirubin düzeyi, anlamlı yenidoğan sarılığı olarak kabul edilmiştir. Makrozomi, doğum tartısının 4 kilogramın üzerinde olması; hipoglisemi kan glukozunun 47 mg/dL altında olması;

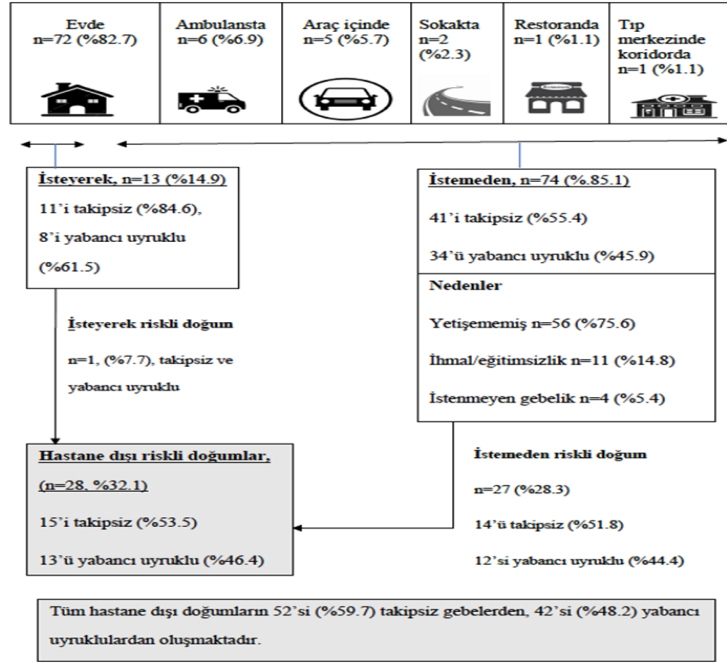
polisitemi santral venöz hematokritin 65'in üstünde olması olarak tanımlanmıştır. Sepsis skorlaması için Avrupa Tıp Ajansı (EMA) Pediatri Komitesi kriterleri kullanılmıştır (23).

Çalışmadaki istatistiksel analizler için SPSS Statistics 22.0 (Armonk, New York: IBM Corp.) programı kullanılmıştır. Numerik değişkenler, ortalamaları ve standart sapmalarıyla birlikte verilmiştir. Değişken verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler için nonparametrik testler olan Mann-Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's exact testi kullanılmıştır. Tip 1 hata düzeyi %5 ve p değerinin 0.05'in altında olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Gebelerin 11'inin (%12.6) nullipar, 76'sının (%87.3) multipar olduğu kaydedilmiştir. Doğumların 68'inde (%78.2) göbük kordonunun kesilmesi için acil çağrı hizmetleri beklenmiş, 19'unda (%21.8) göbük kordonu makas veya jilet gibi steril olmayan aletlerle kesilmiştir.

Doğumların hastane dışında nerede gerçekleştiği, neden hastane dışında doğum olduğu ve riskli doğum oranları Şekil 1'de sunulmuştur. Hastane dışında doğan bebeklerin demografik özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir. Hastane dışında doğan bebeklere enfeksiyon yaklaşımı Şekil 2'de özetlenmiştir. Tablo 3'de hastane dışı doğan 87 bebeğin tanıları, yatış süreleri ve mortaliteleri, 2019 yılında hastanede doğan 2779 bebek ile karşılaştırılmıştır.

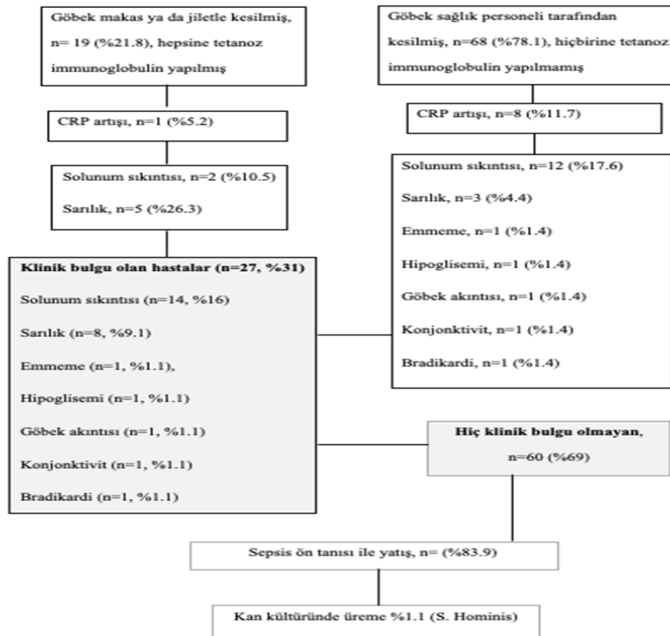


Şekil 1. Hastane dışında doğum yerleri, nedenleri ve riskli doğum oranları

Tablo 2. Hastane dışında doğan bebeklerin demografik özellikleri (n=87)

Gestasyonel hafta Ortalama±SS (en düşük- en yüksek) <sup>1</sup> : 38,90 ± 1,52 (33-41)		Cinsiyet		Ortalama tartı (gr) ±SS (en düşük-en yüksek) <sup>2</sup> : 3270±453 gr (1795-4460)			Uyruk	
Preterm n (%)	Term/Postterm n (%)	Kız n (%)	Erkek n (%)	Düşük n (%)	Normal n (%)	Makrozomik n (%)	T.C. n (%)	Yabancı <sup>3</sup> n (%)
6 (6.9)	76 (87,3)	44 (51)	43 (49)	9 (10.3)	74 (85)	2 (2.3)	45 (51.7)	42 (48.3)

SS, standart sapma T.C., Türkiye Cumhuriyeti

<sup>1</sup> 5 bebeğin gestasyonel haftası bilinmiyor.<sup>2</sup> 2 bebeğin doğum tartısı bilinmiyor.<sup>3</sup> 42 yabancıların 34'ü Suriye'li sığınmacılardan oluşuyor (%39)

Şekil 2. Hastane dışında doğan bebeklerde enfeksiyon yaklaşımı

**Tablo 3.** Hastane dışı doğan bebeklerin tanılar ile 2019 yılı hastanede doğan bebeklerin tanılarının karşılaştırılması

Yatış tanıları*	Hastanede doğan (n=2779)	Hastane dışında doğan (n=87)	P
	n (%)	n (%)	
Solunum sıkıntısı	344 (12.4)	13 (14.9)	0,607
Prematürite	169 (6)	6 (6.9)	0,889
Yenidoğan sarılığı	61 (2.2)	8 (9.2)	<0,001
Makrozomi	19 (0.7)	2 (2.3)	<0,001
Hipoglisemi	8 (0.3)	7 (8)	<0,001
Sepsis	7 (0.25)	16 (18.4)	<0,001
Polisitemi	3 (0.1)	19 (22)	<0,001
Perinatal asfiksi	3 (0.1)	0 (0)	<0,001
Yatış süresi (gün)	12.5	10	<0,001
Mortalite	3 (0.1)	0 (0)	<0,001

\*birden fazla tanıli hastalar var

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Evde doğumun güvenli olabilmesi için ülkenin sağlık altyapısı, acil müdahale sistemleri ve ebelik hizmetlerinin iyi organize edilmiş olması gerekmektedir. Düşük riskli gebelikler için evde doğum, başta Hollanda olmak üzere, İngiltere, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Almanya, İsveç, Norveç, Danimarka ve A.B.D. gibi gelişmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerde sağlık politikaları ile desteklenmektedir. Tüm dünyada bu konuda artan bir talep olduğu açıktır (4, 7, 24-29) Araştırmalar, özellikle gelişmiş ülkelerde çok sayıda gebe kadının evde doğum ile ilgili bilgi almak istediğini göstermektedir (28, 29). Bu çalışma grubunda da evde doğum yapan 87 gebeden 13'ü (%14.9) evde doğumu kendi isteği ile gerçekleştirmiştir. Kendi isteği ile evde doğum yapanların büyük çoğunluğu (n=11, %84.6) herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamayı seçmiştir. Yine bu gebelerin çoğu yabancı uyrukludur (n=8, %61.5) (Şekil 1). Evde doğum yapmayı seçen 5 Türk vatandaşının da 3'ü, herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamayı seçmiştir. Türk vatandaşları için doğum, sosyal güvenlik kapsamında olduğundan bu seçim sosyoekonomik bir zorunluluk değildir. İsteyerek evde doğum yapan gebelerin biri hariç tamamı multipar, tekil gebeliği olan ve verteks

prezantasyonunda doğum yapan, öncesinde sezaryen olmamış, herhangi bir kronik hastalığı olmayan gebelerdir ve ACOG kriterlerine göre evde doğum şartlarını karşılamaktadırlar (8). Ülkemizde de dünyada olduğu gibi evde doğum talebi olduğu açıktır. Ancak evde doğum talebinin sayısı ve nedenleri ile ilgili yeterli veri yoktur (Tablo 1). Evde doğum yapanların çoğunun sosyoekonomik zorluk çeken yabancı uyruklu gebeler olması, altta yatan maddi kaygılar olduğunu düşündürmektedir. Velo Higuera ve arkadaşlarının yaptığı sistematik, kalitatif bir çalışmada, hiçbir sağlık personelinin eşlik etmediği, “serbest doğum” olarak nitelenen doğum şeklinin aslında nadiren gebelerin ilk tercihleri olduğu, çoğunlukla önceki doğumlarda yaşanan olumsuz deneyimlerin veya maddi kısıtlılıkların altta yattığı ortaya konmuştur (29). Gelişmiş ülkelerde sağlık personelinin eşlik ettiği planlı evde doğuma ise artan bir talep mevcuttur (4, 7, 26, 27).

Risksiz doğumların planlanarak, yetkin bir sağlık personeli eşliğinde evde doğum yapılmasının sağlanması ile mortalite ve morbiditenin artmayacağını ileri süren çok sayıda çalışma mevcuttur (7-12). Bu çalışmada da gebelerin %67.9'unda belirgin bir risk saptanmamıştır. Ancak bu gebelerin %59.7'si takipsiz olduğundan, muhtemelen bu

oran gerçekte daha düşüktür (Şekil 1). Yine de ACOG kriterlerine göre (term, tek fetus, verteks prezentasyon ve öncesinde sezaryen olmaması) (8) risksiz gebelik olarak değerlendirilebilecek önemli oranda gebe olduğu açıktır.

Bu çalışmanın kısıtlarından biri, isteyerek evde doğum yaptığını ifade eden gebelerin, neden evde doğum yapmayı seçtiğinin bilinmiyor olmasıdır. Bir diğeri ise önemli bir kısmının takipsiz gebelik olmasının getirdiği antenatal veri eksikliğidir (Şekil 1). Şu an için, Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmese de, Türkiye’de evde doğum talebi ve evde doğumun sonuçları ile ilgili çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

İstmeden hastane dışında doğum yapan gebelerin çoğunda (%75.6) hastaneye yetişememe, daha az bir kısmında (%14.8) ihmal ve eğitimsizlik söz konusudur. Büyük çoğunluğunun (%55.4) takipsiz gebelik olduğu tespit edilmiştir. Yine önemli bir kısmı (%45.9) savaşta olan veya gelişmekte olan ülkelerden ülkemize göç etmiş yabancı uyruklu kadınlardır (Suriye, Türkmenistan, Fas, Moğolistan, Kenya, Moldovya, Azerbaycan) (Tablo 2, Şekil 1). Bu sayılar, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki gebelerin takibinde alınacak çok yol olduğunu göstermektedir.

Gelecekteki sağlık politikalarına kaynak olabilecek veri oluştururken, hastane dışında ve evde gerçekleşen doğumların bebek açısından sonuçlarının bilinmesi de önemlidir. Bu nedenle, hastane dışı doğumlar ile 2019 yılında hastanemizde doğan bebekler, mortalite ve morbidite açısından karşılaştırılmıştır. Hastane dışında doğan bebeklerde, hastanede doğanlara göre yenidoğan sarılığı, makrozomi, hipoglisemi, sepsis ve polisiteminin daha sık olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ) (Tablo 3). Hastanede doğanlarda ise perinatal asfiksi ve mortalite daha yüksek saptanmıştır, ancak bu durum evde doğumun, perinatal asfiksi ve mortalite açısından daha güvenli olduğu anlamına gelmemelidir. Yenidoğan ve perinatoloji

klinalarımızın üçüncü basamak olması, perinatal asfiksi ve mortalitesi yüksek bebeklerin hastanemize özellikle refere edilmesi, bu sonucu doğurmuştur.

Hastane dışında doğan bebeklerde daha sık rastlanan tanılar ise çoğunlukla birbiri ile ilişkilidir:

1. Bebeklerin % 87.3’ünün term/postterm olması, gebelerin çoğunun (%87.3) multipar olması daha sık makrozomi görülmesini açıklayabilir (30).

2. Göbek kordonunun kesilmesi için bebeklerin %77’sinde acil çağrı hizmetlerinin beklenmesi, polisitemiye neden olmuş olabilir. Kordonun geç klemplenmesi ile polisiteminin arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur. (31, 32). Bir çalışmada İstanbul ilinde ambulansın eve gelme süresi  $9,23\pm 8,6$  (0-69) dakika olarak bildirilmiştir, ancak kordon klemplenme zamanı bildirilmemiştir (33).

3. Polisitemi ve makrozomi, hipoglisemi ve yenidoğan sarılığın daha sık olması sonucunu meydana getirmiş olabilir (34-36).

4. Hastanemizde hekimler tarafından hastane dışında doğumun çoğunlukla aseptik koşullarda doğum kabul edildiği, bu gebelerin %59.7’sinin takipsiz olması nedeniyle hepsinde prenatal enfeksiyon varsayıldığı, bu nedenlerle bebeklerin %83.9’unun sepsis ön tanısı ile yatırılarak en az 7 gün antibiotik verildiği tespit edilmiştir. Ancak bu bebeklerin sadece birinde (%1.1) kan kültüründe üreme olmuş (S. Hominis) ve 9’unda (%10.3) CRP pozitifliği saptanmıştır (Şekil 2). Hastaların %69’unda hiçbir klinik bulgu gelişmemiş ve hiçbir bebeğin sepsis skoru klinik sepsis ile uyumlu bulunmamıştır. Uygunsuz koşullarda doğan, göbek bağı steril aletle kesilmeyen, sosyokültürel düzeyi düşük gebelerden doğan bebeklerde sepsis olasılığının arttığı bilinmektedir (37). Bebeklerin hepsine antibiotik başlanmış olması, bazı bebeklerde klinik sepsisin gelişmesini önlemiş olabilir, ancak önemli bir kısım bebekte antibiotik tedavisinin gerekli olmayabileceği

açıktır (Şekil 2).

Gebelik takibinde ve hastaneye ulaşımında eksiklikler olması, şu an için İstanbul'da planlı evde doğumun, herkesi kapsayacak şekilde uygulanabilir olmadığını göstermektedir. Bu çalışmada, bir sağlık profesyonelinin yardım almadan evde doğum yapan kadınların bile önemli bir kısmının evde doğum şartlarını karşıladığı görülmektedir. Evde doğum talebi için ülkemizin koşullarına uygun bir risk değerlendirilmesi yapılarak, danışmanlık verilmesi, serbest doğumun, dolayısıyla da gebe kadın ve çocuk ihmalinin önüne geçebilir. Evde doğum için mobil ebelik hizmetleri veya doğuma eşlik edecek kayıtlı personel modelleri üzerinde çalışmalar yapılabilir. Sağlık hizmeti almadan hastane dışında doğan bebeklerde makrozomi, polisitemi, hipoglisemi, yenidoğan sarılığı ve sepsis açısından yakın takip uygun olacaktır. Her hastane dışında doğan bebeğe antibiyotik verilmesi gerekli olmayabilir. Bu morbiditelerin büyük çoğunluğu da evde doğumun planlı olması ile önüne geçilebilecek hastalıklardır.

### Bildirimler

Makale içindeki bilgilerin herhangi bir kısmı daha önce herhangi bir şekilde yayınlanmamıştır. Bu makale değerlendirilmek üzere başka bir dergiye de gönderilmemiştir. Makale insan deneyi ile ilgili değildir, geriye dönük dosya taraması yapılmıştır. 2000 yılında güncellenen Helsinki Bildirgesi'ne uyulmuştur.

### Çıkar çatışması

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

### Finansal destek

Yazarlar, bu çalışma için herhangi bir finansal destek almadıklarını bildirmişlerdir.

## KAYNAKLAR

- Walker JJ. Planned home birth. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2017;43:76-86. doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.06.001
- Thomasson MA, Treber J. From home to hospital: The evolution of childbirth in the United States, 1928–1940. Explorations in Economic History. 2008;45:76-99. doi.org/10.1016/j.eeh.2007.07.001
- Gregory ECW, Osterman MJK, Valenzuela CP. Changes in Home Births by Race and Hispanic Origin and State of Residence of Mother: United States, 2018-2019 and 2019-2020. Natl Vital Stat Rep. 2021;70(15):1-10.
- Office for National Statistics Births in England and Wales by Characteristics of Birth 2. 2012. [Accessed February 13, 2015]. Available at: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/vsob1/characteristics-of-birth-2--england-and-wales/2012/sb-characteristics-of-birth-2.html>.
- 2018 Turkey Demographic and Health Survey. 2019;9:108. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Presidency of Turkey Directorate of Strategy and Budget and TÜBİTAK, Ankara, Turkey. Publication No: IPS-HU.19.02, ISBN 978-975-491-492-4. [Accessed August 10, 2025]. Available at: [https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Araştırmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TDHS2018\\_mainReport\\_compressed.pdf](https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Araştırmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TDHS2018_mainReport_compressed.pdf).
- Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H, Bendezu-Quispe G. Prevalence of home birth among 880,345 women in 67 low- and middle-income countries: A meta-analysis of Demographic and Health Surveys. SSM Popul Health. 2021;16:100955. Published 2021 Nov 3. doi:10.1016/j.ssmph.2021.100955
- Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. Int J Womens Health. 2015;7:361-377. Published 2015 Apr 8. doi:10.2147/IJWH.S55561
- Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. Obstet Gynecol. 2017;129(4):e117-e122. doi:10.1097/AOG.0000000000002024
- Alcaraz-Vidal L, Escuriet R, Palau-Costafreda R, Leon-Larios F, Robleda G. Midwife-attended planned home births versus planned hospital births in Spain: Maternal and neonatal outcomes. Midwifery. 2024;136:104101. doi:10.1016/j.midw.2024.104101
- Hutton EK. The Safety of Home Birth. J Obstet Gynaecol Can. 2016;38(4):331-333. doi:10.1016/j.jogc.2016.02.005
- Lang G, Farnell EA 4th, Quinlan JD. Out-of-Hospital Birth. Am Fam Physician. 2021;103(11):672-679.
- Bovbjerg ML, Cheyney M, Hoehn-Velasco L, et al. Planned Home Births in the United States Have Outcomes Comparable to Planned Birth Center Births for Low-Risk Birthing Individuals. Med Care. 2024;62(12):820-829. doi:10.1097/MLR.0000000000002074
- Anne Dostu Hastane Programı. [Accessed August 10, 2025]. Available at: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar-2/anne-dostu-hastane-programi.html>
- Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. [Accessed August 13, 2025]. Available at: [https://www.saglik.gov.tr/arama?\\_Dil=1&p=evde%20dogum](https://www.saglik.gov.tr/arama?_Dil=1&p=evde%20dogum)
- Salihoğlu Ö, Karatekin G, Sur H, Okan F, Uslu S, Kımıl H, Nuhuğlu A. Evde doğan yenidoğanların sorunları. Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor. 2003; 9(3): 321-5.
- Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B, Beşer E. Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi.

TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4(6), 321-9.

17. Kukul K, Oncel S. Factors influencing women's decision to have a home birth in rural Turkey. *Midwifery*. 2009;25(1):32-38. doi:10.1016/j.midw.2006.12.009

18. Kulhan NG, Kulhan M, Naykı ÜA, Naykı C, Uluğ P, Toklucu H. Planlı ve Plansız Hariçte Doğum. *Tepecik Eğitim Hast Derg*. 2017; 27(3):222-228.

19. Peker N, Erdem B, Kaban A. Does Home Birth Reduce the Risk of Pelvic Organ Prolapse?. *Ginekol Pol*. 2018;89(8):432-436. doi:10.5603/GP.a2018.0074

20. Oner C, Catak B. The Frequency and Content of Prenatal Care Determine Birth Place: A Community Based Case-Control Study. *Iran J Public Health*. 2019;48(1):120-125.

21. Mamuk R, Şahin NH. Reproductive health issues of undocumented migrant women living in Istanbul. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021;26(3):202-208. doi:10.1080/13625187.2020.1843618

22. Türk Neonatoloji Derneği. Tanı ve Tedavi Rehberleri. [Accessed August 10, 2025]. Available at: <https://neonatology.org.tr/tani-tedavi-protokolleri>

23. European Medicines Agency. Report on the Expert Meeting on Neonatal and Paediatric Sepsis. [Accessed August 10, 2025]. Available at: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-expert-meeting-neonatal-and-paediatric-sepsis\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-expert-meeting-neonatal-and-paediatric-sepsis_en.pdf)

24. Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(7):751-759. doi:10.1080/00016340802199903

25. de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG*. 2015;122(5):720-728. doi:10.1111/1471-0528.13084

26. Marsh A, Hundley VA, Luce A, Richens Y. The perfect birth: a content analysis of midwives' posts about birth on Instagram. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):422. Published 2023 Jun 7. doi:10.1186/s12884-023-05706-2

27. Gillen P, Bamidele O, Healy M. Systematic review of women's experiences of planning home birth in consultation with maternity care providers in middle to high-income countries. *Midwifery*. 2023 Sep;124:103733. doi: 10.1016/j.midw.2023.103733. Epub 2023 May 25. PMID: 37307778.

28. Leon-Larios F, Nuno-Aguilar C, Rocca-Ihenacho L, Castro-Cardona F, Escuriet R. Challenging the status quo: Women's experiences of opting for a home birth in Andalucía, Spain. *Midwifery*. 2019;70:15-21. doi:10.1016/j.midw.2018.12.001

29. Velo Higuera M, Douglas F, Kennedy C. Exploring women's motivations to freebirth and their experience of maternity care: A systematic qualitative evidence synthesis. *Midwifery*. 2024;134:104022. doi:10.1016/j.midw.2024.104022

30. Jolly MC, Sebire NJ, Harris JP, Regan L, Robinson S. Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111(1):9-14. doi:10.1016/s0301-2115(03)00154-4

31. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007;297(11):1241-1252. doi:10.1001/jama.297.11.1241

32. Qian Y, Lu Q, Shao H, Ying X, Huang W, Hua Y. Timing of umbilical cord clamping and neonatal jaundice in singleton term pregnancy. *Early*

*Hum Dev*. 2020;142:104948. doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104948

33. Karakus Yılmaz B, Yılmaz Karakuş B, Çevik E, Dogan H, Sam M, Kutur A. Metropolde 112 acil sağlık hizmeti. *İst Tıp Fak Derg*. Ocak 2015;77(3):37-40. doi:10.18017/iuitfd.13056441.2015.77/3.37-40

34. Hopfeld-Fogel A, Kasirer Y, Mimouni FB, Hammerman C, Bin-Nun A. Neonatal Polycythemia and Hypoglycemia in Newborns: Are They Related?. *Am J Perinatol*. 2021;38(9):930-934. doi:10.1055/s-0040-1701193

35. Stenninger E, Schollin J, Aman J. Neonatal macrosomia and hypoglycaemia in children of mothers with insulin-treated gestational diabetes mellitus. *Acta Paediatr Scand*. 1991;80(11):1014-1018. doi:10.1111/j.1651-22

36. West BA, Aitafo JE. Prevalence and Clinical Outcome of Inborn Neonates with Hypoglycaemia at the Point of Admission as seen in Rivers State University Teaching Hospital, Nigeria. *J Pediatrics, Perinatol Child Health* 2020;4 (4): 137-148. doi: 10.26502/jppch.74050054

37. Milton R, Gillespie D, Dyer C, Taiyari K, Carvalho MJ, Thomson K, Sands K, Portal EAR, Hood K, Ferreira A, Hender T, Kirby N, Mathias J, Nieto M, Watkins WJ, Bekele D, Abayneh M, Solomon S, Basu S, Nandy RK, Saha B, Iregbu K, Modibbo FZ, Uwaezuoke S, Zahra R, Shirazi H, Najeeb SU, Mazarati JB, Rucogoza A, Gaju L, Mehtar S, Bulabula ANH, Whitelaw AC, Walsh TR; BARNARDS Group; Chan GJ. Neonatal sepsis and mortality in low-income and middle-income countries from a facility-based birth cohort: an international multisite prospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2022;10(5):e661-e672. doi:10.1016/S2214-109X(22)00043-2