

## Doğum Merkezleri: Kanada İzlenimleri

Birth Centers: Canada Impressions

Songül Aktaş<sup>1</sup>, Hafize Öztürk Can<sup>2</sup>

### ÖZ

Amaç,Kanada'daki ziyaret edilen doğum merkezlerine yönelik elde edilen bilgi ve izlenimleri paylaşmaktır. Bu merkezler; Toronto Doğum Merkezi ve McGill Üniversitesi Hastanesi Doğum Merkezidir. Bu merkezlerin izlemi öncesi, kurum yöneticilerinden izin alınmıştır. Toronto Doğum Merkezi; sadece ebelerin çalıştığı, doğumda anne / aileyi merkeze alan, doğumda bire bir ebelik desteğinin sağlandığı ve kültüre duyarlı bakımın sunulduğu doğum birimidir. Gebeliğinde riski bulunmayan, doğumunu ebe yardımıyla gerçekleştirmek isteyen gebe/aileler bu merkeze başvurmaktadır. Kanada'da yaşayan Aborjin'lerin kültürüne duyarlı doğum hizmeti verilmektedir. Ziyaret edilen diğer doğum birimi McGill Üniversitesi Hastanesi Doğum Merkezidir. Bu merkezde ebeler çalışmayıp, doğum hekimi ile hemşireler birlikte çalışmaktadır. Hemşirenin doğum sürecindeki rolü, hekime yardım etmektir. Bu doğum merkezinde; antenatal, innatal ve postnatal birimler bulunmaktadır. Ayrıca merkezde 3 tane obstetrik triyaj odası ve 1 tane laktasyon danışmanlığı odası mevcuttur. Bu izlenimler; intrapartum ve postpartum dönemdeki kadınlara hizmet seçeneği sunması açısından, ülkemizdeki doğum hizmetlerini güçlendirme açısından önem taşımaktadır

**Anahtar Kelimeler:** Kanada, Toronto Doğum Merkezi, McGill Üniversitesi, Aborjin, Ebelik Bakımı, Kültür

### ABSTRACT

The aim is to share the knowledge and impressions of birthunits visited in Canada.These centers are as follow: Toronto and McGill Universty Birth Center. Permission has been taken from the managements of two institutions for the visitbefore the impressions.The characteristic of Toronto Birth Center is that it only works midwives. This center provides family centered care and one to one midwifery during labor support to pregnant women and her family. Particularly, those who want to give birth to a midwife who does not have a risk apply to this birth center. Inthisunit; "Aboriginal Canada's first indigenous people is implementing a midwife care model that is sensitive to cultures, incorporates women into the birth process, support sphysiology of birth. It is McGill University of the other Birth Center that was visited. In McGill University Birth Center,midwives do not work in the birth clinic, obstetricians together nurses are working. The role of nursesduring give birth is to help to obstetrician. The university hospital has three units as follows antenatal, innatal and postnatal. There are also three obstetric triage rooms in the innatal clinic and one breastfeeding consultant room in the postnatal unit. It is very important this impressions to promote the obstetric service during intrapartum and postpartum period.

**Keywords:** Canada, Toronto Birth Center,McGill Universty, Aborigin, Midwifery Care, Cultur.

\* Çalışma, 18-21 Ekim 2018 tarihleri arasında İzmir'de yapılan 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresinde, sözel bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Trabzon. songulbora@mynet.com, ORCID: 0000-0001-8506-4844

<sup>2</sup>Doç. Dr., Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir. hafizeztrk@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8213-3330

İletişim / Corresponding Author:

Songül Aktaş

Geliş Tarihi / Received: 12.11.2018

e-posta/e-mail:

songulbora@mynet.com, saktas@ktu.edu.tr

Kabul Tarihi/Accepted: 16.11.2019

## GİRİŞ

Doğum süreci, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle karakterize bir yaşam döngüsü olayıdır. Özel olan bu yaşam olayının gerçekleşeceği birimin / merkezinin seçiminde; gebe ve ailenin ruhsal ve fiziksel olarak rahat edebilmesi, nitelikli bakım hizmetleri alabilmesi, ulaşım olanakları, gebelikte riskin varlığı, sosyo-demografik ve ekonomik durumu gibi özellikler önem arz etmektedir.<sup>1</sup> Seçilen doğum yeri ister ev, ister hastane, isterse bağımsız doğum merkezleri olsun ebelik bakımının kalitesi obstetrik sonuçları doğrudan etkilemektedir.<sup>2</sup>

Doğumda fiziksel ortamın, bilişselliği, problem çözmeyi, ağrı toleransını ve ruh halini etkilediği bilinmektedir. doğum ortamının önemi hem ebelik literatüründe belirtilmektedir.<sup>3</sup> Gould (2002), hastanede standart bir doğum odasının kadının ve ebeğin aklındaki doğumu bilinçaltında tıbbileştirdiğini iddia etmektedir.<sup>4</sup>

Ebeler prenatal, innatal ve postnatal bakımdan sorumlu olan en önemli sağlık profesyonellerindendir. Ebeğin iletişim becerisi ve mesleki yetkinliği, gebe/ailelerin hem ebe tercihinde hem de ebeğin çalıştığı doğum merkezinin kadınlar tarafından tercih edilmesinde rol oynamaktadır.<sup>5</sup> Nitel Bir çalışmada bir anne/gebe, hem vajinal doğumu hem de doğum yerini tercih etmesinde ebeden memnuniyetinin etkisi olduğunu ifade etmektedir.<sup>6</sup> Doğum birimleri/merkezleri seçiminde ebeğin niteliği ile birlikte; travay ve doğum odasının özelliği, alt yapı olanakları, acil bir durum geliştiğinde hızlı transfer edilebilme gibi olanaklar da büyük önem taşımaktadır.<sup>7</sup> Bu derlemede amaç, gözlemlenilen doğum merkezlerine yönelik izlenimleri aktarmaktır. Derlemenin bilgileri 31. ICM (Uluslararası Ebelik Konfederasyonu) Ebelik Kongresi kapsamında 15-29 Haziran 2017 tarihleri arasında yapılan bireysel ve akademik ziyaretlerle elde edilmiştir. Bunun için, izlemde bulunulan doğum merkezleri yönetiminden izin alınmış, ilaveten ilgili merkezlerin bazı bilgileri web sayfasında da yer aldığından bu adresler derlemenin kaynaklar bölümünde gösterilmiştir.

## Toronto Doğum Merkezi-TDM (Toronto Birth Center)

Bu merkez Kanada'nın Ontario eyaletinin, kar amacı gütmeyen bağımsız sağlık bakım merkezlerinden biridir. Toronto merkezde yer almaktadır. TDM'nin en önemli özelliği, bu merkezde sadece ebelerin çalışıyor olmasıdır. Doktor veya hemşire bu merkezde çalışmamaktadır. Özellikle riski olmayan, komplikasyonsuz gebelikler ve sadece ebe yardımıyla doğurmayı isteyen gebeler bu doğum merkezine kendi seçimleri ile başvurmaktadır.<sup>8</sup>

TDM, Kanada'nın ilk yerli halkı olan Aborjinlerin (veya İndigenous topluluğunun) "kültüründen etkilenen kültüre duyarlı, doğum sürecine aileleri dahil eden, doğumun fizyolojisini destekleyen ve tıbbi gereklilik dışında doğuma müdahale edilmeyen, kadın/aileyi merkeze alan, doğumda ailelerin kendi kültürlerini, geleneklerini ve tercihlerini yaşamalarına fırsat veren" ebelik bakım modelinin uygulandığı bir merkezdir. Gebelik ve doğum vasıtasıyla aborjin aileleri desteklemek, TDM'nin temel amaçlarından biridir.

TDM'de tek kişilik doğum odaları mevcuttur. Erken postpartum dönemde dahil olmak üzere doğumun tüm evreleri, bu odada yaşanmaktadır. Bu odanın içinde; geniş bir karyola yatağı, banyo, tuvalet, su havuzu, pilates topu, bir koltuk, yenidoğan bebeğin doğum sonrası değerlendirilebileceği bir yatak ve bebek kortu bulunmaktadır. Doğum sırasında anne adayını destek için kimi istiyorsa (eş, yakın arkadaş vb), yanında kalabilmektedir. Odaların duvarları rahatlatıcı duyu uyandıran özel bir renk ile döşelidir. National Childbirth Trust araştırmasında; kadınlar, doğum ortamının önemli özellikleri olarak odalarının içinde kullanılabilir halde doğum havuzu ve tuvaletin bulunmasını, etrafta gezinebilecekleri bir yerin olmasını ve kliniğe daha az benzeyen bir odaya sahip olmayı istemektedirler.<sup>3</sup> TDM bu özellikler dikkate alınarak hazırlandığı görülmektedir.

TDM'deki odalarda doğumda ıkmımayı kolaylaştırmak ve doğumda çömelme pozisyonu rahat sağlamak için yerden sabit monteli "uzun askılıklar" bulunmaktadır. Doğumda ağrıyı yönetmek ve konforu sağlamak için, ebeler "hidroterapiden" yararlanmaktadır. Duş alma, banyo, suda doğum başlıca hidroterapiden yararlanma yollarıdır. Her bir odada, su havuzları bulunmaktadır Hidroterapi dışında doğum ağrısı yönetiminde ebeler, nitrojen oksit (gaz maskesi) ve Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS) uygulayabilmektedir. "Doğum tabureleri, askılıklar, doğum topları, diz çökme ve çömelme için yer matları" ebelerin doğumda ağrı yönetimini uyguladıkları başlıca yöntemlerdir .

TDM ve Kanada'nın diğer doğum merkezlerinde ebeler, doğumda perine bölgesini hem kendilerinin değerlendirmesinde hem de gebe/anneye doğumun ilerleyişini gösterme amacıyla "perine aynası" kullanılmaktadır. Ebelerin fetusun kalp sesinin dinlemek amacıyla kullandıkları "fetoskopun", tansiyon ölçmede kullanılan stetoskop gibi kulağa dayalı uzantısı bulunmakadır. Fetoskopun bu özelliği, gebe tarafından da fetal kalp atımının duyulabilmesine imkan vermektedir. Yine ebeler doğum ağrısı ile başatmede, gebenin elinin avuç içine veya ayak iç yüzünde "refleksoloji topu" kullanılmaktadır. Yine ebeler, düşük riskli gebeliklerin doğumunda fetusun oksiput posterior gelişini, oksiput anteriora döndürmek amacıyla gebeye reboza şalı ile "reboza tekniği" uygulamaktadır .

TDM'de birçok hastanede uygulanan "sürekli elektro fetal monitör, intravenöz tıbbi indüksiyon, forseps ve vakum, sezaryen" gibi girişimler uygulanmamaktadır. Doğum eyleminde ve/veya doğumdan sonra acil bir durum geliştiğinde ebenin; "oksijen verme, yenidoğan resüstasyon aletlerini kullanma, postpartum kanamayı durdurmak için ilaç yazma gibi" yetkileri bulunmaktadır. Bu yetkiler sadece TDM'de çalışanı değil, Kanada'da çalışan tüm sertifikalı ebeleri kapsamaktadır.

Gebenin/annenin izni ile, bu doğum merkezinde "öğrenci ebeler de" kadın ve

ailelere bakım hizmeti verebilmektedir. Öğrenci ebelerin eğitimi konusunda, Kanada'nın tüm doğum merkezlerinin mesleki sorumlulukları bulunmaktadır.

Akademik ziyaretimizde TDM sorumlu ebesi bizlere bu doğum merkezinde "doğumda epizyotominin çok az uygulandığını, fundal basının ise hiç uygulanmadığını, anne-bebek bağlanması için doğumdan hemen sonra "ten tene teması sağlamaya" çok özen gösterdiklerini özellikle ifade etmiştir.

Doğumdan sonra annede herhangi bir risk gelişmediyse, doğumdan dört saat sonra anne hastaneden taburcu edilmektedir. Doğum eyleminde veya hemen sonra annede veya yenidoğanda bir risk gelişirse, ebe kendi özel aracıyla veya ambulansla en yakın hastaneye sevki sağlamakla sorumludur. Ziyareti yapılan bu TDM merkezi; hastanelere yakın mesafededir. Ebe, anneyi taburcu olduktan üç saat sonra (ilk gün), doğumdan sonraki 1., 3., 5. günlerde evde ziyaret etmektedir. Doğumdan sonraki 2., 4. ve 6. haftalarda ise anne bu doğum merkezine davet edilerek değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmede, annenin emzirme durumunu ve memesi, perinesi, yenidoğan bebeğin muayenesini yapılmaktadır. TDM veya diğer birimlerde Kanada'da sertifikalı ebelerin; analjezik, sentetik oksitosin, genital ve meme enfeksiyonlarında antibiyotik, diyabete yönelik insülin türevi ilaç yazma yetkileri bulunmaktadır. Kanada'da ebelerin Türkiye'dekinin aksine "rahim içi araç" uygulama yetkileri bulunmamaktadır.

TDM, sadece doğuma yardım eden bir doğum merkezi olmayıp kadın ve ailelere; gebelik, travay, doğum, emzirme ve ebeveynlik için doğuma hazırlık sınıfları, çeşitli konularda eğitim fırsatları, kaynaklara erişim gibi ekstra destek sağlar. Bu doğum merkezinde doğum yapmak için, ek bir ücret ödenmesi gerekmemektedir. Ancak kadınların travaya ve doğuma girmeden, Ontario Eyaletindeki sertifikalı bir ebeye kayıt yaptırmaları zorunludur.

TDM'inde ailelerin kullanabileceği mutfak, dinlenme odaları bulunmaktadır. Bu odalarda isteyen aileler istediği kültürel ve

dini uygulamalarını yerine getirebilmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi bu doğum merkezi, sadece aborjin kültürüne duyarlı değil, her kültüre duyarlı ebelik hizmetinin sağlandığı doğum birimidir. Bununla birlikte gözlemlerimizde, Aborjin sağlık ve doğumunun ebelik eğitiminde daha yakından ele alındığını gördük. Bu derlememizde çok kısa olarak aborjinler ve aborjinel ebelik hakkında bilgi vermemiz, bu kültürün doğum hizmetlerini daha iyi anlamada yararlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Kanada'nın kuzey bölgesinde yaşayan Aborjinler, literatürde "Eskimolar/Kızıldereliler (İndigenous / İnovik)" olarak adlandırılmaktadır. Aborjinler, ilk insan topluluklarına verilen isim olup "ilk yerli insanlar" olarak ta anılmaktadır.<sup>9</sup> Aborjinler son dönemlerde yerleşik hayata geçseler de, hala avcı toplayıcı bir toplum olarak hayatlarını sürdürmektedir. Geniş ve zorlu coğrafyada hayatlarını, ince dengeler ve gelenekler üzerine kurmuşlardır. Bilgi aktarımı kuşaktan kuşağa şeklindedir. Aborjinler, sağlığın iyileşmesinde ve yükseltilmesinde doğanın gücüne inanırlar. Şifalı otlar ve diğer geleneksel uygulamalar iyileşmede kullandıkları başlıca yöntemlerdir. Doğumun doğallığının korunmasına ve ebe ile doğuma önem verirler, doğum sürecinde kültürlerine uygun seronomi, tütsü ve çalgılar ile özel kutlama yaparlar.<sup>10,11,12</sup> Aborjinlere özgü, "ilk aborjinal doğum merkezi" 1986 yılında devlet tarafından kurulmuştur. Bu merkezlerde sertifikalı ebeler görev almakta olup, bu ebeler kültüre duyarlı ebelik bakım hizmeti sunmaktadır. Transkültürel ebelik bakımı ile aborjinlerin gebelik ve doğum sürecinde sağlık bakımı almalarının önündeki kültürel engel ortadan kaldırılıp, kadın ve yenidoğan sağlığını yükseltilmesi amaçlanmaktadır.<sup>13,14</sup>

Kanada'nın Nunavik bölgesinde aborjinal ebelik hizmeti veren ebe Brenda Epoo, ICM dünya ebelik kongresinde (Kanada, 2017) aborjinal ebelik bakım modelleri ve sonuçları üzerinde bir konuşma yaptı. Ebe Brenda Epoo, 2000-2015 yılları arasındaki 15 yıllık sürede, 2725 aborjin doğumu gerçekleştiğini ve bu doğumların %86'sının ebe ile olduğunu,

%97'sinin spontal vajinal doğum, %1'inin müdahaleli vajinal doğum, %1,9'unun sezaryen ile olduğunu belirtti. Aynı konuşmasında; bu doğumların %8,6'sında sentetik oksitosin, %11,6'sında analjezik kullanıldığı, doğumların %71,6'sında perine bütünlüğünün bozulmadığı, %15 oranında postpartum kanama görüldüğü, 13 ölü doğum, 9 neonatal ölüm yaşandığını belirtti.<sup>15</sup> Belirtilen bu sonuçlar, aborjinal ebelik bakımının maternal sağlığının iyileşmesinde olumlu etkisi olarak yorumlanabilir. Yine tarafımızdan yapılan bireysel görüşmede ebe Brenda Epoo; bu bölgede doğumların çok büyük çoğunluğunun evde olduğunu, bölgenin kuzey kutup bölgesine çok yakın olduğu için kış aylarında karın 3-4 metreyi bulduğunu ve ulaşım zorluğu yaşandığını, doğumlarda acil bir durum için hastaneye transferi sağlamada "helikopterin" hazır bulunduğunu belirtti.

**McGill Üniversitesi Doğum Merkezi:** Kanada'nın Ouebec eyaletinin Montreal şehrinde bulunan McGill Üniversitesi Sağlık Merkezi'nin birçok bölümü bulunmaktadır. Bu doğum kliniğine ziyaret, birim yöneticisi Msc. Francine Brisette ve birim sorumlularını eşliğinde yapılmıştır. Bu üniversitenin, "Royal Victoria Hospital" bölümünde doğum merkezi bulunmaktadır. Bu doğum merkezinde, ebeler görev yapmamaktadır. Obstetrisyenler ile birlikte hemşireler çalışmaktadır. Hemşirelerin sorumluluğu, doğum eylemi sürecinde hekime yardımcı olmaktır. Bu doğum kliniğine, "yüksek riskli gebelik" grubunda olan kadınlar başvurmaktadır.

McGill Üniversitesi hastanesinin doğum merkezinde antenatal, innatal ve postnatal birimler ile emzirme danışmanlığı odası bulunmaktadır. İnnatal doğum biriminde, "Kabul, triyaj ve kurtulma-düzelme (recover)" olmak üzere üç çeşit oda bulunmaktadır.

Kabul odası: Bu odada hekim ve hemşire çalışmaktadır. Başvuran tüm gebeler, obstetrik açıdan değerlendirilir ve izleme alınır. Üç tane monitör bulunmaktadır. Bunlardan biri, odada yatan gebelerin özelliklerini gösteren monitör (adı, soyadı,

yapılan uygulamalar, vb), biri “Non Stres Testi (NST)”, diğeriye “obstetrik triyaj” monitörüdür. Hemşire deski servisin kenarında ve tüm koridor boyunca uzanmış şekildedir. Hemşire bulunduğu alandan gebelerin monitör takibi rahatlıkla yapılabilmektedir.

Hastanenin “doğum yapılan odasını da” ziyarette, hastanedeki “doğum masaları” portatif olup, çok özelliğlidir. Doğum masası; doğum eyleminde çömelme, oturma gibi annenin istediği dikey pozisyonu alabilmesine göre ayarlanabilen özelliğlidir. Ayrıca doğum masaları çömelere ıkınma sağlayan tutaçların olduğu ve doğum esnasında aniden bebeğin vajenden geldiği durumlarda alttan bebeğin güvenliği açısından destekleyici özelliğlidir. Doğum odasında bebek kortu, bebek masası, oksijen maskesi, gereğinde yenidoğan canlandırılması için gerekli tüm alt yapı olanakları bulunmaktadır. Bu doğum merkezinde tüm doğumlar, doğum hekimi yardımıyla yapılmaktadır. Epidural analjezi ve epizyotomi uygulanma oranı yüksek bir hastanedir. Bu tıbbi müdahale oranlarının yüksek olması, bu hastaneye yüksek riskli gebelerin başvuruyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Obstetrik triyaj odası: Bu odada, doğum için başvuran gebeler özelliklerine ve gereksinimlerine göre sınıflandırılmaktadır. Gebeler; anamnez ve muayene ile özelliklerine göre kategorize edilir (Örneğin, vajinal doğuma veya sezaryene uygunluk kriterleri gibi). Triyaj odası preeklemsi, ablasyo plesenta gibi yüksek riskli durumlar için kullanılmaktadır.

Kurtulma-düzelme odası: Sezaryen ameliyatı olmadan önce, preoperatif hazırlık bu odada yapılır ve daha sonra gebe sezaryen için ameliyathaneye alınır. Bu hastanede ameliyathane ile doğum merkezi aynı kattadır. Sezaryenden sonraki ilk bir saat, anneler yine bu odada kalır. Postpartum birinci saatten sonra, kadın anne (maternal unit) odasına alınır.

Bu merkezin gebe-anne (Maternal Unit) odası birimi ise, 24 odalı olup, iki bölümden oluşmaktadır. Bu birimin 12 odası yüksek riskli gebelikler (antepartum), 12

odası ise doğum sonrası (postpartum) dönemdeki anneler (vajinal ya da sezaryen doğum sonrası) için ayrılmıştır. Anneler sezaryen sonrası en az 48 saat, vajinal doğum sonrası en az 24 saat bu birimde kalmak zorundadır. Bu birimde, aile ve ziyaretçilerin birlikte oturabileceği, mutfağı da kapsayan “geniş bir oda (family room)” bulunmaktadır. Bu servisin en çarpıcı özelliklerinden biri; gebe ya da anne odalarının, bu birimde çalışanların odalarından “daha geniş ve aydınlık” olmasıdır. Ziyaretimizde birim yöneticisi bunun nedenini, kurum felsefesi olarak gebe-anne memnuniyetini çok önemsemeleri olarak ifade etmiştir.

Gebe-anne birimde odalar tek kişilik olup, odanın içinde tuvalet ve banyo bulunmaktadır. Anneler ile bebekler aynı odada kalmaktadır. Bir odanın içinde anne/ebeveyn yatağı ile bebek yatağı ayrı ayrı bulunmaktadır. Özellikle ilk kez anne –baba olan ailelerin, doğum sonu adaptasyonunu kolaylaştırmak için sağlık profesyonelleri tarafından özel itina gösterilmektedir. Yatakların başucunda, acil durumlar için (örneğin kardiyak resüstasyon) butonlar bulunmaktadır. Oda kapılarının özelliği; dışarıdan odanın içini, odanın içinden de kapının dışını görebilmesidir.

Bu birimde, taburcu olup giden anne ve aileler için; evde bir risk geliştiğinde (örneğin emzirme problemleri, meme sorunları yenidoğan ateşi vb) tekrar gelip kalabilecekleri özel bir oda bulunmaktadır. Postpartum dönemde sağlık sorunu yaşayan anneler/ yenidoğanlar bu odada kalıp, hizmet alabilmektedir.

Laktasyon odası: Bu birimde taburcu olmadan önce veya doğumdan sonra sorun yaşayanlar annelere hastaneye geldiklerinde danışmanlık hizmeti verilmektedir. Danışmanlık hizmeti, laktasyon danışmanı tarafından (ebe/hemşire) verilmektedir. Ayrıca, yapılan tüm hizmetlerin kaydının yapıldığı ifade edilmiştir.

OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkeleri içinde vajinal doğum oranı Kanada’da %74 olup, bu doğumların büyük çoğunluğu ebeler eşliğinde gerçekleşmektedir. Yine OECD ülkelerinden

İngiltere’de %26, Hollanda’da %16,4 oranında sezaryen ile doğum gerçekleşmektedir (OECD, 2015).<sup>16</sup> Bir başka ifadeyle bu ülkelerdeki vajinal doğum oranı, Kanada’daki gibi yüksektir. Vajinal doğum oranı yüksek ve obstetrik sonuçları iyi düzeyde olan bu ülkelerin, ebelik bakım hizmetleri de niteliklidir. Nitelikli ebelik bakımı ve doğum merkezleri, maternal-neonatal sonuçları iyileştirir. Sandall ve ark. (2013) Cochrane veri tabanında ebe ve hekim tarafından yönetilen doğumun sonuçlarını karşılaştıran, toplam 16,242 kadını içeren 13 çalışmanın sistematik incelemesinde, ebelerin yönetimindeki doğumlarda spontan vajinal doğumların arttığı, intrapartum analjezi gereksinimi azaldığı, epizyotomi ve müdahaleli doğumların azaldığı saptanmıştır<sup>17</sup>. Literatürde Toronto Birth Center gibi ev ortamına benzeyen doğum merkezlerinin; doğumda hem tıbbi müdahale kullanımında, hemde doğum sonu ilk emzirmeye başlamada olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir. Hodnett, Downe ve Walsh (2012)’nin

çalışmasında ev ortamı benzeri doğum merkezlerinin; annelerde sentetik oksitosin kullanımının azalmasında, doğum memnuniyetinin artmasında, ilk emzirmeye başlamada ve emzirmenin sürdürülmesinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.<sup>18</sup>

Türkiye’de TNSA-2018 verilerine göre vajinal doğum oranı %52 (ilk kez doğum yapan annelerin tüm doğumlara oranı %26,3), doğum sırasında ebe/ hemşire yardımı %16 (batı bölgede %7, doğu bölgede %32), hastanede doğum ise %99 oranındadır<sup>19</sup>. Obstetrik hizmetlerin iyi olduğu Kanada gibi gelişmiş ülkelerle Türkiye’yi kıyasladığımızda; ülkemizdeki doğum birimlerini içeren bazı devlet ve özel hastanelerin alt yapı (yatak, doğum odası vb.) ve teknik olanakları yönüyle benzerlik gösterdiğini söylemek mümkündür. Ancak hizmet kalitesi (etik, kararlara katma, kültürel yaklaşım vb), hizmet alan bireylerin profili ve yasalar gibi yönleriyle önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ülkemizdeki obstetrik hizmet kalitesinin daha artırılması gerekmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanada’daki doğum merkezleri düşük riskli gebeliklerde; ebelik bakımını önemseyen, bireyselleşmiş, kadın ve ailenin tercihlerine, kültürüne, doğumun doğallığına ve doğumda anne/aile memnuniyetine öncelik veren özellikte hizmet sunmaktadır. Doğum hizmeti veren ebe, yasal yetkiler yönünden güçlüdür. Yüksek riskli gebeliklerde doğum merkezleri; her tür sağlık ekibinin, teknik ve alt yapı olanaklarının olduğu, bireyselleşmiş, destekleyici bakım hizmetlerinin sağlandığı birimlerdir.

Ülkemizdeki doğum hizmetlerinin Kanada, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerdeki gibi daha da güçlenmesi için;

- Nitelikli ebelik bakımı ile (bireyselleşmiş, kültüre duyarlı vb.) toplumda ebe yönetimindeki doğumların tercih edilirliliğinin artırılması,

- Gebelerin/ailelerin, doğuma hazırlık sınıfları vasıtasıyla bilinçlendirilmesi,

- Obstetrik sonuçların iyileşmesinde ebeliğin “potansiyel gücünün” politika uygulayıcılarına ve topluma daha çok benimsetilmesi,

- Teknik donanımı gelişmiş bağımsız doğum merkezlerinin kurulması ve bu merkezlerde kadınların gebe izlemine ve doğumunu istediği ebe yada doğum hekimi ile gerçekleştirebilmesi,

- Hastane doğumlarında düşük riskli gebeler için İngiltere’de olduğu gibi sadece ebelerin çalıştığı doğum birimlerinin kurulması ve bu doğumlarda risk geliştiğinde ebe ve hekimin birlikte çalıştığı riskli doğum birimlerinin oluşturulması gerekmektedir.<sup>20</sup>

Tüm bu önerilerin gerçekleştirilmesi için, her şeyden evvel ülkemizde ebeliğe ve üreme sağlığı hizmetlerine yönelik ivedilikle

“eğitim, politik ve sosyal” alanlarda yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Yücel Ü (2018). Travay ve Normal Doğum. Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı. Çeviri Editörleri: Can HÖ, Yücel Ü, Hadımlı A. 3. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, ss.1-3.
2. Carolan Olah M, Kruger G, Garvey-Graham, A. (2015). Midwives 'experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery*, 31 (1), 112-121.
3. Akın B. (2017). Doğum Alanı: Ebelik Uygulama Teorisi: Ebelik Uygulamaları İçin Teori. Editörler: Bryar R, Sinclair M (Çeviri Editörleri: Tuna Oran N, Öztürk Can H). 1. Baskı, Ankara, Alter Yayıncılık, ss: 289-318.
4. Gould D. (2002). Birtwrite: Subliminal medicalisation. *British Journal of Midwifery*, 10 (7), 418. <https://themidwivesclinic.ca/birth/toronto-birth-centre-information> Erişim: 30.09.2018.
5. Dahlberg U, Aune I. (2013). The woman's birth experience. The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29 (4), 407-415
6. Aktaş S, Erkek, Z. Y. (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 111-124.
7. Walsh D., Gutteridge K. (2011). Using the birth environment to increase women's potential in labour. *Midwifery Digest*, 21 (2), 143-147.
8. <https://themidwivesclinic.ca/birth/toronto-birth>. Erişim: 27.10.2019
9. Neu D., Graham C. (2006). The birth of a nation: Accounting and Canada's first nations, 1860-1900. *Accounting, Organizations and Society*, 31(1), 47-76.
10. MacMillan H. L., MacMillan A. B., Offord D. R., & Dingle J. L. (1996). Aboriginal health. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 155 (11), 1569.
11. <https://www.google.com.tr/search?q=aborjinler+wikipedi&oq=aborjinler>. Erişim: 26.10.2019
12. Skye A. (2010). Aboriginal midwifery: A model for change. *International Journal of Indigenous Health*, 6 (1), 28-37.
13. National Aboriginal Health Organization. (2008). An overview of traditional knowledge and medicine and public health in Canada. Retrieved January 29, 2008. <http://www.naho.ca/publications/tk/OverviewPublicHealth.pdf> Erişim: 20.09.2019.
14. Carroll D, Benoit C. (2004). Aboriginal midwifery in Canada: Merging traditional practices and modern science. *Reconceiving midwifery*, 263. [https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as\\_sdt=0%2C5&q=Carroll%2C+D.+%26+Benoit%2C+Aboriginal+midwifery+in+Canada%3A](https://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Carroll%2C+D.+%26+Benoit%2C+Aboriginal+midwifery+in+Canada%3A). Erişim: 20.10.2019.
15. Epoo B. Models and outcomes of midwifery care in Indigenous and Northern communities of Canada. (Chair: Gisela Becker). 31 st ICM Triennial Congress Book (18-22 June 2017), Toronto, Canada, pp: 68.
16. Cesarean section rates in OECD countries in 2015. <https://www.statista.com/statistics/283123/cesarean-sections-in-oecd-countries/> Erişim: 12.05.2019.
17. Sandall Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 21, 8, CD004667 Erişim: 20.10.2019
18. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Sep 8(9), CD000012. doi:10.1002/14651858.CD000012.pub3
19. Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırmaları (TNSA)-2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırmaları Kurumu. Ankara, Turkey. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA\\_2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_Rapor.pdf). Erişim: 29.12.2019
20. Toker E, Aktaş S. (2010). İngiltere'de ebelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 89-97.