

Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları*

Fertility Characteristics of Female Health Employees and Working Conditions Following Pregnancy and Birth

Sevgi CANBAZ¹, A. Tevfik SÜNTER¹, Cansever SÜREN², Yıldız PEKŞEN³

¹ Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Samsun

² Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji A.D Samsun

³ Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Samsun

ÖZET: Amaç: Dünyada son yıllarda daha fazla kadın çalışma yaşamında yer almaktadır. Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi(OMÜUAH)'nde çalışan bayan sağlık personelinin doğurganlık özellikleriyle, gebelik ve doğum sonu dönemindeki çalışma koşullarını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, 1-20 Şubat 2001 tarihleri arasında, OMÜUAH'nde çalışan ve evli olan, 142 kadından 105(%73.9)'inde yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada katılımcıların %1.9'u kendisinin ve %4.8'i eşinin kan grubunu bilmediğini ifade etmiştir. Gebelik öncesinde %8.7'sinin geleneksel bir aile planlaması yöntemi kullandığı, %27.2'sinin son gebeliklerini planladıkları bulunmuştur. Katılımcıların %3.3'ünün doğum öncesi bakım almadıkları, %65.2'sinin gebelikleri sırasında nöbet tuttuğu, %18.5'inin nöbet sonrası izin kullanmadıkları saptanmıştır.

Sonuç: Ülkemizde yasalar tüm çalışan kadınlarda olduğu gibi, sağlık çalışanlarının haklarını yeterli ölçüde kapsamamakta ve günümüzde bile çalışan kadınlar gebelik ve anneliğe ilişkin bazı yasal haklarından tam olarak yararlanmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kadın, sağlık çalışanı, çalışma koşulları, gebelik

ABSTRACT: Purpose: The participation of women in the working life increasing rapidly for the past few years in the world. The purpose of this study was to investigate fertility characteristics and working conditions during pregnancy and following birth period of female health employees (FHE) at Research and Practice Hospital of Ondokuz Mayıs University (RPHOMU).

Material and Method: A descriptive study was conducted in 73.9% of 142 married female working at RPHOMU between 1 and 20 February in 2001.

Results: In the study, 1.9% of FHE stated that they did not know their own blood group and 4.8% did not know their spouse's blood group. Before pregnancy, 8.7% of the participants performed traditional methods and 27.2% of them did not plan for their last pregnancy. It was determined that 3.3% of FHE did not receive any health care during pregnancy, 65.2% of them were in-house on-call during pregnancy and 18.5% did not use post on-call vacation.

Conclusion: The laws do not even have to cover the rights of health employees as do not cover of all working women in our country. Currently, working women cannot benefit their legal right related with pregnancy and motherhood.

Key Words: women, health personnel, working conditions, pregnancy

GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyanın pek çok ülkesinde geri plana atılan, statüsü düşük ve önceliği olmayan bir konumda bulunan kadın, bu konumu nedeniyle uzun yıllar ulus-

lararası platformlarda ele alınmıştır(1-3). Yapılan çalışmalar ve düzenlemelerle kazanılan haklar sonucunda, çalışma yaşamı içine giren kadın sayısı gün geçtikçe artmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)'nün değerlendirmelerine göre son 25 yılında dünyada ekonomik aktivite içinde bulunan kadın sayısı yaklaşık iki katına ulaşmıştır. Çalışma alanları incelendiğinde, gelişmekte olan ülkelerde kadınların özellikle tarım sektöründe, gelişmiş ülkelerde ise hizmet sektöründe çalıştığı bulunmuştur(2-5).

Tüm dünyada sürekli gündemde kalan konulardan birisi de, çalışan kadınların annelik haklarıdır. Bu sorunun ilk defa uluslararası düzeyde ele alınması ve belirli standartların oluşturulması 1919 yılında, UÇÖ'nün kuruluşu ile olmuştur. UÇÖ'nün kabul et-

* Bu çalışma 20-23 Nisan 2001'de Antalya'da gerçekleştirilen I. Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

tiği “3 Sayılı Analığın Korunması Sözleşmesi” ile çalışan kadına; doğum izni, parasal ve tıbbi bakım alma, iş güvencesi, herhangi bir ayırımcılığa uğramama ve çalışma saatleri içinde emzirme araları kullanma hakkı verilmiştir. Bu sözleşme tekrar düzenlenerek, “103 sayılı Analığın Korunması Sözleşmesi” olarak kabul edilmiştir. Bu sözleşme ile; diğer ilkelere korunurken, hakların hangi yollardan ve nasıl sağlanacağına daha fazla açıklık getirilmiştir. Bu sözleşmeye bağlı olarak 1952 tarih ve 95 sayılı bir tavsiye kararı ile; doğum izninin toplam 14 haftaya çıkarılması, parasal yardımların kadının daha önceki geliri kadar olması, istihdam güvencesini yaygınlaştırması, kıdem haklarının korunması ve doğum iznine ayrılan kadının yeniden işine dönebilmesi öngörülmüştür(4,6).

Ülkemizde cumhuriyetin ilanından önce eğitim ve çalışma olanakları kısıtlı olan kadın, cumhuriyetin ilanı ile toplumda hak ettiği yere gelmiş ve işgücündeki kadın sayısı önemli ölçüde artmıştır (1,2). Hane Halkı İşgücü Anketi 2005 Yılı sonuçlarına göre; kadınların işgücüne katılma oranı Türkiye genelinde %27.4 iken, kırdı %41.4’e çıkmakta, kentte ise %18.4’de kalmakta ve kentlerde çalışan kadınların büyük kısmı ücretli işlerde çalışmaktadır(7). Türkiye sanayileşmiş batılı ülkelerden çok daha erken, 1920’lerde kadınlara tıp eğitimi kapısını açmış ve doktorluk yapma yetkisi vermiş bir ülkedir(7). Ülkemizde 1923 yılında toplam 554 hekim ve 69 hemşire görev yapmaktayken, günümüzde bu sayılar 77344 hekim ve 69246 hemşire şeklindedir. Tüm hekimlerin %26.0’sı ve Tıp Fakültelerindeki öğretim üyelerinin ise %27.0’si kadındır(8, 9).

Ancak sayısal bu gelişimin ne yazık ki, kadın hekimlerin ve kadın sağlık çalışanlarının annelik haklarının düzeltilmesine bir katkısı olmamıştır(10). Ülkemizde yasalar tüm çalışan kadınlarda olduğu gibi sağlık çalışanlarının haklarını da yeterli ölçüde kapsamamakta ve günümüzde bile çalışan kadınlar gebelik ve anneliğe ilişkin bazı yasal haklarından tam yararlanamamaktadır(4,10). Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (OMÜUAH)’nde çalışan kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri, gebelik ve doğum sonu dönemdeki çalışma koşullarını araştırmak amacı ile yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, 1-20 Şubat 2001 tarihleri arasında, OMÜUAH’nde yapılmıştır. Bu tarihler arasında hastanede 103 (%25.8)’ü araştırma görevlisi (AG) ve 297(%74.2)’si hemşire olmak üzere, toplam 400 kadın sağlık çalışanı görev yapmaktaydı. Evli olmayan 258 (%64.5) çalışan,

araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 20 (%7.0) çalışan ile bu tarihler arasında üç kez yapılan ziyaretler sonucunda yerinde bulunamayan 9 (%2.3) çalışan, çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuçta evli olan 142 çalışandan 105(%73.9)’ine ulaşılabilmektedir.

Anneye ait; yaşı, kendisinin ve eşinin kan grubu, akraba evliliği durumu, evlilik yaşları, boyu, ilk gebelik yaşı, doğurganlık özellikleri (gebelik, canlı doğum, ölü doğum, düşük ve yaşayan sayıları), gebelik sırasında sistemik hastalık durumu, son gebelikleri öncesinde ve sonrasında kullanılan aile planlaması yöntemi, son gebeliklerini planlama durumu, son gebeliklerindeki ağırlık artışı, doğum öncesi bakım alma durumu, gebeliğin sonucu, doğumun yapıldığı yer, doğumu yaptıran kişi, doğumun şekli, varsa sezaryen (C/S) endikasyonu, sigara ve alkol kullanımı, *çalışma yaşamına ait;* gebelik sırasında tutulan aylık nöbet sayısı, nöbet sonrası izin, doğum öncesi, sonrası izin ve süt izni kullanma durumu, *doğan bebeğe ait;* boy, ağırlık bilgileri içeren anket formu, araştırma kapsamına alınanlara gözlem altında uygulanmıştır.

Veriler, Epi-Info versiyon 6.02 bilgisayar paket programında değerlendirilmiştir. Toplam gebelik, canlı doğum, ölü doğum, düşük sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ortanca olarak, diğer tanımlayıcı parametreler ise aritmetik ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalamaları ve evlenme yaşları sırasıyla 31.2 ± 4.4 yıl ve 23.6 ± 2.6 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların 5(%4.8)’i eşinin, 2(%1.9)’si kendisinin kan grubunu bilmediğini ifade ederken, 12(%11.4)’sinde Rh uyumsuzluğu tespit edilmiştir. Akraba evliliği ise sadece 1(%1.0) katılımcıda bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların 92(%87.6)’si araştırma tarihine kadar en az bir defa gebe kalmış olup, ilk gebelik yaşı ortalaması 24.7 ± 3.0 yıldır. Katılımcıların toplam gebelik, canlı doğum, ölü doğum, düşük ve yaşayan çocuk ortancaları sırasıyla 2(0-4), 1(0-3), 0(0-4), 0(0-2) ve 1(0-3) olarak bulunmuştur. Son gebelikleri öncesinde ve sonrasında kullanılan aile planlaması yöntemlerinin dağılımı Tablo 1’de; son gebelikleri ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı ise Tablo-2’de verilmiştir.

Çalışmada katılımcıların 89 (%96.7)’u düzenli doğum öncesi bakım (DÖB) aldığını ifade ederken; bu bakımı 79 (%88.8)’u doktor, 8(%9.0)’i hemşire ve 2(%2.2)’si ebeden almıştır. DÖB ortalaması ise 8.3 ± 3.4 defadır.

Çalışmaya katılanların canlı olarak doğurdukları bebeklerinin ortalama ağırlık ve boyları sırasıyla;

51.0 ± 2.8 santimetre(cm) ve 3274.9 ± 587.9 gram(gr) idi. Bebeklerin doğum zamanı, cinsiyeti ve anomali durumunun dağılımı Tablo 3’de verilmiştir.

Gebeliği sırasında nöbet tuttuğunu ifade eden 60 (%65.2) katılımcının, ayda ortalama 7.2±2.0 nöbet tuttuğu ve 17(%18.5)’sinin ise nöbet sonrası izin kullanmadığı bulunmuştur. Doğum öncesi dönemde izin kullanan 75(%81.5) katılımcının, 24.4 ± 12.9 gün izin kullandıkları, 6.1±1.6 ay ise süt izni kullandıkları bulunmuştur. Tablo 4’de katılımcıların doğum sonrası izin ve süt izni kullanma durumlarının dağılımı verilmiştir.

Çalışma grubunda ilk gebelik yaşı 18’den küçük ve son gebelik yaşı 35’ten büyük, doğum sayısı 5 ve daha fazla olan, gebeliği sırasında alkol kullanan sağlık çalışanı bulunmamaktadır. Tablo 5’de katılımcıların son gebeliklerindeki risk faktörlerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Son Gebelikleri Öncesinde ve Sonrasında Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı

Kullanılan Aile Planlaması Yöntemi	Sayı (n=92)*	%
Gebelik Öncesi		
Kullanmayan	39	42.4
Modern	45	48.9
Geleneksel	8	8.7
Gebelik Sonrası		
Kullanmayan	27	29.4
Modern	63	68.5
Geleneksel	1	1.1

* Araştırma tarihine kadar en az bir defa gebe kalan katılımcı sayısı

Tablo 2. Katılımcıların Son Gebelikleri ile İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımı

Bazı Özellikler	Sayı (n=92)*	%
Son gebeliğin sonucu		
Canlı	84	91.3
İsteyerek düşük	3	3.3
Kendiliğinden düşük	5	5.4
Doğumun yapıldığı yer		
Tıp Fakültesi Hastanesi	81	88.0
Doğumevi	10	10.9
Özel Hastane	1	1.1
Doğumu vapturan kişi		
Doktor	90	97.8
Ebe	2	2.2
Doğumun şekli		
Normal spontan vajinal doğum	27	29.3
Sezaryen	65	70.7
Sezarven endikasyonu		
Tıbbi	46	70.8
Kendi isteğiyle	19	29.2

* Araştırma tarihine kadar en az bir defa gebe kalan katılımcı sayısı

Tablo 3. Bebeklerin Doğum Zamanı, Cinsiyeti ve Anomali Durumunun Dağılımı

	Sayı (n=92)*	%
Doğum zamanı		
Prematür	12	11.4
Matür	74	70.5
Postmatür	6	5.7
Anomali		
Var	3	2.9
Yok	89	84.8

* Araştırma tarihine kadar en az bir defa gebe kalan katılımcı sayısı

Tablo 4. Katılımcıların Doğum Sonrası İzin ve Süt İzni Kullanma Durumlarının Dağılımı

	Sayı (n=92)*	%
Doğum sonrası izin		
Yasal	80	76.2
Ücretsiz	9	8.6
Rapor	3	2.9
Süt izni		
Kullanan	73	69.5
Kullanmayan	19	18.1

* Araştırma tarihine kadar en az bir defa gebe kalan katılımcı sayısı

Tablo 5. Katılımcıların Son Gebeliklerindeki Risk Faktörlerinin Dağılımı

Risk Faktörleri	Sayı (n=92)*	%
Sezaryen geçirme öyküsü	65	70.7
Gebeliğin planlı olmayışı	25	27.2
Gebelik sırasında 12 kg.dan fazla ağırlık artışı	24	26.1
Günde 10 veya daha fazla sigara içme durumu	15	16.3
Gebelik sırasında sistemik hastalığın olması	13	14.1
Rh uyumsuzluğu	12	13.0
Prematürite	12	13.0
4000 gramdan ağır bebek doğurma öyküsü	11	12.0
Ölü doğum öyküsü	10	10.9
2500 gramdan az bebek doğurma öyküsü	8	8.7
Postmatürite	6	6.5
Gebelik sırasında 9 kg.dan az ağırlık artışı	4	4.3
Çoğul gebelik öyküsü	1	1.1
Anne boyunun <140 cm oluşu	1	1.1
Gebelik sırasında ilaç kullanımı	1	1.1

* Araştırma tarihine kadar en az bir defa gebe kalan katılımcı sayısı

TARTIŞMA

Çalışma sonuçlarına göre, toplumda lider konumunda olan kadın sağlık çalışanlarının, kendisinin ve eşinin kan grubunu bilme konusunda yeterince duyarlı olmadıkları bulunmuştur. Rh uyuşmazlığı, eritroblastosis fetalise neden olan ve önlenilebilir ciddi bir tablodur. Rh uyuşmazlığı olup olmadığı öğrenilmesi, gebe kadının ilk fizik bakışında yapılması gereken bir işlem olup, uyuşmazlık tespit edilen gebenin daha titiz izlenmesi ve uygun şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir(11,12). Diğer yandan akraba evliliği anomalili bebek doğum riskini artıran durumlardan birisi olup, çalışma grubunda akraba evliliğinin düşük oranda bulunması olumlu karşılanmıştır(12).

Evlilik genellikle kadının gebelik riski altına girmesinin bir göstergesi olarak ele alındığından, doğurganlığın boyutlarını araştırmada önemlidir. İlk evlenme yaşının küçük olduğu toplumlar, erken çocuk sahibi olan ve doğurganlığı yüksek olan toplumlardır (13). Çalışmada katılımcıların evlenme ve ilk gebelik yaşları ortalaması, 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre bulunan evlilik için ortanca 20.0 yıldan ve ilk gebelik için ortanca 22.2 yıldan daha yüksektir(14). Bu durum kadın sağlık çalışanlarının, eğitimlerini tamamladıktan sonra evlenmesine ve bu da ilk gebelik deneyiminin ertelenmesine bağlanabilir.

Toplumu bilinçlendirmesi beklenen sağlık çalışanlarının %8.7'sinin gebelik öncesinde geleneksel bir yöntem kullandığını belirtmesi, istenmeyen gebelik yaşamayı (%27.2) ve düşüğü bir aile planlaması yöntemi olarak kullanması (%3.3) dikkat çekicidir. 2003 TNSA'a göre halen evli kadınların %28.5'inin geleneksel yöntemlerden birini kullandığı, %34.4'ünün gebeliklerini planlamadıklarını, doğurganlık çağı boyunca %24.0'ünün en az bir kez gebeliklerini isteyerek düşükle sonuçlandırdıkları bulunmuştur(13). Sağlık çalışanlarında yapılan araştırmalarda da, benzer sonuçlara ulaşılmıştır(10,15). İstenmeyen gebelikler, annenin kendisinin ve bebeğinin sağlığına ilgisiz olabileceği için risk taşımaktadır(16). Yılda 175 milyon gebeliğin en az 75 milyonu istenmeyen gebelikler olup, bunların da 45 milyonu düşük, 30 milyonu ölü doğum ile sonuçlanmakta, sonlandırılan gebeliklerin 20 milyonu sağlık-sız koşullarda gerçekleşmektedir(17, 18).

Dünyada C/S prevalansının artışı, uluslararası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Kaynaklarda C/S prevalansının hastane politikasına, ailenin eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyine bağlı olduğu ve %23.0-65.2 arasında değiştiği bulunmuştur(14,19-21). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1975 ve 1988 yılları arasında C/S'lerin beş kat arttığı rapor edil-

miştir(19,20). 2003 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönemdeki doğumların %14.0'ü C/S ile yapılan doğumlardır(14). C/S'le doğum, vaginal doğumla karşılaştırıldığında; bir yandan hem anne hem de bebek sağlığı açısından önemli riskler taşımakta, diğer yandan da hastane maliyetlerini arttıran bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır(16,19). Çalışmada katılımcıların %70.7'sinin doğum şeklinin C/S olması ve yaklaşık üçte birinin bunu kendisinin istemesi dikkat çekicidir.

DÖB hamilelik ve devam eden emzirme süresince faydalı davranışlar için bir iletişim ortamı oluşturmakta, sağlıklı bir çocuğun doğumunu etkileyebilecek muhtemel durumların erken teşhisine olanak sağlamakta ve dolayısıyla çocuk ölüm hızlarını düşürmektedir. Çalışmalarda DÖB düzeyi ile bebeğin durumunun olumlu yönde değiştiği bulunmuştur(11, 16, 17). 2003 TNSA'a göre DÖB alan kadınların oranı %81.2 olup, bu bakımın %75.4'ü doktorlardan alınmıştır(14). Çalışma grubunda bu oran TNSA'a göre yüksek olmakla birlikte, sağlık çalışanları olarak DÖB almayanların bulunması düşündürücüdür.

Katılımcıların yarısından fazlasının gebeliği sırasında nöbet tutması, aylık nöbet sayısının fazla olması ve yaklaşık beşte birinin nöbet sonrası izin kullanmaması, anne ve fetus açısından risk taşımaktadır(10,11,16). Ortaylı N(10) çalışmasında, hekimlerin %70.0'inin ve hemşirelerin %80.0'inin gebelikleri boyunca gece nöbeti tuttıklarını, aylık nöbet sayısının ortalamalarının sırasıyla 5.8 ve 6.8 olduğunu; üstelik hekimlerin %95.0'inin ertesi günde izin kullanmadıklarını bulmuştur. Kaynaklarda çalışan kadınların daha fazla uterin kasılmaları olduğu; erken doğum, hipertansiyon veya preeklampsi riskinin daha fazla olduğu; DDA'lı bebek doğum riskinin arttığı; buna rağmen uzun çalışma saatleri ile erken doğum arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur(22,23).

Doğum öncesi dönemde katılımcıların yaklaşık beşte birinin izin kullanmaması, doğum sonrası dönemde de beşte birinin süt izni kullanmaması dikkat çekicidir. Çalışmanın yapıldığı tarihte, 657 sayılı Devlet Memurları Yasasına göre "kadın memura doğum yapmasından önce 3 hafta, doğum yaptığı tarihten itibaren 6 hafta müddetle izin verilir. Bu süreden sonra da 6 ay süre ile günde bir buçuk saat süt izni verilir" hükmü bulunmaktadır(2,6). Ortaylı N(10) çalışmasında hekimlerin %40 ve hemşirelerin %20'sinin süt izni kullanmadığını bulmuştur. Doğum öncesi ve sonrası dönemdeki izinlerin yeterli olması anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir. Ancak bu izinler süresince iş ortamından uzaklaşma kamu ve özel sektörde sorun yaratmaktadır(2,6).

Çalışmada gebeliği sırasında katılımcıların %16.3'ü günde 10 veya daha fazla sigara kullandığı bulunmuştur. Hamilelik sırasında içilen sigaranın fetusa zararlı olduğu gösterilmiştir. Bu zararlı etkinin mekanizması halen belirsiz olmakla beraber, bunun plasental perfüzyonun azalması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda sigara içimi ile preterm ve prematür doğum, DDA, prematür bebek ve ölü doğumlar arasında ilişki bulunmuştur(11,24).

Katılımcıların %14.1'i gebelikleri sırasında sistemik bir hastalığı bulunduğunu ifade etmiştir. Gebelik sırasında bulunan sistemik hastalıklar, gebelikte hem annenin hem de bebeğin morbidite ve mortalitesini artırıcı yönde etki etmektedir. Bu nedenle gebenin ilk fizik bakışında bu hastalıkların belirlenebilmesi için soy geçmişi de içeren ayrıntılı öykü alınmalı, dikkatli fizik bakı ve laboratuvar inceleme yapılmalıdır(11, 12).

Son gebelikleri sırasında katılımcıların %4.3'ü 9 kg'dan az, %26.1'i ise 12 kg'dan fazla ağırlık artışı olduğunu ifade etmişlerdir. Hamilelik sırasında önerilen 9-12 kg'ı alamayan kadının düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski bulunmaktadır. Gebeliği sırasında 12 kg, özellikle 20 kg'dan fazla alan kadında preeklampsi gelişmesi veya iri bebek doğurma riski artmaktadır(11, 12). Diğer yandan çoğul gebelik, DDA'lı bebek veya makrozomik infant, prematüritelik, anne boyunun 140 cm'den kısa olması gibi pek çok faktör de perinatal morbidite ve mortalite oranını artıran risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır(10,11,16).

SONUÇ

Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının gebelik dönemi ve doğum sonrası çalışma koşullarının, annelik haklarını kullanmalarını kısıtladığı bulunmuştur. Gebelik dönemi kadın hayatının önemli dönemlerinden olup, bu dönemde mevcut olan riskler, anne ve bebeğin ölüm ve sakat kalma şansının artmasına neden olmaktadır. Başarılı bir doğum gerçekleştirebilmek için, gebelik sırasında verilecek nitelikli bir doğum öncesi bakım ile mortalite ve morbiditeye katkısı bulunan tüm etkenlerin tanımlanması, erken müdahale edilmesi, tüm çalışan kadınlara gebelik döneminde ve sonrasında sağlıklı çalışma koşullarının sağlanması son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Akın A, Aslan D. Cumhuriyet ve Kadın. Sağlık ve Toplum, 1998; 8(3-4):5-10.

- Atlı AK, Özvarış ŞB. Çalışma Yaşamında Kadın. Sağlık ve Toplum, 1998; 8(3-4):79-84.
- Bilgili N, Akın A. Uluslararası Kararlarda Kadın Konusu. Sağlık ve Toplum, 1998; 8(3-4):11-5.
- Yiğit İ. ILO ve Çalışan Kadınların Doğum Hakkı. Sendikal Notlar, 2000;4(8):120-123.
- Akbulut T(Editör). İşçi Sağlığı Prensip ve Uygulamaları. In: Akbulut T. İşçi Sağlığında Risk Grupları. 2nci Baskı, İstanbul: Sistem Yayıncılık, 1994: 283-306.
- Kadın Hakları Konusunda Uluslararası Sözleşmeler, Türkiye'nin Onayladığı Uluslararası Sözleşmeler, Türkiye'de Çalışan Kadın Konusundaki Yasal Düzenlemeler ve Avrupa Sosyal Şartı. 1 nci Baskı, Ankara: Türk-İş/ICFTU Çalışan Kadınlar Serisi Ortak Yayını No:3, 1995.
- DİE. Hane Halkı İşgücü Anketi 2005 Yılı Sonuçları. DİE Haber Bülteni, 2005; 65:1-5.
- Hamzaoğlu O, Kılıç B (Editörler). Türkiye Sağlık İstatistikleri, 2000. Ankara: TTB, 2000.
- Akdur R, Çöl M, Işık A ve ark (Editörler). Halk Sağlığı. In: Akdur R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. İnci Baskı, Ankara: Antıp Yayınları, 1998: 3-52.
- Ortaylı N. Kadın Sağlık Çalışanları. STED, 1999: 8(3):83-4.
- Kükner S, Vicdan K, Ergin T. Yüksek Riskli Gebeliğin Tanımlanması. STED, 1992; 1(11):361-66.
- Neyzi O (Editör). Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. In: Bulut A. Doğum Öncesi Bakım. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri,1994:7-36 .
- Özvarış ŞB. Doğurganlığın Düzenlenmesi. Sağlık ve Toplum, 1998; 8(3-4):45-8.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. 2004: 45-129.
- Çelik Y. Doğum Öncesi Bakım Kullanımını Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum, 1998; 8(1):25-33.
- Bertan M, Güler Ç (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Akın A, Özvarış ŞB. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. 2. Baskı, İstanbul: Güneş Kitabevi, 1997: 119-55.
- Özkan S, Maral I, Bumin MA. Kadın Sağlık Personelinin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemleri. Sağlık ve Toplum, 1998; 8(1):14-17.
- Özaydın N, Akın A. İstenmeyen Gebelikler ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri. Sağlık ve Toplum, 1998;8(3-4):55-60.
- Lee S, Khang YH, Yun S, et al. Rising rates, changing relationships: caesarean section and its

- correlations in South Korea, 1988-2000. *An Int J of Obstet and Gynaecol*, 2005; 112:810–819.
20. N C H S - N H C S - News Clippings url: http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhcs/nhcs_newscippings.htm Erişim 03.06.2005.
21. Mossialos E, Allin S, Karras K, et al. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals. *Eur J Public Health*, 2005; 27; 21-29.
22. Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, et al. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 2000;95(4):623-35.
23. Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, Llado-Arkipoff J, et al. Pregnancy and its outcome among hospital personnel according to occupation and working conditions. *J Epidemiol Community Health*, 1985;39(2):129-34.
24. Kökçü A. Sigaranın Gebeliğe Etkileri. İçinde: Tür A, editör. *Sigaranın Sağlığa Etkileri ve Bırakma Yöntemleri*, İstanbul: Logos Yayıncılık; 1995: 152-160.